

Ενδιαφέρουσα Περίπτωση

Περίπτωση Νεαρής Γυναίκας με Συγκοπή,
Δύσπνοια και Κοιλιακό ΆλγοςΕΜΜΑΝΟΥΗΛ ΒΑΒΟΥΡΑΝΑΚΗΣ, ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΛΑΖΑΡΟΣ, ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ ΠΑΤΙΑΛΙΑΚΑΣ,
ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ ΜΑΡΑΓΙΑΝΝΗΣ, ΘΕΟΔΩΡΟΣ ΠΑΠΑΪΩΑΝΝΟΥ, ΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΟΣ ΣΤΕΦΑΝΑΔΗΣ*1η Πανεπιστημιακή Καρδιολογική κλινική, Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών*

Λέξεις ευρετηρίου:
Εν τω βάθει
φλεβική θρόμβωση,
πνευμονική εμβολή,
ανοικτό ωοειδές
τρήμα, παράδοση
εμβολή, σπληνικό
έμφρακτο,
αντισυλληπτικά
δισκία.

Παρουσιάζεται η περίπτωση γυναίκας ηλικίας 28 ετών που εισήχθη στην κλινική μας λόγω δύσπνοιας, υπότασης και άλγους στο αριστερό υποχόνδριο και στην αριστερή κνήμη. Ο υπερηχογραφικός έλεγχος ανέδειξε φλεβοθρόμβωση στο αριστερό κάτω άκρο καθώς και παρουσία κινητού θρόμβου στην κοιλότητα του δεξιού κόλπου, προσκολλημένου στην περιοχή του ωοειδούς τρήματος. Η ελικοειδής αξονική τομογραφία πνευμόνων ανέδειξε την ύπαρξη αμφοτερόπλευρων εμβολών σε κλάδους της πνευμονικής αρτηρίας, ενώ η αξονική τομογραφία κοιλίας αποκάλυψε την παρουσία εμφράκτου στο σπλήνα, ως αποτέλεσμα παράδοξης εμβολής, επί εδάφους βατού ωοειδούς τρήματος.

Ημερ. παραλαβής
εργασίας:
13 Ιουλίου 2008·
Ημερ. αποδοχής:
3 Μαρτίου 2009

Διεύθυνση
Επικοινωνίας:
Γεώργιος Λάζαρος

Αχιλλέως 31, 17562 Π.
Φάληρο Αθήνα,
Ελλάδα
e-mail:
glaz35@hotmail.com

Γυναίκα ηλικίας 28 ετών προσκομίστηκε στο τμήμα επειγόντων περιστατικών του νοσοκομείου μας λόγω συγκοπτικού επεισοδίου, έντονης αναπνευστικής δυσχέρειας και άλγους στην περιοχή του αριστερού υποχονδρίου και της αριστερής κνήμης. Το ιατρικό ιστορικό της ήταν ελεύθερο. Η ασθενής ανέφερε ιστορικό καπνίσματος (περίπου 30 τσιγάρα ημερησίως τα τελευταία 10 χρόνια) καθώς και λήψη αντισυλληπτικών δισκίων τρίτης γενιάς από έτους (συνδυασμό δροσπιρενόνης και αιθινυλεστραδιόλης). Δεν ανέφερε κατάχρηση αλκοόλης ούτε χρήση τοξικών ουσιών.

Κατά την άφιξη της στο τμήμα επειγόντων η ασθενής παρουσίαζε έντονη δύσπνοια, αρτηριακή υπόταση (ΑΠ= 75/45 mmHg) και ταχύπνοια (31 αναπνοές το λεπτό). Επιπλέον, διαπιστώθηκε ταχυσφυγμία (125 σφύξεις το λεπτό), ήπια κυάνωση και δεκαδική πυρετική κίνηση (37,1° C). Η καρδιακή ακρόαση ανέδειξε μόνο αύξηση της έντασης του δεύτερου καρδιακού τόνου χωρίς καλπασμό, φυσήματα ή τριβή. Στην ακρόαση των πνευμό-

νων διαπιστώθηκε φυσιολογικό αναπνευστικό ψιθύρισμα. Επιπρόσθετα, διαπιστώθηκε ευαισθησία στην ψηλάφηση του αριστερού υποχονδρίου καθώς και άλγος στην ψηλάφηση της αριστερής γαστροκνημίας. Η ανάλυση των αερίων αρτηριακού αίματος έδειξε: pH=7,49, pCO₂=21mmHg, pO₂=44mmHg και O₂Sat=80%, ενώ η ασθενής ανέπνεε ατμοσφαιρικό αέρα. Στο ηλεκτροκαρδιογράφημα διαπιστώθηκε φλεβοκομβική ταχυκαρδία, ενώ τα επίπεδα τροπονίνης I ορού ήταν εντός των φυσιολογικών ορίων. Αντίθετα, τα επίπεδα BNP ήταν 350pg/ml (φυσιολογικές τιμές < 100 pg/ml) και τα d-dimers λίαν αυξημένα (>5000ng/ml με φυσιολογικές τιμές 50-450ng/ml).

Η ασθενής μεταφέρθηκε στη μονάδα εντατικής παρακολούθησης και υποβλήθηκε άμεσα σε διαθωρακικό ηχωκαρδιογράφημα (TTE) παρά την κλίνη, στο οποίο αναδείχθηκε η ύπαρξη κινητού πολυλοβωτού μορφώματος εντός της κοιλότητας του δεξιού κόλπου συμβατού με θρόμβο, προσκολλημένου στην ανατομική περιοχή του ωοειδούς τρήματος (Εικόνα

1Α). Η δεξιά κοιλία ήταν μέτρια διατεταμένη και υποκινητική εκτός της κορυφής της που εμφάνιζε διατηρημένη συσταλτικότητα. Το μεσοκοιλιακό διάφραγμα εμφάνιζε συστολική επιπέδωση ως επί φορτίσεως πίεσεως, ενώ η τριγλώχινα εμφάνιζε μετρίου βαθμού ανεπάρκεια με υπολογιζόμενη συστολική πίεση στην πνευμονική αρτηρία περί τα 55mmHg. Η υπερηχογραφική μελέτη κάτω άκρων ανέδειξε θρόμβωση της αριστερής ιγνυακής φλέβας. Με βάση τα παραπάνω δεδομένα τέθηκε η διάγνωση της εν τω βάθει φλεβικής θρόμβωσης με επακόλουθη μαζική πνευμονική εμβολή και συνοδό αιμοδυναμική αστάθεια. Λόγω της υποκείμενης και ανθεκτικής αιμοδυναμικής αστάθειας, αποφασίστηκε η χορήγηση θρομβόλυσης με ρετεπλάση (10 IU αρχική δόση ακολουθούμενη από δεύτερη δόση 10 IU 30 λεπτά αργότερα). Εντός μισής ώρας από την ολοκλήρωση της θρομβολυτικής αγωγής, η ασθενής παρουσίασε βελτίωση της κλινικής της εικόνας και αύξηση της αρτηριακής της πίεσης στα 100/60 mm Hg. Σε νέο ΤΤΕ 1 ώρα μετά την θρομβόλυση διαπιστώθηκε εξαφάνιση του θρόμβου στον δεξιό κόλπο, ενώ η πνευμονική πίεση μειώθηκε στα 40mmHg.

Την επόμενη μέρα η ασθενής ήταν αιμοδυναμικά σταθερή ο κορεσμός του αρτηριακού της αίματος ανήλθε στο 98% υπό χορήγηση 35% O₂ μέσω μάσκας venturi. Ωστόσο, η ασθενής ανέφερε επιμονή του άλγους στο αριστερό υποχόνδριο. Ακολούθησε ελικοειδής αξονική τομογραφία πνευμόνων με ενδοφλέβια χρήση σκιαγραφικού η οποία ανέδειξε την ύπαρξη πολλαπλών αμφοτερόπλευρων εμβόλων στην περιφέρεια του πνευμονικού δικτύου, καθώς και αξονική τομογραφία κοιλίας η οποία αποκάλυψε την παρουσία υπόπυκνης περιοχής στο σπλήνα συμβατής με έμφρακτο (Εικόνα 1B) Ακολούθως, δι-οισοφάγεια ηχωκαρδιογραφική μελέτη με έγχυση ηχωαναδραστικού μέσου έδειξε την ύπαρξη εκ δεξιών προς τα αριστερά διαφυγής στο επίπεδο των κόλπων (στα πλαίσια της δοκιμασίας Valsalva) μέσω βατού ωοειδούς τρήματος. Η ασθενής υπεβλήθη και σε πλήρη έλεγχο θρομβοφιλίας (έλεγχος για ανεπάρκεια αντιθρομβίνης III, πρωτεϊνών C και S, μετάλλαξη G20210A προθρομβίνης, παράγοντα V Leiden, καθώς και για παρουσία αντισωμάτων έναντι καρδιολιπίνης και αντιπηκτικό του λύκου) χωρίς ωστόσο παθολογικά ευρήματα.

Συζήτηση

Η περιγραφείσα περίπτωση αφορά νέα, υγιή κατά τα άλλα γυναίκα, με εν τω βάθει φλεβική θρόμβωση



Εικόνα 1Α. ΤΤΕ: τροποποιημένη λήψη 4 κοιλιοτήτων στην οποία παρατηρείται μόρφωμα εντός της κοιλότητας του δεξιού κόλπου που προσκολλάται στην περιοχή του ωοειδούς τρήματος (βέλος). **1Β.** Αξονική τομογραφία κοιλίας στην οποία αναδεικνύεται υπόπυκνη περιοχή στο σπλήνα συμβατή με έμφρακτο (βέλος).

η οποία οδήγησε σε μαζική πνευμονική εμβολή και ταυτόχρονα σε παράδοξη εμβολή στο σπλήνα μέσω βατού ωοειδούς τρήματος.

Η πνευμονική εμβολή είναι ασυνήθιστη στις νέες γυναίκες.¹ Στην περίπτωσή μας η χρήση αντισυλληπτικών δισκίων και το κάπνισμα αποτέλεσαν τους μοναδικούς παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με θρόμβωση.^{1,2}

Στην ασθενή, εκτός από τα γενικά μέτρα υποστηρίξεως, χορηγήθηκε επιπρόσθετα και ενδοφλέβια θρομβόλυση. Επί απουσίας αντενδείξεων, η θρομβόλυση θα πρέπει να χορηγείται σε όλους τους ασθενείς με πρόσφατη (εντός 14 ημερών) μαζική πνευμονική εμβολή, που επιπλέκεται με καταπληξία. Επισημαίνεται ότι επί παρουσίας κινητών θρόμβων στις δεξιές καρδιακές κοιλότητες η θνητότητα κυμαίνεται μεταξύ 35% και 42%.¹ Στους ασθενείς με πνευμονική εμβολή και καταπληξία η θρομβόλυση συχνά επιτυγχάνει εντυπωσιακή και άμεση κλινική βελτίωση που

συνοδεύεται παράλληλα και από μείωση της θνητότητας. Επιπρόσθετα, φαίνεται να ελαττώνει και τα ποσοστά της απώτερης θρομβοεμβολικής πνευμονικής υπέρτασης.¹ Στην περιγραφείσα περίπτωση η θρομβόλυση απεδείχθη σωτήρια για την ασθενή, βελτιώνοντας το αιμοδυναμικό προφίλ και την πνευμονική αιμάτωση. Είναι επίσης αξιοσημείωτη η εξαφάνιση του θρόμβου του δεξιού κόλπου εντός 1 ώρας από τη χορήγηση του θρομβολυτικού παράγοντα. Ύπαρξη θρόμβων στις δεξιές καρδιακές κοιλότητες ανιχνεύεται σε ποσοστό 4-18% ασθενών με πνευμονική εμβολή, και στο 50% των περιπτώσεων εξαφανίζονται εντός 2 ωρών από την θρομβόλυση.³

Το ανοικτό ωοειδές τρήμα αναγνωρίζεται ως η πιο συχνή καρδιακή ανωμαλία. Η δυναμική επικοινωνία ανάμεσα στο φλεβικό και αρτηριακό σκέλος της κυκλοφορίας μπορεί να επιτρέψει σε θρομβωτικό υλικό να παρακάμψει τους πνεύμονες και να εμβολίσει τη συστηματική κυκλοφορία. Εντούτοις, η παράδοξη εμβολή διαμέσου ανοικτού ωοειδούς τρήματος αποτελεί αρκετά σπάνια κλινική οντότητα και λιγότερο από το 2% των περιπτώσεων συστηματικών εμβολών είναι παράδοξες.⁴ Στη συγκεκριμένη περίπτωση η αύξηση των πιέσεων που παρατηρήθηκε στις δεξιές καρδιακές κοιλότητες (εξαιτίας των αυξημένων πνευμονικών πιέσεων σε έδαφος πνευμονικής εμβολής) είχε σαν αποτέλεσμα τη διέλευση θρομβωτικού υλικού από δεξιά προς τα αριστερά διαμέσου του ανοικτού ωοειδούς τρήματος, το οποίο με τη σειρά του προκάλεσε την παράδοξη εμβολή. Η παράδοξη εμβολή σε περιπτώσεις πνευμονικής εμβολής δε φαίνεται να επηρεάζει αρνητικά την επιβίωση αν και αυξάνει την ενδονοσοκομειακή νοσηρότητα.^{5,6} Επίσης, στην περίπτωση της ασθενούς μας είναι αξιοσημείωτη η διάγνωση του σπληνικού εμφράκτου, δεδομένου ότι η προσβολή του σπλήνα σε

περιπτώσεις παράδοξης εμβολής είναι ιδιαίτερα ασυνήθης (~3%).⁷

Συμπερασματικά, η περιγραφείσα περίπτωση συνιστά σπάνια συνύπαρξη πνευμονικής και παράδοξης εμβολής σε μία ασθενή με εν τω βάθει φλεβική θρόμβωση. Η λήψη αντισυλληπτικών δισκίων σε συνδυασμό με το κάπνισμα μπορεί να οδηγήσουν σε επικίνδυνες για τη ζωή περιπτώσεις πνευμονικών εμβολών σε υγιείς κατά τα άλλα ασθενείς. Υπενθυμίζεται ότι η θρομβόλυση μπορεί να αποβεί σωτήρια σε ασθενείς με επιπλεγμένη από καταπληξία μαζική πνευμονική εμβολή. Τέλος, να λαμβάνεται υπόψη ότι το βατό ωοειδές τρήμα αποτελεί δυναμική οδό για συστηματική εμβολή σε ασθενείς με εν τω βάθει φλεβική θρόμβωση.

Βιβλιογραφία

1. No authors listed. Guidelines on diagnosis and management of acute pulmonary embolism. Task Force on Pulmonary Embolism, European Society of Cardiology. Eur Heart J 2000; 21: 1301-1336.
2. Blickstein D, Blickstein I. Oral contraception and thrombophilia. Curr Opin Obstet Gynecol 2007; 19: 370-376.
3. Ferrari E, Benhamou M, Berthier F, Baudouy M. Mobile thrombi of the right heart in pulmonary embolism: delayed disappearance after thrombolytic treatment. Chest 2005; 127: 1051-1053.
4. Guo S, Roberts I, Missri J. Paradoxical embolism, deep vein thrombosis, pulmonary embolism in a patient with patent foramen ovale: a case report. J Med Case Reports 2007; 1: 104.
5. Kasper W, Geibel A, Tiede N, Just H. Patent foramen ovale in patients with haemodynamically significant pulmonary embolism. Lancet 1992; 340: 561-564.
6. Kostadima E, Zakyntinos E. Pulmonary embolism: pathophysiology, diagnosis, treatment. Hellenic J Cardiol 2007; 48: 94-107.
7. Loscalzo J. Paradoxical embolism: Clinical presentation, diagnostic strategies, and therapeutic options. Am Heart J 1986; 122: 141-145.