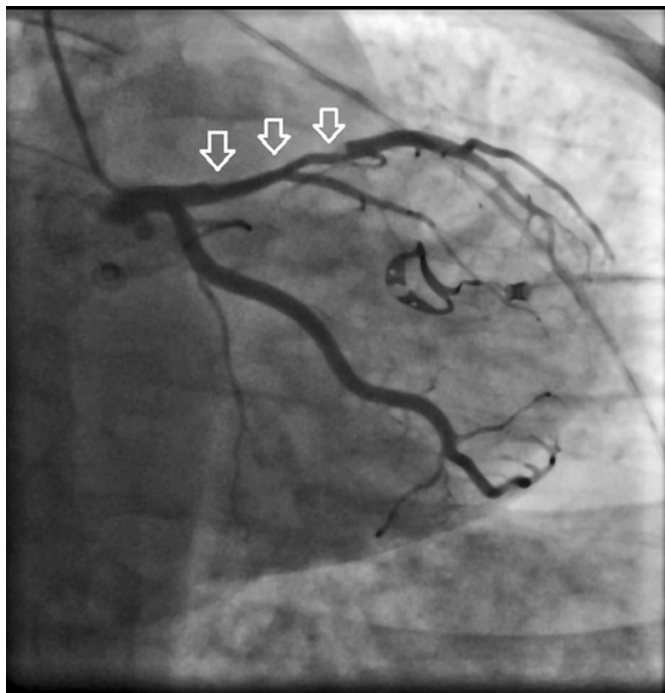
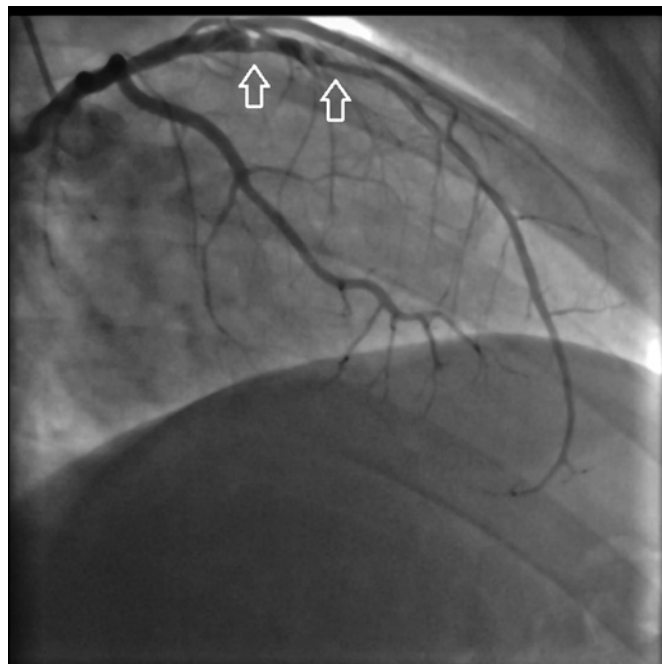
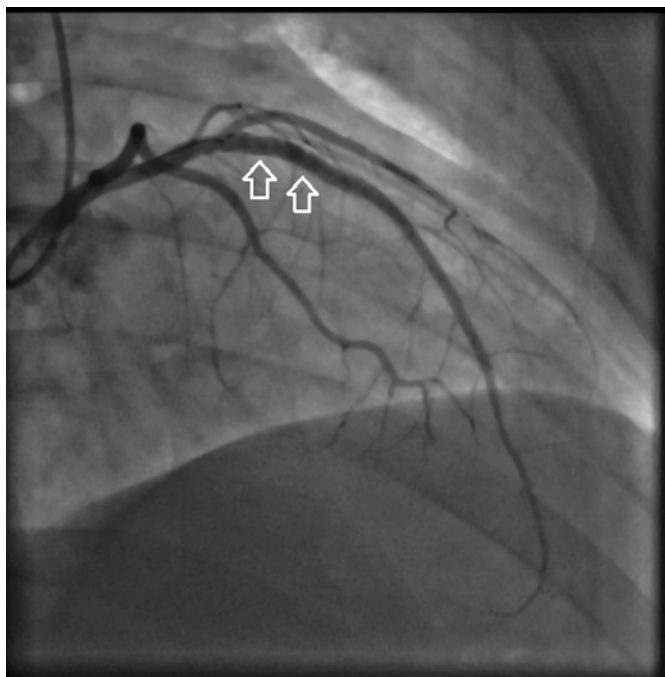


Obr. 5. Disekce proximální RIA (archiv autorů)**Obr. 6.** Částečné odhojení disekce RIA s reziduálními stenózami (archiv autorů)**Obr. 7.** Revaskularizace RIA (archiv autorů)

dostavil na plánovanou kontrolu, referoval ještě přechodně v prvních 2 týdnech námahové bolesti na hrudi, které se postupně upravily. Dle kontrolní SKG bylo patrné částečné odhojení disekce RIA. Za odstupem RD2 byly krátké stenózy do 90% (Obr. 6), RD již byla bez stenóz. Ostatní tepny byly bez průkazu postižení. Následovala IVUS vedená PCI střední RIA s implantací 2x DES jako kompletní revaskularizace (Obr. 7). V medikaci pacient pokračoval s DAPT s doporučenou dobou užívání 12 měsíců.

Diskuze

SCAD se obvykle prezentuje obdobnými symptomy, EKG známkami i laboratorním průkazem nekrózy jako jiné formy akutního

myokardiálního poškození. S ohledem na častější výskyt SCAD v kardiovaskulárně jinak nerizikové populaci zvažujeme v diferenciální diagnostice kromě AKS i perimyokarditidu či některý z typů stresové kardiomyopatie. Iniciální přístup komplikují případy, kdy dominantním původem bolesti je disekovaná stěna tepny a nikoli probíhající ischemie myokardu (5). U takových pacientů se mohou bolesti svým charakterem více podobat nekardiálním, např. muskuloskeletálním příčinám s rizikem opoždění v diagnóze i léčbě, jako tomu bylo i zde před přijetím 24letého muže. Na hodnotu D-dimerů v diferenciální diagnostice na rozdíl od disekce aortální pohlížet nelze. Práce věnující se hodnocení D-dimerů a SCAD doposud chybí, v naší druhé kazuistice byla hodnota negativní. K rozlišení etiologie myokardiálního poškození dospějeme obvykle pomocí zobrazovacích metod koronárního řečiště. Z dostupných možností preferujeme invazivní diagnostickou koronarografií s ohledem na vyšší senzitivitu, při nejasném nálezů i s užitím intrakoronárního zobrazení pomocí IVUS nebo OCT (3, 10). V léčbě se kloníme ke konzervativnímu přístupu bez koronární intervence s nízkým rizikem extenze disekce při včasné farmakologické léčbě. Výjimkou mohou být situace s kompletní okluzí tepny nebo pokračující ischemií myokardu, kde má akutní intervenční zákrok za účelem obnovení perfuze svou indikaci (5, 9). Konzervativní postup se i v našich případech osvědčil s průkazem plného spontánního zhojení v první kazuistice a částečného odhojení disekce v kazuistice druhé. Soustředíme se tedy na předcházení komplikací kompenzací krevního tlaku, titrací betablokátorů a inhibicí vzniku trombu nasedajícího na disekci antitrombotickou léčbou. Hypolipidemická léčba nemá při absenci koronární aterosklerózy opodstatnění (9, 12). Toto dokládají i naše případy s nálezy angiograficky hladkostěnných tepen, stejně jako laboratorně fyziologických hodnot v základním lipidovém profilu. Role zvýšeného Lp (a) u obou našich pacientů jako potenciálně rizikového faktoru pro SCAD zatím postrádá širší evidenci.