

RECIDIVUJÍCÍ SYNKOPA U PACIENTA S PLICNÍ EMBOLIÍ

MUDr. Tomáš Drbohlav

Interní klinika FN Motol, Praha

Kazuistika prezentuje případ 65letého pacienta, u něhož byla opakovaná synkopa dominujícím příznakem plicní embolie. Synkopa jako příznak plicní embolie je popisována až u 1/3 pacientů s plicní embolizací. V další části jsou pak rozebírány ostatní příznaky, které mohou plicní embolizaci doprovázet a které mohou lékaři pomoci stanovit správnou diagnózu.

Interní Med. 2008; 10(1): 39–40

Úvod

Tromboembolická nemoc patří mezi závažné diagnózy, které mohou vést až k úmrtí pacienta. Současné možnosti medicíny umožňují onemocnění spolehlivě diagnostikovat a ve většině případů i úspěšně léčit. Podmínkou pro dobře vedenou terapii je však to, aby lékař na toto onemocnění pomyslel. Stávající diagnostické metody jsou buď nespecifické (D-dimer), či svoji podstatou neumožňují, aby se staly rutinní součástí vstupních vyšetření u všech pacientů (1, 4). Proto hlavní těžiště spočívá na ošetřujícím lékaři, který musí znát známky plicní embolizace, cíleně po nich pátrat a na základě zhodnocení těchto ukazatelů indikovat vyšetření s vyšší senzitivitou a specificitou.

Popis případu

Pětašedesátiletý pacient byl odeslán k vyšetření praktickým lékařem na urgentní příjem dospělých pacientů FN Motol pro kolapsové stavy. Vstupně vyšetřen neurologem včetně CT mozku bez patologického nálezu a poté odeslán k dalšímu vyšetření na interní ambulanci FN Motol. Pacient popisoval opakované stavy krátkodobého bezvědomí, které trvaly vždy několik vteřin, byly doprovázeny vegetativní symptomatologií – opocení, vertigo, dušnost. Potíže se objevily poprvé před třemi dny při fyzické námaze, od té doby se opakovaly několikrát denně. Dále popisoval souvislost s prudkými změnami polohy – stoj z dřepu apod. Toho rána se také objevila námahová dušnost, která se postupně horšila. Rodinná anamnéza byla bez pozoruhodností. V osobní anamnéze je třeba zmínit hlubokou žilní trombózu levé dolní končetiny před 9lety, jejíž etiologii se nepodařilo z dostupné dokumentace objasnit. Z léků při přijetí pacient užíval pouze Anopyrin v dávce 100 mg denně, který byl obvodním lékařem nasazen před týdnem pro otoky DK, jinak bez chronické medikace. Pacient kouřil 20 cigaret denně více jak 30 let, alkohol pil pouze příležitostně. Z fyzikálního nálezu při vstupním vyšetření byla lékařem popsána námahová dušnost, normální poslechový nálezn na plicích, krční žíly bez zvýšené náplně, pravidelná srdeční akce s frekvencí 100/min.

a systolickým šelestem nad hrotem, perimaleolární symetrické otoky dolních končetin. Tlak krve 160/90. Saturace krve bez kyslíku 91 %. EKG záznam se sinusovým rytmem, frekvence 100/min., S v I. svodě a Q ve svodě číslo III. Laboratorně leukocytóza $14,3 \times 10^9/\text{litr}$ (norma 4,0–10,0), D – dimer 11 408 ng/l (norma 0–250 ng/l), specifické kardioenzymy negativní, CRP 71,3 (norma do 6,5 mg/l), ostatní laboratorní nálezy v normě. Pro podezření na plicní embolizaci bylo doplněno echokardiografické vyšetření. Popsána dilatace pravé komory, paradoxní pohyb septa se známkami přetížení pravé komory. Indikováno spirální angio CT plic, kde byl popsán embolus šíře 12 mm v truncus pulmonalis bilaterálně a další emboly v horních i dolních lobárních arteriích oboustranně. Pacient s potvrzenou diagnózou plicní embolizace byl hospitalizován na jednotce intenzivní péče, zahájena terapie nízkomolekulárním heparinem v terapeutické dávce, zajištěn antibiotiky, blokátorem protonové pumpy. Z dalších vyšetření doplněn dopplerovský UZ žil dolních končetin, které diagnostikovalo hlubokou žilní trombózu vena femoralis superficialis a vena poplitea. Kontrolní echokardiografické vyšetření 5 dní po přijetí již s normálním nálezem, bez známek dilatace srdečních oddílů či plicní hypertenze. Další hospitalizace pacienta již bez komplikací, ostatní screeningová vyšetření bez patologie. S ohledem na recidivu tromboembolické nemoci bylo rozhodnuto o celoživotní antikoagulační terapii (2). Pacient po zaléčení propuštěn 9. den hospitalizace do domácí péče již bez subjektivních obtíží, kardiopulmonálně kompenzován, účinně antikoagulován.

Diskuze

Výskyt plicní embolie je v literatuře udáván v rozmezí 1–2 případy na 1 000 obyvatel ročně (1). Synkopa je uváděna jako jeden z možných příznaků plicní embolie. Četnost jejího výskytu je ve studiích uváděna mezi 15–30 % (1, 4, 5). Názory na příčinu vzniku synkopy se různí. V naprosté většině případů je průvodním znakem masivní plicní embolizace, kdy dojde k uzavěru více jak 50 % plicního cévního řečiště. Důsledkem je pokles minutového srdečního

výdeje, následně pokles krevního tlaku, který vede k synkopě. Druhý z mechanismů udává jako příčinu synkopy arytmií vyvolanou pravostranným srdečním přetížením. Jako třetí z možných příčin synkopy je uváděno podráždění vazovagálních reflexů. Je docela pravděpodobné, že se na vzniku synkopy podílí kombinace všech tří výše uvedených mechanismů (1). Synkopa je jako příznak plicní embolizace málo charakteristický (4). Je proto nezbytné pátrat po dalších údajích, které umožní správné stanovení diagnózy. Jako nejčastější další symptomy plicní embolie jsou uváděny náhle vzniklá dušnost, bolest na hrudi, kašel a hemoptýza. Trias dušnost, kašel, hemoptýza se přitom vyskytne pouze u malého procenta (8 %) nemocných (5). Z dalších vyšetření nám může být nápomocné EKG. Hemodynamicky závažná plicní embolie vyvolá charakteristický obraz křivky EKG pro plicní embolii. Nejčastěji jsou popisovány negativní vlny T ve V1 – V3, S v I. a Q s negativním T v III. svodě. Dále pak blok pravého raménka Tawarova, P pulmonale a posunu elektrické osy doprava (5). Užitečným vyšetřením je také echokardiografické vyšetření, které ukáže dilataci pravé komory a plicní hypertenzi. Z laboratorních vyšetření má největší význam stanovení D – dimerů, které jsou vysoce senzitivní, ale málo specifické (3, 4). Jejich výpovědní hodnota je vysoká zejména u mladých pacientů (3). Dle guidelines České kardiologické společnosti zůstává zlatým standardem v diagnostice plicní embolizace plicní arteriografie. Na druhém místě stojí spirální CT plic (specifita 97 %, senzitivita 95 %) a dále perfuzní scintigrafie plic v kombinaci s RTG snímkem plic – senzitivita 92 %, specifita 87 % (5). U výše uvedeného případu pacient při přijetí vykazoval nově vzniklou dušnost, opakovanou synkopy, pozitivitu D – dimerů a na EKG byly přítomny charakteristické změny pro přetížení pravé komory. Echokardiografické vyšetření taktéž vykazovalo nálezy typické pro plicní embolizaci. V klinické praxi je možné terapii plicní embolie, tedy zejména podávání heparinu či nízkomolekulárního heparinu v terapeutické dávce, zahájit již na základě výše uvedených údajů (4, 5). Diagnóza však musí být následně potvr-

zena či vyloučena některou ze zobrazovacích metod. V případě našeho pacienta byla konečná diagnóza stanovena spirálním angio CT. Zdrojem plicní embolizace byla hluboká trombóza žil levé dolní končetiny, ověřena UZ vyšetřením. Plicní embolii nacházíme až u 70 % pacientů s hlubokou žilní trombózou, z toho pouze 30 % má symptomatický průběh (5).

Závěr

Kazuistika demonstruje případ pacienta, u něhož dominujícím klinickým symptomem plicní em-

bolizace byla synkopa. Je nezbytné na diagnózu plicní embolie v takovýchto případech vždy pomyslet a cíleně vyšetřovat, a tak tuto diagnózu potvrdit, či naopak vyloučit jako málo pravděpodobnou.

MUDr. Tomáš Drbohlav

Interní klinika FN v Motole
V Úvalu 84, 150 06 Praha 5 – Motol
e-mail: tomas.drbohlav@volny.cz

Literatura

1. Jiménez D. Prognostic value of syncope in the presentation of pulmonary embolism, *Arch Bronconeumol.* 2005; 41 (7): 385–388.
2. Numerová J. Optimální délka antikoagulační léčby po žilní tromboembolické příhodě: obecný či individualizovaný přístup?, *Vnitř Lék;* 53 (6): 662–668.
3. Qaseem A. Current diagnosis of venous thromboembolism in primary care: A clinical practice guideline from the American academy of family physicians and the American College of Physicians, *Ann Fam Med.* 2007; 5 (1): 57–62.
4. Vymětal J. Přínos klinických a laboratorních ukazatelů pro diagnózu plicní embolie, *Interní Med.* 2005; 12: 557–559.
5. Widimský J. Doporučení diagnostiky a léčby plicní embolie, *Cor Vasa* 2001; 43 (7) K158–184.