

Ἐπιμέλεια: Σπύρος Γ. Λάμπρου

Ἰδιαιτερότητες τῆς κερκιδικῆς προσπέλασης γιὰ καρδιακὸ καθετηριασμό

Γεώργιος Ι. Παπαϊωάννου

Ἐπεμβατικὸς Καρδιολόγος, Αἰμοδυναμικὸ Ἐργαστήριο, Ἰατρικὸ Κέντρο Ἀθηνῶν

Σπύρος Γ. Λάμπρου

Κλινικὸς Καρδιολόγος, Καρδιολογικὴ Κλινικὴ, Ἰατρικὸ Κέντρο Ἀθηνῶν

Μικρόσωμη γυναίκα 80 ἐτῶν ὑποβλήθηκε σὲ προεγχειρητικὴ στεφανιογραφία ἐξαιτίας ἀορτικῆς στένωσης. Μὲ τὴν παρακέντηση τῆς κερκιδικῆς ἀρτηρίας διαπιστώθηκε δυσκολία προώθησης σύρματος 0,021. Ἡ τοποθέτηση θηκαριοῦ 5F ἀνέδειξε σπασμὸ τοῦ ἀγγείου (Εἰκόνα 1), πού ὑποχώρησε μὲ ἐνδαρτηριακὴ χορήγηση βεραπαμίλης καὶ νιτρογλυκερίνης. Στὴ συνέχεια, ἡ προώθηση σύρματος J 0,035 στὴ βραχιόνια ἀρτηρία ἦταν ἐπίσης δυσχερὴς λόγω ἔντονης ἐλίκωσής της (Εἰκόνα 2), πού εὐθειάστηκε μὲ ὑδρόφιλο σύρμα J 0,035.

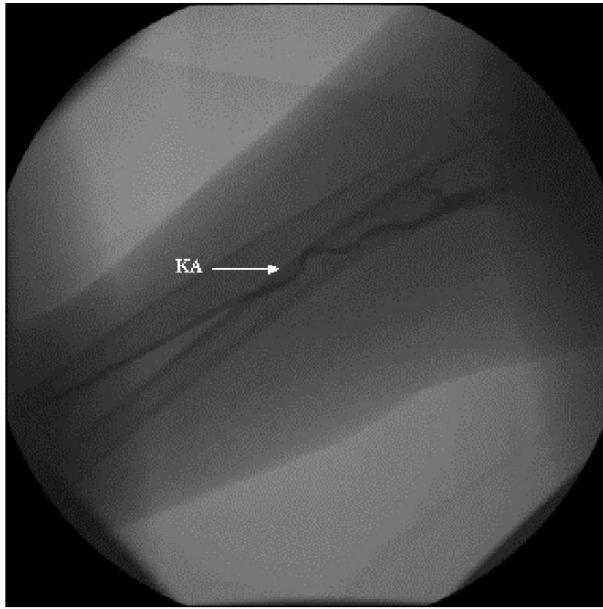
Σὲ ἄλλο περιστατικὸ (γυναίκα 57 ἐτῶν, Εἰκόνα 3) συναντήσαμε ἀγκύλη τῆς κερκιδικῆς ἀρτηρίας μὲ παλίνδρομη κερκιδικὴ στὴν κορυφὴ της, πού ἀπαίτησε λεπτοὺς χειρισμοὺς γιὰ τὴν προώθηση τοῦ ὑδρόφιλου σύρματος. Τὸ ἴδιο ἐμπόδιο δὲν ξεπεράστηκε σὲ ἄνδρα 47 ἐτῶν μὲ μεγάλη (>180°) γωνία τῆς ἀγκύλης, στόν ὁποῖο διενεργήθηκε τελικῶς μηριαία προσπέλαση (Εἰκόνα 4).

Ἡ κερκιδικὴ προσπέλαση γιὰ τὴ διενέργεια στεφανιογραφίας εἶναι ἐλκυστικὴ, μὲ κύρια πλεονεκτήματα τὴ μείωση τῶν αἰμορραγικῶν ἐπιπλοκῶν καὶ τὴ γρήγορη κινητοποίηση τῶν ἀσθενῶν¹. Μειονέκτημα τῆς προσπέλασης ἀποτελοῦν οἱ τοπικὲς λειτουργικὲς ἰδιαιτερότητες καὶ ἀνατομικὲς παραλλαγές. Ὁ σπασμὸς τῆς κερκι-

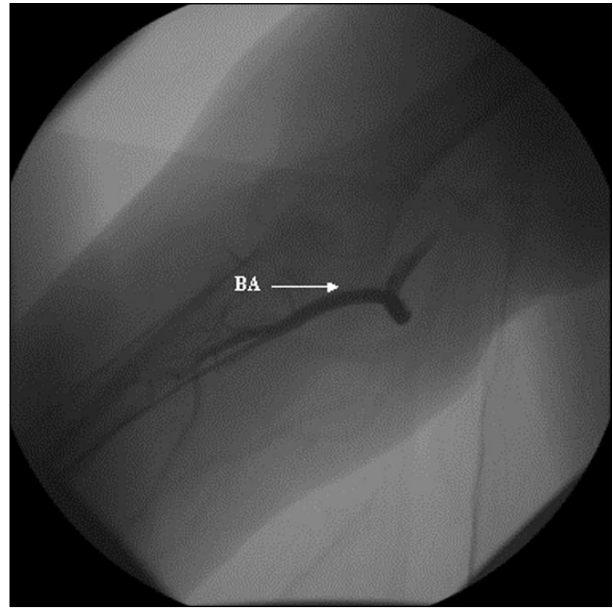
δικῆς ἀρτηρίας ὀφείλεται σὲ ἔντονη παρουσία α1-ἀδρενεργικῶν ὑποδοχέων στό μυϊκὸ της χιτῶνα καὶ παρακάμπτεται μὲ ἥπια καταστολὴ τῶν ἀσθενῶν καὶ ἐνδαρτηριακὴ χορήγηση βεραπαμίλης καὶ νιτρογλυκερίνης². Ἀγκύλη τῆς κερκιδικῆς ἀρτηρίας ἀπαντᾶται σὲ ≈2% τῶν ἀσθενῶν³ καὶ συνίσταται σὲ ὀξεῖα ἀνάδρομη ἐλίκωση τῆς ἀρτηρίας πρὶν τὴ συνένωσή της μὲ τὴν ὠλένια. Στὴν κορυφὴ τῆς ἀγκύλης ὑπάρχει ἐνίοτε μικρὴ συνέχεια τῆς κερκιδικῆς (παλίνδρομη κερκιδικὴ) πού ὑποδέχεται τὸ σύρμα καὶ μπορεῖ νά ἀποτελέσει αἰτία διάτρησης. Εὐθειασμὸς τῆς ἀγκύλης μὲ χρῆση ὑδρόφιλων συρμάτων εἶναι ἐφικτὸς στό 80% τῶν περιπτώσεων³. Ἄλλες ἀνατομικὲς παραλλαγές εἶναι ἡ ὑψηλὴ ἔκφυση τῆς κερκιδικῆς ἀρτηρίας (7%) μὲ συνοδὸς ἐλικώσεις καὶ μικρὴ διάμετρο, ἡ ἐλίκωση τῆς ὑποκλειδίου (10%) ἢ τῆς βραχιονίου (1-2%) ἀρτηρίας, κυρίως σὲ μικρόσωμες γυναῖκες >75 ἐτῶν, καὶ σπάνια ἡ ἔκτοπη ἔκφυση τῆς δεξιᾶς ὑποκλειδίου (1%) περιφερικότερα τῆς ἀριστερῆς μὲ ὀπισθοοισοφαγικὴ πορεία, πού ἀποτελεῖ αἰτία ἀποτυχίας προσέγγισης τῶν στεφανιαίων στομιῶν ἀπὸ τὴ δεξιὰ κερκιδική⁴.

Βιβλιογραφία

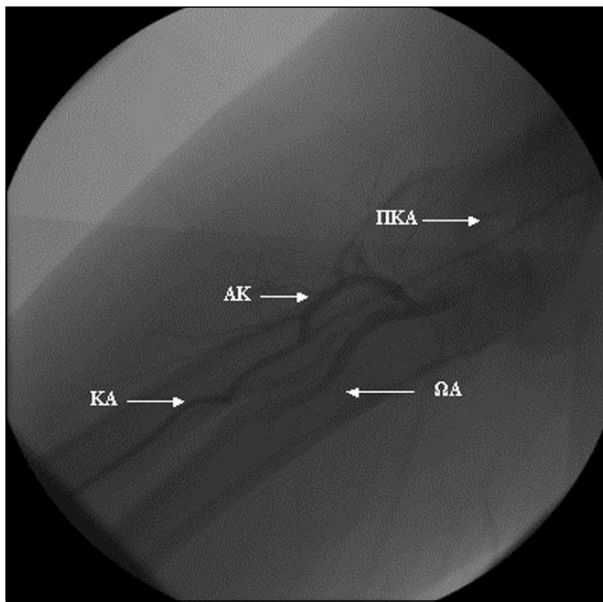
1. Jolly SS, Amlani S, Hamon M, et al. Radial versus femoral access for coronary angiography or intervention and the impact on major bleeding and ischemic events: a systematic review and meta-analysis of randomized trials. *Am Heart J*



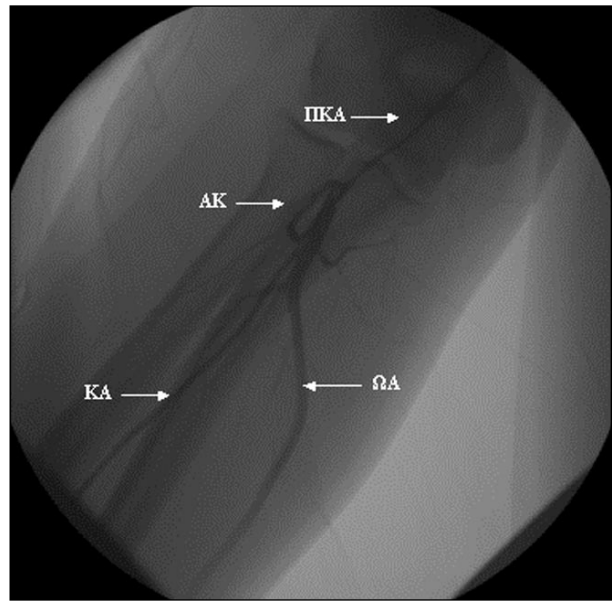
Εικόνα 1. Άγγειογραφική απεικόνιση σπασμού της κερκιδικής αρτηρίας (KA).



Εικόνα 2. Έντονη έλικωση της βραχιονίου αρτηρίας (BA).



Εικόνα 3. Συνδυασμός άγκυλης (AK) της κερκιδικής αρτηρίας (KA) και της παλίνδρομης κερκιδικής αρτηρίας (ΠKA) στην κορυφή της άγκυλης - επίτυχημένη διέλευση σύρματος στη βραχιόνιο αρτηρία, (ΩA: Ώλένιος αρτηρία).



Εικόνα 4. Συνδυασμός άγκυλης (AK) της κερκιδικής αρτηρίας (KA) (>180°) και της παλίνδρομης κερκιδικής αρτηρίας (ΠKA) στην κορυφή της άγκυλης - αδύνατη ή διέλευση σύρματος για εύθνασμό της άγκυλης (ΩA: Ώλένιος αρτηρία).

2009;157:132-40.

2. He GW. Verapamil plus nitroglycerin solution maximally preserves endothelial function of the radial artery: comparison with papaverine solution. *J Cardiovasc Surg* 1998;115:1321-1327.
3. Esente P, Giambartolomei A, Simons AJ, et al. Overcoming

vascular anatomic challenges to cardiac catheterization by the radial artery approach: specific techniques to improve success. *Catheter Cardiovasc Interv* 2002;56:207-211.

4. Valsecchi O, Vassileva A, Musumeci G, et al. Failure of transradial approach during coronary interventions: anatomic considerations. *Catheter Cardiovasc Interv* 2006;67:870-878.