

Zápis z průběhu obhajoby disertační práce

MUDr. Hana Študentová

Téma: Kardiovaskulární rizikové faktory nemocných po systémové onkologické léčbě

Datum konání: 2.7.2015

1. Dotazy a odpovědi oponentů

Doc. MUDr. Petra Tesařová, Csc

Dotaz č. 1, odpověď: Součástí doporučení pro léčbu renálního karcinomu je provádět pacientům standardně echokardiografické vyšetření iniciálně a pak po 2-3 měsících během terapie, nicméně echokardiografické vyšetření již vypovídá o hrubé patologii myokardu. Rovněž bych doporučila provádět pravidelné monitorování tlaku, nejlépe doma samotným nemocným a pravidelné odběry zahrnující kreatinin, glykémii, proteinurii a hormony štítné žlázy, jejíž funkce bývá často při léčbě alterována.

Dotaz č. 2, odpověď: Všechny uvedené lékové skupiny významně ovlivnily střední délku života populace ve vyspělých zemích, statiny mají rovněž preventivní účinek u některých malignit, v případě betablokátorů zase víme, že lidé s nižší tepovou frekvencí žijí déle než lidé s vyšší tepovou frekvencí. Na druhou stranu vyšší tepová frekvence, případně tachykardie, bývají kompenzatorního charakteru a přidáním BB bychom pacientům jenom uškodili. Obecně v případě všech těchto léků bych se obávala polypragmatie, lékových interakcí, potažmo rizika krvácení do GIT v případě antiagregancií.

Doc. MUDr. Josef Dvořák, Ph.D.

Dotaz č.1: Zejména správným výběrem konkrétního léku u daného pacienta s ohledem na jeho komorbiditu.

Dotaz č. 2: V podstatě identický s dotazem doc. Tesařové, tedy stejná odpověď.

2. Dotazy a odpovědi v rámci diskuze

Prof. MUDr. Milan Kamínek, Ph.D.: Jak se stavím k podávání statinů u onkologicky nemocných?

Odpověď: Ponechávám je v léčbě, přičemž by měly být podávány s vyšší opatrností s ohledem na možné lékové interakce. V pokročilé fázi nemoci je vysazujeme.

Doc. MUDr. Josef Dvořák, Ph.D.: Jestli používáme NLR v klinické praxi?

Odpověď: Používáme především v rámci výzkumných záměrů, ale v případě karcinomu ledviny, tam se již běžně využívá absolutní hodnoty neutrofilů a trombocytů v rámci stanovení prognózy onemocnění.

Prof. MUDr. Edgar Faber, Ph.D.: Setkáváte se při léčbě TKI s nežádoucími účinky jako periferní cévní okluze či dekompenzace diabetu?

Odpověď: S periferními cévními komplikacemi jsem se při léčbě TKI nesetkala, v nedávné době jsem se s touto komplikací setkala při léčbě pacienta s terminálním tumorem, který měl četné cévní okluze po systémové chemoterapii. S dekompenzací diabetu se setkáváme spíše při léčbě mTOR inhibitory.

Prof. MUDr. Milan Kamínek, Ph.D.: Museli jste u některých pacientů ve Vašem souboru terapii ukončit právě z důvodu nalezených abnormalit?

Odpověď: V našem souboru nikoliv, nicméně nejčastěji běžné klinické praxi terapii ukončujeme při nekorigovatelné arteriální hypertenzi, obvykle jsme však schopni řadu anomálií zvládnout medikamentózně – ať už poruchy funkce štítné žlázy apod.

Doc. Josef Dvořák, Ph.D.: Nemocný ve Vašem souboru, co zemřel na AIM, jaký to byl pacient?

Odpověď: Byl to asymptomatický nemocný zhruba 60-ti letý s negativní kardiální anamnézou, který v průběhu 3. cyklu léčby zemřel náhlou smrtí, pitva pak potvrdila AIM.