

第7回血栓回収療法教育セミナー ケースカンファレンスプログラム

1. 治療介入と治療方針に迷った急性期中大脳動脈閉塞の一例（抄録あり）
静岡済生会総合病院 脳神経外科 大多和 賢登
2. ガイディングカテーテル留置困難症例に行った double stiff wire technique
名古屋市立大学 脳神経外科 内田 充
3. 担癌患者の後大脳動脈の血栓回収に6mmのステントが必要であった1例（抄録あり）
金沢大学 脳神経外科
及川希望、見崎孝一、工藤誠也、南部鴻介、上出智也、中田光俊
4. 心尖部血栓により脳梗塞を繰り返した症例（抄録あり）
中東遠総合医療センター 脳神経外科、循環器内科*
鳥飼武司、三科 貴*
5. 血栓回収後に再発を起こし左心耳血栓が発見されたBA閉塞の一例（抄録あり）
刈谷豊田総合病院 脳神経外科
浅井琢美
6. 血栓回収療法にて心臓腫瘍を診断した左中大脳動脈閉塞の1例（抄録あり）
静岡がんセンター 脳神経外科、刈谷豊田総合病院 脳神経外科*
伊藤翔平、浅井琢美*

演題 1

治療介入と治療方針に迷った急性期中大脳動脈閉塞の一例

静岡済生会総合病院

大多和 賢登

「経過」

症例は 62 歳男性。前日夜に最終健常を確認していた。当日起床時からふらつきを自覚、その後仕事へ出かけたが、午前 11 時ごろに回転性のめまいを発症した。

その後に意識レベルが低下し左不全麻痺を発症したため当院に救急搬送となった。

神経症状は、意識レベルは JCS3、左上下肢軽度麻痺、会話内容は正答するものの構音障害を認めた。

NIHSS は 5 点、心電図は洞調律であった。

頭部 CT では右前頭葉に明瞭に低吸収域を認めたもののそれ以外には明らかな梗塞巣を認めなかった。頭部 MRA にて右中大脳動脈近位部閉塞を認め、DWI では右前頭葉に加えて島皮質に高信号域を認めた。(DWI-ASPECTS7 点)。

DWI-MRAMismatch を認めたものの、NIHSS は低く、血圧も 140 程度であった。しかし症状悪化が危惧されたため治療介入することとした。

「治療」

9FrOptimo を右内頸動脈起始部に誘導し、SALVA60/Phenom27/CHIKAI0.014 で誘導し ADAPT を施行した。

M1 遠位部に閉塞部位が移動したため、同システムで誘導し、Solitaire4mm×40mm を展開し ASAP 法で回収、M2 一本は再開通したがもう一本が閉塞していた。

再誘導時に M1 再閉塞を認め、解離を疑わせる所見を認めた。

真腔を確保し冠動脈ステントを誘導し留置した。これ以上の血栓回収は困難と判断し終了した

【討論したいポイント】

1. 症状が軽度悪化していたため介入したが、介入してよかったか。
2. ペナンプラ領域を検出するため ASL や CT perfusion を施行すべきか。
2. 解離と分かった時点での治療方法、ステントの種類など。

演題 3

担癌患者の後大脳動脈の血栓回収に 6mm のステントが必要であった 1 例

金沢大学 脳神経外科

及川 希望、見崎 孝一、工藤 誠也、南部 鴻介、上出 智也、中田 光俊

簡単な経過：遠位胆管癌術後肝再発に対し当院消化器内科で化学療法が行われている患者が職場で起立困難、失語を指摘され、当院に救急搬送された。MRI で脳底動脈描出不良を認め、消化器内科と協議した結果治療が望ましいと判断し、緊急で血栓回収を施行した。

血管撮影では BA tip の描出不良あり。8Fr Optimo を右 VA に留置し、Catalyst6、Trak21、Synchro SELECT で lesion cross し、Trevu NXT 4mm*41mm を展開し combined technique で回収をしたが再開通はなかった。2pass 目も同様に行い再開通はなく、3pass 目は simple technique で回収を試みたが再開通はなく、4pass 目は ADAPT で回収を試みたが再開通はなかった。Catalyst7 に変更し、Trevu NXT 6mm*37mm を展開し combined technique で回収をしたところ白色の塞栓源をステント内に補足できた。最終的には TICI 2b の再開通が得られたと判断し、手術終了。P2R は 170min であった。

【討論したいポイント】

1. 後方循環の血栓回収において 6mm ステントは使用してよいか。
2. 使用する場合はどのタイミングで使用するべきだったか。
3. 使用する際に注意したいテクニックは何か。

演題 4

心尖部血栓により脳梗塞を繰り返した症例

中東遠総合医療センター 脳神経外科、循環器内科*

鳥飼武司、三科 貴*

【経過】

50 代男性で、既往として心筋梗塞(10 年前)、糖尿病、高血圧症、脂質異常症があったが、2 年前から自己判断で治療を中断した。危険因子として喫煙(20 本×20 年)があった。2 週間前から労作時の呼吸難があり、徐々に下腿浮腫が悪化した。胸部レントゲンで肺野のうっ血があり、心エコーで壁運動は diffuse severe hypokinesis(心尖部の広範囲に akinesis)であり、採血で HbA1c 14.4、GLU 564、BNP 781.1 であり、急性心不全と診断され、フロセミド点滴、アルダクトン・クロピドグレル内服が行われた。入院 5 日目、心エコーで 20×18mm の心尖部血栓が指摘され、ヘパリン(15000 単位/日)投与が始まった。その後、嘔気および右側が見えないとの訴えがあった。頭部 MRI で、左後頭葉に DWI 高信号、MRA で左 P2 閉塞、T2*で血栓を認め、発症 2 時間 30 分で脳神経外科にコンサルトがあった。診察時には症状は改善しており、NIHSS 1 点(部分的半盲)であった。軽症であったため、tPA 投与や血栓回収は行わず、ヘパリン治療を継続する方針となった。入院 6 日目、朝は右半盲改善の自覚があり、歩行は自立しており、リハビリ評価では HDS-R 25/30 点であったが、夕に意識障害、失語、右麻痺(MMT 1/5)が出現した。頭部 CT で左 M1 に hyperdense sign を認め、緊急で血栓回収を行った。左 M1 閉塞に対して 1 pass で TIC1 3 の再開通があり、直後より症状の改善があった。しかし、入院 7 日目、頭部 CT で広範囲の左脳梗塞を認め、意識障害が悪化した。減圧開頭は同意されなかった(modified Rankin scale 6)。

【討論したいポイント】

1. 本症例のように心尖部血栓を認めた場合に、軽症の P2 閉塞の時点で、tPA 投与および血栓回収をすべきであるか
2. t-PA 投与によって、再梗塞(M1 閉塞)を予防できるか。

演題 5

血栓回収後に再発を起こし左心耳血栓が発見された BA 閉塞の一例

刈谷豊田総合病院 脳神経外科

浅井琢美

症例：80 歳男性（国立病院機構名古屋医療センター在籍中の症例）

既往：心房細動・3 年前に脳塞栓症。

意識障害・四肢不全麻痺を主訴に救急搬送された。NIHSS 16 点で最終健常から約 3 時間で来院であった。MRI にて BA 閉塞と診断され、pc ASPECTS 7 点であったため血栓回収を施行した。完全再開通が得られ症状は改善し、翌朝には NIHSS 2 点まで改善した。しかし、翌日昼食時に傾眠および左半盲が出現し、MRI を再検したところ右 P1 閉塞を認め、脳塞栓症の再発と考えられた。NIHSS 8 点であったが、補液で改善傾向となったため血管内治療は行わずに内科的治療を継続した。発症 5 日後に行った心電図同期左房造影 CT の晩期相にて左心耳血栓像を認めた。再発を繰り返しており左心耳血栓の残存を認めたため入院 45 日後に心臓外科にて左心耳閉鎖術（開胸・クリップによる閉鎖）を行った。最終転帰は mRS 2 であり、記憶力障害および部分半盲が後遺した。

【討論したいポイント】

1. 心原性脳塞栓症の患者に対する心腔内血栓の評価について
2. 左心耳血栓症の評価方法について
3. 左心耳閉鎖について

演題 6

血栓回収療法にて心臓腫瘍を診断した左中大脳動脈閉塞の1例（抄録あり）

静岡がんセンター 脳神経外科、刈谷豊田総合病院 脳神経外科*
伊藤翔平、浅井琢美*

症例；63歳男性。

既往歴；本態性血小板血症。

臨床経過；意識障害、右麻痺で発症した左M1閉塞で他院より救急搬送された。搬送時、最終健常より約5時間30分経過しており、NIHSS 27点、DWI ASPECT 7点であった。血栓回収療法を施行し、TICI2bの再開通が得られ、翌日にはNIHSS7点まで改善した。前医にて施行されたCT検査にて未指摘の左肺腫瘍及び小腸腫瘍を認めた。入院後に施行した経胸壁心臓エコー検査、心臓造影CT検査にて左室内腔を占拠する腫瘍を認めた。塞栓症再発、流出路狭窄症状予防のため、心臓血管外科にて心臓手術を検討したが、回収した塞栓子の病理診断にて、未分化癌（原発不明癌）と診断されたため、適応外と判断した。全身化学療法は患者、家族が希望されず、緩和ケア方針とし、入院21日後に自宅退院とした。

結語；心臓腫瘍の塞栓症にて発症した脳梗塞に血栓回収療法を施行した1例を経験した。病態把握、治療方針決定に塞栓子の病理組織学的検査が有用であると考えられた。