

Rutin
Process: 3 RGK Hälsa, vård och tandvård
Område: Provtagning och diagnostik
Giltig fr.o.m: 2019-10-24
Giltig t.o.m: 2021-10-24
Faktaägare: Susanna Bergqvist, Områdesansvarig
Fastställd av: Maria Söderlund, Metodansvarig läkare
Revisions nr: 1
Identifierare: 155054



Provtagningsanvisning P-CEA

Utförs på:
Kliniskt kemiska laboratoriet Växjö



1 Indikation

Används för uppföljning av behandlingseffekt och sjukdomsförlopp vid tex kolorektal-, pankreas-, lung- och bröstcancer. Prov bör tas varannan till var tredje månad. Preoperativ mätning är önskvärd. Kan användas som komplement till andra metoder vid misstanke om tumörsjukdom. Ska ej användas för screening.

2 Patientförberedelse

Inga speciella förberedelser krävs.

3 Provtagning och provhantering

Venprov: Li-heparinrör, med gel (ljusgrön kork)
Kapillärprov: Li-heparinrör, med gel (ljusgrön kork), mikrorör
Centrifugering: Se dokument [Centrifugering av provrör, Klinisk kemi och transfusionsmedicin](#).
Förvaring: Centrifugeras inom 4 timmar.
Centrifugerat gelrör (originalrör) kan förvaras i kyl (2-8 °C) upp till 48 timmar. Vid längre förvaring förs serum/plasma över till plaströr 13x75 mm som korkas.
Plasma avskild i nytt rör hållbar 7 dygn i rumstemperatur, 14 dagar vid 2-8 °C och 6 månader vid - 20 °C.

4 Remiss

Cambio COSMIC / REMISS KEMI

5 Analysfrekvens

2 gånger/vecka

6 Referensintervall, beslutsgräns

< 5,0 µg/L

Rökare har lätt förhöjda värden vilket innebar att övre gränsen för rökare ≥ 40 år är 6,5 µg/L.

7 Bedömning

Ökad CEA-koncentration ses hos 70-85% av patienter med kolorektalcancer, lungcancer och pankreascancer. Normala värden kan alltså ses hos patienter med cancersjukdom. Kraftigt förhöjda värden ses vid metastaserande cancersjukdom och vid mag-tarmcancer. Förhöjda värden ses även vid en andel av cancrar utgående från bröst, ventrikeln, ovarier och cervix samt vid lever- och lungmetastaser och medullär tyroideacancer. CEA-koncentrationen preopreativt är en

indikator för prognosen, värden $> 10 \mu\text{g/L}$ talar för sämre prognos. Behandlingsresultat kan avläsas i CEA-halten efter behandling jämfört med före och även recidiv kan upptäckas tidigt. Lätt ökning kan ses vid en rad icke-maligna sjukdomar (levercirros, ulcerös kolit, lungemfysem, kolecystit, kronisk inflammation mm samt hos en del rökare).

7.1 Felkällor och variation

CEA är heterogent och kan ge olika koncentrationer med olika metoder. En patient ska därför följas med samma metod.

Prover bör inte tas tidigare än 8 timmar efter senaste biotindos på patienter som behandlas med höga biotindoser ($>5 \text{ mg/dag}$).

I sällsynta fall kan interferens beroende på extremt hög titer av antikroppar mot analytspecifika antikroppar, streptavidin och rutenium förekomma.

8 Kod

NPU19719