

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ーテル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、症例選択は充分な前考察と準備、デバイスの理解が必要である。