

DISEKCE AORTY MANIFESTUJÍCÍ SE POD OBRAZEM CÉVNÍ MOZKOVÉ PŘÍHODY

Jitka Koblířová¹, Martin Schmoranz¹, Jana Budková²

¹Interní oddělení Masarykovy městské nemocnice Jilemnice

²Radiodiagnostické oddělení Masarykovy městské nemocnice Jilemnice

Předkládáme kazuistiku 81leté ženy 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.

Klíčová slova: disekce aorty, cévní mozková příhoda, echokardiografie.

AORTIC DISSECTION MANIFESTED AS ISCHAEMIC STROKE

We report the case of an 81-year-old woman with type A aortic dissection which presented as painless and manifested as ischaemic stroke. Various clinical pictures, diagnostic algorithms and therapeutic options of aortic dissection are discussed.

Key words: aortic dissection, ischaemic stroke, echocardiography.

Interv Akut Kardiolog 2005;4:112–113

Úvod

Disekce aorty se řadí mezi nejzávažnější onemocnění kardiovaskulárního systému. Obvykle vzniká trhlinka v intimě aorty (vzácněji dojde nejprve ke krvácení do média s následným prasknutím intimy). Trhlinkou v intimě proniká krev pod tlakem do média a dochází v různém rozsahu k rozpolcení stěny aorty⁽²⁾. K šíření disekce může docházet směrem distálním i proximálním. 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 i arterioskleróza, hypertenze či degenerativní změny aortální stěny. Disekce aorty může vzniknout i následkem traumatu.

Starší rozdělení podle De Bakeyho rozlišovalo tři 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 podklíčkové tepny. V současné době se k rozdělení typů disekujících aneurysmat užívá tzv. stanfordská klasifikace, která rozlišuje pouze dva 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⁽¹⁾. Klinická manifestace aortální disekce může být velmi různorodá, proto je třeba na tuto diagnózu myslet i rámci diferenciální diagnostiky.

Kazuistika

Jednaosmdesátiletá žena byla přivezena RLP na JIP interního oddělení pro krátkodobé bezvědomí se suspekci na cévní mozkovou příhodu. V den přijetí v odpoledních hodinách

byla nalezena příbuznými na toaletě v bezvědomí, prochládlá. Vědomí se postupně upravuje, je přítomna porucha hybnosti levostranných končetin a dysartrie. Při přijetí zvrací, stěžuje si na poruchu hybnosti levostranných končetin a zhoršení řeči, jiné obtíže neguje. Pacientka se dosud léčila pouze s hypertenzí (užívá Vasocardin 3×50 mg, Moex 1×15 mg, Rhexlin 1×1/2, Anopyrin 1×100 mg), alergická i rodinná anamnéza jsou negativní, nekouří, alkohol nepije.

Při přijetí: TK 90/50 mmHg, TF 50/min, pravidelná, dysartrie, není meningeální, bez cyanózy a ikteru, bledší kolorit kožní, výrazně prochládlá. Zornice izokorické, fotoreakce přítomna, spojivky bledší, sklery anikterické, jazyk vlhký, karotidy tepou symetricky, bez zjevného šelestu, štítná žláza není zvětšena. Dýchání skřípkové, čisté, ozvy tiché, bez šelestu. Břicho měkké, palpačně nebolestivé, nejsou známky peritoneálního dráždění, tapotment negativní, pulzace jsou hmatné v obou tříslech, šelest nad femorální arterií vlevo. Dolní končetiny bez otoku a známek zánětu, pulzace na perferii nejsou hmatné oboustranně, periferie je výrazně prochládlá. Je přítomna levostranná hemiparéza s maximem postižení na levé horní končetině. Porucha řeči a hybnost končetin se během vyšetření zlepšuje, přetrvává pouze frustní paréza LHK.

Krevní obraz: hemoglobin 121 g/l, hematokrit 0,361, leukocyty 16,7×10⁹/l, trombocyty 188×10⁹/l, INR 1,32 aPTT 1,28.

Biochemie: urea 11,2 mmol/l, kreatinin 169 μmol/l, kyselina močová 596 μmol/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 μmol/l, ALT 0,21 μkat/l, AST 0,35 μkat/l, GMT 0,16 μkat/l, LDH 8,94 μkat/l, myoglobin 136 μg/ml, CK 1,66 μkat/l, CKMB

0,23 μkat/l, cholesterol 5,2 mmol/l, bílkovina 70 g/l, glukóza 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, difúzní dilatace a skleróza oblouku aorty. Emfyzém 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 (viz obrázek 1. a 2.): disekující aneurysma hrudní aorty v celém rozsahu již od odstupu 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.

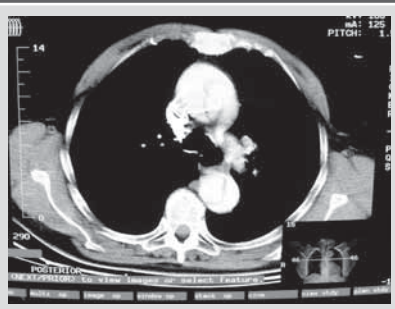
SONO břicha: disekující aneurysma abdominální aorty jdoucí až po bifurkaci a přestupující na levou ilickou společnou tepnu a zřejmě i na pravou ilickou tepnu. Cholecystolitíza.

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 perfúzního krevního tlaku byly podávány malé dávky noradrenalinu (0,1 μg/kg/min). Pacientka byla po stanovení diagnózy týž den ve večerních hodinách přeložena na kardiocirurgickou kliniku. Zde při přijetí byla pacientka v dobrém kontaktu, známky levostranné hemiparézy i dysartrie vymizely, oběhově byla stabilní, při malé dávce noradrenalinu (0,1 μg/kg/min)

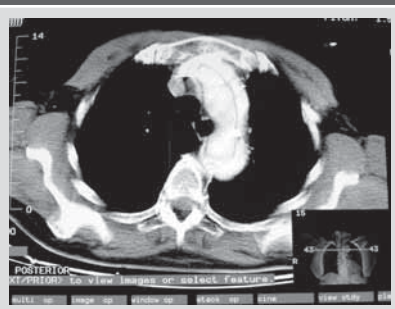
Článek přijat redakcí: 4. 8. 2004
Článek přijat k publikaci po přepracování: 26. 10. 2004

MUDr. Jitka Koblířová
Interní oddělení Masarykovy měst. nem. Jilemnice, Metyšova 465, 514 01 Jilemnice
e-mail: jitka.koblirova@nemji.cz

Obrázek 1.



Obrázek 2.



TK 90/50 mmHg. Nemocná byla obsáhle poučena o povaze onemocnění, možnostech léčby a prognóze stavu. Rozhodně odmítá operační řešení, proto byl volen konzervativní postup. Následující den v odpoledních hodinách dochází k náhlému rozvoji hypotenze s bradykardií, zahájena KPCR, která nebyla úspěšná. Pitevní nález potvrdil klinickou diagnózu. Bylo nalezeno disekující aneurysma aorty začínající 50 mm nad aortální chlopní a zasahující až do zevní ilické tepny vlevo. Dále bylo zjištěno šíření disekce na odstup levé koronární arterie, na levou podklíčkovou tepnu, na obě společné karotické tepny, na obě ledvinové tepny a na truncus coeliacus. Byl nalezen hemoperikard (400 ml) a povšechná ateroskleróza tepen.

Diskuze

Aortální disekce se může manifestovat řadou příznaků. Obvykle je přítomna náhlá krutá bolest na hrudi. Bolest přichází ve vlnách, bývá provázena zvýšením tlaku. Avšak výjimečně, dojde-li k mozkové ischemii či synkopě, je na bolest amnézie a disekce aorty probíhá bezbolestně, jako v našem případě. Například Park a spol. sledovali výskyt bezbolestného průběhu disekce aorty na souboru 977 pacientů, v tomto souboru mělo bezbolestný průběh pouze 6,4% nemocných. Pacienti s bezbolestnou formou disekce měli v této studii častěji synkopu, cévní mozkovou příhodu či městnavé srdeční selhání⁽⁶⁾. Aortální disekce se může projevovat příznaky z obstrukce tepen odstupujících z aorty, bývá přítomno oslabení či vymizení pulzací a příznaky z uzávěru příslušných tepen. Mezi

další známky disekce aorty patří šelest z aortální regurgitace a přítomnost perikardiálního výpotku. EKG známky nejsou specifické. Cca u 1 % nemocných dochází k přestupu disekce na koronární arterie, 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 transezofageální echokardiografii (TEE), která má vyšší výtěžnost. Sensitivita TEE při stanovení aortální disekce se uvádí 97–100 % se specificitou 96–100 %⁽⁵⁾. CT má podobnou výtěžnost jako TEE⁽⁹⁾. 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 TEE nebo výpočetní tomografie (CT), případně angiografie či magnetická rezonance (MR)^(4, 6). MR však podobně jako CT není vhodná k určení přítomnosti aortální regurgitace. Aortografie podá úplnou informaci, je však nejrizikovější a provádí se v současné době spíše výjimečně. V laboratorním nálezu bývá akutní anémie a leukocytóza, mohou se objevit i známky konsumpce 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⁽⁹⁾. U disekce typu A je proto metodou volby chirurgické řešení, přestože se operační mortalita pohybuje mezi 20–40 %^(1, 2, 3, 7, 8).

Naopak u disekce typu B je preferována konzervativní terapie a hospitalizační mortalita takto léčených pacientů se pohybuje také mezi 15–20 %^(1, 3, 7). Operační mortalita je u disekce typu B vyšší, udává se v rozmezí 30–60 %^(7, 8). Navíc po operacích na sestupné aortě se v 10–30 % vyskytuje paraplegie dolních končetin jako následek ischemického poškození míchy⁽⁹⁾. Chirurgická léčba disekce typu B je tedy indikována jen při vzniku kom-

plicací. Vlastní operace aortální disekce se provádí v mimotělním oběhu a principem je náhrada vzestupné aorty protézou tak, aby byla vyražena trhlina a krevní 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⁽²⁾. Moderní a perspektivní léčebnou metodou disekce typu B se jeví implantace intraluminálních protéz (stengraftů)⁽²⁾. Předpokladem úspěchu je dostatečně dlouhý úsek mezi odstupem levé podklíčkové tepny a trhlinou v sestupné hrudní aortě, který je nutný k bezpečnému zakotvení intraluminální protézy. Také je nutno vyloučit pomocí CT či MR retrogradní šíření disekce⁽²⁾.

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 perfuzi, 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 pacientů opouštějících nemocnici po úspěšné léčbě obou typů disekcí, je dobrá. 75–82 % z těchto nemocných přežívá 5 let⁽¹⁾ a až 60 % nemocných přežívá 10 let⁽³⁾. Výjimku představují nemocní s Marfanovým syndromem.

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. Braunwald. Heart disease, W. B. Saunders Company 1997: 1555–1567.
2. Dominik J. Radiochirurgie, Praha: Grada 1998: 111.
3. Harrison TR. Harrison's Principle of Internal Medicine. McGraw-Hill 1994: 1133.
4. Kodolitsch Y. a spol. Diagnostic potential of combined transthoracic echocardiography and x-ray computed tomography in suspected aortic dissection. Clin. Cardiology 1999; 22: 345–352.
5. Niederle P. Echokardiografie dospělých. Praha: Triton 2002: 276–278.
6. Park SW a spol. Association of painless acute aortic dissection with increased mortality, Mayo Clin Proc 2004 Oct; 79(10): 1252–1257.
7. Puchmayer V, Roztočil K. Praktická angiologie, Praha: Triton 2000: 37–38.
8. Ševčík P, Černý V. Intenzivní medicína, Praha: Galén 2000: 80–81.
9. Štefja M. Kardiologie. Praha: Grada 1998: 343–344.