JSEPS 2017 KYOTO

matsumura.h@rakusai-nthp.jp

075-332-0123

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

当番世話人
京都洛西ニュータウン病院
外科
松村博臣

第 16 回内視鏡下静脈疾患治療研究会

• 会 期 •

2017 年 12 月 6 日水曜日
午後 1 時～5 時
（午後 0 時 30 分開場）

• 会 場 •

京都府保険医協会会議室
京都市中京区烏丸蛸薬師上ル
インターワンプレイス烏丸　6 階

ご案内

プログラム

抄録

◀第16回内視鏡下肢静脈疾患治療研究会ご案内▶

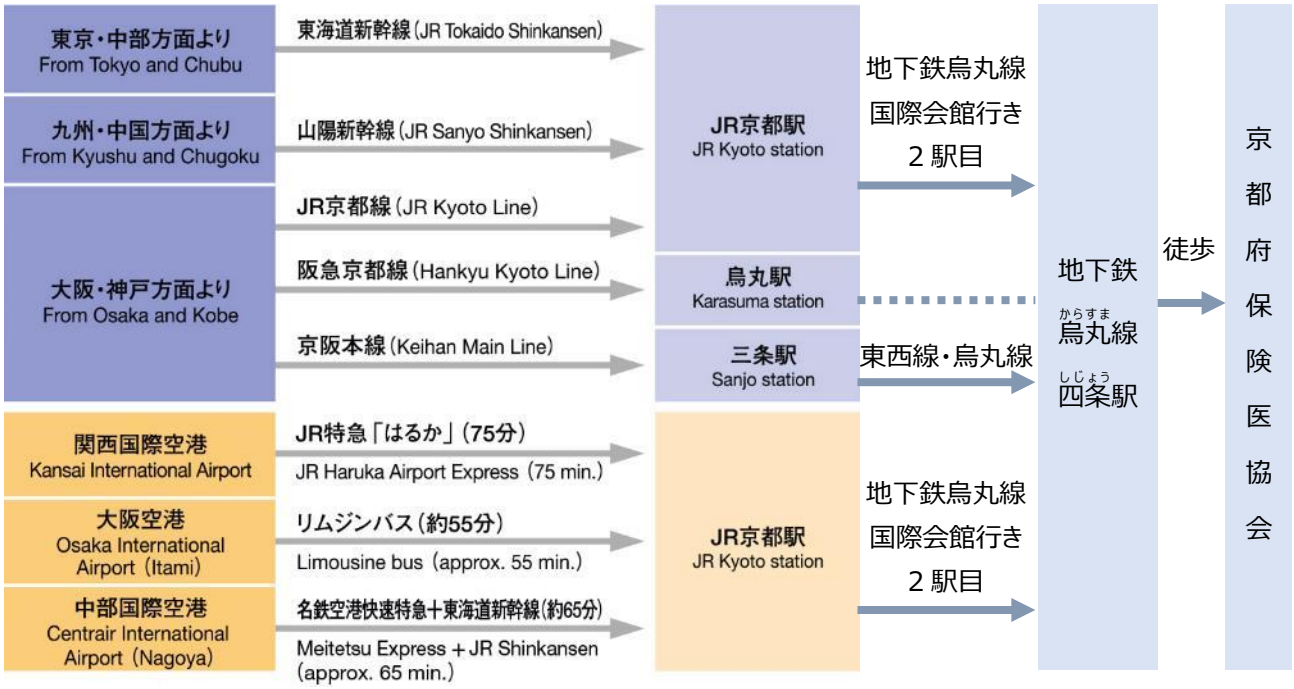
I. 会　名｜第16回内視鏡下静脈疾患治療研究会
（第30回日本内視鏡外科学会総会関連研究会）

II. 会　期｜2017年12月6日水曜日　午後1時～5時（午後0時30分開場）

III. 会　場｜京都府保険医協会会議室
〒604-8162 京都市中京区烏丸蛸薬師上ル　インターワンプレイス烏丸　6階
当日連絡先: 075-212-8877（京都府保険医協会受付）

IV. 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。）

●会場までの道順●



｜京都駅から地下鉄烏丸線国際会館行きの前寄りに乗車し、「四条駅」で降りてください。なお京阪電車「祇園四条駅」とは場所が全く違いますので、ご注意ください。

｜タクシーの場合は、京都タワー側にある JR 京都駅中央口前の乗り場から乗車して、「烏丸蛸薬師上がる」と行き先を指定してください。約 8 分で着きます。

地下鉄四条駅で降りて、前寄りの北改札口から出てください。

阪急烏丸駅方向へまっすぐ進み、22 番出口から地上へ出てください。

地上に出たら左折し、烏丸通りを北向きに進んでください。

2 つめの信号（蛸薬師（たこやくし）通り）を過ぎて、但馬銀行の北隣にあるビルがインターワンプレイス烏丸です。

6 階にある「京都府保険医協会」の会議室が研究会会場です。

6 階のエレベーターホールに、受付を設置します。参加費を支払い、名簿に氏名をご記入ください。

●地下鉄四条駅からの道順●

①地下鉄四条駅の前寄りにある北改札口を出て、直進します。

②阪急電車烏丸駅へつながる階段を上がって、さらに直進します。（階段の絵柄は、撮影当時のものです。）

③烏丸駅の券売機と改札口の間の通路を22番出口に向かって直進します。

④通路の突き当たりを左折して22番出口へ進み、地上への階段を上がります。

⑤地上に出ます。改札口からここまで徒歩3分、ここから会場のビルまで4分です。

⑥バス停とマクドナルドがある方向へ左折して、烏丸通りを北進します。

⑦2つめの信号（蛸薬師通り）を過ぎると但馬銀行があります。

⑧その北隣にある白い外壁のビルの6階が会場です。

●演者へのご案内●

一般演題は、発表７分+質疑３分です。時間厳守でお願いいたします。発表データは当日受付にてご提出いただくか、事前にオンラインで登録をお願いします。

会場での配置は、スクリーンに向かって右側が演者、左側が座長となります。

I. 発表データを持ち込む場合

A) 発表データは、ウイルスチェックを行ったUSBメモリーにてお持ちください。ただし、Macintosh をご使用場合は、ご自身のPCをお持ち込みください。

B) アプリケーションはMicrosoft PowerPoint 2007以降に限ります。

C) ファイル名を「演題番号　演者氏名」にしてください。

D) 文字フォントは、Windows 10に標準搭載のものをご使用ください。

E) 研究会当日に会場に設置される機材スペック

- パソコンOS：Windows 10
- アプリケーションソフト：PowerPoint 2007・2010・2013・2016
- 画面のサイズ：XGA（1024×768）

９松村博臣

F) アニメーション・動画の使用は可能です。ただし以下を遵守してください。

- 動画データは、Windows 10 及びWindows Media Player 12の初期状態に含まれるコーデックで再生できる動画ファイルをお持ちください。（WMV形式を推奨します）
- 動画に関しては、不都合が生じる可能性がありますので、バックアップ用にご自身のPCをお持ち込みください。

G) 登壇された際、オペレーターが発表の最初の画面を立ち上げた状態にします。演台上の機材を操作して、プレゼンテーションを行ってください。

II. ノートPCを持ち込む場合

A) Macintoshをご使用の場合は、ご自身のPCをお持ち込みください。

B) 液晶プロジェクターとの接続は、HDMI type Aまたはmini D-sub 15pin端子です。PC本体にある外部出力端子の形状および出力の有無を確認してください。専用の変換アダプターが必要な場合は、ご持参ください。

C) バッテリー切れ防止のため、電源（AC）アダプターを必ずご持参ください。

D) スリープモードやスクリーンセーバーが作動しないように設定してください。

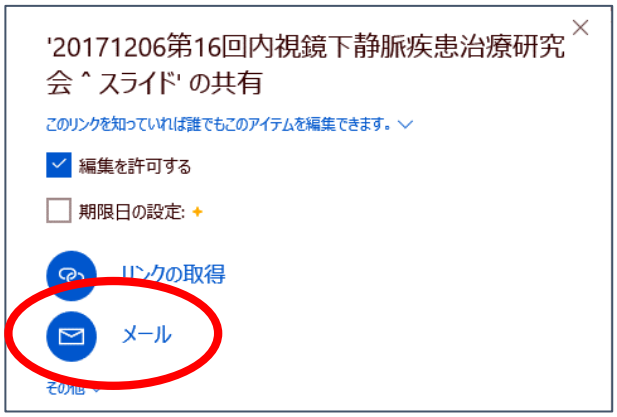
III. 事前にデータをオンラインで登録する場合

A) スライドのファイルを、matsumura.h@rakusai-nthp.jp までメールに添付してお送りください。

B) OneDrive や Dropbox などのオンラインストレージをご利用の方は、ファイル共有機能を使うと便利です。共有オプションでアクセス方法に電子メールを選択し、連絡先に matsumura.h@rakusai-nthp.jp を指定してください。
以下、OneDrive でのファイルの共有の方法について、例示します。

①OneDrive のサイトにアクセスし、Microsoft アカウントでサインインします

②アイテムの右上隅にある円を選択して共有するファイルを選びます。



③ページの上部にある、[共有]を選択します。

④表示された共有ボックスで、[メール]を選択します。

⑤アドレス matsumura.h@rakusai-nthp.jp と入力し、[共有]ボタンを押下します。

C) オンライン登録後に、スライドの内容を変更していただいて構いません。
ただし登録と変更の締め切りは、12 月 4 日(月)午後 4 時 00 分といたします。

◀第16回内視鏡下肢静脈疾患治療研究会プログラム▶

開会の挨拶　午後1時00分～1時05分

国立東京医療センター名誉院長　松本純夫

一般演題Ⅰ　午後1時05分～1時55分

座長：愛媛大学大学院医学系研究科　八杉　巧
三菱三原病院　外科　新原　亮

1．不全穿通枝に対するエコーガイド下フォーム硬化療法の経験
松阪おおたクリニック　草川　均

2．不全穿通枝へのアプローチ法
福岡山王病院　血管外科　星野祐二

3．当科におけるうっ滞性皮膚炎・潰瘍の治療（SEPSを新規導入して）
自治医科大学附属さいたま医療センター　心臓血管外科　松本春信

4．SEPS施行症例についての検討～新規にSEPSを開始した施設から
盛岡友愛病院　血管外科　中島隆之

休憩・集合写真撮影　午後1時55分～2時05分

総合討論「いま、PAPsを考える」　午後2時05分～3時05分

司会：洛和会音羽病院　脈管外科　武田亮二
JR仙台病院　外科　菅原弘光

5．【基調講演】PAPsに備えて
たかの橋中央病院　血管外科　春田直樹

6．【基調講演】PAPsを極めればSEPSは不必要か？
福岡和白病院　心臓血管外科　手島英一

- PAPsについて論点を整理した上で、全員で討論を行います。

休憩　午後3時05分～3時10分

一般演題Ⅱ　午後3時10分～4時00分

座長：NTT東日本札幌病院　心臓血管外科　松崎賢司
岐阜ハートセンター　形成外科　菰田拓之

7．術野不良時に有用な大腿駆血下SEPS　―非駆血下と駆血下の比較から―
山梨厚生病院　心臓血管外科　伊從敬二

8．右心不全を併発した静脈鬱滞性難治性潰瘍の一手術例
川崎医科大学　心臓血管外科　田淵　篤

9．静脈鬱滞性皮膚病変に対する局所療法×SEPS
京都洛西ニュータウン病院　外科　松村博臣

10．局所麻酔下内視鏡下筋膜下穿通枝切離術の試み
済生会和歌山病院　外科　畑田充俊

会務報告　午後4時00分～4時10分

司会：内視鏡下静脈疾患研究会事務局　春田直樹

今後の研究会の運営について　午後4時10分～4時55分

司会：京都洛西ニュータウン病院　外科　松村博臣

閉会の挨拶　午後4時55分～5時00分

第16回内視鏡下静脈疾患治療研究会　当番世話人　松村博臣

懇親会　午後6時00分～

詳細につきましては、改めてご案内いたします。

◀第16回内視鏡下肢静脈疾患治療研究会抄録▶

一般演題 I　午後1時05分～1時55分

1．不全穿通枝に対するエコーガイド下フォーム硬化療法の経験

松阪おおたクリニック
草川　均

【はじめに】皮膚病変部の不全穿通枝(IPV)に対する治療手段としては、SEPS、PAPs、エコーガイド下フォーム硬化療法(IPV-UGFS)がある。SEPSは保険収載されたが、PAPsについてはレーザーが有用なようであるが、実際皮膚症状のある皮膚に穿刺するにはまだアクセスの径が大きく、より細い口径のレーザーファイバーの薬事法承認が待たれる。今回は、20例22肢 23本のIPV-UGFS症例が集積したので報告する。
【対象と方法】浅後方筋コンパートメントにないIPV、入院SEPSに同意されない方のIPV、SEPS後に残存したIPV、SEPSするほどでもない責任病変として確信できない皮膚病変部のIPV、直接切離よりUGFSを希望する皮膚病変のない方を対象とした。すべて伏在静脈処理後もしくは伏在病変のない症例である。平均年齢72.5歳、男4女16、DVI 8肢、C2/3/4a/4b/5/6は2/0/6/7/0/7であった。IPV23本中、浅後方筋コンパートメントもしくはその境界が21本、外側コンパートメントが1本、内果後下部が1本であった。使用したのは、23Gカテラン針と1%ポリドカノール1ml+air 3mlから作成したフォームだけである。マーキングで針の刺入部、IPV近くへの静脈内穿刺部を決め、エコーガイド下に穿刺し、ゆっくり0.5～1mlのフォームを注入し、3日間包帯圧迫した。
【結果】23本のうち、初回施行で閉鎖してそれが 1 カ月間以上続いたものが11本(48%)で、2回目閉鎖2本、3回目閉鎖3本、皮膚の状態が改善して直接切離3本、施行後閉鎖しないが逆流が無くなった2本、現在閉鎖せずPAPs考慮中2本であった。3回目閉鎖のうち2肢では、経過中に全く他の部位(1肢では足関節部屈側)にもIPVが出てきて、UGFS1回で閉鎖した。
【まとめ】IPV-UGFSはSEPSよりは逆流末梢側からのアプローチとなり、技術的にも解剖学的な性質上安定しにくく、SEPSほどの確実な血流遮断は不可能で一度で解決しないことも多く、再疎通もあるが、手軽さという点では選択肢の一つとして有用であり、将来PAPsを行うための練習としても有用である。

２．不全穿通枝へのアプローチ法

福岡山王病院　血管外科
星野祐二

不全穿通枝(IPV)処理の方法として本邦では内視鏡下筋膜下不全穿通枝切離術(SEPS)が一般的であるが、海外では外来治療が可能なレーザーデバイスを使用するPercutaneous Ablation of Perforators(PAPS)や硬化剤を使用するUltrasound-guided Sclerotherapy (UGS)によるアプローチが一般的に行われている。IPVへの治療を考える場合、いかなる手技で治療するにせよ治療対象となるIPVの性状を正しく評価する事は必須であり、かつ適切なアプローチ法を選択する上での重要なポイントとなる。その解剖学的特徴より考えるとIPVの性状は常に一定ではなく、伴走動脈が存在する場合や複数本並んで走行している場合もある。この様なIPVをPAPSやUGSでアプローチする場合、1.局所麻酔を一度注入してしまうとIPVが見えにくくなる（複数本ある場合は困難）2.どの部位よりAblationするのかが難しい（皮膚に近いと皮膚損傷、深くなると神経損傷のリスク）3.DVTのリスク 4.伴走動脈に硬化剤注入していまい下肢切断に至った報告例、等といった問題点に留意しなければならなくなる。
PAPSやUGSは外来治療で完結できる手技も利点は多いと思われるが、IPVの解剖学的特徴より考慮するとその安全性、確実性に関しては内視鏡下のアプローチがより高いと思われる。今回SEPSにおいて直視下に確認し得たIPVの性状より、いかなるアプローチ法が安全で適切であるかを考える。

３．当科におけるうっ滞性皮膚炎・潰瘍の治療（SEPSを新規導入して）

自治医科大学附属さいたま医療センター　心臓血管外科
松本春信、今村有紀、玉井宏一、橋本和憲、野中崇央、堀大治郎、木村直行、由利康一、山口敦司

【はじめに】うっ滞性皮膚炎・皮膚潰瘍に対するSEPSは有効な治療法であり、当科でも2017年より施設認定を受け、2ポート式SEPSを導入したので報告する。
【術式】12ミリの観察ポートと5ミリの操作ポートによる2ポート式を採用した、通常のポートを使用するため、わき漏れによる皮下気腫の拡大を懸念し、エスマルヒおよびターニケットによる大腿駆血下に、ハーモニックを使用して不全穿通枝の切離を実施している。必要に応じて、伏在静脈高位結紮、ストリッピング、血管内焼灼術も併施する。

【対象】2017年に当科でSEPSを施行したうっ滞性皮膚炎・皮膚潰瘍症例７例８肢。全例女性、平均年齢　72.7 (52-84) 歳。
【結果】CEAP分類　C4　4肢、C5　2肢、C6　2肢。ストリッピング　2肢、EVLA　1肢、小伏在静脈高位結紮　1肢に併施した。手術時間　平均64.4 (28-147) 分（１例両側を含む）、SEPSに要した手術時間は　平均28.1 (19-43)分で、処理した穿通枝は平均　1.75（1-3）本であった。手技に関する合併症はなし。C6の2例のうち1例は治癒し、1例は術後1カ月経過するが、順調に縮小が得られている。
【考察・結語】当科で採用している手技では、手技が煩雑とはなるものの、内視鏡下手術のできる施設であれば、直ちに導入できる安全で有効な術式と考えている。今後症例を重ね、さらなる検討をしてゆきたい。

４．SEPS施行症例についての検討～新規にSEPSを開始した施設から

盛岡友愛病院　血管外科
中島隆之、佐藤　央

【はじめに】当院では平成29年2月よりSEPSを開始した。これらのSEPS施行症例の治療成績を検討した。
【症例】平成29年1月から10月までに下肢静脈瘤に対する手術を184例に施行した。そのうちSEPSを施行した12例14肢を対象とした。男6例6肢、女6例8肢。年齢49～81(平均64.1)歳。CEAP分類でC4：9肢、C5：５肢であった。
【使用器械、手術手技】カメラは5.4mm, 30°斜視硬性鏡。内視鏡システムはオリンパス製。ファーストポートはEndo Tip, セカンドポートはトロッカースリムを用い、２ポートシステムにてSEPSを施行した。剥離把持鉗子はCLICK lineを用い、筋膜下剥離や穿通枝切離には超音波凝固切開装置ソニックビートを使用した。麻酔は全例で全身麻酔で施行した。
【結果】手術は全例でEVLAを同時施行した。EVLAを施行した部位はGSV：4例、SSV：1例、ASV：1例、両側GSV：6例、両側GSV+SSV：1例であった。手術時間は80～226分（平均139分）であった。処理したIPV本数は1本：5肢、2本：8肢、3本：1肢であった。VFIは術前2.7～24.5(平均10.1)、術後1.1～7.6(平均3.1)であった。症状は全例で改善したものの、掻痒感が残存した症例が1例あった。また、術後エコー検査でIPVが残存した症例が1例あった。
【結語】全例で症状が改善し、おおむね満足のすべき結果であった。今後の課題は手術時間の短縮とIPVの確実な処理と考えている。

5．【基調講演】PAPsに備えて

たかの橋中央病院　血管外科
春田直樹

1998年よりSEPSを多数施行致しましたが、その一方でSEPSでは対応できないIPVsも経験しました。CVIに対する治療法の変遷を見ますとIPVに対して今後はinterventionが主流になると予想されます。一方で、演者は今まで既存の機器を用いてPAPs行ってきましたが、十分な成果が得られないのが現状です。そこでSEPSの保険収載までの流れを参考にして、今後PAPsに求められる点を考察しました。

6．【基調講演】PAPsを極めればSEPSは不必要か？

福岡和白病院　心臓血管外科
手島英一、中島淳博、富永隆治、伊藤　翼

重症静脈瘤症例に対してIPVの処理は潰瘍の改善に対して有効であることは周知の事実である。しかしSEPSは施設認定の取得、物品購入、人員確保という問題により開始にハードルがあり、非実施施設でC6症例を扱うためにはSEPS以外の治療法を身に着ける必要がある。当院では非SEPS治療として主にPAPsを用いて患者治療にあたってきが限界を感じSEPSの導入が必要となった。
PAPsは2014年11月から2017年10月の36か月間で45肢に施行した。PAPs施行肢の男女比は27：16、平均年齢65.0歳、病期はCEAP分類のC2 4肢(9%)、C3 20肢(47%)、C4 16肢(37%)、C5 1肢(2%)、C6 4肢(10%)、IPV径は平均3.9±0.64mmであった. 1肢で穿刺不可能のため手技を中止したが44肢で穿刺が可能で手術終了時にはIPVの閉塞を確認した。術後の平均観察期間は3.8か月でPAPs施行44肢のうち1例でのIPVの再疎通を認めたが43肢(97.7%)でIPVの閉塞を確認できた。PAPs施行した全症例においてDVTや3度以上のEHITは認めず静脈瘤による症状も軽快している。上記症例群は日本国内ではIPVに対してのPAPs単独手術は認められていないことより伏在静脈のEVLAが適応になる患者だけに限定された。
同時期にSEPSを施行せざるをえなかった症例は4例6肢でありその理由としては他院にてすでに伏在静脈の治療が行われており保険診療でのPAPsが不可能、高度肥満であり穿

刺針が到達しない、潰瘍周囲にIPVが存在し穿刺が困難という理由であった。
IPV治療においてはSEPS,PAPsのどちらも有用であるがそれぞれ利点と欠点がある。
SEPSは保険適応であるが開始までのハードルが高く入院治療となることがほとんどである、PAPsは日帰りで施行可能だが非保険適応であるためにEVAと同時施行が必要であることや専用デバイスが使用できないことが問題となる。治療適応として重複する部分はあるがSEPS、PAPsのどちらも習得することが静脈外科医には必須となると思われる。

一般演題Ⅱ　午後3時10分～4時00分

7．術野不良時に有用な大腿駆血下SEPS　―非駆血下と駆血下の比較から―

山梨厚生病院　心臓血管外科[1)]、皮膚科[2)]
伊從敬二[1)]、三森義崇[1)]、奥脇英人[1)]、有泉憲史[1)]、橋本良一[1)]、出口順啓[2)]

SEPSは1996年にGloviczkiにより駆血下でCO_2を送気してtwo portで行う方法が報告され普及した。その後、非駆血下でも行われるようになったが、術野不良例にも遭遇する。我々は術野不良時に大腿駆血を行うことで術野が改善すると考えている。今回、非駆血下SEPS直後に駆血下SEPSを行い、切離された穿通枝数の増加を術野改善の指標として検討を行った。
【対象と方法】2015年12月～2017年4月までの連続17例17肢に非駆血下および駆血下SEPSを行なった。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）を挿入し、CO_2を8～15mmHgで送気して、処理可能な穿通肢を全て切離した。次に一度ポートを抜去した後に、エスマルヒを使用してターニケットで大腿下部を駆血して同様の方法で穿通肢を追加切離した。
【結果】術直前のエコーで3.1±0.7本の穿通枝を確認した。非駆血下SEPSで2.2±1.4本の穿通枝を切離し、駆血下SEPSで1.1±1.2本を追加切離した。切離した穿通枝数は合計3.3±0.8本で有意に増加した（$p<0.005$）。非駆血下SEPSは20～70分（平均48.2分）、駆血下SEPS（駆血時間）は6～33分（平均17.4分）であった。
【考察】SEPSは下腿筋膜と下腿筋群の狭いスペイスで行われるため術野の確保が難しい。駆血により術野が改善するのは、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イスが得られるためと考えられる。駆血することで手術侵襲は高くなるが、術野不良のために手技に難渋した際の突破口となりうる。

以上を報告するとともに、大腿駆血や解除がSEPS術野にどのように影響するかをビデオで供覧する。

8．右心不全を併発した静脈鬱滞性難治性潰瘍の一手術例

川崎医科大学　心臓血管外科

田淵　篤、柚木靖弘、渡部芳子、桒田憲明、田村太志、本田　威、山澤隆彦、古川博史、種本和雄

【はじめに】右心不全を伴った慢性静脈不全は下腿の静脈鬱滞が著しく、静脈鬱滞性潰瘍は治療に難渋することが予想される。今回われわれは収縮性心膜炎に伴う右心不全を併発した静脈鬱滞性難治性潰瘍症例に対し、2期的に手術を行い、良好に経過したので報告する。【症例】38歳、男性。職業歴：うどん店店主（長時間の立ち仕事）。既往歴：4年前に左側下大静脈、右総腸骨静脈血栓症に対し、他院で右総腸骨動脈人工血管置換術（延長術）を施行、術後急性肺塞栓症をきたし、緊急で肺動脈血栓摘除術を施行された。【現病歴】12年前から右下腿潰瘍の寛解増悪を繰り返し、近医で保存療法を行われていたが、右下腿潰瘍の増悪、疼痛、両下肢腫脹をきたし、当院救急外来を受診した。【診察所見】右下腿に全周性の色素沈着、皮膚硬化、発赤があり、内側に25×5cmの不整形潰瘍あり、浸出液が著明であった。左下腿にも色素沈着、皮膚硬化、静脈瘤がみられた。【検査所見】脈管超音波検査で両大伏在静脈弁不全、右下腿不全穿通枝あり、深部静脈血栓症はないが右膝窩静脈の逆流を認めた。心臓超音波検査で心膜肥厚を伴う壁運動異常、下大静脈・右房拡大、呼吸性変動消失を指摘された。以上の結果から、慢性静脈不全に収縮性心膜炎による拡張障害、右心不全を併発が難治性潰瘍の原因と考え、両者に対する手術を二期的に考慮した。【手術所見】①第1回手術：両大伏在静脈血管内レーザー治療、右下腿SEPSを施行、不全穿通枝4本を切離した。②第2回手術：初回手術14日目に施行。体外循環下（F-－Fバイパス）に右房から右室前面、心尖部から左室、左心耳まで心膜を剥離し、肥厚した心膜を切除した。【術後経過】術後経過は順調で、両下肢の腫脹は軽快し、右下腿潰瘍はほぼ上皮化した。初回術後30日目に退院した。【まとめ】静脈鬱滞性潰瘍症例には、右心不全を伴った症例もあり、より難治性と考えられ、正確な病態の把握と適切な手術を考慮する必要があると考えられた。

9．静脈鬱滞性皮膚病変に対する局所療法×SEPS

京都洛西ニュータウン病院　外科

松村博臣、大陽宏明、趙　秀之、咲田雅一

静脈鬱滞性皮膚病変の原因は、静脈還流不全によって局所の静脈圧が亢進し、毛細血管周囲に漏出したフィブリンによって酸素や栄養の運搬に障害が発生するためであると考えられている。したがってCEAP分類のC6症例に対する治療戦略においては、静脈高血圧の状態を改善することと、漏出したフィブリンを融解して局所の物質交換を促進させることが二本柱である。

我々はこれまで内視鏡下筋膜下不全穿通枝切離術（以下、SEPS）が、C4以上の症例の治療に対して有用であることを報告してきた。一方、局所療法は感染期、移行期、肉芽増殖期に分けて、それぞれに適した治療方法を選択していく。感染期では、感染のコントロールが最優先される。徹底した創部の洗浄、外科的デブリードマン、抗生剤含有の軟膏塗布によって治療する。処置をしやすいように外来診察室のリフォームの際に、温水シャワーを備えた専用の足洗い場を設置した。感染が治まって移行期になれば、黄色壊死組織が現れてくる。湿潤環境にしながら化学的デブリードマンを行う。滲出液の量に応じて、薬剤を使い分ける。さらに良好な赤色肉芽が増殖してくれば、創傷被覆材で適切な湿潤環境を保持しながら創傷治癒を促進させる。

今回、SEPSとコラボして行っている静脈鬱滞性皮膚病変に対する局所療法について報告する。

10．局所麻酔下内視鏡下筋膜下穿通枝切離術の試み

済生会和歌山病院　外科

畑田充俊、高垣有作、奥　あや、栗山雄幸、中村恭子、重里政信

2014年より内視鏡下穿通枝切離術（SEPS）が保険適応となった。当院でも2015年よりSEPSを導入し、静脈性潰瘍の治療行った。静脈瘤に対する手術治療はTLAの導入により日帰り手術が主流になってきている。SEPSは全身麻酔が主流のために入院が必要である。

当院では2017年より神経ブロックによる麻酔下にSEPSを試みた。

神経ブロックによる麻酔下SEPSの導入とその問題点について報告する。