

Komentář ke článku *Perforace radiální tepny*

Ivo Varvařovský

Kardio-Troll, pracoviště invazivní kardiologie Krajská nemocnice, Pardubice

Interv Akut Kardiol 2009; 8(1): 39

Téma komplikací lékařských zákroků nebývá v popředí žebříčku četnosti publikovaných článků. Důvody jsou jistě především čistě lidské, kdy každý z nás shledává v popisu komplikace část svého subjektivního příspěvku k objektivnímu průběhu nešťastné události. Pojednání o komplikacích výkonů však mohou pro naši každodenní praxi přinášet informaci stejné hodnoty jako v současnosti zbožňované výsledky nejčerstvějších randomizovaných (a nejlépe slepých) studií. Vůči našim komplikacím bychom rozhodně slepi být neměli a jejich sdělení v kolegiálním prostředí je jistě zdrojem poučení všech.

Perforace radiální tepny je jednou ze specifických komplikací transradiálního přístupu. Specifickou ji činí anatomie a histologie radiální tepny, která je tepnou malého kalibru a tepnou muskulární. Malý průměr cévy a její často vinutý průběh s přítomností tenkých bočních větviček zakládají předpoklad k popisované komplikaci. V zásadě dojde k perforaci dvěma způsoby – buď vychází z nejištěné disekce tepny, nebo je způsobena zaváděním našich nástrojů do tenké boční větvičky. V každém případě nám tepna tuto obtíž hlásí zvýšeným odporem k našemu konání, a pokud tuto její zprávu respektujeme, k perforaci nedojde. Vhodným na tomto místě se mi zdá citovat Vladimíra Rozsívala, který parafrázuje svého

bratra – očního lékaře, a tvrdí, že céva je vždy slabší než lékař a ten ji silou dokáže porazit – ale tím nevyhraje. V současnosti nabývají na oblibě různé hydrofilní vodiče a hydrofilní zavaděče, avšak jejich používáním ztrácíme právě tento velice cenný moment „pocitu“ tepny a jejího odporu. Osobně se domnívám, že pro radiální přístup jsou tyto pomůcky vhodné jako nástroje druhé volby.

Muskulární charakter tepny může naše počínání komplikovat vytvořením spazmu a ten nám potom zvýšeným odporem vyšetření komplikuje. Přítomnost spazmu zvyšuje i pravděpodobnost poškození cévy a její perforace. Vlastní zkušenost však ukazuje, že úloha spazmu jako příčiny neschůdnosti vyšetření transradiální cestou je přeceňována a často je zvýšený odpor cévy způsoben právě mechanickým poškozením stěny. Při rutinním používání anxiolytik, lokálním podání verapamilu a rychlém provedení procedury s minimálním nutným počtem katétrů je četnost klinicky významných spasmů radiální tepny v jednotkách procent a neobvyklý odpor by nás spíše měl vést k pátrání po možném poškození tepny.

Perforace radiální tepny je v drtivé většině případů záležitostí benigní. Díky právě muskulárnímu charakteru tepny o malém vnitřním průměru dochází při perforaci tepny malému průniku krve do okolí. Pokud je prvotní příčina

perforace v disekci tepny, je tato vytvořena proti směru krevního proudu a ten ji svým tlakem poté udržuje ve správné pozici. Opačný směr disekce („po proudu“) je jistě možný, například při stahování katétru bez vodiče, avšak tímto bychom se dostávali do rozpravy mimo meze postupů lege artis. Perforace tenké boční větve je rovněž záležitostí sebelimitující. Pokud tedy došlo k perforaci takového rozsahu, zpravidla nevyžaduje žádnou léčbu a zpravidla se také klinicky zevně neprojeví. Angiografický obraz vypadá často velmi nepříjemně, avšak na paži nebývá pozorovatelný ani malý hematoma. Během osmi let rutinního provádění transradiálního přístupu jsme z důvodů perforace tepny nepozorovali žádnou klinicky významnější komplikaci. Možnosti léčby, které autoři popisují, je jistě dobré znát a mít po ruce pro případ nouze. Avšak přes ošklivý angiografický obraz perforace radiální tepny nám tato připomíná situaci známou z každodenního života – i osoba neatraktivního zjevu se ukáže být milou, když můžeme poznat její slušné chování.

MUDr. Ivo Varvařovský, Ph.D.

Kardio-Troll

Kyjevská 44, 532 03 Pardubice

ivovarvarovsky@kardio-troll.cz