

大動脈瘤

大動脈瘤とは大動脈にできる瘤(こぶ)のことで、できる部位や範囲によって治療方法が大きく異なります。大きさが胸部では5~6cm、腹部では4~5cmを越えるものが一般的に手術の適応となります。

胸部大動脈瘤は手術において脳脊髄や心臓など重要臓器を保護するための補助循環が必要となり侵襲も大きくなるため、患者さんの年齢や合併症等により治療方針を慎重に選択する必要があります。また近年、手術中に術野から使用できるステントグラフトが市販されるようになり、手術が以前より低侵襲下に行なえるようになりました。

腹部大動脈瘤は日常の臨床でしばしば遭遇する疾患です。そのほとんどが動脈硬化性で、罹患率についてはっきりとした報告はありませんが、潜在する症例はかなり多いと考えます。腹部に拍動するしこりを認めれば、必ずエコー等で確認することが必要です。この疾患は多くの場合が「無症状」ですが、実はそれが曲者です。本症は①他疾患の精査で画像上偶然診断される ②検診 ③患者さん自身が腹部の拍動に気づいて受診 ④破裂時 などにより診断されていますが、頻度的にはこの順に多いのが実態です。救急医療の現場では突然の破裂による大量出血で病院に到着しても既にショック状態で、慌てふためいてオペ室へ直行することも多く、急性大動脈解離などの疾患よりも時間的余裕がありません。破裂した場合は約半数しか病院に搬送できず緊急手術に持ち込めても死亡率は30~90%にも上るといふ報告もあります。待機的に手術を施行した場合の当院の死亡率が0.3%程度であることを考えると大きな差異です。破裂する前にピックアップされた患者さんはある意味、ラッキーと考えられます。破裂前に手術を施行すれば、成績も非常に安定しております。ほとんどの症例で外科的な人工血管置換術が可能です。腹部大動脈瘤はその足側で左右に分岐してからの動脈(腸骨動脈と呼びます)にも瘤化や狭窄(内腔が細くなっていること)が認められることが多く、可能な限り臓器への血管の再建を心がけています。そのため開腹手術のリスクに問題が無ければ外科的手術を原則としています。

また外科的な人工血管置換術に対して、当院では平成24年よりステントグラフトによる治療を実施しています。ステントグラフトは瘤の形態で適応が制限されること、分枝血流が犠牲になること、エンドリークの懸念などで術後に造影CTによる定期的なフォローアップが必須であることなど問題点もありますが、手術侵襲は小さく術後一週間ほどで退院することが可能です。中期遠隔成績では良好な結果が報告されております。従来の開胸、開腹を伴う外科的治療と比較して低侵襲で高齢者や合併症を有する患者さんにも施行できる可能性があります。現在のところ、75歳以上で手術を行なうに際して何らかの問題がある患者さんでは、動脈瘤の形態やアプローチ血管などを評価して適応があれば積極的に治療を薦めています。

当院では以前から行っていた腹部ステントグラフト内挿術に加えて、令和3年9月より胸

部ステントグラフト内挿術を開始いたしました。胸部ステントグラフト内挿術は胸部大動脈に生じた大動脈瘤に対して行うもので、従来は側胸部を大きく切開して体外循環を使用しなければ治療できなかった病変に対して、小さな傷で体外循環を用いることなく治療を行うことができます。

令和4年5月現在、7例に対して本法を行い、全症例で良好な経過を得ています。通常は胸部大動脈瘤を本法の適応としておりますが、大動脈解離の症例に対しても場合によっては施行することもあります。