

obtíží byla nepravděpodobná normálním echokardiografickým nálezem i nízkým NTproBNP (504 ng/l). Laboratorně byla u pacienta přítomna hypoproteinemie, hypalbuminemie (celková bílkovina 65 g/l, albumin 28 g/l). Pro dušnost při progresi pravostranného výpotku byl zaveden hrudní drén, vyšetření punktátu prokázalo stejný charakter výpotku jako jeho předchozí rozbor. Bronchoskopický nálezn byl v mezích normy, cytologie bronchoalveolární tekutiny byla bez známek malignity. Za hospitalizace se následně manifestoval i levostranný výpotek (de novo), který se rozvinul až do objemu vyžadujícího druhostrannou hrudní drenáž. Levostranný pleurální výpotek byl překvapivě biochemicky a makroskopicky charakteru chylothoraxu, cytologicky maligní buňky nebyly přítomny, dle Lightových kritérií transudát, triacylglycerol (TG) 10,8 mmol/l, pH 7,5. Lymfografie nebyla dostupná na našem pracovišti a jednoznačná příčina chylothoraxu v tuto chvíli nebyla vysvětlena. Pacienta jsme převedli na plnou parenterální výživu s nízkou hladinou triglyceridů. Na kontrolním CT hrudníku trvala atelektáza dolního laloku pravé plic, objevila se reaktivní mediastinální a hilová lymfadenopatie vpravo. Z tumor markerů byly zvýšené CA 72-4 (225 kU/l; 0–6,9 kU/l), CA 19-9 (410 kU/l; 0–27 kU/l). Proto byla provedena kolonoskopie, jež byla makroskopicky bez pozoruhodností, a gastrofibroskopie, kde byla z drobné vkleslé léze těla žaludku provedena biopsie, která prokázala adenokarcinom žaludku difuzního typu. Hrudní drény byly postupně extrahovány a parenterální výživa ukončena. Pravostranný fluidothorax jsme uzavřeli jako kombinované parapneumonické a hypoalbuminémické etiologie, levostranný chylothorax jako paramaligní. Nemocný byl předán na onkologické pracoviště. Klinický stav byl i nadále velmi dobrý, výkonnostní stav (PS) 1, nebyla prokázána mutace HER2. Počátkem října 2019 mohla být zahájena systémová chemoterapie v kombinaci oxaliplatinu v dávce 85 mg/m², leukovorinu v dávce 200 mg/m² a fluorouracil v dávce 400 mg/m² D1, s pokračováním v dávce 1 200 mg/m² na 48 hodin (režim FOLFOX). Po druhém cyklu chemoterapie progre-

dovaly jak otoky dolních končetin, tak ascites a levostranný fluidothorax s nutností thorakocentézy a punkce ascitu. Ascitický punktát byl taktéž chylózního složení. I přes nutriční intervenci hypoproteinemie dosáhla hodnot 19 g/l albuminu v séru. Po 3 cyklech chemoterapie (v listopadu 2019) se celkový klinický stav zhoršil na PS 3, objevily se paraneoplastické febrilie, prohlubovala se kachexie. Onkologická léčba byla ukončena a pacient byl předán do péče ambulance paliativní medicíny, kde po dvou měsících umírá na terminální progresi onemocnění.

Diskuze

Chylothorax znamená přítomnost chylózní tekutiny v pohrudniční dutině. Vyskytuje se relativně vzácně. Mízní cévy jsou v těle anatomicky lokalizovány stranově nesouměrně. Zatímco podél abdominální aorty vede silný ductus thoracicus po pravé straně, ve výši 4. hrudního obratle podbíhá aortu a směrem kranialním již probíhá po její levé straně. Ductus thoracicus ústí do angulus venosus sinister. Pouze z pravé horní poloviny těla nesbírá lymfu zmíněný ductus thoracicus, ale drobnější mízní kmen krční, podklíčkový a bronchomediastinální. Ty společně ústí do angulus venosus dexter (1). Chylothorax je vzhledem k anatomii mízních kmenů pětkrát častěji levostranný než pravostranný. Nejčastější příčiny vzniku chylothoraxu jsou porušení celistvosti ductus thoracicus nádorem (lymfomy) nebo traumatem (úrazy, iatrogenní, zejm. po operacích srdce a jícnu, silným kašlem nebo zvracením). Mezi vzácné příčiny vzniku chylothoraxu patří nemoci lymfatických cév (lymfangioleiomyomatóza, syndrom žlutých nehtů), vrozené anomálie lymfatických cest, stavy se zvýšeným centrálním žilním tlakem (trombóza horní duté žíly), struma nebo sarkoidóza (2). Chylothorax je nápadný již makroskopicky při pleurální punkci typicky mléčně zkalenou barvou. Barvou může chylothorax imitovat zejména empyém. Makroskopicky chylothorax od empyému odlišíme centrifugací – u chylothoraxu zůstává nezměněna, u empyému vzniká sedlina. Empyém taky většinou,

Obr. 1. Skiagram hrudníku s pleurálním výpotkem na pravé straně hrudníku, před provedením hrudní drenáže



Obr. 2. Skiagram hrudníku s obrazem rozvinutého levostranného výpotku, na pravé straně patrný hrudní drén

