

1-C-19 気管ステント療法のコツ

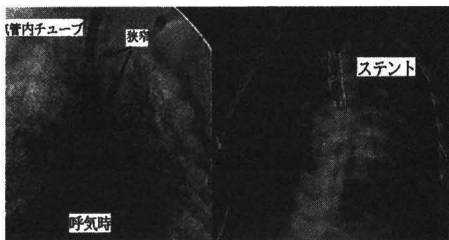
九州大学病院救急部、麻生飯塚病院救命救急センター*

財津昭憲、鮎川勝彦*、岩下邦夫

【背景】心奇形に伴う気管・気管支軟化症は良性疾患であるが、術後に難治性無気肺や気道狭窄で長期呼吸管理を余儀なくされる場合がある。気管狭窄は気道の本管が閉塞されるので危険である。生命予後は深部経口挿管や気管切開で改善するが、声が奪われ、生命活動の質(Quality of Life:QOL)は低下する。悪性疾患では気管・気管支ステント療法が確立し、気道閉塞でも高いQOLが維持できる。ステント療法は平成10年9月1日から健康保険適用となった。しかし、小児の気管軟化症のような良性疾患による気道閉塞へは胆道用ステントの流用が効果的に見えるが、保険は適用されない。良性疾患へのステント治療はまだまだ経験不足で、長期留置の安全性と成長への追従性について不明な点がある。

我々は根治不能の気管狭窄患者に、本人や家族の希望で気管ステント療法をおこない、気管ステント挿入のコツが掴めてきたので報告する。

【症例報告】症例1は生後1才1ヶ月の気管分岐部から2.5~3.0cm口側の気管軟化症の女児であった。これに対して平成8年11月26日に心臓カテーテル用レントゲン透視台にて、気管分岐部を起点に8mm径で4.5cm長では声帯に掛かりそうなので、3.0cm長のGZS-8-30胆道用ステントを挿入して小康を得た。退院直前の19日目に突然窒息死した。気管支ファイバースコープでの観察で、ステント部分は開通していたが、ステントの上縁から気管壁軟化部が陥入していた。気管は伸張するので、ステント支持は狭窄部ぎりぎりでは駄目で、上下に余裕が必要だとの尊い教訓を残した。コスト的には高くなるが、1.5cm長のステントを狭窄部で重ねて声門に架からないように長さを調節して二重支持で用いると良かった。



症例2は骨肉腫切除し、放射線療法と化学療法を追加したが、脳と右肺と縦隔に転移し、右上葉切除したが、気管の中下部圧迫で窒息状態になった15才の女子高校生で

ある。平成9年4月8日に狭窄部の上下に十分な余裕を持てる15mm径で5.0cm長の気管ステントGTZS-15-5.0を挿入し、さらに補強と網目を狭小化するため12mm径で4.5cm長の胆道用ステントGZS-12-45で裏打ちした。最後まで気道狭窄はなく、家族と会話が可能で、62日後に腫瘍死した。



症例3は食道癌根治術後の上縦隔リンパ節転移による胸骨上窩を中心とする上中部気管狭窄症である。呼吸困難増強のため睡眠不能となり、経口深部気管内挿管で延命を図った。平成9年9月19日に最狭窄部を二重支持しながら上下方向に気管ステントGTZS-15-5.0を2個挿入した。ステント挿入直後から平常の生活に戻れた。放射線療法を追加し、挿入後6ヶ月は健康な生活を送れた。7.5ヶ月後に肝臓転移腫瘍の急速増大による肝不全で死亡した。



【考察】症例1の教訓は、1) ステントの移動や気管の伸張の可能性があるので、ステント支持範囲は狭窄範囲より十分に余裕を持たせること、2) ステントの編目をより小さくし、拡張力を強くし、さらに、支持範囲の長さの調節がし易い狭窄部中心の二重支持が望ましいことである。長期ステント留置は問題なさそうである。

小児の気管気管支軟化症のような成長を伴う良性疾患にはステントの長さの短縮を伴うが気道径の拡大により追従の高い胆道用の Self-Expandable Metal Stent (Biliary Wallstent™) が良いかもしれない。

ステント挿入位置決め、心臓カテーテル用の透視台の使用は、操作のVTR記録が可能で、後からも客観的に評価できるので大変良かった。