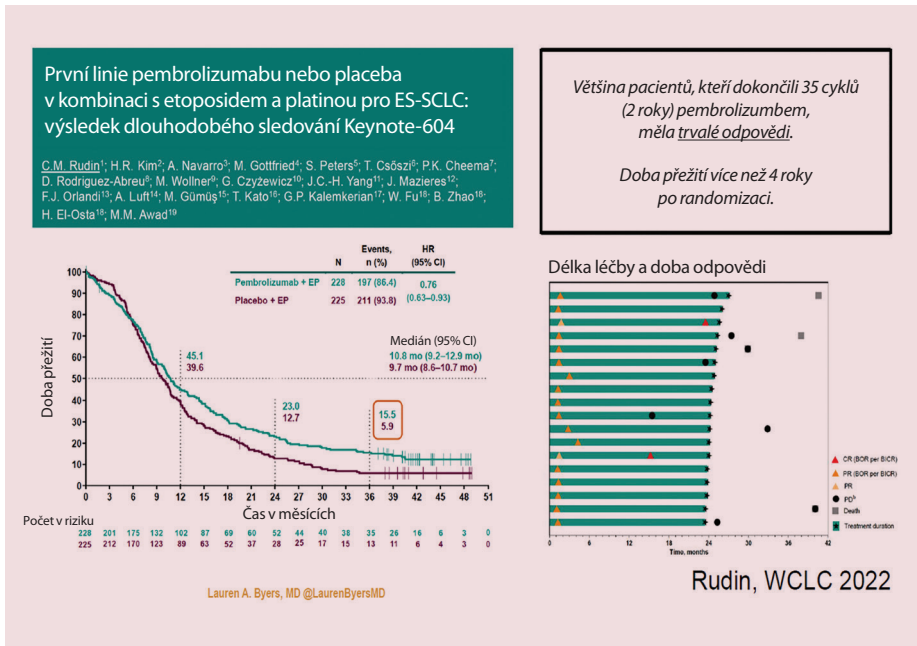
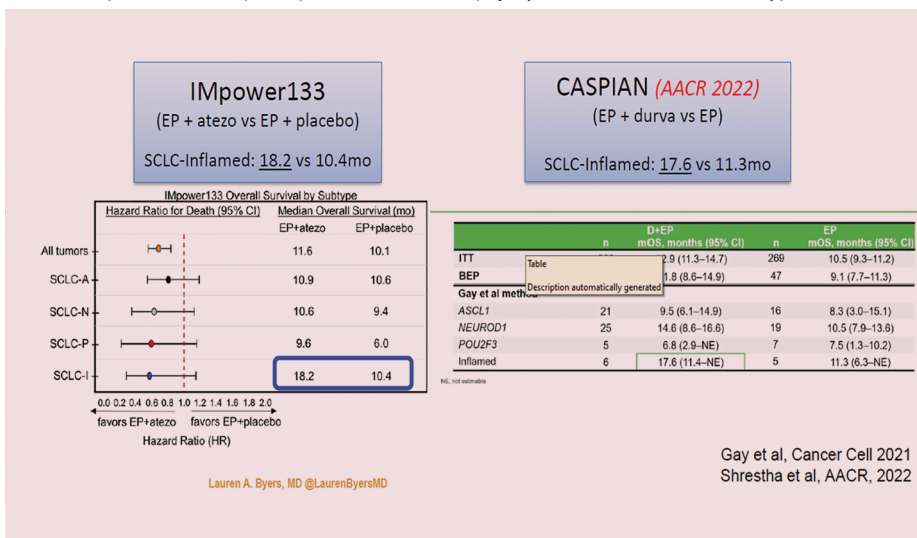


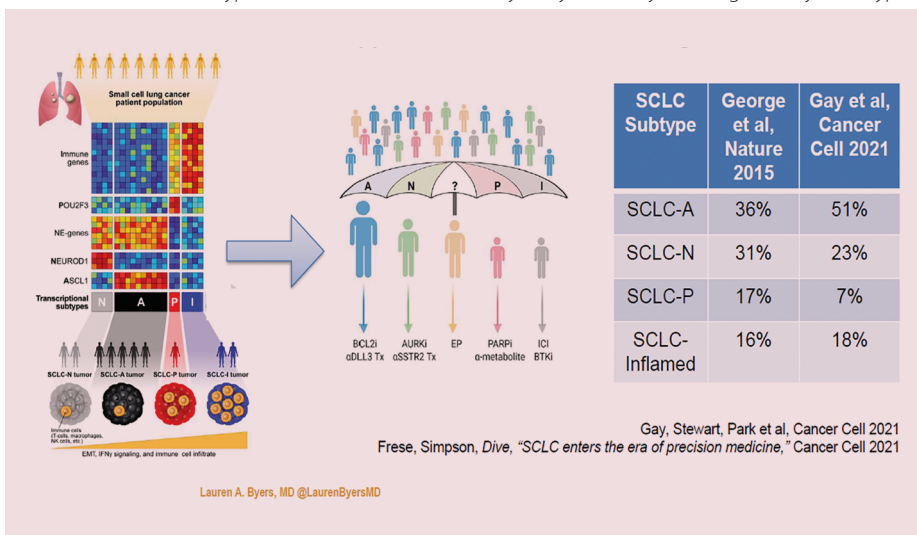
Obr. 4. Studie KEYNOTE 604 také potvrdila přínos chemoimunoterapie proti samotné chemoterapii



Obr. 5. Zlepšení celkového přežití po chemoimunoterapii je výrazné u molekulárního subtypu SCLC-I



Obr. 6. Molekulární subtypizace SCLC nabízí možnost volby různých léčebných strategií u různých subtypů



Limitovaná stadia onemocnění jsou léčena konkomitantní chemoradioterapií. Léčebné režimy 1. linie jsou uvedeny v Modré knize ČOS. Obě léčebné modalitby by optimálně měly být zahájeny současně, tedy radio-terapie by měla být zahájena již v termínu 1. cyklu chemoterapie. U responderů na léčbu přichází v úvahu profylaktické ozáření krania za účelem snížení pravděpodobnosti recidiv nádorového onemocnění v mozku (9).

Léčebné režimy radioterapie jsou v gesci radioterapeuta podle aktuálních doporučení a dle možností příslušných pracovišť.

Z hlediska léčebných odpovědí na systémovou léčbu se SCLC dělí na nádory chemo-senzitivní, chemorezistentní a chemorefrakterní. Prognosticky příznivější jsou nádory chemosenzitivní, kdy v průběhu úvodní léčby dojde ke kompletní či k parciální remisi nádoru a tato remise trvá nejméně 90 dní po skončení chemoterapie.

Chemorezistentní typ nádoru sice reaguje na podanou léčbu kompletní či parciální odpovědí, k progresi onemocnění však dochází dříve než za uvedených 90 dní po skončení chemoterapie. Typ chemorefrakterní na podanou léčbu nereaguje.

V případech relapsu chemosenzitivního onemocnění je obvykle zachována citlivost k platinovým cytostatikům a pravděpodobnost dosažení další obvykle kratší remise při použití původní léčebné kombinace je více než 50%. Při relapsu nádoru chemorezistentního je třeba počítat s rezistencí nádoru k platinovým derivátům a volíme obvykle jiné preparáty například topotekan, paclitaxel, temozolomid či irinotekan.

Zlepšení výsledků extenzivních forem SCLC přinesly v poslední době kombinace chemoterapie a imuno-onkologické léčby, jak dokládají výsledky studií fáze III. IMpower 133 a CASPIAN, s použitím atezolizumabu či durvalumabu (5). Tyto kombinace pomohly dosáhnout snížení rizika úmrtí, snížit riziko progresu nádoru za cenu mírného zvýšení toxicity kombinované léčby (10–13).

V léčbě 2. linie, po selhání předchozích modalit, se v poslední době objevují nové naděje preparáty, uvádíme zde výsledky klinických studií (14). S ohledem na vysokou frekvenci recidiv se u malobuněčných karcinomů hledají způsoby, jak recidivám předejít či jak vzniklou recidivu účinně léčit. V léčbě udržovací se zku-