

SYMPTOM DOBY – ZÁMĚNA DIAGNÓZY AORTÁLNÍ STENÓZY A KORONÁRNÍ TEPENNÉ NEMOCI

prof. MUDr. Roman Čerbák, CSc.

Centrum kardiovaskulární a transplantační chirurgie v Brně

Aortální stenóza patří dnes mezi nejčastější chlopenní vady. Je to důsledek stárnutí populace s častějším výskytem degenerativních změn. Zvláště častá je aortální kalcifikovaná aortální stenóza nemocných staršího věku, která má určitou etiopatogenetickou souvislost s koronární tepennou nemocí. Má také podobné příznaky. Z důvodu mnohem frekventnější ischemické choroby srdeční lékaři častěji myslí na koronární tepennou nemoc a aortální stenózu přehlížejí. Tento omyl může mít tragické důsledky pro nemocného.

Člověk dnešní doby je zaplaven informacemi. Hrnou se na něho ze všech stran: tisk, rozhlas, televize a v případě lékaře i při řadě odborných akcí, přednášek, sympozii, sjezdů i kongresů a publikací v nepřeberném množství tuzemských i zahraničních časopisů. Při tom množství nových poznatků se nezdá, že lidský mozek, jeho vlastní počítač nulté a doposud nepřekonané generace, je zahlcen a začíná pracovat na úsporný provoz stavu nouze. Přemýšlí, kde na provozu ušetřit.

Tímto úvodním odstavcem bych rád uvedl článek o možné záměně diagnózy aortální stenózy a koronární tepenné nemoci. Praktický lékař (samozřejmě se to netýká jen jeho) zaplaven informacemi, pacienty a prací čistě byrokratickou, přemýšlí, kde by mohl ušetřit čas. Tak, aby to nebolelo.

Přichází nemocný, který líčí typické stenokardie. Diagnóza pro lékaře je prima vista jasná: koronární tepenná nemoc. Prvním klíčovým okamžikem, který může rozhodnout o dalším osudu nemocného, je anamnéza. Na té je možné ušetřit čas především: proč se ptát na předchorobí, dřívější nálezy, jiné obtíže; věc je přece jasná. V současném boomu koronární tepenné nemoci, v době úspěchů farmakologické léčby i revaskularizace jak intervenční, tak i chirurgické, nač ztrácet čas?

Praktický lékař také samozřejmě ví, že i klinické vyšetření nemocného může přinést důležité informace, ale zdaleka ne adekvátní času, které podrobné vyšetření nemocného vyžaduje: pacient se musí svléknout (!), je nutné podívat se na zornice, jsou-li izokorické, sklery bledé a spojivky prokrvené. Je jazyk vlhký a štitná žláza nezvětšená? Není náhodou nad arteria carotis systolický šelest budící podezření na stenózu krkavice? Nezbytné je vyšetření plic a srdce, ozev či šelestů, jejich specifikace a lokalizace. A vyšetření břicha: nejsou zvětšená játra, slezina, není ascites? Dolní končetiny jsou bez otoků, periferní pulzace jsou hmatné, nejsou přítomné varixy ani známky tromboflebitidy. A to ještě nesmíme zapomenout na změření krevního tlaku a pacient se může obléci.

Tak to všechno ušetříme.

Co však ztrácíme? Je-li prvotní diagnóza správná, neztrácíme nic. Je-li však chybná, ztrácíme mnoho, někdy i nemocného. Stejně příznaky jako koronární tepenná nemoc má také aortální chlopenní stenóza, která také často bývá koronární tepennou nemocí provázána (1).

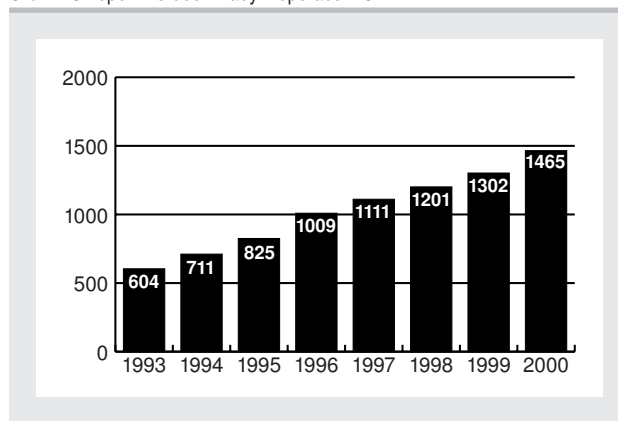
Obě srdeční choroby se stejnými příznaky však mají různé diagnostické postupy a především různou terapii.

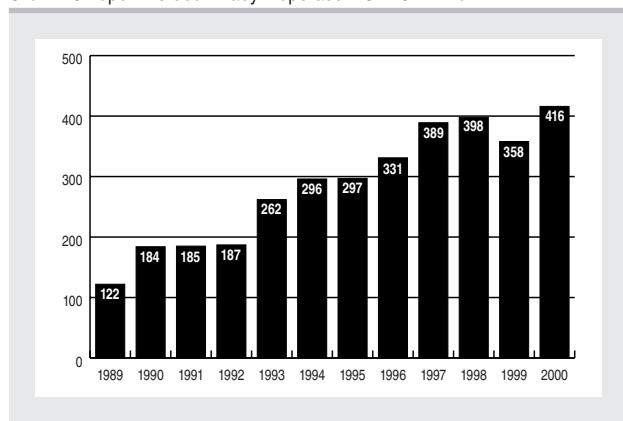
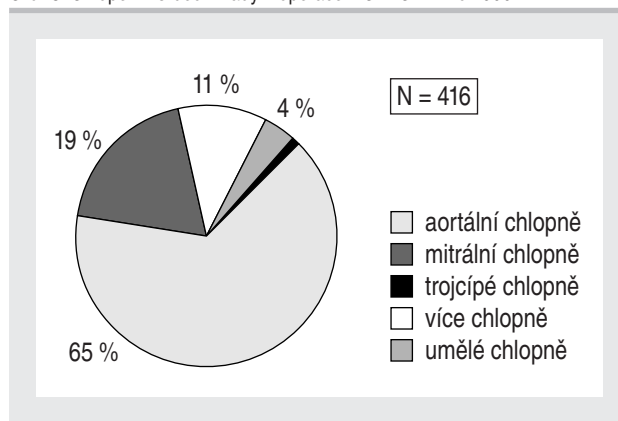
Další osud nemocného závisí na kvalitě lékaře. Je-li jeho terapeutická schopnost stejná jako diagnostická, léčí ho úspěšně nejmodernějšími farmakoterapeutiky až do jeho náhlé smrti synkopou či pomalé, ale brzké smrti srdečním selháním. Statisticky je dokázáno, že symptomy u aortální stenózy znamenají výrazné omezení délky života nemocného (od vzniku známek srdečního selhání 2 roky, od synkopy 3 roky a 5 let od vzniku anginózních obtíží). Angina pectoris se objevuje přibližně u dvou třetin nemocných s kritickou aortální stenózou (1).

Může se stát, že praktický lékař odešle nemocného k odbornému vyšetření pro anginózní obtíže při ischemické chorobě srdeční. Je zajímavé, ale především smutné, že ani tady nebývá vždy stanovena správná diagnóza. Nemocný je podrobně vyšetřován, holterován, ba posazen na zátěžové kolo(!) a s diagnózou ICHS se syndromem AP II.–III. stupně odeslán k operaci. Ví, o čem mluvím. Na kardiocentra přicházejí dodnes nemocní s těsnou aortální stenózou k revaskularizaci pro koronární tepennou nemoc. O možné chlopenní vadě není ani zmínka.

Aortální kalcifikovaná degenerativní aortální stenóza je dnes nejčastěji operovanou chlopenní vadou. Zatímco prevalence chlopenních vad se odhaduje na 0,2 % (2) v širokém rozmezí závislém na ekonomickém rozvoji země, koronární tepenná nemoc se vyskytuje až desetkrát více (1). Výskyt obou srdečních onemocnění tedy mluví jednoznačně pro ischemickou chorobu srdeční. To však neomlouvá diagnostické pochybení být jen u jediného nemocného; daň, kterou za ně platíme, je příliš vysoká: zbytečná smrt.

Graf 1. Chlopenní srdeční vady – operace – ČR



Graf 2. Chlopenní srdeční vady – operace – CKTCH Brno**Graf 3.** Chlopenní srdeční vady – operace – CKTCH Brno 2000

V poslední době se objevují ve světovém písemnictví zprávy upozorňující na podobnost některých etiologických i patofyziologických mechanismů obou nemocí. Isner první upozornil na zvýšenou hladinu cholesterolu u kalcifikovaných aortálních stenóz (4). Faggiano demonstroval u aortální degenerativní stenózy podobné úkazy jako u aterosklerózy:

1. disrupci bazální membrány
2. depozita lipidů a kalcia
3. přítomnost makrofágů a infiltráty T-lymfocytů.

Tyto nálezy podporují hypotézu, že aortální stenóza v dospělosti a u starých lidí, spíše než degenerativní a tudíž neovlivnitelný fenomén, je aktivním a tudíž léčitelným procesem (3). Shahi upozornil na zvýšené hladiny cirkulujících solubilních adhezních molekul u nemocných s aortální stenózou a zdůraznil, že nereumatická aortální stenóza může mít zánětlivou nebo imunologickou etiologii (7). A posléze Juvonen i další detekovali přítomnost chlamydie pneumoniae u nereumatických aortálních stenóz (5, 6). Snad všechny tyto hypotézy přispějí k

vysvětlení skutečnosti, proč počet operovaných chlopenních vad se neustále zvyšuje, i když jejich nejčastější původce – revmatická horečka – je na zřetelném ústupu. Graf 1 ukazuje zvyšující se počty operací chlopenních srdečních vad na kardiokirurgických pracovištích v České republice. Graf 2 ukazuje počty těchto operací v Centru kardiiovaskulární a transplantační chirurgie v Brně a graf 3 spektrum jednotlivých vad: zřetelně dominují vady aortální. Z těchto počtů lze usuzovat, že frekvence aortálních degenerativních kalcifikovaných aortálních stenóz se v budoucnosti ještě zvýší a lékaři budou daleko častěji konfrontováni s nemocnými trpícími anginózními obtížemi z tohoto důvodu.

Nemocný s aortální stenózou, který přichází k lékaři pro stenokardie, je odkázán především na jeho odpovědnost, jeho svědomitost a na jeho znalosti. Zvláště pak na jeho ochotu přiložit k hrudníku nemocného fonendoskop.

Kdybych byl redakcí požádán o klíčové slovo tohoto článku, zvolil bych: fonendoskop.

Literatura

1. Braunwald E, Zipes DP, Libby P. Heart Disease, 2001, VIth Edition, WA Saunders, Philadelphia: 1671–1680.
2. Čerbák R. Chlopenní srdeční vady v dospělosti. Bull Sdružení prakt. lékařů 2001; 11: 29–35.
3. Faggiano P, Aurigemma GP, Rusconi C, Gaasch W. Progression of valvular aortic stenosis in adults: literature review and clinical implications. Am Heart J 1996; 132: 408–417.
4. Isner JM, Jones AA, Roberts WC. New risk of an old factor: role of serum cholesterol in calcific disease of the aortic valve.

5. Juvonen J, Laurila A, Juvonen T, Alakarppa H, Surgel H-M, Lounatmaa K, Kuusisto J, Saikku P. Detection of Chlamydia pneumoniae in human nonrheumatic stenotic aortic valves. JACC 1997; 29: 1054–1059.
6. Nystrom-Rosander Ch, Thelin S, Hjelm E, Lindquist O, Pahlson C, Friman G. High incidence of Chlamydia pneumoniae in sclerotic heart valves of patients undergoing aortic valve replacement. Scand J Infect Dis 1997; 29: 361–365.
7. Shahi ChN, Ghaisas NK, Goggins M, Foley B, Crean P, Kelleher D, Walsh M. Elevated levels of circulating soluble adhesion molecules in patients with nonrheumatic aortic stenosis. Am J Cardiol 1997; 79: 980–982.