

Úvod

Systémová embolizácia môže predstavovať prvý a niekedy jediný klinický prejav doposiaľ nediagnostikovanej malignity. Paraneoplasticky podmienená hyperkoagulácia dokáže aktivovať komplexnú trombotickú kaskádu sprostredkovanú prokoagulačnými faktormi nádorových buniek, zápalovou odpoveďou a endotelovou dysfunkciou, s potenciálom embolizácie do viacerých cievnych riečisk. Prítomnosť PFO vytvára anatomický predpoklad pre paradoxnú embolizáciu umožňujúcu prechod venózneho trombu do systémovej cirkulácie.

Koronárna embólia je zriedkavou, avšak často poddiagnostikovanou príčinou infarktu myokardu bez angiografického dôkazu významnej aterosklerózy (1, 2). Správne rozpoznanie etiológie má zásadný terapeutický aj prognostický význam, keďže liečebná stratégia sa významne líši od manažmentu aterosklerotického akútneho koronárneho syndrómu.

Prezentácia pacienta

50-ročný nefajčiar astenického habitu bez akéhokoľvek predchorenia, s pozitívnou rodinnou anamnézou trombofilného stavu, bol vyšetrený angiológom pre opuch a bolestivosť končatín. Ultrasonografické vyšetrenie potvrdilo distálnu hlbokú žilovú trombózu (HŽT) ľavej dolnej končatiny a tromboflebitídu pravej hornej končatiny. Zahájená bola liečba nízkomolekulárnym heparínom (LMWH) – nadroparín forte 8000 IU s.c. 1x denne.

Za účelom paraneoplastického skríningu nasledovala hospitalizácia na internom oddelení. RTG snímka pľúc preukázala pravostranný fluidotorax. Ostatné vyšetrenia vrátane testu na okultné krvácanie a gastrofibroskopie v zmysle neoplázie nevykazovali patologický nález. Pacient bol prepustený do domácej starostlivosti s odporúčaním doplnenia hematologického a CT vyšetrenia pľúc.

Dvanásť dní od začiatku terapie LMWH bol opätovne hospitalizovaný na internom oddelení pre náhle vzniknutú dýchavicu a bolesť na hrudníku. EKG vykazovalo obraz AKS bez elevácií ST segmentu (NSTEMI).

CT angiografia (CTA) pľúc potvrdila akútnu pľúcnu embóliu (PE) v oblasti pravého stredného a dolného laloka. Súčasne sa apikálne

a bazálne vpravo zobrazili ložiskové parenchýmové zmeny s hilovou lymfadenopatiou. V diferenciálnej diagnostike sa zvažovala neoplázia, sarkoidóza, pneumokonióza alebo tuberkulóza.

Za účelom komplexného kardiologického došetrenia bol preložený na špecializované pracovisko. Laboratórne vyšetrenia potvrdili eleváciu kardiošpecifických enzýmov a kombinovanú dyslipoproteinémiu. Koronarografia zobrazila akútnu oklúziu distálneho segmentu ramus intermedius bez znakov proximálnej aterosklerózy, ostatné epikardiálne artérie nevykazovali stenotické zmeny. Angiografický obraz podporoval embolický mechanizmus uzáveru. Po odsatí trombu sa nevizualizovala žiadna významná stenóza, dosiahol sa tok TIMI III, preto sa stent neimplantoval.

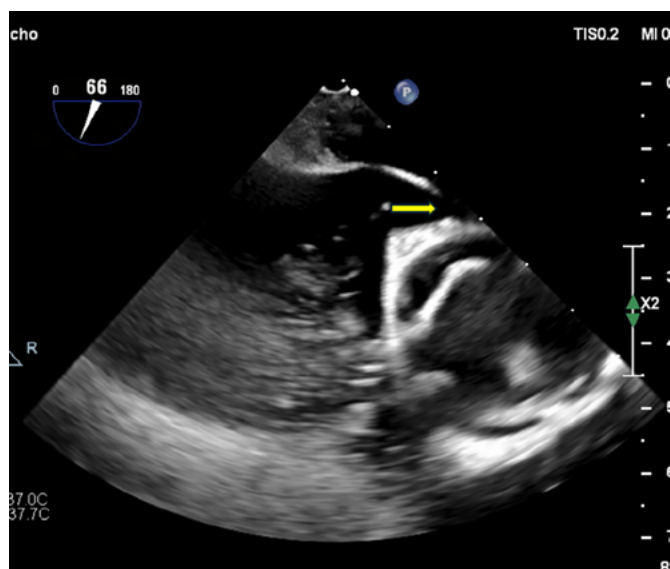
Transtorakálna echokardiografia (TTE) preukázala zachovanú systolickú funkciu ľavej komory s ľahkou hypokinézou distálneho segmentu prednej steny, pravá komora nevykazovala znaky dysfunkcie či pľúcnej hypertenzie. TEE vyšetrenie identifikovalo prítomnosť PFO s ľavo-pravým skratom (Obr. 1).

Pacient bol následne preložený do spádovej nemocnice s perspektívou katetrizačného uzáveru PFO po stabilizácii stavu a doriešení základného ochorenia. Vzhľadom na predpokladaný embolický charakter koronárneho uzáveru v prítomnosti pľúcnej embólie bol následne prepustený na kombinovanej antitrombotickej terapii (rivaroxabán, klopidoogrel).

V časovom odstupe 17 dní došlo k recidíve trombotickej príhody manifestovanej novovzniknutou trombózou pravej hornej končatiny spolu s distálnou HŽT pravej dolnej končatiny. Stav si vyžiadala rehospitalizáciu s úpravou antikoagulačnej stratégie na enoxaparín 80 mg s.c. 2x denne, s monitorovaním anti-Xa aktivity, klopidoogrel bol ponechaný. Doplnené hematologické vyšetrenie potvrdilo prítomnosť trombofilného stavu (PAI-1 homozygot).

Pacient bol následne preložený do Národného ústavu tuberkulózy, pľúcnych chorôb a hrudníkovej chirurgie vo Vyšných Hágoch. Endobronchiálnou ultrasonografiou (EBUS) s biopsiou subkarinálnej lymfatickej uzliny bola stanovená diagnóza adenokarcinómu pravého dolného laloka pľúc (T4N2M1 podľa TNM; Obr. 2).

Obr. 1. TEE zobrazujúca PFO (šípka) s L-P skratom



Obr. 2. CT hrudníka v axiálnej rovine zobrazujúci tumor pravého dolného laloka pľúc

