

STRESZCZENIE W JĘZYKU POLSKIM

Analiza zmian zakrzepowo- zatorowych u dzieci.

Autor: Katarzyna Smalisz

Promotor: dr hab. n. med. Anna Klukowska

Wstęp

Zmiany zakrzepowo-zatorowe występują rzadko u dzieci, jednak obecnie obserwowane są coraz częściej jako powikłanie intensywnego leczenia u niemowląt i starszych dzieci. Podobnie do zmian zakrzepowo- zatorowych u osób dorosłych, epizody żylnych choroby zakrzepowo-zatorowej u dzieci mogą zakończyć się zgonem lub spowodować poważne długoterminowe komplikacje, w tym zespół pozakrzepowy.

Triada Virchowa (zastój krwi, uszkodzenie śródbłonna oraz nadkrzepliwość) to podstawowy proces patologiczny leżący u podstaw ŻChZZ . U dorosłych są znane czynniki ryzyka mogące wywołać jeden lub więcej warunków triady Virchowa. Są to: długotrwałe unieruchomienie, obecność cewnika w żyłę centralnej, zabieg chirurgiczny, uraz, ciąża i połów, leczenie doustnymi środkami antykoncepcyjnymi, hormonalna terapia zastępcza, obecność przeciwciał antyfosfolipidowych oraz wrodzona trombofilia.

Patofizjologia ŻChZZ u dzieci jest podobna, ale udział poszczególnych czynników różni się w grupach wiekowych. Wiele badań z udziałem dorosłych wykazało silny związek między wrodzoną trombofilią i ŻChZZ. Badania przeprowadzane w kierunku wrodzonej trombofilii u dzieci są wykonywane na małych grupach ze względu na rzadkie występowanie zakrzepicy w tym wieku. Narastającym problemem jest występowanie zakrzepicy w czasie leczenia choroby nowotworowej u dzieci, szczególnie nowotworów wywodzących się z układu krwiotwórczego.

Cele pracy:

1. Ocena przyczyn zmian zakrzepowo-zatorowych u dzieci.
2. Ustalenie czynników ryzyka zakrzepicy u dzieci.
3. Ocena wyników leczenia zmian zakrzepowo-zatorowych u dzieci.

Materiał pracy

Retrospektywnym badaniem objęto 102 dzieci pozostających pod opieką Kliniki Pediatrii, Hematologii i Onkologii oraz Poradni Skaz Krwotocznych z powodu zakrzepicy w latach 2007-2017. Wśród badanych dzieci 32 było leczonych z powodu choroby nowotworowej, w trakcie której wystąpił epizod zakrzepowo- zatorowy. Do badania zakwalifikowano dzieci, u których potwierdzono obecność zmian zakrzepowo- zatorowych.

Wśród pacjentów z rozpoznaną zakrzepicą bez współistniejącej choroby nowotworowej (70 dzieci) wiek wystąpienia zakrzepicy wynosił od pierwszego tygodnia życia do 17 lat, mediana 6,5 roku. Zakrzepica tętnicza wystąpiła u 11 (16%), żylna u 59 (84%) pacjentów. Zakrzepcy zlokalizowane były najczęściej w żyłach głębokich kończyn (n=27, 38%) oraz w zatokach żylnych ośrodkowego układu nerwowego (n=15, 21%).

Najczęstszymi przyczynami zakrzepicy były: wrodzona trombofilia (n=27, 39%), zakażenia (n=15, 21%), zabiegi chirurgiczne (n=14, 20%), Nadpłytkowość samoistną stwierdzono u 2 (3%) pacjentów. U 2 pacjentów stwierdzono hiperhomocysteinemię. U 6 (8%) pacjentów nie stwierdzono uchwytnych przyczyn zakrzepicy. W grupie pacjentów z wrodzoną trombofilią (n=27, 39%) stwierdzono następujące defekty: niedobór białka S u 7 (26%), niedobór białka C u 4 (15%), niedobór antytrombiny u 7 (26%), mutację genu protrombiny u 3 (11%) i mutację genu czynnika V Leiden u 6 (22%) pacjentów. U 8 pacjentów z trombofilią występował dodatkowy czynnik ryzyka zakrzepicy.

Zakrzepicę w trakcie leczenia choroby nowotworowej rozpoznano u 32 dzieci. Wiek wystąpienia zakrzepicy w tej grupie wynosił od 1,5 do 16 lat, mediana 7,5 roku. Zakrzepica tętnicza wystąpiła u 1 (3%), żylna u 29 (97%) pacjentów. Zakrzepcy dotyczyły najczęściej ceownika centralnego (n=27, 90%). Masywna zakrzepica wystąpiła u 6 dzieci (20%). Nawroty wystąpiły u 2 dzieci. Najczęstszymi przyczynami zakrzepicy były: obecność ceownika centralnego (n=27, 90%) i leczenie L-asparaginazą (n=16, 53%). U 1 pacjenta stwierdzono obecność mutacji genu czynnika V Leiden i u 1 pacjenta niedobór białka C. U 3 pacjentów stwierdzono podwyższone stężenie czynnika VIII. W leczeniu stosowano: rekombinowany tkankowy aktywator plazminogenu – miejscowo u 17 (52%), we wlewie systemowym u 5 (16%), heparynę drobnocząsteczkową u 6 (20%), zamienioną następnie na warfarynę u 3 (10%) dzieci. Nie obserwowano powikłań krwotocznych leczenia. U wszystkich dzieci stwierdzono całkowite ustąpienie zakrzepu.

Wnioski:

Na podstawie wykonanych badań wysunięto następujące wnioski:

1. Najczęstszą lokalizacją zakrzepicy u dzieci są żyły głębokie kończyn.
2. Najczęstsze przyczyny zakrzepicy w tej grupie wiekowej to wrodzone trombofilie, zakażenia i zabiegi chirurgiczne.
3. U wszystkich dzieci bez choroby nowotworowej, z przebytą zakrzepicą wskazane są badania diagnostyczne w kierunku wrodzonej trombofilii.
4. Dominującą lokalizacją i przyczyną zakrzepicy u dzieci z chorobą nowotworową jest ceownik centralny.
5. Czynnikiem ryzyka wystąpienia zakrzepicy u dzieci z chorobą nowotworową jest leczenie L-asparaginazą
6. Rzadkie współistnienie trombofilii u dzieci z chorobą nowotworową jako dodatkowego czynnika ryzyka wskazuje, że badania w tym kierunku nie powinny być rutynowo wykonywane.
7. Zakrzepica u dzieci dobrze odpowiada na leczenie.



Dr hab. med.
ANNA KLUKOWSKA
specjalista chorób dziecięcych
onkolog i hematolog dzieci
819706