

Koronární angioplastika při společném odstupu koronárních tepen z pravého Valsalvova sinu

Ivo Varvařovský, Leo Steinhart

Pracoviště invazivní kardiologie Kardio-Troll, Nemocnice Pardubice

Autoři popisují koronární intervenci u nemocné se společnou koronární tepnou, odstupující z pravého Valsalvova sinu. Diskutován je klinický význam této koronární anomálie.

Klíčová slova: single coronary artery, anomálie koronárních tepen.

CORONARY ANGIOPLASTY OF SINGLE CORONARY ARTERY ORIGIN FROM RIGHT VALSALVA SINUS

Authors describe coronary intervention in patient with single coronary artery originating from right Valsalva sinus. Clinical importance of such coronary anomaly is discussed.

Key words: coronary artery anomalies, single coronary artery.

Interv Akut Kardiolog 2003;2:94–95

Popis případu

V září 2002 byla provedena selektivní koronarografie pro námahovou stabilní anginu pectoris u 76leté nemocné. V době vyšetření trvala angina pectoris několik let, obtíže byly stabilní a omezovaly nemocnou na úrovni III. stupně klasifikace CCS. Mimo ischemickou chorobu srdeční byla léčena pro arteriální hypertenzi a revmatoidní artritidu.

Při koronarografii byl zjištěn společný odstup pravé i levé koronární tepny z pravého koronárního sinu. Pravá koronární tepna byla hladká a bez stenózy. Levá koronární tepna probíhala mezikomorovým septem a vydávala postupně tenkou 1. septální větev, větev odpovídající ramus interventricularis anterior (RIA), ramus diagonalis (RD) a pokračovala dále ja-

ko ramus circumflexus (RC) (obrázek 1). Na proximální části magistralního RC byla hemodynamicky významná stenóza (obrázek 2). Funkce levé komory byla normální a selektivním vyšetřením levého koronárního sinu i aortografií byla vyloučena přítomnost jiné koronární tepny.

Pro intervenci bylo zvoleno 5F instrumentarium kvůli možnosti selektivní sondáže levé koronární tepny bez podstatného omezení průtoku pravou koronární tepnou. Vodicím katétre Vista JR4 5F (Cordis, USA) byl zaveden supertenký vodič ACS Traverse (Guidant, USA) a provedena primoimplantace stentu Medtronic S 670 3,0/12mm (Medtronic, USA) (obrázek 3). Výsledek koronární intervence byl optimální (obrázek 4). Nemocná udávala během kontrol zlepšení stavu a vymizení typické námahové anginy pectoris, ale

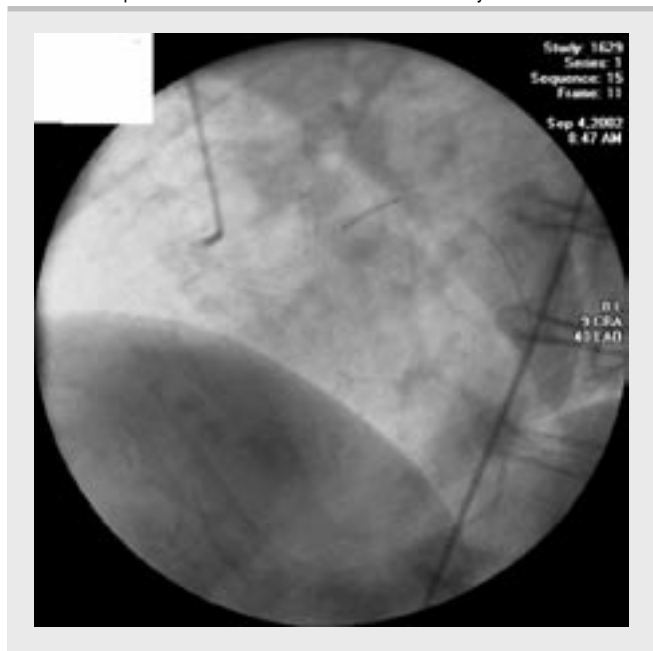
Obrázek 1. Společný odstup pravé a levé koronární tepny z pravého Valsalvova sinu. R. circumflexus směřuje dopředu, probíhá mezikomorovým septem a vydává tenkou 1. septální větev.



Obrázek 2. Levá koronární tepna vydává postupně větve, odpovídající RIA a RD. Po odstupu RD je na magistralní RC hemodynamicky významná stenóza.



Obrázek 3. Implantace koronárního stentu do místa stenózy



Obrázek 4. Výsledek angioplastiky RC po primoinplantaci stentu



stále si stěžovala na neurčité bolesti na hrudi. Tyto stížnosti vedly ke kontrolní koronarografii po 6 měsících od zákroku s ověřením trvalého výsledku angioplastiky.

Diskuze

Společný odstup obou koronárních tepen z pravého Valsalva sinu je velmi vzácnou situací, která je popisována v 0,06–0,19 % provedených koronarografií⁽¹⁾. Klinický osud nemocného je závislý na průběhu levé koronární tepny (ACS) a na jejím vztahu k pozici aorty a plicnice. Za benigní je považováno uložení ACS za aortou nebo před plicnicí. Průběh ACS mezi aortou a plicnicí bývá spojován s vysokým rizikem náhlé smrti u mladých mužů během fyzické zátěže. Frekvence náhlých úmrtí u osob s touto anomálií je popisována až

ve 27 % případů⁽²⁾. U mladých symptomatických osob s touto anomálií bývá doporučována chirurgická revaskularizace. U osob nad 20 let a asymptomatických nositelů této abnormality je riziko úmrtí považováno za nízké a je doporučován konzervativní postup.

Septální průběh levé koronární tepny, popisovaný v našem případě, je z hlediska rizika náhlé smrti považován za benigní. Charakteristickým znakem tohoto průběhu je prvotní odstup septální větve a teprve poté následuje větvení hlavních tepen systému ACS.

Perkutánní koronární intervence je při této anatomické situaci výkonem bezpečným, pokud vyloučíme trauma společného ostia vodicím katetrem a pokud během výkonu neobturujeme zbývající koronární tepnu.

Literatura

1. Wilkins CE, Betancourt B, Mathur VS. Coronary artery anomalies. *Tex Heart Inst J* 1988; 15: 166–173.
2. Cheitlin MD, DeCastro CM, McAllister HA. Sudden death as a complication of anomalous left coronary origin from the anterior sinus of Valsalva. *Circulation* 1974; 50: 780–787.
3. Popma JJ, Bittl J. Coronary angiography and intravascular ultrasonography. In: Braunwald E, Zipes DP, Libby P. *Heart disease*. Philadelphia, W.B. Saunders 2001: 404–407.
4. Sevruckov A, Aker N, Sullivan C, Jelnin V, Candipan RC. Identifying the course of an anomalous left coronary artery using contrast-enhanced electron beam tomography and three-dimensional reconstruction. *Catheter Cardiovasc Interv* 2002; 57: 532–536.
5. Altun A, Erdogan AO. Stent implantation to the stenosed right coronary artery in a patient whose right and left coronary arteries originate from a single ostium in the right sinus of Valsalva. *Cardiol Rev* 2003; 11: 101–103.
6. Ono M, Brown DA, Wolf RK. Two cases of anomalous origin of LAD from right coronary artery requiring coronary artery bypass. *Cardiovasc Surg* 2003; 11: 90–92.
7. Garg N, Goel PK, Sinha N. Double right coronary artery with anomalous left main and septal arteries originating from the right coronary sinus. *Indian Heart J* 2002; 54: 428–431.

*MUDr. Ivo Varvařovský
Kardio-Troll, Kardiologická klinika Nemocnice Pardubice
Kyjevská 44, 53203 Pardubice
e-mail: ivovarvarovsky@kardio-troll.cz*