

na rozdíl od chylothoraxu, putridně páchne. Jiná než mléčná barva však diagnózu chylothoraxu nevylučuje. Diagnózu totiž potvrzujeme laboratorním vyšetřením hladiny TG ve výpotku (TG > 1,24 mmol/l, event. hladina chylomikronů). Chylothorax může také imitovat velmi vzácný pseudochylothorax, u kterého je při normálních hodnotách TG zvýšen pouze cholesterol nad hodnotu 5,2 mmol/l nebo lecitin-globulinové komplexy. V diagnostice může pomoci CT scan, lymfografie, biopsie, flowcytometrie aj.

Terapie chylothoraxu je odvislá od základní příčiny. Dle aktuálního klinického stavu volíme cestu pleurálními punkcemi nebo hrudní drenáží, v určitých případech pomůže video-asistovaná thorakoskopie (VATS) či otevřená thorakotomie s ligací ductus thoracicus. Velice podstatná je však restrikce příjmu tuků ve stravě ve snaze o snížení množství produkce mízy, nižšímu průtoku lymfy v ductus thoracicus a tím i samovolné uzavření defektu v cévní stěně. Proto léčbou první linie je restrikce stravy a parenterální výživa s nízkým obsahem triacylglycerolů.

Zmínky o koincenci karcinomu žaludku a chylothoraxu jsou v literatuře raritní (3, 4). Přehledová práce kolektivu Wu z roku 2015 vychází z celkového počtu 20 případů, nicméně pouze u 14 z nich byla dostupná podrobnější data. Z těchto pacientů jich 11 mělo výpotek bilaterální. Histologicky se v 9 případech jednalo o karcinom žaludku z prstenčitých buněk, ve 3 případech o nízkce diferencovaný adenokarcinom žaludku, u dvou pacientů nebyl tumor histologicky specifikován. V 10 ze 14 případů byl chylothorax doprovázen lymfedémem (3). Je pozoruhodné, jak obdobný průběh měla většina popsaných kazuistik, včetně námi popsaného pacienta. Např. v japonské kazuistice z roku 2019 kolektivu Nagano a spol. (5) autoři popisují případ nemocné ženy v předchorobí léčené pro lymfedém,

následně se zjištěným bilaterálním chylothoraxem, PET/CT i CT bez nálezu primárního origa, až biopsií lymfatické uzliny axily prokázaným karcinomem žaludku z prstenčitých buněk. Nemocné byly podány celkem 4 cykly chemoterapie kombinace kapecitabin/oxaliplatinu, přičemž progredoval chylózní ascites a pacientka zemřela v době 6 měsíců od zjištění diagnózy. Tato recentní studie popisuje pouze 14 zdokumentovaných současných výskytů chylothoraxu a nádoru žaludku. Zajímavé je, že společné pro všechny popisované pacienty bylo, že trpěli častěji klinickými potížemi respiračního původu, nikoliv gastrointestinálního. Průměrná doba přežití se dle různých autorů příliš neliší a pohybuje se v intervalu 4,3–4,5 měsíce (3, 5).

Patofyziologie vzniku chylothoraxu při karcinomu žaludku není objasněna. Jako možné vysvětlení se nabízí zvětšení lymfatických uzlin, které komprimují ductus thoracicus (4) nebo přítomnost metastatické lymfatické uzliny, která přímo invaduje do mízního kmene (6). Jiní autoři považují za příčinu přímou infiltraci tumorózních buněk do cirkulačního systému lymfy (7).

Závěr

Chylothorax je poměrně vzácná diagnóza jak v pneumologii, tak v interní medicíně. Objasnění jeho příčiny není snadné, obzvláště při koincenci s adenokarcinomem žaludku, kde je diagnóza stanovena spíše per exclusionem. Druhostranný hydrothorax u námi popisovaného případu byl následkem souběžných příznaků onkologického onemocnění. Z doposud popsaných případů je zřejmé, že objeví-li se u pacienta chylothorax, neměli bychom z diferenciální diagnostiky vylučovat tumor žaludku ani v případě, že pacient netrpí gastrointestinálními potížemi, zejména pokud je přítomen i lymfedém.

LITERATURA

1. Drake RL, Vogl W, Mitchell AWM, et al. Gray's anatomy for students. Philadelphia: Elsevier/Churchill Livingstone 2005. ISBN 9780323611046.
2. Kašák V, Koblížek V, et al. Naléhavé stavy v pneumologii. 2. rozš. vyd. Praha: Maxdorf; 2009. ISBN 9788073451851.
3. Wu J, Lv L, Zhou K, et al. Chylothorax and lymphedema as the initial manifestations of gastric carcinoma: A case report and review of the literature. *Oncol Lett* 2016; 11(4): 2835–2838.
4. Devaraj U, Ramachandran P, Correa M, et al. Chylothorax in gastric adenocarcinoma: A case report and systemic review of the English literature. *Lung India* 2014; 31(1): 47–53.
5. Nagano N, Suzuki M, Tamura, et al. Refractory chylothorax and lymphedema caused by advanced gastric cancer. *Intern Med* 2019; 58: 3143–3148.
6. Yoshizawa K, Sasaki Y, Abe Y, et al. Chylothorax in a patient with advanced gastric cancer and mediastinal lymph node metastasis causing thoracic duct obstruction. *Nihon Shokakibyō Gakkai Zasshi* 2013; 110(11): 1943–1949.
7. Majoor CJ, Aliredjo RP, Dekhuijzen PN, et al. A rare cause of chylothorax and lymphedema. *J Thorac Oncol* 2007; 2: 247–248.