

Iatrogenní disekce aorty jako komplikace perkutánních koronárních intervencí

Johana Horáková, Aleš Král, Pavel Procházka, Aleš Linhart

II. interní klinika kardiologie a angiologi, Všeobecná fakultní nemocnice a 1. lékařská fakulta UK, Praha

Iatrogenní disekce aorty je sice vzácnou, ale život ohrožující komplikací perkutánních koronárních intervencí (PCI). V případě spontánní disekce aorty typu A je doporučena urgentní chirurgická léčba, pro iatrogenní disekce specifická doporučení formulována nebyla. V prvotních studiích dosahovala mortalita chirurgicky léčených pacientů s iatrogenní disekcí aorty až 50 %, dle aktuálních dostupných dat z registrů se však zdá srovnatelná s mortalitou pacientů operovaných pro spontánní disekci aorty typu A (přibližně 16 %). Řada autorů však prezentovala kazuistiky pacientů úspěšně léčených konzervativně s kompletním zhojením disekce, a to i v případě rozsáhlého poškození aortální stěny.

Klíčová slova: iatrogenní disekce aorty, perkutánní koronární intervence, akutní aortální syndrom.

Iatrogenic aortic dissection as a complication of percutaneous coronary interventions

Iatrogenic aortic dissection is a rare but life-threatening complication of percutaneous coronary intervention (PCI). Emergency surgical treatment is recommended for spontaneous type A aortic dissection, but no specific recommendations have been formulated for iatrogenic dissections. In early studies, the mortality rate of surgically treated patients with iatrogenic aortic dissection was as high as 50%, but according to the currently available registry data, the mortality rate seems comparable to that of patients operated on for spontaneous type A aortic dissection (approximately 16%). However, case reports have been presented of patients successfully treated conservatively with complete healing of the dissection, including cases with extensive aortic wall damage.

Key words: iatrogenic aortic dissection, percutaneous coronary intervention, acute aortic syndrome.

Kazuistika

71letý pacient s chronickou ischemickou chorobou srdeční po čtyřnásobném aortokoronárním bypassu našitým v roce 2013 byl odeslán k selektivní koronarografii pro recidivu syndromu anginy pectoris CCS III. stupně. Femorálním přístupem byla provedena angiografie s nálezem kritické kalcifikované stenózy proximálního úseku a. coronaria dextra (ACD) (Obr. 1). Do ostia ACD byl zaveden 6 F guiding katétr a po průniku vodičem byla léze nejdříve predilatována malým semicompliantním balonkem. Bohužel ani po predilataci nebylo možné zavést větší instrumentárium. Před uvažovanou rotací byla však na kontrol-

ním nástřiku po výměně guiding katétru patrná disekce ACD retrogradně se šířící do bulbu aorty (Obr. 2). Od intervence proto bylo upuštěno, u hemodynamicky stabilního pacienta bylo provedeno CT angiografické vyšetření s EKG synchronizací. CT angiografie prokázala intramurální hematoma ascendentní aorty šíře 10 mm sahající od horního okraje bulbu až po úroveň horního okraje plicnice (délka 41 mm) (Obr. 3.). V oblasti pravého koronárního sinu se zobrazilo depo kontrastní látky oddělené od pravého lumen intimálním flapem (velikost 15 × 4 mm), disekce přecházela na pravou koronární tepnu v délce 4 mm (Obr. 4). Echokardiograficky měl pacient dobrou systolickou funkci obou

komor, bez perikardiálního výpotku. Po domluvě s kardiochirurgem bylo postupováno primárně konzervativně, systolický krevní tlak byl udržován do 110 mmHg. Kontrolní CT angiografie provedená s odstupem 16 hodin již neprokázala disekci, došlo k plné trombotizaci falešného lumen a částečné regresi intramurálního hematoma ascendentní aorty. Nemocný byl dimitován do domácí péče po několika dnech ve stabilizovaném stavu na duální antiagregační terapii.

Dva týdny po výkonu byl pacient přijat na koronární jednotku pro recidivu stenokardií pod obrazem akutního koronárního syndromu bez ST elevací s EKG změnami inferolaterálně.

MUDr. Johana Horáková

II. interní klinika kardiologie a angiologi, Všeobecná fakultní nemocnice a 1. lékařská fakulta UK, Praha
johana.horakova@vfn.cz

Cit. zkr: Interv Akut Kardiolog. 2023;22(2):83-86

Článek přijat redakcí: 15. 12. 2022