

参加者全員が 10～12 人のグループに振り分けられ各々症例を与えられ、それに対するグループなりの対策を話し合い、それをグループごとにまとめ参加者全員に対してプレゼンテーションをする形式で行われた。

我々のグループに与えられた症例は、慢性腎不全を伴う狭心症の患者で、以前に RCA # 1～2 にかけて BMS が留置されており、その末梢側に ISR を認め、さらにその distal に 90% 程度の狭窄を認めており、# 3 にも 50% 程度の mild な狭窄を認める症例であった。

Operator の Dr. がとられた治療戦略は # 3～2 にかけて長い 2 本の DES で病変を full cover をするという strategy であった。TRI で 6 Fr の GC (JR4) の使用となったが、# 2 に対して pre-dilatation したにもかかわらず以前に留置した BMS の中を通して DES を通過させることが困難であった。結局 # 3 まで delivery できず # 2 に DES を留置することとなった。この状況で引き続いて BMS、DES の中を RCA # 3 までもう一本の long DES を留置させるのにどうするべきか？というのが我々のグループの課題であった。

個人的にはもっとも狭窄の程度のきつかった # 2 の病変はすでに DES でカバーされたわけで、# 3 の狭窄は 50% 程度で # 2 からは病変は連続しておらず、造影剤の使用にも制限があり、1 本目の DES がかなりの通過困難であったため、このまま引き続いて明らかに通過困難な 2 本目の long DES を無理して留置する必要はないのではないかと考えた。ないしはステントの通過性を考慮すれば、# 2 の DES に連続させるのではなく、# 3 の病変のみを short の DES (3.0/13mm 等) spot で留置するのも方法と考えた。

しかし、我々のグループに課せられたのはいかに 2 本目の DES を通過させるかであったため、そこに焦点を絞り込み、いくつかの方法を挙げてみた。

- 1) GC の変更 (AL type 等)、サイズアップによるバックアップの強化
- 2) グランドスラム等の固めのワイヤーへの変更
- 3) パラレルワイヤー
- 4) 子カテの使用
- 5) アンカーテクニック

結果的に Operator の Dr. がとられた方法は、

パラレルワイヤーにして、pre で使用したバルーンで # 3 の病変部位にバルーニングしアンカーテクニックを用いて 2 本目の long DES を # 3 の病変まで deliver し留置することが可能となった。

上記のごとく取り得る選択肢を挙げ、実際はこのような形で治療が行われたという形でプレゼンテーションを行おうということになった。プレゼンテーション用にまとめるのに、伝えたいことを効果的に示すために用意していただいた PCI の CD の中から、必要な View を選択し (あえて省く選択も行った) いかに上記の内容を少ないスライドで端的に明解に

示せるかを考慮しスライドを作成した。何とか5分以内で納まるように内容を選択したが、時間的な十分な余裕がなく、最終的には発表者のプレゼンテーション能力にも委ねてしまう形になったが、何とか無事プレゼンテーションを行うことができた。

トラブルシューティングというよりはいかにスライドの形式にまとめるかということが狙いであるかのように思われた。

初めて集まったキャリアも能力も異なる PCI のフェロー同士で、短時間でプレゼンテーションの形式まで仕上げるといのは少し抵抗感がなかったわけではないが、循環器医、特に PCI を主体に取り組む Dr.にとってこの短時間での作業は、実際の臨床の現場での限られた時間内にいかに有効な治療を行うかということを試されているように感じる内容にも個人的には思えた。