

Kalandozások

a diagnosztika kifürkészhetetlen útjain (3. rész)

Dr. Brugós László, Dr. Mikáczó Angéla, Dr. Papp Zsuzsanna, Dr. Szűcs Ildikó, Dr. Szilasi Mária

Debreceni Egyetem, Klinikai Központ, Tüdőgyógyászati Klinika

Differenciáldiagnosztikai sorozatunk zárásaként a következőkben az obstruktív tüdőbetegségek diagnózisa és kezelése kapcsán mutatunk be elgondolkoztató eseteket.

Hetven felett sem minden asztma, ami sípol

A 77 éves nőbeteg anamnézisében hypertonia, appendectomy, cholecystectomy, cataracta és hyperparathyreosis miatti műtét, valamint 2005-ben kezdődő, korai stádiumban lévő, kezelést még nem igénylő myeloma multiplex szerepelt. 2007 februárjában derült fény kettős colon tumorára, amely szövettanilag adenocarcinomának bizonyult. A műtétet követően 2007 májusában a hasi és a kismedencei régióra sugárkezelést kapott. A felsorolt gazdag anamnézisben tüdőgyógyászati megbetegedés nem szerepelt, a beteg soha nem dohányzott.

2008 áprilisában kezdődött egyre fokozódó, antibiotikum kúrára nem reagáló köhögése, melyhez nehézlégzés is társult, ezért sürgősséggel került belgyógyászati osztályra. A belgyógyászati kórlap szerint fizikálisan spasztikus légzést észleltek, ami hörgőtágító és szteroid terápia mellett csak kis mértékben oldódott. A fulladás súlyossága miatt intubálták, átmenetileg gépi lélegeztetést alkalmaztak, majd gépről való levételét követően a még mindig fennálló fulladást és sípolást asthma bronchialenak, a korábbi súlyos állapotát pedig status asthmaticusnak véleményezték.

A belgyógyászati osztályon fekvő beteg számára a pulmonológiai konzílium házi oxigénkezelést javasolt, valamint inhalatív hörgőtágító és kortikoszteroid terápia – ciclesonid (Alvesco®) és formoterol (Foradil®) – állított be.

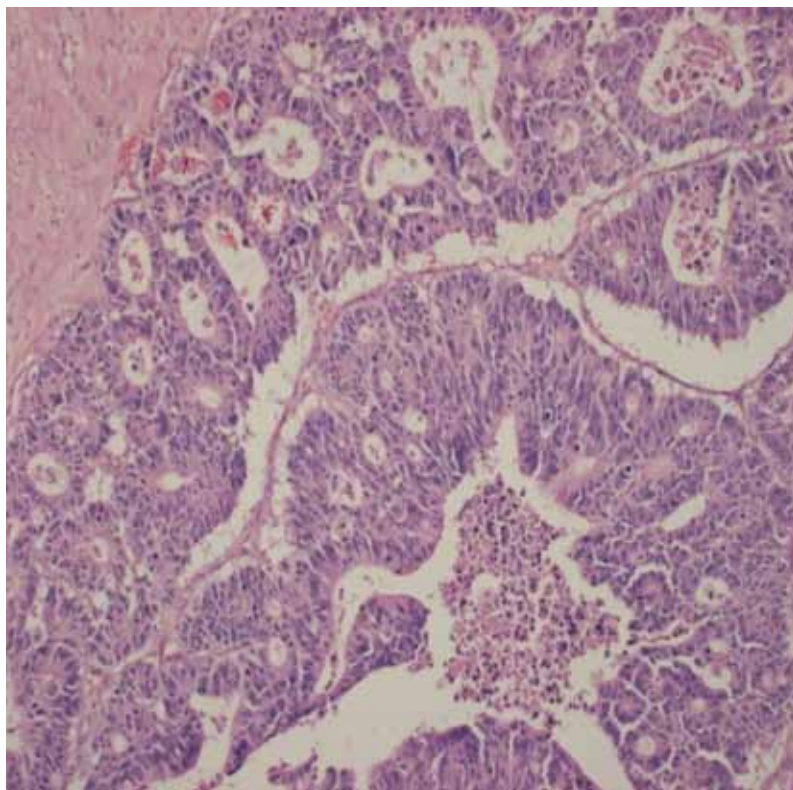
A beteget emittálták, de négy hétre rá ismét status asthmaticus miatt került a belgyógyászatra, ahol korábban is kezelték. Ismételten rövid ideig, órákig lélegeztették, és kérték átvételét az intenzív osztályunkra. A felvételre hétvégén, szombaton került sor, a beteg Bricanyl®, Nospa®, magnézium-szulfát, valamint oxigén hatására

törékeny egyensúlyba került, fulladása nyugalmi állapotban nem volt manifeszt, nem sípolt, az oxigénszaturációja 90% körül alakult.

Vasárnap az ügyelet átvételekor a betegnél fizikálisan diffúzan megnyúlt kilégzést, sípolás-bűgást észleltünk nyugalomban, a vérgázparaméterek II. típusú légzési elégtelenségnek feleltek meg, respiratorikus acidózissal (pH: 7,27; pCO₂: 80 Hgmm; pO₂: 150 Hgmm, oxigén terápia mellett). Mellkasi röntgenfelvételén (1. kép) a bal tüdőcsúcsban metasztázisra gyanús kerekárnyék látszott, ami megerősítette a belgyógyászokat a pulmonológiai kezelés szükségességéről. A vérképe anaemiára utalt, de nem szorult transzfúzióra. Figyelemre méltó volt, hogy a fulladás a szokásos antiasztmatikus kezelésre rendkívül nehezen oldódott, és annak mértékét befolyásolta a beteg testhelyzete, leginkább hanyattfekve volt elviselhető.



1. kép: Hipertranszparens tüdőmezők, a bal csúcsban egy szabályos kerekárnyékkal. Utólag vizsgálva, ami a felvételkor nem tűnt fel, a trachea légsávja a bifurcatio felett mintha nem lenne szabad.



2. kép: A primer colon adenocarcinoma metasztázisának szövettani képe

Vasárnap délben, miután nyugalomban töltötte a délelőttöt, ebédelni készült a fia jelenlétében, amikor hirtelen fulladni kezdett, a légzése stridoros lett és az intubálás elkerülhetetlenné vált.

Az intubálás bronchofiberoszkóp segítségével történt, és már a vizsgálat első fázisában feltűnt a tracheában, a carinától 2–5 cm-re a jobb laterális falon lévő kocsányos idegenszövet szaporulat, ami ventilyszerűen zárta el a tracheát. A tumor mellett az intubálás elvégezhető volt. Az intubáció során a tumort nagyobb vérzés nélkül először lesodortuk, majd visszanyertük és átmenetileg gépi lélegeztetés indult. Ezt követően a beteg állapota gyorsan javult, a gépről levettük. A szövettani vizsgálat pár nap múlva adenokarcinóma metasztázisaként azonosította az elváltozást (2. kép).



3. kép: A fehér nyíl a trachea hátsó falán át a tracheába törő tumort mutatja

A mellkasi CT felvételen a bifurcatio fölött, a trachea hátsó falánál a tracheán kívül, illetve endoluminalisan is kb. 16 mm átmérőjű idegenszövet látható, mely a trachea lumenét körülírta a felére szűkítette, illetve elszórtan több, 1-2 cm nagyságú metasztázis is ábrázolódott (3. kép).

Az onkoterápiás konzíliumot követően több ülésben a tracheát továbbra is szűkítő terime lézerkezelését végeztük el, majd a beteg sugárterápiában részesült. Ez idő alatt szinte panaszmentes volt, július végén emittáltuk, és az onkológiára irányítottuk a további kezelés elbírálására. Egy évvel később, 2008 novemberében multiplex cerebrális és cerebelláris metasztázis igazolódott, majd a beteg exitált.

Számunkra több szempontból is érdekes volt az eset. Egyrészt azért, mert az asztma időskori, minden előzmény nélküli hirtelen megjelenése pozitív légzésfunkciós eredmények hiányában kétséges. Másrészt pedig a bármilyen okból kialakult spasztikus légzés hörgőtágító kezelésének átmeneti eredményessége nem szabad, hogy elterelje a figyelmünket a ritkábban előforduló, de gyors beavatkozás nélkül letális következményekkel járó légúti obstrukciókról. Tehát időskorban sem minden asztma, ami sípol.

Raw emelkedés a terápiára alig javuló fiatal nőnél

A 23 éves nőbeteget több mint három éven keresztül többször vizsgáltuk és kezeltük allergiás rhinitis mellett jelentkező asztmás panaszai miatt. Rohamszerű nehézlégzései háttérében légzésfunkciós vizsgálattal emelkedett Raw értéket észleltünk, és a betegségét allergiás asztmának véltük.

Egy idő után feltűnt, hogy a beteg légzésfunkciós értékei szinte változatlanok, igazán obstrukcióra utaló eltérése nincsen, ennek ellenére, főleg terhelések alkalmával nehézlégzésre panaszodik. A hörgőtágító és gyulladásgátló kezelés nem hozta meg a várt eredményt. Felmerült a gyanú, hogy talán valami más is állhat a fulladások háttérében, ezért bronchoszkópiát végeztünk, melynek során a trachea hátsó falának bedomborodását láttuk. Ezt követően gasztroszkópia történt, ami megaoesophagusszal járó achaláziát talált. A megfelelő tágítás és kezelés hatására „asztmás tünetei”, fulladásai enyhültek, majd megszűntek.

Érgyűrű felnőttkorban

38 éves, nem magyar állampolgárságú nő fordult hozzánk asthma bronchiale miatt. Pár hónapja állították fel a diagnózist egy megfázást követően, fokozott váladékozással járó, inkább köhögési ingerként jelentkező panaszai miatt. Az alkalmazott antiasztmatikus kezelés nem volt hatásos, a beteg panaszai továbbra is fennálltak.

A légzésfunkciós vizsgálat során nem találtunk olyan objektív eltérést, ami alátámasztotta volna a diagnózist. A részletesebb anamnéziszfelvétel során kiderült, hogy gyakrabban, évente 3-4 alkalommal is vannak hurutos panaszai, és ilyenkor erősebbek a jelenleg is zavaró panaszok. Szezonálisra vagy bármilyen helyhez kötött allergiára utaló panaszja nem volt. Idegentest aspirációra utaló adat vagy erre utaló radiológiai jel nem volt.

Diagnosztikus továbblépésre alkalmas eljárásként felmerült a bronchoszkópia lehetősége, melynek során a trachea középső harmadában szabályos kör alakú szűkületet találtunk. A mellkasi CT vaszkuláris ringre utaló leírást adott. A beteget érsebészetre irányítottuk, azóta nem kereste fel ambulanciánkat.

Most akkor mi ez?

Dohányos anamnézisével, 54 éves férfi terhelésre jelentkező fulladás miatt kereste fel ambulanciánkat. A testpletizomográfia során közepesen súlyos centrális obstrukciót (FEV_1 : 63%; FEV_1/FVC : 0,6) észleltünk. A Ventolin-tesztje negatívnak bizonyult, reverzibilitás nem volt észlelhető. A birtokunkban lévő adatok alapján COPD-t diagnosztizáltunk. A napi szinten panaszos betegnél a CAT pontszám 10 feletti volt, ennek alapján a B csoportba soroltuk. Társbetegség nem volt igazolható. A beteg állapotát megítélve és a légzésfunkciós értékeket is figyelembe véve LABA+LAMA kombinációt indítottunk.

Meglepetésünkre egy hónap múlva kontrollra jelentkezett, ekkor a testpletizomográfia élettani értékeket (FEV_1 93%) mutatott, a beteg panaszmentes volt. Reverzibilitás jelentkezett egy hónapos LABA+LAMA kezelés után. Ennek alapján felmerült az asztma diagnózisa, csak hogy nem nagyon ismert krónikus reverzibilitási teszt LABA+LAMA kombinációk hatására, nem beszélve arról, hogy asztmás betegnél a hosszú hatású hörgőtágítók alkalmazása inhalációs szteroid nélkül tilos.

Még felmerül az a lehetőség is, hogy egy vírusinfekció követően adtak annyira rossz értékeket a légzésfunkciós vizsgálatok, hogy azokkal a COPD igazolható volt, aztán az infekció gyógyult. De ebben az esetben egy bronchiális hiperreaktivitással bíró dohányos emberről van szó, és akkor hogyan alakultak mégis élettanivá a FEV_1 és FEV_1/FVC értékek LABA+LAMA hatására?! Ebben

az esetben a beteg hosszabb távú követése indokolt, hogy megfigyelhessük a légzésfunkciós paraméterek és a tünetek alakulását. A kérdés, amire nem tudjuk a választ, hogy ilyen esetben milyen kezelést adjunk a betegünknek. Folytassuk valamilyen hosszú hatású hörgőtágítóval, vagy adjunk inkább inhalációs kortikoszteroidot, amikor anélkül is pozitívan alakult a beteg állapota?

A számtalan megválaszolatlan kérdés mutatja az obstruktív légúti betegségek komplexitását és diagnosztikai nehézségeit, melyek a terápia megválasztását bonyolítják.



A diagnosztikai tévedések következményei nem egyformák. Ha a diagnosztikai tévedés olyan betegség esetén fordul elő, aminek nincs hatékony kezelése, akkor ennek „csak” prognosztikai jelentősége van, és nem sokat ront az egészségi állapoton. Ennek az ellenkezője, ha létezik megfelelő kezelés, amivel a páciens az egészségét visszanyerhetné, mert ilyenkor a tévedés pusztító hatást gyakorolhat. A diagnosztikai tévedések okozta költségek is nőnek, ha az élet elvesztéséről vagy az élet minőségének tartós megromlásáról van szó, mint például akut szívinfarktus vagy stroke esetén. A fertőző betegségek (HIV, tbc) vagy a mentális zavarok nem megfelelő diagnózisa már közegészségügyi és járványügyi kérdéseket is felvet.

Mit lehetne, vagy mit kellene tenni?

Bizonyára többször kellene vizsgálni a diagnosztikai tévedések okait. Minden tapasztalatból tanulni kell, mert ezek által el lehetne kerülni a további tévedéseket. Egy tanulmányban elektronikus algoritmusokkal vizsgálták a hibákat és azok okait, különösen azt, hogy mivel lehet magyarázni a korai, 14 napon belül bekövetkező, nem tervezett kórházi felvételeket. Az eredmények szerint az esetek 20,9%-ában téves diagnózis állt a háttérben, szemben a 2,1% felvételi arányhoz, ami a kontrollt képezte¹.

Nem lehet elégszer hangsúlyozni a jobb kommunikáció fontosságát a „team”-en belül, a beteggel és a hozzátartozókkal. A jobb betegellátás természetesen az orvosok tudásának és tapasztalatának, a felszereltségnek és a technikának az eredménye. A tudás mellett, ami egyesek szerint „hatalom”, a megfelelő pénzügyi háttér megteremtése is fontos. ■

Irodalom

Khullar D, Jha AK, Jena AB. Reducing diagnostic errors – why now. *N Engl J Med* 2015; 373: 2491-2493.