

Bogumiła Czartoryska-Arlukowicz

Białostockie Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie

Chora z rozsianym rakiem piersi z nadekspresją HER2 leczona lapatynibem z kapecytabiną po progresji w trakcie leczenia trastuzumabem

Onkol. Prak. Klin. 2011; 7, supl. A: A17–A18

Chora w wielu lat 55 zgłosiła się do Białostockiego Centrum Onkologii w celu dalszego leczenia z powodu rozsiewu raka piersi prawej. Wcześniej pacjentkę leczono w innym ośrodku. Chorobę rozpoznano 18 sierpnia 2005 r., ustalając wyjściowo stopień klinicznego zaawansowania na T2N3M0, czyli IIIC. W chwili rozpoznania stan ogólny chorej był dobry, nie występowały u niej choroby współistniejące, wartość frakcji wyrzutowej lewej komory (LVEF, *left ventricular ejection fraction*) była prawidłowa (68%).

Ze względu na stopień klinicznego zaawansowania (IIIC) chorą zakwalifikowano do chemioterapii neoadjuwantowej według schematu AT (doksorubicyna, docetaksel) — od sierpnia 2005 r. do stycznia 2006 r. podano sześć cykli leczenia, uzyskując częściową regresję zmian. Następnie przeprowadzono leczenie chirurgiczne — mastektomię prawostronną sposobem Pateya (luty 2006 r.). W badaniu histopatologicznym materiału pooperacyjnego stwierdzono raka przewodowego inwazyjnego z cechami uszkodzenia po chemioterapii. We wszystkich 25 zbadanych węzłach chłonnych pachy prawej stwierdzono obecność przerzutów raka z przekroczeniem torebki węzła. W przeprowadzonym badaniu immunohistochemicznym uzyskano ujemny odczyn w kierunku obecności receptorów estrogenowych i progesteronowych

oraz stwierdzono nadmierną ekspresję receptora HER2 [wynik badania immunocytochemicznego (ICH, *immunocytochemistry*): +++].

Chorą zakwalifikowano do leczenia adjuwantowego. Zastosowano napromienianie na obszar ściany klatki piersiowej po stronie prawej oraz obszar węzłowy — łącznie podano po 50 Gy w klasycznym frakcjonowaniu. Następnie włączono leczenie adjuwantowe trastuzumabem. Od 11 września 2006 r. do 3 września 2007 r. podano 17 wlewów trastuzumabu, standardowo (co 3 tygodnie), z bardzo dobrą tolerancją leczenia.

Tuż po zakończeniu leczenia adjuwantowego trastuzumabem pojawiły się niespecyficzne objawy w postaci bólów kostnych, utraty apetytu, osłabienia. Przeprowadzono diagnostykę radiologiczną, w tym badanie pozytonowej tomografii emisyjnej, i stwierdzono liczne przerzuty do kości, płuc i wątroby, którym towarzyszyły bóle kostne. Stan ogólny chorej był dobry [stan sprawności według klasyfikacji Światowej Organizacji Zdrowia (WHO, *World Health Organization*) — 0], LVEF mierzona za pomocą echokardiografii serca wynosiła 65%. Uwzględniając obraz kliniczny, wyjściowe zaawansowanie choroby oraz fakt szybkiej progresji po zakończeniu leczenia adjuwantowego trastuzumabem, wobec granicznych wskazań do takiego leczenia w stopniu zaawansowania IIIC, podjęto decyzję

Adres do korespondencji: Bogumiła Czartoryska-Arlukowicz

Białostockie Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie, Oddział Onkologii Klinicznej im. dr Ewy Pileckiej z Pododdziałem Chemioterapii Dzielnej
ul. Ogrodowa, 15–027 Białystok

Tel.: +48 (85) 664 67 95, faks: +48 (85) 664 87 83

e-mail: barlukowicz@poczta.onet.pl

o zastosowaniu leczenia skojarzonego trastuzumabem z chemioterapią, w tym przypadku z winorelbina, które prowadzono przez 15 miesięcy, od 22 listopada 2007 r. do 25 marca 2009 r., uzyskano stabilizację zmian. W badaniu kontrolnym przeprowadzonym 25 marca 2009 r. na podstawie badań radiologicznych, w tym tomografii komputerowej jamy brzusznej, stwierdzono progresję zmian przerzutowych w wątrobie, przy utrzymującej się stabilizacji zmian w płucach i w kośćcu. Ze względu na progresję choroby włączono leczenie drugiej linii choroby rozsianej — zgodnie ze standardem postępowania — według schematu lapatynib + kapecytabina. Lapatynib zastosowano w dawce 1250 mg/dobę w systemie ciągłym, a kapecytabinę w dawce 2000 mg/m² podawane przez 14 dni w cyklach 21-dniowych. Leczenie rozpoczęto 1 kwietnia 2009 r. i trwa ono nadal. W przeprowadzonych badaniach kontrolnych stwierdzono znacznego stopnia częściową remisję zmian przerzutowych w wątrobie, częściową remisję zmian przerzutowych w płucach oraz stabilizację zmian w kośćcu. Tolerancja leczenia jest bardzo dobra. W 6. miesiącu terapii u chorej wystąpił zespół ręka–stopa II stopnia, zastosowano leczenie miejscowe z dobrym efektem. Obecnie

pacjentka kontynuuje leczenie lapatynibem z kapecytabiną, jej stan ogólny jest bardzo dobry, nie występują u niej dolegliwości, chora kontynuuje pracę zawodową. W wykonywanych regularnie kontrolnych badaniach obrazowych utrzymuje się częściowa remisja zmian. Jako leczenie wspomagające otrzymuje bisfosfoniany, poza tym nie wymaga żadnej innej terapii.

Podsumowanie

1. U chorej na raka w znacznym stopniu zaawansowania po rozsiewie uzyskano bardzo dobry efekt leczenia z zastosowaniem terapii celowanych.
2. W wyniku leczenia pierwszej linii choroby rozsianej trastuzumabem uzyskano stabilizację zmian trwającą 15 miesięcy, zaś po progresji po zastosowaniu leczenia lapatynibem i kapecytabiną nastąpiła znacznego stopnia częściowa remisja zmian w wątrobie i w płucach oraz stabilizacja zmian w kośćcu utrzymująca się ponad 22 miesiące.
3. Chora kontynuuje leczenie lapatynibem z kapecytabiną, a jej stan ogólny jest bardzo dobry.