

Moderní léčba pokročilého maligního melanomu v Masarykově onkologickém ústavu - tisková konference 27. 4. 2015

Masarykův onkologický ústav tradičně poskytuje komplexní onkologickou péči pacientům s maligním melanomem. Zabývá se prevencí, diagnostikou a léčbou všech stadií nemoci. Při tom používá nejmodernější přístroje, chirurgické a radioterapeutické postupy a samozřejmě i moderní systémovou protinádorovou léčbu. Účastní se výzkumu a řady mezinárodních klinických studií, díky kterým nabízí pacientům nejperspektivnější léčbu současnosti.

Maligní melanom patří k nejzávažnějším kožním nádorům. Incidence celosvětově i v ČR rychle roste. **V roce 2012** bylo v ČR diagnostikováno cca **2 730 nových případů**, což je **nárůst o 100% za posledních 15 let**. Prognóza pacientů s pokročilým onemocněním byla dříve nepříznivá, paliativní chemoterapie a radioterapie sice byly schopny v některých případech ovlivnit symptomy onemocnění, ale zásadně nedokázaly prodloužit život našich pacientů. **Ke změně dochází až v posledních 4 letech, a to díky novým lékům**, které zúročily několikaletý intenzivní výzkum v oblasti molekulární biologie, genetiky a imunologie. Nejvíce pozornosti je dnes věnováno **moderní imunoterapii** založené na protilátkách proti regulačním molekulám na buňkách imunitního systému nebo nádoru a cílené léčbě proti patologicky hyperaktivním kinázám. K dnešnímu datu jsou v EU k léčbě pokročilého melanomu schváleny 4 moderní preparáty - vemurafenib, dabrafenib, trametinib a ipilimumab.

Vemurafenib, dabrafenib a trametinib jsou registrovány pro 1. a další linii systémové léčby u pacientů s neresekovatelným nebo metastazujícím melanomem s pozitivní mutací V600 genu BRAF. V ČR má zatím stanovenou úhradu pro 1. linii léčby jen vemurafenib a dabrafenib. Ipilimumab je v EU schválen k léčbě pacientů s pokročilým melanomem v 1. a další linii léčby, bez ohledu na stav mutace BRAF. V ČR je zatím hrazen jen u předlécených pacientů. Aktuálně máme možnost v rámci specifického léčebného programu používat další moderní protilátku pembrolizumab a chystá se klinická studie s podobným preparátem – nivolumab. Je však potřeba říct, že **moderní léčba není vhodná pro všechny pacienty**. Cílenou léčbu s BRAF inhibítorem (vemurafenib a dabrafenib) nelze indikovat u pacientů bez mutace V600 genu BRAF a imunoterapii s ipilimumabem nelze podat pacientům s vážným autoimunitním onemocněním (např. roztroušená sklerosa, Crohnova choroba, systémový lupus erythematoses), vážnou infekcí (např. aktivní žloutenka typu B a C, HIV infekce) nebo pacientům na chronické imunosupresivní léčbě (např. po transplantacích). Samozřejmě při rozhodování o indikaci léčby hrají svoji roli i další faktory - celkový stav a preference pacienta, rozsah a symptomy onemocnění, další přidružená onemocnění, laboratorní parametry nebo možnosti klinických studií s novými léky.

Závěrem lze říci, že paliativní chemoterapie je dnes nahrazována efektivnější imunoterapií a cílenou léčbou. V oblasti imunoterapie se již standardní léčbou stal ipilimumab, ze skupiny cílené léčby u pacientů s mutací BRAF V600 dnes standardně používáme BRAF inhibitor vemurafenib nebo dabrafenib v monoterapii.

Ovšem i nyní v době nástupu moderních preparátů pro léčbu pokročilého metastatického maligního melanomu platí, že neúčinnější a nejlevnější metodou zůstává časný záchyt melanomu již v časných stadiích a jeho prosté včasné chirurgické odstranění. Proto i v době nových léčebných metod budeme nadále podporovat hlavně prevenci a časný záchyt nádorových chorob.