

## KARTSINOEMBRÜONAALNE ANTIGEEN PLASMAS

<b>Lühend</b>	<b>P-CEA</b>									
<b>Mõiste</b>	Onkofetaalne valk, glükoproteiin									
<b>Näidustused</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>valikmarker jämesoolevähi ravi seireks juhul, kui kontsentratsioon on enne ravi algust suurenenud: eriti hästi sobib kolorektaalse kasvaja resektsioonijärgseks seireks.</li> </ul> <p><b>NB!</b> Vahetult postoperatiivses perioodis ei ole mõtet määrata, õnnestunud radikaalse lõikuse korral toimub kontsentratsiooni vähenemine seerumis mõne (4–6) nädala jooksul.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>lisauuring kolorektaalvähi staadiumi preoperatiivseks hindamiseks</li> <li>lisauuring kõhunäärmevähi ja kõhunäärme paraneoplastiliste seisundite diagnoosimisel</li> <li>lisauuring muu lokalisatsiooniga vähipaikmete diagnoosimisel (maovähk, kopsuvähk, rinnavähk, munasarjavähk, medullaarne kilpnäärmevähk)</li> </ul>									
<b>Proovivõtu vahendid</b>	Lisanditeta vaakumkatsuti									
<b>Materjali säilivus ja transport</b>	Plasma: 20–25 °C 7 päeva, 2–8 °C 14 päeva, –20 °C 6 kuud Juhul kui proovimaterjali ei saa kohe laborisse saata, tuleb plasma eraldada.									
<b>Teostamise aeg ja koht</b>	Ööpäev läbi, kliinilise keemia labor, Ravi 18									
<b>Meetod</b>	Elektrokemoluminomeetria - Roche Cobas 6000									
<b>Referentsvahemikud</b>	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">Mittesuitsetajad:</td> <td style="text-align: center;">Suitsetajad:</td> </tr> <tr> <td>40–69 a:</td> <td style="text-align: center;">&lt; 5,0 µg/L</td> <td style="text-align: center;">&lt; 6,5 µg/L</td> </tr> <tr> <td>20–39 a:</td> <td style="text-align: center;">&lt; 3,8 µg/L</td> <td style="text-align: center;">&lt; 5,5 µg/L</td> </tr> </table>		Mittesuitsetajad:	Suitsetajad:	40–69 a:	< 5,0 µg/L	< 6,5 µg/L	20–39 a:	< 3,8 µg/L	< 5,5 µg/L
	Mittesuitsetajad:	Suitsetajad:								
40–69 a:	< 5,0 µg/L	< 6,5 µg/L								
20–39 a:	< 3,8 µg/L	< 5,5 µg/L								
<b>Tõlgendus</b>	<p><b>CEA↑</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; 10 µg/l – pigem pahaloomuline protsess</li> <li>algkoll – enamasti jämesoolevähk, muud võimalikud paikmed: rinna-, kopsu-, mao-, kõhunäärme-, medullaarne kilpnäärme-, pea ja kaela kudede, emakakaela- ja maksavähk, lümfoomid, melanoomid</li> <li>kontsentratsiooni väärtused &lt; 20 µg/l ei välista kasvaja retsidiivi võimalust.</li> </ul> <p><b>Kolorektaalse vähi korral:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>CEA↑ kaasneb vaid kaugele arenenud haigusega</li> <li>kõigil kasvaja retsidiivi juhtudel ei esine CEA↑</li> <li>CEA↑ võib kajastada ka muid kaasuvaid haigusseisundeid</li> <li>tsütotoksiline ravi võib suurendada CEA kontsentratsiooni seerumis</li> </ul> <p><b>Kopsuvähi korral:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>sobib adenokartsinoomi, suurerakulise kopsuvähi ja ebaselge etioloogiaga kopsuvähi seireks juhul, kui kontsentratsioon seerumis on enne ravi algust suurenenud</li> <li>üldjuhul tähendab kontsentratsiooni märkimisväärne suurenemine kaugelearenenud kasvajakasvatuse ning tõsist prognoosi, vähene kontsentratsiooni suurenemine ei välista ei protsessi pahaloomulisust ega suurt ulatust</li> </ul> <p><b>Muud põhjused:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>suitsetamine, alkoholism</li> <li>rasedus</li> <li>kopsuhaigused (bronhiit, pneumoonia, krooniline kopsuhaigus, kopsuemfüseem)</li> <li>südame isheemiatõbi, infarkt</li> <li>seedekulglala põletikulised, koenekroosiga või vähieelsed seisundid (gastriit, peptiline haavand, hepatiit, kolütsüstiit, maksatsirroos, koliit, Crohni tõbi, divertikuliit, ultseroosne koliit, pärasoole polüübid)</li> <li>massiivne transfusioon CEA-sisaldava veretooteaga</li> </ul>									

	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ trauma</li><li>▪ neerupuudulikkus</li><li>▪ ravi tsütotoksiliste, hepatotoksiliste või antineoplastiliste ravimitega, kiiritusravi</li></ul>
<b>Konsultatsioon</b>	Vaike Viia, Liisa Kuhi
<b>HK hinnakirja koodid</b>	66707
<b>Kirjandus</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Marks V, Cantor T, Mesko D, et al (2002) Differential diagnosis by laboratory medicine, Springer-Verlag: 124–125</li><li>2. Fleisher M, Dnistrian AM, Sturgeon CM, et al (2002) Practice guidelines and recommendations for use of tumor markers in the clinic, NACB Laboratory medicine practice guidelines, 15: 26–29; 40–44</li><li>3. Perkins GL, Slater ED, Sanders GK (2003) Serum Tumor Markers, American Family Physician, 68: 1075–1082</li></ol>
<b>Koostaja</b>	Eola Valdre