

Masywna nieskrzeplinowa zatorowość płucna w przebiegu pierwotnego raka trzustki – opis przypadku

Severe nonthrombotic pulmonary embolism due to primary cancer of the pancreas – a case report

Ireneusz Jedliński¹, Joanna Spachacz², Maria Jamrozek-Jedlińska², Krystyna Zawilska²

¹Pracownia Nieinwazyjnej Diagnostyki Chorób Serca i Naczyń, Szpital im. Józefa Strusia, Poznań

²Oddział Chorób Wewnętrznych i Hematologii, Szpital im. Józefa Strusia, Poznań

Abstract

We describe a patient with a severe, neoplastic pulmonary embolism due to primary cancer of the pancreas. The 40-year-old male was admitted to the haematology department with an initial diagnosis of lymphoma. Transthoracic echocardiography showed a mass in the right atrium. Transoesophageal echocardiography was performed and revealed two moving tumours: the first in the extend of the vena cava superior and the second one in the tricuspid valve annulus. After bronchoscopy the patient's haemodynamic condition deteriorated and was followed by cardiac arrest. Post-mortem examination showed extensive tumour emboli in the left pulmonary artery as well as pancreatic cancer at an advanced stage.

Key words: nonthrombotic pulmonary embolism, pancreatic cancer

Kardiologia Polska 2007; 65: 283-285

Wstęp

Choroba nowotworowa jest jedną z przyczyn zkrzepicy żyłnej, często prowadzącej do zatorowości płucnej. Rzadko dochodzi jednak do masywnej zatorowości płucnej spowodowanej zamknięciem światła naczynia przez fragment guza nowotworowego (zatorowość nieskrzeplinowa) przemieszczający się z jam prawego serca [1, 2].

Opis przypadku

Chory w wieku 40 lat został przyjęty do oddziału chorób wewnętrznych i hematologii z powodu podejrzenia rozrostowej choroby układu chłonnego. Od 3 mies. u chorego występowały stany podgorączkowe oraz systematyczny spadek ciężaru ciała (ok. 20%). W badaniu przedmiotowym obwodowe węzły chłonne nie były powiększone, stwierdzono natomiast znaczną hepato-

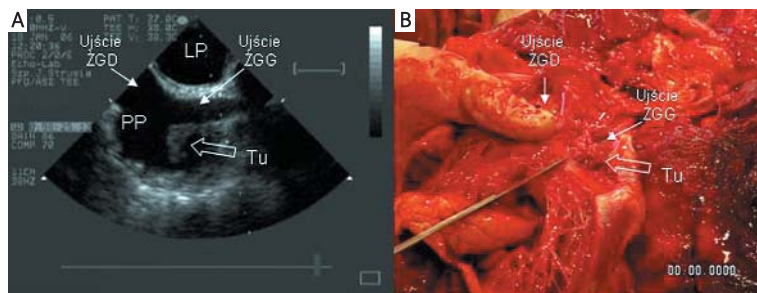
i splenomegalię. W badaniu RTG klatki piersiowej stwierdzono powiększenie węzłów chłonnych śródpiersia, w USG jamy brzusznej powiększenie węzłów chłonnych zaotrzewnowych oraz torbiel w głowie trzustki.

W 3. dobie pobytu u chorego pojawiła się narastająca duszność spoczynkowa. Chorego skierowano na badanie echokardiograficzne przezklatkowe – stwierdzono obecność niewielkiej ilości płynu w worku osierdziowym przy sklepieniu prawego przedsionka (PP) oraz dodatkowe echo przy pierścieniu zastawki trójdzielnej (ZT). Następnie u chorego wykonano przezprzełykowe badanie echokardiograficzne w celu wykluczenia obecności materiału zatorowego w jamach prawego serca. Podczas badania uwidoczniono dodatkowe ruchome echo (guz) w ujściu żyły głównej górnej (ŻGG), „zwisające” do światła PP (Rycina 1). Drugi ruchomy guz o średnicy 22 mm znajdował się przy pierścieniu ZT od strony PP, przy podstawie płata tylnego (Rycina 2.).

Adres do korespondencji:

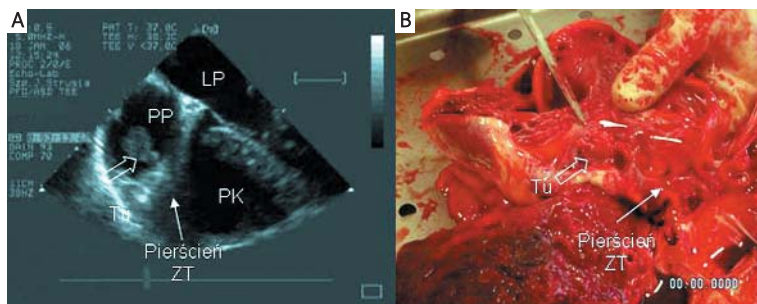
dr n. med. Ireneusz Jedliński, Pracownia Nieinwazyjnej Diagnostyki Chorób Serca i Naczyń, Szpital im. Józefa Strusia, ul. Szkolna 8/12, 61-833 Poznań, tel.: +48 601 873 870, e-mail: irejed@wp.pl

Praca wpłynęła: 30.05.2006. Zaakceptowana do druku: 07.06.2006.



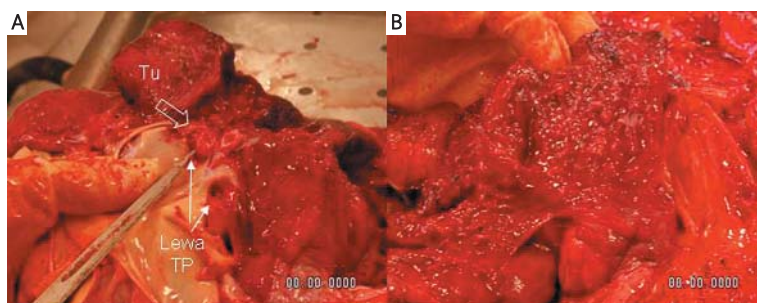
Rycina 1. A. Przekrój echokardiograficzny. W ujściu żyły głównej górnej (ŻGG) widoczny guz (Tu) „zwisający” do światła prawego przedsionka (PP). **B.** Widok sekcji PP

LP – lewy przedsionek, ŻGD – żyła główna dolna



Rycina 2. A. Przekrój echokardiograficzny. Przy pierścieniu zastawki trójdzielnej (ZT) „zwisający” guz (Tu) do światła prawego przedsionka (PP). **B.** Widok sekcji PP

LP – lewy przedsionek, PK – prawa komora



Rycina 3. A. Sekcja tętnicy płucnej. W gałęzi dolnopłatowej lewej tętnicy płucnej widoczny guz (Tu) całkowicie zamykający ujście. **B.** Mięszc płuca lewego „usiany” licznymi drobnymi przerzutami (*lymphangiosis carcinomatosa*)

TP – tętnica płucna

Chorego w trybie pilnym skierowano na badanie bronchoskopowe w celu poszukiwania ogniska pierwotnego procesu nowotworowego. Podczas transportu u chorego wystąpiło nagłe zatrzymanie krążenia w mechanizmie rozkojarzenia elektromechanicznego. Pomimo kilkudziesięcuminutowej reanimacji chory zmarł.

Wykonano sekcję zwłok. W PP uwidoczniono dwa guzy o średnicy 22 i 30 mm (w ujściu ŻGG oraz przy podstawie tylnego płata ZT). Podczas preparowania naczyń płucnych uwidoczniono masę zatykającą gałąź dolnopłatową lewej tętnicy płucnej (TP). Mięszc płuca lewego był usiany licznymi drobnymi przerzutami rozmieszczonymi wzdłuż naczyń chłonnych (*lymphangiosis carcinomatosa*) (Rycina 3.).

Badanie histopatologiczne wycinków pobranych z głowy trzustki wykazało obecność komórek raka gruczołowego oraz liczne drobne przerzuty we wszystkich narządach wewnętrznych oraz węzłach chłonnych klatki piersiowej i jamy brzusznej. W wycinkach pobranych z guzów w PP oraz gałęzi dolnopłatowej lewej TP stwierdzono obecność komórek raka gruczołowego.

Omówienie

Główną przyczyną zatorowości płucnej w przebiegu choroby nowotworowej jest zakrzepica żył głębokich kończyn dolnych. Guzy złośliwe, głównie trzustki, płuc czy żołądka, są czynnikiem ryzyka tworzenia się zakrzepów także w lokalnym krążeniu żylnym z powodu naciekania żył zajętych narządów [3, 4].

Masywna zatorowość płucna bardzo rzadko jest spowodowana przemieszczeniem się guzów przerzutowych z jamy prawego serca (wychodzących z ich wsierdzia). Każdy nowotwór złośliwy, z wyjątkiem nowotworów ośrodkowego układu nerwowego, może dawać przerzuty do serca [5].

Przypadek przedstawiony powyżej opisuje chorego z pierwotnym rakiem trzustki z licznymi przerzutami w narządach wewnętrznych, w tym w jamie prawego przedsionka. Ze względu na lokalizację (wsierdzie PP oraz ujście ŻGG) należy przypuszczać, iż do przerzutów doszło drogą krwi żyłnej.

Chorą w wieku 32 lat z masywną nowotworową zatorowością płucną, która wystąpiła podczas zabiegu

usunięcia chrzęstniakomięsaka miednicy, przedstawili Newkirk i wsp. [6]. Podkreślili oni ważną rolę echokardiograficznego badania przezprzetykowego w monitorowaniu zabiegów usunięcia dużych mas nowotworowych.

Chomette i wsp. [7] opisali 148 przypadków chorych z nieskrzeplinową zatorowością naczyń płucnych w przebiegu nowotworu złośliwego. Stwierdzili oni, że zatorowość (mikrozatorowość) przerzutowa występuje u 10% chorych w przebiegu choroby nowotworowej. Najczęściej jest ona skojarzona z uogólnionymi zmianami w naczyniach limfatycznych płuc (*lymphangiosis carcinomatosa*), co stwierdzono także w naszym przypadku.

Należy zwrócić uwagę, że mimo dwóch guzów w jamie prawego przedsionka u chorego nie występowały objawy ze strony układu sercowo-naczyniowego, co często zdarza się u chorych z nowotworami jam serca [8].

Przedstawiony przez nas przypadek zwraca uwagę na to, iż w przebiegu choroby nowotworowej nie tylko dochodzi do „klasycznej” (skrzeplinowej) zatorowości płucnej, ale również może wystąpić okluzja tętnicy płucnej masami nowotworowymi.

Piśmiennictwo

1. Guidelines on diagnosis and management of acute pulmonary embolism. Task Force on Pulmonary Embolism, European Society of Cardiology. *Eur Heart J* 2000; 21: 1301-36.
2. Roberts KE, Hamele-Bena D, Saqi A. Pulmonary tumor embolism: a review of the literature. *Am J Med* 2003; 115: 228-32.
3. Lee AY, Levine MN. Venous thromboembolism and cancer: risks and outcomes. *Circulation* 2003; 107 (23 Suppl 1): I17-21.
4. Goszczyńska M, Grabowski M, Zieliński T. Niewydolność serca – powikłania zakrzepowo-zatorowe. *Kardiologia po Dyplomie* 2003; 1: 102-4.
5. Lam KY, Dickens P, Chan AC. Tumor of the heart. A 20-year experience with a review of 12,485 consecutive autopsies. *Arch Pathol Lab Med* 1993; 117: 1027-31.
6. Newkirk L, Vater Y, Oxorn D. Intraoperative TEE for management of pulmonary tumour embolism during chondroblastic osteosarcoma resection. *Can J Anaesth* 2003; 50: 886-90.
7. Chomette G, Auriol M, Sevestre C, et al. Metastatic pulmonary emboli: clinical types and incidence. *Ann Med Interne* 1980; 131: 217-21.
8. Majano-Lainez RA. Cardiac tumors: current clinical and pathological perspective. *Crit Rev Oncog* 1997; 8: 293-303.