

Opinia Eksperta

"Development of the European Network in Orphan Cardiovascular Diseases"
„Rozszerzenie Europejskiej Sieci Współpracy ds Sierocych Chorób Kardiologicznych”

EKSPERT: dr Grzegorz Kopec, kardiolog

Afiliacja: *Oddział Kliniczny Chorób Serca i Naczyń, Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II w Krakowie,*

Pacjentka z rozpoznaniem w 2010 r. idioptycznym tętnicznym nadciśnieniem płucnym, leczona iloprostem i sildenafilem. W lipcu 2013 r. pogorszenie z powodu pierwszego w życiu epizodu trzepotania przedsionków. W wykonanym wówczas badaniu echokardiograficznym przezprzelykowym stwierdzono obecność skrzepliny w prawym przedsionku. Z uwagi na nieterapeutyczne wartości INR odstąpiono od próby kardiowersji elektrycznej, a chorą zakwalifikowano do leczenia farmakologicznego oraz próby ablacji RF po rozpuszczeniu skrzepliny. Pacjentka od tamtego czasu leczona heparyną drobnocząsteczkową w dawce terapeutycznej. Chora ponownie hospitalizowana w X.2013r. oraz w II.2014 r. – w kolejnych badaniach przezprzelykowych stwierdzono jedynie niewielką regresję skrzepliny.

U chorej utrzymują się cały czas wysokie wartości NTproBNP, mimo powrotu do klasy czynnościowej NYHA II po zastosowaniu leczenia kontrolującego rytm komór. Z uwagi na obecność skrzepliny w prawym przedsionku wykonanie ablacji nie jest w tym momencie wskazane. Pacjenci z idiopatycznym nadciśnieniem płucnym charakteryzują się opornością na działanie mechanizmów fibrynolitycznych. Proponuję rozważyć zastosowanie parenteralnej prostacykliny, która z uwagi na swoje działanie przeciwzakrzepowe może sprzyjać rozpuszczeniu skrzepliny. Ponadto może pomóc w osiągnięciu celów terapeutycznych, np. 6MWD >440 m, prawidłowe BNP. Problemem pozostaje wyraźna zgody pacjentki na włączenie ciągłego wlewu prostacykliny w momencie kiedy czuje się dość dobrze (klasa czynnościowa II). Konieczne dokładne wyjaśnienie chorej istoty problemu.

Piśmiennictwo:

1. Galiè N, Hoepfer MM, Humbert M, Torbicki A, Vachiery JL et al. (2009) Guidelines for the diagnosis and treatment of pulmonary hypertension: The task force for the diagnosis and treatment of pulmonary hypertension of the european society of cardiology (ESC) and the european respiratory society (ERS), endorsed by the international society of heart and lung transplantation (ISHLT). Eur Heart J 30: 2493-2537.

McLaughlin VV, Archer SL, Badesch DB, Barst RJ, Farber HW et al. (2009) ACCF/AHA 2009 expert consensus document on pulmonary hypertension a report of the american college of cardiology foundation task force on expert consensus documents and the american heart association developed in collaboration with the american college of chest physicians; american thoracic society, inc.; and the pulmonary hypertension association. J Am Coll Cardiol 53: 1573-1619

3. Miniati M, Fiorillo C, Becatti M, Monti S, Bottai M et al. (2010) Fibrin resistance to lysis in patients with pulmonary hypertension other than thromboembolic. Am J Respir Crit Care Med 181: 992-996.

4. Kopeć G, Moertl D, Steiner S, Stępień E, Mikołajczyk T, Podolec J, Waligóra M, Stępniewski J, Tomkiewicz-Pająk L, Guzik T, Podolec P. Markers of thrombogenesis and fibrinolysis and their relation to inflammation and endothelial activation in patients with idiopathic pulmonary arterial hypertension. PLoS One. 2013 Dec 2;8(12):e82628. |