

07-26

ステント補助下コイル塞栓術を施行した右鎖骨下仮性動脈瘤の1例

熊本赤十字病院 放射線科¹⁾、
熊本赤十字病院 心臓血管外科²⁾

○東 美菜子¹⁾、菅原 丈志¹⁾、中島 康也¹⁾、
米永 和真¹⁾、伊藤 加奈子¹⁾、馬場 裕之¹⁾、
小柳 俊哉²⁾、渡邊 俊明²⁾、鈴木 龍介²⁾、
廣重 恵子²⁾

【目的】鎖骨下動脈の仮性動脈瘤は破裂や遠位塞栓のリスクを伴っていることから治療が必要である。以前は外科的治療が行われていたが最近ではより低侵襲で合併症の少ない血管内カテーテル治療が選択される傾向にある。今回、全身状態の悪い症候性の鎖骨下仮性動脈瘤患者に対しステント補助下コイル塞栓術を施行し合併症なく治療ができたので報告する。

【症例】60歳女性。化膿性椎間板炎にて近医入院中に嘔吐と嚥下障害の増悪を自覚しCTにて26×22mmの右鎖骨下動脈起始部に仮性動脈瘤を認め、治療目的で当院に紹介となった。2週間後に当院でCT再検査したところ28×23mmへサイズが増大し内部壁在血栓も増加したため早期に治療が必要と考えられたが、糖尿病性腎症による透析治療中で心機能が悪く脳梗塞の既往症もあり、外科的手術はリスクが高いと判断しステント補助下コイル塞栓術をすることとなった。また右鎖骨下動脈起始部には軽度狭窄も認めていたことから同部位に対する拡張目的のステント留置も併せて行うこととなった。左総大腿動脈と右上腕動脈の双方から病変にアプローチし、まず仮性動脈瘤のneck部と鎖骨下動脈狭窄部を覆うようにステントを留置し、引き続き左総大腿動脈と右上腕動脈の双方からマイクロカテーテルをステントのストラットを通し仮性動脈瘤内に留置後、マイクロコイルにて塞栓術を施行した。最後に瘤内への血流をより低下させる目的でステント留置術を追加した。術後の経過は良好で特に合併症も見られなかった。

【結論】鎖骨下仮性動脈瘤に対するステント補助下コイル塞栓術は低侵襲で外科的手術が困難な症例において有用な方法と思われる。

07-27

腹腔動脈瘤に対してコイル塞栓術を施行した5例

足利赤十字病院 放射線科¹⁾、足利赤十字病院 看護部²⁾
○佐藤 浩三¹⁾、潮田 隆一¹⁾、謝 毅宏¹⁾、
公田 龍一¹⁾、柏瀬 美香²⁾

【目的】腹腔動脈瘤は、稀であるが破裂が致死的となりうる重篤な疾患である。当院で5例のコイル塞栓術を経験したので報告する。

【方法】対象は1998年から2010年の間に当院を受診した5例(51-73歳、平均61.6歳、いずれも男性)。腹痛・背部痛3例(うち1例は破裂による緊急手技)、画像検査による偶発的発見2例で、いずれも動脈硬化による真性瘤と考えられた。瘤の入口が狭いタイプ(narrow neck)の嚢状瘤であった1例は瘤内塞栓により腹腔動脈本幹を温存し得た。他の4例は瘤の入口が広いタイプ(broad neck)の嚢状瘤もしくは紡錘状瘤であり、瘤内塞栓と腹腔動脈の近位遠位塞栓(trapping)を施行した。そのうち2例では上腸間膜動脈から十二指腸動脈アーケードを介しての総肝動脈側の塞栓術を要した。

【成績】手技は全ての症例で成功し、合併症無く経過した。経過観察の血管造影またはCTアンギオでは良好な瘤の塞栓効果が認められ、末梢側の臓器に梗塞や虚血を示唆する所見は見られなかった。

【結論】腹腔動脈瘤に対して、コイル塞栓術は有効で安全な治療法と考えられる。

07-28

64列心臓CTにて描出できた稀少な左冠動脈起始異常の2例

熊本赤十字病院 放射線科¹⁾、熊本赤十字病院小児科²⁾、
熊本赤十字病院心臓血管外科³⁾、熊本赤十字病院循環器科⁴⁾

○宮部 陽永¹⁾、菅原 丈志¹⁾、中島 康也¹⁾、
伊藤 加奈子¹⁾、市原 順子²⁾、平井 克樹²⁾、
古瀬 昭夫²⁾、西原 重剛²⁾、佐多 莊司郎³⁾、
小柳 俊哉³⁾、角田 隆輔⁴⁾、外牧 潤⁴⁾

【目的】先天的冠動脈疾患である左冠動脈起始異常の中で、右バルサルバ洞や肺動脈幹から分岐するものは急性心筋梗塞や突然死の原因となり、予後不良とされている。今回我々は64列マルチスライスCT(multi-detector row CT: MDCT)による心臓アンジオグラフィ(心臓CT)にて、これらの起始異常が診断できたため報告する。

【症例1】前年に原因不明の意識消失の既往がある11歳女児で、体育の授業中に出現した気分不良と意識消失のため当院に救急搬送となる。ショックバイタルで胸痛の訴えがあり、心エコーで壁運動低下を認めたため、緊急冠動脈造影検査(CAG)を施行したところ、左冠動脈起始部は右バルサルバ洞から起始しており、主幹部狭窄を認めた。症状安定化後に心臓CTを施行したところ、左冠動脈は右冠動脈起始部近くから分岐後に大動脈壁内を走行しており、左冠動脈右バルサルバ洞起始症と診断された。

【症例2】元来健康な11歳男児で、バレーボール部の試合中に突然の心肺停止状態となり、心肺蘇生措置とAED作動により心拍再開し当院に救急搬送となる。急性心筋梗塞が疑われCAG施行したところ、左冠動脈は右冠動脈からの側副血行路により逆行性に造影されて肺動脈本幹から分岐しており、左冠動脈肺動脈起始症と診断された。心臓CTでも同様の所見が描出できた。

【結論】64列の心臓CTは冠動脈起始異常の描出が可能であり、胸痛や失神の既往のある小児において先天的冠動脈疾患の評価に有用な検査であると思われる。

07-29

クレアチニン分析装置「スタットセンサーi」の有用性

足利赤十字病院 放射線科

○桐山 岳

【目的】当院で造影検査を施行する際、緊急で造影検査が必要な患者や医療機器共同利用の患者、採血未実施の患者は腎機能が不明のまま造影検査を施行していた。しかし、安全に造影検査を施行するためには事前に腎機能を評価しておく必要がある。今回、血清クレアチニン(Cr)値とその値をもとに推算される糸球体濾過量(eGFR)を30秒と短時間で測定可能なクレアチニン分析装置スタットセンサーiを導入し、それに伴い生じた問題と改善点を検討した。また、当院の生化学自動分析器との値を比較したので報告する。

【方法】ディスプレイサブル穿刺針、もしくは造影用の留置針より採血し測定を行った。

【問題】採血方法による測定値の誤差。全身浮腫や皮膚の硬い(厚い)患者のディスプレイサブル穿刺針による採血。スタットセンサーのランニングコスト。

【考察】造影検査室以外で穿刺された患者に対して、輸液ラインから血液を逆流させて採血したところ、生化学自動分析器の値よりもCrが低く表示されたため、採血方法は直接造影検査室で穿刺をした部位から行う事とした。また、ディスプレイサブル穿刺針は患者の状態によって上手に採血できない場合が多い。このことから、確実に正確な採血を行う方法として、造影検査室にて留置した穿刺針より採血を行うことが望ましいと考える。測定の結果CrかeGFRが異常値だった場合は、患者に十分な説明を行い穿刺針を抜去して単純検査を施行する。コストに関しては現在病院負担で行っている。スタットセンサーのテストストリップが高価なため、対象患者を厳選して使用する必要がある。

【結論】腎機能を造影直前に評価することで、造影剤副作用を予防でき安全に検査を遂行できるのでコストを加味してもスタットセンサーは有用であると考えられる。