

zici režim FOLFIRINOX (8). Pro pacienty s metastatickým karcinomem pankreatu s progresí na režimu na bázi gemcitabinu je k dispozici kombinace 5-FU/leukovorin/nanolipozomální irinotecan (9). Pro relativně malou podskupinu pacientů s gBRCA1, gBRCA2 mutací je možností terapie olaparibem v případě stabilizace onemocnění po 4 měsících indukční chemoterapie platinovým derivátem (10, 11).

Kazuistika

59letý pacient (*1960), lékař bez významných komorbidit, s negativní onkologickou anamnézou byl na jaře 2020 vyšetřován pro dyspeptické potíže a bolesti břicha v epigastriu a levém hypochondriu s vazbou na jídlo. Laboratorní vyšetření prokázalo elevaci amylázy a lipázy. Bylo vysloveno podezření na pankreatitidu a pacient časně podstoupil CT vyšetření břicha s nálezem: lehce zvětšená hlava pankreatu s nehomogenním suspektním okrskem o velikosti cca 22 × 13 mm. V oblasti kaudy byl popsán cystoid charakteru IPMN (12 × 10 mm). Hodnota Ca 19-9 byla v normě (25,5 kU/l). Vzhledem k suspektnímu nálezu na CT bylo časně doplněno EUS vyšetření pankreatu s nálezem nehomogenního, mírně hypoechogenního ložiska hlavy pankreatu (dif. dg. chronická pankreatitida × tumor) a byla provedena FNAB ložiska. Dále byl popsán side branch IPMN na přechodu těla/kauda pankreatu, se změnami parenchymu charakteru chronické pankreatitidy. Krátce po FNAB byl pacient přijat na lůžko interní kliniky pro těžkou iatrogenní akutní pankreatitidu, což bylo potvrzeno laboratorními odběry i CT vyšetřením břicha. Po konzervativní terapii došlo ke zlepšení stavu a vzhledem k CT nálezu primárně resekovatelného karcinomu pankreatu (nález byl potvrzen záchytem maligních buněk v rámci FNAB) byl pacient indikován k resekci. V době operačního výkonu byl ve výkonnostním stavu PS 1 WHO, s váhovým úbytkem 10 kg v průběhu měsíce při komplikacích; s aktuální hmotností 85 kg.

V květnu 2020 pacient podstoupil operaci, kdy peroperační nález byl výrazně pokročilejší než v rámci předoperačního CT vyšetření. U pacienta s recentní anamnézou těžké iatrogenní akutní pankreatitidy, byly v dutině břišní přítomny těžké zánětlivé změny, abscesy, peripankreatické nekrózy.

Navíc byla peroperačně zjištěna tumorózní infiltrace portomezenterické žíly, která byla resekována. Výsledkem protrahovaného (10 hodin) výkonu byla totální pankreatektomie se splenektomií. Histologické vyšetření resekátu potvrdilo málo diferencovaný ductální adenokarcinom hlavy pankreatu velikosti 29 × 26 × 26 mm vrůstající do peripankreatické tukové tkáně a do lumen resekováného úseku vena mesenterica superior, dosahujícího do dorzálního okraje resekátu, s masivní lymfovaskulární, perineurální a endoneurální invazí. TNM klasifikace: adenokarcinom G2, pT2 pN2(4/14), V2, L1, Pn1, R1.

Po operaci byl pacient edukován s ohledem na selfmonitoring glykemií a stran intenzifikovaného inzulinového režimu a současně byla zahájena substituce exokrinní funkce pankreatu. Vzhledem ke splenektomii a riziku OPSI byl pacient profylakticky vakcinován.

V červnu 2020 byl pacient vyšetřen na onkologické klinice, kdy jeho stav byl hodnocen jako PS 0-1 WHO. Laboratorní parametry byly vyhovující, nicméně došlo k elevaci Ca 19-9 (50,1 kU/l). Doplněné CT vyšetření neprokazovalo relaps, pouze příznivý pooperační nález. Genetické vyšetření bylo bez průkazu germinální gBRCA1, gBRCA2 či jiné patogení mutace. Vzhledem k pokročilosti nálezu a motivaci pacienta byla zahájena adjuvantní chemoterapie režimem mFOLFIRINOX od července 2020. Tolerance chemoterapie byla uspokojivá, bez hematologické toxicity. V průběhu léčby došlo postupně k progresi neuropatie (G2) po 6. cyklu mFOLFIRINOX. Postupně progredovala únava, váhový úbytek 5 kg proti zahájení adjuvantní terapie. Proto i vzhledem k R1 resekci byl pacient indikován k sekvenční chemoradioterapii lůžka po operaci. Hodnota Ca 19-9 před zahájením chemoradioterapie byla 38,7 kU/l. Celkem byla aplikována konkomitantní chemoradioterapie technikou IGRT – SIB do 50 Gy v 25 frakcích na oblast R1 resekce a 45 Gy v 25 frakcích na oblast lůžka po totální pankreatektomii s potenciací kapecitabinem v dávce 825 mg/m². Chemoradioterapie byla spojena s očekávanou gastrointestinální toxicitou (nauzea, průjemy), která ale nevedla k přerušení radioterapie či redukci dávek kapecitabinu. Po ukončení chemoradioterapie pacient pokračoval v adjuvantní chemoterapii. Hodnota

Ca 19-9 byla stacionární (40,2 kU/l). Po 6. cyklech mFOLFIRINOX a přítomné neuropatii G2 pacient i vzhledem ke své profesi (stomatolog) preferoval pokračování v terapii bez platinového derivátu. Pacient podstoupil 6 cyklů FOLFIRI a adjuvantní chemoterapie byla ukončena dle plánu začátkem února 2021, kdy hodnota Ca 19-9 byla v normě (14,5 kU/l). Re-stagingové PET/CT vyšetření koncem března 2021 bylo bez průkazu viabilní neoplazie a pacient byl dále dispenzarizován.

Přibližně 7 měsíců od ukončení adjuvantní terapie byla v rámci dispenzární kontroly v září 2021 zachycena elevace Ca 19-9 (166,7 kU/l). Doplněné CT vyšetření potvrdilo relaps onemocnění v plicích, kde byly popsány 3 metastázy v dolním laloku pravé plíce velikosti do 11 mm (Obr. 1). Vzhledem ke generalizaci a elevaci markerů i přes limitované metastatické postižení plic bylo rozhodnuto o zahájení paliativní chemoterapie režimem gemcitabin + nab-paclitaxel od října 2021 i s vědomím reziduální neuropatie G2 a pravděpodobnosti její progresse. Tolerance chemoterapie ve srovnání s mFOLFIRINOX byla horší; jednak byla přítomná významnější únava, opakované flu-like symptomy; laboratorně byla přítomná opakovaně leukopenie (G2) a neutropenie (G2), anémie (G1). Neuropatie byla v progresi, nicméně pořád hodnoceno jako G2 a byla zahájena terapie gabapentinem. Po 3 cyklech gemcitabin + nab-paclitaxel byl na re-stagingu nález stacionárního počtu a velikosti plicních metastáz. Nicméně v játrech bylo popsáno suspektní ložisko velikosti 6 mm (dif. dg. cysta, ale vzhledem k novému nálezu a drobné velikosti nebylo možné vyloučit i jinou etiologii). Navíc ale došlo k elevaci Ca 19-9 (239,3 kU/l).

Obr. 1. Plicní metastázy v září 2021

