

Paweł Nurzyński^{1, 2}, Ewa Pierzchała³, Andrzej Deptała^{1, 2}

¹Zakład Profilaktyki Onkologicznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

²Klinika Onkologii i Hematologii Centralnego Szpitala Klinicznego MSW

³Klinika Kardiologii Zachowawczej i Nadciśnienia Tętniczego Centralnego Szpitala Klinicznego MSW

Niewydolność serca w trakcie leczenia sunitynibem u pacjentki z rozsiałym rakiem nerki

Onkol. Prak. Klin. 2014; 10, supl. A: A27–A28

Pacjentka w wieku 70 lat została przyjęta w grudniu 2012 r. do Kliniki Onkologii Centralnego Szpitala Klinicznego MSW w celu kwalifikacji do programu terapeutycznego z sunitynibem. Chora od maja 2012 r. skarżyła się dolegliwości bólowe w okolicy lewej łopatki — w badaniu tomografii komputerowej (TK) stwierdzono masę guzową w obrębie płuca lewego na poziomie Th6–Th7 oraz guz prawej nerki. W biopsji zmiany w płucu stwierdzono nowotwór jasnokomórkowy, którego profil immunohistochemiczny odpowiadał rakowi nerki — CK(+), Wimentyna(+), TTF(-), CK7(-). We wrześniu 2012 r. pacjentka została poddana napromienianiu obszaru guza płuca lewego w dawce 2000 cGy/t w 5 frakcjach. Chora została zakwalifikowana do zabiegu nefrektomii częściowej (NSS, *nephron sparing surgery*) nerki prawej, który wykonano w listopadzie 2012 r. Na podstawie badania histopatologicznego rozpoznano raka jasnokomórkowego nerki — Fuhrman II, pT1a-NxMxR0. W grudniu 2012 r. w Klinice Onkologii CSK MSW pacjentka rozpoczęła terapię sunitynibem w dawce 50 mg. Chora należała do pośredniej grupy rokowniczej według *Memorial Sloan-Kettering Cancer Center* (MSKCC). W wyjściowym badaniu TK obserwowano zmianę w lewym płucu naciekającą kręgosłup piersiowy, przerzuty do obu płuc oraz płyn w worku osierdziowym. U chorej wyjściowo wykonano przesiewowe badanie kardiologiczne. W przeprowadzonym w grudniu 2012 r. badaniu echokardiograficznym serca frakcja wyrzutowa lewej komory (EF, *ejection fraction*) wynosiła 65%. Test wysiłkowy był klinicznie i elektrokardiograficznie ujemny. Rozpoznano nadciśnienie tętnicze i włączono ramipryl. Najlepszą odpowiedzią na leczenie była stabilizacja

procesu chorobowego, którą chora osiągnęła po 2 kursach terapii sunitynibem (luty 2013 r.). Czas odpowiedzi wyniósł 6 miesięcy. W badaniu kontrolnym wykonanym w lutym 2013 r. stwierdzono zmianę przerzutową do głowy kości ramiennej prawej (obecna w poprzednim badaniu, ale jedynie fragmentarycznie). Chorą poddano radioterapii na ten obszar w dawce 700 cGy w 2 frakcjach w kwietniu 2013 r. W trakcie 6. kursu terapii sunitynibem pacjentka została hospitalizowana z przyczyn nagłych — bólu w klatce piersiowej z promieniowaniem do żuchwy, który ustąpił samoistnie, oraz duszności i osłabienia. W badaniu podmiotowym stwierdzono (potwierdzony następnie w badaniach obrazowych) zastój w krążeniu małym. W badaniu echokardiograficznym serca odnotowano uogólnione zaburzenia kurczliwości z EF wynoszącą 25%, a w badaniach laboratoryjnych podwyższone stężenia kinazy fosfokreatynowej (CPK, *creatine phosphokinase*), frakcji mięśniowej kinazy kreatynowej (CK-MB) oraz N-końcowego propeptydu natriuretycznego typu B (NT proBNP, *N-terminal pro-B-type natriuretic peptide*). W związku z powyższym przerywano stosowanie sunitynibu i zastosowano rutynowe leczenie niewydolności krążenia z intensyfikacją leczenia moczopędnego. Chora przejściowo wymagała podawania amin presyjnych z powodu hipotonii. W wykonanym po tygodniu kontrolnym badaniu echokardiograficznym stwierdzono poprawę kurczliwości oraz wzrost EF do 30%. Obserwowano również spadek stężenia NT proBNP. W badaniach laboratoryjnych zwracało uwagę podwyższenie stężenia hormonu tyreotropowego — TSH (choroba Hashimoto w wywiadzie). W kolejnych badaniach echokardiograficznych serca wykonanych

Adres do korespondencji: Dr n. med. Paweł Nurzyński, Zakład Profilaktyki Onkologicznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, ul. Wołoska 137, 02–507 Warszawa, e-mail: pawenur@gmail.com

w następnych miesiącach obserwowano dalszy wzrost EF — 45% (sierpień 2013 r.), 50% (wrzesień 2013 r.), 60% (listopad 2013 r.). W kontrolnym badaniu TK przeprowadzonym w listopadzie 2013 r. stwierdzono

progresję choroby pod postacią nowej zmiany w prawej nerce. W związku z poprawą parametrów kardiologicznych chora została zakwalifikowana do leczenia 2. linii ewerolimusem, które rozpoczęła w grudniu 2013 r.

Stopień zaawansowania (TNM)	pT1aNXM1
Typ histologiczny (np. jasnokomórkowy)	Rak jasnokomórkowy
Stopień złośliwości (G)	G2
Czas od rozpoznania do uogólnienia (miesiące)	0
Lokalizacja przerzutów	Płuca, żebra, kręgosłup piersiowy, kość ramienna
Kategoria rokownicza wg MSKCC w momencie kwalifikacji do leczenia systemowego	Rokowanie pośrednie
1. linia leczenia	
Lek	Sunitynib
Dawkowanie leku	50 mg
Stan sprawności w chwili kwalifikacji do leczenia (ECOG)	1
Lokalizacja przerzutów	Płuca, żebra, kręgosłup piersiowy, kość ramienna
Czas leczenia (miesiące)	8 miesięcy
Najlepsza odpowiedź CR/PR/SD/PD	SD
Czas trwania odpowiedzi (miesiące)	6
Działania niepożądane (G3/4)	Niewydolność serca wg NYHA III
Przyczyna zakończenia leczenia	Toksyczność
2. linia leczenia	
Lek	Ewerolimus
Dawkowanie leku	10 mg
Stan sprawności w chwili kwalifikacji do leczenia (ECOG)	1
Lokalizacja przerzutów	Płuca, kręgosłup piersiowy i lędźwiowy, kość ramienna, nerka prawa
Czas trwania leczenia (miesiące)	Rozpoczęte 3 grudnia 2013 r.
Najlepsza odpowiedź CR/PR/SD/PD	
Czas trwania odpowiedzi (miesiące)	
Działania niepożądane (G3/4)	
Przyczyna zakończenia leczenia	