

例 (43%)、軽症 (AHI 5-15): 21 例 (33%) であった。下肢静脈瘤患者において SAS の有病率は極めて高く、下肢静脈瘤の発症機序に関与している可能性が示唆された。下肢静脈瘤は良性疾患であるが、SAS の関与が高いことから、将来的な心血管イベント発生のリスクが高いと考えられ、その予防が肝要と考えられた。

#### 8. 片側腸骨動脈閉塞を伴う腹部大動脈瘤に対して大腿-大腿交叉バイパス術を施行せず Aorto-Uni-Iliac Stent Graft で治療した 1 例

(東京医科大学八王子医療センター 心臓血管外科)

仁田 淳、芳賀 真、木村 光裕  
本橋 慎也、井上 秀範、赤坂 純逸

症例は 77 歳、女性。前医より 52 mm 径の腎動脈下腹部大動脈瘤 (AAA) に対して加療目的に紹介となった。ADL は杖歩行であった。関節リウマチ (PSL 5 mg/日内服中)、胆嚢摘出術・子宮全摘術の開腹歴があり、肺気腫による閉塞性

換気障害の既往を認めた。以上より低侵襲治療を希望され、ステントグラフト内挿術 (EVAR) の方針とした。術前 CT 検査では右総腸骨～外腸骨動脈・内腸骨動脈の閉塞を認めた。ABI は右 0.51 と低値だが跛行などの下肢症状がないこと、PSL 内服による易感染性、Aorto-Uni-Iliac Stent Graft (AUI) 留置による直接的な下肢虚血の影響が少ないと考え、大腿-大腿交叉バイパス (FFCB) をせずに AUI を用いた EVAR のみを施行した。術後の右 ABI は 0.43 であったが下肢症状の出現はなく 6 日目に自宅退院となった。術後約 5 ヶ月経過した現在も下肢症状の出現を認めず、術前の ADL を維持出来ている。

これまでに片側腸骨動脈閉塞を伴うハイリスク AAA 症例に対して AUI を用いた EVAR と FFCB の併用が有用であるとする報告が多かった。しかし、症例によっては必ずしも FFCB を必要としない症例もあると考えられ、文献的考察と併せて報告する。