

大動脈解離

イムス葛飾ハートセンター大動脈外科部長

市原 哲也

(聞き手 池脇克則)

大動脈解離についてご教示ください。

1. 動脈解離の後の動脈サイズとrupture／死亡率の違い
2. 降圧剤中止と動脈瘤の発症リスクについて

<兵庫県勤務医>

池脇 動脈瘤についての質問ですが、最近増えつつある疾患なのでしょうか。

市原 CTなど断層撮影の機械の精度、あるいは超音波、画像診断によるものが非常に増えてきて、それと予防医学ということが叫ばれて久しいのですけれども、高血圧があったり、メディアで叫ばれているように、有名人、著名人がこういう病気を発症して亡くなったとか、そういうことから、「私もみてもらおうかしら」「おれも」という方が増えてきたということなのではないでしょうか。

池脇 一つのリスクとしては高血圧があると思うのですけれども、高血圧自体は様々な降圧剤によって治療が可能となり、また食塩摂取量も下がって

きており、リスク管理という点ではいい方向に動いていると思います。にもかかわらず増えているというのは動脈硬化もリスクと考えるべきでしょうか。

市原 高血圧があるから動脈瘤が発生する、あるいは解離が発生するとは言えないといわれています。ただ、後ろ向きに見て、動脈瘤がある方をみると、高血圧が圧倒的に多い。その中でも、動脈硬化というのが主な原因を占めるということだけでして、逆は言えないと思うのです。動脈硬化があるから動脈瘤があるとか、あくまで危険因子ということでもよろしいかと存じます。

池脇 画像診断で、無症状の動脈瘤が見つかって、さてこれをどう管理していくのか。ruptureしたら怖いなど思いながら診ているのですけれども、

それが今回の最初の質問でありまして、動脈のサイズ、あるいはrupture、それによる死亡、これに関してはどうなのでしょう。

市原 どうしても画像、一番端的に見える、はっきりするのはCTです。最大短径、一般的には瘤径といいますが、胸とおなかで分けて考える必要があると思うのです。一般的には胸であれば6cm、おなかであれば5cmというのを基準に考えてよろしいかと思います。ただ、胸の中でも、上行、弓部、下行という3つの部位に分けて、上行は5cm、それより末梢、弓部および下行は6cmという細かい分け方があるのですけれども、一般的には6cmで話をしています。

そこを基準として、それを超えたら手術というのは、胸でいうと、6cmを超えると割れ（破れ）やすい、割れる（破れる）確率がさらに高くなる。その高くなり方が10%、15%。そんなに多く、8cmも9cmも大きい人はいないものです。割れた（破れた）人を緊急手術あるいは解剖で見ると、8cm、9cmというのがある程度のことです、やはり6cmを超えると破裂の確率が高くなる。そういう基準でフォローをなさっている方が多いです。

池脇 確認ですけれども、サイズと破裂のリスクというのは、右肩上がりの直線のような感じなのか、あるいは6cmを超えるとぐっと上がってくるの

か、どちらなのでしょう。

市原 やはり6cmを超えると加速がつく。それまでは、5cm、6cmの間はせいぜい1けた前半、5%、6%ということですが、6cmを超えると2桁超えますので、そのあたりからは急峻に確率は高くなると考えて差し支えないと思います。

池脇 大きさに関しては、胸部の場合は6cm、腹部の場合は5cmというものを、手術するかどうかというところの大きな分かれ目という判断で、細かいところで確認ですけれども、たしか10年ほど前の「ニューイングランドジャーナル」でしたか、2003年に出たものでは、5.5cm以上の方が非常に予後が悪い。それがガイドラインにも、4.5cm未満、4.5~5.5cm、5.5cm以上ということでチャートができていたように思うのですけれども、これは先生の言われる6cmというのと若干違うような気がするのですが、これはどう考えたらよろしいのでしょうか。

市原 細かい、5.5cmと6cmというのを、CTできっちり測ると、確かに5mmの差というのはあるのですけれども、それが5.5cmだから安全で、6cmだと危険だというのは、グレーゾーンとして、日本のガイドラインにも5.5cmと6cmという基準はあまりはっきりとは分けていません。5.5cmという数字を見て恐ろしいと思う人はそれで、「いや、手術はまだいいよ」と言っても、「やって

くれ」という方もありますし、そこは破裂の確率がゼロではない、あるいは10人、20人に1人ということを申し上げると、「やってくれ」という方が非常に多いのは事実です。

池脇 確かに、あるリスクを申し上げても、人によっては高いと思う方もいれば、まだまだ大丈夫と思う方もいる。

市原 おっしゃるとおりです。

池脇 大動脈瘤の患者さんでまだ手術する段階ではないというときにはCTでフォローアップですが、どのくらいの頻度で、あるいはどういう変化があったらどう判断するか、そのあたりはどうでしょうか。

市原 まずは6cm未満ということでお越しになった方には、半年から1年の間にもう一回CTをお撮りなさいと。6cmを超えている場合には、手術は間違いなく勧めることは勧めるのですが、ただ、先ほどおっしゃるように、5.5cmのときはどうする。厳密に測って、5.8cmだとか5.9cmだとか、そういうものは6cmと考えて差し支えないかと思います。患者さん、ご家族にも、これは基準は満たしていない、あるいは手術の絶対適応ではないけれども、破裂しないとは限らないという話をすると、どうしても怖いという方が大半です。そういう方には、早いけれども、基準は満たしていないけれども、合併症等をお話しして、それでもよいということ

であれば手術を案内する、そういう道筋になるかと思えます。

池脇 最近は高齢の方も増えていて、開胸して人工血管だとその手術自体のリスクもある。一方で血管内治療、ステントも普及していて、患者のほうとしては侵襲の少ないほうでやってくれという方向に傾くと思うのですけれども、そのあたりはどういうふうに判断されていますか。

市原 非常に大事なところでして、まずはステントというものの有用さ、両方ともなければなりませんので、飛行機の翼、両翼と同じ考えでおりまして、まずは患者さんの希望が強ければステントをお勧めする。あるいは、胸を以前手術しているとか、あるいはがんを持っている、担がん状態であるとか、そういう方であれば、一度ステントの話聞いてはいかがかと。あるいは、患者さん側からステントの話を聞きたいとおっしゃる場合もあります。患者さんがステントのことを全然ご存じなくても、「ステントという治療法があるが、これはどうですか」という話はするようにしています。やはり知る権利と申しませうか、それは与えてあげるべきだと思います。

池脇 もう一つ、血圧に関することで、一般的に動脈瘤の場合には血圧を厳格に管理するというのですが、血圧以外の生活の指導も含めて、どういうふうに行っておられますか。

市原 まず血圧コントロールは必須になると思います。生活自体はふだんどおりに、なるべくストレスを抑えて、血圧をコントロールしやすい状態にご自身の生活を気をつけるように、と言うと、かえって血圧が上がることになってしまうので、普段どおり、あまりいろいろなことを考えないで生活なさいと、そういうことを言うように心掛けています。

池脇 降圧剤をのんでおられる方で、中止して、それが原因で動脈瘤という可能性について、先生はご経験がありますか。

市原 急に血圧が上がって、動脈瘤を持っておられる方の破裂というのはありますけれども、血圧をコントロー

ルしなかったので動脈瘤になったということは、必ずしもこれは言えないと思います。動脈瘤がある方を後ろ向きに見ると、血圧が高い方が圧倒的に多いというデータはありますけれども。

池脇 少なくとも動脈瘤がある方に関しては、きちんと血圧をコントロールする。どういう状況で降圧剤を中止するかどうか。そういう状況がどういふときなのか、私もよくわかりませんが、基本的にはきちんとおのんでいただくことが重要だということでしょうか。

市原 はい。自己判断が多くあると思うのですけれども。

池脇 どうもありがとうございました。