

Diagnostické úskalia disekcie aorty

Pracovisko: **ÚDZS Bratislava**
pobočka Prešov

Autor:
MUDr. Jana Hudáčková

- 45-ročný pacient, vysoko rizikový, nedostatočne liečený hypertonik zo subjektívnych príčin, s poruchou metabolizmu tukov, liečený Valsacorom + atorvastatínom, posledné 2 roky lieky neužíval, kontroly TK sporadicky
- sledovaný urológom pre obličkové kamene, (litotripsia r. 2000), recidivujúce renálne koliky
- po ťažkej kranioocerebrálnej traume s následným operatívnym riešením na neurochirurgickej klinike r. 1991 - následne v liečbe antiepileptiká - Sanepil

- stav po kompresívnej zlomenine tela stavca r. 1996 Sanepil vysadený (pacient už bez epi – záchvatov)
- r. 2008 GIT vyšetrenie – cholecystolithiasis, hepatopathia – pri kolike plánovať chirurgické riešenie, v liečbe hepatoprotektíva
- posledné vyšetrenie v ambulancii všeobecného lekára bolo 3.8.2010 - TK 170/90 torr, ukončenie PN pre urologickú dg. (CT obličiek – nefrolithiasis l. sin., ureterolithiasis l. sin.)

- RA: otec zomrel ako 30 ročný (príčina neznáma)
- matka zomrela ako 60 ročná na IM
- manželka zomrela pred piatimi rokmi po pôrode najmladšieho dieťaťa
(príčina smrti v dokumentácii neuvedená)

- pacient bol pre bolesti v LS chrbtici, ráno medzi 7,00 až 7,10 hod. v ambulancii všeobecného lekára (všeobecný lekár ešte nebol prítomný – ordinoval až od 7,30 h) pacient odmietol čakať, rozhodol sa pre vyšetrenie u urológa, kde bol v dispenzári - mal pocit recidívy renálnej koliky
- urologické vyšetrenie –USG obličiek a RTG svedčí pre nefrolithiázu, susp. ureterolithiázu vľavo – bola indikovaná spasmooanalgetická th. a bol objednaný na i. v. urografiu

- opakovaná návšteva v ambulancii všeobecného lekára bola v popoludňajších hodinách pre pretrvávanie silných bolestí chrbta (lekár nebol prítomný pre účasť na odbornom seminári)
- pacient bol indikovaný zdravotnou sestrou k návšteve LSPP (všeobecný lekár nebol kontaktovaný)
- vyšetrenie na LSPP pre identické ťažkosti - dg. vertebrogénny algický sy., TK: 170/90 torr
- pulzová frekvencia 72/min., abdomen palpačne nebolestivý

- pacienti boli podaná analgetická liečba, doporučená aj perorálna, na užívanie doma
- po aplikácii analgetika nastala mierna úľava, pacient bol odoslaný na neurologické vyšetrenie v rámci ÚPS
- neurologicky stav bol zhodnotený: lumbálny sy., bez radikulárnej symptomatológie, bez známk akútnosti
- podaná analgetická th. doporučené užívať Almiral, Mabron, Dorsiflex

- k pacientovi privolaná RZP ZZS vo večerných hodinách o 20,35 hod. pre silné bolesti v krížoch
- zistená akcelerovaná hypertenzia 250/130 torr
- fyzikálne vyšetrenie bez pozoruhodností, pacient opakovane vyšetrený na LSPP, vyslovené podozrenie na možnú disekciu aorty, pacient odoslaný na JIS interné odd.
- podaný Tensiomin 25 mg, MgSO₄ 1 amp., Ketonal 1 amp.
- mierna úľava po analgetickej liečbe, trvá ťažká hypertenzia 250/130 torr

- pacient bol privezený na internú príjmovú ambulanciu, TK 256/152 - pre podozrenie na disekciu Ao bola indikovaná liečba: Ebrantyl, Kanavit, Pamba, Dicynone, Vasocardin, Dolsin
- pacient bol odoslaný okamžite na CT angiografické vyšetrenie
- CT nález : disekcia aorty prakticky v celom priebehu od odstupu po bifurkáciu
- následne bol stav pacienta konzultovaný s kardiochirurgickým oddelením VÚSCH

- pacient bol následne privezený pre disekujúcu aneuryzmu aorty typu A s hemoperikardom
- bol realizovaný emergentný operačný zákrok: náhrada ascendentnej Ao a Ao chlopne kompozitným graftom (sec. Bental de Bono + CABG) – operačný výkon bol prolongovaný
- nasledoval pokus o odpojenie od mimotelového obehu
- pacient bol v kritickom stave preložený na KAIM VÚSCH - th. vysoká vazopresorická a inotropná , TK: 40/20 torr

- na KAIM pokračovali v kardiopulmonálnej resuscitácii
- KPCR bola neúspešná – asystólia,
- nemerateľný TK – EXITUS LAETALIS
- pitva u pacienta nebola realizovaná

Záver

Smutný a tragický akútny priebeh potvrdzuje literárnu a klinickú skúsenosť o zákernosti disekcie aorty. Anamnéza a diagnostika tohto ochorenia býva maskovaná atypickým priebehom a variabilitou klinického obrazu.

- priebeh ochorenia maskovala dlhodobá nefrolithiáza
- tragický priebeh ochorenia svedčí aj o stupni zdravotného uvedomenia populácie
- pacient s vysokým kardiovaskulárnym rizikom
- ovplyvniteľné rizikové faktory -a. hypertenzia, obezita, dyslipidémia
- neovplyvniteľné r. f. - predčasné úmrtie matky na IM, úmrtie otca v mladom veku (príčina neznáma)

Poučenie

- náhla, prudká, šokujúca bolesť, nereagujúca na analgetiká
- potreba monitorovať TK (v 90 % je prítomná hypertenzia)
- RTG P+C (rozšírenie tieňa horného mediastína)
- echokardiografia, aortografia, CT, MRI
- je potrebné zvýšiť účinnosť preventívnych opatrení v populácii

- mapovať rizikový profil v rodine (deti) s pozitívnou rodinnou anamnézou
- th. disekcie Ao je do stanovenia konečnej diagnózy konzervatívna (antihypertenzíva, lieky na zníženie kontraktility myokardu)
- disekcia Ao typu A –začína na ascendentnej Ao s prípadným postupom na jej ďalšie úseky

- patrí medzi najzávažnejšie ochorenia KVS, do 48 hod. od vzniku prvých príznakov zomiera 50 % pacientov, do jedného mesiaca až 90 %
- operačná mortalita pri disekcii vzostupnej Ao –je 60 %
- operácie na zostupnej Ao v 10 – 30 % bývajú paraplégie (následkom ischemického postihnutia miechy)
- 50 % operovaných pacientov preživa 5 rokov

Skupina, vykonávajúca dohľad nezistila u dohliadaných subjektov v rámci predmetu dohľadu nedostatky, nedošlo k porušeniu §4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov a ani k porušeniu iných právnych predpisov.

**ĎAKUJEM
ZA POZORNOSŤ!**

