

Editorial

Když se klinického nebo radiačního onkologa zeptáme, jaké primární nádory mozku jsou nejčastější, odpovědí bude nejspíš „glioblastomy, jedná se bohužel současně i o nejagresivnější tumory“. Případně by onkolog doplnil, že incidence je 3–4 pacienti na 100 000 obyvatel, což glioblastomy naštěstí řadí mezi vzácná onemocnění. Ve skutečnosti jsou ale nejčastějšími primárními nádory mozku meningeomy. Dle reportů Central Brain Tumor Registry of the United States (CBTRUS) mají až trojnásobně vyšší incidence a celkově tvoří až jednu třetinu všech primárních nádorových onemocnění CNS, především u starších pacientů. S velkou částí těchto pacientů se nicméně onkologové v rámci rutinní praxe vůbec nesetkají, neboť jsou po úspěšné kurativní operaci v dispenzarizaci neurochi-

rurgů nebo neurologů. Tak jako u jiných nádorových onemocnění léčených s kurativním záměrem platí, že je nutné indikovat adekvátně agresivní terapii nutnou k dosažení kurativního efektu léčby, ale zároveň se snažit o co nejšetrnější postupy se snahou minimalizovat dlouhodobé nežádoucí účinky a *de facto* iatrogenní poškození u vyléčeného pacienta (přičemž lokální recidivu lze ale považovat za nejzávažnější „toxicitu“ kurativní léčby). Jak shrnuje přehledový článek Prognostické a prediktivní faktory meningeomů mozku publikovaný v tomto čísle časopisu Klinická onkologie, právě vyhodnocení různých nových prognostických, příp. prediktivních, biomarkerů může identifikovat podskupinu pacientů se zdánlivě nízkorizikovým meningeomem grade I, u kterých je větší ri-

ziko recidivy a kteří by měli být indikováni k pooperační onkologické léčbě. Stejně tak je možné identifikovat podskupinu pacientů s histologicky agresivnějším tumorem (grade II, příp. III), u kterých je ale relativně menší riziko následné recidivy a u kterých by mohly být např. voleny menší dávky radioterapie v rámci pooperačního adjuvantního ozáření. Právě radioterapie je široce diskutována ve zmiňovaném přehledovém článku s uvedením různých technik a taktik ozáření meningeomů. Slibnými postupy pro uvedenou stratifikaci pacientů mohou být stanovení metylačního profilu nádorů, estrogenových receptorů nebo stanovení Ki-67/MIB-1 indexu, příp. miRNA.

*doc. MUDr. Tomáš Kazda, Ph.D.
Masarykův onkologický ústav, Brno*