

Obr. 1–4. Klinický obraz atypického výsevu při vstupním vyšetření

erytematózními noduly patrnými v axilách, na přední straně trupu a krku, pod prsy byly projevy spíše splývavého charakteru, na zádech byly hmatné nebolestivé podkožní nodosity barvy kůže. Lymfatické uzliny v daných lokalitách byly vzhledem k výsevu obtížně vyšetřitelné. Onkologická anamnéza pacientky byla negativní. Diferenciálně diagnosticky připadal v úvahu lymfoproliferativní proces či granulomatózní zánět. Bylo provedeno základní laboratorní vyšetření, RTG hrudníku a kožní biopsie z projevu pod levým prsem. RTG hrudníku ukázal chomáčkovitý okrsek zastínění o velikosti 27 mm v levém dolním plicním poli a otupění kostofrenického úhlu vlevo. V laboratorním vyšetření byla: leukocytóza (Leu $15,1 \times 10^9/l$); anémie (Hb 95 g/l); elevace transamináz (AST 1,22 $\mu\text{kat/l}$; ALT 0,84 $\mu\text{kat/l}$; GGT 4,22 $\mu\text{kat/l}$; LD 4,79 $\mu\text{kat/l}$; výrazná pozitivita onkomarkerů (CEA 359,5 $\mu\text{g/l}$; CA125 > 1000,0 kU/l; CA15-3 > 800,0 kU/l; CA19-9 69,2 kU/l; CA72-4 9,13 kU/l) a pozitivita sérologie borelií ve třídě IgG a IgM ve Western blot, v ELISA pouze IgG 6,94.

Histologické vyšetření 3 dny po návštěvě naší kliniky odhalilo invazivní lobulární karcinom (ILC) prsu. Na cílený dotaz pacientka následně uvedla, že se její sestra před lety léčila s papilomem prsu. Sama pacientka však mamograficky sledována nebyla. Při kontrolním vyšetření udávala zhoršení bolesti zad a hrudního koše, nově popisovala bolesti vystřelující do pravé dolní končetiny. S výsledkem histologie byla pacientka okamžitě odeslána k došetření a další péči na Masarykův onkologický ústav (MOÚ).

Obr. 5–6. Histologický obraz kožní metastázy lobulárního karcinomu mammy (hematoxylin-eozin), pohled 40 $\times$ a detail 200 $\times$ – nádorový infiltrát tvoří buňky s typickým řádkováním (tzv. pochodující indiáni) (5, 6)