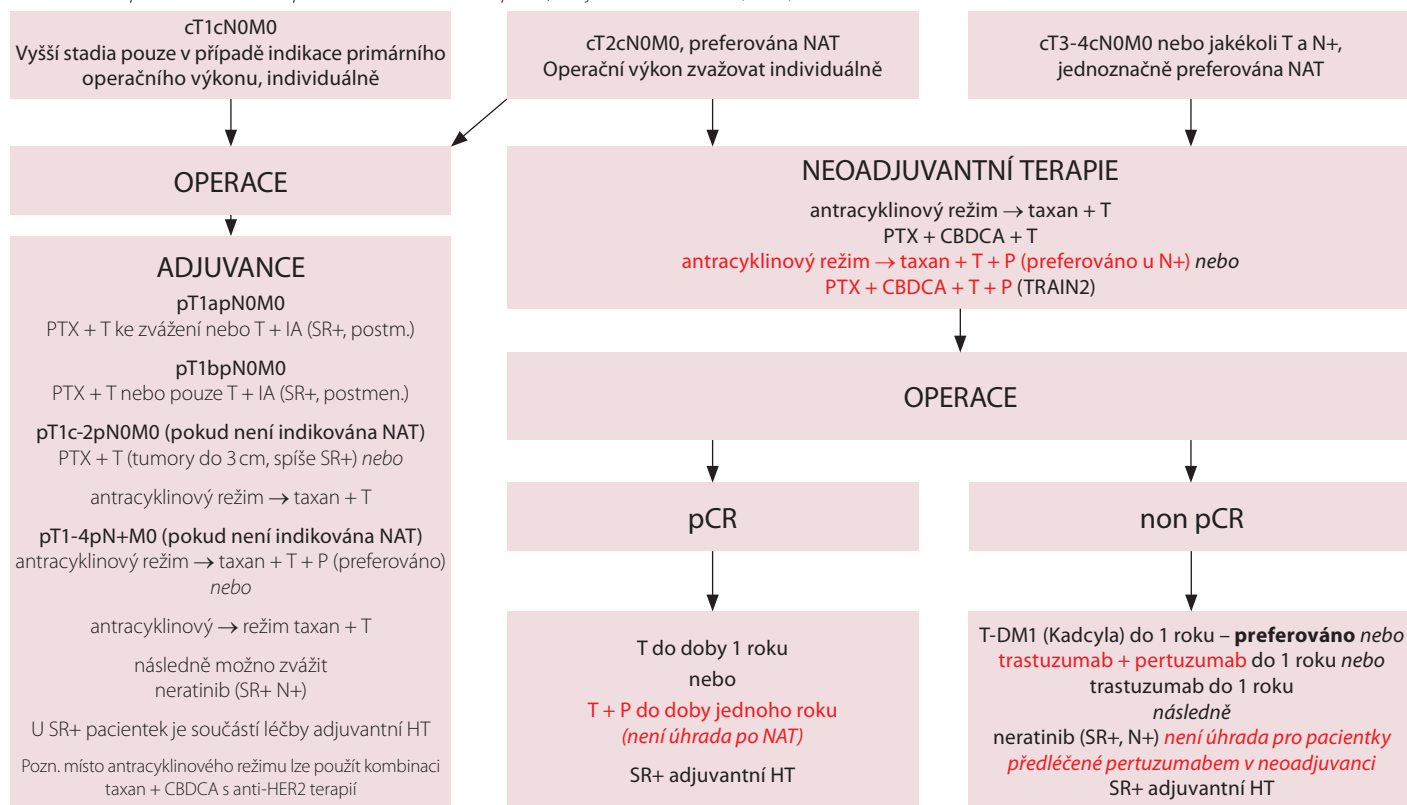


Obr. 2. Terapie časného HER2 pozitivního karcinomu prsu (zdroj: Modrá kniha ČOS; 2023)



T – trastuzumab, IA – inhibitor aromatázy, PTX – paklitaxel, CBDCA – karboplatina, SR+ – steroidní receptory pozitivní, P – pertuzumab, N+ – uzlinové postižení, HT – hormonální terapie, pCR – patologická kompletní remise, NAT – neoadjuvantní terapie, postmen. – postmenopauzální stav

neoadjuvantní nebo adjuvantní terapie, zda již pacientka byla pro metastatické onemocnění léčena a s jakým efektem a které konkrétní preparáty již byly použity. Důležitým faktorem je samozřejmě charakter a rozsah metastatického onemocnění. Věk pacientky by neměl být jedním z rozhodujících faktorů při volbě konkrétního léčebného postupu. V případě selhání I. linie léčby by měla být nabídnuta pacientce další linie. Trvalá blokáda HER2 receptoru vede k signifikantnímu zpomalení progresu onemocnění, zlepšení PFS a OS. Po vyčerpání anti-HER2 terapie může být volbou podání chemoterapie nebo hormonální terapie bez anti-HER2 léčby. Optimální délka trvání anti-HER2 terapie u pacientek, které dosáhly kompletní remise onemocnění, není jednoznačně stanovena. Nejefektivnější kombinací v rámci I. linie léčby je kombinace chemoterapie s duální anti-HER2 blokádou pomocí trastuzumabu a pertuzumabu (31). Dlouhodobým standardem ve druhé linii léčby je T-DM1 (18), velice dobrých výsledků však bylo recentně dosaženo pomocí trastuzumab deruxtecany (22). V rámci třetí linie léčby byla nejčastěji volena kombinace kapecitabinu a lapatinibu (21). Jak již bylo výše zmíněno, HER2

pozitivní karcinom je charakteristický svým agresivním biologickým chováním a rizikem vzdálené diseminace onemocnění, včetně postižení v CNS. Téměř u poloviny pacientek s HER2 pozitivním karcinomem prsu je diagnostikováno mozkové metastatické onemocnění (32, 33). U této vysoce rizikové podskupiny pacientek a doposud velice špatně terapeuticky ovlivnitelné prokázal dobrou efektivitu tucatinib (34), jak je podrobně popsáno níže. Díky efektivitě nových preparátů (tucatinib, trastuzumab-deruxtecan) lze očekávat další změny v doposud platných léčebných doporučení. Léčba mladých pacientek s metastatickým karcinomem se tedy řídí stejnými pravidly jako léčba pacientek ostatních. Podrobně je léčebný algoritmus HER2 pozitivního karcinomu prsu zobrazen na Obr. 3 a 4.

Závěr

HER2 pozitivní karcinom je agresivní onemocnění vyžadující intenzivní terapii. Léčba mladých pacientek, a nejenak je tomu u pacientek s HER2 pozitivním karcinomem, je specifická v mnoha ohledech. Řešena je otázka zachování fertility a možnosti onkologické léčby u gravidních pacientek. Podrobně by mělo být

diskutováno načasování chirurgického výkonu, jeho rozsah a způsob provedení. Systémová léčba karcinomu prsu u mladých pacientek obdobná jako u pacientek starších, vychází ze stejných léčebných doporučení. Specifikem je vyšší zastoupení agresivních podtypů karcinomu prsu, s čímž je spojena častější indikace neoadjuvantní terapie. HER2 pozitivní karcinom, a to jak časný, tak i pokročilý, je léčen dle aktuálních doporučení. Deeskalace léčby ve smyslu vynechání antracyklinového režimu je volena u pacientek s malým rozsahem postižení v prsu. U mladých pacientek se spíše využívá eskalace terapie, hlavně ve smyslu použití duální anti-HER2 terapie v neoadjuvantním i adjuvantním podání a možnosti prodloužené adjuvance neratinibem u indikované podskupiny HER2 pozitivních pacientek. Intenzifikace terapie pomocí T-DM1 u pacientek s reziduálním postižením je standardem stejně jako u pacientek starších. K dosažení nejlepších léčebných výsledků je však zásadní, a to u všech pacientek, včasná diagnostika onemocnění s naplánováním optimálního postupu v rámci multidisciplinárního týmu. Jedině tímto způsobem je možné dosáhnout nejlepších výsledků onkologické léčby.