

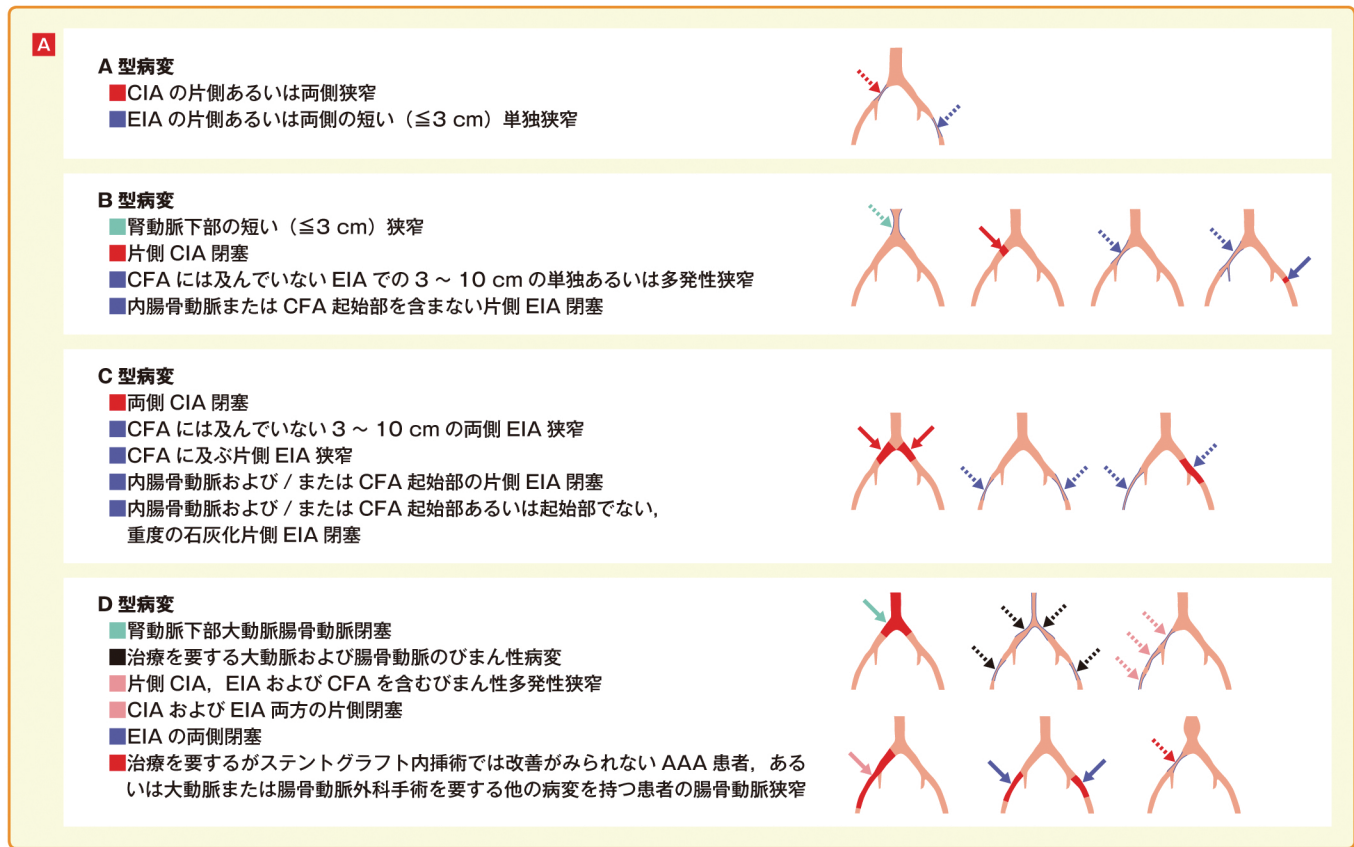


図1 大動脈・腸骨動脈領域のTASC II分類
CIA：総腸骨動脈、EIA：外腸骨動脈、CFA：総大腿動脈

今後その適応はさらに拡大していくことと考えられる。

さらに TASC 分類別の治療成績を論じた論文は散見されるが、技術水準の高い施設からは TASC 分類 C 型、D 型の一部についても第 1 選択としうる優秀な成績も報告されている⁵⁻⁷⁾。それを受けてか、日本血管外科学会の年次調査においては 2004 年の PAD に対する血行再建術 6817 件中、血管内治療 1865 件 (37.7%) であったものが、TASC II が刊行された 2008 年においては血行再建術 10708 件中 5617 件 (52.3%) と 3 倍増している。

しかし、外科的血行再建術の件数に変化がないにもかかわらず、血管内治療件数の急増は決して患者数の増加を示すものではなく、医療者側の関心の変化と危惧する報告もみられ、病気に対してではなく、病変に対する治療の横行に対して厳しい警告を発する報告もみられる⁸⁻¹⁰⁾。

今回“血管内治療は外科的治療を凌駕したか”について論じるよう要請を受けた。難しい議論であり、患者の侵襲度、短期的改善効果、長期成績などを考慮しなければならないうえ、画像上指摘されている病変が、腸骨動

脈領域なのか、大腿膝窩領域なのか、膝下なのか、症状が間歇性跛行のみであるのか、重症下肢虚血なのか、などなど、さまざまなことについて検討しなければならないだろう。また国立循環器病研究センターにおいては毎週、血管外科、血管内科、放射線科の三科合同のカンファレンスが行われて、治療方針が決められている。実際の治療においても、ハイブリッド治療などが良好な関係のもとで行われている。読者の方々の経験や施設の都合によりさまざまな意見もあるであろうが、自施設での経験をもとに、外科的治療、血管内治療の有用性などについて述べたい。

腸骨動脈領域の血管内治療と外科的血行再建術

.....

腸骨動脈領域の血管内治療の適応は TASC II 分類において図1に示すような分類となっている。

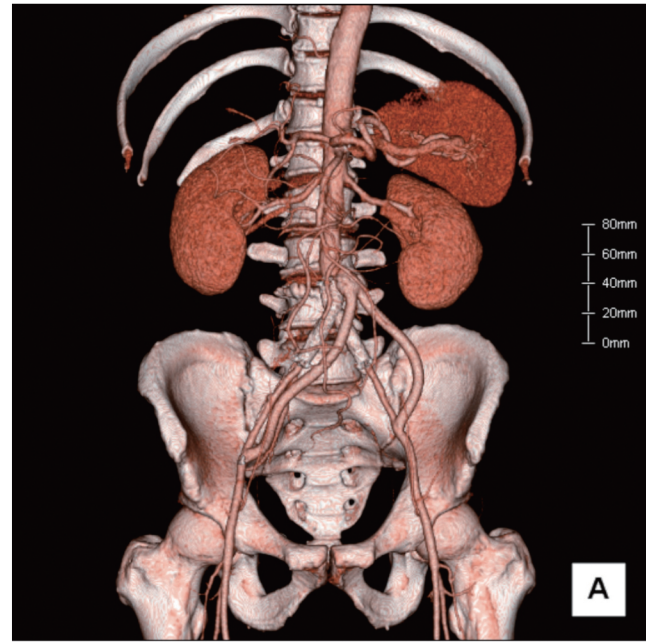


図2 60歳男性の間歇性跛行症例
55歳時に間歇性跛行を主訴に来院、両側総腸骨動脈起始部の病変にkissing stentを施行。57歳時、58歳時に再狭窄に対して追加治療。59歳時より間歇性跛行再燃しステント内に狭窄。最終的に大動脈-両側外腸骨動脈バイパス術施行された。

TASC 分類 A,B 型に対する血管内治療の成績は優秀で、Ichihashi らは 288 例の TASC 分類 A, B 型病変の症例に対する血管内治療の 1 次開存率は、5 年で 88%、10 年で 83%と報告している⁵⁾。しかし TASC 分類 C 型、D 型病変については議論を要するところであり、前述の Ichihashi らは TASC 分類 C 型、D 型病変についても 1 次開存率は 5 年で 83%、10 年で 71%と比較的良好な成績を示しているが⁵⁾、多くの報告では慢性完全閉塞病変の約 10%が技術的成功を得ることができていないうえに、長期成績においても 3 年で 1 次開存率 70%前後のものが多い印象である^{6, 7, 11)}。

一方、大動脈腸骨動脈領域に対する外科的血行再建術は解剖学的バイパスとして大動脈-腸骨または大腿動脈バイパス、非解剖学的バイパス術として大腿-大腿動脈バイパス、腋窩-大腿動脈バイパスがある。大動脈腸骨動脈領域の外科的治療は満足のいく成績を示しており、10 年開存率で 85%以上の報告も多数見られる^{12, 13)}。

腸骨動脈領域のみに病変を有する症例の大半は間歇性跛行症例であり、予後良好なことを考えると、その治療選択には長期成績の考慮が欠かせない。若年発症例では

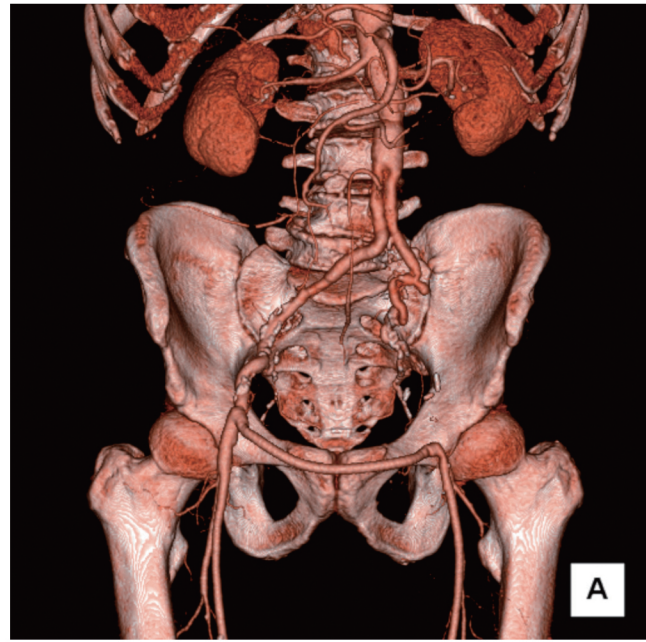


図3 腹部大動脈瘤（AAA）術後の左外腸骨動脈閉塞症例、右外腸骨動脈-左大腿動脈バイパス術後
右のバイパス吻合部を外腸骨動脈遠位側にすることで、通常の大腿動脈穿刺が可能となっている。

再狭窄などによる複数回治療が患者に不利益を与えないように考慮して適応を選ぶ必要がある（図2）。また大腿動脈をバイパス吻合部として選択することで将来的な血管造影、カテーテル治療のアクセスルートを失うことへの危惧もよく言われることである。しかし当施設でもそうであるが、この点について血管外科医と議論しておくことで、血管外科医は鼠径靱帯やや上の部位を吻合部にし、総大腿動脈の穿刺部位を温存する術式を選択することもできる（図3）。

血管内治療は大動脈腸骨領域において外科的治療よりも低侵襲である。よって同等の治療効果が得られるのであれば、血管内治療が圧倒的に有利であり、TASC 分類 C, D 型病変においても患者背景などを考慮し、血管内治療が第 1 選択とされることがあっても差し支えはない。しかし、血管内治療をあらゆる症例に適応することは不適切であり、その点で血管内治療と外科的治療の適切な選択が重要でどちらかがどちらかを凌駕したか、という議論にはあまり意味が感じられない。