

2007 A case of CLI due to SFA frequent stenosis and BK CTO, revascularized with trans-collateral and IVUS-guided technique

症例は70歳代の男性、他院にて左右SFAの狭窄に対し、DCBを用いたEVTが施行されたが、約3ヶ月後に右下腿の安静時痛が出現し、右SFAの再狭窄に対しBNS、膝窩動脈の狭窄に対しDCBを用いたEVTが施行された。その時点でBKにも狭窄を指摘されていたが、内服及びリハビリによる保存的治療が行われていた。約3ヶ月後、通院の都合で当院に紹介となったが、その数日後より、右足趾の発赤と疼痛が出現した。右側のABIは0.44と低下しており、造影CTではSFAのBNS留置部より近位とPopの狭窄～閉塞、BKは三枝とも近位部での閉塞が疑われ、CLIの診断で再度EVTを施行した。右CFAを順行穿刺し7Frシースを挿入。SFA～Popの狭窄病変をNSE PTA 4.0 mmで拡張後、Mach 1 Peripheral 6Fr STを挿入し、BKを造影したところ、Pop distalが亜閉塞、ATAとTPAは入口部より閉塞し、側副血行路を介した末梢血流が認められた。比較的閉塞距離が短く灌流域の大きいTPA～PTA及びperonealを治療の方針とした。FencerとCruiseを用いてPopの亜閉塞病変を通過後、TPAのCTOにentryし、peronealへ通過できた。scoreflex PTA 2.0mmで拡張後、Croserio RX 2.5×120mmで長時間拡張した。PTAのCTOに対し、JR4.0のサポート下にVASSALLO NS3でentryを試みたが、subintimaにしか通過しなかった。Peroneal distalよりtrans collateralで逆行性にFencerとVASSALLO NS3を進めたところ、CTO proximalまで通過できた。しかし、Fencerが進まず操作困難となり、Coyote FC 1.2mmを用いてのanchor technique、更にガイドワイヤーをVASSALLO 14、次いでVASSALLO 40に交換してもCTO entryのtrue lumenへは通過できなかった。再度順行性にIVUSで観察しながらVASSALLO 14をCTO内に進め、JR4.0をCTO entryに固定し、逆行性にVASSALLO 40をランデブーできた。逆行のFencerもguiding catheter内まで進めることができ、guide wireをVASSALLO Floppy 300cmに交換してexternalizationした。PTACTOをCoyote FC 1.2mm、次いでscoreflex PTA 2.0mmで拡張後、Crusade PTAを用いてCruiseをPTA distalまで通過させ、Croserio RX 2.5×120mmで長時間拡張した。PopにはIN.PACT Admiral 5.0×120mmを用い、SFAにはdistalよりGORE VIABAHN 5.0×250mm、6.0×150mmを連続的に留置し、それぞれ5.0mm、6.0mmバルーンで後拡張した。これらにより、SFA～Popは良好な拡張が得られたが、TPAに血栓様の所見が認められたため、guiding catheterで吸引したところ、赤色血栓が回収された。最終的に少量の血栓は残存したが、良好な末梢血流が得られており終了とした。EVT後、患側のABIは0.79、臨床症状の改善も得られ、現在も外来リハビリを継続し、維持できている。狭窄の多発するSFAとBK三枝のCTOを含む非常に複雑なCLI症例であったが、BK CTOにはtrans-collateral techniqueとIVUS-guided techniqueが有効であった。また、SFA～Popにstent graftとDCBを併用したことが、中長期の病変開存に寄与したものと推察される。