

PRACE ORYGINALNE • ORIGINAL PAPERS

Maski kliniczne zatorowości płucnej w praktyce lekarza rodzinnego

Clinical presentation of pulmonary embolism in general practice

KATARZYNA ŻYCIŃSKA^{A, D, F}, MAGDALENA WIKTOROWICZ^{A, B, D, F}, DAWID TOMASIK^{B, D, E, F}, MARIUSZ TOMANIAK^{B, D, E, F}, KAMIL JANOWSKI^{B, D, F}, ANETA NITSCH-OSUCH^F, ANNA OLWERT^C, KAZIMIERZ A. WARDYN^{A, D}

Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej z Oddziałem Klinicznym Chorób Wewnętrznych i Metabolicznych Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego
Szpital Czerniakowski w Warszawie

A – przygotowanie projektu badania, B – zbieranie danych, C – analiza statystyczna, D – interpretacja danych, E – przygotowanie maszynopisu, F – opracowanie piśmiennictwa, G – pozyskanie funduszy

Streszczenie Wstęp. Zatorowość płucna (ZP) to jeden z częściej występujących stanów nagłych w kardiologii. Obraz kliniczny ZP jest zróżnicowany i mało swoisty. Jak najkrótszy czas od pojawienia się objawów do wdrożenia leczenia ma kluczowe znaczenie dla przeżycia pacjenta. Istotną rolę odgrywa lekarz podstawowej opieki zdrowotnej i jego znajomość czynników ryzyka, objawów i przebiegu ZP oraz świadomość zagrożenia wynikającego z odwlekania rozpoznania schorzenia.

Cel pracy. Analiza okresu poprzedzającego rozpoznanie.

Materiał i metody. Materiał do badań stanowiła dokumentacja medyczna 53 pacjentów hospitalizowanych w Oddziale Klinicznym Chorób Wewnętrznych i Metabolicznych WUM w latach 2011–2012 z potwierdzonym rozpoznaniem ZP w badaniu obrazowym lub sekcyjnym. Czas obserwacji obejmował okres hospitalizacji. Analizowano czas od początku wystąpienia objawów do zgłoszenia się do szpitala, czas hospitalizacji, postawione rozpoznania wstępne, częstość wizyt ambulatoryjnych u lekarza rodzinnego przed zgłoszeniem się do szpitala oraz częstość wystąpienia ZP mimo włączonej pierwotnej profilaktyki przeciwzakrzepowej.

Wyniki. Czas od początku objawów do rozpoznania zatorowości płucnej wynosił średnio powyżej 5 dni. Był istotnie dłuższy w grupie osób, które przed hospitalizacją zasięgnęły porady ambulatoryjnej ($p < 0,05$). W tej grupie osób rozpoznawano początkowo m.in.: zapalenie płuc, zaostrzenie niewydolności serca, POChP oraz zaburzenia rytmu serca, jedynie u 23% pacjentów rozpoznanie ZP było rozpoznaniem wstępnym. 25% osób stosowało profilaktykę przeciwzakrzepową w momencie rozpoznania ZP.

Wnioski. Zaawansowany wiek (powyżej 60. r.ż.) oraz zbyt rzadkie uwzględnianie ZP w diagnostyce różnicowej jest związane z wydłużeniem czasu od pojawienia się objawów do postawienia rozpoznania ZP. Stosowanie profilaktyki przeciwzakrzepowej nie wyklucza całkowicie możliwości wystąpienia powikłań zatorowo-zakrzepowych szczególnie u pacjentów z długotrwałą terapią przeciwzakrzepową.

Słowa kluczowe: zatorowość płucna, objawy kliniczne, diagnostyka różnicowa.

Summary Background. Pulmonary embolism (PE) is a relatively common emergency in cardiology. Clinical presentation of PE is non-specific with symptoms often observed also in other diseases. Time since the onset of symptoms to treatment is crucial for survival of patients. Good knowledge of predisposing factors, symptoms, natural history of PE and quick primary diagnosis are critical.

Objectives. The aim of the study was an analysis of the period preceding final diagnosis.

Material and methods. A group of 53 patients hospitalized in the Clinical Department of Internal Medicine and Metabolic Disorders of Warsaw Medical University from 2011 to 2012 with confirmed PE was analysed retrospectively. Analysis included: time from the onset of symptoms to admission to the hospital, time of hospitalization, primary diagnosis, a contact with physician before admission and incidence of PE despite optimal anticoagulation therapy.

Results. The time since the onset of symptoms to diagnosis averaged 5 days. It was significantly longer among patients who visited a physician before admission to the hospital ($p < 0.05$), because the other cases: pneumonia, heart failure exacerbation, chronic obstructive pulmonary disease and arrhythmias were primarily suspected. In 23% of patients PE was a primary diagnosis. 25% of patients received anticoagulation therapy before diagnosis of PE.

Conclusions. Advanced age (over 60 years) and very rare consideration in the differential diagnosis of PE is associated with prolongation of time from onset of symptoms to PE diagnosis. Time of hospitalization was shorter in the younger group of patients. Chronic anticoagulation therapy does not exclude definitely the risk of PE.

Key words: pulmonary embolism, clinical presentation, differential diagnosis.

Wstęp

Zatorowość płucna (ZP) to jeden z częściej występujących stanów nagłych w medycynie, obok zawału mięśnia sercowego i udaru mózgu. Istotą choroby jest zamknięcie lub zwężenie tętnicy płucnej lub jej rozgałęzień przez materiał zatorowy, co może doprowadzić do zagrażającej życiu powikłomowej niewydolności serca. ZP oraz zakrzepica żył

głębokich (ZŻG) to dwie postaci kliniczne żylnych chorób zakrzepowo-zatorowej (ŻChZZ) [1]. Występowanie ZP w USA szacowane jest na 600 tys. przypadków rocznie [2], jednak jej rzeczywista częstość występowania jest trudna w ocenie ze względu na jej różnorodne i mało swoiste objawy kliniczne [3]. ZP najczęściej występuje u pacjentów po 60. r.ż. (średni wiek chorych – 62 lata), a jej częstość rośnie wraz z wiekiem [4–6]. Śmiertelność w ostrej fazie ZP sięga 7–11% [7].

Obraz kliniczny ZP jest zróżnicowany i mało swoisty: od skąpoobjawowego przebiegu, po wstrząs i nagłe zatrzymanie krążenia. Do najczęściej występujących objawów podmiotowych należą: duszność, ból w klatce piersiowej, kaszel, krwiotłucie i omdlenia. Z objawów przedmiotowych dominują: tachypnoe i tachykardia. Z uwagi na możliwość wystąpienia powyższych objawów w innych jednostkach chorobowych niemożliwe jest jednoznaczne potwierdzenie lub wykluczenie ZP tylko na podstawie obrazu klinicznego. Konieczne jest wykonanie badań dodatkowych, oszacowanie klinicznego prawdopodobieństwa ZP oraz określenie ryzyka zgonu zależnego od ZP. W takich przypadkach istotną rolę odgrywa lekarz podstawowej opieki zdrowotnej.

Obecność hipotensji i wstrząsu oznacza wysokie ryzyko zgonu i wymaga natychmiastowego postępowania diagnostycznego i terapeutycznego uwzględniającego oprócz ZP inne możliwe przyczyny w diagnostyce różnicowej: tamponadę serca, rozwarstwienie aorty czy ostry zespół wieńcowy.

W toku diagnostycznym, postawieniu rozpoznania wstępnego oraz podjęciu decyzji o prewencji pierwotnej istotne znaczenie ma identyfikacja czynników ryzyka wystąpienia ZP. Należą do nich m.in.: wiek, wcześniejsze występowanie ŻChZZ, aktywna choroba nowotworowa, choroby neurologiczne z towarzyszącym porażeniem obwodowym, choroby prowadzące do długotrwałego unieruchomienia [8].

Do oceny klinicznego prawdopodobieństwa ZP wykorzystywane są najczęściej dwie skale diagnostyczne: skala Wellsa i zmodyfikowana skala genewska. Ich zastosowanie pozwala na zaszerogowanie pacjenta odpowiednio do grupy niskiego, pośredniego lub wysokiego prawdopodobieństwa klinicznego ZP, a to z kolei umożliwia wdrożenie odpowiedniego postępowania terapeutycznego.

Cel pracy

Celem pracy była analiza danych z wywiadu oraz badania przedmiotowego pacjentów z potwierdzoną ZP, ze szczególnym uwzględnieniem okresu od momentu wystąpienia pierwszych objawów do ostatecznego rozpoznania zatorowości.

Materiał i metody

W badaniu retrospektywnym wzięło udział 53 pacjentów hospitalizowanych w Oddziale Klinicznym Chorób Wewnętrznych i Metabolicznych Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego w latach 2011–2012 z potwierdzonym rozpoznaniem ZP w badaniu obrazowym lub sekcyjnym. Czas obserwacji obejmował okres hospitalizacji.

Ankieta obejmowała informacje obejmujące czas od początku wystąpienia objawów do zgłoszenia się do szpitala oraz czas hospitalizacji z uwzględnieniem płci i wieku pacjentów. Zbadano również, czy pacjenci kontaktowali się z lekarzem rodzinnym przed zgłoszeniem się do szpitala. Określono częstość chorób towarzyszących. Oceniono, w ilu przypadkach ZP wystąpiła u chorych mimo stosowania profilaktyki przeciwzakrzepowej oraz jakie były najczęstsze rozpoznania wstępne wśród chorych, u których dalsza diagnostyka potwierdziła ZP.

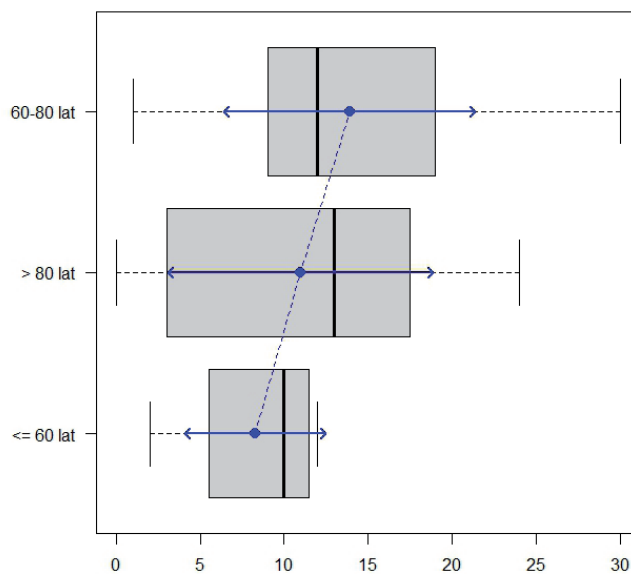
Na podstawie obecności lub braku objawów wstrząsu, hipotonii, wystąpienia cech dysfunkcji prawej komory bądź zwiększonego stężenia markerów uszkodzenia mięśnia sercowego w osoczu badaną grupę pacjentów zaklasyfikowano do trzech grup ZP: wysokiego, średniego oraz niskiego ryzyka zgonu. Przeanalizowano śmiertelność wewnątrzszpitalną w każdej z grup.

Zgromadzone dane poddano analizie statystycznej wykorzystując nieparametryczny test Kruskala-Wallisza.

Wyniki

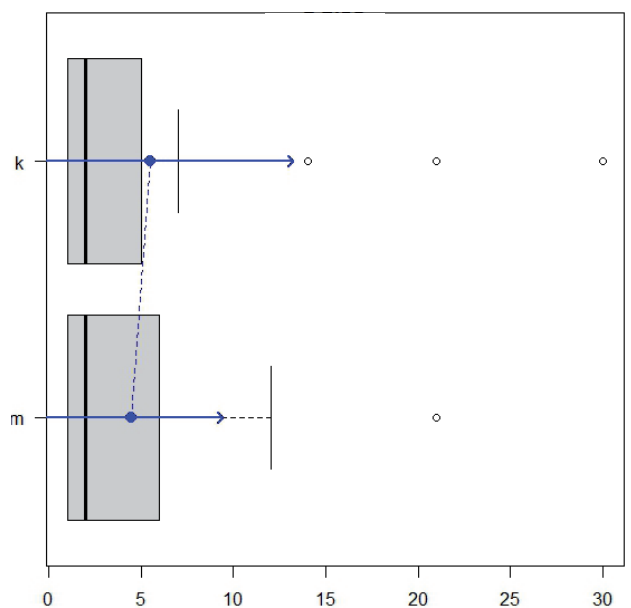
Średni czas hospitalizacji pacjentów z rozpoznaniem zatorowości płucnej wynosił około 11 dni ($11,6 \pm 7,5$). Płeć nie wpływała na długość pobytu w szpitalu. Zaobserwowaliśmy, że średnia czasu hospitalizacji była niższa w grupie osób poniżej 60. roku życia.

Mediana czasu, jaki upłynął od początku objawów do zgłoszenia się do szpitala, wynosi 2 dni. 75% pacjentów zgłaszało się do szpitala zwykle w 5 dniu dolegliwości (ryc. 1).



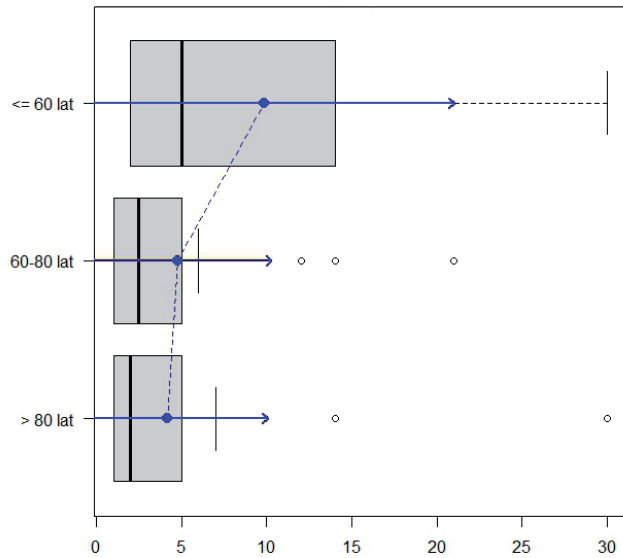
Rycina 1. Zależność czasu hospitalizacji od wieku pacjentów

Czas od objawów do zgłoszenia się do szpitala nie wykazywał różnic ze względu na płeć pacjentów (ryc. 2).

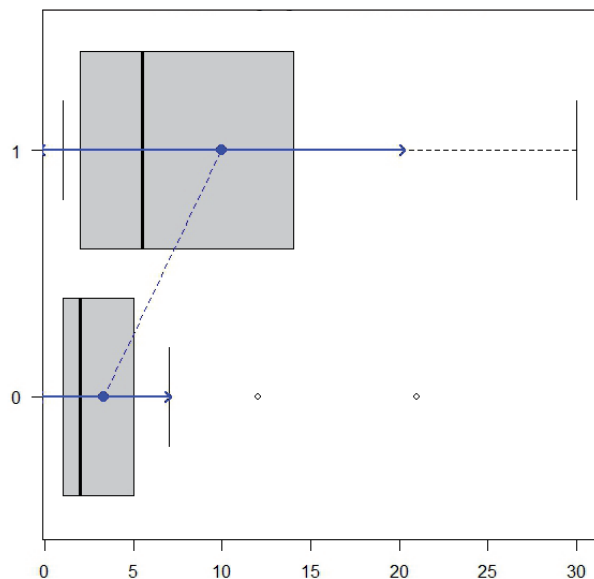


Rycina 2. Czas od początku objawów do zgłoszenia się do szpitala z uwzględnieniem płci

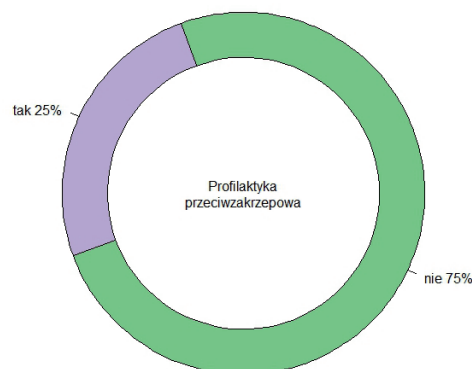
Zaobserwowaliśmy, że w grupie osób poniżej 60. roku życia czas od początku objawów do zgłoszenia się do szpitala była zwykle dłuższy (ryc. 3). 27% pacjentów przed hospitalizacją zasięgnęło porady ambulatoryjnej. Z naszej analizy wynika, że czas od pojawienia się objawów do zgłoszenia się do szpitala u pacjentów wcześniej konsultujących się u lekarza POZ był istotnie dłuższy ($p < 0,05$) niż tych zgłaszających się bezpośrednio na Izbę Przyjść (ryc. 4).



Rycina 3. Czas od początku objawów do zgłoszenia się do szpitala z uwzględnieniem różnic wiekowych



Rycina 4. Czas od początku objawów do zgłoszenia się do szpitala a wcześniejszy kontakt z lekarzem POZ

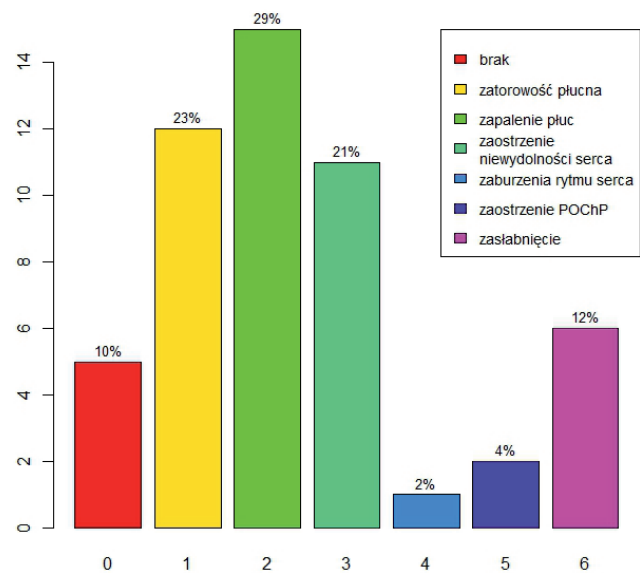


Rycina 5. Profilaktyka przeciwzakrzepowa przed rozpoznaniem zatorowości płucnej

25% pacjentów stosowało przed hospitalizacją i rozpoznaniem zatorowości płucnej profilaktykę przeciwzakrzepową (ryc. 5).

Rozpoznanie zatorowości płucnej jako rozpoznaniem wstępne postawiono u 23% pacjentów w badanej grupie.

Najczęstszym rozpoznaniem wstępnym było zapalenie płuc (ryc. 6).



Rycina 6. Rozpoznania wstępne u pacjentów z zatorowością płucną

Dyskusja

Liczba pacjentów hospitalizowanych z powodu zatorowości płucnej wzrasta [1], a śmiertelność w jej przebiegu przekracza śmiertelność w przebiegu zawału serca [2]. Rośnie również liczba pacjentów leczonych ambulatoryjnie z powodu zakrzepicy żył głębokich (ZZG).

Średnia długość pobytu w szpitalu w naszym badaniu była podobna jak w badaniu przeprowadzonym w Czechach [4]. Nie wykazano istotnych różnic ze względu na płeć, czas hospitalizacji był jednak wyraźnie dłuższy w grupie osób powyżej 60. roku życia.

Stosowanie leczenia przeciwzakrzepowego u pacjentów z grup ryzyka obniża ryzyko rozwoju zatorowości płucnej, ale nie eliminuje go w pełni [5–7]. Dlatego prawidłowa tromboprofilaktyka nie może wykluczać rozpoznania ostrego epizodu zakrzepowo-zatorowego. W naszym badaniu 25% pacjentów, u których rozpoznano zatorowość płucną, stosowało leczenie przeciwzakrzepowe.

Na uwagę zasługuje również odsetek pacjentów, u których rozpoznaniem wstępnym była zatorowość płucna. Jedynie 23% chorych miało takie rozpoznanie postawione na wstępie. Reszta pacjentów poddana została dodatkowym badaniom, zanim ustalono pewne rozpoznanie i wdrożono leczenie.

Istotnie dłuższy czas między początkiem objawów a zgłoszeniem się do szpitala u pacjentów konsultujących się wcześniej u lekarza podstawowej opieki zdrowotnej może mieć różne powody. Możliwe, że mniej nasilone objawy w początkowym okresie ZP sugerowały inne rozpoznanie. Jednak istotne jest, aby lekarz pierwszego kontaktu uwzględnił zatorowość płucną w rozpoznaniu różnicowym diagnozując chorego z zespołem niespecyficznych objawów, tj.: duszność, ból w klatce piersiowej, kaszel czy krwioplucie. Następnie korzystając ze skal pozwalających oszacować ryzyko ZP oraz analizując czynniki ryzyka w odpowiednich przypadkach, aby podjął decyzję o pilnej hospitalizacji, skracając czas od wystąpienia objawów do wdrożenia terapii [7]. Istotna jest świadomość, że pod maską takich stanów chorobowych, jak: zapalenie płuc, zaostrzenie niewydolności serca, zaburzenia rytmu serca, zaostrzenie POChP czy zasłabnięcia, może kryć się, bądź towarzyszyć im, zatorowość płucna.

Wnioski

1. ZP może sprawiać trudności w rozpoznaniu z powodu różnorodnego i mało swoistego obrazu klinicznego.
2. Zaawansowany wiek oraz zbyt rzadkie uwzględnianie ZP w diagnostyce różnicowej wiąże się z wydłużeniem czasu od pojawienia się objawów do postawienia rozpoznania ZP.
3. Stąd istotna jest rola lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, znajomość czynników ryzyka, objawów i przebiegu ZP oraz świadomość zagrożeń wynikających z opóźnionego rozpoznania choroby. Uwzględnienie ZP w diagnostyce różnicowej już na początku toku diagnostycznego zwiększa szanse na postawienie prawidłowego rozpoznania i wcześniejsze wdrożenie terapii.
4. Stosowanie profilaktyki przeciwzakrzepowej nie wyklucza całkowicie możliwości wystąpienia powikłań zatorowo-zakrzepowych, szczególnie u pacjentów z długotrwałą terapią przeciwzakrzepową.

Piśmiennictwo

1. Moser KM, Fedullo PF, Littejohn JK, et al. Frequent asymptomatic pulmonary embolism in patients with deep venous thrombosis. *JAMA* 1994; 271: 223–225.
2. Dalen JE, Alpert JS. Natural history of pulmonary embolism. *Prog Cardiovasc Dis* 1975; 17: 259–270.
3. Stein PD, Matta F. Epidemiology and incidence: the scope of the problem and risk factors for development of venous thromboembolism. *Crit Care Clin* 2011; 27(4): 907.
4. Weberova D, Weber P, Kubesova H, et al. Occurrence of pulmonary embolism among 260 in-patients of acute geriatric department aged 65+ years in 2005–2011. *Adv Gerontol* 2012; 25(3): 506–512.
5. Nordstrom M, Lindblad B. Autopsy-verified venous thromboembolism within a defined urban population – the city of Malmo, Sweden. *APMIS* 1998; 106: 378–384.
6. Oger E. Incidence of venous thromboembolism: a community based study in Western France. EPI-GETBP Study Group. Groupe d'Etude de la Thrombose de Bretagne Occidentale. *Thromb Haemost* 2000; 83: 657–660.
7. Hansson PO, Welin L, Tibblin G, et al. Deep vein thrombosis and pulmonary embolism in the general population. 'The Study of Men Born in 1913'. *Arch Intern Med* 1997; 157: 1665–1670.

Adres do korespondencji:

Dr n. med. Magdalena Wiktorowicz
Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej
z Oddziałem Klinicznym Chorób Wewnętrznych i Metabolicznych WUM
ul. Banacha 1a, blok F
02-097 Warszawa
Tel.: 22 318-63-46
E-mail: magwik@poczta.onet.pl

Praca wpłynęła do Redakcji: 28.02.2013 r.

Po recenzji: 25.03.2013 r.

Zaakceptowano do druku: 10.04.2013 r.

