

# Kolmiknegatiivne rinnavähk

Kuigi tegemist on kõige harvem esineva vormiga, moodustas see

## 15-20%<sup>1</sup>

enam kui 20 miljonist uuest rinnavähi juhust 2018. aastal<sup>2</sup>



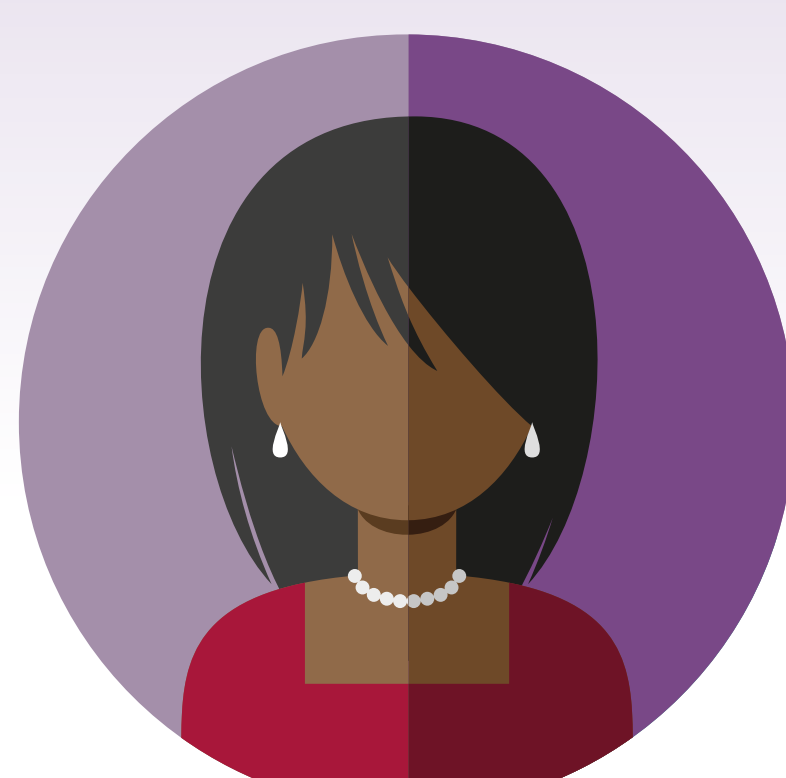
Meditsiinikirjandus näitab, et esimest korda mainiti kolmiknegatiivset rinnavähki oktoobris 2005<sup>3</sup>

## Kellel see tekib?

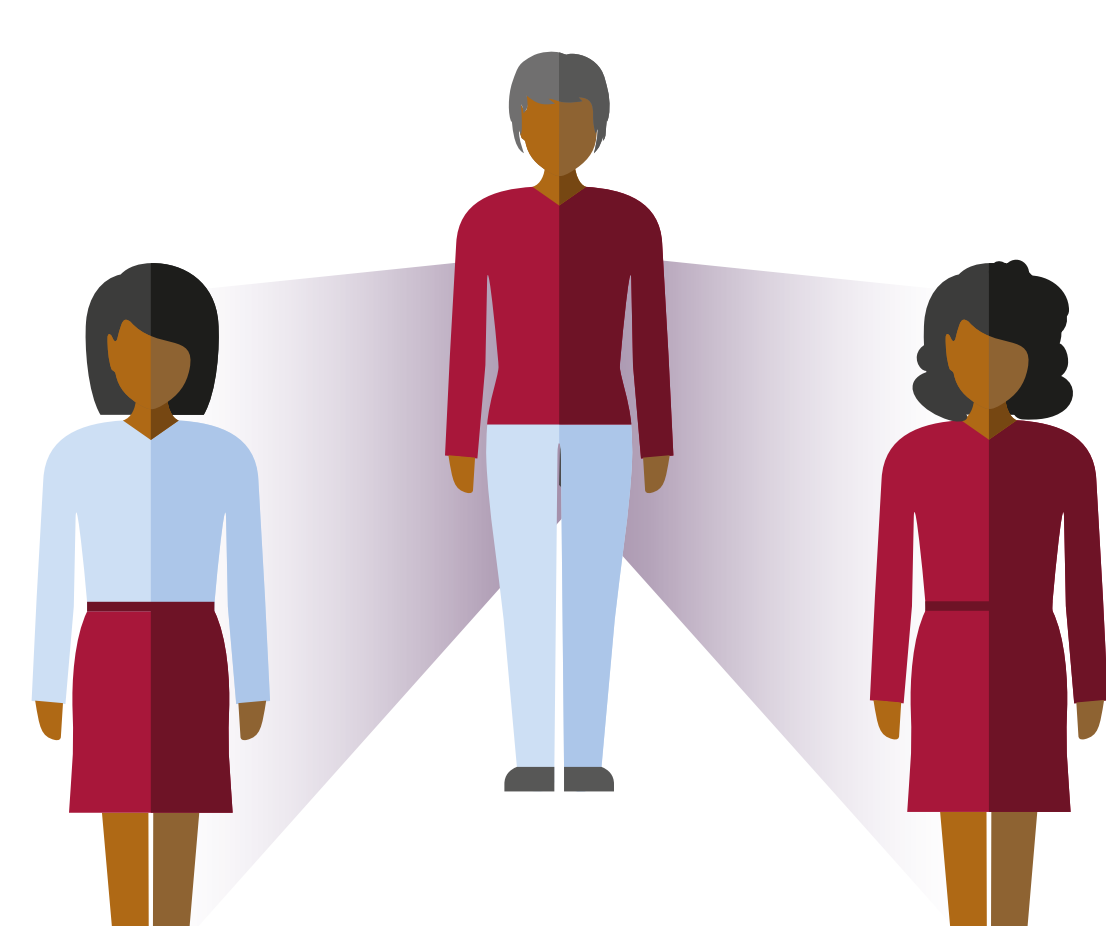
Kolmiknegatiivset rinnavähki diagnoositakse sagedamini naistel, kes on:



alla 40 või 50 aasta vanused<sup>4</sup>



afroameeriklased või ladinaameeriklased<sup>4,5</sup>



Kellel on perekonnas esinenud rinnavähki<sup>6</sup>



Kellel on mutatsioon **BRCA1** geenis<sup>6</sup>

## Suur katmata meditsiiniline vajadus

Võrreldes teiste rinnavähi vormidega on, kolmiknegatiivne rinnavähk:

agressiivsem,<sup>7</sup> ning põhjustab kiiremat progresseerumist ja lühemat üldist elulemust



Seda võib olla raskem diagnoosida, sest noorematel naistel on tihedam rinnanäärme- ja standardsete mammogrammide tegemine ei ole veel soovitatav<sup>8</sup>

Väiksem elulemuse tõenäosus 5 aastat pärast diagnoosimist<sup>9</sup>

Suurem tõenäosus haiguse taastekkeks teistes kehaosades<sup>10</sup> (kopsud ja aju on kõige tõenäolisemad kaugretsidiivi kohad<sup>3</sup>)



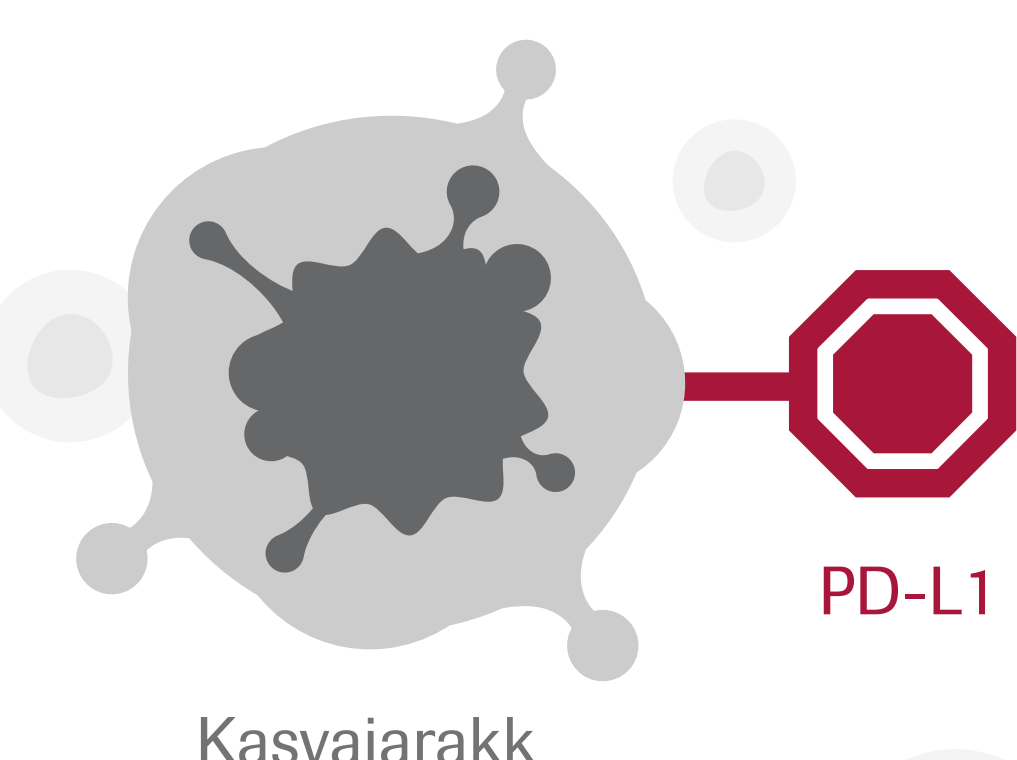
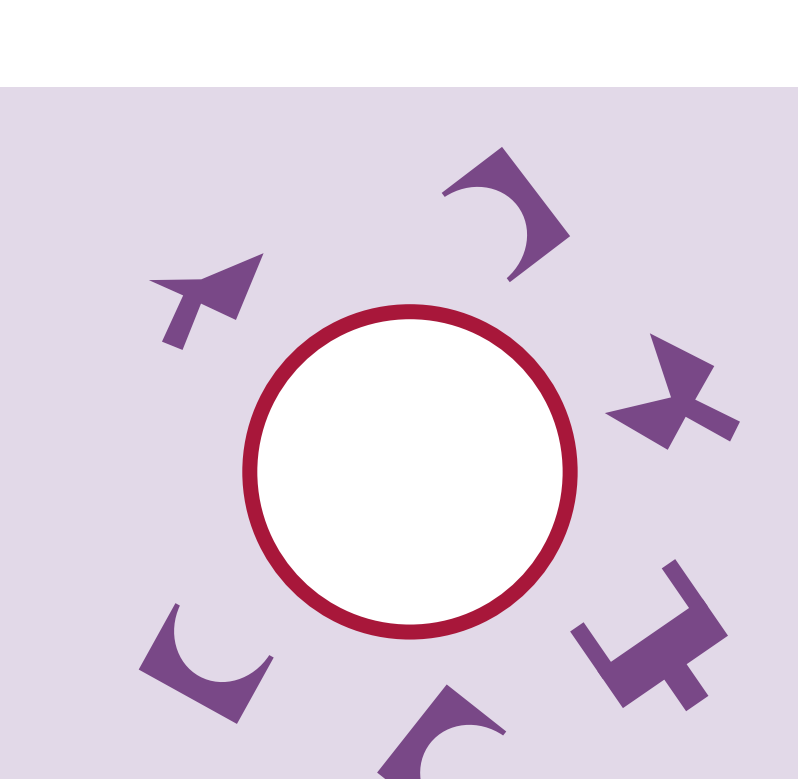
## Kolmiknegatiivse rinnavähi teadus

Seda nimetatakse 'kolmiknegatiivseks' sest selles kasvajas ei ole kolme kõige sagedasemat tüüpi retseptoreid, mis teadaolevalt soodustavad rinnavähi rakkude kasvu:<sup>10,11</sup>

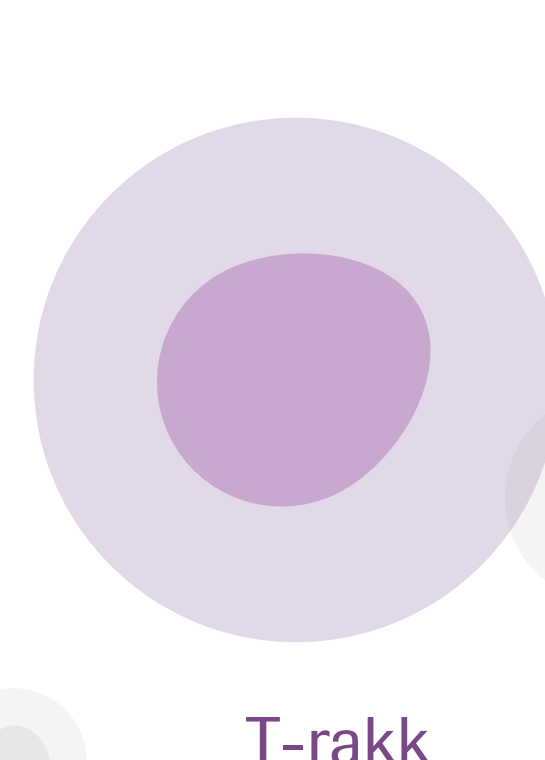
Hormoonretseptor-positiivne

HER2-retseptor positiivne

Kolmiknegatiivne



PD-L1



T-rakk

Mõne kolmiknegatiivse rinnavähi rakkudel on avaldunud valk nimega PD-L1, mis võimaldab vähirakkudel tungida immuunsüsteemi<sup>11</sup>

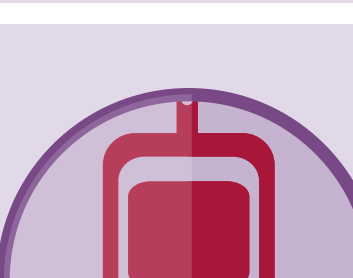
## Kolmiknegatiivse rinnavähi ravi väljakutse



Metastaatilise kolmiknegatiivse rinnavähiga inimestel on halvad kliinilised ravitulemused



Puudub ühtne standardravi ja kliinilise praktika tavad on ülemaailmselt erinevad



Ravi põhisuund on endiselt tsütotoksiline kemoterapia<sup>8</sup>



See ei allu hormoonravile või HER2 vastu suunatud ravile<sup>8</sup>



Selle haigusega elavate inimeste jaoks on vaja uusi ravivõimalusi

Potentsiaalseks uueks ravivõimaluseks kolmiknegatiivse rinnavähiga inimestele võivad olla immuunkontrollpunkti inhibiitorid, mis on suunatud PD-L1 ja PD-1 valkude vastu<sup>11</sup>

### Viietud

1. Yao H et al. Triple-negative breast cancer: is there a treatment on the horizon? *Oncotarget*. 2017;8(1):1913-1924.
2. Breast Cancer Factsheet. World Health Organisation. Available from: <http://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/cancers/20-Breast-fact-sheet.pdf> Accessed May 2020.
3. Foulkes WD et al. Triple-Negative Breast Cancer. *N Engl J Med*. 2010;363:1938-1948.
4. Who Gets Triple Negative Breast Cancer? *BreastCancer.org*. Available from: [https://www.breastcancer.org/symptoms/diagnosis/trip\\_neg/who\\_gets](https://www.breastcancer.org/symptoms/diagnosis/trip_neg/who_gets). Accessed May 2020.
5. Wu Y et al. Triple negative breast tumors in African-American and Hispanic/Latina women are high in CD44+, low in CD24+, and have loss of PTEN. *PLoS One*. 2013;8(10):e78259.
6. Pal SK et al. Triple negative breast cancer: unmet medical needs. *Breast Cancer Res Treat*. 2011;125(3):627-636.
7. What is Triple-Negative Breast Cancer? *BreastCancer.org*. Available from: [https://www.breastcancer.org/symptoms/diagnosis/trip\\_neg/behavior](https://www.breastcancer.org/symptoms/diagnosis/trip_neg/behavior). Accessed May 2020.
8. Breast Cancer in Young Women. *Healthline*. Available from: <https://www.healthline.com/health/breast-cancer/breast-cancer-in-young-women>. Accessed May 2020.
9. Li X et al. Triple-negative breast cancer has worse overall survival and cause-specific survival than non-triple-negative breast cancer. *Breast Cancer Res Treat*. 2016;161(2):279-287.
10. Dent R et al. Triple-Negative Breast Cancer: Clinical Features and Patterns of Recurrence. *Clin Cancer Res*. 2007;13(15 pt.1):4429-4434.
11. Mittendorf EA et al. PD-L1 Expression in Triple Negative Breast Cancer. *Cancer Immunol Res*. 2014;2(4):361-370.