

## Komentarz redakcyjny

prof. dr hab. n. med. Krzysztof Wrabec

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



Komentowana praca jest pierwszą z zagranicy skierowaną do działu *Chorzy trudni typowi*, choć oczywiście nie pierwszą spoza Polski. Jest to kolejny dowód, że nasze pismo jest czytane również bardzo daleko i to nie tylko przez mieszkających w Izraelu czy Australii Polaków.

Jak wynika już z tytułu, przesłanką do opublikowania tego opisu przypadku – rozwarstwienia całej aorty, od wstępującej przez łuk do zstępującej – była nietypowa, brzuszna lokalizacja bólu. Tymczasem dla mnie, przyzwyczajonego, że tętniak rozwarstwiający jest chorobą o wielu manifestacjach, to akurat było czymś dość typowym.

Od początku mojej kariery zawodowej uczono mnie, żeby o tętniaku rozwarstwiający myśleć w przypadku typowych dla zawału serca bólów klatki piersiowej, podczas gdy wykonane badania tego rozpoznania nie potwierdzają. Później w podobnych przypadkach staraliśmy się szukać rozpoznania w ryzykowej, w wypadku rozwarstwienia, koronarografii, ewentualnie także w badaniu echokardiograficznym przezprzełykowym (TEE). Obecnie wiemy, że nie można niedoceniać wartości badania echokardiograficznego przezklatkowego (TTE), a przede wszystkim tomografii komputerowej (CT). Prawdopodobnie spowodowało to, że obecnie mamy do czynienia z prawdziwą falą tętniaków rozwarstwiających. Jestem przekonany, że chodzi tu przede wszystkim o coraz lepszą diagnostykę – już nawet na szpitalnych oddziałach ratunkowych. Operacje tętników rozwarstwiających, dawniej wykonywane przez kilka klinik kardiologicznych w Polsce, obecnie

są przeprowadzane na większości oddziałów kardiologicznych (we Wrocławiu na wszystkich), a chorych wymagających takich zabiegów jest sporo. W ubiegłym tygodniu w Wałbrzyskim Ośrodku Kardiologii Interwencyjnej mieliśmy 2 takie przypadki. Jeden chory, zupełnie podobny do opisanego w komentowanej pracy, został skutecznie zoperowany tą samą techniką, którą zastosowali autorzy komentowanej pracy (na „później” odłożono problem aorty piersiowej). Drugi chory, z rozwarstwieniem aorty piersiowej poniżej odejścia tętnicy podobojczykowej, nie mógł niestety ze względów anatomicznych być leczony kardiologicznie ani stentgraftem i szybko zmarł.

Operacje te są nadal jednymi z najcięższych i są obarczone bardzo wysoką śmiertelnością, tak jak i zastosowanie u tego typu chorych „leczenia” zachowawczego, a niekiedy nie pozostaje nic innego mimo najlepszej woli wszystkich.

Niniejsza praca jest trzecią ostatnio skierowaną do działu z opisem rozwarstwienia aorty, ostatnia z Instytutu Kardiologii [1] dotyczyła zakończonego letalnie rozwarstwienia wprawdzie typu A, ale z zawałem spowodowanym odwarstwieniem lewej tętnicy wieńcowej.

W dniu, w którym w Klinice Chirurgii Serca skutecznie zoperowano opisanego wyżej chorego, zoperowano też skutecznie jeszcze jednego z Jeleniej Góry. Tak wiele jest tego typu przypadków!

### Piśmiennictwo

1. Kotliński K, Dyk W, Wolski P. Ostre rozwarstwienie aorty wstępującej ze współistniejącym rozległym zawałem serca – trudny problem kliniczny i diagnostyczny. *Kardiol Pol* 2008; 66: 1309-11.