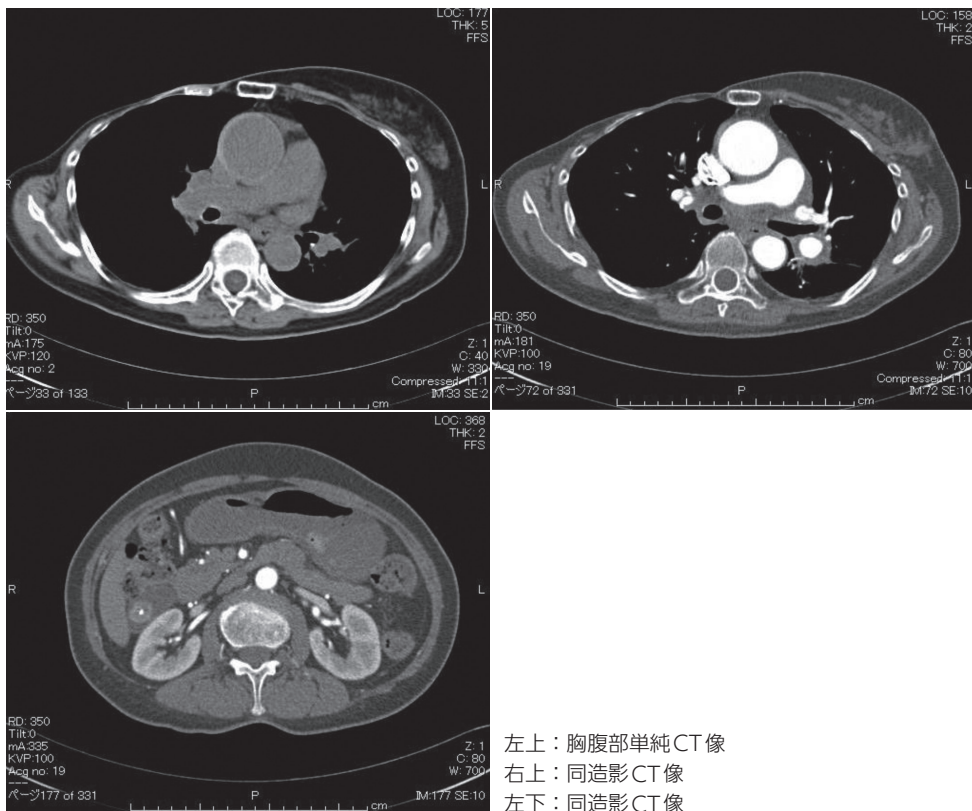


画像診断道場

実はこうだった



左上：胸腹部単純CT像

右上：同造影CT像

左下：同造影CT像

胸背部痛：大動脈解離？ それとも……

70歳，女性

夕食後，洗い物をしていた際に前胸部～心窩部と左肩・背部に突発・放散する痛みを自覚し，救急搬送。

来院時所見：血圧188/91mmHg（左上腕），脈拍数80/分・整，経皮的酸素飽和度100%（酸素5L投与下），白血球7800/ μ L，赤血球 4.7×10^6 / μ L，血小板 20.7×10^4 / μ L，T-Bil 1.1mg/dL，AST 18U/L，ALT 14U/L，CPK 91U/L，LDH 181U/L，アミラーゼ88U/L，ALP 442U/L，トロポニンT 0.003ng/mL，D-dimer 1.1 μ g/mL，CRP 0.05mg/dL。

喫煙歴・飲酒歴：喫煙なし。機会飲酒。既往歴：10年前から高血圧症（オルメサルタン20mg），右乳癌（20年前）。

解

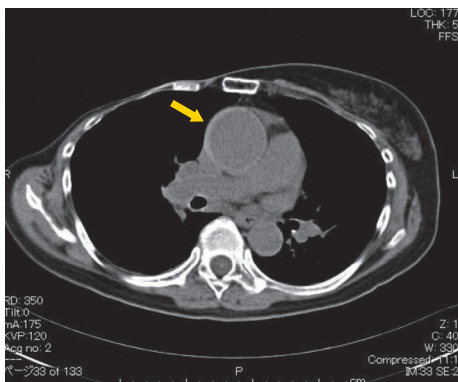


図1 胸腹部単純CT像

上行大動脈壁に高吸収域を認め、IMHの所見が示唆される

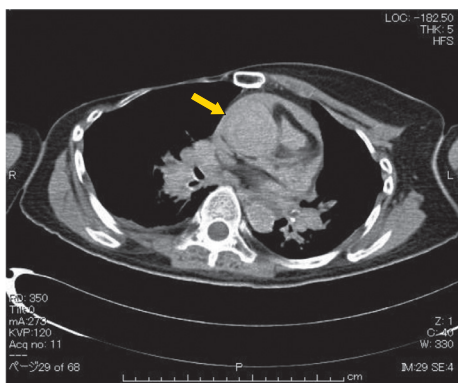


図2 PEA後胸部CT

上行大動脈の解離と偽腔を認める

読影のポイント

病歴より胸部緊急疾患（急性冠症候群、大動脈疾患、肺塞栓症など）や上腹部急性腹症などを鑑別するため造影CTを施行した。造影の早期像では明らかな解離腔は認めず、石灰化を伴う胆石の所見や胆道系酵素の上昇を認めたことなどから急性胆嚢炎など胆石症とも誤認されやすい。しかしながら、単純CT像を詳細に読影すると上行大動脈壁に高吸収域を認め、いわゆる intramural hematoma (IMH) の所見が示唆される（図1）。

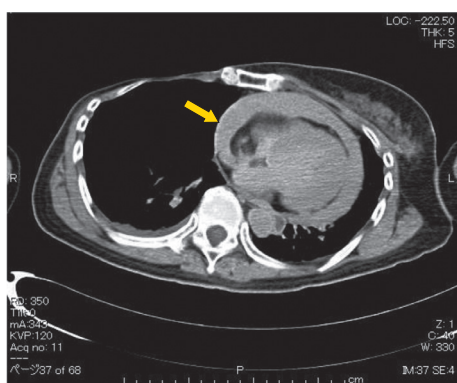


図3 PEA後胸部CT

多量の血性心嚢液貯留を認め、PEAの主要因と考えられた

本症例では心電図上も明らかな異常所見を認めず、急性冠症候群も否定され、大動脈壁の早期CT変化より大動脈解離と診断し、直ちにニカルジピンを用いて降圧を開始した。しかし、降圧開始から20分ほどで救急外来蘇生室で意識消失し、無脈性電気活動 (pulseless electrical activity: PEA) となった。その際に施行したCT（図2・3）では上行大動脈の解離所見と多量の血性心嚢液貯留を認めた。心肺蘇生と心嚢ドレナージにより ROSC (return of spontaneous circulation) を得られたが、4時間後に死亡の転帰となった。

急性大動脈解離は胸部緊急疾患の中でも遭遇することの多い疾患であり、多くの初診・救急担当医が念頭に置くべき疾患である。しかし、発症早期では造影CTで明らかな偽腔やULP (ulcer like projection) を認めず、検査値でも白血球やD-dimerの上昇が軽微または認められない症例も存在する。そのため、CT施行時に単純撮影で超早期のIMHを見落とさないことが肝要となる。

これが正解

急性大動脈解離
(Stanford A)

画像診断道場

実はこうだった



造影CT矢状断像軟部条件

急性咽頭炎？ 咽後膿瘍？ それとも……

39歳，女性

現病歴：1週間前から頸部痛，2日前から咽頭痛を自覚していた。嚥下困難と嚥下時咽頭痛を訴えて，救急外来を受診。

既往歴・家族歴：特記すべきことなし。

臨床所見：上咽頭に腫脹を認める。口腔，喉頭・中下咽頭に異常なし。

検査所見：WBC $9400/\mu\text{L}$ ，RBC $442 \times 10^4/\mu\text{L}$ ，Hb 102.3g/dL ，Ht 36.9%，Plt $27.2 \times 10^4/\mu\text{L}$ ，CRP 3.0mg/dL 。

解

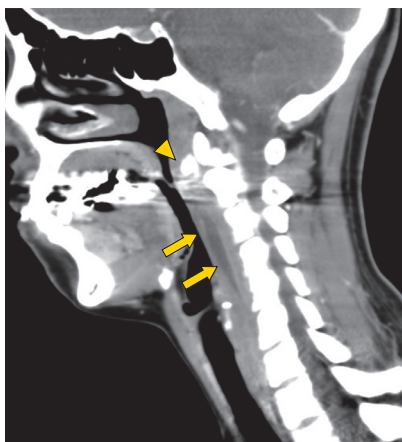


図 1 造影 CT 矢状断像
軟部条件

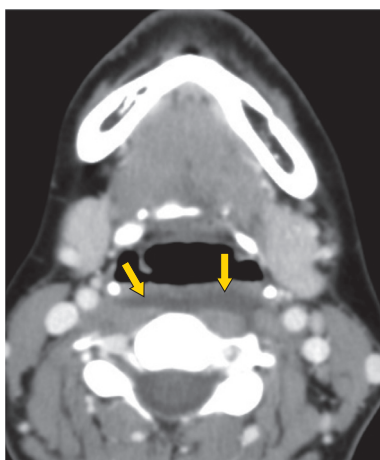


図 2 中咽頭レベル
の造影 CT 横断像軟
部条件

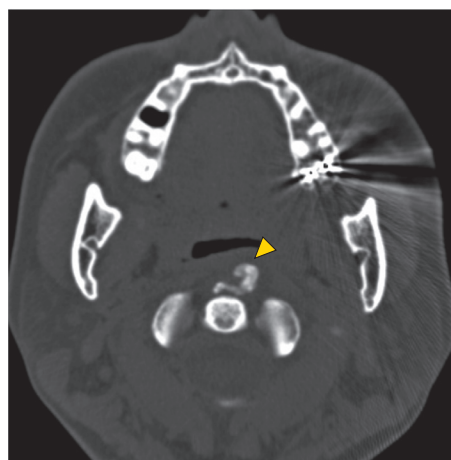


図 3 第 1・2 頸椎レベルの非造影 CT 横断
像骨条件

読影のポイント

造影 CT 矢状断像軟部条件 (図 1) と中咽頭レベルの造影 CT 横断像軟部条件 (図 2) にて肥厚した咽頭後間隙が低濃度域 (矢印) に認められる。膿瘍でみられる被膜の増強効果はなく、咽頭後間隙の浮腫状変化 (retropharyngeal edema) を示す。第 1・2 頸椎レベルの非造影 CT 横断像骨条件 (図 3) と造影 CT 矢状断像軟部条件 (図 1) にて椎体前面の頸長筋腱付着部に石灰化 (矢頭) を認め、石灰沈着性頸長筋腱炎の所見に一致する。既述の咽頭後間隙の浮腫状変化の原因に相当する。

ハイドロキシアパタイト結晶の漏出による異物反応として急激な頸部痛と頸部硬直で発症する。臨床上、咽頭炎や咽後膿瘍との鑑別を要する非感染性炎症性腱炎である。運動制限、嚥下困難、嚥下時痛、発熱・炎症反応高値もみられる。

CT ではハイドロキシアパタイト結晶沈着に相当する石灰化を第 1～2 頸椎前方の頸長筋腱内に認める。隣接する咽頭後間隙の浮腫も確認され、高濃度で認められる血腫や辺縁の増強効果を伴う膿瘍などの疾患の除外に有用である。

非ステロイド性抗炎症薬により保存的治療がなされるため、本疾患の認識や正確な診断は咽後膿瘍との誤認による外科的治療の回避のために重要である。

これが正解

石灰沈着性頸長筋腱炎