

Wprowadzenie

Możliwości leczenia chorych na niedrobnokomórkowego raka płuca w stadium uogólnienia ostatnio znacznie powiększyły się. Ewolucja polega — przede wszystkim — na uzyskaniu większych możliwości leczenia pierwszej linii z wykorzystaniem leków hamujących punkty kontrolne odpowiedzi immunologicznej oraz inhibitorów tyrozynowych kinaz EGFR, ALK i ROS1. Nadal ważnym elementem leczenia chorych na niedrobnokomórkowego raka płuca w stadium uogólnienia jest również chemioterapia. Rozwój możliwości leczenia pierwszej linii, która pozwala uzyskać remisję choroby u znacznego odsetka chorych, uzasadnia poszukiwanie wartościowych metod postępowania drugiej linii. Identyfikowanie skutecznych metod leczenia drugiej linii jest istotne, ponieważ znaczna część chorych z progresją po leczeniu pierwszej linii nadal znajduje się w stanie dobrej sprawności — chorzy otrzymujący immunoterapię lub leki ukierunkowane molekularnie są w mniejszym stopniu obciążeni niepożądanymi działaniami, a nowoczesne metody postępowania wspomagające pozwalają opanować część powikłań chemioterapii.

U chorych na raki niepłaskonabłonkowe z obecnością aktywujących mutacji w genie *EGFR* — w sytuacji progresji podczas leczenia anty-EGFR — należy rozważyć stosowanie ozymertynibu (inhibitor EGFR III generacji) pod warunkiem potwierdzenia obecności mutacji oporności T790M lub chemioterapię wielolekową z udziałem jednej z pochodnych platyny. Leczenie drugiej linii chorych na niepłaskonabłonkowego raka płuca w stadium uogólnienia, u których dochodzi do progresji choroby po zastosowaniu inhibitorów ALK lub ROS1, powinni otrzymywać leki ukierunkowane nowej generacji. Natomiast u chorych bez obecności aktywujących zaburzeń genetycznych należy w ramach leczenia pierwszej linii stosować immunoterapię pembrolizumabem po potwierdzeniu wysokiej ekspresji PD-L1 lub chemioterapię (skojarzenie chemioterapii i immunoterapii w przypadku ekspresji PD-L1 w granicach 1–49% nie jest dotychczas w Polsce refundowane). W drugiej linii leczenie może polegać — w zależności od pierwszego postępowania — na stosowaniu chemioterapii lub immunoterapii. W przypadku raka płaskonabłonkowego — w zależności od ekspresji PD-L1 — chorzy mogą być poddawani immunoterapii lub chemioterapii, a postępowanie po wystąpieniu progresji zależy od rodzaju leczenia pierwszej linii (chemioterapia lub immunoterapia).

Jedną z możliwości leczenia drugiej linii jest skojarzenie chemioterapii docetakselom z lekiem antyangiogennym, jakim jest nintedanib. Liczne obserwacje wskazują, że zastosowanie docetakselu i nintedanibu jest wartościowym postępowaniem u chorych na raka gruczołowego wcześniej poddawanych podczas pierwszej linii wielolekowej chemioterapii lub immunoterapii. Wartość docetakselu stosowanego łącznie z nintedanibem udokumentowano w badaniu III fazy, a klasyfikacja *European Society of Medical Oncology — Magnitude of Clinical Benefit Scale* przyznaje omawianej metodzie kategorię 1. pod względem wartości klinicznej.

Autorzy artykułów w obecnym numerze czasopisma „Onkologia w Praktyce Klinicznej” omawiają stan wiedzy na temat leczenia chorych na niedrobnokomórkowego raka płuca w stadium uogólnienia z udziałem nintedanibu oraz przedstawiają opisy przypadków chorych leczonych nintedanibem w skojarzeniu z docetakselom. Praktyczne doświadczenia mają — obok wyników perspektywnych badań klinicznych — znaczącą wartość. Mam nadzieję, że przedstawione sytuacje kliniczne będą pomocne w Państwa praktyce.

Prof. dr hab. n. med. Maciej Krzakowski
Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie
— Państwowy Instytut Badawczy w Warszawie

