



Publikované práce vesměs upozorňují, že relativně jednoduché pravidlo vycházející z přepočtu BSA, a to u léčiv, jejichž dávka se počítá pomocí BSA, nelze uplatňovat plošně (7, 11). V podstatě je možné přistoupit k problému s pomocí:

- a) redukce dávky cytostatika dle korigovaného BSA,
- b) redukce dle ztráty hmotnosti,
- c) neredukované dávky a vyčkat projevů toxicity.

Studie O'Marcaigh, et al. uvádí metodu pomocí redukce dle modifikovaného BSA u pacientů po amputaci či prostém váhovém úbytku jako nejčteněji vybranou mezi pediatrickými onkology (12). Tentýž autor pak uvádí srovnání přepočtu dávky methotrexátu u pacientů s váhovým úbytkem (ovšem nikoliv v důsledku amputace) dle BSA, resp. dle proporcionální ztráty hmotnosti. Při srovnání AUC methotrexátu, před váhovým úbytkem a po něm, byly u metody přepočtu podle váhy zaznamenány stejné AUC, zatímco u přepočtu dle rekalkulace BSA byly AUC vyšší (13).

Běžně dostupná literatura neuvádí, zda u některých léčiv není nutno dávku po amputaci upravovat, ale lze očekávat, že taková existují. Pro léčiva, jejichž farmakokinetika by mohla k takovému úsudku směřovat (po zhodnocení míry vazby na plazmatické bílkoviny, metabolizace léčiva či distribuce do specifických tkání), lze zvolit odlišnou, výše uvedenou strategii ve formě redukce dávky až na základě manifestace toxicity.

V našem případě byla zvolena metoda přepočtu teoretického BSA dle „pravidla devíti“, což znamenalo redukci BSA o 18 %. Konsenzuálně bylo

rozhodnuto o 25% redukci z hypotetické dávky, jakou by dostal tento pacient bez amputací.

Tato finální podávaná dávka, tedy 50 mg cisplatiny, shodou okolností odpovídá užití BSA vypočteného z reálné váhy a výšky korigovanému o 18 % (tedy 1,25 m² – viz tabulka 2). Dle našeho názoru by však postup redukce BSA vypočteného z reálných parametrů pacienta s následnou aplikací „pravidla devíti“ neměl být uplatněn jako základní, protože se v danou chvíli příslušná redukce provádí v podstatě duplicitně (jednou menším vstupním BSA, podruhé jeho redukcí). Lze jistě uvažovat, zda pacient mohl být poddávkován (období disease free survival nepřesáhlo dobu 1 roku), nicméně s ohledem na známky hematologické toxicity se tak nedomníváme.

Závěr

Naše pracoviště se s takovouto rozsáhlou amputací u pacienta vyžadujícího cytostatickou léčbu setkává výjimečně, obdobnou situaci jsme řešili prozatím pouze v tomto případě, a jednou proběhla konzultace s jiným pracovištěm. Nabízí se samozřejmě otázka zpracování problematiky ve formě doporučeného postupu zaštitěného odbornou společností, ale výchozích dat je velmi málo, navíc většinou ve formě kazuistik. Systematické review v současné době není k dispozici.

V konkrétních případech je tedy nutno postupovat individuálně, přičemž monitoring koncentrací cytostatika může být dalším vodítkem pro ověření správnosti úpravy dávky.