

Aterosklerotické koronární aneuryzma*

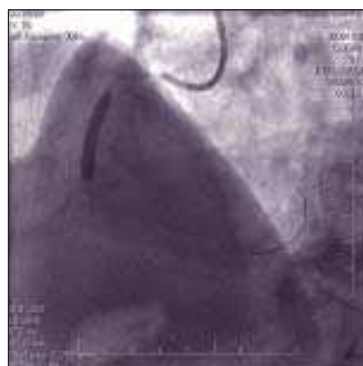
Aneuryzmatická nemoc koronárních arterií není častým onemocněním, vyskytuje se u méně než 5 % pacientů. Je definována jako dilatace koronární tepny, které mohou být sakulární nebo fusiformní, přesahující diametr normálního segmentu koronární tepny 1,5–2. Nejčastější příčinou u dospělých je koronární ateroskleróza. Další příčiny jsou: Kawasakiho nemoc (Japonsko), infekční arteritida, nemoci pojivových tkání, disekce aorty, metastázy tumoru, trauma, vrozené malformace. Nejvíce bývá postižena pravá věnčitá tepna, poté ramus interventricularis anterior. Zřídka bývá postižen kmen levé věnčité tepny. Vysvětlení pro toto anatomické rozmístění neexistuje.⁽¹⁾ Průběh a prognóza onemocnění zůstává neznámá a léčba bývá terapeutickým dilematem. Alterovaný průtok krve v aneuryzmatickém segmentu může být predisponujícím faktorem trombózy nebo embolizace a následné ischemie nebo infarktu. Studie CASS v roce 1983 však nenašla rozdíly v přežívání u pacientů s aneuryzmatickou nemocí koronárních arterií a bez ní. Léčba zahrnuje antiagregační a antikoagulační terapii. Při současných významných stenózách bývá doporučována kardiokirurgická revaskularizace. V kasuistice popisujeme aneuryzma pravé věnčité tepny s významnými stenózami ve vstupu a výstupu z aneuryzmatu.

KASUISTIKA

70letý muž, léčen 4 roky pro hypertenzi a diabetes mellitus na PAD byl přijat ke koronarografii pro 3 měsíce trvající, ne zcela typické anginózní obtíže, jež výrazně neomezují běžnou námahu, se zlepšením stavu po nasazení depotních nitrátů. Koronární angiografie prokázala aneuryzmatickou dilataci ve střední části arteria coronaria dextra (ACD) s 90% stenózou proximálně (ve vtokové oblasti) a 95% stenózou distálně (ve výstupu) z aneuryzmatu.



Obr. 1 Aneuryzmatická dilatace ve střední části arteria coronaria dextra (ACD) s 90% stenózou proximálně (ve vtokové oblasti) a 95% stenózou distálně (ve výstupu) z aneuryzmatu



Obr. 2 PTCA s implantací stentgraftu ARROW 4,0 20 mm

Nevýznamné změny na arteria coronaria sinistra (ACS), ejekční frakce levé komory 65 %. Nález byl řešen pomocí koronární angioplastiky (PTCA) s implantací stentgraftu ARROW 4,0 20 mm s optimálním výsledným účinkem – nulovou reziduální stenózou a kompletním uzávěrem aneuryzmatu. Byla doporučena duální antiagregační medikace kyselinou acetylsalicylovou (ASA) 100 mg trvale, clopidogrelem



Obr. 3 Výsledný účinek s nulovou reziduální stenózou a kompletním uzávěrem aneuryzmatu

75 mg denně po dobu 6 měsíců (obrázky 1–3). Po měsíci od intervence je pacient zcela bez obtíží, bez anginy pectoris.

Závěr: Prognóza u těchto pacientů není dobře známa. Medikamentózní terapie je pravděpodobně indikována u většiny pacientů, kteří nemají významné stenózy koronárních arterií. Podává se antiagregační a antikoagulační léčba.

V našem případě jsme při současných významných stenózách zvolili revaskularizační postup – perkutánní koronární intervenci s implantací stentgraftu. Limitací tohoto postupu je riziko klinické restenózy podle literárních údajů 10–15 %.^(2,3)

Dále plánujeme klinické sledování pacienta, duální antiagregační léčbu 6 měsíců (clopidogrel a ASA), poté ASA 100 mg denně trvale. Rekoronarografii provedeme pouze při významné anginózní symptomatologii.

LITERATURA

1. Aschermann M, a spol. Kardiologie. Praha: Galén 2004:1481.
2. Syed M, Lesch M. Coronary artery aneurysm: a review. Prog Cardiovasc Dis 1997;40:77–84.
3. Swaye PS, Fisher LD, Litwin P, et al. Aneurysmal coronary artery disease. Circulation 1983;67:134–8.

Jan Sitar, Ladislav Groch

I. interní-kardioangiologická klinika, Oddělení invazivní a intervenční kardiologie, Fakultní nemocnice u sv. Anny a Lékařská fakulta Masarykovy univerzity, Brno, Česká republika

Adresa: MUDr. Jan Sitar, I. interní-kardioangiologická klinika, Oddělení invazivní a intervenční kardiologie, FN u sv. Anny a LF MU, Pekařská 53, 656 91 Brno, Česká republika, e-mail: jan.sitar@fnusa.cz

*Práce byla vypracována v rámci Výzkumného záměru MŠMT-MSM0021622402.