

RECIDIVUJÍCÍ PLICNÍ EMBOLIE JAKO MANIFESTNÍ PROJEV DO TÉ DOBY NEPOZNANÉHO KOMPLIKOVANÉHO MALIGNÍHO ONEMOCNĚNÍ

MUDr. Lenka Cimprichová, MUDr. Jiří Koskuba

JIP II. interního oddělení FN Na Bulovce, Praha

Závažnost akutní plicní embolizace jako diagnózy samotné je nepochybná. Touto kazuistikou však chceme hlavně podpořit nejen nutnost moderních způsobů intenzivní léčby onemocnění samotného, ale zvláště pak i vhodnost pátrání po primární příčině tromboembolické nemoci (TEN) již během první hospitalizace a to na ukázce následně velmi komplikovaného případu z běžné nemocniční praxe.

Vlastní případ

Nemocným je muž, narozený roku 1941, s vcelku nevýznamnou rodinnou anamnézou. Sám hypertonik od roku 1985, v době přijetí nejprve na léčbě trandolapilem (Goptenem), poté kombinovaným preparátem trandolapril + verapamil (Tarka) a warfrinem v dávce 7,5 mg střídavě s 5 mg denně. Na naše pracoviště byl Záchranou službou hlavního města Prahy přivezen 8. 12. 2001 krátce po poledni ve velice těžkém stavu. Při cestě do trafiky jej postihla náhlá enormní dušnost, opocení, bez bolesti na hrudi. Saturace O₂ dle RLP 88 %. Provedené statimové angioCT prokazuje masivní plicní embolizaci do obou dolních laloků plicních, dále pak středního laloku vpravo a drobné embolizace i v obou horních polích plicních – včetně pochopitelné dilatace pravostranných oddílů srdečních.

Nemocný byl sám při přijetí celkově výrazně alterován, enormně dušný, s centrální cyanózou, normotenzní, akce srdeční 86' prav., bez ES a bez patologie na echokardiografii (EKG) – včetně event. EKG zn. embolizace plicní.

Anamnesticky jsme zjistili, že nemocný byl po nedávno prodělané a následně i scintigraficky verifikované plicní embolii warfarinizován. Byl standardně léčen a vyšetřen na interním oddělení menší městské nemocnice. Tehdy akutní hospitalizaci předcházela cca několikadenní anamnéza bolestí v zádech a pokašlávání, v den přijetí pak při chůzi do kopce oprese na hrudi s propagací do zad a dušnost. Během pobytu byl proveden základní biochemický screening naprosto bez patologie, opakované echokardiografické vyšetření a rtg předozadní snímek srdce a plic. Perfuzní plicní izotopové vyšetření svědčilo pro succesivní plicní embolizaci s převahou vpravo s tím, že k případné recidivě se nelze vyjádřit.

Po úvodní plné heparinizaci nemocný byl převeden na Warfarin s adekvátními hodnotami dle Quickova testu. Při přijetí na naši JIP ostatně Quickův test byl 2,66 INR. Anamnesticky, klinicky i dle statimového CT diagnózu potvrzuje i významná pozitivita D dimerů.

Toto vše bylo ve spojení s rychlou celkovou progresí. To nás vedlo k okamžitému podání trombolytické léčby, naštěstí s následným příznivým efektem.

Poté provedené sonografické vyšetření nitrobršních orgánů přineslo podezření na tumorózní útvar pravé ledviny. Následně indikované CT popisovalo tumorózní proces dolního pólu pravé ledviny (nejspíše Grawitzův tumor) s trombózou dolní duté žíly nad vyústěním renálních žil a maximem změn v oblasti, kde prochází lobus caudatus jater. Trombus prakticky obturoval celé lumen dolní duté žíly, ale již bez známek trombu nad úrovní jaterního hilu a nad větvením vena portae. Tumor sám infiltroval perirenální tuk a v malé míře i musculus psoas dx. Lymfatické uzliny v retroperitoneu nebyly zvětšeny.

Došlo tedy k poměrně dramatickému prognostickému zvratu a prvotní názor operatérů na řešení byl skeptický. Byl jimi vysloven následně verifikovaný předpoklad, že uvedený trombus byl smíšené etiologie, tedy i karcinomatózní.

Nicméně vzhledem k tomu, že se dalšími diagnostickými metodami včetně izotopů neprokázala generalizace procesu, byl cestou pravé vena jugularis ve spolupráci s naší rentgenovou klinikou úspěšně zaveden kavální filtr i přes to, že horní část trombu tehdy zasahovala již do výše Th 11 (dojde k progresi proti původnímu CT nálezu). Přesto se podařilo trombus kaválním filtrem překrýt, aniž jeho horní okraj zasahoval do pravé síně.

Celkový klinický stav nemocného se i nadále subjektivně i objektivně neskonale zlepšil. Proto jsme ve spolupráci s konziliáři operačních oborů naší nemocnice a zvláště pak cévním chirurgem (ve shodě s onkologem) domluvili vzhledem ke zkušenostem rozsáhlý operační zákrok na urologické klinice FN Hradec Králové. Předoperačně jsme nemocnému vysadili Warfarin a převedli jej na mikronizovaný heparin. Byla provedena pravostranná nefrectomie s kavotomií a extrakcí smíšeného trombu. Histologicky byl verifikován Grawitzův tumor pravé ledviny stadia T3b, N0, M0. Operačně nebyly prokázány známky prorůstání mimo ledvinné pouzdro. Kavafiltr byl ponechán in situ. Po 10 dnech plné heparinizace byl pacient po přechodném zajištění opět mikronizovaným heparinem převeden na Warfarin a dimitován v uspokojivém stavu, který přetrvává do dnešních dnů. Byl předán do další péče operatérů a onkologa, který řídil následnou chemoterapii.

Závěr

Je obecně známou pravdou, že plicní embolizace představuje velmi závažné onemocnění, jehož diagnostika často velmi významně závisí i na dostatečném přístrojovém vybavení zdravotnického zařízení. Pouze asi 30–50 % při pitvě nalezených embolizací plicních je diagnostikováno za života pacienta. Zvláště pak nemocní s recidivujícími plicními embolizacemi představují velmi rizikovou skupinu se zvýšenou možností smrtící komplikace. V této souvislosti pak kavální filtr znamená poměrně bezpečné řešení s udávanou účinností kolem 95 %.

V uvedené kazuistice jsme však zvláště chtěli upozornit na vhodnost pátrání po prvotní příčině tromboembolické nemoci. Určení vyvolávajících faktorů považujeme za klíčové jak s ohledem na možnost výskytu dalších embolizačních příhod, tak z potřeby následného řešení. Opakovaná plicní embolizace je často zmiňována právě v souvislosti s onkologickým onemocněním, každodenní praxe nám prokazuje, že s narůstající frekvencí. U našeho pacienta se tak diagnostikoval rozsáhlý nádor ledviny, který se nikterak dosud nemanifestoval jak subjektivně, tak ani klinicky, a to ani kupř. při standardním vyšetření moči a sedimentu při první hospitalizaci. Svým způsobem tento případ podepřel oprávněnost u nás běžně používaného diferenciálně-diagnostického postupu u nemocných s TEN. To znamená, že i v uvedeném případě jsme po zvládnutí akutního stavu krom pochopitelné možnosti širšího základního laboratorního screeningu provedli mj. u nás standardně používané sonografické vyšetření nitrobřišních orgánů, ultrazvuk žil dolních končetin, rektoskopii a urologickou (či u žen gynekologickou) onkologickou prohlídku. A bez

ohledu na zde uvedené předchorobí. Samozřejmostí u nižších věkových skupin jsou ve spolupráci s oddělením hematologie neprodlené odběry cílené na vrozené či získané poruchy hemokoagulace – zvláště pak AT III, protein C a S, APC rezistence.

Zcela na okraj této tematiky rovněž chceme zmínit naše narůstající dobré zkušenosti s laboratorním vyšetřením onkomarkerů v rámci diferenciálně-diagnostických rozpaků i jejich interpretaci.

Uvedený případ rovněž dokládá naše praktické dobré zkušenosti při využití kavafiltrů, a to jak v prevenci obecně, tak zvláště jako vhodné řešení v případě nutnosti následných rozsáhlejších operačních zákroků. Tento postup společně s patřičnou antikoagulační léčbou chrání pacienta účinně jak před výkonem, tak během něj i po něm. Potvrzujeme účinnost a racionalitu akutní fibrinolytické léčby v určitých závažných případech. Bohužel ekonomické aspekty nás nutí prakticky k používání toliko streptokinázy. Nicméně můžeme potvrdit nejen na tomto případě dobré zkušenosti s dávkovacím schématem, kdy obvykle aplikujeme dávku 1,5 milionu jednotek v infuzi po dobu dvou hodin s následnou kontinuální infuzí s heparinem. Stejně tak uvedený případ potvrzuje solidní efekt a bezpečnost mikronizovaných heparinů.

Spíše k zamyšlení vede i skutečnost, že uvedený klinický případ prokázal možnost jistého postupu i u primárně neřešitelných případů, zvláště funguje-li vzájemná komunikace a spolupráce mezi pracovišti. I to bezpochyby svědčí o současné odborné úrovni české medicíny bez ohledu na aspekty ekonomické.

Literatura

1. Decousus H, Leizorovitz A, Parent F, et al. A clinical trial of vena cava filters in the prevention of pulmonary embolism in patients with proximal deep vein thrombosis. *N Engl J Med* 1998; 338: 409–415.
2. Haire WD. Vena cava filters for the prevention of pulmonary embolism. *N Engl J Med* 1998; 338: 463–464.
3. Lazish DT, Tapson VF. Pharmacologic hemodynamic support in massive pulmonary embolism. *Chest* 1997; 111: 187.

4. Remy-jardin M, Remy J, Deshoidre F. Diagnosis of pulmonary embolism with spiral CT: comparison with pulmonary angiography and scintigraphy. *Radiology* 1996; 200: 699–706.
5. The Columbus Investigators. *N Engl J Med* 1997; 337: 657–662.
6. Widimský J, Malý J. Guidelines ČKS – Doporučení diagnostiky a léčby plicní embolie 3/98.
7. Widimský J, Malý J. Guidelines ČKS – Plicní embolie 7/2001.