

Maligní lymfomy aneb co očekává klinik od patologa?

Pytlík R.

1. interní klinika, Všeobecná fakultní nemocnice a 1. lékařská fakulta UK, Praha

SOUHRN

Diagnostika a léčba maligních lymfomů sice v poslední době dosáhly výrazných pokroků, ale rozvíjely se do značné míry nezávisle. Z tohoto důvodu je nutné, aby pro přesné, rychlé a klinicky relevantní určení diagnózy patologové s kliniky úzce spolupracovali, aby patologové od kliniků dostávali klíčové informace, ale zároveň je o tyto klíčové informace uměli požádat. Článek se zabývá příklady, které uvedené principy ilustrují.

Klíčová slova: maligní lymfomy – patologie – klinika

Malignant lymphomas, or what do clinicians expect from pathologists?

SUMMARY

Although the diagnosis and treatment of malignant lymphomas achieved considerable progress, their expansion was more or less independent. Therefore, for quick, fast and clinical relevant diagnostic process is necessary that clinical physicians and pathologists work closely together. Clinicians have to give pathologists key informations, but pathologists have to be ready to ask for them when needed. This article gives some examples which illustrate these principles.

Keywords: malignant lymphomas – pathology – clinics

Cesk Patol 2011; 47(3): 94–95

Diagnostika a léčba maligních lymfomů se sice rozvíjely na sobě do značné míry nezávisle, ale u obou došlo v uplynulých deseti či patnácti letech k významným pokrokům. Zlepšení diagnostiky vedlo k objevu nových klinických jednotek a k přesnějšímu určení těch stávajících (difúzní velkobuněčný B lymfom vs. Burkittův lymfom či B-non-Hodgkinský lymfom s rysy intermediárními mezi difúzním velkobuněčným a Burkittovým lymfomem (1), odlišení lymfomů z plášťových buněk od ostatních skupin malobuněčných lymfomů (2). Na druhé straně zavedení nových léčebných postupů, především anti-CD20 protilátky rituximabu do léčby 1. linie periferních B-lymfomů (3–6), ale třeba i rozeznání klíčové role cytosinarabinosidu v terapii lymfomů z plášťových buněk (7), vedlo k výraznému zlepšení prognózy většiny pacientů především s agresivními periferními B-lymfomy.

Přes výše uvedené pokroky je nutno mít na paměti to, co bylo řečeno v první větě, totiž, že diagnostika a léčba se rozvíjely na sobě povětšinou nezávisle. To vedlo k situacím, s nimiž se dnes setkáváme poměrně běžně. Například patolog se snaží co nejpřesněji určit, zda dodaný vzorek odpovídá folikulárnímu lymfomu grade 3a či 3b, eventuálně jsou-li v něm okrsky difúzního velkobuněčného lymfomu, ovšem v praxi je většina pacientů s těmito diagnózami léčena v České republice stejně (režimem R-CHOP) a rovněž jejich prognóza je obdobná (8). Stejně časté jsou situace, kdy patolog dokáže poměrně přesně na základě imunohistochemie určit prognosticky rozdílné subtypy některých onemocnění, například u difúzních velkobuněčných B-lymfomů typu z buněk germinálního centra – GC, oproti typům non-GC (9),

avšak klinik v současné době nedovede nabídnout pacientům s horší prognózou účinnější léčbu.

Požadavky kliniků na patology by se daly (podobně jako u jiných diagnóz) shrnout do tří slov či slovních spojení: rychle, přesně, klinicky relevantně. Je zřejmé, že zejména první a druhý požadavek jsou do značné míry protichůdné, splnění třetího požadavku naopak předpokládá i u patologa určitou znalost léčebných postupů – alespoň na pracovišti, pro které pracuje nejčastěji. Tento předpoklad je možno splnit jen do určité míry, stejně jako od klinika nelze očekávat, že pronikne do všech detailů patologické histologie. Jsem si však jist, že všechny tři požadavky lze naplnit poměrně uspokojivým způsobem, ovšem jen tehdy, přestane-li klinik od patologa pouze vyžadovat, ale je-li sám ochoten mu dodat základní klinické údaje – o rozsahu onemocnění a stupni postižení jednotlivých orgánů v řadě první a o klinické relevanci přesné diagnostiky na straně druhé.

Klinické údaje o tom, jakým způsobem se onemocnění chová, mohou mít ve WHO klasifikaci (10) zásadní význam. Například primární mediastinální B-lymfom je definován – kromě velkobuněčné histologie a zvláštního profilu genové exprese – i převažujícím postižením mediastina s prorůstáním do nitrohrudních orgánů, avšak s omezeným šířením mimo dutinu hrudní (11). Patolog pochopí, že by se mohlo jednat o tuto diagnózu, pokud dostane na průvodce údaj „tumor mediastina“, avšak je v poměrně obtížné situaci, pokud je na průvodce napsáno pouze „uzlina – nadklíček“, bez udání skutečnosti, že nemocný má v hrudníku nádorovou masu nezanedbatelných rozměrů. Vzhledem k tomu, že je iluzorní, aby tyto klinicky relevantní údaje zapisoval do žádanky bioptující chirurg, je nutné, aby si klinik – hematolog či onkolog – tyto záležitosti dokázal ohlídat, buď tím, že žádanku sám připraví nebo tím, že patologa dodatečně na klinické souvislosti upozorní. Obdobně je tomu u diagnózy difúzního velkobuněčného B-lymfomu končetinového typu (12) nebo primárního lymfomu CNS (v naprosté většině rovněž difúzní velkobuněčný B-lym-

✉ Adresa pro korespondenci:

MUDr. Robert Pytlík

1. Interní klinika, Všeobecná fakultní nemocnice

U nemocnice 2, 128 08, Praha 2

tel.: 22496 2675, fax: 22496 3117

e-mail: pytlirk@seznam.cz