

Komentarz

**prof. dr hab. n. med. Katarzyna Mizia-Stec**

I Katedra i Klinika Kardiologii Wydziału Lekarskiego
Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach

Optymalne leczenie przeciwkrzepliwe to balansowanie między korzystnymi efektami pod postacią ograniczenia powikłań zakrzepowo-zatorowych a działaniem niepożądanym, jakim są powikłania krwotoczne. W szczególności zabiegi inwazyjne wykonywane u chorych stosujących antykoagulację wiążą się z wyższym ryzykiem powikłań. Problem może dotyczyć pacjentów z przewlekłymi wskazaniami do antykoagulacji lub u których jest ona postępowaniem przygotowującym do zabiegu. Z przyjemnością przeczytałam opis 3 ciekawych przypadków chorych, u których wystąpiły miejscowe powikłania leczenia

przeciwkrzepliwego w okresie okołozabiegowym izolacji żył płucnych (PVI, *pulmonary vein isolation*) oraz zabiegu implantacji kardiowertera-defibrylatora (ICD, *implantable cardioverter-defibrillator*).

Przypadki opisane jako 1. i 3. to chorzy poddani PVI, przygotowani do zabiegu za pomocą dabigatranu. U jednego z nich w okresie pozabiegowym wystąpił duży krwiak, u drugiego natomiast tętniak rzekomy prawej tętnicy udowej. W analizie tych przypadków ma znaczenie sekwencja stosowanego leczenia przeciwkrzepliwego – dabigatran stosowano z wyjątkiem dnia ablacji, zabieg wykonywano około 12 h po podaniu ostatniej dawki dnia poprzedzającego. Przed zabiegiem kontrolowano czas częściowej tromboplastyny po aktywowacji (APTT, *activated partial thromboplastin time*) – wartość była prawidłowa. Heparynę z pewnością stosowano w czasie zabiegu. Miejscowe powikłania nie wymagały pełnej interwencji chirurgicznej. Czy coś można dodać do powyższych opisów? Typ powikłania zależy od typu nakłutego naczynia. Wydaje się, że u chorych stosujących antykoagulację poddawanych nakłuciu dużych naczyń tętnicznych/żylnych założenie klipsów naczyniowych może ograniczyć opisane przez Autorów powikłania miejscowe.

Trzecim pacjentem był chory z kardiomiopatią rozstrzeniową stosujący acenokumarol, któremu implantowano ICD. Powodem rehospitalizacji był krwiak łoży, który pojawił się około 14 dni po implantacji. Nie wiadomo, czy chory właściwie kontrolował wartość międzynarodowego współczynnika znormalizowanego (INR, *international normalized ratio*) w okresie pozabiegowym. Ponieważ krwiak wymagał ewakuacji, Autorzy zdecydowali o odstawieniu acenokumarolu i włączeniu enoksaparyny. Przy tej decyzji Autorzy powinni uwzględnić masę ciała oraz przesączanie kłębuszkowe (GFR, *glomerular filtration rate*) u chorego. Przewlekła choroba nerek w stadium 3b była rozpoznawana i z pewnością stanowiła czynnik ryzyka powikłań krwotocznych. Równocześnie była wskazaniem do zmniejszenia dawki heparyny drobnocząsteczkowej. Po skutecznym leczeniu ponownie włączono acenokumarol jako prewencję powikłań migotania przedsionków. Obecnie u takiego chorego pewnie moglibyśmy rozważyć włączenie doustnych antykoagulantów niebędących antagonistami witaminy K (NOAC, *non-vitamin K oral antagonists*), gdyż niedomykalność mitralna leczona implantacją *MitraClip* nie jest traktowana jako przeciwwskazanie do tej terapii (wg aktualnej definicji: niezastawkowe migotanie przedsionków).