

Zeitschrift für Gefäßmedizin

Bildgebende Diagnostik • Gefäßbiologie • Gefäßchirurgie • Hämostaseologie •
Konservative und endovaskuläre Therapie • Lymphologie • Neurologie • Phlebologie

Fallbericht: Erster

**Anwendungsbericht über das
OffRoad™ Re-entry-Kathetersystem
bei einer chronischen Okklusion der
A. poplitea**

Mertikian G

Zeitschrift für Gefäßmedizin 2012;

9 (3), 35-36

Offizielles Organ der Österreichischen Gesellschaft
für Internistische Angiologie (ÖGIA)

Offizielles Organ des Dachverbandes der
Gefäßmedizinischen Gesellschaften Österreichs

www.kup.at/gefaessmedizin

Homepage:

**[www.kup.at/
gefaessmedizin](http://www.kup.at/gefaessmedizin)**

**Online-Datenbank mit
Autoren- und Stichwortsuche**

Member of the



Indexed in EMBASE/COMPENDEX/GEOBASE/SCOPUS

Krause & Pachernegg GmbH · VERLAG für MEDIZIN und WIRTSCHAFT · A-3003 Gablitz

Mitteilungen aus der Redaktion: Die meistgelesenen Artikel

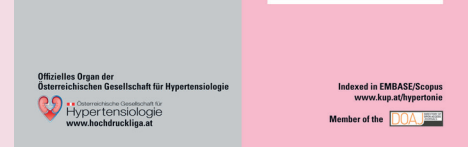
Journal für Kardiologie



Zeitschrift für Gefäßmedizin



Journal für Hypertonie



Fallbericht: Erster Anwendungsbericht über das OffRoad™ Re-entry-Kathetersystem bei einer chronischen Okklusion der A. poplitea

G. Mertikian

Interventionelle Radiologie des KH Hietzing mit Neurologischem Zentrum Rosenhügel, Wien

Eine 87-jährige Patientin wurde unserer Abteilung nach MR-angiographischer Abklärung einer 10 cm langen chronischen Okklusion der A. poplitea zur interventionellen Sanierung vorgestellt. Die Patientin litt unter PAVK Stadium IV nach Fontaine mit einer floriden Gangrän der Großzehe. Im Bereich des Unterschenkels fand sich lediglich die A. interossea als singuläres Gefäß (Abb. 1).

Nach antegrader Punktion der rechten Leiste erfolgte eine subintimale Rekanalisierung der okkludierten Strecke. Über den liegenden 0,035"-Terumo-Draht wurde der 6F-kompatible Positionierungs-Ballonkatheter mit einer Schaftlänge von 70 cm bis zur gewünschten Wiedereintrittsstelle im Segment II der A. poplitea vorgeschoben (Abb. 2). Der Positionierungskatheter weist am Ende einen Ballon auf, welcher bis zu einem Durchmesser von 5,4 mm und mit einem maximalen Druck von 2 ATM insuffliert werden kann (Abb. 3, 4).

Der Ballon benötigt einen Mindestdurchmesser von 4 mm am Zielgefäß und muss vor dem Einsatz unter Sog deflatiert wer-

den (Abb. 5). Durch die Inflation des Ballons in Höhe der Wiedereintrittsstelle orientiert sich der Ballon aufgrund des geringeren Widerstandes lumenwärts. Diese Orientierung kann durch einen zusätzlichen Vorschub am proximalen Katheterende günstig beeinflusst werden.

Nun wurde nach Entfernung des 0,035"-Führungsdrahtes die 2,4F-Mikrokatheter-Nadel über den liegenden Positionierungskatheter eingeführt und, unterstützt durch den inflatierten Ballon, lumenwärts punktiert. Wir benötigten insgesamt 3 Punktionen, um in das wahre Lumen zu gelangen. Die richtige Lage der Nadel nach der Punktion wird durch das Verschieben des Platinum-Plus-Drahtes und dessen „freies“ Spiel im richtigen Lumen verifiziert. Nach anschließender zufriedenstellender PTA der okkludierten Strecke konnte die Intervention abgeschlossen werden.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass das seit Kurzem verfügbare OffRoad™ Re-entry Kathetersystem der Firma Boston Scientific, welches für den femoro-poplitealen Ein-



Abbildung 1: Prae-OP

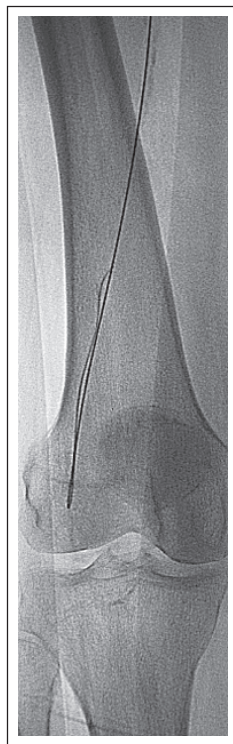


Abbildung 2: Subintimale Passage des 0,035"-Terumo-Drahtes



Abbildung 3: Mit 2 ATM inflatiertes Positionierungsballon

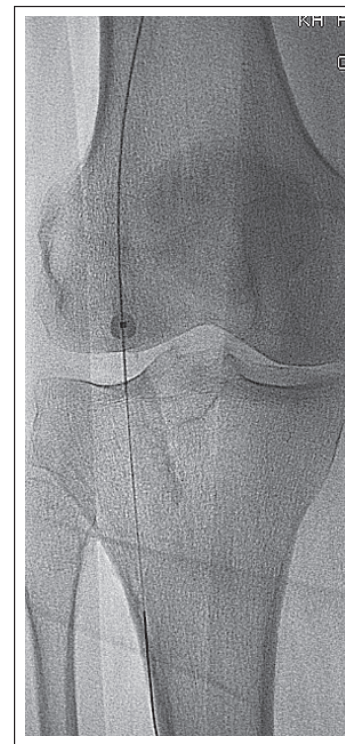


Abbildung 4: Re-entry mit 0,014" Platinum Plus



Abbildung 5: PTA mit 4/150 mm-Ballonkatheter

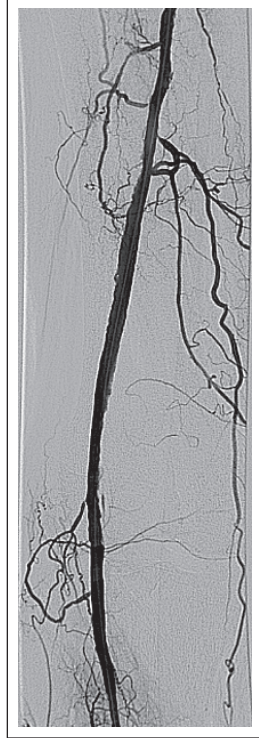


Abbildung 6: Post-PTA



Abbildung 7: Post-PTA

satz konzipiert worden ist, für die erstmalige Anwendung intuitiv verständlich und leicht zu handhaben ist. Der inflatierte Ballon folgt zwangsläufig dem Weg des geringeren Widerstandes in Richtung wahres Lumen. So muss die Punktionsrichtung nicht durch zusätzliche Katheterrotationen bestimmt werden; diese ergibt sich durch die Orientierung des Ballons wie von selbst. Gelingt es nicht sofort, in das wahre Lumen zu gelangen, ist es ausreichend, durch ein geringes Vor- oder Zurückschieben des Ballonkatheters, ggf. nach angiographischer Lagekontrolle über die liegende Schleuse, eine günstigere Position zu finden.

Korrespondenzadresse:
 OA Dr. Gerard Mertikian
 Interventionelle Radiologie
 KH Hietzing mit Neurologischem Zentrum
 Rosenhügel
 A-1130 Wien
 Wolkersbergenstraße 1
 E-Mail: gerard.mertikian@wienkav.at

NEUES AUS DEM VERLAG

Abo-Aktion

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben unserer Zeitschriften kostenlos. Die Lieferung umfasst 4–6 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte. Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

➔ **Bestellung kostenloses e-Journal-Abo**

Besuchen Sie unsere **zeitschriftenübergreifende Datenbank**

➔ **Bilddatenbank**

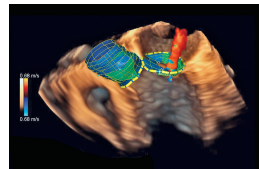
➔ **Artikeldatenbank**

➔ **Fallberichte**

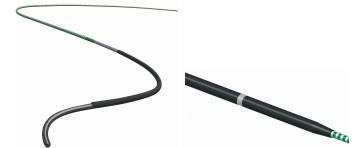
Besuchen Sie unsere Rubrik **Medizintechnik-Produkte**



IntelliSpace Cardiovascular
Philips Austria GmbH,
Healthcare



Echtzeit-Farbdoppler
Siemens AG Österreich



Führungsdraht Radifocus
Glidewire Advantage &
Supportkatheter Navicross
Terumo Deutschland GmbH



Itrevia 7-Serie
BIOTRONIK Vertriebs-GmbH



boso ABI-system 100
Boso GmbH & Co KG

*Die neue Rubrik im Journal für Kardiologie: **Clinical Shortcuts***

In dieser Rubrik werden Flow-Charts der Kardiologie kurz und bündig vorgestellt

Bisher erschienen:

➔ **Diagnose und Therapie der chronischen Herzinsuffizienz**
J Kardiol 2014; 21 (1–2): 50–55.

➔ **Interventionelle kathetergestützte Aortenklappenimplantation (TAVI)**
J Kardiol 2014; 21 (11–12): 334–7.

➔ **Diagnose und Therapie der Herzklappenerkrankungen**
J Kardiol 2014; 21 (5–6): 154–60.

➔ **Einsatz einer perioperativen Blockertherapie zur Reduktion von Morbidität und Mortalität**
J Kardiol 2015; 22 (1–2): 38–40.