

AKUTNÍ DISEKCE AORTY A AKUTNÍ KORONÁRNÍ SYNDROM

MUDr. Petr Němec, CSc.

Centrum kardiovaskulární a transplantační chirurgie, Brno

Akutní disekce aorty je poměrně řídké, ale o to závažnější onemocnění, které, pokud se vyskytne u nemocných po 5. deceniu s anamnézou hypertenze, může být považováno za akutní koronární syndrom. Vzhledem k naprosté rozdílnosti léčby obou stavů a nebezpečí z časového prodlení je třeba na akutní disekci při diferenciálně diagnostické rozvaze trvale myslet.

Etiologie, patogeneze a klasifikace akutní disekce

Akutní disekce aorty je život ohrožující onemocnění postihující aortální stěnu. Patogenetickým podkladem jsou *degenerativní změny v tunica media*. Jejich výsledkem je ruptura stěny se separací právě v této vrstvě a podélným šířením většinou ve směru krevního toku se vznikem pravého a falešného lumen. Podle pitevních nálezů se vyskytuje u 0,2-0,8 % pacientů s prevalencí u mužského pohlaví v 5. a 6. deceniu (1). Anamnestický údaj o hypertenzi je pozitivní až u 80 % nemocných. Druhým rizikovým faktorem pro vznik akutní disekce je geneticky podmíněná méněcennost aortální stěny (např. u Marfanova syndromu). Podle anatomické lokalizace existují dvě klasifikace. DeBakeyho klasifikace rozlišuje 3 typy (typ I začíná na ascendentní aortě a postihuje celou hrudní a břišní aortu, typ II je omezený na ascendentní aortu a typ III postihuje descendentní aortu – obrázek 1). Novější Stanfordská klasifikace (bere v úvahu i klinické projevy a léčebné postupy) popisuje typ A s postižením ascendentní aorty (DeBakey I a II) a typ B postihující descendentní aortu (DeBakey III) (2, 3).

Klinické projevy

Typickým projevem je *náhlá, prudká až skličující bolest*, často vznikající po námaze. Pokud vznikne disekce typu A, je bolest lokalizována retrosternálně s propagací do krku

a horních končetin, eventuálně do zad. Při disekci typu B jsou zpočátku bolesti lokalizovány mezi lopatkami s iradiací podle směru šíření disekce. Pacient je většinou bledý, zpocený, někdy s klasickými příznaky šoku.

Možné omyly

Diagnostický omyl je téměř vyloučen u mladých nemocných se zjevnými známkami Marfanova syndromu. Pokud se však popsaný klinický stav rozvine u *muže ve věku kolem 60 let s anamnézou hypertenze* (většinou nedostatečně léčené), je nasnadě diagnóza akutního koronárního syndromu, který se také vyskytuje mnohonásobně častěji. Pro konkrétního nemocného může mít však záměna obou onemocnění, stanovená lékařem prvního styku, tragické následky.

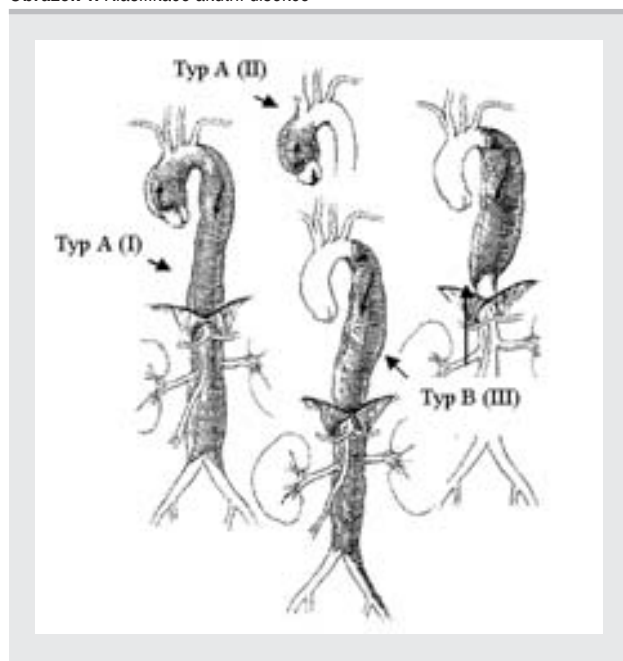
Při prvním styku s nemocným je třeba pečlivě vyšetřit pulzaci na obou horních i dolních končetinách a změřit tlak alespoň na obou horních končetinách. Při symetrickém fyziologickém nálezu lze s vysokou pravděpodobností akutní disekci vyloučit. *Asymetrický nálezní s chyběním pulzace, tlaková diference mezi horními končetinami* nebo klinické známky nově vzniklé ischemie končetiny svědčí spíše pro akutní disekci jako příčinu stavu. Obtížná je interpretace asymetrického nálezu při vyšetření pulzace nebo tlaku u nemocných se známou chronickou uzávěrovou chorobou periferních tepen. Také patologický nálezní při orientačním neurologickém vyšetření (zejména *prchavé poruchy vědomí* vzniklé na podkladě šíření disekce do supraaortálních větví aortálního oblouku a následné ischemie) svědčí spíše pro akutní disekci.

Z paraklinického vyšetření je na prvním místě elektrokardiografie (EKG) – nálezní myokardiální ischemie nebo infarktu myokardu s typickým vývojem změn, zejména v povodí pravé věnčité tepny, však akutní disekci absolutně nevylučuje. Důvodem je, že disekce, která postihuje nejčastěji přední a laterální stěnu ascendentní aorty, se může šířit retrogradně do oblasti pravého koronárního sinu. Tam potom způsobí obstrukci odstupe pravé koronární tepny s následnou ischemií (někdy intermitentní) v jejím povodí.

Pro definitivní stanovení nebo vyloučení akutní disekce je nutné *transtorakální nebo lépe transezofageální echografické vyšetření nebo počítačová tomografie (CT)*.

Je obecně známý fakt, že o prognóze infarktu myokardu rozhoduje včasnost nasazené léčby. Proto je již při klinickém podezření indikováno neprodlené podání antiagregační léčby. Dalším krokem je pak trombolytická terapie nebo přímý zásah na koronárních tepnách. Jakákoli *antiagregační nebo trombolytická léčba je však u akutní disekce*

Obrázek 1. Klasifikace akutní disekce



kontraindikována, protože se zvyšuje riziko možných krvácivých komplikací (hemoperikard, hemotorax apod.), ale zejména riziko následného nutného urgentního chirurgického výkonu.

Ústup bolesti po podání nitrátů nebo analgetik akutní disekci nevylučuje. Bolesti jsou totiž způsobeny šířením disekce. Pokud však disekční kanál perforuje zpět do pravého lumen aorty (což je častý případ) a šíření je tak zastaveno, bolesti postupně ustupují a časová koincidence s podáním analgetik nebo nitrátů pak způsobí jejich zdánlivě příznivý efekt.

Literatura

1. Coselli JS, Koksoy C. Aortic dissections. In Franco KL, Verrier ED: Advanced therapy in cardiac surgery, B C Decker Inc 1999: 296–310.
2. DeBakey ME, McCollum CH, Crawford ES, et al. Dissection and dissecting aneurysms of the aorta: Twenty year follow up of Five hundred and twenty-seven patients treated surgically. Surgery 1982, 92: 1118.

O osudu nemocného s akutní disekcí rozhoduje především rychlost stanovení diagnózy.

Okamžitý transfer pacienta na kardiochirurgické pracoviště po podání analgetik a snížení tlaku je nezbytný. Tam je většinou nutná *urgentní operace*, neboť při přirozeném průběhu umírá během prvních 48 hodin po vzniku disekce každou hodinu 1 % nemocných a během prvních 3 měsíců zemře až 90 % nemocných (4).

3. Daily PO, Trueblood HW, Stinson EB, et al. Management of acute aortic dissection. Ann Thorac Surg 1970, 10: 237.
4. Hirst AE Jr, Johns VJ Jr, Kime SW Jr. Dissecting aneurysm of the aorta: review of 505 cases. Medicine 1958, 37: 217.