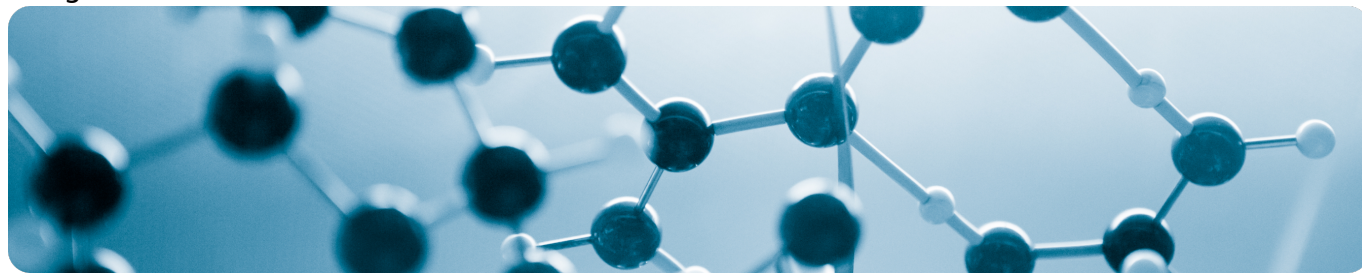


Взаимосвязь между возрастом, приверженностью эндокринной терапии и риском рецидива у пациенток с HR+ HER2– ранним РМЖ
Image



Взаимосвязь между возрастом, приверженностью эндокринной терапии и риском рецидива у пациенток с HR+ HER2– ранним РМЖ

Женщины моложе 40 лет составляют около 7% от всех пациенток с раком молочной железы (РМЖ)¹. При гормонозависимом HER2-негативном (HR+ HER2–) РМЖ молодой возраст связан с повышенным риском рецидива²⁻⁴. При этом молодые пациентки часто не соблюдают назначенный врачом курс эндокринной терапии (ЭТ), что в итоге может быть одной из вероятных причин более низких показателей выживаемости⁵⁻⁶. Однако до сих пор остается неясным, может ли улучшение приверженности ЭТ привести к увеличению выживаемости молодых пациенток.

На конгрессе ESMO в 2024 году были представлены результаты масштабного французского исследования, в котором изучали взаимосвязь между возрастом пациенток и их приверженностью ЭТ в разных возрастных группах, а также оценивали, как приверженность ЭТ влияет на 5-летнюю безрецидивную выживаемость (БРВ)⁷.

Методы

В ретроспективном общенациональном когортном исследовании, представленном на ESMO 2024⁷, авторы использовали ресурс Французской Национальной Системы Данных Здравоохранения. В исследование включали медицинские карты женщин с ранним РМЖ, диагностированным в 2011–2017 годах в возрасте до 70 лет на момент постановки диагноза РМЖ.

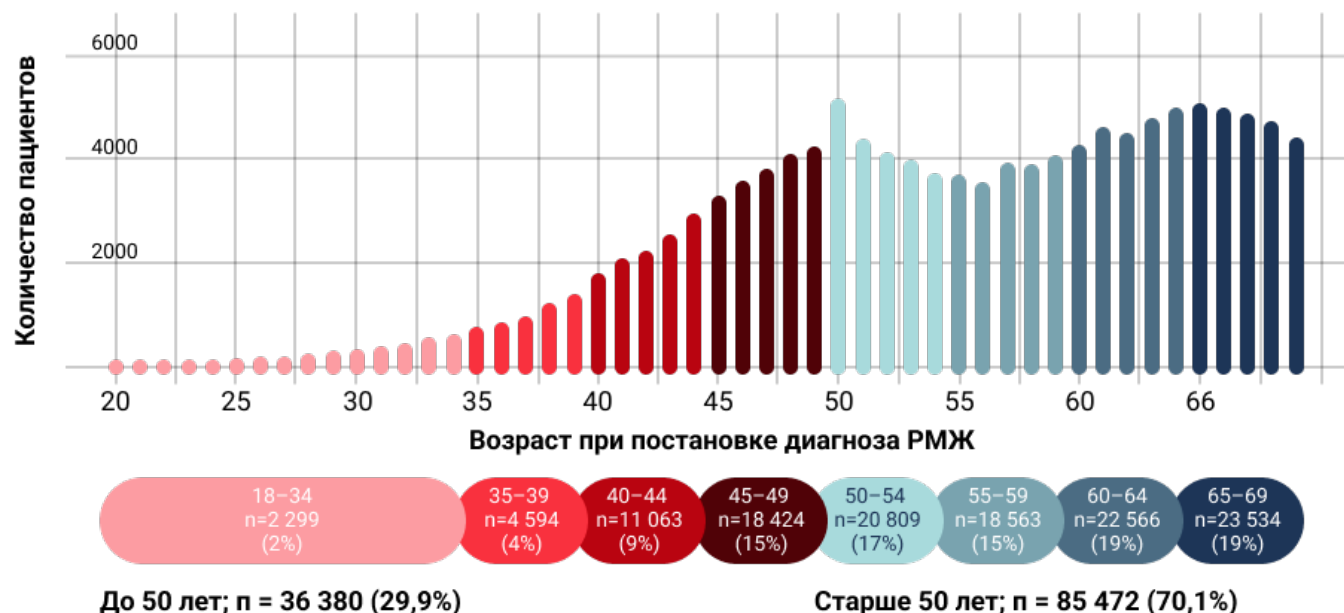
Все пациентки были разделены на восемь возрастных групп: 18–34, 35–39, 40–44, 45–49, 50–54, 55–59, 60–64 и 65–69 лет. Каждая группа анализировалась по отдельности. Приверженность ЭТ оценивали по отсутствию перерыва в лечении более чем на 30, 90 и 180 дней (1, 3 и 6 месяцев соответственно).

Результаты

В анализ было включено 143 766 пациентки с ранним РМЖ. Практически треть от всех пациенток на момент постановки диагноза были моложе 50 лет (в том числе 6,0% моложе 40 лет) (рис. 1).

Рисунок 1. Распределение по возрасту пациенток с ранним РМЖ.

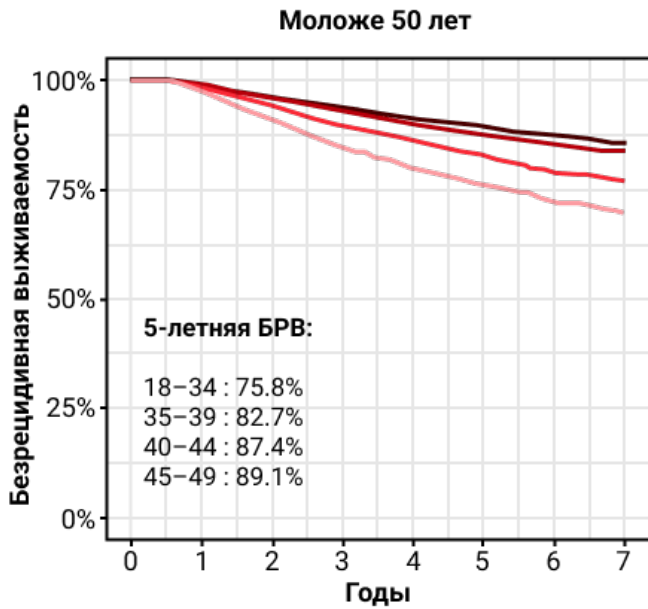
Image



Исследование подтвердило, что БРВ связана с возрастом пациенток. Так, в группе пациенток моложе 50 лет, чем моложе были пациентки, тем ниже у них была 5-летняя БРВ: 75,8%, 82,7%, 87,4% и 89,1% в возрастных группах 18-34, 35-39, 40-44 и 45-49 лет. При этом для пациенток старше 50 лет такая закономерность не наблюдалась (рис. 2).

Рисунок 2. Безрецидивная выживаемость (БРВ) у пациенток с HR+ ранним РМЖ разного возраста.

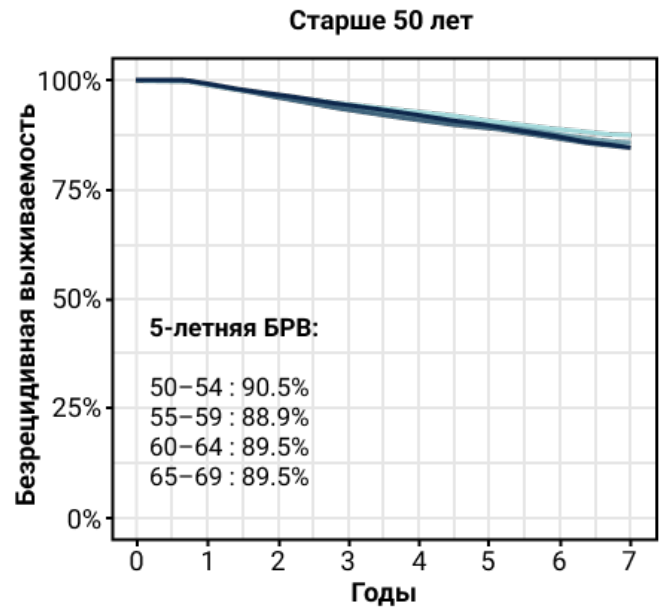
Image



Количество пациентов в группе риска

18-34	2299	2186	1720	1299	958	644	368	152
35-39	4594	4388	3542	2750	2080	1452	879	414
40-44	11063	10769	5898	7169	5505	3878	2393	1042
45-49	18424	17903	14802	11932	9253	6720	4266	1902

— 18-34 — 35-39 — 40-44 — 45-49



Количество пациентов в группе риска

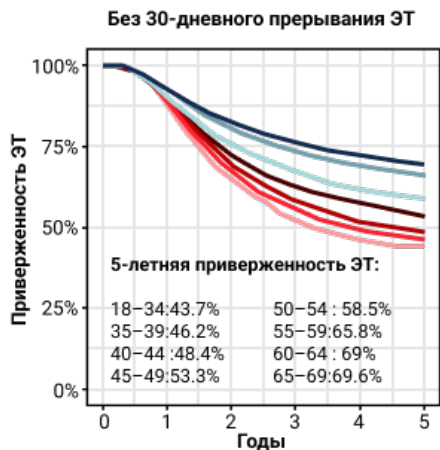
18-34	20809	20224	16738	13467	10337	7347	4637	2017
35-39	18563	18080	14956	11951	9244	6701	4272	1910
40-44	22566	21986	18381	14925	11603	8513	5382	2416
45-49	23534	22931	18726	14730	11099	7713	4646	2025

— 50-54 — 55-59 — 60-64 — 65-69

Возраст пациенток влиял также на приверженность ЭТ: чем моложе были пациентки, тем чаще они делали перерывы в лечении (рис. 3). В течение 5 лет более половины (56,3%) всех пациенток в возрасте от 18 до 34 лет прерывало ЭТ на месяц, 90 — и 180-дневные перерывы допускали 30,1% и 23,6% пациенток этой возрастной группы. Для остальных возрастных групп тенденция была аналогичной (рис. 3).

Рисунок 3. Приверженность адъювантной ЭТ у пациенток с HR+ ранним РМЖ разного возраста.

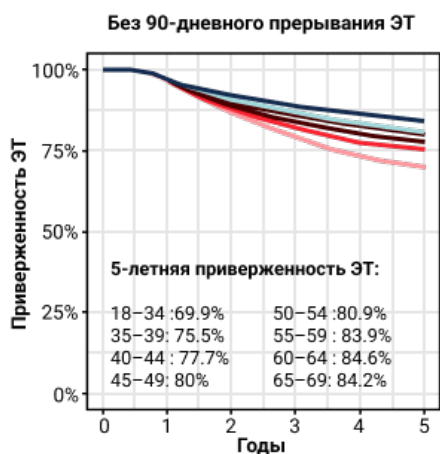
Image



Количество пациентов в группе риска

18-34	2299	2037	1501	1196	1062	1006
35-39	4594	4134	3095	2552	2257	2122
40-44	11063	9987	7714	6411	5716	5363
45-49	18424	16635	13341	11528	10514	9837
50-54	20809	18822	15755	13914	12844	12173
55-59	18563	17174	14953	13651	12784	12223
60-64	22566	20977	18734	17250	16310	15589
65-69	23534	21737	19380	17958	17081	16400

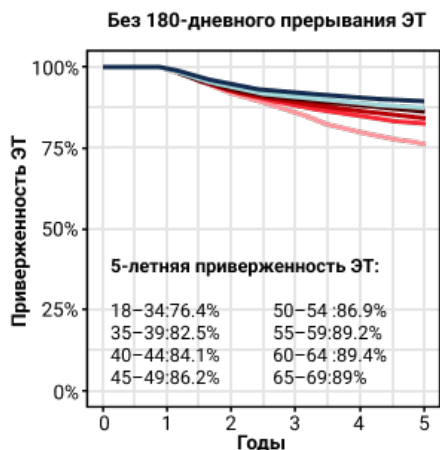
— 18-34 — 35-39 — 40-44 — 45-49
— 50-54 — 55-59 — 60-64 — 65-69



Количество пациентов в группе риска

18-34	2299	2243	1993	1816	1683	1606
35-39	4594	4451	4046	3760	2571	3468
40-44	11063	10725	9824	9258	8876	8601
45-49	18424	17872	16521	15762	15201	14734
50-54	20809	20130	18810	17999	17372	16839
55-59	18563	18080	17019	16421	15955	15575
60-64	22566	21930	20797	20101	19569	19100
65-69	23534	22813	21491	20801	20310	19811

— 18-34 — 35-39 — 40-44 — 45-49
— 50-54 — 55-59 — 60-64 — 65-69



Количество пациентов в группе риска

18-34	2299	2284	2117	1973	1839	1756
35-39	4594	4550	4261	4054	3885	3790
40-44	11063	10963	10288	9859	9551	9307
45-49	18424	18279	17196	16640	16265	15886
50-54	20809	20612	19493	18900	18455	18091
55-59	18563	18430	17605	17158	16840	16566
60-64	22566	22380	21433	20870	20482	20168
65-69	23534	23341	22236	21649	21284	20939

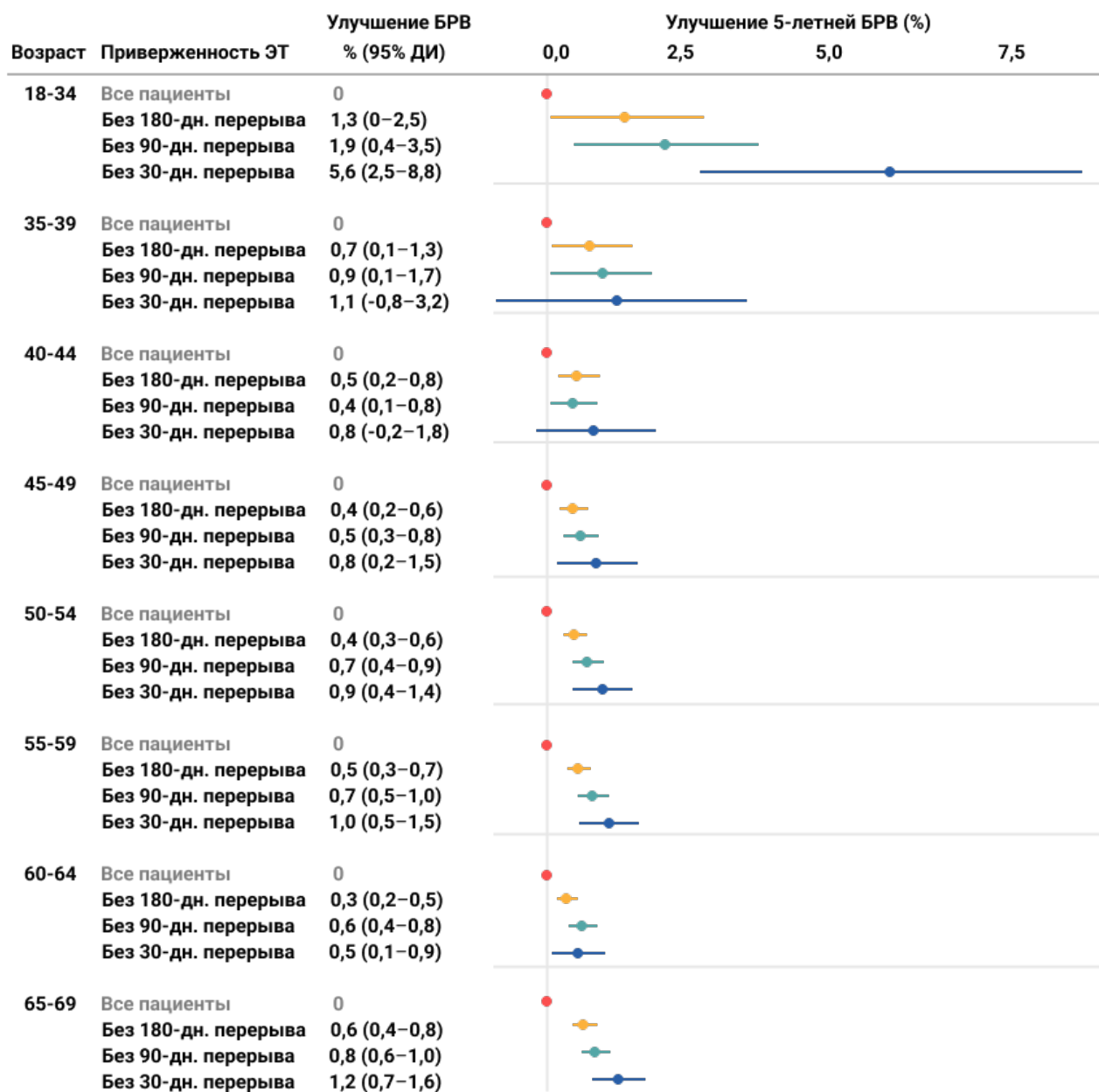
— 18-34 — 35-39 — 40-44 — 45-49
— 50-54 — 55-59 — 60-64 — 65-69

Это важно, поскольку исследование показало, что молодые пациентки в возрастной группе 18-34 года, строго соблюдавшие режим ЭТ (без 30-дневного перерыва), улучшили 5-летние показатели БРВ на 5,6% (ДИ: 2,5-8,8) по сравнению со средней 5-летней БРВ для всех пациенток этой возрастной группы. Пониженная приверженность ЭТ, при которой допускались перерывы в 90 и 180 дней, снизила 5-летнее улучшение БРВ в этой возрастной группе до 1,9% (95% ДИ: 0,4-3,5) и 1,3% (95% ДИ: 0,0-2,5) соответственно (рис. 4). Строгая приверженность ЭТ оказалась не столь критична для пациенток старших возрастных групп, в которых 5-летние показатели БРВ улучшались максимум на 1,2% по сравнению со средними значениями внутри каждой группы.

Рисунок 4. Улучшение 5-летней БРВ в зависимости от приверженности адъювантной

ЭТ.

Image



Выводы

Масштабное французское исследование данных из реальной клинической практики подтвердило, что молодые пациентки подвержены более высокому риску рецидива РМЖ и прекращения ЭТ. При этом строгая приверженность ЭТ может оказать значительное положительное влияние на выживаемость молодых (до 34 лет) пациенток с HR+ РМЖ. Эти результаты подчеркивают необходимость развития индивидуальных стратегий для улучшения приверженности ЭТ у молодых женщин с РМЖ.

Список литературы

1. Anders C.K., et al. Breast cancer before age 40 years. *Semin Oncol.* 2009;36(3):237-49. <https://doi.org/10.1053/j.seminoncol.2009.03.001>
2. Partridge A.H., et al. Subtype-dependent relationship between young age at diagnosis and breast cancer survival. *J Clin Oncol.* 2016;34(27):3308-14. <https://doi.org/10.1200/JCO.2015.65.8013>
3. Ryu J.M., et al. Different prognosis of young breast cancer patients in their 20s and 30s depending on subtype: a nationwide study from the Korean Breast Cancer Society. *Breast Cancer Res Treat.* 2017;166(3):833-842. <https://doi.org/10.1007/s10549-017-4472-5>
4. Zheng H., et al. The impact of age on outcomes of breast cancer in different hormone receptor and HER2 groups. *PLoS ONE.* 2023;18(1):e0280474. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0280474>
5. Paranjpe R., et al. Identifying adherence barriers to oral endocrine therapy among breast cancer survivors. *Breast Cancer Res Treat.* 2019;174(2):297-305. <https://doi.org/10.1007/s10549-018-05073-z>

6. Partridge A.H., et al. Nonadherence to adjuvant tamoxifen therapy in women with primary breast cancer. J Clin Oncol. 2003;21(4):602-6.
<https://doi.org/10.1200/JCO.2003.07.071>
7. Dumas E., et al. 234MO Explaining the relationships between age, endocrine therapy persistence and risk of recurrence in hormone-positive early breast cancer: A nationwide cohort study. Ann Oncol. 2024;35:S310.
<https://doi.org/10.1016/j.annonc.2024.08.177>

1304127/RIB/web/11.24/0

Теги

- Онкология
-

Source URL:

<https://pro.novartis.ru/therapeutical-areas/oncology/breast-cancer/reviews/vzaimosvyaz-me-zhdu-vozrastom-priverzhennostyu-endokrinnoy-terapii-i-riskom-recidiva-u-pacientok-s-hr-her2-rannim-rmzh>