

Redakční pošta

Vážený pane vedoucí redaktore,

zaujala mne ve Vnitř Lék 2005; (51)1: 106–111 uveřejněná kazuistika *Akutní myokarditida manifestující se obrazem transmuralního infarktu myokardu provázená akutním renálním selháním* autorů Brunerová L, Rychlík I, Bartáková H, Gregor P, Anděl M.

Jistě lze souhlasit s autory, že myokarditidy se mohou projevovat širokou škálou klinických projevů a že není vyloučena ani nesprávná interpretace zjištěných EKG změn. Autoři stanovili diagnózu akutní myokarditidy *per exclusio-nem*. Do symptomatologie zasahovaly zčásti důsledky prerenálně podmíněného selhání při chronické intersticiální nefropatii.

V zájmu čistoty diagnózy by bylo dobré znát výsledek scintigrafie plic a vyšetření D-dimerů. Jistě by zajímalo více čtenářů, jaký byl výsledek zmíněných vyšetření, tím spíše, že na možnost flebotrombózy a následné embolizace plicní autoři jistě pomýšleli.

Při chronických otocích a městnání v dolních končetinách a při tumoru v malé pánvi včetně infekce ze stázy se nabízí přece na flebotrombózu myslet. Domnívám se, že embolizace mohla vést jak k prerenálnímu selhání ledvin, tak k obrazu anteroseptálního infarktu (obr. 3) při „normálním koronarogramu“.

Prosím proto o zveřejnění dopisu a odpovědi autorů, resp. recenzentů.

S pozdravem a úctou

doc. MUDr. Jiří Válek

Terronská 41

160 00 Praha 6

e-mail: valemjir@volny.cz

Doručeno do redakce: 20. ledna 2005

Vážený pane vedoucí redaktore,

děkujeme panu doc. Válkovi [1] za jeho upozornění na možnou širší interpretaci EKG nálezu a klinického stavu naší nemocné.

V rámci diferenciálně diagnostického rozboru EKG obrazu anteroseptálního infarktu myokardu s elevovanými kardiospecifickými enzymy by jistě plicní embolie mohla přicházet v úvahu. Plicní embolie, vyvolávající výše uvedené změny, by ovšem dle literatury měla být masivní, klinicky se prezentující synkopou či šokovým stavem, klidovou dušností a cyanózou, velmi pravděpodobně s abnormálním RTG obrazem plic a echokardiografickým obrazem akutního přetížení pravé komory srdeční [2,3,4,5,6,7].

Klinický stav naší pacientky i výsledky zobrazovacích metod hovořily proti závažné plicní embolii. Elektrokardiografická manifestace plicní embolie, jak ji ukazuje obr. 3 v našem sdělení [9], je velmi nepravděpodobná (elevace ST úseku ve **všech** prekordiálních svodech, patologický kmit QS ve V₂). Navíc echokardiograficky prokázaná normální velikost a kinetika pravé komory a současně porucha funkce levé komory svědčily proti diagnóze plicní embolie. Proto jsme scintigrafii plic (ev. lépe spirální CT) neindikovali. Duplexní sonografické vyšetření cév dolních končetin vyloučilo hlubokou žilní trombózu.

Izolované vyšetření D-dimerů má pro diagnózu plicní embolie malý přínos pro velmi nízkou specifitu, u pacientky s chronickým lymfedémem a bércovými vředy by pravděpodobně (vzhledem k zánětem indukované koagulační a fibrinolytické kaskádě) byly D-dimery zvýšené [8].

Domníváme se, že diagnóza závažné plicní embolie, která by vedla k obrazu anteroseptálního infarktu myokardu, je v tomto případě málo pravděpodobná, ale právem patří do diferenciálně diagnostické rozvahy.

Se srdečnými pozdravy

MUDr. Ludmila Brunerová (za autory sdělení)
II. interní klinika 3. LK UK a FN Královské Vinohrady
Šrobárova 50
100 34 Praha 10
e-mail: Brunerova@seznam.cz

Doručeno do redakce: 6. 2. 2005

Literatura

1. Válek J. Dopis redakci. Vnitř Lék 2005; 51: 759–760.
2. Livaditis IG, Paraschos M, Dimopoulos K. Massive pulmonary embolism with ST elevation in leads V1–V3 and successful thrombolysis with tenecteplase. Heart 2004; 90: 41.
3. Wang K, Asinger WA, Marriott HLJ. ST-segment elevation in conditions other than acute myocardial infarction. NEJM 2003; 349: 2128–2135.
4. McLarin CW, Latting CA, Walter PF et al. Pseudo anterior myocardial infarction as a manifestation of severe pulmonary embolism. J Med Assoc GA 1981; 70: 649–653.
5. Rodger M, Makropoulos D, Turek M. Diagnostic value of the electrocardiogram in suspected pulmonary embolism. Am J Cardiol 2000; 86: 807–809.
6. Sreeram N, Cheriex EC, Smeets JL et al. Value of the 12-lead electrocardiogram at hospital admission in the diagnosis of pulmonary embolism. Am J Cardiol 1994; 73: 298–303.
7. Ferrari E, Imbert A, Chevalier T et al. The ECG in pulmonary embolism: predictive value of negative T waves in precordial leads – 80 case reports. Chest 1997; 111: 537.
8. Aschermann M (ed.). Kardiologie. Praha. Galén 2004.
9. Brunerová L, Rychlík I, Bartáková H et al. Akutní myokarditida manifestující se obrazem transmurálního infarktu myokardu provázená akutním renálním selháním. Vnitř Lék 2005; 51(1): 106–111.