

DAILY NEWS

CVIT2014開幕 ～バスキュラーインターベンショニスト夏の陣～

7月24日(木)、CVIT2014が開幕した。名古屋国際会議場のセンチュリーホールでは、午前9時のセッション開始前に行われた開会式で会長の西川英郎氏が壇上に立ち、本会のハイライトとして、本邦におけるPCIの確立を担った達人たちが語り合う「達人のつぶやき」セッションや、井上バルーンを創造した井上寛治氏、CTOに対するレトログレードアプローチを確立した加藤修氏、アメリカにおいてニューデバイスの開発などに尽力した

日野原重明氏を招いた特別企画について紹介した。本会ではメディカルで531の口述と415のデジタルポスターが、また、コメディカルでは178の口述と66のデジタルポスターが採択された。

7月27日の日曜日には「老化と循環器疾患」をテーマとした市民公開講座が行われ、講師として日野原重明氏、重明氏の親子とともに厚生労働大臣の田村のりひさ氏が登壇予定である。

西川氏は、「最後に、これまでこの会に協力して下さった皆様にこの場を借りて感謝の意を表します」とまとめた。

その後、会場はアメリカ、ロサンゼルス の Cedars-Sinai Medical Center から のライブ中継に切り替わり、フランス、Institute Cardiovasculaire Paris Sud の Marie-Claude Morice 氏、湘南鎌倉総合病院の齋藤滋氏、榊原記念病院の高山守正氏が座長を務めた。



達人と過ごす ～マスターのつぶやき～

本特別企画は、日本のPCIの礎を築いた達人たちのこれまでの経験を次世代に共有することを目的とし、加藤修氏、湘南鎌倉総合病院の齋藤滋氏、豊橋ハートセンターの鈴木孝彦氏、倉敷中央病院の光藤和明氏が壇上に上がり、座談会形式で進められた。



印象に残る症例

齋藤氏は1976年頃より冠動脈造形(CAG)を独学で学んでおり、当時、心室頻拍で何度も運ばれてきたASOで両足の切断を受けていた患者と出会ったという。その方に自分に経験がないことを説明した上でCAGを施行させてもらえないかお願いしたところ、快諾いただき、無事終わることができたと述べた。鈴木氏は研修医時代に指導医の上司が地方に赴任することになり、その横についていた鈴木氏に白羽の矢が立ち、CAGを始めたという。光藤氏は1978年に小倉記念病院の延吉正清氏のもとで半年Sones法を学び、倉敷に戻り第1例目のCAGを行ったと振り返った。加藤氏はカテーテル治療をキャリアにするとは全く考えていなかったものの、卒業後直ぐに何もわからないまま医局でカテーテルのグループに配属されたことがきっかけであったと話した。その後は一般病院の大所帯の内科の

中で循環器を任されるようになり、カテーテルを学ぶために他施設の見学を始め、1979年頃にCAGを自ら行ったという。

大きな影響を受けた人

齋藤氏は、ある研究会でPTCAを施行した症例を発表し、当時の偉い先生方から非難を浴びた時に弁護してくれたのが延吉氏であり、その直後に発表して、同様に非難を浴びた光藤氏との出会いは永遠のものとなったと話した。鈴木氏はCAGでは岩佐充矩氏、延吉氏、山口洋氏、PCIでは、延吉氏、Simpson氏をはじめ国内外のエキスパートの名前を師として挙げた。光藤氏は、齋藤氏、Hartzler氏、そして、延吉氏より初期から影響を受けたと述べた。加藤氏は多くの人々から影響を受けたことを伝え、ライブがPCIを普及させ、発展させることに寄与してきたことを強調した。

BVSはPCIの福音となりうるか?

BVSシンポジウムでは、4人の演者が生体吸収性ステント/スキャフォールドについて自らの経験やこれまでに行われた臨床研究について発表した。



加治屋崇氏

天陽会中央病院の加治屋崇氏は、留学先のNational University Heart Centre SingaporeにおけるAbsorb BVSの成績を伝えた。

2011年3月から2014年6月に同院においてAbsorb BVSを用いてPCIを受けた171人の6ヶ月の追跡では、血栓症が1.2%、MACEが2.9%、TVR、TLRはともに0であった。加治屋氏は、中期追跡データからはBVSが安全で、実用可能であることが示されており、このデバイスの役割を確立するには、より大規模な母集団にて比較対照を含めた長期追跡が必要とされるとまとめた。



村松崇氏

藤田保健衛生大学の村松崇氏は、Absorb BVSの臨床試験について発表した。FIMであるABSORB試験のコホートAでは、6ヶ月のlate lossは0.43mmと、DESと比較すると大きかったものの、5年の臨床成績はMACEが3.4%と良好であった。改良版の製品が使用されたコホートBでは、6ヶ月のlate lossは0.19mmと改善され、3年のMACEは10.0%で、虚血由来のTLRは7.0%を記録した。村松氏は、実臨床において適応は拡大しており、金属を体内に残さないということからプラークシーリン

グとしての役割も期待されるとまとめた。

滋賀県立成人病センターの小菅邦彦氏はIgaki-Tamaiステントについて、組織評価や生体適合性評価、構造、血栓形成度などのデータとともに初期臨床成績を紹介した。本ステントのFIM試験での6ヶ月の再狭窄率は6.7%、1998年9月から2000年4月に本ステントの留置を受けた50人の1年追跡でMIが2.0%、ステント血栓症2.0%、再PCIが14%認められ、10年の臨床追跡での心臓死回避率は97.8%、MACE回避率は48.4%を記録しており、長期追跡からは本ステントの分解に要する時間は1-3年であったことが伝えられた。



小菅邦彦氏

マレーシアのPantai HospitalのKenneth Chin氏は、分岐部の本幹にBVSを留置し、側枝をDCBで治療するハイブリッドアプローチであれば、2本のステント留置を必要とする患者においても1ステント戦略が得られるとし、このハイブリッドアプローチで治療した52人における1年のTLRの割合は本幹では2.2%、側枝では6.6%、MIは側枝のみで2.2%と良好であったことを伝えた。



Kenneth Chin氏

Late Breaking Clinical Study

維持透析患者におけるEES: OUCH-PRO試験

OUCH-PRO試験より、透析患者におけるエベロリムス溶出ステント(EES)を用いたPCI後の臨床成績は不良であったが、糖尿病の有無により有意な差が見られたことが、東海大学の伊苅裕二氏により、Late Breaking Clinical Studyセッションで発表された。

OUCH-PRO試験は、多施設レジストリーとして、冠動脈にEESの留置を受けた維持透析患者123人(161病変)を登録した。患者の平均年齢は67歳であり、男性が75%を占め、糖尿病が67%、末梢動脈疾患が22%、多枝疾患が49%で認められた。平均透析期間は5.9年であった。

主要評価項目に設定した1年のTVF(心臓死、標的血管のMI、TVR)の割合は17.9%であり、心臓死は4.0%、MIは0、脳卒中は3.3%、TLRは9.8%、非標的血管の血行再建は8.9%であった。また、非糖尿病患者では1年

のTVFの割合は5%であったのに対し、糖尿病患者では23%と顕著な差が認められた。コアラボで評価したQCAでは8ヶ月のステント内のlate lossは、0.37mmを記録した。

伊苅氏は、「これまでに行った一連のOUCH試験においても透析患者におけるDES留置後の成績は不良であり、シロリムス溶出ステントでは1年のTVFの割合は25%であったが、本試験においても同様であった」と述べた。



大腿膝窩動脈病変に対するZilver PTX: 日本の市販後調査

本邦におけるZilver PTXステントの市販後調査より、実臨床において大腿膝窩動脈病変に対するZilver PTXステント留置後1年の一次開存率はこれまでの臨床試験の結果と同様に高かったことが、福岡山王病院の横井宏佳氏により、Late Breaking Clinical Studyセッションで発表された。

本邦で行われたZilver PTXの市販後調査には907人が登録されており、登録された患者は、これまでに行なわれた臨床試験であるZilver PTXの無作為試験、シングルアーム試験に含まれた患者群と比較し、高齢で(74歳 vs 68歳 vs 67歳)、糖尿病(59% vs 50% vs 36%)、腎疾患(44% vs 10% vs 11%)を有する割合、Rutherfordクラス4-6の割合(20% vs 9% vs 11.2%)が高かった。また、平均病変長が長く(14.7cm vs 6.6cm vs 10.0cm)、ステント内再狭窄の割合が高かった(19% vs 0 vs 15%)。



12ヶ月の追跡が802人で行われ、TLR回避率は91.4%、一次開存率は84.8%を記録し、Zilver PTXの無作為試験、シングルアーム試験と同等であった。また、血栓症/閉塞の割合は12ヶ月では3.2%であった。

横井氏は、「本邦におけるZilver PTXの市販後調査の12ヶ月の追跡データからは、安全性の問題は確認されず、これまでに報告されたデータと一貫した有効性が示された」と、まとめた。



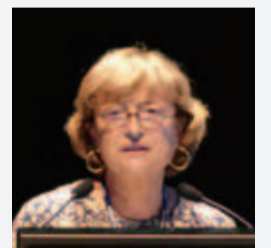
LIVE & 特別講演

24日に行われた最初のライブデモンストレーションでは、アメリカ、ロサンゼルス市のCeders-Sinai Medical Centerより、先天性の二尖弁の患者へのTAVRや、Valve-in-valveを施行する様子が中継された。海外留学時にstructural heart diseaseの治療に携わった医師らがコメンテーターに名を連ね、会場では手技において留意が必要なポイントやデバイスの選択、抗血小板療法などが議論された。

続いて行われた特別講演では、アメリカ、CV Path InstituteのRenu Virmani氏がneoatherosclerosisをテーマに、nativeとステント内のneoatherosclerosisの違いや、BMS、DES、BVSやステントの種類によるneoatherosclerosisの違いなどについて講義し、フランス、Institut Cardiovasculaire Paris SudのMarie-Claude Morice氏は、“BMS, DES and BVS”という包括的なテーマについて、近年の臨床研究を中心に発表した。



Renu Virmani 氏



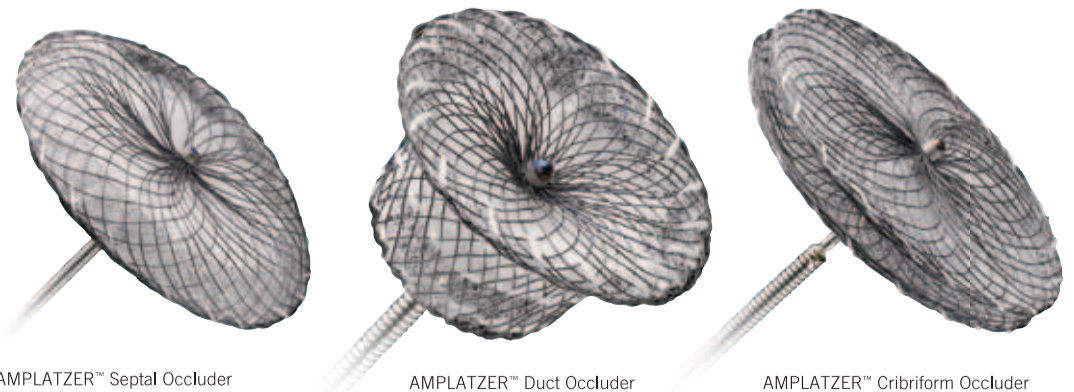
Marie-Claude Morice 氏

AMPLATZER™ Family

Structural Heart Therapy

AMPLATZER ファミリー。

THE PIONEER AND GLOBAL LEADER
FOR TREATING STRUCTURAL HEART DEFECTS
AND VASCULAR ABNORMALITIES



AMPLATZER™ Septal Occluder

AMPLATZER™ Duct Occluder

AMPLATZER™ Cribriform Occluder

販売名: ASD閉鎖セット 承認番号: 21700BZY00201000
販売名: PDA閉鎖セット 承認番号: 22000BZX01768000

製造販売業者
セント・ジュード・メディカル株式会社
〒105-7115 東京都港区東新橋一丁目5番2号
汐留シティセンター
TEL 03-6255-5980 FAX 03-6255-5981

注意: 本品のご使用に関しては、添付文書等をお読みください。
Unless otherwise noted, ™ indicates that the name is a trademark of, or licensed to, St. Jude Medical or one of its subsidiaries. ST. JUDE MEDICAL and the nine-squares symbol are trademarks and service marks of St. Jude Medical, Inc. and its related companies. © 2014 St. Jude Medical, Inc. All Rights Reserved.
VER.13-AUG.



術者の年間症例数によるCTO-PCIの成績

本邦におけるRetrograde Summitレジストリーより、CTO-PCIの年間症例数が多い術者を有する施設では、少ない施設と比較し、CTO-PCIの手技成功率が高かったことが、聖隷浜松病院の岡田尚之氏により、メディカル口演セッションで発表された。

本研究では、2012年に国内の44施設より登録された1,553例のCTO-PCI症例を対象とし、CTO-PCIの年間推定施行症例数が>50例の術者を有する17施設(HC群)とそれ以外の27施設(LC群)で急性期の成績を比較した。

全体の手術成功率は、HC群で90.7%、LC群で84.5%であり(p=0.0002)、アンテグレートアプローチ(90.7% vs 82.9%: p<0.0001)、レトログレートアプローチ(86.1% vs 78.6%: p=0.0305)、レトログレートアプローチの不成功後のアンテグレートアプローチ(76.6% vs 45.8%: p=0.0005)のいずれの成功率もHC群で有意に高かった。J-CTOスコアによる評価では、中等度の複雑病変でのみ手技成

功率に有意差が認められた(92.3% vs 84.3%: p=0.0032)。HC群ではLC群と比較し、手技時間が短かったが(134.5分 vs 155.9分: p<0.0001)、造影剤の使用量は多かった(235.7 mL vs 217.3 mL: p=0.0014)。両群でMACCEの割合に差はなかった(0.5% vs 1.0%: p=0.2483)。

岡田氏は、「CTO-PCIの施行数の多い術者を有する施設では、施行数の少ない術者を有する施設と比べて、手術成功率が有意に高く、また、レトログレートアプローチの不成功後のアンテグレートアプローチによる治療成功率に顕著な差が認められた」と、まとめた。



冠動脈のびまん性病変に対するEES

XILLIONレジストリーより、冠動脈のびまん性病変へのXience/Promusエベロリムス溶出ステント(EES)留置後1年のTLRの割合は低かったものの、標的血管以外の新規病変が高頻度で認められたことが、心臓血管研究所附属病院の及川裕二氏により、メディカル口演セッションで発表された。

XILLIONレジストリーでは、日本の26施設より、>30mmのびまん性の冠動脈病変にEESの留置を受けた330人を登録した。67%は多枝疾患を有し、病変あたりのステント留置本数は2.18本で、12%は3本、86%は4本のステントが留置され、患者あたりの平均ステントの留置長は43.8mmであった。

主要評価項目に設定した1年のTLRの割合は3.3%、そして、MACEの割合は8.1%、TVRの割合は7.9%と低かったが、非標的血管の新規病変に対するPCIが17.0%認められた。9ヶ月のlate lossは術前の最小内腔径(MLD)部位では0.22mm、術後のMLD部位では0.23mm、オーバーラッピング部位では0.21mmであった。ステントフラクチャーは7例認められ、PSSは0であった。

及川氏は、「多枝へのEESの留置後1年の標的血管の臨床成績は良好であったが、非標的血管の新規病変の問題の解決が必要である」と、まとめた。

冠動脈の小血管疾患に対するEES vs PES

PLUMレジストリーとSACRAレジストリーより、冠動脈の小血管病変に対し、Promus/Xience Vエベロリムス溶出ステント(EES)はTaxus Liberteパクリタクセル溶出ステント(PES)と比較し、2年のTLRの割合が低かったことが、豊橋ハートセンターの那須賢哉氏により、メディカル口演セッションで発表された。

SACRAレジストリーとPLUMレジストリーでは、国内の26施設より、<2.5mm径の冠動脈の小血管に、長さが≤28mmの病変を有する患者を登録し、SACRAレジストリーでは2009年4月から2010年2月にPESの留置を受けた245人(258病変)を、PLUMレジストリーでは2010年2月から2011年6月にEESの留置を受けた264人(279病変)を登録した。

患者背景は両レジストリーで類似していた。1年のMACEの割合はEES群とPES群で差はなく(8.3% vs 13.5%: p=0.07)、2年の追跡ではEESで低い傾向が見られた(8.7% vs 14.3%: p=0.05)。虚血由来のTLRの割合は1年(4.2% vs 10.2%: p=0.01)、2年(4.5% vs 10.6%: p=0.01)とも、EES群で有意に低かった。1年、2年の追跡ともステント血栓症の割合はEES群では0.4%、PES群では0と両群とも僅かであった。

那須氏は、「2年の追跡において、EESはPESと比較し臨床成績が良好であることが示されたが、1年以降のイベントの割合は両群で同等であった」と、まとめた。

SFAのCTOにおけるFFR測定の有用性

浅大腿動脈(SFA)のCTOに対する血管内治療(EVT)前後のFFRの測定は虚血肢の重症度の評価とTLRの予測に有用であることが、横須賀共済病院の疋田浩之氏により、メディカル口演セッションで発表された。

本研究では、SFAのCTOに対しEVTを受け、FFRを測定した26人(28病変)を対象とした。患者の平均年齢は69歳で、21人は男性であり、Rutherfordクラスは平均で3.1であった。

近位部は対側の総大腿動脈からカテーテルのチップを外腸骨動脈に置き、遠位部は膝窩動脈からカテーテルのチップをCTOの遠位部に位置させ、FFRはEVTの前後に30秒ずつ近位部のカテーテルより40mgのパパペリンを投与して測定した。

FFRは術前の0.50から術後には0.87に増加した(p<0.0001)。術前のFFRはRutherfordクラスのグレードに有

意な逆相関を示した(R²=0.55: p<0.0001)。1年追跡でのTLRの割合は29%であり、多変量ロジスティック回帰分析では、△FFR(術後FFR-術前FFR)は1年のTLRの強力な予測因子であることが示された。


疋田氏は、「SFAのCTOに対するEVT前のFFRの測定とEVT後のFFRの測定を併用することで、虚血肢の重症度の評価とTLRの予測に有用であった」と、まとめた。




Promus PREMIER™

Everolimus-Eluting Platinum Chromium Coronary Stent System


PREMIER™ Performance.




Deliverability



Advancing science for life™



Apposition



Customized
Architecture

販売名: プロマス プレミア ステントシステム 医療機器承認番号: 22600BZX00181000

製品の詳細に関しては添付文書等でご確認いただくか、弊社営業担当へご確認ください。
© 2014 Boston Scientific Corporation or its affiliates. All rights reserved.
ここに記載されているTM表記は、Boston Scientific Corporationのトレードマークです。

ボストン・サイエンティフィック ジャパン株式会社
本社 東京都中野区中野4-10-2 中野セントラルパークサウス
www.bostonscientific.jp
PSST20140408-0232

DESの遅発性ステント血栓症を考える

SES留置後の超遅発性ステント血栓症を経験した患者におけるOCTと血管内視鏡所見



続していた。

血管内視鏡による観察では、全例で未被覆のストラットと黄色プラークが確認され、2人でプラークの破綻が認められた。OCTによる評価では、ストラットのマルアポジションが5人、新生内膜のTCFAが4人、新生内膜の破綻が3人で認められた。

血管内視鏡/OCTの両所見からは、未被覆のストラット/ストラットのマルアポジション、並びに、黄色プラーク/新生内膜のTCFAは全例で確認され、プラーク破綻/新生内膜の破綻は3人で認められた。超遅発性ステント血栓症のメカニズムは、3人はneoatherosclerosis、3人は未被覆のストラット/ストラットのマルアポジションであることが示唆された。

臺氏は、「DES留置後の超遅発性ステント血栓症のメカニズムには、新生内膜の被覆の遅延、不完全なステントアポジション、そして、neoatherosclerosisなど様々な要因が関連することが示唆された」と、まとめた。

SES留置後に超遅発性のステント血栓症を経験した患者におけるOCTと血管内視鏡による観察から、超遅発性のステント血栓症にはいくつかの異なるメカニズムがあることが示唆されたことが、広島市立広島市民病院の臺和興氏により、パネルディスカッションセッションで発表された。

SES留置後に超遅発性ステント血栓症を経験した6人を対象とし、血栓吸引後にOCTと血管内視鏡により病変部を観察した。超遅発性ステント血栓症の発症までの期間は平均4.2年であり、3人が2剤の抗血小板療法を継

ステント留置時の血小板反応の低下がステント内血栓の解消にもたらす影響：PRASFIT-Elective試験OCTサブ試験

PRASFIT-Elective試験のOCTサブ試験より、待機的にPCIを受ける安定冠動脈疾患患者において、PCI時の低い血小板反応は、ステント留置直後に発生したステント内血栓の解消に関連することが、兵庫県立淡路医療センターの岩崎正道氏により、パネルディスカッションセッションで発表された。

本研究では、待機的にPCIを受ける日本人患者においてプラスグレルとクロピドグレルによる治療を比較したPRASFIT-Elective試験のOCTサブ試験に含まれ、ステント留置後と8ヶ月の追跡時にOCTによる評価を受けた80人(96病変)を対象とした。

ステント留置直後に225例のステント内血栓が認められ、うち、8ヶ月の追跡時にも持続していた33例では、解消していた192例と比較し、PCI時(288.5 vs 199.4: $p < 0.0001$)、4週間後(272.1 vs 214.7: $p = 0.0002$)、48週間後(255.3 vs 190.0: $p < 0.0001$)のVerifyNow P2Y12検査でのPRU



値が有意に高かった。

多変量ロジスティック回帰分析からは、ステント内血栓の解消の予測因子として、PCI時のPRU値と中等度/高度の石灰化が確認された。ROC解析では、ステント内血栓の解消に対するステント留置時のPRUのカットオフは ≤ 237 であり、AUCは0.743を記録した。

岩崎氏は、「PCI時の低い血小板反応は、PCI直後に認められたステント内血栓の退縮に関連しており、ステント留置後の良好な血管ヒーリングをもたらす可能性が示された」と、まとめた。



HMG-CoA還元酵素阻害剤

Crestor[®] 2.5mg / 5mg

ロスタスタチンカルシウム錠 処方せん医薬品^{注)}

CRESTOR[®] 注) 注意 — 医師等の処方せんにより使用すること
®: アストラゼネカグループであるIPR社の登録商標です。

製造販売元〔資料請求先〕
アストラゼネカ株式会社
 〒531-0076 大阪市北区大淀中1丁目1番88号
 ☎ 0120-189-115 (問い合わせフリーダイヤル)
 メディカルインフォメーションセンター)

発売〔資料請求先〕
シオノギ製薬
 〒541-0045 大阪市中央区道修町3-1-8
 ☎ 0120-956-734 (問い合わせフリーダイヤル)
 シオノギ医薬情報センター)

● 効能・効果、用法・用量、禁忌、原則禁忌を含む使用上の注意等につきましては製品添付文書をご参照ください。

2011年12月作成

07 25 Today's Topics

本日予定されているセッションの中から、一部をご紹介します。

日本心臓血管外科学会合同セッション

10:30-12:00

J会場

座長 | 高木 靖(藤田保健衛生大学)
中川 義久(天理よろづ相談所病院)

SYNTAX studyにおける5年の遠隔成績が公表されたが、我が国での冠動脈インターベンションの環境やOPCABの割合は欧州と全く異なる。そこで、今回は我が国独自の成績を、CREDO-Kyotoの結果等をもとに内科サイド、外科サイドの演者のかたに検証していただく。この結果を踏まえ、PCIと冠動脈バイパスの新しい治療法に関してそれぞれ別の演者のかたにお話ししていただき、最後に全ての演者の方で、日本の冠疾患治療の現状と今後の展望について討論をしていただきたい。

成人先天性心疾患カテーテル治療研究会共催セッション

16:00-18:00

F会場

座長 | 白井 伸一(小倉記念病院)
高山 守正(榊原記念病院)
富田 英(昭和大学横浜市北部病院)
原 英彦(東邦大学医療センター大橋病院)
矢崎 諭(国立循環器病研究センター)
安河内 聡(長野県立こども病院)

近年、テクノロジーの進歩は目覚ましく、先天性心疾患もカテーテルで治療できる時代となった。治療技術の進歩も付随し、今日に至っては、より低侵襲で有効な治療が行われている。このセッションでは、カテーテル治療を専門とする循環器内科医に向けてAmplatzer Septal Occluder (ASO)の国内の使用状況をはじめ、CVIT施設・会員の心房中隔欠損(ASD)カテ治療申請状況を含め今後の展望について議論する。また、後半ではASOを用いて治療した臨床経験を術者に紹介していただく。

シンポジウム

10:30-12:00

B会場

instantaneous wave free ratio (iFR): New Adenosine free index for the diagnosis of myocardial ischemia

座長 | 中村 正人(東邦大学医療センター大橋病院)
横井 宏佳(福岡山王病院)

DESの登場によって成熟期を迎えたPCIにおいて、Fractional Flow Reserve (FFR)が世界的に注目を集めている。さらなる成績改善のためには虚血に基づくPCIが重要と認識されるようになったからである。FFR測定には最大充血を得ることが必須であるが、薬物負荷なく病変評価を行うinstantaneous Free-wave Ratio (iFR)が最近提唱された。実臨床において虚血証明がより簡便となるものと期待されている。本シンポジウムではiFRに焦点をあて現況、今後の可能性について議論する。

10:30-12:00

F会場

まだまだIVUSはOCTに負けない

座長 | 小宮山 伸之(久喜総合病院/埼玉医科大学)
寺島 充康(豊橋ハートセンター)

IVUSは血管断層構造をリアルタイムに観察する検査方法で、血管の形態的・定量的・定性的評価が可能で、20年以上にわたり、血管内イメージングの代表として、冠動脈疾患の病態解明およびカテーテル治療において果たした役割は大きい。しかし、近年より高解像度を特徴とするOCTなどが登場し、それぞれのデバイスの特徴を理解し、状況により使い分けことが求められている。今回、どのような使い方がIVUSに望まれるのかを検証したい。

13:30-15:00

C会場

心臓CTを極める

座長 | 上田 恭敬(大阪警察病院) 川井 和哉(近森病院)

最近の技術革新により心臓CTの被ばく低減、画像向上がなされ、低侵襲性からも有用性はますます増加している。今では年間50万件を超え、狭窄度の評価だけでなく、予後やplaqueの性状評価、PCIのstrategy構築などにも用いられている。シンポジストとして最先端でご活躍の先生方をお招きし、本邦での現状とtopicsを取り上げ、問題点と今後の発展などについて議論する。

13:30-15:00

E会場

急性下肢虚血に対するカテーテル治療の役割

座長 | 浦澤 一史(時計台記念病院) 宮本 明(菊名記念病院)

急性下肢虚血(ALI)は、急激な血流低下により下肢切断にいたる可能性が高い状態で、その主因は血栓性病変である。従来、外科的血栓除去術が第一選択とされてきたが、下肢の予後は、発症から再灌流までの時間に左右されるため、即座に実施できるカテーテル治療は、魅力的な治療といえる。本シンポジウムでは、各施設よりALIに対するカテーテル治療の現状を発表していただき、その役割について議論したい。

13:30-15:00

F会場

PCIに纏わる抗血小板治療の現状と展望

座長 | 一色 高明(帝京大学) 木村 剛(京都大学)

PCIの補助的薬物療法として抗血小板療法は極めて重要な役割を担っている。冠動脈ステント留置後にはアスピリン、チエノピリジンのDAPTが必須とされるが、DES留置後の至適DAPT期間については依然として議論が分かれている。本セッションでは第2世代DES導入の至適DAPT期間の影響、新規抗血小板薬の位置づけ、至適DAPT期間規定におけるイメージングの役割などについて議論したい。

パネルディスカッション

9:00-10:30

B会場

TRIはTFIに勝る

座長 | 勝木 孝明(自治医科大学) 舩谷 元丸(西大阪病院)

Kiemeneui先生がTRIを世界で初めて行ってから21年が経過し、当初は国内でもデバイスの制限やガイディングカテーテルのバックアップ不足もあり複雑病変や急性冠症候群などには不適切であるとの意見も多いが、昨年のESCのガイドラインではTRIで行う事がクラスIIaへ推奨されるまでにいたった。またデバイスの進化も大きく関与しており、今では世界中でTRIが大きくクローズアップされてきた。このセッションではディベートではなくTRIの素晴らしさを演者の先生方に語って頂き、まだあまりTRIをされてない先生方、これからPCIを始める先生方が今後TRIを始めるきっかけになれば良いと考えている。

9:00-10:40

D会場

CTO Task-force

- 新たなCTO key word作成の試み -

座長 | 五十嵐 慶一 (JCHO 北海道病院)
村松 俊哉 (済生会横浜市東部病院)

CTOに対するPCI治療はretrograde approachの台頭を迎えて成熟の域に近づきつつある。それにしただがって、さまざまなデバイス、戦略が考案され複雑な手技とデバイスを駆使したインターベンションはまさに難易度の高いPCIとして認知されてきた。一方で、あまりに難解な手技の発展に基本的な戦略や手技の定義などが追いついていないのが現状である。これら難解なCTOに対するPCIを理解し、習得していくうえで、基本的な解剖や戦術の言葉(word)の統一した見解が必須と思われる。本セッションでは、CTOに対するPCI領域でのエキスパートに登壇いただき統一したwordに基づいた分かりやすいPCI戦略と最新の知見について発表いただき、これからのPCI術者にも理解しやすいCTO攻略術を議論したい。

9:00-10:10

E会場

慢性心房細動合併患者に対するPCIにおける問題点

座長 | 小宮山 伸之 (久喜総合病院 / 埼玉医科大学)

本邦では高齢者の増加に伴い、心房細動を合併したPCI症例が今後ますます増加すると予想される。DES留置後はDAPTが一定期間必須だが、心房細動合併例ではさらにワーファリンを併用する必要があり、出血性合併症の増加が危惧される。近年、ワーファリンに代わる新たな抗凝固薬(NOAC)が用いられるようになったが、DAPTとの関係については明らかではない。本セッションではこの問題を含めた心房細動を合併したPCI症例への対応を討議したい。

10:40-12:10

D会場

LM 3VD Syntax Score33以上に対するPCI

座長 | 上野 高史 (久留米大学)
村松 俊哉 (済生会横浜市東部病院)

LMT 3VDに対するPCI治療はSyntax trialの結果を受け、CABGの適応を含めて変遷をきたしている。時に、Syntax score 33以上の一般的にCABG適応と目される患者さんも場合に応じてPCIでの治療を余儀なくされることもありうる。その場合いかんにしてCABGに比肩しうる成績を残すかが重要とされる。特に、CABGの長期予後に関する知見が確立されるにつれてDESの血栓症を含む諸問題は議論される場所である。PCIの領域についていえば、Syntax trialのTaxusステントはすでに存在せず第二世代DESが主流であるし、この先にもBVS等の新しいnew deviceの台頭もすぐそこに来ている。そのような状況では、LMTとくに分岐部を含む多枝病変に対するPCI治療は今後も検討する課題が山積されている。時代に応じて最善の治療を行っていくのが我々の責務であり、今回そのような観点から複雑LMT 3VDに対するPCI治療の諸問題と今後の展望を議論したい。

10:30-12:00

L会場

高度石灰化病変に対するPCI

- 私の治療戦略 -

座長 | 北山 道彦 (金沢医科大学) 松原 徹夫 (豊橋ハートセンター)

冠動脈疾患に対するカテーテル治療デバイスが進歩した現在でも高度石灰化病変は、PCIを行う上で問題となる病変の1つと考えられる。非常に硬い病変のため、通常のバルーンでは病変部を拡張して、亀裂を入れることが困難であり、その後に留置したステントも十分な内腔が得られず、再狭窄の原因にも繋がる。高度石灰化病変のPCIに際して使用するデバイスは、高圧バルーン、スコアリングバルーン、レーザー、ロータブレードなどがある。この中で最も威力を発揮するものが、現状ではロータブレードだと考えられる。このセッションでは、高度石灰化病変に対するロータブレード使用の考え方、注意点及びロータブレードの使用できない施設での工夫について、症例を中心にディスカッションする。

16:00-18:00

B会場

LMT PCIは確立されたか

座長 | 許 永勝 (草津ハートセンター) 藤井 謙司 (桜橋渡辺病院)

第二世代DESの登場以来、LMTにステントを留置することの抵抗は少なくなった。ただ、LMTは血管径が太く、左前下行枝や回旋枝との径の連続性がないことや、入口部や分岐部病変への対応、再狭窄やステント血栓症を少しでも低減するための工夫や、発症した場合の対応など、PCIに際して特別な配慮が必要である。本シンポジウムではこれらの問題についてのデータをもとに、LMTのPCIはすでに確立されたのかどうかを議論したい。

16:00-18:00

D会場

薬剤溶出性ステントの遅発性血栓症を考えるⅡ

座長 | 小林 欣夫 (千葉大学) 寺島 充康 (豊橋ハートセンター)

強力な再狭窄抑制効果を有するDESは2004年から本邦で使用可能となって以来、PCIの中心的役割を果たしている。一方で、同じ2004年にLancetに初めて報告された遅発性ステント血栓症は致死性的有害事象であり、DES、特に第一世代のDESを留置された患者の最大の懸念事項となっている。今回、臨床的診断法や病理像からそのメカニズムを検証し、遅発性ステント血栓症の発症を予測、さらには予防する手段があるのかを検討する。

ラウンドテーブル

10:10-12:00

E会場

EVTにおける合併症

~この症例をどうするか~

座長 | 飯田 修 (関西ろうさい病院) 浦澤 一史 (時計台記念病院)

合併症は嫌なものである。しかしながら合併症時の手技の引き出しの多さが、術者の技量といっても過言ではない。末梢血管治療もこの10年でここまで実臨床で広まり、どの都道府県でもPCIと同程度の治療が施行されるようになった。しかしながら同時にさまざまな合併症に関しても議論される場面が多くなった。今回のセッションでは、この道のエキスパートに集まっただき doctor licence -threatening complications を発表していただき、「そのとき術者は何を考えたか？」を含めて活発な議論を行いたい。

LIVE 本日のライブデモンストレーション

9:00-10:30

A会場

中継施設 Auckland City Hospital (New Zealand)
オペレーター Andrew Holden
座長 Giancarlo Biamino (Clinica Montevergine, Italy)
南都 伸介 (大阪大学 / 西宮市立中央病院)
横井 良明 (岸和田徳洲会病院)

13:30-18:00

A会場

中継施設 三重ハートセンター
オペレーター 加藤 修 西川 英郎 (三重ハートセンター)
松尾 仁司 (岐阜ハートセンター) 宮原 真敏 (三重ハートセンター)

13:30-15:00 第1部

座長 Augusto D. Pichard (Medstar Washington Hospital Center, USA)
小田 弘隆 (新潟市民病院)
小宮山 伸之 (久喜総合病院 / 埼玉医科大学)

15:00-16:30 第2部

座長 James R. Margolis (Cardiovascular Associates, USA)
金谷 法忍 (石川県立中央病院) 木島 幹博 (星総合病院)

16:30-18:00 第3部

座長 Gerald S. Werner (Medizinische Klinik, Germany)
五十嵐 慶一 (JCHO 北海道病院) 上田 欽造 (洛和会丸太町病院)

FACES in CVIT2014

CVIT 2014 Daily Newsでは、本学術集会の参加者に注目演題、参加目的、CVITに期待することなどを直撃取材しました。ご協力ありがとうございました。



TAVRのセッションに参加したく、栃木からやってきました。外科的弁置換術が難しいため、私の患者さんをTAVRを行っている他院に紹介させていただいているので、今回口演を聴講し、勉強しようと思って来ました。TAVRのライブも見学したかったのですが、朝と夕方のセッションは見られず帰らなければなりません。次回はお昼にも放映していただきたいと思います。

自治医科大学 大場祐輔 氏



24日のポスターセッションでFFRに関する発表を行いました。治療前の診断としてFFRなどを使用するphysiological PCIは必要ですし、iFRなどの使用に関しては、世界的に見ても日本はかなり進んでいます。今後、日本発のエビデンスが構築され、CVITで発表されることを期待します。

京都第二赤十字病院 谷垣 徹 氏



今回は24日のメディカル口演LMT①セッションでDCAデバイスについて発表をさせていただきました。DCAは、2008年に使えなくなってしまったものの、今年から使用できるようになります。それに先立ちシンポジウム2の「デバルキングデバイスを用いた治療の最前線」を聴講し、大変勉強になりました。

滋賀県立成人病センター 西尾壮示 氏



今回はコメディカルシンポジウム1「進化を求められるカテ室スタッフの役割 -Fusion of Science and Art, with Humanity-」で座長をさせていただきました。コメディカルの立場から今後のCVITにおいて期待するのは、コメディカルセッションのさらなる充実です。また、個人的には、当院でTAVRが導入されますので、TAVR関連のセッションに注目しています。

岐阜ハートセンター 稲田 毅 氏



今回注目しているのは、TAVRのセッションです。自施設では心尖部アプローチによる治療はまだトレーニング中ですが、既に大腿動脈アプローチによる治療はプロクターなしで行っており、私も治療に携わっています。また、私自身も25日のコメディカルのTAVRの一般演題のセッションの座長を務めさせていただきます。今後もCVITには新しい情報を提供し続けて欲しいと思っています。

国立循環器病研究センター 土井祥平 氏



冠動脈のみならず、末梢血管に対する治療も重要であると感じているため、今回は特にEVTに関する知識を身につけたいと思って参加しています。今後、CVITでは末梢血管の治療のライブの時間を多く取ってほしいです。そして、ライブセッション数が増え、より多くの先生方の手技を見ることができればいいなと思います。

須賀川病院 後藤秀明 氏



Special Thanks to...

オーラムメディカル株式会社
医療法人 田中病院
富川医院

CVIT2014



TERUMO®
人にやさしい医療へ

冠動脈ステント®
Nobori
Drug Eluting Stent

困難な病変こそ。

イメージ図

一般的名称：冠動脈ステント 販売名：ノボリ 医療機器承認番号：22300BZX00141

製造販売業者 テルモ株式会社 〒151-0072 東京都渋谷区幡ヶ谷2-44-1 <http://www.terumo.co.jp/> ㊄、TERUMO、Nobori、ノボリはテルモ株式会社の登録商標です。
©テルモ株式会社 2014年6月