

Avastin v léčbě nemalobuněčné plicní rakoviny

Radka Bittenglová, Miloš Pešek

Klinika TRN FN Plzeň

63letý pacient, hypertonik, celoživotní kuřák, byl na kliniku TRN FN Plzeň přijat pro tumor pravé plíce zjištěný pro bolesti v pravém hemitoraxu. Na základě stážování byla stanovena diagnóza adenokarcinomu pravé plíce s generalizací do obou plic a levé nadledviny, st. IV.

Byla zahájena chemoterapie Paclitaxel (200 mg/m²) – Carboplatina (AUC) – Avastin (15 mg/kg) v rámci studie SAIL firmy Roche s velmi dobrou tolerancí. Po 3. cyklu chemoterapie byla potvrzena parciální remise dle CT hrudníku, dále pokračováno ve stejném schématu chemoterapie s Avastinem do 6. cyklu. Kontrolní CT hrudníku prokázalo další regresi tumoru. Vzhledem k velmi dobrému efektu podávané léčby bylo dále pokračováno v monoterapii Avastinem v třítydenních intervalech zatím do 22 cyklů. Po 22 měsících léčby s Avastinem bylo dosaženo trvalé parciální remise nálezu dle PET/CT trupu, pacient je klinicky zcela bez potíží, neomezen v běžném životě, tedy s velmi dobrou kvalitou života (KS 90 bodů), bez vedlejších nežádoucích účinků Avastinu.

Chemoterapie již nemá potenciál pro další prodloužování přežití, je tedy potřebné hledání nových léčebných strategií. Avastin jako inhibitor angiogeneze vede poprvé k prodloužení celkového přežití nad 12 měsíců. Významné prodloužení přežití bez progresse onemocnění (PFS) umožňuje delší přežití bez zhoršení symptomů.

Klíčová slova: bevacizumab, blokáda VEGF, přežití bez progresse, celkové přežití.

Avastin: a case report

A 63-year-old hypertensive patient, a life-long smoker, presented to the Department of Tuberculosis and Respiratory Disease of the Plzeň Teaching Hospital with a right-lung tumour detected due to pain in the right hemithorax. Based on staging, a diagnosis of stage IV right lung adenocarcinoma with generalization into both lungs and the left adrenal gland was made.

Chemotherapy with Paclitaxel (200 mg/m²) – Carboplatin (AUC) – Avastin (15 mg/kg) was initiated within the SAIL study of the Roche company with very good tolerance. Following the third chemotherapy cycle, partial remission was confirmed based on CT of the chest; the same chemotherapy regimen with Avastin was continued for six cycles. Follow-up CT of the chest revealed further tumour regression. Given the very good effect of the treatment administered, monotherapy with Avastin was continued in three-week intervals for 22 cycles so far. Following 22 months of Avastin treatment, sustained partial remission was achieved according to PET/CT of the trunk; the patient is clinically free of complaints, without limitations in everyday life, thus with a very good quality of life (KS of 90) and free of adverse effects of Avastin.

Chemotherapy has no more potential for further extension of survival; therefore, new therapeutic strategies have to be looked for. As an angiogenesis inhibitor, Avastin leads to an extension of overall survival beyond 12 months. A significant extension of progression-free survival (PFS) enables longer survival without deterioration of symptoms.

Key words: bevacizumab, VEGF blockade, progression-free survival, overall survival.

Onkologie 2010; 4(2): 133–137

63letý pacient M. M. byl přijat na Kliniku TRN v Plzni v listopadu 2007 na doporučení střediskového pneumologa s anamnézou 14denních bolestí v pravém hemitoraxu bez předchozích příznaků, bez známek infektu.

Pro nález zastření nad pravým dolním plicním polem na skiagramu hrudníku byl nemocný původně s podezřením na pneumonii přeléčen antibiotiky. Pro neregredující nález byla provedena bronchoskopie s nálezem – všechna ústí volná, z aspirace B9, 10 vpravo byly cytologicky verifikovány buňky adenokarcinomu. Na CT hrudníku provedeném v Domažlicích byl popsán tumor pravého dolního plicního laloku s postižením uzlin obou hilů a mediastina a pacient byl následně odeslán k dalšímu dovyšetření a léčbě na naši kliniku.

Při provádění fyzikálního vyšetření pacient spolupracoval, orientační neurologický nález byl bez pozoruhodností, poslechově bylo zjiště-

no dýchání čisté, skřípkové, akce srdeční klidná, pravidelná, břicho klidné, nebolestivé, peristaltika přiměřená, dolní končetiny bez známek akutní tromboembolické nemoci, bez otoků. Laboratorní hodnoty nevykazovaly výraznější odchylky od normy, hodnoty krevního tlaku, pulzu, saturace kyslíku byly rovněž ve fyziologických mezích, onkomarkery (CEA, CHRA, CYFR, NSE, TK, TPA) byly po celou dobu sledování v normě.

Z anamnestických údajů pacienta stojí za zmínku výskyt karcinomu plic u sestry, léčená arteriální hypertenze dobře korigovaná medikamentózně (Zorem), kuřáctví 45 pack years.

Pacient byl v roce 1997 po operaci hemoroidů, celý život pracoval jako soustružník ve slévárně Kdyně v riziku prašnosti železitého prachu.

Následně zrealizované PET/CT trupu (prosinec 2007) (obrázky 1–4) prokázalo generalizaci viabilního centrálně nekrotického tumoru v S10 pravé plíce do uzlin obou hilů a mediastina,

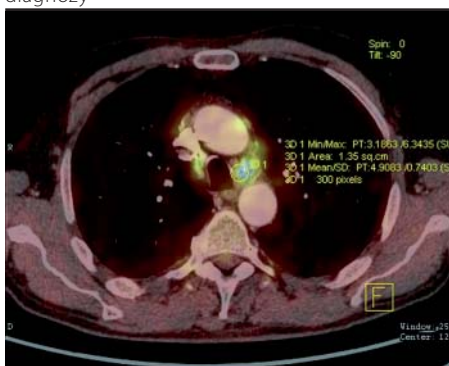
do obou plicních křídel a levé nadledviny. Na základě dostážování byla stanovena diagnóza:

C343 adenokarcinom pravého dolního plicního laloku a metastázami do uzlin obou hilů, mediastina, obou plicních křídel a levé nadledviny T2N3M1 st. IV, KS 90

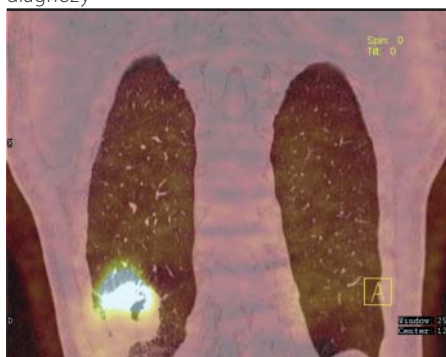
Po provedení nezbytných laboratorních vyšetření byla u pacienta na podzim roku 2007 zahájena chemoterapie Paclitaxel (200 mg/m²) – Carboplatina (AUC) – Avastin (15 mg/kg) v rámci studie SAIL firmy Roche s velmi dobrou tolerancí.

Po 3. cyklu chemoterapie bylo doplněno kontrolní CT hrudníku (leden 2008) (obrázek 5) s nálezem parciální regrese tumoru v pravém dolním plicním laloku z původní velikosti 44×30 mm → 30×20 mm, neměnná hilová a mediastinální lymfadenopatie, expanze v levé nadledvině vzhledem k neměnnosti ná-

Obrázek 1. PET/CT scany trupu 12/07 – stanovení diagnózy



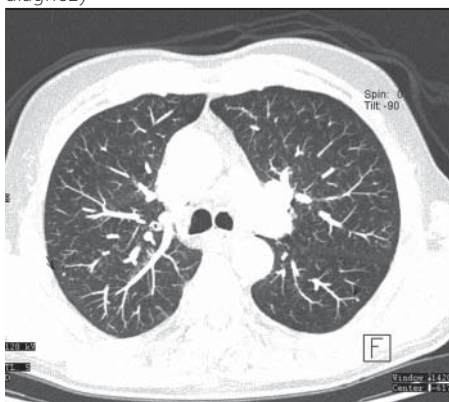
Obrázek 2. PET/CT scany trupu 12/07 – stanovení diagnózy



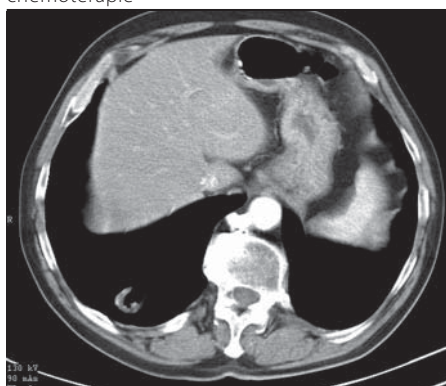
Obrázek 3. PET/CT scany trupu 12/07 – stanovení diagnózy



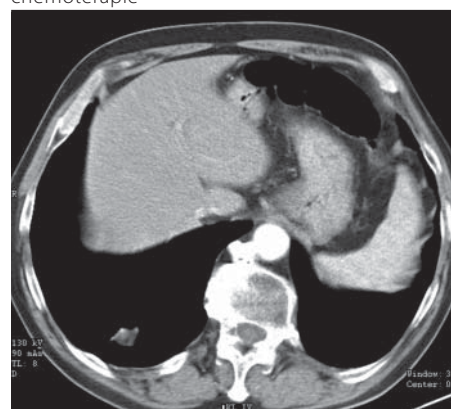
Obrázek 4. PET/CT scany trupu 12/07 – stanovení diagnózy



Obrázek 5. CT scan hrudníku 1/08 po 3. cyklech chemoterapie



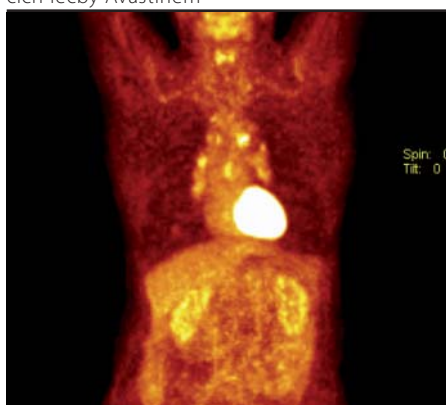
Obrázek 6. CT scan hrudníku 8/08 po 6. cyklech chemoterapie



Obrázek 7. PET/CT scany trupu 8/09 po 22. měsících léčby Avastinem



Obrázek 8. PET/CT scany trupu 8/09 po 22. měsících léčby Avastinem



Obrázek 9. PET/CT scany trupu 8/09 po 22. měsících léčby Avastinem



lezu a hypodenzitě útvaru je spíše adenomem než metastázou.

Vzhledem k potvrzené parciální remisi onemocnění bylo pokračováno ve stejném schématu chemoterapie s Avastinem do 6 cyklů. Kontrolní CT hrudníku (srpen 08) (obrázek 6) prokázalo další regresi tumoru v S10 vpravo na 20×18 mm (původně 44×30 mm), mírnou regresi hilové i mediastinální lymfadenopatie, levá nadledvina beze změn, parenchym plicní bez ložiskových změn podezřelých z metastáz.

Vzhledem k velmi dobrému efektu podávané léčby bylo dále pokračováno v monoterapii

Avastinem v třítydenních intervalech zatím do 22. cyklu.

Po 22 měsících léčby s Avastinem bylo dosaženo trvajících parciální remise nálezu dle PET/CT trupu (srpen 2009) (obrázky 7–9), pacient je klinicky zcela bez potíží, neomezen v běžném životě, tedy s velmi dobrou kvalitou života (KS 90 bodů), bez vedlejších nežádoucích účinků Avastinu.

Závěr

- U našeho pacienta je Avastin podáván v rámci studie SAIL firmy Roche.
- Cílem studie bylo:

- a) získání dostatečných dat o bezpečnosti a účinnosti preparátu v kombinaci s první linií chemoterapie u nemocných s lokálně pokročilým nebo metastazujícím NSCLC (stanovení doby do progresu a celkové přežití),
- b) stanovení výskytu nežádoucích účinků souvisejících s Avastinem,
- c) stanovení bezpečnosti Avastinu u nemocných, u kterých v průběhu léčby a do 6 měsíců po jejím ukončení vzniknou mozkové metastázy.

- Kritéria pro zařazení pacientů do studie SAIL

Redakční rada časopisu
a společnost SOLEN
vyhlašují soutěž časopisu

Onkologie

o nejlepší práci publikovanou
v rubrice **sdělení z praxe** v roce 2010



Cena 30 000 Kč

POKYNY PRO AUTORY

Rozsah práce: maximálně 6 stran

Členění: souhrn, úvod, vlastní případ, diskuze, závěr, literatura.

Literatura: citace jsou očíslovány a uvedeny v pořadí, v němž se v textu poprvé objevily.

PŘÍKLADY CITACÍ:

1. Hanuš T. Dysfunkce dolních močových cest. In: Dvořáček J. a kol. Urologie. ISV Praha 1998: 1307–1333.
2. Hovorka J. Základní principy protizáchvatové léčby. Čes Slov Neurol Neurochir 1997; Suppl 12/98: 1–6.
3. Kolář J, Zídková H. Nárys kostní radiodiagnostiky. Praha: Avicenum 1986. 419 s.
4. Švestka J. Nová (atypická) antipsychotika 2. generace. Remedia 1999; 12 (9): 366–385.

PODMÍNKY SOUTĚŽE

1. Hlavní autor žije a pracuje v České republice.
2. Práce bude publikována v některém z čísel časopisu Onkologie v roce 2010.
3. Práce nebyla zveřejněna nebo nabídnuta k publikaci v jiném odborném časopisu.
4. Všechny práce procházejí před zveřejněním recenzním řízením.

PRÁCI ZAŠLETE

strouhalova@solen.cz
SOLEN, s. r. o.,
Lazická 297/51, 779 00 Olomouc
bližší informace: tel. 582 330 438

SPONZOR SOUTĚŽE O NEJLEPŠÍ PRÁCI PUBLIKOVANOU V RUBRICE SDĚLENÍ Z PRAXE V ROCE 2010



Bayer HealthCare
Bayer Schering Pharma





Zkrácený souhrn údajů o přípravku

**BONEFOS koncentrát
pro přípravu infuzního roztoku**
BONEFOS 800 mg potahované tablety
BONEFOS 400 mg tvrdé tablety

Složení: 1 tableta (Bonefos 800 mg) odpovídá 800 mg dinatrii clodronas anhydricus. 1 tableta (Bonefos 400 mg) odpovídá 400 mg dinatrii clodronas anhydricus. 1 ml koncentrátu Bonefos odpovídá 60 mg dinatrii clodronas. **Indikace:** Tablety, tobolky: Léčba hyperkalcemie a osteolyzy způsobené maligním onemocněním. Koncentrát: Léčba hyperkalcemie způsobené maligním onemocněním. **Dávkování a způsob podávání:** Tablety, tobolky: Denní dávka 1600 mg se užívá najednou, nejlépe ráno nalačno. Jednu hodinu poté nepodávat jiné p.o. léky, nejíst a nepít (kromě čisté vody). Během léčby je nutné zajistit dostatečný příjem tekutin. Neužívat spolu s mlékem, jídlem a léky obsahujícími kalcium a jiné bivalentní ionty. Tablety a tobolky nesmí být drceny a rozpuštěny. Pro léčbu hyperkalcemie způsobené malignitou se doporučuje i.v. klodronát. Při p.o. léčbě by měly být podávány vysoké zahajovací dávky 2400 až 3200 mg denně, které mohou postupně klesat až na 1600 mg denně. Je třeba opatrnosti u pacientů s renální insuficiencí. Koncentrát: i.v. infuze 300 mg klodronátu denně, minimálně 2 hodiny. Celková doba léčby by neměla přesáhnout 7 dní. Alternativně jednorázová dávka 1500 mg po dobu 4 hodin. Před léčbou a během ní sledovat renální funkce, hladiny kalcia v séru, zajistit dostatečnou hydrataci. Dávku upravovat dle stupně renální insuficience. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivou nebo pomocnou látku. Současná terapie jinými bisfosfonáty. **Zvláštní upozornění:** U pacientů s rizikovými faktory (např. rakovina, chemoterapie, radioterapie, kortikosteroidy, špatná zubní hygiena) zvážit preventivní zubní vyšetření před začátkem léčby bisfosfonáty. Během léčby by neměly být prováděny invazivní zubní výkony. Pacienti s intolerancí galaktózy by tento přípravek neměli užívat. Intravenózní podání dávky výrazně vyšší, než je doporučená dávka, může způsobit těžké poškození ledvin zejména tehdy, je-li rychlost infuze příliš vysoká. **Interakce:** Jiné bisfosfonáty, nesteroidní antiflogistika, aminoglykosidy, estramustin fosfát, bivalentní ionty (antacida, přípravky železa). **Těhotenství a kojení:** Klodronát by se neměl podávat těhotným ženám s výjimkou, kdy terapeutické výhody převažují rizika, kojícím matkám se nedoporučuje. **Účinky na schopnost řídit a obsluhovat stroje:** Nejsou známy. **Nežádoucí účinky:** Mezi časté (>1/100 až <1/10) nežádoucí účinky patří: asymptomatická hypokalcemie, průjem, nevolnost, zvracení, zvýšení transamináz obvykle v rámci normálního rozmezí hodnot. V post-marketingových sledovacích byly hlášeny respirační, hrudní a mediastinální poruchy, poruchy ledvin a močových cest a poruchy pohybového systému a pojivové tkáně. **Předávkování:** po i.v. podání vysokých dávek klodronátu bylo zaznamenáno zvýšení sérového kreatininu, hypokalcemie a poruchy funkce ledvin. Léčba by měla být symptomatická. Vždy je třeba zajistit dostatečnou hydrataci, sledovat renální funkce a hladinu kalcia v séru. **Skladování:** Tablety: Při teplotě do 30 °C. Tobolky: Při teplotě do 25 °C. Koncentrát: Při teplotě do 30 °C. Chránit před mrazem. **Balení:** 60 potahovaných tablet, 100 tobolek. 1, 4, 5 ampulí o obsahu 25, 25, 5 ml. **Držitel registračního rozhodnutí:** Bayer Schering Pharma OY, Pansiontie 47, 20210 Turku, Finsko. **Registrační číslo:** Tablety: 44/291/99-C, tobolky: 44/093/89-S/C, koncentrát: 44/094/89-S/C. **Datum registrace:** Koncentrát, tobolky: 9. 11. 1989. Tablety: 19. 5. 1999. **Datum poslední revize textu:** 23. 12. 2009.

Přípravek je dostupný na lékařský předpis a je hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Před předepsáním se, prosím, seznáme s úplnou informací o přípravku.

Další informace získáte na adrese: Bayer Schering Pharma, Šafaříkova 17, 120 00 Praha 2, tel.: 271 730 661, fax: 271 730 657.



Zkrácený souhrn údajů o přípravku

Nexavar 200mg potahované tablety

Složení: Sorafenibum 200 mg (ve formě tosylátu) v jedné potahované tabletě. **Indikace:** Hepatocelulární karcinom. Pokročilý zhoubný nádor ledvin, u kterého léčba založená na interferonu- α nebo interleukinu-2 nebyla úspěšná nebo je pro něj nevhodná. **Dávkování a způsob podání:** Doporučená denní dávka je 800 mg (dvě tablety po 200 mg 2x denně p.o.). **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivou nebo pomocnou látku. **Zvláštní upozornění:** Po zahájení léčby sorafenibem byla pozorována zvýšená incidence kožních reakcí na dlaních a chodidlech a kožní vyrážka, arteriální hypertenze mírného až středně závažného charakteru, ischemie/infarkt myokardu a krvácivé příhody. Sorafenib by neměli užívat pacienti s těžkým poškozením funkce jater. U pacientů s mírnou, středně těžkou nebo těžkou poruchou funkce ledvin není třeba dávku upravovat. Zvýšené opatrnosti je třeba dbát při současné léčbě warfarinem. Přerušení léčby se doporučuje u pacientů, kteří podstupují závažný chirurgický zákrok a nebo pokud by došlo k výskytu gastrointestinální perforace, která byla hlášena u < 1 % pacientů užívajících sorafenib. **Interakce:** Přípravky snižující aciditu, indukory CYP3A4 a/nebo glukuronizace, inhibitory CYP3A4, substráty CYP2C9, CYP2B6, CYP2C8, UGT1A1, UGT1A9, P-gp, doxorubicin, irinotekan, docetaxel. **Těhotenství a kojení:** Přípravek by neměl být během těhotenství a kojení podáván. **Účinky na schopnost řídit a obsluhovat stroje:** O tom, že by přípravek Nexavar ovlivňoval schopnost řídit a obsluhovat stroje není zatím nic známo. **Nežádoucí účinky:** Nejčastějšími NÚ byly průjem, vyrážka, alopecie a palmoplantární syndrom. Zaznamenané abnormality laboratorních testů: hypofosfatémie, zvýšené hladiny lipáz a amyláz, lymfopenie, neutropenie, anémie a trombocytopenie. **Předávkování:** Není žádná specifická terapie, v případě potřeby je doporučeno zahájit standardní podpůrnou léčbu. **Skladování:** Při teplotě do 25 °C. **Balení:** 112 (4x28) tablet v průhledných (PP/Aluminium) blistrech. **Registrační číslo:** EU/1/06/342/001. **Datum registrace:** červen 2006. **Datum revize textu:** 15. 10. 2009. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Bayer HealthCare AG, D-51368 Leverkusen, Německo. *Přípravek je vázán na lékařský předpis a je hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Před předepsáním léku si pečlivě přečtěte úplnou informaci o přípravku.*

Další informace získáte na adrese:
Bayer Schering Pharma,
Šafaříkova 17, 120 00 Praha 2,
tel.: 271 730 661, fax: 271 730 657.
www.bayerscheringpharma.cz



Zkrácený souhrn údajů o přípravku

ANDROCUR-50
ANDROCUR 100

Složení: Cyproteroni acetat 50 nebo 100 mg v 1 tabletě. **Indikace:** U muže: antiandrogenní léčba inoperabilního karcinomu prostaty, sexuální deviace*; u ženy: známky androgenizace*. **Dávkování a způsob podávání:** Karcinom prostaty: 1 tableta 2–3x denně. Známky androgenizace: 2 tablety denně. 1–2 tablety 2–3x denně. Kompletní dávkovací schémata naleznete v úplné příbalové informaci o přípravku. **Kontraindikace:** Jaterní onemocnění, žloutenka, nádory jater, kachektizující onemocnění (pokud není příčinou karcinom prostaty), těžké chronické deprese, tromboembolické onemocnění, těžký diabetes s cévními změnami, srpkovitá anémie, těhotenství, kojení, těhotenské opary, přecitlivělost na některou složku přípravku. **Zvláštní upozornění:** Během léčby je třeba pravidelně kontrolovat funkce jater, kůry nadledvin a počet červených krvinek. U diabetiků je nutný přísný lékařský dohled. **Interakce:** Mohou nastat s orálními antidiabetiky, inzulinem, ketokonazolem, itraconazolem, klotrimazolem, ritonavirem, rifampicinem, fenytoinem, statiny. **Těhotenství a kojení:** Podávání přípravku je kontraindikováno. **Účinky na schopnost řídit a obsluhovat stroje:** Léčba může negativně ovlivnit schopnost koncentrace. **Nežádoucí účinky:** U mužů: omezení mužské fertility (k obnově dojde po přerušení léčby), ojediněle zvětšení prsů (po vysazení zmizí); u žen: inhibice ovulace; při vysokých dávkách byly popsány poruchy jaterních funkcí, možné jsou změny tělesné hmotnosti. **Předávkování:** Přípravek lze hodnotit jako prakticky netoxický. Riziko akutní intoxikace se neočekává. **Skladování:** Při teplotě do 25 °C, v původním obalu. **Balení:** 50 tablet po 100 mg, 20 nebo 50 tablet po 50 mg. **Datum registrace:** ANDROCUR-50: 29. 1. 1974, ANDROCUR 100: 1. 11. 2000. **Datum revize textu:** ANDROCUR-50, ANDROCUR 100: 26. 9. 2007. **Registrační číslo:** ANDROCUR-50: 34/151/73-C, ANDROCUR 100: 34/539/00-C. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Bayer Schering Pharma AG, Berlin, Německo. *Přípravek je vázán na lékařský předpis a je hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Před předepsáním léku si pečlivě přečtěte úplnou informaci o přípravku.*

Další informace získáte na adrese:
Bayer Schering Pharma,
Šafaříkova 17, 120 00 Praha 2,
tel.: 271 730 661, fax: 271 730 657.
www.bayerscheringpharma.cz

SPONZOR SOUTĚŽE O NEJLEPŠÍ PRÁCI PUBLIKOVANOU V RUBRICE SDĚLENÍ Z PRAXE V ROCE 2010



Bayer HealthCare
Bayer Schering Pharma

Bayer Schering Pharma
Šafaříkova 17, 120 00 Praha 2
tel.: 271 730 661, fax: 271 730 657
www.bayerscheringpharma.cz

- a) nepředléčený nedlaždicobuněčný NSCLC stadia IIIb nebo IV
 - b) PS 0–2
 - c) INR méně než 1,5
 - d) očekávané přežití minimálně 12 týdnů
 - e) bez anamnézy trombotických nebo krvácivých příhod a hemoptýzy
 - f) bez prorůstání nádoru do velkých cév
 - g) bez mozkových metastáz
- Možné nežádoucí účinky: krvácení, hypertenze, trombóza, alergické projevy, proteinurie a nefrotický syndrom, perforace či obstrukce GIT, dehiscence rány, městnané srdeční selhání, hematologická toxicita.
 - Použité dávkování: 15 mg/kg hmotnosti/každé 3 týdny

Chemoterapie již nemá potenciál pro další prodloužování přežití, je tedy potřebné hledání nových léčebných strategií. Avastin (bevacizumab) je rekombinantní humanizovaná monoklonální protilátka proti VEGF, působící jako inhibitor angiogeneze. Angiogeneze má úlohy v řadě stadií růstu, progresu a metastazování všech typů solidních nádorů. Nádory nejsou schopny růstu nad 1–2 mm bez vlastního cévního zásobení. Expres vysokých hladin VEGF je spojena se špatnou prognózou NSCLC (nema-

lobuněčný plicní karcinom). Účinky anti-VEGF léčby spočívají v regresi již existující nádorové mikroskopické cévní sítě, normalizaci zbývajících nádorové cévní sítě a inhibici tvorby nové mikrovaskulatury.

Avastin tedy brání novotvorbě cév, které nádor potřebuje ke svému růstu a progresi. V řadě preklinických studií bylo prokázáno rychlé obnovení růstu cév po ukončení blokády VEGF, proto byl v dalších klinických studiích Avastin podáván až do progresu nemoci.

Léčba kombinacemi s Avastinem poprvé vedla k prodloužení celkového přežití nad 12 měsíců. Studie ECOG 4599, která měla podobný design jako uváděná studie SAIL, prokázala signifikantní přežití o 2 měsíce. Na základě této studie došlo k registraci léku u nás i ve světě. Tyto výsledky již nebyly potvrzeny studií AVAIL. Bylo dosaženo mírného prodloužení bezpříznakového období (PFS), nikoli prodloužení přežití. Tato studie ovšem nebyla designována na celkové přežití pacientů, ale primárním cílem bylo přežití bez progresu (PFS). V momentě progresu mohl být pacient léčen Avastinem dále v placebo větví. Rovněž podle proběhlých studií není zatím jasné, jaká dávka bevacizumabu by měla být aplikována. Ve studii AVAIL s placebem byla porovnávána jak dávka 15 mg/kg každé 3 tyd-

ny, tak dávka 7,5 mg/kg každé 3 týdny. Avastin v obou dávkách vedl k signifikantnímu prodloužení doby přežití bez progresu. Cílem této studie však nebylo prokázat rozdíl mezi oběma rameny s Avastinem, nelze tedy říci, zda je použití některého dávkování vhodnější. Obě dávky jsou registrovány pro léčbu NSCLC.

Avastin mění osudy nemocných díky významným klinickým benefitům, především prodloužení přežití bez progresu (PFS). Správný výběr nemocných k léčbě výrazně snižuje výskyt nežádoucích účinků, hlavně závažného krvácení, včetně hemoptýzy.

Léčba kombinacemi s Avastinem vede poprvé k prodloužení celkového přežití nad 12 měsíců. Významné prodloužení přežití bez progresu onemocnění (PFS) umožňuje delší přežití bez zhoršení symptomů.

Literatura

1. Sander A, et al. J Clin Oncol 2005; 23(Suppl. 1): 2 (Abstract LBA4).
2. Socinski MA. Respir Care Clin N Am 2003; 9: 207–236.

Radka Bittenglová

Klinika TRN FN Plzeň

Tř. Dr. E. Beneše 13, 305 99 Plzeň

bittenglova@fnplzen.cz
