

Bogdan Żurawski, Anna Szulgo

Ambulatorium Chemioterapii Centrum Onkologii im. prof. F. Łukaszczyka w Bydgoszczy

Leczenie ukierunkowane molekularnie rozsianego raka nerki u pacjentki w wieku 80 lat

Onkol. Prak. Klin. 2014; 10, supl. A: A11–A12

Pacjentka, 80 lat, w stanie sprawności według *Eastern Cooperative Oncology Group* (ECOG) 0 zgłosiła się do Poradni Chemioterapii Centrum Onkologii w Bydgoszczy w lipcu 2012 r. z rozpoznaniem nowotworu nerki w IV stadium zaawansowania.

Rozpoznanie histopatologiczne: *carcinoma ex cellulis renalis typus clarocellularis renis* pT2a, grade 2 nastąpiło po nefrektomii prawostronnej wykonanej w lutym 2011 r. Stopień zaawansowania określono wtedy jako pT2NxM0.

W badaniach obrazowych wykonanych w lipcu 2012 r. stwierdzono zmiany przerzutowe w obrębie klatki piersiowej (ogniska przerzutowe w prawym płucu, zajęte węzły chłonne śródpiersia) oraz w lewym nadnerczu.

Na podstawie badań laboratoryjnych i badania podmiotowego określono kategorię rokowniczą według skali *Memorial Sloan-Kettering Cancer Center* (MSKCC) jako korzystną. Po przeanalizowaniu dokumentacji medycznej w sierpniu 2012 r. zakwalifikowano pacjentkę i rozpoczęto leczenie sunitynibem w dawce 50 mg/d. przez 28 dni, z następującą 2-tygodniową przerwą.

U chorej w trakcie pierwszego kursu podawania sunitynibu zaobserwowano przez kilka dni działania niepożądane pod postacią: nudności, wymiotów, biegunki oraz grzybicy jamy ustnej w stopniu 1. według *Common Terminology Criteria for Adverse Events* (CTCAE). Zalecono, z dobrym efektem, dodatkowe leki przeciwwymiotne, przeciwbiegunkowe oraz miejscowo działające leki przeciwgrzybicze.

We wrześniu 2012 r. rozpoznano u pacjentki nadciśnienie tętnicze w stopniu 1., z 1-dniowym epizodem wzrostu ciśnienia tętniczego do 2. stopnia nasilenia według CTCAE. Po zmodyfikowaniu dawek leków przeciwnadciśnieniowych, pod kontrolą kardiologa, uzyskano normalizację wartości ciśnienia tętniczego.

W październiku 2012 r. w badaniach laboratoryjnych stwierdzono cechy niedoczynności tarczycy, bez klinicznej manifestacji schorzenia (stopień 1. wg CTCAE). Po konsultacji endokrynologicznej zalecono suplementację hormonów tarczycy, obserwując w kontrolnych badaniach stopniową poprawę parametrów funkcji tarczycy.

Ze względu na stwierdzoną w styczniu 2013 r. małopłytkowość (narastającą do stopnia 3. wg CTCAE), bez cech skazy, zredukowano dawkę sunitynibu do 37,5 mg/d.

Od lutego do marca 2013 r. pacjentka skarżyła się na obrzęk kończyn dolnych oraz przyrost masy ciała o około 4 kg w trakcie okresu stosowania sunitynibu, z ustąpieniem dolegliwości w okresie 2-tygodniowej przerwy. Pacjentka zgłaszała uczucie dyskomfortu w obrębie jamy brzusznej oraz uczucie ciężkości związane z przyrostem masy ciała.

W badaniach laboratoryjnych wykonanych w związku z diagnostyką obrzęków nie stwierdzono odchyień, z wyjątkiem okresowej małopłytkowości. W badaniach obrazowych opisywano płyn w jamie opłucnowej i w jamie otrzewnowej, który ustępował po 2-tygodniowej przerwie w leczeniu.

Po konsultacji internistycznej, kardiologicznej i endokrynologicznej wykluczono schorzenia internistyczne mogące być przyczyną działania niepożądanego pod postacią obrzęków i retencji płynu w organizmie. W związku z podejrzeniem związku przyczynowo-skutkowego pomiędzy stosowanym lekiem a występującymi obrzękami i przyrostem masy ciała podjęto decyzję o dalszej redukcji dawki leku do 25 mg/d., uzyskując całkowite ustąpienie dolegliwości — wycofanie się obrzęków, normalizacja masy ciała.

W czerwcu 2013 r. chora zgłosiła pojawienie się zmian skórnych na dłoniach i stopach — zespół ręka–stopa w stopniu 1. według CTCAE. Po leczeniu

Adres do korespondencji: Dr n. med. Bogdan Żurawski, Centrum Onkologii im. prof. F. Łukaszczyka, Ambulatorium Chemioterapii, ul. dr Izabeli Romanowskiej 2, 85-796 Bydgoszcz, e-mail: bzur@wp.pl

miejscowym, prowadzonym pod kontrolą dermatologa, nastąpiła nieznaczna poprawa. W czerwcu 2013 r. również w badaniach laboratoryjnych stwierdzono hipokalcemię w stopniu 1., którą wyrównano, zalecając doustną suplementację wapnia. Z innych odchyleń w badaniach laboratoryjnych w czasie leczenia sunitynibem (luty–marzec 2013 r.) zaobserwowano niedokrwistość w stopniu 2. według CTCAE, bez objawów klinicznych.

Pacjentka w dobrym stanie ogólnym, przy akceptowalnej przez nią toksyczności (zespół ręka–stopa w stopniu 1. wg CTCAE) kontynuuje leczenie z utrzymującą się stabilizacją choroby w kolejnych badaniach obrazowych. Czas wolny od progresji aktualnie wynosi 17 miesięcy.

Stopień zaawansowania (TNM)	pT2NxM0
Typ histologiczny (np. jasnokomórkowy)	Rak jasnokomórkowy
Stopień złośliwości (G)	G2
Czas od rozpoznania do uogólnienia (miesiące)	17 miesięcy
Lokalizacja przerzutów	
Kategoria rokownicza wg MSKCC w momencie kwalifikacji do leczenia systemowego	Korzystna
1. linia leczenia	
Lek	Sunitynib
Dawkowanie leku	50 mg/d., następnie redukcja dawki do 37,5 mg/d., a w dalszej kolejności do 25 mg/d., cały czas w trybie 4/2 tygodnie
Stan sprawności w chwili kwalifikacji do leczenia (ECOG)	0
Lokalizacja przerzutów	Zmiany przerzutowe w nadnerczu lewym, zmiany w obrębie płuca prawego, zajęte węzły chłonne śródpiersia
Czas leczenia (miesiące)	17 miesięcy
Najlepsza odpowiedź CR/PR/SD/PD	SD
Czas trwania odpowiedzi (miesiące)	17 miesięcy
Działania niepożądane (G3/4)	Małopłytkowość do stopnia 3., bez cech skazy. Przerwano leczenie do czasu ustąpienia małopłytkowości, a następnie zredukowano dawkę do 37,5 mg/d. Retencja płynu w obrębie jamy brzusznej w stopniu 2. wg CTCAE, płyn w jamie opłucnowej w stopniu 1.
Przyczyna zakończenia leczenia	Ze względu na dobry stan ogólny pacjentki, utrzymującą się odpowiedź w badaniach obrazowych (SD), przy akceptowalnej przez chorą toksyczności, leczenie jest kontynuowane