

Wojciech Poborski

Oddział Onkologii, Zespół nr 1 Szpitala im. St. Leszczyńskiego w Katowicach

Ewerolimus w II linii leczenia pacjentki z rakiem nerkowo-komórkowym/brodawczakowatym

Onkol. Prak. Klin. 2011; 7, supl. C: C34–C35

W pracy opisano przypadek kobiety, pracownika umysłowego, bez istotnych chorób współistniejących, u której w wieku 44 lat w wykonanym z innych przyczyn badaniu USG stwierdzono guz prawej nerki. Chorą operowano w tym roku (2000 r.) — przeprowadzono nefrektomię, usuwając guz o wielkości $4 \times 5 \times 6$ cm, bez naciekania torebki oraz zajęcia nadnercza. Węzły chłonne nie były zajęte procesem rozrostowym. W badaniu histopatologicznym stwierdzono, że jest to druczolakorak brodawczakowaty o stopniu złośliwości według klasyfikacji Fuhrmanna G2.

W okresowo przeprowadzanych badaniach kontrolnych nie wykazywano cech rozsiewu do 2009 r., kiedy to odnotowano zmiany guzkowe w płucach. Pacjentkę operowano w maju 2009 r. — wykonano częściową resekcję zmian w płucach. W związku z nieradykalnym zakresem operacji chorą zakwalifikowano do leczenia inhibitorami kinazy tyrozynowej (TKI, *tyrosine kinase inhibitor*). Stan kliniczny pacjentki (PS, *performance status*) był dobry — według skali Karnoskiego 100, wskaźnik prognostyczny *Memorial Sloan-Kettering Cancer Center* (MSKCC) wynosił 0. Po uzyskaniu zgody Narodowego

Funduszu Zdrowia (NFZ) włączono terapię sunitynibem. Tolerancja leczenia była dosyć dobra, odnotowano miernie nasilone zmiany skórne [1. stopnia według klasyfikacji Światowej Organizacji Zdrowia (WHO, *World Health Organization*)] oraz okresowe skoki ciśnienia tętniczego krwi.

W kontrolnym badaniu tomografii komputerowej (CT, *computed tomography*) wykonanej po 3 miesiącach leczenia sunitynibem (kwiecień 2010 r.) stwierdzono cechy progresji — rozsiew zmian do opłucnej oraz rozsiew w jamie brzusznej zarówno śród-, jak i pozaotrzewnowy.

Wystąpiono do NFZ z wnioskiem o finansowanie terapii ewerolimusem. Leczenie rozpoczęto po miesiącu od zakończenia terapii TKI — w maju 2010 r. Tolerancja leczenia była dobra, okresowo występowały dolegliwości gastryczne (WHO-1). Po 3 miesiącach leczenia stwierdzono częściową regresję zmian w płucach i jamie brzusznej spełniającą kryteria *Response Evaluation Criteria In Solid Tumors* (RECIST). W kolejnych badaniach kontrolnych utrzymuje się stabilizacja zmian. Chora kontynuuje leczenie (kwiecień 2011 r.).

Data rozpoznania raka nerki (mm/rrrr)	04.2000
Stopień zaawansowania (TNM)	T2N0M0
Typ histologiczny (np. jasnokomórkowy)	Nerkowokomórkowy/brodawczakowaty
Stopień złośliwości (G)	G2
Data rozpoznania choroby przerzutowej	04.2009
Lokalizacja przerzutów	Płuca
Kategoria rokownicza wg MSKCC w momencie kwalifikacji do leczenia systemowego	Korzystna
Pierwsza linia leczenia	
Lek	Sunitynib
Dawkowanie leku	Dawka pełna
Stan sprawności w chwili kwalifikacji do leczenia (Karnofski)	100
Lokalizacja przerzutów	Płuca
Data „start” (mm/rrrr) – „stop” (mm/rrrr)	01.2010–05.2010
Najlepsza odpowiedź CR/PR/SD/PD	SD
Czas trwania odpowiedzi	4 miesiące
Przyczyna zakończenia leczenia	PD
Druga linia leczenia	
Lek	Ewerolimus
Dawkowanie leku	Dawka pełna
Stan sprawności w chwili kwalifikacji do leczenia (Karnofski)	90
Lokalizacja przerzutów	Płuca, opłucna, otrzewna, węzły
Data „start” (mm/rrrr) – „stop” (mm/rrrr)	05.2010 – nadal
Najlepsza odpowiedź CR/PR/SD/PD	PR
Czas trwania odpowiedzi	Ponad 12 miesięcy
Przyczyna zakończenia leczenia	Kontynuuje