

Komentarz redakcyjny

prof. dr hab. n. med. Krzysztof Wrabec

Ośrodek Badawczo-Rozwojowy, Oddział Kardiologii, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny, Wrocław



Opisy przypadków rozwarstwienia aorty, podobnie jak zatorowości płucnej, są ostatnio częściej niż kiedyś kierowane do „mojego działu” jako typowe bądź nietypowe. Pisałem o tym już poprzednio w moich komentarzach, zastanawiając się, co to oznacza — czy częstsze występowanie, czy lepsze rozpoznawanie tych stanów chorobowych, wskazując (jestem o tym przekonany) na to drugie.

Obecnie znacznie zwiększyły się zarówno możliwości diagnostyczne, jak i terapeutyczne. Za moich młodych lat zator tętnicy płucnej, tętniak rozwarstwiający aorty, były niejako synonimami nagłego zgonu, będąc rozpoznawane z całą pewnością dopiero na stole sekcyjnym. Jedynym sposobem terapii, rzadko dostępnym na czas, było leczenie chirurgiczne. Konsekwencją tego do dziś jest „nawykowe” dążenie w każdym przypadku do przekazania chorego z rozwarstwieniem do ośrodka, w którym mógłby być leczony kardio-, torako- lub angiochirurgicznie. Jest to niewątpliwie nadal uzasadnione w tętniakach aorty wstępującej typu A, w których niekiedy samo „tylko” zamknięcie wrót rozwarstwienia może uratować życie i trwale pomóc choremu.

W przypadkach rozwarstwienia aorty piersiowej usiłuje się (na ogół po przeprowadzeniu na miejscu pełnej diagnostyki obrazowej, z angio-TK włącznie) przekazać chorego jak wyżej. Odbywa się to telefonicznie po przekazaniu badania

angio-TK. W wielu przypadkach dzwoniący spotyka się z odmową przyjęcia i zaleceniem leczenia zachowawczego, jako rokującego w danym przypadku lepiej niż zabiegowe. Nie jest to, jak nieraz myślą kierujący, pozbywanie się pacjenta, ale rada osoby bardziej doświadczonej. Leczenie zachowawcze, zwłaszcza przy przewlekłym rozwarstwieniu, naprawdę może pomóc. Ilustracją tego jest komentowany opis uwieńczonego sukcesem przypadku. Był on typowy ze względu na częstość rozwarstwień aorty, a szczególnie trudny ze względu na oporność na leczenie jego nadciśnienia (jak się okazało, w przebiegu pierwotnego hiperaldosteronizmu). A przecież normalizacja ciśnienia ma zasadnicze znaczenie w zachowawczym leczeniu tętniaków rozwarstwiających aorty piersiowej. Kto miał do czynienia z takimi chorymi, ten wie, że nawet inne niż spowodowane gruczolakami nadnercza nadciśnienie bywa bardzo trudne do uregulowania. Tak było zresztą i w przypadku opisanym przez Podgórskiego i wsp. Nawet po udanej (przeprowadzanej zapewne ze „strachem bożym”) epinefektomii w celu utrzymania prawidłowego ciśnienia pacjent wymagał terapii 4 lekami (w tym 40 mg quinalaprilu). Myślę, że przesłania tej pracy są oczywiste — szukajmy zawsze pierwotnego hiperaldosteronizmu (hipokaliemia!) gdy napotkamy bardzo odporne na leczenie nadciśnienie; pierwotny hiperaldosteronizm sprzyja rozwarstwieniom aorty; leczenie zachowawcze tętniaka rozwarstwiającego aorty zstępującej nie musi dla chorego oznaczać „wyroku skazującego”.

Konflikt interesów: nie zgłoszono