

ONKOLOGIA W PRAKTYCE KLINICZNEJ — EDUKACJA

Dwumiesięcznik Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej

www.journals.viamedica.pl/onkologia_w_praktyce_klin_edu

Redaktor Naczelny

prof. dr hab. med. Maciej Krzakowski

Zastępcy Redaktora Naczelnego

prof. dr hab. med. Andrzej Kawecki
prof. dr hab. med. Piotr Potemski
prof. dr hab. med. Piotr Rutkowski
prof. dr hab. med. Krzysztof Składowski
prof. dr hab. med. Piotr Wysocki

Rada Naukowa

dr Edita Baltruskeviciene (Vilnius, Lithuania)
prof. Tomasz M. Beer (Portland, USA)
prof. Bartosz Chmielowski (Los Angeles, USA)
dr med. Joanna Didkowska
dr hab. med. Renata Duchnowska
dr Rick Haas (Leiden, The Netherlands)
dr med. Beata Jagielska
dr med. Jerzy Jarosz
prof. dr hab. med. Jacek Jassem
prof. dr hab. med. Arkadiusz Jeziorski
prof. dr hab. med. Jan Kornafel
prof. dr hab. med. Jan Kulpa
prof. dr hab. med. Radziśław Kordek

dr hab. med. Maria Litwiniuk
dr med. Aleksandra Łacko
prof. Ruggero De Maria (Rome, Italy)
dr Mario Mandala (Bergamo, Italy)
dr hab. med. Radosław Mądry
dr med. Janusz Meder
dr hab. med. Sergiusz Nawrocki
prof. dr hab. med. Włodzimierz Olszewski
prof. dr hab. med. Maria Podolak-Dawidziak
dr hab. med. Barbara Radecka
prof. dr hab. med. Tadeusz Robak
prof. dr hab. med. Kazimierz Roszkowski
prof. dr hab. med. Piotr Rutkowski
dr hab. med. Ewa Sierko
dr Silvia Stacchiotti (Milan, Italy)
dr Ryszard Szydło (London, UK)
prof. dr hab. med. Jerzy Walecki
prof. dr hab. med. Jan Walewski
prof. dr hab. med. Krzysztof Warzocha
prof. dr hab. med. Marek Wojtukiewicz
dr Agnieszka Wozniak (Leuven, Belgium)
prof. Christoph Zielinski (Vienna, Austria)

Redaktor Prowadzący

Joanna Niezgoda

Opinie prezentowane w artykułach nie muszą być zgodne z opiniami Redakcji

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

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



19-0214.116.001

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 75 zł dla odbiorców indywidualnych, natomiast cena prenumeraty elektronicznej dla instytucji wynosi 150 zł.

Wpłaty, z czytelnym adresem, należy przysyłać na konto:

VM Media sp. z o.o. VM Group sp.k., Bank BGŻ BNP Paribas 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 wydawnictwem Via Medica; 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 ściągane pod sankcją karną.

Nota prawna: <http://czasopisma.viamedica.pl/owpk/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 <http://czasopisma.viamedica.pl/owpk>



**XXIII Kongres Polskiego
Towarzystwa Onkologii
Klinicznej**

**Kraków
27–29 sierpnia 2020 roku**

Streszczenia

ONKOLOGIA

W PRAKTYCE KLINICZNEJ

— EDUKACJA

Dwumiesięcznik Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej

www.journals.viamedica.pl/onkologia_w_praktyce_klin_edu

2020, tom 6, suplement G

Spis treści

Doniesienia naukowe ustne.....	G1
Doniesienia naukowe plakatowe	G5
Przypadki kliniczne ustne	G10
Przypadki kliniczne plakatowe	G14
Indeks Autorów	G27

O1

Porównanie poziomu lęku przeciwko nowotworowi i koronawirusowi u pacjentów leczonych onkologicznie podczas pandemii SARS-CoV-2 w Polsce

Dawid Sigorski¹, Paweł Sobczuk², Kamil Kuć³, Małgorzata Osmola⁴, Anna Walerzak⁵, Tomasz Ciszewski³, Sylwia Kopeć², Karolina Hryn³, Piotr Rutkowski², Rafał Stec⁶, Lubomir Bodnar¹

¹Katedra Onkologii, Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie/Oddział Kliniczny Onkologii i Immunoonkologii, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji z Warmińsko-Mazurskim Centrum Onkologii, Olsztyn, Polska

²Klinika Nowotworów Tkanek Miękkich, Kości i Czerniaków w Narodowym Instytucie Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie, Państwowy Instytut Badawczy w Warszawie, Warszawa, Polska

³Oddział Onkologiczny z Pododdziałem Diennej Chemioterapii, Wojewódzki Szpital im. Św. Ojca Pio w Przemyslu, Przemysł, Polska

⁴Klinika Hematologii, Onkologii i Chorób Wewnętrznych Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa, Polska

⁵Klinika Chirurgii Onkologicznej, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji z Warmińsko-Mazurskim Centrum Onkologii, Olsztyn, Polska

⁶Klinika Onkologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, Warszawa, Polska

Wstęp: Sytuacja epidemiologiczna związana z pandemią SARS-CoV-2 zmieniła zalecenia leczenia onkologicznego, szczególnie w grupie pacjentów leczonych paliatywnie. U chorych poddawanych leczeniu przeciwnowotworowemu obserwuje się zwiększoną podatność na wystąpienie zaburzeń lekowych. Celem badania była analiza poziomu lęku nowotworowego (LN) oraz lęku przeciwko wirusowi SARS-CoV-2 (LS) podczas pandemii SARS-CoV-2 w Polsce.

Materiał i metody: Do badania zakwalifikowano 306 pacjentów ≥ 18 lat w trakcie systemowej terapii onkologicznej między 11 a 15 maja 2020 r. w 4 ośrodkach onkologicznych. Grupa badana: pacjenci radykalni ($n = 94$), paliatywni ($n = 212$), rak piersi ($n = 85$), rak jelita grubego ($n = 55$), czerniak i mięsak ($n = 46$), rak płuca ($n = 22$), inne ($n = 98$), kobiety ($n = 167$), mężczyźni ($n = 139$), < 65 r. ($n = 178$), ≥ 65 r. ($n = 128$). Poziom lęku oceniono za pomocą numerycznej skali (0–10) oraz zwalidowanej skali Fear of COVID-19. Do analizy statystycznej użyto testów nieparametrycznych oraz korelacji Spearmana. Wyniki przedstawiono jako medianę oraz odstęp międzykwartylowy. Uzyskano zgodę komisji bioetycznej.

Wyniki: Mediana poziomu LN była wyższa (6; 5–10) niż LS (5; 3–8; $p = 0,025$). LN wyższy był u chorych < 65 r. ($p = 0,007$), kobiet ($p < 0,001$), pacjentów leczonych radykalnie ($p < 0,001$). LS wyższy był u kobiet ($p < 0,001$). LS i LN najwyższy był u pacjentek z rakiem piersi a najniższy u pacjentów z rakiem płuca. Wykazano dodatnią korelację pomiędzy LN a LS ($r = 0,531$; $p = 0,01$), a także skalą Fear of COVID i skalą numeryczną ($r = 0,741$; $p < 0,001$).

Omówienie: Pacjenci z rozpoznaniem nowotworu bardziej boją się nowotworu niż koronawirusa. Poziom lęku różni się w zależności od lokalizacji nowotworu. Pacjentki z rozpoznaniem raka piersi < 65 r. leczone radykalnie powinny podlegać szczególnej opiece psychologicznej. Pomimo trudnej sytuacji epidemiologicznej terapia onkologiczna powinna być prowadzona bez zmian.

Wyniki leczenia pierwszej linii immunoterapią anti-PD-1 u chorych na zaawansowane/rozsiiane czerniaki — badanie wieloośrodkowe

Bożena Cybulska-Stopa¹, Marcin Ziętek², Anna M. Czarnecka³, Karolina Piejko¹, Łukasz Galus⁴, Barbara Ziółkowska⁵, Stanisław Kieszko⁶, Natasza Kępa-Kamińska², Jacek Calik², Tomasz Zemetka¹, Janusz Rolski¹, Agata Sałek-Zań¹, Katarzyna Gajewska-Wicher¹, Anna Drosik-Kwaśniewska¹, Renata Pacholczak¹, Tomasz Kubiowski⁶, Rafał Suwiński⁵, Jacek Mackiewicz⁴, Piotr Rutkowski³

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

²Dolnośląskie Centrum Onkologii, Wrocław, Polska

³Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie — Państwowy Instytut Badawczy, Warszawa, Polska

⁴Uniwersytet Medyczny w Poznaniu; Wielkopolskie Centrum Onkologii w Poznaniu, Poznań, Polska

⁵Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie — Państwowy Instytut Badawczy, Oddział w Gliwicach, Gliwice, Polska

⁶Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej im. św. Jana z Dukli, Lublin, Polska

Wstęp: Dzięki zastosowaniu immunoterapii opartej o przeciwciała anti-PD-1 rokowanie chorych na czerniaki uległo znacznej poprawie.

Materiał i metody: Badanie objęło 499 chorych na zaawansowane/przerzutowe czerniaki z 5 ośrodków onkologicznych w Polsce leczonych w latach 2016–2019 w pierwszej linii terapią anti-PD-1 w ramach programów lekowych. Zgodnie z wiedzą autorów jest to największa dotychczas opisana grupa chorych w Polsce. Zebrano dane o chorych na początku terapii i przeanalizowano ich wpływ na odpowiedź na leczenie, czas przeżycia wolnego od progresji (PFS), czas przeżycia całkowitego (OS). Zebrano również dane dotyczące toksyczności terapii, w tym powikłań immunologicznych (irAEs). Do oszacowania PFS i OS zastosowano metodę Kaplana–Meiera, do analizy statystycznej zastosowano regresję Coxa, test t oraz test chi-kwadrat.

Wyniki: Mediana wieku wyniosła 67 lat (zakres 23–93 lata). Mutacja BRAF była obecna u 93 chorych. Mediany OS i PFS w całej badanej grupie wyniosły odpowiednio 26,0 i 8,2 miesiąca. Estymowane przeżycia 1-, 2- i 3-letnie wyniosły odpowiednio 65%, 50% i 40%. Niekorzystnymi czynnikami rokowniczymi w zakresie OS i PFS była obecność przerzutów do ośrodkowego układu nerwowego, podwyższona aktywność LDH, stan sprawności > 0, wystąpienie irAE. Całkowita odpowiedź (CR) była u 5,5% chorych, częściowa odpowiedź (PR) u 29%, a stabilizacja (SD) u 28%. Powikłania immunologiczne irAE w stopniu G3 lub/i G4 zanotowano u 4% chorych, natomiast u 24% chorych odnotowano wystąpienie jakiegokolwiek stopnia irAE. Najczęstszymi irAEs były związane z niedoczynnością/nadczynnością tarczycy, zmianami skórnymi lub uszkodzeniem wątroby. Mediana obserwacji wyniosła 15,6 miesiąca.

Wnioski: Zastosowanie immunoterapii opartej o przeciwciała anti-PD-1 jest skuteczną i bezpieczną terapią w leczeniu pierwszej linii u chorych na zaawansowane/przerzutowe czerniaki.

03

Wyniki leczenia w zależności od czynników prognostycznych u dzieci i dorosłych z rozpoznaniem mięsaka Ewinga — doświadczenia dwóch ośrodków onkologicznych w ramach Polskiej Grupy Mięsakowej

Paulina Jagodzińska-Mucha¹, Iwona Ługowska¹, Anna Raciborska², Katarzyna Bilaska², Hanna Koseła-Paterczyk¹, Tomasz Świtaj¹, Katarzyna Kozak¹, Sławomir Falkowski¹, Anna Dawidowska¹, Jan Poleszczuk¹, Piotr Rutkowski¹

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

²Katedra Onkologii i Chirurgii Onkologicznej dla Dzieci i Młodzieży; Instytut Matki i Dziecka, Warszawa, Polska

Wstęp: Mięsak Ewinga jest rzadkim nowotworem kości i tkanek miękkich. Standardem jest podejście wielodyscyplinarne z zastosowaniem chemioterapii (CHT), radioterapii (RTH) i chirurgii (S). Celem pracy była analiza czynników prognostycznych i wyników leczenia u pacjentów młodych i dorosłych.

Materiał i metody: Do analizy włączono 504 pacjentów leczonych w latach 1998–2019, K: M 1: 1,34, 195 pacjentów (39%) miało wyściowo przerzuty, 277 (55%) osiową lokalizację guza. W analizie użyto estymator Kaplana-Meiera, test log-rank i model regresji Coxa.

Wyniki: 5-letnie OS w całej grupie wyniosły 59% (CI: 54–63%), czynnikami prognostycznymi były: płeć (5-letnie OS dla kobiet i mężczyzn 67% i 52%), wiek (5-letnie OS w grupach < 10 lat; 10–15 lat; 15–25 i 25+ wynosiły, odpowiednio 76%, 65%, 48% i 56%; $p < 0,00017$), obecność przerzutów (5-letnie OS w grupie M1 38%, w M0 — 72%; $p < 0,0001$), rodzaj leczenia miejscowego (5-letnie OS w grupie CHT/S/RTH 66%, CHT/S 68%, CHT/RTH 46%, a dla leczenia paliatywnego (bez leczenia miejscowego) 13%; $p < 0,0001$). Wieloczynnikowa analiza Coxa wykazała zależność ryzyka śmierci od płci (mężczyzna vs. kobieta; HR = 1,91; $p < 0,001$), obecności przerzutów (M1 vs. M0; HR = 2,66; $p < 0,001$), zajęcia kości/szpiku (obecne vs. nieobecne; HR = 2,29; $p < 0,001$) i schematu chemioterapii (inny vs. VIDE/VAI; HR = 0,54; $p = 0,007$).

Omówienie: Wyniki leczenia chorych na mięsaka Ewinga są lepsze u dzieci niż u dorosłych. Leczenie powinno odbywać się w ośrodkach referencyjnych i na podstawie aktualnych wytycznych.

04

Zaburzenia czynności tarczycy oceniane poprzez zmianę aktywności TSH i stężenia fT4 w czasie immunoterapii jako korzystny czynnik predykcyjny u chorych na zaawansowane czerniaki

Anna Dawidowska¹, Iwona Ługowska¹, Tomasz Świtaj², Sylwia Jaczeńska¹, Anna Czarnecka², Katarzyna Kozak², Jan Poleszczuk³, Piotr Rutkowski²

¹Oddział Badań Wczesnych Faz, Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie, Państwowy Instytut Badawczy, Warszawa, Polska

²Klinika Nowotworów Tkanek Miękkich Kości i Czerniaków, Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie, Państwowy Instytut Badawczy, Warszawa, Polska

³Dział Bioanaliz, Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie, Państwowy Instytut Badawczy, Warszawa, Polska

Wstęp: Leczenie chorych na zaawansowane czerniaki poprawiło się dzięki wprowadzeniu terapii z użyciem inhibitorów punktów kontrolnych układu immunologicznego. Leczenie to wiąże się jednak z występowaniem działań niepożądanych, które często dotyczą układu endokrynologicznego. Nadal nie zidentyfikowano czynników predykcyjnych umożliwiających indywidualizację leczenia chorych na czerniaki z zastosowaniem immunoterapii, stąd celem pracy jest analiza wpływu powikłań endokrynologicznych na przeżycia chorych.

Materiał i metody: Z dokumentacji szpitalnej Narodowego Instytutu Onkologii w Warszawie wyselekcjonowano 396 chorych na czerniaki w stadium nieoperacyjnym III/IV, którzy byli leczeni w latach 2014–2019. W analizowanej grupie 247 chorych otrzymywało przeciwciała anty-PD1 (niwolumab/pembrolizumab), a 149 chorych przeciwciała anty-CTLA4 (ipilimumab). Dane chorych analizowano pod kątem wartości TSH/fT4 przed rozpoczęciem leczenia oraz co 12 tyg. w trakcie leczenia. Mediana obserwacji wynosiła 16 miesięcy. Analizę przeżycia wykonano metodą Kaplana-Meiera.

Wyniki: Mediana wieku chorych wynosiła 62 lata (zakres 17–90 lat); K:M = 1;1,27, u 18% pacjentów stwierdzano przerzuty do mózgu, a u 30% chorych stwierdzono mutację w genie BRAF. W grupie pacjentów leczonych przeciwciałem anty PD-1, dwuletnie przeżycia całkowite wynosiły 74% dla osób wymagających suplementacji hormonów tarczycy z powodu powikłań oraz 50% dla osób, którzy terapii suplementacyjnej nie wymagali; $p = 0,007$. Podobnie, wystąpienie zmiany w zakresie TSH/fT4 (wzrost/obniżenie) wiązało się ze znacząco statystycznie korzystniejszymi przeżyciami całkowitymi w porównaniu z grupą chorych, u których zmian hormonalnych nie obserwowano; 2-letnie odsetki wynosiły odpowiednio: 40% vs. 60%; $p = 0,002$ oraz 36% vs. 56%; $p = 0,041$.

Podsumowanie: Zaburzenia czynności tarczycy oceniane poprzez zmianę aktywności TSH i stężenia fT4 w trakcie immunoterapii mogą być korzystnym czynnikiem predykcyjnym u chorych na zaawansowane czerniaki.

Wyniki wielodyscyplinarnego leczenia chorych na raka z komórek Merkla (MCC)

Monika Dudzisz-Śledź¹, Paweł Sobczuk¹, Paweł Teterycz², Tomasz Świtaj¹, Katarzyna Kozak², Marcin Zdzienicki¹, Anna M. Czarnecka¹, Mateusz Spałek¹, Sławomir Falkowski¹, Iga Płachta³, Marcin Kleibert³, Piotr Rutkowski¹

¹Klinika Nowotworów Tkanek Miękkich, Kości i Czerniaka w Warszawie, NIO-PIB, Warszawa, Polska

²Klinika Chirurgii Onkologicznej, Katedra Onkologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi; WWCOiT im. M. Kopernika w Łodzi, Łódź, Polska

³Wydział Lekarski, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa, Polska

Wstęp: Rak z komórek Merkla jest rzadko występującym nowotworem złośliwym skóry, o dużej agresywności. Jedyną skuteczną metodą leczenia jest radykalne leczenie chirurgiczne. Celem pracy jest ocena skuteczności leczenia wielodyscyplinarnego tej specyficznej grupy chorych.

Materiał i metody: Analizą objęto chorych na MCC leczonych w Klinice Nowotworów Tkanek Miękkich, Kości i Czerniaków NIO w Warszawie w latach 2013–2019. Dane analizowano pod kątem charakterystyki choroby, leczenia oraz jego skuteczności. Przeprowadzono analizę metodami Kaplana-Meiera oraz Coxa.

Wyniki: Do badania włączono 83 chorych z medianą wieku 72 lata (30–87), K:M = 1:1. U 25 pacjentów (30,1%) stwierdzono przerzuty do węzłów chłonnych, u 12 (14,5%) przerzuty odległe. Najczęstsza była lokalizacja kończynowa (50,6%). W analizowanej grupie 60 (72,3%) chorych poddano wyłącznie leczeniu operacyjnemu. 41,7% poddano okołoperacyjnej radioterapii, 11,7% chemioterapii, a 13,3% radio- i chemioterapii. Nawrót po leczeniu chirurgicznym wystąpił u 45,0% pacjentów. Mediana DFS chorych poddanych leczeniu operacyjnemu wyniosła 6,8 (95% CI 0,07–13,52) roku. Stosowanie terapii okołoperacyjnej nie wpływało istotnie na DFS (HR 1,05; 95% CI 0,46–2,43). 25 (30,1%) chorych otrzymało paliatywne leczenie systemowe. Mediana PFS chorych poddanych chemioterapii 1. linii wyniosła 2,7 (95% CI 2,2–3,2) miesiąca. 17 (20,5%) pacjentów otrzymało co najmniej 2 linie leczenia, 10 chorych (12%) otrzymało awelumab (2 chorych z kontrolą choroby przekraczającą 9 miesięcy). Obecność przerzutów do węzłów chłonnych w momencie diagnozy jest niezależnym negatywnym czynnikiem prognostycznym (HR 2,77; 95% CI 1,25–6,15). Mediana OS wszystkich chorych wyniosła 6,7 (95% CI 1,0–12,46) roku.

Podsumowanie: Analiza potwierdziła niekorzystne wyniki odległe leczenia chorych na MCC. Standard leczenia chorych na MCC w stadium zaawansowanym uległ zmianie w związku z wprowadzeniem skutecznej immunoterapii.

P1

Znaczenie prognostyczne wskaźnika neutrofilowo-limfocytowego (NLR), płytkowo-limfocytarnego (PLR), limfocytarno-monocytowego (LMR) oraz płytek krwi (PLT) u chorych z rozpoznaniem raka gruczołu krokowego

Joanna Huszno¹, Zofia Kołosza², Jolanta Mrochem-Kwarciak³, Ewa Telka¹, Bożena Jochymek¹, Leszek Miszczyk¹

¹Zakład Radioterapii, Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej Curie, Państwowy Instytut Badawczy, Oddział w Gliwicach, Gliwice, Polska

²Dział Analiz Bioinformatyczno-Biostatystycznych, Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej Curie, Państwowy Instytut Badawczy, Oddział w Gliwicach, Gliwice, Polska

³Zakład Analityki i Biochemii Klinicznej, Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej Curie, Państwowy Instytut Badawczy, Oddział w Gliwicach, Gliwice, Polska

Wstęp: Celem pracy była ocena wartości prognostycznej wskaźników NLR, PLR, LMR oraz PLT u chorych na raka gruczołu krokowego otrzymujących radioterapię.

Materiał i metody: Badaną grupę stanowiło 152 chorych z rozpoznaniem raka gruczołu krokowego, którzy byli leczeni w Zakładzie Radioterapii w NIO w Gliwicach w latach 2012–2014 r. Za pomocą jedno- i wieloczynnikowej analizy Coxa identyfikowano niezależne prognostyczne wskaźniki stanu zapalnego związane z przeżyciem całkowitym. Punkt odcięcia określono dla NLR, jako „podwyższony” przy wartości $> 4,66$; LMR $> 3,26$ oraz dla PLR $> 89,6$.

Wyniki: Mediana czasu obserwacji wynosiła 4,9 lat. Pięcio- i siedmioletnie przeżycie całkowite (OS) wyniosły odpowiednio 81,5% i 72,2%. Analiza jednoczynnikowa wykazała, że podwyższony NLR ($p = 0,009$), wyższy poziom neutrofilii ($p = 0,014$), leukocytów ($p = 0,039$), limfocytów ($p = 0,038$), PLT ($p = 0,005$), wyższy wynik w skali Gleason ($p = 0,014$), PSA ($p = 0,0008$) i starszy wiek ($p = 0,046$) były istotnie związane z gorszym OS. Natomiast, podwyższone wartości wskaźników LMR ($p = 0,103$), PLR ($p = 0,288$) oraz niższy poziom hemoglobiny ($p = 0,107$) i liczba erytrocytów ($p = 0,079$) nie były związane z czasem przeżycia całkowitego. W analizie wieloczynnikowej wskaźniki NLR (HR = 14,4; $p = 0,0001$), poziom leukocytów (HR = 3,3; $p = 0,008$), limfocytów (HR = 4,0; $p = 0,005$) i RBC (HR = 0,27; $p = 0,003$) były istotnymi czynnikami prognostycznymi OS u chorych z rakiem gruczołu krokowego.

Omówienie: Podwyższony wskaźnik NLR przed rozpoczęciem leczenia, PLT, wyższa liczba leukocytów, neutrofilii i limfocytów były negatywnymi czynnikami prognostycznymi u chorych z rozpoznaniem raka gruczołu krokowego. Wyższa wartość wskaźników LMR lub PLR nie miała wpływu na czas całkowitego przeżycia chorych. Wskaźnik NLR, poziomy leukocytów, limfocytów oraz RBC przed rozpoczęciem leczenia były niezależnymi czynnikami prognostycznymi u chorych z rakiem gruczołu krokowego.

P2

Skala prognostyczna u pacjentów z rakiem prostaty opornym na kastrację leczonych docetakselem

Dawid Sigorski¹, Aneta Lebedzińska¹, Piotr Kostka², Paweł Różanowski³, Lubomir Bodnar¹

¹Katedra Onkologii, Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie/Oddział Kliniczny Onkologii i Immunoonkologii, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji z Warmińsko-Mazurskim Centrum Onkologii, Olsztyn, Polska

²Oddział Kliniczny Hematologii, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji z Warmińsko-Mazurskim Centrum Onkologii, Olsztyn, Polska

³Oddział Chemioterapii, Wielkopolskie Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie w Poznaniu, Poznań, Polska

Wstęp: Pomimo wprowadzania do praktyki klinicznej nowych rodzajów terapii docetaksel nadal jest podstawowym cytostatykiem stosowanym u pacjentów z rakiem prostaty. Celem badania była ocena czynników prognostycznych oraz utworzenie skali przeżycia na podstawie wybranych parametrów hematologicznych u pacjentów z rozpoznaniem raka prostaty opornym na kastrację leczonych docetakselem.

Materiał i metody: Do analizy włączono 72 pacjentów leczonych docetakselem w latach 2005–2015 w tutejszym ośrodku onkologicznym z powodu raka prostaty opornego na kastrację. Niedokrwistość definiowano jako obniżenie poziomu hemoglobiny (Hgb) < 12 g/dl, natomiast małopłytkowość < 150 tys. Analizę wieloczynnikową do oceny OS i przeżycia wolnego od progresji przeprowadzono z zastosowaniem modelu proporcjonalnego ryzyka Coxa.

Wyniki: W analizie wieloczynnikowej stwierdzono, że małopłytkowość (HR: 1,92; 95% CI 0,97–3,80; P = 0,0595) oraz ECOG2 (HR: 0,42; 95% CI 0,22–0,78; P = 0,0066) wykazywały niekorzystny wpływ rokowniczy na czas przeżycia wolnego od progresji choroby. Niedokrwistość (HR: 2,32; 95% CI 1,37–3,94; P = 0,0018), małopłytkowość (HR: 3,79; 95% CI 1,79–8,0; P = 0,0005) oraz ECOG2 (HR: 2,57; 95% CI 1,34–4,90; P = 0,0043) są niezależnymi niekorzystnymi czynnikami rokowniczymi całkowitego przeżycia (OS). Utworzono 3 grupy ryzyka na podstawie skojarzenia parametrów: niedokrwistość, małopłytkowość oraz skali ECOG. Pacjenci z grupy niskiego ryzyka (0 czynników ryzyka) osiągnęli medianę OS 22 miesiące (95% CI 19,9–28,5), pośredniego 12 miesięcy (1 czynnik ryzyka, 95% CI 8,0–13,7), natomiast wysokiego 4 miesiące (2–3 czynniki ryzyka, 95% CI 2,3–7,4). Uzyskane różnice są znamienne statystycznie. Inne parametry hematologiczne: stosunek płytek do limfocytów, SII (*systemic immune-inflammation index*) nie wykazały istotności statystycznej.

Wnioski: Utworzyliśmy łatwą do przeprowadzenia skalę prognostyczną u pacjentów z rakiem prostaty. Uzyskane wyniki wymagają badań prospektywnych lub walidacji w innych ośrodkach onkologicznych.

P3

Obiektywna oraz subiektywna analiza toksyczności skórnej wraz z oceną jakości życia u pacjentów leczonych przeciwciałami anti-EGFR w Klinice Chemioterapii Nowotworów

Kinga Krawiec, Izabela Janicka, Jakub Woźniak, Sylwia Dębska-Szmich, Magdalena Krakowska, Urszula Czernek, Piotr Potemski

Klinika Chemioterapii Nowotworów UM w Łodzi, WWCOiT im. M. Kopernika w Łodzi, Łódź, Polska

Wstęp: Przeciwciała anti-EGFR powodują toksyczność skórą u ponad połowy leczonych, a ich skojarzenie z chemioterapią dwukrotnie zwiększa ryzyko jej wystąpienia. Celem pracy była obiektywna i subiektywna ocena toksyczności skórnej oraz jej wpływu na jakość życia pacjentów leczonych przeciwciałami anti-EGFR.

Materiał i metody: Badaniem objęto 12 pacjentów z zaawansowanym rakiem jelita grubego, leczonych przeciwciałami anti-EGFR przez co najmniej 6 tygodni między styczniem 2019 r., a lutym 2020 r. Przeciwciało w skojarzeniu z chemioterapią otrzymywało 11 pacjentów. Przeprowadzono subiektywną ocenę toksyczności skórnej oraz jej wpływu na jakość życia. Przeanalizowano potrzeby pacjentów w zakresie edukacji o potencjalnej toksyczności leczenia i opieki dermatologicznej. Oceny dokonano za pomocą autorskiej ankiety. Globalną jakość życia oceniono za pomocą skali EORTC QLQ-C30. Obiektywnej oceny stanu skóry dokonano w badaniu lekarskim, nasilenie i charakter zmian opisano według kryteriów CTCAE (*Common Terminology Criteria for Adverse Events*) v.5.0 oraz w skali ESS (*Eruption Scoring System*).

Wyniki: Obecność zmian skórnych stwierdzono obiektywnie u 11 chorych. Mediany punktacji dla subiektywnej oceny nasilenia zmian skórnych oraz obiektywnej oceny w skali ESS wyniosły, odpowiednio, 21 (zakres udzielanych odpowiedzi: 9–42) i 39 (7–76). Mediany punktacji dla negatywnego wpływu na stan emocjonalny i na codzienne funkcjonowanie wyniosły odpowiednio 5,5 (0–16) i 9 (0–18). Trzech i dziewięciu pacjentów oceniło, że są, odpowiednio, średnio i w pełni poinformowani o skórnym działaniu niepożądanych leczenia przeciwnowotworowego. Dziesięciu chorych zadeklarowało całkowitą akceptację skórnym działaniem niepożądanych, o ile leczenie przeciwnowotworowe byłoby skuteczne.

Omówienie: Pacjenci otrzymujący przeciwciała anti-EGFR czują się dobrze poinformowani o potencjalnej toksyczności skórnej, akceptując ją mimo znacznego nasilenia.

P4

Subiektywna ocena toksyczności skórnej i jakości życia u pacjentów poddawanych systemowemu leczeniu przeciwnowotworowemu

Kinga Krawiec, Jakub Woźniak, Izabela Janicka, Sylwia Dębska-Szmich, Magdalena Krakowska, Urszula Czernek, Piotr Potemski

Klinika Chemioterapii Nowotworów UM w Łodzi, WWCOiT im. M. Kopernika w Łodzi, Łódź, Polska

Wstęp: Powikłania skórne są częstym działaniem niepożądanym farmakoterapii przeciwnowotworowej, mogącym pogarszać jakość życia pacjentów. Celem pracy jest subiektywna ocena toksyczności skórnej oraz jakości życia chorych poddawanych systemowemu leczeniu przeciwnowotworowemu.

Materiał i metody: Badaniu poddano pacjentów z rozpoznaniem złośliwych nowotworów narządowych, otrzymujących między styczniem 2019 a lutym 2020 roku przez co najmniej 6 tygodni konwencjonalną chemioterapię, leki ukierunkowane molekularnie lub skojarzenie obydwu metod. Za pomocą autorskiej ankiety oceniono rodzaj i nasilenie toksyczności skórnej, jej wpływ na stan emocjonalny i jakość życia pacjentów. Przeanalizowano subiektywne potrzeby pacjentów dotyczące edukacji o potencjalnej toksyczności leczenia i opieki dermatologicznej. Globalną jakość życia oceniono za pomocą skali EORTC QLQ-C30.

Wyniki: Badanie przeprowadzono na grupie 78 chorych, w wieku 27–78 lat (41 mężczyzn; 37 kobiet). Dwunastu pacjentów otrzymywało przeciwciała anti-EGFR. Wpływ toksyczności skórnej na stan emocjonalny i jakość życia pacjentów oceniono w zależności od wieku, płci, czasu oraz rodzaju zastosowanej terapii. Powikłania skórne w subiektywnej ocenie wystąpiły u 95% badanych. 52,6% chorych zgłosiło wpływ toksyczności skórnej na stan emocjonalny, a 32,1% na codzienne funkcjonowanie. Średnie sumy punktów negatywnego wpływu zmian skórnych na stan emocjonalny wyniosły: 2,08 (kobiety) i 4,76 (mężczyźni), a wpływu na codzienne funkcjonowanie, odpowiednio: 2,78 i 2,20. 30,8% badanych oceniło obecność dermatologa w zespole lekarzy prowadzących jako potrzebną. 14,1% zgłosiło brak odpowiedniego poinformowania o możliwych powikłaniach skórnych. Szczegółowe wyniki badania zostaną przedstawione na zjeździe.

Omówienie: Chorzy poddawani farmakoterapii przeciwnowotworowej odczuwają negatywny wpływ toksyczności skórnej w różnych obszarach funkcjonowania. Można go zmniejszyć poprzez edukację chorych, profilaktykę i leczenie zmian skórnych wywołanych farmakoterapią przeciwnowotworową.

P5

Skuteczność strategii paliatywnego leczenia systemowego z wykorzystaniem monoterapii przeciwciałem anti-EGFR w 3. linii u chorych na raka jelita grubego

Katarzyna Staniecka¹, Paulina Krzeptowska¹, Jakub Dębski¹, Maria Dzierżak¹, Magdalena Wąsik¹, Joanna Gadzinowska¹, Maja Habib-Lisik², Sylwia Dębska-Szmich³, Piotr Potemski³

¹Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Łódź, Polska

²Oddział Chirurgii Onkologicznej i Rekonstrukcyjnej z Samodzielnym Pododdziałem Chemioterapii, Szpital MSWiA w Łodzi, Łódź, Polska

³Klinika Chemioterapii Nowotworów, Wojewódzkie Wielospecjalistyczne Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. Kopernika w Łodzi, Łódź, Polska

Wstęp: Zastosowanie przeciwciała anti-EGFR w skojarzeniu z chemioterapią paliatywną 1. linii u chorych na raka jelita grubego poprawia rokowanie w porównaniu z chemioterapią. Celem badania była ocena skuteczności wcześniej stosowanej strategii leczenia z zastosowaniem monoterapii przeciwciałem anti-EGFR w 3. linii.

Materiał i metody: Retrospektywnie przeanalizowano dokumentację medyczną 130 pacjentów z zaawansowanym rakiem jelita grubego bez mutacji genu KRAS poddanych monoterapii przeciwciałem anti-EGFR w 3. linii leczenia w latach 2009–2017 w WWCOiT im. M. Kopernika w Łodzi. Obliczono czas ogólnego przeżycia (OS) od momentu rozpoczęcia systemowego leczenia paliatywnego, a także czas przeżycia wolnego od progresji (PFSIII) i ogólnego przeżycia (OSIII) od momentu włączenia leczenia przeciwciałem anti-EGFR.

Wyniki: 57% chorych w chwili rozpoznania miało IV stopień zaawansowania nowotworu. 80 chorych otrzymało w ramach 3. linii leczenia cetuksymab, 50 chorych — panitumumab. U 123 chorych potwierdzono zgon. OS od momentu włączenia paliatywnego leczenia systemowego obliczono dla 120 chorych, dla których ustalono daty włączenia takiej terapii i jego mediana wyniosła 25,8 mies. Dla niewyselekcjonowanych pod względem przeżycia monoterapii przeciwciałem anti-EGFR w 3. linii chorych leczonych w tym samym ośrodku w latach 2008–2012 mediana OS wynosiła 15,6 mies. Mediana PFSIII wyniosła 4,3 mies. 16% chorych po progresji podczas monoterapii przeciwciałem otrzymało kolejną linię leczenia. Mediana OSIII wyniosła 10,7.

Omówienie: Przeżycie chorych włączonych do badania było znacznie dłuższe niż niewyselekcjonowanych osób leczonych w podobnym okresie. Prawdopodobną przyczyną jest selekcja pod względem korzystnych czynników rokowniczych, które umożliwiły chorym otrzymanie 3. linii leczenia. Skuteczność monoterapii anti-EGFR była zbliżona do tej wykazanej w badaniach III fazy.

P6

Odległe wyniki leczenia wielospecjalistycznego mięsaka epitelioidnego

Piotr Rutkowski¹, Paweł Teterycz¹, Jakub Śledź², Marta Maksymiuk², Tadeusz Morysiński¹,
Piotr Wiśniewski³, Anna M. Czarnecka¹

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

²Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa, Polska

³Zakład Patologii i Diagnostyki Laboratoryjnej, Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie — Państwowy Instytut Badawczy, Warszawa, Polska

Wstęp: Dane literaturowe dotyczące metod i wyników leczenia mięsaka epitelioidnego (ES) są skąpe. Brakuje również informacji na temat optymalnych protokołów leczenia okołoperacyjnego. W niniejszej analizie podjęliśmy próbę oceny wyników leczenia wielospecjalistycznego ES na podstawie doświadczenia referencyjnego ośrodka.

Materiał i metody: Do tej retrospektywnej analizy włączono wszystkich pacjentów leczonych z powodu ES w naszym ośrodku w latach 1999–2019. Rozpoznanie we wszystkich przypadkach zostało potwierdzone przez patologa doświadczonego w diagnostyce mięsaków tkanek miękkich. W analizie użyto estymatora Kaplana-Meiera oraz testu log-rank.

Wyniki: W badanej grupie znalazło się 36 chorych, z czego 67% stanowili mężczyźni. Mediana wieku wynosiła 36 lat (zakres: 17–78). W 83% przypadków guz stwierdzano na kończynie, mediana rozmiaru guza wynosiła 6,2 cm (zakres: 0,5–30 cm), podtyp proksymalny ES rozpoznano u 13 chorych. W 47% przypadków, w momencie diagnozy stwierdzano zajęcie regionalnych węzłów chłonnych, w 8% — przerzuty odległe. 13 chorych zostało skierowanych do naszego ośrodka po uprzednim leczeniu chirurgicznym. 27 pacjentów poddało resekcji w naszym ośrodku, resekcje R0 stanowiły 74% tej grupy. Okołooperacyjną: chemioterapię zastosowano w 8 przypadkach, radioterapię — w 21. Mediana czasu obserwacji wyniosła 53 miesiące (m) (95% CI: 32–103). Mediana przeżycia całkowitego wyniosła 73 m (95% CI: 23–NA), a mediana przeżycia wolnego od choroby 35 m (95% CI: 15–NA). Na przeżycie całkowite negatywny wpływ miały: wyjściowe zajęcie węzłów, podtyp proksymalny oraz nieresekcyjność ogniska pierwotnego. Nie stwierdzano wpływu leczenia okołoperacyjnego na przeżycie całkowite.

Omówienie: Chirurgia pozostaje podstawową metodą leczenia ES, potwierdzono znaczący odsetek przerzutów do regionalnych węzłów chłonnych w tym typie mięsaka, co stanowiło negatywny czynnik rokowniczy. Do opracowania skutecznych metod leczenia ES konieczna jest wielośrodkowa, międzynarodowa współpraca.

P7

Wyniki leczenia desmoplastycznego nowotworu drobnookrągłokomórkowego (DSRCT) na podstawie doświadczeń jednego ośrodka

Paweł Teterycz, Hanna Kosela-Paterczyk, Katarzyna Kozak, Tomasz Świtaj, Anna Klimczak,
Piotr Rutkowski

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

Wstęp: Desmoplastyczny nowotwór drobnookrągłokomórkowy (DSRCT) to mięsak tkanek miękkich o wysokiej złośliwości i potencjalnie dużej wrażliwości na chemioterapię. Najczęściej wywodzi się z otrzewnej i występuje głównie wśród młodych mężczyzn. Celem tej pracy była ocena wyników leczenia tego rzadkiego nowotworu w referencyjnym ośrodku.

Materiał i metody: W tej retrospektywnej analizie uwzględniono 29 przypadków DSRCT leczonych w naszym ośrodku w latach 2000–2019. Wszystkie przypadki zdiagnozowane po 2008 roku były potwierdzone molekularnie poprzez ocenę translokacji *EWS/WT1*. W analizie użyto estymatora Kaplana-Meiera oraz testu log-rank.

Wyniki: W analizowanej kohorcie znalazło się 23 mężczyzn i 6 kobiet (M/F = 3,8). Mediana wieku w momencie diagnozy wynosiła 26 (zakres: 21–44). Guz pierwotny był najczęściej zlokalizowany śródtrzewnowo (17 przypadków, 59%). 22 (76%) chorych zostało zdiagnozowanych w stadium rozsiewu. W 15 przypadkach podjęto próbę resekcji chirurgicznej (w tym 3 przypadki, u których zastosowano dootrzewnową chemioterapię perfuzyjną w hipertermii [HIPEC] jako leczenie uzupełniające). Wszyscy pacjenci otrzymali wielolekową chemioterapię opartą o antracykliny jako leczenie pierwszej linii. Mediana przeżycia całkowitego (OS) wynosiła 26 miesięcy (m) (95% CI: 21–38), a odsetek 5-letnich przeżyć 8,7% (95% CI: 2,4–32). Wyjściowa resekcja zmian poprawiała znamiennie ($p = 0,019$) przeżycia odległe, mediana OS 36 m (95% CI: 33–NA) vs. 19 m (95% CI: 14–NA). Mediana PFS w pierwszej linii terapii systemowej wynosiła 12,2 m (95% CI: 9–16). Zastosowanie HIPEC i leczenia chirurgicznego znamiennie przedłużało PFS mimo małej liczebności grupy (27 vs. 11 m dla innych metod, $p = 0,008$).

Omówienie: DSRCT pozostaje mięsakiem o niepomyślnym rokowaniu. Zastosowanie wielolekowej chemioterapii oraz nowoczesnych metod chirurgicznych pozwala na poprawę wyników odległych leczenia.

P8

Radioterapia skojarzona z głęboką hipertermią w leczeniu nieresekcyjnych lub granicznie resekcyjnych mięsaków tkanek miękkich: częściowa analiza wyników badania klinicznego II fazy (SINDIR)

Mateusz Spałek, Aneta Borkowska, Maria Telejko, Michał Wągradzki, Piotr Rutkowski

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

Wstęp: Radioterapia (RT) jest preferowaną metodą leczenia granicznie resekcyjnych (przedoperacyjnie) lub nieresekcyjnych mięsaków tkanek miękkich (MTM). RT może być skojarzona z chemioterapią, jednakże u części chorych jest nieskuteczna lub przeciwwskazana. Zastosowanie innych metod poprawiających skuteczność miejscową, takich jak hipertermia (HT), może umożliwić uzyskanie resekcyjności lub zapewnić długotrwałą kontrolę choroby. Celem niniejszego badania jest ocena bezpieczeństwa i skuteczności RT+HT w u chorych na miejscowo zaawansowane (granicznie resekcyjnie lub nieresekcyjne) MTM.

Materiał i metody: Schemat badania klinicznego II fazy (NCT03989596) opiera się na RT 10 x 3,25 Gy skojarzonej z 4 x HT. Po 6 tygodniach MTM jest poddawany ocenie pod kątem resekcyjności i operacyjności. W przypadku braku możliwości przeprowadzenia operacji oszczędzającej chory otrzymuje drugi etap RT 4 x 4 Gy + 2 x HT. Pierwszorzędowy punkt oceny końcowej stanowi odsetek wczesnych powikłań 3 stopnia i wyższych według CTC.

Wyniki: Kryteria włączenia spełniło 23 chorych, wszyscy zostali poddani ocenie wielospecjalistycznej. 19 chorych nie miało wskazań do chemioterapii z uwagi na przewidywaną chemooporność (typ MTM), u dwóch chorych zaobserwowano progresję w trakcie chemioterapii, 2 chorych miało przeciwwskazania do chemioterapii z powodu chorób współistniejących. 15 chorych ukończyło zaplanowane leczenie, 5 chorych jest w jego trakcie, 3 chorych nie ukończyło całości leczenia z powodu progresji lub utraty z obserwacji. Siedmiu chorych zostało poddanych resekcji MTM, 8 otrzymało drugi etap RT+HT. Mediana czasu obserwacji wynosi 5,6 miesiąca. U żadnego chorego nie stwierdzono działań niepożądanych 3. stopnia lub wyższego. U jednej chorej stwierdzono progresję miejscową choroby.

Wnioski: Częściowe wyniki leczenia MTM z wykorzystaniem RT i HT są zachęcające. Wczesna tolerancja stosowanego leczenia jest dobra.

01

Genetycznie obciążony transseksualny pacjent typu K/M w trakcie korekty płci z dwoma pierwotnymi nowotworami — opis przypadku

Agnieszka Bobola, Dariusz Pysz-Waberski, Michał Kliber, Iwona Gisterek

Katedra Onkologii i Radioterapii, Śląski Uniwersytet Medyczny, Katowice, Polska

Pacjent transseksualny typu K/M, w trakcie I etapu tranzycji płci, zgłosił się do Kliniki Onkologii w październiku 2018 celem wdrożenia leczenia adjuwantowego po radykalnym leczeniu chirurgicznym raka trzonu macicy. Zgodnie z identyfikacją płciową pacjenta, mimo braku sądowego ustalenia płci oraz niebinarnego fenotypu, traktowano pacjenta w formie męskiej zgodnie z obowiązującymi kryteriami płci. Uwzględniając stopień zaawansowania raka endometrioidalnego pT3aN0M0 przeprowadzono uzupełniającą, sekwencyjną radiochemioterapię. Brachyterapia nie była możliwa do przeprowadzenia z powodu niesprzyjających warunków anatomicznych (atrofia pochwy). Po zakończeniu leczenia, uwzględniając obciążający wywiad, tj. współistnienie polipowatości gruczolakowatej jelita grubego oraz zespołu Recklinghausena, przed wznowieniem przerwanej terapii hormonalnej podczas tranzycji płci, zdecydowano o poszerzeniu diagnostyki genetycznej. Pacjent wykonał badanie genetyczne przy użyciu sekwencjonowania nowej generacji (NGS) w programie badamygeny.pl oraz dodatkowo wykonano badanie molekularne materiału tkankowego z guza, ujawniając kilka istotnych klinicznie mutacji genów (m.in. CHEK2 i PMS2). Pacjent został zakwalifikowany do próby endoskopowego usunięcia mnogich polipów jelita grubego, jednak rozległe zmiany nie kwalifikowały się do usunięcia endoskopowego. W badaniu histopatologicznym pobranego materiału ujawniono drugi pierwotny nowotwór — rak jelita grubego, stopień zaawansowania pT3N0M1 ustalono po przeprowadzonym leczeniu operacyjnym (rozsiew do sieci większej i krezki jelita cienkiego). Pacjent został zakwalifikowany do chemioterapii. Obecnie kontynuuje leczenie systemowe.

02

Pięć linii paliatywnego leczenia systemowego u chorego na raka jelita grubego

Magdalena Grabiec, Magdalena Krakowska, Piotr Potemski

Klinika Chemioterapii UM w WWCoiT im. M. Kopernika w Łodzi, Łódź, Polska

W styczniu 2018 roku 56-letni chory na gruczolakoraka zagięcia śledzionowego okrężnicy z mutacją KRAS i trzema synchronicznymi przerzutami do wątroby, po lewostronnej hemikolektomii (08.2017) rozpoczął leczenie w Klinice Chemioterapii UM w WWCoiT im. M. Kopernika w Łodzi. U chorego pierwotnie nie była możliwa resekcja lub abłacja zmian w wątrobie ze względu na ich lokalizację (segmenty 4, 7, 8). Rozpoczęto paliatywną chemioterapię schematem FOLFIRI, którą kontynuowano do progresji choroby w grudniu 2018 roku. W styczniu 2019 zastosowano leczenie 2. linii schematem FOLFOX z bewacyzumabem, które kontynuowano do sierpnia 2019. We wrześniu 2019 roku, po ponownej konsultacji chirurgicznej, wykonano embolizację prawej gałęzi żyły wrotnej w celu umożliwienia resekcji zmian w wątrobie. Jednak odstąpiono od operacji z uwagi na niewystarczający przerost lewych segmentów wątroby. W październiku 2019 roku, ze względu na progresję choroby, pacjent rozpoczął 3. linię leczenia systemowego kapecytabiną z mitomycyną. Leczenie przerwano po pierwszym cyklu z powodu biegunki i objawów erytrodyzestezji dłoniowo-podeszwowej. W następnej linii chory otrzymał triflurydynę z typracylem zgodnie z zapisami nowo wprowadzonego programu lekowego. Paliatywną chemioterapię zakończono po dwóch cyklach z powodu progresji zmian w wątrobie oraz pojawienia się przerzutów do płuc. U chorego wykryto niestabilność mikrosatelitarną metodą PCR. Uzyskano finansowanie terapii niwolumabem w ramach RDTL i w marcu 2020 roku rozpoczęto leczenie 5. linii. Po 2 miesiącach stosowania immunoterapii stan ogólnej sprawności chorego pogorszył się, stwierdzono niedokrwistość spowodowaną krwawieniem ze stonii oraz zwiększenie stężenia bilirubiny i CEA. W tomografii komputerowej wykonanej 20.05.2020 zobrazowano progresję zmian w płucach i wątrobie. Zakończono systemowe leczenie przeciwnowotworowe, zalecając kontynuację leczenia objawowego.

03

Rak płuca czy czerniak — znaczenie wnikliwej diagnostyki

Alicja Olszewska, Dominika Kulejewska, Anna Janiak, Piotr Potemski

Oddział Chemioterapii Nowotworów z Pododdziałem Chemioterapii Jednego Dnia, Klinika Chemioterapii Nowotworów UM w Łodzi, Wojewódzkie Wielospecjalistyczne Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. Kopernika w Łodzi, Łódź, Polska

W lipcu 2019 r. do Kliniki Chemioterapii przyjęto 54-letniego pacjenta z rozpoznaniem rozsianego raka płuca. Od kwietnia 2019 r. u chorego występowały nawracające infekcje górnych dróg oddechowych. Z tego powodu w czerwcu był hospitalizowany na oddziale chorób płuc, gdzie w badaniu TK uwidocznił guz w płacie dolnym lewego płuca obejmujący wnękę (9 x 6 x 8 cm), powiększone węzły chłonne podostragowe i zmiany przerzutowe w wątrobie. Wykonano BACC guza płuca, stwierdzając komórki raka niedrobnokomórkowego NOS. Nie stwierdzono mutacji w *EGFR* ani rearanżacji *ALK*.

Przy przyjęciu chory był w średnim stanie sprawności ogólnej, z osłabieniem i dusznością wysiłkową. W badaniu przedmiotowym stwierdzono ściszenie szmeru płucy w podstawie płuca oraz tkliwość w prawym podżebrzu. Przed rokiem chory był leczony na czerniaka skóry lewego ramienia, wykonano biopsję wycinającą, poszerzenie marginesów wycięcia i biopsję węzła wartowniczego. Chory nigdy nie palił papierosów.

U chorego rozpoznano niedrobnokomórkowego raka płuca w IV stopniu zaawansowania i rozpoczęto chemioterapię paliatywną schematem PG. Oznaczenie ekspresji PDL1 wymagałoby wykonania ponownej biopsji, a z uwagi na utrzymujący się średni stan sprawności pacjent wymagał szybkiego wdrożenia leczenia przyczynowego. Preparaty cytologiczne z biopsji cienkoigłowej przekazano jednak do konsultacji przez patomorfologa z prośbą o różnicowanie z czerniakiem. Ze względu na niemożność ostatecznego rozstrzygnięcia na podstawie materiału cytologicznego, wykonano oligobiopsję jednej ze zmian w wątrobie i ustalono rozpoznanie czerniaka. Badania molekularne wykazały obecność mutacji w genie *BRAF*. Przerwano chemioterapię po podaniu jednego kursu i w sierpniu rozpoczęto leczenie wemurafenibem z kobimetynibem. Obecnie (maj 2020) chory nadal jest leczony i utrzymuje się częściowa remisja choroby.

04

Desensytyzacja na karboplatynę u chorej na raka jajnika

Alicja Olszewska, Anna Janiak, Dominika Kulejewska, Piotr Potemski

Klinika Chemioterapii Nowotworów UM w Łodzi, Wojewódzkie Wielospecjalistyczne Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. Kopernika w Łodzi, Łódź, Polska

W 2015 r. 62-letnia pacjentka z powodu podejrzenia raka jajnika miała wykonany zabieg panhysterektomii. Rozpoznano raka jajnika IC wg FIGO. Zastosowano uzupełniająco 6 cykli karboplatyny z paklitakselem. W 2017 r. stwierdzono nawrót choroby. Ze względu na utrzymującą się polineuropatię czuciową G1 zastosowano 6 cykli karboplatyny z gemcytabiną. W trakcie leczenia występowały objawy nadwrażliwości na karboplatynę.

W lutym 2020 r. chora zgłosiła się z powodu kolejnej progresji do Kliniki Chemioterapii. Przy przyjęciu była w dobrym stanie sprawności zgłaszała jedynie polineuropatię. Potwierdzono mutację *BRC1*. Rozpoczęto chemioterapię karboplatyną z gemcytabiną. Po premedykacji podano 1. cykl leczenia z dobrą tolerancją. W czasie 2. cyklu 15 min od rozpoczęcia wlewu karboplatyny wystąpiły nasilone objawy nadwrażliwości. Podano leki objawowe uzyskując poprawę, ale wlewu nie kontynuowano. Podczas następnego pobytu zmieniono karboplatynę na cisplatynę. Po premedykacji cytostatyki podano, jednak w trakcie trwania wlewu obserwowano zwiększenie wartości ciśnienia tętniczego. Podczas kolejnej wizyty chora podkreślała złą tolerancję leczenia, utrzymującą się podczas pobytu w domu bóle głowy wymagające konsultacji lekarza pierwszego kontaktu. Pacjentka nie wyraziła zgody na kontynuację terapii cisplatyną.

Wobec tego podjęto próbę odczulenia na karboplatynę w protokole: podanie 0,1%, 1%, 10%, a następnie 88,9% dawki. W taki sposób podano 4. i 5. cykl chemioterapii z dość dobrą tolerancją bezpośrednią, występujące zaczerwienienie skóry tułowia i twarzy były mniej nasilone i dobrze kontrolowane lekami objawowymi.

Po 4 cyklach leczenia w tomografii komputerowej stwierdzono stabilizację choroby z tendencją do regresji.

Zaplanowano podanie ostatniego cyklu leczenia i wykonanie badań diagnostycznych, a w przypadku uzyskania częściowej remisji kwalifikację chorej do leczenia olaparibem.

05

Przerzuty raka piersi do jelita grubego — opis przypadku

Magdalena Sikora-Skrabaka, Angelika Copija, Ewa Nowakowska-Zajdel

Oddział Onkologii Klinicznej, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 4 w Bytomiu, Bytom, Polska

72-letnia pacjentka z rakiem zrazikowym piersi lewej, rozpoznany w maju 2009 roku: ER++, PR-, HER2++ (FISH, materiał nie-diagnostyczny); cT3N1M0. Zastosowano chemioterapię indukcyjną. W marcu 2010 roku przeprowadzono mastektomię lewostronną z limfadenektomią (pCR), następnie uzupełniającą radioterapię i hormonoterapię w oparciu o letrozol przez 5 lat. Ze względu na bóle podbrzusza prawego w maju 2018 roku wykonano kolonoskopię, w której uwidoczono guz zagięcia wątrobowego, zwężający światło jelita. W badaniu histopatologicznym nie stwierdzono komórek nowotworowych. W badaniu TK potwierdzono okrężny naciek wstępnicy, chorą skierowano do leczenia operacyjnego. 30.05.2018 roku u chorej przeprowadzono zabieg laparotomii zwiadowczej, stwierdzając nieoperacyjny guz wstępnicy, wykonano zespolenie omijające. W materiale pooperacyjnym, po dodatkowej analizie immunohistochemicznej stwierdzono przerzuty raka piersi (HER2+++ , ER+++ , PR-). Chora pozostawała w dobrym stanie ogólnym (ECOG1), bez cech wznowy miejscowej ani innych ognisk przerzutowych. Pacjentkę zakwalifikowano do leczenia paliatywnego w oparciu o pertuzumab, trastuzumab i docetaksel. Z powodu nasilonych objawów polineuropatii od 8. cyklu kontynuuje leczenie tylko pertuzumabem i trastuzumabem. Terapia trwa obecnie 21 miesięcy z efektem stabilizacji choroby.

Omówienie: Rak piersi jest najczęstszym nowotworem złośliwym u kobiet i stanowi jedną z głównych przyczyn umieralności z powodu raka na świecie. Przerzuty raka piersi do przewodu pokarmowego zdarzają się incydentalnie (mniej niż 1% przypadków), najrzadziej występują w jelicie grubym. Obraz kliniczny oraz makroskopowy często jest taki sam jak w pierwotnym raku jelita grubego. Różnicowanie raka jelita grubego i przerzutów innych nowotworów do tej części przewodu pokarmowego stanowi wyzwanie diagnostyczne oraz wymaga wykonania analiz immunohistochemicznych i oceny porównawczej.

06

Czy nowotwór o nieznanym ognisku pierwotnym może stać się chorobą przewlekłą?

Konrad Tałasiewicz, Robert Omiotek, Paulina Szafran, Agnieszka Wójcik, Beata Jagielska

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

Nowotwory o nieznanym ognisku pierwotnym w większości przypadków charakteryzują się niepomyślnym rokowaniem, a całkowite przeżycia chorych pomimo prowadzonego leczenia pozostają złe. 66-letnia pacjentka, trafiła w 2010 roku do szpitala rejonowego z powodu nasilonej duszności. Chora wyjściowo obciążona internistycznie, bez wywiadu onkologicznego. W wykonanych badaniach stwierdzono obecność płynu w worku osierdziowym i jamie opłucnowej. W płynie wysiękowym z jamy osierdzia potwierdzono obecność komórek raka gruczołowego. PS wynosił 2, LDH było w normie. Pomimo rozległej diagnostyki nie udało się ustalić punktu wyjścia choroby. W ramach leczenia pacjentka otrzymała jednorazowo Cisplatynę bezpośrednio do worka osierdziowego, a także miała przeprowadzoną resekcję jednego z płatów płuca prawego (nie potwierdzono ogniska pierwotnego w płucu). Następnie chora otrzymała 6 kursów chemioterapii (Karboplatyna + Paklitaksel — 06-11.2011), uzyskując częściową odpowiedź radiologiczną, z odpowiedzią kliniczną. Chora pozostawała do 2014 roku w obserwacji, kiedy to potwierdzono progresję choroby w płucu i wątrobie. Pacjentkę zakwalifikowano do chemioterapii Cisplatyną z Etopozydem (06-11.2014), uzyskując ponownie odpowiedź radiologiczną i kliniczną. Pacjentka pozostawała wolna od progresji choroby > 5 lat. Pomimo iż przypadek powyższy nie należał do CUP o korzystnym rokowaniu, dzięki agresywnemu leczeniu systemowego i miejscowego udało się uzyskać długotrwały okres przeżycia chorej wolny od progresji przy niewielkiej intensywności leczenia. Złe rokowanie w grupie chorych z niepewnym ogniskiem pierwotnym nie zawsze oznaczać musi przeżycia nieprzekraczające 6–10 miesięcy. Tym samym zasadne wydaje się poszukiwanie nowych czynników kliniczno-patologicznych pozwalających na właściwy dobór leczenia w tej grupie chorych.

07

Śmiertelne powikłanie po zastosowaniu pemetrexedu w leczeniu międzybłoniaka otrzewnej

Barbara Ziółkowska

Narodowy Instytut Onkologii im. M. Skłodowskiej-Curie, Państwowy Instytut Badawczy, Oddział w Gliwicach, Gliwice, Polska

Międzybłoniak otrzewnej jest nowotworem bardzo rzadkim, o wysokim stopniu złośliwości i złym rokowaniu.

W 2004 r. 26-letni pacjent przebył leczenie nasieniaka jądra w stopniu IIC. Przeprowadzono orchidektomię i podano 5 cykli chemioterapii wg BEP. Z uwagi na utrzymywanie się zmian resztkowych w przestrzeni zaotrzewnowej o śr. > 2.5 cm, zdecydowano o kwalifikacji do radioterapii. Przeprowadzono napromienianie układu chłonnego podżeponowego do Dc = 3 0.6 Gy/g oraz *boost* na węzły chłonne do Dc = 36Gy.

Po 14 latach (2018 r.) pacjent zgłosił się z powodu spadku masy ciała. W badaniach obrazowych TK oraz PET-CT opisano rozsiew nowotworowy do otrzewnej. Badania endoskopowe nie wykazały nieprawidłowości. Podczas laparotomii pobrano wycinki z otrzewnej: HP: *malignant mesothelioma*. Wykluczono nowotwór pochodzenia zarodkowego.

W październiku 2018 r. rozpoczęto chemioterapię wg cisplatyna/pemetrexed, powikłaną anemią w stopniu G3, przez co zredukowano dawkę cisplatyny o 20%. W badaniach obrazowych po 3. i 6. miesiącu stwierdzono częściową remisję zmian, dlatego kontynuowano pemetrexed w monoterapii z bardzo dobrą tolerancją. W sierpniu 2019 r. po 13 cyklach uzyskano całkowitą remisję.

Od września 2019 r. pacjent był kilkakrotnie hospitalizowany z powodu niedrożności przewodu pokarmowego. W TK opisano niecharakterystyczny obrzęk jelita cienkiego, którego charakter nie został ustalony pomimo badań endoskopowych i mikrobiologicznych. Przewodzone przez 3 miesiące leczenie zachowawcze nie przyniosło efektu. Chory zmarł (listopad 2019 r.). Pomimo iż nie potwierdzono przyczyny wystąpienia niedrożności przewodu pokarmowego, uważamy, że jest to powikłanie po zastosowaniu pemetrexedu. Według danych z literatury ciężkie powikłania ze strony układu pokarmowego są niezwykle rzadkie, a powikłanie śmiertelne nie zostało do tej pory opisane.

Leczenie pozwoliło na uzyskanie całkowitej remisji i przeżycie 13 miesięcy, jednak powikłania okazały się śmiertelne.

08

Pacjentka z rakiem płuca i odpowiedzią na immunoterapię zakończoną z powodu zapalenia płuc

Maria Dzierżak¹, Magdalena Wąsik¹, Jakub Dębski¹, Joanna Gadzinowska¹, Paulina Krzeptowska¹, Katarzyna Staniecka¹, Maja Habib-Lisik², Sylwia Dębska-Szmich³, Piotr Potemski³

¹Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Łódź, Polska

²Oddział Chirurgii Onkologicznej i Rekonstrukcyjnej z Samodzielnym Pododdziałem Chemioterapii, Szpital MSWiA w Łodzi, Łódź, Polska

³Klinika Chemioterapii Nowotworów, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Wojewódzkie Wielospecjalistyczne Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. Kopernika w Łodzi, Łódź, Polska

W grudniu 2019 r. na oddział chemioterapii przyjęto 72-letnią pacjentkę w terminie 5. cyklu paliatywnego leczenia pembrolizumabem z powodu rozlanego gruczołowego raka płuca. Chora zgłaszała duszność wysiłkową trwającą od miesiąca, od kilku dni — duszność spoczynkową. Postać węzłową raka gruczołowego płuca rozpoznano na podstawie badania histopatologicznego i immunohistochemicznego węzła szynego w sierpniu 2019 r. Z uwagi na dużą ekspresję PD-L1 we wrześniu rozpoczęto immunoterapię. Pacjentka w chwili przyjęcia była w średnim stanie sprawności ogólnej (PS2). W badaniu przedmiotowym szmer pęcherzykowy był ściszony u podstawy płuc, bardziej po stronie prawej. W TK uwidoczniono obustronne guzki podopłucnowe i wzdłuż szczelin międzypłatowych, węzły chłonne węzły prawej do 12 mm (poprzednio 16 mm), węzły chłonne węzły lewej i śródpiersia niepowiększone (poprzednio dość liczne, powiększone) oraz nowopowstałe obustronne liczne guzki mięsiste, zwienne zagęszczenia typu matowej szyby w płatach dolnych i pogrubienie ścian oskrzeli. Obraz sugerował immunologiczne zapalenie płuc G3. Ze względu na brak możliwości wykonania inwazyjnej diagnostyki, u chorej włączono wielokierunkowe leczenie: glikokortykosteroid, empiryczną antybiotykoterapię (amoksycylina z kwasem klawulanowym, cyprofloksacyna, kotrymoksazol), acyklowir oraz leki objawowe. Badania mikrobiologiczne krwi i moczu dały wynik negatywny. Po tygodniu uzyskano poprawę stanu klinicznego. Kontrolna TK wykazała nieznaczne zmniejszenie zakresu i gęstości zmian typu mlecznej szyby oraz wielkości guzków mięsistych. Chorą wypisano do domu z zaleceniem kontynuacji leczenia acyklowirem, kotrymoksazolem i glikokortykosteroidem ze stopniowym zmniejszaniem dawki tego ostatniego. Zakończono immunoterapię. Po 4 miesiącach obserwacji chora jest w dobrym stanie sprawności ogólnej (PS1), nie ma istotnych dolegliwości. TK uwidoczniła całkowitą odpowiedź zmian węzłowych oraz włókniste zmiany pozapalne w prawym płucu i pojedyncze guzki najpewniej pozapalne.

P1

Współwystępowanie mutacji *CHEK2* i *BRCA* u chorych na raka piersi — opis przypadku

Joanna Huszno, Wojciech Pięłowski, Magdalena Mazur, Jolanta Pamuła-Piłat, Magdalena Kalinowska-Herok, Artur Zajkiewicz, Anna Fiszer-Kierzkowska, Małgorzata Oczko-Wojciechowska

Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie, Państwowy Instytut Badawczy, Oddział w Gliwicach, Gliwice, Polska

Wstęp: Mutacje genu *BRCA1* zwiększają ryzyko rozwoju wczesnego, rodzinnego raka piersi i/lub raka jajnika. Stwierdzenie mutacji c.470T>C w genie *CHEK2* zwiększa ryzyko wystąpienia raka piersi lub prostaty, a także raka brodawkowatego tarczycy, nerki, jelita grubego oraz jajnika. Współwystępowanie mutacji genów *BRCA1* i *CHEK2* jest rzadko opisywane w literaturze. Celem pracy była ocena współistnienia mutacji genów *CHEK2* i *BRCA1* u chorych na raka piersi.

Opis przypadku: 58-letnia kobieta z rozpoznaniem raka piersi prawej zgłosiła się do Poradni Genetycznej (rozpoznanie w wieku 37 lat) oraz z obciążonym wywiadem rodzinnym (u siostry rak piersi w wieku 55 lat, u ojca rak wątroby rozpoznany w wieku 63 lat). Chorą poddano mastektomii, a następnie chemioterapii. Pooperacyjne badanie histopatologiczne potwierdziło obecność inwazyjnego raka przewodowego, NST NG-3 G-3, Ki 67 75%, podtyp TNBC, pT2 N1a. Profil mutacji *CHEK2* oceniono za pomocą badania RFLP-PCR. Stwierdzono obecność mutacji c.470T>C. Wykonano sekwencjonowanie kompletnej sekwencji kodującej genów *BRCA1/2* wraz z przylegającymi sekwencjami intronowymi za pomocą NGS. Wykryto obecność mutacji c.4689C>G p. (Tyr1563Ter) w genie *BRCA1*. Powyższa mutacja tworzy dodatkowy kodon stop i powoduje przedwczesne skrócenie sekwencji białka. Mutacja ta wiąże się ze zwiększonym ryzykiem wczesnego rozwoju raka piersi i jajnika (przed 40 rokiem życia), zwiększonym ryzykiem obustronnego raka piersi oraz zachorowania na nowotwór o innej lokalizacji.

Wnioski: Współwystępowanie mutacji genów *CHEK2* i *BRCA1* u chorych na raka piersi sugeruje ich rolę w transformacji nowotworowej. W przypadku stwierdzenia mutacji genu *CHEK2* u chorych z obciążonym wywiadem rodzinnym (rak piersi lub jajnika) należy rozważyć po wykluczeniu podstawowych mutacji założycielskich sekwencjonowanie nowej generacji genu *BRCA1/2*.

P2

Jednoczesne leczenie radykalne dwóch miejscowo zaawansowanych nowotworów w miednicy mniejszej — opis przypadku

Katarzyna Serwańska, Maria Marczak-Ziętkiewicz

Centrum Radioterapii Amethyst w Krakowie, Kraków, Polska

58-letnia kobieta z zaburzeniami wypróżnień i obecnością krwi w stolcu. Stan dobry, ECOG1, bez chorób współistniejących, niepaląca papierosów, otyłość 1. stopnia, BMI 31,4, ubytek wagi < 5% w ostatnich 3 miesiącach. Rozpoznanie ustalone po badaniach obrazowych i kolonoskopii: rak gruczołowy odbytnicy G1, cT3N2M0. Wyjściowe CEA 20,44 ng/ml, Ca19.9 109,5 u/ml. W MRI naciek szyjki macicy, bez łączności z guzem odbytnicy. W biopsji rak płaskonabłonkowy nierogowaciejący inwazyjny G1 szyjki macicy. W badaniu ginekologicznym zaawansowanie FIGO IIIB. Zaplanowano: radiochemioterapię, *boost* metodą brachyterapii na obszar szyjki macicy, usunięcie odbytnicy. Pacjentce napromieniono: odbytnicę, mezorektum, macicę, górną jedną trzecią pochwy, wszystkie grupy regionalnych węzłów chłonnych miednicy df 2 Gy do dawki 50 Gy, techniką VMAT. Radioterapię skojarzono z 5. cotygodniowymi seriami chemioterapii: cisplatyna 40 mg/m² i 5-fluorouracyl 325 mg/2. Następnie brachyterapia dojamowa szyjki macicy dawką 28 Gy w 4 frakcjach na obszar CTV_{HR}. Całkowity czas leczenia raka szyjki macicy: 54 dni. Tolerancja dobra: neutropenia G2 i anemia G1 (CTCAE v4). Po 8 tygodniach od zakończenia radiochemioterapii wykonano przednią resekcję odbytnicy, wyłoniono ileostomię protekcyjną, usunięto macicę z przydatkami. Zabieg powikłany ostrą niewydolnością nerek wymagającą hemodializy. W badaniu histopatologicznym: resztkowy rak szyjki macicy, rak gruczołowy odbytnicy G2 ypT3N1Mx. Po operacji markery nowotworowe znormalizowane CEA: 1,94 ng/ml, Ca 19.9: 5,98 U/ml. Brak wskazań do uzupełniającego leczenia systemowego. Po 7 miesiącach zamknięto ileostomię, z powodu przetoki odbytniczo-pochwowej reoperowana, wyłoniono odbytnicę na esicy. Pacjentka od dwóch jest kontrolowana bez cech nawrotu choroby. Posiada sigmoideostomię, przetoka odbytniczo-pochwowa uległa wygojeniu. Zasadnicze znaczenie miało ustalenie strategii w zespole wielodyscyplinarnym i leczenie w ośrodku pełnoprofilowym.

P3**Jednoczesne leczenie radykalne dwóch niezależnych nowotworów w obszarze szyi — opis przypadku****Katarzyna Serwańska, Marcin Hetnał**

Centrum Radioterapii Amethyst w Krakowie, Kraków, Polska

Pacjentka 62-letnia zgłosiła się z dysfagią i chrypką od 3 miesięcy. Chora połykała jedynie płyny, ubytek wagi wyjściowej 10 kg, BMI 19,6. Stan ogólny dobry, ECOG1, bez chorób współistniejących, nikotynizm (40 paczolat). Po badaniu PET i gastroskopii z biopsją ustalono rozpoznanie: rak płaskonabłonkowy przełyku G3, cT3N1M0. Guz w odległości od 16 do 20 cm od siekaczy. W PET opisano również zwiększony metabolizm lewego fałdu nalewkowo-nagłośniowego. W biopsji pobranej drogą mikrolaryngoskopii zdiagnozowano raka płaskonabłonkowego rogowaciejącego G2 krtani — zaawansowanie cT1N0M0. Przed rozpoczęciem leczenia chorej założono PEG i rozpoczęto żywienie dojelitowe dietą przemysłową. Zaplanowano napromienianie guza przełyku, przerzutowych węzłów chłonnych i krtani df 2Gy do dawki 66 Gy oraz elektrywnych grup węzłów chłonnych szyi df 1,6 Gy do dawki 52,8 Gy, techniką VMAT. Z uwagi na raka przełyku i radykalną intencję leczenia radioterapię skojarzono z dwiema seriami chemioterapii: cisplatyna 80 mg/m² i 5-fluorouracyl 800 mg/m² — wlew 96 h. Leczenie przeprowadzono w warunkach hospitalizacji. U chorej wystąpił ostry odczyn popromienny skórny G2 i śluzówkowy G2 (CTCAE v4). Tolerancja hematologiczna chemioterapii: neutropenia G2, z powodu której opóźniono drugą serię chemioterapii o 1 tydzień. Tolerancja żywienia dojelitowego: Aspat G2, Alat G2. Prowadzono intensywne leczenie powikłań: pielęgnację skóry i śluzówek, antybiotykoterapię szerokospektralną, leczenie przeciwbólowe analgetykami opioidowymi, sterydoterapię z powodu obrzęku krtani oraz rehabilitację. Szczególnie znaczenie w realizacji planu terapeutycznego miało żywienie dojelitowe. U pacjentki nie doszło do znamiennej utraty masy ciała. Chora ponad rok pozostaje w kontrolach bez nawrotu nowotworu w obu leczonych lokalizacjach. Możliwość połykania pokarmów stałych jest ograniczona, pacjentka nadal uzupełnia zapotrzebowanie kaloryczne dietą przemysłową.

P4**Leczenie chorej z rakiem jajnika i przerzutem do skóry pleców, klatki piersiowej i barku****Joanna Stanisławiak-Rudowicz, Radosław Mądry**

Szpital Kliniczny Przemienienia Pańskiego UM im. K. Marcinkowskiego, Poznań, Polska

54-letnia chora na raka jajnika FIGO IIIC (*Adenocarcinoma serosum ovarii high grade*). W wywiadzie 29.10.2009 roku operacja: wycięcie przydatków, sieci większej oraz wyrostka robaczkowego (R1), 6 cykli chemioterapii według schematu paklitaksel i cisplatyna. Po 24 miesiącach I wznowa (platynowrażliwa). W kolejnych latach u chorej zdiagnozowano V wznów platynowrażliwych. Po ostatniej platynowrażliwej wznowie chora wzięła udział w badaniu klinicznym olaparyb vs. placebo dla osób bez mutacji germinalnych. W listopadzie 2019 roku wznowa w postaci nacieku mięśnia trójgłowego prawego. Wykonano zabieg operacyjny z potwierdzoną zmianą przerzutową raka jajnika. Zabieg był nieradykalny, reoperacja z uzyskaniem wolnych brzegów. Zakwalifikowana do radioterapii uzupełniającej miejscowej; nie przeprowadzono z powodu miejscowej progresji choroby nowotworowej — naciek skóry barku, piersi prawej, klatki piersiowej i pleców oraz obrzęk limfatyczny prawej kończyny górnej. U chorej wdrożono chemioterapię z zastosowaniem antracyklin ze znaczącej progresją klinicznej po 2 podaniach. W grudniu 2019 roku chora została przyjęta do Szpitala Klinicznego Przemienienia Pańskiego w Poznaniu celem rozpoczęcia VIII linii chemioterapii według schematu paklitaksel co 7 dni (80 mg/m²) i bewacizumabu (7,5 mg/kg) co 21 dni, która była skuteczna w leczeniu przerzutu raka jajnika do skóry. Zaobserwowano regresję zmian skórnych, spadek poziomu CA125 z 2050,4 U/ml (2.12.2019) do 64,8 U/ml (5.02.2020) po 2 kursach. Progresję miejscową choroby odnotowano po 7 kursach leczenia. Podawanie powyższej chemioterapii pozwoliło na zaleczenie krwawiących zmian w obrębie skóry. Zmiany w obrębie piersi prawej ustąpiły całkowicie. Nie było konieczności dalszego przetoczenia KKCz, co w sposób znaczący zwiększyło komfort życia chorej.

P5

Wielodyscyplinarne leczenie nieoperacyjnego raka zatok przynosowych — opis przypadku

Katarzyna Serwańska, Marcin Kwiecień, Marta Urbańska-Gąsiorowska

Centrum Radioterapii Amethyst w Krakowie, Kraków, Polska

Mężczyzna 65-letni z silnym bólem głowy zgłosił się do SOR. W TK nacieki zatok przynosowych. W badaniu histopatologicznym: *adenocarcinoma mucinosum*. Chory w stanie dobrym, ECOG1, z niedrożnością przewodów nosowych. Poza zaciąg bez chorób współistniejących, niepalący papierosów od 20 lat, wcześniej 20 paczolat, otyłość 1. stopnia, BMI 31. Po badaniu MRI zaawansowanie nowotworu zatok określono na T4bN0M0. W RTG klatki piersiowej i USG jamy brzusznej wykluczono rozsiew odległy. Strategię leczenia ustalono w zespole wielospecjalistycznym. Ze względu na stopień zaawansowania zakwalifikowany do chemioterapii indukcyjnej. Otrzymał 4 serie chemioterapii: cisplatyna 100 mg/m² i fluorouracyl 1000 mg/m² z efektem SD. Następnie przeprowadzono radiochemioterapię. Napromieniono: zatoki przynosowe i węzły chłonne szyjne grup Ib-II-III-IX obustronnie do dawki 1,8 Gy do dawki 50,4 Gy, techniką VMAT. Radioterapię skojarzono z 2 seriami chemioterapii cisplatyna 40 mg/m² później z 2 seriami chemioterapii: paklitaksel 45 mg/m² i karboplatyna (AUC = 1,5) podawanymi co tydzień. Schemat chemioterapii zmieniono z powodu przewodzeniowego uszkodzenia słuchu. U chorego wystąpiły: dysfagia G3, śluzówkowy odczyn popromienny G2 (CTCAE v4). Pacjenta hospitalizowano, żywiono dojelitowo, pielęgnowano miejscowo. Leczenie skojarzone zakończono z efektem PR. Po 10 tygodniach metodą endoskopową usunięto guza zatok w sposób radykalny makroskopowo oraz założono aplikator typu Rotterdam do brachyterapii. Chory otrzymał 24 Gy w 8 fr podawanych 2 razy dziennie na obszar łoża po guzie, tolerancja dobra. Pacjent pozostawał w kontrolach z miejscowym efektem CR przez 2 lata po czym stwierdzono mnogi rozsiew do płuc. Przekazany do paliatywnej chemioterapii, otrzymał VI serii karboplatyna (AUC = 5) z efektem SD. Przypadek prezentuje możliwość skojarzenia tele- i brachyterapii w obszarze głowy, w pobliżu narządów krytycznych.

P6

Współpraca onkologa z psychoonkologiem u pacjenta z depresyjnymi zaburzeniami nastroju i myślami rezygnacyjnymi w trakcie radykalnego leczenia raka żołądka

Joanna Kędzierska-Jamróż¹, Dariusz Pysz-Waberski², Łukasz Pietrzyński¹, Iwona Gisterek²

¹Klinika Onkologii Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego im. prof. K. Gibińskiego ŚUM w Katowicach, Katowice, Polska

²Katedra Onkologii i Radioterapii Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, Katowice, Polska

65-letni pacjent z guzem żołądka w trakcie diagnostyki będący na etapie zaprzeczania chorobie odnosił się krytycznie do podejrzeń nowotworu złośliwego i kontynuowania diagnostyki. Po potwierdzeniu rozpoznania gruczolakoraka krzyżowiny mniejszej żołądka w stadium zaawansowania CS IIA u chorego zaobserwowano objawy depresji. Pacjent został zakwalifikowany do leczenia radykalnego: chemioterapią okołoperacyjną i zabiegiem chirurgicznym. Po omówieniu planu leczenia u chorego objawy zaburzeń depresyjnych nasiliły się. Pojawiły się wątpliwości co do sensu podjęcia leczenia. Po wykluczeniu zaburzeń hormonalnych i immunologicznych oraz konsultacji psychoonkologa zdecydowano o zastosowaniu inhibitora wychwytu zwrotnego serotoniny (Citalopram 20 mg). Podczas 4 cykli chemioterapii przedoperacyjnej w schemacie FLOT pacjent znajdował się pod stałą opieką psychoonkologa, który prowadził intensywne leczenie psychoterapeutyczne. Skojarzone leczenie depresji spowodowało spektakularną odpowiedź. Pacjent zaczął przestrzegać zaleceń lekarskich, wstawiać się na ustalone wizyty, przyjmować leki, wykonywać badania. Poprawiła się również jakość i ilość snu, a także ogólne samopoczucie. Przez cały okres leczenia chory nie wymagał eskalacji dawki SSRI. Leczenie systemowe odbyło się w zaplanowanym rytmie. Po leczeniu neoadjuwantowym uzyskano częściową regresję zmian (PR RECIST 1.1 35%). Aktualnie pacjent oczekuje na zabieg operacyjny oraz 4 cykle chemioterapii pooperacyjnej.

P7

Korzyści ze współpracy onkologa z seksuologiem u pacjenta z rakiem odbytnicy i wtórnymi zaburzeniami seksualnymi

Dariusz Pysz-Waberski¹, Joanna Kędzierska-Jamróz², Joanna Wnęk², Joanna Sadurska², Iwona Gisterek¹

¹Katedra Onkologii i Radioterapii Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, Katowice, Polska

²Klinika Onkologii Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego im. prof. K. Gibińskiego ŚUM w Katowicach, Katowice, Polska

U 44-letniego pacjenta, aktywnego zawodowo, diagnozowanego z powodu krwawień z dolnego odcinka przewodu pokarmowego i spadku masy ciała rozpoznano raka odbytnicy w stadium rozsiewu do płuc i wątroby. Chory został zakwalifikowany do chemioterapii w schemacie FOLFOX. Wobec braku odpowiedzi na leczenie systemowe (SD – RECIST 1.1 5%) i uświadomienia sobie przez chorego niekorzystnego rokowania obserwowano pogorszenie stanu psychicznego z obniżeniem nastroju i wycofaniem. Podczas konsultacji psychoonkologicznej okazało się, że dominującym problemem były zaburzenia erekcji, które zdaniem chorego były następstwem leczenia systemowego. Po konsultacji urologicznej i endokrynologicznej wykluczono podłoże organiczne zaburzeń i zlecono Sildenafil przed planowaną aktywnością seksualną. Pomimo eskalacji dawki leku do 100 mg nie uzyskano poprawy. Na tym etapie ze względu na podejrzenie podłoża psychogennej zgłaszanej dysfunkcji zlecono konsultację psychoonkologa. Zastosowano metody psychoterapeutyczne oraz trening seksualny. Pacjent zauważył znaczną, satysfakcjonującą, choć niecałkowitą poprawę funkcji erekcyjnej. Chemioterapię schematem FOLFOX kontynuowano do czasu progresji choroby. Wobec powiększania się zmian w przerzutowych w płucach, wątrobie i węzłach chłonnych zaproponowano choremu resekcję zmiany w odbytnicy celem kwalifikacji chorego do chemioterapii II linii z Afiberceptem, na co chory nie wyraził zgody ze względu na ryzyko wyłonienia stomii. Wobec tego pacjent kontynuuje chemioterapię paliatywną II linii w schemacie FOLFIRI i pozostaje pod stałą opieką psychoonkologa.

P8

Interdyscyplinarne metody leczenia bólu u 34-letniego chorego z rozsianym rakiem żołądka. Współpraca onkologa z psychoonkologiem

Dariusz Pysz-Waberski, Ewa Wachuła, Iwona Gisterek

Katedra Onkologii i Radioterapii Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, Katowice, Polska

U 36-letniego chorego z objawami zaburzeń pola widzenia zdiagnozowano raka żołądka z przerzutami do prawej przestrzeni pozagałkowej, mózgowia, tkanek miękkich, węzłów chłonnych, wątroby i trzustki. Z powodu dolegliwości bólowych głowy (VAS = 2) włączono leki I stopnia drabiny analgetycznej (ibuprofen, paracetamol). W ciągu 2 miesięcy, pomimo paliatywnego leczenia chemioterapią, nastąpiła eskalacja bólu do VAS = 8. Zmodyfikowano analgezję na III stopień drabiny analgetycznej (oksykodon, morfina krótkodziałająca) oraz zwiększono dawki glikokortykosteroidów. Zastosowano radioterapię na obszar mózgowia 20 Gr/5 frakcji. Niestety dolegliwości bólowe utrzymywały się (VAS = 6), więc zlecono diagnostykę oraz terapię psychoonkologiczną. Psychoonkolog potwierdził depresyjne zaburzenia nastroju z towarzyszącym lękiem napadowym uaktywniającym się podczas przeprowadzania badań obrazowych oraz radioterapii. Ponadto ustalono, że chory nie radzi sobie z zaburzeniami snu i akceptacją bólu. Chory był poddany leczeniu psychoterapeutycznemu: oddychaniu torem przeponowym, relaksacji i wizualizacji oraz edukacji na temat bólu. Pacjent posiadał umiejętność kontrolowania myśli związanych z odczuwaniem bólu, rekonstrukcji poznawczej, radzenia sobie ze stresem oraz nieprzyjemnymi emocjami, odwracania uwagi i zasadami higieny snu. Zastosowanie powyższych metod wpłynęło na znaczne zmniejszenie odczuwania bólu (VAS = 2), poprawiło umiejętność relaksowania się i zarządzania lekkiem. U chorego obserwowano wyrównanie nastroju, chętniejsze podejmowanie aktywności (spacery, słuchanie muzyki, korzystanie z urządzeń elektronicznych). Po przestrzeganiu higieny snu i farmakoterapii (alprazolam) ustąpiły kłopoty z zasypianiem oraz wydłużył się sen w nocy (z 1–1,5 godz. do 3–4 godz. nieprzerwanego snu). Zintegrowane postępowanie terapeutyczne pozwoliło na poprawę kontroli bólu.

P9

Torbiel jelita końcowego — rzadka choroba z dużym ryzykiem zezłośliwienia. Opis przypadku

Katarzyna Serwańska, Marcin Hetnał

Centrum Radioterapii Amethyst w Krakowie, Kraków, Polska

50-letnia kobieta zgłosiła się do ginekologa z bólem podbrzusza i okolicy krzyżowo-guzicznej. Stan pacjentki dobry, ECOG 0, bez chorób współistniejących. Obciążony wywiad rodzinny: matka — glejak, siostra — nowotwór neuroendokryny jelita, ojciec i stryj — rak pęcherza moczowego. W badaniu ginekologicznym: powiększona, ruchoma macica, dnem sięgająca do pępka, wulwodynia przy palpacji. W USG TV: macica mięśniakowata 12 x 13 cm, za nią torbiel 9 x 9 cm, przydatki bez zmian. Cytologia prawidłowa. Test ROMA ujemny. Kolonoskopia bez zmian. W MRI miednicy: zmiany w macicy opisane jako mięśniaki, ponadto torbielowaty twór guzowaty na wysokości S4-Co1, grubościenny, z gęstą zawartością, przemieszczający na lewo odbytnicę. Zakwalifikowana do radykalnego usunięcia macicy z przydatkami oraz usunięcia guza okolicy przedkrzyżowej drogą laparotomii. W wyniku histopatologicznym: mięśniaki gładkokomórkowe macicy oraz *cystadenocarcinoma mucinosum* G2 w materiale z guza zaodbytniczego. W raporcie operacyjnym: naciek kości guzicznej i wzrost guza z odbytnicą, zabieg nieradykalny. Po operacji wykonano: TK klatki piersiowej, brzucha — bez zmian, MRI miednicy — w łożu pooperacyjnej ognisko 9 x 8 mm z restrycją dyfuzji i wzmocnieniem kontrastowym — wznowa lub pozostałość guza. Markery: AFP, Ca 125, Ca 15-3, Ca 19-9, CEA — ujemne. Zakwalifikowana przez konsylium wielospecjalistyczne do uzupełniającej radioterapii. Pacjentkę napromieniono 2 Gy do dawki 50 Gy, techniką VMAT na obszar łoża po guzie w okolicy przedkrzyżowej. Tolerancja: skórny odczyn popromienny G2 (CTCAE v4), zakażenie układu moczowego wymagające antybiotykoterapii. Pacjentka zakończyła leczenie 15.04.2020 r. Pozostaje w kontrolach onkologicznych. Torbiele jelita końcowego występują z częstotścią 1 na 40 000–60 000, rozwijają się z pozostałości końcowego odcinka jelita pierwotnego. Ryzyko transformacji nowotworowej sięga 27%, najczęściej występują rak gruczołowy lub nowotwór neuroendokryny.

P10

Rak pęcherza z ekspresją β -HCG

Magdalena Sobczak¹, Sylwia Dębska-Szmich², Dorota Jesionek-Kupnicka²

¹Klinika Chemioterapii Nowotworów, WWCOiT im. Kopernika w Łodzi, Łódź, Polska

²Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Łódź, Polska

67-letni mężczyzna został przyjęty na oddział urologiczny w grudniu 2019 r. z powodu nawracającego krwiomoczu, któremu towarzyszyły dysuria, ból jądra lewego i odcinka L-S kręgosłupa oraz zlewne poty. Wywiad wskazywał na ekspozycję zawodową na azbest. W badaniach laboratoryjnych stwierdzono m.in. zwiększone stężenie β -HCG (434,4 mIU/ml). Badanie USG nie wykazało zmian w jądrach, ale cystoskopia oraz dalsze badania obrazowe pozwoliły na rozpoznanie guza pęcherza moczowego z naciekaniem gruczołu krokowego, pęcherzyków nasiennych i odbytnicy z przerzutami do węzłów chłonnych miednicy. W materiale pobranym z guza pęcherza moczowego oraz z biopsji prostaty badanie histopatologiczne potwierdziło naciek raka urotelialnego *high grade* (z naciekaniem mięśniówki pęcherza moczowego). W badaniu immunohistochemicznym stwierdzono ekspresję GATA3, p63 i CKHMW, bez ekspresji PSA. Ponadto wykazano ekspresję β -HCG w pojedynczych komórkach raka pęcherza moczowego. U pacjenta zaplanowano chemioterapię schematem PG (cisplatyna 75 mg/m² i.v. dz. 1., gemcytabina 1000 mg/m² i.v. dz. 1., 8. i 15. w cyklach co 28 dni) oraz wykonanie rediagnostyki po 3–4 cyklach leczenia i w przypadku uzyskania odpowiedzi rozważenie zastosowania leczenia miejscowego.

W momencie rozpoczęcia leczenia na oddziale chemioterapii (luty 2020 r.) chory był w stanie dobrym (PS1). W badaniu przedmiotowym stwierdzono bolesny guz w okolicy pęcherzyków nasiennych lewych wielkości ok. 3 cm. Chory przyjmował leki przeciwbólowe z 2. stopnia drabiny analgetycznej. Wyniki badań laboratoryjnych pozwoliły na włączenie zaplanowanego leczenia. Po 3 cyklach chemioterapii u chorego uzyskano znaczne zmniejszenie nasilenia objawów oraz zmniejszenie stężenia β -HCG we krwi. W momencie zgłoszenia przypadku chory był w trakcie 4. cyklu chemioterapii przed planowaną diagnostyką obrazową.

P11

Pseudoprogresja u pacjentki z rakiem piersi ER+, PR+, HER2 3+ i mutacją germinálną genu *PALB2* w trakcie leczenia neoadjuwantowego

Mariusz Śliwa, Sylwia Dębska-Szmich, Magdalena Krakowska, Monika Misztal, Dorota Jesionek-Kupnicka, Jarosław Jakubik, Piotr Potemski

Wojewódzkie Wielospecjalistyczne Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. Kopernika w Łodzi, Łódź, Polska

W czerwcu 2017 r. 54-letnia pacjentka zgłosiła się do onkologa z powodu bólu lewej piersi trwającego od miesiąca. W badaniu przedmiotowym stwierdzono guz lewej piersi o średnicy 5 cm oraz powiększony węzeł pachy lewej wielkości 1 cm. W mammografii uwidoczniiono na granicy kwadrantów górnych lewej piersi niejednoznaczne zagęszczenie z mikrozwapnieniami. Badanie USG wykazało w tej okolicy hipoechogeniczny obszar wielkości 2 cm. Badanie histopatologiczne potwierdziło naciek raka gruczołowego NST, G2, ER100%, PR50%, HER2 3+, Ki67 35–40%. Badanie cytologiczne węzła pachowego było negatywne, ale rozmaz uznano za niediagnostyczny.

W lipcu 2017 r. u pacjentki w stanie ogólnym dobrym (PS0, bez innych dolegliwości) rozpoczęto przedoperacyjną chemioterapię 4 × AC, następnie 12 x paklitaksel i trastuzumab. Po 4 cyklach chemioterapii AC w badaniu USG stwierdzono częściową odpowiedź guza piersi (największy wymiar 13 mm). Rozpoczęto leczenie paklitakselem, od 2. podania dołączono trastuzumab.

W listopadzie 2017 r. zakończono chemioterapię paklitakselem po 4 podaniach z powodu wystąpienia czuciowej polineuropatii G3 i skierowano chorą do leczenia operacyjnego. W kontrolnym USG piersi uwidoczniiono progresję: między kwadrantami górnymi lewej piersi 2 zmiany o mieszanej echogeniczności ze zwapnieniami o średnicy 20 mm i 11 mm oraz podejrzenie nacieku okolicy nadbrodawkowej.

W grudniu 2017 r. pacjentkę poddano ratunkowej mastektomii lewostronnej sposobem Maddena. W materiale pooperacyjnym stwierdzono całkowitą odpowiedź mikroskopową w obrębie piersi. W dwóch węzłach chłonnych pachy wykazano izolowane komórki raka (ypT0pN0(i+)). Po operacji rozpoczęto hormonoterapię uzupełniającą tamoksifenem, którą pacjentka kontynuuje. Od stycznia do października 2018 r. podawano trastuzumab. Na prośbę chorej wykonano badania genetyczne, stwierdzono mutację germinálną genu *PALB2*.

P12

Różne fenotypy obustronnego raka piersi u 79-letniej chorej — opis przypadku

Monika Misztal, Magdalena Krakowska, Monika Rys-Bednarska, Piotr Potemski

Klinika Chemioterapii Nowotworów Katedry Onkologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, WWCoiT im. M. Kopernika, Łódź, Polska

W październiku 2018 roku 79-letnia chora z guzkami w obu piersiach zgłosiła się do Poradni Chemioterapii w Łodzi. Chora była w dobrym stanie sprawności ogólnej, w wywiadzie stan po wszczepieniu kardiostymulatora. W USG zobrazowano zmianę w prawej piersi (BIRADS 5), dwie zmiany w lewej piersi (BIRADS 5 i 4) oraz powiększone węzły chłonne w lewym dole pachowym. USG jamy brzusznej i RTG klatki piersiowej nie wskazywało na rozsiew. Chora zrezygnowała wtedy z dalszej diagnostyki i ponownie zgłosiła się do onkologa w maju 2019 roku. Wykonano oligobiopsję trzech zmian w piersiach oraz biopsję aspiracyjną cienkoigłową węzłów chłonnych lewej pachy i ujawniono różne fenotypy naciekającego raka. W prawej piersi (guz o śr. 20 mm) stwierdzono ER 100%, PR 100%, HER 2 negatywny, Ki67- 20–25%, w lewej piersi: ER 100%, PR 20% HER 2 niejednoznaczny, Ki67- 20–25% (pierwsza zmiana o śr. 25 mm) oraz ER 0%, PR 0%, HER 2 niejednoznaczny, Ki67- 35% (druga zmiana o śr. 15 mm), w węzłach lewej pachy uwidoczniiono komórki raka gruczołowego, ER 3+. W badaniu FISH wykluczono amplifikację genu *HER2*. Rozpoczęto przedoperacyjną hormonoterapię. W listopadzie 2019 roku u chorej wykonano radykalną obustronną mastektomię z limfadenektomią węzłów chłonnych pachy lewej oraz biopsją węzła wartowniczego pachy prawej. Na podstawie badania histopatologicznego rozpoznano w prawej piersi raka o stopniu zaawansowania pT1cN0, w piersi lewej pT1c i pT2N1a. Ze względu na kardiostymulator odstąpiono od pooperacyjnej radioterapii. Z powodu niechęci chorej do chemioterapii rozpoczęto pooperacyjną hormonoterapię.

P13

Rola zespołu interdyscyplinarnego w leczeniu onkologicznym na przykładzie rozległego raka okolicy podżuchwowej

Marcin Kwiecień, Katarzyna Serwańska, Marta Urbańska-Gąsiorowska

Centrum Radioterapii Amethyst, Kraków, Polska

38-latką zgłosiła się do Poradni Laryngologicznej z powodu powiększającego się guza okolicy podżuchwowej prawej. Stan ogólny dobry. Jatrogena niedoczynność tarczycy (Euthyrox 225 ug). Dodatni wywiad onkologiczny (24 l.): rak brodawkowy tarczycy pT4N1bM0, leczony tyroidektomią całkowitą z następową wznową miejscową oraz węzłową (25 l.), poddaną resekcji, limfadenektomii szyjnej prawostronnej oraz leczeniu uzupełniającemu: ablacyjne leczenie 131-I, radioterapia 2D wiązką fotonowo-elektronową (50Gy/25fx — układ chłonny szyi, górne śródpiersie; 60Gy/30fx — podwyższenie dawki na obszar wznowy, węzły szyi prawe). Diagnostyka wstępna obejmowała: pobranie wycinka ze zmiany, TK szyi, USG szyi, TK kłp, USG brzucha. Ustalono rozpoznanie: rak śluzowo-naskórkowy *high grade* okolicy podżuchwowej prawej T4N2cM0 (rozległy naciek — skóra, żuchwa, slinejka, dno jamy ustnej). Wielokrotnie uczestniczyła w konsylium wielodyscyplinarnym. Leczenie rozpoczęto od chemioterapii indukcyjnej — III serie TPF (80% dawki należnej). Tolerancja leczenia dobra, klinicznie SD. Następnie przeprowadzono chemioradioterapię przedoperacyjną (IGRT z replanningiem: 60Gy/30fx na obszar guza oraz węzły chłonne I-IVBL; 56Gy/30fx na węzły chłonne VBL skojarzone z VI seriami DDP 40 mg/m²). Tolerancja średnia — powikłania G2 (dysfagia, hematologia). Oceniono efekt leczenia (MRI) — PR. Zakwalifikowana do próby zabiegu operacyjnego oraz brachyterapii śródtkankowej. Przeprowadzono resekcję guza, operację węzłową szyi, rekonstrukcję płatami mikrochirurgicznymi (żuchwa, okolica podżuchwowa) — operacja R1 z następową BRT źródłem Ir-192 (20Gy/8fx BID). Tolerancja leczenia akceptowalna. Efekt leczenia: CR miejscowy i węzłowy, rozsiew (śledziona, płuca obustronnie, izolowana zmiana w mózgowiu). Zakwalifikowana do stereotaksji 21Gy/1fx oraz chemioterapii PTX (175 mg/m²). Stwierdzono dalszą progresję po III s. Kontynuowała leczenie paliatywne (WBRT 30Gy/10fx; DDP 100 mg/m² III serie). Z uwagi na PD oraz średni stan ogólny zdyskwalifikowana od dalszego leczenia onkologicznego.

P14

An atypical course of ovarian carcinoma mimicking lung cancer — a case report

Ali Hassanzadeh¹, Magdalena Sobczak², Urszula Czernek², Piotr Potemski²

¹Medical University of Lodz, Lodz, Poland

²Chemotherapy Department, Medical University of Lodz, Lodz, Poland

A 48-year-old woman was admitted to the Chemotherapy Department in March 2020 because of disseminated adenocarcinoma. She complained about dyspnoea on exertion, which started in November 2019. She was in good condition (PS1) without abnormalities on physical examination. Chest CT revealed a tumor (7 mm) in the right lung and enlarged lymph nodes: paratracheal — up to 14 mm, intracranial — up to 23 mm, in right hilum — up to 18 mm. In December 2019 she had bronchofiberscopy which revealed the tumour located in the bifurcation of the trachea. Histopathological examination: adenocarcinoma G2 with few psammoma bodies, cytokeratin 7(+), thyroglobulin (–), TTF-1 (–) suggested lung cancer, but the immunohistochemistry profile was not typical for lung cancer. The genetic test showed BRAF V600 mutation. PET-CT in January 2020 revealed active lymph nodes in mediastinum and in the lung hila and diffused increased metabolic activity in the right ovary (size 51 x 28 x 26 mm, SUV 5.4). The only way to differentiate metastatic ovarian cancer from lung cancer was to perform laparoscopic, diagnostic right oophorectomy. Histopathologic examination revealed borderline ovarian serous cystadenoma with a very small focus of invasive serous cancer. The pathologist compared material from ovaries and lung, finding morphologic resemblance. Ca 125 Level was 74.9 U/ml (normal < 35). The diagnosis of stage IV ovarian cancer was established and the palliative chemotherapy with carboplatin, paclitaxel and bevacizumab was started in March 2020. After 3 cycles the patient performance status was excellent, dyspnea on exertion was relieved and Ca 125 level dropped to 54.1 U/mL.

P15

Toksyczność skórna i płucna imatynibu — opis pacjentki

Agata Tałajko, Rafał Czyżykowski, Sylwia Dębska-Szmich, Piotr Potemski, Małgorzata Mroczek

Klinika Chemioterapii Nowotworów, WWCoiT im. M. Kopernika w Łodzi, Łódź, Polska

Podstawowym lekiem 1. linii u pacjentów z zaawansowanymi nowotworami podścieliskowymi przewodu pokarmowego (GIST) jest inhibitor kinaz KIT i PDGFR — imatynib. Do najczęstszych działań niepożądanych imatynibu należą: niedokrwistość, obrzęki, osłabienie, biegunka, nudności, granulocytopenia, kurcze mięśniowe i wysypka skórna. Objawy te są zwykle łagodne i rzadko są powodem przerwania terapii.

Chora lat 66 z powodu nieresekcyjnego GIST żołądka rozpoczęła w sierpniu 2018 r. terapię imatynibem w dawce 400 mg dziennie. W momencie rozpoczęcia leczenia stan sprawności ogólnej chorej był dobry, jedynym obciążeniem było nadciśnienie tętnicze. Po około miesiącu terapii na skórze kończyn dolnych pojawiła się swędząca wysypka. Chora nie stosowała się do zaleceń dotyczących prawidłowej pielęgnacji skóry. W kolejnych miesiącach obserwowano narastanie zmian skórnych o charakterze grudkowo-rumieniowym zlokalizowanych na twarzy, przedramionach i podudziach, ponadto obserwowano obrzęki kończyn dolnych z nadżerkami skóry. Chorą konsultowano dermatologicznie — rozpoznano liszaj płaski przerostowy. W ramach hospitalizacji wdrożono steroidoterapię, uzyskując niewielką poprawę. Poza zmianami skórnymi obserwowano u chorej postępujące osłabienie, pogorszenie tolerancji wysiłku oraz duszność wysiłkową. W badaniu TK płuc uwidoczniło zmiany typu matowej szyby. Chorą hospitalizowano na oddziale pulmonologicznym, gdzie rozpoznano śródmiąższową chorobę płuc, prawdopodobnie na podłożu terapii imatynibem. Chora nie wyraziła zgody na leczenie steroidami doustnie i zewnętrznie oraz nalegała na kontynuację terapii imatynibem. W kontrolnych TK utrzymywała się częściowa remisja nowotworu, jednak chora odmówiła poddania się zabiegowi operacyjnemu. Ze względu na utrzymującą się toksyczność w kwietniu 2020 roku czasowo przerwano leczenie.

Przedstawione doniesienie wskazuje na istotne kliniczne i częściowo nietypowe działania niepożądane terapii imatynibu spotęgowane przez brak pełnej współpracy pacjentki.

P16

Niedokrwistość spowodowana przerzutami czerniaka do przewodu pokarmowego — opis przypadku

Magdalena Sikora-Skrabaka, Angelika Copija, Ewa Nowakowska-Zajdel

Oddział Onkologii Klinicznej, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 4 w Bytomiu, Bytom, Polska

70-letni pacjent leczony z powodu czerniaka skóry klatki piersiowej w 2016–2017 roku: usunięcie zmiany (Clark 4, Breslow 3 mm), ze względu na przerzut do węzła chłonnego pachy prawej — limfadenektomia pachowa i uzupełniająca radioterapia. Od września 2018 roku kilkakrotnie był hospitalizowany na Oddziale Chorób Wewnętrznych z powodu nawracającej, głębokiej niedokrwistości, wymagał przetoczeń preparatów krwi średnio raz w miesiącu. W trakcie diagnostyki, w gastrokopii uwidocznił polipa opuszki dwunastnicy, w kolonoskopii — cechy aktywnego krwawienia z jelita cienkiego oraz polip poprzeczny: po weryfikacji immunohistochemicznej rozpoznano przerzuty czerniaka. W badaniu TK uwidocznił liczne zmiany o charakterze nacieków nowotworowych w jelicie cienkim. Przeprowadzono konsultacje gastroenterologiczną i chirurgiczną — brak możliwości skutecznego leczenia chirurgicznego oraz endoskopowego. W badaniu PET-CT potwierdzono rozsiew do nadnerczy i jelit. W materiale histopatologicznym stwierdzono obecność mutacji BRAF V600. Pacjenta zakwalifikowano do leczenia antyBRAF/MEK. Chory pozostawał w dobrym stanie ogólnym (ECOG1). Przed rozpoczęciem leczenia wymagał przetoczenia KKCz (Hgb 7,6 g/dl). Terapię rozpoczął w grudniu 2019 roku. Po pierwszym cyklu wystąpiła wysypka G3, obserwowano wydłużenie QTc do 556 ms, w stosunku do wyjściowego EKG wydłużenie o 130 ms. Zgodnie z CHPL zakończono leczenie wemurafenibem, kontynuowano kobimetynib. Z powodu toksyczności skórnej dwukrotnie odraczano leczenie, zredukowano dawkę kobimetynibu. Do tej pory otrzymał 5 cykli leczenia. Od stycznia 2020 roku nie wymagał przetoczenia KKCz, w kontrolnym TK potwierdzono częściową odpowiedź.

Omówienie: Badania wykazały, że nawet u 60% pacjentów z czerniakiem stwierdza się pośmiertnie przerzuty do jelita cienkiego, jednak mniej niż 5% jest wykrywanych za życia. Jednym z objawów może być niedokrwistość. Każdy taki przypadek wymaga wnikliwej diagnostyki.

P17

Leczenie systemowe rakowiaka atypowego płuca — opis przypadku

Ewa Wachuła¹, Anna Zemczak², Anita Gorzelak-Magiera³, Iwona Gisterek¹, Beata Kos-Kudła²

¹Katedra Onkologii i Radioterapii, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Katowice, Polska

²Klinika Endokrynologii i Nowotworów Neuroendokrynnych, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Katowice, Polska

³Oddział Onkologii Klinicznej, Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Katowicach, Katowice, Polska

U 33-letniej kobiety, w stanie ogólnym bardzo dobrym, WHO-0, z rakowiakiem atypowym płuca lewego, po radykalnej lobektomii górnej lewostronnej z limfadenektomią w 2014 r. (AC Ki67 5%, pT3N0M0, R0), doszło po roku od rozpoznania do progresji choroby. W scyntygrafii receptorowej 68GaDOTA-TATE PET/CT stwierdzono nadekspresję receptorów somatostatynowych, odpowiadających rozsiewowi do kości. Włączono leczenie „zimnymi” analogami somatostatyny, a następnie podano 4 dawki radioizotopów tzw. „gorące” analogi (*peptide receptor radionuclide therapy*, PRRT). Po 3 miesiącach, pojawiły się nowe zmiany przerzutowe w wątrobie i mózdzku. Ze względu na uogólnienie choroby zastosowano chemioterapię CAP-TEM (kapecytabina i temozolomid, K: 2 x 750 mg/m² 1–14 dzień, T: 200 mg/m² 10–14 dzień, rytm 28 dni), natomiast ognisko w centralnym układzie nerwowym leczono radiochirurgicznie metodą Gamma-Knife (17 Gy). Chora w sumie otrzymała 18 cykli CAP-TEM (w ciągu 20 miesięcy); w odpowiedzi na leczenie uzyskano PR według RECIST v. 1.1. Leczenie zakończono z powodu przewlekłych powikłań hematologicznych (małopłytkowość i neutropenia G2 CTC AE) oraz nawracających infekcji górnych dróg oddechowych G2 CTC AE. W 05/2018 r. pojawiły się nowe zmiany w wątrobie, piersi prawej i kośćcu. Przerzutowy guzek piersi wykazał wyższy stopień złośliwości histologicznej niż ognisko pierwotne — Ki67 10%. Objawowe przerzuty w kręgosłupie i miednicy zostały paliatywnie napromienione (8 Gy). W 11/2018 r. włączono leczenie celowane ewerolimusem. Terapię przerwano po 4 cyklu z powodu poważnych powikłań hematologicznych (małopłytkowość G4, neutropenia G4, anemia G3 CTC AE). W ocenie radiologicznej uzyskano SD według RECIST (03/2019). Leczenie analogami somatostatyny było cały czas kontynuowane, niezależnie od progresji choroby. Chora zmarła w 10/2019 r.

P18

Nietypowy histologicznie guz jądra

Norbert Kopeć

Szpital Specjalistyczny w Nowym Sączu, Nowy Sącz, Polska

Pacjent lat 43. Guz jądra prawego. AFP 1,9; BHCG < 0,1; LDH 521; CEA 86,3. Ochiectomia prawostronna. Histopatologia: Rak gruczołowy typu jelitowego (IHC: CK19+, CDX2+, CK7+, PLAP-), najprawdopodobniej przerzut z jelita grubego. Rak nacieka cały miąższ jądra, sieć jądra oraz najądrze i nie przekracza osłonek. Z uwagi na masywną martwicę obejmującą 75% nie można wykluczyć komponenty „*somatic malignant*” w obrębie złośliwego potworniaka. Przerzuty: płuca; liczne zmiany drobnoguzkowe 5–15 mm; wątroba: zmiany ogniskowe segment VI 3,5 cm i 1 cm, segment IV 2,5 cm; węzły okołoaortalne — pakiety; kości: ogniska osteolityczne w kości krzyżowej. Diagnostyka: kolonoskopia; ujemna; biopsja gruboigłowa — materiał w ocenie.

P19

Heterogenność morfologiczna nowotworu neuroendokrynnego trzustki (transformacja z NEN G3 do NEN G1) w trakcie leczenia schematem CAP-TEM (kapecytabina i temozolomid)

Ewa Wachuła¹, Anna Zemczak², Aneta Lebedzińska³, Iwona Gisterek¹, Beata Kos-Kudła²

¹Katedra Onkologii i Radioterapii, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Katowice, Polska

²Klinika Endokrynologii i Nowotworów Neuroendokrynnych Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, Katowice, Polska

³Katedra Onkologii, Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie, Poradnia Genetyczna, Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy w Olsztynie, Olsztyn, Polska

U 32-letniego mężczyzny w 2017 r. rozpoznano nowotwór neuroendokrynną trzustki z licznymi przerzutami w wątrobie i węzłach chłonnych przestrzeni zaotrzewnowej (NEN G3, Ki67 40%, pT1N1M1). Po resekcji guza trzustki zastosowano chemioterapię paliatywną kapecytabiną + temozolomid (schemat CAP-TEM, K: 2 x 750 mg/m² 1–14 dzień, T: 200 mg/m² 10–14 dzień, rytm 28 dni), uzyskując po 10 cyklach PR według RECIST v. 1.1. Na tym etapie zaproponowano choremu 2 alternatywy postępowania: leczenie do progresji zgodnie z protokołem J.R. Strosberga lub „wakacje terapeutyczne”. Zgodnie z preferencjami chorego zakończono terapię. Uzyskano PFS — 10 mies. W 04/2019 stwierdzono PD i reaktywano schemat CAP-TEM. Chory otrzymał 10 cykli CAP-TEM, ponownie uzyskano PR, przy dość dobrej tolerancji (ogólne osłabienie i bóle kostno-mięśniowe G2 CTC AE). Leczenie zakończono w 11/2019 r. z powodu pojawienia się nowych zmian w wątrobie. Zweryfikowano histopatologię ognisk z wątroby i zaobserwowano nietypowe dla biologii tego nowotworu odróżnicowanie morfologiczne z G3 do G1 (Ki67 2%). Badania molekularne (*next-generation sequencing*, NGS) wykazały: TBN (*tumor mutation burden*) 6.2 Mut/Mb, (*microsatellite instability*) MSI — brak mutacji, MGMT — brak mutacji, MAP2K1 variant c.361T>A;p.Cys121Ser (poziom dowodów R2 — biomarker może być związany z brakiem odpowiedzi lub opornością na leczenie szlakiem RAS/RAF/MEK). Podjęto decyzję o zastosowaniu chemioterapii z udziałem pochodnych platyny (schemat FOLFOX: oksaliplatyna, 5-fluorouracil, lewofolik). Podano 10 cykli FOLFOX, uzyskując PR w pierwszej ocenie radiologicznej, natomiast PD w drugiej ocenie. Chory czuje się bardzo dobrze (WHO-0), przez cały czas leczenia (od 2017 r.) otrzymuje dodatkowo analogi somatostatyny z powodu dobrej ekspresji receptorów SSTR w badaniu 68Gal DOTA-TATE PET/CT.

P20

Czy lokalizacja czerniaka BRAF (+) w skórze gruczołu piersiowego wpływa na rokowanie i postępowanie terapeutyczne?

Paulina Tęcza, Magdalena Kędzierska, Marta Kurczewska, Piotr Potemski

Klinika Chemioterapii Nowotworów, Katedra Onkologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi; WWCOiT im. M. Kopernika w Łodzi, Łódź, Polska

Chora lat 25 z rozpoznaniem czerniaka skóry piersi lewej została przyjęta do Kliniki Chemioterapii Nowotworów UM w Łodzi w WWCOiT im. M. Kopernika celem rozpoczęcia leczenia. Pierwotną biopsję wycinającą ogniska pierwotnego skóry piersi lewej wykonano w październiku 2018 roku. Zmiana została ścięta horyzontalnie na poziomie sopli naskórkowych, dlatego jakość uzyskanego materiału biopsyjnego nie pozwoliła ocenić stopnia naciekania raka w badaniu mikroskopowym. Postępowanie powyższe odbiega od uznanych standardów i wykonane było poza naszym Ośrodkiem. W celu pełnego mikrostopniowania poszerzono brzegi rany i wykonano biopsję węzła wartowniczego w lipcu 2019 roku, nie stwierdzając utkania czerniaka w preparacie histopatologicznym. W 2020 roku nastąpił nawrót choroby pod postacią nacieku nowotworowego w miejscu po usuniętym ognisku pierwotnym skóry piersi lewej oraz przerzutu do węzła pachowego po tej samej stronie. W lutym usunięto wznowę — zabieg oszczędzający pierś wraz z limfadenektomią pachową lewostronną. Początkowo rozważano wykonanie mastektomii lewostronnej, ale ze względu na brak wiarygodnych danych na poprawę rokowania odstąpiono od niej. Na podstawie badania histopatologicznego oraz badań obrazowych (PET-TK, RTG klatki piersiowej, USG jamy brzusznej i miednicy) oceniono stopień zaawansowania czerniaka jako IIIC z obecnością mutacji w genie *BRAF*. Pacjentkę zakwalifikowano do leczenia uzupełniającego dabrafenibem i trametynibem. Wystąpiono z wnioskiem o wydanie zgody na pokrycie kosztów leku w ramach ratunkowego dostępu do technologii lekowej. Chora jest leczona uzupełniająco.

P21**Rak piersi u 27-letniej pacjentki z wariantem genu *BRCA2* c.9986A>G o nieznanym znaczeniu — opieka nad zdrowymi członkami rodziny z opisanym wariantem genu****Małgorzata Lisik, Magdalena Kalinowska-Herok, Artur Zajkiewicz, Jolanta Pamuła-Piłat, Ewa Grzybowska, Małgorzata Oczko-Wojciechowska**

Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie — Państwowy Instytut Badawczy, Oddział w Gliwicach, Gliwice, Polska

U 27-letniej pacjentki rozpoznano raka piersi DCIS cT3N0M0. Badanie immunohistochemiczne pozwoliło na klasyfikację raka jako luminalny B, HER2 ujemny, Ki67 40%. Pacjentka została skierowana do Poradni Genetycznej. Ze względu na młody wiek zachorowania u pacjentki wykonano sekwencjonowanie nowej generacji genów *BRCA1* i 2. U pacjentki wykryto wariant o nieznanym znaczeniu w genie *BRCA2* c.9986A>G p.(Asn33329Ser). Wykluczono obecność mutacji w genie *TP53* oraz dwóch mutacji c.509_510delGA oraz c.172-175delTTGT w genie *PALB2*. Analiza rodowodu wykazała wystąpienie trójjemnego, wielogniskowego raka piersi u matki matki pacjentki w wieku 79 lat. U babki pacjentki wykluczono występowanie tej zmiany. Rozszerzone badania rodziny pacjentki potwierdziły występowanie opisanej zmiany u jej ojca, a także siostry i brata pacjentki. U najmłodszej siostry pacjentki nie wykonano badania ze względu na wiek (15 lat). U pacjentki zastosowano indukcyjną chemioterapię według schematu AC>P oraz Reseligo, Tamoksyfen. 25.02.2020 pacjentka przeszła zabieg prostej amputacji piersi lewej z odroczoną rekonstrukcją. SNB pachy lewej nie wykazała obecności zmian wtórnych. W planach jest radioterapia.

P22**Niedojrzały potworniak jajnika u 6-letniej dziewczynki z mutacją w genie *CHEK2*****Małgorzata Lisik, Jolanta Pamuła-Piłat, Magdalena Mazur, Magdalena Kalinowska-Herok, Ewa Grzybowska, Małgorzata Oczko-Wojciechowska**

Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie — Państwowy Instytut Badawczy, Oddział w Gliwicach, Gliwice, Polska

U 6-letniej dziewczynki zaobserwowano przyrost obwodu brzucha. Dziewczynka skarżyła się na bóle brzucha, osłabienie, nadmierne pocenie się, bóle głowy. Pojawiły się problemy z utrzymaniem moczu i stolca. Dziecko skierowano na Oddział Nefrologii Dziecięcej, gdzie wykonano badanie rezonansu magnetycznego miednicy, które wykazało w rzucie lewych przydatków obecność wielokomorowej torbielowatej struktury. Po konsultacji chirurgicznej dziecko zakwalifikowano do zabiegu. Laparoskopowo wyłuszczone w całości guz lewego jajnika. Rozpoznanie histopatologiczne: utkanie potworniaka śr. 4,5 cm. Niedojrzały potworniak trójlistkowy G1 zawierający pojedynczą cewę neuroepitelium w skupieniu neurogleju oraz utkanie niedojrzałej chrząstki, dominuje utkanie z dojrzałej torbieli dermoidalnej. Oznaczenia stężeń markerów AFP, CA125 beta HCG oraz CEA mieściły się w granicach normy. Nie było wskazań do leczenia onkologicznego. Dziecko pozostaje pod opieką poradni onkologicznej. Dziecko skierowano do Poradni Genetycznej. Analiza rodowodu wykazała wystąpienie raka piersi u matki matki dziecka w wieku 39 lat. Sekwencjonowanie nowej generacji genów *BRCA1* oraz *BRCA2* w DNA z leukocytów krwi obwodowej wykazało występowanie prawidłowej sekwencji kodującej genów. Badanie genu *CHEK2* wykazało obecność mutacji c.1100delC. Zaplanowano wykonanie badań genetycznych u matki dziecka.

P23**Rak jajnika u pacjentki z dwiema mutacjami patogennymi w genach *BRCA1* oraz *BRCA2*****Małgorzata Lisik, Magdalena Kalinowska-Herok, Artur Zajkowicz, Jolanta Pamuła-Piłat, Ewa Grzybowska, Małgorzata Oczko-Wojciechowska**

Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie — Państwowy Instytut Badawczy, Oddział w Gliwicach, Gliwice, Polska

Przedstawiamy przypadek pacjentki, u której w wieku 34 lat rozpoznano guza jajnika prawego o wymiarach 12 x 13 x 7 cm naciekającego dystalny odcinek jajowodu prawego, szyjkę i tarczę macicy oraz jelito długości 10 cm. pT3b FIGO III. Histopatologicznie rozpoznano gruczolakoraka surowiczego G3. Pacjentkę skierowano do Poradni Genetycznej, gdzie dokonano analizy rodowodu. Wywiad rodzinny ujawnił: wystąpienie raka piersi w 60. rż. oraz raka jajnika w 68. rż. u matki matki pacjentki. U ojca ojca oraz brata ojca pacjentki rozpoznano raka krtani, obydwaj palili papierosy. U pacjentki wykonano sekwencjonowanie nowej generacji genów *BRCA 1* oraz *BRCA2* w DNA wyizolowanym z tkanki nowotworowej jajnika. Stwierdzono występowanie u pacjentki dwóch patogennych mutacji c.191G>A p.(Cys64Tyr) w genie *BRCA1* oraz c.2886dupC p.(Ile963Tyrfs) w genie *BRCA2*. Następnie potwierdzono występowanie obu mutacji w DNA wyizolowanym z leukocytów krwi obwodowej. U pacjentki zastosowano chemioterapię: dwa cykle Carboplatyny w monoterapii, dwa cykle Carboplatyny oraz Paklitakselu oraz immunochemioterapię Bewacyzumabem. Badanie rezonansu magnetycznego miednicy małej wykonane w dniu 25.11.2029 nie wykazało obecności wolnego płynu wewnątrztrzewnowo w polu kikuta po usuniętym narzędziu. Radiologiczne cechy regresji. Stężenie CA125 w surowicy krwi wynosiło 7,7 IU/ml.

P24**Jakie leczenie systemowe zaproponować choremu z rakiem gruczolowym o nieznanym punkcie wyjścia w trakcie leczenia immunosupresyjnego po przeszczepieniu nerki?****Magdalena Kędzierska, Paulina Tęcza, Piotr Potemski**

Klinika Chemioterapii Nowotworów, Katedra Onkologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi; WWCOiT im. M. Kopernika w Łodzi, Łódź, Polska

Chory lat 56 z rozpoznaniem rozsianego do węzłów chłonnych jamy brzusznej i miednicy raka gruczolowego o nieznanym punkcie został w styczniu 2020 roku przyjęty celem rozpoczęcia leczenia. Chory z powodu schyłkowej niewydolności nerek w przebiegu zwyrodnienia wielotorbielowatego nerek poddawany był zabiegowi nefrektomii prawostronnej w kwietniu 2014, a następnie w sierpniu 2015 roku allogenicznemu przeszczepieniu nerki. Po zabiegu włączono leczenie immunosupresyjne, które kontynuowano z dobrą tolerancją. W listopadzie 2019 roku stan sprawności chorego uległ pogorszeniu, w ciągu 2 miesięcy schudł o ok. 15%, wystąpiły nocne poty i osłabienie. W wykonanym badaniu PET/TK stwierdzono aktywny metabolicznie proces nowotworowy w węzłach chłonnych jamy brzusznej i miednicy, bez obecności innych ognisk. Chorego skierowano do Poradni Hematologicznej celem wykonania biopsji węzła chłonnego. Wstępna diagnoza na podstawie obrazu klinicznego sugerowała nowotwór układu chłonnego. W badaniu mikroskopowym pobranego węzła chłonnego biodrowego w 95% badanego materiału stwierdzono raka niedrobnokomórkowego z pojedynczymi cewkami gruczolowymi, co przemawiało za niskodróżnicowanym rakiem gruczolowym. W trakcie kwalifikacji do ratunkowej chemioterapii stan sprawności ogólnej chorego był średni (PS 2). Guz prawej pachwiny powiększył się przez 3 tygodnie o 50%. Podjęto próbę zastosowania leczenia systemowego schematem LF4 z jednoczesnym kontynuowaniem leczenia immunosupresyjnego. Chory był pod stałą opieką nefrologiczną. W 6. dobie po zakończeniu chemioterapii u chorego nastąpiło gwałtowne pogorszenie stanu ogólnego, niewydolność nerek i obrzęki całego ciała. Pomimo intensywnego leczenia wspomagającego stan chorego ulegał dalszemu pogorszeniu i w 10. dobie hospitalizacji stwierdzono zgon.

P25

Zastosowanie terapii podciśnieniowej leczenia ran u chorego z czerniakiem skóry pleców

Przemysław Lik¹, Janusz Piekarski¹, Magdalena Kędzierska²

¹Klinika Chirurgii Onkologicznej, Katedra Onkologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi; WWCOiT im. M. Kopernika w Łodzi, Łódź, Polska

²Klinika Chemioterapii Nowotworów, Katedra Onkologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi; WWCOiT im. M. Kopernika w Łodzi, Łódź, Polska

Chory lat 63 w listopadzie 2018 roku zgłosił się z powodu około 4 tygodni niegojących się ran pooperacyjnych. W październiku 2018 chory został poddany radykalnemu zabiegowi wycięcia czerniaka skóry pleców oraz biopsji węzłów chłonnych wartowniczych obu pach, poza Ośrodkiem Onkologicznym. Stopień zaawansowania czerniaka sklasyfikowano jako IIB. Pacjent nie wymagał dalszego leczenia onkologicznego. W przebiegu pooperacyjnym doszło do powikłań chirurgicznych. Po upływie 2 tygodni od zabiegu doszło do rozejścia rany pooperacyjnej na plecach oraz niepoddającego się leczeniu stanu zapalnego w dołach pachowych. Ze względu na rozległość niezagojonych ran, choroby towarzyszące i brak oczekiwanego efektu leczenia stosowanego przez około 8 tygodni, podjęto decyzję o zastosowaniu terapii podciśnieniowej (NPWT, *negative pressure wound therapy*). Pierwsze pozytywne efekty zaobserwowano już po upływie 6 dni, a całkowite wyleczenie ran uzyskano po upływie 4 tygodni. Dodatkowo w dołach pachowych wykorzystano opatrunki odkażające z jodopowidonem o przedłużonym czasie działania dzięki czemu po kilku dobach stan zapalny ustąpił. Ponadto u chorego zastosowano osłonę antybiotykową. Lek był dobrany empirycznie i stosowany przez kilka dni. Obecnie chory jest pod stałym nadzorem onkologicznym, bez cech nawrotu choroby. Skuteczność opisanej metody wynika między innymi ze zwiększenia przepływu krwi (aż 4-krotnie), jak i ilości powstającej ziarniny (o > 60%) w ranie. Dodatkowym atutem jest brak ingerencji przez pacjenta w ranę podczas zmiany opatrunków, której dokonuje jedynie lekarz lub pielęgniarka pod jego nadzorem.

Indeks Autorów

Bilska K.	G3	Kwiecień M.	G16, G20
Bobola A.	G10	Lebiedzińska A.	G6, G23
Bodnar L.	G1, G6	Lik P.	G26
Borkowska A.	G9	Lisik M.	G24, G25
Calik J.	G2	Ługowska I.	G3
Ciszewski T.	G1	Mackiewicz J.	G2
Copija A.	G12, G21	Maksymiuk M.	G8
Cybulska-Stopa B.	G2	Marczak-Ziętkiewicz M.	G14
Czarnecka A.M.	G2, G3, G4, G8	Mazur M.	G14, G24
Czernek U.	G6, G7, G20	Mądry R.	G15
Czyżykowski R.	G21	Miszczuk L.	G5
Dawidowska A.	G3	Misztal M.	G19
Dębska-Szmich S.	G6, G7, G13, G18, G19, G21	Morysiński T.	G8
Dębski J.	G7, G13	Mrochem-Kwarciak J.	G5
Drosik-Kwaśniewska A.	G2	Mroczek M.	G21
Dudzisz-Śledź M.	G4	Nowakowska-Zajdel E.	G12, G21
Dzierżak M.	G7, G13	Oczko-Wojciechowska M.	G14, G24, G25
Falkowski S.	G3, G4	Olszewska A.	G11
Fiszer-Kierzkowska A.	G14	Omiotek R.	G12
Gadzinowska J.	G7, G13	Osmola M.	G1
Gajewska-Wicher K.	G2	Pacholczak R.	G2
Galus Ł.	G2	Pamuła-Piłat J.	G14, G24, G25
Gisterek I.	G10, G16, G17, G22, G23	Piejko K.	G2
Gorzelał-Magiera A.	G22	Piekarski J.	G26
Grabiec M.	G10	Pietrzyński Ł.	G16
Grzybowska E.	G24, G25	Pigłowski W.	G14
Habib-Lisik M.	G7, G13	Płachta I.	G4
Hassanzadeh A.	G20	Poleszczuk J.	G3
Hetnał M.	G15, G18	Potemski P.	G6, G7, G10, G11, G13, G19, G20, G21, G23, G25
Hryń K.	G1	Pysz-Waberski D.	G10, G16, G17
Huszno J.	G5, G14	Raciborska A.	G3
Jaczewska S.	G3	Rolski J.	G2
Jagielska B.	G12	Rózanowski P.	G6
Jagodzińska-Mucha P.	G3	Rutkowski P.	G1, G2, G3, G4, G8, G9
Jakubik J.	G19	Ryś-Bednarska M.	G19
Janiak A.	G11	Sadurska J.	G17
Janicka I.	G6, G7	Sałek-Zań A.	G2
Jesionek-Kupnicka D.	G18, G19	Serwańska K.	G14, G15, G16, G18, G20
Jochymek B.	G5	Sigorski D.	G1, G6
Kalinowska-Herok M.	G14, G24, G25	Sikora-Skrabaka M.	G12, G21
Kędzierska M.	G23, G25, G26	Sobczak M.	G18, G20
Kędzierska-Jamróż J.	G16, G17	Sobczuk P.	G1, G4
Kępa-Kamińska N.	G2	Spalek M.	G4, G9
Kieszko S.	G2	Staniecka K.	G7, G13
Kleibert M.	G4	Stanisławiak-Rudowicz J.	G15
Kliber M.	G10	Stec R.	G1
Klimczak A.	G8	Suwiński R.	G2
Kołosza Z.	G5	Szafran P.	G12
Kopeć N.	G22	Śledź J.	G8
Kopeć S.	G1	Śliwa M.	G19
Kosela-Paterczyk H.	G3, G8	Świtaj T.	G3, G4, G8
Kos-Kudła B.	G22, G23	Tałajko A.	G21
Kostka P.	G6	Tałasiewicz K.	G12
Kozak K.	G3, G4, G8	Telejko M.	G9
Krakowska M.	G6, G7, G10, G19	Telka E.	G5
Krawiec K.	G6, G7	Tetrycz P.	G4, G8
Krzepkowska P.	G7, G13	Tęcza P.	G23, G25
Kubiatowski T.	G2	Urbańska-Gąsiorowska M.	G16, G20
Kuć K.	G1	Wachuła E.	G17, G22, G23
Kulejewska D.	G11	Walerzak A.	G1
Kurczewska M.	G23		

Wągradzki M.	G9	Zajkowicz A.	G14, G24, G25
Wąsik M.	G7, G13	Zdzenicki M.	G4
Wiśniewski P.	G8	Zemczak A.	G22, G23
Wnęk J.	G17	Zemelka T.	G2
Woźniak J.	G6, G7	Ziętek M.	G2
Wójcik A.	G12	Ziółkowska B.	G2, G13