

Nádory skeletu – slovo úvodem

Peter Múdry

Klinika dětské onkologie LF MU a FN Brno, Dětská nemocnice, Brno

Onkologie 2012; 6(4): 189

Ve srovnání s desítkami tisíců pacientů s každoročně nově diagnostikovaným karcinomem jsou pacienti s malignitami skeletu počítáni na několik desítek. Tomu odpovídá i rozložení diagnostiky a léčby. Ta je historicky v rámci České republiky systematicky rozvíjena v Praze a v Brně. Osobně nejsem příznivcem jakékoliv „úředně“ určené centralizace. V případě kostních sarkomů, nebo jiných vzácných diagnóz, však má přirozená spádovost své nesporné výhody. Podobně je tomu i v jiných vyspělých státech s kvalitní onkologickou péčí.

V aktuálním vydání Modré knihy České onkologické společnosti čteme v kapitole o kostních nádorech hned v první větě, že „léčba primárních kostních nádorů je vedena vždy na základě rozhodnutí multioborového týmu“. To nezní příliš vědecky, zvláště ve srovnání s propracovanými postupy začínajícími vždy rozdělením do klinického stadia, jasnými doporučeními v první linii a celkem propracovanými doporučeními linií dalších. Důvody, proč je životaschopný multioborový tým důležitý pro léčbu malignit skeletu, najdete v jednotlivých článcích uvnitř čís-

la. Nejlépe to ilustrují tři Kaplan-Meierovy grafy celkového přežití lokalizovaného osteosarkomu. První je z éry před systémovou chemoterapií: samotná lokální léčba – chirurgická, pacienta „vyléčí“ jen krátce, do 2 let přežívalo 10–15 % operovaných, ostatní umírali na metastatickou progresi. To je i nepřímý důkaz mikrometastatického rozsevu již v době diagnózy lokalizované nemoci. Druhý graf ukazuje limity samotné chemoterapie: bez dosažení remise primárního osteosarkomu chirurgicky do 2 let nepřežije téměř nikdo. Třetí graf ukazuje přežití při správně vedené neoadjuvantní a adjuvantní chemoterapii a adekvátním chirurgickém výkonu: dlouhodobě přežívá přibližně 70 % pacientů. Tento léčebný skok byl dosažen mezi lety 1970–2000.

Léčba osteosarkomu a nádorů rodiny Ewingova sarkomu je dlouhodobá. V některých případech pacient vyžaduje léčbu trvající i dva roky, během níž neustále rehabilituje, trpělivě první rok snáší opakované komplikace po chemoterapii, případně po léčbě interferonem (protokol Euramos). Komplikace po kostních náhradách mohou někdy vést k reoperacím.

S adolescenty se mnohdy mluví obtížně, a to ani nemusí být nemocní. Pokud jim předložíte, že je indikována amputace jako život zachraňující výkon, oni takovou představu nesdílí, zamítají, nevěří. Jedna naše pacientka prožila po ztrátě končetiny dvě léta se zamračeným pohledem na rodinu, přátele, lékaře, všechny. Pak se „něco“ stalo a nyní po letech v remisi už s úsměvem vzpomínáme na všechny problémy, které musela během léčby podstoupit, je z ní krásná slečna. Pacientům tedy náleží dlouhodobá sociální a psychologická podpůrná péče, bez které je taková léčba utrpením.

Doufám, že téma kostních nádorů klinické onkology i praktické lékaře zaujme. Hlavním cílem by mělo být, aby každý lékař věděl, na které pracoviště takového pacienta odeslat, lokální situaci a kolegy znají sami nejlépe.

MUDr. Peter Múdry, Ph.D.

Klinika dětské onkologie LF MU a FN Brno
Dětská nemocnice
Černopolní 9, 625 00 Brno
pmudry@seznam.cz
