

Anna Czerepińska

Oddział Onkologii Klinicznej, Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej w Lublinie

Długotrwałe przeżycie chorej na rozszianego raka piersi z nadekspresją receptora HER2 z pozanarządową lokalizacją przerzutów leczonej lapatynibem z kapecytabiną

Adres do korespondencji:

Dr n. med. Anna Czerepińska
 Oddział Onkologii Klinicznej,
 Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej
 w Lublinie
 ul. Jaczewskiego 7, 20-090 Lublin
 e-mail: aczerepinska@cozl.eu

STRESZCZENIE

Niniejszy opis przypadku potwierdza istotną korzyść kliniczną z zastosowania lapatynibu w skojarzeniu z kapecytabiną u chorych na zaawansowanego raka piersi z nadekspresją receptora HER2, u których doszło do progresji choroby po uprzednim leczeniu trastuzumabem.

Słowa kluczowe: rozsziany rak piersi, HER2, lapatynib, kapecytabina

Onkol. Prak. Klin. Edu. 2017; 3, supl. A: A3–A4

Copyright © 2017 Via Medica
 ISSN 2450–1646
 www.opk.viamedica.pl

Wstęp

Jedną ze skutecznych metod leczenia chorych z postacią rozszianą raka piersi z nadekspresją receptora HER2 jest chemioterapia w skojarzeniu z terapią celowaną. Lapatynib w skojarzeniu z kapecytabiną jest obecnie zarejestrowany do leczenia chorych na zaawansowanego miejscowo lub przerzutowego HER2+ raka piersi z progresją po uprzedniej terapii zawierającej antracykliny, taksony i trastuzumab. Skuteczność lapatynibu w leczeniu chorych na opornego na trastuzumab raka piersi potwierdzono w badaniu klinicznym III fazy EGF100151, w którym wykazano znamienne statystycznie wydłużenie mediany czasu do progresji w grupie chorych otrzymujących lapatynib w skojarzeniu z kapecytabiną w porównaniu z grupą pacjentek otrzymujących kapecytabinę w monoterapii. Niniejszy opis przypadku jest ilustracją skuteczności oraz bezpieczeństwa stosowania lapatynibu w połączeniu z kapecytabiną.

Opis przypadku

Chora w wieku 50 lat w listopadzie 2008 roku rozpoczęła w Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej leczenie

z powodu raka piersi prawej T1N2M1, pierwotnie rozszianego do węzłów chłonnych nadobojczykowych (obustronnie) oraz układu kostnego (kręgosłup lędźwiowy).

Wstępne rozpoznanie histopatologiczne ustalono na podstawie biopsji guza pierwotnego wykonanej w listopadzie 2008 roku. Stwierdzono wówczas raka inwazyjnego śluzowo-komórkowego o pośrednim zróżnicowaniu (G2).

W badaniu immunohistochemicznym stwierdzono obecność receptorów hormonalnych oraz nadekspresję receptora HER2 (3+).

Zmiany przerzutowe w węzłach nadobojczykowych potwierdzono biopsją cienkoigłową wykonaną w grudniu 2008 roku.

Po ustaleniu stopnia zaawansowania 4 grudnia 2008 roku wykonano zabieg chirurgiczny całkowitego usunięcia piersi z węzłami chłonnymi pachowymi. W rozpoznaniu histopatologicznym pooperacyjnym stwierdzono guz średnicy 2 cm o charakterze raka śluzowo-komórkowego (G2) i obecność zmian przerzutowych w 9 z 20 usuniętych węzłów chłonnych.

Następnie chorą zakwalifikowano do leczenia systemowego — 4 kursy chemioterapii według schematu TAC (docetaksel, doksorubicyna, cyklofosfamid), a następnie 4 kursy docetakselu w monoterapii.

Po zakończeniu leczenia w ponownej ocenie stanu zaawansowania ustalono utrzymujące się cechy aktywnej choroby nowotworowej.

Pacjentkę zakwalifikowano do immunochemioterapii: trastuzumab (w dawkach należnych) z winorelbina doustną (w dawkach należnych: 1. i 8. dzień kursu co 21 dni) i terapii bisfosfonianami doustnymi (kwas klodronowy).

Powyższe leczenie chora otrzymywała od 23.09.2009 do 03.02.2011 roku.

Leczenie w ramach programu lekowego zakończono w związku z potwierdzoną w badaniu tomograficznym i scytygrafii progresją procesu nowotworowego w układzie kostnym (pojawienie się nowych ognisk przerzutowych).

Czas wolny od progresji (PFS, *profession-free survival*) wyniósł około 19,6 miesiąca.

Po stwierdzeniu progresji choroby chorą zakwalifikowano do drugiego rzutu terapii celowanej opartej na lapatynibie w dawce dobowej 1250 mg — leczenie ciągłe w połączeniu z kapecytabiną w dawce dobowej 2000 mg/m² p.c. przez 14 dni w cyklach co 21 dni. Pacjentka została poddana paliatywnej radioterapii kręgosłupa piersiowego w dawce 2000 cGy oraz dalszej terapii bisfosfonianami dożylnymi (kwas zoledronowy).

Leczenie lapatynibem rozpoczęto 22 lutego 2011 i jest ono kontynuowane do dnia dzisiejszego (22 marca 2017 roku).

Czas trwania leczenia wynosi 73 miesiące, tj. około 6 lat i 1 miesiąc i jest kontynuowane bez powikłań; do chwili obecnej nie wymagało redukcji dawki. Stan ogólny pacjentki pozostaje dobry [stan sprawności według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO, *World Health Organization*) 1], bez istotnych odchyłań w badaniach laboratoryjnych wykonywanych w miesięcznych odstępach. W czasie trwania całej terapii celowanej utrzymuje się dobra jakość życia umożliwiającą codzienną aktywność.

W badaniu przedmiotowym oraz w badaniach obrazowych stwierdzono częściową remisję zmian w układzie kostnym i całkowitą remisję zmian w węzłach chłonnych nadobojczykowych.

Podsumowanie

Niniejszy opis przypadku potwierdza istotną korzyść kliniczną z zastosowania lapatynibu w skojarzeniu z kapecytabiną u chorych na zaawansowanego raka piersi z nadekspresją receptora HER2, u których doszło do progresji choroby po uprzednim leczeniu trastuzumabem.

W opisanym przypadku uzyskano długotrwałą odpowiedź na terapię celowaną lapatynibem z kapecytabiną, utrzymującą się do dnia dzisiejszego, wynoszącą obecnie 73 miesiące, tj. około 6 lat i 1 miesiąc.