

Ocena ciężkości zatorowości płucnej

MAGDALENA GAŁECKA-NOWAK, SYLWIA GOLISZEK, PIOTR PRUSZCZYK

WSTĘP

Wnikliwa ocena ciężkości ostrej zatorowości płucnej (ZP) powinna być przeprowadzona u wszystkich pacjentów z ostrą ZP, gdyż wpływa ona na stratyfikację indywidualnego ryzyka wczesnego zgonu. Konsekwencją oceny klinicznej jest szybka kwalifikacja do leczenia reperfuzyjnego pacjentów z grupy najwyższego ryzyka lub ustalenie strategii leczenia, m.in. konieczności ścisłego monitorowania, wspomagania czy możliwości leczenia ambulatoryjnego w fazie ostrej ZP. Strategie postępowania terapeutycznego zostały szczegółowo omówione w kolejnych rozdziałach.

OCENA CIĘŻKOŚCI ZATOROWOŚCI PŁUCNEJ NA PODSTAWIE WYTYCZNYCH EUROPEJSKIEGO TOWARZYSTWA KARDIOLOGICZNEGO Z 2019 R.

W wytycznych ESC (European Society of Cardiology) z 2019 roku przedstawiono następujący podział, uwzględniający ocenę ciężkości choroby rozumianą jako ryzyko wczesnego zgonu związanego z zatorowością płucną:

- ostra ZP wysokiego ryzyka
- ostra ZP pośredniego wysokiego ryzyka
- ostra ZP pośredniego niskiego ryzyka
- ostra ZP niskiego ryzyka (tab. 1).

Podział ten uwzględnia przede wszystkim stan hemodynamiczny pacjenta, ponieważ stopień wydolności układu krążenia i możliwość adaptacji do zmieniających się warunków ciśnieniowych mają wpływ na śmiertelność. Zatorowość płucna, opisywana historycznie na podstawie stopnia niedrożności tętnic płucnych w obrazie radiologicznym jako „masywna” lub „niemasywna”, nie miała przełożenia na obraz kliniczny i rokowanie pacjenta. Nawet niewielki ładunek skrzepliny w drobnych tętnicach może znacznie pogorszyć stan pacjenta z towarzyszącymi chorobami płuc i serca, i odwrotnie: masywna radiologicznie OZP u młodej osoby, bez chorób współtowarzyszących, może przebiegać skąpoobjawowo.

Podczas szacowania ryzyka należy odpowiedzieć na następujące pytania (ryc. 1):

- Czy pacjent jest stabilny hemodynamicznie? Jeśli NIE – ostra ZP wysokiego ryzyka (uwaga, do potwierdzenia ZP wysokiego ryzyka konieczne jest uwidocznienie przeciążenia prawej komory, m.in. w CTPA lub w echokardiografii, ponieważ niestabilność hemodynamiczna może być spowodowana inną przyczyną, np. sepsą u osoby z niewielką ZP).
- Czy u pacjenta występują wskaźniki dysfunkcji prawej komory: