

序文とまとめ

古森 公浩¹ 笹嶋 唯博²

腹部大動脈瘤(abdominal aortic aneurysm: AAA)手術は血管外科領域の手術の中で、最も多い手術のひとつであり、日本血管外科学会学術調査(586施設)によると、2003年1年間に6,237例(孤立性腸骨動脈瘤を含む)行われている。また、待機的手術の手術死亡率は1%前後で安全な手術として確立している。しかしながら、その中には定型的ではない、手術が困難な症例もある。本ワークショップでは“むずかしい腹部大動脈瘤手術”ということで7人の演者が感染症例、腎動脈遮断を有するような傍腎動脈腹部大動脈瘤(pararenal AAA)、破裂性腹部大動脈瘤、悪性腫瘍術後の腹部大動脈瘤手術などについて、それぞれの施設の成績ならびに手術や術前術後の管理の工夫などについて討論した。

感染性腹部大動脈瘤の手術は可及的速やかに行うこと、また感染瘤の切除が治療原則であるが、血行再建については非解剖学的再建を行うか*in situ*に人工血管置換と大網被覆を行うかなど、選択には議論がある。感染の程度や広がり、起炎菌、併存疾患や合併症などを含めた患者の状態など、個別の症例で術式の選択を検討する必要がある。船橋市立医療センターの武内重康らは、感染性腹部大動脈瘤に全例非解剖学的再建による血行再建術を施行し、また弘前大学の一関一行らは非解剖学的再建と大網充填術を推奨した。北海道大学の國原 孝らは非解剖学的再建、*in situ*、それぞれの症例を報告した。

AAAの95%以上は腎動脈の分岐部から下位に発生する(腎下部)が、時に腎動脈分岐部あるいは、それより中枢側に動脈瘤変化が及ぶことがある(pararenal AAA)。瘤変化が腎動脈直下で終わるjuxtarenal AAAでは、一時的に腎動脈上での腹部大動脈遮断が必要であるが、腎動脈下腹部大動脈でのグラフト吻合が可能である。瘤変化が腎動脈に及ぶ腎動脈上部腹部大動脈瘤(suparenal

AAA)手術では、上腸間膜動脈あるいは腹腔動脈上での腹部大動脈遮断を行い腎動脈の再建が必要であり、時として大動脈遮断に伴う腎虚血防止のための補助手段を必要とする。國原らはsupra/pararenal 44例を経験し、腎保護に対し軽度低体温、マニトール投与の有用性を報告した。

消化器癌合併腹部大動脈瘤症例に対する治療については、一次的か、二次的か、またどちらの治療を優先させるか症例によって議論のあるところである。兵庫県立淡路病院の杉本貴樹ら、および國原らは腹部悪性腫瘍術後の動脈瘤手術は、「ストマ」を有するhostile abdomenにおいても安全に施行可能であるという報告を行った。

破裂例の手術死亡率は依然、待機例に比べ高く、手術成績向上が望まれるところである。旭中央病院の古屋隆俊らによるとFitzgerald 1, 2型は手術は難しいが、非破裂瘤と同様に予後良好であるという報告であった。愛媛大学の今川 弘らは腸管虚血に対してはdelayed sutureあるいは試験開腹を推奨した。今後、日本でもステントグラフトが商品化されれば前述した消化器癌合併腹部大動脈瘤症例や破裂例へのステントグラフト内挿術症例が増加すると思われる。

国立循環器病センターの松田 均らは、“むずかしい腹部大動脈瘤手術”の選択と治療成績の比較を行い、緊急性や遮断、再建部位における“むずかしい腹部大動脈瘤手術”症例がスタッフ症例として選択されていたが、レジデント症例の治療成績がよかったことから、症例選択は妥当であったと報告した。

腹部大動脈瘤手術は血管外科領域の手術の中で、最も多い手術のひとつであり、また周術期の患者管理の改善や手術主義の向上により、最近では手術死亡率は1%以下の安全な手術である。しかしながら、本ワークショップで議論された感染性動脈瘤、pararenalの動脈瘤、消化器癌合併動脈瘤や破裂例など特殊例に対しては十分な病態の把握と適切な手術ならびに術前術後管理が手術成績の向上に重要である。

¹名古屋大学大学院医学系研究科血管外科

²旭川医科大学第一外科