

Ablace fibrilace síní pulzním polem (PFA) transhepatálním přístupem

CHUDIAK B., PETRŮ J., CHOVANEC M., JANOTKA
M., ŠEDIVÁ L., MORITOSHI F., ŠKODA J., HÁLA P., TOUSEK
M., NEUŽIL P., REDDY V.

KLINIKA KARDIOLOGIE 1. LF UK A NNH, PRAHA
MT. SINAI HOSPITAL, NEW YORK CITY, USA



- Na příkladu 3 kazuistik demonstrovat průběh PFA s využitím transhepatálního přístupu pro anomální žilní drenáž

Charakteristika pacientů

▪ Pacient č. 1:

78-letá pacientka

OA: Perzistentní fibrilace síní

- primozáchyt 2017, CHA2DS2VA-score 3

- st.p. opak. EKV, po kardiální dekompenzaci při FiS s ROK 2020

Hypertenze, hyperlipidemie, st.p. thyreotoxikóze s nutností aplikace radiojodu, t.č. hypothyreosa na subs., susp. adenom bez hormonální aktivity – plánovaná adrenalektomie zrušena pro chlopenní vadu a abnormální žilní drenáž (blíže nespecifikováno)

FA: Bisoprolol 5mg, Caramlo 8mg/5mg, Eliquis 5mg, Euthyrox 137 μ g, HCT 25mg, Verospiron 25mg, Propafenon 150mg, Tulip 10mg

Charakteristika pacientů

- Pacient č. 2:

38-letý pacient

OA: Paroxysmální fibrilace síní

- primozáchyt 2016, CHA2DS2VA-score 0
- st.p. opak. spontánní verze na SR

Ulcerózní kolitida, t.č. bez th. nebo nutnosti kontrol, hyperlipidemie na dietě

FA: Propafenon jen jako SOS

Charakteristika pacientů

- Pacient č. 3:

67-letá pacientka

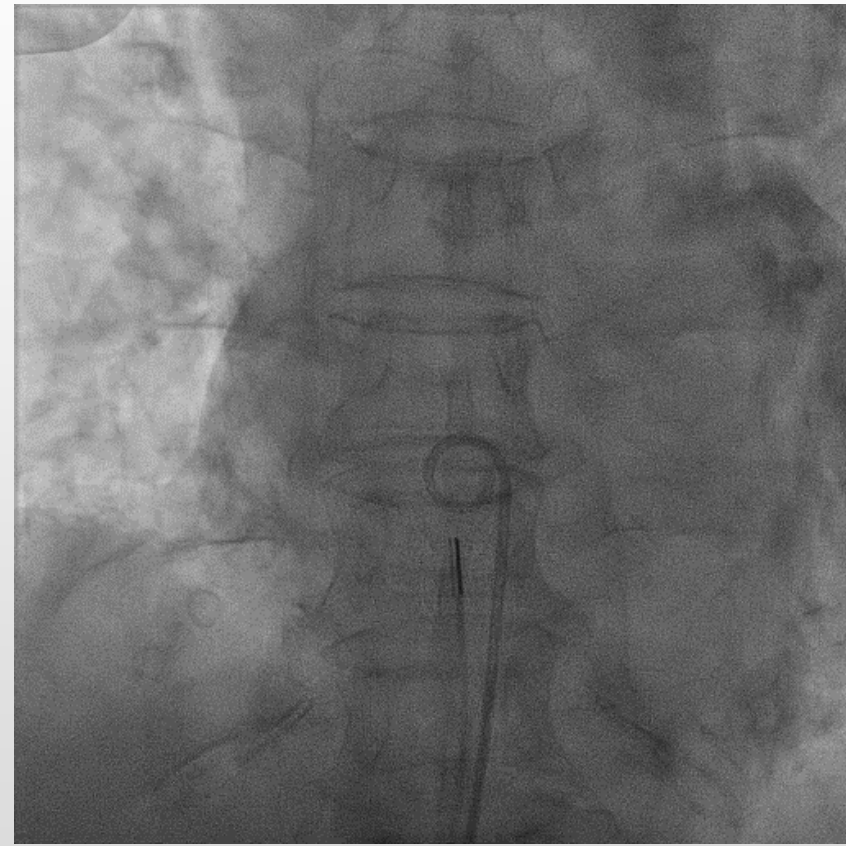
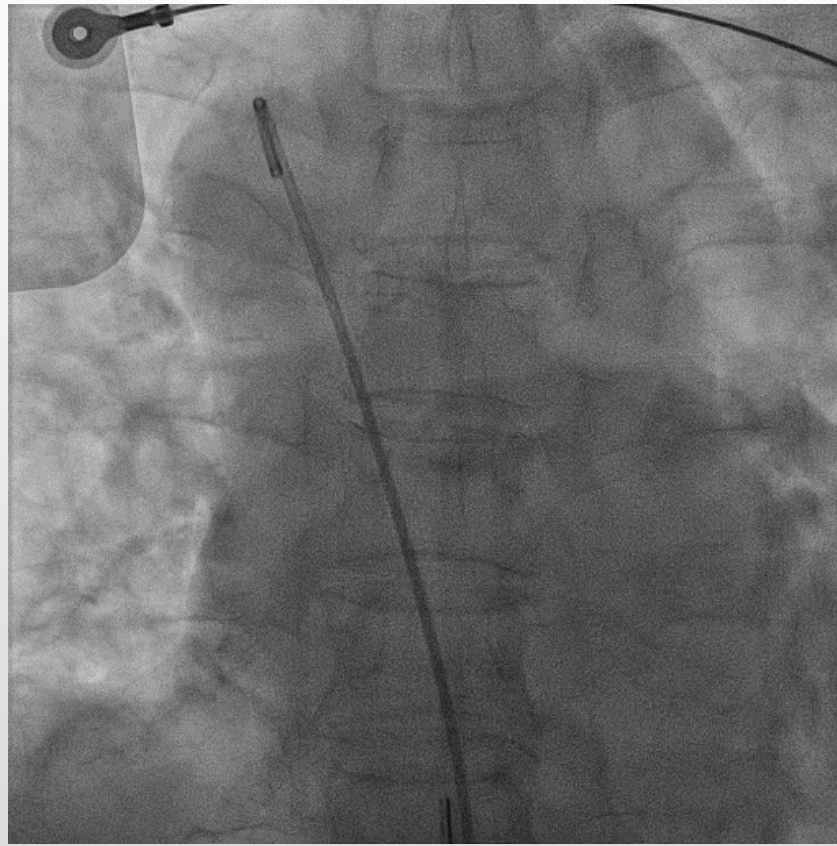
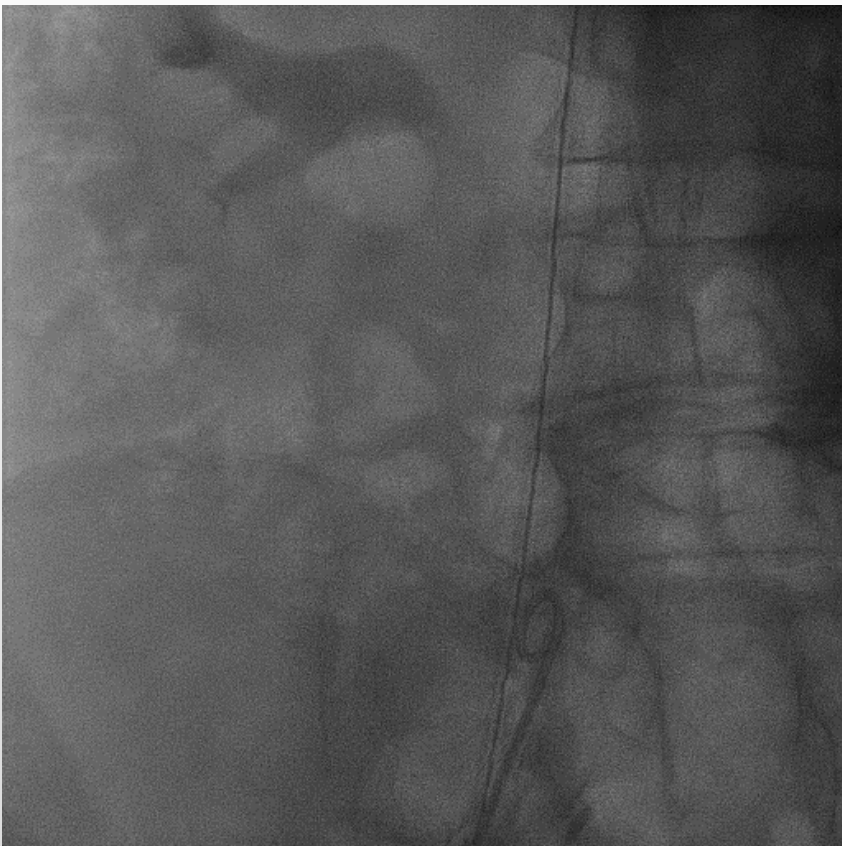
OA: Paroxysmální fibrilace síní

- primozáchyt 2019, CHA2DS2VA-score 3

Hypertenze, hyperlipidemie, DM 2 na PAD, hypothyreosa na subs., CHŽI, glaukom, po implantaci ILR 02/2023

FA: Pradaxa 150mg, Vidonorm 8mg/5mg, Euthyrox 100mcg, Omeprazol 20mg, Glucophage 500mg, Rosucard 10mg, Asentra 150mg

Primární výkon



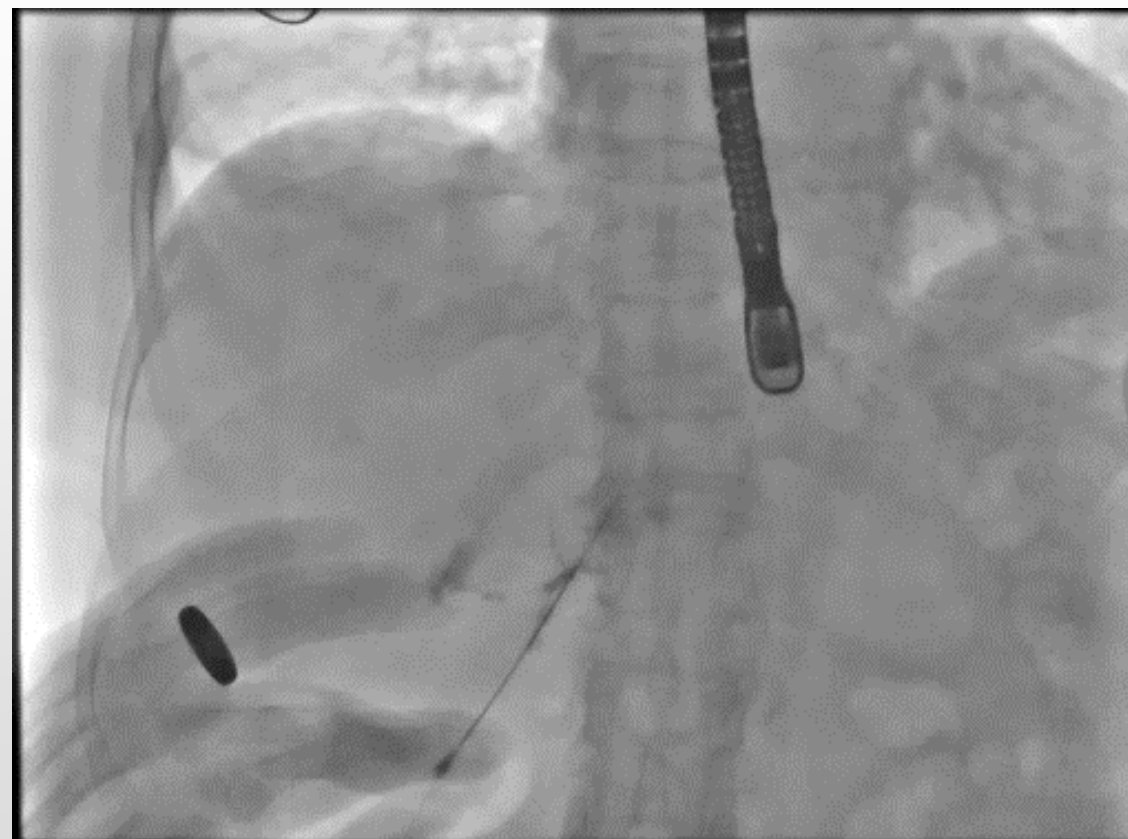
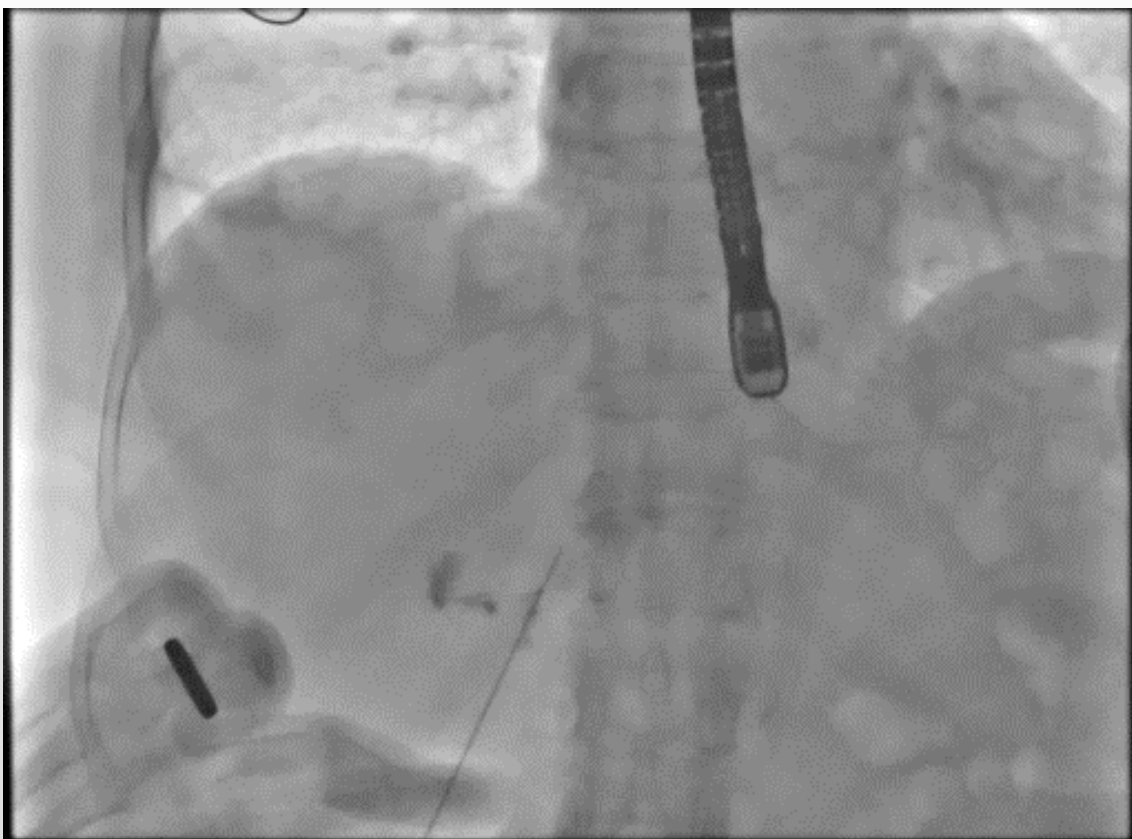
- chybějící komunikace mezi DDŽ a PS – dilatovaná v.azygos

Primární výkon



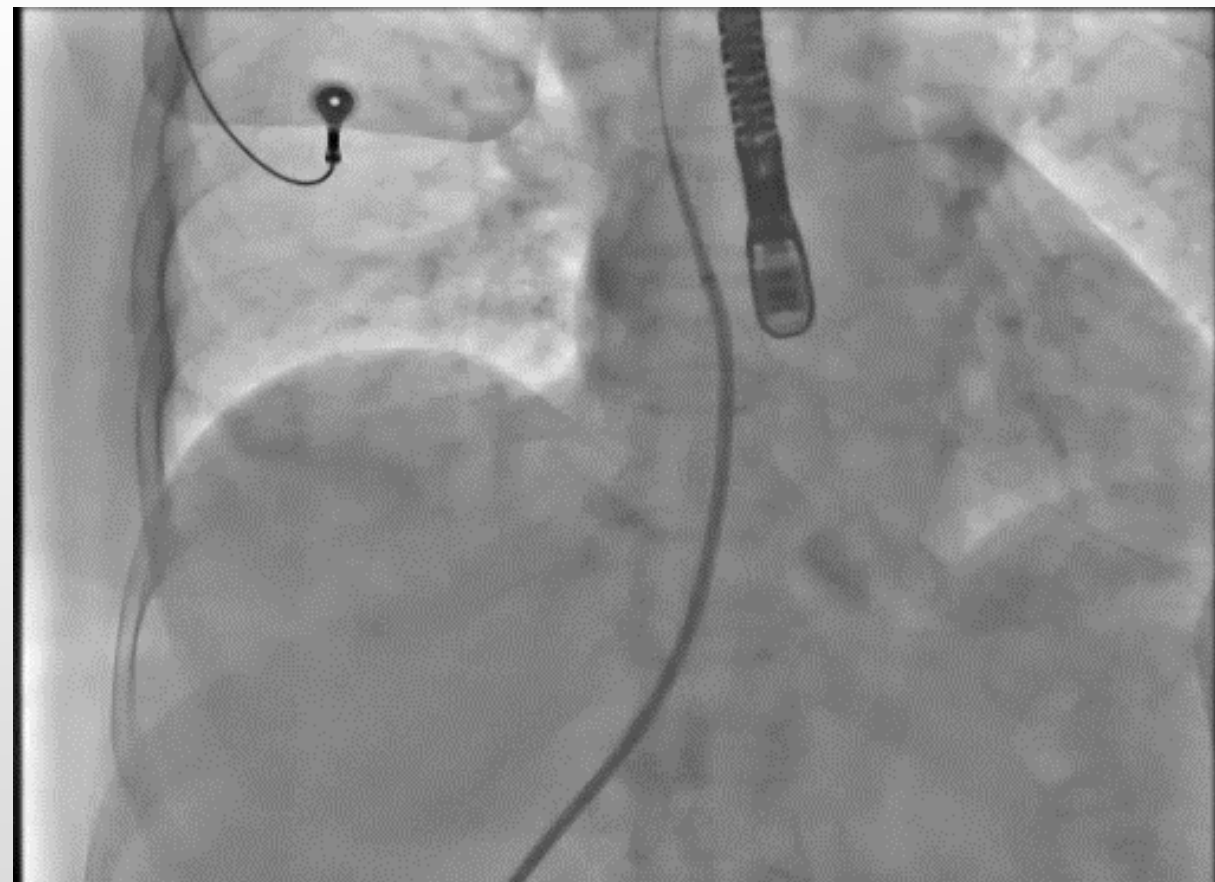
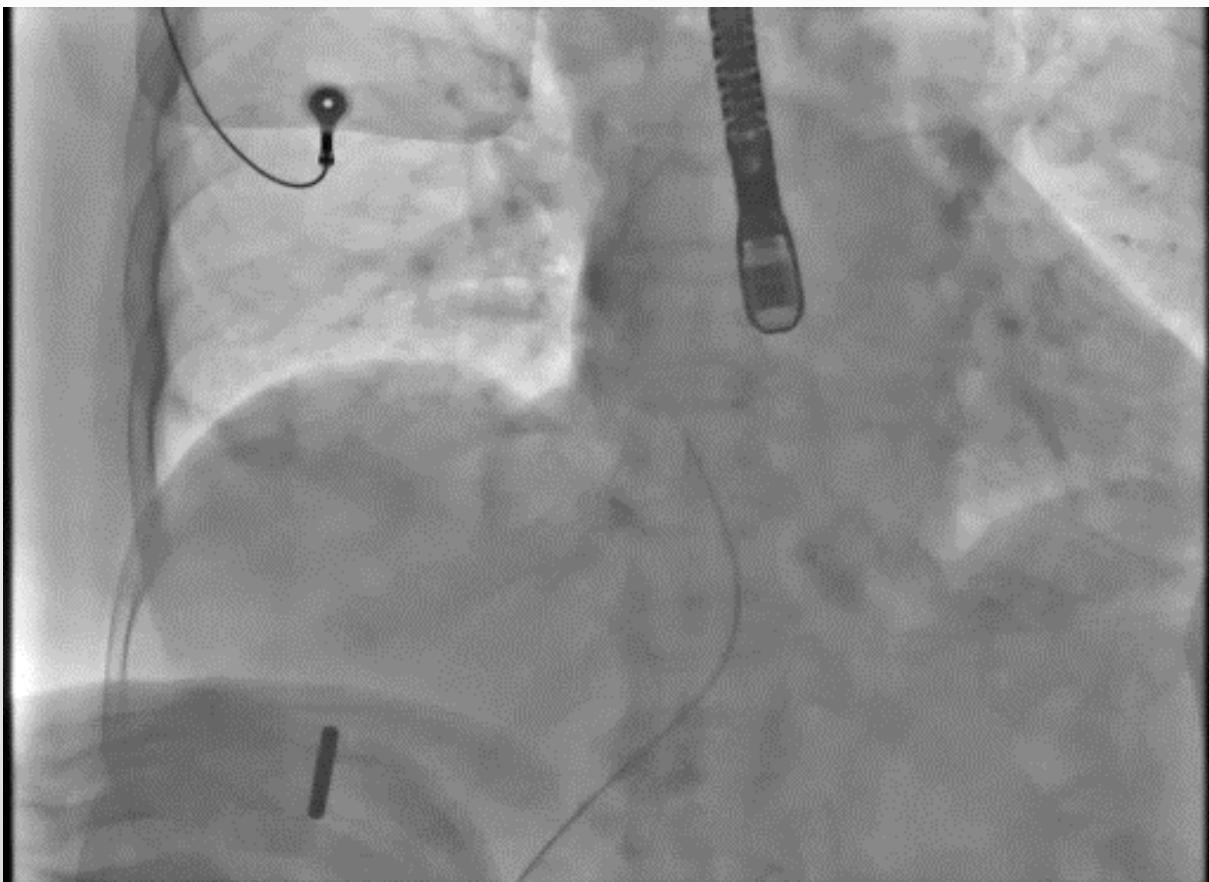
- vyústění jaterních žil přímo do PS

Průběh transhepatální ablace



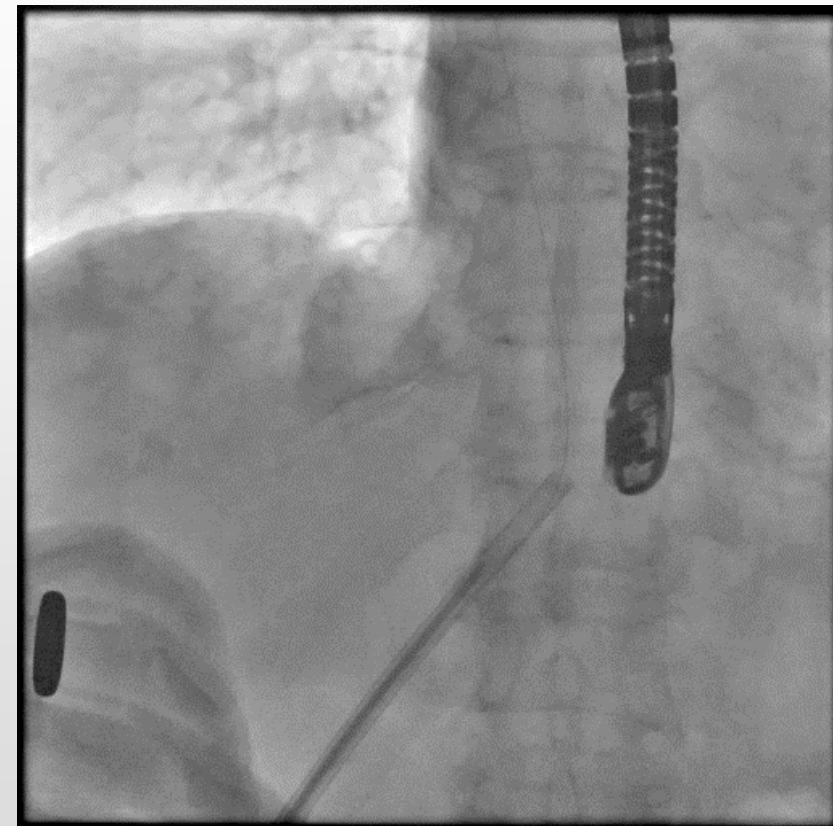
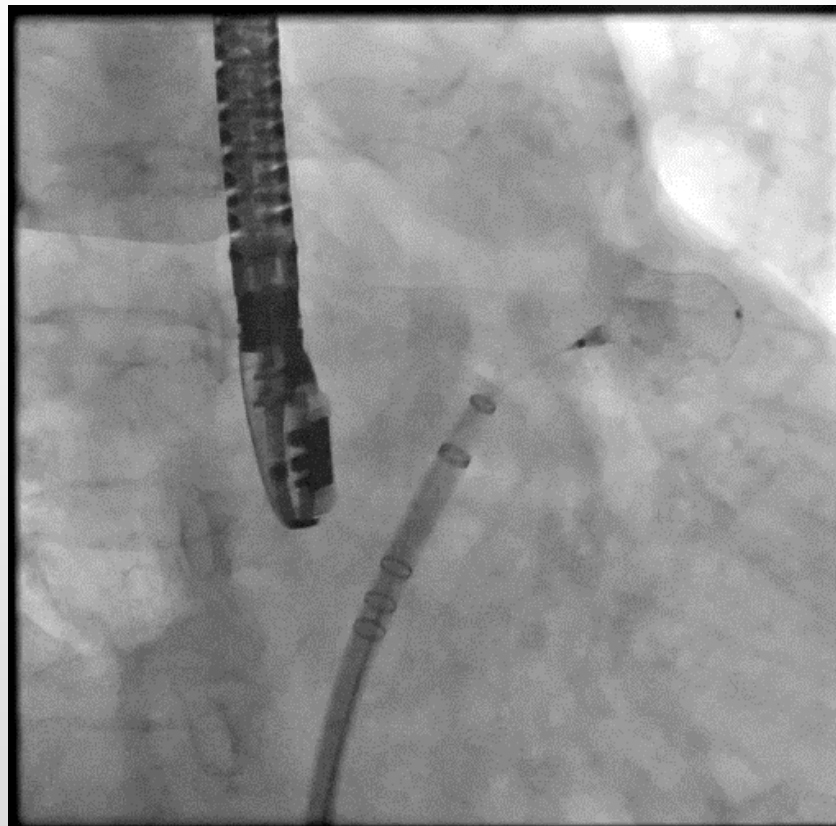
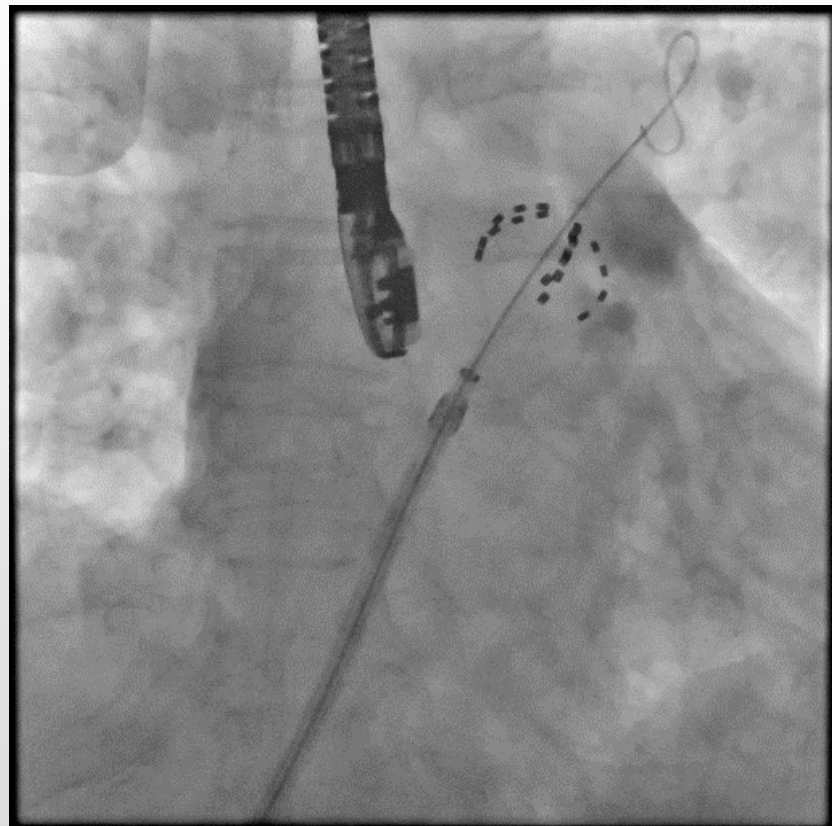
Punkce jaterní žíly spinální jehlou – zavedení PTCA vodiče

Průběh transhepatální ablace



- postdilatace a zaveden nejdříve SL0 následně pak Agilles S a provedena transseptální punkce

Průběh transhepatální ablace



- výměna za Faradrive a katetrem Farawave ablace dle standardního protokolu + pro nízkou výdejovou rychlost LAA výměna za Watchman guiding katetr (single curve) a provedena okluze ouška LS (Watchman 24mm) – vstup po jaterní punkci uzavřen pomocí AVP II 8mm

Follow-up pacientů

1x recidiva cca po 9 měsících od výkonu – navracena antikoagulace + propafenon a provedena EKV na SR s následným vysazením AA medikace, poslední záznam 11/2023

1x po ablaci FiS (s odstupem 12 měsíců) pacient vyšetřen v jiném zdrav. zařízení, kde vyjádřena susp. AVNRT, obtíže ale jen sporadické a spíš ustupující, prozatím konz. postup, poslední kontrola 11/2024

Poslední výkon proveden v 01/2025, dle kontroly ILR z 03/2025 bez recidivy arytmie

Shrnutí a závěr

Celkově jsme 3x úspěšně provedli PFA transhepatálním přístupem a jednou současně i okluzi
ouška levé síně

Na třech kazuistikách poukázáno na možnost provedení PFA s využitím alternativního-
transhepatálního přístupu u pacientů s abnormální žilní drenáží v oblasti DDŽ, u kterých
standardním přístupem výkon technicky neschůdný

Nezaznamenali jsme méně nebo více závažné periprocedurální komplikace

Otázka do budoucna – Jak postupovat v případě recidivy arytmie? Indikovat reablaci?

**Děkuji za
pozornost !**

 **NEMOCNICE
NA HOMOLCE**



**1. LÉKAŘSKÁ
FAKULTA**
Univerzita Karlova

