

日本血管外科学会中国四国地方会 第52回総会

会 長 島根県立中央病院 医療技術局長／心臓血管外科
山内 正信

会 期 2022年7月30日(土)

会 場 ビッグハート出雲
〒693-0008
島根県出雲市駅南町1丁目5番地
TEL：0853-20-2888

学 会 本 部 ビッグハート出雲
1F ロビー

学 会 事 務 局 島根県立中央病院 医療技術局／心臓血管外科
〒693-8555
島根県出雲市姫原4丁目1番地1
TEL：0853-22-5111 FAX：0853-21-2975

会長挨拶

ノーネクタイ、クールビズで

この度、日本血管外科学会中国四国地方会第52回総会を、2022年7月30日(土)に、ビッグハート出雲において開催させていただきます。新型コロナウイルス感染症のため、1年遅れの開催となりましたが、島根での開催は17年振りとなります。伝統ある本会を開催する機会を頂きましたことを誠に光栄に存じておりますと共に、コロナ3年目となる今年、出雲の地にて対面での開催ができますことを大変うれしく思います。

今回は、中国四国の多くの施設から多数の演題をご登録頂き、46演題を得ました。この場を借りて御礼申し上げます。診断や治療方針に苦慮した、あるいは手術手技を工夫した「症例報告」や、各施設からの臨床経験の解析・知見等に対し、活発なご討議をお願い致します。また、血管疾患の外科治療の半数以上が血管内治療となっている現状を鑑み、本会では心臓血管外科医だけでなく、循環器内科医や放射線科医にもご発表頂き、治療方針やテクニックについての熱いディスカッションを期待しています。時間の制約上、2会場に分けてのご発表となりますが、特別講演、共催セミナーは、参加された皆さまが聴講できるように配慮しました。特別講演、共催セミナーは、末梢血管関連2題、ステントグラフト関連2題のご講演で、いずれも最新の知見に基づく興味深い内容であり、きっと明日からの診療に役立つものと考えています。

会場となる出雲市には、縁結びの神様で知られる出雲大社や夕日が素晴らしい日御碕灯台が、また近隣の松江市には松江城や堀川遊覧、玉造温泉が、大田市には世界遺産の石見銀山や三瓶山と観光地が多くあります。学会参加のついでに少し足を延ばして、リフレッシュして頂ければと思います。

この時期は大変暑い時季ですので、昨年同様、ノーネクタイ、クールビズのラフな格好で、出雲市に多くの先生方をご参加下さることを心よりお願い申し上げます。

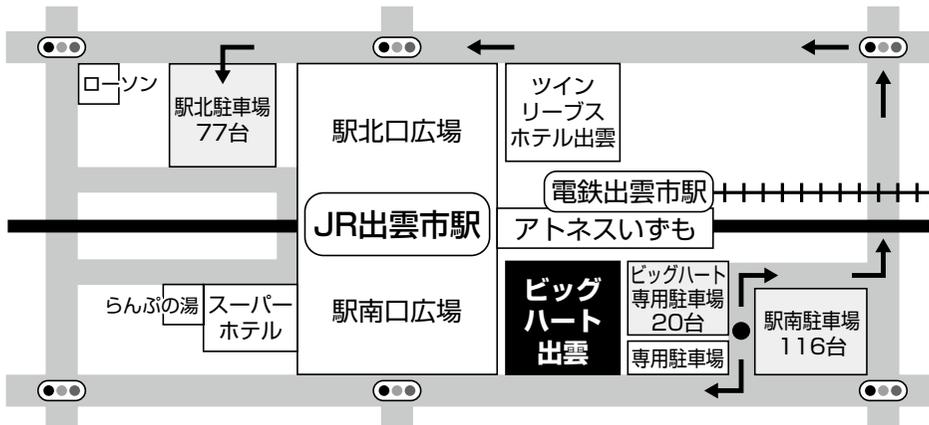
日本血管外科学会中国四国地方会第52回総会
会長 山内 正信
(島根県立中央病院 医療技術局長／心臓血管外科)

会場のご案内



- JR出雲市駅南口より徒歩1分
- 鉄道で 岡山からJR伯備線、山陰本線を経由して約3時間
- 自動車で 山陰自動車道 出雲ICから国道9号を経由して約15分
- 出雲空港から 連絡バスにより終点JR出雲市駅下車 (約25分)

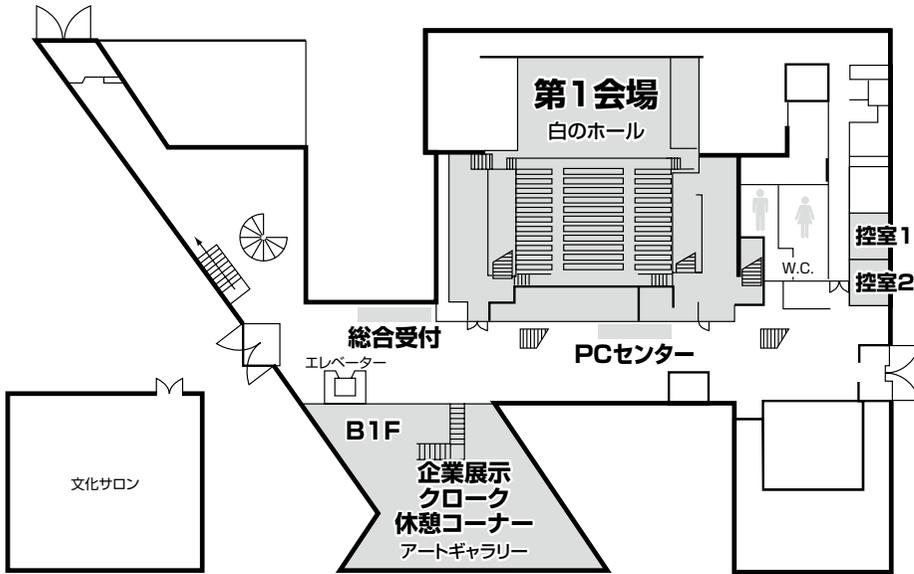
周辺略地図・駐車場ご案内



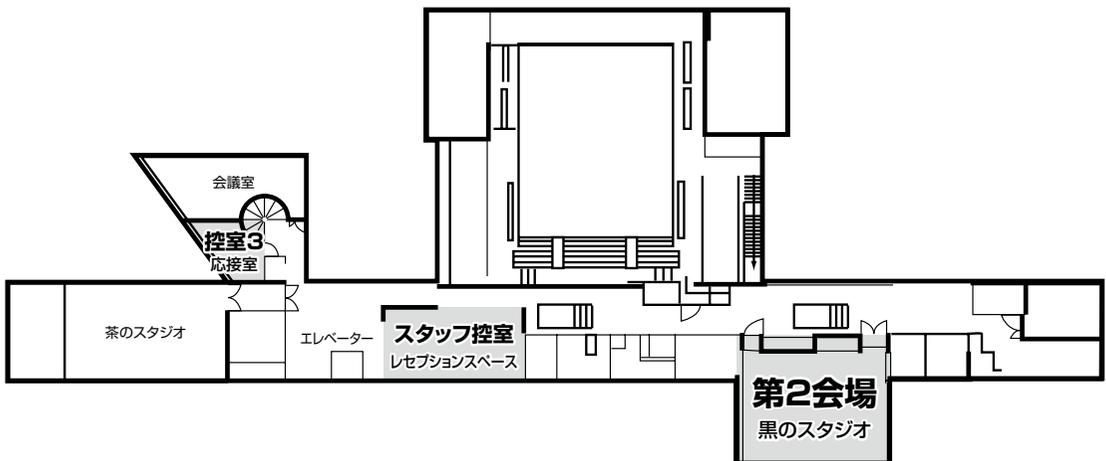
- ビッグハート専用駐車場(20台)、または市営駐車場をご利用ください。
- 駅南・駅北の各市営駐車場について、学会参加者は学会開催中、最大10時間無料となります。駐車券を1F 総合受付へご提示ください。
- ※ 駅前広場内の「市営北口広場駐車場」「市営南口広場駐車場」および「高架下駐車場」は無料対象外です。また、市営駐車場はビッグハート専用ではありません。記載の台数が確保できるものではありませんので、ご了承ください。

会場案内図

1F



2F



参加者へのご案内

1. 参加受付

日時：7月30日(土) 8:05～16:30

場所：ビッグハート出雲 1F ロビー

2. 学会参加費・抄録集販売

医師・一般：3,000円

コメディカル：無料

学生：無料

抄録集：1,000円

- ・会場内では必ずネームカードに所属・氏名をご記入のうえ、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、コメディカル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

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須です。

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。

未納の年会費がある方は、会期中に会場(1F ロビー 事務局デスク)にて納入していただくことが出来ます。

<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

4. 評議員会

日時：7月29日(金) 18:30～19:30

会場：ホテル武志山荘 2F 富士の間

5. 総会

日時：7月30日(土) 13:10～13:20

会場：ビッグハート出雲 1F 白のホール(第1会場)

6. 次回地方会案内

日本血管外科学会中国四国地方会第53回総会

会長：JA広島総合病院 心臓血管外科 小林 平

日時：2023年7月29日(土)

場所：グランドプリンスホテル広島

7. クローク

日時：7月30日(土) 8:05～18:00

場所：ビッグハート出雲 B1F アートギャラリー

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：ビッグハート出雲 1F ロビー

受付時間：7月30日(土) 8:05～17:00

9. 会期中の問い合わせ先(学会本部)

場所：ビッグハート出雲 1F ロビー

TEL：0853-20-2888

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。
- 4) ランチョンセミナー整理券の配布はございません。セミナー入場時にお弁当をお受け取りください。

【新型コロナウイルス感染拡大防止について】

- 1) 参加受付の際、「トリアージシート」を総合受付へご提出ください。トリアージシートは、受付付近記名台にご用意しております。
- 2) 検温のお願い
総合受付付近に検温器をご用意いたします。ご来場時の検温にご協力をお願いいたします。
- 3) 飛沫対策
 - ・ご来場の際にはマスクの着用をお願いいたします。マスクを着用されていない方は、ご入場をお断りする場合がございますので、ご了承ください。
 - ・講演会場内座長席および演台、総合受付、PCセンター、控室に、飛沫防止パネルを設置いたします。
 - ・飲食中など、マスクを外しての会話は極力ご遠慮くださいますようお願いいたします。
- 4) アルコール消毒の徹底
 - ・会場内に、手指消毒用のアルコール消毒液を配置いたしますので、ご使用ください。
 - ・ステージ上のマイク・PC等、適宜アルコール消毒を行うよう、ご協力をお願いいたします。
- 5) 接触機会の削減
 - ・資料等のお手渡しは原則不可とします。積置きとし各自でお取りいただくようご協力をお願いします。
 - ※お手渡しが必要な場面では、トレーなどを用いてお渡しします。
- 6) 換気の徹底
講演会場、展示会場等のドアは換気のため常時開放します。
- 7) 接触確認アプリ（COCOA）導入のお願い
お持ちのスマートフォンにあらかじめインストールをお願いします。

座長・コメンテーターおよび発表者へのご案内

1. 進行情報

一般演題…各8分(発表5分・質疑3分)

※発表終了1分前に黄色ランプ、終了・超過時には赤色ランプを点灯してお知らせします。円滑な進行のため、時間厳守をお願いします。

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15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

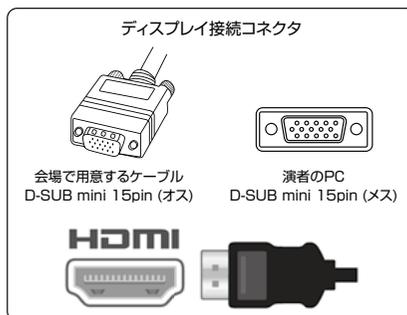
- ・次演者の先生は発表時間の10分前までに次演者席にお越しください。
- ・口演発表はすべてPC発表(Windows PowerPoint)のみといたします。
- ・音声はご利用いただけませんのでご了承ください。
- ・発表者は学会当日に発表データの受付を行います。セッション開始の60分前までにPCセンターにて発表データの試写ならびに受付をお済ませください。
- ・PCセンターにて試写は可能ですが、データの修正はできません。
- ・演台上には、モニター、キーボード、マウスを用意いたします。演台に上がると最初のスライドが表示されますので、その後の操作は各自でおこなってください。
- ・レーザーポインターは準備しておりません。マウス操作にて代用をお願いします。
- ・発表データは、Windows PowerPoint 2007～2019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。

<データ発表の場合>

- ・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。
- ・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
- ・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>

- ・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。
- ・会場で使用するPCケーブルコネクタの形状は、D-SUB mini 15pinまたはHDMIです。この出力を持つ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は必ずご持参ください。電源ケーブルもお忘れなくお持ちください。



- ・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。
- ・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。
- ・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。
- ・PCは発表終了後、会場内のPCオペレーター卓にてご返却いたします

4. 利益相反の開示

すべての演者は、総会当日に利益相反の開示をスライドで行う必要があります。発表スライドのトップページ(もしくは、演題名・演者紹介の次のページ)に下記参照書式を元に利益相反(COI)状態を掲載した画面を必ず表示してください。

日本血管外科学会
The Japanese Society for Vascular Surgery JSVS

日本血管外科学会 COIの開示

発表者名: ○○ ○○、○○ ○○、◎○○ ○○(◎代表者)

**演題発表に際し、
開示すべきCOIはありません。**

日本血管外科学会
The Japanese Society for Vascular Surgery JSVS

日本血管外科学会 COIの開示
発表者名: ○○ ○○、○○ ○○、◎○○ ○○(◎代表者)

	金額	該当の状況	該当の有る場合、企業名等
役員・顧問職	1つの企業・団体から 年間100万円以上	無	
株	割合10%未満以上/ 金額50万円以上	無	
特許使用料	1つの企業・団体から 年間50万円以上	無	
講演料	1つの企業・団体から 年間50万円以上	無	
原稿料	1つの企業・団体から 年間100万円以上	無	
研究費などの総額	1つの企業・団体から 年間100万円以上	有	○○製品
審判会(医学審判会等)の総額	1つの企業・団体から 年間100万円以上	無	
企業などが提供する特別講座	—	無	
企業所属の非常勤職員、派遣職員、社会人大学生である	—	無	
旅費・贈答品などの受領	1つの企業・団体から 年間5万円以上	無	

※ 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

第1会場 (1F 白のホール)	
8:35	開会の辞 山内 正信(鳥根県立中央病院)
8:40	
	一般演題 1「胸部大動脈」 01~07 座 長：藤田 博 (今治第一病院) コメンテーター：黒部 裕嗣 (愛媛大学)
9:36	スポンサードセミナー 座長：森景 則保 (山口大学) 演者：安原 清光 (伊勢崎市民病院) 松原健太郎 (慶應義塾大学) 共催：クックメディカルジャパン合同会社
9:45	
10:35	一般演題 2「TEVAR」 08~11 座 長：佐伯 宗弘 (広島市立広島市民病院) コメンテーター：末澤 孝徳 (福山市民病院)
10:40	
11:12	一般演題 3「EVAR」 12~15 座 長：森景 則保 (山口大学) コメンテーター：山下 修 (山口県立総合医療センター)
11:44	
12:10	ランチョンセミナー 座長：上平 聡 (鳥根県立中央病院) 演者：大谷 享史 (徳島赤十字病院) 共催：日本ライフライン株式会社
13:00	総会
13:10	
13:20	
13:30	
	特別講演 座長：山内 正信 (鳥根県立中央病院) 演者：山岡 輝年 (松山赤十字病院) 共催：ポストン・サイエンティフィック ジャパン株式会社
14:20	一般演題 4「末梢動脈 1」 16~22 座 長：小林 平 (JA 広島総合病院) コメンテーター：柚木 靖弘 (川崎医科大学附属病院)
14:30	
15:26	アフタヌーンセミナー 座長：三井 信介 (福岡県済生会八幡総合病院) 演者：磯田竜太郎 (川崎医科大学総合医療センター) 前田 和樹 (東広島医療センター) 共催：日本ゴア合同会社
15:40	
16:30	一般演題 5「腹部大動脈 1・末梢動脈 2」 23~26 座 長：藤本 鋭貴 (徳島大学) コメンテーター：中村 嘉伸 (松江赤十字病院)
16:40	
17:12	閉会の辞 山内 正信(鳥根県立中央病院)

第2会場 (2F 黒のスタジオ)	
8:40	一般演題 6「末梢動脈 3」 27~33 座 長：浜崎 尚文 (鳥取県立厚生病院) コメンテーター：寒川 顕治 (香川県立中央病院)
9:36	一般演題 7「腹部大動脈 2」 34~37 座 長：剣持 礼子 (津山中央病院) コメンテーター：加納 正志 (徳島県立中央病院)
10:40	
11:12	一般演題 8「末梢動脈 4」 38~41 座 長：池田 宜孝 (山口県済生会下関総合病院) コメンテーター：中西 浩之 (岡山赤十字病院)
11:44	
14:30	一般演題 9「末梢動脈 5・静脈・その他」 42~46 座 長：斎藤 聡 (済生会山口総合病院) コメンテーター：岸本祐一郎 (鳥取大学)
15:10	

一般演題 1

「胸部大動脈」

8:40~9:36

第1会場 (1F 白のホール)

座長 藤田 博 (今治第一病院)

コメンテーター 黒部 裕嗣 (愛媛大学大学院医学系研究科 心臓血管・呼吸器外科学)

01 上行弓部置換+オープンステント留置術後の頸部分枝および末梢側吻合部トラブルに対する再手術

広島市民病院 心臓血管外科

○井上知也^{いのうえ ともや}, 柚木継二, 佐伯宗弘, 古谷凌一, 徳田雄平, 立石篤史,
田村健太郎, 大島 祐, 久持邦和

02 急速拡大するB型解離性大動脈瘤に対する rapid 2 stage 手術の1例

広島市民病院 心臓血管外科

○古澤航平^{ふるさわこうへい}, 柚木継二, 佐伯宗弘, 井上知也, 古谷凌一, 徳田雄平, 立石篤史,
田村健太郎, 大島 祐, 久持邦和

03 胸部ステントグラフト内挿術後の逆行性A型大動脈解離の経験

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, ³大里医院

○加納正志^{かのう まさし}¹, 藤本鋭貴², 木下 肇³, 筑後文雄¹

04 Najutaステントグラフト治療後の大動脈イベントに対して、オープンステントグラフト法を用いた弓部置換を行い救命し得た2例

松江赤十字病院 心臓血管外科

○大月優貴^{おおつき ゆうき}, 樋口達也, 倉敷朋弘, 中村嘉伸

05 抗凝固療法が奏効した胸部大動脈壁在血栓症の1例

津山中央病院

○武田直人^{たけだ なおと}, 増田善逸, 大賀勇輝, 剣持礼子, 氏平功祐, 松本三明

06 B型急性大動脈解離破裂に対してFrozen Elephant Trunkを用いた全弓部置換術の1治験例

高知大学医学部附属病院 心臓血管外科

○江戸直樹^{えど なおき}, 岡本雲平, 斎藤 廉, 吉田圭佑, 三石淳之, 三浦友二郎

07 解離性大動脈瘤切迫破裂の肺穿破に対するFrozen Elephant Trunk (FET)を用いた全弓部人工血管置換術 (TAR) の一例

高知大学医学部附属病院 心臓血管外科

○吉田圭佑^{よしだ けいすけ}, 江戸直樹, 三石淳之, 三浦友二郎

スポンサードセミナー

9:45～10:35 第1会場 (1F 白のホール)

Strategy for Value based TEVAR & EVAR Treatment

～ステントグラフト治療戦略を価値の点から考える～

座長 山口大学大学院 器官病態外科学講座 血管外科

森 景 則 保

Zenith Dissection ベアステントを使って6年
－PETTICOAT techniqueによるリモデリング効果の検討－

演者 伊勢崎市民病院 心臓血管外科

安 原 清 光

Zenith Alpha Abdominal の特性とその活用法

演者 慶應義塾大学 外科

松 原 健 太 郎

共催：クックメディカルジャパン合同会社

一般演題 2

「TEVAR」

10:40～11:12

第1会場 (1F 白のホール)

座長 佐伯 宗弘 (広島市立広島市民病院 心臓血管外科)

コメンテーター 末澤 孝徳 (福山市民病院 心臓血管外科)

08 外傷性胸部大動脈損傷 (BTAI) に対する TEVAR の治療成績

倉敷中央病院 心臓血管外科

たかうち たくみ

○高内拓海, 平尾慎吾, 上野和寛, 新崎翔吾, 藤本 遥, 藤本靖幸, 菅谷篤史,
山下剛生, 中野穰太, 小宮達彦

09 Hybrid aortic repair を施行した胸腹部大動脈瘤・腹部大動脈瘤・腹腔動脈瘤の1例

¹徳島赤十字病院 血管内治療科, ²徳島赤十字病院 心臓血管外科

みよし まいこ

○三好麻衣子¹, 大谷享史¹, 来島敦史²

10 TEVAR 後の bird-beak による溶血性貧血、DIC、腎不全に対し追加 TEVAR が有効であった1例

島根県立中央病院 心臓血管外科

つだ みずき

○津田瑞希, 花田智樹, 金築一摩, 上平 聡, 山内正信

11 TEVAR 後の Type 2 エンドリークに対して、大動脈瘤直接穿刺による塞栓が有効であった一例

¹愛媛大学大学院医学系研究科 心臓血管呼吸器外科,

²愛媛大学大学院医学系研究科 放射線医学, ³大分大学医学部 放射線医学

ふくにしたくま

○福西琢真¹, 黒部裕嗣¹, 西村 隆¹, 田中宏明², 本郷哲央³, 八杉 巧¹,
西野貴子¹, 薦田宗則¹, 檜垣知秀¹, 坂上倫久¹, 泉谷裕則¹

一般演題 3

「EVAR」

11:12～11:44

第1会場 (1F 白のホール)

座長 森景 則保 (山口大学大学院 器官病態外科学講座 血管外科)

コメンテーター 山下 修 (山口県立総合医療センター 血管外科)

12 EVAR術中の予防的大動脈分枝塞栓の成績

¹あかね会土谷総合病院 心臓血管外科, ²あかね会土谷総合病院 放射線科

○望月慎吾¹, 佐藤友保², 徳本太哉¹, 大窪修平¹, 山根吉貴¹, 古川智邦¹,
山田和紀¹

13 傍腎動脈型腹部大動脈瘤に対するAFX2を用いたchimney EVARの経験

鳥取大学医学部 心臓血管外科

○山根和真^{やまね かずま}, 岸本 諭, 吉川侑希, 森本健一, 岸本 望, 角 尚紀, 仁井陸冬,
大野原岳史, 岸本祐一郎, 吉川泰司, 西村元延

14 当科におけるGore IBE使用症例の検討

徳島大学 心臓血管外科

○藤本鋭貴^{ふじもと えいき}, 木村優希, 佐村高明, 菅野幹雄, 北市 隆, 秦 広樹

15 穿刺によるステントグラフト治療 - ProGlide 3000本の使用経験から -

心臓病センター榊原病院

○森田翔平^{もりた しょうへい}, 平岡有努, 近沢元太, 吉鷹秀範

ランチョンセミナー

12:10～13:00 第1会場 (1F 白のホール)

座長 島根県立中央病院 心臓血管外科
上 平 聡

AFX2を最大限活かすために －EL予防を見据えた戦略－

演者 徳島赤十字病院 血管内治療科
大 谷 享 史

共催：日本ライフライン株式会社

総 会

13:10~13:20

特別講演

13:30～14:20 第1会場 (1F 白のホール)

座長 島根県立中央病院 心臓血管外科
山内 正信

血管外科医の考えるPAD血行再建 ～EVTとOpen Surgery～

演者 松山赤十字病院 血管外科
山岡 輝年

共催：ボストン・サイエンティフィック ジャパン株式会社

一般演題 4

「末梢動脈 1」

14:30~15:26

第1会場 (1F 白のホール)

座長 小林 平 (JA 広島総合病院 心臓血管外科)

コメンテーター 柚木 靖弘 (川崎医科大学附属病院 心臓血管外科)

16 遠位バイパス術および術後レオカーナによる血液吸着療法で救肢できた一例

JA 広島総合病院 心臓血管外科

○友田真由^{ともた まゆ}, 小林 平, 岡崎孝宣, 濱本正樹

17 足部壊死感染に対して deep venous arterialization (DVA) と静脈弁切除を行い大切断を免れた1例

川崎医科大学附属病院 心臓血管外科

○栗田憲明^{くわた のりあき}, 柚木靖弘, 田淵 篤, 渡部芳子, 赤木大輔, 田村太志, 橋口大毅, 丁サムエル, 山澤隆彦, 金岡祐司, 種本和雄

18 解離性右鎖骨下動脈瘤に対し人工血管置換術を行った1例

広島市民病院 心臓血管外科

○佐伯宗弘^{さいき むねひろ}, 柚木継二, 井上知也, 古谷凌一, 徳田雄平, 立石篤史, 田村健太郎, 大島 祐, 久持邦和

19 人工血管内の VIABAHN 閉塞に対して、経 VIABAHN による血栓除去を施行した一例

国立病院機構東広島医療センター 心臓血管外科

○前田和樹^{まえだ かずき}, 江村尚悟, 森田 悟

20 VIABAHN を貫通し実施した EVT 例

岡村病院 心臓血管外科

○佐藤 充^{さとう みつる}, 岡村高雄, 籾 厚

21 IVUS proceeding, IVUS guided parallel single wire technique (Detach and Go) が有用であった2症例

島根大学医学部附属病院 放射線科

○丸山光也^{まるやまみつなり}, 中村 恩, 石倉ゆか, 荒木久寿, 吉田理佳, 安藤慎司, 吉廻 毅, 北垣 一

22 PAD BK lesion trans ankle intervention の1例

¹松江生協病院 放射線科, ²島根大学医学部 放射線科

○中村友則^{なかむらともり}¹, 田中翔太¹, 吉田理佳²

アフタヌーンセミナー

15:40～16:30 第1会場 (1F 白のホール)

座長 福岡県済生会八幡総合病院 血管外科
三井 信介

血管外科医の考えるハイブリッド治療における バイアバーン® ステントグラフトの位置付け

演者 川崎医科大学総合医療センター 外科
磯田 竜太郎

大動脈腸骨動脈領域での VBXステントグラフトの有用性と注意点

演者 東広島医療センター 心臓血管外科
前田 和樹

共催：日本ゴア合同会社

一般演題 5

「腹部大動脈1・末梢動脈2」

16:40～17:12

第1会場 (1F 白のホール)

座長 藤本 鋭貴 (徳島大学 心臓血管外科)

コメンテーター 中村 嘉伸 (松江赤十字病院 心臓血管外科)

23 不本意な結果に終わった大動脈ステントの1症例

松江赤十字病院 循環器内科

○石井裕繁^{いしい ひろしげ}, 城田欣也, 井上義明, 清水孝史, 岩崎洋一郎, 辻本大起,
平野康文

24 医原性右鎖骨下動脈仮性動脈瘤に対してステントグラフト留置術を施行した1例

済生会山口総合病院 外科

○藤田顕弘^{ふじた あきひろ}, 斎藤 聰, 坪根咲里依, 神保充孝, 上杉尚正, 小林俊郎,
高橋 剛, 郷良秀典

25 膝窩動脈瘤急性閉塞症例に対し血管内治療を行い救肢できた1例

徳島大学 心臓血管外科

○木村優希^{きむら ゆうき}, 藤本鋭貴, 佐村高明, 菅野幹雄, 北市 隆, 秦 広樹

26 膝上部膝窩動脈瘤破裂に対してViabahnを使用した一治験例

鳥取県立中央病院 心臓血管外科

○坂口祐紀^{さかぐち ゆうき}, 徳留純平, 藤原義和, 宮坂成人

一般演題 6

「末梢動脈3」

8:40~9:36

第2会場 (2F 黒のスタジオ)

座長 浜崎 尚文 (鳥取県立厚生病院 血管外科)
コメンテーター 寒川 顕治 (香川県立中央病院 心臓血管外科)

27 Axillary graft stump syndromeによる左上肢微小塞栓症の1例

松山赤十字病院 血管外科

○まつだ だいすけ松田 大介, 山岡輝年, 木下 豪, 本間健一

28 放射線治療が原因のASOに対する血栓内膜摘除術後に再狭窄を来した1例

津山中央病院 心臓血管外科

○おおが ゆうき大賀 勇輝, 増田善逸, 武田直人, 剣持礼子, 氏平功祐, 松本三明

29 直腸癌ロボット手術後、腸骨動脈ステント留置部の屈曲により生じた下肢急性動脈閉塞の1例

川崎医科大学総合医療センター 外科

○もりた きょうすけ盛田 興輔, 磯田竜太郎, 松井大輔, 間野正之, 石田敦久, 森田一郎

30 膝窩動脈捕捉症候群が原因と思われた膝窩動脈閉塞の1例

独立行政法人国立病院機構浜田医療センター

○まつだ すすむ松田 晋, 三浦重禎, 明石晋太郎, 飯田 博

31 大動脈-両側大腿動脈バイパスから30年後の人工血管劣化を伴う大腿動脈吻合部仮性瘤の1例

川崎医科大学総合医療センター 血管外科

○たつがわたかひろ立川 貴大, 磯田竜太郎, 石田敦久, 森田一郎

32 消化管虚血に対して腹部内臓動脈ステント留置を施行した2例

¹愛媛大学医学部 放射線科, ²愛媛大学医学部 心臓血管呼吸器外科

○たなか ひろあき田中 宏明¹, 福山直紀¹, 川口直人¹, 城戸輝人¹, 福西琢真², 八杉 巧²

33 慢性腸管虚血の一例

山口県済生会下関総合病院 心臓血管外科

○いけだ よしたか池田 宜孝, 坂本龍之介, 高橋雅弥, 伊東博史

一般演題 7

「腹部大動脈2」

10:40～11:12

第2会場 (2F 黒のスタジオ)

座長 長 劔持 礼子 (津山中央病院 心臓血管外科)
コメンテーター 加納 正志 (徳島県立中央病院 心臓血管外科)

34 腹部動脈瘤手術後Chronic Expanding Hematoma (CEH) に対する手術経験

福山市民病院

○三浦 望^{みうら のぞむ}, 末澤孝徳, 林田智博, 喜岡幸央

35 外傷性肝損傷の受傷時に診断された70mmを超える傍腎動脈腹部大動脈瘤に対して、腹腔内感染下に人工血管置換術を施行した1例

香川県立中央病院 心臓血管外科

○加藤源太郎^{かとう げんたろう}, 成宮悠仁, 奥山倫弘, 寒川顕二, 山本 修

36 当科の感染性腹部大動脈瘤に対する治療戦略と成績

山口大学大学院 器官病態外科学講座 血管外科

○溝口高弘^{みぞぐちたかひろ}, 森景則保, 池 創一, 竹内由利子, 原田剛佑, 末廣晃太郎,
濱野公一

37 腹部大動脈瘤人工血管置換術後、24年後に感染性大動脈瘤をきたした1例

¹今治第一病院, ²徳島大学

○藤田 博^{ふじた ひろし}, 曾我部仁史¹, 加藤逸夫¹, 越智衣衣子²

一般演題 8

「末梢動脈4」

11:12~11:44

第2会場 (2F 黒のスタジオ)

座長 池田 宜孝 (山口県済生会下関総合病院 心臓血管外科)

コメンテーター 中西 浩之 (岡山赤十字病院 心臓血管外科)

38 短期間に下肢動脈の狭窄・閉塞を再発した抗リン脂質抗体症候群の1例

愛媛県立中央病院 心臓血管外科

○いなり まかな稲荷真愛, 米沢数馬, 山形顕子, 原田崇史, 高橋 研, 石戸谷浩

39 急性下肢動脈閉塞治療後に血管型ベーチェット病と診断された1例

鳥取県立厚生病院 血管外科

○はまぎきたかふみ浜崎尚文, 西村謙吾

40 Microvascular thrombosisにより骨盤部分切除に至った1例

高知大学医学部附属病院 心臓血管外科

○みついしあつゆき三石淳之, 三浦友二郎, 吉田圭佑, 江戸直樹

41 脳虚血を繰り返す腕頭動脈閉塞に対して、4D-CTAによる病態解析を行い Axillo-Axillar bypass を施行した一例

広島市立安佐市民病院

○たかた よしあき高田善章, 橘 仁志, 大下真代, 荒川三和, 片山 暁

一般演題 9

「末梢動脈5・静脈・その他」

14:30～15:10

第2会場 (2F 黒のスタジオ)

座長 齋藤 聰 (済生会山口総合病院 外科)

コメンテーター 岸本祐一郎 (鳥取大学医学部 心臓血管外科)

42 高位分岐橈骨動脈仮性動脈瘤の1例

¹岡山赤十字病院 心臓血管外科, ²岡山赤十字病院 検査科

○中西浩之¹, 徳永宣之¹, 谷口裕一²

43 当院における下肢静脈瘤に対するグルー治療 50肢の治療経験

広島通信病院

○杉山 悟, 脇 直久, 原野雅生

44 VAIVT drug coating balloonの初期成績

¹松江生協病院 放射線科, ²鳥根大学医学部 放射線科

○中村友則¹, 田中翔太¹, 吉田理佳²

45 DrySeal シース (GORE 社) を用いた血管内異物回収

山口県立総合医療センター

○永瀬 隆, 山下 修, 西原聡志, 藤井美緒, 宮崎健介, 林雅太郎, 藤井雅和,
金田好和, 須藤隆一郎, 野島真治

46 緊急経皮的バルーン大動脈弁形成術 (BAV) により救命し得た重症大動脈弁狭窄症の一例

¹鳥根県立中央病院 循環器科, ²河端循環器内科医院

○井本宏治¹, 山口まどか¹, 加藤孝佳¹, 吉田雅昭¹, 園山一彦¹, 河端哲也²,
小田 強¹

特別講演
スポンサードセミナー
ランチョンセミナー
アフタヌーンセミナー
抄 録

特別講演

血管外科医の考えるPAD血行再建 ～EVTとOpen Surgery～

松山赤十字病院 血管外科

山岡 輝年

末梢動脈疾患(PAD)に対する血管内治療(EVT)は、今世紀になり大きな発展を遂げ、特にこの10年は、手技の成熟とデバイスの進歩(ステントグラフトやパクリタキセルデバイスなど)と相まって、欠かすことのできない主たる治療方法に位置付けられている。先日、改定された日本循環器学会／日本血管外科学会合同の末梢動脈疾患ガイドラインにおいても、EVT適応を大きく広がっている。一方で、従来からのバイパス術などのOpen surgeryの役割も依然として小さくない。PAD治療を主たる臨床の柱としている血管外科医においては、EVTとOpen surgeryの両方を過不足なく適応し実践する責務があると考えられる。

本講演では、腹部大動脈～足部動脈にいたる、各領域の血行再建の現状を新たなガイドラインを踏まえ概説し、血管外科医としてのPAD診療の今後の展望を示す。

スポンサードセミナー

Zenith Dissection ベアステントを使って6年 — PETTICOAT technique によるリモデリング効果の検討 —

伊勢崎市民病院 心臓血管外科

安原 清光

大動脈解離に対する TEVAR は、2020 年に改訂されたガイドラインにおいて「解離に伴う合併症を有する Stanford B 型急性大動脈解離に対するステントグラフトによるエントリー閉鎖」は推奨クラス I・エビデンスレベル C となっている。かかる症例に対する治療として TEVAR は今や常識となっている。この良好な成績に加え、INSTEAD-XL trial などの報告により、合併症は有さないが拡大が予測される症例においても、TEVAR が治療の選択肢となり、その推奨クラスは II a となり増加傾向にある。

PETTICOAT technique は、2013 年に Nienabar らが報告した概念であり、ステントグラフトによるエントリー閉鎖を行い、同時にその末梢側にベアステントを留置することで、虚脱した真腔を拡大させることを目的とした手法である。Zenith Dissection はこの治療目的のために開発されたステントグラフトである。その適応は当初は急性症例のみであったが、2019 年 3 月に急性期以外の症例にも適応が拡大され、現在に至っている。

当院では 2015 年より、偽腔開存を伴う B 型大動脈解離 (A 型解離弓部置換後、残存解離も含む) に対して、この方法を用いて治療を行ってきた。今回はこれまでに Zenith Dissection ベアステントを用いて治療を行った 69 例の成績とそのリモデリングについて、合併症を有する急性期症例とそれ以降に治療介入を行なった症例とに分けて検討したので報告をする。

スポンサードセミナー

Zenith Alpha Abdominalの特性とその活用法

慶應義塾大学 外科

松原 健太郎

2006年にZenithが本邦で初の企業性ステントグラフトとして薬事承認を受けてから15年以上が経過し、その間さまざまなデバイスが導入されてきた。EVAR術後の安定した長期成績を求めるには、それぞれのデバイスの長所や短所を理解し、症例に応じた適切な使い分けが重要となる。

Zenith Alpha Abdominal Endovascular graftは、2020年8月から本邦における一般発売が開始された。Suprarenal Fixation、Long Main body、3ピースシステムといったデザインやコンセプトは前世代のZenith Flexから引き継ぎながら、ステント素材、Suprarenal stentやProximal sealing stentのデザイン、デリバリーシステムなどにおいて様々な改良が加えられた。Zenith Alpha Abdominalの使用経験をもとに、その特性と活用法について報告する。

ランチョンセミナー

AFX2を最大限活かすために －EL予防を見据えた戦略－

徳島赤十字病院 血管内治療科

大谷 享史

近年、腹部大動脈瘤に対するステントグラフト内挿術は確立された手術術式となっており、どのデバイスを使用しても一定の手術成績が期待できる。

遠隔期の問題として、type IIエンドリークが残存すると瘤が拡大し、その後ネックが拡大することで、type Ia, Ib, IIIエンドリークが続発し、さらなる瘤の拡大から破裂に至る場合がある。できる限り初回手術でtype IIエンドリークを残さない手術をすることが重要である。IMAのコイル塞栓術は比較的容易に、そしてプラグが使用できるようになってからは安価にできるようになった。しかし、腰動脈のコイル塞栓術、特にtype IIエンドリークが多い、正中仙骨動脈や下位腰動脈のコイル塞栓術は技術的に難しい。AFX2はUnibody Design・Anatomic Fixation・Active Seal機能により、これらを個別に塞栓することもなく、type IIエンドリークを制御できる。

次にAFX2は、type IIIエンドリークが多いとされてきたが、これは曲がった中枢ネックに真っすぐにしか留置できないAFX2を使用するから発生する。

当科では、他機種と組み合わせることで屈曲した中枢ネックに対応し、type Ia, IIIエンドリークが発生しないよう工夫している。

当科での工夫と手術成績について報告する。

アフタヌーンセミナー

血管外科医の考えるハイブリッド治療における バイアバーン[®] ステントグラフトの位置付け

川崎医科大学総合医療センター 外科

磯田 竜太郎

VIABAHNは症候性浅大腿動脈(SFA)病変におけるJapan PMS studyで長区域および複雑病変に対する留置後12ヶ月での良好な長期開存成績が報告された。その有用性と低侵襲性から、近年のSFA病変の血管内治療(EVT)においてVIABAHNはDCB、DESと共に主要な選択肢として位置づけられる。さらには人工血管内シャントへの適応拡大や血管損傷時などVIABAHNの使用頻度は増加傾向にある。我々血管外科医ならではの使用方法すなわちハイブリッド治療においてVIABAHNは重要な役割を担う。これについて当科の症例を元に議論する。Distal bypassの際にグラフトとして使用可能な自家静脈が不十分かつSFA病変を有する症例において、SFAのEVT+膝下バイパスではSFA病変に対するデバイスとしてVIABAHNも選択肢の一つである。しかし、血栓閉塞による重症化のリスクを伴う可能性があるためBMSやDESを選択する可能性も挙げられる。また人工血管内シャントにおいては繰り返す静脈の再狭窄病変や静脈破裂のリスク回避のため完全拡張を得られにくい病変、血管損傷した場合においては特にVIABAHNは有効であると考ええる。しかし適応が拡大したことによって例えばPADにおけるnon-stenting zoneへのデバイス留置のように内シャントに対しても安易な使用による合併症は今後も増加することは予期される。血管外科医として適正使用を啓蒙していきつつ、本品の使用の適切なタイミング・症例などを示す予定である。

アフタヌーンセミナー

大動脈腸骨動脈領域での VBX ステントグラフトの有用性と注意点

東広島医療センター 心臓血管外科

前田 和樹

VBXステントグラフト(ゴア バイアバーン VBXバルーン拡張型ステントグラフト、以下VBX)は、2019年2月から一般発売となり、多くの施設で使用されている。

ステントグラフト使用のメリットとしては、グラフト材料でメカニカルに内膜増殖を防ぐこと、拡張の際に穿孔や破裂等の合併症リスクの低減等が挙げられる。以前から大動脈腸骨動脈領域では、カバードステントとBMSの比較はされており、カバードステントの良好な成績が示されている。VBXを使用した症例の報告では、米国の臨床試験であるVBX FLEX試験は134例が登録され、3年のフォローアップでTLR回避率91.2%と非常に良好な成績は発表されている。日本でも、AVOCADO試験が行われ、231例が登録され、1年の一次開存率は93.4%で、TLR回避率は95.3%と良好の成績が報告されている。当院では2019年9月から2021年9月までに39例56肢に対してVBX使用しており、その症例について検討した。病変はTASC II分類で、A/B型17例、C/D型が21例、腹部大動脈病変も含む症例は9例であった。治療は、KBTで留置した症例が17例で、BMSと併用した症例は22例。フォローアップ期間中の死亡例は1例のみで、死因は虚血性心疾患であった。下肢大切断症例は認めていない。閉塞を2例認めている。全体の1年での1次開存率は、93.2%であった。閉塞症例は、KBT留置した症例で、外的な圧迫によりVBXの中樞端がつぶれてしまい、術後7ヶ月に閉塞した。血栓除去し、中樞にVBXを追加留置し、再開通している。もう一例は、EIAにVBX留置した症例で、その中樞のCIAが血栓閉塞し、術後5か月でVBXが閉塞した。血栓除去のみを行い、以後は改善している。閉塞症例以外に、再治療を要した症例はない。当院でのVBX使用例の初期成績は、他の報告と比較しても同等であった。VBXはバルーン拡張型であるので、外的な圧迫には注意が必要である。また、再狭窄ではなく完全閉塞となってしまうため、他の部位の病変の進行等にも注意が必要である。

一般演題
抄 録

01 上行弓部置換+オープンステント留置術後の頸部分枝および末梢側吻合部トラブルに対する再手術

広島市民病院 心臓血管外科

- 井上知也, 柚木継二, 佐伯宗弘, 古谷凌一,
徳田雄平, 立石篤史, 田村健太郎, 大島 祐,
久持邦和

症例は55歳男性。6ヶ月前に他院にて発症2ヶ月のB型解離に対し上行弓部置換+オープンステント留置術を施行されている。転居に伴い当科に紹介となったが、造影CTで末梢側吻合部から偽腔への血流がみられた。このため精査予定であったが1週間前から続く背部痛のため救急外来受診、CTで末梢側吻合部付近の血腫を疑う所見あり緊急入院となった。4D-CTで腕頭動脈吻合部の仮性瘤がみられたため、末梢側吻合部の問題も含め嚴重な血圧管理を行い入院13日目に再人工血管置換術を施行した。術前CTで認めていた腕頭動脈以外に左総頸動脈吻合部にも仮性瘤がみられた。また末梢側吻合部では一部オープンステントへの運針かけ損傷部位があり、この部位から偽腔が確認できた。術後脳神経学的合併症なく、術後CTでは胸腔内の偽腔は血栓化しており経過良好で退院となった。

03 胸部ステントグラフト内挿術後の逆行性A型大動脈解離の経験

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, ³大里医院

- 加納正志¹, 藤本鋭貴², 木下 肇³, 筑後文雄¹

胸部ステントグラフト内挿術(TEVAR)後の逆行性A型大動脈解離(RTAD)は頻度的には稀ではあるが、重篤な合併症のひとつである。当院で経験したRTADにつき報告する。発症例は過去11年間(2011年4月-2022年4月)に行ったTEVAR179例中4例(2.2%)。男女比は3:1。平均年齢75歳(67-84歳)。TEVARからTRAD発症までの期間は2日から6ヶ月。内2例は無症状で経過観察のCTで発見された。TEAVRの中核側landing部位は、zone0:1例、zone1:1例、zone2:1例、zone3:1例、使用デバイスはTAG:2、RELAY:2、VALIANT:2、対象疾患は、慢性解離2例、真性瘤2例であった。治療は3例に対し上行弓部置換を施行。他の1例は高度肺気腫でopen surgeryは耐術不能と判断、保存的に経過観察3年後、他疾患で死亡した。発症要因として、debranchingの際のサイドクランプによる血管損傷、ステントグラフトペア部の血管損傷、Tug of wire法による弓部小弯側への圧力などが推測された。

02 急速拡大するB型解離性大動脈瘤に対するrapid 2 stage手術の1例

広島市民病院 心臓血管外科

- 古澤航平, 柚木継二, 佐伯宗弘, 井上知也,
古谷凌一, 徳田雄平, 立石篤史, 田村健太郎,
大島 祐, 久持邦和

症例は71歳女性。2ヶ月前にB型急性大動脈解離を発症し近医入院加療を開始、経過中再解離(入院6日後)を起こした。入院継続の上嚴重な降圧管理を行っていたにもかかわらず解離性大動脈瘤の最大径が発症時:42mm→2ヶ月後:56mmと急速拡大がみられ、また背部痛の訴えも頻回となったため治療目的に当科に紹介、入院となった。上行大動脈が44mmに拡大しており、胸腹部置換術のみでは周術期のA型解離発症のリスクがあること、急速拡大がみられ破裂のリスクが高いことなどから本症例に対してはrapid 2 stge手術(まず上行弓部置換+エレファントトランク内挿術、その後可及的速やかに胸腹部置換術)の方針とし入院9日目に上行弓部置換+エレファントトランク内挿術を施行、全身状態の改善を待って初回術後8日目に胸腹部置換術(S-5型)を施行した。術後対麻痺を含めた脳神経学的合併症はみられずリハビリ加療中である。

04 Najutaステントグラフト治療後の大動脈イベントに対して、オープンステントグラフト法を用いた弓部置換を行い救命し得た2例

松江赤十字病院 心臓血管外科

- 大月優貴, 樋口達也, 倉敷朋弘, 中村嘉伸

Najutaステントグラフトは、デブランチを行うことなく治療が行えるため、ハイリスク患者の治療に用いられているが、遠隔期に大動脈イベントが起こった場合、弓部に開窓部があるため、治療のストラテジーが複雑となる。

Najuta後の急性大動脈解離stanfordA・胸部大動脈瘤破裂に対して、オープンステントグラフト法を用いた弓部置換を行い救命し得た2例を経験したので報告する。

2症例ともに、zone0から下行大動脈までステントグラフトが留置されており、抜去しての吻合は困難なことが予想された。また、頸部分枝は開窓されているため分枝の結紮だけではエンドリークの可能性があると考えた。そのため、末梢側はオープンステントグラフトを用いることにより、開窓部を内より閉鎖し、吻合部を中核にもってこることができ、吻合も容易に行えた。その際、頸部分枝のスペースを確保するため、Najutaは一部切断した。その後は通常の弓部置換を行い、良好な結果を得た。

05 抗凝固療法が奏効した胸部大動脈壁在血栓症の1例

津山中央病院

○武田直人^{たけだ なおと}, 増田善逸, 大賀勇輝, 剣持礼子,
氏平功祐, 松本三明

患者は70歳男性、10日前から持続する左下肢の安静時疼痛のため当科に紹介となる。造影CT検査では胸部大動脈の壁在血栓を多数認め、左外腸骨動脈より完全閉塞をきたしていた。胸部大動脈壁在血栓症による塞栓症と診断し、緊急で左下肢動脈の血栓摘除術を施行した。左下肢の血流は改善したが最終的に28病日目に大腿切断術が施行された。術直後からヘパリンを投与し、5病日目からワーファリンの内服を開始した。47病日目の造影CT検査では壁在血栓の縮小を認め、経食道心臓超音波検査にて血栓の可動性がないことを確認したため、リハビリを優先して73病日目に転院となる。退院後2ヶ月目の造影CT検査では、壁在血栓はさらに縮小傾向であった。胸部大動脈壁在血栓症は塞栓症の重要な原因となる疾患であり、抗凝固療法が奏効しない場合では外科治療が必要となる場合がある。内科治療のみで良好な転機を辿った1例を経験したため報告する。

07 解離性大動脈瘤切迫破裂の肺穿破に対するFrozen Elephant Trunk (FET)を用いた全弓部人工血管置換術 (TAR) の一例

高知大学医学部附属病院 心臓血管外科

○吉田圭佑^{よしだ けいすけ}, 江戸直樹, 三石淳之, 三浦友二郎

症例は67歳、女性。亜急性期A型大動脈解離に対して上行大動脈人工血管置換術を施行し、術後経過は良好であった。術後5カ月で喀血を主訴に当院救急搬送され、解離性下行大動脈瘤の急速拡大(32→62mm)および肺野の浸潤影を認め、切迫破裂による肺内穿破の疑いで緊急手術となった。臨床所見から肺損傷の程度は軽度であると判断し、弓部が40mm以上の解離性大動脈瘤であることから、確実な脳保護を優先し、再胸骨正中切開でFETを用いたTARを施行した。術後挿管チューブからの活動性出血を認めず、造影CTで第1病日に胸腹部移行部まで、第3病日に腹腔動脈のre-entryまで偽腔の血栓化を確認し、第28病日に5mmの瘤形縮小を認めた。喀血の再燃なく、術後経過は良好であった。本症例のような困難な症例の治療アプローチについて文献的考察を加えて報告する。

06 B型急性大動脈解離破裂に対してFrozen Elephant Trunkを用いた全弓部置換術の1治験例

高知大学医学部附属病院 心臓血管外科

○江戸直樹^{えど なおき}, 岡本雲平, 斎藤 廉, 吉田圭佑,
三石淳之, 三浦友二郎

11年前に褐色細胞腫にたいして手術歴のある55歳の男性。突然の胸背部痛を自覚し、CT検査で53mmに拡大した遠位弓部大動脈から下行大動脈に及ぶ偽腔開存型解離と、後縦隔の広範な血腫を認め、B型急性大動脈解離(ABDA)の破裂と診断して夜間に緊急手術の方針とした。若年で結合組織疾患を疑い、中枢側ランディングが20mm未満であり、確実な脳保護の観点から手術はFrozen elephant trunk (FET)を用いた全弓部置換(TAR-FET)を行った。術前CT計測で150mmのFETが必要であったが、欠品のため120mmを使用した。第1病日のCTでType I b エンドリークを疑い、第2病日にTEVER追加を要したが、その後のCTで偽腔の血栓化と縦隔血腫の消失を確認し、第24病日に独歩退院した。病理では結合組織疾患を積極的に疑う弾性線維の走行異常や嚢胞状中膜壊死の像は認めなかった。遠位弓部瘤を伴うABDA破裂に対するTAR-FETによる外科治療の妥当性について文献的考察を踏まえて報告する。

08 外傷性胸部大動脈損傷(BTAI)に対するTEVARの治療成績

倉敷中央病院 心臓血管外科

○高内拓海^{たかうち たくみ}, 平尾慎吾, 上野和寛, 新崎翔吾,
藤本 遥, 藤本靖幸, 菅谷篤史, 山下剛生,
中野穰太, 小宮達彦

【背景・目的】外傷性胸部大動脈損傷(BTAI)の治療は、多臓器損傷を合併することが多く、慎重な治療戦略を要する。BTAIへのTEVAR治療成績を検討した。

【方法】2009-2022年にBTAIに対しTEVARを施行した11例を検討した。

【結果】交通外傷9例、転落2例であり、平均年齢52.7歳。Gradeは 2.5 ± 1.4 、Injury Severity Scoreは 34.9 ± 9.0 であり、脳出血3例、骨盤骨折4例、血胸7例を認めた。平均介入時間は142分、ステントサイズは血管径の137%、121mm長が選択されていた。院内死亡なく、脊髄梗塞1例、左上肢跛行1例を認めた。Follow期間 24.5 ± 19.7 か月にて全例生存し再介入なく、SINEや瘤化は認めないものの、ステント留置近位部で平均28%、6.1mm、遠位部で平均20%、3.7mmの径拡大を認めた。

【結論】BTAIに対するTEVAR治療成績は良好であったが、デバイス選択には注意を要し、嚴重な経過フォローが必要である。

09 Hybrid aortic repairを施行した胸腹部大動脈瘤・腹部大動脈瘤・腹腔動脈瘤の1例

¹徳島赤十字病院 血管内治療科,

²徳島赤十字病院 心臓血管外科

○三好麻衣子¹, 大谷享史¹, 来島敦史²

胸腹部大動脈瘤(TAAA)に対するopen repairは手術侵襲が大きく、対麻痺のリスクが高い。腹部debranchとTEVARを組み合わせたhybrid aortic repair(HAR)は、開腹を要するが、開胸や体外循環が不要で、呼吸循環動態の安定が得やすく、対麻痺のリスクも低い。TAAA・腹部大動脈瘤(AAA)に腹腔動脈瘤(CAA)を合併した症例に対しHARを施行した。

72歳、女性。1年半前に急性B型解離を発症。弓部から腎動脈下にかけて閉鎖型の解離を認め、TAAA 41×42mm, AAA 34×29mm, CAA 16mmも認めた。急性期は保存的治療を行い、その後TAAAが急速に拡大したため手術の方針とした。open repairではCAAが残存すること、また本人の強い希望もあり、HARを選択。右腎動脈下からY graftで置換し、SMAにはePTFE graftで、両側腎動脈、総肝動脈、脾動脈には4分枝graftで血行再建し、1週間後にTEVARを施行した。術後対麻痺等の合併なく良好に経過した。現状では最良の方法と考える。

11 TEVAR後のType 2エンドリークに対して、大動脈瘤直接穿刺による塞栓が有効であった一例

¹愛媛大学大学院医学系研究科 心臓血管呼吸器外科,

²愛媛大学大学院医学系研究科 放射線医学,

³大分大学医学部 放射線医学

○福西琢真¹, 黒部裕嗣¹, 西村 隆¹, 田中宏明²,
本郷哲央³, 八杉 巧¹, 西野貴子¹, 薦田宗則¹,
檜垣知秀¹, 坂上倫久¹, 泉谷裕則¹

症例は47歳、女性。全身性エリトマトーデスによる慢性腎不全で生体腎移植を受けている。経過中に拡大する57mm大の紡錘状下行大動脈瘤を認め、zone 3/4に対してTEVARを施行した。術後2年でのCT検査で62mmと再度瘤拡大を認め、血管造影を行い下甲状腺動脈等からの側副路を介して気管支動脈からエンドリーク内に血流を認めた。側副路からのカテーテル挿入は困難と判断し、CTガイド下直接穿刺で気管支動脈と肋間動脈の選択的にコイル塞栓を行い、さらにエンドリーク内をヒストアクリルにて充填した。3日後の造影CTでは使用した造影剤残留があるも、気管支動脈からの血流は消失していたため経過観察とした。TEVAR後のType 2エンドリークに対して、大動脈瘤直接穿刺による塞栓が有効であった症例に関して、若干の文献的考察も含めて報告する。

10 TEVAR後のbird-beakによる溶血性貧血、DIC、腎不全に対し追加TEVARが有効であった1例

島根県立中央病院 心臓血管外科

○津田瑞希¹, 花田智樹¹, 金築一摩¹, 上平 聡¹,
山内正信¹

症例は70才台男性。202X-14年急性大動脈解離(IIIa)で保存的治療。202X-1年4月腹部大動脈瘤に対し人工血管置換術。7月急性A型大動脈解離で上行・部分弓部大動脈置換術、2日後中枢側の再解離で再上行大動脈置換術と右冠動脈バイパス術施行。202X年1月弓部から下行大動脈瘤に対し1-debranching TEVAR施行(中枢Relay 34x250mm, 末梢CTAG 40x200mm, 右左鎖骨下動脈バイパス)。術後、腎不全、DIC、不全対麻痺となり、2日目にCSFドレナージ開始。高度の溶血性貧血、血尿をきたし、CTでCTAG中枢端のbird-beakを認め、これが溶血の原因と考え、術後3日目に追加TEVAR(CTAG(AC) 37x150mm)施行。術後、溶血性貧血、血尿は改善。リハビリを行い、歩行可能となり術後44日目に自宅退院した。ステントグラフトのbird-beakによる溶血性貧血に対する追加TEVARの報告はなく、非常に稀であると思われるので報告した。

12 EVAR術中の予防的大動脈分枝塞栓の成績

¹あかね会土谷総合病院 心臓血管外科,

²あかね会土谷総合病院 放射線科

○望月慎吾¹, 佐藤友保², 徳本太哉¹, 大窪修平¹,
山根吉貴¹, 古川智邦¹, 山田和紀¹

Type2 endoleak予防目的の下腸間膜動脈(IMA)コイル塞栓の有用性が判明し、EVARのさらなる成績向上目的にIMAに加えて、腰動脈(LA)コイル塞栓を行う施設も散見されるようになった。当院でも2020年よりEVAR術中に、下腸間膜動脈・腰動脈コイル塞栓を行っておりその成績を報告する。

正中仙骨動脈は基本コイル塞栓を施行せず。IMAは全例コイル塞栓を施行し、LAのコイル塞栓は瘤内LA開存本数1本以下を目標とした。

IMAあるいは腰動脈をコイル塞栓した症例は計37例であった。IMA塞栓成功率96%、LA塞栓成功率は85%。動脈瘤の縮小率は手術全体での平均造影剤使用量110ml、平均放射線量1144mGyであった。メガセンターではない当院においても、分枝の塞栓率は比較的良好であったが、造影剤使用量・放射線量は多く課題である。

13 傍腎動脈型腹部大動脈瘤に対するAFX2を用いたchimney EVARの経験

鳥取大学医学部 心臓血管外科

- 山根和真, 岸本 諭, 吉川侑希, 森本健一,
岸本 望, 角 尚紀, 仁井陸冬, 大野原岳史,
岸本祐一郎, 吉川泰司, 西村元延

【背景】開腹手術が困難な傍腎動脈型腹部大動脈瘤(JAAA)において、chimney法を用いたステントグラフト内挿術(ChEVAR)が注目される。AFX2の内骨格構造はガターリク制御に有用である可能性があり、当科ではChEVARではAFX2を主に用いている。当科で経験した2症例を報告する。

【症例】症例1 77男性。食道癌に対して食道切除、胃管再建の既往。低位腎動脈から5.7mm末梢に右側に突出する嚢状JAAAを認めChEVARの適応とした。左腎動脈にViabahn VBX 6mm-3.9cmを挿入、AFX2 main body+25mmVELAで治療した。症例2 81男性。一秒率43%と低肺機能。低位腎動脈から7.6mm末梢から不整形の紡錘型JAAA55mmを認めChEVARの適応とした。左腎動脈をViabahn VBX 6mm-3.9cmを挿入、AFX main body+36mmVELAで治療した。

【まとめ】ハイリスクJAAAに対して、AFX2を用いたChEVARを施行し良好な結果を得た。症例数が少なく、中長期成績については引き続き観察が必要である。

15 穿刺によるステントグラフト治療 - ProGlide 3000本の使用経験から -

心臓病センター榊原病院

- 森田翔平, 平岡有努, 近沢元太, 吉鷹秀範

当院では2014年から大口径シースに対するProGlideを用いた穿刺治療を始めた。12~22Fr.シースに対して2本のProGlideをpre-closure法を用いて縫合止血を行う方法である。2014~2021年9月までにTEVAR 112例、EVAR 543例、TAVI 349例、MitraClip 61例の計1065例に対して3155本のProGlideを使用して止血を行った。結果、外科的修復を要した症例は、穿刺部止血困難5例、ProGlideによる内腸骨動脈損傷1例、大腿動脈閉塞を1例の計7例(0.7%)のみであった。感染、リンパ漏は1例も認めていない。また、ステントグラフト症例はほぼ全例で術後3DCTで穿刺部評価を行っているが、50%以上の穿刺部狭窄を認めていない。以上より、大口径シースの穿刺治療はカットダウンより良好な成績が期待できる。

14 当科におけるGore IBE使用症例の検討

徳島大学 心臓血管外科

- 藤本鋭貴, 木村優希, 佐村高明, 菅野幹雄,
北市 隆, 秦 広樹

Gore IBEは2016年11月に承認された内腸骨動脈血流温存を目的としたデバイスである。使用に当たっては推奨されている留置手技では解剖学的制約が多く、適応となる症例が限られてくることが問題となる。当科においては使用適応として内腸骨動脈末梢の性状が良好な症例にはできるだけ積極的に使用している。2017年10月から2022年3月まで42症例にIBEを使用した。腹部メインボディは当初Excluderのみを使用していたがその後AFX、Endurantなどを使用することにより治療長の制約での治療適応を拡大できた。さらに最近では腹部メインボディ留置後に積み下げでIBEを留置することにより治療長、腸骨動脈径などの制約にとられなくなり治療適応をさらに拡大できるようになった。今回当科で施行したIBE使用症例の留置手技、短期成績などを検討して報告させていただきたい。

16 遠位バイパス術および術後レオカーナによる血液吸着療法で救肢できた一例

JA広島総合病院 心臓血管外科

- 友田真由, 小林 平, 岡崎孝宣, 濱本正樹

【症例】83歳、男性

【既往症】維持透析、後天性表皮水疱症

【現病歴】1カ月前より生じた右踵部潰瘍を主訴に受診。Wifl stage 4、CTで前脛骨動脈、後脛骨動脈閉塞であり虚血性潰瘍と診断。

【経過】下肢動脈造影を行い、後脛骨動脈に重度石灰化を伴う閉塞あり、血管内治療を施行。同部をガイドワイヤーは通過するもバルーンは通過せず、断念。このため右膝下部膝窩動脈-足底動脈バイパス術(Non-reversed SVG)を施行。手術時間152分、合併症なし。バイパスの血流は良好であったが、潰瘍の治癒不全、これ以上の血行再建は困難と判断し、レオカーナによる血液吸着療法を併用した。計14回血液吸着療法を施行し、肉芽形成良好となったため術後66病日に退院とした。術後109病日に潰瘍は完治した。

【考察】重症下肢虚血に対する血行再建は最善の治療法である。しかし血行再建にも関わらず治癒遅延する症例では血液吸着療法を併用する意義があるのではないだろうか。

17 足部壊死感染に対して deep venous arterialization (DVA) と静脈弁切除を行い大切断を免れた1例

川崎医科大学附属病院 心臓血管外科

くわだ のりあき

- 栞田憲明, 柚木靖弘, 田淵 篤, 渡部芳子,
赤木大輔, 田村太志, 橋口大毅, 丁サムエル,
山澤隆彦, 金岡祐司, 種本和雄

症例は72歳男性。右下肢閉塞性動脈硬化症 (ASO) に対してF-P (AK) bypass (左大伏在静脈 (GSV) グラフト), 感染性左総腸骨動脈瘤に対して感染瘤切除, 大腿-大腿交差バイパス術後, 胃がんに対して胃切除後無再発, 右内頸動脈狭窄に対して内膜摘除 (再狭窄にステント留置) の既往がある。

12ヶ月前に左下肢 ASO に対して総大腿動脈 (CFA) の血栓内膜摘除, 浅大腿動脈 (SFA) ~ 脛骨腓骨幹 (TPT) の血管内治療 (EVT) を施行。10ヶ月前に CFA 再狭窄, SFA ~ 膝窩動脈 (Pop A.) 病変の進行, TPT 閉塞に対して EVT を施行したが, 踵潰瘍, 足趾壊死・感染にて再入院となった。残存する左下腿 GSV を用いて BK pop A-足関節部 PTV bypass (distal venous arterialization ; DVA) を施行し, 末梢の PTV の静脈弁2つを切除とパッチ形成の追加と足趾切断を行った。術後安静時疼痛が残存し, 内側足底静脈 EVT を2回追加し安静時疼痛の改善が得られ大切断を免れ, 経過良好で外来で経過観察中である。

19 人工血管内の VIABAHN 閉塞に対して、経 VIABAHN による血栓除去を施行した一例

国立病院機構東広島医療センター 心臓血管外科

まえだ かずき

- 前田和樹, 江村尚悟, 森田 悟

症例は、77歳 男性。右下肢の総大腿動脈-膝上部膝窩動脈人工血管バイパス閉塞に対して、人工血管内 VIABAHN 留置した。術後7ヶ月後に、右下肢の安静時痛を認め、歩行困難で救急要請し当院に搬送となった。造影CT検査で、右下肢の人工血管内の VIABAHN 閉塞を認めた。側副血行路で膝窩動脈からは開存していた。症状が強く、早急な血行再建術が必要と判断した。急性閉塞のため、VIABAHN内は新鮮血栓であり、血管内治療のみでは塞栓症のリスクが非常に高く、血栓除去を施行することとした。右大腿部で人工血管が皮下の浅い部位を通過している部位を皮膚切開した。人工血管と VIABAHN を切開し、その部位から血栓除去施行し、新鮮血栓を除去でき、血流再開した。左CFAアプローチで、右下肢動脈造影すると、遮断部位と切開部に狭窄みとめ、VIABAHN内に一部血栓残存していた。そのため、狭窄部位を全てカバーするように VIABAHN内に VIABAHN を留置した。

18 解離性右鎖骨下動脈瘤に対し人工血管置換術を行った1例

広島市民病院 心臓血管外科

さいき ひろひろ

- 佐伯宗弘, 柚木継二, 井上知也, 古谷凌一,
徳田雄平, 立石篤史, 田村健太郎, 大島 祐,
久持邦和

症例は高血圧にて内服加療中の72歳男性。これまでに急激な背部痛などの既往はなかった。偶然CTで解離性右鎖骨下動脈瘤 (最大径28mm) が発見され当科に紹介となった。他部位に動脈瘤や解離はみられなかった。解離は上腕動脈までおよんでおり、またLITAや右VAも分岐しており血管内治療は困難と判断し人工血管置換術 (8mm FUSION) を施行した。第2肋間での逆T字切開で胸骨切開しこの皮線を右鎖骨上に斜切開を延長、腕頭動脈および右総頸動脈をテーピング、また鎖骨下切開で右腋窩動脈をテーピングし最終的に分枝は結紮処理、鎖骨上で末梢側吻合が可能であった。術後右声帯麻痺あるも嚥下に問題なく経過と共に嗄声も改善、経過良好にて退院となった。孤立性の解離性鎖骨下動脈瘤は極めて稀であり報告する。

20 VIABAHN を貫通し実施した EVT 例

岡村病院 心臓血管外科

さとう みつる

- 佐藤 充, 岡村高雄, 旗 厚

症例は90歳女性。他院にて右下肢PADに対しAKバイパス、およびEVTを含む複数回の治療歴あり。直近でのEVTも奏功せず、右足趾の虚血は増悪傾向であったため当院紹介となりEVTを予定した。なお上記のAKバイパスに関しては吻合部狭窄やグラフト不全に対し既にEVT歴もあり、特に末梢吻合部から膝窩動脈にかけてはVIABAHNが留置されていた。そうした状況下でも閉塞を繰り返してきた経緯を考慮し、今回EVTを行うにしても同様の経路を再開通させても開存性は乏しいものと推測された。

以上から、既にCTOとなっているSFAを含め、生来のrouteを再開通させる方針とした。

某日EVT実施。特に上記VIABAHNを貫通する際に少々工夫を要した。

最終的にはplan通り治療を完遂し得た。術後の経過は比較的良好であり、現在は創部のfollow中である。今回は主にVIABAHN貫通の際の手技について報告する。

21 IVUS proceeding, IVUS guided parallel single wire technique (Detach and Go) が有用であった2症例

島根大学医学部附属病院 放射線科

まるやまみつなり

○丸山光也, 中村 恩, 石倉ゆか, 荒木久寿,
吉田理佳, 安藤慎司, 吉廻 毅, 北垣 一

5.5Fr guiding catheter (Go Go Catheter)・IVUS (Volcano Eagle Eye ST)・0.014inch wire システムを用いたEVTを2例提示する。症例1: 70代男性, 左間欠性跛行 (Rutherford Class3)。左SFA閉塞 (TASC II A) を認め、同側順行性EVTを施行した。IVUS proceedingのみで上記病変を通過可能であり、DESを留置した。症例2: 70代男性, 左CLTI (Rutherford Class5)。左SFA狭窄・TP trunk閉塞あり。同様にIVUS proceedingを行ったが、IVUSは偽腔に迷入した。Wire残しで、真腔・偽腔移行部をIVUSで確認し、Guiding catheterを移行部直前まで進めた。その後、IVUSを偽腔に再度wedgeさせた状態でIVUSとwire分離、IVUSガイド下にwireを真腔へ誘導した (Detach and Go)。SFA病変にはDCB-POBA, TP trunk病変にはPOBA施行した。Detach and Goは真腔選択の簡略化と手技時間短縮に有用であった。

22 不本意な結果に終わった大動脈ステントの1症例

松江赤十字病院 循環器内科

いしい ひろしげ

○石井裕繁, 城田欣也, 井上義明, 清水孝史,
岩崎洋一郎, 辻本大起, 平野康文

症例は95歳男性。主訴は右間欠性跛行。病変は大動脈末端高度狭窄。

右総大腿動脈よりバルーン拡張型ステントを留置する方針で治療実施。0.018ガイドワイヤー通過後7mmバルーンで前拡張し8mmステント留置までは予定通り。ところが0.035ガイドワイヤーに交換せず10mmバルーンをステント内に通過させようとしたところバルーンがステントを押し中枢側に移動した。0.035ワイヤーのステント内通過を試みたがガイドワイヤーはステントストラットを通過し、完全なステント内通過は困難だった。10mmバルーンがステントストラットを通過したためステント外で拡張し病変近傍まで牽引を試みたがステントは病変中部までしか牽引できずやむを得ずバルーンをステント内に引き込んで拡張、次いで10mmステントを8mmステント内側より重ねて留置し手技終了とした。

今回の症例ではバルーン適合ワイヤーの交換を怠り上記のような事態を招いたと自戒をこめて症例提示する。

22 PAD BK lesion trans ankle interventionの1例

¹松江生協病院 放射線科,

²島根大学医学部 放射線科

なかむらともひり

○中村友則¹, 田中翔太¹, 吉田理佳²

SFA CTO病変加療を対象とするura-pan/yoko-panなどSFA遠位穿刺するbidirectional approach EVTは普及して久しい。昨今ではBK CTO病変を対象とする足背動脈アプローチ (trans ankle intervention: TAI) が急速に拡大している。

当院では従来通りのantegrade approachを主に実施してきたが、時間もデバイスも浪費することが多く、これを解消する遠位bidirectional approachのメリットを実感している。

また当初懸念された止血や血管損傷に関する合併症なども来していない。

逆行性アプローチではワイヤー操作が楽になるメリットがある一方、穿刺困難な症例や止血に難渋する症例の報告がある。我々もそのような症例があったが、最近では穿刺方法やデバイスの選択で解決されるようになった。当院での1例をあげて対応を提示したい。

24 医原性右鎖骨下動脈仮性動脈瘤に対してステントグラフト留置術を施行した1例

済生会山口総合病院 外科

ふじた あきひろ

○藤田顕弘, 斎藤 聡, 坪根咲里依, 神保充孝,
上杉尚正, 小林俊郎, 高橋 剛, 郷良秀典

症例は44歳女性。他院で上行結腸癌 (pStageIIIb) に対して結腸右半切除術が施行された。術後補助化学療法施行のため右内頸静脈からCVポート留置術が施行された。術中に右鎖骨下動脈を誤穿刺し、翌日の造影CTで右鎖骨下動脈に2×1cmの仮性動脈瘤を認めた。術後1週間で嘔声を自覚し同院外来を受診した。CTで瘤径拡大を認め、加療目的に当科紹介となった。当院の造影CTで同病変はさらに増大していたことから早急な手術が必要と判断し、当科紹介の3日後に手術施行の方針となった。全身麻酔下に右上腕動脈穿刺でアプローチした。術中造影で右鎖骨下動脈の仮性瘤とその近傍から分岐する右椎骨動脈、右内胸動脈をコイル塞栓し、7mm×50mm GORE® VIABAHN®を鎖骨下動脈分岐部から留置した。造影し瘤内への血流を認めないことを確認して手術を終了した。術後3か月目のCTで瘤はほとんど消失しており、現在当院消化器外科で化学療法施行中である。

25 膝窩動脈瘤急性閉塞症例に対し血管内治療を行い救肢できた1例

徳島大学 心臓血管外科

きむら ゆうき

○木村優希, 藤本鋭貴, 佐村高明, 菅野幹雄,
北市 隆, 秦 広樹

症例は78歳男性。6年前右下肢肉腫に対し右大腿切断の既往があった。今回左下肢しびれ症状が出現し当院整形外科受診。腰部脊柱管狭窄症と診断され準緊急的に手術が予定されていた。術前精査の下肢エコー検査で左膝窩動脈瘤閉塞による急性動脈閉塞と診断され当科紹介となった。紹介時発症から3日経過しておりCPK16040と上昇を認め、運動機能障害、知覚障害が出現し、下腿は緊満感を伴っていた。MNMSが心配されたが緊急で全身麻酔下に血栓除去術を行ったがほとんど血栓は摘出できなかった。下腿は緊満感が強くバイパス術より血管内治療を選択し続けて行った。比較的容易にガイドワイヤーが下腿に通過したため膝下3分枝直上と思われる部位から膝上までViabahn留置を行った。腓骨動脈の血流を認め終了した。幸い術後MNMSは発症せずヘパリンの持続投与にて下肢血流は改善し軽快退院となった。今回膝窩動脈瘤の急性閉塞に対し血管内治療で救肢できた症例を経験した。

27 Axillary graft stump syndromeによる左上肢微小塞栓症の1例

松山赤十字病院 血管外科

まつだ だいすけ

○松田大介, 山岡輝年, 木下 豪, 本間健一

症例は62歳男性。2年前に下肢虚血を伴う急性B型大動脈解離に対し、他院にて左Ax-F bypassを施行された。某日、左上肢急性虚血症状にて当院受診した。グラフト・腋窩の上腕動脈は閉塞し、上肢急性動脈閉塞症と診断した。腋窩の上腕動脈の血栓除去術のみを行い、上肢の症状は改善した。自宅退院後、左手の色調不良、疼痛にて予定外受診した。左上肢、手指広範に斑紋状チアノーゼを認めた。血管造影では手部までの血流は認められたが、手指末端は造影されなかった。この時点でAxillary graft stump syndromeによる微小塞栓症と診断し、グラフト断端部にステントグラフトを留置し、手指末梢は血栓溶解療法を行った。ステロイド内服、PG製剤投与、抗凝固療法を開始した。色調不良は縮小し手指に限局し、手指切断を行うことなく経過観察中である。Axillary graft stump syndromeによる微小塞栓症と考えられた稀な症例を経験したため報告する。

26 膝上部膝窩動脈瘤破裂に対してViabahnを使用した一治験例

鳥取県立中央病院 心臓血管外科

さかぐち ゆうき

○坂口祐紀, 徳留純平, 藤原義和, 宮坂成人

【はじめに】本邦における膝窩動脈瘤は末梢動脈瘤の中で頻度が高く、拍動性腫瘍、下肢虚血症状を契機に診断に至る場合が多い。破裂した場合は下肢切断に至る可能性も高い。今回我々は膝上部膝窩動脈瘤が破裂した症例に対してViabahnを内挿し良好な結果を得た症例を経験したので報告する。

【症例】症例は85歳女性。突然の左大腿部痛を認めた。下肢造影CT検査で最大短径35mmの内側に膨隆する膝上部膝窩動脈瘤および大腿筋内血腫を認め、膝窩動脈瘤破裂と診断した。手術は左総大腿動脈を穿刺し順行性にシースを留置しP1領域末梢端からViabahn 8mm 10cm, 8mm 5cmを積み上げて留置した。術中造影ではEndoleakは認めず下腿分枝の造影も良好であった。術後3日目の下肢造影CT検査では瘤は血栓化が得られ、ステントグラフトは開存していた。経過良好と判断し術後6日目に自宅独歩退院となった。

28 放射線治療が原因のASOに対する血栓内膜摘除術後に再狭窄を来した1例

津山中央病院 心臓血管外科

おおが ゆうき

○大賀勇輝, 増田善逸, 武田直人, 剣持礼子,
氏平功祐, 松本三明

患者は67歳男性、3ヶ月前から続く左下肢の間欠性跛行を主訴に当科を受診した。幼少期に左股関節に放射線治療を受けており、造影CT検査では左総大腿動脈周囲に限局した石灰化および狭窄を認め、ABIは右が1.17、左が0.55であった。左大腿部の組織は強固で癒着が強かったが、左総大腿動脈と浅大腿動脈および大腿深動脈の起始部まで血栓内膜摘除術を施行した。左ABIは0.82、間欠性跛行も改善したが、術後創治癒が遅延し、白色壊死も来したため広範にデブリードマンなどを施行し、完治に約2ヶ月を要した。しかしその後、間欠性跛行が再発し、左ABIは0.37と低下した。精査にて左浅大腿動脈起始部が周囲組織からの外的圧排をうけて再狭窄していたため、同部位にSMART® 6.0×40mmを留置し、再狭窄を解除し得た。術後の左ABIは0.87、間歇性跛行も改善した。創治癒の過程における肉芽組織が原因で、外的圧排をうけて再狭窄を来したASOの1例を経験したので報告する。

29 直腸癌ロボット手術後、腸骨動脈ステント留置部の屈曲により生じた下肢急性動脈閉塞の1例

川崎医科大学総合医療センター 外科

もりた きょうすけ

○盛田興輔, 磯田竜太郎, 松井大輔, 間野正之,
石田敦久, 森田一郎

【症例】66歳男性。腸骨動脈の閉塞病変に対してVIABAHN VBXステントグラフト留置を施行した。その後直腸癌に対しロボット支援下直腸切断術を施行した。術終了時から右大腿動脈以下の触知が困難となり、徐々に右下腿の緊満感、脱力感、CK高値を呈した。造影CTで右腸骨動脈のステントグラフトの閉塞と変形による内腔の狭小化を指摘された。右下肢急性動脈閉塞の診断で、緊急血栓除去術を施行した。可及的に血栓除去を行い、変形したステントグラフトをバルン拡張した後に自己拡張型ステントを内腔に留置した。術後、疼痛・緊満感は改善し、CKも徐々に低下した。術後12日目に退院した。

【考察・結論】ロボット支援下手術では視野外でのアームによる周囲臓器の圧排、損傷などのリスクがある。本症例においても長時間の頭低位・碎石位に加え、視野外でのアームによる圧排でステントグラフトに変形をきたし、急性動脈閉塞が発症したものと考える。

31 大動脈-両側大腿動脈バイパスから30年後の人工血管劣化を伴う大腿動脈吻合部仮性瘤の1例

川崎医科大学総合医療センター 血管外科

たつがわたくひろ

○立川貴大, 磯田竜太郎, 石田敦久, 森田一郎

汎用される人工血管の耐用年数は数十年とされ、人工血管移植後の合併症には様々なものがある。30年以上前のLeriche症候群に対する大動脈-両側大腿動脈バイパス人工血管左脚の劣化を伴う大腿動脈吻合部仮性瘤の症例を経験した。60歳代男性で、初回バイパス後に3回の再手術を施行している。左大腿動脈吻合部仮性瘤の拡大のため手術を施行した。劣化した人工血管と仮性瘤を生じた総大腿動脈を切除し、過去の人工血管とHEMASHIELD PLATINUMを吻合した。この末梢吻合は大腿深動脈を分枝する手前の総大腿動脈とした。さらに外腸骨動脈末梢とHEMASHIELDをPROPATENでバイパスした。最後に左脚の残存する劣化部をExcluder legを追加留置でカバーした。過去の劣化した人工血管に対する手術としてハイブリッド治療は術中の出血コントロールの観点などからも有効である。

30 膝窩動脈捕捉症候群が原因と思われた膝窩動脈閉塞の1例

独立行政法人国立病院機構浜田医療センター

まつだ すずむ

○松田 晋, 三浦重禎, 明石晋太郎, 飯田 博

14歳女児、数ヶ月前から増悪する右下肢の跛行および冷感にて受診。CTにて右膝窩動脈の閉塞を認め、それによる跛行症状と判断した。生活に支障を来す跛行であり、薬物療法も無効のため、診断および治療目的で血管内治療を施行した。閉塞部より採取した標本は血栓成分であり、動脈硬化性病変は否定的であった。治療による血流が出現し、継続して薬物療法を行うも再閉塞を来し、外科的血行再建となった。術中所見として膝窩動脈部位の狭窄起点は認めず、可能性として機能的に膝窩動脈に狭窄を来したことが原因と思われた。膝窩動脈捕捉症候群は、解剖学的異常により動脈狭窄を来すが、解剖学的異常がなく機能的に同様の病態をきたす報告もあり、自験例もそれに該当すると考えられたので、文献的考察を加えて報告する。

32 消化管虚血に対して腹部内臓動脈ステント留置を施行した2例

¹愛媛大学医学部 放射線科,

²愛媛大学医学部 心臓血管呼吸器外科

たなか ひろあき

○田中宏明¹, 福山直紀¹, 川口直人¹, 城戸輝人¹,
福西琢真², 八杉 巧²

腹部内臓動脈狭窄・閉塞に合併した虚血性腸炎および腹部アンギーナ症例に対してステント治療を施行した2例を経験したので報告する。症例1は60代男性。腹痛を主訴に精査され右側結腸の虚血性腸炎と診断された。造影CTにて上腸間膜動脈起始部に高度狭窄あり。虚血性腸炎は保存的治療に抵抗性で高度狭窄となった。上腸間膜動脈狭窄部にExpress Vascular SDステント留置後に右半結腸切除術を施行し軽快退院した。症例2は70代女性。食後腹痛を主訴に精査され腹腔動脈閉塞症と診断された。消化管検査では異常なく保存的治療に抵抗性であり腹部アンギーナと判断された。腹腔動脈閉塞部を逆行性にワイヤー貫通しExpress Vascular SDステントを留置した。経過にて食後腹痛は軽減した。消化管虚血を合併した腹部内臓動脈狭窄に対するステント治療は低侵襲で有用な治療法であった。

33 慢性腸管虚血の一例

山口県済生会下関総合病院 心臓血管外科

○池田宜孝^{いけだ よしたか}、坂本龍之介、高橋雅弥、伊東博史

【症例】77歳、男性。食後の腹痛と腰痛、食思不振、体重減少(17kg/2年)を主訴に2件の医療機関を経て当院消化器科受診。症状と単純CTの腹腔動脈、上腸間膜動脈(SMA)高度石灰化から慢性腸管虚血が疑われ当科紹介。エコー/CTでCA狭窄、SMA高度狭窄(後に閉塞判明)が認められた。SMAの血行再建のため入院。

【手術】腹部大動脈～両腸骨動脈の高度石灰化、両腸骨動脈ステント留置後状態のためSMAへのバイパス術は困難と判断し血管内治療を施行した。左上腕動脈からSMAに順行性アプローチしたがlesion crossせず。やもえず開腹しSMA末梢を直接穿刺しlesion crossし最終的にVIABAHNを留置した。急性腎障害、出血傾向、多発性脾梗塞、多発性腎梗塞、虚血性胃炎(胃出血)、腹腔内出血の合併症を発症し治療に難渋したが術後37日目に退院、現在慢性腸管虚血症状は改善、体重増加中である。

35 外傷性肝損傷の受傷時に診断された70mmを超える傍腎動脈腹部大動脈瘤に対して、腹腔内感染下に人工血管置換術を施行した1例

香川県立中央病院 心臓血管外科

○加藤源太郎^{かとう げんたろう}、成宮悠仁、奥山倫弘、寒川顕二、山本 修

【はじめに】腹腔内感染が持続している状態で、破裂リスクの高い傍腎動脈腹部大動脈瘤の手術を行った。

【症例】67歳男性。廃棄物回収車の開閉式ドアに上半身を挟まれて、ショック状態にて救急搬送された。CTにて肝損傷と多発肋骨骨折に加えて、72mmの傍腎動脈AAAと37mmの左CIA瘤を認めた。出血性肝損傷に対しハイブリッドORにてIVRを行った後、ダメージコントロールでの開腹を施行。3日後に閉腹したが、胆汁瘻が持続し、長期間のドレナージを要した。3か月が経過し、その後も腹腔内感染が持続し、ドレージが抜去できない状態が続いたため、やむなく、左傍腹直筋切開、後腹膜アプローチにて腎動脈遮断および両側腎還流を行い、Y-graftを行った。ドレージは術2週間後に抜去し、退院。その後8か月経過するが、graft感染などの兆候なく経過している。手術の時期、アプローチなどについて考察したので、報告する。

34 腹部動脈瘤手術後Chronic Expanding Hematoma (CEH)に対する手術経験

福山市民病院

○三浦 望^{みうら のぞむ}、末澤孝徳、林田智博、喜岡幸央

【序文】CEHは1か月以上かけて増大する血腫であり、手術、外傷、抗血小板薬の使用、敗血症などを機に胸腔、骨盤、四肢にみられるとされおり、大血管手術後の報告は少ない。

【方法】2010年1月から2020年12月までに経験した腹部大動脈瘤関連の開腹手術316例のうち、5例(1.6%)にCEHを発症し、3例に手術を行った。

【結果】(症例1)AAAの術後、上行弓部大動脈置換術を機にCEHが増大したため、瘤切除を行い、dead spaceに大網充填を行った。(症例2)IVC穿破を伴うr-AAA術後のCEHにより、水腎症を併発したため、血腫除去、瘤切除と大網充填を行った。(症例3)胸腹部大動脈瘤術後、A型解離に対するBentall手術と上行弓部置換術後、および下行大動脈瘤術後のMarfan症候群症例で、CEHによる水腎症、再発性尿路感染症に対して、小腸吻合血腫除去と大網充填を行った。

【結語】CEHのetiologyとされている炎症に対する大網充填の有用性について今後の観察項目と考えている。

36 当科の感染性腹部大動脈瘤に対する治療戦略と成績

山口大学大学院 器官病態外科学講座 血管外科

○溝口高弘^{みぞぐちたかひろ}、森景則保、池 創一、竹内由利子、原田剛佑、末廣晃太郎、濱野公一

感染性大動脈瘤の画像診断はCT検査が現時点で最良のモダリティーと考えるが、診断に難渋する場合にはPET-CTを補助診断(SUVmax 5.0以上で陽性、3.0未満で陰性)に用いている。治療は瘤壁を含めた感染組織全切除、後腹膜パルス洗浄、リファンピシン浸漬人工血管による解剖学的血行再建、大網充填を基本とし、患者の全身状態によってはEVARを選択している。感染性腹部大動脈瘤18例に手術を施行した(open repair 15例、EVAR 3例)。全例にいずれかの特徴的なCT所見を有していたが、血液培養陽性は28%であった。診断に難渋した5例のPET-CTでは瘤壁SUVmax 7.2(5.5-17.3)であった。全例が病理組織による確定診断が得られた。観察期間63±49月で感染再燃や瘤関連死亡なく経過している。

37 腹部大動脈瘤人工血管置換術後、24年後に感染性大動脈瘤をきたした1例

¹今治第一病院, ²徳島大学

○藤田 博¹, 曾我部仁史¹, 加藤逸夫¹, 越智衣衣子²

症例は74才、男性、2001年に、他院にて腹部大動脈瘤に対して人工血管置換術(腎動脈下-両側大腿動脈吻合)を施行され、2011年に人工血管閉塞にて紹介され、右鎖骨下動脈-両側腋窩動脈バイパスを施行した。その後、外来治療継続していたが、2022年2月、腹部腫瘍に気づき、CTにて11x9cmの腹部大動脈瘤を認めた。内部に血流はなく、4月になり、発熱、炎症亢進を認め、感染性腹部大動脈瘤の診断にて、4月6日に準緊急手術を施行した。開腹するに、小児頭大の瘤を認め、大動脈遮断後に瘤を切開すると、血栓とともに、悪臭を伴う膿と虚脱した人工血管を認めた。下肢血流はAx-Fバイパスにて確保できていたため、可及的に人工血管を摘除したが、中枢側に一部を残さざるを得なかった。同部に大網を充填して、閉創した。感染性大動脈につき、検討を加え、報告する。

39 急性下肢動脈閉塞治療後に血管型ペーチェット病と診断された1例

鳥取県立厚生病院 血管外科

はまさきたかふみ

○浜崎尚文, 西村謙吾

60代、男性。主訴は左下腿冷感、歩行困難。ダイナミックCTで左外腸骨動脈から浅大腿動脈閉塞(以下、SFA)、膝窩動脈末梢から下腿3分枝中枢の閉塞を認めた。左下肢動脈血栓除去とFFバイパスを行った。術後約3年で不全型ペーチェット病と診断され、コルヒチン内服が開始された。その後に左大腿部の人工血管吻合部に仮性瘤が出現した。仮性瘤を切除し、FFバイパス人工血管と左SFAを人工血管でバイパスした。仮性瘤の術後約1年で腹部大動脈瘤の急速な拡大を認め、ステントグラフト内挿術を施行した。術後にエンドキサンパルス療法が施行された後、ヒト型抗TNF α モノクローラ抗体を使用して治療が継続されている。大動脈瘤の術後2年を経過し、大動脈瘤の再発や吻合部仮性瘤は認めていない。血管型ペーチェット病の治療においては、強力な薬物療法を併用する必要があると思われた。

38 短期間に下肢動脈の狭窄・閉塞を再発した抗リン脂質抗体症候群の1例

愛媛県立中央病院 心臓血管外科

いなり まかな

○稲荷真愛, 米沢数馬, 山形顕子, 原田崇史, 高橋 研, 石戸谷浩

症例は35歳、男性。2021年10月に突然の左下肢の疼痛と冷感を主訴に前医を受診した。左総腸骨動脈から外腸骨動脈と左膝窩動脈の閉塞の診断で当院当科紹介受診となった。同日、緊急で血栓除去術を施行され、外腸骨動脈と膝窩動脈からは多量の血栓が得られた。しかし、左総腸骨動脈は慢性閉塞で血栓除去不能であり、後日再入院のうね末梢血管カテーテル治療(EVT)の方針となった。2021年12月、EVTの際に再度造影施行したところ、左浅大腿動脈に初回手術終了時にはみられなかった血栓による狭窄が確認され、緊急で血栓除去術を併施した。

若年で短期間に下肢動脈の狭窄・閉塞を再発しているため、血栓素因について検索したところ、ループスアンチコアグラント陽性(希釈ラッセル蛇毒時間)であり、抗リン脂質抗体症候群の診断に至った。現在、外来でDAPT内服による加療を継続しており、経過良好である。本症例について、若干の文献的考察を加えて報告する。

40 Microvascular thrombosisにより骨盤部分切除に至った1例

高知大学医学部附属病院 心臓血管外科

みつしあつゆき

○三石淳之, 三浦友二郎, 吉田圭佑, 江戸直樹

4年前に腹部大動脈瘤に対してEVARを施行しその後外来フォローされていた79歳男性。1週間前に下肢の疼痛を自覚したが、翌日改善したため経過観察されていた。来院前日に同様の痛みを自覚したが翌日も疼痛が持続し、救急外来を受診された。新規の心房細動と造影CTで右総腸骨動脈ステントグラフト遠位側の部分的血栓を認め、下肢急性動脈閉塞の診断でヘパリンが投与され、足背動脈を触知する状態で当院へ搬送された。右大腿動脈切開時はForward and Back flowともに良好で、足背までの遅延像を認めた。その後もPeak CK57000まで漸増し、急速な壊死進行を認め右膝上切断、右股関節離断、右骨盤部分切断術へと段階的に切断範囲を拡大した。主要血管の開存を認めていたにも関わらず、下肢切断を要したのはMicrovascular thrombosisが関与していると考えられ、このような貴重な症例を経験したので、メカニズムを含め考察を加え報告する。

41 脳虚血を繰り返す腕頭動脈閉塞に対して、4D-CTAによる病態解析を行いAxillo-Axillar bypassを施行した一例

広島市立安佐市民病院

○高田善章^{たかた よしあき}、橋 仁志、大下真代、荒川三和、片山 暁

79歳男性。3年前狭心症に対してPCI歴あり(バイアスピリン内服)。この度左顔面神経麻痺、呂律困難を主訴に当院へ搬送された。MRIにて右中大脳動脈描出不良あり、脳血管造影にて同部位に血栓は認めなかったが腕頭動脈閉塞が疑われた。4D-CTAにて腕頭動脈閉塞および左→右collateral flowによる椎骨動脈および総頸動脈の逆行性血流、高度血流遅延を認めた。血行力学性脳虚血と診断し内科的治療にて大きな後遺症なく退院した。1ヶ月後、再度脳虚血症状にて救急搬送され内科的治療にて症状改善したが、短期間に繰り返す血行力学性脳虚血に対して準緊急手術となった。手術は両側鎖骨下切開にて人工血管(Fusion 6mm)を用いてAxillo-Axillar bypassを施行した。術後4D-CTAではバイパス経路での総頸動脈の順行性血流および血流遅延の改善を認めた。有害事象なく退院し術後4ヶ月で脳虚血は認めていない。4D-CTAが血行力学的評価に有用であった症例を報告する。

43 当院における下肢静脈瘤に対するグルー治療50肢の治療経験

広島通信病院

○杉山 悟^{すぎやま さとる}、脇 直久、原野雅生

下肢静脈瘤に対するグルー治療の初期症例50肢の治療経験と臨床成績を報告する。

【対象と方法】当院では2020年1月に本法を開始し2022年1月で50肢に達した。症例は42～95歳(平均70歳)、男性12例、女性28例であった。本術式の適応として、40歳以下の若年者、アレルギー体質や感染の合併例などを除き、主として瘤切除の必要ないもので伏在静脈の末梢まで逆流の見られる症例を選択した結果、同時期に血管内治療を行った全例914肢のうち5.4%であった。

【結果】全例でグルーの入った部位の閉塞を認め、有害事象としてアレルギー性の有害事象を2肢(4%)に、小伏在静脈の症例で腓腹静脈での血栓の伸展を1肢(2%)に認めたがいずれも後遺症なく改善した。

【結語】本法は、とくに弾性ストッキングが苦手で浮腫の改善を目指した高齢者では極めて有用であった。

42 高位分岐橈骨動脈仮性動脈瘤の1例

¹岡山赤十字病院 心臓血管外科、

²岡山赤十字病院 検査科

○中西浩之^{なかにし こうじ}¹、徳永宣之¹、谷口裕一²

今回、高位分岐橈骨動脈仮性動脈瘤の1例を経験したので報告する。症例は77歳男性。2020年9月左前腕人工血管シャント作成。透析加療中。人工血管シャント閉塞にて緊急紹介。透析施設にて動脈穿刺透析後。来院時、左上腕の著明な腫脹、シャント音消失。血管エコーにて高位分岐橈骨動脈仮性動脈瘤の診断。造影CTにて尺骨動脈は末梢まで良好に造影されていた。緊急手術は、シャント人工血管穿刺し仮性動脈瘤の部位の橈骨動脈をコイルリングした。仮性動脈瘤の血流は消失した。1週間後、右前腕に人工血管シャント作成をおこなった。高位分岐橈骨動脈は穿刺後圧迫止血に難渋することがある。高位分岐動脈を使用したシャント作成の場合、今症例の様なりスクを有するため、透析施設と情報共有を行う必要があると考えられた。

44 VAIVT drug coating balloonの初期成績

¹松江生協病院 放射線科、

²島根大学医学部 放射線科

○中村友則^{なかもらともなり}¹、田中翔太¹、吉田理佳²

昨年VAIVTのデバイスとしてDCB(drug coating balloon)がon-labelとなった。

細かい条件は複数あるも、大まかな適応として再狭窄生じた非血栓性/非閉塞性病変。狭窄率50%以上、10cm以下の病変となっている。当院では2021/10/1-2022/3/30 10症例に使用。これまで3ヶ月程度と短期間で再々PTA加療を行う必要のあった症例を適応とした。

従来のPTA balloonと使用方法に大差なく特殊な技術は必要ない。我々血管内治療医はEVTで既に本デバイスは使用していたが、EVTと異なり抗血小板剤は併用することが義務づけられていない(推奨)。当院では可能な限り最大のpreparation(cutting balloonなど)の使用と抗血小板剤を加えた状態で術後管理している。現時点で治験data以外に纏まった報告はなく、当院単施設での成績を報告する。

45 DrySeal シース (GORE 社) を用いた血管内異物回収

山口県立総合医療センター

- 永瀬^{ながせ}隆^{たかし}, 山下 修, 西原聡志, 藤井美緒,
宮崎健介, 林雅太郎, 藤井雅和, 金田好和,
須藤隆一郎, 野島真治

血管内異物回収はスネアワイヤーを用いて回収する方法が一般的であるが、異物断端が分枝血管へ迷入したり血管壁への固着している場合はスネアワイヤーでの捕捉は困難である。カテーテル自由端のないCVポートカテーテル離断や末梢側へのマイグレーションにより回収用フックが血管壁に固着したIVCフィルターに対して、大腿静脈からのDrySeal シースシングルアクセスで回収に成功した症例を経験した。いずれもスネアワイヤーでの捕捉やカテーテル単体でのリポジショニングが不可能であった。屈曲の強いカテーテルで血管内異物をまたぐように尾側へ通過させたガイドワイヤーを同シースから挿入したスネアワイヤーで捕捉し、ガイドワイヤーループを牽引して回収した。DrySeal シースは複数のカテーテルを挿入しても止血バルブが機能する大口径シースであり、血管内異物回収において有用なデバイスと考えられた。

46 緊急経皮的バルーン大動脈弁形成術 (BAV) により救命し得た重症大動脈弁狭窄症の一例

¹ 島根県立中央病院 循環器科,

² 河端循環器内科医院

- 井本宏治^{いもと こうじ}¹, 山口まどか¹, 加藤孝佳¹, 吉田雅昭¹,
園山一彦¹, 河端哲也², 小田 強¹

【症例】86歳女性。【主訴】呼吸困難。

【現病歴】受診の半年前から労作時呼吸困難を自覚、増悪傾向あり、受診日未明に起坐呼吸が出現し、早朝に緊急搬送。

【現症】HR 118, BP 117/74, RR 30, 四肢冷感+, SpO₂測定不可, 心音:収縮期雑音+, 呼吸音:全肺野で湿性ラ音, 浮腫:軽度

【検査】Xp:肺水腫, 両側胸水, ECG:HR 120, sinus, I, II, III, aVf, V4-6:ST低下, UCG:LVDd 40mm, EF 25%, IVS 13mm, LVPW 14mm, TMF:E/A0.7, TRPG 45mmHg, IVC 15mm, 重症MR, 重症TR, 重症AS (peak PG 43mmHg, AVA 0.4cm²)

【経過】ASによる急性肺水腫の診断でNPPV装着, 薬物治療開始するも反応乏しく, 気管挿管, IABP留置し, CAGを施行. RCA近位部75%狭窄, LAD近位部90%狭窄を認めた. その後、突然洞停止をきたし、循環虚脱した. アドレナリンを投与しつつ、緊急でBAVを施行. 呼吸循環は改善傾向となり、第2病日LADにPCIを施行し同日抜管, 第16病日ICU退室, 第25病日RCAにPCIを施行し、第45病日に独歩退院。

2022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 広島市医師会運営安芸市民病院
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 仁栄会島津病院副院長
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. 故 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 医療法人向陽会阿知須同仁病院
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 医療法人清翠会牧病院
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
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 京都市城南診療所
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
39. 末田 泰二郎 広島市医師会運営安芸市民病院
40. 北川 哲也 公立学校共済組合四国中央病院

評 議 員

1. 種本 和雄 川崎医科大学心臓血管外科
2. 濱野 公一 山口大学大学院器官病態外科学
3. 西村 元延 鳥取大学医学部心臓血管外科学
4. 織田 禎二 鳥根大学医学部循環器・呼吸器外科学
5. 堀井 泰浩 香川大学医学部心臓血管外科
6. 渡橋 和政 高知大学医学部連繫医工学
7. 浜崎 尚文 鳥取県立厚生病院救急・集中治療室／血管外科
8. 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
9. 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
10. 斎藤 聰 山口県済生会山口総合病院外科
11. 藤田 博 社会医療法人真泉会今治第一病院院長
12. 小林 平 JA広島総合病院心臓血管外科
13. 大谷 悟 そだクリニック
14. 山内 正信 鳥根県立中央病院心臓血管外科
15. 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
16. 高橋 信也 広島大学大学院医系科学研究科外科学
17. 秦 広樹 徳島大学大学院医歯薬学研究部心臓血管外科分野

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。定年は70歳とする。

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。定年は65歳とする。

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。

本会則は令和元年8月4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

アステラス製薬株式会社	テルモ株式会社
アボットメディカルジャパン合同会社	トーアエイヨー株式会社
アルケア株式会社	株式会社東海メディカルプロダクツ
エドワーズライフサイエンス株式会社	東和薬品株式会社
大塚製薬株式会社	ニプロ株式会社
株式会社カネカメディックス	一般社団法人 日本血液製剤機構
キヤノンメディカルシステムズ株式会社	日本ゴア合同会社
クックメディカルジャパン合同会社	日本ライフライン株式会社
ゲティンゲグループ・ジャパン株式会社	株式会社バイタル
小西医療器株式会社	株式会社フィリップス・ジャパン
山陰酸素工業株式会社	フクダ電子岡山販売株式会社
CSL ベーリング株式会社	株式会社ホクシンメディカル
株式会社ジェイ・エム・エス	ボストン・サイエンティフィック ジャパン株式会社
ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社	株式会社メディカルユーアンドエイ
泉工医科工業株式会社	持田製薬株式会社
センチュリーメディカル株式会社	レメイト・バスキュラー合同会社
第一三共株式会社	

(五十音順、敬称略)

協賛団体

島根大学医学部外科学講座同門会

2022年6月21日現在

**日本血管外科学会中国四国地方会第52回総会
プログラム・抄録集**

発行 2022年7月

編集 島根県立中央病院 医療技術局・心臓血管外科
〒693-8555 島根県出雲市姫原4丁目1番地1
TEL：0853-22-5111 FAX：0853-21-2975

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