

Wprowadzenie

Rak nerkowokomórkowy stanowi na świecie około 3–5% wszystkich nowotworów rozpoznawanych u osób dorosłych. Nowotwór występuje niemal 2-krotnie częściej u mężczyzn i głównie po 60. roku życia. W Polsce rak nerkowokomórkowy jest rozpoznawany rocznie u około 5000 osób, a zachorowalność stopniowo zwiększa się (w ciągu ostatniej dekady liczba zachorowań wzrosła z ok. 3800 do ok. 5000 rocznie). W chwili rozpoznania rak nerkowokomórkowy ma najczęściej (ok. 70% chorych) zaawansowanie miejscowe lub regionalne, ale u około 30% chorych pierwotnie występują przerzuty w odległych narządach. Niestety — u niemal połowy chorych z rozpoznaniem wczesnego raka nerkowokomórkowego, którzy są leczeni chirurgicznie z założeniem radykalnym, w ciągu dalszej obserwacji występują przerzuty (niekiedy po bardzo wielu latach, co uzasadnia potrzebę prawidłowej obserwacji). Wymieniony fakt jest przyczyną ogólnie niezadowolającego rokowania chorych na raka nerkowokomórkowego — w Polsce wskaźnik 5-letniego przeżycia ogółem (wszystkie stopnie zaawansowania pierwotnego) wynosi około 45% i jest o około 10% mniejszy od średniego dla Europy.

Możliwość uzyskania lepszego rokowania chorych na raka nerkowokomórkowego należy szukać w odpowiednio wczesnym wykrywaniu nowotworu, co oznacza rozpoznanie w stadium umożliwiającym radykalne postępowanie chirurgiczne. W przeszłości rak nerkowokomórkowy rozpoznawano na podstawie wystąpienia tak zwanej triady objawów (ból i wyczuwalny guz w okolicy lędźwiowej oraz krwiomocz), co zwykle było sygnałem znacznego zaawansowania nowotworu. Obecnie jest najczęściej (50–80% rozpoznań) wykrywany przypadkowo podczas badań ultrasonograficznych lub tomografii komputerowej jamy brzusznej, które są wykonywane z innych powodów. Częstsze wykonywanie badań ultrasonograficznych może zmniejszyć odsetek chorych z rozpoznaniem zaawansowanego raka nerkowokomórkowego.

Postępowanie w raku nerkowokomórkowym powinno polegać na współdziałaniu urologów i onkologów podczas planowania diagnostyki i leczenia. Podstawową metodą leczenia wczesnego raka nerkowokomórkowego jest resekcja nerki z nowotworem, przy czym — w zależności od sytuacji klinicznej — nefrektomia może być radykalna (wycięcie całej nerki) lub tak zwana oszczędzająca (wycięcie części nerki z guzem przy zachowaniu odpowiedniego marginesu). Wycięcie częściowe lub całkowite ma zastosowanie w leczeniu radykalnym oraz u chorych na uogólnione nowotwory.

Ewolucja możliwości leczenia chorych na raka nerkowokomórkowego jest ściśle związana z wprowadzeniem leków z grupy inhibitorów kinaz tyrozynowych hamujących tworzenie nowych naczyń krwionośnych (leczenie antyangiogenne) oraz nowoczesnej immunoterapii polegającej na blokowaniu tak zwanych punktów kontroli immunologicznej i zwiększających aktywność limfocytów T w zwalczaniu komórek nowotworu. Kwalifikowanie do leczenia antyangiogennego polega na wykorzystaniu tak zwanych kryteriów rokowniczych (3 grupy rokownicze). Obecnie w Polsce wymienione leki mogą być — zgodnie z zapisami programu — stosowane w dwóch liniach, ale naukowo uzasadnione byłoby stworzenie możliwości leczenia trzeciej linii w sekwencji.

Jednym z inhibitorów kinaz tyrozynowych jest pazopanib, który jest — obok sunitynibu — jednym z najczęściej stosowanych leków w postępowaniu pierwszej linii. Właściwe kwalifikowanie chorych oraz odpowiednie postępowanie podczas stosowania pazopanibu warunkuje uzyskanie oczekiwanych wyników. Opisy przypadków — przedstawione w obecnym suplemencie czasopisma „Onkologia W Praktyce Klinicznej” — powinny się przyczynić do lepszego wykorzystania leczenia pazopanibem chorych na zaawansowanego raka nerkowokomórkowego.

Prof. dr hab. n. med. Maciej Krzakowski
Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie
— Państwowy Instytut Badawczy w Warszawie

