

DAILY NEWS

5.27
FRI
2016

企画・制作 株式会社テクロス © TCROSS Co., Ltd.

インターベンション 新時代の到来

6年前に「技術の伝承 そして、さらなる進歩へ」をテーマに掲げ、カテーテルインターベンションの技術を次世代に伝えることに主眼を置き立ち上げた豊橋ライブのコンセプトは、教育です。豊橋ライブでは参加者の意見に耳を傾け、教育を必要とする世代のニーズを調査してプログラムを構成し、企画・運営をしてみたりしました。時代に応じてテーマは変われど、目指すところは今もこれからも変わることはなく、本会を通じて我々が培った技術を次の世代へ、さらに、その次の世代へと継承し続けていきたいと考えています。そして、6回目を迎える今回の豊橋ライブでは、「インターベンション新時代の到来」をテーマとしました。

第1世代のDESによりPCIのアキレス腱とされてきた再狭窄の問題が克服され、第2世代のDESでステント血栓症のリスクは低下しました。そして、第3世代のDESが導入され、2剤の抗血小板療法(DAPT)の期間短縮やneoatherosclerosisの抑制に期待が持たれています。しばらくは長期データを見据えなければなりません。短中期の追跡では第2世代のDESと同等の成績が報告されており、ポリマーが分解されてからの成績に期待が持たれます。今回は「DES Controversy」と題するディベートセッションを設け、様々な観点から今日のDESについて議論します。



“TOYOHASHI” IS BACK

そして、従来のPCIとEVTのライブとは別にDCAコースを終日にわたり実施します。DCAを使用したライブデモンストレーションでは、DCA Aloneで完結するような治療もお見せできると考えています。さらに本コースでは、DCAを使用する上で最も大切なIVUSの読み方についてのセッションも設けました。このセッションではコメディカルスタッフも対象とし、DCA使用時のコメディカルの役割についても解説します。

米国ではAppropriate Use Criteria(AUC)の概念が導入されたことで安定狭心症に対するPCIが減少したことが報告されていますが、日本ではAUCの議論は始まったばかりです。同時にFFRの活用が注目されるようになりましたが、FFRを基準にPCIの実施の有無を判定することには賛否両論があ

り、議論は絶えません。そこで、FFR推進派と非推進派の臨床医に意見を交わしてもらい、「FFRが検出するのはその時点での血流障害のみであり、予後は予測できないのか？」というような疑問に対する回答を明確にできればと考えています。

また、2013年に国内でもTAVRが施行できるようになり、TAVRの実施施設は100を超えるまでになりました。大動脈弁狭窄症の治療は低侵襲に、そして、これまで治療ができなかった患者さんも救えるようになりました。ただし、デバイスが欧米人を対象に開発されていることから、日本人には適切なサイズではないという問題が残ります。しかしながら、自己拡張型デバイスのCoreValveが2016年1月から発売され、4月にはSapien XTの課題を克服すべく開発されたSapien 3も承認され、TAVRは新た

な時代へと突入しました。SHDコースでは、これらの新たなデバイスの違いや使い分けなどについて激論を交わします。

診断モダリティへの関心、デバイスの進化、そしてカテーテル治療の新たな適応などを踏まえ、到来した「インターベンションの新時代」に即した議論が行えるよう、2日間、参加者の皆様に感動をお届けできるコースになるよう全力で挑みます。

代表世話人

於不彦志



TODAY'S COURSE

PROGRAM AT A GLANCE: MAY 27

	ホリデイホール D	ホリデイホール C	ホリデイホール B	ホリデイホール A	桃の間	桜の間
9	OPENING REMARKS					
9:00-10:30	EVT ライブ	9:00-9:45 DCA コース基調講演	9:00-10:30 EVT サテライトライブ	9:00-10:00 FFR Controversy エビデンスでは語れない真実の追求		9:00-10:30 SHDの現状と エキスパートの治療戦略
10		9:45-11:15 DCA ライブ 1				
10:40-11:00	Trinias in Toyohashi Heart Center =末梢インターベンション編=		10:40-11:00 私が考えるSFA 治療戦略 ~INNOVA™への期待~	10:40-11:00 循環器領域での糖尿病治療		10:40-11:00 TAVR ~国内外における最新の臨床研究~
11						
11:10-12:40	EVT 共同企画ライブ	11:20-12:20 DCA の使用に必要な IVUS の基礎と応用知識 Keynote Lecture	11:10-12:40 マスターが斬る! シニアオペレーターの The Worst Case of My Life	11:10-12:40 スレンダークラブ "5W1H" of Slender PCI		11:10-12:40 TAVR時代における AS治療を徹底討論
12		12:20-12:40 コメディカルのためのDCA講座				
13						
13:00-14:00	Key Learnings from Early CoreValve Experience in Japan	13:00-14:00 DCAの合併症と対策	13:00-14:00 スタンダード DES -Ultimaster-	13:00-14:00 iFR ~新たな Physiologyへの挑戦~		13:00-14:00 My First Clinical Experience of New ASD Closure Device "Figulla Flex II" in Adult Patients
14						
14:10-15:40	びまん性・石灰化病変 ライブ	14:10-15:40 DCA ライブ 2	14:10-15:40 びまん性・石灰化病変 サテライトライブ	14:10-15:40 今日こそは本音で語ります、 エキスパートのワイヤ選択	14:10-15:40 AMIを極める	14:10-15:40 東海北陸から、この症例、 皆さんならどうしますか?
15						
15:50-16:10	石灰化病変における OCTガイドPCIの有用性	15:50-16:10 Trinias in Toyohashi Heart Center =DCA編=	15:50-16:10 Optimal Iliac & SFA treatment with BMS	15:50-16:10 Resolute Integrity プラット フォームに期待するパフォーマンス	15:50-16:10 下肢動脈EVTにおけるPOBAの 工夫 ~ロングバルーンの有効性~	15:50-16:10 次世代 Valve が拡げる TAVIの可能性
16						
16:20-17:50	びまん性・石灰化病変 共同企画ライブ	16:20-17:50 DCA ライブ 3	16:20-17:50 公開ディベート DES Controversy	16:20-17:50 理想のPCI環境を提供するために! ~Micro Catheter を極める~	16:20-17:50 BRSを極める	16:20-17:50 結局どっちがいいの?バルーンと 自己拡張型TAVR生体弁
17						
18	18:00-19:00 TURNING POINT ~全員で共有する分岐点~					
19						

P Pick up Contents! 本ページ、次ページの詳細をお読み下さい。 **共催セミナーです。** **U32** UNDER 32 PROJECT 推奨コースになります。

ライブデモンストレーション ホリデイホール D

LIVE

初日は、EVT、びまん性・石灰化病変のライブが行われ、EVTコースでは、時計台記念病院の浦澤一史氏、東京女子医科大学の重城健太郎氏、名古屋共立病院の鴨井大典氏、びまん性・石灰化病変コースでは、豊橋ハートセンターの松原徹夫氏、兵庫県立姫路循環器病センターの矢坂義則氏がそれぞれオペレーターを務める。



EVT ライブの後は... エキスパートによるワイヤ選択 ホリデイホール A

午後のEVTコースでは、東京女子医科大学の重城健太郎氏と金沢医科大学の土谷武嗣氏を座長に迎え、Aorto-iliac、SFA、BTK-BTA の3つの領域において、6名の医師がワイヤ選択について議論を行う。



重城氏

「ガイドワイヤの目覚ましい技術革新によってEVTの成功率は飛躍的に向上していますが、数多く存在するワイヤをどのような理論で選択すれば高い費用対効果が得られるか、凄腕EVTオペレーターにレクチャーいただく機会を設けました。手技中の彼らの頭の中を少しでも教えていただこうと思います。」

復活したDCAは分岐部病変治療の切り札となるか!?

ホリデイホール C

ホリデイホールCではDCAコースが終日行われる。本コースではライブの他にDCA復活の経緯や事前に行われたPCIやDCAについてのアンケート結果、実践的な使用方法、DCAの使用に欠かせないIVUSの読影法などのレクチャーも行われる。

DCAについて —これまでの経緯—

DCAはカテーテルに内蔵された小型カッターで病変部を切削して、アテロームを取り込み、体外に出すことで再狭窄を予防するデバイスとして開発された。しかしながら、デバイスを使いこなす高度な技術が必要とされ、十分にプラークを切除できずに手技が終えられていたことから、適切な効果が発揮されなかった。日本では、80年代後半から90年代前半にかけて、IVUSを駆使して積極的にプラークを除去することで再狭窄率を低下させた研究結果が報告されたことから、DCAへの期待は高まった。一方、欧米では冠動脈ステントの登場と同時に、DCAへの興味は薄れ、2008年に販売が中止された。そのDCAをニプロ社が星総合病院の木島幹博氏、添田信之氏と共同開発し、7年振りに復活させた。再発売された改良版のDCAは約6,000回転/分へとパワーアップしている。

コース世話人の土金悦夫氏に聞く

「DCAこそDES時代の残された課題である分岐部病変の解決策になるとの信念を持っていましたので、我々が培った技術を次の世代に伝えるべく、昨年豊橋ライブでDCAのノウハウを伝えるコースを設置しました。DCAを用いたPCIは医師のみならずコメディカルの担う役割も重要です。本コースでは、コメディカルスタッフに求められるDCA使用時の心得や準備についても解説します。このコースを通じて、DCAを安全、且つ、有効に使用するためのA to Zを伝授いたしますので、カテ室のスタッフを含むハートチームでご参加ください。」



土金氏

Structural Heart Disease に対するカテーテル治療の基礎から応用 桜の間

第1部 SHDの現状とエキスパートの治療戦略

第1部では、心房中隔欠損(ASD)に対する治療、経皮的中隔心筋焼灼術(PTSMA)、バルーン大動脈弁形成術(BAV)、MitraClipを使用した経カテーテル僧帽弁形成術、そしてSHDインターベンションの今後について解説される。基礎から応用まで学ぶことができ、SHD治療初心者でも気軽に参加可能なコースとなっている。



第2部 TAVR時代におけるAS治療を徹底討論

Japan TAVIレジストリーや、OCEAN-TAVIレジストリーの初期データより、本邦におけるTAVRの良好な成績が報告されている。また、海外ではPARTNER 2A試験やPARTNER 2試験S3iコホートプロペンシティ解析において、中等度リスクの患者においてTAVRは外科的大動脈弁置換術(SAVR)の代替となり得る可能性も示されている(P.6-7参照)。

第2部ではハートチームとして外科医・内科医が、TAVR、SAVR双方の観点から徹底的に討論する。

第3部 東海北陸から、この症例、皆さんならどうしますか？ 症例検討会

第3部の症例検討会では、富山大学の上野博志氏、名古屋ハートセンターの北村英樹氏、大垣市民病院の高木健督氏、豊橋ハートセンターの志村徹郎氏が、左主幹部の高度狭窄と合併した重症大動脈弁狭窄症や高齢のハイリスク患者の症例提示を行い、コメンテーターとともに各症例について話し合う。

第4部 結局どっちがいいの？ バルーン拡張型と自己拡張型デバイス

第4部では、慶應義塾大学の林田健太郎氏と豊橋ハートセンターの山本真功氏よりバルーン拡張型と自己拡張型のTAVR生体弁の使い分けについて発表され、その後症例提示が行われる。

山本真功氏が語るSHDコースの魅力



山本氏

「豊橋ライブのSHDコースでは、SHD治療全般に関する導入に始まり、大動脈弁狭窄症(AS)に対する治療戦略を外科・内科のエキスパートによる議論、新しく導入された自己拡張型CoreValveとバルーン拡張型Sapien XTの使い分けをテーマとしました。是非とも、SHDにご興味のある方はもちろん、心臓外科の先生方にも参加頂き、明日からの日常診療の一助となることを期待します。」

FFR Controversy

ホリデイホール

A

近年、不適切なPCIが問題視されており、その抑制に一翼を担う診断モダリティとしてFFR/iFRが注目されている。しかし、ワイヤが挿入されている時点の圧を計測するFFR/iFRは正しい値と言えるのか？ FFRとiFRに乖離が認められた場合、どちらを信じればよいのか？ などFFR/iFRに対する意見は様々である。

ここでは、加藤修氏と岐阜ハートセンターの松尾仁司氏がそれぞれの立場から、実臨床において本当にFFR/iFRが有用であると言えるのか、議論を繰り広げる。



松尾氏

加藤氏

DES Controversy

ホリデイホール

B

1980年代にBMSが登場して以来、第1世代、第2世代、第3世代のDES、そして生体吸収性スキャフォールド(BRS)等カテーテルインターベンション領域のデバイスの開発は続いてきた。特設会場となるこの会場では、会場参加型の公開ディベートとして、求められるDESの要素について以下の3つのテーマを議論する。

- ROUND 1 BMS vs DES
ROUND 2 耐久性ポリマー vs 生分解性ポリマー
ROUND 3 2 Link vs 3 Link

サテライトLIVE

ホリデイホール

B

RECOMMEND

UNDER
32

ライブと同時に徹底解説

ホリデイホールBには、メイン会場(ホリデイホールD)のライブを解説するサテライトライブが設けられている。メイン会場で放映されるライブ症例を見ながら、適応やデバイスの選択、アプローチ法や治療戦略が話し合われる。ご意見番の鈴木孝彦氏、加藤修氏やファシリテーターに対し、若手医師が気軽に質問し、意見を交わすことができるインタラクティブな形式のコースとなっている。日常臨床における疑問を解決するために是非足を運んでいただきたい。

① ホスピタリティスペース

PCI BailOut Seminar

テルモ株式会社では、「PCI BailOut Seminar」を本年も共催いたします。デバイスに起因した合併症発生メカニズムを明らかにすると共に、万一の際の脱出方法に関して、模擬実技を通して体験頂くセミナーです。

開催日	時間	講師
5月27日(金)	10:40-12:40	川口 克廣 先生(小牧市民病院)
	14:30-16:30	樽谷 康弘 先生(岡村記念病院)
5月28日(土)	10:40-12:40	音羽 勘一 先生(市立敦賀病院)

※当コースは事前予約制ですが、ご自由に見学いただけますので是非ご来場ください。
共催：テルモ株式会社

VOICES IN TOYOHASHI LIVE

昨年の第5回豊橋ライブには1,800名を超える方々にご参加いただきました。毎回実施している参加者アンケートに寄せられたご意見・ご感想を紹介します。


TOYOHASHI LIVE

皆さん、こんにちは。第5回豊橋ライブで頂いたコメントをご紹介します！

30 毎回テクニカルなことだけでなく、適応に関する議論したりと教育的だと思います。

50 視野が広く教育的。

インターベンションのライブコースではありますが、エキスパートによる手技だけでなく、適応や術後の管理までこの領域に関わる医療従事者が包括的に学べる会を目指しています。




30 症例が多岐にわたっているのが良かった。

今年も初日のEVT症例に始まり、びまん性・石灰化、分岐部、CTOまで2日間様々な複雑病変の治療を予定しています。

40 テーマ別になっており勉強しやすい。

豊橋ライブでは個々の興味に応じてプログラムを選べるよう、コース制を取り入れています。

プログラムのタイトルで各コースを確認してみてください。



30 ハートアナトミーライブデモンストレーションは大変興味深かったです。

ご好評につき、今年もハートアナトミーライブを行います。昨年見逃した方は是非ご参加ください。

20 DCAライブと教育講演の内容はわかりやすく勉強になりました。

朝8時からの開催にもかかわらず、DCAライブにはたくさんの方にご参加いただき、DCAへの関心の高さが窺えました。

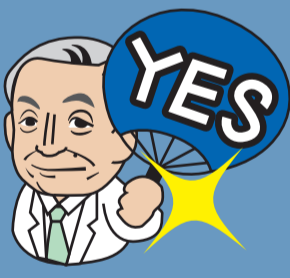
40 来年もDCAセッションをやってほしい、IVUS読影強化をからめて。

今年は土金先生が中心となりDCAコースを新たに立ち上げました。


もちろんDCAに欠かせないIVUSの読影方法の講演もあります。

30 教育講演をもう少し増やすと若手が参加しやすいです。

30 若手向けのセミナーを増やしてほしいです。



今年28日(土)のPCIコースに加えて、「本音で語るサテライトライブ」を行います。



若手の先生方を対象としたライブで、ざっくばらんに質問や意見していただけるセッションになっています。


30 参加型のセッションが増え、特にケースカンファレンスでの海外のようなステージ上でのディスカッションが良かったです。

20 演台と客席が近く、親近感や実感がありました。

参加者の皆様がディスカッションに参加しやすい雰囲気を作るために特設会場を設けています。




今年もアナライザー投票など参加型の企画をたくさんご用意しています。

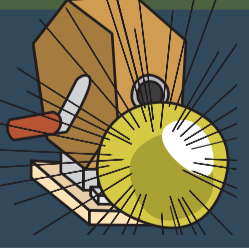


50 勉強になり明日からの臨床に直結する。

40 毎年自分のPCIの方向性に気づきを与えてくれるライブです。



今回もたくさんの方のご意見・ご感想をお待ちしています！



アンケートに答えるとガラポン抽選会にご参加いただけます！詳細はP.6へ。

豊橋ライブの

アンテナ

NEWS

豊橋ライブのユニークなトリクミを紹介。

トトリクミ #01

Live Streaming

リアルタイムでライブを配信



× イン会場のライブセッションは、Webで医師限定のリアルタイム配信を行っています。

この試みは、当日の参加が難しい遠方の先生方、多忙で予定の合わない方にもライブセッションをご覧いただきたいという思いで開始しましたが、一時的に会場を離れる必要がある方や、途中で帰らなければならない場合など、ご参加いただいている皆さまにもご利用いただけます。

昨年多くの方からご好評いただいたため、今年も配信が決定いたしました。TCROSS NEWSのホームページにてご覧いただけます。医師会員の皆様はぜひログインしてお試しください。

TCROSS NEWS
<http://www.tcross.co.jp/>

※閲覧にはTCROSS NEWSへの会員登録が必要です。大変申し訳ございませんが、医療従事者専用サイトのため登録は承認制となっており、ライブ配信時までに承認登録作業が完了せず、閲覧いただけない場合もございますことを予めご了承ください。

トトリクミ #02

Interactive Communication

メイン会場で客席からのコメントを共有



今 年は豊橋ライブ初の試みとして、Web上の掲示板を用いてメイン会場のライブセッションにて客席の皆様からコメントを募集いたします。ライブ中に浮かんだ疑問やご意見などを、ぜひご共有ください。

コメントは、お手元のデバイスから必要事項を入力し、簡単にご投稿いただけます。利用方法の詳細は以下のサイトの「投稿方法」に記載しております。本日のライブでぜひご活用ください。



ご利用はコチラから



<https://6th-toyohashilive.tumblr.com/submit>

豊橋ライブの Web サイト

豊橋ライブ 検索

※進行の都合によりいただいたコメントの全てをご紹介できない場合がございます。予めご了承ください。

血管内圧測定用センサ付ガイドワイヤ

Optical FFR Guidewire

偏心性のないコアを採用することにより、血管追従性等操作性の向上が期待できます。

光ファイバ方式のセンサを採用することにより、FFR 測定時の圧ドリフトの軽減が期待できます。

OptoWire®

■販売名：血管内圧測定用センサ付ガイドワイヤ
 ■承認番号：22600B2X00396000
 ■特定保険医療材料請求分類：血管造影用センサ付ガイドワイヤ
 ■JMDN：(15071104) 中心循環系先端トランスデューサ付カテーテル
 ■クラス分類：高度管理医療機器 クラスIV

製造販売元
ゼオンメディカル株式会社
 【本 社】〒105-0011 東京都港区芝公園2-4-1
 TEL.03-3578-7724 FAX.03-3578-7749
 URL:<http://www.zeonmedical.co.jp>

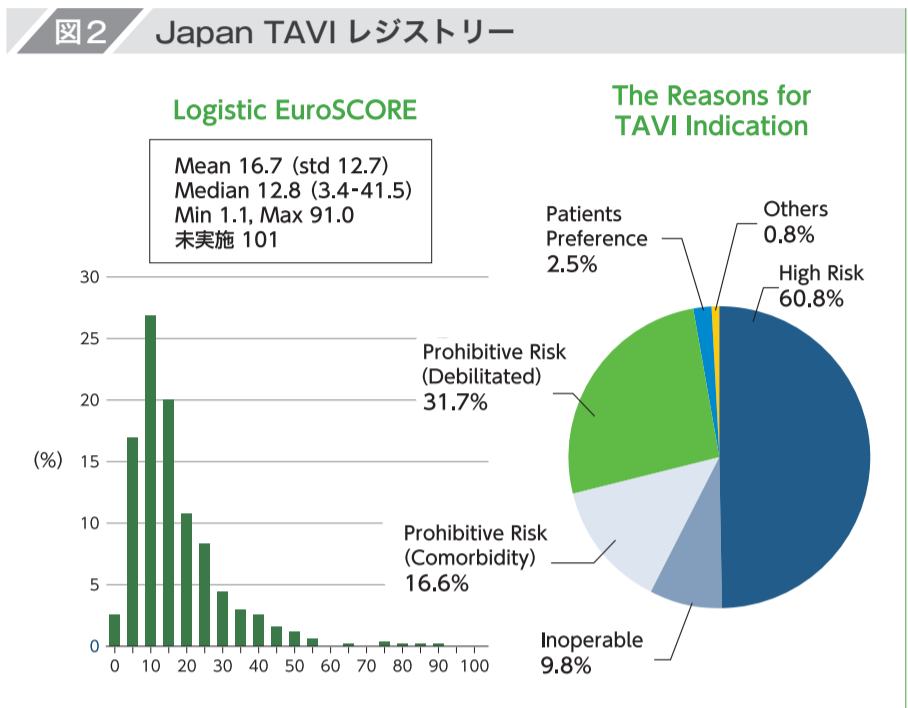
OptoWireはOpsens,incの登録商標です。
 XEMEXは日本ゼオン株式の登録商標です。 16/03 (02)

本邦における TAVR の初期成績

2013年10月から国内でTAVRが保険償還され、2016年3月までに認定施設は94施設となり、2016年2月までに3,182例のTAVRが行われた。国内では、TAVR関連学会協議会がTAVRの安全な導入を目標に運営され、現地調査を含む施設認定と症例登録を行っている。厚生労働省の指示のもと全例の登録が義務付けられており、2014年6月30日より運用が開始されたレジストリーのデータ項目はアメリカのSTS/ACC TVTレジストリーと連携している。

本邦におけるTAVRの成績については、本年の日本循環器学会学術集会(JCS 2016)において、大阪大学の鳥飼慶氏から **Japan TAVIレジストリー**、慶應義塾大学の林田健太郎氏から **OCEAN-TAVIレジストリー** の初期成績が発表された。

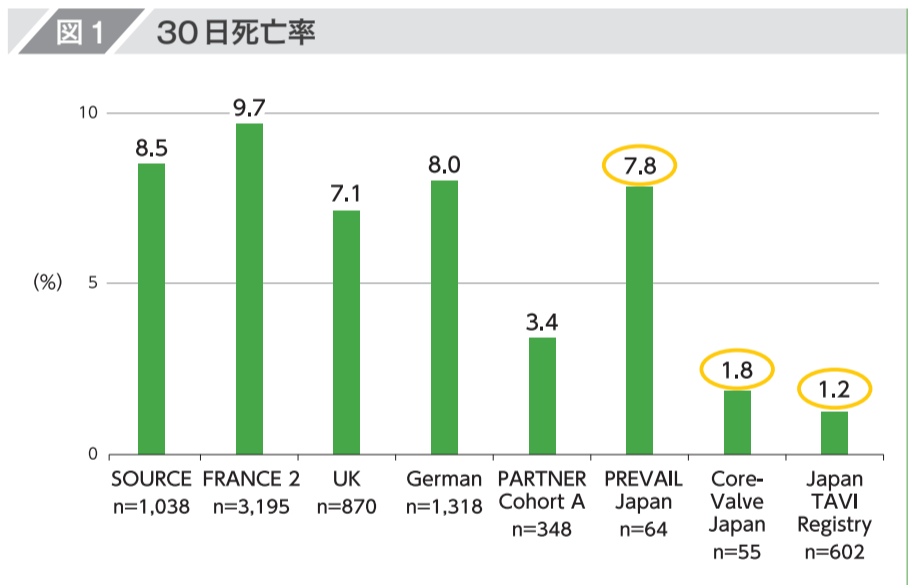
鳥飼氏によると、2013年のTAVR症例数は93例、2014年は956例、2015年は1,581例と右肩上がりであり推移している。**Japan TAVIレジストリー** の初期解析からは、30日の生存率は98.8%、180日では94.5%であることが報告され、30日死亡率を海外のTAVR導入初期のデータと比較すると、非常に良好である(**図1**)。



鳥飼氏は、frailtyを含む複数のリスクを有し、手術にリスクの高い重症の大動脈弁狭窄症患者に対するTAVRの早期成績は良好であったと述べている。

OCEAN-TAVIレジストリー は、慶應義塾大学病院、豊橋ハートセンター、帝京大学附属病院、新東京病院、小倉記念病院、済生会横浜市東部病院、仙台厚生病院、湘南鎌倉総合病院の8施設が参加するTAVRのレジストリーであり、JCS 2016では林田氏より、Sapien XTを使用したTAVRを受けた749人を対象とした初期成績が発表された。

うち、608人は大腿動脈アプローチ(TF群)、141人は心尖部アプローチ(TA群)で治療されており、患者の平均年齢はTF群、TA群とも84.3歳で、80歳代が大半を占めるものの、90歳代も少なくはなかった(**図3**)。海外のデータと比較し、女性の割合が高く(66.2%)、平均体表面積は小さかった(1.4m²)。TF群と比較しTA群では末梢動脈疾患(9.5% vs 43.3%: p<0.001)、CABG歴(5.9% vs 16.3%: p<0.001)の割合、及びLog. EuroSCORE(16.0% vs 21.0%: p<0.001)が高かった。

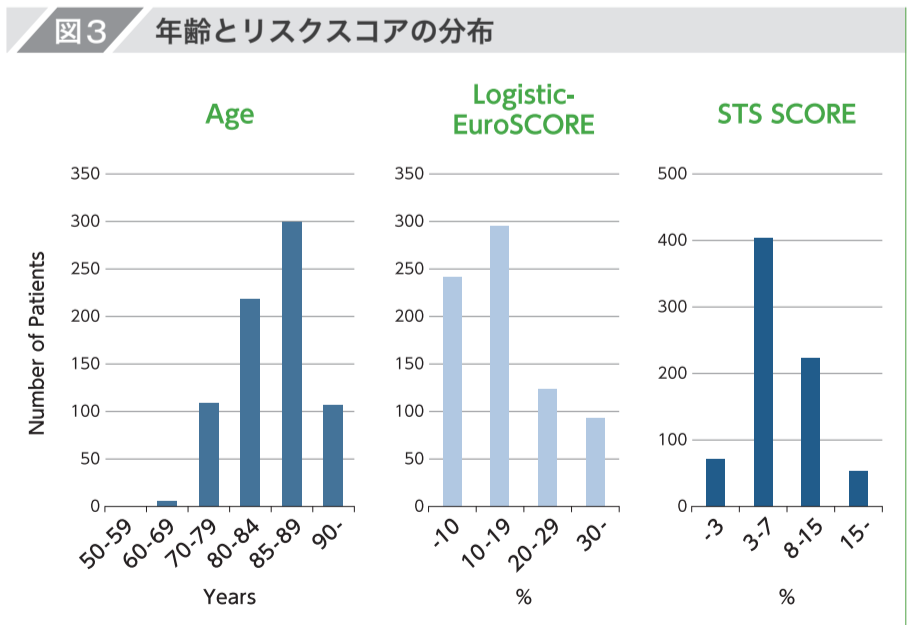


Japan TAVIレジストリーからTAVRを受けた602人の患者背景を確認すると、平均年齢は84.4歳、男性が30.7%、女性が69.3%であり、糖尿病が26.1%、脂質異常症が50.3%、高血圧が77.4%、慢性呼吸器不全が27%、悪性腫瘍が8.6%、免疫不全が3.2%、肺高血圧が14.8%に認められ、透析患者が1.5%含まれた。また、非冠動脈疾患が17.3%、大動脈の高度石灰化が16.0%、心臓手術歴が20.8%、PCI歴が27.9%で認められ、5.8%は永久的なペースメーカーの植え込みを受けていた。術前のNYHAクラスはⅢが26.7%、Ⅳが4.0%であった。

心エコー検査では平均でLVEFが63%、平均圧較差は49mmHg、大動脈弁口面積が0.6cm²であり、僧帽弁不全はグレード0が13.8%、1が45.2%、2が33.9%、3+は7.1%であった。平均でLog. EuroSCOREは16.7%、EuroSCORE IIは6.1%、STS-PROMスコアは7.7%を記録した。

ベースラインのSTSスコアの推移を確認すると、2013年8月から12月は、平均7.0%、中央値6.0%、2014年前半は、それぞれ8.1%と7.0%、2014年後半は8.0%と6.5%、2015年前半は7.2%と6.1%、2015年後半は8.1%と6.5%であり、平均8%前後で推移している。

また、TAVRの適応はハイリスク/手術不能が7割を占めるが、frailty(虚弱)が約3割含まれた(**図2**)。



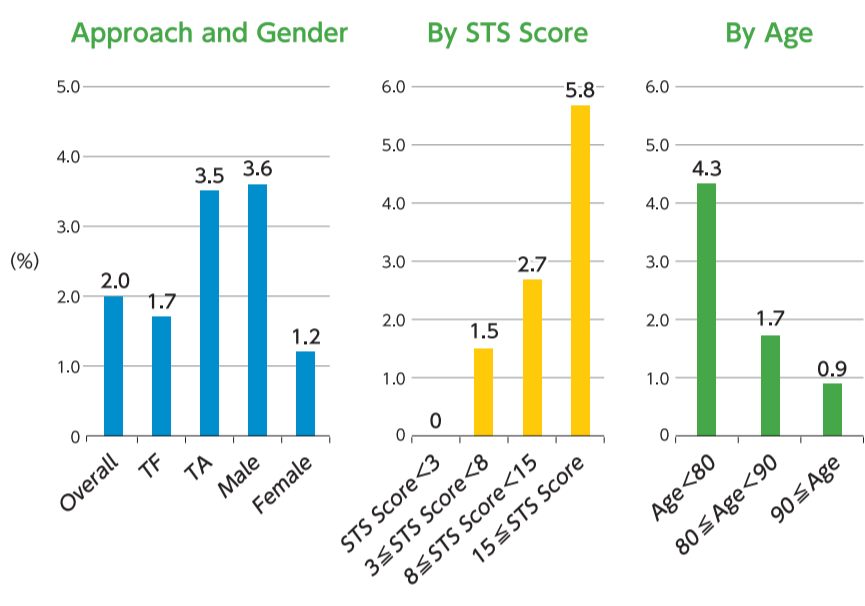
TF群とTA群の心エコー所見に差はなく、平均のLVEFは62.0%、平均圧較差が50.7mmHgで、中等度以上の大動脈弁逆流が20.8%、中等度以上の僧帽弁逆流が9.9%で認められた。CTの評価では、平均で弁口面積は388.4mm²、左冠動脈の高さは13.2mm、右冠動脈の高さは14.9mm、ST junctionの最大径は26.4mm、最小径は25.0mmであった。

23.8%で後拡張が施行され、弁を拡張する際に造影剤の量を少なめにし、小さめに拡張したunderfillingの割合は57.0%と高かった。TF群では局所麻酔で治療されたのは3.8%のみであり、止血デバイスを用いた経皮的アプローチの割合が52.0%であった。

デバイス成功率はTF群とTA群で有意差はなく(97.4% vs 95.0%: $p=0.15$)、30日死亡率、虚血性脳卒中、重症の血管合併症の割合にも差はなく、それぞれ全体で2.0%、2.1%、6.8%を記録した。術後の中等度以上の大動脈弁逆流の割合は全体で0.8%と僅かであり、体格に対し小さい弁を留置して圧較差が残ってしまうという状態のPPM (patient-prosthesis mismatch)が中等度認められた割合は6.5%、重度のPPMの割合は0.3%と、外科的治療と比較し低いことが特筆すべきであり、至適な手技が行えていると林田氏は述べている。

本レジストリーの初期データからは、男性、eGFR、Log. EuroSCORE、STSスコアが30日死亡の予測因子に確認されており、一方で年齢の上昇に伴い死亡率の低下が確認された(図4)。

図4 30日死亡率



また、海外においては、よりリスクの低い患者においてTAVRを評価したPARTNER 2A試験、PARTNER 2試験S3iコホートプロペンシティ解析の結果がACC.16で発表された。

PARTNER 2A試験では、2011年12月から2013年11月に、アメリカとカナダの多施設より登録された中等度リスクの症候性の重症大動脈弁狭窄症患者2,032人をSapien XTを使用したTAVR群(1,011人)、又はSAVR群(1,021人)に無作為に割り付けた。平均年齢は約82歳、平均STSスコアは5.8%であった。主要評価項目に設定した2年の全死亡/日常生活に支障を来す脳卒中の割合はTAVR群で19.3%、SAVR群で21.1% ($p=0.253$)であり、TAVRはSAVRに対し非劣性であることが示され($p_{NI}=0.001$)、大腿動脈からのアプローチが可能な患者では、TAVR群で主要評価項目の割合が低かった(16.8% vs 20.4%: $p=0.05$)。2年の重症血管合併症の割合はTAVR

群で高かったが(8.6% vs 5.5%: $p=0.006$)、生命を脅かす出血/日常生活に支障を来す出血(17.3% vs 47.0%: $p<0.001$)、ステージⅢの急性腎障害(3.8% vs 6.2%: $p=0.02$)、及び新規心房細動(11.3% vs 29.3%: $p<0.001$)の割合はSAVR群で有意に高かった。また、TAVR群では30日後、2年後とも大動脈弁口面積が有意に大きく、SAVR群よりも弁周囲逆流の頻度が高かったが、2年後に中等度以上の弁周囲逆流が認められた患者は8.0%であった。

PARTNER 2試験のS3iコホートには、2014年2月から9月にアメリカとカナダの多施設よりSapien 3を使用してTAVRを受けた中等度リスク(PARTNER 2A試験と同基準)の大動脈弁狭窄症患者1,077人が登録されており、1年の全死亡率は7.4%、脳卒中の発症率は4.6%、中等度以上の大動脈弁逆流の割合は1.5%であった。本コホート(TAVR群)とPARTNER 2A試験のSAVR群(944人)を比較すると、両群とも患者の平均年齢は約82歳であり、STSスコア(中央値)はTAVR群では5.2%、SAVR群では5.4%であった($p=0.0002$)。TAVR群の963人とSAVR群747人のプロペンシティ解析では、主要評価項目に設定した1年の全死亡/脳卒中/中等度以上の大動脈弁逆流のリスクの評価では、事前に設定した基準を満たし、TAVRはSAVRに対し非劣性($p_{NI}<0.001$)、且つ、優性($p<0.001$)であることが示された。

アメリカの多施設より、外科的手術にリスクの高い重症の大動脈弁狭窄症患者約800人を登録し、CoreValveを使用したTAVR、又はSAVRで治療を行う群に無作為に1:1に割り付けたCoreValveアメリカ中核試験High Riskコホートでは、主要評価項目に設定した1年の全死亡率がSAVR群に対しTAVR群は有意に低いことが報告された。本コホートの3年追跡結果がACC.16で発表され、3年の全死亡/脳卒中の割合はTAVR群で37.3%、SAVR群で46.7%であり、2年までと同様にTAVR群で有意に低いままであった($p=0.006$)。全死亡/重症脳卒中(35.0% vs 41.6%: $p=0.046$)、脳卒中(12.6% vs 19.0%: $p=0.034$)の割合にも有意差が示された。全死亡率は有意差には至らなかったものの(32.9% vs 39.1%: $p=0.068$)、STSスコアが $\leq 7\%$ の患者ではTAVR群で有意に低かった(27.1% vs 38.5%: $p=0.018$)。

これらの結果からは、中等度リスクの患者においてもTAVRが有効であることが示され、国内外の実臨床に与える影響について、林田氏は、「これらの試験の結果をもって、ACC/AHAのガイドラインにおけるTAVIの適応が高リスクから手術不能患者という既存の枠組みから中等度リスク患者まで拡大されるのは時間の問題と考えられます。一方、本邦では左冠動脈主幹部に対するPCIに対するガイドラインに見られるように、必ずしもグローバルスタンダードが持ち込まれない場合があり、今後のガイドライン改訂は不透明です。しかし、今回のデータが我々の日常診療に与えるインパクトは非常に大きく、今後の適応拡大のためには、より長期の耐久性データ、TAVI群で多いとされるペースメーカー留置をいかに減らすかなどが課題であり、我々は良好な成績を出し続けるべく、より一層努力することが必要であると考えています」と語ってくれた。

豊橋ライブのSHDコースでは、これらのエビデンスを踏まえてエキスパートの治療戦略や症例検討が予定されている。

アンケートに答えて豪華景品を当てよう!!

豊橋ライブでは、さらなる会の発展のため、参加者の皆様にアンケートへのご協力をお願いしております。配布資料に同封されているアンケートにご回答いただき、ロビーの抽選会場へお越しください。アンケートと引換えに豪華景品が当たる抽選会にご参加いただけます。

抽選会開催日時

5/27 (FRI), 28 (SAT)

14:30-18:00

JTBえらべるギフト
「たびもの撰華」終コース 1名様



Dyson
DC35 モーターヘッド 2名様



フィリップス ソニックアーク
ダイヤモンドクリーン 2名様



有名コーヒーショップ
ギフトカード (3000円分) 5名様



第7回豊橋ライブ 招待券 100名様



さらに

アンケート回答者
全員に、

第7回豊橋ライブ
デモンストレーションコースの
ご優待券をプレゼント!!

※ご優待券は、ホリデイホールロビー内の抽選会場にてアンケートと引換えにお渡しいたします。
※抽選会開催時間外のアンケートは、総合受付にお持ちください。ご優待券をお渡しいたします。

※掲載画像は一例です。色・シリーズの指定はお受けいたしかねますので、予めご了承ください。※商品は本会終了後1ヶ月以内にご指定の住所へお届けします。



SHIMADZU

Excellence in Science

鈴木孝彦が認め

M i X

た、

*Master of
Interventional
Cardiology*

豊橋ハートセンター院長
鈴木孝彦先生

豊橋ハートセンターにおける 今日の分岐部病変の 治療戦略 2010年から2015年 のデータより



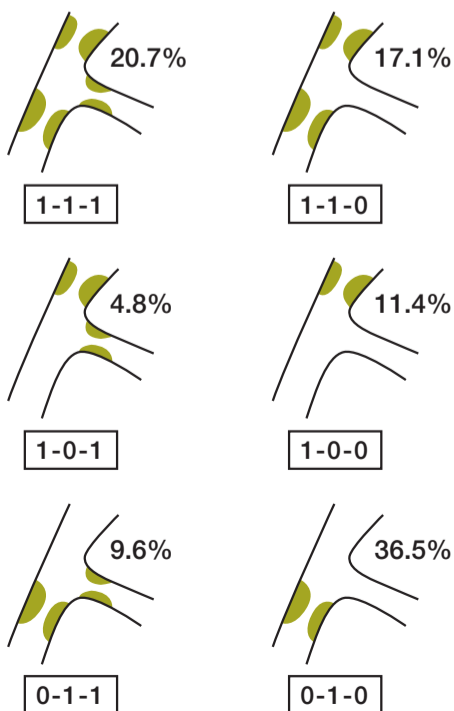
分岐部病変に対するPCIはDES時代の今日においても課題の残る領域である。しかしながら、この10年で新たな治療テクニックやデバイスが開発され、多くの臨床研究からは分岐部病変に対する成績の改善が報告されている。

これまでの臨床研究から得られたコンセンサスとしては、2本のステントを用いて治療するステント術に優位性はなく、1本のステントを留置後に側枝と本幹の同時拡張を施行するキッキングバルーンテクニック (KBT) で手技を終える治療が標準とされている。True bifurcation 病変や術中に解離などが発生した場合にはプロビジョナルステント術で2本のステント留置が必要なものの、複雑な分岐部や大きな側枝を有する分岐部に対する2本のステントを用いたテクニックの有効性に関しては、更なる検証が待たれるところである。

また、海外と日本の実臨床では対象となる病変が異なることに加え、IVUSやOCTなどのモダリティの使用頻度に差があることから、成績にも違いがあると考えられる。ここでは、豊橋ハートセンターにおける2010年から2015年までに登録された分岐部病変とその成績を紹介する。

対象期間内にPCIを施行した側枝の径が2.5mm以上の冠動脈の分岐部病変は334例であり、Medina分類のnon-true bifurcation病変に相当する1-1-0、1-0-0、0-1-0の割合が全体の約65%を占め、残りの約35%がtrue bifurcation病変であった (Figure 1)。

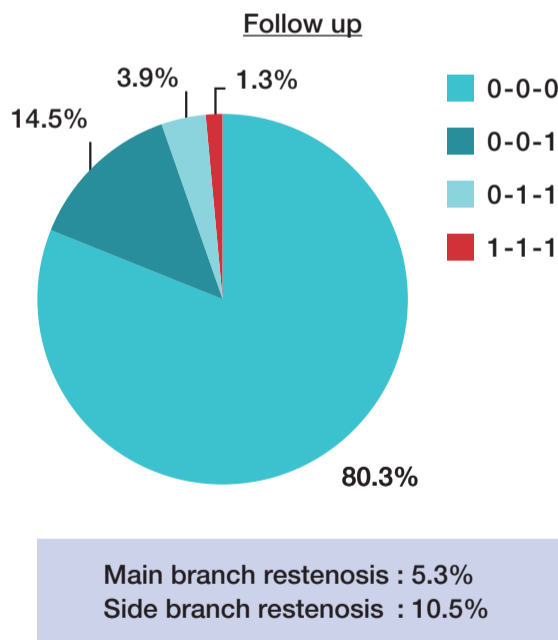
Figure 1



Non-true bifurcation 病変のうち、PCI前の病変が1-0-0の割合は約16%、0-1-0は約56%、1-1-0は約28%に対し、術後は0-0-0が91.2%、0-0-1が8.8%へと改善されていた。追跡時には、本幹の再狭窄率が2.8%、側枝は2.8%と良好な結果が示された。

True bifurcation 病変では、PCI前の病変が0-1-1の割合が約29%、1-0-1が約16%、1-1-1が約55%であり、側枝に対しては、ロータブレードが約20%、カッピングバルーンが約12%、スコアリングバルーンが約2.5%に使用され、POBAが約59%を占めた。残りの6.5%は側枝に対して治療が行われなかった。ステント留置テクニックはシングルステント+KBTの割合が約64%、シングルステントでKBTを行わなかった割合が約20%、そして、約16%ではコンプレックスステント術が行われた。術後、88.2%は0-0-0、11.8%は0-0-1に改善し、追跡時には80.3%が0-0-0に維持されていた (Figure 2)。

Figure 2

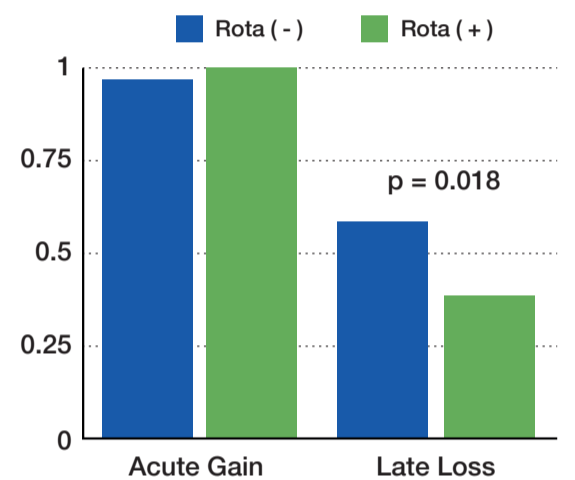


本幹の再狭窄率は5.3%、側枝は10.5%であり、1本のステントでKBTを行った病変の本幹の再狭窄率は4.1%、側枝は12.2%、KBTを行わなかった病変の本幹の再狭窄率は6.7%、コンプレックスステント術では本幹と側枝の再狭窄率はそれぞれ8.3%と16.7%であり、数値的に高かった。

また、側枝にロータブレードを使用した病変とロータブレードを使用しなかった病変では、急性期のacute gainに有意差はなかったが、late

lossはロータブレードを使用した病変で有意に低いことが示された (Figure 3)。

Figure 3



これらの結果から、豊橋ハートセンターの木下順久氏は、「DES時代の今に至っても分岐部では完璧な治療はない。現段階では症例毎に最適な治療戦略と病変毎に適切なステントを選択し、個々の患者に応じた治療を行うことで至適アウトカムを追求しなければならない」とコメントした。

PICK UP



5.28 (SAT) LIVE 分岐部病変コース

9:00-10:30 ライブデモンストレーション
オペレーター
木下 順久 (豊橋ハートセンター)
村里 嘉信 (九州医療センター)

11:10-12:40 共同企画ライブ
共催: テルモ (株)

症例紹介



複雑病変や新規デバイスを用いて治療した症例等を、画像や動画を用いて紹介しています。

動画配信



エキスパートの先生方によるレクチャー、対談や座談会などを動画配信しています。

インタビュー



キャリアや留学などをテーマとした連載のほか、臨床研究に対する見解など、循環器領域で注目を集めている話題を取り上げています。

学術集会速報



国内外の学術集会やライブデモンストレーションコースの現地の様子や最新の臨床研究の発表をお届けします。

論文紹介



循環器領域の主要なジャーナルから、注目の論文概要を日本語でご覧いただけます。

企業・市場トピックス



デバイスや薬剤の承認や企業間の提携など、循環器領域の動向に関するプレスリリース概要を掲載しています。



循環器領域の最新情報は

TCROSS NEWS で。

<https://www.tcross.co.jp>

TCROSS NEWS | 検索

※医療専門サイトのため、閲覧には簡単な登録が必要となります。登録は承認制となっており、承認作業に数日を要することがございますことを予めご了承ください。



CPAC
2016

EVT 2nd Stage

～教育から共育の時代へ～

2016.11.25 (FRI) - 26 (SAT)

会場 ロワジュールホテル豊橋
代表世話人 鈴木孝彦(豊橋ハートセンター)

COMPLEX PERIPHERAL ANGIOPLASTY CONFERENCE 2016

強く、しなやかに。



Misago[®]

自己拡張型ペリフェラルステント

ダイレクトリンク構造により
長期開存性を追求したRXタイプのSFAステント

一般的名称：血管用ステント 販売名：ミサゴ 医療機器承認番号：22400BZX00463