

AMCoR

Asahikawa Medical University Repository <http://amcor.asahikawa-med.ac.jp/>

名寄市立病院医誌 (1999.07) 7巻1号:41～45.

Stanford B型急性大動脈解離に特発性縦隔血腫を合併した1例

大井伸治, 田中秀一, 太田久宣, 住友和弘, 高下圭一, 吉田博希, 和泉裕一, 久保田宏, 赤石直之

症例報告

Stanford B 型急性大動脈解離に特発性縦隔血腫を合併した 1 例

大井伸治* 田中秀一* 太田久宣* 住友和弘* 高下圭一*
吉田博希** 和泉裕一** 久保田宏** 赤石直之*

はじめに

縦隔血腫は主に外傷により縦隔内臓器が損傷を受け、縦隔内に出血して生じるとされているが、今回我々は Stanford B 型急性大動脈解離に特発性縦隔血腫を合併した極めて稀な症例を経験したので報告する。

症 例

患 者：68 歳、女性。

主 訴：胸痛、背部痛。

既往歴：3 年前から高血圧を指摘されるが無治療。

Key Words : Mediastinal hematoma,
Acute aortic dissection

A case of idiopathic mediastinal hematoma with Stanford type B acute aortic dissection

Shinji Oi*, Hideichi Tanaka*,
Hisanobu Ota*, Kazuhiro Sumitomo*,
Keiichi Kohge*, Hiroki Yoshida**,
Yuichi Izumi**, Hiroshi Kubota**,
Tadayuki Akaishi*

* First Department of Internal Medicine,
Nayoro City Hospital

** Second Department of Surgery,
Nayoro City Hospital

* 名寄市立総合病院 第一内科

** 名寄市立総合病院 第二外科

家族歴：特記すべきことなし。

現病歴：平成 10 年 4 月 11 日、自宅にて安静時に突然の胸痛、背部痛が出現し数時間の経過観察をするも症状が改善しないため、救急車にて当院救急外来に搬入された。

入院時身体所見：身長 149cm、体重 50kg。血圧 190/112mmHg、脈拍数 60/min・整・左右差なし。意識は清明。胸部は心雑音を聴取せず、呼吸音は清。腹部は肝、脾および拍動性腫瘤を触知しなかった。

入院時血液検査所見：RBC $443 \times 10^4/\text{mm}^3$ 、Hb 13.4g/dl と貧血を認めなかった。WBC $14800/\text{mm}^3$ と上昇していた。GOT 16 IU/L、GPT 12 IU/L、LDH 208 IU/L、ALP 208 IU/L、BUN 16.8mg/dl、Cr 0.8mg/dl と肝腎機能障害を認めなかった。CPK 117 IU/L と正常であった。動脈血ガス分析は 2L/min の酸素投与下にて PH 7.35、 Pco_2 43mmHg、 Po_2 127mmHg であった。

入院時心電図所見：60/分の洞性調律で左室肥大を認めた。

入院時胸部 X 線所見 (図 1)：上縦隔陰影の拡大を認めた。

胸部 CT 検査所見 (図 2)：前縦隔に胸郭を圧排する腫瘤を認めた。下行大動脈に弓状隔壁と解離腔に血栓を認め、さらに左胸水貯留を認めた。

経食道心エコー検査所見 (図 3)：上行大動脈の弁上 40mm 程から上行前壁側に内膜フラップおよび血栓様エコーを認めた。軽度大動脈弁閉鎖不全と心嚢液貯留を認めた。左室壁運動は良好であった。

入院後経過：入院後ショック状態となり、

dopamin 持続点滴を施行した。症状経過、X線検査や経食道心エコー検査から Stanford A 型急性大動脈解離および弓部大動脈破裂と診断して緊急手術を施行した。

手術所見 (図 4) : 胸部正中切開し、心嚢内に血性の心嚢液を確認した。また胸腺周囲から前上縦隔に血腫が存在し弓部大動脈の方向に延びていた。すでに止血されており、出血源は不明であった。さらに上行及び弓部大動脈には動脈解離による外膜側への破裂所見など明らかな異常を認めなかった。人工心肺下で経食道心エコー検査を施行した

が術前のフラップは確認できなかった。縦隔血腫除去を行い手術を終了した。

術前診断は Stanford A 型急性大動脈解離、弓部大動脈破裂であったが、術後診断は前縦隔血腫、Stanford B 型急性大動脈解離であった。

縦隔血腫部組織の病理診断 : 萎縮した脂肪組織で置換された胸腺を認めるものの大血管は無く、明らかな出血源となるものは認めなかった。

術後大動脈造影所見 (図 5) : 上行大動脈に異常をみとめなかった。

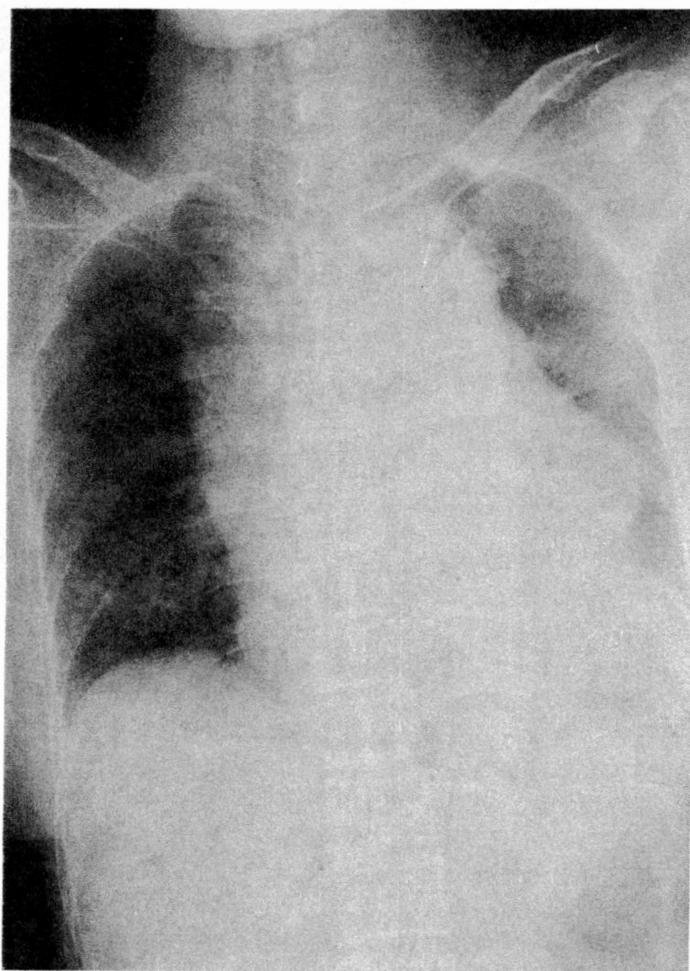


図 1 入院時胸部 X 線所見
上縦隔陰影の拡大を認めた。

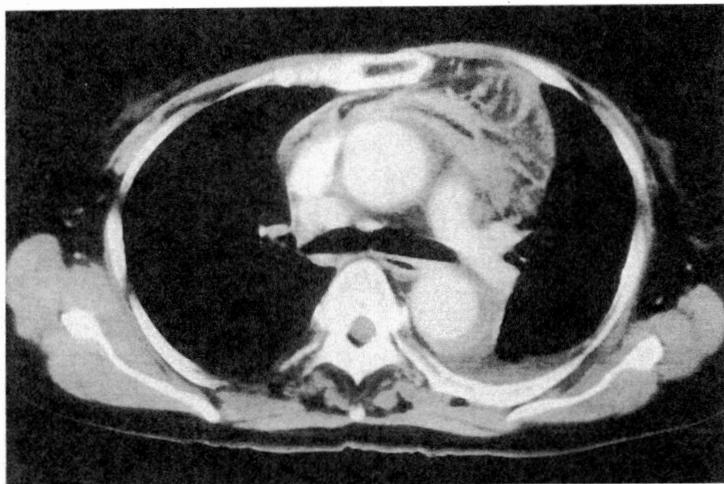


図2 胸部CT検査所見
前縦隔に胸郭を圧排する腫瘤を認め、下行大動脈に弓状隔壁と解離腔に血栓を認めた。

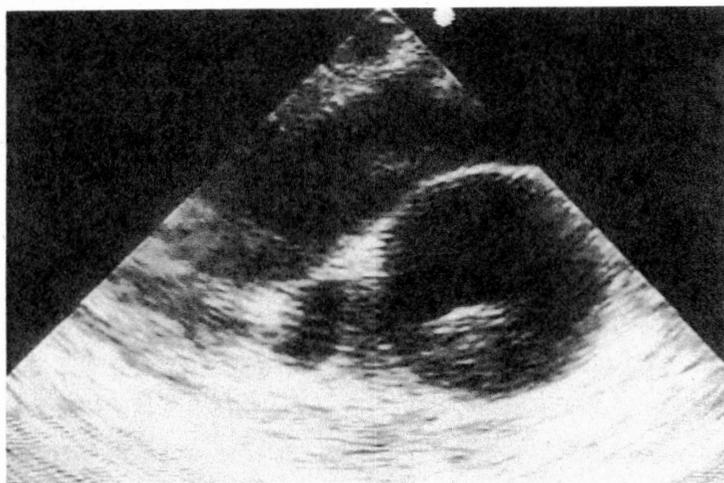


図3 経食道心エコー検査所見
上行大動脈の前壁側に内膜フラップおよび血栓様エコーを認めた。

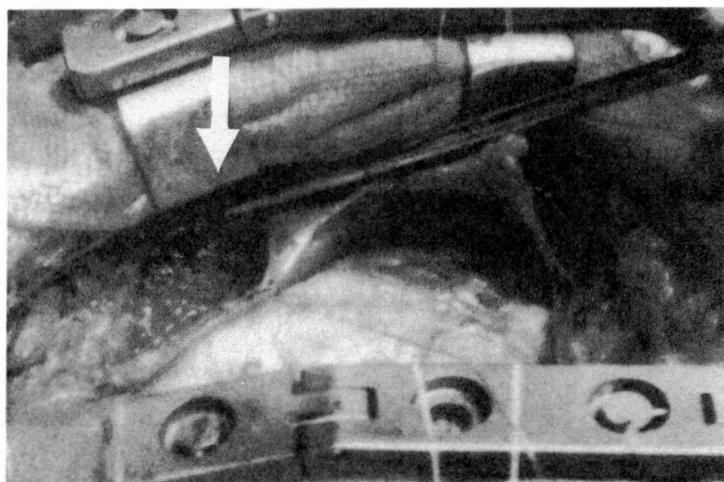


図4 手術所見
胸腺周囲から前上縦隔に血腫（↑）が存在し弓部大動脈の方向に延びていた。

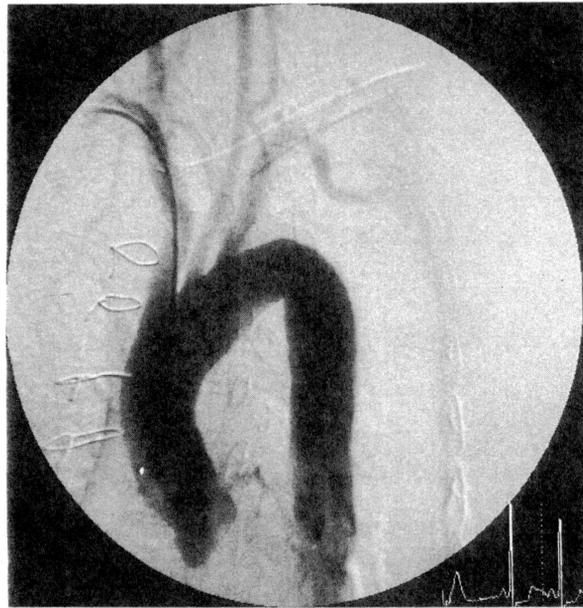


図5 術後大動脈造影所見
上行大動脈に異常をみとめなかった。

考 察

縦隔血腫は大部分が外傷による縦隔臓器の損傷、肋骨、胸骨、椎骨の骨折の際に認められるほか、心臓や食道さらに縦隔腫瘍の手術操作による術後合併症も指摘されている。また最近では鎖骨下静脈留置針や血管造影のカテーテルによる血管損傷など医原性縦隔血腫の報告もある。基礎疾患による縦隔血腫は稀であるが胸部大動脈解離の破裂、副甲状腺腫瘍や縦隔腫瘍からの出血¹⁾、Boerhaave症候群²⁾、血友病など血液疾患による出血^{3) 4)}などの報告がある。さらに縦隔血腫の原因となる明らかな外傷、手術歴や基礎疾患のない症例としてDi-Pasqualeら⁵⁾は、心臓弁膜症患者に対する抗凝固療法中に発症した例を報告している。本症例は胸部X線像で上縦隔の拡大、胸部CT検査で縦隔に腫瘤を認め、術中に縦隔血腫を確認しており、上行および弓部大動脈、胸腺などに明らかな異常所見を認めないため特発性縦隔血腫とした。高血圧歴があるものの抗凝固療法はもちろん無治療の状態であり、自然発症の縦隔血腫として稀な症例と考えられる。

経食道心エコー検査により得られる急性大動脈解離の情報としてErbelら⁶⁾は、①解離の診断である内膜フラップの確認、②偽腔内の血栓を含めた真腔と偽腔の確認、③エントリー、リエントリー

の確認、④大動脈解離の病型分類、⑤解離における合併症の確認をあげている。胸部大動脈解離が疑われた場合の経食道心エコー検査による解離の診断はsensitivityが81 - 100%、specificityが88 - 94%であり、胸部大動脈解離の検出率は、経食道心エコー検査では造影CT検査、MRI検査や大動脈造影検査に比しほぼ同程度との報告が多い⁷⁻¹⁰⁾。さらに経食道心エコー検査は大動脈壁内血腫において造影CT検査より有用との報告⁹⁾もあり、弓部大動脈とその近傍にある程度の死角はあるが、ベッドサイドで迅速に施行できるため胸部大動脈解離の診断に標準的検査とされている。Laissyら¹⁰⁾は経食道心エコー検査における大動脈解離の偽陽性の2例を報告しているが、大動脈のアテロームが偽腔の血栓に類似した所見であったことが原因としている。本症例は上行大動脈に内膜フラップおよび血栓様所見、さらに下行大動脈に解離とその解離腔に血栓の所見を認めたためStanford A型動脈解離と診断したが、術後診断とは異なった。心エコー検査における上行大動脈所見は、石灰化を伴わないplaqueや大きな粥状変化あるいは壁内血栓なども存在するために大動脈解離とこれらの鑑別が重要である。

おわりに

今回我々は Stanford B 型急性大動脈解離に特発性縦隔血腫を合併した極めて稀な症例を報告した。症状経過、X 線検査および心エコー検査より Stanford A 型動脈解離とこれによる弓部大動脈破裂と診断し緊急手術とした。しかし Stanford B 型急性大動脈解離に特発性縦隔血腫の合併という稀な症例であった。術前診断が難しい症例であり報告した。

文 献

- 1) Pezzulli FA, Aronson D, Goldberg N : Computed tomography of mediastinal hematoma secondary to unusual esophageal laceration : a Boerhaave variant. J Comput Assist Tomogr 13 : 129 - 131, 1989.
- 2) Fukuse T, Matsukura T, Nakamura A et al : Mediastinal hematoma due to thymoma hemorrhage. Nippon Kyobu Geka Gakkai Zasshi 39 : 930 - 934, 1991.
- 3) Jivani SKM, Mann JR : Haemomediastinum in a haemophilic after minor trauma. Thorax 25 : 372 - 374, 1970.
- 4) Peter SM, Michael AN, William HM et al : Thymic cyst hemorrhage : a cause of acute, symptomatic, mediastinal widening in children with aplastic anemia. AJR 134 : 832 - 836, 1980.
- 5) Di-Pasquale G, Salpietro V, Boaron M : Spontaneous mediastinal hematoma during therapy with oral anticoagulants. G-Ital-Cardiol 20 : 972 - 975, 1990.
- 6) Erbel R, Mohr KS, Oelert H et al : Diagnostic goals in aortic dissection. Value of transthoracic and transesophageal echocardiography. Herz 17 : 321 - 337, 1992.
- 7) Ivarsen HR, Egeblad MR, Christensen T et al : Diagnosis of suspected thoracic aortic dissection. Ugeskr Laeger 158 : 4643 - 4648, 1996.
- 8) Sommer T, Fehske W, Holzknecht N et al : Aortic dissection : a comparative study of diagnosis with spiral CT, multiplanar transesophageal echocardiography, and MR imaging. Radiology 199 : 347 - 352, 1996.
- 9) Nienaber CA, Kodolitsch Y : Diagnostic imaging of aortic diseases. Radiologe 37 : 402 - 409, 1997.
- 10) Laissy JP, Blanc F, Soyer P et al : Thoracic aortic dissection : diagnosis with transesophageal echocardiography versus MR imaging. Radiology 194 : 331 - 336, 1995.

