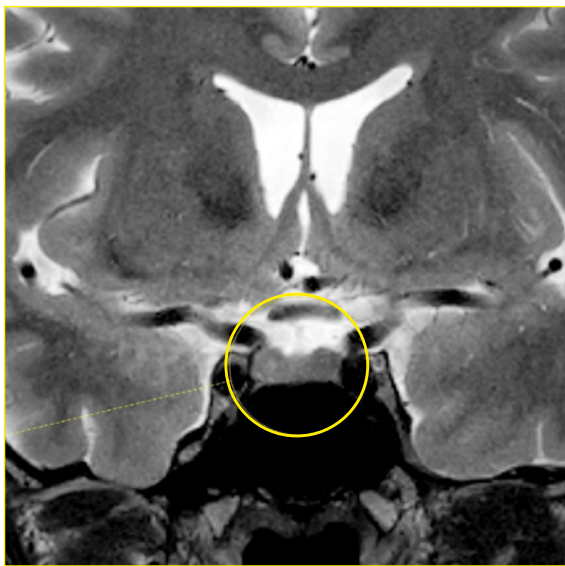




Obr. 3. MR hypofýzy – předozadní projekce

Fig. 3. MRI of the pituitary gland – anteroposterior-projection

Existují poměrně striktní kritéria k nasazení TRT u pacientů po léčbě karcinomu prostaty (14): léčba testosteronem může být (s opatrností) nabídnuta mužům se symptomatickým hypogonadismem, i když jsou (nejméně jeden rok) po chirurgické léčbě lokalizovaného karcinomu prostaty a jsou v remisi onemocnění (MAJÍ: nulové PSA, NEMAJÍ abnormální rektální vyšetření, kostní/viscerální metastázy): léčba by měla být omezena na pacienty s nízkým rizikem recidivujícího karcinomu prostaty (tj. Gleason skóre < 8, patologický stupeň pT1-2, předoperační PSA < 10 ng/ml). V doporučení Evropské urologické společnosti z roku 2020 (12) jsou dokonce zpřísněna: omezte TRT na pacienty s nízkým rizikem recidivy karcinomu prostaty (tj. předoperační PSA < 10 ng/ml; Gleasonovo skóre < 7, cT1-2a a léčba by měla začít po alespoň 1 roce sledování s hladinou PSA < 0,01 ng/ml.

LITERATURA

1. Huggis CH, Hodges C. Studies on Prostatic Cancer. I. The Effect of Castration, of Estrogen and of Androgen Injection on Serum Phosphatases in Metastatic Carcinoma of the Prostate*. Cancer Research. 1941; 1(4): 293–297. ISSN 0008-5472.
2. EAU Guidelines on Sexual and Reproductive Health – Male Hypogonadism – Uroweb. Uroweb – European Association of Urology [online]. Available from: <https://uroweb.org/guidelines/sexual-and-reproductive-health/chapter/male-hypogonadism>.

Aktuální doporučení Evropské urologické společnosti (2) indikaci ještě zpřísňují: omezte TRT na pacienty s nízkým rizikem recidivy karcinomu prostaty (tj. předoperační PSA < 10 ng/ml; Gleasonovo skóre < 7, cT1-2a a léčba by měla začít po alespoň 1 roce sledování s hladinou PSA < 0,01 ng/ml. Aktuální guidelines rovněž uvádějí, že nejnovější literatura nepotvrzuje zvýšené riziko karcinomu prostaty u hypogonadálních mužů podstupujících substituční léčbu testosteronem. Pokud není okultní karcinom prostaty zjištěn před zahájením léčby testosteronem terapie, může léčba demaskovat karcinom zjištěný na základě časného vzestupu PSA v průběhu 6–9 měsíců léčby. Vzhledem k nedostatku přesvědčivých údajů založených na důkazech o bezpečnosti je možné použití léčby testosteronem u symptomatických hypogonadálních mužů, kteří byli dříve léčeni pro karcinom prostaty omezena na jedince s nízkým rizikem.

ZÁVĚR

I když náš pacient má nádorovou duplicitu, včetně karcinomu prostaty, vstupní parametry a klinický obraz hypogonadismu nás opravňuje nasadit substituční léčbu testosteronem. Jeho stav je nutné nadále monitorovat včetně kontrolních ultrazvukových a CT vyšetření ledvin a břicha, odběrů PSA, testosteronu, jaterních testů a krevního obrazu, fyzikálního vyšetření – per rectum. Substituční terapie testosteronem představuje u přísně indikovaných pacientů, kteří podstoupili léčbu karcinomu prostaty, bezpečnou terapeutickou modalitu s minimálním až nulovým rizikem recidivy nebo progresu karcinomu.