

# 急性増悪を来した心房細動合併の 急性Stanford B型大動脈解離の一例

井上誠子 藤原竜童 木島洋一 名越良治 上月 周  
曾我文隆 築山義朗 福山裕介 坂井 淳 柿崎俊介  
園田裕介 太田絵里 高田一輝 西村直緒己  
佐川功将 牧野修一朗 志手淳也

大阪府済生会中津病院 循環器内科

## 抄録

症例は持続性心房細動等で近医通院中の75歳男性。大動脈弓部遠位から上腸間膜動脈分岐レベルまでの偽腔開存型大動脈解離を発症し、保存的加療の後退院した。心房細動に対する抗凝固療法は継続した。退院数日後に嘔気、乏尿を主訴に受診し急性腎不全の診断で同日再入院。造影CT画像で拡大した偽腔により真腔が著明に圧排され、腎動脈の灌流が低下していることが判明し、緊急ステントグラフト挿入術が行われた。

大動脈解離急性期に抗凝固療法を継続するかに関しては、具体的な基準は無いが慎重な評価が必要である。本稿では、当院での自験例、過去のケースレポートを交えてその重要性について考察した。

**Key word：**大動脈解離 心房細動 急性腎不全

## 序 論

日本循環器学会の不整脈薬物治療薬物治療ガイドライン<sup>1</sup>では心房細動患者においてはCHADS<sub>2</sub>スコアを使用して心原性塞栓症リスクを評価し抗凝固薬の必要性について判断することが推奨度クラスⅠとなっている。また、CHADS<sub>2</sub>スコア等のスコアリング以外にも、左房径拡大(>45mm)、心房細動が持続性または永続性であること、腎機能障害など他のリスク因子について検討することが推奨度クラスⅡBとされている。

心房細動合併の大動脈解離患者に対する抗凝固薬の使用については具体的なコンセンサスは得られていない。偽腔開存型の症例では抗凝固薬継続によって偽腔拡大するリスクもあり、抗凝固薬を継続すべきかについては血栓症予防と解離増悪のリスクを天秤にかけて検討する必要がある。

今回、大動脈解離急性期における抗凝固薬使用は患者の予後にどのような影響があるかについて自験例を交えて考察し、その結果を報告する。

## 症 例 紹 介

〈主訴〉嘔気、食思不振、無尿

〈現病歴〉症例は75歳男性。X-19日、早朝に突然の胸背部痛を自覚し、救急要請。造影CT検査で偽腔開存型の急性Stanford B型大動脈解離を認め、保存的加療を開始した。CHADS<sub>2</sub>スコアは6点中4点であるほか、著明な左房径拡大や慢性腎不全、持続性心房細動と心原性塞栓症リスクは高く、解離急性期も抗凝固療法は継続した。ただ元々内服していたワーファリンに関して、入院後絶食によるPT-INR過延長があり、ワーファリン用量の調整に難渋したため、本人と相談してワーファリンからエンドキサバン30mgに変更とした。その後は安定して経過し、X-4日に退院。

X-2日から乏尿、悪心、食思不振があり、X日に当院受診。急性腎障害を認め同日緊急入院となった。

〈既往歴〉持続性心房細動、高血圧症、2型糖尿病、慢性腎不全、慢性心不全、高尿酸血症、関節リウマチ、陳旧性肺結核

〈生活歴〉喫煙歴：current smoker 15本/日×55年間  
 飲酒歴：ビール350ml+ウイスキー30mlを毎日  
 アレルギー：なし ADL：自立

〈家族歴〉心疾患や突然死の家族歴なし

〈内服薬〉サクビトリルバルサルタン400mg, カルベジロール20mg, シタグリブチン50mg, エンパグリフロジン10mg, ロスバスタチン5mg, ニフェジピン20mg, エンドキサバン30mg, ボノプラザン20mg, アセトアミノフェン900mg, フェブキソスタット10mg, トシリズマブ162mg（2週間毎）

〈臨床検査所見〉

・血液検査

（X-19日 大動脈解離発症日）

AST 25IU/L, ALT 14IU/L, CK 40IU/L,  $\gamma$ -GTP 17IU/L, LDH 218IU/L, Na 140mEq/L, K 4.7mEq/L, BUN 20.1mg/dL, Cre 1.39mg/dL, eGFR 39.2ml/min/1.73m<sup>2</sup>, BNP 87.38pg/mL, HbA1c 6.5%, WBC 6300/ $\mu$ L, RBC 4.63 $\times 10^6$ / $\mu$ L, Hb 15.6g/dL, Ht 47.2%, Plt 15.4 $\times 10^4$ / $\mu$ L, APTT 42.8sec, PT-INR 2.01, D-dimer 22.8 $\mu$ g/mL, CRP 0.03mg/dL  
 （X日 再入院日）

AST 17IU/L, ALT 13IU/L, CK 45IU/L,  $\gamma$ -GTP 17IU/L, LDH 234IU/L, Na 131mEq/L, K 5.6mEq/L, BUN 106.7mg/dL, Cre 12.93mg/dL, eGFR 3.4ml/min/1.73mm<sup>2</sup>, BNP 305.93 pg/mL, WBC 9200/ $\mu$ L, RBC 3.81 $\times 10^6$ / $\mu$ L, Hb 12.9g/dL, Ht 37.0%, Plt 24.3 $\times 10^4$ / $\mu$ L, APTT 50.2sec, PT-INR 1.43, D-dimer 3.0 $\mu$ g/mL, CRP 6.06mg/dL

・胸腹部造影CT

大動脈弓部遠位から腹腔動脈分岐レベルまで一部偽腔が開存した解離腔を認める。主要な分枝はいずれも真腔から分岐し、灌流障害を疑う所見は認めなかった（図1）。

急性腎障害で再入院となった際、著明な腎機能障害を認めており、造影剤は使用しない方針とし、単純CTでの評価とした。大動脈径の拡大はなかったが、一部石灰化の血管内腔への移動が見られた。

大動脈解離増悪による急性腎障害を否定するため、腎動脈超音波検査も施行したが、腎動脈主幹部には通常の血流を認め、加速血流もなく、腎動脈の閉塞や狭窄の可能性は低いと判断。

入院後経過

急性腎障害に関して、血管内脱水を疑う所見はなく、

下部尿路閉塞もなかったため、腎性腎不全疑いとして透析も行いつつ精査をすすめることとした。

入院後、バスキュラスカテーテルを挿入し、X日、X+1日に透析を施行。腎機能は軽度改善傾向となり、自尿もわずかながら認めるようになったため、それ以降は週3回の透析を行うこととした。

X+4日の朝に両下肢の痺れがあったが、この時点では両側大腿動脈は触知可能だった。透析予定日だったため、透析室に移動したところ、下肢脱力が出現。両下肢感覚鈍麻、下肢冷感も出現したため緊急で造影CTを施行した。

大動脈解離の範囲は弓部大動脈～腹腔動脈レベルと著変を認めないが、偽腔のサイズおよび血流を認める部分が拡大。拡大した偽腔によって真腔が高度に狭窄しており、上腸間膜動脈、両腎動脈、両下肢の動脈の造影効果は保たれていたが、腎動脈、両下肢への灌流障害が疑われた（図2）。

同日に腹部大動脈ステントグラフト内挿術目的に他院に緊急転院。約3週間後に自宅退院となった。

考 察

・自験例

当院での過去5年（2018年1月から2023年8月）の大動脈解離は全70例で、そのうちStanford B型は40例だった。Stanford B型大動脈解離のうち、抗凝固薬を元々使用していた症例は4例だった。急性期に抗凝固薬継続した2例のうち、1例は保存的加療で経過したが、1例は解離が増悪した。

抗凝固薬を中止した症例2例では、1例は保存的加療で経過したが、1例は急性期に脳梗塞を発症した（図3）。

・過去の報告

また、過去のケースレポート<sup>2</sup>では、心房細動がある79歳男性がStanford B型大動脈解離を発症し、入院時に抗凝固療法を中止したところ、10日後に入院時には認めなかった左房内血栓が出現した。抗凝固療法を再開したところ、左房内血栓は消失した。その一方で、抗凝固療法再開後、部分的に偽腔が拡大した。

Stanford B型大動脈解離に対する抗凝固薬の影響を検討した単一施設の後向き研究<sup>3</sup>では、69症例のStanford B型大動脈解離のうち47症例に対して抗凝固薬療法が行われた。遠隔期のイベント（インターベンション、破裂、死亡）の発症率は抗凝固薬療法が行われなかった22症例中10症例（45.5%）、抗凝固療法

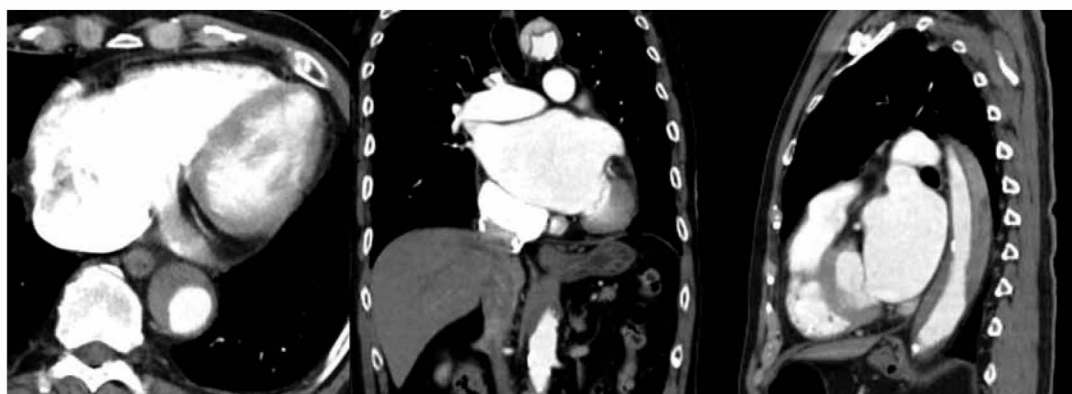


図 1 : X-19日 大動脈解離発症日の胸腹部造影CT画像



図 2 : X+4日 胸腹部造影CT画像

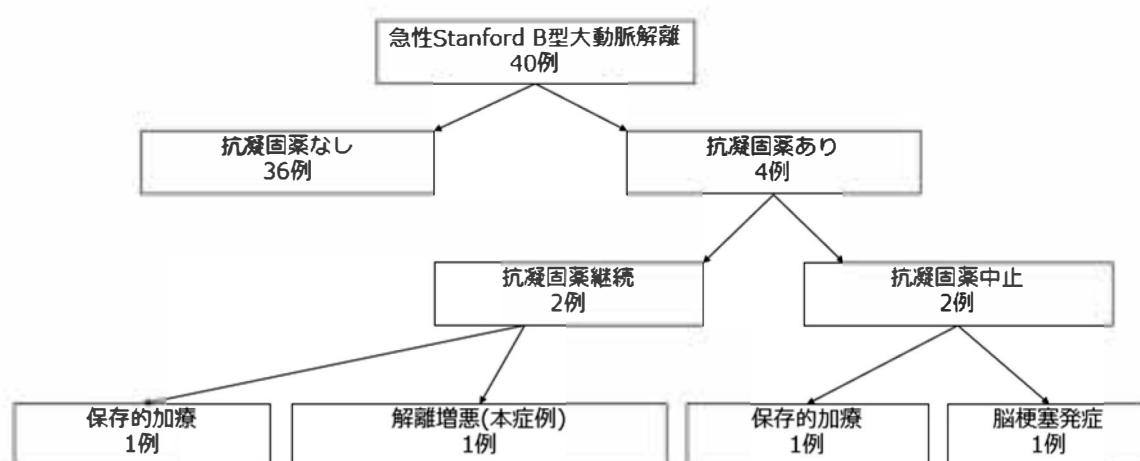


図 3 : 当院での過去 5 年間の急性Stanford B型大動脈解離患者の転帰

が行われた47症例中18症例（38.3％）であったと報告されている。

## 結 論

今回、急性Stanford B型大動脈解離の急性期保存的加療中に、心房細動に対する抗凝固薬療法を継続した結果、解離が増悪し、ステントグラフト挿入術を要

した一例を経験した。

大動脈解離急性期に抗凝固療法を中止すべきか否かについては具体的な結論はいまだ得られておらず、症例毎に血栓形成リスクと解離増悪リスクのバランスを取ることが重要である。本稿では、当院での自験例、過去のケースレポートを交えてその重要性について考

察した。

本症例では、抗凝固薬は継続し保存的加療を行っていたが、抗凝固薬継続が解離増悪にどのように影響したかは定かではない。慢性腎不全が背景にあり、造影剤腎症のリスクを考慮して造影剤の使用は最低限とし、基本的には単純CTフォローとしていた。しかし、解離長が長く解離増悪リスクが高い症例であり、急性腎障害発症時にはまずは解離増悪の可能性を第一に考え、造影CT検査を行うべきであったと考える。

#### 引用文献

1. 2020年改訂版 不整脈薬物治療ガイドライン（日本循環器学会/日本不整脈心電学会合同ガイドライン）
2. Yasuyuki S, Takashi K, Toru E, et al: Thrombus in acute aortic dissection with atrial fibrillation: a treatment dilemma, American Journal of Emergency Medicine, 2015, 33, 308. e3-308. e4
3. Katarzyna J, Lorenz M, Reinhard K, et al: ORal anticoagulation risks late aortic intervention in Conservatively managed type B Aortic dissection (ORCA study. Eur J Cardiothorac Surg. 2022; 62(5). e3-308. e4