

日本血管外科学会中国四国地方会 第50回総会

会 長 山口県済生会山口総合病院 外科部長
齋藤 聡

会 期 令和元年8月3日(土)

会 場 ホテルニュータナカ
〒753-0056
山口県山口市湯田温泉2-6-24
TEL : 083-923-1313

学会本部 ホテルニュータナカ
2F 平安A

学会事務局 山口県済生会山口総合病院 外科
〒753-8517
山口県山口市緑町2-11
TEL : 083-901-6111 FAX : 083-921-0714

会長挨拶

このたび日本血管外科学会中国四国地方会第50回総会を2019年8月3日(土)に山口市湯田温泉のホテルニュータナカで開催する運びとなりました。伝統ある本会の会長を務めさせていただきますことをこの上ない光栄に存じます。

本会は昭和53年2月に岡山から始まり、当初は年2回冬と夏に開催されてきました。現在は年に1回夏に行われていますが、このたびで第50回という記念すべき節目を迎えました。その間の血管外科の進歩はめざましく、本会は常に新しい知見や技術の発信に重要な役割を果たしてきました。また参加される諸先生の親睦を深め情報の共有や交流が得られる貴重な機会であったことと思います。今回も本会が有意義なものになるよう皆様のご参加を心よりお願い申し上げます。一般演題のほか特別講演やセミナーを企画しており、中国四国地方における血管外科の発展に寄与できればと思います。

このたびは歴史ある山口市での開催になります。室町時代大内文化の代表とも言える国宝瑠璃光寺五重塔や名勝常栄寺雪舟庭、サビエル滞在400年を記念して建てられたサビエル記念聖堂や、会場のある湯田温泉には足湯や詩人中原中也の記念館など観光スポットが存在します。週末には山口線にSLやまぐち号が走り、8月6、7日には山口七夕ちょうちんまつりが催されます。日頃の診療の疲れを温泉で癒し山口の歴史やイベントに触れていただければと思います。また少し足をのばせば秋吉台の雄大な自然、萩の城下町や世界遺産の探索、北長門海岸国定公園の日本海の情景などもお楽しみいただけます。

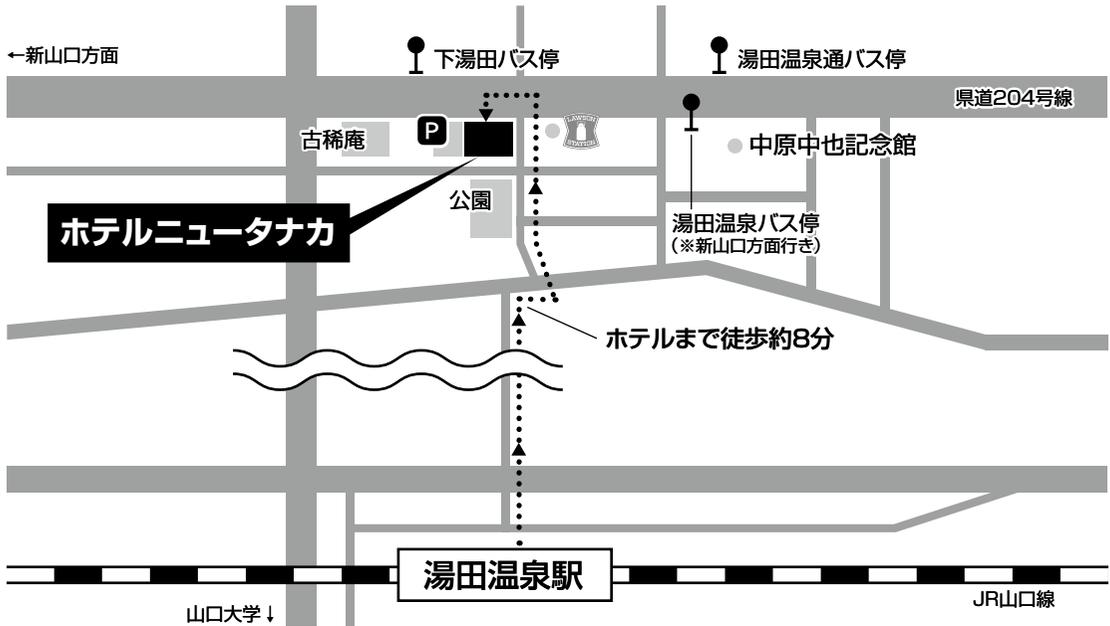
暑い時候にはなりますが、是非とも多くの先生が山口の地で血管外科について語り、観光にご満喫いただけるよう心より祈念申し上げます。

日本血管外科学会中国四国地方会第50回総会

会長 斎藤 聡

(山口県済生会山口総合病院 外科部長)

会場のご案内



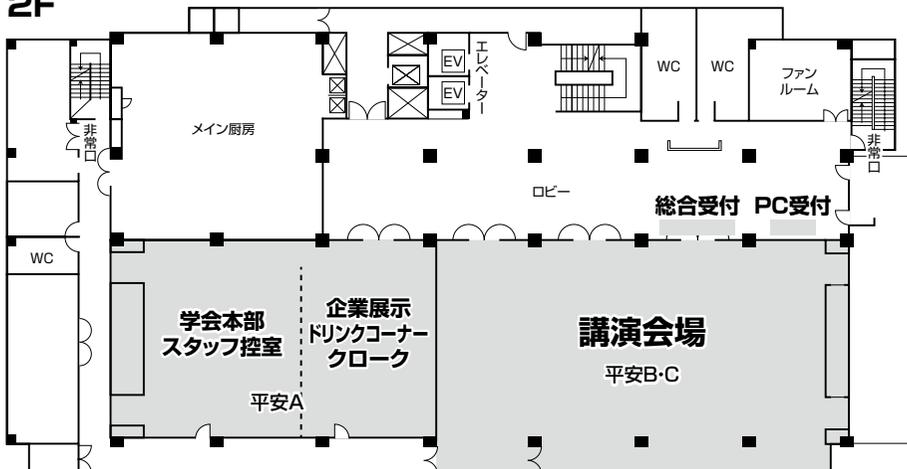
新幹線・JR ◆新山口駅～湯田温泉駅まで・・・バスで約20分、JR山口線で約18分
 ※湯田温泉駅からホテルまで・・・徒歩で約8分

自動車

- ・【広島】から・・・約2時間
- ・【福岡】から・・・約3時間
- ◆新山口駅から・・・車で約20分
- ◆中国自動車道(山口IC)から・・・車で約15分
- ◆中国自動車道(小郡IC)から・・・車で約15分

ホテルニュータナカ

2F



参加者へのご案内

1. 参加受付

日 時：8月3日(土) 8:00～16:30

場 所：ホテルニュータナカ 2F ロビー

2. 学会参加費・抄録集販売

医師・一般：3,000円

学生・コメディカル：無料

抄録集：1,000円

※会場内では必ずネームカードに所属・氏名を記入のうえ、ご着用ください。

※ネームカードの再発行はできませんのでご了承ください。

※学生は学生証、初期研修医は施設長の証明書を受付にてご提示ください。

3. 年会費・新入会受付

1) 筆頭演者は日本血管外科学会中国四国地方会会員であることが必要です。

未入会の方は必ず日本血管外科学会中国四国地方会事務局へ入会手続きを行ってください。

<日本血管外科学会中国四国地方会事務局>

川崎医科大学 心臓血管外科学教室内

〒701-0192 岡山県倉敷市松島577

TEL：086-462-1111(内25517) FAX：086-464-1189

E-mail：cvs@med.kawasaki-m.ac.jp

2) 未納の年会費がある方は会期中に会場にて納入していただくことが出来ます。

会期中の受付場所：ホテルニュータナカ 2F ロビー

4. 評議員会

日 時：8月2日(金) 18:30～19:30

会 場：松田屋ホテル 2F 鴻峰A

5. 総会

日 時：8月3日(土) 11:40～11:50

会 場：ホテルニュータナカ 2F 平安B・C

6. 次回地方会案内

日本血管外科学会中国四国地方会第51回総会

会 長：今治第一病院 藤田 博

日 時：2020年7月18日(土)

場 所：今治国際ホテル

7. クローク

日 時：8月3日(土) 8:00～17:15

場 所：ホテルニュータナカ 2F 平安A

8. PC発表データの受付

ご発表60分前(朝一番のセッションは30分前)までに、必ず受付をお済ませください。

受付場所：ホテルニュータナカ 2F ロビー

受付時間：8月3日(土) 8:00～16:30

9. 会期中の問い合わせ先(学会本部)

場所：ホテルニュータナカ 2F 平安A

TEL：083-923-1313

10. 単位取得について

本会の発表が、心臓血管外科専門医の新規申請に0.5回(筆頭演者)、本会の参加が、更新申請に0.5回としてカウントできるようになりました(いずれも2度まで)。

詳細は心臓血管外科専門医認定機構のホームページでご確認ください。

【心臓血管外科専門医認定機構】<http://cvs.umin.jp/std/index.html>

11. その他

- 1) 会場内では、携帯電話をマナーモードに設定してください。
- 2) 会場内は全館禁煙です。
- 3) 会長の許可の無い掲示・展示・印刷物の配布・録音・写真撮影・ビデオ撮影は固くお断りいたします。

座長・演者およびコメンテーターへのご案内

1. 進行情報

一般演題…各8分(発表5分・質疑3分)

2. 座長・コメンテーターの皆さまへ

座長・コメンテーターは、開始予定の10分前までに、会場内右手前方の「次座長席」にご着席ください。

3. 発表者の皆さまへ

口演発表はすべてPC発表(PowerPoint)のみといたします。

発表データは、Windows PowerPoint 2007～2016のバージョンで作成してください。

PowerPointの「発表者ツール」は使用できません。発表用原稿が必要な方は各自ご準備ください。

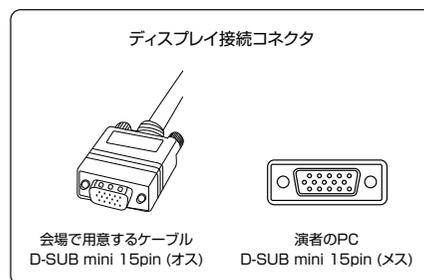
音声出力は対応いたしません。

＜データ発表の場合＞

- 1) 発表データは、作成に使用されたPC以外でも必ず動作確認を行っていただき、USBフラッシュメモリーにてご持参ください。
- 2) フォントは文字化け、レイアウト崩れを防ぐため下記フォントを推奨いたします。
MSゴシック、MSPゴシック、MS明朝、MSP明朝
Arial、Century、Century Gothic、Times New Roman
- 3) 発表データは学会終了後、事務局で責任を持って消去いたします。

＜PC本体持込みによる発表の場合＞

- 1) Macintoshで作成したものと動画データを含む場合は、ご自身のPC本体をお持込みください。
- 2) 会場でご用意するPCケーブルコネクタの形状は、D-SUB mini 15pin(図参照)です。この出力端子を持つPCをご用意いただくか、この形状に変換するコネクタを必要とする場合には必ずご持参ください。デジタル出力(HDMI)の出力端子しか無いPCはHDMI→D-SUBの変換アダプターも必要です。電源ケーブルもお忘れなくお持ちください。
- 3) 再起動をすることがありますので、パスワード入力は“不要”に設定してください。
- 4) スクリーンセーバーならびに省電力設定は事前に解除しておいてください。
- 5) 動画データ使用の場合は、Windows Media Playerで再生可能であるものに限定いたします。



(図)

※ 本会の抄録集に掲載される抄録本文を、日本血管外科学会本部ホームページに掲載させていただきます。(日本血管外科学会の冊子オンライン化にともない、日本血管外科学会会誌への抄録本文の掲載は無くなりました。)

日 程 表

2F 平安 B・C

8:35	開会の辞	齋藤 聰 (山口県済生会山口総合病院 外科)	
8:40	モーニングセミナー	共催：株式会社インテグラル	
	座長	八杉 巧 (愛媛大学院医学系研究科 基盤実践看護学(心臓血管外科))	
	演者	齋藤 聰 (済生会山口総合病院 外科)	
9:05			
9:15	一般演題 1 「胸部大動脈 1」	01 ~ 04	
	座長	大谷 悟 (国立病院機構岩国医療センター 心臓血管外科)	
	コメンテーター	柚木 継二 (広島市立広島市民病院 心臓血管外科)	
9:48	一般演題 2 「胸部大動脈 2」	05 ~ 08	
	座長	片山桂次郎 (広島大学病院 心臓血管外科)	
	コメンテーター	一色 真吾 (愛媛県立中央病院 血管外科)	
10:20			
10:30			
	特別講演	共催：日本ゴア株式会社	
	座長	齋藤 聰 (済生会山口総合病院 外科)	
	演者	三井 信介 (済生会八幡総合病院 血管外科)	
11:30			
11:40	総会		
11:50			
12:00			
	ランチョンセミナー	共催：日本メドトロニック株式会社	
	座長	種本 和雄 (川崎医科大学附属病院 心臓血管外科)	
	演者	松田 均 (国立循環器病研究センター 心臓血管外科(血管外科))	
13:00			
13:10	一般演題 3 「腹部大動脈 1」	09 ~ 13	
	座長	岸本 諭 (心臓病センター榊原病院 心臓血管外科)	
	コメンテーター	中村 嘉伸 (鳥取大学医学部附属病院 心臓血管外科)	
13:50	一般演題 4 「腹部大動脈 2」	14 ~ 18	
	座長	大谷 享史 (徳島赤十字病院 血管内治療科)	
	コメンテーター	森景 則保 (山口大学大学院医学系研究科 器官病態外科学講座(第一外科))	
14:30			
14:40			
	コーヒープレイクセミナー	共催：日本ライフライン株式会社	
	座長	西村 元延 (鳥取大学医学部附属病院 器官再生外科学)	
	演者	島本 健 (公益財団法人大原記念倉敷中央医療機構倉敷中央病院 心臓血管外科)	
15:40			
15:50	一般演題 5 「動脈」	19 ~ 24	
	座長	山下 修 (山口県立総合医療センター 外科)	
	コメンテーター	森田 一郎 (川崎医科大学総合医療センター 外科)	
16:38	一般演題 6 「静脈」	25 ~ 27	
	座長	末廣晃太郎 (山口大学大学院医学系研究科 器官病態外科学講座(第一外科))	
	コメンテーター	杉山 悟 (広島通信病院 外科)	
17:02	閉会の辞	齋藤 聰 (山口県済生会山口総合病院 外科)	
17:07			

モーニングセミナー

8:40～9:05

座長 愛媛大学院医学系研究科 基盤実践看護学(心臓血管外科)

八 杉 巧

令和時代の下肢静脈瘤治療 ～大きく変わった10年間を振り返って～

済生会山口総合病院 外科

斎 藤 聰

共催：株式会社インテグラル

一般演題 1

「胸部大動脈 1」

9:15～9:48

座長 大谷 悟 (国立病院機構岩国医療センター 心臓血管外科)

コメンテーター 柚木 継二 (広島市立広島市民病院 心臓血管外科)

01 高安動脈炎による遠位弓部大動脈の狭窄病変に対して外科的治療を行った5歳児例

岡山大学病院 心臓血管外科

○^{さこだ なおや}迫田直也, 笠原真悟, 小谷恭弘, 黒子洋介, 立石篤史, 大澤 晋, 後藤拓弥,
堀尾直裕, 村岡玄哉, 門脇幸子, 小林泰幸, 辻 龍典, 横田 豊

02 閉塞性動脈硬化症加療中に感染性上行大動脈瘤を併発し手術を要した一例

津山中央病院 心臓血管外科

○^{けんもち れいこ}剣持礼子, 大賀勇輝, 久保陽司, 松本三三

03 当院における胸腹部瘤に対する手術症例の検討

倉敷中央病院 心臓血管外科

○^{こんどうけんすけ}近藤健介, 島本 健, 矢野敦之, 藤本 遥, 藤本靖幸, 菅谷篤史, 平山雅弥,
白神 拓, 野中道仁, 松尾武彦, 小宮達彦

04 Real chimney techniqueを用いた経大動脈アプローチtotal debranching TEVARの1例

¹川崎医科大学 総合外科学, ²川崎医科大学 心臓血管外科学

○^{いそだりゅうたろう}磯田竜太郎¹, 金岡祐司², 近藤健介¹, 渡邊達也¹, 徳永宣之¹, 間野正之¹,
石田敦久¹, 森田一郎¹, 杭ノ瀬昌彦¹

一般演題 2

「胸部大動脈 2」

9:48～10:20

座長 片山桂次郎 (広島大学病院 心臓血管外科)

コメンテーター 一色 真吾 (愛媛県立中央病院 血管外科)

05 緊急 TEVAR にて救命した特発性大動脈破裂の 2 例

¹徳島県立中央病院 心臓血管外科, ²徳島大学病院 心臓血管外科

○木下^{きのした} 肇^{はじめ}¹, 藤本鋭貴², 割石精一郎¹, 加納正志¹, 筑後文雄¹

06 腹部腸骨動脈瘤の血栓閉塞と胸部大動脈瘤合併症例に対して二期的手術を施行した 1 例

¹川崎医科大学 心臓血管外科, ²川崎医科大学 生理学

○榎田憲明^{くわだのりあき}¹, 金岡祐司¹, 柚木靖弘¹, 田淵 篤¹, 渡部芳子², 田村太志¹,
山澤隆彦¹, 古川博史¹, 種本和雄¹

07 当科における大動脈解離に対する TEVAR の検討

島根県立中央病院 心臓血管外科

○山内正信^{やまうちまさのぶ}, 上平 聡, 花田智樹, 金築一摩

08 トラネキサム酸が大動脈リモデリングに及ぼす影響 ～大動脈解離に対する TEVAR 後の 1 例～

あかね会土谷総合病院

○呉 晟名^{ご せいめい}, 古川智邦, 平岡俊文, 望月慎吾, 山田和紀, 望月高明

特別講演

10:30～11:30

座長 済生会山口総合病院 外科
齋 藤 聰

血管内治療時代における外科手術の役割を考える

済生会八幡総合病院 血管外科
三 井 信 介

共催：日本ゴア株式会社

ランチョンセミナー

12:00～13:00

座長 川崎医科大学附属病院 心臓血管外科
種本和雄

大動脈解離に対する最近の治療戦略

国立循環器病研究センター 心臓血管外科(血管外科)
松田均

共催：日本メドトロニック株式会社

一般演題 3

「腹部大動脈 1」

13:10~13:50

座 長 岸本 諭 (心臓病センター榊原病院 心臓血管外科)

コメンテーター 中村 嘉伸 (鳥取大学医学部附属病院 心臓血管外科)

09 当院での腹部大動脈瘤破裂症例の検討

津山中央病院 心臓血管外科

○久保陽司^{くぼ ようじ}, 松本三明, 大賀勇輝, 劔持礼子

10 当院での破裂性大動脈瘤の治療成績と予後予測因子について

倉敷中央病院 心臓血管外科

○藤本靖幸^{ふじもとやすゆき}, 島本 健, 菅谷篤史, 白神 拓, 平山雅弥, 藤本 遥, 矢野敦之,
三浦耕司, 松尾武彦, 野中道仁, 小宮達彦

11 EVAR後慢性ステントグラフト感染に対し、計画的治療を施した1例

広島市民病院 心臓血管外科

○吉田賢司^{よしだ けんじ}, 柚木継二, 岸 良匡, 成宮悠仁, 横山昌平, 川畑拓也, 佐伯宗弘,
大島 祐, 久持邦和, 吉田英生

12 EVAR後、3年半後に、腹部大動脈瘤破裂をきたした1例

社会医療法人真泉会今治第一病院 心臓血管外科

○藤田 博^{ふじた ひろし}, 曾我部仁史, 加藤逸夫

13 Coral reef aortaに対するVIABAHN VBXによる血管内治療が有用であった一例

山口大学 器官病態外科学血管外科

○原田剛佑^{はらだ たかすけ}, 森景則保, 須藤優太郎, 溝口高弘, 永瀬 隆, 佐村 誠,
末廣晃太郎, 濱野公一

一般演題 4

「腹部大動脈2」

13:50~14:30

座長 大谷 享史 (徳島赤十字病院 血管内治療科)

コメンテーター 森景 則保 (山口大学大学院医学系研究科 器官病態外科学講座(第一外科))

14 脚が短い症例に対するAFX留置方法の工夫

津山中央病院 心臓血管外科

○^{おおが ゆうき}大賀勇輝, 久保陽司, 松本三明, 劔持礼子

15 孤立性内腸骨動脈瘤に対して小口径ステントグラフトを用いて血流を温存した症例

¹徳島赤十字病院 血管内治療科, ²徳島赤十字病院 放射線科

○^{みよし まいこ}三好麻衣子¹, 大谷享史¹, 木下光博²

16 両側総腸骨動脈拡大症例に対する内腸骨動脈血流温存を目的とした血管内治療の検討

¹徳島大学 心臓血管外科, ²徳島県立中央病院 心臓血管外科

○^{ふじもと えいき}藤本鋭貴¹, 筑後文雄², 木下 肇², 菅野幹雄¹, 割石精一郎², 加納正志²,
北市 隆¹

17 Hourglass状の腹部大動脈瘤に対しdouble D techniqueを用いたEVARの1例

¹済生会下関総合病院 心臓血管外科, ²山口大学 器官病態外科

○^{いけだ よしたか}池田宜孝¹, 池下貴広¹, 伊東博史¹, 阪田健介¹, 森景則保²

18 EVARで救命し得た“neck 0”の傍腎動脈型腹部大動脈瘤破裂の一例

心臓病センター榊原病院 心臓血管外科

○^{きしもと さとる}岸本 諭, 笹原聡豊, 山本淳平, 井上航一, 鈴木一史, 藤内康平, 大谷明伸,
平岡有努, 田村健太郎, 都津川敏範, 近沢元太, 坂口太一, 吉鷹秀範

コーヒーブレイクセミナー

14:40～15:40

座長 鳥取大学医学部附属病院 器官再生外科学
西村 元延

J graft・Frozenixを活用するこれからの 時代のopen surgery

公益財団法人大原記念倉敷中央医療機構倉敷中央病院 心臓血管外科
島本 健

共催：日本ライフライン株式会社

一般演題 5

「動脈」

15:50～16:38

座長 山下 修 (山口県立総合医療センター 外科)
コメンテーター 森田 一郎 (川崎医科大学総合医療センター 外科)

19 骨折を契機に発見された外腸骨-大腿動脈瘤の一例

愛媛大学医学部 心臓血管呼吸器外科

○^{こもだ むねのり}薦田宗則, 八杉 巧, 浪口謙治, 坂本裕司, 黒部裕嗣, 西村 隆, 泉谷裕則

20 Axillofemoral bypass graft stump syndrome に対しバイアバーン®を用いて治療を行った1例

広島市民病院 心臓血管外科

○^{やまね なおき}山根尚貴, 柚木継二, 佐伯宗弘, 岸 良匡, 成宮悠仁, 横山昌平, 吉田賢司,
川畑拓也, 大島 祐, 久持邦和, 吉田英生

21 腸骨動脈閉塞性病変に対する Viabahn VBX の初期成績

JA 広島総合病院

○^{はらだ たくみ}原田拓光, 小林 平, 濱本正樹, 小澤優道

22 閉塞性動脈硬化症に対し浅大腿静脈と大伏在静脈を spliced vein graft として使用した1症例

川崎医科大学医学部 心臓血管外科

○^{たむら たいし}田村太志, 種本和雄, 金岡祐司, 田淵 篤, 柚木靖弘, 古川博史, 渡部芳子,
山澤隆彦, 梶田憲明

23 正中弓状靭帯圧迫症候群に続発した膵十二指腸動脈瘤に対してステントグラフト治療により血流制御した1例

山口大学大学院 器官病態外科学講座 血管外科

○^{みぞぐちたかひろ}溝口高弘, 森景則保, 須藤優太郎, 永瀬 隆, 佐村 誠, 原田剛佑,
末廣晃太郎, 濱野公一

24 胃十二指腸仮性動脈瘤の十二指腸穿破に対してコイル動脈塞栓を行った1例

山口労災病院 外科

○^{ふるたに あきら}古谷 彰, 伊藤一馬, 小野田雅彦, 岩村道憲, 井口智浩, 河野和明, 加藤智栄

一般演題 6

「静脈」

16:38～17:02

座長 末廣晃太郎 (山口大学大学院医学系研究科 器官病態外科学講座(第一外科))
コメンテーター 杉山 悟 (広島通信病院 外科)

25 下肢静脈瘤血管内焼灼術後に生じた血栓性合併症の治療経験

川崎医科大学 心臓血管外科

○田淵^{たぶち} 篤^{あつし}, 柚木靖弘, 渡部芳子, 桑田憲明, 田村太志, 山澤隆彦, 古川博史,
金岡祐司, 種本和雄

26 肺動脈塞栓症を合併したPopliteal venous aneurysmの1例

山口県立総合医療センター 外科

○中嶋^{なかしま} 朔生^{さくお}, 山下 修, 竹内由利子, 永川寛徳, 西原聡志, 藤井美緒, 宮崎健介,
藤井雅和, 金田好和, 須藤隆一郎, 野島真治

27 上行性血栓性静脈炎を合併した下肢静脈瘤の治療経験

済生会山口総合病院 外科

○大塚^{おおつか} 遼^{りょう}, 斎藤 聡, 高橋雅弥, 神保充孝, 上杉尚正, 小林俊郎, 高橋 剛,
郷良秀典

モーニングセミナー
コーヒースタイルセミナー
抄 録

モーニングセミナー

令和時代の下肢静脈瘤治療 ～大きく変わった10年間を振り返って～

済生会山口総合病院 外科

齋藤 聡

血管内レーザー焼灼術 (EVLA: endovenous laser ablation) は2002年ごろより下肢静脈瘤の治療に取り入れられるようになったが日本では長らく保険適応がなかった。当院ではストリッピング手術を第一選択とし2006年より内翻式ストリッパー、2009年より stab avulsion による瘤切除、2011年より TLA (tumescent local anesthesia) 麻酔を導入し、術後の疼痛はほとんどなく日帰り手術も可能となり安定した成績が得られていた。

2011年1月に980nm ELVeSレーザーが保険適応となり、術後の疼痛や内出血が多いといった問題はあったもののマスメディアに広く紹介され日本で下肢静脈瘤という疾患が広く認知されることとなった。当院では2012年8月に導入したが術後疼痛は対処可能で合併症もなく閉塞率も良好であったことから徐々に適応をガイドラインに則って広げていった。

2014年5月にはELVeSレーザー1470とラディアル2リング[®]ファイバーが保険適用になり、レーザーが全周性に2ヶ所から照射され波長が1470nmになったことで水によく吸収され静脈壁を効率よく焼灼することが可能となった。当院では8月より導入し現在まで重篤な合併症や問題は生じておらず術後の疼痛と内出血も以前に比べ有意に少なくなった。2018年10月には小径のスリムファイバーが登場しシースレスでの治療も可能となり治療の選択肢が広がっている。

下肢静脈瘤治療は長年にわたりストリッピング手術が中心であったが、この10年でEVLAが保険適応になったことを皮切りにラジオ波焼灼術も適応となり血管内治療へと大きく変わった。EVLAは使用実績が多く低侵襲で初期成績も良好であり、令和時代を迎えた現在においても主流の治療法であると言える。今後は10年20年後といった長期成績や、TLA麻酔と焼灼を行わない新たな治療法 (NTNT) との使い分けが議論されることになるであろう。

コーヒーブレイクセミナー

J graft・Frozenixを活用するこれからの 時代のopen surgery

公益財団法人大原記念倉敷中央医療機構倉敷中央病院 心臓血管外科

島本 健

大動脈治療において、真性・解離・胸部・腹部の別なくステントグラフトは市民権を得てきているが、エンドリークやマイグレーションによって亜急性期・慢性期に再手術を必要とすることも多く根治性に問題がある。大血管外科医の未来はendovascular therapyの習熟にかかっていると考えられていた時期もあるが、未来の大血管外科医にはendovascular therapyの合併症をopen surgeryでrecoverできる力量が求められる。胸部・腹部ステントグラフト後の再手術においては、常にステントグラフトを摘出できるわけではなく部分的にステントグラフトを残さざるを得ない場合もある。人工血管との口径差が大きい場合には吻合部近くのス TENT を外さざるを得ない場合もあるが、その外し方にも工夫を要する。Frozenixを使用する場合には、末梢側新規発生の解離をみることもあり、サイジングのみならず挿入方法など色々な点に留意する必要がある。本講演では、Jgraft, Frozenixを使用したステントグラフト術後の再手術、オープンステント留置、ヴァラエティある分枝管の使用において私なりの工夫を供覧する。

一 般 演 題
抄 錄

01 高安動脈炎による遠位弓部大動脈の狭窄病変に対して外科的治療を行った5歳児例

岡山大学病院 心臓血管外科

- きこだ なおや 迫田直也, なまもと まこと 笠原真悟, こが かつひろ 小谷恭弘, くろこ けんや 黒子洋介,
たてし 篤史 立石篤史, おほし すすむ 大澤 晋, ごとう たくや 後藤拓弥, こぼし ちかゆ 堀尾直裕,
むらた けんざい 村岡玄哉, かどま けいこ 門脇幸子, こばやし たいし 小林泰幸, しん 龍典 辻 龍典,
よこた 豊 横田 豊

高安動脈炎は大動脈およびその基幹動脈に生じる大血管炎である。小児での診断例はまれであるが、小児血管炎疾患においては、川崎病、IgA血管炎に次いで多く、2015年の本邦の小児における指定難病申請者数は20歳未満で97人、0～9歳でわずか3人である。今回我々は、5歳女児の高安動脈炎による異形大動脈縮窄症に対する外科的治療例を経験したので報告する。症例は1歳半健診で心雑音を指摘され精査で大動脈縮窄症と診断、2歳時に左開胸下に縮窄部切除・端々吻合にて修復術を施行した。その後約半年で遠位弓部の縮窄を再発した。前回手術時の病理所見では炎症細胞の浸潤と中膜弾性繊維の断裂を認め、その他診断基準も満たし高安動脈炎と診断した。PSL導入し原疾患のコントロールを十分に行った上で再手術を施行した。胸骨正中切開・人工心肺下、縮窄部を人工血管パッチで拡大し修復した。術後は圧格差消失し、画像評価でも問題なく退院した。

03 当院における胸腹部瘤に対する手術症例の検討

倉敷中央病院 心臓血管外科

- こゝろ けんすけ 近藤健介, うらぶみ けん 島本 健, やの けん 矢野敦之, ふじもと しょう 藤本 遥,
ふじもと けい 藤本靖幸, あひた 篤史 菅谷篤史, やまの たくや 平山雅弥, しろ たく 白神 拓,
のの ちかひ 野中道仁, まつお たくや 松尾武彦, みやま たくや 小宮達彦

胸腹部瘤に対してEVT±腹部デブランチ手術を行ってきたが近年は積極的に左開胸で胸腹部人工血管置換術を行っている。今回1年間で行った11例を報告する。**【対象】**2018-2019年に連続して行った11例(男性9例、女性2例、下行置換6例、分枝再建を含む胸腹部置換5例。44歳-73歳(平均59.2歳)。真性瘤4例、解離性瘤が7例。**【手術方法】**可能な限り脊髄ドレナージを術前に行い、AKAは造影CTで同定する。下行例は22℃で循環停止下にopen proximal法で、胸腹部例は32℃目標に部分体外循環で大動脈順行性再建する。MEPで肋間動脈の最終評価を行い、ロール状で再建する。**【結果】**平均手術時間638分、持続する下肢麻痺は術後認めなかったが、1例ステントグラフト後大動脈食道瘻にて疣贅血栓が弓部に落下し脳梗塞を合併した。**【結語】**両手術は最も侵襲の加わる手術の一つであり、脊髄虚血及を含めた神経障害は今後のADLに関わるため術前より戦略的に介入する必要がある。

02 閉塞性動脈硬化症加療中に感染性上行大動脈瘤を併発し手術を要した一例

津山中央病院 心臓血管外科

- けんもち れいこ 剣持礼子, おほえ 勇輝 大賀勇輝, くわい 陽司 久保陽司, まつもと 三三 松本三三

症例：77歳女性。右間欠性跛行治療のため入院。ABI右：測定不能、左：0.53、血管造影で腎動脈上腹部大動脈に圧較差75mmHgの石灰化狭窄、浅大腿動脈に右完全閉塞、左90%狭窄を認めた。治療前に発熱し、CTで前縦隔膿瘍を認めた。感染はコントロールされたが後日造影CTで同部に突出部14mmの嚢状瘤を認め、腹部大動脈の狭窄病変とともに手術となった。手術：両外腸骨動脈を露出後、胸骨正中切開し心嚢から両側外腸骨動脈へGore Tex 8mm T字管を誘導し吻合。人工心肺確立後直腸温28℃で遮断、瘤より中枢で大動脈離断。open distalで瘤に対してopen stent graft (J graft 25)を留置した後J graft 4分枝管24mmの末梢側と吻合し人工心肺再開。中枢側吻合し頸部分枝再建。瘤内にエンドリークありフェルト縫縮した。人工心肺離脱後、4分枝管とT字管を吻合し手術終了した。術後経過：感染再燃なく術後CTで瘤は縫縮されグラフトも開存。ABIは右0.63、左0.88に改善した。

04 Real chimney techniqueを用いた経大動脈アプローチ total debranching TEVARの1例

¹川崎医科大学 総合外科学, ²川崎医科大学 心臓血管外科学

- いせだ けんたろう 磯田竜太郎¹, かねが 祐司 金岡祐司², こゝろ けんすけ 近藤健介¹, わたなべ 達也 渡邊達也¹,
とく 徳永宣 徳永宣¹, まの 正之 間野正之¹, いしだ けんじ 石田敦久¹, もりた 一郎 森田一郎¹,
かほ 瀬昌彦 杭ノ瀬昌彦¹

total debranching TEVARにおける中枢吻合の際にside-clampを用いた場合、大動脈解離を生じうる。今回、大動脈高度石灰化により中枢吻合とアクセスルートに工夫を要した本疾患例を経験した。以前より指摘されていた弓部大動脈瘤が拡大を示した71歳の男性がtotal debranching TEVARを受けた。唯一石灰化が軽度であった上行大動脈をReal chimney techniqueによる中枢吻合部およびアクセスルートに用いた。Real chimney techniqueはside-clampを必要としないため、大動脈解離の合併リスクを低下するために有用である。本症例で中枢吻合部に用いたステントグラフトはVIABAHN VBXである。上行大動脈は経大腿動脈アプローチが不可能な症例に対するアクセスルートの選択肢となり得る。大動脈高度石灰化病変を認めた場合には本術式も考慮すべきである。

05 緊急TEVARにて救命した特発性大動脈破裂の2例

¹徳島県立中央病院 心臓血管外科, ²徳島大学病院 心臓血管外科

○木下 肇¹, 藤本鋭貴², 割石精一郎¹, 加納正志¹, 筑後文雄¹

特発性大動脈破裂は明らかな外傷, 大動脈瘤, 大動脈解離を伴わない大動脈の破裂であり, 予後不良で稀な疾患である。今回, 緊急胸部大動脈ステントグラフト内挿術 (TEVAR; Thoracic endovascular aortic repair) にて救命した特発性大動脈破裂の2例を経験したので報告する。

【症例1】79歳, 男性。全身倦怠感を主訴に受診。血液検査及び単純CTで明らかな異常なく帰宅。翌日ショックバイタルで救急搬送。CTで横隔膜レベルの胸部下行大動脈の破裂所見あり。緊急TEVARを施行した。腹腔動脈直上まで留置した。術後は対麻痺なく経過し, 転院となる。

【症例2】87歳, 女性。腎盂腎炎疑いにて入院中呼吸状態の増悪あり。CTで遠位弓部の胸部大動脈破裂と診断され, ショックバイタルで救急搬送された。10日前のCTでは, 同部位の瘤化や大動脈解離を疑う所見はなし。緊急TEVARを施行した。左総頸動脈直下から留置した。現在もリハビリ治療を継続中である。

07 当科における大動脈解離に対するTEVARの検討

島根県立中央病院 心臓血管外科

○山内正信¹, 上平 聡¹, 花田智樹¹, 金築一摩¹

2011年から大動脈解離に対してステントグラフト内挿術を行った28例について検討した。男性18例、女性10例、平均年齢71.3才(46~90才)、急性4例(破裂3例)、亜急性7例、慢性17例。留置部位はZone 0:5例(開窓2, total debranch 1, Chimney 1, Najuta 1)、Zone 1:8例、Zone 2:4例、Zone 3:11例、使用SGはCTAG 14/TAG 3, Relay Plus 7, TX2 2, Njuta 1, Excluder Ao Extension 1。追加治療は、破裂2例に対し、OS (Hemiarch GR) 1例、TEVAR 1例 (Candy plug 1)、偽腔拡大でTEVAR 1例 (Candy plug 1)、コイル塞栓1例、NCAB塞栓1例、デブランチバイパス閉塞で再バイパス術1例。遠隔期CTで偽腔消失6例、偽腔血栓化・縮小3例、偽腔血栓化5例、胸部偽腔血栓化・腹部偽腔開存7例、偽腔拡大2例。SGによるdistal SINEはなかったが、周術期に逆行性A型解離で1例を失った。遠隔期の死亡は肺炎3例、敗血症1例、腎不全1例、癌1例で、大動脈関連死亡はなかった。

06 腹部腸骨動脈瘤の血栓閉塞と胸部大動脈瘤合併症例に対して二期的手術を施行した1例

¹川崎医科大学 心臓血管外科, ²川崎医科大学 生理学

○栗田憲明¹, 金岡祐司¹, 柚木靖弘¹, 田淵 篤¹, 渡部芳子², 田村太志¹, 山澤隆彦¹, 古川博史¹, 種本和雄¹

症例は、75歳男性。交通外傷による右腎損傷による腎機能低下と脳挫傷・水頭症に対してVPシャントの挿入の既往がある。胸部大動脈瘤56.1mm, 腹部大動脈瘤47.0mm, 右総腸骨動脈瘤(血栓閉塞)74.0mm, 左総腸骨動脈瘤(血栓閉塞)33.0mm, 右外腸骨動脈瘤(血栓閉塞)26.3mmを認め、ABIは右 0.49, 左ABI 0.51であった。

一期目は、閉塞を貫通しChimney EVAR, 二期目は、2 debranching TEVARを施行した。CSFドレナージは施行しなかった。合併症やエンドリーク等は認めず、外来で経過観察中である。

重複動脈瘤に対する治療は、治療戦略が重要で、手術の順序や間隔、術中の臓器や脊髄保護、待機中の破裂予防などを考える必要がある。先行して血栓閉塞した動脈瘤を治療することによって腹部臓器保護を容易とすることができた。重複動脈瘤に対する二期的手術は、残存動脈瘤の慎重な経過観察と、早期の治療介入が望ましいと考えられた。

08 トラネキサム酸が大動脈リモデリングに及ぼす影響～大動脈解離に対するTEVAR後の1例～

あかね会土谷総合病院

○呉 晟名¹, 古川智邦¹, 平岡俊文¹, 望月慎吾¹, 山田和紀¹, 望月高明¹

トラネキサム酸(TXA)はステントグラフト(SG)術後の凝固線溶系亢進やtype 2 endoleakを抑制する効果を有することが報告されている。我々はTXA内服で偽腔形態が顕著に変化した大動脈解離の1例を経験した。

患者は肝硬変の60代男性。下肢虚血合併のStanford B型大動脈解離にTEVARとEVTを行い、7ヶ月後にdistal SINEを生じて追加TEVARを行った。追加TEVAR後に一旦は偽腔退縮したが、2ヶ月後に偽腔が再拡大したので、TXA 750mg/day内服を開始した。半年後にSG内に壁血栓を生じた(偽腔は再縮小)ためTXAを中止したところ、その3ヶ月後に偽腔が再々拡大した(SG内血栓は縮小)のでTXA 250mg/dayを再開した。

本例はTXA内服が偽腔血栓化に影響することを示唆する興味深い経過であり、TXAは大動脈解離治療の一助になり得るかもしれない。

09 当院での腹部大動脈瘤破裂症例の検討

津山中央病院 心臓血管外科

○久保陽司^{くぼ しょうじ}、松本三明、大賀勇輝、劔持礼子

(対象)：2004年12月以降から2018年8月までの破裂を含む腹部大動脈および腸骨動脈瘤(IAA)症例316例(OSR 207例、EVAR 109例)のうち、腹部大動脈瘤(AAA)および腸骨動脈瘤破裂に対する手術症例28例(8.9%)を検討した。

(結果)：RAAAの手術死亡率は25%(全てOSR群)であり、在院死亡率は35.7%(全てOSR群)であった。Rutherford分類では、R1(6例)の在院死亡率は16.7%、R2(8例)は12.5%、R3(8例)は37.5%、R4(6例)は83.3%であった。R3の8例およびR4の6例について、意識レベル低下、または手術開始時血圧が低い場合は死亡する傾向を認めた。

(結語)：当院では現在Rutherford分類1, 2は解剖学的適応を満たしていればまずEVARを選択し、3, 4に関しては症例の状態により手術方法を選択している。循環動態が破綻したショック状態の症例は救命困難であり、RAAAの手術成績向上のためには、診断から手術までの時間を可能な限り短くすることが重要であると考えられる。

11 EVAR後慢性ステントグラフト感染に対し、計画的治療を施した1例

広島市民病院 心臓血管外科

○吉田賢司^{よしだ けんじ}、柚木継二、岸 良匡、成宮悠仁、横山昌平、川畑拓也、佐伯宗弘、大島 祐、久持邦和、吉田英生

症例は78歳女性。AAAに対し4年前にEVAR施行後当科フォロー中、左下腹部痛を訴え救急受診。造影CTで大動脈瘤の壁肥厚、瘤内外の膿瘍形成と左水腎を認め、ステントグラフト感染とそれによる左尿管狭窄が疑われた。緊急入院のうえ抗菌薬投与を開始し、翌日尿管ステントを留置した。臨床症状は改善傾向も、入院後1週のフォローCTで膿瘍は縮小せずairの増加を認め、ステントグラフトの摘出が必要と考えられた。腹部正中アプローチは瘤側側の炎症による腹腔内の高度癒着が予想され、後腹膜アプローチでの人工血管置換術および大網充填を行った。大動脈周囲は左尿管と炎症性に癒着していたが、損傷なく手術を終了した。一般的に後腹膜アプローチは左尿管の剥離距離が長く難渋するが、本症例では術前に尿管ステントが留置され、これを確認しながら剥離しえた。正中アプローチによる腸管損傷の危険性を軽減することができ、有効であったと考えられた。

10 当院での破裂性大動脈瘤の治療成績と予後予測因子について

倉敷中央病院 心臓血管外科

○藤本靖幸^{ふじもとやすゆき}、島本 健、菅谷篤史、白神 拓、平山雅弥、藤本 遥、矢野敦之、三浦耕司、松尾武彦、野中道仁、小宮達彦

【目的】破裂性腹部大動脈瘤(Ruptured Abdominal Aortic Aneurysm, RAAA)の死亡率は未だに高い。今回、当院での過去10年間のRAAAに対する治療成績を後方視的に検討した。

【方法】2009年4月から2018年3月までのRAAAに対する手術症例66例を検討した。

【結果】年齢は77±10歳、男43例、女23例であった。術式は、人工血管置換術54例、EVAR 10例、その他2例であった。院内死亡は7例(10.6%)であり、死因は敗血症1例、腸管壊死2例、肺炎1例、心筋梗塞1例、多臓器不全1例、出血性ショック1例であり、7例中5例が術前からショック状態であった。院内死亡に影響したのは、80歳以上、術前ショック状態、術後腹部コンパートメント症候群、術後透析、術後ICU滞在日数>7日、術後NOMI発症、術後肺炎、術後敗血症、術後挿管時間があった。

【結論】RAAA症例の予後を改善するためには術前のショック状態の速やかなは正や人工呼吸器の早期離脱や感染管理を行う必要がある。

12 EVAR後、3年半後に、腹部大動脈瘤破裂をきたした1例

社会医療法人真泉会今治第一病院 心臓血管外科

○藤田 博^{ふじた ひろし}、曾我部仁史、加藤逸夫

症例は72才、男性、2015年9月に最大径：57mmの腹部大動脈瘤(AAA)に対して、エンデュラントを3pieceで留置した。術後はEndoleak(EL)は認めず、3ヶ月後CTで瘤拡大なし。その後、施設入所したため、連絡が取れず、来院なく、2019年2月、貧血精査中の嘱託医より、AAA破裂疑いにて紹介された。CTにて径：74mmの瘤破裂像を認め、瘤内に造影剤の流入を認めた。当初、左総大腿動脈の拡大による1b型ELによる破裂を疑い緊急開腹術を施行、瘤切開すると、1型、2型ELは認めず、ステントグラフト(SG)のpin holeより噴出する出血を認めた。出血は30秒の指圧にて止血でき、同部をPTFE人工血管にて被覆し、瘤縫縮後に閉腹、直後に血管造影室にて同部にSG脚を内腔より留置し補強した。術後の経過は良好で、1ヶ月後のCTでは瘤径：42mmでELは認めていない。

13 Coral reef aortaに対するVIABAHN VBXによる血管内治療が有用であった一例

山口大学 器官病態外科学血管外科

○原田剛佑^{はらだ たかすけ}, 森景則保, 須藤優太郎, 溝口高弘,
永瀬 隆, 佐村 誠, 末廣晃太郎, 濱野公一

Coral reef aorta (CRA) は、主に腎動脈周囲大動脈の珊瑚礁様石灰化による狭窄病変により、腹部臓器や下肢の血行不全をきたす疾患である。治療はこれまで、外科的血行再建術が多かったが、近年、血管内治療 (EVT) の良好な成績が報告されるようになった。今回我々は、両側間歇性跛行を呈する透析患者の CRA に対して EVT を行い良好な結果を得たので報告する。患者は74歳、女性の透析患者。両側間歇性跛行を認め、ABIは右0.40、左0.52であった。CTで大動脈から両側 CIA にかけて高度石灰化を認め、特に下腸間膜動脈 (IMA) レベルで内腔に進展して狭窄していた。手術は、まず IMA と同レベルの腰動脈に対し、拡張時の血管損傷による分枝の逆流、出血に備えて塞栓を行った。腎動脈下から terminal aorta にかけて径10mmの VIABAHN VBX を留置し、その内腔から両側 CIA にかけてそれぞれ径7mmの VIABAHN VBX を留置した。間歇性跛行は消失し、術後5ヶ月現在、経過良好である。

15 孤立性内腸骨動脈瘤に対して小口径ステントグラフトを用いて血流を温存した症例

¹徳島赤十字病院 血管内治療科, ²徳島赤十字病院放射線科

○三好麻衣子^{みよし まいこ}¹, 大谷享史¹, 木下光博²

孤立性内腸骨動脈瘤に対する治療では、直達手術と血管内治療があり、直達手術では内腸骨動脈の再建は可能だが、術野が深部になるため手術創が大きくなり、また手技に難渋することが多い。血管内治療では、内腸骨動脈温存デバイスである IBE を使用するには解剖学的制限があり、多くは内腸骨動脈瘤末梢をコイルやプラグで塞栓し、総腸骨動脈から外腸骨動脈にステントグラフトを留置することで、内腸骨動脈末梢の血流は温存できない。

今回、内腸骨動脈を温存するには直達手術が必要であった孤立性内腸骨動脈瘤に対して小口径ステントグラフトを用いた血管内治療を行うことで内腸骨動脈末梢の血流を温存し、骨盤内臓器虚血を回避できた症例を2症例経験したので報告する。

14 脚が短い症例に対するAFX留置方法の工夫

津山中央病院 心臓血管外科

○大賀勇輝^{おおが ゆうき}, 久保陽司, 松本三明, 剣持礼子

AFXは内骨格ステントであり、大動脈分岐部に sit on させて留置する特性を持つステントグラフトである。デバイスの特性上、通常は脚の長さが3cm以上なければ留置できないが、今回われわれは、脚の長さが2cmの腹部大動脈瘤に対して、AFXの留置方法を工夫し、ステントグラフト内挿術を行った症例を経験したので報告する。留置方法は、対側脚側に16Frドライシールシースを挿入し、大動脈分岐部にメインボディを留置するのではなく、両側のシース上で大動脈分岐部から1cmあげた形で sit on させ、メインボディを展開。その後対側リムをドライシールシース内で展開し、アンシースして左総腸骨動脈分岐直近に留置した。続いて対側リムをバルンで圧着・固定しながら同側リムを展開。最後に腎動脈直下からスプリナルカフエクステンションを留置した。通常のAFXの解剖学的適応は満たさないが、こういったAFXの使用方法によって適応拡大にもつながる可能性が考えられた。

16 両側総腸骨動脈拡大症例に対する内腸骨動脈血流温存を目的とした血管内治療の検討

¹徳島大学 心臓血管外科, ²徳島県立中央病院 心臓血管外科

○藤本鋭貴^{ふじもと えい き}¹, 筑後文雄², 木下 肇², 菅野幹雄¹,
割石精一郎², 加納正志², 北市 隆¹

Gore IBE デバイスが登場し、両側総腸骨動脈拡大を有し外腸骨動脈ランディングが必要なステントグラフト治療において、少なくとも片側内腸骨動脈血流を温存する症例が増えてきている。当科においても両側外腸骨動脈ランディングを必要とする場合は、腸管虚血、ADL等を考慮して原則片側内腸骨動脈血流は温存するようにしている。今回片側あるいは両側内腸骨動脈血流を温存した手術術式について検討を行った。用いるデバイスは基本的にGore IBEを使用するが、Gore IBEの解剖学的適応を満たさない場合も多く、そのような症例に対してはAFXとViabahnを使用して、chimney Technicで治療を行った。症例の内訳はそれぞれ7例ずつであった。結果初期成績に有意差はなかったが中長期的には注意深い経過観察が必要と思われる。

17 Hourglass 状の腹部大動脈瘤に対し double D technique を用いた EVAR の 1 例

¹ 済生会下関総合病院 心臓血管外科, ² 山口大学
器官病態外科

○池田宜孝¹, 池下貴広¹, 伊東博史¹, 阪田健介¹,
森景則保²

【症例】80歳、女性。急性胆管炎で消化器科受診した際の腹部CTで54mmの腹部大動脈瘤が認められたため当科に紹介となった。高齢、COPD合併のためEVAR方針とした。

ただ腹部大動脈瘤はHourglass状を呈し、中枢ネック部の最小径13mmx8mm、最大径26x33mmで通常のbifurcated typeデバイスでの治療は困難と判断した。①AUI+F-Fバイパス、②AUIデバイスを用いdouble D techniqueを患者本人、家族に相談し②の方針とした。

手術は全身麻酔下、両側大腿動脈アプローチで施行した。先にAUIデバイス(ETUF2814C102EJ(Endurant))を中枢ネックから瘤内に留置し、AUIデバイス内にそれぞれ両脚(ETEW1313C82EJ(Endurant)+PLC121000J(GoreExcluder))をkissingさせるように両総腸骨動脈まで留置した。術後エンドリークは認められなかった。

19 骨折を契機に発見された外腸骨-大腿動脈瘤の一例

愛媛大学医学部 心臓血管呼吸器外科

○鷹田宗則^{こもだむねのり}, 八杉 巧, 浪口謙治, 坂本裕司,
黒部裕嗣, 西村 隆, 泉谷裕則

大腿動脈瘤は、患者自身が拍動を自覚して発見されることが多いが、自覚なく骨折を契機に発見された症例を経験したので報告する。患者は80歳代男性。強度の認知症のため施設に入所、感覚異常はなく歩行・食事・入浴排泄などは自立していた。後方に転倒して立位不能となり、近医にてレントゲン検査で大腿骨骨折、人工股関節手術が必要と判断された。同時に左鼠径部の拍動性腫瘍を触知され、CTにて径8cmの動脈瘤の存在が明らかとなり、破裂の危険があるため骨折5日後に当科を紹介された。来院時疼痛はなく、運動神経障害は認めなかった。貧血なく、血液生化学検査も正常であった。動脈瘤は下腹壁動脈レバルから浅大腿動脈までにおよび、大腿深動脈は瘤から分岐していた。外腸骨動脈から浅大腿動脈までを径8mmEPTFEで置換し、大腿深動脈もグラフトに端側吻合で再建した。瘤壁の病理組織所見は真性瘤であり骨折との因果関係は不明であった。画像と手術を供覧する。

18 EVARで救命し得た“neck 0”の傍腎動脈型腹部大動脈瘤破裂の一例

心臓病センター榊原病院 心臓血管外科

○岸本 諭^{きしもと ぎとる}, 笹原聡豊, 山本淳平, 井上航一,
鈴木一史, 藤内康平, 大谷明伸, 平岡有努,
田村健太郎, 都津川敏範, 近沢元太, 坂口太一,
吉鷹秀範

74歳女性。最大短径57mmの傍腎動脈型腹部大動脈瘤に対して、胸腹部置換術を念頭に精査を進めていた所、夜間に腹痛を訴えて救急外来を受診した。CTで後腹膜血腫を認め破裂と診断。ショックバイタルであり胸腹部置換術は時間的余裕がなく、EVARの方針とした。右腎動脈(RA)直下から瘤化。右RA 10mm末梢から左RAが分岐していたが、この位置で径は33mmであり、左RAをsacrificeすればneckとして使用可能と判断した。大動脈遮断バルーンを併用し、main bodyは36mm径のEndurant IIを選択。右RAに合わせて展開した。脚にExcluderを使用。Type1aエンドリーク(EL)が出現したため、Excluderカフを2個追加したところEL消失を得た。バイタル安定した状態でICUに収容。術後造影CTでELを認めず18日で退院。外来フォローを継続しているが、術後10か月でELの発生はなく瘤は経時的に縮小している。

20 Axillofemoral bypass graft stump syndrome に対しバイアバーン®を用いて治療を行った 1 例

広島市民病院 心臓血管外科

○山根尚貴^{やまね なおき}, 柚木継二, 佐伯宗弘, 岸 良匡,
成宮悠仁, 横山昌平, 吉田賢司, 川畑拓也,
大島 祐, 久持邦和, 吉田英生

症例は82歳女性。7ヶ月前に両下肢ASOに対し左腋窩一両側大腿動脈バイパス術を施行。その後他院で薬物療法を受けていたが間欠性跛行再燃し当科に紹介予定であった。受診3日前の早朝に、急に左上肢冷感および運動障害出現し救急外来を受診、造影CTにて左鎖骨下動脈以下の完全閉塞がみられたため緊急で血栓除去を施行。同日午後再閉塞をきたしたため再血栓除去となった。その後左前腕の再還流障害をきたしたが減張切開することなく改善、リハビリを行っていた。術後17日目の早朝に再度左上肢の血栓閉塞を発症し緊急で血栓除去を施行。同日血管エコーで確認するに腋窩動脈の閉塞した人工血管吻合部にpouch形成を認め、内部に浮遊性の血栓像を認めた。この部位が血栓源と判断し、血栓遊離予防目的に同日吻合部にバイアバーン®を留置した。その後は再発なく経過、術後判明した胃癌および肺癌に対する加療中である。

21 腸骨動脈閉塞性病変に対する Viabahn VBX の初期成績

JA 広島総合病院

○原田拓光, 小林 平, 濱本正樹, 小澤優道

【はじめに】ViabahnVBXは腸骨動脈閉塞性病変に対して開発されたステントグラフトであり、抗血栓性に優れ長区間病変でも良好な開存率が報告されている。当院でのViabahnVBXの初期成績について報告する。

【対象】2018年10月～2019年3月、腸骨動脈閉塞性病変に対しViabahnVBXを留置した10例10肢を対象とした。平均年齢77歳、男性7例。

【結果】ICは7例、CLIは3例。術前TASC分類はC病変1例、D病変9例で閉塞病変8例、狭窄病変2例、高度石灰化は9例であった。平均病変長105mm、初回手技成功9例、1例は2度目で手技成功した。使用本数は平均1.9本、3例で大腿動脈内膜摘除併用、3例でBMSを使用した。平均手技時間は95分、全例跛行は消失し、ABIは術前平均0.37から術後平均0.97に改善した。平均観察期間は2.9ヶ月、再狭窄、再治療はない。

【考察】ViabahnVBXの初期成績は良好であった。今後、高度石灰化病変や長区間病変では腸骨動脈血管内治療の一つの選択肢となる可能性がある。

23 正中弓状帯圧迫症候群に続発した腓十二指腸動脈瘤に対してステントグラフト治療により血流制御した1例

山口大学大学院 器官病態外科学講座 血管外科

○溝口高弘, 森景則保, 須藤優太郎, 永瀬 隆, 佐村 誠, 原田剛佑, 末廣晃太郎, 濱野公一

【症例】60歳、男性。他院の腹部CT検査で偶然に下腓十二指腸動脈(IPDA)瘤を認め当科紹介となった。IPDA起始部に存在し、最大径20mm、正中弓状帯圧迫により腹腔動脈は閉塞(高度狭窄?)していた。手術は、両側上腕動脈アプローチとし、SMA-IPDA経路で逆行性に腹腔動脈にwire crossを行い上腕動脈-上腕動脈のpull throughとした。IPDA起始部を閉鎖するようSMAにVBXを留置し、pull throughしたGWよりガイディングシースをCAへ順行性に挿入し、そこからIDCコイルを用いたコイル閉塞により瘤末梢のisolationを行った。次に圧迫されたCA起始部へ順行性にデリバリーシステムを挿入し、VBXを留置した。経過良好で、術後3日目のMRIで瘤の拡大なく、腹腔内臓器への血流は保たれていることを確認し、術後7日目に自宅退院となった。

【結語】正中弓状帯圧迫症候群に続発した腓十二指腸動脈瘤症例に対して、ステントグラフト治療を併用した血管内治療が有用であった。

22 閉塞性動脈硬化症に対し浅大腿静脈と大伏在静脈をspliced vein graftとして使用した1症例

川崎医科大学医学部 心臓血管外科

○田村太志, 種本和雄, 金岡祐司, 田淵 篤, 柚木靖弘, 古川博史, 渡部芳子, 山澤隆彦, 桑田憲明

症例は79歳、男性。4年前に左下肢閉塞性動脈硬化症に対し、他院にて左第1趾小切断術を施行している。その際、左浅大腿動脈と膝上膝窩動脈に狭窄病変を指摘されていたが経過観察されていた。今年になり、左第5趾に潰瘍壊死を形成し、治癒不全となった。血管造影検査では、左浅大腿動脈のびまん性狭窄及び閉塞病変、膝窩部膝窩動脈の狭窄、下腿3分枝の閉塞病変及び狭窄病変を認めた。大伏在静脈のみのlong bypassではgraftの長さが不足したため、浅大腿動脈から膝上膝窩動脈まで浅大腿静脈でbypassを行い、そのbypass graftに大伏在静脈をcompositeし、足背動脈までbypassを行った。左第5趾は中足骨切断術を行い、その後、局所陰圧持続閉鎖療法(NPWT)にて良好な肉芽形成を得られた。術後の皮膚還流圧検査でも良好な改善を得られた。浅大腿静脈のbypassでの使用は、bypass graftとして有用な選択肢の1つとして考えられる。

24 胃十二指腸仮性動脈瘤の十二指腸穿孔に対してコイル動脈塞栓を行った1例

山口労災病院 外科

○古谷 彰, 伊藤一馬, 小野田雅彦, 岩村道憲, 井口智浩, 河野和明, 加藤智栄

胃十二指腸動脈瘤は非常に稀な疾患である。症例は57歳の男性。急性腹症の原因検索で撮影された腹部CT検査によって消化管穿孔と診断され、当院に移送された。上部消化管検査で十二指腸球部に広範囲に及ぶ深い潰瘍を認め、同部の穿孔と診断した。腹腔鏡補助下穿孔部閉鎖術を施行後、術後経過良好であったが、第5病日に大量の下血と貧血の急速進行を認めた。緊急上部内視鏡検査を施行したところ潰瘍底に露出した胃十二指腸動脈の仮性瘤からの出血であった。内視鏡下の止血は困難と判断し、露出血管近傍の十二指腸粘膜にクリップでマーキングした後に、血管造影室に搬入した。腹腔動脈造影でクリップに一致した部位に胃十二指腸動脈の仮性瘤を確認後、コイルで塞栓し、止血を得た。その後の経過は良好にて退院した。十二指腸潰瘍穿孔に引き続いて発生した胃十二指腸仮性動脈瘤の十二指腸内穿孔に対する治療を経験したので報告する。

25 下肢静脈瘤血管内焼灼術後に生じた血栓性合併症の治療経験

川崎医科大学 心臓血管外科

- 田淵 篤^{たぶち あつし}, 柚木靖弘, 渡部芳子, 桑田憲明,
田村太志, 山澤隆彦, 古川博史, 金岡祐司,
種本和雄

【目的】下肢静脈瘤血管内焼灼術後に生じた血栓性合併症 (EHIT class3, DVT) の臨床像、治療および転帰を報告する。

【対象、方法】2011年10月から2018年4月に当科で980nmダイオードレーザーを用いて血管内焼灼術を行った1153肢を対象とした。術翌日、7-10日、1、6、12ヵ月で脈管超音波検査を行った。

【結果】EHIT class3は1.1% (13肢) に生じ、診断時期は術翌日30%、術後7-10日70%、1ヵ月以後0%であった。治療はヘパリン、ワーファリン4例、ヘパリン、DOAC 2例、DOAC単剤7例に行い、各々1-6ヵ月、1-3週間、1-2週間で全例軽快した。DVTは0.69% (8肢) に生じ、診断時期は術翌日から12ヵ月と様々で、部位は大腿静脈2肢、膝窩静脈1肢、ヒラメ静脈5肢であった。治療は大腿、膝窩静脈血栓症の3肢にDOAC単剤で行い、2週間-1ヵ月で軽快した。肺塞栓症をきたした症例はない。

【結語】血管内焼灼術後の血栓性合併症に対し、DOACは血栓消失が早く、有用であった。

27 上行性血栓性静脈炎を合併した下肢静脈瘤の治療経験

済生会山口総合病院 外科

- 大塚 遼^{おおつか りょう}, 斎藤 聡, 高橋雅弥, 神保充孝,
上杉尚正, 小林俊郎, 高橋 剛, 郷良秀典

表在性血栓性静脈炎はありふれた疾患であるが伏在静脈本幹に発生し中枢へ進展していくものは上行性血栓性静脈炎と称され深部静脈血栓症や肺塞栓症の原因となりうるため注意が必要である。当院で経験した上行性血栓性静脈炎9例について報告する。

男女比は2:7で年齢は47~79歳であった。病変部位は大伏在静脈6例、小伏在静脈3例で、2例に肺動脈血栓を合併していた。血栓は4例が深部静脈まで、4例が本幹中枢まで進展していた。術前に抗凝固療法を行い1例が血栓消失し1例が縮小したが2例は血栓が更に進展した。初診から手術までの期間は9~49日で、治療法は1例に下大静脈フィルターを留置し8例にストリッピング手術を行い、血栓が消失した1例には血管内焼灼術を行った。全例で周術期に重篤な合併症は来さなかった。

上行性血栓性静脈炎の治療方針は定まったものがなく今後もエビデンスを集約し検証していく必要があると考えられた。

26 肺動脈塞栓症を合併したPopliteal venous aneurysmの1例

山口県立総合医療センター 外科

- 中嶋朔生^{なかしまきくお}, 山下 修, 竹内由利子, 永川寛徳,
西原聡志, 藤井美緒, 宮崎健介, 藤井雅和,
金田好和, 須藤隆一郎, 野島真治

Popliteal venous aneurysm (PVA) は限局性の静脈拡張病変として知られており、静脈性血管瘤と訳されることが多い。稀な疾患であるが、しばしば致命的な肺動脈塞栓症 (PE) の原因となる。

症例は78歳女性。突然の労作時息切れを自覚し、当院救急外来を受診された。経胸壁心エコーにて右心負荷・肺高血圧所見を認め、CT検査にて肺動脈血栓塞栓症と診断された。循環器内科入院後に抗凝固療法が開始され、血栓は縮小し、症状も改善した。DVT精査の下肢静脈エコーにて右膝窩静脈に静脈性血管瘤を認めたため当科紹介となった。

造影CTでは、右膝窩静脈に径4cm大のPVAが認められた。血栓の付着が疑われたため、まずは一時的な下大静脈フィルターを留置し、その後全身麻酔下、腹臥位にて右膝窩静脈縫縮術を施行した。術後の造影CTでは形態・血流ともに良好であり、これまでにDVTの再発などは認めていない。

MEMO

令和元年度日本血管外科学会中国四国地方会役員

監 事

1. 末 田 泰二郎 安芸市民病院外科
2. 北 川 哲 也 公立学校共済組合四国中央病院院長

幹 事

1. 福 村 好 晃 徳島赤十字病院心臓血管外科
2. 森 景 則 保 山口大学大学院器官病態外科学
3. 八 杉 巧 愛媛大学大学院医学系研究科心臓血管・呼吸器外科
4. 柚 木 靖 弘 川崎医科大学心臓血管外科

名 誉 会 員

1. 故 砂 田 輝 武 岡山大学名誉教授
2. 故 八 牧 力 雄 山口大学名誉教授
3. 故 中 村 和 夫 神戸大学名誉教授
4. 故 西 島 早 見 元 高松市民病院院長
5. 故 恒 川 謙 吾 愛媛大学名誉教授
6. 故 井 上 権 治 徳島大学名誉教授
7. 故 江 崎 治 夫 広島大学名誉教授
8. 毛 利 平 東北大学名誉教授
9. 故 寺 本 滋 岡山大学名誉教授
10. 故 松 岡 潔 仁栄会鳥津病院副院長
11. 古 元 嘉 昭 岡山大学名誉教授
12. 故 田 宮 達 男 高知医科大学名誉教授
13. 故 勝 村 達 喜 川崎医科大学名誉教授
14. 故 石 合 省 三 香川県国民健康保険団体連合会
15. 森 透 社会医療法人医真会顧問
16. 内 田 發 三 医療法人社団操仁会岡山第一病院顧問
17. 故 岩 橋 寛 治 元 愛媛大学保健管理センター教授
18. 故 伊 藤 勝 朗 元 松江市立病院外科部長
19. 加 藤 逸 夫 社会医療法人真泉会今治第一病院名誉院長
20. 大 串 直 太 木原病院
21. 故 小 越 章 平 高知医科大学副学長
22. 山 田 公 彌
23. 土 肥 雪 彦 医療法人あかね会介護老人保健施設シエスタ

24. 藤原 巍 川崎医科大学名誉教授
25. 松浦 雄一郎 広島大学名誉教授
26. 江里 健輔 阿知須同仁病院顧問
27. 前田 肇 香川大学名誉教授
28. 北村 文夫 医療法人社団アマデウス会きたむら心臓血管外科・内科
29. 石原 浩 清水クリニック
30. 河内 寛治 医療法人牧病院
31. 倉田 悟 倉田皮ふ科・乳腺科
32. 曾我部 仁史 社会医療法人真泉会今治第一病院理事長
33. 畑 隆登 畑クリニック
34. 大西 克幸 医療法人是正会久保病院
35. 佐野 俊二 カリフォルニア大学サンフランシスコ校小児心臓胸部外科
36. 中山 健吾
37. 正木 久男 川崎医療福祉大学特任教授
38. 應儀 成二 医療法人社団日立記念病院

評 議 員

1. 北川 哲也 公立学校共済組合四国中央病院病院長
2. 末田 泰二郎 安芸市民病院外科
3. 種本 和雄 川崎医科大学心臓血管外科
4. 濱野 公一 山口大学大学院器官病態外科学
5. 西村 元延 鳥取大学医学部器官再生外科学
6. 織田 禎二 島根大学医学部循環器・呼吸器外科学
7. 堀井 泰浩 香川大学医学部心臓血管外科
8. 渡橋 和政 高知大学医学部外科学講座(外科2)
9. 浜崎 尚文 鳥取県立厚生病院救急・集中治療室、血管外科
10. 泉谷 裕則 愛媛大学大学院医学系研究科心臓血管・呼吸器外科学
11. 吉鷹 秀範 社会医療法人社団十全会心臓病センター榊原病院心臓血管外科
12. 斎藤 聰 山口県済生会山口総合病院外科
13. 藤田 博 社会医療法人真泉会今治第一病院院長
14. 小林 平 JA広島総合病院心臓血管外科
15. 大谷 悟 岩国医療センター心臓血管外科
16. 山内 正信 島根県立中央病院心臓血管外科
17. 笠原 真悟 岡山大学大学院医歯薬学総合研究科心臓血管外科

日本血管外科学会中国四国地方会会則

第1章 総 則

第1条 本会は日本血管外科学会中国四国地方会と称する。

第2条 本会の事務所は当分の間、川崎医科大学心臓血管外科教室内におく。

第2章 目的ならびに事業

第3条 本会は血管外科学に関連する研究の進歩発展を図ることを目的とする。

第4条 本会はその目的達成のため、次の事業を行う。

1. 学術集会の開催
2. その他、本会の目的を達成するために必要と認められる事業

第3章 会 員

第5条 本会会員は中国四国地方に在住または勤務し、本会の目的に賛同する者および本会の評議員より推薦された者で、所定の会費を納めた者とする。

第4章 役 員

第6条 本会は次の役員を置く。

1. 会 長 1名
2. 監 事 2名
3. 名誉会員 若干名
4. 幹 事 若干名
5. 評 議 員 若干名

第7条 会長は評議員会の推薦により選任し、総会の承認を受ける。その任期は1年とする。

会長は評議員会を組織し、重要会務につき審議し、学術集会ならびに総会を開催する。

第8条 監事は本会の会計、その他の事務遂行状況の監査を行うものとし、評議員会の議を経て会長が委託する。その任期は3年とし、再任をさまたげない。再任の場合、再任候補者の意志を書面にて確認する。

第9条 評議員会は名誉会員を推薦することができる。名誉会員は評議員会に出席することができ、会費は免除される。

第10条 幹事は庶務幹事、会計幹事各1名を含むものとし、評議員会でこれを決定する。幹事は評議員会に出席し、その任期は3年とし、再任をさまたげない。

第11条 評議員は会員のなかから評議員の推薦に基づき総会で決定する。

評議員は本会の運営ならびに事業について企画・処理など重要会務について審議する。その任期は3年とし、再任をさまたげない。

第5章 学術集会ならびに評議員会、総会

第12条 学術集会は年1回開催し、研究発表を行う。発表者は本会の会員でなければならない。但し、主勤務地が中国四国地方会以外である発表者はこの限りではない。

第13条 学術集会は会長が主宰する。

第14条 評議員会は会長が召集し、年1回以上開き、会長が議長となり、次の事項を審議する。

1. 会長からの諮問事項
2. 事業報告、会計報告および事業計画
3. 次期の会長の選出を含む役員に関する事項
4. 会則の変更
5. その他必要と認めた事項

評議員会の議事は出席者の過半数の賛同によって決定する。

第15条 総会は会長が召集し、議長は会長とする。

総会には評議員会で審議決定した事項を提出する。

次の事項についてはその承認を受けなければならない。

1. 次期会長、次期学術集会ならびに総会の開催地および開催時期
2. 事業報告および会計報告

第6章 会費および会計

第16条 会費は年額3,000円とし、会員は学術集会および演題募集に関する通知ならびにプログラムの送付を受ける。但し、医師以外の会員については会費を年額1,000円とする。

第17条 本会の経費は会費、寄付金をもって支弁する。

第18条 本会の会計年度は1月1日より同年12月31日までとする。

第7章 規則の変更

第19条 本会則は、評議員会の議決を経たのち、総会の承認を受けなければ変更することはできない。

附則 本会則は平成7年1月1日より施行する。

本会則は平成8年7月27日から改正する。

本会則は平成9年7月26日から改正する。

本会則は平成10年7月25日から改正する。

本会則は平成17年7月30日から改正する。

本会則は平成19年7月28日から改正する。

本会則は平成28年8月5日から改正する。

申し合わせ事項

1. 評議員の選出法について

1. 資格は本会の会員でなければならない。
2. 推薦方法：評議員が学術集会開催予定日から15日以前に候補者の略歴、代表的な業績(10編)および推薦書を会長に送付する。評議員の議決を経て、決定は総会で行う。
3. 原則として1会期に評議員1名あたり1名の推薦を限度とする。
4. 評議員は会員数の約10%とする。

2. 名誉会員について

本会の評議員経験者で、65歳に達したものの、あるいは本会に貢献したものを名誉会員に推薦することができる。

3. 会長の選出方法について

1. 資格は本会の会員でなければならない。
2. 推薦方法：評議員による他薦または自薦に基づき会長が提案し、評議員会で選任する。

4. 評議員の退任について

任期(3年)毎に評議員会で審議し、再任の依頼をするかどうかについて決定する。

協賛会社

株式会社インテグラル

エドワーズライフサイエンス株式会社

Cook Japan株式会社

ケーシーアイ株式会社

コヴィディエン ジャパン株式会社

CSL ベーリング株式会社

シーメンスヘルスケア株式会社

ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社

第一三共株式会社

大鵬薬品工業株式会社

テルモ株式会社

日本ゴア株式会社

日本メドトロニック株式会社

日本ライフライン株式会社

ファイザー株式会社

株式会社ホクシンメディカル

ボストン・サイエンティフィック ジャパン株式会社

株式会社メディコスヒラタ

(五十音順、敬称略)

令和元年7月4日現在

MEMO

**日本血管外科学会中国四国地方会第50回総会
プログラム・抄録集**

発行 令和元年7月

編集 山口県済生会山口総合病院 外科
〒753-8517 山口県山口市緑町2-11
TEL：083-901-6111 FAX：083-921-0714

印刷 株式会社メッド
〒701-0114 岡山県倉敷市松島1075-3
TEL：086-463-5344 FAX：086-463-5345