

NEM VÁRT DIAGNÓZISOK

Dr. Brugós László

Debreceni Egyetem, Klinikai Központ, Tüdőgyógyászati Klinika

Mindenekelőtt szeretnék egy rövid definíciót adni ahhoz, hogy mik is a „nem várt” diagnózisok. Valójában magamnak alkottam meg ezt az elnevezést azokra az esetekre, amikor teljesen biztosak vagyunk abban, hogy a diagnózisunk helyes, aztán mégis történik valami: szövődmény jelentkezik, nem úgy alakul a kórlefordulás, ahogyan elváránk, és mivel az ördög mindig a részletekben rejlik, keresnünk kell a differenciáldiagnózist vagy olyan magyarázatokat, melyek az újonnan jelentkező tüneteket és állapotot érthetővé teszik.



1. kép: A mellkas CT-n a jobb oldalon a felső és alsó lebenyt is érintő pulmonális embolisatio látszott

A FÉRFI, AKI FORGOLÓDOTT AZ ÁGYÁBAN

Az 56 éves férfi három hete tartó, főként éjszánként fellépő, de ritkábban nappal is előforduló diffúz, szorító mellkasi fájdalom és légszomj miatt jelentkezett a sürgősségi ambulancián, és elmondta azt az érdekes dolgot, hogy egyik oldalán sem tud feküdni. A panaszai körülbelül fél-egy perccig tartanak, majd spontán megszűnnek. A fizikai terhelést nem bírja.

A sürgősségi osztályon megtörténtek a megfelelő vizsgálatok, a betegnek nem volt láza. Felmerült az embolizáció lehetősége, ezért a mellkas felvételt követően történt egy mellkas CT is (1. kép), melynek során mind a két oldalon jelentős embolizációra utaló jeleket találtak, és mivel a jobb felső lebenyben látható kötegezettséget egy kis üregesedés kísérte, felmerült a tbc lehetősége is.

A beteg akkori állapota nem volt súlyos, az oxigénszaturációja 97% volt, és az alsó végtagi color Doppler-vizsgálat sem mutatott embolizációs forrást. Tekintettel a tbc gyanújára, a beteget a Tüdőklinikára irányították.

Hozzá tartozik a történethez, hogy mindez karácsony környékén történt, a hosszú hétvégék idején, így csak ritkán láttuk a beteget. Az elindított kis molekulásúlyú heparin (LMWH) kezelés hatására a beteg állapota 2-3 napig javult, majd a negyedik napon arra panaszko-

dott a vizit során, hogy gyakorlatilag ugyanaz az állapota mint bejövetelkor: ha a jobb oldalára fekszik, akkor nem kap levegőt, és ez az állapot nem javul, hanem romlik.

Ekkor újra átnéztük a felvételi adatait, tüzetesebben megnéztük az EKG-t, amin már felvételekor akut cor pulmonale-ra utaló jelek voltak: a V1-2-3-4-ben perzisztáltak a P hullámok, magasabbak voltak, mint az R hullámok és felmerült a jobb kamrai érintettség és a haemodinamikai instabilitás. Szívultrahang vizsgálatot kértünk, ahol a tricuspidalis anulus és a septum átmenetéből kiinduló, igen mobilis, minden szívveréskor a tricuspidalis billentyűn áttörő, nagy volumennel rendelkező, myxomának tűnő elváltozást lehetett látni (2. kép).

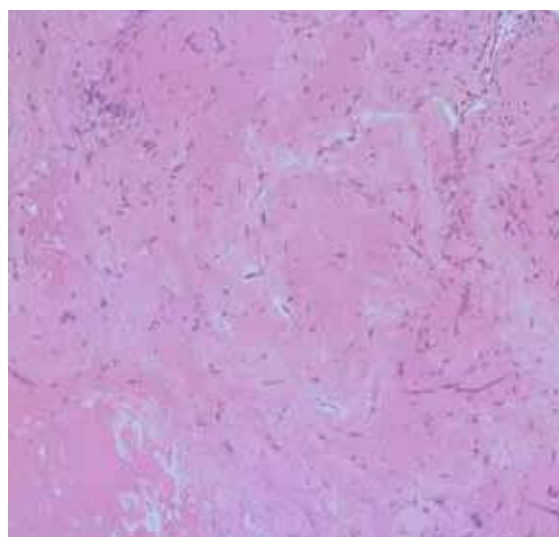
Az echocardiographia felvételén egy nagy massa látszik jobboldalt, ami a tricuspidalis billentyűn minden egyes mozgással átmegy és szinte beleharap a kamrába. Az embolizáció ennek a szövetnek a lemorzsolódásából és a szövettörmelékeknek mindkét oldalon a tüdőbe való szétszóródásából keletkezhetett. Felvetődött a kérdés, hogy ez a CT-n vajon nem látszott-e. A leletező valószínűleg erre nem tért ki, mert a CT-n a jobb szívfél nem homogén, tehát már ott látható a myxomának megfelelő terime.



2. kép: Szívultrahang-vizsgálat során a tricuspidalis anulus és a septum átmenetéből kiinduló, cardiális myxomának tűnő elváltozás látszott

A beteg az állapotromlása miatt, ilyen mellkas felvétel mellett rögtön a szívsebészet intenzív osztályára, onnan pedig a műtőbe került. A műtőben megtörtént a jobboldali myxoma eltávolítása és a jobb artéria pulmonális megnyitása tumorkeresés céljából. Felmerült a gyanú, hogy amennyiben ez a folyamat malignus, akkor az embóliák mind metasztázisként fognak tovább működni, de szerencsére a szövettan hyalinos fibrózist igazolt, egyes helyeken bevézésekkel. Ez egy cardiális myxoma, melynél malignitás jelei nem láthatók (3. kép). A műtét után a beteg állapota gyorsan javult és azóta is kontrollokra jár, jól érzi magát.

Mi lehet ennek az esetnek a tanulsága számunkra? Legfőképpen az, hogy az embóliás betegek jobb szívfelének az állapota nagyon fontos. A mellkas CT szerepe elsődleges, de kérjünk részletes véleményt a jobb szívfélről is, mert ez nagymértékben befolyásolhatja a további terápiát. Az a tünet, hogy a fekvőhelyzeti jobbra fordulás és a légszomj együtt jár, nagyon erős indok arra, hogy utánanézzünk, mi okozhatja ezt, és ne elégedjünk meg a pulmonális embólia szokványos, rutinszerű LMWH kezelésével, keressük tovább a magyarázatot.



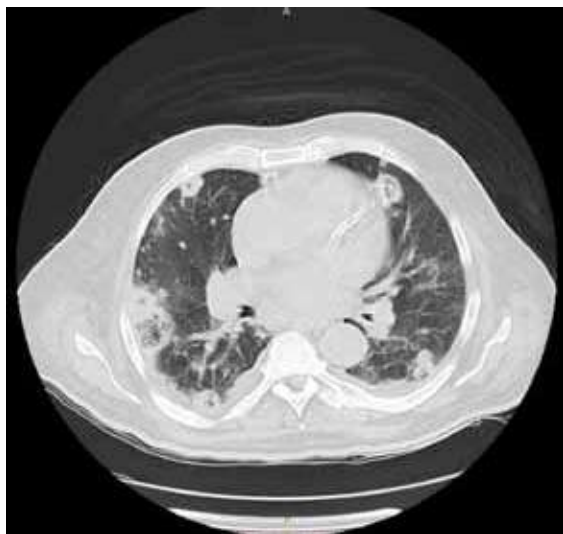
3. kép: Szövettan: cardiális myxoma szöveti képe hyalinos fibrózissal és bevézéssel, néhány haemosiderin depositummal, malignitásra utaló jel nélkül

PNEUMÓNIA PARAPLÉGIÁVAL

Egy 59 éves, másfél éve parapleg férfinél kétoldali tüdőgyulladás alakult ki kétoldali üregesedéssel és mellkasi folyadékgyülemmel. A paraplegia okát nem tudjuk pontosan, de elmondása szerint a rehabilitáció után otthon rollátorral járt. 2020. december 28-án kérték sürgős felvételét állapotrosszabbodás, kétoldali tüdőgyulladás miatt. A sürgősségi osztályon elvégzett negatív COVID tesztek után a páciens hozzánk került további kivizsgálás és kezelés céljából.

Fontos megemlíteni, hogy a betegnek 2019 februárjában hirtelen kezdődtek a paraplegiát okozó, vizelet- és székletinkontinenciával járó panaszai, amit 2019 tavaszán a Neurológiai Klinika idegsebészetén vizsgáltak, de nem találtak különösebb kiváltó okot. Feltételezték a lumbális és a szakrális részen daganatot, de ez nem volt látható. Az MR vizsgálatok és a három hónapos rehabilitáció után a beteg szinte önellátóként az otthonába tudott távozni, ellátták egy újabb MR vizsgálati előjegyzéssel, amit 2019. június 7-én kapott kézhez. Sajnos a beteg ezután eltűnt, nem jelentkezett, csak másfél évre rá, amikor ezt a tüdőgyulladásra utaló képet láttuk.

Egy vidéki kórházban készült CT-vel jött, amin minimális kétoldali mellkasi folyadékgyü-



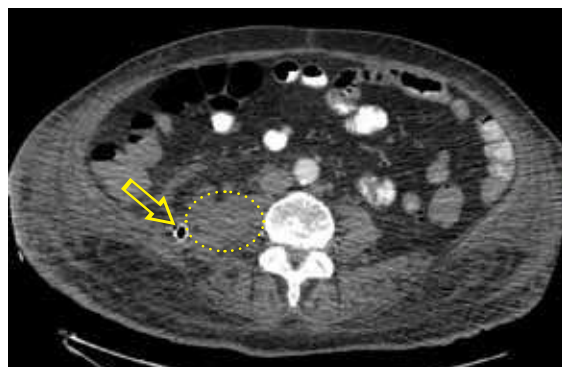
4. kép: A mellkasi CT-n minimális kétoldali mellkasi folyadékgyülem és kétoldali, kisebb-nagyobb üregesedést mutató, tüdőgyulladásra utaló elváltozás látható

lem és kétoldali, kisebb-nagyobb üregesedést mutató, tüdőgyulladásra utaló elváltozás volt látható (4. kép). Jóllehet a mellkasi CT-n elég súlyos állapot tükröződött, a paraplegiáján kívül nem nagyon volt más jelentős súlyossági tényező. Oxigén adása nélkül 94%-os volt a szaturációja, 120-as volt a CRP-je, de nem köhögött és váladékot sem ürített.

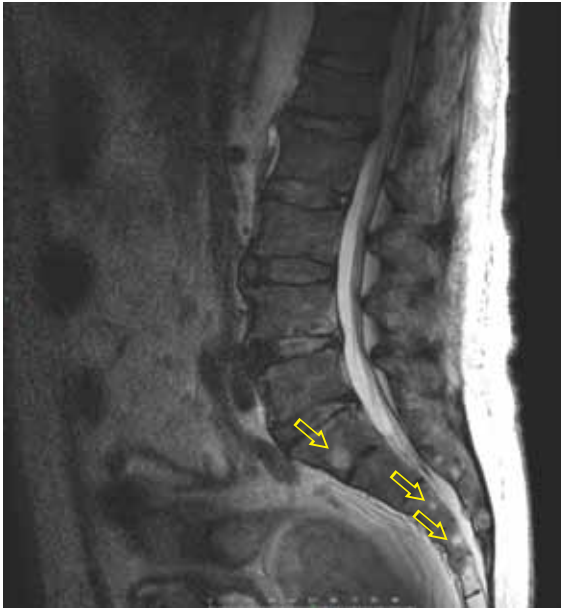
Mi ennek megfelelően elindítottuk a kombinált antibiotikus kezelést, aztán következett a szilveszter, majd január 2-án ügyeletes voltam, amikor a páciens paralitikus ileusra utaló tüneteket produkált, ami elég súlyos formában jelentkezett. Ezt akkor azzal magyaráztuk, hogy a paraplegia miatt kapott gyógyszerek (pl. tramadol) mellett lelassult a bélmozgása. Elvégeztük a natív hasi röntgenvizsgálatot, ahol kisebb nívók, a hasi ultrahangon pedig meteorizmus volt észlelhető.



5. kép: A hasi CT-n jobb oldali, a musculus psoasra is ráterjedő retroperitoneális tályog ábrázolódott (pontosított vonal), a felső részén légbuborékot tartalmazó sapkaszerű eltéréssel (nyíl)



6. kép: A hasi CT-n a tályog mérete jelentősen csökkent (pontosított vonal), miután az urológus kolléga dréncsővet (nyíl) vezetett bele, melyen keresztül nagy mennyiségű purulens váladék ürült



7. kép: A gerinc MR képén pár apró haemangiómán kívül (nyilak) nem látszik jelentős gerinc lézió



8. kép: Az MR képen látszik, ahogy a retroperitoneális tályog lecsorgott az adduktorok femorális részébe

A sebészeti konzílium után beöntéssel és hashajtóval bő székletürítése volt, és 2-3 napig ugyan továbbra is meteorisztikus maradt, de a panaszai csökkentek. Visszatérően arra panaszkodott, hogy a jobb csípő táján van fájdalma, és ezt azzal magyarázta, hogy szállítás közben a hátsójára ejtették. Érdekes közbesés a betegnek ez a magyarázata, de mint majd meglátjuk, nem ez okozta a jobb oldali csípőlapát körüli fájdalmát.

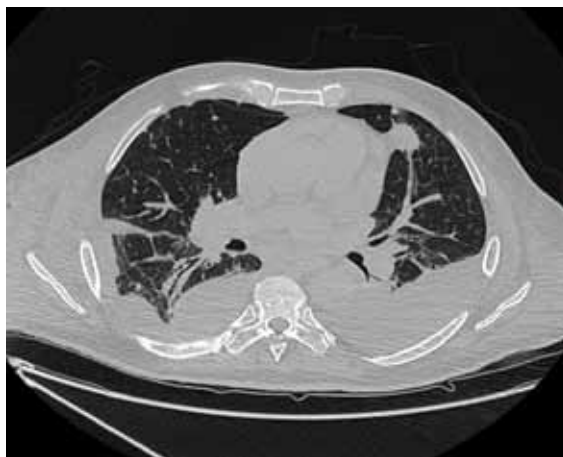
Mivel felmerült a szeptikus embolizáció lehetősége, egy radiológus kollégával együtt újra megnéztük a mellkas CT felvételt. Ő sem igazán tudta értelmezni a látottakat, és azt javasolta, hogy készüljön egy hasi CT. A hasi CT-n jobb oldalon egy hatalmas, a musculus psoasra is ráterjedő retroperitoneális tályog ábrázolódt, a felső részén légbuborékot tartalmazó sapszerű eltéréssel, míg a bal oldalon teljesen ép anatómiai viszonyok voltak (5. kép).

Az urológus kolléga dréncsővet vezetett a tályogba, melyen keresztül nagy mennyiségű purulens váladék ürült, ezután a tályog mérete jelentősen csökkent (6. kép). A tályogból nyert purulens váladékból végzett bakteriológiai vizsgálat *Klebsiella pneumoniae*-t és *Enterobacteriaceae*-t mutatott ki. Ennek a folyamatnak a sebészi megoldása közben azon

vitakoztak az idegsebészek, az ortopédek, az urológusok és mi, pulmonológusok, hogy milyen állapotban van a beteg gerince. Az MR pár apró haemangiómán kívül nem mutatott jelentős gerinc léziót (7. kép). Viszont problémás volt továbbra is, hogy a retroperitoneális tályog lecsorgott az adduktorok femorális részébe (8. kép, pontozott vonal). Az ortopéd kolléga altatásban két dréncsővet helyezett be (8. kép, nyíl) a betegnek és az ötödik napon ebből a dréncsőből végzett tenyésztésből *Kocuria rhizophila* tenyésztett ki. Mivel nem ismertük igazán ezt a kórokozót, infektológiai konzíliumot tartottunk.

A *Kocuria rhizophila* egy korábban a *Micrococcus* specieshez sorolt actinobaktérium, ami endokarditist, pneumóniát és szepszist okozhat, főként immunkárosodott egyéneknél. A mi betegünknek diabetes mellitus mellett más immunkárosodásra utaló eltérése nem volt. A *Kocuria rhizophila*-nak még annyi az érdekessége, hogy 1999-ben először a Duna magyar szakaszán talált gumimatracból tenyésztették ki ezt az actinobaktériumot.

Jelenleg imipenem/cilastatin és linezolid kezelés mellett a retroperitoneális tályog jelentősen regrediált, és ugyancsak regressziót láttunk a beteg mellkasi CT-jén is (9. kép).



9. kép: A mellkasi CT-n a mellkasi folyadék felszaporodása látszik

A két mellkasi CT-t (4. és 9. kép) összehasonlítva az egyetlen negatívum, hogy a mellkasi folyadék felszaporodott, de ezt megcsapoltuk és nem volt benne kórokozó. Látható, hogy az üregesedés megszűnt (9. kép), és fokozatosan kezdtek javulni a beteg egyéb paraméterei is. Néhány nappal később el tudtuk távolítani a dréneket, majd rehabilitáció után otthonába tudtuk bocsátani a beteget.

Mi lehet ennek az esetnek a tanulsága számunkra? A retroperitoneális tályog az osztályozás szerint lehet primer vagy szekunder. A primer tályog hematogén szórás következtében jön létre, a szekunder pedig infekciók terjedése által kerül a retroperitoneális térbe.

Itt vitánk is támadt az urológus kollégával, akinek az volt az álláspontja, hogy ez a retroperitoneális tályog a tüdőgyulladás kapcsán transzdiaphragmatikus terjedéssel keletkezett, mi viszont pont fordítva gondoltuk. Mivel a régóta paraplég beteg már több mint másfél éve az otthonában feküdt hólyagkatéterrel, azt feltételeztük, hogy ott keletkezett ez a tályog és a fertőzés – valóban transzdiaphragmatikusan, de fordított irányban – ráterjedt a tüdőre.

A szekunder retroperitoneális tályog általában 30 és 65 év közötti férfiaknál gyakoribb. A főbb okai általában urológiai panaszok diabéteszsel keverve: pancreatitis, diverticulitis, perforált tumor és epidurális, spinális infekciók. Több tanulmány során lehet látni, hogy 45% pyelonephritis, 72% vese eredetű, ahol különböző obstruktív urológiai betegségeik van.

Mivel tudjuk megállapítani a betegséget? CT-vel. És miért a tüdőgyógyászati osztályon kezeltük ezt a beteget? Csak! Mert „mindig a tüdőből ered” a fertőzés, és mindig ide irányítják a beteget anélkül, hogy utánajárnának annak, hogy van-e valami egyéb eltérés. Aztán amikor mi észleltük ezt az eltérést, akkor a sebészek vagy az urológusok már nem igazán örvendtek volna annak, ha a beteg átvételét kérjük, de szerencsére a beteg gyógyul és köszöni szépen, jól van. ■

AMEGA FÓRUM

www.amegaforum.hu



DEBRECEN
2022. január 28-29.

PÉCS
2022. április 8-9.

BUDAPEST
2022. október 7-8.