

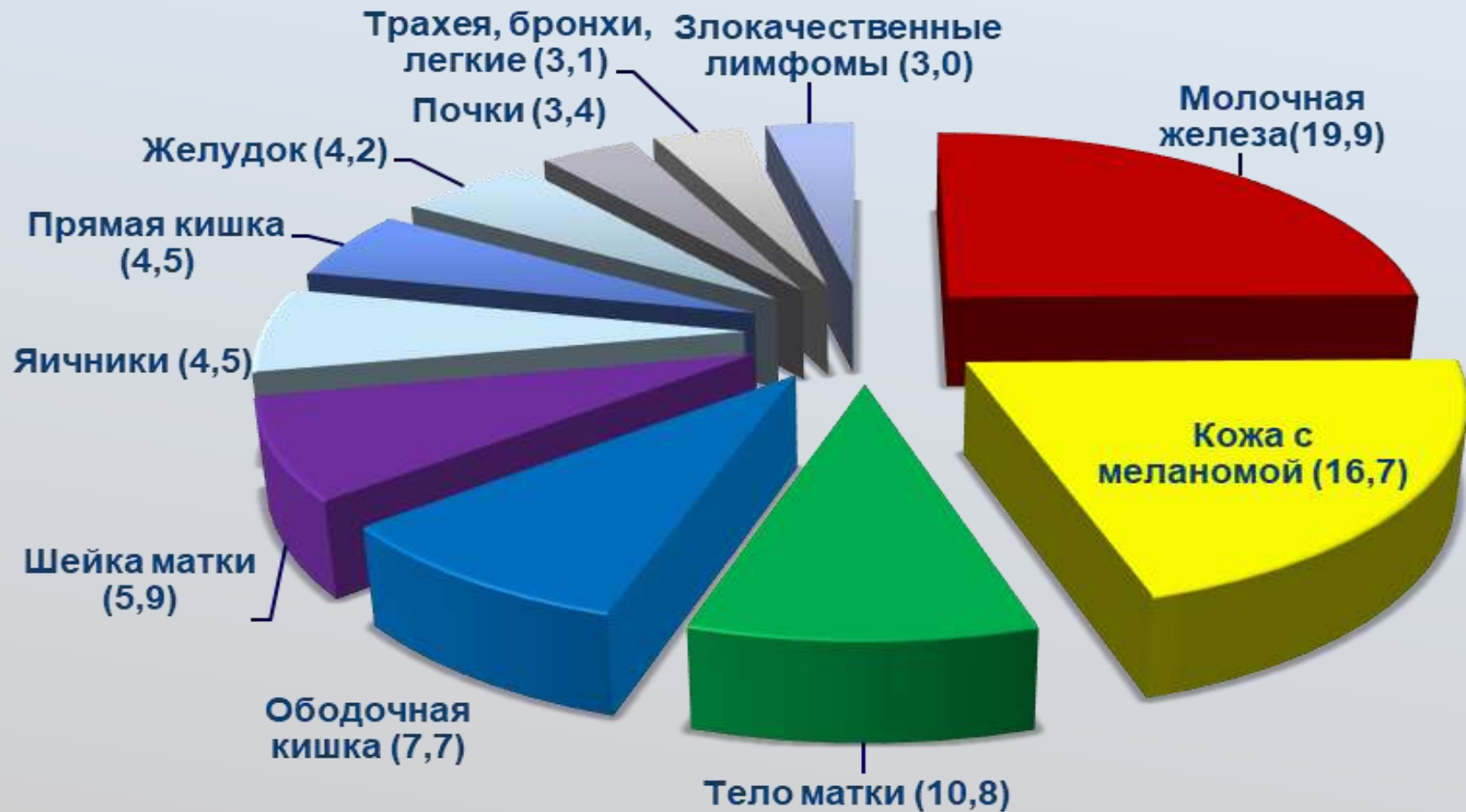
# Ивановский областной онкологический диспансер



**Клинический случай  
мультидисциплинарного подхода  
при лечении метастатического  
HER 2 не положительного рака  
молочной железы**

Готовкин Евгений Арсеньевич  
Заведующий химиотерапевтическим  
отделением

# Структура заболеваемости ЗНО женского населения (%)



**Пациентка П., 1975г.р.**

Наблюдается в Ивановском Областном онкологическом диспансере с **10.06.2009** после проведенного комплексного лечения по поводу рака левой молочной железы T4N3M0.

**17.02.2011** при обследовании у маммолога в поликлинике онкодиспансера установлен диагноз: Рак правой молочной железы T4 инфильтративная NXM0. ИГХ - РЭ 30%, РП 50% HER2 3+ Ki67 10%

## **Обследование:**

**17.02.2011** тонкоигольная пункционная биопсия опухоли правой молочной железы; цитологический ответ - комплексы раковых клеток

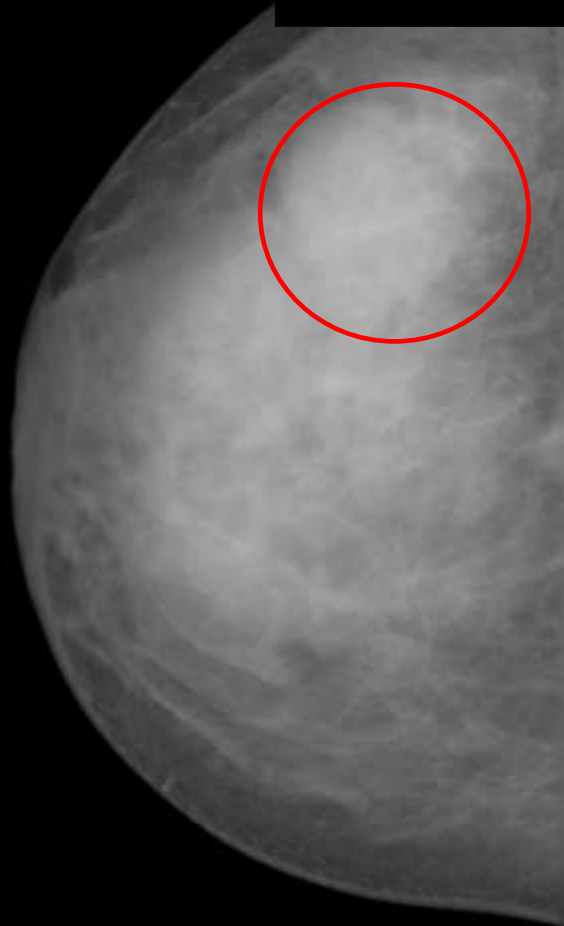
**Маммография 17.02.2011** – в правой молочной железе на фоне выраженного сливного диффузного фиброза визуализируется без четких контуров образование 3,8 x 3,0 см на границе наружных квадрантов. Заключение: подозрение на рак молочной железы.

**УЗИ брюшной полости 19.01.2011** – диффузные изменения в печени.

**Рентгенологическое исследование легких 19.01.2011г.** – патологии в легких и средостении не выявлено

Изобр.: 1/2  
Сер.:2516

R  
CC



WL: 3017 WW: 2013

17.02.2011 9:50:35

Изобр.: 1/2  
Сер.:2515

R  
CC



WL: 466 WW: 873

17.02.2011 9:50:35

Пациентка осмотрена на врачебной  
комиссии 17.02.2011

Составлен план лечения и обследования:

1. Выполнить анализ на ИГХ
2. Неоадьювантная химиотерапия с  
последующим осмотром на Врачебной  
комиссии

21.02.2011 выполнена толстоигольная  
пункционная биопсия опухоли правой молочной  
железы для проведения  
иммуногистохимического анализа.

Рецепторы эстрогенов положительные в 30%,  
рецепторы прогестеронов положительные в 50%

Анализ на HER 2 neu положительный - 3+

Анализ Ki67 10% низкий.

Люминальный тип В (HER 2 положительный)

## **Проведено лечение:**

С 09.03.2011 по 21.04.2011 3 курса неоадьювантной химиотерапии по схеме: FАС;

С 04.05.2011 по 01.06.2011 предоперационная лучевая терапия на аппарате Elekta методом динамического фракционирования на молочную железу СОД – 44 Гр, парастернальные лимфоузлы СОД – 40Гр, над- подключично- подмышечные лимфоузлы СОД 44 – 40 – 36 гр.

24.06.2011 выполнена операция радикальная мастэктомия по Мадену справа; гистологическое заключение: инвазивный дольковый рак, метастазы опухоли в восьми подмышечных и трех подключичных л/узлах.

Послеоперационный диагноз: рак правой молочной железы T4N3M0, III C стадии.

Назначено 3 курса адъювантной ХТ: схема FАС с  
12.07.2011 по 29.09.2011

20.10.2011 — лапароскопическая операция - удаление яичников; гистология — опухолевого роста не обнаружено, эндометриовидные кисты.

С 27.12.2011 начат прием тамоксифена в дозе 20 мг/сут.

С адъювантной целью начато введение герцептина в стандартном режиме 1 раз в 3 недели, в дозе 1 введение 8 мг/кг, затем 6 мг/кг в течение 1 года. 17 введений, последнее 28.12.2012

19.03.2014 – при контрольной МСКТ грудной полости выявлены множественные метастазы в легкие с обеих сторон. Размеры очагов до 24 мм.

28.03.2014 проведен 1 курс химиотерапии по схеме доцетаксел, циклофосфан.

Пациентка обращается на консультацию в г. Москва, где рекомендовано возобновить таргетную терапию герцептином в стандартном режиме.

С 28.04.2014 пациентке проводится таргетная терапия герцептином в стандартном режиме 1 раз в 3 недели, в дозе 1 введение 8 мг/кг, затем 6 мг/кг в течение 1 года.

14.07.2014 выполнена контрольная МСКТ грудной полости, где отмечена положительная динамика, уменьшение размеров очагов с 24 мм. до 10 мм. – частичный ответ.

Продолжено лечение герцептином до марта 2015г.

В марте 2015г. выявлены множественные метастазы в кожу послеоперационного рубца. Выполнена пункционная тонкоигольная биопсия; цитологический ответ — комплексы клеток железистого рака. Зарегистрировано прогрессирование заболевания.

Пациентке было предложено участие в клиническом исследовании, на которое она согласилась.

В ходе скрининговых процедур пациентке 26.05.2015 выполнено МСКТ грудной, брюшной полости, органов малого таза, ГОЛОВНОГО МОЗГА.

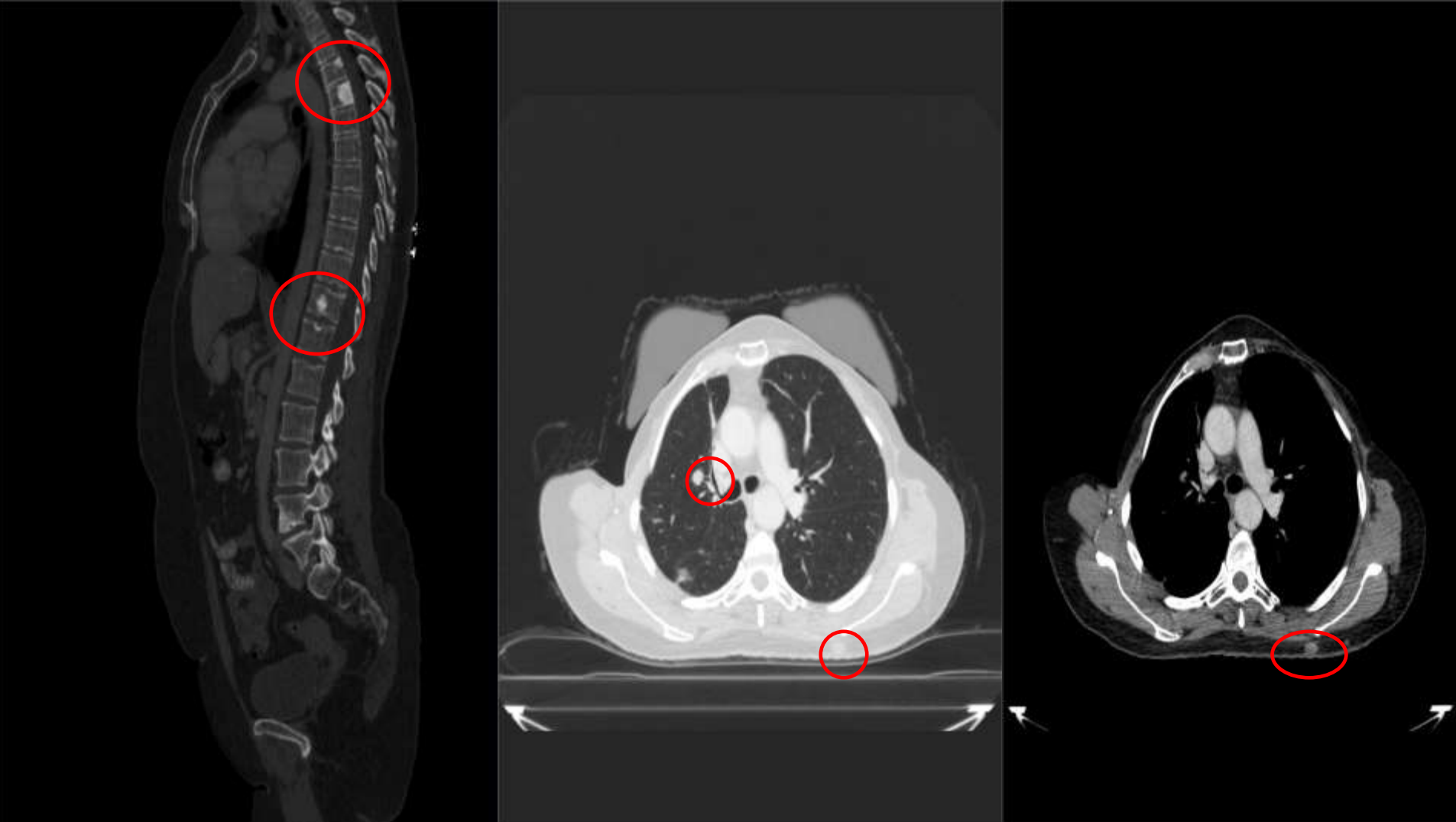
Выявлены метастазы в подкожно – жировую клетчатку, размеры очагов до 13 мм, в легких стабилизация процесса.

После проведения всех скриннинговых процедур и рандомизации пациентка попадает в группу лечения по схеме:

Трастузумаб – эмтанзин 2,4мг/кг в 1 день + капецитабин 700мг/м<sup>2</sup> 2 раза в сутки с 1 по 14 день, цикл 21 день.

С 25.05.2015 проведено 27 курсов ХТ в данном режиме. Наилучший ответ – стабилизация заболевания.

Последний курс был проведен в декабре 2016г.



В декабре 2016г. выявлено прогрессирование заболевания. По данным МСКТ выявлен рост метастазов в легкие, появились метастазы в позвоночник.

Пациентка закончила лечение в рамках клинического исследования.

Обратилась за консультацией в Израильскую клинику, где был рекомендован режим лечения по схеме ХТ: винорельбин + трастузумаб (п/к).

С 17.01.2017 по 10.04.2017 проведено 4 курса ХТ: винорельбин+трастузумаб (п/к)



В апреле 2017г. клинически и по данным МРТ выявлен метастаз в мозжечок.

С 22.05.2017 по 26.05.2017 в ННПЦН им. акад. Н.Н.Бурденко проведен курс стереотаксической радиотерапии в режиме гипо –

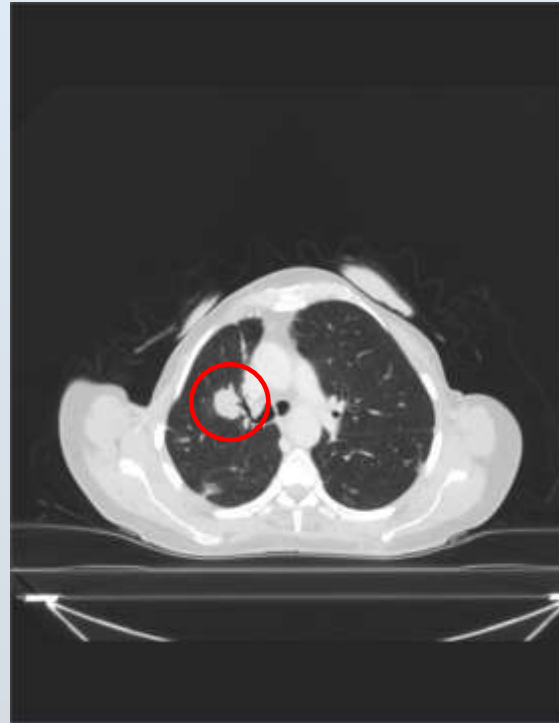
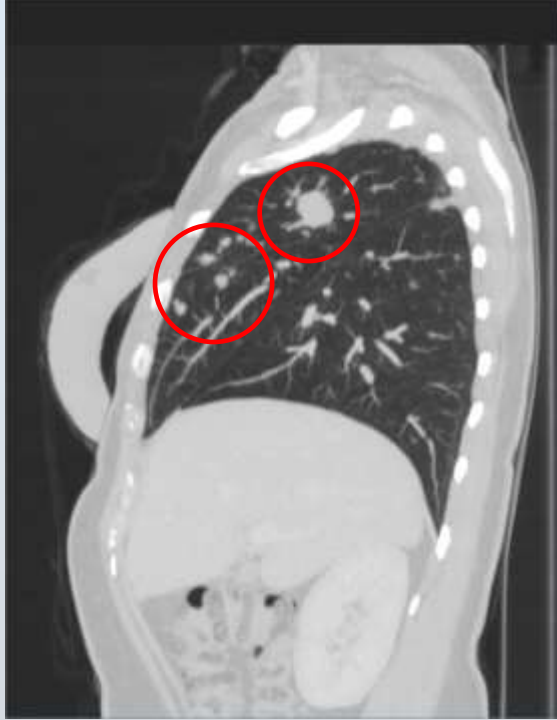
фракционирования 5 фракций по 6 Гр до СОД 29,79 Гр.

После окончания лучевой терапии рекомендовано проведение химиотерапии по схеме лапатиниб + капецитабин.

С14.06.2017 по 16.10.2017 проведено 8 курсов  
ХТ: капецитабин + тайверб в стандартных  
дозах.

В связи с ростом метастаза в мозжечке с  
22.01.2018 по 24.01.2018 в ННПЦН им. акад.  
Н.Н.Бурденко проведен курс стереотаксической  
радиотерапии в режиме гипофракционирования  
3 фракций по 8 Гр до СОД 23,99 Гр.

Рекомендовано продолжить пхт в режиме  
капецитабин + тайверб в стандартных дозах.



В марте 2018г. в связи с прогрессированием Заболевания, а именно рост метастазов в легких, кожных метастазов, рекомендована смена химиотерапии на трастузумаб + тайверб.

С 25.04.2018 по 06.06.2018 проведено 4 курса таргетной терапии в данном режиме.

При контрольной МРТ головного мозга — выявлена положительная динамика в левой гемисфере мозжечка, но появление новых очагов в мозжечке.

С 04.07.2018 по 17.07.2018 в ННПЦН им. акад. Н.Н.Бурденко – проведен курс стереотаксической лучевой терапии.

Продолжена терапия по схеме – трастузумаб + тайверб до августа 2018г.

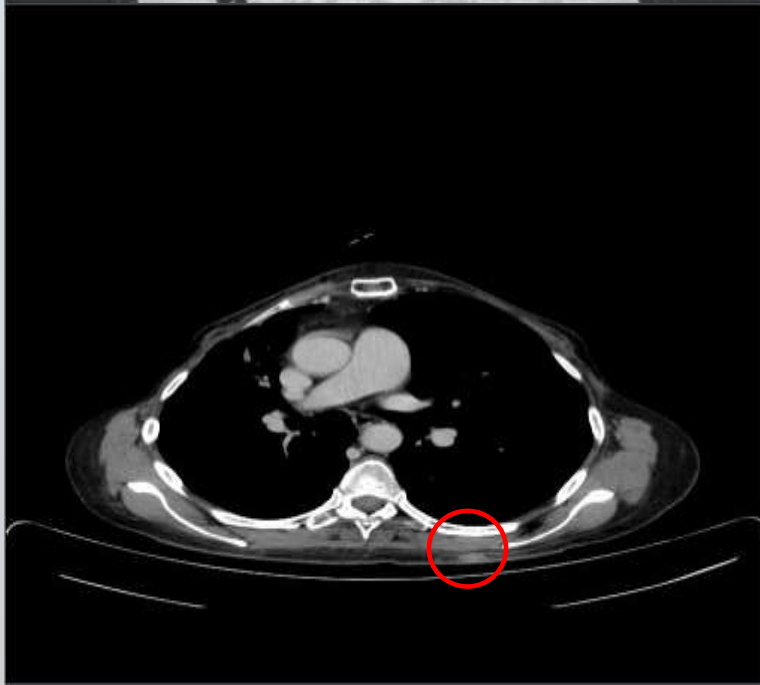
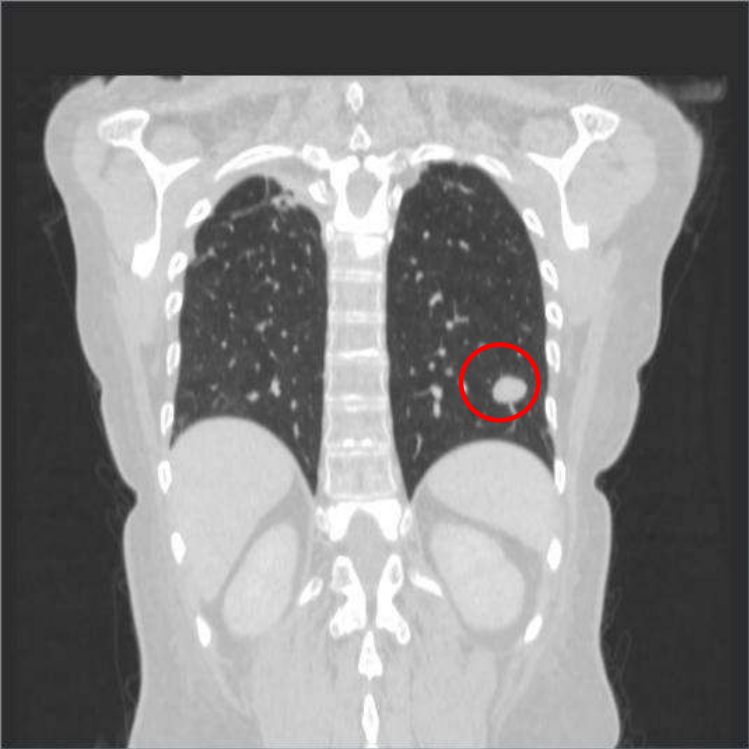
Выполнена биопсия метастазов в кожу, ИГХ – рак молочной железы G2, реакция рецепторов эстрогенов - 6 баллов, реакция рецепторов прогестерона – 4 балла, HER 2 положительный, тройной позитивный субтип.

Консультация химиотерапевта НИИ им. Н.Н.Бурденко. Рекомендовано: смена режима химиотерапии трастузумаб + пертузумаб + паклитаксел в еженедельном режиме. С сентября 2018г. по май 2019г. проведено 12 курсов лечения по данной схеме.

При контрольной МСКТ выявлен рост метастазов в легких и лимфоузлах средостения, очагов в головном мозге.

Консультация химиотерапевта НИИ им. Н.Н.Бурденко. Рекомендовано смена режима химиотерапии на трастузумаб – эмтанзин. С мая 2019г. по август 2019г. проведено 4 курса лечения трастузумаб – эмтанзином.

При контрольной МСКТ от 15.08.2019 – отмечен рост очагов в легких, мягких тканях грудной стенки и позвоночнике.



02.09.2019г. консультация химиотерапевта  
НИИ им. Н.Н.Бурденко. Рекомендовано:  
эндокринотерапия ингибиторами ароматазы  
(при доступности в комбинации с  
**рибоциклибом или палбоциклибом?**) при  
условии сохранения анти – HER 2 агента  
(трастузумаб или лапатиниб). Т - DM1,  
отменить.

## **Выводы:**

1. Общая продолжительность жизни пациентки с агрессивным течением заболевания составила 10 лет.
2. Пациентка на протяжении последних 5 лет постоянно получала анти – HER 2 терапию в различных комбинациях без выраженной токсичности.
3. Применение лучевой терапии на метастазы в области головного мозга позволило контролировать заболевание на протяжении последних 2 лет.
4. Качество жизни пациентки во время проведения терапии было удовлетворительным.

**Вопрос:**  
**какая должна быть**  
**дальнейшая тактика ведения**  
**пациентки?**