

DOUSTNA POSTAĆ WINORELBINY – OPIS DWÓCH PRZYPADKÓW

lek. Urszula Sadowska, onkolog kliniczny, koordynator Oddziału Onkologii Klinicznej, Regionalny Szpital Specjalistyczny w Grudziądzu

lek. Justyna Jandernal, onkolog kliniczny, Oddział Onkologii Klinicznej, Regionalny Szpital Specjalistyczny w Grudziądzu

lek. Paweł Myśliborski-Wołowski, specjalista chorób wewnętrznych, Oddział Onkologii Klinicznej, Regionalny Szpital Specjalistyczny w Grudziądzu

Wstęp

Choroby nowotworowe, pomimo rozwoju nauki oferującej całą gamę opcji terapeutycznych, nadal są w Polsce po chorobach układu krążenia najczęstszą przyczyną zgonów. W ostatniej dekadzie stanowiły około 25% przypadków śmiertelnych. U mężczyzn odsetek ten jest o około 3 punkty procentowe wyższy niż u kobiet.

Zachorowalność na różne typy nowotworów utrzymuje się na poziomie ponad 100 tys. nowych przypadków rocznie. W populacji zaobserwowano niewielką, jednak wzrostową tendencję.

Podwyższona zachorowalność i umieralność wynika ze sporego narażenia na czynniki rakotwórcze, głównie dym tytoniowy. Duży odsetek kobiet palących papierosy przekłada się na wzrost liczby zgonów z powodu raka płuca, na który kobiety umierają częściej niż na nowotwory piersi. W przypadku mężczyzn zajmuje nadal drugie miejsce, za rakiem prostaty, przy czym liczba zachorowań i zgonów z tego powodu w ostatniej dekadzie uległa zmniejszeniu.

Rak płuca jest jednym z największych wyzwań współczesnej onkologii. Trudność w walce z nim wynika z oporności na leczenie, tendencji do szybkiego rozsiewu oraz stosunkowo długiego okresu bezobjawowego, co utrudnia wczesne rozpoznanie.

W tym kontekście szczególną rolę odgrywa profilaktyka chorób nowotworowych: uświadamianie, jak szkodliwy jest dym papierosowy, propagowanie zdrowego stylu życia, wdrażanie programów przesiewowych, takich jak mammografia u kobiet czy regularne wykonywanie badań rentgenowskich osób z grup ryzyka, koordynowanie sprawnej kwalifikacji do terapii oraz stosowanie nowych, skutecznych i łatwo dostępnych metod leczenia nowotworów nieoperacyjnych lub przerzutowych.

Pomimo rozpowszechniania w ostatnich latach metod leczenia ukierunkowanych na cele molekularne, trzonem terapii systemowej nadal pozostaje chemioterapia. Jednym ze stosowanych od lat cytostatyków, którego skuteczność (zarówno w monoterapii, jak i w skojarzeniu z innymi lekami) została już nieraz potwierdzona, jest winorelbina (VRB). Poniżej przedstawiamy opisy dwóch przypadków pacjentów leczonych doustnym preparatem VRB.

Opis przypadków

Przypadek 1

Pacjent 69-letni w stanie sprawności ECOG 1 został przyjęty na oddział pulmonologii z powodu osłabienia, produktywnego kaszlu trwającego około 1,5 miesiąca, ubytku masy ciała sięgającego 10 kg w ciągu 2 miesięcy. W wywiadzie: przewlekły nikotynizm (około 50 paczkolet), świeżo rozpoznana przewlekła obturacyjna choroba płuc.

Na zdjęciu RTG klatki piersiowej stwierdzono zgrubienie optuczej w szczycie prawego płuca oraz zmiany śródmiąższowe płuca prawego. W TK klatki piersiowej uwidocznione rozległe masy miękkotkankowe obejmujące węzły chłonne okolicy rozwidlenia tchawicy i wnękowe po stronie lewej, otaczające przetyk i przylegające do aorty wstępującej. W okienku aortalno-płucnym widoczne powiększone węzły chłonne. W badaniu obrazowym jamy brzusznej nie stwierdzono zmian o typie mts.

W trakcie hospitalizacji wykonano BFS, uwidaczniając nacieki nowotworowy w oskrzeli dolnopłatowym lewym. W pobranych w trakcie badania wycinkach stwierdzono komórki raka płaskonabłonkowego. Stopień zaawansowania ustalono według TNM na T4 N2 M0.

Pacjenta zakwalifikowano do leczenia sekwencyjnego: w I etapie do chemioterapii indukcyjnej według schematu PN z doustną winorelbina. Otrzymał 6 cykli w dawkach: cisplatyna 80 mg/m² dz. 1. i winorelbina kaps. 60 mg/m² w 1 cyklu i 80 mg/m² w kolejnych cyklach dz. 1. i 8. Dawkowanie winorelbiny było ułatwione z uwagi na dostępność kapsułek w dawkach 20, 30 i 80 mg. Pacjent otrzymał 100 mg (kapsułki 80 mg + 20 mg). Od 2. cyklu zwiększono dawkę winorelbiny do 140 mg (kapsułki 80 mg + 30 mg + 30 mg).

Pacjent zaordynowane leczenie tolerował dobrze. Nie zgłaszał żadnych działań niepożądanych. W trakcie terapii nie było konieczności redukcji dawek leków cytostatycznych ani wydłużania czasu pomiędzy kolejnymi cyklami. W wykonanym po zakończeniu chemioterapii kontrolnym TK stwierdzono częściową odpowiedź. Klinicznie prezentował duszność wysiłkową przy zachowanym stopniu sprawności ECOG 1. Pacjenta skierowano na oddział radioterapii. Aktualnie pozostaje pod kontrolą poradni onkologicznej.

Przypadek 2

Pacjentka 87-letnia w stanie ogólnym sprawności ECOG 1. W wywiadzie: leczenie radykalne z powodu nowotworów złośliwych obu piersi (pierś lewa – 1999 r., pierś prawa – 2002 r.), cukrzyca typu 2.

W marcu 2019 r. diagnozowana na oddziale chirurgii klatki piersiowej z powodu zmian guzowatych płuca prawego uwidocznionych w kontrolnej tomografii komputerowej. Wykonano biopsję gruboigłową. W badaniu histopatologicznym wycinków pobranych z guza postawiono rozpoznanie zmiany przerzutowej raka piersi. Z uwagi na przebyte wcześniej leczenie, obciążenia współistniejące, stopień zaawansowania choroby, możliwe do zastosowania w ówczesnym okresie terapii, pacjentka została zakwalifikowana do leczenia systemowego. Otrzymała 2 linie chemioterapii dożylną (według schematów EC i PTX). Ze względu na stwierdzoną w październiku 2020 r. kolejną progresję radiologiczną chorobę zakwalifikowano do chemioterapii metronomicznej winorelbiną doustną w dawce 50 mg 3 × w tygodniu. Pacjentka leczenie od początku terapii tolerowała dobrze. W badaniach laboratoryjnych nie obserwowano toksyczności hematologicznej. Z uwagi na przebyte pourazowe złamanie szyjki kości udowej miała kilkutygodniową przerwę w terapii. Po zakończonym leczeniu ortopedycznym i potwierdzeniu braku progresji choroby nowotworowej powrócono

do terapii winorelbiną. Obecnie pacjentka kontynuuje leczenie z dobrą tolerancją. W wykonywanych kontrolnie badaniach obrazowych utrzymuje się stabilizacja choroby. W badaniach laboratoryjnych bez toksyczności hematologicznych.

Dyskusja

Winorelbina jest organicznym związkiem chemicznym będącym półsyntetyczną pochodną winblastyny. Mechanizm jej działania polega na hamowaniu mitozy, co prowadzi do śmierci komórkowej.

Główne wskazania do jej stosowania to leczenie pierwszej linii niedrobnokomórkowego raka płuca oraz pierwsza linia leczenia potrójnie ujemnego raka piersi w fazie rozsiewu. Dobra tolerancja leczenia oraz dostępność postaci doustnej dawkach 20, 30 i 80 mg stanowią jej dodatkowe zalety, umożliwiając optymalne dostosowanie terapii.

Piśmiennictwo

1. Krajowy Rejestr Nowotworów 2019.
2. Obraz raka płuca w Polsce. Health Quest, Warszawa 2017.
3. Vinorelbine Zentiva ChPL.12.2021.
4. Krawczyk P. Nowotwory płuca i klatki piersiowej. Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2021.

Artykuł powstał we współpracy z firmą Zentiva Polska sp. z o.o.