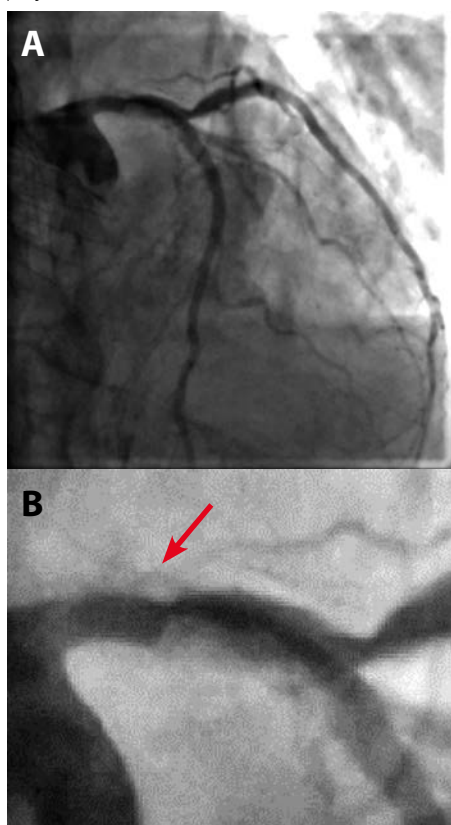


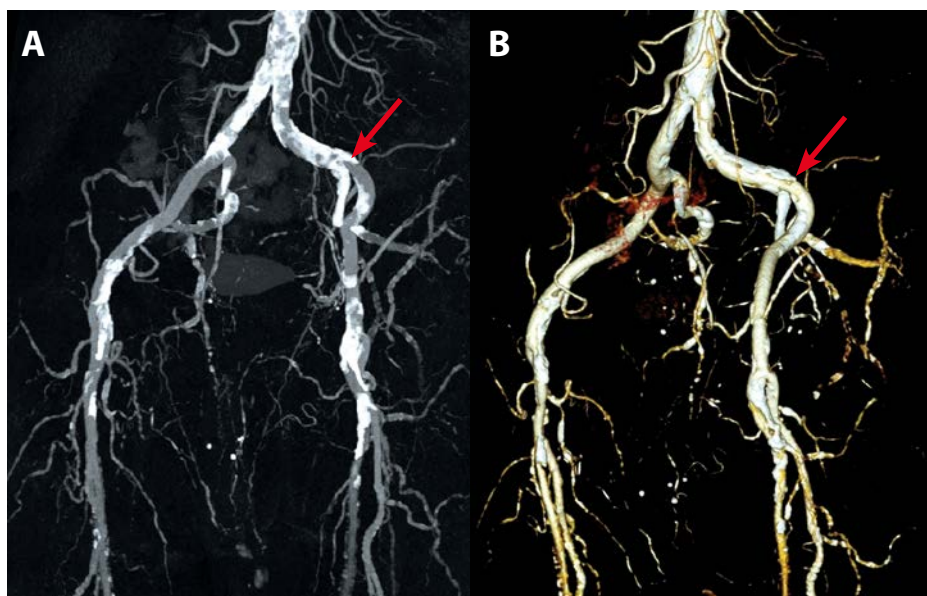
Obr. 4. 90% stenóza kmene ACS (žlutá šipka) a ostia RIA, 80% in-stent restenóza ostia RCx, kraniální projekce



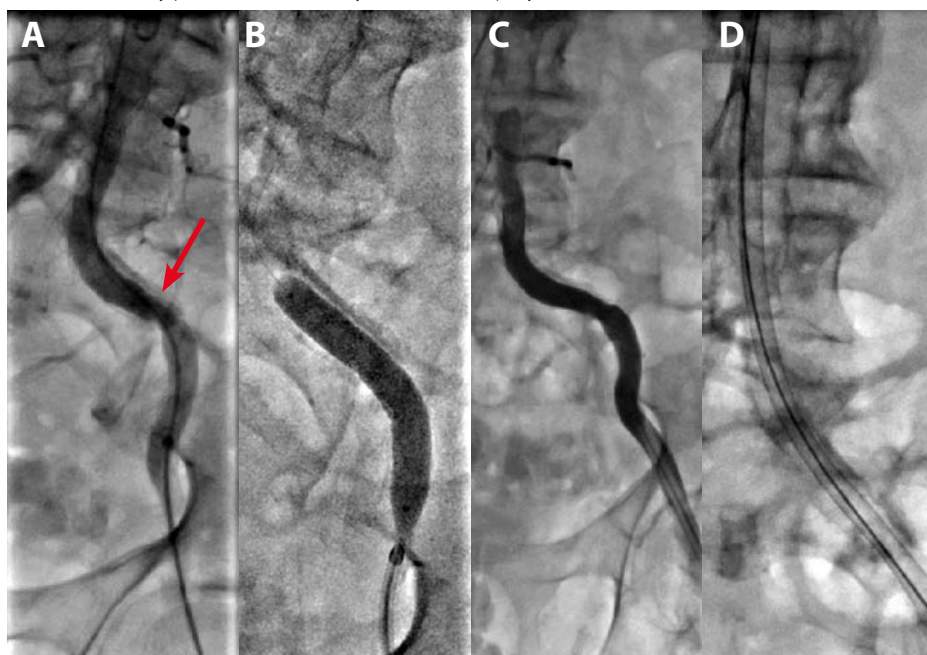
Diagnostická koronarografie byla provedena levým proximálním radiálním přístupem s nálezem 90% kalcifikované bifurkační stenózy kmene ACS (Medina 1,1,1), kde kmen byl postižen od ostia a stenóza se táhla přes celý proximální úsek RIA. V ostiu RCx byl v minulosti implantovaný nyní výrazně restenotický stent. Distální RCx byl dále uzavřen za odstupem velkého RMS I a plnil se z homokolaterál. Byly přítomny i heterokolaterály k periférii prakticky ostiálně chronicky uzavřené ACD (Obr. 4).

Heart-teamem nebyl pacient pro neúměrně vysoké operační riziko akceptován k provedení aortokoronárních bypassů (EUROSCORE II sice „jen“ 7,42 %, to však nekalkuluje s implantovanou TAVI a křehkostí pacienta). Proto jsme naplánovali provedení PCI bifurkační stenózy kmene ACS s podporou Impellou CP. Vzhledem k očekávané technické obtížnosti výkonu (jak samotné PCI, tak zavedení Impelly do implantované TAVI) a nutnosti provést TEE na počátku výkonu a po jeho ukončení (k vyloučení poškození implantované TAVI) a především s ohledem na přání pacienta byl naplánován výkon v celkové anestezii. Doplněná CT angiografie pánevních tepen potvrdila těžké posti-

Obr. 5. 3D rekonstrukce angiografie pánevních tepen, významná stenóza arteria iliaca externa vlevo (šipka)



Obr. 6. A – angiografie stenózy arteria iliaca externa vlevo, B – IVL Shockwave 8 × 60 mm, C – angiografie reziduální stenózy po PTA, D – zavedený 14F sheath Impelly CP



žením vpravo, znemožňující zavedení Impelly (již v minulosti zde selhal transfemorální přístup k TAVI); vlevo popsána „pouze“ významná stenóza arteria iliaca externa (Obr. 5). Z tohoto důvodu bylo naplánováno ve spolupráci s intervenčním radiologem provedení PTA s IVL na samém počátku výkonu.

V celkové anestezii byla nejprve provedena na počátku výkonu transezofageální echokardiografie (TEE) k evaluaci funkce TAVI, kde byly cípy bioprotézy dobře pohyblivé, přítomna malá intravalvulární aortální regurgitace a paravalvulární aortální regurgitace

2/4 z oblasti mezi nekoronárním a levým koronárním sinem.

Pod kontrolou USG jsme provedli punkci levé arteria femoralis communis a 6F instrumentariem provedli PTA stenózy arteria iliaca externa s IVL, kdy jsme postupně aplikovali Shockwave balonkovým katétre (8 × 60 mm) 210 pulzů. Pak již bylo možné nekomplikovaně zavést 14F sheath Impelly (Obr. 6).

Do levé komory srdeční bylo proniknuto mezi cípy bioprotézy pomocí katétru pig-tail 5F s vodičem Amplatz Type Super Stiff J-Tip. Následně byla pod skiaskopickou kontrolou