

Nemalobuněčný karcinom plic – pokroky v léčbě

Karcinom plic byl na začátku dvacátého století relativně vzácným onemocněním. V minulém století však začal výskyt u mužů v západních zemích výrazně růst. Naopak u žen započal růst nemocnosti až přibližně o třicet let později. V zemích střední a východní Evropy včetně České republiky v současnosti patří mezi nejčastější nádory u mužů.

Mezi všemi bronchogenními karcinomy představuje 85 % nemalobuněčný karcinom (non small lung cancer – NSCLC) a 15 % malobuněčný karcinom (small lung cancer – SCLC). Histologicky rozlišujeme dále NSCLC na adenokarcinom (38,5 % ze všech plicních karcinomů), skvamózní karcinom (20 %) a velkobuněčný karcinom (3 %). V posledních letech vzrůstá zejména incidence adenokarcinomu. V souvislosti s kouřením se častěji vyskytuje skvamózní typ karcinomu, adenokarcinom je nejčastějším histologickým typem u nekuřáků.

Při rozhodování o léčebném postupu musíme vycházet z histologického typu nádoru, ze stadia onemocnění a z celkového stavu nemocného, přidružených onemocnění a přání pravdivě informovaného pacienta. Ještě před zahájením léčby musíme zvážit, s jakým záměrem bude léčba indikována – zda s kurativním, nebo půjde o léčbu paliativní.

Cílem kurativní léčby je úplné vyléčení, které je však vzácné, nebo výrazné zmenšení nádoru. Cílem

paliativní léčby je především zmírnění potíží, které nádor vyvolává. Nemusí jít vždy jen o potíže tělesné, ale i o potíže duševní či sociální.

Vzhledem k tomu, že ke stanovení morfologické diagnózy je zapotřebí použít metody, které mohou být pro nemocného s postižením dýchacích cest zatěžující a nepříjemné, musíme ještě před indikováním těchto vyšetření stanovit, zda máme před sebou pacienta, který je opravdu kandidátem onkologické léčby.

Nejlepší prognózu mají ti nemocní s NSCLC, u kterých byl nádor diagnostikován v operabilním stadiu a byla provedena úspěšná resekce. Podíl radikálně operovaných nemocných ze skupiny všech pacientů s NSCLC je poměrně nízký a v jednotlivých regionech České republiky může být odlišný. V celé České republice nepřesahuje 20 %. U menšiny radikálně operovaných pacientů je prognóza závislá na TNM klasifikaci. Nejlepší prognózy dosahují nemocní, jejichž nádor byl klasifikován jako T1 N0, u nichž bývá zaznamenáno pětileté přežití větší než 60 %. I v případě, že je provedena radikální resekce nádoru a postižených uzlin, dochází u většiny nemocných k recidivě (lokální nebo vzdálené) do dvou let. Prognóza u pacientů s neoperabilním lokoregionálně pokročilým onemocněním či generalizovaným onemocněním je i přes aplikovanou léčbu

špatná. Medián přežití těchto nemocných obvykle nepřesahuje 18–24 měsíců, jedná-li se o místně pokročilý nádor, a 12–18 měsíců, byl-li v době stanovení diagnózy plicní nádor již diseminovaný.

Na základě anamnézy, klinického vyšetření a zobrazovacích metod můžeme vyslovit pouze podezření na karcinom plic, ale definitivní diagnóza je diagnóza morfologická (výsledek histologického a/nebo cytologického vyšetření), která by měla být doplněna o molekulárně genetické vyšetření v případě nemalobuněčného karcinomu typu adenokarcinomu, spíše adenokarcinomu a blíže neurčeného nemalobuněčného karcinomu. Před podáním některých imunoterapeutických přípravků je indikováno vyšetření exprese PD-L1 (programmed death ligand–1). Pokud se jedná o místně pokročilé onemocnění je nedílnou součástí léčby radioterapie.

Věřím, že články zveřejněné v tomto čísle Onkologie pomohou rozšířit vědomosti o možnostech léčby NSCLC. Jsou zaměřeny především na terapeutické postupy, díky kterým bylo dosaženo v posledních letech zlepšení přežití nemocných s NSCLC.

prof. MUDr. Jana Skříčková, CSc.

Klinika nemocí plicních a TBC FN Brno a LF MU