

Wstęp

W ostatniej dekadzie nastąpił gwałtowny rozwój metod terapii systemowej raka piersi. Klasyczne metody, takie jak chemioterapia oraz hormonoterapia, nadal należą do podstawowego arsenału walki z chorobą nowotworową i wykorzystywane są zarówno w leczeniu uzupełniającym, jak i w chorobie zaawansowanej lub z przerzutami. Natomiast u około 20% chorych na raka piersi, u których stwierdza się nadekspresję receptora HER, kluczowe znaczenie ma zastosowanie terapii anti-HER — trastuzumabu, lapatynibu, pertuzumabu czy trastuzumabu w połączeniu z entamzyną (TDM1).

Obecnie w Polsce w ramach programów lekowych Ministerstwa Zdrowia w zakresie terapii anti-HER w zaawansowanej oraz rozsianej postaci raka piersi refundacji przez Narodowy Fundusz Zdrowia podlega terapia trastuzumabem w leczeniu uzupełniającym i neoadjuwantowym, a ponadto terapia trastuzumabem w skojarzeniu z drugim humanizowanym przeciwciałem monoklonalnym anti-HER2 — pertuzumabem — z dodatkowym zastosowaniem docetakselu. Taka terapia jest wskazana u chorych na raka piersi z nadekspresją receptora HER2, u których nastąpił rozsiew choroby nowotworowej. Ponadto w leczeniu anti-HER w rozsianym raku piersi możliwe jest zastosowanie innej opcji — TDM1 — leku przeciwnowotworowego aktywującego się wewnątrz komórki nowotworowej. Preparat ten jest wskazany u chorych w stadium rozsiewu raka piersi po niepowodzeniu terapii anti-HER. Został zarejestrowany w wielu krajach na obszarze Unii Europejskiej, w Polsce natomiast obecnie nie podlega refundacji.

Trastuzumab wykazuje aktywność zarówno w leczeniu uzupełniającym, jak i w terapii choroby rozsianej, z kolei lapatinib wykazuje skuteczność głównie w chorobie z obecnością przerzutów. Rak piersi z przerzutami jest chorobą nieuleczalną, stąd głównym celem terapii systemowej jest kontrolowanie objawów choroby oraz przedłużenie przeżycia chorych z uwzględnieniem komfortu życia. Dlatego dobór terapii powinien opierać się nie tylko na ocenie stopnia zaawansowania nowotworu i jego cechach biologicznych, ale przede wszystkim na ocenie stanu ogólnego chorej, obecności schorzeń dodatkowych, a także powinien uwzględniać wygodę stosowanej terapii i możliwości łatwego kontrolowania działań niepożądanych z nią związanych.

Lapatynib jest inhibitorem wewnątrzkomórkowej kinazy tyrozynowej receptora czynnika wzrostu naskórka (EGFR, *epidermal growth factor receptor*), a także receptora HER2 i wykazuje skuteczność u chorych na raka piersi z nadekspresją receptora HER. Jest wskazany z połączeniu z kapecytabiną u pacjentek z zaawansowanym rakiem piersi lub rakiem piersi z przerzutami, z progresją choroby po wcześniejszym leczeniu antracyklinami i taksanami oraz po leczeniu trastuzumabem u chorych na raka piersi z przerzutami, ponadto w skojarzeniu z trastuzumabem u pacjentek z rakiem piersi z przerzutami, u których nowotwór nie wykazuje ekspresji receptorów dla hormonów, z progresją choroby po uprzednim leczeniu trastuzumabem z chemioterapią, a także w skojarzeniu z inhibitorem aromatazy u pacjentek po menopauzie z rakiem piersi z przerzutami, u których nowotwór wykazuje ekspresję receptorów dla hormonów i u których aktualnie nie jest planowane zastosowanie chemioterapii.

W Polsce zastosowanie lapatynibu w stadium choroby rozsianej jest objęte refundacją w ramach programu lekowego Ministerstwa Zdrowia i obejmuje grupę chorych, u których nastąpiła progresja w trakcie lub po terapii trastuzumabem. Lapatynib w tym wskazaniu stosowany jest łącznie z kapecytabiną.

Niewątpliwą zaletą leczenia lapatynibem jest doustna forma podania, która pozwala na terapię w warunkach domowych.

W kilku opisanych w niniejszym suplemencie przypadkach klinicznych uzyskano długotrwałą kontrolę choroby nowotworowej u pacjentek z wybranych grup chorych na raka piersi z przerzutami. Ponadto przedstawione obserwacje sugerują, że istnieje możliwość skutecznego kontrolowania działań niepożądanych, które występują w okresie kilkumiesięcznej terapii. Niewątpliwie zastosowanie lapatynibu z kapecytabiną przyczyniło się do wydłużenia czasu całkowitego przeżycia tych chorych przy akceptowalnym profilu toksyczności, co zasadniczo jest celem terapii systemowych w rozsianej chorobie nowotworowej.

Dr Joanna Streb
Oddział Kliniczny Onkologii,
SP ZOZ Szpital Uniwersytecki w Krakowie

