

Przypadek kobiety z burzą elektryczną, zespołem pointubacyjnym i wolem tarczycy uciskającym tchawicę

A case of woman with electrical storm, postintubational syndrome and compression of trachea by goiter

Paweł Burchardt¹, Jakub Żurawski², Anna Pałasz¹, Edyta Gurgul³

¹Klinika Intensywnej Terapii Kardiologicznej, Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego, Poznań

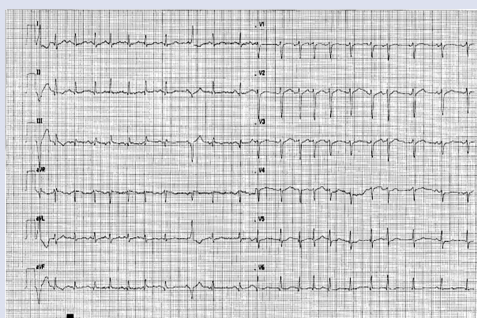
²Katedra i Zakład Biologii i Ochrony Środowiska, Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego, Poznań

³Katedra i Klinika Endokrynologii, Przemiany Materii i Chorób Wewnętrznych, Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego, Poznań

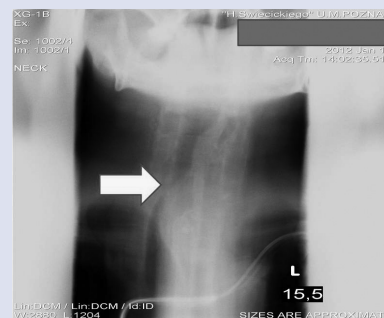
Pacjentkę w wieku 72 lat przyjęto w czasie ostrego dyżuru z powodu zaburzeń rytmu serca pod postacią szybkiego migotania przedsionków (AF) z częstością zespołów QRS 150–160/min (ryc. 1) po 8 wyładowaniach ICD. Dotychczas z powodu niewydolności serca chora stosowała diuretyki pętlowe, beta-adrenolityki, suplementację potasu i kwas acetylosalicylowy; 7 dni przed hospitalizacją pacjentkę wypisano z Oddziału Intensywnej Terapii Medycznej (OIOM) szpitala powiatowego, gdzie przebywała 2 miesiące po nagłym zatrzymaniu krążenia (NZK) (w nieznanym mechanizmie) oraz z powodu zapalenia płuc i ostrej niewydolności oddechowej. Chora była wówczas zaintubowana. W trakcie pobytu na OIOM występowały wyładowania ICD, które po kontroli okazały się nieadekwatne — spowodowane błędnym identyfikowaniem rytmu wiodącego AF jako częstoskurczu komorowego. Zaburzenia rytmu występowały przy wahaniami kaliemii. W ramach terapii antyarytmicznej stosowano amiodaron.

Kilka lat wcześniej u chorej zdiagnozowano wole obojętne tarczycy. W wykonanej wówczas CT klatki piersiowej wykazano nieznaczny ucisk tchawicy przez wole. Sześć lat temu pacjentka była po raz pierwszy hospitalizowana na OIOM z powodu NZK i niewydolności oddechowej. Pacjentkę wówczas także intubowano i wykonano tracheostomię. Ze względu na nieznaną przyczynę NZK przeprowadzono koronarografię, w której nie stwierdzono istotnych zmian w świetle naczyń wieńcowych. Podjęto decyzję o implantacji ICD w profilaktyce wtórnej NZK.

W chwili przyjęcia do ośrodka oprócz szybkiej czynności serca zaobserwowano spazm oskrzelowy z zaostrozonym szmerem pęcherzykowym. W badaniach laboratoryjnych z nieprawidłowości stwierdzono wysokie stężenia: białka C-reaktywnego, glikemii, kreatyniny, ultraczułej troponiny T (prawdopodobnie wtórnie wobec szybkiego AF i wyładowań ICD) oraz tetrajodotyroniny FT4. Ponadto zanotowano obniżone stężenia TSH i hipokaliemię. Zastosowano suplementację potasu i magnezu, po czym w celu kontroli rytmu podano digoksynę. Stosowano również dożylnie kortykosteroidy oraz antybiotykoterapię. Objawy obturacji oskrzeli ustąpiły, pozostawał *stridor*. W USG tarczycy stwierdzono 2 powiększone płyty tarczycy z wieloma guzkami, a w tomogramach tchawicy (Fig. 2) — znaczny ucisk tchawicy przez lewy płat tarczycy powodujący jej znaczne zwężenie. Ponadto w badaniu laryngologicznym stwierdzono uwypuklenie lewej okolicy podgłośnia. W 2. dobie hospitalizacji doszło do ostrej niewydolności oddechowej i NZK w mechanizmie rozkojarzenia elektro-mechanicznego. Pacjentkę zaintubowano. Po wspólnej konsultacji endokrynologicznej, chirurgicznej i laryngologicznej zdecydowano o konieczności przeprowadzenia pilnej strumektomii. Ponadto do terapii wdrożono tyreostatyki. Do czasu zabiegu pacjentka przebywała na OIOM, gdzie zaobserwowano powrót rytmu zatokowego. W 5. dobie hospitalizacji całkowicie usunięto operacyjnie gruczoł tarczowy i założono rurkę tracheostomijną. W badaniu histopatologicznym tkanki tarczycowej stwierdzono utkanie *adenoma folliculare* ze zwapnieniami i hialinizacją oraz guzki koloidowe. W wycinku pobranym z tchawicy nie było cech procesu rozrostowego. Zastosowano suplementację hormonów tarczycy w dawce 75 µg/d., którą stopniowo zwiększano do 100 µg/d. Po 7 dniach od zabiegu usunięto szwy z rany pooperacyjnej, wymieniono rurkę tracheostomijną i wypisano pacjentkę do domu z zaleceniem dalszej kontroli laryngologicznej, endokrynologicznej i kardiologicznej.



Rycina 1. EKG pacjentki po dożylniej infuzji 0,5 mg digoksyny



Rycina 2. Zwężenie tchawicy w tomogramie szyi pacjentki

Adres do korespondencji:

dr n. med. Paweł Burchardt, Klinika Intensywnej Terapii Kardiologicznej, Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego, ul. Przybyszewskiego 49, 60–355 Poznań, tel: + 48 61 869 13 94, e-mail: pab2@tlen.pl

Konflikt interesów: nie zgłoszono