

Ostra obturacyjna zakrzepica zastawki mechanicznej w pozycji mitralnej – wciąż aktualne powikłanie

Acute obstructive thrombosis of mechanical mitral valve - a continually relevant complication

Jan Paweł Kowalski¹, Piotr Kołtowski², Romuald Cichoń³

¹ Kardiochirurgiczne Koło Naukowe przy DCCChS MEDINET, Kamieńskiego 73a, 51-124 Wrocław, PL,

² Oddział Kardiochirurgii, Dolnośląskie Centrum Chorób Serca MEDINET, Kamieńskiego 73a, 51-124 Wrocław, PL,

³ Klinika Kardiochirurgii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, Banacha 1a, 02-097 Warszawa, PL

Streszczenie

Wstęp: Autorzy prezentują przypadek pacjentki, u której po pięciu latach od wszczęcia mechanicznej protezy zastawki w pozycję mitralną, najprawdopodobniej wskutek nieprawidłowej terapii przeciwkrzepliwnej przeprowadzonej w trakcie zabiegu stomatologicznego doszło do zakrzepicy sztucznej zastawki.

Opis przypadku: 61-letnia chora z zakrzepicą sztucznej zastawki, została przyjęta w stanie ciężkim do oddziału kardiochirurgii. Echokardiografia przezklatkowa uwidoczniła upośledzoną funkcję dysku sztucznej zastawki z podwyższonym gradientem maksymalnym (42 mmHg). Pacjentkę operowano z dostępu przez sternotomię pośrodkową z wykorzystaniem krążenia pozaustrojowego. Wycięto uszkodzoną protezę, a w jej miejsce reimplantowano protezę biologiczną. Dalszy okres leczenia i rehabilitacji przebiegał bez istotnych powikłań.

Wnioski: Opisany przez nas przypadek to kolejny dowód na to, że nieodpowiednio prowadzona terapia przeciwkrzepliwna po implantacji sztucznych zastawek może prowadzić do zagrożenia życia chorych. Mimo faktu, że o nieprawidłowej terapii antykoagulacyjnej mówi się nierzadko i to od wielu lat, jest to wciąż aktualny problem. Nadal brakuje podstawowej edukacji i przestrzegania zaleceń ekspertów nie tylko wśród chorych ze sztuczną zastawką, ale również wśród lekarzy opiekujących się pacjentami ze stałą antykoagulacją. Indywidualizowanie leczenia antagonistami witaminy K konkretnego pacjenta pozostaje kluczem do unikania podobnych zdarzeń.

Słowa kluczowe: zakrzepica sztucznej zastawki, procedura stomatologiczna, leczenie przeciwkrzepliwne, reoperacja

Abstract

Background: We'd like to present a case of a female patient with prosthetic valve thrombosis. The most likely cause of her complication was improper anticoagulation during a dental procedure as well as several predisposing factors. This complication occurred five years after implantation of her artificial mitral valve.

Case Report: A 61-year-old female with prosthetic valve thrombosis was admitted in serious condition to the department of cardiac surgery. Transthoracic echocardiography revealed impaired function of her prosthesis with a high maximum gradient. She was taken to the operating room and underwent removal of the damaged prosthetic valve and replacement with a biologic valve via a median sternotomy with the use of extracorporeal circulation.

Conclusions: The case that we described provides further evidence that incorrectly carried out anticoagulation therapy in patients after implantation of prosthetic heart valves may lead to life-threatening complications in these patients. Despite the fact that incorrect anticoagulation therapies are often discussed they are still a current problem. There is a constant lack of basic education and lack of compliance to the expert guidelines-not only among patients with prosthetic valves, but also among physicians caring for these patients with continuous anticoagulation. Individualization of vitamin K antagonist treatment for this specific patient is the key to avoiding the occurrence of similar events.

Key words: PVT, dental procedure, anticoagulant therapy, reoperation

Otrzymano: 16-07-2014 → Zaakceptowano: 07-09-2014 → Opublikowano: 09-09-2014

✉ Jan Paweł Kowalski, KKN przy DCCChS Medinet, ul. Kamieńskiego 73a, Wrocław, e-mail: kowalskimd@gmail.com

Wstęp

Zakrzepica sztucznej zastawki serca PVT (*ang.* prosthetic valve thrombosis) jest stosunkowo rzadkim, aczkolwiek jednym z najpoważniejszych powikłań u pacjentów po operacji wymiany zastawki [1–3].

Częstość występowania tego powikłania na zastawkach mechanicznych waha się między 0,3 – 1,3% pacjentów rocznie [1]. Dla porównania zakrzepica niepowodująca obstrukcji jest wykrywana w przezprzełykowym badaniu echokardiograficznym TEE (*ang.* transoesophageal echocardiography) u ok. 10% pacjentów po wszczepieniu protezy zastawki mitralnej [1].

Główną przyczyną wystąpienia zakrzepicy na protezie zastawki jest najczęściej nieprawidłowe leczenie przeciwkrzepliwie. Może prowadzić do tego zarówno nieodpowiednia samokontrola pacjenta, jak i inne sytuacje np. konieczność przerwania terapii przed zabiegiem chirurgicznym. Do pozostałych czynników ryzyka zalicza się: powiększenie lewego przedsionka (>50 mm), obniżenie frakcji wyrzutowej lewej komory poniżej 35%, samoistne kontrastowanie krwi w lewym przedsionku, przebyty epizod zakrzepowo–zatorowy oraz stan nadkrzepliwości [3].

Do postawienia rozpoznania w przypadku tego schorzenia niezbędna staje się echokardiografia przezklatkowa TTE (*ang.* transthoracic echocardiography), bądź znacznie dokładniejsza – echokardiografia przezprzełykowa TEE [1, 3].

Istnieją dwa schematy postępowania w przypadku zakrzepicy protezy zastawkowej. Pierwszy to leczenie fibrynolityczne, drugi zaś to leczenie operacyjne mające na celu usunięcie skrzepliny i/lub wymianę zastawki. Obydwa algorytmy terapeutyczne obarczone są dużym ryzykiem, dlatego wdrożenie leczenia powinno być dostosowane indywidualnie do pacjenta oraz możliwości ośrodka [3].

Poniżej przedstawiono przypadek pacjentki, u której po pięciu latach od wszczepienia mechanicznej zastawki w pozycji mitralnej, wystąpiła jej ostra zakrzepica, która spowodowała zablokowanie dysku protezy i dramatyczne pogorszenie się parametrów hemodynamicznych.

Opis przypadku

61-letnia chora w stanie ciężkim została przyjęta do naszego ośrodka w trybie pilnym z dysfunkcją protezy zastawki mitralnej wraz z nasilającymi się od kilku tygodni objawami stenozы mitralnej.

Pacjentce przed pięcioma laty (2007 r.) wszczepiono sztuczną zastawkę mechaniczną (St. Jude Medical 27 mm) w pozycję mitralną z powodu popaciorkowcowego reumatoidalnego zapalenia wsierdza, które w znaczący sposób upośledziło funkcję natywnej zastawki mitralnej. Ponadto chora (w 1992 r.) leczona była walwuloplastyką mitralną. Po pierwotnej operacji wymiany zastawki chora deklarowała znaczącą poprawę stwierdzając, że wcześniejsze objawy ustąpiły. Następnie pacjentka była leczona przewlekłe acenokumarolem bez zanotowanych powi-

kłań oraz regularnie zgłaszała się na kontrole w poradni kardiologicznej ośrodka regionalnego.

Cztery lata po pierwotnym zabiegu odstawiono acenokumarol na okres siedmiu dni z uwagi na planowany zabieg stomatologiczny (ekstrakcja zęba), jednocześnie włączając do leczenia heparynę drobnocząsteczkową – miało to miejsce na miesiąc przed opisywaną przez nas reoperacją.

Następnie stan pacjentki ulegał stopniowemu pogorszeniu. Uskarżała się na ciągłe zmęczenie oraz pogłębiającą się duszność – początkowo wysiłkową, później wykazywała już cechy *orthopnoë*. Kilkakrotnie zgłaszała się do lekarza POZ lokalnej przychodni. Chora z nasilającymi się objawami duszności w ciągu tego okresu kierowana była m.in. na konsultacje pulmonologiczne. W końcu została przyjęta na oddział kardiologiczny ośrodka regionalnego celem diagnostyki, skąd z rozpoznaniem dysfunkcji dysku sztucznej zastawki mitralnej w przezklatkowym badaniu echokardiograficznym (TTE), już w stanie ciężkim została przetransportowana do oddziału kardiochirurgii.

Z chorób współistniejących u pacjentki należy wymienić: utrwalone migotanie przedsionków, astmę oskrzelową oraz pierwszy stopień otyłości (BMI >31).

W dniu przyjęcia (2 czerwca 2012 r.) w badaniu przedmiotowym stwierdzono duszność spoczynkową, osłuchowo wykazano stłumienie tonów w miejscu odpowiadającym protezie zastawki mitralnej, niewielkie obrzęki podudzi oraz niepokój z towarzyszącym nastawieniem lękowym, a ponadto złe utlenowanie krwi tętniczej. Ciśnienie tętnicze wynosiło 115/70 mmHg.

Elektrokardiogram wykazał trzepotanie przedsionków z akcją komór wynoszącą 150/min oraz niepełny blok prawej odnogi pęczka Hisa.

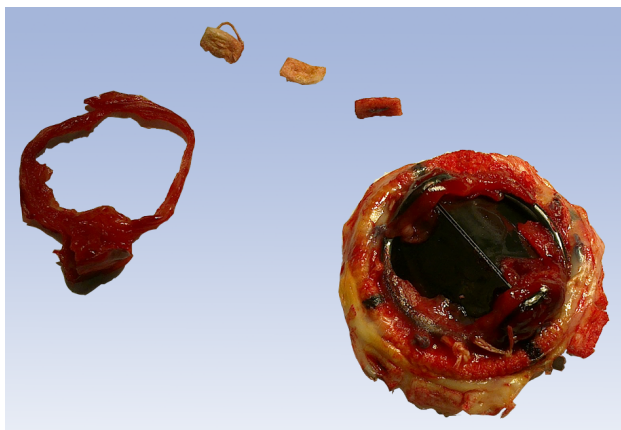
W badaniach laboratoryjnych przy przyjęciu stwierdzono: nieterapeutyczną wartość międzynarodowego czynnika znormalizowanego INR–1,24, wzmożoną aktywność izoenzymu sercowego kinazy kreatynowej CK–MB – 68,0 (n: <4 ng/ml), morfologia zachowana była w normie: leukocyty – 8,39 K/μl (n: 4–10 K/μl), erytrocyty – 3,88 M/μl (n: 3,5–5 M/μl), stężenie hemoglobiny – 12,7 g/dl (n: 11–15 g/dl), hematokryt – 37% (n: 37–47%), płytki krwi – 271 K/μl (n: 125–340 K/μl), MCV – 95,2 fl (n: 83–103 fl). Badania biochemiczne wykazały: podwyższone stężenie białka C–reaktywnego CRP – 10,53 mg/l (n: <5 mg/l); stężenie mocznika 24 mg/dl (n: 15–39 mg/dl) oraz kreatyniny 0,68 mg/dl (n: 0,7–1,4 mg/dl) były prawidłowe, podobnie jak i elektrolitów: sód – 138 mmol/l (n: 135–145 mmol/l), potas – 3,9 mmol/l (n: 3,5–5 mmol/l).

Przezprzełykowa echokardiografia TEE zlecona w trybie pilnym w chwili przyjęcia potwierdziła zablokowanie półdysku zastawki mechanicznej skrzepliną, ponadto wykazano podwyższony gradient przez zastawkę mitralną (42 mmHg), uwidoczniło poszerzenie pierścienia zastawki trójdzielnej wraz z jej istotną niedomykalnością. Frakcję wyrzutową oceniono metodą echokardiograficzną na 55%.

Diżurny kardiochirurg konsultujący chorą w trybie pilnym, z uwagi na jej ciężki stan oraz potwierdzone w TEE zablokowanie płatków sztucznej zastawki z dramatycznym pogorszeniem parametrów hemodynamicznych, podjął decyzję o natychmia-

stowej reoperacji ze wskazań życiowych, na którą pacjentka wyraziła zgodę.

Chorą operowano w nocy z 2 na 3 czerwca 2012 r., krążenie pozaustrojowe podłączono do tętnicy udowej. Klatkę piersiową otwarto z dostępu przez sternotomię pośrodkową, wypreparowano zrosty. Następnie skaniulowano aortę i żyły czcze. Otwarto prawy przedsionek, a przez przegrodę międzyprzedsionkową otwarto przedsionek lewy. Uwidoczniono zakrzepniętą mechaniczną protezę zastawkową z unieruchomionym skrzeplina półdyskiem — potwierdzając śródoperacyjnie wcześniejsze podejścia (rys. 1). Wycięto uszkodzoną protezę, a w jej miejsce reimplantowano sztuczną zastawkę biologiczną (Labcor 29 mm). Dodatkowo w związku z uwidoczną istotną niedomykalnością zastawki trójdzielnej w TEE wykonano jej plastykę pierścieniem korekcyjnym (Carpentier Edwards Classic Annuloplasty Ring 32 mm).



Rysunek 1: Zdjęcie śródoperacyjne wyciętej zastawki mechanicznej St. Jude Medical wraz z blokującą jej dyskiem skrzeplina

Przebieg pooperacyjny był powikłany przedłużoną respiratoroterapią. W kolejnych dniach obserwowano trzepotanie przedsionków z wolną czynnością komór. Dalszy okres leczenia i rehabilitacji przebiegał bez powikłań. Kontrolne badanie echokardiograficzne TTE wykazało prawidłowo funkcjonującą sztuczną zastawkę mitralną oraz zachowanie prawidłowej kurczliwości globalnej lewej komory. Chorą w stanie ogólnym dobrym, wydolną zarówno krążeniowo, jak i oddechowo, wypisano w 6. dobie z oddziału kardiologii do regionalnego oddziału kardiologicznego celem dalszego leczenia i rehabilitacji.

Dyskusja

Wytyczne Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego ESC (*ang.* European Society of Cardiology) dotyczące postępowania po operacjach zastawek serca sugerują możliwość występowania powikłań zakrzepowo-zatorowych związanych ze sztucznymi zastawkami [3].

Wybór protezy zastawki uzależniony jest od wielu czynników. Jednym z nich jest wiek pacjenta, kolejnym trombogenność dobieranej zastawki. Następnym czynnikiem staje się konieczność podawania leków przeciwkrzepliwych: przewlekłe po

zastosowaniu protezy mechanicznej oraz przez pierwsze trzy miesiące po wszczepieniu protezy biologicznej. Warto zwrócić uwagę na to, że przewlekłe stosowanie tych leków u chorych z wszczepionymi zastawkami mechanicznymi wymaga częstej kontroli poziomu INR przez samego pacjenta. W przypadku zastawek mechanicznych dąży się do wartości INR zawartych w przedziale między 2,5 a 3,5. Brak optymalnej edukacji chorych w zakresie stosowania terapii przeciwkrzepliwych i zachowania odpowiedniej diety z niską zawartością witaminy K niejednokrotnie doprowadza do powikłań pooperacyjnych, choćby takich jak w przedstawionym przez nas przypadku [1, 3, 4].

Pierwotne zastąpienie natywnej zastawki mitralnej protezą mechaniczną było uzasadnione, ze względu na stosunkowo młody wiek pacjentki (w chwili pierwszej operacji 56 lat) i niską podatność zastawek mechanicznych na podstawową dysfunkcję napływu płucnego PVF (*ang.* pulmonary venous flow) w porównaniu do protez biologicznych, co znacznie skraca ich żywotność [1, 3, 4].

U opisywanej pacjentki kluczowym wydaje się być fakt, że przed odnotowanym w wywiadzie zabiegiem stomatologicznym (ekstrakcją zęba) zalecono jej odstawienie acenokumarułu aż na siedem dni przed planowaną procedurą, zastępując doustną terapię przeciwkrzepliwą heparyną drobnocząsteczkową LMWH (*ang.* low-molecular-weight-heparin) podawaną s.c. bez konsultacji z kardiologiem.

Dodatkowym faktem mogącym potwierdzać nieprawidłową terapię przeciwkrzepliwą jest to, że w dalszym ciągu nie ma dowodów, aby zastąpienie doustnej terapii przeciwkrzepliwą heparyną drobnocząsteczkową (LMWH) u pacjentów z zastawkami mechanicznymi było bezpieczne [5].

Ponadto grupa ekspertów ESC zaleca, przy rozważaniu wstrzymania bądź modyfikacji leczenia antykoagulantami, uwzględnienie rodzaju zabiegu, jakiemu ma być poddany chory. Bowiemy właśnie od rodzaju zabiegu zależy ryzyko ewentualnego krwawienia i możliwość osiągnięcia kontrolowanej hemostazy. W przypadku zabiegów o małym ryzyku krwawienia, jak np. zabieg stomatologiczny czy też operacja zaćmy, nie zaleca się wprowadzania zmian do terapii antykoagulantami (zalecenie klasy I, poziom wiarygodności C) [3, 6, 7], a nawet w przypadku ekstrakcji zębów uważa się, że utrzymanie lokalnej hemostazy przy pomocy szwów i gąbek żelatynowych jest wystarczające, żeby zapobiec krwawieniu pooperacyjnemu [8].

Lecząc pacjenta, u którego podejrzewa się zakrzepicę sztucznej zastawki należy ustalić przede wszystkim czy w okresie przed przyjęciem był on leczony prawidłowo, tj. czy wdrona była odpowiednia terapia przeciwkrzepliwą, czy pacjent regularnie kontrolował poziom INR oraz, co najważniejsze, czy systematycznie przyjmował przepisane mu leki [3]. Opisywana przez nas pacjentka deklarowała, że wartości INR były regularnie kontrolowane i utrzymywane na ustalonym poziomie terapeutycznym. Jej deklaracje negował jednak fakt, że przed reoperacją INR wynosił u niej 1,24.

Mało prawdopodobna, choć nie wykluczona, wydaje się u niej oporność na antagonistów witaminy K, przypadek taki opisał Yasar i wsp. [9]. Możliwe jest również wygenerowanie oporności przez czynniki konkurujące z warfaryną bądź też nad-

mierne spożycie witaminy K w związku z nieodpowiednio dobraną dietą.

Rozpoznanie zakrzepicy zastawki należy potwierdzić za pomocą TTE i/lub TEE albo fluoroskopii [3]. W przypadku opisywanej pacjentki w badaniu TTE wykonanym jeszcze w ośrodku regionalnym nie uwidoczono skrzepliny, natomiast badanie wykazało dysfunkcję dysku sztucznej zastawki, a w związku z podejrzeniem ostrej zakrzepicy i pogłębiającej się duszności u chorej – przetransportowano ją do naszego ośrodka. Badania laboratoryjne przy przyjęciu i zlecona w trybie pilnym TEE uwidaczniająca skrzeplinę, pozwoliły na kwalifikację chorej do wymiany uszkodzonej zastawki.

W tym miejscu należy zwrócić szczególną uwagę na to, że samo badanie TTE może nie uwidocznić skrzepliny na sztucznej zastawce nie tylko ze względu – jak miało to miejsce w naszym przypadku – na umiejscowienie mitralne, ale również na możliwość zastąpienia skrzepliny przez echa powodowane przez dyski samej zastawki [4]. Kolejną przyczyną trudności w rozpoznaniu zakrzepicy w badaniu echokardiograficznym może być jej płaski układ, przypadek taki opisuje Prazella i wsp. Autorzy zwrócili uwagę na wyższą czułość TEE w porównaniu do TTE w przypadku oceny przedstonkowej powierzchni sztucznej zastawki mitralnej, będącej częstą lokalizacją skrzepów czy wegetacji [10].

Wnioski

Opisywany przez nas przypadek to kolejny dowód na to, że nieodpowiednio prowadzona terapia przeciwkrzepliwa u pacjentów po implantacji sztucznych zastawek może doprowadzić do zagrożenia ich życia. Pomimo faktu, że o nieprawidłowych terapiach antykoagulantami mówi się nierzadko i to od wielu lat, są one wciąż aktualnym problemem. Nadal brakuje podstawowej edukacji i przestrzegania zaleceń ekspertów nie tylko przez chorych ze sztucznymi zastawkami, ale również przez lekarzy różnych specjalności, w tym lekarzy dentyków opiekujących się pacjentami z przewlekłą antykoagulacją. Indywidualizowanie leczenia antagonistami witaminy K konkretnego pacjenta pozostaje kluczem do unikania podobnych, jak opisane powyżej, zdarzeń.

Wkład autorów/authors' contribution: Jan Paweł Kowalski – redakcja artykułu, korekta artykułu, zebranie bibliografii; Piotr Kołtowski – współautor dyskusji, zebranie materiału, nadzór merytoryczny; Romuald Cichoń – korekta artykułu, nadzór merytoryczny

Komentarz:

Autorzy artykułu „Ostra obturacyjna zakrzepica zastawki mechanicznej w pozycji mitralnej – wciąż aktualne powikłanie” poruszyli bardzo poważny problem zarówno z punktu widzenia klinicznego, jak i dydaktycznego. Stosowanie leczenia przeciwkrzepliwego podczas niekardiologicznego zabiegu chirurgicznego wymaga szczególnego, indywidualnego postępowania,

Uwaga autorów

Praca prezentowana podczas VII Kongresu Polskiego Towarzystwa Kardio–Torakochirurgów, Warszawa, 5–7 czerwca 2014 roku

Bibliografia

1. Roudaut R., Serri K., Lafitte S. Thrombosis of prosthetic heart valves: diagnosis and therapeutic considerations. *Heart*, 93(1):137–42, 2007.
2. Dürrleman N., Pellerin M., Bouchard D. et al. Prosthetic valve thrombosis: twenty years experience at the Montreal Heart Institute. *J Thorac Cardiovasc Surg*, 127:1388–92, 2004.
3. Vahanian A., Alfieri O., Andreotti F. et al. Guidelines on the management of valvular heart disease (version 2012) The Joint Task Force on the Management of Valvular Heart Disease of the European Society of Cardiology. *Eur Heart J*, 33:2451–96, 2012.
4. Pibarot P., Dumesnil J.G. Prosthetic Heart Valves: Selection of the Optimal Prosthesis and Long-Term Management. *Circulation*, 119:1034–48, 2009.
5. Pengo V., Cucchini U., Denas G. et al. Standardized Low-Molecular-Weight-Heparin Bridging Regimen in Outpatients on Oral Anticoagulants Undergoing Invasive Procedure in Surgery. *Circulation*, 119:2920–27, 2009.
6. Poldermans D., Bax J.J., Boersma E. et al. Guidelines for preoperative cardiac risk assessment and perioperative cardiac management in non-cardiac surgery. The Task Force for Preoperative Cardiac Risk Assessment and Perioperative Cardiac Management in Non-cardiac Surgery of the European Society of Cardiology and endorsed by the European Society of Anaesthesiology. *Eur Heart J*, 30:2769–2812, 2009.
7. Russo G., Corso L.D., Biasiolo A. et al. Simple and Safe Method to Prepare Patients With Prosthetic Heart Valves for Surgical Dental Procedures. *Clin Appl Thromb Hemost*, 6(2):90–3, 2000.
8. Blinder D., Manor Y., Martinowitz U. et al. Dental extractions in patients maintained on oral anticoagulant therapy: Comparison of INR value with occurrence of postoperative bleeding. *Int. J. Oral Maxillofac. Surg*, 30:518–21, 2001.
9. Yasar A.S., Balbay Y., Maden O. et al. Early mechanical valve thrombosis in a patient with warfarin resistance. *J Heart Valve Dis*, 16(2):200–2, 2007.
10. Prazella M.A., Frederick W., Buller G.K. et al. Mechanical mitral valve prosthesis dysfunction from thrombus: transesophageal echocardiography has limitations. *Conn Med*, 60(2):75–7, 1996.

które musi być oparte na ocenie ryzyka z jednej strony krwawienia, z drugiej zaś strony powikłań zakrzepowo–zatorowych. Już od ponad 10 lat zdaniem ekspertów odstawienie antagonistów witaminy K przed każdym inwazyjnym zabiegiem stomatologicznym naraża pacjenta na niepotrzebne i poważne ryzyko powikłań zakrzepowo–zatorowych. Wszystkie zalecenia dotyczące leczenia przeciwkrzepliwego jednoznacznie wskazują, że większość zabiegów stomatologicznych to zabiegi o małym ryzyku krwawienia, zwłaszcza w porównaniu z chirurgią jamy brzusznej lub klatki piersiowej. Szacuje się, że ryzyko incydentu zakrzepowo–zatorowego u chorych, u których odstawi się antykoagulację przed zabiegiem stomatologicznym istotnie wzrasta. Udar mózgu, zawał serca lub zator obwodowy wystąpi u około 1% tych chorych. Tak więc przerywanie terapii przeciwkrzepliwiej na przykład przed ekstrakcją jednego zęba jest niezgodne z aktualnymi zaleceniami.

Aktualne wytyczne w sposób jednoznaczny podają, że wiele mniejszych zabiegów chirurgicznych (a do takich należy ekstrakcja zęba), a także tych, w których osiągnięcie łatwej kontroli krwawienia jest możliwe (np. ekstrakcja zęba), nie wymaga czasowego odstawienia leków przeciwzakrzepowych (zalecenie klasy I, poziom wiarygodności C). Zgodnie z zaleceniami odpowiednie techniki hemostazy oraz pomiar INR w dniu zabiegu powinny być stosowane. Na podkreślenie zasługuje, że w celu uniknięcia traktowania wartości granicznych jako pożądaných terapeutycznie zaleca się posługiwanie wartościami średnimi INR, a nie zakresem INR, ponieważ skrajnie wysokie lub niskie INR nie są bezpieczne i tak skuteczne jak średnie. Zalecenie American College of Chest Physicians (ACCP) z 2008 r. i polskie wytyczne opracowane na ich podstawie rekomendują odstawianie antagonistów witaminy K przed zabiegiem stomatologicznym tylko wtedy, gdy ryzyko krwawienia jest duże i/lub ryzyko zakrzepowo–zatorowe jest małe. Natomiast u chorych, u których ryzyko zakrzepowo–zatorowe jest duże (utrwalone migotanie przedsionków, zwłaszcza po incydencie niedokrwienia mózgu) i u pacjentów ze sztuczną zastawką serca w ujściu mitralnym lub w pierwszych 3 miesiącach po zatorze tętnicy płucnej zaleca się wykonywanie zabiegów stomatologicznych, jeśli to możliwe, bez odstawiania warfaryny lub acenokumarolu, ale z zastosowaniem miejscowych metod poprawy hemostazy, a wartość INR należy obniżyć do dolnej granicy zakresu terapeutycznego (zalecenie klasy I, poziom wiarygodności B).

Recenzowany artykuł zawiera nie tylko przesłanie dla lekarzy innych specjalności (w tym zabiegowych) o odpowiednim stosowaniu leczenia przeciwkrzepliwego, ale także powinien nam wszystkim uświadomić konieczność informowania chorych o specyfice takiego leczenia, o stosowaniu odpowiedniej diety i systematycznej kontroli INR, a także o możliwych zagrożeniach w różnych sytuacjach życiowych, a do takich należą zabiegi chirurgiczne. Jak dowiedziono, samokontrola leczenia przeciwzakrzepowego zmniejsza wahania INR i dlatego należy ją zalecać u wszystkich chorych, którzy po odpowiednim szkoleniu są w stanie sami kontrolować leczenie przeciwzakrzepowe.

Należy także nadmienić, że w dobie coraz częstszego stosowania nowych leków antykoagulacyjnych (bezpośrednie inhibitory czynnika II a lub Xa), zastąpienie nimi antagonistów witaminy K u pacjentów z protezami mechanicznymi zastawek nie jest zalecane, brak jest bowiem szczegółowych badań w tej grupie pacjentów.

dr hab. n. med. Marta Negrusz–Kawecka

Autorzy przedstawiają przypadek kliniczny poważnego, potencjalnie śmiertelnego powikłania spowodowanego nieprawidłowym prowadzeniem leczenia przeciwkrzepliwego u pacjentki po wszczępieniu mechanicznej protezy zastawki mitralnej. Artykuł powinien obudzić czujność wszystkich lekarzy do których trafiają pacjenci po operacjach kardiochirurgicznych, zwracając uwagę na konieczność ciągłego śledzenia i przestrzegania aktualnych zaleceń dotyczących zapobiegania powikłaniom zakrzepowo–zatorowym po operacjach zastawkowych.

dr hab. n. med. Lech Anisimowicz