

Kazuistika: Hemolytická anemie jako projev karcinomu

J. Novák

60letá pacientka přijata na interní oddělení 22. 6. 2015 na doporučení praktického lékaře pro makrocytární anémii a elevaci „jaterních“ testů. V přiložených laboratorních testech od praktického lékaře glykémie 11,9 mmol/l, BIL 53,2 μmol/l, ALT 3,66 μkat/l, AST 3,26 μkat/l, GMT 12,8 μkat/l, ALP 3,26 μkat/l, Hb 77 g/l, MCV 107,6 fl. Subjektivně si stěžovala na cca měsíc trvající bolesti v pravém podžebří s iradiací pod pravou lopatku, které byly zprvu intermitentní, posléze trvalé. Pociťovala nauzeu, bez zvracení. Objevila se tmavá moč a světlá stolice. Dále udávala v posledním roce námahovou dušnost, která v posledním měsíci před přijetím významně progredovala. V osobní anamnéze hypertenzní nemoc, gastroduodenální vředová choroba, vertebrogenní algický syndrom páteře, anxiózní syndrom, stav po hysteroskopii pro korporální děložní polyp, stav po cholecystektomii a appendektomii. Z alergické anamnézy přítomna alergie na nitrofurantoin. V chronické medikaci Betaloc SR 200mg 1-0-0, Ciprex 10mg 1-0-0, Orcal 10mg 1-0-0, Rilmenidin 1mg 1-0-0.

V naší vstupní laboroři BIL 31 μmol/l, BIKK 14,5 μmol/l, ALT 1,06 μkat/l, AST 0,64 μkat/l, GGT 6,28 μkat/l, ALP 1,72 μkat/l, LDH 5,83 μkat/l, Hb 68 g/l, MCV 112,9 fl, Leu 8,4 10⁹/l, PLT 342 10⁹/l. Provedeno USG břicha bez dilatace intra nebo extrahepatálních žlučovýchodů, jako vedl. nález suspektní expanze v oblasti hlavy pankreatu. Doplněno CT pankreatu, jež bez ložiskových změn, indikována sofistikovanější zobrazovací metoda, a to endosonografie pankreatu s nálezem nehomogenity s kalcifikacemi v oblasti hlavy pankreatu charakteru chronické pankreatitidy. Z onkomarkerů lehce pozitivní C19-9 (57,9 IU/ml), CEA negativní. Abusus alkoholu striktně popírala. Stran makrocytární anémie doplněn Coombsův test s pozitivitou jak ve zkumavce, tak na gelu s nízkou hladinou haptoglobinu (méně než 0,10 g/l) svědčící pro autoimunní hemolytickou anémii. Hladina vitamínu B12 a folátů bez karence. Krev vyšetřena na transfuzním oddělení s nálezem tepelných autoprotilátek ve třídě IgG, specifické autoprotilátky nenalezeny. Elevace transamináz na vrub hemolytické anémie než biliárních obtíží, avšak pacientka dle anamnézy

velmi pravděpodobně prodělávala protrahovanou biliární koliku na podkladě v.s. choledocholithiasy se spontánním odchodem, poněvadž při přijetí na USG již bez známek dilatace žlučových cest.

Zahájena pulzní kortikoterapie do celkové dávky 3 g (od 22. 6. do 24. 6. 2015) s následným per os podáváním (od 25. 6.) s dobrou laboratorní a klinickou odpovědí (lab. výsledky ze dne 25. 6. - BIL 15 μmol/l, AST 0,30 μkat/l, ALT 0,71 μkat/l, GGT 4,14 μkat/l, ALP 1,22 μkat/l, LD 4,07 μkat/l, Hb 84 g/l). Současně prvozáchyt diabetu mellitu se zhoršením a obtížnou kompenzací při kortikoterapii i přes intenzifikovaný inzulinový režim. Oční vyšetření bez známek diabetické retinopatie, hodnota nitroočního tlaku uspokojivé. Hodnota glykovaného hemoglobinu (33 mmol/mol) nesignifikantní vzhledem k vstupní hodnotě hladiny hemoglobinu a krátce trvajícím vysokým hodnotám glykemií. Imunologické laboratorní testy s negativitou orgánově specifických a nespecifických autoprotilátek, komplement bez konzumpce, lehce vyšší cirkulující imunokomplexy a podtržida IgG4. Vzhledem k elevaci C19-9 doplněno gastroginekologické a gynekologické vyšetření, které onkonegativní.

Zůstávalo však nadále otázkou, zda hemolytická anémie nebyla sekundární při nádorovém onemocnění v oblasti pankreatu nebo žlučových cest, i když tehdy neoproses nebyl prokázán. Indikováno též kolonoskopické vyšetření, které však na přání pacientky bylo doplněno až ambulantně. Dimise 30. 6. 2015, doporučeny kontroly v hematologické ambulanci a za měsíc od dimise náběr kontrolní hladiny C19-9 k posouzení dynamiky.

Při ambulantní kontrole se pacientka cítila velmi dobře, pro uspokojivé hodnoty hladiny Hb redukována kortikoterapie. V necelém měsíčním odstupu provedeno kontrolní stanovení hladiny C19-9 s významnou elevací z původních 57,9 na 279,1 IU/ml, objednáno PET/CT vyšetření, jež absolvovala v srpnu bez průkazu viabilní neoplasie, popsán nepravidelně rozšířený ductus pankreaticus zejména v oblasti hlavy, mohlo by se jednat o změny při chronické pankreatitidě, dále patrná zánětlivá iritace tračníku s prosáknutím mezenteria a peritonea.

Říjen 2015 doplněno kolonoskopické vyšetření (k dřívějšímu termínu se pac. nedostavila) s negativním nálezem. Při kontrole hladina C19-9 opět s významnou elevací (422 IU/ml). Kontrolní USG břicha se stacionárním nálezem, bez ascitu. Hladina Hb uspokojivá, „jaterní testy“ ve fyziologickém rozmezí.

Nadále přetrvávala suspekce na neoproses, objednáno MR pankreatu (leden 2016) a přilehlé oblasti s nálezem nově přítomného středně velkého ascitu

kolem jater, sleziny a mezi střevními kličkami. Nález na pankreatu odpovídal v.s. chronické pankreatitidě, bez jednoznačné detekce tumoru pankreatu, dále nově přítomna dilatace žlučových cest bez průkazu choledocholithasy. Pacientka klinicky asymptomatická, při kontrolní laboratoři významná elevace obstrukčních enzymů (GGT 24,79 μ kat/l, ALP 4,45 μ kat/l). Indikováno ERCP vyšetření s nálezem krátké suprapapilární stenózy terminálního chole-
dochu s prestenotickou dilatací žlučových cest, nově infiltrovaná Vaterova papila s provedením biopsie a implantací duodenobiliární endoprotézy. Dle histologického vyšetření se jednalo o adenokarcinom Vaterské papily s pankreatobiliárním imunofenotypem (CK7+, CK20-, CDX2+, MUC1+, MUC2-).

Doplněno kontrolní endosonografické vyšetření s nálezem 23x15 mm velkého tumorosního ložiska maligního vzhledu v oblasti processus uncinatus a hlavy pankreatu.

Pacientka bude prezentována na chirurgickém semináři na vyšším pracovišti ohledně případné chirurgické intervence, i když ascites a levostranný fluidothoraxu bude pravděpodobně limitací výkonu.

Závěrem bych zmínil, že i přes negativní nálezy sofistikovaných zobrazovacích metod, je nutné nadále pomýšlet na neoproses při přítomnosti jiných indicií např. laboratorních, v tomto případě rostoucí dynamika onkomarkeru.