

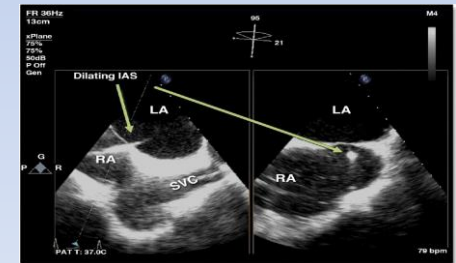
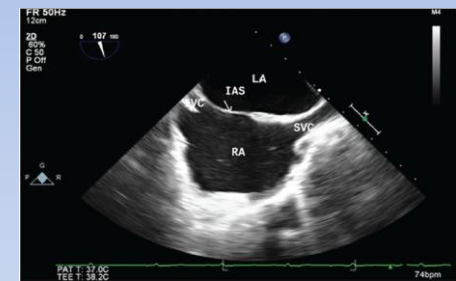
# Περιεπεμβατική διαχείριση ενός ασθενούς ο οποίος υποβλήθηκε σε διακαθετηριακή αντιμετώπιση μιας σοβαρής στένωσης της μιτροειδούς βαλβίδας κάτω από συνεχή καθοδήγηση με διοισοφάγεια υπερηχογραφία και υπό καταστολή με δεξμεδετομιδίνη.

Σπανόπουλος Κωνσταντίνος, Μαρία Τσιότσιου, Πολυξένη Ζωγραφίδου, Δέσποινα Γόγαλη, Δημήτρης Πίνας, Γεωργία Γρένδα, Ιωάννης Κουσίδης, Ιουλία Γρηγορίου, Γκουτζιομήτρου Ευαγγελία.  
Αναισθησιολογικό τμήμα, Γ.Ν.Θεσσαλονίκης «Παπαγεωργίου».

**Σκοπός:** Η στένωση της μιτροειδούς βαλβίδας στην καρδιά είναι μια πολύ επικίνδυνη βλάβη διότι – όπως και στην περίπτωση της στένωσης της αορτικής βαλβίδας – μπορεί να οδηγήσει σε μια μη ανατάξιμη καρδιακή ανακοπή λόγω σοβαρής ελάττωσης της καρδιακής παροχής που οφείλεται είτε σε υπόταση είτε σε βραδυκαρδία. Σε αυτή την παρουσίαση ενδιαφέροντος περιστατικού περιγράφουμε την περιεπεμβατική διαχείριση ενός ασθενούς με σοβαρή στένωση της μιτροειδούς βαλβίδας, στον οποίο η αποκατάσταση της βλάβης έγινε διαδερμικά - δηλαδή διακαθετηριακά - με τη χρήση ενός ενδοαγγειακού καθετήρα και υπό καταστολή με τη χρήση στάγδην δεξμεδετομιδίνης.

**Παρουσίαση περιστατικού:** Ο ασθενής μας, ηλικίας 79 ετών με γνωστό ιστορικό ΣΝ, είχε υποβληθεί προ 15ετίας σε διακαθετηριακή αντιμετώπιση και αποκατάσταση των μερικώς αποφραγμένων στεφανιαίων του αγγείων (PCI x3). Πρόσφατα παρουσίασε συμπτώματα δύσπνοιας και θωρακικού άλγους και υποβλήθηκε σε διοισοφάγεια υπερηχογραφία (TEE) η οποία αποκάλυψε τη βαλβιδική βλάβη. Κατά την είσοδο του στον υβριδικό χειρουργικό χώρο του αιμοδυναμικού εργαστηρίου ο ασθενής μας ετέθη σε monitoring με ΗΚΓ, παλμική οξυμετρία (SpO<sub>2</sub>), εγκεφαλική οξυμετρία (rScO<sub>2</sub>), BIS και άμεση μέτρηση της (ΑΠ) μέσω καθετήρα στην κερκιδική αρτηρία. Στη συνέχεια τοποθετήθηκε ΚΦΚ στη δεξιά σφαγιτίδα φλέβα και μέσω αυτής ένας ενδοκαρδιακός βηματοδότης, για τον έλεγχο της καρδιακής συχνότητας. Ο ασθενής μας έλαβε αρχικά 0,1 mg φεντανύλης και δεξμεδετομιδίνη iv σε δόση εφόδου 0,6μg/kg, η οποία του χορηγήθηκε με σταθερό ρυθμό στάγδην και σε χρονικό διάστημα 10min. Στη συνέχεια έλαβε δεξμεδετομιδίνη σε συνεχή ρυθμό iv χορήγησης που κυμαίνονταν μεταξύ 0,2-0,6μg/kg/h και υπό την καθοδήγηση του BIS. Ετέθη δε εξαρχής, αμέσως μετά τη δόση εφόδου της δεξμεδετομιδίνης, σε στάγδην συνεχή έγχυση νοραδρεναλίνης που μεταβάλλονταν ανάλογα με τις ενδείξεις της ΑΠ, έτσι ώστε η συστολική αρτηριακή πίεση (ΣΑΠ) να μην υποχωρούσε σε επίπεδα χαμηλότερα από 30% σε σχέση με την αρχικά καταγεγραμμένη τιμή (155mmHg).

Ο ενδοαγγειακός καθετήρας, ο οποίος χρησιμοποιήθηκε για την αποκατάσταση της βλάβης, εισήχθη στη δεξιά μηριαία φλέβα μετά από τοπική αναισθησία με λιδοκαΐνη 2%. Προωθήθηκε στον δεξιό κόλπο και μέσω μιας μικρής οπή που έγινε στο ύψος του ωοειδούς τρίματος - υπό την καθοδήγηση του TEE - πέρασε διαμέσου του μεσοκοιλιακού διαφράγματος στον αριστερό κόλπο. Στη συνέχεια με την έκπτωση ενός μπαλονιού που βρίσκονταν στο άκρο του καθετήρα επετεύχθη η διαστολή του στενωμένου μιτροειδικού δακτυλίου και η αποκατάσταση της βλάβης.



**Συμπεράσματα:** Η διαδερμική αποκατάσταση βλαβών στην καρδιά πλέον περιλαμβάνει όχι μόνο τη θεραπευτική αντιμετώπιση της στένωσης της αορτικής βαλβίδας (TAVI) αλλά και πολύ πιο σύνθετες θεραπευτικές παρεμβάσεις. Η χρήση της δεμεδετομιδίνης στάγδην στην περίπτωσή μας παρείχε εξαιρετικές συνθήκες καταστολής. Η υπόταση δε που αυτή προκάλεσε αντιμετωπίστηκε αποτελεσματικά με τη χρήση της νοραδρεναλίνης (iv) μέσω του ΚΦΚ, η δε ελάττωση της καρδιακής συχνότητας (σφύξεις ≤ 60bpm) αντιμετωπίστηκε άμεσα με τη χρήση του ενδοκαρδιακού βηματοδότη, όποτε αυτό χρειάσθηκε .