

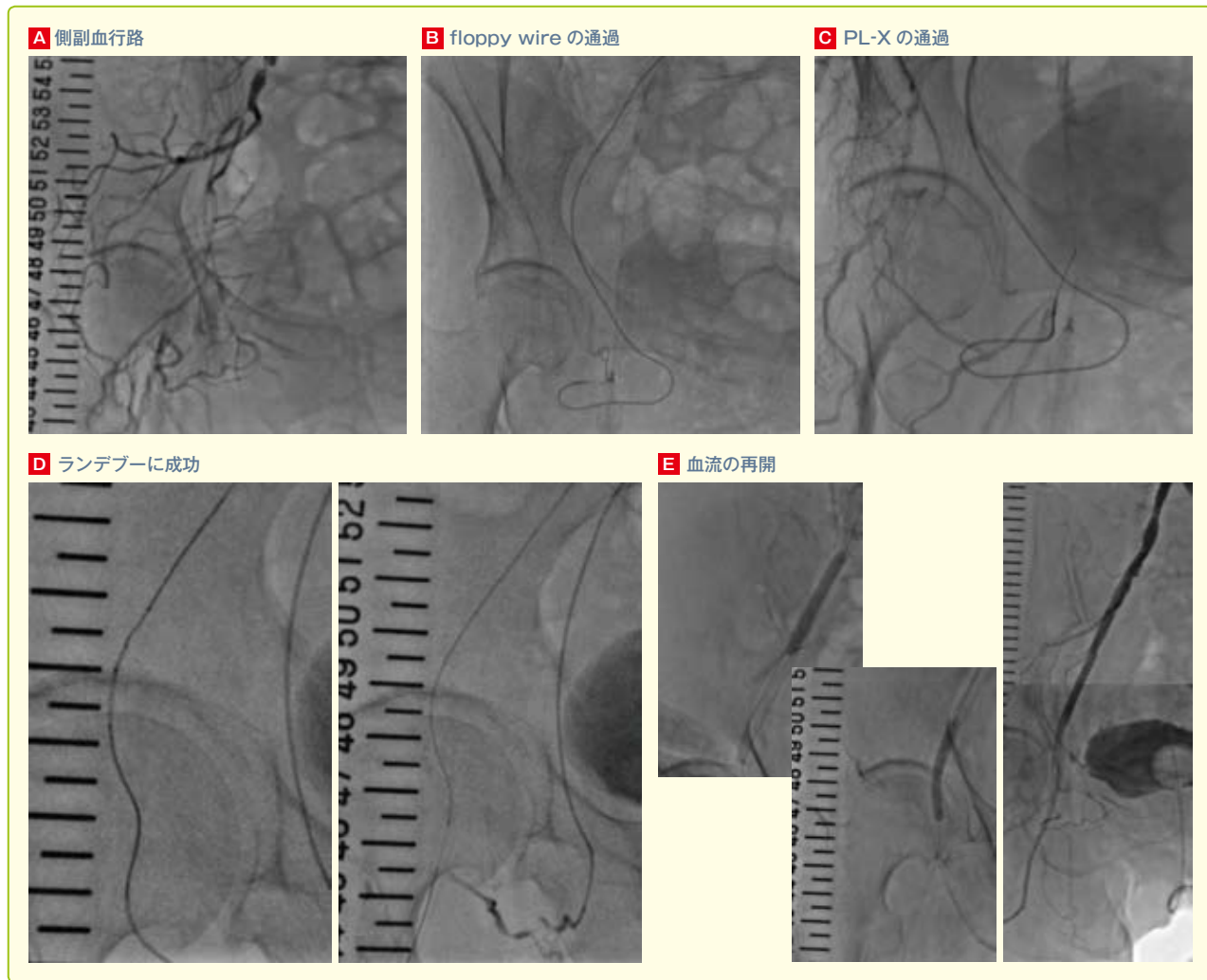


図 2 症例 1

DFA からの側副血行路

DFA から SFA あるいは膝窩動脈の遠位真腔への側副血行路を経由して行うことが多い (図 3A)。まれに SFA 閉塞近位端付近や、CFA から発達している症例も存在する。当施設では SFA - CTO 例では、基本的に同側順行性穿刺を行い、6 Fr の 23 cm のシースレスガイドを挿入する。TCA を行う際には、順行性穿刺によりワイヤーの操作性が保たれることが非常に有利である。

症例 2

SFA 入口部が 'no stump' であり、IVUS ガイドで SFA へワイヤーを導入 (図 3B)。順行性に Ruby

hard をある程度進めたが、閉塞病変内の組織が硬く、ワイヤーが進まなくなった (図 3C)。この時点で両方向性のワイヤー導入を決め、DFA からの側副血行路を選択。Prominent サポート下に Cruise を用いて SFA 閉塞部遠位までワイヤーを通過させ、Prominent も追従した (図 3D)。しかし、逆行性のワイヤーおよび Corsair® の閉塞部内への進入が困難であり、PL-X へワイヤーを交換したところ、ほぼワイヤー単独で SFA 近位まで進んでくれた (図 3E)。4 Fr の造影カテーテルを順行性に挿入し、逆行性の PL-X をカテーテル内へ進め (図 3G)、そのままシースから体外へ引き出すことに成功した。その後バルーン拡張し、ステント留置、再灌流に成功している (図 3H)。

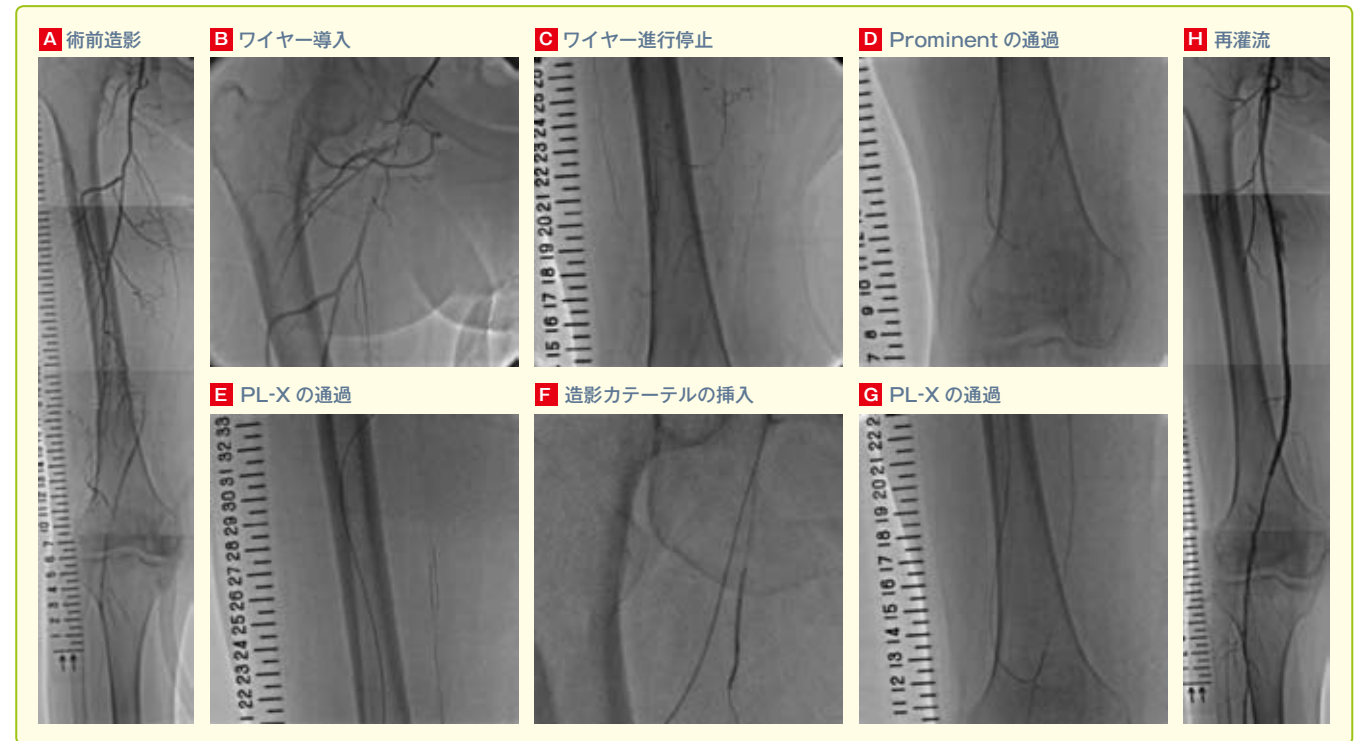


図 3 症例 2

膝下動脈領域の TCA では、腓骨動脈 (peroneal artery ; PeA) が開存していれば、マイクロカテーテルを導入し先端造影を行うことで、前脛骨動脈 (anterior tibial artery ; ATA) および後脛骨動脈 (posterior tibial artery ; PTA) へ接続している穿通枝を確認する。この穿通枝は屈曲が少なく、ワイヤーの通過が比較的容易であることが多い。また、PTA - 足底動脈 - 足背動脈 (dorsalis pedis artery ; DPA) - ATA の経路、いわゆる 'pedal arch' を介する経路は、ATA あるいは PTA のどちらかが閉塞した場合の主要な側副血行路になる。血管系も太く、ガイドワイヤーの通過は比較的容易である場合が多い。PeA - PTA および pedal arch を介した TCA を行い、完全血行再建に成功した症例を提示する。

症例 3

SFA に明らかな病変がないことは術前のエコー、CTA で確認されており、TCA で治療することが予想され、多肢の治療が考慮されたため、6 Fr のガイディ

ングシースを用いている。CTA での所見と同様、造影では PeA が造影遅延を伴う高度狭窄。ATA、PTA が閉塞しており、側副血行路経由で造影される所見 (図 4A)。まず PeA の病変通過を試み、Prominent を PeA 末梢まで進め、先端造影を行った (図 4B)。穿通枝経由で PTA が良好に造影されており、このルートを Cruise で通過。そのまま中枢側へ進めた (図 4C)。PTA 入口部を IVUS ガイドで確認し、ワイヤーの導入に成功 (図 4D)。OTW long balloon で PTA を拡張。ワイヤーおよび Corsair® を足底動脈まで進めた。pedal arch を介して逆行性に DPA へワイヤーの導入に成功 (図 4E)。しかし、Corsair® が追従せず。順行性に ATA へワイヤーの導入を試み、ATA の mid でワイヤー同士の会合に成功 (図 4F)。しかし、両方向からのマイクロカテーテルが病変内へ進入できず、'kissing wire' の形で、順行性のワイヤーを進めることができ、DPA まで進ませることができた。pedal arch につけ、バルーン拡張を行い、完全血行再建に成功。良好な血流が再開した (図 4G)。