

Akutní infarkt myokardu s elevacemi úseku ST u mladého nemocného s adenokarcinomem rekta

Gabriela Dostálová¹, Jan Bělohlávek¹, Kateřina Jirátová¹, Vítková Ivana², Aleš Linhart¹

¹ II. interní klinika kardiologie a angiologie, Všeobecná fakultní nemocnice a 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy,

² Ústav patologie, Všeobecná fakultní nemocnice a 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy, Praha, Česká republika

Dostálová G, Bělohlávek J, Jirátová K, et al. **Akutní infarkt myokardu s elevacemi úseku ST u mladého nemocného s adenokarcinomem rekta.** *Cor Vasa* 2010;52:532–533.

Autoři prezentují případ nemocného, který prodělal akutní infarkt myokardu již ve svých 35 letech. Následná krvácivá komplikace při kombinované antiagregační a antikoagulační terapii u tohoto nemocného vedla k nálezu dlaždicobuněčného karcinomu v oblasti rekta, který byl úspěšně odstraněn. V případě akutního infarktu myokardu provázeného krvácivou komplikací je nezbytné komplexní vyšetření nemocného, včetně onkologického screeningu i u mladého jedince.

Klíčová slova: Akutní infarkt myokardu – Antiagregační terapie – Krvácení – Dlaždicobuněčný karcinom

Dostálová G, Bělohlávek J, Jirátová K, et al. **Acute ST-elevation myocardial infarction in a young male with rectal adenocarcinoma.** *Cor Vasa* 2010;52:532–533.

The authors present the case of a man developing an acute myocardial infarction when only 35 years old. A subsequent bleeding complication while receiving antiplatelet and anticoagulation therapy led to the finding of squamous cell carcinoma in the rectal region; the carcinoma was successfully removed. Patients developing acute myocardial infarction associated with a bleeding complication require comprehensive assessment including cancer screening tests even in young individuals.

Key words: Acute myocardial infarction – Antiplatelet therapy – Bleeding – Squamous cell carcinoma

Adresa: MUDr. Gabriela Dostálová, II. interní klinika kardiologie a angiologie, VFN a 1. LF UK, U Nemocnice 2, 128 08 Praha 2, Česká republika, e-mail: gdosta@lf1.cuni.cz

Pětatřicetiletý, dosud zdravý muž byl vyšetřen pro nově vzniklou, jednu hodinu trvající, klidovou bolest na hrudi. Bolest se objevila poprvé v životě, nikdy podobné obtíže neměl. Šlo o aktivního kuřáka, s denním příjmem alkoholu minimálně 1 litr vína.

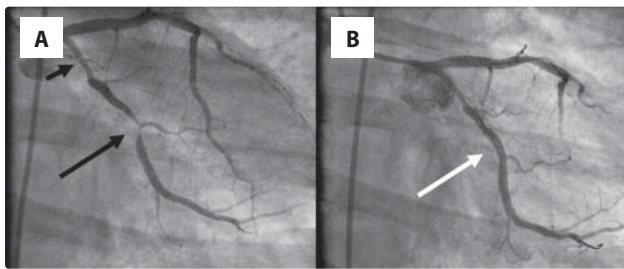
Dle EKG byly zjištěny elevace < 1 mm na spodní stěně, echokardiograficky normální nález, ejekční frakce levé komory > 65 %, bez poruchy kinetiky stěn. Laboratorně byly prokázány známky myokardiální nekrózy (troponin I 0,29 µg/l při normě do 0,03) a provedené koronarografické vyšetření prokázalo aterosklerotické poškození všech tří větvitých tepen, na ramus interventricularis anterior (RIA) bylo 40% zúžení, v povodí ramus circumflexus (RCx) proximálně 50% táhlé zúžení, dále v místě odstupu menší marginální větev byla těsná 80% stenóza (obrázek 1), která byla zhodnocena jako „culprit“ léze. Pravá větvitá tepna (ACD) měla ve střední části 40% stenózu (obrázek 2). Distální stenóza

RCx byla ošetřena implantací metalického stentu, proximální stenóza na RCx byla ponechána neošetřená. Nemocnému byla podána standardní antikoagulační a antiagregační léčba.

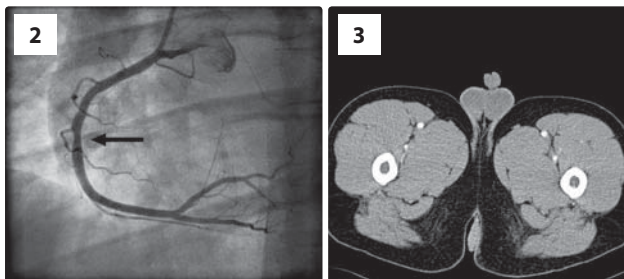
Hospitalizace byla ale během dvou hodin od provedené intervence komplikována závažným krvácením nemocného z oblasti konečníku, kde byl zjištěn perianálně rostoucí květákovitý útvar. Vzhledem k pokračujícímu krvácení byla již třetí den po intervenci ukončena antiagregační léčba, nemocný ponechán na nízkomolekulárním heparinu. V rámci předoperační přípravy bylo doplněno CT vyšetření břicha a malé pánve (obrázek 3), s nálezem zleva se vyklenující hyperdenzní formace v oblasti anu o velikosti 56 × 18 mm, zevně ostře ohraničená, bez přítomnosti zvětšených uzlin ve vyšetřované oblasti. Ostatní vyšetření byla negativní ve smyslu metastatického rozsevu.

Desátý den po provedení perkutánní intervence v povodí RCx, kdy byl nemocný zcela bez angínózních obtíží,

Tato práce byla podpořena grantem Ministerstva zdravotnictví ČR – IGA NS 9770-4/2008.



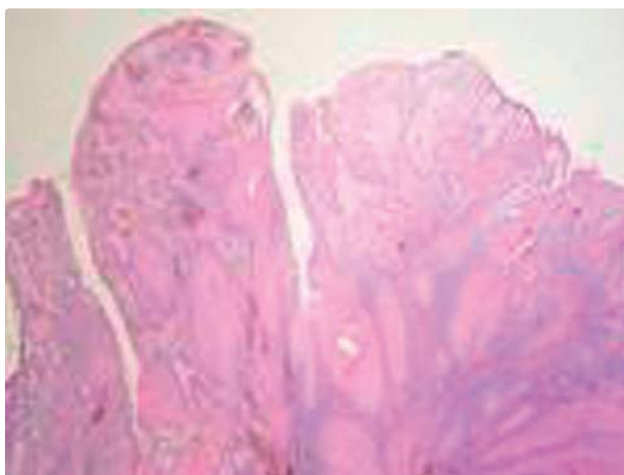
Obrázek 1 Koronarografie levé věnčité tepny, (A) patrná nevýznamná táhlá stenóza proximální části RCx (malá černá šipka) a kritická stenóza střední části s odstupující marginální větví (velká černá šipka), (B) stav po implantaci metalického stentu do střední části RCx (bílá šipka)



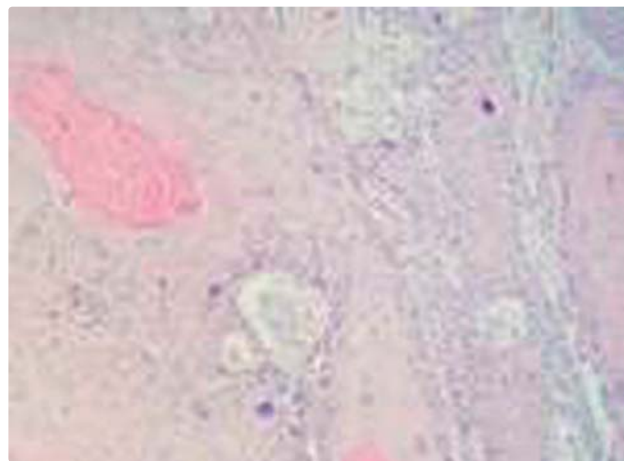
Obrázek 2 Koronarografie pravé věnčité tepny: patrný nevýznamný plát ve střední části (šipka)

Obrázek 3 CT nález: zleva se vyklenující hyperdenzní formace v oblasti anu o velikosti 56 x 18 mm, zevně ostře ohraničená

byla provedena kompletní excize perianálního útvaru i s částí subkutánní porce zevního svěrače. Mikroskopický nález (obrázky 4, 5) ukázal invazivní, dobře diferencovaný, rohovějící dlaždicobuněčný karcinom s ložiskovými nekrotizacemi. Nádor nedosahoval okrajů ani spodiny resektované částky.



Obrázek 4 Povrchová část verukózně uspořádaného nádoru, infiltrace do stromatu (barveno hematoxylinem-eosinem [HE], zvětšení 20x)



Obrázek 5 Detail infiltrující části nádoru, ve kterém jsou vícečetné buněčné atypie až monstrozity (HE, zvětšení 400x)

V době propuštění i při následných ambulantních kontrolách je nemocný zcela bez obtíží. Při standardní terapii ischemické choroby srdeční je bez anginy pectoris, bez dušnosti. Nadále bez známek recidivy nádorového onemocnění.

Diskuse

Je známo několik kasuistických sdělení o nově diagnostikovaném karcinomu střeva u nemocných s AIM léčených trombolýzou s následným krvácením ze střeva; jedním z prvních bylo sdělení Bakera a spol. v roce 2002.¹ Již tehdy autoři zdůrazňovali nezbytnost dovyšetření takových nemocných, včetně vyloučení vředové choroby, cévní malformace, divertikulózy střeva a rovněž vyloučení nádorového onemocnění střeva.

U nemocných s akutním koronárním syndromem je nyní zlatým standardem podání nejen antikoagulační terapie (heparin i.v.), ale i duální antiagregace (kyselina acetylsalicylová, clopidogrel), stejně jako tomu bylo v našem popisovaném případě. Krvácivá komplikace antikoagulační anebo antiagregační terapie,² zvláště pak krvácení z oblasti střeva u nemocných s akutním koronárním syndromem, by měla být jasným signálem k dalšímu vyšetřovacímu procesu a vyloučení možné patologie v oblasti gastrointestinálního traktu.

Literatura

1. Baker JW, Mitchell SJ, Dixon AR. Early diagnosis of colonic carcinoma: a haemorrhagic complication after the use of tissue plasminogen activator. *Postgrad Med J* 2002;78:429.
2. Norton SA, Armstrong CP. Lower gastrointestinal bleeding during anticoagulant therapy: a life-saving complication? *Ann R Coll Surg Engl* 1997; 79:38–39.

Došlo do redakce 1. 8. 2010

Přijato 17. 8. 2010