

PCIが再施行となった。逆行性アプローチにてPCI施行。LAD中隔枝から#4 PDへX-tremeを進めるも、#3 CTO部位を穿通できず、Miracle 3g・Miracle 6gに変更して#2までWireを通過させた。Wire先端は本幹真腔にあるも、抵抗のため更には進められなかった。順行性にX-tremeを進めると、前回PCIのルートを容易に#3 CTO部内まで進むに、それ以上に前進はなかった。X-tremeを#3 CTO近位のRV branchに進め、逆行性Wireを固定するように2.5mm balloonを拡張した。このAnchor法で逆行性に1.25mm balloonを進め、病変を拡張した。その後Fielder FCロングを逆行性にプルスルーさせ、順行性に2.5mm balloonで病変拡張した。POBA後のCTO部のIVUS所見では、屈曲部のCTO近位端に300度の石灰化を認め、その末梢より前回のWire腔を確認する事が出来た。Wire腔は血管前方のSubintimalを徐々に深く進み、次に血栓形成されている解離腔内にも認めた(解離腔内のWire腔は、今回の順行性Wireで形成)。Wire腔はその末梢の石灰化部で消失した。初回PCIのGuide Wireは、近位端での石灰化と屈曲のために血管前方のSubintimalに進んだと考えられた。最終的に、#4 PDから#1に3本のステントを植込み、終了した。

今回、IVUSにおいてGuide Wireが不通過であった原因を検証する事ができ、示唆に富む1例であったためここに報告する。

第65回新潟大腸肛門病研究会

日時 平成22年6月26日(土)
午後3時～6時15分
会場 チサンホテル&コンファレンス
センター新潟 越後東の間

I. 一般演題

1 腸管気腫性嚢胞症を合併した潰瘍性大腸炎の2手術例

中野 雅人・坂田 英子・寺島 哲郎
須田 武保・五十嵐 聡*・味岡 洋一*
日本歯科大学医科病院外科
新潟大学医歯学総合病院分子・
診断病理学分野*

〔症例1〕31歳、女性。23歳時に全大腸炎型の潰瘍性大腸炎(UC)と診断され、ステロイドの内服をしていた。2006年1月腸管気腫性嚢胞症(PCI)を発症し、保存的治療に抵抗性であった。ステロイド抵抗性のUCでもあったため、3月大腸全摘、IPAA、回腸人工肛門造設術を行った。病理検査では、上行結腸から下行結腸にかけてPCIの所見を認めた。

〔症例2〕34歳、男性。24歳時に左側結腸炎型のUCと診断され、ステロイドの内服を開始した。その後、免疫抑制剤やLCAPも併用したが、ステロイド離脱困難であり、手術の方針となった。術前の精査で上行結腸から肝彎曲部にかけてPCIを認めた。2010年1月大腸全摘、IPAAを行った。病理検査では、直腸からS状結腸まで活動期のUC像を認め、横行結腸から口側の粘膜は正常であった。上行結腸にPCIの所見を認めた。

【結語】UCに合併したPCIは稀であり、今回、我々は2手術例を経験した。その病理所見から考えられる発症機序の推測も併せて報告する。