

Charakterystyka kliniczna pacjentów z potwierdzonym radiologicznie epizodem ostrej zatorowości płucnej i prawidłowym stężeniem dimeru-D.

Marta Skowrońska, Bartosz Karolak, Magdalena Pływaczewska, Michał Ciużyński, Szymon Pacho, Marzanna Paczyńska, Maciej Kostrubiec, Anna Wyzgał-Chojecka, Piotr Bienias, Aleksandra Furdyna, Olga Dzikowska-Diduch, Karolina Uchacz, Marek Roik, Piotr Palczewski, Piotr Pruszczyk.

Wprowadzenie: Oznaczenie stężenia dimeru-D (DD) w surowicy stanowi część algorytmu diagnostycznego u chorych z niewysokim prawdopodobieństwem ostrej zatorowości płucnej (OZP) przed testem. Według piśmiennictwa u ok. 3% chorych z potwierdzonym radiologicznie OZP rozpoznaniem nie stwierdza się podwyższonego stężenia DD we krwi.

Cel badania: Ocena częstości występowania prawidłowego stężenia DD u chorych z OZP oraz Identyfikacja czynników wyróżniających pacjentów z OZP i prawidłowym stężeniem DD.

Material: Analiza *post-hoc* prospektywnego badania, do którego włączono kolejnych chorych hospitalizowanych z potwierdzoną radiologicznie OZP w jednym ośrodku. Do badania włączono 823 chorych (456 i 367 M), u 607 (73,7%) . U 33 (5,4%) rozpoznano OZP wysokiego ryzyka, u 406 (66,9%) pośredniego ryzyka, u 166(27,3%) niskiego ryzyka wg ESC. . Mediana wieku wynosiła 69 lat (53l - 80l). Mediana stężenia DD wynosiła 4470 ng/ml (2093-7791). Przewlekła choroba nerek w stadium co najmniej G3a wg KDIGO występowała u 33,4% pacjentów, nowotwory złośliwe u 16,5%, niewydolność serca z obniżoną frakcją wyrzutową u 18,1%, stabilna choroba wieńcowa u 15,8%, przewlekła obturacyjna choroba płuc u 11,7%. Do oznaczenia stężenia DD wykorzystano test ELFA (Vidas Exclusion II, BioMerieux).

Wyniki: U 42 pacjentów (6,9%) stężenie DD nie przekraczało normy skorygowanej wiekiem (wiek > 50 r.ż x 10), u 34(5,6%) nie przekraczało 500ng/ml. Przy zastosowaniu konwencjonalnej granicy normy występuje istotna statystycznie różnica wieku (M=58l; 40-75 vs M=70l; 54-80 p= 0,007), struktura płci obu grup wykazuje znaczne podobieństwo (55,9% vs 56,2% kobiet; p=0,97), nie stwierdza się różnic dot. st. kreatyniny (M=0,9mg/dl; 0,7-1 vs M=1mg/dl; 0,8-1,2 p=0,14), eGFR (M=81,2ml/min; 64,3-108 vs 72,9ml/min; 52,5-92,6 p= 0,07) oraz odsetka pacjentów z rozpoznaną chorobą nowotworową (12,5% vs 17,4%; p=0,75). Przy zastosowaniu normy stężenia DD skorygowanej wiekiem obie grupy nadal charakteryzuje zbliżona struktura płci (57,1%kobiet vs 56,1%; p=0,93). Nie stwierdza się natomiast istotnych statystycznie różnic dotyczących wieku (M=64l; 41-76 vs M=69l; zakres: 54-80; p=0,067), stężenie kreatyniny w surowicy (M=0,9mg/dl; 0,7-1 vs M=1mg/dl; 0,8-1,2; p=0,15),eGFR wyliczonym wg wzoru MDRD (M=80,6ml/min; 63,8-101 vs M=72,9ml/min; 51,9-93; p=0,14). Choroba nowotworowa została stwierdzona u podobnego odsetka pacjentów w obu grupach (17,5% vs 17,1% p=0,95).

Wnioski: Przy zastosowaniu konwencjonalnej normy stężenia DD pacjenci z fałszywie ujemnym wynikiem charakteryzują się młodszym wiekiem, różnica ta jest nieobecna przy zastosowaniu normy skorygowanej wiekiem. Zastosowanie normy konwencjonalnej zmniejsza odsetek wyników fałszywie ujemnych z 6,9% do 5,6%.