左房内破裂をきたした解離性大動脈瘤（DeBakeyII）の1例

国立病院九州循環器病センター第一循環器科

久米田憲志 中島 均 市成浩太郎 小畑八郎 熊之細敏郎

植村 健 奥井英樹 桑波田隆志 松岡 樹 鹿島友義

鹿児島大学第一内科

鄭 忠和

【概要】症例は16年前に僧帽弁置換術を施行され、心不全症状で受診した71歳の女性。胸壁心エコーで左房内に僧帽弁閉鎖不全様の乱流を認めた。引き続き行った経食道心エコーで、左房内の乱流は大動脈バルサルバ洞から左房内へのシャント血流と判明した。受診後、急性左心不全をきたしショック状態となったため緊急心臓カテーテル検査を施行。造影によりDeBakey II型の解離性大動脈瘤と診断、偽腔と左房内との交通を確認した。ショックの改善のため経皮的な心肺補助法（PCPS）で繋ぎ、準緊急的手術で救命することができた。

〔日内会誌 91:462～463, 2002〕

【Key words】解離性大動脈瘤、左房内破裂、経食道心エコー、PCPS

症 例

患者：71歳、女性。主訴：起座呼吸を伴う呼吸困難。既往歴：1984年、高度僧帽弁閉鎖不全に対して僧帽弁置換術施行。1998年、脳梗塞。家族歴：特記事項なし。現病歴：2000年1月頃より全身倦怠感と労作時の息切れを認めたが放置していた。3月初めから息切れが増強し、起座呼吸も出現。安静でも呼吸苦があるため、3月8日当科受診。受診時呼吸困難著明で酸素吸入でも改善せず不穏状態となり、直ちに気管内挿管し用手工呼吸開始。入院時現症：身長140cm、体重40kg、血圧80/40mmHg、脈拍54/分不整でショックの状態であった。両肺野にwheezeを聴取し、心臓では心尖部に最強点をもつ連続性雑音（Levine VI/VI）を認めた。全身に浮腫は明

らかでなかった。入院時検査：PTの延長とFDPの上昇以外は異常所見なし。胸写上CTR 77%（3カ月前は58%）、うっ血と両側胸水を認めた。心電図上心房細動（心拍数54/分）、QRS軸正常、V1～V3にR波の減高、II IIIaVF、V4～V6に陰性Tを認めた。

臨床経過

経胸壁心エコーでは壁運動は正常で、左房内に僧帽弁閉鎖不全様の乱流を認め、感染性心内膜炎の可能性を考え経食道心エコーを施行した。左房内の乱流は大動脈バルサルバ洞より左房内へのシャント血流と判明した。左心不全悪化、ショック状態となったため緊急心臓カテーテル検査施行。大動脈造影にて上行から弓部にかかる解離偽腔を認め、拡大した左房が大動脈基部

〔平成12年8月19日 第250回日本内科学会九州地方会推薦〕

Ruptured aortic dissection into the left atrium (DeBakey II)

Kumeda Kenshi, Nakashima Hitoshi, Ichinari Koutarou, Obata Hachirou, Kumano Toshiro, Uemura Takeshi, Okui Hideki, Kuwahata Takashi, Matsuo Tsuru and Kashima Tomoyoshi: The First Division of Cardiology National Hospital Kyushu Cardiovascular center, Kagoshima

First Department of Internal Medicine, Faculty of Medicine, Kagoshima University, Kagoshima

図 1. 経食道心エコー

写真は左房内に隔壁を認め、大動脈より左房内へ流入するjetを認める。

図 2. 術中写真

写真は大動脈後壁の外膜が左房に癒着している状態の穿孔部にセッシを挿入しているところである。

の解離部から速やかに造影された。冠動脈に有意狭窄を認めず、右心カテでは肺動脈楔入圧 28 mmHg, 肺動脈圧 43/23mmHgと上昇していた。100% 酸素による用手人工呼吸でも進行する低酸素血症に対し、PCPSを挿入し手術までのブリッジとした。手術は大腿動脈から送血し人工心肺を確立後、PCPSを中止し、上行大動脈を切開した。解離は弁輪部より 1cm上で止まっており、大動脈後壁と左房上壁は癒着していた。弁輪より 2cm上で偽腔から左房に交通を認めた。この部位を牛心膜でパッチ閉鎖した後、上行大動脈

置換を行い終了した。術後の経過は問題なく 6 月 6 日退院となった。

考 察

左房へ破裂したために左心不全をきたした大動脈解離を報告した。本例は経食道心エコー、大動脈造影が診断のきっかけとなり、手術まで迅速な対応がとれた。病理では解離大動脈に特記すべき所見はなく、大動脈基部と左房の癒着が認められた。僧帽弁置換術後の癒着と考えられ、左房への破裂につながった可能性が示唆された。文献では手術待機中にショックとなり死亡し、剖検で大動脈解離と左房内への破裂を診断された報告がある。今回、経食道心エコーと大動脈造影が有力な診断法となり手術までの病態管理にPCPSが有用であった。

文 献

- 1) Oliveira JS, et al: Ruptured aortic dissection into the left atrium; a rare cause of congestive heart failure. *American Heart Journal* 121: 936-938. 1991.
- 2) G Van Camp, et al: Ruptured aortic dissection into the left atrium which presented as congestive heart failure and was diagnosed by transoesophageal echocardiography. *Br Heart J* 72: 400-402. 1994.
- 3) Scalia D, et al: Aorto-right atrial fistula. a rare complication of aortic dissection type A. *Journal of Cardiovascular Surgery* 38: 619-622. 1997.
- 4) Tayama K, et al: aortic dissection after aortic valve replacement. Report of a case with an aortocameral fistula. *Toracic and Cardiovascular Surgeon* 43: 299-301. 1995.
- 5) Vaidyanathan D, et al: Aortic dissection with a fistulous communication into the right atrium. *Angiology* 41: 1086-1089. 1990.
- 6) Coselli JS, et al: Rupture of a dissecting thoracic aortic aneurysm into the pulmonary artery. *Cardiovascular Surgery* 3: 697-701. 1995.
- 7) Rau AN, et al: Right pulmonary artery occlusion secondary to a dissecting aortic aneurysm. *Clinical Cardiology* 18: 178-180. 1995.
- 8) Guazzi M, et al: Obstruction of the right pulmonary artery by an aortic aneurysm complicating previous coronary bypass grafting. *Catheterization and Cardiovascular Diagnosis* 33: 47-49. 1994.