

Plakkmodifikáció a 21. században – az első magyar tapasztalatok az intravascularis lithoplasticával

Németh Balázs Tamás dr. ■ Édes István Ferenc dr. ■ Szilveszter Bálint dr.
Nowotta Fanni dr. ■ Becker Dávid dr. ■ Merkely Béla dr.

Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Városmajori Szív- és Érgyógyászati Klinika, Budapest

A nagy mésztartalmú plakkok által okozott szűkületek percutan intervenciója az esetek egy részében a jelenleg széles körben elérhető megoldások alkalmazásával technikailag nem kivitelezhető. A procedurális sikertelenség vezető oka a meszes laesiók kalciumtartalom miatti fokozott ellenállása a ballonos dilatációkkal szemben, mely lehetetlenné teszi a szükséges sztentek levezetését is. Az ilyen laesiók mésztartalmának csökkentését célzó hagyományos plakkmodifikációs eljárások – mint a rotablatio, a vágó- és ultranagy nyomású ballonok – sem jelentenek megoldást minden esetben, különösen az érfal átmérőjének legalább 50%-át elérő, akár körkörösén jelen lévő meszesedés fennállása esetén. A közelmúltban éppen ezen laesiók mésztartalmának feltördelésére, így a sztentek deponálásának elősegítésére kifejlesztett módszert a szakirodalom intravascularis lithoplastica néven említi. A jelen közleményben a Klinikánkon eddig 4 beteg rendkívül meszes laesióinak jó angiológiai eredményű ellátása során az eszközzel szerzett tapasztalatokat foglaljuk össze. A végeredményt tekintve az intravascularis lithoplastica ígéretes új intervenciós lehetőség a masszívan meszes coronarialesiók ellátására.

Orv Hetil. 2021; 162(2): 69–73.

Kulcsszavak: vascularis calcificatio, koszorúér-szűkület, gyógyszerkibocsátó sztentek, angioplastica, OCT, IVUS

Plaque modification in the 21st century – the first Hungarian experiences with intravascular lithoplasty

Percutaneous intervention of stenoses caused by highly calcified plaques utilizing the currently widely available methods is not possible due to technical difficulties in several cases. Increased resistance of calcified plaques against balloon dilation due to their calcium content plays a leading role in procedural failure, as stent crossing becomes impossible as well. Classical methods of plaque modification for debulking the calcification of such lesions – such as rotablation, cutting and ultra-high pressure non-compliant balloons – do not resolve this issue, especially when calcification exceeds 50% of the vessel diameter. A new method, referred to as intravascular lithoplasty in the literature, has recently been developed to break the calcium and thus promote stent deployment in such lesions. In our current work, we summarize the experience gathered with this method during the treatment of extremely calcified lesions of 4 patients with good angiographic result. As a conclusion, intravascular lithoplasty is a promising new interventional method in the treatment of massively calcified coronary lesions.

Keywords: vascular calcification, coronary stenosis, drug-eluting stents, angioplasty, OCT, IVUS

Németh BT, Édes IF, Szilveszter B, Nowotta F, Becker D, Merkely B. [Plaque modification in the 21st century – the first Hungarian experiences with intravascular lithoplasty]. Orv Hetil. 2021; 162(2): 69–73.

(Beérkezett: 2020. június 24.; elfogadva: 2020. július 24.)

Rövidítések

atm = atmoszféra (nyomás); CT = (computed tomography) számítógépes tomográfia; IVL = (intravascular coronary lithoplasty) intravascularis coronaria-lithoplastica; IVUS = (intravascular ult-

rasound) intravascularis ultrahangvizsgálat; MCAE = (major cardiovascular adverse events) nagyobb cardiovascularis adverz események; NC = (non-compliant) nem táguló; OCT = (optical coherence tomography) optikaikoherencia-tomográfia

Nagy mérsztartalmú plakk jelenléte a koszorúérrendszerben jelentősen befolyásolja az esetlegesen szükséges intervenció sikerességét több tényező által is: nehezíti a sztentnek a laesión való átjuttatását, miközben az eszköz gyógyszer tartalmú polimerbevonata is sérülhet, továbbá akadályozza a sztent megfelelő feltágulását, ezáltal appozícióját is. Mindezek felül gátolja a gyógyszerbevonatú sztentek hatóanyag-leadását, valamint annak a célsejtekhöz való eljutását.

Nehezíti a meszes plakkok megfelelő ellátását, hogy önmagában a fluoroszkópos kép alapján az esetek mintegy 50%-ában [1] nehezen becsülhető a mérszlerakódások jelenléte és mértéke, azok érfalon belüli elhelyezkedéséről pedig semmilyen információ nem nyerhető. Az érfali meszesedés karakterizálásának arany standard eljárása az intravascularis képalkotás, úgymint az optikaikoherencia-tomográfia (OCT) és az intravascularis ultrahangvizsgálat (IVUS) alkalmazása [2], ezek elérhetősége azonban – elsősorban magas költségük miatt – korlátozott. A koszorúerek kalciumtartalmának becslésére a költséghatékonysága miatt sokkal inkább elterjedt, CT-vel noninvazívan mérhető Agatston- – vagy Ca- – score-t is használhatjuk [3]. Ennek segítségével a kalcium érleltetés szerinti elhelyezkedése mellett annak mennyisége is becsülhető.

A meszes plakkok által támasztott kihívások leküzdésére számos eljárást dolgoztak ki a klinikai gyakorlat számára [4], melyek közül itt csak a plakkmodifikációs lehetőségeket tekintjük át röviden. A bevezetések optimálisnak tartott rotációs atherectomia (rotablatio) a szűkületek mérsztartalmának mennyiségét phagocytosisra alkalmas méretű (hozzávetőleg 5–10 µm átmérőjű) mikroszemcsék lemarásával csökkenti, ezzel könnyítve meg a sztentimplantációt. A jelenleg rendelkezésünkre álló, leginkább meghatározó, randomizált klinikai vizsgálat (ROTAXUS, [5]) eredményei alapján ugyanakkor 2 éves utánkövetés mellett nem volt szignifikáns különbség a meszes laesiókban rotablatiót követő vagy a nélkül elvégzett sztentimplantáció után a halálozásnak (8,3% vs. 7,4%), a myocardialis infarctusnak (8,3% vs. 6,5%) vagy az interveniált laesio ismételt revascularisatiójának (13,8% vs. 16,7%) a tekintetében sem. A rotablatio – Magyarországon jelenleg nem elérhető – alternatívája az orbitalis atherectomia: az ennek hatékonyságával kapcsolatban végzett randomizált vizsgálat (ORBIT II, [6]) eredményei alapján a major cardiovascularis adverz események (MCAE) és az interveniált laesio ismételt revascularisatiója szempontjából sem volt statisztikailag szignifikáns különbség az orbitalis és a rotációs atherectomia között. Mind a rotációs [7, 8], mind az orbitalis [9, 10] atherectomia esetén a vezetődrót lefutása mentén a plakkmodifikáció gyakran excentrikus, éppen a meszes plakk szerkezetét nem módosítja, amit vezetődrót okozta torzításnak nevezünk.

Hazánkban is elterjedt módszer a vágó- – „cutting” –, valamint a scoring ballonok alkalmazása, melyeket szintén elsősorban a meszes, hagyományos ballonokkal tör-

1. táblázat | AHA/ACC laesioklasszifikáció

A	B	C
Diszkrét (<10 mm)	Csőszerű (10–20 mm)	Diffúz
Koncentrikus	Excentrikus	Jelentősen tortuosus proximális szegmentum
Szöglet törés nélküli	Mérsékelt szöglet törés (45–90°)	Jelentős szöglet törés (>90°)
Sima kontúrú	Irreguláris kontúrú	Csak jelentős oldalág elvesztése árán tághítható
Nem vagy minimálisan meszes	Közepesen vagy súlyosan meszes	Degenerált vénás graft instabil laesióval
Teljes elzáródást nem okozó	Közepesen tortuosus proximális szegmentum	
Nem eredési helyzetű	Eredési elhelyezkedésű	
Főágot nem érintő	Bifurcatiós laesio	
Thrombus jelenléte nélkül	Thrombus jelenléte	

ACC = Amerikai Kardiológiai Társaság; AHA = Amerikai Szívgyógyász Szövetség

2. táblázat | Releváns demográfiai, laesio és intervenció adatok

	1. eset	2. eset	3. eset	4. eset
Életkor (év)	74	72	70	78
Nem	Férfi	Férfi	Férfi	Férfi
Diabetes	Igen	Nem	Nem	Igen
Perifériás érbetegség	Nem	Igen	Igen	Nem
BMI (kg/m ²)	26,4	22,1	33,6	35,0
Agatston-score	3706	3119	3388	7720
Kezelt ér	RCA	LAD	LAD	LAD
Rotablatio	Igen	Nem	Nem	Igen
Shockwave ballon (mm × mm)	3 × 12	3,5 × 12	3,5 × 12	2 × 12
Shockwave-applikációk száma	80	80	80	80
Az alkalmazott sztent típusa	SES	SES	SES	SES
Sztentméretek (mm × mm)	3 × 22, 3,5 × 26, 3,5 × 18	4 × 18	3 × 22, 3,5 × 26	3 × 30
A beavatkozás hossza (perc)	92	39	56	63

BMI = testtömegindex; LAD = a bal coronaria elülső leszálló ága; RCA = jobb koszorúér; SES = szírolimusz kibocsátó sztent

ténő dilatációnak ellenálló laesiók kezelésére fejlesztettek ki. A cutting ballonnal nagyobb akut lumennövekedés érhető el, mint a hagyományos, non-compliant (NC) ballonok alkalmazásával [11, 12], 6 hónap elteltével azonban a restenosisráta (31% vs. 30%) nem tért el a két eljárás esetén, míg a perforációk aránya szignifikánsan magasabb volt a cutting ballonnal kezelt erekben [13].

A scoring ballonok hatékonyságának tekintetében nem áll rendelkezésre randomizált vizsgálati eredmény.

Mindezek alapján a rendkívül, sokszor körkörös meszes, B- vagy C-típusú laesiók (1. táblázat) ellátása minden hagyományos eszköz felhasználása mellett is sikertelen maradhat. Az ezen laesiók támasztotta kihívás megoldásához szolgálhat segítségül egy, a coronariaintervenciók esetében merőben új eljárás, melyet a nemzetközi szakirodalom intravascularis coronaria-lithoplastica (IVL) néven említ [14]. A Disrupt-tanulmányban (Shockwave Coronary Rx Lithoplasty Study; NCT02650128; [15]) alkalmazott Shockwave Medical (Santa Clara, CA, USA) IVL-ballon működésének lényege, hogy a mindössze 4 atm nyomásra felfújott ballonban elektromos impulzussal létrehozott, másodpercenként leadott circumferentialis lökéshullámokkal repedéseket hozunk létre a kalcifikált plakokban, mely aztán hagyományos ballonos technikával már megfelelően tágítható, és a laesio sztenttel fedhető [16]. Az eljárás legnagyobb előnye, hogy az impulzusokban érkező, akár 50 atm nyomást elérő, de kis amplitúdójú mechanikai hullámok az érfal ép részeit nem teszik ki a hagyományos ballonok

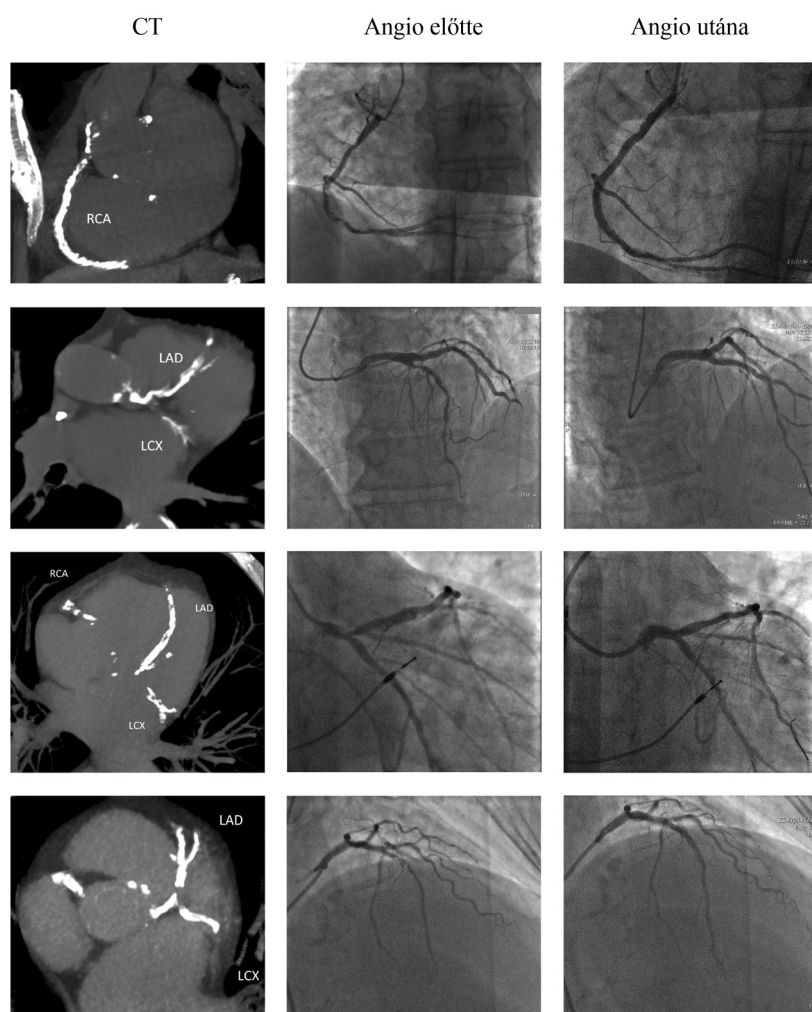
használatakor jelentkező barotraumának. Mindehhez igen magas klinikai sikerarány (95%-ban 50%-nál kisebb residualis szűkület [15]) társul.

Klinikánkon ezen ígéretes eredmények ismeretében 4 beteg komplex, igen meszes laesiójának intervenciójához alkalmaztuk a technikát a közelmúltban.

Esetek

A betegek releváns demográfiai paraméterei, a kezelt koszorúérnek és az alkalmazott sztenteknek a tulajdonságai a 2. táblázatban láthatók. Betegeink 70–78 éves férfiak voltak, akiknél diabetes mellitus vagy kiterjedt perifériás verőérbetegség is társult a klinikai képet vezető anginás panaszokhoz. Többségükben lezajlott infarctus vagy korábbi coronariaintervenció is szerepelt az előzményi adatok között. A betegek valamennyi koszorúérre összesített Agatston-score-értéke minden esetben meghaladta a 3000-et.

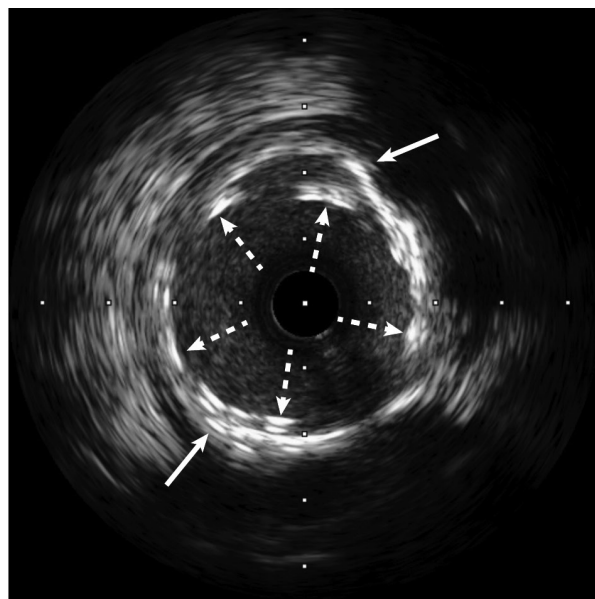
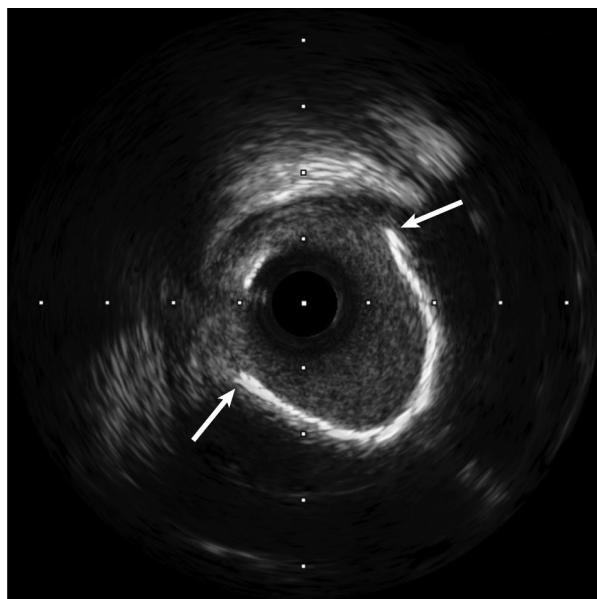
Az 1. ábrán a kezelt érszakaszok CT-angiográfiás és angiográfiás felvételeit mutatjuk be az intervenciót meg-



1. ábra

A betegek CT- és invazív angiográfiás felvételei

CT = számítógépes tomográfia; LCX = bal körbefutó coronariaág; LAD = a bal coronaria elülső leszálló ága; RCA = jobb koszorúér



2. ábra | IVUS-felvételek intervenció előtt és után. A fehér nyílak a mészlerakódás széleit jelölik, a szaggatott nyílak pedig a deponált sztent rácsait
IVUS = intravascularis ultrahangvizsgálat

előzően, majd azt követően. Két beteg esetén a laesiók mésztartalma és a lumenszűkület foka miatti eszközvezetési nehézség folytán rotációs atherectomiát is igénybe kellett venni a szűkületek ballonos dilatációja előtt, a körkörös meszesedés IVL-ballon nélkül azonban ennek ellenére is tágíthatatlan maradt mindkét esetben. A Shockwave ballon segítségével ugyanakkor a calcificatio feltördelését effektíven lehetett kivitelezni, majd az így preparált laesiókban a sztentek deponálását akadály nélkül lehetett elvégezni. A 2. ábrán IVUS-felvételeket mutatunk be 1-1 intervenció előtti, majd utáni helyzetben. Valamennyi betegünkben kielégítő angiográfiás eredményt kaptunk, residualis szűkület a kezelt szakaszok egyikén sem volt kimutatható.

Következtetés

Az új, intravascularis coronaria-lithoplastica segítségével valamennyi betegünk esetében jó angiológiai eredményt értünk el olyan laesiókban, melyek a módszer alkalmazása nélkül percutan revascularisatióra alkalmatlanok lennének. Összességében tehát az intravascularis coronaria-lithoplastica ígéretes, új intervenciók lehetőség a masszív meszes laesiók ellátására. Megjegyzendő, hogy a jövőben – megfelelő indikációs körben – a perifériás intervenciók során tapasztalt hasonló nehézségek megoldásában is jelentős segítséget jelenthet az eljárás.

Anyagi támogatás: A közlemény megírása anyagi támogatásban nem részesült.

Szerzői munkamegosztás: N. B. T.: A kézirat és az ábranyag elkészítése, szerkesztése. É. I. F., Sz. B., N. F.:

Az ábranyag és a kézirat szerkesztése. B. D., M. B.: A kézirat szerkesztése. A cikk végleges változatát valamennyi szerző elolvasta és jóváhagyta.

Érdekeltségek: A szerzőknek a jelen közleményben foglalt eszközökkel, eljárásokkal kapcsolatosan nincsenek érdekeltségeik.

Irodalom

- [1] Mintz GS, Popma JJ, Pichard AD, et al. Patterns of calcification in coronary artery disease. A statistical analysis of intravascular ultrasound and coronary angiography in 1155 lesions. *Circulation* 1995; 91: 1959–1965.
- [2] Zeng Y, Tateishi H, Cavalcante R, et al. Serial assessment of tissue precursors and progression of coronary calcification analyzed by fusion of IVUS and OCT: 5-year follow-up of scaffolded and nonscaffolded arteries. *JACC Cardiovasc Imaging* 2017; 10: 1151–1161.
- [3] Agatston AS, Janowitz WR, Hildner FJ, et al. Quantification of coronary artery calcium using ultrafast computed tomography. *J Am Coll Cardiol.* 1990; 15: 827–832.
- [4] Kassimis G, Raina T, Kontogiannis N, et al. How should we treat heavily calcified coronary artery disease in contemporary practice? From atherectomy to intravascular lithotripsy. *Cardiovasc Revasc Med.* 2019; 20: 1172–1183.
- [5] de Waha S, Allali A, Büttner HJ, et al. Rotational atherectomy before paclitaxel-eluting stent implantation in complex calcified coronary lesions: two-year clinical outcome of the randomized ROTAXUS trial. *Catheter Cardiovasc Interv.* 2016; 87: 691–700.
- [6] Généreux P, Bettinger N, Redfors B, et al. Two-year outcomes after treatment of severely calcified coronary lesions with the orbital atherectomy system and the impact of stent types: insight from the ORBIT II trial. *Catheter Cardiovasc Interv.* 2016; 88: 369–377.
- [7] Attizzani GF, Patrício L, Bezerra HG. Optical coherence tomography assessment of calcified plaque modification after rotational atherectomy. *Catheter Cardiovasc Interv.* 2013; 81: 558–561.

- [8] Mestre RT, Alegria-Barrero E, Di Mario C. A coronary 'tunnel': optical coherence tomography assessment after rotational atherectomy. *Catheter Cardiovasc Interv.* 2014; 83: E171–E173.
- [9] Karimi Galougahi K, Shlofmitz RA, Ben-Yehuda O, et al. Guiding light: insights into atherectomy by optical coherence tomography. *JACC Cardiovasc Interv.* 2016; 9: 2362–2363.
- [10] Sotomi Y, Cavalcante R, Shlofmitz RA, et al. Quantification by optical coherence tomography imaging of the ablation volume obtained with the orbital atherectomy system in calcified coronary lesions. *EuroIntervention* 2016; 12: 1126–1134.
- [11] Kurbaan AS, Kelly PA, Sigwart U. Cutting balloon angioplasty and stenting for aorto-ostial lesions. *Heart* 1997; 77: 350–352.
- [12] Okura H, Hayase M, Shimodozono S, et al. Mechanisms of acute lumen gain following cutting balloon angioplasty in calcified and noncalcified lesions: an intravascular ultrasound study. *Catheter Cardiovasc Interv.* 2002; 57: 429–436.
- [13] Mauri L, Bonan R, Weiner BH, et al. Cutting balloon angioplasty for the prevention of restenosis: results of the Cutting Balloon Global Randomized Trial. *Am J Cardiol.* 2002; 90: 1079–1083.
- [14] Tovar Forero MN, Wilschut J, Van Mieghem NM, et al. Coronary lithoplasty: a novel treatment for stent underexpansion. *Eur Heart J.* 2019; 40: 221.
- [15] Brinton TJ, Ali AZ, Hill JM, et al. Feasibility of Shockwave coronary intravascular lithotripsy for the treatment of calcified coronary stenoses. *Circulation* 2019; 139: 834–836.
- [16] De Silva K, Roy J, Webb I, et al. A calcific, undilatable stenosis: lithoplasty, a new tool in the box? *JACC Cardiovasc Interv.* 2017; 10: 304–306.

(Németh Balázs Tamás dr.,
Budapest, Városmajor u. 68., 1122
 e-mail: nemeth.balazs_tamas@med.semmelweis-univ.hu)

„Bene cogitata si excidunt non occidunt.”
 (Ha feleled is, a jó gondolat megmarad.)