

Mnohočetný myelom – nezapomínejme dávno známé

MUDr. Anna Žlabová¹, MUDr. Petr Pavlíček², MUDr. Helena Dvořáková³, MUDr. Jan Kykal¹

¹Interní oddělení Nemocnice Říčany, a. s.

²Interní hematologická klinika FN Královské Vinohrady, Praha

³Klinika zobrazovacích metod 2. LF UK a FN Motol, Praha

Mnohočetný myelom (plazmocytom, m. Kahler) je diagnóza, kterou pacienti stále občasně dostávají se zpožděním, i když její stanovení ve valné většině případů není nikterak náročné. Toto dokládá naše kazuistika ženy, která pro bolesti zad absolvovala šest cyklů rehabilitace, aby jí až poté byly provedeny základní laboratorní testy s charakteristickým obrazem anemie, renální insuficience, hyperproteinemie a hyperkalcémie. V neposlední řadě náš příspěvek připomíná, že stanovením správné diagnózy, byť často v pokročilých stádiích, dáváme pacientovi šanci dostat kauzální léčbu, která může zlepšit kvalitu života a dle statistik prognózu mnohočetného myelomu až na víceleté přežití.

Klíčová slova: mnohočetný myelom, plazmocytom, bolesti zad, renální insuficience, anemie.

Multiple myeloma – let us not forget what is long known

Multiple myeloma (plasmacytoma, m. Kahler) is a diagnosis that patients still occasionally receive late, although its diagnosis is not too difficult in the vast majority of cases. This is proven by our case report of a woman who completed six cycle of rehabilitation for back pain, after which an x-ray of her spine was taken and basic laboratory tests were performed with a characteristic picture of multiple myeloma, which includes anemia, renal insufficiency, hyperproteinemia, and hypercalcemia. Finally, our paper points out that by determining a correct diagnosis, though often in advanced stages, the patient is given a chance to receive causal treatment that can improve his quality of life, and according to statistics, even many years of survival with multiple myeloma.

Keywords: multiple myeloma, plasmacytoma, back pain, renal insufficiency, anemia.

Interní Med. 2014; 16(2): 78–79

Úvod

Včasné stanovení diagnózy mnohočetného myelomu kromě vidiny kauzální terapie může pacienta s bolestmi zad ušetřit efektu nevhodné rehabilitace. Při podezření na mnohočetný myelom je doporučováno provedení rentgenových snímků, případně magnetické rezonance k průkazu osteolytických ložisek. Scintigrafie může být při mnohočetném myelomu falešně negativní vzhledem k metabolickému charakteru ložisek, a proto obecně doporučována není (1, 3, 5). Již základní krevní náběry mohou poskytnout typický obraz mnohočetného myelomu, do kterého patří anemie, renální insuficience, hyperproteinemie, hyperkalcémie, z méně běžných vyšetření výrazně zvýšená hladina některého z imunoglobulinů, nejčastěji IgG, někdy doprovázená snížením imunoglobulinů ostatních tříd. Specifičtější je elektroforetický průkaz paraproteinu v krvi či množství lehkých řetězců v krvi a/nebo moči. Definitivně diagnózu potvrzuje vyšetření kostní dřeně histologicky a průtokovou cytometrií. Cytogenetické vyšetření se užívá ke stratifikaci pacientů (1, 2, 5).

Základem kauzální léčby mnohočetného myelomu je kombinovaná chemoterapie, často vysokodávkovaná a spojená s autologní

transplantací kostní dřeně. Nezbytnou je léčba podpurná (1, 4, 5). Prognóza pacientů s mnohočetným myelomem závisí na odpovědi na léčbu, respektive schopnosti dosažení remise a jejího udržení, a je velmi variabilní. Úskalím jsou očekávané relapsy onemocnění se zhoršující se senzitivitou k léčbě (1, 4, 5). Medián přežití léčených pacientů se pohybuje kolem 4–6 let, avšak při velkém rozptylu (4).

Popis případu

Námi představovaná kazuistika prezentuje 56letou ženu, vstupně bez interního předchorobí, které byla v lednu 2013 provedena osteosyntéza femuru pro úrazovou zlomeninu. V rámci předoperačního vyšetření nebyly zaznamenány žádné pozoruhodnosti. Po několika týdnech začala rehabilitovat. Se začátkem rehabilitace se dostavily bolesti dolní hrudní a bederní páteře, a tak bylo zaměření rehabilitace rozšířeno. V květnu pacientka zahájila již šestý cyklus rehabilitace, který pro progredující obtíže nedokončila. Až tehdy byl proveden rtg snímek páteře s popisem suspektní porotické fraktury Th9 (obrázek 1). Následně byla vyšetřena v ortopedické ambulanci a odeslána na spondylochirurgii FN

Motol. Na CT a MR byl popsán mnohočetný osteolytický proces skeletu a v popisu MR zmíněna suspekce na nejspíše mnohočetný myelom, dif. dg. jinou metastazující malignitu

Obrázek 1. Rentgenový snímek prokazující kompresivní frakturu Th9. Zdroj: archiv Nemocnice Říčany



Obrázek 2 a, b. CT Th8-L5 páteře. Vícečetná osteolytická ložiska v Th i L obratlích, patologická fraktura Th9. Zdroj: archiv FN Motol



(obrázek 2a, b, obrázek 3). K dovyšetření byla pacientka odeslána na spádovou internu do Říčan ve stavu, kdy v podstatě nebyla schopna vertikalizace, měla i klidové bolesti, které si vyžádaly tlumení opiáty. Vstupně byly provedeny krevní náběry, ve kterých byla zjevná:

- anemie: Hb 97 g/l
- hyperproteinemie: CB 100,0 g/l při snížené hladině albuminu 29,2 g/l

- renální insuficience: urea 11,5 mmol/l, kreatinin 154 μ mol/l
- hyperkalcemie: Ca 2,95 mmol/l (norma do 2,65 mmol/l)
- zvýšená hladina IgG 53,6 g/l (norma 8–17 g/l)

Následující den byla pacientka prezentována na hematatoonkologii FN Královské Vinohrady, kde byla při konziliárním vyšetření doplněna punkce kostní dřeně. Dále byl odeslán vzorek krve a z 24hodinového sběru moči na elektroforézu bílkovin a průkaz lehkých řetězců do spolupracujících laboratoří. V mezidobí byla pacientka na doporučení ortopeda vertikalizována v korzetu pod dohledem fyzioterapeuta. Histologické a cytometrické vyšetření prokázalo 15 % klonálních plazmocytů, elektroforéza paraprotein v oblasti gamma a po imunofixaci lehké řetězce lambda v krvi a v moči.

Další postup byl volen dle doporučení hematatoonkologie – pacientce bylo podáno 4x 40mg dexametasonu ve 4 dnech jako prefáze chemoterapie a 1 dávka pamidronátu, pro pokles v krevním obraze 2 ožáření erymasy. Bylo doplněno ECHO před chemoterapií antiracykliny. K další kauzální terapii byla pacientka přeložena na Interní hematologickou kliniku FN Královské Vinohrady. Od července 2013 absolvovala celkem 4 cykly chemoterapie bortezomib (Velcade) – doxorubicin – dexametason jen s částečným efektem, proto se nyní pokračuje několika cykly chemoterapie Revlimid (lenalidomid) – cyklofosamid – dexametason, které by měla následovat autologní transplantace kostní dřeně.

Diskuze

Neefektivní rehabilitace a/nebo závažný náleze na rentgenu neodpovídající komorbiditám a věku při absenci úrazu by měly včas vzbudit podezření na patologický proces v rámci maligního onemocnění (nejen mnohočetného myelomu).

Jak ilustruje naše kazuistika, zachytit mnohočetný myelom nemusí být ani namáhavé, zatěžující pacienta ani drahé. Podezření může být velmi snadno utvrzeno provedením základních krevních náběrů, které jsou včetně podtříd imunoglobulinů běžně dostupné i na interně v malé nemocnici s omezeným diagnostickým zázemím. Stejně jako pořízení rentgenového snímku, který může ukázat alarmující náleze. Za směrodatnou můžeme považovat pozitivitu, negativitu krevních náběrů a rentgenových snímků diagnózu mnohočetného myelomu nevylučuje.

Obrázek 3. MR páteře s kontrastem. Mnohočetný ložiskový kostní proces s patologickou strukturou prakticky celého zobrazeného skeletu. Zdroj: archiv FN Motol



čuje. Kromě časných stadií onemocnění, kdy může chybět orgánové postižení a kdy citlivost rentgenového snímku nestačí, existují varianty onemocnění. Např. nesekreční myelom, u kterého mohou být přítomna osteolytická ložiska, ale neprokážíme paraprotein ani lehké řetězce. Jinou variantou je mimokostní plazmocytom, při kterém můžeme prokázat hyperproteinemii, paraprotein a poškození orgánů, aniž by byla přítomna osteolytická ložiska.

Je-li stanovení diagnózy včasné, může pacient kromě času ušetřit symptomatologii onemocnění včetně patologických zlomenin s následky nejednou i v podobě míšní léze. Nakonec diagnóza mnohočetného myelomu, statisticky na rozdíl od metastatických procesů do skeletu při některých jiných onkologických onemocněních, pacientovi dává šanci na léčbu umožňující často až mnohaleté přežití.

Literatura

1. Adam Z, Bačovský J, Flochová E, et al. Diagnostika a léčba mnohočetného myelomu. Transfúze a hematologie dnes. 2005; 11(Suppl. 1): 3–50.
2. Šálek T. Laboratorní diagnostika mnohočetného myelomu. Interní Med. 2008; 10(9): 407–409.
3. Ščudla V. Postižení skeletu u mnohočetného myelomu. Postgraduální medicína 7/2011: 728–736.
4. Hájek R, Pour L, Maisnar V. Význam autologní transplantace u mnohočetného myelomu. Onkolog (Bratisl.), 2008, 3(3): 164–169.
5. Špička I, et al. Mnohočetný myelom a další monoklonální gamapatie. Praha, Galén, 2005.

Článek přijat redakcí: 10. 1. 2014

Článek přijat k publikaci: 5. 3. 2014

MUDr. Anna Žlabová

Interní oddělení Nemocnice Říčany, a. s.

Smiřických 315/26, 251 01 Říčany

anna.zlabova@gmail.com