



Тезисы^{*}

Иммуноопосредованный рецидивирующий артрит при лечении метастатической меланомы кожи: клинический случай

Нечаева М.Н., Молнар С.М., Рахманкулова Г.Г.

Архангельский клинический онкологический диспансер

Цель. Представить собственный опыт наблюдения за осложнениями при иммунотерапии (ИТ) пациентов с метастатической меланомой кожи.

Материал и методы. Пациентка, 49 лет. С 2015 г. эпителиоидно-клеточная меланома без выявленного первичного очага TхNхM1 IV стадии, с метастазами (МТС) в мягкие ткани, левую молочную железу (ЛМЖ), легкие, печень, поджелудочную железу (ПЖ), надпочечники. PD-L1 20%.

Результаты. Пациентке проведена ИТ пембролизумабом на протяжении 13 месяцев с полным метаболическим ответом в течение 4 месяцев и развитием артрита 3-й ст. В апреле 2017 г. – первое прогрессирование (МТС в легких), проведена лучевая терапия на аппарате «Кибернож». В мае 2017 г. – второе прогрессирование (новые МТС в мягких тканях правого плеча, ПЖ, ЛМЖ). Проведена вакцинотерапия в рамках протокола, выполнено удаление МТС в ЛМЖ и мягких тканях правого плеча. В октябре 2017 г. – третье прогрессирование (увеличение всех МТС-очагов). После четырех введений ипилимумаба по 6 мг/кг появились диспепсия 2-й ст., болевой синдром 2-й ст. в области МТС, колит 2-й ст. В феврале 2018 г. произошло четвертое прогрессирование (МТС в печени). После первого введения ниволумаба 240 мг наблюдался рецидив артрита плюсневых, плюснефаланговых, голеностопных суставов 2-й ст. Снижена доза ниволумаба до 3 мг/кг, ИТ – до 53 курсов. Между курсами – рецидивирующий артрит 2-й ст. Частичный ответ опухоли в мае 2018 г. ИТ закончена в мае 2020 г. в связи с ухудшением состояния пациентки – артрит 3-й ст. с присоединением перикардита 1-й ст. и левостороннего гидроторакса 1-й ст. Пациентка неоднократно консультировалась у ревматолога. Диагноз: ревматоидный артрит, серонегативный, АЦЦП-отрицательный, эрозивный, развернутая стадия, активность 2, рентгенологическая стадия IV, с внесуставными проявлениями – РУ, лимфаденопатией, поражением сердца (перикардитом), ФК II. Развился вторичный остеоартрит с преимущественным поражением КС, ФК I–II. По поводу артрита пациентка последовательно получала курсы преднизолона 60 мг/сут – 7,5 мг/сут длительно, метотрексат 10 мг в неделю (отмена в связи с артралгией 2-й ст.), азатиоприн (отмена в связи с диспепсией 2-й ст.), гидроксихлорохин (отмена в связи с диспепсией 2-й ст.), лефлуномид 20 мг/сут (отмена в связи с алопецией 2-й ст. и диспепсией 2-й ст.), сульфасалазин 2 г/сут – 3 г/сут (отмена в связи с алопецией 2-й ст., тромбоцитопенией 2-й ст.). Артрит разрешился до 2-й ст. Проводится терапия артрита препаратами абатацепт и ритуксимаб. Пациентка продолжает наблюдение у онколога. По данным ПЭТ/КТ в октябре 2022 г. – полный метаболический ответ.

Выводы. Данный клинический случай показывает, что онкологу необходимо уметь распознавать возможные нежелательные явления при применении ИТ и эффективно управлять ими, привлекая сопутствующих специалистов.

Ключевые слова: метастатическая меланома кожи, нежелательные явления при иммунотерапии

^{*} Тезисы публикуются в авторской редакции.