

る拡大性病変の報告は極めてまれで、その経過や発生機序は十分明らかにされていない。今回、我々は、川崎病遠隔期に新たな冠動脈脈拡大病変が発生した2例を経験したので報告する。

〔症例1〕13歳、男児。1歳2カ月に川崎病を発症した。アスピリン内服と γ グロブリン200mg/kg/day5日間の点滴を受けたが、解熱せず、13病日と15病日に γ グロブリン400mg/kg/dayの追加投与をされ、18病日に解熱した。発症54日後に当科に紹介され、心エコーでLMTとRCAに拡張が確認された。発症7カ月後の心臓カテーテル検査で、冠動脈病変は認めず、継続内服していたプロベンも中止された。しかし発症10年の心エコーでRCAの拡張が確認され、発症13年の心臓カテーテル検査では、狭窄病変はなかったが、RCA #1に7.7mm、#2に8.2mmの瘤を確認した。

〔症例2〕30歳、男性。1歳11カ月時に川崎病を発症した。アスピリン内服で加療され、発症23日で、CRPは正常化した。それ以後もアスピリン内服は継続された。発症1カ月の心エコーでLCXに瘤を指摘された。発症2年2カ月の心臓カテーテル検査で、LCXの瘤とその遠位部の局所狭窄を確認した。その後定期的に行った心臓カテーテル検査で変化はなく、発症20年、4回目の心臓カテーテル検査で、LCX #11に6.3×6.8mmの瘤と、その末梢に1.7×1.7mmの局所狭窄を認めた。IVUSではLCXの石灰化を認めた。しかし発症28年の心臓カテーテル検査で、LCXの狭窄部の末梢に径7.4mmの新たな瘤を確認した。

10 留置後10年を経過したステント内にIVUSにてlipid poolを伴うplaqueが観察された1例

長谷川奏恵・小田 雅人・伊藤 正洋
田中 孔明・小沢 拓也・広野 暁
小玉 誠・相澤 義房
新潟大学大学院医歯学総合研究科
循環器学分野

症例は78歳、女性。61歳時に僧帽弁閉鎖不全症と大動脈狭窄症に対して二弁置換術を施行。冠

危険因子として、高血圧、脂質異常症、2型糖尿病を認めた。66歳時に狭心症症状が出現し、冠動脈造影で#290%、#675%、#975%を認め、それぞれの部位に対し冠動脈バルーン形成術を施行。一年後の冠動脈造影にて#690%と再狭窄を認め、同部位にBMS (multilink 3.5×15)を留置した。しかし留置2カ月後に症状が再燃、ステント内再狭窄90%に対し冠動脈バルーン形成術を施行した。71歳時に再度胸痛発作を認めたが、その際の冠動脈造影では再狭窄を認めなかった。以後状態は安定し、冠危険因子のコントロールも良好であった。留置10年後の77歳時より、労作時に息切れが出現するようになり、さらに安静時にも5分程度持続する胸痛を認めたため、不安定狭心症の診断で当科入院。冠動脈造影を施行したところ、#6ステント内に90%再狭窄病変を認めた。IVUS上同部位は60°程度の広がりを持ち、low echoic lesionを内包した薄い被膜を有するplaqueとして観察された。cutting balloon (Flextome 3.0×10)で拡張し造影上25%まで改善した。再度IVUSで観察したところ、血管腔内に突出するフラップ様構造物を認め、BMS (S-STENT 3.5×18)を留置した。

BMS留置5年後の冠動脈造影では再狭窄を認めなかったが、10年後に不安定狭心症として再発し、IVUS上ステント内にlipid richなplaqueを観察し得た1例を経験したので、報告する。

11 CTO 屈曲部への順行性ワイヤー不通過の原因が、逆行性PCI成功後のIVUS所見より検証できた1例

萩谷 健一・飛田 一樹・羽尾 和久
岡村 和気・尾崎 和幸・土田 圭一
高橋 和義・三井田 努・小田 弘隆
新潟市民病院循環器科

症例は40代男性。狭心症にて、他病院でCAGを施行。#1-2 90%、#3 100% (CTO)、LADから中隔枝を介して#3にcollateralを認めた。#3 CTOに順行性アプローチでPCI施行。Wireが通過できず、PCIを断念した。1カ月後に当院で