

Maria Osmańska

Ambulatorium Chemioterapii, Centrum Onkologii im. Franciszka Łukaszczyka w Bydgoszczy

Leczenie lapatynibem chorej z rozsiałym rakiem piersi

Adres do korespondencji:

Dr n. med. Maria Osmańska
 Ambulatorium Chemioterapii,
 Centrum Onkologii im. F. Łukaszczyka
 ul. Romanowskiej 2, 85-796 Bydgoszcz
 e-mail: matean@poczta.onet.pl

Copyright © 2017 Via Medica

ISSN 2450-1646

www.opk.viamedica.pl

STRESZCZENIE

W artykule przedstawiono opis przypadku pacjentki z rakiem piersi po amputacji, chemioterapii i radioterapii uzupełniającej, która z powodu wystąpienia przerzutów otrzymała leczenie trastuzumabem, a następnie z powodu progresji przeżyła długotrwałe leczenie lapatynibem i kapecytabiną.

Słowa kluczowe: rak piersi, rak inwazyjny, amputacja, chemioterapia, lapatynib

Onkol. Prak. Klin. Edu. 2017; 3, supl. A: A9-A10

Wstęp

Zastosowanie lapatynibu z kapecytabiną u pacjentek z rozsiałym rakiem piersi, z nadekspresją receptora HER2, które uprzednio były leczone trastuzumabem, pozwala wydłużyć czas do progresji choroby w porównaniu z chorymi otrzymującymi kapecytabinę w monoterapii. Jednocześnie u tych pacjentek nie obserwuje się większego nasilenia toksyczności ani pogorszenia jakości życia [1, 2].

Opis przypadku

Pięćdziesięciodwuletnia pacjentka w październiku 2006 roku zgłosiła się do Centrum Onkologii w Bydgoszczy z wynikiem badań mammograficznego i ultrasonograficznego (USG) piersi. W badaniach obrazowych oraz w badaniu przedmiotowym stwierdzono obecność guza w lewej piersi oraz powiększone węzły chłonne pachowe. Oceniono stopień zaawansowania choroby na T3N1M0.

Pod koniec października 2006 roku wykonano amputację lewej piersi metodą Pateya.

Na podstawie wyniku badania histopatologicznego pooperacyjnego rozpoznano raka inwazyjnego przewodowego o wymiarach 5,5 × 4,0 cm, Bloom II, w obrębie guza wykazano włóknienie, a na obwodzie średniego stopnia naciek limfocytarny. Wypreparowano 14 węzłów

chłonnych dołu pachowego. W jednym węźle chłonnym dołu pachowego piętra dolnego stwierdzono przerzut raka, niewykraczający poza torebkę węzła. W badaniu immunohistochemicznym stwierdzono wysoką ekspresję receptorów HER2 (3+) oraz brak ekspresji receptorów estrogenowych i progesteronowych na komórkach raka piersi.

Chorą zakwalifikowano do chemioterapii oraz radioterapii uzupełniającej. Od 22 listopada 2006 roku do 7 marca 2007 roku otrzymała 6 cykli chemioterapii adjuwantowej według schematu AC (doksorubicyna w dawce 60 mg/m², cyklofosfamid w dawce 600 mg/m²). Następnie poddano ją radioterapii, bez przerw i powikłań, promieniami X 6 MV na pole nadobojczykowe w dawce całkowitej 45 Gy/max. W 20 frakcjach, na pole pachowe tylne, dwa pola styczne na bliźnię do dawki całkowitej 45 Gy/g w 20 frakcjach.

Pacjentka wciąż pozostała pod ścisłą opieką onkologiczną, regularnie zgłaszała się na kontrole w miejscu zamieszkania. Pod koniec lutego 2014 roku zgłosiła się do Centrum Onkologii w Bydgoszczy z wynikami badań obrazowych. W USG jamy brzusznej stwierdzono zmiany przerzutowe o wielkości około 66 × 63 mm. Chora skarżyła się na szum w uszach oraz objawy ucisku w głowie od około 4 tygodni. Wykonano rezonans magnetyczny głowy i wykazano obecność zmian przerzutowych w moście 3 × 4 mm oraz w mózdku 4 × 2 mm.

Pacjentka przeszła paliatywną radioterapię promieniami X 6 MV na obszar mózgowia w dawce 20 Gy/g. Została zakwalifikowana do immunoterapii trastuzumabem w ramach programu lekowego. W dniach od 8 kwietnia do 9 października 2014 roku chora otrzymywała trastuzumab w skojarzeniu z winorelbina. Leczenie zakończono z powodu progresji choroby. W tomografii komputerowej (CT, *computed tomography*) oceniającej odpowiedź na leczenie stwierdzono liczniejsze zmiany przerzutowe w obrębie wątroby o maksymalnym wymiarze 75 × 52 mm.

W kontrolnym badaniu echokardiograficznym (ECHO) serca wyjściowa frakcja wyrzutowa lewej komory wynosiła 55%. Chorą, zgodnie z kryteriami włączenia, zakwalifikowano do leczenia lapatynibem w skojarzeniu z kapecytabiną. Terapię w ramach programu lekowego rozpoczęto 23 października 2014 roku — lapatynib w dawce 1250 mg/dobę, kapecytabina w dawce 2000 mg/m² w dniach 1–14, co 21 dni. W badaniach kontrolnych po 3 miesiącach stwierdzono częściową odpowiedź na leczenie w zakresie zmian w wątrobie. W CT stwierdzono w obrębie wątroby zmiany mniejsze i mniej liczne o największym wymiarze 25 × 24 mm. Nie wykazano nowych zmian przerzutowych. Z powodu podwyższonych stężeń transaminaz 29 stycznia 2015 roku zredukowano dawkę lapatynibu do 1000 mg/dobę. Po 2 miesiącach uzyskano normalizację stężeń transaminaz. Z uwagi na pojawienie się zmian skórnych o charakterze zmian zapalnych okołopaznokciowych G2 utrzymano zredukowaną dawkę la-

patynibu, dodatkowo zredukowano dawkę kapecytabiny do 1500 mg/m². Uzyskano stabilizację zmian skórnych. W ECHO serca frakcja wyrzutowa lewej komory wahała się w granicach 60–65%. Pod koniec kwietnia 2016 roku zakończono leczenie lapatynibem i kapecytabiną z powodu progresji zmian przerzutowych w wątrobie — stwierdzono obecność nowych zmian przerzutowych.

Podsumowanie

Leczenie lapatynibem u przedstawionej chorej trwało 18 miesięcy. W trakcie terapii uzyskano częściową odpowiedź na leczenie. Obserwowano wzrost stężeń transaminaz oraz pojawienie się zmian skórnych o charakterze zanokcicy, które wymagały redukcji dawki lapatynibu. Nie obserwowano powikłań kardiologicznych. Leczenie zakończono z powodu progresji choroby.

Terapia lapatynibem w połączeniu z kapecytabiną jest leczeniem bezpiecznym i pozwala uzyskać długi okres do progresji choroby.

Piśmiennictwo

1. Geyer C., Forster J., Lindquist D. i wsp. Lapatinib plus capecitabine for HER2 positive advanced breast cancer. *N. Engl. J. Med.* 2006; 355: 2733–2743.
2. Zhou X., Cella D., Cameron D. i wsp. Lapatinib plus capecitabine versus capecitabine alone for HER2+ (ErbB2+) metastatic breast cancer: quality-of-life assessment. *Breast Cancer Res. Treat.* 2009; 117: 577–589.