
ANNALES
UNIVERSITATIS MARIAE CURIE-SKŁODOWSKA
LUBLIN - POLONIA

VOL.LIX, SUPPL. XIV, 63

SECTIO D

2004

Zakład Pielęgniarstwa Psychiatrycznego, Wydział Opieki i Oświaty Zdrowotnej Śląskiej Akademii Medycznej *

Department of Psychiatric Nursing Faculty of Didactics and Health Care of the Medical University of Silesia*,

Klinika Chirurgii GCM ŚAM Katowice-Ochojec**

Clinic of the Surgery GCM ŚAM Katowice – Ochojec**

Zakład Pielęgniarstwa Internistycznego Wydział Opieki i Oświaty Zdrowotnej Śląskiej Akademii Medycznej***

Department of Medical Ward Nursing Faculty of Didactics and Health Care of the Medical University of Silesia****

Zakład Anestezjologii i Intensywnej Opieki Pielęgniarskiej, Wydział Opieki i Oświaty Zdrowotnej Śląskiej Akademii Medycznej*****

Department of Anaesthesiology and Nursing-Intensive Care Faculty of Didactics and Health Care of the Medical University of Silesia*****

CIEŚLIK ALEKSANDRA*, MIERZWA ELŻBIETA**,
WŁODARCZYK IWONA***, GÓJ KATARZYNA***

Stratifying aneurisms of aorta – clinical painting and occurrence

Rozwarstwiające tętniaki aorty – obraz kliniczny i występowanie

Po raz pierwszy rozwarstwienie aorty zostało opisane przez Ferneliusa w 1542 roku. Morgagni w 1769 roku przedstawił zmiany anatomiczne i patologiczne, a termin tętniak rozwarstwiający aorty został wprowadzony przez Leannec'a w 1819 roku. Ta jedna z najniebezpieczniejszych dla chorego patologia aorty powstaje w wyniku pęknięcia jej błony wewnętrznej, co prowadzi do rozwarstwienia błony środkowej przez prąd krwi. Wśród czynników etiologicznych wymienić można: nadciśnienie tętnicze krwi, choroby tkanki łącznej (Zespół Marfana, lub Ehlers-Danlosa), przyczyny jatrogenne (jako powikłanie cewnikowania serca lub operacji kardiochirurgicznych), wada wrodzona cieśni aorty i lewego ujścia tętniczego i inne przyczyny jak: stany pozapalne aorty spowodowane przez kiłę, kolagenozy, infekcje grzybicze czy urazy mechaniczne.

Rozwarstwienie trwające poniżej 14 dni od wystąpienia pierwszych objawów określamy jako ostre, trwające powyżej 14 dni jako przewlekłe. Najstarsza klasyfikacja De Bakeya (1965) uwzględnia trzy typy rozwarstwienia:

- typ I: rozwarstwienie i uszkodzenie błony wewnętrznej rozpoczyna się w aorcie wstępującej i rozszerza się obwodowo, obejmując łuk i aortę piersiową, a często aortę brzuszną;
- typ II: rozwarstwienie ogranicza się do aorty wstępującej, jednak zwykle rozdarcie błony wewnętrznej następuje tuż nad zastawką aorty, często obejmuje ujścia naczyń wieńcowych i towarzyszy mu niedomykalność zastawek półksiężycowatych;

- typ III: rozwarstwienie rozpoczyna się w aorcie zstępującej, tuż po odejściu lewej tętnicy podobojczykowej i rozszerza się obwodowo, chociaż zwykle ogranicza się do aorty piersiowej.

Dailey i Shumway z Uniwersytetu Stanford zaproponowali w 1970r. bardziej przejrzysty podział ostrego rozwarstwienia aorty – wyróżnia on:

- typ A: wrota rozwarstwienia umiejscowione są w aorcie wstępującej;
- typ B: rozwarstwienie dotyczy aorty zstępującej.

Grupa A obejmuje 70% wszystkich przypadków rozwarstwienia, a grupa B jedynie 30%.⁽⁵⁾

Celem pracy było uzyskanie odpowiedzi na następujące pytania:

1. Jak przedstawia się wiek i płeć chorych przyjętych z powodu ostrego rozwarstwienia aorty?
2. Jakie są objawy zgłaszane przez chorych, czy mogą sugerować rozpoznanie?
3. Jakie choroby mogą usposabiać do wystąpienia rozwarstwienia?
4. Jakie są najbardziej wiarygodne badania diagnostyczne potwierdzające rozpoznanie?
5. Jaki typ rozwarstwienia przeważ wśród chorych przyjętych i leczonych z powodu tętniaka rozwarstwiającego aorty?
6. Jakie powikłania najczęściej towarzyszą ostremu rozwarstwieniu aorty?

MATERIAŁ I METODA BADAWCZA

Pracę badawczą oparto na analizie dokumentacji medycznej. Analizie poddano 30 historii chorób chorych leczonych z powodu ostrego rozwarstwienia aorty w I Klinice Kardiologii Górnośląskiego Centrum Medycznego Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach-Ochojcu, w okresie od stycznia 2000 do października 2001 roku. W badanej grupie chorych znalazło się 7 kobiet i 23 mężczyzn.

WYNIKI

W badanej grupie chorych z ostrym rozwarstwieniem aorty znalazło się 7 kobiet, co stanowi 23% ogółu i 23 mężczyzn, co stanowi 77% ogółu chorych. Wiek badanej grupy wahał się od 22 do 70 lat (średnia wieku 48,25). Wiek kobiet wahał się od 49 do 70 lat, zaś mężczyzn od 22 do 66 lat. Średni wiek chorych wynosił 61,4 – dla kobiet i 44,2 dla mężczyzn.

Spośród chorych przyjętych w celu operacyjnego leczenia ostrego rozwarstwienia aorty 93% stanowią chorzy przyjęci w trybie nagłym, a 7% to chorzy przyjęci w trybie planowym.

Z badań wynika, że u 13 chorych (44%) pierwszym objawem choroby był ból w okolicy klatki piersiowej zwykle promieniujący do rąk lub żuchwy. U 8 chorych (27%) wystąpiło nagle zasłabnięcie związane z wysiłkiem fizycznym, także u 8 chorych początek choroby nie manifestował się żadnymi charakterystycznymi symptomami. Ogólne osłabienie i niską tolerancję wysiłku zgłaszało 4 chorych (13%), zaś ból w okolicy międzyłopatkowej był pierwszym objawem u 2 chorych (6%). Tylko 1 chory (3%) skarżył się na ból umiejscowiony w jamie brzusznej.

Najczęściej wykonywanym badaniem, którego wynik był zasadniczym dla rozpoznania ostrego rozwarstwienia aorty, była tomografia komputerowa – 20 chorych (67%). Echokardiografia przezklatkowa bądź przezprzelykowa wystarczyła do postawienia rozpoznania łącznie u 18 chorych (60%), natomiast ortografię trzeba było wykonać u 3 chorych (10%).

Rozpoznanie ostrego rozwarstwienia aorty zostało potwierdzone rentgenem klatki piersiowej u 1 osoby (3%).

Z naszych badań wynika, że typ A rozwarstwienia wg Stanford, stwierdzono u 23 chorych (77%), a typ B u 7 chorych (23%).

Typ I rozwarstwienia wg DeBakeya rozpoznano u 6 chorych (20%), typ II u 17 chorych (57%), zaś typ III rozwarstwienia u 7 chorych (23%).

Z analizy danych wynika także, iż wielu chorych obciążonych było dodatkowo innymi schorzeniami. Najczęściej występowało nadciśnienie tętnicze – u 13 chorych (43%), choroba wieńcowa występowała u 4 mężczyzn i 2 kobiet (łącznie 20%). Wadę zastawki aortalnej rozpoznano wcześniej u 5 chorych (17%), zaś choroby nerek u 3 chorych (10%). Dwoch chorych (6%) przeżyło wcześniej zawał mięśnia sercowego, a z powodu choroby wrzodowej żołądka lub dwunastnicy leczyło się wcześniej 2 chorych (6%).

Lokalizację pierwotnych wrót rozwarstwienia błony wewnętrznej stwierdzono bądź na podstawie badań diagnostycznych bądź śródoperacyjnie. U 20 chorych (68%) pierwotne pęknięcie błony wewnętrznej wystąpiło w aorcie wstępującej, u 6 chorych (20%) w aorcie zstępującej, zaś u 2 chorych (6%) w łuku aorty. U 2 chorych (6%) nie udało się ostatecznie określić lokalizacji wrót rozwarstwienia.

Z badań wynika, że chorobami mogącymi usposabiać do wystąpienia rozwarstwienia aorty były: nadciśnienie tętnicze u 11 osób (37%), uraz klatki piersiowej u 5 chorych (17%), nabyta wada zastawki aortalnej u 4 chorych (13%) oraz stenoza cieśni aorty u 1 osoby (3%). U 9 pacjentów (30%) nie stwierdzono uchwytnej przyczyny mogącej usposabiać do wystąpienia tej choroby. Te wartości nie są zgodne z podanymi wyżej (choroby współistniejące), lecz jeśli tam wśród chorób współistniejących np. nadciśnienie tętnicze stwierdzono 13 razy, to tutaj za przyczynę rozwarstwienia zostało uznane tylko 11-krotnie – u dwóch chorych uznano, że inny powód był bardziej prawdopodobny.

U 18 chorych wystąpiły powikłania ostrego rozwarstwienia już w momencie przyjęcia do szpitala. Dotyczyły one: w 9 przypadkach (30%) niedomykalności zastawki aortalnej, w 3 przypadkach (10%) niedokrwienia kończyn dolnych, w 1 przypadku (3%) tamponady osierdzia. U 3 chorych (10%) wystąpiła jednocześnie niedomykalność zastawki aortalnej i niedokrwienie kończyn dolnych, z kolei niedokrwienie kończyn dolnych wraz z niedokrwieniem nerek wystąpiło u 1 chorego (3%). Rozwarstwienie tętnicy kręzkowej i niedokrwienie nerek wystąpiło także u jednego chorego (3%). U 12 chorych w momencie przyjęcia do szpitala nie wystąpiły żadne powikłania związane z rozwarstwieniem aorty.

W zależności od miejsca pęknięcia ściany aorty, typu rozwarstwienia i stanu zastawek półksiężycowatych aorty stosowano różne techniki operacyjne. Protezę naczyniową aorty wstępującej wraz ze sztuczną zastawką aortalną zastosowano u 13 chorych (43%), u 7 operowanych (23%) wystarczyło tylko wszycie protezy do aorty wstępującej. Protezowanie aorty zstępującej zastosowano u 10 chorych (34%).

Operację przeprowadzono z zastosowaniem krążenia pozaustrojowego pozaustrojowego 22 osób (73%), natomiast bez krążenia pozaustrojowego pozaustrojowego 8 chorych (27%). Hipotermię ogólną w trakcie trwania operacji zastosowano u 24 chorych (80%), w tym: hipotermię głęboką u 6 chorych (20%), umiarkowaną u 14 chorych (tj. 47%), zaś hipotermię płytką zastosowano w 4 przypadkach (13%).

Z analizy danych wynika, że u wszystkich chorych (100%) przed operacją założony był cewnik do pęcherza moczowego i sonda żołądkowa. Respiratoterapię w okresie pooperacyjnym stosowano u 28 chorych (93%), którzy przeżyli zabieg operacyjny, tak samo jak drenaż klatki piersiowej. Założenia rurki tracheostomijnej wymagało 3 chorych (10%), zaś balonu do kontrapulsacji wewnątrzaoortalnej 4 chorych (13%).

W śródoperacyjnej profilaktyce zakażeń szpitalnych u 22 chorych (73%) stosowano mandol, u 5 (17%) kefzol, a u 3 chorych (10%) gentamycynę.

Najczęściej występującym powikłaniem po operacji ostrego rozwarstwienia aorty była niewydolność oddechowa – wystąpiła ona u 7 chorych (23%). Pozostałe powikłania to: zaburzenia rytmu serca- 4 chorych (13%), powikłania neurologiczne – 4 chorych (13%), ostra niewydolność nerek – 2 chorych (7%) i infekcja miejscowa u 2 pacjentów (7%). U 13 chorych (44%) przebieg pooperacyjny był bez powikłań.

Z badań wynika, że wszyscy chorzy, którzy przeżyli zabieg operacyjny, wymagali po operacji zastosowania respiratora na różny okres czasu. U 19 chorych (63%) był to okres czasu do 24 godzin, u 6 chorych (20%) – od 1 do 5 dni. Tylko 3 pacjentów (10%) wymagało stosowania respiratora dłużej niż 5 dni.

W badanej grupie chorych zanotowano 7 zgonów (23%). Przyczynami śmierci były: niewydolność krążenia – u 2 chorych (29%), wstrząs kardiogeny u 1 osoby, niewydolność wielonarządowa – u 1 chorego i masywne krwawienie także u 1 chorego. W czasie trwania zabiegu operacyjnego zmarło 2 mężczyzn.

OMÓWIENIE WYNIKÓW I DYSKUSJA

Ostre rozwarstwienie aorty ma dość charakterystyczny obraz kliniczny, zwykle gwałtowny przebieg, a leczenie operacyjne nadal łączy się z wysoką śmiertelnością szpitalną i komplikacjami w okresie pooperacyjnym. Wyniki niniejszej pracy oraz ich porównanie z wynikami innych autorów potwierdzają te spostrzeżenia.

W badanej grupie chorych przyjętych z powodu ostrego rozwarstwienia aorty i leczonych w I Klinice Kardiologii znalazło się 7 kobiet (23%) i 23 mężczyzn (77%). Zbliżone wyniki uzyskali Anisimowicz i wsp.(1) i Kabat i wsp.(3) Wiek chorych wynosił średnio 48,2 lat, podczas gdy u Kapelaka i wsp.(4) było to 47,9lat. Według Religi(6) większość chorych z rozpoznaniem tętniakiem rozwarstwiającym aorty jest w wieku 50-70 lat z przewagą 3:1 mężczyzn w stosunku do kobiet. Potwierdza to także analiza własna.

Wśród objawów zgłaszanych przez chorych najczęściej pojawiał się ból w okolicy klatki piersiowej (44%) i nagłe zasłabnięcie (27%). Wyniki te różnią się od obserwacji Kabata i wsp.(3), w których ból w okolicy klatki piersiowej występował w 91% przypadków, a nagłe zasłabnięcie tylko u 13% chorych.

Typ rozwarstwienia może przesądzić o sposobie leczenia i rokowaniu. W badanej grupie chorych typ A stwierdzono u 77% chorych, a typ B rozwarstwienia u 23% chorych. Wynik ten jest zbliżony do badań Anisimowicza i wsp.(1), wg których typ A rozwarstwienia wystąpił u 65% chorych, a typ B u 35%.

Z możliwością wystąpienia ostrego rozwarstwienia aorty wiąże się obecność pewnych chorób współistniejących. Najczęściej w badanej grupie występowało nadciśnienie tętnicze – 43% chorych, często towarzyszyła im także nabyta wada lewego ujścia tętniczego – 17%. Dane te zbliżone są do obserwacji Dziadkowiaka i wsp.(2) – nadciśnienie tętnicze towarzyszyło ostremu rozwarstwieniu w 40% przypadków, a wada zastawki aortalnej występowała u 23% chorych.

W badanej naszej grupie chorych nie znalazł się żaden chory z zespołem Marfana (może nasz materiał jest zbyt mały), natomiast wg literatury, częstość rozpoznawanych przypadków zespołu Marfana u chorych przyjmowanych z ostrym rozwarstwieniem aorty wynosi od 3 do 25%.

Wśród powikłań rozwarstwienia aorty najczęściej obserwowano ostrą niedomykalność zastawki aorty – łącznie u 40% chorych. Inne powikłania to: niedokrwienie kończyn, tamponada osierdzia, ostre niedokrwienie nerek. Kabat i wsp.(3) w swoich badaniach najczęściej obserwowali ostrą niedomykalność aortalną (50%), tamponadę osierdzia (38%) i obrzęk płuc (15%).

Śmiertelność śród- i pooperacyjna była w badanej grupie chorych wysoka, wynosiła 23% i pokrywała się z obserwacjami Dziadkowiaka i wsp.(2)- u których wynosiła także 23%. Wśród przyczyn śmiertelności najczęściej wystąpiła niewydolność krążenia (29%), niewydolność wielonarządowa i wstrząs kardiogeny. Dwóch chorych zmarło w czasie zabiegu operacyjnego. Dla porównania z badań Kapelaka i wsp.(4) wynika, że najczęstszą przyczyną zgonu było masywne krwawienie (35% chorych), zaburzenia neurologiczne (16%) i zespół małego rzutu (14%). Pięciu chorych zmarło w czasie zabiegu operacyjnego, co stanowiło 10% ogółu operowanych.

WNIOSKI

1. Wśród chorych przyjętych i operowanych z powodu tętniaka rozwarstwiającego aorty przeważają mężczyźni 3:1 w stosunku do kobiet. Większość chorych była w wieku 59-70 lat.
2. Najczęściej zgłaszanym objawem przez chorych był ból w okolicy klatki piersiowej. Często były także nagłe omdlenia i niska tolerancja wysiłku.
3. Najczęściej rozpoznanie tętniaka rozwarstwiającego aorty potwierdzane było przez tomografię komputerową, a także echokardiografię zarówno przezklatkową jak i przez-przełykową.
4. U zdecydowanej większości chorych wykrywany jest typ A rozwarstwienia wg Stanford i typ II wg DeBakeya.
5. U większości chorych już w momencie przyjęcia do szpitala wystąpiły powikłania. Najczęściej dotyczyły one dysfunkcji zastawki aortalnej i niedokrwienia kończyn dolnych.
6. Tętniak aorty pozostaje nadal bardzo groźną chorobą obarczoną dużą śmiertelnością mimo leczenia.

PIŚMIENICTWO U AUTORÓW

STRESZCZENIE

Celem pracy było przedstawienie obrazu klinicznego i występowania ostrego rozwarstwienia aorty. Przeanalizowano historie chorób 7 kobiet i 23 mężczyzn.

Większość chorych przyjęta była w trybie pilnym, wszyscy byli leczeni operacyjnie. Rozpoznanie ostrego rozwarstwienia aorty potwierdzano przez tomografię komputerową, echokardiografię i aortografię. Większość chorych obciążona była chorobami współistniejącymi. Najczęściej powikłania pooperacyjne dotyczyły niedomogi układu oddechowego i nerek.

SUMMARY

Aim of work performance of clinical painting and occurrences of sharp stratification of aorta. Histories of diseases of 7 women and 23 men were analysed.

Ill receive most was in urgent mode, everybody they were treatment surgical. Recognition of sharp stratification of aorta was confirmed through computer scan, echocardiography and aortography. Ill burdened most was co-existent diseases. Often surgical complications concerned insufficiencies of respiratory arrangement and kidneys.