

木村先生の小倉記念病院時代の研究より「再狭窄と PCI 後の長期予後」について。PCI 翌日・1 月後・3 ヶ月後・6 ヶ月後・12 ヶ月後にフォローアップ *angio* を施行。その結果、MLD の減少は 1~3 ヶ月にかけて出現することがわかった。当時（バルーン時代）の PCI 後の *Abrupt closer* 10%、*CABG* 30%、*restenosis* 50~60% 程度の成績であった。ステント時代（1989 年~）*restenosis* 13~14% と低下した。

*STRESS study* ではヘパリン・ワーファリン使用下にて血栓症 3.4~3.5%（ただし日本では 1% 程度であった・・・日本人は当時血栓症になりにくかった）

*STARS study* では血栓症予防のために *IVUS* 観察し、*high pressure inflation* を行った。血栓症は減少したが、それはアスピリン・パナルジンが導入されていたためであった。

再狭窄に関しては延吉先生は *small・long・ostial・diffuse* な病変では再狭窄率が高いことを発表していた。その後、アメリカ人が *Focal Diffuse Proliferative Occlusive* の順番で再狭窄率が高くなると発表した。

MLD は 1~3 ヶ月にかけて減少するが、その後長期（1 年後~）には拡大してくる。つまり、無症候性再狭窄病変に対する血行再建は必ずしも必要としない。MLD の減少は、新生内膜および *negative remodeling* による。

日本型 PCI: ガイドラインでは *CABG* が推奨されるような例でも PCI が施行されている。生存率や心血管イベントという観点から患者が予後を損なわないということのエビデンスが今後必要。

*ARTs trial*・*AWESOME trial* では *CABG* と PCI による予後の差はない。ニューヨーク州ではすべての症例でエントリーしないと保険がおりない。2VD（*LAD* なし）では PCI が優位、2VD（*LAD* あり）では PCI=*CABG*、3VD では *CABG*>PCI であった。

*CREDO-KYOTO PCI/CABG Registry* では多枝病変では *CABG* が優位であった。（75 歳以上では *CABG* が優位、75 歳未満では PCI=*CABG*）

現在 *j - Cypher* が進行中。*Stent thrombosis* 1 ヶ月で 0.39%（6 ヶ月で 0.32%）、2~3 年をこえると *BMS* とあまり変わらなくなる 0.11%（*BMS* では 0.06%）、再狭窄率 7~8%、*MACE* 5.8%

*SYNTAX trial* : *TAXUS* と *CABG* ではあまり差はなさそう。

まとめ

カッティングエッジ（最前線）での仕事をする事 前向きのプロトコルをもって患者を観察すること データは論文としてきちんと形に残すこと 多施設研究が必要

とのことでした。数多くの *study* にて PCI の歴史を詳しく講義して頂きました。バルーン時代からの先生方の苦勞が垣間見えました。