

# 分岐部病変

佐賀県医療センター好生館 | 挽地 裕

## はじめに

本邦では毎年25万件近くの経皮的冠動脈インターベンション (percutaneous coronary intervention: PCI) が実施されている。薬剤溶出性ステント (drug eluting stent: DES) を中心とした各種デバイスの登場と改良、抗血小板療法をはじめとする薬物療法の確立により中・長期の予後がさらに期待できるようになり、ACS (Acute coronary syndrome) /CCS (Chronic coronary syndrome) とともに治療適応が拡大されてきた。本邦では血管内超音波 (IVUS) やOCT/OFDI等、血管内イメージングデバイスの臨床使用が認められており、全PCI症例の約90%以上で活用されており治療後の急性期及び慢性期の治療成績改善に役立っている。

一方で、残された課題として石灰化病変・分岐部病変がある。

## 分岐部病変治療の必要性と課題

冠動脈分岐部病変は、全PCI症例の15~20%に関与するありふれた病変だが<sup>1)</sup>、最新のDESを留置しても初期成績・長期成績ともに満足な成績が得られていない。

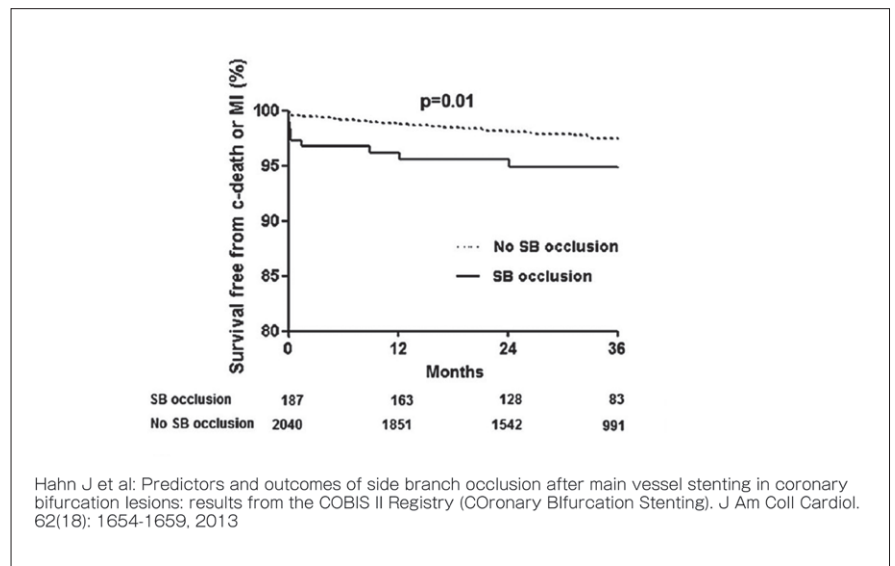


図1

理由の一つは側枝閉塞である。本管へのステント留置後の約7~8%の症例で側枝閉塞を伴い<sup>2,3)</sup>、短期的・長期的に予後を悪化させるため(図1)<sup>2)</sup>、側枝閉塞の回避が必須である。本管ステント留置後の側枝閉塞の多くはCarina shift/Plaque shiftが原因であり、アンギオ上の本管・側枝の狭窄率、分岐角度、さらにIVUSやOCT/OFDIによる観察でプラークや石灰化の分布や本管の遠位部と近位部の対照血管径の差などを確認することで側枝閉塞予測が可能<sup>4,5)</sup>とされている。

もう一つの理由はステント留置後早期

から晩期にかけて発生するステント内血栓症である。急性閉塞すると突然死をはじめ予後を極めて悪化させる。病理学的検証からは分岐部近位部のステント不完全圧着、側枝入口部におけるJailed strut等が関与しておりステント留置時の手技の重要性を示唆している(図2)<sup>6)</sup>。

以上の点から、ステント留置時に特に注意する点は以下の三つである

1. 側枝閉塞予防
2. 本管ステントの不完全圧着予防
3. 側枝入口部のJailed strutの低減

ここでは、この三点に絞って話を進める。