

Když guidelines nestačí

Tomáš Büchler

Vážené čtenářky, vážení čtenáři,

uroonkologie se v posledních letech ocitla v paradoxní situaci. Nikdy jsme neměli k dispozici tolik doporučení, algoritmů a léčebných schémat – a přesto se v klinické praxi stále častěji setkáváme s pacienty, kteří do těchto schémat nezapadají. Guidelines se staly detailnějšími než samotný pacient.

Klinické studie, na nichž jsou doporučení postavena, pracují s ideálním modelem nemocného – relativně mladého, bez významných komorbidit, s dobře definovaným onemocněním a jasně měřitelnými cílovými parametry. Reálný pacient v ambulanci však bývá jiný – starší, polymorbidní, s limitovanou tolerancí léčby, s biologicky heterogenním nádorem a často s prioritami, které nejsou v guidelines vůbec zmíněny. Rozpor mezi „evidence-based“ medicínou a „patient-based“ realitou se tak prohlubuje.

Moderní uroonkologie navíc vstoupila do éry algoritmů. Rozhodování je stále častěji strukturováno do větví, linií a sekvencí léčby, které mají zajistit optimální postup pro většinu pacientů. Tento přístup je nepochybně v mnohém přínosný – chrání před nahodilým rozhodováním a přehnanou individualizací léčby (nadměrnou kreativitou, tzv. lidovou tvořivostí). Zároveň však nese riziko, že klinický úsudek bude nahrazen mechanickým následováním doporučení. V extrémním případě se lékař stává vykonavatelem algoritmu, nikoliv jeho kritickým interpretem.

Jedním z nejviditelnějších projevů krize klinického rozhodování je fenomén paralelních doporučení – situace, kdy pro jednu klinickou situaci existuje několik rovnocenných, často překrývajících se terapeutických možností. Typickým příkladem je léčba metastatického hormonálně senzitivního karcinomu prostaty (mHSPC – metastatic hormonal-sensitive prostate cancer). V aktuálních doporučeních se vedle sebe objevují kombinace androgen deprivace terapie (ADT)

s abirateronem, apalutamidem či enzalutamidem, tripletní terapie s docetaxelem a darolutamidem či abirateronem, samostatný docetaxel u vybraných pacientů, individuální přístup u oligometastatického onemocnění nebo samotná ADT u pacientů se zhoršeným výkonnostním stavem. Navíc jsou tato doporučení dále precizována a strukturována podle rizika a objemu metastatického postižení (existují dva typy hodnocení – high-volume a high-risk – více o nich níže), biologických charakteristik nádoru i klinického profilu pacienta, což vede k paradoxní situaci, v níž se algoritmus rozhodování stává komplexnější než realita klinické praxe.

Novou vrstvou nejistoty v klinickém rozhodování je terminologický a konceptuální chaos kolem pojmů „high-risk“ a „high-volume“ u mHSPC. Tyto kategorie vznikly v různých klinických studiích, s odlišnými definicemi a odlišnými cíli, a přesto dnes slouží jako základ pro terapeutická doporučení a považují se často za vzájemně zaměnitelné (což může a nemusí být pravda). V praxi se ale setkáváme se situací, kdy pacient splňuje kritéria vysokého rizika, ale nikoliv vysokého objemu metastatického postižení – nebo naopak – a každý z těchto parametrů (teoreticky) vede k jinému léčebnému algoritmu. Výsledkem není jasnější stratifikace pacientů, ale fragmentace rozhodování. Pojmy, které měly zjednodušit klinickou realitu, ji paradoxně komplikují. Lékař je nucen interpretovat nejen biologii nádoru, ale i historický kontext studií, z nichž jednotlivé definice vycházejí.

Lékař tak nestojí před otázkou „jak léčit“, ale „podle kterého doporučení se rozhodnout“. V této pluralitě algoritmů se ztrácí jednoduchá logika léčby a roste význam klinického úsudku – schopnosti integrovat guidelines, biologii nádoru a individuální charakteristiky a preference pacienta do jednoho smysluplného rozhodnutí. Protože nakonec se musíme nějak rozhodnout.

Urologové a onkologové se dnes musí pohybovat na tenké hranici mezi respektováním guidelines a individuálním

přístupem k pacientovi. Každé rozhodnutí je kompromisem mezi statistickou pravděpodobností a konkrétním lidským příběhem. Zkušenost, intuice a schopnost interpretovat data v kontextu konkrétního nemocného tak nabývají na významu. Tedy čím více máme doporučení, tím více potřebujeme zkušeností.

Budoucnost uroonkologie jistě nebude spočívat v dokonalých algoritmech, ale v jejich moudrém používání. Pokud se nám nepodaří udržet klinické rozhodování jako tvůrčí, odpovědný a kritický proces, hrozí, že se moderní medicína promění v automatizovanou proceduru – přesnou, ale

slepou k individualitě pacienta. A tedy již ani nebude potřeba lékaře, pacient se s výpisem z umělé inteligence rovnou dostaví k aplikaci terapie.

prof. MUDr. Tomáš Büchler, Ph.D.

Onkologická klinika

2. LF UK a FN Motol a Homolka

V Úvalu 84

150 00 Praha 5

tomas.buchler@fnmotol.cz

