

Komentarz redakcyjny

prof. dr hab. n. med. Krzysztof Wrabec

Ośrodek Badawczo-Rozwojowy, Oddział Kardiologiczny, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny, Wrocław



Komentowana praca [1] jest kolejną opisującą częste, coraz częściej rozpoznawane, przypadki ostrej zatorowości płucnej. Oba spełniały kryteria masywnej zatorowości, w obu echokardiograficznie stwierdzano materiał zakrzepowy w prawym sercu. W obu też (zgodnie ze standardami [2, 3]), wobec braku na miejscu oddziału kardiologicznego, nie było wątpliwości co do konieczności leczenia trombolitycznego. W obu przypadkach było ono skuteczne – w pierwszym zakrzep zniknął w czasie wlewu alteplazy monitorowanego ciągłym badaniem echokardiograficznym, w drugim po zastosowaniu streptokinazy doszło do rozkwaśkowania skrzepliny (zawsze się tego obawiamy) – na szczęście natychmiastowe podanie alteplazy spowodowało stabilizację hemodynamiczną chorej i umożliwiło wypisanie jej w doskonałym stanie do domu w 13. dobie.

Lektura tej doskonale pod każdym względem napisanej pracy nasunęła mi jedną w istocie refleksję. Otóż paradoksalnie i chorzy, i leczący ich koledzy mieli trochę szczęścia. Nie chodzi mi o bardzo korzystny i doskonale udokumentowany przebieg leczenia, lecz o to, że od początku było oczywiste, że chodzi o masywną zatorowość (w pierwszym przypadku obraz trochę „zaciemniało” nadciśnienie, na które chorował pacjent), co ułatwiło decyzję o zastosowaniu leczenia fibrynolitycznego, które obowiązujące wytyczne (w tym program ZATPOL) rezerwują dla tej postaci zatorowości. Jest to spowodowane znacznie większą częstością powikłań krwotocznych u leczonych fibrynolitycznie chorych z zatorowością submaksymalną [4]. Rzecz od ponad 2 lat ma być przedmiotem międzynarodowego badania klinicznego PEITHO, którego polskim koordynatorem jest prof. Pruszczyk, a którego rozpoczęcie się opóźnia [5].

W jednym z październikowych numerów *European Heart Journal* ukazał się artykuł Stevensona i wsp. wyka-

zujący, że w 6-miesięcznej obserwacji 41% wcześniej zdrowych chorych z submasywną zatorowością wykazuje upośledzenie sprawności (test 6-minutowego marszu <330 m lub II i wyższe klasy wg NYHA) i echokardiograficzną dysfunkcję prawej komory [6]. Palmieri i wsp., autorzy komentarza redakcyjnego do wspomnianej pracy, zalecają kierowanie się w kwalifikacji do leczenia trombolitycznego bądź „cewnikowego” tych chorych również poziomami tropoin i peptydu natriuretycznego typu B. Korzyść z takiego leczenia może niekiedy przewyższać związane z nim ryzyko [7].

Ale cóż nam obecnie pozostaje? Czekać na wyniki badania PEITHO i na razie kierować się własnym odczuciem klinicznym.

Piśmiennictwo

1. Elikowski W, Małek M, Bestrzyńska J, et al. *Thrombus in transit* – dwa przypadki masywnej zatorowości płucnej leczone trombolitycznie. *Kardiol Pol* 2008; 66: 669-76.
2. Guidelines on diagnosis and management of acute pulmonary embolism. Task Force on Pulmonary Embolism, European Society of Cardiology. *Eur Heart J* 2000; 21: 1301-36.
3. ZATPOL Ogólnopolski Rejestr Zatorowości Płucnej. www.zatpol.pl.
4. Konstantinides S, Geibel A, Heusel G, et al.; Management Strategies and Prognosis of Pulmonary Embolism-3 Trial Investigators. Heparin plus alteplase compared with heparin alone in patients with submassive pulmonary embolism. *N Engl J Med* 2002; 347: 1143-50.
5. Pruszczyk P. Założenia badania PEITHO (kontakt osobisty).
6. Stevinson BG, Hernandez-Nino J, Rose G, et al. Echocardiographic and functional cardiopulmonary problems 6 months after first-time pulmonary embolism in previously healthy patients. *European Heart J* 2007; 28: 2517-24.
7. Palmieri V, Palmieri EA, Celentano A. Functional limitation and right ventricular dysfunction at 6-month follow-up in patients with non-massive pulmonary embolism: useful outcomes for testing therapy of acute submassive pulmonary embolism? *Eur Heart J* 2007; 28: 2430-1.