

症例は **stable AP** の患者

右冠動脈 # 1ostium に 50%、#3 に 75%狭窄あり。左鎖骨下動脈狭窄も合併していた。
まず、左上腕動脈アプローチにて左鎖骨下動脈の PTA を施行。ステント留置後、そのまま右冠動脈の治療を続行した。ガイドカテーテルは HeartrailII JR4、ガイドワイヤはランスルーを使用した。ガイドカテーテルが合いにくく、なかなか右冠動脈に挿入できないため、ガイドワイヤを先行させて挿入しようとした。テストショット時に # 1 に造影剤のたまりあり。このまま造影剤を注入し撮影を続けるにつれて、右冠動脈 # 3 まで解離が及び、また上行大動脈にも解離が進行。患者は胸痛を訴え、徐脈・血圧低下となり、主治医は凍り付いてしまった。

この症例について。まず対処することは

スタッフをできるだけたくさん呼び、主治医は冷静に対処する
ペーシングカテーテルの挿入、カテコラミン・硫アトの使用。

血行動態が保てない場合は心臓外科に相談。PCPS 挿入し緊急手術へ。という意見となった。

また、このような事を事前に防ぐためにはどのようなことをすればよいかについては

ガイドカテーテルが合わない段階で、違うガイドカテーテルに変更する。

右冠動脈の形状とガイドカテーテルの特性を理解する。

ガイドワイヤ挿入時に **false lumen** に挿入しているという手ごたえがあったはず。

造影剤注入に従い解離が進行しているので、ガイドカテーテル挿入時(造影剤注入前)にすでに圧波形(Wedge 波形)が変化していたはず。確認を怠ったのでは？

また、左鎖骨下動脈にステント留置直後であり、ガイドカテーテル単独で RCA に挿入する際に鎖骨下動脈の **flexibility** が低下しているので、トルクが伝わりにくかったのかもしいない、アプローチを変えたほうが良かったかもしれない。

1 ostium に狭窄がある場合は特に注意が必要であった。などの意見が出た。

結局実際は、ペーシング留置後、**true lumen** にワイヤを **recross** することが困難であったため、鼠径部からのアプローチに変更後 **false lumen** に IVUS を挿入して **true lumen** の入り口を確認しワイヤ **recross** に成功。末梢から順にステント留置し、血行動態は安定した。また上行大動脈の解離や心嚢水に関しては注意深く CT でフォローアップし患者様は元気に退院したということであった。