

Klinika a léčba ochorení aorty – guidelines ESC

Veronika Jankovičová

II. klinika kardiologie a angiologie SZU, Stredoslovenský ústav srdcových a cievnych chorôb, a. s.

Ochorenia aorty predstavujú narastajúci klinický problém so zvyšujúcou sa prevalenciou, najmä vo vyšších vekových skupinách. Zásadnú úlohu v diagnostike zohráva dostupnosť zobrazovacích metód, najmä echokardiografie, CT s EKG gatingom a MR. Manažment aortálnych aneuryziem a akútnych aortálnych syndrómov (AAS) sa zakladá na presnom zhodnotení morfológie, rizikových faktorov a dynamiky rastu. Prevencia zahŕňa skrining vybraných populácií a kontrolu rizikových faktorov, predovšetkým artériovej hypertenzie. Aneuryzmy hrudnej a brušnej aorty majú rozdielnu etiopatogenézu, riziko komplikácií a indikačné kritériá chirurgickej či endovaskulárnej liečby. Chirurgické riešenie zostáva štandardom pri väčšine aneuryziem ascendentnej aorty a pri vybraných torakoabdominálnych a abdominálnych lokalizáciách, zatiaľ čo TEVAR/EVAR má význam najmä pri descendentných aneuryzmách a disekcii typu B. V manažmente AAS hrá hlavnú rolu urgentná kontrola hemodynamiky, presná klasifikácia a rýchla identifikácia komplikácií, ako sú malperfúzia, ruptúra či progresia do disekcie. Pacienti po chirurgických alebo endovaskulárnych výkonoch vyžadujú dlhodobé zobrazovacie sledovanie vzhľadom na riziko reintervencií a progresie ochorenia. Individuálny prístup založený na kombinácii morfológických kritérií, genetických faktorov a dynamiky ochorenia je kľúčový pre optimalizáciu prognózy a redukciu mortality.

Kľúčové slová: aneuryzma aorty, akútny aortálny syndróm, aortopatia asociovaná s bikuspidálnou chlopňou, chirurgia aorty.

Clinic and treatment of aortic diseases – ESC guidelines

Aortic diseases represent a growing clinical problem with increasing prevalence, especially in older age groups. The availability of imaging methods, especially echocardiography, CT with ECG gating and MRI, plays a crucial role in diagnosis. Management of aortic aneurysms and acute aortic syndromes (AAS) is based on an accurate assessment of morphology, risk factors and growth dynamics. Prevention includes screening of selected populations and control of risk factors, especially arterial hypertension. Thoracic and abdominal aortic aneurysms have different etiopathogenesis, risk of complications and indication criteria for surgical or endovascular treatment. Surgical treatment remains the standard for most ascending aortic aneurysms and selected thoracoabdominal and abdominal locations, while TEVAR/EVAR is particularly important for descending aneurysms and type B dissection. Urgent hemodynamic control, accurate classification, and rapid identification of complications such as malperfusion, rupture, or progression to dissection play a major role in the management of AAS. Patients after surgical or endovascular procedures require long-term imaging follow-up due to the risk of reinterventions and disease progression. An individualized approach based on a combination of morphological criteria, genetic factors, and disease dynamics is key to optimizing prognosis and reducing mortality.

Key words: aortic aneurysm, acute aortic syndrome, aortopathy associated with bicuspid aortic valve, aortic surgery.

Klinika a léčba ochorení aorty – guidelines ESC

Ochorenia aorty majú postupne zvyšujúcu sa prevalenciu, ktorá je 1 – 3 % vo všeobecnej populácii, zvyšujúca sa na 10 % u vyšších vekových skupín. Významnú úlohu v diagnostike zohráva vyššia dostupnosť zobrazovacích vyšetrení (1).

Základným zobrazovacím vyšetrením je echokardiografické (ascendentná aorta) a sonografické (abdominálna aorta) vyšetrenie. Okrem stanovenia morfológie aorty, merania edge to edge rozmerov v rôznych častiach je výhodou zobrazenie a vyhodnotenie aortálnej chlopne. Vyšetrenie počítačovou tomografiou (CT) s EKG gatingom má 100 %

MUDr. Veronika Jankovičová, PhD.

II. klinika kardiologie a angiologie SZU, Stredoslovenský ústav srdcových a cievnych chorôb, a. s., Banská Bystrica
jankovicova.vero@gmail.com

Cit. zkr: Vnitř Lék. 2026;72(1):29-35

Článek přijat redakcí: 10. 12. 2025

Článek přijat po recenzích: 26. 1. 2026

senzitivitu a 98 % špecificitu. Pri individuálnych rizikách pre kontrastnú látku a rádiáciu je možné zvážiť magnetickú rezonanciu (MR). Diagnostické kritériá ochorenia sa odvíjajú od normálnych rozmerov (Obr. 1).

Skríning a prevencia

Skríning aneuryzmy abdominálnej aorty je indikovaný u pacientov fajčiarov nad 65 rokov, prípadne u pacientok s hypertenziou, fajčiarok nad 75 rokov, mužov nad 75 rokov bez ohľadu na fajčenie. Skríning je indikovaný u prvostupňových príbuzných vekom nad 50 rokov pacientov s anamnézou aneuryzmy brušnej aorty.

V rámci skríningu prvostupňových príbuzných pacientov s aneuryzmou koreňa a ascendentnej aorty je indikované echokardiografické vyšetrenie. U pacientov s potvrdenými genetickým ochorením, ktorého súčasťou môže byť ochorenie aorty, je potrebné pravidelné sledovanie zobrazovacími vyšetreniami. Pri prítomnosti rizikových faktorov pre hereditárnu aneuryzmu aorty je vhodné zvážiť genetické vyšetrenie, takisto iniciovať sledovanie príbuzných od 25 rokov, prípadne od veku o 10 rokov menej, ako sa diagnostikovalo ochorenie u konkrétneho pacienta. Najčastejšími genetickými ochoreniami, ktoré zahŕňajú aneuryzmu aorty sú Turnerov syndróm (potrebný prepočet diametra na telesný povrch, Z-skóre), Ehlers-Danlosov syndróm, Marfanov syndróm, Loeys-Dietzov syndróm. Podľa syndrómu a aktuálnej morfológie je potrebné individuálne sledovanie.

Zanechanie fajčenia, zdravá strava a pravidelná fyzická aktivita znižujú riziko disekcie aorty. Z medikamentózneho hľadiska neexistuje liek, ktorý by aneuryzmu zmenšil. Po opakovaných štúdiách je definitívnym výsledkom dôkladná liečba artériovej hypertenzie. Za účelom redukcie

nárastu a zníženia šance ruptúry je podľa odporúčaní v triede IIa vhodné použiť statín. U pacientov diabetikov bol zistený prínos aj v iných kardiovaskulárnych aspektoch metformínu, ktorý vo viacerých štúdiách preukázal vplyv na redukcii nárastu. Randomizované štúdie potvrdzujúce vplyv metformínu na progresiu veľkosti aneuryzmy aorty však stále nie sú k dispozícii. Fluorochinolóny stále zostávajú v kategórii liekov, ktoré majú tendenciu viesť k nárastu aneuryzmy a k disekcii, preto ich používanie je limitované na reálnu indikáciu a absenciu iných možností (2).

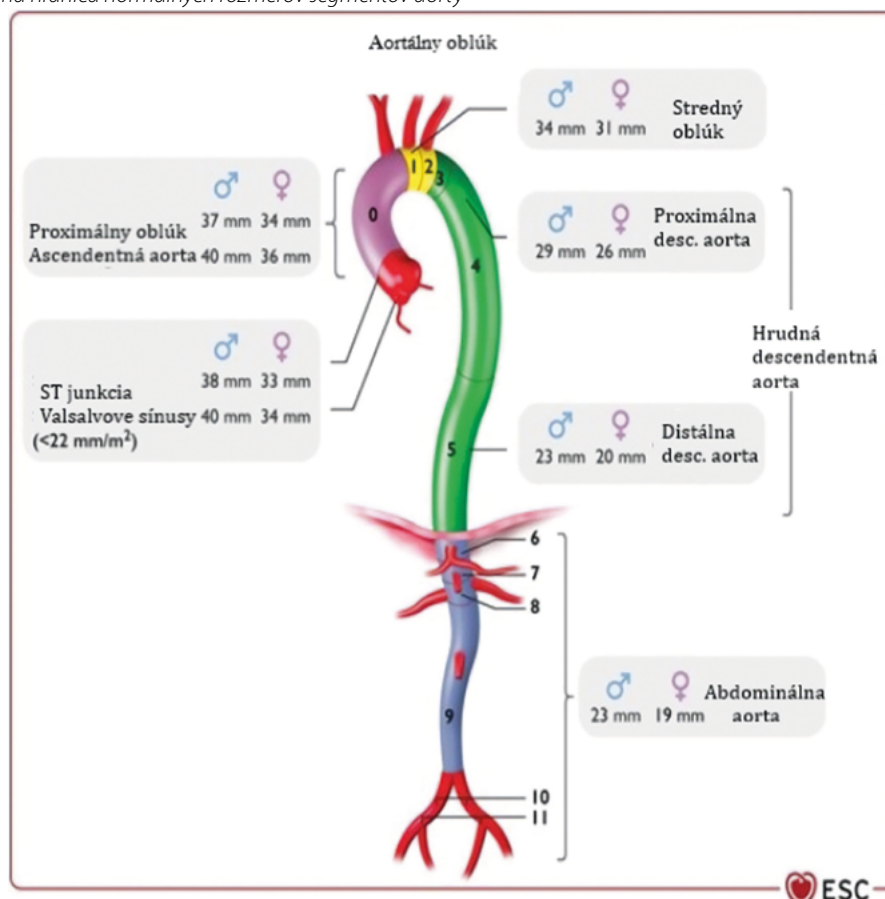
Aneuryzma aorty

Aneuryzma aorty, druhé najčastejšie ochorenie aorty po jej aterosklerotickom postihnutí, je definovaná ako > 50 % zväčšenie priemeru oproti fyziologickým hodnotám. Pôvod slova je v gréčtine, prekladom – rozšírenie. Morfologicky môžu byť aorty fuziformné alebo sakulárne. Fuziformné majú často etiológiu s ochoreniami spojivového tkaniva, prípadne v degeneratívnych zmenách, zatiaľ čo sakulárne sa spájajú s infekciou, traumou, penetrujúcim aterosklerotickým vredom (PAU). Na základe lokalizácie je možné skupiny rozdeliť na aneuryzmy hrudnej aorty (TAA) a aneuryzmy brušnej aorty (AAA). Keď sa diagnostikuje aneuryzma v akejkoľvek časti aorty, za účelom posúdenia komplexnej morfológie je indikované zobrazovacie vyšetrenie celej aorty a jej vetiev.

Aneuryzma hrudnej aorty

Z uvedenej skupiny tvorí 60 % prípadov aneuryzma ascendentnej aorty, 10 % aneuryzma oblúka, 30 % aneuryzma descendentnej aorty. Aneuryzma aortálneho koreňa sa vyskytuje u mladších pacientov,

Obr. 1. Anatomia a horná hranica normálnych rozmerov segmentov aorty



u 20 – 30 % je asociovaná s bikuspidálnou aortálnou chlopňou (BAV). V prípade nálezu rozdielu v priemere v oblasti koreňa v tej istej zobrazovacej modalite o viac ako 5 mm je možné uvažovať o jeho asymetrii. Suprakoronárna aneuryzma je najčastejšie spojená s aterosklerózou, artériovou hypertenziou, zatiaľ čo aneuryzma oblúka aorty sa vyskytuje zriedkavo, bez postihnutia inej časti aorty (1).

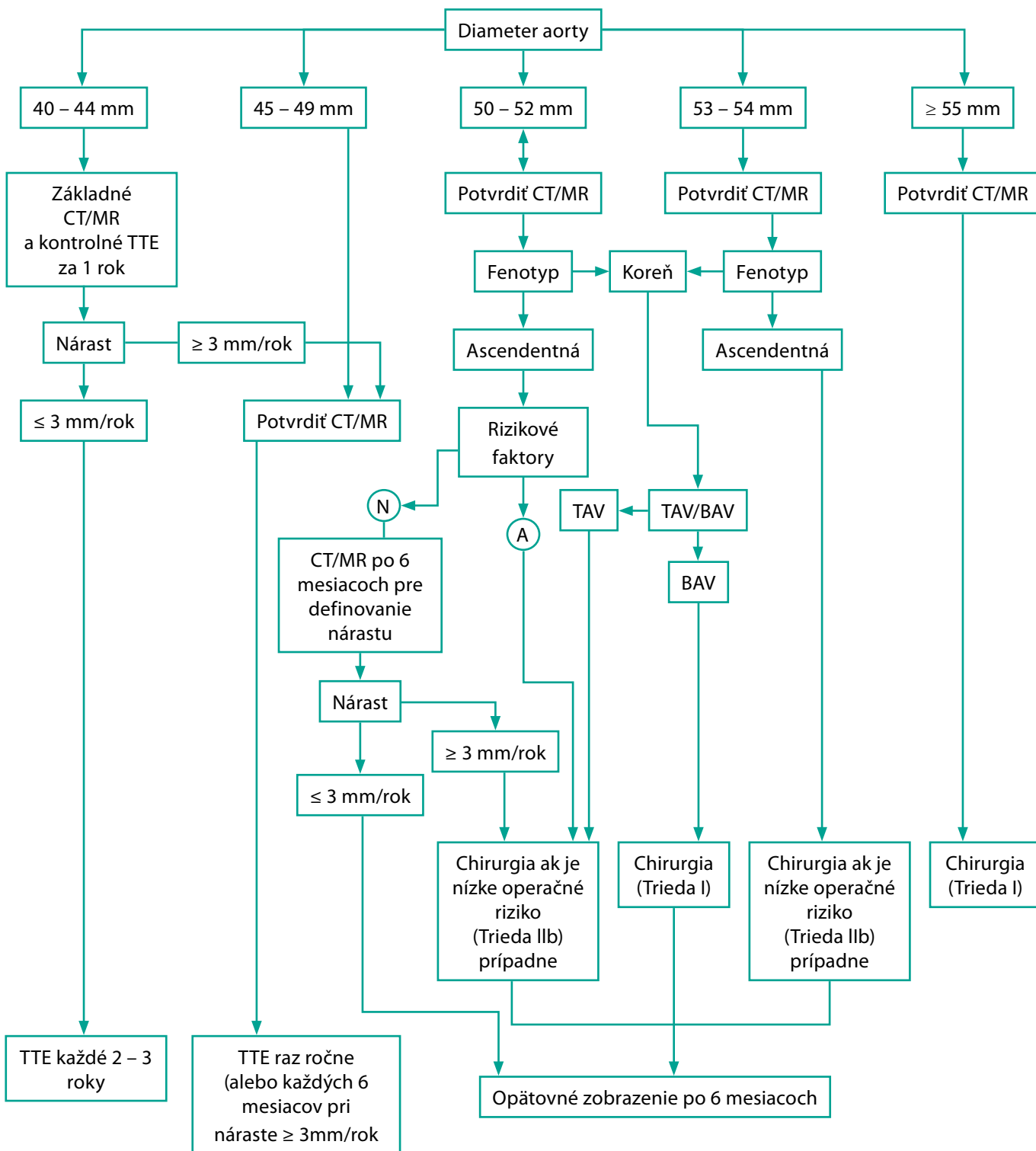
Nárast rozmeru hrudnej aorty je veľmi individuálny. Všeobecne sa dá povedať, že degeneratívne TAA rastú rýchlejšie u žien a majú trikrát

vyššie riziko akútneho aortálneho syndrómu (AAS). V prípade echokardiograficky dokumentovaného nárastu o 3 mm a viac je potrebné doplniť CT vyšetrenie (Obr. 2).

Chirurgická liečba

Pri izolovanej aneuryzme ascendentnej aorty je odporúčaná suprakoronárna náhrada. Pri dilatácii aortálneho anulu, bulbu je v závislosti od pracoviska možné realizovať záchovnú operáciu (Davidova, Yacoubova),

Obz. 2. Dilatácia koreňa alebo ascendentnej aorty u pacientov s TAV alebo BAV (normálna funkcia chlopne) pri prvom alebo následnom echokardiografickom vyšetrení



personalizovanou externí podporu koreňa aorty (PEARS operácií), prípadne Bentallovu operáciu. V rámci rozhodovania je nevyhnutné zhodnotiť aortálnu chlopňu. V rámci pooperačnej antitrombotickej liečby pri suprakoronárnej náhrade, záchovej a Bentallovej operácii s mechanickou protézou je indikovaný warfarín. V rámci pooperačného sledovania je potrebné echokardiografické vyšetrenie po 1 mesiaci, po 12 mesiacoch CT prípadne MR vyšetrenie za účelom posúdenia komplexnej morfológie, od čoho sa odvíja ďalšie časovanie kontrolných vyšetrení.

Keďže veľká časť pacientov s disekciou má rozmer disekovanej aorty ešte pred rozmerom v indikačných kritériách na profylaktickú liečbu, existujú ďalšie rizikové faktory, ktoré môžu individualizovať prístup ku pacientovi, a to: dilatácia koreňa, dĺžka ascendentej aorty do angulácie – 11 cm, za kritický rozmer je považovaný 52 – 53 mm. Celkový diameter je vhodné indexovať najmä na výšku. Prísnejšie kritériá na indikáciu má bikuspidálna aortálna chlopňa a geneticky podmienené ochorenie aorty.

Chirurgické riešenia aneuryzmy oblúka sú veľkou výzvou. Izolovaná chirurgia je indikovaná v prípade rozmeru nad 55 mm, resp. v prípade výskytu symptómov. Pokiaľ je indikovaný výkon na ascendentej alebo descendentej aorte, je možné to kombinovať s hemiarch náhradou, resp. debranching a frozen elephant trunk (FET), prípadne s endovaskulárnym výkonom na hrudnej (TEVAR) descendentej aorte.

Descendentná aorta

Morfologicky sa skladá z torakoabdominálnej, ktorá má 5 typov aneuryziem (Obr. 3).

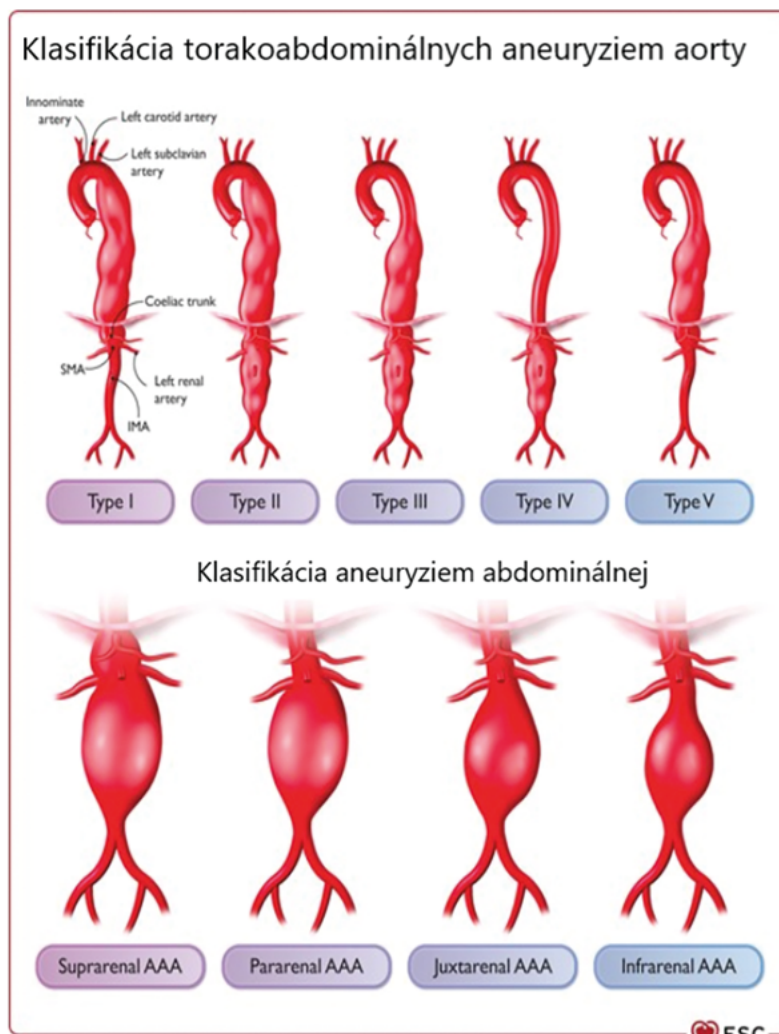
Väčšina aneuryziem descendentej aorty je degeneratívnej etiológie s kalcifikátmi. Pacienti s HTAD majú najčastejšie diagnostikovanú disekciu, nie len samotnú aneuryzmu. V oblasti abdominálnej aorty sú aneuryzmy najčastejšie fuziformné a často s intraluminárne sa vyskytujúcimi trombami (Tab. 1).

Chirurgická liečba, intervencie

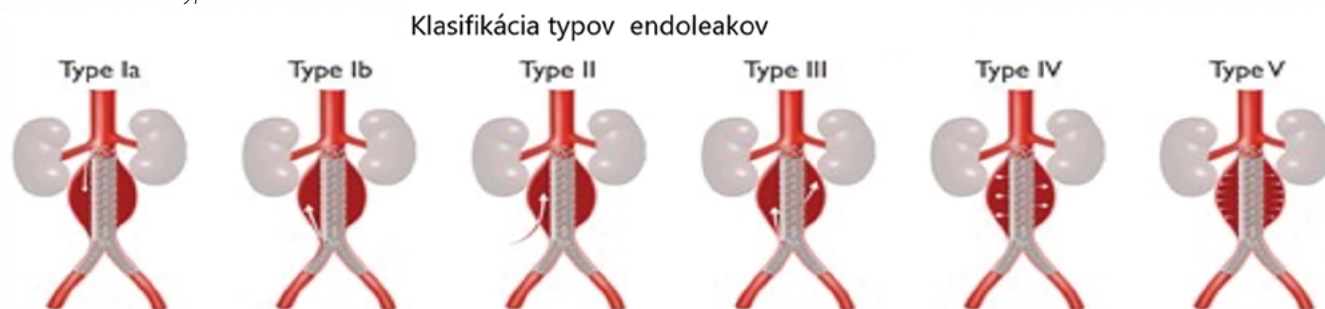
Rozmer 60 mm aneuryzmy descendentej hrudnej aorty (DTA) má 10 % šancu na ruptúru za 1 rok, je potrebné zvážiť intervenciu od diametre 55 mm. Benefit intervencie u pacientov s aortou s menším rozmerom sa ukázal len u tých, ktorí majú ochorenie spojiva, alebo u tých, ktorí majú rýchly nárast (10 mm/rok, 5 mm/6 mesiacov).

Odporúčaná liečba aneuryzmy DTA je endovaskulárny výkon, chirurgický výkon je možný v prípade nevhodnej anatómie k TEVAR, prípadne pri ochoreniach spojivového tkaniva. S chirurgickým riešením sa spája vyššie množstvo komplikácií, a to cievna mozgová príhoda, mezenterická a renálna ischemia, paraplégia pri spinálnej ischemii. TEVAR má nižšiu mortalitu, nižší výskyt periintervenčných poškodení miechy, avšak vyššiu pravdepodobnosť reintervencie

Obr. 3. Klasifikácia torakoabdominálnych aneuryziem aorty



Obr. 4. Klasifikácia typov endoleakov



v priebehu sledovania. Uzáver arteria subclavia sinistra je indikovaný u 50 % pacientov a spája sa s vyšším výskytom cievnych mozgových príhod (CMP), ischemie hornej končatiny, vyšším rizikom paraplégie, preto je indikovaná revaskularizácia v elektívnom termíne pred výkonom na aorte. K dispozícii sú taktiež stentgrafty, ktoré umožňujú zachovanie perfúzie a. subclavia.

U pacientov s aneuryzmou torakoabdominálnej aorty s rozmerom nad 60 mm, event. 55 mm u vysoko rizikových pacientov, je vhodné chirurgické riešenie u tých, ktorí sú v nízkom operačnom riziku.

Chirurgické riešenie aneuryzmy abdominálnej aorty je preferovaným spôsobom liečby, nakoľko má lepšie výsledky v rámci dlhodobej prognózy, aj napriek vyššiemu perioperačnému riziku. Chirurgicky by mali byť liečení pacienti s dlhodobou dobrou celkovou prognózou. U pacientov s vysokým perioperačným rizikom je vhodný EVAR. V prípade juxta a pararenálnej aneuryzmy sa môže zvážiť aj intervenčné riešenie, avšak stále treba počítať s vyšším rizikom komplikácií (endoleaky, migrácia graftu, ruptúra), preto treba pacienta doživotne sledovať. Intervenčná liečba juxtarenálnych a pararenálnych aneuryziem má

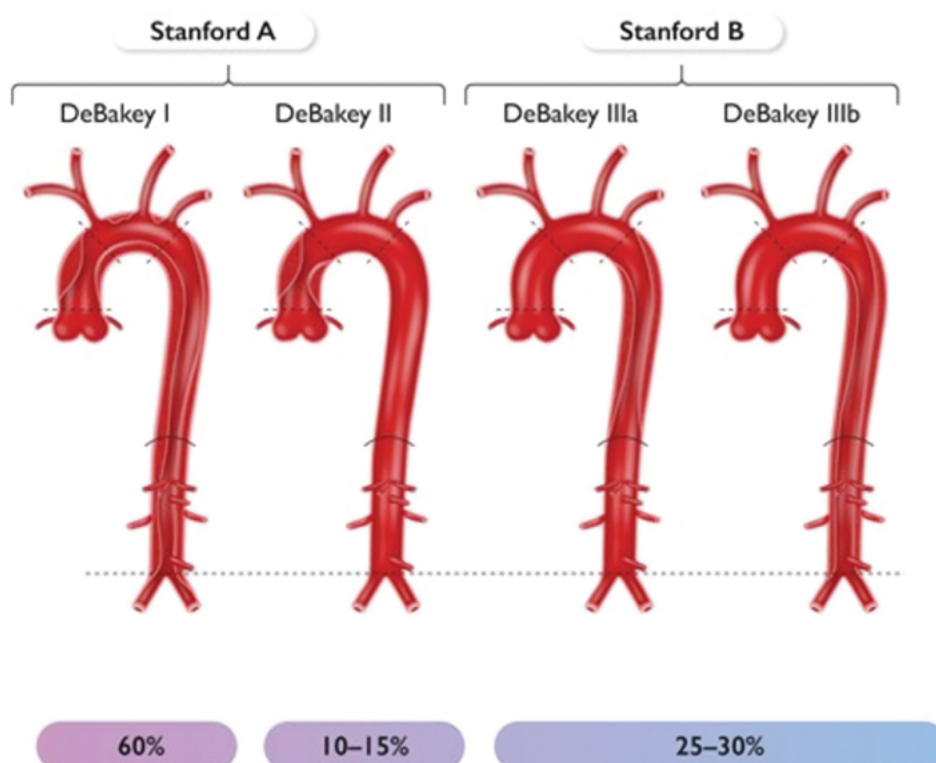
Tab. 1. Sledovanie AAA

Veľkosť AAA	Ženy	Muži
25	Každé 4 roky	Každé 4 roky
30	Každé 3 roky	Každé 3 roky
35	Každé 3 roky	Každé 3 roky
40	Každých 12 mesiacov	Každých 12 mesiacov
45	Každých 6 mesiacov	Každých 12 mesiacov
50	Zvážiť intervenciu (Trieda I)	Každých 6 mesiacov
55	Zvážiť intervenciu (Trieda I)	Zvážiť intervenciu (Trieda I)

nižšiu krátkodobú mortalitu, nižšie riziko renálneho zlyhania a potreby dlhodobej dialýzy.

Najčastejšou komplikáciou intervenčného riešenia je endoleak, ktorý sa vyskytuje celkovo až u jednej tretiny pacientov. Endoleak, ktorý vystavuje vak aneuryzmy systémového tlaku a expanzii vyžaduje reintervenciu za účelom prevencie ruptúry (Obr. 4). Endoleak typ I a III sú indikované na reintervenciu, prípadne aj typ II a V pri signifikantnom náraste vaku nad 10 mm. Pacientovi po TEVAR/EVAR je odporúčané CT vyšetrenie po 30 dňoch od intervencie, následne po 1 roku dva roky

Obr. 5. Klasifikácia akútnych aortálnych syndrémov



po sebe a potom každých 5 rokov. Po chirurgickom riešení abdominálnej aorty je odporúčané CT po 1 roku, následne ultrasonografické vyšetrenie (USG) každý rok a CT každých 5 rokov (3).

Aortopatia asociovaná s BAV

Bikuspidálna aortálna chlopňa je najčastejšia vrodená chyba srdca vyskytujúca sa u 0,5 – 2 % populácie, je rizikovým faktorom pre aortálnu chlopňovú chybu a aortopatiu. Fenotyp aneurizmy je u 75 % pacientov v oblasti ascendentnej aorty, 15 – 20 % v oblasti koreňa, 5 – 10 % tzv. „predĺžená“ aneurizma. Keď sa prvýkrát deteguje BAV, potrebné je kompletne zobrazenie aorty, takisto zahŕňajúc vylúčenie koarktácie. U pacientov s koreňovým fenotypom dilatovanej aorty, s aortálnou regurgitáciou je odporúčaný skríning rodinných príslušníkov. Za rizikové faktory, ktoré treba zohľadniť pri individualizácii chirurgickej intervencie sú považované: vek do 50 rokov, nízky vzrast, dĺžka ascendentnej aorty nad 11 cm, nárast rozmeru viac ako 3 mm/rok, rodinná anamnéza AAS, koarktácia aorty, rezistentná hypertenzia, konkomitantná kardiálna chirurgia, plánované tehotenstvo. U pacientov podstupujúcich operáciu chlopne by sa mala zvážiť operácia aorty pri rozmere nad 45 mm (4).

Akútne aortálne syndrómy

Akútny aortálny syndróm je život ohrozujúci stav, ktorý zahŕňa akútnu disekciu aorty (AAD), intramurálny hematóm (IMH), PAU a traumatické poranenia. Hyperakútne AAS sa diagnostikujú do 24 hodín od symptómov, akútne do 1 – 14 dní, subakútne 15 – 90 dní, chronické sú diagnostikované viac ako 90 dní od začiatku symptómov. Za účelom manažmentu sú základom anatomické klasifikácie Stanford a DeBakey (Obr.5). Pre upresnenie morfológie a lokalizácie entry trhliny v intime sa ku klasifikácii dodáva P – proximálna časť, D – distálna oblasť. Cieľom terapeutických výkonov je uzáver entry. Disekcia vyskytujúca sa len v oblúku, prípadne začínajúca v descendentej aorte, šíriaca sa do oblúka sa označuje ako non-A non-B.

Akútna disekcia je charakterizovaná prítomnosťou intimálneho flapu, ktorý oddeľuje pravý (TL) a falošný lúmen (FL). Iatrogénna disekcia po koronárnej katetrizácii resp. kardiochirurgii má nízku incidenciu a priaznivú prognózu.

Akútna disekcia typ A

Najčastejším klinickým obrazom je náhla, silná bolesť na hrudníku, v chrbte, často opisovaná ako ostrá a zároveň anamnéza artériovej hypertenzie. Avšak cca 6,4 % pacientov neguje akýkoľvek typ bolesti. Ďalšími častými prejavmi a nálezom býva hypotenzia a šokový stav, perikardiálna efúzia, akútna aortálna regurgitácia, disekcia zasahujúca do koronárnej artérie, vedúca k akútnemu koronárnemu syndrómu (najčastejšie dochádza k uzáveru pravej koronárnej artérie). Ďalšími častými prejavmi môže byť akútna CMP, mezenterická ischemia, akútna končatinová ischemia. Základnou zobrazovacou diagnostickou metódou je CT s EKG gatingom, pažerákové echokardiografické vyšetrenie (TEE), laboratórne napomáhajúcim faktorom hladina D-diméru (2).

V akomkoľvek prípade AAS je základom liečby zníženie krvného tlaku pod 120 mmHg a frekvenciu srdca pod 60/min za účelom zníženia napätia steny aorty. Odporúčanými betablokátormi sú labetalol, esmo-

lol, v prípade kontraindikácie je vhodné použiť nitráty alebo nondihydropyridínové kalciové blokátory. Nemenej významnú medikamentóznou terapiu má analgetická liečba. U pacientov s disekciou A je indikovaná akútna kardiochirurgická konzultácia a riešenie. V prípade poškodenia koreňa aorty, resp. známeho genetického ochorenia, je indikovaná totálna náhrada aorty s chlopňovou protézou. U pacientov bez tejto patológie je možné zvážiť záchrannú operáciu aorty. V prípade nálezu trhliny v oblúku alebo pri významnej aneurizme oblúka sa odporúča preferenčne náhrada hemiarch pred kompletnou náhradou oblúka. V prípade výskytu trhliny v descendentej aorte sa odporúča k chirurgickému riešeniu ascendentnej aorty pridať stenting DTA (1).

Malperfúzia je dôsledkom zvýšeného tlaku vo FL, vyskytuje sa až u 30 % pacientov, čo vytvára obraz podobný ako ischemia vyvolaná arteriálnou stenózou. Mezenterická malperfúzia je život ohrozujúca komplikácia s mortalitou 65 – 95 %. Takisto ako u pacientov s príznakmi ischemickej cievej mozgovej príhody (nie hemoragickej) je odporúčaná akútna kardiochirurgia. Pri mezenterickej malperfúzii je možné zvážiť predoperačne intervenčné riešenie. Pri disekcii typu non-A non-B je do 14 dní vhodnejšie či už chirurgické alebo intervenčné riešenie ako konzervatívny manažment.

Akútna disekcia typ B

Nadpolovičnú väčšinu týchto pacientov tvoria nekomplikované prípady. Komplikácie zahŕňajú ruptúru aorty, viscerálnu malperfúziu, rýchlu aortálnu expanziu, refraktérnu bolesť, pretrvávajúcu hypertenziu napriek vyťaženej liečbe. Základným pilierom je opäť medikamentózna liečba hypertenzie. Pre komplikovanú disekciu typu B je akútne endovaskulárne riešenie prvým krokom. Pri nekomplikovanej disekcii je všeobecne indikovaná konzervatívna terapia, intervencia je indikovaná len pri komplikovanej disekcii s nepriaznivými morfológickými kritériami. Intervenčné riešenie je vhodné realizovať do 90 dní, najbezpečnejšie v subakútnej fáze (po 14 dňoch). Optimálnym intervenčným spôsobom je použitie dimenzovaného graftu podľa CT veľkosti. Prediktory horšej prognózy sú primárne entry s veľkosťou viac ako 10 mm lokalizované vo vnútornej aortálnej kľučke, vstupný aortálny diameter viac ako 40 mm, diameter FL viac ako 20 mm, väčší počet fenestrácií medzi FL a TL (5).

Chronická disekcia typ B

Náhodne zistená chronická disekcia typu B alebo disekcia primárne liečená konzervatívne nie je vždy indikovaná na intervenčné riešenie. Indikačné kritériá zahŕňajú nový nástup symptómov, rýchlu expanziu, malperfúziu alebo ruptúru. Aneurizmatická dilatácia chronicky disekovanej aorty je najvýznamnejším rizikovým faktorom. Pri rozmeroch presahujúcich diameter 55 mm, resp. 60 mm je indikované riešenie. Menšie rozmery by sa mali zvážiť pri hereditárnych, genetických alebo systémových ochoreniach. Pri chronickej disekcii ostáva chirurgická liečba prvou voľbou u nízko rizikových pacientov, prípadne u pacientov s anamnézou hereditárneho ochorenia aorty. V prípade intervenčnej liečby je primárnym lokálnym cieľom uzáver entry, spustenie trombotizácie FL a tým spustenie remodelácie aorty so spomalením rastu a znížením rizika ruptúry. Primárnym celkovým cieľom je v prípade

intervenční léčby kompletné vyrazení dilatované aorty z krvného obehu implantáciou stentgraftu (5).

Intramurálny hematóm

IMH – tvorí 5 – 25 % pacientov s akútnym aortálnym syndrómom. Definovaný je ako hemorágia vasa vaorum v tunica media aorty, s alebo bez porušenia intimy. Pri IMH typ A sa odporúča akútna kardiochirurgia, pri vysoko rizikových pacientoch je možné zvážiť watch and wait stratégiu. Pri IMH typ B je ideálna medikamentózna liečba s pravidelným monitoringom. V prípade prítomnosti rizikových faktorov je potrebné zvážiť endovaskulárnu liečbu. K významným rizikovým faktorom patrí: zasiahnutá ascendntná aorta, nekontrolovateľné hodnoty krvného tlaku, pretrvávajúca bolesť, maximálny diameter aorty typ A 45 – 50 mm, typ B 47 – 50 mm, progresia IMH do disekcie, fokálne porušenie intimy s ulcer like projection (ULP), hrúbka hematómu nad 10 mm pri type A, nad 13 mm pri type B, zväčšujúca sa hrúbka hematómu, zväčšovanie diametra aorty, prítomnosť perikardiálnej efúzie, rekurentná pleurálna efúzia, orgánovaná malperfúzia (1).

Penetrujúci aterosklerotický vred

PAU je najzriedkavejšia forma AAS. Základom diagnózy je aterosklerotický plát penetrujúci do tunica media aorty. Najčastejšie sú dokumentované mnohopočetné PAU v strednej a spodnej DTA s priemerom od 5 – 25 mm, s hĺbkou 4 – 30 mm. Pri type A je odporúčané chirurgické riešenie, prípadne watch and wait stratégia. Pri type B je v prípade indikácie odporúčané intervenčné riešenie. K rizikovým faktorom pri

hodnotení indikácie intervencie spadá: hemodynamická nestabilita, ruptúra, diameter aorty, nárast v šírke alebo hĺbke viac ako 5 mm/rok, maximálna šírka 13 – 20 mm, hĺbka viac ako 10 mm, prítomnosť sakulárnej aneurizmy, pleurálne výpotky (1).

Sledovanie pacientov po výkonoch

Nakoľko AAS je predisponujúcim rizikovým faktorom či už pre komplikácie súvisiace s výkonom alebo primárnym ochorením, iné komorbidity alebo nález vaskulopatie v inej lokalite, je potrebné ich pravidelne sledovať. Po kardiochirurgickom výkone je vhodné kontrolné CT po 6 a 12 mesiacoch, následne raz ročne do 3 rokov. V ďalšom období je potrebná individualizácia časovania podľa aktuálneho nálezu. Po výkone TEVAR je indikované CT sledovanie po 1, 6, 12, 24, 36, 48, 60 mesiacoch, následne po 2 – 3 rokoch. Pacienti liečení konzervatívne medikamentózne by mali byť takisto sledovaní po zhodnutí individuálneho stavu.

Záver

Vzhľadom na zvýšenú dostupnosť zobrazovacích vyšetrení už nie je raritou náhodný nález aneurizmy aorty, prípadne rýchla diagnostika akútnej disekcie v rámci diferenciálnej diagnostiky bolesti na hrudníku. Manažment pacienta s aneurizmou by nemal byť založený len na rozmeroch aorty, ale významnú časť tvoria aj rizikové faktory individuálne uplatniteľné, na ktoré netreba zabúdať. Včasná diagnostika a správna liečba je základným bodom od ktorého sa môže významne odvíjať zlepšenie prognózy a zníženie mortality u pacientov s ochorením aorty.

PROHLÁŠENÍ AUTORŮ: Prohlášení o původnosti: Publikace byla zpracována s využitím uvedené literatury a nebyla publikována ani zaslána k recenznímu řízení do jiného média. **Střet zájmů:** Ne. **Financování:** Ne. **Poděkování:** N/A. **Registrace v databázích:** N/A. **Projednání etickou komisí:** N/A.

LITERATÚRA

1. Mazzolai L, Lanzi S, Teixido-Tura G, et al. 2024 ESC Guidelines for the management of peripheral arterial and aortic diseases. Eur Heart J. 2024;45:3538-3700.
2. Dolmaci OB, El Mathari S, Driessen AHG, et al. Are thoracic aortic aneurysm patients at increased risk for cardiovascular diseases? J Clin Med. 2023;12:272.
3. Litmanovich D, Bankier AA, Cantin L, et al. CT and MRI in diseases of the aorta. AJR Am J Roentgenol. 2009;193:928-940.
4. Della Corte A, Bancone C, Buonocore M, et al. Pattern of ascending aortic dimensions predicts the growth rate of the aorta in patients with bicuspid aortic valve. JACC Cardio-vasc Imaging. 2013;6:1301-1310.
5. Schermerhorn ML, Giles KA, Hamdan AD, et al. Population-based outcomes of open descending thoracic aortic aneurysm repair. J Vasc Surg. 2008;48:821-827.