

PASM 2026

プログラム・抄録集

日時：2026 年 2 月 21 日（土）

（第 56 回日本心臓血管外科学会 併設研究会）

17：30-19：30

会場：幕張メッセ 国際会議場 第 4 会場 2F201

開催形態：現地開催

セッション 1， 2：発表 5 分，質疑応答 5 分

開会の辞（17 時 30 分～33 分） 愛知医科大学 血管外科 児玉章朗

セッション 1（17 時 33 分～18 時 23 分：発表 5 分，質疑応答 5 分）

座長 九州大学大学院消化器・総合外科 森崎浩一

1. 鼠径部感染に対して大腿静脈を外腸骨動脈および浅大腿動脈に端々吻合して複数の課題を解決した外側迂回バイパスの経験
旭川医科大学 外科学講座 血管外科学分野¹
大阪大学 心臓血管外科²
旭川医科大学 包括的高度慢性下肢虚血研究講座³

渕澤京慶，菊地信介¹，落井出海¹，神野浩史¹，浦本孝幸¹，土井田務²，大平成真¹，
鎌田啓輔¹，栗山直也¹，東信良^{1,3}

2. 解剖学的複雑性の高い肝動脈瘤 2 症例に対する外科的再建術
旭川医科大学 外科学講座 血管外科学分野
落井出海，栗山直也

3. 右鎖骨下動脈瘤に対して，鎖骨上切開で椎骨動脈温存・瘤切除・再建を行った一例
東京大学 血管外科
三輪拓実，白須拓郎，上村拓，澤井崇行，渡部こずえ，望月大輔，鈴木海，
飯島夏海，川邊健士朗，田所優，高坂彩子，佐野允哉，高山利夫，保科克行

4. EVT 後早期再閉塞を繰り返す右 SFA の閉塞性病変に対し，FP bypass にて治療した 1 例
川崎医科大学附属病院
橋口大毅，栗田憲明，山根尚貴，田村太志，渡部芳子，田淵篤，丁サムエル，
古澤航平，山澤隆彦，畝大

5. 巨大上腸間膜動脈周囲神経線維腫に対して，double bypass により全小腸温存し，
en bloc に腫瘍切除しえた 1 例
慶應義塾大学医学部外科
子島大輝，尾原秀明，堀之内友紀，海ヶ倉紀文，林秀行，林応典，藤村直樹，

阿部雄太, 北川雄光

セッション2 (18時24分～19時4分：発表5分，質疑応答5分)

座長 松山赤十字病院 血管外科 山岡輝年

6. EVT failure 後の CLTI 症例に対し，CFA patch 形成と distal bypass を組み合わせ
救肢した1例

関西医科大学総合医療センター 血管外科

大野雅人，駒井宏好，深山紀幸，山本暢子

7. 膠原病関連 no-option CLTI に対しレオカーナ施行後に足部バイパス術を行い救肢
し得た一例

大阪大学大学院医学系研究科外科学講座 心臓血管外科学

山角 太良

8. 術後動注シースで形成された血栓の除去後，虚血再灌流障害と過剰抗凝固により
グラフト圧排を呈した亜急性期 ALI の一例

川崎医科大学総合医療センター 血管外科

磯田竜太郎，立川貴大，山根尚貴，石田敦久，森田一郎

9. 複合病変を有し自家静脈グラフト不良時の血行再建の工夫

イムス東京葛飾総合病院 血管外科

河野通成，中村智一，上條健介

セッション3 (19時5分～18時20分)

座長 愛知医科大学 血管外科 児玉章朗

PASM2025 優秀演題賞 研修報告

東京都済生会中央病院 血管外科 尤 礼佳

PASM2026 最優秀演題者発表 (40歳以下) (19時20分～19時25分)

閉会の辞 (19 時 25 分～19 時 30 分) 慶應義塾大学 外科 尾原秀明

演題 1

鼠径部感染に対して大腿静脈を外腸骨動脈および浅大腿動脈に端々吻合して複数の課題を解決した外側迂回バイパスの経験

- 1 旭川医科大学 外科学講座 血管外科学分野
- 2 大阪大学 心臓血管外科
- 3 旭川医科大学 包括的高度慢性下肢虚血研究講座

瀧澤京慶，菊地信介¹，露井出海¹，神野浩史¹，浦本孝幸¹，土井田務²，大平成真¹，鎌田啓輔¹，栗山直也¹，東信良^{1,3}

80 歳台男性．持続性 VT によるショックで救急搬送となり，左総大腿動脈（CFA）より Impella®挿入された．抜去時に内膜損傷を生じ，他科で複数回の形成術を行ったが最終的に感染破綻し仮性瘤となった．32mm の腹部大動脈瘤を合併しており，将来 EVAR を見越した術式を選択した．不良な大伏在静脈，迂回距離の長さ，EVAR が可能なアクセスの 3 つの観点から，対側大腿静脈グラフトを外腸骨動脈および浅大腿動脈を剥離して離断した断端に端々吻合した．この外側迂回バイパスは，上記の課題を払拭する術式となった．本術式は表層から後腹膜に走行する際に生じる外腸骨動脈との吻合角度や，病変血管との吻合の問題点も同時に解決し，大動脈を含め血管内治療のアクセスとして使用可能となった．感染破綻した CFA は摘除し，大腿深動脈を縫合閉鎖した．鼠径部は開放管理して肉芽形成の後に術後 45 日で植皮して完治した．術後半年経過したが，再建部に異常なく経過している．

演題 2

解剖学的複雑性の高い肝動脈瘤 2 症例に対する外科的再建術

旭川医科大学 外科学講座 血管外科学分野

落井出海, 栗山直也

血管内治療(EVT)が標準とされる内臓動脈瘤治療において, 解剖学的複雑性の高い症例は外科的再建が推奨される. 症例 1 は 70 代女性で, 多発固有肝動脈瘤(胃十二指腸動脈[GDA]分岐直後 28mm の紡錘状瘤および左右肝動脈分岐前 8mm の囊状瘤)に対して, 瘤入口部が大きくかつ中枢ネックが短いため EVT は困難と判断した. 瘤切除後の開口部を閉鎖して, GDA を末梢側に追った後に離断し, 二つ目の囊状瘤を越えた固有肝動脈末梢に端々吻合して再建した. 症例 2 は 70 代男性. 右肝動脈瘤(最大径 22mm の囊状瘤)は GDA および左肝動脈分岐直後から発生し, 中枢ネックは無く, これらの分枝への塞栓回避のため外科手術の適応とした. 瘤を切除しわずかに残った正常部位を吻合線として右肝動脈を再接着し, すべての分枝を温存した. 2 症例とも術後経過は良好であった. 解剖学的複雑性の高い肝動脈瘤に対して瘤切除・動脈再建術を施行し, 良好な転帰を得た 2 症例を経験したため報告する.

演題 3

右鎖骨下動脈瘤に対して、鎖骨上切開で椎骨動脈温存・瘤切除・再建を行った一例

東京大学 血管外科

三輪拓実, 白須拓郎, 上村拓, 澤井崇行, 渡部こずえ, 望月大輔, 鈴木海, 飯島夏海, 川邊健士朗, 田所優, 高坂彩子, 佐野允哉, 高山利夫, 保科克行

症例は 70 歳男性。左側嗄声の精査の CT で右鎖骨下動脈瘤を指摘された。左反回神経麻痺は耳鼻科手術で治癒した後に当科手術となった。

右鎖骨上の皮切は 6cm。胸鎖乳突筋鎖骨頭と前斜角筋を切離。横隔神経、迷走神経、交感神経はいずれも確認して温存。内頸静脈外側で瘤末梢を確保し、内側で瘤中枢、椎骨動脈、内胸動脈、甲状腺動脈をすべてテーピング。甲状腺動脈を結紮切離し、鎖骨下動脈遮断後に椎骨動脈を温存するように瘤中枢で鎖骨下動脈を切離・閉鎖。脆弱な瘤を完全に切除し、総頸動脈－右鎖骨下動脈を側端吻合した。術後合併症なく術後 7 日目に退院した。

鎖骨下動脈瘤は稀な疾患であり、血管内治療での報告例も増加しているが残存瘤拡大に伴う神経障害などの圧迫症状の懸念が残る。一方、直達手術は瘤切除を行えば根治的であるが、胸骨正中切開を要する場合もある。小切開の直達手術のみで完結できたが、不能な場合に検討していた代替案も含めて報告する。

演題 4

EVT 後早期再閉塞を繰り返す右 SFA の閉塞性病変に対し、FP bypass にて治療した 1 例

川崎医科大学附属病院

橋口大毅，栗田憲明，山根尚貴，田村太志，渡部芳子，田淵篤，丁サムエル，
古澤航平，山澤隆彦，畝大

症例は 77 歳女性。右下肢の間欠性跛行にて紹介となり右下肢閉塞性動脈硬化症

(Fontaine II 度，Rutherford I -2) と診断した。右 SFA mid に短区間(44mm)の閉塞性病変を認めた。初回治療は，EVT で治療する方針とし DCB (Ranger) にて治療した。術後 4 日目に膝下動脈触知不良となり，右 SFA が再閉塞，かつ閉塞区間が延長していた。再度 EVT で介入し，DES (ELUVIA) で治療した。その術後 2 日目にエコーで SFA 再々閉塞を認めた為，血栓吸引デバイス (Indigo) による血栓吸引と，末梢に DES (ELUVIA) を追加し，内側から SG (Viabahn) を留置した。こちらも術後 4 日目のエコーで閉塞が確認され，外科治療の方針とした。最終的には自家静脈を用いた FP(AK) bypass を施行したところ閉塞なく開存を継続している。本症例は血管内治療後に起きた再閉塞に対し，血管内治療にて複数回に渡り介入したが，閉塞区間を伸ばすだけで治療に難渋した。血管内治療全盛期の今現在に我々血管外科医がどのタイミングで外科治療を考えるべきなのか，また血管内治療自体にどんな改善の余地があるのか，是非教えて頂きたく当院の経験症例を提示させて頂く。

演題 5

巨大上腸間膜動脈周囲神経線維腫に対して、double bypass により全小腸温存し、en bloc に腫瘍切除しえた 1 例

慶應義塾大学医学部外科

子島大輝，尾原秀明，堀之内友紀，海ヶ倉紀文，林秀行，林応典，藤村直樹，
阿部雄太，北川雄光

症例は 31 歳女性。X 年に上腸間膜動脈（SMA）起始部周囲に 6 cm 大の腫瘤を指摘され、X+6 年には 10 cm に増大、針生検で神経線維腫の診断となった。消化管圧排症状を認めたが前医で手術困難と判断され当院紹介となった。腫瘍内に SMA 本幹および空腸静脈・下腸間膜静脈・門脈-上腸間膜静脈（SMV）が走行しており、完全切除には SMA/V 合併切除、血行再建が必須であった。SMA 起始部と全ての小腸枝、回結腸動脈を確保し、右結腸・中結腸動静脈は切離した。右大伏在静脈グラフトを用いて右総腸骨動脈と第二空腸動脈・回腸動脈へ double bypass を作成し小腸血流を確保した。SMV は右卵巣静脈へバイオポンプを確立し、術中の小腸の静脈灌流を維持した。その後 SMA/V と腫瘍を en bloc に切除した。SMV は左大腿静脈グラフトで再建した。以上により全小腸を温存し、腫瘍を完全切除しえた。術後 5 日目の造影 CT で腸管の良好な血流を確認後、術後 21 日目に独歩退院した。術後 2 年無再発で経過し、合併症なく第二子を妊娠・出産した。

演題 6

EVT failure 後の CLTI 症例に対し，CFA patch 形成と distal bypass を組み合わせ救肢した 1 例

関西医科大学総合医療センター

大野雅人，駒井宏好，深山紀幸，山本暢子

85 歳 女性 主訴は右第 1，3 趾潰瘍。1 年前に外傷で右第 3 趾潰瘍出現。

前医で SFA 狭窄と Pop A 閉塞に対し EVT が施行され SFA に DES 留置されるも早期閉塞を認め，SFA へ追加ステント留置し ATA への POBA が施行されるも，翌日閉塞。保存的に経過をみられていたが，徐々に潰瘍の悪化と右第 1 趾にも新規潰瘍が出現したため当科へ紹介となった。

既往に糖尿病と高血圧があった。術前検査では ABI は検知されず，SPP は疼痛のため測定不能であった。血管造影では SFA に留置されたステントが閉塞。DFA もステントで jail されていた。下腿は腓骨動脈から足底動脈が造影された。

手術は DFA を jail しているステントを部分的に除去し Xenosure で CFA をパッチ形成したのち，Xenosure から腓骨動脈への自家静脈バイパスを施行した。術後 ABI は右 1.03 SPP は右足背 40 足底 31 まで改善した。

術後 14 日目に退院し，術後 50 日目に右第 1,3 趾断端形成術を施行し創は治癒した。

今回の症例では CFA のステントを除去したため吻合口の heel に相当する部位の壁が大きく欠損してしまった。そこで，まず patch 形成術を施行した後，自家静脈バイパスを行う事で無理のない血行再建術を行う事ができた。また腓骨動脈への distal bypass は救肢のために非常に有効であった。

演題 7

膠原病関連 no-option CLTI に対しレオカーナ施行後に足部バイパス術を行い救肢し得た一例

大阪大学大学院医学系研究科 外科学講座心臓血管外科学

山角 太良

Chronic limb-threatening ischemia (CLTI) には血行再建が困難な no-option 症例が存在し、治療成績および救肢率は依然として不良である。特に、微小循環障害はバイパス術の長期開存性や創傷治癒に大きく影響し、治療戦略における改善が重要となる。49 歳男性。膠原病関連 CLTI として右足部の安静時痛と皮膚潰瘍を認め、血管造影では足背動脈・足底動脈の描出は乏しく、SPP は足背 10 mmHg と著明に低下していた。末梢側吻合血管である外側足底動脈径は 0.4 mm と極めて細く、創部はバイパス予定経路上に位置し感染リスクも高かったため、初期治療として血行再建は困難と判断した。微小循環改善を目的として Rheocarna®を用いた血液浄化療法を先行したところ、2.5 ヶ月後に外側足底動脈径は 0.8 mm へ拡大し、バイパス経路上の創部縮小も得られたため、右膝下膝窩動脈—外側足底動脈バイパス術を施行した。術後 SPP は 73/74 mmHg に改善し、3 ヶ月で創傷は治癒し救肢に至った。Rheocarna®を用いた血液浄化療法による微小循環改善は、従来血行再建が困難とされた no-option CLTI に対し、バイパス術の適応拡大と治療成績向上に寄与する可能性が示唆される。

演題 8

術後動注シースで形成された血栓の除去後，虚血再灌流障害と過剰抗凝固によりグラフト圧排を呈した亜急性期 ALI の一例

川崎医科大学総合医療センター 血管外科

磯田竜太郎，立川貴大，山根尚貴，石田敦久，森田一郎

基礎疾患のない 65 歳男性。発症約 13 日経過した左急性下肢虚血（Rutherford II b）。Indigo による血栓吸引を数回実施したが大量の器質化血栓のため無効であり Fogarty へ移行した。すでに足部微小血管の血栓化や内膜肥厚を呈していたことから前・後脛骨動脈共に開通困難であった。長時間の手技の末，膝下膝窩-足底動脈バイパスを施行し，run-off 不良のため術後はシースからの選択的動注を継続した。術後 3 日目に確認造影したところ，CFA に留置した 8Fr シースから Destination を挿入していたが，8Fr 側からの抗凝固を行わなかったことで SFA 内に血栓を形成してしまったため再血栓除去を施行した。翌朝にグラフト拍動低下，左下肢の疼痛増悪と運動・感覚障害を呈したため，コンパートメント症候群と診断し緊急で下腿外側に筋膜切開を追加した。しかし症状改善乏しく下腿内側の切開創を開創したところ，大量の浸出液が噴出しグラフト拍動が改善した。本症例から，亜急性期の広範囲閉塞では Indigo やフォガティに固執せず早期にバイパスへ転換する判断に加え，術後シース管理や抗凝固についても慎重な検討が必要である。

演題 9

複合病変を有し自家静脈グラフト不良時の血行再建の工夫

イムス東京葛飾総合病院

河野通成，中村智一，上條健介

83歳女性。施設入所中，心房細動と高血圧加療中，ADLは車椅子。左下腿前面に黒色壊死を認め近医皮膚科で処置を行うも3週間で改善せず足趾，踵部にも新規潰瘍を認めCLTIの診断で当院救急搬送。造影CTでCFA，DFA，SFA閉塞を認め，側副路からP1は開存しているが，P2—P3で再度閉塞，下腿はATAのみ側副路から血流あり。発症3週間以上経過している塞栓症疑いであり，全身麻酔の耐術能ありDistal bypassの方針に。静脈グラフトはGSV，SSV，上肢の血管含め右GSV10cm程度のみ使用可能であった。そのためCFA—DFA血栓内膜摘除，SFA近位部からSFA遠位までPROPATEN 6mm使用しバイパス，SFA遠位は血栓内膜摘除を行い，P1—P3/TPTに解剖学的ルートで自家静脈バイパス施行（non-reverse GSV）。術後SFA TEA部分の狭窄，バイパス中枢側吻合部の狭窄を認めたためEVT追加しステント留置。足部潰瘍は術後2ヶ月で治癒，左下腿前面の潰瘍はデブリードマンを繰り返し脛骨露出もVACなどを用い切断することなく創部縮小し植皮予定している。