

Tromboembolická nemoc

MUDr. Ján Dindoš

Plicní a praktický lékař, Neratovice

Kazuistika analyzuje stav náhle vzniklé dušnosti mladé ženy, kuřáčky, která kromě subjektivně udávané dušnosti a kašle měla i objektivně zjištěnou sinusovou tachykardii a hypoxemii. Zvýšený nálezní D-dimeru a pozitivní ventilační a perfuzní scintigrafie potvrdily příčinu stavu – plicní embolizaci u mladé ženy, která brala antikoncepci bez toho, aby se vyšetřilo, jestli netrpí geneticky podmíněnou trombofilií.

Klíčová slova: tromboembolická nemoc, dušnost, antikoncepce, trombofilie.

Tromboembolic disease

Casus analysis of a bad condition with sudden dyspnoea young woman, smoker, which had subjectively dyspnoea and cough and in objective status she had sinus tachycardia and hypoxemia only. Higher level of D-dimers in blood and positive ventilation-perfusion scintigraphy confirmed pulmonary embolism. This young woman had taken anticonception without knowledge that she had genetic determined thrombophilia.

Key words: tromboembolic disease, dyspnoea, anticonception, thrombophilia.

Med. Pro Praxi 2011; 8(1): 27–28

- Žena, 37 let, výška 159 cm, hmotnost 89 kg.
- Osobní anamnéza: Zápal plic ve 13 letech života, operace varixů na LDK po porodu v r. 1998.
- Tonzilektomie pro časté angíny.
- Sociální anamnéza: Pracuje jako sekretářka, kuřáčka, 15 cigaret denně od 19 let.
- Gynekologická anamnéza: 2 porody, menzes pravidelně, bere **perorální antikoncepci 8 let!**

Nynější onemocnění: Má asi 3 roky kašel hlavně ráno, kdy občas i vykašle bílé hleny, když je nachlazená pak žlutozelené barvy, nikdy se s tím zatím neléčila, přisuzuje to kouření. Dušnost neměla až do 6. 10. 2006, kdy v podvečerních hodinách, kolem 18 hodiny, měla pocit tlaku na hrudi, dušnost, nemohla popadnout dech.

Po půl hodině, když se stav nezlepšil, zavolala RZP.

Lékař ze záchranné služby udělal elektrokardiogram, až na tachypnoe a sinusovou tachykardii kolem 98/minutu, byl nálezní ještě v normě, bez nálezu SI a QIII. Saturace O₂ byla snížena na 93 %. TK: 130/90 torr.

Protože ani po inhalaci Ventolinu z inhalátoru se stav nezlepšoval, transportována na interní ambulanci do nemocnice, kde byla dále sledována, udělán také celkový screening v laboratoři a znovu EKG a také jí byl udělán rentgenový snímek hrudníku. Krevní obraz v normě, biochemie také bez patol. nálezu.

EKG záznam byl stejný, bez vývoje, stále měla sinusovou tachykardii.

Rtg snímek hrudníku: Plicní parenchym bez ložiskových změn, bránice výše uložena u obézní pacientky. Kostofrenické uhly ostré, bez známek výpotku, stín srdce normální velikosti, bez známek hypertrofie, nebo dilatace, snad jenom výraznější kresba hílů, více vlevo.

V krevních plynech jenom hraniční hypoxemie se saturací kyslíku 94 % a hypokapnie lehkého stupně.

Pacientka na druhý den po mírném zlepšení podepisuje revers, opouští nemocnici s tím, že v pondělí jí bylo doporučeno plicní vyšetření.

Na plicní ambulanci skutečně dorazila, dušnost je podstatně menší, ale stačí pár schodů do 1. patra a musí odpočívat, kašle stejně, hlavně ráno s expektorací bílého hlenu, krev ve sputu neměla.

- Objektivní nálezní: Saturace kyslíku 94 %, pulz 106/min.
- Fyzikální nálezní na hrudníku: Dýchání je alveolární, bez vedl. fenoménů, srdce – akce je zrychlená a pravidelná.
- Spirometrické vyšetření: FEV₁: 2,76 (78 %) FVC: 2,87 (73 %), FEV₁/FVC: 96 %
- Závěr: Lehká restriktivní ventilační porucha u kuřáčky.
- Bronchodilatační test se 400 µg Salbutamolu byl negativní. FEV₁ se lehce zvýšilo, nesignifikančně na 81 %!

Dif. dg.: Úvaha: Vzhledem k anamnéze (3 roky kašle s expektorací) by se mohlo jednat o CHOPN, kterou však spirometrie nepotvrdila.

Tato diagnóza by však ani nemohla vysvětlit dušnost u mladé ženy, která vznikla náhle! Doporučuji Statim kardiologické vyšetření, odběr séra na hladinu D-Dimérů, v případě pozitivy ihned vyšetřit ventilační a perfuzní scintigrafii.

Kardiolog potvrdil suspektní plicní embolii, navíc měl již i výsledek D-Dimérů, který byl vysoko pozitivní a následná ventilační a scintigrafie ukázala, že se jedná o vmetek v oblasti levé arterie pulmonalis s výpadem perfuze v části horního levého laloku plic.

Pacientce byla na oddělení JIP nasazená ihned intravenózní heparinová léčba a kyslík, po které se stav rychle za několik dní upravil natolik, že užívala dál warfarin dle naměřené hodnoty protrombinového času (Quickův test).

Během pobytu na JIP jí nechali udělat kromě jiných běžných laboratorních vyšetření i genetické vyšetření na přítomnost faktoru V Leiden a na protrombinovou mutaci. Genetickým vyšetřením byla zjištěna mutace G20210A v genu pro protrombin! Pacientka již perorální antikoncepci neužívá, ale má preventivně k užívání Warfarin, dle Quicka.

Komentář

Američtí kardiologové již v 70. letech uváděli fakt, že každý z nás během života překoná aspoň jednou byť větší, nebo drobnou plicní embolizaci (1). Malý embolus může mít jenom minimální projevy, nebo bez klinických potíží!

Roční incidence žilní trombózy stoupá z 1 na 100 000 v dětství až na 1 na 100 ve stáří.

Riziko je vyšší u operovaných pacientů a také u pacientů s plicním onemocněním, kde i odborná literatura uvádí až 3× vyšší riziko proti chirurgickým pacientům!

Stále se však nemyslí na **vrozené příčiny žilní trombózy**.

Mutace v genu pro koagulační faktor V (Leiden) je v naší populaci 5% a u lidí s TEN až 19%!

Mutace v genu pro protrombin je v naší populaci 3% a u těch, kteří měli TEN až 7%!

Protože dnes mladé ženy běžně užívají **perorální antikoncepci** bez toho aby se jí na počátku léčby udělalo nějaké vyšetření na vrozené příčiny žilních trombóz, nota bene když jde navíc o kuřáčky, kde se toto riziko výrazně ještě zvyšuje, je vhodné na diagnózu plicní embolie myslet i u mladých žen s klinickým projevem dušnosti.

Literatura

1. The Merck Manual of diagnosis and therapy, 18th edition. 2006: 2991 stran.

MUDr. Ján Dindoš

plicní a praktický lékař, Neratovice
Kojetická 1021, 277 11 Neratovice
mudr.dindos@tiscali.cz

