

ku opožděné léčby myelomu s dlouhou, mnohaměsíční expozicí ledviny vysokým koncentracím volných lehkých řetězců se již funkce ledvin nezlepšila. A tak se fyzický stav vyvíjel jako u dialyzovaného pacienta, nyní pro změny v organismu související s chronickou dialýzou je schopen jen minimální zátěže, jeho život má podstatně nižší kvalitu oproti předchozímu případu. Těmito dvěma případy chceme apelovat na provedení vyšetření FLC u každého pacienta s nejasnou příčinou zvýšení kreatininu (29–36)! Již v roce 1951 upozorňoval Donner na skutečnost, že proteinurie může mít jako příčinu mnohočetný myelom (37)!

4.2.4 Kontrastní látky

a monoklonální gamapatie

Poškození ledvin u MM zvyšuje riziko poškození ledvin aplikací kontrastní jodové látky, jak již dříve upozornil Svoboda (38, 39). V posledním přehledu s touto tematikou publikovaném *Contrast media safety Committee* se uvádí, že u monoklonálních gamapatií v širším slova smyslu se zcela normální funkcí ledvin není zvýšeno riziko akutního selhání po aplikaci kontrastní jodové látky. Pokud je však snižena funkce ledvin, tak se riziko akutního poškození jodovou kontrastní látkou významně zvyšuje. Pokud je přítomna hyperkalcemie, je nutno ji před aplikací kontrastní látky taktéž upravit, protože zvyšuje riziko poškození ledvin kontrastní látkou. Tento přehled také uvádí, že vyšetření Bence-Jones proteinurie není nutné před aplikací kontrastu (40). S tímto výrokem si dovolíme polemizovat či přímo nesouhlasit, protože Bence-Jonesova proteinurie znamená vyšší koncentrace FLC v séru, které tubuly nestačí vstřebat, a to je často spojeno s poškozením ledvin. Bence-Jonesova proteinurie může tedy ohlašovat narušenou funkci ledvin, a to již je rizikovým faktorem poškození ledvin kontrastní jodovou látkou. Takže doporučujeme obezřetnost při aplikaci kontrastní látky pacientům s vyšší koncentrací FLC bez zvýšení koncentrace kreatininu, protože v těchto případech může existovat latentní poškození ledvin.

Naproti tomu kontrastní látky pro MR, které nejsou jodové, jsou běžné u pacientů s MM používány (41, 42).

4.3 A = Anémie

Anémii při MM lze zařadit do skupiny anémie chronických chorob. Anémie je způsobená patologickou infiltrací kostní dřeni a při poškození ledvin se na ni podílí i snížená tvorba erytropoetinu v ledvinách. Pacient přijde k lékaři tedy s typickými příznaky anémie. Opakovaně vidáme, že naši pacienti s MM k nám přicházejí a mají ve své medikaci od jejich lékařů preparáty železa, aniž by ve zprávě bylo uvedeno proč, tedy prokázáno snížené železo, a hlavně snížený ferritin. Každá anémie by správně měla být vyšetřena a etiologicky zařazena a teprve poté je možné pacienta léčit. A nejčastější příčiny anémie jsou právě jiná, v těle přítomná onemocnění, která vedou k poklesu tvorby erytrocytů neboli k anémii chronických chorob.

Lze tedy říci, že anémie velmi často signalizuje, že je něco v těle špatně. A úlohou lékaře je zjistit, co je příčinou poklesu počtu erytrocytů a poklesu koncentrace hemoglobinu.

Dát pacientovi s anémií preparát železa bez vyšetření příčiny anémie a bez průkazu sníženého ferritinu je chybou, kterou by lékař u soudu těžko obhajoval.

4.4 B = Bone disease, kostní poškození

4.4.1 Diferenciální diagnostika bolesti zad

MM obvykle způsobuje ložiskové poškození skeletu, nejčastěji v kostech obsahujících krvetvornou kostní dřeň, méně často i v kostech, kde je krvetvorná kostní dřeň nahrazena dřením tukovou, tedy od loktů a kolenou distálně. Obvyklým klinickým projevem poškození skeletu jsou bolesti v odpovídající lokalizaci. Snad nejčastější jsou bolesti zad v důsledku ložiskových změn v obratlích, které jsou postiženy mnohočetným myelomem. Ale i lymfomy mohou způsobit osteolýzu. Pokud se bolest kostí vyskytne u mladých lidí, je nutno myslet na Ewingův sarkom případně kostní formu histiocytózy z Langerhansových buněk.

Bolesti zad však mohou způsobit i kostní metastázy karcinomů a také onemocnění zánětlivá či traumata páteře. Ve všech uvedených případech hovoříme o tzv. sekundárních vertebrogenních onemocněních, která představují jen asi 5–15 % pacientů s bolestmi zad, ale mají vyšší závažnost a vyžadují odlišné došetření a zejména terapii.

Méně závažné, ale daleko častější, jsou tzv. primární vertebrogenní poruchy, tedy prosté nespecifické funkční a degenerativní změny struktur páteře, k nimž dochází prakticky u všech jedinců a jejich výskyt a tíže narůstá s věkem. Bolesti zad patří k vůbec nejčastějším důvodům návštěvy praktického lékaře. Jak tedy v té záplavě pacientů odhalit právě toho pacienta, který potřebuje další došetřování? Klíčem k rozpoznání takových pacientů jsou tzv. *red flags* (červené praporky), tedy různé anamnestické a klinické charakteristiky bolesti, které upozorní na její možný sekundární původ a odliší tak tyto závažnější typy bolestí od prostých nespecifických bolestí zad degenerativního původu. Pro odlišení sekundárních bolestí zad (tedy identifikaci výše zmíněných *red flags*) musí lékař obligátně postavit následující doplňující otázky:

4.4.2 „Co bolest vyvolává či zhoršuje nebo naopak zmírňuje? Lze najít polohu, kde je pacient zcela bez bolesti?“

Pro prosté nespecifické bolesti zad je charakteristické vyvolání či zhoršení bolesti pohybem a naopak úleva v klidu, vleže. Bolest vleže na lůžku se akcentuje zejména změnou polohy (např. otočením), jinak je pacient obvykle schopen zaujmout polohu, kdy bolest alespoň přechodně nepocituje nebo je tato jen mírná. Naopak v případech závažných sekundárních příčin je typická akcentace bolesti v klidu, často v nočních hodinách.

4.4.3 „Reaguje bolest na terapii běžnými typy analgetik (zejména neopioidními)?“

U pacientů s prostými nespecifickými bolestmi zad je intenzita bolesti obvykle alespoň částečně zmírněna po podání běžně užívaných analgetik. Naopak u pacientů se sekundárními bolestmi je reakce na neopioidní analgetickou terapii často nedostatečná nebo dokonce chybí.

4.4.4 „Jak se vyvíjí bolest v čase?“

Jedním z důležitých diskriminačních znaků je vývoj bolesti čase. Pro bolest způsobenou maligní chorobou je typické, že se její intenzita v čase postupně zvyšuje. Tento typ klinického průběhu je naopak nezvyklý pro bolesti, které mají původ ve funkčních či degenerativních změnách páteře, jejichž intenzita v čase ko-