

### Doporučení České myelomové skupiny (CMG) pro zajištění časně diagnostiky mnohočetného myelomu v podmínkách ambulantní klinické praxe

Vážení kolegové,  
vzhledem k tomu, že časná diagnostika mnohočetného myelomu je v důsledku neobyčejné proměnlivosti klinického i laboratorního obrazu v běžné klinické praxi nezářídka značně obtížná, předkládáme stručný přehled všeobecně dostupných vyšetření, která umožňují časný záchyt tohoto závažného, v současnosti již velmi dobře léčitelného onemocnění, které zaznamenalo významné zlepšení kvality a celkové délky života. U některých nemocných lze v současnosti dosáhnout mnohaletého zcela bezpříznakového stavu s návratem do původního zaměstnání.

Jedním z nejdůležitějších předpokladů dobrého výsledku léčby a příznivé prognózy je podchycení nemoci již v samotném počátku, což znamená velkou odpovědnost lékařů „prvního kontaktu“, tj. praktických lékařů, ambulantních i nemocničních internistů, radiologů, ortopedů, traumatologů a neurologů, kteří obvykle přicházejí s nemocnými do styku již v počáteční fázi nemoci, a mohou tedy zcela zásadním způsobem rozhodnout o dalším průběhu onemocnění. V rámci usnadnění časněho rozpoznání MM v podmínkách ambulantní praxe si dovoluujeme připomenout nejdůležitější příznaky, projevy a laboratorní nálezy, které jsou obvyklou součástí manifestace choroby a jejichž přítomnost by měla vést k podezření na možnost mnohočetného myelomu a k odeslání nemocného k vyšetření hematologem. Jsme přesvědčeni, že praktické zohlednění předloženého doporučení by mohlo významně snížit výskyt pozdně rozpoznávaných onemocnění a podstatně zlepšit péči o nemocné s touto chorobou.

**Mnohočetný myelom (MM)** patří k relativně vzácným onemocněním, s výskytem 300–400 nově podchycených nemocných v ČR za rok. Postihuje především starší věkové skupiny (medián 63 let), a to obdobně příslušníky obou pohlaví.

Příznaky, přivádějící nemocného k lékaři jsou značně nespecifické, polymorfní a velmi proměnlivé, a to jak z hlediska tíže, tak i charakteru orgánového postižení a přítomných laboratorních změn:

- 1. Projevy únavového syndromu**, tj. slabost, malátnost, pokles hmotnosti a dušnost (nespecifický projev zhoubného onemocnění a součást rozvoje anemického syndromu).
- 2. Bolesti v oblasti osového skeletu** zejména v oblasti dolního úseku páteře, případně vývin zhoubného onemocnění a patologické fraktury v důsledku osteolytického postižení kostní tkáně a osteoporózy při mnohočetném myelomu.
  - **Indikací k podrobnému vyšetření** jsou zejména více než 1 měsíc trvající klidové, noční a většinou se stupňující bolesti páteře s případným kořenovým drážděním; na rozdíl od vertebrogen-

ního algického syndromu při spondylóze vesměs s významně zvýšenou hodnotou sedimentace erytrocytů!

- **Komprese obratlových těl** se snížením tělesné výšky v důsledku osteoporózy, zejména u mužů a u premenopauzálních žen, provázená obvykle vysokou hodnotou SE.
- 3. Opakované, zejména respirační infekce** v důsledku oslabené imunity (snížení hladiny normálních imunoglobulinů) a/nebo leukopenie s neutropenií.
  - 4. Často náhodně zjištěné laboratorní odchylky:**
    - **Vysoká sedimentace** (i více než 100 mm/hod.) nejasné etiologie
    - **Porucha renální funkce** s elevací S-urey a S-kreatininu
    - **„Nejasná“ proteinurie** s následným průkazem Bence-Jonesovy bílkoviny v moči (elfo moče)
    - **Nejasná anémie** (normocytární nebo lehce makrocytární), s přítomností penízkovaltění erytrocytů v nátěru („rouleaux“)
    - **Vysoká proteinémie** (i nad 100 g/l) a zejména průkaz monoklonálního imunoglobulinu v séru (ELFO séra)
    - **Hyperkalcémie** s případnou polyurií, dehydratací a alterací psychických funkcí.

Každý z výše uvedených projevů nebo laboratorních změn sám o sobě, zejména ale v případě sdruženého výskytu u nemocných starších 50 let, by měl být v podmínkách praktického lékaře, ambulantního internisty, neurologa a nebo ortopeda naléhavým impulzem k pomýšlení na možnost mnohočetného myelomu a výzvou k provedení souboru následujících základních vyšetření:

- a) Laboratorní vyšetření:** SE, KO, hladiny Ca, urea, kreatinin a AF v séru, ELFO séra a vyšetření moče (v případě proteinurie elektroforéza moče).
- b) Radiografické vyšetření:** lebky, hrudníku, páteře a bolestivých oblastí skeletu, a to vždy dříve, než je indikována fyziatrická terapie, aplikace obstříků nebo jiná empirická léčba.

V případě, že kterékoliv z provedených vyšetření vyzní odchylně, a signalizuje tak možnost mnohočetného myelomu, měl by být nemocný odeslán bezprostředně na hematologické pracoviště k dořešení stavu.

Indikací k odeslání na specializované hematologické pracoviště je však i perzistence neobjasněných, v úvodu popsanych subjektivních stesků, objektivních příznaků a laboratorních změn, neboť existují i atypické, oligosymptomatické formy myelomu rozpoznatelné pouze s pomocí složitých diagnostických postupů.

### Nejčastější příčiny pozdní diagnostiky, nebo neposkytnutí adekvátní léčby MM:

- „Bagatelizace“ subjektivních obtíží samotným pacientem.
- *Empirická symptomatická*, a dokonce i dlouhodobá fyziatrická léčba vertebrogenního algického syndromu bez radiografického vyšetření páteře a vyšetření alespoň SE.
- *Neřešení* zjištěné anémie a zvýšené SE, jejich přičítání „stáří“.
- *Neřešení* renální insuficience s nápadnou proteinurií provedením elektroforézy moče, případně provedením vyšetření sérových hladin volných lehkých řetězců imunoglobulinu (metoda FreeLite, Immuno-tech) a jejich přisouzení např. diabetické nefropatii nebo nefroskleróze.
- *Neodeslání nemocného* s jasnými projevy mnohočetnému myelomu do péče hematologa, nebo podání neadekvátní terapie neodpovídající charakteru a stupni pokročilosti nemoci (nevyužití moderních, vysoce účinných způsobů léčby včetně vysokodávkované léčby s transplantací autologních krevetvorných buněk), moderních vysoce účinných biologických

kých léků (thalidomid, bortezomib) a moderních možností komplexní podpůrné léčby (bisfosfonáty, erythropoetin, transdermální opioidy, plazmaferéza a hemodialyzační léčba, aktivní ortopedické přístupy včetně výměny kloubů a vertebroplastiky), ovlivňující významným způsobem kvalitu i délku života nemocných s touto závažnou, avšak stále lépe léčitelnou chorobou.

*(Poznámka: bližší údaje jsou uvedeny v časopise Vnitř. Lék., 2006, 52, Suppl 2, s. 9–31 a také na www.myeloma.cz)*

Je tedy přirozeným úkolem všech lékařů prvního kontaktu, aby dodržetím výše uvedených postupů přispěli k co nejčasnějšímu rozpoznání mnohočetného myelomu, a přispěli tak k co nejúčelnější časné zahájené léčbě, a tím i ke zlepšení osudu nemocných s tímto závažným onemocněním.

Děkujeme za spolupráci.

*Za CMG*

*Zdeněk Adam, Jan Straub a Vlastimil Ščudla*

**Text byl připraven v rámci projektu CRAB – „Časnou diagnostikou za lepší kvalitu života“, který byl aktivován v roce 2007 níže uvedeným realizačním týmem CMG:**

- Prim. MUDr. Jan Straub, I. interní klinika VFN Praha, U Nemocnice 2, 128 08 Praha 2 (kontaktní osoba pro projekt CRAB; e-mail: Straub@VFN.cz)
- Prof. MUDr. Zdeněk Adam, CSc., Interní hematologická klinika FN Brno
- MUDr. Evžen Gregora, Hematologické oddělení FNKV, Praha
- MUDr. Jaromír Gumulec, Onkologické centrum J. G. Mendela, Nový Jičín
- Prof. MUDr. Roman Hájek, CSc., Interní hematologická klinika FN Brno
- Prim. MUDr. Petr Kessler, Oddělení hematologie a transfuziologie, Okresní nemocnice Pelhřimov
- MUDr. Vladimír Maisnar, Ph.D., Hematologická klinika FN Hradec Králové
- Prim. MUDr. Libuše Novosadová, Oddělení klinické hematologie, Nemocnice s poliklinikou Havířov
- MUDr. Miroslava Schützová, Hematologická klinika FN Plzeň
- Prof. MUDr. Vlastimil Ščudla, CSc., III. interní klinika FN Olomouc
- Doc. MUDr. Ivan Špička, CSc., I. interní klinika VFN Praha
- MUDr. Lenka Walterová, Hematologické oddělení, Krajská nemocnice Liberec