

# 急性B型大動脈解離 -Preemptive TEVAR という選択肢-

新年度の慌ただしさも落ち着き、初夏の気配を感じる頃となりました。本シリーズも第10回となります。今回は急性B型大動脈解離 (Type B Aortic Dissection : TBAD) と **Preemptive TEVAR** (TEVAR : 胸部ステントグラフト内挿術) についてご紹介いたします。

急性大動脈解離のうち、Stanford A型は緊急手術の対象となる一方、Stanford B型(TBAD)では厳格な血圧管理を中心とした内科治療が基本となります。ただし、切迫破裂や臓器虚血などを伴う症例 (complicated TBAD) では、緊急TEVARが推奨されます。

一方、合併症を伴わない症例 (uncomplicated TBAD) でも、長期的には大動脈拡大を来す症例があり、報告によっては約3分の1から半数近くに達します (Nienaber CA. Circulation. 2013)。

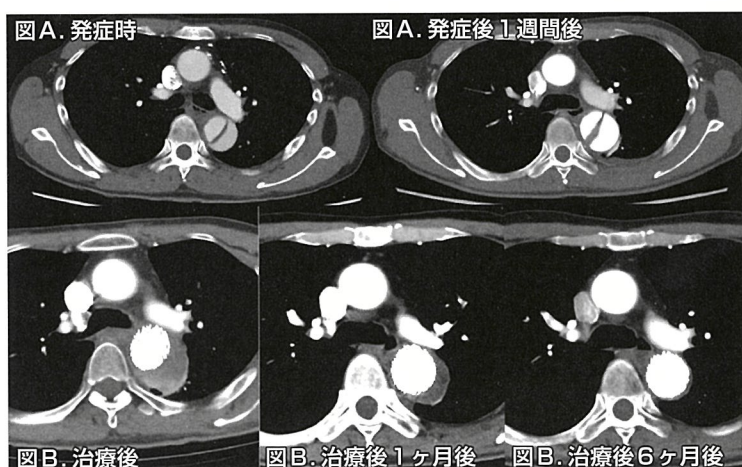
このような背景から、将来の大動脈拡大リスクが高い症例に対して、**先手を打ってTEVAR**を行う『**Preemptive TEVAR**』という治療が検討されています。TEVARにより解離の入口 (entry : 大動脈の裂け目) を閉鎖することで、偽腔血流の減少、真腔の拡大、大動脈リモデリングの促進が期待されます。

INSTEAD-XL試験では長期の大動脈関連転帰の改善が示唆され (Nienaber CA. Circulation. 2013)、ADSORB試験では急性期における偽腔血栓化およびリモデリングの改善が示されています (Brunkwall J. Eur J Vasc Endovasc Surg. 2014)。

現在のガイドラインでも、将来の大動脈拡大リスクが高い症例 (high-risk uncomplicated TBAD) では、**専門施設での血管内治療**の検討が選択肢とされています。

当院で行った偽腔開存型TBADに対する**Preemptive TEVAR**の経過を以下に示します。本症例は、発症後、1週間後のCTで偽腔径の拡大を認めており、Preemptive TEVAR の適応と判断しました (図A)。1ヶ月後には偽腔の縮小が見られ、6ヶ月後には偽腔はほぼ消失しました (図B)。当院では、発症1週間後のCTで大動脈径の拡大を認めた場合やCTで下記の高リスク所見を認める場合には、Preemptive TEVARによる介入を行っております。

- ① 大動脈径  $\geq 40\text{mm}$
- ② 偽腔径  $\geq 22\text{mm}$
- ③ 大きなentry tear



大動脈解離に対するTEVARは高度な専門性を要する治療であり、関連学会の定める実施基準に基づき、指導医による施行が求められます。当院では、胸部ステントグラフト治療の**指導医**である**大内真吾**医師を中心とした診療体制のもと、TBADに対する治療を行っており、安心してご紹介いただける環境を整えております。

これからも、季節の変化の中で地域の皆様の心血管イベントをいち早く捉え、安心してご相談いただける連携体制を整えてまいります。今後ともよろしくお願いたします。

文責：心臓血管外科 大山 翔吾