

Komentarz redakcyjny

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

Klinika Kardiologii Inwazyjnej, Centralny Szpital Kliniczny MSWiA, Warszawa



Niewątpliwie 10-krotnie większa rozdzielczość koherentnej tomografii optycznej (ang. *optical coherence tomography*, OCT) w stosunku do ultrasonografii wewnątrzwieńcowej (IVUS) jest jej wielką zaletą. Dzięki niej możemy z ogromną precyzją śledzić stan i zmiany w blaszce miażdżycowej, zwłaszcza tej odpowiedzialnej za ostre

zespoły wieńcowe, zwanej blaszką ranliwą (ang. *vulnerable plaque*), oraz stosunek poszczególnych elementów, tzw. przęseł (ang. *struts*), stentu do ściany naczynia, tj. jego apozycję. Obie sytuacje nie są wymysłem nauk podstawowych, lecz wiążą się nie tylko z pozornie łagodną restenozą, ale również z potencjalnie groźnymi powikłaniami implantacji stentu, tj. odpowiednio „inicjacją” ostrego zespołu wieńcowego oraz zakrzepicą w stencie.

Badanie OCT dostarcza informacji, które w większości przypadków mogą decydować o wyborze sposobu postępowania przez kardiologa interwencyjnego. W stosunku do ww. sytuacji będzie to np. stentowanie zmiany pośredniej, ale zawierającej ranliwą blaszkę (ang. *plaque sealing*) oraz redylatacja stentu przy jego niepełnej apozycji odpowiednio dużym balonem angioplastycznym.

Mimo racjonalnych przesłanek metoda ta jest jednak stosunkowo młoda i do tej pory jej znaczenie kliniczne nie zostało w pełni potwierdzone w dużych badaniach z randomizacją. Należy też pamiętać, iż jest to metoda diagno-

styczna z grupy tzw. inwazyjnych. Na szczęście obecnie można z OCT korzystać bez stosowania balonika okludującego, co w znacznym stopniu zwiększa jej atrakcyjność, zmniejszając przy tym następstwa niedokrwienia spowodowanego okluzją badanego naczynia.

Koherentna tomografia optyczna nie jest metodą pozbawioną słabych stron. Jej największym ograniczeniem jest stosunkowo płytka penetracja wiązki promieniowania podczerwonego, co utrudnia ocenę głębszych warstw ściany naczyniowej, a tym samym ocenę prawdziwej wielkości badanego naczynia i dobór optymalnych narzędzi do wykonania PCI. Dla porównania – ultrasonografia wewnątrzwieńcowa (ICUS), która w powyższym problemie jest doskonałą metodą, nie pozwala na przykład na różnicowanie pomiędzy bardzo miękką blaszką a zakrzepem. W tym celu można zastosować OCT, co pozwala w przypadku zmiany z bardzo dużą objętością zakrzepu na zastosowanie w pierwszym etapie PCI trombektomii oraz ewentualne użycie inhibitorów IIb/IIIa.

Dla mnie osobiście OCT jest metodą „na dorobku”. Należy jednak pamiętać, iż stanowi ona ważny instrument w walce z zakrzepicą w stencie oraz w rozwoju stentów uwalniających leki (DES). Pomimo widocznego postępu, na obecnym etapie rozwoju nie nadaje się ona do rutynowego stosowania. Widzę jednak potrzebę prowadzenia dalszych badań i wierzę, iż po przejściu drogi podobnej do ICUS, już całkiem niedługo zagości ona na dobre przynajmniej w referencyjnych pracowniach kardiografiicznych.