

症例報告

脳梗塞の症状で発症した急性大動脈解離の1例

A case of acute aortic dissection with symptomatic stroke.

岡 秀治¹⁾, 和泉 裕一²⁾, 眞岸 克明²⁾, 清水 紀之²⁾

Hideharu Oka

Yuichi Izumi

Katsuaki Magishi

Noriyuki Shimizu

Key Words : 大動脈解離 脳梗塞

はじめに

近年、脳梗塞の急性期治療は遺伝子組換え組織型プラスミノゲン・アクティベータ (recombinant tissue-type plasminogen activator : rt-PA) が認可されたことにより、大きな躍進をとげた。しかし、発症後3時間までの間に疾患を鑑別、診断する必要があり、初期診療において迅速に診断を行うことが重要となった。今回、我々は脳梗塞の症状で発症した急性大動脈解離の一例を経験した。本症例を踏まえて、急性大動脈解離の診療について、文献的な考察を含め検討し報告する。

症例

症例 : 81歳, 男性

主訴 : 意識消失

既往歴 : 高血圧、肺がん術後

嗜好歴 : 飲酒 (-), 喫煙 (-)

現病歴 :

20XX年〇月、9時30分頃に会議で同僚と会話をしていたところ、突然意識を失い倒れたため、当院に10時17分に救急搬送された。

初診時現症 : 身長 164.0cm, 体重 46kg, 血圧(右上腕) 174/111mmHg, 脈拍 65/分, SpO2 100%(O2リザーバーマスク 10L), 血糖値 118mg/dl, 体温 36.3°C, Japan Coma Scale (JCS) 1, 胸苦なし, 右共同偏視, 左片麻痺

初診時検査所見 :

血液検査(血算, 生化, 凝固系), 動脈血ガス分析に特記すべき異常を認めなかった。

心電図 HR 58回/分, sinus rhythm, ST変化はなかった。

初診後経過 :

症状から脳梗塞を疑い、ただちにMRIを撮影し、拡散強調画像で右半球に淡い高信号を認めた(図.1)。右皮質梗塞の疑いで、rt-PA使用の禁忌項目がないことを確認したうえで、発症約2時間15分後にrt-PAの静注を開始した。rt-PA投与後15分ほどで、左下肢麻痺は著明に改善したものの、左上肢麻痺に改善は認めなかった。しかし、発症6時間後に新たに右上肢麻痺が出現した。そのため、再びMRIとMRAを確認したところ、左総頸動脈の描出が不良であった。大動脈病変を疑い、CT angiographyを施行したところ、弓部大動脈から両側頸動脈に解離を生じていた(図.2)。頸動脈エコーでは偽腔形成を認め、左総頸動脈の真腔は偽腔に圧排されており、偽腔は血栓化していた(図.3)。胸部X線上は、上縦隔・胸郭比が40.2%、上縦隔・心臓比が73.5%と拡大していた(図.4)。上行大動脈には解離所見はなく、脳梗塞発症の急性期であること、また心タンポナーデ等の所見が無く循環動態が安定していたこと、弓部大動脈手術では脳出血等脳合併症が致命的になることなどの理由から、安静・降圧管理で慢性期の待機的な治療を考慮した。第2病日に突然、心拍数50回/分に低下し、心電図モニター上著明なST上昇を認めた。救命処置を行ったが、同日午前中に永眠された。

1) 名寄市立総合病院 研修医

Resident, Nayoro City General Hospital

2) 名寄市立総合病院 心臓血管外科

Department of Cardiovascular Surgery, Nayoro City General Hospital

考察

急性大動脈解離は一年間で100万人あたり約5～30例の報告がある¹⁾。本邦においても年々増加傾向にあり、2004年では3858件の手術の報告がある²⁾。その中でも、急性大動脈解離に脳梗塞を併発するものは1%と言われており、合併症としては少ないが脳梗塞急性期の鑑別としてあげられる³⁾。

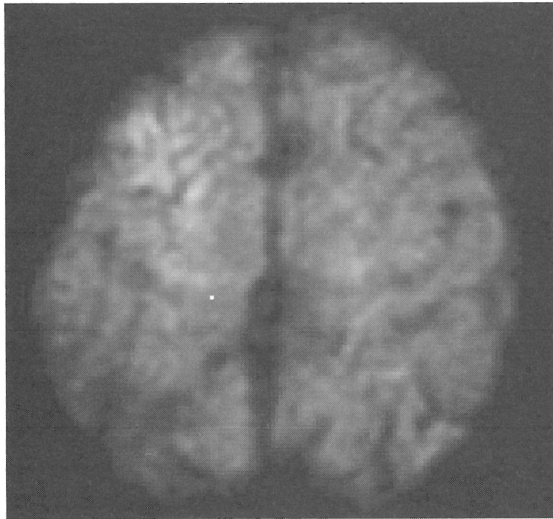


図1：初診時MRI(拡散強調画像)。右皮質に高信号領域を認める。

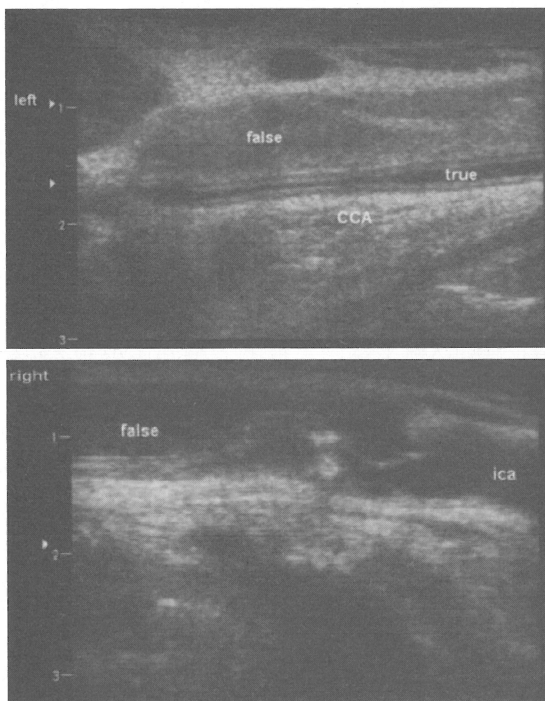


図3 頸部血管エコー。偽腔形成を認める。左総頸動脈の真腔は偽腔に圧排されており、偽腔は血栓化していた。

急性大動脈解離では突然の胸痛を呈するものの陽性率は45～90%で、胸背部痛を伴わない大動脈解離は10～55%と報告されている⁴⁾。ショック状態や脳梗塞を合併している場合には、意識障害や言語障害のため症状を聞き出すことが難しく、本例でも胸背部痛は不明であった。胸背部痛を伴わないことでは大動脈解離を否定できないので、注意を要すると思われた。



図2 入院後CT。弓部大動脈から両側頸動脈に解離を認める。

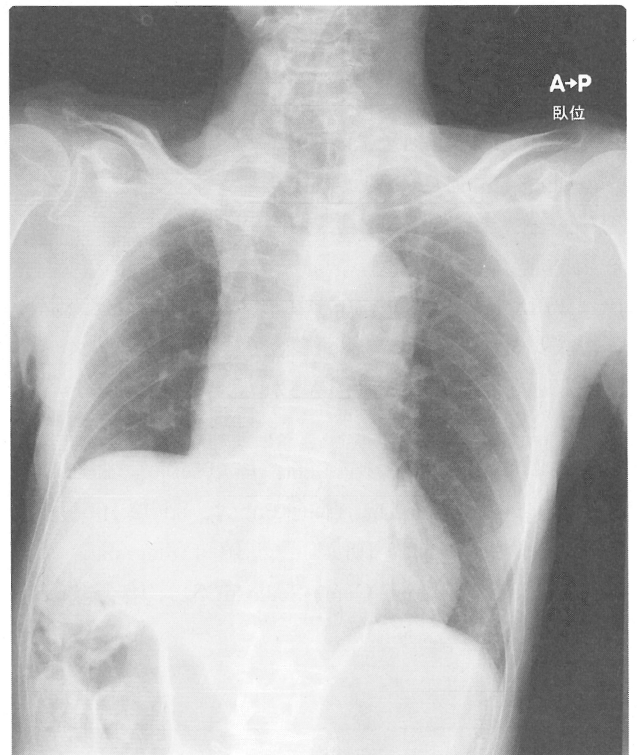


図4 初診時臥位X線。上縦隔・胸郭比、上縦隔・心臓比の拡大を認める

大動脈解離には神経学的所見を伴うものが約30%存在するとの報告があり、また大動脈解離に伴う脳梗塞には左片麻痺が多いと言われている³⁾。Stanford A型急性大動脈解離では、動脈解離が腕頭動脈から右総頸動脈に及びやすいからと言われている。本症例では、初診時は左片麻痺であったが、時間経過に伴い右上肢麻痺も認めたのは、経過中に左総頸動脈へ解離が伸展したことによる脳虚血症状と考えられた。時間経過により麻痺の部位が変化することは大動脈解離を疑う所見の一つといえるが、実際の臨床では急性大動脈解離の発症後の死亡率は1~2%/時間と言われている⁵⁾。

解離腔が鎖骨下動脈に及ぶことにより、片側上肢の脈拍の消失や20mmHg以上開く血圧の左右差が15~38%で見られると言われており、特異度は高いため、所見を認めれば早期に大動脈解離を疑うことができると考えられる^{6,7)}。

胸部X線にて所見を認めないこともあると報告されているが、岩下らは臥位胸部X線において、上縦隔・胸郭比、上縦隔・心臓比の測定が急性期脳梗塞群と急性大動脈解離群で有意差があったと報告している⁴⁾。上縦隔・胸郭比とは胸郭径に対する上縦隔径の比、上縦隔・心臓比とは心臓径に対する上縦隔径の比と定義されているが、急性期脳梗塞群では上縦隔・胸郭比が29±5%で、上縦隔・心臓比が52±10%であるのに対して、急性大動脈解離群では上縦隔・胸郭比が37±6%、上縦隔・心臓比が64±12%であったと報告している。本症例においても上縦隔・胸郭比は40.2%、上縦隔・心臓比は73.5%と著明に拡大していた。

頸部血管エコーでは、脳梗塞患者全例の検査で0.5%に大動脈解離を合併していたとの報告があった⁸⁾。経胸壁心エコーでは感度59~83%、特異度63~83%と言われている⁹⁾。超音波検査は非侵襲的だが、術者の技量により影響を受けるという問題がある。

急性大動脈解離は時間単位で死亡率が増加する疾患であり、すみやかに病型を診断し、治療をおこなうことが多い。Stanford A型の場合は緊急の外科手術の適応であり、エントリーの閉鎖を手術の基本とする。Stanford B型の場合は、合併症が

ない場合の30日間の死亡率は10%との報告があり、予後が良いため降圧療法などで保存的に見ることが多い⁵⁾。本症例では、弓部大動脈の解離であることから、術式としては上行弓部大動脈置換術を選択することになる。低体温循環停止、脳分離体外循環法を併用する本術式では、脳梗塞発症直後には周術期の脳出血・脳梗塞発症により致命的となる可能性が高く、急性期治療として安静降圧療法を選択した。脳梗塞発症患者の大動脈解離の手術時期についての検討については、今後の課題であると考ええる。

おわりに

脳梗塞で発症した急性大動脈解離の1例を経験した。脳梗塞を伴う弓部大動脈分枝の解離の診断を中心に、文献的考察を加え報告した。

文 献

- 1) Ijaz A. Khan : Clinical, Diagnostic, and Management Perspective of Aortic Dissection. CHEST 122 : 311-328, 2002
- 2) 足達 寿 : 大動脈解離の疫学. 日本内科学会雑誌 99 : 222-225, 2010
- 3) Yasuyuki Iguchi : Hyper-acute Stroke Patients Associated with Aortic Dissection. Internal Medicine 49 : 543-547, 2010
- 4) 岩下 具美 : 救急初療室で急性期脳梗塞を合併する急性大動脈を鑑別する. 脳卒中 30 : 852-856, 2008
- 5) Hagan PG : The International Registry of Acute Aortic Dissection (IRAD): new insight into an old disease. JAMA 283 : 897-903, 2000
- 6) Keun-Sik Hong : Intravenous Recombinant Tissue Plasminogen Activator Thrombolysis in a Patient with Acute Ischemic Stroke Secondary to Aortic Dissection. J Clin Neurol 5 : 49-52, 2009
- 7) 今 明秀 : 大動脈解離って裂けるような痛みなんでしょう? Medicina 47 : 780-783, 2010
- 8) 木村 和美 : 頸部血管エコー検査の有用性について 脳卒中 30 : 455-457, 2008
- 9) 高木 眞一 : 大動脈瘤・大動脈解離診療ガイドライン Circulation Journal 70 : 1569-1646, 2006