

ΟΞΕΙΑ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΕΜΒΟΛΗ

Διάγνωση και Αντιμετώπιση

Δ/ντής Καρδιολογικής Κλινικής Γ.Ν.Πάφου

Η πνευμονική εμβολή αποτελεί συνήθη αιτία καρδιαγγειακού θανάτου, αποτελούσα επιπλοκή της εν τω βαθεί φλεβικής θρόμβωσης σε ποσοστό μέχρι και 60%. Από παθοφυσιολογικής πλευράς οφείλεται στην απόφραξη μέρους του αγγειακού δικτύου της πνευμονικής αρτηρίας, οδηγούσα σε υποκαπνία και υποξαιμία και οξεία διάταση των δεξιών καρδιακών κοιλοτήτων. Οι παράγοντες κινδύνου είναι η στάση, η κατάκλιση, επεμβάσεις, φάρμακα κ.λ.π. Τα κύρια συμπτώματα είναι η οξεία δύσπνοια (80%) και ο θωρακικός πόνος (52%), τα δε κυριότερα σημεία είναι η ταχύπνοια (70%) και η ταχυκαρδία.

Το ΗΚΓ μπορεί να δείξει δεξιά στροφή άξονα (S1, Q3, T3) ή άλλες μεταβολές, η δε ακτινογραφία θώρακος δείχνει διάταση πνευμονικής αρτηρίας. Το υπερηχοκαρδιογράφημα (TTE/TEE) μπορεί να δείξει υπερφόρτωση δεξιών κοιλοτήτων, ανεπάρκεια τριγλώχινος και πιθανώς απεικόνιση του θρόμβου (80% σε μαζική PE).

Η διαστρωμάτωση του κινδύνου γίνεται βάσει κλινικών δεικτών (Υπόταση, shock), δεικτών δυσλειτουργίας δεξιάς (TTE/TEE, spiral CT, BNP elevation) και με δείκτες μυοκαρδιακής βλάβης (cardiac Troponin T or I Positive) – ESC Guidelines on Acute Pulmonary embolism 2008-.

Ακολούθως η πνευμονική εμβολή ταξινομείται ως «υψηλού» ή «χαμηλού κινδύνου» και η διαγνωστική προσπέλαση γίνεται βάσει αλγορίθμου (CT Scan, echocardiography, D. Dimers, V/Q, Scan κ.λ.π.).

Θεραπευτικώς ή υψηλού κινδύνου PE, αντιμετωπίζεται με τη χορήγηση ηπαρίνης, ινοτρόπων, οξυγόνου, θρομβολυτικής αγωγής, η χειρουργικής πνευμονικής εμβολεκτομής.

Η μη υψηλού κινδύνου PE αντιμετωπίζεται με ηπαρίνη (LMWH or UFH).

Επί απολύτου αντενδείξεως χορήγησης αντιπηκτικής αγωγής, μπορεί να τοποθετηθεί φίλτρο στην κάτω κοίλη φλέβα. Η πρόληψη των υποτροπών προϋποθέτει χορήγηση αντιπηκτικής αγωγής για 3 – 6 μήνες αναλόγως.

Παρουσιάζονται περιστατικά από την εμπειρία μας στο Νοσοκομείο Πάφου.