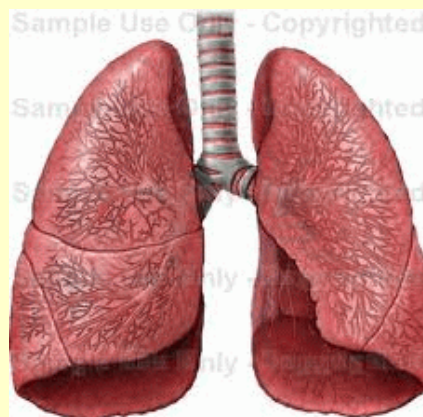


CÀNCER DE PULMÓ DE LLARGA SUPERVIVÈNCIA



Rita Sala Robinat
Cecilia Campabadal Prats
Servei de Farmàcia Hospital d'Igualada



Hospital d'Igualada
consorci sanitari de l'anoia

DE QUE PARLAREM?

- PRESENTACIÓ DEL CAS
- EPIDEMIOLOGÍA
- ETIOLOGIA I FACTORS DE RISC
- TIPUS DE CÀNCER DE PULMÓ
- ESTADIFICACIÓ
- DIAGNÒSTIC
- TRACTAMENT



PRESENTACIÓ DEL CAS

- Pacient de 66 anys
- 18/2/09: Urgències (Remes des del CAP)
Sensació febril de 11 dies de evolució amb esgarrifances. Algun episodi de diaforesis nocturna. No tos ni expectoració. Sempre febrícula. Explica molèsties dorsals mitges lleus. No dispnea
- Dx fa 1 setmana de pneumònia → tt atb empíric amoxi-clavulànic 500/125mg /8h
- Als 3 dies, persisteix febrícula → ↑875/125mg/8h
- 1ª Rx (48h): infiltrat apical dret i basal, amb embassament pleural

PRESENTACIÓ DEL CAS

- Ingrés per estudi → TAC toràcic i PET-TC
→ Canvi Atb a Levofloxací
- ANTECEDENTS PATOLÒGICS:
 - No al·lèrgies medicamentoses conegudes
 - Ex fumador fa >20anys 1/2 paquet al dia
 - HTA → Parapres 8 mg (Candesartan)
 - Sd prostàtica → Proscar (Finasterida) i Omnic (Tamsulosina)
 - Colonoscòpia fa 3 anys (pòlip → polipectomia)
 - IQ 2 hernies inguinals

PRESENTACIÓ DEL CAS

- EVOLUCIÓ:

Tumoració apical LSD
Embassament pleural dret



PAAF? → No abordable (proximitat subclàvia)

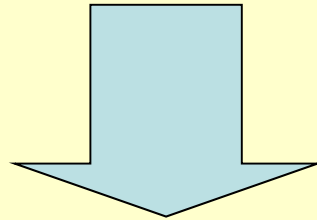


Valoració Unitat Funcional de
Pulmó Hospital Bellvitge

- 4/3/09 → ALTA. Estabilitat clínica. Ha fet 14 dies de tt amb levofloxací

PRESENTACIÓ DEL CAS

- 18/3/09:
PAAF guiada TC → Ca pulmó cèl. no petita
- 22/4/09:
Toroscòpia+Biòpsia+talcatge → Pleura inflamada i
ADC



ADC pulmó T4N2M0
(est IIIB amb Embassament pleural +)

EPIDEMIOLOGÍA

- **INCIDÈNCIA:**

- Tumor més freqüent del món, aprox. 1.400.000 casos nous/any:

- 16,6% ♂ (965.000 casos)

- 7,6% ♀ (385.000 casos)

- A Espanya, es diagnostiquen uns 20.000 casos anuals:

- 18,4% ♂ (18.000 casos)

- 3,2% ♀ (2.000 casos)

↑ incidència en dones i joves

- A nivell mundial: 2,5 ♂ /1 ♀
 - A Europa: 3,6 ♂ /1 ♀
 - A Espanya: 9 ♂ /1 ♀

EPIDEMIOLOGÍA

- **MORTALITAT:**

- Unió Europea: 1a causa de mort per càncer en ♂ i la 2a en ♀
- Estats Units: 1a causa de mort ♂ i ♀
- El 85-90% pacients diagnosticats → moren a causa del tumor
- El 15,8% segueixen vius als 5 anys o més després del diagnòstic



Països en què ha ↓ nombre de fumadors
→ Tendència descendent incidència i mortalitat

- **EDAT:** ↑ la incidència i la mortalitat

- La majoria dels casos es diagnostiquen 55-75 anys (mitja 70a)
- <3% dels casos en menors de 45 anys

- **TIPUS TUMORAL:** més freqüent ♂ carcinoma escamós
♀ adenocarcinoma

EPIDEMIOLOGÍA

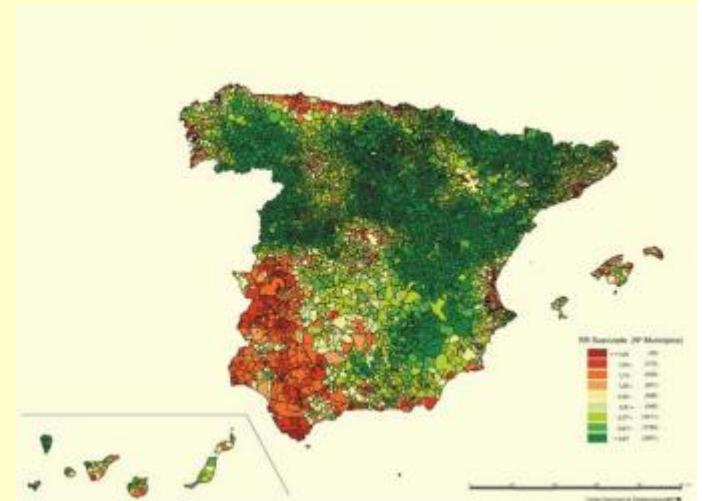
- **PRONÒSTIC:**

Supervivències globals als 5 anys ~14% ♂ i del 20% ♀



Mal pronòstic:

- Naturalesa de la malaltia → diagnòstic tardà i progressió molt ràpida
- Afeccions concomitants, relacionades amb el tabac (MPOC i malalties CV) → tractament més complex i amb més morbiditat i mortalitat.



ETIOLOGIA I FACTORS DE RISC



TABAC:

Causa el 85% † per Ca Pulmó

Mortalitat respecte a no fumadors: x 22 a ♂
x 12 a ♀

Risc de 10 a 20 vegades major

Efecte dosi-resposta: el risc augmenta amb la quantitat i durada de l'hàbit

El risc ↓ quan es cessa el consum: reducció del 80-90% després de 15 anys

Fumadors passius: risc x 1.5 (aprox. 3000† / any)

El risc associat al tabaquisme passiu és superposable al risc dels fumadors d'1 a 9 cigarrets / dia



Dels components del fum de tabac destaquen com agents cancerígens els hidrocarburs aromàtics policíclics i les nitrosamines.

ETIOLOGIA I FACTORS DE RISC

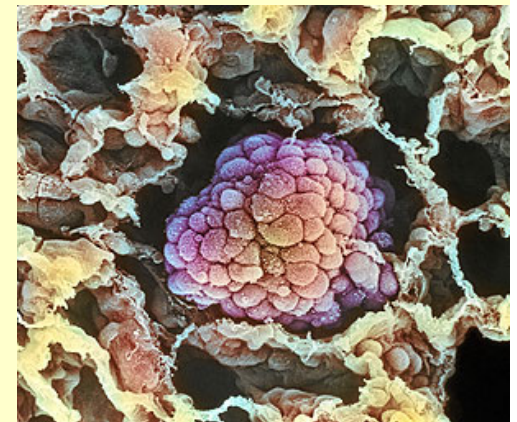


- RADÓ I RADIACIONS IONITZANTS: 2a causa d'aparició de C Pulmó
- EXPOSICIONS LABORALS: asbest, petroli i derivats, níquel, crom, arsènic. 13-18%
- EDAT: ↑ risc
- MALALTIES PULMONARS PRÈVIES: MPOC. Asma, tuberculosi, fibrosi pulmonar idiopàtica o l'esclerodèrmia.
- FACTORS GENÈTICS:
 - Mutacions de protooncogenes → ERBB-1 i ERBB-2
 - Mutacions sobre gens supressors tumorals
 - Mutacions de gens encarregats de la reparació de l'ADN
- DIETA:
Nivells baixos de beta carotè i vitamina E
Efecte protector de dieta rica en fruita i verdures



TIPUS DE CÀNCER DE PULMÓ

- ✓ CARCINOMES DE CÈL · LULES PETITES O MICROCÍTICS (CPCP)
- ✓ CARCINOMES NO CÈL · LULES PETITES (CPNCP)
 - CARCINOMA ESCAMÓS O EPIDERMOIDE
 - ADENOCARCINOMA
 - CARCINOMA DE CÈL · LULES GRANS

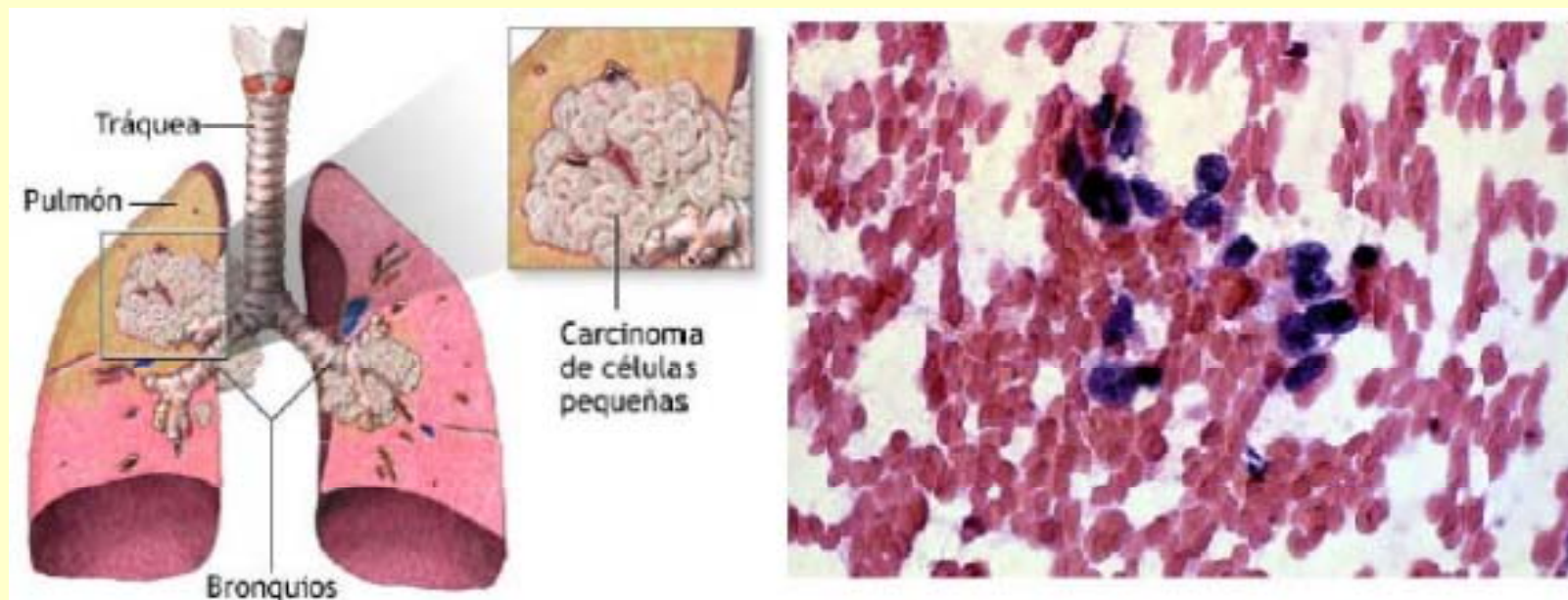


DIFERÈNCIES GENERALS ENTRE CÀNCER MICROCÍTIC I NO MICROCÍTIC

	Càncer de pulmón de células pequeñas (o microcítico)	Càncer de pulmón de células no pequeñas (o no microcítico)
Frecuencia	10-15% de todos los tumores malignos del pulmón	85-90% del total de tumores malignos de pulmón
Tipo de crecimiento	Tumores de crecimiento rápido , con gran tendencia a extenderse a otros órganos M1 60-70%	Por lo general, tumores de crecimiento más lento. M1 50%
Tratamiento	Se trata habitualmente con quimioterapia, radioterapia, o ambas Sensibilitat a RDT: ALTA Sensibilitat a QT: ALTA	La cirugía es más frecuente (tratamiento de elección en el tipo escamoso I, II y en algunos estadios III, en los adenocarcinomas y en los carcinomas de células grandes). En otros casos, puede retrasarse hasta después de la quimioterapia y/o radioterapia. Sensibilitat a RDT: MODERADA Sensibilitat a QT: BAIXA
Pronóstico	Peor, aunque en función del estadio de la enfermedad (limitado o diseminado)	Mejor, aunque en función del estadio de la enfermedad (0-IV)

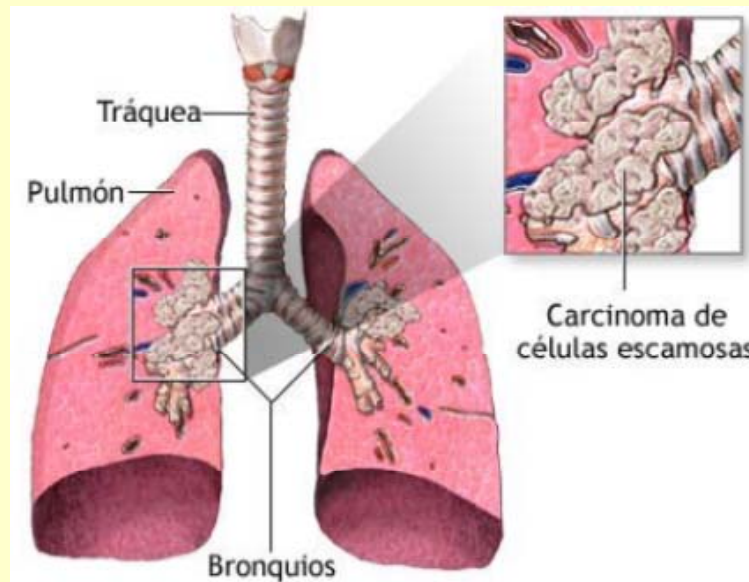
CARCINOMES DE CÈL·LULES PETITES O MICROCÍTICS

- Un 15-20% dels Ca de pulmó
- Es localitza preferentment a la zona central dels pulmons, podent comprimir vasos o òrgans localitzats en aquest nivell
- Es caracteritzen per la seva alta agressivitat i creixement ràpid



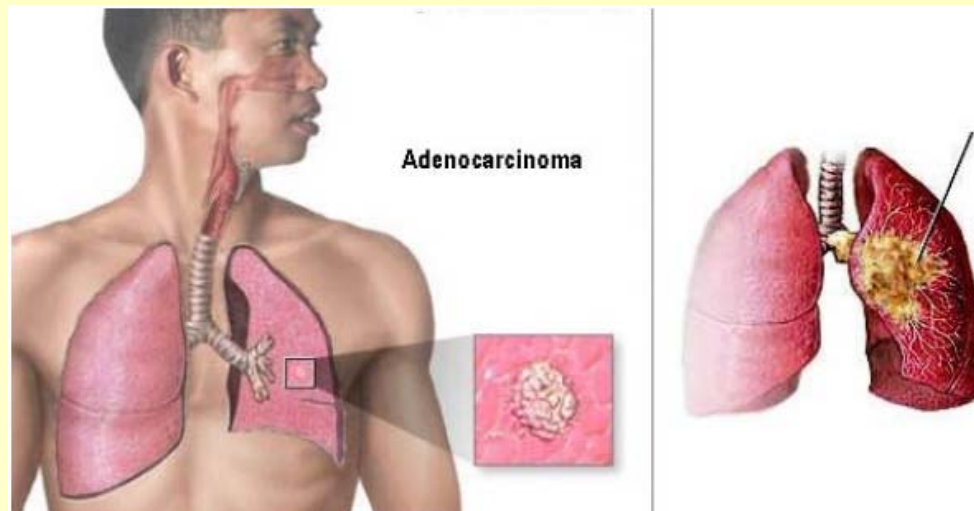
CARCINOMA ESCAMÓS O EPIDERMÓIDE

- El més freqüent: 40% dels CPNCP
- Directament relacionat amb el tabac
- Sol localitzar-se en la part central dels pulmons, i sovint es necrosa al seu interior i s'assembla a un abscess
- Té un creixement relativament lent



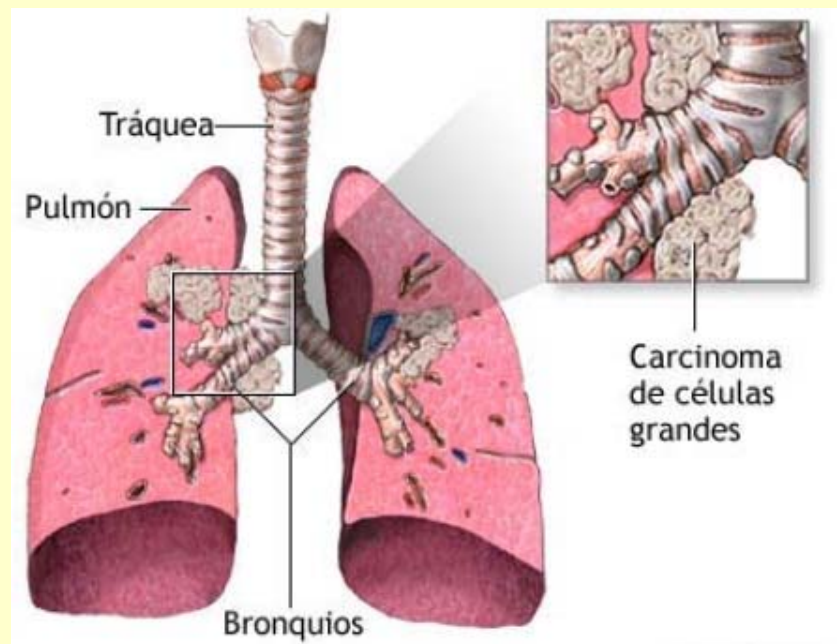
ADENOCARCINOMA

- El 30% dels CPNCP
- És el més freqüent en no fumadors (el menys relacionat amb el consum de tabac). Sol donar-se més entre les dones, i es presenta més en joves que altres tipus
- Tendeix a localitzar-se en zones més perifèriques dels pulmons, de manera que sovint afecta la pleura i paret toràcica
- Creix lentament
- Un subgrup mutació del EGFR → fàrmacs dirigits



CARCINOMA DE CÈL·LULES GRANS

- El tipus menys freqüent: 10%
- Apareix a qualsevol zona dels pulmons
- Creix ràpidament.



ALTRES TIPUS DE TUMORS

- ✓ TUMORS CARCINOIDES: < 5% dels càncers de pulmó.
 - Els tumors carcinoïdes típics creixen lentament
 - Generalment s'extirpen quirúrgicament
 - Habitualment tenen millor pronòstic que CPCP o CPNCP
 - Menys freqüents són els tumors carcinoïdes atípics

- ✓ ALTRES TUMORS MÉS RARS:
carcinomes adeno-quístics, limfomes, sarcomes

ESTADIFICACIÓ DEL CPCNP

- ✓ Fonamental per establir el tractament
- ✓ Factor pronòstic més important

Estadíos TNM	
Carcinoma oculto	TX N0 M0
Estadio 0	Tis N0 M0
Estadio IA	T1a,b N0 M0
Estadio IB	T2a N0 M0
Estadio IIA	T1a,b N1 M0 T2a N1 M0 T2b N0 M0
Estadio IIB	T2b N1 M0 T3 N0 M0
Estadio IIIA	T1,T2 N0 M0 T3 N1,N2 M0 T4 N0,N1 M0
Estadio IIIB	T4 N2 M0 Cualquier T N3 M0
Estadio IV	Cualquier T, cualquier N M1a,b

T (Tumor primario)	
TX	Tumor primario que no puede ser evaluado, o tumor probado por la presencia de células malignas en el esputo o en el aspirado bronquial, pero no visible por imagen o por broncoscopia.
T0	Sin evidencia de tumor primario.
Tis	Carcinoma <i>in situ</i>.
T1	Tumor <3cm en su diámetro mayor, rodeado por pulmón o pleura visceral, sin evidencia broncoscópica de invasión más proximal que el bronquio lobar (p.ej. ne en el bronquio principal). T1a Tumor <2cm en su diámetro mayo T1b Tumor >2cm pero <3 cm en su diámetro mayor.
T2	Tumor >3cm pero <7cm o tumor con cualquiera de los siguientes datos: -Afectación del bronquio principal > 2cm distal a la carina. -Invasión de la pleura visceral. -Asociado a atelectasia o neumonitis obstructiva que se extiende hasta la zona hilar, pero no afecta al pulmón entero. T2a Tumor >3cm pero <5cm en su diámetro mayor. T2b Tumor >5cm pero <7cm en su diámetro mayor.
T3	Tumor >7cm o que invade directamente cualquiera de las siguientes estructuras: pared torácica (incluyendo tumor del sulcus superior), diafragma, nervio frénico, pleura mediastínica, pericardio parietal o tumor en el bronquio principal <2cm distal a la carina pero sin afectación de la carina, o atelectasia o neumonitis obstructiva asociada del pulmón entero o nódulo/s tumoral separado en el mismo lóbulo que el primario.
T4	Tumor de cualquier tamaño que invade cualquiera de lo siguiente: mediastino, corazón, grandes vasos, tráquea, nervio recurrente, esófago, cuerpo vertebral, carina o presencia de nódulo/s tumoral separado en un diferente lóbulo homolateral.
N (Adenopatías Regionales)	
NX	No puede evaluarse.
N0	Ausencia de metástasis ganglionares regionales.
N1	Metástasis en adenopatías homolaterales intrapulmonares, peribronquiales y/o hiliares, incluyendo afectación por extensión directa.
N2	Metástasis en adenopatías homolaterales mediastínicas y/o subcarínicas.
N3	Metástasis en adenopatías contralaterales hiliares o medastínicas, o escalénicas homo- o contralaterales o supraclaviculares homo- o contralaterales.
M (Metástasis)	
MX	No puede evaluarse.
M0	Sin metástasis a distancia.
M1	Metástasis a distancia. M1a Nódulo/s tumoral contralateral o tumor con nódulos pleurales o derrame pleural o pericárdico maligno. M1b Metástasis a distancia.

ESTADIFICACIÓ DEL CPCP

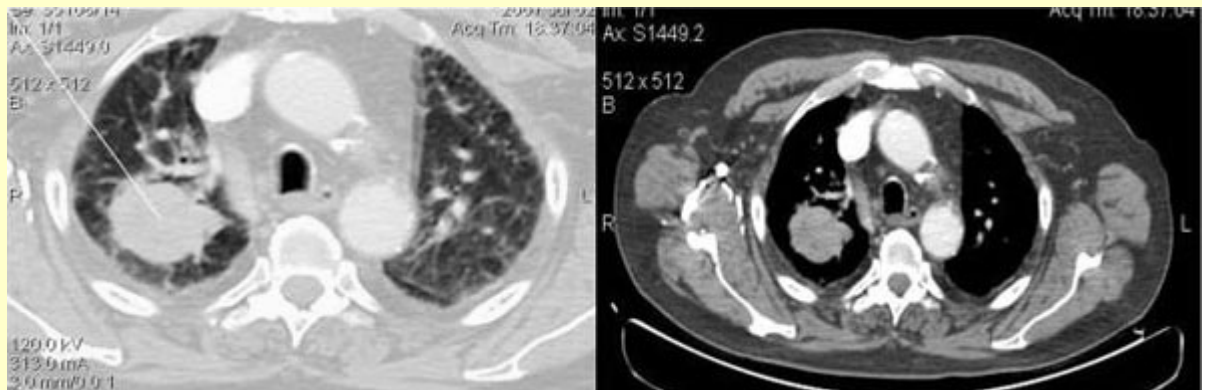
Classificació del Veterans Administration Lung Group, que els divideix en dos estadis:

- MALALTIA LIMITADA:

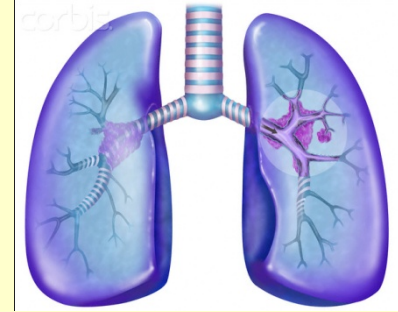
Afecta un hemitòrax i ganglis limfàtics regionals (mediastínics, hilars i supraclaviculars del mateix costat) que poden ser abastats dins el camp de radioteràpia

- MALALTIA DISSEMINADA, ESTESA O AVANÇADA:

Afecta el hemitòrax contrari i a altres òrgans com l'os, cervell, fetge, glàndules suprarenals, o ganglis limfàtics allunyats de la zona del tumor



DIAGNÒSTIC



- Fases precoces de la malaltia → no produeix cap tipus de símptomes o són molt inespecífics. El diagnòstic en aquesta fase és generalment accidental
- Síntomes són tardans → amb freqüència el CP es diagnostica en etapes avançades

HISTÒRIA CLÍNICA:

Símptomes pels quals el pacient va a la consulta, si és fumador, el tipus de treball que realitza, els antecedents familiars de la malaltia i els antecedents personals d'altres tumors

EXPLORACIÓ FÍSICA:

Signes i símptomes que puguin correspondre a la malaltia

SÍMPTOMES

- ✓ Tos
- ✓ Pèrdua de pes
- ✓ Hemoptisi
- ✓ Dispnea
- ✓ Dolor toràcic
- ✓ Disfonia
- ✓ Disfàgia
- ✓ **Síndrome de Horner:** Ptosi palpebral, miosi i anhidrosis facial tots ells ipsilaterals al tumor



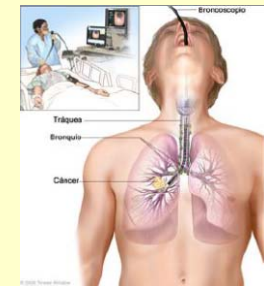
SÍMPTOMES

MALALTIA AVANÇADA: pèrdua de gana, decaïment general, mals de ossos, cansament, debilitat, confusió, marejos o pèrdua de pes

SÍNTOMA	FRECUENCIA (%)
Tos	8-75
Pèrdua de peso	8-68
Disnea	3-60
Dolor toràcico	20-49
Hemoptisis	6-35
Dolor óseo	6-25
Acropaquia	0-20
Fiebre	0-20

PROVES COMPLEMENTÀRIES

- Radiografia de tòrax
- Citologia d'esput
- Broncoscòpia o fibrobroncoscòpia
- Punció amb agulla fina
- Escàner o Tomografia Computeritzada
 - TC Toràcic
 - TC Abdominal
 - TC Cranial
- Gammagrafia òssia
- Tomografia per emissió de positrons (PET)

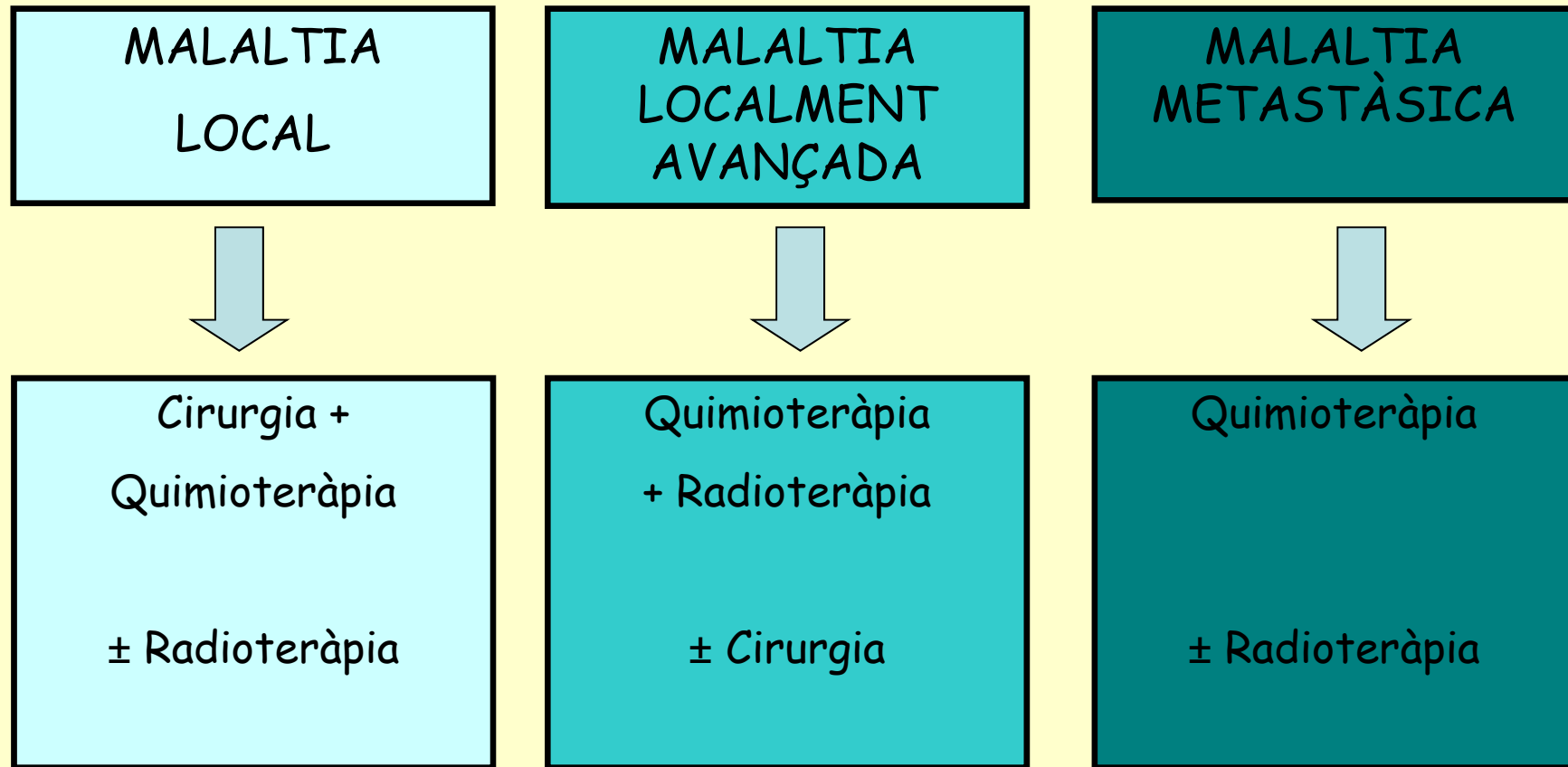




SCREENING

- Cap mètode de cribratge estudiat en Ca Pulmó ha provat benefici per als pacients
- Els estudis retrospectius que analitzen l'efecte de la Rx tòrax anual no han demostrat ↓ taxa de mortalitat
- Els estudis prospectius mitjançant citologia d'esput i Rx tòrax permeten detectar major nombre d'estadis precoços però no ↓ mortalitat
- En estudi el paper de la TC helicoidal → Els resultats semblen prometedors, amb una ↓ 20% de la mortalitat (vs Rx tòrax)

TRACTAMENT



Càncer de pulmó cèl·lules no petites.

T4 N2

Estadi III maneig com estadi IV
(Embassament pleural +)

- SG a 5 anys del 15 %

- 40% dels pacients amb CPCNP presentaran malaltia avançada en el moment del diagnòstic i seran candidats a rebre teràpia sistèmica amb intenció pal·liativa

QT és el tractament d'elecció en pacients amb malaltia avançada amb bon estat general:

Redueix el risc de mort.

Incrementa la supervivència global a 1any.

PS 0-1 > PS 2

TRACTAMENT DE PRIMERA LINIA

ETAPA O NIVEL	EQUIVALENCIA I.K.	DESCRIPCIÓ
0	IK 100 – 90 %	Asintomàtic y con actividad normal hogareña y laboral
1	IK 80 – 70 %	Síntomas de enfermedad, pero ambulatorio. Capaz de desarrollar actividades del diario vivir.
2	IK 60 – 50 %	Postrado o en reposo menos del 50% del tiempo. Solo necesita ocasionalmente asistencia.
3	IK 40 – 30 %	Postrado o en reposo más del 50% del tiempo. Necesita cuidados parciales de la familia o enfermería.
4	IK 20 – 10 %	Postrado 100% del tiempo. Incapacidad total. Necesita cuidados totales de la familia o enfermería

ESCALA PERFORMANCE
STATUS

- PoliQT s'associa a millors resultats que tractament amb un sol agent

2 fàrmacs	3 fàrmacs
Resultats Supervivència	Resultats Supervivència Toxicitat

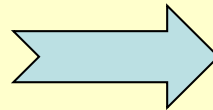
TRACTAMENT DE PRIMERA LINIA

Cisplatí 75 mg/m ² dia 1	Gemcitabina 1250 mg/m ² dies 1 i 8 (cada 21dies)
Cisplatí 75 mg/m ² dia 1	Vinorelbina 25 mg/m ² dies 1 i 8 (cada 21 dies)
Cisplatí 75 mg/m ² dia 1	Docetaxel 75 mg/m ² dia 1 (cada 21dies)
Cisplatí 75 mg/m ²	Pemetrexed 500 mg/m ² dia 1 (cada 21 dies)
Carboplatí 5-6 mg/AUC	Paclitaxel 175-200 mg/m ² dia 1 (cada 21 dies)
Carboplatí 5mg/AUC	Pemetrexed 500 mg/m ² dia 1 (cada 21 dies)

TRACTAMENT DE PRIMERA LINIA

- Esquemes QT amb platins són els règims estàndard pel tractament de primera línia de la malaltia metastàsica o avançada

Cisplatí
Nàusees
Vòmits
Mielosupressió
Neurotoxicitat
Nefrotoxicitat
Necessitat hidratació important



Agent d'elecció sempre que el seu estat general ho permeti

Ús limitat en pacient amb estat general fràgil

Carboplatí
Millor perfil de toxicitat general
Resultats similars de SG



Alternativa en pacients que no poden rebre cisplatí

TRACTAMENT DE PRIMERA LINIA

Cisplatí/Gemcitabina

Cisplatí/Docetaxel

Cisplatí/Paclitaxel

Carboplatí/Paclitaxel

Cap d'ells ofereix
beneficis
significativament
superiors a la resta

Cisplatí/Docetaxel

Cisplatí/Vinorelbina

Carboplatí/Docetaxel

	P/Doce	P/V
SG (mes)	11.3	10.1

Tolerància P/Doce > P/V

Cisplatí/Pemetrexed

Cisplatí/Gemcitabina

NO ESCAMÓS

HR=0.81: P/Peme > P/Gem
P/Peme millor perfil de
toxicitat

Carboplatí/Pemetrexed

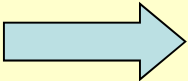


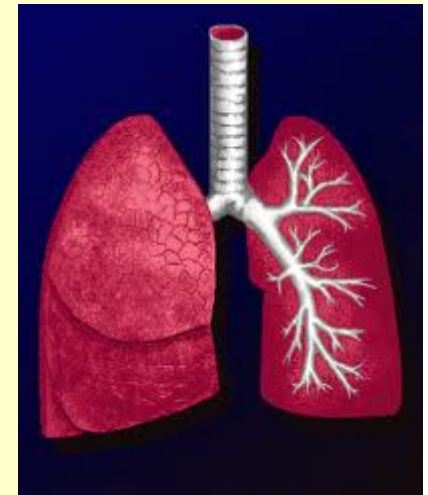
SG: similar
Qüestionaris qualitat vida: similars
Toxicitat: menor
Necessitat tractament de suport:
menor

TRACTAMENT DE PRIMERA LINIA

- Resultats similars d'eficàcia en esquemes QT:
CISPLATÍ+ agent 3r generació

Gemcitabina, docetaxel,
pemetrexed

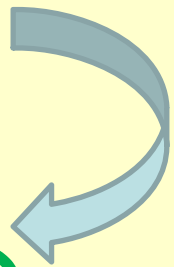
- Selecció  { seguretat
qualitat de vida
cost-efectivitat



TRACTAMENT DE PRIMERA LINIA

- Cisplatí/pemetrexed
- Cisplatí/gemcitabina

- Carboplatí/paclitaxel
- Carboplatí/paclitaxel/bevacizumab

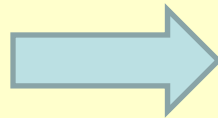


Comparació
indirecta

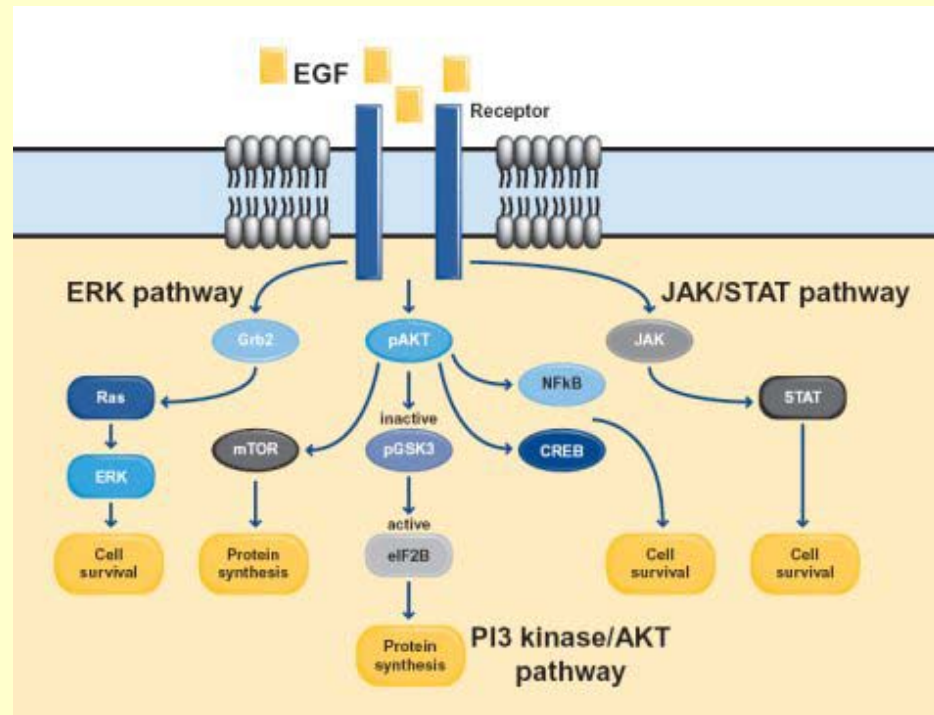
Combinació referent	Combinació comparada	Cost incremental per any de vida ajustat a QUALY
Cisplatí/gemcitabina	Cisplatí/pemetrexed	132.829 dòlars
Carboplatí/paclitaxel	Cisplatí/pemetrexed	250.992 dòlars
triplet	Cisplatí/pemetrexed	1.006065 dòlars

TERAPIA DIRIGIDA EN PRIMERA LINIA

INHIBIDORS
TIROSIN-KINASA
Erlotinib
Gefitinib



Recomanats en pacients amb
mutacions activadores de
EGFR



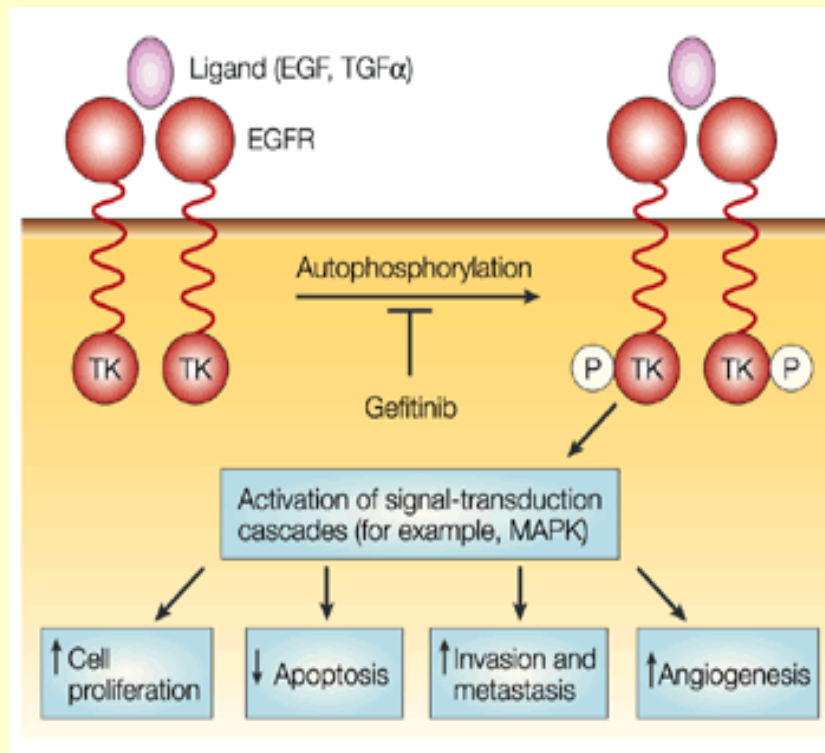
EGFR sobreexpressat en
càncer de pulmó.

Pitjor pronòstic

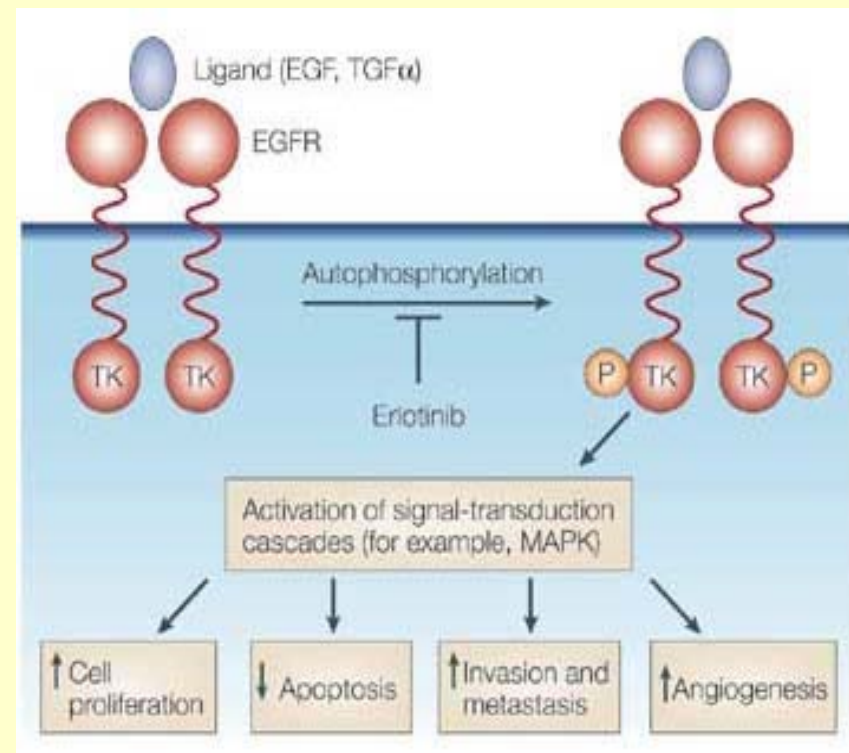
Resistència a quimioteràpia

TERAPIA DIRIGIDA EN PRIMERA LINIA

GEFITINIB



ERLOTINIB



TERAPIA DIRIGIDA EN PRIMERA LINIA

Bevacizumab



VEFG: factor de creixement de l'endoteli vascular.
Formació de nous vasos: vascularització del tumor

NO ESCAMÓS
SLLP: millors resultats
SG: no millors resultats

Anticòs monoclonal enfront VEGF

Associat a quimioteràpia basada en platins

Episodis tromboembòlics, sagnat o HTA
NO en metàstasis cerebrals
Població molt seleccionada

Cetuximab



En estudi

TERAPIA PRIMERA LINIA

Pacient candidat a rebre cisplatí:

Cisplatí/gemcitabina, cisplatí/vinorelbina, cisplatí/docetaxel, cisplatí/pemetrexed... MÀXIM 6 CICLES.

Pacient no candidat a cisplatí:

Carboplatí/paclitaxel, carboplatí/pemetrexed...
MÀXIM 6 CICLES

Pacients no fumadors, ex-fumadors, fumadors lleugers, no candidats a assaig clínic, no candidats a QT, dels quals es disposa de la determinació EGFR: inhibidor tirosin-kinasa
Mutació + EGFR: gefitinib

EL NOSTRE PACIENT...

Cisplatí/pemetrexed

2/06/2009	25/06/2009	15/07/2009	4/08/2009	25/8/2009	15/09/2009
1r cicle	2n cicle	3r cicle	4t cicle	5e cicle	6e cicle

cisplatí	pemetrexed
Nefrotoxicitat Neuropaties Ototoxicitat Rx al·lèrgiques Hiperuricèmia IR Flebitis Arítmies Hiponatremia Supressió medul·la òssia	Supressió medul·la òssia Mucositis Estomatitis Nàusees Vòmits Diarrea-estrenyiment

I ara què????

TERÀPIA DE MANTENIMENT

- Manteniment seqüencial:

4 cicles d'inducció → inici tractament amb un
altre fàrmac no utilitzat en
la inducció

PEMETREXED
ERLOTINIB
GEFITINIB
DOCETAXEL
VINORELBINA

TERÀPIA DE MANTENIMENT

- Manteniment de continuació:

Mantenim 1 o + fàrmacs utilitzats en la fase d'inducció(suspenent el platí)

"Resposta total o parcial després de 4 cicles de QT"

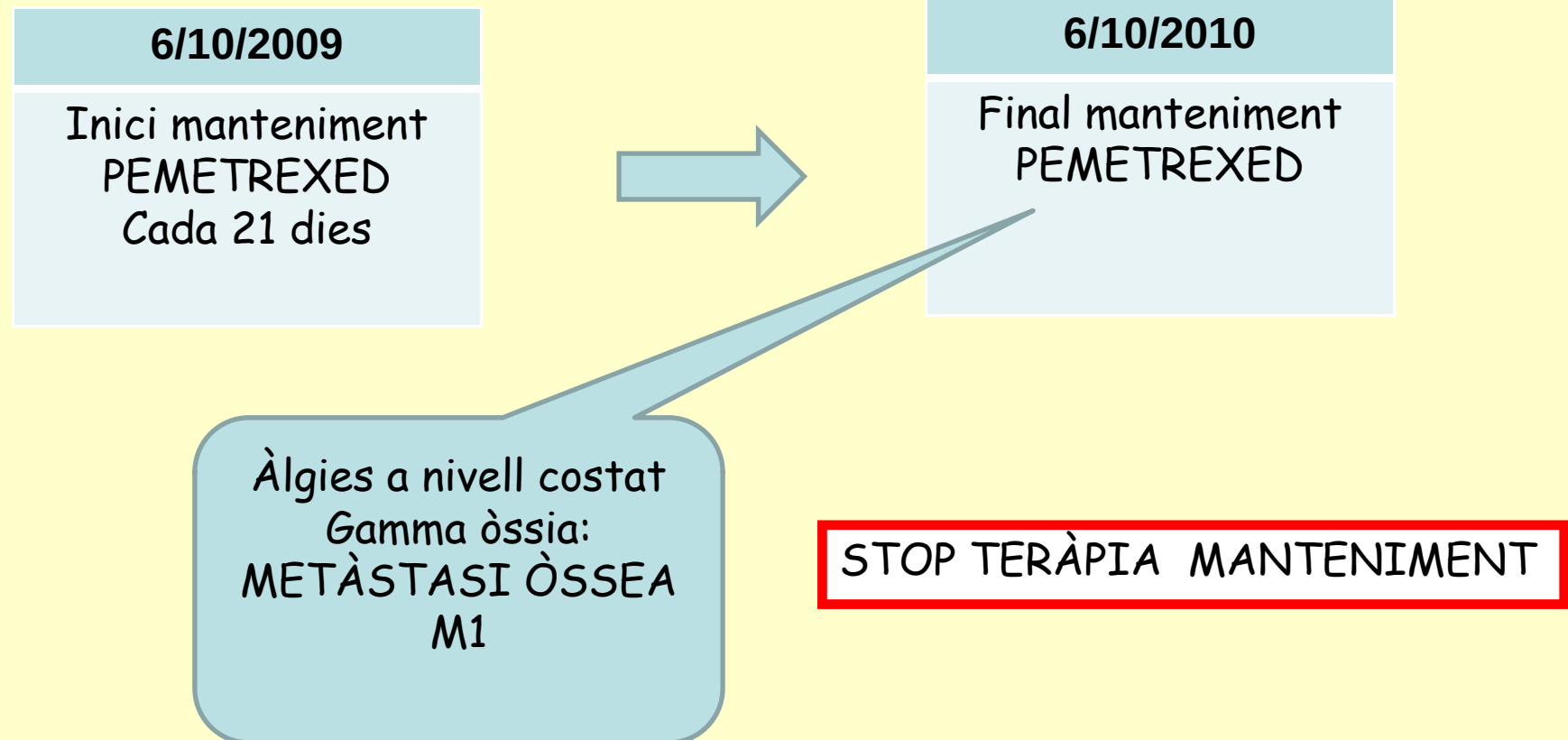
Pemetrexed
Erlotinib

	SLP (mesos)	SG (mesos)
Erlotinib-placebo	12.3-11.1	12-11
Pemetrexed-placebo	4.3-2.6	13.4-10.6
Pemetrexed-placebo	4.11-2.83	13.86-11.1

No millores en la qualitat de vida

Deteriorament clínic per complicacions..... Importància clínica????????

EL NOSTRE PACIENT...



PAL·LIACIÓ ÒSSIA

Incidència de metàstasis òssia en CPCNP: 40%
Supervivència global al diagnòstic: 6-7 mesos

- Radioteràpia a dosis úniques o dosis fraccionades

Menor incidència de retractament
Millores més duraderes del dolor

- Àcid zolèndronic 4 mg/ 3 setmanes

TRACTAMENT DE SEGONA LINIA

- Taxa de resposta: 10%

1r línia	2n línia
SG: 8.5 mesos	SG: 6.6 mesos.

Docetaxel
Pemetrexed
TKIs

- CPCNP avançat o metastàsic PS 0-2 amb progressió durant o després teràpia primera línia.

Docetaxel : estàndard de tractament **MIELOTOXICITAT**

Pemetrexed: tractament de segona línia alternatiu

Erlotinib: alternativa eficaç i menys tòxica

TRACTAMENT DE SEGONA LINIA

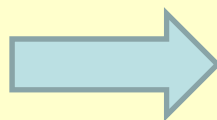
Tractament 1r línia	Contraindicacions	Tractament 2n línia
Cisplatí/pemetrexed		Docetaxel
Cisplatí/pemetrexed	Docetaxel	Erlotinib
Doblet platí (sense pemetrexed)		Pemetrexed

EGFR	1r línia	2n línia
+	No TKIs	Erlotinib
+	TKIs	Assaig clínic QT 1r línia

EL NOSTRE PACIENT...

29/10/2010

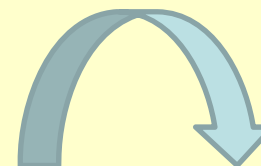
DOCETAXEL/21 dies
ZOMETA/21 dies



28/01/2011

Gammagrafia:
PROGRESSIÓ ÒSSIA

DOCETAXEL	ZOMETA
Hematològiques Hipersensibilitat Edema Neuropatia perifèrica GI Alteracions el gust	Hipofosfatèmia Hematològiques Neurològiques: cefalea Conjuntivitis Digestives Mialgies



25/02/2011

Erlotinib
Zometa

TRACTAMENT DE SEGONA LINIA

25/02/2011	4/03/2011	25/03/2011	19/04/2011	13/05/2011
Erlotinib Zometa	Erlotinib Zometa	Erlotinib Zometa	Erlotinib Zometa	Erlotinib Zometa



pirosi

omeprazol

Sempre en dejú
(1 hora abans//2 hores després)

Erlotinib

Estomatitis
Diarrea
Rash cutani
Fatiga. Febre
Hemorràgia GI
Alopècia
Pell seca
Queratitis
Conjuntivitis: *lentilles!!!*

TRACTAMENT DE TERCERA LINIA

13/05/2011

Dolor hemitòrax
GGO: progressió òssia
Nivell vertebral
(D1D9D11L3)

I ara què???

Taxa resposta 2%
Taxa progressió del 63%

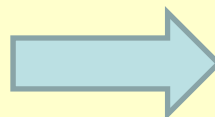
Gemcitabina
Vinorelbina
QT teràpia basada en platins

Població molt seleccionada, sempre tenint en compte qualitat de vida

EL NOSTRE PACIENT...

3/06/2011

Vinorelbina+gemcitabina
(Cada 15 dies)



27/01/2012

Vinorelbina+gemcitabina
(Cada 15 dies)

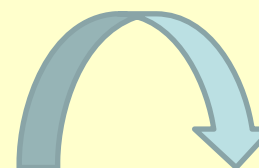
Vinorelbina

Inf. Bacterianes
Depressió medul·la
òssia
Trastorns
neurològics
Debilitat
extremitats
inferiors amb QT
perllongada

Gemcitabina

Dispnea
Vòmits-nàusees
Augment
transaminases
Miàlgies

Parestèsies peus i mans
Palpitacions ocasionals



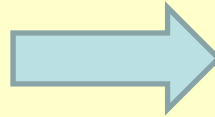
17/02/2012

Cada 21 dies

EL NOSTRE PACIENT...

17/02/2012

Vinorelbina+gemcitabina
(cada 21 dies)



13/07/2012

Progressió òssia a nivell
dorsal

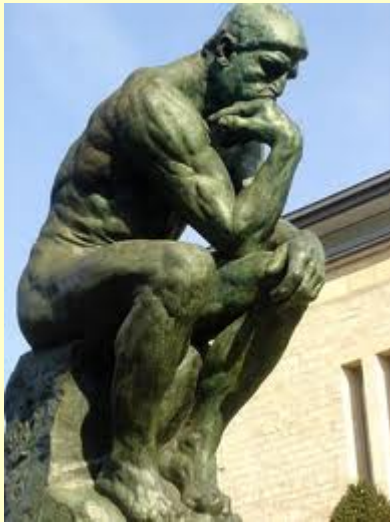
STOP

Assaig clínic

Carboplatí+pemetrexed



EL NOSTRE PACIENT...



2/06/2009

1r cicle
Cisplatí+ pemetrexed



6/10/2010

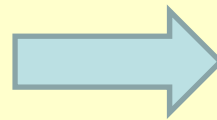
Final manteniment
PEMETREXED

No progressió

EL NOSTRE PACIENT...

25/08/2012	14/09/2012	5/10/2012	26/10/2012
Carboplatí+ pemetrexed	Carboplatí+ pemetrexed	Carboplatí+ pemetrexed	Carboplatí+ pemetrexed

16/11/2012
Pemetrexed manteniment



Avui
=

Bona qualitat de vida.
Vida normal.

GRÀCIES!!!