

Radioterapie (RT) sehrává v současné době nadále nezastupitelnou roli v určitých indikacích u NSCLC, z nichž profituje jak operující chirurg, tak zejména pacient. Radioterapie z pohledu chirurga je důležitá jak v neoadjuvanci, adjuvanci (prevence lokální či regionální rekurence – sterilizace mediastina), paliativní léčbě a rovněž použití u nemocných s časnými stádii NSCLC neschopnými podstoupit resekční zákrok. **Shennib (2005)** u této velmi rizikové skupiny doporučuje VATS klínovou resekci a lokální RT. **Birim (2005)** doporučuje počítat rizikové faktory nemocných dle *Charlsonova comorbidity indexu* (CCI). RT byla a je hlavní léčebnou metodou u velmi pokročilých forem NSCLC. V řadě případů však jen jako léčba paliativní (zmenšení nádorových ložisek, léčba algického Pancostova tumoru, při hemoptýze, při skeletální diseminaci či syndrom VCS (**Šlampa 2004**). Radioterapie se rovněž doporučuje u minimal residual disease (R1).

Chirurgie je léčbou volby u nemocných s NSCLC, jehož resekabilita je úzce spjata se stádiem onemocnění. Zatímco časná stádia I a II jsou nejvhodnější k primární resekci s velmi dobrými výsledky, role chirurgie u stádia IIIA a IIIB zůstává nadále kontroverzní a samotná chirurgická léčba je zcela nedostatečná či někdy nemožná. Stejně jako stádium IIIA je i stádium IIIB velmi různorodou skupinou pacientů (IIIB se stádii T4N0-1 až T1N3). Důležitá je zde multimodální léčba zabírající i chirurgii pro definitivní lokální léčbu a regionální kontrolu. Optimální délka indukční chemoterapie zůstává rovněž kontroverzní. ASCO (American Society of Clinical Oncology) guidelines doporučují trvání od 2 do 8 cyklů (**Pitz 2002**). Velmi vydatnou pomocí je neoadjuvance u Pancoastova tumoru (**Sonett 2004**). RT výrazně zlepšuje výsledky léčby u těchto nemocných, které je vhodné soustředit do speciálních akreditovaných center hrudní chirurgie (viz analogie KOC). Není možné, aby léčil ten koho to napadne. Radikální léčba je možná cca ve třetině případů po úspěšné neoadjuvantní léčbě s prodlouženým přežíváním. Počet resekcí po indukční CHRT u stádií IIIB se pohybují v rozmezí 24–68% (**Grünenwald 2001, Ichinose 2003, Galleta 2003**). Velmi záleží na vstupních kritériích, ale i na kvalitě a agresivitě chirurgických pracovišť (Japonsko, USA, Francie apod.)

Při neoadjuvantní chemoradioterapii (CHRT) jsou různé intenzivně atakovány mediastinální tkáně. Neoadjuvantní multimodální léčba mění normální zánětlivou odpověď a podporuje tvorbu adhezí, dochází k fibrotizaci tkání, jež výrazně ztěžuje následnou jemnou preparaci. Jako velmi výhodná pro restaging se jeví opakovaná mediastinoskopie k posouzení úspěšnosti primární léčby (vyloučení N3). Jako alternativa se nabízí výrazně dražší PET-scan.

Nejčastěji pozorované peroperační a pooperační komplikace po CHRT jsou krvácení, bronchopleurální píštěl, empyém, pneumonitis, rozvoj ARDS (**Granetzny 2003**). Incidence těchto komplikací je vyšší než když je podána samotná chemoterapie (**Perrot 2005**). Operační letalita pacientů po předoperační chemoradioterapii se pohybuje mezi 3–10,4% (**Grünenwald 2001, Stamatidis 1999, Ichinose 2003, Kwong 2005**). Jako prevenci komplikací po neoadjuvantní léčbě rutinně při resekčních zákrocích pojišťujeme pahýl průdušky lalokem mediastinální pleury, lalokem z mezižeberního svalů či z perikardu, přičemž průdušku šijeme vsřebatelným materiálem s prodlouženou dobou hydrolyzy (Monoplus, B.Braun či PDS, Ethicon) či materiálem nevstřebatelným. Velmi pečlivě stavíme sebemenší krvácení, jež by mohlo být zdrojem přetrvávajícího krvácení a důvodem k retorakotomií.

Možnosti hrudní chirurgie u bronchogenního karcinomu jsou víceméně vyčerpány, tj. nenabízí nic nového. Zásadní role chirurgie je v léčbě časných forem karcinomu. Zde hrudní chirurg může nabídnout VATS lobektomií či roboticky asistovanou lobektomií s mediastinální lymfadenektomií. Na druhé straně u pokročilých forem superradikální resekce s intraperikardiálními podvazy cév a superradikální oboustrannou mediastinální lymfadenektomií. I v zájmu dalších specialistů by mělo být vyhledávání těchto časných stádií se snahou radikálně je léčit. Léčba velmi pokročilých forem je ponejvíce v rukou firem chrlící na trh stále nová a nová cytostatika bez výraznějšího efektu na přežití.