PORADNIK DLA PACJENTA

RAK PROSTATY

PROBLEMY W TOKU LECZENIA



IPSEN
Innovation for patient care

Opracował:
Dr hab. n. med. Sławomir Poletajew, urolog, we współpracy z IPSEN Poland sp. z o.o.

UWAGA:
Poradnik ma charakter informacyjno-edukacyjny i nie może być traktowany, jako zastępujący poradę lekarską.
Poradnik nie może być wykorzystywany w celach diagnostycznych.
W przypadku wątpliwości co do stanu zdrowia lub postępowania w przypadku choroby należy skonsultować się z lekarzem.

RAK PROSTATY – PROBLEMY W TOKU LECZENIA

Rak prostaty jest aktualnie najczęstszym nowotworem złośliwym u Mężczyzn. W ostatnich latach obserwuje się dynamiczny postęp w metodach diagnostycznych, jak i leczniczych w aspekcie tej choroby. Znajduje to odzwierciedlenie zarówno w zwiększonym odsetku rozpoznawania choroby na wczesnym etapie zaawansowania, jak również w poprawie rokowania Pacjentów i wydłużeniu przeżycia. **Dzięki skutecznym interwencjom medycznym** o charakterze zabiegowym lub farmakologicznym, dla wielu Mężczyzn **rak prostaty staje się chorobą przewlekłą, skutecznie leczoną, ale i wymagającą stałej kontroli.**

Dyskutując zagadnienia terapii Chorych na raka prostaty trzeba zauważyć, że leczenie jest nie tylko skuteczne, ale i agresywne. Wymaga tego oczywiście charakter choroby, której adekwatne leczenie ma bezpośredni wpływ na przeżycie Pacjenta. Wiąże się z tym jednak nierozłącznie ryzyko działań niepożądanych, niekorzystnych następstw i powikłań, które należy zawsze wziąć pod uwagę. Ich wystąpienie oddziałuje niejednokrotnie negatywnie na sferę fizyczną i psychiczną pacjentów.



Niniejszy materiał skierowany jest do Mężczyzn leczonych z powodu raka prostaty i ma za zadanie pomóc w zrozumieniu przebiegu leczenia ze szczególnym uwzględnieniem problemów i powikłań, które mogą wystąpić w jego trakcie. Świadomy udział w procesie terapeutycznym nie tylko wspiera pacjenta i ułatwia właściwy przebieg leczenia, ale również może bezpośrednio wpłynąć na lepsze jego wyniki.

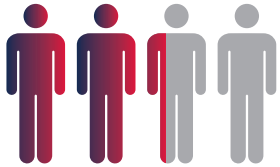
Problemy i powikłania leczenia operacyjnego



Wycięcie prostaty (prostatektomia) jest standardowym sposobem leczenia radykalnego Mężczyzn z rakiem prostaty. Co do zasady, jest opcją leczenia w przypadku choroby ograniczonej do narządu u Pacjentów z szacowanym długim przeżyciem. Operacja należy do skomplikowanych i wymagających. Obejmuje wycięcie prostaty, pęcherzyków nasiennych i zespolenie pęcherza moczowego z cewką moczową, u części Chorych wskazane jest ponadto wycięcie węzłów chłonnych miednicy (limfadenektomia). Operacja może być wykonana z dostępu tradycyjnego przez cięcie w podbrzuszu lub kroczu, jak i z dostępu laparoskopowego z pięciu małych nacięć skóry, przez które wprowadzane są narzędzia endoskopowe. Szczególną odmianą operacji laparoskopowej jest operacja w asyście robota. **Niezależnie od zakresu operacji i dostępu, wiąże się ona z ryzykiem wystąpienia szeregu powikłań,** przy czym zakres resekcji i inwazyjność wybranej metody są w pewnym zakresie proporcjonalne do ryzyka ich wystąpienia.

Zaburzenia wzwodu prącia i wytrysku

Wystąpienie zaburzeń czynnościowych – zaburzeń wzwodu i nietrzymania moczu – jest zazwyczaj podstawową obawą Mężczyzn poddawanych leczeniu operacyjnemu. Zaburzenia wzwodu są najczęstszą negatywną konsekwencją operacji, dotykającą zdecydowaną większość Mężczyzn.



Ważnym czynnikiem ryzyka wystąpienia zaburzeń wzwodu po operacji jest obecność dysfunkcji w tym zakresie już przed leczeniem, co statystycznie dotyczy ponad połowy mężczyzn po 40 roku życia. Nasilenie problemu jest zróżnicowane – od pogorszenia twardości erekcji, czy kłopotów z jej utrzymaniem podczas stosunku, do całkowitego braku wzwodów. Wobec zaburzeń wzwodu w pierwszym rzucie stosuje się leki doustne. Mogą być one stosowane w okresie pooperacyjnym jako wspomożenie rehabilitacji, przewlekle w stałej niskiej dawce lub doraźnie na 30-60 minut przed współżyciem. W razie niepowodzenia zastosowanie znajdują urządzenia próżniowe oraz iniekcje leku wywołującego erekcję do ciał jamistych prącia, co wymaga odpowiedniego przeszkolenia Pacjenta. Ostatecznie rozważyć można wszczepienie protez ciał jamistych prącia. Usunięcie prostaty i pęcherzyków nasiennych prowadzi do braku ejakulatu, czyli tzw. suchych ejakulacji. Wraz z brakiem wytrysku, zmianie ulega również jakość orgazmu. Zmiany mają charakter nieodwracalny i nie podlegają leczeniu.

Nietrzymanie moczu

Za utrzymywanie moczu odpowiadają dwa mięśnie – zwieracz wewnętrzny i zwieracz zewnętrzny cewki moczowej. Oba położone są w bezpośrednim sąsiedztwie prostaty, na oba oddziałuje się podczas interwencji chirurgicznej w tym obszarze. **Pogorszenie lub utrata trzymania moczu dotyka większości mężczyzn w okresie pooperacyjnym, zazwyczaj ulega jednak powolnej poprawie w ciągu roku.** Proces można przyspieszyć i wspomóc aktywną rehabilitacją i regularnym ćwiczeniem mięśni dna miednicy. **W tym zakresie warto zgłosić się do dedykowanego fizjoterapeuty.**

Po roku od operacji co piąty Mężczyzna skarży się na klinicznie zauważalne nietrzymanie moczu i jest potencjalnym kandydatem do leczenia z tego powodu. Standardem pozostaje wszczepienie sztucznego zwieracza cewki moczowej. W istocie jest to mankiet hydrauliczny, który umieszcza się wokół cewki moczowej. W zależności od aktualnej potrzeby, mankiet zamyka lub otwiera światło cewki moczowej, prowadząc odpowiednio do utrzymywania moczu lub jego oddania.

Limfocele



Wycięcie miednicznych węzłów chłonnych wskazane jest u Mężczyzn, u których zachodzi odpowiednio wysokie ryzyko ich zajęcia przez nowotwór. Nie jest więc uniwersalnym elementem operacji. Wykonanie limfadenektomii istotnie zwiększa ryzyko wystąpienia powikłań chirurgicznych. Przede wszystkim wiąże się z ryzykiem powstania limfocele – patologicznego zbiornika w miednicy zawierającego chłonkę wy-

pływającą z przeciętych naczyń chłonnych. Obecność limfocele może nie powodować żadnych objawów, jednak u części Pacjentów powoduje ból, ucisk, czy ograniczenie ruchomości kończyny dolnej. Rzadko dojść może do zakażenia zbiornika. **W znakomitej większości przypadków limfocele ulega samoistnemu wyleczeniu i wymaga jedynie obserwacji.** W przypadkach objawowych lub powikłanych konieczna może być operacja drenażu limfocele.

Krwawienie

Każde naruszenie ciągłości tkanek wiąże się z ryzykiem krwawienia. Prostatektomia jest przy tym uważana za operację wysokiego ryzyka krwawienia. Krwawienie śródoperacyjne wymaga doraźnego odpowiedniego zaopatrzenia. Krwawienie pooperacyjne może być leczone zachowawczo, jak również może wymagać reoperacji. Efektem przebytego krwawienia może być powstanie krwiaka, który zazwyczaj ulega samoistnemu wchłonięciu, ale wiąże się z ryzykiem zakażenia. U części Pacjentów krwawienie wymaga przetoczenia krwi, która każdorazowo powinna być indywidualnie zabezpieczona na okres okołooperacyjny.

Nieszczelność zespolenia pęcherzowo-cewkowego

Po wycięciu prostaty konieczne jest odtworzenie drogi odpływu moczu z pęcherza moczowego, czyli wykonanie zespolenia pęcherza moczowego z cewką moczową. Na czas gojenia zespolenia konieczne jest wprowadzenie cewnika do pęcherza moczowego. Decyzję o jego usunięciu w okresie pooperacyjnym podejmuje urolog, indywidualnie w kontekście każdego Pacjenta. Po usunięciu cewnika może być obserwowana nieszczelność zespolenia i zaciek moczu w jego okolicy. W tych przypadkach konieczne jest dłuższe utrzymanie cewnika i wyczekiwanie pełnego zagojenia. W wyjątkowych przypadkach może zachodzić konieczność rekonstrukcji zespolenia.

Inne powikłania chirurgiczne śródoperacyjne i pooperacyjne

Prostatektomia jest powszechną i dobrze znaną operacją. **W przypadku urologów o dużym doświadczeniu ryzyko wystąpienia powikłań chirurgicznych jest niskie.**

Wśród innych potencjalnych powikłań należy wymienić:

- perforację odbytnicy, typowo wymagającą zszycia, ewentualnej dywulsji i diety ścisłej przez kilka dni w okresie pooperacyjnym;
- uszkodzenie nerwu zasłonowego w przypadku Pacjentów poddawanych limfadenektomii, wiążące się z ryzykiem zaburzeń przywodzenia uda i konieczności rehabilitacji;
- zakrzepicę żylną, która wymaga stosownej profilaktyki w okresie okołooperacyjnym, a w razie wystąpienia intensywnego leczenia przeciwkrzepliwego;
- zakażenie rany pooperacyjnej lub układu moczowego, wymagające antybiotykoterapii, ewentualnie dodatkowo drenażu;
- zwężenie zespolenia pęcherzowo-cewkowego, objawiające się osłabienie strumienia moczu i wymagające endoskopowego rozcięcia, a w przypadkach nawrotowych rekonstrukcji.

Problemy i powikłania w trakcie i po radioterapii



Radioterapia jest drugim standardowym sposobem leczenia radykalnego Mężczyzn z rakiem prostaty. Typowo obejmuje ona kilkanaście sesji naświetlań na obszar prostaty, ewentualnie rozszerzonych na węzły chłonne lub nawet całą miednicę. Poza klasyczną radioterapią (z pól zewnętrznych), w leczeniu wybranych Chorych na raka prostaty zastosowanie znajduje również brachyterapia. O ile postęp technologiczny w zakresie radioterapii przyczynia się do ograniczenia ryzyka powikłań, o tyle ryzyko ich wystąpienia zawsze musi być rozważone przed rozpoczęciem leczenia.

Zaburzenia wzwodu i nietrzymanie moczu

Podobnie jak w przypadku operacji, również radioterapia wiąże się z ryzykiem pogorszenia trzymania moczu oraz zaburzeń wzwodu. Napromienianie obejmuje zarówno mięśnie zwieracze cewki moczowej, jak i nerwy zaopatrujące prącie, a ich podrażnienie w czasie leczenia może skutkować przedmiotowymi problemami. Potencjalne ryzyko wystąpienia tych powikłań może być niższe w przypadku radioterapii w porównaniu z operacją. Postępowanie terapeutyczne jest podobne do opisanego dla prostatektomii.



Popromienne zapalenie pęcherza moczowego

Stan zapalny ściany pęcherza moczowego może wystąpić tak bezpośrednio, jak i wiele lat po radioterapii w obrębie miednicy. Typowo objawia się częstomoczem, oddawaniem moczu w nocy (nykturia), parciami naglącymi i bólem podbrzusza. Objawom może również towarzyszyć krwiomocz. Leczenie typowo rozpoczyna postępowanie behawioralne, obejmujące zmianę nawyków związanych z przyjmowaniem płynów oraz trening pęcherza moczowego. **U znacznej części Pacjentów konieczne jest ponadto włączenie farmakoterapii, zorientowanej na ograniczenie częstotliwości mikcji i parć naglących oraz opanowanie dolegliwości bólowych.** W przypadkach opornych na leczenie doustne zastosowanie znajdują wlewki dopęcherzowe z kwasu hialuronowego, siarczanu chondroityny, czy heparyny, jak również terapia tlenem hiperbarycznym oraz ostrzykiwanie pęcherza moczowego toksyną botulinową. W skrajnych przypadkach konieczna może być chirurgiczna rekonstrukcja dolnych dróg moczowych.

Popromienne zapalenie odbytnicy i krwawienie z przewodu pokarmowego

Popromienne zapalenie odbytnicy objawia się biegunką, nagłymi parciami na stolec, nietrzymaniem stolca. Krwawienie z odbytnicy w przebiegu przewlekłego jej zapalenia należy do najczęstszych odległych powikłań po radioterapii z powodu raka prostaty. **Może wystąpić wiele lat po przebytej radioterapii, ma zróżnicowane nasilenie i może mieć charakter nawrotowy.** Wyjściowo leczenie obejmuje zastosowanie leków doustnych, w tym często również antybiotyków. W przypadkach bardziej nasilonego krwawienia wskazane może być leczenie endoskopowe, ponadto stosować można doodbytnicze wlewy sukralfatu, a nawet formaliny. U części Pacjentów można rozważyć leczenie tlenem hiperbarycznym. W przypadkach skrajnych wskazane może być leczenie operacyjne, polegające na resekcji części jelita grubego i/lub wyłonieniu stomii kałowej.

Krwiomocz



Krwawienie z pęcherza moczowego dotyka nawet co piątego Mężczyznę poddanego radioterapii z powodu raka prostaty. Rzadziej występuje w ciągu dni lub tygodni po radioterapii, częściej jest obserwowane po kilku latach. U większości Mężczyzn problem wymaga postępowania podtrzymującego i ulega samoistnej rezolucji, niemniej nawraca u znacznej części Pacjentów. W postępowaniu ważne jest zapewnienie ewakuacji krwi i jej skrzepów oraz zapewnienie właściwego odpływu moczu. W tym celu konieczne jest obfite nawadnianie, a w wybranych przypadkach wskazane może być manualne odpłukanie skrzepów z pęcherza moczowego i dopęcherzowa stała irygacja w warunkach szpitalnych. Po wykluczeniu zakażenia układu moczowego, urolog może zaordynować leki ograniczające krwawienie, jak również zasugerować prowadzącemu kardiologowi zmiany w ewentualnym leczeniu przeciwkrzepliwym. W przypadku bardziej nasilonego lub nawracającego krwawienia zastosowanie mogą znaleźć dopęcherzowe wlewki z kwasu hialuronowego, soli ałunu, srebra, a nawet formaliny. Alternatywę stanowi leczenie tlenem hiperbarycznym. W skrajnych przypadkach może zachodzić konieczność leczenia operacyjnego – endoskopowego opanowania krwawienia lub wycięcia pęcherza moczowego jako źródła niemożliwego do opanowania przewlekłego krwawienia.

Zaburzenia oddawania moczu i zwężenie cewki moczowej



Na skutek popromiennych zmian w rejonie odcinka sterczowego cewki moczowej może dojść do zaburzeń w oddawaniu moczu, jak również zwłóknienia i zwężenia cewki moczowej w tym odcinku. **Objawem takich zmian może być pogorszenie strumienia moczu, kłopoty z inicjacją mikcji, poczucie niepełnej mikcji, a nawet zatrzymanie moczu.** Ryzyko zaburzeń rośnie w przypadku Mężczyzn wyjściowo obserwujących kłopoty z oddawaniem moczu oraz tych, którzy przebyli w przeszłości operację z powodu przerostu

prostaty. Typowe leczenie polega na endoskopowej resekcji części prostaty wpuklającej się do cewki moczowej (tzw. tunalizacja) lub udrożnieniu zwężonego odcinka cewki moczowej. Drugą opcję realizuje się poprzez rozcięcie powstałej blizny lub poszerzenie światła z użyciem materiału biologicznego. W przypadku zaburzeń oddawania moczu w wybranych przypadkach skuteczne może być leczenie farmakologiczne.

Zwężenie moczowodu

Zwężenie moczowodu **jest rzadkim powikłaniem,** dotyka 1-2% Pacjentów po radioterapii z powodu raka prostaty. **O ile nie jest częste, o tyle wymaga leczenia zabiegowego.** Zazwyczaj w pierwszej kolejności podejmuje się próbę leczenia endoskopowego, polegającego na wprowadzeniu do moczowodu dedykowanego cewnika / stentu, który szynuje zwężony odcinek moczowodu. Ostatecznie u znacznej części Pacjentów konieczna jest operacja rekonstrukcyjna, polegająca na przeszczepieniu moczowodu do pęcherza moczowego z ominięciem zwężonego odcinka.

Inne rzadkie powikłania po radioterapii

Do innych rzadkich powikłań po radioterapii zaliczyć można:

- przetokę odbytniczo-cewkową, czyli nieprawidłowe połączenie pomiędzy tymi dwiema strukturami anatomicznymi, wymagającymi najczęściej leczenia operacyjnego;
- bóle kości miednicy, szczególnie bóle spojenia łonowego, najczęściej wynikające ze stanu zapalnego kości łonowych;
- rozwój raka pęcherza moczowego, dla którego radioterapia w obrębie miednicy jest ważnym czynnikiem ryzyka;
- złamania kości, wynikające z zaburzenia gęstości mineralnej i jakości kości.

Problemy i działania niepożądane hormonoterapii



Blokowanie produkcji i/lub aktywności testosteronu jest zasadniczym elementem leczenia u znacznej części mężczyzn chorych na raka prostaty. **Hormonoterapia najczęściej stosowana jest jako uzupełnienie radioterapii lub jako podstawowe leczenie w przypadkach choroby zaawansowanej.** W tym drugim przypadku, poza najczęściej aktualnie stosowaną hormonoterapią farmakologiczną w postaci powtarzanych iniekcji podskórnych lub domięśniowych, opcją jest również obustronne usunięcie jąder. Leczenie ma wysoką skuteczność i atrakcyjny profil bezpieczeństwa. Jak każda terapia, nie jest jednak wolna od wad i ryzyka. **Działania niepożądane wymagające przerwania lub trwałego zaprzestania leczenia zdarzają się bardzo rzadko.**
Wartym podkreślenia jest fakt, że Pacjent ma bezpośredni wpływ na ryzyko wystąpienia szeregu z poniższych powikłań. Ryzyko można ograniczyć między innymi dzięki właściwie zbilansowanej diecie, utrzymywaniu należnej masy ciała, regularnej aktywności fizycznej, ograniczeniu spożycia alkoholu, czy zaprzestaniu palenia papierosów.

Przejściowy wzrost stężenia testosteronu

W przypadku najczęściej stosowanych leków (tzw. agonistów LHRH, w postaci iniekcji domięśniowych lub podskórnych), **po rozpoczęciu terapii może dojść do przejściowego wzrostu stężenia testosteronu.** Wiąże się to z ryzykiem paradoksalnej progresji choroby nowotworowej na początku leczenia. Aby wykluczyć ryzyko takiego następstwa, typowo w pierwszych tygodniach hormonoterapii stosuje się również leki blokujące aktywność testosteronu w postaci tabletek.

Odczyny i powikłania w miejscu iniekcji

Najczęściej stosowaną formą hormonoterapii jest farmakoterapia oparta na preparatach podawanych w iniekcjach domięśniowych lub podskórnych co 1, 3 lub 6 miesięcy. Podanie leku wiąże się z ryzykiem powikłań w miejscu iniekcji, takich jak ból, krwawienie, czy zakażenie. Postępowanie jest najczęściej objawowe, stosuje się leki przeciwbólowe i przeciwzapalne. W przypadku zakażenia, konieczne może być zastosowanie antybiotyku. Podstawową metodą profilaktyki powikłań z tej grupy jest właściwe podanie leku, związane z umiejętnościami i doświadczeniem Pielęgniarki.

Interakcje z innymi lekami

Hormonoterapia potencjalnie może wpływać na skuteczność i bezpieczeństwo leków stosowanych z powodu współistniejących chorób przewlekłych.

Z tego powodu niezbędne jest szczegółowe poinformowanie prowadzącego lekarza urologa o chorobach przewlekłych i stosowanych lekach.

Uderzenia gorąca

Uderzenie gorąca są typowym powikłaniem hormonoterapii i dotykają nawet do 80% mężczyzn w toku leczenia. Zdecydowana większość mężczyzn dobrze je toleruje i nie poszukuje pomocy z ich powodu. W przypadku znacznej uciążliwości, dostępne są metody farmakologiczne ograniczające nasilenie uderzeń gorąca. Ich stosowanie jest jednak obarczone ryzykiem wystąpienia innych działań niepożądanych.



Zmęczenie i utrata energii

Ogólne złe samopoczucie, manifestujące się uczuciem zmęczenia i brakiem energii, **jest jednym z najczęstszych negatywnych konsekwencji hormonoterapii.** W takim przypadku wskazane jest wykluczenie innych przyczyn medycznych, na przykład niedokrwistości, niedoczynności tarczycy i innych. W profilaktyce podstawowe znaczenie mają interwencje w zakresie stylu życia, w tym warto rozważyć poradę rehabilitanta i dietetyka.

Zaburzenia w sferze seksualnej

Spadek stężenia testosteronu typowo prowadzi do pogorszenia jakości życia intymnego, a u znacznej części mężczyzn przerwania aktywności płciowej. Jego przyczyną jest zarówno spadek libido, jak i zaburzenia wzwodu. **Aby ograniczyć ryzyko napięcia i niezrozumienia w związku ważne jest wyrozumienie i świadomość partnerki na temat przyczyn powyższych zaburzeń.** Wobec spadku libido podstawowe znaczenia ma bliskość z partnerką, w tym codzienny dotyk, przytulanie, czy pocałunki. Zaburzenia wzwodu prącia można zazwyczaj skutecznie leczyć farmakologicznie, rzadziej z użyciem dedykowanych urządzeń próżniowych.

Powiększenie piersi oraz zmniejszenie jąder i prącia

Powiększenie piersi (ginekomastia) oraz zmniejszenie jąder i prącia są kolejnymi typowymi skutkami spadku stężenia testosteronu. Szczęśliwie w przypadku leków nowszej generacji, te powikłania dotyczą mniejszości Pacjentów. W przypadku ginekomastii u części Pacjentów możliwe jest leczenia farmakologiczne lub zabiegowe, a nawet radioterapia.

Zaburzenia w sferze neurologicznej i psychiatrycznej



Hormonoterapia wiąże się z ryzykiem pogorszenia percepcji, wystąpienia lub postępu zaburzeń dementywnych, jak również depresji. O ile nie opracowano dotąd metod profilaktycznych wobec powyższych powikłań, **podstawowe znaczenia ma wsparcie Partnerki, Rodziny, jak również organizacji pacjenckich.** W razie wystąpienia zaburzeń w sferze neurologicznej lub psychiatrycznej, wskazana jest porada odpowiedniego lekarza specjalisty.

Powikłania ze strony serca i układu krążenia

Interwencje w obrębie układu hormonalnego w toku leczenia raka prostaty prowadzą do szeregu zmian metabolicznych, które z kolei mają negatywny wpływ na układ krążenia. Należą do nich między innymi insulinooporność, zaburzenia gospodarki lipidowej, utrata masy mięśniowej i wzrost masy ciała. Z tego powodu **konieczne jest monitorowanie szeregu parametrów metabolicznych** w toku leczenia, a pacjenci powinni rozważyć konsultację kardiologiczną. **Ważne są również regularne domowe pomiary ciśnienia tętniczego krwi.** Dla ograniczenia ryzyka wystąpienia tych powikłań podstawowe znaczenie ma właściwa dieta, utrzymywanie aktywności fizycznej i należnej masy ciała.

Utrata masy kostnej i złamania kości

Obniżenie stężenia testosteronu negatywnie wpływa na gęstość mineralną kości, co wiąże się ze wzrostem ryzyka złamań kości. **Z tego powodu ważne jest monitorowanie stężenia wapnia i witaminy D, wymagających suplementacji u części pacjentów.** U wybranych pacjentów wskazane może być ponadto wykonanie badania densytometrycznego.

Podobnie jak w przypadku powikłań ze strony układu krążenia, interwencje w zakresie stylu życia mogą istotnie ograniczyć ryzyko powikłań kostnych. Dodatkowo u części pacjentów istnieją wskazania do włączenia leczenia dedykowanego dla ograniczenia ryzyka złamań kości. Leki (bisfosfoniany, denosumab) mają postać wlewów dożylnych.

Zaburzenia czynności układu moczowego

Co do zasady, hormonoterapia korzystnie wpływa na czynność dolnych dróg moczowych. Jednak o ile typowo jakość mikcji ulega poprawie, o tyle u części Pacjentów w toku leczenia może ona ulec pogorszeniu. Z tego powodu **wskazana jest okresowa ocena czynnościowa w gabinecie urologicznym.** U części Pacjentów wskazane może być leczenie farmakologiczne objawów powiększenia prostaty i/lub nadreaktywności pęcherza moczowego.

Pogorszenie czynności wątroby

Leki stosowane w hormonoterapii są metabolizowane przez wątrobę, co rodzi ryzyko pogorszenia jej funkcji. **Z tego powodu wskazana jest okresowa kontrola parametrów wątrobowych.**

Działania niepożądane chemioterapii



Chemioterapia jest wskazana u mężczyzn, u których rak prostaty jest rozpoznany na etapie obecności przerzutów odległych, lub u których leczenie hormonalne nie jest skuteczne. Standardowo obejmuje sześć cyklów, podawanych w ramach dziennych pobytów w oddziale onkologii klinicznej. **Ryzyko wystąpienia działań niepożądanych jest stosunkowo wysokie, ale prawie wszystkie z nich wymagają jedynie postępowania objawowego i ustępują samoistnie po zakończeniu chemioterapii.**

Reakcje systemowe po infuzji

W krótkim czasie po dożylnym podaniu leku u części Pacjentów dochodzi do reakcji nadwrażliwości. Mają one szerokie spektrum objawów, od świądu i zmian skórnych, poprzez duszność, po zatrzymanie krążenia. Postępowanie ma charakter doraźny i objawowy. Polega na przerwaniu infuzji leku, podaniu tlenu, leków przeciwalergicznych i przeciwzapalnych. Po opanowaniu objawów, zazwyczaj wznawia się powolną infuzję leku.

Gorączka neutropeniczna

Jedną z podstawowych wad chemioterapii jest jej silny wpływ na procesy krwiotwórcze w szpiku kostnym. **Szczególnie może prowadzić do obniżonej liczby krwinek białych (neutropenia) lub krwinek czerwonych (niedokrwistość).** Gorączka neutropeniczna jest szczególną sytuacją, gdy gorączka (ciepłota ciała >38.5st C) występuje u Pacjenta z neutropenią. Stan jest poważny, wiąże się z istotnym ryzykiem zakażeń bakteryjnych i zgonu, wymaga konsultacji z lekarzem, zazwyczaj również hospitalizacji. Postępowanie jest objawowe, ponadto stosuje się antybiotykoterapię. W profilaktyce gorączki neutropenicznej stosuje się czynniki stymulujące granulocyty.

Zatrzymanie płynów

U części Pacjentów otrzymujących chemioterapię dochodzi do gromadzenia płynów w przestrzeniach pozakomórkowych i przestrzeniach ciała. Wynika to ze zwiększonej przepuszczalności drobnych kapilar naczyniowych dla płynu. Zatrzymanie płynów manifestuje się przede wszystkim obrzękami kończyn, ewentualnie wodobrzuszem, obecnością płynu w opłucnej i osierdziu. **W profilaktyce stosuje się steroidy. W razie wystąpienia obrzęków stosuje się leki moczopędne, odwadniające.**

Zmiany skórne i wpływ na paznokcie

Stosowanie chemioterapii może prowadzić również do działań niepożądanych ze strony skóry i paznokci. W obrębie skóry typowe jest wystąpienia rumienia akralnego. **W jego przebiegu obserwuje się zaczerwienienie, złuszczanie nabłonka skóry, ewentualnie powstawanie pęcherzy.** Zmiany najczęściej umiejscawiają się na kończynach, ich wystąpienie poprzedza mrowienie, tkliwość i obrzęk zajętej okolicy ciała. Leczenie jest wyłącznie objawowe.

U części Pacjentów obserwuje się również zmiany w obrębie paznokci. Mają one szerokie spektrum – od nadmiernego rogowacenia, przez wylewy krwi i zanokcicę, aż do oddzielenia paznokcia od łożyska. Podobnie jak w przypadku zmian skórnych, postępowanie jest wyłącznie objawowe.

Zmiany skórne i w obrębie paznokci typowo ulegają samoistnej remisji w ciągu kilku miesięcy po zakończeniu chemioterapii.

Inne możliwe działania niepożądane

Poza wymienionymi powyżej, u Pacjentów leczonych chemioterapią obserwowano również:

- zmęczenie, zgłaszane przez większość Pacjentów, w profilaktyce którego zaleca się regularną aktywność fizyczną,
- śródmiąższowe zapalenie płuc, wymagające dyskontynuacji terapii i intensywnego leczenia o charakterze objawowym,
- nadmiernie łzawienie oczu,
- zapalenie jelit,
- neuropatię obwodową, objawiającą się najczęściej drętwieniem i mrowieniem kończyn, która może mieć długotrwały przebieg, wobec której nie ma postepowania profilaktycznego, a leczenie jest wyłącznie objawowe.



Piśmiennictwo:

1. EAU guidelines on prostate cancer. European Association of Urology 2021

2. Wallis CJD, Glaser A, Hu JC, Huland H, Lawrentschuk N, Moon D, Murphy DG, Nguyen PL, Resnick MJ, Nam RK. Survival and Complications Following Surgery and Radiation for Localized Prostate Cancer: An International Collaborative Review. Eur Urol. 2018 Jan;73(1):11-20

3. Neal DE, Metcalfe C, Donovan JL, Lane JA, Davis M, Young GJ, Dutton SJ, Walsh EI, Martin RM, Peters TJ, Turner EL, Mason M, Bryant R, Bollina P, Catto J, Doherty A, Gillatt D, Gnanapragasam V, Holding P, Hughes O, Kockelbergh R, Kynaston H, Oxley J, Paul A, Paez E, Rosario DJ, Rowe E, Staffurth J, Altman DG, Hamdy FC; ProtecT Study Group. Ten-year Mortality, Disease Progression, and Treatment-related Side Effects in Men with Localised Prostate Cancer from the ProtecT Randomised Controlled Trial According to Treatment Received. Eur Urol. 2020 Mar;77(3):320-330

4. Chen RC, Basak R, Meyer AM, Kuo TM, Carpenter WR, Agans RP, Broughman JR, Reeve BB, Nielsen ME, Usinger DS, Spearman KC, Walden S, Kaleel D, Anderson M, Stürmer T, Godley PA. Association Between Choice of Radical Prostatectomy, External Beam Radiotherapy, Brachytherapy, or Active Surveillance and Patient-Reported Quality of Life Among Men With Localized Prostate Cancer. JAMA. 2017 Mar 21;317(11):1141-1150

5. Lobo N, Kulkarni M, Hughes S, Nair R, Khan MS, Thurairaja R. Urologic Complications Following Pelvic Radiotherapy. Urology. 2018 Dec;122:1-9

6. Budäus L, Bolla M, Bossi A, Cozzarini C, Crook J, Widmark A, Wiegel T. Functional outcomes and complications following radiation therapy for prostate cancer: a critical analysis of the literature. Eur Urol. 2012 Jan;61(1):112-27

7. Fankhauser CD, Wettstein MS, Reinhardt M, Gessendorfer A, Mostafid H, Hermanns T. Indications and Complications of Androgen Deprivation Therapy. Semin Oncol Nurs. 2020 Aug;36(4):151042

8. Magee DE, Singal RK. Androgen deprivation therapy: indications, methods of utilization, side effects and their management. Can J Urol. 2020 Feb;27(27 Suppl 1):11-16

9. Ho MY, Mackey JR. Presentation and management of docetaxel-related adverse effects in patients with breast cancer. Cancer Manag Res. 2014 May 27;6:253-9

NOTATKI PACJENTA

TWÓJ DZIENNICZEK PACJENTA

Kontroluj chorobę, zapisuj wyniki badań.

DZIENNICZEK PACJENTA



IPSEN
Innovation for patient care

ODERWIJ / ODKLEJ