

Komentarz redakcyjny

prof dr hab. n. med. Adam Torbicki

Klinika Chorób Wewnętrznych Klatki Piersiowej, Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc, Warszawa



D-dimer w surowicy pojawia się jako wynik rozpadu powiązanych ze sobą cząsteczek fibryny powstających w tworzącej się skrzeplinie. Prawidłowy poziom D-dimeru w surowicy jest wiarygodnym wskaźnikiem braku świeżych skrzeplin w łożysku naczyniowym. Dlatego też ocena stężenia D-dimeru sta-

nowi ważny element algorytmu postępowania diagnostycznego w zatorowości płucnej (ZP). Około 30% pacjentów z jej klinicznym podejrzeniem może uniknąć innych badań diagnostycznych i niepotrzebnego leczenia przeciwzakrzepowego dzięki wczesnej ocenie D-dimeru czułym testem ilościowym opartym na zasadzie ELISA. Warunkiem powstrzymania się od antykoagulacji jest poziom D-dimeru w surowicy $<500 \mu\text{g/L}$. Negatywna wartość predykcyjna prawidłowego poziomu D-dimeru jest bliska 100%, bez względu na kliniczną charakterystykę ocenianych pacjentów. Jednak uważa się, że wysokie prawdopodobieństwo kliniczne ZP wymaga bezpośrednich metod wizualizacji naczyń płucnych, aby uzasadnić decyzję o pozostawieniu pacjenta bez leków przeciwkrzepliwych.

Sukces D-dimeru w diagnostyce ZP stał się zachętą do wykorzystania tego testu dla określenia ryzyka nawrotu żyłnej choroby zatorowo-zakrzepowej (ŻChZZ) po odstawieniu leków przeciwkrzepliwych, podawanych w ramach tzw. wtórnej profilaktyki. Przegląd publikacji przedstawiony przez dr Joannę Żyłkowską daje pełny obraz dotychczas zebranych na ten temat danych. Stanowią one jednak dopiero niewielki krok w kierunku jednoznacznych wytycznych wiążących czas trwania wtórnej profilaktyki przeciwkrzepliwej ze stężeniem D-dimeru.

Jak dotąd wiemy jedynie, że w miesiąc po odstawieniu kilkumiesięcznej profilaktyki u znacznego odsetka (36,7%) pacjentów stwierdza się podwyższone stężenia D-dimeru. Ryzyko nawrotu ŻChZZ jest wysokie, ale może być skutecznie zniwelowane ponownym włączeniem leczenia. Wystarcza to za uzasadnienie takiego właśnie postępowania. Trudniejsza decyzja dotyczy pacjentów z prawidłowym stężeniem D-dimeru po miesiącu od zaprzestania antykoagulacji. Wydaje się, że ich ryzyko jest pośrednie i grupa ta wymaga bardziej precyzyjnej stratyfikacji. Niewykluczone, że jednym z elementów takiej dokładniejszej oceny mógłby być D-dimer. Żeby tak się stało, potrzebna jest większa wiedza na temat dynamiki zmian D-dimeru zarówno podczas leczenia, jak i następnie rehabilitacji. Może się okazać, że śledzenie zmian D-dimeru w czasie pozwoli wyselekcjonować pacjentów ze zwiększającą się istotnie po odstawieniu antykoagulacji gotowością układu krzepnięcia do wywołania zakrzepicy czy zatorowości. W dyskusji na łamach *New England Journal of Medicine* przedstawiono przypadek pacjenta, który 2-krotnie rozwinął nawroty ŻChZZ. Okazało się, że wzrost stężenia D-dimeru poprzedzał oba wspomniane epizody, ale miało to miejsce w okresie późniejszym niż miesiąc po przebytych poprzednim epizodzie. Pojedynczy przypadek nie wystarczy do wyciągnięcia wniosków, ale jest ważnym argumentem dla kontynuowania badań w tym kierunku.

Oczywiście, może się okazać, że jeden biomarker nie wystarczy do podejmowania decyzji o przewlekłej, dożylotnej antykoagulacji. Jednak dotychczasowe badania wydają się wskazywać, iż D-dimer będzie grał istotną rolę w strategii dotyczącej postępowania przeciwkrzepliwego po ostrym żylnym epizodzie zakrzepowo-zatorowym, zwłaszcza u chorych, u których epizod taki wystąpił bez uchwytanych czynników ryzyka.