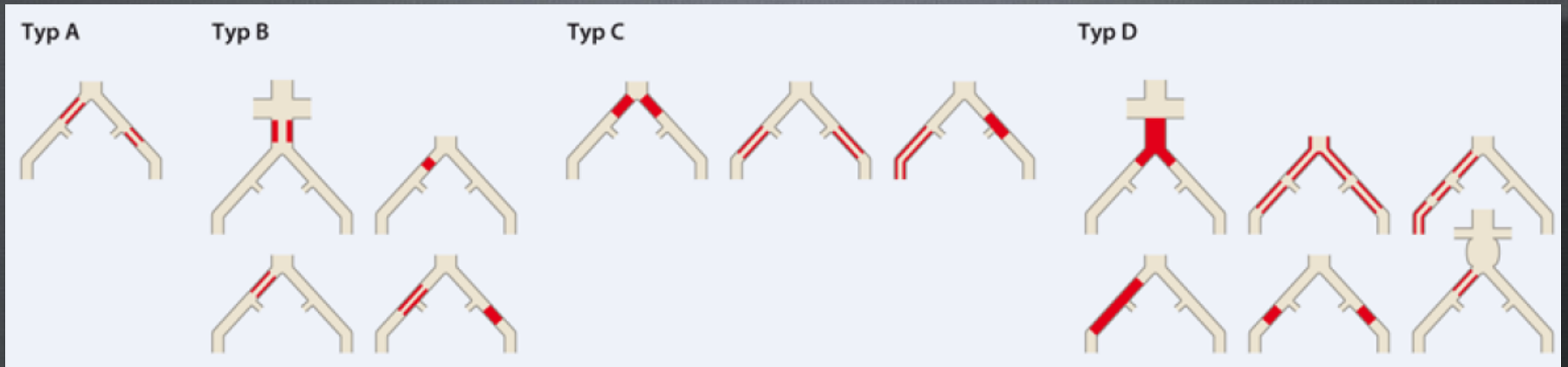


# *Λαγόνια Αγγεία Ενδαγγειακές τεχνικές*

*Παλιαλέξης Κωνσταντίνος  
Επιμ. Επιμελητής ΕΣΥ  
Μονάδα Επεμβατικής Ακτινολογίας  
Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικόν»*



# Αορτολαγόνιος Αποφρακτική Νόσος



Το 1/3 των περιπτώσεων της **περιφερικής αρτηριακής νόσου (ΠΑΝ)**

**Συμπτώματα:** Διαλείπουσα χωλότητα (**ΔΧ**), κρίσιμη ισχαιμία κάτω άκρου, διαταραχές στύσης (Leriche S)

Ισχυρή συσχέτιση της Αορτολαγόνιας Αποφρακτικής νόσου με την Στεφανιαία νόσο

# Κατηγοριοποίηση κατά TASC (Trans-Atlantic inter-Society Consensus)

Η κατηγοριοποίηση είναι απαραίτητη για την επιλογή μεταξύ των ενδαγγειακών και των χειρουργικών τεχνικών στην αορτολαγόνιο νόσο

Οι TASC κατευθυντήριες οδηγίες δημιουργήθηκαν το 2000 και το 2007 επικαιροποιήθηκαν με στοιχεία από περισσότερες και πιο πρόσφατες έρευνες παγκοσμίως

Eur J Vasc Endovasc Surg Vol 33, supplement 1, 2007

Παρόλα αυτά τα στοιχεία είναι από το 2005 ενώ η ενδαγγειακές και οι χειρουργικές τεχνικές έχουν εξελιχθεί από τότε:

Καλύτερη κατανόηση την αγγειακή νόσου

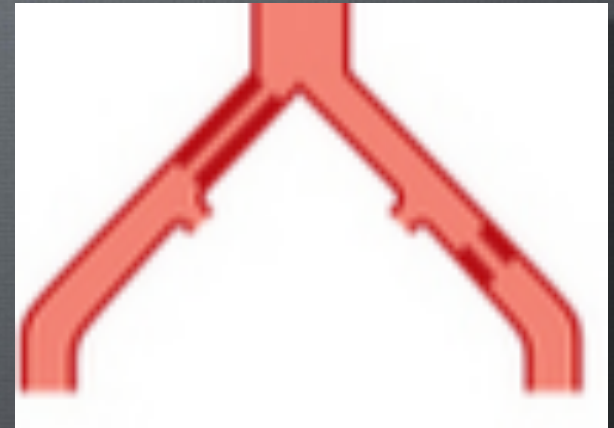
Πιο μοντέρνες συσκευές, μοσχεύματα, ενδοπροθέσεις

Πλουσιότερη εμπειρία πλέον σε αρκετά κέντρα

Υβριδικές επεμβάσεις

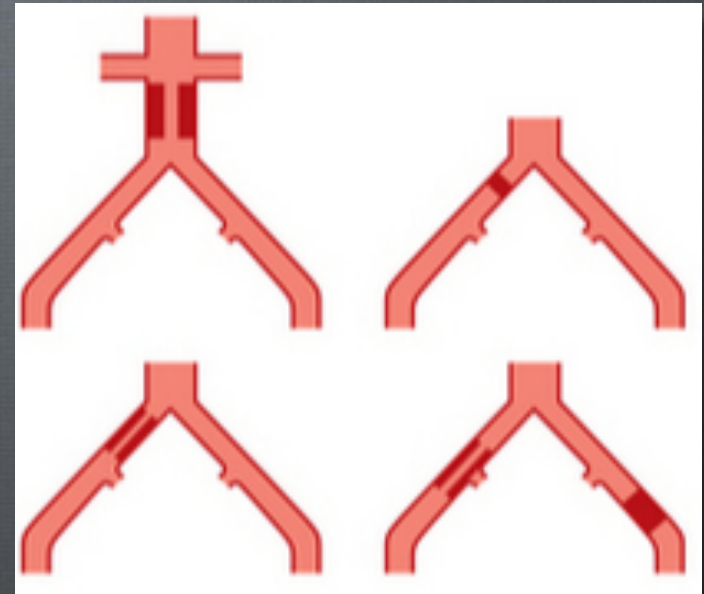
# Κατηγοριοποίηση κατά TASC (Trans-Atlantic inter-Society Consensus)

- Αλλοιώσεις τύπου A:
  - Ετερόπλευρα ή αμφοτερόπλευρα **στενώσεις** στις κοινές λαγόνιες αρτηρίες
  - Ετερόπλευρα ή αμφοτερόπλευρα **μονήρης, μικρού μήκους ( $\leq 3$  εκ)** στενώσεις στις έξω λαγόνιες αρτηρίες



# Κατηγοριοποίηση κατά TASC (Trans-Atlantic inter-Society Consensus)

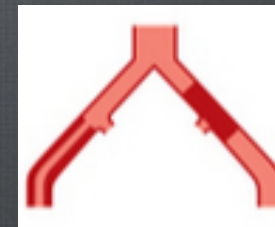
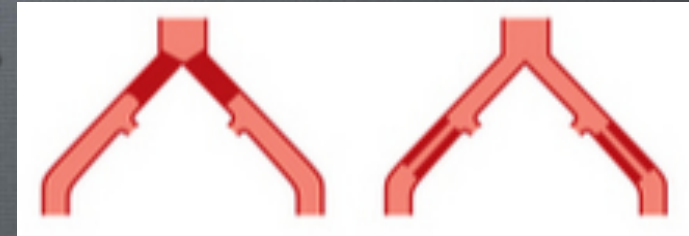
- Αλλοιώσεις τύπου B:
  - Μικρού μήκους (<3 εκ) **στένωση** του υπονεφρικού τμήματος της κορτής
  - Ετερόπλευρη **απόφραξη κοινής λαγόνιας αρτηρίας**
  - Μονήρης ή πολλαπλές στενώσεις μήκους 3-10 εκ που επεκτείνονται στην έξω λαγόνιο αρτηρία, χωρίς να **επεκτείνεται στην κοινή λαγόνιο αρτηρία**
  - Ετερόπλευρη απόφραξη της έξω λαγόνιας αρτηρίας που δεν επεκτείνεται στην έκφυση της έσω λαγόνιας αρτηρίας ή στην κοινή λαγόνιο αρτηρία



# Κατηγοριοποίηση κατά TASC

## (Trans-Atlantic inter-Society Consensus)

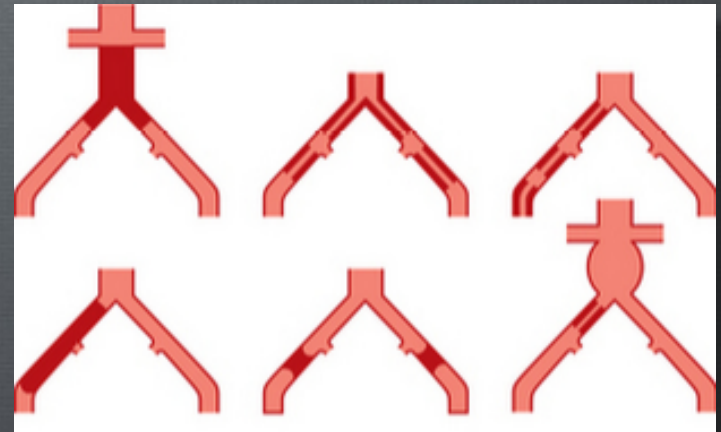
- Αλλοιώσεις τύπου C:
  - Αμφοτερόπλευρα απόφραξη των κοινών λαγόνιων αρτηριών
  - Αμφοτερόπλευρα στενώσεις 3 – 10 cm στην έξω λαγόνιο αρτηρία, που δεν επεκτείνονται στις κοινές μηριαίες αρτηρίες
  - Ετερόπλευρη στένωση στην έξω λαγόνιο αρτηρία που επεκτείνεται στην κοινή μηριαία αρτηρία
  - Ετερόπλευρη απόφραξη στην έξω λαγόνιο αρτηρία που επεκτείνεται στο εγγύς τμήμα της έσω λαγόνιας αρτηρίας ή στην κοινή λαγόνιο αρτηρία
  - Ετερόπλευρη απόφραξη έξω λαγόνιας αρτηρίας με σημαντικές αποτιτανώσεις με ή χωρίς επέκταση στο εγγύς τμήμα της έσω λαγόνιας αρτηρίας και / ή στην κοινή λαγόνιο αρτηρία



# Κατηγοριοποίηση κατά TASC

## (Trans-Atlantic inter-Society Consensus)

- Αλλοιώσεις τύπου D:
  - Υπονεφρικά αορτολαγόνιος απόφραξη
  - Διάχυτη νόσος στην αορτή και σε αμφότερες τις λαγόνιες αρτηρίες
  - Διάχυτες, πολλαπλές ετερόπλευρες στενώσεις, στην κοινή λαγόνιο, την έξω και την κοινή μηριαία αρτηρία (συνήθως > 10 εκ)
  - Ετερόπλευρη απόφραξη κατά συνέχεια σε κοινή και έξω λαγόνιο αρτηρία
  - Απόφραξη αμφοτερόπλευρα των έξω λαγονίων αρτηριών
  - Στενώσεις των λαγονίων αρτηριών σε ασθενή με ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής ή άλλη αλλοίωση που απαιτεί χειρουργική επέμβαση στην αορτή ή στις λαγόνιες αρτηρίες



# Διάγνωση και αντιμετώπιση στην Αορτολαγόνια Νόσο



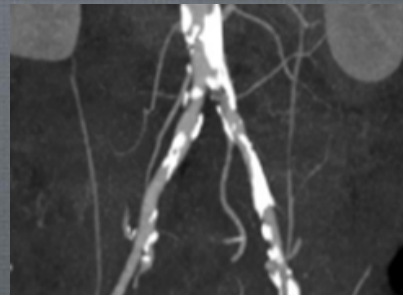
## Κλινική αξιολόγηση

Ιστορικό  
Παράγοντες κινδύνου  
Κλινική εξέταση  
Ψηλάφηση σφύξεων



## Αιμοδυναμικές μετρήσεις

Σφυροβραχιόνιος Δείκτης  
Τεστ Treadmill  
Doppler πίεσης



## Απεικόνιση

Doppler υπερηχογράφημα  
CEMRA  
MDCTA  
DSA



## Ιατρικό Συμβούλιο MDT

# Κλινική Αξιολόγηση

## •Ιστορικό

- Παρουσία **διαλείπουσας χωλότητας**, ή **άλγους ανάπαυσης**
- Παράγοντες κινδύνου για αθηροσκλήρυνση

•**Επισκόπηση**: έλεγχος της χροιάς και της γενικότερης κατάστασης του δέρματος και των τριχών

•**Ψηλάφηση**, για έλεγχο της θερμοκρασίας και των σφύξεων

•Ακρόαση, για παρουσία φυσήματος



## Rutherford Ταξινόμηση

<u>Στάδιο</u>	<u>Κλινική εικόνα</u>
0	Ασυμπτωματικός
1	Ήπια διαλείπουσα χωλότητα
2	Μέτρια διαλείπουσα χωλότητα
3	Βαριά διαλείπουσα χωλότητα
-----	
4	Ισχαιμία με άλγος αναπαύσεως
5	Ελάχιστη απώλεια ιστού
6	Σημαντική απώλεια ιστού

## Fontaine Ταξινόμηση

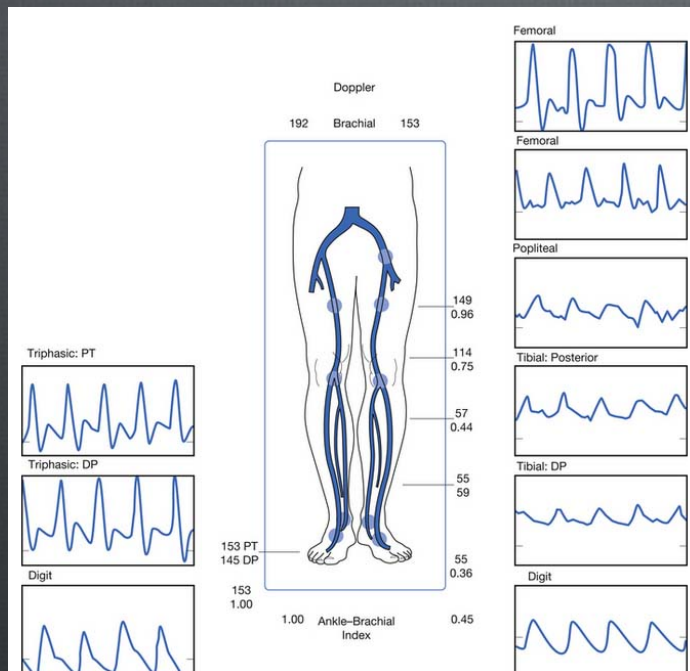
<u>Στάδιο</u>	<u>Κλινική εικόνα</u>
I	Ασυμπτωματικός
IIa	Διαλείπουσα χωλότητα
IIb	Βαριά Διαλείπουσα χωλότητα
-----	
III	Ισχαιμικό άλγος ηρεμίας
IV	Ισχαιμικά έλκη - γάγγραινα

# Αιμοδυναμική Αξιολόγηση

Σφυροβραχιόνιος Δείκτης (ABI index)

Τμηματική μέτρηση της πίεσης

Ανάλυση των κυματομορφών της  
πληθυσμογραφίας



Κλινική εκδήλωση Σφυροβραχιόνιος δείκτης

Φυσιολογικός > 0.90

Διαλείπουσα χωλότητα 0.50-0.90

Άλγος αναπαύσεως 0.21-0.49

Απώλεια ιστού < 0.20



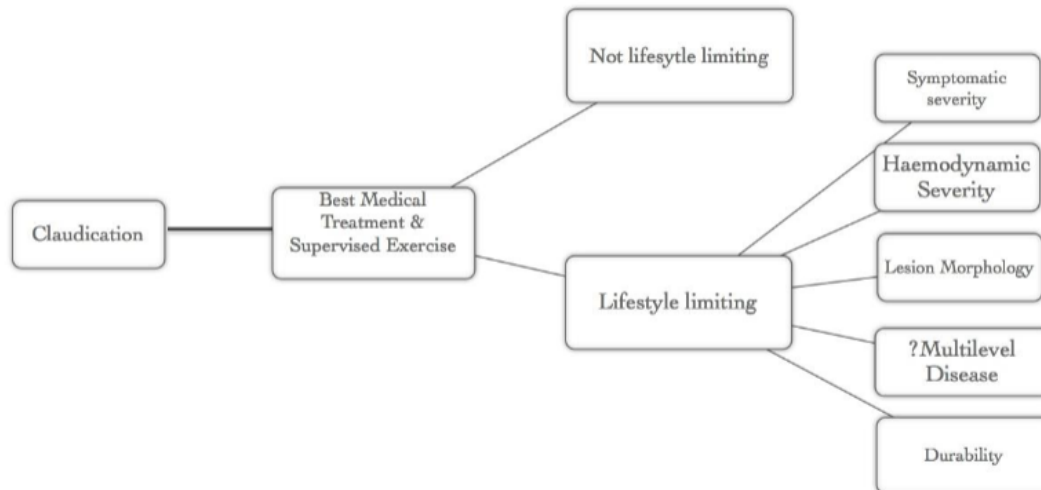
# Απεικόνιση

Τεχνική απεικόνισης	Ευαισθησία στένωση >50%	Ειδικότητα στένωση >50%	Πλεονεκτήματα	Περιορισμοί, μειονεκτήματα
DUS	85/90	>90	Χαμηλό κόστος, διαθεσιμότητα	υποκειμενική εξέταση, παχυσαρξία, αδυναμία πλήρους απεικόνισης
MDCTA	96	98	Εκτίμηση τοιχώματος και αυλού	σκιαγραφικό μέσο, ακτινοβολία, artifacts
CEMRA	93-100	93-100	Εκτίμηση τοιχώματος, μη επεμβατική τεχνική	βηματοδότης, μεταλλικές ενδοπροθέσεις, κλειστοφοβία
DSA			Εκτίμηση ροής, εξέταση αναφοράς	Επεμβατική τεχνική, απεικόνισης σε δύο διαστάσεις, ακτινοβολία

# Multidisciplinary team (MDT)

- **Συνήθως εβδομαδιαία** συνάντηση: Επεμβατικοί ακτινολόγοι με αγγειοχειρουργούς αλλά και άλλες ειδικότητες
- Γίνεται συζήτηση για σύνθετα προβλήματα - περιστατικά, νοσηρότητα και θνητότητα
- Προγραμματισμός και **μελέτη των περιστατικών**
- **ΜΑ ΓΙΑΤΙ MDT;** Γιατί η επιλογή της θεραπείας πρέπει να είναι εξατομικευμένη

## MDT: Claudication decision



# Κύριες κλινικές ενδείξεις για περαιτέρω αντιμετώπιση στην αορτολαγόνια νόσο

- Ασυμπτωματικός ασθενής:



- Δεν ενδείκνυται αντιμετώπιση

- Ήπια Διαλείπουσα χωλότητα:



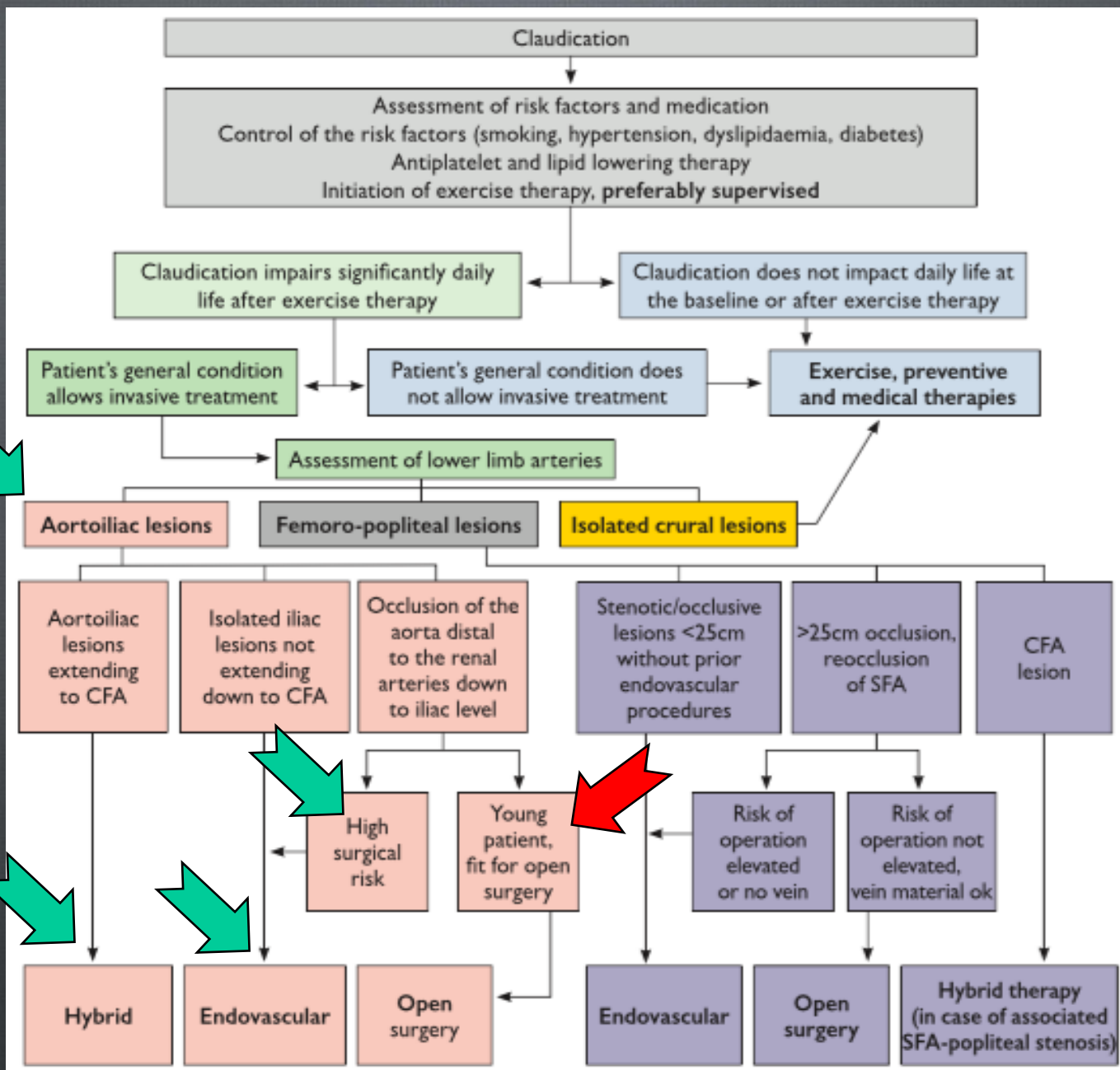
- Μεταβολή παραγόντων κινδύνου + άσκηση

- Διαλείπουσα χωλότητα που περιορίζει την καθημερινότητα ή η σοβαρή ισχαιμία του άκρου ή η γάγγραινα



- Ενδείκνυται αντιμετώπιση ενδαγγειακή ή χειρουργική

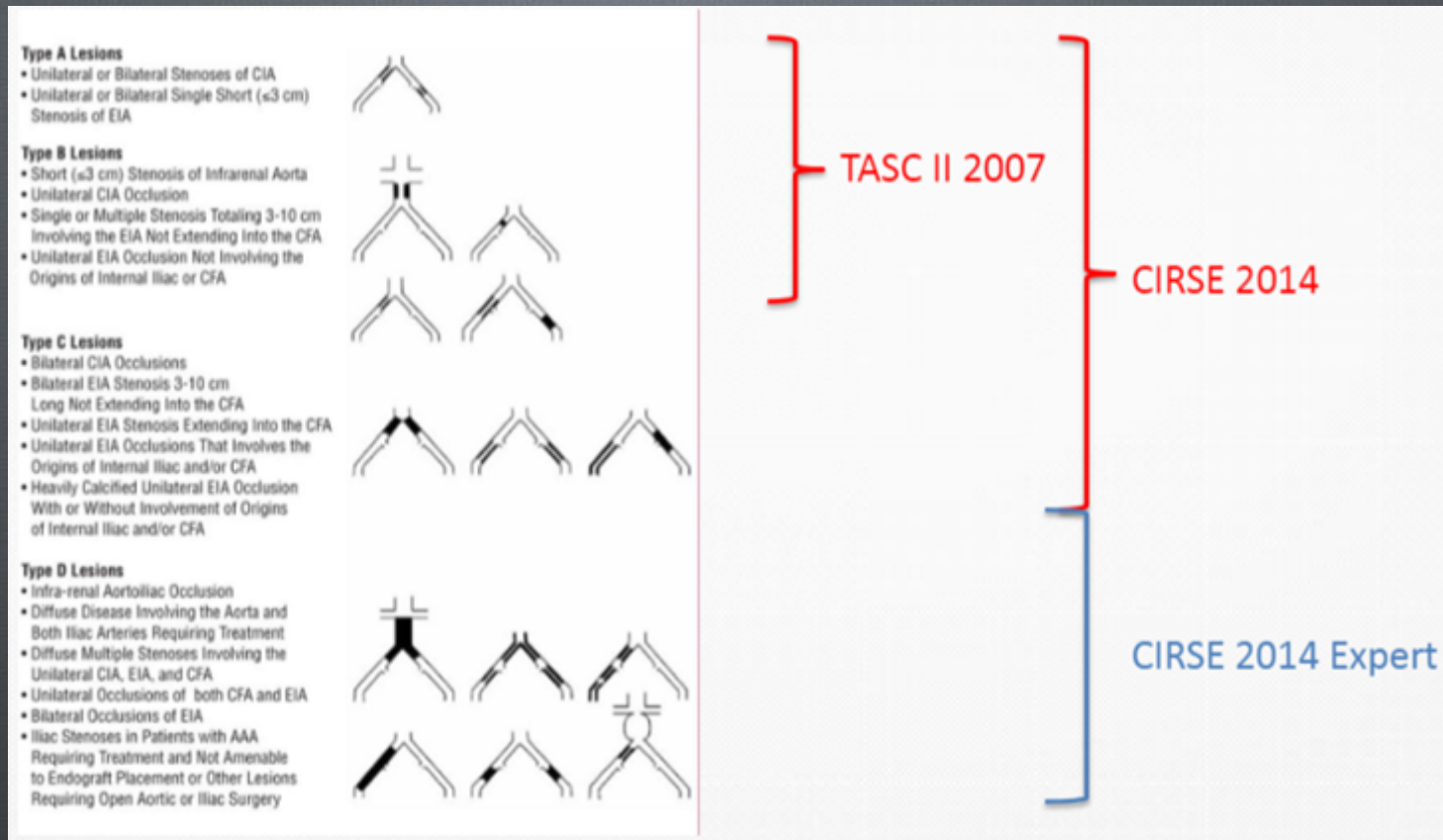
Επιλογή θεραπευτικής τεχνικής



(ESVS 2017, Κατευθυντήριες Οδηγίες)

# Επιλογή Θεραπείας με βάση την Κατηγοριοποίηση κατά TASC

Επιλογή Θεραπευτικής τεχνικής



Σε περιπτώσεις που ενδείκνυται επανασηραγγοποίηση, οι ενδαγγειακές τεχνικές αποτελούν την πρώτη στρατηγική αντιμετώπισης σε όλες τις TASC A έως C αλλοιώσεις των λαγονίων αρτηριών λόγω των χαμηλών ποσοστών νοσηρότητας και θνητότητας και των υψηλών ποσοστών τεχνικής επιτυχίας 90% RC I- LOE C

# Κατευθυντήριες οδηγίες, Cirse 2014

Κατευθυντήριες οδηγίες επανασηραγγοποίησης στην αορτολαγόνιο αποφρακτική νόσο		
	Βαθμός	Επίπεδο
Ενδαγγειακή πρωτογενώς αποκατάσταση συνιστάται σε μικρού μήκους αποφρακτικές αλλοιώσεις (<5 εκ)	I	C
Σε ασθενείς κατάλληλους για χειρουργείο, η αορτο-(δι)μηριαία παράκαμψη πρέπει να εξετάζεται σε αορτολαγόνιο αποφρακτική νόσο	IIa	B
Ενδαγγειακή πρωτογενώς αποκατάσταση πρέπει να εξετάζεται σε μεγάλου μήκους και/ή αμφοτερόπλευρες αλλοιώσεις σε ασθενείς με σημαντικές συννοσηρότητες	IIa	B
Ενδαγγειακή πρωτογενώς αποκατάσταση πρέπει να εξετάζεται σε αορτολαγόνιο αποφρακτική νόσο όταν πραγματοποιείται σε έμπειρα κέντρα και αν δεν θέτει σε κίνδυνο μία μετέπειτα χειρουργική αποκατάσταση	IIb	B
Η τοποθέτηση πρωτογενώς μεταλλικής ενδοπρόθεσης και όχι επιλεκτική τοποθέτηση πρέπει να προτιμάται στις ενδαγγειακές τεχνικές	IIa	B
Ανοιχτό χειρουργείο πρέπει να εξετάζεται σε ασθενείς με αορτολαγόνιο αποφρακτική νόσο που επεκτείνεται άνωθεν των νεφρικών αρτηριών	IIa	C
Σε περίπτωση αορτολαγόνιας αποφρακτικής νόσου, πρέπει να εξετάζεται υβριδική αποκατάσταση με τοποθέτηση ενδοπρόθεσεων στις λαγόνιες αρτηρίες και ενδαρτηρική στις κοινές μηριαίες αρτηρίες ή χειρουργική παράκαμψη	IIa	C
Παράκαμψη εξω-ανατομική ενδείνυται σε ασθενείς χωρίς άλλες εναλλακτικές επιλογές επανασηραγγοποίησης	IIb	C

# Κατευθυντήριες οδηγίες, AHA/ACC 2016

Οδηγίες για ενδαγγειακή αποκατάσταση στην διαλείπουσα χωλότητα		
Βαθμός Σύστασης	Επίπεδο τεκμηρίωσης	Οδηγίες
I	A	Οι ενδαγγειακές τεχνικές είναι αποτελεσματικές ως επιλογή επανασηραγγοποίησης σε ασθενείς με βαριά διαλείπουσα χωλότητα ή αιμοδυναμικά σημαντική αορτολαγόνιο νόσο
IIa	B-R	Οι ενδαγγειακές τεχνικές είναι αποτελεσματική επιλογή επανασηραγγοποίησης σε ασθενείς με βαριά διαλείπουσα χωλότητα ή αιμοδυναμικά σημαντική μηρσιγνυακή νόσο
IIb	C-LD	Η χρησιμότητα των ενδαγγειακών τεχνικών ως επιλογή επανασηραγγοποίησης για ασθενείς με διαλείπουσα χωλότητα εξαιτίας εντοπισμένης κάτωθεν του γόνατος αρτηριακής νόσου είναι άγνωστη
III	N-NR	Οι ενδαγγειακές τεχνικές δεν πρέπει να πραγματοποιούνται σε ασθενείς με περιφερική αρτηριακή νόσο αποκλειστικά για την αποφυγή εξέλιξης την νόσου σε κρίσιμη ισχαιμία

# Εικτεταμένη αορτολαγόνιος αποφρακτική νόσος (TASC C/D)

De Donato et al; Ann Vac Surg 2015;29(4):738-50

➤ TASC II C/D: Bravissimo μελέτη

➤ Πολυκεντρική, μη τυχαιοποιημένη μελέτη. 325 ασθενείς. 24μηνιαία βατότητα με υπέρηχο

➤ Πρωτογενώς τοποθέτηση ενδοπρόθεσης

➤ 88.0% για TASC A, 88.5% για TASC B, 91.9% για TASC C, και 84.8% για TASC D

➤ 92.1% για τους ασθενείς που τοποθετήθηκαν αυτοεκπτυσσόμενες ενδοπρόθεσεις, 85.2% για τους ασθενείς που τοποθετήθηκαν ενδοπρόθεσεις προφορτωμένες σε αεροθάλαμο

➤ Οι ενδαγγειακές τεχνικές πρέπει να θεωρούνται ως πρώτη γραμμή θεραπευτική επιλογή σε λαγόνιες αρτηρίες, ανεξάρτητα από την κατηγοριοποίηση κατά TASC

Sixt S et al; J Endovasc Ther. 2013 Feb;20(1):64-73.

➤ 1184 ασθενείς

➤ 12 και 24 μηνών επαναστένωση TLR, πρωτογενής βατότητα και δευτερογενής βατότητα δεν διαφέρει στην αορτολαγόνιο νόσο ανεξαρτήτως βαθμού TASC A-D

➤ Δεν καταγράφηκε διαφορά μεταξύ των ενδοπρόθεσεων προφορτωμένων σε αεροθάλαμο ή των αυτοεκπτυσσόμενων

# Εικτεταμένη αορτολαγόνιος αποφρακτική νόσος (TASC C/D)

Jongkind et al; J Vasc Surg 2010 Nov;52(5):1376-83

- 19 μελέτες, μη τυχαιοποιημένες
- Γενικά η ενδαγγειακή αντιμετώπιση σε εντοπισμένη και εικτεταμένη αορτολαγόνιο νόσο μπορεί να πραγματοποιηθεί επιτυχώς σε έμπειρα κέντρα
- Ενώ τα ποσοστά πρωτογενούς βατότητας είναι μικρότερα συγκριτικά με τις χειρουργικές τεχνικές, τα ποσοστά δευτερογενούς βατότητας είναι άμεσα συγκρίσιμα

Wei Ye et al, J Vasc Surg 2011:

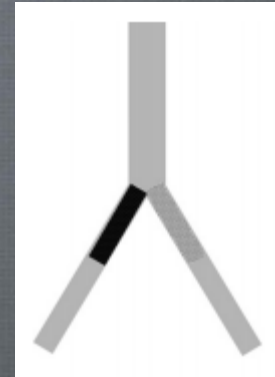
- 16 μελέτες, 958 ασθενείς
- Μεγαλύτερα ποσοστά βατότητας σε πρωτογενή τοποθέτηση ενδοπροθέσεων παρά στην επιλεκτική τοποθέτηση
- Χωρίς διαφορές στην βατότητα σε αγγειοπλαστική λαγονίων αρτηριών σε διαφορετικούς τύπους
- TASC C 89.6% (84.8%-93.0%)
- TASC D 87.3%(82.5%-90.9%)

Rossi M, Lezzi R; Cardiovasc Intervent Radiol. 2014 Feb;37(1):13-25.

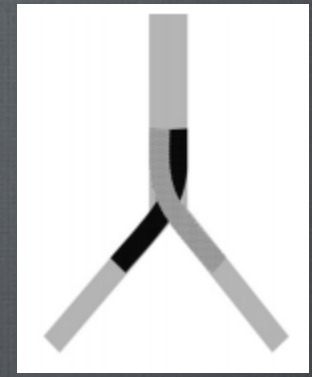
- Η πρωτογενής (68 έναντι 71%) και η δευτερογενής (80 έναντι 98%)βατότητα είναι παρόμοια άσχετα από την κατηγορία TASC των αλλοιώσεων
- Παρόλο που τα ποσοστά πρωτογενούς βατότητας είναι μικρότερα συγκριτικά με τις χειρουργικές τεχνικές, τα ποσοστά δευτερογενούς βατότητας είναι άμεσα συγκρίσιμα

# Κλασσική τεχνική των Kissing stents στα λαγόνια

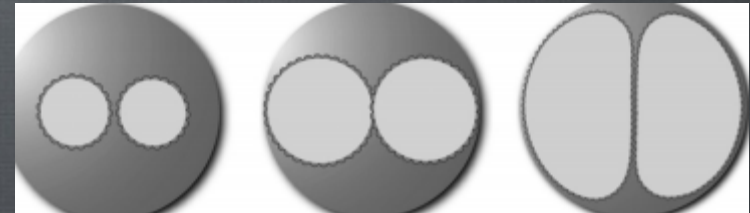
- Ταυτόχρονη τοποθέτηση ενδοπροθέσεων στις λαγόνιες αρτηρίες χωρίς σημαντική προβολή στην κατώτερη κοιλιακή αορτή (5 χιλ)
- Ταυτόχρονη διάταση των αεροθαλάμων στην έκφυση των κοινών λαγονίων αρτηριών ακόμη και σε περιπτώσεις που η ετερόπλευρη κοινή λαγονίος αρτηρία δεν έχει νόσο, για προστασία της από διαχωρισμό, μετατόπιση της πλάκας και εμβολισμό αντίστοιχα
- Οι τεχνικές «Kissing stents» και «aortic reconstruction» ενδείκνυνται σε βαριές αθηρωματικές αλλοιώσεις στο άνω τμήμα την αορτής και στην έκφυση των κοινών λαγονίων αρτηριών



Εφαπτόμενες



Διασταυρούμενες



Εκπτυσσόμενα με αεροθάλαμο

Αυτοεκπυσσόμενα

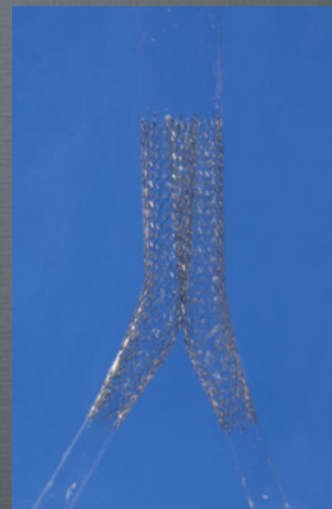
# Ανακατασκευή αορτικού διχασμού

Groot Jebbink E, et al; *J Vasc Surg* 2015 May; 61(5): 1306-11

- Παρόλο που η τεχνική των kissing stents εμφανίζει ικανοποιητική ανακατασκευή του αορτικού διχασμού, η ιδανικότερη αναδιαμόρφωση επιτυγχάνεται με τις τεχνικές CERAB οι οποίες προσφέρουν πλησιέστερη στο φυσιολογικό αναδιαμόρφωση του διχασμού

Grimme FA et al; *Eur J Vasc Endovasc Surg.* 2015 Nov; 50(5):638-47

- 103 ασθενείς με αορτολαγόνιο αποφρακτική νόσο
- Τεχνική CERAB σε κυρίως TASC II D
- Πρωτογενής βατότητα 87% στον 1 έτος, 82% στα 2 έτη ενώ η δευτερογενής βατότητα ήταν 95% αντίστοιχα
- Η CERAB τεχνική είναι ασφαλής και αποτελεσματική εναλλακτική της χειρουργικής αποκατάστασης



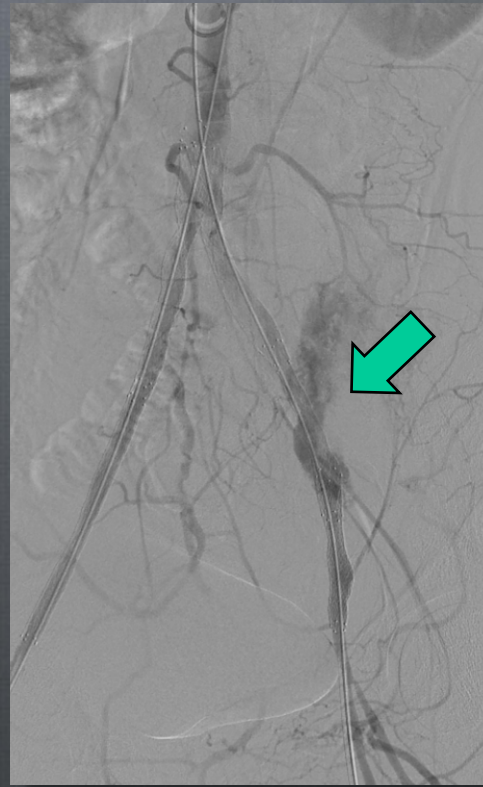
# Επιπλοκές

Επιπλοκές	Ποσοστά (%)
Ρήξη αρτηρίας	1.73
Διαχωρισμός αρτηρίας	1.95
Θρόμβωση	1.32
Εμβολισμός στην περιφέρεια	1.70
Ψευδοανεύρυσμα	1.40
Αιμάτωμα στην περιοχή παρακέντησης	3.20
Οπισθοπεριτοναϊκό αιμάτωμα	1.00
Δυσλειτουργία συσκευής	0.43
Οξεία απόφραξη αορτής	0.20
Συνολική νοσηρότητα	7.51
Θνητότητα	< 0.5

# Περιστατικό

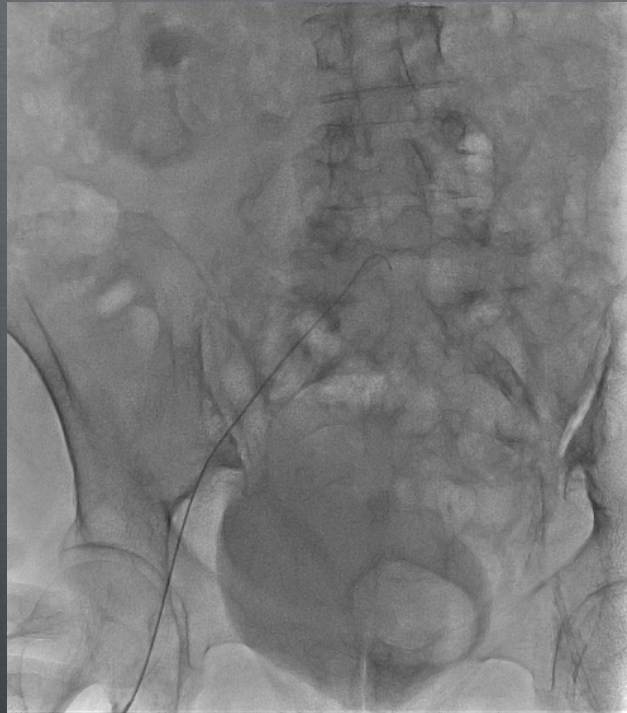
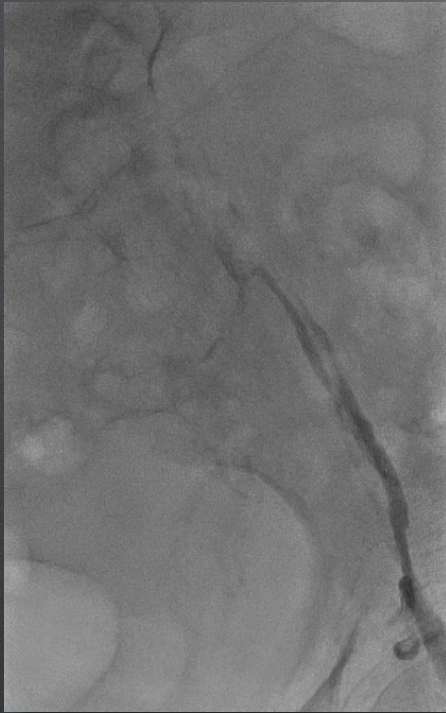
64ετών άνδρας με κρίσιμη ισχαιμία.

Ρήξη λαγονίου σε αγγειοπλαστική λαγονίων → Χρήση stent graft



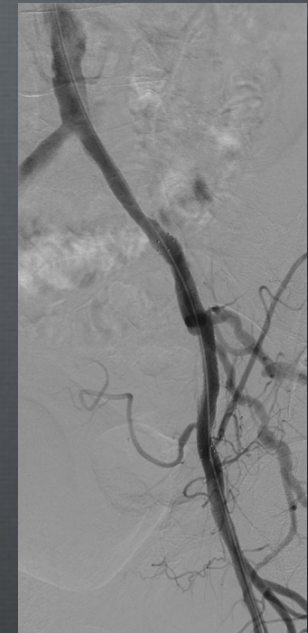
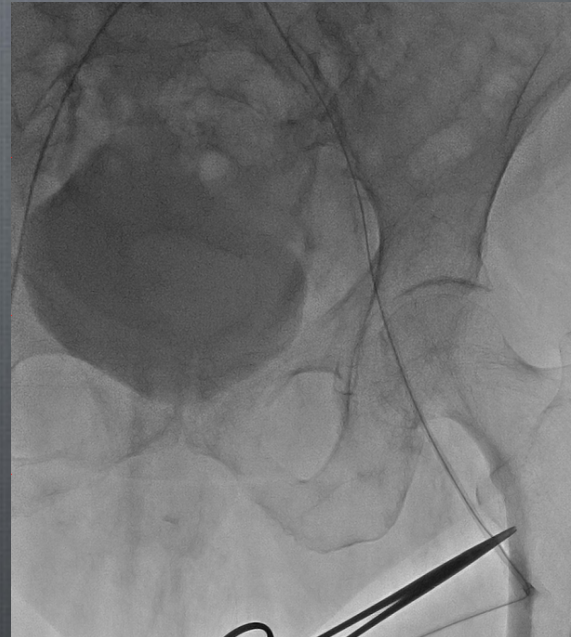
# Περιστατικό

Περιστατικό διαχωρισμού αριστερής έξω λαγονίου αρτηρίας κατά την προσπάθεια αγγειοπλαστικής ομόπλευρα



# Περιστατικό

Cross over επιτυχής τοποθέτηση του υδρόφιλου σύρματος  
εντός του θηλαριού



# Περιστατικό

Περιστατικό θρόμβωσης έξω λαγόνιας αρτηρίας μετά την αγγειοπλαστική της κοινής λαγόνιας αρτηρίας  
Αντιμετώπιση με τοποθέτηση απλή ενδοπρόθεσης (απόφραξη έσω λαγόνιας αρτηρίας σύστοιχα)



# PTA vs Stenting

Bekken Jet al; Cochrane Database Syst Rev, 2015 May 29;(5):CD007561

- Πρωτογενής τοποθέτηση ενδοπρόθεσης έναντι επιλεκτικής τοποθέτησης ενδοπρόθεσης
- Δυο τυχαιοποιημένες μελέτες με 397 περιστατικά (STAG trial, 2013 και DIST trial)
- Με τα σημερινά δεδομένα τα αποτελέσματα στην βατότητα είναι παρόμοια

Goode SD et al; Br J Surg. 2013 Aug;100(9), (STAG μελέτη)

- Εμβολισμός στην περιφέρεια -> 11 περιστατικά με την απλή αγγειοπλαστική -> 3 με την πρωτογενή τοποθέτηση ενδοπρόθεσης
- Οι ασθενείς που αντιμετωπίστηκαν με πρωτογενής τοποθέτηση ενδοπρόθεσης είχαν καλύτερα αποτελέσματα στην εξάλειψη των συμπτωμάτων και στην βατότητα

Klein EM et al; Radiology. 2006 Feb;238(2):734-44 (DIST μελέτη)

- 201 ασθενείς τυχαιοποιήθηκαν
- Οι ασθενείς που αντιμετωπίστηκαν με απλή αγγειοπλαστική και επιλεκτική τοποθέτηση ενδοπρόθεσης είχαν καλύτερα αποτελέσματα στην εξάλειψη των συμπτωμάτων και στην βατότητα

Koizumi A et al; Circ J. 2009 May;73(5):860-6

- 487 αλλοιώσεις TASC A-D
- Η τοποθέτηση επιλεκτικά ενδοπρόθεσεων και το ποσοστό υπολειπόμενης στένωσης σαφώς σχετίζονται με τα ποσοστά βατότητας βραχύ-, μέσο και μακροπρόθεσμα

# Απλές ενδοπροθέσεις vs Καλυμμένες με μόσχευμα

Mwiratayi BP, et al; J Vasc Surg. 2011 Dec;54(6):1561-70. (COBEST μελέτη)

➤ Πολυκεντρική, τυχαιοποιημένη με 128 ασθενείς

➤ Στις αλλοιώσεις λαγονίων TASC C and D οι καλυμμένες ενδοπροθέσεις είναι ανώτερες σε βατότητα και κλινική βελτίωση (TASC B μη ουσιώδεις μεταβολές) στους 18 μήνες

➤ Στην 5ετία επίσης (J Vasc Surg, 2016) ανωτερότητα των καλυμμένων με μόσχευμα ενδοπροθέσεων

Sabri at al; JVIR 2010 jul;21(7):995-1003

➤ Πολυκεντρική, τυχαιοποιημένη με 128 ασθενείς

➤ Οι καλυμμένες με μόσχευμα ενδοπροθέσεις βελτιώνουν την βατότητα των kissing stents στην 2ετία

Bekken JA et al; Trials. 2012 Nov 19;13:215 (DISCOVER μελέτη)

➤ Μεταλλικές ενδοπροθέσεις εκπτυσσόμενες με αεροθάλαμο απλές και καλυμμένες με μόσχευμα

➤ Αναμονή αποτελεσμάτων

# Άλλες μελέτες

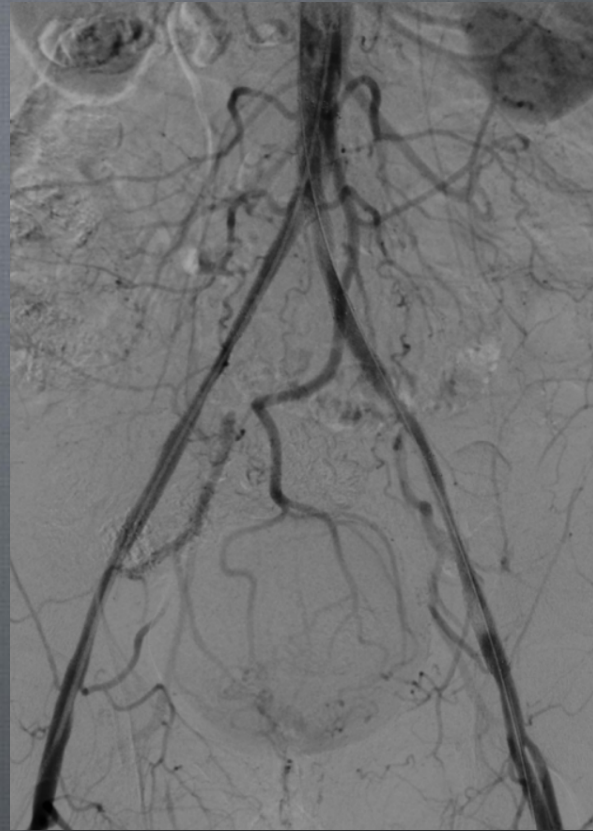
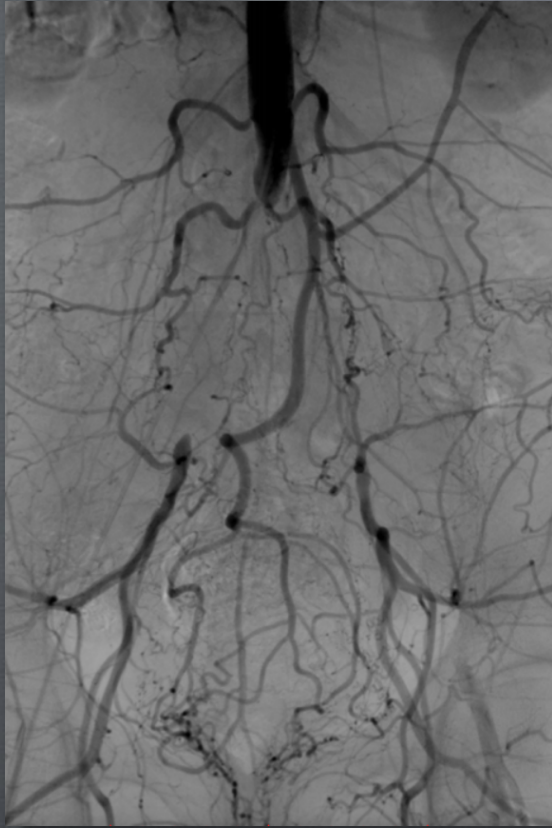
Lammer et al;ESPRIT I; J Am Coll Cardiol Intv 2016;9:1178–87

- Πρώτη μελέτη που χρησιμοποιεί βιοαπορροφήσιμες ενδοπροθέσεις που εκλύουν εβερόλιμους στις έξω λαγόνιες αρτηρίες και στις επιπολής μηριαίες αρτηρίες
- Το 2016 δημοσιεύτηκαν τα πρώτα αποτελέσματα με 35 ασθενείς SFA και EIA
- Η χρήση των βιοαπορροφήσιμων ενδοπροθέσεων είναι ασφαλής και αποτελεσματική στα 2έτη παρακολούθησης
- Στα 1 και 2έτη τα ποσοστά ελεύθερα επανααιμάτωσης της βλάβης στόχου (TLR Free), είναι συγκρίσιμα με αυτά των αεροθαλάμων επικαλυμμένων με φάρμακο και των ενδοπροθέσεων που εκλύουν φάρμακο για τις περιφερικές αρτηρίες

Αρχές του 2017 με βάση την Gore VBX FLEX IDE κλινική μελέτη με 134 ασθενείς, ο Αμερικάνικος Οργανισμός Τροφίμων και Φαρμάκων (FDA) ενέκρινε την εκπυσσομένη με αεροθάλαμο ενδοπρόθεση Viabahn VBX για στενώσεις ή επαναστενώσεις ιδία, TASC C and D αλλοιώσεις στα λαγόνια

# Συμπεράσματα

- Η νόσος των λαγονίων αρτηριών μπορεί να αντιμετωπιστεί επιτυχώς με ενδαγγειακές τεχνικές οι οποίες και πρέπει να είναι η πρώτη επιλογή, ακόμη και όταν η νόσος είναι εκτεταμένη (TASC C και D).
- Σήμερα οι κατευθυντήριες οδηγίες της TASC II είναι ξεπερασμένες.
- Η τοποθέτηση πρωτογενώς μεταλλικών ενδοπροθέσεων φαίνεται ότι έχει καλύτερα αποτελέσματα συγκριτικά με την απλή αγγειοπλαστική ιδιαίτερα όταν οι αλλοιώσεις είναι μεγάλου μήκους ή σύνθετες.
- Σε ορισμένες περιπτώσεις είναι δικαιολογημένη η χρήση ενδοπροθέσεων καλυμμένων με μόσχευμα (TASC C και D) (Viabahn VBX, FDA εγκεκριμένες σε στένωση και επαναστένωση)
- Οι αυτοεκπτυσσόμενες ενδοπροθέσεις πρέπει να προτιμώνται σε αλλοιώσεις μεγάλου μήκους
- Οι καλυμμένες με μόσχευμα ενδοπροθέσεις, σε διάφορα μεγέθη, είναι πάντα απαραίτητες σε ένα Τμήμα Επεμβατικής Ακτινολογίας για την αντιμετώπιση αγγειακών ρήξεων



***Ευχαριστώ!!***