

僧帽弁後尖の形成に際し、弁輪縫縮を少なくすることは重要である。逸脱範囲が広い場合、最も一般的な四角切除法は過度な弁輪縫縮、またSAMの危険などから適さない。最近報告されている砂時計切除法はSAMを防止し弁輪縫縮の少ない方法で、後尖広範囲逸脱に有用と考えられた。

17 胸部大動脈瘤に対するステントグラフト術の動向

榛沢 和彦・岡本 竹司・長澤 綾子
佐藤 浩一・菊地千鶴男・竹久保 賢
名村 理・林 純一

新潟大学大学院呼吸循環外科
(第二外科)

胸部大動脈瘤のステントグラフト (SG) は hand made で行っているが企業製品である Tag が近々保険適応となる。しかし Tag はストレートグラフトで遠位弓部大動脈瘤には適応が無く、今後も hand made SG に頼らざるを得ない状況にある。Hand made SG にはステント骨格にステンレス製 Z ステントを使用する (Tag, Najuta (東京医大), 阪大など), ニチノール製金網を使用する (MK ステント (金沢大など)), ステンレスリングを用いる (井上ステント (慶応大など)) 等がある。弓部大動脈瘤で上行大動脈からの SG 挿入が必要になる場合では弓部分岐用の開窓を付ける (Najuta), 上行大動脈から開胸で弓部分岐再建を行ってから SG を行う (Tag, 阪大, 金沢大 MK ステント), SG で分岐再建する (井上ステント) 等がある。一方, 欧米の Tag による検討で死亡率 3-9%, 脳梗塞 3-10%, 対麻痺 1-3% と通常手術に比べて低くない。合併症の多くは塞栓症や腸骨動脈損傷などのアクセストラブルで、太く硬いシースを使用することによると考えられる。また術後慢性期の再手術やコイル閉塞などの追加手技が明らかに多い。したがって胸部大動脈瘤 SG は現時点では必ずしも低侵襲とは言えず、特にハイリスク例に行う場合の死亡率は開胸手術と変わらないか、それ以上の可能性もある。し

かし術後順調な場合は弓部大動脈瘤でも翌日から歩行可能で回復も速い。したがって胸部大動脈瘤 SG はハイリスクという理由での選択は危険であり、他に方法が無い場合に開胸術と同等の危険性があり且つ再手術の可能性も高いが回復の早い方法だということを理解して適応を考えるべきである。

18 腹部大動脈瘤に対するステントグラフト術の動向

榛沢 和彦・岡本 竹司・長澤 綾子
佐藤 浩一・菊地千鶴男・竹久保 賢
名村 理・林 純一

新潟大学大学院呼吸循環外科
(第二外科)

腹部大動脈瘤用のステントグラフト (SG) は企業製品として Zenith, Excluder, Powerlink が日本でも使用可能になった。どれも Y 型グラフトで中枢側の landing zone は 15mm 以上, 末梢側は 10mm 以上必要で大動脈の角度は 60 度以下とされている。またそれぞれに特徴があり、Zenith は中枢側にベアステントとフックがありベアステントは腎動脈に必ず掛けるよう設計され太い腸骨動脈に対応できる。Excluder と Powerlink では中枢側にベアステントは無く大動脈壁に優しいが 13.5mm 以上の腸骨動脈に現時点で対応できない。また Zenith はゆっくりと拡張留置できるので位置決めが厳密にできるが手技は煩雑である。Excluder, Powerlink は素早く留置するので厳密な位置決めはできないが手技が容易である。このように製品間で違いがあるので使用する前に製品別の 2 日間講習と最初の 2 例は SG 指導医立ち会いで行うことが義務づけられている。問題点として SG 実施医となるために SG 経験ではなく腸骨動脈の血管内治療 (PTA ステントなど) 経験 20 例が必要なことで外科医にとってハードルが高い。現在は PTA 助手の経験も許されているが、近々に術者の経験が必要になる。さらに日本での SG 適応はハイリスク例に限られており、社会復帰が短い利点が生かされにくいことが問題である。