



Kasuistika | Case report

EKG nález elevací úseku ST anterolaterálně jako primomanifestace adenokarcinomu plic, kasuistika

(ECG findings of the anterolateral ST segment elevation as a primary manifestation of lung adenocarcinoma: a case report)

**Richard Milkovič^a, Peter Telekes^a, Pavel Nedbal^a, Vladimír Hraboš^a,
Petra Antonová^b, Rostislav Polášek^a**

^aKardiocentrum Krajské nemocnice Liberec, a. s., Liberec, Česká republika

^bOddělení patologie, Krajská nemocnice Liberec, a. s., Liberec, Česká republika

INFORMACE O ČLÁNKU

Historie článku:

Došel do redakce: 14. 1. 2012

Přepřacován: 29. 1. 2012

Přijat: 30. 1. 2012

Klíčová slova:

Adenokarcinom plic

Elevace úseku ST

anterolaterálně

Karcinomatózní infiltrace

perikardu

SOUHRN

Nádorová onemocnění srdce se v populaci nevyskytují moc často. Klinické projevy jsou nespecifické a závi-sejí na velikosti a lokalizaci nádoru. Naše kasuistika pojednává o 56letém pacientovi, který byl odeslán na naše pracoviště k selektivní koronarografii pod obrazem infarktu myokardu s elevacemi úseku ST. Podkla-dem EKG změn byl však pokročilý karcinom plic s prorůstáním do myokardu.

© 2012, ČKS. Published by Elsevier Urban and Partner Sp. z.o.o. All rights reserved.

Úvod

K méně obvyklým onemocněním srdce patří nádory. Je-jich sekční prevalence je 0,01–0,3 %, z toho je 12–25 % maligních a 75–85 % benigních [1].

Mezi primárními nádory převažují benigní formy – myxom, papilární fibroelastom, hemangiom, lipom, rhab-domyom, teratom, lymfangiom, cystický nádor síňokomo-rového uzlu. Maligní formy tvoří méně než 10 % primár-ních nádorů – angiosarkom, leiomyosarkom, fibrosarkom, rhabdomyosarkom, maligní lymfom, mesoteliom, maligní teratom [2].

Sekundární, metastatické nádory jsou šedesát- až sto-krát častější než primární nádory a obecně jsou spojeny s horší prognózou [3]. U nemocných s generalizovanými karcinomy je srdce postiženo v 5–12 %, a to buď přímým prorůstáním z okolí, nebo formou metastáz hemato-genně, lymfogenně nebo jako implantační metastázy na endokardu pravého srdce při nádorech v oblasti dolní duté žíly (játra, ledviny) [3,4].

Nádory srdce, zvláště primární, mohou být dlouho asymptomatické [5]. Na druhé straně však mohou mít i závažné a pestré klinické symptomy. Manifestují se buď jako náhlé onemocnění při embolizaci nádorové hmoty

Adresa: MUDr. Richard Milkovič, Kardiocentrum Krajské nemocnice Liberec, a. s., Husova 10, 460 63 Liberec,

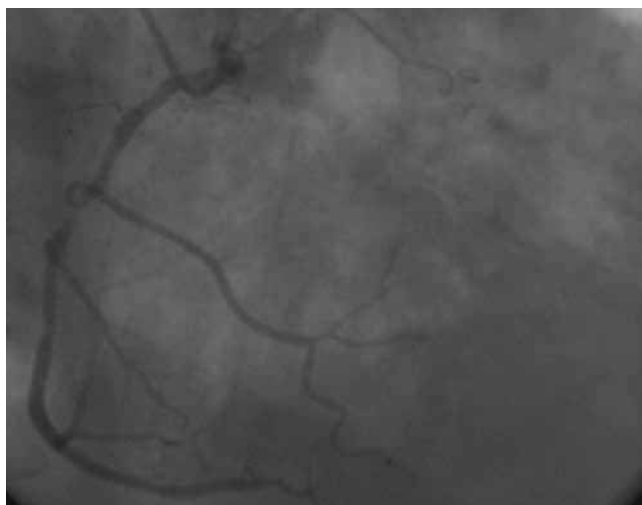
e-mail: Richard.Milkovic@seznam.cz

DOI: 10.1016/j.crvasa.2012.01.013

vyšetření potvrdilo rozsáhlé pseudoaneurysma v oblasti srdečního hrotu vyplněné tromby (cca 5 cm). Ostatní segmenty měly zachovanou kinetiku s dobrou celkovou systolickou funkcí levé komory (obr. 4).

Také dynamika markerů kardiálního poškození svědčila pro akutní koronární syndrom.

Již v den přijetí došlo k rychlému zhoršení celkového stavu, progresi dušnosti při městnavém srdečním selhání s nutností orotracheální intubace a umělé plicní ventilace. Vzhledem k nejednoznačnému echokardiografickému nálezu v oblasti hrotu a pro podezření na možné komitující nádorové onemocnění u chronického kuřáka jsme indikovali CT vyšetření hrudníku, které prokázalo prokrvácené ložisko v oblasti hrotu infiltrující bránici a hrudní stěnu a metastatické postižení perikardu. V levém plicním křídle v segmentu S6 a S10 bylo ložisko charakteru primárního tumoru a další dvě metastatická ložiska v pravé plicí a játrech (obr. 5 a 6).



Obr. 5 – Těsná stenóza pravé koronární tepny



Obr. 6 – CT scan s primárním tumorem v levé plicí v segmentech S6 a S10

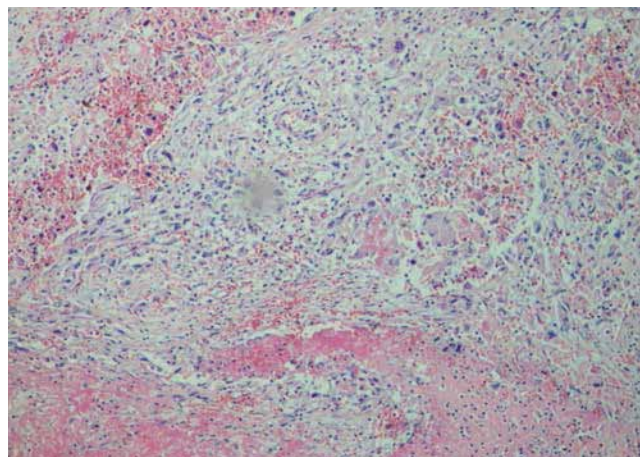
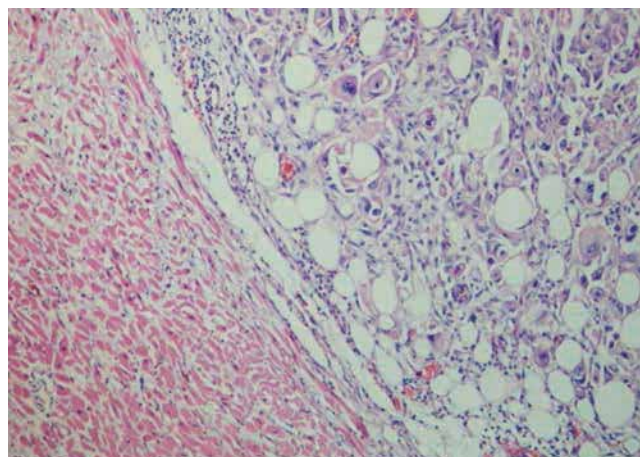
Vzhledem k rozsahu a charakteru onemocnění, byl po konsiliárním vyšetření hrudním chirurgem a onkologem stanoven paliativní postup v léčbě. Po pěti dnech symptomatické léčby pacient zemřel.

Patologicko-anatomický nálezn

Byl zjištěn karcinom levého dolního plicního laloku s generalizací: karcinomatózní infiltrací parietální a viscerální pleury, perikardu a transmurální infiltrací myokardu.

Histologický nálezn

V srdci byla přítomna mnohohožisková infiltrace perikardu a myokardu levé i pravé srdeční komory nízce diferencovaným až anaplastickým pleomorfním adenokarcinomem s nekrotizacemi a prokrvácenými, angioinvasivními. Místy docházelo k transmurální invazi s penetrací nádorových struktur na vnitřní povrch komory s přiléhajícím nástěnným krevním trombem. V okolí nádorových struktur byla patrná atrofie a nekrózy svalových vláken s neutrofily. V zachovaných partiích byla disperzní myofibróza, koronární arterioskleróza a hypertrofie svalových vláken (obr. 7 a 8).



Obr. 7 a 8 – Histologické nálezy anaplastického pleomorfního adenokarcinomu

Závěr

Elevace úseku ST není specifická pro akutní infarkt myokardu (STEMI). Přetrvávající elevace úseku ST nacházíme nejčastěji u syndromu časně repolarizace, chronického aneurysmatu LK i u perikarditidy různé etiologie. V posledním případě je důležitá absence kontralaterálních depresí [7]. Příčina elevací úseku ST nemusí být jasná z anamnézy, fyzikálního vyšetření, a jak vyplývá z naší kasuistiky, nemusí být odhalena ani transthorakální a transezofageální echokardiografií. Při nejasnostech pomůže vyšetření struktur sousedících se srdcem pomocí CT vyšetření, eventuálně MR. U pacienta s akutním koronárním syndromem s elevacemi úseku ST je po převozu do kardiocentra léčbou volby okamžité provedení přímé koronární angioplastiky. V některých případech je potřebné zvážit, zda by nemělo být provedeno statimové echokardiografické vyšetření ještě před primární koronární angioplastikou, zejména u pacientů s atypickými symptomy.

U pacientů se známou malignitou je nutné v případě vzniku kardiálních symptomů myslet na možné metastatické poškození srdce. Až u 20 % lidí, kteří zemřeli na zhoubné onemocnění, byly zjištěny metastázy myokardu a perikardu [6].

Dle sekčních nálezů je ve 36 % příčinou srdečních metastáz bronchogenní karcinom [3].

Literatura

- [1] Dúbrava J. Maligne tumory srdce. Onkológia (Bratisl.) 2007;2:74–78.
- [2] Táborská K, Linhart A. Nádory srdce. In: Aschermann M, Widimský P, Veselka J, et al. Kardiologie. Praha: Galén, 2004:1059–75.
- [3] Chiles C, Woodard PK, Gutierrez FR, Link KM. Metastatic involvement of the heart and pericardium: CT and MR imaging. Radiographics 2001;21:439–49.
- [4] Sabatine MS, Colucci WS, Schoen FJ. Primary tumors of the heart. In: Zipes DP, et al. Braunwald's heart disease. A text book of cardiovascular medicine. 7th Edition, Philadelphia: Elsevier Saunders, 2005:1741–56.
- [5] Janoušek S. Nádory srdce. In: Štejfá M, et al. Kardiologie, 3. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2007:674–5.
- [6] Riedel M. Akutní a rekurentní perikarditida. Kardiologická revue 2003;2:64–8.
- [7] Vítovec J, Fischerová B. Onemocnění perikardu. In: Vojáček J, Kettner J. Klinická kardiologie. Hradec Králové: Nucleus HK, 2009:744–53.

Z anglického originálu přeložil autor.