

616.24—006—039—073.75

FANTÓMOVÝ TUMOR PLŮC

Pplk. MUDr. Ján LÁNGOŠ, pplk. MUDr. Pavol VENCEL,
 pplk. MUDr. Horymír PŘIKRYL, MUDr. Milan SUCHÁŇ
 interné oddelenie vojenskej nemocnice v Bratislave
 (náčelník pplk. MUDr. Ján Langoš),
 rentgenologické oddelenie vojenskej nemocnice v Bratislave
 (náčelník pplk. MUDr. Horymír Přikryl)
 Krajský ústav tuberkulózy a pľúcnych chorôb v Bratislave
 Podunajské Biskupice
 (riaditeľ doc. MUDr. Karol Virsík, DrSc.)

Venované k 60. narodeninám plk. MUDr. J. Matejku

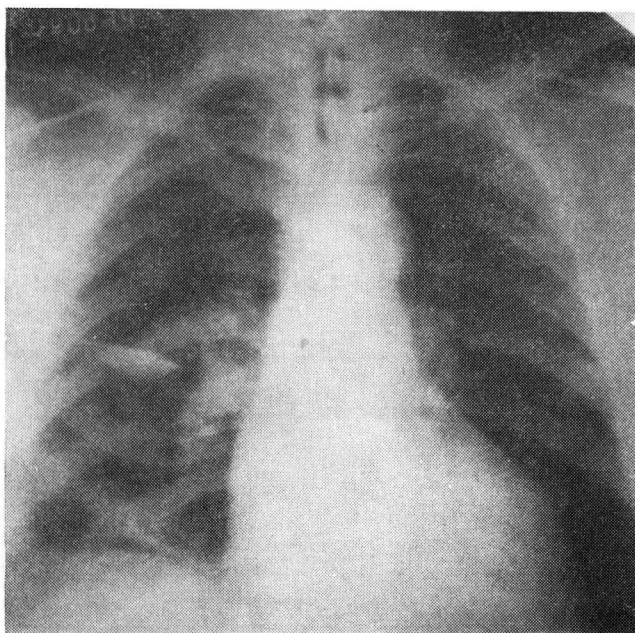
Insuficiencia myokardu vedie často k transsudácii do pleurálnej dutiny. Ohraničené výpotky v interlobárnom priestore pri kardiálnej dekompenzácii sú zriedkavé. Na snímke pľúc sa najčastejšie javia ako guľovité zatienenia, ktoré vymiznú s kardiálnou kompenzáciou. Pre toto nahromadenie tekutiny v interlobii sa používa v literatúre viac názvov ako fantómový tumor pľúc (FTP), phantom lung tumor, vanishing lung tumor, lokalizovaný transsudát alebo pseudotumor pľúc. Dôležitým predpokladom jeho vzniku je kardiálna stáza, pričom stupeň stázy nemusí byť výrazný.

Pretože FTP sa vyskytuje pomerne zriedka a morfológicky sa podobá tumoru pľúc, považujeme za účelné demonštrovať dvoch pacientov liečených v priebehu jedného roka na našom oddelení.

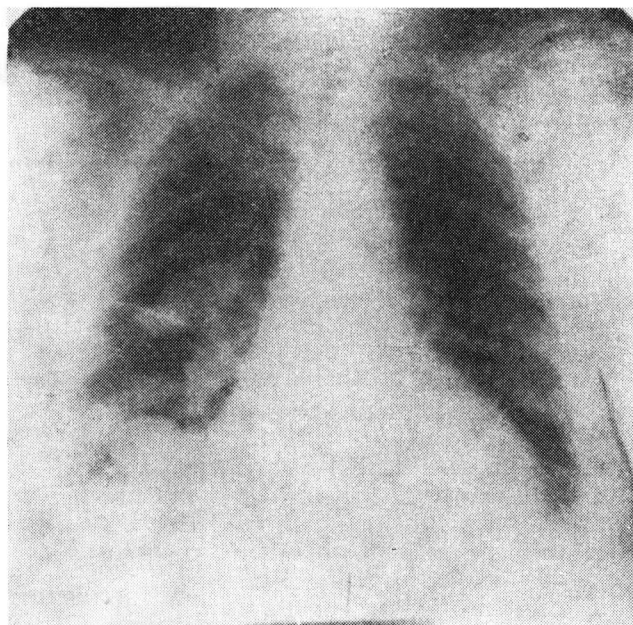
Kazuistika

1. Pacient R. M., 62ročný, príslušník ZNB, bol 17. 7. 1970 prijatý do KÚNZ pre náhlu mozgovú

Obr. 1

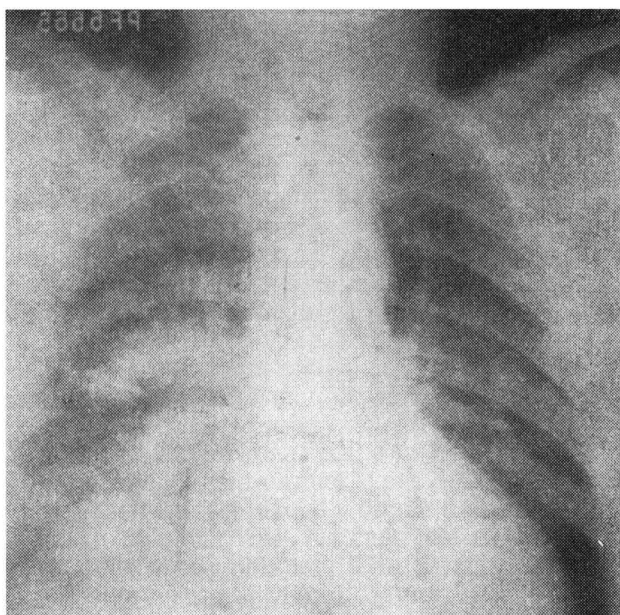


príhodu s pravostrannou hemiparézou. Po dvoch týždňoch hospitalizácie preložený na naše oddelenie na doliečenie. Na prehľadnej snímke hrudníka pri prepustení dňa 4. 9. 1970 (obr. 1) je medzi horným a stredným lalokom pľúc vidieť lineárny a vretenovitý ostro ohraničený tieň. Pravý hílus je rozšírený. Nad oblúkom pravej bránice sa nachádza jemný pružkovaný tieň. Pacient je až na námahovú dýchavičnosť bez subjektívnych ťažkostí. 18. 9. 1970 pacient znovu prijatý na naše oddelenie pre pokojovú dýchavicu. Objektívne zistené ortopnoe, tachykardia s arytmiou a periferným pulzovým deficitom. Na bázach pľúc boli vlhké neprízvučné chropky. Pečeň presahovala oblúk 5 cm a na dolných končatinách bol menší perimaleolárny opuch. Na

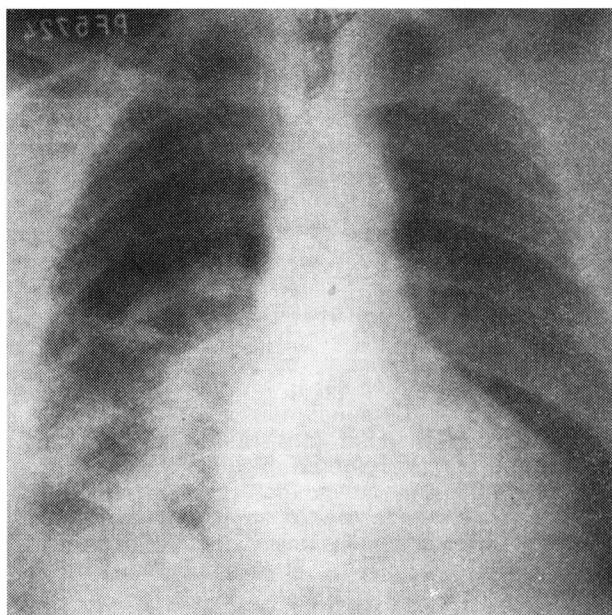


Obr. 2

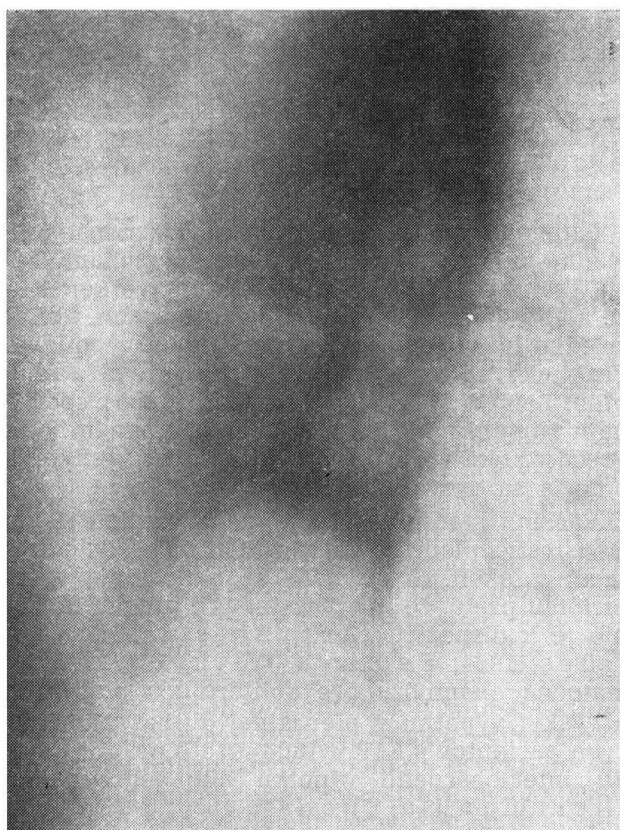
snímke hrudníka (obr. 2) v pravom dolnom poli vidieť veľký okrúhly a homogénny tieň, hladkých kontúr, ktorý sa projikuje do dolnej interlobárnej fisúry. Srdcový tieň a oba hílly sú rozšírené. Pri vyšetrení o dva dni neskôršie je zjav-



Obr. 3



Obr. 5



Obr. 4

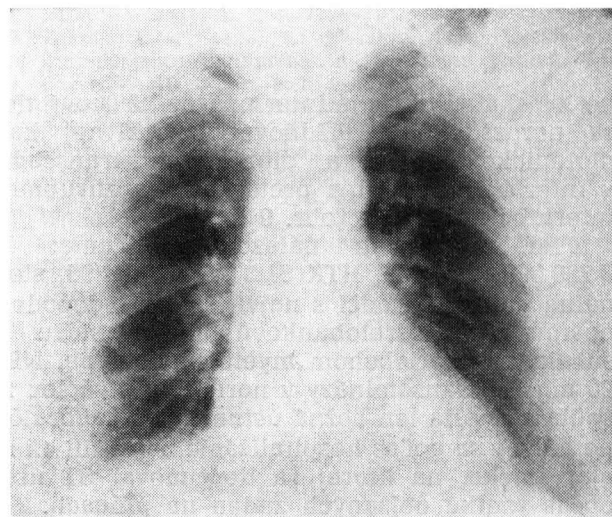
ná progresia procesu (obr. 3). Tomogram (obr. 4) potvrdil, že ide o homogénny ostro ohraničený oválny tieň. Pomocou bočnej projekcie sa dokázalo, že tieň je lokalizovaný vo veľkej interlobárnej fisúre. Pri rtg kontrole 8. 10. 1970 ostáva z pôvodného nálezu len jasný pružkovaný tieň, ktorý zodpovedá pachypleuritíde (obr. 5). Z laboratórných náleзов uvádzame pozitívny cu-

kor v moči, glykémia 175 mg %, cholesterol 200 mg %, ostatné laboratórne nálezy ako KO, FW, NPN, transaminázy a diastázy boli v medziach normy. Zo spúta vypestovaná *E. coli*, *mycobacterium tbc* bolo negatívne.

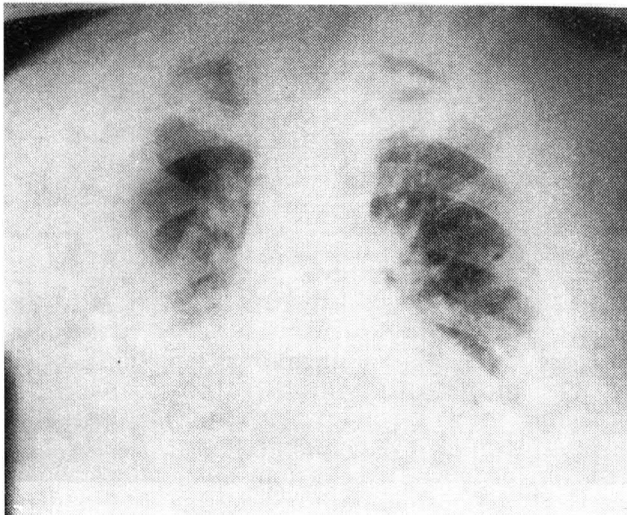
2. Pacient R. A., 60ročný zámočník, bol prijatý na naše oddelenie 23. 2. 1971 s chronickou myelózou. Začal chorľavieť v druhej polovici roka 1970. Denne užíval proti bolestiam hlavy asi 15 tablietiek Acylpyrínu. Často pozoroval epistaxu a hematúriu. V priebehu posledných 6 mesiacov schudol 13 kg. Pri fyzikálnom vyšetrení až na celkovú bledosť pokožky, mierne zväčšenie pečene a sleziny bol objektívny interný nález v medziach normy.

Na prehľadnej snímke hrudníka pri prijatí sú pľúcne polia bez ložiskových a infiltratívnych zmien. Srdce má hypertrofickú ľavú komoru (obr. 6). Na snímke o 3 týždne neskôr došlo

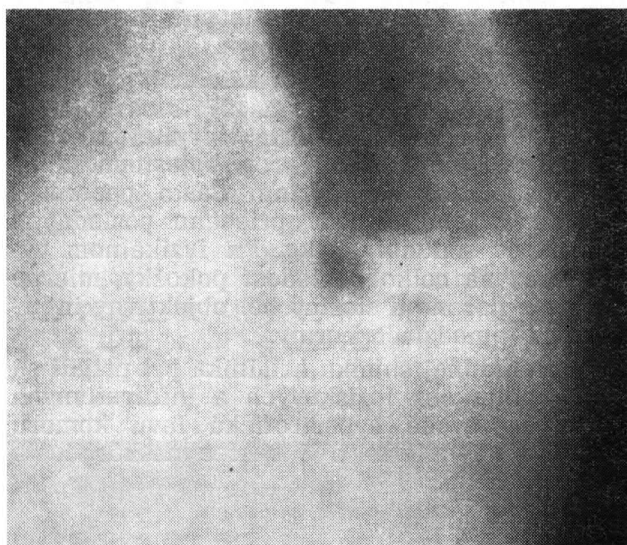
Obr. 6



k vytvoreniu dvoch guľovitých ložísk uložených vpravo bazálne (obr. 7). Z bočnej projekcie a tomografických snímkov (obr. 8) vidieť, že ovál-



Obr. 7



Obr. 8

ne ložiská sú uložené interlobárne. Srdcový tieň sa nerozšíril. Po týždňovej intenzívnej kardiotoníkovej liečbe a diuretikách transsudát v interlobíu ustúpil a pretrvával len zhrubnutá interlobárna švarta (obr. 9).

Z laboratórnych nálezov uvádzame: Er 3 760 000, Le 8900, HTK 31,3 %, FW 74/98, sterálna punkcia svedčí s najväčšou pravdepodobnosťou pre nezrelolobunkovú hemoblastózu so subakútnym priebehom myeloického typu. NPN 20 mg %, transaminázy v norme, kultiváciou zo spúta sa našla len bežná ústna flóra. Laboratórne nálezy sa počas hospitalizácie nemenili až na ekg krivku, na ktorej sa deprimoval ST úsek počas vzniku opísaných zmien na pľúcach.



Obr. 9

Diskusia

Patogenéza FTP je doteraz nevyjasnená. FTP vzniká pri zjavnom alebo latentnom zlyhaní srdca. Transsudát sa kumuluje v malej, veľkej fisúre alebo v oboch interlobálnych fisúrach. Veľmi zriedka ho vidieť spolu s pleurálnym výpotkom. Prakticky sa vyskytuje vždy na pravej strane pľúc. Len Willerson a spol. [1965] spomínajú Higginsovoho pacienta s ľavostranným FTP. Prečo vzniká vpravo a prečo sa vôbec vyskytuje, pokúša sa vysvetliť niekoľko hypotéz.

Väčšina starších autorov dáva vznik FTP do súvislosti s pleurálnymi zrastami po predchádzajúcej infekcii. Transsudát sa umiestňuje v interlobíu preto, že iný priestor pre pľúcnu efúziu nie je k dispozícii (Aravanis a Michaelides, 1964; Feder a Wilk, 1956). Nedoštatočná anamnéza pre obliterujúcu pleuritídu a výskyt výpotku v pleurálnej dutine u niektorých pacientov s FTP vylučujú túto príčinu vzniku interlobárneho výpotku ako jednoznačnú (Herrmann a Sucháň, 1966; Takala a Laes, 1966). Langer [1962] predpokladá, že opakované epizódy insuficiencie myokardu s hydrotoraxom vedú k pleurálnej reakcii a k prípadným zrastom pleurálnych listov. Interlobárne priestory sú tangované spomínanými efúziami menej, lebo množstvo tekutiny v interlobíu je malé a dve viscerálne pleurálne plochy absorbujú rýchlejšie ako jedna. Vyššie uvedení autori zároveň predpokladajú, že okrem pleurálnych zrastov zohrávajú dôležitú úlohu pri vzniku FTP aj iné faktory, ako napríklad povrchové

napätie výpotku, vznik zvláštnych fyzikálnych podmienok v pľúcach, zmeny v metabolizme vody a minerálií následkom používania liekov atď., bez toho, aby sa pokúšali bližšie vysvetliť tieto mechanizmy.

Stanovenie diagnózy FTP spočíva v rentgenovom vyšetrení a v sledovaní klinického priebehu ochorenia. Základným predpokladom pre jeho vznik je skryté alebo zjavné zlyhanie srdca. Opakovaná dekompenzácia nie je podstatná. Interlobárne výpotky sa môžu vyskytnúť aj u relatívne miernej dekompenzácie srdca. Záleží pritom aj na rozmeroch hrudníka. V menšom hrudníku možno rentgenologicky dokázať aj také množstvo voľnej tekutiny, ktoré v objemnejšom hrudníku nedokážeme (Olejár, 1964). Tekutina sa najčastejšie ukladá v pravej malej fisúre. Menej často býva uložená v oboch fisúrach. Tvary výpotku bývajú rôzne. Najčastejšie sú oválneho, okrúhleho alebo obličkovitého tvaru.

Pre stanovenie správnej diagnózy je vždy nutná bočná snímka, ktorá potvrdí priebeh patričného interlobia. Veľmi dôležité je aj tomografické vyšetrenie. Z publikovaných prác vyplýva, že mnohopočetná lokalizácia výpotkov je zriedkavá. Najcharakteristickejším diagnostickým príznakom FTP je jeho rýchly ústup po digitalizácii a diuretickej liečbe, obyčajne do týždňa.

Diferenciálne-diagnosticky prichádzajú do úvahy ložiskové zatienenia (Coin lesions), ktoré podrobnejšie opisujú Petříková a Kostelecký (1961), primárne a metastatické tumory pľúc (Garland a spol., 1963) a extrapulmonálne procesy. Zaujímavého pacienta opísali Takala a Laes (1966), u ktorého štyri roky po ústupe FTP sa objavil bronchogénny karcinóm.

O častosti výskytu FTP sú v literatúre rôzne názory. Feder a Wilk (1956) našli štyroch pacientov z 2500 vyšetrení. Herrmann a Sucháň (1966) pozorovali FTP u troch pacientov počas troch rokov, pričom počet vyšetrení neudávajú. Podobné výsledky má aj Fontana a spol., (1964). Naši dvaja pacienti boli zachytení pri 9200 vyšetreniach pľúc, preto považujeme FTP za relatívne zriedkavý. Podobný názor majú aj Takala a Laes (1966), Aravanis a Michaelides (1964), Platil (1961) a Toušek (1962), Weise (1959).

U oboch našich pacientov boli splnené klinické a rentgenologicko-diagnostické kritéria FTP. Izolovaný interlobárny výpotok u prvého pacienta po trojtýždňovej liečbe sa stratil. Jeho pomalý ústup si vysvetľujeme vážnejším poškodením srdcového svalstva. U druhého pacienta výpotok po adekvátnej liečbe ustúpil v priebehu týždňa.

Vzhľadom na to, že neboli prítomné príznaky zápalu pľúc, bolo dôležité vylúčiť malígny tumor u prvého pacienta už z tých dôvodov, že prekonal náhlu cievnu mozgovú príhodu. U druhého pacienta po získaní určitých skúseností s diagnostikou FTP sme ustúpili od náročných vyšetrovacích procedúr a zotrvali na jedine správnom postoji — energetickej kardiotonicknej a diuretickej liečbe.

Súhrn

Fantómový tumor pľúc je izolovaný interlobárny výpotok. Na rtg snímke pripomína tumor a je treba na neho myslieť v pneumologickej diferenciálnej diagnostike. Po adekvátnej liečbe rýchlo ustupuje, čo je po rtg vyšetrení najdôležitejším diferenciálnym diagnostickým príznakom od zatienení inej etiológie. Včasný poznávanie tohoto syndrómu ušetrí pacienta od náročných vyšetrovacích metód i nesprávnych prognostických úvah.

Referát prednesený na zjazde vojenských internistov v Českých Budejoviciach.

Literatúra

1. Aravanis, C., Michaelides, G.: Localized Interlobar Effusion in Congestive Heart Failure. *Phantom Lung Tumor*. Dis. Chest, 45, 1964, č. 5, s. 552—554.
2. Feder, B. H., Wilk, S. P.: Localized Interlobar Effusion in Heart Failure: Phantom Lung Tumor. Dis. Chest, 30, 1956, č. 3, s. 289—297.
3. Fontana, R. S., Olsen, A. M., Wooldner, L. B.: Recent Advances in the Diagnosis of Bronchogenic Carcinoma. *Med. Clin. North. Amer.*, 48, 1964, č. 4, s. 911 až 920.
4. Garland, L. H., Coulson, W., Wollin, E.: The Rate of Growth and Apparent Duration of Untreated Primary Bronchial Carcinoma. *Cancer*, 16, 1963, č. 6, s. 694 až 707.
5. Herrmann, H., Sucháň, M.: Izolovaný interlobárny výpotok u kardiakov. *Bratisl. lek. Listy*, 46, 1966, č. 7, s. 406—412.
6. Langer, C.: Phantomtumoren der Lunge. *Wien. med. Wschr.*, 112, 1962, č. 2, s. 54—55.
7. Olejár, Š.: Interlobárny transsudát pri kardiálnej dekompenzáci. *Rozhl. Tuberk.*, 24, 1964, č. 6, s. 422 až 425.
8. Petříková, J., Kostelecký, A.: Solitární kulovitá ložiska z plicích. *Čas. Lék. čes.*, 100, 1961, č. 24—25, s. 779—785.
9. Platil, A.: Opouzdřené pleurální výpotky. *Rozhl. Tuberk.*, 21, 1961, č. 9, s. 715—721.
10. Takala, J. K., Laes, T.: Phantom Lung Tumor and Bronchogenic Carcinoma in the Same Patient. Dis. Chest, 49, 1966, č. 6, s. 652—654.
11. Toušek, M.: Diferenciální diagnosa pleuritického syndrómu. *Praha, SZN 1962*. 166 s.
12. Weise, H. J.: Atypisches rezidivierendes Interlobartranssudat bei dekompensiertem Aortenklappenfehler. *Med. Bild*, 2, 1959, č. 1, s. 31—32.
13. Willerson, J. T., Fred, H. L., Einband, J. M., Collins, L. C.: Roentgenogram of the Month. Dis. Chest, 48, 1965, č. 1, s. 85—86.