

Ostry zator tętnicy płucnej



Prof. dr hab. med. Witold Zbyszek Tomkowski

Kierownik Oddziału Intensywnej Terapii Pneumonologiczno-Kardiologicznej

Dr n. med. Paweł Kuca

Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie

Wytyczne Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (ESC), dotyczące postępowania w ostrym zatorze tętnicy płucnej (ZTP), pochodzą z 2000 roku. Od tego czasu ukazały się kolejne zalecenia American College of Chest Physicians (ACCP) omawiające VII Konferencję ACCP, poświęconą leczeniu przeciwzakrzepowemu i trombolitycznemu, które zostały opublikowane w 2004 r. [Chest 2004, 126, Supl.3:163–701]. Najnowsze zalecenia, dotyczące profilaktyki i leczenia żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej (ŻChZZ), pochodzą z 2006 r. i zostały opatrzone nazwą International Consensus Statement (ICS) [Intern Angiol 2006, 25: 101 – 61].

Zalecenia ACCP są bardzo obszernym i wszechstronnym opracowaniem problematyki związanej z leczeniem przeciwzakrzepowym. Wyczerpująca analiza opublikowanych prac dokonywana jest w tym materiale na kilkuset stronach. Zalecenia ESC oraz ICS opublikowane są w zwartej formie, co stanowi podstawową różnicę omawianych zaleceń w stosunku do standardów ACCP.

Ze względu na swą aktualność skupmy się na omówieniu aktualnych zaleceń ICS. Warto podkreślić, że wszystkie istniejące wytyczne oparte są na analizie tych samych prac naukowych, stanowiących źródło evidence based medicine. Porównując wytyczne amerykańskie i zalecenia ICS można zauważyć różnice dotyczące siły zaleceń, co budzi pewne kontrowersje. W ostatnich latach ukazały się bardzo obszerne, międzynarodowe, randomizowane, wielośrodkowe badania kliniczne (np. MATTISSE - PE i - DVT), do których włączono grupy pacjentów znacznie przekraczające liczebnością grupy chorych, u których oceniono skuteczność stosowania heparyn drobnocząsteczkowych.

Podstawowe nowości, zawarte w zaleceniach ACCP i ICS, dotyczą profilaktyki przeciwzakrzepowej i polegają na umieszczeniu nowego leku, syntetycznego pentasacharydu o krótkim $T_{0,5}$, fondaparinuxu. Lek ten, stosowany profilaktycznie 6 godzin po rozległych, planowych zabiegach w chirurgii ortopedycznej oraz chirurgii urazowej, stanowi podstawowe narzędzie zapobiegające powstawaniu powikłań zakrzepowo-zatorowych. Fondaparinux można stosować również w przedłużonej profilaktyce przeciwzakrzepowej u chorych, u których przeprowadzane były planowe zabiegi ortopedyczne. Dawka profilaktyczna wynosi 2,5 mg/dobę.

Fondaparinux znalazł również miejsce we wstępnym okresie leczenia zakrzepicy żył głębokich (ZŻG) i ZTP. Dawka leku zależy od masy ciała pacjenta: dla chorych o wadze 50–100 kg powinno się stosować 7,5 mg raz/dobę podskórnie. Dla chorych o wadze <50 kg wskazana jest dawka 5 mg, zaś >100 kg – 10 mg. Fondaparinux, nie wchodzący w krzyżową reakcję z kompleksem przeciwciał przeciw heparynie z czynnikiem płytkowym 4, w przypadkach immunologicznej trombocytopenii poheparynowej (HIT) stanowi alternatywę dla zalecanych: rekombinowanej hirudyny, danaparoidu (nieдоступnych w Polsce).

Zalecenia ICS, dotyczące zastosowania leków trombolitycznych w leczeniu masywnego ZTP, są podobne do zaleceń ESC i dotyczą chorych niestabilnych hemodynamicznie. Ekspertsi widzą także wskazania do zastosowania leków trombolitycznych u chorych z przeciążeniem prawej komory, opierając tę tezę na większej w tej grupie pacjentów śmiertelności. Należy jednak pamiętać, że zastosowanie leków trombolitycznych u chorych stabilnych hemodynamicznie z przeciążeniem prawej komory najprawdopodobniej zwiększy częstość dużych powikłań krwotocznych i krwawień do ośrodkowego układu nerwowego, w stosunku do stosowanych dotychczas w tego typu przypadkach heparyn, zwiększając tym samym śmiertelność w grupie chorych leczonych trombolitycznie. Omawiane zalecenie nie jest oparte na jednoznacznych wynikach randomizowanych prac, które potwierdzałyby jego słuszność. Budzi zatem zdziwienie pojawienie się w ICS tego typu zalecenia.

Natomiast niezwykle istotne informacje zawarte w ICS dotyczą konieczności wdrożenia profilaktyki przeciwzakrzepowej u chorych hospitalizowanych z powodu niewydolności krążenia w klasie III i IV wg NYHA, jeśli chorzy ci

Ostry zator tętnicy płucnej – c.d.

Prof. dr hab. med. Witold Zbyszek Tomkowski

Kierownik Oddziału Intensywnej Terapii Pneumonologiczno-Kardiologicznej

Dr n. med. Paweł Kuca

Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie

wcześniej nie otrzymywali leczenia przeciwzakrzepowego. Częstość powikłań zakrzepowo-zatorowych w tej grupie dotyczy 10–15 % chorych, zaś profilaktyczne zastosowanie heparyn drobnocząsteczkowych lub fondaparinuxu wyraźnie zmniejsza tę częstość. Warto nadmienić, że objawowa ZZG występuje u tych chorych niezmiernie rzadko, a podstawowym objawem powikłań zakrzepowo-zatorowych jest śmiertelny ZTP.

Autorzy ICS wiele miejsca poświęcają melagatranowi – lekowi, który jest przedstawicielem bezpośrednich blokerów trombiny. Lek ten został wycofany z rynku w marcu 2006 r., a zatem już po publikacji standardów ICS.