



診よう！ 腹部大動脈瘤

腹部大動脈瘤を早期に発見するために



目次

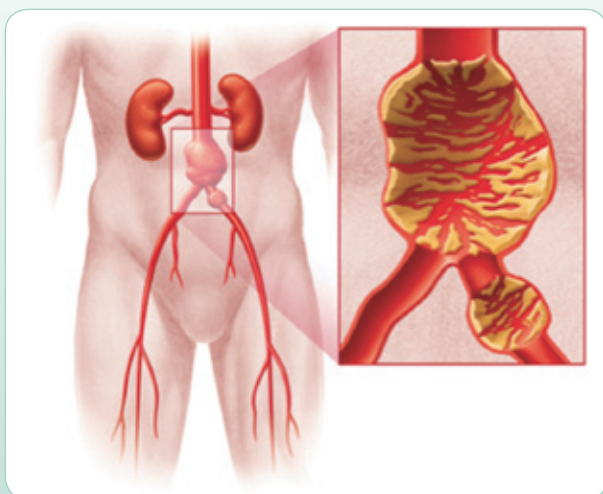
はじめに	1
1. 有病率	2
2. リスクファクター	3
3. スクリーニング	4
4. 治療	6
文献	8

はじめに

腹部大動脈瘤は男性に多く、年齢と共に有病率が増加していきます。破裂するまで無症状のことが多く、破裂すると突然の腹部、腰背部の激痛を訴え多くはそのまま意識消失、死に至ります。治療体制の整った病院に搬送されても手術関連の死亡や重篤な合併症が多いのが現状です。破裂する前に発見することが重要ですが、まだ日本では腹部大動脈瘤を対象とした検診のシステムが存在しません。その一方、社会の高齢化と共に有病者は年々増加していると考えられています。

腹部大動脈瘤の多くは触診と腹部エコー検査によりスクリーニングができる病気です。破裂前に発見できれば適正な時期に治療を受けることができます。当院でも最近、プライマリ・ケア医の先生から腹部大動脈瘤を指摘され紹介される患者さんが増えており、破裂の予防につながっていると考えています。それでもまだ動脈瘤の破裂で救急搬送される患者さんがおり、さらなるスクリーニングが必要であると感じています。このパンフレットはプライマリ・ケア医の先生方に腹部大動脈瘤を認識していただき、そのスクリーニング方法や疑問がある場合の対応を知っていただくために作成しました。日頃診療でご多忙な中、ご一読いただけますと幸甚に存じます。

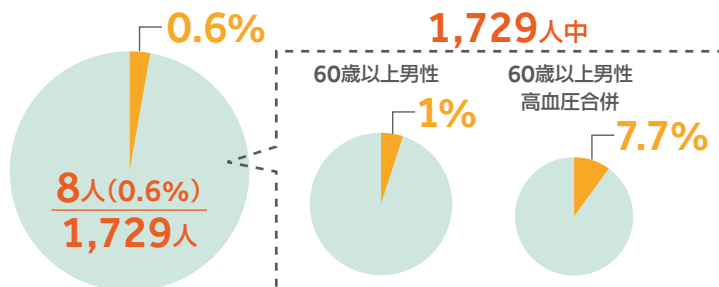
東北大学病院 移植再建内視鏡外科 血管班
後藤 均



1. 有病率

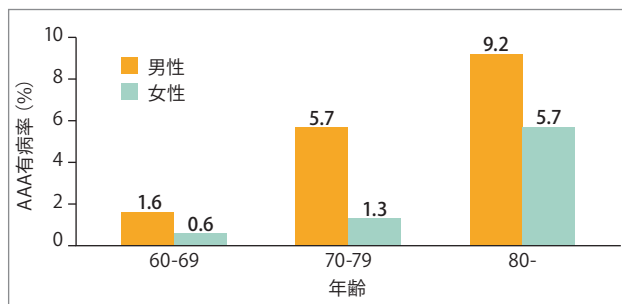
まだ、日本での腹部大動脈瘤の疫学は不明なことが多いのが実情です。これまで、日本での疫学については下記のような小規模な報告がいくつかあります。

- ① ある地域での1,729人に健康診断の際に施行した腹部エコーのスクリーニングで8人(0.6%)に腹部大動脈瘤および、腸骨動脈瘤が発見された。母集団を**60歳以上の男性に絞ると全体の1%**となり、さらに**60歳以上の男性で高血圧を合併した集団に絞ると全体の7.7%**であった¹⁾。



- ② 他施設共同での**60歳以上の高血圧の患者**、1,731人を対象に腹部超音波を行ったところ**69人(4.1%)**に腹部大動脈瘤が発見された²⁾。

各年齢群、性別群におけるAAA有病率



2. リスクファクター

これまでの調査からわかっている主な危険因子

- ☒ 男性
- ☒ 年齢（60歳以上）
- ☒ 喫煙
- ☒ 高血圧



これに加えて

そのほかに注意すべき危険因子

- ☒ 腹部大動脈瘤の家族歴
- ☒ 心疾患の既往
- ☒ 末梢動脈疾患の既往

これらの因子を複数保有している患者さんは腹部大動脈瘤のスクリーニングの対象になります。

高齢女性にも大動脈瘤に対する注意は必要です。

3. スクリーニング

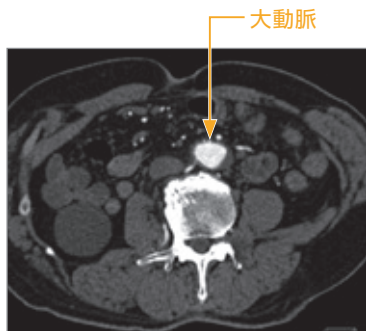
腹部大動脈瘤の有病率は胸部大動脈瘤よりも非常に高いことが知られており、また、腹部にあるため触診とエコーで高率にスクリーニングが可能です。

腹部大動脈瘤とは腹部大動脈の直径が3cm以上に拡大した状態です。

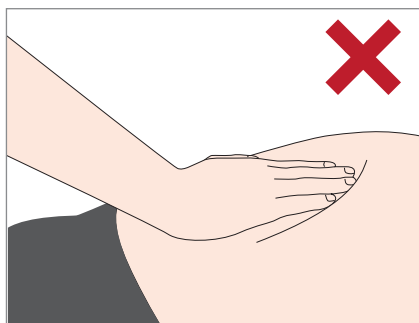
触診：

腹部の触診が発見の契機になる方は多くいらっしゃいます。

患者さんの中には仰臥位時の腹部の拍動を訴える方がいます。この場合、動脈瘤のこともあります。正常な大動脈の拍動を自覚しただけのこともあります。腹部大動脈は椎体の前面にありますので仰臥位で腹部を圧迫すると正常大動脈でも拍動が触れることがあります（右写真）。



腹部の圧迫で拍動を触れたら、拍動を触れる部分の左右を挟むように触診すると動脈瘤かどうかの区別がつきやすいです。触診は大きな動脈瘤や患者さんが痩せている場合には有効な診断法です。疑いがある場合はエコー検査をお勧めします。



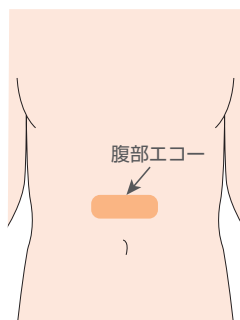
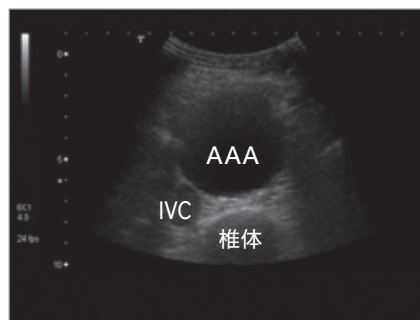
上から圧迫



左右を挟む

エコー：

腹部大動脈瘤のスクリーニングには、腹部エコーが有用です。（敏感度98%、特異度100%と言われています）



心エコーの時に行うスクリーニングも有用と考えられています³⁾。心エコー用のセクタ型プローブでも条件によっては腹部大動脈が良好に描出できます。

心エコー用プローブでの描出



a：短軸像



b：長軸像

（東北大学生理検査センター 船水 康陽 先生 提供）

腹部大動脈瘤の疑いがあれば近くの専門医療機関へ
ご紹介ください。

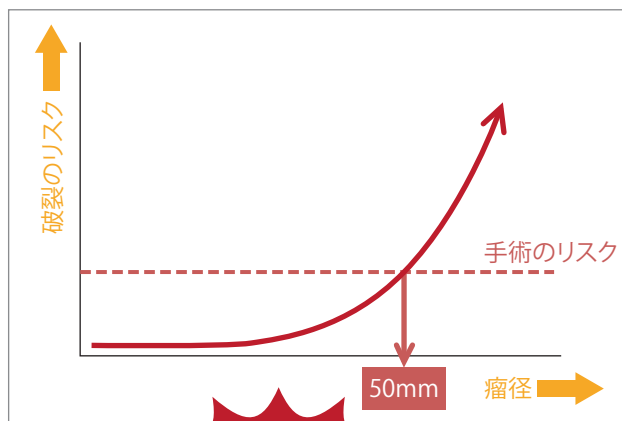
4. 治療

適応：

- 動脈瘤の径（最大短径）男性50mm以上、女性45mm以上
- 嚢状動脈瘤
- 急速に拡大する動脈瘤
- 動脈瘤の部位に腹痛等の症状を訴えるもの（緊急治療の適応の場合があります。）

腹部大動脈瘤は通常、症状もなく臓器機能障害も来さない疾患ですので、一般的に手術のリスクより破裂のリスクが高いと見積もられる場合に手術適応となります（下図参照）。これが日本の場合、瘤径で男性50mm、女性45mmに相当します。

AAAにおける手術適応の考え方



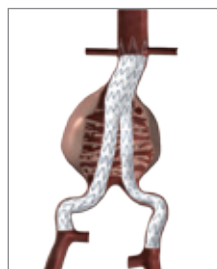
50mmを超えると、
破裂のリスクが
手術のリスクを
上回る

方法：

内科的治療は確立していません。治療適応になった場合は外科的治療が必要です。

	ステントグラフト内挿術	人工血管置換術
実施施設	認定施設のみ	限定されない
適応	解剖学的に適応が限られる	解剖学的適応は限られない
手術侵襲	小さい	大きい
切開創	両側ソケイ部に小切開	腹部大正中切開
入院期間	短い（1週間程度）	長い（2週間程度）
手術費用	70歳を超えればどちらもあまり変わりません	
手術後	必ず定期通院が必要	定期通院は必要とは限らない
再治療	数%に必要	ほとんどない

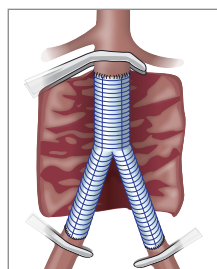
ステントグラフト内挿術と開腹人工血管置換術の違い



【ステントグラフト内挿術】

ステントグラフトは拡張力のある金属ステントを人工血管に縫着したもので、縮めると直径約7mm程度のカテーテルに収納されます。これを大腿動脈から腹部大動脈瘤内に挿入し、血管内で拡張させることにより大動脈瘤内のバイパスを作成します。その結果、大動脈瘤の脆弱な部分へかかる圧力はなくなり、破裂を防ぐことができます。「動脈瘤はそのままにし、内側にバイパスを作ることによって動脈瘤を破れなくさせる」と患者さんには説明しています。

【人工血管置換術】



古典的な大動脈瘤の治療法で、現在でも多く行われています。手術侵襲はステントグラフトよりも大きいものの、一度手術が無事に経過すれば再治療の心配のいらない確実な治療法でもあります。腹部大動脈瘤は通常、上下腹部全体に広がっているため手術に際しては腹部大正中切開が必要になります。長期成績が良好で安定していますので現在のところは若年者にはステントグラフトよりも進められる治療法です。

文献

- 1) Screening for abdominal aortic aneurysms during a basic medical checkup in residents of a Japanese rural community. Surg Today. Adachi K, et al. 2000;30(7):594-9.
- 2) Multicenter investigations of the prevalence of abdominal aortic aneurysm in elderly Japanese patients with hypertension. Fukuda S, et al. Circ J. 2015;79(3):524-9.
- 3) Effectiveness of screening for abdominal aortic aneurysm during echocardiography. Aboyans V, et al. Am J Cardiol. 2014 Oct 1;114(7):1100-4.

監修：東北大学病院 移植再建内視鏡外科 血管班 後藤 均



日本メドトロニック株式会社

ストラクチャラルハート&エンドバスキュラー事業部

本社：〒108-0075 東京都港区港南1-2-70

Tel.03-6776-0015

www.medtronic.co.jp