研修施設群・認定医報告書（施設間往来による指導）

※施設間往来による指導を受けた場合は、こちらのひな形を利用して報告書を作成し、PDF形式にし、CVIT事務局宛（senmoni@cvit.jp）に指導毎に提出してください。

認定医名：〇〇〇〇

指導医名：〇〇〇〇

開催日時：2018年〇月〇日　○時より〇時まで

開催場所：〇〇病院

症例識別ID：識別ID（会員番号＋001‥002‥003とナンバリングしてください）

※こちらはCVITが、指導ごとの報告書を管理する重要なIDとなりますので、必ずご記入いただけますようお願いいたします。

【概要】

（以下記入例）

1例の検討内容を記載する。

症例：60歳代　男性

病名：不安定狭心症

既往歴：＃１脳梗塞後遺症（2007年　運動性失語で発声するも聞き取りは不可、左半身麻痺）、＃２症候性てんかん、＃３陳旧性心筋梗塞（1997年）、＃４高血圧、＃５脂質異常症

現病歴：狭心症症状なく経過しており、A病院神経内科でDAPT含めた薬物療法を行いF/U中。同病院の循環器内科には1回/6ヶ月の頻度で定期受診。定期受診日（緊急入院日（X日）の1ヶ月前）の心電図にて、ST低下1.5mmをI,II,AVL,V3-6に認め、3週間前より動いた時に胸焼けがあったことが判明した（安静時に症状なし：移動は車椅子）。心エコーはびまん性に軽度の壁運動低下：LV45/35ｍｍ、EF56%（2年前は壁運動異常なし）、後日の心筋シンチ・アデノシン負荷は前壁中隔～心尖部と後側壁に障害、再分布はないが、WORが同部で低下、transient ischemic dilatationを認めた（負荷中、心電図変化、症状なし）。狭心症のため入院予約を行う。X-9日に家人のみ来院。SOBの訴えが頻回でニトロール・スプレーを頻用。神経質になっているように見えるとのことで、マイナー・トランキュライザーを処方。X日に神経内科を定期受診。朝に胸痛10分間あったことを訴える。心電図はI,II,AVL,V3-6のST低下2～2.5ｍｍ、AVR のST上昇を認め、UAPとして緊急入院（CPK、CPKMBは正常値、トロポニン210pg/ml）。入院時より症状はなかったが、15:10より苦しいとの訴えあり、心房細動が出現し、ST低下が増強し、AVRでST上昇が著明となる。

緊急CAGで、LMT-LAD/CXは99％TIMI-2（Medina分類1.1.1）、＃13に75-90％狭窄、＃１にCTOがありintra-collateralsで末梢血流は良好であった。RCAからLCAへのcollateralsはなかった。

IABPを挿入下にPCIを行った。

＜手技＞

（以下記入例）

GCはJL4.OSTを選択。Caravel MCサポート下に、RintoをLAD末梢 、 SIONをLCX末梢に留置。LMT-LADに対してSprinter Legend 2.5/20mmを用 いてl4気圧で拡張施行。LAD-LMTをIVUSで評価。LMT-LCXに対してもSprinter Legend 2.5/20mmを用いてl4気圧で拡張施行。LCX-LMTをIVUSで評価。LMT-LADにSYNERGY 3.5/12mmを11気圧で留置。SION blackでLCXを取り直し。LMT-LADに対してはNC Emerge 3.75/8mm, LMT-LCXに対してはSprinter Legend 2.75/20mmを用いてそれぞれ22atm. l4atmで拡張を行い、最後にKBTとして4気圧で拡張を追加した。＃5-#6 in-stent 0%, #11入口は75％で終了とした。

＜IVUS所見＞

（以下記入例）

　①LAD―POBA後、LADより観察しCxを9時に位置させる：LAD入口部に柔らかいプラークがほぼ全周にあり、特に6時より内腔に突出したプラークがあり、その末梢にPOBAによると思われる短いが深く入った解離を認めた。プラークはCx入口部、またLMT末梢に連続していた。また、LMTには6時から12時に薄いFlapを認めた。尚、血栓は認めず、LAD血管径5ｍｍ。

②Cx－POBA後、Cxより観察しLADを3時に位置させる：Cx入口は6時から12時にかけて厚いプラークを認め、LADに比し若干輝度が亢進していた。CX血管径は3.5ｍｍで、入口部でnegative remodelingしていた。

③ステント植え込み＋KBT後のLADより観察：ステント圧着は問題なく、LAD入口部で軽度のPlaque prolapseを認めた。

④ステント植え込み＋KBT後のCXより観察：入口部MLDは2ｍｍ以上で、解離はなかった。

【検討内容】

（以下記入例）

①労作性狭心症が経過中に不安定狭心症となったが、術前にLMT病変は予見可能であったか？

心エコー所見より多枝病変が疑われ、心筋シンチでは広範なWOR低下、TID（EDV125ml⇒101ml）より多枝病変と診断できたと判断した。入院時のEKGのAVRのST上昇より、LMT病変の可能性が示唆される。より早い入院を行えたかについては、X-9日でのニトロール・スプレー頻回使用の報告をうけた時がポイントと思われる。本人の訴えについては失語があり、十分に理解できたかが問題である。

②PCIとCABG治療選択肢について

3枝へのgraftabilityはあったが、脳梗塞後遺症としてADLが低く、現時点での脳血管病変を評価していないため、PCIを選択した。IABP後に心電図や症状が安定すれば、CABGを考慮すべきかとの指導医へ質問については、患者の社会的・生活的環境を考慮して判断するようアドバイスを受けた。また、IABPで安定化できることが実感できない場合はPCIを行ってよいとの意見であった。

③PCI True bifurcation lesionに対する戦略

POBA前にIVUSを行うべきかを検討した。PCIによるdistal embolizationリスクがあるかを判断する必要があったかついて、Angioでは病変長10ｍｍ以内であったが血管径は大きいと判断されることより、可能であればIVUS観察がよいとの意見を頂いた。IVUSカテにより一次的にもLMT閉塞状態となり、抜去後も血行動態の虚脱が続く危険性を回避するため、POBAを最初に行うことは妥当との話であった。しかし、本例はIABP下で血圧が維持されていたため、初回バルーン径は1.5ｍｍ/2ｍｍを選択して解離を作らいよう心がけて、その後にLAD-LMTのIVUSが良いとアドバイスされた。その理由として不安定プラーク量が多い場合は末梢塞栓を防ぐ必要があり、大きいバルーンでのPOBA自体にその危険性があるとのことであった。血行動態が不安定であれば初回より大きいバルーン・サイズを選択することは妥当ではあるが、多量血栓の存在は否定するため血栓吸引を行った後にPOBAを行うことを考えるとのことであり、納得いく戦略と思った。今回の主となる不安定病変は、IVUSよりLAD入口部～LMT病変であった。また、LAD入口部病変はsoft plaqueであったが、attenuation-plaqueはなかった。病変形態よりステントが必要と判断し、simple stentingとして、LAD-LMTにone stent植え込み、Kissing ballooningを行った後に、CX入口に切迫閉塞が予見される場合はculotte stentingを行う予定であった。CXはAHA分類75％であったが、血流もよく、CXのIVUS所見でも解離を認めず、経過観察にしたことについて、現時点でone stentとtwo stent（および植え込み方）については、比較できる２者の長期予後成績がないことより、理解できる戦略であると言われた。

　Plaque shiftによるSnow plowing現象を防ぐためにablation/debulkingについて話題になった。病態とIVUS所見よりELCAについて言及され、有用であった可能性があるとの話であった。また、DCAについてはIVUS所見が重要であり、attenuation-plaqueや血栓がある場合は末梢塞栓の危険が高く、禁忌であるとの話であった。

　今回の検討で以下のことを得た。

　末梢塞栓リスクを考えれば、血行動態も安定していたので危機管理としてIVUS観察を最初に行うべきであった。また、その意味では小径バルーンを先行させる戦略も納得できるものと思った。LMT分岐部病変ということで、緊張していたことも事実であり、平常心を持つことに心がけたい。

記載日：西暦　　　　年　　　月　　　日

認定医　自署：

承認日：西暦　　　　年　　　月　　　日

指導医　自署：