

# 低侵襲心臓血管外科手術 のトップランナー達 ～低侵襲性と根治性，技術 高度化と後進教育の共存～

企画：縄田 寛

(聖マリアンナ医科大学 心臓血管外科)



## HEART's Selection

「3 枝病変は外科に送って冠動脈バイパスが当たり前」だったのはもう過去のこと。「弁膜症手術だけは外科の牙城でしょう」とはもはや時代遅れ。PCI や TAVR, MitraClip<sup>®</sup>, Watchman<sup>™</sup> 等の新たな経皮的治療手技が次々と登場し、心臓血管外科手術がカテーテル手技に着実に“侵食”されている。誤解を恐れず言えば「外科的治療は侵襲が大きいが根治性に優れ」ていて「内科的治療は侵襲が少なく回復が早い点が魅力的だが、往々にして根治性には劣る」。外科医からすれば、低侵襲治療≠低リスク手技であり、カテーテル治療で起き得る合併症のバックアップとしても外科は無くてはならない存在のはずだが、内科が患者紹介の gate keeper であるために同じ牌を食い合って症例数が減少しているのが現状である。その一方では、(外科に限った話ではないが)治療手技が洗練されるにしたがって難易度が上昇し、若手にチャンスが回ってこないためにモチベーションが維持できず心臓血管外科医としての道を諦める者も出てくる。チームによっては平成 30 年の診療報酬改定によって保険点数が加わった胸腔鏡補助下の低侵襲手術の導入に消極的となる理由の一つであろう。

本企画では、冠動脈バイパス術、弁膜症手術、左心耳閉鎖術の領域で「カテーテル治療にも引けを取らない低侵襲性」と「高い根治性」とを両立している心臓血管外科医に寄稿をお願いした。最先端の外科治療を提供するトップランナーだからこそ語れる技術の高み追求への思い、加えて(「施設の集約化」という別の重要なテーマはさておき)手術の要求レベル・難易度の上昇と後進指導との両立・バランスについても言及をいただきたいと考えた。

PCIに対する低侵襲 CABG に関し、沖縄県は友愛医療センターの菊地慶太先生に、低侵襲でありながら上行大動脈への操作を避け合併症発症リスクを可能な限り下げることがを意図した an-aortic MICS CABG への道のりをご解説頂いた。

MitraClip<sup>®</sup> に対する低侵襲僧帽弁手術(ロボット手術も含めて)には千葉西総合病院の中村喜次先生、様々なタイプの低侵襲手術を俯瞰する視点から、Da Vinci<sup>®</sup> や国産 hinotori<sup>™</sup> に関する最新情報のみならず、ロボット手術ならではの後進教育の可能性についても言及して頂いた。

TAVR のカウンターパートとしての低侵襲 SAVR については東京ベイ・浦安市川医療センター/虎の門病院の田端実先生にお願いした。人工心肺使用とどうしてもクリアできない TAVR との違い

を凌駕する、SAVR の利点を最大化するための考え方について、また多職種協働集団としての弁膜症ハートチームの総合力を高めることの重要性、そして将来の方向性についても重要な提言を頂いた。

Watchman<sup>™</sup> やカテーテルアブレーションに対する低侵襲外科的不整脈治療・左心耳マネジメントについては、ニューハート・ワタナベ国際病院ウルフ・オオツカ低侵襲心房細動手術センターの大塚俊哉先生より、抗凝固療法からの離脱をエンドポイントとし低侵襲性も兼ね備える W-O 法の現在地について詳説頂いた。

内科と外科が互いに切磋琢磨し患者に最適な治療を提供する循環器診療の実践のための生きた情報提供となれば幸甚である。