

Zeitschrift für Gefäßmedizin

Bildgebende Diagnostik • Gefäßbiologie • Gefäßchirurgie •
Hämostaseologie • Konservative und endovaskuläre Therapie •
Lymphologie • Neurologie • Phlebologie

Fallbericht: Perkutane retrograde Rekanalisation mit Angioplastie und Stentimplantation eines kompletten Verschlusses der Arteria femoralis superficialis (SFA) links bei PAVK

IIb

Wallner H

Zeitschrift für Gefäßmedizin 2005;

2 (2), 25-27

Homepage:

www.kup.at/gefaessmedizin

Online-Datenbank
mit Autoren-
und Stichwortsuche

**Offizielles Organ der
Österreichischen Gesellschaft
für Phlebologie und
dermatologische Angiologie**



**Offizielles Organ des Österreichischen
Verbandes für Gefäßmedizin**



**Offizielles Organ der
Österreichischen Gesellschaft für
Internistische Angiologie (ÖGIA)**



Indexed in EMBASE/COMPENDEX/GEOBASE/SCOPUS

Datenschutz:

Ihre Daten unterliegen dem Datenschutzgesetz und werden nicht an Dritte weitergegeben. Die Daten werden vom Verlag ausschließlich für den Versand der PDF-Files der Zeitschrift für Gefäßmedizin und eventueller weiterer Informationen das Journal betreffend genutzt.

Lieferung:

Die Lieferung umfasst die jeweils aktuelle Ausgabe der Zeitschrift für Gefäßmedizin. Sie werden per E-Mail informiert, durch Klick auf den gesendeten Link erhalten Sie die komplette Ausgabe als PDF (Umfang ca. 5–10 MB). Außerhalb dieses Angebots ist keine Lieferung möglich.

Abbestellen:

Das Gratis-Online-Abonnement kann jederzeit per Mausklick wieder abbestellt werden. In jeder Benachrichtigung finden Sie die Information, wie das Abo abbestellt werden kann.

Das e-Journal

Zeitschrift für Gefäßmedizin

- ✓ steht als PDF-Datei (ca. 5–10 MB) stets internetunabhängig zur Verfügung
- ✓ kann bei geringem Platzaufwand gespeichert werden
- ✓ ist jederzeit abrufbar
- ✓ bietet einen direkten, ortsunabhängigen Zugriff
- ✓ ist funktionsfähig auf Tablets, iPads und den meisten marktüblichen e-Book-Readern
- ✓ ist leicht im Volltext durchsuchbar
- ✓ umfasst neben Texten und Bildern ggf. auch eingebettete Videosequenzen.

Perkutane retrograde Rekanalisation mit Angioplastie und Stentimplantation eines kompletten Verschlusses der Arteria femoralis superficialis (SFA) links bei PAVK IIb

H. Wallner

■ Vorgeschichte

Berichtet wird von einem 73jährigen, männlichen Patienten mit symptomatischer peripherer arterieller Verschlusskrankheit (IIb) mit progredienten Beinschmerzen der linken unteren Extremität nach einer Gehstrecke von zuletzt 20 Metern.

Als vaskuläre Risikofaktoren bestanden ein Nikotinkonsum von zwei Packungen Zigaretten täglich bis vor 2 Jahren, eine manifeste Hypercholesterinämie und eine behandelte arterielle Hypertonie.

Im angiologischen Status waren gute Leistenpulse tastbar, bei abgeschwächten Poplitea- und Fußpulsen. Der Ankle-Brachial-Index (ABI) war links mit 0,61 pathologisch.

In der ambulant durchgeführten MR-Angiographie (Abb. 1) wurde ein beidseitiger Verschluss der Arteria femoralis superficialis (SFA) mit einer inkompletten Kollateralisierung auf der symptomatischen linken Seite diagnostiziert. Aufgrund der klinisch progredienten Beschwerden und der starken subjektiven Beeinträchtigung des Patienten wurde eine Revaskularisation angestrebt.

■ Technische Durchführung

Nach Punktion der Arteria femoralis communis rechts nach Judkins und Einbringung eines Crossover-Katheters (6 F, IMA) erfolgte die angiographische Darstellung des SFA-Verschlusses links. Die A. femoralis communis zeigte einen direkten Übergang in die A. femoralis profunda ohne den Ursprung der verschlossenen SFA erkennen zu lassen (Abb. 2). Ein insuffizientes Kollateralnetz fand Anschluß an die proximale A. poplitea, wobei hier der distale Verschluss der SFA zur Darstellung kam (Abb. 3). Aufgrund der distalen Gefäßstumpfmorphologie (tapered) schien eine retrograde Rekanalisation von der A. poplitea aus erfolgversprechend.

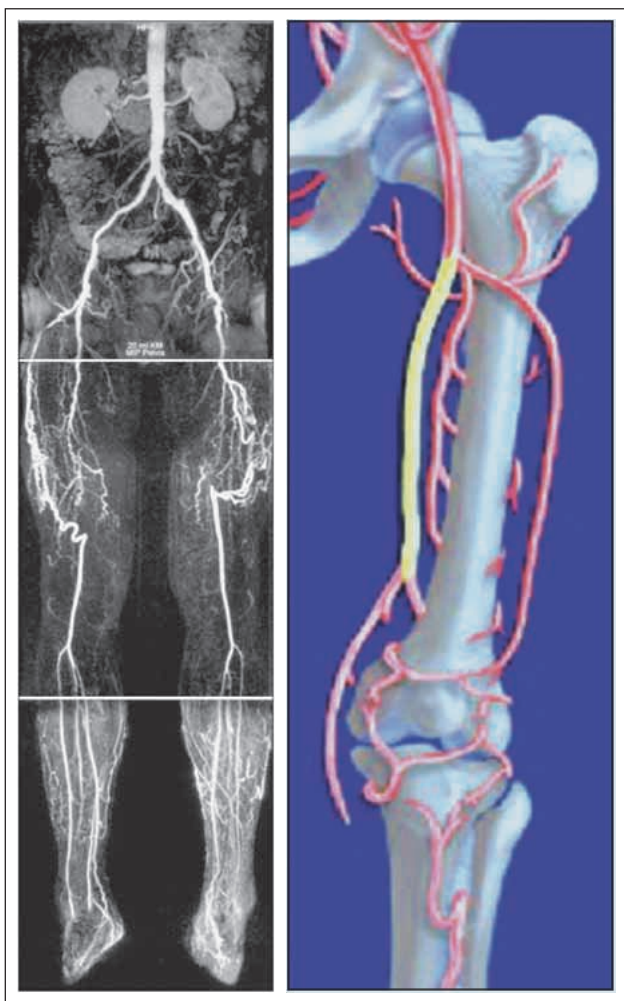


Abbildung 1: MR-Angiographie, bds. SFA-Verschluss, Zielgefäß linke Arterie

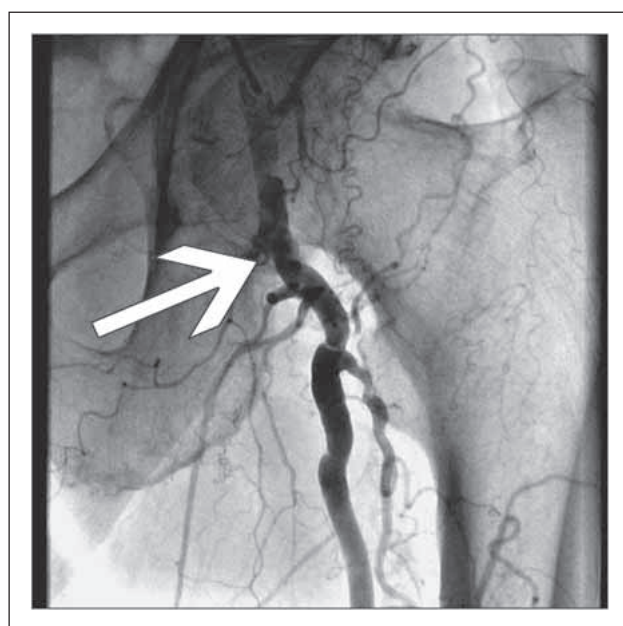


Abbildung 2: Proximaler Verschluss der A. femoralis superficialis sin.

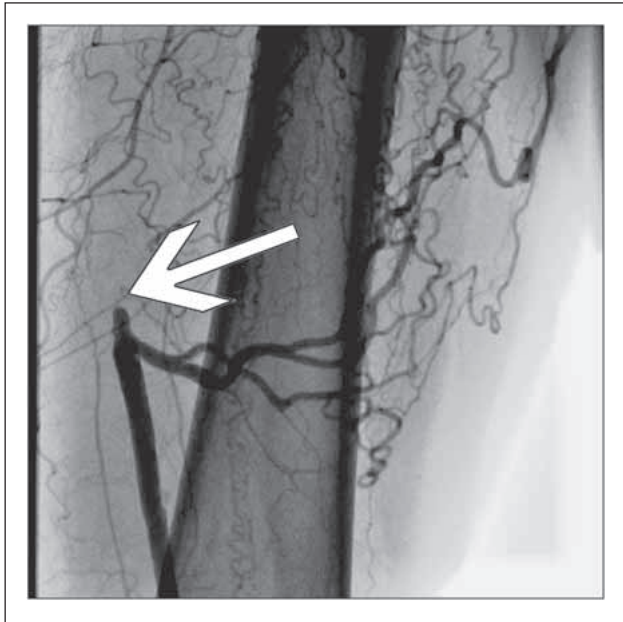


Abbildung 3: Distaler Verschluss der A. femoralis superficialis sin.

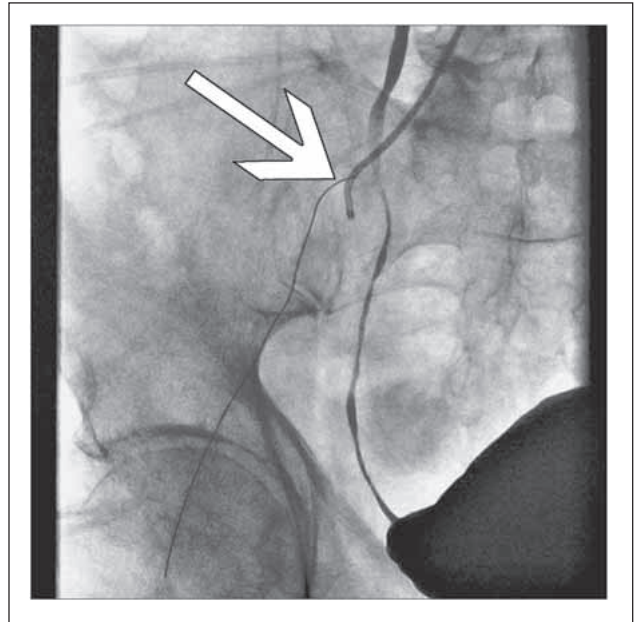


Abbildung 5: Asahi-Draht mit Anschluß in A. femoralis communis sin., liegender IMA-Katheter



Abbildung 4: Liegende Schleuse, Marker des Backup-Balloons (Patient in Bauchlage)



Abbildung 6: Implantierter Stent proximal

Zur technischen Durchführung wurde der Patient mit liegendem Crossover-Katheter in Bauchlage gebracht und nach KM-Injektion in Durchleuchtungs-DSA die A. poplitea der linken Seite dargestellt. Nach gezielter Punktion und Einbringung einer kurzen Schleuse (6 F, Invatec, 12 cm) war die retrograde Rekanalisation mit dem primär verwendeten Draht (V-18 control wire, 0,018", 300 cm) trotz Ballon-Backup (Aqua T3, 3 × 40 mm; Abb. 4) nicht erfolgreich.

Die Drahtpassage durch die fibröse Kappe war nach kurzer Manipulation mittels eines Crosswires (NT, 0,014, 180 cm) problemlos bis zum proximalen Abgang der A. femoralis profunda möglich, wobei jedoch mit dem verwendeten Setting kein Anschluß erreicht wurde. Es erfolgte der Wechsel

auf einen anderen hydrophil beschichteten Draht (Asahi, Miraclebros 12g, J-tip; Abb. 5), mit dem auf Anhieb ein Anschluß gelang.

Nach mehreren Ballondilatationen (Pheron, 5 × 100 mm/130 cm) wurden bei noch verlangsamttem KM-Fluß und suboptimalem Angioplastie-Ergebnis (40%ige Residualstenose) proximal 2 Nitinol-Stents (Astron 7 × 30 mm, 7 × 80 mm; Abb. 6) und distal (Abb. 7) ein weiterer Stent (Astron 7 × 60 mm) implantiert.

In der Abschlußangiographie lag ein prompter KM-Fluß vor. Nach Anwendung von Angioseal (A. femoralis communis rechts und A. poplitea links) erfolgte der Transfer auf die Überwachungsstation.

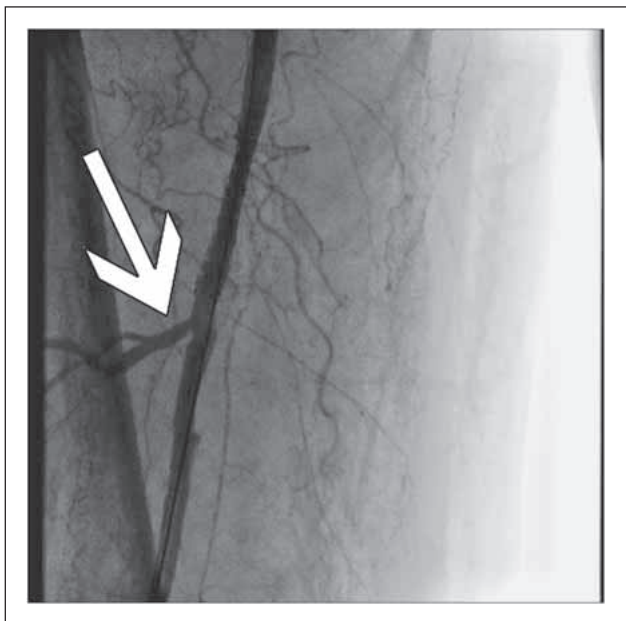


Abbildung 7: Implantierter Stent distal, markiertes Kollateralgefäß

Der Patient wurde am Folgetag mobilisiert und am zweiten postprozeduralen Tag aus der stationären Betreuung entlassen.

Die antithrombotische Therapieempfehlung bestand aus der Kombination von Clopidogrel und ASS. Das ambulante Nachsorgeschema sieht Wiedervorstellungen in den Monaten 1, 3 und 6 mit Duplexsonographien vor.

■ Diskussion

Im Stadium II der AVK führt in der Regel die Claudicatio intermittens den Patienten zum Arzt. Trotz eines primär zu empfehlenden Gehtrainings und konservativer Therapie besteht eine Indikation zur Rekonstruktion bei Strombahnhindernissen, wenn durch die Claudicatio die Lebensqualität des Patienten erheblich reduziert ist, das Langzeitergebnis des Eingriffes gut und die Belastung durch den Eingriff für den Patienten relativ gering ist.

Durch deutlich verbessertes Interventionsmaterial wie hydrophile Drähte und Katheter können heute auch langstreckige Stenosierungen und Verschlüsse der Beinarterien interventionell behandelt werden.

In der dargestellten Kasuistik konnte der Erfolg durch die anatomischen Gegebenheiten mit retrograder Rekanalisation erreicht werden.

Korrespondenzadresse:

OA Dr. med. Hubert Wallner

Leiter Angiographielabor, Innere Medizin, KH Schwarzach

A-5620 Schwarzach, Kardinal-Schwarzenberg-Straße 2–6

E-Mail: hubert.wallner@kh-schwarzach.at

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere Rubrik

[Medizintechnik-Produkte](#)



Neues CRTD Implantat
Intica 7 HF-T QP von Biotronik



Artis pheno
Siemens Healthcare Diagnostics GmbH



Philips Azurion:
Innovative Bildgebungslösung

Aspirator 3
Labotect GmbH



InControl 1050
Labotect GmbH

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

[Bestellung e-Journal-Abo](#)

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)