

## PERIKARDITAS, UŽMASKAVĘS IŠEMINĘ ŠIRDIES LIGĄ IR INKSTŲ VĖŽĮ

Giedrė Vanagaitė<sup>1</sup>, Gabrielė Jakuškaitė<sup>1</sup>, Gabrielė Rudokaitė<sup>1,2</sup>, Jolanta Laukaitienė<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, Medicinos akademija,

<sup>2</sup>Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Kauno klinikų Kardiologijos klinika

**Raktažodžiai:** perikarditas, skystis perikardo ertmėje, išeminė širdies liga, inkstų vėžys.

### Santrauka

Straipsnyje aprašomas klinikinis atvejis, kai buvo įtarta perikarditas, tačiau gydymo eigoje nustatytas inkstų vėžys ir lėtinė išeminė širdies liga. 61 m. pacientas, sergantis arterine hipertenzija, prieširdžių virpėjimu, 2 tipo cukriniu diabetu, skundėsi keletą mėnesių varginančiu maudžiančiu krūtinės skausmu, progresuojančiu dusuliu nedidelio fizinio krūvio metu, bendru silpnumu po persirgtos sunkios formos COVID-19 infekcijos ir ženkliai svorio kritimu. Planuota atlikti vainikinių arterijų angiografiją, tačiau procedūra kelis kartus atidėta dėl persistuojančios anemijos ir padidėjusių uždegiminių biožymenų. Širdies echoskopijoje stebint skysčio kiekį perikardo ertmėje, pacientas stacionarizuotas, įtarus ūminį perikarditą. Atsako į antibakterinį ir priešuždegiminį gydymą po 6 dienų negauta. Išliekant anemijai ir padidėjusiems uždegiminiams biožymenims, plėtotą diferencinę diagnostiką. Atlikus pilvo echoskopiją, nustatytas navikas kairiajame inkste. Įvertinus pilvo kompiuterinės ir magnetinio rezonanso tomografijos tyrimų rezultatus, įtarta metastazė kepenyse. Atliktose inksto ir kepenų židinio biopsijose patvirtinta inksto šviesiųjų ląstelių karcinoma, kepenyse – kavėrinė hemangioma. Atliktoje vainikinių arterijų angiografijoje nustatyta trijų vainikinių arterijų liga. Perkutaninė koronarinė intervencija atlikta be komplikacijų, ligoniui numatytas chirurginis inksto vėžio gydymas. Daroma išvada, kad skausmo sindromas yra lėtinės išeminės širdies ligos, skystis perikarde – širdies nepakankamumo, o uždegiminių rodiklių padidėjimas – onkologinio proceso išraiška.

### Įvadas

Perikardito pirminę priežastį sunku diagnozuoti, nes jis gali būti įvairios kilmės: infekcinis (virusinis, bakterinis,

grybinis, parazitinis) ir neinfekcinis (autoimuninis, metabolinis, trauminis, neoplazinis, sukeltas lėtinio širdies nepakankamumo, vaistų, miokardo infarkto) [1]. Liga pasireiškia nespecifiškai, galimas karščiavimas, bendras silpnumas, savito pobūdžio krūtinės skausmas, dusulys [1]. Perikarditą būtina diferencijuoti ir nuo kitų priežasčių: stabilioji krūtinės angina, ūminis išeminis sindromas, plaučių embolija, pneumonija, kardiomiopatija, miokarditas [1-4], todėl diferencinė diagnostika reikalauja dėmesio.

**Tyrimo tikslas** – išnagrinėti ir pristatyti klinikinį atvejį apie įtarto perikardito diferencinę diagnostiką, patvirtintą 3 vainikinių arterijų ligą ir inkstų naviką.

### Klinikinis atvejis

61 metų pacientas, sergantis arterine hipertenzija (AH), komplikuoja persistuojančiu prieširdžių virpėjimu (PV), diskomfortu krūtinėje, širdies nepakankamumu (ŠN), metaboliniu sindromu: dislipidemija, cukrinis diabetas (CD) ir nutukimas, kreipėsi į kardiologą dėl keletą mėnesių progresuojančio maudžiančio skausmo krūtinėje, plintančio į nugarą, bendro silpnumo, dusulio nedidelio fizinio krūvio metu, širdies plakimo epizodų. Dėl progresuojančių angininių skausmų, numatyta vainikinių arterijų angiografija (VAA), tačiau kelis kartus atidėta dėl padidėjusių uždegimo biožymenų ir anemijos. Prieš 5 mėnesius persirgęs sunkios formos COVID-19 infekcija, ligonis neteko 40 kg svorio, buvo stebėta persistuojanti ne geležies stokos anemija (hemoglobinas (Hb) 80-90 g/l) ir padidėję uždegiminiai biožymenys (C reaktyvusis baltymas (CRB) 80-100 mg/l). Anemijos patikslinimui atlikti endoskopiniai virškinamojo trakto tyrimai, tačiau kraujavimo šaltinio nerasta. Nenustatyta ir CRB padidėjimo priežastis: klinikinė infekcijos požymių nebuvo, bendras šlapimo tyrimas (BŠT), krūtinės ląstos rentgenograma be pakitimų.

Progresuojant simptomams, išliekant nežinomoms trumkės tachisistoliniams PV, padidėjusiems uždegiminiams biožymenims (CRB - 102,1 mg/l) nesant leukocitozės, ane-

mijai (Hb - 84 g/l), echokardiografijoje nustačius skysčio padidėjimą perikardo ertmėje iki 15 mm, netrikdantį hemodinamikos, negalint paneigti perikardito, pacientas stacionarizuotas. Apžiūros metu pacientas nekarščiavo, širdies veikla aritmiška dėl PV, tonai duslūs, ŠSD - 96 k/min, AKS 134/98 mmHg, KD 16 k/min, SpO<sub>2</sub> - 96 % be papildomo deguonies. Plaučiuose alsavimas vezikulinis, be karkalų. Kojose saikios edemos. Skirtas antibakterinis gydymas į veną cefuroksimu 4,5 g per parą, nesteroidiniai vaistai nuo uždegimo (NVNU), ŠN gydymas. Ieškant infekcijos židinio, atliktas BŠT, šlapimo pasėlis, krūtinės ląstos rentgenograma. Patologijos nenustatyta. Atliktoje krūtinės ląstos kompiuterinėje tomogramoje (KT) stebėta iki 8 mm storio netolygiai pasiskirsčiusio skysčio perikardo ertmėje, gausiai kalcinuotos vainikinės arterijos (VA). Atsako į antibakterinį ir priešuždegiminį gydymą po 6 parų nebuvo: CRB dinamikoje didėjo (102,1->144,6 mg/l), nustatytas padidėjęs eritrocitų nusėdimo greitis (ENG) 68 mm/h, echoskopškai skystis perikardo ertmėje nekito. Įtarus, kad uždegiminių biožymenų padidėjimas sąlygotas neinfekcinės kilmės proceso, nutrauktas antibiotikų skyrimas. Atliktoje pilvo echoskopijoje rastas darinys kairiajame inkste, patikslinimui atlikta pilvo ir dubens KT. Rastas 8,2 x 6,1 cm dydžio kairiojo inksto darinys, KT panašiausias į inksto ląstelių karcinomą (RCC). Įtartas išplitimas į sritinius limfmazgius ir kepenis. Naviko išplitimo patikslinimui atliktas pilvo organų magnetinio rezonanso tyrimas (MRT). Patvirtintas kairiojo inksto navikas su piktybiškumo požymiais, kepenyse esantis židinis vertintas kaip metastazė, stebėta maligninė intraabdominalinė limfadenopatija. Išliekant skausmams krūtinėje bei vainikinių arterijų ligos įtarimui, prieš numatomą onkologinio gydymo procesą, atlikta diagnostinė VAA: hemodinamiškai reikšmingos stenozės stebėtos trijose VA: dešinėje VA - S4, kairėje VA: priekinės tarpškilvelinės šakos S6 ir apsučkinės šakos S14 segmentuose.

Daugiadalykiame gydytojų specialistų konsiliume rekomenduotas intervencinis hemodinamiškai reikšmingų VA stenozijų gydymas po to, kai bus atlikta kepenų židinio ir inkstų darinio biopsija, siekiant patikslinti inkstų vėžio histologinį tipą ir stadiją. Gautas histologinio tyrimo atsakymas – šviesiųjų inksto ląstelių karcinoma, G2, kepenų audinio fragmente – kaverninė hemangioma. Sėkmingai taikytas intervencinis VA gydymas, po kurio KA simptomai regresavo. Ligonis siunčiamas onkologų ir urologų gydymui, nuspręsta atlikti nefrektomiją.

### Tyrimo rezultatai

Perikarditas diagnozuojamas, jei nustatomi bent 2 iš šių požymių: perikardinis krūtinės skausmas (sustiprėja gilau

įkvėpimo metu), perikardo trinties užšesys, specifiniai EKG pokyčiai (PR intervalo nusileidimas, įgautas ST segmento pakilimas visose derivacijose, vėliau invertuoja T dantelis), skystis perikardo ertmėje. Diagnozę patvirtinti padeda padidėję uždegiminiai biožymenys bei vaizdo tyrimais nustatyti perikardo uždegimo požymiai [4]. Dažniausiai perikarditą reikia diferencijuoti nuo stabilios krūtinės anginos (SKA), ūminio išeminio sindromo (ŪIS), lėtinio širdies nepakankamumo (LŠN), metabolinių bei autoimuninių ligų [1-4].

Pacientas išsakė SKA sukeltą skausmą – maudžiantį, spaudžiantį, trunkantį iki 10 minučių, praeinantį ramybėje. Perikardinis krūtinės skausmas būtų lokalizuotas, aštrus, stiprėjantis įkvėpimo metu, plintantis į nugarą, trunkantis įvairiai [5]. Atmestinas ir ŪIS, nes šiai ligai būdingas skausmas būtų intensyvesnis ir trukėtų ilgiau nei 20 minučių, būtų būdingų EKG pokyčių [5]. Paciento SKA simptomai paūmėjo prieš kelis mėnesius, atliktoje KT stebėtos gausiai kalcifikuotos vainikinės arterijos, VAA – trijų vainikinių arterijų liga. Nuspręsta, kad skausminį sindromą sukėlė lėtinio išeminio sindromo paūmėjimas. Pacientui buvo nustatytas skysčio padidėjimas perikardo ertmėje, kurį reikėjo diferencijuoti nuo lėtinio širdies nepakankamumo (LŠN) bei persirgus COVID-19 pneumonijos liekamojo pažeidimo. LŠN sergantys pacientai skundžiasi dusuliu, fizinio krūvio netoleravimu, būdingos edemos kojose, drėgni karkalai plaučiuose abipus, gali būti ascitas, staziniai plaučių pokyčiai, skysčio padidėjimas pleuros ertmėse, perikarde [5]. Pacientas skundėsi progresuojančiu dusuliu, sumažėjusia fizinio krūvio tolerancija, kojose – saikios edemos, nustatytas natriurezinių peptidų padidėjimas: BNP 123,6 ng/l, išstūmio frakcija išliko normali – 55 procentai. Nedidelis skysčio kiekis perikarde galėjo būti po persirgus COVID-19 pneumonijos, todėl buvo atlikta krūtinės ląstos KT. Plaučiuose liekamųjų COVID-19 infekcijos požymių nerasta, nenustatyta židinių, infiltracinių, veninės stazės požymių, todėl ši priežastis buvo paneigta. Kitos perikardito priežastys irgi nepasitvirtino – skydliaukės hormonai, ureminiai rodikliai, jungiamojo audinio, miokardo ligų žymenys buvo normos ribose. Nuspręsta, kad skysčio padidėjimas perikarde sąlygotas paūmėjusio diastolinio širdies nepakankamumo vainikinių arterijų ligos fone.

Paciento nurodyti krūtinės diskomforto, dusulio simptomai, padidėjęs CRB ir skystis perikardo ertmėje leido įtarti perikarditą [4], tačiau EKG nestebėta specifinių perikardito požymių, krūtinės skausmas nebuvo perikardinis, todėl ieškota pagrindinės simptomų priežasties. Svorio kritimas, nuolatinė ne geležies stokos anemija, bendras silpnumas, trunkantis ilgiau nei įprasta po persirgus COVID-19 infekcijos, didino onkologinės ligos įtarimą [8]. Inkstų vėžio

požymiai yra nespecifiniai, tad navikas rastas atsitiktinai. Ankstyvajai inksto vėžio diagnostikai padėtų kasmetiniai kraujo, šlapimo tyrimai ir pilvo organų echoskopija.

Inkstų vėžys yra reta onkologinė liga, tačiau Nacionalinio vėžio instituto duomenimis, Lietuvoje kiekvienais metais diagnozuojama apie 700 naujų atvejų [6]. Lietuva pasaulyje yra antroji pagal sergamumą inkstų vėžiu ir pirmoji pagal mirtingumą [6]. Vyrai šia liga serga dažniau, nei moterys, o didžiausias sergamumas stebimas 50–75 metų amžiaus grupėje [6]. Dėl šios ligos nebylumo dažnai inkstų vėžys ilgai nediagnozuojamas [8]. Kai navikas pradeda didėti, dažniausias pasitaikantis simptomas būna kraujas šlapime, rečiau – bukas juosmens skausmas, karščiavimas, bendras silpnumas, svorio kritimas [8]. Dažniausiai liga diagnozuojama atlikus pilvo organų echoskopiją, tačiau ją galima įtarti nustačius hematuriją, anemiją, padidėjusį CRB [9]. Inkstų vėžio riziką didina tabako rūkymas, nutukimas, CD, AH, ilgalaikis aspirino, NVNU vartojimas, genetiniai ir darbinės aplinkos veiksniai [7]. Tiriamuoju atveju pacientas išsakė tik bendrinius skundus: svorio kritimas, bendras silpnumas. Rastas padidėjęs CRB, anemija, todėl net ir esant onkologinio proceso įtarimui, inksto navikas nustatytas atsitiktinai. Navikinio proceso išplitimui įvertinti atliekama krūtinės, pilvo ir dubens KT arba MRT [8]. Diagnozės patvirtinimui ir gydymo plano pasirinkimui reikalinga darinio biopsija [8]. Aukšiniu gydymo standartu laikomas dalinis arba visiškas inksto pašalinimas, nes chemoterapija ir spindulinis gydymas mažai efektyvūs [7,8].

### Išvados

1. Išliekant nežinomai skysčio perikardo ertmėje etiologijai, reikia apsvarstyti infekcinių, autoimuninių, metabolinių, onkologinių ligų tikimybę.
2. Kūno svorio kritimas, nuolatinė ne geležies stokos anemija, padidėjęs CRB, ilgai trunkantis bendras silpnumas – svarbūs bendriniai onkologinės ligos požymiai.
3. Dažniausiai inkstų vėžys nustatomas atsitiktinai, atliekant pilvo organų echoskopiją.

### Literatūra

1. Imazio M, Gaita F, LeWinter M. Evaluation and Treatment of Pericarditis. *JAMA* 2015;314(14):1498. <https://doi.org/10.1001/jama.2015.12763>
2. Dudzinski D, Mak G, Hung J. Pericardial Diseases. *Current Problems in Cardiology* 2012;37(3):75-118. <https://doi.org/10.1016/j.cpcardiol.2011.10.002>
3. Adler Y, Charron P, Imazio M, Badano L, Barón-Esquivias G, Bogaert J, et al. 2015 ESC Guidelines for the diagnosis and management of pericardial diseases. *European Heart Journal* 2015;36(42):2921-2964.

- <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehv318>
4. Imazio M. Contemporary management of pericardial diseases. *Current Opinion in Cardiology* 2012;27(3):308-317. <https://doi.org/10.1097/HCO.0b013e3283524f8e>
  5. Knuuti J, Wijns W, Saraste A, Capodanno D, Barbato E, Funck-Brentano C et al. 2019 ESC Guidelines for the diagnosis and management of chronic coronary syndromes. *European Heart Journal* 2019;41(3):407-477. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehz425>
  6. Statistiniai duomenys. Nacionalinis vėžio institutas. Nvi.lt 2015. <https://www.nvi.lt/naujausi-duomenys/>
  7. Patašius A, Ulytė A, Ulys A, Smailytė G. Trends in the incidence and mortality of kidney cancer in Lithuania from 1993 to 2012. *Acta medica Lituanica* 2019;25(3):151-160. <https://doi.org/10.6001/actamedica.v25i3.3862>
  8. Escudier B, Porta C, Schmidinger M, Rioux-Leclercq N, Bex A, Khoo V, Gruenvald V, Horwich A. Renal Cell Carcinoma: ESMO Clinical Practice Guidelines. *Ann Oncol* 2016;27(suppl 5):v58-v68. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdw328>

### ISCHEMIC HEART DISEASE AND KIDNEY CANCER MASKED BY PERICARDITIS

**G. Vanagaitė, G. Jakuškaitė, G. Rudokaitė, J. Laukaitienė**

Keywords: pericarditis, pericardial effusion, ischemic heart disease, renal cancer.

#### Summary

We present a case of suspected pericarditis but diagnosed kidney cancer and chronic ischemic heart disease. A 61-year-old patient with a history of arterial hypertension, atrial fibrillation, type 2 diabetes reported progressive chest pain for a few months, shortness of breath during low-intensity exercise, persistent symptoms of general weakness and weight loss after severe COVID19 infection. Coronary angiography was planned several times but delayed due to anemia and increased inflammatory rates. On the day of admission the echocardiography demonstrated pericardial effusion and was interpreted as acute pericarditis. However, there was no positive response to antibacterial and anti-inflammatory treatment after 6 days. As no clear cause of pericardial effusion, anemia, and increased inflammatory rates was identified, further testing was performed. Finally, abdominal ultrasound revealed a left kidney tumor and computed tomography showed a suspicion of hepatic metastasis. Renal and hepatic biopsies confirmed renal clear cell carcinoma and hepatic hemangioma. Coronary angiography revealed three-vessel coronary artery disease. A percutaneous coronary intervention went without complications and surgical treatment of renal cancer was scheduled. Evidently, the chest pain was a manifestation of chronic ischemic heart disease, the pericardial effusion because of heart failure, and increased inflammatory rates were an expression of the oncological process.

Correspondence to: [giedrevanagaite123@gmail.com](mailto:giedrevanagaite123@gmail.com)

Gauta 2021-11-30