

Żylna choroba zakrzepowo zatorowa zatorowość płucna, zakrzepica żylna



Piotr Pruszczyk,
Klinika Chorób Wewnętrznych i Kardiologii
Warszawski Uniwersytet Medyczny

Centrum Diagnostyki i Leczenia
Żylnej Choroby Zakrzepowo Zakrzepowej
Szpital Dzieciątka Jezus



**INFRASTRUKTURA
I ŚRODOWISKO**
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI FUNDUSZ
ROZWOJU REGIONALNEGO



Miss Argentyny zmarła po operacji pośladków

Autor: annd, mad; Źródło: dailymail.co.uk



A A A

08:33 | 02.12.2009

Najnowsze informacje

- 19:48 Chorwacja: centrolewica
- 19:34 Jedna Rosja Putina nie p
- 18:51 Utonęła podczas nurkow
- 18:18 Powstała wspólnota gos
Łacińskiej i Karaibów
- 18:00 Rosja: zatrzymania w dr
- 17:57 Niemcy odwracają się o
- 17:24 Koblenca: rozbrojono bo
- 15:26 Adam Hanuszkiewicz nie

Była miss i modelka Solange Magnano zmarła po operacji plastycznej, która miała na celu ujędrnić jej pośladki. Zabieg spowodował zator tętnicy płucnej.



38-letnia Magnano trafiła do szpitala z poważnymi problemami z oddychaniem. W krytycznym stanie spędziła w szpitalu trzy dni i zmarła z powodu zatoru tętnicy płucnej. Zostawiła dwie córki.

Jej bliski przyjaciel, projektant Roberto Piazza, powiedział, że w momencie, gdy jej kariera jako modelki zbliżała się do końca, Solange obsesyjnie zaczęła dbać o swój wygląd. Wcześniej miała operacje plastyczne poprawiające biust, po tym, jak urodziła bliźnięta.

„Solange miała wszystko. Żyła jak bogini, wszyscy jej zazdrościli. Teraz nie żyje, bo chciała być trochę jędrniejsza z tyłu.” – mówi Piazza i dodaje, że „zmarła z powodu obsesji”.

Magnano zdobyła tytuł miss w 1994 roku.

Na operację była miss udała się do Buenos Aires. Zabieg przebiegł bez komplikacji i piękność szybko opuściła klinikę. Gluteoplastyka, której się poddała, polega na wstrzyknięciu specjalnego płynu kosmetycznego. To ten płyn przedostał się do układu krwionośnego, a potem do mózgu i płuc modelki. Zmarła na zawał krwotoczny płuc.

Solange Magnano zrobiła światową karierę – brała udział w pokazach mody w Paryżu, otworzyła własną agencję modelek. Po powrocie do Argentyny założyła rodzinę, ale tęskniła za życiem modelki. To wtedy zaczęła obsesyjnie poprawiać swoje ciało. Narzekała, że ma cellulit, a jej piersi straciły jędrność.

Solange wciąż brała udział w pokazach [mody](#) - tu na wybiegu w maju tego roku (fot. arch. PAP/EPA/EFE/RS FOTOS)

Czytaj także

- ▶ Leki z podskórnych saszetek
- ▶ Myśleli, że jest w śpiączce, ale przemówił!

Podziel się: Więcej

Lubię to! Rejestracja, aby zobaczyć co lubią Twoi znajomi.

ZYSKAJ DO ZA PIERWSZĄ PŁAT



WEEK | Bank Z

Galerie Zob



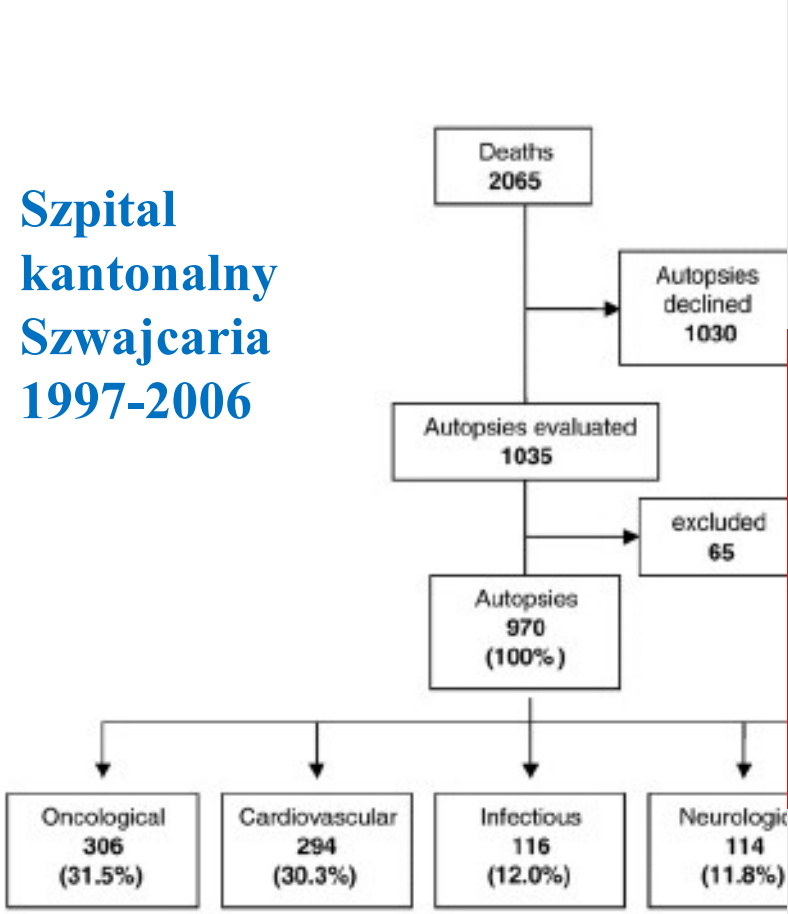


Diagnostic performance in a primary referral hospital assessed by autopsy: Evolution over a ten-year period

European Journal of Internal Medicine 20 (2009) 784-787

Robert Thurnheer ^a, Claus Hoess ^a, Christian Doenecke ^b, Carlo Moll ^c, Jörg Muntwyler ^d, Martin Krause ^a

Szpital kantonalny Szwajcaria 1997-2006



- 20x Myocardial infarction
- 19x Pulmonary embolism
- 11x Aortic disease (rupture, dissection)
- 5x Endocarditis
- 4x Bowel perforation with peritonitis
- 2x Miliary tuberculosis
- Mesothelioma
- Myo-/Pericarditis
- Multiinfarction, encephalopathy

OZP
19/970 AUTOPSJI
OK.2% ZGONÓW

- Liver abscess
- Duodenal ulcer with bleeding
- Iatrogenic intraabdominal bleeding
- Chondrosarcoma of the larynx
- Cardiac amyloidosis
- Severe aortic stenosis
- Myeloproliferative syndrome
- Colonic carcinoma

Diagnostic Error in Medicine

Analysis of 583 Physician-Reported Errors

Gordon D. Schiff, MD; Omar Hasan, MD; Seijeoung Kim, RN, PhD; Richard Abrams, MD; Karen Cosby, MD; Bruce L. Lambert, PhD; Arthur S. Elstein, PhD; Scott Hasler, MD; Martin L. Kabongo, MD; Nela Krosnjak; Richard Odwazny, MBA; Mary F. Wisniewski, RN; Robert A. McNutt, MD
Arch Intern Med. 2009;169(20):1881-1887

- Ankieta wysłana do 310 lekarzy z 22 instytucji
- Ankieta o 3 błędach
- Informacja o 669 przypadkach

Table 1. Most Frequently Missed Diagnoses Among 583 Physician-Reported Cases of Diagnostic Error

Diagnosis	No. (%)
Pulmonary embolism	26 (4.5)
Drug reaction or overdose	26 (4.5)
Lung cancer	23 (3.9)
Colorectal cancer	19 (3.3)
Acute coronary syndrome	18 (3.1)
Breast cancer	18 (3.1)
Stroke, including hemorrhage	15 (2.6)
Congestive heart failure	13 (2.2)
Fracture, various types	13 (2.2)
Abscess, various locations	11 (1.9)
Pneumonia, including type	10 (1.7)
Aortic aneurysm/dissection	9 (1.5)
Appendicitis	9 (1.5)
Depression	9 (1.5)
Diabetes mellitus	8 (1.4)
Tuberculosis	8 (1.4)
Anemia	6 (1.0)
Bacteremia	6 (1.0)
Metastatic cancer	6 (1.0)
Spinal cord compression	6 (1.0)





Żylna choroba zakrzepowo - zatorowa

- zatorowość płucna i/lub
- zakrzepica żylna
 - zapadalność roczna
 - 0,5-1 przypadek/1000/rok



źródło

- 80% splot żyły głównej dolnej
- 20% splot żyły głównej górnej



Zakrzepica żył



zespół pozakrzepowy



trwała inwalidyzacja



zatorowość płucna



zgon 3-30%

objawy zakrzepicy żyłnej

- ból
- obrzęk
- zaczerwienienie
- ucieplenie

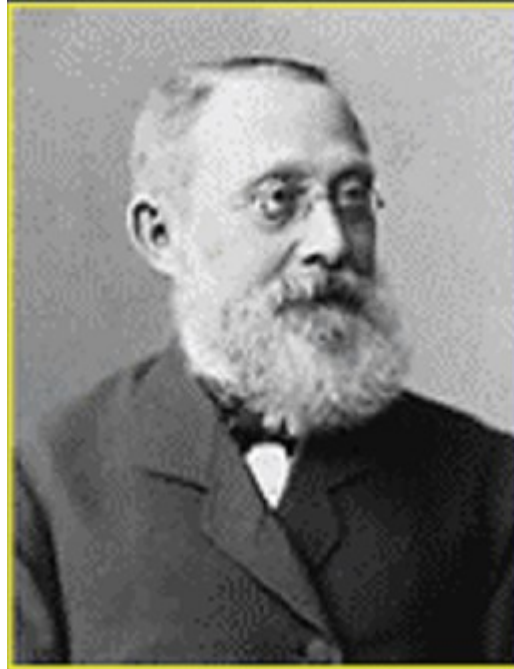


Etiologia żylnej choroby zakrzepowo-zatorowej

Triada Virchowa

Zastój żylny

- unieruchomienie (udar mózgu, urazy, niewydolność serca, podeszły wiek)
- znieczulenie
- urazy rdzenia
- ciąża



Uszkodzenie śródbłonna

- zabiegi na żyłach
- przebyta DVT
- uraz
- posocznica
- zapalenie naczyń

Stany nadkrzepliwości

- nowotwory, estrogeny, zakażenia, trombofilie

Zatorowość płucna, zakrzepica żylna

- czynniki ryzyka
- diagnostyka
- rokowanie / ocena ryzyka
- leczenie

Silne czynniki ryzyka (ryzyko > 10x)

- złamanie (biodro, noga)
- wymiana stawu biodrowego lub kolanowego
- duże zabiegi chirurgiczne
- duże urazy
- urazy rdzenia kręgowego



Umiarkowane czynniki ryzyka (ryzyko 2–9)

- artroskopia stawu kolanowego
- wklucia centralne
- Chemioterapia
- niewydolność serca / niewydolność oddechowa
- hormonalna terapia zastępcza / doustna antykoncepcja
- nowotwory
- niedowład
- ciąża połóg
- przebyty epizod ŻChZZ
- trombofilia



czynniki ryzyka ZP

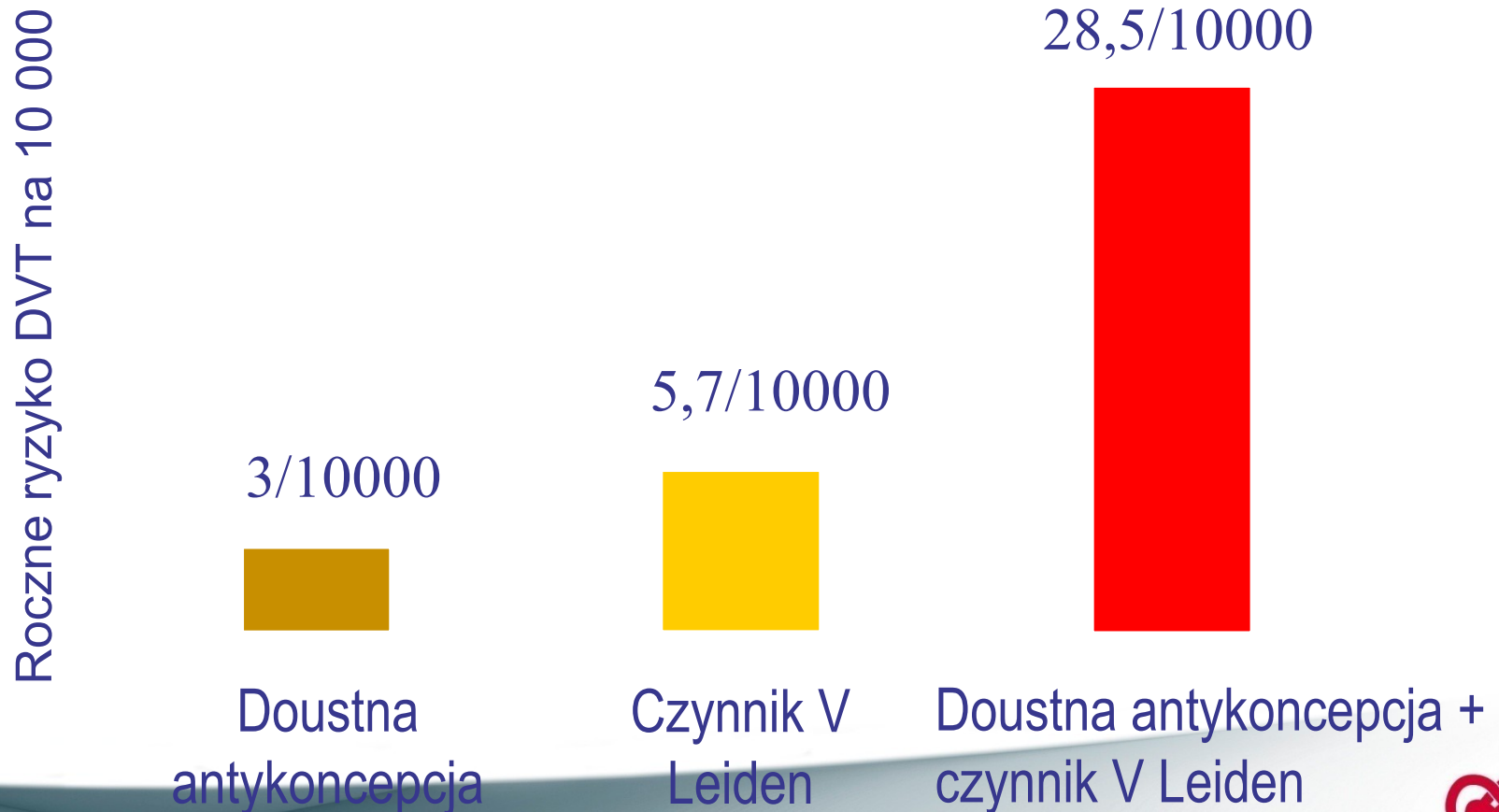
Wrodzone lub nabyte zaburzenia układu krzepnięcia zwiększające zagrożenie zakrzepica żylną

Pewne przyczyny trombofilii

- niedobór antytrombiny
- czynnik V Leiden (APC-R)
- mutacja protrombiny 20210A
- Zesp. antyfosfolipidowy: antykoagulant tocznia, p-ciała antykardiolipinowe (trombofilia nabyta)
- niedobór białka C
- niedobór białka S
- Niektóre postacie dysfibrynogenemii (bardzo rzadko)
- Homocystynuria – homozygotyczny niedobór β -syntazy cystationinowej

(bardzo rzadko)

DVT a doustna antykoncepcja i mutacja Leiden czynnika V



słabe czynniki ryzyka (ryzyko 2x)

- unieruchomienie w łóżku 3 dni
- unieruchomienie w pozycji siedzącej (podróż)
- wiek (pow.40 rż.)
- operacje laparoskopowe
- otyłość
- żylakowatość podudzi



40% chorych z ZP nie ma klasycznych czynników ryzyka ŻChZZ

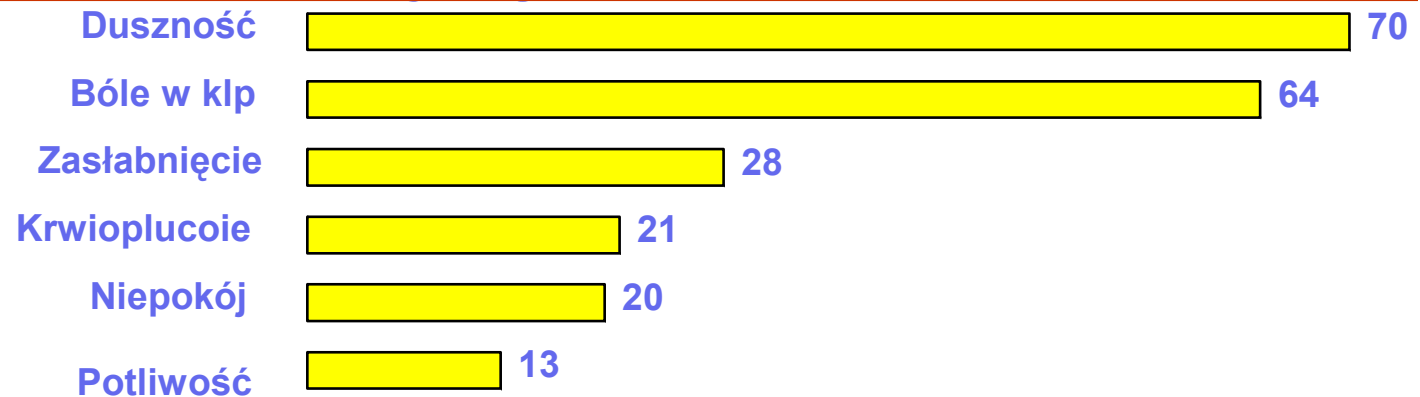
EIJ 1997



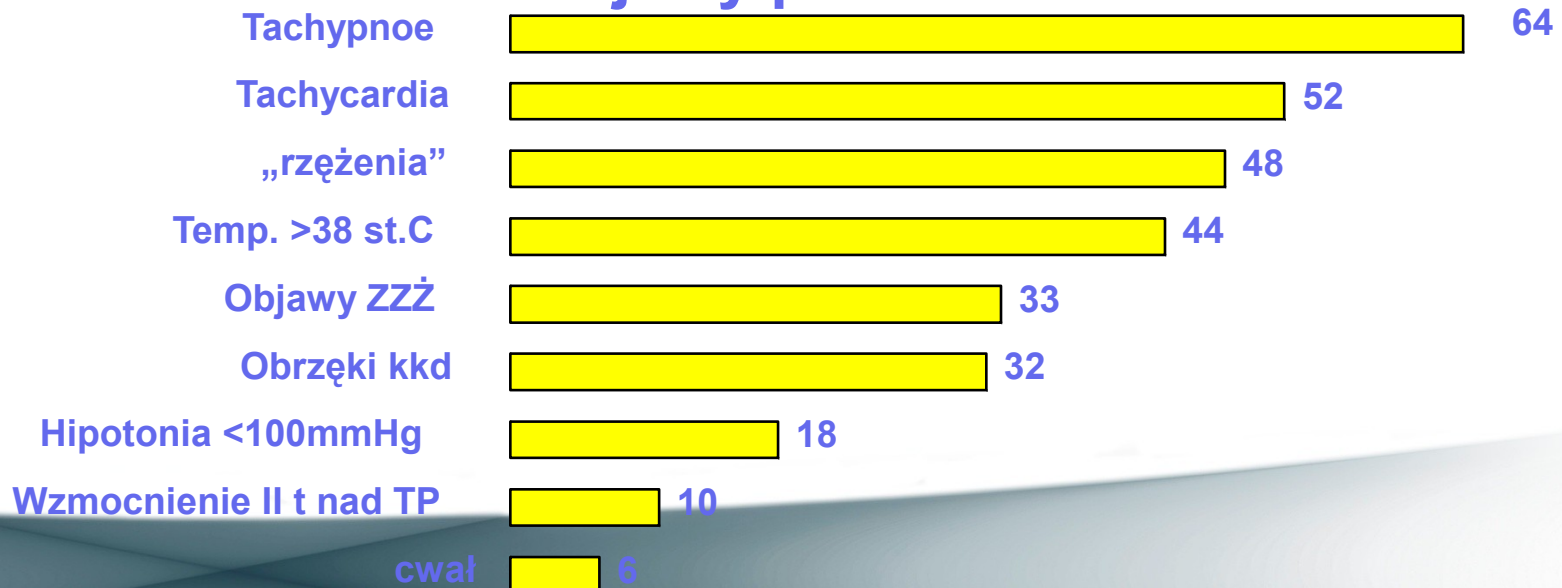
...”Tragedia wydarzyła się podczas zgrupowania w Portugalii. Wybitna polska lekkoatletka, mistrzyni olimpijska z Sydney w rzucie młotem poczuła się źle w czasie treningu.....

.....Po przewiezieniu do szpitala straciła przytomność i mimo trwającej ponad godzinę reanimacji zmarła. Miała 26 lat. Prawdopodobną przyczyną jej śmierci był zator płucny

Objawy podmiotowe

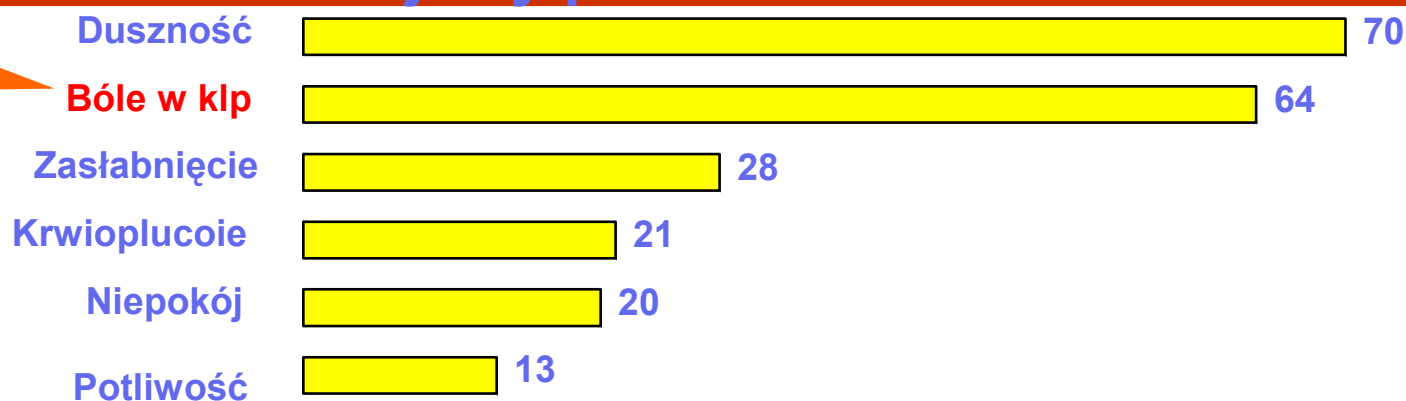


Objawy przedmiotowe

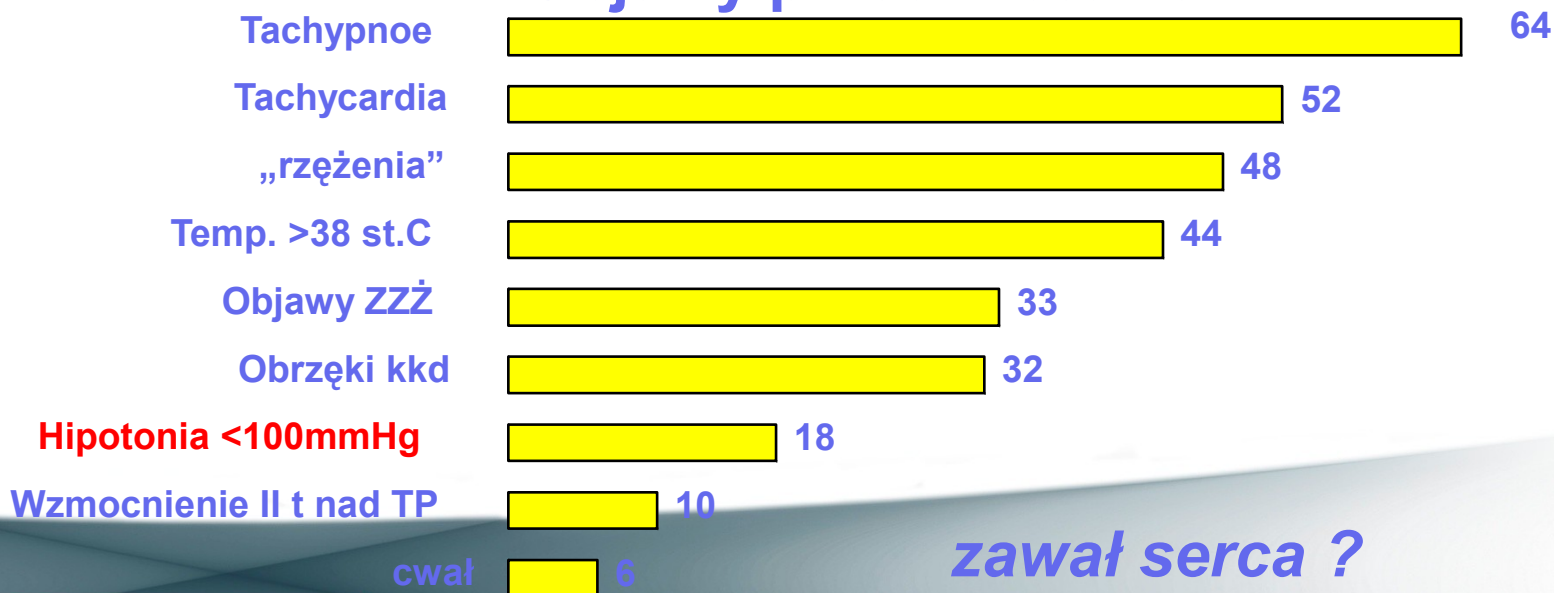


Wieńcowa 10%

Objawy podmiotowe



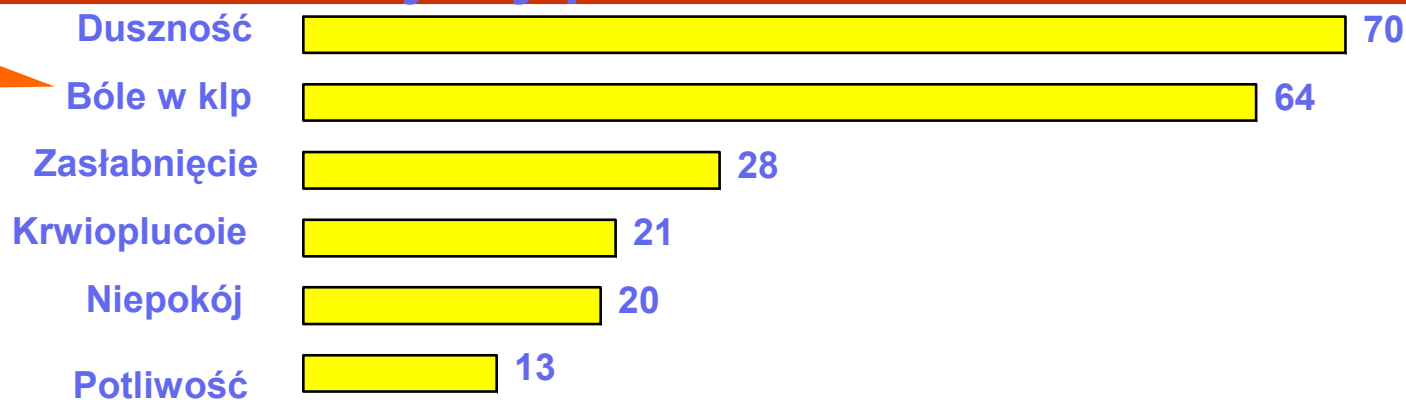
Objawy przedmiotowe



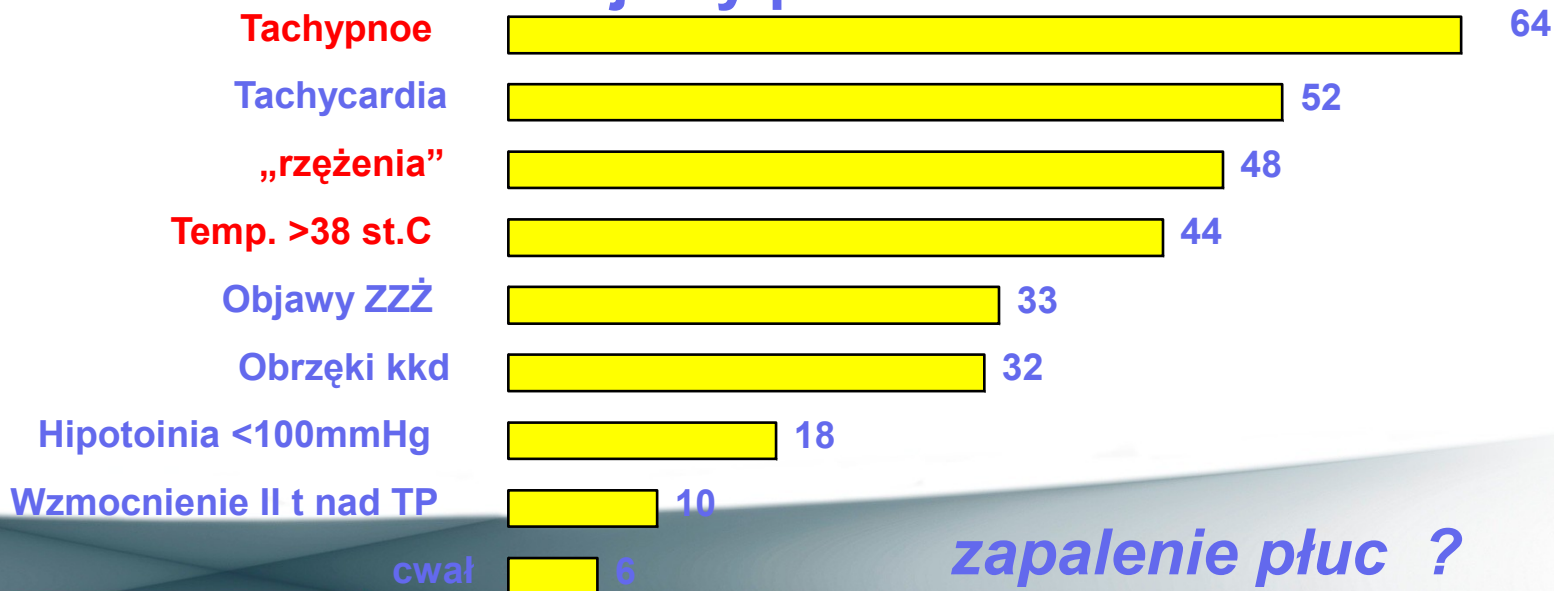
zawał serca ?

opłucnowe

Objawy podmiotowe



Objawy przedmiotowe



zapalenie płuc ?

duszność u 65 letniej kobiety po cholecystektomii

70%

(4 doba po operacji)

- gorączka 38,5oC **44%**
- świsty i furczenia **48%**
- gazometria pO₂ 88mmHg, pCO₂ 42mmHG **40%**
- rtg klp ..., **nieostre oddechowo**
... chora z dusznością...
ale ...” **zagęszczenia miąższowe**
(zapalne?)”...



Potwierdzenie ZP u chorych z jej klinicznym podejrzeniem

- 15 - 35 % potwierdzona ZP

Zatorowość płucna – trudny problem diagnostyczny

Pulmonary embolism: a difficult diagnostic problem

Andrzej Łabyk¹, Anna Kalbarczyk¹, Agata Piaszczyk¹, Maciej Kostrubiec², Anna Kaczyńska², Anna Bochowicz¹, Piotr Pruszczyk²

objawy	n = 154
duszność	140 (91%)
ból w klatce piersiowej	74 (48%)
kaszel	46 (30%)
gorączka	18 (12%)
wywiad	
choroba wieńcowa	45 (29%)
niewydolność serca	28 (18%)
POChP	17 (11%)
nieprawidłowości w badaniach dodatkowych	
ujemne załamki T w EKG	80 (52%)
troponina cTnT >0,01 ng/ml	66 (43%)
zagęszczenia HRCT/RTG	51 (33%)
blok prawej odnogi pęczka Hisa	31 (20%)
migotanie przedsionków	15 (10%)

Strategia diagnostyki i leczenia oparta na ocenie ryzyka

Ciężkość ZP powinna być rozumiana jako indywidualnie oceniane ryzyko wczesnego zgonu, **a nie jako liczba i wielkość skrzeplin w krążeniu płucnym.**

Dlatego też w obecnych zaleceniach zamieniono potencjalnie mylące określenia „masywna, submasywna, niemasywna ZP” określeniem ryzyka wczesnego zgonu

Konsekwencje hemodynamiczne ZP

- wielkość i liczba zatorów
- współistniejące schorzenia płuc i serca.

Ocena ciężkości ZP

śmiertelność	wskaźniki ryzyka			Potencjałe leczenie	
	Kliniczne (wstrząs hipotonia)	Dysfunkcja PK	uszkodzenie mięśnia		
wysoka > 15%	+	(+)*	(+)*	tromboliza lub embolektomia	
nie wysoka	pośrednia 3 – 15%	—	+	+	hospitalizacja
			+	-	
			-	+	
niska < 1%	—	-	-	wczesny wypis lub leczenie ambulatoryjne	

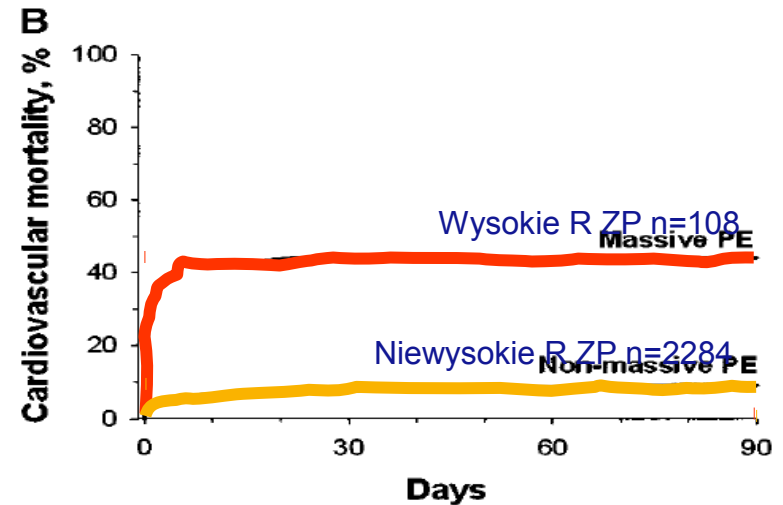
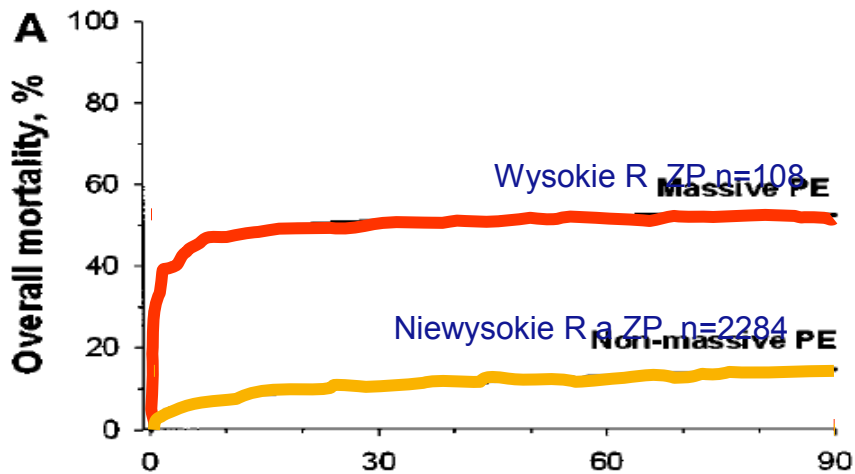
Zakrzepica żylna u chorych z ZP



- u ok. 70% ch. z ZP można potwierdzić ZŻ obiektywnymi metodami
- 50% chorych z ZŻ segmentu proksymalnego ma bezobjawową ZP
- Flebografia praktycznie nie jest stosowana
- **Usg najczęściej wykonywane**

Wczesna śmiertelność w OZP

Wysokiego ryzyka 4.5% (108pts) n-wysokiego ryzyka 95.5% (2284pts)



Śmiertelność

Częstość

OZP wysokiego ryzyka

> 15%

5-10%

OZP niewysokiego ryzyka

90-95%

Pośredniego

3-15%

Do 50%

Niskiego

<1%

Pozostali



Podejrzenie zatorowości płucnej (ZP)



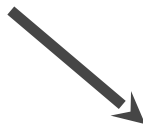
Oceń kliniczną ciężkość podejrzewanej ZP

Wstrząs lub hipotonia *

tak



nie

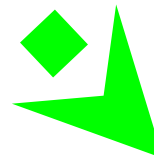


**Wysokiego
ryzyka (>15%)**

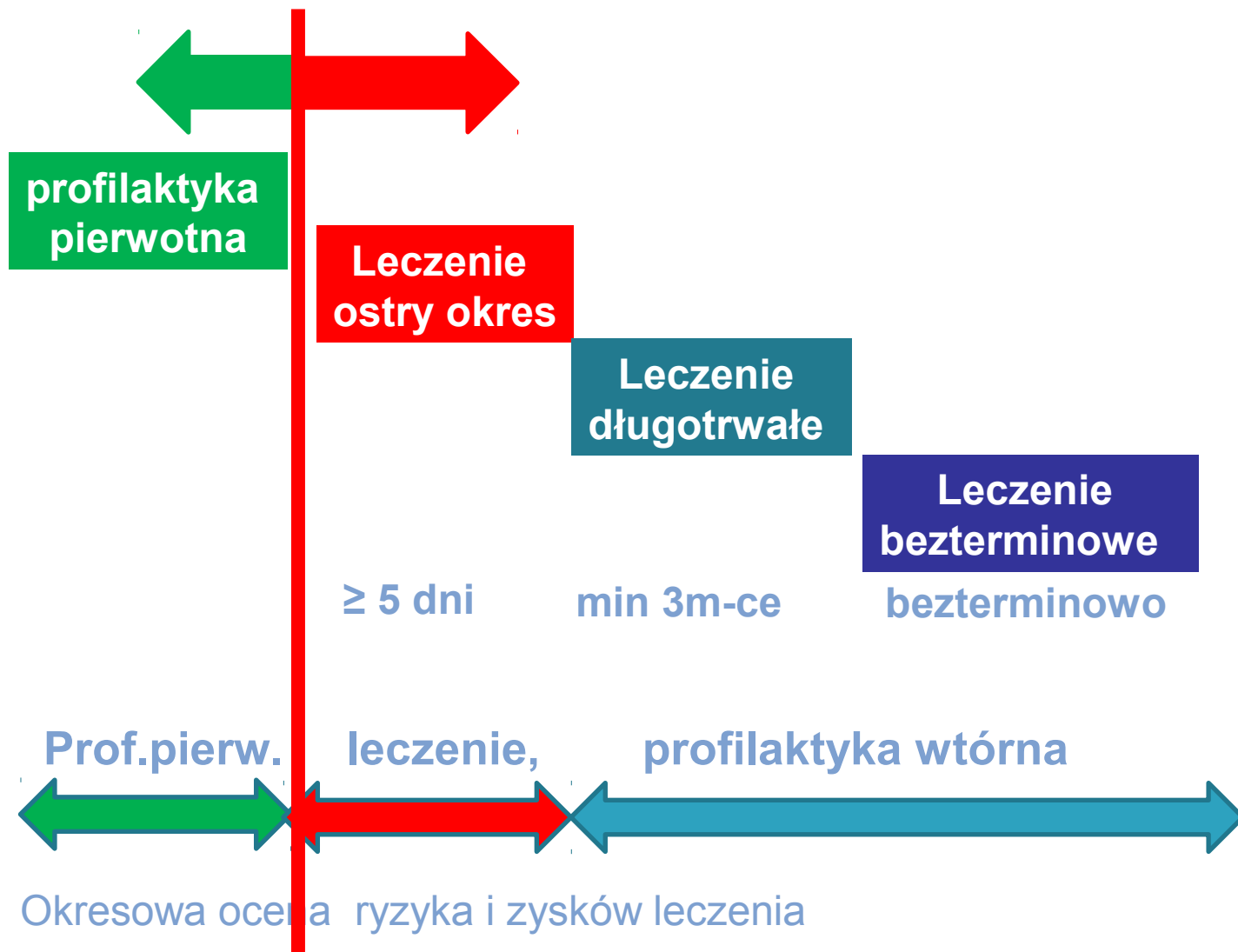
**Niewysokiego ryzyka
(... wczesnego zgonu zależnego od ZP)**



Obowiązują odmienne strategie postępowania



Leczenie Zatorowości Płucnej



* Okresowa ocena ryzyka i zysków leczenia

Leczenie ZP niewysokiego ryzyka

leczenie rozpocząć natychmiast przy istotnym podejrzeniu ZP
(pośrednie i wysokie prawdopodobieństwo)

Heparyna drobnocząsteczkowa

Fondaparinux

UFH- niewyd.nerek, wysokie ryzyko krwawienia

antagoniści vit.K
(nowotwory – heparyna
drobnocząsteczkowa

leczenie w
ostrej fazie

INR 2.5 (2.0 - 3.0)

NOWE LEKI tzw. **^gastrany i ^bany**

Leczenie długoterminowe

2.0 – 3.0

Leczenie przedłużone

≥ 5 dni

co najmniej 3 miesiące

bezterminowo*

*

z oszacowaniem w regularnych odstępach czasu
bilansu korzyść-ryzyko kontynuacji takiego leczenia

Ryzyko nawrotu ŻChZZ

- Nowotwór RR 3.0
- Przebyta ŻChZZ RR 1.5
- płeć (M vs K) RR 1.6
- przeciwciała antyfosfolipidowe RR 2.0
- wrodzona trombofilia RR 1.5
- resztkowe skrzepliny (ZŻ)
lub przeciążenie PK (ZP) RR 1.5
- ujemny D-dimer RR 0.4

przewlekła niewydolność żylną po zakrzepicy żyłnej

- 1 rok 7,3%
- 5 lat 14,3%
- 10 lat 19,7%
- 20 lat 26,8%
- 20 lat (owrzodzenia) 4%

Zespół pozakrzepowy – rozpoznawanie

- ból, obrzęk kończyny, >6mcy od ZŻ, trwający >1 m-ca
- objawy niewydolności żyłnej (doppler)
- teleangiektazje
- poszerzenie naczyń żylnych
- przebarwienia
- sinica
- lipodermatosclerosis
- owrzodzenie wyleczone/aktywne



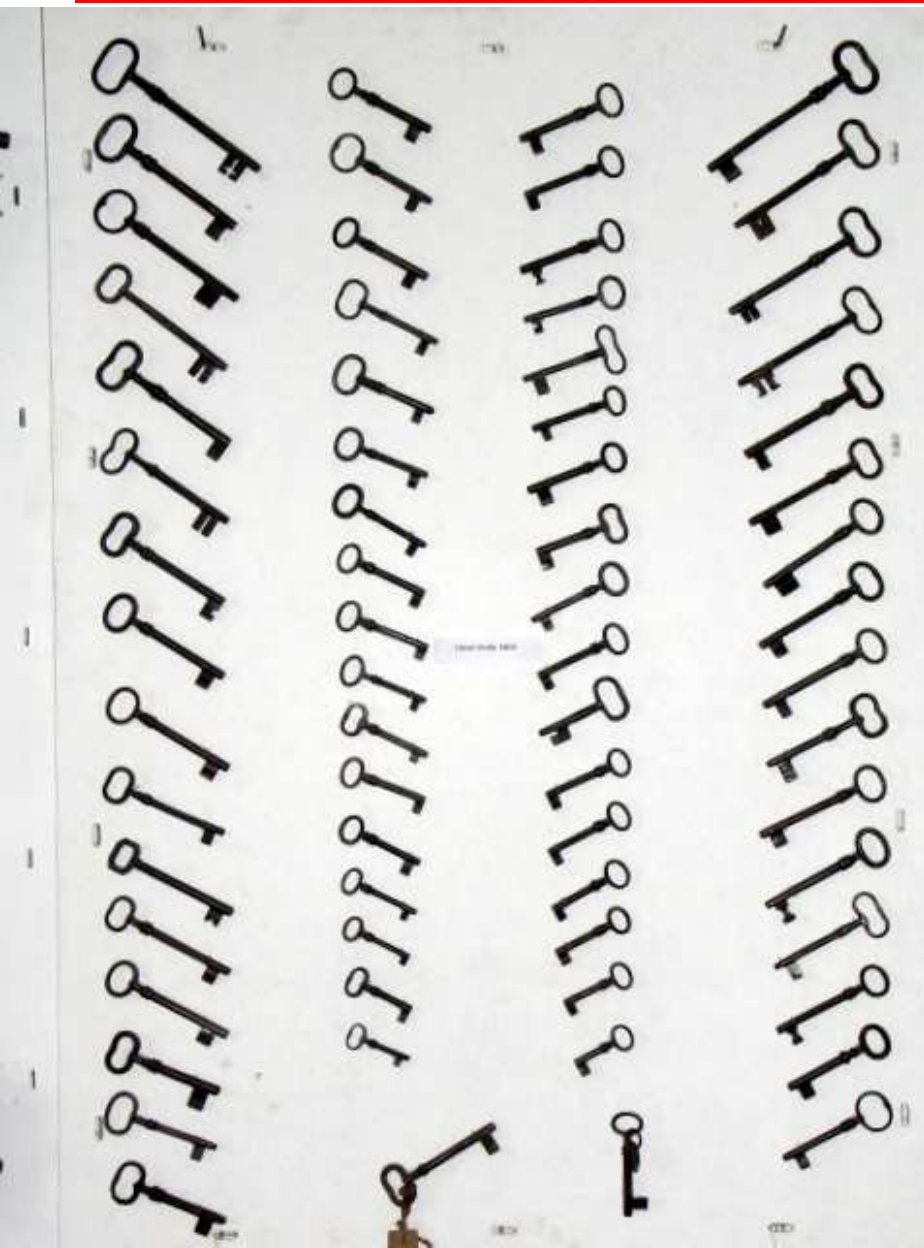
nie każdy chory z niewydolnością żylną
rozwinie zespół pozakrzepowy.

Zespół pozakrzepowy leczenie

- stosowanie pończoch elastycznych z uciskiem 30-40mmHg w kostce przez 2 lata po epizodzie ZŻ



Zmniejszenie śmiertelności ZP



nie leczonej (nie rozpoznanej) 30%

Rozpoznanej i leczonej ok.5%

Poprawa diagnostyki