

第 54 回日本血管外科学会学術総会のパネルディスカッションについて

第 54 回日本血管外科学会学術総会にご参加いただきました皆様に、改めて感謝申し上げます。今回の学術総会の一つの目標として primary session の目的を明確にすることとし、パネルディスカッションでは討論の時間を長く取り、座長に結論をまとめていただくことをお願いいたしました。

収録しておりました動画のほか、座長、参加者に伺いました結論をまとめましたのでご報告いたします。

胸部 1 Arch TEVAR: Fenestrated/branched device & prevention of stroke

Question:

How is the result? Can stroke be prevented?

座長：大木隆生、島村和男（敬称略：以下同じ）

Conclusion:

- 1) Before zone 0/1 TEVAR, intracranial imaging, MRI, or CT is mandatory, or all are recommended.
- 2) To do zone 0/1 TEVAR with RIBS technique, squid capture, or, in the future, zone 0/1 TBE, some form of brain protection is mandatory. Exceptionally, if the target zone 0/1 is clean, Dr. Yasuhara can simply do his fenestrated technique without any protection. But otherwise, it is recommended that some form of protection is needed. For brain protection, simple clamping, AV fistula from carotid sheath to femoral vein, and the filter in the vertebral artery are probably the most practical, and ECMO might be the one, though it would be hardly standardized.

胸部 3 A 型急性大動脈解離：救命と遠隔予後の狭間で至適手術戦略は何か？

座長：内田徹郎、内田敬二

結論：

各施設において、術者の技量に応じた術式を選択する。

頸部分枝のエントリーは大動脈弓部のエントリーと同等である。

胸部 5 High-risk uncomplicated B 型大動脈解離に対する preemptive TEVAR の治療成績：ガイドライン再考（High-risk とは何か？ Preemptive の意味は？）

座長：橋詰賢一、四條崇之

結論：

1. preemptive TEVAR とは、現存のガイドラインにあるハイリスクフィーチャーを参考に、時系列で瘤化リスクを評価し、十分な説明の上で約半年以内に TEVAR を行うことと定義された。

2. preemptive TAR+FET は SCI 含めたリスクがベネフィットを上回るエビデンスがまだ乏しく、慎重に判断すべき。解剖学的要素など含めて、その適応の議論は今後の課題として残る。

胸部 6 広範囲大動脈瘤（弓部から下行・胸腹部）のライフタイムマネジメント
総合討論なし。

腹部 3 （SVS Japan Chapter Part 2） EVAR 後の Type II エンドリークは治療すべきか？ どうやって予防・治療するか？

Question:

Type II endoleak after EVAR: To be or not to be treated? How and when to treat?

座長：Linda Harris、松田均

Conclusion:

Unfortunately, we don't think that we've solved all the problems of the world together, and we'll need to continue this chapter. We think most of us agree that not every type II endoleak needs to be treated. I think the question is: how do we pursue those who need something, and how do we prevent some of those, based on the behavior of the sac, to improve patient outcomes?

腹部 5 EVAR の中長期成績を討論する！

Question:

中長期成績から考えられる EVAR の問題は何か？

座長：森景則保、高山利夫

結論：

EVAR の中長期成績に関する課題として、術後の Type II エンドリークによる瘤拡大が大きな問題であるとの共通認識に至った。追加治療としての Late Open Conversion の術式について、瘤縫縮術と人工血管置換術（ステントグラフト部分切除を含む）のうち、瘤縫縮術は低侵襲かつ効果的である反面、一定数の症例で瘤の再拡大が認められることから、患者背景を考慮し、症例ごとに慎重に術式を選択する必要がある、瘤縫縮術を施行する際は残存瘤を極力小さくすることが望ましく、耐術可能であれば人工血管置換術を考慮するとの結論となった。

末梢 1 下肢急性動脈閉塞の治療法選択

座長：尾原秀明、工藤敏文

Question:

新しい血栓吸引療法が加わり、下肢急性動脈閉塞の治療方針はどのように変わったか？

結論：

1. 血栓吸引療法に適応となる期間は、発生日から 48 時間以内が望ましいが、1 週間以内であれば考慮される。

2. 血栓吸引療法は浅大腿動脈以下末梢が安全性と有効性の観点から推奨され、腸骨動脈、総大腿動脈は直達的血栓内膜摘除および Fogarty catheter を用いた血栓除去術が望ましい。
3. Acute on Chronic Limb Ischemia は血栓吸引療法+EVT で治療できる可能性もあるが、原則としてバイパス手術を考慮すべきである。

末梢3 (ESVS-JSVS Joint Session) 静脈血栓症のエビデンスとガイドライン、そして臨床—国際的視点から考える現在と未来—

Question:

静脈血栓症のエビデンスやガイドラインは、実臨床を十分に導いていると言えるか？

座長：Armando Mansilha、孟 真

結論：

セッションではヨーロッパおよび日本の最近のガイドラインからエビデンスと推奨事項が紹介された。また日本独自の大規模研究のデータや圧迫療法ガイドラインなども紹介された。現在のVTE治療のガイドラインではまだまだ実臨床の疑問に答えておらず不十分で、推奨レベル1エビデンスレベルAとされているものはいまだに少なく、今後のエビデンスの構築に期待が寄せられた。

末梢6 パネルディスカッション Vascular Access の諸問題

Question:

超高齢者への適応、高流量シャントに対するアプローチはいかにあるべきか？

座長：中村 隆、原田裕久

結論：

超高齢者アクセス作成はやはり AVF 優先だが、AVG でも開存率は比較的良い。皮膚が脆弱な例が多く、注意が必要である。

High flow に対する手技の適応は症状が重要であるが、流量で規定していないことが多い。

Cephalic arch stenosis (橈側皮静脈弓狭窄) に対する PTA は再狭窄率が高いことが知られているが、drug-coated balloon (DCB) などの新規デバイスにより開存期間の延長が期待されている。

末梢8 (SVS Japan Chapter Part 1) RCT 後の CLTI 治療は如何に変わったか？

座長：Mahmoud B. Malas、駒井宏好

結論：

Although many subgroup analyses have been published since the BEST-CLI study, numerous issues remain unresolved. Complications associated with CKD and ESRD are among these challenges, but various lines of evidence indicate that safe and reliable revascularization is now becoming possible. Another major challenge is the inframalleolar lesion, known as “desert foot”; however, outcomes for bypass surgery have been improving thanks to various innovations. Moving

forward, we should aim to further improve outcomes by accumulating evidence based on new technologies such as distal venous arterialization and Rheocarna.

末梢9 長期予後から考える PAD：大腿動脈血栓内膜摘除術の術式

Question:

長期予後を踏まえた血栓内膜摘除術（TEA）の術式はいかにあるべきか？

座長：出口順夫、緑川博文

結論：

総大腿動脈の狭窄・閉塞病変の標準治療として TEA が有効である。TEA の術式は、病変の部位に応じてパッチおよび直接縫合が選択される。最近の傾向として、CLTI など浅大腿動脈以下の血行再建を要する場合、将来的に血管内治療（EVT）を追加する場合には、パッチ形成を行う傾向がある。

パッチ材料としては、自家静脈、ウシ心膜が使用されており、短期的には良好な結果が出ているが、今後パッチ部位の動脈硬化などの遠隔成績の結果が待たれる。