Kasuistika | Case report

Kinking diagnostického katetru v arteria radialis jako komplikace selektivní koronarografie

(Kinking of diagnostic catheter in radial artery during radial cardiac catheterization with superimposed arterial spasm)

Pavel Sábl, Vladimír Hraboš, David Horák, Zdeněk Šembera, Rostislav Polášek

Kardiocentrum Krajské nemocnice Liberec, a. s., Liberec, Česká republika

INFORMACE O ČLÁNKU

Historie článku:

Došel do redakce: 4. 1. 2012

Přijat: 5. 1. 2012

Klíčová slova:

Kinking katetru

Spasmus cévy

Srdeční katetrizace

SOUHRN

Transradiální přístup k provedení selektivní koronarografie a koronární intervence je na našem pracovišti přístupem první volby. Komplikace v podobě přetočení a zalomení diagnostického katetru s nasedajícím spasmem cévy může vést až k nutnosti chirurgické extrakce katetru. V našem případě jsme k uvolnění spasmu použili opakované intraarteriální bolusy verapamilu a nitroglycerinu a následně jsme níže popsaným způsobem přetočený diagnostický katetr odstranili.

© 2012, ČKS. Published by Elsevier Urban and Partner Sp. z.o.o. All rights reserved.

Popis případu

Šestasedmdesátiletá žena byla odeslána na naše pracoviště pro intermitentní typické klidové bolesti na hrudi, které se objevily v posledních dvou dnech. Na klidovém EKG byly 2mm deprese úseků ST v laterálních svodech. Pacientka se dlouhodobě s ničím neléčila a neužívala žádnou medikaci.

Pro koronární angiografii byl primárně zvolen přístup pravou radiální tepnou. Punkce, kanylace tepny a zavedení sheathu proběhlo bez komplikací. Pro selektivní koronarografii jsme použili diagnostický katetr TIG F5 (Terumo) a vodič (Emerald Guidewire 0,89 mm, Cordis). Během opakovaných pokusů nasondovat ústí levé koronární tepny došlo k přetočení katetru vysoko v radiální

tepně a dislokaci distálního konce katetru do a. subclavia. Deformovaným místem katetru nebylo možné projít vodičem. Při následné manipulaci, ve snaze narovnat přetočení, došlo k nasedajícímu bolestivému spasmu radiální tepny, který další pohyby znemožnil. K uvolnění spasmu jsme opakovaně podali bolusy roztoku nitroglycerinu a verapamilu. Učinili jsme pokus zachytit konec uvízlého katetru koronární kličkou zavedenou z pravé a. femoralis a tahem z obou stran ho narovnat, ale vinutím truncus brachiocephalicus nebylo možné kličkou projít. Před kontaktováním cévního chirurga jsme se rozhodli provést ještě poslední pokus o vytažení katetru. Ustříhli jsme konec katetru a odstranili 7 cm dlouhý 6F sheath z a. radialis. Přes ustřižený konec jsme zavedli k místu přetočení nový 23 cm dlouhý 6F sheath a o jeho konec jsme leh-

Obr. 1 – Přetočení diagnostického katetru a postup při jeho vytažení

kou manipulací narovnali a následně vytáhli diagnostický katetr z přístupové tepny (obr. 1).

Koronární angiografie a následná koronární intervence byla provedena cestou pravé a. femoralis. Při propuštění měla pacientka průchodnou a. radialis a byla bez jakýchkoliv komplikací v oblasti pravého předloktí.

Závěr

Přetočení diagnostického katetru s nasedajícím spasmem přístupové tepny může být nepříjemnou komplikací selektivní koronarografie transradiálním přístupem pro začínajícího intervenčního kardiologa. V našem případě jsme se nakonec vyhnuli cévní chirurgické intervenci opakovaným podáním verapamilu a nitroglycerinu k uvolnění spasmu a použitím neobvyklé techniky k narovnání uvízlého přetočeného katetru.

Z anglického originálu přeložil autor.