

【考察】デバイスの進歩にて近年、腸骨動脈領域への血管内治療成績は向上している。しかし、動脈硬化性病変の多くは全身性の病変を合併し、特に重症虚血肢では中枢側の治療のみでは症状の改善が見られないことが多いと報告されている。腸骨動脈領域と下肢末梢血管領域の多発病変が認められる症例には、症状改善のため一期的手術が望ましいが、ハイリスクな症例に対しては血管内治療と外科治療の併用療法で低侵襲化を図ることが有用であり、成績も満足できるものであった。

9 高度屈曲 proximal neck AAA 症例に対するステントグラフト内挿術の経験

堀 祐郎・榛沢 和彦*・菊池千鶴男*
竹久保 賢*・浅見 冬樹*・溝内 直子*
三浦 宏平*・林 純一*
新潟大学医学部放射線科
同 第二外科*

proximal neck の角度が 60 度を越える腹部大動脈瘤 (AAA) は企業性ステントグラフトの instruction for use (IFU) 外症例とされている。今回我々は、proximal neck の角度が 90 度以上の高度屈曲症例 2 例に対してステントグラフト内挿術を行ったので報告する。

症例はいずれも腹部大動脈が 2 度 90 度以上屈曲していた。これらの症例に対して、Excluder を slow deployment 法を用い、さらにデバイスを上昇させることで屈曲に追従させて留置することが可能であった。Aorta extender を追加することによりエンドリークなく留置出来た。

AAA の形態を詳細に検討することにより、高度屈曲 proximal neck 症例であってもステントグラフト内挿術が可能な症例もあると考えられた。Excluder における slow deployment 法が有用であった。

10 腹部大動脈瘤に対するステントグラフト術 10 例の早期成績

島田 晃治・本野 望・名村 理
齊藤 正幸・大関 一・清野 康夫*
県立新発田病院心臓血管・呼吸器外科
同 放射線科*

企業性ステントグラフトの保険承認以後、ステントグラフト内挿術は急速に全国に普及してきている。当科でも 2008 年 7 月よりステントグラフト手術を開始した。当科で施行した腹部大動脈瘤に対するステントグラフト内挿術 10 例の早期成績を報告する。

対象症例は解剖学的適応を満たす腹部大動脈瘤 10 例で、年齢は 68 ~ 87 歳 (平均 77.8 歳)。男性 8 例、女性 2 例であった。使用デバイスは Zenith 4 例、Excluder 5 例、Powerlink 1 例でデバイス留置は全例で成功し開腹への移行などの技術的な合併症は認めなかった。術後の CT でエンドリークの残存を 4 例で認めたが主に II 型と思われた。エンドリークを認めた症例では動脈瘤径は不変であった。エンドリークを認めなかった症例では 1 例で半年後以降に動脈瘤径の縮小を認めたが、3 カ月以下の観察の症例では瘤径は不変であった。

企業性ステントグラフトを用いた腹部大動脈瘤手術では解剖学的適応を順守すれば留置は安全確実に可能であったが、遠隔期に動脈瘤の破裂を回避できるか慎重な経過観察が必要と思われた。

11 当科におけるステントグラフト術の現況

榛沢 和彦・菊池千鶴男・竹久保 賢
浅見 冬樹・溝内 直子・林 純一
堀 拓郎*・川口 聡**
横井 良彦**

新潟大学大学院医歯学総合研究科
呼吸循環外科
同 放射線科*
東京医科大学血管外科**

当科では胸部及び腹部大動脈瘤のステントグラフト (SG) 術を 2000 年から先進医療として開始し、これまでに 91 例 (男 78, 女 13, 平均年齢