

血栓ギトギト症例。どうする？ DOAC

広島市民病院 循環器内科 | 臺 和興、塩出宣雄

急性心筋梗塞（AMI）に対するステントを用いたprimary PCIが登場し、AMIの急性期予後は飛躍的に向上したが、冠動脈に多量血栓を認める症例では治療に難渋することがある。今回我々は多量の冠動脈血栓によるSTEMI症例に対して、血栓吸引によるprimary PCIを行った後、抗凝固療法を導入し冠動脈血栓の著明な縮小が得られた症例を経験したので報告する。

We experienced two cases of an ST-elevation myocardial infarction (STEMI) with a massive intracoronary thrombus. Emergency coronary angiography (CAG) revealed an occlusion of the right coronary artery. We obtained a TIMI-3 flow with a modest amount of the intracoronary thrombus remaining after performing percutaneous coronary intervention (PCI) with a thrombus aspiration, and then anticoagulant therapy was started. Follow-up coronary angiography 1 week after the index PCI showed a dramatic reduction in the intracoronary thrombi. Anticoagulant therapy might be useful in AMI cases with a massive intracoronary thrombus.

症例

症例1は、56歳男性、STEMI症例である。主訴は冷汗を伴う突然の前胸部痛である。現病歴は、201X年5月Y日20時20分より、冷汗を伴う突然の前胸部痛が出現し改善しないため当院救急外来を受診した。既往歴として、8年前に他院で急性下壁心筋梗塞に対してPCIが施行されている。右冠動脈は拡張性変化を認め、#4AV 100%に対してPCIが施行されたが、ガイドワイヤーが不通過にて抗凝固療法の方針となった。現在、近医で、高血圧症、糖尿病、脂質異常症に対して薬物治療中である。当院来院時の胸部Xpでは心拡大と軽度肺血管陰影の増強を認め、12誘導心電図検査では、II、III、aVFでST上昇を認め（図1）、心エコー検査では下壁に壁運動低下を認

め、ST上昇型急性下壁心筋梗塞と診断し、緊急冠動脈造影検査（coronary angiography: CAG）を施行した。右冠動脈 #3に造影遅延を伴う99%狭窄病変（巨大造影欠損像）を認め（図2a）、責任病変と判断し、引き続きprimary PCI（TRI）を施行した。7Fr. Heartrail II AL-1をガイドイングカテーテルとし、CaravelをバックアップにSion blueで病変を通過した。7Fr. Eliminate（高吸引）で血栓吸引を施行し、TIMI-2 flowを得た（図2b）。RCA #3は血管拡張を認め、同部位に巨大造影欠損像を認め、血栓透亮像と考えられ、血栓吸引を繰り返し行い、多量の暗赤色の血栓吸引に成功した。RCA #3に血栓の残存を認めるものの、TIMI-3 flowが得られたため手技を終了し、抗凝固療法の方針とした（図2c）。術後、ヘパリン持続投与を開始し、術翌日よりエドキサバン 60mg/日の内服

を開始した。Peak CKは1200 U/L、Peak CKMBは101 U/Lであった。術後、胸痛の再燃なく良好に経過し、術7日目にCAG再検を行った。RCA #3の残存血栓は著明に縮小し、#4AVの再疎通を認めた（図2d）。

症例2は、75歳男性、STEMI症例である。主訴は左肩痛である。現病歴は、202X年9月Y日3時、左肩痛が出現し改善しないため当院救急外来を受診した。既往歴として、近医で糖尿病を指摘され、食事・運動療法を施行している。3カ月前に当院で胃癌に対して幽門側胃切除術を施行している。当院来院時の胸部Xpでは心拡大はなく、肺血管陰影の増強も認めなかった。12誘導心電図検査では、II、III、aVFでST上昇を認め（図3）、心エコー検査では下壁に壁運動低下を認め、ST上昇型急性下壁心筋梗塞と診断し、緊急CAGを施行した。右冠動脈 #3に100%閉塞病変（TIMI-0）を