**Liečba pokročilého a metastazujúceho karcinómu prostaty**

Lokálna pokročilosť karcinómu prostaty sa charakterizuje prerastaním nádoru do okolia prostaty, metastázy nie sú prítomné.. Metastazujúci karcinóm prostaty sa charakterizuje prítomnosťou metastáz v kostiach, lymfatických uzlín alebo prípadne v iných orgánoch.

Hormonálna liečba je základnou liečbou pokročilého a metastazujúceho karcinómu prostaty

Východiskom hormonálnej liečby karcinómu prostaty je poznanie, že nádorové bunky prostaty vyžadujú pre svoj rast a rozmonožovanie testosterón. Tento základný objav patrí Američanom Hugginsovi a Hodgesovi, ktorí svoj objav publikovali v roku 1941. Huggins za tento objav bol ocenený v roku 1966 Nobelovou cenou. Ak v mužskom organizme chýba testosterón nádorové bunky v prostate odumierajú. Všetky formy hormonálnej liečby sa odvíjajú od tohto objavu. Hlavným zdrojom testosterónu sú semenníky a preto sa v začiatkoch hormonálnej liečby karcinómu prostaty zamerala liečba na najjednoduchší spôsob a to na odstránenie zdroja tvorby testosterónu, semenníkov. Zvyšok androgénov sa tvorí v nadobličkách. Hormonálna liečba postihuje nielen nádorové bunky v prostate ale aj tie, ktoré sú rozšírené v ostatných častiach tela pacienta, najčastejšie v kostiach a v lymfatických uzlinách. Hormonálna liečba síce pacienta nevylieči, ale spomalí priebeh ochorenia.

Hormonálna liečba sa používa aj v kombinácii s rádioterapiou alebo u pacientov, u ktorých zlyhala operačná liečba alebo rádioterapia. Existuje niekoľko foriem hormonálnej liečby.

**Orchiektómia (chirurgická kastrácia)** je operačné odstránenie semenníkov. Tento chirurgický výkon odstráni hlavný zdroj tvorby mužského hormónu. Pokles hladiny testosteronu je veľmi rýchly a tzv. kastračná hladina, za ktorú sa pokladá hodnota 0,2 ng/dcl, sa dosiahne prvý deň po výkone. Výhodou tejto liečby je jednoduchosť operačného výkonu, ktorý sa robí v lokálnej anestézii a nízka ekonomická náročnosť. Nevýhodou je ireverzibilita výkonu, psychická trauma, strata libida a potencie, gynekomastia, horúce návaly. Významné sú však ďalšie vedľajšie účinky hormonálnej liečby: osteoporóza s následným vyšším výskytom zlomenín, obezita, porucha glukózovej tolerancie s následným vyšším výskytom cukrovky, porucha metabolizmu lipidov, hypertenzia, srdcové arytmie a vyšší výskyt srdcovocievnych ochorení. Tieto nežiadúce účinky závisia od dĺžky liečby, čím je liečba dlhšia tým ich výskyt narastá. Títo pacienti potom vyžadujú kontroly hladín glukózy a lipidov v sére, kontroly hmotnosti a kontroly kostnej denzity. Dôsledky androgénovej deprivačnej liečby môže zmierniť úprava životosprávy a  užívanie vhodných liekov.

**Liečba LHRH agonistami (medikamentózna kastrácia).**

Odstránenie semenníkov pre väčšinu mužov s pokročilým karcinómom prostaty znamená psychickú traumu a radi by vylúčili tento invazívny spôsob liečby. V roku 1971 Schally urobil ďalší prevratný objav, za ktorý obdržal v roku 1977 Nobelovu cenu. Potvrdil, že tvorba testosterónu v semenníkoch nie je automatický , ale regulovaný proces. Zistil, že v časti mozgu zvanom hypotalamus sa tvorí hormón uvoľňujúci luteotrópny hormón (LHRH), ktorý v inej časti mozgu v hypofýze sa naviaže na receptory a tak stimuluje tvorbu luteotrópneho hormónu, Tento hormón sa krvnou cirkuláciou dostáva do semenníkov , kde stimuluje tvorbu testosterónu. Zistilo sa tiež, že vylučovanie hormónu uvoľňujúceho luteotrópny hormón v hypotalame nie je kontinuálne, ale uskutočnuje sa prerušovane, pulzačným spôsobom. Iba takýto mechanizmus intermitentnej stimulácie receptorov v hypofýze vedie k tvorbe luteotrópneho hormónu zabezpečuje fyziologický mechanizmus následnej tvorby testosterónu. Ak sa zmení stimulácia receptorov na kontinuálnu, tak receptory po prechodnej stimulácii tvorby luteotrópneho hormónu a následne aj testosterónu v semenníkoch zostávajú obsadené a prestáva tvorba luteotrópneho hormónu ako aj testosterónu. Dochádza k stavu, aký dosiahneme odstránením smenníkov, k tzv medikamentóznej kastrácii. Napokon sa podarilo rozlúštiť štruktúru zloženia hormónu uvoľňujúceho luteotrópny hormón a chemicky ho syntetizovať. Vytvorené syntetické preparáty sa nazývajú LHRH agonisty. Liečba LHRH agonistami kontinuálne stimuluje receptory v hypofýze a tak zabráni tvorbe testosterónu v semenníkoch. Hladina testosterónu klesne na kastračnú úroveň o  4 týždne. Účinnosť liečby RHLH analógmi sa rovná účinnosti liečby orchiektómiou. Výhodou je reverzibilita liečby, môže sa prerušiť a opäť s ňou začať a to, že nezanecháva nepriaznivý psychologický dopad, ktorý u pacientov vyvoláva orchiektómia. Vedľajšie účinky liečby sú podobné ako po orchiektómii a zahŕňajú stratu libida a potencie, horúce návaly, osteoporózu a metabolický syndróm. LHRH analógy v injekčnej forme sa podávajú raz za mesiac, prípadne raz za 3 alebo 6 alebo 12 mesiacov. Do tejto skupiny patria Decapeptyl, Eligard, Lucrin, Zoladex, Vantas. Po prvom podaní LHRH analógu sa počas prvých 3 týždňov zvýši hladina testosteronu a na kastračnú úroveň klesne po mesiaci. V súvislosti s prechodne zvýšenou hladinou testosteronu súvislosti sa môžu zhoršiť symptómy ochorenia , preto je indikované podávanie antiandrogénov počas prvého mesiaca liečby LHRH analógmi.

**Liečba LHRH antagonistami**

Výskumy v oblasti regulácie tvorby testosterónu pokračovali ďalej a viedli vytvoreniu najnovšieho spôsobu medikamentóznej kastrácie, k liečbe LHRH antagonistami. LHRH antagonisty úplne obsadia a zablokujú receptory v prednej hypofýze bez ich úvodnej aktivácie , prestane tvorba luteotrópneho hormónu a následne aj testosterónu v semenníkoch.Výsledkom je rýchle dosiahnutie kastračnej hladiny testosterónu v priebehu prvého dňa liečby a udržanie hladiny testosteronu na kastračnej úrovni počas celej liečby. LHRH antagonisti nespôsobujú iniciálne zvýšenie hladiny testosterónu ako pri použití agonistov a tým ani možné zhoršenie pokročilého ochorenia. Nie je potrebné v prvých týždňoch liečby používať antiandrogény tak ako pri liečbe agonistami k zabráneniu možného klinického zhoršenia (tzv.flare fenomén). V súčasnosti je dostupný iba jeden liek z tejto skupiny a to injekčný prípravok Firmagon, ktorý sa aplikuje raz za jeden mesiac. Vedľajšie účinky sú podobné ako pri predchádzajúcich formách hormonálnej liečby.

**Liečba antiandrogénmi**

Antiandrogény inhibujú pôsobenie testosterónu v prostate tým, že sa viažu na intracelulárne androgénové receptory namiesto testosterónu. Podľa rozdielnej chemickej štruktúry sa antiandrogény klasifikujú na steroidné a nesteroidné. Patria sem : cyproteron acetát, bikalutamid, flutamid, nilutamid. Ich výhodou je , že v organizme sa koncentrácia mužského pohlavného hormónu neznižuje a jeho biologická aktivita dôležitá pre ostatné systémy v ľudskom tele sa zachováva. Na druhej strane sa očakávania o úspešnosti tejto liečby vo forme monoterapie pokročilého karcinómu prostaty úplne nenaplnili. Použitie antiandrogénov je presne vymedzené a možno povedať, že v liečbe nenahradzujú predchádzajúce formy hormonálnej liečby. Môžu mať vedľajšie účinky – žalúdočnú nevoľnosť, hnačky, vracanie, zväčšenie a bolestivosť prsníkových žliaz.

**Maximálna androgénová blokáda (kombinovaná androgénová blokáda)**

Snaha zamedziť vplyvu všetkých androgénov, nielen testosterónu zo semenníkov , ale aj malého množstva nadobličkových androgénov na prostatu viedla k vytvoreniu koncepcie maximálnej androgénovej blokády. Predstavuje ju kombinovaná liečba LHRH analógmi a antiandrogénmi súčasne. LHRH agonisty zastavia tvorbu testosterónu v semenníkoch a antiandrogény zablokujú prípadný účinok androgénov tvorených v nadobličkách na prostatu. Pridanie antiandrogénov k chirurgickej alebo medikamentóznej kastrácii prvý krát navrhol Kanaďan Labrie r. 1979

Zdôvodnenie tejto liečby vychádza z predpokladu, že aj malé množstvo nadobličkových androgénov môže aktivovať androgénové receptory a stimulovať klony prežívajúcich nádorových buniek k rastu a progresii ochorenia. Preto inhibovanie testosteronu pochádzajúceho z  nadobličiek môže viesť k zlepšeniu symptómov a aj prežívania nad úroveň aká sa dosiahne iba monoterapiou LHRH agonistami alebo orchiektómiou.

V nedávnej analýze zahrnujúcej 20 klinických štúdií maximálnej androgénovej blokády s nesteroidnými antiandrogénmi u 6320 pacientov sa preukázalo iba malé zlepšenie celkového prežívania po 5 rokoch, ale to sa spájalo so zvýšeným počtom vedľajších prejavov liečby a so znížením kvality života.

***Intermitentná androgénová blokáda***

Intermitentná androgénová blokáda je novšou formou hormonálnej liečby. Jej cieľom je oddialiť vývin hormonálnej rezistencie, predĺžiť prežívanie a zlepšiť kvalitu života v období, keď je pacient bez hormonálnej liečby. Hormonálna liečba sa aplikuje prerušovane podľa hodnôt PSA. Najnižšie hodnoty PSA sa obvykle dosiahnu po 6.- 9. mesiacoch hormonálnej liečby. Potom sa liečba preruší. V čase bez hormonálnej liečby sa opäť tvorí mužský pohlavný hormón, ktorý je využiteľný aj pre ostatné systémy v organizme a kvalita života sa z tohto dôvodu zlepší. Testosterón v tomto období opäť stimulje rast nádorových buniek a hormonálna liečba opäť začne po zvýšení hodnoty PSA. Presná hranica zvýšenej hodnoty PSA nie je stanovená a obvykle sa postupuje podľa hodnoty na začiatku liečby. Doterajšie skúsenosti s intermitentnou androgénovou blokádou preukazujú podobné výsledky ako s kontinuálnou liečbou čo sa týka času do progresie ochorenia i  celkového prežívania pacientov. Výsledky tiež potvrdzujú menej vedľajších účinkov liečby a zachovanie lepšej kvality života.

**Liečba kastračne rezistentného karcinómu prostaty**

Základnou liečbou pokročilého a metastazujúceho karcinómu prostaty je hormonálna liečba hoci má iba dočasný účinok. Účinnosť liečby je časovo obmedzená na 18-24 mesiacov pri metastazujúcom ochorení a približne na 36 - 60 mesiacov pri lokálne pokročilom ochorení. Karcinóm prostaty potom prestáva byť závislý na androgénoch, nádorové bunky rastú aj bez pôvodne potrebnej podpory mužským pohlavným hormónom a ochorenie sa zhoršuje. Ochorenie v tomto štúdiu sa označuje za kastračne rezistentné**.**

Kastračne rezistentný karcinóm prostaty sa definuje zvýšením hladiny PSA trikrát po sebe pri vyšetreniach v dvojtýždňových intervaloch, pričom aspoň dvakrát sa PSA zvýši o 50 % oproti najnižšej dosiahnutej hodnoty PSA počas liečby. Zároveň sa musí potvrdiť kastračná hladina testosteronu v krvi. Zvýšenie hladiny PSA ako ukazovateľa progresie karcinómu prostaty predchádza objektívnym známkam progresie (nové alebo zväčšenie pôvodných metastatických ložísk, lokálna progresia) prípadne komplikáciám progresie (retencia moču, patologické zlomeniny, obštrukcie močovodov) o 6-12 mesiacov a subjektívnym známkam progresie (zhoršenie celkového stavu, bolesť, únavnosť, slabosť a pod.) o ďalšie mesiace.

Táto terminálna fáza ochorenia je ťažko liečebne ovplyvniteľná. Zásady liečby, ktoré sa uplatňujú u pacientov s kastračne rezistentným karcinómom prostaty sú nasledovné:

**Hormonálna liečba** medikamentóznou alebo chirurgickou kastráciou má pokračovať aj u pacientov s kastračne rezistentným karcinómom prostaty  počas chemoterapie alebo akejkoľvek inej liečbe tejto fázy ochorenia. Táto zásada sa opiera o výsledky štúdií, ktoré potvrdili rýchlejšie zhoršenie ochorenia u pacientov, ktorí neboli hormonálne liečení.

**Chemoterapia** sa pôvodne pre zlé výsledky u pacientov s kastračne rezistentným karcinómom prostaty pokladala za neúčinnú, resp. karcinóm prostaty sa pokladal za chemorezistentný. Novšie poznatky však potvrdili účinnosť chemoterapie pri použití viacerých preparátov (estramustin fosfát, mitoxantron, vinblastin). Najlepšie výsledky sa však dosiahli liečbou docetaxelom podávaným raz za 3 týždne v kombinácii s prednisonom. Táto liečba sa stala novou štandardnou prvolíniovou liečbou pacientov s kastračne rezistentným karcinómom prostaty. Signifikantne predĺži prežívanie pacientov pri akceptovateľnej toxicite. Liečba docetaxelom pokračuje až do trvania odpovede, resp. do progresie ochorenia.

Súčasťou liečby kastračne rezistentného karcinómu prostaty sú **bisfosfonáty**. Hormonálna liečba zvyšuje kostnú rezorpciu, znižuje kostnú denzitu a  zvyšuje riziko kostných fraktúr u pacientov s karcinómom prostaty. Riziko kostných komplikácií a vysokej morbidity sa ďalej zvyšuje pri dlhodobom trvaní hormonálnej liečby . Bisfosfonáty inhibujú osteoklastami sprostredkovanú rezorpciu kostí, ktorá je charakteristická nielen pre osteolytické metastázy, ale je potvrdená aj pri osteoblastických metastázach typických pre karcinóm prostaty. Bisfosfonáty sú vysoko účinnými, dobre tolerovanými a bezpečnými liekmi, ktoré bránia vývinu osteoporózy a možných následných komplikácií. Najviac používaným preparátom je kyselina zoledronová (Zometa), ktorá sa podáva raz za 3-4 týždne.

. Novší spôsob  prevencie kostných komplikácií pri karcinóme prostaty predstavuje **denosumab**. Denosumab je plne humánna monoklonálna protilátka, ktorá sa špecificky viaže na receptor aktivátora pre nukleárny faktor –kB ligandy (RANKL), kľúčový mediátor formovania, funkcie a prežívania osteoklastov. Denosumab zvýšuje kostnú denzitu vo všetkých častiach skeletu a redukuje incidenciu nových vertebrálnych fraktúr.

Napriek dosiahnutému pokroku v liečbe kastračne rezistentného karcinómu prostaty účinnosť docetaxelu je časovo obmedzená, medián trvania účinku je 6-9 mesiacov. Zostáva otázka ako ďalej pokračovať v liečbe týchto pacientov, z ktorých časť zostáva v relatívne dobrom stave a sú vhodnými pacientmi na sekundárnu chemoterapiu. Doteraz jediný preparát, ktorý potvrdil významný prínos v rámci druholíniovej chemoterapie je **kabazitaxel**.

**Liečba komplikácií karcinómu prostaty**

**Patologické fraktúry** stavcov chrbtice a ostatných častí skeletu vznikajú v dôsledku oslabenia metastatickým postihnutím. Liečba spočíva v tlmení bolesti, stabilizácií a externej rádioterapii. Zriedkavejšie je potrebná chirurgická liečba. Kompresie miechy sú výsledkom fraktúr stavcov chrbtice. Najčastejšie je postihnutá hrudná chrbtica, ale fraktúra sa môže vyskytnúť v celom jej priebehu. Prejavuje sa bolesťami chrbta a bolesťami v priebehu nervových dráh, motorickou slabosťou, ktorá môže vyústiť do paraparézy alebo paraplégie. V liečbe sa používajú kortikoidy, ktoré zmenšujú edém a zmierňujú tlak na miechu. U dovtedy hormonálne neliečených pacientov je indikovaná bezprostredná hormonálna liečba chirurgickou alebo medikamentóznou kastráciou.

Obštrukcia močového mechúra v dôsledku lokálnej progresie karcinómu prostaty prejavujúca sa nemožnosťou sa spontánne vymočiť alebo veľmi intenzívnymi ťažkosťami s močením, je častá. Liečba závisí od celkového stavu pacienta a musí zohľadňovať zachovanie primeranej kvality života. Najúčinnejšou je **transuretrálna resekcia prostaty**. Ide o rovnaký výkon ako bol opísaný pri benígnej hyperplázii prostaty. Pri tomto výkone sa odstráni tá časť tkaniva prostaty, ktorá je prekážkou pri vyprázdňovaní moču z močového mechúra. Ak takýto výkon nie je možný ponecháva sa trvalá cievka v mechúri, alebo suprapubická drenáž mechúra ( cievka sa zavedenie do mechúra cez brušnú stenu) **Obštrukcia močovodov** sa vyskytuje pri prerastaní karcinómu prostaty do močového mechúra a uzatvorení vyústenia močovodov v  mechúri. Obštrukcia je často jednostranná a obvykle nie je sprevádzaná výraznými symptómami. Môže sa tiež prejaviť bolesťami v oblasti obličky. Bilaterálna obštrukcia sa prejaví často až anúriou (zastavením tvorby moču). V liečbe takto postihnutých pacientov sa používa **perkutánna nefrostómia ) (**zavedenie cievky do obličky cez brušnú stenu), zriedka je možné zaviesť katéter endoskopicky z močového mechúra do obličky.

**Anémia (chudokrvnosť)** je dôsledkom metastatického postihnutia kostnej drene. K vzniku anémie prispieva aj rádioterapia a systémová chemoterapia. Anémia sa vyvíja postupne a prejaví sa celkovou slabosťou, únavou, spavosťou a apatiou. Krvné transfúzie sú indikované u každého pacienta s klinicky zrejmými prejavmi anémie a u pacientov s poklesom hemoglobínu pod 80g/l.

.

**Podporná liečba a starostlivosť o pacientov s karcinómom prostaty**

Diagnóza karcinómu prostaty znamená vždy vážny zásah do života pacienta. Môže prísť veľmi prekvapujúco na základe preventívneho vyšetrenia, bez akýchkoľvek príznakov ochorenia alebo na základe príznakov z pokročilejšieho ochorenia. U každého však vyvolá komplex otázok a problémov týkajúcich sa usporiadania ďalšieho pracovného a rodinného života ako aj prispôsobeniu sa liečebnému plánu svojho ochorenia. Každý pacient prežíva túto situáciu rozdielne, ale vždy je pod veľkým psychickým tlakom ako si zariadiť svoj život do budúcnosti. Je vždy potrebné sa o svojich problémoch poradiť so svojim lekárom, získať kompletné informácie o svojom ochorení, o liečbe, jej výhodách a vedľajších účinkoch a o prognóze do budúcnosti.

**Depresia a anxiozita** je častým stavom u pacientov karcinómom prostaty a súvisí so samotnými somatickými príznakmi ochorenia a s uvedomovaním si vážnosti svojho ochorenia. Tieto psychické problémy môžu mať reaktívny , dočasný charakter, napr. v období bezprostredne po stanovení diagnózy alebo po absolvovaní dôležitej formy liečby, ale môžu mať aj trvalý charakter. V tomto prípade je potrebné sa so svojimi psychickými problémami zveriť svojmu lekárovi, ktorý má možnosti pomôcť upraviť alebo výrazne zlepšiť tento stav buď individuálnym prístupom k pacientovi alebo aj pomocou účinných medikamentov. Môžu sa využiť relaxačné techniky, fyzikálne cvičenia, pomoc rodiny ako aj pomoc špecialistov v danej problematike.

**Bolesť** je jedným z obávaných príznakov u pacientov predovšetkým s metastatickým ochorením. Je intenzívna, mení lokalizáciu a môže byť trvalá alebo intermitentná. Môže sa eliminovať užívaním vhodných liekov proti bolesti. Zmiernenie bolestí možno dosiahnuť externou rádioterapiou aplikovanou na bolestivé miesta, pomocou niektorých rádioizotopov a bisfosfonátmi.

.**Zmeny hmotnosti** **a nechutenstvo**. Strata na hmotnosti sa zaznamenáva takmer u každého pacienta s veľmi pokročilým karcinómom prostaty. Príčiny sú multifaktoriálne, predpokladá sa vplyv paraneoplastických látok, lokálneho pôsobenia vlastného karcinómu prostaty, vplyv vedľajších účinkov liečby a nedostatok fyzickej aktivity. Naopak, u časti pacientov, ktorí sú hormonálne liečení sa v prvých fázach liečby pozoruje prírastok na hmotnosti. Zmena hmotnosti iste súvisí aj so stravovacími návykmi, ktoré sa môžu počas ochorenia meniť. Napr. hormonálna liečba zvyšuje apetít , podobne aj psychický stres . Preto je nevyhnutné vyvážené, racionálne stravovanie s dostatkom tekutín.

**Únava** je častý problém u pacientov s nádorovým ochorením. Od ponámahovej únavy sa líši tým, že prichádza náhle a neupravuje sa spánkom. Významne ovplyvňuje kvalitu života. Odporúča sa primerané fyzické cvičenie, úprava životného štýlu, dostatok odpočinku, vhodná strava, vyhýbanie sa stresu , snaha o uchovanie si svojej energie a využívanie tých aktivít, ktoré nevyžadujú nadmernú energiu.

**Fyzická aktivita** sa neodporúčala liečeným pacientom s karcinómom prostaty. Preukázalo sa však, že primeraná fyzická aktivita, fyzické cvičenia podporujú udržanie dobrej kondície aj u pacientov s nádorovým ochorením. Dobrý fyzický stav podporuje zvládnutie liečby a aj psychických stresových situácií.

**Komplementárna a alternatívna liečba**

Komplementárna a alternatívna liečba je v súčasnosti pomerne rozšírená medzi pacientami trpiacimi nádorovým ochorením a možno povedať, že ju pacienti na základe informácií získaných od známych, z tlače , rozhlasu a televízie vyhľadávajú. Ide najčastejšie o užívanie vitamínových prípravkov , prípravkov rastlinného pôvodu, dietnych doplnkov, využívanie rôznych foriem energie, akupunktúry v liečbe bolestí a pod. Mnohé vychádzajú zo skúseností tradovaných z jednej generácie na druhú. Používané prostriedky nie sú súčasťou konvenčnej medicíny. Aplikujú sa súčasne so štandardnou liečbou nádorového ochorenia. Môžu sa použiť priamo ako prostriedok na elimináciu nádorových buniek alebo s cieľom vyvolať pocit lepšieho fyzického, mentálneho a emočného stavu. Nie sú z vedeckého hľadiska overenými prostriedkami a obvykle nie sú podávané lekármi, ktorí liečia nádorové ochorenia. Nevylučuje sa však možný podporný účinok na zlepšenie priebehu ochorenia a celkového stavu pacienta.

Ak sa pacient rozhodne používať aj doplňujúcu alebo alternatívnu liečbu mal by o tom informovať svojho lekára. Ten posúdi, či takýto spôsob liečby môže byť pre ochorenie užitočný alebo nie.

**Kontrolné vyšetrenia.** Pacient s karcinómom prostaty sa pravidelne kontroluje , pričom rozsah a intervaly kontrolných vyšetrení závisia od použitej liečby. Cieľom kontrolných vyšetrení je zistiť v akom stave je ochorenie. Ak mal pacient vykonanú radikálnu prostatektómiu alebo rádioterapiu kontroly sa vykonávajú počas prvého roka od liečby v 3., 6. a 12. mesiaci, potom do troch rokov v 6 mesačných intervaloch a v ďalších rokoch raz ročne. Kontrolné vyšetrenie pozostáva zo zistenia anamnestických údajov, z vyšetrenia PSA a palpačného vyšetrenia prostaty. U pacientov s hormonálnou liečbou sa odporúčajú prvé kontrolné vyšetrenia po 3 a 6 mesiacoch od začiatku liečby. V rámci týchto vyšetrení sa majú zhodnotiť anamnestické údaje ( napr. vedľajšie účinky liečby), vykonať palpačné vyšetrenie prostaty, vyšetrenie PSA a hladiny testosterónu. Ďalšie kontroly sa určujú individuálne podľa príznakov ochorenia, celkového stavu pacienta, stupňa rizika ochorenia a aplikovanej liečby.Pri dlhodobom sledovaní pacienta výkyvy hodnoty PSA umožňujú hodnotiť aktivitu ochorenia. Vyšetrenie zobrazovacími metódami pri stabilizovanom ochorení sa neodporúča (napr. opakované vyšetrenie scintigrafiou skeletu).