

TECHNIKA LEVÉHO RADIÁLNÍHO PŘÍSTUPU KE KORONÁRNÍ KATETRIZACI A INTERVENCI

LEFT RADIAL ARTERY ACCESS TECHNIQUE FOR CORONARY ANGIOGRAPHY AND INTERVENTION

Ivo Bernat

Kardiologické oddělení I. interní kliniky LF UK a FN Plzeň

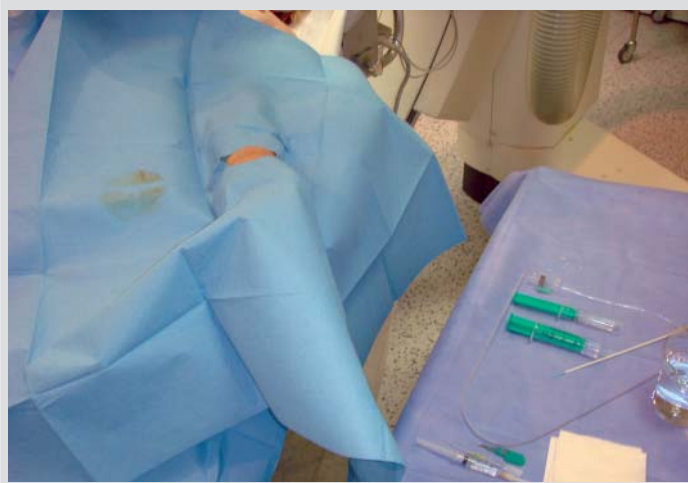
Interv Akut Kardiol 2007; 6(4): 154–155

Úvod

Radiální přístup ke koronárním katetrizacím a intervencím má oproti běžně používanému femorálnímu minimální výskyt lokálních krvácivých komplikací,

které jsou příčinou zvýšené morbidity a mortality pacientů^(1, 2). Tento přístup navíc umožňuje bezprostředně po výkonu téměř stejnou mobilitu pacienta jako před výkonem. Kompatibilita radiální tepny s 6F instrumentáři, kterým lze nyní

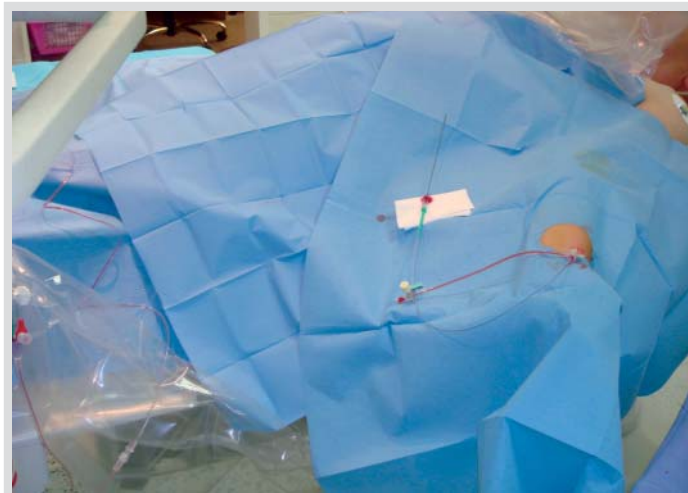
Obrázek 1. Po zarouškování pacienta před výkonem včetně přípravy pravého třísla je navíc po dezinfekci levého zápěstí a přiložení perforované roušky levá horní končetina opřena před punkcí tepny o podložku s abdukci paže v úhlu 45° – pohled zleva od nohou pacienta.



Obrázek 2. Vodič v levé radiální tepně po její punkci a před zavedením sheathu.



Obrázek 3. Stav po zavedení sheathu a následně 2/3 katétru po kovovém vodiči k aortě při stejné poloze levé horní končetiny bez nutnosti skia kontroly. Neprochází-li kovový vodič hladce (cca v 10 % případů), je vhodná jeho výměna za hydrofilní zahnutý vodič s rotátorem ArgoGuide 0,035" (Argon), který vinutý úsek tepny většinou překoná rovněž bez nutnosti skia kontroly. Ta je vždy nutná (někdy i s nástřikem kontrastu) při vzniku další rezistence či lokální bolesti.



Obrázek 4. Přemístění levého zápěstí směrem k pravému tříslu (sterilně lékařem zleva) a podložení paže opěrkou, umístěnou mezi dolní třetinou paže a bočnou částí podložky z tvrdého plexiskla (nesterilně sestrou pod sterilními rouškami) – pohled od levého ramene pacienta.



MUDr. Ivo Bernat

I. interní klinika FN Plzeň, Alej Svobody 80, 304 60 Plzeň
e-mail: bernat@fnplzen.cz

Obrázek 5. Levé zápěstí se zavedeným sheathem, vodičem a katétrem nad pravým třísem – pohled na pacienta zprava.



Obrázek 6. Postavení katetrizujícího lékaře a manipulace s katétry během výkonu jsou podobné běžnému femorálnímu přístupu zprava.



provést naprostou většinu intervenčních výkonů na koronárních tepnách, je dle IVUS vyšetření 88 % a s 5F instrumentáři téměř 100 %⁽³⁾. Výkony se běžně provádí z pravé radiální tepny, levá se dosud používá spíše výjimečně.

Popis techniky provedení katetrizace přes levou radiální tepnu:

Závěr

Levý radiální přístup je výhodný u praváků, kterých je u nás 93 % (v Evropě 90 %) pro jejich maximální soběstačnost již bezprostředně po invazivním výkonu. Jeho další předností oproti pravému radiálnímu přístupu je možnost jednoduchého přístupu k LIMA u pacientů po CABG. Vlastní katetrizační výkon přes levou radiální tepnu se ve srovnání s pravou radiální tepnou díky anatomickým

Obrázek 7. Levé zápěstí se sheathem po výkonu a odstranění perforované roušky před přiložením komprese.



Obrázek 8. Stav po odstranění sheathu z levé radiální tepny a přiložení nafukovacího kompresního pásu TR Band (Terumo) – doba komprese tepny obvykle 3–4 hod. po SKG a 5 hod. po PCI.



poměrům více přibližuje přístupu femorálnímu, což může zjednodušit a zkrátit „radiální learning curve“ intervenčního kardiologa.

Literatura

1. Agostoni P, Biondi-Zoccai GG, de Benedictis ML, Rigattieri S, Turri M, Anselmi M et al. Radial versus femoral approach for percutaneous coronary diagnostic and interventional procedures: Systematic overview and meta-analysis of randomized trials. *J Am Coll Cardiol* 2004; 44: 349–356.
2. Yatskar L, Selzer F, Feit F, Cohen HA, Jacobs AK, Williams DO, Slater J et al. Access site hematoma requiring blood transfusion predicts mortality in patients undergoing percutaneous coronary interventions: data from The National Heart, Lung and Blood Institute dynamic registry. *Catheter Cardiovasc Interv* 2007; 69: 961–966.
3. Louvard Y. 7th European Workshop on Transradial Approach, Massy, June 29–30th, 2006.