

序 文

横井 宏佳¹ 笹嶋 唯博²

下肢閉塞性動脈硬化症(peripheral arterial disease: PAD)は腸骨動脈領域、大腿動脈領域、膝下動脈領域に分類されるが、近年大腿動脈領域に狭窄病変や閉塞病変を有する患者が欧米およびアジア諸国において大幅に増加しており、米国においては、2002年の年間10万人から、2007年には年間20万人に倍増すると予測されている。これは、高齢化、過食と運動不足による生活習慣病、特に糖尿病の増加によるものが原因として挙げられる。

大腿動脈は解剖学的に骨盤の外に位置し、総大腿動脈から、浅大腿動脈と深部大腿動脈に分岐し膝動脈、膝下動脈へと移行していく部位に位置する。そのため、血管外からねじれ、圧迫、進展、屈曲などさまざまな外力が加わりやすい部位である。そのため、血管内治療の成績は骨盤内に位置する腸骨動脈領域と比較して不良であることが知られている。したがって、大腿動脈領域の血管内治療の適応は、臨床的には薬剤抵抗性で日常生活に支障を来す間歇性跛行または安静時疼痛、潰瘍、壊疽を有する重症虚血肢であることが条件となる。

血管内治療に適した解剖学的所見としてTASC (TransAtlantic Inter-Society Consensus)分類が推奨されている。これによると、浅大腿動脈の短い病変では血管内治療が第一選択とされ、長い病変、特に閉塞性病変では外科的治療が第一選択とされている。しかし、TASCが出されたのは2000年で、その後のニチノール性ステントの開発、血管内治療技術の向上には目覚ましいものがあり、長い病変、完全閉塞病変においても血管内治療の初期成功率は著明に改善している。このような状況を反映して、本年TASCは改訂される予定である。ただ、長期開存性においてTASC分類C、Dの複雑病変の長期開存性は不良で、このような病変に対してはバイパス手術の長期成績と比較してその適応を決定しなければならない。

本シンポジウムでは、本邦におけるPADの最先端治療の成績をご紹介いただき、間歇性跛行患者、重症下肢虚血患者に対して、血管内治療、バイパス手術、血管新生治療のいずれが最適なのか、議論してみたい。

¹小倉記念病院循環器科

²旭川医科大学血管外科