

## Cardiovascular Imaging In-a-Month

肺炎と麻痺性イレウス治癒後，腰背部痛が続く85歳男性

**A 85-Year-Old Man Complaining of Lumbago and Back Pain After Recovery From Pneumonia and Paralytic Ileus**

森井 健  
小山 豊  
清水 陽一

Ken MORII, MD  
Yutaka KOYAMA, MD  
Yoichi SHIMIZU, MD, FJCC

症 例 85歳，男性

現病歴：2002年5月16日，急性腸炎のため近医に入院し，加療により改善し6月10日に退院した．この際，施行された腹部コンピューター断層撮影(computed tomography: CT)検査で異常はなかった．同年8月16日より発熱，咳嗽が出現し，8月22日には左側腹部痛，嘔吐を伴ったため同院へ再入院し，右中葉肺炎および麻痺性イレウスと診断された．このときの腹部CTをFig. 1(1, 2, 3は単純，4, 5, 6は造影)に示す．イレウスは保存的加療により回復し，肺炎も改善したが，発熱は持続して原因不明のまま細菌感染症として治療は継続された．9月25日には解熱し，9月28日に退院した．しかし，その後も腰背部痛が続くため，同年10月7日，当院を受診した．この際，施行した腹部CTをFig. 2に示す．

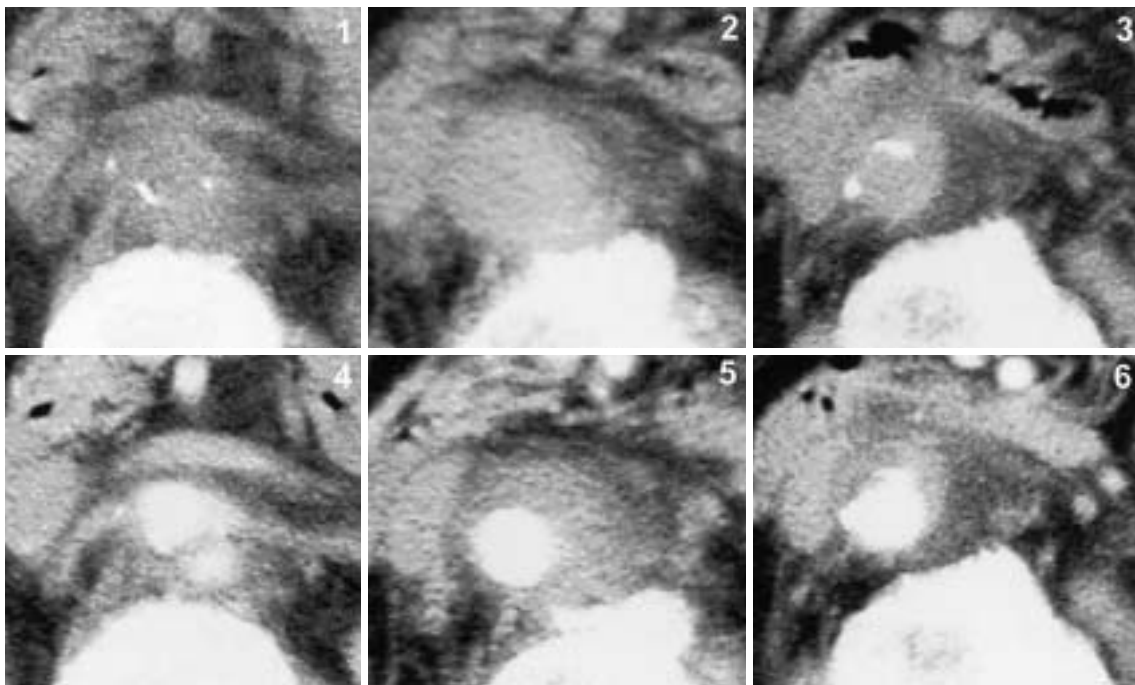


Fig. 1

新葛飾病院 循環器内科：〒124-0006 東京都葛飾区堀切3-26-5

Division of Cardiology, Shin-Katsushika Hospital, Tokyo

Address for correspondence: MORII K, MD, Division of Cardiology, Shin-Katsushika Hospital, Horikiri 3-26-5, Katsushika-ku, Tokyo 124-0006

Manuscript received June 18, 2003; accepted June 23, 2003

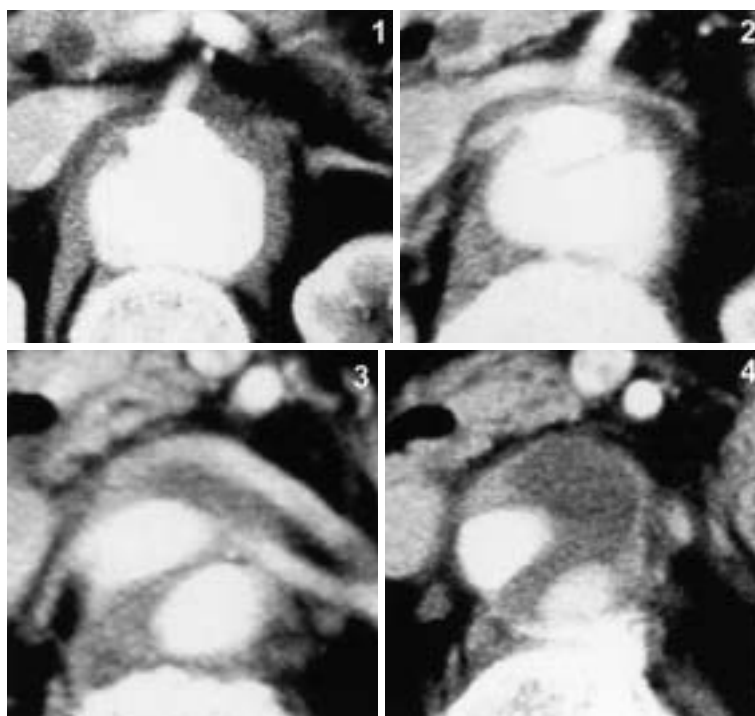


Fig. 2

### 診断のポイント

腹部CTの読みがすべてである(Fig. 1とFig. 3, Fig. 2とFig. 4はそれぞれ同一のもの)。腹部大動脈の拡大、内膜の石灰化(Figs. 3-1, 3矢印)、周囲軟部組織の変化を認め(Fig. 3-3矢頭)、造影CT(Figs. 3-4, 5, 6)では大動脈内腔の拡大はなく、石灰化した内膜の破綻(Fig. 3-4矢印)と動脈壁肥厚(Fig. 3-5矢頭)が認められる。内膜の破綻は仮性動脈瘤を疑わせ、壁肥厚や大動脈周囲軟部組織の変化は大動脈周囲炎を疑う所見である。Fig. 4では内膜の破綻した部分より外側後方椎体側へ瘤は拡大し、限局性の内膜剥離を認め(Fig. 4-2矢印)、血栓(Fig. 4-4矢印)を伴って下方で血流は途絶している(Fig. 4-4矢頭)。1回目のCTで認められたような動脈壁の肥厚は認められない。これらの所見は仮性動脈瘤を推測させる。

正常な腹部大動脈に内膜の破綻を伴って突然出現した瘤で、発症時動脈内腔の拡大はなく、動脈壁肥厚や周囲軟部組織の変化など炎症の所見を認め、その後短期間のうちに仮性動脈瘤となって拡大していること、そして肺炎の合併と臨床経過から病因とし

て感染症の関与が示唆されることから、本例は腹部大動脈に生じた感染性仮性動脈瘤と考えられる。

本例は手術適応と考え2002年11月18日、手術が行われた。術中所見では動脈瘤周囲の軟部組織の変化が著しく、感染性的変化と推測され、動脈瘤の剥離が困難であった。瘤を切開すると多量の血栓を認めたが、壁肥厚はなく、動脈瘤後壁は菲薄化して外膜もはっきりせず仮性動脈瘤の状態であった。瘤切除は行わなかったため組織学的検討はできなかった。

感染性大動脈瘤は手術を必要とし、動脈硬化性の瘤より手術は難しく術前診断がきわめて大切である。まれな疾患であり、確定診断には切除組織における病原菌の同定を必要とすることから、術前診断は難しい。しかし、その臨床症状や特徴的な画像所見より臨床診断は可能と考えられる。本例に特徴的なことは正常な大動脈に早期に炎症が発症し、内膜が破綻して仮性動脈瘤として数日から数週間の短期間に急速に拡大したことである。中でも仮性動脈瘤は最も特徴的と報告されている<sup>1-3)</sup>。

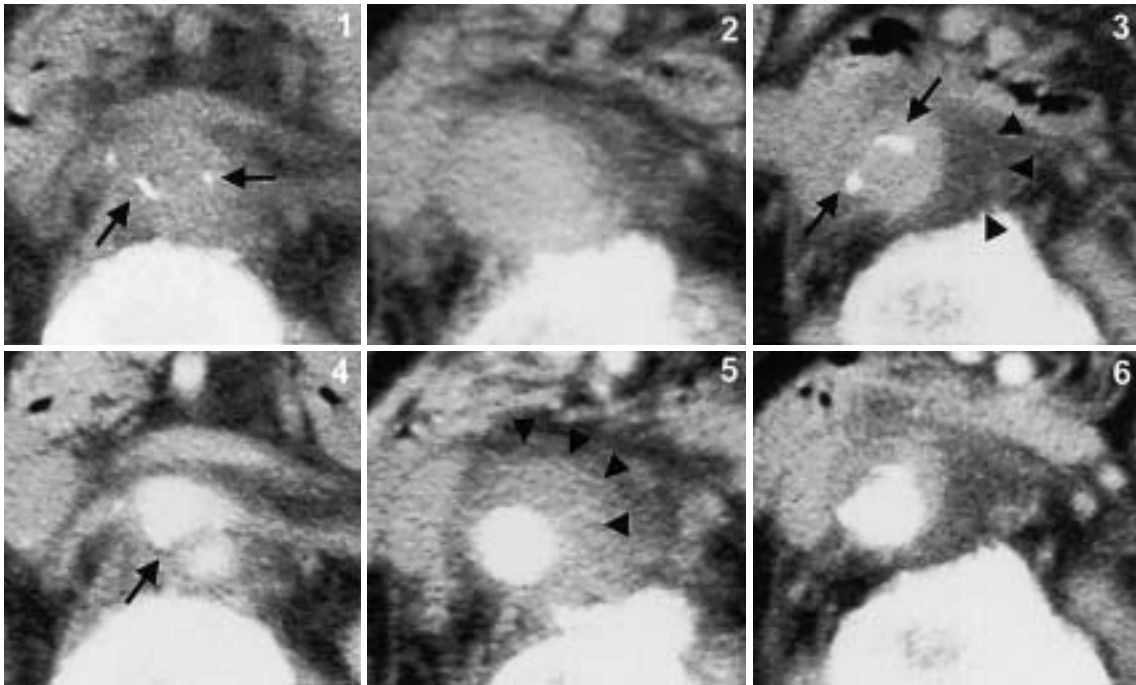


Fig. 3

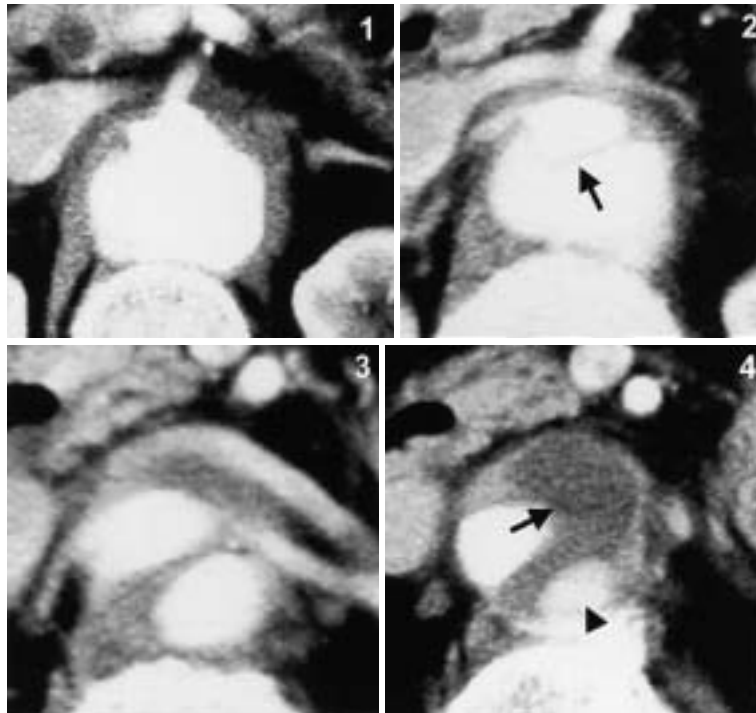


Fig. 4

本例は動脈壁肥厚や瘤周囲軟部組織の変化と周辺臓器との癒着を特徴とする原因不明の炎症性腹部大動脈瘤<sup>4,5)</sup>との鑑別が難しいが、経時的な画像所見の変化と術中所見から否定的であった。また、内膜剥離の部分は動脈解離と似ているが、動脈解離は通常動脈壁に沿ってある長さを持った解離を認める。しかし、本例はきわめて限局的な内膜剥離であり、動脈壁に沿う所見もなく、解離性大動脈瘤は否定的と考えた。

**Diagnosis:** Infected pseudoaneurysm of the abdominal aorta

**Key Words:** Aortic disease; Infectious disease; Computed tomography

## 文 献

- 1) Rozenblit A, Bennett J, Suggs W: Evolution of the infected abdominal aortic aneurysm: CT observation of early aortitis. *Abdom Imaging* 1996; **21**: 512 - 514
- 2) Sueyoshi E, Sakamoto I, Kawahara Y, Matsuoka Y, Hayashi K: Infected abdominal aortic aneurysm: Early CT findings. *Abdom Imaging* 1998; **23**: 645 - 648

- 3) Yasuhara H, Muto T: Infected abdominal aortic aneurysm presenting with sudden appearance: Diagnostic importance of serial computed tomography. *Ann Vasc Surg* 2001; **15**: 582 - 585
- 4) Iino M, Kuribayashi S, Imakita S, Takamiya M, Matsuo H, Ookita Y, Ando M, Ueda H: Sensitivity and specificity of CT in the diagnosis of inflammatory abdominal aortic aneurysms. *J Comput Assist Tomogr* 2002; **26**: 1006 - 1012
- 5) Rasmussen TE, Hallett JW Jr: Inflammatory aortic aneurysms: A clinical review with new perspective in pathogenesis. *Ann Surg* 1997; **225**: 155 - 164

**Fig. 1** Abdominal computed tomograms taken on August 23 (1, 2 and 3 before and 4, 5 and 6 after contrast enhancement)

**Fig. 2** Abdominal computed tomograms (with contrast enhancement) taken on October 10

**Fig. 3** Same as Fig. 1

Calcification of intima (arrows in 1 and 3), peri-aneurysmal soft tissue (arrowheads in 3), disruption of intima (arrow in 4) and thickened aortic wall (arrowheads in 5) are seen.

**Fig. 4** Same as Fig. 2

Intimal flap of the aorta (arrow in 2) and thrombus (arrow in 4) and blood flow (arrowhead in 4) within the pseudoaneurysm are seen.