

**Jerzy Hanslik**

Dzienny Oddział Chemioterapii Szpitala Rejonowego w Raciborzu

# Leczenie pierwszej linii rozsialego raka piersi z zastosowaniem liposomalnej doksorubicyny (Myocet®) u chorej z chorobą niedokrwinną i zaburzeniami rytmu serca

First-line treatment of metastatic breast cancer with the use of liposomal doxorubicin (Myocet®) in a female patient with ischaemic heart disease and cardiac dysrhythmia

**Adres do korespondencji:**

Lek. Jerzy Hanslik  
Dzienny Oddział Chemioterapii  
Szpital Rejonowy  
ul. Gamowska 3, 47-400 Racibórz  
Tel.: +48 (32) 755 50 17  
Faks: +48 (32) 755 50 49  
e-mail: jotha@interia.pl

**STRESZCZENIE**

Antracykliny są lekami o dużej skuteczności w leczeniu chorych z rozsialegim rakiem piersi. Część pacjentek obciążonych kardiologicznie posiada przeciwwskazania do zastosowania tego typu leczenia, ze względu na ryzyko rozwinięcia się kardiotoxyczości. Opisany przypadek dotyczy pacjentki z chorobą niedokrwinną serca i zaburzeniami rytmu, u której zastosowano leczenie doksorubicyną liposomalną w pierwszej linii leczenia rozsialego raka piersi.

**Słowa kluczowe:** przerzutowy rak piersi, antracykliny, kardiotoxyczość, doksorubicyna liposomalna

**ABSTRACT**

Anthracyclines are drugs characterised by high efficacy in the treatment of patients with metastatic breast cancer. However, this therapeutic approach is contraindicated in some of the female patients with a history of heart disease in view of the risk of cardiotoxicity. A case report is presented of a female patient with ischaemic heart disease and cardiac dysrhythmia receiving liposomal doxorubicin as part of the first-line treatment of metastatic breast cancer.

**Key words:** metastatic breast cancer, anthracyclines, cardiotoxicity, liposomal doxorubicin

Onkologia w Praktyce Klinicznej  
2010, supl. A, A31-A32  
Copyright © 2010 Via Medica  
ISSN 1734-3542  
www.opk.viamedica.pl

Onkol. Prak. Klin. 2010; supl. A: A31-A32

**Wstęp**

Kobieta (63-letnia) pozostawała pod kontrolą poradni onkologicznej od 2001 roku. Wówczas przeprowadzono amputację piersi metodą Pateya, uzyskano wynik badania histologicznego: *Ca ductale infiltrans Bloom II*, w. chł. 1+ (brak danych dotyczących całko-

witej liczby przebadanych wówczas węzłów chłonnych), ER (+++), PR (+++). W leczeniu uzupełniającym zastosowano 6 cykli chemioterapii według schematu CMF (cyklofosforamid, metotreksat, 5 fluorouracyl). Chorą okresowo kontrolowano ambulatoryjnie. W 8. roku obserwacji w badaniu tomograficznym klatki piersiowej stwierdzono u chorej pojedynczy przerzut do płuc

o średnicy 35 mm. Jednocześnie w wykonanej scyntygrafii kośćca uwidoczono mnogie przerzuty do kości. Zdecydowano o włączeniu do leczenia chemioterapii. W pierwszej kolejności rozważano chemioterapię opartą na antracyklinie, gdyż pacjentka do tej pory nie była leczona tym typem leków. Przeprowadzono ocenę chorej po kątem kardiologicznym. Stwierdzono istnienie w wywiadzie przewlekłej choroby niedokrwiennej serca z zaburzeniami rytmu. W wykonanym UKG uwidoczono znaczną tachykardię podczas badania, frakcja wyrzutowa (EF, *ejection fraction*) lewej komory wynosiła 61%. Po przeanalizowaniu całości obrazu klinicznego i wyników badań dodatkowych zdecydowano się na włączenie chemioterapii opartej na dokсорubicynie liposomalnej w połączeniu z cyklofosfamidem (Myocet® 60 mg/m<sup>2</sup>; Endoxan 600 mg/m<sup>2</sup> co 21 dni). Prowadzono także leczenie doustnym bisfosfonianem (klodronian dwusodowy 2 × 800 mg). Po 3 kursach leczenia obraz zmian w płucach był stabilny, w kontrolnym badaniu UKG zaobserwowano niewielki spadek EF do 55%, klinicznie nie odnotowano objawów ze strony układu krążenia. Kontynuowano chemioterapię w tych samych dawkach i w tym samym składzie do 6 cykli. Po zakończeniu leczenia przeprowadzono kolejną ocenę odpowiedzi i stwierdzono w tomografii komputerowej klatki piersiowej zmniejszenie średnicy przerzutu do 20 mm. Oceniono także po raz kolejny chorą pod kątem kardiologicznym. W badaniu przedmiotowym nie zanotowano żadnych objawów patologicznych ze strony układu krążenia, frakcja wyrzutowa lewej komory określona w UKG wynosiła 58%. W trakcie chemioterapii nie obserwowano istotnej toksyczności hematologicznej, rutynowo stosowano leczenie przeciwwymiotne doustnymi preparatami ondansetronu.

Obecnie pacjentka jest nadal leczona w poradni onkologicznej i przyjmuje letrozol oraz doustny bisfosfonian (chora nie wyraża zgody na dożylne podanie pamidronianu). Po 12 miesiącach obserwacji nie zanotowano progresji choroby. U chorej nie wystąpiły także żadne niepokojące objawy ze strony układu sercowo-naczyniowego.

## Omówienie

Wysoka skuteczność leczenia rozsialego raka piersi za pomocą antracyklin powoduje konieczność rozważenia takiego leczenia u chorych, u których doszło do takiego stadium choroby. Część z tych chorych była

wcześniej leczona adiuwantowo za pomocą antracyklin, część z nich posiada przeciwwskazania natury kardiologicznej do zastosowania leczenia. Liposomalna dokсорubicyna jest tak samo skuteczna w leczeniu tego typu chorych, a jednocześnie w przeciwieństwie do innych antracyklin znacząco mniej kardiotoksyczna [1, 2]. Pozwala to na włączenie chorych do chemioterapii opartej na tym leku.

Opisywany przypadek dotyczy chorej z rozsianym rakiem piersi, u której stwierdzono istnienie choroby niedokrwiennej serca z zaburzeniami rytmu (komorowymi), bez klinicznych objawów niewydolności krążenia. Ponieważ podjęto decyzję o leczeniu antracyklinami, zdecydowano się na włączenie schematu opartego na podaniu dokсорubicyny liposomalnej (Myocet®) z cyklofosfamidem. Leczenie to jest obciążone znacznie mniejszym ryzykiem powikłań ze strony układu krążenia [3, 4]. Chorą ściśle monitorowano w trakcie kolejnych etapów leczenia, wykonując badania EKG i UKG. Po zakończeniu terapii zaobserwowano niewielki spadek EF bez objawów klinicznych, nie zaobserwowano nasilenia się zaburzeń rytmu. Jednocześnie stwierdzono częściową odpowiedź na leczenie, pod postacią zmniejszenia się zmian przerzutowych. Chora jest stale obserwowana. Nadal utrzymuje się stabilizacja procesu nowotworowego, a przez 12 miesięcy od zakończenia leczenia u chorej nie odnotowano niepokojących zdarzeń kardiologicznych.

Mając na uwadze opisany przypadek, można stwierdzić, że opcja leczenia z użyciem liposomalnej dokсорubicyny u tej pacjentki była dobrym wyborem i przyniosła korzyści kliniczne, a jednocześnie nie spowodowała nasilenia objawów ubocznych ze strony układu krążenia.

## Piśmiennictwo

1. Chan S., Davidson N., Juozaityte E. i wsp. Phase III trial of liposomal doxorubicin and cyclophosphamide compared with epirubicin and cyclophosphamide as first-line therapy for metastatic breast cancer. *Ann. Oncol.* 2004; 15: 1527–1534.
2. van Dalen E.C., Michiels E.M.C., Caron H.N. i wsp. Different anthracycline derivatives for reducing cardiotoxicity in cancer patients (Cochrane review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, 4: CD005006.
3. Harris L., Batist G., Belt R. i wsp. Liposome-encapsulated doxorubicin compared with conventional doxorubicin in a randomized multicenter trial as first-line therapy of metastatic breast carcinoma. *Cancer* 2002; 94: 25–36.
4. Batist G., Ramakrishnan G., Rao C.S. i wsp. Reduced cardiotoxicity and preserved antitumor efficacy of liposome-encapsulated doxorubicin and cyclophosphamide in a randomized, multicenter trial of metastatic breast cancer. *J. Clin. Oncol.* 2001; 19: 1444–1454.