

明けましておめでとうございます



心臓血管外科
部長 小林豊

季節がら当院でも急性大動脈解離の緊急搬入が増えてまいりました。我が国は世界でもトップレベルの急性大動脈解離発症率となっております。これは高血圧、高齢者の数が増加していることもさることながら、我が国の診断能力の高さにあると考えられております。大動脈解離の症状は多彩で、解離や entry tear の部位により痛みの性状や範囲も違い、また各臓器虚血で発症することも珍しくなく、的確な検査と診断能力が要求されます。

幸いにも当科にご紹介いただいている先生方には迅速に対応していただいております。その診断・対応能力の高さに心臓血管専門医としても頭の下がる思いで深く感謝し、また私自身も日々勉強させていただいております。

当科におきましては常に緊急手術が行える体制をとっており、また24時間365日ドクターカーでの対応を行っていることから、他院様よりご紹介いただく機会が増えております。また心臓血管麻酔専門医を有する手術チームで対応させていただいていることもあり、その治療成績に関しても高い救命率を実現していると自負しております。

しかしながら大動脈解離と一口に言っても様々な形の解離が存在いたします。またそれに対する治療方法も日進月歩となっております。今回は多様化する治療方法に関して症例を交えつつご紹介させていただきます。

急性大動脈解離の治療

～上行大動脈解離の基本は緊急手術～

急性大動脈解離は未治療であれば24時間以内にはほとんどの患者様が死亡するという急性の転機を取る予後不良の疾患であります。上行大動脈に解離が及ぶ場合 (Stanford type A) は特に進行が早く、緊急手術での対応が不可欠です。解離によって新たに形成された腔 (偽腔) が開存している場合はもちろんですが、偽腔が閉鎖しているものに関しても当科では緊急手術で対応させていただいております。

日本のガイドラインでは偽腔閉鎖型に関しては一定の条件を満たせば降圧管理での経過観察も可能となっておりますが、自身の経験上、偽腔閉鎖型のほとんどはCTでは認めなくても胸を開けるときの血性心嚢液を伴う滲出性破裂を起こしており、進行の速さがうかがわれます。

また欧米においても一度解離した血管は将来的な再解離や破裂の危険が高いとして偽腔閉鎖型も積極的な手術適応となっております。

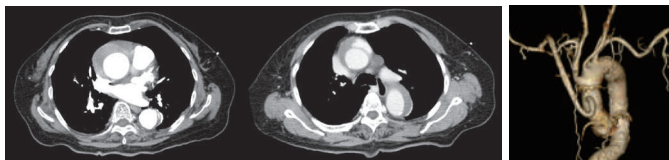
～上行大動脈に及ばないものは保存的治療?～

上行大動脈に解離が及ばない、いわゆる Stanford type B 解離に関しては保存的治療が基本になります。当科では常に緊急手術ができる体制を整えつつ、プロトコールにしたがい降圧管理を行い適宜CTを施行して解離の状態をチェックして管理しております。経過中に解離の状態が変化することも少なくないため、状態の変化によっては手術治療としております。血管の状態が安定したところで退院となりますが、偽腔が大きい場合などは将来的に拡大傾向を認め手術が必要となることもあります。

近年ではステントグラフト治療が急性大動脈解離にも適応されるようになってきており、急性もしくは亜急性期に解離の entry をふさぐことにより将来的な拡大や臓器虚血を防ぐことが可能であると考えられています。しかし内膜の不安定な急性期に血管内治療を行うこともリスクがあり、経験豊富な施設での治療が必要となります。当科では血管内超音波やマイクロカテーテルによる偽腔内血圧の測定などを駆使することで安全なステントグラフトの留置を可能にしております。以下に実際の急性大動脈解離に対する治療をご紹介します。

症例 1 / 84 歳、女性

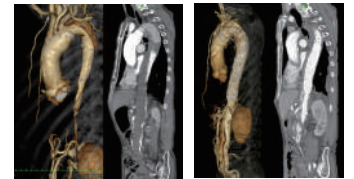
胸痛を主訴に前医を受診し急性大動脈解離の診断で紹介となり当院ドクターカーにて搬送となった。大動脈解離は基部まで及んでおり、大動脈弁閉鎖不全症を合併していた。また解離の偽腔による圧排で右鎖骨下動脈は閉塞して右上肢の血圧は触知不能であった。緊急手術にて entry 閉鎖目的に上行置換術を施行、同時に解離した基部と大動脈弁を形成することにより大動脈弁閉鎖不全をコントロールした。Entry tear 閉鎖後も右上肢の血流不全を認めたため右鎖骨下動脈にバイパスをおいて手術を終了した。



症例 1 は比較的定型的な大動脈解離の手術となりました。大動脈解離に対しては entry tear の閉鎖と虚血の解除が主な目的となります。解離の状態は秒単位での変化となるため人工血管置換の範囲や末梢血管へのバイパスの必要性などは迅速に判断する必要があります。また解離により大動脈弁閉鎖不全が引き起こされることが多いですが、当科では弁自体に器質的变化がなければ形成可能と考えております。

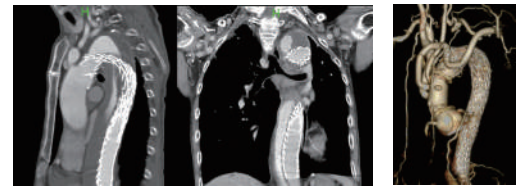
症例 2 / 69 歳、男性

背部痛を主訴に当院救急外来に搬送となり大動脈解離の診断で当科に紹介となった。CT にて一部偽腔閉鎖型の Stanford type B であったが広がった偽腔により真腔が圧排され腹部以下の分枝血流が低下、腹部臓器虚血を起こしたため緊急にステントグラフト内挿術を施行した。ステントグラフトにより真腔を広げることにより真腔血流を確保して虚血は解除され経過良好で退院となった。



術後外来にて経過観察していたところ、弓部大動脈の拡大および上行大動脈の一部内膜の破綻を認めたため手術の方針とした。

正中切開から弓部を置換して下行大動脈に直視下にステントグラフトを挿入（オープンステントグラフト）することで前回のステントグラフトとつなげることが可能であった。



症例 2 は解離により広範囲に臓器虚血を起こした症例です。臓器虚血を起こす Stanford type B は予後が非常に悪いといわれておりましたが、今回はステントグラフトを使用することで救命可能となりました。大動脈解離発症後は血管が非常に脆弱になっており、本症例のように遠隔期に拡大傾向を示すことが多いため、当科では定期的に血管精査を施行し、必要があれば適切な時期に治療介入しております。オープンステントグラフトは昨年より臨床使用可能となった新しい医療器材です。直視下に下行大動脈にステントグラフトを進めていくことが可能であり、以前は二期的に治療が必要であった遠位にまで及ぶ病変に対しても一期的な治療が可能となりました。

●手術治療成績の向上やステントグラフトなどの新しい医療器材の登場などで以前に比べて急性大動脈解離の治療方法も大きく変わりつつあります。すべての状態に対応できる体制を整えておりますので、何かありましたら当科までお気軽にお問い合わせください。