

当院での安全な Transradial Neurointervention に向けた試み

吉田啓佑¹⁾、堀越 知²⁾、木幡一磨²⁾、赤路和則¹⁾

1) 公益財団法人脳血管研究所 美原記念病院 脳神経外科

2) 公益財団法人脳血管研究所 美原記念病院 脳卒中科

[背景]より低侵襲な治療アプローチとして経橈骨脳血管内治療 (Transradial Neurointervention; TRN) の報告が近年増えている。

[方法]2021年12月から2022年5月に当院で施行したTRNについて後方視的に検討した。術前に橈骨動脈径(手関節部、橈骨小窩部)を検査技師によりエコーで測定し、挿入シース径の参考とした。アクセスルートは手関節部MRA、上肢CTA(全身CTAより再構成)などを参考とした。穿刺はエコーを使用せず、spasm防止に硝酸イソソルビド、ベラパミルを4Frシース挿入後に動注した。大動脈弓がbovineでない左病変の場合はSimmons型ガイディングシースを使用した。止血デバイスは橈骨穿刺ではTRバンド、遠位橈骨穿刺ではPreludeSYNC DISTALを用いた。

[結果]TRNが施行されたのは14例(年齢71±12歳, 男/女性9/5例, 全身/局所麻酔8/6例)で、右橈骨穿刺10例、右遠位橈骨穿刺1例、平均右橈骨動脈径は手関節部2.3mm, 橈骨小窩部2.0mmであった。病変は右11例, 左3例で内訳は未破裂動脈瘤4例、破裂動脈瘤1例、CAS1例、DAVF1例、AVM1例、腫瘍塞栓2例、血栓回収1例、再発CSDHに対するMMA塞栓2例(1例で中止)、塩酸ファスジル動注1例であった。4Fr Simmons型ガイディングシースの形状が合わなかった左再発慢性硬膜下血腫1例を除き治療を完遂できた。操作台や灌流ルートの配置に微調整を要したが、ガイディング誘導後の操作性は問題にならなかった。一方で、OptimoがCCA起始部の屈曲でkinkし入れ替えを要した症例もあった。穿刺部合併症は認めず、術後安静度制限も緩和され患者満足度は高かった。

[結論]TRNは適切な症例選択と若干の慣れが必要と思われた。穿刺部合併症回避や患者満足度の点で有用性は高く、今後も症例を蓄積していく。