

Hikaru Tanemura<sup>1</sup>, Kazuki Tobita<sup>1</sup>, Kazuki Kumagai<sup>1</sup>, Shun Sawada<sup>1</sup>, Eiji Koyama<sup>1</sup>, Motoaki Kai<sup>1</sup>,  
Hirokazu Miyashita<sup>1</sup>, Sigeru Saito<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Department of Cardiology, Shonan Kamakura General Hospital, Japan

症例は 80 歳代女性で、糖尿病、高血圧、脂質異常症および骨髄異形成症候群の既往がある。当科には左下肢の黒色壊死を伴う包括的高度慢性下肢虚血につき紹介受診された。年齢や ADL から外科手術は困難と判断し、左総大腿動脈（CFA）に対して SUPERA™ 留置を行った。待機的に左前脛骨動脈（ATA）に対する経皮的動脈形成術（EVT）を実施したが、早期に再閉塞を認め、SUPERA™ 留置 2 週間後に同部位を穿刺し EVT を実施した。

透視下に SUPERA™ を穿刺し、5Fr Parent Select を挿入したところ、シースの内筒と SUPERA™ が干渉し過進展してしまった。まずは ATA に対して血栓吸引と 3.0mm のバルーンで拡張し処理を行った上で、SUPERA™ の過進展の対応に移行した。9mm の Fogarty カテーテルで短縮を図ったが、ステントストラットが歪むのみで短縮は得られなかった。次いで 8Fr Destination ST を右鼠径より cross-over で持ち込み、ワイヤーを SUPERA™ に通した上で OSYPKA snare にて引き込みを試みたが、ワイヤーが離断してしまった。Ensnare では把持できず、生検鉗子では SUPERA™ をつかむことができなかった。最終的に左浅大腿動脈への直接穿刺を行い、8Fr グライドシースを挿入した上で、進展した SUPERA™ を生検鉗子で把持することに成功した。引き続きシース内に SUPERA™ を引き込むことで、完全抜去を行い、同部位には止血目的に VIABAHN™ を留置し、CFA には SUPERA™ を再留置し、バイルアウトすることに成功した。その後、膝下動脈への EVT を追加し、外来加療を継続しているが、左鼠径穿刺部は瘤化などを認めずに経過している。

SUPERA™ は屈曲や圧排に対する拡張能の高さだけでなく、ステントの柔軟性やストラットの間が保たれることから、留置後のアクセスサイトとしても有用である。当院での過去の SUPERA™ 穿刺の症例や文献的考察と反省を交え、本症例の仔細について、ここに報告する。