

uzávěry v oblasti rutinně kanylovaných centrálních žil – vena jugularis interna, vena subclavia a vena femoralis – je možné označit termínem cDIVA (central difficult intravenous access). Pro tyto nemocné existuje algoritmus vstupů do centrálního žilního řečiště, opakovaně popsany v literatuře (Tab. 1) [1, 2]. Translumbální přístup přímo do dolní duté žíly je jednou z posledních záchranných možností při uzavřeném povodí horní duté žíly a nemožnosti použití žil femorálních.

Historie

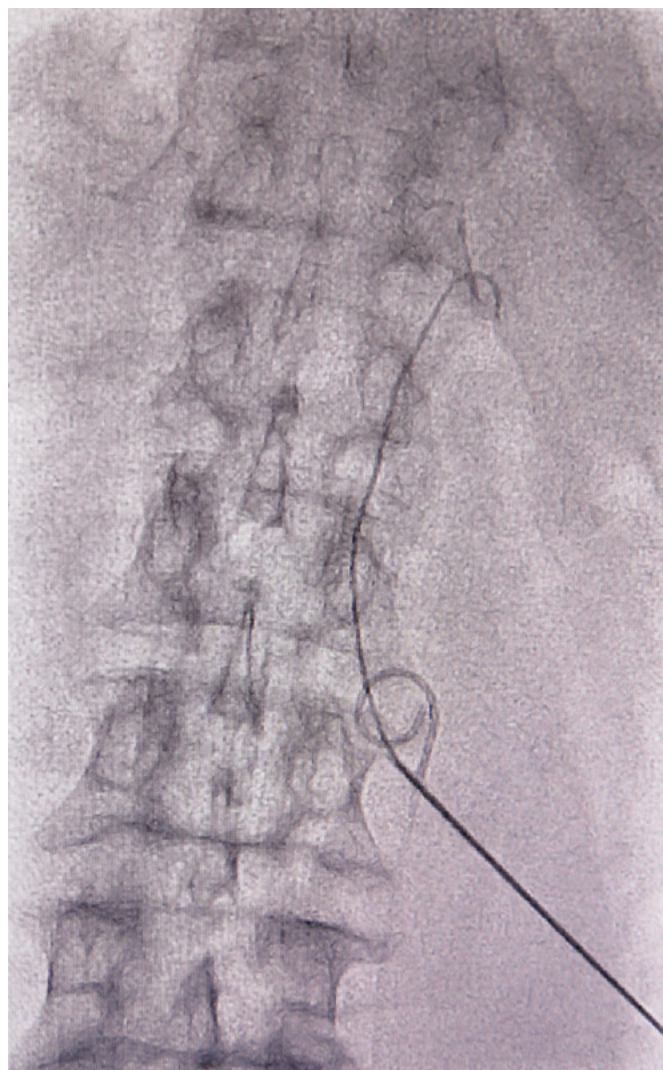
I když se traduje, že tento přístup byl poprvé popsán americkým chirurgem Pardonem R. Kenneym, který v roce 1984 za spolupráce s radiology provedl translumbální punkci dolní duté žíly pod kontrolou perioperační skioskopie se zavedením Hickmannova katetru pro dlouhodobou domácí parenterální výživu [3], ve španělské literatuře bylo sdělení o přímé punkci dolní duté žíly publikováno ještě o 13 let dříve [4]. Pacientem v Providence byl 48letý muž s dlouholetou anamnézou enteritidy, po opakovaných resekcích střeva, s terminální ileostomií a na dlouhodobé parenterální nutrici. Nemocný měl po opakovaných zavedeních centrálního žilního katetru kompletní uzavěry obou brachiocefalických žil. Kanylace femorálních žil nebyla zvážena kvůli nevhodné anatomické situaci a blízkosti ileostomie. Výkon byl proveden pod biplanární skioskopii bez komplikací a hrot katetru byl zaveden do oblasti ústí jaterních žil. Šest měsíců po zavedení byl katetr stále průchodný, s dobrou funkcí a bez známek trombózy v oblasti dolní duté žíly. Tým lékařů ze stejné nemocnice nadále rozvíjel tuto techniku a v dalších letech publikoval dlouhodobé výsledky translumbální katetrizace dolní duté žíly u celkem

šesti pacientů [5, 6]. V roce 1995 byl tento přístup použit k implantaci dlouhodobého dialyzačního katetru [7]. Od začátku 21. století se tento přístup stal celosvětově používaným jako rescue technika při nemožnosti standardního zavedení centrálního žilního katetru [8].

Technika provedení

Translumbální přístup je vhodný pro zavedení jakéhokoliv katetru, tunelizovaného centrálního (Broviac, Groshong) [5], dlouhodobého dialyzačního [9] nebo plně implantovaného port-katetru [10]. Standardní přístup je prováděn pod kontrolou skioskopie (mobilní C-rameno) na hybridním nebo radiologickém sále. Vhodná je přítomnost intervenčního radiologa. Pacient leží na břiše s podloženou pánví. Místo vpichu se nalézá těsně nad úrovní středu pravé lopaty kyčelní, konkrétně spina iliaca posterior superior. Speciální punkční jehla – pro zavedení dlouhodobého dialyzačního katetru se jedná o soupravu Split Cath® III Translumbar Tray (Medical Components Inc., Harleysville, USA), s jehlou 21 G a délkou 15 cm, pro ostatní vstupy typu dlouhodobého tunelizovaného centrálního žilního katetru a port-systému používáme radiologickou jehlu Chiba 20–21 G s délkou 15–20 cm – je z místa vpichu směřována pod úhlem přibližně 45 stupňů mediálně a kranálně před obratlové tělo L3 (Obr. 1). Je výhodné si zobrazit průběh dolní duté žíly, například zavedením pig-tail nebo

Obr. 2. Zavedení vodiče do úrovně L2 cestou vena poplitea



Obr. 1. Zavedení jehly při translumbálním přístupu

