

TRAUMATICKÁ DISEKCE KORONÁRNÍ TEPNY JAKO PŘÍČINA INFARKTU MYOKARDU

Petr Kuchynka, Stanislav Šimek, Pavel Procházka, Lubor Goláš, Vilém Danzig, Ondřej Dostál, Vratislav Mrázek, Jan Horák, Michael Aschermann, Aleš Linhart

II. interní klinika, VFN, Praha

Infarkt myokardu může být vzácně způsoben poraněním koronární tepny v souvislosti s traumatem hrudníku. Většinou se jedná o mladé jedince mužského pohlaví. Nejčastější příčinou jsou autonehody. V našem sdělení popisujeme případ 39letého sportovce s aneuryzmatem levé komory po infarktu myokardu přední stěny vzniklém traumatickou disekcí ramus interventricularis anterior, který se manifestoval srdečním selháním za 7 měsíců po pádu na snowboardu.

Klíčová slova: infarkt myokardu, trauma hrudníku, disekce koronární tepny.

TRAUMATIC DISSECTION OF CORONARY ARTERY AS A CAUSE OF MYOCARDIAL INFARCTION

Myocardial infarction (MI) can rarely be caused by coronary artery injury in conjunction with chest trauma. Young men are mostly affected. Car accidents are the most frequent cause of this complication. We describe a case of a 39-year-old sportsman with an aneurysm of the left ventricle after anterior myocardial infarction caused by a traumatic dissection of the left anterior descending coronary artery. The diagnosis of MI was done the basis of heart failure developed 7 months after accident on snowboard.

Key words: chest trauma, coronary artery dissection, acute anterior myocardial infarction.

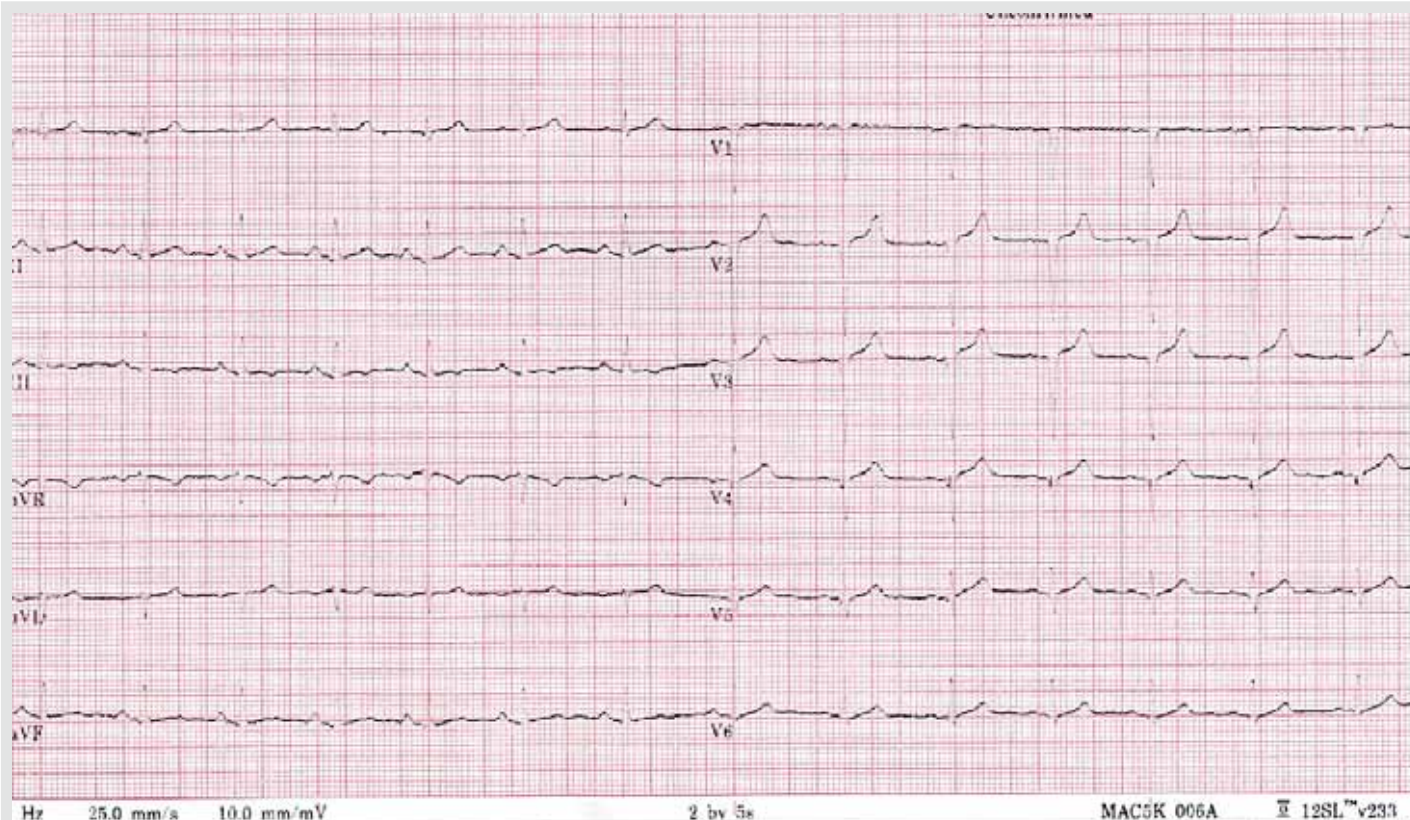
Interv Akut Kardiolog 2006;5:93–94

Úvod

Trauma hrudníku je vzácnou příčinou akutního infarktu myokardu (AIM). Při tupých poraněních hrudníku dochází k poškození srdce v přibližně 15 % případů. Kromě ojedinělých kazuistických sdělení^(2, 3, 4, 5, 6) byla publikována analýza souboru 77 pacientů s AIM vzniklým jako následek traumatu hrudníku⁽¹⁾. Většinu nemocných v tomto souboru tvořili muži – 83 %, v 82 % se jednalo o je-

dince mladší 42 let. Nejčastější příčinou traumatu byla dopravní nehoda, dále sport, napadení zvířaty a násilné činy. Nejčastěji poškozenou tepnou byl ramus interventricularis anterior (71 %), méně často pravá věnčitá tepna (19 %), kmen levé věnčité tepny (7 %) a ramus circumflexus (3 %). Koronarografické vyšetření bylo provedeno u všech nemocných v odstupu hodin až několika měsíců, do 24 hodin však jen u 13 % pacientů. Nejčastějším nálezem byl uzá-

Obrázek 1. Patologické Q ve svodech V1–V4 jako obraz jizvy anteroseptoapikální



MUDr. Petr Kuchynka

II. interní klinika, VFN, U nemocnice 2, 128 08 Praha 2
e-mail: petrkuchynka@yahoo.co.uk

Článek přijat redakcí: 5. 1. 2006
Článek přijat k publikaci: 10. 3. 2006

Obrázek 2. Aneuryzma hrotu levé komory s trombem



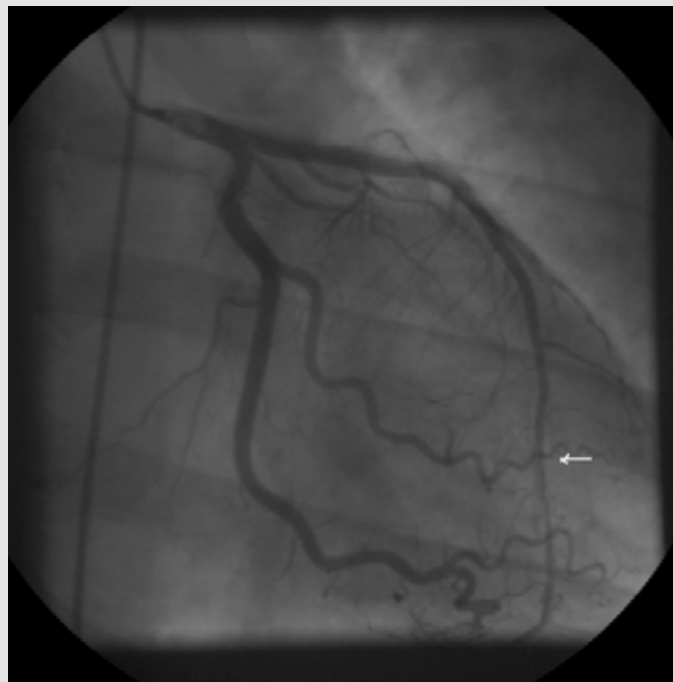
věr infarktové tepny (v 56%). Disekce infarktové tepny byla popsána v 16% případů.

Kazuistika

Vyšetřili jsme 39letého, aktivně sportujícího muže, bez anamnézy rizikových faktorů ICHS, který byl odeslán k ambulantnímu kardiologickému vyšetření pro námahovou dušnost při sportu trvající asi dva týdny (NYHA I-II. st.). Vzniku dušnosti těsně předcházelo virové onemocnění horních cest dýchacích. Na EKG byl přítomen obraz jizvy s aneuryzmatem v anteroapikální oblasti (obrázek 1). Následně provedené echokardiografické vyšetření zjistilo lehkou globální systolickou dysfunkci s ejekční frakcí levé komory 48% a aneuryzma hrotu levé komory, v němž byl trombus o velikosti 17×6 mm (obrázek 2). Fyzikální vyšetření bylo zcela v normě. Laboratorním vyšetřením byla z abnormalit nalezena mírná leukocytóza ($13,1 \times 10^9/l$), mírná elevace C-reaktivního proteinu (18,4 mg/l) a mírná hypercholesterolemie – LDL cholesterol 3,64 mmol/l (celkový cholesterol 5,79 mmol/l, HDL cholesterol 1,71 mmol/l, aterogenní index 2,4). Při koronografickém vyšetření byla zjištěna disekce v distální třetině RIA podmiňující asi 50% stenózu s normálním krevním průtokem, která nebyla indikací k intervenci (obrázek 3). Na ostatních tepnách byl normální nález. Až doplněním anamnézy zjišťujeme tupé trauma přední části hrudníku při snowboardingu před 7 měsíci.

Předpokládáme, že nemocný prodělal v souvislosti s poraněním hrudníku akutní infarkt myokardu přední stěny způsobený traumatickou disekcí a uzávěrem RIA. Recentně vzniklou námahovou dušnost nejspíše zapříčinila manifestace srdečního selhání v souvislosti s prodělanou virózou. U nemocného proto byla zahájena léčba chronického srdečního selhání ACE inhibitorem a betablokátozem v kombinaci s antiagregační terapií kyselinou acetylsalicylo-

Obrázek 3. Disekce v distální třetině RIA



vou. Vzhledem k hypercholesterolemii byla doporučena antisklerotická dieta. Přechodnou elevaci zánětlivých parametrů jsme vysvětlili nedávno proběhlým virovým onemocněním.

Diskuze

V diferenciální diagnóze lze uvažovat též o spontánní disekci koronární tepny. Dosud bylo v literatuře popsáno okolo 150 případů, v naprosté většině (80%) u mladých žen v peripartálním období nebo v souvislosti s užíváním hormonální antikoncepce⁽⁷⁾. Aterosklerotická etiologie koronárního postižení nebo koronární embolizace jsou u našeho, jinak zcela zdravého pacienta méně pravděpodobné.

Závěr

Na možnost traumatické disekce věnčitých tepen jako příčinu AIM je nutno u všech pacientů s poraněním hrudníku myslet. Infarktová bolest na hrudi může být v těchto případech mylně považována za projev muskuloskeletálního poranění hrudní stěny. Je proto nutné u těchto nemocných vždy provést alespoň elektrokardiografické vyšetření a při podezření na akutní koronární syndrom doplnit opakované náběry troponinů. Při jejich zvýšených hodnotách je vhodné provést selektivní koronarografii a ventrikulografii.

Literatura:

1. Christensen M et al. Prior blunt chest trauma may be a cause of single vessel coronary disease; hypothesis and review. *International Journal of Cardiology* 2005 (internet).
2. Chun JH, Lee SC, Gwon HC, Lee SH, Hong KP, Seo JD, et al. Left main coronary artery dissection after blunt chest trauma presented as acute anterior myocardial infarction: assessment by intravascular ultrasound: a case report. *J Korean Med Sci* 1998; 13: 325–327.
3. Ginzburg E, Dygert J, Parra-Davila E, Lynn M, Almeida J, Mayor M. Coronary artery stenting for occlusive dissection after blunt chest trauma. *J Trauma* 1998; 45: 157–161.

4. Grieco JG, Montoya A, Sullivan HJ, Bakhos M, Foy BK, Blakeman B, et al. Ventricular aneurysm due to blunt chest injury. *Ann Thorac Surg* 1989; 47: 322–329.
5. Pringle SD, Davidson KG. Myocardial infarction caused by coronary artery damage from blunt chest injury. *Br Heart J* 1987; 57: 375–376.
6. Atalar E, Acil T, Aytemir K, Ozer N, Ovunc K, Aksoyek S et al. Acute anterior myocardial infarction following a mild nonpenetrating chest trauma. *Angiology* 2001; 52: 279–282.
7. Narasimhan S. Spontaneous coronary artery dissection. *IJCVS* 2004; 20: 189–191.