

肺血流量増加を伴う高度 PH が認められた。肺血管抵抗の高度上昇はないと判断し、カテーテル検査を施行した。逆シャントは少量で、 $Q_p/Q_s=3.0$  の左右シャントが認められた。肺血管抵抗は  $140 \text{ dyne} \cdot \text{sec} \cdot \text{cm}^{-5}$  (1.8 単位) であった。PH を伴う ASD では Eisenmenger 症候群と安易に判断せず、手術適応を慎重に判断する必要がある。

#### 8. 7年前に留置した BMS・SES において、SES のみに再狭窄を来した一例

(循環器内科)

外間 洋平、田中 信大、武井 康悦  
山下 淳、小川 雅史、村田 直隆  
斉藤友紀雄、西畑 康介、星野 虎生  
宇野 美緒、斉藤 龍、近森大志郎  
山科 章

本症例は 70 歳代後半男性。以前より高血圧症・2 型糖尿病・脂質異常症の診断で内服加療されていた。

71 歳時に急性下壁心筋梗塞の診断で右冠動脈 (RCA) 中間部に対し BMS (Tsunami  $3.0 \times 20 \text{ mm}$ ) を留置、左前下行枝 (LAD) 中間部の残存高度狭窄に対し待機的に SES (Cypher

$3.0 \times 18 \text{ mm}$ ) を留置している。6 か月後の冠動脈造影 (CAG) でステント内再狭窄は認めなかった。その後特に問題なく経過し、内服加療にて冠危険因子のコントロールは良好であった。

今回、朝方に安静時胸部圧迫感を自覚し当科受診、不安定狭心症の診断で緊急 CAG を施行したところ、RCA の BMS 留置部は良好に開存していたが、LAD に留置した SES の近位端に高度狭窄を認めた。OCT での観察では比較的厚い皮膜と、一部に輝度の低い後方減衰を伴った偏心性プラークを認め、明らかな血栓像やステントの圧着不全は認めなかった。脂質に富んだプラーク増殖と判断して POBA (Angio Sculpt  $\phi 3 \text{ mm}$ ) のみで終了した。

本症例は良好な経過であったが、SES 留置部近傍に再狭窄をきたし、不安定狭心症を発症した。SES はポリマーなどの影響により、長期間にわたり炎症反応を惹起し、再度不安定プラークが増殖してくる現象が報告されている。本症例の OCT 所見はこれに類似する変化を観察したものと考えられ、冠危険因子が比較的良好的にコントロールされていてもこうした変化が出てくる可能性を示唆しており、非常に重要な症例と考えられるため、本会に提示する。