

Doporučené postupy pro časnou detekci, diagnostiku a léčbu jednotlivých stádií karcinomu prostaty

Informace pro pacienty

Adaptovaný doporučený postup

Interdisziplinäre Leitlinie der Qualität S3 zur Früherkennung, Diagnose und Therapie der verschiedenen Stadien des Prostatakarzinoms. Leitlinienprogramm Onkologie; S3-Leitlinie Prostatakarzinom; Version 5.0; April 2018.

AWMF-Register-Nummer 043/0220

Autoři: prof. MUDr. Marek Babjuk, CSc. (garant); prof. MUDr. Miloš Brodčák, Ph.D.;
(pracovní tým) prof. MUDr. Luboš Petruželka, CSc.; doc. MUDr. Renata Soumarová, Ph.D.; prof.
MUDr. Karel Odrážka, CSc.; doc. MUDr. Alexandr Poprach, Ph.D.
(metodický tým) PhDr. Petra Búřilová, BBA; MUDr. Jiří Búřil
Verze: 3.0
Datum: 07. 01. 2020

Informace pro pacienty

Při přípravě tohoto textu jsme mimo adaptovaného doporučeného postupu vycházeli také z informací pro pacienty uveřejněnými [Českou urologickou společností](#).

Kompletní klinický doporučený postup pro karcinom prostaty je dostupný [zde](#).

1. Základní informace

Karcinom prostaty je u mužů jedním z **nejčastějších onkologických onemocnění**, za posledních dvacet let se jeho výskyt v České republice téměř ztrojnásobil. Zároveň je ale počet úmrtí na toto onemocnění třikrát nižší. Tento výrazný rozdíl je dán především možností vyšetření v rámci preventivních prohlídek u obvodních lékařů a také moderní léčbou.

V západních industrializovaných zemích je celkově asi 40 % mužské populace v průběhu svého života vystaveno riziku vzniku karcinomu prostaty. Avšak pouze asi u 10 % se onemocnění stává symptomatickým, tzn., že se objeví nepříjemné příznaky, které pacienta dovedou k lékaři. V prvním stádiu nemá onemocnění téměř žádné příznaky, proto základním předpokladem pro včasné rozpoznání nádoru je **preventivní vyšetření**. Karcinom prostaty výrazně ovlivňuje kvalitu života a jeho délku. Postihuje velké množství mužů od aktivního věku až po seniory. S věkem se pravděpodobnost výskytu onemocnění zvyšuje.

2. Rizikové faktory

Nejdůležitějším rizikovým faktorem je **věk** pacienta, s rostoucím věkem se zvyšuje i výskyt nádorů. Nejčastěji je karcinom prostaty zachycen u mužů ve věku 68 až 72 let. Dalším rizikovým faktorem je **dědičnost**. Muži, jejichž bratři nebo otcové měli diagnostikovanou rakovinu prostaty, mají více než dvakrát vyšší riziko výskytu této rakoviny. Pokud se u pacientova příbuzného v přímé linii (bratr, otec) vyskytne nádorové onemocnění prostaty, měl by se obrátit na svého ošetřujícího lékaře a poradit se s ním o možnostech vyšetření pro něj i pro ostatní muže v rodině.

Mezi aspekty, které mohou hrát roli, patří také **zdravý životní styl**. Kouření a vyšší příjem masa a živočišných tuků může zvyšovat riziko výskytu karcinomu prostaty, důležitá je správná výživa a také dostatečná fyzická aktivita.

Zvýšené riziko vzniku rakoviny prostaty naopak **nebylo prokázáno** u pacientů, kterým je z důvodu nízké hladiny **testosteronu** tento hormon podáván. Je-li u muže zjištěn **hypogonadismus** (porucha funkce pohlavních žláz, která způsobuje nedostatečnou tvorbu testosteronu a neplodnost), měl by být před podáním testosteronu digitálně rektálně vyšetřen a měla by být stanovena hodnota sérového PSA¹ (ukazatel aktivity prostaty).

Použití **inhibitorů 5-alfa reduktázy** (enzym, který přeměňuje testosteron na jeho aktivnější formu) snižuje četnost výskytu rakoviny prostaty a pre-kanceróz (buněčné a tkáňové změny předcházející

¹ Prostatický specifický antigen je bílkovina, která se tvoří v prostatických žlázách a jeho největší koncentrace je ve spermatu. Za normálních okolností je jen velmi malá část uvolněna do krve. Pokud je však v krvi zjištěna zvýšená hladina PSA, ukazuje to na poškození buněk a žlázek.

vzniku zhoubného nádoru), nemá však vliv na riziko úmrtí na rakovinu prostaty. Podání inhibitorů 5-alfa reduktázy snižuje hladinu sérového PSA.

3. Časný záchyt

Základním předpokladem pro časný rozpoznání nádoru je preventivní vyšetření, muži starší 45 let s předpokladem dožití aspoň dalších 10 let by měli být informováni o možnosti **časné detekce** karcinomu prostaty. U mužů se zvýšeným rizikem vzniku rakoviny prostaty může být tato věková hranice posunuta o 5 let dříve.

Muži v tomto věku by tedy měli možnost tohoto vyšetření probrat se svým ošetřujícím lékařem (urologem) v rámci **preventivních prohlídek**. Časná detekce obnáší odběr krve k vyšetření **hladiny prostatického specifického antigenu (PSA)**. V případě zvýšené hodnoty PSA by měl být odběr zopakován a pacientům by dále mělo být doporučeno **digitální rektální vyšetření** (vyšetření prostaty přes konečník). Muži mají být informováni o výhodách a nevýhodách opatření spojených s časnou detekcí karcinomu prostaty, zejména o případných nezbytných krocích vyplývajících z výsledků testů, jako je například **biopsie prostaty** (odběr vzorků z prostaty tenkou jehlou). Tu by měl pacient podstoupit, pokud mu ji lékař doporučí.

I pokud biopsie není nutná, měl by pacient chodit na **pravidelné kontroly**. Četnost závisí na věku pacienta a zjištěné hladině PSA. U mužů nad 45 let by to mělo být nejdéle jednou za čtyři roky. V případě pacientů nad 70 let s hodnotou PSA méně než 1 ng/ml se další odběry nedoporučují.

4. Diagnostika

4.1. Příznaky

Rakovina prostaty není v počátečních stádiích spojena s přítomností příznaků. U některých pacientů se objevují **problémy při močení**, jsou ale spíše symptomem souvisejícím s nezhoubným zvětšením prostaty, které bývá současně přítomno:

- Časté močení a nucení na močení
- Únik moči po vymočení
- Slabý proud
- Obtížné močení
- Pocit nedostatečně vyprázdněného močového měchýře

Krev ve spermatu nebo v moči pak může být jednou z prvních známek pokročilého karcinomu, urologické vyšetření je pak v takovém případě nezbytné. Ostatní příznaky pak mohou být příznakem už velmi **pokročilého nádoru**:

- Trvalá bolest v bocích nebo v zádech
- Hubnutí
- Bledost
- Celková slabost
- Otoky dolních končetin

4.2. Zvýšená hladina PSA

Karcinom prostaty se v současnosti nejčastěji zjistí náhodně na základě **zvýšené hladiny PSA**. Hodnota této látky v krvi však v průběhu života narůstá a nemusí nutně souviset s rakovinou. Může to být známka zvětšení prostaty (souvisí s věkem muže), zánětu prostaty, stavu po masáži prostaty, po provedení cystoskopie (vyšetření močového měchýře, močových cest a u mužů i oblasti prostaty) nebo jiného vyšetření přes močovou trubici. K potvrzení nebo vyloučení karcinomu je vhodné provést **biopsii prostaty**. Před rozhodnutím o provedení biopsie by měl lékař pacienta s dostatečným předstihem informovat o možných přínosech, rizicích a důsledcích tohoto zákroku. Odběr vzorků je možný pouze na základě **informovaného souhlasu pacienta** po předešlé edukaci a v souladu s etickými principy.

4.3. Biopsie prostaty

Biopsie prostaty se nejčastěji provádí přes konečník, před samotným vyšetřením je tedy velmi důležité důkladné vyprázdnění konečníku a podání antibiotik. Pokud pacient užívá léky na snížení krevní srážlivosti, je nutné poradit se se svým praktickým lékařem a buď toto léčivo vysadit pět dní před zákrokem, či nahradit vhodnějšími léky. Jelikož biopsie může být bolestivá, provádí se standardně v **lokální anestezii**, v ojedinělých případech i v celkové. Odběr trvá 3 až 10 minut a u pacientů, kteří biopsii prostaty podstupují prvně, se obvykle odebírá 10 až 12 vzorků. V případech nutnosti opakované biopsie je počet vzorků vyšší.

Odebrané vzorky tkáně patolog mikroskopicky vyšetří, což trvá většinou 7 až 10 dní, a stanoví, v jakém stavu prostata je. V případě nálezu rakoviny patolog také stanoví, jak velké je postižení, v jaké fázi a jak je nádor agresivní. Na základě toho se určí riziko a pravděpodobný vývoj onemocnění, což pomáhá ve výběru nejvhodnější léčby. Karcinom prostaty lze rozdělit na tři kategorie: **lokalizovaný** – je omezen pouze na prostatu a není rozšířen do dalších částí těla; **lokálně pokročilý** – přesahuje pouzdro prostaty, nádorové buňky se mohou rozšířit do okolí prostaty nebo proniknout do semenných váčků; **metastatický** – karcinom zakládá vzdálená ložiska, nejčastěji v kostech.

5. Terapie nemetastatického karcinomu prostaty

Pacientům s lokalizovaným, klinicky nemetastatickým karcinomem prostaty mají lékaři poskytnout veškeré informace o možných postupech léčby, včetně jejich výhod a nevýhod: o koncepci aktivního dohledu („**active surveillance**“), o možnosti dlouhodobého sledování se symptomatickou sekundární terapií („**watchful waiting**“), o **kurativní léčbě** (jejím cílem je vyléčení pacienta, mnohdy jsou však nutné radikální zásahy) a **hormonální léčbě**.

5.1. Aktivní sledování

Aktivní sledování je cíleným rozhodnutím pacienta nízkorizikový karcinom prostaty neléčit, ale jen jej pečlivě sledovat. Nádor má být kontrolován každé 3 měsíce stanovením PSA a digitálním rektálním vyšetřením (DRE) během prvních dvou let. Zůstává-li hodnota PSA stabilní, je poté interval prodloužen na 6 měsíců. Biopsie by pak měly být prováděny každých dvanáct až osmnáct měsíců po dobu prvních tří let, následně pak, jsou-li nálezy stabilní, každé tři roky. Smyslem tohoto režimu je oddálit nežádoucí účinky radikální léčby (následky operačního výkonu, porucha erekce, únik moči). Jakmile pacient již nesplňuje kritéria pro aktivní sledování, je režim ukončen a je nutný přechod na

jinou terapii. V průběhu sledování může samozřejmě i sám pacient ukončit režim sledování a přejít k radikální léčbě.

Pacientům, u nichž přichází kurativní léčba v úvahu, ale oni ji přesto odmítnou a raději zvolí metodu aktivního sledování, musí lékař poskytnout veškeré informace umožňující rozvahu o možných důsledcích a rizicích pozdní léčby.

5.2. Dlouhodobé sledování

Smyslem **dlouhodobého sledování** je pouhé pozorování vývoje onemocnění, léčba je zahájena až při vzniku příznaků a je cílena na zmírnění, prevenci a léčbu negativních symptomů a zlepšení kvality života. Při rozhodování ohledně zahájení paliativní strategie s nekurativním záměrem (cílem je zlepšení kvality života pacienta, ne vyléčení onemocnění) musí být pacient plně informován o svých možnostech a vždy musí být brány v potaz jeho preference, riziko dalšího vývoje karcinomu a případná další onemocnění pacienta. Tento režim může být diskutován u pacientů, kteří mají předpokládanou délku života kratší než 10 let.

5.3. Kurativní léčba

Při volbě nejvhodnější léčby je nezbytné přihlídnout k individuálnímu stavu pacienta, stádiu nádoru, případným dalším onemocněním a pacientovým preferencím. Jako primární možnost léčby lze volit mezi operačním zákrokem a léčbou ozařováním. Pacienti musí být informováni o výhodách a nevýhodách jednotlivých léčebných postupů.

Radikální prostatektomie

V dnešní době je většina diagnostikovaných nádorů lokalizovaná (omezená jen na prostatu) a v takovém případě je primární možností léčby **radikální prostatektomie** – operační odstranění prostaty (tato možnost je nejlepší volbou také v případě lokálně pokročilého karcinomu prostaty). Podstatou tohoto zákroku je odstranění žlázy postižené nádorem a je vytvořeno nové spojení mezi močovou trubicí a močovým měchýřem. Pokud se karcinom vyskytoval skutečně pouze v daném místě, je pacient zcela vyléčen. Vzhledem k tomu, že u pacientů s karcinomem prostaty je riziko vzniku **metastáz v lymfatických uzlinách**, může dojít v rámci této operace k jejich vyjmutí.

Důsledkem radikální prostatektomie je úplná nemožnost ejakulace semene, jelikož je nezbytné přerušit chánovody. Nejvýznamnějšími nežádoucími účinky tedy je nemožnost dosažení kvalitní erekce (erektilní dysfunkce) a únik moči (inkontinence). Radikální prostatektomie snižuje riziko dalšího vývoje onemocnění, riziko vzniku vzdálených metastáz a snižuje úmrtnost. Před zahájením zákroku musí mít pacient k dispozici veškeré informace o jeho výhodách a nevýhodách. Operační odstranění prostaty se provádí u pacientů, u nichž předpokládaná délka dožití činí více než 10 let, přičemž délka dožití je závislá na celkovém stavu pacienta (včetně přidružených onemocnění, mentálních funkcí a soběstačnosti).

Radioterapie

Vedle radikální prostatektomie je primární možností léčby karcinomu prostaty také **zevní radioterapie**. V případě, že se pacient nechce vystavit riziku nepříjemných vedlejších účinků vyplývajících z operačního zákroku, může zvolit radioterapii. Mezi nejčastější nežádoucí účinky patří

celková únava a ospalost, nechutenství a výjimečně nevolnost. Tolerance ozařování je různá, v případě, že se u pacienta vyskytnou nějaké potíže spojené s radioterapií, měl by se obrátit na lékaře.

Zevní ozařování je v některých případech vhodné doplnit **brachyterapií** (zdroj záření je umístěn rovnou do nádoru či do jeho těsné blízkosti), a to buď v podobě **permanentní** (LDR), kdy jsou radioaktivní zrna umístěna trvale do prostaty. Uvolňují tak záření postupně s tím, že intenzita klesá, až se zrnka po určitém čase stanou neaktivní. Druhou možností je **HDR brachyterapie**, tedy vnitřní ozařování během dvou sezení. Vedlejší účinky při použití této metody nejsou časté, může se ale vyskytnout podráždění močových cest, po několika dnech od aplikace se může přechodně objevit časté močení či slabší proud moči. Kvůli implantaci radioaktivních zrn by pacient měl po dobu dvou měsíců omezit blízký tělesný kontakt, a to především s dětmi a těhotnými ženami. Zda je pro pacienta brachyterapie vhodná, musí posoudit lékař na základě vstupního vyšetření a také dle individuálních preferencí daného pacienta.

Hormonální léčba

V některých případech je vhodné radioterapii kombinovat s dlouhodobou androgen deprivací terapií (**hormonální léčba**), například u pacientů s rizikovým karcinomem a lokálně pokročilým karcinomem. Cílem hormonální terapie je zmenšit nádor, a zlepšit tak výsledky ozařování (doba trvání hormonální léčby v případě lokálně pokročilého karcinomu by měla být nejméně 24 měsíců, optimálně však 36 měsíců). Pokud pacient s prokázanými metastázami v lymfatických uzlinách zvolí léčbu ozařováním místo operační léčby, má být použita v kombinaci s hormonální léčbou trvající nejméně dva, optimálně tři roky. Pro pacienty s lokalizovaným karcinomem prostaty, kteří odmítají kurativní léčbu nebo strategii aktivního dohledu, může být možností hormonální terapie.

Nejčastějšími nežádoucími účinky tohoto druhu léčby jsou návaly horka, snížené libido i potence, únava či snížená tělesná výkonnost. Důležité je vést zdravý životní styl a mít dostatečnou fyzickou aktivitu.

5.4. Relaps

Po proběhlé kurativní léčbě musí být pacient aktivně sledován a kontrolován, zda nedochází k **opětovnému výskytu onemocnění**. K tomu slouží zejména pravidelné sledování hladiny PSA. Po radikální prostatektomii není nutné provádět pro kontrolní ověření biopsii, avšak po radioterapii je to vhodné. V případě, že při radikální prostatektomii dojde k úplnému odstranění nádoru, již na první kontrole by měla být hladina PSA nulová. Pokud se tak nestane nebo se hodnota PSA v průběhu sledování zvyšuje, pak by měla být zahájena další léčba – nejčastěji radioterapie.

Pokud pacient zvolil jako primární možnost léčby zevní radioterapii či brachyterapii a došlo k recidivitě (opětovný výskyt onemocnění), je nejlepší možností provést tzv. záchrannou prostatektomii. Funkční výsledky z hlediska zachování potence a kontinence jsou však podstatně horší, než jsou v případě primární operace.

6. Metastatický karcinom prostaty

Karcinom prostaty nejčastěji metastázuje do **kostí** a nejvíce postihuje obratle a dlouhé kosti – například kost pažní nebo stehenní; metastázy se také mohou vyskytnout v pánevních mízních uzlinách.

6.1. Hormonálně senzitivní metastatický karcinom prostaty

Pacienti s metastazujícím karcinomem jsou léčeni **androgen deprivační terapií** (hormonální léčba), která může být kombinována s chemoterapií. Cílem hormonální léčby je zabránit tvorbě testosteronu v těle a jeho působení na nádorové buňky. V důsledku toho dochází ke snížení hladiny PSA a zmenšení či dokonce vymizení metastáz.

Tvorba testosteronu je blokována tzv. **kastrační léčbou**, která může být provedena buď pomocí léků, nebo **chirurgického zákroku** – ten spočívá v oboustranném odstranění varlat. Výhodou této varianty je rychlý nástup účinku a také to, že nejsou potřeba kontroly hladiny testosteronu během dalšího sledování – vzhledem k tomu, že většina testosteronu se tvoří ve varlatech, operací dojde k téměř úplnému zastavení produkce tohoto hormonu. Nevýhodou je psychologický a kosmetický efekt. **Léková kastrace** se pak provádí buď za použití přímých blokátorů nebo pravidelnou aplikací injekcí (nutno pravidelně sledovat hladinu testosteronu) či každodenním užíváním tablet (potřeba kontrolovat funkci jater); tyto varianty různými způsoby blokují tvorbu testosteronu. Důsledkem kastační léčby je impotence a ztráta libida.

Pokud i přes použití jedné z variant kastační léčby, dojde k nárůstu PSA, je vybraný léčebný postup doplněn dalším tak, aby byla zajištěna maximální blokáda působení testosteronu. V případě, že se i tak hladina PSA zvyšuje, vstupuje onemocnění do tzv. **kastračně rezistentní fáze**.

6.2. Kastačně rezistentní karcinom prostaty

Kastačně rezistentní karcinom prostaty je nejzávažnějším stádiem tohoto onemocnění a léčebný proces vyžaduje interdisciplinární přístup, tj. úzkou spolupráci onkologa, urologa, radiačního onkologa, specialistů na léčbu bolesti či rehabilitaci. V případě, že onemocnění je v této fázi, je úplné vyléčení bohužel nemožné. K dispozici je **několik možností léčby**, o nichž by pacienti měli být informováni, a to včetně všech pozitiv a negativ:

- Chirurgický zákrok
- Chemoterapie
- Hormonální léčba
- Symptomatická terapie
- Lokální ozařování
- Paliativní léčba

Tyto léčebné metody je možné kombinovat a navzájem doplňovat, o vhodnosti musí rozhodnout lékař. Při určování konkrétní terapie je nutno vzít v úvahu všechny faktory, jako jsou konkrétní symptomy, nežádoucí účinky léčebných metod, preference pacienta, případná další onemocnění a předpokládaná délka života, také předpokládaný vývoj onemocnění, umístění metastáz a celkový rozsah nádorového onemocnění.

U pacientů s metastatickým, postupujícím, kastročně rezistentním karcinomem s minimálními symptomy je vhodné pokračovat v **hormonální léčbě** za účelem snížení hladiny testosteronu.

Pacienti, u kterých se symptomy objevují (nejčastěji výrazné bolesti kostí) a jsou v dobrém výkonnostním stavu, by měla být jako primární léčba nabízena **chemoterapie** – látka docetaxel ve dvou nebo třítýdenním režimu dávkování. V průběhu léčby je potřeba pravidelně kontrolovat funkce ledvin a jater, hodnoty krevního obrazu a PSA. Léčba je obecně tolerována dobře, mezi nejčastější nežádoucí účinky patří:

- Dočasná ztráta vlasů
- Postižení nervů
- Únava
- Nechutenství

V případě, že má pacient celkový zdravotní stav horší, je vhodnější **symptomatická terapie** – tj. léčení pouze příznaků (chemoterapie může být volbou, pokud je horší zdravotní stav důsledkem metastatického karcinomu prostaty).

Pacientům s kastročně rezistentním, postupujícím onemocněním v dobrém celkovém stavu po chemoterapii docetaxelem může být v případě potřeby nabídnuta jedna z následujících možností pokračující léčby v kombinaci se symptomatickou a podpůrnou léčbou: abirateron (v kombinaci s Prednisonem), cabazitaxel, enzalutamid, či Radium-223 (pokud má pacient pouze kostní metastázy).

Léčba kostních metastáz

Léčba symptomatických kostních metastáz (výrazné bolesti kostí) by měla být součástí komplexní onkologické léčby a pacientům by měla být navíc nabídnuta jedna nebo více z následujících možností léčby: léky proti bolesti, lokální radioterapie, chirurgický zákrok (nejčastěji v kombinaci s ozařováním), bisofonáty (redukuje poškození kostí a umožňují hojení kostí už poškozených), monoklonální protilátka denosumab (biologický lék, který zabraňuje zpětnému vstřebávání [resorpci] kostí) či Radium-223. Každá z těchto možností má svá omezení a je vhodná vždy pro určité případy; nevhodnější léčbu by měl lékař stanovit s ohledem na preference pacienta.

6.3. Podpůrná a paliativní terapie

Všechny postupy léčby rakoviny prostaty s sebou mohou nést nežádoucí účinky. Lékař by měl pacienta informovat o možnostech **léčby** těchto **vedlejších účinků**.

Paliativní péče je definována jako přístup ke **zlepšení kvality života** pacientů a jejich rodin, kteří čelí problémům spojených s život ohrožujícím onemocněním. Tento typ péče se zaměřuje na prevenci a zmírnění utrpení prostřednictvím účinné léčby omezujících symptomů, časného záchytu, pečlivého vyšetření, léčby bolesti a dalších fyzických, psychosociálních a duchovních problémů. Mezi časté příznaky u pacientů s pokročilým karcinomem prostaty patří bolest, únava, úbytek hmotnosti, úzkost, deprese a symptomy související s postiženými orgány (např. ochrnutí a zadržování moči).

Rozhodnutí o strategii léčby má proběhnout na **interdisciplinární úrovni** a pacientovi by měl být k dispozici multioborový paliativní tým. Možnost paliativní péče má být s pacientem a jeho příbuznými konzultována co nejdříve; do komplexního informování o této variantě patří:

- Informace o všech dostupných pečovatelských službách (svépomocné skupiny, ambulantní péče, ústavní péče, ambulantní hospicové služby, lůžkové ústavy, specializovaná ambulantní paliativní péče, nemocniční paliativní péče a obecně paliativní péče).
- Informace o všech léčebných metodách.
- Příprava komplexního léčebného plánu s ohledem na osobní preference pacienta.

Součástí léčby metastatického karcinomu prostaty je také tlumení bolesti pomocí **léků**. Ošetřující lékař by měl posoudit, která forma léčby bolesti je pro daného pacienta nejvhodnější. Vedle farmakologické léčby by měly být zváženy i **ne-lékové** (např. polohování, lymfodrenáž – vyplavování toxických látek z těla; nebo aktivační péče) a **psychosociální** (psychologická podpora, eventuálně možnost pastorační péče) přístupy.

7. Rehabilitace a dispenzarizace

Dispenzarizací se rozumí **aktivní dohled** nad pacientem trpícím chronickým onemocněním, jeho průběžné sledování a vyhodnocování zdravotního stavu. Pacient by měl sdělit ošetřujícímu lékaři svou **anamnézu** – tedy všechny potenciačně důležité informace ohledně jeho současných i minulých zdravotních komplikací, včetně rodinné anamnézy. Důležité je, aby pacient nezatajoval podstatné informace a byl ke svému lékaři upřímný; dostatek informací o specifikách daného pacienta pomůže lékaři vhodně nastavit léčbu i rehabilitaci.

7.1. Rehabilitace a sledování po kurativní léčbě

Pacient by měl být informován o možnostech rehabilitace specifických pro danou léčbu, zejména ve formě následné péče. Rehabilitaci by měl řídit urolog; v případě, že pacient trpí dalšími závažnými onemocněními, by měla rehabilitace probíhat multidisciplinárním způsobem. Lékař by měl vyhodnotit potřebu psycho-onkologické péče zaměřené na podporu pacienta v průběhu onkologické terapie a v případě potřeby mají být nabídnuta vhodná opatření.

Rehabilitace po **radikální prostatektomii** zahrnuje:

- Léčba pooperačních dysfunkcí, jako je zejména inkontinence moči a erektilní dysfunkce.
- Obnova fyzických a duševních schopností.
- Obnova účasti v normálním společenském životě. V případě, že je pacient stále výdělečně činný, je rehabilitace také zaměřena na zachování, či obnovení schopnosti pracovat.

Rehabilitace po **radioterapii** zahrnuje:

- Léčba po-radiačních dysfunkcí, zejména poruch funkce močového měchýře nebo střeva a erektilní dysfunkce.
- Obnova fyzických a duševních schopností.
- Obnova účasti v normálním společenském životě. V případě, že je pacient stále výdělečně činný, je rehabilitace také zaměřena na zachování, či obnovení schopnosti pracovat.

Pacienti bez symptomů by měli být vyšetřeni do 12 týdnů od ukončení léčby. V prvních dvou letech by vyšetření měla být opakována čtvrtletně, v následujících dvou letech dvakrát ročně a poté s ročním intervalem. Kontroly by se měly zaměřovat především na sledování hodnoty PSA, další vyšetření jsou pak závislá na konkrétním stavu daného pacienta.

7.2. Rehabilitace a sledování pacientů podstupujících hormonální terapii

Pacienti užívající hormonální kúru by měli mít během rehabilitace dostatek pohybu, cílem rehabilitace během hormonální terapie je:

- Léčba vedlejších účinků terapie.
- Zachování nebo obnovení fyzických a duševních schopností.
- Obnova účasti v normálním společenském životě. V případě, že je pacient stále výdělečně činný, je rehabilitace také zaměřena na zachování, či obnovení schopnosti pracovat.

V rámci tří až šesti měsíčních kontrol v průběhu hormonální terapie by měl lékař od pacienta získat jeho **anamnézu**; další laboratorní vyšetření a diagnostika by měla být určena individuálně v závislosti na stavu a symptomech pacienta.

8. Psychosociální aspekty a kvalita života

8.1. Edukace a poradenství

Pro zajištění co nejlepšího průběhu celé léčby je nutná úzká **spolupráce lékaře a pacienta** a případně i jeho blízkých. Pacient musí být ke svému lékaři zcela upřímný ohledně své anamnézy, problémů i preferencí. Lékař by pak měl pacientovi poskytnout všechny nezbytné informace týkající se léčby. Edukačních a konzultačních pohovorů se může účastnit i partner pacienta.

Během **lékařské konzultace** má být pacient informován o všech relevantních léčebných možnostech, o jejich šancích na úspěch a jejich případných dopadech na celkový stav. Konkrétně by měly být diskutovány účinky na fyzický vzhled, sexuální život (impotence), kontrola udržení moci a stolice (inkontinence) a aspekty sebereflexe. V rámci tohoto pohovoru mají být stanoveny a zohledněny individuální preference, potřeby, starosti a obavy pacienta. Pokud pacient požaduje další informace, měl by mu lékař nabídnout další rozhovor.

Aby se pacient mohl správně rozhodnout o volbě léčebné kúry, musí podaným informacím plně rozumět, proto by měl být informován kvalifikovaným a obecně pochopitelným způsobem. V případě nejasností by se měl dotázat svého ošetřujícího lékaře. Kromě toho by pacient měl být upozorněn na existenci informačních materiálů pro pacienty s karcinomem prostaty, které jsou založené na aktuálních vědeckých důkazech, a tudíž poskytují relevantní a vysoce kvalitní informace.

8.2. Psychosociální podpora

Pacientovi by měla být nabídnuta psychosociální a psycho-onkologická podpora v případě duševních, sexuálních nebo partnerských problémů. Měl by být informován o možnosti kontaktovat podpůrnou organizaci „Asociace mužů sobě“ (dostupná na webu: <https://asmuso.cz>).