

Kemoterapija raka dojke

Pišu: mr.sc. Ivo Trogrlić i Dragan Trogrlić
Firma „ Dren „ Žepče
tel/fax: 00387-(0)32-881-774, 00387-61-461-517

Kirurgija i zračenje su lokalni načini liječenja raka i cilj im je uništenje primarnog tumora, dok je kemoterapija sistemsko liječenje i pomoću nje je moguće liječiti pacijente kod kojih su se ćelije raka putem krvi ili limfe raširile u druge organe ili su se udaljile od glavne tumorske mase tako da nisu ubijene primarnim liječenjem, što za posljedicu ima ponovo pojavljivanje bolesti (recidiv). Kemoterapija se koristi kao dopunsko liječenje zbog činjenice da se primjenom kirurgije i zračenja izliječenje postiže tek kod manjeg broja bolesnica i to kod onih kod kojih je tumor otkriven u ranoj fazi i koji nije zahvatio limfne čvorove. Iskustvo u korištenju kemoterapije od nekih šezdeset godina pokazalo je da se ovim načinom liječenja znatno povećava broj izliječenih žena i da se značajno produžava život bolesnica i zbog toga se danas kemoterapija koristi u liječenju gotovo svih bolesnica oboljelih od raka dojke.

Kemoterapija kao dopunsko liječenje

Kemoterapija u liječenju zloćudnih tumora dojke počinje se koristiti sredinom pedesetih godina dvadesetog stoljeća. U početku se koristio samo jedan citostatik kojim su pacijentice tretirane prije ili neposredno nakon operacije. Vremenom su u liječenje uvedeni novi citostatici i pokazalo se da je njihova učinkovitost najbolja kada se koriste u kombinaciji (polikemoterapija). U posljednjih šezdeset godina istraženo je djelovanje oko 60 citostatika i nakon brojnih istraživanja u liječenju raka dojke danas se koristi njih oko 15. Najvažniji citostatici koji se danas koriste su adriamicin (doksorubicin), ciklofosamid, metotreksat i 5-fluorouracil i oni su dio većine citostatskih protokola. Vjerovatno najčešće korištena kombinacija je CAF (Ciklofosamid, Adriamicin, 5 - Fluorouracil). Jedan od najučinkovitijih citostatika kod raka dojke je adriamicin (doksorubicin), međutim njegova upotreba je ograničena zbog velike kardiotoksičnosti (oštećuje srčani mišić), tako je njegovo korištenje ograničeno samo na pacijentice koje nemaju srčanih tegoba. U novije vrijeme u upotrebi je epirubicin koji ima slična svojstva kao adriamicin, ali je manje toksičan za srce što otvara mogućnost liječenja ovim citostatikom i srčanih bolesnika kao i starijih osoba koje vrlo često imaju srčane tegobe i zbog toga se donedavno nisu mogle liječiti na najbolji način. Dugo je trebalo da se odredi optimalna doza citostatika i dužina liječenja. Postoji saglasnost da se daje 6-8 ciklusa kemoterapije jer je to najčešće dovoljno da se postigne povlačenje bolesti (remisija) kod većine bolesnica kod kojih je remisija moguća. Standardno vrijeme bez liječenja između dvije doze je 21 dan jer je to dovoljno da se organizam oporavi od šetnog djelovanja kemoterapije. Ćelijama raka treba više vremena za oporavak pošto su kod njega mehanizmi popravka oštećeni i nedovoljno učinkoviti. Rađena je studija u kojoj je vrijeme između dvije doze kemoterapije smanjeno na 14 dana, a doza citostatika je bila ista kao u standardnim protokolima i rezultati su bili znatno bolji, međutim problem je što jako malo oboljelih žena može podnijeti ovakav način liječenja obzirom da je vrijeme za oporavak pacijentica smanjeno za jednu trećinu.

Liječenje metastaza kemoterapijom

Od novijih istraživanja vezanih za korištenje kemoterapije u liječenju raka dojke pomenut ćemo transplantaciju koštane srži kod pacijenica. Najveće ograničenje korištenja kemoterapije je to što citostatici nepovoljno djeluju i na zdrave ćelije, posebno na koštanu srž koja proizvodi sve ćelije krvi. Zbog toga doza citostatika mora biti ograničena, što nije uvijek dovoljno da se bolest pobjedi. Ovo ograničenje pokušava se prevazići autotransplantacijom koštane srži. Postupak se sastoji u tome da se pacijentici prije početka kemoterapije uzme koštana srž i zamrzne u tečnom azotu. Zatim se tretira visokim dozama citostatika, koje unište koštanu srž, ali i ćelije raka. Nakon toga se pacijentici transplantira prethodno uzeta koštana srž koja se vremenom obnovi i nadoknadi gubitak nastao djelovanjem citostatika. Ova metoda liječenja još je u povoju i za sad se koristi kod metastatskih tumora dojke kao i kod žena koje imaju visok rizik od povraka bolesti nakon liječenja, a to su pacijentice kod kojih je tumorski proces zahvatio 10 i više pazušnih čvorova. Ova istraživanja još nisu završena i traži se najbolja kombinacija citostatika, kao i optimalna doza, ali prvi rezultati su ohrabrujući tako da se u dogledno vrijeme može očekivati da ova metoda postane sastavni dio liječenja pacijentica sa uznapredovalim rakom dojke, kao i onih kod kojih se dijagnosticiraju metastaze.

Najveći napredak postignut je u liječenju metastatskog raka i danas se kod oko 50-70% pacijentica sa udaljenim metastazama postiže djelimično povlačenje bolesti (objektivna remisija), dok se kod oko 15% njih postiže potpuno povlačenje bolesti (potpuna remisija). Treba napomenuti remisija, odnosno povlačenje bolesti još uvijek ne znači izliječenje i da objektivna remisija znači da je liječenjem došlo do značajnog smanjenja tumorske mase, dok kod potpune remisija bolest nije moguće detektovati niti jednom postojećom metodom, što ne znači da su uništene sve ćelije raka. Pravilnim liječenjem i pristupanjem svakoj bolesnici pojedinačno uzimajući pri tom sve karakteristike raka, pacijenticama sa metastazama značajno se može produžiti život i obezbjediti dugogodišnje preživljavanje bez znakova bolesti i zbog toga ne treba kalkulirati nego ići sa maksimalnom mogućom dozom citostatika koju pacijentica može podnijeti i liječiti je za nju najboljom mogućom kombinacijom. Pri tom se kod pacijentica sa pozitivnih hormonskim receptorima kemoterapija često koristi u kombinaciji sa hormonskom terapijom (kemoterapija + zoladex + tamoxifen), dok se kod HER-2 pozitivnih pacijentica koristi kombinacija kemoterapije i imunoterapije (kemoterapija + herceptin). Treba voditi računa o tome da adrijamicin, koji je važan dio većine kemoterapijskih protokola, u kombinaciji sa herceptinom imaju još intenzivniji kardiotsični učinak nego sam adrijamicin. Ova kombinovana liječenja daju posebno dobre rezultate kod pacijentica koje prije pojave metastaza nisu bile liječene hormonskom ili imunoterapijom.