

Δύσπνοια, πνευροδυνία καὶ αἰμόφυρτα πτύελα. Πνευμονική ἐμβολή ἢ κάτι ἄλλο; Οἱ κατευθυντήριες ὁδηγίες δὲν εἶναι πανάκεια.

Χρῆστος Ελ. Καίρης

Καρδιολόγος, Δράμα

Χρῆστος Δ. Πετρίδης

Ἀκτινολόγος, Δράμα

Ἀλέξανδρος Κ. Παναγιωτίδης

Γενικός-Οἰκογενειακός Ἴατρος, Δράμα

Κατερίνα Γ. Σακαλλέρου

Παθολόγος, Διευθύντρια Παθολογικῆς Κλινικῆς Νοσοκομείου Δράμας

Ασθενής 70 ἐτῶν προσήλθε λόγω δύσπνοιας ἀπὸ τριημέρου, σταδιακὰ ἐπιδεινούμενης. Παραπονούταν γιὰ πνευροδυνία δεξιά καθὼς καὶ αἰμόφυρτα πτύελα. Ἀπὸ τὸ ἀτομικὸ ἱστορικὸ τοῦ ἀσθενοῦς προκύπτει ὑπέρταση ὑπὸ φαρμακευτικῆ ἀγωγῆς.

Ἀπὸ τὴν κλινικὴ ἐξέταση δὲ προέκυψαν ἀξιόσημωτα παθολογικὰ εὐρήματα καὶ ἡ ἀρτηριακὴ πίεση ἦταν ΑΠ=120/80mmHg, ἐνῶ τὸ ΗΚΓγράφημα ἀνέδειξε φλεβοκομβικὸ ρυθμὸ, 77 σφύξεις/λεπτὸ χωρὶς ἰσχαμικὲς ἀλλοιώσεις. Ἀπὸ τὸν βιοχημικὸ ἔλεγχο ἡ τροπονίνη τοῦ ἀσθενοῦς ἦταν ἀρνητικὴ.

Τὸ ἠχοκαρδιογράφημα ἀνέδειξε ἥπια διάταση τόσο τῆς δεξιᾶς κοιλίας (RV=43mm) ὅσο καὶ τοῦ στελέχους τῆς πνευμονικῆς ἀρτηρίας (23mm), χωρὶς πνευμονικὴ ὑπέρταση RVSP=25mmHg (βλ. Εἰκόνες 1,2). Ἡ ἀριστερὴ κοιλία ἦταν φυσιολογικῶν διαστάσεων μὲ καλὴ συνολικὴ συσταλτικότητα (EF=60 %). Μὲ βάση τὰ συμπτώματα καὶ τὰ ἠχοκαρδιογραφικὰ εὐρήματα τέθηκε ἡ ὑπόνοια πνευμονικῆς ἐμβολῆς καὶ ὁ ἀσθενὴς ὑποβλήθηκε σὲ ἀξονικὴ τομογραφία θώρακα (CT) μὲ χορήγηση σκιαγραφικοῦ μέσου. Ἡ CT θώρακα ἦταν

ἀρνητικὴ γιὰ πνευμονικὴ ἐμβολή καὶ ἀποκάλυψε ἓνα ξένο σῶμα στὸν δεξιὸ πνεύμονα ποῦ εἶχε ἀποφράξει τὸν σύστοιχο λοβό. (βλ. Εἰκόνες 3, 4 -μὲ τὸν μπλε κύκλο ἐπισημαίνεται τὸ ξένο σῶμα).

Ἡ βρογχοσκόπηση ἐπιβεβαίωσε τὰ εὐρήματα τῆς CT καὶ ἐν συνεχείᾳ ἀφαιρέθηκε ἓνα κουῦτσι ἐλιᾶς!

Ἡ τελικὴ διάγνωση δὲν ἦταν ἔκπληξη, παρὰ τὴν ὑποπτη κλινικὴ εἰκόνα ποῦ παρέπεμπε πρὸς πνευμονικὴ ἐμβολή. Ἄς ὑπολογίσουμε τὸ κλινικὸ σκὸρ γιὰ τὴν πιθανότητα ὑπαρξῆς πνευμονικῆς ἐμβολῆς μὲ βάση τὰ ἀναθεωρημένα κριτήρια τῆς Τζένοβα (Genova risk score):

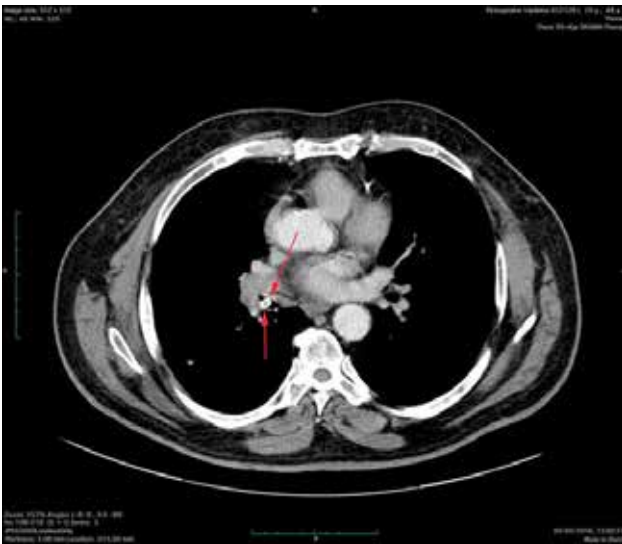
- ἱστορικὸ πνευμονικῆς ἐμβολῆς ἢ ἐν τῷ βᾶθει φλεβοθρόμβωσης: ὄχι
- καρδιακὴ συχνότητα 77 σφύξεις /λεπτὸ: 1 βαθμὸ
- ἱστορικὸ χειρουργεῖο ἢ κατάγματος τὸν τελευταῖο μῆνα: ὄχι
- αἰμόπτυση: 1 βαθμὸ
- καρκίνος: ὄχι
- ἐτερόπλευρο ἄλγος κάτω ἄκρου: ὄχι
- πόνος στὴν ψηλάφηση τῶν φλεβῶν τοῦ



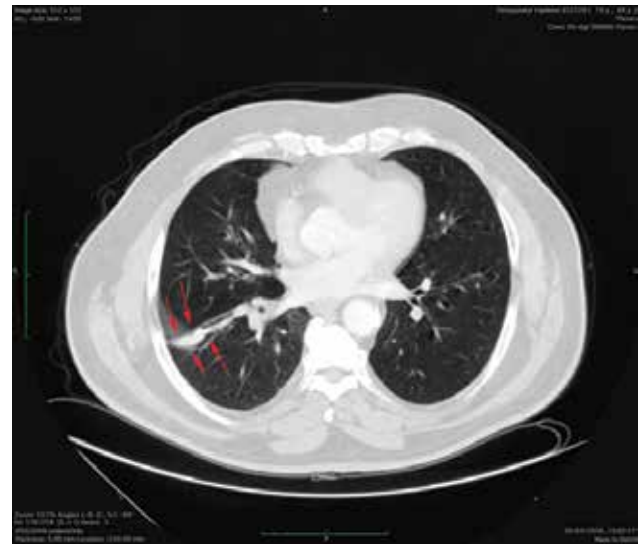
Εικ. 1



Εικ. 2



Εικ. 3



Εικ. 4

κάτω άκρου και έτερόπλευρο οίδημα: όχι
- ηλικία > 65 έτων: 1 βαθμός

Συνολικό άθροισμα = 3 βαθμοί → άσθενής μέσου κινδύνου.

Άπό τά παραπάνω γίνεται άντιληπτό πόσο σημαντικό είναι νά υπολογίζουμε τά κλινικά σκδρ στην καθημερινή κλινική πράξη. Τά κλινικά σκδρ είναι ιδιαίτερα άπλā, καθώς βασίζονται στο ιστορικό και στην κλινική εξέταση του άσθενού.

Διευκρινίζεται ότι, με βάση τισ τελευταίες κατευθυντήριες οδηγίες τής Ευρωπαϊκής Καρδιολογικής Έταιρείας (ESC 2014), αίμοδυναμικά άσταθής άσθενής (shock ή υπόταση) με ύπόνοια πνευμονικής έμβολής θά πρέπει νά υποβάλλεται

άμεσα σε άξονική τομογραφία θώρακα: έπί άρνητικών εύρημάτων ό έλεγχος στρέφεται σε άλλα πιθανά αίτια τής αίμοδυναμικής κατάρρευσης -άν δέν υπάρχει άμεσα ή δυνατότητα για CT θώρακα τότε επιλέγουμε τήν ήχοκαρδιογραφία, πού θά άναδείξει τά σημεία υπερφόρτισης τής δεξιάς κοιλίας:

- α) διάταση τής δεξιάς κοιλίας
- β) μειωμένη συσπαστικότητα δεξιάς κοιλίας (TAPSE < 15mm)
- γ) μειωμένη κινητικότητα έλευθέρου τοιχώματος τής δεξιάς κοιλίας σε σχέση με τήν κορυφή τής (σημείο Mac Connell)
- δ) μετατόπιση του μεσοκοιλιακού διαφράγ-

ματος, με αποτέλεσμα ή άριστερή κοιλία να παίρνει το χαρακτηριστικό D-shape

ε) ανεπάρκεια τριγλώχινας βαλβίδας και συνυπάρχουσα πνευμονική υπέρταση

στ) άμεση απεικόνιση του θρόμβου στη δεξιά κοιλία ή στον δεξιό κόλπο.

ζ) οί νεότεροι ήχοκαρδιογραφικοί δείκτες της λειτουργικότητας της δεξιάς κοιλίας, όπως το ίστικò Doppler και strain, έχουν καταγραφεί ως παθολογικοί επί πνευμονικής έμβολής, αλλά δεν είναι ειδικοί και ένδεχομένως να είναι έντòς φυσιολογικών όρίων σε αίμοδυναμικά σταθερούς άσθενείς.

Η ESC συνιστά σε αίμοδυναμικά σταθερό άσθενή τòn ύπολογισμό τού κλινικού σκòρ:

- σε άσθενή χαμηλοῦ ή μέσου κινδύνου μετροῦνται τὰ D-dimers: αν ó τίτλος τους είναι ύψηλòς, ή επόμενη εξέταση είναι ή CT θώρακα: αν ó τίτλος είναι χαμηλòς, τότε αποκλείεται ή πνευμο-

νική έμβολή και δεν χρήζει CT.

- σε άσθενή ύψηλοῦ κινδύνου συνιστάται άπευθείας ή CT θώρακα.

Άς επανέλθουμε στòn άσθενή. Άπò τòn έργαστηριακό έλεγχο προκύπτει:

D-dimers =0.19mgr/ml (φ.τ. έως 0.5mgr/ml).

Άν ακολουθήσουμε τòn αλγόριθμο της ESC, τότε προκύπτει ότι ó άσθενής είναι αίμοδυναμικά σταθερός και μέσου κινδύνου, επομένως θα πρέπει να μετρήσουμε D-dimers: ó τίτλος τών D-dimers είναι άρνητικός, άρα ó άσθενής δεν χρήζει CT. Αυτό θα είχε ως συνέπεια να χαθεί ή να καθυστερήσει ή διάγνωση και να επιδεινωθεί δραματικά ή κλινική εικόνα τού άσθενοῦς.

Γίνεται αντίληπτό, ότι οί κατευθυντήριες οδηγίες δεν είναι πανάκεια. Ό γιατρός θα πρέπει να είναι ένήμερος και να τìς εφαρμόζει, αλλά σε καμία περίπτωση δεν ύποκαθιστοῦν τήν κρίση του.

