



Využitie Myocetu vo vyššej línii liečby metastatického karcinómu prsníka

MUDr. Jaroslava Lešková

Klinika onkológie, FNŠP J. A. Reimana Prešov

Karcinóm prsníka je najčastejším zhubným nádorom a druhou najčastejšou príčinou smrti na zhubné nádory u žien. Slovenská republika (SR) sa v odhadoch IARC WHO pre rok 2012 zaraďuje medzi krajiny sveta so stredne vysokými hodnotami výskytu ochorenia, v kontexte krajín Európy patrí do hornej tretiny poradia krajín s najvyššími hodnotami štandardizovanej incidencie. V poslednom štatisticky publikovanom roku 2008 sa v SR registrovalo 2 639 prípadov novodiagnostikovaných karcinómov prsníka u žien. Metastatický karcinóm prsníka je nevyliciteľné ochorenie, ide však o chemosenzitívne ochorenie, pri ktorom chemoterapia výrazne predlžuje prežívanie a zlepšuje kvalitu života. Antracyklíny patria k najúčinnnejším cytostatikám v liečbe karcinómu prsníka, ktoré sú indikované v adjuvantnej liečbe karcinómu prsníka, ale aj pri metastatickom ochorení. Hlavným problémom liečby je kardiotoxicita antracyklínov, ktorá sa zvyšuje po dosiahnutí kumulatívnej dávky. Lipozomálny doxorubicín predstavuje dobrú alternatívu v liečbe metastatického karcinómu prsníka, ktorý preukázal účinnosť v troch klinických štúdiách v I. línii liečby. Je menej kardiotoxický a je vhodný hlavne u pacientok s vyšším rizikom kardiotoxicity (staršie pacientky, existujúce kardiálne ochorenie, hypertenzia, pacientky predliečené antracyklínmi a po rádioterapii na oblasť ľavej hrudnej steny). Túto kazuistiku som si vybrala ako príklad využitia Myocetu u pacientky vo vyššej línii metastatického karcinómu prsníka, predliečenej antracyklínom v adjuvantnej liečbe a v I. línii metastatického karcinómu, ktorá profitovala z liečby Myocetom a bez príznakov kardiotoxicity.

Pacientka AR 64-ročná

I RA: bez pozoruhodnosti

I OA: lieči sa na vysoký tlak od r. 1996

I LA: Concor 5 mg denne

I AA: alergiu na lieky a potraviny neudáva

I GA: 2 pôrody, menopauza ako 50-ročná

I SA: pracovala ako predavačka

I ONKO: Vo februári 2006 si nahmatala hrčku v ľavom prsníku, doplnené MG vyšetrenie a USG prsníkov, ktoré potvrdili tumor ľavého prsníka. Dňa 23. 3. 2006 vykonaná subkutánna hemimastektómia ľavého prsníka s exenteráciou axily pre histologicky verifikovaný invazívny ductálny Ca, GII, ER pozit., PR negat., Her 2 negat., vyšetrených 7 LU bez mts, pT2N0M0 – II. A. kl. št. Následne sme podali 4 cykly CHT typu FAC a RAT na oblasť prsníka vľavo v CD 50,0 Gy a HORT-Tamoxifen.

I. PROGRESIA

V júli 2007 vzostup onkomarkerov Ca 153 na 140 kIU/l, u pacientky zrealizované CT vyšetrenie pľúc + dutiny brušnej s nálezom viacpočetných MTS ložísk pľúc obojstranne a taktiež USG potvrdené patologicky, zväčšené LU na krku vľavo. Vykonaná extirpácia LU dňa 20. 7. 2007 - histologicky potvrdené MTS invazívneho ductálneho Ca, GII, ER pozit., PR negat., Her 2 negat. U pacientky indikovaná I. lúnia paliatívnej chemoterapie Doxorubicín + Taxotere, podané 4 cykly a ďalej sme pokračovali v liečbe sólo Taxotere 4 cykly. Dosiahli sme kompletnú regresiu a začali HORT-Letrozol. Pacientka bola pravidelne dispenzarizovaná.

II. PROGRESIA

Pri kontrolnom vyšetrení v máji 2012 sa sťažovala na suchý dráždivý kašeľ, námahovú dýchavičnosť, taktiež sme zaznamenali vzostup onkomarkerov Ca 153 na 314 kIU/l, doplnené CT vyšetrenie pľúca dutiny brušnej 4. 6. 2012 s nálezom viacpočetných MTS pľúc. Začali sme II. lúniu paliatívnej chemoterapie cis DDP + gemcitabín, od 29. 6. 2012 do 30. 11. 2012 sme podali 8 cyklov. Kontrolné CT vyšetrenie 13. 12. 2012 potvrdilo známky regresie ochorenia, chemoterapiu sme ukončili a indikovaná II. lúnia HORT-Faslodex, v ktorej sme pokračovali do februára 2015.

III. PROGRESIA

Vo februári 2015 diagnostikovaná ďalšia progresia ochorenia podľa CT vyšetrenia 5. 2. 2015 - progresia MTS nodulácií v pľúcach obojstranne a známky patologicky zväčšených LU v ľavej axile, taktiež vzostup Ca 153 na 234 kIU/l. Pacientka sa sťažovala na suchý dráždivý kašeľ a bolesti ľavej hornej končatiny. Indikovaná III. lúnia paliatívnej chemoterapie sólo Capecitabine, od 11. 3. 2015 do 1. 4. 2016 sme podali 15 cyklov.

IV. PROGRESIA

V apríli 2016 došlo k zhoršeniu klinického stavu pacientky, pokojové dyspnoe, výraznejšie bolesti LHK. Zrealizovaná rtg snímka pľúc 8. 4. 2016 s nálezom fluidotoraxu I. sin, následne indikovaná pleurálna punkcia vľavo, vypungovali sme 1 400 ml sanguinolentného výpotku, cytologické vyšetrenie punktátu – bez prítomnosti maligných buniek. CT vyšetrenie 15. 4. 2016 potvrdilo známky progresie MTS nodulácií pľúc bilaterálne, fluidotoxax I. sin. a patologicky zväčšené LU v ľavej axile. Indikovaná IV. lúnia CHT sólo Myocet v dávke 80 mg. Pred aplikáciou chemoterapie sme doplnili ECHOKg vyšetrenie – EF LK cca 60 %. Od 22. 4. 2016 do 21. 10. 2016 sme podali 6 cyklov. Kontrolné CT vyšetrenie po 3. cykle potvrdilo známky parciálnej regresie mts nodulácií v pľúcach, úplnú regresiu fluidothoraxu vľavo a známky stabilizácie patologicky zväčšených LU v ľavej axile. V októbri 2016 potvrdená progresia ochorenia v pľúcach. Po 3. cykle zrealizované kontrolné ECHOKg, ktoré nepotvrdilo známky kardiálnej toxicity, EF LK – bez zmeny cca 60%.

Záver

Túto pacientku som si vybrala ako príklad metastatického, chemosenzitívneho karcinómu prsníka. Pacientka je liečená už 11 rokov pre metastatické ochorenie. Myocet potvrdil účinnosť aj vo vyššej línii liečby (4. línii), kde bola dosiahnutá parciálna regresia ochorenia a dĺžka liečby bola 6 mesiacov, čo korelovalo s výsledkami štúdie – čas do zlyhania liečby 5,7 mesiaca, no v I. línii liečby. U pacientky sme nezaznamenali kardiálnu toxicitu. Pacientka je v súčasnosti liečená VI. lúniou chemoterapie sólo Paclitaxel 1x týždenne.

Použitá literatúra

- Petráková, K. Antracyklíny v liečbe metastatického karcinómu prsu. *Onkológia* (Bratisl.), 2014; roč. 9(3): 178 – 181.
- Ondrušová, M. a kol.. Výbrané ukazovatele epidemiológie karcinómu prsníka na Slovensku. *Onkológia* (Bratisl.), 2015; roč. 10(4): 210 – 213.
- Chan, S. et al. Phase III trial of liposomal doxorubicin and cyclophosphamide compared with epirubicin and cyclophosphamide as first-line therapy for metastatic breast cancer. *Annals of Oncology* 15: 1527 – 1534, 2004 doi:10.1093/annonc/mdh393