

# 第15回内視鏡下肢静脈疾患治療研究会 プログラム・抄録

日時：2016年12月7日（水曜日） 13時～17時

会場：パシフィコ横浜 会議センター 4階「416」

〒220-0012 神奈川県横浜市西区みなとみらい1-1-1  
TEL：045-221-2155（総合案内）

当番世話人：川崎医科大学 心臓血管外科 田淵 篤

問い合わせ先：内視鏡下静脈疾患治療研究会ホーム

<http://jseps.sakura.ne.jp/db/inquiry/>

川崎医科大学 心臓血管外科 田淵 篤

〒701-0111 岡山県倉敷市松島577番地

E-mail：[tabuchi@med.kawasaki-m.ac.jp](mailto:tabuchi@med.kawasaki-m.ac.jp)

TEL：086-462-1111（代表）、FAX：086-464-1189（代表）

## 第15回内視鏡下肢静脈疾患治療研究会ご案内

- 会の名称：第15回内視鏡下静脈疾患治療研究会（第29回日本内視鏡外科学会総会 関連研究会）
- 会期・会場：2016年12月7日（水曜日） 13時～17時  
パシフィコ横浜 会議センター 4階「416」  
〒220-0012 神奈川県横浜市西区みなとみらい1-1-1  
TEL：045-221-2155（総合案内）
- 参加費：JSEPS会員 1,000 円、非会員 3,000円（当日受付にてお支払い下さい。  
非会員で研究会に参加された方は当日登録されますと1年間会員としての連絡を受ける  
ことができます。）
- **一般演題演者へのお願い：一般演題は発表＋討論8分（時間厳守）でお願い致します。**
- 動画のある方はPCをご持参下さい。



By Train	From Station	Line	Transfer	Time	From Station	Line	Transfer	Time	Destination	
電車・新幹線で	渋谷駅 Shibuya Sta.	東急東横線:特急→みなとみらい線 (東急東横線→みなとみらい線 直通運転)		30分 30min.	みなとみらい駅 Minato Mirai Sta.	徒歩 on foot		3分 3min.	パシフィコ横浜 PACIFICO YOKOHAMA	
	東京駅 Tokyo Sta.	JR東海道線		25分 25min.	みなとみらい駅 Minato Mirai Sta.	みなとみらい線 Minato Mirai Line		3分 3min.		
	新横浜駅 Shin Yokohama Sta.	JR横浜線	菊名駅 Kikuna Sta.	東急東横線	3分 3min.	横浜駅 Yokohama Sta.	徒歩 on foot			10分 10min.
		JR横浜線			13分 13min.	横浜駅 Yokohama Sta.	JR京浜東北線 JR Keihin-Tohoku Line			3分 3min.
		横浜駅 Yokohama Sta.	徒歩 on foot		15分 15min.	桜木町駅 Sakuragicho Sta.	バス by Bus			7分 7min.
		横浜駅 Yokohama Sta.	横浜駅 Yokohama Sta.	徒歩 on foot		桜木町駅 Sakuragicho Sta.	タクシー by Taxi			5分
飛行機で	羽田空港 Haneda Airport	パシフィコ横浜直通リムジンバス Airport Limousine Bus (Direct to PACIFICO YOKOHAMA)		35分 35min.	みなとみらい駅 Minato Mirai Sta.	徒歩 on foot		3分 3min.	パシフィコ横浜 PACIFICO YOKOHAMA	
	羽田空港 Haneda Airport	リムジンバス		30分 30min.	みなとみらい駅 Minato Mirai Sta.	徒歩 on foot		12分 12min.		
		京浜急行 Keikyu Line Limited Express		24分 24min.	横浜駅 Yokohama Sta.	タクシー by Taxi		7分 7min.		
	成田空港 Narita Airport	リムジンバス (パシフィコ横浜行きは120分)		90分 90min.	横浜駅 Yokohama Sta.	徒歩 on foot		7分 7min.		
		JR成田エクスプレス		90分 90min.	みなとみらい駅 Minato Mirai Sta.	みなとみらい線 Minato Mirai Line		3分 3min.		

## 第 15 回内視鏡下静脈疾患治療研究会プログラム

【開会挨拶】 第15回内視鏡下静脈疾患研究会 当番世話人 田淵 篤

【一般演題 1】 13:05~13:40 司会：篠崎 幸司、松本 康久 (35分)

1-1. 下肢静脈瘤における家族歴について

島根大学医学部皮膚科 新原 寛之

1-2. 難治性下腿潰瘍の疾患鑑別アルゴリズム

島根大学医学部皮膚科 新原 寛之

1-3. 術後にIPVはどれだけ残るのか？

福岡和白病院心臓血管外科 手島 英一

1-4. 足趾背側に発症したうっ滞性潰瘍の 1 例

大阪大学心臓血管外科 渡辺 健一

【特別企画】 13:40~14:10 司会：武田 亮二、松村 博臣 (30分)

SEPSの実際

たかの橋中央病院血管外科 春田 直樹

【一般演題 2】 14:10~14:45 司会：新原 亮二、星野 祐二 (35分)

2-1. 術野不良なSEPSに大腿駆血が有効であった1例

山梨厚生病院心臓血管外科 伊從 敬二

2-2. SEPS手技 『ポート挿入が成功の鍵』

洛和会音羽病院脈管外科 武田 亮二

2-3. SEPS依頼で紹介受けるも下肢切断となった症例

NTT東日本札幌病院心臓血管外科 松崎 賢司

2-4. 当科の能力を総動員した2症例

たかの橋中央病院血管外科 春田 直樹

【特別講演】 14:45-15:25 司会：春田 直樹 (40分)

本邦における SEPS の治療成績とその意義づけ—international journal 投稿に向けて

松阪おおたクリニック 草川 均

【休憩】 15:25-15:35 (10分)

(参加者全員による写真撮影)

【一般演題3】 15:35~16:10 司会：八杉 巧、松崎 賢司 (35分)

3-1. 重症下肢静脈瘤に対する SEPS の有用性

三菱三原病院外科 新原 亮

3-2. 敢えて SEPS を行わないという選択肢

福岡山王病院血管外科 星野 祐二

3-3. 当科における SEPS 症例の特徴 ー過去3年間の検討ー

藤田保健衛生大学坂文種報徳會病院消化器外科 永田 英俊

3-4. 静脈性潰瘍再発例

市立函館病院心臓血管外科 森下 清文

【総合討論① さらなる SEPS 普及のための今後の取り組み】 16:10-16:30

司会：草川 均、菅原弘光 (20分)

さらなる SEPS 普及に向けての問題点と提案

松阪おおたクリニック 草川 均

【総合討論② SEPS の低侵襲化】 16:30-16:50 司会：永田 英俊、田淵 篤 (20分)

外来通院治療による SEPS の試み

なんば坂本外科クリニック 坂本 一喜

【会務総会】 16:50-17:00 司会：内視鏡下静脈疾患研究会事務局 春田 直樹

①事務報告

会計監査報告、会員近況報告、協賛企業紹介

②第16回内視鏡下静脈疾患治療研究会

会期、当番世話人の決定とご挨拶

③連絡事項、懇親会案内

18時開始(予定) 「第一亭」

TEL: 045-231-6137

京急本線日ノ出駅より約190m、徒歩2分。

【閉会の挨拶】 第15回内視鏡下静脈疾患研究会 当番世話人 田淵 篤

## 【特別講演】

本邦におけるSEPSの治療成績とその意義づけ—international journal投稿に向けて

草川 均

松阪おおたクリニック

[はじめに] 内視鏡下筋膜下不全穿通枝切離術(SEPS)は2014年4月に保険収載され、内視鏡下静脈疾患治療研究会(JSEPS)の活動により、教科書作成などで手技の統一に努められたが、いまだ適応患者が適当な施設へ紹介されずに有効に治療されていないのが残念な現状である。今回は、適応についての考え方、JSEPS集積データ分析結果、問題点と今後の方向性について示したい。

[対象と方法] SEPSの適応は、保険記載では下肢慢性静脈不全症(CVI, 下腿の皮膚に潰瘍その他皮膚病変があって超音波検査で不全穿通枝(IPV)が確認されたもの)となっているが、補足事項を検討した。治療成績分析対象症例は14施設で集積した1091例1287肢で、平均年齢 $64.2 \pm 11.5$ 歳、男455例、女636例。CEAP分類ではC6, 5, 4b, 4a, 3, 2が、各352, 71, 358, 201, 40, 265肢。同時伏在静脈処理したものが1079肢(83.8%)であった。日本のSEPSの特徴は、春田が考案したネジ式ポートを使ったtwo-port system(TPS)である。術前と術後6-12か月のVCSS(venous clinical severity score)、術後の潰瘍治癒、再発につき分析した。

[結果] CVIの原因は静脈そのものだけでなく、下腿筋ポンプ機能低下によるものもある。またリンパ浮腫や微小動脈疾患など、類似疾患との鑑別も必要で、これらは治療後の経過に影響する。解剖学的にIPVが浅後方筋コンパートメント内か境界部にあるものが対象となる。圧迫療法でも難治性の皮膚病変がある方、そのコンプライアンスを保てない方を適応としている。表在静脈と同時かまず表在かについてはそれぞれ一長一短があり、患者の社会的要因も考慮して決定している。VCSSは術前 $10.0 \pm 6.6$ から術後 $3.1 \pm 3.5$ へ改善( $p < 0.0001$ )、同時表在処理のない下肢でも術前 $11.7 \pm 6.3$ から術後 $4.8 \pm 4.5$ へ改善( $p < 0.0001$ )した。潰瘍治癒率は96.2%、同時表在処理のない下肢では96.0%。潰瘍再発率はC5術後、C6潰瘍治癒後平均46.0か月の観察で12.0%(1年4.7%, 3年8.6%, 5年18.1%)、同時表在処理のない下肢では3年の観察で15.0%であったが、再発肢の7割で最終確認時潰瘍は治癒していた。

[まとめ] 熟練施設によるSEPSの治療成績は合併症も少なく良好であり、潰瘍治癒だけをエンドポイントとしない長期予後がより保証できる治療である。多くはない適応症例が有効に治療される流れを作っていくことと、核となれるSEPSに精通した施設を各地区に育てることが必要と考える。

## 【総合討論① さらなるSEPS普及のための今後の取り組み】

さらなるSEPS普及に向けての問題点と提案

草川 均

松阪おおたクリニック

日本ではSEPSは保険収載され、治療成績も明らかになってきています。現在、年間150-200のSEPSが行われていると考えられますが、問題点の提起と提案をさせていただきます。

問題点 1 - 適応症例が有効にSEPS施行施設へ患者が紹介されているのか

問題点 2 - SEPS施行施設の地域偏在と術者の高齢化

問題点 3 - SEPSの施設基準、術者基準の高いハードル

これらに対して、JSEPSでできることを考えてみました。

今後、できるだけ近いところでSEPSを受けていただくためには、40歳過ぎくらいのSEPS術者が全国に偏りなく存在することが必要になるが、適応症例はそれほど多いわけではなく、地域の拠点施設があれば十分と思われる。ただ、今から始める先生にとっては、保険診療のハードルが高いことが問題になる。施設基準は血管外科または心臓血管外科を標榜している病院であれば50例の下肢静脈瘤手術をしていれば取れる。しかし、術者基準として10例のSEPS経験が必要なことが最も高いハードルとなる。対策としては、経験症例は当該施設でなくても良いようなので、現在SEPSを保険診療で行っている施設で、見学という名目で一緒に手術に入っただき、これを資格申請の提出症例の一部にし、JSEPSとして地域の拠点となりうる先生をback upするという事はできないだろうか。

また、適応症例を施行施設に有効に紹介いただくためには、各地域での啓蒙活動、特に皮膚科医との提携などの推進が重要で、そうすればSEPS症例はまだ増加するものと考えられる。

最後に、私事で恐縮ですが、私は現在クリニック所属で、前任病院へ患者を紹介して保険診療でSEPSを行っていますが、施設基準の問題で近い将来保険診療ができなくなり、適応症例の紹介が来ても他の施設へ再紹介せざるを得ない状況になります。一つは、病院でないといけない、という基準、もう一つは、そこで下肢静脈瘤手術を50例以上やっている、という基準のためです。通常の下肢静脈瘤手術はほとんどクリニックで行っていて、入院手術を希望する方は激減しています。

クリニックでSEPSができれば一番良いのですが、規則が病院でということなら、施設の症例数の基準が少し下がるか、施設で規定数を満たさなくても、静脈瘤の手術経験が十分豊富な非常勤の術者ならOKとかいうようになるとよいのですが、皆さんがどう思われるかお聞かせください。

## 【総合討論② さらなるSEPS普及のための今後の取り組み】

### 外来通院治療によるSEPSの試み

坂本 一喜

なんば坂本外科クリニック

手術の低侵襲化や入院期間短縮は現在の流れであるが、SEPSを外来通院治療として行ったので報告する。2016年4月から10月までの間、9例に日帰りSEPSを行った。男性3例、女性6例で、CEAP分類ではC4が8例、C5が1例であった。麻酔はプロポフォール持続投与を行い、皮膚切開部分には局所麻酔を併用した。伏在静脈血管内焼灼術を6名に併用、穿通枝切離は平均1.6本、それらを含めた平均手術時間は63.4分で術後の平均在院時間は88.4分、全員が自力歩行で帰宅可能であった。術後の鎮痛剤内服は平均2.4個で、SEPSまたは日帰りが起因する合併症は認めなかった。うっ滞性皮膚炎や皮膚潰瘍を有する慢性静脈不全の患者には、多忙な飲食店勤務の方などが多く外来通院による治療方法としてSEPSが選択できれば有用と考えられた。麻酔方法の実際や日帰り手術での留意点も併せて報告する。

## 【一般演題1-1】

### 下肢静脈瘤における家族歴について

新原 寛之<sup>1</sup>、河野 邦江<sup>2</sup>

<sup>1</sup> 島根大学医学部 皮膚科、<sup>2</sup> 同 疾病予知予防センター

本邦における高齢者の下肢静脈瘤有病率は、疫学調査の結果から15~20%と報告されている。比較的高い有病率であるも、下肢静脈瘤が生命予後に影響しない良性の疾患であるとの認識からこれまで十分な疫学調査がなされていない現状がある。当科では2012年からShimane CORHE studyを調査基盤に住民の下肢静脈瘤有病率及び発症要因について調査研究を行っている。調査結果から、性別（女性）、加齢、BMI、歩行を伴わない立位立ち仕事が発症要因として抽出された。一方で家族歴も下肢静脈瘤発症に関連すると以前から言われているが、調査データでは問診に依存するので記憶違いや診断されてないなどのバイアスが生じる。今回 Lund 大学との共同研究を行い、スウェーデンにおける養子の健康データを用いた家族歴について調査研究を行った。80,214名の養子中下肢静脈瘤の手術既往のあった養子は2,053名（2.6%）であった。標準化罹患比は下肢静脈瘤罹患歴のない実親、養親を基準として実親のみ罹患歴があれば2.32に、養親のみ罹患歴があれば1.26に、実親、養親両方に罹患歴あれば4.58と上昇し、遺伝素因の重要性が確認された。

### 【一般演題 1 - 2】

#### 難治性下腿潰瘍の疾患鑑別アルゴリズム

新原 寛之

島根大学医学部 皮膚科

難治性下腿潰瘍を生じる原因疾患は様々あるが、静脈性潰瘍の頻度が最も多く欧米では約7～8割は静脈性とされている。約1割は動脈性で両者の合併もあるが、下腿潰瘍の多くは循環障害によるものと考えられている。しかし、これまで他疾患鑑別法のアルゴリズムがなく、今回鑑別法についてベイズの定理を踏まえて紹介する。また、当科で経験した症例を提示し、治療法についても紹介する。

### 【一般演題 1 - 3】

#### 術後にIPVはどれだけ残るのか？

手島 英一、中島 淳博、富永 隆治、伊藤 翼

福岡和白病院 心臓血管外科

静脈瘤の症状再発患者の多くは不十分なEVAや瘤切除の結果として残存するIPVが原因であるという経験より、当院ではIPVを治療時に切離もしくはPAPにて閉塞させることにより一期的に静脈瘤治療を完結させるように努めている。また術前のエコーにて伏在静脈の強い逆流により逆流の検出が困難なIPV (occult IPV) も体位や駆血にて術前に同定するように検査を行っている。

2015年12月から2016年7月までの期間に初診患者216人432肢では307肢に伏在静脈の逆流を認め、そのうち100肢にIPVを認めた。下腿にIPVを認めた81肢では75例で駆血を行わなくても逆流を認めることができたが6例は伏在静脈からの逆流を駆血で遮断しなければ逆流は検出できなかった。81肢のうち駆血群2肢を含む35肢がEVA適応となり治療後のエコーで伏在静脈の血流遮断は全例において成功した、IPVに関しては血流遮断24肢、変化なし3例、血流の増強を8例に認めた。また術前にIPVを認めなかった症例1例に術後IPVの出現を認めた。同時期にPAPを施行した11症例11肢においては全例IPVの血流遮断が可能であった。

患者の症状は全例において改善したが、IPVの完全な離断を行うためには瘤切除やPAPでは不完全であった。今後、低侵襲で確実なIPV処理の検討が重要であると思われる。



### 【一般演題 1 - 4】

#### 足趾背側に発症したうっ滞性潰瘍の 1 例

渡辺 健一<sup>1</sup>、澁谷 卓<sup>1</sup>、山倉 拓也<sup>2</sup>、上田 篤史<sup>2</sup>

<sup>1</sup> 大阪大学 心臓血管外科、<sup>2</sup> 吹田徳洲会病院 血管外科

47歳、男性。身長170cm、体重147kg、BMI 50.9。20歳より飲食業で1日10時間程度の立ち仕事であった。30歳ころから両側下腿遠位の皮膚色素沈着・皮膚硬化を認めており、40歳ごろより足背III、IV趾根部、足背外側に皮膚潰瘍が出現するようになったため、近医受診し下腿GSVに対してレーザー治療が行われた。一旦、潰瘍の改善を認めたが、治癒、再発を繰り返すため当科紹介となった。足趾、足背の潰瘍は靴による圧迫、擦過が疑われたため、圧迫を考慮したものを選んでいたが、靴の種類には関係なく、治癒、再発を繰り返していた。臨床診断は両下肢C6度静脈瘤。ECHO検査で、両側大腿部GSVの逆流、拡張とCockkett II、I不全穿通枝が指摘された。虚血所見は無し。

足趾潰瘍との因果関係は不明のまま、両側GSVに対してはRFAを、下腿穿通枝に対してSEPSを行った。術後も圧迫療法を継続、術後2週間で足部の潰瘍は治癒した。

[考察] 通常、うっ滞性潰瘍の好発部位は下腿遠位内側または外側である。本例は表在静脈の逆流に対する治療により、難治性であった足部の皮膚潰瘍が治癒したことから、足部皮膚潰瘍はうっ滞性要因が大きく関与した潰瘍であったと推測される。

最初の潰瘍発症のきっかけが靴の擦過など外的要因であったとしても、それ以降、一旦治癒した足趾潰瘍が、圧迫しない靴でも再発していることから、一度皮膚潰瘍を発症した皮膚は、肉眼的に上皮化が完了していても、健常な上皮よりうっ滞性潰瘍が発症しやすいのかも知れず、積極的治療の適応となりうると考えられた

### 【一般演題 2 - 1】

#### 術野不良なSEPSに大腿駆血が有効であった1例

伊従 敬二<sup>1</sup>、三森 義崇<sup>1</sup>、奥脇 英人<sup>1</sup>、有泉 憲史<sup>1</sup>、橋本 良一<sup>1</sup>、出口 順啓<sup>2</sup>

<sup>1</sup> 山梨厚生病院 心臓血管外科、<sup>2</sup> 同 皮膚科

当院では2002年からエスマルヒとターニケットによる大腿駆血下でtwo portでSEPSを行ってきた。2015年からは非駆血下でSEPSを行っているが、駆血下に比較して術野は不良と思われる。今回、SEPSの術野が著しく不良な症例に対して、駆血下手術に切り替えてSEPSを完遂した1症例を提示する。

[症例] 65歳、女性。飲食店経営。25歳頃より両下肢静脈瘤を認め放置していた。6ヶ月前から右下腿皮膚に色素沈着と硬化を認め、さらに潰瘍を形成したため当院を受診した。身長152cm、体重70kgで肥満を認めた。超音波検査では、大伏在静脈の逆流と拡張、下腿内側に穿通枝3本認め、そのうち1本を不全と診断した。2ヶ月間、圧迫治療を行なった後に手術を行った。全身麻酔下で下腿上部内側から2本の6mm金属ポート（Endo TIP）を筋膜下に挿入し、CO<sub>2</sub>を8～15mmHgで送気してSEPSを行った。肥満のためか術野は不良で、下腿筋膜も大きく裂け手術継続が困難となった。駆血下手術に切り替えることで術野が改善し、3本の穿通枝を切離した。最後に大伏在静脈に対しては血管内レーザー焼灼術（ELVeS 1470）を行った。術後の合併症もなく、9ヶ月経過した現在、皮膚潰瘍は治癒し、色素沈着と硬化も改善している。

[考察] 駆血によりSEPSの術野が良好となるのは、エスマルヒの使用により下腿筋群などの軟部組織の血液や間質液が排除されることにより、より広いワーキングスペースが得られるためと考えられる。術野不良例では、駆血下SEPSは有効であると考えられる。

## 【一般演題2-2】

### SEPS手技 『ポート挿入が成功の鍵』

武田 亮二<sup>1</sup>、粟根 雅章<sup>2</sup>、喜多 貞彦<sup>2</sup>、水野 克彦<sup>2</sup>、松村 泰光<sup>2</sup>

<sup>1</sup> 洛和会音羽病院 脈管外科、<sup>2</sup> 同 外科

[はじめに] 2014年のSEPS保険収載をきっかけに、新たにSEPSを始めた施設が増加しつつ有る。本年1月の教科書発刊も追い風になっている。内視鏡手術の特性として、鏡視下操作は画像で習得しやすいが、ポート挿入とワーキングスペース作成が導入初期の障壁になっている。今回、当院でおこなったSEPS手術の手技、特にポート挿入とワーキングスペース作成について検討した。

[対象と結果] 2011年から2016年10月までに当院で施行したSEPSは22例、33肢。平均SEPS手術時間41分(15分～80分)、平均IPV処理本数2.5本(1～7本)。C6症例はIPV本数も多く、手術時間を要する傾向にある。やせた患者やC6症例ではポート挿入やワーキングスペース作成が困難であった。

[考察] 元々内腔のある腹腔鏡手術と違い、SEPSは新たにワーキングスペースを作成する必要がある。ポート挿入の要点を列挙すると、皮切を大きくしない。皮膚に直角にポートを入れる。直視鏡を使用する。筋膜が見えてもあせらず、良い位置で気腹する。である。ワーキングスペース作成は、セカンドポート挿入部位周辺を十分に剥離。ファーストポートとの距離をなるべくとる。IPVに届かない場合、5mmポート(エンドチップでなくとも良い)を挿入し、切離用に使用する。などである。

[まとめ] ポート挿入がSEPS成功の鍵であり、当施設での成功例、失敗例を供覧する。

### 【一般演題 2 - 3】

SEPS依頼で紹介受けるも下肢切断となった症例

松崎 賢司

NTT東日本札幌病院 心臓血管外科

症例は67歳、男性。平成25年に左のC4bに対して前医でGSV抜去の既往。平成28年1月から皮膚症状の増悪があり、前医再診。エコーでIPVと下腿遺残GSVの逆流があり、4月にC4bの部位に皮切をしておいてGSVの結紮、瘤切除を行ったがIPVは処理できなかった。入院での圧迫下肢拳上でも潰瘍は増大し疼痛も強く、当科紹介。5月9日に転院。転院時点で潰瘍が硬い内側から足関節以下にまでおよび、母趾の色調は不良であった。動脈は膝窩動脈までの振れは問題なく、足背後脛骨については皮膚硬化が強いこともあり、拍動触知は不能であった。ドップラーでの血流音は良好であった。エコー検査では穿通枝はあるものの逆流についてははっきりしなかった。所見上、動脈疾患も疑われたため、動脈造影を施行したところ、膝窩までは全く問題ないものの、膝下での閉塞と側副血流で後脛骨動脈が描出された。形態的には動脈硬化ではなく血管炎の所見であった。母趾の壊死と広範囲の潰瘍があるため下肢温存は不能と判断し、下腿切断を行った。切断肢からの皮膚/血管周囲の病理像では血管炎の存在はあったが、特定の膠原病の存在は示唆されず、採血所見他から、膠原病内科でも血管炎までの診断で、ステロイド治療の対象とはならなかった。

結語：血管炎は動脈硬化所見がなく膝窩動脈までは問題ないため、初診時点ではわかりにくい。静脈疾患が併存する場合、圧迫治療は足関節以下の虚血壊死につながりかねない。

### 【一般演題 2 - 4】

当科の能力を総動員した2症例

春田 直樹、河内 雅年、矢野 琢也

たかの橋中央病院 血管外科

私が今年経験した難治性下腿潰瘍2症例の治療経過を紹介致します。

症例1は72歳、女性。左下腿全周性C6の診断で入院加療した。患肢の拳上による消炎を図った後、GSV本幹部のEVLA、SEPS、自家植皮術を三期的に実施し、潰瘍治癒得られた。現在も弾性着衣使用し、C6再発は認めない。

症例2は69歳、女性。右下腿全周性C6の診断で入院加療中である。症例1同様、患肢の拳上による消炎を図った後、GSV本幹部のEVLA、SEPS、自家植皮術を三期的に実施し、現在も入院加療中であるが、JSEPSではその後の経過を合わせてご報告します。

2例ともに、患肢うっ血改善のための保存療法と手術の組み合わせに苦慮致しましたので、提示致しました。皆様から、他に選択し得る治療法やご助言頂ければ幸いです。

### 【一般演題3-1】

重症下肢静脈瘤に対するSEPSの有用性

新原 亮<sup>1</sup>、春田 直樹<sup>2</sup>、小川 尚之<sup>1</sup>

<sup>1</sup> 三菱三原病院 外科、<sup>2</sup> たかの橋中央病院 血管外科

最近ではレーザー治療、ラジオ波治療などの血管内焼灼術がストリッピング術に代わって多用されるようになってきた。SEPSが保険適用になり重症下肢静脈瘤（C4b, C5, C6）において不全穿通枝に対して積極的に表在静脈手術と併用している。

2005年4月から2016年9月に重症下肢静脈瘤患者症例 160例, 191肢に対し表在静脈手術とSEPSを併用又はSEPS単独で治療した。Clinical分類ではC4b : 143肢、C5 : 18肢、C6 : 30肢であった。

術式はSEPS + EVA or PS (GSV) : 159肢、SEPS + EVA or PS (SSV) : 12肢、SEPS + EVA or PS (GSV) + EVA or PS (SSV) : 7肢、SEPS単独 : 13肢であった。必要ならstab avulsionや硬化療法を追加した。

手術時間は平均70.6分、内視鏡時間は平均13.7分、処理した不全穿通枝は平均2.6本(1-6本)であった。術後C4b、C5症例は全例で皮膚症状の鎮静化が得られた。C6症例は29例で潰瘍の一次治癒が得られた。潰瘍治癒までの期間は平均28日であった。1例は治療中である。SEPSによる重篤な合併症は認められなかった。SEPS及び表在静脈治療の併用療法はC4b, C5, C6の皮膚病変を有する重症下肢静脈瘤症例に対し安全で有用な術式であると考えられた。

### 【一般演題3-2】

敢えてSEPSを行わないという選択肢

星野 祐二

福岡山王病院 血管外科

下肢静脈瘤に随伴する皮膚病変発症に不全穿通枝が関与している事は間違いないものと思われるが、一方で不全穿通枝処理の意義についてはこれまでも多くの議論がなされてきている。

その要因の一つとして、穿通枝処理単独手技（SEPS alone）のデータが不足している点が挙げられる。またその手技に関して言えば本邦にては内視鏡的に処理するSEPSがほぼ確立されてきており、保険収載に至るまでに評価されてきている。しかしながらその保険点数算定にあっては同時伏在静脈手術を行った場合、半分の点数しか算定できないといった問題点も存在する。これらの問題点を考慮した場合、初回手術時に「敢えてSEPSを行わないという選択肢」についても考える必要があるのかもしれない。

CEAP分類でC4～C6の下肢静脈瘤症例で、表在静脈の逆流と同時に穿通枝不全が認められた場合、多くの場合、病態が難治性の皮膚病変となっているため、なるべく一度の手術で出来る限りの治療を、と考え伏在静脈手術と同時SEPSを行うべきであると考えるのが至極当然である。しかしながら伏在静脈を処理するだけでも、下肢静脈圧のoverloadが改善され、穿通枝不全の程度も改善してくるという可能性も否定できないため、まず伏在静脈処理だけにとどめておき、その後ももし皮膚炎、潰瘍病態が遷延する場合に2期的にSEPSを予定するというストラテジーも選択肢として考えられうると思われる。

後者の様に初回手術時に、敢えてSEPSを行わず2期的にSEPSを予定とした場合、C4～C6症例に対する穿通枝処理単独手技（SEPS alone）検討の前向き試験としての可能性もあり、かつ保険算定点数も100%算定可能となる。

「敢えてSEPSを行わない」という選択肢は、非常にControversialであると思われるが、長期的に見るとSEPSを含めた不全穿通枝処理の意義に説得力を持たせる可能性があるものとも考えられる。

### 【一般演題3-3】

当科におけるSEPS症例の特徴 — 過去3年間の検討 —

永田 英俊<sup>1</sup>、堀口 明彦<sup>1</sup>、富重 博一<sup>1</sup>、伊東 昌弘<sup>1</sup>、石原 慎<sup>1</sup>、川辺 則彦<sup>1</sup>、浅野 之夫<sup>1</sup>  
荒川 敏<sup>1</sup>、伊藤 良太郎<sup>1</sup>、伊勢谷 昌志<sup>1</sup>、清水 謙太郎<sup>1</sup>、大城 友有子<sup>1</sup>、河合 永季<sup>1</sup>  
安岡 宏展<sup>1</sup>、松本 純夫<sup>2</sup>

<sup>1</sup> 藤田保健衛生大学坂文種報徳會病院 消化器外科、<sup>2</sup> 国立病院機構東京医療センター 外科

[目的] 過去3年間に当科で行ったSEPS症例を検討しその臨床的特徴を検証した。

[対象] 2014年4月から2016年10月までに当科で入院治療を行った下肢静脈瘤症例 104症例中のSEPS施行例 14例17肢（13.5%）を検討した。

[結果] 伏在静脈処理+SEPS；8例、SEPS単独；6例7肢（41.2%）であった。臨床病期は、C4；13肢、C6；4肢で、2例3肢が皮膚変化に対する症状がなかった。術後自覚症状は全例で軽快し、潰瘍も全例治癒した。

[考案] 当科のSEPS症例は、14/17肢が皮膚病変と症状を有する重症例であった。SEPS単独の6例7肢は、術後、疼痛などの症状が軽快しIPV処理の有用性が示唆された。

[結語] IPV再発を啓蒙することで皮膚病変併発前に発見できれば、より低侵襲な処理が可能となる。しかし皮膚病変をもってIPV再発が発覚した場合の治療手段としてSEPSは、有益な方法と考えられた。

### 【一般演題3－4】

#### 静脈性潰瘍再発例

森下 清文、新垣 正美、馬場 俊雄、柴田 豪、楢山 耕平  
市立函館病院 心臓血管外科

当科では2012年以降、形成外科の協力を仰ぎながら、弾性ストッキング、SEPS、血管内焼灼術を用い静脈性潰瘍の治療に努めてきた。しかし中には再発症例も少ないながら経験するようになった。現在のところ2症例に認め、コンプライアンスの悪さ、また長期に渡る病悩期間、合併疾患の問題から治療に苦慮したが、両患者とも再発潰瘍は寛解状態にある。両症例の経過について報告する。