

Amendement ESC Guideline Aortic Diseases 2014

4.3 Imaging

Het is van belang voor alle diagnostische modaliteiten (echo, CT, MRI), die in de klinische praktijk vaak door elkaar worden gebruikt, eenzelfde meting af te spreken. Aangezien de diagnostiek zich meer en meer naar MRI/CT verplaatst, wordt als standaard aanbevolen van 'inner edge' naar 'inner edge' te meten gedurende diastole.

4.3.2.1 Transthoracic echocardiography

Aanbevolen wordt dat een poging moet worden gedaan de aortawortel in de korte parasternale as in beeld te brengen om eventuele asymmetrische aortaworteldilatatie in beeld te brengen en de werkelijke maximale diameter tussen de sinussen te beoordelen. In de lange parasternale as komt het namelijk nogal eens voor dat de sinussen niet maximaal aangesneden zijn.

6.3.6 Diagnostic work-up.

In de richtlijn wordt uitgegaan van een pre-test probability op basis van ziektegeschiedenis /familiegeschiedenis en andere klinische gegevens. Indien iemand een 'low risk' profiel heeft (risicoscore 0-1 uit tabel 7) wordt geen CT/MRI/TEE verricht indien 1) D-dimeer negatief is, 2) op TTE geen dissectie wordt gezien en 3) er geen verbreed mediastinum op de X thorax te zien is. Echter, een normaal D-dimeer of normale X-thorax sluit een acuut aorta syndroom niet uit. Wij bevelen derhalve aan bij alle verdenkingen op een acuut aorta syndroom een CT scan /MRI te verrichten.

In tegenstelling tot wat in de nieuwe richtlijn staat, zou ook in 'high risk' patiënten een CT/MRI scan moeten worden verricht. De aanvullende waarde van een (bij voorkeur ECG getriggerde) CT scan is van groot belang voor diagnostiek en behandeling van een alternatieve diagnose (longembolie/pneumothorax), uitbreiding dissectie (bv naar halsvaten), verloop van coronairen, etc.

8.1 Recommendations on genetic testing in aortic diseases

Geadviseerd wordt recommendation 4 te beperken tot families met een DNA-afwijking die bij uitstek kan leiden tot perifeer arterieel vaatlijden (bijv. TGFBR1 en 2 mutaties). Aan de uitslag van cerebrale angiografie kunnen meestal geen consequenties verbonden worden.

November 2014

Geschreven door:

Drs. L. Cozijnsen, cardioloog

Dr. M. Groenink, cardioloog

Geautoriseerd door:

de commissie kwaliteit van de Nederlandse Vereniging voor Cardiologie