

**Tab. 4.** SARC-F dotazník pro sarkopenii (překlad z anglického originálu)**Tab. 4.** SARC-F Screen for Sarcopenia (translation from the English original)

|                     | Otázka                                                  | Skóre                                                                    |
|---------------------|---------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| Síla                | Jak velké obtíže vám působí zvednout 4,5 kg (10 liber)? | Žádné = 0<br>Mírné = 1<br>Hodně velké/nejsem schopen = 2                 |
| Asistence při chůzi | Jak velké obtíže vám působí přejít místnost?            | Žádné = 0<br>Mírné = 1<br>Hodně velké/potřebuji oporu/nejsem schopen = 2 |
| Vstávání ze židle   | Jak velké obtíže vám působí přesun z židle na postel?   | Žádné = 0<br>Mírné = 1<br>Hodně velké/potřebuji pomoc = 2                |
| Chůze do schodů     | Jak velké obtíže vám působí vyjít 10 schodů?            | Žádné = 0<br>Mírné = 1<br>Hodně velké/nejsem schopen = 2                 |
| Pády                | Kolikrát jste za poslední rok upadl?                    | Ani jednou = 0<br>1–3× = 1<br>≥ 4× = 2                                   |

predikovat vznik SP (29). Ohataka et al. analyzovali soubor 77 pacientů s mCRPC, kteří podstoupili chemoterapii docetaxelem. Cílem studie bylo objasnění korelace mezi podáním chemoterapie a SP a dále zjistit vliv SP na dobu přežití. Sarkopenii definovali stanovením indexu kosterního svalstva (SMI – skeletal muscle index), který se určuje pomocí plochy kosterního svalstva na CT vztažené na druhou mocninu výšky pacienta. Cutoff v této studii byl stanoven na index musculus psoas major v úrovni obratle L3  $< 5,7 \text{ cm}^2/\text{m}^2$ . Autoři zjistili SP u 26 (34 %) pacientů. Střední doba sledování byla 499 dní a během tohoto období zemřelo 35 (45 %) pacientů, přičemž pacienti se SP vykazovali po zahájení léčby významně kratší dobu přežití. Tato studie potvrdila, že SP je negativním prognostickým faktorem tolerance léčby docetaxelem, a také zvyšuje riziko úmrtí (30).

### Vznik kostních příhod

Karcinom prostaty má nejvyšší výskyt kostních metastáz ze všech urologických malignit (31).

Růstem metastatických nádorových buněk a jejich kostní destrukcí může docházet ke kostním příhodám (SREs – skeletal related events). Mezi SREs řadíme patologické zlomeniny a s nimi spojené operační výkony na kostech, kompresi míchy, paliativní radioterapii skeletu a nutnost užívání antiresorpční léčby (32, 33). Vzhledem k tomu, že se

KP vyskytuje především u starší populace pacientů, u které je vysoká prevalence osteoporózy, použití ADT jako léčebné metody má kumulativní škodlivé účinky na kostní minerální hmotu, což zvyšuje riziko zlomenin skeletu (34). To prokázala i práce z roku 2005, ve které autoři analyzovali záznamy více než 50 000 mužů s diagnózou KP a incidencí SREs s následnou nutností hospitalizace. U pacientů, kteří splnili podmínku pětiletého přežití, prodělalo SREs 19,4 % pacientů na ADT, ve srovnání s 12,6 % mužů, kteří ADT neměli. V analýzách proporcionálních rizik, upravených pro charakteristiky pacienta a nádoru, existoval statisticky významný vztah mezi ADT a následným rizikem zlomeniny (35). Další autoři hodnotili korelaci výskytu patologické fraktury s OS u 195 pacientů s KP na ADT. Pomocí vícerozměrné analýzy bylo zjištěno, že medián OS dosáhl 121 vs. 160 měsíců u mužů s anamnézou vs. bez anamnézy fraktury skeletu od diagnózy KP (36).

### CHAARTED kritéria

Americká studie Chemo-hormonal Therapy versus Androgen Ablation Randomized Trial for Extensive Disease in Prostate Cancer (CHAARTED) publikovaná v roce 2018 zahrnovala 790 pacientů s metastatickým hormonsenzitivním KP (mHSPC – metastatic hormone sensitive prostate cancer)  $\leq 2$  s ECOG. Pacienti byli randomizováni 1 : 1 k podání docetaxelu a ADT