

Późna zakrzepica żyły podobojczykowej lewej po wszczępieniu układu stymulującego skutecznie leczona rivaroksabanem

Late pacemaker lead thrombosis treated with rivaroxaban

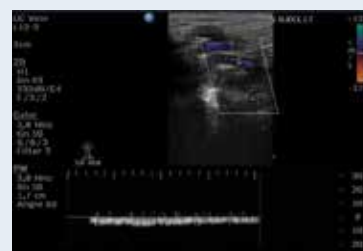
Piotr Michałek, Agata Kubaszek-Kornatowska, Barbara Pręgoska-Chwała

Instytut Kardiologii, Warszawa

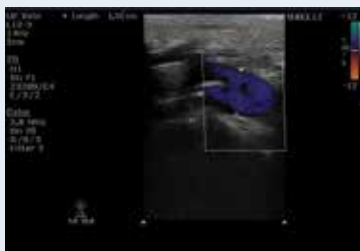
Pacjent w wieku 32 lat został skierowany do Instytutu Kardiologii z powodu podejrzenia zakrzepicy żył głębokich kończyny górnej (ZZGKG) lewej 3 lata po wszczępieniu układu stymulującego DDD-R, z powodu kilkakrotnych utrat przytomności spowodowanych niewydolnością węzła zatokowego udokumentowanych kilkudziesięciosekundową asystolią w czasie testu pochyleniowego. Przy przyjęciu stwierdzono zasinienie i obrzęk kończyny górnej lewej. Wystąpienie objawów poprzedzał intensywny wysiłek fizyczny związany z uprawianiem narciarstwa biegowego. W ultrasonografii (USG) uwidoczniło poszerzoną zamkniętą skrzeplinami lewą żyłę podobojczykową (ryc. 1). Badanie echokardiograficzne nie wykazało istotnych odstępstw od stanu prawidłowego, w tym cech zatorowości płucnej. W badaniach laboratoryjnych stwierdzono prawidłowe stężenia D-dimeru, APTT, INR i kreatyniny. Włączono rivaroksaban wg schematu zalecanego dla leczenia zakrzepicy żyłnej — przez okres 3 tygodni w dawce 2×15 mg, a następnie 20 mg dziennie przez 3 miesiące. Pierwsze oznaki poprawy klinicznej i przywrócenia przepływu w niedrożnej żyłe zarejestrowano w kontrolnym badaniu dopplerowskim wykonanym po 3 dobach terapii (zmniejszenie się rozmiaru skrzepliny i częściowa rekanalizacja żyły podobojczykowej lewej) (ryc. 2). Skuteczność leczenia monitorowano za pomocą USG — po 9 dobach uwidoczniło większy stopień rekanalizacji naczynia i znaczną redukcję wymiaru podłużnego skrzepliny (ryc. 3), a po 2 miesiącach terapii zarejestrowano obraz całkowitej resorpcji skrzepliny z prawidłowym przepływem w naczyniu żylnym (ryc. 4). Leczenie prowadzono przez 3 miesiące. Ze względu na fakt, że był to pierwszy epizod ZZGKG, istniał związek z intensywnym wysiłkiem fizycznym oraz brakowało zaleceń dotyczących profilaktyki przeciwzakrzepowej u pacjentów po wszczępieniu układu stymulującego, nie zdecydowano o wydłużaniu farmakoterapii. ZZGKG może być powikłaniem wynikającym z obecności elektrod układów stymulujących serce. Niekiedy pierwotna ZZGKG jest powikłaniem występującym u młodych dorosłych uprawiających dyscypliny sportowe wymagające powtarzania ruchów ramion (zespół Pageta-Schroettera). W piśmiennictwie polskim [Lelakowski i wsp., Pol Merk Lek, 2011; 30: 102–110] przy zastosowaniu USG z wykorzystaniem techniki dopplerowskiej niedrożność żył stwierdzono w 6,25% przypadków wśród 48 badanych pacjentów z wszczępienym układem stymulującym, co jest zbieżne z wynikami badań prospektywnych. U części chorych ZZGKG może utrudnić wszczępienie dodatkowej elektrody w przypadkach konieczności rozszerzenia zakresu elektroterapii. Dotychczas nie udało się ustalić jednoznacznych czynników ryzyka występowania zakrzepicy po implantacji układu stymulującego, prawdopodobnie u opisanego pacjenta kluczową rolę odegrał intensywny wysiłek fizyczny. Szybka metodą diagnostyczną w rozpoznawaniu ZZGKG jest USG z zastosowaniem techniki dopplerowskiej. W przeciwieństwie do rozpoznawania zakrzepicy żył kończyn dolnych, oznaczanie stężenia D-dimeru nie może być stosowane w celu wykluczenia ZZGKG. W ostatnich latach opracowano nowe doustne antykoagulanty, m.in. rivaroksaban, którego zaletą jest prosty sposób dawkowania i brak konieczności monitorowania leczenia, co wpływa na przestrzeganie dyscypliny farmakoterapii. W badaniu Einstein DVT [Bauersachs i wsp., NEJM, 2010; 363: 2499–2510] 27% pacjentów leczonych rivaroksabanem nie otrzymało heparyny drobnocząsteczkowej na początku terapii, co uprościło dotychczasowy schemat. Równocześnie 94% chorych przyjmowało lek zgodnie z zaleceniami lekarza, podczas gdy wskaźnik TTR w badaniu Einstein PE [Buller i wsp., NEJM, 2012; 366: 1287–1297] wyniósł tylko 62,7%. W przedstawionym przypadku farmakoterapia rivaroksabanem była skuteczna i bezpieczna. Uzyskano zamierzony efekt terapeutyczny potwierdzony w USG, przy braku jakichkolwiek powikłań krwotocznych zastosowanego leczenia.



Rycina 1. Dopplerowskie badanie USG żyły podobojczykowej lewej przy przyjęciu; widoczne skrzepliny na długości kilku centymetrów



Rycina 2. Dopplerowskie badanie USG po 3 dniach terapii rivaroksabanem



Rycina 3. Dopplerowskie badanie USG po 9 dobach terapii



Rycina 4. Badanie ultrasonograficzne po 2 miesiącach terapii

Adres do korespondencji:

dr n. med. Agata Kubaszek-Kornatowska, Izba Przyjęć i Oddział Szybkiej Diagnostyki, Instytut Kardiologii, ul. Alpejska 42, 04-628 Warszawa, e-mail: akubaszek@ikard.pl

Konflikt interesów: nie zgłoszono