

血栓の浸みだしを2例に認め、うち1例は後拡張で改善したが、もう1例はステントの追加を要した。

術後平均観察期間は538±286日で、1例は1年8月後に呼吸不全で死亡した。

術後に閉塞に至った症例はなく、追加の処置も要していない。

【考察・結語】腸骨動脈完全閉塞症例に対する血管内治療は、初期成功率が比較的高く、遠隔成績も中期までは良好であり、有用な治療法と思われた。しかし、狭窄病変の血管内治療と比較して壁に血栓に由来する合併症の頻度が高く、術中の操作、拡張径の判断、ステントの選択などをより慎重に行う必要があると、合併症への対応も万全を期す必要があると思われた。

8 冠動脈バイパス術後の末梢動脈疾患

福田 卓也・曾川 正和・諸 久永
田山 雅雄*

済生会新潟第二病院心臓血管外科
同 救急科*

末梢動脈疾患と虚血性心疾患は、それぞれが互いに発症リスクや予後のリスク因子であり、冠動脈バイパス術後の成績にも末梢動脈疾患の有無は重要な因子とされている。しかしながら、各々の病態を合併した症例に対しての治療方法としては一定の見解はなく、また虚血性心疾患治療後の続発した末梢動脈疾患に対しての治療成績も明らかな報告はない。今回、当院の成績で冠動脈バイパス術後に下肢バイパス術を施行された症例をまとめ、発症リスクや治療方針の妥当性を推測した。

対象は2001年～2010年の間にCABG術後で下肢バイパス術を施行された11症例である。下肢バイパス術時の平均年齢69才(58～82才)、男性8例女性3例であった。CABGのEuroSCOREは平均6点(4～8点)であり、病変の内訳はTVD6例、DVD2例、LMT+DVD3例であり、周術期死亡は認められなかった。CABG前よりの跛行症状を5例で認めており、5例は同時手術、同一入院中の待機手術を含め、6ヶ月以内

に下肢バイパス術を施行されていたが、周術期死亡、合併症は認められなかった。CABG時に跛行症状を認めなかった6例ではFraminghamの跛行発症リスクで、平均7%(2～13%)であった。これらの症例はCABG後平均5年(4ヶ月～13年)で下肢バイパス術施行となっており、糖尿病コントロール不良が3例、腎機能悪化、維持透析導入が4例と動脈硬化リスクが認められた。11例の下肢バイパス術内訳はAx-BilFA2例、片側FP(AK)5例、BilFP(AK)2例、Ax-BilFA+BilFP(BK)2例であり、Ax-BilFA+BilFP(BK)となった2例で遠隔期に閉塞を認め、再手術となった。遠隔期に切断術となった症例は2例であり、いずれも高度の糖尿病患者で感染を合併し大腿切断となった。全死亡は2例であり、2例とも冠動脈疾患での死亡であった(いずれもAMIで術後3.8年、5.8年)。

これらの結果からCABG後に糖尿病のコントロール不良例、腎機能悪化、維持透析となる症例はPADの発症が予想された。また、TASC2では「血管手術前のルーチン冠動脈血行再建術は推奨されない[A]」とされているが、今回PAD治療前検査で冠動脈病変が認められ同時手術や同一入院中で手術を行った症例でも経過は良好であった。今回の検討はCABG後に下肢バイパス術となった症例のみを対象としたものであり、心筋梗塞後の推定、下肢バイパスとならない患者群との比較やより大規模の患者群での検討が必要と思われる。

9 川崎病遠隔期に拡張病変を生じた2例

鈴木 博・長谷川 聡・沼野 藤人
渡辺 健一・内山 聖

新潟大学小児科

川崎病は乳幼児に好発し、全経過が約1か月で陳旧化する全身性急性血管炎である。日本では年間1万人以上が罹患する。冠動脈障害を5-10%に認め、これが最も予後を左右する。冠動脈障害は、急性期に拡大した冠動脈が縮小あるいは退縮し、狭窄病変を引き起こす。しかし遠隔期に生じ

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年が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