



急性大動脈解離の一例

医学科6年 I.Y. 指導医 I.Y.

症例:40代男性

【主訴】 嘔吐、下痢

【現病歴】

嘔吐、下痢が出現し、近医受診。急性胃腸炎の診断にて補液を受けたものの症状が改善せず入院となった。入院時検査にて急性心筋梗塞が疑われたため、同日本院紹介受診となった。

【既往歴】 **高血圧**

【飲酒・喫煙歴】 なし

【来院時身体所見】

身長172cm, 体重77kg,

血圧 180/96mmHg

脈拍 59bpm・整, 体温35.9°C, 意識清明

下腿浮腫なし, 頸部血管雑音なし

明らかな肺雑音・心雑音なし

腹部に膨満や圧痛を認める

明らかな神経学的異常を認めない

【来院時血液検査所見】

WBC 20300/ μ l, RBC 447万/ μ l, Plt 8.1万/ μ l

PT-INR 1.0, APTT 33.2sec, Fbg 268mg/dl

D-D 46.4 μ g/ml,

AST 1140IU/l, ALT 1124IU/l, LDH 2619IU/L

TP 5.1g/dl, Alb 3.0g/dl, AMY 106IU/l

CK 1509IU/l CK-MB 165IU/l, UN 46mg/dl

Cr 6.15mg/dl, GFR 9.1mg/dl, CRP 0.28mg/dl

Na 140mEq/l, K4.6mEq/l, Cl 104mEq/l

Trop-T 陽性, F-HARB +, FPG 274mg/dl

【心電図】

心拍数 60bpm, 洞調律, 正常軸,

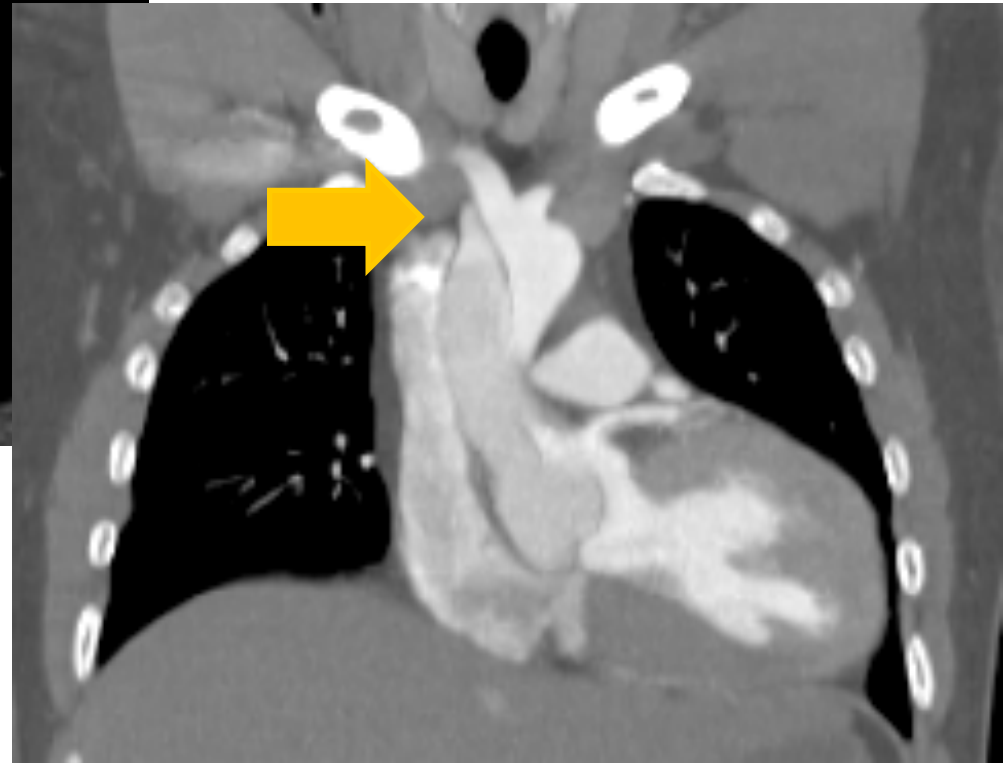
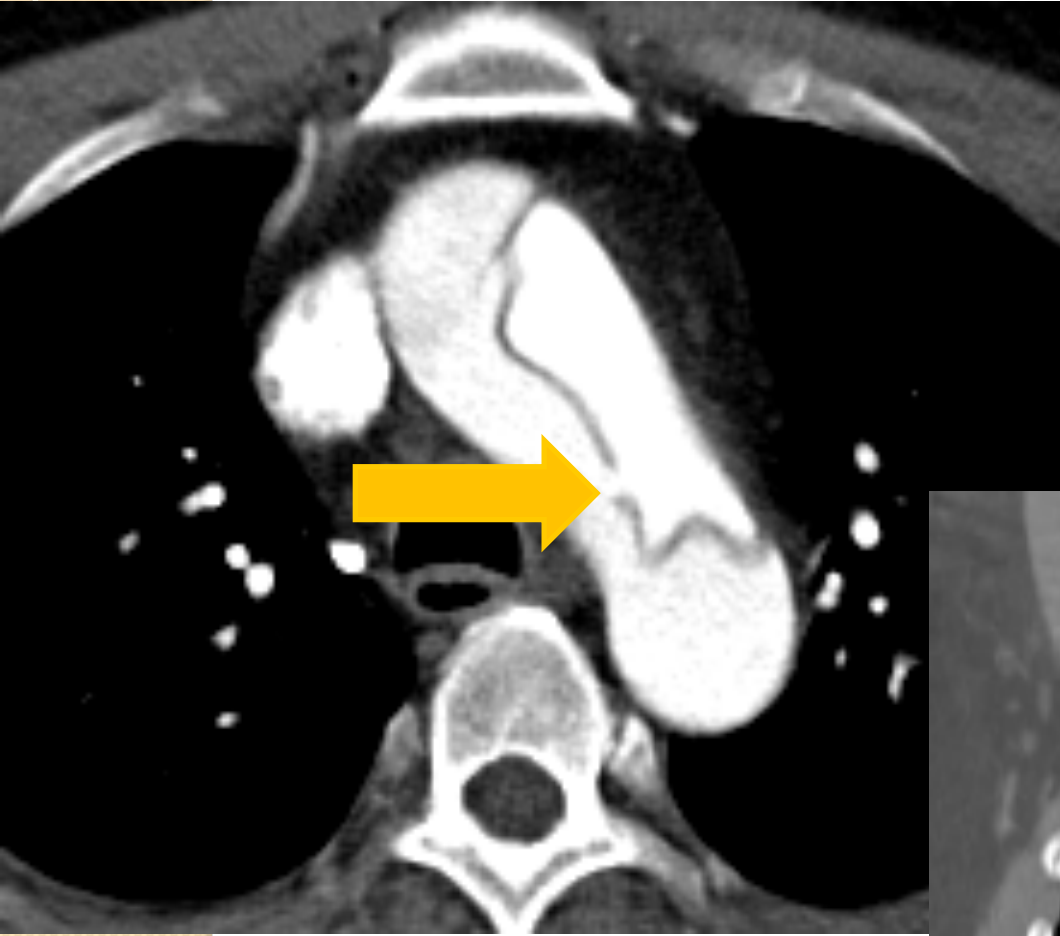
Ⅱ,Ⅲ,aVFにてST上昇およびQ波を認める

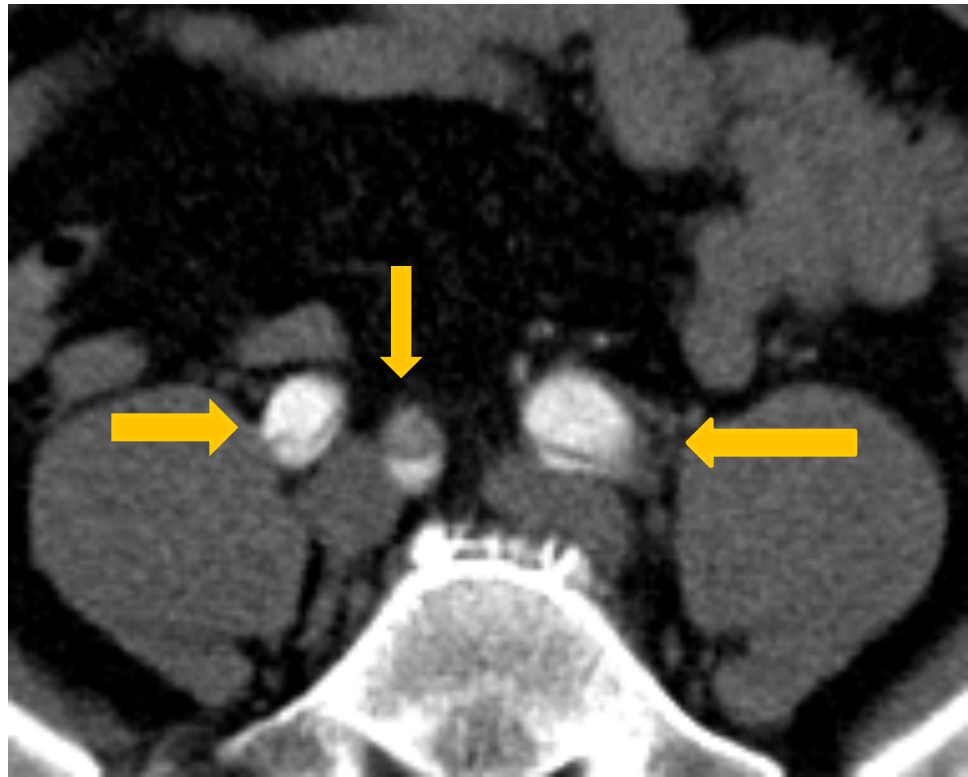
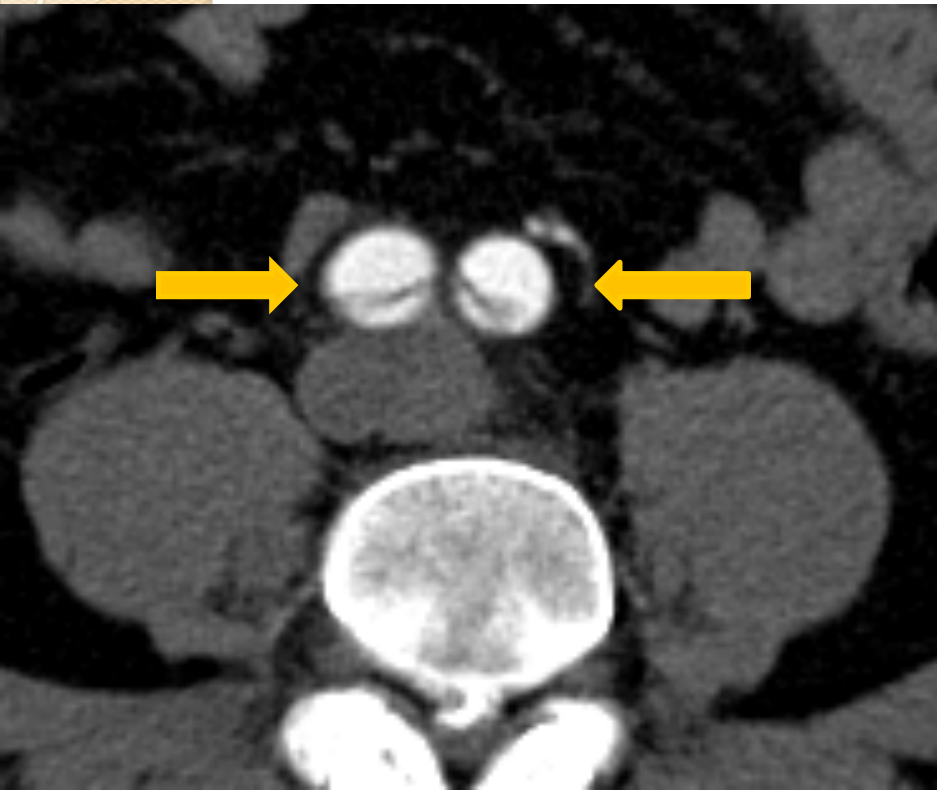
I ,aVL,V2-6にてST低下を認める

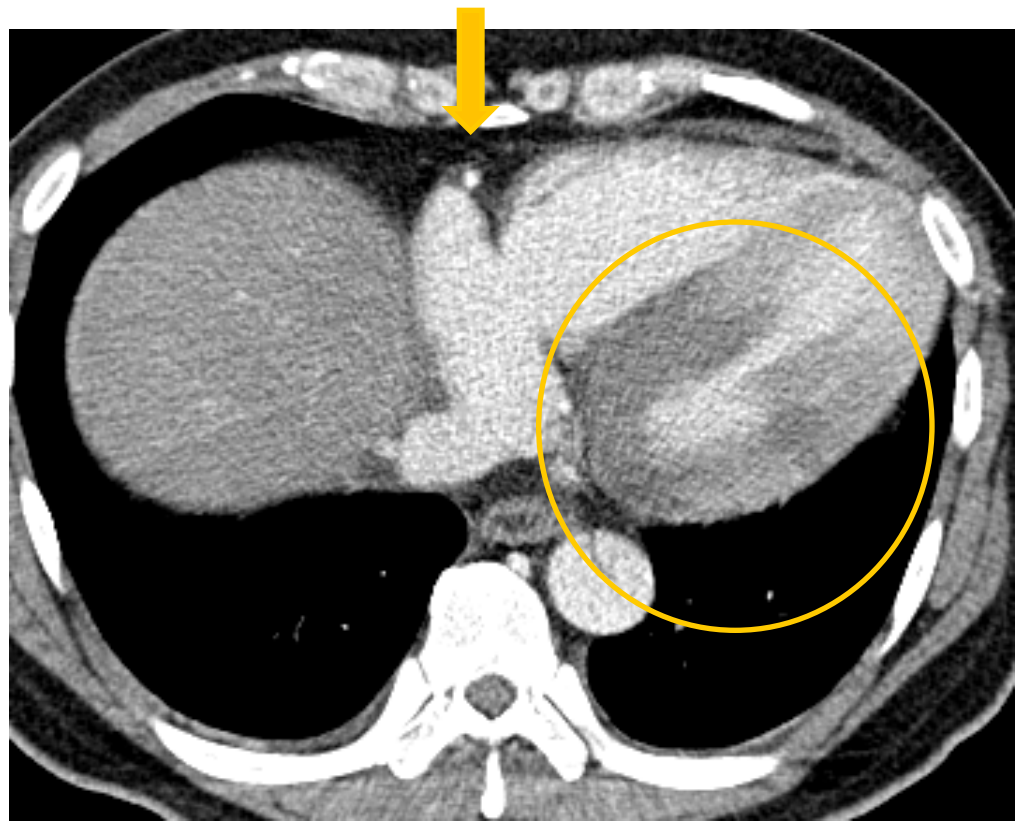
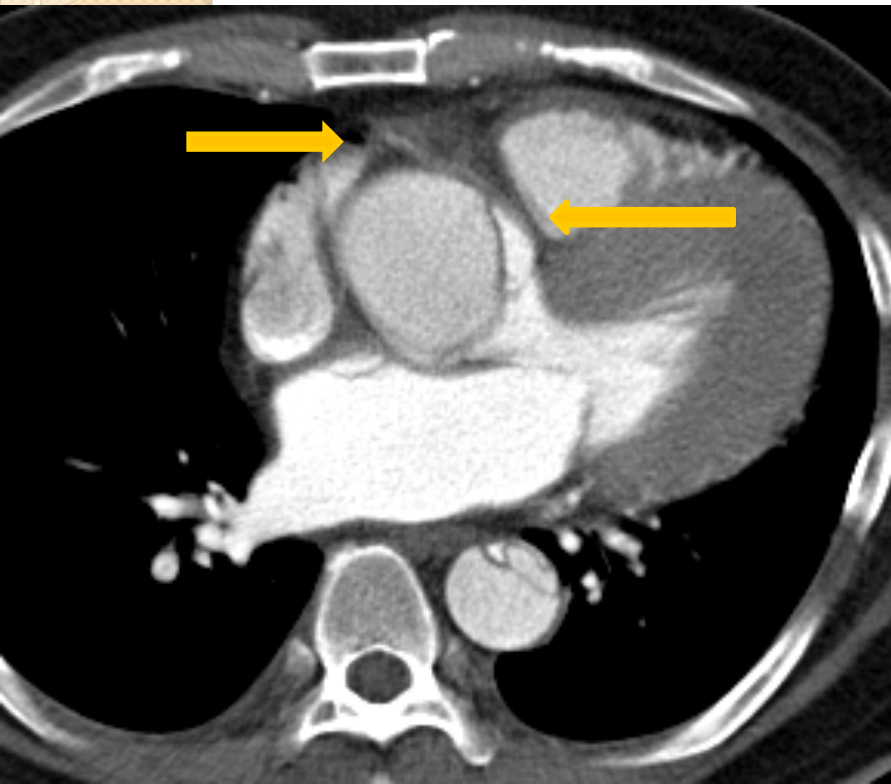
【心エコー】

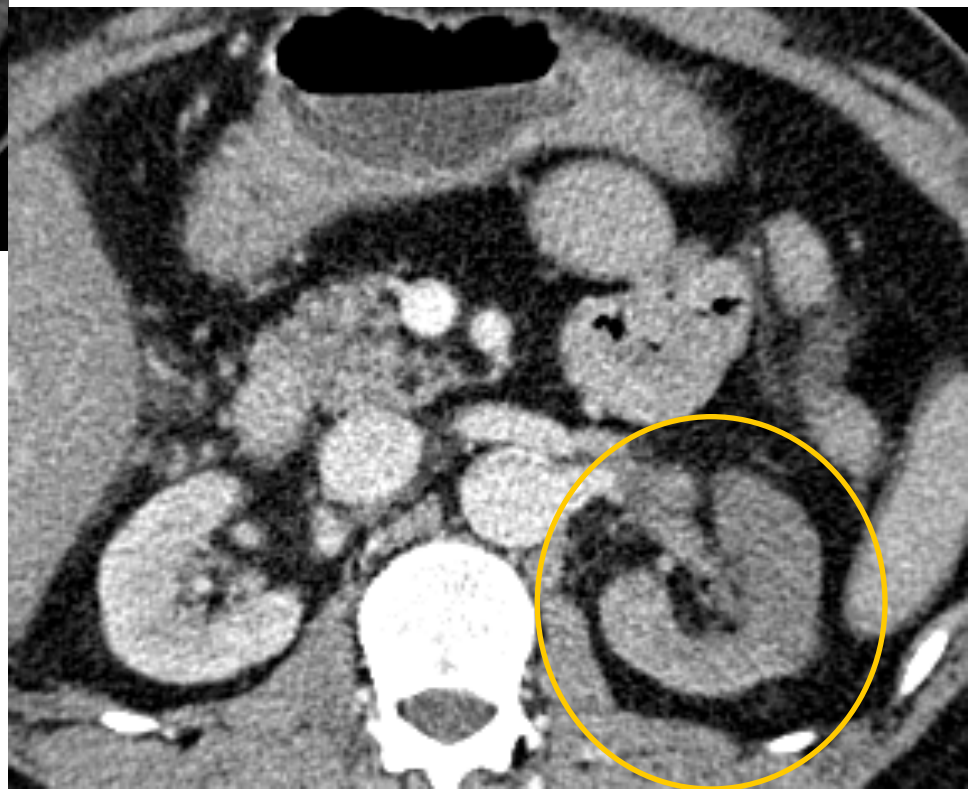
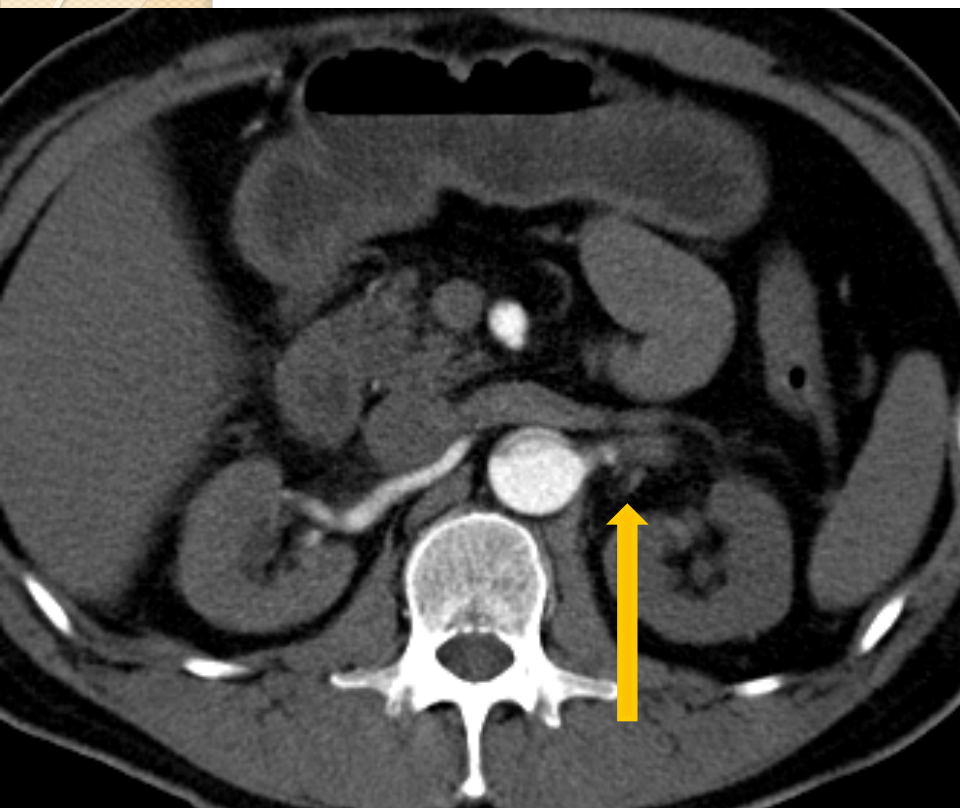
大動脈基部にflap様の所見あり

胸腹部造影CT









- 上行大動脈から右内腸骨動脈、左外腸骨動脈にかけて**偽腔開存型の大動脈解離**
- entryは遠位弓部
- バルサルバ洞レベルに解離が進展
 - ⇒**大動脈弁の変形**
- 右冠動脈に解離が進展
 - ⇒右冠動脈末梢の造影増強効果が遅延
 - ⇒**左下壁の梗塞**
- 左腎動脈起始部にも解離が進展
 - ⇒左腎の造影効果の低下
 - ⇒**左腎の梗塞**



考察

大動脈解離

概念

中膜が2層に剥離し、動脈走行に沿ってある長さを持ち2腔になった状態

解離した大動脈は本来の血管内腔である真腔と新たに生じた壁内腔からなり、両者は剥離したflapにより隔てられる

偽腔開存型大動脈解離

内膜亀裂(tear)により真腔と偽腔が交通している

偽腔閉塞型大動脈解離

内膜亀裂(tear)が不鮮明で真腔と偽腔が交通していない

分類

Stanford分類

A型：上行大動脈に解離があるもの

B型：上行大動脈に解離がないもの

De Bakey分類

I型：上行大動脈に内膜亀裂があり弓部大動脈より末梢に解離が及ぶもの

II型：上行大動脈に解離が限局するもの

III型：下行大動脈に内膜亀裂があるもの

III_a型：腹部大動脈に解離が及ばないもの

III_b型：腹部大動脈に解離が及ぶもの

原因

- ・ 動脈硬化性疾患

高血圧、脂質異常症など

- ・ 炎症性疾患

大動脈炎症候群

- ・ 遺伝性疾患

Ehlers-Danlos症候群

Marfan症候群

Loeys-Dietz症候群

平滑筋 α アクチン2(ACTA2)変異

平滑筋ミオシン重鎖II(MYHII)変異

偽腔と真腔の見分け方

- ①一般に拡大した腔が偽腔であり、真腔は狭小化していることが多い
- ②動脈壁の石灰化を有する腔が真腔
(慢性解離例では偽腔壁に石灰化を来すことがある)
単純X線写真において内膜石灰化の内側偏位は解離を示唆
大動脈壁外縁と内膜石灰化の距離が6mm以上であれば解離を疑う
- ③壁在血栓を有する腔が偽腔
- ④ダイナミックスタディでは真腔が先に造影され、偽腔は遅れて造影される
- ⑤aortic cobwebの所見を認めれば偽腔
(中膜が解離する時に不完全にはがれた中膜)

合併症

1. 破裂

心タンポナーデ・急性期の死亡原因の87%

2. 分枝血流障害

① 解離が分枝に及ぶことによる血流障害

② 偽腔が真腔を圧排し生じる血流障害

⇒ 心筋虚血、脳血流障害、上肢虚血、脊髄虚血
腸管虚血、腎虚血、下肢虚血

治療

Stanford A型大動脈解離⇒外科的手術

冠動脈灌流障害を伴う場合

・手術成績は不良・・・死亡率 20-33%¹⁾²⁾

{

右冠動脈虚血・・・死亡率 27.2%³⁾

左冠動脈虚血・・・死亡率 60%³⁾

⇒左冠動脈虚血の症例には左冠動脈主幹部の血流確保が重要

1)Neri E, et al: Proximal aortic dissection with coronary malperfusion

2)Kawahito K, et al: Coronary malperfusion due to type A aortic dissection

3)鈴木伸一, 益田宗孝 : 大動脈解離の外科治療

- ・ **広範囲の心筋虚血を伴う症例では手術後も低心拍出量症候群で死亡する例が多い**
⇒高度低拍出量症候群に対して補助心臓(VAD)を使用し治療を行う必要あり

- 1)Neri E, et al: Proximal aortic dissection with coronary malperfusion
- 2)Kawahito K, et al: Coronary malperfusion due to type A aortic dissection
- 3)鈴木伸一, 益田宗孝 : 大動脈解離の外科治療

結語

大動脈解離により右冠動脈血流障害をきたした一例を経験した。

Stanford A型の場合は心タンポナーデや冠動脈の血流の有無が予後を左右することから心筋や冠動脈の造影増強効果を確認することが必要と考えられる。

三週間ありがとうございました。