

ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ

DR . ΜΙΧΑΛΗΣ Μ . ΒΑΣΛΑΜΑΤΖΗΣ

ΘΕΜΑ: «ΑΝΔΡΑΣ 51 ΕΤΩΝ ΜΕ
ΑΔΕΝΟΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΠΝΕΥΜΟΝΑ ΚΑΙ ΕΜΠΥΡΕΤΗ
ΠΑΝΚΥΤΤΑΡΟΠΕΝΙΑ»

ΒΑΣΙΛΙΚΗ ΝΙΚΟΛΑΙΔΟΥ

ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΗ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗΣ ΟΓΚΟΛΟΓΙΑΣ



ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Ασθενής 51 ετών, σε καλή γενική κατάσταση (PS:1) παραπέμφθηκε στην κλινική μας με διάγνωση αδenoκαρκινώματος πνεύμονος, σταδίου IV. Η νόσος διαγνώσθηκε κατά την νοσηλεία του ασθενούς στην θωρακοχειρουργική Κλινική για επεισόδιο πνευμονικής εμβολής.

ΑΤΟΜΙΚΟ ΑΝΑΜΝΗΣΤΙΚΟ

Καπνιστής (50pg)

Κοινωνική χρήση αιθυλικής αλκοόλης.

ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ (1^η νοσηλεία)

ΑΠ: 120/75mmHg, Θ=36.7°C, FiO₂=98%
(0,21), σφύξεις=70bpm, Αναπνοές: 16/min

Καρδιά: S1-S2 ευκρινείς, ρυθμικοί.

Αναπνευστικό: χωρίς πρόσθετους ήχους.

Κοιλία: Μαλακή, ευπίεστη, ανώδυνη, εντερικοί ήχοι παρόντες. Οριακή σπληνομεγαλία.

Νευρικό σύστημα: Αντανακλαστικά εκλυόμενα ομότιμα άμφω.
Χωρίς διαταραχές αισθητικότητας .

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ (1^{ης} νοσηλείας)

Γενική αίματος: Λευκά=8480/μl,
Πολυμορφοπύρρηνα=5700/μl, Hgb=13,4gr/dl ,
ΑΜΠ=316000/μl

Αιμόσταση: INR: 1.06, aPTT: 35,7

Βιοχημικός έλεγχος: Glu: 86mg/dl, Urea: 32mg/dl, Cr:
0,9mg/dl, Na: 139mmol/L, K: 5,0mmol/L, SGOT: 13 IU/L,
SGPT:14 IU/L, ALP: 123 IU/L, γ-GT: 11 IU/L, UA: 4,4mg/dl,
LDH: 224 IU/L, , Ca:9,1mg/dl, CRP: 0,9mg/dl.

Ca δείκτες: CEA:1,86, **CA125:68,7** CA19-9:11,9 PSA:1,01

Γενική ούρων: Χωρίς ιδιαίτερα ευρήματα.



ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ 1^{ης} ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ

Ακτινογραφία θώρακος: Υγρό στην Αρ. βάση ποσότητας περί τα 600 cc. Επιπέδωση του (ΑΡ) χείλους της καρδιάς.

CT εγκεφάλου (23/04/2018) Χωρίς παθολογικά ευρήματα.

CT κοιλίας (23/04/2018) Ηπατομεγαλία (20 εκ), Ηπατική κύστη (0,47 εκ) στο (ΔΕ) λοβό.

CT θώρακος (28/04/2018) Πυκνωτικού τύπου αλλοιώσεις πιθανότατα απότοκες ατελεκτασίας των έσω, έξω και οπισθίου, βασικών τμημάτων του (ΑΡ) πνεύμονα. Μικροί προαγγειακοί λεμφαδένες καθώς και παρατραχειακοί (ΔΕ) με διάμετρο 1,0 εκ.

Λόγω των ευρημάτων της CT θώρακος, ο ασθενής προχώρησε σε PET/CT.



PET - CT (16/05/2018) -1 :

□ Παθολογική πρόσληψη της 18FDG σε:

-Συμπαγή αλλοίωση που αναπτύσσεται πέριξ του (AP) κάτω λοβαίου βρόγχου και της εκφύσεως των τμηματικών κλάδων του, διαμέτρου 5cm, άπτεται του περικαρδίου συνέχεια με υποτροπιδική λεμφαδενική διόγκωση (SUV max:15,3)

-Έτερη οζώδη αλλοίωση στο έξω βασικό τμήμα του (AP) κάτω πνευμονικού λοβού, διαμέτρου 2,3 cm (SUV max:13,8)

-Αλλοιώσεις λεμφαγγειακής διασποράς (SUV max:7) στον (AP) κάτω πνευμονικό λοβό

PET - CT (16/05/2018) -2

-Σε πολλαπλούς λεμφαδένες (SUV max: 14,9) (δεξιό υπερκλείδιο, (ΔΕ) παραοισοφαγικό και παρατραχειακό στην είσοδο του θώρακος, προαγγειακούς (ΑΡ), αορτοπνευμονικού παραθύρου, (ΑΡ) πνευμονικής πύλης, περιβρογχικούς προ- και υποτροπιδικούς, έμπροσθεν κατιούσης αορτής, έμπροσθεν κοιλιακής αορτής, άνωθεν εκφύσεως του Αλλήρειου τρίποδα)

-(ΑΡ) επινεφρίδιο (SUV max:7)

-Οστικές βλάβες εστιακά , ενδομυελικά (SUV max 8,7) στερνικό άκρο (ΔΕ) κλείδας, σώμα του στέρνου, σώμα του Θ5 σπονδύλου

ΒΡΟΓΧΟΣΚΟΠΗΣΗ (23/05/2018):

Στένωση του ΑΚΛ και υποβλεννογόνια διήθηση του τοιχώματος.

Βιοψία βρόγχου: Αδενοκαρκίνωμα πνεύμονα με CK7+, TTF1+, p40-, chromogranin (-), synaptophysin (-), ki67=15% EGFR (-), ALK(-), PD-L1<1%, BRAF(-), ROS(-)

ΘΕΡΑΠΕΙΑ-1

Ο ασθενής έλαβε 3 κύκλους ΧΜΘ:

Cisplatin 130 mg

Pemetrexed 1000 mg

Bevacizumab 700mg

Zoledronic acid 4mg

και πρωτογενή προφύλαξη με GCSF

ΘΕΡΑΠΕΙΑ-2

Μετά 3 κύκλους ΧΜΘς, στην οποία ο ασθενής δεν παρουσίασε ιδιαίτερη τοξικότητα, η γενική του κατάσταση ήταν καλή, PS:1, και ο πλήρης εργαστηριακός και απεικονιστικός έλεγχος έδειξε στάσιμη νόσο . Παρέμεναν οι αλλοιώσεις στον (ΑΡ) κάτω πνευμονικό λοβό και οι λεμφαδένες ήταν αμετάβλητοι. Αποφασίστηκε η συνέχιση της θεραπείας.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ-3

Η πλήρης σταδιακτική μετά 6 ΧΜΘ/κούς κύκλους έδειξε μερική ανταπόκριση της νόσου. Οι αλλοιώσεις στον (ΑΡ) κάτω λοβό ελέγχονται με μικρότερη έκταση και οι λεμφαδένες παρουσιάζουν ελάττωση του μεγέθους τους.

Η μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου έδειξε μία ύποπτη οζιδιακή αλλοίωση διαμέτρου 0,64 εκ στις ανώτερες τομές του δεξιού εγκεφαλικού ημισφαιρίου στο όριο μεταξύ του μετωπιαίου και κροταφικού λοβού.

Λόγω των ευρημάτων της MRI εγκεφάλου αποφασίσθηκε νέα εκτίμηση με PET-CT χολίνης μετά την χορήγηση άλλων δύο κύκλων ΧΜΘς.

Urea: 30mg/dl, Cr: 0,8mg/dl

ΕΠΕΙΓΟΥΣΑ ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Μετά την ολοκλήρωση του 7^{ου} κύκλου ο ασθενής εισήχθη επείγοντως στο Ογκολογικό Τμήμα λόγω κοιλιακού άλγους με συνοδό ανορεξία και εμετούς.

ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

ΑΠ: 120/75mmHg, $\Theta=36.7^{\circ}\text{C}$, $\text{FiO}_2=98\%$
(0,21), σφύξεις=77bpm, Αναπνοές: 16/min

Αμετάβλητη κλινική εικόνα από την εισαγωγή, πλην ήπιας κοιλιακής ευαισθησίας στην εν τω βάθει ψηλάφηση.

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

Γενική αίματος: Λευκά=2900/μl, Πολυμορφοπύρηνα=1970/μl, Hgb=9,7gr/dl και ΑΜΠ=65000/μl.

Αιμόσταση: INR: 1.02, aPTT: 43, Fib: 344mg/dl, d-dimers: 0.63.

Βιοχημικός έλεγχος: Glu: 101mg/dl, Urea: 19mg/dl, Cr: 1,1mg/dl, Na: 132mmol/L, K: 4,3mmol/L, SGOT: 87 IU/L, SGPT:115 IU/L, ALP: 115 IU/L, γGT: 50 IU/L, UA: 4,9mg/dl, LDH: 277IU/L, Ca:7,5mg/dl, CRP: 23,6mg/dl.

Γενική ούρων: χωρίς ιδιαίτερα ευρήματα.

Ακτινογραφία θώρακος: βελτιωμένη ως προς τη βασική νόσο.

ΣΚΕΨΕΙΣ- 1

Αρχικά η συμπτωματολογία αποδόθηκε σε τοξικότητα από την θεραπεία. Ο ασθενής αντιμετωπίστηκε υποστηρικτικά με μετάγγιση αίματος και συνέχιση του αυξητικού παράγοντα. Παρατηρήθηκε βελτίωση του εργαστηριακού ελέγχου, της κλινικής εικόνας και μετά από δύο ημέρες εξήλθε βελτιωμένος. Ο ασθενής επανεκτιμήθηκε με απεικονιστικό έλεγχο και ολόσωμο PET-CT χολίνης, όπου παρατηρήθηκε βελτίωση της νόσου:

Παθολογική πρόσληψη στην γνωστή πυκνωτική αλλοίωση του (AP) κάτω πνευμονικού λοβού. Στους λεμφαδένες: του αορτοπνευμονικού παραθύρου, του προαγγειακού χώρου, έμπροσθεν του (AP) κλάδου της πνευμονικής αρτηρίας της αριστερής πνευμονικής πύλης και του υποτροπιδικού χώρου (SUV max:3,5).

ΣΚΕΨΕΙΣ- 2

Συνέχισε θεραπεία συντήρησης με Pemetrexed 900mg, Bevacizumab 700 mg.

Έλαβε έναν κύκλο, αλλά μετά από 10 ημέρες εισήχθη εκτάκτως στην κλινική λόγω εμπυρέτου έως 39.C και εμετούς, χωρίς κλινικά οδηγιά σημεία. Είχε Hgb=9,8gr/dl, ΑΜΠ=51000/μl, Λευκά=3010/μl, Πολυμορφοπύρρηνα:1200/μl, CRP=23,6mg/dl.

Η πτώση των εμμόρφων στοιχείων του αίματος κατά την νοσηλεία του, έθεσε την λογική ελέγχου του μυελού των οστών....

ΕΛΕΓΧΟΣ ΜΥΕΛΟΥ ΤΩΝ ΟΣΤΩΝ:

Μυελόγραμμα:

«Από το επίχρισμα περιφερικού αίματος χωρίς δυσπλαστικές αλλοιώσεις από την κοκκιώδη σειρά. Από το υπάρχον υλικό, μυελός πλούσιος με παρουσία και των 3 σειρών οι οποίες ωριμάζουν. Μεγακαρυοκύτταρα υπάρχουν. Εμφανής διήθηση από νεοπλασματικά κύτταρα δεν παρατηρείται όσο μπορεί να εκτιμηθεί».

Οστεομυελική βιοψία: Χωρίς ευρήματα από διήθηση από νεοπλασματικά κύτταρα διήθησης μυελού των οστών.

ΕΛΕΓΧΟΣ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ

1. **Ιολογικός έλεγχος** (HBV, HCV, HIV) αρνητικός.
2. **Μικροβιολογικός έλεγχος** με καλλιέργειες αίματος, ούρων, μυελού των οστών.
3. **Λοιπός έλεγχος λοιμώξεων** περιελάμβανε: EBV, CMV, HSV1, HSV2, VZV, Echovirus, Adenovirus, Coxsackie, Influenza A, Parvo B19, Borrelia burgorferi, Wright Brucella, Coxiella burnetti, Legionella pneumophila, Listeria, Yersinia enterocolitica, Aspergillus, Chlamydia trachomatis, Chlamydia psittaci, Leishmania.
4. **Quantiferon**

ΕΞΕΛΙΞΗ

Ο ασθενής κατά την αναμονή των αποτελεσμάτων λάμβανε αντιβιοτική αγωγή με πιπερακιλλίνη/ταζομπακτάμη. Ο πυρετός παρέμενε έως 39.C, Λευκά=1680/μl, Πολυμορφοπύρηνα:=550/μl.

Μία εξέταση έθεσε τη διάγνωση...