

Lek. Siavash Świeczkowski-Feiz

Chirurgiczne postępowanie w krwawieniach do nadnerczy

Surgical Management of Adrenal Hemorrhage

Promotor: dr hab. n. med. Sadegh Toutounchi

Promotor pomocniczy: dr n. med. Wawrzyniec Jakuczun

Klinika Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej, Endokrynologicznej i Transplantacyjnej
Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego



Obrona rozprawy doktorskiej przed Radą Dyscypliny Nauk Medycznych
Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

Warszawa, 2025 r.

Streszczenie

Krwotok nadnerczowy, krwawienie do nadnercza (AH) jest rzadkim, a jednocześnie potencjalnie zagrażającym życiu stanem, który może być atraumatyczny lub może być następstwem urazu. Obraz kliniczny jest niespecyficzny – najczęściej obejmuje bóle w okolicy lędźwiowej lub jamy brzusznej, bóle lewej lub prawej flanki jamy brzusznej, nudności, osłabienie, hipotonię, a w przypadkach obustronnych może prowadzić do niewydolności nadnerczy.

Rozpoznanie AH często jest przypadkowe i nie jest pierwszą podejrzewaną przyczyną bólów brzucha lub hipotonii u chorych zgłaszających się do Szpitalnych Izb Przyjęć czy Szpitalnych Oddziałów Ratunkowych. Mimo licznych prac naukowych wciąż brakuje jednoznacznych wytycznych dotyczących postępowania terapeutycznego.

Cykl trzech publikacji składających się na niniejszą rozprawę doktorską obejmuje:

- opis przypadku, w którym krwotok był pierwszym i jedynym objawem raka kory nadnercza,
- analizę retrospektywną dużej grupy pacjentów z krwawieniem do nadnerczy,
- oraz przegląd systematyczny literatury poświęcony tej patologii.

Celem całego cyklu była dokładna analiza przypadków oraz pogłębienie wiedzy na temat etiologii, diagnostyki i leczenia krwotoku nadnerczowego; jednocześnie stanowi on propozycję praktycznego schematu postępowania.

Publikacja 1.

Świczkowski-Feiz S., Kaszczewski P., Gelo R., Krajewska E., Celejewski K., Toutounchi S., Ambroziak U., Pogorzelski R., Gałązka Z. *Huge Hematoma as the First Manifestation of Adrenocortical Carcinoma: A Case Report.* **American Journal of Case Reports**, 2023; 24: e937569. DOI: 10.12659/AJCR.937569.

Praca opisuje przypadek 38-letniego pacjenta, u którego masywny krwotok do guza nadnercza był pierwszym i jedynym objawem raka kory nadnercza. Po wstępnym leczeniu zachowawczym i stabilizacji stanu chorego zakwalifikowano go do przyspieszonej prawostronnej adrenalektomii. Po przygotowaniu

farmakologicznym oraz pełnej diagnostyce hormonalnej chorego operowano w sposób klasyczny z powodu pęknięcia torebki nadnercza. Wynik histopatologiczny – rak kory nadnerczy. W tej pracy zwracamy uwagę na brak jednoznacznych algorytmów postępowania oraz konieczność bazowania na doświadczeniu ośrodka klinicznego. Zwracamy też uwagę na to, jak zdradliwe może być krwawienie do nadnerczy bez klinicznych oraz biochemicznych cech raka kory nadnerczy i że wymaga ono zachowania ostrożności i czujności onkologicznej.

Publikacja 2.

Świczkowski-Feiz S., Toutounchi S., Kaszczewski P., Krajewska E., Celejewski K., Gelo R., Pogorzelski R., Gałązka Z. *Characteristics of Adrenal Hemorrhage: A Single Clinic's Experience.* **Polski Przegląd Chirurgiczny**, 2024; 96(4): 36-43. DOI: 10.5604/01.3001.0054.4570

W tej pracy poddaliśmy analizie wszystkich chorych, u których stwierdzono krwawienie do nadnercza w badaniu histopatologicznym. Spośród 645 adrenalektomii, aż 199 wykazywało histopatologiczne cechy krwawień do nadnerczy, przy czym 39 chorych miało postawione rozpoznanie jeszcze przed operacją. W tej pracy pokazujemy, że w sytuacji kiedy mamy do czynienia z rozpoznaniem AH przed operacją, najczęstszą przyczyną jest pheochromocytoma (28%; n = 11), rak kory nadnerczy (10,26%; n = 4) oraz gruczolaki kory nadnerczy (23,07%; n = 9). W AH rozpoznanym pooperacyjnie rozkład jest zbliżony: pheochromocytoma (n = 54), adrenal adenoma (n = 68) i rak kory nadnerczy (n = 17).

Praca wykazuje, że aż 46% krwawień do nadnerczy rozpoznanych przed operacją jest spowodowanych guzem chromochłonnym, gruczolakiem nadnerczy, rakiem kory nadnerczy i przerzutami. Udowadniamy, że bardzo istotna jest wczesna kwalifikacja oraz przygotowanie do leczenia operacyjnego.

Publikacja 3.

Świczkowski-Feiz S., Toutounchi S., Krajewska E., Celejewski K., Gelo R., Kaszczewski P., Jakuczun W., Ambroziak U., Gałązka Z. *Adrenal Hemorrhage: Diagnostics, Management, and Treatment. Review and Clinical Update.* **Videosurgery and Other Miniinvasive Techniques**, 2025; 20(3): 255-260. DOI: 10.20452/wiitm.2025.17981.

Przegląd obejmujący 41 publikacji przedstawia aktualny stan wiedzy dotyczący etiologii, diagnostyki i leczenia AH. Autorzy omówili urazowe i nieurazowe przyczyny krwotoku, charakterystyczne cechy obrazowe w USG, TK i MRI, zasady diagnostyki hormonalnej oraz wskazania do leczenia chirurgicznego.

Na podstawie danych własnych i literaturowych zaproponowano algorytm postępowania klinicznego:

- w przypadkach niestabilnych hemodynamicznie lub przy przerwaniu torebki zalecamy operację otwartą,
- w przypadkach stabilnych z krwotokiem ograniczonym do torebki – adrenalektomia laparoskopowa, nawet w guzach o średnicy większej niż 6 cm, pod warunkiem dużego doświadczenia zespołu operacyjnego.