

Komentarz redakcyjny

dr n. med. Artur Dziewierz, prof. UJ, dr hab. n. med. Dariusz Dudek

Zakład Hemodynamiki i Angiokardiografii, Uniwersytet Jagielloński, Collegium Medicum, Kraków



Autorzy przedstawili interesujący przypadek skutecznego zastosowania aterektomii rotacyjnej (rotablacji) u pacjenta ze zmianą miażdżycową w obrębie gałęzi okalającej, której nie udało się poszerzyć techniką klasyczną, czyli poprzez inflację cewnikiem balonowym [1]. Postępowanie to jest w pełni zgodne z wytycznymi dotyczącymi rewaskularyzacji mięśnia sercowego opracowanymi w 2010 r. przez Grupę Roboczą Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (ESC) do spraw rewaskularyzacji mięśnia sercowego oraz Europejskie Stowarzyszenie Chirurgii Serca i Klatki Piersiowej (EACTS) [2]. Zastosowanie rotablacji jest wskazane w celu przygotowa-

nia zmian ze znacznymi zwapnieniami lub nasilonym włóknieniem, których nie można sforsować balonem lub odpowiednio rozszerzyć przed planowanym stentowaniem (klasa zaleceń I, poziom wiarygodności danych C). Ostatnio jest widoczne ponowne, zwiększające się zainteresowanie tą techniką, o czym może świadczyć fakt, że jest to kolejny opublikowany na łamach „Kardiologii Polskiej” przypadek przedstawiający użycie rotablacji [3]. Należy pamiętać jednak, że nie jest to z całą pewnością metoda zalecana do rutynowego stosowania podczas zabiegów angioplastyki wieńcowej. Wyniki badania ROTAXUS przedstawionego w trakcie kongresu *Transcatheter Cardiovascular Therapeutics* w San Francisco jesienią 2011 r. wskazują, że użycie rotablacji przed implantacją stentu pokrywanego paklitakselem nie wiąże się z wyższą skutecznością w redukcji późnej utraty światła naczynia w okresie 9 miesięcy od zabiegu w porównaniu ze standardową predylatacją cewnikiem balonowym. Tym samym jej użycie należy rozważać w określonych przypadkach w celu przygotowania niepodatnej zmiany przed następnymi inflacjami cewnika balonowego i implantacją stentu. W związku z podwyższonym ryzykiem nawrotu zwężenia w zakresie implantowanego stentu w obrębie zmian silnie zwapniałych po zabiegu rotablacji zaleca się implantację stentu pokrytego lekiem antymito-

tycznym (DES) — tzw. technika Rota-DES [4], co uczynili Autorzy przedstawionego przypadku [1]. Skuteczne i bezpieczne wykonanie zabiegu rotablacji wymaga zarówno odpowiedniego sprzętu, jak i doświadczenia operatora, a zatem pacjenci, u których należy przeprowadzić taki zabieg, powinni być kierowani do ośrodków referencyjnych.

Brak prawidłowego rozprężenia stentu, jak w opisywanym przypadku [1], jest czynnikiem obciążającym pacjenta zwiększonym ryzykiem nawrotu zwężenia i/lub zakrzepicy w stencie. Być może po zabiegu rotablacji wykonanie inflacji cewnikiem balonowym o większej średnicy (np. 3,5–4,0 mm), czyli bliższej rozmiarowi planowanego stentu, pozwoliłoby na lepsze przygotowanie zmiany miażdżycowej i optymalne rozprężenie stentu. Z całą pewnością 30-dniowa obserwacja nie jest długoterminowa i pozwalająca na pełną ocenę skuteczności odległej zabiegu. Brak uzyskania optymalnego wyniku zabiegu i tym samym zwiększone ryzyko wystąpienia zakrzepicy w stencie może stanowić wskazanie do przedłużonego użycia leków przeciwplateletowych nowej generacji — prasugrelu, tikagreloru [5, 6], szczególnie u chorych leczonych za pomocą przeszłoręmej interwencji wieńcowej z zastosowaniem stentów z powodu ostrych zespołów wieńcowych.

Konflikt interesów: nie zgłoszono

Piśmiennictwo

1. Pawłowski T, Kulawik T. Oporna zmiana w tętnicy wieńcowej u pacjenta po pomostowaniu aortalno-wieńcowym przed laty. *Kardiologia Polska*, 2012; 70: 866–868.
2. Wijns W, Kolh P, Danchin N et al. Guidelines on myocardial revascularization. *Eur Heart J* 2010; 31: 2501–2555.
3. Dobrzycki S, Dubicki A, Nowak K et al. Rotational atherectomy in a patient with non-ST elevation acute coronary syndrome. *Kardiologia Polska*, 2011; 69: 854–857.
4. Khattab AA, Otto A, Hochadel M et al. Drug-eluting stents versus bare metal stents following rotational atherectomy for heavily calcified coronary lesions: late angiographic and clinical follow-up results. *J Interv Cardiol*, 2007; 20: 100–106.
5. Dudek D, Filipiak KJ, Stepinska J et al. New model of the optimal oral antiplatelet treatment in patients with the ST-segment elevation myocardial infarction in Poland. Polish Cardiac Society statement. *Kardiologia Polska*, 2011; 69: 986–994.
6. Dudek D, Filipiak KJ, Stepinska J et al. New model of the optimal oral antiplatelet treatment in patients with the ST-segment elevation myocardial infarction in Poland — authors' reply. *Kardiologia Polska*, 2012; 70: 317–320.