

V Praze dne 17.7.2020

**VĚC: Oficiální vyjádření Výboru České pneumologické a ftizeologické společnosti (ČPFS) ČLS JEP k problematice podávání farmakoterapie u respiračních nádorových onemocnění a účasti v klinických studiích týkajících se farmakoterapie respiračních nádorových onemocnění mimo onkologická pracoviště**

Vedení České onkologické společnosti (ČOS) ČLS JEP odeslalo na ředitelství všech velkých nemocnic s Komplexními onkologickými centry (KOC) dva dokumenty vyjadřující jejich oficiální stanovisko k podávání farmakoterapie onkologickým pacientům mimo onkologická pracoviště a k účasti na klinických studiích týkajících se malignit mimo onkologická pracoviště. **Tento dokument nebyl odeslán odborným společnostem, kterých se týká. Nicméně vedení našich nemocnic jej ochotně poskytlo naší odborné společnosti.**

Protože jde o velmi **zásadní a značně polarizovaná stanoviska, jejichž díkce a obsah zcela zásadně zasahují do stávajícího systému zdravotní péče o nejvíce smrtící malignitu**, máme odbornou i mravní povinnost se k dokumentu vyjádřit. Jde totiž o nabádání k postupu, který by mohl výrazně zhoršit péči o pacienty s rakovinou plic v ČR. **Výbor ČPFS ČLS JEP se podrobně seznámil se zněním obou dokumentů a dovoluje si na ně v následujícím textu věcně reagovat.**

Zcela zásadním nedostatkem dokumentu a doporučení je, že neposkytuje **žádná data o stávajícím systému a kvalitě péče o pacienta s rakovinou plic**. Je to přinejmenším zvláštní, protože jakákoli systémová změna by měla být startována na základě zcela přesných informací a údajů o současném stavu systému a kvality péče se snahou o jejich zlepšení. **Proč měnit systém, který je kvalitní a vykazuje výsledky, které jsou srovnatelné, nebo v řadě aspektů i lepší ve srovnání se světovými?**

V současné době v ČR komplexní diagnostiku všech nemocných s maligním postižením plic, dolních dýchacích cest a pleurálního prostoru dlouhodobě konzistentně zajišťuje obor pneumologie a ftizeologie a koordinuje optimálně pneumoonkolog. **Pneumoonkolog** je lékař specializující se na diagnostiku a léčbu primárních nádorů plic s odbornou způsobilostí v klinické onkologii a pneumologii. Optimem je tedy kombinace obou způsobilostí, která může být v případě nedostupnosti suplována úzkou spoluprací pneumologa a onkologa. Komplexní léčba o pacienty s bronchogenním karcinomem je vázána na **Pneumoonkochirurgická centra**, ustanovená Věstníkem MZČR, která jsou součástí KOC a jsou navázána na chirurgická pracoviště s expertízou v hrudní chirurgii a stanovenou nepodkročitelnou frekvencí thorakochirurgických výkonů pro rakovinu plic. Pacient, který po posouzení multidisciplinárním teamem není indikován k lokální, zejména operační léčbě, může být po posouzení multidisciplinárním teamem předán k další léčbě do KOC i mimo Pneumoonkochirurgická centra.

**Moderní diagnostika nitrohrudních malignit** je zcela nemyslitelná bez hrudního radiodiagnostika a zkušeného patologa. **Komplexní léčebnou intervencí** zahrnující chirurgické

řešení, radioterapii, systémovou léčbu pomocí chemoterapie, biologických léků a imunoterapie, bronchoskopické intervence, domácí kyslíkovou léčbu, případně paliativní a symptomatickou péči **dlouhodobě koordinuje pneumoonkolog**, který dominantně spolupracuje s pneumologem, hrudním chirurgem, radioterapeutem, intervenčním radiologem, fyzioterapeutem, nutričním specialistou, specialistou v paliativní medicíně a samozřejmě i s klinickým onkologem.

**Problematika rakoviny plic je velmi komplexní**, méně než 15 % nemocných je diagnostikováno ve stádiu umožňujícím kurativní chirurgickou léčbu, a u zbylých asi 85 % nemocných je nutno pečovat nejen o pokročilý plicní nádor, ale i o plicní komorbidity přítomné u valné většiny těchto pacientů, jako je **chronická obstrukční plicní nemoc, plicní fibróza, poststenotické pneumonie, hemoptýza, maligní stenózy velkých dýchacích cest a pleurální výpotky**, jejichž klinické obrazy se se symptomatologií rakoviny plic překrývají a které je schopen je diagnostikovat a léčit pouze pneumolog, intervenční koncholog a radiolog a případně hrudní chirurg či radioterapeut. Celá řada **pneumoonkologických pacientů vyžaduje hospitalizaci nejen na standardním oddělení, ale velmi často i na jednotkách intenzivní péče, kterými pneumologická pracoviště velkých nemocnic s KOC rutinně disponují** a poskytují péči s dostupností 24/7. Představa, že léčbu nemocných bude koordinovat a všechny komplikace protinádorové léčby a plicní komorbidity řešit klinický onkolog, je při vší úctě obtížně představitelná a pro nemocné rovněž výrazně méně bezpečná než stávající stav.

Navíc, i v současnosti jsou nemocní s těmi nejzávažnějšími **komplikacemi protinádorové léčby** (postiradiační pneumonie, pneumotoxicita systémové protinádorové léčby, febrilní neutropenie s respirační symptomatologií), a to i u jiných solidních nádorů či u hematologických malignit, běžně odesíláni **právě na pneumologická pracoviště do rukou pneumologů** a nikoli onkologů. Za této situace nepovažujeme za racionální, aby systémovou léčbu nemocných s rakovinou plic vedl (jak navrhuje ČOS) klinický onkolog. Pro úplnost je třeba dodat, že úskalí polékového postižení plic je samozřejmě daleko širší, než uvádí dokument ČOS. Většina závažných (i fatálních) případů polékového postižení souvisí s neoncologickými léky. Právě pneumologové mají péči o všechny formy polékového postižení největší **zkušenosti a erudici. I cílená léčba a imunoterapie karcinomu plic** byla zavedena a úspěšně se rozvíjí v rukou **pneumoonkologů**, a poznávat a **zvládat komplikace léčby je samozřejmou a rutinní denní prací pneumologů**. Dokonce mezi jeden z nejzávažnějších nežádoucích účinků této léčby patří pneumonitida, kterou právě pneumolog/pneumoonkolog pozná nejlépe.

K vyjádření ČOS je třeba také poznamenat, že mnoho v textu uváděných skutečností má (jemně řečeno) zavádějící až manipulativní charakter. Jako dokonalý příklad poslouží tvrzení, že: „*v případě převodu podávání systémové léčby na tyto obory můžeme očekávat přenos kompetencí.. do ambulantní sféry.. spojený s exponenciálním růstem nákladů.. a poklesem kvality.*“ Nikoho z Výboru ČPFS by nemohlo napadnout delegovat podávání systémové léčby mimo KOC, natož do malých nemocnic či pneumologických ambulancí. Navíc máme např. z registru TULUNG data, která ukazují, že výsledky léčby rakoviny plic v ČR vedené ze dvou třetin pneumoonkology v centrech jsou v letech 2011-18 dokonce lepší než výsledky práce lékařů v Nizozemí a než jsou výsledky registračních (i následných lékových) studií.

**Zavádějící je i tvrzení o převodu podávání systémové léčby, neboť systémová léčba rakoviny plic vždy v kompetenci pneumologů/ pneumoonkologů byla a doposud (do doby cílené léčby a imunoterapie) o ni kliničtí onkologové nejevili zájem.**

Volání paní docentky Prausové po zvýšení vědecké aktivity na poli karcinomu plic, evokuje představu, že pneumologové a pneumoonkologové v této oblasti pokulhávají. To rozhodně není pravda, ČPFPS má dlouhotrvající a nepolevující tradici v pneumoonkologické vědecké práci, kdy na již zavedené vědce a autory (WoS: prof. Zatloukal 5000 citací, prof. Pešek 3800 citací, prof. Kolek 2000 citací, prof. Skříčková 400 citací...) plynule navazují další pokračovatelé z mladé generace. Data z klinických registrů rakoviny plic a její léčby, LUCAS a TULUNG, využíváme nejen jako zpětnou vazbu a podnět ke klinickým zlepšením, ale i jako neocenitelný zdroj pro originálních vědeckou práci a publikace. **Registr LUCAS, který vznikl navíc přímo z iniciativy ČPFPS**, eviduje konsekutivně všechny pacienty v Pneumoonkologických centrech zapojených do projektu a čítá nyní 2 500 nemocných s rakovinou plic a poskytuje tak neocenitelná data o realitě léčby rakoviny plic v ČR, **tedy KDO tyto pacienty diagnostikuje a KDE a ČÍM je léčí.**

Ohledně **firemních klinických studií** týkajících se farmakoterapie nádorových onemocnění – konkrétně rakoviny plic – si dovoluujeme uvést, že tyto studie jsou na pneumologických pracovištích prováděny opět erudovanými **pneumoonkology, a to již nejméně posledních 20 let** k plné spokojenosti sponzorů. To je dokumentováno i tím, že čeští pneumoonkologové jsou běžně uváděni jako spoluautoři (a nejen pouze investigátoři) publikací výsledků těchto studií v prestižních časopisech. Při hodnocení nepříznivých událostí farmakoterapie rakoviny plic je opět – jak již bylo zmíněno výše – nutno brát v potaz i plicní komorbiditu těchto nemocných, což je pouze v kompetenci pneumoonkologa. Při řešení závažných nepříznivých událostí je pak nezřídka nutná i hospitalizace na jednotkách intenzivní péče, kterými pracoviště klinické onkologie disponují výjimečně (viz výše).

Konečně si dovolíme dotknout se i uváděného **nedostatečného personálního zabezpečení** a nabídky přesunu pneumoonkologů na pracoviště klinické onkologie. Ano, personální zabezpečení je problémem, který se týká celého českého zdravotnictví – namátkou můžeme uvést nedostatek personálu na ozařovnách a nutnost odesílat nemocné s rakovinou plic na jiná pracoviště. Nicméně, **přesunutí pneumoonkologa na pracoviště klinické onkologie problém nijak neřeší**, naopak jej komplikuje tím, že jej vytrhne ze zázemí kvalitně vybaveného pneumologického pracoviště poskytujícího nemocnému komplexní diagnostické zázemí a možnost akutní hospitalizace včetně hospitalizace na Jednotce intenzivní péče při nutnosti urgentního řešení komplikací samotné rakoviny plic nebo i její léčby. A navíc, stane se snad pneumoonkolog přesunem na pracoviště klinické onkologie odborně kompetentnějším v péči o tyto nemocné?

Současně je nutné poznamenat, že klinický onkolog rozhodně není (vzhledem k výše uvedenému) plnohodnotným zastoupením pneumoonkologa při péči o nemocné s rakovinou plic. Jediným řešením je zde výchova a vzdělávání lékařů současně v obou oborech, tedy v pneumologii i klinické onkologii. Obor pneumologie ochotně vyjde vstříc klinickým onkologům při specializační přípravě v pneumologii a doufá v obdobně vstřícný reciproční

přístup při vzdělávání pneumologů v klinické onkologii. To je pro naše pacienty jediná bezpečná alternativa.

**Závěrem je nutné položit zcela zásadní otázku. Ptáme se, co pudí Výbor ČOS měnit stávající systém léčby rakoviny plic? Proč současný systém péče o pacienta s rakovinou plic, který je i zákonně ukotven (viz Pneumoonkochirurgická centra a Komplexní onkologická centra), by měl být nedostatečný či špatný, a tudíž se stát předmětem jakýchkoli změn? Nebyly by změny navrhované Výborem ČOS ústy její předsedkyně spíše krokem zpět? A komu pak změny prospějí, pokud pacientovi ne (viz výsledky léčby rakoviny plic v ČR a srovnán s ostatními vyspělými zeměmi)? Cui bono?**

Naší snahou a jedinou ambicí je nadále dobře léčit rakovinu plic na našich specializovaných pracovištích ve spolupráci s našimi kolegy klinickými onkology a radioterapeuty a řadou kolegů z dalších oborů. Náš přípis není naměřen proti kolegům z jiných oborů, spíše je varovným prstem, aby honba některých jedinců za osobním prospěchem nevedla k likvidaci systému, ze kterého profitují jak pacienti, o které jde hlavně, tak i lékaři, kteří se snaží maximum pro léčbu těchto nemocných udělat.

S pozdravem

Výbor ČPFS ČLS JEP

Česká pneumologická  
a ftizeologická společnost  
ČLS JEP  
prof. MUDr. Martina Vašáková, Ph. D.  
předsedkyně

Za ČPFS  
Prof. MUDr. Martina Vašáková, Ph.D  
Předsedkyně České pneumologické a ftizeologické společnosti

Přednostka  
**Pneumologická klinika I.LF UK a TN**  
Thomayerova nemocnice  
Vídeňská 800, 140 59 Praha 4

Email: [martina.vasakova@ftn.cz](mailto:martina.vasakova@ftn.cz)  
Tel: 261 082 372, Fax: 261 083 853  
[www.ftn.cz](http://www.ftn.cz)