

Maksymilian Kruczała, Aleksandra Grela-Wojewoda

Klinika Nowotworów Układowych i Uogólnionych, Centrum Onkologii — Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie, Oddział w Krakowie

Lapatynib w terapii rozsialego raka piersi

Adres do korespondencji:

Lek. Maksymilian Kruczała
 Klinika Nowotworów
 Układowych i Uogólnionych
 Centrum Onkologii — Instytut
 im. Marii Skłodowskiej-Curie,
 Oddział w Krakowie.
 e-mail: m_kruczala@onet.pl

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

STRESZCZENIE

Stosowanie lapatynibu w połączeniu z kapecytabiną zazwyczaj cechuje się dobrą tolerancją leczenia, co przy możliwym stosunkowo długim czasie trwania terapii oraz jej paliatywnym charakterze wydaje się szczególnie istotne. W niniejszej pracy przedstawiono przypadek chorej z rozpoznaniem rozsialego raka piersi leczonej lapatynibem w skojarzeniu z kapecytabiną przez blisko 13 miesięcy.

Słowa kluczowe: lapatynib, rak piersi, leczenie paliatywne

Onkol. Prak. Klin. Edu. 2017; 3, supl. A: A5–A6

Wstęp

Terapia skojarzona lapatynibem z kapecytabiną jest jedną z możliwych opcji terapeutycznych u chorych na rozsialego raka piersi z nadekspresją receptora HER2. Poniżej przedstawiono opis przypadku pacjentki chorej na rozsialego raka piersi, u której terapia z wykorzystaniem wielu linii leczenia trwała przez blisko 4 lata. Najdłuższą odpowiedź uzyskano, stosując lapatynib z kapecytabiną.

Opis przypadku

W lipcu 2008 roku do Poradni Chirurgii Onkologicznej tutejszego Instytutu zgłosiła się 59-letnia pacjentka z wynikiem badania mammograficznego, w którym opisano w lewej piersi guzowate zagęszczenie o średnicy 4 cm (BIRADS-V). W badaniu przedmiotowym stwierdzono obecność 4-centymetrowego guza w kwadrancie górnym zewnętrznym lewej piersi z objawem skórki pomarańczy, a w lewym dole pachowym węzeł chłonny o wielkości 2 cm. Pacjentka bez istotnych klinicznie schorzeń współistniejących, w dobrym stanie ogólnym, z ujemnym wywiadem rodzinnym w kierunku chorób nowotworowych. Pobrano wycinek z guza, stwierdzając zatory z komórek nowotworowych w naczyniach krwionośnych. W badaniu immunohistochemicznym wykazano ujemne receptory hormonalne przy silnie dodatnim receptorze

HER2 (3+). W wykonanych badaniach obrazowych nie stwierdzono cech rozsiewu choroby, a pacjentkę zakwalifikowano do indukcyjnej chemioterapii według schematu AT (doksorubicyna, docetaksel).

W okresie od września 2008 roku do lutego 2009 roku pacjentka otrzymała 6 kursów chemioterapii z efektem remisji zmian chorobowych (zmniejszenie się guza w piersi do 2 cm, węzły chłonne były niebadalne). W kwietniu 2009 roku wykonano zabieg amputacji piersi metodą Maddena. W materiale pooperacyjnym opisano promienistą bliznę zawierającą nieliczne zatory z komórek raka, a w brodawce drobne nacieki nowotworowe. W 9 na 16 znalezionych węzłów chłonnych wykryto nacieki raka przechodzące poza torebkę. W okresie od maja do lipca 2009 roku przeprowadzono uzupełniającą radioterapię ściany klatki piersiowej i regionalnych węzłów chłonnych. Pacjentka pozostawała pod stałą opieką onkologiczną. W grudniu 2009 roku stwierdzono rozległą (naciek 12 × 18 cm), nieoperacyjną wznowę miejscową z licznymi ogniskami rozsiewu do skóry klatki piersiowej. Charakter zmian potwierdzono w badaniu histopatologicznym. Pacjentkę zakwalifikowano do terapii paliatywnej trastuzumabem z kapecytabiną. Leczenie trwało od stycznia do listopada 2010 roku, z dobrą tolerancją i początkową remisją, a następnie progresją choroby. Chorą zakwalifikowano do chemioterapii cisplatiną w monoterapii.

Do kwietnia 2011 roku podano 6 kursów, z akceptowalną tolerancją leczenia, uzyskując kliniczną remisję zmian chorobowych. Na przełomie maja i czerwca 2011 roku stwierdzono progresję nacieku w rejonie blizny po mastektomii oraz potwierdzono histopatologicznie obecność raka w piersi prawej (HER2-dodatni, „nie-luminalny”). W lipcu 2011 roku rozpoczęto terapię lapatynibem z kapecytabiną. Po 2 kursach uzyskano kliniczną remisję zmian chorobowych. Leczenie, przy bardzo dobrej tolerancji, trwało do sierpnia 2012 roku. Doszło wówczas do progresji choroby (pojawienie się nowych guzków wysiewu skórniego). Pacjentka otrzymała jeszcze 2 rzuty paliatywnej chemioterapii (4 kursy mitomycyny z winblastyną oraz 4 kursy doksorubicyny liposomalnej z cyklofosfamidem). Tolerancja chemioterapii stawała się coraz gorsza, a najlepszym uzyskanym efektem były

przejściowe okresy stabilizacji choroby z następującą progresją. W lipcu 2013 roku chorą zdyskwalifikowano od dalszych prób leczenia przyczynowego i skierowano do opieki hospicyjnej.

Podsumowanie

Przebieg choroby w opisanym przypadku trwał 5 lat, z czego blisko 4 lata przypadają na okres roz-siewu choroby. Najlepszy i najdłużej trwający efekt (blisko 13 miesięcy) uzyskano, stosując lapatynib z kapecytabiną. Warto podkreślić bardzo dobrą tolerancję prowadzonego leczenia, co przy długim czasie terapii oraz jej paliatywnym charakterze wydaje się szczególnie istotne.