

Przypadkowe rozpoznanie zapalenia dużych naczyń w badaniu 18-FDG PET/TK:
przypadek spełniający kryteria EANM

Katarzyna Strzeszkowska, Andrea d'Amico.

Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie

Państwowy Instytut Badawczy

Oddział w Gliwicach,

44-102 Gliwice, ul. Wybrzeże Armii Krajowej 15

Przedstawiamy przypadek pacjentki chorującej na raka piersi, po obustronnej mastektomii z limfadenektomią pachową (pierś prawa w 1995 roku, pierś lewa w 2005 roku), z następczą radioterapią i hormonoterapią, u której zdiagnozowano wznowę nowotworu w bliźnie po limfadenektomii pachowej po stronie prawej.

Badanie 18F-FDG PET/CT zostało wykonane w naszym Zakładzie w celu oceny zaawansowania choroby.

Oprócz zwiększonego wychwytu 18F-FDG w miejscu wznowy nowotworu, w badaniu wykryto jednorodnie podwyższony wychwyt wzdłuż ścian aorty piersiowej i brzusznej, a także obustronnie w tętnicach pachowych i podobojczykowych. Uwidoczniono również ogniskowy wzrost wychwytu radioznacznika w obrębie więzadła międzykolczystego kręgów Th12, L1 i L2.

Rozmieszczenie 18F-FDG na zamieszczonych rysunkach zilustrowano w następujący sposób:

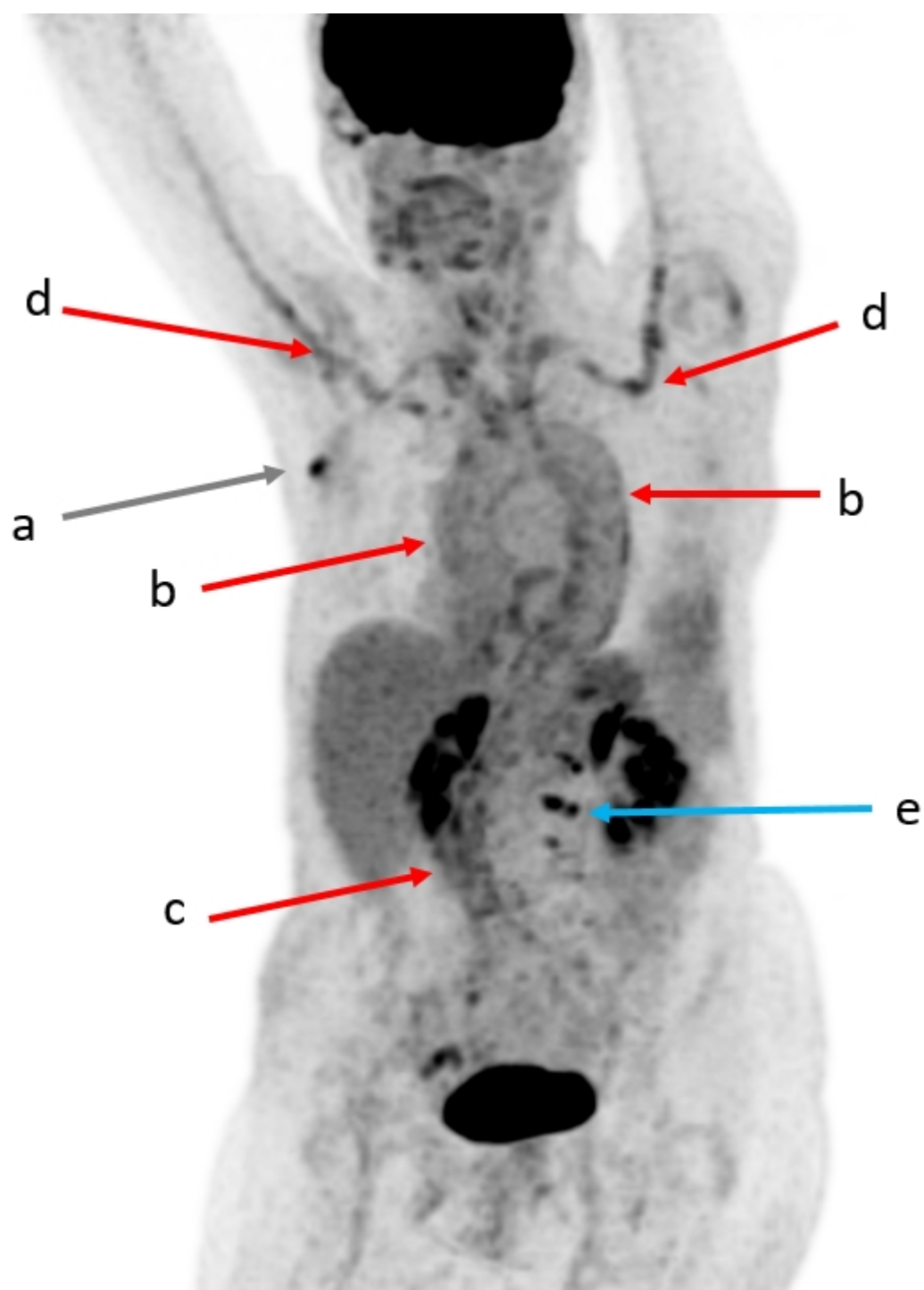
Wznowa nowotworu: litera a, szara strzałka

Aorta piersiowa: litera b, czerwona strzałka

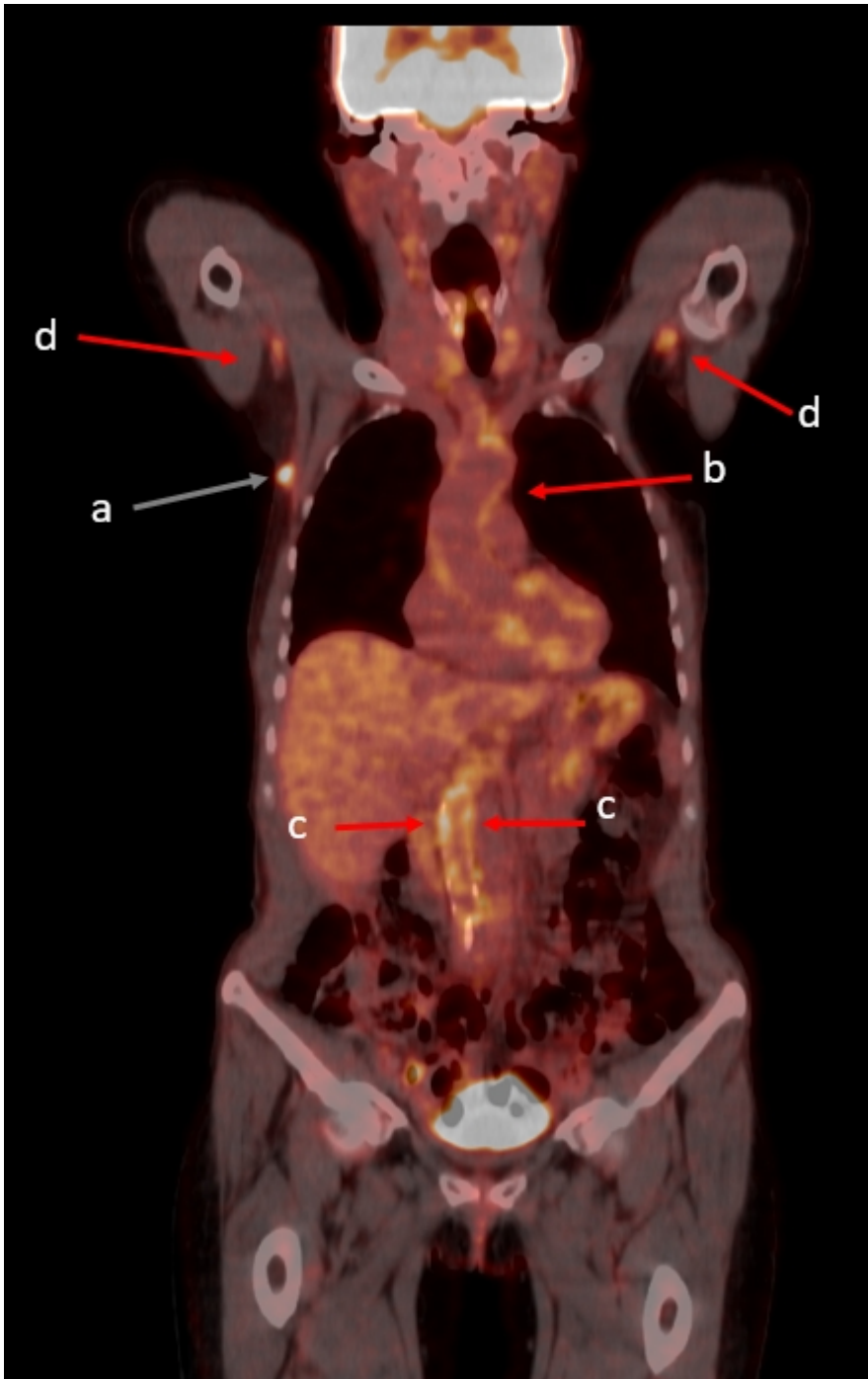
Aorta brzuszna: litera c, czerwona strzałka

Tętnice podobojczykowe i pachowe: litera d, czerwona strzałka

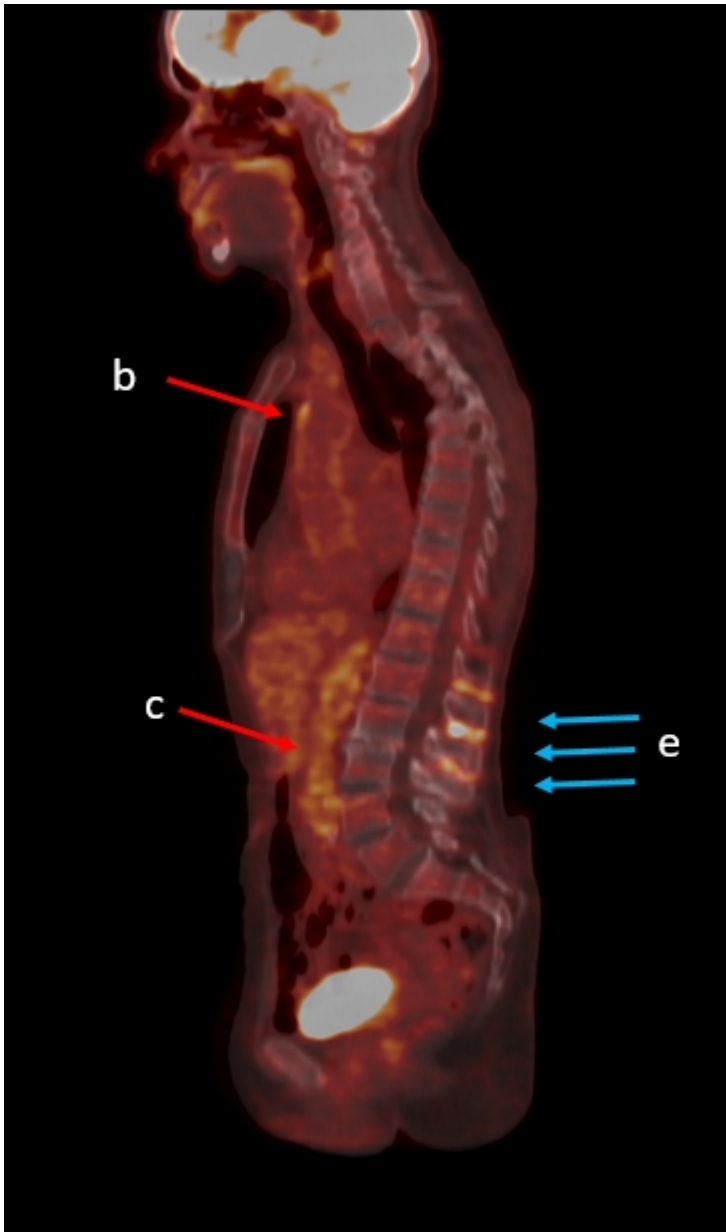
Wyrostki kolczyste: litera e, niebieska strzałka



Rysunek 1: Rekonstrukcja MIP



Rysunek 2: PET/TK projekcja czołowa



Rysunek 3: PET/TK projekcja strzałkowa

Zapalenie dużych naczyń (LVV) jest najczęstszą postacią pierwotnego zapalenia naczyń, w tym olbrzymiokomórkowego zapalenia tętnic (GCA) i zapalenia tętnic Takayasu (TA). Olbrzymiokomórkowe zapalenie tętnic często współistnieje z polimialgią reumatyczną (PMR)

Technika obrazowania FDG-PET/CT, znajdująca szerokie zastosowanie w onkologii, umożliwia lokalizację obszarów podwyższonego metabolizmu glukozy w ścianach tętnic oraz stawach objętych stanem zapalnym.

W przypadku podejrzenia LVV wytyczne Europejskiego Towarzystwa Medycyny Nuklearnej zalecają stosowanie następującego standardowego systemu punktacji od 0 do 3:

- 0 – brak wychwytu (\leq śródpiersie);
- 1 – wchłanianie o niskim stopniu nasilenia ($<$ wątroba);
- 2 – średni stopień wychwytu ($=$ wątroba),
- 3 – wysoki wychwyty ($>$ wątroba)

Ocenę wychwytu dokonuje się metodą wizualną w obrębie dużych naczyń krwionośnych oraz połączeń kości.

Ocenie podlegają stawy obręczy barkowej i miednicznej, obszary więzadła międzykolczystego w obrębie kręgów szyjnych i lędźwiowych lub stawy kolanowe.

Stopień 2 wskazuje na wysokie prawdopodobieństwo występowania LVV, natomiast stopień 3 uważa się za dodatni dla aktywnego LVV.

Odnosząc się do powyższych wytycznych oceniono wychwyty ^{18}F -FDG w ścianie aorty brzusznej oraz w obrębie więzadła międzykolczystego kręgów Th12, L1, L2 jako wyższy niż w wątrobie (stopień 3), co budzi podejrzenie występowania u pacjentki zapalenia dużych naczyń (LVV) w wariantcie olbrzymiokomórkowego zapalenia tętnic (GCA) ze współistniejącą polimialgią reumatyczną (PMR).

Chora wymaga dalszej diagnostyki reumatologicznej, obejmującej ocenę stanu klinicznego oraz wykonania dodatkowych badań laboratoryjnych i histologicznych.