

During hospitalization, investigations revealed the presence of pericardial effusion. On the same day, the patient experienced hemodynamic instability with cardiac tamponade, requiring pericardiocentesis. Four days after drain removal, there was a recurrence of cardiac tamponade, which was successfully managed with surgical intervention. Unfortunately, the patient passed away a few days later due to cardiac arrest. During autopsy, by then a clinically asymptomatic PSA was discovered in the ascending aorta, resulting from a PAU. The rupture of PSA was responsible for the fatal bleeding into the pericardial space during the drain removal procedure.

Key words: ascending aortic pseudoaneurysm, cardiac tamponade, penetrating atherosclerotic ulcer, pericardial effusion, pericardiocentesis.

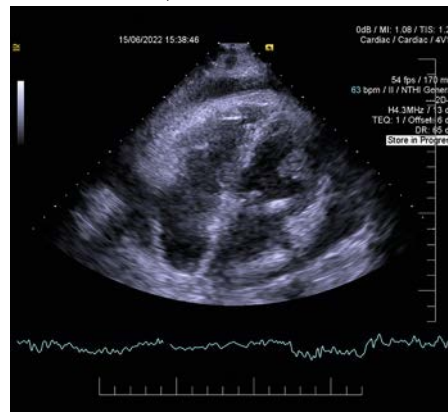
Úvod

Tamponáda srdca je kritický stav vznikajúci následkom kompresie srdca. Typicky sa prejavuje ako obštrukčný šok spôsobený rýchlym hromadením perikardiálneho výpotku, ktorý si vyžaduje okamžitú intervenciu (3). Avšak v niektorých prípadoch môže k tamponáde viesť aj prítomnosť penetrujúceho aterosklerotického vredu (PAU) (4). PAU sa často vyskytuje u starších mužov s anamnézou arteriovej hypertenzie, koronárnej choroby srdca, chronickej obštrukčnej choroby pľúc a fajčenia (5). Môže mať rôznorodé klinické prejavy, ale u približne 20 % pacientov je úplne asymptomatický (6). V tejto kazuistike prezentujeme prípad srdcovej tamponády u pacienta s asymptomatickým PAU, ktorý sa, paradoxne, zhoršil po odstránení drenáže po opakovaných dekompresných výkonoch.

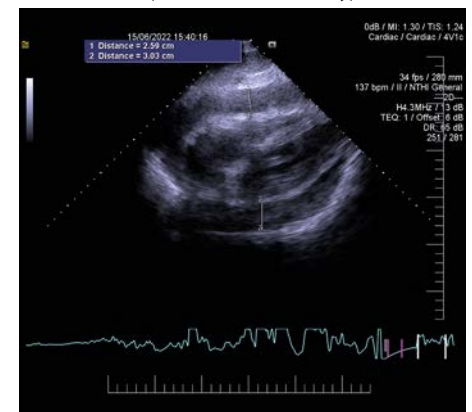
Opis prípadu

66-ročný muž s anamnézou non-Hodgkinovho lymfómu (pred 25 rokmi) a arteriovej hypertenzie bol odoslaný na náš urgentný príjem pre tri týždne trvajúce dyspnoe, periférne edémy, vertigo a hypotenziu (deň 1). Pri vstupnom vyšetrení bol pri vedomí (GCS 15), auskultačne s bilaterálne bazálne prítomnými inspiračnými krepitáciami a pitting edémami predkolení. Hodnota krvného tlaku bola 95/55 mmHg, telesná teplota 37,8 °C, srdcová frekvencia 84 úderov za minútu, dychová frekvencia 18 dychov za minútu a saturácia kyslíkom 96 % pri oxygénoterapii maskou 3 litre za minútu. Laboratórne vyšetrenie odhalilo leukocytózu $22,1 \times 10^9/l$ ($4,5\text{--}11 \times 10^9$), anémiu ťažkého stupňa – hemoglobín 78 g/l (130–160), trombocytózu ľahkého stupňa $450 \times 10^9/l$ ($150\text{--}400 \times 10^9$). Koncentrácia železa naznačovala anémiu chronickej zápalovej povahy. Ostatné laboratórne abnormality zahŕňali zvýšenú koncentráciu natriuretického peptidu typu B (NT-proBNP) 14328 ng/l (0–125), C-reaktívneho proteínu 199,3 mg/l (0–10) a pro-

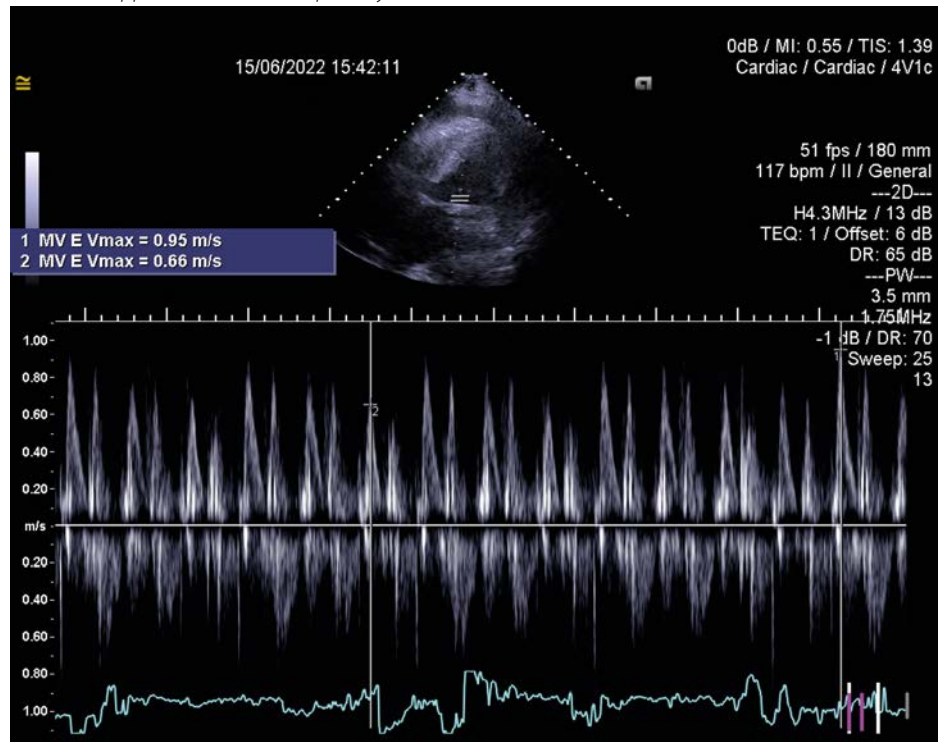
Obr. 1. Circular pericardial effusion (A4C view)



Obr. 2. Circular pericardial effusion (subxyphoidal view)



Obr. 3. Doppler mitral inflow respiratory variation



kalcitonínu 1,9 µg/l (< 0,046). Dvojrozmerné transtorakálne echokardiografické vyšetrenie (TTE) (Siemens SC 2000 Prime, Siemens Medical Solutions, Inc., Mountain View, California, USA) realizované v deň prijatia ukázalo čiastočne organizovaný cirkulárny perikardiálny výpotok s maximálnou separáciou perikardiálnych lisťov do 3 cm, diastolický kolaps pravej komory

a transmitrálnu respiračnú variáciu dopplerovského toku 25–30% – obraz svedčiaci o tamponáde srdca (Obr. 1–3). Pacient bol okamžite prevezený na našu katetrizačnú sálu, kde bola vykonaná emergentná ihlová perikardiocentéza s evakuáciou 650 ml sangvinolentnej tekutiny, následne bol so zavedeným hrudným drénom prevezený na jednotku intenzívnej starostlivosti.