

Таргетная терапия трастузумабом при распространенном раке желудка

В рамках конференции «Современные технологии в хирургии рака желудочно-кишечного тракта», проходившей 5-6 мая в г. Киеве, старший научный сотрудник отделения химиотерапии Научно-исследовательского института клинической онкологии РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, кандидат медицинских наук Наталья Сергеевна Бесова (г. Москва, РФ) представила случай успешного лечения с применением таргетной терапии при распространенном раке желудка. В результате применения комбинации химиотерапии с трастузумабом у больного раком желудка (HER2/neu+++, FISH+) была достигнута частичная ремиссия продолжительностью 36 мес.

Мужчина в возрасте 71 года обратился за медицинской помощью в Российский онкологический научный центр им. Н.Н. Блохина РАМН в январе 2006 г. Предъявлял жалобы на чувство жжения в эпигастриальной области, болезненность в правом подреберье. В результате клинико-диагностического обследования установлен диагноз: рак желудка T3N2M1 IV стадии, метастазы в печени и забрюшинных лимфоузлах. Гистологическое заключение: высокодифференцированная аденокарцинома желудка, (HER2/neu+++, FISH+).

По результатам эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС) от 10.03.2006 г. в средней трети желудка по большой кривизне с переходом на заднюю стенку выявлена изъязвленная опухоль размерами 4x4 см. Рентгеновская компьютерная томография (РКТ) от 17.03.2006 г. показала наличие метастазов в печени (в левой доле метастаз размерами 6,5x3,8 см, в правой — 7,8x7,0 см) (рис. 1). В забрюшинном пространстве выявлены лимфоузлы до 1,2 см в диаметре. Из сопутствующих заболеваний у пациента наличествовали бронхиальная астма и ишемическая болезнь сердца. Фракция выброса левого желудочка (ФВЛЖ) на момент начала терапии составила 62%.

За период с марта по июль 2006 г. больному проведено 6 курсов химиотерапии по схеме: цисплатин 80 мг/м² в 1-й день, Кселода 2000 мг/м²/сут (14 дней), Герцептин (8 мг/кг первое введение, далее 6 мг/кг 1 раз в 3 нед). После первого курса химиотерапии наблюдалась нефротоксичность 2 степени, что потребовало редукции дозы цисплатина на 25%.

После 4 курсов лечения у больного отмечалась частичная регрессия опухоли. ЭГДС (24.04.2006) показала наличие изъязвленной опухоли в средней трети тела желудка, представлявшей собой рубцующийся дефект (размерами 1,0x1,2 см). По результатам РКТ (рис. 2) метастаз в левой доле печени распался на 2 очага размерами 1,5 см и 1,2x0,8 см,

размеры метастаза в правой доле уменьшились до 4,2x2,2 см; забрюшинные лимфоузлы уменьшились до 0,8 см. ФВЛЖ составила 55%.

При плановом контрольном обследовании после окончания 6-го лечебного курса подтверждена частичная регрессия опухоли. ЭГДС (15.06.2006) показала, что в средней трети тела желудка по большой кривизне отмечается рубцующийся язвенный дефект размером до 0,8x0,4 см. Проведена биопсия с последующим гистологическим исследованием, клеток рака в биоптате не обнаружено. РКТ показала, что размеры метастаза в левой доле составили 1,1x0,9 см и 1,0x0,8 см, в правой доле — 3,2x2,2 см (рис. 3). Забрюшинные лимфоузлы уменьшились до 0,8 см. ФВЛЖ — 67%.

После окончания химиотерапии с июля 2006 г. проводилась поддерживающая терапия Герцептином в дозе 6 мг/кг 1 раз в 3 нед. На ее фоне наблюдалось нарастание эффекта. Отмечены хорошая переносимость терапии, повышение качества жизни больного. После 20 мес лечения (24.11.2007) проведено плановое обследование. Сохранялась ремиссия при отсутствии визуально и морфологически определяемой опухоли в желудке, признаках фиброза на месте метастазов в печени. В ходе ЭГДС на месте опухоли определялись рубцовые изменения. Констатирована полная регрессия первичной опухоли.



Рис. 1.



Рис. 2.

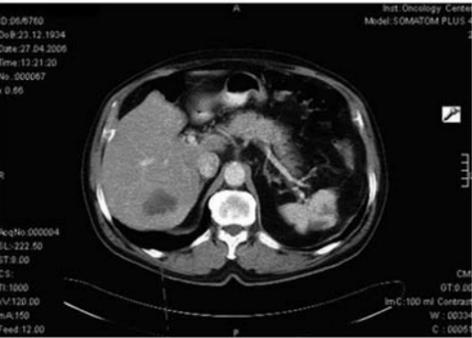


Рис. 3.



Рис. 3.



Н.С. Бесова

После 29 мес лечения проведена РКТ (18.08.2008), выявившая метастазы в печени: в левой доле размерами 0,7x0,7 см и 0,2x0,3 см, в правой — 2,0x1,1 см; наличие нечетких и тяжистых контуров позволяло предположить возможность фиброза. Констатирована частичная ремиссия опухоли.

20.01.2009 г. у больного развилось острое нарушение мозгового кровообращения на фоне гипертонического криза с образованием субдуральной гематомы. 28.01.2009 г. в РОНЦ им. Н.Н. Блохина произведено дренирование субдуральной гематомы. При цитологическом исследовании аспирата клеток рака не найдено. К 04.02.2009 г. состояние пациента улучшилось до удовлетворительного, отмечен нормальный неврологический статус.

04.02.2009 г. проведена РКТ, признаков прогрессирования болезни не выявлено. ФВЛЖ составила 67%. С 05.02.2009 г. пациенту возобновлена поддерживающая терапия Герцептином. 26.02.2009 г. выполнена пункционная биопсия очагового образования в печени. При цитологическом исследовании биоптата обнаружены клетки рака, что явилось подтверждением неполной ремиссии.

10.06.2009 г. на фоне постоянной поддерживающей терапии Герцептином при плановой компьютерной томографии у больного выявлено прогрессирование процесса в виде увеличения размеров очагов в печени на 27% (по сумме наибольших диаметров контрольных очагов). Таким образом, время до прогрессирования болезни составило 38 мес, продолжительность частичной ремиссии — 36 мес.

С 13.07.2009 г. начата вторая линия химиотерапии препаратом Кселода в дозе 2000 мг/м²/сут в течение 14 дней каждые 3 недели. На фоне лечения зарегистрирована стабилизация болезни. Отмечены побочные эффекты лечения: выраженная слабость, приведшая к снижению качества жизни, вследствие чего после 3-го курса больной отказался от дальнейшей химиотерапии.

На 10.03.2011 г. больной жив, отпраздновал 75-летие. Специфического противоопухолевого лечения не получает; по данным обследования в январе 2011 г. признаков прогрессирования заболевания не обнаружено. Таким образом, продолжительность жизни больного от момента выявления опухоли и до начала лечения превысила 60 мес.

Представленный клинический случай подтверждает, что трастузумаб в комбинации с химиотерапией при HER2-положительном раке желудка может в отдельных случаях обеспечивать длительную выживаемость больных. Препарат обладает хорошей переносимостью, что позволяет применять его у больных пожилого возраста.

Подготовила Катерина Котенко

