

51-letnia kobieta z wczesnie rozpoznany rakiem trzustki - opis przypadku i przebiegu leczenia

51-years old female with early diagnosed pancreas cancer - case description of treatment

Krzysztof Kowalczyk^{1,2}, Mirosław Gospodarczyk², Dorota Kowalczyk¹, Grzegorz Śliwa¹, Monika Trojan², Agata Maciejczyk²

¹ Indywidualna Praktyka Lekarska, ul. Humanistów 7, Warszawa

² Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych, Żąbkowska 41, 03-736 Warszawa

Streszczenie

Opis przebiegu rozpoznania i leczenia raka trzustki u-51 letniej kobiety. Od rozpoznania choroby we wczesnym stadium, poprzez leczenie chirurgiczne, chemioterapię i opiekę paliatywną po rozpoznaniu wznowy procesu nowotworowego. (*Farm Współ 2009; 2: 135-137*)

Słowa kluczowe: rak trzustki, pankreatomia, Tarceva, Gemcytabina, cukrzyca wtórna, insulinoterapia

Summary

Description of the treatment and diagnose of 51 years old female with pancreas cancer. Since early diagnose and surgical treatment to chemotherapy and palliative care after diagnosis of tumor process reappearance. (*Farm Współ 2009; 2: 135-137*)

Keywords: pancreas cancer, pancreotomy, Tarceva, Gemcytabina, secondary diabetes, insulin therapy

Wstęp

Pomimo wczesnego rozpoznania i niezwłocznego rozpoczęcia leczenia, początkowo dobrze rokujący przypadek raka trzustki u 51-letniej kobiety, zakończył się wznową procesu nowotworowego, agresywnym leczeniem i zgonem w ciągu 16 miesięcy od rozpoznania choroby. Poniżej opis rozpoznania i leczenia oraz związanych z nim powikłań z perspektywy lekarza pierwszego kontaktu z komentarzem ze strony specjalistów z Wydziału Monitorowania Działań Niepożądanych Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Preparatów Biobójczych.

Opis przypadku

51-letnia pacjentka, bez nałogów, po przebytych

w przeszłości dwukrotnie ostrym zapaleniu trzustki (OZT), zdiagnozowana w kierunku raka trzustki we wczesnej fazie rozwoju.

Rozpoznanie zostało postawione na podstawie wykonanego przesiewowo badania antygenu Ca 19-9 (poziom 350U/ml), potwierdzone później ukierunkowanym badaniem USG jamy brzusznej i ostatecznie potwierdzone badanie CT. Wcześniej Pacjentka przez okres ok. 6 miesięcy była zdiagnozowana i leczona z powodu GERD (skuteczne leczenie omeprazolem w dawce 40 mg i charakterystyczne objawy) oraz zespołu jelita drażliwego (diagnoza postawiona przez specjalistę gastroenterologa).

W podstawowych badaniach morfologii oraz biochemicznych krwi, włączając w to CRP oraz diastazy, nie stwierdzono odchyleń. W poprzedzających rozpoznanie badaniach USG jamy brzusznej wykonanych

na 6 miesięcy oraz 1 miesiąc przed potwierdzeniem diagnozy nie stwierdzono odchyłań.

Po 8 dniach od ostatecznego rozpoznania pacjentka miała wykonaną pancreatomię obwodową. Następnie w dobrym stanie ogólnym została wypisana do domu. W pobranym w czasie operacji materiale (trzon i ogon trzustki oraz śledziona), w badaniu makroskopowym stwierdzono w odległości 3,5 cm od linii odcięcia trzustki biały, lity guz z pojedynczą torbielą o wymiarach 6,5 x 4 x 2,5 cm. Guz był otoczony delikatną torebką łącznotkankową. W badaniu mikroskopowym rozpoznano rak gruczołowy z nabłonka przewodów trzustkowych G-2, nie stwierdzono natomiast rozsiewu zmian nowotworowych poza obręb usuniętej części trzustki, obecności zmian nowotworowych w pobranych węzłach chłonnych oraz w śledzionie.

Pierwsze powikłanie farmakologiczne wystąpiło w 1 dobie po wypisie ze szpitala i było związane z wystąpieniem hipoglikemii (pacjentka nie otrzymała zaleceń dotyczących przyjmowania insuliny, jedynie skierowanie na konsultację diabetologiczną). Po podaniu insuliny (Actirapid), ustaleniu diety i dziennego zapotrzebowania na lek stan ogólny uległ poprawie. W późniejszym okresie zapotrzebowanie dobowe na insulinę przy zachowaniu diety cukrzycowej wynosiło do 20 jednostek na dobę, stosowano insulinę ludzką Mixtard 30.

Po ok. 3 miesiącach nastąpił nawrót dolegliwości, zgaga, spadek łaknienia, bóle w jamie brzusznej, lęk. Na prośbę pacjentki lekarz prowadzący zlecił badanie PET, w którym stwierdzono możliwość wznowy procesu nowotworowego.

Wznowa została potwierdzona w wykonanym miesiąc później CT, w którym stwierdzono: w łożu pooperacyjnej w lokalizacji ogona trzustki obszar tkankowy z brzeżnym wysyceniem środkiem kontrastowym 43 x 27mm, drugi identyczny obszar powyżej naczyń nerkowych lewych 20 x 25 mm oraz kolejny 38 x 28 mm w łożu po trzonie trzustki. W wykonanym badaniu ultrasonograficznym uwidoczniono trzy hyperechogenne guzki średnicy od 15 do 20 mm znajdujące się w łożu pooperacyjnej. Od tego czasu pacjentka z nasilającymi się dolegliwościami bólowymi była poddana chemioterapii według schematu Gemcytabina/Erlotinib oraz leczeniu przeciwbólowemu, początkowo wysokimi dawkami (od 25 do 75 µg fentanylu na godzinę), następnie 30 mg siarczanu morfiny co 12 godzin, połączonych z lekami z grupy NLPZ (diklofenac do

150 mg/d, nimesulid do 200 mg/d).

Pacjentka otrzymywała dodatkowo doraźnie petydynę domięśniowo lub podskórnie.

Dolegliwości bólowe odczuwane przez pacjentkę nie znajdowały wytłumaczenia w obrazie narządów jamy brzusznej. Jedną z prawdopodobnych przyczyn były wywołane przez opioidy zaparcia (pacjentka otrzymywała laktulozę) lub NLPZ (pomimo stosowania 40 do 80 mg pantoprazolu dobowo).

Podczas jednej z wizyt kontrolnych podczas badania palpacyjnego brzucha stwierdzono obecność przepukliny na wysokości rany pooperacyjnej. Tego samego dnia, po konsultacji chirurgicznej, pacjentka została skierowana do szpitala. Wykonano zabieg blokady splotu trzewnego, tydzień później stwierdzono zgon.

Omówienie

Tylko kompleksowa diagnostyka daje możliwość wczesnego wykrycia choroby nowotworowej. W tym przypadku rak trzustki został rozpoznany dopiero na podstawie charakterystycznie wysokich wartości Ca 19-9, USG wykonanego na wysokiej jakości sprzęcie, w renomowanej klinice, przez lekarza ukierunkowanego wcześniej na poszukiwanie zmian w tym kierunku.

Potwierdzenie rozpoznania w CT a wznowy w PET i kolejnym CT, standardowo wykonane USG, badania krwi w kierunku podwyższonych wartości diastaz, OB., CRP oraz rozmazu krwi nie wykazywały odchyłań we wczesnej fazie choroby. Opisany przypadek zdecydowanie potwierdza, że opieka pooperacyjna powinna być ściśle powiązana z ośrodkiem, w którym wykonano zabieg. Zalecenie umówienia się w poradni diabetologicznej (okres oczekiwania w warunkach polskich to 3 do 6 miesięcy) po operacji resekcji trzustki, stanowi zagrożenie dla życia.

Zaawansowana chemioterapia oraz metody farmakologicznego leczenia bólu, wymaga stałej opieki i kontrolowania ewentualnych innych objawów lub przyczyn bólu. Działania niepożądane występujące standardowo stosowanej w chorobie nowotworowej farmakoterapii, wymagają wyjątkowej uwagi ze względu nie tylko na typowość i powszechność ich występowania, ale również jej złożoność – stosowanie dodatkowych leków przeciw zaparciom, przeciwwymiotnych, IPP jak również preparatów, stosowanych w żywieniu osób chorych.

Adres do korespondencji:

Krzysztof Kowalczyk

Indywidualna Praktyka Lekarska

ul. Humanistów 7, 01-988 Warszawa

Tel.: (+48 22) 3573571

E-mail: kkowalczyk@prophmed.pl

Piśmiennictwo

1. Interna Harrisona. Wyd. XIV. Lublin: Wydawnictwo Czelej; 2002.
2. Krzakowski M (red.). Zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych u dorosłych. Warszawa: Polska Unia Onkologii; 2004.
3. Szczeklik A. (red.). Choroby wewnętrzne. Kraków: Medycyna Praktyczna; 2006.