

Akutní disekce aorty vzniklá v poporodním období

Kasuistika: 36letá žena byla hospitalizována týden po porodu pro dušnost, píchavé bolesti mezi lopatkami, otoky dolních končetin. U pacientky zvažována možnost pozdní gestózy, která se však následně jevila jako nepravděpodobná, protože těhotenství i porod byly bez problémů; obtíže začaly až 10 hodin po porodu, hypertenze byla také popisována až po porodu. Předchozích pět těhotenství bylo bez gestózy. Plicní embolizace nebyla prokázána; RTG hrudníku u městnáním v malém oběhu, pleurální výpotky oboustranně, širší srdeční stín. Echokardiografie ukázala nález disekce ascendentní aorty od bulbu přes vzestupnou aortu, oblouk, až do descendentní aorty a suspektně i do proximální abdominální části (obrázky 1–3); střední aortální regurgitace, levá komora zvětšena (64/50 mm), difuzně hypokontraktilní, ejekční frakce levé komory 43%, levá síň 42 mm. Pleurální tekutina se vyskytovala oboustranně.

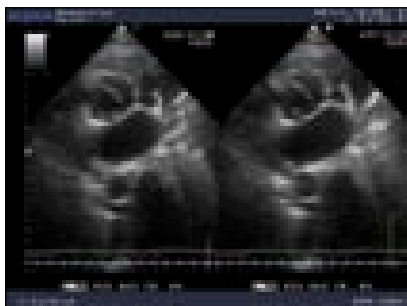
Pacientka byla přeložena do kardiocentra, kde byla jícnovým echokardiografickým vyšetřením a pomocí CT – s použitím kontrastní látky – potvrzena diagnóza (obrázky 4–5). Byla provedena akutní operace – náhrada ascendentní aorty protézou Hemaschild č. 28, resuspenze komisur aortální chlopně. Operace a pooperační průběh byly bez komplikací. Pacientka propuštěna 28. den, léčena amlodipinem, betaxololem. Kontrolní echokardiografické vyšetření s mírně zvětšenou levou komorou (57/45 mm), ejekční frakce 50%, difuzně hypokontraktilní; aorta – anulus 25 mm, bulbus 40 mm, kořen 36 mm, ascendentní aorta 28 mm, v oblouku 28 mm, descendentní aorta 26 mm, lumen volné (obrázek 6), drobný aortální regurgitační ústřík. Nadále sledována v péči kardiologa, subjektivně bez větších obtíží.

Závěr: Daná kasuistika ukazuje závažnost při diagnóze aortální disekce, která

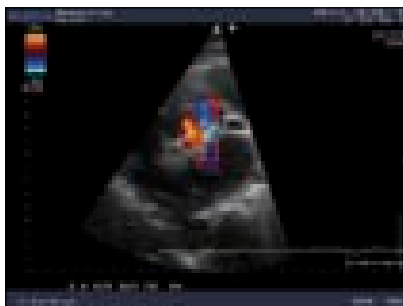
se právem nazývá i „velký mystifikátor“. Disekce aorty v těhotenství nebo po porodu se vyskytuje zřídka, za posledních 50 let bylo popsáno přibližně 200 případů.⁽¹⁾ Ohrožuje na životě matku i plod, zvláště zůstane-li nerozpoznána a tedy neléčena; mortalita stoupá asi o 1% za hodinu od vzniku symptomů. Těhotenství je spojeno s polovinou všech disekcí u žen do 40 let věku, což se dává do souvislosti s hormonálními změnami, hypertenzí, hyperkinetickou cirkulací a těhotenským rozvolněním vaziva.⁽²⁾

LITERATURA

1. Braunwald E, Zipes DP, Libby P, et al. Heart disease. 6th ed. Dissection aorta. Philadelphia: W. B. Saunders Company, 2001:2183.
2. Janků K, Janků P, et al. Kardiovaskulární choroby v těhotenství. Brno: MOU, 2005:19–24, 190.



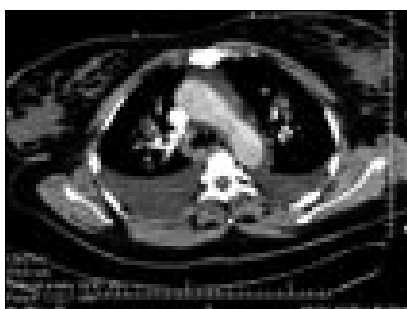
Obr. 1 Transtorakální echokardiografie, parasternální krátká osa – nad bulbem aorty se zobrazuje disekční membrána vytvářející dvojité lumen



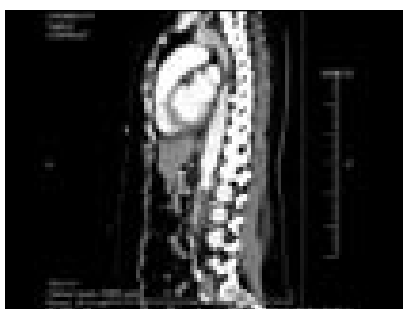
Obr. 2 Transtorakální echokardiografie, vysokorychlostní proudění přes „entry“ v intima media pomocí Dopplerova echokardiografického vyšetření



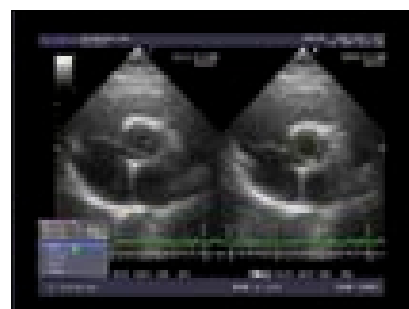
Obr. 3 Transtorakální echokardiografie, modifikovaná parasternální dlouhá osa se zobrazením disekční membrány



Obr. 4 CT angio aorty, axiální řez na úrovni oblouku aorty, vidíme dvojité lumen



Obr. 5 CT angio aorty, sagitální řez, vidíme spirálovitou disekci descendentní aorty



Obr. 6 Transtorakální echokardiografie, parasternální krátká osa na úrovni aortální chlopně – normální plocha chlopně (AVA 4 cm²), v oblasti anulu zvýšená odrazivost v místě umístění stentgraftu

Daniela Škombárová, Petr Němec*, Radim Kučera, Petr Pokorný*, Mírka Krupová**

Interní oddělení, Nemocnice Kyjov, *Centrum kardiovaskulární a transplantační chirurgie,

**Klinika zobrazovacích metod, Fakultní nemocnice u sv. Anny, Brno, Česká republika

Adresa: MUDr. Daniela Škombárová, Interní oddělení, Nemocnice Kyjov, Strážovská 976, 69733 Kyjov, Česká republika, e-mail: skombar@hotmail.com