

1

ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΘΡΟΜΒΟΕΜΒΟΛΗ

Πνευμονική θρομβοεμβολή – ή απλά **πνευμονική εμβολή** – είναι η παρεμπόδιση της ροής του αίματος στην πνευμονική κυκλοφορία από θρόμβο ή θρόμβους που ενσφηνώνονται σε μια ή περισσότερες πνευμονικές αρτηρίες. Πιθανές **συνέπειες** της πνευμονικής εμβολής, εκτός από την άμεση και απώτερη θνητότητα, είναι η χρόνια πνευμονική υπέρταση και η ανεπάρκεια της δεξιάς κοιλίας.

Στην πράξη χρησιμοποιείται ο όρος “πνευμονική εμβολή” και για **άλλης φύσεως και αιτιολογίας έμβολα** (αέρας, μυελός οστών, τοιμέντο αρθροπλαστικών, αμνιακό υγρό, καρκινικά κύτταρα, ταλκ, σηπτικά), που είναι πολύ σπανιότερα και οι συνθήκες δημιουργίας τους, η κλινική εικόνα και η αντιμετώπισή τους είναι διαφορετικές.

Εστίες των θρομβοεμβόλων είναι στη συντριπτική πλειονότητα (ποσοστό μεγαλύτερο του 95%) οι εν τω βάθει φλέβες των κάτω άκρων και της πυέλου.

Πρακτικά η πνευμονική εμβολή (ΠΕ) και η εν τω βάθει φλεβοθρόμβωση (ΕΒΦΘ) αποτελούν τις κύριες κλινικές εκδηλώσεις της ίδιας πολυπαράγοντικής αγγειακής νόσου, της φλεβικής θρομβοεμβολής (ΦΘΕ).

Φλεβική θρομβοεμβολή = εν τω βάθει φλεβοθρόμβωση + πνευμονική εμβολή

Η μεν ΕΒΦΘ είναι συχνότερη και εμφανίζεται συνήθως στις εν τω βάθει φλέβες της γαστροκνημίας με τάση κεντρικής επέκτασης, ενώ η ΠΕ αποτελεί τη σοβαρότερη κλινική εκδήλωση της νόσου και εμφανίζεται ως επιπλοκή της κεντρικής ΕΒΦΘ.

Η **επίπτωση της ΦΘΕ** υπολογίστηκε σε πρόσφατη (International Cooperative Pulmonary Embolism Registry – ICOPER, 1998) μελέτη στις Η.Π.Α. σε **1/1.000/έτος**, ήταν συχνότερη στους άνδρες και διπλασιαζόταν για κάθε 10ετία ηλικίας. Εκτιμάται έτσι ότι περισσότεροι από 250.000 ασθενείς με ΦΘΕ νοσηλεύονται ετησίως.

Τα επιδημιολογικά στοιχεία από την Ευρώπη είναι παρόμοια. Η ετήσια συχνότητα ΕΒΦΘ εκτιμάται σε 160/100.000/έτος περίπου (European Consensus Statement, 1992).

Αν ληφθεί υπόψη ο άγνωστος αριθμός αδιάγνωστων ή λάθος διαγνωσμένων περιπτώσεων ΦΘΕ, μάλλον **υποεκτιμάται** το πρόβλημα με τα στοιχεία αυτά.

Η **πνευμονική εμβολή** είναι σχετικά **συχνή νόσος**. Η επίπτωσή της στις Η.Π.Α. υπολογίστηκε σε 23/100.000/έτος. Εμφανίζεται στο **30%** περίπου των ασθενών με **ΕΒΦΘ** και, αν συνυπολογιστούν και οι ασυμπτωματικές περιπτώσεις, το ποσοστό εγγίζει το **50 - 60 %**.

Η **συχνότητα της θανατηφόρου πνευμονικής εμβολής** εξακολουθεί να **παραμένει υψηλή**. Εξαρτάται από πολλούς παράγοντες και μπορεί να φθάνει το 30% σε μη θεραπευόμενους ασθενείς, ποσοστό μεγαλύτερο από το 10πλάσιο της ετήσιας θνητότητας ασθενών που αντιμετωπίζονται φαρμακευτικά με αντιπηκτικά (2,5%).

Ειδικότερα, η συχνότητα θανάτων **το πρώτο 3μηνο** σε διαγνωσμένη πνευμονική εμβολή στην ICOPER ήταν **17,4 %**, με την πλειονότητα (11.4%) να επισυμβαίνει τις πρώτες 2 εβδομάδες. **Κύρια αιτία θανάτου ήταν οι υποτροπές** πνευμονικής εμβολής.

Η ετήσια συχνότητα θανάτων από ΠΕ στην Ευρώπη (European Consensus Statement, 1992) εκτιμήθηκε σε 60/100.000.

Στις Η.Π.Α. η πνευμονική εμβολή προκαλεί ή συμβάλλει σε 50.000-200.000 **ενδονοσοκομειακούς θανάτους** ετησίως, με τη συντριπτική τους πλειονότητα να επισυμβαίνει σχεδόν αμέσως, πριν δηλαδή επιβεβαιωθεί η διάγνωση και εφαρμοσθεί η δέουσα θεραπεία. Αυτό δείχνει την καθοριστική σημασία της εφαρμογής μέτρων πρόληψης στους ασθενείς υψηλού κινδύνου.

Στο Ηνωμένο Βασίλειο εκτιμήθηκε ότι από 2.388 θανάτους σε γενικό νοσοκομείο οι 239 (10%) οφείλονταν σε ΠΕ επιβεβαιωμένη νεκροτομικά.

Τα στατιστικά στοιχεία που αναφέρθηκαν είναι δύσκολο να χρησιμοποιηθούν για γενικεύσεις σχετικά με τη συχνότητα της ΕΒΦΘ και ΠΕ σε διαφορετικούς πληθυσμούς ασθενών. Είναι πιο χρήσιμος ο **ιδιαίτερος προσδιορι-**

σμός της επίπτωσης στις διάφορες ομάδες αυξημένου κινδύνου.

Η ΦΘΕ είναι **συχνότερη** στη **λευκή φυλή** και ο κίνδυνος αυξάνει με την **ηλικία**. Η ετήσια επίπτωση από 1:100.000 στην παιδική ηλικία αυξάνει σε 1: 100 στους ηλικιωμένους. Σε θρομβοφιλία, όπου **οι υποτροπές** της ΦΘΕ είναι συχνότερες, μπορεί να οδηγήσουν σε αυξημένα ποσοστά **ανικανότητας** ή θανάτους από **χρονία θρομβοεμβολική νόσο** και πνευμονική καρδιά με την εξέλιξη της νόσου.

Το **κόστος** (άμεσο, έμμεσο, αλλά και μακροπρόθεσμο) από τις δυο εκδηλώσεις της φλεβικής θρομβοεμβολής είναι τεράστιο. Στις Η.Π.Α. υπολογίστηκε ότι η νοσηλεία της ΕΒΦΘ κοστίζει όσο και αυτή του οξέος εμφράγματος (περίπου 10.000\$) και 1,5 φορά αυτής των αγγειακών εγκεφαλικών. Ακόμη υψηλότερο είναι το κόστος νοσηλείας της ΠΕ (περίπου 12.000\$).

ΣΥΣΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΜΕΛΕΤΗ

1. European Consensus Statement. Prevention of venous thromboembolism. *Int Angiol* 1992; 11: 151-9.
2. Goldhaber SZ. Acute Pulmonary embolism: clinical outcomes in the International Cooperative Pulmonary Embolism Registry (ICOPER). *Lancet* 1999;353: 1386-9.
3. Dalen JE, Alpert JS. Natural History of pulmonary embolism. *Prog Cardiovasc Dis* 1975;17:257-70.
4. Alpert JS, Dalen JE. Epidemiology and natural history of venous thromboembolism. *Prog Cardiovasc Dis* 1994;36:417-22.
5. Sandler DA, Martin JF. Autopsy proven pulmonary embolism in hospital patients: are we detecting enough deep vein thrombosis? *J R Soc Med* 1989;82:203-5.
6. Silverstein MD, Heit JA, Mohr DN, et al. Trends in the incidence of deep vein thrombosis and pulmonary embolism. *Arch Intern Med*. 1998;158: 585-593.
7. Rosendaal FR. Thrombosis in the young: epidemiology and risk factors: a focus on venous thrombosis. *Thromb Haemost* 1997;78: 1-6.
8. Anderson FA, Wheeler HB, Goldberg RJ, et al. A population-based perspective of the hospital incidence and case-fatality rates of deep vein thrombosis and pulmonary embolism. The Worcester DVT study. *Arch Intern Med* 1991; 151: 933-938.
9. Moser KM, Fedullo PF, Littlejohn JK, Crawford R. Frequent asymptomatic pulmonary embolism in patients with deep venous thrombosis. *JAMA* 1994;271:223-5.
10. Stein PD, Henry JW. Prevalence of acute pulmonary embolism among patients in a general hospital and at autopsy. *Chest* 1995;108: 978-81.