

Łukasz Hajac

Dolnośląskie Centrum Onkologii we Wrocławiu

Pacjentka z guzem neuroendokrynnym trzustki leczona ewerolimusem

Adres do korespondencji:

Lek. Łukasz Hajac
 Dolnośląskie Centrum Onkologii
 we Wrocławiu
 pl. Hirszfelda 12, 53-413 Wrocław
 e-mail: hajac.l@dco.com.pl

STRESZCZENIE

Prezentujemy przypadek kliniczny pacjentki z guzem neuroendokrynnym trzustki leczonej ewerolimusem. Pomimo dużego zaawansowania choroby pacjentka odniosła wyraźną korzyść z leczenia systemowego inhibitorem mTOR. Terapia spowodowała ustąpienie objawów choroby, stabilizację procesu nowotworowego i uzyskanie częściowej regresji zmian, co było bardzo istotne w tym przypadku z powodu ucisku przez guz na wiele kluczowych dla życia narządów.

Słowa kluczowe: guz neuroendokrynnym trzustki, ewerolimus, leczenie

Copyright © 2016 Via Medica

ISSN 2450-1646

www.opk.viamedica.pl

Onkol. Prak. Klin. Edu. 2016; supl. D: D1-D2

Wstęp

W niniejszym artykule przedstawiono opis przypadku klinicznego chorej z guzem neuroendokrynnym trzustki leczonego ewerolimusem w ramach programu lekowego „Leczenie wysoko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego trzustki”.

Opis przypadku

Chora w momencie rozpoznania choroby miała 48 lat, bez istotnej wcześniejszej przeszłości chorobowej czy wywiadu rodzinnego. Od marca 2015 roku odczuwała pobołowania w brzuchu, w lipcu 2015 roku zauważyła guzowatą masę w śródbrzuchu i zgłosiła się do lekarza. W kontrolnym badaniu ultrasonograficznym, a następnie w badaniu ginekologicznym stwierdzono podejrzenie guza wywodzącego się z jajnika prawego. Pacjentkę skierowano do dalszej diagnostyki do onkologa.

Chora zgłosiła się do Dolnośląskiego Centrum Onkologii we Wrocławiu. Poszerzono diagnostykę o badanie tomografii komputerowej (TK) jamy brzusznej i miednicy małej. W badaniu zobrazowano w śródbrzuchu po prawej stronie masywną, niejednorodną masę guzowatą o wymiarach 17 cm × 13 cm × 16 cm. Na guzie opinała się dwunastnica, ze znacznie zwężonym,

szczelinowatym światłem. Zmiana modelowała wątrobę, nerkę prawą, przemieszczała i naciekała głowę trzustki, żyłę wrotną, żyłę główną dolną oraz okoliczne pętle jelitowe. Miała charakter lito-płynowy, część lita wykazywała wzmocnienie kontrastowe. W zakresie narządu rodowego opisano powiększoną, mięśniakowatą macicę oraz torbiele jajników. Nie wykazano ewidentnych zmian o charakterze przerzutów. Biorąc pod uwagę przebieg kliniczny i obraz TK, radiolog sugerował zmianę rozrostową nowotworową, na przykład guz podścieliskowy przewodu pokarmowego (GIST, *gastrointestinal stromal tumor*).

Z uwagi na zaawansowanie choroby zmianę zakwalifikowano jako nieoperacyjną. Zdecydowano o przeprowadzeniu laparotomii zwiadowczej w celu pobrania wycinków oraz ewentualnego zabezpieczenia drożności przewodu pokarmowego. Chorą operowano we wrześniu 2015 roku — śródoperacyjnie jako możliwy punkt wyjścia rozważano głowę trzustki, skąd pobrano wycinki do badania histopatologicznego. Z uwagi na ucisk guza na dwunastnicę i ryzyko rozwoju wysokiej niedrożności przewodu pokarmowego przy dalszej progresji zmiany wykonano zabieg paliatywny zespolenia omijającego żołądkowo-jelitowego sposobem Browna.

W badaniu histopatologicznym wycinków z głowy trzustki: *low grade neuroendocrine tumor (gastroenteropancreatic neuroendocrine tumors — GEP-NET)*.

W badaniach immunohistochemicznych: swoista enolaza neuronowa (+), chromogranina (\pm), synaptofizyna (\pm), Ki67(+) 5%. Po zabiegu drożność zespolenia skontrolowano endoskopowo, przebieg pooperacyjny był niepowikłany. Zaobserwowano cechy stopniowej progresji guza, w badaniu przedmiotowym w listopadzie 2015 roku wielkość zmiany oceniano na 24 cm \times 21 cm. W grudniu 2015 roku wykonano kontrolną TK jamy brzusznej i miednicy, stwierdzając powiększenie guza. W badaniach laboratoryjnych, poza niewielką leukocytozą oraz umiarkowaną hipercholesterolemią, istotnych odchyleń nie stwierdzono.

Zdecydowano o wdrożeniu leczenia ewerolimusem w ramach programu lekowego Narodowego Funduszu Zdrowia — terapię rozpoczęto w grudniu 2015 roku w dawce 10 mg leku raz na dobę. Tolerancja leczenia była dobra, wystąpiła jedynie przejściowa wysypka na skórze o niewielkim nasileniu w pierwszym miesiącu terapii. Samopoczucie chorej było lepsze, poboлевания brzucha ustąpiły. W badaniu przedmiotowym brzuch był bardziej miękki, opór patologiczny opisano jako znacznie mniejszy (10 cm \times 5 cm). W kontrolnej TK z lutego 2016 roku stwierdzono tendencję do regresji guza w wymiarach osiowych, ale w sumie o około 20% zmniejszyła się jego objętość. Obserwowano istotną regresję w częściach litych w guzie — przed leczeniem

osięgały one wymiary do 4,0 cm, po 3 miesiącach leczenia zmniejszyły się do 1,5 cm. Guz zmienił strukturę na bardziej torbielowatą, jednorodną, o mniejszej gęstości. Całość sugeruje wyraźną odpowiedź na stosowane leczenie systemowe.

Wobec odpowiedzi na leczenie i bardzo dobrej dalszej tolerancji leczenie jest kontynuowane. W kolejnym kontrolnym badaniu TK w maju 2016 roku zmiany oceniono jako w granicach stabilizacji.

Podsumowanie

Pomimo dużego zaawansowania choroby pacjentka odniosła wyraźną korzyść z leczenia systemowego ewerolimusem. Terapia spowodowała ustąpienie objawów choroby i uzyskanie częściowej regresji zmian, co było bardzo istotne w tym przypadku z powodu ucisku przez guz na wiele kluczowych dla życia narządów. Podczas gdy leczenie analogami somatostatyny daje stosunkowo niski odsetek obiektywnych odpowiedzi na leczenie — zdecydowanie najczęstszym obserwowanym efektem leczenia jest stabilizacja — w przypadku leczenia ewerolimusem istnieje większa szansa na uzyskanie chociaż częściowej regresji zmian, jak miało to miejsce w opisanym przypadku.