

当グループのテーマは、Balloon shaft 断裂（過伸展）し回収できなくなったバルーンに対してどう対処するか？

ワイヤーを絡めるやスネアなどの案が出たが、実際に行われたのは、トラップの要領で non-slip balloon でバルーンとガイドの間で挟み、システムごと回収するという方法であった。

回収後、難なく原病変は治療を終えている。

（因みに原病変とは LAD seg6-7 の prior stenting proximal lesion で、closed cell type のステントごしに septal branch をワイヤープロテクト、そこに苦労して通過させたバルーンが引き抜き困難で断裂している）

他のグループでは

No reflow に対する対処： Nikorandil, Disopilamide を用いる。血圧低下には NAdr や IABP サポートなど。IVUS による術前評価および distal protection についてのディスカッション。

CABG 後の AP で Rota wire の断裂：ワイヤーで絡める、スネア、distal でのイベントならステントで押しつけてしまう、スタック部位をバルーニングするなどの案が出ていた。また、断裂の原因として、rota wire が抜け気味での状態でのアブレーションが原因との指摘もあった。

ステントクロス困難：同軸アンカーでの持ち込み バックアップだよりという話。

ステント脱落：スネアで改修

DA：場内騒然となった症例。RCA 入口部から pseudo にワイヤー、ウェッジしているガイドカテからの造影、造影するたびに RCA Aorta への dissection 形成。

対処はとにかく、true クロス and ステントによる解離閉鎖。そのためには IVUS でも False 入口部を蓋してしまおう。

Stent delivery 困難： 5in6, Double wire など。デリバリ困難な理由の検討が必要。