

症例は突然の胸背部痛にて発症し、B 型急性大動脈解離と診断され入院した 40 代男性。造影 CT にて大動脈弓部からヒダリ腸骨動脈まで解離し、ヒダリ腸骨動脈は血栓化した偽腔による高度狭窄が示唆された。入院日の深夜に疼痛・チアノーゼを伴って左下肢虚血が進行し、血管外科チームとの検討から EVT による治療を決断した。ミギ大腿動脈からの対側クロスオーバーアプローチにて左総腸骨動脈から外腸骨動脈の狭窄部に自己拡張型ステントを3本留置した。ステント留置後のバルーン拡張を行ったところ、同側膝窩動脈遠位部に遠位塞栓を来した。そこで同側順行穿刺にて 9F シースを挿入し、生検鉗子により血栓摘出を行い、幸いにも末梢の再灌流が得られ手技を終えた。しかし、フォローの造影 CT で偽腔による左腎動脈入口部狭窄により左腎虚血を呈していた。腎虚血解除のために再度 EVT を試みた。ミギ大腿動脈アプローチにて 6F RDC1 カテーテルをエンゲージし、ヒダリ腎動脈に 0.014 ワイヤを通し、IVUS にて観察すると、腎動脈の近位部まで解離腔を認め、入口部は解離したフラップにより圧排されていた。IVUS で計測すると腎動脈径は少なくとも 8.0mm あり、通常の腎動脈ステントでは圧着不可能であった。そこで、6F RDC1 を 6F Parent Plus ガイディングシースに交換し、Epic stent 8.0mm をヒダリ腎動脈の解離を遠位部から入口部まで押さえるように 2 本留置することで、狭窄が解除された。