

文献的考察

- ・冠動脈穿孔の分類 (Ellis et al. Circulation 1994;90 2725-2730)

Type 1: Extraliminal crater without extravasation

Type 2: Pericardial or myocardial blush without contrast jet extravasation

Type 3: Extravasation through frank(> 1mm)perforation

Cavity spilling

臨床上問題となる Type2,3 が 75%を占めていた。

- ・ PCI における冠破裂の合併は new device の登場とともに増加している

(Fukutomi et al. Circ J,66:349-356,2002)

ガイドワイヤー：穿通力の高い硬いもの、親水性

バルーン：高耐圧性

DCA, Rotablator：削り取る処置であり常にリスクを背負う手技である

ステント：再狭窄予防の為の十分な拡張が必要

このような理由からである。

症例検討

83 歳男性 e-AP(class)で入院。既往は 5 年前 OMI(LAD)で PCI している。

CAG : seg.1 に 90%、LAD は有意狭窄なし

IVUS : 偏心性の大湾側に superficial な石灰化を伴う屈曲病変、

EEM3.9 × 3.7 (proximal の reference4.7 × 4.8)

P C I : 6Fr システム、ランチャー-SAL1、choisePT2 を使用、

径 3.5mmバルーンで前拡張、BMS 径 4mm、18mm長を 20 気圧で留置、

IVUS ではステント proximal が浮いている為、システムバルーンで 24

気圧後拡張し、良好な開大を得て (IVUS 断線し施行せず) 終了。

圧迫止血中血圧低下、ワゴトミーと判断し補液で改善、翌日退院。

8 日後、心不全症状で来院、BP93/53, HR58、心エコー上心嚢液全周性に 4 c m

貯留、心嚢液ドレナージ (血性) し改善。前回の造影を見直すと、ワイヤー先端

で冠動脈損傷を起こし出血していた。CAG 施行するも出血は無く、治療部に問

題は認めなかった。

本症例から学ぶこと

- ・ 病変だけにとらわれない
- ・ ワイヤー先端に常に注意を払う
- ・ wash out の確認、静脈相まで造影をする
- ・ 造影の際、末梢を確認できるフレーミングをする

冠破裂を起こしてしまったら

治療チームの構築、冠動脈への治療・血行動態を保つ治療