

# DAILY NEWS

## 次世代が担う残された課題への挑戦～局所から全身管理へ～



30日より始まったメインセッション開始時に、「皆様のおかげで今年も充実したプログラムを組むことができました」と代表世話人の鈴木孝彦氏が挨拶した。豊橋ライブの特徴の1つである企業の技術者や工学系の研究者を対象としたインダストリーコースでは初の試みとしてバイオデザインの講座を組み込み、また、実臨床におけるTAVRの実施について掘り下げて考えるセッションを設けたことを述べた。そして、PCIと

EVTのライブ中継については、「教育的なライブとなるよう準備を行ってきたが、本コースにおいて最も重要なことは、皆さまの積極的な参加と意見を述べてもらうことです」と鈴木氏は伝えた。

オープニングの直後に行われた、びまん性・石灰化病変コースでは、松波総合病院の上野勝己氏と石川県立中央病院の金谷法忍氏が座長を務め、最初に、豊橋ハートセンターの松原徹夫氏が、維持透析中の80代男性のRCAのびまん性の高度石灰化病変(Case2)を治療する様子の中継された。

8FrのガイディングカテーテルでSion BlueとFinecross GT130cmを使いワイヤリングを開始した。通過性

がよいとされるIVUSカテーテルを用いても#2遠位部の狭窄を越えられず、そこから近位部をIVUSで観察すると、全体的に石灰化が確認され、カテーテルの通過が困難になることが予測された。松原氏は、Extra Supportのロータワイヤを用いて2.0mmのburrを使い#1にロータブレータを施行した。ガイドワイヤが入った頃から、STの上昇、#3でフロ

ーの低下が見られたため、ペースメーカを挿入手技を続けた。1番の標的病変であった#3をSprinter Legendで20気圧で拡張すると良好な反応が得られた。ステントが#2の狭窄の手前から進まなかったため、Guidelinerを用いてPromus PREMIERステントを#3と#2、そして#1に留置し、IVUSで病変を確認後に手技を終えた。



## Post SYMPLICITY HTN-3の腎デナビーション 会場の医師らによる見解は…「依然として期待が持てる」

30日の16:20-17:50に行われた腎デナビーションについてのセッションでは、冒頭に座長である京都大学の木村剛氏が「日本においても治療が進んでいた腎デナビーションについて冷や水を浴びせられることとなった臨床試験の結果が発表されたものの、SYMPLICITY HTN-3試験の解釈についてコンセンサスは得られて



いないと考えられ、本セッションにおいて各先生のご講演の後に考察を進めていきたい」と述べ、セッションが開始された。

自治医科大学の星出聡氏は「交感神経と高血圧の関係」について発表し、早朝高血圧、起立性高血圧、血圧日内変動のような交感神経亢進が関連した患者では腎デナビーションによる効果が得られる可能性があることとまとめた。

山下武廣氏は「腎動脈の解剖」をテーマに講演し、腎デナビーションの施行には腎動脈の解剖のみでなく、腎動脈に達するまでのルートも重要であること、また、外膜側に分布している腎交感神経を内膜側から効果的にアブレーションをすることが重要であるものの、腎交感神経がどの程度の深さに分布しているのか、更に腎動脈の中核側と末梢側のどちらに多く分布しているのかは依然として明確でないということを考慮した

心臓血管センター北海道大野病院の

⇒ P4へ

## 期待される新たな治療 TAVRを学ぶ集中コースが開催

30日には弁膜症などのStructural Heart Diseaseの治療に焦点をあてたSHDコースが行われた。午前は教育講演、午後はケースプレゼンテーションとビデオライブで構成され、教育講演の第一部では「SHDインターベンションの基礎」をテーマに、5つの疾患に対するインターベンションについて講演された。

まず、東邦大学医療センター大橋病院の原英彦氏が、脳卒中予防を目的とした経皮的治療である左心耳閉鎖術について講義し、臨床試験やレジストリーのデータからは左心耳閉鎖術はワルファリンよりも効果が高いことが示されており、新規抗凝固薬とは同等の効果が期待できると語った。

続いて、治療抵抗性高血圧患者に対する腎デナビーションについて、これまでの臨床試験では腎デナビーションによる降圧効果が報告されてきたが、SYMPLICITY HTN-3試験ではシャムコントロール群と比較し有

意な降圧効果が認められなかったことに対し、今後の腎デナビーションの導入には高いハードルが存在するが、本治療は高血圧だけでなく、交感神経に關与する様々な病態に効果を示す可能性があること、岩手医科大学の森野禎浩氏はコメントした。

倉敷中央病院の小宮達彦氏と仙台厚生病院の多田憲生氏からは、僧帽弁閉鎖不全に対する治療が紹介された。小宮氏は、僧帽弁の解剖学的構造や、形成術、切除術などの外科的治療について説明し、多田氏は経カテーテル治療であるMitraClipを用いた僧帽弁修復術を紹介した。MitraClipは昨年アメリカでも認可されており、MitraClipは外科的治療が困難な症例を対象に使用すべきであるものの、外科的治療が困難な機能的僧帽弁閉鎖不全や慢性心不全に対する新たな治療選択肢として期待できると語った。

⇒ P4へ

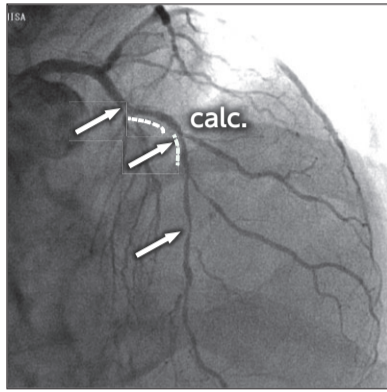
# TODAY'S COURSE

## ライブデモンストレーション » ホリデイホール D

本日治療予定の症例を一部紹介します。

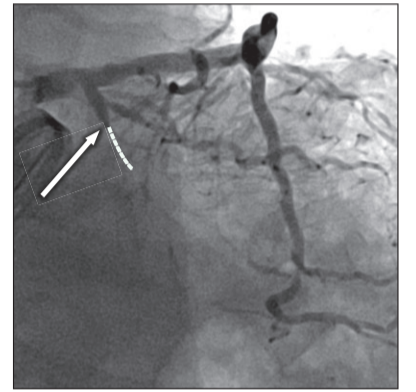
### ■ 小血管病変コース

70代 男性  
 陳旧性心筋梗塞、狭心症 (CCS 1)  
 標的病変: mid LAD  
 リスク因子: 糖尿病、高血圧、脂質異常症  
 eGFR: 101.2  
 EuroSCORE: 2.17%  
 SYNTAX Score: 22  
 LVEF: 45%



### ■ 慢性完全閉塞病変コース

60代 男性  
 陳旧性心筋梗塞、狭心症 (CCS 2)、  
 透析、中等度の僧帽弁閉鎖不全、  
 AVR+CABG 歴  
 標的病変: prox. LCX  
 リスク因子: 高血圧、脂質異常症  
 EuroSCORE: 7.49%  
 SYNTAX Score: 11.5  
 J-CTO SCORE: 1  
 LVEF: 48%



## EVTコース教育講演 » ホリデイホール A

近年、多くの施設で循環器内科医が末梢血管疾患に対する血管内治療に取り組むようになり、その手技を学ぶために多くのライブデモンストレーションコースが開催されている。末梢血管疾患に対する治療は、カテーテル治療に精通した循環器内科医が施行するか、経験豊富な血管外科医が施行するか、また、血管内治療か外科的治療かなどの議論があるが、その中で重要なことは、病変血管の長期開存を目指し、患者さんの病態に合わせた集学的な治療を行うことである。

はもちろん、経験豊富なベテランの先生まで学べるコースになるよう企画しました」とプログラム構成の意図を語っている。EVTコース2日目の本日は教育講演を中心とした座学セッションとなり、「症例から学ぶEVTテクニック」と題し、頸動脈から膝下動脈まで広範囲の血管疾患に対する血管内治療の経験豊富な術者が講師を務める。



大場 泰洋氏

本コースの世話人である名古屋ハートセンターの大場泰洋氏は、「豊橋ライブは教育を中心においておりますので、これから EVT を始められる方

## OMTコース » 2F 楓の間

豊橋ライブでは、第1回よりPCIの手技のテクニックのみならず至適薬物療法による術後の長期予後の重要性を強調しており、今回より「長期予後改善コース」は「OMTコース」に名を改め開催される。14:10からの第一部では大血管症の予防を中心とした糖尿病の診療、家族性高コレステロール血症の診断と最新の治療、禁煙支援をテーマとした講演が、16:20からの第二部では病診連携のシンポジウムが予定されている。病診連携シンポジウムでは、モデルケースにおいてどのように病診連携が実践されているのかが示される。また、第一部と第二部の間には、プラ

イマリケア医の観点から循環器診療のガイドラインについての講演が行われる。

### アフタヌーンセミナー

#### かかりつけ医から見た循環器診療のガイドライン

時間 » 15:45-16:15

座長 » 松井 英夫 (松井医院)

演者 » 高血圧治療ガイドライン 伴 和信 (伴医院)

脂質異常症治療ガイドライン 空野 浩司 (牟呂診療所)

## ケースカンファレンス

### ホリデイホール C

- 9:00-10:30 慢性完全閉塞病変コース
- 11:10-12:40 分岐部病変コース
- 14:10-15:40 びまん性・石灰化病変コース
- 16:20-17:50 小血管病変コース

ケースカンファレンスでは、全国から募った治療に難渋した複雑病変の症例が、慢性完全閉塞病変、分岐部病変、びまん性・石灰化病変、小血管病変の4つのコースに分けて発表される。

本セッションでは、部屋の中央にステージが設けられ、発表者と会場の参加者の活発な意見交換を目的とした会場が作られている。会場ではファシリテーターが進行を担い、可能な限り参加者からの質問や意見をくみ上げ、セッションを進行させる。



## PCIコース » 桃の間

次世代を担うバスキュラーインターベンショニスト向けのPCIコースは昨年までと趣向を変え、第一部と第二部では、世界を舞台に活躍しているエキスパートを演者に迎え、臨床研究のデザイン、論文執筆の重要なポイント、統計学などの講義に加え、世界を舞台に活躍するための心構え

などについて講演が行われる。また、第三部と第四部では、冠動脈の病理、画像診断、薬物療法などのPCIの基礎知識から最新治療について学べるようプログラムが構成されている。

## 本日のハンズオン

### 【エコーハンズオンコース】

会場：2F 桜の間  
 時間：午前の部 10:00～11:45  
 午後の部 14:00～15:45

エキスパートの実技指導と講義で、臨床に役立つ血管エコーテクニックをマスターしていただきます。

※ 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。

#### ● 東芝 下肢血管超音波ハンズオンコース

実際の操作、エコーの見方を学びましょう。

講師 高井 洋次  
 (藤田保健衛生大学病院 放射線部)  
 共催 東芝メディカルシステムズ株式会社



#### ● Philips 心臓超音波ハンズオンコース

血管・心臓超音波検査の日頃の疑問や悩みを解消しませんか？

講師 杉本 邦彦  
 (藤田保健衛生大学病院 臨床検査部)  
 共催 株式会社フィリップス エレクトロニクス  
 ジャパン



#### ● Siemens 心臓超音波ハンズオンコース

集中トレーニングコースです。この機会をお見逃しなく。

講師 長屋 麻紀  
 (岐阜県総合医療センター 臨床検査科)  
 共催 シーメンス・ジャパン株式会社



### 【TAVI集中講義】

会場：2F 菊・藤の間  
 時間：コースA 10:00～15:20 (うち休憩 1時間20分)  
 コースB 14:00～18:00  
 ※ A・Bコースともにコース内容は同じです。

コースコンサルタント：

山本 真功(豊橋ハートセンター) 林田 健太郎(慶應義塾大学)

このコースは以下の3つの内容で構成されており、徹底的にTAVIについて学んでいただきます。

※ 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。

#### ● その1:ブタ心臓の解剖

弁の構造について実際に触って理解を深めていただきます。初心者にも理解しやすいように心臓の解剖を解説します。

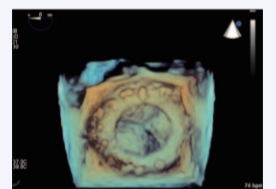
講師 馬場 寛  
 (豊橋ハートセンター 心臓血管外科)  
 共催 エドワーズライフサイエンス株式会社



#### ● その2:経食道エコー教室

ワイヤーを挿入した際のAR、MRの変化と弁の位置決めから、弁留置後のPVLの定量と術後弁輪径の計測、そして合併症などに関する講義です。

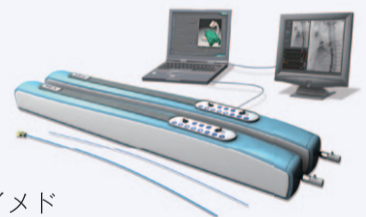
共催 株式会社フィリップス エレクトロニクス ジャパン



#### ● その3:シミュレータ体験 (モジュールはCoreValve)

米国シンビオニクス社が開発した最新のTAVIシミュレーターを使用したハンズオンです。

共催 株式会社アダチ / 株式会社トライメド



# アンケートに答えて豪華景品を当てよう!!

第4回豊橋ライブでは、アンケートの回答と引換えに、豪華景品が当たる抽選会を開催いたします。詳細はロビー内ポスターにてご確認ください。

抽選会開催日時

5月30日(金) 15:00-18:00 / 5月31日(土) 14:30-18:00

A賞

ONKYO  
ホーム  
シアター  
セット



1名様

B賞

ふとんクリーナー  
レイコップ  
RS



1名様

C賞

フィリップス  
ノンフライヤー



1名様

※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。



D賞

Sow Experience  
体験ギフト  
【総合版カタログ】



3名様

E賞

TOYOHASHI  
LIVE DEMONSTRATION COURSE  
第5回豊橋ライブデモンストレーションコース  
招待券

20名様

さらに 回答者全員にプレゼント!!  
第5回豊橋ライブ 3,000円割引券 をプレゼントいたします!!

※割引券は、医療機器展示ブース内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、総合受付及び会場内に設置しておりますアンケート回収BOXにてご対応しております。  
総合受付以外のアンケート回収BOXに投入いただいた場合、割引券との引換えはできかねますので予めご了承ください。

(P.1『Post SYMPLICITY HTN-3の腎デナビーション...』からの続き)

上で手技を考える必要がある話した。

徳島大学の佐田政隆氏は、改訂された高血圧のガイドライン(JSH2014)を中心に「高血圧の非介入的治療」について解説し、また、治療抵抗性、及びコントロール不良高血圧には、血圧測定上の問題、白衣高血圧、服薬アドヒアランス不良、生活習慣の問題、睡眠時無呼吸症候群、体液量過多、降圧薬の組み合わせ/用量不適切、血圧を上昇させる薬物や食品、二次性高血圧などの要因があると述べた。

自治医科大学の池本智一氏は「腎デナビーションの手技と効果」をテーマに、SYMPLICITYの臨床プログラムと結果を紹介し、腎デナビーションの手技は比較的難しくないと考えられていたものの、SYMPLICITY HTN-3試験では術者あたりの症例数が非常に少ないという問題があり、降圧効果が示されなかったのには手技の不確実さも影響している可能性があるとして指摘した。

九州大学の岸拓弥氏は「SYMPLICITY HTN-3の洞察」を試み、本試験の方法論と結果を見直し、この結果を理解するには、高血圧や心不全の病態生理をじっくり考え、なぜ血圧が下がるのか、なぜ本試験ではその目的が得られなかったのかを突き

詰める必要があり、それにより誰に適応があり、誰にこの治療を適応すべきなのかが得られるとことになるところとまとめた。

続いて行われた公開座談会では、SYMPLICITY HTN-3試験でこれまでの試験とは異なる結果が出たのはなぜか、腎デナビーションにより降圧が得られる患者はどのような患者なのか、手技の質はどのように評価できるのか、プラセボ効果は存在するのか、実臨床でこの治療を必要とする高血圧患者はどの程度いるのか、そして、心不全や睡眠時無呼吸症候群など他の病態への可能性などが議論され、セッションの最後に「ACC.14で発表された臨床試験の結果を踏まえて、腎デナビーションについてどのように思われますか?」との質問に対し、会場の参加者の50%は「依然として期待が持てる」、約38%は「期待度は低下したものの可能性に期待できる」、約4%は「わからない」、約8%は「以前は期待していたが可能性に疑問を持った」と回答した。

最後に、座長である岐阜ハートセンターの松尾仁司氏は、「治療抵抗性高血圧、及び交感神経の関連疾患に対し腎デナビーションは追求できる方法論であり、いかに精度よく適切な患者選択ができるのが重要である」と締めくくった。

(P.1『期待される新たな治療...』からの続き)

最後に、大動脈弁の解剖学的構造と外科的治療である大動脈弁置換術(AVR)の基礎について東京ベイ・浦安市川医療センターの田端実氏が講義し、「AVRでは解剖学的弁輪の情報や理解が重要であり、一方、大動脈弁形成術やTAVRでは3枚の弁尖の最下部を結んでできるvirtual ringが重要である」と話した。

第二部では、「TAVIを始める際に、必ず知っておきたいこと」のテーマに即した5つの講演が行われた。

TAVRへの橋渡し役としてより重要となるバルーン大動脈弁形成術(BAV)について、

慶應義塾大学の林田健太郎氏から、バルーンのサイズ選択や手技のポイント、そして、BAVの適応などが



説明された。また、榊原記念病院の高山守正氏は、外科的治療の歴史は長く、実績が証明されているため、危険を敢えて冒してTAVRを施行することはせず、他科の視点と併せて適応を総合的に判断する必要があることを強調した。

帝京大学の渡邊雄介氏からは大動脈弁輪径の計測方法として、エコーやCTを用いた弁輪の描出、計測のタイミングや計測箇所などが解説され、豊橋ハートセンターの山本真功氏からはデバイスのサイズやアプローチの選択には、屈曲や蛇行、石灰化、大動脈の性状などの情報を参考にすべきであると強調された。最後に、大阪大学の中谷敏氏は、TAVR施行前の心エコーは、診断や重症度評価に使用されるが、心機能低下症例では1回の拍出量が少ないため、弁を押し開ける力が減弱し、見かけ上の狭窄を示すことがあるため注意が必要であること、また、術中の心エコーにより、合併症の早期発見や弁周囲の逆流の評価などが可能であることが伝えられた。

## 日本の医療機器産業は変わるか？ スタンフォード大学のバイオデザイン講座に習う ニーズ発医療機器開発

30日の午後には、スタンフォード大学の池野文昭氏が講師を務める「シリコンバレー発バイオデザインの思考：ニーズ発(課題解決型)医療機器開発の超々基礎講座」が設けられた。本セッションは事前予約制であり、エンジニアやビジネスバックグラウンドを持つ人が多かったが、医師も数名参加していた。

スタンフォード大学のバイオデザイン講座は、医学、エンジニアリング、ビジネス、法律など様々な専門を持つ人々の中から医療機器のイノベーションを起こすリーダーとなる人材を育成することを目的として2001年に始まった。池野氏は、医療機器分野のグローバル市場で価値あるデバイスを生み出していくための教育や人材育成が欠如していると日本の問題を指摘し、既に存在している課題を解決しようとするのではなく、課題そのものを見つけビジネスへ繋げる「デザイン思考」を応用する必要があると、本講座を企画した背景を説明した。

池野氏は、イノベーションを起こすためのデザイン思考の6つのプロセスを紹介し、その実行にあたり、ターゲットとする疾病分野や対象者などの戦略的フォーカス、また、強みと弱みを明らかにし、お互いの欠点を補い合い成功できるプロジェクトチームを結成することが重要であると強

調した。

### デザイン思考を構成する 6つのプロセス

0. 観察、できるだけ多くの問題発見
1. 問題を吟味し、問題の神髄を見極める
2. 出来るだけ多くの解決策を考えてみる
3. 幾つかのアイデアを選び、研ぎすます
4. 最終的なアイデアを絞り込む
5. プロトタイプ
6. テスト

医療機器開発時に特定のニーズやコンセプトに固執しないためには、どのようにニーズを見つけるのか、見つけたニーズをどのように選抜するのが鍵となる。池野氏は、その都度陥りやすい落とし穴や注意点にも触れながら、ニーズの発掘やニーズの制作に必要な条件や段階を説明した。分かりやすい実例やジョークを交えながら講義をする池野氏の言葉に、熱心に聞き入り、メモを取る参加者の姿が見られた。

セッション中には、池野氏より、摩擦撚拌接合を利用して作製する水に浮く金属を使用した製品を考案する課題が与えられ、事前に分けられたグループでチームワークを行い、脳脊髄液に入れ脳圧を確認する装置、血中に薬剤を溶出するマイクロメタル、胃の中に浮かせておいて持続的に胃酸を下げる薬剤を溶出するデバイス、血管内プローブなど、様々なアイデアを出し合う場面もあった。

## 自分ならどうする？ 過去の治療から学ぶCTO、石灰化、分岐部病変治療

30日の午前中に行われたインタラクティブビデオライブセッションでは、ビデオライブ形式で演者が過去に治療した症例を解説し、モデレーターからの治療戦略やデバイスの選択などについての質問にアナライザーを使い会場の参加者が回答した。

豊橋ハートセンターの羽原真人氏からは50代男性のRCA遠位部のCTO病変を治療した症例が提示され、まず、ファーストワイヤに何を選擇するかが問われた。その後も、モデレーターを務めた豊橋ハートセンターの

木下順久と桜橋渡辺病院の岡村篤徳氏は演者や会場の参加者にマイクを向けワイヤ交換のタイミングや、ワイヤの選択やシェーピングの仕方などを質問した。

岐阜ハートセンターの大久保宗則氏は、透析を受ける60代の男性多枝疾患患者のLADの近位部と中間部の石灰化病変を治療した症例を提示し、木下氏と岡村記念病院の樽谷康弘氏がモデレーターとして、ステント術やロータブレータのサイズなどについて会場の参加者を交えディスカッションを進めた。

名古屋ハートセンターの村田朗氏はLADとハイラテの入口部の分岐部病変を治療した症例を提示し、木下氏と豊川市民病院の鈴木健氏がセッションを進行し、分岐部へのステント留置方法について議論された。



# Complex PCIの治療戦略

## ～加藤 修 vs インターベンショニスト100人～



国内のみならず海外のライブコースにおいても、複雑病変、特にCTO-PCIの第一人者として活躍する加藤修氏の手技を一目見ようと多くの参加者が集まる。29日の夜に開催されたボストン・サイエンティフィック ジャパン社との共催サテライトシンポジウムは、「Complex PCIの治療戦略 ～加藤 修 vs インターベンショニスト100人～」と題し、複雑病変に対するPCIの治療戦略について会場の参加者と加藤氏の選択の相違が検証された。

本シンポジウムでは、[独]地域医療機能推進機構北海道病院の五十嵐康己氏、豊橋ハートセンターの那須賢哉氏、高岡市民病院の平瀬裕章氏より提示された症例の治療のターニングポイントにおいて、どのような選択をするか複数の選択肢を挙げて会

場に問い、アナライザーを用いて得られた回答を踏まえ、加藤氏と座長を務める鈴木孝彦氏が、自身であればどのような選択をするか、また、その理由を解説した。会場の参加者の年齢は、30歳未満が約5%、30代が約30%、40代が約36%、50歳以上が約30%であり、参加者の施設の年間のPCI件数は、200-500例が約63%と大部分を占め、参加者の約90%はCTO-PCIの経験を有していた。



五十嵐氏が提示したCTO症例では、その症例に適したアプローチの仕方(TRIかTFI、ガイディングカテーテルの

サイズ)、ガイドワイヤのチップの位置がtrueかfalseかを確認する方法、造影所見からバルーン拡張後のno-flowが推測される原因、no-flowに対する処置、ステント留置後にno-flowが発生した原因などが質問された。また、治療をそこで終わるか、治療を迷う場面の造影像が提示され、治療を終えるか、更にステントを留置するかという質問に対し、会場の

40%がそのまま終了する、約60%がステントを留置すると回答し、座長の鈴木氏はステントを留置する、加藤氏はステント留置をせず治療を終えると意見が分かれる場面も見られ、最初の演題から時間が超過するほど白熱した。

那須氏は、RCAとLCXにCTO病変が認められた糖尿病性腎症を有する症例を提示し、コラテラルがはっきりしないCTO症例では時に治療戦略を誤ることがあるが、2枝のCTOの場合、臨床的に有意性の高い枝から先に治療するか、より簡単な病変から治療を行い、場合によっては一期的に治療するか、あるいはCABG、薬物療法を選択するかといったことが質問された。

平瀬氏からは、多くのリスク因子を有する80代の透析患者のRCAのCTOを伴うLADの高度石灰化+屈曲病変の症例が提示され、治療戦略などに加え、ステント留置後のhazyな造影像から、経過観察をするか、高圧拡張を追加するかなどを質問した。また、前拡張の前後でガイドワイヤの走行が変化していることに気づき、

ガイドワイヤが真腔を外れていると考えられた場合の選択を問い、会場の回答は、そのままステントを留置するが16%、ステント留置を回避するが28%、ガイドワイヤを入れ直してステントを留置するが55%であった。それに対し、加藤氏は、ガイドワイヤを入れ直す努力はするものの、再度ワイヤが同じルートを通る可能性は非常に高いと、自らの経験を踏まえて述べた。

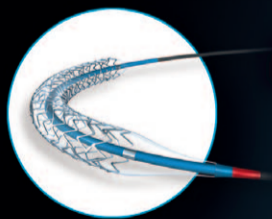
いずれの症例でも加藤氏は、治療戦略を決定したり、問題の原因を探るには患者背景や病変の特徴、多角度からの造影像やIVUS像、ACTなど、多くの情報を確認する必要があると言及し、鈴木氏からは、提示されたような複雑病変を有する患者に対しては、血管のみを見て安易にPCIを施行するのではなく、長期予後改善のために、糖尿病のようなリスク因子の管理を徹底する必要があることが伝えられた。

本シンポジウムは、PCIを極めた鈴木氏と加藤氏が局所治療の限界と全身管理の重要性を強調する場となった。

# Promus PREMIER™

Everolimus-Eluting Platinum Chromium Coronary Stent System

## PREMIER™ Performance.



**Deliverability**

**Apposition**



# Boston Scientific

Advancing science for life™



**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



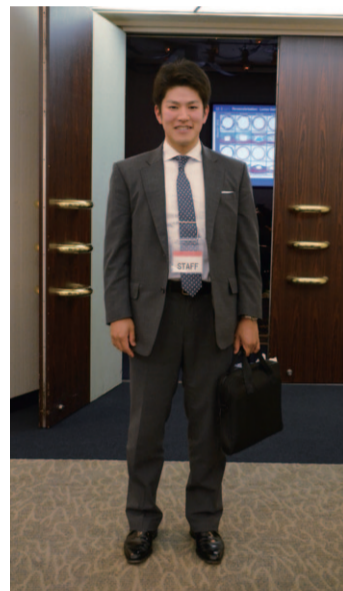
## 第4回豊橋ライブデモンストレーションコース ファカルティオブザイヤーを土井修氏が受賞

30日に開催されたファカルティディナーにおいて、豊橋ライブの母体となる東海ライブ研究会の活動に長年にわたり貢献した医師に贈られるファカルティオブザイヤーが昨年の受賞者である三重ハートセンターの西川英郎氏より発表された。今年は4月末に静岡県立総合病院を退職し、5月より第二岡本総合病院に移った土井修氏が受賞し、土井氏は、「倉敷から静岡そして京都」と題する講演を行い、これまでのバスキュラーインターベンションистとしてのキャリアを語った。

# TOYOHASHI LIVE's EYE

4TH TOYOHASHI LIVE DEMONSTRATION COURSE

TOYOHASHI LIVE  
MEETS  
GENTLEMEN



多様化する末梢血管インターベンション

CPAC 2014  
Complex Peripheral Angioplasty Conference

— 技術の真髄に迫る —

11.28 (FRI) >>> 29 (SAT)

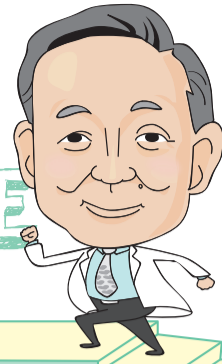
代表世話人 鈴木 孝彦(豊橋ハートセンター) 会場 ロワジュールホテル豊橋

# MY CAREER

豊橋ハートセンター 鈴木 孝彦 氏

本会の代表世話人である鈴木先生のPCIとの出会いは…。

CAREER



## Q PCIとの出会いを教えてください。

学生時代に心電図や心音などに興味を持ち、卒業後の研修期間が終了すると、循環器病学を学ぶために母校の岐阜大学第二内科の門を叩きました。当時は心臓の機能評価に関心を持っていましたが、我々の若い頃は自分の好きな研究ができるような時代ではなく、私に課されたテーマは、「肺静脈系のコンプライアンスについて」でした。大学でこの研究を続けるうちに、実臨床とのギャップを覚えました。大学は臨床より研究に重きを置き、医局員に学会発表や論文の執筆を促していましたので、学会で発表するための研究が多く、実臨床との乖離は日々広がるばかりでした。そのような中、AMIに対する再疎通療法の幕開けである冠動脈内血栓溶解療法(PTCR)がようやく日本で始まり、次の時代はこれが主流になると感じました。大学で研究をしていますが、PTCRへの興味とそれに対する気持ちが増すばかりでした。

大学で研究を続け、カテーテル治療の重要性を認識し始めた矢先にAndreas Gruentzig先生がスイスで第1例目のPTCAを行ったことを耳にしました。当初は、「冠動脈を傷つけるなどありえない」という印象を持ちました。しかし、その後日本においてもこの治療が少しずつ行われるようになり、知らず知らずのうちに私も興味を持ち始めました。欧米で数多くのデータが報告され、この治療の有用性が明らかになり始めた1983年に私は豊橋東病院に移り、PTCAを始める準備をしていました。

当時は小倉記念病院の延吉正清先生がPTCAに積極的に取り組まれていらっしゃいました。PTCAを豊橋東病院で行うことを決めると、岐阜大学の第二内科と一緒に仕事をすることもあった延吉先生から見学に来るようにお話をいただき、小倉記念病院にカテーテル治療を見学に行ったのですが、当時は延吉先生自身も独学で勉強されていたので、PTCAの難しさを痛感しながら豊橋に戻りました。

## Q 先生の1例目のPTCAについて教えてください。

Simpson-Robertカテーテルが日本でも使えるようになり、このデバイスなら何とかできるのではという期待を持ち、当時、国内では供給が限られていたこのカテーテルを入手し、最初の症例が決まると、スタッフとともに何度もシミュレーションをして万全な準備を整えました。

患者さんは50代の男性で、右冠動脈中間部に90%の狭窄を認める1枝病変でした。今なら誰でも直ぐに治療を終えられるような症例です。スタッフ一同気合を入れて治療を開始し、練習通りガイドワイヤを進めていきましたが、当時のシネ設備はガイドワイヤの位置が確認できない程で、それでもワイヤを何とか進め、バルーンを何度か膨らませましたが、ほとんど拡がらずに終わりました。その後、患者さんがより完璧な治療を求められましたので1ヶ月後に手術を行いました。術後にお亡くなりになってしまいました。その時に「やるなら責任を持ってやらなければならない」と強く感じました。

## Q 目標とされた術者はいらっしゃいましたか？

1984年スタンフォード大学のJohn Simpson先生のライブに出席した後、1986年に延吉先生らとともに岡崎市民病院でSimpson先生をお迎えしてライブデモンストレーションを行いました。術者はSimpson先生と延吉先生が務められました。当時の日本でのガイドワイヤ操作はプレシェーピングもなく、トルカーでワイヤを回転する技術も知らず、単にまっすぐのワイヤを押したり引いたりだけの操作だけでしたので、ガイドワイヤを病変部に通すのはもちろんのこと、冠動脈の本幹、側枝を選択するだけでも大変困難でした。そのため、Simpson先生の手技は目をみはるものでした。ワイヤの先端にプレシェーピングをほどこし、トルカーを使って意のままに回転させながら進めるのを見て驚きました。



その後、小倉ライブにGeoffrey Hartzler先生が来日され、Complex Lesionに対して、もののみごとなワイヤ操作を披露され、我々はそれに感動し、Hartzler先生の虜になりました。そのせいで我々もComplex LesionやCTOに精を出すようになり、それゆえ小生にとって人生の最高の出会いがあったわけです。加藤修先生と故・玉井秀男先生と3人でHartzler先生を目指しての切磋琢磨の始まりでした。名もないライブ、中日本、CCIC、そしてCCTと発展し、世界への発信をし続けたのです。

そして、嬉しいことに2010年に、加藤先生、故・玉井先生とともに、我々はアメリカ、ワシントンD.C.で開催されたTCTで、G.O. Hartzler Master Clinical Operatorアワードをいただきました。PCIの師であるHartzler先生からこの賞をいただけたことは最高の栄誉です。



## Q インターベンショニストとして追いつきたいテーマは？

私が追いつきたいテーマは、既存のデバイスとテクニックで最大限の治療効果を患者さんに提供することであり、常に安全で完全なPCIを行うために切磋琢磨してきました。CTOのようなComplex LesionへのPCIはその延長線上にあるだけです。これまで、完全に閉塞した冠動脈を自ら開発したデバイスとテクニックで抜け、手技成功を得ると同時に、利用できるモダリティを使って長期開存を得るためにあらゆる工夫してきましたし、もちろん、CTOの治療は閉塞した部位を外科的に治療することなく再灌流させるため、成功時にはいつも感動します。

CCTは、同じような考えを持った3人(加藤先生、故・玉井先生)が集まり、これまでPCIで助けられなかった患者さんをPCIで救いたいという強い思いで設立した研究会であり、ここから生まれた研究成果が世界で認められ、CTO-PCIの治療を確立させたことがこの領域における我々の最も大きな成果だと自負しております。

## Q 次の世代を担うインターベンショニストにメッセージをお願いします。

我々が第一線で活躍する時代は終わりました。これからは若い先生方が積極的に出られる時代です。今はデバイスが良くなっていますので、誰でも平均的なアウトカムは得られますが、それを過信せず、常に謙虚に努力を続けてもらいたいです。今のデバイスを使いこなせたからといって完璧だと思てはいけません。どの時代でも技術の向上に伴いデバイスの限界が見えてきます。その限界に直面した時に順応できる術者になってもらいたいです。冠動脈穿孔を起こしても心拍数が上がらない医者が理想ですが、そのような医者はまずいません。合併症が起きたら直ぐに外科に頼るといった考え方だけでは未熟です。その状況から逃げるのではなく、自分の患者さんに対して最後まで責任を持って治療にあたっていたいだきたいと思ひます。

そして、我々医師は症例数で評価されるのではなく、治療の結果で評価されるのです。最近では症例数を競い合い、症例数が多ければ技術に長けていると判断される方が多いですが、そこには患者さんが不在となっています。そのことを忘れず、日々精進してもらいたいです。

- 1973年 岐阜大学卒業
- 1973年 岐阜大学医学部(第二内科 内科学一般)
- 1976年 東京女子医科大学  
(心研内科 循環器内科 CCU)
- 1977年 岐阜大学医学部  
(第二内科 内科学 循環器内科)
- 1983年 国立療養所豊橋東病院 内科医長
- 1994年 国立療養所豊橋東病院 副院長
- 1999年 豊橋ハートセンター 院長

**TERUMO**<sup>®</sup>  
人にやさしい医療へ

強く、しなやかに。



自己拡張型ペリフェラルステント  
**Misago**<sup>®</sup>

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\*

\*浅大腿動脈領域における症候性の動脈疾患に対する、  
経皮的血管形成術の不成功に伴う急性もしくは切迫閉塞の治療目的のみの適用となります。