

**Ilona Bar-Letkiewicz**

Oddział Chemioterapii Szpitala Klinicznego Przemienienia Pańskiego w Poznaniu

## Opis przypadku pacjenta z rozpoznaniem raka jasnokomórkowego nerki

Onkol. Prak. Klin. 2014; 10, supl. A: A19–A20

Pacjent w wieku 49 lat zgłosił się na oddział chemioterapii Szpitala Klinicznego Przemienienia Pańskiego w Poznaniu w lipcu 2009 r. z rozpoznaniem rozlanego raka nerki prawej. Z chorób współistniejących stwierdzono nadciśnienie tętnicze, cukrzycę typu 2 powikłaną nefropatią cukrzycową oraz otyłość.

Z powodu istotnej klinicznie niedokrwistości w lutym 2009 r. chory był hospitalizowany w szpitalu rejonowym. W trakcie przeprowadzonych badań diagnostycznych — badania ultrasonograficznego (USG) jamy brzusznej i tomografii komputerowej (TK) — stwierdzono guz nerki prawej. Po konsultacji urologa chory został zakwalifikowany do leczenia operacyjnego.

W marcu 2009 r. przeprowadzono nefrektomię prawostronną. W badaniu histopatologicznym stwierdzono raka jasnokomórkowego nerki G3 pT3b.

W celu oceny zaawansowania choroby wykonano badania TK klatki piersiowej i jamy brzusznej, które wykazały obecność przerzutów w obrębie węzłów chłonnych śródpiersia i wnęk płucnych (węzły chłonne przytchawicze po stronie prawej o wymiarach 25 × 20 mm, przy łuku aorty 26 × 20 mm, w okolicy podziału tchawicy 16 mm, w prawej wnęcie płucnej o przekroju 30 mm, w lewej wnęcie płucnej 20 mm). Pacjent należał do grupy pośredniego ryzyka według klasyfikacji *Memorial Sloan-Kettering Cancer Center* (MSKCC).

W listopadzie 2009 r. rozpoczęto leczenie sunitynibem w standardowej dawce 50 mg dziennie przez 28 dni z 2-tygodniową przerwą. W trakcie pierwszego kursu terapii chory zgłaszał podrażnienie skóry w pachwinach. Zalecono loratadynę, preparaty wapnia, steroidy — Metypred 4 mg 1 raz dziennie oraz maść z antybiotykiem. Po zastosowanym leczeniu uzyskano ustąpienie dolegliwości.

W lutym 2010 r. w kontrolnych badaniach obrazowych, po 3 kursach terapii stwierdzono częściową

odpowieź. Po 6. kursie leczenia sunitynibem pojawiły się zmiany skórne o charakterze zespołu ręka–stopa [2. stopień nasilenia wg *Common Terminology Criteria for Adverse Events* (CTCAE)] i obrzęki okolicy kostek obu kończyn dolnych. Na podstawie wzrostu stężenia hormonu tyreotropowego (TSH) rozpoznano niedoczynność tarczycy i włączono lewotyroksynę w dawce 25 ug dziennie.

Ze względu na wzrost stężenia kreatyniny (podwyższonego już w momencie rozpoczęcia leczenia systemowego) pacjent wymagał krótkotrwałej przerwy w terapii sunitynibem oraz wdrożenia leczenia objawowego (nawodnienie, diuretyki pętlowe) zgodnie z zaleceniami nefrologa.

Podczas 7. kursu leczenia wystąpiła biegunka, która ustąpiła po zastosowaniu loperamidu. W trakcie dalszego leczenia obserwowano dalszy wzrost stężenia TSH, wymagający eskalacji dawki lewotyroksyny. Ze względu na podwyższone wartości ciśnienia tętniczego zintensyfikowano leczenie poprzez dołączenie dodatkowych leków.

W trakcie 10. kursu podawania sunitynibu ponownie wystąpiła biegunka, chory skarżył się na ogólne osłabienie, bóle głowy, nudności i wymioty. Z tego powodu został przyjęty do szpitala rejonowego, gdzie po nawodnieniu i uzupełnieniu niedoborów elektrolitowych uzyskano poprawę stanu ogólnego i samopoczucia.

W trakcie kolejnych kursów leczenia, zwłaszcza w okresie przyjmowania sunitynibu, pacjent skarżył się na dolegliwości o charakterze zespołu ręka–stopa. W badaniu przedmiotowym na stopach stwierdzono duże obszary łuszczącego się naskórka, pękające pęcherze — nasilenie objawów utrudniało choremu poruszanie się. Dolegliwości zmniejszały się każdorazowo w trakcie planowanej przerwy w stosowaniu sunitynibu. Na zmiany skórne na stopach pacjent stosował maści z 20-procento-

wym mocznikiem. W trakcie dalszej terapii sunitynibem konieczna była dalsza eskalacja dawki lewotyroksyny do 150 µg na dobę. Kontrolne badania obrazowe TK wykazały całkowitą remisję zmian nowotworowych. Ze względu na nasilenie toksyczności skórnej (zespół ręka–stopa 3. stopnia wg CTCAE) w grudniu 2011 r. zredukowano dawkę sunitynibu do 37,5 mg.

W kwietniu 2013 r. w kontrolnych badaniach obrazowych stwierdzono dodatkowo pojawienie się zmian śródmiąższowych w płucach. Po konsultacji pulmonologicznej zalecono steroidoterapię, która spowodowała zaburzenia gospodarki węglowodanowej wymagające wdrożenia insulinoterapii. W maju 2013 r., w związku z ustąpieniem zmian śródmiąższowych w płucach, zredukowano dawki steroidów oraz insuliny.

W lipcu 2013 r. pacjent zgłosił się z bólem i asymetrycznym obrzękiem prawej kończyny dolnej. W ultra-

sonograficznym badaniu dopplerowskim żył kończyn dolnych stwierdzono zakrzepicę żyły udowej wspólnej i powierzchownej, podkolanowej oraz odcinkowo żył piszczelowych prawej kończyny dolnej. Pacjent kontynuował leczenie sunitynibem w dawce 37,5 mg dziennie.

W wykonanych w sierpniu 2013 r. kontrolnych badaniach obrazowych utrzymywała się całkowita remisja zmian mierzalnych, natomiast stwierdzono progresję zmian zakrzepowych. Masywna zakrzepica obejmowała żyłę główną dolną w odcinku zewnątrzwartobowym, obie żyły biodrowe. Z tego powodu zoptymalizowano leczenie przeciwzakrzepowe i odroczone terapię sunitynibem o 2 tygodnie. Od września 2013 r. chory kontynuuje leczenie sunitynibem w zredukowanej dawce — 25 mg dziennie.

Ostatnia kontrolna ocena obrazowa wykazuje utrzymywanie się całkowitej odpowiedzi na leczenie.

Stopień zaawansowania (TNM)	pT3bNxM1
Typ histologiczny (np. jasnokomórkowy)	Rak jasnokomórkowy
Stopień złośliwości (G)	G3
Czas od rozpoznania do uogólnienia (miesiące)	W momencie rozpoznania choroba rozsiana
Lokalizacja przerzutów	Węzły chłonne śródpiersia i wnęk płucnych
Kategoria rokownicza wg MSKCC w momencie kwalifikacji do leczenia systemowego	Pośrednia
<b>1. linia leczenia</b>	
Lek	Sunitynib
Dawkowanie leku	50 mg dziennie przez 4 tygodnie, następnie 2 tygodnie przerwy Aktualnie leczenie w dawce zredukowanej do 25 mg dziennie w rytmie 4/2
Stan sprawności w chwili kwalifikacji do leczenia (ECOG)	1
Lokalizacja przerzutów	Węzły chłonne śródpiersia i wnęk płucnych
Czas leczenia (miesiące)	50 miesięcy
Najlepsza odpowiedź CR/PR/SD/PD	CR
Czas trwania odpowiedzi (miesiące)	47 miesięcy
Działania niepożądane (G3/4)	Zespół ręka–stopa, biegunka, śródmiąższowe zapalenie płuc
Przyczyna zakończenia leczenia	Pacjent kontynuuje leczenie