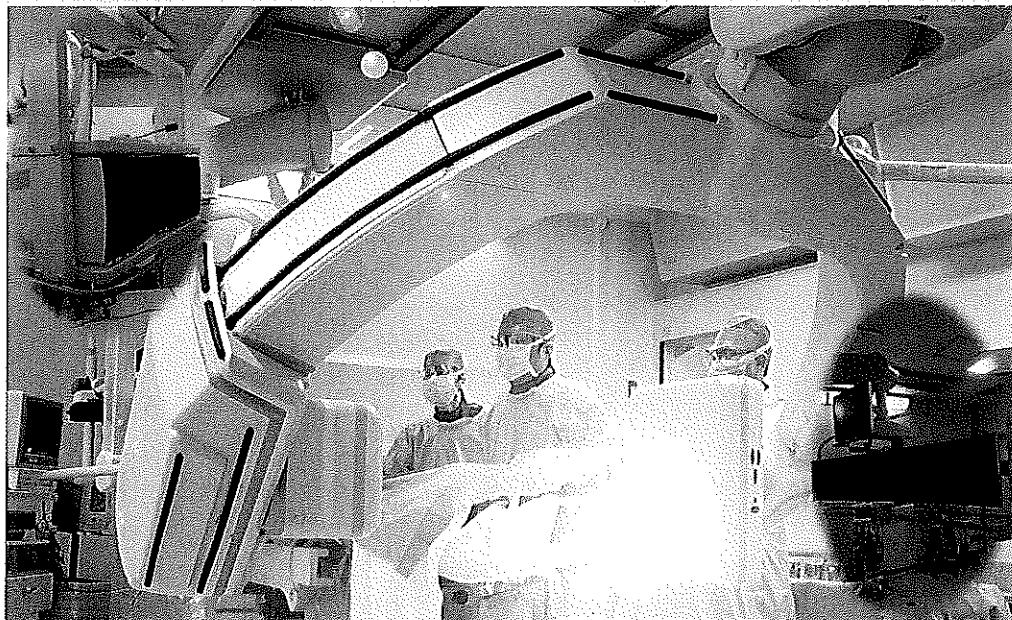


# 第13回 NPO法人 日本脳神経血管内治療学会 関東地方会

The 13th Japanese Society for Neuroendovascular Therapy-KANTO

テーマ 脳血管内治療の発展と技術の伝承

## プログラム・抄録集



会期 2016年7月9日(土)

会長 橋本 孝朗 東京医科大学脳神経外科学分野

会場 ソラシティカンファレンスセンター

東京都千代田区神田駿河台4-6

## 第3会場

14:00～15:00

### 一般演題 11

#### 慢性期血行再建術 1

座長 内藤 功 老年病研究所附属病院脳神経外科

間中 浩 横浜市立大学附属市民総合医療センター脳神経外科

##### O11-1 CAS 周術期のステント内血栓と VerifyNow の検討

○久保美奈子, 奥村 浩隆, 中條 敬人, 飯塚 一樹, 加藤 優, 鷺見 賢治, 水谷 徹  
昭和大学医学部脳神経外科学講座

##### O11-2 当院の頸動脈ステント留置術と DWI 陽性率

○中條 敬人, 奥村 浩隆, 水谷 徹  
昭和大学医学部脳神経外科学教室

##### O11-3 頸動脈ステント留置術後にステントが破損していた一例

○大橋 智生<sup>1)</sup>, 新井 祐輔<sup>1)</sup>, 小笠原大介<sup>1)</sup>, 須田 智裕<sup>1)</sup>, 松島 健<sup>1)</sup>, 生天目浩昭<sup>1)</sup>,  
斎田 晃彦<sup>1)</sup>, 橋本 孝朗<sup>2)</sup>  
1) 東京医科大学茨城医療センター脳神経外科, 2) 東京医科大学脳神経外科

##### O11-4 頸動脈ステント留置術後に可逆的な脳血管攣縮を来たした 2 例

○吉田 陽一<sup>1)</sup>, 小林 英一<sup>1,2)</sup>, 久保田真彰<sup>1)</sup>, 足立 明彦<sup>1,2)</sup>, 佐伯 直勝<sup>1)</sup>  
1) 千葉大学医学部脳神経外科, 2) 千葉大学医学部附属病院包括的脳卒中センター

##### O11-5 橋骨動脈アプローチを第一選択とした CAS に関する初期経験

○宇野 健志<sup>1)</sup>, 庄島 正明<sup>2)</sup>  
1) 野猿峠脳神経外科病院, 2) 東京大学脳神経外科

##### O11-6 大動脈プラーク合併左内頸動脈狭窄症例にアプローチを工夫して CAS を施行した一例

○風間 宙文, 金丸 和也, 橋本 幸治, 吉岡 秀幸, 鈴木 景子, 八木 貴, 木内 博之  
山梨大学医学部附属病院脳神経外科

##### O11-7 重症大動脈弁狭窄症患者に対する CAS—バルーン大動脈弁形成術 (BAV) の併用—

○林 盛人<sup>1)</sup>, 佐藤健一郎<sup>2)</sup>, 青木 和哉<sup>1)</sup>, 木村 仁<sup>1)</sup>, 斎藤 紀彦<sup>1)</sup>, 中山 晴雄<sup>1)</sup>,  
横内 哲也<sup>2)</sup>, 新倉 寛輝<sup>2,3)</sup>, 原 英彦<sup>3)</sup>, 岩渕 聰<sup>1)</sup>  
1) 東邦大学医療センター大橋病院脳神経外科, 2) 横浜総合病院脳神経外科,  
3) 東邦大学医療センター大橋病院循環器内科

O11-7

## 重症大動脈弁狭窄症患者に対する CAS—バルーン大動脈弁形成術 (BAV) の併用—

○林 盛人<sup>1)</sup>, 佐藤健一郎<sup>2)</sup>, 青木 和哉<sup>1)</sup>, 木村 仁<sup>1)</sup>, 斎藤 紀彦<sup>1)</sup>, 中山 晴雄<sup>1)</sup>, 横内 哲也<sup>2)</sup>, 新倉 寛輝<sup>2,3)</sup>, 原 英彦<sup>3)</sup>, 岩渕 聰<sup>1)</sup>

1) 東邦大学医療センター大橋病院脳神経外科, 2) 横浜総合病院脳神経外科,

3) 東邦大学医療センター大橋病院循環器内科

【はじめに】頸動脈狭窄症に対する頸動脈ステント留置術 (CAS) における禁忌の一つに、重症大動脈弁狭窄症 (Severe AS) があげられる。今回我々は、Severe AS を伴った頸動脈狭窄症に対して、バルーン大動脈弁形成術を先行し、その後安全に頸動脈ステント留置術を施行した症例を経験したので報告する。

【症例】83才男性。房室ブロック、大動脈弁狭窄症で当院循環器内科通院中に両側の内頸動脈狭窄 (PSV : Rt 434, Lt 242 cm/s) を認め、狭窄の強い右内頸動脈に対して CAS を施行した。その後、左眼の一過性黒内障、左内頸動脈狭窄の増悪 (PSV 298 cm/s) を認めたため、左内頸動脈狭窄に対しても CAS を予定した。しかし、術前的心臓超音波で AS の増悪 (左室-大動脈圧較差 57 mmHg) を認めたため、経皮的大動脈弁形成術 (BAV) を併用し、その後左内頸動脈狭窄症に対して CAS を施行した。CAS 周術期に明らかな合併症は認めず、CAS 後 12ヶ月で大動脈弁置換術が施行された。

【考察】頸動脈狭窄症に対する CAS は、頸動脈反射に伴う徐脈、低血圧が高率に出現し、重度の AS 患者では禁忌とされている。一方で高度の頸動脈狭窄は人工心肺を使用する開胸手術では虚血性脳合併症のリスクとなることも知られているため、どちらの治療を先行させるかは議論の余地がある。本症例では一時的な AS の改善に BAV を行い、安全に CAS を施行することができた。BAV は、重度の大動脈弁狭窄症において根治的な効果は少ないものの、一時的に左室大動脈圧の圧較差を軽減させることができ、CAS 周術期の頸動脈洞反射に伴う虚血性心合併症のリスクを軽減させることができる。しかし、BAV 自体の合併症も報告されており、循環器内科医と十分相談した上で治療適応を検討する必要がある。

O12-1

## Mobile plaque 回収に成功した頸動脈ステント留置術の 1 例

○小笠原大介<sup>1)</sup>, 大橋 智生<sup>1)</sup>, 原岡 恵<sup>2)</sup>, 一樹 優生<sup>2)</sup>, 青柳 滋<sup>3)</sup>, 斎田 晃彦<sup>1)</sup>, 橋本 孝朗<sup>2)</sup>

1) 東京医科大学茨城医療センター脳神経外科, 2) 東京医科大学病院脳神経外科,

3) 新座志木中央総合病院

【はじめに】Mobile plaque (MP) を有す患者は、虚血性疾患の high risk であり内服加療単独ではしばしば十分な効果が得られないことがある。今回、我々は内服加療にて効果が得られなかった MP を有す患者に対して CAS が奏功した症例を経験したので報告する。

【症例】73歳男性。健診にて頸動脈狭窄を指摘され、バイアスピリン (100 mg) の内服で経過を見ていたが、3年後の頸動脈エコーにて MP を指摘されたためにプラビックス (75 mg) 錠を追加し DAPT にて保存加療を行った。しかし同年、顔面部の違和感を自覚し頭部 MRI にて同側の亜急性期脳梗塞を認めたため、精査加療目的に入院となった。

【入院後経過】DAPT にクレストール、ロトリガを加えた内服加療で 1 週間経過みるもブラークに著変なく CAS を施行した。

【手術】seatbelt & airbag 法で頸動脈ステント留置術施行し、MP の回収に成功した。ブラークに関しては病理として提出した。

【術後経過】術後大きな合併症なく、POD8 に自宅退院となった。

【考察】MP に関しては今まで報告例が少ないこともあり、十分な治療法が確立されていない。内服加療単独では、しばしば効果が得られず、外科的処置も考慮される。今回我々は、頸動脈エコーを併用することで CAS が奏功した症例に関して文献的考察も含めて検討した。