

Piotr Tokajuk

Białostockie Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie

Istotne korzyści kliniczne związane z terapią lapatynibem z kapecytabiną u chorej na rozsiały raka piersi z nadekspresją HER2

Onkol. Prak. Klin. 2011; 7, supl. A: A19–A20

Chorą w wieku 56 lat z rozpoznaniem miejscowo zaawansowanego raka piersi poddano przez około 4 tygodnie chemioterapii indukcyjnej według programu Ansfielda. W dniu 20 marca 1998 r. u pacjentki wykonano mastektomię lewostronną metodą Pateya. W badaniu histopatologicznym materiału pooperacyjnego stwierdzono: raka przewodowego z cechami uszkodzenia po chemioterapii i przerzuty w 3 na 14 przebadanych węzłów chłonnych. Chorą poddano następnie chemioterapii uzupełniającej, stosując schemat CMF (cyklofosfamid, metotreksat, fluorouracyl: 8 cykli leczenia do 28 sierpnia 1998 r.), i uzupełniającej radioterapii oraz hormonoterapii tamoksyfenem (do września 2002 r.).

We wrześniu 2002 r. zdiagnozowano nawrót choroby pod postacią przerzutów do wątroby. Na podstawie materiału pooperacyjnego z mastektomii oceniono ekspresję receptorów hormonalnych i HER2: ER+ 60%, PR+ 80%, HER2 „+++”. Rozpoczęto leczenie według programu FAC (fluorouracyl, doksorubicyna, cyklofosfamid). Łącznie podano 6 cykli leczenia, uzyskując częściową regresję zmian przerzutowych w wątrobie. Następnie zastosowano hormonoterapię letrozolem (do października 2007 r.).

We wrześniu rozpoznano przerzuty do układu kostnego (odcinek Th/L kręgosłupa). Z powodu przerzutów do kości pacjentka otrzymała fulwestrant (od 4 października 2007 r. do 4 czerwca 2008 r.). Hormo-

noterapię zakończono z powodu pojawienia się nowych przerzutów do wątroby oraz progresji choroby w układzie kostnym (liczne, rozsiane zmiany przerzutowe w układzie kostnym). Do terapii włączono bisfosfoniany (pamidronian). W badaniu echokardiograficznym (ECHO) nie wykazano istotnych odchyleń, wartość frakcji wyrzutowej serca (LVEF, *left ventricular ejection fraction*) wynosiła 64%, u pacjentki nie stwierdzono istotnych obciążeń kardiologicznych. Chorą zakwalifikowano do leczenia trastuzumabem (co 7 dni) w skojarzeniu z docetakselem (100 mg/m² co 3 tygodnie). Toksyczność leczenia była następująca: neutropenia w stopniu G3, niedokrwistość w stopniu G2 (stosowano darbepoetynę), ALT — G2. W kontrolnym badaniu ECHO nie wykazano istotnych odchyleń, wartość LVEF — 66%. Od 10 czerwca 2008 r. do 4 grudnia 2008 r. podano łącznie 8 kursów docetakselu. Uzyskano stabilizację choroby, klinicznie: zmniejszenie nasilenia dolegliwości bólowych. W dniu 29 października 2008 r. implantowano port naczyniowy do żyły szyjnej wewnętrznej prawej. W dniu 13 listopada 2008 r. dokonano zmiany podawania trastuzumabu na dawkowanie co 3 tygodnie. Po zakończeniu kuracji docetakselem kontynuowano leczenie trastuzumabem w skojarzeniu z anastrozolem (od 5 grudnia 2008 r. do maja 2009 r.). Kontynuowano także leczenie pamidronianem.

W dniu 20 maja 2009 r. stwierdzono progresję choroby pod postacią pojawienia się licznych nowych zmian

Adres do korespondencji: Piotr Tokajuk

Białostockie Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie, Oddział Onkologii Klinicznej im. dr Ewy Pileckiej z Pododdziałem Chemioterapii Dzielnej

ul. Ogrodowa 12, 15-027 Białystok

Tel.: +48 (85) 664 67 34, faks: +48 (85) 664 67 83

e-mail: ptokajuk@poczta.onet.pl

przerzutowych w wątrobie z towarzyszącym wzrostem stężenia enzymów wątrobowych. Zdecydowano o włączeniu leczenia cytotoksycznego winorelbina i kontynuacji terapii trastuzumabem. Kontrolne badanie ECHO serca: wielkość serca i funkcja lewej komory prawidłowe, wartość LVEF — 62%. Po 2 miesiącach leczenia, w dniu 17 lipca 2009 r., stwierdzono ponowną progresję choroby w wątrobie. Stan ogólny chorej pogorszył się, oceniono go jako 2 według klasyfikacji Światowej Organizacji Zdrowia (WHO, *World Health Organization*), stwierdzono podwyższenie parametrów wątrobowych i nasilenie bólów kostnych. W dniu 21 lipca 2009 r. rozpoczęto leczenie lapatynibem w dawce 1250 mg/dz. w skojarzeniu z kapecytabiną w dawce 3000 mg/dz. (2000 mg/m² pc./dz.) w dniach 1.–14. co 21 dni. Chora dość dobrze tolerowała leczenie, obserwowano biegunki w stopniu G1 oraz zespół ręka–stopa — G2, neutropenię — G2, okresowo hiperbilirubinemię — G1, AST — G1, hiponatremię — G1. W kontrolnym badaniu tomografii komputerowej (CT, *computed tomography*) (16 września 2009 r.), wykonanym po około 2 miesiącach terapii, stwierdzono znaczną regresję zmian przerzutowych w wątrobie. Odnotowano częściową

odpowiedź na leczenie. W zakresie zmian przerzutowych w układzie kostnym przez cały czas stwierdzano stabilizację. W kontrolnym ECHO serca wykazano prawidłową wielkość serca i funkcje lewej komory, wartość LVEF wynosiła 65%. Klinicznie uzyskano znaczną poprawę stanu ogólnego chorej, normalizację parametrów wątrobowych, ustąpienie bólów kostnych. Pacjentka powróciła do pracy zawodowej i aktywnego trybu życia.

W dniu 20 października 2010 r. stwierdzono progresję choroby — pojawienie się nowych zmian przerzutowych w wątrobie. Podjęto decyzję o zakończeniu leczenia lapatynibem w skojarzeniu z kapecytabiną. Włączono anastrozol, utrzymano leczenie pamidronianem.

Podsumowanie

1. U chorej uzyskano odpowiedź na leczenie lapatynibem z kapecytabiną trwającą około 15 miesięcy.
2. Uzyskano znaczącą poprawę stanu ogólnego chorej umożliwiającą powrót do pracy zawodowej oraz aktywnego trybu życia.