

Poúrazová mediastinální cysta

Milan Hrdlička, Tomáš Brabec, Ladislav Kalas*, Jan Černý**

Interní oddělení, Vojenská nemocnice, *Oddělení radiologie a ultrazvukové diagnostiky,

**Centrum kardiovaskulární a transplantační chirurgie, Brno, Česká republika

Hrdlička M, Brabec T, Kalas L*, Černý J** (Interní oddělení, Vojenská nemocnice, *Oddělení radiologie a ultrazvukové diagnostiky, **Centrum kardiovaskulární a transplantační chirurgie, Brno, Česká republika). **Poúrazová mediastinální cysta.** *Cor Vasa* 2006;48(11):399–401.

Diferenciální diagnostika bolestí na hrudi je jedním z nejčastějších problémů, se kterým se setkávají lékaři lékařské služby první pomoci, interních a neurologických ambulancí.

V práci popisujeme případ 31letého muže s poúrazovou cystou mediastina, jejíž diagnóza byla určena na interním oddělení Vojenské nemocnice (VN) v Brně a následně pak provedena elektivní operace v mimotělním oběhu v Centru kardiovaskulární a transplantační chirurgie (CKTCH). Krátce se také zmíníme o pooperačních komplikacích.

Klíčová slova: Bolest na hrudi – Mediastinální cysta

Hrdlička M, Brabec T, Kalas L*, Černý J** (Department of Medicine, Military Hospital, *Department of Radiology and Ultrasound Diagnosis, **Cardiovascular and Transplant Surgery Center, Brno, Czech Republic). **Post-traumatic mediastinal cyst.** *Cor Vasa* 2006;48(11):399–401.

The differential diagnosis of chest pain is one of the most common problems faced by physicians of emergency medical service and outpatient departments of internal medicine and neurology.

The paper is the case report of a 31-year-old man with a post-traumatic mediastinal cyst diagnosed at the Department of Medicine of the Brno-based Military Hospital and subsequently removed during scheduled on-pump surgery in the Cardiovascular and Transplant Surgery Center. Postoperative complications are also briefly mentioned.

Key words: Chest pain – Mediastinal cyst

Adresa: MUDr. Milan Hrdlička, Interní oddělení, Vojenská nemocnice, Zábrdovická 3, 636 00 Brno, Česká republika, e-mail: mhrdlicka@vnbrno.cz

ÚVOD

Cysta je obecně definována jako chorobně vzniklá dutina s vlastní výstelkou vyplněná tekutým obsahem. Cysty mediastina lze dělit podle zjištěné výstelky a odlišné lokalizace:

1. bronchogenní – s bronchiální výstelkou, nejčastěji tvoří kulovité zastínění při karině průdušnice;
2. enterogenní – s žaludeční nebo střevní výstelkou, nejčastěji lokalizována ve středním nebo zadním mediastinu;
3. perikardiální – ovoidní zastínění v kardiofrenickém úhlu vpravo.

Podle velikosti a lokalizace může docházet k útla-ku okolních tkání a orgánů, čímž je dána případná klinická manifestace.

V diagnostice se dnes uplatňuje především ultrazvuk (ECHO), dále počítačová tomografie (CT) a v neposlední řadě též magnetická rezonance (MR).

Asymptomatické cysty většinou nevyžadují terapeutickou intervenci, pokud činí obtíže, přichází v úvahu operační řešení.

KASUISTIKA

31letý muž byl přijat na neurologické oddělení Vojenské nemocnice pro asi čtyři dny trvající atypické

bolesti zad a bolesti na hrudi. Pacient je dosud zcela zdrav, bez medikace, v jeho anamnéze je uvedena autotahavie s kontuzí hrudníku před více než jedním měsícem.

Vertebrogenní etiologie obtíží byla záhy vyloučena a vzhledem k intermitentním cefalalgím, subfeбриlím, elevaci zánětlivých parametrů a anamnéze herpetické infekce byla zvažována i neuroinfekce, kterou však likvorologické vyšetření ani další klinický průběh nepotvrdily.



Obr. 1 EKG při přijetí

Pacient byl přeložen na interní oddělení.

Při vstupním vyšetření byl normotenzní, v poslechovém nálezu dominovala tachykardie s rozštěpem II. ozvy nad bází, subfebrilie.

Na elektrokardiogramu (EKG) byla pouze sinusová tachykardie s inkompletním blokem pravé větve Tawarova raménka, jinak bez specifické patologie (obrázek 1).

V laboratorním nálezu dominovala leukocytóza s posunem doleva a zvýšení C-reaktivního proteinu (CRP), ostatní hodnoty byly v normě, včetně koagulací a markerů poškození myokardu.

Bylo provedeno transthorakální echokardiografické vyšetření s velmi pravděpodobným nálezem kulovitě-



Obr. 2 Echokardiografický nálezn zachycující kulovitý útvar v levé síni

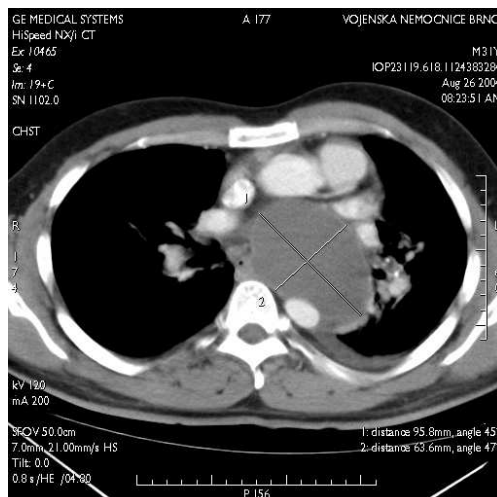
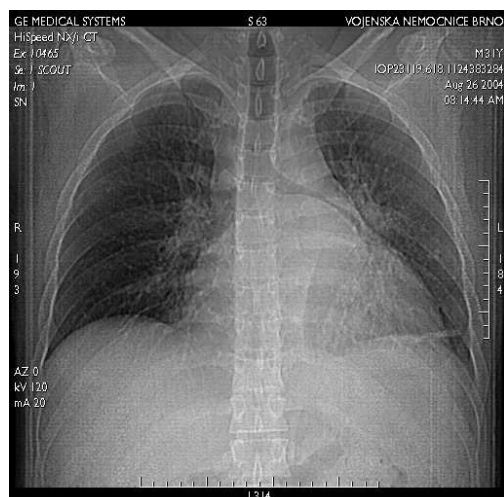
ho útvaru v levé síni (obrázek 2) a následně vyšetření CT, na němž byla popsána expanze ve střední části mediastinu o rozměrech asi 10 × 6 × 7 cm (obrázek 3).

Pacient byl přeložen do Centra kardiovaskulární a transplantační chirurgie. Zde bylo doplněno transesofageální echokardiografické vyšetření, popisující útvar s cystickým projasněním laterálně a dorzálně od levé síně, komprimující levou síň, sestupnou aortu a horní dutou žílu.

Nález byl potvrzen pravostrannou katetrizací (tlakové změny na horní duté žíle, pravostranných srdečních oddělech a pravé větvi plicnice, plicní hypertenze) a následně vyšetřením magnetickou rezonancí (obrázek 4).

Na základě provedených vyšetření byl pacient indikován k elektivnímu výkonu v mimotělním oběhu, při kterém bylo provedeno vyprázdnění mediastinální cysty a perikardiálního hnisavého výpotku (obrázek 5). Obsah cysty byl odeslán na bakteriologické a cytologické vyšetření; PCR (polymerized chain reaction, polymerázová řetězová reakce) na bakterie a houby bylo negativní; cytologický obraz blíže nespecifikované cystoidní buněčné transformace.

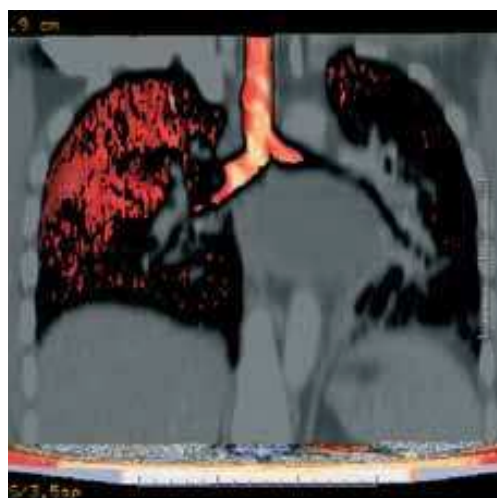
Časně po operaci byl pacient extubován, hemodynamicky byl stabilní, při propuštění z nemocnice pokračoval v léčbě antibiotiky a kortikoidy. V dalším průběhu léčení byl nemocný opakovaně rehospitalizován pro recidivující postperikardiotomický syndrom, při první rehospitalizaci na CKTCH bylo nutno provést punkční drenáž perikardu – bylo odstraněno asi 1 000 ml sangvinolentního výpotku, v dalších dvou případech hospitalizace (již ve Vojenské nemoc-



Obr. 3 CT-nález expanze ve středním mediastinu

CT1 – prostý skiagram hrudníku (vlevo)

CT2 – transverzální řez (vpravo)



CT3 – sagitální řez (vlevo)

CT4 – 3D rekonstrukce (vpravo)



Obr. 4 Vyšetření MR verifikující cystoidní tumorózní expanzi zadního mediastina utlačující LS, descendentní Ao a HDŽ

LS – levá síň, Ao – aorta, HDŽ – horní dutá žíla

MR1 – sagitální řez (vlevo)

MR2 – frontální řez (vpravo)

nici v Brně) se pleuroperikarditida řešila konzervativně (antibiotika, nesteroidní antirevmatika, inhibitory ACE).

Po roce (od poslední dimise) je pacient zcela bez obtíží, pravidelně je sledován v ambulantním kardiologickém zařízení.

DISKUSE

U pacienta s atypickými bolestmi na hrudi jsme vzhledem k věku a anamnéze úrazu uvažovali o muskuloskeletální příčině obtíží, čemuž však neodpovídaly subfebrilie a laboratorní nález zvýšené zánětlivé aktivity.

Podle nálezů sinusové tachykardie s inkompletním blokem pravé větve Tawarova raménka na elektrokardiogramu přicházela v úvahu i možná plicní embolizace, avšak proti ní svědčil negativní výsledek vyšetření D-dimerů a následně i provedené echokardiografické vyšetření.

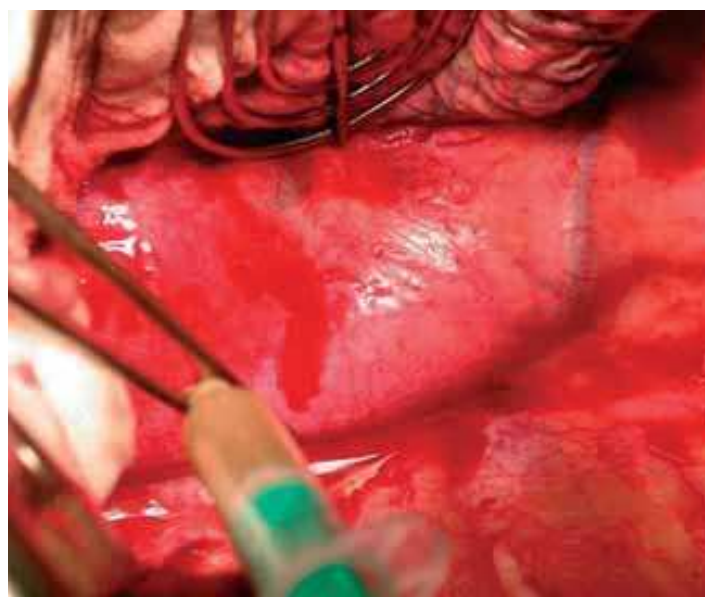
Na transthorakálním echokardiografickém nálezů nejvíce imponoval intrakardiální tumor; zarážející byla velikost útvaru, který prakticky vyplňoval celý prostor levé síně. Situaci více ozřejmilo až provedené CT-vyšetření, které ukázalo extrakardiální lokalizaci útvaru a útlak levé síně, levého hlavního bronchu a výtokového traktu levé komory. Transezofageální echokardiografické vyšetření nebylo z technických důvodů možné provést na našem pracovišti, proto jsme dále pacienta předali do péče CKTCH.

Zde bylo nutné doplnit další vyšetření (pravostrannou katetrizaci a MR). Definitivní diagnóza byla stanovena až při kardiokirurgickém výkonu.

Vzhledem k časové koincidenci se nabízí souvislost vzniku mediastinální cysty s traumatickou kontuzí hrudníku, otázkou zůstává přítomnost perikardiálního výpotku makroskopicky purulentního vzhledu, který se kultivačně ukázal jako sterilní. Mohlo se jednat o aseptickou zánětlivou reakci perikardu na extramurální kompresi, což by odpovídalo i laboratorně mírné elevaci markerů zánětu.

ZÁVĚR

V práci jsme chtěli poukázat na problémy rutinního přístupu k pacientovi s bolestí na hrudi, kdy mohou předčasné diagnostické závěry vést k mylnému zhodnocení stavu, a tím i zavedené léčbě. Při pátrání po



Obr. 5 Operační nález s vyprázdněním hnisavého výpotku perikardu

příčině thorakalgii je třeba komplexně zhodnotit všechny anamnestické ukazatele s přihlédnutím k věku nemocného a pečlivě volit a interpretovat pomocná laboratorní a zobrazovací vyšetření.

LITERATURA

1. Crawford MH, DiMarco JP, Paulus WJ, et al. Cardiology. 2nd ed. Oxford: Mosby, 2004:1508.
2. Braunwald E, Antman EM, Barold SS, et al. Heart Disease: A Textbook of Cardiovascular Medicine. 5th ed. Philadelphia: WB Saunders Company, 1997:1522.
3. Bennett JC, Plum F, Ahronheim JC, et al. Cecil Text Book of Medicine. 20th ed. Philadelphia: WB Saunders Company, 1996:390.
4. Siegenthaler W, Ammann R, Bollinger A, a spol. Diferenciální diagnostika vnitřních chorob. Praha: Aventinum, 1995:13.2, 16.38, 16.46.
5. Niederle P, Aschermann M, Elbl L, a spol. Echokardiografie. Praha: Triton, 2002:257–74.
6. Linhart A, Paleček T, Aschermann M. Echokardiografie pro praxi. Praha: Audioscan, 2002:97, 179–89.
7. Berkow R, Fletcher AJ, Chir B, et al. Merck Manual. 1. české vydání. Praha: X-Egem, 1996:325–7.

Došlo do redakce 4. 9. 2006

Přijato k otištění 3. 10. 2006