

Ένας «Δούρειος Ίππος» - άπειλή για κάθε κλινικό ιατρό

Λορέντζος Κ. Καπέτης

Εξειδικευμένος Καρδιολογίας, Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ»

Ευάγγελος Θ. Μπάλλας

Έπιστημονικός Συνεργάτης Καρδιολογικής Κλινικής, Γ.Ν.Α. «Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ»

Βλάσιος Ν. Πυργάκης

Συντ. Διευθυντής Καρδιολογικής Κλινικής, Γ.Ν.Α. «Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ»

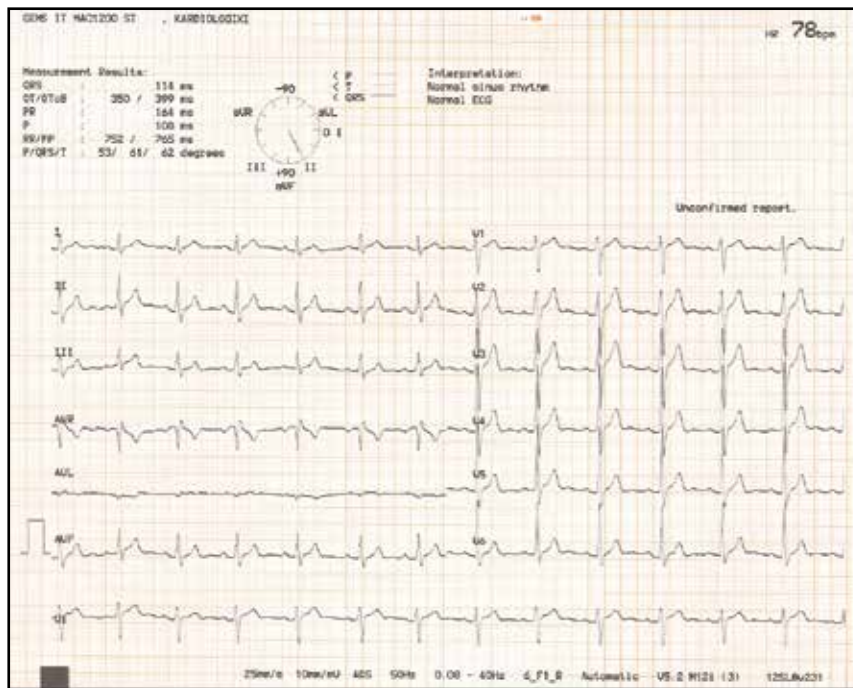
Ανδρας 63 ετών, με μοναδικό στοιχείο στο ιστορικό του μια χολοκυστεκτομή προ δεκαπενταετίας, ο οποίος δεν λαμβάνει καμία φαρμακευτική αγωγή, προσήλθε στο τμήμα επειγόντων περιστατικών του Νοσοκομείου μας αναφέροντας ως μοναδικό σύμπτωμα μια δύσπνοια στην προσπάθεια από εβδομάδος. Χαρακτηριστικά αναφέρει ότι ενώ πρότινος περπατούσε δυο με τρία χιλιόμετρα καθημερινώς, την τελευταία εβδομάδα παρουσιάζει δύσπνοια καλύπτοντας απόσταση ενός οικοδομικού τετραγώνου.

Ο ασθενής παρουσιάζεται σε καλή γενική κατάσταση και είναι ευδιάθετος. Στην κλινική εξέταση δεν διαπιστώνεται κάποιο παθολογικό εύρημα. Η αρτηριακή του πίεση ήταν 150/83mmHg. Στον ηλεκτροκαρδιογραφικό έλεγχο παρουσίαζε φλεβοκομβικό ρυθμό 78 bpm χωρίς κάποιο εύρημα (Εικόνα 1). Στην υπερηχοκαρδιογραφική εξέταση οι διαστάσεις και η λειτουργικότητα τόσο της άριστερης όσο και της δεξιάς κοιλίας και των βαλβιδικών συσκευών ήταν φυσιολογικές. Στην περιφερική όξυμετρία ο ασθενής παρουσιάζει SpO₂ 85% και στα αέρια του αρτηριακού αίματος η μερική πίεση του οξυγόνου ήταν 55mmHg,

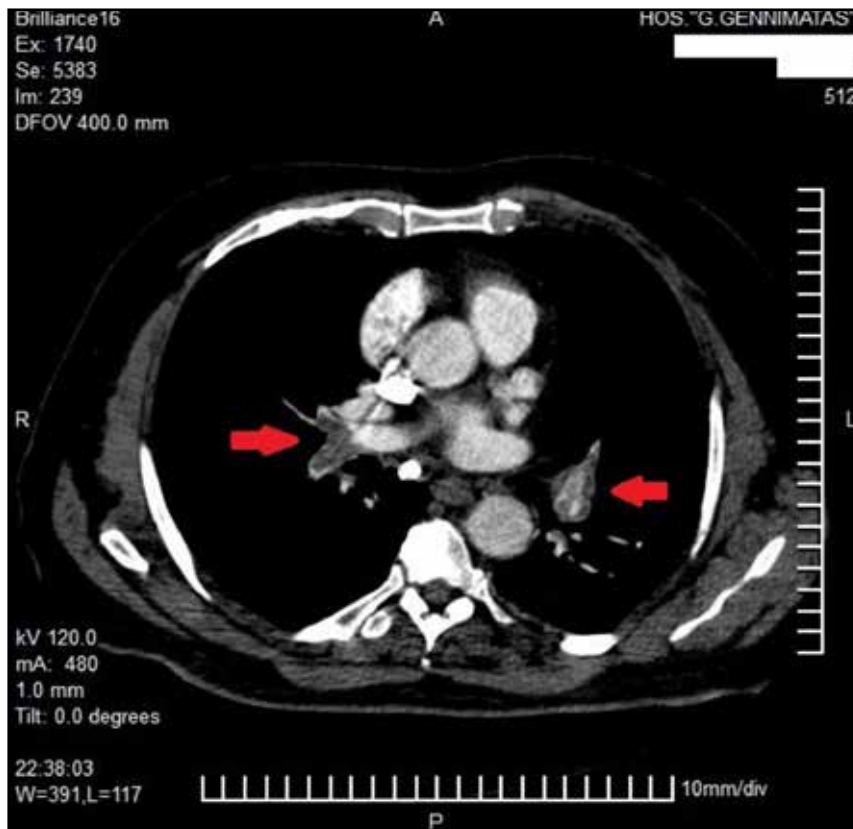
ενώ στον εργαστηριακό έλεγχο αναδείχθηκε αυξημένη τιμή δ-διμερών (6mg/L). Η ακτινογραφία θώρακος δεν προσέθεσε βοηθητικές πληροφορίες και έτσι αποφασίστηκε ο ασθενής να υποβληθεί σε έλεγχο με άξονική τομογραφία. Στη φάση της σκιαγράφησης αναδείχθηκε εικόνα όξείας μαζικής πνευμονικής έμβολης σε κεντρικούς, τμηματικούς και υποτμηματικούς κλάδους της πνευμονικής αρτηρίας άμφω (Εικόνα 2).

Είναι γνωστό ότι η πνευμονική έμβολη μπορεί συχνά να διαλάθει της άμεσης διάγνωσης, καθώς τα κλινικά σημεία και συμπτώματα που την συνοδεύουν, όταν την συνοδεύουν, είναι μη ειδικά¹ (Πίνακας 1).

Το χαρακτηριστικό, που κάνει ενδιαφέρον το συγκεκριμένο περιστατικό είναι ο συνδυασμός της κλινικής, ηλεκτροκαρδιογραφικής και υπερηχογραφικής εικόνας του ασθενούς με τη δυσανάλογη βαρύτητα της υποκείμενης νόσου. Έχει διατυπωθεί στο παρελθόν, ότι η πνευμονική έμβολη σε πολλές περιπτώσεις αποτελεί «έρωτηματικό» για τον κλινικό ιατρό. Στη βιβλιογραφία περιγράφονται αρκετές περιπτώσεις oligοσυμπτωματικής πνευμονικής έμβολης.^{3,4} Αναζητήθηκαν από τους συγγραφείς του άρθρου παρόμοια περιστατικά



Εικ. 1



Εικ. 2

ΠΙΝΑΚΑΣ 1. Κλινικά χαρακτηριστικά ασθενών με πνευμονική έμβολη (Pollack et al.)²

	ΕΠΙΒΕΒΑΙΩΜΕΝΗ ΠΕ	ΜΗ ΕΠΙΒΕΒΑΙΩΜΕΝΗ ΠΕ
ΔΥΣΠΝΟΙΑ	50%	51%
ΠΛΕΥΡΙΤΙΚΟ ΑΛΓΟΣ	39%	28%
ΒΗΧΑΣ	23%	23%
ΟΠΙΣΘΟΣΤΕΡΝΙΚΟ ΑΛΓΟΣ	15%	17%
ΠΥΡΕΤΟΣ	10%	10%
ΑΙΜΟΠΤΥΣΗ	8%	4%
ΣΥΓΚΟΠΗ	6%	6%
ΑΛΓΟΣ ΚΑΤΩ ΑΚΡΟΥ	6%	5%
ΣΗΜΕΙΑ ΕΒΦΘ	24%	18%

ΕΒΦΘ = Έν τῷ βάθει φλεβική θρόμβωση

στη βάση δεδομένων pubmed. Τα αποτελέσματα της αναζήτησης δεν ανέδειξαν καμία παρόμοια περίπτωση, καθώς σε όλες τις περιπτώσεις παρόμοιου φορτίου θρόμβου της πνευμονικής αρτηρίας συνυπήρχαν είτε περισσότερα κλινικά εύρηματα, είτε κάποιο υπερηχοκαρδιογραφικό εύρημα, είτε αίμοδυναμική αστάθεια.

Είναι αλήθεια ότι πάντοτε θα πρέπει να έχουμε υπ' όψιν μας την πιθανότητα της πνευμονικής έμβολης. Σαφώς, η άκριτη χρήση της αξονικής τομογραφίας με παράγοντα αντίθεσης δεν αποτελεί τη λύση για γενικά διαγνωστικά διλήμματα. Πρέπει, όμως, να θυμόμαστε ότι η κλινική ύποψια αποτελεί τον κύριο παράγοντα που οδηγεί τη διερεύνηση του ασθενούς, έτσι ώστε να μην ξεαπατηθούμε από αυτόν τον «δούρειο ίππο», μέσω του οποίου μιὰ σημαντική και πολλές φορές θανατη-

φόρα κλινική όντοτητα μπορεί να μᾶς αποτρέψει από τη σωστή διάγνωση.

Βιβλιογραφία

1. Stavros V, Konstantinides et al. 2014 ESC Guidelines on the diagnosis and management of acute pulmonary embolism. *European Heart Journal* (2014) 35, 3033–3080.
2. Pollack CV et al. Clinical characteristics, management, and outcomes of patients diagnosed with acute pulmonary embolism in the emergency department: initial report of EMPEROR (Multicenter Emergency Medicine Pulmonary Embolism in the Real World Registry). *J Am Coll Cardiol* 2011;57(6):700–706.
3. McCabe JM, Bhave PD, McGlothlin D, Teerlink JR. Running from her past: a case of rapidly progressive dyspnea on exertion. *Circulation*. 2011 Nov 22;124(21):2355–61.
4. Schauer S, Summers S, Heiner J. Woman with worsening exertional dyspnea. Massive pulmonary embolism. *Ann Emerg Med*. 2013 May;61(5):e3–4.