

Editorial

Střídáním stráží by se mohly nazvat role thalidomidu a lenalidomidu v udržovací léčbě, tak jak je popsáno v článku autorů Roziakové L. a Mistríka M. „Udržovací léčba lenalidomidem u pacientov s mnohopočetným myelómom“ zaměřeném na novou roli udržovací léčby lenalidomidem. A thalidomid, jehož roli dnes vidíme v kratší konsolidační léčbě místo v udržovací léčbě, se nám znovu dostává do indukčních režimů, a to především z důvodu ekonomických nákladů. To je hlavní sdělení autorů Hájek R., Plonková H. a Gumulec J. v článku „Thalidomid v léčbě mnohočetného myelomu se zaměřením na kombinaci s bortezomibem“. Po optimalizaci bortezomibu se kombinace imidu a inhibitoru proteazomu (bortezomib s.c. 1krát týdně a thalidomid 50–100 mg denně) zdá jedním z nejefektivnějších léčebných postupů dostupných v České republice. Právě i díky ekonomické schůdnosti této „staré“ imunomodulační látky, jejíž náklady nepřesahují padesát tisíc na celou léčbu.

Je dobré s nadhledem zhodnotit přínos jednotlivých léků. A z toho, co víme, je lenalidomid v udržovací léčbě mimořádným počinem. Čtenáře nenechám na pochybách – ano, hovoříme vždy jen o výsledcích z velkých randomizovaných studií. Lenalidomid téměř zdvojnásobuje dobu do progresu onemocnění a přínos je asi 18 měsíců, zatímco přínos thalidomidu byl maximálně 6–8 měsíců, bortezomibu asi 13 měsíců a autologní transplantace 9–12 měsíců. A to jsme zcela zapomněli na interferon α , jehož přínos v udržovací léčbě byl odhadován na 6 měsíců.

Mám pocit, že někdy (možná stále více) léčíme nemoc a ne nemocné. Některé léky jsou zavrženy jako neperspektivní, přitom máme vlastní historickou zkušenost u malé části nemocných, že byly velmi účinné a dobře tolerovatelné. Selským rozumem lze spočítat, že přínos například thalidomidu a interferonu α musel být pro individuálního nemocného vyšší, než říkají mediány (6–7 měsíců) výše uvedené. Většina nemocných (nejméně 2/3)

ukončila léčbu časně během prvních šesti měsíců udržovací léčby pro netoleranci, dalších 10–20 % nemocných (rovněž časně) z důvodu progresu nádoru. Takže na celkovém výsledku se podílela malá podskupina nemocných (10–20 %), kteří léčbu snášeli a mohli ji užívat. Chce se mně zcela nevědecky navrhnout, že je jedno, co nemocný s myelomem používá za udržovací léčbu, pokud to toleruje a je to účinné. Ovšem naše doba je překotná a naše touha vyzkoušet všechny nové léky co nejrychleji velká. Samozřejmě ku prospěchu nemocných.

Mimochodem, je vážně hrozně psát editorial na svoji publikaci.

Přeji čtenářům časopisu Klinická onkologie, ať si během léta odpočinou na vytoužené dovolené.

S pozdravem

*prof. MUDr. Roman Hájek, CSc.
Klinika hematologie
LF OU a FN Ostrava*