



Stretnutie angiológov 2007

Oddelenie intenzívnej angiológie,
Kardiologická klinika NÚSCH, a.s.

Indikačné kritéria pre hospitalizáciu na OIA

Pacienti s diagnózami vyžadujúci monitoring

- 1. Akútna končatinová ischémia indikovaná na mechanickú trombektómiu a následnú lokálnu TL terapiu**
- 2. Akútna HVT indikovaná na lokálnu intervenčnú a TL terapiu**
- 3. Cerebrovaskulárna insuficiencia – stenotické postihnutie karoticko-vertebrálneho riečiska a a.subclavia**
- 4. Ischemická nefropatia – stenózy a.renalis**

Indikačné kritéria pre hospitalizáciu na OIA

Doplnkové diagnózy nevyžadujúce monitoring

5. Chronická končatinová ischémia

Akútna končatinová ischémia

RapidLýza (kombinovaná mechanická a farmakologická TL)

AngioJet = Reloytická farmako-mechanická trombektómia

- lokálna trombektómia, rt-PA, fragmentácia + aspirácia trombu
- Časové okno 4 týždne

Následne vysokodávková lokálna TL na lôžku:

- rt-PA 4mg/hod
- max. trvanie inf. = 4hod

Akútna končatinová ischémia

Kontraindikácie TL

1. Aktívne vnútorné krvácanie
2. Stav po intrakraniálnej hemorágii
3. **Pôrod, väčší chirurgický výkon resp. orgánová biopsia < 2 týždne**
4. Neurochirurgický výkon, očná operácia do < 1 mesiac
5. **Gastrointestinálne krvácanie < 2 týždne**
6. Ischemická mozgová príhoda < 2 mesiace
7. Mozgový tumor
8. Veľká trauma < 2 mesiace
9. Gravidita
10. Nekontrolovaná hypertenzia (sTK > 180 mmHg, dTK > 120 mmHg)
11. Kardiopulmonálna resuscitácia < 10 dní
12. **Hemoragická diatéza (Tr < 100 000/mm³, tromboplastinový / protrombínový/ čas predĺžený o 50%, INR nad 1.8)**
13. **Infikovaný trombus (infekčná endokarditída)**
14. Diabetická hemoragická retinopatia

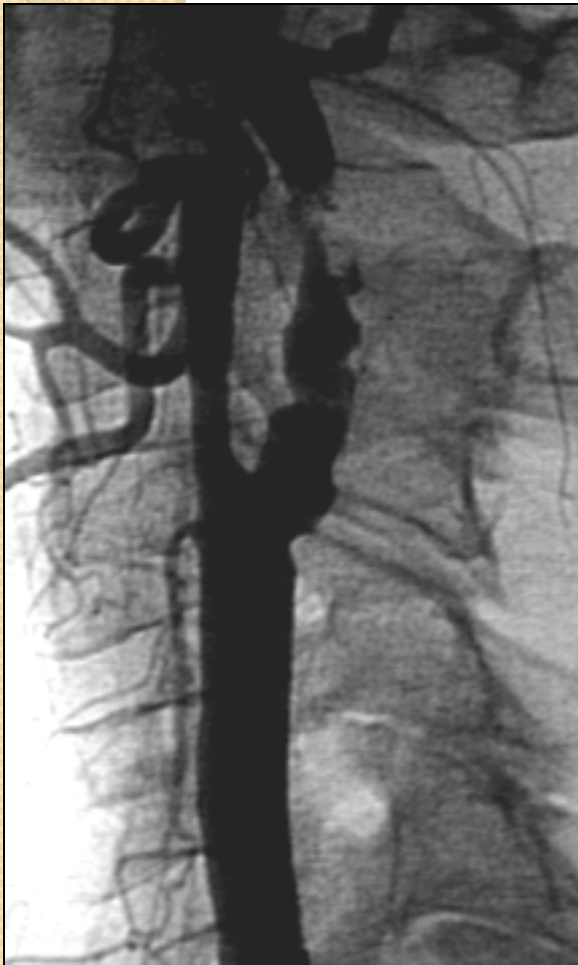
Akútna HVT

- Väčšina pacientov s HVT v súčasnosti liečená dlhodobou antikoagulačnou liečbou
 - Až u 50% z nich sa vyvinie post-trombotický syndróm
- Antikoagulačná liečba HVT – len prevenciou pľúcnej embólie
- Štandardná lokálna TL používa len TL látku
 - TL režimy 12-24-48 hodinové = **zvýšené riziko hemoragických komplikácií**

Akútna HVT

- **AngioJet – reolytická trombektómia**
 - kombinovaná mechanická a farmakologická TL
 - rýchlejšie a bezpečnejšie odstránenie trombózy so skrátením hospitalizačného času
- Časové okno 3 týždne
 - Suprainguinálna HVT
 - KI: známa onkologická diagnóza, nasadajúca HVT na staršiu chronickú trombózu
 - Potreba CT abdomenu + malej panvy pred indikáciou!

Cerebrovaskulárna insuficiencia – stenotické postihnutie karoticko-vertebrálneho riečiska a a.subclavia



- Pacienti po TIA alebo CMP majú až 4x vyššiu pravdepodobnosť výskytu rekurentnej mozgovej príhody v priebehu 3 rokov
- I z 5-tich pacientov po TIA/CMP má riziko opakovanej príhody v priebehu 3 mesiacov

Indikácie liečby

- Asymptomatickí pacienti:
Stenóza $\geq 80\%$ ($\geq 70\%$)
- Symptomatickí pacienti:
Stenóza $\geq 60\%$

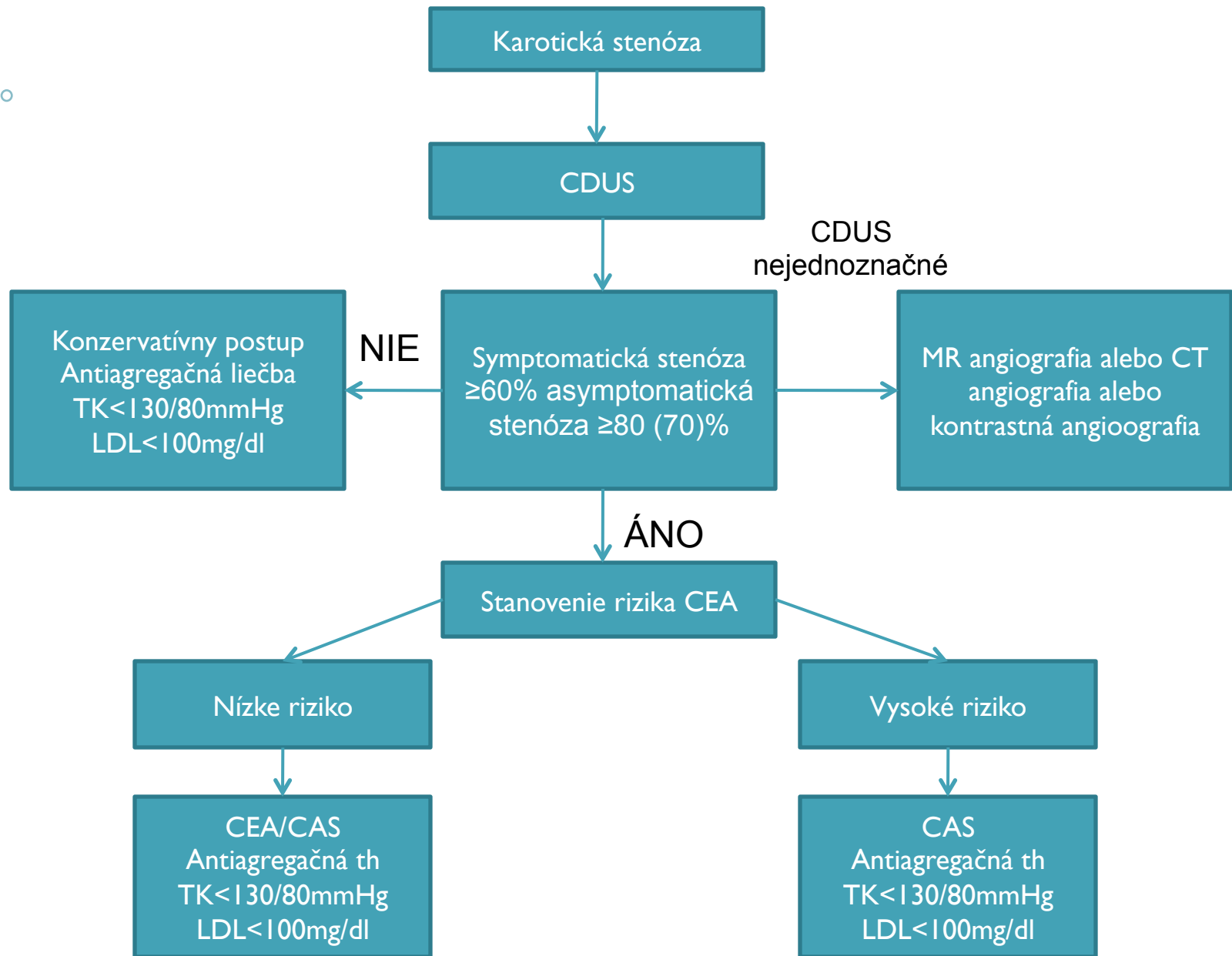
Vysoko rizikovní pacienti na CEA

- Chronické srdcové zlyhanie, NYHA III/IV
- LF EF < 30%
- Nestabilná angina pectoris
- Oklúzia kontralaterálnej ACI
- Nedávno prekonaný IM (4 týždne)
- Restenóza po CEA
- St. po radiačnej liečbe v oblasti krku
- Vek > 80 rokov
- Závažná CHOCHP

CAS vs CEA

- CAS je menej invazívna alternatíva
- Výsledky CAS a CEA po 30 dňoch sú prinajmenšom rovnocenné. U chirurgicky **vysoko-rizikových pacientov** sa CAS ukazuje byť vhodnejšou metódou (mortalita/CMP/MI)
- Stupeň restenózy po CAS je nízky a stredne-dobé prežívanie bez CMP je porovnateľné s výsledkami CEA

Manažment pacientov s karotickou stenózou



Prevalencia RAS

RAS je častá vo vysoko-rizikovej populácii

- U pacientov indikovaných na katetrizáciu srdca bola RAS > 50% zachytená v **10-20%**



Jean WJ, et al. Catheter Cardiovasc Diagn 1994;32:8-10

Harding MB, et al. J Am Soc Nephrol 1992;2:1608-16

Weber-Mzell D, et al. Eur Heart J 2002;23:1684-91

- Signifikantná RAS u **22-59%** pacientov s PAOD

Wilms G, et al. Eur J Radiol 1990;10:195-7

Choudhri AH, et al. BMJ 1990;301:1197-8

Missouris CG et al. Nephrol Dial Transplant 1998;13:945-8

Aterosklerotická RAS – progresívne ochorenie

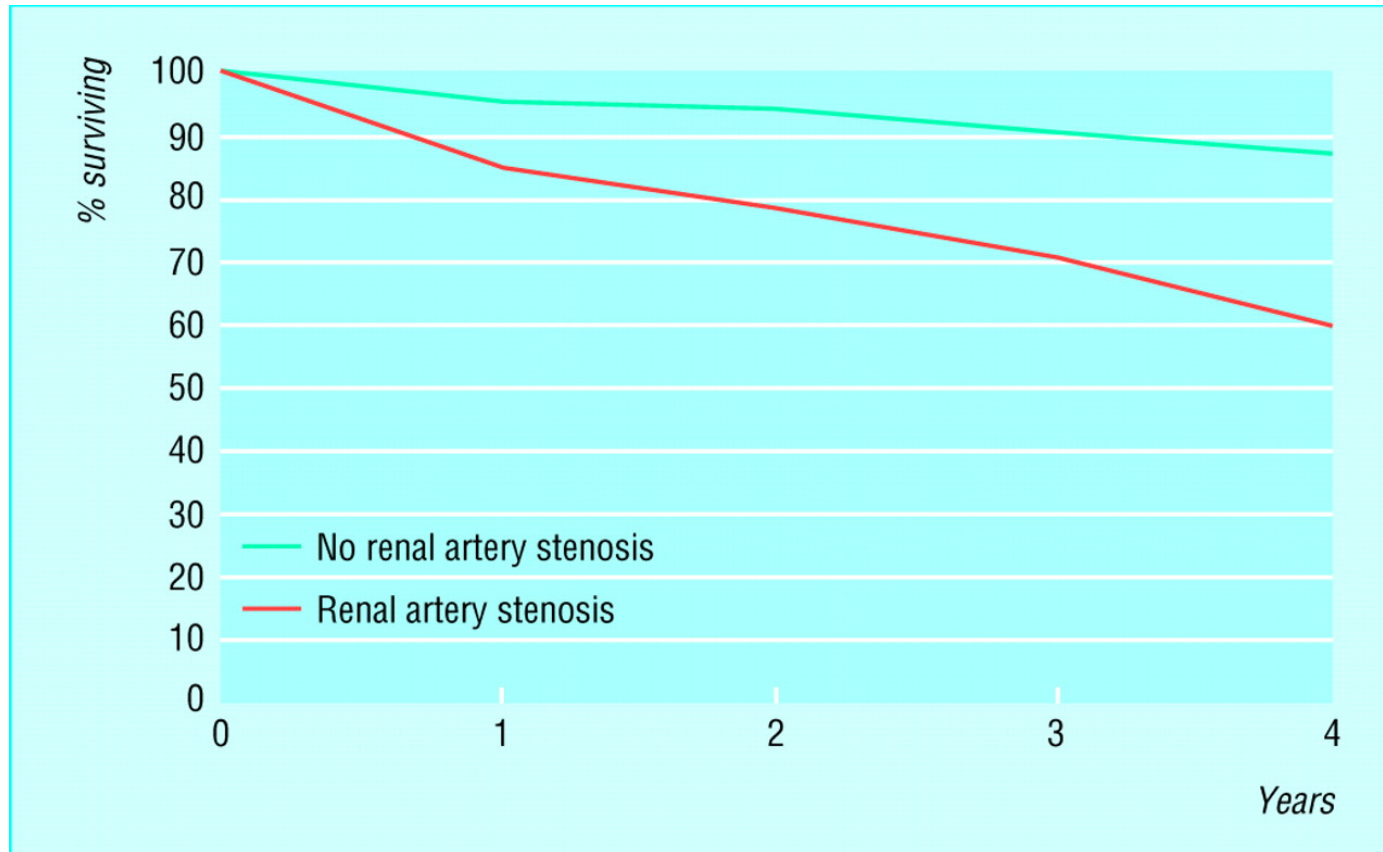
RAS > 75%

- progresia do oklúzie v

39%

**v priebehu 2 rokov od
stanovenia diagnózy**

Efekt RAS na celkové prežívanie u pacientov indikovaných na koronárnu angiografiu



McLaughlin, K. et al. BMJ 2000;320:1124-1127

Prítomnosť a stupeň RAS zhoršuje celkovú prognózu

Štvorročné prežívanie u pacientov s náhodne zistenou asymptomatickou RAS počas kardiálnej katetrizácie

Závažnosť RAS	4r prežívanie (%)
Bez RAS	90
50-75%	70
75-95%	68
> 95%	48

Prirodzený priebeh RAS

Prognóza pacientov s RAS ako príčinou end-stage renálneho zlyhania je veľmi zlá, s 5 ročnou mortalitou 80%

Mailloux LU, et al. Am J Kidney Dis. 1994;24:622–629

Safian RD, Textor SC. N Engl J Med. 2001;344:431–442

Revascularizácia je prevenciou alebo spomalením zhoršovania renálnych funkcií

Harden PN, et al. Lancet. 1997;349:1133–1136

Watson PS, et al. Circulation. 2000;102:1671–1677