

Szanowna Redakcjo,

z zainteresowaniem zapoznałam się z opublikowanym w nr 2/2006 *Kardiologii Polskiej* doniesieniem Marianny Janion i wsp. pt. *Ostre rozwarstwienie aorty piersiowej u 34-letniej kobiety w 38. tygodniu ciąży* i pragnę wyrazić uznanie zarówno zespołowi kardiologów ze Świętokrzyskiego Centrum Kardiologii, jak i kardiochirurgów z Kliniki Chirurgii Serca, Naczyń i Transplantologii UJ.

Podczas lektury artykułu poszukiwałam wartości ciśnienia krwi, jakie stwierdzano u kobiety w okresie przed ciążą oraz w ostrym okresie choroby. Jednak poza informacją, że stosowano wlew z nitrogliceryny w celu obniżenia ciśnienia, danych liczbowych na ten temat w tekście doniesienia nie znalazłam. Z uwagi na fakt, że nadciśnienie tętnicze jest głównym czynnikiem ryzyka rozwarstwienia aorty u osób dorosłych (oczywiście w przypadkach, w których nie występuje zespół Marfana), interesujące byłoby poznanie tego aspektu w bardziej szczegółowym opisie [1]. Do tematu nadciśnienia jako wiodącego czynnika ryzyka rozwarstwienia aorty nie nawiązał również komentujący doniesienie prof. K. Wrabec.

Nadciśnienie tętnicze, głównie skurczowe, jest obecne w wywiadzie w 64–71% przypadków rozwarstwienia aorty [2]. Omawiając 1078 przypadków z *International Registry of Acute Aortic Dissection* (IRAD), Christoph A. Nienaber i wsp. [3] podają, że ciśnienie

krwi w całej grupie wynosiło: skurczowe 142 ± 43 mmHg i rozkurczowe 82 ± 23 mmHg. Autorzy podają, że jedynie 2 kobiety spośród 346 zarejestrowanych w IRAD doznały rozwarstwienia aorty w przebiegu ciąży, podkreślając rolę nadciśnienia jako głównego czynnika ryzyka. Cięża u kobiet z zespołem Marfana, w przypadkach gdy szerokość aorty nie przekracza 40 mm, zdaniem tych autorów przebiega pomyślnie. Oczywiście rozkład czynników ryzyka bywa bardzo zróżnicowany – w pechowych przypadkach czynnikiem prowokującym może być... kichnięcie, co opisali A. Baydin i wsp. [4], zaznaczając jednak, że zdarzyło się to u chorego z wcześniej rozpoznany nadciśnieniem tętniczym.

Piśmiennictwo

1. Erbel R, Alfonso F, Boileau C, et al. Diagnosis and management of aortic dissection. *Eur Heart J* 2001; 22: 1642-81.
2. Prisant LM, Nalamolu VR. Aortic dissection. *J Clin Hypertens* (Greenwich) 2005; 7: 367-71.
3. Nienaber CA, Fattori R, Mehta RH, et al. Gender-related differences in acute aortic dissection. *Circulation* 2004; 109: 3014-21.
4. Baydin A, Nural MS, Guven H, et al. Acute aortic dissection provoked by sneeze: a case report. *Emerg Med J* 2005; 22: 756-7.

Krystyna Knypl

specjalista European Society of Hypertension, NZOZ, Warszawa
e-mail: krystyna.knypl@compi.net.pl

Odpowiedź autora

Uprzejmie informuję, że ciśnienie tętnicze kobiety przed ciążą i w trakcie jej trwania, nie jest znane z uwagi na jej całkowity brak zainteresowania własnym zdrowiem. Kobieta ta ma liczne potomstwo, nie odczuwała dolegliwości podczas poprzednich ciąż, zatem nie uznała za stosowne pozostawać pod opieką ginekologiczno-położniczą.

W chwili przyjęcia do szpitala powiatowego na taśmę EKG odnotowano RR 70/0 i z uwagi na planowany szybki transport do naszego ośrodka nie prowadzono innej dokumentacji.

W chwili przyjęcia na OITK ciśnienie tętnicze wahało się w granicach 140/80–135/70 mmHg, a wlew nitrogliceryny i.v. zastosowano w celu obniżenia skurczowe-

go ciśnienia tętniczego do wartości 100–120 mmHg, co udało się uzyskać bez trudu.

W publikacji nie zwrócono uwagi na powyższe szczegóły, ponieważ w wywiadach nie znaleziono danych wskazujących na wysokie ciśnienie tętnicze jako czynnik sprawczy rozwarstwienia aorty u prezentowanej chorej.

Niezależnie od ww. faktów, uwagi autorki listu zostaną cennym uzupełnieniem naszych rozważań na temat tej nieczęsto występującej sytuacji klinicznej.

Marianna Janion

Świętokrzyskie Centrum Kardiologii, Kielce