

Izolovaná hypertermická perfuze končetiny

V tomto čísle našeho časopisu můžete najít kazuistiku o využití izolované hypertermické perfuze (isolated limb perfusion – ILP) v neadjuvantním režimu pro primárně inoperabilní sarkom končetiny.

Vzhledem k tomu, že ILP je metoda, které jsem i já věnoval část svého života, rád bych připojil krátký komentář.

Nejedná se o žádný nový objev, metoda vznikla v 50. letech a již celkem dlouhou dobu je její metodika poměrně dobře standardizována, i když v technice jsou mezi jednotlivými pracovišti mnohdy výrazné rozdíly.

Jakkoliv se nejedná o metodu novou, její samotná realizace je poměrně náročná na vybavení, organizaci a v neposlední řadě je i v našich podmínkách finančně nevýhodná.

Díky tomu je tato metoda stále relativně málo známá, a tudíž lze předpokládat, že mnohým pacientům, kteří by z ní mohli profitovat, není včas nabídnuta.

ILP je nejčastěji používána při mnohočetném končetinovém relapsu melanomu při nepřítomnosti vzdálené diseminace. Hlavním limitujícím faktorem v této indikaci je lokalizace postižení. Pokud postižení zasahuje nad linii efektivní izolace (tedy obvykle maximálně do 2/3 stehna nebo paže), pak není možné účinné ovlivnění všech metastáz a výkon pochopitelně ztrácí smysl. To je také nejčastějším důvodem pro odmítnutí pacienta, přičemž definitivní rozhodnutí musí být na chirurgovi, který se perfuzemi zabývá.

Méně častou, ale možná zajímavější indikací je použití v neadjuvantním režimu. V tomto režimu může být významnou pomocí při terapii jak primárně roz-

sáhlých končetinových melanomů, tak i dalších lokálně pokročilých nádorů na končetině. Velmi dobré výsledky s kompletními regresemi jsou referovány pro Merkelův karcinom, Kaposiho sarkom nebo rozsáhlé spinocelulární karcinomy. U sarkomů je obvykle dosahováno regrese, která umožňuje končetinu zachovou operaci.

Je třeba se nicméně zmínit i o problémech, které ILP přináší. Jsou to v první řadě organizační obtíže – nutnost mimořádného oběhu, který lze řešit úzkou spoluprací s kardiocirurgy (touto cestou jsme do letošního roku postupovali v Masarykově onkologickém ústavu) nebo specializovaným přístrojem – momentálně je možné tento přístroj používat i pro hypertermickou peritoneální chemoterapii (hyperthermic intraperitoneal chemotherapy – HIPEC). Na rozdíl od HIPEC se ovšem nelze obejít bez perfuzionisty. Dále je nutné zajištění monitorace leaku, což v ideálním případě vyžaduje intenzivní spolupráci s nukleární medicínou.

Je zajímavé, že se objevila i metoda, snažící se obejít složité technické řešení, konkrétně se jednalo o metodu izolované hypoxické infuze, která nevyžaduje mimotělní oběh, oxygenátor ani relativně náročný chirurgický výkon. O tom, že tento postup nebyl ideální, svědčí mimo jiné i to, že nikdy nepřekročil hranice svého domovského ústavu.

V klasické indikaci – tedy při terapii mnohočetného končetinového relapsu, se v současnosti objevují pochybnosti o účelnosti metody v situaci, kdy existují možnosti účinné biologické terapie, která začíná mít podobná procenta objektivních odpovědí jako ILP, tedy 80–90 %.

Prozatím platí, že při postiženích, která jsou perfuzí dobře ovlivnitelná, je tato metodou první volby a biologická terapie zůstává vyhrazena po selhání ILP. V budoucnu se pochopitelně může situace částečně obrátit.

Zajímavá je i otázka adjuvantního použití ILP. U melanomu bylo adjuvantní použití testováno bez průkazu benefitu pro pacienty, teoreticky zůstává možnost adjuvantního použití u Merkelova karcinomu, kde může být účinnější než adjuvantní radioterapie.

Do popředí nyní vystupují neoadjuvantní indikace, přesně v duchu komentované kazuistiky. Bohužel právě tato možnost je zhusta opomíjena a domníváme se, že důslednější využívání ILP v těchto indikacích by mohlo významně snížit množství amputačních výkonů především pro sarkomy měkkých tkání. Pracoviště, která se mohou chlubit skutečně vysokými počty těchto výkonů (např. onkologický ústav v Padově), udávají snížení množství amputací o více než polovinu.

Byl bych rád, kdyby tento můj komentář, a především samotná kazuistika, přispěly k všeobecnému povědomí o této metodě v široké onkologické obci a k vědomí, že pacienty s podobným postižením je zapotřebí včas odeslat na pracoviště touto metodou disponující, a to i při vědomí, že část pacientů může být odmítnuta, neboť skutečně odpovědnou rozvahou o možném přínosu metody může učinit pouze chirurg, který se touto metodou dlouhodoběji zabývá.

doc. MUDr. Vuk Fait, CSc.

*Klinika operační onkologie,
Masarykův onkologický ústav, Brno*