

Editorial

Vážené kolegyně a kolegové, byl jsem redakcí požádán, abych se v úvodníku k číslu 6 pokusil stručně okomentovat vývoj léčby karcinomu močového měchýře v naší zemi. Bude to pohled urologa, který se zabýval především rekonstrukční urologií a onkourologií, v počátcích své kariéry v polovině 80. let zažil socialistické zdravotnictví v praxi a v posledních 15 letech má tu čest být členem multioborového týmu pro léčbu urogenitálních malignit Masarykova onkologického ústavu.

V době svých začátků práce na urologické klinice v Brně jsem byl často konfrontován s tragickými konci pacientů s lokálně pokročilými a většinou i metastatickými karcinomy močového měchýře. Radikální cystektomie (RC) do svaloviny invadujících karcinomů (muscle-invasive bladder cancer – MIBC) byla indikována v mnoha případech opožděně, kdy již byla šance na vyléčení mizivá, a to buď urology záměrně, protože považovali RC za natolik mutilující, že její indikaci maximálně oddalovali, nebo pacienti s klinickými příznaky proploovali socialistickým zdravotnickým systémem tak dlouho, že se k řádné urologické léčbě zavčas nedostali. Takzvaným „úzkým profilem“ (zbožím dováženým za valuty ze západních zemí) byly kvalitní stomické pomůcky. V ČSSR vyráběné urostomické jímače byly z materiálu, který se používal k výrobě plynových masek, špatně těsnily a život s nimi musel být vskutku těžký. Zažil jsem pacienta po RC, který spáchal sebevraždu, když se mu nepodařilo obstarat urostomické jímače. Z tohoto důvodu se častěji po RC volily typy střevních derivací, které stomické pomůcky nevyžadovaly (klasická ureterosigmoideostomie, heterotopické rezervoáry), v některých případech nevhodně (např. u pacientů s renální insuficiencí). Kontakt se zdra-

vatnický vyspělými zeměmi byl omezený, stejně jako přístup ke kvalitní odborné literatuře a časopisům. Problémem byla i jazyková vybavenost komunistickou stranou dosazovaných vedoucích pracovníků v období „normalizace“. Z těchto a dalších důvodů (např. omezený přístup k chemoterapii), pacienti s karcinomy močového měchýře často nebyli léčeni na úrovni tehdejších moderních medicínských poznatků. Existovalo jen několik tuzemských špičkových pracovišť dosahujících evropské úrovně. Sametová revoluce v roce 1989 přinesla významné proměny i ve zdravotní péči, jejichž výsledkem bylo zlepšení epidemiologických parametrů (viz studie autorů Pehalová et al „Incidence, mortalita a přežití novotvarů močového měchýře v České republice 1977–2017: analýza časových trendů“ prezentovaná v tomto čísle).

V terapii svalovinu neinvadujících karcinomů (non-muscle-invasive bladder cancer – NMIBC) se postupně stala standardem intravezikální chemoterapie (v posledním desetiletí případně i hypertermická) a v případech tumorů středního a vysokého rizika a karcinomů *in situ* intravezikální imunoterapie BCG (Bacillus Calmette-Guérin) vakcínou.

V terapii MIBC se standardní součástí cystektomie stala rozsáhlá pánevní lymfadenektomie a nejčastěji prováděnými typy střevních derivací ureteroileální kondukt a ortotopická ileální neovezika. Velký pokrok udělala v tomto období i anesteziologická péče, takže podstatně ubylo kontraindikací k RC. Terapie šerící močový měchýř (trimodální léčba) se indikuje poměrně zřídka. Neoadjuvantní chemoterapie před RC se v ČR prosazovala překvapivě pomaleji, než jsme očekávali. V posledním době je kladen velký důraz na snížení perioperační morbidity a mortality RC. Byla zavedena standar-

dizace hodnocení pooperačních komplikací (Clavien-Dindo) a byl vytvořen systém ERAS (Enhanced Recovery after Surgery). Je tendence soustředit RC do specializovaných onkourologických center provádějících alespoň 20 operací ročně. Nová doba přinesla i minimálně invazivní chirurgické metody – nejprve klasickou laparoskopii a později roboticky asistovanou laparoskopii – i v aplikaci na RC, včetně střevní močové derivace. Cílem je další snížení morbidity a mortality a urychlení rekonvalescence při zachování, případně zlepšení, onkologických a funkčních výsledků dosažovaných standardní otevřenou operací. Výsledky klinických studií srovnávající obě metody dosud přednosti robotických RC nepotvrdily, lze je ale v blízké budoucnosti očekávat. Dosud však platí, že kvalita a kompetence centra provádějícího RC stojí především na frekvenci prováděných výkonů, nikoliv na samotné metodě RC, jak ostatně uvádějí i Guidelines Evropské urologické společnosti pro rok 2021.

V poslední dekádě jsme se stali svědky významného pokroku v oblasti systémové léčby karcinomů močového měchýře. Translační centra zajišťují bezprostřední aplikaci nových poznatků na poli molekulárního genetického výzkumu do klinické praxe. Je kladen důraz na integraci klinické, patologické a molekulární klasifikace. Cílem je tzv. personalizovaná onkologická léčba.

Léčba MIBC a rizikových NMIBC by měla být svěřena multioborovým týmům specializovaných center, dosahujících optimálních výsledků léčby nejen díky rozsáhlým zkušenostem a technickému vybavení, ale i díky translaci nejnovějších výzkumných poznatků.

*doc. MUDr. Jan Doležel, Ph.D.
Masarykův onkologický ústav, Brno*