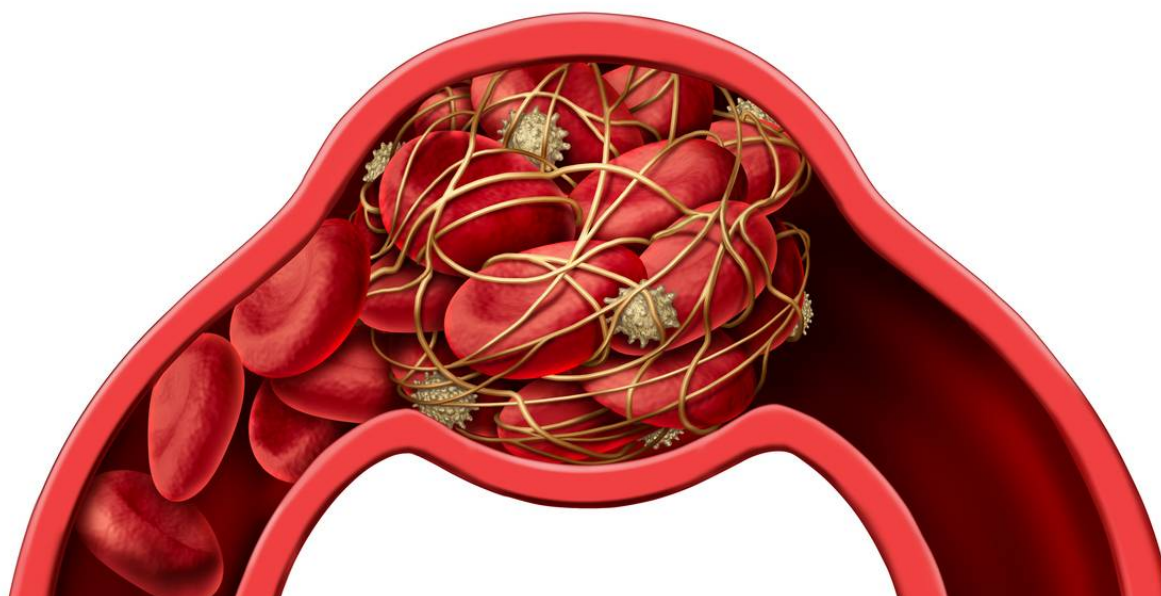




Halina Pilonis, 2018-11-29 10:28

Leczenie żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej (ŻChZZ)



Thinkstock/GettyImages

- Korzyści płynące ze skutecznego leczenia i profilaktyki ŻChZZ są niepodważalne. Odpowiedzialność za wczesne rozpoznanie i wdrożenie odpowiedniego postępowania spoczywa w znacznym stopniu na lekarzach pierwszego kontaktu, zwłaszcza że na badania obrazowe oraz konsultację specjalisty czeka się kilka miesięcy - podkreślali uczestnicy debaty Medexpressu.

Szacuje się, że w Polsce nawet 50 000 osób umiera rocznie z powodu powikłań zakrzepowo-zatorowych. Tymczasem u nawet u 80% pacjentów żylna choroba zakrzepowo-zatorowa (ŻChZZ) przebiega bezobjawowo. Dotyka ona pacjentów w różnym wieku i często z wieloma schorzeniami towarzyszącymi. Cierpią na nią osoby starsze, osoby z zaburzeniami rytmu serca, chorzy po urazach, operacjach i zabiegach, kobiety ciężarne, ale także pacjenci z chorobą nowotworową oraz unieruchomieni: zarówno z powodu siedzącego trybu życia, jak i z ograniczeniem ruchomości.

U kogo należy stosować leczenie?

Odpowiedzialność za wczesne rozpoznanie, profilaktykę i rozpoczęcie leczenia spoczywa w znacznym stopniu na lekarzach pierwszego kontaktu. To lekarze POZ powinni inicjować zarówno profilaktykę jak i leczenie zawsze wtedy, kiedy rozpoznają chorobę lub, biorąc pod uwagę pełny obraz kliniczny, oceniają ryzyko jej występowania jako wysokie. - Główną rolą lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej jest profilaktyka i działania mające nie dopuścić do powstania już pełnoobjawowej żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej. Jeżeli możemy stosować leczenie, to powinniśmy to robić - mówi dr Jacek Krajewski, prezes Porozumienia Zielonogórskiego. W swojej praktyce lekarze POZ muszą opierać się na wywiadzie, badaniu fizykalnym i doświadczeniu klinicznym, a także posługiwać się skalami oceny ryzyka, jak np. skala Wellsa. Prof. Krzysztof Ziaja, specjalista chirurgii ogólnej, naczyniowej i angiologii Katowickiego Centrum Onkologii podkreśla, że najważniejsze jest badanie fizykalne, ze względu na dostępność. - Powinno obejmować również badanie tętna, nie tylko zmianę obwodów. A jeżeli pacjent zaczyna skarżyć się, że mu noga spuchła, w szczególności jedna, to wtedy natychmiast trzeba wdrożyć leczenie oraz skierować go do specjalisty - mówi prof. Ziaja.

Zwłoka oznacza ryzyko

Prof. K. Ziaja podkreśla, że w przypadku ryzyka, terapia musi być wdrożona natychmiast na poziomie lekarza pierwszego kontaktu, bo na wizytę u specjalisty i wykonanie szczegółowych badań można czekać kilka miesięcy. Badanie obrazowe, które odbywa się poza POZ, u specjalisty, nierzadko może być przeprowadzone w odległym czasie. W trakcie oczekiwania na nie wolno narażać pacjenta na niepotrzebne ryzyko związane z zaniechaniem leczenia. - Nie można czekać na dalszy rozwój choroby, aż pojawi się zatorowość płucna, a i w końcu może śmiertelny zator płuca - mówi prof. Ziaja. Dlatego lekarz POZ powinien na podstawie oceny ryzyka inicjować leczenie, nie czekając na wyniki badań obrazowych i potwierdzenie rozpoznania przez specjalistę. Dotyczy to zarówno heparyn drobnocząsteczkowych, jak i innych leków przeciwzakrzepowych. Prof. Ziaja podkreśla, że długość leczenia jest inna w zależności od wielu uwarunkowań. - Wszystko zależy od tego jaki to jest chory, jakie ma czynniki ryzyka, czy ma wadę układu krzepnięcia, czy nie. Przyjmuje się, że pierwszy rzut zakrzepicy u zdrowego to 3 miesiące, ale u mającego czynniki ryzyka to już 6 do 12 miesięcy, a u „wybranych” do końca życia. Każdy człowiek musi więc być oceniany indywidualnie - wyjaśnia.

Udokumentowanie ma znaczenie

Rozpoczynając leczenie, ważnym jest, aby zasadność podjętej decyzji znalazła odzwierciedlenie w dokumentacji medycznej. Zdarza się bowiem, że, w wyniku zastosowania skutecznej terapii późniejsze badanie obrazowe nie potwierdzi wstępnej diagnozy, bo pacjent będzie już wyleczony. - Udokumentowanie potrzeby wdrożenia heparyny drobnocząsteczkowej czy antykoagulantów musi odbywać się według przyjętych zaleceń. Ale w naszej rzeczywistości, udowodnienie, że mamy do czynienia z zakrzepicą żył głębokich to kwestia miesięcy. W konsensusach czy wytycznych dotyczących tego zagadnienia nie jest zdecydowanie powiedziane, że ma być tak lub tak. Są sugestie. I wszystko zależy od sytuacji klinicznych, tj. z jakim pacjentem mamy do czynienia, z jaką sytuacją kliniczną i jakim ryzykiem, które mogą prowokować powstanie żyłnej choroby zatorowo-zakrzepowej. Zatem, wdrożenie leczenia zależy u każdego pacjenta od tych czynników, które zostaną uwzględnione i wpisane w dokumentację - mówi dr Jacek Krajewski.

Leczenie zgodnie z zaleceniami

ŻChZZ w większości przypadków ma początkowo klinicznie niemy przebieg. Pierwszym objawem choroby może być nagły zgon spowodowany ZP, dlatego nie należy czekać, aż wystąpią objawy ZŻG i dopiero wtedy przeprowadzać postępowanie diagnostyczne i wdrażać leczenie. Nierozpoznana i nieleczona ZŻG może mieć odległe następstwa w postaci zespołu pozakrzepowego, naraża chorych na nawroty ŻChZZ, a w części przypadków jest przyczyną przewlekłego nadciśnienia płucnego. Leczenie powikłań jest kosztowne, a korzyści ze stosowania leków przeciwkrzepliwych zdecydowanie przeważają nad ryzykiem klinicznie

istotnego krwawienia.

Wybór metody leczenia przeciwzakrzepowego może zależeć od kosztu, możliwości monitorowania leczenia i od planowanego czasu leczenia. Przy wyborze terapii lekarz powinien brać pod uwagę zarówno aspekty medyczne jak i finansowe, aby zapewnić jak najwyższy odsetek chorych prawidłowo stosujących leki (compliance)- np. wysokość dopłaty pacjenta, koszt dla płatnika.

Lepiej zapobiegać niż leczyć

Lekarz POZ powinien na podstawie oceny ryzyka - wywiad, badanie fizykalne, skale ryzyka - inicjować leczenie, nie czekając na wyniki badań obrazowych i potwierdzenie rozpoznania przez specjalistę. Należy pamiętać, że badanie obrazowe, które odbywa się poza POZ, u specjalisty, nierzadko może być przeprowadzone w odległym czasie, w którym to nie wolno narażać pacjenta na niepotrzebne ryzyko związane z zaniechaniem leczenia. Co więcej poszczególne grupy chorych wymagają włączenia profilaktyki nawet jeśli nie występują u nich objawy ŻChZZ, ale ze względu na okoliczności (np. unieruchomienie) konieczna jest profilaktyka. Zgodnie z „Polskimi wytycznymi profilaktyki leczenia zaleceniami ŻChZZ”, zaleceniami ekspertów American College of Chest Physicians (ACCP) i „Konsensusem Polskim” z 2017 r., prawidłowa profilaktyka jest uznawana za najważniejszą interwencję zwiększającą bezpieczeństwo chorych, pozwalającą nie tylko unikać niekorzystnych stanów zdrowotnych, ale i zmniejszyć ogólny koszt opieki.

Zobacz debatę:

WARTO PRZECZYTAĆ



[Debate Medexpressu: choroba zakrzepowo-zatorowa w praktyce lekarza POZ](#)