

TRIEVT は遠位大腿膝窩動脈領域複雑病変にも有効か？

堤下 勝貴¹、藤原 昌彦²、築澤 智文²、矢津 優子¹、岡田 崇宏¹、越智 渉¹

¹医療法人徳洲会 野崎徳洲会病院、²医療法人徳洲会 野崎徳洲会病院

橈骨動脈アプローチ(TRI)での血管内治療はその適応を徐々に拡大しつつある。止血の容易さと安静時間の短縮から、デバイスの揃った大動脈腸骨動脈領域への TRI はほぼ確立した。逆に大腿膝窩動脈領域はデバイス制限や技術的な複雑さもあり、一般化はしていない。Ranger Monorail は2mのシャフト長で、TRI での遠位大腿膝窩動脈病変のDCB 治療を可能にした。左間欠性跛行を有する80歳台の女性で、高血圧・糖尿病を罹患している。カバードステントでの総腸骨動脈へKissing ステント留置後。左浅大腿動脈(SFA) 入口部高度狭窄および遠位 SFA・近位膝窩動脈(POPA)の閉塞、ABIは0.58と低下していた。対側、同側順行は困難であり TRI を選択した。左橈骨動脈からラディアンズシステムを用いアクセス、近位 SFA 病変への治療は容易であったが、遠位 SFA, POPA 病変は困難であった。長い距離でバックアップ・ワイヤ操作性ともに悪く、マイクロカテーテルは病変近傍まで届かず、IVUS も届かない。サポート無しで CTO ワイヤを何とか通過させたが、追従するカテーテルがなくワイヤ変更は不能。エクステンションワイヤで小径バルーン拡張し、ソフトワイヤをその腔に通過させた。前拡張を行い、Ranger DCB で拡張し、手技をなんとか成功させた。大腿膝窩動脈への TRI は、DCB が使用できるようになりようやくその1歩を踏み出した。しかし、各種デバイス、何よりマイクロカテのデバイス長制限から複雑病変への治療はいまだ難渋する。ベイルアウトステントもなく、症例選択は十分な前考察と準備、デバイスの理解が必要である。