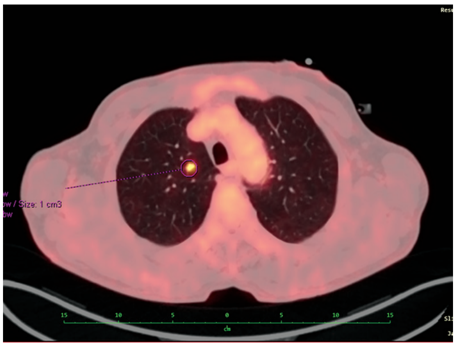
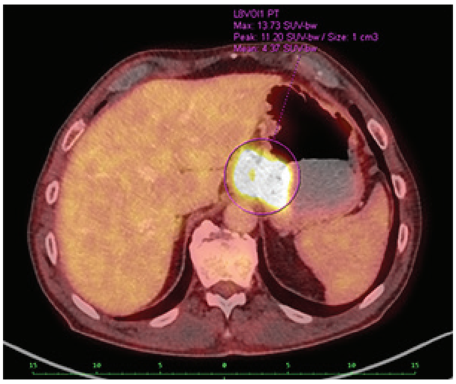
dosahovala 973 osob (9,3 úmrtí na 100 000 osob), je to 6. nejčastější příčina úmrtí na nádory. Převažuje výskyt u mužů v poměru přibližně 1,6 : 1. Medián věku v čase diagnózy je 71 let. Nádor žaludku bývá většinou diagnostikován až v pokročilém stadiu, v roce 2021 bylo metastatické onemocnění nově zjištěno u více než 40 % pacientů. Za poslední dvě dekády se zvýšilo zastoupení časných stadií, ale v posledních letech tento poměr stagnuje. Pacienti s metastatickým onemocněním mají výrazně špatnou prognózu a 5 let se dožívá pouze 4 % pacientů. Paliativní chemoterapie jednoznačně prodlužuje celkové přežití (overall survival, OS) a zlepšuje kvalitu života. Základem léčby jsou režimy postavené na platinovém derivátu a fluoropyrimidinu, nejčastěji režim FOLFOX nebo CAPOX. V dalších liniích se používá irinotekan nebo paklitaxel. Po dlouhou dobu (první výsledky studie ToGA byly publikovány v roce 2009) byl trastuzumab jedinou biologickou léčbou, která přinesla benefit v rámci 1. linie léčby (2). Nicméně pouze 10–30 % pacientů je HER2 pozitivních (častěji jsou to pacienti s nádory gastroezofageální junkce a intestinálním typem) (3). V roce 2020 byly publikovány první výsledky studie CheckMate 649, ve které přidání nivolumabu k chemoterapii 1. linie (FOLFOX neb CAPOX) signifikantně prodloužilo celkové přežití u pacientů s adenokarcinomy jícnu, GEJ a žaludku s PD-L1 pozitivitou hodnocenou jako kombinované pozitivní skóre (CPS) větším nebo rovným 5 (4). Od 1. 8. 2023 má tato indikace úhradu i v České republice. V MOÚ tuto léčbu zahájilo doposud 24 pacientů. Zde přinášíme 2 kazuistiky pacientů, kteří zahájili léčbu mezi prvními.

Obr. 1. *Vstupní PET/CT vyšetření u pacienta č. 1. Je patrná jedna ze dvou metastáz v pravé plíci*

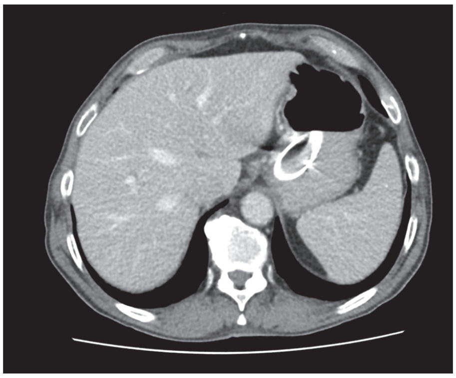


Obr. 2. *Vstupní PET/CT vyšetření u pacienta č. 1. Je zachycena nádorová infiltrace v oblasti gastroezofageální junkce*



Obr. 3. *Přešetření po 9 měsících léčby. Došlo ke kompletní regresi plicních metastáz*

Obr. 4. *Přešetření po 9 měsících léčby. Dochází k regresi infiltrace gastroezofageální junkce. Zachycena část stentu zavedeného v jícnu*



Kazuistika č. 1

Prvním pacientem byl muž narozený v roce 1950. Pacient měl v anamnéze karcinom céka z roku 1996 (III. klinické stadium, po resekci a adjuvantní chemoterapii), který byl v kompletní remisi. V březnu 2022 mu byl zjištěn karcinom gastroezofageální junkce. Pacient anamnesticky udával asi 2 měsíce zhoršující se polykání, zvládal pouze kašovitou stravu. Zhubl přibližně 10 kg za poslední 2 měsíce. Kromě onkologických diagnóz byl pouze po náhradě kyčelních kloubů bilaterálně. Pacient byl bývalý kuřák a 20 let již nekouřil, alkohol užíval zcela příležitostně. Výkonnostní stav v době diagnózy byl 0 dle ECOG. Dle gastroskopie byla těsně nad kardií patrná tumorózní stenóza jícnu po celém obvodu s ulcerací, hodnoceno jako Siewert typ II. Histologicky se jednalo o dobře diferencovaný adenokarcinom, se strukturami v nepravidelných tubulech a kribriformním uspořádáním, invaze byla přítomná v celém rozsahu i mezi hladkou svalovinu. Barvení prokázalo intraluminální mukoprodukci. Imunohistochemicky byly nádorové buňky pozitivní CK 8 + 18, zcela negativní byla exprese p53 i p63, proliferace hodnocená expresí Ki-67 byla vysoká 90 %. Bylo doplněno prediktivní vyšetření, které prokázalo, že se jedná o HER2 negativní tumor (imunohistochemie dosahuje hodnoty 0), mismatch repair (MMR) proteiny byly bez absence, tedy jednalo se o MMR proficientní tumor. Exprese PD-L1 dosahovala skóre CPS 25, exprese na nádorových buňkách dosahovala 20 %, to znamená, že hodnocení PD-L1 TPS bylo 20 %. Vstupní PET/CT prokázalo vysokou aktivitu a infiltraci v oblasti GEJ, dále byla patrná lymfadenopatie mediastinálně a 2 metastatická ložiska v pravé plíci. Z nádorových markerů byla zjištěna elevace CEA (344,9 μg/l), další markery jako CA 72-4, CA 19-9 nebo CA 125 byly negativní. Pacient byl prezentován na multidisciplinárním týmu pro léčbu gastrointestinálních malignit a vzhledem k metastatickému onemocnění byla indikována systémová terapie. Pacient následně v dubnu 2022 zahájil paliativní chemoterapii režimem modifikovaný FOLFOX6. Vzhledem k pozitivitě PD-L1 byla podána žádost na pojišťovnu ke schválení úhrady pro nivolumab. Druhý cyklus byl podán ještě v režimu samotné chemoterapie. Vzhledem k trvajícím polykacím potížím byl pacientovi zaveden jícnový stent, výkon proběhl bez komplikací, s výrazným klinickým efektem. Pojišťovna do 2 týdnů schválila úhradu nivolumabu, proto od 3. cyklu pacient zahájil léčbu chemoimunoterapií mFOLFOX6 + nivolumab. Léčba byla zvládána výborně, v podstatě bez jakýchkoliv nežádoucích účinků. Na prvním přešetření po 3 měsících byla zjištěna parciální regrese plicních metastáz, dále regrese mediastinální lymfadenopatie a také regrese nádorové infiltrace GEJ. Laboratorně je patrný postupný pokles hladiny CEA (Graf 1). Během léčby došlo k očekávané postupně progredující periferní neuropatii na stupeň 2, proto byla postupně