

Vážení přátelé, kolegyně a kolegové,

je mou milou povinností uvést první letošní vydání časopisu Onkologie. Přiznávám, že jsem nikdy nepřečetl tolik editorialů jako dnes, ať už se jednalo o dvouměsíčník Onkologie či urologická periodika tuzemská nebo zahraniční. Přiznávám také, že se jednotlivé úvodníky dosti liší v tzv. klíčových slovech a že se my, urologové, máme ještě co učit. Ty urologické se často věnují postgraduálnímu vzdělávání, činnosti Výboru nebo významu samotného časopisu, ale obsahují také narážky na rozdíly mezi nemocniční a ambulantní složkou oboru, věčný boj mezi otevřenou a robotickou chirurgií nebo zmiňují spíše politické události v odborné společnosti. Vaše, onkologické, se z velké části věnují tématům psychologie, etiky, komunikace, úcty nebo v konkrétních případech například problému stárnoucí populace. Editorial mé spolužačky, dr. Lucie Cingrošové, o projektu MŮJ NOVÝ ŽIVOT pro onkologicky nemocné děti mě naplňuje respektem k vašemu oboru a jako urolog musím uznat, že onkologie není jenom o velkých financích, ale také o velkém porozumění a radosti z každého zachráněného (nebo prodlouženého) života. Jako urolog jsem také poctěn, že jsem mohl požádat své kolegy, aby přispěli k tomuto číslu a přinesli nejnovější informace o diagnóze karcinomu prostaty. Je pravdou, že žádná další nosologická jednotka není takovou třetí plochou mezi našimi obory. Testikulární tumory jsou prakticky ve vaší gesci, kdy se urologové stali spíše „výkonnými“ chirurgy, metastatický karcinom ledviny není nutné zmiňovat, to stejné platí i pro uroteliální tumory, pokud selhala primární chirurgická léčba. Karcinom prostaty je výjimečný nejen z epidemiologického, ale také medicínského hlediska. V posledních letech zaznamenal výzkum a aplikace nových diagnostických nebo léčebných metod obrovský pokrok, který s sebou přináší řadu dalších nejen odborných, ale i společenských otázek. Z pohledu urologa je tedy s podivem, že větší prostor byl ve vašem odborném časopisu této diagnóze věnován před téměř čtyřmi lety (Onkologie 2010; 4). Zajímavou zkušeností je pročitat tehdy publikované články, které zcela opomíjejí nejnovější zobrazovací metody, jen okrajově zmiňují laparoskopickou nebo roboticky asistovanou operativu, neznají protonovou terapii nebo se jen zkratkovitě dotýkají léčby kastračně-rezistentního karcinomu prostaty (tehdy ještě nazývaného hormonálně-rezistentní karcinom). Za tato léta jsme se dostali mnohem dál, bohužel (musíme přiznat) jsme ale také neudrželi krok s ekonomickými nebo celospolečenskými nároky. Karcinom prostaty je nejčastější onkologická diagnóza u mužů a druhá nejčastější (po karcinomu plic) příčina úmrtí na nádorové onemocnění. Máme k dispozici relativně nespolehlivý test pro primární diagnostiku, prostatický specifický antigen (PSA), který nicméně zcela změnil současné parametry tohoto onemocnění. Plošný screeningový program zatím není uznáván žádnou vyspělou zemí a odběr krve na vyšetření PSA by měl být s pacientem důsledně konzultován. Máme k dispozici přesnější diagnostické metody (PCA3, prostate health index), které nejsou hrazené z veřejného pojištění. Podle zkušeností našeho pracoviště provedeme cca polovinu biopsií prostaty bez záchytu karcinomu a naše výsledky se přitom řadí mezi nejlepší v zemi. Multiparametrická magnetická rezonance nebo PET-CT v rámci primární diagnostiky jsou pro pacienty dostupné pouze v rámci grantových projektů. Aktivní sledování pacientů s nízkorizikovým karcinomem si v ČR teprve hledá své místo a vyžaduje vysokou úroveň znalostí, zařazení v jasném protokolu a možnost častých návštěv na urologickém pracovišti. Miniinvasivní operativa naráží na ekonomické limity jednotlivých pracovišť, nehledě na to, že v evropském prostředí je stále zmiňován nejasný přínos nových metod nejen stran funkčních (erektilní dysfunkce, inkontinence), ale také onkologických výsledků. Radioterapie doznala obrovského pokroku s ještě větším marketingovým tlakem stran protonové terapie bez jasně prokazaného benefitu. O léčbě kastračně rezistentního karcinomu prostaty může-

me napsat dvakrát do roka prakticky nový přehledový článek o aktuálních možnostech terapie, nicméně regulační úřad vybere nejhůře odpovídající skupinu pacientů z dostupné studie a stanoví tak indikační omezení úhrady, nehledě na stále se komplikující data o tzv. sekvenční léčbě (viz článek dr. Matouškové v příštím čísle časopisu Onkologie). Ve světle těchto kritických poznatků je nutné ale zmínit pozitivní trendy současné uroonkologie. Aktuálním tématem je chirurgická léčba lokálně pokročilého karcinomu prostaty s důrazem na multimodalitní přístupy. Perspektivní je také propagace úlohy multidisciplinárních týmů. Účast urologa, klinického onkologa, radiačního onkologa, radiodiagnostického specialisty a patologa (není řazeno podle významu odbornosti) v tomto týmu je zcela zásadní pro určení nejvhodnějšího léčebného režimu s důrazem na individuální rozhodnutí plně informovaného pacienta. Je evidentní, že konečné rozhodnutí je do jisté míry ovlivněno možnostmi pracoviště, na kterém konzultace probíhá. Při vědomí toho, že stanovení diagnózy probíhá prakticky vždy na urologickém pracovišti, že se rozšiřují možnosti a rozsah operativy a že urologové stále „drží“ základní hormonální léčbu karcinomu prostaty, je jasné, že spolupráce mezi urologickou a onkologickou obcí musí probíhat na úrovni rovnocenných partnerů, neboť pouze z této spolupráce může profitovat ten nejdůležitější subjekt, totiž náš společný pacient. Pevně věřím, že k tomu toto číslo Onkologie přispěje.

MUDr. Otakar Čapoun, FEBU

Urologická klinika VFN a 1. LF UK v Praze
otakar.capoun@seznam.cz