

Έλάχιστα επεμβατική στεφανιογραφία - αγγειοπλαστική (από τὸ χέρι)

Δημήτριος Ἀθανασιάς MD, FESC

Ἐπεμβατικὸς Καρδιολόγος, Διευθυντὴς Αἰμοδυναμικοῦ Ἡλεκτροφυσιολογικοῦ Ἐργαστηρίου, Εὐρωκλινικὴ Ἀθηνῶν.

Η στεφανιογραφία εἶναι ἐπεμβατικὴ, διαγνωστικὴ ἐξέταση, ἡ ὁποία ἀπεικονίζει τὴν ἀνατομία τῶν στεφανιαίων ἀρτηριῶν, δηλαδὴ τῶν ἀγγείων ἐκείνων ποὺ μεταφέρουν στὴν καρδιά τὸ αἷμα, ποὺ τῆς εἶναι ἀπαραίτητο γιὰ τὴν ὀμαλὴ καὶ ἀπρόσκοπη λειτουργία της. Στεφανιαία νόσο ἀποκαλοῦμε τὴν πάθηση τῶν ἀρτηριῶν τῆς καρδιᾶς, δηλαδὴ τὴν στένωση ἢ καὶ τὴν ἀπόφραξη τῶν στεφανιαίων ἀρτηριῶν, μὲ ἀποτέλεσμα τὴν ἐμφάνιση στηθάγχης, ἐμφράγματος, καρδιακῆς ἀνεπάρκειας, αἰφνίδιου θανάτου.

Ἡ παρακέντηση ἀρτηρίας γιὰ διενέργεια στεφανιογραφίας ἢ αγγειοπλαστικῆς γίνεται κατὰ κανόνα σὲ θέσεις ποὺ ἡ ἀρτηρία βρίσκεται ἀμέσως κάτω ἀπὸ τὸ δέρμα. Οἱ συνηθέστερα χρησιμοποιούμενες ἀρτηρίες εἶναι ἡ κοινὴ μηριαία ἀρτηρία (στὸ πόδι), ἡ βραχιόνιος ἀρτηρία (στὸ χέρι) καὶ ἡ κερκιδικὴ ἀρτηρία (στὸ χέρι).

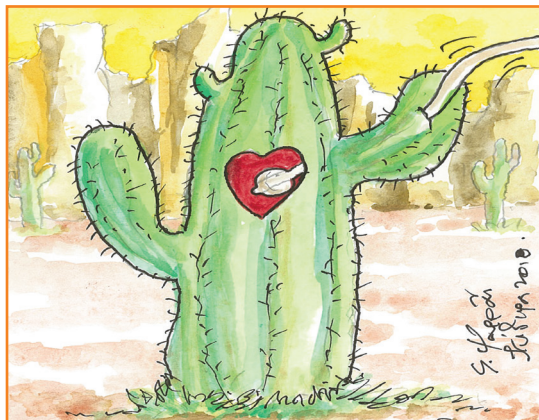
Ἡ παραδοσιακὴ ὁδὸς γιὰ καθετηριασμὸ τῶν στεφανιαίων ἀρτηριῶν, κατὰ τὰ τελευταῖα 30-40 χρόνια, ἦταν ἡ μηριαία ἀρτηρία. Ἡ κερκιδικὴ ἀρτηρία ἀρχισε νὰ χρησιμοποιεῖται πρὶν ἀπὸ 35 περίπου χρόνια καὶ τὰ τελευταῖα χρόνια ἔχει πλέον ἐδραιωθεῖ ὡς ἡ ὁδὸς πρώτης ἐπιλογῆς γιὰ στεφανιογραφία καὶ αγγειοπλαστικὴ.

Ἡ παρακέντηση στὸ πόδι

Ἡ παρακέντηση στὸ πόδι ἀποτελοῦσε τὴν πρὸ συχνὴ τεχνικὴ γιὰ τὴ δημιουργία δίοδου στὸ κυκλοφορικὸ σύστημα. Ἀπὸ ἐκεῖ εἰδικὸι καθετήρες εἰσέρχονται ἕως τὴν καρδιά, ὅπου μὲ τὴν βοήθεια σκιαγραφικῆς οὐσίας καὶ ἀκτινολογικοῦ ἀγγειογράφου, ἀπεικονίζουν τὶς στεφανιαῖες ἀρτηρίες τῆς καρδιᾶς.

Ἡ τεχνικὴ αὐτὴ ἔχει περιορισμοὺς – κινδύνους ἐμφάνισης ἐπιπλοκῶν:

- Ἡ μηριαία ἀρτηρία μπορεῖ νὰ νοσεῖ (ἀσθενεῖς μὲ περιφερικὴ ἀγγειακὴ νόσο), μὲ συνέπεια νὰ μὴν εἶναι ἐφικτὴ ἀνατομικὰ ἢ δίοδος τοῦ καθετήρα.
- Ὁ ἀσθενὴς εἶναι ὑπέρβαρος καὶ ἡ μηριαία ἀρτηρία εἶναι ἐντοπισμένη βαθιὰ μέσα στὸ πόδι, μὲ ἀποτέλεσμα νὰ αὐξάνεται σημαντικὰ ἡ πιθανότητα ἐμφάνισης αἱμορραγίας, ἢ ὁποῖα συνήθως εἶναι καὶ πρὸ δύσκολα ἀντιμετωπίσιμη (αἱμορραγία μὴ ὀρατὴ στὸ μάτι – ὀπίσθοπεριτοναϊκὸ αἱμάτωμα).
- Δημιουργία ἀρτηριοφλεβῶδους ἐπικοινωνίας (ἐπικοινωνία μεταξὺ ἀρτηρίας καὶ φλέβας) κατὰ τὴν παρακέντηση, καὶ συνήθως χρῆζει χειρουργικῆς ἀντιμετώπισης.



- Δημιουργία ψευδοανεύρυσματος κατὰ τὴν παρακέντηση μὲ ἀνεπαρκῆ αἰμόσταση.
- Τρῶση τοῦ μηριαίου νεύρου, τὸ ὁποῖο βρίσκεται δίπλα στὴν ἀρτηρία.
- Πολύωρη ἀκίνητοποίηση στὸ κρεβάτι.
- Ἰσχαίμια ἄκρου ποὺ ἀπαιτεῖ χειρουργικὴ ἐπέμβαση.

Ἡ παρακέντηση στὸ χέρι

Οἱ περισσότεροι περιορισμοί, ποὺ ἔχουν σχέση μὲ τὴν παρακέντηση τῆς μηριαίας ἀρτηρίας, δὲν ὑφίστανται στὴν παρακέντηση τῆς κερκιδικῆς ἀρτηρίας. Παρὰ τὸ γεγονὸς ὅτι ἡ κερκιδικὴ ἀρτηρία εἶναι σημαντικὰ μικρότερη σὲ διάμετρο ἀπὸ τὴν μηριαία ἀρτηρία, ἡ διάμετρός της εἶναι ἀρκετὴ, γιὰ νὰ ἐπιτρέψει στοὺς περισσότερους καθετήρες νὰ περάσουν. Περαιτέρω βελτιώσεις τῶν ὑλικῶν ἔχουν ὀδηγήσει στὴ δημιουργία εἰδικῶν θηκῶν (μικρὰ σωληνάκια ποὺ τοποθετοῦνται μέσα στὴν ἀρτηρία, ἀρχικὰ), τὰ ὁποῖα εἶναι καὶ μὴ-τραυματικά, καθὼς ἐπίσης καὶ εἰδικῶν καθετήρων μικρότερης διαμέτρου γιὰ τὴ διενέργεια τόσο τῆς διαγνωστικῆς στεφανιογραφίας, ὅσο καὶ τῆς ἐπέμβασης στὰ στεφανιαία ἀγγεῖα (αγγειοπλαστικὴ μὲ τοποθέτηση stent).

Οἱ περισσότερες ἐπιπλοκές, ποὺ ἔχουν σχέση μὲ τὴν παρακέντηση τῆς μηριαίας ἀρτηρίας, δὲν ὑφίστανται στὴν παρακέντηση τῆς κερκιδικῆς ἀρτηρίας.

Πλεονεκτήματα τῆς παρακέντησης ἀπὸ τὸ χέρι (κερκιδικὴ ἀρτηρία) εἶναι:

- Ἡ ἐλαχιστοποίηση τῶν αἱμορραγικῶν ἐπιπλοκῶν, ὅπως

αίματώμα, ψευδοανεύρυσμα, αρτηριοφλεβική έπικοινωνία, ισχαιμικό άκρο.

- Η άμεση κινητοποίηση του άσθενούς – μπορεί να σηκωθεί και να περπατήσει άμέσως μετά την επέμβαση και να λάβει έξιτήριο άκόμα και έπειτα από λίγες ώρες.

- Η εύκολότερη αϊμόσταση – διακοπή τής αιμορραγίας.

- Η δυνατότητα να γίνεται ή εξέταση, χωρίς να είναι απαραίτητη ή διακοπή τυχόν λαμβανόμενων αντιπηκτικών φαρμάκων, όπως γίνεται πριν την παρακέντηση τής μηριαίας αρτηρίας.

- Η άποφυγή τραυματισμού γειτονικού, στην αρτηρία, νεύρου.

Η παρακέντηση τής κερκιδικής αρτηρίας άποφασίζεται μόνον άφου τεκμηριωθεί ή καλή κατάσταση και τών δύο αρτηριών του χεριού. Τα μειονεκτήματα τής τεχνικής είναι λιγοστά, και έλαχιστοποιούνται όσο μεγαλύτερη είναι ή πείρα τής ιατρικής και νοσηλευτικής ομάδας. Άντενδείκνυται σε ύποβαλλόμενους σε χρόνια αιμοκάθαρση, σε πάσχοντες

άπο σύνδρομο Raynaud ή οποιαδήποτε συμπτωματική νόσο τών περιφερειακών αρτηριών και σε όσους έχουν ανατομικές άνωμαλίες ή έλικώσεις στις αρτηρίες του χεριού. Στις περιπτώσεις όπου υπάρχουν μοσχεύματα by pass, ή άνάγκη να χρησιμοποιηθούν καθετήρες μεγαλύτερου μεγέθους ή και ή παρουσία έλικωσης τών άγγείων του λαιμού (άδυναμία προσέγγισης τών στεφανιαίων αρτηριών), ή παρακέντηση τής μηριαίας αρτηρίας είναι μονόδρομος.

Θά πρέπει να αναφερθούμε στο γεγονός ότι ο άρτια εκπαιδευμένος Έπεμβατικός Καρδιολόγος είναι αυτός που είναι έξοικειωμένος και με τις δύο τεχνικές παρακέντησης.

Η στεφανιογραφία και ή άγγειοπλαστική τών αρτηριών τής καρδιάς άπο τον καρπό του χεριού (κερκιδική αρτηρία), άποτελει άνώδυνη, άσφαλή και άποτελεσματική μέθοδο, που σαφώς προτιμούν οι άσθενείς. Άπαιτεί έξειδικευμένο και κατάλληλα εκπαιδευμένο ίατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό. ●