

## Przemysław Langiewicz

Klinika Onkologii, Wojskowy Instytut Medyczny w Warszawie

# Opis przypadku pacjenta leczonego z powodu przerzutowego raka nerkowokomórkowego

Onkol. Prak. Klin. 2014; 10, supl. CA: A25–A26

W lutym 2004 r. podczas rutynowego badania USG jamy brzusznej u 56-letniego żołnierza zawodowego stwierdzono obecność guza w nerce lewej. W dniu 3 marca 2004 r. w Klinice Urologii CSK MON wykonano lewostronną nefrektomię. W badaniu histopatologicznym rozpoznano raka jasnokomórkowego nerki z naciekiem okołonerkowej tkanki tłuszczowej; pT3aNxMx G2.

W marcu 2007 r. z powodu trwających przez 2 tygodnie dolegliwości bólowych w jamie brzusznej pacjent był hospitalizowany w Klinice Gastroenterologii CSK MON. W badaniu tomograficznym (TK) klatki piersiowej i jamy brzusznej stwierdzono obecność zmian ogniskowych w wątrobie, osteolityczne ognisko w trzonie kręgu L2 oraz obecność zmian przerzutowych w otrzewnej. W wykonanej kolonoskopii stwierdzono nacieki poprzeczniczy. W dniu 14 marca 2007 r. w II Klinice Chirurgii CSK MON wykonano hemikolektomię lewostronną z termoresekcją segmentów 2 i 4b wątroby oraz termoablację zmiany zlokalizowanej w segmencie 5. W badaniu histopatologicznym potwierdzono przerzuty raka jasnokomórkowego nerki. Zabieg operacyjny powikłany był pojawieniem się ropni w jamie brzusznej z koniecznością ich ewakuacji drogą drenażu przezskórnego.

Po uzyskaniu indywidualnej zgody z Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) w dniu 27 czerwca 2007 r. rozpoczęto w Klinice Onkologii leczenie sunitynibem w dawce 50 mg w typowym schemacie podawania. W kontrolnych badaniach tomograficznych wykonywanych początkowo co 3, a następnie po zakwalifikowaniu pacjenta do programu lekowego NFZ co 2 cykle stwierdzano każdorazowo stabilizację choroby. W trakcie leczenia nie obserwowano toksyczności 3. lub 4. stopnia

według CTC. Jedynym działaniem ubocznym była okresowa neutropenia 2. stopnia. Progresję choroby pod postacią pojawienia się nowych ognisk przerzutowych w układzie kostnym stwierdzono w TK w lutym 2012 r. Łącznie pacjent otrzymał 40 cykli leczenia, bez konieczności redukcji dawki leku lub przesuwania terminu rozpoczęcia kolejnego cyklu.

Od kwietnia 2012 r. rozpoczęto leczenie ewerolimusem w dawce 10 mg dziennie. W lipcu 2012 r. (w połowie 3. cyklu) pacjent zgłosił się do Kliniki Onkologii z powodu pogorszenia stanu ogólnego, spadku masy ciała, duszności spoczynkowej i osłabienia. W RTG klatki piersiowej stwierdzono obecność zagęszczeń śródmiąższowych. W badaniu TK stwierdzono stabilizację choroby nowotworowej, nie wykazano zatorowości płucnej. W badaniach laboratoryjnych odnotowano niedokrwistość z hemoglobina 8 g%, limfopenię 0,8 tys./mm<sup>3</sup>, białko C-reaktywne (CRP, *C-reactive protein*) 11,1 mg%, prawidłowy wynik prokalcytoniny. Rozpoznano *pneumonitis* jako działanie niepożądane leczenia ewerolimusem. Wstrzymano podawanie leku, rozpoczęto steroidoterapię, profilaktycznie zastosowano antybiotyki i heparynę drobnocząsteczkową. Z powodu nasilenia niedokrwistości z hemoglobina 6,9 g% przetoczono 2 jednostki masy erytrocytarnej. W kolejnych dniach zaobserwowano poprawę stanu ogólnego pacjenta z normalizacją CRP w 7. dobie terapii. Po 2 tygodniach od poprawy stanu ogólnego chorego kontynuowano leczenie ewerolimusem w dawce 5 mg/d. Nie zaobserwowano nawrotu działań niepożądanych. Progresję choroby pod postacią pojawienia się nowych zmian w wątrobie i układzie kostnym stwierdzono w badaniu tomograficznym w październiku 2012 r. po 6 cyklach terapii.

W listopadzie 2012 r. chorego hospitalizowano z powodu niedowładu kończyn dolnych w Klinice Neurochirurgii WIM. W trybie pilnym wykonano zabieg usunięcia guza trzonu kręgu L2, spondylodezę Th12-L4 i laminectomię L1–3.

Od kwietnia do czerwca 2013 r. pacjent otrzymywał aksytynib w dawce 2 x 5 mg dziennie. Ze względu na progresję zakończono leczenie przyczynowe.

Pacjent zmarł w październiku 2013 r. Łączny czas systemowego leczenia sekwencyjnego wyniósł 72 miesiące.

Stopień zaawansowania (TNM)	T3aNxMx
Typ histologiczny (np. jasnokomórkowy)	Rak jasnokomórkowy
Stopień złośliwości (G)	G2
Czas od rozpoznania do uogólnienia (miesiące)	36 (rozpoznanie 3.03.2004, choroba przerzutowa 8.03.2007)
Lokalizacja przerzutów	Wznowa miejscowa, wątroba, układ kostny, wszczepy w otrzewnej
Kategoria rokownicza wg MSKCC w momencie kwalifikacji do leczenia systemowego	Korzystna
<b>1. linia leczenia</b>	
Lek	Sunitynib
Dawkowanie leku	50 mg
Stan sprawności w chwili kwalifikacji do leczenia (ECOG)	0
Lokalizacja przerzutów	Wątroba, układ kostny, wszczepy w otrzewnej
Czas leczenia (miesiące)	56 (27.06.2007–28.02.2012)
Najlepsza odpowiedź CR/PR/SD/PD	SD
Czas trwania odpowiedzi (miesiące)	55
Działania niepożądane (G3/4)	Brak
Przyczyna zakończenia leczenia	Progresja choroby
<b>2. linia leczenia</b>	
Lek	Ewerolimus
Dawkowanie leku	10 mg (17.04.2012–5.07.2012) 5 mg (27.07.2012–22.10.2012)
Stan sprawności w chwili kwalifikacji do leczenia (ECOG)	1
Lokalizacja przerzutów	Wątroba, układ kostny, wszczepy w otrzewnej
Czas trwania leczenia (miesiące)	6 (17.04.2012–22.10.2012)
Najlepsza odpowiedź CR/PR/SD/PD	SD
Czas trwania odpowiedzi (miesiące)	6
Działania niepożądane (G3/4)	<i>Pneumonitis</i> (G3), niedokrwistość (G3)
Przyczyna zakończenia leczenia	Progresja choroby
<b>3. linia leczenia</b>	
Lek	Aksytynib
Dawkowanie leku	2 x 5 mg
Stan sprawności w chwili kwalifikacji do leczenia (ECOG)	1
Lokalizacja przerzutów	Wątroba, układ kostny, wszczepy w otrzewnej
Czas trwania leczenia (miesiące)	4 (1.04.2013–19.06.2013)
Najlepsza odpowiedź CR/PR/SD/PD	SD
Czas trwania odpowiedzi (miesiące)	3
Działania niepożądane (G3/4)	Brak
Przyczyna zakończenia leczenia	Progresja choroby