

## 質疑応答

### <Question>

大腿～膝窩動脈レベルの狭窄におけるバルーン PTA が第一選択となる適応は、どのような時でしょうか？

### <Answer>

現在、日本の保険医療体制下では、大腿・膝窩動脈領域で使用可能なのは、バルーンカテーテルのみです。ただし、保険の種類・都道府県の別などにより、状況は異なるようですが、バルーンカテーテルを用いて flow-limiting dissection が形成された場合などに、bail out として、少数の金属ステント留置が、保険で認められることが多いようです。従って、大腿・膝窩動脈レベルにおける第一選択は、バルーン PTA です。POBA(Plain Old Balloon Angioplasty)か CBA(Cutting Balloon Angioplasty)かということであれば、長区間病変もしくは複数の連続する病変には前者、限局性の病変には後者が選択されることが多いと思われます。

### <Question>

IVR と CT が同室にあり治療に有効だと思えますが、造影剤の量が増えてしまうと思えますが、如何でしょうか？

### <Answer>

両者の得失を理解し、目的に適うベストの modality を選択して、かつ、重複を避けることで、造影剤量の増加を、最小限に食い止めています。なお、当施設では、CT にもちいる造影剤として、通常の半分以下のヨード濃度の造影剤を使用しているほか、DSA においても、検出器の濃度分解能や CNR が優れているため、倍希釈程度の造影剤を使うことが多く、腎障害が生じる症例は極めて低くなっています。

### <Question>

Conebeam CT が通常 CT より空間分解能が高いのか、あるいは検出器が FPD だから分解能が高いのか、どちらでしょうか？

### <Answer>

通常の CT の検出器のサイズが、0.5-0.625mm 程度であるのに対して、当施設の FPD の検出器サイズが 0.2mm 程度と半分以下であることが、Conebeam CT の高空間分解能に寄与していると考えています。

### <Question>

Drug eluting stent は長期予後に問題があるようですが、これは、かなり本質的な限界の可能性があるので不是吗？

### <Answer>

DES 出現により、PCI 施行件数はいずれの施設でも大幅に減少しており、薬剤放出が一定の効果を上げていることは疑う余地もありませんが、ご指摘のごとく、薬物を金属に塗布するために用いられたコーティングや、薬剤が放出されきったあとに残されたステント金属本体などが、最終的な再狭窄の原因になりうると考えられています。現在、薬剤放出後は、ステントのストラットが溶けて無くなってしまいうよう、biodegradable な素材を用いたステントが開発されつつあり、また、薬剤塗布方法にも様々な改善策が試行されており、DES の問題点も一步一步解決されていくものと考えられますが、当分はたちごっこが続くでしょう。