

Lubomir Bodnar

Klinika Onkologii, Wojskowy Instytut Medyczny, Centralny Szpital Kliniczny MON w Warszawie

Sunitynib i ewerolimus w leczeniu pacjentki z jasnokomórkowym rakiem nerki

Onkol. Prak. Klin. 2011; 7, supl. C: C7–C8

W pracy opisano przypadek 52-letniej chorej na raka nerki. U pacjentki nie stwierdzono czynników ryzyka, jak na przykład palenie tytoniu. W momencie rozpoznania choroby stan sprawności chorej według klasyfikacji Światowej Organizacji Zdrowia (WHO, *World Health Organisation*) wynosił 1. U pacjentki odnotowano krwimocz (sierpień 2008 r.). W badaniu USG jamy brzusznej stwierdzono guz nerki prawej. Chorą zakwalifikowano do operacji.

Przeprowadzono badania obrazowe. W badaniu tomografii komputerowej (CT, *computed tomography*) jamy brzusznej wykonanym 20 września 2006 r. stwierdzono guz o wymiarach 80 × 65 × 90 mm w prawej nerce. W scyntygrafii kości przeprowadzonej 5 października 2006 r. wykazano ogniska patologicznego gromadzenia znacznika w rzucie prawego talerza biodrowego, w prawej kości krzyżowej oraz w kręgach szyjnych.

Zaawansowanie kliniczne w momencie rozpoznania choroby określono na IV stadium.

Typ histologiczny raka nerki zgodnie z klasyfikacją według Fuhrmanna oceniono na *Carcinoma clarocellulare* G2, a stopień zaawansowania na pT3a pNx, pMx.

Zastosowano leczenie operacyjne: w dniu 12 grudnia 2006 r. wykonano prawostronną nefrektomię (T2 pNx pMx)

U pacjentki zastosowano leczenie systemowe, jej stan sprawności oceniono na WHO-2.

W badaniu rezonansu magnetycznego (MRI, *magnetic resonance imaging*) kręgosłupa przeprowadzonym 7 stycznia 2007 r. stwierdzono kompresyjne złamanie trzonu kręgu C6 z dokanałowym przemieszczeniem mas kostnych.

W marcu 2007 r. przeprowadzono operację stabilizującą kręgosłup w obrębie odcinka szyjnego.

W okresie 10.01.2007–15.01.2007 zastosowano napromienianie paliatywne na obszar miednicy po prawej stronie dawką 2000 cGy/g/5 fr/6 dni leczenia.

W okresie 08.05.2007–05.11.2010 przeprowadzono leczenie sunitynibem — uzyskano częściową regresję choroby według RECIST.

W kontrolnym badaniu CT jamy brzusznej i miednicy przeprowadzonym w dniu 5 listopada 2010 r. stwierdzono progresję choroby — pojawienie się zmian w okolicy prawego mięśnia lędźwiowego.

W dniu 6 grudnia 2010 r. chorą przyjęto na oddział w celu rozpoczęcia terapii ewerolimusem.

Dotychczas (27 maja 2011 r.) chora jest nadal w trakcie leczenia ewerolimusem, utrzymuje się u niej stabilizacja choroby według RECIST.

Wśród działań niepożądanych po 8 tygodniach leczenia wystąpiło niebakteryjne zapalenie płuc 2. stopnia, które ustąpiło po zastosowaniu steroidoterapii, zapalenie śluzówek jamy ustnej 2. stopnia według *Common Terminology Criteria for Adverse Events* (CTCAE), osłabienie 2. stopnia według CTCAE, niedokrwistość 3. stopnia według CTCAE.

Data rozpoznania raka nerki (mm/rrrr)	09.2006
Stopień zaawansowania (TNM)	T3aN0M1
Typ histologiczny (np. jasnokomórkowy)	Jasnokomórkowy
Stopień złośliwości (G)	G2
Data rozpoznania choroby przerzutowej	09.2006
Lokalizacja przerzutów	Układ kostny
Kategoria rokownicza wg MSKCC w momencie kwalifikacji do leczenia systemowego	Pośrednia
Pierwsza linia leczenia	
Lek	Sunitynib
Dawkowanie leku	50 mg, 1.–28. d./14 dni przerwy
Stan sprawności w chwili kwalifikacji do leczenia (Karnofski)	90
Lokalizacja przerzutów	Układ kostny, węzły chłonne śródpiersia
Data „start” (mm/rrrr) – „stop” (mm/rrrr)	08.05.2007–05.11.2010
Najlepsza odpowiedź CR/PR/SD/PD	SD
Czas trwania odpowiedzi	5 miesięcy
Przyczyna zakończenia leczenia	PD
Druga linia leczenia	
Lek	Ewerolimus
Dawkowanie leku	10 mg/d.
Stan sprawności w chwili kwalifikacji do leczenia (Karnofski)	90
Lokalizacja przerzutów	Węzły chłonne śródpiersia, układ kostny, tkanki miękkie
Data „start” (mm/rrrr) – „stop” (mm/rrrr)	05.2011 – nadal (05.2011)
Najlepsza odpowiedź CR/PR/SD/PD	SD
Czas trwania odpowiedzi	12
Przyczyna zakończenia leczenia	Kontynuuje