

関連学会印象記

第36回日本血管外科学会総会

神田 圭一, 岡 克彦, 夜久 均*

去る4月16日から18日までの3日間, 日本大学医学部外科学系心臓血管外科学分野の根岸七雄会長のもと, アルカディア市ヶ谷で第36回日本血管外科学会総会が開催された。

テーマは「新たな展開をする血管外科学—血管外科医の真骨頂—」とされ, 教育講演7題, シンポジウム5題, パネルディスカッション8題, ならびに480題の一般演題で構成され, さらにInternational Sessionが催された。

本年も治療の低侵襲化についての話題は大きな関心をもって幅広く取り入れられた。

進行する高齢化と様々な合併症によりハイリスク患者はますます増加している。このため欠くことの出来ない取り組みであると考えられる。

総会前日に当たる, 4月16日には例年通り日本血管外科学会教育セミナーが行われたが, 昨年より心臓血管外科専門医の認定・更新にセミナーの出席を義務づけられている事もあり, 昨年に引き続き事務局の予想を遙かに超える参加者があり, 7演者による非常に密度の高い講演が行われた。

総会第1日目の4月17日はこの1年間で本格的に導入が開始された企業製腹部大動脈ステントグラフトを反映した『腹部大動脈瘤に対する外科治療とステントグラフト治療の適応と限界』, 『胸部大動脈瘤に対する外科治療とステントグラフト治療の適応と限界』, さらに『肺血栓塞栓症に対する治療法の選択—血栓塞栓除去術, 血管内治療』と3つのシンポジウムが行われたが, その全てが血管外科領域において近年ますます重要性が高まる血管内治療と従来の外科治療を比較検討するものであった。

パネルディスカッションとしては『感染性腹部大動脈瘤に対する術式選択— in situ か非解剖学的バイパスか?—』・『頸動脈疾患合併症例における血管疾患の治療戦略』・『腹部大動脈瘤の手術適応と非適応』と言った以前より定番テーマとして取り上げられているものの, 『古くて新しい』いつの時代でも重要な話題が取り上げられ, 教科書的な知識に刷新が図られ, 改めてこれらの問題について見直す機会を得た。そのほかビデオセッションや会長要望演題など盛りだくさんの内容であった。

昨年の本学会に引き続き, 本年もステントグラフトに対する関心がますます高まり, これを反映した特別講演『Where are New Techniques and New Technology Taking the Field of Endovascular Aneurysm Repair?』, および招請講演1『Current Indication for Branched and Fenestrated Stent-Graft Technique of EVAR in Europe』が行われた。

特別講演2としては『血管外科と保険診療—血管外科医として保健医療制度を理解するために』が行われ, 改めて保健医療制度への意識を高め, 従来の外科治療に加えて血管内治療や再生医療を含め更に複雑化・多様化する血管外科治療を保険診療の立場から見直す機会を与えられた。

更に3つの教育講演が行われた。

会長講演では根岸会長が本大会のメインテーマに乗っ取り『PADとAAAの病態と治療戦略—当科における真骨頂—』を題目にされ, 血管外科領域での臨床・研究両面におけるこれまでの歴史と進歩についてご自身の業績を例に挙げられながら述べられ, 現代の治療戦略に至るまで非常に幅広い内容について行われた。

夕刻にはイブニングセミナーとして『PADの診断とEVT治療』が, 更に『Peripheral Artery Sur-

*京都府立医科大学大学院医学研究科
心臓血管呼吸器外科学

gical Meeting (PAM) 2008』が行われた。

大会第2日目はモーニングセミナーとして『下肢閉塞性動脈硬化症に対する治療の実際—腸骨動脈領域における TASC A~D に基づく治療戦略—』が行われた。

2日目のシンポジウムは重症虚血肢に焦点が当てられ、『重症虚血肢に対する血管内治療の役割』と『再生医療・遺伝子治療の成績と問題点』が取り上げられた。

パネルディスカッションとしては『頸動脈狭窄に対する治療選択—CADかCEAか?—』・『胸、腹部大動脈瘤に対する治療戦略—外科手術かステントグラフトか?—』・『超高齢者(80歳以上)に対する胸、腹部大動脈瘤の手術適応と非適応』、『鼠径靭帯以下の閉塞性動脈硬化症 TASC C/D に対する遠隔成績』、『下大静脈フィルターは生命予後に有用か?』がおこなわれ、ここでも血管内治療に対する話題が多く演題で採り上げられた。

更に午後からは4年前から同時に催されるようになった国際セッション『The 5th International Session』が行われた。

特別講演としては『EVAR: 日本の現状と将来: 特に一胸腹部大動脈瘤に対する枝付きステントグラフト術—および医療安全講習を兼ねた『血管外科とリスクマネジメント—安全と安楽—』が行われた。

招請講演としては『With the Merge of New Interventional Techniques Is There Still a Place for Vein Bypasses in the Treatment of Critical Limb Ischemia?』が行われた。

また2日目にも3つの教育講演が行われた。

更に「REACHレジストリーにおける2年時追跡調査成績—PAD患者を中心に—」が行われた。

昨年もこの記事に記したが、大動脈瘤に対する治療・閉塞性動脈硬化症に対する治療の双方で、血管外科領域において血管内治療をほぼ無視することは出来ない。

特に企業製腹部大動脈ステントグラフトの普及もあり本年は上述したように相当数のシンポジウムやパネルディスカッションでこの話題が取り上げられ、関心の高さを反映していた。

標準的な外科治療と同時に常に常に検討の必要がある血管内治療と再生医療であるが、血管内治療の

占める割合は今後更に高まりそうである。

これは以前から繰り返し述べられているように血管外科の専門医制度や教育にも大きく関わる問題である。日本の血管外科は諸外国と比較するとかなり特異な位置づけにある。日本で『血管外科』と言うと胸部大動脈～全ての末梢動脈と静脈・リンパ系を扱う外科となるがもはや1人の外科医がこれら全てを複数の治療手段で網羅することは不可能である。

心臓血管領域に当たる胸部大動脈瘤手術については心臓を中心にトレーニングを受けてきた外科医によるところが多く、特に胸骨正中切開で行うA型解離に対する上行置換・弓部置換はスタンダードの『心臓血管外科手術』である。最近では合併手術としての基部置換だけでは無く自己弁を温存した基部再建の例も増加しており、これらについては心臓外科のスペシャリストに委ねられるべきものであろう。心臓外科医にとってもなじみの深いアプローチで抵抗無く行っている人が多いようである。学会による手術症例の集計についても上行～弓部大動脈瘤手術に関しては胸部外科学会で行われている。

一方左開胸で行う遠位弓部～下行大動脈や胸腹部大動脈瘤についてはいわゆる『心臓外科医』で好んで行う人は比較的少なく『血管外科医』の出番となる事が多い。しかし遠位弓部や下行大動脈についてはステントグラフトで治療可能な症例も多いため、今後のデバイスの進歩により open surgery の出番は更に減少して行くであろう。

肋間動脈や腹部分枝再建が必要な胸腹部大動脈瘤についてはさすがに『血管外科医』の独壇場であり、やり甲斐を感じる血管外科医は多いと思われる。しかし生命予後はともかく依然完全には克服出来ない対麻痺に対して腹部分枝バイパス+ステントグラフト、更に分枝付きステントグラフトなどの登場が活路を開く可能性もあり、この領域でも徐々に血管内治療の適応範囲が広がるであろう。

ASOについてもIVRが行いやすく優先度が高い腸骨動脈領域は既にIVRの独壇場となっている。

このような背景で血管外科医に残された open surgery は難易度の高い症例が多く、大動脈疾患では破裂性大動脈瘤・感染性大動脈瘤・解離の急性

期・胸腹部大動脈瘤全般・末梢側に大きく張り出した腸骨動脈瘤などとなり、ASOについては膝下の遠位バイパスや鼠径近傍の血管形成術(IVR とのハイブリッド手術が多い)などに限られてくる。いわゆるレジデント症例は今後更に減少するであろうし、若い外科医のトレーニングに頭を悩ますことになる。

今後の血管外科医に対するトレーニングには基本的な血管外科の手技はもちろんのこと、やはり

カテーテルテクニックは是非織り込まれるべきであるし、専門医制度についても独自の基準が必要であろう。

日本血管外科学会は例年我々血管外科医にとってほどのセッションも聴きたい学会であり、本年もどの会場に参加するか非常に悩ましい構成であった。また血管外科に関連する様々な問題を改めて考える機会も得ることが出来、非常に意義深い大会であった。