

主題 I-1-9 非特異性炎症性末梢動脈瘤の外科療法

金沢大学 第1外科

富川 正樹 永井 晃 吉田 千尋 岩 喬

富山医科薬科大学 第1外科

上山 武史 山本 恵一

日赤富山病院 心臓外科

塩谷 謙二

はじめに

最近 13 年間に経験した動脈瘤は、胸部 27 例、腹部 31 例、末梢 14 例の計 72 例である。この動脈瘤を臨床所見および病理所見よりその病因を分類してみると、非炎症性動脈瘤は胸部 21 例、腹部 29 例、末梢 7 例であり、炎症性動脈瘤はおのおの 6 例、2 例、7 例である。この炎症性動脈瘤 15 例中手術を施行し、病理学的に非特異性炎症と診断しえた末梢動脈瘤 6 例を中心とし、組織学的検索よりその外科治療を検討した。

この 6 例中 2 例に吻合部破裂を経験した。これは破裂性動脈瘤 6 例を含めた非炎症性動脈瘤の手術施行 50 例中 5 例に術後の急性腎不全などの重篤な合併症の発生をみたが、吻合部破裂を 1 例も経験していないのに比し異常に高い。

症 例

症例 1. 57 才、男性。昭和 48 年 6 月、左上肢の冷感にて来院。バージャー氏病の診断にて左胸部交感神経節切除を施行。3 年 3 カ月後右大腿動脈瘤にて再入院し、現在までに計 3 回の血行再建術を施行したが、いずれも吻合部破裂を見、右下肢切断に至った。

病理所見：(図 1) 切除標本断端の血管の約 1/2 周は比較的正常に近い内膜および中膜の形態を示すが、外膜側では弾性線維増生、細胞浸潤が見られ、もう一側の半周では内腔に血栓、内膜の肥厚、肉芽形成が見られ、中膜は線維化、萎縮し外膜と一体化しており、組織学的には血管壁全体にわたる血管炎の所見を呈していた。

症例 2. 64 才、男性。9 カ月前に炎症性上大静脈症候群にて axillo-femoral vein bypass を施行し、経過観察中であったが、左下腿の拍動性腫瘍および疼痛を訴え血管造影を施行。左下肢に大小 5 個の動脈瘤を認め、瘤切除、瘤縫縮術を施行した。

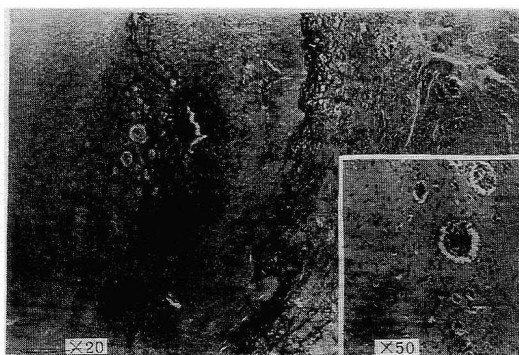


図 1 57 才 男 動脈瘤切除後の右大腿動脈断端の所見
血管壁の一部には中膜筋層の萎縮、外膜側より内膜におよぶ肉芽様炎症像がなお認められる。

病理所見：中膜から外膜にかけての筋線維の萎縮、線維化、細胞浸潤が見られ外膜側にも病変が移行している。

症例 3. 70 才、男性。左総腸骨動脈瘤、直腸穿孔にて人工血管置換ならびに人工肛門造設を行ない、開存している。

病理所見：内膜は線維性肥厚、一部に肉芽形成を見、外膜の線維化も著しく、中膜固有の形態はほとんど失なわれている。肉芽形成のとくに著しい所では組織球、好中球の浸潤が目立っており、幹動脈炎と診断された。

症例 4. 23 才、男性。左大腿動脈瘤にて自家静脈置換、人工血管置換を施行したが、いずれも 6 カ月後吻合部の破綻を来し、人工血管を摘出したが肢の壊死はまぬがれた。

病理所見：外膜から中・内膜にかけての血管壁の肉芽化が著しく、細胞浸潤や細胞増生の強い所や瘢痕組織を呈する所が入り混じり、内膜側には血栓を伴い、細菌様顆粒の着色を認め、細菌性血管炎と診断された。

症例 5. 49 才、女性。1 年前より大動脈炎にて内科的

表 1

症 例	臨 床 診 断	病 理 診 断	手 術 術 式
1. 57才 男	右大腿動脈瘤	血 管 炎	1. 臍帯血管置換 2. ilio-femoral bypass (左大腿動脈瘤 wrapping) 3. axillo-femoral bypass 4. 右下肢切斷
2. 64才 男	左下肢多発性動脈瘤	血 管 炎	瘤縫縮術
3. 70才 男	左総腸骨動脈瘤直腸穿孔	幹 動 脈 炎	人工血管置換+人工肛門造設
4. 23才 男	右大腿動脈瘤	細菌性血管炎	1. 瘤切除, 自家静脈置換 2. 6カ月後吻合部破裂, 人工血管置換
5. 49才 女	右鎖骨下動脈瘤	大 動 脈 炎	瘤切除, 端端吻合
6. 42才 男	左大腿動脈瘤	血 管 炎	自家静脈置換

治療を受けていたが、右上肢の冷感ならびに右鎖骨上窩の拍動性腫瘍にて当科へ転科、右鎖骨下動脈瘤の診断にて瘤切除、端々吻合術を施行した。

病理所見：内膜より中膜にかけての線維化、癍痕化、外膜側には同じく線維化と細胞浸潤が認められ、かなり古い血管炎の所見である。切除標本断端でも血管炎の像を呈している。

症例 6. 42才, 男性. 6年前レイノー氏病にて両側腰部交感神経節切除を受けており、左大腿動脈瘤にて瘤切除、自家静脈置換術を施行、開存している。

病理所見：血栓と内膜の線維化、肥厚、血管増生が見られ、内腔は著しく狭小化している。中膜および外膜にかけての細胞浸潤、線維化、不規則な弾性線維増生が認められる。

考案および結語

非特異性炎症性末梢動脈瘤 6 例を中心として、その組織学的検索よりその外科治療を検討した。これらの症例はその主病巣が関¹⁾の非特異性炎症性腹部大動脈瘤についての報告と同様に血管壁の支持組織となる中・外膜が

主であるという所見がみられた。このことは動脈硬化性動脈瘤に比べ力学的に血管壁の劣化が著しいと思われる。また、症例 1 のごとくその病変も全身におよんでいることも少なくなく、2 例の切除断端で明らかに血管炎の所見が残っていたので、術中の肉眼的所見よりその切除範囲を決定することは非常に困難である。さらには手術成績についての諸家の報告^{1,2)}では比較的早期の縫合不全を指摘する意見もある。われわれも約 6 カ月後に 2 例の破裂を経験しており、これは、前述の血管壁の脆弱性によるものと思われる。

われわれは症例 1 の左大腿動脈瘤に対して wrapping を行ない、良好な経過をえていることよりもできる限り直達血行再建術は避けるべきであり、小さな動脈瘤は wrapping のごとき姑息的手術を、大きいさいは切除しその後血行再建、肢切斷を検討すべきだと考えてる。

文 献 1) 関正威：非特異性炎症性腹大動脈瘤について、脈管学, 12, 337, 1972. 2) 三島好雄ら：血管炎症動脈瘤の臨床, 脈管学, 12, 329, 1972.

主題 I-1-10 炎症性動脈瘤に対する外科治療

——術後合併症とその対策——

九州大学 第 2 外科

森山 正明 草場 昭 井口 潔

はじめに

大動脈炎症候群あるいはベーチェット病に起因する動

脈瘤は、炎症例であるがゆえに、その外科治療の適応がむずかしく、またその外科治療にあたっては、晩期吻合部破裂などの合併症に対する対策をたてる必要がある。