

頸動脈狭窄に対するステント留置術

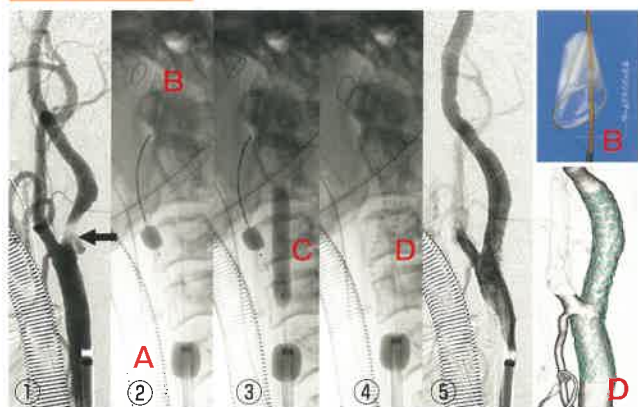


立川総合病院 副院長
循環器・脳血管センター 副所長
脳神経外科 主任医長
阿部 博史

頸部の頸動脈は動脈硬化性の狭窄をきたしやすい部位で、狭窄が強くなると、脳血流の低下を生じて起きる脳梗塞や、その狭窄部位に出来た血栓が飛んで生じる脳塞栓の原因になります。今までは、外科的に狭窄部位を切除して血管を拡げる頸動脈血栓内膜剥離術が行われてきました。当科では、2001年から侵襲の少ない“血管内治療”を第一選択とし、狭窄部位をバルーンカテーテルで拡張した後に、再狭窄を来さないように円筒形のメッシュ状のステントを留置する、**ステント留置術**を積極的に行っています。この頸部の頸動脈狭窄に対する**ステント留置術**は2008年4月

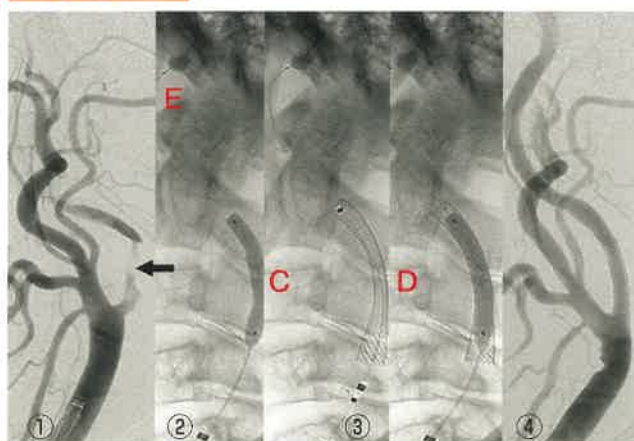
から保険適応になりました。合併症の中で最も問題となるのが、術中に狭窄部の剥がれた内膜や血栓が脳血管に飛んで脳塞栓を生じることです。その遠位塞栓予防の対策として、現在はフィルターシステム（写真参照、**症例1**）とバルーンシステム（写真参照、**症例2**）を症例により使い分けて用いています。2001年2月から2024年12月までの24年間で、728側の頸部頸動脈狭窄症に対して**ステント留置術**を行い、狭窄率で平均93%から6%の改善が得られました。更に、頭蓋底部の内頸動脈狭窄例に対しても症例を選んで**ステント留置術**を適応し、今までに行った63例全例で結果は良好です（写真参照、**症例3**）。また、鎖骨下動脈狭窄例においても症状のある例に対して**ステント留置術**が行い、こちらも31例全例良好な結果です（写真参照、**症例4**）。

症例 1



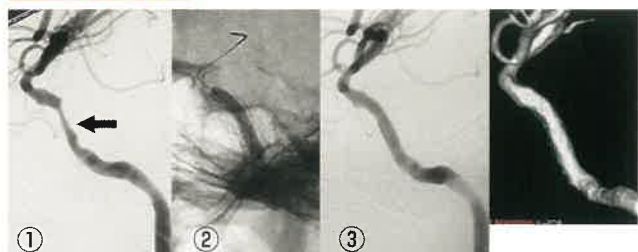
①内頸動脈の起始部の狭窄(◀)に対して、②バルーン付きのガイディングカテーテル(A)とフィルター(B)で術中の塞栓を予防しつつ、③血管拡張用バルーンカテーテル(C)で狭窄部を拡張。④その後にステント(D)を留置し、⑤狭窄部は十分な拡張を維持。

症例 2



①内頸動脈の起始部の狭窄(◀)に対して、②バルーンガイドワイヤー(E)で術中の塞栓を予防しつつ、血管拡張用バルーンカテーテル(C)で狭窄部を拡張。③その後にステント(D)を留置し、④狭窄部は十分な拡張を維持。

症例 3



①頭蓋底部の内頸動脈狭窄(◀)に対して、狭窄部の拡張後に、②バルーンにマウントしたステントを留置し、③その後狭窄部は十分な拡張を維持。

A: バルーン付きガイディングカテーテル D: ステント
B: フィルターガイドワイヤー E: バルーンガイドワイヤー
C: 血管拡張用バルーンカテーテル F: バルーンカテーテル

症例 4



①左鎖骨下動脈狭窄(◀)に対して、②バルーンガイドワイヤー(E)とバルーンカテーテル(F)で術中の塞栓を予防しつつ、血管拡張用バルーンカテーテル(C)で狭窄部を拡張。③その後にステント(D)を留置し、④狭窄部は十分な拡張を維持。