



Medexpress, 2021-09-13 11:43

Rak piersi: czas zmienić standardy leczenia pooperacyjnego



Gościem Iwony Schymalli jest dr Katarzyna Pogoda, onkolog z Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie.

HER2+ rak piersi to jeden z najbardziej agresywnych podtypów raka piersi. Jest więc wyzwaniem dla lekarza klinicysty. Jak w tej chwili leczymy HER2+ raka piersi? Jakie są standardy postępowania?

Rak piersi to nie jest jedna choroba. W obrębie tej jednej, konkretnej grupy nowotworów wyróżniamy kilka podtypów. I każdy podtyp leczymy inaczej. HER2+ rak piersi rozpoznawany jest u około 20 proc. wszystkich naszych chorych, które zgłaszają się z powodu raka piersi. Czyli jest to dość duża grupa chorych tym bardziej, że rak piersi jest najczęstszym nowotworem wśród Polek. Rocznie to około 20 tys. zachorowań, więc pań, które leczymy jest naprawdę dużo. I niesamowite w onkologii jest to, że my właśnie to leczenie dobieramy. HER2+ piersi jest doskonałym przykładem na indywidualizację postępowania. Czyli u pacjentki, która ma ten receptor, będziemy go blokować razem z chemioterapią, żeby poprawić wyniki

leczenia.

Co to jest choroba resztkowa? U jakiej grupy pacjentek i jak licznie występuje?

Nasze leczenie dostosowujemy do pacjentki. I z uwagi na to, że jest to agresywny podtyp bardzo często zaczynamy od terapii przedoperacyjnej. Dawniej było tak, że bez względu na podtyp, na początku była operacja, później ewentualnie chemioterapia i inne metody leczenia. A teraz jest inaczej – dobieramy leczenie z uwagi na to, że występują pewne agresywne podtypy raka piersi (w tym HER2+). Zaczynamy od terapii przedoperacyjnej. Jest to leczenie złożone z chemioterapii oraz terapii skierowanej na HER2, który sam w sobie powoduje, że choroba jest bardziej agresywna. Stosujemy leki takie jak trastuzumab, pertuzumab, dołączamy chemioterapię i pod wpływem takiego leczenia sprawdzamy w badaniu z operacji czy jeszcze występują jakieś komórki nowotworowe. Czyli pacjentka jest wyleczona, zoperowana, natomiast sprawdzamy czy nasze leczenie całkowicie zniszczyło nowotwór. Choroba resztkowa to sytuacja, kiedy w badaniu patologicznym stwierdzamy, że występują jeszcze jakieś elementy nowotworu, pojedyncze skupiska, czasami nawet guzki i czy są przerzuty w węzłach chłonnych. Jeżeli coś patolog stwierdzi, nazywamy to chorobą resztkową. I wtedy postępowanie może nieco się różnić.

Jak wielu pacjentek ta sytuacja dotyczy, kiedy już po zastosowaniu leczenia przedoperacyjnego po operacji, po zbadaniu, okazuje się, że są jeszcze komórki nowotworowe?

To dotyczy około połowy pacjentek. Czyli połowa pacjentek jest wyleczona przez nasze leczenie przedoperacyjne, ale u części pacjentek choroba jest nieco bardziej oporna albo po prostu wyjściowo guz był bardzo zaawansowany miejscowo i jednak pod wpływem standardowego leczenia nie został całkowicie zniszczony.

Co możemy zaproponować pacjentce, u której stwierdzicie chorobę resztkową?

I to jest też niesamowite, że my dalej możemy indywidualizować to leczenie. Nie leczymy tych pań tak samo. Bez względu na to czy znajdziemy chorobę resztkową czy nie, onkolodzy na świecie mają możliwości leczenia. Standardowo w leczeniu uzupełniającym kontynuujemy trastuzumab do 18 podań rocznie, czyli licząc te podania przed i po operacji. Natomiast ostatnie lata to kolejne zdobycze w leczeniu HER2 w raku piersi. I są dane na to, że poprawiamy rokowanie naszych pacjentek, zmniejszamy ryzyko nawrotu, jeżeli w zamian standardowego leku trastuzumabu podamy inny złożony z trastuzumabu w połączeniu z emtanzyną (T-DM1). Wtedy rokowanie pacjentek jest lepsze.

Czy leczenie pooperacyjne jest bezpieczne (bo skuteczne jest)?

Jest skuteczne, ale, chcę jasno powiedzieć, że niestety nie udaje nam się wyleczyć każdej pacjentki, mimo tak bardzo zaawansowanych metod leczenia. Ale są to leki, które już bardzo długo stosujemy w onkologii, więc nie są to nowinki i leki po raz pierwszy stosowane u chorych. To są leki dobrze przez nas znane, stosowane od wielu lat i nie mamy tutaj dużych problemów z zarządzaniem ryzykiem związanym z tymi lekami.

Czy mogłaby Pani Doktor wskazać korzyści ze stosowania systemowych leków w chorobie resztkowej?

Robimy wszystko. Mamy pacjentkę, która jest do wyleczenia, robimy wszystko, by u kobiety, u której wystąpił nowotwór nie doszło do przerzutów odległych, co niestety znacznie pogarsza jej rokowanie (wtedy z chorobą uogólnioną nasze pacjentki zdecydowanie krócej żyją). Robimy więc wszystko, żeby do rozsiewu nie doszło. Stosujemy różne metody leczenia, aby zapobiec wystąpieniu przerzutów odległych.

Jak ocenia Pani dostępność do leczenia choroby resztkowej systemowymi lekami? W Polsce jest

to jeszcze niedostępne leczenie. A jak to wygląda w innych krajach?

Czekamy na dobre decyzje, że lek będzie dostępny dla naszych pacjentek. Oczywiście to nie jest tak, że nie leczymy naszych chorych. Cały czas kontynuujemy leczenie trastuzumabem. Natomiast w ramach refundacji leku T-DM1 jeszcze nie mamy. Zazdrościmy naszym kolegom (spotykamy się na różnych kongresach naukowych) z Czech, Bułgarii, Słowenii, nie mówiąc już o krajach bogatszych, gdzie terapia ta jest dostępna. I chcę zwrócić uwagę na to, że to nie jest coś dodatkowego tylko zastąpienie jednego leku, czyli trastuzumabu, który my mamy, połączeniem właśnie trastuzumabu z chemioterapią. I to jest bardzo rozsądne, bo pacjentce, która nie odpowiedziała całkowicie na nasze poprzednie leczenie, damy bardziej intensywną terapię, żeby ewentualne komórki nowotworowe, które gdzieś może w organizmie jeszcze krążą, zniszczyć.

I tu koszty społeczne są dużo niższe, jeśli leczymy skutecznie również pacjentki z tak zaawansowaną postacią choroby?

Oczywiście. I chodzi nam o to, by panie te wróciły do normalnego funkcjonowania, do pracy, do swoich obowiązków domowych i do rodziny, by mogły normalnie i długo żyć.