

バイパス開存に影響を及ぼす因子

バイパスグラフトが長期開存性にすぐれていることは間違いありませんが、動脈グラフトに比較すると開存率は劣ると考えられます。

静脈グラフトはバイパス後、動脈環境にさらされます。このために20%程度の内膜肥厚が発症し、この内膜肥厚は比較的、術後早期に出現して、1年以上を経過した場合は非常に安定した状態となります(図1)。このため、バイパス術後1~2年間は、厳密な管理が必要と考えられます³⁾。

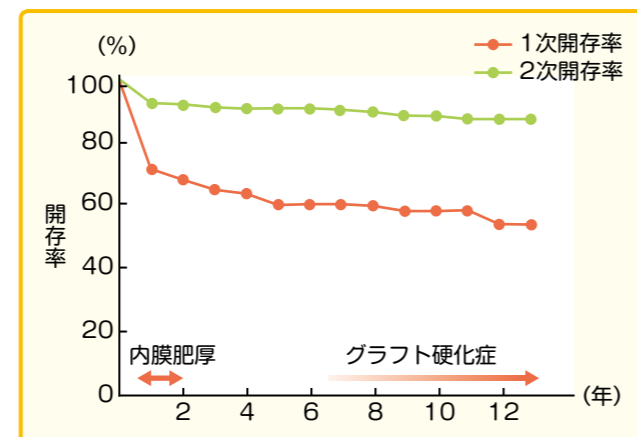


図1 静脈グラフトによる1次および2次開存率

CLI に対するバイパス術：適応症例

isolated BTK 病変

CLI のなかでも isolated BTK 病変に対する EVT では、閉塞病変で3か月後に発症し、OLIVE 試験でも3か月後の re-intervention の比率は34%に及んでいます。また、閉塞症例では3か月後

に73%が再狭窄・再閉塞に陥っており、現状では EVT の限界を示しているとも考えられます³⁾。このため、このような CLI 症例で前述のように良好な大伏在静脈が存在する場合は、バイパス術の適応も考慮する必要があると思われます。

症例1 71歳の男性

母趾の潰瘍壊死を主訴として紹介入院となった患者です(図2)。合併症としては糖尿病、高血圧、高脂血症、脳梗塞、狭心症を有しています。血管造影にて前後脛骨動脈の閉塞を認めました(図3A)。そこでバルーンによる拡張術を前後脛骨動脈におこない、良好な血流再開が得られています(図3B)。その後、右母趾切断術をおこないましたが切断端部位の治癒が停滞しました(図4)。エコー検査にて、前後脛骨動脈の再狭窄・再閉塞を示唆しま



図2 症例1：右母趾の潰瘍壊死



図3 症例1：前後脛骨動脈に対するバルーン拡張術前後の血管造影



図6 症例1：大腿動脈-後脛骨動脈バイパス術後の血管造影

した。このために EVT では完全なる潰瘍治癒を得ることは困難と考え、また将来的な再発の可能性を考慮してバイパス術の選択に踏み切りました。大伏在静脈を *in situ* 法にて使用し、



図4 症例1：右母趾切断術後



図5 症例1：大腿動脈-後脛骨動脈バイパス術



図7 症例1：潰瘍の治癒

大腿動脈-後脛骨動脈バイパス術をおこないました(図5)。術後造影でも良好な血流が得られ(図6)、潰瘍は治癒しており、その後の再発は認められていません(図7)。