

Biochemický relaps

První biochemický relaps nastává v lednu 2020, 11 měsíců od operace s elevací PSA na hodnotu 0,68 µg/l. Morfologická korelace byla potvrzena PET/CT s pozitivním signálem v 1 nezhvětšené pánevní lymfatické uzlině. Indikována byla salvage radioterapie ve 26 frakcích, kterou pacient toleroval bez větších potíží.

Biochemická progresse

Od června 2020 jsme pro biochemickou progresi indikovali androgen deprivační terapii triptorelin-acetátem 11,25 mg 1x/3 měsíce. Terapie byla efektivní s výbornou tolerancí do října 2021, kdy nastává radiologická progresse onemocnění.

Morfologická progresse – metastatický kastročně rezistentní karcinom prostaty – 1. linie léčby

Říjen 2021 – pro bolesti v oblasti levé kyčle byla provedena scintigrafie skeletu s nálezem kostních metastáz subtrochanterické části levého femuru a v manubriu sternu (Obr. 1). Hodnota PSA byla 45,89 µg/l, hodnota testosteronu 0,39 nmol/l. Nález potvrdil metastatický kastročně rezistentní karcinom prostaty (mCRCP). Při progresi jsme indikovali léčbu abirateron acetátem s konzultací transplantologie a klinického farmaceuta pro riziko významné lékové interakce s imunosupresivní a antivirotickou léčbou. Abirateron acetát je metabolizován cestou CYP17 a nehrozila interakce s chronickou léčbou, proto jsme zahájili dávku 1000 mg/den s prednisonem 10 mg/den. Léčba byla pacientem dobře snášena, obavy hepatotoxicity léčby se neprokázala a efekt trval necelých 11 měsíců.

2. linie léčby mCRCP

Výrazná biochemická, morfologická i klinická progresse nastává v září 2022, s korelací v axiálním a apendikulárním skeletu, lymfatických uzlinách retroperitonea a malé pánve (Obr. 2). Hodnota PSA byla 79 µg/l, hodnota testosteronu 0,24 nmol/l. Problematika lékových interakcí, možné snížené funkční kapacity jater a chronické renální insuficience se naplno objevuje. Indikovali jsme docetaxel, který je metabolizován přes cytochrom P450-3A4 a může výrazně ovlivnit metabo-

Obr. 1. Scintigrafie skeletu říjen 2021



Obr. 2. Scintigrafie skeletu září 2022



lizaci imunosupresiv s rizikem akutní rejekce transplantátu. Pro předpokládanou toxicitu jsme přistoupili k primární redukci docetaxelu o 20 % na 60 mg/m² při frekvenci aplikace 1x/3 týdny a redukci takrolimu na 2 mg/den. Dávku prednisonu jsme ponechali na 10 mg/den. Navzdory redukci byla léčba špatně tolerována. Silná hematologická toxicita v podobě anémie (Hgb 86 g/l) se objevila již po 1. cyklu chemoterapie s nutností aplikace krevních transfuzí. Navíc se po 4. cyklu chemoterapie objevila vzácně pozorována renální insuficience s elevací kreatininu (235 µmol/l) a urey (30,2 mmol/l), nejpravděpodobněji pro současnou podávání nefrotoxicke imunosupresivní léčby se sníženou metabolickou funkcí jater a společnou metabolizací přes cytochrom P450-3A4. Nádorové onemocnění bylo k docetaxelu refrakterní, hodnota PSA dosahovala hodnoty 295 µg/l, došlo k eskalaci dekompen-

zace renálních parametrů a k dekompenzaci kostních bolestí. V docetaxelu jsme dále nepokračovali.

3. linie mCRCP

Při aktuální progresi onemocnění se pacient dostává k první hospitalizaci pro eskalaci kostních bolestí a předávkování opiáty k nastavení analgoterapie a zvážení dalšího terapeutického postupu. Pacient užíval oxycotin 40 mg 2x denně. Poměrně běžná dávka opioidu mu způsobila syndrom z předávkování – nevolnosti, nauzea, absence stolice, hypotenze pro sníženou funkční kapacitu jater. Eskalace analgoterapie za hospitalizace probíhala dle standardních postupů WHO a dostatečné kompenzace bylo dosaženo postupným navýšením fentanylové transdermální náplasti s rescue medikací sublingválním fentanylem. V další linii jsme zvažovali znovuna-