

## 補助循環のアクセス部位に課題を抱えた難治性心室頻拍へのハートチームでのアプローチ

安田 奈央<sup>1</sup>、土井 厚<sup>1</sup>、森下 亮雄<sup>1</sup>、柴田 師廉<sup>1</sup>、鶴見 尚樹<sup>2</sup>、加藤 俊昭<sup>2</sup><sup>1</sup>名古屋掖済会病院、<sup>2</sup>名古屋掖済会病院

症例は65歳男性。心不全加療中に心肺停止し、緊急冠動脈造影を施行した。左前下行枝は99%狭窄、回旋枝と右冠動脈は完全閉塞していた。また、左総腸骨動脈（CIA）は99%狭窄、右CIAは完全閉塞していた。ハートチームで協議し、左CIAに10mm径のステントを留置後、同部位からIMPELLAを挿入し、左前下行枝と右冠動脈に冠動脈形成術を行った。その後状態は安定したが、2週間後よりTorsades de Pointes（TdP）が頻発した。TdPのトリガーとなる心室期外収縮（PVC）は同一波形であり、このPVCに対するカテーテルアブレーション（CA）を計画した。しかし、PVCの起源は波形から左室下位中隔と推定され、経大動脈アプローチ時の血行動態破綻に備えた補助循環挿入部位が問題となった。ハートチームで再度協議し、右CIAの治療後にCAを行う方針とした。右CIAには8mm、10mmのステントが留置されたが、自己拡張型で、留置直後は拡張や圧着が不完全で、大口径カニューレの挿入は不適切と判断された。まず、左大腿動脈アプローチでCAを開始、血行動態破綻時には同部位から補助循環を確立し、CAは右大腿動脈穿刺を追加し継続する予定とした。CAでは、左室下位中隔でQRSに48 ms先行するプルキンエ電位が記録され、同部位で良好なペースマップを得た。同領域の通電でPVCは消失した、以降TdPの再発も認めなかった。急性冠症候群亜急性期に難治性のTdPを発症したが、補助循環のアクセスルートが脆弱な患者に対してハートチームで取り組み救命しえた一例を報告する。