

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SUPERATM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、SUPERATM留置2週間後に同部位を穿刺しEVTを実施した。

透視下にSUPERATMを穿刺し、5Fr Parent Selectを挿入したところ、シースの内筒とSUPERATM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、SUPERATM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SUPERATM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SUPERATM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SUPERATM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SUPERATM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SUPERATMを再留置し、ペ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。

SUPERATM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SUPERATM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。