

Czy warto prowadzić rejestry – czyli o diagnostyce i leczeniu zatorowości płucnej

prof. dr hab. n. med. Piotr Pruszczyk

Klinika Chorób Wewnętrznych i Kardiologii, Warszawski Uniwersytet Medyczny



W pracy przedstawiono wyniki retrospektywnego rejestru obejmującego ponad 200 chorych z zatorowością płucną (ZP) diagnozowanych i leczonych na 5 oddziałach kardiologicznych w Małopolsce. Należy bardzo mocno podkreślić duże znaczenie takich rejestrów, ponieważ odzwierciedlają one rzeczywistą praktykę kliniczną, którą warto odnieść do obowiązujących wytycznych. Chciałbym zwrócić uwagę na kilka ważnych, w moim odczuciu, zagadnień. Autorzy podkreślają, że wśród chorych objętych rejestrem prawie 40% osób przy przyjęciu do szpitala zgłaszało bóle w klatce piersiowej lub omdlenia (35% chorych). Te objawy kliniczne w połączeniu z częstymi zmianami elektrokardiograficznymi, takimi jak ujemne załamki T w oprowadzeniach przedsercowych, oraz podwyższonym stężeniem troponin mogą sugerować ostry zespół wieńcowy (OZW) i skłaniać do wykonania pilnej koronarografii – w większości pracowni hemodynamicznych zdarzały się takie przypadki. Należy wspomnieć o innej częstej pomyłce diagnostycznej. Duszność, będąca najczęstszym objawem ZP (ponad 60%), w połączeniu z „niekardiologicznym” objawem, jakim jest gorączka (40%), może występować prawie u 1/3 chorych. Przy współistnieniu duszności i gorączki podejrzenie infekcji dróg oddechowych jest jak najbardziej uzasadnione. Badanie radiologiczne klatki piersiowej może uwidoczniać zagęszczenia miąższowe u ponad 15% chorych z ZP. To wszystko sprawia, że zapalenie płuc jest częstą pomyłką diagnostyczną. Niestety jest ona potencjalnie bardziej niebezpieczna niż mylne rozpoznanie OZW, ponieważ najczęściej pozbawia chorego leczenia przeciwzakrzepowego. Tym samym, przytaczając stwierdzenie zawarte w omawianej pracy, że niezwykle ważne jest różnicowanie pomiędzy ZP a OZW, chciałbym je rozszerzyć o różnicowanie potencjalnie płucnych przyczyn duszności z ZP.

Drugie zagadnienie, na które chciałbym zwrócić uwagę, to stosowanie zweryfikowanych metod diagnostycznych ZP. W Małym Małopolskim Rejestrze Ostrego Zatoru Tętnicy Płucnej tomografia komputerowa (CT) była główną metodą diagnostyczną, co jest zgodne ze współczesnymi trendami. Uwidocznienie skrzeplin w tętnicach płucnych uzasadnia leczenie przeciwkrzepliwe. Intensywny rozwój tomografii rodzi nowe pytania. Wielorządowe apa-

raty dzięki wysokiej rozdzielczości umożliwiają ocenę również dystalnych rozgałęzień tętnic płucnych i nie ma pewności, czy izolowane, obwodowe, niewielkie skrzepliny w tętnicach subsegmentalnych u osoby z niewysokim klinicznym prawdopodobieństwem choroby uzasadniają wielomiesięczną terapię przeciwkrzepliwą. Z drugiej strony nie do końca wiadomo, czy w grupie osób z wysokim klinicznym prawdopodobieństwem choroby negatywny wynik nawet wielorządowej CT pozwala wykluczyć ZP i bezpiecznie pozostawić pacjenta bez leczenia. Pewne jest natomiast, że przy negatywnym wyniku jednorządowej CT zawsze powinniśmy wykonywać badania ultrasonograficzne układu żylnego. Jednocześnie brak zakrzepicy żyłnej i negatywny wynik jednorządowej CT pozwala bezpiecznie odstąpić od antykoagulacji jedynie w grupie bez wysokiego klinicznego prawdopodobieństwa choroby.

Chorzy objęci rejestrem byli diagnozowani i leczeni w latach 2005–2007, czyli jeszcze przed opublikowaniem aktualnych wytycznych Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego dotyczących diagnostyki i leczenia chorych z ZP. Wytyczne te podkreślają duże znaczenie wskaźników przeciążenia i uszkodzenia prawej komory w stratyfikacji ryzyka chorych z ZP. Przeciążenie prawej komory można ocenić echokardiograficznie, w CT lub mierząc we krwi stężenie peptydów natriuretycznych. Troponiny sercowe, podobnie jak w przypadku OZW, są uznanym wskaźnikiem uszkodzenia miokardium. Warto zwrócić uwagę, że u ponad 90% chorych objętych rejestrem wykonano badanie echokardiograficzne i w ponad 70% przypadków oznaczano stężenie troponin. Wskazuje to, że w rejestrze stosowano nowoczesną ocenę chorych. Markery przeciążenia i uszkodzenia prawej komory bardzo dobrze przewidywały rokowanie. Pamiętajmy, że w CT możliwa jest ocena wielkości prawej komory, a do tego nie jest potrzebne specjalne oprogramowanie ani tomograf najwyższej klasy. Uważam, że warto przekonać radiologów, by w opisie angio-CT klatki piersiowej u chorego z ZP uwzględnili stosunek wymiaru prawej komory do wymiaru lewej komory.

Na zakończenie moja uwaga dotycząca leczenia trombolitycznego chorych wysokiego ryzyka, czyli pacjentów we wstrząsie lub z hipotonią systemową (ciśnienie skurczowe < 90 mmHg). Zalecaną w wytycznych agresywną terapię zastosowano u niespełna połowy osób objętych rejestrem. Ten względnie niski odsetek chorych leczonych agresywnie jest zbliżony do danych prezentowanych w in-

nych opracowaniach. Świadczy to o naszych obawach przed powikłaniami krwotocznymi. Rzeczywiście, zastosowanie trombolizy wiąże się z większym ryzykiem krwawień w grupie chorych z ZP niż wśród pacjentów z zawałem serca leczonych trombolitycznie. Chorzy z ZP są zazwyczaj starsi, z większą liczbą czynników ryzyka krwawień (nowotwory, niedawne operacje). Pamiętajmy jednak, że większość przeciwwskazań do leczenia trombolitycznego u chorego we wstrząsie ma charakter względny

i porównanie ryzyka i spodziewanego pozytywnego efektu leczenia trombolitycznego zawsze powinno być indywidualnie rozpatrzone.

Podsumowując, prezentowany rejestr pokazuje, że na oddziałach kardiologicznych diagnostyka, ocena ryzyka i leczenie chorych z ZP prowadzone są w sposób nowoczesny, zgodnie z wytycznymi Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego.