

Współwystępowanie szpiczaka mnogiego i raka piersi – opis przypadku

Coexistence of multiple myeloma and breast cancer – case report

Rafał Karwat

Stowarzyszenie Hospicjum Łódzkie

Streszczenie

W artykule opisano nietypowy przypadek pacjentki ze złamaniami kompresyjnymi kręgosłupa, leczonej z powodu raka piersi, którego objawy maskowały obecność drugiego nowotworu. Mimo leczenia prowadzonego przez doświadczonych specjalistów, diagnoza szpiczaka mnogiego została postawiona u chorej po upływie roku od rozpoznania złamań patologicznych. Opisany przypadek przypomina o konieczności zachowania czujności podczas leczenia każdego pacjenta.

Słowa kluczowe: szpiczak mnogi, rak piersi, współwystępowanie.

Abstract

We report a case of a female with multiple myeloma masquerading as coexisting metastatic breast cancer. Patient was diagnosed with multiple myeloma over a year following thoracic compression fractures that were attributed to breast cancer metastases. This case report emphasizes, that it is essential to thoroughly analyze every patient's history in order to provide optimal diagnosis and treatment.

Key words: multiple myeloma, breast cancer, coexistence.

Adres do korespondencji:

Rafał Karwat, Stowarzyszenie Hospicjum Łódzkie, e-mail: rafti1983@o2.pl

WSTĘP

Późna wykrywalność, wysoka śmiertelność i umiarkowana na nowotwory są jednymi z głównych problemów polskiej medycyny. Mimo wysokich nakładów finansowych na diagnostykę i leczenie, akcji informacyjnych, szkoleń dla personelu medycznego statystyki są niepokojące. W artykule opisano przypadek pacjentki chorującej na dwa całkowicie odmienne nowotwory, z których tylko jeden został rozpoznany na wczesnym etapie zaawansowania. Mimo współpracy wielu specjalistów, wykonania wielu badań diagnostycznych pełna diagnoza została postawiona po roku od rozpoznania alarmujących objawów, co miało niekorzystny wpływ na rokowanie dla chorej.

OPIS PRZYPADKU

Pacjentka, lat 59, zoperowana w lutym 2013 r. z powodu bezobjawowego raka lewej piersi, wykrytego w przesiewowej mammografii. Usunięto

guz, który w największym wymiarze osiągał 17 mm. W badanym histopatologicznie materiale stwierdzono jeden węzeł z podtorebkowymi przerzutami raka (rak przewodowy DCIS *low grade*). Chorą skierowano do poradni onkologicznej, gdzie zalecono tamoksyfen oraz regularną kontrolę ambulatoryjną. W maju tego samego roku pacjentka zgłosiła się na oddział neurologii dużego szpitala miejskiego z powodu silnych bólów grzbietu uniemożliwiających poruszanie się. W toku diagnostyki wykonano CT kręgosłupa piersiowego, w którym uwidoczniło się złamanie kompresyjne siedmiu kręgów piersiowych. Obraz patologii sugerował przerzuty raka do kośćca. Celem weryfikacji wykonano MR odcinka piersiowego kręgosłupa, w którym potwierdzono nowotworową etiologię złamań patologicznych. Pacjentkę konsultował także neurochirurg, który zalecił scyntyografię, densytometrię oraz konsultację onkologiczną. W pozostałych badaniach stwierdzono, m.in. anemię RBC 2,92 mln, Hgb 9,3 g/dl, Hct 27%, PLT 270 tys., żelazo 54 µg/dl, a także prawidłową czynność nerek GFR > 60 ml/min/1,73 m². Chora

została wypisana ze szpitala i skierowana do hospicjum domowego z rozpoznaniem rozlanego raka piersi. Równocześnie oczekiwała na termin wyznaczonej scyntygrafii.

W wykonanej w lipcu 2013 r. scyntygrafii stwierdzono ogniska zwiększonego wychwytu radiofarmaceutyku w trzonie mostka, w bocznych odcinkach żeber: 3. prawego, 4. i 10. po stronie lewej, w kręgach L1, L2. Opisano także nierównomierny wychwyty radiofarmaceutyku w kościach czołowych, skroniowych, a także w licznych kręgach piersiowych i lędźwiowych. Obraz zinterpretowano wówczas jako niejednoznaczny, do różnicowania ze zmianami w przebiegu osteoporozy. Pacjentkę skierowano do poradni leczenia osteoporozy, w kolejnych miesiącach wykonano densytometrię uzyskując wynik w granicy normy dla wieku i płci. Opiswane zmiany w obrębie kręgosłupa uznano za patologię w wyniku choroby zwyrodnieniowej stawów. Pacjentka konsultowała otrzymane wyniki badań z prowadzącym onkologiem, który wg ustnego przekazu od pacjentki wykluczył nowotworową etiologię złamań patologicznych kręgosłupa.

W trakcie diagnostyki pacjentka pozostawała pod opieką hospicjum domowego. Ze względu na nasilone objawy uboczne leków modyfikowano farmakoterapię bólu, uzyskując optymalną kontrolę objawów. Chora otrzymywała fentanyl w dawce 50 µg/godz. w systemie transdermalnym, gabapentynę w dawce 900 mg/dobę oraz doraźnie preparat łączony tramadolu i paracetamolu (37,5 mg + 325 mg). Pacjentka była w stanie samodzielnie poruszać się w obrębie mieszkania, wykonać toaletę osobistą, przygotować posiłek. Kręgosłup stabilizowano gorsetem ortopedycznym. Pacjentka skarżyła się na silne dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego: nudności, wymioty, uczucie zgagi, jednak nie zgadzała się na diagnostykę endoskopową.

W trakcie diagnostyki, po kolejnych konsultacjach u specjalistów, obserwowano u chorej stopniowe obniżenie nastroju i labilność emocjonalną. Pacjentka czuła się zdezorientowana sprzecznymi informacjami na temat rozpoznania choroby oraz dalszego rokowania. Niechętnie stawiała się na wyznaczone badania, odwlekała wizyty u kolejnych specjalistów.

W rutynowych badaniach kontrolnych zleconych w kwietniu 2014 r. stwierdzono anemizację – Hgb 7,6 g/dl, RBC 2,36 mln, Hct 23%, PLT 95 tys. Chorą skierowano do diagnostyki na oddział chorób wewnętrznych. W toku wykonanych badań oprócz niedokrwistości normocytarnej i małopłytkowości stwierdzono także przewlekłą chorobę nerek (GFR 32 ml/min/1,73 m²), obecność białka Bence-Jonesa w moczu, nieprawidłowy wynik proteinogramu, skrzeplinę w świetle żyły głównej dolnej i żyły biodrowej wspólnej lewej, nieregularną litą zmianę

w rzucie lewych przydatków. Pacjentkę z podejrzeniem szpiczaka mnogiego skierowano do poradni hematologicznej. Chorą skierowano także na oddział ginekologii celem diagnostyki guza jajnika. Zgodnie z zaleceniem na karcie wypisowej ze szpitala do leczenia przewlekłego włączono enoksyparynę w dawce 60 mg/dobę. Podczas diagnostyki wykonanej na oddziale ginekologii wykluczono guza jajnika, nie stwierdzono czynnej zakrzepicy w obrębie żył dostępnych badaniu dopplerowskemu, stwierdzono mięśniakowato powiększoną macicę. W lipcu 2014 r. w wykonanej biopsji szpiku kostnego potwierdzono rozpoznanie szpiczaka mnogiego, włączono leczenie wg schematu CTD (cyklofosfamid, talidomid, deksametazon) i zakwalifikowano chorą do radioterapii kręgosłupa, której ostatecznie nie otrzymała z powodu nawracających zakażeń dolnych dróg oddechowych przebiegających z silnym kaszlem i nasileniem dolegliwości bólowych. W przebiegu leczenia utrzymywała się pancytopenia oraz podatność na infekcje spowodowana spadkiem odporności. Chora zmarła na oddziale chorób wewnętrznych w listopadzie 2014 r. z powodu zapalenia płuc.

DYSKUSJA

W trakcie analizy dokumentacji pacjentki nasuwa się pytanie, czy i kiedy możliwe było wcześniejsze wykrycie drugiego nowotworu?

Współwystępujący u pacjentki rak piersi oraz badania obrazowe sugerujące przerzutowy charakter zmian powodowały skupianie się lekarzy wyłącznie na znalezieniu odpowiedzi, czy jest to przerzut raka piersi, czy też choroba metaboliczna kości. Nie wykorzystano wszystkich dostępnych metod, by wykluczyć współwystępowanie drugiego nowotworu. Żłudny był też początkowy brak charakterystycznych odchyłań w badaniach dodatkowych – oczywiście poza niedokrwistością, która mogła przecież powstać w przebiegu rozpoznanego już raka piersi. W przypadku tej konkretnej pacjentki złamania patologiczne sugerują, że początek szpiczaka wystąpił wcześniej niż rak piersi, który mimo tego został wykryty wcześniej. Szpiczak już w fazie pełnoobjawowej został rozpoznany po roku od stwierdzenia złamań patologicznych. W piśmiennictwie naukowym można się spotkać z podobnymi przypadkami klinicznymi [1–7]. Omawiając rzadkie przykłady współwystępowania nowotworów lub „udawania” objawów zupełnie innego nowotworu, autorzy naświetlają wadliwość ustalonych schematów postępowania. Obecność osteolitycznych lub osteoklastycznych przerzutów w kośćcu [8] u pacjenta z rozpoznaniem nowotworem utwierdza lekarzy w słuszności rozpoznania i – w zależności od rodzaju nowotworu – skłania do zalecenia bardziej

agresywnego leczenia lub wręcz przeciwnie – do zalecenia leczenia objawowego ze względu na zaawansowanie choroby. Współwystępowanie drugiego nowotworu o całkiem odmiennej budowie histologicznej jest brane pod uwagę, kiedy stan chorego pogarsza się mimo „prawidłowego” leczenia. Jak zapobiegać takim sytuacjom? Badacze wskazują na wagę biopsji w wątpliwych przypadkach [9]. Samo wystąpienie szeregu złamań patologicznych jest alarmującym objawem [1] i w przypadku omawianej pacjentki błędne było uznanie stosunkowo niewielkiego ogniska pierwotnego guza piersi za źródło rozsiewu przerzutów do kręgosłupa. Lęk przed rozpoznaniem nowotworu, trudności w poruszaniu, brak pełnej współpracy chorej, a także niewystarczająco dokładna analiza występujących objawów oraz wyników badań doprowadziły w konsekwencji do pełnoobjawowej manifestacji szpiczaka u omawianej chorej.

9. Clayer M, Duncan W. Importance of biopsy of new bone lesions in patients with previous carcinoma. *Clin Orthop Relat Res* 2006; 451: 208-211.

PODSUMOWANIE

Podstawą skutecznego leczenia jest właściwe rozpoznanie. Błąd popełniony na etapie diagnozowania powoduje kaskadę kolejnych pomyłek, co skutkuje niewłaściwym leczeniem, pogorszeniem rokowania, a w skrajnych przypadkach zgonem chorego. Rozpoznając u pacjenta nowotwór, nie należy zapominać, że część zgłaszanych dolegliwości może wynikać z obecności drugiej, poważnej choroby.

Autor deklaruje brak konfliktu interesów.

PIŚMIENNICTWO

1. Chakraborti C, Miller KL. Multiple myeloma presenting as spinal cord compression: a case report. *J Med Case Rep* 2010; 4: 251.
2. Chandra H, Chandra S, Verma SK. Multiple myeloma or metastatic carcinoma breast: Diagnostic dilemma in a case presenting with lytic bony lesion. *Breast Dis* 2015; 35: 199-201.
3. Fayyaz A, Ghani UF. Multiple breast masses in a case of multiple myeloma. *J Coll Physicians Surg Pak* 2009; 19: 529-530.
4. Hough B, Brufsky A, Lentzsch S. Metastatic breast cancer or multiple myeloma? Camouflage by lytic lesions. *J Oncol* 2010; 2010: 509530.
5. Kato Y, Kamino K, Sakazaki S i wsp. A case of plasmacytoma (IgD lambda) of the breast associated with multiple myeloma. *Gan No Rinsho* 1988; 34: 473-478.
6. Saroha V, Mandal S, Singh T. Multiple myeloma masquerading as metastatic breast carcinoma. *Indian J Pathol Microbiol* 2011, 54: 657-658.
7. Tomono H, Fujioka S, Kato K i wsp. Multiple myeloma mimicking bone metastasis from breast cancer: report of a case. *Surg Today* 1998; 28: 1304-1306.
8. Roodman DG, Silbermann R. Mechanisms of osteolytic and osteoblastic skeletal lesions. *Bonekey Rep* 2015; 4: 753.