

Barbara Ziółkowska

Oddział Chemioterapii z Pododdziałem Chemioterapii Diennej, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Wrocławiu

Nadciśnienie tętnicze i niedoczynność tarczycy indukowane długotrwałą terapią sunitynibem u pacjenta leczonego z powodu rozsiazanego raka nerki

Onkol. Prak. Klin. 2014; 10, supl. A: A15–A16

Pacjent, lat 57, od marca 2010 r. obserwował krwimocz, z powodu którego zgłosił się do urologa. W wywiadzie podawał cukrzycę insulinozależną oraz stan po usunięciu torbieli glejowej mózdzku w 2002 r. W badaniu tomograficznym (TK) jamy brzusznej stwierdzono guz nerki prawej średnicy 7×5 cm uciskający układ zbiorczy oraz 2 guzy średnicy 4,5 cm i 4 cm w nerce lewej. Dodatkowo opisano guzowato powiększony ogon trzustki o wymiarach $6,5 \times 5$ cm. W TK klatki piersiowej nie stwierdzono zmian.

W dniu 10 maja 2010 r. wykonano nefrektomię prawostronną oraz pobrano wycinki guza trzustki i nerki lewej. Wynik histopatologiczny: *Carcinoma clarocellulare renis (nuclear grade 1)*. Biopat guza trzustki oraz drugiej nerki potwierdził przerzutowy charakter zmian: *Carcinoma clarocellulare nephrogenes (pT3NxM1)*.

W sierpniu 2010 r. chory rozpoczął terapię celowaną sunitynibem w dawce standardowej 50 mg/d. przez 28 dni z 2-tygodniową przerwą. Leczenie było dobrze tolerowane, a w kolejnych badaniach obrazowych obserwowano stabilizację choroby [wg kryteriów *Response Evaluation Criteria In Solid Tumors (RECIST)*]. W lutym 2012 r. (w trakcie 14. kursu) chory był hospitalizowany na oddziale kardiologii z powodu epizodów podwyższonego ciśnienia tętniczego do 200/100 mm Hg. W badaniach dodatkowych nie stwierdzono nieprawidłowości. Do leczenia włączono bisoprolol 5 mg 1×1 , amlodypinę 5 mg 1×1 oraz kwas acetylosalicylowy 75 mg 1×1 , uzyskując normalizację wartości ciśnienia.

Od listopada 2012 r. zaczęto obserwować narastanie obrzęków podudzi, do których dołączyły się bóle kostno-

-mięśniowe [stopień 1. wg *Common Terminology Criteria for Adverse Events v. 4.0 (CTCAE)*]. W badaniach laboratoryjnych stwierdzono: stężenie hemoglobiny 9,7 g/dl, kreatyniny 2,31 mg/dl, d-dimery 2124 ug/l. Zalecono zmniejszenie podaży płynów oraz włączono furosemid 40 mg 1×1 , enoksaparynę 40 mg/0,4 ml s.c., suplementację żelaza oraz witaminę B12 0,1 mg/ml i.m. Kontynuowano terapię sunitynibem. W badaniach kontrolnych stężenie kreatyniny pozostawało w zakresie 2,1–2,3 mg/dl, a obrzęki podudzi nieznacznie zmniejszyły się. W czerwcu 2013 r. wystąpiły średnio nasilone obrzęki kończyn górnych i twarzy. Wyniki badań laboratoryjnych pozostawały w granicach normy. Zwiększono dawkę furosemidu do 2×40 mg/d. oraz dołączono spironolakton — 25 mg/d. Na podstawie TK jamy brzusznej stwierdzono stabilizację choroby, natomiast stan sprawności pacjenta uległ pogorszeniu do ECOG 1.

W październiku 2013 r., w terminie 28. kursu sunitynibu, stężenie kreatyniny wzrosło do 3,51 mg/dl, dehydrogenazy mleczanowej (LDH) wynosiło 1020 U/l, zwiększyły się obrzęki podudzi, kończyn górnych i twarzy, ECOG 1/2. Pozostałe wyniki były w granicach normy. Dodatkowo zlecono oznaczenie stężenia hormonów tarczycy: TSH > 100 mIU/l; T3 = 0,34 ng/ml (N = 0,58–1,59); T4 = 1,1 ug/dl (N = 4,87–11,72). Zalecono substytucję lewotyroksyny w dawce 125 ug/d. i tymczasowo wstrzymano leczenie sunitynibem.

Aktualnie chory oczekuje na wyniki badań kontrolnych. Po normalizacji parametrów tarczycy planowana jest kontynuacja terapii sunitynibem.

Stopień zaawansowania (TNM)	pT3NxM0
Typ histologiczny (np. jasnokomórkowy)	Rak jasnokomórkowy
Stopień złośliwości (G)	G1
Czas od rozpoznania do uogólnienia (miesiące)	Choroba rozsiana w momencie rozpoznania
Lokalizacja przerzutów	Trzustka, druga nerka
Kategoria rokownicza wg MSKCC w momencie kwalifikacji do leczenia systemowego	Pośrednia
1. linia leczenia	
Lek	Sunitynib
Dawkowanie leku	50 mg/dzień
Stan sprawności w chwili kwalifikacji do leczenia (ECOG)	0
Lokalizacja przerzutów	Trzustka, druga nerka
Czas leczenia (miesiące)	38
Najlepsza odpowiedź CR/PR/SD/PD	SD
Czas trwania odpowiedzi (miesiące)	38
Działania niepożądane (G3/4)	Niedoczynność tarczycy (G3)
Przyczyna zakończenia leczenia	–