

Farmakogenetika: primjer individualiziranog liječenja raka dojke

Matišić, Mirta

Undergraduate thesis / Završni rad

2010

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, Faculty of Science / Sveučilište u Zagrebu, Prirodoslovno-matematički fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://urn.nsk.hr/um:nbn:hr:217:601908>

Rights / Prava: [In copyright/Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2024-04-17**



Repository / Repozitorij:

[Repository of the Faculty of Science - University of Zagreb](#)



**SVEU ILIŠTE U ZAGREBU
PRIRODOSLOVNO – MATEMATI KI FAKULTET
BIOLOŠKI ODSJEK**

Farmakogenetika: primjer individualiziranog lije enja raka dojke

Pharmacogenetics: an example of individualized treatment of breast cancer

SEMINARSKI RAD

Mirta Matiši

Preddiplomski studij molekularne biologije
(Undergraduate Study of Molecular Biology)

Mentor: Doc.dr.sc.Vlatka Zoldoš

Zagreb, 2010.

SADRŽAJ:

1. FARMAKOGENETIKA.....	3
1.1. Uvod.....	3
1.2. Genski polimorfizam i genotipizacija.....	3
1.3. Enzimi uključni u metabolizam lijekova.....	7
1.4. Enzimi faze I: superporodica citokroma P-450.....	7
2. RAK DOJKE.....	8
2.1. Uvod.....	8
2.2. Rizi ni imbenici.....	9
2.3. Podjela tumora dojke.....	10
2.4. Klinička slika.....	10
2.5. Liječenje.....	10
2.6. Molekularno-genetička osnova raka dojke.....	12
3. FARMAKOGENETIKA TAMOKSIFENA.....	13
3.1. Uvod.....	13
3.2. Metabolizam tamoksifena i mehanizam akcije.....	14
3.3. Efekti polimorfizma u genu <i>UGT</i> na glukuronidaciju tamoksifena.....	16
3.4. Genetička varijabilnost gena CYP2D6 i ishod tretmana tamoksifenom.....	18
4. ZAKLJUČAK.....	19
5. LITERATURA.....	20
6. SAŽETAK.....	22
7. SUMMARY.....	22

1. FARMAKOGENETIKA

1.1. Uvod

Farmakogenetika je grana genetike koja proučava vezu između genetičke sklonosti pojedinca i njegove sposobnosti da metabolizira određeni lijek ili strani spoj, odnosno proučava utjecaj individualnih genetičkih varijacija na farmakokinetiku i farmakodinamiku lijekova, tj. na uinkovitost i nuspojave lijekova na pojedinca. Datira od početka 20. stoljeća, a snažan razvoj ove discipline započeo je sedamdesetih godina prošlog stoljeća. Farmakogenetika postaje sve bitnija u kliničkoj praktici, a u dolaze im godinama predviđeno se još značajnija uloga u individualnom odabiru lijeka u lečenju raznih bolesti.

1.2. Genetički polimorfizam i genotipizacija

Nasljedna bolest alkaptonurija rijedak je poremećaj metabolisme koji nastaje zbog manjka oksidaze homogentizinske kiseline. Upravo na toj bolesti uspostavljen je koncept kemijske individualnosti odnosno druga rjava metaboliziranja tvari koje unosimo u organizam. Razlike u metabolizmu lijeka mogu dovesti i do teške toksnosti ili do neuspjeha terapije i to zbog promjene odnosa doze i koncentracije farmakološki djelatnog lijeka u krvi. Ova je pojava posljedica promjena u genima koji kodiraju enzime uključene u metabolizam lijeka (genetički polimorfizam).

Gotovo svi lijekovi mogu izazvati toksične ili bar neželjene nuspojave iako se to događa u malom postotku u populaciji. Ponekad se lijek uzet u normalnoj dozi ubrzo u cirkulaciji nađe u visokoj koncentraciji što je posljedica varijabilnosti odgovora na terapiju.

Do ove varijabilnosti može doći zbog:

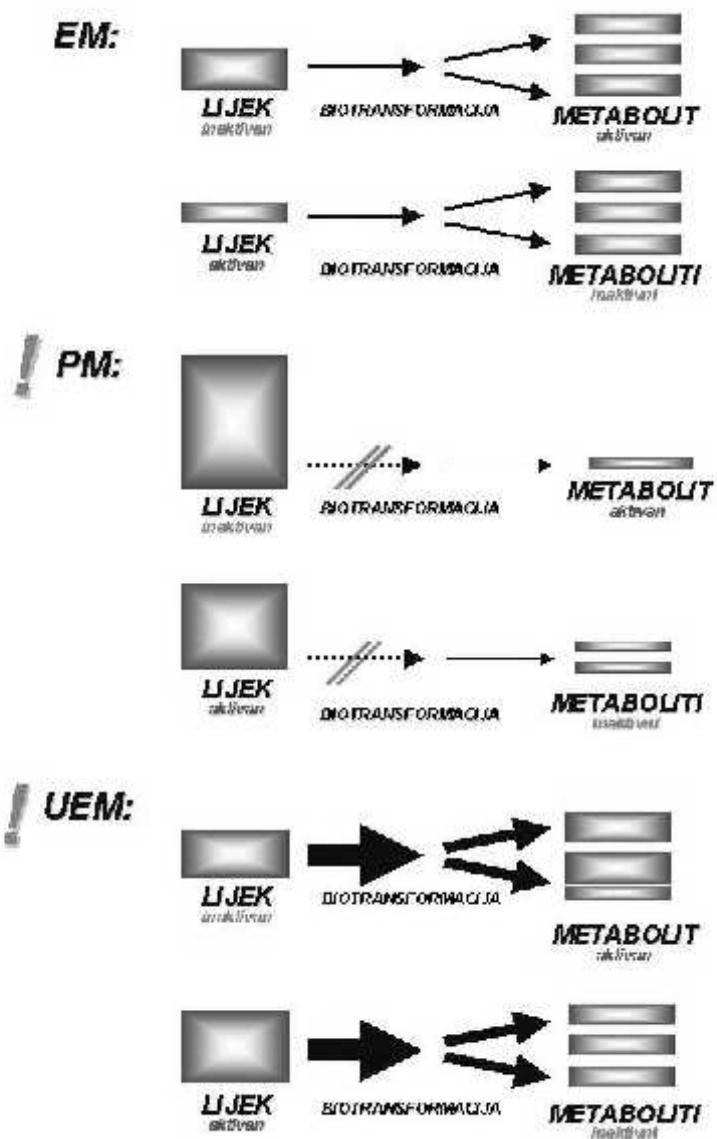
- 1) prolaznih uzroka (inhibicija ili indukcija enzima drugim lijekovima)
- 2) stalnih uzroka (genetički polimorfizmi, mutacije) i to u:
 - a) specifičnim genima koji kodiraju specifične enzime koji su uključeni u metabolizam lijeka
 - b) genima koji kodiraju za receptore na koje se lijek veže
 - c) genima koji kodiraju za druge uključene proteine; npr. enzime koji kataliziraju postranslacijske promjene novonastalih proteinova.

Razvoj farmakogenetike pružio je kliničkom laboratoriju još jedan dijagnostički postupak - ispitivanje farmakogenetičkog polimorfizma (genotipizacija). Ovaj pojam obuhvaća analizu DNA, odnosno analizu alela gena koji kodiraju za proteine, ili u ovom slučaju enzime uključene u metabolizam lijekova, a u konačnici se dobiva informacija o genotipu neke osobe iz kojeg

proizlaze njegove fenotipske osobine (u ovom sluaju preosjetljivost na određeni lijek). Genotipizacija polimorfnih alela i to u određivanju fenotipa ispitanika omogućuje odabir optimalne doze lijeka. Time se sprečavaju neželjene reakcije ili terapijske pogreške uslijed premale ili prevelike doze primjenjenog lijeka.

Metabolizam svakog lijeka na kraju rezultira detoksifikacijom i njegovim uklanjanjem iz organizma ili aktivacijom inaktivnog oblika lijeka (engl. *Prodrug* – inaktivni oblik lijeka koji nema farmakološko djelovanje, a koji unutar biološkog sistema, uz pomoć metaboličkih enzima biva preobražen u formu koja ima farmakološko djelovanje) u biološki aktivno terapijsko sredstvo ili pak u toksin koji se u dalnjem metabolizmom priprema za uklanjanje iz organizma. Pojedini enzimi odgovorni za aktiviranje i metabolizam lječnika tako i drugih spojeva pokazuju velike interindividualne varijacije u ekspresiji ili u katalitičkoj aktivnosti. Genetički polimorfizam se na temelju sposobnosti metaboliziranja lječnika povezuje sa četiri vrste fenotipa (slika 1.):

- a) Fenotip ekstenzivnog metabolizma (engl. *extensive metabolism* - EM) - prisutan je u normalnoj populaciji; proizlazi iz genotipa divljeg tipa (WT/WT).
- b) Fenotip srednjeg metabolizma (engl. *intermediate extensive metabolism* - IEM) - metabolizam može biti normalan ili smanjen. Prisutan je u heterozigota za inaktivirajuću mutaciju (jedan alel je funkcionalan, drugi inaktiviran); proizlazi iz genotipa WT/wt.
- c) Fenotip slabog metabolizma (engl. *poor metabolism* - PM) - tipično autosomno recesivno svojstvo kojeg karakterizira nakupljanje lječnika jer ga je organizam nesposoban metabolizirati. Ovaj je fenotip rezultat mutacije u oba alela odgovorna za ekspresiju enzima, pa je stoga enzim potpuno inaktiviran; proizlazi iz genotipa wt/wt.
- d) Fenotip ultraekstenzivnog tipa (engl. *ultraextensive metabolism* - UEM) - rezultira pojavom dominantnog metabolizma lječnika. Ovo je autosomno dominantno svojstvo i nastaje kao posljedica amplifikacije gena (Linder i sur. 1997, Štefanović i sur. 2003).



Slika 1. Moguće posljedice različitog fenotipa na bioraspoloživost lijeka u cirkulaciji - veličina pravokutnika proporcionalna je koncentraciji lijeka. EM fenotip odnosi se na normalni metabolizam lijeka. PM fenotip: u slučaju inaktivnog oblika lijeka, dolazi do nakupljanja istoga nakon svake terapijske doze zbog njegove spore biotransformacije. Uz to izostaje željeni u inakom lijeku, a raste u inakom neželjenih nuspojava. Lijek se tek biotransformacijom aktivira, tj. prelazi u farmakološki aktivan oblik. U slučaju da se biotransformacijom aktivni lijek inaktivira, potrebno je smanjiti terapijsku dozu lijeka jer se već pri standardnim dozama ulazi u područje toksičnosti. UEM fenotip: u slučaju pojačane metabolizma lijeka dolazi do pojačane biotransformacije istoga zbog amplifikacije gena koji kodiraju za proizvodnju enzima koji sudjeluju u metabolizmu lijeka. Ukoliko je lijek inaktiviran u uzetom obliku, pojačanom transformacijom prevest će se u aktivan metabolit, za razliku od aktivnog lijeka koji biotransformacijom prelazi u inaktivne metabolite.

(Štefanović 2003)

Moguće su slijedeće kliničke posljedice ovako izmijenjenog genotipa iz kojeg slijedi odgovarajući fenotip:

- a) Poja analna aktivnost lijeka - mogu fatalni ishod (npr. suksametonij - depolariziraju i miši ni relaksans koji u inicijalnoj fazi ostvaruje kompeticijom s acetilkolinom za kolinergi ne receptore, te zbog veće afiniteta za receptore i zbog otpornosti na acetilkolinesterazu uzrokuje dulju depolarizaciju od samog acetilkolina, što u potpunosti rezultira prolaznim mišnim trzajevima, nakon čega se miši i opuštaju; suksametonij u omjeru 1:2000 izaziva paralizu disanja): PM + aktivni lijek; UEM + inaktivni oblik lijeka;
- b) Nema aktivacije lijeka – slijedi terapijski neuspjeh – npr. izostaje analgetski u inak kodeina (jer se ne prevodi u morfin): UEM + aktivni lijek; PM + inaktivni oblik lijeka;
- c) Veza genotipa s drugim bolestima – npr. sklonost određenim malignim bolestima, kronične bolesti, izloženost toksinima tvarima...(UEM, PM).

Farmaceutske kompanije danas provode velika pretraživanja populacije pokušavajući pri tom odrediti:

- a) koja je skupina najprimjerljivija odgovarati na novi lijek (s obzirom na rasu, geografsko porijeklo);
- b) izdvojiti jedinke koje mogu im popratnim reakcijama te odrediti postotak populacije koji neprimjereno odgovara na novi lijek.

Liječničke teže ciljanoj genotipizaciji pojedinih pacijenata - time se liječniku pomaže izabrati lijek za pacijente kojima treba dugotrajnija terapija (npr. terapija antihipertenzivima, neurolepticima, psihoaktivnim lijekovima itd.). Time se smanjuje potrošnja odabranih lijekova, i konačno, značaj za bolesnika proizlazi iz koristi od pravilnog liječenja. Važna je i injenica da jednom u injenici genotipizacija vrijedi do kraja života. Dakle, klinička je korist genotipizacije u preciznijem doziranju, utvrđivanju rizika od neželjenih nuspojava, te predviđanju terapijskog neuspjeha/otpornosti na lijek, a krajnji je cilj genetički profil bolesnika iz kojeg proizlaze farmakokinetički, farmakodinamički i dijagnostički parametri:

1. Genotipizacija PM i UEM - pomaže u odabiru doze lijekova izrazito uske terapijske širine, te otkrivanju bolesnika koji imaju povećani rizik od bolesti induciranih tvarima iz okoliša, najčešće potencijalnim karcinogenima.
2. Farmakodinamičko genotipiziranje – farmakodinamika proučava fiziološke i biokemijske efekte te mehanizme djelovanja lijeka, dok pod pojmom genotipiziranje podrazumijevamo identifikaciju mutacija gena te prepoznavanje homozigotnih ili heterozigotnih nosioca mutiranih alela koji rezultiraju određenim fenotipom. To znači da se farmakodinamičkim genotipiziranjem

nastoje izraditi profili gena koji kodiraju za enzime koji predstavljaju receptore lijeka te druge enzime koji sudjeluju u metabolizmu lijeka.

3. Uspostavljanje veze između dijagnoze i izbora lijeka. Što se više produbljuje znanje o molekularnim osnovama bolesti, genima i polimorfizmu tih gena to će liječniku biti lakše odabratи pravilnu terapiju. Iz svega navedenog vidljivo je značaj farmakogenetike u modernoj medicini i farmakoterapiji. Ipak, danas se još uvijek premalo zna o povezanosti genotipa i učinku lijekova, te se ovo područje genetike intenzivno istražuje.

1.3. Enzimi uključeni u metabolizam lijekova

Enzimski sustavi metaboliziraju lijekove (i sve druge tvari unijete u organizam) u citoplazmi (i u endoplazmatskom retikulumu) uvećane tkiva i organa, no daleko najveći dio metabolizma odvija se u jetri (500 - 600 x veći kapacitet od drugih tkiva kao što su bubreg, crijeva, pluća, koža...). Enzimske sisteme uključuju enzimi reakcija faze I (oksidacijski) ili faze II (konjugacijski). Prilikom postupne razgradnje lijeka u topljivije - lakše izlučive spojeve, u tim dvjema fazama dolazi do niza reakcija: npr. kroz reakcije oksidacije, redukcije hidroksilacije i hidrolize, enzimi faze I stvaraju hidrofilne funkcionalne skupine koje mogu naknadno služiti i kao mjesto za konjugaciju glukuronske kiseline, sulfata ili glutationa, koje pak kataliziraju enzimi faze II.

Gotovo 90% funkcije enzima faze I obavlja sistem citokroma P450, dok preostalih 10% obavljaju svi drugi enzimi (dehidrogenaze, FAD monooksigenaze...). Enzimi faze II dodatno modificiraju strukturu lijeka i time pojavljuju njegovu topljivost (NAT2, GST, UDP-glukuronil transferaze, sulfotransferaze).

1.4. Enzimi faze I: superporodica citokroma P-450

Enzimska skupina citokroma P450 (CYP) najvažniji je enzimski oksidativni sustav uključen u metabolizam velikog broja lijekova. Više od trideset izoenzima otkriveno je do danas u čovjeka. Svaki od njih pokazuje različitu katalitiku aktivnosti i jedinstveno djelovanje. Neki od njih su polimorfni što znači da postoje različite enzimske forme jednog i istog enzima u ljudskoj populaciji, stoga postoje osobe u kojih su određeni enzimi više ili manje aktivni (npr. brzi i spori acetilatori kod enzima N-acetyl transferaze). Glavni put faze I metabolizma lijeka je oksidacija monooksigenazama miješane funkcije sistema citokroma P-450 (CYP), smještenim unutar endoplazmatskog retikuluma. U ljudi je opisano 30-ak i više različitih oblika P-450, svaki od njih

zasebne kataliti ke specifi nosti i jedinstvene regulacije. Zbog raznolikosti ove porodice proteina (hem tiolata) postoji jedinstven sustav nazivlja temeljen na identitetu aminokiselinskog slijeda. Primjerice, CYP1A2 je izoforma 2, podporodice A, uklju ene u porodicu 1 CYP. Gen koji kodira ovaj enzim ozna en je kao CYP1A2 (http://en.wikipedia.org/wiki/Cytochrome_P450,_family_1,_member_A1, Štefanovi 2003).

Ve je naglašeno kako je genski polimorfizam povezan s etiri vrste fenotipa koji se me usobno razlikuju prema sposobnosti metaboliziranja lijeka. Stoga razlikujemo fenotipove sa snažnom, odnosno željenom (EM), srednjom (IEM), sporom (PM) ili presnažnom (UEM) sposobnoš u metaboliziranja lijeka koji rezultiraju normalnom, povišenom, visokom, ili niskom koncentracijom lijeka u krvi tijekom provo enja terapije.

Postoje vrsti dokazi da genski polimorfizam enzima uklju enih u metaboliziranje lijekova te potencijalnih karcinogena, igra zna ajnu ulogu u nepoželjnim u incima terapijskih sredstava ili u estalosti raka. Stoga je razumljiva klini ka vrijednost genotipizacije ne samo u slu aju citokroma ve i drugih gena ije bi promjene mogle imati zna ajan udio u nastajanju raznih bolesti kao što je primjerice rak.

2. RAK DOJKE

2.1. Uvod

Rak dojke je naj eš i zlo udni tumor u žena. Svaka e deseta žena tijekom svog života dobiti rak dojke. 30% svih tumora odnosi se na rak dojke u žena, a 15% svih smrti od raka odnosi se na smrt od raka dojke. Incidencija raka dojke posebno se pove ava u žena u postmenopauzi. Oko 40-50% svih bolesnica razviti e metastasku bolest, sa srednjim vremenom preživljjenja od 18 do 30 mjeseci nakon utvr ivanja metastaza. Rak dojke metastazira u razli ite organske sustave: kosti (20-60%), plu a i pleura (15-25%), središnji živ ani sustav (5-10%), jetru (5-15%), te loko-regionalno (lokalno širenje oko primarnog mjesta pojavljivanja tumora) u 20-40% slu ajeva. Prema epidemiološkim podacima od bolesnica s novodijagnosticiranim rakom dojke oko 81% ima rani stadij raka, a 19% uznapredovali . Oko tri etvrtiny bolesnica u ranom stadiju nalazi se u postmenopauzi. Približno 75% svih tumora dojke sadrže receptore na estrogen (ER+) i kandidati su za hormonsku terapiju (Šamija i sur. 2000).

2.2. Rizi ni imbenici

Starija je životna dob najve i imbenik rizika za nastanak raka dojke. Dok je rak dojke iznimno rijetka pojava u žena mla ih od 20 godina, u dobi od 80 godina od raka dojke oboli oko 200-300/100.000 žena. U estalost raka dojke po inje zamjetinje rasti s dobi od 35 do 40 godina, te incidencija kontinuirano raste sa životnom dobi žene.

Dokazano je da žene koje imaju pozitivnu obiteljsku anamnezu imaju ve i rizik za nastanak raka dojke. Tako žene kojima je majka ili teta oboljela od raka dojke (prva rodbina) imaju procijenjeni relativni rizik za nastanak raka dojke 8 puta ve i od sli ne populacije žena bez obiteljske anamneze raka dojke (Šamija i sur. 2006). Otkrivena su dva supresorska gena; *BRCA1* i *BRCA2* (eng. *Breast Cancer 1 i 2*) koji su dovedeni u izravnu vezu s nastankom nekih od obiteljskih tumora dojke (Struewing i sur. 1997). Žene s mutacijom u jednom ili oba gena imaju zna ajnu vjerojatnost da e oboljeti od raka dojke (~90%), za razliku od normalne populacije u koje je vjerojatnost nastanka raka dojke vrlo mala (10 %).

Ranija trudno a i poro aj tako er imaju protektivnu ulogu u nastanku raka dojke. Tako žene koje imaju prvi poro aj u dobi iznad 30-35 godina imaju i 4 x ve i rizik nastanka raka dojke u odnosu prema populaciji žena koje su imale prvi poro aj u dobi od 20 do 25 godina. Broj poro aja je obrnuto proporcionalan s nastankom tumora, no njegov je utjecaj na nastanak raka dojke znatno manji od dobi pri prvom poro aju. Nerotkinje isto tako imaju 4 x ve u u estalost raka dojke od žena koje su ra ale djecu.

Žene s ranom menarhe i kasnom menopauzom imaju pove an rizik nastanka tumora (2-3 x). Dob pri menopauzi i menarhe, prvom poro aju, te broj poro aja su izravno povezani s istom patofiziološkom podlogom – izloženoš u djelovanja estrogena. (Bemstein i sur. 1993). Što je dulja izloženost djelovanju estrogena ve a je vjerojatnost nastanka raka dojke.

Ioniziraju e zra enje, dijagnosti ko ili terapijsko, pove ava rizik nastanka raka dojke osobito ukoliko se ordinira mla im ženama (Henderson i sur. 2010). Tako er postoji pozitivna sprega izme u pretilosti i nastanka tumora kod žena u postmenopauzi. Patofiziološka podloga leži u ve oj izloženosti estrogenima kod pretilih žena.

U prošlosti se smatralo da uzimanje oralnih kontraceptiva uzrokuje ve u incidenciju nastanka raka dojke, osobito ukoliko su žene uzimale kontraceptive prije dobi od 25 godina i u vremenu duljem od 4 godine. Novija istraživanja pokazuju kako uzimanje oralnih kontraceptiva ne predstavlja rizi ni faktor u nastanku tumora (Braendle i sur. 2009).

2.3. Podjela tumora dojke

Epitelijalni karcinomi dojke dijele se u dvije velike skupine : neinvazivne i invazivne karcinome dojke. Neinvazivni karcinom koji su ograni eni samo na proliferaciju zlo udnih stanica unutar kanala, a bez prodora bazalne membrane ine 10 do 15% svih karcinoma dojke. To su lobularni (LCIS – engl. *Lobular carcinoma in situ*) i duktalni karcinom *in situ* (DCIS – engl. *Ductal carcinoma in situ*), te Pagetova bolest bradavice. Invazivni karcinomi ine 80 do 85% tumora, a naj eš i je duktalni invazivni karcinom (60 do 70% svih karcinoma dojke). Ostali oblici su mucinozni, medularni, papilarni i dr.

2.4. Klinička slika

Rak dojke je bolest koja se dugo razvija prije nego što postane klinički manifestna. Prosje no trajanje života u bolesnica koje odbiju liječenje iznosi 2,5 do 3 godine, no nisu rijetki slučajevi gdje su bolenice živjele bez terapije i 20 godina. Rak dojke je tumor sporijeg rasta i pokazalo se da se u prosjeku poveća tri puta u godinu dana. Smatra se da prosječnom tumoru treba 10 godina da od jedne stanice naraste na veličinu od 1 cm. Mikrometastaze se počinju širiti u posljednje tri do četiri godine pretkliničkog razdoblja, kada se broj tumorskih stanica procjenjuje na oko 10^9 .

Rak dojke se naj ešće manifestira kao bezbolan vor u dojci. Bol se pojavljuje kod 30% bolesnica. Osim navedenog zna se pojaviti sme kasto-krvavi iscijedak iz dojke, povlačenje bradavice, te otekline, navlaženje kože i upala u području tumora. U slučaju uznapredovalih tumora klinička slika više nego jasna; ulcerirani tumor koji zahvaća dio ili cijelu dojku sa širenjem u regionalne limfne vorove.

2.5. Lječenje

Lječenje raka dojke je određeno stupnjem proširenosti tumorskih stanica. U slučaju lokalnog raka dojke cilj je izlječenje, dok je u slučaju proširenog (diseminiranog) raka dojke cilj osigurati maksimalnu duljinu života uz odgovarajuću kvalitetu istog.

U slučaju lokalnog raka inicijalni terapijski modalitet je kirurški zahvat. Cilj je kirurškog zahvata uklanjanje primarnog tumora te mogućih presadnika u limfnim vorovima. Kirurgu se pruža mogućnost ordiniranja mastektomije (slika 2.) te poštrednih operacija kao što su kvadrantektomija i segmentektomija (u kojima se uklanja samo dio dojke zahvaćen tumorom).

Nakon kirurškog zahvata i patohistološkog opisa tumora procjenjuje se stadij bolesti, odnosno stupanj vjerojatnosti pojave lokalnog recidiva ili diseminacije raka dojke. Kod bolesnica sa srednjim i visokim stupnjem ponovne pojave tumora potrebno je ordinirati adjuvantnu terapiju. Adjuvantna (zaštitna, sigurnosna) terapija definira se kao ona terapija koja se ordinira nakon primarnog zbrinjavanja tumora s ciljem uništavanja mogu ih zaostalih nakupina tumorskih stanica (mikrozasada).



Slika 2. Prikaz mastektomije.

(<http://www.chelationtherapyonline.com/PreventCancer/p1.htm>)

Adjuvantna radioterapija se uvijek primjenjuje nakon poštednog kirurškog zahvata s ciljem sprje avanja ponovne pojave tumora u operiranoj dojci. Ordinira se doza od 50 Gy na cijelu dojku tijekom 25 frakcija, te nadomjestak na primarno sijelo tumora od 15 Gy tijekom 5 frakcija.

Adjuvantna hormonska terapija indicirana je u svake bolesnice s rakom dojke koja ima pozitivan nalaz hormonskih receptora (estrogenskih ili progesteronskih). Provodi se nakon primjenjene adjuvantne kemoterapije i radioterapije. Usporednom primjenom kemoterapijom i radioterapijom može do i do smanjena u inkovitosti kemoterapije i radioterapije. Naime, poznato je da hormonska terapija tamoksifenom direktno smanjuje u inkovitost nekih citostatika koji se koriste u liječenju raka dojke. Tako er, zaustavljanjem diobe stanica raka dojke, stavljanjem tumorskih stanica u G₀ fazu stani nog ciklusa, direktno se smanjuje u inkovitost kemoterapije i radioterapije (preventivno djeluju na stanice u diobi). Trenutno je zlatni standard adjuvantne hormonske terapije primjena tamoksifena u dozi od 20mg na dan u trajanju 5 godina. Na taj se način smanjuje rizik smrti od raka dojke za 26%, rizik lokalnog recidiva za 46%, te rizik pojave raka na drugoj dojci za 45%.

Adjuvantna kemoterapija se koristi kod svih bolesnica sa srednjim i visokim rizikom ponovne pojave bolesti. Sve bolesnice s pozitivnim limfnim vorovima trebaju primiti adjuvantnu kemoterapiju. Adjuvantna kemoterapija se primjenjuje prije radioterapije i hormonske terapije odnosno prva u nizu adjuvantnog liječenja raka dojke. Danas se najčešće ordinira kemoterapija po FEC protokolu (kombinacija 5-fluorouracila, epirubicina i ciklofosfamida). Cilj liječenja bolesnica s metastatskim rakom dojke je maksimalno dugo preživljajanje, vodeći i pri tome brigu o kvaliteti života bolesnica. Koriste se različite terapijske opcije; kemoterapija, hormonska terapija, imunoterapija, radioterapija (Šamija i sur. 2000, <http://www.medicina.hr/clanci/rak%20dojke.htm>)

2.6. Molekularno-genetička osnova raka dojke

Zlo udna preobrazba tkiva dojke, kao i ostalih tkiva, posljedica je aktivacije onkogena i inaktivacije tumor-supresorskih gena. Već su rane citogenetske, a potom i molekularne analize tkiva raka dojke ili staničnih linija tumora dojke pokazale učestali gubitak heterozigotnosti dijelova kromosoma 1q, 3p, 6q, 7q, 8q, 9q, 11q, 15q, 16q, 17q, 17p, 18q te X-kromosoma (Kerangueven i sur. 1995). Kasnijim molekularno-genetičkim analizama neka su od tih mjesto genski identificirana. Tako je npr. vrlo rano postalo jasno da mjesto 18q označava gubitak gena *DCC*, dok mjesto 17p znači gubitak gena *p53* (Thompson i sur. 1993).

Tri najbolje proučena dijela kromosoma su 8q24, 11q13 i 17q12. Geni smješteni na tim mjestima su *myc* (kromosom 8), *PRAD1/ciklin D1* (kromosom 11.) i *erbB-2* (kromosom 17.). Geni *myc* i *D1* amplificirani su u oko 15% tumora dojke, a *erbB-2* u 20% tumora dojke (Hulten i sur. 2002). Te genetičke promjene, međutim, nisu naslijeđene već ste ene.

Kao i u slučaju drugih, estih, tipova tumora, tako i u slučaju raka dojke 5 do 15% otpada na tzv. nasljedne ili obiteljske slučajeve, koji se nasljeđuju autosomalno. Kromosomalne delekcije u nasljednim tumorima su tzv. „drugi“ događaji,ime se maskiraju recesivne mutacije određenog lokusa specifične za bolest. Za sada je najbolje proučen kromosom 17 koji nosi gene *p53* i *BRCA1* (Scully i sur. 1999). Gen *p53* najčešće je mutiran u sporadičnim oblicima raka dojke i jajnika. Mutacije ovog gena u zametnim stanicama odgovorne su, međutim, za samo 1% svih nasljednih tumora dojke.

Prekomjerna ekspresija proteina p53 zabilježena je u 13% karcinoma dojke *in situ*, u 17% tumora s obje komponente (intraduktalnom i invazivnom) te u 50% invazivnih karcinoma. U

raznim je stadijima pokazano da su mutacije gena *p53* bile povezane s visokom u estaloš u smrtnosti, odnosno poja anom proliferacijom stanica, ranim recidivom i ranom smr u.

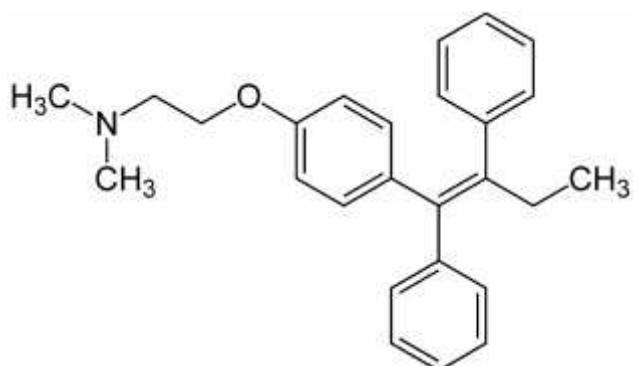
Op enito se može re i da je važnost geneti kih imbenika u nastanku raka dojke još podcijenjena. Najbolji primjer za to je gen *BRCA 1*. On je odgovoran za ve inu nasljednih tumora dojke. Studija na 200 obitelji s poviješ u raka dojke pokazala je da žene u tim obiteljima imaju 60%-tni rizik od obolijevanja od raka dojke i/ili jajnika u dobi od 50 godina, a taj rizik raste na 60% u dobi od 70 godina (Krajina i sur. 2006).

3. FARMAKOGENETIKA TAMOKSIFENA

3.1. Uvod

Tamoksifen (TAM) (1-[4-(2-dimetilaminoetoksi)fenil]-1,2-difenilbut-1(Z)en) (slika 3.) je antagonist estrogenских receptora u tkivu dojke te predstavlja adjuvantnu terapiju izbora u bolesnica s pozitivnim estrogenским receptorima. U svake žene s invazivnim rakom dojke na temelju procjene rizika relapsa, statusa estrogenских receptora primarnog tumora te menopauzalnog statusa treba procijeniti postoji li korist od adjuvantne terapije antiestrogenima. Tamoksifen usporava rast metastaza i produljuje preživljjenje bolesnica te se koristi u premenopauzalnih, perimenopauzalnih i postmenopauzalnih bolesnica dok su inhibitori aromataze anastrozol, letrozol i eksemestan u inkoviti samo u postmenopauzalnih bolesnica.

Tamoksifen je odobren 1977. od strane FDA (Food and Drug Administration) u SAD-u i od tada predstavlja estu adjuvantnu terapiju u žena koje boluju od karcinoma dojke ovisnog o hormonima i u lije enju metastatskih karcinoma dojke ovisnih o hormonima. Tako er se koristi i kao kemopreventivni agens u žena koje su pod pove anim rizikom za razvoj raka dojke (Ingle i sur. 2008). Zbog svojih antiestrogenih svojstava, TAM može izazvati odre ene simptome koji su sli ni onima koji se javljaju u menopauzi, kao što su valovi vru ine te vaginalna krvarenja. Dok vezanje za estrogeniske receptore stanica tumora dojke rezultira antagonisti kim, antiestrogeniskim u inkom, spajanje s estrogenским receptorima na stanicama kostiju ili endometrija proizvodi agonisti ki, estrogenski u inak. TAM se dobro podnosi. Osim djelovanja na karcinom dojke, pozitivni u inci lije enja tamoksifenom jesu smanjenje razine ukupnog kolesterola i o uvanje primjerene gusto e kostiju u žena u menopauzi. Najvažnije neželjene posljedice jesu napadaji vru ice, pove anje incidencije karcinoma endometrija (2-4 puta), pove anje vjerojatnosti tromboemboli kih incidenata, poreme aji vida, izazivanje edema te bolovi u kostima.



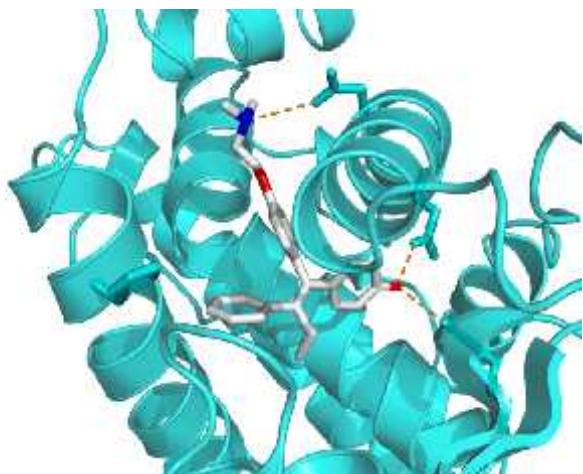
Slika 3. Kemijska struktura tamoksifena.

(<http://en.wikipedia.org/wiki/Tamoxifen>)

3.2. Metabolizam tamoksifena i mehanizam akcije

Tamoksifen se natječe s estradiolom u vezanju za estrogenski receptor u stanicama tumora dojke. Kada se veže za estrogenski receptor u stanici tumora dojke, prekida se estrogenski u inak na stanicu, a istodobno se onemogućuje vezanje estradiola. Ostali važniji mehanizmi na kojima se zasniva u inak tamoksifena jesu inhibicija imbenika koji potiče rast (npr. TGF-β) te poticanje oslobađanja imbenika koji inhibiraju rast (npr. TGF-α). U inak vezanja tamoksifena za estrogenске receptore je različito, ovisno o tkivu, odnosno stanci za koju se veže. Iako tamoksifen postoji i u *trans* i u *cis* konfiguraciji, *trans* izomer je farmakološki aktivni oblik tamoksifena koji se koristi u liječenju i prevenciji karcinoma dojke.

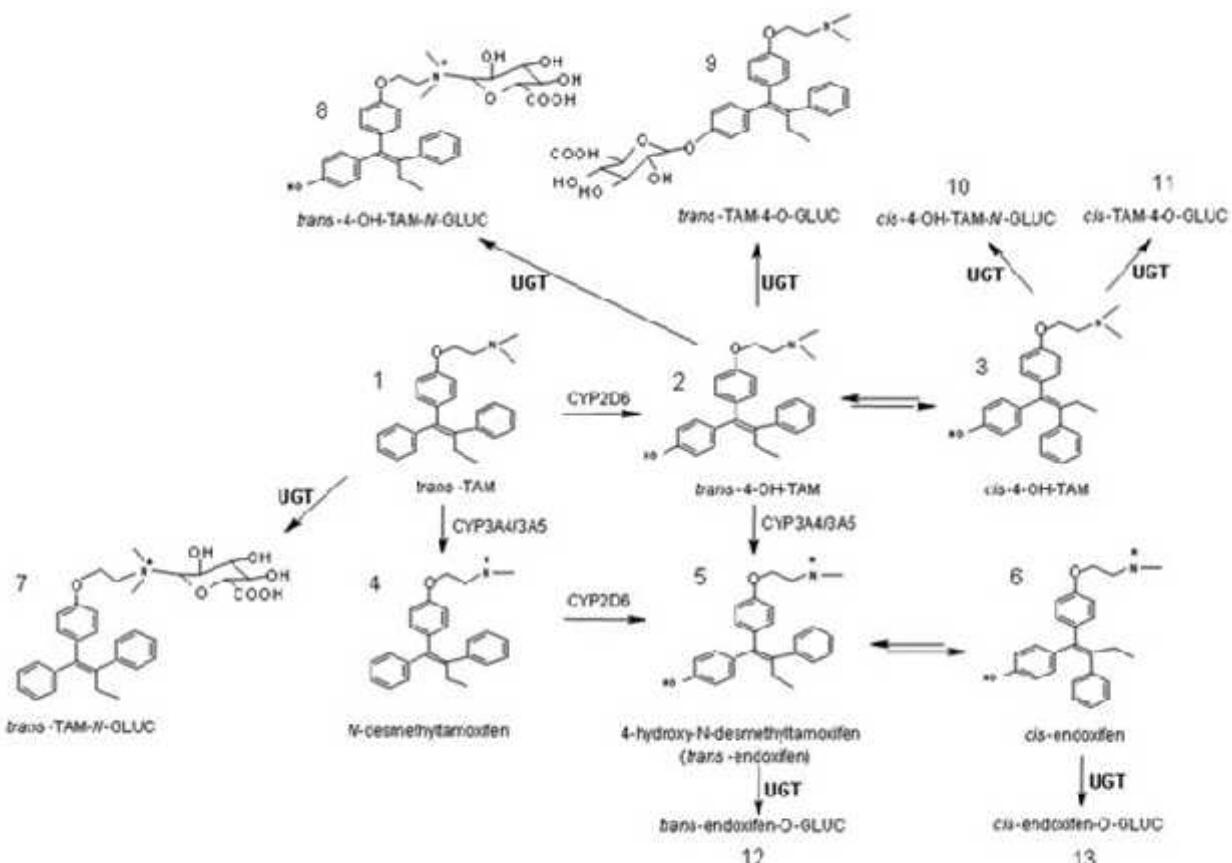
Metabolizam tamoksifena odvija se putem citokroma P450 (CYP450) pri čemu nastaje nekoliko metabolita (slika 5.), uključujući i metabolite *N*-desmetiltAM (DMT), 4-hidroksiTAM (4-OH-TAM), 4-hidroksiTAM (4-OH-TAM), TAM-*N*-oksid, *N,N*-didesmetiltAM (DDMT) i 4-OH-*N*-desmetiltAM (endoksifen). CYP3A4 je glavni CYP450 enzim uključen u metabolizam tamoksifena kojim nastaju 4-OH-TAM i DMT. CYP2D6 je glavni CYP enzim u hidroksilaciji *trans*-TAM i DMT pri čemu nastaju *trans*-4-OH-TAM i endoksifen. Prepostavlja se da su endoksifen i 4-OH-TAM glavni metaboliti koji doprinose terapeutskom učinku lijeka. U usporedbi s ostalim metabolitima te samim tamoksifenom oni imaju najveći afinitet vezanja za estrogenске receptore (30-100 puta veći afinitet vezanja u odnosu na TAM i ostale metabolite) (slika 4.).



Slika 4. Kristalna struktura kompleksa ligand vezuju e domene estrogenskog receptora i 4-hidroksitamoksifena.
(<http://en.wikipedia.org/wiki/Tamoxifen>)

Najvažniji put u eliminaciji tamoksifena i njegovih metabolita iz organizma odvija se putem glukuronidacije UDP-glukuronil transferazama (UGT). TAM se uglavnom izlu uje u žu procesom glukuronidacije kojim se na TAM dodaje glukuronska kiselina. Tako er su TAM glukuronidi prona eni i u urinu i serumu pacijenata tretiranih tamoksifenom. U nekonjugiranom obliku TAM metaboliti su prona eni u fecesu zbog aktivnosti -glukuronidaze koja uklanja glukuronsku kiselinu, a nalazi se unutar crijevne mikroflore. Glukuronidacija se odvija u jetrenim mikrosomima.

UDP-glukuronil transferaze ine superporodicu enzima koja se primarno nalazi na endoplazmatskom retikulumu stanica koje detoksificiraju razli ite ksenobiotike, kao i unutarnje komponente (unutarnji toksini), putem reakcije glukuronidacije u kojoj se vrši prijenos glukuronil skupine iz uridin 5'-difosfo-glukuronske kiseline (UDPGA) na molekulu supstrata. Glukuronid koji pritom nastaje je hidrofilniji stoga se lakše izlu uje iz organizma nego molekula supstrata. Konjugirani še er, odnosno glukuronid koji nastaje u reakciji glukuronidacije, ima promijenjena biološka svojstva, hidrofiliniji je, stoga ima pove anu ekskreciju putem urina ili žu i, nego molekula supstrata. Tako er, u reakciji glukuronidacije supstrati se prevode u farmakološki manje aktivne produkte. Jedan od glavnih UGT enzima uklju enih u glukuronidaciju tamoksifena i njegovih metabolita je jetreni enzim UGT1A4 koji katalizira reakciju kvaternog amonij-glukuronida i tamoksifena, odnosno 4-OH-TAM. Ovaj model amonij povezane glukuronidacije je u skladu s glukuroniskom aktivnoš u UGT1A4 protiv primarnih, sekundarnih i tercijarnih amina prisutnih u razli itim karcinogenim komponentama, androgenima, progestinima i biljnim steroidima (Lazarus i sur. 2009, <http://en.wikipedia.org/wiki/Glucuronosyltransferase>).



Slika 5. Shematski prikaz metabolizma tamoksifena.
(Lazarus i sur. 2009)

3.3. Efekti polimorfizma u genu *UGT* na glukuronidaciju tamoksifena

Enzimi UGT mogu se podijeliti u tri glavne porodice: svaku od njih određuje nekoliko gena *UGT* koji pokazuju visoku homologiju sekvene koja kodira za COOH kraj proteina. Porodica UGT genskog kompleksa *IA* smještena je na kromosomu 2 u ovjeka i sastoji se od najmanje 13 podporodica UGT koje su visoko konzervirane među vrstama, imaju istu gensku strukturu i u ljudi i u glodavaca. Enzimi UGT2A1 su pronađeni uglavnom u olfaktornim tkivima, gdje su aktivni zajedno s UGT2A1 u reakcijama protiv steroidnih hormona te nekih lijekova. Porodicu UGT2B uključuju 6 lanova s jedinstvenim grupama gena na kromosomu 4 u ovjeka. Većina subporodica UGT1A i UGT2B je eksprimirana u jetri ili izvan nje, osim UGT1A7, 1A8 i 1A10 koji su izvanjetreni enzimi. Funkcionalan polimorfizam je detektiran u nekoliko gena UGT,

uklju uju i *IA1*, *IA3*, *IA4*, *IA6*, *IA7*, *IA8*, *IA10*, *2B4*, *2B7*, *2B15* i *2B17* (Lazarus i sur. 2009
Guillemette i sur. 2000).

Lazarus i sur. (2009.) su identificirali polimorfizam u genu UGT koji uklju uje neistozna ni SNP (engl. *Single Nucleotide Polymorphism*) u kodonima 24 i 48 gena *UGT1A4*, u kodonu 268 gena *UGT2B7*, u kodonu 139 gena *UGT1A10* te na kodonu 173 i 277 gena *UGT1A8*. Kako bi determinirali koji od ovih polimorfizama u jednom nukleotidu (SNP) uzrokuje razli itu aktivnost enzima prema *trans* izomerima, 4-OH-TAM i endoksifen, napravljene su *in vitro* kineti ke analize u stanicama HEK293 koje su imale prekomjernu ekspresiju divljeg tipa enzima kao i navedenih razli itih mutanti enzima.

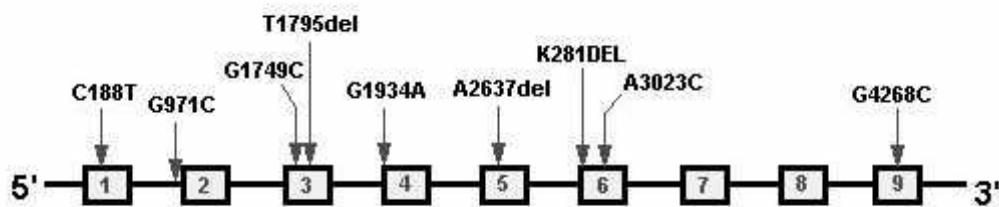
Enzim *UGT1A8*^{173Gly/277Cys} nije pokazivao nikakvu razliku u ukupnoj glukuronidacijskoj aktivnosti prema *trans*-4-OH-TAM-u dok je za *trans* endoksifen pokazao malu, ali zna ajnu smanjenu aktivnost u usporedbi s divljim tipom *UGT1A8*^{173Ala/277Cys}. Enzim *UGT1A8*^{173Ala/277Tyr}, za razliku od prethodno navedenog enzima, nije pokazivao nikakvu mjerljivu glukuronidaciju prema *trans* izomerima, 4-OH-TAM i endoksifen. Zatim se pratila aktivnost enzima *UGT1A4* s promijenjim kodonima 24 (Pro>Thr) i 48 (Leu>Val). Ustanovljeno je da *UGT1A4*^{24Pro/48Val} pokazuje ve u enzimsku aktivnost u odnosu na divlji tip *UGT1A4*^{24Pro/48Leu} s tim da je manja aktivnost glukuronidacije zabilježena za *trans*-4-OH-TAM. Enzim *UGT1A4*^{24Thr/48Leu} nije pokazao zna ajan efekt na enzimsku kinetiku prema oba *trans* izomera. Tako er nije ustanovljena razlika u ukupnoj glukuronidaciji *trans* izomera za *UGT1A10*^{139Lys} u odnosu na divlji tip *UGT1A10*. Za razliku od *UGT2B7*, gdje su kineti ke analize pokazale zna ajnu razliku s obzirom na enzimsku reakciju. Divlji tip *UGT2B7*^{268His} je pokazao znatno ve u enzimsku reakciju u odnosu na mutanta koji je umjesto aminokiseline histidina, imao tirozin, *UGT2B7*^{268Tyr}. S obzirom na *trans* izomere, pokazalo se da je reakcija glukuronidacije ve a za 4-OH-TAM nego za endoksifen koju katalizira divlji tip enzima, *UGT2B7*^{268His}.

Prepostavlja se da je *UGT2B7* najaktivniji jetreni enzim koji sudjeluje u glukuronidaciji TAM metabolita. Njegova ekspresija detektirana je tako er i u ostalim tkivima, uklju uju i tkivo dojke i gastrointestinalni trakt. Na temelju rezultata, tako er se može zaklju iti da varijacije u njegovoj ekspresiji pokazuju zna ajan u inak na individualni odgovor lijeka; *UGT2B7*^{268Tyr} je pokazao znatno manju enzimsku reakciju u odnosu na divlji tip enzima, *UGT2B7*^{268His}. Ostale varijante enzima UGT su pokazale manji zna aj za metabolizam tamoksifena, kao npr. *UGT1A8*^{277Tyr} koji nije pokazao nikakvu enzimsku aktivnost, no to ne zna i da ne sudjeluju u glukuronidaciji ostalih molekula supstrata, tako da i oni predstavljaju potencijalne komponente koje bi moglo biti uklju ene u individualni odgovor nekog drugog lijeka.

3.4. Geneti ka varijabilnost gena CYP2D6 i ishod tretmana tamoksifenom

Enzim CYP2D6 pripada superporodici citokroma P450 i kao što je ve navedeno, predstavlja glavni enzim koji metabolizira TAM u njegov najaktivniji oblik, endoksifen. Endoksifen i 4-OH-TAM imaju jednak afinitet u vezanju za estrogenske receptore, no kako je koncentracija endoksifena i do 10 puta veća u odnosu na 4-OH-TAM, smatra se da upravo on posjeduje najvažniji terapeutski učinak liječnika (Hartman i sur. 2007).

Izoenzim CYP2D6 daleko je najbolje opisan enzim P-450 koji pokazuje polimorfnu ekspresiju u ljudi. Nalazi se u skupini gena *CYP2D6* do *CYP2D8* na kromosomu 22, udružen s pseudogenima *CYP2D7P* i *CYP2D8P*. Odgovoran je za metabolizam niza antidepresiva, antihipertenziva, neuroleptika, antiaritmika i beta blokatora i najpolimorfiji je poznati enzim. Na slici 6. prikazan je cijeli gen *CYP2D6* sa svojih 9 eksona i 8 introna te najčešćim mutacijama. Dosad je opisano ukupno sedam multih alela, *3, *4, *5, *6, *7, *8 i *11.



Slika 6. Gen *CYP2D6* i neke od njegovih mutacija.

(Štefanović 2003)

Goetz i sur. (2005) su prvi uspijeli dokazati da genetička varijabilnost gena *CYP2D6* može utjecati na ishod tretmana tamoksifenom. Studija se provodila na dobro definiranoj populaciji žena u postmenopauzi kojima je dijagnosticiran rani stadij hormonski ovisnog raka dojke. U istraživanju su se bavili najčešćom mutacijom koja zahvaća gen *CYP2D6*, *CYP2D6*4*, te dovodi do PM stadija, te mutacijom nula alela **6*, *CYP2D6*6*, koja se rijetko događa. Od 256 žena koje su bile uključene u istraživanje, iz 223 se uspjelo dobiti izolirano tkivo uklapljeno u parafinske blokove koje je bilo spremno za ekstrakciju DNA. Gen *CYP2D6*4* ustanovljen je u 109 žena, za razliku od nula alela *CYP2D6*6*, koji nije identificiran. Pacijentice s homozigotnim genotipom *CYP2D6*4/*4* su pokazale krajnje vremenske relapsa i lošije izlječenje u odnosu na pacijentice koje su imale heterozigotni genotip ili homozigotni genotip divljeg tipa.

Znanstvenici su se tako er osvrnuli i na u estalost nuspojava koje se javljaju tijekom tretmana tamoksifenom, te su pratili pojavu napadaja vru ice u pacijentica. Pokazali su da one pacijentice koje su homozigotne za nul alel *4 nemaju napadaje vru ica za razliku od onih koje su bile heterozigotne (imaju jedan nul alel *4) ili su nosile divlji tip gena. Time su potvrdili hipotezu da je gen *CYP2D6* (posrednik u nastanku potencijalnog antiestrogena) odgovoran i za nastajanje nuspojava u terapiji tamoksifenom. To zna i da terapija tamoksifenom ne e biti u inkovita ukoliko je pacijentica homozigotna za gen *CYP2D6*4*, te se ne e o itovati nuspojave, dok e u pacijentica koje su heterozigotne ili homozigotne za divlji tip gena, terapija tamoksifenom biti u inkovita, ali e se pojaviti i nuspojave, odnosno vru ica.

4. ZAKLJU AK

Razlike u metabolizmu lijeka i odgovora na lijek izme u dvije osobe iste tjelesne težine kojima je taj lijek dan u istoj dozi mogu biti izazvane prolaznim uzrocima, kao što je inhibicija i indukcija enzima, ili trajnim uzorcima, kao što je genetska mutacija, delecija ili amplifikacija gena. Vezu izme u geneti ke predispozicije i u inkovitosti lijeka prou ava grana genetike, farmakogenetika, na temelju specifi nih ispitivanja pojedinaca utvr uje njihov specifi ni farmakogeneti ki fenotip. Pristup farmakogeneti kog probira u predvi anju odre enog fenotipa zasnovan je na identificiraju alela koji pokazuju osjetljivost ve u od 95%. Na temelju farmakogeneti kog rezultata mogu e je izdvojiti iz skupine bolesnika s istom dijagnozom, one bolesnike koji trebaju ve u ili manju dozu lijeka odnosno koji trebaju neki drugi identi an lijek, a koji nije supstrat produkta polimorfnog gena odnosno enzima koji sudjeluju u metaboli kim putevima lijeka. Farmakogenetika postaje sve bitnija u klini koj praksi, a u budu nosti joj se predvi a još zna ajnija uloga u individualnom odabiru izbora lijeka u lije enju raznih bolesti, me u njima i raka dojke ovisnog o hormonima kojega sam detaljnije obradila u ovom radu.

Tamoksifen, kao antagonist estrogenih receptora u tkivu dojke, predstavlja najvažniju adjuvantnu terapiju u lije enju raka dojke tijekom posljednjih 30-tak godina. Nekada su se, kod izbora terapije za pacijentice kojima je dijagnosticiran rak dojke, uvijek uzimale u obzir samo karakteristike tumora, bez obra anja pozornosti na geneti ki profil pacijentice. Prijašnja klini ka ispitivanja su pokazala da postoji individualna razlika me u pacijenticama koje su podvrgnute terapiji tamoksifenom, tj. da ishod terapije nije jednak i u ikovit za sve pacijentice kojima je dijagnosticiran rak dojke ovisan o hormonima. Današnja istraživanja su pokazala da odre eni enzimi koji su uklju eni u metabolizam lijeka, mogu poremetiti ili smanjiti njegovu u inkovitost ovisno o prisutnosti odre enih mutacija u genima koji kodiraju za te enzime. Stoga, ispitivanje

farmakogeneti kog polimorfizma, tj. genotipizacija polimorfnih gena i egzaktno odre enje fenotipa ispitanika omogu uje odabir optimalnog lijeka te optimalne doze lijeka, ime se spre avaju neželjene reakcije ili terapijske pogreške.

5. LITERATURA

- Bemstein.L, Ross RK, 1993. Endogenous hormones and breast cancer risk. *Epidemiol. Rev.* **15**, 48-65.
- Braendle W, Kuhl H, Mueck A, Birkhäuser M, Thaler C, Kiesel L, Neulen J, 2009. Does hormonal contraception increase the risk for tumors? *Ther Umsch.* **66**, 129-35.
- Goetz MP, Rae JM, Suman JV, Safgren SL, Ames MM, Visscher DW, Reynolds C, Couch FJ, Lingle LW, Flockhart DA, Desta Z, Perez EA and Ingle JN, 2005. Pharmacogenetics of Tamoxifen Biotransformation Is Associated With Clinical Outcomes of Efficacy and Hot Flashes. *J Clin Oncol* **23**, 9312-9318.
- Guillemette C, Villeneuve L, Girard H, Fortier LC, Gagné JF, 2000. Genetic polymorphisms in uridine diphospho-glucuronosyltransferase 1A1 and association with breast cancer among African Americans. *Cancer Res.* **60**, 950-956.
- Hartman AR and Paul Helft P, 2007. The ethics of CYP2D6 testing for patients considering tamoxifen *Breast Cancer Research* **9**, 103.
- Henderson TO, Amsterdam A, Bhatia S, Hudson, Meadows AT, Neglia JP, Diller LR, Constine LS, Smith RA, Mahoney MC, Morris EA, Montgomery LL, Landier W, Smith SM, Robison LL, Oeffinger KC, 2010. Surveillance for Breast Cancer in Women Treated with Chest Radiation for a Childhood, Adolescent or Young Adult Cancer: A Report from the Children's Oncology Group *Ann Intern Med.* **152**, 444-W154.
- Hulit J, Lee RJ, Russell RG, Pestell RG, 2002. ErbB-2-induced mammary tumor growth: the role of cyclin D1 and p27Kip1. *Biochemical Pharmacology* **5**, 827-836.
- Ingle JN, Pharmacogenetics and pharmacogenomics of endocrine agents for breast cancer 2008. *Breast Cancer Research* **10**, S17
- Kerangueven F, Essioux L, Dib A, Noguchi T, Allione F, Geneix J, Longy M, Lidereau R, Eisinger F, 1995. Loss of heterozygosity and linkage analysis in breast carcinoma: indication for a putative third susceptibility gene on the short arm of chromosome 8. *MJ Oncogene* **10**, 1023-1026.
- Lazarus P, Blevins-Primeau AS, Zheng Y, Sun D., 2009. Potential Role of UGT Pharmacogenetics in Cancer Treatment and Prevention: Focus on Tamoxifen. *Ann N Y Acad Sci* **1155**, 99-111.

- Linder MW, Prough RA, Valdes R, 1997. Pharmacogenetics: a laboratory tool for optimizing therapeutic efficiency. *Clin Chemistry* **43**, 254 –266.
- Krajina Zdenko, Šamija Mirko, Vrdoljak Eduard, 2006. Klini ka onkologija, Medicinska naklada, Zagreb
- Scully R, Ganesan S, Vlasakova K, Chen J, Socolovsky M, Livingston MD, 1999. Genetic Analysis of BRCA1 Function in a Defined Tumor Cell Line. *Molecular Cell* **6**, 1093-1099.
- Struewing JP, Hartge P, Wacholder S, Baker SM, Berlin M, McAdams M, Timmerman MM, Brody LC, Tucker MA, 1997. The risk of cancer associated with specific mutations of *BRCA1* and *BRCA2* among Ashkenazi Jews. *N Engl J Med* **336**, 1448
- Šamija Mirko i suradnici, 2000. Onkologija, Medicinska naklada, Zagreb
- Štefanović Mario, 2003. Farmakogenetika: Genotipizacija CYP2D6, Zagreb
- Thompson AM, Morris RG, Wallace M, Wyllie AH, Steel CM, Carter DC, 1993. Allele loss from 5q21 (APC/MCC) and 18q21 (DCC) and DCC mRNA expression in breast cancer. *Br J Cancer* **68**, 64-8.
- <http://www.chelationtherapyonline.com/PreventCancer/p1.htm>
<http://www.medicina.hr/clanci/rak%20dobje.htm>
<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/breastcancer.html>
http://en.wikipedia.org/wiki/Cytochrome_P450,_family_1,_member_A1
<http://en.wikipedia.org/wiki/Glucuronosyltransferase>
<http://en.wikipedia.org/wiki/Tamoxifen>
<http://en.wikipedia.org/wiki/UGT1A1>

6. SAŽETAK

Farmakogenetika je grana genetike koja proučava vezu između genetičke predispozicije i inkovitosti lijeka na temelju kojih ispitivanja se utvrđuju specifični fenotip. Na temelju farmakogenetičkih ispitivanja moguće je izdvojiti iz skupine bolesnika sa istom dijagnozom, one bolesnike koji trebaju veću ili manju dozu lijeka odnosno koji trebaju neki drugi sličan lijek. Farmakogenetika ima sve značajnu ulogu u individualnom odabiru lijeka u liječenju raznih bolesti, uključujući i liječenje raka dojke ovisnog o hormonima, stoga postaje sve bitnija u kliničkoj praktici. Tamoksifen, kao antagonist estrogenskih receptora u tkivu dojke, predstavlja najvažniju adjuvantnu terapiju u liječenju raka dojke zadnjih 30-tak godina. Nekada su se u kliničkoj praktici, kod izbora terapije za pacijentice kojima je dijagnosticiran rak dojke, uzimale u obzir samo karakteristike tumora, bez uvida u genetski profil pacijentice. Danas se zna da postoji individualna razlika između pacijentica koje su podvrgnute terapiji tamoksifenum, te da ishod terapije nije jednak u svakoj za sve pacijentice kojima je dijagnosticiran rak dojke ovisan o hormonu. Stoga, ukoliko su prisutne određene mutacije u genima koji kodiraju za enzime uključene u metabolizam lijeka, može doći do poremećaja ili smanjene inkovitosti lijeka.

7. SUMMARY

Pharmacogenetics is a branch of pharmaceutical sciences which studies the relationships between the genetic predisposition of an individual and the efficiency of a medicine in the therapy. Based on series of testings, the specific pharmacogenetic phenotype can be affirmed. Based on the pharmacogenetic testings, it is possible to find those patients who need a higher or lower dose, or who need another similar drug. Pharmacogenetics became very important in the individual medical treatment of various diseases, including the hormone dependent breast cancer. Therefore, pharmacogenetics assumes more and more important role in medical practice. Tamoxifen, is an estrogen receptor antagonist in the breast tissue, and it presents the most important adjuvant therapy in the treatment of breast cancer, in the past three decades. In the past, the medical practice was choosing the therapy for the patients considering only the characteristics of the tumour, but paying no attention to the genetic profile of the patient. Nowdays it is clear that there is an individual difference in response to tamoxifen between the patients in cure and that the therapy is not equally efficient for all patients with the diagnosis of hormone dependent breast cancer. It can lead to disorder or deficiency if there are present certain mutations in genes which code for the enzymes that are included in the metabolism of the drug.

