

CZASOPISMO POLSKIEGO TOWARZYSTWA ONKOLOGII KLINICZNEJ

Onkologia

W PRAKTYCE KLINICZNEJ
— EDUKACJA



XXVII Kongres Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej

Gdańsk
29–31 sierpnia 2024 roku

Streszczenia

Czasopismo pod patronatem



Polska Grupa Raka Płuca



Polskie Towarzystwo
Radioterapii Onkologicznej



Warsaw Skin Cancer Conference 2024



**Warszawa,
4 października 2024 roku**

Przewodniczący Komitetu Naukowego
prof. dr hab. n. med. Piotr Rutkowski



www.wsc.viamedica.pl

Konferencja jest skierowana tylko do osób uprawnionych do wystawiania recept lub osób prowadzących obrót produktami leczniczymi – podstawa prawna: Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (t. j. Dz.U. z 2019 r. poz. 499).

PATRONAT



PATRONAT MEDIALNY



PARTNER



ONKOLOGIA W PRAKTYCE KLINICZNEJ — EDUKACJA

Dwumiesięcznik Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej, wydawany pod patronatem Polskiej Grupy Raka Płuca i Polskiego Towarzystwa Radioterapii Onkologicznej

www.journals.viamedica.pl/onkologia_w_praktyce_klin_edu

Redaktor Naczelny

prof. dr hab. n. med. Maciej Krzakowski

Zastępcy Redaktora Naczelnego

prof. dr hab. n. med. Anna M. Czarnecka
prof. dr hab. n. med. Andrzej Kawecki
prof. dr hab. n. med. Dariusz M. Kowalski
dr hab. n. med. Tomasz Kubiawski, prof. UWM
prof. dr hab. n. med. Piotr Potemski
dr hab. n. med. Barbara Radecka
prof. dr hab. n. med. Piotr Rutkowski
prof. dr hab. n. med. Piotr Wysocki

Rada Naukowa

dr Edita Baltruskeviciene (Vilnius, Lithuania)
prof. Tomasz M. Beer (Portland, USA)
prof. Bartosz Chmielowski (Los Angeles, USA)
dr n. med. Rafał Czyżykowski
dr hab. n. med. Joanna Didkowska
prof. dr hab. n. med. Renata Duchnowska
dr Rick Haas (Leiden, The Netherlands)
dr hab. n. med. Beata Jagielska
dr n. med. Jerzy Jarosz
prof. dr hab. n. med. Jacek Jassem
prof. dr hab. n. med. Arkadiusz Jeziorski
dr hab. n. med. Ewa Kalinka, prof. ICZMP
prof. dr hab. n. med. Radziław Kordek
lek. Łukasz Kwinta

dr hab. n. med. Maria Litwiniuk, prof. UMP
dr n. med. Aleksandra Łacko
dr hab. n. med. Iwona Ługowska, prof. NIO-PIB
prof. Ruggero De Maria (Rome, Italy)
prof. Mario Mandala (Perugia, Italy)
dr hab. n. med. Radosław Mądry
dr n. med. Janusz Meder
prof. dr hab. n. med. Sergiusz Nawrocki
dr hab. n. med. Anna Niwińska, prof. NIO-PIB
prof. dr hab. n. med. Włodzimierz Olszewski
dr hab. n. med. Adam Płuzański
prof. dr hab. n. med. Maria Podolak-Dawidziak
prof. dr hab. n. med. Jarosław Reguła
prof. dr hab. n. med. Tadeusz Robak
prof. dr hab. n. med. Kazimierz Roszkowski
prof. dr hab. n. med. Janusz Siedlecki
prof. dr hab. n. med. Ewa Sierko
dr Silvia Stacchiotti (Milan, Italy)
dr Ryszard Szydło (London, UK)
prof. dr hab. n. med. Jerzy Walecki
prof. dr hab. n. med. Jan Walewski
prof. dr hab. n. med. Krzysztof Warzocha
prof. dr hab. n. med. Marek Wojtukiewicz
prof. Agnieszka Wozniak (Leuven, Belgium)
prof. Christoph Zielinski (Vienna, Austria)

Redaktor Prowadzący

Aleksandra Cielecka

Opinie prezentowane w artykułach nie muszą być zgodne z opiniami Redakcji

Onkologia w Praktyce Klinicznej — Edukacja (ISSN 2450–1646, e-ISSN 2450–6567) jest czasopismem wydawanym 6 razy w roku przez:

VM Media Group sp. z o.o.
ul. Świętokrzyska 73, 80–180 Gdańsk
Tel.: (58) 320 94 94, faks: (58) 320 94 60
e-mail: viamedica@viamedica.pl
<http://www.viamedica.pl>



Adres Redakcji

Klinika Nowotworów Płuca i Klatki Piersiowej
Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie
— Państwowy Instytut Badawczy
ul. Roentgena 5, 02–781 Warszawa
Tel.: (22) 546 21 69
e-mail: sekretariat4@pib-nio.pl

Prenumerata

Cena prenumeraty elektronicznej wynosi 85 zł dla odbiorców indywidualnych, natomiast dla instytucji wynosi 170 zł.

Wpłaty, z czytelnym adresem, należy przysyłać na konto:

VM Media Group sp. z o.o., BNP Paribas Bank Polska SA
24 1600 1303 0004 1007 1035 9150

Zamówienia drogą elektroniczną: www.journals.viamedica.pl/onkologia_w_praktyce_klin_edu

Reklamy: należy kontaktować się z Działem Sprzedaży Korporacyjnej VM Media Group sp. z o.o., e-mail: dsk@viamedica.pl

Redakcja nie ponosi odpowiedzialności za treść reklam.

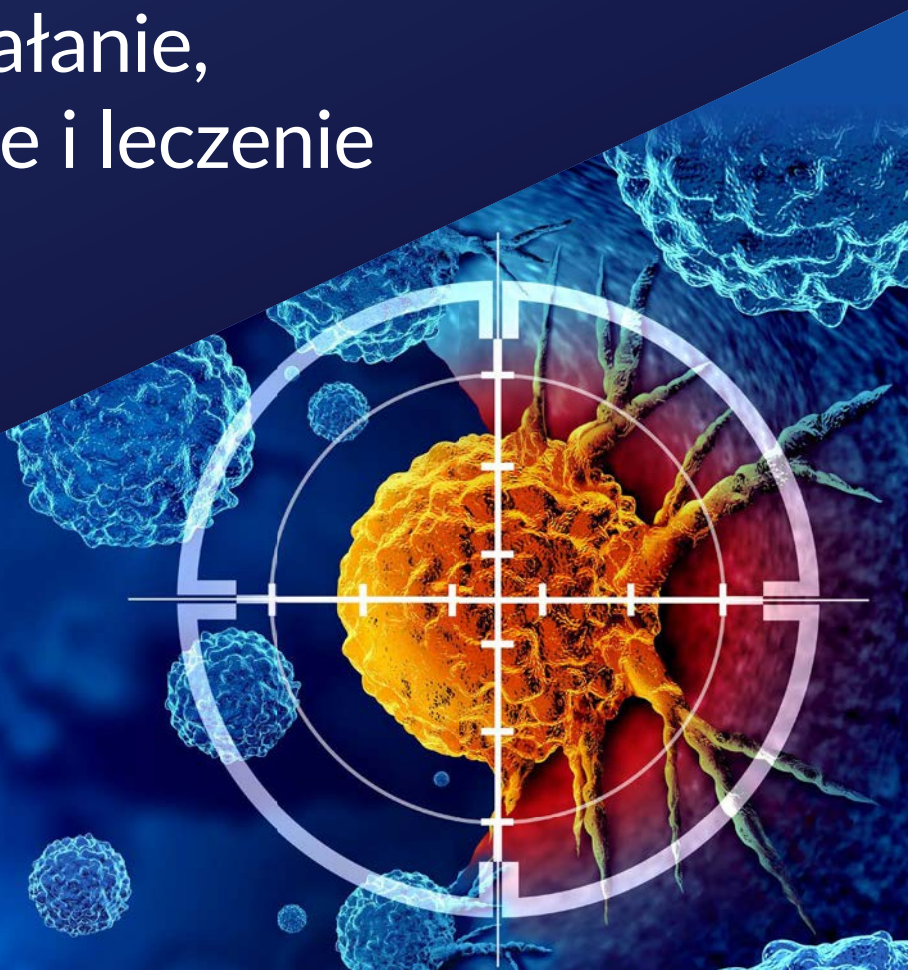
Wszelkie prawa zastrzeżone, włącznie z tłumaczeniem na języki obce. Żaden fragment tego czasopisma zarówno tekstu, jak i grafiki nie może być wykorzystywany w jakiegokolwiek formie. W szczególności zabronione jest dokonywanie reprodukcji oraz przekładanie na język mechaniczny lub elektroniczny, a także utrwalanie w jakiegokolwiek postaci, przechowywanie w jakimkolwiek układzie pamięci oraz transmitowanie, czy to w formie elektronicznej, mechanicznej czy za pomocą fotokopii, mikrofilmu, nagrań, skanów bądź w jakikolwiek inny sposób, bez wcześniejszej pisemnej zgody wydawcy. Prawa wydawcy podlegają ochronie przez krajowe prawo autorskie oraz konwencje międzynarodowe, a ich naruszenie jest ścigane pod sankcją karną.

Nota prawna: https://journals.viamedica.pl/onkologia_w_praktyce_klin_edu/about/legalNote

Zasady edycji i informacje dla autorów: wszelkie informacje dotyczące zakresu tematycznego pisma, zasad deponowania prac, przebiegu procesu recenzji i publikacji tekstów zamieszczono na stronie internetowej https://journals.viamedica.pl/onkologia_w_praktyce_klin_edu

Niepożądane działania podczas leczenia przeciwnowotworowego

— przeciwdziałanie,
rozpoznawanie i leczenie



Szczecin | 17.02.2024 Rzeszów | 05.10.2024
Białystok | 13.04.2024 Kielce | 26.10.2024

SZCZEGÓŁY



Przewodniczący Komitetu Naukowego:
prof. dr hab. n. med. Maciej Krzakowski
dr hab. n. med. Sebastian Szmit, prof. CMKP

www.ndo.viamedica.pl

**XXVII Kongres
Polskiego Towarzystwa
Onkologii Klinicznej**

**Gdańsk
29–31 sierpnia 2024 roku**

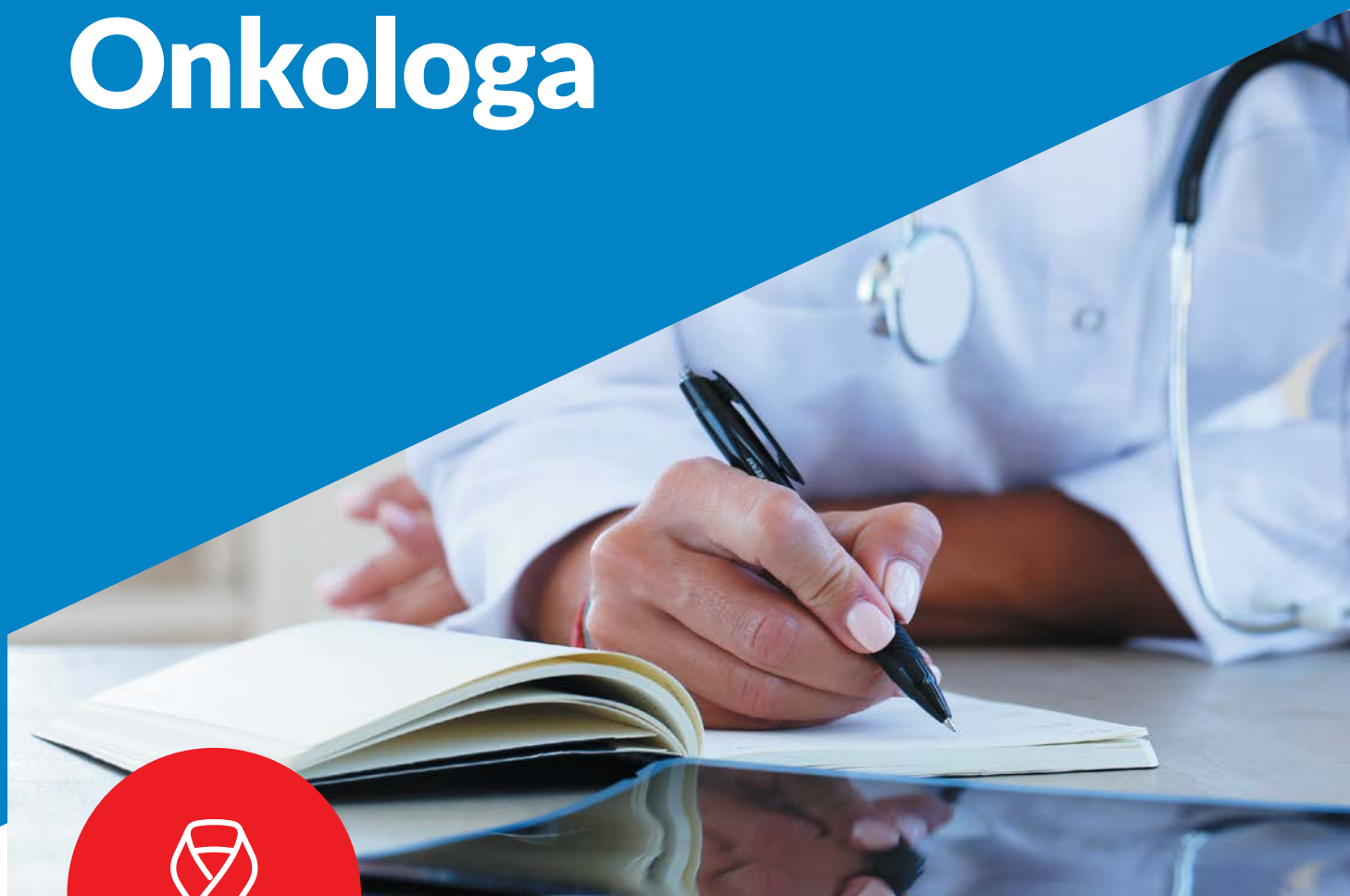
Streszczenia

VIRTUAL MEETING



VIA MEDICA

Akademia Młodego Onkologa



14 października 2024 roku

Przewodniczący Komitetu Naukowego:

prof. dr hab. n. med. Piotr Wysocki

prof. dr hab. n. med. Maciej Krzakowski

SZCZEGÓŁY



www.akademiaonkologa.viamedica.pl

Virtual Meeting jest skierowany tylko do osób uprawnionych do wystawiania recept lub osób prowadzących obrót produktami leczniczymi – podstawa prawna: Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (t. j. Dz.U. z 2019 r. poz. 499).

PATRONAT



PATRONAT MEDIALNY



tvmed

PARTNER



ONKOLOGIA

W PRAKTYCE KLINICZNEJ

— EDUKACJA

Dwumiesięcznik Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej, wydawany pod patronatem Polskiej Grupy Raka Płuca

www.journals.viamedica.pl/onkologia_w_praktyce_klin_edu

2024, tom 10, suplement D

Spis treści

Doniesienia naukowe ustne.....	D1
Doniesienia naukowe plakatowe	D5
Przypadki kliniczne ustne	D17
Przypadki kliniczne plakatowe	D19
Indeks Autorów	D44

Nefroonkologia 2024



**Gdańsk,
8–9 listopada 2024 roku**

Przewodnicząca Komitetu Naukowego
prof. dr hab. n. med. Alicja Dębska-Ślizień

SZCZEGÓŁY



www.nefroonkologia.viamedica.pl

Konferencja jest skierowana tylko do osób uprawnionych do wystawiania recept lub osób prowadzących obrót produktami leczniczymi – podstawa prawna: ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (t.j. Dz.U. z 2020 r. poz. 944).

PATRONAT MEDIALNY

PARTNER

tvmed

ikamed.pl

Wskaźnik zapalenia ogólnoustrojowego (SII, Systemic Inflammation Index) jako niezależny czynnik predykcyjny u pacjentów leczonych trabektedyną z powodu zaawansowanych L-mięsaków — liposarcoma (LPS) i leiomyosarcoma (LMS)

Paweł Sobczuk¹, Paulina Filipowicz², Łukasz Lamparski², Hanna Koseła-Paterczyk¹,
Paweł Teterycz¹, Piotr Rutkowski¹

¹Klinika Nowotworów Tkanek Miękkich, Kości i Czerniaków, Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie — Państwowy Instytut Medyczny w Warszawie

²Warszawski Uniwersytet Medyczny

Wstęp. Trabektedyna jest chemioterapeutyką, który wykazał aktywność w leczeniu chorych na mięsaki tkanek miękkich (MTM) po niepowodzeniu leczenia opartego na antracyklinach, a najlepsze wyniki odnotowano w leczeniu L-mięsaków. Celem pracy była analiza wyników leczenia, czynników prognostycznych i predykcyjnych, w tym biomarkerów ogólnoustrojowego stanu zapalnego, u pacjentów leczonych trabektedyną.

Materiał i metody. Przeanalizowaliśmy retrospektywnie dokumentację medyczną pacjentów, którzy rozpoczęli leczenie trabektedyną w okresie od 04.2008 do 09.2021. Wyekstrahowano dane demograficzne i kliniczne oraz obliczono markery ogólnoustrojowego stanu zapalnego: NLR, PLR, LMR i SII. Do analizy przeżycia wykorzystano estymator Kaplana-Meiera, test log-rank i wielozmienną regresję Coxa.

Wyniki. Zidentyfikowaliśmy 174 pacjentów — 55% kobiet, 53,4% z LMS. Większość pacjentów, 80,1%, była leczona z powodu choroby przerzutowej. Mediana NLR na początku leczenia wyniosła 2,87, a SII 1047,26. Obiektywne odpowiedzi odnotowano u 10,3%, a stabilizację u 52,9% pacjentów. Mediany PFS i OS wyniosły odpowiednio 5,5 (95% CI 3,9–7,1) i 19,3 (95% CI 16,9–21,7) miesiąca. Wskaźnik SII ≤ 670 istotnie korelował z dłuższym PFS (HR = 0,50; 95% CI 0,29–0,86) ale nie z OS (HR = 0,78; 95% CI 0,48–1,28) w analizie wieloczynnikowej. Dodatkowo czynnikiem wpływającym na dłuższy PFS (HR = 0,6; 0,41–0,89) i OS (HR = 0,43; 0,29–0,63) był czas wolny od przerzutów > 10 miesięcy.

Omówienie. Długoterminowe wyniki leczenia trabektedyną polskich pacjentów chorych na L-mięsaki są porównywalne z wynikami innych badań typu RWE. Wskaźnik zapalenia ogólnoustrojowego SII, w istotny sposób korelujący z PFS, jest prostym markerem dostępnym do wykorzystywania w codziennej praktyce klinicznej w celu identyfikacji pacjentów odnoszących największą korzyść z leczenia.

Prognostyczne znaczenie Immunologicznego Indeksu Rokowniczego u chorych z rozpoznaniem zaawansowanego niedrobnokomórkowego raka płuca kwalifikowanych do immunoterapii

Magdalena Knetki-Wróblewska¹, Martin Svaton², Paweł Sobczuk¹, Daniel Krejci³, Adam Subrt³,
Michał Hrnčiarik⁴, Luis Fernando Casas Mendez³, Andrea Mullerova⁵, Ondřej Bilek⁶, Sylwia Tabor¹,
Dariusz M. Kowalski¹, Maciej Krzakowski¹

¹Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie — Państwowy Instytut Badawczy w Warszawie

²University Hospital and Faculty of Medicine, Pilsen, Czechy

³Charles University, Praga, Czechy

⁴University Hospital Hradec Kralove, Czechy

⁵University Hospital Olomouc, Czechy

⁶Masaryk Institute of Oncology, Brno, Czechy

Wstęp. Chorzy z zaawansowanym NDRP i PD-L1 ≥ 50% rutynowo kwalifikowani są do immunoterapii, choć długotrwałe korzyści obserwuje się sporadycznie. W praktyce przydatna byłaby możliwość przewidywania skuteczności terapii.

Materiał i metody. Retrospektywna analiza chorych leczonych pembrolizumabem w codziennej praktyce. Złożony Indeks Zapalny (ZIZ) obliczono na podstawie wzoru (neutrofile x płytki krwi x monocyty)/limfocyty.

Wyniki. Do badania włączono 600 chorych. Po medianie czasu obserwacji 13,7 miesiąca mPFS wyniosła 8,87 miesiąca, mOS — 18,46 miesiąca. W analizie jednoczynnikowej ECOG 1, przerzuty do wątroby, NLR ≥ 4,09, PLR ≥ 183,4, MLR ≥ 0,49 oraz eozynofile 0,1–0,5 G/L miały negatywny wpływ na PFS i OS (p < 0,001). U chorych z wartością ZIZ > 1023,88 ryzyko wczesnej progresji choroby (34% vs. 18,7%; p < 0,001) i wczesnego zgonu (19,3% vs. 8,3%; p < 0,001) było wyższe. Wyniki analizy wieloczynnikowej przedstawiono w tabeli 1.

Tabela 1.

Czynnik	PFS	OS
	HR (95% CI)	HR (95% CI)
ECOG 1	1,51 (1,05–2,17)	2,32 (1,42–3,78)
Przerzuty do wątroby	1,4 (1,08–1,8)	1,28 (0,95–1,72)
ZIZ > 1023,88	1,46 (1,21–1,77)	1,64 (1,32–2,0)
Eozynofile < 0,1 lub ≥ 0,5 G/L	1,24 (1,23–1,5)	1,32 (1,06–1,64)

Indeks rokowniczy oparty na zmiennych istotnych w analizie wieloczynnikowej (każda = 1 punkt) zidentyfikował chorych niskiego (0–1 punktów), pośredniego (2–3 pkt) i wysokiego ryzyka (4 pkt). Mediany PFS i OS w podgrupach wyniosły — odpowiednio — 15,7, 6,5 i 2,4 oraz 34,4, 13,6 i 3 miesiące ($p < 0,001$).

Omówienie. Skuteczność immunoterapii u chorych z zaawansowanym NDRP jest zróżnicowana. Wdrożenie do praktyki indeksów rokowniczych uwzględniających wskaźniki stanu zapalnego, może być pomocne w ocenie rokowania.

Zmiana ekspresji receptora ludzkiego naskórkowego czynnika wzrostu 2 (HER2) po terapii przedoperacyjnej u chorych na raka piersi z chorobą resztkową

Katarzyna Pogoda¹, Magdalena Czopowicz², Agata Bąk², Hubert Pawlik², Paulina Hałasa², Dorota Najmrocka², Magdalena Rosińska³, Wojciech Olszewski⁴, Anna Niwińska¹, Elżbieta Sarnowska⁵, Ewa Szombara¹, Renata Sienkiewicz¹, Izabela Lemańska¹, Elżbieta Brewczyńska¹, Aleksandra Konieczna¹, Anna Bałata¹, Iwona Bilaska¹, Zbigniew Nowecki¹

¹Klinika Nowotworów Piersi i Chirurgii Rekonstrukcyjnej, Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie — Państwowy Instytut Badawczy w Warszawie

²Dział Narodowej Strategii Onkologicznej, Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie — Państwowy Instytut Badawczy w Warszawie

³Zakład Matematyki Onkologicznej, Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie — Państwowy Instytut Badawczy w Warszawie

⁴Zakład Patomorfologii Nowotworów, Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie — Państwowy Instytut Badawczy w Warszawie

⁵Zakład Immunoterapii Eksperymentalnej, Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie — Państwowy Instytut Badawczy w Warszawie

Wstęp. Konwersję receptorów hormonalnych i/lub ludzkiego naskórkowego czynnika wzrostu typu 2 (HER2) obserwuje się u części chorych na raka piersi z nawrotem. Procesy zmiany ekspresji receptorów pomiędzy guzem pierwotnym a chorobą resztkową po przedoperacyjnej terapii nie są dobrze poznane.

Materiał i metody. Przeprowadzono retrospektywną analizę chorych na raka piersi poddanych terapii neoadiuwantowej, a następnie operacji w okresie od stycznia 2019 r. do grudnia 2023 r. Raki piersi podzielono na 3 grupy: HER2-0, z niską ekspresją HER2 (*low*) oraz HER2-dodatnie. Oceniono częstość konwersji HER2 pomiędzy materiałem z wyjściowej biopsji guza piersi a pozostałą chorobą resztkową i zbadano czynniki wpływające na zmianę ekspresji tego receptora.

Wyniki. Analizie poddano 440 pacjentów. Zmianę HER2 stwierdzono u 147/440 (33,4%) chorych. Zmianę fenotypu stwierdzono w rakach HER2-dodatnich, HER2-*low* i HER2-0 odpowiednio w 37,5%, 28,4% i 38,2% przypadków. Częściej obserwowano zmniejszenie nasilenia ekspresji HER2 do grupy HER2-0 lub HER2-*low* niż zwiększenie ekspresji HER2 (20,0% vs. 13,4%; $p = 0,009$). Utrata HER2 częściej występowała u kobiet po menopauzie oraz w przypadku niskiej ekspresji Ki-67 (< 20%). Dodatkowo zmianę z HER2-dodatniego raka piersi na HER2-*low* częściej stwierdzano w rakach wyjściowo HER2-2+/FISH+ niż w rakach HER2-3+. Nie zidentyfikowano czynników istotnie wpływających na zwiększanie nasilenia ekspresji HER2.

Omówienie. U 1 na 3 pacjentów dochodzi do konwersji receptora HER2 ocenianego w materiale pobranym w biopsji guza piersi a chorobą resztkową. Nieco częściej dochodzi do zmniejszenia nasilenia ekspresji tego receptora, zwłaszcza u kobiet po menopauzie, pierwotnie z rakiem HER2-2+/FISH+ oraz w przypadku niskiej ekspresji Ki-67.

Bakteryjne predyktory skuteczności immunoterapii w zaawansowanym niedrobnokomórkowym raku płuca (NDRP)

Anna Grenda¹, Ewelina Iwan², Barbara Kuźnar-Kamińska³, Arkadiusz Bomba², Katarzyna Bielińska², Paweł Krawczyk¹, Izabela Chmielewska¹, Małgorzata Frak¹, Michał Szczyrek¹, Anna Rolska-Kopińska¹, Tomasz Jankowski¹, Robert Kieszko¹, Janusz Milanowski¹

¹Uniwersytet Medyczny w Lublinie

²Państwowy Instytut Weterynaryjny — Państwowy Instytut Badawczy w Puławach

³Uniwersytet Medyczny w Poznaniu

Wstęp. Skład mikrobiomu jelitowego u chorych na zaawansowanego niedrobnokomórkowego raka płuca (NDRP) jest obecnie uważany za jeden z czynników wpływających na skuteczność leczenia inhibitorami punktów kontrolnych (ICIs, *immune checkpoint inhibitors*).

Materiały i metody. Naszym celem była ocena składu mikrobiomu jelitowego u chorych na NDRP leczonych w pierwszej linii immunoterapią w monoterapii lub w skojarzeniu z chemioterapią. Przeprowadziliśmy sekwencjonowanie genów 16S rRNA w DNA wyizolowanym z próbek kału pobranych przed leczeniem od 52 chorych na zaawansowanego NDRP. Odpowiedzi na immunoterapię, przeżycie wolne od progresji (PFS, *progression-free survival*) i przeżycie całkowite (OS, *overall survival*), liczone od rozpoczęcia terapii oceniono u wszystkich chorych.

Wyniki. Bakterie z rodziny *Ruminococcaceae* są liczniejsze u chorych z kontrolą choroby w porównaniu z tymi, u których zaobserwowano progresję choroby oraz u chorych z OS dłuższym niż 6 miesięcy w porównaniu do chorych z krótszym OS.

Alistipes sp. liczniej występują u pacjentów z odpowiedzią na leczenie w porównaniu z chorymi ze stabilizacją lub progresją choroby oraz u chorych PFS dłuższym niż 6 miesięcy w porównaniu do chorych z krótszym PFS.

Wysoka liczebność *Marvinbryantia* występuje u chorych z odpowiedzią na leczenie i z OS powyżej 6 i 12 miesięcy.

Wysoka zawartość bakterii z rodzaju *Akkermansia* jest typowa dla chorych z OS powyżej 12 miesięcy. Obecność bakterii z grupy [*Clostridium*] *leptum* występuje u chorych z PFS i OS powyżej 6 miesięcy.

Omówienie. Rodzaj i liczebność bakterii bytujących w jelitach u chorych na NDRP może być markerem skuteczności immunoterapii i chemioimmunoterapii.

Wyniki leczenia systemowego awelumabem chorych na zaawansowanego raka z komórek Merkla

Monika Dudzisz-Śledź¹, Anna Czarnecka¹, Paweł Sobczuk¹, Krzysztof Ostaszewski¹, Piotr Błoński¹, Katarzyna Kozak¹, Tomasz Świtaj¹, Barbara Ziółkowska², Grażyna Kamińska-Winciorek³, Bożena Cybulska-Stopa^{4,5}, Natasza Kempa-Kamińska⁴, Marcin Ziętek^{4,6}, Hanna Koseła-Paterczyk¹, Piotr Rutkowski¹

¹Klinika Nowotworów Tkank Miękkich, Kości i Czerniaków, Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie — Państwowy Instytut Badawczy w Warszawie

²Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie — Państwowy Instytut Badawczy w Gliwicach

³Klinika Transplantacji Szpiku i Onkohematologii, Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie — Państwowy Instytut Badawczy w Gliwicach

⁴Dolnośląskie Centrum Onkologii Pulmonologii i Hematologii we Wrocławiu

⁵Wydział Medyczny, Politechnika Wrocławska

⁶Katedra Onkologii, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

Wstęp. Rak z komórek Merkla (MCC) jest bardzo rzadko występującym nowotworem złośliwym o szczególnie agresywnym przebiegu. Najważniejsze znaczenie ma wczesne rozpoznanie i właściwe leczenie skojarzone w zespole doświadczonym w leczeniu tej choroby, aby zminimalizować ryzyko nawrotu i rozsiewu choroby. W chorobie zaawansowanej i z przerzutami systemowa chemioterapia pozwala uzyskać wyłącznie krótkotrwałe odpowiedzi na leczenie. Aktualnie standardem postępowania jest immunoterapia z zastosowaniem awelumabu.

Materiał i metody. Analizą retrospektywną objęto chorych leczonych awelumabem w 4 ośrodkach w Polsce. Analizę przeżycia przeprowadzono testem log-rank i KM.

Wyniki. Analizą objęto 49 chorych, z medianą wieku 68 lat. 43% stanowili chorzy w wieku co najmniej 70 lat. 63% stanowili mężczyźni. Chorzy byli w dobrym lub bardzo dobrym stanie ogólnym (ECOG 0–2, ECOG 1 — 81,6%). ORR wyniósł 41%, u 4 chorych uzyskano CR, u 20% SD. Mediana PFS wyniosła 6,4 mies., a w grupie otrzymującej awelumab w 1 linii 9,9 mies. (n = 31). Mediana OS wyniosła 12 mies. ORR w grupie chorych, którzy w pierwszej linii otrzymali chemioterapię (n = 18) wyniósł 22% a mediana PFS 2,4 mies. W grupie chorych leczonych chemioterapią po wcześniejszym leczeniu awelumabem (n = 12) ORR wyniósł 25%, a mediana PFS 3,0 mies. Profil bezpieczeństwa tego leku jest zgodny ze znanym z badań klinicznych. Tolerancja leczenia jest dobra i zgodna ze znanym profilem tolerancji leku.

Omówienie. Przeprowadzona retrospektywna analiza wyników leczenia chorych potwierdza korzyść kliniczną z zastosowania awelumabu, w porównaniu z wynikami leczenia klasyczną chemioterapią, z jego dobrą tolerancją, u chorych na MCC z przerzutami. Największą korzyść odnoszą chorzy otrzymujący awelumab w pierwszej linii leczenia.

Celowość zastosowania pierwotnej profilaktyki SARS-COV2 u pacjentów hematoonkologicznych na przykładzie obserwacji własnych

Róża Kot, Wojciech Jurczak, Marek Rodzaj, Anna Drosik-Kwaśniewska, Małgorzata Osielczak, Monika Długosz-Danecka, Iwona Grygoruk-Wiśniowska, Ewa Pietrusza

Narodowy Instytut Onkologii — Państwowy Instytut Badawczy im. M. Skłodowskiej-Curie w Krakowie

Wstęp. Pandemia COVID-19 dowiodła, iż aktywne promowanie profilaktyki infekcji wirusowych wśród pacjentów onkologicznych skraca przerwy w leczeniu, co pozwala na utrzymanie rytmu leczenia i zwiększa szanse na powodzenie terapeutyczne leczenia choroby podstawowej.

Materiał i metody. Analizowano grupę 125 pacjentów z chłoniakami złośliwymi leczonych w Pododdziale Leczenia Nowotworów Układu Chłonnego w Narodowym Instytucie Onkologii w Krakowie z powodu choroby nowotworowej układu chłonnego i jednocześnie zakażonych wirusem SARS-COV2. Jako metody profilaktyki uznano szczepienia p/SARS-COV2 oraz zastosowanie profilaktyki trzeciorzędowej w trakcie infekcji z wykorzystaniem połączenia nirmatrelvirum z ritonavirum oraz molnupiravir. Ponadto przeanalizowano metody leczenia chłoniaków i ich związek z większym ryzykiem zgonu (inhibitory kinaz, chemioterapia). Do celów analizy statystycznej użyto programu Statistica 13.3.

Wyniki. Odsetek zgonów związanych z zakażeniem SARS-COV2 był istotnie statystycznie większy w grupie chorych niezaszczepionych, wśród pacjentów leczonych inhibitorami kinazy Brutona (iBTK) i fosfatidyloinozytolu (iPI3K). Największy odsetek zgonów w wyniku COVID-19 obserwowano wśród chorych, którzy nie otrzymali żadnej profilaktyki pierwotnej, a najmniejszy wśród pacjentów zabezpieczonych zarówno szczepieniem, jak i leczeniem p/SARS-COV2.

Przerwa w leczeniu była istotnie statystycznie dłuższa wśród chorych, którzy nie otrzymali leków przeciwwirusowych i szczepienia lub tylko byli zaszczepieni p/SARS-COV2 w porównaniu do chorych, którzy otrzymali tylko leczenie przeciwwirusowe bez szczepienia i/lub tylko szczepienie bez leków przeciwwirusowych. Ponadto obserwowano dłuższe przerwy w leczeniu u pacjentów leczonych iBTKi/iPI3K. Ponadto odsetek zgonów był największy wśród pacjentów w wieku powyżej 70 lat, a najmniejszy wśród chorych do 55. roku życia. Powyższa analiza nie obejmowała chorych leczonych przeciwciałami bispecyficznymi oraz terapią CAR-T.

Ocena zaburzeń stężenia witaminy D u chorych poddanych systemowej terapii z powodu raka piersi — wyniki praktyki klinicznej *Breast Cancer Unit*

Katarzyna Pogoda¹, Magdalena Rosińska², Elżbieta Brewczyńska¹, Ewa Szombara¹, Renata Sienkiewicz¹, Izabela Lemańska¹, Iwona Bilaska¹, Aleksandra Konieczna¹, Małgorzata Meluch¹, Maria Wojda¹, Anna Bałata¹, Agnieszka Młodzińska¹, Anna Górniak¹, Sebastian Szmit³, Anna Borowiec³, Anna Majstrak-Hulewska¹, Zbigniew Nowecki¹

¹Klinika Nowotworów Piersi i Chirurgii Rekonstrukcyjnej, Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie — Państwowy Instytut Badawczy w Warszawie

²Zakład Matematyki Onkologicznej, Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie — Państwowy Instytut Badawczy w Warszawie

³Klinika Diagnostyki Onkologicznej, Kardiopneumonologii i Medycyny Paliatywnej, Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie — Państwowy Instytut Badawczy w Warszawie

Wstęp. Zależność pomiędzy stężeniem witaminy D a zaawansowaniem raka piersi i rokowaniem pacjentów jest niejasna. Chore poddane terapii przeciwnowotworowej często stosują dodatkowo suplementy diety, w tym preparaty witaminowe. Zaburzenia stężenia witaminy D należą do jednych z częstszych w populacji polskiej.

Materiał i metody. Ocenie poddano kolejne chore na raka piersi leczone systemowo w pierwszym kwartale 2024 roku. Analizie poddano stężenie witaminy D, uwzględniając informacje na temat zaawansowania raka piersi, wieku pacjentek, BMI oraz stosowania przez nie suplementacji tej witaminy.

Wyniki. Do badania włączono 624 pacjentki z wczesnym (EBC; $n = 372$, 59,6%) lub uogólnionym (MBC; $n = 252$, 40,4%) rakiem piersi. Suplementację witaminy D stosowało 69,4% chorych ($n = 433$) z grupy badanej. W całej analizowanej grupie stwierdzono następujące odsetki wyników stężenia witaminy D: prawidłowe — 41,5% ($n = 259$), niedobór — 47,3% ($n = 295$), nadmiar — 11,2% ($n = 70$). Spośród chorych stosujących suplementację witaminy D wyniki były następujące: norma — 52,2% ($n = 226$), niedobór — 32,3% ($n = 140$), nadmiar — 15,5% ($n = 67$). Niskie stężenie witaminy D występowało z porównywalną częstością u chorych z EBC (49,7%) i MBC (43,7%). Niedobór tej witaminy częściej występował u młodych chorych, natomiast nie zaobserwowano korelacji pomiędzy BMI a poziomem witaminy D.

Omówienie. Niedobór witaminy D występował u prawie połowy chorych na raka piersi, w tym u chorych bez suplementacji aż w 81,2% przypadków. Natomiast u co dziesiątej pacjentki stwierdzono podwyższone stężenie witaminy D. Otrzymane wyniki wskazują na konieczność monitorowania i korygowania poziomu witaminy D w populacji chorych na raka piersi, podobnie jak w populacji ogólnej.

Zmiany stężenia całkowitego pozakomórkowego DNA jako czynnik prognostyczny u pacjentów leczonych operacyjnie z powodu niedrobnokomórkowego raka płuca

Barbara Łochowska

Zakład Medycyny Snu i Zaburzeń Metabolicznych w Łodzi

Wstęp. Celem badania była ocena zmian stężenia cfDNA u pacjentów z rozpoznaniem NDRP w stadium miejscowym, zakwalifikowanych do leczenia operacyjnego w obserwacji 9-miesięcznej, analiza jego zależności od zmiennych klinicznych i potencjalnej wartości prognostycznej. Ponadto, ocena wpływu leczenia chemioterapią na stężenie cfDNA w grupie badanej.

Materiał i metody. Badaniem objęto 51 chorych na NDRP, operowanych w latach 2015–2017. Wolny krążący DNA izolowano z obwodowej krwi żyłnej i oznaczano metodą qPCR. Próbkę krwi były pobierane do 3 dni przed zabiegiem operacyjnym oraz w 3 punktach od resekcji guza.

Wyniki. Mediana czasu przeżycia wynosiła 3,72 lat. Z ocenianych zmiennych tylko aktywne palenie papierosów i cecha pN1 miały wpływ na stężenie cfDNA. Stężenie cfDNA w 9-miesięcznej obserwacji zmieniało się, osiągając najmniejszą wartość po resekcji guza. Stężenie cfDNA przed zabiegiem nie miało wartości prognostycznej. Stężenia oznaczone po 2–3 tygodniach, 4 i 9 miesiącach od zabiegu miały wpływ na przeżycie całkowite w analizie jednoczynnikowej, jednak w modelu wieloczynnikowym Coxa ten efekt utrzymał się dla cfDNA oznaczonego w 9. miesiącu. U pacjentów leczonych chemioterapią stężenia cfDNA były wyższe we wszystkich punktach czasowych.

Omówienie. Stężenia cfDNA oznaczone przed zabiegiem resekcji guza w grupie chorych na NDRP nie zależały od większości zmiennych klinicznych i demograficznych. Usunięcie guza miało wpływ na stężenia cfDNA. Pacjenci zakwalifikowani do chemioterapii różnili się w zakresie stężenia cfDNA od podgrupy nie zakwalifikowanej do tego leczenia przed jego rozpoczęciem i w pozostałych punktach czasowych; chemioterapia *per se* nie miała wpływu na stężenia cfDNA. cfDNA oznaczone po zabiegu operacyjnym miało wpływ na czas przeżycia pacjentów chorych na NDRP.

Czynniki prognostyczne u chorych z rozpoznaniem czerniaka w wieku ≥ 75 lat poddanych immunoterapii paliatywnej — analiza danych z realnej praktyki klinicznej

Maksymilian Gajda, Agnieszka Badora-Rybicka, Anna Bal, Anna Kotas, Paweł Śpiewok, Magdalena Wiśniewska, Jarosław Nieckula, Jędrzej Brzezowski, Anna Michalik, Marcin Kowalski, Wiesław Bal

Oddział Chemioterapii Diennej, Narodowy Instytut Onkologii — Państwowy Instytut Badawczy, Oddział w Gliwicach

Wstęp. Zastosowanie immunoterapii anty-PD-1 wydłuża istotnie czas przeżycia całkowitego (OS) u chorych na zaawansowanego czerniaka. Dotychczas wykazano m.in. negatywne znaczenie prognostyczne wysokiego poziomu dehydrogenazy mleczanowej (LDH), białka C-reaktywnego (CRP), niskiego stężenia albumin oraz wysokiej wartości współczynnika NLR. Czynniki te, wraz z wiekiem, płcią, wskaźnikiem masy ciała (BMI) i stanem ogólnym pacjenta (ECOG), są istotne w prognozowaniu skuteczności immunoterapii [1]. Celem niniejszego badania była identyfikacja czynników prognostycznych u chorych w wieku ≥ 75 lat, poddanych immunoterapii paliatywnej z powodu zaawansowanego czerniaka.

Materiał i metody. Do badania zakwalifikowano pacjentów NIO-PIB w Gliwicach w wieku ≥ 75 lat, poddanych monoimmunoterapii paliatywnej z powodu zaawansowanego czerniaka (stadium III nieoperacyjne oraz IV) w okresie 01.08.2016–27.12.2023. Oceniono wpływ następujących czynników na OS: ECOG oraz wybrane parametry laboratoryjne (skala dychotomiczna). Dane poddano analizie statystycznej zawierającej elementy statystyki opisowej oraz analiz przeżycia.

Wyniki. Do badania zakwalifikowano 97 pacjentów (51,5% kobiet). Mediana wieku wyniosła 80 lat [rozszerzenie międzykwartylowe (IQR): 77–84]. Mutację w genie BRAF stwierdzono u 26,8% pacjentów. Mediana liczby dawek immunoterapii wyniosła 7 (IQR 4–14). Mediana OS wyniosła 14,1 miesiąca (95% CI 9,99–18,3). Gorsze rokowanie dotyczyło pacjentów z wyjściowymi parametrami: stężeniem albuminy $<$ normy (HR = 4,6; 95% CI 2,31–9,17), LDH $>$ normy (HR = 1,78; 95% CI 1,05–3,02), CRP $>$ normy (HR = 1,88; 95% CI 1,07–3,31) oraz NRL $>$ 4 (HR = 1,95; 95% CI 1,12–3,39). Płeć, status mutacji BRAF oraz stosowany lek nie wpływały istotnie na rokowanie.

Omówienie. Zidentyfikowane czynniki są częściowo zgodne z opisanymi w szerszej populacji. Stwierdzenie wyjściowo któregoś z tych negatywnych czynników prognostycznych nie jest podstawą decyzji terapeutycznych, ale może warto uwzględnić je w praktyce klinicznej?

Piśmiennictwo

1. Poletto S, Paruzzo L, Nepote A, et al. Predictive Factors in Metastatic Melanoma Treated with Immune Checkpoint Inhibitors: From Clinical Practice to Future Perspective. *Cancers*. 2023; 16(1): 101, doi: [10.3390/cancers16010101](https://doi.org/10.3390/cancers16010101).

Bezpieczeństwo immunoterapii czerniaka u pacjentów w wieku starszym i sędziwym — retrospektywne badanie jednośrodkowe

Maksymilian Gajda, Agnieszka Badora-Rybicka, Anna Bal, Paweł Śpiewok, Anna Kotas, Jarosław Nieckula, Magdalena Wiśniewska, Marcin Kowalski, Anna Michalik, Jędrzej Brzezowski, Wiesław Bal

Oddział Chemioterapii Diennej, Narodowy Instytut Onkologii — Państwowy Instytut Badawczy, Oddział w Gliwicach

Wstęp. Zgodnie z klasyfikacją WHO wiek starczy obejmuje osoby w wieku 75–90, sędziwy $>$ 90 lat. Według danych Krajowego Rejestru Nowotworów w Polsce w 2021 u $\sim 23\%$ pacjentów diagnozę czerniaka postawiono u pacjentów w wieku ≥ 75 lat. Populacja ta może posiadać odmienną charakterystykę kliniczno-patologiczną w porównaniu z populacją młodszą i wymagać odmiennego postępowania na etapie kwalifikacji i leczenia. Naszym celem była ocena bezpieczeństwa immunoterapii u chorych na zaawansowanego czerniaka (stadium III–IV) w wieku ≥ 75 lat.

Materiał i metody. Do retrospektywnego badania zakwalifikowano wszystkich kolejnych pacjentów NIO-PIB w Gliwicach w wieku ≥ 75 lat, poddanych w okresie 01.08.2016–27.12.2023 monoimmunoterapii (anty-PD1). Przeanalizowano rodzaj powikłań związanych z immunoterapią (irAE), stopień nasilenia (wg CTCAE v5), wpływ na przebieg leczenia (wstrzymanie, zakończenie) oraz czas przeżycia całkowitego (OS), z uwzględnieniem intencji leczenia. Analiza statystyczna zawierała elementy statystyki opisowej oraz analiz przeżycia.

Wyniki. Zakwalifikowano 115 pacjentów (51,3% mężczyzn). Mediana wieku wyniosła 80 lat [rozszerzenie międzykwartylowe (IQR): 77–83]. Mutację w genie BRAF stwierdzono u 27% pacjentów. U 97 (84,3%) leczenie miało intencję paliatywną. Mediana liczby dawek immunoterapii wyniosła 8 (IQR: 5–13). irAE w jakimkolwiek stopniu wystąpiły u 49,6%, u 14,2% miały stopień ≥ 3 . U 21,9% przerywano immunoterapię, zakończono u 8,8%. Intencja leczenia nie miała wpływu na różnicę w częstości irAE. Podobnie, wstrzymanie (HR = 1,22; 95% CI 0,68–2,17) lub zakończenie leczenia (HR = 1,21; 95% CI 0,52–2,83) z powodu irAE nie wpływały na OS.

Omówienie. Częstość działań niepożądanych w badanej grupie była zbliżona do znanej z realnej praktyki klinicznej, nieco wyższa niż w badaniach rejestracyjnych, należy mieć na uwadze odmiennie charakterystyki badanych populacji.

Ocena wartości prognostycznej i predykcyjnej lokalizacji guza pierwotnego u chorych na przerzutowego raka jelita grubego otrzymujących lek anti-EGFR albo bewacyzumab

Emilia Olejnik, Roksana Pabich, Magdalena Krakowska, Magdalena Grabiec, Iga Kulus, Piotr Potemski

Klinika Chemioterapii Nowotworów, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, WWCoiT im. M. Kopernika w Łodzi

Wstęp. Coraz większą wagę przypisuje się wartości predykcyjnej i prognostycznej położenia guza. Celem badania była jej ocena na różnych etapach paliatywnego leczenia systemowego.

Materiał i metody. Retrospektywna analiza 347 chorych leczonych z powodu przerzutowego raka jelita grubego w WWCoiT w Łodzi w latach 2017–2024. Czasy przeżycia wolnego od progresji (PFS) i całkowitego (OS) wyliczono metodą Kaplana-Meiera, a wpływ lokalizacji guza na rokowanie oceniono metodą regresji Coxa.

Wyniki. 179 chorych otrzymywało chemioterapię z lekiem anti-EGFR w 1. linii, 87 chorych chemioterapię z bewacyzumabem w 2. linii, a 81 monoterapię anti-EGFR. Guzy lewostronne dotyczyły 287, a prawostronne 60 osób.

Mediany PFS i OS u chorych otrzymujących 1. linię leczenia wyniosły odpowiednio 14,0 i 27,1 miesiąca. Dla chorych z guzami lewostronnymi wartości te osiągnęły 15,2 i 28,2 miesiąca, a z prawostronnymi 6,8 miesiąca i 19,9 miesiąca (HR PFS = 2,18; 95% CI 1,40–3,40; HR OS = 1,87; 95% CI 1,14–3,07).

W 2. linii leczenia lokalizacja guza pierwotnego miała znaczenie prognostyczne (HR OS = 1,70; 95% CI 1,03–2,83), ale nie wpływała na PFS (HR PFS = 1,62; 95% CI 0,98–2,68).

Mediany PFS i OS chorych otrzymujących monoterapię anti-EGFR osiągnęły 5,8 i 11,0 miesięcy (guzy lewostronne) oraz 2,8 oraz 7,3 miesiąca (guzy prawostronne). Różnice te nie były istotne (HR PFS = 0,87; 95% CI 0,43–1,76), (HR OS = 1,05; 95% CI 0,52–2,13).

Omówienie. Prawostronna lokalizacja guza jest negatywnym czynnikiem prognostycznym i predykcyjnym dla 1. linii chemioterapii z lekiem anti-EGFR. Oceniany parametr nie ma znaczenia predykcyjnego dla leków antyangiogennych. Przyczyną niewykazania wpływu lokalizacji guza na rokowanie u chorych poddanych monoterapii anti-EGFR mogła być dysproporcja liczebności podgrup.

Retrospektywna analiza leczenia systemowego chorych na czerniaka gałki ocznej w stadium rozsiewu

Monika Dudzisz-Śledź, Paweł Rogala, Paweł Teterycz, Anna Mariuk-Jarema, Tomasz Świtaj, Katarzyna Kozak, Piotr Rutkowski

Klinika Nowotworów Tkanek Miękkich, Kości i Czerniaków, Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie — Państwowy Instytut Badawczy w Warszawie

Wstęp. Dane dotyczące skuteczności chemioterapii w leczeniu chorych na czerniaka błony naczyniowej oka (UM) w stadium rozsiewu są ograniczone a jedynym lekiem istotnie przedłużającym życie chorych zarejestrowanym na podstawie wyników badania klinicznego IMCgp100-202 jest tebentafusp stosowany u chorych z dodatnim wynikiem badania HLA-A*02:01. W niniejszej pracy przedstawione zostały wyniki leczenia chorych na UM z przerzutami w Klinice Nowotworów Tkanek Miękkich Kości i Czerniaków NIO w Warszawie.

Materiał i metody. Analizą retrospektywną objęto wszystkich chorych leczonych systemowo z powodu UM z przerzutami. Analizę przeżycia przeprowadzono testem log-rank i KM.

Wyniki. Mediana wieku chorych, którzy rozpoczęli leczenie wyniosła 58 lat. Większość z nich była w stanie sprawności 1 wg ECOG (79%), u 41 chorych przerzuty były zlokalizowane w wątrobie, u 20 w wątrobie i poza nią, u 1 wyłącznie poza wątrobą. Wszyscy chorzy byli leczeni w przeszłości z powodu ogniska pierwotnego, u 23 wykonano enukleację, u 26 radioterapię. U większości znacznej grupy chorych w momencie rozpoznania ogniska pierwotnego stopień zaawansowania był T4 (40,5%), u 3 chorych obecne były przerzuty odległe. Mediana liczby cotygodniowych wlewów wyniosła 7. Mediana PFS wyniosła 5,6 miesięcy (4,1–6,2) a mediana OS 13,4 miesięcy (10,5–NO). Wskaźnik przeżyć 12 mies. wyniósł 58,7%. Dwóch chorych uzyskało PR, i 24 SD jako BOR. 21 chorych (50%) zostało zakwalifikowanych do kontynuacji leczenia po progresji choroby, z medianą 3 mies. leczenia po progresji (1–NO). 15 chorych kontynuuje leczenie, w tym 7 chorych po progresji. Tolerancja leczenia jest dobra i zgodna ze znanym profilem tolerancji leku.

Charakterystyka kliniczna i patomorfologiczna chorych na raka brodawkowego nerki w materiale Narodowego Instytutu Onkologii — Państwowego Instytutu Badawczego, Oddział w Krakowie

Agnieszka Pietruszka¹, Marek Ziobro¹, Mirosława Püsküllüoğlu¹, Justyna Jaworska¹, Agnieszka Janik¹, Wiesław Bał², Jarosław Nieckula², Aleksandra Ambicka³, Jerzy W. Mituś¹, Agata Sałek-Zań¹

¹Klinika Onkologii Klinicznej, Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie — Państwowy Instytut Badawczy, Oddział w Krakowie

²Oddział Chemioterapii Diennej, Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie — Państwowy Instytut Badawczy, Oddział w Gliwicach

³Zakład Patomorfologii Nowotworów, Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie — Państwowy Instytut Badawczy, Oddział w Krakowie

Wstęp. Nowotwory nerki stanowią około 4,4% nowotworów złośliwych u dorosłych. Wśród rozpoznań histopatologicznych dominują raki nerkowokomórkowe (RCC) — ponad 90%. Rak brodawkowy jest drugim najczęstszym podtypem RCC (pRCC). W 2022 roku Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) opracowała piątą edycję klasyfikacji nowotworów tej lokalizacji.

Materiał i metody. Przeanalizowaliśmy retrospektywnie dane kliniczne i patomorfologiczne pacjentów z pRCC leczonych w latach 01.2009–01.2024 w NIO-PIB o. Kraków. Kryterium włączenia była diagnoza histopatologiczna, zaś wykluczenia współistnienie drugiej, aktywnej choroby nowotworowej. Nie było restrykcji odnośnie wieku i płci chorych.

Wyniki. Do badania włączono 104 chorych, w tym 78 (75%) mężczyzn. Średnia wieku wynosiła 62 lata (25–87 lat). W większości przypadków choroba dotyczyła nerki lewej $n = 60$ (58%). Najczęściej występował podtyp brodawkowy typu 2 $n = 42$ (40%) oraz typu 1 $n = 38$ (37%) (zgodnie z poprzednią klasyfikacją WHO). Średnia wielkość guza pierwotnego to 56 mm (8–200 mm), tylko u 11 (11%) chorych potwierdzono obecność przerzutów do lokalnych węzłów chłonnych. 63 (61%) pacjentów była zdiagnozowana w stopniu I zaawansowania klinicznego, zaś 15 (14%) w stopniu IV. Najczęściej w stopniu 2 złośliwości histologicznej wg Fuhrman $n = 47$ (45%). Tumorektomia została przeprowadzona u 57 (55%) pacjentów, a nefrektomia u 45 (43%) pacjentów. Jedynie 10 (9,61%) chorych otrzymało leczenie systemowe (najczęściej był to kabozantynib) w stadium rozsiewu. Średni czas obserwacji wyniósł 59,68 miesiące (3 tygodnie–182 miesiące). 26 (25%) pacjentów zmarło w toku obserwacji. Mediana przeżycia wyniosła 49 miesięcy.

Omówienie. Większość przypadków pRCC stanowią mężczyźni w 7 dekadzie życia. Nowotwór diagnozowany jest na wczesnym etapie. Leczenie chirurgiczne pozostaje podstawową metodą terapii. Leczenie systemowe stosowane jest w zaawansowanej chorobie.

Znaczenie wskaźników stanu zapalnego wyliczonych z morfologii krwi obwodowej u chorych na zaawansowanego niedrobnokomórkowego raka płuca poddawanych immunoterapii

Roksana Pabich¹, Emilia Olejnik¹, Zuzanna Janik², Karolina Potemska³, Dominik Dubieński⁴, Ewa Wrona¹, Magdalena Krakowska¹, Urszula Czernek¹, Sylwia Dębska-Szmich¹, Piotr Potemski¹

¹Klinika Chemioterapii Nowotworów, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, WWCOiT w Łodzi

²SPZOZ Uniwersytecki Szpital Kliniczny nr 1 im. Norberta Barlickiego w Łodzi

³Uniwersytet Medyczny w Łodzi

⁴Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

Wstęp. Inhibitory immunologicznych punktów kontrolnych (ICI) są szeroko stosowane u chorych na przerzutowego niedrobnokomórkowego raka płuca (NSCLC). Celem badania była ocena związku między wskaźnikami stanu zapalnego wyliczonymi z morfologii krwi obwodowej, a odpowiedzią na immunoterapię i czasem przeżycia wolnego od progresji (PFS) i całkowitego (OS) u chorych na zaawansowanego NSCLC.

Materiał i metody. Do retrospektywnego badania włączono 102 pacjentów otrzymujących ICI (67 w 1. i 35 w 2. linii) w latach 2018–2024 w WWCOiT w Łodzi. Wskaźniki stanu zapalnego [stosunki liczb neutrocytów do limfocytów (NLR), płytek do limfocytów (PLR), limfocytów do monocytów (LMR)] wyliczono z parametrów morfologii krwi obwodowej pobranej przed pierwszym podaniem ICI. Wykorzystano test Manna-Whitneya, a analizy przeżycia dokonano metodą Kaplana-Meiera i regresji Coxa.

Wyniki. Mediana czasu obserwacji wyniosła 15,3 miesiąca, w tym czasie progresja wystąpiła u 72 chorych, a zmarło 59. U osób, w których w pierwszej ocenie odpowiedzi stwierdzono progresję, występowały zwiększone wartości NLR ($p = 0,024$) oraz zmniejszone wartości LMR ($p = 0,012$) w porównaniu do pacjentów uzyskujących przynajmniej stabilizację. Stwierdzono istotny związek pomiędzy zwiększeniem NLR, a skróceniem PFS ($p = 0,027$), ale nie OS. Zwiększenie PLR miało związek ze skróceniem PFS ($p = 0,016$), ale nie OS. Nie wykazano istotnego związku pomiędzy LMR, a przeżyciem.

Omówienie. Wyniki sugerują wartość predykcyjną NLR, PLR i LMR u chorych poddawanych immunoterapii, ale wymagają potwierdzenia na większej, jednorodnej grupie chorych.

Piśmiennictwo

1. Peng L, Wang Y, Liu F, et al. Peripheral blood markers predictive of outcome and immune-related adverse events in advanced non-small cell lung cancer treated with PD-1 inhibitors. *Cancer Immunol Immunother.* 2020; 69(9): 1813–1822, doi: [10.1007/s00262-020-02585-w](https://doi.org/10.1007/s00262-020-02585-w), indexed in Pubmed: 32350592.

Skuteczność i bezpieczeństwo terapii nab-paklitakselem skojarzonym z gemcytabiną u chorych z przerzutowym rakiem trzustki (mPC) w realnej praktyce klinicznej (RWE)

Agata Adamczuk-Nurzyńska¹, Aleksandra Pechcińska¹, Melania Brzozowska², Maciej Jewczak³, Andrzej Śliwczyński², Paweł Nurzyński¹

¹Oddział Onkologii, PIM MSWiA w Warszawie

²PIM MSWiA w Warszawie

³Katedra Ekonometrii Przestrzennej, Wydział Ekonomiczno-Socjologiczny Uniwersytetu Łódzkiego

Wstęp. Nab-paklitaksel z gemcytabiną (GnP) jest jednym ze standardowych schematów zarejestrowanych do leczenia w pierwszej linii chorych na mPC. Pomimo dostępnych danych klinicznych na temat skuteczności i toksyczności leczenia GnP, wciąż liczba danych pochodzących z badań obserwacyjnych jest ograniczona.

Materiał i metody. Przeprowadzono retrospektywną analizę danych dotyczących wyników terapii chorych na przerzutowego raka trzustki poddanych leczeniu gemcytabiną z nab-paklitakselem w ramach programu lekowego Ministra Zdrowia „Leczenie pacjentów z gruczolakorakiem trzustki” w okresie luty 2017–wrzesień 2023 w Oddziale Onkologii w Państwowym Instytucie Medycznym Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Warszawie. W analizie przeżycia całkowitego (OS) i przeżycia wolnego od progresji (PFS) wykorzystano estymator Kaplana-Meiera.

Wyniki. Analiza była przeprowadzona na grupie 182 pacjentów (104K i 78M), w wieku 37–84 r.ż (mediana 66 r.ż). Pod względem lokalizacji nowotworu trzustki: głowa stanowiła 64% (116), trzon 25% (46), ogon 11% (20). Obiektywną odpowiedź uzyskano u 14% pacjentów, w tym 1 (0,5%) miał odpowiedź całkowitą, stabilizacja choroby u 53%, progresję choroby u 19%.

Mediana czasu przeżycia całkowitego (mOS) w obserwowanej grupie wynosiła 9,2 miesiąca (95% CI 8,3–10,03). Mediana przeżycia wolnego od progresji (mPFS) w obserwowanej grupie wynosiła 5,47 miesiąca (95% CI 4,83–6,1). Najczęstszymi działaniami niepożądanym było łysienie, osłabienie i neutropenia.

Omówienie. W całej analizowanej grupie chorych uzyskaliśmy wydłużenie mOS o 0,7 miesiąca w porównaniu do badania MPACT (9,2 vs. 8,5 mies.), przy takiej samej długości PFS (5,47 vs. 5,5 mies.). Nie wykazano istotnych statystycznie różnic w zależności od wieku i płci, jest to argument przemawiający za możliwością włączania do leczenia również chorych starszych.

Wybór optymalnego schematu chemioterapii w leczeniu przedoperacyjnym raka urotelialnego pęcherza moczowego

Mateusz Malik¹, Maciej Różycki¹, Zbyszko Chowaniec¹, Marek Gelej¹, Ryszard Marzec¹, Radosław Piszczyk², Zenona Jabłońska², Adam Maciejczyk¹, Adam Wojciechowski¹, Łukasz Dołowy¹, Krzysztof Tupikowski¹, Bożena Cybulska-Stopa^{1,3}

¹Dolnośląskie Centrum Onkologii, Pulmonologii i Hematologii we Wrocławiu

²Oddział Urologii i Onkologii Urologicznej, Dolnośląski Szpital Specjalistyczny im. T. Marciniaka — Centrum Medycyny Ratunkowej we Wrocławiu

³Katedra Onkologii i Hematologii, Wydział Medyczny, Politechnika Wrocławska

Wstęp. Chemioterapia przedoperacyjna (NACT) u pacjentów z urotelialnym rakiem pęcherza moczowego naciekającym mięśniówkę (MIBC, *muscle-invasive bladder cancer*) znamienne poprawiła wyniki leczenia. Klasyczny schemat NACT oparty na gemcytabinie i cisplatynie (GC) pozostawał standardem postępowania do czasu ogłoszenia wyników badania VESPER, które wykazało przewagę schematu z zagęszczeniem dawki złożonego z metotreksatu, winblastyny, doksorubicyny i cisplatyny (ddMVAC) w zakresie przeżycia wolnego od progresji. Dalsze publikacje wskazywały na korzyść ze stosowania ddMVAC w zakresie liczby odpowiedzi patologicznych i przeżycia całkowitego (OS). Przeprowadzone badanie ma na celu porównanie skuteczności i bezpieczeństwa obu schematów w rzeczywistej praktyce lekarskiej.

Materiał i metody. Do badania zakwalifikowano pacjentów z MIBC w stopniu \geq T2, których poddano NACT ddMVAC lub GC od 10/2017 do 04/2024. Zgromadzono kompletne dane kliniczne. Retrospektywną analizę przeżycia przeprowadzono metodą Kaplana-Meiera, a do porównania pomiędzy grupami wykorzystano testy log-rank, chi-kwadrat lub test Fishera.

Wyniki. Do badania włączono 78 chorych (56% otrzymało ddMVAC, 44% GC), a mężczyźni stanowili odpowiednio 68% i 79% ($p = 0,3946$). Grupy nie różniły się znamienne pod względem wieku, wyjściowego stanu sprawności, stopnia zaawansowania i funkcji nerek. Estymowane 2- i 3-letnie przeżycia dla ddMVAC i GC wyniosły odpowiednio 81%/56% oraz 81%/47%. Mediana OS w grupie ddMVAC nie została osiągnięta, w GP wyniosła 33 miesiące ($p = 0,0076$). Zabieg R0 uzyskano w 95% i 91% odpowiednio w grupie ddMVAC i GC ($p = 0,6514$). Toksyczności hematologiczne występowały rzadziej (77 vs. 96%) w grupie ddMVAC vs. GC ($p = 0,0758$).

Omówienie. Zastosowanie NACT schematem ddMVAC u pacjentów z MIBC wykazało znamienne statystycznie wydłużenie OS w porównaniu z GC przy akceptowalnej toksyczności.

Napromienianie połowy ciała — niedoceniana metoda leczenia bólu

Michał Zwoliński¹, Adrian Hovagimyan¹, Joanna Jońska-Gmyrek², Jakub Ignatowicz¹, Maria Pawluczyk¹,

¹Wydział Nauk Medycznych i Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Radomski

²Oddział Radioterapii, Radomskie Centrum Onkologii

Wstęp. Szacuje się, że u 5% pacjentów nowotworowych stwierdza się przerzuty do kości w momencie rozpoznania. Grupą, w której najczęściej się je stwierdza są chorzy z nowotworami gruczołu krokowego i piersi. Chorzy ci często doświadczają silnych dolegliwości bólowych, zmęczenia, problemów ze snem i objawów neuropatycznych. Często ból jest oporny na leczenie farmakologiczne. Jedną z metod leczenia jest paliatywne napromienianie połowy ciała (HBI, *hemibody irradiation*). Polega ona na jednoczesnym napromienianiu górnej lub dolnej połowy ciała pacjenta (optymalnie układu kostno-szkieletowego) celem zniszczenia receptorów bólu i włókien nerwowych.

Materiał i metody. Dokonałmy przeglądu literatury z ostatnich 10 lat dotyczącej zastosowania HBI w leczeniu bólu nowotworowego. Pragniemy także opisać doświadczenia Radomskiego Centrum Onkologii.

Wyniki. Badania, jak i nasze obserwacje wskazują, że HBI może przynieść znaczną poprawę kontroli bólu (81% pacjentów), z całkowitym ustąpieniem dolegliwości bólowych u części (29% pacjentów) ze zmniejszeniem potrzeby przyjmowania silnych opioidów. Zauważono długotrwałe utrzymywanie się efektu leczenia (> 6 miesięcy). Pojawiają się jednak efekty niepożądane: anemia, biegunki, czy leukopenia, która może wymagać opóźnienia podania dawek chemioterapii. Nowoczesne metody radioterapii, takie jak wielołukowa dynamiczna terapia [*volumetric modulated arc therapy (VMAT)*], pozwalają na dokładniejsze skoncentrowanie dawki na obszar objęty przerzutami z minimalizacją ekspozycji sąsiadujących narządów i potencjalnie zmniejszenie nasilenia działań niepożądanych.

Omówienie. Przegląd i tematyka wynika z potrzeby zwrócenia uwagi lekarzy na tę niedocenianą terapię ze względu na jej bezpieczeństwo i względnie niewielki koszt przy wysokiej skuteczności. Nieliczne działania niepożądane można zredukować przez zastosowanie nowych technik radioterapii. Niestety jedynie nieliczne ośrodki w Polsce wykorzystują HBI.

Wpływ oceny geriatrycznej na decyzję o leczeniu przeciwnowotworowym — badanie pilotażowe

Katarzyna Sosińska-Mielcarek¹, Hanna Kujawska-Danecka², Zuzanna Baczkowska-Waliszewska², Karol Wierzbę², Marta Szymańska², Adam Hajduk²

¹Klinika Onkologii i Radioterapii w Gdańsku

²Klinika Reumatologii, Immunologii Klinicznej, Geriatrii i Chorób Wewnętrznych w Gdańsku

Wstęp. W ostatnich latach systematycznie wzrasta liczba chorych powyżej 75. roku życia z rozpoznaniem choroby nowotworowej. Wielochorobowość, zaburzenia poznawcze, niedożywienie, sarkopenia oraz obniżenie rezerw biologicznych prowadzące do zespołu kruchości, zwiększają ryzyko powikłań związanych z leczeniem przeciwnowotworowym. Całościowa ocena geriatryczna może pomóc we właściwej kwalifikacji do terapii onkologicznej, a w wybranych przypadkach w podjęciu decyzji o odstąpieniu od leczenia przyczynowego.

Materiał i metody. W okresie marzec–czerwiec 2024 w Klinice Geriatrii GUMed, przeprowadzono całościową ocenę geriatryczną u 16 chorych (9 kobiet i 7 mężczyzn) z rozpoznaniem choroby nowotworowej, w tym raka płuca (n = 6), raka piersi (n = 3), raka przewodu pokarmowego (n = 3) oraz nowotworów urologicznych (n = 4). Średnia wieku wyniosła 81,8 lat. Zjawisko wielochorobowości, zdefiniowane jako 3 i więcej chorób przewlekłych, odnotowano u 75% chorych, a 81,25% chorych przyjmowało minimum 5 leków na stałe.

Wyniki. W skali VES-13, 87,5% badanych uzyskało ≥ 3 punktów (śr. 6,31), co wskazywało na ryzyko znacznego pogorszenia stanu zdrowia, sprawności funkcjonalnej lub zgonu w ciągu najbliższych 2 lat. Stan odżywienia był nieprawidłowy w 43,75% przypadków, z czego 31,25% chorych było zagrożonych niedożywieniem, a u 12,5% rozpoznano niedożywienie. Hipoalbuminemia występowała w 37,5% przypadków, sarkopenia u 43,75%, a zespół słabości u 37,5% pacjentów.

Zaburzenia poznawcze występowały aż u 87,5% grupy, z czego 37,5% pacjentów prezentowało otępienie.

Na podstawie wyników przeprowadzonej oceny geriatrycznej, u 6 chorych (37%), zmieniono pierwotną decyzję o leczeniu, najczęściej odstępując od chemioterapii, w związku z wysokim ryzykiem wystąpienia powikłań.

Omówienie. Ocena geriatryczna przeprowadzona u starszych chorych przed rozpoczęciem terapii przeciwnowotworowej umożliwia podjęcie decyzji klinicznych dostosowanych do rzeczywistego stanu pacjenta.

Czy marker CD 133 może być użytecznym markerem nowotworowych komórek macierzystych?

Adrian Hovagimyan, Michał Zwoliński, Marta Szuleka

Wydział Nauk Medycznych i Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Radomski

Wstęp. Rak jelita grubego (CRC) stanowi poważny problem epidemiologiczny. Jest czwartym, najczęściej występującym nowotworem na świecie i trzecią najczęstszą przyczyną zgonów związanych z chorobami nowotworowymi. Leczenie CRC jest skomplikowane, głównie ze względu na heterogenność tkanek guza, późne wykrywanie oraz dużą zdolność do tworzenia przerzutów. Dodatkowo, niektóre komórki w guzie znane jako CSC (*cancer stem cells*), są jedną z przyczyn oporności nowotworów na leczenie całkowite i progresji choroby. Posiadają one mechanizmy oporności na chemioterapeutyki i promieniowanie jonizujące.

Materiał i metody. Przeprowadziliśmy badanie retrospektywne do którego włączyliśmy 89 pacjentów, u których zdiagnozowano gruczolakoraka lub koloidalnego raka jelita grubego. Błoczki parafinowe z najlepszą reprezentacją nowotworu w postaci guza i przerzutów do węzłów chłonnych zostały wybrane do dalszych badań, a następnie poddane barwieniu przeciwciałami anti-CD133.

Wyniki. Nie wykazaliśmy istotności statystycznej między ekspresją CD 133 a czasem przeżycia wolnym od choroby (DFS, *disease-free survival*) i całkowitym czasem przeżycia (OS, *overall survival*).

Omówienie. Podobnie jak inni autorzy nie wykazaliśmy związku pomiędzy ekspresją CD133 a większością badanych czynników. Do podobnych wniosków doszli także inni badacze. Na podstawie dotychczasowych badań wydaje się, że CD133 nie jest wystarczającym czynnikiem rokowniczym w raku jelita grubego, a rzetelna ocena ekspresji jest trudna.

Skuteczność enkorafenibu z binimetynibem w leczeniu chorych na zaawansowanego czerniaka

Anna Czarnecka¹, Bożena Cybulska-Stopa^{2,3}, Piotr Błoński¹, Krzysztof Ostaszewski¹, Wiesław Bał⁴, Magdalena Ciążyńska⁵, Natasza Kempa-Kamińska², Robert Dziura⁶, Łukasz Galus⁷, Magdalena Wiśniewska⁸, Paweł Rogala¹, Monika Migdał², Marta Pabianek⁹, Grażyna Kamińska-Winciorek¹⁰, Jacek Mackiewicz⁷, Tomasz Świtaj¹, Piotr Rutkowski¹

¹Klinika Nowotworów Tkanek Miękkich, Kości i Czerniaków, Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie — Państwowy Instytut Badawczy w Warszawie

²Dolnośląskie Centrum Onkologii Pulmonologii i Hematologii we Wrocławiu

³Katedra Onkologii i Hematologii, Wydział Medyczny, Politechnika Wrocławska

⁴II Klinika Radioterapii i Chemioterapii, Narodowy Instytut Onkologii im. M. Skłodowskiej-Curie — Państwowy Instytut Badawczy, Oddział w Gliwicach

⁵Oddział Radioterapii i Onkologii Ogólnej, Wojewódzkie Wielospecjalistyczne Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. Kopernika w Łodzi

⁶Klinika Onkologii Klinicznej, Świętokrzyskie Centrum Onkologii w Kielcach

⁷Klinika Onkologii Klinicznej i Doświadczalnej, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

⁸Katedra Onkologii i Brachyterapii, *Collegium Medicum* im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika

⁹Oddział Chorób Rozrostowych, Wojewódzkie Wielospecjalistyczne Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. Kopernika w Łodzi

¹⁰Klinika Transplantacji Szpiku i Onkohematologii, Narodowy Instytut Onkologii im. M. Skłodowskiej-Curie — Państwowy Instytut Badawczy, Oddział w Gliwicach

Wstęp. U chorych na czerniaka z mutacją *BRAF* inhibitory BRAF i MEK mogą być stosowane przed lub po immunoterapii anti-PD-1, a także w 3. linii leczenia. Dotychczas większość danych dotyczących skuteczności enkorafenibu z binimetynibem (E + B) pochodzi z badań klinicznych.

Materiał i metody. Przeprowadziliśmy wielośrodkowe, retrospektywne badanie, oceniające skuteczność leczenia chorych na czerniaka w III nieresekcyjnym i IV stopniu enkorafenibu z binimetynibem w rutynowej praktyce klinicznej, 01/09/2020–25/05/2024. Do oceny przeżycia wolnego od progresji (PFS) i przeżycia całkowitego (OS) wykorzystano estymator Kaplana-Meiera.

Wyniki. Do badania włączono 67 pacjentów. Mediana czasu obserwacji wyniosła 41,2 miesiąca. Mediana wieku w momencie rozpoczęcia leczenia E + B wyniosła 61 lat, 44,6% pacjentów miało podwyższony poziom LDH, a 19,1% pacjentów przerzuty do OUN. E + B zastosowano w 1, 2, 3 linii leczenia odpowiednio u 27, 20 i 20 chorych. W 1 linii mPFS wyniósł 11,3 miesiąca (7,6–35,7), a 1-, 3-letni odsetek PFS 46,1% i 15,6%, odsetek obiektywnych odpowiedzi (ORR) — 48,1%. Po PD 7/18 otrzymało leczenie 2 linii (wszyscy — immunoterapię). mOS dla 1 linii wyniósł 20,3 miesiąca (11,6–NA), a 1-, 3-letni odsetek OS, odpowiednio: 62%, 27,6%. W 2 linii leczenia mPFS wyniósł 7,9 miesiąca (5,6–NA), ORR 20%, a mOS 12,9 miesiąca (8,6–NA). W 3 linii leczenia 20 pacjentów otrzymało E + B z mPFS 3,5 miesiąca (2,8–19,6), przy 6-, 12- i 18-miesięcznych odsetkach PFS, odpowiednio: 35%, 25% i 25%. mOS od rozpoczęcia 3 linii wyniósł 7,9 miesiąca (3,9–NA).

Omówienie. Enkorafenib z binimetynibem wykazuje wysoką skuteczność w pierwszej, drugiej oraz trzeciej linii leczenia chorych na zaawansowanego czerniaka z mutacją *BRAF*.

Dane własne Ośrodka z leczenia sacituzumabem govitekanem u pacjentek z potrójnie ujemnym rakiem piersi w stadium uogólnienia

Agnieszka Młodzińska, Małgorzata Meluch, Aleksandra Konieczna, Ewa Szombara, Renata Sienkiewicz, Zbigniew Nowecki

Klinika Nowotworów Piersi i Chirurgii Rekonstrukcyjnej, Narodowy Instytut Onkologii — Państwowy Instytut Badawczy w Warszawie

Wstęp. Potrójnie ujemny rak piersi jest najrzadziej występującym podtypem odpowiadając za 10–15% zachorowań. Rokowanie pacjentek z TNBC (*Triple Negative Breast Cancer*) w przypadku wystąpienia przerzutów odległych jest gorsze niż w przypadku innych podtypów. Do niedawna pacjentki mogły być leczone wyłącznie chemioterapią, a odpowiedzi na kolejne linie leczenia były krótkie. Od listopada 2022 roku w Polsce jest dostępne leczenie sacituzumabem govitekanem. Poniższe omówienie dotyczy pacjentek otrzymujących powyższą terapię w Klinice Nowotworów Piersi i Chirurgii Rekonstrukcyjnej Narodowego Instytutu Onkologii w Warszawie.

Materiał i metody. Zebrane dane dotyczyły 32 pacjentek z rozpoznaniem potrójnie ujemnego raka piersi w stadium uogólnienia, które otrzymywały sacituzumab govitekanem w ramach 2, 3 lub 4 linii leczenia z powodu choroby rozsianej. Chore otrzymały przynajmniej 2 kursy leczenia. Przyczyną zakończenia leczenia u wszystkich pacjentek była progresja choroby lub zgon.

Wyniki. Spośród całej grupy pacjentek 23 z nich otrzymało sacituzumab govitekanem w ramach 2 linii leczenia, mPFS w tej grupie wynosił 4,9 miesiąca. 8 pacjentek było leczonych w 3 linii — mPFS w tej grupie wynosił 7,3 miesiąca i tylko jedna chora otrzymywała leczenie w 4 linii. mPFS dla całej grupy wyniósł 5,3 miesiąca. Najczęściej występującym działaniem niepożądanym była neutropenia, która wystąpiła u większości pacjentek, w tym u 12 w stopniu 3 (36,4%), a u 7 w stopniu 4 (21,2%). Niedokrwistość występowała u 18 chorych (54,2%), a biegunka u 5 pacjentek (15,1%), w tym u 1 pacjentki w stopniu 4.

Omówienie. Dane własne Ośrodka potwierdzają wyniki badania ASCENT w kwestii PFS, natomiast częściej występowały działania niepożądane wynikające z supresji szpiku.

Lokalizacja zmian przerzutowych jako predyktor braku efektywności klinicznej inhibitorów EGFR u chorych z rozpoznaniem zaawansowanego raka płuca

Magdalena Knetki-Wróblewska, Kinga Winiarczyk, Katarzyna Zajda, Anna Janowicz-Żebrowska, Aleksandra Piórek, Sylwia Tabor, Magdalena Zaborowska-Szmit, Paweł Badurak, Marta Olszyna-Serementa, Piotr Jaśkiewicz, Piotr Chilczuk, Paweł Sobczuk, Adam Płuzański, Dariusz M. Kowalski, Magdalena Borucka, Zofia Lewandowska, Maciej Krzakowski

Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej — Curie Państwowy Instytut Badawczy w Warszawie

Wstęp. U chorych z rozpoznaniem zaawansowanego raka płuca z współistnieniem mutacji aktywujących w genie *EGFR* stosuje się inhibitory kinazy tyrozynowej EGFR (TKI EGFR). Pomimo znaczącej skuteczności leczenia w większości przypadków, u części chorych obserwuje się wczesne nawroty choroby.

Materiał i metody. Retrospektywna analiza chorych zakwalifikowanych do 1. linii leczenia w ramach codziennej praktyki. Porównania między grupami przeprowadzono za pomocą testu Chi2 i dokładnego testu Fishera. Zastosowano estymator Kaplana-Meiera z testem log-rank do porównań.

Wyniki. Do analizy włączono grupę 136 chorych. Kobiety stanowiły 78,7%, osoby po 70. roku życia — 37,5%. Mediany czasu przeżycia wolnego od progresji (PFS) i całkowitego (OS) w całej populacji wyniosły 17,9 miesięcy (95% CI 13,4–22,4) i 36,8 miesiąca (95% CI 27,4–46,2). Umieszczenie zmian nowotworowych, wraz z częstością występowania podsumowano w tabeli 1.

Tabela 1.

Lokalizacja	Częstość [%]
Liczne guzki w płucach (z guzem zasadniczym lub bez)	61
<i>Lymphangitis carcinomatosa</i>	31
Opłucna	39
Płyn w opłucnej	60,4
Płyn w osierdziu	11
Węzły chłonne śródpiersia	71
Węzły chłonne poza klatką piersiową	16
Wątroba	17
Układ kostny	40
Mózg	8,6
Nadnercza	7,4

W analizie jednoczynnikowej oceniającej wartość rokowniczą lokalizacji zmian obecność licznych drobnych guzków w mięszu płuc ($p = 0,005$), lymphangitis carcinomatosa ($p = 0,017$), obecność płynu w osierdziu ($p = 0,005$) oraz zajęcie węzłów chłonnych śródpiersia ($p = 0,006$) miały negatywny wpływ na PFS. Pozostałe czynniki były nieistotne. W analizie wieloczynnikowej zmienną istotną było zajęcie węzłów chłonnych śródpiersia — HR = 1,77; 95% CI 1,004–3,127.

Omówienie. Lokalizacja zmian przerzutowych u chorych na EGFR (+) NDRP może determinować wystąpienie wczesnej progresji choroby. Może to stanowić u części chorych wskazanie do modyfikacji podejścia terapeutycznego.

Wirtualne spotkania wielodyscyplinarne w opiece nad chorymi na mięsaki

Hanna Kosęła-Paterczyk¹, Patrycja Castaneda-Wysocka², Aneta Borkowska¹, Mateusz Spałek¹, Bartłomiej Szostakowski¹, Donata Makuła², Marcin Zdzienicki¹, Paweł Sobczuk¹, Piotr Rutkowski¹

¹Klinika Nowotworów Tkanek Miękkich, Kości i Czerniaków, Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie — Państwowy Instytut Badawczy w Warszawie

²Zakład Radiologii, Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie — Państwowy Instytut Badawczy w Warszawie

Wstęp. Mięsaki są heterogenną, rzadko występującą grupą nowotworów z ciągle rosnącą liczbą podtypów. Celem organizacji wirtualnych spotkań wielodyscyplinarnych jest pomoc ośrodka referencyjnego dla lekarzy onkologów w diagnostyce i doborze optymalnej terapii u leczonych przez nich chorych z rozpoznaniem mięsaków

Materiał i metody. Wirtualne MDT odbywają się co dwa tygodnie na platformie zoom. Zaproszenia na spotkanie rozsyłane są regularnie na tydzień przed spotkaniem. Przypadki pacjentów zgłaszane są razem z wynikami badań obrazowych zabezpieczonymi hasłem. Po spotkaniu wysyłany jest mail z wnioskami ze spotkania.

Wyniki. Pierwsze spotkanie odbyło się 7.10.2022. Dotąd omówiliśmy przypadki 187 pacjentów — 117 chorych z rozpoznaniem mięsaków tkanek miękkich, 21 chorych na mięsaki kości, 12 chorych na mięsaki przestrzeni zaotrzewnowej, 6 chorych na fibromatozę, 7 chorych na mięsaki macicy. U 24 chorych stwierdzono nie złośliwe guzy tkanek miękkich, albo raki. W konsekwencji spotkań MDT 51 chorych zostało osobiście skonsultowane/rozpoczęło leczenie w NIO-PIB w Warszawie, z czego 6 osobom zaproponowano udział w badaniu klinicznym, 62 chorych otrzymało chemioterapię paliatywną w ośrodku prowadzącym, 33 chorych przebyło radykalne leczenie chirurgiczne lub radioterapie w ośrodku prowadzącym. U 41 chorych podjęto inne decyzje, np. dalsza obserwacja, powtórzenie biopsji.

Omówienie. Konsultacje pomiędzy lekarzami z różnych ośrodków pomagają w usprawnieniu opieki nad pacjentami z rzadkimi nowotworami. Nie rzadko pozwala na oszczędzenie choremu konieczności samodzielnej konsultacji w ośrodku referencyjnym i otrzymanie leczenia w rejonowym ośrodku onkologicznym. Z drugiej strony takie spotkania ułatwiają też dostęp do leczenia pacjentom którzy wymagają leczenia w ośrodku referencyjnym, w tym ew. udział w badaniach klinicznych.

Ocena mutacji *BRCA1/2* u chorych na wczesnego raka piersi — wyniki praktyki klinicznej Breast Cancer Unit

Katarzyna Pogoda¹, Agata Bąk², Magdalena Czopowicz², Anna Bałata¹, Iwona Bilska¹, Hubert Pawlik², Magdalena Rosińska³, Ewa Szombara¹, Małgorzata Meluch¹, Agnieszka Młodzińska¹, Anna Górniak¹, Maria Wojda¹, Anna Majstrak-Hulewska¹, Zbigniew Nowecki¹, Andrzej Tysarowski⁴

¹Klinika Nowotworów Piersi i Chirurgii Rekonstrukcyjnej, Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie — Państwowy Instytut Badawczy w Warszawie

²Dział Narodowej Strategii Onkologicznej, Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie — Państwowy Instytut Badawczy w Warszawie

³Zakład Matematyki Onkologicznej, Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie — Państwowy Instytut Badawczy w Warszawie

⁴Zakład Diagnostyki Genetycznej i Molekularnej Nowotworów, Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie — Państwowy Instytut Badawczy w Warszawie

Wstęp. Potwierdzenie nosicielstwa mutacji *BRCA1/2* wpływa na dobór optymalnej terapii systemowej oraz miejscowej, dodatkowo ma znaczenie w profilaktyce chorób nowotworowych.

Materiał i metody. Retrospektywnie oceniono poddano kolejne chore na raka piersi w I–III stopniu zaawansowania, u których wykonano badanie germinalnych *mBRCA1/2* za pomocą sekwencjonowania nowej generacji (NGS) w latach 2018–2023. Analizie poddano rodzaj *mBRCA* uwzględniając biologiczny podtyp raka piersi, wiek pacjentek i stopień zaawansowania nowotworu.

Wyniki. Ocenie poddano 828 chorych, ich mediana wieku wyniosła 48 lat. Największą grupę stanowiły pacjentki z rakami luminalnymi (387 — 46,7%), następnie z rakami potrójnie ujemnymi (TNBC) (257 — 31,0%) i HER2-dodatnimi (184 — 22,2%). *mBRCA1/2* stwierdzono u 113 (13,6%) chorych, w tym *mBRCA1* u 82 (9,9%) i *mBRCA2* u 31 (3,7%) pacjentek. Mediany wieku chorych z *mBRCA1*, *mBRCA2* i bez *mBRCA1/2* wyniosły odpowiednio 44,5, 46 i 49 lat. Grupy nie różniły się stopniem zaawansowania raka piersi. Największy odsetek *mBRCA1/2* stwierdzono u chorych z TNBC (28,0%), a w rakach luminalnych i HER2-dodatnich był znacznie niższy (wyniósł odpowiednio 7,8% i 6,0%). U chorych na TNBC zdecydowanie częściej występowały *mBRCA1* niż *mBRCA2* (23,7% vs. 4,3%), a u chorych z rakami luminalnymi lub HER2-dodatnimi częstość *mBRCA1* i *mBRCA2* była podobna (odpowiednio: 3,9% vs. 3,9% oraz 3,3% vs. 2,7%).

W ciągu kolejnych lat liczba wykonywanych badań NGS znacznie się zwiększyła, w 2023 r. była 10 razy większa w porównaniu z 2018 r.

Omówienie. U 1 na 7 chorych stwierdzono *mBRCA1/2*, z największą częstością w grupie TNBC (1 na 4 chore). Liczba wykonywanych badań NGS znacznie zwiększała się każdego roku.

Ocena skuteczności terapii neoadjuwantowej czerniaka w codziennej praktyce klinicznej (RWE)

Anna M. Czarnecka¹, Piotr J. Błoński¹, Krzysztof Ostaszewski¹, Aneta Borkowska¹, Anna Terlecka¹, Anna Szumera-Ciećkiewicz², Piotr Rutkowski¹

¹Klinika Nowotworów Tkanek Miękkich, Kości i Czerniaków, Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie — Państwowy Instytut Badawczy w Warszawie

²Zakład Patologii, Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie — Państwowy Instytut Badawczy w Warszawie

Wstęp. Neoadjuwantowa terapia, a następnie operacja i terapia adjuwantowa dla miejscowo zaawansowanego lub potencjalnie resekcyjnego przerzutowego czerniaka poprawiają operacyjność i przeżycie w porównaniu z bezpośrednią operacją i leczeniem adjuwantowym zgodnie z wynikami badania NADINA które zaprezentowano na ASCO w tym roku.

Materiał i metody. Celem pracy było zweryfikowanie danych z badań klinicznych na podstawie rzeczywistych dowodów (RWE). Pacjenci byli leczeni z zamiarem radykalnym ze względu na granicznie resekcyjnego czerniaka w III lub IV st. zaawansowania. Przeżycie i medianę czasu wolnego od nawrotu obliczono metodą Kaplana-Meiera.

Wyniki. 47 pacjentów leczono inhibitorami BRAF/MEK (BRAFi/MEKi), a 14 immunoterapią anti-PD-1. Po leczeniu BRAFi/MEKi, 26% pacjentów osiągnęło całkowitą odpowiedź patologiczną (pCR), a 21% — bliską całkowitej odpowiedzi (near-pCR). Marginesy resekcji R0 osiągnięto w 87% przypadków. Mediana czasu do niepowodzenia leczenia wynosiła 22,2 miesiąca i była dłuższa u pacjentów z pCR/near-pCR (HR = 0,45; p = 0,024). 4-letni odsetek OS wynosił 64,8% dla pacjentów z pCR/near-pCR i 37,4% dla tych z pPR/pNR. Po neoadjuwantowej immunoterapii u 21% pacjentów osiągnęło pCR, u 14% near-pCR, a marginesy resekcji R0 u 71%. OS po 4 latach wynosiło 100% u pacjentów, którzy osiągnęli pCR, i 63,6% u tych, którzy nie uzyskali takiej odpowiedzi na leczenie neoadjuwantowe. Neoadjuwantowa terapia nie spowodowała żadnych nowych specyficznych powikłań chirurgicznych.

Omówienie. Potwierdziliśmy że kombinacja BRAFi/MEKi i immunoterapia anti-PD1 są skuteczne i bezpieczne w okołooperacyjnym leczeniu czerniaka. Całkowita lub prawie całkowita odpowiedź patologiczna na leczenie neoadjuwantowe jest markerem przeżycia wolnego od nawrotów u tych pacjentów.

Skuteczność leczenia chorych na uogólnionego HER2-dodatniego raka piersi — wyniki praktyki klinicznej Breast Cancer Unit

Katarzyna Pogoda¹, Agata Bąk², Magdalena Czopowicz², Renata Sienkiewicz¹, Elżbieta Brewczyńska¹, Hubert Pawlik², Małgorzata Meluch¹, Maria Wojda¹, Aleksandra Konieczna¹, Agnieszka Młodzińska¹, Iwona Bilaska¹, Anna Bałata¹, Ewa Szombara¹, Izabela Lemańska¹, Magdalena Rosińska³, Zbigniew Nowecki¹

¹Klinika Nowotworów Piersi i Chirurgii Rekonstrukcyjnej, Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie — Państwowy Instytut Badawczy w Warszawie

²Dział Narodowej Strategii Onkologicznej, Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie — Państwowy Instytut Badawczy w Warszawie

³Zakład Matematyki Onkologicznej, Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie — Państwowy Instytut Badawczy w Warszawie

Wstęp. Blokada HER2 znacznie poprawiła wyniki leczenia chorych na HER2-dodatniego raka piersi z przerzutami. Standardem postępowania w I linii leczenia jest schemat PTH. W kolejnych liniach stosuje się trastuzumab derukstekan (T-DXd), trastuzumab emtanzyny (T-DM1), lapatynib z kapecytabiną (Lapa-Kap).

Materiał i metody. Przeprowadzono retrospektywną ocenę chorych na uogólnionego HER2-dodatniego raka piersi poddanych terapii systemowej w okresie od stycznia 2016 r. do czerwca 2024 r. Przeprowadzono analizy ścieżek terapeutycznych, obliczono mediany czasu wolnego od progresji choroby (PFS) w poszczególnych liniach leczenia z podziałem na stosowane leki celowane. Obliczono odsetki chorych, które nie były leczone w kolejnych liniach.

Wyniki. Analizie poddano 423 pacjentów. Spośród nich 283 (66,9%) w I linii stosowało schemat PTH, 93 (22,0%) Lapa-Kap, a 47 (11,1%) T-DM1. Mediany PFS I linii wyniosły odpowiednio: 19,2, 7,0 i 6,3 miesiąca. Natomiast w przypadku stosowania leków w II linii mediany PFS wyniosły 6,7 i 7,7 miesiąca odpowiednio dla Lapa-Kap (59 chorych) i T-DM1 (127 chorych). T-DXd stosowano u 23 chorych w II i 26 chorych w III linii leczenia, nie osiągnięto jeszcze median PFS, natomiast 2-letnie odsetki PFS w tych liniach wyniosły odpowiednio 65% i 53%. Stwierdzono, że II i III linię anty-HER2 stosowano u 65% i 52% chorych.

Omówienie. Wyniki leczenia chorych w ramach praktyki klinicznej potwierdzają skuteczność terapii celowanych na poziomie podobnym do obserwowanego w badaniach rejestracyjnych poza nieco słabszymi wynikami T-DM1. Kolejnych linii leczenia nie stosowano u znacznego odsetka chorych. Najgorsze wyniki uzyskano u chorych, u których w I linii stosowano Lapa-Kap lub T-DM1.

Skuteczność leczenia chorych na uogólnionego ER-dodatniego HER2-ujemnego raka piersi — wyniki praktyki klinicznej Breast Cancer Unit

Katarzyna Pogoda¹, Hubert Pawlik², Magdalena Czopowicz², Agata Bąk², Anna Bałata¹, Małgorzata Meluch¹, Iwona Bilaska¹, Aleksandra Konieczna¹, Agnieszka Młodzińska¹, Maria Wojda¹, Ewa Szombara¹, Renata Sienkiewicz¹, Elżbieta Brewczyńska¹, Anna Górniak¹, Magdalena Rosińska³, Zbigniew Nowecki¹

¹Klinika Nowotworów Piersi i Chirurgii Rekonstrukcyjnej, Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie Państwowy Instytut Badawczy w Warszawie

²Dział Narodowej Strategii Onkologicznej, Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie — Państwowy Instytut Badawczy w Warszawie

³Zakład Matematyki Onkologicznej, Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie — Państwowy Instytut Badawczy w Warszawie

Wstęp. Wyniki leczenia chorych na hormonozależnego raka piersi znacznie poprawiły się w wyniku wprowadzenia inhibitorów CDK 4/6. Celem pracy była ocena skuteczności leczenia kolejnych linii u chorych na uogólnionego ER-dodatniego HER2-ujemnego raka piersi w ramach praktyki klinicznej.

Materiał i metody. Przeprowadzono retrospektywną ocenę kolejnych chorych, które w okresie od września 2019 r. do sierpnia 2023 r. rozpoczęły terapię inhibitorami CDK4/6 w I linii. Przeprowadzono analizy ścieżek terapeutycznych, obliczono mediany czasu wolnego od progresji choroby (PFS) w poszczególnych liniach leczenia z podziałem na stosowane grupy leków. Obliczono odsetki chorych, które leczono w kolejnych liniach.

Wyniki. Analizie poddano 531 chorych leczonych inhibitorami CDK 4/6 z powodu uogólnionego raka piersi. Mediana PFS terapii inhibitorami wyniosła 23,5 miesiąca. Leczenie inhibitorami CDK4/6 kontynuowało 255 (48%) pacjentów. Spośród pozostałych 277 chorych, które zakończyły terapię inhibitorami CDK 4/6, dalsze leczenie II linii stosowało 198 (71%) pacjentek. W ramach II linii najczęściej stosowano chemioterapię (49% — 98/198) lub samodzielną hormonoterapię (35% — 69/198). Mediany PFS terapii II linii wyniosły 4,1 i 5,3 miesiąca odpowiednio dla chemioterapii i hormonoterapii. Z kolei w III linii leczono tylko 44 (31%) chore, spośród tych, które miały progresję, a mediany PFS wyniosły 3,1 i 2,6 miesiąca odpowiednio dla chemioterapii i hormonoterapii.

Omówienie. Przeprowadzone analizy leczenia chorych w ramach praktyki klinicznej wskazują na niesatysfakcjonujące wyniki terapii po zakończeniu leczenia inhibitorami CDK4/6. U większości chorych mediany PFS w II i III linii wyniosły tylko kilka miesięcy. Co 3 chora nie stosowała II linii leczenia i tylko co 3 trzecia pacjentka stosowała III linię leczenia.

Skuteczność immunoterapii skojarzonej niwolumab + ipilimumab u pacjentów z rozpoznaniem zaawansowanego czerniaka po wcześniejszym leczeniu uzupełniającym

Katarzyna Kisielewska¹, Katarzyna Kozak¹, Paweł Teterycz¹, Łukasz Galus², Jacek Mackiewicz², Piotr Brandys³, Bożena Cybulska-Stopa⁴, Natasza Kempa-Kamińska⁴, Marcin Ziętek⁴, Justyna Żubrowska⁵, Robert Dziura⁵, Paweł Sobczuk¹, Anna M. Czarnecka¹, Piotr Rutkowski¹

¹Klinika Nowotworów Tkanek Miękkich, Kości i Czerniaków, Narodowy Instytut Onkologii im. M.Skłodowskiej-Curie — Państwowy Instytut Badawczy w Warszawie

²Klinika Onkologii Klinicznej i Doświadczalnej, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

³Klinika Onkologii Klinicznej, Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie — Państwowy Instytut Badawczy w Krakowie

⁴Oddział Onkologii Klinicznej/Chemioterapii, Dolnośląskie Centrum Onkologii, Pulmonologii i Hematologii we Wrocławiu

⁵Klinika Onkologii Klinicznej, Świętokrzyskie Centrum Onkologii w Kielcach

Wstęp. Immunoterapia niwolumab + ipilimumab (NIVO + IPI) wiąże się z najwyższym odsetkiem długotrwałych odpowiedzi oraz najlepszymi wskaźnikami przeżycia u chorych na zaawansowanego czerniaka. W praktyce schemat NIVO + IPI jest coraz częściej stosowany u chorych po niepowodzeniu terapii uzupełniającej. Celem pracy jest ocena skuteczności NIVO + IPI u pacjentów leczonych uzupełniająco inhibitorami BRAF/MEK lub przeciwciałami anty-PD-1.

Materiał i metody. Analizą objęto 75 chorych na czerniaka otrzymujących NIVO + IPI w okresie 01.2022–12.2023 w 5 ośrodkach onkologicznych w Polsce. Wszyscy pacjenci byli wcześniej leczeni uzupełniająco z powodu czerniaka w III/IV stopniu zaawansowania.

Wyniki. Średnia wieku wyniosła 52 lata. Kobiety stanowiły 34,7%, a osoby z mutacją BRAF V600 42,7% grupy. Większość chorych (83%) otrzymało w leczeniu uzupełniającym immunoterapię anty-PD-1. Chorobę miejscowo zaawansowaną miało 17,6% pacjentów, u pozostałych stwierdzono stopień IV. Mediana czasu obserwacji wyniosła 13 miesięcy. Wskaźnik obiektywnej odpowiedzi (ORR) wyniósł 21,3% i był liczbowo wyższy u pacjentów, którzy nie otrzymywali wcześniej immunoterapii (23,7%) w porównaniu z chorymi po anty-PD-1 (20%). Mediana czasu wolnego od progresji (mPFS) wyniosła 5,7 miesiąca (95% CI 3,1–9,7) i była nieznacznie dłuższa u chorych leczonych uzupełniająco inhibitorami BRAF/MEK (11,1 vs. 3,9 miesiąca; $p = 0,4$). Wskaźnik przeżycia całkowitego (OS) po 12 miesiącach wyniósł 62% (95% CI 51–75). Zdarzenia niepożądane związane z leczeniem (TRAE) stopnia 3/4 zaobserwowano u 26,7% pacjentów.

Omówienie. Skuteczność NIVO + IPI u chorych otrzymujących wcześniej leczenie uzupełniające wydaje się niższa niż obserwowana w badaniu rejestracyjnym. Szczególnie trudne rokowanie mają chorzy z nawrotem po immunoterapii adjuwantowej, u których nawrót może wskazywać na oporność na dalsze leczenie immunokompetentne.

Immunoterapia w leczeniu *Eccrine porocarcinoma* w stadium rozsiewu

Jędrzej Żukowski, Hanna Koseła-Paterczyk

Klinika Nowotworów Tkanek Miękkich, Kości i Czerniaków, Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie — Państwowy Instytut Badawczy w Warszawie

Wstęp. *Eccrine porocarcinoma* jest bardzo rzadkim nowotworem złośliwym skóry, wywodzącym się z przewodów wyprowadzających gruczołów potowych, mogący dawać przerzuty. Poniżej opisano przypadek pacjenta, u którego po włączeniu immunoterapii obserwowano regresję przerzutów do płuc.

Opis przypadku. 53-letni pacjent z powodu guza okolicy nadobojczykowej prawej został poddany dwukrotnie leczeniu operacyjnemu. W badaniu histopatologicznym rozpoznano *Eccrine porocarcinoma invasivum cutis*, pT1. Z powodu podejrzenia przerzutów do węzłów chłonnych pachowych pacjent (ECOG: 1) został poddany limfadenektomii a następnie radioterapii uzupełniającej na ten obszar. W kontrolnej tomografii komputerowej opisano podejrzenie przerzutów do płuc. Włączono chemioterapię: 7 kursów wg schematu CAV oraz 3 kursy wg schematu PE. Pacjentowi wykonano biopsję zmian w płucach wraz z metastazektomią guzków płuca lewego. Po dwóch latach obserwacji z powodu wzrostu zmian o typie meta w płucach ponownie włączono chemioterapię wg schematu PE. Po trzynastu kursach w tomografii komputerowej opisano stabilizację choroby. Z powodu ponownego wzrostu zmian w płucach w marcu 2023 r. podjęto próbę włączenia choremu immunoterapii (pembrolizumabu) w ramach ratunkowego dostępu do technologii lekowych. W badaniu immunohistochemicznym stwierdzono ekspresję PD-L1 w około 1% komórek raka, co pozwoliło zastosować leczenie. Po 11 kursach w tomografii komputerowej opisano regresję zmian meta. Pacjent kontynuuje immunoterapię bez toksyczności leczenia. W badaniach obrazowych utrzymuje się odpowiedź na leczenie.

Omówienie. Powyższy przypadek przedstawia pacjenta z rozpoznaniem bardzo rzadkiego nowotworu skóry leczonego immunoterapią. Przypadek ten pokazuje, że zawsze warto rozpatrywać wszystkie możliwe metody terapeutyczne.

Pytania. 1. *Eccrine porocarcinoma* — czy zawsze wymaga wykonania badania immunohistochemicznego?

2. Kiedy powinniśmy pomyśleć o włączeniu immunoterapii u pacjentów z rzadkimi nowotworami skóry?

Skuteczne zastosowanie immunoterapii w przebiegu zaawansowanego czerniaka skóry u biorcy przeszczepu nerki

Daria Tusień-Małecka

Klinika Onkologii Klinicznej i Doświadczalnej, Instytut Onkologii, Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu

We wrześniu 2021 roku 70-letni mężczyzna zgłosił się do poradni onkologicznej po biopsji wycinającej skóry pleców, na podstawie której rozpoznano czerniaka w stadium zaawansowania pT4b. W wyniku badania przedmiotowego oraz badania USG węzłów chłonnych wysunięto podejrzenie zmian przerzutowych w prawym dole pachowym. Po wykonaniu biopsji aspiracyjnej cienkoigłowej (potwierdzenie przerzutów czerniaka) wykonano limfadenektomię pachową prawostronną — zajęte 2/9 węzłów chłonnych oraz obecne ogniska satelitarne. Stadium zaawansowania określono na IIID = pT4b pN3c. W badaniu molekularnym nie wykryto mutacji BRAF V600. Ponadto: 30.11.2017 allogeniczne przeszczepienie nerki z powodu wielotorbielowatości — immunosupresyjnie: prednizon 10 mg oraz mycofenolan mofetylu 2 × 1,0 g. Chory kwalifikował się do systemowego leczenia uzupełniającego, jednak z uwagi na ryzyko odrzucenia nerki przeszczepionej, nie wyraził na to zgody, pozostawał w obserwacji. 17.05.2022 PET uwidoczniał rozsiew do mięśni grzbietu, węzłów chłonnych i kości. W biopsji tkanek grzbietu potwierdzono naciek czerniaka. Pacjent pozostawał w stanie ogólnym dobrym, WHO-1. 01.06.2024 chorego zakwalifikowano do immunoterapii pembrolizumabem w dawce 200 mg co 3 tyg. PET z 14.05.2024 wykazał całkowitą remisję czerniaka. U chorego rozpoczęto „wakacje terapeutyczne” — przerwę w leczeniu immunoterapią z możliwością wznowienia leczenia w chwili stwierdzenia progresji choroby. Przez cały okres leczenia pacjent pozostawał pod ścisłą opieką nefrologiczną, parametry nerkowe pozostawały w granicach normy, nie wykazano cech odrzucenia przeszczepionego narządu.

Pytania. 1. Jak duże jest ryzyko odrzucenia przeszczepionego narządu i czy zmienia się w czasie stosowania immunoterapii?

2. Czy wszystkie inhibitory punktów kontrolnych mają taki sam potencjał wywołania odrzucenia narządu przeszczepionego?

3. Jaka jest skuteczność immunoterapii w przypadku przewlekłej immunosupresji u biorców narządów?

4. Na jakie nowotwory szczególnie narażeni są biorcy narządów?

Szukanie igły w stogu siana — wykorzystanie rzadkich zaburzeń molekularnych w raku jelita grubego na przykładzie fuzji ALK-CAD

Maciej Kawecki, Lucjan Wyrwicz

Klinika Onkologii i Radioterapii, Narodowy Instytut Onkologii w Warszawie

61-letni chory na przerzutowego raka jelita grubego zgłosił się 12/2023 do Narodowego Instytutu Onkologii w Warszawie celem ustalenia dalszego postępowania z powodu wyczerpania standardowych opcji terapeutycznych. U chorego wykonano w 01/2022 hemikolektomię prawostronną w trybie pilnym z powodu niedrożności przewodu pokarmowego (hist.-pat.: *adenocarcinoma* G3 pT4aN2b R0). PET-CT wykazało liczne zmiany przerzutowe w płucach i wątrobie. Badania molekularne nie wykryły mutacji KRAS/NRAS/BRAF, ani niestabilności mikrosatelitarnej. W I rzucie leczenia paliatywnego od 03/2022 chory otrzymał FOLFIRI + cetuksymabem z PD w I kontrolnym TK, a następnie od 07/2022 leczenie II linii FOLFOX + bewacyzumab, także z PD w I ocenie kontrolnej. Na tym etapie zakwalifikowany do badania klinicznego, otrzymał od 02/2023 3 cykle leczenia regorafenibem z progresją w I ocenie kontrolnej. Kolejnymi liniami leczenia była triflurudyny z tipiracylem (2 cykle od 06/2023 z progresją w I ocenie), kapecytabina (3 cykle od 09/2023 z progresją w I ocenie) oraz oksaliplatyna w monoterapii, otrzymywana od 11/2023 do momentu konsultacji w NIO. W 12/2023 wykonano u chorego sekwencjonowanie nowej generacji, w którym wykryto fuzję ALK-CAD. Z uwagi na progresję w TK wykonanym w 01/2024, chorego zakwalifikowano do leczenia alektynibem w mechanizmie RDTL. W pierwszej ocenie TK wykonanej w 03/2024 uzyskano częściową odpowiedź (PR) wg RECIST 1.1. Kontynuowano leczenie i potwierdzono odpowiedź PR w TK z 06/2024. Zastosowany w VII linii leczenia alektynib jest pierwszą terapią, która u opisanego chorego dała kontrolę choroby i odpowiedź radiologiczną. Powyższy przypadek pokazuje korzyści, jakie część chorych może odnieść z zastosowania sekwencjonowania nowej generacji.

Rzadki przypadek czerniaka o nieznanym punkcie wyjścia z przerzutami do mięśnia sercowego — trudności diagnostyczne i terapeutyczne

Magdalena Zielińska^{1,2}, Piotr Błoński^{1,2}, Krzysztof Ostaszewski¹, Anna Czarnecka¹, Piotr Rutkowski¹

¹Klinika Nowotworów Tkank Miękkich, Kości i Czerniaków, Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie — Państwowy Instytut Badawczy w Warszawie

²Wydział Lekarski, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Wstęp. Najczęstsze lokalizacje przerzutów czerniaka to skóra, płuca, OUN i wątroba. Czerniaki z nieznanego ogniska pierwotnego stanowią 3% przypadków a w zakresie terapii powinny być traktowane jak czerniaki skóry.

Opis przypadku. 66-letnia kobieta zgłosiła się do szpitala rejonowego z powodu bólu w klatce piersiowej i pogorszenia wydolności od 4 miesięcy. W echo serca opisano 55 mm guza lewej komory serca. Wstępna analiza histopatologiczna usuniętego guza nasunęła podejrzenie mięsaka maziówkowego, a 2 tygodnie po operacji badanie PET CT potwierdziło 20 mm zmianę resztkową w mięśniu serca, bez przerzutów odległych. Chora nie kwalifikowała się do reoperacji. Kolejne badanie histopatologiczne wykluczyło wstępne rozpoznanie, a za prawdopodobne rozpoznanie uznano złośliwego guza osłonek obwodowych (MPNST) oraz czerniaka. Finalnie rozpoznano czerniaka BRAF(-) o nieznanym punkcie wyjścia. Chora rozpoczęła leczenie pembrolizumabem w dawce 200 mg w cyklach co 3 tygodnie. Po zaledwie 3 cyklach uzyskano całkowitą remisję (CR) zmiany w sercu. Remisja utrzymywała się po 27 cyklach pembrolizumabu. Leczenie prowadzono z przerwami z powodu toksyczności stopnia 2 dotyczących skóry, wątroby, trzustki i płuc. Pacjentka rozpoczęła wakacje terapeutyczne, a 32 miesiące po ich rozpoczęciu nadal pozostaje w remisji (26.06.2024).

Omówienie. Ze względu na trudności diagnostyczne chorych z podejrzeniem mięsaka, po biopsji należy kierować do ośrodków referencyjnych. Decyzje o leczeniu powinny być podejmowane na przez zespoły wielodyscyplinarne w oparciu o wyniki badań uzupełnione o odpowiednie badanie genetyczne NGS.

Pytania. 1. Jakie są główne wyzwania diagnostyczne związane z rozpoznawaniem przerzutów do serca?

2. Czy obecność przerzutów do serca zwiększa toksyczność leczenia immunoterapią?

Zespół Guillaina-Barrego jako powikłanie chemioimmunoterapii u chorego z rozpoznaniem rakiem płaskonabłonkowym płuca

Kinga Winiarczyk

Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie — Państwowy Instytut Badawczy w Warszawie

71-letni chory z rozpoznaniem rakiem płaskonabłonkowym płuca prawego CS IIIB zdyskwalifikowany od leczenia radykalnego z uwagi na rozpad w guzie, bez obciążenia internistycznych w stanie sprawności ECOG1 z wywiadem raka stercza w 2015 r. Z uwagi na niską ekspresję PD-L1 wynoszącą 3% chory został zakwalifikowany do chemioimmunoterapii. W dniu 27.02.2024 otrzymał 1. kurs wg schematu karboplatyna + paklitaksel + niwolumab + ipilimumab. Tydzień po podaniu u chorego wystąpiły zmiany skórne na podłożu rumieniowym, swędzące na dłoniach, podudziach i tułowiu. Po konsultacji z dermatologiem rozpoznano wyprysk włączono lek o działaniu przeciwhistaminowym oraz miejscowo preparaty z kwasem mlekowym. Uzyskano ustąpienie objawów chorego w dniu 19.03.2024 otrzymał 2 kurs. Po tygodniu zaobserwował znaczne osłabienie kończyn dolnych głównie po stronie prawej oraz przeczuylicę w zakresie kończyn dolnych, rąk oraz skóry owłosionej głowy. Z uwagi na nasilenie objawów chorego był hospitalizowany w Oddziale Neurologii gdzie w wyniku prowadzonej diagnostyki: MR OUN, EMG oraz nakłucie łądźwiowe z oceną płynu mózgowo-rdzeniowego rozpoznano Zespół Guillaina-Barrego. W leczeniu stosowano puls z Solu-Medrolu w łącznej dawce 3,5 g uzyskując zmniejszenie dolegliwości oraz poprawę kliniczną. Ponadto rozpoznano nadczynność tarczycy do leczenia włączono Thyrozol w dawce łącznej 30 mg. W ocenie TK po 2 kursach uzyskano PR wg RECIST1.1. Z uwagi na toksyczność neurologiczną zakończono leczenie.

Pytania. 1. Jakie powinno być postępowanie w przypadku zmian skórnych?

2. Jaką diagnostykę przeprowadzić u chorego zgłaszającego osłabienie siły mięśniowej i parestezje?

3. Czy powinno się kontynuować leczenie u chorego u którego doszło do rozwoju powikłań neurologicznych?

Łagodny przerzutowy mięśniak gładkokomórkowy płuca u kobiety po menopauzie: opis przypadku

Aleksandra Piórek¹, Adam Płuzański¹, Piotr Wiśniewski², Sylwia Tabor¹, Kinga Winiarczyk¹, Magdalena Knetki-Wróblewska¹, Dariusz Kowalski¹, Maciej Krzakowski¹

¹Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie — Państwowy Instytut Badawczy w Warszawie

²Wojskowy Instytut Medyczny, Państwowy Instytut Badawczy w Warszawie

Opis przypadku. Stan chorego: Pacjentka, 65-letnia kobieta po menopauzie, zgłosiła się z silnym bólem w okolicy łądźwiowej, bioder i ud, co znacznie ograniczało jej ruchomość. Tomografia komputerowa klatki piersiowej wykazała obecność guza w segmencie 9/10 prawego płuca oraz naciek z patologicznym złamaniem ósmego żebra i destrukcją kręgu L2. MRI odcinka łądźwiowego kręgosłupa potwierdziło złamanie kompresyjne trzonu kręgu L2 z wgłębieniem fragmentu do kanału kręgowego, zwężenie kanału kręgowego i ucisk na worek oponowy.

Diagnostyka: Badania histopatologiczne i immunohistochemiczne przeprowadzone na materiale z biopsji guza płuca wykazały obecność przerzutowego łagodnego mięśniaka gładkokomórkowego (PBML, *pulmonary benign metastasizing leiomyoma*), z pozytywną ekspresją aktywnych mięśni gładkich (SMA), desminy i receptorów estrogenowych (ER), oraz niskim wskaźnikiem Ki-67.

Leczenie: Chora przeszła terapię paliatywną radioterapię, jednakże jednorazowa dawka 800 cGy nie przyniosła znaczącej poprawy klinicznej. Zastosowano blokadę sterydową z dobrym efektem, a następnie wykonano laminektomię L2 ze stabilizacją od Th12 do L4. Pomimo prób terapii hormonalnej (medroksyprogesteron, analog GnRH, inhibitor aromatazy, megestrol) obserwowano progresję choroby. Chora została skierowana do opieki paliatywnej, gdzie zmarła po czterech miesiącach.

Pytania. 1. Jakie są optymalne strategie diagnostyczne i terapeutyczne dla PBML w zaawansowanym stadium?

2. Jakie są potencjalne mechanizmy patofizjologiczne odpowiedzialne za przerzuty łagodnych mięśniaków macicy do płuc?

3. Jakie są najlepsze opcje terapeutyczne dla PBML, które mogłyby być skuteczne w przypadkach opornych na standardowe leczenie hormonalne?

Toksyczność ozymertynibu — czy wiemy o niej wszystko?

Aleksandra Piórek, Adam Płuzański, Kinga Winiarczyk, Magdalena Knetki-Wróblewska, Sylwia Tabor, Dariusz Kowalski, Maciej Krzakowski

Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie — Państwowy Instytut Badawczy w Warszawie

Stan chorego: Chora, lat 73, z rozpoznaniem raka gruczołowego płuca (CS IV) z przerzutami do kości. Badania wykazały mutację EGFR (del w ex 19). Przed rozpoczęciem leczenia ozymertynibem, chora jedynie okresowo skarżyła się na chrypkę (stan sprawności ECOG 1). Diagnostyka: W trakcie leczenia ozymertynibem, pojawiły się objawy skórne (wysypka, paronychia) oraz biegunka, które były klasyfikowane według skali CTCAE odpowiednio na stopień 3 i 2. Wykonano konsultację dermatologiczną, a także biopsję skóry, która wykazała obecność zmian skórnych związanych z podostrym toczeniem rumieniowatym (SCLE).

Leczenie: Chora przyjmowała ozymertynib w dawce 80 mg/dobę, jednak z powodu wystąpienia toksyczności skórnej i innych objawów, dawka została zredukowana do 40 mg/dobę. Wprowadzono leczenie wspomagające w postaci maści sterydowych, doxycykliny oraz leków przeciwhistaminowych. W celu kontrolowania biegunki stosowano loperamid. W związku z podejrzeniem toczenia polekowego przerwano terapię TKI. Chora otrzymała arachin i encorton z poprawą. Po ponownym włączeniu leczenia celowanego objawy skórne powróciły w znacznym nasileniu. Zakończono leczenie ozymertynibem. W badaniu tomografii komputerowej po zakończeniu leczenia onkologicznego stwierdzono progresję choroby podstawowej oraz zmiany śródmiąższowe w płucach mogące odpowiadać toksyczności płucnej ozymertynibu. Zmiany zapalne w płucach nie były opisywane wcześniej. Pojawiły się dopiero po zakończeniu leczenia ozymertynibem.

Pytania. 1. Jakie są optymalne strategie zarządzania toksycznością skutną u pacjentów leczonych ozymertynibem?

2. SCLE jako toksyczność ozymertynibu.

3. Jakie są alternatywne terapie dla pacjentów z mutacją EGFR, którzy doświadczają znacznych działań niepożądanych podczas leczenia ozymertynibem?

4. Jakie są długoterminowe skutki uboczne stosowania ozymertynibu? Czy i jak należy je monitorować?

Opis przypadku: leczenie radykalne raka płaskonabłonkowego o nieznanym ognisku pierwotnym — choroba oligometastatyczna

Barbara Szladowska

Narodowy Instytut Onkologii — Państwowy Instytut Badawczy w Warszawie

77-letnia pacjentka w stanie ogólnym dobrym, ECOG 1, z występującymi od lat bólami kręgosłupa, podbrzusza, została skierowana do onkologa po stwierdzeniu nieprawidłowości w USG jamy brzusznej.

Zlecono badanie TK, które uwidocznilo guz w topografii odbytnicy i mezorektum o morfologii torbielowato-litej z limfadenopatią biodrową.

Wykonano kolonoskopię: w odbytnicy wpuklająca się do światła zmiana podśluzówkowa pokryta obrzękniętą błoną śluzową. Pobrano biopsję drążącą — bez zmian patologicznych.

MR miednicy uwidocznilo w obrębie mezorektum niejednorodny dobrze odgraniczony guz, przylegający i modelujący (naciekający?) ściany odbytnicy, przyleganie do powięzi mezorektum; dwa podobne guzy do przodu od podziału tętnicy biodrowej — obraz patologicznych węzłów chłonnych.

W wycinkach pobranych w trakcie endoskopowej ultrasonografii rak płaskonabłonkowy nierogowaciejący.

Poszerzono diagnostykę o TK całego ciała, poza guzem miednicy stwierdzono również pogrubienie tkanek stropu i ścian nosogardzieli, zmiany naciekowe rozciągające się do ustnej części gardła, znaczne pogrubienie tkanki limfoidalnej u podstawy języka, z zajęciem dolinki nagłośniowej.

Wykonano fiberoskopię: śluzówka nosogardła zaczerwieniona, uwypuklona tylna ściana nosogardła — przetrwały migdałek gardłowy, nasada języka przerośnięta, przerost migdałka językowego. W histopatologii prawidłowa błona śluzowa.

Decyzją MDT zastosowano leczenie skojarzone: dwa kursy chemioterapii indukcyjnej PF (cisplatyna + fluorouracyl), i radiochemioterapię (dawka całkowita 50,4/60,2 Gy + 2 kursy PF).

Podczas leczenia dwukrotnie wystąpiło omdlenie z utratą przytomności. Wykonano Holter EKG — napadowy blok przedsionkowo-komorowy II st. typu 2. Pacjentka wymagała wszczęcia układu stymulującego.

W kontrolnej TK po leczeniu bardzo dobra odpowiedź na leczenie w zakresie wszystkich zmian.

Pytania. 1. Czy na etapie diagnostyki wskazane byłoby badanie PET?

2. Czy zasadna byłaby resekcja zmian resztkowych?

3. Czy zaburzenia rytmu w trakcie chemioterapii są istotnym problemem klinicznym?

Nadciśnienie wrotne jako rzadkie powikłanie chemioterapii u chorej na zaawansowanego raka trzustki

Agnieszka Kalita, Magdalena Sikora-Skrabaka, Maria Dąbrowska, Andrzej Witkoś

WSS nr 4 w Bytomiu

68-letnia chora (ECOG 0) zgłosiła się od Oddziału Onkologii celem diagnostyki zmiany guzowej trzonu trzustki. W ramach hospitalizacji wykonano MR jamy brzusznej, w którym uwidoczono naciekającą zmianę guzową trzonu trzustki, powiększone węzły chłonne, wszczepy otrzewnowe oraz płyn, a także zrobiono biopsję, gdzie komórki raka gruczołowego. Indeks proliferacyjny Ki67 w komórkach nabłonkowych wysoki. Barwienia na komórki endokryne (CD56, synaptofizyna) ujemne. Chorą zakwalifikowano w sierpniu 2021 r. do leczenia nab-paklitaksemem i gemcytabiną w programie lekowym MZ. Chora otrzymała 14 cykli chemioterapii z dobrą tolerancją. W czerwcu 2022 r. TK jamy brzusznej i miednicy progresja choroby. Włączono chemioterapię 2 linii FOLFIRINOX. Po 9 cyklu objawy polineuropatii G1, po 12 cyklu trombocytopenia G2, a w TK cechy nadciśnienia wrotnego: splenomegalia, krążenie oboczne, żyła wrotna i żyła śledzionowa poszerzone, drożne. Z uwagi na podejrzenie zakrzepicy zwiększono HDCz do dawki terapeutycznej. Po 29 cyklu polineuropatia G3 i małopłytkowość G2, kontynuacja schematu bez oksaliplatyny. Kilukrotnie próbowano wrócić do oksaliplatyny w dawce zredukowanej po zmniejszeniu objawów polineuropatii do stopnia G1 i uzyskaniu liczby płytek krwi w granicach 100 tys., jednakże ostatecznie od 38 cyklu chora nie otrzymuje oksaliplatyny. W kolejnych kontrolnych TK utrzymująca się CR oraz narastanie cech nadciśnienia wrotnego, bez reakcji na leczenie przeciwkrzepliwe, co pozwoliło wykluczyć przyczyny zatorowo-zakrzepowe. Wykluczono również inne przyczyny nadciśnienia wrotnego. W literaturze opisywane są pojedyncze przypadki idiopatycznego nadciśnienia wrotnego jako powikłanie terapii oksaliplatyny.

Obecnie chora (ECOG 0) otrzymała 41 cykli FOLFIRINOXu. Z uwagi na utrzymującą się CR oraz narastające cechy nadciśnienia wrotnego w badaniach obrazowych zdecydowano o zakończeniu chemioterapii od dnia 14.06.2024 i obserwacji.

Autoimmunologiczne zapalenie mózgu jako powikłanie immunoterapii — opis przypadku

Magdalena Sikora-Skrabaka, Maria Dąbrowska, Agnieszka Kalita, Angelika Kulig, Ewa Nowakowska-Zajdel

Oddział Onkologii Klinicznej, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 4 w Bytomiu

62-letni chory z rozpoznaniem raka drobnokomórkowego płuca prawego CSIV (płyn w j. opłucnej, obserwacja w kierunku meta do wątroby) we wrześniu 2023 roku rozpoczął I linię leczenia systemowego w oparciu o atezolizumab i chemioterapię KE. W momencie rozpoczęcia leczenia w stanie dość dobrym (ECOG 1), z dolegliwości zgłaszał osłabienie, duszność wysiłkowa, bóle po prawej stronie klatki piersiowej. Chory leczenie tolerował dobrze, w pierwszej ocenie uzyskano PR. Po 4 cyklach leczenia skojarzonego, kontynuował immunoterapię. Po 5 cyklu leczenia chory zgłosił się w trybie pilnym na IP z powodu narastających od ok. tygodnia zaburzeń zachowania, orientacji i kontaktu. W wykonanym w trybie pilnym TK głowy nie stwierdzono meta do OUN, w badaniach lab. bez zaburzeń elektrolitowych. Chorego konsultowano neurologicznie, psychiatrycznie. W trakcie hospitalizacji obserwowano postępujące zaburzenia świadomości, orientacji auto i allopsychicznej. W wykonanym MR głowy — niejednoznaczne obszary restrykcji dyfuzji w obu płatach skroniowych ($P > L$). Wysłunięto podejrzenie immunologicznego zapalenia mózgu. Do leczenia włączono metyloprednizolon w dawce 1 g dożylnie, uzyskując stopniową poprawę stanu chorego. Pacjenta przekazano do dalszej diagnostyki do O. Neurologii. Wykonano m.in. badanie płynu mózgowo-rdzeniowego: limfocytoza 100%, p/ciała onkoneuronalne anty-Ri (+). W kontrolnym badaniu MR obserwowano zmniejszenie się zmian. Po leczeniu stan pacjenta poprawił się, utrzymywały się jednak zaburzenia neurologiczne pod postacią: zaburzeń pamięci świeżej, asymetrii szpar powiekowych $P > L$, oczopląsu przy patrzeniu do boków, двоjenia przy patrzeniu w lewo, ośrodkowego uszkodzeniem n.VII prawego, dysfunkcji piramidowej prawostronnej.

W związku z wystąpieniem immunologicznego zapalenia mózgu zakończono immunoterapię. Pacjenta skierowano do obserwacji w poradni onkologicznej oraz dalszego leczenia w poradni neurologicznej.

Leczenie raka piersi — wyzwanie diagnostyczne i terapeutyczne. Rola ponownej oceny immunohistochemicznej w prowadzeniu leczenia paliatywnego

Magdalena Sikora-Skrabaka, Agnieszka Kalita, Maria Dąbrowska, Andrzej Witkoś, Ewa Nowakowska-Zajdel

Oddział Onkologii Klinicznej, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 4 w Bytomiu

Obecnie 56-letnia kobieta leczona z powodu luminalnego B, HER2 ujemnego raka piersi lewej od 2009 roku. Wówczas przeprowadzono mastektomię z limfadenektomią (pT1N2M0) z uzupełniającą chemioterapią, radioterapią i hormonoterapią. W 2013 roku stwierdzono rozsiew do kości. Chora wymagała stabilizacji kości udowej prawej — w pobranym materiale potwierdzono pierwotny podtyp raka piersi. Włączono hormonoterapię 2-go rzutu. Wobec progresji po niespełna 3 m-cach leczenia rozpoczęto chemioterapię wg FEC (6 cykli), następnie paklitaksel cotygodniowy, a także bisfosfoniany. W marcu 2014 ze względu na polineuropatię G3 zakończono leczenie paklitaksellem (20 cykli). Pacjentka zakwalifikowana do hormonoterapii fulwestrantem. W październiku 2015 roku stwierdzono progresję choroby — włączono chemioterapię w oparciu o kapecytabinę. Ze względu na uporczywe wymioty po 1 cyklu zamieniono na winorelbinę. Po 2 cyklu pacjentka hospitalizowana z powodu neuropatii z zakresu n. trójdzielnego G3. Podjęto ponowną próbę włączenia kapecytabiny z profilaktyką p/wymiotną. Otrzymała 85 cykli leczenia (do lutego 2022 r.). Po stwierdzeniu progresji w. chłonnych przy naczyniach biodrowych prawych wykonano biopsję potwierdzając przerzut luminalnego B raka piersi. Otrzymała 11 cykli chemioterapii KG. W styczniu 2023 ze względu na progresję kliniczną zdecydowano o włączeniu paklitakselu. W lipcu 2023 roku w związku z kolejną progresją kliniczną pacjentka zakwalifikowana do leczenia rybocyklibem z fulwestrantem (finansowanie własne — chora nie spełniała kryteriów włączenia do programu lekowego). W grudniu 2023 roku stwierdzono zmiany meta w wątrobie. Wykonano biopsję ponownie potwierdzając przerzut raka piersi luminalnego B, HER 2 ujemnego. Oznaczono PIK3CA-ujemny oraz wysłano materiał do oceny fuzji NTRK — wynik w toku. Obecnie wobec wyczerpania możliwości terapeutycznych pacjentka (ECOG 2) leczona objawowo.

Naciekający rak pęcherza moczowego u młodej chorej bez obciążającego wywiadu rodzinnego

Magdalena Grabiec¹, Magdalena Krakowska², Marcin Orczykowski³, Aleksandra Socha¹, Piotr Potemski²

¹Klinika Chemioterapii Nowotworów, WWCOiT im. M. Kopernika w Łodzi

²Klinika Chemioterapii Nowotworów, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

³Poradnia Genetyczna Genos w Łodzi

W październiku 2023 roku 27-letnia chora na raka pęcherza moczowego w III stopniu zaawansowania została przyjęta do Kliniki Chemioterapii Nowotworów WWCOiT im. M. Kopernika w Łodzi celem określenia dalszego postępowania. Pacjentka od kilku lat zgłaszała objawy nadreaktywnego pęcherza i leczyła się z powodu nawracających infekcji dolnych dróg moczowych. Przy przyjęciu do oddziału pacjentka była w stanie sprawności WHO PS0, bez istotnych chorób współistniejących i dolegliwości. W wywiadzie rodzinnym nie stwierdzono chorób nowotworowych. Przed przyjęciem do oddziału, we wrześniu 2023 roku u chorej wykonano cystoskopię i TURBT z powodu guza pęcherza moczowego. Na podstawie badania histopatologicznego rozpoznano naciekającego raka urotelialnego o dużym stopniu złośliwości. W rezonansie magnetycznym miednicy mniejszej i tomografii komputerowej klatki piersiowej, jamy brzusznej i miednicy w październiku 2023 roku zobrazowano guz pęcherza moczowego oraz podejrzane o przerzuty regionalne węzły chłonne. Chorą zakwalifikowano do neoadiuwantowego leczenia systemowego schematem high-density M-VAC. Pacjentka została też objęta opieką poradni genetycznej. Otrzymała 6 cykli, które dobrze tolerowała. Przedoperacyjne leczenie zakończono w styczniu 2024 roku. Uzyskano wynik badań genetycznych stwierdzających obecność patogennego wariantu genu *ATM*. W lutym bieżącego roku chora przeżyła robotyczną cystektomię radykalną. W materiale pooperacyjnym nie znaleziono komórek nowotworowych. Z tego względu nie zastosowano uzupełniającego leczenia niwolumabem. Chora w bardzo dobrym stanie pozostaje pod opieką poradni onkologii ogólnej, poradni urologicznej i poradni genetycznej.

Izolowany hipogonadyzm hipergonadotropowy jako powikłanie immunoterapii uzupełniającej chorego z czerniakiem skóry

Edyta Hunia-Prejsnar, Piotr Bieleń

Szpital Specjalistyczny w Brzozowie, Podkarpacki Ośrodek Onkologiczny im. Ks. B. Markiewicza w Brzozowie

Pacjent 62-letni, w stanie sprawności ECOG-0, z czerniakiem skóry okolicy skroniowej w stopniu zaawansowania pT3bN1M0, po usunięciu ogniska pierwotnego z radykalizacją zmiany oraz po zmodyfikowanej radykalnej limfadenektomii szyjnej prawostronnej został zakwalifikowany do uzupełniającej immunoterapii z wykorzystaniem niwolumabu (240 mg we wlewie dożylnym w odstępie 14 dniowym). Chory zgłosił się w terminie trzeciego cyklu leczenia ze znacznym osłabieniem, zmniejszeniem siły mięśniowej kończyn górnych i dolnych. Ze względu na utrzymujące się dolegliwości, pacjenta skonsultowano endokrynologicznie. Zgodnie z zaleceniami wykonano panel badań hormonalnych — oznaczono CPK, kortyzol, testosteron, TSH, FSH, LH oraz prolaktynę. Ze względu na podejrzenie hipogonadyzmu hipergonadotropowego skierowano na dalszą diagnostykę na Oddział Chorób Wewnętrznych, gdzie potwierdzono rozpoznanie. Stwierdzono zwiększone stężenie LH i FSH oraz niskie stężenie testosteronu. W leczeniu zastosowano substytucję testosteronu w formie domięśniowej, uzyskując zmniejszenie osłabienia oraz poprawę siły mięśniowej. Wczesne zdiagnozowanie hipogonadyzmu hipergonadotropowego pozwoliło włączyć substytucyjne leczenie znacznie poprawiające jakość życia chorego.

Ostre reakcja toksyczna po kapecytabinie u chorego z niedoborem dehydrogenazy dihydropirymidynowej (DPD)

Elżbieta Kot, Konrad Tałasiewicz, Aleksandra Kapała

Klinika Diagnostyki Onkologicznej i Kardiologii, Narodowy Instytut Onkologii — Państwowy Instytut Badawczy w Warszawie

71-letni pacjent z licznymi obciążeniami (NT, DM, po udarze niedokrwiennym mózgu, po OZT, ZZA w przeszłości), po kolektomii z powodu dwuogniskowego raka j. grubego, po 2 kursach chemioterapii uzupełniającej kapecytabiną, przyjęty do Kliniki w lutym br. z powodu wymiotów oraz nasilających się biegunek, bólów brzucha, ubytku wagi o 6 kg. Dotychczasowa tolerancja chth dobra. Przy przyjęciu w stanie średnim, wyniszczony, osłabiony. Wykonano przeglądowy RTG i TK j. brzusznej, stwierdzając nieliczne odcinkowe poziomy gaz-płyn, pogrubienie ścian jelita cienkiego o charakterze zapalenia bez poszerzenia pętli i zanikową trzustkę. W kolejnych dobach doszło do nasilenia biegunki (> 20 stolców/dobę), ostre objawy utrzymywały się ok. 10 dni. Wystąpił epizod arytmii-PAT z HR 180/min., umiarkowany adenozyzną oraz skórne objawy zespołu ręka-stopą. Z powodu podejrzenia toksyczności po kapecytabinie pobrano krew na badanie w kierunku niedoboru DPD. W oczekiwaniu na wynik wykonano enterografię TK i gastroskopię z pobraniem wycinków z błony śluzowej dwunastnicy i badanie endoskopowe odbytnicy, stwierdzając owrzodzenie w zespoleniu oraz cechy zapalenia przełyku z ubytkami w błonie śluzowej. Oznaczono poziom p/ciał antyGT — wynik ujemny. Ostatecznie stwierdzono jeden z wariantów mutacji w genie DPYD. W leczeniu stosowano sterydy, początkowo iv, potem po, mesalazyne, loperamid, kreon, żywienie iv, uzyskując poprawę kliniczną i w badaniach. Przy próbie odstawienia sterydów obserwowano ponownie wzrost CRP, anemizację, wobec czego zdecydowano o ich ponownym włączeniu i dalszej stopniowej redukcji. Ze względu na powikłania po zastosowanym leczeniu onkologicznym i stan ogólny pacjenta (ECOG-3/4) odstępiono od dalszego leczenia onkologicznego. Po uzyskaniu stabilizacji po ok. 3 tyg. wypisany do domu. Obecnie w dość dobrym stanie ogólnym, pozostaje w obserwacji.

Pytania. 1. U jakich chorych wykonywać badania w kierunku niedoboru DPD?

2. Jak leczyć powikłania po fluoropirymidynach przy niedoborze DPD?

Seria przypadków trzech pacjentek z rozpoznaniem zaawansowanego czerniaka skóry, u których doszło do toksyczności hematologicznej (neutropenii 4. stopnia) w trakcie immunoterapii ipilimumabem z niwolumabem

Daria Tusień-Małecka

Klinika Onkologii Klinicznej i Doświadczalnej, Instytut Onkologii, Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu

Pacjentka nr 1 lat 66 z rozsiewem czerniaka skóry do płuc i pozaregionalnych węzłów chłonnych w lipcu 2022 r. otrzymała 1 kurs immunoterapii skojarzonej. W trakcie wizyty planowej celem podania 2. kursu rozpoznano bezobjawową neutropenię 4. stopnia (neutrofile 0,00 G/L). U chorej rozpoznano także biegunkę w stopniu G2 oraz zapalenie wątroby G2. Czas trwania neutropenii wynosił 8 dni. Pacjentka nr 2 lat 58 z rozsiewem czerniaka do skóry i płuc w marcu 2022 r. otrzymała 2 kursy immunoterapii skojarzonej. Po 6 tyg. leczenia rozpoznano bezobjawową neutropenię G4 oraz wzrost transaminaz wątrobowych G2. Czas trwania neutropenii wynosił 9 dni. Pacjentka nr 3 lat 33 z izolowanymi przerzutami do OUN w grudniu 2023 r. otrzymała 1 kurs immunoterapii skojarzonej. Po 3 tyg. leczenia doszło do bezobjawowej neutropenii 4. stopnia oraz wzrostu transaminaz wątrobowych G2. Czas trwania neutropenii wynosił 4 dni. Wszystkie pacjentki w trakcie hospitalizacji otrzymały metyloprednizolon w dawce 2 mg/kg masy ciała, czynniki wzrostu kolonii granulocytarnych oraz profilaktykę zakażeń oportunistycznych.

U żadnej z chorych nie doszło do gorączki neutropenicznej, wszystkie neutropenie miały bezobjawowy przebieg. W porównaniu do opisów przypadków dostępnych w światowym piśmiennictwie, reakcja na sterydoterapię u prezentowanych pacjentek była dobra, żadna chora nie wymagała immunosupresji 2. linii.

Wszystkie pacjentki odniosły korzyść z zastosowania immunoterapii [częściowa odpowiedź (PR)], która utrzymuje się do dziś.

Pytania. 1. Czy postępowanie w neutropenii indukowanej immunoterapią wymaga innych procedur niż w neutropenii, będącej skutkiem chemioterapii?

2. Jak często zdarza się hematologiczna toksyczność immunoterapii?

3. Czy wszystkie dostępne inhibitory punktów kontrolnych mają taki sam potencjał wywołania toksyczności hematologicznej?

Leczenie rozsianego czerniaka u chorego z niewydolnością nerek — case report

Joanna Kiszka, Dorota Półchłópek

Oddział Onkologii Klinicznej, Podkarpacki Ośrodek Onkologiczny w Brzozowie

Leczenie onkologiczne chorych ze skrajną niewydolnością nerek jest wyzwaniem z uwagi na niewielką ilość dostępnych danych dotyczących skuteczności i bezpieczeństwa takiej terapii.

Chory lat 80 w dobrym stanie ogólnym, ECOG 0 z niewydolnością nerek (GFR < 15).

18.08.2021 wykonano radykalne wycięcie zmiany skórnej okolicy łędźwiowej (hist-pat: czerniak złośliwy T4bN3). Wykryto mutację BRAF V600E. Następnie wykonano biopsję węzła wartowniczego pachwiny prawej (hist-pat: węzły wartownicze bez przerzutów czerniaka).

Chorego zakwalifikowano do immunoterapii uzupełniającej niwolumabem. Z uwagi na spadek GFR chory został zakwalifikowany do hemodializ (po 14 kursie nivolumabu).

W TK z 05.22 zaobserwowano zmiany guzkowe w płucu prawym, wykonano resekcję klinową (hist-pat: przerzuty czerniaka złośliwego do płuc). W badaniu PET-CT zobrazowano zmiany meta w płucach. Chory został zakwalifikowany do terapii inhibitorami BRAF/MEK. Terapię encorafenibem/binimentynibem rozpoczął 30.08.2022, z działań niepożądanych zaobserwowano biegunkę (G3 wg CTCAE), po uzyskaniu poprawy włączono leczenie w zmniejszonej dawce.

W 2023 r. chory upadł i złamał kości miednicy, w trakcie pobytu w Oddziale Rehabilitacji przeszedł zawał serca — w badaniach obrazowych zmian metastatycznych w kościach nie stwierdzono. Przerwano leczenie iBRAF/MEK.

Oczekuje na wynik kontrolnego TK.

W przypadku naszego chorego zarówno immunoterapia, jak i leczenie inhibitorami BRAF/MEK były terapiami skutecznymi i wydają się nie mieć wpływu na funkcję nerek. Obniżenie jakości życia nie było spowodowane rozsianym procesem nowotworowym i jego leczeniem, a miało związek z przebiegiem przewlekłej niewydolności nerek.

Pytania. 1. Jakie terapie można bezpiecznie zastosować u chorych z niewydolnością nerek?

2. Czy dializoterapia może obniżyć skuteczność leczenia?

3. Czy wobec braku randomizowanych badań klinicznych w tej grupie chorych należałoby zgromadzić dane retrospektywne?

Unlikely allies: exploring the connection between squamous cell carcinoma and herpes zoster

Dorota Szydłowska¹, Katarzyna Łęgosz¹, Katarzyna Grabowska¹, Lidia Sitek¹, Dominika Raźniewska², Barbara Radecka²

¹Uniwersytet Opolski

²Klinika Onkologii z Odcinkiem Dziennym, Opolskie Centrum Onkologii im. Prof. Tadeusza Koszarowskiego

Squamous cell carcinoma (SCC) comprises approximately 15–20% of all malignant skin cancers. Despite the efficacy of surgery and radiation, some patients may progress to advanced disease, requiring immune checkpoint inhibitors (ICIs). While the activation of latent Varicella zoster virus (VZV) infection during cemiplimab implementation is deemed unlikely, it cannot be entirely ruled out.

A 76-year-old man was referred to the Oncological Surgery Clinic in October 2021 for skin lesions, up to 2 cm, in the left parietal region and right eyebrow arch. Histopathological examination from an excisional biopsy revealed SCC G-2. The patient was treated with brachytherapy. After few months, new foci of SCC were found. Despite the resection, after 5 months, further progression occurred with painful palpable fistula at the left mandible angle. Hypofractionated radiotherapy of this area (3 Gy/10fr) was performed, with clinical improvement. In November 2022, CT revealed metastases in the lungs and neck and chest lymph nodes. The patient was qualified for cemiplimab, achieving significant regression after the 4th dose. After the 11th dose of cemiplimab, massive head and neck shingles occurred. The patient was cured with acyclovir. CT scan from November 2023, revealed no neoplastic changes.

Continuous monitoring and attention to complications is important in patients undergoing immunotherapy. While non-contagious rashes are common complications of ICIs, there is limited clinical data on the risk of herpes zoster (HZ) associated with immunotherapy. HZ challenge warrants further research to elucidate the underlying immune mechanisms. Vaccination against VZV is recommended for all elderly patients with solid tumors.

Wtórny nowotwór mielodysplastyczny (MDN) u pacjenta z pierwotnym zaważowanym mięśniakomięsakiem gładkokomórkowym

Karolina Helbig, Tomasz Świtaj

Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie

50-letni mężczyzna z wywiadem zakrzepicy żyłnej podudzia lewego został skierowany do Oddziału Onkologii w czerwcu 2016 roku z powodu zmiany guzkowatej okolicy podkolanowej lewej obserwowanej od 6 miesięcy. W badaniu TK tej okolicy z maja 2016 roku opisano bogato unaczyniony guz w lewym dole podkolanowym o wymiarach 41 × 34 × 84 mm. Badanie histopatologiczne wykazało obecność mięśniakomięsaka gładkokomórkowego pleomorficznego o wysokim stopniu złośliwości. Pacjent początkowo został poddany radioterapii do dawki całkowitej 5000 cGy jako próba leczenia oszczędzającego. Z powodu licznych guzków metastatycznych w płucach stwierdzonych w badaniach obrazowych we wrześniu 2016, pacjent otrzymał 8 cykli leczenia systemowego I linii doksorubicyną i ifosfamidem, a kilka miesięcy później wykonano amputację kończyny dolnej lewej na wysokości uda. Następnie chory został zakwalifikowany do II linii chemioterapii z gemcytabiną i docetakselem (23 cykle). W kontrolnym badaniu PET-TK z marca 2019 roku opisano dalszą progresję choroby w płucach i dlatego zdecydowano o włączeniu leczenia ciągłego 3 linii trabektedyną, uzyskując stabilizację choroby. Leczenie prowadzono przez 4 lata. W kwietniu 2023 w badaniu morfologii krwi zaobserwowano nasiloną pancytopenię. Wykonano wówczas trepanobiopsję, która wykazała cechy MDN ze zwiększoną pulą komórek blastycznych 10,6%. Wobec powyższego chorego skierowano do dalszej opieki hematologicznej i nie kontynuowano dotychczasowego leczenia onkologicznego — zważywszy, że w badaniach obrazowych nie stwierdzano cech progresji mięsaka. Nie udało się uzyskać remisji MND, a dodatkowo kontrolne badania wykazały progresję choroby podstawowej. Zgon nastąpił z powodu progresji mięsaka i MDN. Leczenie hematologiczne wtórnego MND jest możliwe, o ile uzyskano trwałą remisję nowotworu pierwotnego.

Pytania. 1. Które leki stosowane w onkologii są najczęstszą przyczyną wtórnego MDN?

2. Jakie leczenie stosuje się u pacjentów z indukowanym MDN wysokiego ryzyka?

Idiopatyczna zakrzepica żyły głównej górnej w toku leczenia oligometastatycznego raka jelita grubego o nietypowej manifestacji klinicznej

Konrad Tałasiewicz, Aleksandra Czachowska, Patrycja Glińska, Aleksandra Kapała

Klinika Diagnostyki Onkologicznej, Kardiologii i Medycyny Paliatywnej, Narodowy Instytut Onkologii — Państwowy Instytut Badawczy w Warszawie

67-letni mężczyzna zaczął odczuwać dolegliwości bólowe w okolicy lewego łokcia w kwietniu 2023. Pacjent leczony z powodu BPH, ponadto RBBB, po przebytej zatorowości tętnicy krezkowej. W badaniach obrazowych stwierdzono guz ok. stawu łokciowego lewego, a na podstawie biopsji potwierdzono naciek niskozróżnicowanego raka.

W bad. lab. uwagę zwracały łagodna anemia oraz leukocytoza z przesunięciem w lewo bez klinicznych cech infekcji.

W badaniu PET-TK stwierdzono aktywne metabolicznie ognisko w obrębie przedramienia lewego oraz esicy. W kolonoskopii ognisko pierwotne znajdowało się 30 cm od brzegu kanału odbytu, w wycinkach potwierdzono naciek niskozróżnicowanego raka jelita grubego. Z uwagi na potwierdzenie choroby oligometastatycznej (CS IVa) pacjenta zakwalifikowano do leczenia chemioterapią CapeOX. Po 4 kursach leczenia 19.12.2024 wykonano amputację lewego przedramienia — w preparacie znaczna odpowiedź na leczenie (> 50%), LVI (–), R0. Następnie chory 05.02.2024 z powodu anemizacji zakwalifikowany do sigmoidektomii z omentektomią częściową — ostateczne rozpoznanie ypT4N0(0/13) RO LVI (+), PNI (–), TRS: 2. Pacjent kontynuował leczenie uzupełniające schematem CapeOX. W kwietniu 2024 u chorego wystąpiły kliniczne objawy zespołu żyły głównej górnej, w TK stwierdzono ubytek kontrastu w całej żyłce głównej górnej na dł. około 133 mm z rozwiniętym krążeniem obocznym, masy wpuklające się do prawego przedsionka. Włączono leczenie p/zakrzepowe w dawkach terapeutycznych (wcześniej w czasie chemioterapii pacjent otrzymywał profilaktykę HDCz).

W dniu 25.04 wykonano angioplastykę żyły głównej górnej z implantacją 3 stentów. Pomimo intensywnego leczenia stan chorego ulegał stopniowej deterioracji, pacjent zmarł 08.06.2024.

Podejrzenie zespołu skórniego PATEO u pacjentki z rakiem jajnika leczonej paklitakselem

Natalia Sobkowska, Paulina Szczęsna-Szulc, Piotr Potemski, Sylwia Dębska-Szmich

Klinika Chemioterapii Nowotworów, WWOiT im. M. Kopernika w Łodzi

64-letnia pacjentka z rozsianym, niewrażliwym na związki platyny rakiem jajnika, niedrożnością przewodu pokarmowego, żywiona pozajelitowo, została przyjęta do Kliniki Chemioterapii Nowotworów w maju 2024 celem 9. podania paklitakselu 80 mg/m² stosowanego w monoterapii co tydzień. Dotychczas chora dobrze tolerowała chemioterapię, ale po ostatnim podaniu wystąpiła u niej bolesna, czerwona osutka na skórze grzbietowej części rąk i przedramion, szczególnie nasiloną w okolicy stawów śródrečno-paliczkowych i łokciowych. Zajęta skóra była obrzęknięta, zaczerwieniona, z hiperkeratozą. Podobne zmiany wystąpiły także na kończynach dolnych. Pomimo trwającego kilka dni ambulatoryjnego leczenia miejscowego (wyroby medyczne z aloesem, mikrokrystalicznym kompleksem srebra, dimetykonem, octanem tokoferolu) zmiany nasilały się. W dniu przyjęcia do szpitala chora była w stanie sprawności PS2, nasilenie zmian skórnych oceniono jako G4. Odstąpiono od podania chemioterapii, chorą skierowano do oddziału dermatologii z podejrzeniem zespołu PATEO (*periarticular thenar erythema with onycholysis*) po paklitakselu. Podczas tygodniowej hospitalizacji wykonano tam podstawowe badania laboratoryjne (przy przyjęciu: CRP 56,76 mg/l, bez leukocytozy, stężenie prokalcytoniny w normie, umiarkowana niedokrwistość normocytarna, miernie podwyższone wartości prób wątrobowych). Włączono leczenie systemowe i miejscowe glikokortykosteroidami, podano dożylnie ceftriakson, zastosowano maść witaminową.

Po uzyskaniu poprawy klinicznej przeniesiono pacjentkę do Kliniki Chemioterapii Nowotworów, gdzie kontynuowano steroidoterapię oraz antybiotykoterapię, uzyskując znaczną poprawę stanu skóry, ustąpienie zmian rumieniowych i bólu. W wykonanym badaniu KT wykazano progresję nowotworu. Po zmniejszeniu nasilenia toksyczności skórnej do stopnia G1 chorą wypisano do domu.

Z uwagi na progresję nowotworu oraz znaczną toksyczność skórnią zakończono chemioterapię. Chorą skierowano do leczenia objawowego.

Pytania. 1. Jaki jest obraz kliniczny zespołu skórniego PATEO?

2. Jakie jest leczenie zespołu PATEO?

Skuteczność temozolomidu w 2. linii leczenia raka kory nadnerczy

Emilia Olejnik, Roksana Pabich, Agata Tałajko, Ewa Wrona, Rafał Czyżykowski, Sylwia Dębska-Szmich, Piotr Potemski

Klinika Chemioterapii Nowotworów, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, WWCOiT im. M. Kopernika w Łodzi

W listopadzie 2023 r. 48-letni pacjent został przyjęty do Kliniki Chemioterapii w celu kwalifikacji do leczenia systemowego z powodu rozlanego raka nadnercza. Pacjent diagnozowany był od czerwca 2023 r. z powodu zmęczenia, przytycia ok. 40 kg i hiperglikemii. Wówczas w USG zobrazowano ognisko średnicy 72 mm między lewą nerką a śledzioną. W KT jamy brzusznej uwidoczniło się dodatkowo liczne zmiany guzkowe w segmentach dolnych płuc. Z biopsji zmiany w płucu rozpoznano przerzut raka kory nadnerczy. W PET-KT zobrazowano policykliczną, niejednorodną masę w nadbrzuszu po stronie lewej ze zmianami wewnątrz dużych naczyń żylnych jamy brzusznej, liczne przerzuty w obu płucach, wątrobie i kośćcu oraz węzłach węzła płuca prawego i przyaortalnych. Ze względu na brak dostępności mitotanu, objawy choroby (duszność, bóle w klatce piersiowej) i pogarszający się stan sprawności (PS2) zdecydowano o włączeniu leczenia w schemacie EDP z pierwotną profilaktyką G-CSF. Po pierwszym cyklu chory był hospitalizowany z powodu zespołu Cushinga, dołączono wówczas do leczenia mitotan i etomidat. Wymaz z odbytu wykonywany standardowo w ramach hospitalizacji w Klinice Endokrynologii potwierdził, że pacjent jest nosicielem *Klebsiella New Delhi*. Pierwsza rediagnostyka wykazała progresję choroby nowotworowej. W lutym 2024 r. zdecydowano o włączeniu leczenia drugiej linii temozolomidem. W wykonanej po 2 miesiącach KT zaobserwowano stabilizację z tendencją do regresji — wg kryteriów RECIST zmniejszenie zmian o ok. 25%. Ze względu na wyindukowaną mitotaniem niedoczynność kory nadnerczy włączono substytucję hormonalną. Aktualnie pacjent kontynuuje terapię 2. linii.

Pytania. 1. Jakie są możliwości leczenia paliatywnego drugiej linii raka kory nadnerczy?
2. W przebiegu jakich nowotworów może wystąpić zespół Cushinga?

Długotrwała odpowiedź na leczenie abemacyklibem w skojarzeniu z fulwestrantem u mężczyzny z zaawansowanym rakiem piersi

Dominik Haus

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Legnicy

U pacjenta w wieku 65 lat został zdiagnozowany rak piersi prawej w stopniu zaawansowania cT4N0M0. Chory otrzymał 3 kursy chemioterapii neoadjuwantowej według schematu FEC, następnie w dniu 09.07.2014 przeprowadzono mastektomię prawostronną z limfadenektomią pachową prawostronną. W badaniu histopatologicznym materiału pooperacyjnego patologiczny stopień zaawansowania określono jako ypT2N1. Pacjent otrzymał w leczeniu uzupełniającym 3 kursy chemioterapii wg schematu FEC, a następnie 3 kursy docetaxelu w monoterapii. Przeszedł również uzupełniającą radioterapię. Został zakwalifikowany do uzupełniającej hormonoterapii tamoxifenem z następnym *switchem* na anastrozol, którą zakończył w grudniu 2020 roku. Pacjent pozostawał w kontroli po leczeniu. We wrześniu 2024 zgłosił się interwencyjnie do Poradni Chemioterapii z powodu uporczywego kaszlu. W wykonanej w rejonie diagnostyce (RTG klatki piersiowej oraz TK klatki piersiowej) rozpoznano kilka zmian miękotkankowych w płucach, a także niejasne ognisko lityczne w żebrze 10. Zmiany określono jako podejrzane o charakter meta. Rozsiew potwierdzono w badaniu PET-CT. W związku z powyższym po wykonaniu niezbędnych badań obrazowych i laboratoryjnych i spełnieniu kryteriów programu lekowego pacjenta zakwalifikowano do leczenia abemacyklibem w skojarzeniu z fulwestrantem. Pacjent ciągle pozostaje w leczeniu, obecnie otrzymał 33 kursy terapii. Utrzymuje się długotrwała stabilizacja choroby. Brak istotnych toksyczności leczenia wymagających redukcji dawki leku.

Pytania. 1. Dlaczego wybór schematu leczenia z fulwestrantem?
2. Częstość długotrwałych odpowiedzi w doświadczeniach ośrodka (Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Legnicy).

Przebieg kliniczny raka żołądka w stadium rozsiewu u 37-letniego pacjenta

Studenckie Koło Naukowe przy Zakładzie Onkologii Klinicznej i Chemioterapii, Uniwersytet Medyczny w Lublinie. Reprezentanci: Kamila Falana, Julia Duszejko, Magdalena Dorot, Katarzyna Dybciak, Katarzyna Szklener, Sławomir Mańdziuk

Studenckie Koło Naukowe przy Zakładzie Onkologii Klinicznej i Chemioterapii, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

18 października 2023 roku 37 letni pacjent po epizodzie utraty przytomności w pracy został przewieziony na Szpitalny Oddział Ratunkowy. Zgłaszał utrzymującą się od miesiąca dysfagię i bóle w nadbrzuszu w trakcie przełykania posiłków. Od dwóch tygodni występowało uczucie zmęczenia i zmniejszenie tolerancji wysiłku. W pierwszej kolejności wykonana została tomografia komputerowa, w której stwierdzono liczne zmiany lite o charakterze meta w obu płucach, wątrobie oraz zmianę tkankową w okolicy krzywizny mniejszej żołądka podwpułstowo. Pacjent został skierowany na Kliniczny Oddział Gastroenterologii celem pogłębienia diagnostyki. Gastroskopia wykazała zmianę patologiczną obejmującą połowę obwodu przełyku szerzącą się na wpust żołądka. W przeprowadzonym badaniu MR potwierdzono zmiany metastatyczne w wątrobie i płucach. W przesłanych wycinkach z przełyku i wpustu żołądka do badania histopatologicznego, stwierdzono gruczolakoraka HER2(-) w stadium G2. Materiał z biopsji gruboigłowej wątroby potwierdził utkanie gruczolakoraka. W badaniu PET-CT wykryto przerzuty do panewki prawej kości biodrowej i prawej kości kulszowej. Pacjent celem ratowania życia i do kontynuacji leczenia specjalistycznego został skierowany na oddział Onkologii Klinicznej i Chemioterapii. Decyzją konsylium zakwalifikowany do chemioterapii według schematu FOLFOX + NIWOLUMAB w osłonie leków wspomagających — Levofolic, Ondasteron. Przy 9 cyklu podano Accofil. Tolerancja na leczenie była bardzo dobra. Po 3 miesiącach leczenia ponowna tomografia komputerowa ukazała regresję zmian w mięszu płucnym i wątrobie. Pogranicze przełykowo-żołądkowe bez patologicznego pogrubienia. Obraz zmian w kościach wskazuje na częściową regresję — lokalnie dość znaczną.

Nietypowa ogólnoustrojowa reakcja zapalna u pacjenta leczonego chemioterapią w połączeniu z inhibitorem punktów kontrolnych w przebiegu uogólnionego raka przełyku

Patrycja Glińska, Elżbieta Kot, Konrad Tałasiewicz, Jan Lesiński, Aleksandra Czachowska, Dominika Jaxa-Larecka, Robert Omiotek, Barbara Szladowska, Aleksandra Kapała

Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie — Państwowy Instytut Badawczy w Warszawie

Wstęp. Immunoterapia z wykorzystaniem inhibitorów punktów kontrolnych jest obecnie stosowana powszechnie w leczenie nowotworów. Zastosowanie przeciwciał monoklonalnych przeciwko receptorowi PD-1 może wiązać się z wystąpieniem niespecyficzných działań niepożądanych, w szczególności podczas kojarzenia tego leczenia z chemioterapią.

Opis przypadku. 67-letni pacjent, ECOG 1, obciążony nadciśnieniem tętniczym, z uogólnionym rakiem płaskonabłonkowym dolnej części przełyku (G2, PD-L1: CPS = 8,3, TPS = 1,1%) w trakcie leczenia chemioimmunoterapią (FOLFOX6 + niwolumab), zgłosił się po podaniu czwartego kursu na Izbę Przyjęć z powodu gorączki z dreszczami, hipotonii oraz towarzyszącego pogorszenia stanu ogólnego. W badaniach laboratoryjnych stwierdzono wysokie parametry stanu zapalnego oraz cechy ostrego uszkodzenia nerek (kreatynina 3,46 mg/dl, prokalcytonina 99,5 ng/ml). Rozpoznano ogólnoustrojową reakcję zapalną, a chory z uwagi na gwałtowne pogorszenie stanu ogólnego został zakwalifikowany do leczenia w oddziale intensywnej terapii. Usunięto port naczyniowy, wdrożono szerokospektralną antybiotykoterapię empiryczną i dializoterapię uzyskując poprawę kliniczną i laboratoryjną, otrzymano negatywne wyniki posiewów pobranych z krwi i portu. W kolejnych dobach obserwowano ponowne pogorszenie stanu ogólnego i wzrost parametrów nerkowych. Wystąpiła także odropodobna plamisto-grudkowa wysypka na skórze tułowia i proksymalnych częściach kończyn ze świadkiem — wykluczono ch. infekcyjne w tym odrę. Wysłunięto podejrzenie zespołu uwalniania cytokin. Włączono leczenie deksametazonem oraz klemastyną, suplementację wapnia oraz forsowaną diurezę, obserwując stopniowe ustępowanie wysypki oraz poprawę parametrów nerkowych. Aktualnie pacjent z poprawą stanu sprawności, bez dolegliwości, oczekuje na wynik tomografii komputerowej, po której będzie kwalifikowany do dalszego leczenia.

Pytania. 1. Jak postawić rozpoznanie zespołu wyrzutu cytokin, czy wystąpienie ostrej niewydolności nerek, wysypki można kwalifikować jako powikłanie immunoterapii?

2. Jakie powinno być dalsze postępowanie u tego chorego?

Bóle brzucha i podniedrożność jako pierwsze objawy uogólnionego raka zrazikowego piersi — przypadek kliniczny

Patrycja Glińska, Konrad Tałasiewicz, Aleksandra Czachowska, Dominika Jaxa-Larecka, Barbara Szladowska, Elżbieta Kot, Robert Omiotek, Jan Lesiński, Aleksandra Kapala

Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie — Państwowy Instytut Badawczy w Warszawie

Wstęp. Rak piersi to najczęstszy nowotwór złośliwy u kobiet w Polsce. Przerzuty raka piersi do przewodu pokarmowego są rzadkie i najczęściej lokalizują się w żołądku i jelicie cienkim. Objawy są niespecyficzne, co może być przyczyną wydłużonej diagnostyki.

Opis przypadku. 52-letnia pacjentka, ECOG-1, bez chorób współistniejących, z występującymi od 3 miesięcy nawracających bólami brzucha pod postacią przelewania i skurczów oraz wymiotów z dreszczami bez gorączki, po nieskutecznym leczeniu objawowym, zgłosiła się na SOR jednego z warszawskich szpitali. Z uwagi na podejrzenie nieswoistej choroby zapalnej jelit wykonano kolonoskopię, a w badaniu histopatologicznym pobranych wycinków opisano nacieki litego nowotworu złośliwego o immunofenotypie: ER (+), mammaglobina (+), GCDFP15 (+), PgR(+). Całość obrazu przemawiała za rozpoznaniem przerzutów raka piersi. Wykonano USG z biopsją nowo zidentyfikowanej zmiany ogniskowej piersi prawej. Potwierdzono rozpoznanie raka zrazikowego piersi. W tomografii komputerowej opisano poszerzenie dróg żółciowych oraz istotne zwężenie w okolicy zastawki krętniczno-kątniczej, a w badaniach laboratoryjnych stwierdzono podwyższone parametry biochemiczne i niedobory mikrośladków. Pacjentka została przyjęta do Kliniki w celu poprawy stanu odżywienia, gdzie obliczono zapotrzebowanie kaloryczne na 1100 kcal i włączono żywienie parenteralne przez port naczyniowy, uzyskując stopniową poprawę kliniczną. Podczas hospitalizacji, z uwagi na wysokie parametry wątrobowe chora została zakwalifikowana do leczenia systemowego w oparciu o doksorubicynę 30 mg/m² co 7 dni. Po normalizacji parametrów laboratoryjnych, mimo utrzymujących się dolegliwości bólowych brzucha, od 4 kursu włączono do terapii letrozol 2,5 mg oraz gosereelinę 3,6 mg co 28 dni.

Pytania. 1. Jaki powinien być dalszy plan leczenia onkologicznego?

2. Jakie powinno być dalsze postępowanie w przypadku utrzymywania się objawów podniedrożności?

Zastosowanie wedolizumabu w leczeniu biegunki wywołanej immunoterapią

Anna Mariuk-Jarema

Klinika Nowotworów Tkanek Miękkich, Kości i Czerniaków, Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie — Państwowy Instytut Badawczy w Warszawie

W 2020 roku 27-letnia kobieta, bez chorób przewlekłych, zgłosiła się do Narodowego Instytutu Onkologii w Warszawie z powodu czerniaka skóry okolicy łędźwiowej pT3b. W wykonanej biopsji węzła wartowniczego stwierdzono przerzut czerniaka. Stopień zaawansowania choroby nowotworowej odpowiadał stopniowi III C wg 8. edycji AJCC. Ze względu na obecność mutacji w genie BRAF zakwalifikowano pacjentkę do leczenia adjuwantowego dabrafenibem i trametynibem. W kontrolnym badaniu TK, po 17 miesiącach od zakończeniu leczenia uzupełniającego, uwidoczniło przerzuty w węzłach chłonnych i wątrobie. W związku z tym rozpoczęto leczenie niwolumabem z ipilimumabem. Po trzech wlewach immunoterapii u chorej pojawiła się biegunka, bóle brzucha i nudności. Po wykluczeniu przyczyn infekcyjnych biegunki rozpoczęto leczenie glikokortykosteroidami doustnymi, a następnie dożylnymi. Nie doprowadziło to jednak do ustąpienia dolegliwości. Kolonoskopia wykazała liczne nadżerki w jelicie grubym. Enterografia ujawniła rozległe zmiany zapalne w jelicie cienkim. Zdecydowano o zastosowaniu infliksymabu. Po krótkotrwałej poprawie doszło do gwałtownego nawrotu biegunki. Chora straciła 10 kg i wymagała żywienia pozajelitowego. W związku z brakiem reakcji na wcześniejsze leczenie zdecydowano o zastosowaniu wedolizumabu. Uzyskano całkowite ustąpienie biegunki. W sierpniu 2023 roku badanie PET wykazało jedynie podejrzany węzeł chłonny w pachwinie, który został usunięty i wykazał istotne zmiany po leczeniu. W ostatnim badaniu TK (luty 2024 r.) nie stwierdzono wznowy choroby nowotworowej.

Pytania. 1. W jaki sposób podejście wielodyscyplinarne, w tym współpraca onkologów i gastroenterologów, może wpływać na skuteczność i bezpieczeństwo leczenia pacjentów z powikłaniami immunoterapii, takimi jak zapalenie jelit?

2. Jakie są kryteria wyboru między różnymi metodami leczenia biegunki indukowanej immunoterapią, takimi jak glikokortykosteroidy, infliksymab czy wedolizumab?

Rozpoznanie agresywnego chłoniaka jądra w trakcie leczenia systemowego zaawansowanego raka jelita grubego

Kinga Szpyrka¹, Natasza Kempa-Kamińska¹, Łukasz Hajac¹, Katarzyna Tekiel¹, Anna Sroka¹, Patrycja Szymańska¹, Illia Kuziuta¹, Ryszard Marzec¹, Mateusz Malik¹, Jakub Barczyk¹, Katarzyna Gabalewicz¹, Monika Migdał¹, Krzysztof Zduniak², Jarosław Dybko^{3, 4}, Bożena Cybulska-Stopa³

¹Oddział Onkologii Klinicznej, Dolnośląskie Centrum Onkologii, Pulmonologii i Hematologii we Wrocławiu

²Zakład Patomorfologii, Dolnośląskie Centrum Onkologii Pulmonologii i Hematologii we Wrocławiu

³Katedra Onkologii i Hematologii, Wydział Medyczny, Politechnika Wrocławska

⁴Centrum Hematologiczno-Transplantacyjne, Dolnośląskie Centrum Onkologii Pulmonologii i Hematologii we Wrocławiu

Pacjent lat 71, ECOG 1, z rozpoznaniem raka gruczołowego jelita grubego (bez mutacji *RAS* i *BRAF*). Z uwagi na obecność mnogich zmian przerzutowych w wątrobie oraz w węzłach chłonnych jamy brzusznej rozpoczęto we wrześniu 2022 roku leczenie FOLFIRI + cetuksymab. W badaniach obrazowych stwierdzono częściową odpowiedź oraz normalizację markera CEA z wyjściowego poziomu 115 ng/dL (N: do 5). Tolerancja leczenia była dobra. W ocenie po 18 cyklach leczenia (sierpień 2023) stwierdzono dalszą regresję przerzutów w wątrobie oraz nową zmianę anatomiczną w jądrze lewym. Pojawiły się również zmiany skórne w postaci bordowych guzków na kończynie dolnej lewej. Wykonano biopsję zmian skórnych stwierdzając naciek chłoniaka niezziarnicznego z komórek B, odpowiadającego wtórnemu zajęciu skóry. Wykonano lewostronną orchidektomię — w histopatologii: pierwotny chłoniak jądra z dużych komórek B. Skierowano chorego do Oddziału Hematologii DCOPIH, gdzie został zakwalifikowany do terapii wg schematu R-CHOP. W okresie od 10–12/2023 otrzymał 5 kursów chemioterapii, uzyskując całkowitą remisję kliniczną, obrazową i metaboliczną chłoniaka. W badaniach kontrolnych zaobserwowano jednak progresję zmian przerzutowych raka jelita grubego w wątrobie. Ponownie wdrożono schemat FOLFIRI od 02/2024, z równoczesną terapią podtrzymującą lenalidomidem. W czerwcu 2024 ponownie częściowa regresja zmian przerzutowych w wątrobie. Pacjent pozostaje w dobrym stanie ogólnym, kontynuuje terapię.

Opisany przypadek podkreśla istotną rolę pogłębiania diagnostyki w momencie pojawienia się nietypowych zmian, ze szczególnym uwzględnieniem obserwacji zmian skórnych, często występujących przy terapii anti-EGFR.

Pytania. 1. Czy można długotrwale bezpiecznie łączyć klasyczną chemioterapię z leczeniem immunomodulującym, czy należy wykonywać w tym celu dodatkowe badania?

2. Jaki należy wybrać optymalny schemat monitorowania w powyższej sytuacji klinicznej?

Całkowita odpowiedź na leczenie olaparybem u chorej z przerzutowym rakiem trzustki

Agata Adameczuk-Nurzyńska, Paweł Nurzyński

Oddział Onkologii, PIM MSWiA w Warszawie

U 53-letniej pacjentki w USG wykonanym z uwagi na dolegliwości bólowe jamy brzusznej opisano guz głowy trzustki. 27.09.2022 wykonano ECPW, w badaniu histopatologicznym adenocarcinoma G2, mutacja w genie *BRCA* 2. W MRI z 10.11.2022 widoczna zmiana z rozpadem w głowie trzustki 29 × 24 × 32 mm, naciekająca przewod żółciowy wspólny, przewod Wirsunga, tętnicę żołądkowo-dwunastniczą, dystalny odcinek żyły krezkowej oraz początkowy żyły wrotnej.

Przy przyjęciu do Oddziału Onkologii PIM MSWiA w dniu 06.12.2022 chora w stanie ogólnym dobrym, ECOG 1. Zakwalifikowana do chemioterapii przedoperacyjnej wg schematu FOLFIRINOX. Otrzymała VII kursów, w kontrolnej TK PR wg RECIST 1.1. 22.03.2023 wykonano embolizację tętnicy wątrobowej lewej. 24.04.2023 wykonano pankreatoduodenektomię sposobem Whipple'a. W badaniu histopatologicznym *ductal adenocarcinoma* G2 ypT1aN0R0. W TK z 22.06.2023 opisano pojawienie się 4 zmian meta w wątrobie. Zdecydowano o kontynuacji leczenia chemioterapią FOLFIRINOX. W TK po VIII kursach opisano CR wg RECIST 1.1, w MRI zmniejszenie zmian targetowych w wątrobie o 55% co odpowiada PR wg RECIST 1.1. 17.10.2023 rozpoczęła leczenie olaparybem w programie lekowym MZ. Po II kursie niedokrwistość II stopnia, małopłytkowość I stopnia oraz neutropenia II stopnia wg WHO. Zredukowano dawkę leku do I poziomu. W TK z 01.02.2024 bez cech choroby nowotworowej. W MRI z 29.02.2024 CR.

Aktualnie chora ECOG 1, kontynuuje IX kurs leczenia. W kontrolnych badaniach laboratoryjnych bez toksyczności hematologicznej. W kolejnej TK z 23.05.2024 utrzymuje się całkowita odpowiedź na leczenie.

Pytania. 1. Czy za pomocą innego schematu opartego o platynę zostałyby osiągnięta podobna odpowiedź na leczenie?

2. Czy lokalizacja mutacji *BRCA* ma wpływ na efekt leczenia olaparybem?

Całkowita odpowiedź na chemioimmunoterapię u pacjenta z przerzutowym rakiem żołądka

Agata Adamczuk-Nurzyńska, Paweł Nurzyński

Oddział Onkologii, PIM MSWiA w Warszawie

U 66-letniego chorego w wykonanej 30.04.2022 z powodu niedokrwistości gastrokopii opisano owrządzenie na krzywiznie mniejszej żołądka, w badaniu histopatologicznym adenocarcinoma G2 typ jelitowy wg Laurena, HER 2(-), CPS 20. W TK z 19.07.2022 krzywizna mniejsza z naciekiem na długości 7 cm, z obecnością kilku powiększonych regionalnych węzłów chłonnych.

Przy przyjęciu do Oddziału Onkologii PIM MSWiA 29.07.2022 chory ECOG 2, osłabiony. Zakwalifikowany do chemioterapii przedoperacyjnej wg schematu FOLFOX6. W TK po VI kursach prawie całkowita regresja zmian. 06.12.2022 resekcja żołądka z wykonaniem zespolenia jelitowo-jelitowego, w badaniu histopatologicznym *mixed gastric adenocarcinoma* G3 ypT31MxR0. Z uwagi na powikłania pod postacią osłabienia, czkawki, hiperbilirubinemii oraz wzrostu RR po 1 kursie leczenia pooperacyjnego odstawiono oxaliplatinę, kontynuowano leczenie kapecytabiną w monoterapii. W TK 16.05.2023 pojawił się w obrębie wnęki wątroby węzeł chłonny 22 mm. 07.06.2023 resekcja sieci większej, zmiany okolicy wnęki wątroby oraz węzła okolicy tętnicy wątrobowej. W TK 26.07.2023 powiększył się wstecz w podskórnej tkance tłuszczowej na wysokości lewego talerza biodrowego. 17.09.2023 usunięto wstecz, w badaniu histopatologicznym przerzut z raka żołądka. W PET-CT 04.12.2023 PD pojawiły się zmiany w węzłach chłonnych jamy brzusznej, ramienia prawego i mięśniach. 24.01.2024 podano I kurs chemioterapii XELOX z immunoterapią nivolumabem. W TK po 4 kursach CR, w badaniu PET-CT z 05.06.2024 CR wg RECIST 1.1. Aktualnie chory w stanie ogólnym dobrym, ECOG 1, bez istotnych działań niepożądanych, otrzymał VII kurs leczenia.

Pytania. 1. Czy zastosowanie chemioimmunoterapii przed zabiegiem operacyjnym nie spowodowałyby całkowitej odpowiedzi?
2. Czy zastosowanie chemioterapii przedoperacyjnej spowodowało lepszą odpowiedź na chemioimmunoterapię paliatywną?

Zastosowanie nowoczesnych technik diagnostycznych w wykrywaniu nawrotu czerniaka — opis przypadku

Wiesław Bał¹, Maksymilian Gajda¹, Jarosław Nieckula¹, Anna Bał¹, Anna Kotas¹,
Magdalena Wiśniewska¹, Jędrzej Brzezowski¹, Paweł Śpiewok¹, Agnieszka Badora-Rybicka¹,
Magdalena Olbryt², Andrea D`Amico³, Grażyna Kamińska-Winciorek⁴

¹Oddział Chemioterapii Diennej, NIO PIB, Oddział w Gliwicach

²Centrum Badań Translacyjnych i Biologii Molekularnej Nowotworów, NIO PIB, Oddział w Gliwicach

³Zakład Diagnostyki PET, NIO PIB, Oddział w Gliwicach

⁴Zespół ds. Raka i Czerniaka Skóry, NIO PIB, Oddział w Gliwicach

30-letni chory rozpoczął w styczniu 2023 roku leczenie uzupełniające inhibitorami BRAF z powodu czerniaka w stadium IIIC. Równocześnie pobrano choremu próbkę krwi celem oceny ct DNA w ramach prowadzonego w NIO PIB Gliwice projektu badawczego — przed rozpoczęciem terapii nie stwierdzono obecności DNA z mutacją BRAF. Leczenie — poza gorączką o nasileniu G1 — było dobrze tolerowane. W czerwcu 2023 roku w badaniu TK uwidoczniło liczne węzły chłonne podejrzane o rozsiew czerniaka. Wykonano PET-TK (z FDG) w którym opisano rozsiew nowotworu do węzłów chłonnych nadobojczykowych, pachowych oraz śródpiersia. Zmianę w nadobojczu nakłuto jednak nie stwierdzono obecności przerzutu. Również w materiale z biopsji płynnej nie stwierdzono obecności DNA z mutacją BRAF. Wobec braku potwierdzenia rozsiewu kontynuowano leczenie adjuwantowe. W październiku 2023 obraz PET-TK ponownie wskazywał na progresję choroby wobec czego chirurgicznie usunięto podejrzany węzeł chłonny. Wynik badania HP był zaskakujący: węzeł chłonny bez przerzutów, zajęty przez geograficzne ziarniniaki z centralną martwicą — całość obrazu odpowiada chorobie kociego pazura (*Cat scratch disease*). Wywiad nie wskazywał na możliwość takiej infekcji, a jedyne dolegliwości chorego ograniczały się do wzrostów temperatury ciała w trakcie przyjmowania dabrafenibu/mekinistu. Chorego skierowano do Poradni Chorób Zakaźnych, gdzie nadal kontynuuje diagnostykę bez ostatecznej diagnozy — przyczyna zmian ziarniniakowych pozostaje nieznana. W marcu 2024 roku jeszcze raz pobrano węzeł chłonny do oceny HP — w obrazie histologicznym nadal dominują zmiany ziarniniakowe jednak bez cech charakterystycznych dla choroby kociego pazura.

Pytania. 1. Ryzyko i przyczyny fałszywie pozytywnego wyniku badania PET.

2. Znaczenie biopsji płynnej ct DNA w wykrywaniu/potwierdzeniu nawrotu czerniaka z mutacją BRAF.

Opis przypadku: skuteczne leczenie pierwotnego wewnątrzoponowego zewnątrzrdzeniowego pozaszkieletowego mięsaka Ewinga u dorosłego pacjenta za pomocą chirurgii odbarczającej, chemioterapii i protonoterapii osi mózgowo-rdzeniowej

Mateusz Spalek¹, Mateusz Ziomek¹, Joanna Placzke¹, Konrad Urbanek²,
Tomasz Skóra², Piotr Rutkowski¹

¹Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie — Państwowy Instytut Badawczy w Warszawie

²Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie — Państwowy Instytut Badawczy, Oddział w Krakowie

Wstęp. Mięsak Ewinga to rzadki nowotwór złośliwy, który głównie lokalizuje się w kościach i dotyczy populacji pediatrycznej. Lokalizacja pozakostna jest mniej powszechna, podczas gdy wewnątrzoponowy zewnątrzrdzeniowy mięsak Ewinga (IEES) u dorosłych występuje kazuistycznie. Ze względu na jego rzadkość, nie ustalono standardowej strategii leczenia chorych na IEES. Dostępne metody obejmują połączenie leczenia miejscowego (radioterapia, chirurgia) z intensywną chemioterapią. Dotychczas w literaturze nie opisano żadnego przypadku radioterapii osi mózgowo-rdzeniowej (CSI) wiązką protonów (PBT) u chorych na IEES.

Opis przypadku. 41-letni wcześniej zdrowy mężczyzna zgłosił się z uciążliwym bólem miednicy i kończyn dolnych, zmniejszonym czuciem oraz postępującym niedowładem kończyn dolnych bez zaburzeń zwieraczy. Badania obrazowe ujawniły położone zewnątrzrdzeniowo i wewnątrzoponowo zmiany guzowate. Chory przeszedł pilną operację. Pierwotny raport histopatologiczny wskazywał na słabo zróżnicowany guz neuroendokryny. Negatywne barwienie chromograniną oraz wysoki indeks Ki67 skłoniły do pogłębienia diagnostyki. Sekwencjonowanie nowej generacji potwierdziło translokację EWSR1/FLI1, prowadząc do rozpoznania pozaszkieletowego mięsaka Ewinga. Chory otrzymał standardową chemioterapię z wyraźną poprawą kliniczną. Rozpoczęto PBT CSI, ale leczenie zostało przerwane z powodu COVID-19 i innych komplikacji. Po 20 miesiącach obserwacji nie stwierdzono nawrotu, a chory wrócił do aktywności zawodowej oraz społecznej.

Omówienie. Pomimo rozsiewu do kanału kręgowego i wielu zdarzeń niepożądanych, intensywna chemioterapia w połączeniu z PBT CSI umożliwiła uzyskanie całkowitej oraz trwałej odpowiedzi u chorego na IEES. CSI, zamiast napromieniania samej łoży lub guza, powinno być standard leczenia chorych na IEES ograniczony do osi mózgowo-rdzeniowej. PBT może być stosowane jako alternatywa dla radioterapii fotonowej w celu lepszego oszczędzenia narządów krytycznych.

Olaparib jako terapia podtrzymująca u pacjentki z rakiem jajnika po wielu cyklach chemioterapii. Opis długotrwałej skuteczności leczenia raka jajnika

Magdalena Miedzińska, Paweł Nurzyński

PIM MSWiA w Warszawie

W 2003 roku u pacjentki, wówczas 45 letniej, zdiagnozowano raka jajnika prawego. Z uwagi na brak dokumentacji oryginalnej nie jest znany dokładny stopień zaawansowania choroby w chwili rozpoznania. Wykonano wycięcie macicy z przydatkami obustronnie, sieci większej i wyrostka robaczkowego, a następnie wdrożono uzupełniającą chemioterapię (6 kursów paklitakselu z analogiem platyny). Pod koniec 2013 roku, po prawie 10 latach, doszło do pierwszej wznowy choroby. Podano chemioterapię: paklitaksel z karboplatiną uzyskując częściową odpowiedź na leczenie i zakwalifikowano chorą do zabiegu operacyjnego. Wycięto śledzionę, fragment żołądka oraz guz lewego płata wątroby. We wszystkich tych lokalizacjach stwierdzono przerzut raka gruczolowego nisko zróżnicowanego prawdopodobnie surowiczego. Po zabiegu podano dodatkowe 3 kursy karboplatyny. W 2017 roku, po kolejnych 3 latach, nastąpiła druga wznowa. Chora otrzymała docetaksel z karboplatiną. W 2021 nastąpiła trzecia wznowa. Podano liposomalną pegylowaną doksorubicynę z karboplatiną i przeprowadzono badanie genetyczne stwierdzając wariant patogenny w eksonie genu BRCA1. Po uzyskaniu częściowej odpowiedzi po 4 kursach ostatnio stosowanej chemioterapii pacjentkę zakwalifikowano do leczenia podtrzymującego olaparibem. Leczenie rozpoczęto w VII 2021 w dawce 600 mg/dobę. Z uwagi na toksyczność hematologiczną od IX 2021 zredukowano dawkę stosowanego leku do 400 mg/d. Pacjentka kontynuuje leczenie. W chwili obecnej ma 66 lat, jest w dobrym stanie ogólnym, nie zgłasza żadnych dolegliwości mogących wynikać z choroby czy leczenia. W kontrolnej tomografii z 22.04.2024 wielkość węzłów chłonnych i zmian podejrzanych o wszczepy otrzewnowe nie uległa zmianie. W trakcie ostatniej wizyty (5.06.2024) nie stwierdzono istotnych odchyleń w badaniach podstawowych krwi, a miano markera CA125 z wynosiło 11.

Włóknisty guz zapalny/miofibroblastyczny guz zapalny (IMT, inflammatory myofibroblastic tumor)

Sebastian Spust¹, Krzysztof Rogoziewicz¹, Marcel Dudzic¹, Beata Muszczyńska-Bernhard¹,
Bożena Cybulska-Stopa^{1,2}

¹Dolnośląskie Centrum Onkologii Pulmonologii i Hematologii we Wrocławiu

²Katedra Onkologii i Hematologii, Wydział Medyczny, Politechnika Wrocławska

50-letni chory, w bardzo dobrym stanie ogólnym, zgłosił się do ośrodka w lutym 2024 roku z wynikiem TK klatki piersiowej, w którym uwidoczono guza płuca lewego. W wywiadzie od około pół roku bóle barku prawego. W badaniu fizykalnym bolesność uciskowa w okolicy barku prawego, poza tym bez zmian. Choroby dodatkowe — nadciśnienie tętnicze.

Wykonano badanie PET-CT uwidaczniając w segmencie 3. płuca lewego zmianę hipermetaboliczną wielkości 40 × 23(cc)26 mm, SUV max 11,8. Innych zmian nie uwidoczono. Pacjenta zakwalifikowano do leczenia radykalnego operacyjnego. Dnia 12.04.24 wykonano VATS lobektomię górną lewą z systemową limfadenektomią śródpiersia. W śródoperacyjnym badaniu histopatologicznym nie można było określić jednoznacznie charakteru zmiany. W badaniu hist-pat pooperacyjnym stwierdzono. Guz zbudowany z wrzecionowatych owalnych komórek bez cech atypii z obecnością nacieku zapalnego, głównie obfitych nacieków z plazmocytów. Obraz morfologiczny oraz immunofenotyp odpowiadają: *inflammatory myofibroblastic tumor* (włóknisty guz zapalny). Chory pozostaje w obserwacji.

IMT zazwyczaj występuje u dzieci i młodych dorosłych, najczęściej jest rozpoznawany około 10. r.ż. i stanowi 20% wszystkich pierwotnych guzów płuc w populacji pediatrycznej. Zapalne guzy włókniste mają zazwyczaj charakter łagodny, a leczeniem z wyboru jest usunięcie chirurgiczne. Niekiedy mogą być inwazyjne, potrafią nawracać miejscowo lub rozprzestrzeniać się. Przerzutowy IMT ma gorsze rokowanie i może doprowadzić do śmierci. Rearanżacja ALK wykrywana jest w około 40–50% przypadków IMT. Obecność ALK+ może wiązać się z korzystniejszym rokowaniem. Jednakże powiązania między rokowaniem, a stanem ALK wymagają potwierdzenia w dodatkowych, większych badaniach.

Pytania. 1. Czy zasadne jest włączenie u takiego pacjenta terapii celowanej?

2. Czy mięsaki o nieustalonym stopniu złośliwości warto uznać jako potencjalnie złośliwe?

Znaczenie weryfikacji nowej zmiany nowotworowej u chorej z uogólnionym rakiem piersi

Iwona Bilaska, Izabela Lemańska, Ewa Szombara, Zbigniew Nowecki, Katarzyna Pogoda

Klinika Nowotworów Piersi i Chirurgii Rekonstrukcyjnej, Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie

U 68-letniej chorej w 2017 r. rozpoznano miejscowo zaawansowanego raka piersi lewej z przerzutami do węzłów chłonnych szyjnych (cT3N3M1). W biopsji gruboigłowej stwierdzono raka piersi typu NST, ER 1%, PGR 0%, HER2–3+, Ki67 40%. Stan ogólny chorej był bardzo dobry, ECOG 0. Decyzją konsylium chora została zakwalifikowana do leczenia wg schematu PTH (pertuzumab + trastuzumab + docetaksel). Od sierpnia 2017 r. podano 109 kursów terapii. We wrześniu 2023 r. w kontrolnej tomografii komputerowej w segmencie 1 płuca prawego pojawił się podejrzany guzek 7 mm, pozostały miąższ płucny bez zmian. Kontynuowano leczenie wg programu PTH do lutego 2024 r., kiedy w kolejnym badaniu stwierdzono dalszy wzrost zmiany w płucu do wymiarów 12 × 13 mm. Pacjentkę skierowano do torakochirurga, który zakwalifikował ją do usunięcia zmiany w płucu. Wykonano VATS po prawej stronie. W badaniu histologicznym usuniętego guza płuca stwierdzono raka wielkokomórkowego neuroendokrynnego płuca (*large cell-neuroendocrine carcinoma*) o zaawansowaniu pT1bNx, PL0 L/V+ N10 R0 według 8. edycji AJCC. Chora wznowiła leczenie wg schematu PTH, ostatni wlew miała 25.06.2024 (cykl 113). W badaniu TK utrzymuje się stabilizacja. Stan pacjentki jest bardzo dobry (ECOG 0).

Pytania. 1. Czy decyzja o postępowaniu była optymalna (usunięcie zmiany w płucu, kontynuacja terapii PTH)?

2. Czy konieczne jest dalsze leczenie raka wielkokomórkowego neuroendokrynnego płuca (wykonanie limfadenektomii węzłów chłonnych śródpiersia, chemioterapia adjuwantowa?)

3. Jaka byłaby decyzja w przypadku rozpoznania w płucu zmiany przerzutowej raka piersi?

Równoległe wystąpienie dwóch niezależnych procesów nowotworowych — chłoniaka oczodołu i raka żołądka

Patrycja Szymańska¹, Łukasz Hajac¹, Lilianna Wisłocka-Rawson¹, Bożena Cybulska-Stopa^{1,2}

¹Oddział Onkologii Klinicznej, Dolnośląskie Centrum Onkologii, Pulmonologii i Hematologii we Wrocławiu

²Katedra Onkologii i Hematologii, Wydział Medyczny, Politechnika Wrocławska

62-letnia pacjentka zgłosiła się w maju 2023 roku z powodu trwających od dwóch miesięcy: jednostronnego zwężenia szpary powiekowej z obrzękiem powiek, szumów usznych, zawrotów głowy, bólów brzucha z nudnościami i omdleniami. W MRI-OUN uwidoczono jedynie zmiany naczyniopochodne. W TK jamy brzusznej stwierdzono naciek nowotworowy żołądka oraz naciek o charakterze zapalnym w jelicie grubym. W badaniu histopatologicznym (czerwiec 2023) potwierdzono rozpoznanie raka gruczołowego G3 żołądka. W wycinkach histopatologicznych z kolonoskopii nie stwierdzono zmian nowotworowych. Pacjentkę przekazano do ośrodka onkologicznego, gdzie została zakwalifikowana do leczenia okołoperacyjnego schematem FLOT i zabiegu operacyjnego. Podczas I kursu chemioterapii, z uwagi na utrzymujący się obrzęk powiek oka lewego z dyskretnym wytrzeszczem, zdecydowano o konsultacji badania MRI-OUN dostarczonego przez chorą. Wówczas stwierdzono struktury miękkotkankowe w obu oczodołach budzące podejrzenie zmian przerzutowych, do różnicowania z chłoniakiem. Zdecydowano o wykonaniu biopsji i rozpoznano chłoniaka B-komórkowego. Po konsultacji zespołowej za priorytet uznano dokończenie terapii raka żołądka odraczając leczenie hematologiczne. Pacjentka otrzymała 4 × FLOT, zabieg operacyjny (PR), 4 × FLOT. Kontrolne MRI-OUN wykazał częściową regresję zmian w oczodołach. Konsultowano chorą hematologicznie-z uwagi na indolenty i bezobjawowy przebieg SLL pozostawiono w obserwacji.

Przedstawiony w opisanym przypadku proces diagnostyczno-terapeutyczny wskazuje istotną rolę jaką odgrywa poszerzenie diagnostyki zarówno obrazowej, jak i histopatologicznej w przypadku nietypowej dla danego nowotworu lokalizacji przerzutów. Zachowana czujność oraz szybkie decyzje przełożyły się na wybór odpowiedniej kolejności leczenia i w efekcie korzystny dla pacjentki rezultat w postaci radykalnego leczenia gruczolakoraka żołądka oraz braku konieczności intensywnego leczenia hematologicznego. Ponadto zaobserwowano wpływ chemioterapii FLOT na zmiany w przebiegu SLL pod postacią częściowej odpowiedzi.

Pytania. 1. Jakie będzie postępowania w przypadku wznowy/rozstępu procesu npl żołądka, biorąc pod uwagę równoległy proces hematologiczny?

2. Czy u pacjentki istniały czynniki predysponujące, w tym czynniki genetyczne odpowiedzialne za wystąpienie dwóch równoległych procesów npl?

3. Czy nie należy zwrócić większej uwagi na jakość opisów badań obrazowych w ośrodkach powiatowych, szczególnie niezwiązanych z oddziałami onkologicznymi?

Ścisła współpraca onkologa klinicznego i hematologa w leczeniu pacjenta z rakiem gruczołowym płuca z mutacją EGFR w IV stopniu zaawansowania klinicznego oraz przewlekłą białaczką limfocytową

Marcin Sokołowski^{1,2}, Ludmiła Gawron¹, Maria Romańska¹, Aleksandra Butrym^{1,3}

¹Specjalistyczny Szpital im A. Sokołowskiego w Wałbrzychu

²Oddział Onkologii Klinicznej/Chemioterapii, Dolnośląskie Centrum Onkologii, Pulmonologii i Hematologii we Wrocławiu

³Zakład Profilaktyki Chorób Nowotworowych, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

72-letni mężczyzna obciążony napadowym migotaniem przedsionków, nadciśnieniem tętniczym oraz przewlekłą białaczką limfocytową (PBL) Rai III Binet C w fazie remisji, poddanej IV liniom leczenia systemowego (rituximabu/bednamustyny dwukrotnie, R-CHOP, wenetoklaks + rituximab zakończony 09.2022) został przyjęty na Oddział Onkologiczny Specjalistycznego Szpitala im. A. Sokołowskiego w Wałbrzychu celem kwalifikacji do leczenia gruczołowego raka płuca w IV stopniu zaawansowania klinicznego. W wyjściowym PET-CT stwierdzono rozsiew choroby do węzłów śródpiersia, zaotrzewnowych, płuca lewego, wątroby, kości, nadnercza lewego. Wykazano obecność mutacji EGFR w eksonie 19. W chwili przyjęcia stan ogólny dobry WHO 1. Objawowo niewielka duszność wysiłkowa stwierdzana przy wejściu na II piętro. Laboratoryjnie niewielka leukocytoza poza tym bez odchyłań istotnych klinicznie. Współistnienie PBL wykluczyło pacjenta z programu lekowego z zastosowaniem afatynibu/ozymertynibu. Wobec powyższego zakwalifikowano do I linii leczenia systemowego z zastosowaniem erlotynibu. Tolerancja leczenia dobra — osutka trądzikopodobna twarzy i tułowia st I wg CTCAE. Klinicznie uzyskano znaczącą poprawę tolerancji wysiłku. W kolejnych kontrolach obrazowych PR wg RECIST 1.1. Od VI kursu stwierdzano systematyczny wzrost limfocytozy w przebiegu PBL. W trakcie dalszego leczenia doszło do pogorszenia stanu ogólnego (WHO 3), wyraźnej progresji leukocytozy oraz pogłębienia anemii. Pacjenta przekazano na Oddział Hematologiczny celem terapii ratunkowej rituximabem i metyloprednizolonem, po której uzyskano przejściową poprawę. Po 8 miesiącach od rozpoczęcia leczenia erlotynibem doszło do zgonu pacjenta w przebiegu infekcji. Ścisła współpraca pomiędzy hematologiem a onkologiem klinicznym pozwoliła na dobór optymalnej terapii raka gruczołowego płuca z mutacją EGFR w IV stopniu zaawansowania klinicznego u pacjenta z aktywnym PBL. Leczenie wykazało zadowalający efekt kliniczny, przy akceptowalnym poziomie toksyczności.

Wpływ otyłości III stopnia na decyzje kliniczne w trakcie leczenia systemowego raka jelita grubego w IV stopniu zaawansowania klinicznego

Marcin Sokołowski

Oddział Onkologiczny, Specjalistyczny Szpital im. A. Sokołowskiego w Wałbrzychu

60-letni mężczyzna został przyjęty na Oddział Onkologiczny Specjalistycznego Szpitala im. A. Sokołowskiego w Wałbrzychu celem podjęcia leczenia systemowego gruczolaka esicy w IV stopniu zaawansowania klinicznego. Obciążony nadciśnieniem tętniczym, napadowym migotaniem przedsionków oraz otyłością III stopnia (wzrost 163 cm, waga 148 kg, BMI 55,3), po radykalnej laparoskopowej resekcji esicy (pT3N1b) oraz chemioterapii uzupełniającej FOLFOX-4. W TK jamy brzusznej stwierdzono trzy zmiany metastatyczne V, VII, VIII segmentu wątroby. Status molekularny — brak mutacji KRAS, NRAS, BRAF, MSS. Stan ogólny dobry ECOG 0, bez objawów choroby nowotworowej. Pacjenta zakwalifikowano do terapii cetuksymab + FOLFIRI. Tolerancja leczenia dobra — osutka płamkowo-grudkowa skóry — G1 wg NCI-CTCAE, hipomagnezemia — G2 wg NCI-CTCAE, zapalenie spojówek — G2 wg NCI-CTCAE oraz niedokrwistość — G1 wg NCI-CTCAE. W kolejnych ocenach obrazowych stwierdzono PR wg RECIST 1.1 (TL 81 mm → 28 mm). Wobec odpowiedzi klinicznej pacjentka konsultowano w wielu referencyjnych ośrodkach chirurgicznych oraz bariatrycznych pod kątem metastazektomii lub termoablacji zmian. Z uwagi na znaczną otyłość pacjenta kilkakrotnie dyskwalifikowano od postępowania chirurgicznego. Chory wykluczał modyfikacje stylu życia celem redukcji masy ciała. Z uwagi na odpowiedź w kolejnych ocenach obrazowych, leczenie deeskalowano do monoterapii cetuximabem. Wobec braku możliwości radykalnego postępowania chirurgicznego zdecydowano o SBRT zmian przerzutowych w zakresie wątroby (Dc = 54Gy/3fr). Po sześciu miesiącach monoterapii stwierdzono PD wg RECIST 1.1. Pacjent realizuje reindukcję FOLFIRI + cetuximab. W trakcie terapii uzyskano PFS 19 miesięcy. Choroby cywilizacyjne w tym otyłość znacznego stopnia wpływają na decyzje kliniczne onkologa klinicznego oraz modyfikują plan leczenia co w konsekwencji może pogorszyć rokowanie pacjenta onkologicznego.

Postępowanie terapeutyczne prowadzące do osiągnięcia całkowitej remisji metodami zachowawczymi u pacjenta z wysoce agresywnym, zaawansowanym rakiem neuroendokrynnym

Patrycja Szymańska¹, Łukasz Hajac², Zbyszko Chowaniec², Ryszard Marzec¹, Marcin Sokołowski¹, Aleksandra Sztuder², Krzysztof Szewczyk², Joanna Mazurak², Natalia Wiśniewska², Bożena Cybulska-Stopa^{1,3}

¹Oddział Onkologii Klinicznej, Dolnośląskie Centrum Onkologii, Pulmonologii i Hematologii we Wrocławiu

²Zespół Nowotworów Neuroendokrynnych, Dolnośląskie Centrum Onkologii Pulmonologii i Hematologii we Wrocławiu

³Katedra Onkologii i Hematologii, Wydział Medyczny, Politechnika Wrocławska

49-letni mężczyzna przekazany do DCOPIH celem diagnostyki powiększonych węzłów chłonnych szyjnych prawych. W badaniach obrazowych oraz fizykalnym nie stwierdzono innych nieprawidłowości. Wynik histopatologiczny (06/2022): przerzut niskozróżnicowanego raka neuroendokrynnego (NEC), Ki67 — 60%, sugerowany punkt wyjścia z płuca. W PET-FDG oraz scyntygrafii receptorów somatostatynny aktywny proces nowotworowy jedynie w prawych węzłach chłonnych szyjnych (gr. II, III).

Pacjent z rozpoznaniem rozsianego procesu nowotworowego o nieznanym punkcie wyjścia rozpoczął chemioterapię paliatywną cispaltyna + etopozyd (09.2022). Wyjściowo: NSE — nieznacznie powyżej górnej granicy normy, TK — oprócz zmian węzłowych szyi, ognisko w wątrobie budzące podejrzenie meta, którego aktywności nie wykazano w dotychczasowych badaniach. Badanie PET Ga68-DOTATATE — nie wniosło nowych informacji.

W toku leczenia obserwowano częściową regresję zmian węzłowych potwierdzoną kontrolną TK po 3 oraz 6 kursach. Zmiana w wątrobie stabilna. Pacjent otrzymał 7 kursów EP powikłanych nefrotoksycznością, zmodyfikowano na etopozyd + carboplatyna — otrzymał 4 kursy. TK: stabilizacja zmian, PET 18F-FDG: regresja strukturalna i metaboliczna węzłów chłonnych szyjnych prawych z podejrzeniem resztkowej aktywności proliferacyjnej w węzłach grupy IIa, III. Nie uwidoczniło innych aktywnych zmian.

Z racji uzyskanej odpowiedzi i ograniczony lokoregionalnie zasięg zmian, chorego zakwalifikowano do samodzielnej radykalnej radioterapii. Otrzymał do 60 Gy w 33 frakcjach na obszar zajętych węzłów, uzyskując całkowitą odpowiedź kliniczną i obrazową. Aktualnie pacjent przebywa w obserwacji. TK i PET-FDG (03/2024) bez cech wznowy.

Biorąc pod uwagę rozpoznanie wysoce złośliwego nowotworu o niekorzystnym rokowaniu, uzyskana odpowiedź na leczenie oraz czas przeżycia bez progresji znacznie przewyższają dane dostępne w literaturze. Nie ma również wystandaryzowanej ilości kursów leczenia. Nowotwory neuroendokrynnne mogą się wywodzić z rozsianych komórek endokrynnych w całym organizmie, więc w tym przypadku potraktowanie choroby jako lokoregionalnej przyniosło dobre efekty terapeutyczne.

Pytania. 1. W jakich innych badaniach można by jeszcze szukać ogniska pierwotnego?

2. Czy w NEC o Ki67 powyżej 55% leczeniem lokoregionalnym z wyboru jest rt czy zabieg?

Nietypowy przebieg i spektakularna odpowiedź na leczenie przedoperacyjne u pacjentki z rozpoznaniem miejscowo zaawansowanym nieluminalnym HER2+ rakiem piersi

Karolina Winsko-Szcześnowicz, Piotr Oleksza, Bogumiła Czartoryska-Arlukowicz

Breast Cancer Unit, Oddział Onkologii Klinicznej z Pododdziałem Chemioterapii Diennej, Białostockie Centrum Onkologii

62-letnia pacjentka, w stanie ogólnym dobrym, WHO1, zgłosiła się do Poradni Chorób Piersi BCO w 09.2023. Wcześniej diagnozowana była od ponad roku poza BCO z powodu zmiany zabarwienia skóry, poszerzenia żył ściany klatki piersiowej po stronie lewej.

W MMG i USG (09.2022r) stwierdzono zmianę o charakterze guza dysplastycznego (46 × 22 mm) w piersi lewej oraz opisywane zmiany pozakrzepowe w żyłach powierzchownych ściany klatki piersiowej — stan po przebytej chorobie Mondora. Nie pogłębiano diagnostyki o BAG. Pomimo rocznego stosowanego leczenia p/zakrzepowego i dermatologicznego obserwowano dalsze pogorszenie stanu miejscowego.

W wykonanych w BCO badaniach stwierdzono: w USG pierś lewa o wzmożonej echogeniczności, z pogrubieniem skóry do 11 mm, policykliczny guz 74 × 55 mm — BIRADS 5, podejrzanę węzły chłonne pachowe lewe. Wykonano BAG: h-p: rak NST G3, ER 0%, PGR 0%, HER2: 3+, Ki67 80%, w BACC węzłów chłonnych nie stwierdzono komórek przerzutowych raka. W TK klatki piersiowej, jamy brzusznej i miednicy oraz scyntygrafii kości — bez cech rozsiewu choroby.

Rozpoznano miejscowo zaawansowanego raka piersi cT4N0M0 — CS IIIB.

Zakwalifikowano pacjentkę do leczenia przedoperacyjnego wg schematu 4 × AC/ trastuzumab + pertuzumab + paklitaxel. Leczenie tolerowane było dość dobrze, powikłane niedokrwistością G2 i biegunką G2/G3. Klinicznie uzyskano znaczną poprawę miejscową. W badaniach stwierdzono PR opisywanych zmian. W 04.2024 wykonano radykalną amputację piersi + WW. W pooperacyjnym wyniku h-p stwierdzono całkowitą remisję patologiczną (RCB0). Pacjentka aktualnie pozostaje w stanie ogólnym dobrym, jest w trakcie radioterapii uzupełniającej i kontynuuje leczenie trastuzumabem.

Rak piersi klinicznie może mieć różny przebieg. Szybka diagnostyka, wykonywanie BAG są kluczowe w uzyskaniu jak najlepszych wyników leczenia pacjentek z rozpoznaniem rakiem piersi.

Immunoterapia dwulekowa w leczeniu czerniaka z przerzutami do mózgowia — jakie wyzwania niesie ze sobą leczenie ciężkich powikłań immunoterapii?

Sylwia Kopeć

Klinika Nowotworów Tkanek Miękkich, Kości i Czerniaków, Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie — Państwowy Instytut Badawczy w Warszawie

Wstęp. Czerniak to jeden z najczęstszych nowotworów pod względem częstości występowania przerzutów do mózgowia. Stwierdzenie zmian przerzutowych w mózgowiu pogarsza rokowanie. Leczeniem zapewniającym największe szanse na powodzenie terapii w tej grupie pacjentów jest immunoterapia skojarzona anty-PD1 i anty-CTLA4.

Opis przypadku. 46-letnia chora na czerniaka o nieznanym punkcie wyjścia M1d, w stanie klinicznym ECOG 0, w trakcie immunoterapii dwulekowej (niwolumab i ipilimumab), zgłosiła się w terminie podania czwartego kursu immunoterapii. W badaniach laboratoryjnych stwierdzono hepatotoksyczność — wysokie transaminazy w stopniu G4 (> 20,0 × ULN) oraz wzrost bilirubiny całkowitej w stopniu G3 (3,0–10,0 × ULN). Po zażółceniu powłok skórnych chora nie prezentowała innych objawów. W leczeniu zastosowano metyloprednizolon dożylnie oraz mykofenolan mofetylu. Po 3 tygodniach hospitalizacji chora została wypisana z oddziału kontynuując doustne leczenie immunosupresyjne w stopniowo redukowanych dawkach. Po miesiącu zaobserwowano zmiany zachowania pacjentki, ich nasilenie doprowadziło do hospitalizacji na oddziale psychiatrycznym. Zdiagnozowano psychozę posterooidową, zastosowano leczenie objawowe uzyskując kontrolę objawów oraz zalecono dalszą redukcję sterydów. W kolejnym miesiącu w kontrolnych badaniach laboratoryjnych rozpoznano cukrzycę posterydową wymagającą insulinoterapii. Leczenie immunosupresyjne zakończono po 6 miesiącach od momentu hospitalizacji. Pacjentka pozostaje w obserwacji onkologicznej. W kontrolnych badaniach obrazowych wciąż utrzymuje się odpowiedź na leczenie, w tym całkowita regresja zmian w mózgowiu, mimo braku aktywnej terapii systemowej od 1,5 roku.

Pytania. 1. Jak długiej odpowiedzi na immunoterapię można się spodziewać po jej zakończeniu przy zastosowaniu długotrwałego leczenia immunosupresyjnego?

2. Czy steroidoterapia w leczeniu toksyczności immunoterapii wymaga leczenia wielodyscyplinarnego?

Skuteczność immunoterapii skojarzonej oraz stan układu immunologicznego u chorej na płaskonabłonkowego raka płuca z niską ekspresją PD-L1

Natalia Krzyżanowska, Kamila Wojas-Krawczyk, Paweł Krawczyk, Izabela Chmielewska, Tomasz Jankowski, Janusz Milanowski

Katedra i Klinika Pneumonologii, Onkologii i Alergologii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

U 68-letniej kobiety, byłej palaczki papierosów, w dobrym stanie sprawności (stopień 1 wg ECOG) rozpoznano zaawansowaną postać raka płaskonabłonkowego z ekspresją PD-L1 na 2% komórek nowotworowych. 5 lat wcześniej rozpoznano u chorej reumatoidalne zapalenie stawów (RZS), wymagające leczenia metotreksatem. W marcu 2023 roku chora została zakwalifikowana do leczenia immunoterapią skojarzoną wg schematu: niwolumab, ipilimumab i 2 cykle chemioterapii za pomocą karboplatyny i paklitakselu. Początkowa tolerancja leczenia była dobra, jednak na początku maja 2023 roku doszło do zaostrzenia RZS. Chora wymagała leczenia (metypredem, a następnie prednizonem i leflunomidem) i kontynuowała terapię niwolumabem. W kontrolnej tomografii komputerowej stwierdzono remisję guza pierwotnego i przerzutów do węzłów chłonnych w śródpiersiu. Po ponad roku immunoterapii doszło do hepatotoksyczności drugiego stopnia, w związku z czym przzerwano podawanie niwolumabu i ipilimumabu do ustąpienia toksyczności. Obecnie chora kontynuuje immunoterapię. W dniu włączenia immunoterapii skojarzonej oraz przy kolejnych kontrolach odpowiedzi na leczenie wykonano analizę cytometryczną komórek mononuklearnych krwi obwodowej. W trakcie leczenia obserwowano spadek liczby i odsetka limfocytów (wraz ze wzrostem wskaźników NLR i PLR), spadek odsetka limfocytów T cytotoksycznych PD-1-pozytywnych, wzrost ekspresji CCR2 (*C-C chemokine receptor*) na monocytach. Ponadto, zmniejszyła się ekspresja IFN- γ na limfocytach Th i Tc, a także odsetek monocytów PD-L1-pozytywnych. Obserwowano natomiast wzrost odsetka limfocytów pamięci (EOMES-pozytywnych) i limfocytów B CD27-pozytywnych, które mogą być wykładnikiem pojawiających się powikłań immunoterapii. Współistnienie choroby automimmunologicznej (RZS) oraz wystąpienie powikłań immunoterapii (hepatotoksyczność) może być związane z wyższą skutecznością leczenia. Natomiast dynamika zmian w układzie immunologicznym u tej chorej była inna niż u większości chorych odpowiadających na immunoterapię.

Nieefektywna immunoterapia u chorej na niedrobnokomórkowego raka płuca i zmiany składu mikrobiomu jelitowego

Tomasz Jankowski¹, Anna Grenda¹, Paweł Krawczyk¹, Ewelina Iwan², Arkadiusz Bomba², Katarzyna Bielińska², Izabela Chmielewska¹, Michał Szczyrek¹, Janusz Milanowski¹

¹Uniwersytet Medyczny w Lublinie

²Państwowy Instytut Weterynaryjny — Państwowy Instytut Badawczy w Puławach

Chora na gruczolowego raka płuca po klinowej resekcji guza w 2018 roku, u której zaobserwowano wznowę w 2020 roku. Wiek chorej w chwili wznowy — 77 lat.

Brak nieprawidłowości w genach *EGFR*, *ALK*, *ROS1* oraz ekspresji PD-L1.

Leczenie 1. linii — pembrolizumab w skojarzeniu z chemioterapią (karboplatyna i pemetrexed, 4 cykle). Progresa po 3 miesiącach leczenia. Leczenie 2. linii — docetaksel w skojarzeniu z nintedanibem (4 cykle), a następnie nintedanib w monoterapii do chwili obecnej. Stabilizacja choroby przez 36 miesięcy. U chorej wykonano profilowanie mikrobiomu jelitowego za pomocą sekwencjonowania nowej generacji DNA (geny kodujące 16S rRNA, regiony hiperzmiennie) wyizolowanego ze stolca pobranego przed wdrożeniem immunoterapii oraz w momencie progresji.

Przed podaniem immunoterapii zaobserwowano wysoką zawartość bakterii z rodziny *Akkermansiaceae* (14,3%) oraz *Ruminococcaceae* (22,0%) uważanych za potencjalny korzystny czynnik predykcijny skuteczności immunoterapii. W momencie progresji zaobserwowano spadek zawartości tych bakterii odpowiednio do 10,7% oraz 15,2%.

W momencie progresji w porównaniu do rozpoczęcia leczenia zaobserwowano znaczny wzrost zawartości bakterii z rodzin *Enterobacteriaceae* (z 3,5% do 12,5%) oraz *Lachnospiraceae* (z 7,7% do 20,7%).

Pytania. 1. Czy skład mikrobiomu jelitowego mógł wpłynąć na niepowodzenie terapii z wykorzystaniem pembrolizumabu?

2. Obecność bakterii *Akkermansiaceae* jest rozważana jako korzystny czynnik predykcijny skuteczności immunoterapii. Czy ocena obecności bakterii z tej rodziny bakteryjnej może stać się użytecznym czynnikiem prognostycznym skuteczności inhibitorów immunologicznych punktów kontrolnych? Czy spadek zawartości tych bakterii w trakcie immunoterapii jest związany z jej niepowodzeniem?

3. Jak skład mikrobiomu jelitowego może wpływać na skuteczność terapii innych niż immunoterapia?

Leczenia pacjenta z drobnokomórkowym rakiem neuroendokrynnym pęcherza moczowego z komponentą raka urotelialnego

Diana Cząstkiewicz-Trawińska^{1,2}, Joanna Ratuszyńska¹, Paweł Smoliński¹, Marek Szwiec^{1,2}

¹Kliniczny Oddział Onkologii, Szpital Uniwersytecki w Zielonej Górze

²Katedra Chirurgii i Onkologii, Uniwersytet Zielonogórski

Wstęp. Drobnokomórkowy rak neuroendokrynnym pęcherza moczowego jest rzadkim i agresywnym nowotworem dróg moczowych o złym rokowaniu. Preferowanym schematem leczenia jest pochodna platyny z etopozydem (PE).

Opis przypadku. 67-letni mężczyzna zgłosił się do urologa z krwimoczem. W wywiadzie chorobowym: cukrzyca t.2, nadciśnienie tętnicze, miażdżycowa powikłana zawałem serca i udarem mózgu, przerost prostaty oraz nikotynizm 26 paczolat, od 20 lat nie pali. Pierwsze objawy pojawiły się w maju 2023 roku. Przeprowadzono elektroresekcję zmiany w pęcherzu moczowym. Na podstawie badania histopatologicznego rozpoznano raka neuroendokrynnego drobnokomórkowego pT2 oraz urotelialnego raka *in situ*. Ustalono stopień zaawansowania cT3N1M0 (III A) po ocenie badania TK. Chory w stanie ogólnym ECOG PS 0 otrzymał 5 cykli ddMVAC (metotexat, vinblastyna, cisplatyna, doxorubicyna). Po 4 kursie w TK stwierdzono częściową odpowiedź (45%). W dalszej kolejności przeprowadzono cystoprostatektomię metodą Bricker'a. W badaniu pooperacyjnym stwierdzono całkowitą odpowiedź patomorfologiczną.

Omówienie. Drobnokomórkowy rak neuroendokrynnym pęcherza moczowego jest rzadki i nie ma ustalonego schematu terapeutycznego, a ze względu na podobną biologię z rakiem drobnokomórkowym płuc preferowane jest zastosowanie schematu PE. Jeszcze rzadziej mamy do czynienia z rakiem mieszanym — z komponentą raka urotelialnego. W powyższym przypadku raka urotelialnego *in situ*. Czy rzeczywiście jest to tylko komponenta *in situ*? Czy jego obecność powinna wpływać na wybór schematu leczenia? Czy schemat ddMVAC może być skuteczniejszy z powodu czterech stosowanych cytostatyków czy też skróconego czasu pomiędzy cyklami w porównaniu do PE? Opisany przypadek zwraca uwagę jak ważna jest diagnostyka patomorfologiczna oraz konieczność przeprowadzenia dalszych badań pozwalających na ustalenie optymalnej diagnostyki i leczenia rzadkich typów raka pęcherza moczowego.

Rola interwencji żywieniowej w zaawansowanym raku żołądka

Katarzyna Różycka, Elżbieta Kot, Aleksandra Kapała

Klinika Diagnostyki Onkologicznej, Kardiologii i Medycyny Paliatywnej, Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie — Państwowy Instytut Badawczy w Warszawie

Wstęp. Cechy niedożywienia stwierdza się u 30–85% pacjentów z zaawansowaną chorobą nowotworową. Znaczny stopień zaawansowania raka żołądka w momencie rozpoznania w przypadku większości chorych rokuje źle, jednak u 5–20% chorych onkologicznych to kacheksja, a nie progresja guza jest bezpośrednią przyczyną zgonu.

Opis przypadku. 68-letniego mężczyznę z rozpoznaniem raka gruczołowego żołądka przyjęto do Kliniki z powodu dysfagii III oraz kacheksji (48 kg, utrata 33% wyjściowej masy ciała w ciągu 3 miesięcy), celem leczenia żywieniowego i uzupełnienia diagnostyki. Przy przyjęciu dietetyk kliniczny ocenił stan odżywienia, we współpracy z lekarzem prowadzącym zaplanowano postępowanie żywieniowe. Oceniono pokrycie zapotrzebowania białkowo-energetycznego na poziomie 15–20%. Z zachowaniem profilaktyki wystąpienia zespołu ponownego odżywienia włączono żywienie pozajelitowe. Jednocześnie pacjent został zakwalifikowany do wytworzenia jejunostomii odżywczej. Śródoperacyjnie potwierdzono wszczepę w otrzewnej (rak żołądka IV stopień).

Na podstawie badań obrazowych oraz po konsultacji preparatów histopatologicznych pacjent został zakwalifikowany do chemioterapii (FOLFOX, nivolumab).

W kontrolnej TK uzyskano regresję choroby, a w kolejnej stabilizację, wobec powyższego oraz dobrego stanu klinicznego zdecydowano o kontynuacji leczenia ze zredukowanymi dawkami cytostatyków (z uwagi na toksyczność w stopniu G1). Pacjent od 9 miesięcy leczony systemowo, odżywia się dojelitowo (1500 kcal) oraz doustnie (pokarmy stałe, miękkie ok. 600 kcal). Masa ciała 52 kg stabilna.

Omówienie. Leczenie żywieniowe może mieć istotne znaczenie w przebiegu zaawansowanego raka żołądka, a w niektórych przypadkach umożliwia rozpoczęcie leczenia przeciwnowotworowego. Nawet w zaawansowanym stadium choroby udaje się uzyskać zadowalającą odpowiedź i poprawić jakość życia chorego.

Pytania. 1. Stent do żołądka czy mikrojejunostomia — co lepsze?

2. Czy dieta peptydowa to najlepszy wybór w żywieniu dojelitowym?

Przypadek pacjentki z reaktywacją zakażenia HBV w trakcie leczenia uzupełniającego raka esicy

Katarzyna Wyskida, Weronika Bulska-Będkowska, Sylwia Cisoń-Jurek, Joanna Mykała-Cieśla, Jerzy Chudek

Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych i Chemioterapii Onkologicznej, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

Diagnostyka u pacjentów z nowotworami litymi obejmuje screening w kierunku aktywnego zakażenia WZW B i C (oznaczenie przeciwciał anti-HCV i HBsAg). W przypadku aktywnej infekcji należy rozpocząć leczenie przeciwwirusowe. Reaktywacja zakażenia HBV w trakcie leczenia onkologicznego może wystąpić również w utajonym zakażeniu HBV (HBsAg-, anti-HBc+).

Prezentujemy przypadek 52-letniej pacjentki po usunięciu raka esicy z czynnikami ryzyka rozsiewu o zaawansowaniu pT2N2bM0. Screening w kierunku infekcji WZW B i C nie potwierdził aktywnej infekcji. Pacjentkę zakwalifikowano do chemioterapii uzupełniającej wg XELOX. Wyjściowo obserwowano podwyższenie stężenia antygeny Ca 19-9 do 51,7 U/ml, który narastał stopniowo z kolejnymi cyklami CHT. Po 4 cyklach leczenia obserwowano małopłytkowość 53 tys./ul (CTCAE 2), wzrost wartości aminotransferaz, Ca 19-9 (80,4 U/ml). W TK wykluczono rozsiew choroby. Po rozszerzeniu diagnostyki o przeciwciała anti-HBc (dodatnie miano 6,18 S/CO) i potwierdzeniu obecności HBV DNA rozpoznano reaktywację zakażenia HBV. Rozpoczęto terapię Entekavirem. W badaniach kontrolnych obserwowano obniżenie stężenia antygeny Ca 19-9 (61,0 U/ml) i prób wątrobowych oraz normalizację liczby płytek krwi. Po 2 tygodniach terapii Entekavirem wznowiono leczenie uzupełniające.

Małopłytkowość, podwyższenie prób wątrobowych mogą wskazywać nie tylko na działanie niepożądane oksaliplatyny, a narastanie Ca 19-9 nie tylko na progresję choroby, ale również na zakażenie wirusem HBV. Wczesne wykrycie i leczenie zakażeń może zapobiec poważnym powikłaniom i umożliwić bezpieczne leczenie onkologiczne.

Pełna ocena w kierunku aktywnej i utajonej infekcji wirusem HBV przed rozpoczęciem chemioterapii powinna stanowić rutynową praktykę nie tylko u pacjentów ze schorzeniami hematologicznymi, ale również z nowotworami litymi.

Toksyczność w trakcie terapii inhibitorem CDK4/6 — czy zawsze winny jest lek?

Anna Bałata, Ewa Szombara, Renata Sienkiewicz, Zbigniew Nowecki, Katarzyna Pogoda

Klinika Nowotworów Piersi i Chirurgii Rekonstrukcyjnej, Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie — Państwowy Instytut Badawczy w Warszawie

43-letnia kobieta zgłosiła się na wizytę do poradni onkologicznej w maju 2013 r. zaniepokojona zmianą w lewej piersi. W wykonanej mammografii stwierdzono zmianę BIRADS4, która w biopsji gruboigłowej okazała się być DCIS. W lipcu 2013 r. pacjentka przeżyła mastektomię prostą lewostronną, a następnie pozostawała w kontroli. W marcu 2021 r. zgłosiła się na wizytę zaniepokojona guzkami w obrębie blizny po mastektomii. W badaniu stwierdzono liczne guzki o charakterze wznowy miejscowej, w lewym dole pachowym pakiet węzłowy średnicy 5 cm. Stan chorej był dobry. Wykonano biopsję zmian. W badaniu histopatologicznym potwierdzono raka piersi luminalnego B, HER2 ujemnego. W tomografii komputerowej klatki piersiowej, jamy brzusznej nie stwierdzono przerzutów odległych. W kwietniu 2021 r. pacjentka rozpoczęła terapię abemacyklidem w skojarzeniu z letrozolem.

W maju 2023 r. po dwóch latach terapii z dobrą tolerancją, w badaniach laboratoryjnych stwierdzono hepatotoksyczność G3. Zdecydowano o odroczeniu leczenia i włączeniu leków hepatoprotekcyjnych. Po 2 tygodniach stężenie enzymów wątrobowych wróciło do prawidłowych wartości. Terapię abemacyklidem wznowiono w zredukowanej dawce. Ponowny epizod hepatotoksyczności miał miejsce w czerwcu 2024 r. W trakcie wizyty pacjentka przyznała się do okresowego spożywania zbyt dużej ilości alkoholu. Terapię ponownie odroczone do momentu normalizacji parametrów wątrobowych. Z chorą ponownie przeprowadzono rozmowę na temat działań niepożądanych leczenia i negatywnych skutków związanych z nieprawidłową dietą. Chora terapię abemacyklidem kontynuuje do dnia dzisiejszego w dawce 200 mg dziennie. Utrzymuje się odpowiedź częściowa na leczenie.

Pytania. 1. Czy zastosowanie terapii systemowej w przypadku wznowy miejscowej jest zawsze najbardziej optymalne?

2. Jaka jest rola używek, błędów dietetycznych, innych leków w wywoływaniu toksyczności terapii?

Przypadek pacjentki z podwyższonym poziomem estradiolu podczas terapii abemacyklibem

Weronika Bulska-Będkowska, Katarzyna Wyskida, Joanna Mykała-Cieśla, Sylwia Cisoń-Jurek, Jerzy Chudek

Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych i Chemioterapii Onkologicznej, ŚUM w Katowicach

Abemacyklib jest inhibitorem kinaz cyklozależnych (CDK4/6) stosowanym w połączeniu z terapią hormonalną w leczeniu uzupełniającym oraz paliatywnym luminalnego HER2-ujemnego raka piersi. W grupie pacjentek przed menopauzą dodatkowo konieczna jest supresja jajników przy użyciu analogów GnRH lub przeprowadzenie salpingoowariektomii.

Prezentujemy przypadek 52-letniej pacjentki przed menopauzą z rozpoznaniem rakiem piersi o wyjściowym zaawansowaniu T4bN0M1 zakwalifikowanej do I linii leczenia w oparciu o abemacyklib, letrozol i goserelinę (luty 2023 r.), u której uzyskano w dwóch kolejnych ocenach obrazowych częściową regresję wg kryteriów RECIST 1.1. (maj i sierpień 2023 r.) Jakkolwiek w trakcie trwania terapii obserwowano podwyższenie stężenia estradiolu (186 pg/ml — kwiecień 2023 r.; 176 pg/ml — lipiec 2023 r.; 152 pg/ml — wrzesień 2023 r.; 157 pg/ml — listopad 2023 r.), pomimo stosowania analogu LH-RH. W związku z nie uzyskaniem zahamowania czynności jajników pacjentkę skierowano do obustronnej salpingoowariektomii (grudzień 2023 r.). Pooperacyjne stężenie estradiolu wciąż pozostawało podwyższone (191 pg/ml — styczeń 2024 r.; 186 pg/ml — luty 2024 r.). Pacjentka kontynuuje terapię abemacyklibem i letrozolem, a w kolejnych ocenach obrazowych obserwowano stabilny obraz choroby (kwiecień 2024 r.).

Rozbieżności w stężeniu estradiolu u kobiet w okresie przedmenopauzalnym otrzymującej abemacyklib pomimo farmakologicznego zahamowania czynności jajników i obustronnej owariektomii może sugerować interferencję abemacyklibu z testem immunologicznym rutynowo stosowanym do oznaczenia poziomu estradiolu. Fałszywie podwyższony poziom estradiolu może prowadzić do niepotrzebnych modyfikacji leczenia, w tym również zabiegu chirurgicznego.

Długa odpowiedź na terapię kolejnej linii w HER2-dodatnim raku piersi z szybką dynamiką choroby

Anna Bałata, Aleksandra Konieczna, Ewa Szombara, Zbigniew Nowecki, Katarzyna Pogoda

Klinika Nowotworów Piersi i Chirurgii Rekonstrukcyjnej, Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie — Państwowy Instytut Badawczy w Warszawie

W listopadzie 2019 r. do poradni onkologicznej zgłosiła się 48-letnia pacjentka zaniepokojona powiększonym węzłem chłonny w prawej okolicy podojozycykowej. U chorej w 2017 r. rozpoznano potrójnie ujemnego raka piersi, poddano chemioterapii neoadjuwantowej wg. schematu 4 × AC → 12 × PCL oraz mastektomii prostej z jednoczasową rekonstrukcją. Klinicznie pozostawała w dobrym stanie ogólnym, w okolicy podojozycykowej wyczuwalny był 3 cm guz oraz pakiet węzłowy w prawej jamie pachowej. W biopsji węzła podojozycykowego potwierdzono przerzut nieluminalnego HER2-dodatniego raka piersi. W tomografii komputerowej klatki piersiowej, jamy brzusznej nie stwierdzono innych podejrzanych zmian. W styczniu 2020 r. pacjentka rozpoczęła leczenie I linii wg schematu PTH. Po 4 kursach w kontrolnej TK stwierdzono progresję choroby. Zdecydowano o rozpoczęciu leczenia TDM1. W badaniach obrazowych po 3 miesiącach terapii stwierdzono ponowną progresję zmian węzłowych w podojozycyku oraz jamie pachowej prawej. Chorą zakwalifikowano do terapii III linii lapatynibem z kapecytabiną, w styczniu 2021 r. stwierdzono jednak kolejną progresję choroby. Z uwagi na szybką dynamikę choroby, pacjentka otrzymała leczenie systemowe doksorubicyną w cotygodniowych wlewach, które kontynuowała do wyczerpania dawki życiowej w kwietniu 2021 r. uzyskując stabilizację choroby. Kolejną chorą poddano radioterapii na obszar zmian węzłowych. Po zakończeniu napromieniania pacjentka otrzymała możliwość terapii trastuzumabem derukstekanem w programie wczesnego dostępu jako leczenia podtrzymującego. Terapię rozpoczęła w listopadzie 2021 r. W pierwszej TK stwierdzono częściową odpowiedź na leczenie, a po kolejnych 3 miesiącach odpowiedź była całkowita. Chora kontynuuje terapię do dnia dzisiejszego. Nadal utrzymuje się pełna odpowiedź w badaniach obrazowych.

Pytania. 1. Jaka jest optymalna sekwencja leczenia anty-HER2 w uogólnionym raku piersi?

2. Czy konwersja receptorów ma znaczenie w leczeniu raka piersi?

Rak odbytnicy z przerzutem do wątroby — historia z podwójnym happy endem

Dorota Nowakowska¹, Ewa Kwiatkowska¹, Andrzej Tysarowski¹, Aneta Janiec-Jankowska¹,
Joanna Staszewska-Omyła², Aneta Obcowska-Hamerska³

¹NIO-PIB w Warszawie

²Mazowiecki Szpital Onkologiczny w Wieliszewie

³Szpital Czerniakowski w Warszawie

65-letni chory na raka odbytnicy, po przedoperacyjnej radioterapii, po brzuszno-kroczonej amputacji odbytnicy, po chemioterapii wg FOLFOX, konsultowany po resekcji segmentu IV i VIII wątroby z powodu przerzutów.

Guz pierwotny: *adenocarcinoma parvum exulcerans* G2, ypT2pN1b, bez mutacji *KRAS*, *NRAS*, *BRAF*.

Zmiany przerzutowe: rak gruczołowy, częściowo ulegający martwicy (30%), utkanie raka w sąsiedztwie linii cięcia zmiany segmentu IV.

Wywiady rodzinne: siostra — rak jelita grubego 58 rok życia, ojciec — rak jelita grubego w 80 roku życia, u córki — odma samoistna.

Czy są wskazania do dalszego leczenia systemowego? Jakie badania warto zlecić?

IHC w guzie: MLH1+, PMS2+, MSH2+, MSH6+/guz MSS.

Decyzja konsylium: leczenie kapecytabiną.

Diagnostyka w poradni genetycznej: panel NGS — mutacja patogenna *FLCN* oraz *NBN* w DNA krwi obwodowej pacjenta.

Jakie jest kolejne rozpoznanie u tego chorego? Czy wykryte warianty genetyczne są istotne dla decyzji diagnostyczno-terapeutycznych u tego chorego? Jakie znaczenie ma wykrycie ww. zmian dla członków rodziny?

Kolejne rozpoznanie: Zespół Birt-Hogg-Dube. Ryzyko nowotworu nerki (onkocytoma) około 10–37% do 70 roku życia, wyższe niż w populacji ryzyko czerniaka i innych nowotworów skóry, podwyższone ryzyko samoistnej odmy.

Aktualnie wykrycie mutacji genu *FLCN* nie jest wskazaniem do leczenia celowanego.

Poradnictwem rodzinnym objęto 3 córki pacjenta. U 2 stwierdzono mutację *FLCN*. U jednej z nich w USG — guz nerki lewej w 43 roku życia. Leczenie: oszczędzająca resekcja guza górnego bieguna nerki lewej cT2a (*hp. oncocytic tumor NOS, hybrid oncocytic-chromophobe tumor*). Guz nie przekraczał torebki włóknistej.

Chory w ścisłej obserwacji po zakończeniu leczenia, bez progresji.

Czy terapia żywieniowa może mieć wpływ na przebieg rozsianego raka wyrostka robaczkowego?

Paweł Nurzyński, Agata Adamczuk-Nurzyńska

Oddział Onkologii, PIM MSWiA w Warszawie

52-letnia pacjentka przyjęta do poradni w związku z zaawansowanym rakiem wyrostka robaczkowego. Podniedrożność — operacja w Klinice Chirurgii CSK MSWiA w Warszawie — 20.10.22 — w ścianie oraz krezce jelita cienkiego liczne, białe, twarde, zmiany o morfologii mts do 20 mm średnicy. Zmiany o morfologii mts nasilone od ok. 60 cm o więzadła Treitza. Macica w nacieku, nieruchoma. Hemikolektomia prawostronna oraz resekcja jelita krętego z wyłonieniem ileostomii końcowej oraz odbarczającej kolostomii na poprzecznicy w hist.-pat. nisko dojrzały rak gruczołowy syngnetowatokomórkowy, ogniskowo o dwukierunkowym różnicowaniu gruczołowo-neuroendokrynnym wyrostka robaczkowego, wykazujący produkcję śluzu i jednoczesną ekspresję markera neuroendokrynnego w komórce. pT4b N2 M1c. Początkowo chemioterapia LF4 — 11.2022 I kurs. 23.12.22 — operacja niedrożności przewodu pokarmowego. 27.12.22 — re-laparotomia z powodu pojawienia się cech przetoki jelitowej — resekcja odcinkowa jelita cienkiego. Wyłonienie ileostomii końcowej — przerzuty raka *high grade goblet cell* do ściany jelita cienkiego oraz okolicznej tkanki tłuszczowej. Zakwalifikowano do żywienia dożylnego od 23.01.23 i pozostaje na nim do chwili obecnej. Ze względu na żywienie dożylnie schemat LF3 — VI kurs w okresie 03–07.2023 — znacząco poprawa stanu ogólnego ECOG 1. W CT z 08.23 — SD utrzymujące się w kolejnych ocenach CT 11.23, 02.24 bez leczenia. W CT z maja 2024 — PD oraz progresja kliniczna. Ponowna kwalifikacja do chemioterapii LF3.

Pytania. 1. Czy terapia HIPEC mogła dać pacjentce dłuższą remisję?

2. Czy niedrożność przewodu pokarmowego jest przeciwwskazaniem do chemioterapii?

Meandry diagnostyki i terapii guzów trzustki

Paweł Nurzyński, Agata Adamczuk-Nurzyńska

Oddział Onkologii, PIM MSWiA w Warszawie

Pacjentka lat 58 z guzem trzonu trzustki zgłosiła się do Oddziału Onkologii celem rozpoczęcia chemioterapii przedoperacyjnej. Chora diagnozowana z powodu nudności, jadłowstrętu i zażółcenia powłok skórnych utrata masy ciała o około 7kg/3 tygodnie; USG 27.10.2022 — guz głowy trzustki średnicy 22 × 17–18 mm — konieczna dalsza diagnostyka EUS; w segm. 7 wątroby widoczna nieostro odgraniczona 63 × 43 mm. EUS 10.11.2022 — wykonano biopsję FNB. HP — płyty komórek z cechami atypii jądrowej, nowotworowe, najprawdopodobniej raka gruczołowego. ECPW 23.11.2022 — sfinkterotomia i stent plastikowy 8Fr 5cm. CT 18.11.2022 — w segm. 7 zmiana niejednorodna ok. 65 mm, tkankowa z echami rozpadu; w szyi trzustki wyodrębnia się struktura tkankowa ok. 17 mm sugerująca obecność guza. W wywiadzie — stan po usunięciu raka neuroendokrynnego miednicy małej (leczenie operacyjne + śródoperacyjna radioterapia 15 Gy) 10.2010. W okresie 01–10.2023 chemioterapia FOLFIRINOX. Zła tolerancja leczenia związana z nasilonymi nudnościami i wymiotami 3 st. wg CTC wymagającymi rozrzedzenia podawania chth co 3 tygodnie i redukcji dawki. W kontrolnym CT 10.23 — SD. W związku ze złą tolerancją leczenia 10.23 — weryfikacja hist.-pat. na prośbę rodziny — bez komórek nowotworowych. Biopsja wątroby 22.11.23 — zawiera utkanie guza neuroendokrynnego wysokozróżnicowanego wysokodojrzałego, NET G1. Uwzględniając dane kliniczne, obraz mikroskopowy może odpowiadać przerzutowi NET trzustki do wątroby. Zakwalifikowana do terapii somatuliną 120 mg sc co miesiąc. Znacząca poprawa stanu ogólnego.

Pytania. 1. Czy biopsja EUS jest wystarczającym narzędziem diagnostyki guzów trzustki?

2. Czy brak odpowiedzi na chemioterapię jest wskazaniem do pogłębienia diagnostyki patomorfologicznej?

Opis przypadku 32-letniej chorej z rozpoznaniem SCTAT jajnika

Joanna Stanisławiak-Rudowicz, Marcin Mardas, Radosław Mądry

Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Poznaniu

Pacjentka lat 32 skierowana na Oddział Ginekologii Onkologicznej USK w Poznaniu celem dalszej diagnostyki. W wywiadzie od 3 miesięcy powiększenie obwodu brzucha. Poprzednio hospitalizowana w innym szpitalu, gdzie wykonano kolonoskopia, gastroscopia — badania bez zmian. W marcu 2020 roku wykonano laparotomię zwiadowczą z pobraniem wycinków. Mimo rozsianego procesu nowotworowego podjęto decyzję o zabiegu operacyjnym celem poprawy komfortu chorej. W dniu 20 kwietnia 2022 roku wykonano zmodyfikowane radykalne wycięcie macicy z przydatkami siecią większą, wycięciem zmian otrzewnowych z rozpoznaniem ostatecznym raka jajnika FIGO IIIC — wynikiem histopatologicznym: *sex cord tumor with annular tubules* (SCTAT-ang) ogniskowo z obecnością niskozróżnicowanego, litego utkania. Są to rzadkie nowotwory jajnika, które dotyczą około 7% wszystkich zmian. Brak jest jednolitych standardów co do postępowania terapeutycznego. Pacjentka została następnie zakwalifikowana do chemioterapii BEP (bleomycyna, etopozyd, cisplatyna) 4 kursy z kontynuacją chemioterapii EP. Ze względu na brak standardów leczenia i uzyskaną stabilizację kliniczną zdecydowano o pozostawieniu platyny i zmianie etopozydu na paklitaksel. W październiku 2022 roku w kontrolnym badaniu KT stwierdzono skrzeplinę w prawym przedsiönku — włączono leczenie heparyną w dawce leczniczej z poprawą. Pacjentka do marca 2024 roku otrzymała łącznie 22 podania paklitakselu z karboplatiną z kontynuacją karbooplatyny monolekowo ze względu na polineuropatię przez ostatnie 4 kursy. Ze względu na kliniczną progresję, pojawienie się płynu w obrębie jamy otrzewnowej zdecydowano o podaniu chemioterapii adriamycyna z cyclofosfamidem z dołączeniem winkrystyny po dwóch kursach. Pacjentka leczenie toleruje dobrze, ustąpiło wodobrzusze, zgłasza mniejsze dolegliwości bólowe.

Pytania. 1. Jakie postępowanie należy zastosować w przypadku progresji choroby nowotworowej?

2. Czy zabieg operacyjny w sytuacji rozsianego SCTAT jest celowy?

Czy pankreatoduodenektomia (operacja Whipplea) w przypadku izolowanego przerzutu mięsaka gładkokomórkowego szyjki macicy do trzustki ma sens?

Kamila Kaźmierczak, Arkadiusz Spychała, Błażej Nowakowski

WCO w Poznaniu

Wtórne nowotwory trzustki są najczęściej rozpoznawane w badaniach obrazowych wykonywanych w ramach nadzoru onkologicznego. Najistotniejszym problemem jest diagnostyka różnicowa pozwalająca odróżnić pierwotne nowotwory trzustki od zmian wtórnych. Głównym czynnikiem wpływającym na los chorego jest rodzaj nowotworu pierwotnego.

Prezentuję przypadek 56-letniej chorej, u której w 2022 roku rozpoznano mięsaka szyjki macicy. Chorą zoperowano radykalnie i zakwalifikowano do systematycznego nadzoru z wykonywaniem badań obrazowych co 4–6 miesięcy. Dwa lata po leczeniu chirurgicznym w badaniu CT rozpoznano guz głowy trzustki. Chorą zakwalifikowano do pankreatoduodenektomii (operacji Whipplea).

W pooperacyjnym protokole histopatologicznym rozpoznano przerzut mięsaka macicy wyciętego radykalnie. Po konsultacji w ośrodku referencyjnym zdecydowano o rozpoczęciu terapii systemowej według schematu: doksorubicyna plus dakarbazyna do progresji lub wyczerpania dawki doksorubicyny z kontrolą CT co ok. 3 miesiące. Aktualnie chora w trakcie terapii bez cech progresji.

Omówienie. Cechą charakterystyczną mięsaków macicy jest krwiopochodna droga rozprzestrzeniania się. W przypadku izolowanych przerzutów, które pojawiły się nie wcześniej niż po 2 latach trwania choroby, znaczenie ma doszczętne wycięcie zmiany nowotworowej, pomimo ogólnie przyjętego niekorzystnego rokowania w tej grupie chorych.

W ośrodkach wyspecjalizowanych w chirurgii trzustki śmiertelność okołoperacyjna nie przekracza 2,5–5% chorych. Warto więc operować przerzut mięsaka macicy do trzustki u chorych w dobrym stanie ogólnym, ponieważ daje to często jedyną szansę na wydłużenie życia.

Pytania. 1. Czy w przypadku izolowanych przerzutów mięsaka macicy należy zawsze rozważyć leczenie chirurgiczne?

2. Czy wycięcie ogniska przerzutowego ma istotny wpływ na przeżycie?

Indeks Autorów

A

Adamczuk-Nurzyńska A. D9, D30, D31, D41, D42
Ambicka A. D8

B

Baczkowska-Waliszewska Z. D10
Badora-Rybicka A. D6, D31
Badurak P. D12
Bał A. D6, D31
Bał W. D6, D8, D11, D31
Bałata A. D2, D5, D14, D15, D39, D40
Barczyk J. D30
Bąk A. D2, D14, D15
Bieliń P. D23
Bielińska K. D3, D37
Bilek O. D1
Bilska I. D2, D5, D14, D15, D33
Błoński P. D3, D11, D18
Błoński P. J. D14
Bomba A. D3, D37
Borkowska A. D13, D14
Borowiec A. D5
Borucka M. D12
Brandys P. D16
Brewczyńska E. D2, D5, D15
Brzezowski J. D6, D31
Brzozowska M. D9
Bulska-Będkowska W. D39, D40
Butrym A. D34

C

Casas Mendez L. F. D1
Castaneda-Wysocka P. D13
Chilczuk P. D12
Chmielewska I. D3, D37
Chowaniec Z. D9, D35
Chudek J. D39, D40
Ciężyńska M. D11
Cisoń-Jurek S. D39, D40
Cybulska-Stopa B. D3, D9, D11, D16, D30, D33–D35
Czachowska A. D26, D28, D29
Czarnecka A. D3, D11, D18
Czarnecka A. M. D14, D16
Czartoryska-Arlukowicz B. D36
Cząstkiewicz-Trawińska D. D38
Czernek U. D8
Czopowicz M. D2, D14, D15
Czyżykowski R. D27

D

D` Amico A. D31
Dąbrowska M. D21, D22
Dębska-Szmich S. D8, D26, D27
Długosz-Danecka M. D4
Dołowy Ł. D9
Dorot M. D28
Drosik-Kwaśniewska A. D4
Dubieński D. D8
Dudziec M. D33
Dudzisz-Śledź M. D3, D7

Duszejko J. D28
Dybcia K. D28
Dybkowski J. D30
Dziura R. D11, D16

F

Fałana K. D28
Filipowicz P. D1
Frak M. D3

G

Gabalewicz K. D30
Gajda M. D6, D31
Galus Ł. D11, D16
Gawron L. D34
Gelej M. D9
Glińska P. D26, D28, D29
Górniak A. D5, D14, D15
Grabiec M. D7, D22
Grabowska K. D25
Grenda A. D3, D37
Grygoruk-Wiśniowska I. D4

H

Hajac Ł. D30, D34, D35
Hajduk A. D10
Hałasa P. D2
Haus D. D27
Helbig K. D25
Hovagimyan A. D10, D11
Hrnciarik M. D1
Hunia-Prejsnar E. D23

I

Ignatowicz J. D10
Iwan E. D3, D37

J

Jabłońska Z. D9
Janiec-Jankowska A. D41
Janik A. D8
Janik Z. D8
Jankowski T. D3, D37
Janowicz-Żebrowska A. D12
Jaśkiewicz P. D12
Jaworska J. D8
Jaxa-Larecka D. D28, D29
Jewczak M. D9
Jońska-Gmyrek J. D10
Jurczak W. D4

K

Kalita A. D21, D22
Kamińska-Winciorek G. D3, D11, D31
Kapała A. D23, D26, D28, D29, D38
Kawecki M. D18
Kaźmierczak K. D43
Kempa-Kamińska N. D3, D11, D16, D30
Kieszko R. D3

Kisielewska K.	D16	Nowecki Z.	D2, D5, D12, D14, D15, D33, D39, D40
Kiszka J.	D24	Nurzyński P.	D9, D30–D32, D41, D42
Knetki-Wróblewska M.	D1, D12, D19, D20		
Kolus I.	D7	O	
Konieczna A.	D2, D5, D12, D15, D40	Obcowska-Hamerska A.	D41
Kopeć S.	D36	Olbryt M.	D31
Kosela-Paterczyk H.	D1, D3, D13, D17	Olejnik E.	D7, D8, D27
Kot E.	D23, D28, D29, D38	Oleksza P.	D36
Kot R.	D4	Olszewski W.	D2
Kotas A.	D6, D31	Olszyna-Serementa M.	D12
Kowalski D.	D19, D20	Omiotek R.	D28, D29
Kowalski D. M.	D1, D12	Orczykowski M.	D22
Kowalski M.	D6	Osielczak M.	D4
Kozak K.	D3, D7, D16	Ostaszewski K.	D3, D11, D14, D18
Krakowska M.	D7, D8, D22		
Krawczyk P.	D3, D37	P	
Krejci D.	D1	Pabianek M.	D11
Krzakowski M.	D1, D12, D19, D20	Pabich R.	D7, D8, D27
Krzyżanowska N.	D37	Pawlik H.	D2, D14, D15
Kujawska-Danecka H.	D10	Pawluczyk M.	D10
Kulig A.	D21	Pechcińska A.	D9
Kuziuta I.	D30	Pietrusza E.	D4
Kuźnar-Kamińska B.	D3	Pietruszka A.	D8
Kwiatkowska E.	D41	Piórek A.	D12, D19, D20
		Piszczek R.	D9
L		Placzke J.	D32
Lamparski Ł.	D1	Plużański A.	D12, D19, D20
Lemańska I.	D2, D5, D15, D33	Pogoda K.	D2, D5, D14, D15, D33, D39, D40
Lesiński J.	D28, D29	Potemska K.	D8
Lewandowska Z.	D12	Potemski P.	D7, D8, D22, D26, D27
		Póthłopek D.	D24
Ł		Püsküllüoğlu M.	D8
Łęgosz K.	D25	R	
Łochowska B.	D5	Radecka B.	D25
		Ratuszyńska J.	D38
M		Raźniewska D.	D25
Maciejczyk A.	D9	Rodzaj M.	D4
Mackiewicz J.	D11, D16	Rogała P.	D7, D11
Majstrak-Hulewska A.	D5, D14	Rogoziewicz K.	D33
Makuła D.	D13	Rolska-Kopińska A.	D3
Malik M.	D9, D30	Romańska M.	D34
Mańdziuk S.	D28	Rosińska M.	D2, D5, D14, D15
Mardas M.	D42	Różycka K.	D38
Mariuk-Jarema A.	D7, D29	Różycki M.	D9
Marzec R.	D9, D30, D35	Rutkowski P.	D1, D3, D7, D11, D13, D14, D16, D18, D32
Mazurak J.	D35		
Mądry R.	D42	S	
Meluch M.	D5, D12, D14, D15	Sałek-Zań A.	D8
Michalik A.	D6	Sarnowska E.	D2
Miedzińska M.	D32	Sienkiewicz R.	D2, D5, D12, D15, D39
Migdał M.	D11, D30	Sikora-Skrabaka M.	D21, D22
Milanowski J.	D3, D37	Sitek L.	D25
Mitus J. W.	D8	Skóra T.	D32
Młodzińska A.	D5, D12, D14, D15	Smoliński P.	D38
Mullerova A.	D1	Sobczuk P.	D1, D3, D12, D13, D16
Muszczyńska-Bernhard B.	D33	Sobkowska N.	D26
Mykała-Cieśla J.	D39, D40	Socha A.	D22
		Sokołowski M.	D34, D35
N		Sosińska-Mielcarek K.	D10
Najmrocka D.	D2	Spalek M.	D13, D32
Nieckula J.	D6, D8, D31	Spust S.	D33
Niwińska A.	D2	Spychała A.	D43
Nowakowska D.	D41	Sroka A.	D30
Nowakowska-Zajdel E.	D21, D22	Stanisławiak-Rudowicz J.	D42
Nowakowski B.	D43		

Staszewska-Omyła J.	D41	U	
Studenckie Koło Naukowe przy Zakładzie Onkologii Klinicznej i Chemioterapii, Uniwersytet Medyczny w Lublinie	D28	Urbanek K.	D32
Subrt A.	D1	W	
Svaton M.	D1	Wierzba K.	D10
Szczęsna-Szulc P.	D26	Winiarczyk K.	D12, D19, D20
Szczyrek M.	D3, D37	Winsko-Szczęsnowicz K.	D36
Szewczyk K.	D35	Wiślocka-Rawson L.	D34
Szklener K.	D28	Wiśniewska M.	D6, D11, D31
Szladowska B.	D20, D28, D29	Wiśniewska N.	D35
Szmit S.	D5	Wiśniewski P.	D19
Szombara E.	D2, D5, D12, D14, D15, D33, D39, D40	Witkoś A.	D21, D22
Szostakowski B.	D13	Wojas-Krawczyk K.	D37
Szpyrka K.	D30	Wojciechowski A.	D9
Sztuder A.	D35	Wojda M.	D5, D14, D15
Szuleka M.	D11	Wrona E.	D8, D27
Szumera-Ciećkiewicz A.	D14	Wyrwicz L.	D18
Szwiec M.	D38	Wyskida K.	D39, D40
Szydłowska D.	D25		
Szymańska M.	D10	Z	
Szymańska P.	D30, D34, D35	Zaborowska-Szmit M.	D12
Ś		Zajda K.	D12
Śliwczyński A.	D9	Zduniak K.	D30
Śpiewok P.	D6, D31	Zdzienicki M.	D13
Świtaj T.	D3, D7, D11, D25	Zielińska M.	D18
T		Ziętek M.	D3, D16
Tabor S.	D1, D12, D19, D20	Ziobro M.	D8
Tałaajko A.	D27	Ziomek M.	D32
Tałasiewicz K.	D23, D26, D28, D29	Ziółkowska B.	D3
Tekiela K.	D30	Zwoliński M.	D10, D11
Terlecka A.	D14	Ż	
Teterycz P.	D1, D7, D16	Żubrowska J.	D16
Tupikowski K.	D9	Żukowski J.	D17
Tusień-Małecka D.	D17, D24		
Tysarowski A.	D14, D41		

VI Kongres Onkologii Polskiej

Warszawa,
17–19 października 2024 roku

Przewodniczący Komitetu Naukowego
prof. dr hab. n. med. Piotr Rutkowski



Nowoczesna Onkologia
— *wiele specjalności, wspólny cel*

www.kongres.pto.med.pl

SZCZEGÓŁY



Kongres jest skierowany do wszystkich osób zainteresowanych tematyką. Sesje satelitarne firm farmaceutycznych, sesje firm farmaceutycznych oraz wystawy firm farmaceutycznych są skierowane tylko do osób uprawnionych do wystawiania recept lub osób prowadzących obrót produktami leczniczymi — podstawa prawna: Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2017 r. poz. 2211, z późn. zm.).

ORGANIZATOR



ORGANIZATOR
TECHNICZNY



Śmiej

z Jemperli
(dostarlimab)

Jemperli
(dostarlimab) Iniekcje 500 mg



GSK

ZWROT W LECZENIU ZAAWANSOWANEGO I NAWROTOWEGO RAKA ENDOMETRIUM - JEMPERLI PIERWSZA ZAREJESTROWANA I ZREFUNDOWANA IMMUNOTERAPIA



Ulotka przyjazna środowisku. Jeżeli chcesz otrzymać Charakterystykę Produktu Leczniczego Jemperli w formie drukowanej, zapytaj o nią przedstawiciela GSK lub zadzwoń do GSK pod numer tel. 22 576 90 00.

Najczęstsze działania niepożądane występujące podczas stosowania leku Jemperli (>10%) to niedokrwistość, biegunka, nudności, wymioty, ból stawów, świąd, wysypka, gorączka, zwiększenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej i niedoczynność tarczycy.

Produkt leczniczy JEMPERLI w skojarzeniu z karboplatiną i paklitaksem jest wskazany w leczeniu dorosłych pacjentek z pierwotnym, zaawansowanym lub nawrotowym rakiem endometrium (EC) z upośledzeniem naprawy nieprawidłowo sparowanych nukleotydów (ang. mismatch repair deficyt, dMMR)/wysoką niestabilnością mikrosatelitarną (ang. microsatellite instability high, MSI-H) i które kwalifikują się do leczenia ogólnoustrojowego. Produkt leczniczy JEMPERLI jest wskazany do stosowania w monoterapii w leczeniu dorosłych pacjentek z nawrotowym lub zaawansowanym rakiem endometrium z dMMR/MSI-H, który uległ progresji w trakcie lub po zakończeniu wcześniejszego schematu leczenia zawierającego platinę. Leczenie musi być rozpoczynane i nadzorowane przez lekarzy specjalistów z doświadczeniem w leczeniu nowotworów. Status dMMR/MSI-H nowotworu należy ustalić z wykorzystaniem zwalidowanej metody diagnostycznej, takiej jak IHC, PCR lub NGS*. *IHC = metoda immunohistochemiczna; PCR = reakcja łańcuchowa polimerazy; NGS = sekwencjonowanie nowej generacji.

W przypadku stosowania produktu leczniczego JEMPERLI w skojarzeniu z karboplatiną i paklitaksem należy zapoznać się z pełną informacją dotyczącą skojarzonych produktów. Zalecana dawka wynosi 500 mg dostarlimabu w skojarzeniu z karboplatiną i paklitaksem co 3 tygodnie w pierwszych 6 cyklach, a następnie 1000 mg dostarlimabu w monoterapii co 6 tygodni przez wszystkie kolejne cykle.

Jemperli jest nazwą zastrzeżoną. Wydaje się z przepisu lekarza. Przed przepisaniem i zastosowaniem należy zapoznać się z pełną informacją o leku. Charakterystyka Produktu Leczniczego oraz dalsze informacje o leku dostępne na życzenie: GSK Commercial Sp. z o.o., ul. Rzymowskiego 53, 02-697 Warszawa, tel.: 22576 90 00, fax: 22 576 90 01, pl.gsk.com prowadzący reklamę leku na zlecenie podmiotu odpowiedzialnego.

Wszelkie podejrzewane działania niepożądane należy zgłaszać do Departamentu Monitorowania Niepożądanych Działań Produktów Leczniczych Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych, Aleje Jerozolimskie 181C, 02-222 Warszawa, Tel.: +48 22 49 21 301, Faks: +48 22 49 21 309, Strona internetowa: <https://smz.ezdrowie.gov.pl>. Działania niepożądane można zgłaszać również podmiotowi odpowiedzialnemu.

Znaki towarowe stanowią własność spółek z grupy GSK lub przedmiot licencji im udzielonych.
©[2024] Spółki z grupy GSK lub ich licencjodawcy.

CENA DETALICZNA/WYSOKOŚĆ DOPLATY ŚWIADCZENIOBIORCY: Lek dostępny w ramach programu lekowego: LECZENIE CHOROBY NA RAKA ENDOMETRIUM (ICD-10: C54). Urzędowa cena zbytu/wysokość dopłaty świadczeniobiorcy: 26107,82 PLN.

Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 1 września 2023 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na 1 września 2023 r. Aktualne Obwieszczenie dostępne jest na stronie internetowej www.mz.gov.pl DATA OBOWIĄZYWANIA CENY DETALICZNEJ/WYSOKOŚCI DOPLATY ŚWIADCZENIOBIORCY 01.09.2025.

ZESKANUJ
KOD QR
ABY ZOBACZYĆ
SKRÓCONĄ
INFORMACJĘ
O LEKU JEMPERLI



PM-PL-DST-JRNA-240001, sierpień 2024