

DISEKCE AORTY MANIFESTUJÍCÍ SE POD OBRAZEM CÉVNÍ MOZKOVÉ PŘÍHODY

MUDr. Jitka Koblířová, MUDr. Martin Schmoranz, MUDr. Jana Budková

Interní oddělení Masarykovy městské nemocnice Jilemnice

Předkládáme kazuistiku nemocné s disekcí aorty typu A, která proběhla bez bolestí a manifestovala se pod obrazem cévní mozkové příhody. Diskutujeme různé klinické obrazy aortální disekce, způsoby diagnostiky a léčby.

Úvod

Disekce aorty se řadí mezi nejzávažnější onemocnění kardiovaskulárního systému. Jedná se o podélné rozpolcení stěny aorty, do které vtéká krev, tvoří se dvojitý lumen a vzniká intramurální hematoma. Disekce aorty vzniká obvykle na podkladě vrozené méněcennosti média (Marfanův syndrom, cystická medionekróza), proto může být pozorován i rodinný výskyt. Na vzniku se může podílet arterioskleróza, vzácně mykotické nebo syfilitické onemocnění. Disekce aorty může vzniknout i na podkladě traumatu.

Starší rozdělení podle De Bakeyho rozlišovalo 3 typy disekcí. Typ I představuje disekci od kořene až do descendentní aorty. Typ II disekci omezenou jen na ascendentní aortu. Typ III disekci postihující descendentní aortu za odstupem levé subklaviální artérie. V současné době se k rozdělení typů disekujících aneurysmat užívá tzv. stanfordská klasifikace, která rozlišuje pouze 2 typy. Typ A, také označovaný jako proximální, vždy postihuje ascendentní aortu bez ohledu na místo trhliny v intimě (odpovídá typu I a II dle De Bakeyho). Typ B (distální, odpovídající typu III podle klasifikace De Bakeyho) zahrnuje ostatní typy disekcí. Klinická manifestace aortální disekce může být velmi různorodá, proto je třeba na tuto diagnózu myslet v rámci diferenciální diagnostiky.

Kazuistika

Jednaosmdesátiletá žena byla přivezena rychlou lékařskou pomocí na jednotku intenzivní péče (JIP) interního oddělení pro krátkodobé bezvědomí se suspekci na cévní mozkovou příhodu. V den přijetí v odpoledních hodinách byla nalezena přibuznými na toaletě v bezvědomí, prochládlá. Vědomí se postupně upravilo, byla přítomna porucha hybnosti levostranných končetin a dysartrie. Při přijetí zvracela, stěžovala si na poruchu hybnosti levostranných končetin a zhoršení řeči, jiné obtíže negovala. Pacientka se dosud léčila pouze s hypertenzí (užívá Vasocardin 3x50 mg, Moex 1x15 mg, Rheflun 1x1/2, Anopyrin 1x100 mg), alergická i rodinná anamnéza jsou negativní, nekouří, alkohol nepije.

Při přijetí: TK 90/50 mmHg, TF 50/min, pravidelná, dysartrie, nebyla meningeální, bez cyanózy a ikteru, bledší kolorit kožní, výrazně prochládlá. Zornice byly izokorické, fotoreakce přítomna, spojivky bledší, sklery anikterické, jazyk vlhký, karotidy tepaly symetricky, bez zjevného šelestu, štítná žláza nezvětšena. Dýchání skřípkové, čisté, ozvy tiché, bez šelestu. Břicho měkké, palpačně nebolestivé, nebyly známky peritoneálního dráždění, tapotament negativní, pulzace hmatné v obou tříslech, šelest nad femorální arterií vlevo. Dolní končetiny bez otoku a známek zánětu, pulzace na periférii nebyly hmatné oboustranně, periférie byla výrazně prochládlá. Byla přítomna levostranná hemiparéza s maximem postižení na levé horní končetině. Hybnost končetin i porucha řeči se během vyšetření mírně zlepšila.

Krevní obraz: hemoglobin 121 g/l, hematokrit 0,361, leukocyty $16,7 \times 10^9/l$, trombocyty $188 \times 10^9/l$, INR 1,32 aPTT 1,28.

Biochemie: urea 11,2 mmol/l, kreatinin 169 $\mu\text{mol/l}$, kyselina močová 596 $\mu\text{mol/l}$, sodík 137 mmol/l, draslík 4,2 mmol/l, chloridy 104 mmol/l, fosfor 1,59 mmol/l, hořčík 1,3 mmol/l, bilirubin 8,3 $\mu\text{mol/l}$, ALT 0,21 $\mu\text{kat/l}$, AST 0,35 $\mu\text{kat/l}$, GMT 0,16 $\mu\text{kat/l}$, LDH 8,94 $\mu\text{kat/l}$, myoglobin 136 $\mu\text{g/ml}$, CK 1,66 $\mu\text{kat/l}$, CKMB 0,23 $\mu\text{kat/l}$, cholesterol 5,2 mmol/l, bílkovina 70 g/l, glukosa 8,9 mmol/l, CRP 4 mg/l

Neurologické konzilium: st. p. poruše vědomí, známky parézy LHK s výrazným akrálním maximem, topicky spíše periferní nežli centrální etiologie (možnost komprese n. radialis jako následek pozičního traumatu). Vzhledem k hraničnímu nálezu iritačních pyramidových jevů na dolních končetinách je vhodné doplnit CT mozku.

RTG hrudníku: zvětšené srdce bez výraznějšího projevu plicního městnání, difusní dilatace a skleróza oblouku aorty. Emfysém plicní.

EKG: sin.r. 50/min, osa – 45, přechodná zóna V4-V5, intervaly v normě, negativní T V1-V3

CT mozku: bez ložiskových změn

CT hrudní aorty: disekující aneurysma hrudní aorty v celém rozsahu již od odstu-

pu z levé komory srdeční, v oblouku přechází na truncus brachiocephalicus, patrné je i v proximální části abdominální aorty. Zvětšení srdečního stínu. Sklerotické změny ve stěně hrudní aorty a koronárních tepnách.

SONO břicha: disekující aneurysma abdominální aorty jdoucí až po bifurkaci a přestupující na levou ilickou společnou tepnu a zřejmě i na pravou ilickou tepnu. Cholecystolitiasa.

Pacientka byla monitorována na JIP interního oddělení, tepová frekvence se při chronické medikaci betablokátory pohybovala v rozmezí 50–60 tepů/min. Byla sledována hodinová diuréza, k udržení perfusního krevního tlaku byly podávány malé dávky noradrenalinu (0,1 $\mu\text{g/kg/min}$). Pacientka byla po stanovení diagnózy týž den ve večerních hodinách přeložena na kardiokirurgickou kliniku. Zde byla při přijetí v dobrém kontaktu, známky levostranné hemiparézy i dysartrie vymizely, oběhově byla stabilní, při malé dávce noradrenalinu (0,1 $\mu\text{g/kg/min}$) byl TK 90/50 mmHg. Nemocná byla poučena o povaze onemocnění, možnostech léčby a prognóze stavu. Rozhodně odmítala operační řešení, proto i vzhledem k věku a jemu odpovídajícímu biologickému věku, povaze nálezu, proběhlé cévní příhodě mozkové a známkám renální insuficience byl volen konzervativní postup, který dává naději na zhojení v chronickou disekci. Následující den v odpoledních hodinách došlo k náhlému rozvoji hypotenze s bradykardií, byla zahájena kardiopulmonální resuscitace, ale nebyla úspěšná.

Diskuze

Aortální disekce se může manifestovat řadou příznaků. Obvykle je přítomna náhlá krutá bolest na hrudi, která se šíří ve směru trhání intimy. Bolest přichází ve vlnách, bývá provázána zvýšením tlaku. Avšak výjimečně, dojde-li k mozkové ischemii až synkopě, je na bolest amnézie a disekce aorty probíhá bezbolestně, jako v našem případě. Dále mohou být přítomny známky obstrukce tepen odstupujících z aorty, tedy vymizení pulzací a příznaky z uzavěru příslušných tepen. EKG známky nejsou specifické. Asi u 1 %

Obrázek 1. RTG difúzní dilatace a skleroza oblouku aorty



Obrázek 2. Disekce v oblasti ascendentní i descendentní aorty



Obrázek 3. Disekce v oblasti aortálního oblouku



nemocných dochází k přestupu na koronární artérie, pak může být na EKG obraz odpovídající akutnímu infarktu myokardu. Na RTG může být zjištěno rozšířené mediastinum. Základní diagnostickou metodou je echokardiografie. Transtorakální echokardiografie (TTE) bývá úspěšná při detekci disekce aorty v 79–100 %. V současné době se dává přednost transesofageální echokardiografii (TEE), která má vyšší výtěžnost. Senzitivita TEE při stanovení aortální disekce se uvádí 97–100 % se specificitou 96–100 % (3). V akutní situaci, jakou disekce aorty představuje, je třeba indikovat metodu, která dokáže s vysokou senzitivitou i specificitou potvrdit správnou diagnózu. V současné době je za takovou metodu považována právě TEE, v případě její nedostupnosti nebo při nejistém závěru TEE se provádí počítačová tomografie (CT), angiografie nebo magnetická rezonance (MR). CT má podobnou výtěžnost jako TEE (6). MR se stává zlatým standardem, avšak podobně jako CT není vhodná k určení přítomnosti aortální regurgitace a znázornění větví aorty, které dobře zobrazí echokardiografie. Retrogradní aortografie podá úplnou informaci, je však nejrizikovější a provádí se obvykle až těsně před operačním zákrokem. V laboratorním nálezu bývá akutní anémie a leukocytóza, mohou se objevit i známky konzumpce destiček. V našem případě jsme vzhledem k nedostupnosti provedení TEE volili při suspekci na disekci aorty jako diagnostickou metodu CT.

Disekce typu A má velmi špatnou prognózu, bez operace 50 % nemocných umírá do 48 hodin po příhodě a 90 % v průběhu 30 dnů (5). U disekce typu A je proto metodou volby chirurgické řešení, přestože se operační mortalita pohybuje mezi 20–40 % (1, 2, 4, 5).

Naopak u disekce typu B je preferována konzervativní terapie a hospitalizační mortalita takto léčených pacientů se pohybuje také mezi 15–20 % (2, 4). Operační mortalita je u disekce typu B vyšší, udává se v rozmezí 30–60 % (4, 5). Navíc po operacích na sestupné aortě se v 10–30 % vyskytují paraplegie dolních končetin jako následek ischemického poškození míchy (5). Chirurgická léčba je tedy indikována jen při vzniku komplikací. Moderní a perspektivní léčebnou metodou disekce typu B se jeví implantace intraluminálních protéz. Předpokladem úspěchu je dostatečně dlouhý úsek mezi odstupem levé podklíčkové tepny a trhlinou v sestupné hrudní aortě, který je nutný k bezpečnému zakončení intraluminální protézy. Také je nutno vyloučit pomocí CT či MR retrogradní šíření disekce (1). Vlastní operace aortální disekce se provádí v mimotělním oběhu a principem je náhrada vstoupné aorty protézou tak, aby byla vyřazena trhlina a krev-

ní proud po průchodu protézou pokračoval pravým lumenem distálně. Falešný kanál se stlačí a ztrombotizuje. Pokud je přítomna významná aortální insuficience a trhlina v intimě je příliš proximálně, pak se provádí operace podle Bentalla (1).

Konzervativní léčba spočívá v klidu na lůžku s monitorací hemodynamických parametrů. Krevní tlak se udržuje kolem 100 mmHg za pomoci vazodilatační léčby, užívá se obvykle i.v. aplikace nitrátů. Hodnoty krevního tlaku však musí udržet přiměřenou perfúzi, která je dostatečná k udržení diurézy a normálních laboratorních hodnot. Ke snížení kontraktility myokardu se podávají betablokátory s cílovou hodnotou tepové frekvence 50–60/min.

Dlouhodobá prognóza léčených je dobrá (vyjma nemocných s Marfanovým syndromem). Až 60 % nemocných přežívá 10 let (2).

Závěr

Aortální disekce představuje jedno z nejzávažnějších onemocnění kardiovaskulárního systému, které má pro nemocného velmi nepříznivou prognózu, především v případě, kdy není správně diagnostikováno a léčeno.

Jedná se o onemocnění, na které je třeba pomyslet v rámci diferenciální diagnostiky akutních stavů nejen v kardiologii, ale i v jiných oborech, neboť klinická manifestace disekce aorty může být velmi různorodá. V našem případě se aortální disekce vyvíjela pod obrazem cévní mozkové příhody. Terapeutické postupy u těchto dvou chorob jsou radikálně odlišné, z čehož vyplývá nutnost správného stanovení diagnózy.

Literatura

1. Dominik J. Kardiologie, Praha: Grada 1998: 111.
2. Harrison TR. Harrison's Principle of Internal Medicine. McGraw-Hill 1994: 1133.
3. Niederle P. Echokardiografie dospělých. Praha: Triton 2002: 276–278.
4. Puchmayer V, Roztočil K. Praha: Triton 2000: 37–38.
5. Ševčík P, Černý V. Intenzivní medicína, Praha: Galén 2000, 80–81.
6. Štejska M. Kardiologie, Praha: Grada 1998: 343–344.