

Endovaskulaarne trombektoomia ja /või endarterektoomia seade	kõik trombi ja/või veresoone seina kudet organismist eemaldavad seadmed (trombektoomia, endarterektoomia, laser). Reeglina sisaldavad ka korduvkasutusega aparatuuri, amortisatsiooniaeg 3 aastat.
--	--

Kokkuvõte tõenduspõhisuse ja efektiivsuse materjalidest: Tõenduspõhisus on hinnatud ravijuhendis : 2016 AHA/ACC Guideline on the Management of Patients With Lower Extremity Peripheral Artery Disease: Executive Summary; A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association; Task Force on Clinical Practice Guidelines <http://circ.ahajournals.org/content/circulationaha/early/2016/11/11/CIR.0000000000000470.full.pdf>

Hinnang: Trombektoomia/ endarterektoomia seade võib olla efektiivne jäseme ägeda isheemiaga (ALI) haigete endovaskulaarses ravis lisameetodina. (mõõdukas tõenduspõhisus)

Seltsi ettepanek kasutamiseks: Kasutamiseks kriitilise ja ägeda jalaisheemia korral.

Näidustused ja viited- ägeda jäseme isheemia puhul ja neuroloogilise defitsiidi esinemisel (Rutherford II) on näidustatud kohene revaskulariseerimine trombektoomia või bypass abil, kui neuroloogilist defitsiiti ei esine (Rutherford I) on valikus lisaks eelnevale ka trombolüüs. 2017 ESC Guidelines on the Diagnosis and Treatment of Peripheral Arterial Diseases, in collaboration with the European Society for Vascular Surgery (ESVS) Rotarex ja HawkOne

Alternatiiv – mitte kasutamine, trombolüüs. Mõlemal juhul suur tüsistuste ja aputatsiooni risk.

Saadav tulemus/kasu ja viited

Rotarex seadme kasutamine on ohutu ja efektiivne ning ägeda alajäseme isheemia ja femoropopliteaalse või kõrgema lesioon korral on annab hea kliinilise ja hemodünaamilise efekti ning vähendab oluliselt i.a. trombolüüsi kasutust. Trombolüüsist loobumine võimaldab lühemat hospitaliseerimist, kõrvaltoimeid esineb vähem ja kokkuvõttes saavutatakse haigusjuhu odavam hind.

525 patsiendiga ühe-keskuse uuringus kasutati Rotarex trombektoomiat ainsa vahendina 27,2%-l, koos balloonanagioplastikaga 39,1%-l, stentimisega 28,4 %-l ja trombolüüsiga 13,9%-l. Protseduuri tehniline edukus oli 97,7%. 12 kuu jälgimisperioodil oli sama lesiooni revaskulariseerimise osakaal 10,1%, kõrgete amputatsioonide sagedus 2,3% ja suremus 8% (1)

2017 a avaldatud 202 patsiendiga uuringus kasutati alajäseme ägeda isheemia ravis Rotarex seadet või i.a. trombolüüsi (rTPa) või nende kombinatsiooni. Esmase revaskulariseerimise edukus oli >98% kõigis gruppides. 1 a jälgimisperioodi jooksul oli soone avatus (primary and secondary patency rate) Rotarex grupis oluliselt kõrgem, üldine elulemus ja amputatsioonivaba elulemus kõigis gruppides vastavalt 96% ja 94,3%. Trombolüüsi grupis oli hospitaliseerimise pikkus ja verejooksude osakaal statistiliselt oluliselt suurem (2).

Endarterektoomia SilverHawk vahendiga on ohutu ja efektiivne, 1 a jälgimisperioodiga uuring 800-l patsiendil näitas esmast oone avatust 78%, kõrgeid mitteplaneeritud amputatsioone

esines 5%. Protseduuriaegsed tüsistused olid embolistatsioon (3,8%) , perforatsioon (5,3%), äge soone sulgus (2,0%). Bail-out stentide sagedus oli 3,2%. (3)

Mahu prognoos 2019. aastaks ja hind

	Prognoos	Hind (ITK)	Hind (TÜK)	Hind (PERH)
Rotarex, Phoenix, HawkOne	100	2 400,00		

1. Rotarex Mechanical Debulking in Acute and Subacute Arterial Lesions: Single-Center Experience With 525 Patients. Bruno Freitas,MD1,2, Sabine Steiner,MD1, Yvonne Bausback,MD1, Daniela Branzan, MD3, Matthias U`lrich, MD1, Sven Bra`unlich,MD1,Andrej Schmidt, MD1, and Dierk Scheinert, MD1. sagepub.com/journalsPermissions.nav. DOI: 10.1177/0003319716646682. May 19, 2016
2. A comparative study on endovascular treatment of (sub)acute critical limb ischemia: mechanical thrombectomy vs thrombolysis. Mariya Kronlage1,2 Ilka Printz1 Britta Vogel1 Erwin Blessing3 Oliver J Müller1,2 Hugo AKatus1,2 Christian Erbel1 Drug Design, Development and Therapy 2017;11 1233–1241
3. Lower Extremity Revascularization Using Directional Atherectomy 12-Month Prospective Results of the DEFINITIVE LE Study James F. McKinsey, MD,* Thomas Zeller, MD,y Krishna J. Rocha-Singh, MD,z Michael R. Jaff, DO,x Lawrence A. Garcia, MD. J A C C : C A R D I O V A S C U L A R I N T E R V E N T I O N S V O L . 7 , N O . 8 , 2 0 1 4 . <http://dx.doi.org/10.1016/j.jcin.2014.05.006>