

PRACE KAZUISTYCZNE • CASE REPORTS

PL ISSN 1734-3402

Nietypowy obraz wznowy raka gruczołu sutkowego – opis przypadku

Uncommon manifestation of recurrence of breast cancer – case report

ELŻBIETA BARTOSZEK^{A, B, D-F}, MAŁGORZATA PIEKARCZYK^{B, D, F}, ELŻBIETA RYCZAKA^{A, B, D}, MAŁGORZATA DEC^{D-F}, SYLWIA PRZYBYLSKA-KUĆ^{B, D}, SYLWIA MILANIUK^{B, D}, JERZY MOSIEWICZ^{D, F}

Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

A – przygotowanie projektu badania, **B** – zbieranie danych, **C** – analiza statystyczna, **D** – interpretacja danych, **E** – przygotowanie maszynopisu, **F** – opracowanie piśmiennictwa, **G** – pozyskanie funduszy

Streszczenie **Wstęp.** Rak piersi jest najczęstszym nowotworem złośliwym u kobiet. W diagnostyce i kontroli po leczeniu ciągle dyskusyjna jest przydatność oznaczania poziomu markerów nowotworowych.

Opis przypadku. 57-letnia kobieta została przyjęta do szpitala z powodu gorączki trwającej ponad 3 tygodnie. Chora 2 lata wcześniej przeżyła mastektomię i chemioterapię z powodu raka piersi, pozostawała pod stałą kontrolą onkologiczną. W badaniu fizykalnym stwierdzono guzki podskórne. Poziom markerów nowotworowych był w normie, poza nieco podwyższonym stężeniem CA 15-3. Badania obrazowe wykazały liczne rozsiane zmiany metastatyczne. Na podstawie wyniku badania histopatologicznego guzka podskórnego rozpoznano *carcinoma mammae metastaticum cutis* i skierowano pacjentkę do leczenia onkologicznego.

Wnioski. Pacjenci po przebytym leczeniu onkologicznym powinni być obserwowani w kierunku wznowy nowotworu, mimo prawidłowych wartości markerów.

Słowa kluczowe: rak piersi, markery nowotworowe, wznowa.

Summary **Background.** Breast cancer is the most common cancer in women. Usefulness of tumour markers in diagnosis and control after treatment is still controversial.

Case report. 57-year-old woman was admitted to the hospital because of fever lasting for over 3 weeks. 2 years ago she underwent mastectomy and chemotherapy for breast cancer, she was under oncologic control. Subcutaneous tumours were found in physical examination. Tumour markers levels were normal, apart from slightly elevated CA 15-3. Body scans showed disseminated metastases. On the basis of the histopathologic examination of a subcutaneous tumour the patient was diagnosed with *carcinoma mammae metastaticum cutis* and sent to further oncologic treatment.

Conclusions. Patients after oncologic treatment should be observed in case of recurrence of neoplastic disease despite normal tumour markers levels.

Key words: breast cancer, tumour markers, recurrence.

Wstęp

Rak piersi jest najczęściej występującym nowotworem złośliwym u kobiet w Polsce i większości krajów świata, stanowiąc około 23% ogółu zachorowań na nowotwory płci żeńskiej [1]. Kobiety nie mają dostatecznej świadomości na temat czynników ryzyka tego nowotworu, dlatego nie mogą ich modyfikować [2]. Diagnostyka chorych na nowotwory oraz kontrola podczas leczenia i po jego zakończeniu przeprowadzana jest w oparciu o badania kliniczne i obrazowe, natomiast ciągle poddawana jest dyskusji użyteczność oznaczeń markerów nowotworowych.

Opis przypadku

Pacjentka lat 57, została przyjęta do szpitala z powodu stanu gorączkowego utrzymującego się od około 3 tygodni. Dwa miesiące wcześniej przeżyła kurację antybiotykową z powodu zapalenia oskrzeli. Po zakończeniu leczenia ponownie pojawiła się gorączka. Niespełna 2 lata wcześniej z powodu raka sutka pacjentka miała wykonaną mastektomię lewostronną, przeszła wówczas 4 cykle chemioterapii; obecnie – w trakcie hormonoterapii. Dotychczas chora była pod systematyczną kontrolą poradni onkologicznej, ostatnia wizyta kontrolna odbyła się 3 tygodnie przed hospitalizacją; wykonane wówczas badania nie wskazywały na możliwość wznowy nowotworu.

W dniu przyjęcia do szpitala chora była w stanie ogólnym dość dobrym, gorączkująca (gorączka o nieregularnym przebiegu), zgłaszała dolegliwości bólowe ze strony układu kostno-stawowego. W badaniu fizykalnym stwierdzono zmiany guzkowe w tkance podskórnej prawego nadbrzusza i w okolicy podobojczykowej lewej, według relacji pacjentki – obecne od 2 miesięcy. Oznaczono stężenie markerów nowotworowych, które poza nieznacznie podwyższonym poziomem CA 15-3(s) – 30,04 U/ml (norma 0–30 U/ml) mieściły się w granicach normy. W obrazie morfologicznym krwi stwierdzono obniżony poziom hemoglobiny – 10,3 g/dl i hematokrytu – 32,2%. Zwracały uwagę podwyższone wartości CRP – 89,8 mg/dl, D-dimerów – 4080 ng FEU/ml (norma < 500) oraz fosfatazy kwaśnej w surowicy – 12,3 IU/l (norma < 6,5). Wyniki posiewu z gardła oraz trzech posiewów krwi (na szczycie gorączki) były ujemne, natomiast w posiewie z jamy ustnej stwierdzono obecność *Candida albicans*.

Radiogram klatki piersiowej wykazał zaciemnienia mięsiste w prawym kącie przeponowo-żebrowym oraz niewielką ilość płynu w prawej jamie opłucnej. W USG jamy brzusznej stwierdzono hiperechogeniczne zmiany w tkance podskórnej nadbrzusza i okolicy podobojczykowej. W trakcie hospitalizacji obserwowano pojawienie się nowych zmian guzkowych w tkance podskórnej. W związku z dużym prawdopodobieństwem etiologii metastatycznej pacjentka zakwalifikowana została do chirurgicznego usunięcia zmian celem uzyskania materiału do badania histopatologicznego.

W dalszej kolejności wykonano CT klatki piersiowej, w którym stwierdzono liczne zmiany o charakterze przerzutowym w tkance płuc, a także pakiety powiększonych węzłów chłonnych w śródpiersiu (zmiany te nie były widoczne w RTG klatki piersiowej). W CT jamy brzusznej stwierdzono liczne zmiany przerzutowe w obrębie: skóry, tkanki podskórnej, tkanki tłuszczowej w obrębie jamy brzusznej, wątroby, kości miednicy. W materiale z guzka podskórnego poddanym badaniu histopatologicznemu rozpoznano: *carcinoma mammae metastaticum cutis*. Pacjentka została skierowana do dalszego leczenia onkologicznego.

Dyskusja

W opisanym przypadku po niespełna 2 latach od wykrycia raka piersi oraz pomimo leczenia operacyjnego, chemioterapii i hormonoterapii nastąpiła wznowa procesu nowotworowego. Chora była pod stałą kontrolą poradni onkologicznej. Za marker nowotworowy z wyboru dla raka piersi uznawany jest obecnie antygen CA 15-3, którego stężenie było regularnie kontrolowane u opisywanej pacjentki. European Group on Tumor Markers (EGTM) wskazuje na celowość oznaczeń CA 15-3 u chorych bezobjawowych po operacji co 2 do 4 miesięcy przez okres 5 lat, przez kolejne 3 lata co 6 miesięcy, a następnie raz w roku [3]. W opinii tych badaczy uzyskane wyniki ułatwią wczesne wykrycie wznowy i/lub odległych przerzutów, a wdrożone leczenie w momencie wzrostu stężenia markera przed wystąpieniem objawów klinicznych mogłoby przyczynić się do poprawy przeżycia chorych.

Panuje zgodność opinii między American Society of Clinical Oncology i EGTM dotyczących braku przydatno-

ści wyników oznaczeń CA 15-3 w badaniach przesiewowych czy rozpoznawaniu nowotworu. Jednak wysokie stężenia CA 15-3 wskazują na zaawansowanie procesu chorobowego. Uważa się, że stężenie markera 5–10-krotnie przekraczające górną granicę zakresu referencyjnego z dużym prawdopodobieństwem potwierdza obecność odległych przerzutów.

Przedmiotem licznych badań była ocena przydatności wyników oznaczeń CA 15-3 w kontroli chorych po chirurgicznym leczeniu podstawowym. W grupie chorych bezobjawowych u 92% z nich stwierdzano prawidłowe stężenie CA 15-3, wyniki fałszywie dodatnie – u 6–8%, zaś podwyższony poziom markera – u około 70% z nawrotem choroby [4]. Argumentem przeciw wykorzystaniu w tym zakresie oznaczeń CA 15-3 u chorych po radykalnym leczeniu operacyjnym jest fakt, że u 1/3 chorych, u których doszło do reaktywizacji procesu chorobowego, stężenie markera nie ulega podwyższeniu [5].

Wnioski

Pacjenci w trakcie 5-letniego okresu obserwacji po leczeniu nowotworu złośliwego powinni być bacznie obserwowani w kierunku wznowy procesu nowotworowego. Prawidłowy wynik badań podstawowych, czy też oznaczenia poziomu swoistych markerów nowotworowych nie powinno osłabić naszej czujności. W każdej sytuacji pogorszenia stanu zdrowia pacjentów onkologicznych z przyczyn trudno uchwytnych w rutynowych badaniach należy w pierwszej kolejności wykluczyć wznowę procesu nowotworowego.

Piśmiennictwo

1. Ferlay JF, Bray P, Pisani P, et al. GLOBOCAN 2002: Cancer incidence, mortality and prevalence worldwide IARC CancerBase. Lyon: IARCPress; 2004.
2. Muszyńska A, i wsp. Czynniki zwiększające ryzyko wystąpienia raka piersi – czy możemy je modyfikować? *Fam Med Prim Care Rev* 2006; 8(3): 711–714.
3. Molina R, Barak V, van Dalen A, et al. Tumor markers in breast cancer – European Group on Tumor Markers recommendations. *Tumor Biol* 2005; 26: 281–293.
4. Safi F, Kohler I, Rottinger E, et al. The value of the tumor marker Ca 15-3 in diagnosing and monitoring breast cancer. *Cancer* 1991; 68: 574–582.
5. Bast RC, Bates S, Bredt AB, et al. (ASCO expert panel). Clinical practice guidelines for the use of tumor markers in breast and colorectal cancer. *J Clin Oncol* 1996; 14: 2843–2877.

Adres do korespondencji:

Lek. Elżbieta Bartoszek

Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych UM

Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1

ul. Staszica 16

20-081 Lublin

Tel.: 81 532-77-17

E-mail: elzbart@wp.pl

Praca wpłynęła do Redakcji: 28.02.2013 r.

Po recenzji: 25.03.2013 r.

Zaakceptowano do druku: 10.04.2013 r.