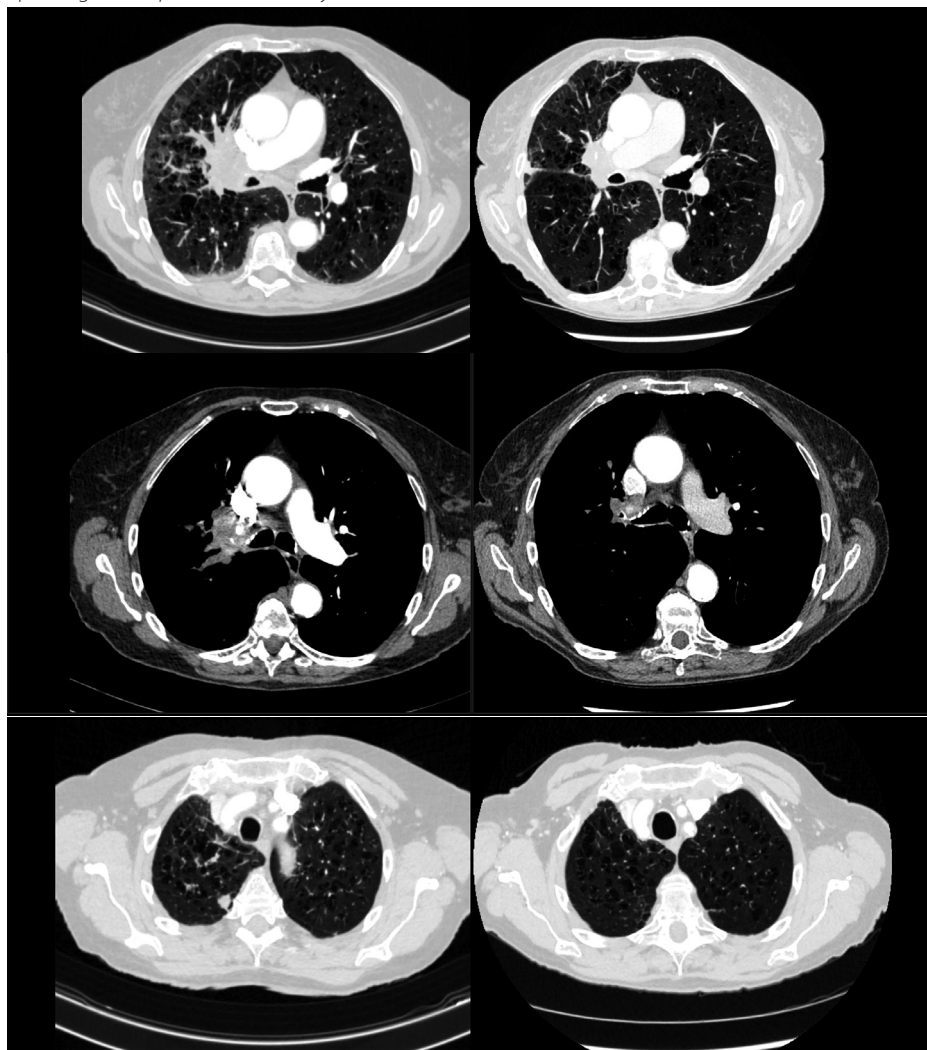


Obr. 4. CT obrazy tumoru a metastázy před a po léčbě cemiplimabem (parciální regrese primárního tumoru, úplná regrese subpleurální metastázy)



rapie u neresekabilního st. III NSCLC dosáhla ve studii z Číny, dle údajů z národní databáze, 50,7 % (analyzovány roky 2001–2016, bez bližší specifikace stran sekvenční – konkomitantní CRT) (4). Středoevropská data z reálné klinické praxe v práci Zemanové a kol. ukázala, že definitivní chemoradioterapie v rámci celé skupiny stadia III byla použita ve 34,3 %, přičemž převažovala sekvenční modalita. Samotná chemoterapie představovala 25,7 % a samotná radioterapie 11,8 % případů. PS ECOG 0–1 mělo zde 83 % všech nemocných skupiny stadia III (5). Co se týče stavu výkonnosti, podobně vysoká čísla PS ECOG 0–1, a to 87 % u všech stadií, uvádí například i španělská studie pro nově diagnostikované případy NSCLC (6). I když je problematika stadia III NSCLC, resp. podskupiny neoperabilních karcinomu značně heterogenní a chybí podrobnější analýzy zaměřené na přesné důvody, proč nemocný s PS 0–1 není léčen dle platných doporučení –

CRT, resp. CRT s následnou imunoterapií (např. rozhodnutí pacienta, lokální dostupnost, ztráta ze sledování a jiné) je nepochybné, že část nemocných není shledána při rozhodování schopna podstoupit tuto léčbu.

Co se týče incidence autoimunitních (AI) nemocí, které mohou mít rovněž vliv na rozhodování o trimodální léčbě – chybí robustnější data, např. v USA se jejich populační zátěž pohybuje v rozmezí 7,6–9,4 % (zahrnuto 29 AI onemocnění) (7). Kontraindikací pro imunoterapii jsou ale jen závažná AI onemocnění, resp. imunosupresivní léčba viz výše. Další kontraindikací podání imunoterapie v rámci trimodální léčby je přítomnost EGFR a ALK mutací, tyto se vyskytují, s geografickou variabilitou u 10–30 %, resp. 2–8 % lokálně pokročilých stadií neskvamózních NSCLC (8). Skupina intersticiálních plicních procesů (IPP) je značně heterogenní (> 200 nemocí), některé jsou samy o sobě rizikovým faktorem vyšší in-

cidence karcinomu plic. Toxicita radioterapie je limitujícím faktorem zejména pro skupinu fibrotizujících IPP – zejména u idiopatické plicní fibrózy není radioterapie s kurativním záměrem u lokálně pokročilých NSCLC obecně akceptována, lze ji připustit u vysoce selektované skupiny, imunoterapie zde ale obecně není indikována (9). Limitace stran nesplnění laboratorních kritérií – hematologických, hepatálních či renálních pro užití imunoterapie je zcela heterogenní záležitostí – individuálně lze žádat i u těchto pacientů o úhradu imunoterapie v léčbě NSCLC, včetně stadia III.

V reálné klinické praxi, přes všechny výše uvedené limitace, zůstává nemalá skupina pacientů neresekabilního stadia III, splňující důležité kritérium léčby – stav výkonnosti PS 0–1, která nemá jiné kontraindikace, nicméně multidisciplinárním týmem není uschopněna pro absolvování chemoradioterapie – nezapustitelná je zde role klinického a radiačního onkologa, ale i lékařů jiných profesí, kteří posuzují celkový stav před rozhodnutím o postupu – pneumolog, kardiolog, revmatolog, neurolog, endokrinolog, hematolog, event. další. Faktory, které je nutno brát v potaz stran vysokého rizika toxicity pro podání CRT, jsou věk, „křehkost“ pacienta, použití některých cytostatik (u NSCLC běžně užívaných např. toxicita cisplatiny, riziko vyšší plicní toxicity u taxanů), malnutrice, primární přítomnost deteriorace orgánových funkcí (kostní dřeň – anémie, kardiální komorbidity, renální komorbidity a další), velikost ozařovaného pole, lokalizace tumoru (vyšší toxicita radioterapie u nádorů lokalizovaných ve středních a dolních částech plic), nemožnost splnění doporučených pokynů pro vztah dávka-objem a toxicity okolních tkání, předchozí ozařování v dané lokalitě. Co se týče v praxi častého, poklesu samotných plicních funkcí – např. u CHOPN nebo emfyzému, zde nebyly pozorovány vyšší toxicity RT/CRT u NSCLC. Naopak současná koincidence NSCLC se systémovým onemocněním pojava je rizikovým faktorem toxicity RT (10–13).

Studie EMPOWER-Lung1 (multicentrická, otevřená, globální, randomizovaná, studie fáze III) lépe odrážela v zařazovacích kritériích reálnou klinickou praxi a dovolovala vstup, kromě metastatických stadií i pro stadia IIIB/IIIC (TNM 8), u kterých exprese