

日本 IVR 学会 国際交流促進制度

CIRSE2007 参加印象記

兵庫医科大学 前田 弘彰

このたびは日本 IVR 学会 2007 年度国際交流促進制度に当選させていただき、まずはお礼申し上げます。

CIRSE 2007 は 2007 年 9 月 8 日から 12 日までの 5 日間の日程でギリシャの首都アテネ、Megaron Athens International Conference Centre を会場として開催されました。日本からはギリシャへの直行便がないため、今回は同じ兵庫医科大学の小林薫先生と大阪 PL 病院の二ノ井照久先生との 3 人で関西空港発ドバイ経由のエミレーツ航空でアテネ入りしました。二ノ井先生とは主な研究分野が同じ「門脈亢進症の IVR」であるためこれまでも国内学会などではよく一緒にさせていただいていましたが、今回は行程のはじめから終わりまで同行動であり、海外学会参加経験の少ない私には心強い旅の伴になっていただきました。

私自身、CIRSE の参加は 2003 年のトルコ、アンタルヤ以来 4 年ぶりでしたが、今回はまだ紙に印刷したポスターを持参しての参加でありました。今回はもちろん EPOS での演題登録でしたが、会場の一角には EPOS 専用のパソコンが 20 台ほど設置されたスペースがあり、おのおの空いた時間に閲覧が可能で気になった演題は PDF ファイルとして自分宛にメールで送信することもでき、とても便利でした。

さてこの原稿を書くにあたり「印象に残った演題を」と規定にあるのですが、今回はまずその前に一般演題とは別に私の師匠であります兵庫医大・廣田省三先生と大阪市大・中村健治先生とが企画されたワークショップ「BRTO」について書かせていただきましたと思います。

「BRTO」はご存じのように日本で開発された手技であり現在国内では胃静脈瘤治療の第一選択と言えると思います。最近では韓国からの論文も見られるようになりましたが、欧米でも徐々に注目されるようになり、CIRSE では初となる日本人だけの企画によるワークショップが今回行われました。始め

に廣田先生が BRTO についての概要を講演されたあと帝京大の古井滋先生が「BRTO の手技」について、続いて二ノ井先生が「BRTO の適応と合併症」、中村先生が「BRTO vs TIPS」を講演されました。その後フロアで中村先生が手作りされた胃静脈瘤の血管モデルを使って質疑応答がなされました。集まるのが日本人ばかりになるのでは、という不安をよそに多くの海外の先生が来られ活発な discussion がなされたことはこの分野を専門にしているものとしてとても誇らしく思いました。欧米での BRTO の普及には硬化剤の種類や日本国内でしか販売されていないハプトグロビンの使用の是非など障壁となる問題もまだまだあります。今後はそういった問題の解決に寄与できるような研究ができればと考えています。

[Evaluation of balloon-occluded retrograde transvenous obliteration (B-RTO) for ruptured gastric varices]

S. Kanasaki

奇しくも今回の私の発表と同じテー

マの発表であった。10 例の胃静脈瘤出血例に対する B-RTO の報告で、B-RTO が施行される前に EIS が施行された症例が 5 例、SB チューブが挿入された症例が 2 例あった。胃静脈瘤からの主排水路は 9 例が GR シャントで 1 例のみ左下横隔静脈が主排水路であった。全例とも B-RTO の手技は成功しているが、1 例のみ術後の造影 CT で静脈瘤の残存があり EIS が追加されている。全例とも手技中に重篤な合併症はみられなかった。平均 1269 日の観察期間において胃静脈瘤の再増大はなかったが、2 例で食道静脈瘤の増悪があり、EVL が施行されている。

我々の発表でも同じあるが、出血した胃静脈瘤においても事前の EIS や SB チューブによる一時的な出血コントロールを併用することで安全に B-RTO を施行することができ、良好な治療効果を得ることができる。

[Balloon-occluded retrograde transvenous obliteration using a combination of high-concentration glucose and 5% ethanolamine oleate iopamidol for progressive gastric varices]

O. Ikeda

B-RTO では静脈瘤の硬化剤として 5% EOI を用いるのがスタンダードであるが、その毒性のため一日に使用できる量に制限がある。そのため瘤が大きな場合や側副路が発達している場合は補助的に側副路をマイクロコイル



Megaron Athens International Conference Centre, アテネにて筆者



ワークショップ「BRTO」にて
廣田省三先生(左), 中村健治先生(右)

で塞栓を行ったり、無水エタノールや50%ブドウ糖液を併用したりする。この演題ではこのとき50%ブドウ糖液より更に高濃度の70%ブドウ糖液を使用して、効果を比較検討している。胃静脈瘤の側副路の発達をgrade1, 2, 3と分け(同じ“grade”を用いた分類なので混乱するが、我々が以前より用いている“grade分類”とは異なる。側副路の発達が乏しいものをgrade1, 非常に発達しているものをgrade2, 胃腎シャントが太くバルーン閉塞が不可能でB-RTOが施行できなかったものをgrade3としている。)50%ブドウ糖液併用群15例, 70%ブドウ糖液併用群8例で比較検討を行っている。B-RTOの成功率について両群間には統計学的には有意差はみられなかったもののgrade2に限定すると50%ブドウ糖液には十分に凝固できなかった症例が4例含まれている。70%ブドウ糖液群では全例十分な凝固が得られている。このことから側副路の発達した胃静脈瘤では70%ブドウ糖液を併用することで5%EOIの使用量を減らすことができる。

[Infection of transjugular intrahepatic portosystemic shunt devices (tipsitis): incidence and outcome, a single centre experience and literature review] E. Arestis

単一施設において14年間に786例のTIPSが施行されている。全例でTIPSに先駆けて抗生剤が予防的に投与されているが、87例(11%)に一過性の感

染が発生した。そのうち6例(0.8%)がTIPSステント感染(“tipsitis”)であった。これらの症例全例に発熱と繰り返す菌血症が見られた。TIPSステント感染はTIPS施行後平均21.6±7.1ヵ月後に発症している。原因菌には*E.coli*, *E.cloacae*, *E.faecium*, *L.rhamnosus*, *S.aureus*が見られた。4例でTIPSルートが閉塞(Definite TIPSitis), 2例でTIPSルートが開存していた(Probable TIPSitis)。抗生剤の使用期間は平均3ヵ月。3例が敗血症で死亡している。1例は感染と無関係に肝腎不全で死亡している。TIPSステント感染は稀ではあるが致死的な合併症であり、TIPS施行後に原因不明の菌血症を見た場合は“tipsitis”を疑う必要がある。

[Evaluation of basic study on effect of chemoembolization with concentration difference of CDDP+Lipiodol suspension on normal liver tissue]

S.Sahara

CDDP+リピオドール懸濁液とゼラチンスポンジ細片を用いたTACEの正常肝細胞への影響を検討している。12頭のブタをA群:CDDPを含まない, B群:CDDP 10 mg/ml, C群:CDDP 20 mg/ml, D群:CDDP 30 mg/ml使用の4群に分けTACEを施行(リピオドールの使用量は0.1 ml/kg)し, 1週間後に総ビリルビン値, γ -GTP, AST, ALT, BUN, 血清クレアチニン値, および顕微鏡的に肝細胞壊死率を用いて評価している。結果は, 肝壊死率はA群:

0.832±0.334%, B群:2.324±1.126%, C群:8.056±3.276%, D群:11.822±4.912%であった。A群とC, D群およびB群とC, D群の間に有意差が見られた。A群とB群の間に有意差はなかった。血液データに関してもCDDP濃度が上がるにつれ各データの増加が見られた。以上より10 mg/ml CDDP+リピオドール+ゼラチンスポンジ細片によるTACEが正常肝細胞へのダメージが少なく安全に施行しうる。

[Hepatocellular carcinoma treated by superabsorbent polymer microspheres (HepaSphere) bland embolization]

S.Hori

抗癌剤を併用しないHepaSphere単独の“bland”なTAEのHCCに対する有用性を評価する。適応は高齢者, 高度の肝機能障害, 全身状態不良, 進行したHCCの初回治療。術後1週間以内に重篤な合併症は見られなかった。1ヵ月後の肝障害は軽度。1ヵ月後のCTでは22%(18/82)の症例で腫瘍は完全に消失し, 54%(44/82)で50%以上の縮小あるいは壊死化が見られた。術後1年生存率は95%, 2年生存率は74%であり, 良好な結果が得られた。

[Abdominal abscess drainage: advantage agents, a clinical study]

D. Bonilla

腹腔膿瘍治療時に膿瘍腔内にウロキナーゼ注入することの有用性の検討。経皮的膿瘍ドレナージを行われた94症例を対象とし, 無作為に生理食塩水で膿瘍を灌流する群とウロキナーゼで灌流する群に割り振った。ドレナージカテーテル留置後3日間, 生理食塩水またはウロキナーゼを2時間間隔で3回膿瘍腔内へ注入し30分カテーテルをクランプした後に吸引する。カテーテルは一日の排液量が10 ml以下になると抜去した。治療期間は生理食塩水群が9.5±5.1日に対してウロキナーゼ群は6±4.5日と有意に短く, 入院期間も生理食塩水群16±11.3日に対してウロキナーゼ群11±7.5日と短縮している。入院費用も同様に生理食塩水群が4800ユーロに対してウロキナーゼ群が3300ユーロと安価になっている。以上よりウロキナーゼの腹部膿瘍腔内注入は治療期間の短縮と入院費用の削減に貢献し, 経皮的膿瘍ドレナージが必要な患者の臨床過程を改善する。