

## Wstęp



Leczenie hormonalne stanowi podstawową opcję terapeutyczną w zaawansowanym, hormonozależnym raku piersi, nawet w przypadku zajęcia narządów wewnętrznych. Tylko gdy występują nasilone objawy, choroba gwałtownie postępuje lub istnieje ryzyko rozwoju niewydolności narządowej, powinno się rozważać stosowanie chemioterapii na pierwszym etapie leczenia hormonozależnego raka piersi. W praktyce klinicznej, w przypadku nawrotu/rozsiewu raka piersi wykazującego ekspresję receptora estrogenowego, mało dynamiczny przebieg i zaawansowanie procesu nowotworowego pozwalają jednak najczęściej na wdrożenie w pierwszej kolejności hormonoterapii.

W I linii leczenia zaawansowanego hormonozależnego raka piersi u kobiet po menopauzie, szczególnie po wcześniejszej terapii tamoksyfenem w leczeniu uzupełniającym, w większości przypadków stosuje się niesteroidowe inhibitory aromatazy (IA) — anastrozol i letrozol, a jeśli okażą się one nieskuteczne — fulwestrant. Takie postępowanie wynika z porównywalnej skuteczności obu strategii leczenia hormonalnego, przy łatwiejszym stosowaniu leków dostępnych w formie doustnej.

W ostatnim czasie pojawiło się jednak wiele danych wskazujących, że to fulwestrant powinien być podstawowym lekiem w I linii paliatywnej hormonoterapii. Na podstawie wyników badania III fazy CONFIRM zdefiniowano optymalne dawkowanie fulwestrantu w leczeniu paliatywnym (500 mg co 4 tygodnie), które wiązało się ze znamienym zmniejszeniem ryzyka zgonu (o 19%) w porównaniu z wcześniejszym standardem dawkowania tego leku (250 mg co 4 tygodnie). W randomizowanym badaniu II fazy FIRST (*Fulvestrant First-Line Study Comparing Endocrine Treatments*) porównywano skuteczność fulwestrantu w obecnie stosowanej dawce (500 mg co 4 tygodnie) z anastrozolem w dawce 1 mg/dobę w I linii leczenia chorych na miejscowo zaawansowanego lub przerzutowego hormonozależnego raka piersi. Obecnie trwa badanie III fazy FALCON (*Fulvestrant and Anastrozole Compared in Hormonal Therapy Naïve Advanced Breast Cancer*) mające ostatecznie zweryfikować, czy podawanie fulwestrantu powinno stać się standardowym postępowaniem w paliatywnym leczeniu hormonalnym I linii chorych na raka piersi z ekspresją receptora estrogenowego ER+.

W niniejszym suplemencie znajdą Państwo opisy przypadków czterech chorych na zaawansowanego raka piersi poddawanych paliatywnej hormonoterapii z wykorzystaniem nieodwracalnego blokera receptora estrogenowego — fulwestrantu. Opisy te potwierdzają wysoką aktywność i długotrwałe bezpieczeństwo stosowania tego leku. Należy również pamiętać, że dla wielu pacjentek, szczególnie tych starszych, w przypadku których często mamy do czynienia z polipragmazją z powodu schorzeń współistniejących, sposób podawania fulwestrantu (iniekcje co miesiąc) jest optymalnym rozwiązaniem. Comiesięczne wizyty związane z podawaniem tego leku nie tylko warunkują utrzymanie należytych parametrów farmakokinetycznych, wynikających z przestrzegania wielkości dawki i częstości stosowania fulwestrantu, ale również pozwalają lekarzom na lepszą kontrolę procesu terapeutycznego.

Prof. dr hab. n. med. Piotr Wysocki  
Zachodniopomorskie Centrum Onkologii w Szczecinie