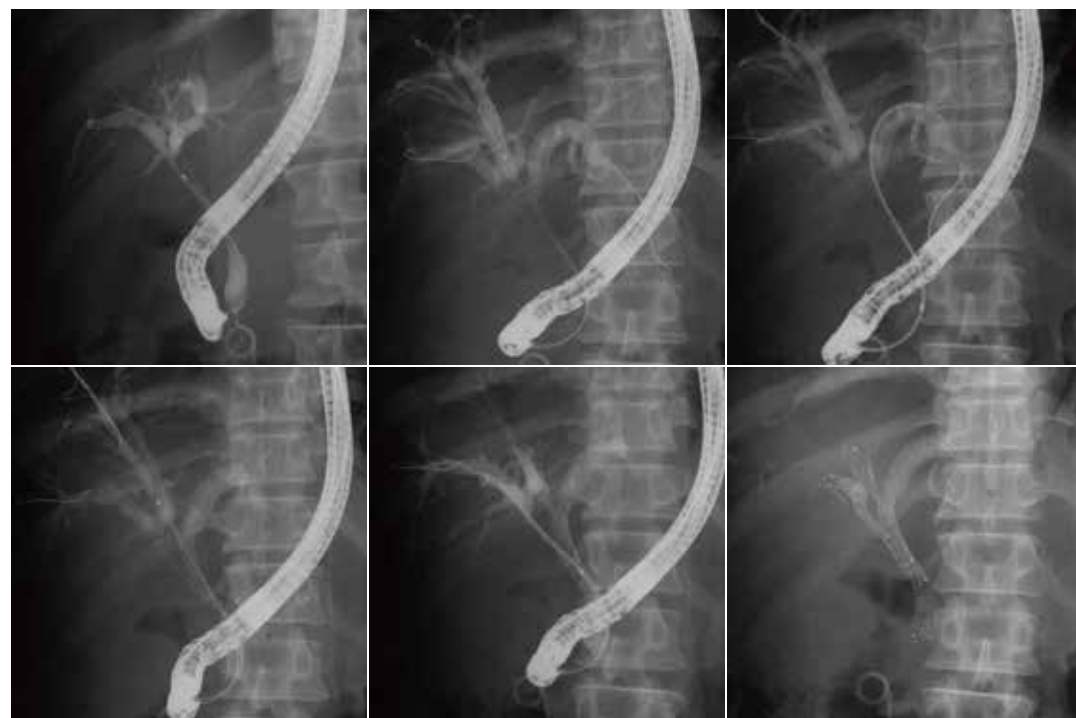


症例 3

57 歳男性。切除不能胆嚢癌に対し、胆管ステント（plastic stent）留置後、化学療法中であった。肝胆道系酵素上昇と肝内胆管拡張を認め、ステント閉塞が疑われ入院となった。

本症例は右後区域枝がいわゆる南回りで総胆管に合流しており、左胆管、右前後区域枝に腫瘍浸潤を認めた（図 13, 図 14）。それぞれの胆管をガイドワイヤーで seeking 後、左胆管に 10 mm × 10cm、右前区域に 10mm × 8 cm、右後区域 10 mm × 6 cm のゼオステント V を留置した（図 15a-c, 図 16）。



13	14	15a
15b	15c	16

コメント

我々の施設では、通常ガイドワイヤーは柔軟性、トルク伝達性、狭窄突破性により 0.025 inch を中心に使用している。多くの処置具は 0.035 inch ガイドワイヤー対応であるが、ゼオステント V のデリバリーシステムは 0.025 inch のガイドワイヤー対応で、先端チップのテーパ化によりガイドワイヤーとの段差を解消し、先端チップに柔軟性を持たせることにより追従性を向上させている。一方、細径化に伴い、直進性の低下やステント展開時の抵抗などが危惧される。

実際の症例では、デリバリーシステム先端がメッシュ間隙や胆管側枝に引っ掛かることは稀で、ステント展開時の抵抗も少なく、ストレスの少ない手技が可能であった。バルーンやダイレーターによる狭窄部の前拡張やメッシュ間隙の拡張が必要な留置困難例は減少し、処置時間の短縮や医療コストの低減にも寄与すると考えている。

また、ゼオステント V はレーザーカットステントであり、短縮はほぼなく、拡張力と柔軟性のバランスや視認性も良好で正確な留置が可能である。ステント径は 6, 8, 10 mm、ステント長は 40 mm から最長 100 mm まで幅広くラインナップされており、症例に応じ適切なサイズを選択が可能であり、肝門部胆道狭窄に適したステントと考える。

製造販売元

ゼオンメディカル株式会社

URL: <http://www.zeonmedical.co.jp>

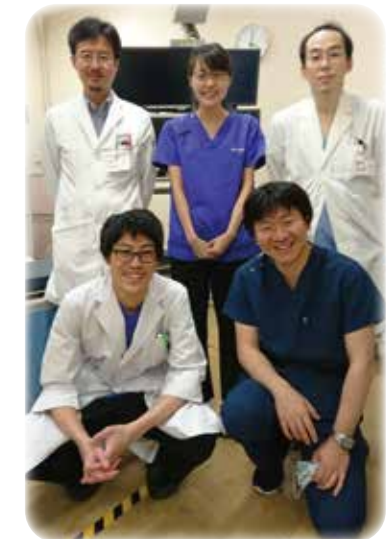
■販売名:ゼオステント V
 ■特定保険医療材料請求分類:「胆道ステントセット 自動装着システム付 永久留置型 カバーなしの一部」
 ■承認番号:22900BZX00237000

XEMEX は日本ゼオン(株)の登録商標です。

Nov. 2021
1121005(WV02)

CASE REPORT 07

肝門部悪性胆道狭窄に対する ゼオステント V の有用性



福山市民病院 内科
小川 恒由 先生 植木 亨 先生

はじめに

近年、肝門部悪性胆道狭窄のドレナージにおいて、plastic stent (PS) と uncovered self-expandable metallic stent (SEMS) の比較で胆管閉塞症状再発までの期間が uncovered SEMS の方が優位に長いという報告が散見される。

我々の施設では、非ドレナージ領域を可能な限り少なくすることにより区域性胆管炎の発症低減や肝機能の温存を期待して、SEMS を用いた partially stent in stent (PSIS) 法による multi stenting を第一選択としている。

一方、胆道の合流形態や狭窄の部位、程度は様々で、ステントおよびデリバリーシステムの性能が留置成功のポイントとなる。当院では 5.4 F 細径デリバリーシステムのゼオステント V を中心に使用しており、その有用性につき報告する。

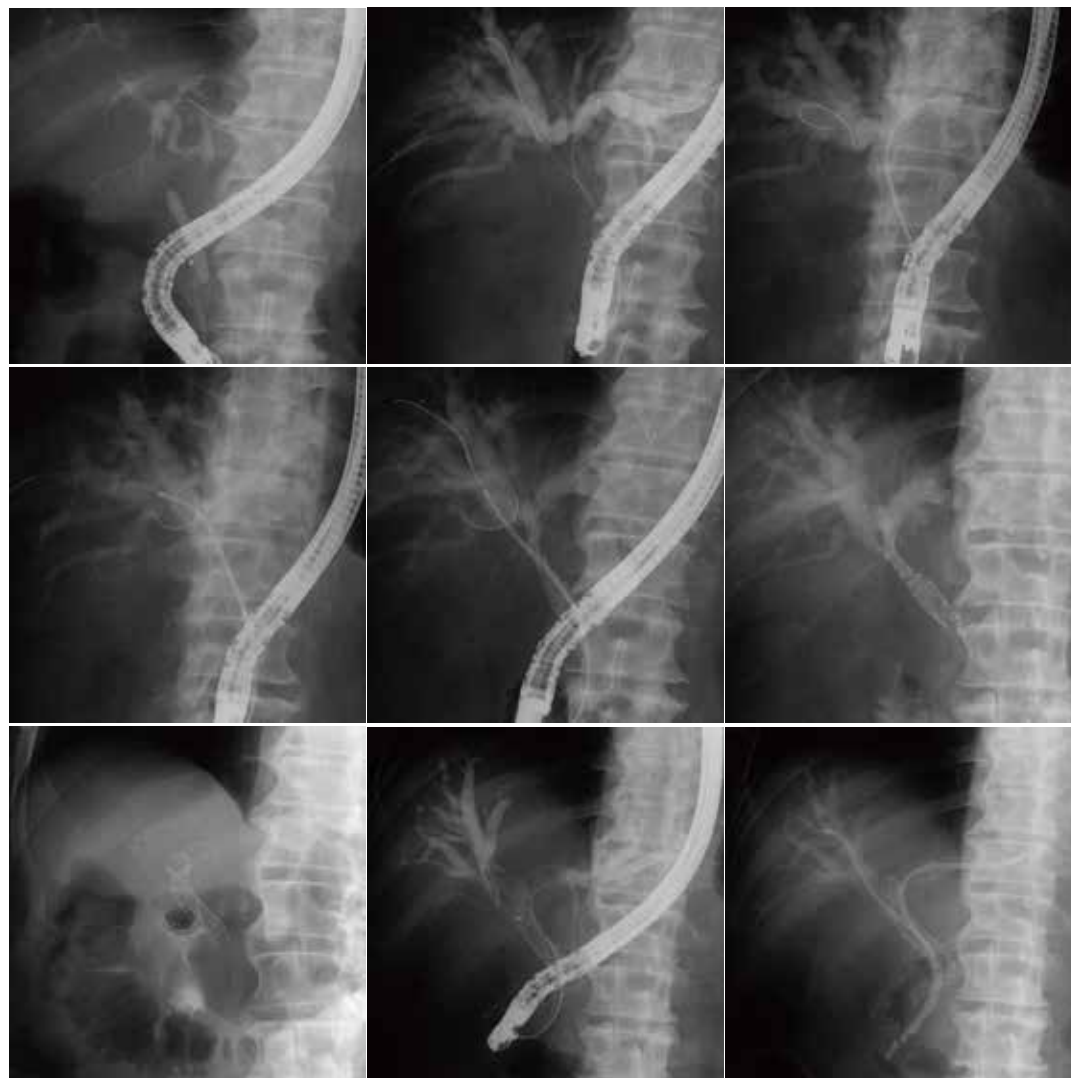
症例 1

82歳男性。高血圧症で通院加療中、閉塞性黄疸を認め当科紹介となった。MD-CTでは肝門部を中心に壁肥厚を認め、肝門部領域胆管癌と考えられた。手術希望はなく、年齢、QOLも考慮し、uncovered SEMSによる胆管ドレナージの方針となった。

内視鏡はTJF260V (Olympus)、造影チューブはMTW ERCPカテーテル(テーパー)を使用した。ERCではBismuth III型の肝門部胆管狭窄を認めた(図1a, 1b)。

まず、Visiglide2 (0.025 inch, アングルタイプ, Olympus)で左胆管、右後区域胆管、右前区域胆管をseeking後、各領域の造影剤が十分吸引できることを確認し、ガイドワイヤーを留置した(図1b)。続いて、B2にステント端が位置するように10mm×8cmのゼオステントVを留置した(図2a)。留置したステントのメッシュ間隙を造影カテーテルが問題なく通過することを確認し、右後区域に10mm×6cm、右前区域に10mm×6cmのゼオステントVを留置した(図2b, 2c, 図3)。術後経過は良好で速やかに肝胆道系酵素は低下し、第8病日退院となった。

2ヶ月後、十二指腸狭窄による嘔吐を認め、内視鏡的に十二指腸ステントを留置した(図4)。また、5ヶ月後にはステント閉塞による胆管炎を認めたため、plastic stent (TTM, GADELIUS)を追加留置した(図5a, b)。その後、緩和ケア目的で転院となった。

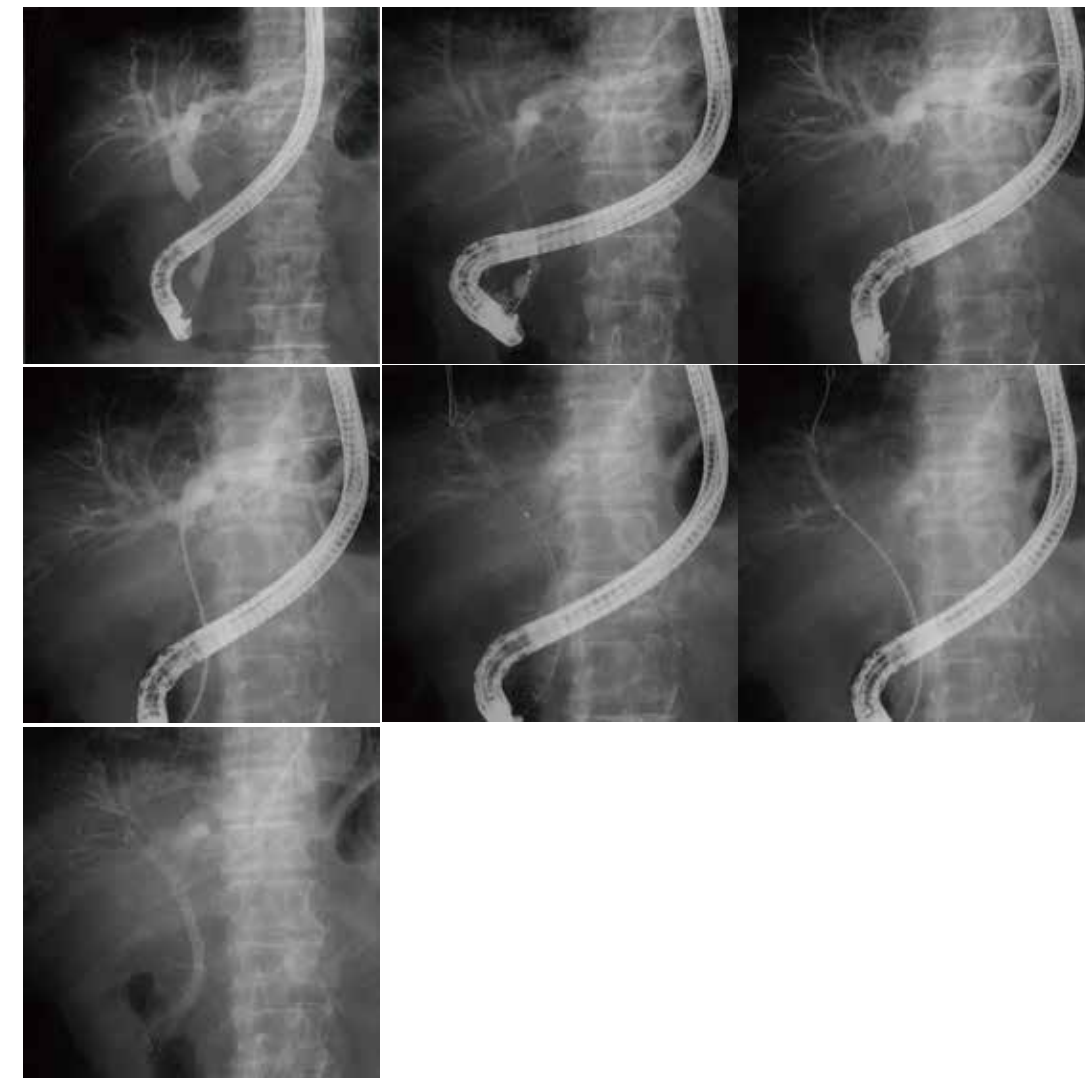


1a	1b	2a
2b	2c	3
4	5a	5b

症例 2

86歳男性。5ヶ月前より肺転移を伴う遠位胆管癌に対し、胆管ステント(plastic stent)留置後、外来経過観察中であった(図6)。発熱、黄疸を伴う肝機能障害を認め、ステント閉塞による胆管炎の診断で緊急経鼻胆道ドレナージ術(ENBD)を施行した。胆管炎を短期で繰り返しており、金属ステント留置の方針となった。

ERCでは総胆管下部から肝門部まで広範囲に腫瘍が進展していた(図7)。右後区域枝は左肝管に合流し直接浸潤は免れていた(図8)。病変進展が広範囲であり、左肝管から十二指腸乳頭出しの形で10mm×10cmのゼオステントVを留置した(図9)。続いてB8に留置しておいたガイドワイヤーを参考にメッシュ間隙をこえてガイドワイヤーを進め、MTWカテーテルを追従させたが通過困難であった(図10)。数回メッシュ間隙を変更しても同様であったが、造影チューブを細径であるPR110Q(Olympus)に変更すると抵抗なく通過可能であった。ゼオステントVの細径デリバリーシステムはメッシュ間隙に引っ掛かることなく通過し、10mm×6cmのゼオステントVを留置した(図11, 図12)。



6	7	8
9	10	11
12		