

Joanna Streb, Agnieszka Słowik

Oddział Kliniczny Onkologii, SP ZOZ Szpital Uniwersytecki w Krakowie

Długoletnie leczenie fulwestrantem pacjentki z hormonozależnym rozsiałym rakiem piersi

Long-term treatment with fulvestrant in a patient with hormone-sensitive disseminated breast cancer

Adres do korespondencji:

lek. Joanna Streb
 Oddział Kliniczny Onkologii,
 SP ZOZ Szpital Uniwersytecki w Krakowie
 ul. Mikołaja Kopernika 36, 31–501 Kraków

STRESZCZENIE

Rak piersi jest najczęściej występującym nowotworem u kobiet w Polsce oraz stanowi drugą przyczynę umieralności na nowotwory złośliwe u płci żeńskiej. Leczenie raka piersi jest procesem wieloetapowym, podczas którego stosowana może być chemioterapia, radioterapia, leczenie hormonalne oraz terapie celowane. W pracy przedstawiono opis pacjentki, u której podczas stosowania fulwestrantu z powodu zaawansowanego raka piersi doszło do długotrwałej odpowiedzi klinicznej.

Słowa kluczowe: hormonozależny rozsiały rak piersi, fulwestrant, leczenie raka piersi

ABSTRACT

Breast cancer is the most frequent cancer in women and the second cause of cancer-related deaths in women in Poland. Treatment is a multistage process, in which chemotherapy, radiotherapy, endocrine therapy and molecularly targeted therapy may be taken into consideration. This is description of the patient with metastatic breast cancer who during the using of fulvestrant has been reached the long-lasting clinical response.

Key words: hormone-sensitive disseminated breast cancer, fulvestrant, breast cancer treatment

Onkologia w Praktyce Klinicznej
 2015, tom 11, supl. I, I11–I12
 Copyright © 2015 Via Medica
 ISSN 1734–3542
 www.opk.viamedica.pl

Onkol. Prak. Klin. 2015; 11, supl. I, I11–I12

Wstęp

Rak piersi jest najczęściej występującym nowotworem u kobiet w Polsce oraz stanowi drugą przyczynę umieralności na nowotwory złośliwe u płci żeńskiej. Leczenie raka piersi jest procesem wieloetapowym, podczas którego stosowana może być chemioterapia, radioterapia, leczenie hormonalne oraz terapie celowane. Obecnie wiadomo, że około 60–70% raków piersi ma receptory estrogenowe [1–3], co pozwala zastosować terapię hormonalną zarówno w leczeniu uzupełniającym, jak i paliatywnym [4–7]. Dzięki zastosowaniu leczenia systemowego u pacjentek z uogólnioną chorobą nowotworową często udaje się osiągnąć wieloletnie prze-

życie. W przedstawionym opisie przypadku uzyskano długotrwałą odpowiedź kliniczną u pacjentki leczonej fulwestrantem z powodu zaawansowanego raka piersi.

Opis przypadku

Pacjentka wówczas 57-letnia zgłosiła się w maju 2004 roku na kontrolne badanie mammograficzne. W piersi prawej na pograniczu kwadrantów zewnętrznych stwierdzono nieregularne zacielenia o wymiarach około 20 × 15 mm z patologicznymi mikrozwapieniami oraz zmianę o wymiarach 15 × 10 mm. W lewej piersi bez zmian ogniskowych. Pacjentkę skierowano na dalszą dia-

gnostykę. W badaniu histopatologicznym z biopsji cieniogłowej guza potwierdzono rozpoznanie raka piersi.

U chorej wykonano mastektomię prawostronną z usunięciem węzłów pachowych w lipcu 2004 roku. W badaniu histopatologicznym stwierdzono: rak przewodowy piersi T1cN1, węzły chłonne 1/20, stopień złośliwości G2, receptory estrogenowe 80%, progesteronowe 10% oraz HER2-ujemne. Pacjentka otrzymała 6 cykli uzupełniającej chemioterapii według schematu CMF (cyklofosfamid, metotreksat, 5-fluorouracyl). W badaniu RTG klatki piersiowej nie zaobserwowano zmian patologicznych, w kontrolnym badaniu ultrasonograficznym (USG) jamy brzusznej nie stwierdzono istotnych odchyłań od normy. Pacjentka nie była leczona z powodu innych chorób współistniejących. Po zakończonej chemioterapii zastosowano u niej leczenie hormonalne.

Otrzymywała tamoksyfen przez 2 lata, a następnie przez kolejne 3 lata inhibitor aromatazy. Po zakończonym 5-letnim leczeniu hormonalnym chora pozostawała pod ścisłą kontrolą onkologiczną.

W kwietniu 2013 roku w kontrolnym badaniu USG w przestrzeni Rottera pod mięśniem piersiowym większym zaobserwowano u pacjentki hipoechogeniczną strefę o wymiarach około 10 × 7 mm. W RTG klatki piersiowej i USG jamy brzusznej nie odnotowano obecności zmian podejrzanych onkologicznie. Analizując obraz tomografii komputerowej (KT) klatki piersiowej, zwrócono uwagę na znajdujący się po prawej stronie węzeł pachowy powierzchowny pomiędzy mięśniem piersiowym mniejszym a większym o wielkości 12 × 7 mm, do dalszej oceny w USG. Usunięto podejrzany węzeł. W badaniu histopatologicznym potwierdzono przerzut raka piersi przewodowego G3, utkanie ogniska raka o średnicy 11 mm przekraczające torebkę węzła chłonnego. Zmiana naciekała tkankę okołowezłową, receptory estrogenowe 90%, receptory progesteronowe 40%, Her2-ujemny Ki 67–34%. Pacjentkę skierowano na badanie metodą pozytonowej tomografii emisyjnej (PET, *positron emission tomography*) w celu wykluczenia rozsiewu choroby nowotworowej, w badaniu bez cech rozsiewu, aktywny metabolicznie obszar w okolicy blizny po mastektomii.

Pacjentkę skierowano na radioterapię. Podano dawkę całkowitą 4500 cGy w 20 frakcjach wiązką fotonową/x6MV. Następnie w lipcu 2013 roku rozpoczęto leczenie hormonalne fulwestrantem w dawce 500 mg, po 2 tygodniach podano dawkę wysyceniową. W kontrolnym badaniu KT klatki piersiowej oraz USG jamy brzusznej nie stwierdzono zmian podejrzanych onkologicznie, a w badaniu scyntygraficznym kośćca — cech rozsiewu choroby nowotworowej.

Chora (obecnie 68 lat) kontynuuje leczenie hormonalne z dobrą tolerancją bezpośrednią oraz bez nasilonych działań niepożądanych ponad 29 miesięcy. W kontrolnych badaniach obrazowych bez cech wzno-

wy i progresji choroby. Pozostaje pod stałą kontrolą w poradni chorób piersi z powodu zmian mastopatiicznych.

Podsumowanie

Skuteczność fulwestrantu w dawce 500 mg w porównaniu z dawką 250 mg potwierdzono w badaniach klinicznych w grupie chorych z miejscowo zaawansowanym przerzutowym rakiem piersi, u których stwierdzono niepowodzenie wcześniejszej linii hormonoterapii. Podając większą dawkę, uzyskano wydłużenie mediany czasu całkowitego przeżycia o około 4 miesiące, przy braku różnicy w profilu działań niepożądanych [10, 11].

Na podstawie analizy danych z badań klinicznych wykazano porównywalną skuteczność eksemestanu z fulwestrantem w dawce 250 mg. Zwiększenie dawki fulwestrantu skutkowało redukcją ryzyka progresji choroby o 15%, natomiast dołączenie ewerolimusu zwiększyło skuteczność eksemestanu, powodując jednak także znaczne zwiększenie toksyczności [12].

Czas leczenia fulwestrantem u opisywanej chorej wynosi obecnie ponad 29 miesięcy, co potwierdza wysoką skuteczność kliniczną tego typu hormonoterapii.

Piśmiennictwo

- Li J., Chen Z., Su K., Zeng J. Clinicopathological classification and traditional prognostic indicators of breast cancer. *Int. J. Clin. Exp. Pathol.* 2015; 8: 8500–8505.
- Malhorta G., Zhao X., Band H., Band V. Histological, molecular and functional subtypes of breast cancers. *Cancer Biol. Ther.* 2010; 10: 955–960.
- Kumar N., Patni P., Agarwal A. i wsp. Prevalence of molecular subtypes of invasive breast cancer: A retrospective study. *Med. J. Armed Forces India* 2015; 71: 254–258.
- Hu Q., Luo T., Zhong X. i wsp. Application status of tamoxifen in endocrine therapy for early breast cancer. *Exp. Ther. Med.* 2015; 9: 2207–2212.
- Blok E.J., Derks M.G., van der Hoeven J.J. i wsp. Extended adjuvant endocrine therapy in hormone-receptor positive early breast cancer: current and future evidence. *Cancer Treat. Rev.* 2015; 41: 271–276.
- Zhou C., He J., Li J. i wsp. A nation-wide multicenter 10-year (1999–2008) retrospective clinical study of endocrine therapy for Chinese females with breast cancer. *PLoS One* 2014; 9: e100159.
- Guth U., Huang D.J., Schotzau A., Schmid S.M. Use of palliative endocrine therapy in patients with hormone receptor-positive distant metastatic breast cancer: how often, how effective, how long? *Onco-Logist* 2015 [Epub ahead of print].
- Uramoto H., Hanagiri T. Two cases with long-term survival following multidisciplinary treatment for recurrent breast cancer after surgery. *Anticancer Res.* 2011; 31: 277–279.
- Zauchar R., Sosińska-Mielcarek K., Jassem J. Long-term survival of patient with primarily chemo-resistant metastatic breast cancer treated with medroxyprogesterone acetate. *Breast* 2004; 13: 321–324.
- Oakman C., Moretti E., Santerpia L., Di Leo A. Fulvestrant in the management of postmenopausal women with advanced, endocrine-responsive breast cancer. *Future Oncol.* 2011; 7: 173–186.
- Di Leo A., Jerusalem G., Petruzelka L. i wsp. Final overall survival: fulvestrant 500 mg vs 250 mg in randomized CONFIRM trial. *J. Natl. Cancer Inst.* 2014; 106: djt337.
- Pitchard K.I., Gelmon K.A., Rayson D. i wsp. Endocrine therapy for postmenopausal women with hormone receptor-positive Her2-negative advanced breast cancer after progression or recurrence on nonsteroidal aromatase inhibitor therapy: a Canadian consensus statement. *Curr. Oncol.* 2013; 20: 48–61.