

20001

iFR PullbackにてLMTの狭窄がD1の虚血に関与していることを示唆された症例

**【背景】**既往歴:労作性狭心症、CABG後(LITA-LAD Seg8、Ao-SVG-Seg14-Seg4PL)、ASD、DM、HT2012年に他院にてCABGを施行。2014年1月にFUCAG施行。Native、バイパス共に血行再建所見なく経過観察とした。時おり胸痛を認め、2015年4月TMT施行。ST変化境界域領域の為CAG施行。結果バイパスはPatientだが、IMA-LADの吻合部より中枢にて狭窄進行を認めPCIの方針とした。**【検査】**LMTの残存狭窄に対してPCIの方針であったが、D1の狭窄も虚血評価施行。iFR施行にてD1 iFR:0.83、pullback施行し0.77からostiumでjump up。LMT-LAD iFR:0.95、Pullback施行しjump up認めず。D1にてjump up認めるもLMTではjump upを認めなかった。原因はバイパスの血流によって圧が保たれjump upを認めずD1のみに認めたと考察。結果DLMTのPCIも必要と判断、LMTとD1をtargetとしPCIを施行した。**【結果】**LADとD1に対してガイドワイヤーcross、IVUSにて血管内を確認後、StentをD1:PARIMUS 2.25×16mmを留置、LMT:XIENCE 3.5×18mmをKBTにて留置。D1にPost iFR施行し0.91と改善。Pullbackにてjump up認めず虚血改善を認め終了した。**【まとめ】**iFRでは5心拍で評価するがPullback時には1心拍毎で評価を行いリアルタイムで虚血評価が行える。FFRでは薬効の影響は避けられないが、iFRでは薬剤負荷なく施行でき循環動態に対しての薬剤の影響を考慮せず施行できる。今症例ではLMTとD1の相関性を確認する為に幾度と施行し圧曲線を確認した事でバイパスの影響と考察に至ったと示唆された事は有用であったと考える。