

したがって、血管径が2.0mm以下でdiffuseな病変の場合、特に左前下行枝である場合には、最初からCABGを選択するのも良いと思います。特に左前下行枝に対しては低侵襲手技であるMIDCABも可能ですので、あまり無理をせずに外科に依頼しています。

松原 Stentの再狭窄が新たな問題と言うことですが、

現在、Stentの再狭窄に対してはどのように対処しておられますか。

大塚 現在はcutting balloonを第一選択にしています。また再々狭窄予防としてシロスタゾールを200mg投与しています。それでも再々狭窄を来した場合には必要に応じ、CABGを考慮します。

## 2 動脈グラフトによる冠動脈バイパス

岡崎 裕史

県立中央病院心臓血管外科

小熊 岡崎先生にお聞きしたいことは、一つは動脈グラフト、私は今でもある程度70歳後半くらいの高齢者だったらsaphenous vein graftも別に使って悪くないんじゃないか、と思って、特に回旋枝あるいは太い右にはあまり躊躇しないで使ってますけど、その辺先生動脈グラフトのこだわりをお願いします。

岡崎 もともと静脈グラフトで閉塞率が高かったの、自分でどうもなんとか開存率をあげたいということで、動脈グラフトに、やりだすと動脈は結構つなぐのが楽なんで、そのまま使っているという形です。

小熊 右をfreeにしてYにするのは、私も好きで200くらいありますけど、flowが足りないような経験はないでしょうか、つけたあと体外循環よりweaningが難しいというような。

岡崎 LMTの症例で一人、具合悪くなって食事が取れなくなった時に、スパズムが起きて急にばたばたとしてきて、IABPを入れたという方がいます。まあそういうことはあるんですが、具体的には直後というのはあまり、flowに関しては問題ないと思います。

小熊 もう一つ最後に、私はオフポンプでは吻合数を少し落として、悪いグラフトつけてもいいのではないかと、ハイリスクの高齢者には全く同じ手術をやるというのは、同じ技術だと難しいんじゃないかと思えますけど、その辺は先生どのように考えておられますか。

岡崎 一応オフポンプのsequentialはしばらく控えようかと思ってます。LADはうまくいくと思ってやってたんですが、ちょっとここの所トラブルが続いていて、少し反省期かなという気はしています。

小熊 ありがとうございます。

司会 ありがとうございます。大事な問題が含まれております。他なにか会場からディスカッションございますでしょうか。よろしいでしょうか。ちなみに胸部外科学会の調査ですと、1999年の1年間で全国のCABG17700、ちょっと集計漏れもあると思いますのでたぶん2万例近くなってるんじゃないかと思えます。そのうち80%以上の例で、一本以上の動脈グラフトが使われているという風な現状ですので、かなりCABGにおける動脈グラフトの持つ意義は、はっきり確立されてきていると言ってよろしいと思えますが、いま小熊先生が言われたとおり、複数使ってどの程度アウトカムにメリットが加わるかという問題は、まだいろいろな点で議論があるところかと思えます。内科の先生方から、いまの外科のお話に対して何かご意見やコメントございませんでしょうか。はいどうぞ。

田辺 新発田病院の循環器内科の田辺と申します。Yグラフトについてお伺いしたいんですけども、我々外科に送る方の立場からしますと、LITAをLADにつないでそこからYにしてCXにつないで、まあ早期は大体非常によろしい結果ですので特別問題ないと思うんですけど、もし晩期に内胸動脈になんらかのことがきた場合に、LMT病変が起きたと同じようなことになると思うんですけども、その辺長期的な観点からどのようにお考えでしょうか。

岡崎 確かにそういう議論も冠動脈外科学会とかそういうところでもあるんですけど、一つは内胸動脈そのものの動脈硬化が非常に確率が低いということで、一旦つ

ながつた状態であれば、そこに新たに動脈硬化が起きるという率は非常に少ないということです。確かにカテーテルでの操作とか、外傷で左の鎖骨を折ったとかということでLMT病変と同じような状態になるんじゃないかという懸念もあるんですが、可能性としてはごく低いので、一旦つながったものが、先ほどもスライド出しまし

たように、LITA そのものの開存率が高いですので、事故という可能性は低いんじゃないかと思いますが、ただ起こった場合は大変だと思います。

田辺 どうもありがとうございました。

司会 他にございますでしょうか。よろしいでしょうか。それでは時間の関係で、次に進ませていただきます。

### 3 経皮的経静脈的僧帽弁交連裂開術 (PTMC) の長期経過について

堀 知行

新潟大学医学部第一内科

#### Long-Term Follow-up After Percutaneous Transvenous Mitral Commissurotomy

Tomoyuki HORI

*The First Department of Internal Medicine,  
Niigata University School of Medicine*

#### Abstract

Percutaneous transvenous mitral commissurotomy (PTMC) using Inoue balloon catheter was attempted in 90 patients with symptomatic mitral stenosis between March 1989 and December 2000. Cases included 69 women and 21 men (mean age  $52 \pm 10$  years). Serial clinical follow-up was undertaken in 82 (91 %) patients. There were three deaths from cardiac causes and three deaths from other causes. The cardiac event-free (the percentage of patients without death from cardiac causes, mitral valve replacement, and repeat PTMC) survival rate was 94 %, and 78 % at 5, and 10 years, respectively. According to the results of PTMC, patients was divided into two groups: a successful group (mitral valve area  $\geq 1.5$  cm<sup>2</sup>), and unsuccessful group (mitral valve area  $< 1.5$  cm<sup>2</sup>). In patients of the successful group, the cardiac event-free survival rate was 100 %, and 84 % at 5, and 10 years, respectively. Of the 82 patients, long-term follow-up (more than 5 years) was undertaken in 56 patients. The mean follow-up interval was  $96 \pm 25$  months. Mitral valve area was determined by the echocardiography. The mitral valve area changed from  $0.98 \pm 0.25$  cm<sup>2</sup> before PTMC, to  $1.64 \pm 0.40$  cm<sup>2</sup> immediately post-PTMC, and to  $1.48 \pm 0.37$

Reprint requests to: Tomoyuki HORI  
The First Department of Internal Medicine  
Niigata University School of Medicine  
1-757 Asahimachi-dori,  
Niigata 951-8510 Japan

別刷請求先： 〒951-8510 新潟市旭町通り 1-757  
新潟大学医学部第一内科学教室 堀 知行