

Volné PSA (f-PSA, poločas 69–109 minut) je vylučováno ledvinami. Hladiny f-PSA v séru jsou významně vyšší u hemodialyzovaných pacientů, ale nejsou významně zvýšené u pacientů na peritoneální dialýze. Po TL f-PSA významně klesá (až o 60 % během 6 dnů), zejména u pacientů s lepší funkcí štěpu, protože pokles f-PSA a % f-PSA koreluje s poklesem sérového kreatininu (7).

Hladiny celkového PSA (t-PSA, poločas 1,9–3,4 dní) odrážejí hladiny kompletového PSA (vázaného na a-1-antichymotrypsin nebo a-2-makroglobulin), který je metabolizován játry. Po transplantaci ledvin se hladiny t-PSA relativně nemění. Proto je t-PSA nejspolehlivějším markerem CaP jak u pacientů před transplantací na dialýze, tak v populaci časně po transplantaci (8).

VYUŽITÍ MRI

Zobrazování prostaty multiparametrickou magnetickou rezonancí (mp-MRI) je i u této skupiny pacientů velmi přesný nástroj pro identifikaci klinicky signifikantních CaP, pro lokalizaci lézí před cílenou biopsií nebo jako stagingový nástroj (9). MRI může také pomoci při identifikaci umístění důležitých struktur (zejména transplantované ledviny a jejího močového) před léčbou CaP (10). U pacientů s ESRD je však nutné pamatovat na riziko nefrogenní systémové fibrózy při použití kontrastních látek na bázi gadolinia. Nefrogenní systémová fibróza je téměř výhradně pozorována u pacientů s glomerulární filtrací nižší než 15 ml/min/1,73 m². Jedná se o závažné a v některých případech i život ohrožující onemocnění charakterizované formováním pojivové tkáně v kůži a podkoží (11). Riziko je minimální u pacientů s mírnějším stupněm renální insuficience (12). Pro minimalizaci rizika se obecně doporučuje vyhnout se kontrastním látkám pro MRI u pacientů s glomerulární filtrací pod 30 ml/min/1,73 m² (13).

LÉČBA

Významným aspektem léčby CaP u pacientů před a po TL je rozhodování o terapeutickém postupu,

který by měl brát v úvahu jak onkologickou stránku, tak i transplantovanou ledvinu. Přístupy k léčbě se liší v závislosti na lokalizaci a stadiu nádoru, s důrazem na kurativní záměr u lokalizovaných forem karcinomu. Transplantace nezavírá dveře k chirurgickým ani radioterapeutickým intervencím, avšak vyžaduje pečlivou přípravu a znalost pozměněné anatomie. Stejně jako u běžné populace máme k dispozici čtyři hlavní léčebné možnosti. Je to aktivní sledování, chirurgická léčba, radioterapie a hormonální terapie. Volba léčby je přizpůsobena individuálně na základě věku pacienta, jeho komorbiditách, stadiích nádoru a dalších.

PACIENTI S CAP PŘED TL

Poslední doporučené postupy KDIGO 2020 (Kidney Disease: Improving Global Outcomes) týkající se hodnocení a postupování u kandidátů na TL se zabývají obecnými otázkami pacientů na čekací listině, dostupnosti transplantací, faktory demografickými, komorbiditami pacientů a imunologického a psychosociálního posouzení. Mimo jiné samozřejmě řeší i nádorová onemocnění. Dle KDIGO jsou pacienti s nově zjištěnou malignitou vyřazeni z čekací listiny k TL, s výjimkou pacientů s indolentními a nízké rizikovými malignitami, jako jsou CaP s Gleasonovým skórem (GS) ≤ 6, náhodně zjištěné nádory ledvin (≤ 1 cm v maximálním průměru) a povrchové nemelanomové malignity kůže. Dále se vyjadřují k načasování TL po kurativní léčbě nádorů. Po terapii CaP GS ≤ 6 není dle doporučení nutný žádný časový interval. U pacientů léčených pro CaP GS 7 v remisi je doporučený interval před zařazením na čekací listinu 2 roky, u GS 8–10 v remisi pak 5 let (14). Porovnání s doporučeními různých odborných společností shrnuje tabulka 1.

PACIENTI S CAP PO TL

Imunosupresivní terapie

Imunitní systém je zásadní pro inhibici růstu buněk CaP. Pokud jsou buněčné linie CaP vystaveny médiu s fyziologickými T-lymfocyty, tak vykazují