

「症例検討」 GroupC

症例

63歳 男性

CCS class III の狭心症で入院されたが、トロポニン T は陽性であった。

DM(+), CRF on HD、CABG 後(LITA-LAD, RA-LCx)

LCX は CTO、LITA-LAD は patent

今回の責任病変は RCA (径約 2.5mm) であり、高度石灰化病変のため 1.5mm の Rota burr を用いて ablation 施行。

途中で徐々に guide wire が抜けてきて、GW 先端が石灰化病変部に迷入し、固定された状態になり、Rotabulator の操作中に GW が断裂してしまった。

さて、どうするか？

< グループメンバーの意見 >

- ・ 別のガイドワイヤーを 2 本出して残存した GW に絡ませてツイストさせた状態で、引き抜いてくる。
- ・ グースネックスネアで残存 GW を捕捉する。
- ・ GW のスタックした病変部を ballooning して広げてみる。
- ・ 血流に問題なければそのままおいておく (血栓予防のため降血栓療法が必要)。
- ・ ステントを留置して血管壁に押しつけておく。
- ・ 外科的に除去する。

< 実際 >

- ・ 近位部を拡張し、ステントを留置。
- ・ マイクロカテーテル + マイクロスネアを用いて抜去し得た。

< 対策 側枝に挿入したワイヤーを本管のステント拡張後に断裂しないために >

- ・ 心臓が裏返るぐらい無理矢理に引き抜くと VT 担ってしまって危険
- ・ ステント留置前に jail に挿入した GW を抜いておく。
- ・ どうしても残しておきたい側枝の場合は断裂しにくい GW を用いる。  
(Neos ルート、Runthrough は断裂しにくい)
- ・ ステントを低圧で拡張する。
- ・ (司会の中川先生より) Rota 中に GW が抜けてきたら Operator とのあうんの呼吸で Sub が入れ直しておく。