

Komentarz redakcyjny

prof. dr hab. n. med. Robert J. Gil

Klinika Kardiologii Inwazyjnej, Centralny Szpital Kliniczny MSWiA, Warszawa;
Instytut Medycyny Doświadczalnej i Klinicznej, Polska Akademia Nauk, Warszawa



Wysokoobrotowa rotacyjna ablacja (ROTA) jest techniką, która swoją największą popularność zdobyła w drugiej połowie lat 90. XX wieku. Wówczas ROTA zaliczana do tzw. technik rewaskularyzacyjnych (PCI) działających poprzez zmniejszanie objętości blaszki miażdżycowej (*debulking techniques*) budziła nadzieję na zwiększenie efektywności zabiegu PCI (początkowo bez, a następnie w skojarzeniu ze stentem). Jednak szybko okazało się, że agresywna ingerencja w ścianę naczynia (a za to odpowiada „wiertelko-bor” — do 200 tys. obrotów/min) indukuje odczyn naprawczy, który objawia się hiperplazją neointimy, odpowiedzialną za utratę światła uzyskanego w wyniku zabiegu ROTA. Na to rozczarowanie nałożyły się bardzo dobre wyniki dotyczące stentów uwalniających leki antyproliferacyjne i niejako w naturalny sposób ta agresywna metoda obarczona możliwością uszkodzenia ściany naczynia (w tym jej perforacja) praktycznie znikła z ówczesnych pracowni kardiograficznych (początek XXI wieku).

Jednak z chwilą rozszerzenia wskazań do PCI z powodu skuteczności stentów typu DES okazało się, że w części przypadków ani klasyczne cewniki balonowe, ani tzw. tnące nie są w stanie pokonać twardych zmian spowodowanych ich

dużym uwapnieniem i zwłóknieniem. Okazało się, że rozwiązaniem tego problemu może być ROTA. Około 2004 r. pojawiły się doniesienia dowodzące, że nieagresywna forma ROTA, tj. wykonywana borami o małych średnicach, nie z maksymalną prędkością (160–180 tys. obrotów/min) i ponadto połączona z implantacją stentu typu DES daje bardzo dobre wyniki (metoda ROTA-DES) nie tylko bezpośrednio, ale i odległe. Taka stosunkowo powierzchowna ablacja zmian niepoddających się balonikowi angioplastycznemu ułatwia (poprzez modyfikację struktury) pełne otwarcie zwężenia i dobrą apozycję stentu.

Jednak nadal metoda ta nie należy do łatwych i całkowicie bezpiecznych. Zabieg ROTA wymaga obecności drugiego operatora i stentowania dłuższych (w porównaniu z przypadkami klasycznej PCI) odcinków naczynia. Ponadto wiąże się z mikroembolizacją obwodową krążenia wieńcowego, co stwarza ryzyko wystąpienia martwicy mięśnia sercowego. Z całą pewnością nie jest to zabieg do rutynowego wykonywania u chorych z ostrym zespołem wieńcowym (OZW). Jednak u pacjentów z wielonaczyniową chorobą wieńcową i obrazem OZW zmiana odpowiedzialna za stan kliniczny chorego (*culprit lesion*) może wymagać użycia ROTA (np. NSTEMI). W innych przypadkach, zwłaszcza przy dobrym stanie chorego, lepiej zabieg ten wykonać w terminie planowym.

Konflikt interesów: nie zgłoszono