

AMCoR

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

日本心臓血管外科学会雑誌 (2003.07) 32巻4号:246～249.

特発性食道破裂と同時発症が疑われた腹部限局大動脈解離の1例

中西啓介, 和泉裕一, 眞岸克明, 光部啓治郎, 久保田宏

特発性食道破裂と同時発症が疑われた 腹部限局大動脈解離の1例

中西啓介 和泉裕一 眞岸克明
光部啓治郎 久保田 宏

症例は47歳男性。平成13年2月13日特発性食道破裂の診断で緊急食道破裂部縫合閉鎖が当院外科で施行された。術後腹部CTで腎動脈下大動脈から右総腸骨動脈までの解離が認められた。大動脈の最大径は3.0 cm、右総腸骨動脈の最大径は2.5 cmで偽腔は開存していた。手術は右後腹膜経路でアプローチ、腎動脈下で大動脈を遮断し瘤壁を切開したところ右前方に偽腔が存在しエントリーまたはリエントリーと思われる交通孔が3カ所存在した。腎動脈下大動脈から両側腸骨動脈までY型人工血管で置換を行った。術後経過は良好で術後15日目に退院した。本症例では食道破裂時以外に強い疼痛の既往がないことなどから特発性食道破裂と同時に腹部限局大動脈解離が発症した可能性が考えられた。日心外会誌32巻4号：246-249 (2003)

Keywords：腹部限局大動脈解離，特発性食道破裂

A Case of Localized Abdominal Aortic Dissection Suspected to Have Simultaneously Occurred with an Idiopathic Esophageal Rupture

Keisuke Nakanishi, Yuichi Izumi, Katsuaki Magishi, Keijiro Mitsube and Hiroshi Kubota (Department of Thoracic and Cardiovascular Surgery, Nayoro City Hospital, Nayoro, Japan)
A 47-year-old man suffered an idiopathic esophageal rupture and an emergency operation was performed. Postoperative CT revealed an aortic dissection at the level of the infra-renal aorta and the right common iliac artery. The maximum diameter of the aorta was 3.0 cm, and that of the right common iliac artery was 2.5 cm with a patent false lumen. The operation was done using the right extra-peritoneal approach. When the infra-renal aorta was clamped and opened, the false lumen was located on the right anterior wall of the aorta. There were 3 communicating holes presumably being the points of entry or re-entry. A bifurcation Dacron graft was put into the aorta and the bilateral iliac artery. His postoperative course was good and he was discharged on the 15th day after surgery. In this case, since the patient had no history of severe pain except for the time of esophageal rupture, the localized abdominal aortic dissection was suspected to have simultaneously occurred with the idiopathic esophageal rupture. Jpn. J. Cardiovasc. Surg. 32: 246-249 (2003)

一般に大動脈解離は胸部大動脈に発症することが多く、腹部に限局した大動脈解離は大動脈解離全体の1~4%といわれている。さらに特発性食道破裂との同時発症が疑われ、非常に希な経過と思われる1症例を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

症 例

症例：47歳男性。

主訴：胸背部痛。

既往歴：高血圧（無治療）。

現病歴：平成13年2月13日飲酒後の強い嘔吐とともに胸背部痛で当院へ緊急搬送された。胸部X線写真で左胸水を認めたため胸腔ドレーンを挿入、ドレナージの性状か

ら特発性食道破裂と診断され緊急食道破裂部縫合閉鎖が当院外科で施行された。過去または食道破裂術後に胸腹部痛や腰背部痛のエピソードはまったくなかったが、術後8日目の腹部CTで腎動脈下大動脈から右総腸骨動脈までの解離が認められた。

術前造影CT：腎動脈下大動脈の最大径は3.0 cm、右総腸骨動脈の最大径は2.5 cmで明らかな瘤化は認めなかった。偽腔は右前方に開存しており血栓化傾向はなかった（図1）。

手術所見：右傍腹直筋切開で後腹膜へアプローチした。下腸間膜動脈付近の大動脈から右総腸骨動脈まで若干拡張し、大動脈と腸骨動脈周囲は浮腫状で癒着を伴っていた。大動脈を腎動脈下で遮断し瘤壁を切開すると、右前方に偽腔が存在し、大動脈に2カ所と総腸骨動脈に1カ所エントリーまたはリエントリーと考えられる交通孔を認めた。解離腔は、中枢側は腎動脈下大動脈で下腸間膜動脈の高さか

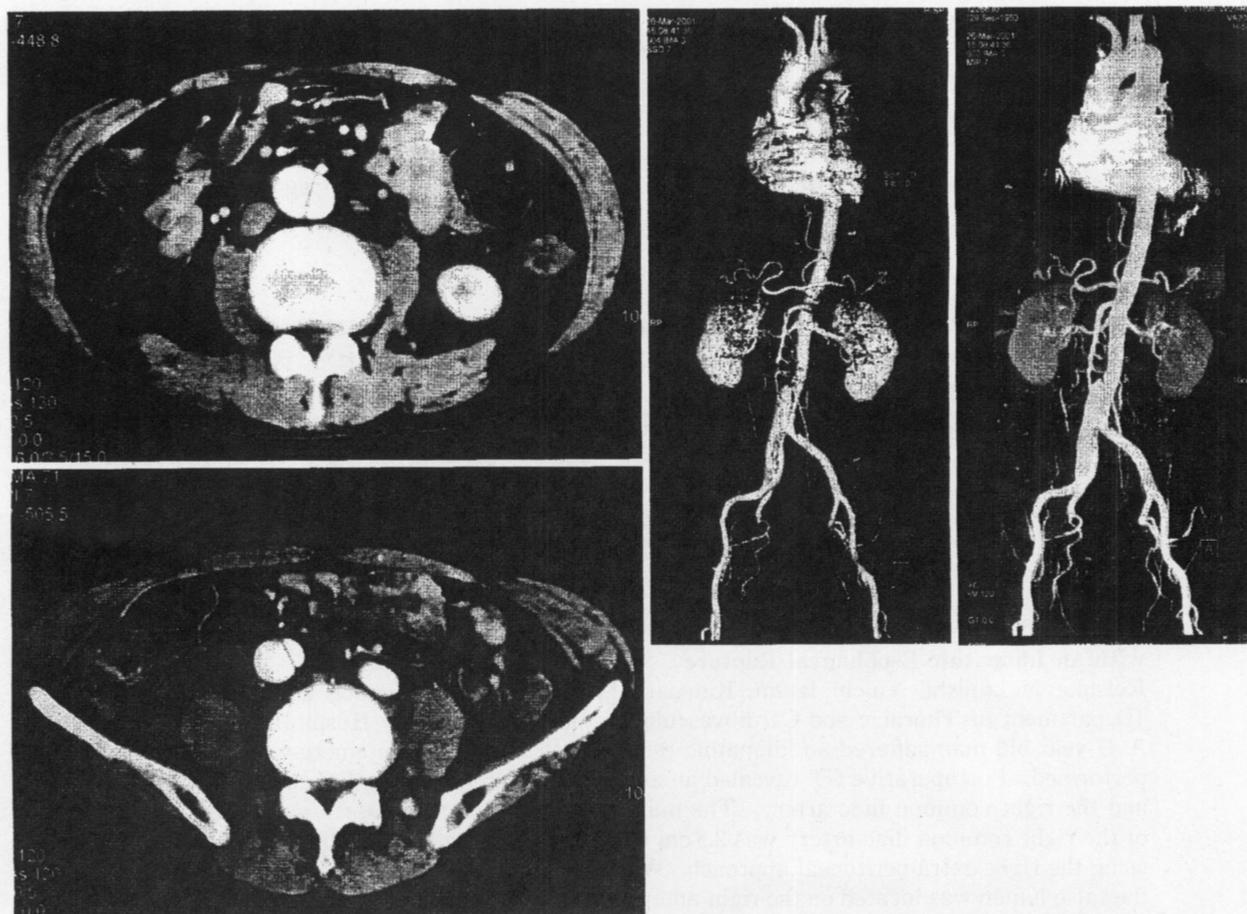


図1 術前造影CT

腎動脈下大動脈の最大径は3.0 cm, 右総腸骨動脈の最大径は2.5 cm で明らかな瘤化は認めなかった。偽腔は右前方に開存しており血栓化傾向はなかった。

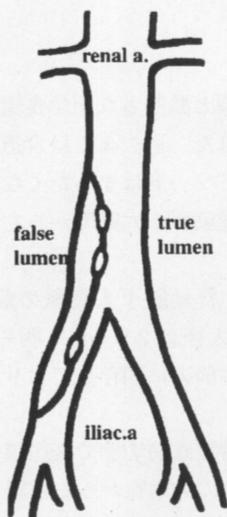


図2 術中所見のシェーマ

大動脈に2カ所と総腸骨動脈に1カ所エントリーまたはリエントリーと考えられる交通孔を認めた。解離腔は、中枢側は腎動脈下、末梢側は右総腸骨動脈分岐部で収束しているのが確認された。

ら始まり、末梢側は右総腸骨動脈分岐部までの範囲であった(図2)。14×7 mmのIntergard™人工血管を用い、中枢側はフェルトで補強し端々吻合とし、人工血管左脚は左総腸骨動脈起始部に端々吻合した。右脚は右内腸骨動脈に端々吻合し、吻合部直上の人工血管左脚に外腸骨動脈を再吻合した。下腸間膜動脈のback flowが著しく良好であったため、再建は行わず根部で結紮した。

術後経過：術後の造影CTでは吻合部に問題なく、解離の残存も認めなかった(図3)。経過は良好で合併症なく、術後2週で退院となった。

病理所見：Mixomatousな変性を伴った内膜の肥厚がみられ、中膜では中膜弾性板が断裂しており、そこから解離する像がみられた。炎症所見はなく動脈硬化性変化に伴った大動脈解離の診断であった。

考 察

腹部限局大動脈解離の発生頻度は比較的希であり、飯野らのまとめによればShennanは全大動脈解離300例中10例(3.3%)、Hirstらは443例中18例(4.1%)、Craw-

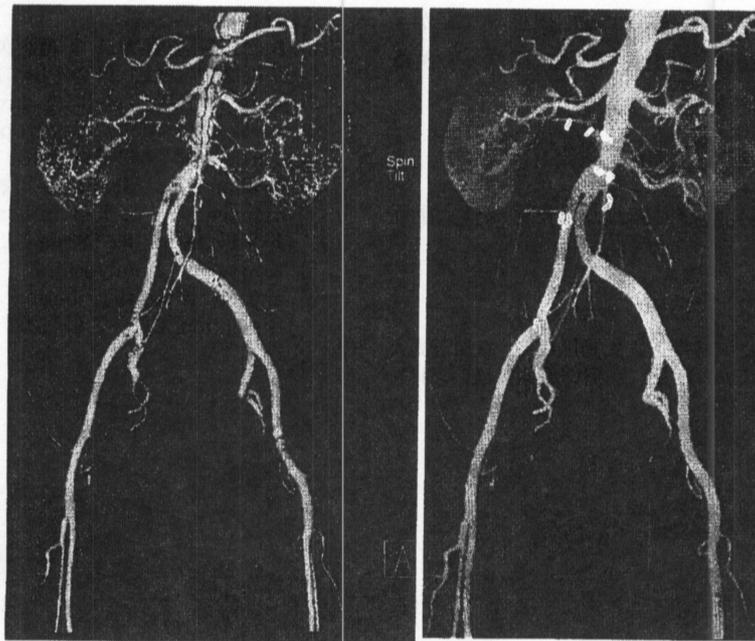


図3 術後造影CT

術後の造影CTでは吻合部に問題なく、解離の残存も認めなかった。

fordらは250例中1例(0.4%)と報告しており¹⁾、本邦では山内らが242例中6例(2.5%)²⁾、飯野らが359例中9例(2.5%)¹⁾と報告している。しかしこれらの症例には真性腹部大動脈瘤に解離が合併した可能性がある症例も多く、本症例のように大動脈瘤を認めず、解離が先行して発症したと考えられるものはさらに頻度が低いと推測される。当科では腹部限局大動脈解離は全解離症例65例中1例(1.5%)であった。

腹部限局大動脈解離の手術適応はほかの大動脈解離と同様に、破裂の可能性があるもの、瘤化したもの、分岐閉塞の危険性があるもの、血圧のコントロールが難しいものとしている施設が多く、また瘤化していない慢性解離は比較的良好なため、保存療法としている^{1,2)}。

大動脈解離には医原性のものや外傷によって生じたものなど原因の明らかなものもあるが、多くの場合その直接の原因を追及するのは困難である。一方、大動脈解離はある特定の疾患に合併して発生することが知られている。先天性疾患に合併するものや心大血管奇形に合併するもの、そのほか自己免疫疾患や妊娠に大動脈解離が合併することも知られている。しかしほとんどの大動脈解離はこれら合併する特定の疾患がなく、本態性の大動脈解離と考えられている。本態性大動脈解離では高血圧が高頻度に合併するため³⁾、高血圧がこれらの症例の解離の発生ならびに進展に大きく関与していることが示唆される。また腹部限局大動脈解離ではほかの病型の大動脈解離に比べ高率に高血圧を認めるとの報告もあり²⁾、本症例でも無治療の高血圧を合

併していた。

大動脈解離において多くの症例で術後病理標本に動脈硬化性変化がみられる。しかし大動脈解離と動脈硬化の好発部位が異なることや、内膜裂孔が動脈硬化性変化のある部位に生じている頻度が多くないことなどから動脈硬化が大動脈解離の直接の原因とはいまだ証明されてはいない⁴⁾。本症例では動脈硬化の好発部位に交通孔が存在し、解離した大動脈壁にも動脈硬化性変化がみられている。

以上のことから腹部限局大動脈解離はDeBakey分類やStanford分類に当てはまる通常の大動脈解離とは異なった発症機序、血行力学的変化が原因で起こっている可能性が考えられる。

小島らの報告によれば、大動脈解離症例307例中226例(86.6%)がスポーツや仕事などの身体的、精神的活動を行っている最中や、直後に解離を発症しており、とくに60歳以下の若年発症では92.4%と高い確率で何らかの活動中に解離を発症している。これらのことから身体的、精神的活動による一瞬の血圧上昇が、内膜裂孔の形成や、中膜のvaso vasorumの破綻に関与しているのではないかと推測している⁵⁾。

本症例では食道破裂術前には検査の既往がないことや、食道手術後の画像検査で初めて大動脈解離が発見されたことから、発症時期の特定は難しいが、食道破裂時以外に強い疼痛の既往がないこと、無治療の高血圧の既往があること、術後病理所見で動脈硬化性変化が存在すること、術中の大動脈および右総腸骨動脈周囲の炎症所見などから、食

道破裂時の強い嘔吐，激しい疼痛による血圧上昇などが，動脈硬化性変化の強い腎動脈下腹部大動脈に限局した解離の発症に関与した可能性が強く疑われた。

結 語

特発性食道破裂と同時発症が疑われた腹部限局性大動脈解離症例を経験した。

文 献

- 1) 飯野美佐子, 松尾 汎, 栗林幸夫: 大動脈疾患, 腹部限局大動脈解離. 日本臨床 (0047-1852) 別冊循環器症候群, 411-

414, 1996.

- 2) 山内正信, 安藤太三, 安達盛次: 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) Larson, E. W. and Edwards, W. D.: Risk factors for aortic dissection: A necropsy study of 161 cases. Am. J. Cardiol. 53: 849-855, 1984.
- 4) Graham, D., Alexander, J., Franceschi, D. et al.: The management of localized abdominal aortic dissection. J. Vasc. Surg. 8: 582-591, 1988.
- 5) Kojima, S., Sumiyoshi, M., Nakata, Y. et al.: Triggers and circadian distribution of the onset of acute aortic Dissection. Circ. J. 66: 232-235, 2002.