

題となるなど震災における予防という観点でも注目されている。本症は急性期に適切に診断治療されればその予後は比較的良好なことからも、適切な早期診断、治療が重要である。

本症の症状や身体所見は非特異的なものが多いことから、診断にあたっては、様々な状況でVTEの存在を疑うことが重要である。臨床症状、身体所見や既往歴、併存症などからVTEの可能性を予測し、Dダイマーなどの生化学検査、エコーやCTなどの画像診断を組み合わせることにより、より確実に診断することが出来る。DVTには静脈エコーが、PTEには造影CTがその診断に極めて有用である。

VTEの薬物治療としては、抗凝固療法、血栓溶解療法が中心となっている。抗凝固療法として、従来よりヘパリン、ワルファリンが使用されてきたが、直接作用型経口抗凝固薬（DOAC）の臨床応用により、VTEの予防、治療においてもDOACが使用され、その有効性が明らかになってきている。DOACの使用により、ヘパリンやフォンダパリヌクスを使用することなく単剤で早期より治療できることもケースによって可能となり、VTE治療の標準化、入院期間の短縮につながり、外来での治療拡大も進んでいる。

これらの進歩を踏まえ、2009年に改訂された肺血栓塞栓症および深部静脈血栓症の診断、治療、予防に関するガイドラインを日本循環器学会が中心となり現在改訂中である。VTE診断、治療に関する最新情報を概説し、ガイドライン改訂におけるポイントを合わせて考察したい。

2 血管性病変の画像診断

山口大学大学院医学系研究科
放射線医学講座

名誉教授 松永 尚文

腹部大動脈痛の成因、切迫破裂を示唆する high attenuating crescent sign, 分厚い壁在血栓は大動脈瘤破裂の防波堤になりうるか、壁在血栓の中を貫通する spared flow tract, 炎症性と感染性大動脈瘤, shaggy aorta (毛羽だった大動脈), 壁在血

栓の液化現象について概説した。

偽腔開存型大動脈解離では頭尾側方向に対し、偽腔閉塞型では円周方向に進展傾向があり、血種は自然に吸収されることが多い。病態が変化する度にCT検査が頻回に施行される本邦では、急性大動脈解離では、偽腔内の血種に流動性があり、偽腔閉塞型から偽腔開存型解離に移行したり、またその逆にも移行したりすることが分かり、両者は一連の病態として捉えられているのに対し、欧米では、形成された壁内血種 intramural hematoma (IMH) の診断は臨床1回のCT診断で行われることが多く、その「瞬間」の画像だけで、内膜破綻からではなく vasa vasorum の破綻から偽腔が血腫で満たされている病態で、偽腔開存型解離とは疾患概念が異なるが如く考えられている。内膜亀裂が病理学的に認められないとされるが、発症後内膜亀裂がその後修復されて画像や病理で、確認できないだけではないか等の謎も数多く残っている。大動脈解離に関して欧米との解釈の違いも明らかになり、日本循環器学会ガイドラインでは全面的に改訂されている。壁内血腫と偽腔閉塞型との間には何か本質的な違いがあるのか、病態がまだよく分かっていない段階で画像診断の用語として病理学的名称を用いるのは好ましくないという観点から、日本循環器学会のガイドライン2012では、誤った病態の理解に進む可能性がある intramural hematoma (IMH) という診断名は臨床的には用いなしとしようことになったとされる。

弾性線維は、弾性板同士が架橋弾性線維によって連結され、全体として骨組み様の構造をしており、平滑筋細胞は突起を出して架橋弾性線維と密に絡み合い結合しているが、大動脈解離の成因としては、それらの結合が中膜の外膜寄りには疎になっている「解離の準備状態」ができていく段階で、中膜の層と層との間に横方向の「ずれ」を起こす力や、上下に引き剥がす力に対して抵抗性が減弱していることが推察される。病理学的に、偽腔開存型解離は中膜の外側1/3の層に生じるが、偽腔閉塞型解離では更に外膜側で生じており、両型の違いが興味深い。

大動脈解離に似て非なるものとして、penetrating

atherosclerotic ulcer (PAU) と ulcer-like projection (ULP) との違い, intramural blood pool (IBP) と ULP との違いについても触れた.

血管炎については, Chapel Hill Consensus Conference 1994, 2012 を紹介し, 大型血管炎である高安動脈炎の活動期の CT 像を提示した.
