

われわれのグループでは、2例の症例提示があり、1例目はステント脱落がテーマであった。症例は LMCA 入口部病変に前拡張施行後、DRIVER3.0*12mm を高圧拡張。その後、aorta に出たステントエッジにステントバルーンでフレアーを施行した後、ステントが脱落した症例であった。ここでの議論は、前拡張が有効であったかどうか、高圧拡張後の IVUS 施行の有無すなわち有効な拡張が得られていたか、またステント留置する際の IVUS マーキングにて ostium の位置を正確に読み取れていたか、そしてフレアーが本当に必要な手技であったか、などであった。対処法としては、すでにステントは拡張されており、シース内への収納は困難であるため、まずできるだけ末梢へステントを移動させる。この際、ステントバルーンないしは新しいバルーンをステントの distal へ持っていき、低圧拡張させた状態で移動させる。その後、スネアを使用してステントを潰して回収する。あるいは、2ないし3本のワイヤーを使用して絡め潰す。とにかく、ガイドワイヤー上で拡張してしまったステントをいかに小さくする（潰す）かにかかっているといえる。

2例目は冠動脈穿孔の症例であった。これには2つの型があり、Type は出血が心外膜にとどまりそれほど重篤にはならないが、Type の場合は重篤となりやすい。基本的にはプロタミン投与下でバルーンで低圧長時間拡張して止血させる必要がある。このとき注意しないといけないのは、ガイドカテーテル内、シース内に血栓が形成されている可能性に気を配ることである。