

Komentarz

Jacek Pająk



Coraz częściej rzeczywistość przypomina nam, że kardiochirurdzy dziecięcy w swojej codziennej pracy muszą być przygotowani na niepełnoletnich pacjentów z „dorosłymi” problemami sercowo-naczyniowymi. Jednocześnie kardiochirurdzy osób dorosłych niemal każdego dnia mogą się zetknąć z dorosłym chorym z wrodzoną wadą serca nie zawsze po wcześniejszej korekcji. Opiswany przypadek to sztandarowy przykład takiej sytuacji. Ośrodek krakowski egzamin z gotowości i fachowości zdał celująco. Nietypowe dla wieku, rzadkie schorzenie zostało prawidłowo i szybko rozpoznane, zaś odpowiednie leczenie operacyjne z dobrym wynikiem zostało zastosowane w trybie pilnym. Serdeczne gratulacje!

Autorzy, zapewne limitowani przez redakcję czasopiśmiennictwa, starali się ograniczyć przekaz do minimum i w wywiadzie skupili się na stanie dziecka przy przyjęciu. Jako czytelnikowi nasunęły mi się pytania: kiedy zaczęły się dolegliwości, jaki miały charakter, czy były czymś bezpośrednio poprzedzone, kto pierwszy zbadał pacjenta, jaka była jego droga do ośrodka krakowskiego? Ze względu na rzadkość schorzenia warto by poznać odpowiedzi na te wątpliwości. Uzyskalibyśmy obraz działania i przygotowania merytorycznego naszej opieki zdrowotnej na podstawie nietypowego przypadku. Nie wiemy również, jaka była masa ciała i wzrost dziecka. Czy w chwili operacji był „nad wiek wyrosniętym” nastolatkiem, czy też drobnym chłopcem. Jeżeli był wówczas „dużym” nastolatkiem, warto by się zastanowić, czy w przyszłości, w podobnej sytuacji, nie byłoby korzystniej mimo wieku kierować takiego pacjenta do ośrodka kardiochirurgii dorosłych mającego znacznie większe doświadczenie w leczeniu tętniaków aorty.

Nieznane są szczegóły leczenia mającego miejsce miesiąc wcześniej odmiedniczkowego zapalenia nerek oraz leczenia atopowego zapalenia skóry. Brak tych, nie tak istotnych, informacji nie zmienia faktu, że w odpowiednim czasie wdrożono właściwe leczenie, dzięki czemu chory przeżył i ma się dobrze w chwili obecnej. Opisane dane kliniczne pacjenta (wcześniejsze odmiedniczkowe zapalenie nerek, leukocytoza, wysokie CRP) pozwalają domniemywać zapalne podłoże tętniaka, choć tętniaki o podłożu zapalnym częściej występują w odcinku brzusznej aorty niż piersiowej [1]. Z powodu braku bezpośrednich dowodów, że przyczyną był proces zapalny, bazujemy jedynie na domysłach. Wynik badania histopatologicznego wyciętego fragmentu aorty dałoby jaśniejszy obraz patomechanizmu zaistnienia schorzenia. Być może należałoby zatem przyjąć, że przyczyną jest nieznaną? W publikacji z ośrodka berneńskiego z 26 dzieci, które operowano z powodu tętniaka aorty, u 8 nie znaleziono przyczyny [2].

Przeprowadzono szybką i trafną diagnostykę. Chorego zoperowano bezzwłocznie. Aortę wstępującą zaopatrzone w sposób typowy. Wykonana plastyka zastawki aortalnej (postępowanie z wyboru w tej sytuacji) dała dobry efekt odległy.

Jeszcze raz serdecznie gratuluję zespołowi krakowskiemu fachowości i sprawności wykazanych w tak nietypowym przypadku.

Piśmiennictwo

1. Dhareshwar J, Estrera AL, Covinsky MH, Safi HJ. Inflammatory aneurysm of the ascending aorta. *Eur J Cardiothorac Surg* 2006; 30: 806-807.
2. Carrel T, Berdat P, Pavlovic M, Sukhanov S, Englberger L, Pfammatter JP. Surgery of the dilated aortic root and ascending aorta in pediatric patients: techniques and results. *Eur J Cardiothorac Surg* 2003; 24: 249-254.