

当院ではPCIの際には全例でIVUS施行し、PCI後の6ヶ月followの際にもIVUS施行することが多いため、自分も少ないPCI経験の割にはIVUSに接する機会が多いほうでした。(豊橋ハートセンターに行かれた寺島先生は、よく3枝IVUSなどもされていてその解析のため夜遅くまで病院に残っておられました・・・)

IVUSは血管径の評価(バルーン・ステントサイズの決定)、石灰化の評価、不安定プラークの予測(attenuation plaque)、ステントのランディングポイントの決定、DCAでカット方向の決定、PCI合併症の早期診断・方針決定などに対して必須のデバイスだと考えています。反対にIVUSなしでPCI施行するという経験が全くと言っていいほどないので、IVUSなしではステント一個も決定できないようになってしまっているのではないかと一抹の不安がありますが・・・。

症例にありました、「AMIでLAD#6 justの断端に見えた部分はIVUSで見ると実はLMTのulcerationであった!」という症例は当院のものであり、寺島先生がオペレーター、自分がアシスト(主治医)でした。よく見たらdistalにLADらしきものが見えているやないか、といわれればその通りなのですが、「意外に硬い病変だな」とさらに硬いワイヤーでツンツンしていたら・・・と考えると背筋が寒くなり、IVUSしていて良かったと思う症例でした。

DESの時代になり、病変のフルカバーを推奨されるようになると、さらにIVUSの重要性が高まると思います。どうしてもステントは長くなる方向になり、石灰化病変でもDESを高圧で入れていく症例が増えると思います。そうするとmalapositionやdissection, hematomaの危険が高くなり、適切な対処のためにIVUSの読影力が必要となってきます。これからも日々のPCIでIVUS読影力を養っていきたいと思います。

最後にチューターの森野先生へお礼を……。大変分かりやすい講義で時間がたつのがあっという間でした、もっと時間をかけて講義を受けたかったぐらいです。これからもよろしくお願ひいたします。