

**Piotr Siedlecki**

Centrum Onkologii — Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie

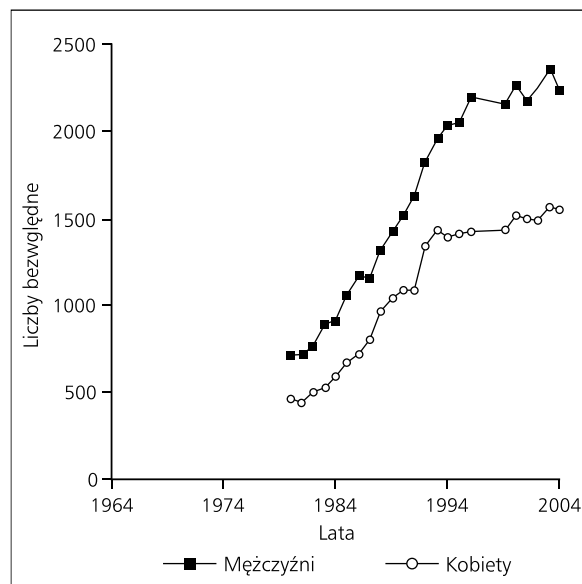
## Wprowadzenie do leczenia raka nerki

Renal cell carcinoma treatment — introduction

Na raka nerki w 2004 roku zachorowało w Polsce 2221 osób, a zmarło 1495 chorych. W ostatnim dziesięcioleciu obserwuje się istotny wzrost zachorowań i zgonów spowodowanych tym nowotworem (ryc. 1 i 2). Rak nerki występuje prawie 2-krotnie częściej u mężczyzn niż u kobiet [1]. Najczęściej zachorowania obserwuje się u pacjentów w wieku 70–80 lat. Palenie tytoniu i otyłość sprzyjają zachorowaniu na ten nowotwór. Zawodowa ekspozycja na wiele substancji (m.in. ropa naftowa, żelazo, azbest i inne) również zwiększa częstość zachorowań na raka nerki. Jego wystąpieniu sprzyjają zmiany genetyczne, na przykład często stwierdza się go u pacjentów z zespołem von Hippel-Lindau. Istotnym problemem jest późne rozpoznanie tego nowotworu. U zaledwie 10% chorych występują typowe objawy: krwimocz, bóle w okolicy lędźwiowej, niedokrwistość. Często rozpoznanie następuje przypadkowo, na przykład podczas badania tomografii komputerowej czy USG.

Przez kilkadziesiąt lat jedyną skuteczną terapią w raku nerki było leczenie operacyjne. Podobieństwo patologiczne raka nerki u człowieka z rakiem nerki u chomików, u których odnotowano reakcję na progestageny, było przyczyną podjęcia prób leczenia progestagenami u ludzi, zakładając korzystny wpływ takiego postępowania [2]. Dopiero w badaniach kontrolowanych wykazano bezzasadność takiego działania. Wszelkie próby stosowania chemioterapii w raku nerki okazały się praktycznie bezwartościowe [3].

Trudny do przewidzenia przebieg raka nerki i opisujące spontaniczne samoistne regresje zwróciły uwagę na prawdopodobne znaczenie czynników immunologicznych dla przebiegu tego nowotworu. Wątpliwości budzi stosowana od lat 80. ubiegłego wieku terapia interferonem  $\alpha$ -2a (IFN $\alpha$ -2a) lub interleukiną 2 (IL-2) [4]. Agencja ds. Żywności i Leków (FDA, *Food and Drug Administration*) zarejestrowała w 1992 r. IL-2 jako lek stosowany w zaawansowanym raku nerki (w 1991 r. odrzucono wnioski, w 1992 niejednogłośnie go przyjęto [5]), należy podkreślić, że po raz pierwszy w historii FDA podjęto decyzję niejednogłośnie. Zdaniem autora niniejszego wprowadzenia na tę decyzję wpłynął fakt, że autorem pracy na temat IL-2 był lekarz urzędującej-



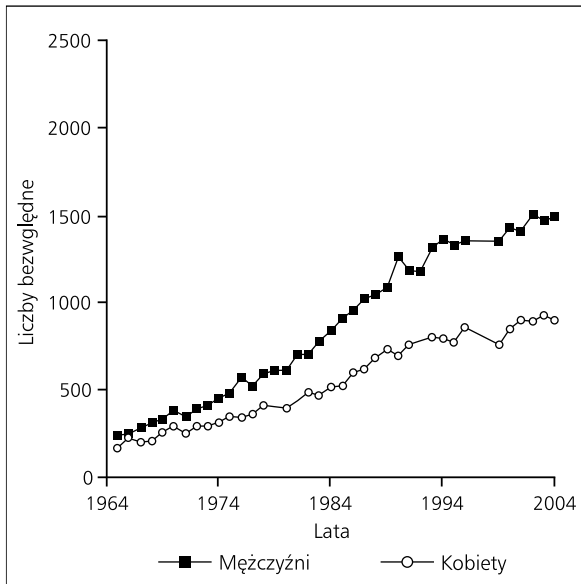
**Rycina 1. Liczba zachorowań na nowotwory złośliwe nerki w Polsce**

**Figure 1. Renal cancer incidence in Poland**

**Adres do korespondencji:**

dr med. Piotr Siedlecki  
Centrum Onkologii — Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie  
ul. Rentgena 5, 02-781  
tel.: (022) 644 91 66  
faks: (022) 648 44 69  
e-mail: siedlecp@coi.waw.pl

Onkologia w Praktyce Klinicznej 2007, tom 3, suplement A, A1–A2  
Copyright © 2007 Via Medica  
ISSN 1734–3542  
www.opk.viamedica.pl



Rycina 2. Liczba zgonów na nowotwory złośliwe nerki w Polsce

Figure 1. Renal cancer mortality in Poland

go wówczas prezydenta. Zarzucano, że zbyt krótko trwała obserwacja, a do badań kwalifikowano tylko tych chorych, u których rokowanie było dobre. W wielu ośrodkach dotychczas leczenie chorych na raka nerki z zastosowaniem INF- $\alpha$  i IL-2 mimo wysokich kosztów eko-

nomicznych oraz znacznego nasilenia objawów niepożądanych uznaje się za dopuszczalny standard.

W pracach dotyczących patologii i ewolucji systemu leczenia szeroko omówiono postęp, jaki osiągnięto w zrozumieniu podstaw genetycznych i molekularnych w tej grupie nowotworów. Oceniono postęp nad opracowaniem grup rokowniczych. Te nowe istotne odkrycia stanowią podstawę rozwoju innowacyjnych terapii celowanych. Należy podkreślić, że to dopiero początek drogi. Aby wprowadzić leki celowane do powszechnej praktyki klinicznej, konieczne jest przeprowadzenie dalszych badań w celu potwierdzenia ich wartości, określenie grup chorych, którym to leczenie przyniesie największe korzyści, a na dalszym etapie należy dokonać oceny farmakoekonomicznej takiego postępowania.

## Piśmiennictwo

1. Wojciechowska U., Didkowska J., Tarnowski W., Zatoński W. Nowotwory złośliwe w Polsce w 2004 roku. Centrum Onkologii — Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie. Warszawa 2006.
2. Bloom H.J. Hormone-induced and spontaneous regression of metastatic renal cancer. *Cancer* 1973; 32: 1066.
3. Yagoda A., Abi-Rached B., Petrylak D. Chemotherapy for advanced renal-cell carcinoma: 1983–1993. *Semin. Oncol.* 1995; 22: 42.
4. Young R.C. Metastatic renal-cell carcinoma: what causes occasional dramatic regression? *N. Engl. J. Med.* 1998; 338: 1305–1306.
5. Scott R. IL-2 approval recommended by FDA panel. *J. Natl. Cancer Inst.* 1992; 84: 226.