胸腹部限局型慢性解離性大動脈瘤の1治験例

馬 場 雅 人 村 木 里 誌 印 宮 朗
泉 山 修 長谷川 正

腹腔動脈直上に entry を有する胸腹部限局型解離性大動脈瘤の症例に対し瘤切除, entry のパッチ閉鎖を施行した1例を報告した。症例は55歳男性で, 主訴は, 腹痛および背部痛であった。CTおよび大動脈造影にて胸部下行大動脈から腹腔動脈直上に限局した解離性大動脈瘤を認めた。手術は部分体外循環下に瘤切除, entry のパッチ閉鎖を行った。術後対マヒの発生もなく良好に経過した。本邦において文献上, 腹部大動脈に entry を有する腹部限局型解離性大動脈瘤は30例報告されているが, 腎動脈上に entry を有する症例は, 自験例を含め5例であり極めて稀であった。日心外会誌 27 巻1号: 41-43 (1998)

Keywords: 解離性大動脈瘤, 胸腹部限局型解離

A Case of Chronic Localized Thoracoabdominal Aortic Dissection

Masahito Baba, Satoshi Muraki, Akira Ingu, Osamu Izumiyama and Tadashi Hasegawa (Department of Cardiovascular Surgery, Hakodate Municipal Hospital, Hakodate, Japan)

We report a case of chronic localized thoracoabdominal aortic dissection with an entry located just above the celiac artery which was successfully treated by patch aortoplasty. The patient was a 55-year-old man who complained of abdominal and back pain. CT scan and angiography showed a localized thoracoabdominal aortic dissection the entry of which was located just above the celiac artery. The patient underwent resection of the aneurysm and patch aortoplasty with the aid of a femoro-femoral bypass. The postoperative course was uneventful. Localized thoracoabdominal aortic dissection has been reported in only 5 cases, including our case, in the Japanese literature. Jpn. J. Cardiovasc. Surg. 27: 41-43 (1998)

解離性大動脈瘤の病型分類は, 一般的に DeBakey 分類あるいは Stanford 分類が用いられており大多数の症例はこれらの分類で表現できるが, 近年これらの分類に当てはまらない腹部大動脈に entry を有する解離性大動脈瘤の報告も散見されるようになった¹⁻⁵⁾。最近われわれも腹腔動脈直上の上腹部大動脈に entry を有し胸腹部に限局した解離性大動脈瘤の1例を経験したので報告する。

症 例

症例: 55歳の男性。

主訴: 腹痛および背部痛。

既往歴: 高血圧症を認めるが外傷の既往はな

い。

家族歴: 特記すべきことはない。

現病歴: 1994年10月1日ごろより腹痛および背部痛が出現し, 徐々に増強してきたため10月4日, 某内科医院を受診。肺炎の疑いにて10月27日, 腹部CTを施行され大動脈瘤を発見された。精査および治療目的に10月31日, 当科に入院となった。

入院時現症: 身長160 cm, 体重59 kg. 血圧150/80 mmHg. 脈拍60/分, 整脈。血液生化学検査に異常はなかった。

胸部X線像: 左横隔膜上に異常陰影を認めた。

大動脈造影検査: 横隔膜上の胸部下行大動脈より腹腔動脈直上にいたる動脈瘤を認めた(図1)。

胸腹部CT: 同様に胸部下行大動脈より腹腔動脈に至る6×8 cm大の動脈瘤で intimal flap を認めた(図2)。なお動脈瘤の中核側の胸部下行大動脈には解離を思わせる所見はなかった。以上

1997年3月7日受付, 1997年6月3日採用

市立函館病院心臓血管外科 〒040 函館市弥生町2-33

本論文の要旨は, 第58回日本胸部外科学会北海道地方会(1995年2月, 札幌)において発表した。

図1 術前大動脈造影

図2 胸腹部 CT

図3 術中写真

図4 術後大動脈造影

より横隔膜上の胸部下行大動脈から腹腔動脈直上に限局した解離性大動脈瘤と診断し 12 月 14 日手術を施行した。

手術所見：Stony の spiral opening 法による皮膚切開を行い、第 8 肋間開胸および後腹膜経路にて瘤に到達した。瘤の中枢側の胸部下行大動脈には異常を認めなかった。大腿動脈送血、大腿静脈經由右房脱血による部分体外循環を開始し、胸部下行大動脈および上腸間膜動脈直上で大動脈を遮断し瘤を切開した。Entry は腹腔動脈直上に存在し、大きさは 2×3 cm 大で、解離腔は entry の上下 8 cm の範囲に認められた。Entry を hema-shield 人工血管を用い 2-0 タイクロン糸にてマットレス縫合で内膜および外膜に糸を通し外側にフエルトをあてパッチ閉鎖した (図 3)。大動脈遮

断時間は 48 分、体外循環時間は 54 分であった。

術後経過：対マヒ発生もなく良好に経過し 40 日目に自宅退院した。術後大動脈造影では良好な造影所見が得られた (図 4)。

考 察

解離性大動脈瘤のなかで、腹部大動脈より始まる解離性大動脈瘤は比較的稀でそのなかでも横隔膜と上腸間膜動脈の間に entry を有するものの頻度は低いと報告されている¹⁾。本邦においても腹部限局型解離性大動脈瘤の報告は現在までに 30 例報告されている²⁾が、ほとんどの症例が腎動脈下に entry を有する症例であり腎動脈上の上腹部大動脈に entry を有する症例は自験例を含め 5 例にすぎない。

本症の成因として、外傷または医原性によるものも報告されている^{3,4)}が、動脈硬化性が最も多く¹⁾、本症例も外傷の既往はなく動脈硬化が原因と思われた。

症状として無症状で発見される症例もあるが、腹痛など腹部症状を主訴とし、急性腹症との鑑別が問題となる⁵⁾。自験例においてもまず肺炎が疑われ腹部CTにて本症が発見された。超音波検査、腹部CTなどにより本症の診断は容易である。

腹部限局解離性大動脈瘤の外科治療として腎動脈下にentryを有する場合は、通常腹部大動脈瘤の手術と変わらず補助手段の必要もなく人工血管置換術で良好な成績であるが、自験例の場合は、胸部下行大動脈から腹腔動脈直上に至る胸腹部解離性動脈瘤であり、外科治療上の最大の問題点として、術後対マヒの発生があげられる。現在、真性あるいは解離性胸腹部大動脈瘤に対して、種々の方法で対マヒの発生を回避する方策が採られているが^{6,7)}、確実な方法がないのが現状と思われる。本症例においても術後対マヒの発生が危惧されたが、慢性期例でentry部分はしっかりしておりパッチ閉鎖で手術が施行でき腰動脈はすべて温存できたことが術後対マヒを回避できた最大の要因と思われた。

結 語

今回、腹腔動脈直上にentryを有し胸腹部大動脈に限局した稀な解離性大動脈瘤の症例を経験したので報告した。

文 献

- 1) Graham, D., Alexander, J.J. Franceschi, D. et al.: The management of localized abdominal aortic dissections. *J. Vasc. Surg.* 8: 582-591, 1988.
- 2) 山内正信, 安藤太三, 安達盛次ほか: 腹部限局型解離性大動脈瘤手術症例の検討. *日心外会誌* 23: 251-256, 1994.
- 3) 井島 宏, 福田幾夫, 湊 直樹ほか: 腹部大動脈にentryを有する解離性大動脈瘤の2手術治験例. *脈管学* 23: 323-327, 1983.
- 4) 市来正隆, 佐々木久雄, 前山俊秀ほか: Seldinger動脈造影法に起因した解離性腹部大動脈瘤—とくに発生機転とその治療法. *外科* 50: 375-379, 1988.
- 5) 数野 博, 石合省三, 近石恵三ほか: 急性腹症として発症した限局型胸腹部解離性大動脈瘤. *外科* 51: 849-851, 1989.
- 6) 数井暉久, 山田 修, 伊藤敏行ほか: 胸腹部解離性大動脈瘤の切迫破裂例に対する胸腹部全置換術. *日胸外会誌* 37: 1436-1440, 1989.
- 7) 山田崇之, 田辺貞雄, 横山基幹ほか: 胸腹部解離性大動脈瘤の外科治療—虚血時間の短縮並びにAdamkiewicz動脈を含む完全血行再建をめざす術式—. *日胸外会誌* 37: 2009-2015, 1989.