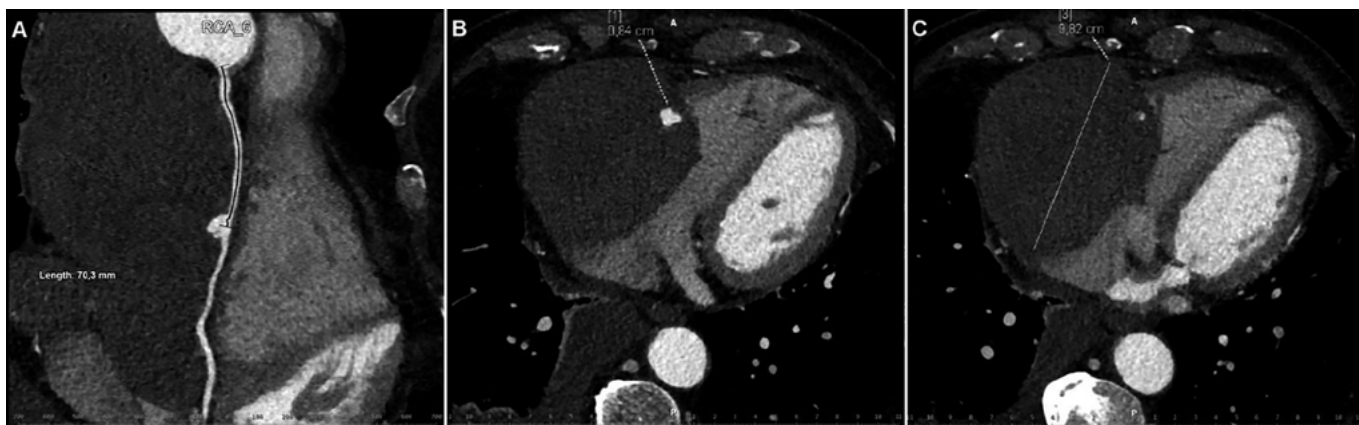


Obr. 3. HRCT; A – nástěnné aterosklerotické změny na ACD, v oblasti 7 cm od ostia bylo patrné aneurysma o velikost 8 × 9 mm; B – patrné aneurysma ACD s paravazací kontrastní látky mimo lumen do pseudotumoru v oblasti pravé síně; C – subepikardiální hematom o velikosti 97 × 85 mm utlačující pravostranné srdeční oddíly



Obr. 4. SKG; A – v první třetině arteria coronaris dextra v pravé šikmé projekci je viditelné vakovité aneurysma se širokým krčkem krvácejícím do perikardiálního prostoru; B – aneurysma arteria coronaris dextra v pravé šikmé projekci; C – povodí arteria coronaris sinistra v anteroposteriorní projekci s odstupující ramus interventricularis anterior s aterosklerotickými pláty v proximální třetině a ramus circumflexus s aterosklerotickými nerovnostmi a nevýznamnými stenózami



Současně byl kontaktován kardiokirurgický tým, který v naší shodě rozhodl o urgentní revizi bulbu aorty, pravé síně a resekci aneuryzmatu ACD. Pacient byl převezen z katetizační laboratoře na operační sál ke kardiokirurgickému výkonu z vitální indikace. V mimotělním oběhu došlo k evakuaci a exstirpaci rozsáhlého hematomu, který byl již organizovaný s nasedajícími tromby a utlačoval pravou komoru (Obr. 5 A), dále byla resekována postižená část stěny pravé komory a byl odstraněn segment ACD s perforovaným aneuryzmatem (Obr. 5 B, 5 C). Po resekci aneuryzmatického úseku ACD byla tepna rekonstruována pomocí žilní záplaty, což umožnilo obnovit průtok a zajistit adekvátní perfuzi povodí ACD. Resekce aneuryzmatu a odstranění komprese způsobené hematomem vedly k prevenci ložiskové ischemie myokardu. Tento postup zajistil jak odstranění rizikové části tepny, tak zachování dostatečné koronární perfuze pravostranných srdečních oddílů. Vzorky z odebrané tkáně byly odeslány k histologickému zhodnocení (Obr. 6 A–C). Výkon trval celkem 5 hodin a proběhl bez komplikací. V rámci pátrání po etiologii bylo za hospitalizace provedeno revmatologické a imunologické vyšetření s komplexním laboratorním panelem k vyloučení systémových chorob pojivové tkáně a vaskulitid, které by mohly být příčinou aneuryzmatu, ale všechna vyšetření byla negativní. Echokardiograficky byla po zákroku potvrzena hraniční velikost a funkce pravé komory, která

však dosahovala adekvátní systolické funkce a byla bez přítomných známek pravostranného srdečního selhání (Obr. 2 C).

Nemocný podstoupil úspěšnou pooperační rehabilitaci a po 14denní hospitalizaci byl dimittován do ambulantní péče. Pacient byl pravidelně sledován a byl již zcela bez symptomů a bez další recidivy synkopy.

Diskuze

Synkopa je častým důvodem pro hospitalizaci, postihující 15–39 % populace (1, 2), s vyšší incidencí u starších pacientů. Nejčastější typy synkop jsou vazodepresorické nebo posturální. Synkopy z kardiovaskulárních příčin, které zahrnují arytmie, strukturální srdeční choroby a vzácněji stavy jako koronární aneurysma, jsou odpovědné za přibližně 6 % případů (1, 2). U našeho pacienta byly synkopy prvními symptomy život ohrožující ruptury koronárního aneuryzmatu, což podtrhuje potřebu provedení dalších doplňujících vyšetření při podezření na kardiální typ synkopy.

Na první pohled by se u pacienta s nově nasazenými antihipertenzivy mohla etiologie synkopy jevit jako ortostatická a tím by se mohla snadno chybně zaměnit. Pacient byl chronicky adaptovaný na vyšší tlak a mohl být tedy náchylnější na farmakologicky nově navozený pokles krevního tlaku. Recidivující synkopy, včetně jedné