

Guz płuca wykryty przypadkowo w badaniu serca metodą tomografii komputerowej – opis przypadku

GRAŻYNA GORDZELEWSKA, KRZYSZTOF PALONKA

NZOZ Poradnia Kardiologiczna „Puls”, Zielona Góra

Adres do korespondencji: NZOZ Poradnia Kardiologiczna „Puls”, ul. Chrobrego 5, 65-043 Zielona Góra

Kardiologia po Dyplomie 2011; 10 (11): 64-65

W marcu 2011 roku 64-letnia pacjentka zgłosiła się do Poradni Kardiologicznej „Puls” z powodu wahań ciśnienia tętniczego oraz ogólnie złego samopoczucia, niepokoju, osłabienia, często uczucia duszności, głównie wysiłkowej, nocnego pocenia się. Z wywiadu wynikało, że pacjentka była po raz pierwszy konsultowana w poradni kardiologicznej w 2001 roku z powodu kołatania serca i upośledzenia tolerancji wysiłku fizycznego. Stwierdzono wówczas nieliczną ekstrasystolię nadkomorową oraz hipercholesterolemię. Zalecono dietę ubogocholesterolową, preparaty magnezu i zakazano palenia tytoniu. Kolejne porady miały miejsce w 2007 i 2010 roku i dotyczyły wzrostu ciśnienia tętniczego, którym towarzyszyły zasłabnięcia i uczucie nierównej pracy serca. Zalecono wówczas leczenie farmakologiczne: walsartan w dawce 160 mg na dobę, hydrochlorotiazyd 12,5 mg, bisoprolol 2,5 mg, lacidyna w dawce 2 mg na dobę, substytucję potasu i magnezu oraz fibrat (z uwagi na nietolerancję statyn).

W chwili zgłoszenia chora posiadała aktualne wyniki badań dodatkowych, które były w większości prawidłowe (kreatynina 0,69 mg/dl, potas 4,30 mmol/l, sód 140 mmol/l, glukoza 98 mg/dl, leukocyty $4,7 \times 10^9/l$, płytki krwi $224 \times 10^9/l$, erytrocyty $4,75 \times 10^{12}/l$, hematokryt 40%). Utrzymywało się podwyższone stężenie cholesterolu całkowitego (240 mg/dl) i LDL (165 mg/dl) przy prawidłowych stężeniach pozostałych frakcji (cholesterol HDL 79 mg/dl, trójglicerydy 107 mg/dl). Badanie ogólne moczu było prawidłowe. Prawidłowe były też stężenia TSH, wapnia i magnezu. Ponadto pacjentka przedstawiła badanie RTG klatki piersiowej wykonane 16 listopada 2010 roku, w którym pola płucne były bez zmian ogniskowych, sylwetka serca była niepowiększona, a stwierdzano jedynie zrosty w kątach przysercowych.

W badaniu fizykalnym stwierdzono miarową częstość serca ok. 75/min, cichy szmer skurczowy w polu osłuchiwania zastawki mitralnej. Nad polami płucnymi

osłuchowo szmer pęcherzykowy był prawidłowy. Palpacyjnie w obrębie jamy brzusznej nie stwierdzano oporów, wątroba nie była powiększona. W obrębie kończyn dolnych nie było obrzęków. Tętno na tętnicach jednoimiennych było zgodne, o prawidłowym napięciu i wypełnieniu. Ciśnienie tętnicze w chwili przyjęcia wynosiło 140/90 mm Hg.

W zapisie badania EKG stwierdzono rytm zatokowy miarowy 70/min, normogram i sinistroyrię oraz odcinki PQ i QT w normie. Badanie USG dopplerowskie tętnic dogłowych było prawidłowe. W badaniu USG jamy brzusznej nie uwidoczniło zmian.

Zalecono konsultację pulmonologiczną, która nie wniosła istotnych wskazówek do diagnostyki. Zaplanowano poszerzenie diagnostyki kardiologicznej.

W 24-godzinnym monitorowaniu EKG metodą Holtera zarejestrowano rytm zatokowy o częstości 51-118/min, średnio 76/min, 143 przedwczesne dodatkowe pobudzenia komorowe, 41 pobudzeń dodatkowych nadkomorowych, bez pauz patologicznych. W badaniu echokardiograficznym wykazano: LVDD 4,20 cm, LAD 3,50 cm, RVDD 2,60 cm, AO 3,05 cm, IVSD 1,00 cm, PWD 0,95 cm. Zastawki były bez zmian morfologicznych. Zarejestrowano niedomykalność mitralną I stopnia, niedomykalność trójdzielną I stopnia, bez zaburzeń kurczliwości odcinkowej i globalnej.

W teście wysiłkowym uzyskano 10,1 METS, czas trwania wysiłku wyniósł 6 minut 49 sekund. Ciśnienie tętnicze spoczynkowe wynosiło 120/70 mm Hg i wzrosło maksymalnie do 180/70 mm Hg, czynność spoczynkowa serca wynosiła 88/min i wzrosła maksymalnie do 164/min. Limit tętna uzyskano bez zaburzeń rytmu serca. Pacjentka zgłosiła uczucie zatykania w klatce piersiowej. W zapisie EKG stwierdzono 1,2-1,5 mm obniżenia wstępujące odcinka ST w odprowadzeniach II, III, aVF, V₅₋₆. Po wysiłku u chorej utrzymywał się suchy kaszel.

W tej sytuacji zalecono badanie TK serca, którego wynik zadecydował o dalszym leczeniu.



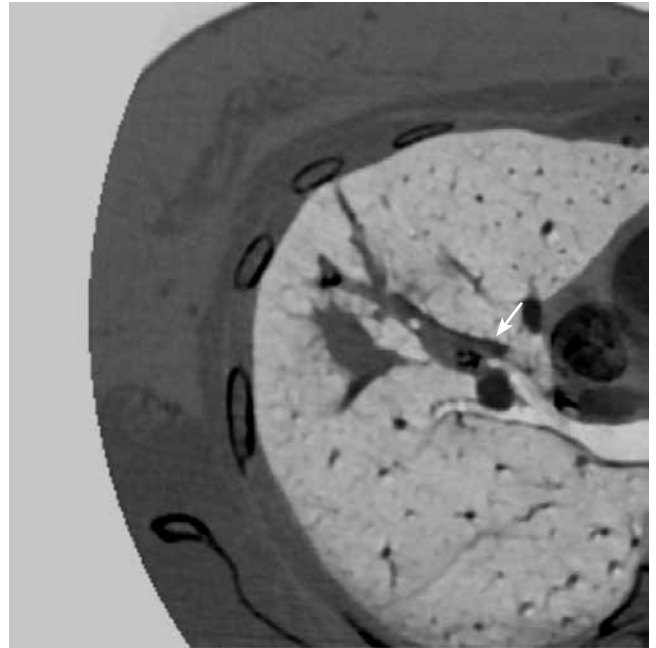
RYCINA 1. Badanie TK klatki piersiowej. Obraz tzw. pilota służącego do planowania właściwego badania. W polu górnym płuca prawego widoczny jest obszar zagęszczeń miąższowych (strzałka). (Materiał z pracowni 64-rzędowej TK Euromedic w Zielonej Górze).



RYCINA 2. Badanie metodą tomografii komputerowej – warstwa poprzeczna (inwers). Czerwona strzałka wskazuje guz w segmencie 3 płuca prawego. Biała strzałka wskazuje powiększone węzły chłonne. (Materiał z pracowni 64-rzędowej TK Euromedic w Zielonej Górze).

Badanie serca metodą WTK

Radiolog wykonujący badanie na tzw. pilocie do planowania badania zauważył zagęszczenia miąższowe w polu górnym płuca prawego (ryc. 1). Zdecydowano o poszerzeniu zakresu badania o całą klatkę piersiową. W badaniu TK uwidoczniono obszar zagęszczeń miąższowych, lity o nieregularnym zarysie zewnętrznym zlokalizowany w segmencie 3 płuca prawego (ryc. 2). Zmiana łączyła się z oskrzelem subsegmentalnym (ryc. 3). W jego świetle widoczne były elementy tkankowe. Zwracały



RYCINA 3. Badanie metodą tomografii komputerowej – warstwa poprzeczna (inwers). W świetle oskrzela masa tkankowa (strzałka). (Materiał z pracowni 64-rzędowej TK Euromedic w Zielonej Górze).

uwagę powiększone węzły chłonne wewnątrz płuca prawego i pojedyncze zwapnienia w śródpiersiu.

Pacjentkę hospitalizowano na Oddziale Pulmonologii szpitala w Torzymiu (27 maja – 6 czerwca 2011 roku). W bronchofiberoskopii stwierdzono: fałdy głosowe ruchome, krtań gładką, tchawicę drożną, prawidłową ostrogę główną, oskrzela główne prawe i pośrednie drożne, oskrzela górnopłatowe drożne, w oskrzeli segmentalnym 3a żółtawy twór guzowaty, pozostałe oskrzela prawidłowe. Chora została wypisana z zaleceniem konsultacji w poradni onkologicznej oraz ponownego zgłoszenia się po wykonaniu badań cytologicznych i histopatologicznych.

W badaniu histopatologicznym stwierdzono śluzówkę oskrzela z gęstym naciekiem z komórek limfoidalnych i plazmatycznych. W badaniu cytologicznym nie stwierdzono komórek nowotworowych. Zdecydowano o powtórzeniu badania TK klatki piersiowej po dwóch miesiącach. W badaniu kontrolnym obraz nie uległ zmianie. W związku z powyższym skierowano pacjentkę do specjalistycznego ośrodka pulmonologicznego.

W dniach 6-15 lipca 2011 roku pacjentkę hospitalizowano na Oddziale Torakochirurgii Szpitala Wojewódzkiego w Zielonej Górze. Wykonano lobektomię górną prawą z limfadenektomią śródpiersia. Rozpoznanie histopatologiczne było następujące: *Tuberculosis productiva et caseosa* – guz. *Lymphonodulitis chronica*. Włączono leczenie przeciwprątkowe. Obecnie pacjentka jest w stanie dobrym, nie zgłasza istotnych skarg.