

Tab. 2. Přehled léčebných schémat 1. linie u germinálních nádorů varlat**Tab. 2.** Overview of the 1st line treatment regimens for testicular germ cell tumors

	Compressed BEP à 21 dní × 3	Standard BEP à 21 dní × 4	C-BEP à 21 dní × 4	PEb à 21 dní × 4	Accelerate BRP à 14 dní × 4
Bleomycin	15 U/m ² D1	30 U/m ² D1, 8, 15	15 U/m ² D1	15 U/m ² D1	30 U/m ² D1, 8
Etoposid	167 mg/m ² D1–3	100 mg/m ² D1–5	100 mg/m ² D1–5	100 mg/m ² D1–5	100 mg/m ² D1–5
Cisplatina	33,3 mg/m ² D1–3	20 mg/m ² D1–5	20 mg/m ² D1–5	20 mg/m ² D1–5	20 mg/m ² D1–5
Cyklofosamid	—	—	1,2 g/m ² D1	—	—
Kumulat. dávky	Compressed BEP	Standard BEP	C-BEP	PEb	Accelerate BEP
Bleomycin	45 U/m ²	360 U/m ²	60 U/m ²	60 U/m ²	240 U/m ²
Etoposid	1 500 mg/m ²	2 000 mg/m ²	2 000 mg/m ²	2 000 mg/m ²	2 000 mg/m ²
Cisplatina	300 mg/m ²	400 mg/m ²	400 mg/m ²	400 mg/m ²	400 mg/m ²
Cyklofosamid	—	—	4800 mg/m ²	—	—

Problémem byla nejenom akutní toxicita, ale především pozdní komplikace protinádorové léčby. Vzhledem k faktu, že se jedná o mladé pacienty s předpokládanou délkou života více než 50 let, kteří mají celý svůj produktivní život před sebou, nejsou otázky pozdních následků léčby a kvality života zanedbatelné. Je prokázáno, že dlouhodobě přežívající pacienti po léčbě TGCT mají výrazně vyšší morbiditu (nefrotoxicita, pneumotoxická, ototoxická, periferní polyneuropatie, psychologické problémy, deprese, metabolický syndrom, infertilita a v neposlední míře i sekundární malignity) ve srovnání se stejně starou populací. Proto je v dětské onkologii posledních let snaha o redukci indikací a podávání adjuvantní chemoterapie, snížení intenzity protinádorové léčby při zachování dosavadních léčebných výsledků (6, 8, 12, 15, 20, 21, 22). Pro dlouhodobě přežívající dětské onkolo-

gické pacienty je doporučeno ideálně celoživotní sledování. Dětské pacienty po léčbě testikulárního nádoru jsou v našem souboru sledováni po dobu 5 měsíců–23,5 roku s mediánem 11,5 roku. Pro tyto pacienty platí spíše pediatriká doporučení než ESMO doporučení platná v dospělé onkologii. V našem souboru u 11 pacientů byla prokázána pozdní orgánová toxicita (plicní, nefrotoxicita, ototoxická) a poruchy spermiogramu. Tři pacienti mají psychické problémy vyžadující péči psychologa a/nebo psychiatra a léčbu antidepressiv (Tab 3). TGCT jsou velmi heterogenní skupinou nádorů nejen stran histologických typů, věkově specifické distribuce typů TGCT, jejich biologického chování, ale i stran patogeneze a chemosenzitivity. Méně než 10 % pacientů s TGCT je cisplatina rezistentních. Při hledání důvodů chemorezistence a efektivní léčebné strategie se pozornost zaměřila na mole-

Tab. 3. Současné doporučené postupy léčby u geminálních nádorů varlat u dětí a dospívajících**Tab. 3.** Currently recommended criteria for testicular germ cell tumors in children and adolescents

Riziková skupina	Kritéria zařazení	Návrh léčby
Nízké riziko (low risk)	Věk 0–19 Klinické stadium IA, IB nebo IS dle TNM IGCCC progn. kritéria se nezohledňují	wait and watch strategie
Střední riziko (intermediate risk)	SR1: věk pod 11 let klinické stadium II–IV dle COG IGCCC progn. kritéria se nezohledňují	PEb × 4
	SR2: věk nad 11 let klinické stadium II–IV IGCCC progn. kritéria – good risk	standard BEP × 3
Vysoké riziko (high risk)	Věk > 11 let Klinické stadium III–IV dle COG IGCCC progn. kritéria intermediate nebo high risk	accelerate BEP nebo standard BEP × 4