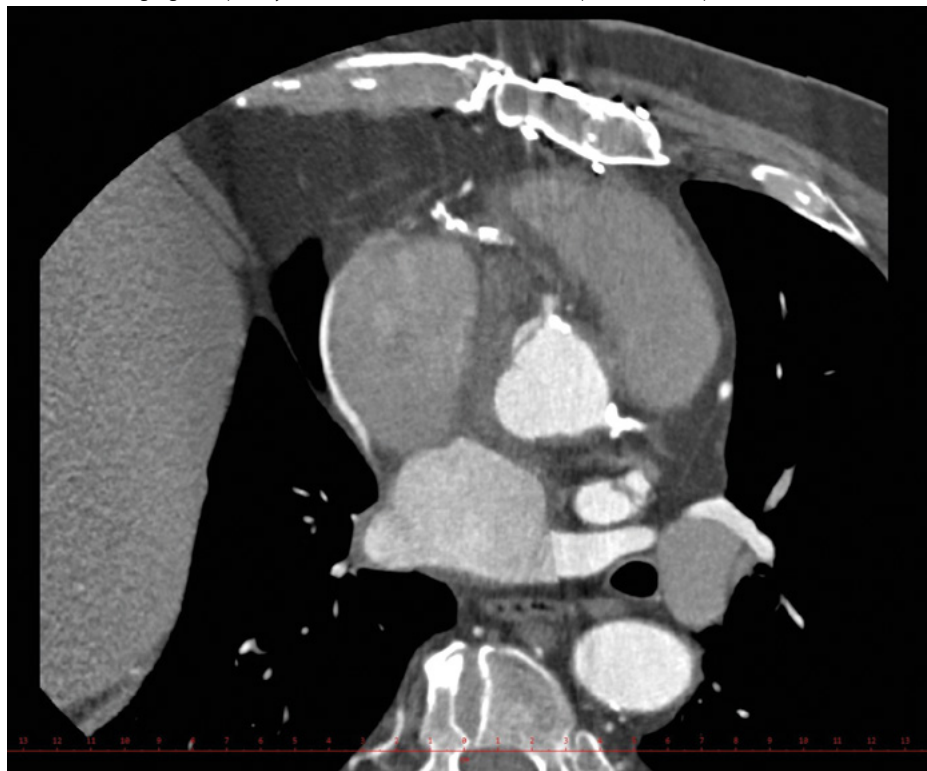


Tab. 1. Dunningova klasifikace

I. stupeň	Postižení ipsilaterálního aortálního sinu	Konzervativní léčba
II. stupeň	Postižení Valsalvových sinů, kořene aorty a ascendentní aorty do délky 40 mm	Konzervativní léčba/stenting
III. stupeň	Postižení zasahující ascendentní aortu v délce více než 40 mm	Chirurgická léčba

Obr. 3. CT angiografie, semicirkulární částečně trombotizovaná disekce ascendentní aorty**Obr. 4.** CT angiografie, promývaná část disekce s intimálním flapem v oblasti pravého koronárního sinu

odstupů sekundárních větví. Rozsáhlejší disekce koronárních tepen limitují průtok krve do periferie a vzhledem k jejich proximální lokalizaci může dojít k rozsáhlé ischemii.

Ve většině případů je disekce limitována na oblast aortálního kořene a ascendentní aorty (celkem 80 %), méně často se šíří do oblouku aorty (13 %) či do descendentní aorty (7 %) (2).

Nejčastější příčinou vzniku disekce je trauma způsobené guiding katétrem (54 % případů), vyšší riziko je asociované s větší velikostí a některými typy zakřivení katétru. Další příčiny jsou balonková dilatace proximální části arterie (24 %) a nástřik kontrastní látky při nekoaxiálním zavedení katétru v ostiu koronární tepny (20 %). Při podezření na disekci je doporučeno provést nástřik manuálně malým množstvím kontrastní látky, aby se zabránilo tlakování a následné expanzi falešného lumen (5).

Iatrogenní disekce aorty lze rozdělit dle rozsahu postižení na 3 stupně, dle tzv. Dunningovy klasifikace. Od tohoto rozdělení se odvíjí další diagnosticko-terapeutický postup.

Diagnostika a možnosti terapie

Pacienti s iatrogenní disekcí aorty jsou téměř vždy diagnostikováni ihned po vzniku komplikace na katetrizačním sále. Ve většině případů bývá disekce provázená stenokardiemi, někteří pacienti však mohou mít obtíže minimální. Nemocní mají sklon k hypertenzi, rozvoj hypotenze naopak svědčí pro významnou ischemii myokardu nebo srdeční tamponádu. Při kontrolní angiografii se zobrazí depo kontrastní látky stagnující mimo lumen cévy, při rozsáhlejšímu postižení je patrná kontura aortálního kořene a ascendentní aorty. Je doporučeno neprodleně doplnit CT angiografii k posouzení rozsahu poškození aorty (6).

Konzervativní postup můžeme u hemodynamicky stabilního pacienta zvolit v případě, že disekce není rozsáhlá (I.–II. stupeň dle Dunninga) nebo pokud nedochází k zatékání kontrastní látky do falešného lumen, v tom případě se fakticky jedná o intramurální hematom ascendentní aorty. Druhé CT zobrazení by mělo být provedeno v odstupu několika hodin nebo urgentně při náhlém zhoršení stavu pacienta (např. recidiva stenokardií, dušnost, neurologické příznaky). Pokud je na kontrolním CT patrná regrese nálezů s kompletní trombotizací falešného lumen, lze předpokládat postupné zhojení stěny aorty (7).

Konzervativní terapie se podobá léčbě spontánní disekce aorty typu Stanford B (typ A je indikován primárně k chirurgickému řešení). Spočívá především v monitoraci pacienta na jednotce intenzivní péče s korekcí krevního tlaku k hodnotám do 120 mmHg systoly, dále v úpravě vnitřního prostředí a sle-