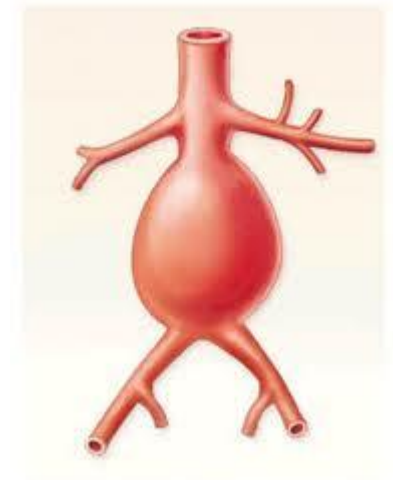


腹部大動脈瘤 (AAA)

全大動脈瘤の内、約75%は腹部大動脈瘤が占めます。

動脈硬化が原因で出来ることが多く、近年増加傾向にあります。一般的に破裂するまでは、無症状で経過することが多く、腹部の触診で拍動性の瘤を触る場合や、他の疾患で腹部検査の際に指摘されることが多い疾患です。5cm以上や5mm/半年以上の拡大で破裂のリスクが高くなり治療の適応となります。

AAA径	年間の破裂リスク
4-5cm	0.5-5%
5-6cm	3-15%
6-7cm	10-20%
7-8cm	20-40%
>8cm+	30-50%

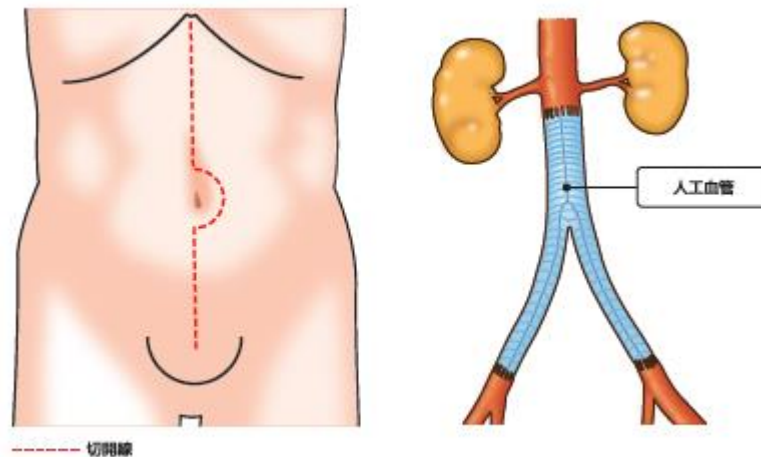


腹部大動脈瘤に対する治療

①人工血管置換術

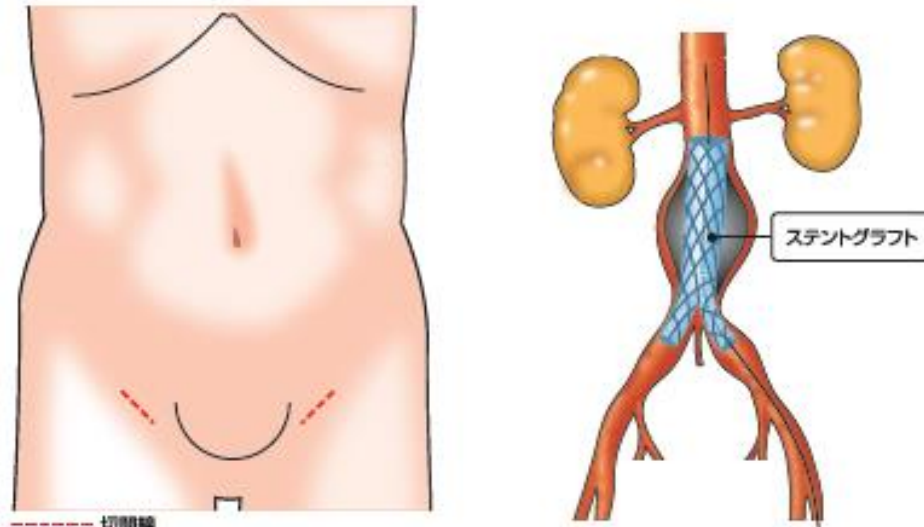
全身麻酔下で、腹部の正中を約30cm切開し動脈瘤に到達し、瘤の上下で血流を遮断し、瘤を切開し下図のように人工血管に取り替えます。

瘤を確実に切除できるという利点がありますが、開腹による侵襲があり、高齢者や腎不全などの他に病気をお持ちの方には負担となります。

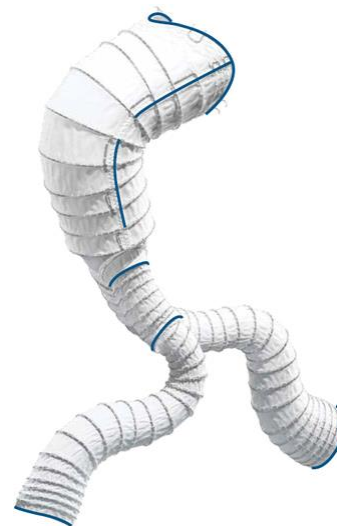
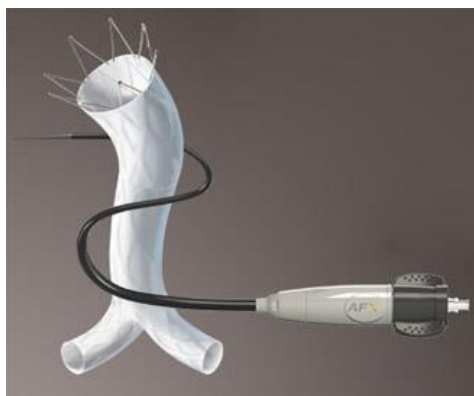
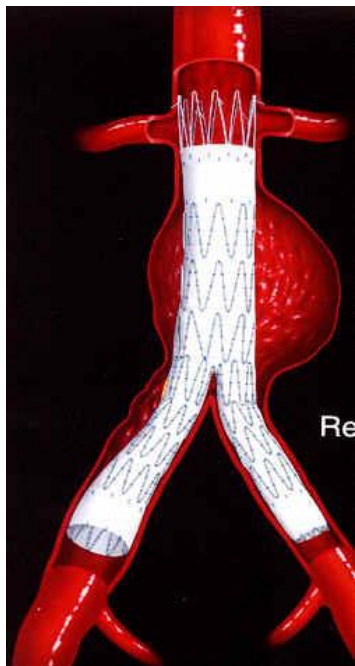


②ステントグラフト内挿術

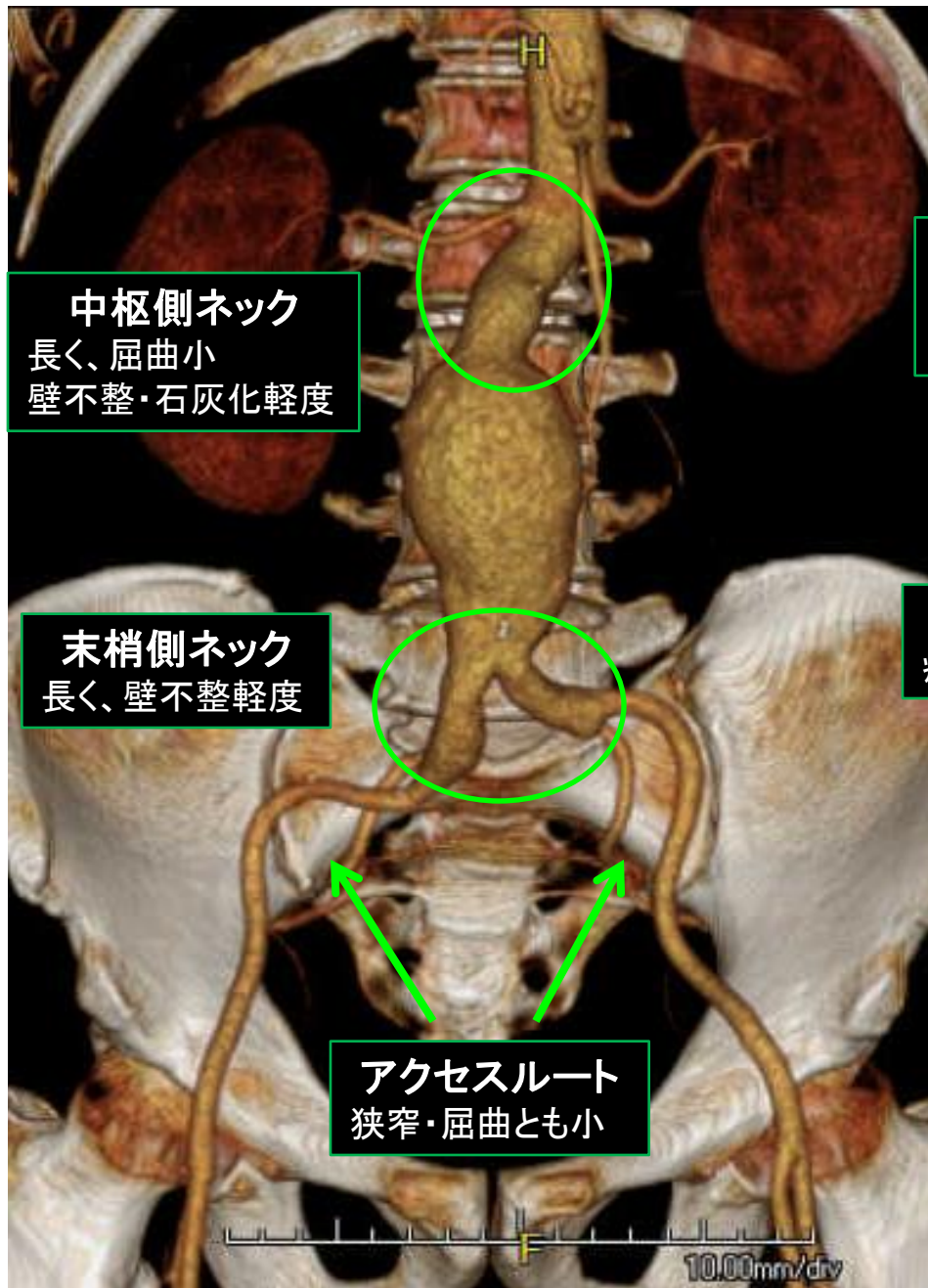
開腹人工血管置換とは異なり，大動脈瘤内にカテーテルに収納されたステントグラフト（人工血管にステントを縫い付けたもの）を挿入する治療法です．動脈瘤の上下の正常な血管部分にはめ込んで、動脈瘤内に侵入する血流を遮断します．動脈瘤の形態によっては挿入，留置出来ない場合もあります．



現在使用可能な 企業製ステントグラフト(腹部)



動脈瘤の形態により使い分けをいたします.



中枢側ネック

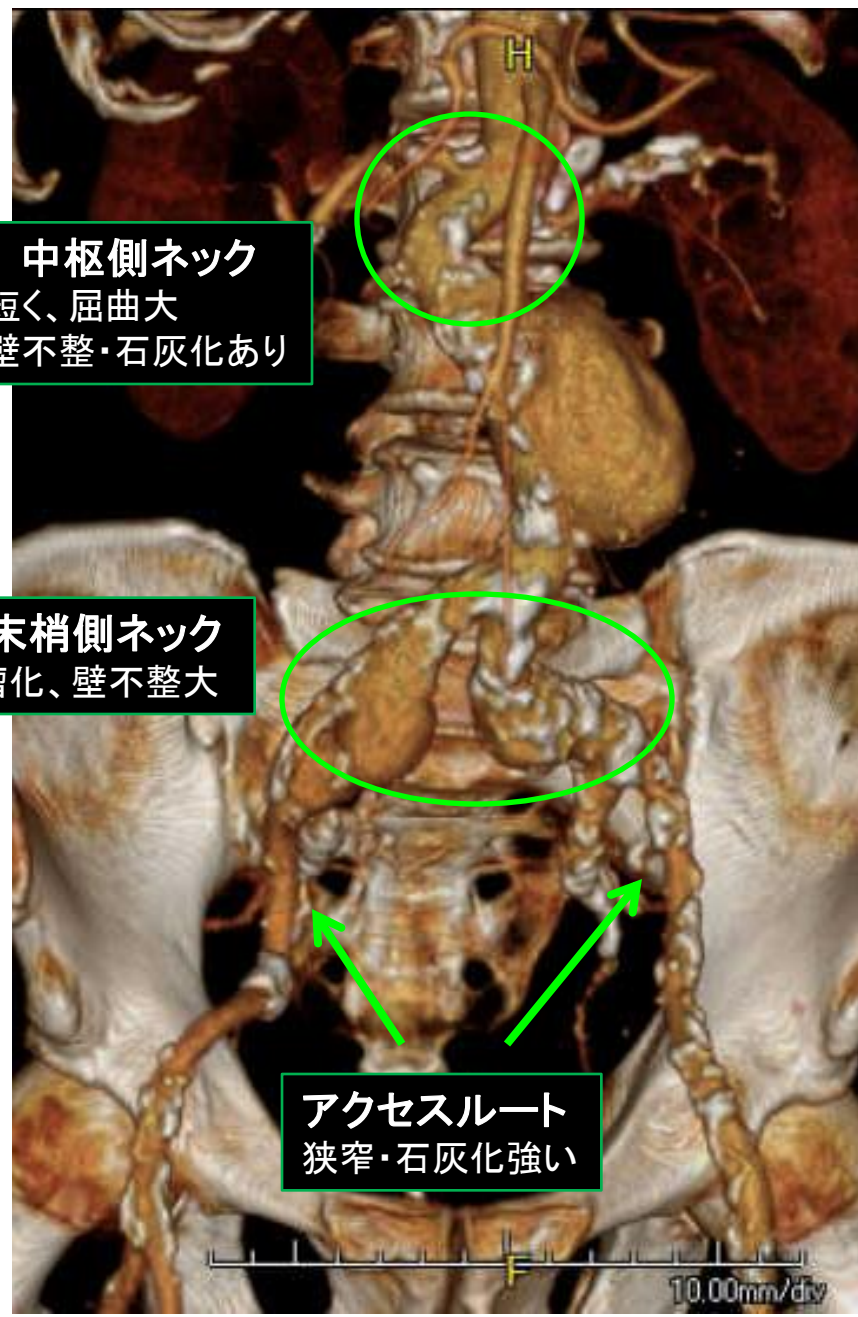
長く、屈曲小
壁不整・石灰化軽度

末梢側ネック

長く、壁不整軽度

アクセスルート
狭窄・屈曲とも小

良い適応症例



中枢側ネック

短く、屈曲大
壁不整・石灰化あり

末梢側ネック

瘤化、壁不整大

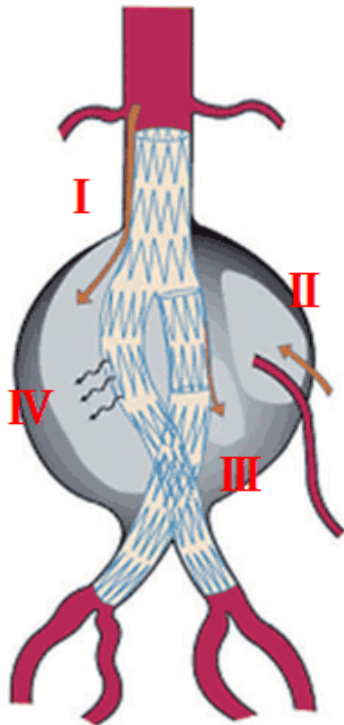
アクセスルート
狭窄・石灰化強い

適応外症例

有害事象

- エンドリーク

ステントグラフト内挿術では動脈瘤が残存している為、エンドリーク(動脈瘤内への血流の残存)が問題となることがあります。



I型: 中枢側や末梢側の圧着部分の隙間からの血流

II型: 分枝の逆流により起こる

III型: 脚の組み合わせ部や人工血管の破損

IV型: 人工血管の小孔からの血漿成分の漏出

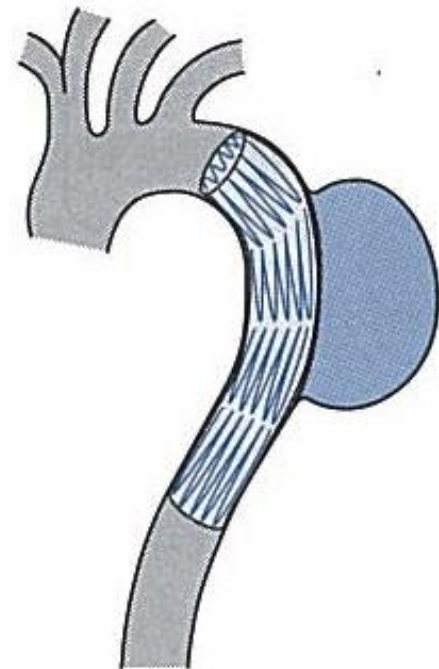
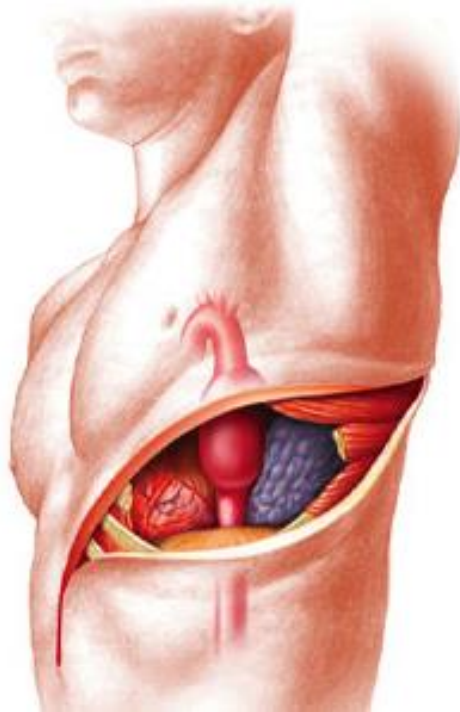
V型: CTなどの画像上, 上記I~IV型の漏れがないが
拡大を来すもの

治療、退院後

- 治療方法の選択は患者の希望や、動脈瘤の形態から決定します。
- 入院期間は腹部ステントグラフト内挿術で術後約1週間、開腹人工血管置換術では術後最短2週間となります。
- ステントグラフト内挿術後は6ヶ月～1年毎にCT検査を行い、動脈瘤の大きさを検査します。

胸部大動脈瘤

- 標準的な治療法は人工血管置換術となりますが、開胸手術による合併症などから胸部ステントグラフト内挿術の方が低侵襲治療となります。



症状、治療

弓部大動脈瘤では反回神経麻痺により嗄声(声がかれる)症状が出現しますが、その他では腹部大動脈瘤同様に無症状で経過します。

胸部大動脈瘤は胸部レントゲンで指摘されることもあります。



弓部大動脈瘤

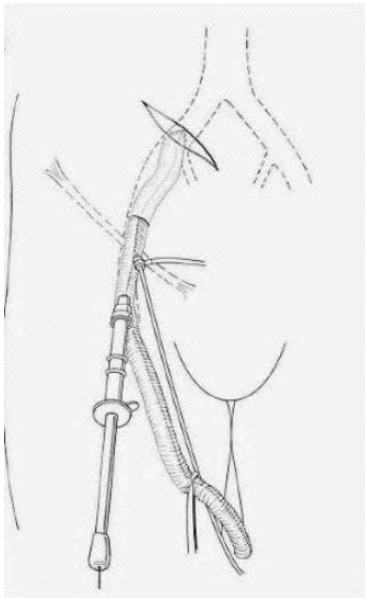
企業製ステントグラフト(胸部)



4種類のステントグラフトが使用可能で動脈瘤の部位で使い分けを行います。
左から3機種は大動脈解離に対しても保険適応があります。

胸部ステントグラフト内挿術

- 使用するカテーテルのサイズが太いため、鼠径部から挿入できない場合は、下図のごとく腹部大動脈や腸骨動脈から挿入することもあります。



治療による合併症
血管損傷
大動脈解離
脊髄梗塞(3%)