

Monika Olejniczak

Oddział Kliniczny Onkologii, Centrum Onkologii w Bydgoszczy

Opis przypadku klinicznego pacjentki leczonej pembrolizumabem w przebiegu uogólnionego czerniaka

Onkol Prakt Klin Edu 2017; 3, supl. D: D35

Pacjentka w wieku 77 lat z czerniakiem skóry, ze zmianą pierwotną okolicy pięty lewej, po chirurgicznej resekcji na początku września 2015 roku.

Wynik histopatologiczny: *melanoma malignum cutis*, pT4a, grubość według Breslowa 4 mm, średnica guza 1 cm. Zabieg niedoszczętny.

W październiku 2015 roku u pacjentki dokonano docięcia blizny, z plastyką płatem skórno-tłuszczowo-mięśniowym z sąsiedztwa. Wynik histopatologiczny: drobne ognisko czerniaka o średnicy 0,3 cm zlokalizowane w skórze właściwej, usunięte w całości z fragmentem skóry 3,5 × 2,7 cm z tkanką podskórną o grubości 1,2 cm, z minimalnym marginesem tkanek zdrowych szerokości 0,4 cm. W DNA wyizolowanym z tkanki nowotworowej nie wykryto mutacji w genie *BRAF*. Wykonano również zabieg diagnostyczny węzła wartowniczego, stwierdzając obecność przerzutów czerniaka. Na początku grudnia 2016 roku chora przebyła lewostronną limfadenektomię biodrowo-pachwinową. Wypreparowano łącznie 23 węzły, stwierdzając przerzuty w 3. Na zaproponowaną radioterapię uzupełniającą i leczenie interferonem pacjentka nie wyraziła zgody.

We wrześniu 2016 roku stwierdzono wznowę czerniaka w bliźnie, którą wycięto. W tym samym miesiącu pojawiły się podejrzone zmiany o charakterze guzków podskórnych w okolicy podkolanowej i uda lewego. W biopsji cienkoigłowej potwierdzono przerzuty czerniaka. Przeprowadzono diagnostykę obrazową, stwierdzając zmiany przerzutowe w obu płucach do

7–8 mm oraz pakiet węzłowy 16 × 16 × 24 mm w śródpiersiu górnym.

Ze względu na rozsiew czerniaka i brak mutacji *BRAF* chorą zakwalifikowano pierwszej linii immunoterapii w ramach programu terapeutycznego. Pacjentka w stanie ogólnym dobrym, bez wywiadu w kierunku obecności chorób autoimmunologicznych spełniała kryteria kwalifikacji do rozpoczęcia leczenia. Wyjściowe stężenie dehydrogenazy mleczanowej (LDH, *lactate dehydrogenase*) mieściło się w granicach normy.

W październiku 2016 roku chora otrzymała pierwszą dawkę pembrolizumabu. Tolerancja leczenia była bardzo dobra, bez działań niepożądanych. Do 15 marca 2017 roku pacjentka otrzymała w cyklach co 3 tygodnie łącznie 8 podań immunoterapii w dawce 2 mg/kg mc. Po 4. kursie w wykonanych obrazowych badaniach oceniających stwierdzono całkowitą remisję zmian przerzutowych w płucach, regresję pakietu węzłowego w śródpiersiu do 11 × 8 × 16 mm. Całkowitej remisji uległy również ogniska przerzutowe okolicy podkolanowej.

Z działań niepożądanych po 8. cyklu pacjentka zgłosiła bóle stawowe 1. stopnia, szczególnie okolicy kolan i bioder, ponadto odnotowano zwiększenie stężenia glukozy we krwi o charakterze nieprawidłowej glikemii na czczo (stężenia glukozy na czczo do 6,9 mmol/l), bez konieczności wdrożenia leczenia, poza dietą.

Pacjentka będzie kontynuowała leczenie do czasu progresji. Aktualnie oczekuje na oceniające badania obrazowe.