

nebo plicích. Izolované postižení plic metastázami je však poměrně vzácné (4). Dle kritérií, které definovaly studie CHAARTED a LATITUDE, jde při viscerálních metastázách o vysoce objemový a vysoce rizikový karcinom (5, 6).

Kombinovanou terapii metastatického hormonálně senzitivního karcinomu prostaty jako standardní postup doporučuje také Evropská urologická společnost (7). Většinou bývá preferováno podání dvoj-kombinace chemoterapie v kombinaci s ADT nebo trojkombinace chemoterapie s ADT a NHT. Další z možností je kombinovaná hormonální terapie ADT + NHT. Stávající možnosti NHT představují abirateron, enzalutamid a apalutamid. Je to také jedna z možností terapie nemocných s viscerálními metastázami.

Při volbě terapeutického postupu bychom vždy měli kromě místa a rozsahu nádorového postižení zvážit performans status (ECOG PS) skóre pacienta, jeho symptomy a komorbiditu a v neposlední řadě i preference pacienta (7). Náš nemocný, po vysvětlení zejména nežádoucích účinků kombinované terapie, z nabízených možností preferoval ADT + NHT.

S ohledem na kardiovaskulární historii našeho pacienta vzniká v souvislosti s podáváním hormonální terapie riziko kardiální dekompenzace. Mezi popisované nežádoucí účinky ADT a NHT patří indukce hypertenze, ischemické choroby srdeční, arytmie a tromboembolické nemoci. Přesto podání hormo-

Tab. 1. Výběr z doporučení Evropské urologické společnosti pro léčbu karcinomu prostaty, s ohledem na případ našeho pacienta

Doporučení Evropské urologické společnosti	Síla doporučení
Nenabízejte ADT v kombinaci s lokální terapií prostaty (radioterapií/operací) pacientům s vysoce objemovým onemocněním dle CHAARTED kritérií.	Silné
Nabídněte časnou systémovou léčbu pacientům s asymptomatickým M1.	Silné
Nenabízejte podání antagonistu androgenového receptoru v monoterapii u pacientů s M1 onemocněním.	Silné
Nabízejte ADT kombinovanou s abirateronacetátem plus prednisonem nebo apalutamidem, nebo enzalutamidem pacientům s onemocněním M1, kteří jsou dostatečně „fit“ pro daný režim.	Silné

M1 – metastatické onemocnění, ADT – androgen deprivace terapie

Tab. 2. Srovnání incidence kardiovaskulárních příhod u apalutamidu (studie SPARTAN) a abirateronu (studie LATITUDE)

Incidence kardiovaskulárních příhod (8)		
Apalutamid (SPARTAN)	1 207 účastníků	Fibrilace síní 0,87 % apalutamid vs. 0,5 % placebo
		Srdeční selhání 0,37 % apalutamid vs. 0,0 % placebo
		Městnavé srdeční selhání 0,5 % apalutamid vs. 0,25 % placebo
Abirateron + prednison (LATITUDE)	1 209 účastníků	Fibrilace síní 0,34 % abirateron + prednison vs. 0,0 % placebo
		Srdeční selhání 0,5 % abirateron + prednison vs. 0,0 % placebo
		Hypertenze 38,36 % abirateron + prednison vs. 22,9 % placebo
		Infarkt myokardu 0,5 % abirateron + prednison vs. 0,0 % placebo

Tabulka upravena dle údajů Kakkar S, Pramanik P, Singh S, Singh AP, Sarkar C, Chakroborty D. Cardiovascular Complications in Patients with Prostate Cancer: Potential Molecular Connections. *Int J Mol Sci.* 2023 Apr 10;24(8)

nální terapie není absolutní kontraindikací, vhodné jsou ale pravidelné kontroly takového pacienta, případně jeho sledování specialistou (8).

Zvýšením kardiovaskulárního rizika pro apalutamid se zabírala studie SPARTAN (multicentrická, randomizovaná, dvojité zaslepená studie fáze III, apalutamid vs. placebo). Pro srovnání uvádím studii LATITUDE (rando-

mizovaná, dvojité zaslepená studie fáze III, abirateron vs. placebo).

Závěr

Kombinovaná terapie s apalutamidem přinesla u našeho pacienta vynikající výsledky. Pacient terapii toleruje dobře, bez kardiovaskulárních komplikací a s dobrou kvalitou života.

LITERATURA

- Krejčí D, Mužík J, et al. Novotvary 2019–2021 ČR. Available from: <https://www.uzis.cz/res/f/008447/novotvary2019-2021.pdf>.
- Desai K, McManus JM, Sharifi N. Hormonal Therapy for Prostate Cancer. *Endocr Rev.* 2021 May 25.
- Katolícká J. Metastatický hormonálně senzitivní karcinom prostaty. Available from: [https://www.mujspacient.cz/storage/fm/2023/%C4%8CERVEN/OR02-2023_Katolíck%C3%A112%20\(1\).pdf](https://www.mujspacient.cz/storage/fm/2023/%C4%8CERVEN/OR02-2023_Katolíck%C3%A112%20(1).pdf).
- Wu LX, Lei L, Zhu YC, et al. A prostate cancer patient with

- isolated lung metastases: a case report. *Transl Cancer Res.* 2020;9(3):2064–2068. doi: 10.21037/tcr.2020.01.19. PMID: 35117556; PMCID: PMC8798257.
- Kyriakopoulos CE, Chen YH, Carducci MA, et al. Chemohormonal therapy in metastatic hormone-sensitive prostate cancer: Long-term survival analysis of the randomized phase III E3805 CHAARTED trial. *J Clin Oncol.* 2018;36(11):1080–1087. doi: 10.1200/JCO.2017.75.3657.
- Fizazi K, Tran N, Fein L, et al. Abiraterone acetate plus prednisone in patients with newly diagnosed high-risk metastatic

- castration-sensitive prostate cancer (LATITUDE): final overall survival analysis of a randomised, double-blind, phase 3 trial. *Lancet Oncol.* 2019;20(5):686–700. doi: 10.1016/S1473-2045(19)30082-8.
- Mottet Chair PN, et al. Guideline on prostate cancer. Available from: <https://uroweb.org/guidelines/prostate-cancer/chapter/treatment>.
- Wilk M, Waško-Grabowska A, Szmit A. Cardiovascular complications of prostate cancer treatment. *Frontiers in Pharmacology.* 2020;11:555475.