

Ostra zatorowość płucna u kobiet w ciąży

Acute pulmonary embolism in pregnant women

Janusz Sielski^{1, 2}, Agnieszka Janion-Sadowska¹, Marcin Siuda¹, Jacek Kurzawski¹,
Szymon Domagała¹, Paweł Wałek¹, Piotr Pruszczyk³, Marianna Janion^{1, 2}

¹Świętokrzyskie Centrum Kardiologii, WSzZ, Kielce

²Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jana Kochanowskiego, Kielce

³Klinika Chorób Wewnętrznych i Kardiologii, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa

Abstract

A case of a 19 year-old woman in the third trimester of her second pregnancy admitted due to suspected of acute pulmonary embolism (PE) is presented. The diagnosis was confirmed by transthoracic echocardiography (TTE) which revealed an immobile wall-adherent thrombus in the left pulmonary artery. A complete regression of the thrombus was obtained after anti-thrombotic treatment. We conclude that TTE examination can be useful in diagnosing of PE and may be safely used during pregnancy.

Key words: pulmonary embolism, pregnancy

Kardiol Pol 2011; 69, 12: 1302–1303

WSTĘP

Zatorowość płucna (PE) najczęściej jest konsekwencją żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej (VTED). W okresie ciąży częstość występowania PE szacuje się na 0,3–1 na 1000 porodów [1]. Nieleczona charakteryzuje się znaczną śmiertelnością (18–30%) [2]. Prezentowany przypadek przedstawia PE w trzecim trymestrze ciąży oraz znaczenie echokardiografii przezklatkowej (TTE) w rozpoznaniu i stratyfikacji ryzyka.

OPIS PRZYPADKU

Kobieta (19 lat) w 25. tygodniu drugiej ciąży została przyjęta po utracie przytomności z kołataniem serca i dusznością, tachypnoë, tachykardią zatokową i szmerem skurczowym w IV lewej przestrzeni międzyżebrowej. W badaniach laboratoryjnych stwierdzono: pH 7,4; pO₂ 73,8 mm Hg; pCO₂ 25,8 mm Hg; BE 6,7 mmol/l; D-dimer 363 µg/l (norma do 246 µg/l); TnT ujemna. W badaniu EKG obserwowano cechy ostrego przeciążenia prawej komory (ryc. 1). W badaniu dopplerowskim

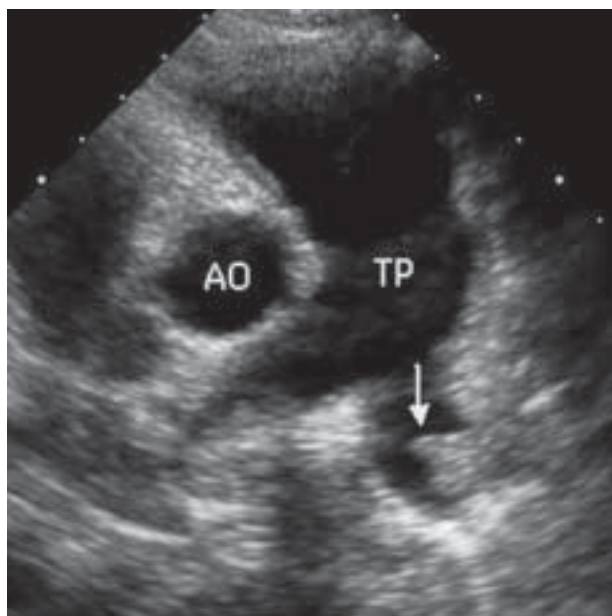


Rycina 1. Dekstrogram patologiczny. Tachykardia zatokowa 130/min. Cechy ostrego przeciążenia prawej komory (załamek S w I, redukcja załamków R w V₁ do V₅ z ujemnymi załawkami T w tych odprowadzeniach, q w III z ujemnym załawkami T)

Adres do korespondencji:

prof. dr hab. n. med. Marianna Janion, Świętokrzyskie Centrum Kardiologii, ul. Grunwaldzka 45, 25–736 Kielce, e-mail: mjanion@interia.pl

Copyright © Polskie Towarzystwo Kardiologiczne



Rycina 2. Badanie echokardiograficzne przezklatkowe, projekcja przymostkowa w osi krótkiej, naczyniowa. Skrzeplina (strzałka) w lewej tętnicy płucnej (TP); AO — aorta

kończyn dolnych nie stwierdzono zmian patologicznych. W TTE stwierdzono poszerzony pień płucny (32 mm) i obecność ruchomej skrzepliny przyściennej o szerokości 12 mm i długości 23 mm w proksymalnym odcinku lewej tętnicy płucnej (ryc. 2) oraz powiększoną jamę prawej komory (32 mm), z istotną niedomykalnością zastawki trójdzielnej z ciśnieniem w tętnicy płucnej ok. 50 mm Hg. Leczenie heparyną niefrakcjonowaną, a następnie drobnocząsteczkową (LMWH) ustabilizowało stan hemodynamiczny. W kontrolnych TTE obserwowano stopniowe zmniejszanie się wymiarów prawej komory, redukcję nadciśnienia płucnego i wielkości skrzepliny, aż do jej całkowitego zaniku. Pacjentkę wypisano z zaleceniem stosowania LMWH w dawce terapeutycznej i odstawienie na 24 godziny przed porodem. Poród siłami natury w 35 Hbd przebiegł bez komplikacji. W 12. godzinie połogu zlecono LMWH, następnie acenokumarol przez 3 miesiące. Badania w kierunku trombofilii nie wykazały

nieprawidłowości. Aktualnie w półtorarocznej obserwacji stan pacjentki pozostaje dobry.

OMÓWIENIE

Fizjologiczne zmiany w hemodynamice u kobiet w ciąży predisponują do VTED, a przez to także do PE. Dochodzi również do wzrostu aktywności czynników VII, VIII, X oraz czynnika von Willebranda i fibrynogenu, obniża się aktywność białka S. Po rozpoznaniu PE obowiązuje stratyfikacja ryzyka zgonu na podstawie objawów klinicznych i wykładników uszkodzenia miokardium w badaniach biochemicznych lub obrazowych (przede wszystkim TTE), co determinuje sposób leczenia [3]. Opisana pacjentka z powodu poszerzenia prawej komory mieściła się w grupie pośredniego ryzyka wczesnej śmiertelności szpitalnej lub 30-dniowej (3–15%). Badanie TTE jest uwzględniane w algorytmach diagnostycznych PE. W piśmiennictwie czułość samego badania szacuje się na 56–74%, a swoistość 25–90% [4]. Ponieważ dane te dotyczą obrazowania pośrednich dowodów PE, podnoszona jest kwestia ewentualnego uzupełnienia TTE o wariant przezprętykowy dający praktycznie pewne rozpoznanie (czułość 96%, swoistość 88%) [5]. Prezentowany przypadek wskazuje na celowość wykonywania TTE, gdy podejrzewa się PE, co ułatwia rozpoznanie i czasami pozwala uniknąć narażenia matki i płodu na promieniowanie jonizujące w tomografii komputerowej.

Konflikt interesów: nie zgłoszono

Piśmiennictwo

1. Rutherford SE, Phelan JP. Deep venous thrombosis and pulmonary embolism in pregnancy. *Obstet Gynecol Clin North Am*, 1991; 18: 345–370.
2. Kobayashi T, Nakabayashi M, Ishikawa M et al. Pulmonary thromboembolism in obstetrics and gynecology increased by 6.5-fold over the past decade in Japan. *Circ J*, 2008; 72: 753–756.
3. Torbicki A, Perrier A, Konstantinides S et al. Guidelines on the diagnosis and management of acute pulmonary. *Eur Heart J*, 2008; 29: 2276–2315.
4. Ouldzein H, Rahal N, Cherradi R et al. Role of transthoracic echocardiography in the diagnosis of acute pulmonary embolism. *Mali Med*, 2009; 24: 14–18.
5. Wittlich N, Erbel R, Eichler A et al. Detection of central pulmonary artery thromboemboli by transesophageal echocardiography in patients with severe pulmonary embolism. *J Am Soc Echocardiogr*, 1992; 5: 515–524.