

Onkológia 1

Kreditované kazuistiky z medicínskej praxe

Lipegfilgrastim u pacienta v režime BEP

MUDr. Dagmar Šuteková

Lipozomálny doxorubicín - III. línia paliatívnej CHT u pacientky s IDC mammae l.sin
v IV. kl. štádiu

MUDr. Martina Turčániová

Použitie erytropoetínu v liečbe renálnej anémie

MUDr. Aneta Matysová

Využitie bukálnej formy fentanylu u pacientov s pokročilým karcinómom pankreasu

MUDr. Maroš Fremal

Dátum vypracovania:	07.04.2018
Špecializácia, ktorej je kazuistika určená:	Onkológia
Demografické údaje pacienta:	Vek: 33 Pohlavie: Muž
Indikácia:	C62.1 - Zhubný nádor zostúpeného semenníka

ÚVOD

Kazuistika je venovaná prevencii febrilnej neutropénie u pacienta v liečbe chemoterapiou typu BEP, ktorú podstúpil pri diagnóze seminoma testis, s retroperitoneálnou LAP, KŠ II A. Ako prevenciu febrilnej neutropénie u takéhoto myelotoxického režimu sme použili lipegfilgrastim s.c. s výborným efektom a dobrou toleranciou.

KAZUISTIKA – KLINICKÝ SÚHRN

Pacient celkovo absolvoval 3x BEP, všetky cykly zvládol bez prejavov infekcie, dodržali sme dávkovú ako aj časovú intenzitu, D6 vždy podaný lipegfilgrastim s.c. ako prevencia febrilnej neutropénie, len mierne prejavy flu like syndrómu po podaní lipegfilgrastimu zvládnuté konzervatívne. Pravidelne sledovaný krvný obraz, hodnoty neutrofilov uspokojivé, ani raz nedošlo k výraznému poklesu leukocytov a neutrofilov, ktoré by nás limitovali v podaní chemoterapie.

KAZUISTIKA – ANAMNÉZA PACIENTA

Osobná anamnéza: bez vážnejšieho predchorobia, doteraz na nič neliečený, operácie 0, trauma 0.
AA: negatívny
RA: bez onkologických ochorení
13.1.2018 stav po orchiectomii vpravo pre ultrasonograficky verifikovaný tumor pravého testes. Histologicky seminóm.
Pritomná vaskulárna invázia a infiltrácia reve testis.
CT verifikoval paket lymfatických uzlín v retroperitoneu. Klinické štádium IIA.
Predoperačné onkomerker AFP v norme aj LD, HCG 478, postoperačne HCG 7,5.

KAZUISTIKA - VÝSLEDKY VYŠETRENÍ (LABORATÓRNE, ZOBRAZOVACIE)

AFP a LDH v norme, predoperačne HCG 478, postoperačne 7,5.
Krvný obraz v norme, biochemické parametre v norme, funkčné vyšetrenie obličiek: glomerulárna filtrácia v norme.
CT záver: v retroperitoneu paket lymfatických uzlín veľkosti 4x3 cm, jedná sa o metastázy pri základnom ochorení, ostatné orgány abdomenu: hepar, pankreas, obličky, oblasť malej panvy bez patologického nálezu. Hrudník: pľúca a mediastinum bez infiltratívnych zmien. Bez lymfadenopathie.

KAZUISTIKA - PRIEBEH OCHORENIA

33-ročný pacient si sám palpoval v oblasti pravého testes zatvrdlinu, vyšetrený urológom, realizované USG s jednoznačným potvrdením tumoru pravého testes. Indikovaná pravostranná orchiectomia vpravo a následne

aj CT v rámci stagingu ochorenia. Histologicky sa jednalo o čistý seminóm, vzhľadom k CT verifikovanej metastáze v lymfatických uzlinách retroperitoena bola indikovaná chemoterapia a to 3x BEP. Liečba prebehla bez výraznejších ťažkostí, pacient všetky cykly dostal aj v časovo aj dávkovo plnej intenzite, vzhľadom k vysokej myelotoxicite sme sa rozhodli podávať pacientovi po schéme BEP (bleomycin, cisplatina a etopozid deň 1 - 5) následne deň 6 lipegfilgrastim s.c.. Po podaní veľmi mierne príznaky flu like syndrómu zvládnuté paracetamolom, ani raz u pacienta nedošlo k rozvoju febrilnej neutropénie, nebol chorý a hodnoty leukocytov a neutrofilov boli po podaní lipegfilgrastimu zvýšené maximálne do 15 tisíc, pričom následne nedošlo k ich rýchlemu poklesu, t.j. pacient vždy mohol absolvovať nový cyklus a jeho krvný obraz bol vyhovujúci. Tiež tolerancia granulocytárneho rastového faktora lipegfilgrastimu bola výborná, príznaky flu like syndrómu v jeho prípade boli mierne, len mierne zvýšená teplota do 37,1 s rýchlym poklesom po antipyretikách a mierne bolesti kosti a svalov tiež s ústupom do 24 hodín.

DISKUSIA

Na porovnanie by som povedala, že lipegfilgrastim na rozdiel od iných granulocytárných rastových faktorov nespôsobuje výraznejšie nežiaduce účinky, je dobre tolerovaný a dostatočne stimuluje u takýchto vysoko myelotoxických režimov krvotvorbu, hodnoty neutrofilov sú primerané, nedochádza k výraznejším vzostupom a hlavne tieto hodnoty pretrvávajú až do podania nového cyklu liečby.

ZÁVER

Lipegfilgrastim nespôsobuje výraznejšie nežiaduce účinky, je dobre tolerovaný a dostatočne stimuluje u takýchto vysoko myelotoxických režimov krvotvorbu, hodnoty neutrofilov sú primerané, nedochádza k výraznejším vzostupom a hlavne tieto hodnoty pretrvávajú až do podania nového cyklu liečby. Pacient úspešne absolvoval liečbu, momentálne je v úplnej remisii ochorenia.

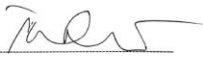
Vyhlasenie o konflikte záujmov autora

- ☒ Nemám potenciálny konflikt záujmov*
☐ Deklarujem nasledujúci konflikt záujmov*

Forma finančného prepojenia	Spoločnosť
Participácia na klinických štúdiách/firemnom grante	
Nepeňažné plnenie (v zmysle zákona)	
Prednášajúci	
Akcionár	
Konzultant/odborný poradca	
Ostatné príjmy (špecifikovať)	

Podľa UEMS (upravené v zmysle slovenskej legislatívy)

MUDr. Dagmar Šuteková


Meno a priezvisko lekára

* vyberte kliknutím na príslušný štvoříček

Dátum vypracovania:	16.04.2018
Špecializácia, ktorej je kazuistika určená:	Onkológia
Demografické údaje pacienta:	Vek: 78
	Pohlavie: Žena
Indikácia:	C50.9 Zhubný nádor prsníka, bližšie neurčený

ÚVOD

Karcinóm prsníka je heterogénna skupina nádorov líšiaca sa molekulárnou patogenézou, morfológickým vzhľadom, imunofenotypom a prognózou. Ide o najčastejšie nádorové ochorenie žien skoro vo všetkých krajinách sveta, ktoré je i napriek klesajúcej mortalite stále najčastejšou príčinou úmrtia žien na malígne ochorenia.

V čase stanovenia diagnózy je 5-10% žien s karcinómom prsníka v IV. kl. štádiu a len približne 1/5 sa dožije 5 rokov.

KAZUISTIKA – KLINICKÝ SÚHRN

Kazuistika dokumentuje efektivitu, bezpečnosť a toleranciu lipozomálneho doxorubicínu v celkovej dávke 900 mg u 76 ročnej pacientky s invazívnym duktálnym karcinómom prsníka v IV. kl. štádiu.

KAZUISTIKA – ANAMNÉZA PACIENTA

RA- syn mal nádor obličky, sestra mala Ca prsníka - zomrela ako 50-ročná.

OA: bez závažných ochorení, bez ICHS, bez art. hypertenzie, bez DM.

GA: menopauza od 55 r., P: 2x, Ab,I: 0.

KAZUISTIKA - PRIEBEH OCHORENIA

Prvovýšetrenie pacientky na onkologickej ambulancii - 25.11.2013.

Dňa 24.11.2013 pacientka prijatá na gynekologické oddelenie pre masívne krvácanie z exulcerovaného tumoru ľavého prsníka. Pacientka pripúšťa, že prvýkrát spozorovala hrčku pred cca 4 rokmi a minimálne 2 roky je nález viditeľný a prerastajúci kožu. Pripúšťa, že sa asi posledné 2 mesiace viac zadýcha, musela pri chôdzi spomaliť, ale bolesti na hrudi pri tom neudáva. Za posledný rok schudla 10 kg z 85 kg. Kašeľ neguje. Vstupný Hb 61,0 - krvácanie od rána.

Objektívne pri prvovýšetrení na onkologickej ambulancii: lokálny nález na ľavom prsníku - ťažko hodnotiteľný, lokálne previazaný (pacientka má strach z opätovného krvácania), veľkosti cca 10x15 cm, exofyticky rastúci, zápachajúci / podľa gynekologického popisu vychádza z horného laterálneho kvadrantu, prekrvácany, so starými aj čerstvými známkami krvácania, centrálné na ploche cca 8x8 cm exulcerovaný, so známkami zápalu. Tumor prerastá v danom kvadrante žľazu takmer až po hrudnú stenu. Horný a dolný mediálny kvadrant sú palpačne voľné, koža nad týmito kvadrantami bez zmien, celý dvorec vpáčený pod tumorom. V axile paket hmatných fixovaných LU. Pravý prsník a axila bez zjavných Tu zmien.

Vstupné vyšetrenia :

CT hrudníka, abd.- 26.11.2013 - V oblasti ľavého prsníka smerom navonok prítomná nepravidelná rozsiahla nehomogénna lézia veľkosti cca 145x85x90 mm, charakteru TU procesu, so zhrubnutím kože a neovaskula-

rizáciou v oblasti ľavého prsníka. V ľavej axile prítomné zväčšené LU do 29mm. Minimálne tekutinové kolekcie obojstranne v pohrudničných dutinách, šírky do 5mm, a platničková atelektáza vľavo bazálne. Záver: Rozsiahla TU lézia ľavého prsníka smerom navonok s axilárnou LAP a suspektnými metastázami do stavca L4 a Th3. (T4,N2,M1).

Gamagrafia skeletu - DgTC Reimanus - 18.12.2013 - Nález v stavcoch Th4,5, v L4 a v 3.rebre ventrálne vľavo hodnotím ako osseálne MTS pri základnej diagnóze; ostatný skelet dokumentuje zmeny arthrotické eventuálne spondylartrotické, v stavci L3 t.č. so suspekciou na kompresívnu zlom., v rámci dif.dg nevylúčim ďalšiu MTS.

Excízia z tumoru prsníka 26.11.2013 - z: koža s invazívnym, stredne diferencovaným konvenčným duktálnym karcinómom (ductal carcinoma NOS), ER 60-70%, PR fokálne -10%, EGFR - 0, Her2 - skóre2+ (výsledok CISH zašleme dodatočne písomnou formou), Ki 67- 30-40%, nádor s rozsiahlymi nekrózami, LV0, Pn0.

Dňa 19.12.2013 - Telefonická konzultácia patologického pracoviska - CISH metodika – nedá sa hodnotiť, malá vzorka tumoru, prevažná časť nekrotická, požadovaná rebiopsia.

Diagnostický záver: IDC mammae l.sin , NOS, G2, inc cT4dN2aM1 (OSS), IV. kl. štádium. Keďže iniciálne nebol známy Her-2 status, bola pri pokročilosti procesu po vstupných vyšetreniach zahájená chemoterapia na báze antracyklínu - AC režim zahájený 20.12.2013 - podané 4 cykly do 21.2.2014 v dávke doxorubicin 90 mg, cyklofosamid 900 mg.

19.12.2013 zahájené podanie kyseliny zoledrónovej i.v. 4 mg a 28 dní - posledné podanie 15.2.2017, následne odklad pre zlomeninu (operácia 01.03.2017 - repositio tecta, OS intramedullaris fem.cum clivi femoralis MEDIN et cochlearum,propter *S72.3 Fractura diaph.fem.disloc.l.sin) - ďalšie podanie od 18.5.2017, 11/2017- pri stabilizovanej kostnej chorobe a dĺžke podávania kyseliny zoledrónovej - podávanie a 2 mesiace, 2/2018 pri pretrvávajúcej stabilizácii jej prerušenie.

8.1.2014 - opakovaná biopsia z tumoru prsníka - Hercept pozit 3+, p53 takmer 100% pozit., ER takmer 100% pozit. silnej intenzity, PGR 100% pozit. silnej intenzity, G2. Po obdržaní schválenia žiadosti na podávanie trastuzumabu zmena režimu - paclitaxel + trastuzumab / a 21 dní / - od 13.3.2014 - 9.1.2015.

1/2015 - Progresia veľkosti a vznik multifokality lézie v ľavom prsníku. II.línia paliatívnej chemoterapie - kapecitabin + lapatinib - od 2.2.2015 - 14.10.2015.

10/2015--Progresia veľkosti a vznik multifokality lézie v ľavom prsníku. I.línia HT- letrozol + lapatinib od 28.10.2015 - 25.5.2016. Aplikovaná paliatívna RAT na ľavý prsník a regionálne LU v CD 39,0 Gy/13 fr od 23.11.- 16.12.2015 + 17.12.2015 antalgická RAT na oss MTS / single dose 8 Gy na L1-5,LS prechod vľavo/.

5/2016-Progresia veľkosti Tu lézie ľavého prsníka + MTS ad PUL. III.línia paliat. CHT nepegylovaný lipozomálny doxorubicín 100 mg + cyklofosamid 900 mg, d1, NC a 21 dní, od

1.6.2016 do 16.11.2016 celkovo 9 cyklov.

12/2016 - progresia skelet. MTS - II.línia HT- fulvestrant od 7.12.2016, pokračujeme v kyseline zoledrónovej.

6/2017- CT hrudníka, mediastína, abdomenu, USG prsníkov- SD pokračujeme v liečbe.

8/2017- gamagrafia skeletu- 7.8.2017-SD.

9/2017 - CT vyš. hrudníka, mediastína, abdomenu: 28.9.2017, Sono vyš.prsníkov, bilat.: 28.9.2017, SD pokračujeme v liečbe.

11/2017- pri stabilizovanej kostnej chorobe a dĺžke podávania kys. zoledrónovej - podávanie a 2 mesiace.

2/2018 - CT vyš. hrudníka, mediastína, abdomenu: 13.2.2018, Sono vyš.prsníkov, bilat.: 13.2.2018, SD pokračujeme v liečbe fulvestrantom, podávam posledné podanie kyseliny zoledrónovej.

Obrázok č.1: Stav v období 12/2013



Obrázok č.2: Stav období 2/2014



DISKUSIA

Jedná sa o pacientku s metastatickým invazívnym duktálnym karcinómom ľavého prsníka. Ako bolo uvedené vyššie, pacientka bola bez závažnej komorbidity, iniciálne zahájené podávanie antracyklínu s veľmi dobrým terapeutickým efektom, ako dokumentuje aj obrazová dokumentácia.

Preto som pri progresii ochorenia v čase, volila návrat ku podávaniu antracyklínov vo forme nepegylovaného lipozomálneho doxorubicínu (režim lipozomálny doxorubicín 100 mg + cyklofosfamid 900 mg, d1, NC a 21 dní).

Celkovo podaných 9 cyklov od 1.6.2016 do 16.11.2016 za kontroly kardiálnej funkcie. (ECHOKG - 30.5.2016 - z: dutiny srdca bez dilatácie, LK 54 mm, steny hypertofie, EFLK 60%, mitrálna reg. do I.st., Ao reg., I.st., bez PH, perikard bpn, EKG: 3 12.5.2016 - SR, bez ektópie, f: 55/min., SEO: 15°, RS: V5, nazn. STD a VF, V6, negat. T V5-6, PQ: 162ms, QRS: 87ms, QT: 392ms, QTC: 376ms Z: zmeny v repolar.fáze EKG, EKG:13.9.2016 - SR, bez ektópie, f: 67/min., SEO: 0°, RS: V5, hran. STD II,III,aVF,V6, negat. T V4-6, PQ: 152ms, QRS: 82ms, QT: 372ms, QTC: 395ms Z: zmeny v repolar. fáze EKG (bez dynamiky), ECHOKG - 7.9.2016 - EF 60%, mitrálna a Ao reg., I. st., perikard bpn, bez PH, bez zhoršenia EFLK, ECHOKG - 28.11.2016 - Z: novozachytené region. poruchy kinetiky LK, zadnej a bočnej steny, EFLK 45%, v.s. kardiotoxické poškodenie myokardu, odp.: pridať Concor COR 2,5 mg 1/2 tbl ráno, za kontroly TK a pulzu).

Pacientka po kardiálnej stránke klinicky bez ťažkostí, súbežne zaznamenaná progresia ochorenia. Ukončené podávanie lipozomálneho doxorubicínu. Odoslaná na odborné vyšetrenie na kardiologickú ambulanciu.

ZÁVER

Lipozomálny doxorubicín je schválený pre liečbu metastatického karcinómu prsníka v monoterapii, alebo v kombinácii s cyklofosfamidom. Počas liečby sa odporúča u pacientok monitorovať ejekčnú frakciu ľavej komory, krvný obraz a hepatálne funkcie. Lipozomálny doxorubicín je menej kardiotoxický ako konvenčný doxorubicín, preto jeho podávanie je výhodnejšie hlavne u pacientok s vyšším rizikom vzniku kardiotoxicity (preexistujúce kardiálne ochorenie, vyšší vek, rádioterapia na oblasť ľavej hrudnej stany, predliečenosť pa-

cientky antracyklínmi).

U 76-ročnej pacientky s invazívnym duktálnym karcinómom ľavého prsníka v IV. klinickom štádiu sa podávanie lipozomálneho doxorubicínu v III. línii paliatívnej chemoterapie javilo ako bezpečné a dobre tolerované a to i napriek vysokému veku v čase podávania a predchádzajúcemu podávaniu doxorubicínu v režime AC- a následne trastuzumabu s paclitaxelom.

Pacientka 9 podaní lipozomálneho doxorubicínu v kombinácii s cyklofosfamidom tolerovala dobre, bez prejavov kardiálnej toxicity, pokles EF na 45 % sa neprejavil v klinike.

Pacientka toho času v II.línii hormonálnej liečby fulvestrantom - ochorenie v stabilizácii za dobrého výkonnostného stavu.

Celková dĺžka liečby je aktuálne 4 roky 5 mesiacov.

Vyhlásenie o konflikte záujmov autora

☒ Nemám potenciálny konflikt záujmov*

☐ Deklarujem nasledujúci konflikt záujmov*

Forma finančného prepojenia	Spoločnosť
Participácia na klinických štúdiách/firemnom grante	
Nepeňažné plnenie (v zmysle zákona)	
Prednášajúci	
Akcionár	
Konzultant/odborný poradca	
Ostatné príjmy (špecifikovať)	

Podľa UEMS (upravené v zmysle slovenskej legislatívy)

-MUDr Martina Turčániová-----
Meno a priezvisko lekára

* vyberte kliknutím na príslušný štvorček

Dátum vypracovania:	25.11.2018
Špecializácia, ktorej je kazuistika určená:	Onkológia
Demografické údaje pacienta:	Vek: 66 Pohlavie: Muž
Indikácia:	D63.8* Anémia pri iných chronických chorobách obličiek

ÚVOD

Anémia rôzneho stupňa je veľmi často prítomná u pacientov s chronickou renálnou insuficienciou a je takmer pravidlom v pokročilejších fázach choroby. Stupeň anémie koreluje s pokročilosťou poruchy renálnych funkcií. Anemický syndróm zhoršuje kvalitu života pacientov s renálnou insuficienciou. V diferenciálnej diagnostike anémie je nutné vylúčiť iné príčiny anémie ako deficit stavebných látok pre hemopoézu a ochorenia kostnej drene. V liečbe renálnej anémie sa uplatňujú viaceré terapeutické modalities, no najmä použitie parenterálne podávaného erytropoetínu.

KAZUISTIKA – KLINICKÝ SÚHRN

Kazuistika je venovaná opisu prípadu pacienta s anémiou pri chronickej renálnej insuficiencii, jej diferenciálnej diagnostike a zahájením liečby erytropoetínom s výborným terapeutickým efektom.

KAZUISTIKA – ANAMNÉZA PACIENTA

AA: na lieky a potraviny negatívna
RA : rodičia zomreli v staršom veku na zlyhanie srdca, sestra hypertonička
LA : perorálne antidiabetiká – metformín, trandolapril, metoprolol
OA: pacient sledovaný asi 20 rokov pre arteriálnu hypertenziu na kombinovanej antihypertenzívnej liečbe, sledovaný diabetológom pre diabetes mellitus 2. typu na liečbe perorálnymi antidiabetikami a v nefrologickej ambulancii pre chronickú renálnu insuficienciu na podklade diabetickej nefropatie a nefrosklerozy

KAZUISTIKA - VÝSLEDKY VYŠETRENÍ (LABORATÓRNE, ZOBRAZOVACIE)

Výsledky laboratórnych vyšetrení v úvode :
Krvný obraz : WBC 6,19 Gpt/l, ANeu 3,59 Gpt/l, ALym 1,88 Gpt/l, AHgb 97 g/l, AHCT 29,90 %, MCV 96,80 fl MCH 31,40 pg, APLT 279,00 Gpt/l
Krvný náter – v náteri z periférnej krvi : v bielom rade bez posunu doľava, bez prítomnosti blastov v periférii, ojedinelé aktivované lymfocyty, bez zhlukov trombocytov.
Biochemické parametre :
S- Bi 4,0 umol/l, S-AST 0,17 ukat/l, S- ALT 0,11 ukat/l, S-ALP 1,13 ukat/l, S- GMT 0,45 ukat/l, SCB 64,7 g/l, S- ALB 38,5 g/l, S- GLu 7,8 mmol/l, S – Urea 9,8 mmol/l, S- Kreat 155 umol/l, CKDEPI 0,66 ml/s/1,73m2, S- LD 2,98 ukat/l, S- Feritín 86,06 ng/ml, S-sTfR 1,05 mg/l, Vit. B12 359 pmol/l, S – Fol 10,8 nmol/l, ELFO negat., imunofixácia séra a moča negat.
Vyšetrenie stolice na okultné krvácanie : negat.
Vyšetrenie močového sedimentu : proteinúria, krv v moči negat.
Hladina EPO : 9,17 IU/l

KAZUISTIKA - PRIEBEH OCHORENIA

66 ročný pacient diabetik druhého typu s chronickou renálnou insuficienciou bol odoslaný na hematologické vyšetrenie pre anémiu stredne ťažkého stupňa. Pacient pri vyšetrení udával únavu, zhoršenie fyzickej zdatnosti, dušnosť pri námahe, krvácavé prejavy negoval. Klinickým vyšetrením okrem bledosti kože a slizníc nebol zistený iný patologický nález. Hodnotením vstupných laboratórnych vyšetrení konštatujeme, že sa jedná o stredne ťažkú anémiu, bez deficitu stavebných látok pre hemopoézu. Vzhľadom na renálnu insuficienciu realizuje vyšetrenie hladiny erytropoetínu v sére, ktoré preukázalo nízke hodnoty erytropoetínu vo vzťahu k stredne závažnej anémii. Vzhľadom na stredne ťažkú anémiu s prejavmi anemického syndrómu pristupujeme k liečbe erytropoetínom theta subkutánnou formou 1x týždenne, zároveň na doplnenie zásob železa indikujeme feropreparát.

U pacienta sme nezistili nežiaduce účinky liečby erytropoetínom. Hladiny hemoglobínu sme kontrolovali každé dva týždne s postupným vzostupom hladín hemoglobínu na hodnoty 110 - 115 g/l. Pacient je v súčasnosti bez klinických ťažkostí v pravidelnom monitorovaní.

DISKUSIA

Chronické ochorenia obličiek takmer vždy sprevádza anémia a značne ovplyvňuje priebeh vlastnej choroby a kvalitu života pacientov. Na vzniku anémie sa podieľajú viaceré faktory, medzi ktoré patria:

- Útlm erytropoézy toxickými latkami, ktoré nie sú schopné obličky odstraňovať a prítomnosť zápalových cytokínov, ako je IL – 1 a TNF
- Znížená produkcia erytropoetínu v zlyhávajúcich obličkách, v neprítomnosti obličky
- Krvné straty s následným nedostatkom železa, ku ktorým môže prispievať trombocytopenia
- Nedostatok kyseliny listovej (nedostatočný príjem, straty dialýzou)
- Zvýšená hodnota parathormónu
- Hemolýza erytrocytov
- Eliminačná a medikamentózna liečba

V liečbe anémie u pacientov s chronickým ochorením obličiek využívame viaceré liečebné modalities ako je substitúcia železa a vitamínov. V akútnych stavoch a pri závažnejšej anémii je na mieste aj substitučná hemoterapia erytrocytárnymi koncentrátmi. V liečbe renálnej anémie dominuje podávanie rekombinantných erytropoetínov, ktoré sa riadi presnými pravidlami podávania.

ZÁVER

Erytropoetíny sú indikované na liečbu anémie u pacientov s chronickou renálnou insuficienciou a na liečbu symptomatickej anémie u onkologických pacientov s nemyeloidnými tumormi. Erytropoetíny sú cytokíny biologicky ekvivalentné k fyziologickému erytropoetínu a ich podanie vedie k tvorbe erytrocytov s normálnou funkciou a rovnomernému zvyšovaniu hemoglobínu. K nežiaducim účinkom liečby patrí riziko vzniku hypertenzie, vznik tromboembolických príhod a to zväšť u pacientov po transplantácii obličky. Veľmi zriedkavou komplikáciou liečby je PRCA – pure red cell aplasia spôsobená produkciou protilátok proti erytropoetínu. Liečba je vo väčšine prípadov veľmi dobre tolerovaná a výskyt nežiaducich účinkov je pri správnom manažmente pacienta zriedkavý.

LITERATÚRA

1. Fábryová V, Sakalová A. 2010. Anémie diagnostika a liečba v praxi. Bratislava: Herba, 2010. 228 s. ISBN 978-80-89171-76-7
2. Bouhlius J, Langensiepen S, Schwarzer G. Recombinant human erythropoietin and overall survival in cancer patients results of a comprehensive meta – analysis. J. Natl. Cancer Inst. 2005; 97: 489–498.
3. Tóthová E, Kafková A. Rastové faktory v onkológii (2.časť). Onkológia. (Bratisl.), 2007; roč. 2 (6): 369–372

Vyhlásenie o konflikte záujmov autora

☒ Nemám potenciálny konflikt záujmov*

☐ Deklarujem nasledujúci konflikt záujmov*

Forma finančného prepojenia	Spoločnosť
Participácia na klinických štúdiách/firemnom grante	
Nepeňažné plnenie (v zmysle zákona)	
Prednášajúci	
Akcionár	
Konzultant/odborný poradca	
Ostatné príjmy (špecifikovať)	

Podľa UEMS (upravené v zmysle slovenskej legislatívy)

MUDr. Aneta Matysová.....
Meno a priezvisko lekára

* vyberte kliknutím na príslušný štvorček

Dátum vypracovania:	27.10.2018
Špecializácia, ktorej je kazuistika určená:	Onkológia
Demografické údaje pacienta:	Vek: 57 Pohlavie: Žena
Indikácia:	C25.0 Zhubný nádor hlavy podžalúdkovej žľazy

ÚVOD

Rakovina pankreasu patrí medzi najagresívnejšie formy rakoviny. Aj napriek pokrokom v onkológii za posledných 20 rokov sa prognóza pacientov výraznejšie nezlepšila. Stále pretrváva skepsa u pacientov s touto diagnózou. Až na výnimky môžeme povedať, že u pacienta znamená diagnóza rakovina pankreasu takmer istú smrť. Zatiaľ tieto skeptické slová sa nedarí vyvrátiť ani multimodálnym prístupom v liečbe, aj keď treba povedať, že títo pacienti žijú o niečo dlhšie ako v minulosti, ale stále hovoríme o predlžovaní života v mesiacoch, nie o vyliečení. Jedným z mnohých symptómov, ktoré sa u pacienta vyskytujú, je bolesť. Tá má často trvalý charakter, obmedzuje pacienta v každodennom živote, znižuje jeho kvalitu a tým aj naše šance na podávanie liečby. Bolesť má 2 formy – trvalá, chronická, ktorú riešime podávaním "dlhodobu" pôsobiacich analgetík a prelomová bolesť, ktorá prichádza bez varovania, býva intenzívna a riešime ju podávaním bukálnej formy analgetík s rýchlym nástupom účinku.

KAZUISTIKA – KLINICKÝ SÚHRN

Ide o 57-ročnú pacientku s adenokarcinómom pankreasu s metastázami do pečene, lymfatických uzlín, retroperitonea, mediastína s lokálnym prerastaním do D2 duodena a žalúdka na III. línii paliatívnej chemoterapie, u ktorej dominujú bolesti v oblasti epigastria a chrbta v medzilopatkovom priestore. Bolesti sú riešené podávaním transdermálnych opiátov - fentanylum 250 ug s výmenou každé 3 dni a hydromorfónom v dávke 16 mg 2x denne. U pacientky dochádza pre progresiu ochorenia k eskalácií prelomovej bolesti s postupne zvyšujúcou sa intenzitou, ktorá je dobre manažovaná podávaním bukálnej formy fentanylu v dávke 200 ug 2-3x denne. Napriek týmto vysokým dávkam opiátov pacientka nemá závažnejšie nežiaduce príznaky.

KAZUISTIKA – ANAMNÉZA PACIENTA

OA: VAS polytopný chronický na podklade degenerat. zmien, diskopathia distálnej časti TH a LS chrbtice + degenerat. zmeny, bez útlaku miechy, v oblasti L2/L3 a L3/L4 – mohutné extrúzie disku a spinálna stenóza, tlak na durálny vak a odstupové korene L4 bilat.
MRI 02/2017/, St.p. TE, st.p. fraktúre malíčka a IV. prsta na pravej nohe 2002
RA: bez onkologického ochorenia v rodine
SA: pracovala ako učiteľka, t.č. nezamestnaná, vedená na úrade
AA: alergiu na lieky a potraviny neudáva
Ab: fajčenie: 0, alkohol: 0
FF: spáva zle pre bolesti, chuť do jedla slabá, schudla 25 kg od 10/2016, stolica pravidelná po laxatívach, močenie bez ťažkostí

KAZUISTIKA - VÝSLEDKY VYŠETRENÍ (LABORATÓRNE, ZOBRAZOVACIE)

03.2017 CEA 2.19 ug/l CA 19-9 628.20 kIU/l - I.línia

05.2017 CEA 3.73 ug/l CA19-9 2082 kIU/l

08.2017 CEA 1.57 ug/l, CA 19-9 300.9 kIU/l

09.2017 CEA 2.48 ug/l, CA 19-9 457.2 kIU/l

10.2017 CEA 4 ug/l CA 19-9 903.3 kIU/l -II.línia

01.2018 CEA 4.39 ug/l CA 19-9 574 kIU/l (>)

03.2018 CEA 2.05 ug/l CA 19-9 135 kIU/l (>)

05.2018 CEA 7.62 ug/l CA 19-9 80 kIU/l (>)

07.2018 CEA 11.92 ug/l CA 19-9 2408 kIU/l (>)

09.2018 CEA 49.04 ug/l CA 19-9 16622 kIU/l (>) III.línia in cursu

10.2018 CEA 65.56 ug/l CA 19-9 67432 kIU/l (>)

09.10.2017 CT vyš. hrudníka, abdomenu a m. panvy

Záver: Progresia tumorózneho infiltrátu hlavy pankreasu s infiltráciou okolitých štruktúr. Retroperitoenálna LAP. Mezenteriálna LAP-nový nález. Ostatný nález stac. v porovnaní s predchádzajúcim vyšetrením.

21.05.2018 CT hrudníka, abdomenu a m. panvy: Záver: Malpozícia duodenobiliárneho stentu (distálny koniec nedosahuje do lúmenu duodena) s následnou progredujúcou cholestázou. Objavuje sa drobné solitárne ložisko zatiaľ nejasnej genézy v pr. Laloku heparu. Mierna regresia TU infiltrátu proximálneho pankreasu i peripankreatickej LAP.

27.08.2018 CT vyš. hrudníka, abdomenu a m.panvy.

Záver: Progresia TU hlavy pankreasu, t.č. sa rozpadol a prerastá per continuitatem do D2-3 duodena a do v. cava inf. Progresia LAP v abdomene, vývoj masívneho malígneho infiltrátu v okolí tr. coeliacus a vasa mesent. susp. Objavujú sa viacpočetné MTS v oboch lalokoch heparu a ojedinelé MTS v pravých pľúcach. Parciálna trombóza v. cava inf., vv. Iliacae comm., v. iliaca int. dx. a v. iliaca ext. dx.

KAZUISTIKA - PRIEBEH OCHORENIA

Ide o 57-ročnú pacientku, ktorá je v liečbe od r. 2006 pre chronickú myeloickú leukémiu s dosiahnutou dlhodobou remisiou na II. línii TKI nilotinib. Zároveň od decembra 2016 mala zistený na USG abdomenu tumor v oblasti hlavy pankreasu s prerastaním do processus uncinatus o veľkosti 30 x 18 mm. Pre rozvoj ikteru bolo vykonané ERCP s implantáciou DB stentu do distálneho hepatocholedochu. U pacientky bola za účelom histologizácie a eventuálneho zváženia radikálnej operácie vykonaná exploratívna laparotómia, kde boli verifikované zväčšené paraaortálne lymfatické uzliny, nález bol hodnotený ako pokročilý a inoperabilný. Histológia potvrdila, že sa jedná o IV. štádium s metastázami do neregionálnych lymfatických uzlín. V rámci pooperačného priebehu sa stav komplikoval atakmi supraventrikulárnej tachykardie s nutnosťou kardioverzie a vytvorením pankreatickej fistuly. U pacientky sme zahájili v marci 2017 1. líniu paliatívnej chemoterapie gemcitabínom sólo. Kombinovanú terapiu sme nemohli pre súbežnú aplikáciu nilotinibu ako aj nesúhlasu pacientky aplikovať. Napriek tomu bol stav stabilizovaný až do októbra 2017, kedy sme pri zhoršení onkomarkerov vykonali CT vyšetrenie s progresiou ochorenia s lokálnym prerastaním do duodena a so zväčšením metastáz v neregionálnych lymfatických uzlinách. U pacientky sme zahájili 2. líniu paliatívnej chemoterapie capecitabínom. Opäť sólo pre nesúhlas pacientky s kombinovaným režimom. Pacientkin stav bol komplikovaný v júni 2018 cholangitídou a rozvojom ikteru pri prerastaní tumoru cez duodenobiliárny stent. Pečeň bola stále bez metastáz. Stav bol riešiteľný len vykonaním PTBD s implantáciou stentu do ductus hepaticus dexter a cez hepatocholedochus až do duodena. Došlo k úprave stavu, normalizácii hladín žlčových farbív. Pokračovali sme v 2. línii paliatívnej chemoterapie. Tú sme ukončili v septembri 2018, kde dochádza k závažnej progresii ochorenia v pečeni, pľúcach, lymfatických uzlinách, prerastaniu do žalúdka s vývojom trombózy vena cava inferior až po venu iliacu communis. Zároveň dochádza k progresii bolesti v epigastriu a medzi lopatkami s nutnou eskaláciou analgetík v transdermálnej forme. Stupňovali sa aj náhle

ataky prelomovej bolesti a preto sme pridali aj bukalnu formu fentanylu s dobrým efektom. Po stabilizácii stavu a po dohovore s pacientkou sme zahájili 3. líniu paliatívnej chemoterapie gemcitabínom sólo – s inou pacientka nesúhlasila. Požiadali sme poisťovňu o schválenie erlotinibu, ktoré bolo neúspešné. Pacientkin stav sa postupne zhoršuje.

DISKUSIA

Počas celého obdobia liečby pacientky sme používali transdermálne fentanylové náplaste v kombinácii s bukalnou formou. Pacientka túto liečbu dobre tolerovala, nemala nežiaduce účinky, ktoré sú očakávané u opiatových preparátov. Obidve formy boli ľahko aplikovateľné. Efektivita bola dostatočná a tým sme mohli pokračovať v liečbe bez väčšieho prerušenia.

ZÁVER

Rakovina pankreasu predstavuje závažný celosvetový problém s doteraz neuspokojivými výsledkami. Najčastejším symptómom je bolesť lokalizovaná do oblasti epigastria, resp. do oblasti medzi lopatkami. Vďaka kombinácii rôznych aplikačných foriem analgetík - transdermálna, bukalna, orálna, sublingválna sa nám darí tento zlý subjektívny symptóm zvládať a zlepšiť tak psychickú rovnováhu a kvalitu života pacienta. Nesmieme zabúdnúť, že liečba bolesti musí byť „šitá na mieru“ pacienta s ohľadom na jeho komorbidity.

Vyhlásenie o konflikte záujmov autora

- ☐ Nemám potenciálny konflikt záujmov*
- ☒ Deklarujem nasledujúci konflikt záujmov*

Forma finančného prepojenia	Spoločnosť
Participácia na klinických štúdiách/firemnom grante	Sandoz
Nepeňažné plnenie (v zmysle zákona)	
Prednášajúci	
Akcionár	
Konzultant/odborný poradca	
Ostatné príjmy (špecifikovať)	

Podľa UEMS (upravené v zmysle slovenskej legislatívy)

-----MUDr. Maroš Fremal-----
Meno a priezvisko lekára

* vyberte kliknutím na príslušný štvoříček