



1. LÉKAŘSKÁ FAKULTA  
UNIVERZITY KARLOVY V PRAZE



# Spontánní disekce věnčité tepny

MUDr. Michal Paďour, doc. MUDr. Tomáš  
Kovárník PhD., doc. MUDr. Jan Bělohlávek  
PhD., prof. MUDr. Aleš Linhart DrSc.  
VFN Praha, II. interní klinika- klinika  
kardiologie a angiologie





# Spontánní disekce věnčité tepny (SDVT)- úvod

- Samovolné odtržení intimy od stěny věnčité tepny (VT). Většinou vzniká intramurální hematom, který v různém rozsahu expanduje a v různé míře obturuje lumen tepny. SDVT se vyvíjí v terénu nepostiženém AS.
- Jde o jednotku s relativně malou incidencí (0,1%-0,4%) [1], ale je častou příčinou AKS u mladých žen (až 25% všech IM u žen do 50 let)[2].
- Ačkoli, stejně jako u ruptury AS plátu , důsledkem je akutní ischemie myokardu, je příčina akutní ischemie úplně rozdílná od aterosklerózy (AS), rovněž léčba je rozdílná.



# Predispozice + příčina + lokalizace SDVT

- Naprostá většina postihuje ženy do 40 let věku. V 50% nenacházíme žádný predispoziční faktor ani zjevnou příčinu. Nejčastějšími predispozičními faktory jsou postpartum, fibromuskulární dysplazie, onemocnění pojiva a hormonální terapie, příčinou může být stress emoční i fyzický, konzumace kokainu.
- Nejčastěji je postižena jedna tepna, především RIA, nejméně často ACD.



# Klinická manifestace + diagnóza SDVT

- Nejčastěji se situace manifestuje jako IM, dále jako NAP, synkopa, náhlá smrt.
- Diagnóza je opřena o SKG nález, pomáhá OCT nebo IVUS.



## Klasifikace SDVT

- Typ 1- (29% všech případů) [3] SKG nález defektů v náplni, je patrný flap, dvojité lumen
- Typ 2- nejčastější (67%) [3] dlouhé tubulární léze bez patrného flapu, není patrné AS postižení v ostatních segmentech věnčitého řečiště. OCT nebo IVUS odhalí intramurální hematom.
- Typ 3- (nejméně častý-4%) [3] Vícečetné fokální tubulární léze, které jsou způsobeny intramurálním hematomem. Protože mimikují AS často unikají diagnóze, pro kterou je důležité OCT nebo IVUS.



## Management SDVT

- Preferovaný je konzervativní postup - Heparin, betablokátory, kontroverzní je podávání inhibitorů glykoprotein IIb/IIIa (mohou zpomalit hojení intramurálního hematomu [4]), kontraindikovaná je trombolytická léčba.
- Indikace revaskularizace- kompletní uzávěr věnčité tepny, pokračující ischemie, hemodynamická nestabilita, setrvalá komorová tachykardie.



# Management SDVT

- Jestliže je indikace revaskularizace, potom PCI je preferována nad CABG, ale existují tyto technické nesnáze- wiring pravého lumen, možnost propagace intramurálního hematomu při stentingu, undersizing stentu, doporučováno je OCT nebo IVUS při stentingu.
- CABG, když je potřeba revaskularizace a PCI je technicky neschůdná, nebo při postižení kmene ACS. Follow up angiografické studie ukázaly vysoké procento uzavřených bypassů (po 5 letech pouze 5 ze 16 graftů bylo patentních) [4].



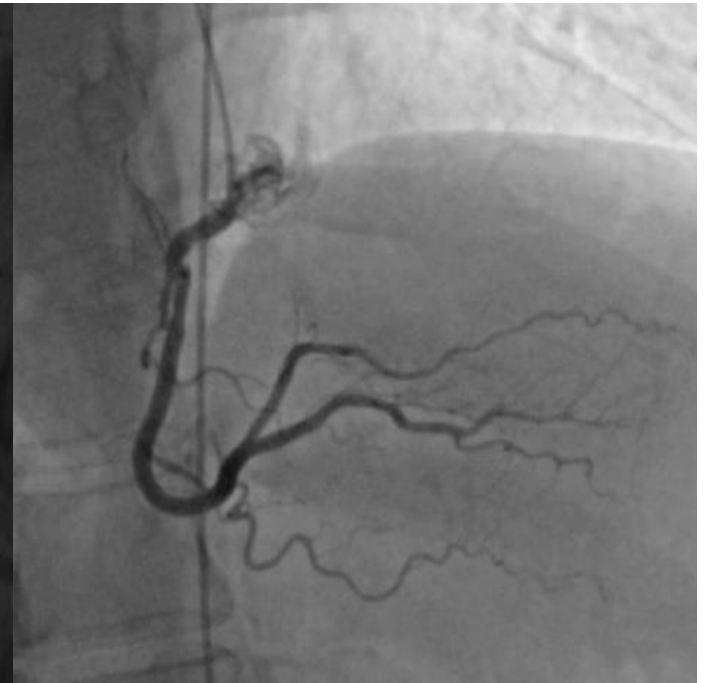
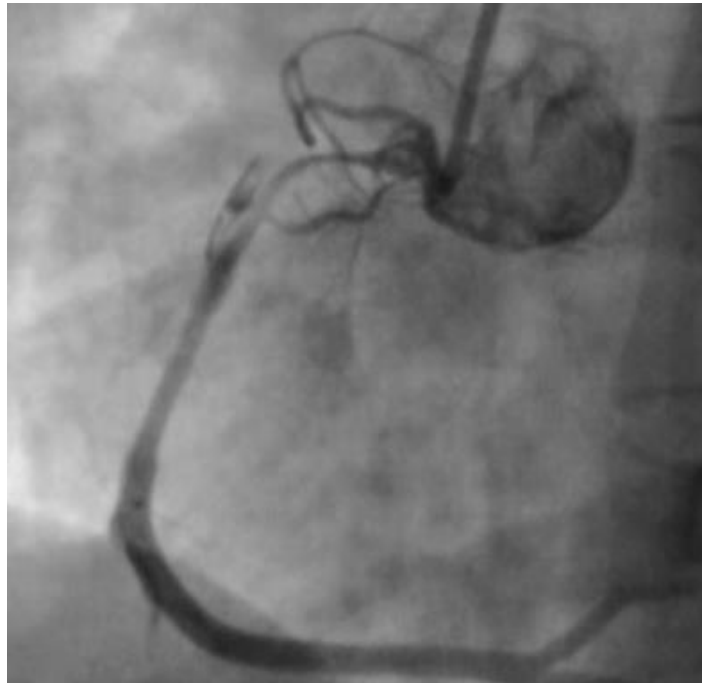
## Prognóza

- Tweet et al. Sledovali 189 pacientek s SDVT, 92% z nich byly ženy s průměrným věkem 44 let, 10% mělo progresi SDVT okolo 4. dne hospitalizace, bylo pouze 1 úmrtí v mediánu 2,3 roku dlouhého follow up. Ale opakování SDVT bylo s četností 27% do 5 ti let- většinou v jiném místě věnčitého řečiště.





# Obrazová kazuistika



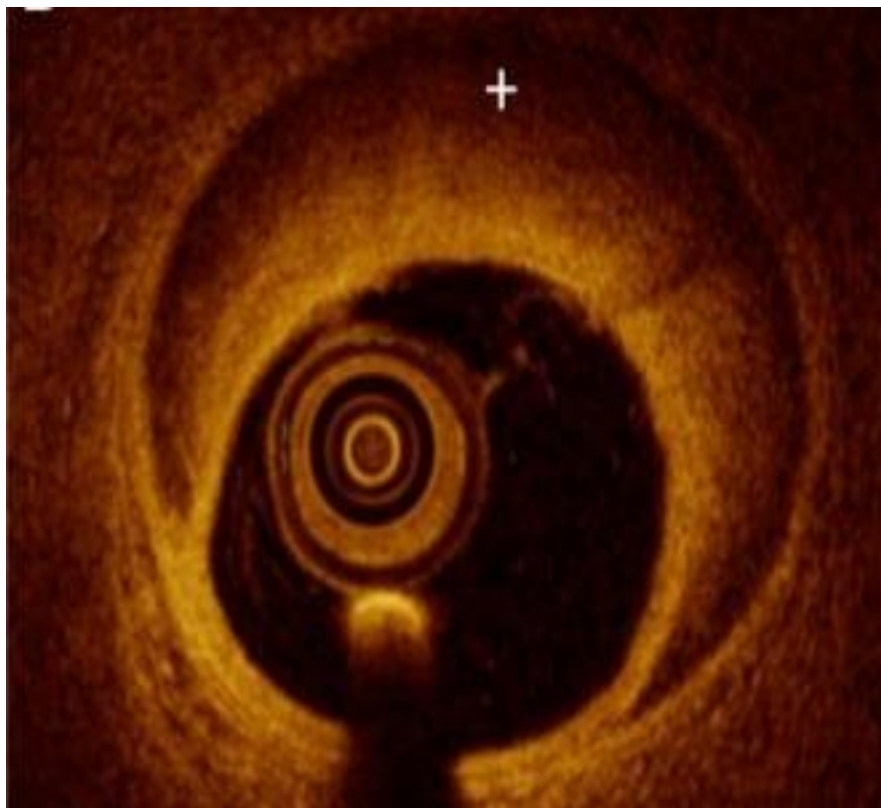
Obr. 1- SKG ACD v den příjmu na kliniku; dvojité lumen.

Obr. 2- SKG ACD o 5 dní později; dvojité lumen i flap, typické pro disekci typu 1.

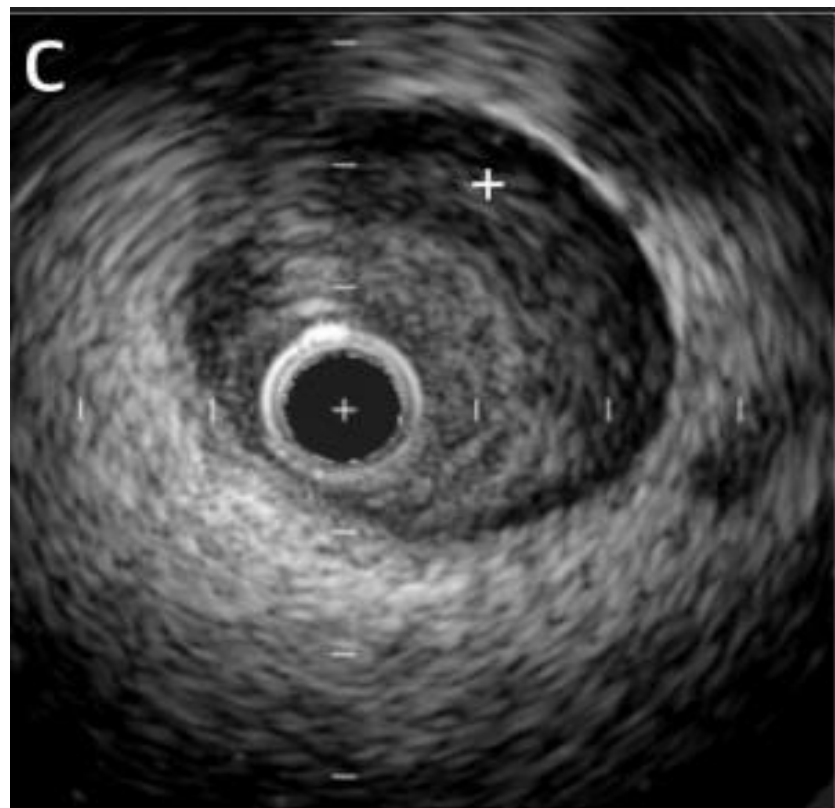
Obr. 3- SKG o 5 měsíců později; disekce prakticky zhojena.



## Obrazová kazuistika



Obr. 4- OCT obraz disekce s intramurálním hematodem



Obr. 5- IVUS obraz disekce s intramurálním hematodem



## Závěr

- 1/ SDVT je častou příčinou IM u mladých žen.
- 2/ Rozlišujeme 3 angiografické typy SDVT, u typu 2 + 3 je IVUS či OCT důležité k diagnóze.
- 3/ U nekomplikovaných SDVT je preferovaný konzervativní postup léčby.
- 4/ Revaskularizace - preferenčně formou PCI u nemocných s pokračující ischemií a použití OCT je žádoucí.



1. LÉKAŘSKÁ FAKULTA  
UNIVERZITY KARLOVY V PRAZE

Děkuji za pozornost

