

・症例：70代男性、RCA # 1 の ISR および # 3. の狭窄の症例

糖尿病および糖尿病性腎症あり(Cr 2.5-2.8 mg/dl)

・アプローチ：8 F, TFI

・ガイドカテーテル：8 F Hockey Stick

・PCI の問題点: 前回留置した RCA # 1 のステントの distal に透亮像を伴う高度狭窄(ISR) を認め、また # 3 にも病変を認めた。このため ISR 部から # 3 までフルカバー目的に 33 mm Cypher ステントの留置を試みたが、1 . 入口部から狭窄があり通過困難であった、2 . さらに # 2 に石灰化を伴う高度の屈曲がありここでも通過困難であった(ステント留置前に試みた IVUS が不通過であった) 3 . なんとか 33 mm ステントを # 1-3 まで留置できたが、当初目的とした部位より近位までしか留置できなかった、4 . このため 18 mm Cypher を追加することになったが入口部、ステント内での抵抗が強く delivery 困難であった、等の問題点を生じた。

・実際の手技について：33 mm cypher は特に屈曲部での抵抗も強く delivery に難渋したが # 1-3 までカバーできた。しかしながら追加のステントは入口部から抵抗が強く、ここを通過したあともステント内で通過に難渋した。ガイドワイヤーを追加して buddy wire を用いても不通過であった。次にバルーンによる anchor を考えるも適当な側枝がなく、このため # 3. 本幹にてアンカーし、これによりステントを目標の位置まで deliver することが可能であった。

・上記 PCI における他の選択枝について：通過困難例であり、より留置が容易な BMS にすべきかどうか、フルカバーの適否(フルカバーを断念するか)、他のワイヤー選択(サポートワイヤー)等の選択枝があると思われる。

第一の選択枝については、本症例は DM, CRF の症例であり再狭窄の可能性は高く、実際に BMS の ISR 症例でありやはり DES が望ましいと考えられる。加えて腎機能低下のため繰り返す造影も望ましくなくその意味でも今回の PCI にて DES によるフルカバーがもっとも望ましいと考えた。

第二の選択枝については、やはり腎機能の点からも 8 F ガイディングにて造影剤使用量も増加が見込まれ、CIN の可能性も高く、もっとも高度な狭窄部位にステントを留置した時点で手技終了とする、という考えからであるがやはり上記第一の選択枝の考えから今回フルカバーにて治療することのメリットが大きいと考えられる。しかしながら、透析の適応が無い場合や、造影剤使用量が極めて大量になることが予想されるならば、もっとも狭窄が高度な部位の治療という選択枝も考えなくてはならないと思う。

第三の選択枝に関しては、試みる価値もあると思う。ただし、血管の屈曲が高度であり挿入に困難を生じる可能性も考えられる。

他、ロータブレーターを用いることが可能な施設であれば、当然選択枝に入ると思う。