

CHRONICKÁ EXSUDATIVNÍ PERIKARDIOPATIE: VÝVOJ U PRVNÍHO NEMOCNÉHO PO PERIKARDIOPLEURÁLNÍ DRENÁŽI U IDIOPATICKÉ RECIDIVUJÍCÍ PERIKARDITIDY

Jan Šochman

Klinika kardiologie IKEM, Praha

Idiopatická recidivující exsudativní perikardiopatie je často velkým klinickým problémem. Jeho řešení je obtížné a často znamená opakované perikardiocentézy, případně zvážení chirurgické léčby. Jako alternativa mohou sloužit katetrizační techniky, z nichž jsme se zaměřili na použití perikardiotomu: zde uvádíme náš první klinický případ v sedmiletém odstupu.

Klíčová slova: idiopatická recidivující exsudativní perikardiopatie, perikardiotom, katetrizační techniky.

CHRONIC EFFUSIVE PERICARDIOPATHY: DEVELOPMENT IN THE FIRST PATIENT UNDERGOING PERICARDIOPLEURAL DRAINING IN IDIOPATHIC RECURRENT EFFUSIVE PERICARDITIS.

Idiopathic recurrent effusive pericardiopathy often poses a major clinical challenge. Its management is difficult and frequently involves repeat pericardiocentesis and/or elective surgery. Alternatives include catheterization techniques, with our attention focused on the cutting pericardiotome: the following is the case report of our first clinical case at an interval of seven years.

Key words: idiopathic recurrent effusive pericardiopathy, pericardiotome, catheterization techniques.

Interv Akut Kardiolog 2006;5:181–182

Úvod

Exsudativní perikarditida nebo terminologicky možná i perikardiopatie s exsudátem jako zvláštní jednotka, u níž nejsme schopni detekovat zánětlivou aktivitu, může v některých případech vlekce recidivovat. Diagnostika u daného problému je značně obtížná a v dnešní době je na konci diagnostického řetězce téměř vždy buď nález určitý, dříve nepoznané malignity, která má vztah k perikardu, nebo tzv. idiopatická exsudativní perikarditida (IREP), která nepochybně patří mezi vzácná onemocnění. IREP bývá rezistentní na medikamentózní léčbu, protože ta nebývá kauzální. Sestává obvykle z empiricky volených diuretik, antiflogistik, případně kortikoidů. Velmi často vede k opakovaným perikardiocentézám, ať již s ohledem na echokardiograficky doložené množství tekutého obsahu, nebo přímo pro klinicky se rozvíjející tamponádu. Krajním řešením může být i chirurgický výkon v podobě sekvestrace perikardu nebo perikardektomie. Alternativou mohou být katetrizační výkony, kde nejběžnější je balonkové roztažení otvoru v perikardu⁽¹⁾. Rovněž lze uvažovat o torakospických metodách⁽²⁾. My jsme se touto problematikou zabývali již dříve v experimentu i klinickém sledování při využití speciálního řezacího instrumentária, které jsme pro tyto účely vytvořili^(3, 4). U balonkových technik vzniká otvor v perikardu roztažením perikardiální blány. Rozhodující roli pro pozdější průběh zde mají nesporně elastické vlastnosti perikardiální blány. Alternativní incize by vliv elastické složky měla odstranit. Řezací technika spočívá v tom, že do perikardiálního prostoru jsou ve „složené“ (lineární) konfiguraci zavedeny 2 řezací bránže. Pod skiaskopickou kontrolou jsou tyto bránže otevřeny do tvaru, který připomíná písmeno V (vrchol je orientován směrem k místu průniku zaváděcího sheathu do perikardu). Následným tahem směrem od srdce obě řezací struny provedou incizi. Profil řezacích strun vylučuje incizi jiných struktur (není zde žádné ostří). Po ukončení řezu(ů) je jedna bránže odemknuta zevním ovládáním na rukojeti perikardiotomu a v lineární podobě je celé instrumentarium odstraněno (technika je podrobně uvedena v jednotlivých krocích v práci 3).

Kazuistika

V tomto kazuistickém sdělení je uveden osud naší první nemocné s IREP. Tato nemocná figurovala v našem původním sdělení, které se týkalo bezprostředních zkušeností s danou léčbou u prvních 3 nemocných, jako „případ 3“⁽³⁾. Tehdy šlo o 52letou ženu, která byla v našem ústavu sledována pro tříleté období s IREP a která si vynutila celkem 6 jednorázových perikardiocentéz. Protože se tekutý obsah v perikardu pravidelně doplňoval a nebylo únosné tyto výkony neustále opakovat, bylo uvažováno o chirurgickém řešení. Jako alternativa bylo po dohodě s nemocnou zvoleno katetrizační řešení, jehož principem byla incize perikardu a vytvoření komunikace mezi perikardem a pleurální dutinou. Výkon byl podrobně popsán již ve výše uvedeném sdělení⁽³⁾, proto zde jen stručně: v květnu 1999 byl laterální cestou zajištěn vstup do perikardu a bylo odsáto celkem 840 ml čiré tekutiny, ve které po chvíli stání začal precipitovat fibrin. Poté byl zaveden perikardiotom a pod skiaskopickou kontrolou byla provedena incize perikardiální blány (obrázek 1).

Po odstranění perikardiotomu byl nástřikem malého množství kontrastní látky do perikardu ověřen průnik této látky do pleurální dutiny (obrázky 2 a 3).

Komunikace s pleurou byla dále doložena prostým snímkem hrudníku, kde bylo zřetelné zastření levého kostodiafragmatického úhlu tekutinou. Prvé sledování bylo referováno po 1 a 6 měsících od provedení tohoto výkonu: za využití echokardiografie bylo vždy přítomno malé reziduální množství tekutiny nepřesahující separaci 6–7 mm před pravou komorou a nikdy nebyla doložena kvantitativní progresse.

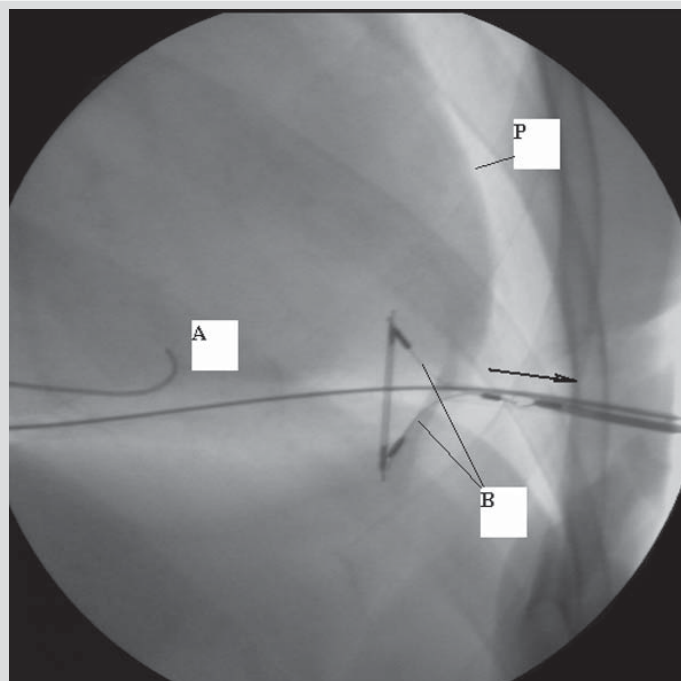
Nemocná byla pravidelně sledována echokardiograficky i v dalším období: nyní je to právě 7 let od provedení této naší první drenáže u IREP, kde bylo navíc možno dosáhnout pravidelného a dlouhodobého sledování. V tomto mnohaletém období lze s ohledem na klinický průběh a echokardiografický nález konstatovat, že IREP se nevyvíjela, ale z polohy „recidivujícího“ problému se stala chronickým stavem (**chronická exsudativní perikarditida či lépe perikardiopatie**), při kterém se evidentně

MUDr. Jan Šochman, CSc.

Klinika kardiologie IKEM, Vídeňská 1958/9, 146 22 Praha 4 – Krč
e-mail: jan.sochman@medicon.cz

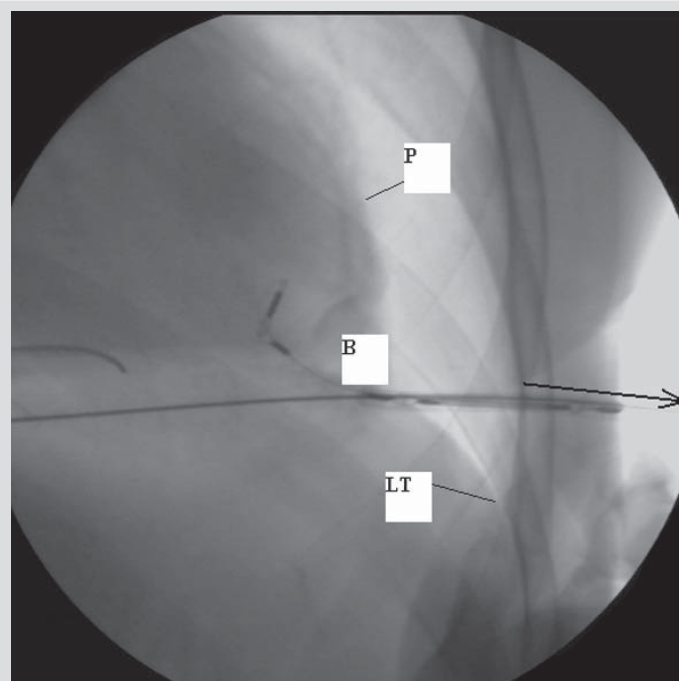
Článek přijat redakcí: 12. 5. 2006
Článek přijat k publikaci: 12. 6. 2006

Obrázek 1. Perikardiální incize perikardiotomem



A – pojistný vodič k zajištění přístupu do perikardiálního prostoru
 B – řezací drátěné branže perikardiotomu (řez je realizován tahem za perikardiotom ve směru šipky)
 P – kontura perikardu

Obrázek 2. Stav bezprostředně po incizi



B – odemknuté branže perikardiotomu, který se odstraňuje v lineární podobě zavedeným pouzdem opět ve směru šipky
 LT – patrná linie tekutiny, která se již objevuje v levé pleurální dutině

zlepšila kvalita života nemocné. Lze si jen přát, aby indukovaná komunikace s pleurou nezanikla, protože nemocná je jinak bez jakékoli medikace.

Diskuze

Balonková dilatace perikardu u IREP je nepochybně efektivní metodou. Jejím principem je však pouze roztážení blány, která má určité elastické vlastnosti, takže je zde reálné riziko, že se indukovaný otvor následně zmenší. Tato úvaha byla vedoucím prvkem při konstrukci řezacího mechanismu. Hypotézou byla očekávaná delší trvanlivost tohoto výkonu. Neexistuje však žádné randomizované srovnání. Je však nutno uvážit, že žádný výkon (katetrizační i chirurgický) nevylučuje možnost recidivy; u katetrizačních technik může dojít ke slepení okrajů incize fibrinem a u chirurgických výkonů, kde nedojde k totální perikardektomii, přichází v úvahu nárůst tekutiny v tzv. reziduální kapse. Pokud se udrží funkční drenáž, pak akumulace tekutiny v pleure nemá žádný hemodynamický důsledek. V důsledku větší plochy pleury než má perikard, může dojít k natolik účinné rezorpci, že množství tekutiny v pleurální dutině není nijak zřetelné. V naší dříve publikované sérii nemocných nebylo ani jednou nutno provádět pleurální punkci⁽⁴⁾.

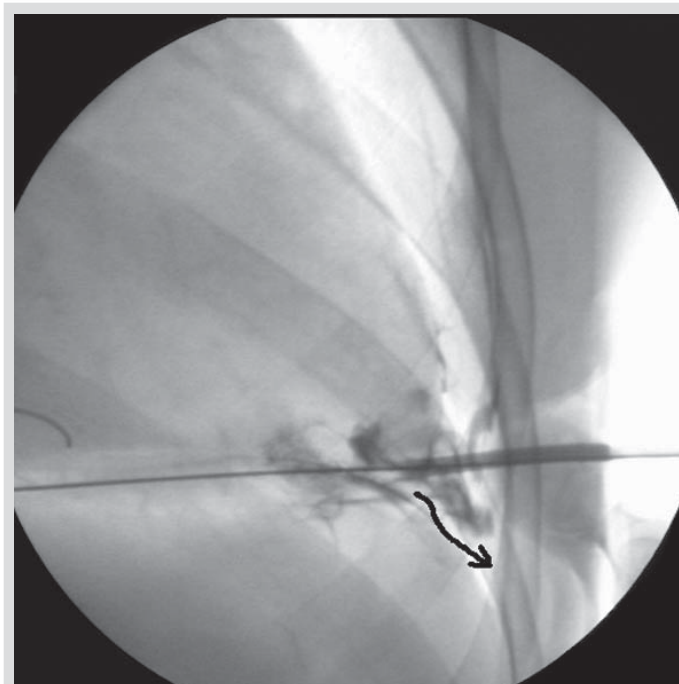
Závěr

V tomto sdělení je uveden osud naší první nemocné s IREP (dnes s ohledem na vývoj spíše s chronickou perikardiopatií), kde lze konstatovat, že příznivý efekt v subjektivní sféře nemocné objektivizovaný echokardiografií přetrvává k velké radosti všech zúčastněných i po sedmi letech od iniciálního výkonu. Přes opakované pokusy o lepší laboratorní diagnostiku daného problému v různých medicínských odvětvích nebylo dosaženo žádného úspěchu, takže termín **idiopatický** zde nadále zůstává.

Literatura

1. Veselka J, Tesař D, Honěk T et al. Perkutánní balonková perikardiotomie jako alternativa chirurgické fenestrace perikardu. Cor Vasa 2002; 44:381–383.
2. Semrád M, Vondráček V, Střítecký M et al. Videoasistovaná torakoskopická drenáž perikardiálního výpotku. Cor Vasa 2002; 44:375–379.

Obrázek 3. Indukovaná perikardiopleurální drenáž



B – odemknuté branže perikardiotomu, který se odstraňuje v lineární podobě zavedeným pouzdem opět ve směru šipky
 LT – patrná linie tekutiny, která se již objevuje v levé pleurální dutině

3. Šochman J, Peregrin J, Pavčnik D. The cutting pericardiotome: another option for pericardiopleural draining in recurrent pericardial effusion. Initial experience. Int J Cardiol 2001; 77:69–74.
4. Šochman J, Peregrin JH. The issue of recurrent pericardial effusion. Is there such a thing as pericardiopathy and can new therapeutic options be considered? Kardiologia 2003;12:142–146.