Akutní perikarditida při maligním mezoteliomu pleury

MUDr. Lubica Cibičková, Ph.D.
Interní oddělení, Nemocnice Hranice

V naší kazuistice popisujeme případ pacientky s maligním mezoteliomem pleury, u které došlo k rozvoji akutní perikarditidy. K rozvoji akutní perikarditidy mohlo vést jak prorůstání mezoteliomu do perikardu, tak reaktivní zánět perikardu, tak také (nejpravděpodobněji) infekce, nejspíše virová.

Klíčová slova: maligní mezoteliom, akutní perikarditida.

A case of acute pericarditis in a patient with malignant mesothelioma

We report a case of a patient with malignant epithelial mesothelioma who developed acute pericarditis. Pericarditis might be caused by grow of the mesothelioma through pericardial membrane, or by reactive inflammation of pericardium, or by infection – particularly viral (which is the most probable cause).

Key words: malignant epithelial mesothelioma, acute pericarditis.

Interní Med. 2012; 14(3): 122–124

Úvod

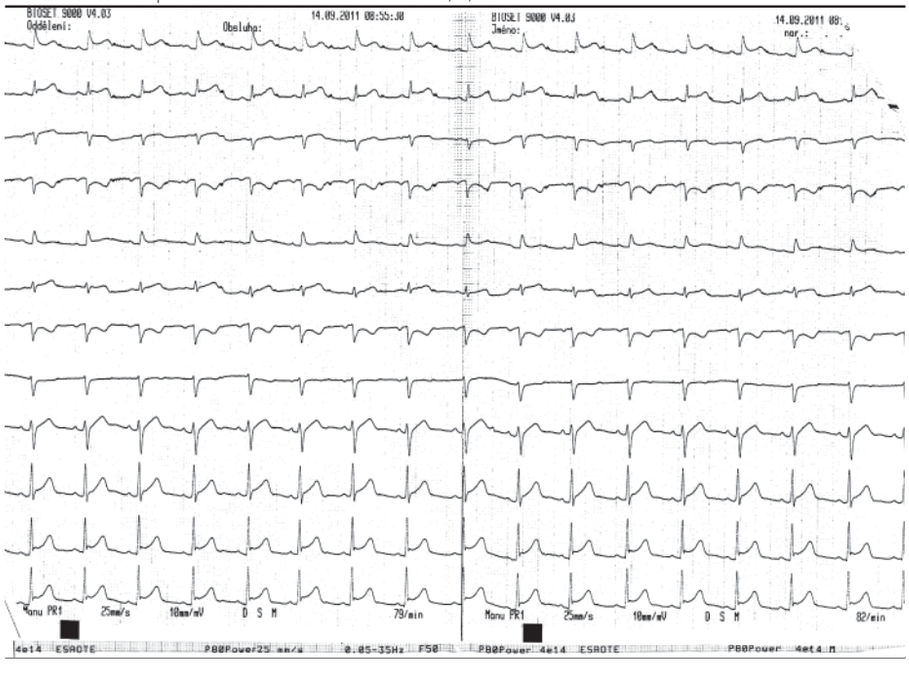
Mezoteliom je nádorové onemocnění vycházející z mezotelových buněk serózních blan, které postihuje pleuru, peritoneum, perikard, tunicu vaginalis testis a ovariální epitel. V pleurální dutině vzniká kolem 75–80 % všech případů mezoteliomu, což z něho činí nejčastější primární nádor pleury. Jedná se o vysoce agresivní nádor se špatnou prognózou a rezistencí na radioterapii i chemoterapii. Bez chemoterapie byl medián celkového přežití 5–8 měsíců, nyní se dosahuje přežívání přes 13 měsíců. Hlavním etiologickým činitelem je expozice azbestu. V našem regionu se s tímto nádorem žel setkáváme častěji, než je běžné jinde, a to kvůli 34 let trvající azbestocementové výrobě v Hranicích, která byla ukončena teprve v r. 1993. Navíc je pro mezoteliom typická dlouhá doba latence mezi expozicí azbestu a vznikem onemocnění.

Akutní perikarditida je onemocnění perikardu nejčastěji virové etiologie. Příznakem je především ostrá bolest v prekordiu, která může být provázena dušností, slabostí až synkopou. Při fyzikálním vyšetření bývá přítomen perikardiální třecí šelest. Prvním projevem na EKG jsou difuzní elevace ST úseku.

Popis případu

Sedmdesátiletá pacientka s maligním mezotelionem pleury byla přijata na naše interní oddělení pro dušnost a bolesti na hrudi. Pacientka měla v osobní anamnéze arteriální hypertenzi a hyperlipidemii, léky však neužívala. Před rokem jí byl zjištěn v rámci preventivních prohlídek (prováděných pro expozici azbestu v pracovním prostředí) epiteloidní maligní mezoteliom s difuzním postižením pravé pleury. Pacientka absolvovala 1. linii chemoterapie (ve složení cisplatina a pemetrexed) s parciální regresí nálezu. Pro následnou progresi pak byla podána 2. linie chemoterapie (pouze pemetrexed), opět s parciální regresí nálezu. Při vyšetření v naší nemocnici si pacientka stěžovala na nově vzniklou dušnost, bolesti za sternem vázané na nádech a subfebrilie. U pacientky byla přítomna normocytární anémie (hodnocena jako anémie chronických onemocnění), zvýšené známky zánětu (vstupní C-reaktivní protein 82 mg/l, leukocyty 13,1× 10^9/l s posunem doleva, prokalcitonin 3,71 ng/ml, sedimentace erytrocytů 70/107), negativní troponin, normální ledvinné funkce a pleurální výpotek vpravo s hraničním srdečním stínem. Obtíže pacientky byly vstupně hodnoceny jako projevy anemického syndromu, bolesti při prorůstání mezoteliomu a možný počínající infekt dolních cest dýchacích. Večer v den přijetí došlo ke vzniku prekolapsového stavu, pro který byla vylučována plicní embolie. Na EKG došlo k vykreslení ST elevací ve svodech I, II, V3–4 (obrázek 1), mírné deprese PR intervalu a hrotnatých T vln při normální voltáži. Poslechově byl přítomen perikardiální třecí šelest. Při opakovaných kontrolních odběrech nebyla zaznamenána

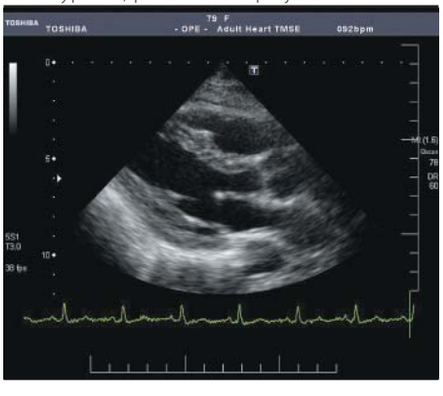
Obrázek 1. Vstupní EKG: elevace ST ve svodech I, II, V3–4



Obrázek 2. UZ srdce: šipky ukazují na malý výpotek v perikardu, parasternální projekce

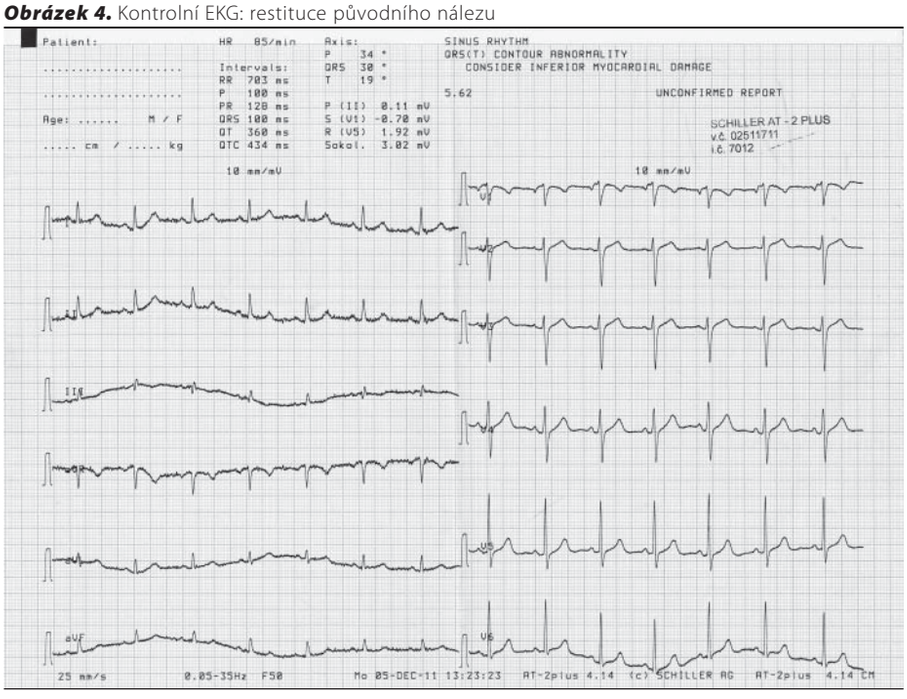
Obrázek 3. CT hrudníku: bez známek prorůstání mezoteliomu z pravé pleurální dutiny do perikardu; obrázek poskytnut laskavostí MUDr. Terezy Hubíkové z radiodiagnostického oddělení, Nemocnice Hranice, a.s.

Obrázek 5. Kontrolní UZ srdce: bez perikardiálního výpotku, parasternální projekce



elevace troponinu. Ultrazvukové (UZ) vyšetření srdce neprokázalo poruchu kinetiky ani plicní hypertenzi, ale malý perikardiální výpotek bez známek tamponády (obrázek 2). Na UZ srdce ani CT vyšetření hrudníku nebylo patrno prorůstání tumorózních hmot z pravé pohrudniční dutiny do perikardu (obrázek 3). Stav jsme hodnotili jako akutní perikarditidu. Pacientka byla zaléčena analgetikem – antiflogistikem (ibuprofen 3× 400 mg) a antibiotiky (amoxicilin s klavula-

Obrázek 4. Kontrolní EKG: restituce původního nálezu



nátem). Postupně došlo ke zlepšení klinického i laboratorního stavu pacientky a na EKG k regresi elevací úseku ST a oploštění vln T (bez jejich inverze). Při kontrole v plicní ambulanci po měsíci od zaléčení akutní perikarditidy byla pacientka v dobrém stavu bez známek progrese maligního mezoteliomu. Také za 2,5 měsíce od ataky akutní perikarditidy přetrvávala úplná restituce EKG nálezu (obrázek 4), na ultrazvukovém vyšetření nebyl přítomen perikardiální výpotek ani známky konstriktivní perikarditidy (obrázek 5) a také poslechově vymizel perikardiální třecí šelest.

Diskuze

Popsali jsme případ pacientky s maligním mezoteliomem pleury, u které došlo ke vzniku akutní perikarditidy. Pro tuto diagnózu svědčí typický perikardiální třecí šelest, EKG změny a perikardiální bolest. Tak, jako je jistá samotná diagnóza akutní perikarditidy, však již není jistá její etiologie. V úvahu přichází několik možností. Jednak se mohlo jednat o perikarditidu při přímém prorůstání mezoteliomu, což se nám však pomocí CT vyšetření hrudníku nepodařilo prokázat, i když jednoznačně tuto možnost vyloučit nelze. Dále by se mohlo jednat o koincidenci maligního mezoteliomu pleury a primárního mezoteliomu perikardu. V dostupné literatuře jsme nalezli několik desítek kazuistik pacientů s primárním mezoteliomem perikardu (např. 1,2) a dvě s perikarditidou při mezoteliomu pleury (3, 4). V prvním případě se jednalo o konstriktivní perikarditidu jako následek ozařování mezoteliomu pleury (3) a v druhém případě o perikarditidu s výpotkem a známkami chronického zánětu při maligním mezoteliomu pleury, který však do perikardu neprorůstal (4). Také v našem případě se mohlo jednat o reaktivní perikarditidu, jako byla popsána v uvedené kazuistice (4). Tuto etiologii by podporoval také nález výpotku v levé pleurální dutině, kdy levostranná pleura nebyla nádorem postižena. Jako další se nabízí možnost koincidence maligního mezoteliomu pleury s akutní perikarditidou infekční etiologie, ať by se jednalo o bakteriální, virovou, mykotickou či tuberkulózní. Jelikož jsme neprováděli sérologické vyšetření, biopsie z perikardu ani nepunktovali přítomný malý výpotek, nelze příčinu perikarditidy spolehlivě stanovit. Vzhledem k promptní reakci pacientky na naši terapii se domníváme, že šlo pravděpodobně o poslední jmenovanou příčinu – infekční, s velkou pravděpodobností virovou. Vzhledem k tomu, že pacientka neprodělala radioterapii a ani podávaná chemoterapie nezpůsobuje v rámci pozdní toxicity perikardiální výpotek, můžeme s jistotou vyloučit alespoň tyto dvě etiologie akutní perikarditidy (tj. postiradiační a polékovou), které by teoreticky připadaly v úvahu.

Tabulka 1. Etiologie akutních perikarditid (podle 5)

Idiopatická
Infekční (virová, bakteriální, mykotická)
Urémie
Hypotyreóza
Akutní infarkt myokardu
Neoplazmata
Postiradiační
Poléková
Postkardiotomický syndrom
Systémová a autoimunitní onemocnění

Závěr

Kazuistika popisuje vzácnou koincidenci akutní perikarditidy a maligního mezoteliomu pleury, který je žel v našem regionu častější, než je běžné v jiných oblastech. Prognóza naší pacientky je jistě dána především nádorovým onemocněním, avšak kardiologické sledování při akutní perikarditidě je rovněž nutné k zachycení eventuální progrese perikardiálního výpotku či přechodu do konstriktivní perikarditidy. Přestože se jednalo o pacientku se známým maligním onemocněním, nebyla etiologie perikardiálního výpotku přičtena automaticky malignitě, ale zvažovali jsme i diskutované další možné příčiny.

Tato práce byla ve zkrácené verzi publikována na stránkách intranetu České internistické společnosti.

Literatura

1. Llewellyn MJ, Atkinson MW, Fabri B. Pericardial constriction caused by primary mesothelioma. Br Heart J. 1987; 57(1): 54–57.

2. Meysman M, Noppen M, Demeyer G, Vincken W. Malignant epithelial mesothelioma presenting as cardiac tamponade. Eur Heart J. 1993; 14(11): 1576–1577.

3. Hickey EJ, Khan AA, Chambers JB, Lang-Lazdunski L. Constrictive pericarditis after left extrapleural pneumonectomy and radiotherapy for malignant mesothelioma. J Thorac Oncol. 2007; 2(7): 673–675.

4. Weir NA, Gerstenhaber B. A case of pleural mesothelioma with effusive-constrictive pericarditis. Yale J Biol Med. 2001; 74(3): 159–163.

5. Onemocnění perikardu. In: Vojáček J, Kettner J. Klinická kardiologie. Nucleus HK. 2009, s. 483.

Článek přijat redakcí: 27. 12. 2011
Článek přijat k publikaci: 5. 1. 2012

MUDr. Lubica Cibičková
Interní oddělení, Nemocnice Hranice
Zborovská 1245, 753 22 Hranice
cibickova@seznam.cz