

Adrianna Makarewicz

Oddział Chemioterapii, Centrum Onkologii im. Franciszka Łukaszczyka w Bydgoszczy

Leczenie lapatynibem z kapecytabiną chorej na rozsianego raka piersi z przerzutowymi ogniskami w mózgu

Adres do korespondencji:

Lek. Adrianna Makarewicz
 Oddział Chemioterapii
 Centrum Onkologii im. F. Łukaszczyka
 ul. I. Romanowskiej 2
 85-796 Bydgoszcz
 e-mail: aduniam@op.pl

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

STRESZCZENIE

Rak piersi jest najczęściej występującym nowotworem na świecie i jednocześnie najczęstszą przyczyną zgonów u kobiet. Dlatego bardzo ważną rolę odgrywa właściwa kwalifikacja do leczenia oparta na określeniu molekularnych czynników rokowniczych. Należą do nich: status receptorów steroidowych — receptorów estrogenowych (ER), receptorów progesteronowych (PR), receptora ludzkiego naskórkowego czynnika wzrostu (HER) oraz indeksu mitotycznego Ki-67.

Słowa kluczowe: rozsiany rak piersi, przerzuty, lapatynib, kapecytabina, kwalifikacja do leczenia

Onkol. Prak. Klin. Edu. 2017; 3, supl. A: A7–A8

Wstęp

Rak piersi jest najczęściej występującym nowotworem na świecie i jednocześnie najczęstszą przyczyną zgonów u kobiet. Dlatego bardzo ważna jest właściwa kwalifikacja do leczenia. Umożliwia to określenie molekularnych czynników rokowniczych. Należą do nich: status receptorów steroidowych — receptorów estrogenowych (ER), receptorów progesteronowych (PR), receptora ludzkiego naskórkowego czynnika wzrostu (HER) oraz indeksu mitotycznego Ki-67.

Opis przypadku

Chora (32 lata) zgłosiła się do Poradni Chemioterapii Centrum Onkologii w Bydgoszczy z powodu zmiany guzowatej w lewej piersi. Dostarczyła wynik USG piersi z października 2012 roku, w którym stwierdzono obecność guza o wielkości 3 cm w kwadrancie górnym zewnętrznym, doły pachowe bez zmian patologicznych.

Wykonano biopsję gruboigłową zmian w lewej piersi i stwierdzono: *carcinoma invasivum mammae*, Elston-Ellis G2. Wynik badania immunohistochemicznego: ER (–), PgR (–), HER2 (3+), E-cadherin (+), Ki-67 (+) 70%. Chorą zakwalifikowano do leczenia oszczędzającego pierś (BCT, *breast conserving treatment*) piersi prawej — kwadrantektomia prawej piersi, limfoscyntygrafia prawej pachy.

W pooperacyjnym badaniu histopatologicznym stwierdzono: I węzeł okołowartowniczy pachy prawej bez wychwytu, II węzeł wartownik pachy prawej, III pograniczne kwadrantów górnych piersi prawej.

Rozpoznanie patomorfologiczne: I, II: *lymphonodulitis chronica reactiva*. pNo (sn). Zbadano dwa węzły chłonne. Materiał tkankowy o średnicy 2 cm i 2 cm; III: *invasive carcinoma* (NST). pT1cNo (sn), Elston-Ellis G2.

Guz o średnicy 2 cm usunięto w całości w materiale tkankowym o wymiarach 6,5 × 6,0 × 4,0 cm z fragmentem skóry o wymiarach 6,5 × 2,0 cm. Minimalny margines zdrowych tkanek szerokości powyżej 1 cm.

W leczeniu uzupełniającym zastosowano 4 kursy chemioterapii według schematu AC (adriamycyna, cyklofosfamid), od 3. kursu w osłonie czynników wzrostu kolonii granulocytów z powodu wystąpienia gorączki neutropenicznej w trakcie 2. kursu chemioterapii. Następnie chorą zakwalifikowano do leczenia uzupełniającego herceptyną co 21 dni. Pacjentka zakończyła leczenie transtuzumabem po roku, tj. w kwietniu 2014 roku.

Po 7 miesiącach, tj. w listopadzie 2014 roku, od zakończenia radykalnego leczenia chora zgłosiła się z powodu osłabienia i wysiłkowej duszności. W tomo-

grafii komputerowej klatki piersiowej stwierdzono przerzutowe ogniska do płuc. W leczeniu 1. rzutu uogólnionej choroby zastosowano 4 kursy pakli-takselu z przeciwciałem monoklonalnym — trastuzumabem, po czym kontynuowano monoterapię trastuzumabem.

Po 2 miesiącach od rozpoczęcia leczenia trastuzumabem, tj. w styczniu 2015 roku, chora zgłosiła bóle głowy w lewej okolicy skroniowej. W rezonansie magnetycznym (MRI, *magnetic resonance imaging*) ośrodkowego układu nerwowego stwierdzono ogniska o charakterze przerzutowym: 2 zmiany w obrębie mostu po stronie lewej o średnicy 2 i 6 mm oraz o średnicy 5 mm w dolnej części lewej półkuli mózdzku. Chora otrzymała stereotaktyczną radioterapię fotonami X 6MeV na obszar zmian w obrębie mostu (dawka całkowita 88 Gy/g w 1 frakcji) oraz na ognisko w mózdzku (dawka całkowita 18 Gy/g w 1 frakcji).

Po zakończeniu radioterapii pacjentka otrzymała leczenie lapatynibem w dawce 1250 mg dziennie w sposób ciągły i kapecytabinę w dawce 2000 mg/m²/dobę, przez 14 dni z 7-dniową przerwą w cyklach 21-dniowych. W kontrolnym badaniu MRI wykonanym 5 miesięcy od zakończenia radioterapii i 4 miesiące od rozpoczęcia leczenia lapatynibem z kapecytabiną stwierdzono całkowitą regresję zmian w mózgu. Obecnie chora kontynuuje leczenie lapatynibem z kapecytabiną bez przerw i powikłań. W kontrolnym badaniu MRI wykonanym w grudniu 2015 roku utrzymywała się odpowiedź na leczenie.

Podsumowanie

W trakcie leczenia trastuzumabem zaawansowanego raka piersi u 10–48% chorych dochodzi do rozwoju objawowych przerzutów do mózgu [1]. Ryzyko to powinno być uwzględnione w monitorowaniu chorych podczas leczenia.

Połączenie radioterapii i systemowego leczenia lapatynibem z kapecytabiną pozwoliło na uzyskanie wielomiesięcznej kontroli przerzutowych ognisk w obrębie mózgu i ustąpienie objawów neurologicznych. U około 20% chorych z objawowymi przerzutami do mózgu zastosowanie lapatynibu z kapecytabiną po wcześniejszej radioterapii pozwala na osiągnięcie obiektywnej odpowiedzi na leczenie oraz poprawę stanu neurologicznego [2–4].

Piśmiennictwo

1. Duchnowska R., Szczylik C. Central nervous system metastases in breast cancer patients administered trastuzumab. *Cancer Treat. Rev.* 2005; 31: 312–318.
2. Lin N.U., Carey L.A., Liu M.C. i wsp. Phase 2 trial of lapatinib for brain metastases in patients with HER2-positive breast cancer. *J. Clin. Oncol.* 2008; 26: 1993–1999.
3. Boccardo F., Kauffman B., Baselga J. i wsp. Evaluation of lapatinib plus capecitabine in patients with brain metastases from Her2+ breast cancer enrolled in the expanded access program (LEAP) and French authorization temporaire d'utilisation (ATU). *J. Clin. Oncol.* 2008; 26: 64s.
4. Sutherland S., Ashley S., Miles D. i wsp. Treatment of HER2-positive metastatic breast cancer with lapatinib and capecitabine in the lapatinib expanded access programme, including efficacy in brain metastases — the UK experience. *Br. J. Cancer* 2010; 102: 995–1002.
5. Jassem J., Krzakowski M. (red.). *Rak piersi. Praktyczny Przewodnik dla Lekarzy*. Wydanie 2. Via Medica, Gdańsk 2014.