

20052

Acute thrombosis of paclitaxel eluting stents in SFA CTO with poor runoff

症例は糖尿病腎症により維持透析導入となった 70 代女性。半年程前から両側跛行と ABI の低下あり。20XX 年 2 月 12 日血管造影にて Lt. SFA CTO+BK 病変を認めた。20XX 年 4 月 3 日 Lt. SFA CTO に対して EVT を施行。同側裏パン+対側クロスオーバーによる両方向性アプローチから、最終的に reverse CART でワイヤ通過に成功。IVUS 所見は all true wiring であった。バルーン拡張の後、Eluvia6.0/120mm+7.0/120mm を bailout stenting した。IVUS でステントの十分な拡張を確認し、最終造影でも造影遅延はなかった。翌日にはヒダリ ABI=0.65→0.73 まで改善し、同日退院した。ところが、4 月 5 日突然の左下肢安静時疼痛を自覚し、4 月 6 日当院を受診。ヒダリ ABI 測定不能、CK=2528 U/L と上昇しており、対側クロスオーバーにて緊急下肢造影を施行したところ前日留置した Eluvia ステントの血栓性閉塞を認めた。IVUS ナックル法でワイヤを通過させ、Sterling 5.0mm で全長を拡張した後、fountain カテーテルを留置して CDT を開始した。2 日間ウロキナーゼ 120000 単位/日を投与。4 月 8 日造影 CT にて左ヒラメ筋内血腫あるも、活動性出血なし。4 月 9 日下肢造影にてステント内血栓の減少と良好な血流改善を確認した。CK は来院時の 2528 をピークに漸減し、MNMS などの合併症なく経過した。CDT 開始後プラビックスをエフィエントに変更し、4 月 13 日から 23 日までヘパリンを投与した。4 月 25 日 ABI=0.94 まで改善し、下肢症状も軽快した。入院中はリハビリ継続し 4 月 28 日に独歩退院した。5 月 31 日外来での造影 CT ではステント内血栓は完全に消失していた。