

第9回 循環器セラピューティック・フォーラム

シンポジウム

大動脈瘤と大動脈解離の臨床
—適応と治療法—

総合討論

谷口 どうもありがとうございました。

今、世話人の村山先生をお願いいたしまして、30分までお時間をいただきました。

高本先生には、外科医の立場から見た手術適応と診断のお話をさせていただきたいと最初からお願ひしてありましたので、あえて内科のシンポジストを入れてごさいません。

私が群馬県立循環器病センターに赴任して最も驚いたのは、大動脈疾患が増えたことです。我々が若い頃、大動脈の解離や、あるいはその破裂というものを見るチャンスは非常に少なかったのですが、今は、40～50代の男性は勿論のこと女性まで含めて、非常に増えているという印象を受けています。特に私達のところでは、30%くらいまでが、その手術例に当たっているということです。我々にとって一番弱いところを何とか少し明らかにしてみたいというのが、今回の演題を取り挙げた理由であります。

3人の先生方にそれぞれお話をさせていただきまして我々が疑問に思っていることをすべて解説いただいたようにも感じますが、まだ解決されていない、いろいろな問題が残されているようでございます。まず診断上の問題について、田島先生は最後の回転式の angiography をお出しになり、それから高本先生は特に flap を見つけるのにエコーが重要であるというお話でありました。その辺りについて、診断上のテクニックと、特に会場の中には内科の方も多いと思いますので、内科医にこういうところを注意してほしいというようなのがございましたら、お二人にまずお話をさせていただきたいと思ひます。

田島 そうですね。最終的には正しい診断が得られればいいということなので、各施設の事情というのがやはりあると思ひますが、それに応じて各々の検査を施行すべきと思ひます。もちろん私どもの施設でも、集中治療室とか、内科学教室を

中心として超音波の方の、例えば経食道エコーはやられております。ただ、今までの私どもの施設の流れとして、ああいう血管造影というのは、一番再現性があるといひますか、説得力を持って他の人に納得していただけると思ひます。経食道エコーはどちらかという、経時的に、変化を的確にできるだけ早く、迅速につかむという立場でやっております。

谷口 高本先生、お願いします。

高本 食道エコーの、私はいいところばかり言いましたけれども、エコーに1つ欠点があるとすると、例えばCTのようにシャウカステンの前でみんなが一緒に見られないというところがありますね。その場にいる人、あるいはビデオで撮って後で見るということは可能かも知れませんが、一緒にみんなで見ることはちょっと難しいということですね。だから、ある程度やはり熟練した人がやらないといけないというところがあると思ひます。だけれども、先ほど申しましたように、偽腔の状態を見るというのはもうこれしかないだろう。それともう1つ、手術中に評価するのは、もうこれしかないだろうと思ひます。

もちろん評価の仕方も、リアルタイムの3Dが私は本当は欲しいと思ひているのですが、そういうものがあればもっとはつきり壁の構造とかが出てくるだろうと思ひております。2Dではもう1つちょっとわかりにくいなあというところもありますので、まだまだ発達しなければならぬと思ひますが、術中のエコーは外科医にとって非常に有用な補助手段だろうと思ひております。

もちろんCTも、とにかく伝票に丸さえつけば放射線科の先生や技師さんがやってくれるわけですから、病棟にいる当直の医者にとって非常にいい方法だと思うのです。これはもう誰がやっても間違いありません。食道エコーというのは、やはり熟練度に応じて、プローブが入らない人もいます。入れられない人ももちろんいるわけですが、上手に使えば、非常にいい方法だと思います。

谷口 金子先生に、診断面で内科側に要望することはただ診断をつけるだけではなく、外科として欲しいことは、手術をやるかやらないかということがまずあるでしょうし、それから手術の術式を決める。先ほど先生は、手術の適応を決めるにはDeBakeyの方法がいいけれども、術式を決め

るのに Stanford がいいというふうに、高本先生もおっしゃいましたですね。そういうことを含めて、今現状で、術者としてもう少し内科の人に注文したいということがあったら、お話ししたいと思っています。

金子 非常に初歩的なことを言いますと、やはり解離の場合には診断がつかないで放っておかれることが一般的に患者さんを診ていると多いのです。ですから、まず解離という病態をよく十分理解していただいて、とにかく CT さえ撮れば、あるいは、エコーさえやれば、わかるわけですから、常に急患の診断において、解離ということを、循環器の先生は勿論、他科の先生も頭の片隅に是非置いていただきたいということが原則だと思います。

谷口 それから、新しく最近行われているステントの問題ですけれども、田島先生は、ステントを入れていらっしゃるわけですね。先ほど高本先生は、今日の例は、DeBakey I型ですね。elephantの先端にステントを使っておられる。

高本 あれは真性瘤ですね。

谷口 真性瘤ですか。手術のみを行う場合と、要するに手術をして、なおかつステントを使うという方法と両方あるわけですが、その両方を診断的に区別するのはどういう点に注意したらいいでしょうか。

田島 1つは、うちの施設も、実は開胸で胸部外科の先生が開けられて、我々がああいう、高本先生のようにお手伝いする術式は4～5例経験しております。やはり強調されておりましたけれども、真性瘤で鎖骨下動脈と非常に近い瘤ですね。そういうものは、あまり積極的に大腿動脈からはアプローチしないで、できれば開胸でやっていただいて安全に手術を行うというのが1つの立場だと思います。

谷口 高本先生はいかがでしょう。

高本 やはりカテーテルでやるステント療法が一番いいのは下行大動脈瘤ですね。真っ直ぐなところでちゃんとやる。これから、ステントグラフトはもっとよくなれば、もう少しよくなると思いますが、やはり distal arch に入れると endoleak が非常に多いようです。そのために手術中にステントグラフトを使用する術式もやっていますが、正中切開ですと、左開胸よりも呼吸に対する影響は

少ないだろうと思います。

谷口 いろいろお聞きしたいことはたくさんあるのですが、一番大事なことは、先ほどお話の中で3人とも言われたように、患者さんの病態をよく把握した上で、手術適応あるいは治療法というものがすべて決まっていくということです。それをやるに一番いい診断法として、最終的には急性の場合ですと、やはりエコーか CT かということで、重症の場合は MR はちょっと時間がかかり過ぎるということですね。

田島 本当に重症な方ですね、いろいろ人工呼吸器をつけていたりとか、そういう方を撮像する MR というのは今のところありませんから、やはり CT になります。

谷口 やはり CT ですか。

田島 CT も、本当に一番新しいタイプの多検出器型という検出器がたくさんついているものが、去年くらいから市場に出回っています。そういうものと、大動脈弓のトップから骨盤まで30秒程度で撮影できますので、非常に救急の患者さんには対応しやすくなっております。

谷口 つまり、enhanced CT ですね。

田島 それが一番、今のところいいのではないかと思います。

谷口 それでは、あと4～5分残っておりますけれども、フロアの方からもし質問があればお受けしたいと思います。どなたかいらっしゃいませんか。

小坂橋（群馬県立循環器病センター・循環器内科） 循環器病センターの内科をやっていますと、よく解離のⅢbだとか、血栓閉鎖型の Stanford の A だとか、そういった患者さんも medical にずっと降圧療法で診るのですけれども、そういった患者さんで必ずといっていいほど胸水がばーっと溜まってきて、DIC 傾向になってきたりするのです。その時に胸水に、enhanced CT を撮ると造影剤がずっと薄く入り込んでくる像があるのです。解離が、また再解離、ないしは rupture だということでもよく他院から送られてくるような所見です。実際抜いてみると、そんな血性とかではないことが多いのですが、そういった胸水に造影剤が解離している大動脈の周囲に漏れ出しているものは、造影剤なのか、血漿成分なのか、がちよっとわからないことがあります。お伺いしました。

田島 おっしゃっているものが、本当に造影剤の漏れであったら、それは impending rupture だと思います。ただ、恐らく今のお話ですと、そうではないのだと思います。それは何かの artifact をそういうふうと呼んでいらっしゃるだけと思われる。胸水は、このような病態で随伴性に起こることはかなりの確率であると思います。

小板橋 それは plain だと白っぽく写らないで、enhanced CT を撮ると、大動脈の周囲の胸水が少し白っぽく写ってくるというのは、結構よくある artifact なのですか。

田島 恐らくそれは、window のレベルと幅の設定が適当ではないためではないかと思っています。

小板橋 わかりました。ありがとうございます。

谷口 あと1～2分ありますので、あと1人か2人、フロアから質問があれば受けられますけれども、ございませんか。

これはちょっと外科的なことになって、フロアの人にはなじみが少ないことかもしれませんが、高本先生は、逆行性の脳灌流をやっていらっしゃいますね。順行性もやっていらっしゃるのですか。

高本 時々はやります。

谷口 それを分けるのは、どういう・・・

高本 やはり、逆行性の脳灌流というものも制限時間があるということですから、80分から90分ぐらいやれといわれておりますので、60分経った時に先が見えないと、もうここここをやったら

これで終わるといって、先が見えているような時にはそのままやりますけれども、先が見えない時は、もうその時点で、ポンプをまた用意して順行性の脳灌流をやります。

これはステントもそうです。それから普通の手術もそうです。いろいろな脳保護の方にしても、得意と不得意というものが全部あるのです。例えば昔、戦で、刀で戦をする、それから槍でやる、鉄砲がそのうち出てきた、馬が出てきた。そのうち大砲も出てきますし、そういうふうな武器を上手に使うのが戦の上手なやり方で、手術も病気に対する戦だと思うのです。全部の特徴をわきまえて、すべて使えるようになって、その一番いいところを使うというのが上手なやり方ではないかなと思います。これだけでないと駄目ということもないし、色々な方法を全部使えるようになっていて、その中で一番適切なものを選ぶというのが、いいのではないかと考えているのです。

谷口 どうもありがとうございました。

まだ、いろいろディスカッションしたいことはございますが、時間もまいりましたので、これで終わらせて頂きたいと思っています。とにかく、どんどん大動脈疾患が増えているということは、もう事実でございます。そのために、内科医も日頃そういう事を常に頭に入れて臨床をやらなければならないと思うわけです。

ご静聴どうもありがとうございました。