

DİSTAL RADYAL ARTER POKSİYON İLE KORONER ANJİYOGRAFİ

Salih ŞAHİNKUŞ¹

GİRİŞ

Radyal arter (RA) ponksiyonu ile perkutan koroner girişim (PKG) ilk olarak 1993 yılında Kiemeneij tarafından uygulandı.¹ Femoral arter ponksiyonuna göre daha düşük sıklıkta girişim yeri komplikasyonu görülmesi, daha kısa süren hospitalizasyon süresi ve daha hızlı hasta mobilizasyonu gibi avantajları olması nedeniyle, radyal ponksiyon girişimsel kardiyologlar tarafından giderek yaygınlaşarak kullanılmaya başlamıştır.² Fakat transradyal girişiminde bazı sakıncaları vardır. Bunların başında, işlem esnasında rutin olarak antikoagülasyon uygulanmasına rağmen %2.8 ile % 11.7 sıklığında geliştiği bildirilmiş olan radyal arter oklüzyonu (RAO) gelmektedir.³ Bu nedenle özellikle RAO gelişimi sıklığını azaltabilir düşüncesi ile distal radyal arter (dRA) yoluyla koroner anjiyografi (KAG) ve PKG uygulanmaya başlamıştır.

VAKA SUNUMU

İlk hastamız 67 yaşında kadın hasta 10 saattir devam eden göğüs ağrısı yakınması ile acil servise başvuruyor. Elektrokardiyografisinde (EKG) D2, D3 ve aVF derivasyonlarında T negatifliği saptanıyor. Yapılan kan tahlili sonucunda hs-Troponin I değeri 6000 ng/L saptanması üzerine hasta an-

tiagregan ve antikoagülan tedavisi verilerek, ST segment elevasyonsuz miyokard infarktüsü (MI) tanısı ile koroner yoğun bakıma interne ediliyor. Hastanın özgeçmişinde 6 yıl önce MI teşhisi nedeniyle yapılan KAG sonrası 3 damar koroner arter bypass grefti (KABG) uygulandığı, 15 yıldır tip-2 Diyabetes Mellitus hastası olduğu ve 10 yıldır insülin tedavisi aldığı öğrenildi. Kan basıncı 125/85 mmHg, kalp atım hızı 95/dk, solunum sayısı 16/dk olarak saptandı. Hastanın hemodinamisinin stabil, GRACE risk skorunun 110 olması üzerine ilk 24 saat içinde KAG yapılması planlandı. Hastanın femoral yoldan KAG olmak istememesi üzerine, KABG esnasında sol internal mamaryan arterin greft olarak kullanılmış olma olasılığını da göz önünde bulundurarak, hastaya sol dRA ponksiyonu ile KAG yapılması planlandı. Hasta kateter laboratuvarına alındı, anatomik olarak enfiye çukuru (literatürde bilinen adıyla anatomik snuffbox veya radyal fossa) adıyla anılan dRA ponksiyon bölgesine insülin enjektörü ile lokal anestezi amaçlı subkutan olarak 1cc prilokain hidroklorür uygulandı. 2 dakika sonrasında dRA ponksiyon edilerek 6 French (Fr) Terumo sheat yerleştirildi. Arteriyel spazm gelişimini engellemek için 2500 ünite standart heparin ve 100 mikrogram gliserol trinitrattan oluşan intraarteriyel kokteyl tedavisi uygulandı. 0.038 inç hidrofilik klavuz tel ve judgkins sağ 4.0 diyagnostik kateter ile retrograd

¹ Uzm. Dr., Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, drsalihshinkus@gmail.com ORCID ID: 0000-0003-1558-5761

gibi avantajları vardır. Elbetteki farklı bir bölgeden ponksiyon yapılmasının öğrenilmesi zaman alacaktır, ancak uygun olan hastalarda dRA bölgesinin güvenle kullanılabilceği bilinmelidir. Özellikle sol koldan ponksiyon yapılması gereken hastalarda, hekimin daha konforlu bir postürde çalışabilmesi ve daha az radyasyona maruz kalması gibi avantajları bulunmaktadır.

KAYNAKLAR

1. Kiemeneij F, Laarman GJ. Percutaneous transradial artery approach for coronary stent implantation. *Catheterization and Cardiovascular Diagnosis* 1993;30(2): 173-8.
2. Neumann FJ, Uva MS, Ahlsson A, et al. 2018 ESC/EACTS Guidelines on myocardial revascularization. *Eur Heart J* 2019;40(2): 87-165.
3. V. Malmigigli, A. Gagnor, P. Calabro, et al. Radial versus femoral access in patients with acute coronary syndromes undergoing invasive management: a randomised multicentre trial. *The Lancet* 2015;385: 2465-76.
4. Mattea V, Salomon C, Menck N, et al. Low rate of access site complications after transradial coronary catheterization: a prospective ultrasound study. *Int J Cardiol Heart Vasc* 2017;14: 46-52.
5. Kiemeneij F. Left distal transradial access in the anatomical snuffbox for coronary angiography (IdTRA) and interventions (IdTRI). *Eurointervention* 2017;13: 851-7.
6. Tsigkas G, Moulas A, Papageorgiou A, et al. Transradial access through the anatomical snuffbox: Results of a feasibility study. *Hellenic Society of Cardiology* 2020 Mart e-pub, doi: 10.1012/j.hjc.2020.02.002.
7. Sgueglia GA, Di Giorgio A, Gaspardone A, et al. Anatomic basis and physiological rationale of distal radial artery access for percutaneous coronary and endovascular procedures. *JACC: Cardiovascular Interventions* 2018;11: 2113-19.
8. Wood SJ, Abrahams PH, Sanudo JR, et al. Bilateral superficial radial artery at the wrist associated with a radial origin of a unilateral median artery. *J Anat* 1996;189 :691-3.
9. Feng H, Fang Z, Zhou S, et al. Left distal transradial approach for coronary intervention: Insights from early clinical experience and future directions. *Cardiol Res Pract* 2019 Ekim e-pub, doi: 10.1155/2019/8671306.
10. Lee JW, Park SW, Son JW, et al. Real-world experience of the left distal transradial approach for coronary angiography and percutaneous intervention: a prospective observational study (LeDRA). *Eurointervention* 2018;14: e995-1003.
11. Kim Y, Ahn Y, Kim I, et al. Feasibility of coronary angiography and percutaneous coronary intervention via left snuffbox approach. *Korean Circ J* 2018;48: 1120-30.
12. Ji Woong R, Yongcheol K, Hee-Yeol K, et al. Comparison of 4-French versus 5-French sheaths for diagnostic coronary angiography via the snuffbox approach. *Cardiology Journal* 2020;e-pub, doi: 10.5603/CJ.a2020.0003.
13. Yongcheol K, Dae HY, Kyung CH, et al. Snuffbox approach for coronary chronic total occlusion intervention using a 7Fr sheath. *Chonnam Medical Journal* 2019;55: 175-76.
14. Valsecchi O, Vassileva A, Cereda F, et al. Early clinical experience with right and left distal transradial access in the anatomical snuffbox in 52 consecutive patients. *The Journal of Invasive Cardiology* 2018;30: 218-23.
15. Yu W, Hu Pengfei, Wang S, et al. Distal radial artery access in the anatomical snuffbox for coronary angiography and intervention. *Medicine* 2020 Jan; e-pub, doi: 10.1097/MD.0000000000018330.