

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 $\gamma$ 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 $\gamma$ 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

PCIが再施行となった。逆行性アプローチにてPCI施行。LAD中隔枝から#4 PDへX-tremeを進めるも、#3 CTO部位を穿通できず、Miracle 3g・Miracle 6gに変更して#2までWireを通過させた。Wire先端は本幹真腔にあるも、抵抗のため更には進められなかった。順行性にX-tremeを進めると、前回PCIのルートを容易に#3 CTO部内まで進むに、それ以上に前進はなかった。X-tremeを#3 CTO近位のRV branchに進め、逆行性Wireを固定するように2.5mm balloonを拡張した。このAnchor法で逆行性に1.25mm balloonを進め、病変を拡張した。その後Fielder FCロングを逆行性にプルスルーさせ、順行性に2.5mm balloonで病変拡張した。POBA後のCTO部のIVUS所見では、屈曲部のCTO近位端に300度の石灰化を認め、その末梢より前回のWire腔を確認する事が出来た。Wire腔は血管前方のSubintimalを徐々に深く進み、次に血栓形成されている解離腔内にも認めた(解離腔内のWire腔は、今回の順行性Wireで形成)。Wire腔はその末梢の石灰化部で消失した。初回PCIのGuide Wireは、近位端での石灰化と屈曲のために血管前方のSubintimalに進んだと考えられた。最終的に、#4 PDから#1に3本のステントを植込み、終了した。

今回、IVUSにおいてGuide Wireが不通過であった原因を検証する事ができ、示唆に富む1例であったためここに報告する。

## 第65回新潟大腸肛門病研究会

日時 平成22年6月26日(土)

午後3時～6時15分

会場 チサンホテル&コンファレンス  
センター新潟 越後東の間

### I. 一般演題

#### 1 腸管気腫性嚢胞症を合併した潰瘍性大腸炎の 2手術例

中野 雅人・坂田 英子・寺島 哲郎

須田 武保・五十嵐 聡\*・味岡 洋一\*

日本歯科大学医科病院外科

新潟大学医歯学総合病院分子・

診断病理学分野\*

〔症例1〕31歳、女性。23歳時に全大腸炎型の潰瘍性大腸炎(UC)と診断され、ステロイドの内服をしていた。2006年1月腸管気腫性嚢胞症(PCI)を発症し、保存的治療に抵抗性であった。ステロイド抵抗性のUCでもあったため、3月大腸全摘、IPAA、回腸人工肛門造設術を行った。病理検査では、上行結腸から下行結腸にかけてPCIの所見を認めた。

〔症例2〕34歳、男性。24歳時に左側結腸炎型のUCと診断され、ステロイドの内服を開始した。その後、免疫抑制剤やLCAPも併用したが、ステロイド離脱困難であり、手術の方針となった。術前の精査で上行結腸から肝彎曲部にかけてPCIを認めた。2010年1月大腸全摘、IPAAを行った。病理検査では、直腸からS状結腸まで活動期のUC像を認め、横行結腸から口側の粘膜は正常であった。上行結腸にPCIの所見を認めた。

【結語】UCに合併したPCIは稀であり、今回、我々は2手術例を経験した。その病理所見から考えられる発症機序の推測も併せ報告する。