

特発性孤立性上腸間膜動脈解離の長期観察例

なが み はる ひこ
長 見 晴 彦

キーワード：孤立性上腸間膜動脈解離，腹痛，造影 CT

要 旨

特発性孤立性上腸間膜動脈解離は比較的稀な疾患であり，出血性ショックや腹膜炎症状を呈した症例の多くは外科的に治療される。来院時に症状が消失している場合や，CT など画像診断にて偶然発見された無症候性症例は保存的経過観察が可能な場合もあるが，その自然経過は不明であり，本疾患を長期的に観察した報告は稀である。症例は51歳男性。下腹部鈍痛にて発症，腹部エコー，腹部造影 CT にて本疾患と診断した。来院時には腸管虚血症状はなく降圧剤による血圧管理とワーファリンによる抗凝固療法のみで経過観察した。現在発病後約6年経過するが，真腔，偽腔とも閉塞せず血流は温存され，解離腔増大傾向，腸管虚血症状もなく経過している。本疾患の長期観察症例は本邦でも稀であり報告する。

はじめに

特発性孤立性上腸間膜動脈解離は比較的稀な疾患である。本疾患は出血性ショックや腹膜炎症状を呈した症例は外科的に治療される。しかしながら来院時に症状が消失している場合や computed tomography (CT) などで偶然発見された無症候性例は内科的に経過観察もできるがその自然経過は不明である。著者は特発性孤立性上腸間膜動脈解離症例を経験し，保存療法を発症から約6年間施行しているが重篤な合併症もなく経過してい

る。このように本疾患を長期間観察し得た報告は本邦でも稀であり文献的考察を加えて報告する。

症例1：51歳，男性。

主訴：下腹部鈍痛

既往歴：特記すべきことなし

現病歴：2009年11月10日，突然に下腹部鈍痛が出現し当院へ来院した。超音波腹部エコー (US) にて上腸間膜動脈の孤立性解離，上腸間膜動脈内の intimal flap を認め (図1)，孤立性上腸間膜動脈解離と診断した。

来院時理学所見：血圧138/86 mmHg，HR 78，体温36.7℃であり腹部平坦，上腹部に軽度圧痛を認めたが腹膜刺激症状はなく腸管虚血症状も認めなかった。また下血，吐血などの消化管出血症状

Haruhiko NAGAMI

長見クリニック

連絡先：〒699-1311 雲南市木次町里方633-1

長見クリニック

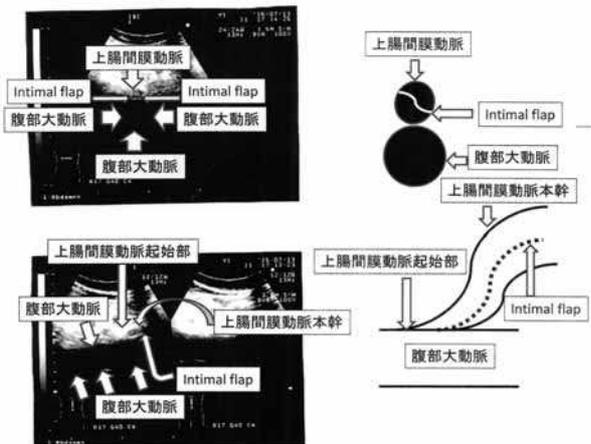


図1 当院へ来院時の腹部エコー横断像(上図)と縦断像(下図)を示す。

なお右側はそのシェーマを示す。



図2 発症直後の造影CTを示す。

起始部直後に解離し、真腔、偽腔ともに血流は維持され、空腸動脈第1、2枝は偽腔から下膝十二指腸動脈は真腔から分岐していた。また瘤径は約1.8 cmで特に切迫破裂の危険性はなかった。

も認めなかった。

検査所見：WBC 8700/ μ L, RBC 489×10^4 / μ L, HB 14.7 g/dL, Ht 42.2%, CRP 0.22 mg/dL, GOT 33 IU/L, GPT 43 IU/L, LDH 120 IU/L, Amy 72 IU/Lで特記すべき所見は認めなかった。腹部造影CT：SMA分岐部起始部よりSMAに局限した約3.0 cmの解離を認めた。真腔が約80%狭窄し動脈径は約1.6 cmであった(図2)。真腔、偽腔とも血流があり、空腸動脈第1枝、2枝は偽腔から分岐し下膝十二指腸動脈は真腔から分岐しそれぞれ血流は温存されていた。

経過：瘤破裂防止のため降圧剤による血圧管理と偽腔血栓閉鎖予防の為にワーファリンによる抗凝固療法にて経過観察した。腹部造影CTでは2010年1月24日瘤径の変化はなく、解離の進展も認めず、偽腔は開存し、真腔は80%狭窄と変化は認めなかった。本症例の経過は腹痛、下血などの臨床症状のチェック、降圧剤による血圧管理と抗凝固療法にて経過観察中であるが、いまのところ増悪傾向は認めていない。

考 察

孤立発症の特発性上腸間膜動脈解離は比較的稀な疾患で1947年 Bauersfeld¹⁾が本疾患を最初に報告して以来、文献上英文報告で現在まで107例が報告されている。本邦では出雲ら²⁾により56例が報告され、その臨床的特徴として男性に多く、平均年齢は53.2歳であると報告している。

解離中枢部位は上腸間膜動脈起始部1.5~3.0 cmからの報告が多い。その理由はこの部分の上腸間膜動脈は膵臓の後方部分にあたり固定されているがこれより末梢の部位は比較的可動性に富みしばしば腸の動きに連動してその位置が変化する事から移行部のストレス関与が推測されている³⁾。本疾患の原因は外傷、cystic medial necrosis、線維筋異形成、動脈硬化、外傷、特発性などが挙げられるが、高血圧症、喫煙も危険因子である⁴⁾⁵⁾。

発症時の症状は腹痛が圧倒的に多いが、飲食後の腹痛も報告され腸管内容物増加に伴う相対的血流量の減少がその機序として考えられる。また下

痢，腹部膨満感も報告され，腸間膜虚血症状と推測される。腹部聴診では血管雑音を聴取する事が多く，本疾患の理学的所見として重要である⁵⁾。

本疾患の確定診断には腹部造影 CT や腹部エコーが first choice であり腹部超音波により上腸間膜動脈内腔に intimal flap が証明する事が有効であるが，腹部造影 CT は病変評価に加え腸管虚血を示す腸管壁肥厚や腹水などの診断も可能であり極めて有効性が高い⁶⁾一方で血管造影は腹部造影 CT より側副血行や上腸間膜動脈分岐と解離との関係性を評価する際に優れているが，一般的には腹部 CT が特発性上腸間膜動脈解離の診断，経過観察に有用である。

本疾患の自然経過は明確ではないが，手術適応症例が多く次の2パターンが考えられる。すなわち 1) 偽腔が拡大し真腔が狭小化して腸管虚血，腹部血管血行障害を生じた場合，2) 解離性動脈瘤破裂によるショック症状を呈する場合である。

最近では腸管虚血症状が軽い，あるいは無症状の場合は保存療法で経過観察される報告例が増加しているが，大半が4年以内の観察期間であり，長期的に本疾患について観察した報告は少ない。Miyamoto ら⁷⁾は文献より55例の報告中25例が外科的治療され腸管虚血症状の無症状24例の経過観察中5例で手術的治療を要したと報告している。Hirai ら⁸⁾は内科的治療による経過観察中に抗凝固療法を追加すると手術移行例が減る可能性があるとして報告している。しかしながら上腸間膜動脈解離に対する抗血小板療法や抗凝固療法の根拠は頸

動脈解離に対する同様の治療法が挙げられるが，確立された治療法とはなっていない。

本疾患の治療は保存的治療と血行再建などの侵襲的治療がある。自験例では真腔，偽腔ともに開存しており，診断時には腹痛も速やかに消失し保存的に経過観察した。上腸間膜動脈解離自体に関しては診断時に腸管壊死や破裂の合併がなくても病変進行は避けられないとする立場から早期外科的治療推奨論もある⁹⁾。しかし本疾患の合併症発生頻度は腸管虚血11.5%，瘤破裂7.7%であり診断，経過観察が適切であれば予後良好例も多い。秋山ら¹²⁾は本邦症例を集計し，抗凝固療法により小腸虚血壊死が回避され，殆どが抗血小板剤内服により解離腔が血栓性閉塞したと報告している。自験例では空腸動脈第1枝，第2枝が偽腔から分岐していたため仮に偽腔が血栓化すれば空腸壊死に伴い小腸大量切除になる危険性があった。また下腭十二指腸動脈は真腔から分岐し真腔は80%狭窄していたが膵頭部の血行は上腭十二指腸動脈からの血行 (pancreatic archade) により維持され膵虚血，十二指腸虚血の心配はなかった。また定期的に瘤径を腹部エコーにて測定したが，今のところ瘤拡大傾向はない。従って腸管虚血防止のために抗凝固療法を施行し，上腸間膜動脈破裂防止のため降圧剤による血圧コントロールを施行し発病後6年間にわたって良好な結果を得ている。しかし瘤破裂，腸管虚血に細心の注意を払い，厳重な観察を行っており手術のタイミングは適切に判断すべきと考えている。

文 献

- 1) Bauersfeld SR. Dissecting aneurysms of the aorta. A presentation of 15 cases and review of recent literature. *Ann Intern Med*: 26: 873-889, 1947
- 2) 出雲明彦, 他: 孤立性上腸間膜動脈解離の5例. *日血外会誌*18: 517-521, 2009
- 3) Hirai S, et al: spontaneous and isolated dissection of the superior mesenteric artery. *Ann Thorac Cardiovasc Surg*8: 236-240, 2002
- 4) 木村まり子, 他: 上腸間膜動脈解離の臨床的検討. *日消誌* 99: 145-151, 2002
- 5) 松本桂太郎, 他. 孤立性解離性上腸間膜動脈破裂の1例. *日臨外会誌*, 63: 1472-1475, 2002
- 6) 佐久間 啓, 他: 特発性孤立性上腸間膜動脈解離の2例. 20: 747-750, 2011
- 7) Miyamoto N, et al: Endovascular stent placement for isolated spontaneous dissection of the superior mesenteric artery: report of a case. *Radiol Med*2005, 520-524, 2005
- 8) Hirai S et al. Spontaneous dissection of the superior mesenteric artery. *Cardiovasc Intervent Radiol.* 24: 329-331, 2001
- 9) 吉見 聡, 他. 保存的治療が可能であった上腸間膜動脈解離の1例. *広島医学*62: 456-469, 2009