

20 % (blíže lze najít v (1)). Vzhledem k tomu, že dle údajů Ministerstva zdravotnictví kouří tradiční tabákové výrobky nadále cca 1/4 populace starší 15 let, nelze čekat, že nastane dramatický úbytek pacientů s tímto onemocněním (2). Lepší přežití je spojeno s časným záchytem tohoto onemocnění, proto je vhodné motivovat současné kuřáky jednak k zanechání kouření, a jednak (plní-li vstupní kritéria) ke vstupu do programu časného záchytu karcinomu plic – tj. zejména daný věk a počet vykouřených cigaret (blíže viz <https://www.prevenceproplice.cz/>). Nicméně díky moderním léčebným postupům můžeme pozorovat zlepšující se výsledky přežití napříč stadii tohoto onemocnění (1).

Léčebná schémata se liší pro jednotlivé histologické typy plicního karcinomu (v základu malobuněčný plicní karcinom, skvamózní karcinom a adenokarcinom), tak i dle výsledku prediktivních markerů (exprese PD-L1 u nemalobuněčného plicního karcinomu, genetické vyšetření u adenokarcinomu), které v některých případech zásadně ovlivňují léčebný postup. Vzhledem k narůstajícímu počtu známých cílitelných mutací u plicního adenokarcinomu se pro tyto účely stále více využívá sekvenování nové generace (NGS), které umožňuje odečíst všechny potřebné genetické aberace v biotickém vzorku najednou (3–7). V případě doporučení multidisciplinárním týmem (MDT) je možné genetické testování i u jiných typů plicních karcinomů (např. u nekuřáků se skvamózním karcinomem).

Nedílnou součástí nastavení správného léčebného postupu je i správný staging plicního karcinomu (s dominantní úlohou PET/CT a bronchoskopických metod), zhodnocení stavu pacienta a jeho preferencí. Vzhledem k léčebným možnostem napříč lékařskými obory (chirurgická léčba, radioterapie, onkologická léčba, lokální výkony, symptomatická a paliativní péče) je nedílnou součástí léčebných doporučení i MDT, který se snaží najít nejlepší léčebný postup pro daného konkrétního pacienta. Dále uvedená schémata tedy představují pouze obecnou kostru, kdy u daného konkrétního pacienta je na MDT, aby tyto léčebné možnosti co nejlépe přizpůsobil danému pacientovi „na míru“.

Následující text se opírá o ESMO guidelines (3–6). Je případně doplněn o nové poznatky, které se do poslední verze těchto doporučení ještě nedostaly (s odkazem na danou studii). Tato doporučení nemusejí

odrážet úhradu této léčby v České republice. Pro potřeby zjednodušení textu bude karcinom rozdělen na lokální onemocnění (odpovídá cca stadiím I a II), lokálně pokročilé onemocnění (cca stadium III) a metastatické onemocnění (stadium IV). Pro zjednodušení textu též neobsahuje všechny možnosti – zejména pacienty kontraindikované z některých důvodů k léčebné metodě volby.

## Nemalobuněčný plicní karcinom

U nejmenších lokálních tumorů se volí samotná resekce (případně stereotaktické ozáření) s následným sledováním. U pokročilejších tumorů je postupováno jako u operovatelného lokálně pokročilého onemocnění. Operační výkon by měl být proveden v pneumoonkochirurgickém centru (POCH) hrudním chirurgem. Je snaha vyhnout se pneumektomiím, pokud je to možné.

Lokálně pokročilé tumory lze rozdělit na operabilní a neoperabilní. Vybrat operabilní pacienty je zodpovědností MDT.

U operabilních tumorů je volena resekce spolu s celkovou léčbou. V současné době se nejčastěji jedná o neoadjuvantní chemoimunoterapii, na kterou může navázat adjuvantní imunoterapie (tzv. perioperativní přístup) (8). Adjuvantní chemoterapie +/- imunoterapie je pak spíše ponechána pro případy, kdy dojde k náhodnému průkazu postižení lymfatických uzlin z resekátu. U pacientů s mutacemi EGFR a ALK se volí adjuvantní cílená léčba (9). Adjuvantní radioterapie je ponechána většinou jen pro případ neradikálních resekcí. Chemoterapie spočívá v platinovém doubletu.

U inoperabilních tumorů je metodou volby konkomitantní chemoradioterapie, po které následuje při průkazu exprese markeru PD-L1 imunoterapie. U pacientů s EGFR mutacemi je nově možnost cílené léčby po chemoradioterapii (10). U pacientů s ALK mutacemi se po chemoradioterapii prozatím volí sledování.

S výjimkou oligometastatického onemocnění (kde uvažujeme o radikální léčbě kombinací systémové léčby a chirurgie/radioterapie) spočívá léčba metastatického NSCLC v podávání systémové léčby. Tu volíme dle histologie (pemetrexed se užívá jen u nonskvamózních karcinomů), výše exprese PD-L1 a genetického vyšetření (indikováno automaticky u všech neskvamózních karcinomů, u skvamózních pak

**Obř. 1.** Lokální a lokálně pokročilý nemalobuněčný plicní karcinom (NSCLC)

