

CASE REPORT

肝門部メタリックステント閉塞に対し、ZEOSTENT plus™を用いた経乳頭的マルチステンティングが有用であった一例

京都第一赤十字病院 消化器内科

吉田 寿一郎 先生 佐藤 秀樹 先生



はじめに

近年内視鏡関連ステントや処置具の進歩、あるいは術者の技術の進歩に伴い、肝門部悪性胆道狭窄に対し、両葉へのメタリックステント(MS)留置は数多く施行されている。留置形式にはpartial stent-in-stent(PSIS)法とside by side(SBS)法が多く報告されているが、過拡張に伴う胆道出血や門脈閉塞が危惧されるため、当院ではPSIS法を第一選択としている。

しかしこれが閉塞した際、対処に難渋することが多い。今回我々はPSIS法で留置されていた肝門部MS閉塞に対し、ZEOSTENT plus™を用いたPSIS法での経乳頭的マルチステンティングが有用であった一例を経験したので報告する。

症例

60歳男性。精神発達遅滞あり(施設入所中)。2015年3月に黄疸で紹介受診。Bismuth II の肝門部胆管癌と診断。社会的背景などから手術や化学療法には同意されず、対症療法を行うこととなり、同年4月にZEOSTENT plus™をPSIS法で挿入。減黄でき経過良好であったが、同年10月に再度黄疸が出現した。

治療経過

前回の治療でMSは1本が右肝管～中部総胆管に、もう1本が右肝管～左肝管に、PSIS法で挿入されていた。ERCを施行した。まず0.025inch guidewire(GW)をB8に位置し造影した(図1)。中部胆管より末梢側で閉塞し、右葉の狭窄は既存のMS内までにとどまっており、前区域枝と後区域枝は泣き別れていなかった。次に0.025inch GWをB2に位置し造影した(図2)。

左葉の狭窄は既存のMS内、肝門部よりわずかに末梢側までと判断した。まず左肝管に、ステント上端がB2、B3分岐部直下になるように合わせて、ZEOSTENT plus™(10mm×60mm)を留置した(図3)。次にGWを残したままデリバリーシーンを抜去し、このGWにERCPカニューレを挿入、B8に留置されていたLandmark GWを目安に、GWをB8にアプローチした。Landmark GWを抜去した後、B8から総胆管にZEOSTENT plus™(10mm×80mm)を留置した(図4)。

いずれもステント下端は既存のMS下端より2cm程度乳頭側となった。最後に造影剤の良好な通過を確認し(図5)、手技を終了した。術後3ヶ月間、ステント閉塞や逸脱は認めなかった。



図1



図2

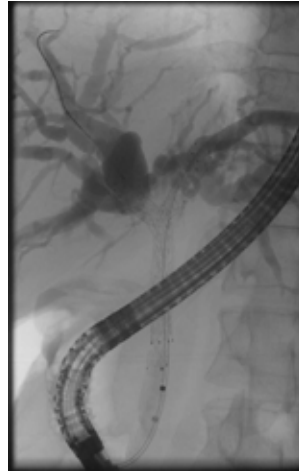


図3



図4

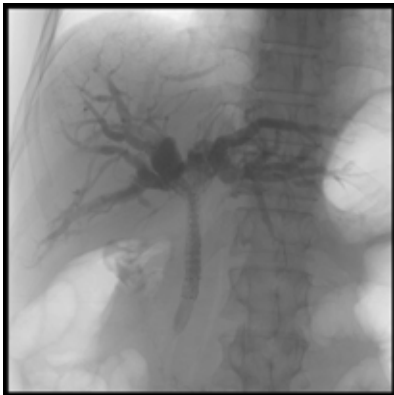


図5

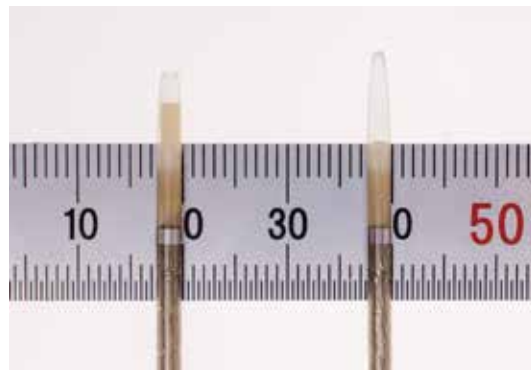


図6



図7

考察

ZEOSTENT plus™はレーザーカットタイプのMSであり、shortningがほとんどなく、また視認性も良好であることから、正確な位置にステントングを行いやすい。また適度な柔軟性と拡張力も十分にあるため肝門部胆管癌による閉塞に対しても有用と考えられる。しかしtumor ingrowthやovergrowthによるre-interventionに際しては時に手技に難渋することがある。

今回ZEOSTENT plus™で改良されたところはデリバリーシステムの部分である。デリバリーは挿入性向上のため先端部を7.2Frから6.8Frへ細くし、シースとの段差を最小限にしひっかかりにくくした。また先端チップをロングテーパチップに変更した(図6)。以上の改良によって、デリバリーがガイドワイヤにより追従しやすく狭窄を突破しやすくなった。本症例のような場合は、PSISで新たなステントを間隙を通して留置を行う際にデリバリーの

先端がステントの間隙で引っかかり挿入に難渋することがある。しかしZEOSTENT plus™では改良されたデリバリーによりスムーズな挿入が期待できると考えられた。またZEOSTENT plus™はステントを接合しているブリッジの部分が1周当たり3ヶ所(他社は4ヶ所が多い)でありステント間隙が広くメッシュスルーがしやすいのも特徴の一つである(図7)。

医療の進歩とともにMS留置患者の長期生存例が増加すれば、MS閉塞例も増加する可能性がある。MS閉塞時のドレナージに関して、現状ではコンセンサスが得られていないが、本例のように3本目、4本目のMSは有効な症例もあり、特にマルチステントングに適したZEOSTENT plus™は有用であると考えられる。