

Jaké bylo ASCO 2013

Každoroční kongres Americké společnosti klinické onkologie ASCO je jedna z nejvíce očekávaných odborných akcí na poli onkologie. V oblasti klinické onkologie jde o nejprestižnější světové fórum. Na letošní kongres bylo zařazeno přes 4 000 sdělení a bylo registrováno více než 32 000 účastníků, kteří se rekrutují nejenom z řad lékařů, nelékařských zdravotnických pracovníků a vědců, ale tradičně i ze zástupců pacientů a jejich organizací. Během kongresu není možné stihnout vše, co by si člověk přál. Při troše snahy a díky velmi dobré elektronické plánovací aplikaci si ale lze najít optimální variantu. Musím ocenit perfektní přípravu, organizaci a logistiku tak velkých akcí. Elektronická forma prakticky všech oficiálních materiálů z kongresu téměř zcela vytlačila tištěné zprávy. Také kongresové noviny ASCO Daily News velká část účastníků prolistovala jen ve svém tabletu. Velmi kladně hodnotím možnost podívat se na většinu přednášek včetně následné diskuse kdykoliv později ze záznamu. Pomůže to udělat si vlastní názor především tehdy, pokud jsou přednesená data následně různým způsobem interpretována.

Významných sdělení bylo na kongresu v jednotlivých oborech základního výzkumu a u různých diagnóz mnoho. Dovolím si zmínit jen některé z oblasti léčby kolorektálního karcinomu.

Na první linii léčby pacientů s metastatickým kolorektálním karcinomem (mCRC) s nemutovaným *KRAS* (wt-*KRAS*) byla zaměřena studie III. fáze FIRE III. Všichni pacienti byli léčeni chemoterapií FOLFIRI a randomizováni byli do ramene s bevacizumabem nebo s cetuximabem.

Primárním cílem studie bylo dokázat, že v rameni s cetuximabem bude dosaženo vyšší léčebné odpovědi. Primární cíl studie dosažen nebyl, léčebná odpověď byla v obou ramenech obdobná (FOLFIRI + cetuximab 62,0 % vs FOLFIRI + bevacizumab 58,0 %, $p = 0,183$), také doba přežití bez progresu (PFS) se významně nelišila (10,0 vs 10,3 měsíce). Vzhledem k těmto výsledkům byl poněkud překvapivý statisticky významný rozdíl v celkovém přežití ve prospěch režimu FOLFIRI + cetuximab (28,7 vs 25,0 měsíce, $p = 0,017$). Křivky přežití se od sebe oddělují po 24 měsících, přičemž medián doby léčby prvními liniemi nedosáhl ani v jednom rameni půl roku (4,8 vs 5,3 měsíce). Co bylo příčinou lepšího výsledku při podání cetuximabu v první linii, bylo a ještě bude předmětem diskuzí. Mohla to být jak léčba prvními liniemi, tak rozdílná léčba v dalších liniích již mimo studii.

Studie New EPOC se věnovala neoadjuvantní léčbě resekabilních a hraničně resekabilních jaterních metastáz pacientů s mCRC. Šlo o akademickou studii III. fáze britských autorů, která randomizovala pacienty pro léčbu chemoterapií samotnou nebo chemoterapií s cetuximabem. Do studie bylo zařazeno jen 272 pacientů a pak byla studie zastavena pro inferioritu ramene s cetuximabem.

Švýcarští autoři se věnovali ve studii III. fáze udržovací léčbě monoterapií bevacizumabem v rámci první linie terapie mCRC. V kontrolním rameni byli pacienti bez jakékoliv protinádorové léčby. Do studie byli zařazeni pacienti s minimálně stabilním onemocněním po 4–6 měsících léčby prvními liniemi chemoterapie s be-

vacizumabem. Rozdíl v mediánu PFS byl 1 měsíc ve prospěch udržovací léčby bevacizumabem (9,5 vs 8,5 měsíce, $p = 0,021$), švýcarští kolegové zdůraznili ve farmakoekonomické analýze velkou ekonomickou náročnost monoterapie bevacizumabem.

Studie PRIME již dříve prokázala, že u pacientů s mCRC wt-*KRAS* je panitumumab v kombinaci s chemoterapií FOLFOX účinnější než chemoterapie samotná. Na kongresu byla publikována další analýza, která potvrdila, že podobný prediktivní význam jako stav onkogenu *KRAS* má také stav *NRAS*. Testování onkogenů rodiny *RAS* vede k přesnějšímu výběru pacientů s mCRC vhodných pro léčbu panitumumabem a zlepšení léčebných výsledků. Vyšetření stavu *RAS* bude prováděno v dohledné době také u našich pacientů.

Na závěr zmiňuji studii, jejíž výsledek se přenesl prakticky ihned do naší běžné praxe v MOÚ. Randomizovaná klinická studie III. fáze z Mayo kliniky v Rochesteru neprokázala jakýkoliv význam aplikace kalcia a magnézia ke snížení rizika neuropatie vyvolané oxaliplatinou. Na základě této studie jsme mohli z protokolů chemoterapie zmíněnou premedikaci vynechat. Ušetří se tak práce zdravotního personálu a čas pacientů strávený v aplikačním křesle na stacionáři.

Tolik bezprostřední dojmy. Zajímavých sdělení byla na konferenci celá řada a jistě se o nich mezi českými a slovenskými onkology povede další diskuze.

MUDr. Jiří Tomášek

Klinika komplexní onkologické péče
Masarykův onkologický ústav, Brno