

Komorbidity se vysokou měrou podílejí na mortalitě pacientů s IPP, proto je jejich léčba stěžejní. Nejčastěji pacienti trpí na kardiovaskulární a tromboembolické nemoci, gastroezofageální reflux, deprese, spánkovou apnoe, plicní hypertenzi, cukrovku a bronchogenní karcinom (15).

Akutní exacerbace (AE IPF) označují příhodu, kdy dojde k náhlému klinickému zhoršení s progresí dušnosti, rozvojem nové či zhoršením stávající hypoxemie a ke zhoršení radiologického nálezu s obrazem mlhovitých opacit nasedajících na fibrotické změny. Pro akutní exacerbace IPF neexistuje léčebný postup s jednoznačně prokázanou účinností. Od dříve podávaných vysokých dávek kortikosteroidů (až 1 g nitrožilně) se ustupuje a podávají se nižší dávky většinou v kombinaci s pokrytím širokospektrými antibiotiky, nebo se doporučuje i management ne-kortikoidní terapie (15).

Pleurální výpotky a pneumotorax

I v roce 2023 trvá problém nízké senzitivity neinvazivních vyšetřovacích metod (např. laboratorních biomarkerů) pro diagnostiku maligních pleurálních výpotků. Platí to zejména pro cytologické vyšetření výpotku, které má nízkou senzitivitu, a to zejména u některých typů nádorů; nejnižší senzitivitu má u maligního mezoteliomu pleury, kde je diagnostického záchytu nádorových buněk dosaženo pouze v 0–30 % případů (19).

O nový neinvazivní diagnostický nástroj, založený na multikomponentním skórovacím systému, se pokusili čínští autoři kolem Lua (20). Skórovací model je založený na hybridních snímcích z počítačové tomografie a pozitronové emisní tomografie (PET/CT), kde je analyzováno celkem osm PET/CT znaků s rozdílným bodovým ohodnocením. Celkové bodové skóre nad 6 bodů pak má vynikající predikční vlastnosti (senzitivita i specifita kolem 90 %, AUC kolem 0,9), a to jak v derivační, tak i ve validační kohortě (20). Představený nástroj nenahrazuje invazivní diagnostiku (histologizaci) maligních pleurálních lézí, ale může pomoci identifikovat ty pacienty, kteří budou profitovat z časně invazivní diagnostické procedury (20).

Co se týče invazivních pleurálních procedur a jejich bezpečnosti, v roce 2022 byl publikován strukturovaný přehledný článek oxfordských autorů kolem profesora Rahmana, kteří analyzovali bezpečnost pleurální punkce, drenáže hrudníku a novějších metod, zahrnujících zavedení tunelizovaného hrudního drénu („indwelling pleural catheter“ – IPC) a medicínské torakoskopie (pleuroskopie) (21). Autoři tak reflektují aktuální trendy v rámci této podoblasti pneumologie, kdy v poslední dekádě došlo k většímu rozšíření diagnostické i terapeutické pleuroskopie (v analgosedaci) a používání IPC (19). Tyto novější procedury mají své specifické komplikace. Autoři práce identifikovali celkem 4308 prací, ze kterých 48 splňovalo kritéria pro podrobnější analýzu a extrakci dat. Co se týče pleurální punkce, nejčastější komplikací zůstává iatrogenní pneumotorax (výskyt 0–6,9 %, průměr 3,3 %), který ale vyžaduje následnou intervenci (drenáž hrudníku) jen v 0,3 % punkcí. Rizikovými faktory rozvoje pneumotoraxu byly: nepoužívání hrudního ultrazvuku, CHOPN v anamnéze, nižší body mass index (< 18 kg/m²) a intervence při malém objemu fluidotoraxu. Krvácení u pleurální punkce bylo popsáno v 1,7 % případů, rizikovým faktorem byla koagulopatie. Reexpanzní edém plic vzniká v asi 0,1 % případů. Co se týče drenáže hrudníku, nejčastěji je

výkon komplikován krvácením (1 %, z toho 70 % závažné krvácení), obturací drénu (6,3 %) či jeho dislokací (6,8 %) (21). U IPC je nejčastěji pozorována infekce (povrchová, panikulitida nebo v pleurálním prostoru), a to v 5,8 % případů, dále obturace či zalomení drénu, lokulace výpotku a metastatický rozsev do kanálu drénu. Medicínská torakoskopie (pleuroskopie) je nejčastěji komplikována krvácením (1,6 %) po biopsii, při poranění parenchymového orgánu nebo interkostálního cévního svazku, infekcí pleurálního prostoru (4,8 %) nebo rozvojem podkožního emfyzému a/nebo perzistentního airleaku, zatímco nejzávažnější komplikace – postprocedurální mortalita – byla zjištěna na úrovni 0,1 % (21).

V oblasti primárního spontánního pneumotoraxu (PSP) byly v uplynulém roce publikovány výsledky randomizované prospektivní studie kolektivu autorů kolem profesora Rahmana z Oxfordu, kteří zkoumali cost-efektivitu ambulantního a standardního typu léčby u inicálně hospitalizovaných pacientů s PSP (22). Ambulantním typem léčby je myšleno zavedení PleuralVentu® (Rocket Medical, UK) oproti standardní terapii, která zahrnuje punkční desufiaci pneumotoraxu a/nebo drenáž hrudníku (22). Autoři práce prokázali, že terapie PSP s využitím PleuralVentu® nejen významně zkracuje hospitalizaci pacientů (1,3 vs. 4,1 dne; $p < 0,0001$), ale je také ekonomicky výrazně výhodnější při nezhoršené kvalitě života (i po 12 měsících od ataky PSP) a uspokojivé bezpečnosti metody (22).

V roce 2022 byla očekávána i publikace nových doporučených postupů britské hrudní společnosti (British Thoracic Society, BTS) pro management a léčbu pneumotoraxu, která ale nebyla realizována a je nyní očekávána v průběhu roku 2023.

Pneumoonkologie

Rok 2022 v pneumoonkologii přinesl další rozšíření možností moderní léčby pro pacienty s nádory plic a pohrudnice. Změny se udály jak v managementu nízkých stadií karcinomu plic, tak v systémové onkologické léčbě.

Stěžejním a hodně diskutovaným tématem bylo zavedení plošného screeningu karcinomu plic v České republice. Tento projekt probíhá od ledna 2022 spoluprací na ose praktický lékař/spádový pneumolog/radiolog/komplexní onkologické centrum (KOC). Cílem je vyhledávání rizikových pacientů – kuřáků a stopkuřáků věku 55–74 let a s anamnézou kouření více než 20 balíčkoroků. Pacienti jsou odesíláni k provedení nízko-dávkového CT hrudníku (low-dose CT, LDCT) a poté je nález na CT hodnocen proškoleným radiologem. Dle charakteru nálezu (pozitivní/negativní/neurčitý) je indikována CT kontrola v čase, či je nemocný směřován přímo do KOC k dalšímu došetření. K začátku května 2023 bylo provedeno celkem 2419 screeningových LDCT, z nichž byl nález pozitivní v 77 případech (3,2 %).

Co se managementu nízkých stadií karcinomu plic týče, na přelomu let 2022/2023 byla stanovena úhrada osimertinibu pro adjuvantní léčbu pacientů s nemalobuněčným karcinomem plic (NSCLC) stadia IB-IIIa a s pozitivní EGFR mutací. Jedná se o pacienty po radikální resekci nádoru plic a absolvované adjuvantní chemoterapii. Efektivitu této léčby dokládá studie ADAURA, která prokázala snížení rizika recidivy nemoci u pacientů léčených osimertinibem oproti placebo (4leté přežití bez nemoci pro osimertinib 70 % vs. 29 % pro placebo, hazard ratio 0,23 (95% CI 0,18–0,30)) (23). Tato léčba je v ČR hrazena až po dobu 3 let od plicní resekce.