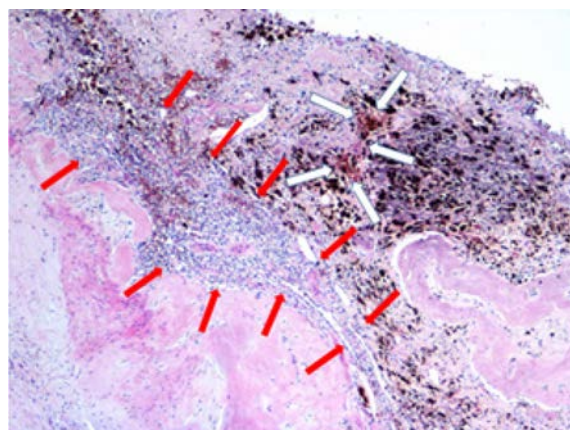


Obr. 3. Zbytky světllobuněčného karcinomu (označeno bílými šipkami), v okolí známky regrese nádoru s depozicí fibrinu (1.), erythrocyty (2.) a ložiska nekrotické tkáně (3.); původní zvětšení x100, hematoxylin-eosin

Fig. 3. Residuals clear cell carcinoma (marked with white arrows), around signs of tumor regression with fibrin deposition (1.), erythrocytes (2.) and necrotic tissue foci (3.). Original magnification x100, hematoxylin-eosin



Obr. 4. Zbytky světllobuněčného karcinomu (označeno červenými šipkami), bílé šipky ozačují ložiska hemosiderinu, nejspíše související s organizací krevních sraženin v místě regrese nádoru po léčbě; původní zvětšení x40, hematoxylin-eosin

Fig. 4. Residuals of clear carcinoma (marked with red arrows), white arrows mark hemosiderin foci, most likely related to the organization of blood clots at the site of tumor regression after treatment. Original magnification x40, hematoxylin-eosin

Od listopadu 2017 jsme zahájili léčbu sunitinibem v úvodní dávce 50 mg/den na 28 dní, pak 14 dní pauza. Po třech sériích provedeno restagingové CT vyšetření (únor 2018) – nález kompletní regrese plicních a pleurálních metastáz, vymizení fluidotoraxu (Obr. 1). Také došlo k výrazné redukci velikosti primárního tumoru levé ledviny ze vstupních 80 × 85 mm na velikost 45 × 40 mm se změnou syčení tkáně, která vykazovala spíše strukturu nekrotické tkáně (Obr. 2). Vzhledem k příznivé odpovědi na cílenou léčbu s kompletní radiologickou regresí metastáz a při dobrém performance stavu (ECOG 0) byl pacient indikován k operačnímu řešení primárního nádoru.

Nefrektomie provedena za čtyři měsíce od zahájení systémové léčby. Při výkonu odstraněna ledvina, kde v centrální části ledviny fibrózní tkáň o velikosti 25 × 35 × 25 mm. Mikroskopicky se jednalo o zcela regresivně změněnou tkáň s nekrotizací a mikroložisky cystisticky transformovaného světllobuněčného renálního karcinomu (Obr. 3 a 4). Léčba sunitinibem nebyla přerušena z důvodu operace, nezaznamenali jsme komplikace s hojením operační rány.

I přes kompletní remisi metastáz a odstranění primárního tumoru pacient pokračoval v medikaci sunitinibem. Za další tři měsíce (červenec 2018) po provedené nefrektomii, restagingové CT s nálezem metastatického kostního postižení lopaty kosti kyčelní vpravo a křížové kosti. Pacient indikován k léčbě II. linie kabozantinibem v dávce 60 mg/den. Další kontrolní CT po třech měsících ukázalo progresi kostního metaprocessu. Po dvou liniích cílené léčby jsme ve III. linii indikovali imunoterapii nivolumabem v dávce 480 mg i. v. a čtyři týdny. Během léčby III. linie pro bolesti skeletu pánve analgetická iradiace dávkou 3/30 Gy na sakrum a dávkou 3.6/36 Gy na levou pánevní kost. Další restagingové CT prokazuje další progresi kostního metaprocessu co do velikosti stávajících ložisek, tak i počtu nově vzniklých metastáz. Navíc se nově objevují mnohočetné plicní metastázy v obou plicích křídlech do velikosti 10 mm a metastázy do mediastinálních uzlin velikosti do 15 mm. Po zvážení byla ponechána léčba nivolumabem s časným kontrolním CT k vyloučení pseudoprogrese. I toto vyšetření ale prokázalo nález významné regrese počtu a velikosti plicních metastáz, regrese mediastinální lymfadenopatie a nově solidní metastáza v hrudní stěně