

tou prediktivních markerů cílené léčby EGFR, ALK, ROS-1, naopak s vysokou expresí PD-L1, pozitivní na 90 % nádorových buněk. Staging onemocnění – IIIB (cT4N2M0 – tumor nejv. rozměru 52 mm, invadující do mediastina, karcinomatózní lymfangoitida a satelitní ložisko ve stejném laloku, N2 uzliny) (Obr. 1, 2). Stav výkonnosti v době rozhodování o léčebné strategii byl ECOG PS 1, nicméně pacientka geriatricky fragilní s rizikovými faktory potenciální toxicity kombinované protinádorové léčby. Na základě těchto skutečností multidisciplinárním indikačním seminářem pacientka nebyla doporučena ke konkomitantní chemoradioterapii s event. pokračující imunoterapií. Žádosti na paragraf 16 o schválení úhrady cemiplimabu bylo vyhověno kladně. Ještě před podáním 1. cyklu však došlo ke komplikacím – pacientka byla pro infekční exacerbaci CHOPN hospitalizována ve spádové nemocnici, po bronchodilatační a ATB léčbě (amoxicilin/klavulanát) krátkodobě zlepšená a dimitována. Nicméně při kontrole na naší ambulanci stav opět zhoršen, elevace CRP 171 mg/ml, leukocytóza $17,87 \cdot 10^9/l$, progresse infiltrací na skiagramu hrudníku – post-obstrukční pneumonie, zchvácená, zhoršení stavu výkonnosti na PS 3. Hospitalizována na naší klinice celkem 8 dnů, podávány ATB (piperacilin/tazobaktam) – etiologické agens nezachyceno, dále i léčba exacerbace CHOPN, včetně i. v. kortikoidů. Po zlepšení stavu jsme přistoupili koncem července k podání cemiplimabu. Klinický stav od podání prvního cyklu se dále zlepšoval, již první kontrolní skiagram hrudníku v srpnu 2022 prokázal příznivý efekt léčby. Parciální regrese byla potvrzena i kontrolním CT po 5 cyklech léčby v listopadu 2022 a přetrvává do dnešní doby – koncem ledna 2023 podán 9. cyklus (Obr. 3, 4). Imunoterapie nebyla doprovázena vznikem žádné závažné toxicity, de novo se objevil jen kožní exantém st. I–II, u Sjögrenova syndromu se ke xerostomii přidaly drobné slizniční eroze, bez vlivu na chuť nebo nutrici – přechodně nízká dávka kortikoidů – prednison $\leq 10 \text{ mg/den}$, jinak zvládnuto lokální terapií.

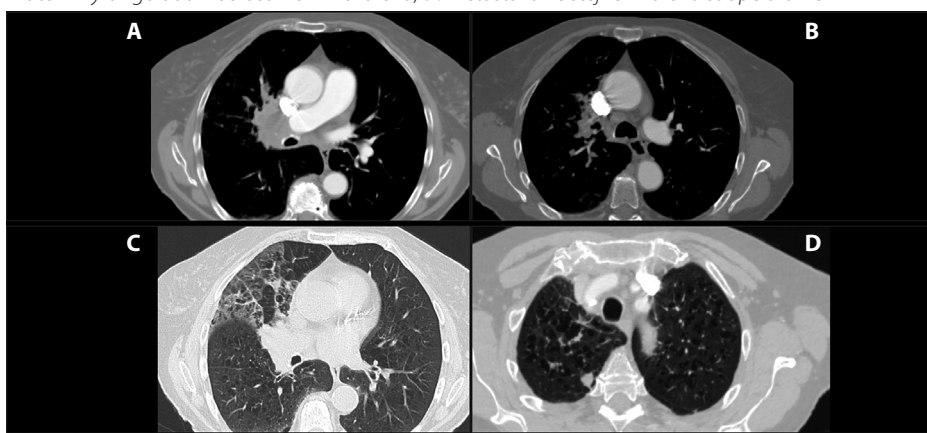
Diskuze

Pro inoperabilní stadia III NSCLC je v současné době v ČR, v případě splnění kritérií: stav výkonnosti PS 0–1, exprese PD-L1 $\geq 1 \%$,

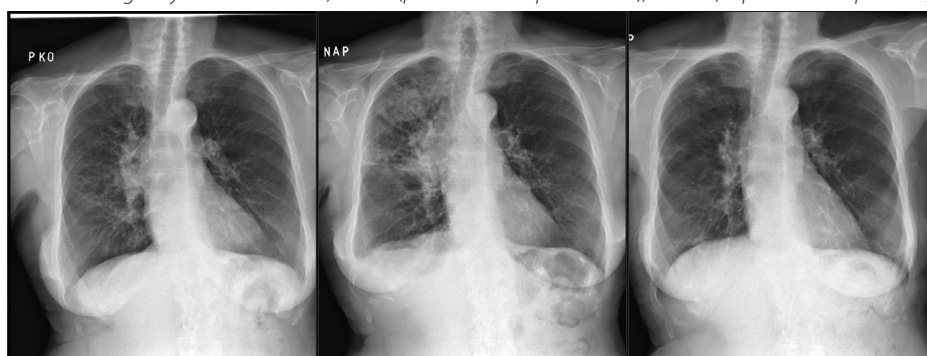
Obr. 1. Tumorózně zvětšený pravý hilus s navazující zhrubělou kresbou do periferie. V boční projekci změny zejména v oblasti hilu a interlobia, vedlejší nález: sudkovitý tvar hrudníku – typický nález u CHOPN/emfyzému



Obr. 2. A: centrální tumor s infiltrací mediastina; B: lymfadenopatie paratracheálně, hilová; C: karcinomatózní lymfangoitida v oblasti horního laloku; D: metastáza ve stejném laloku subpelurálně



Obr. 3. Skiagramy hrudníku 6/2022, 7/2022 (postobstrukční pneumonie), 1/2023 (zlepšení nálezu po léčbě)



aptabilní laboratorní funkce; nepřítomnost závažné autoimunitní nemoci nebo intersticiálního plicního onemocnění; absence dlouhodobé léčby kortikoidy v dávce prednisonu (či odpovídajícího ekvivalentu) $> 10 \text{ mg}$ denně nebo užívání jiné imunosupresivní léčby; nepřítomnost aktivačních mutací EGFR nebo ALK, doporučena konkomitantní chemoradioterapie, po které pokud nedojde k progresi onemocnění, do 6 týdnů od jejího ukončení, pokračuje léčba imunoterapií – durvalumabem po dobu 12 měsíců (1). Situace u neresekabilního stadia III NSCLC je ale v reálné

klinické praxi komplikovanější, např. dle retrospektivní studie kanadských autorů, která se věnovala přímo neresekabilním stadiím v provincii Ontario, méně než 1/3 pacientů byla léčena dle guidelines – chemoradioterapií 27,5 % (cCRT 22,1 %, sCRT 5,4 %, analyzovány roky 2010–2015) (2). Jiná kanadská studie z provincie Quebec zaznamenala příznivější data pro uplatnění CRT 59 % CRT (v rámci CRT: cCRT 85 %, sCRT 15 %, analyzovány roky 1998–2018), v této analyzované skupině představoval stav výkonnosti PS 0–1 téměř 94 % všech případů (3). Zastoupení chemoradiote-