

主題II-11 解離性大動脈瘤の治療経験

金沢大学 第1外科

上山 武史 三崎 拓郎 河北 公孝 岩 喬

解離性大動脈瘤はその病態が多様であり、合併症、予後も千差万別であり、治療に関しても種々の議論がなされて来た。Wheat らの徹底した保存療法が秀れた成績を示したことにより、薬物による制御が広く行なわれるようになった。とくに、急性例に対しては保存療法が第1選択となる傾向が強くなり、Parker らは3週間¹⁾、Sethi らは6週間後に根治手術をした方が良いと報告している²⁾。しかし、薬物による制御が不能で病状の進行する例や解離に基づく合併症が生命をおびやかす例もあり、今後、早期手術の成績向上が目標となると思われる。

われわれは現在まで14例の本症を経験し、種々の治療を行なってきたのでこれらの経過を報告し検討する。

症 例

症例はI・II型は7例で急性例は2例とともに早期死亡している。現在、生存中のものは根治手術例の1例のみである。III型は7例で急性例は3例である。現在生存中の4例は全て根治手術例である(表1)。

薬物療法例: 5例に行なった。I型4例とIII型1例である。1例は9カ月後に消息不明となった。残りの4例の経過は、10時間後に心タンポナーデで死亡。9カ月後に再発作で死亡。9年1カ月後に吐血で死亡したIII型。2年3カ月後に心不全で死亡。2年以上生存例が2例ある。

姑息手術例: 5例あり、1例目はS字状結腸切除、左腸幹動脈のFogertyカテーテルによる血栓摘除を行なったが15日目に死亡。2例目は腹部大動脈でfenestrationを目的として人工血管移植を行ない、2年6カ月後

に再発で死亡。3例目は左血胸による呼吸困難、縦隔への圧迫のため、緊急開胸を行ない胸腔ドレナージを行ない4年4カ月生存し心不全で死亡。第4例は増強する心タンポナーデに4カ月後に心膜内ドレナージを行ない、頻脈、低血圧を制御の後、根治手術を施行、生存中である。第5例は発症2日目に外シャント作製し透折を行ない、利尿が付き一般状態が改善した2カ月半後に根治手術を施行し生存中である。以上5例中2例は姑息手術後に根治手術を施行、良好な経過をとっているが、姑息手術のみでも2年6カ月、4年4カ月生存した例もある。

根治手術例: 根治手術を施行した例はIII型5例とII型1例であり、III型の1例を除き全例生存している。死亡例はIII型症例で4カ月前と1カ月前に発作があり、動脈瘤は左胸腔全体に拡大しており、心不全、呼吸困難を呈していた例で、手術時、大動脈壁は脆く浮腫状であった。術直後に死亡した。発症8日目の急性例は手術が容易であった。姑息手術後の2例も順調な経過をとって

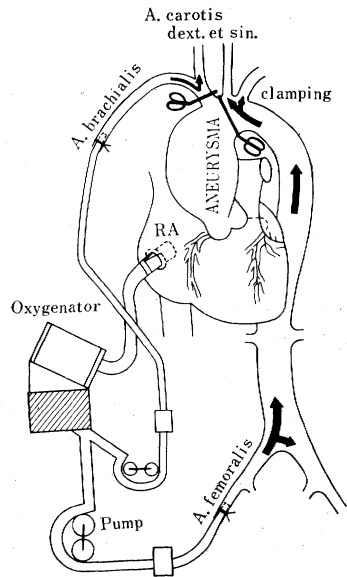


図1 分離体外循環施行法

表1 症例と予後

症例数	姑息手術	根治手術	生存期間					
			1ヶ月未	1年未	1年以上	不明	生存中	
I・II型	7	2	1	2	1	2	1	1
III型	7	3	5	0	1	2	0	4

る。II型の例は薬物療法を行っていたが、明らかな動脈瘤の拡大を認めたため、4カ月後に分離体外循環下(図1)に根治手術を行ない、成功し生存中である。

考 案

われわれの解離性大動脈瘤14例の治療経験より見ると、たしかに薬物療法により急性期を乗り切りうる症例は可成りあるが、急激な悪化をとる例も少なくないと思われる。最近の Reul らの報告ではIII型は急性期も慢性期手術も成績は余り変わらず、とくに解離が上方に進行するのを防ぐために早期手術を促めており³⁾、さらに Appelbaum らはI・II型においても、死亡率よりみて早期手術は薬物療法よりはるかに良好な成績であるため、早期手術をすべきだと述べており⁴⁾、薬物療法によっても、血圧の変動が激しく制御しえない、疼痛が持続し、病状の進行が疑われる、動脈瘤の拡大を認める、大動脈弁逆流が生じた。これらの場合は直ちに根治手術を施行すべきと思われる。

また、解離による合併症として、心膜腔内の液貯留によるタンポナーデ⁵⁾、動脈腔の狭窄や閉塞による障害⁶⁾、血栓による塞栓⁷⁾、など種々のものがあるが、これらは保存療法を行なうにしても、根治術を選ぶにしても障害

となるため、時に応じ、種々の姑息手術によりこれを制御し、一般状態の改善を計ることも大切である。われわれの症例でも姑息手術により経過が好転した例を経験しており、根治手術の時期を考慮しつつ、これらの合併症に対する姑息手術を有効に活用すべきと思われる。

結 語

- 1) 根治手術施行例は予後・罹病度よりみて、保存療法より明らかに秀れている。
- 2) 病状進行例では早期手術が望ましいが、一般状態不良のときは姑息手術により症状の改善を計る。
- 3) 早期手術と慢性安定期の根治手術は成績が良好だが、病状増悪期手術は最も避けるべきである。
- 4) I・II型の根治手術には分離体外循環と心筋局所冷却法の併用が良い。

文 献 1) Parker, F. B., et al.: Ann. Thorac. Surg. 19: 436, 1975. 2) Sethi, G. K., et al.: Ann. Thorac. Surg. 18: 201, 1974. 3) Reul, G. J., et al.: Arch. Surg. 110: 632, 1975. 4) Appelbaum, A., et al.: Ann. Surg. 183: 296, 1976. 5) Comer, T. P., et al.: Vascul. Surg. 8: 18, 1974. 6) Shumacker, H. B., et al.: Ann. Surg. 181: 662, 1975. 7) Lévy, S., et al.: Thorac. Cardiovas. Surg. 66: 82, 1973.

主題II-12 解離性大動脈瘤の手術経験

神戸大学 第2外科

岡田 昌義 麻田 栄 橋本 行 志田 力
寺師 弘泰

解離性大動脈瘤は、元来予後不良な疾患とされていたが、近年手術々式に種々の改良が加えられて積極的に手術がなされ、かなりの成果があげられている。

教室では昭和41年4月以降現在までに、9例の解離性大動脈瘤を経験し、このうち5例に根治術を行なったので報告する。9例の全例が男性で、年齢は29才から69才、平均50才で、病型分類では4例がDeBakey I型、5例がIII型であった。このうち重篤な腎不全を呈したI型の1例と、広範囲にわたる腹部大動脈瘤を合併したIII型の3例では、手術適応がないと考えられたが、DeBakey I型の急性期の2例、慢性期の1例と、III型の慢性期の2例に対して手術を行ない、III型の2例を救命した(表1, 2)。以下順を追って症例について述べ

る。

症 例

症例1: 32才, 男, Marfan's syndromeによる dissecting aneurysmで、典型的な胸痛で解離が発生し、翌翌日にアンギオを行なってDeBakey I型と判明、胸痛と心不全の増強が認められたので、解離発生後3日目に緊急手術にふみ切った。体外循環下に、直径7.5cmの上行大動脈瘤を切除し、CooleyのDacron graftを移植し、弁輪の拡大によるAIに対し、S-E 14Aを移植した。dissectionのentryは弁輪直上のnoncoronary sinusで、その外層はadventitiaのみで破裂寸前の状態であった。当時はまだBentall手術の普及をみず、人工