

Komentarz

dr n. med. Kazimierz Widenka
Oddział Kardiochirurgii Szpitala Wojewódzkiego nr 2 w Rzeszowie



Wśród głównych przyczyn ostrego rozwarstwienia aorty, oprócz nadciśnienia tętniczego, wrodzonych chorób tkanki łącznej oraz miażdżycy, wymienić należy czynnik jatrogenny. Cewnikowanie serca, kaniulacja aorty i tętnic obwodowych, klemowanie aorty, zabiegi na aorcie (wymiana zastawki aortalnej, pomostowanie aortalno-wieńcowe)

i wreszcie balon wewnątrzaoortalny wymieniane są jako najczęstsze przyczyny.

Chociaż wyniki chirurgicznego leczenia ostrego rozwarstwienia aorty uległy znacznej poprawie na przestrzeni ostatnich lat, śmiertelność po operacjach naprawy aorty dla tego schorzenia wynosi w większości ośrodków od 10 do 20%.

Zgodnie z międzynarodowym rejestrem przypadków ostrego rozwarstwienia aorty, do niezależnych czynników ryzyka śmierci należą: wcześniejsza wymiana zastawki aortalnej, niedociśnienie jako objaw rozwarstwienia, migrujący ból w klatce piersiowej, wstrząs, tamponada serca oraz niedokrwienie kończyn dolnych [1]. Istotnym czynnikiem jest również wiek operowanych chorych, a śmiertelność

Adres do korespondencji: Oddział Kardiochirurgii Szpitala Wojewódzkiego nr 2, ul. Lwowska 60, 36-301 Rzeszów, tel. +48 17 866 48 25, faks +48 17 866 48 23, e-mail: kardiochirurgia@szpital2.rzeszow.pl

w grupie pacjentów powyżej 80. r.ż. dochodzi do 56,2% [2]. Stosunkowo często dyssekcje aorty poprzedzały wcześniejsze operacje kardiochirurgiczne (17,2%, w tym: wymiana zastawki aortalnej – 4,4%, pomostowanie aortalno-wieńcowe – 6,3%, chirurgia aorty – 5%, chirurgia zastawki mitralnej – 0,4%). U 5,8% pacjentów jako przyczynę rozwarstwienia wskazano powikłanie jatrogenne.

Postępowaniem z wyboru w przypadku wystąpienia ostrego rozwarstwienia aorty jest natychmiastowa operacja kardiochirurgiczna wymiany aorty wstępującej. Odroczenie operacji poprawia wyniki operacyjne, ale tylko ze względu na selekcję naturalną spowodowaną śmiertelnością w grupie pacjentów leczonych zachowawczo. Teoria mijają się jednakże z praktyką, gdyż, zgodnie z wcześniej wspomnianym rejestrem, 18,7% pacjentów leczonych było właśnie zachowawczo z powodu zaawansowanego wieku (23,5%), chorób towarzyszących (66,3%) lub braku zgody pacjenta na leczenie chirurgiczne (18,4%).

W komentowanej pracy autorzy zajęli się grupą szczególnie trudną, a mianowicie chorych po uprzednich operacjach pomostowania aortalno-wieńcowego. Przypadek pierwszy różni się od pozostałych tym, że zaklasyfikować go można jako powikłanie jatrogenne. W rzadkich przypadkach, kiedy rozwarstwienie występuje śródoperacyjnie, rozpoznanie stawia się na podstawie charakterystycznego wyglądu aorty wstępującej i różnicy ciśnień na tętnicach kończyn górnych i dolnych, a często rozwarstwienie aorty sugerować może zgłaszane przez perfuzjonistę gwałtownie narastające ciśnienie na kaniuli aortalnej, które w przypadku *re-entry* w dystalnym odcinku aorty ulega szybkiej normalizacji. Postępowaniem z wyboru wydaje się być wtedy natychmiastowa wymiana aorty wstępującej, obciążona wysokim ryzykiem operacyjnym spowodowanym powtórным zaklepowaniem aorty i długim okresem niedokrwienia serca, krwawieniem pooperacyjnym związanym z długim czasem krążenia pozaustrojowego i głęboką hipotermią oraz

ryzykiem powikłań narządowych spowodowanych malperfuzją w wyniku rozwarstwienia aorty.

W przypadku dyssekcji aorty występującej w kilka dni po operacji kardiochirurgicznej objawy nie różnią się od typowych dla ostrego rozwarstwienia aorty: ból w klatce piersiowej wymagający diagnostyki różnicowej, różnica ciśnień na kończynach, udar mózgu, niedokrwienie kończyn, ostra niewydolność nerek jako wynik malperfuzji obwodowej, wstrząs spowodowany krwawieniem lub tamponadą, niedomykalność aortalna, objawy uciskowe, takie jak zespół żyły głównej górnej itd. W mojej ocenie, decyzja o operacji w przypadkach podostrych i przewlekłych po operacjach kardiochirurgicznych powinna być podejmowana indywidualnie i powinna uwzględniać ryzyko operacyjne. Leczenie operacyjne ostrego rozwarstwienia u pacjentów w wieku 80–84 lata niesie ze sobą 45,5-procentowe ryzyko śmierci, a u pacjentów powyżej 85. r.ż. ryzyko wzrasta do 50%. Te dane nie powinny jednoznacznie dyskwalifikować pacjentów od leczenia operacyjnego, jednakże leczenie zachowawcze w pewnych przypadkach (pacjenci starsi, obciążeni i niewydolni narządowo) wydaje się medycznie i etycznie uzasadnione. Zaprezentowane przez autorów przypadki i wyniki leczenia operacyjnego ze 100-procentową przeżywalnością są godne podkreślenia, będą jednakże trudne do uzyskania na większej grupie chorych.

Piśmiennictwo

1. Trimarchi S, Nienaber CA, Rampoldi V, Myrmet T, Suzuki T, Mehta RH, Bossone E, Cooper JV, Smith DE, Menicanti L, Frigiola A, Oh JK, Deeb MG, Isselbacher EM, Eagle KA; International Registry of Acute Aortic Dissection Investigators. Contemporary results of surgery in acute type A aortic dissection: The International Registry of Acute Aortic Dissection experience. *J Thorac Cardiovasc Surg* 2005; 129: 112-122.
2. Chavanon O, Costache V, Bach V, Kétata A, Durand M, Hacini R, Thony F, Blin D. Preoperative predictive factors for mortality in acute type A aortic dissection: an institutional report on 217 consecutive cases. *Interact Cardiovasc Thorac Surg* 2007; 6: 43-46.