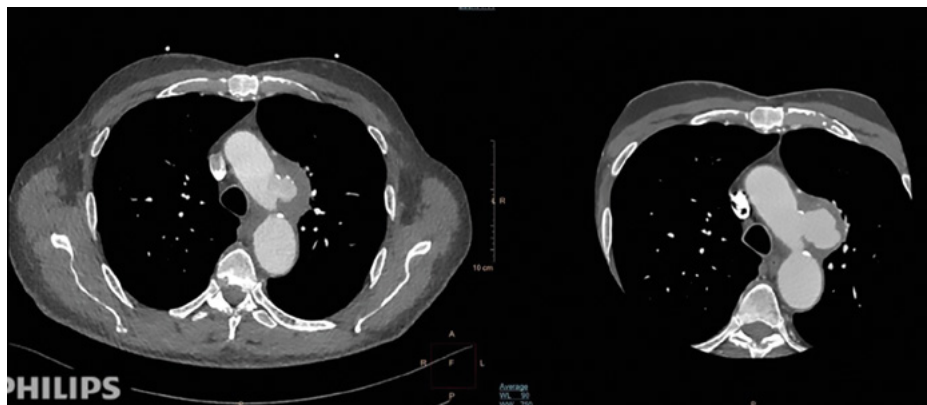
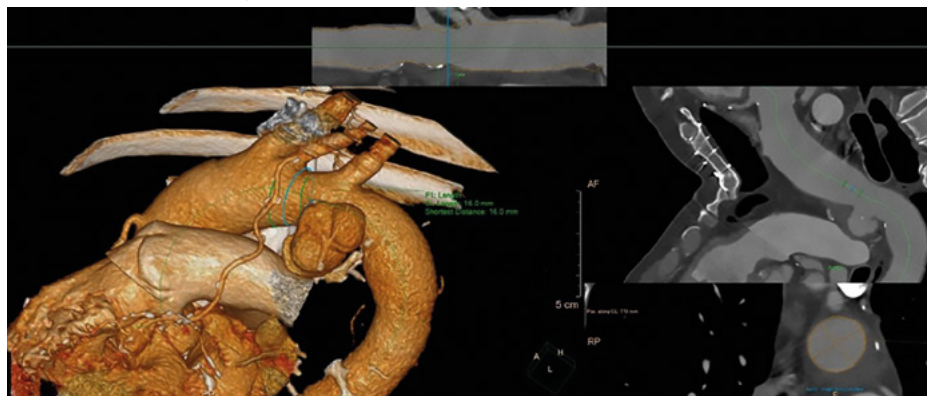


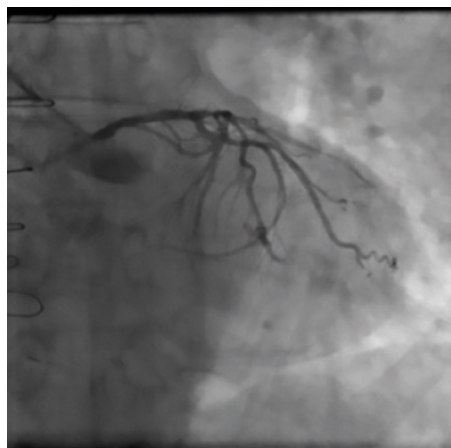
Obr. 2. Progrese velikosti pseudovýdutě v průběhu konzervativní terapie. Vlevo vstupní CT, vpravo kontrola za 3 týdny



Obr. 3. Měření kotvící zóny pro hrudní stentgraft 16 mm, doporučená hodnota 20 mm



Obr. 4. Nástřik do nativní RIA s významnou stenózou střední části



Obr. 5. Průchodný bypass LIMA-RIA



dikován k intervenční terapii, spočívající v implantaci hrudního stentgraftu s cílem exkluze pseudovýdutě. K výkonu jsme se rozhodli i přes krátkou kotvící zónu pro stentgraft v délce 16 mm, výrobce doporučuje minimální kotvící zónu 20 mm (Obr. 3). V plánu výkonu bylo překrytí odstupů levé podklíčkové tepny s vědomím kompromitace průtoku přítomného bypassu LIMA-RIA. Proto jsme před výkonem provedli SKG (selektivní koronarografie) se zjištěním dobré průchodnosti bypassu LIMA-RIA a významné stenózy střední části RIA, která byla schůdná k případné perkutánní intervenci (Obr. 4, 5).

Vlastní výkon jsme provedli po 6 týdnech intravenózní antibiotické terapie. Byla zvolena celková anestezie při zavedení dočasné kardiostimulace s cílem overpacingu k minimalizaci srdečního výdeje při otevírání stentgraftu a jeho přesného umístění za odstup levostranné společné karotické tepny. Přístupem pro implantaci hrudního stentgraftu Zenith Alpha® (Cook Medical, Austrálie) byla zvolená pravostranná společná femorální tepna. Punkce byla provedena pod sonografickou kontrolou, v úvodu výkonu byly do místa zavedení naloženy 2 sutury Perclose Proglide® (Abbott, USA). Dalšími cévními přístupy byla levostranná brachiální tepna se zavedeným 5 F sheatem k diagnostické angiografii, dále levostranná společná femorální tepna (5 F sheath). Následně byl za opakované angiografické kontroly a při rychlé komorové stimulaci po propláchnutí rifampicinem zaveden hrudní stentgraft Cook Zenith Alpha® (Cook medical, Austrálie) pokrytou částí za odstup společné levostranné karotické tepny a byla jím překryta celá pseudovýduť. K prevenci endoleaku 2. typu jsme uzavřeli odstup levostranné podklíčkové tepny cestou zavedeného sheathu v brachiální tepně implantací Amplatzova vaskulárního okludéru (St. Jude Medical, USA) (obr. 6, 7). Průběh výkonu byl nekomplikovaný, nebyly přítomny žádné známky ischemie myokardu, na konci výkonu došlo k obrácení toku v levostranné vertebrální tepně s kolaterálním plněním podklíčkové tepny, tok v bypassu LIMA-RIA byl antegrádní. Místo vpichu v pravém tříse jsme uzavřeli dotažením sutur Proglide, pouzdro v brachiální tepně a levostranné společné femorální tepně bylo ponecháno za účelem navazující kontrolní SKG. Ta byla provedena 2 hodiny po našem výkonu. Zde bylo zjištěno již retrográdní proudění bypassem LIMA-RIA, pacient byl bez stenokardií s normálním EKG nálezem, intervence na nativní RIA nebyla v tuto chvíli indikována.

Následně byl pacient propuštěn po provedeném výkonu s navazující perorální terapií rifampicinem s cílem dlouhodobé antibiotické terapie. Léčba rifampicinem byla pro zažívací obtíže pacienta zaměněna za terapii cotrimoxazolem, ani tato terapie však nebyla dlouhodobě dobře tolerována. Po provedeném kontrolním PET/CT, které přineslo negativní výsledek ve smyslu kumulace FDG, byla antibiotická terapie vysazena. V dalším průběhu byl již pacient bez systémových známek zánětu v dobrém celkovém stavu a PET/CT kontrola s odstupem 11 měsíců od implantace byla negativní. Také došlo k regresi velikosti vaku pseudovýdutě (Obr. 8). Anamnesticky byl pacient bez anginy pectoris.

Následně byl pacient propuštěn po provedeném výkonu s navazující perorální terapií rifampicinem s cílem dlouhodobé antibiotické terapie. Léčba rifampicinem byla pro zažívací obtíže pacienta zaměněna za terapii cotrimoxazolem, ani tato terapie však nebyla dlouhodobě dobře tolerována. Po provedeném kontrolním PET/CT, které přineslo negativní výsledek ve smyslu kumulace FDG, byla antibiotická terapie vysazena. V dalším průběhu byl již pacient bez systémových známek zánětu v dobrém celkovém stavu a PET/CT kontrola s odstupem 11 měsíců od implantace byla negativní. Také došlo k regresi velikosti vaku pseudovýdutě (Obr. 8). Anamnesticky byl pacient bez anginy pectoris.