20115

鑑別診断にて急性大動脈解離に伴うAMIと診断、緊急PCI後、OPEを行う方針となった一例

症例 67歳女性 主訴 胸痛、冷汗既往歴 特記事項なし現病歴 4日前に1度背部痛と冷汗があり、4日後昼頃から胸痛を認め当院受診。現症 来院時、BP122/86mmHg、HR77/分、症状は持続。ECGはV1-3でST上昇及びQS pattern、血液検査でCRP14mg/dl トロポニンT陰性 H-FABP陽性、心エコー検査で、前壁の壁運動異常を認めたため、AMIが疑われた。しかし、エコー上、大動脈にflapを認め、Ddimer4.53μg/mlであったため、大動脈解離を疑い、カテ前に造影CTを行うと、StanfordA型解離を認め、その内腔はLMTからLADにかけて伸展を認めた。経過・考察 解離は現在背部痛もなく、CRPも安定しているため、4日前の背部痛の際に発症したが安定化し、持続する症状はAMIによるものだと考えられたため、PCIにて冠動脈再灌流後、待機的にOPEを行う方針とした。PCIでは、上行大動脈の内腔が圧排されているため、慎重なカテーテル操作が求められた。造影所見はLAD近位部にTIMI1の高度狭窄を認めた。LADにGW通過後、IVUSを施行すると、LAD 近位部の石灰化プラークで大動脈から伸展した偽腔は止まっているのが確認された。IVUS 観察後、Stent留置を行い、TIMI3の血流が得られた。2病日後、OPEが施行され、術後経過も良好であったため、18病日後退院となった。本症例は、術前検査にて、AMI だけでなく急性大動脈の鑑別を行えたことで、適切な治療方針を選択することができた。このことから、緊急患者に対し、適切な鑑別診断を念頭に様々なモダリティーで検査を行うことで、適切かつ安全に治療をすることができると考えられた。