

抗凝固薬自己中断後に SMA塞栓症を発症した一例

沖永良部徳洲会病院 熊川 靖章

症例 87歳 男性

- 主訴: 腹痛、嘔吐
- 現病歴: 6月24日(来院当日)の18時半に食事を摂取。20時頃より、4-5回の嘔吐および腹痛の訴えあり、当院の外来を受診。
- 内服薬: アムロジピン10mg、ゼストリル10mg、
- 既往歴: 高血圧、慢性心房細動にて当院通院、腹部の手術歴なし、慢性心房細動にて抗凝固薬を26年4月から開始したが、一か月後に自己中断、60歳頃に肋膜炎(結核性で胸水貯留)
- 嗜好歴: ビール1日 1本、喫煙歴なし
- 生活歴: ADL自立

来院時現症①

意識：クリア

BP133/75mmHg HR92/分 不整 SpO2 97%、
体温35.8°C

結膜：貧血(-)、黄染(-)

呼吸音：左右差なし、Wheeze (-)、Crackles (-)

心音：S1→S2→S3 (-)S4 (-) 心雑音なし

来院時現症②

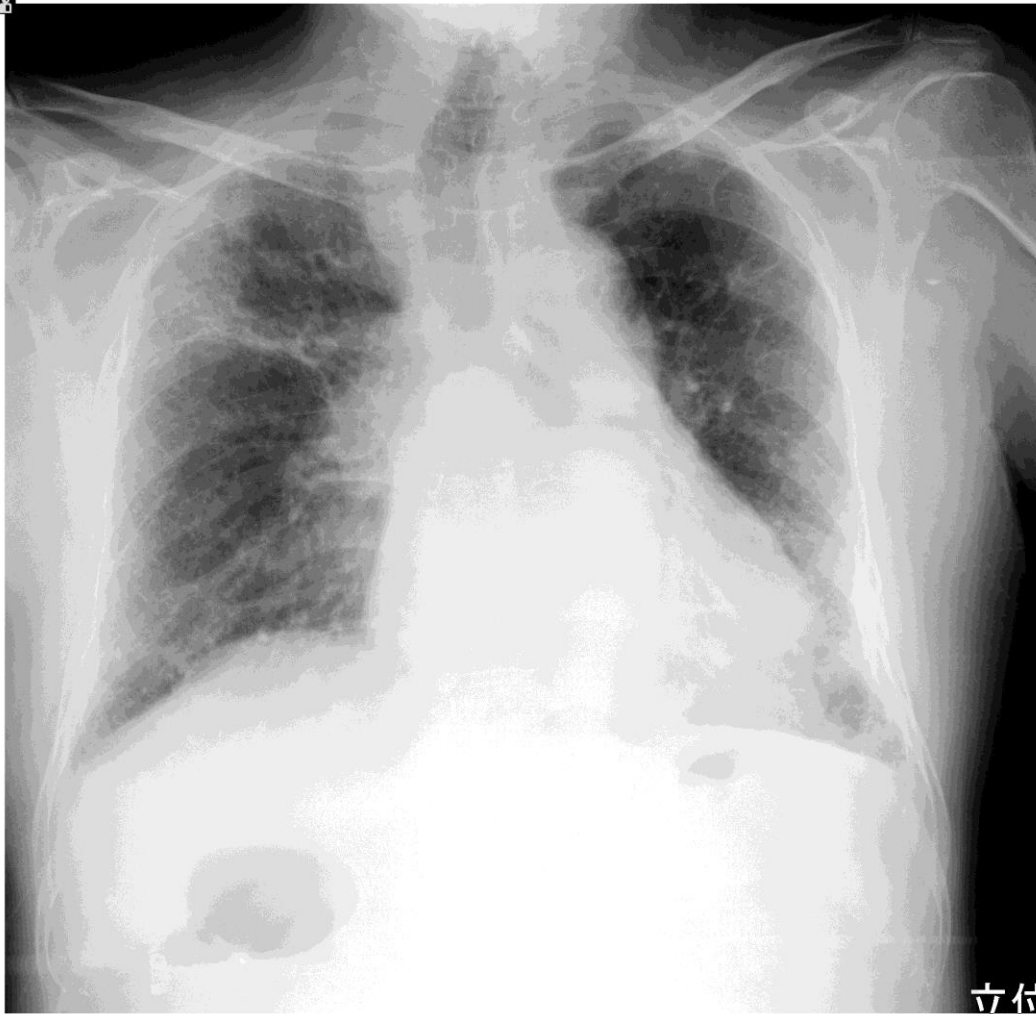
腹部：軽度膨満 腸雑音正常、臍部を中心に圧痛と自発痛、腹痛は持続痛(痛みの程度は5-6)筋性防御(-)、反跳痛(-)、直腸診にて腫瘤(-)、赤褐色の便の付着あり

四肢：冷感(-)、浮腫(-)

血液データ

WBC 14500 /mm³ RBC 417万 /mm³ Hb 14.3
g/dl Pt 21.1万 /mm³ GOT 22 IU/l GPT 9 IU/l
γGTP 49 IU/l Amy 249 IU/l T-Bil 0.4 mg/dl CK
98 IU/l CK-MB 23IU/l LDH 419 IU/l CRP 0.25
mg/dl ALP 182 IU/l TP8.4g/d Alb 4.2 g/dl
BUN 18.8 mg/dl Cr 1.50 mg/dl UA6.7 mg/dl
Na 144 mEq/l K3.6 mEq/l Cl 98 mEq/l Ca 9.1
mEq/l P 3.1 mEq/l BS 133mg/dl PT-INR 1.07
APTT 22.5秒

胸部レントゲン(立位)



CTR57%
両側肺
透過性低下

検査

- 心電図: Af 正常軸 STchange(-)

心エコー: 左室収縮良好、Valves open good

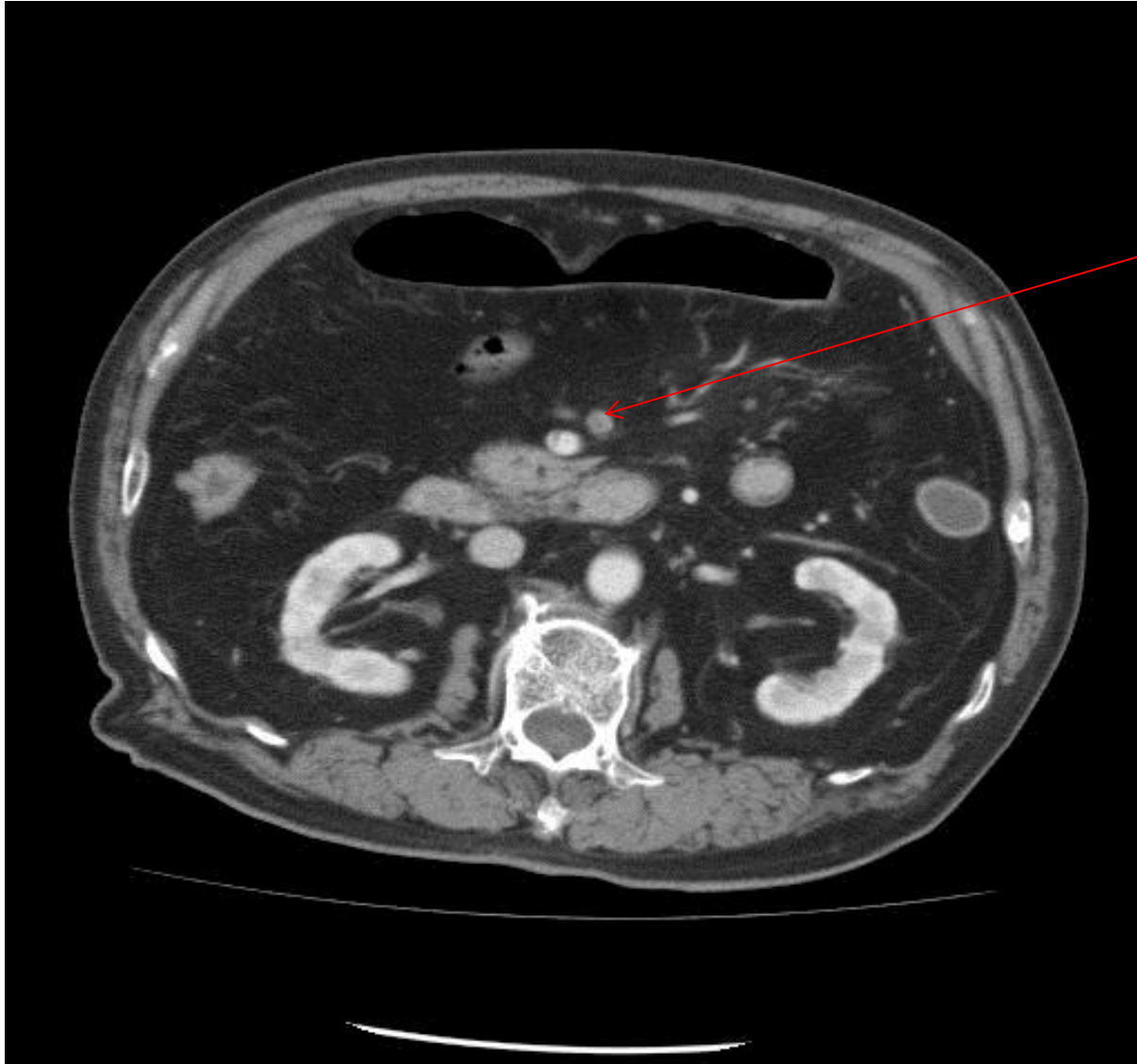
TR I° PR(+)

血液ガス PH 7.326 PaCO₂ 47.5 mmHg PaO₂
61.2 mmHg BE -2.2 mmol/l

外来経過

腹部所見乏しいが腹痛の訴え強く、診察中に嘔吐あり、また水様便に血液の混入認められた。SMA塞栓症を疑ったため、腎臓の機能は26年4月でCr 1.50 mg/dlと腎機能の低下あったが、ご家族の同意のもと腹部造影CT施行。

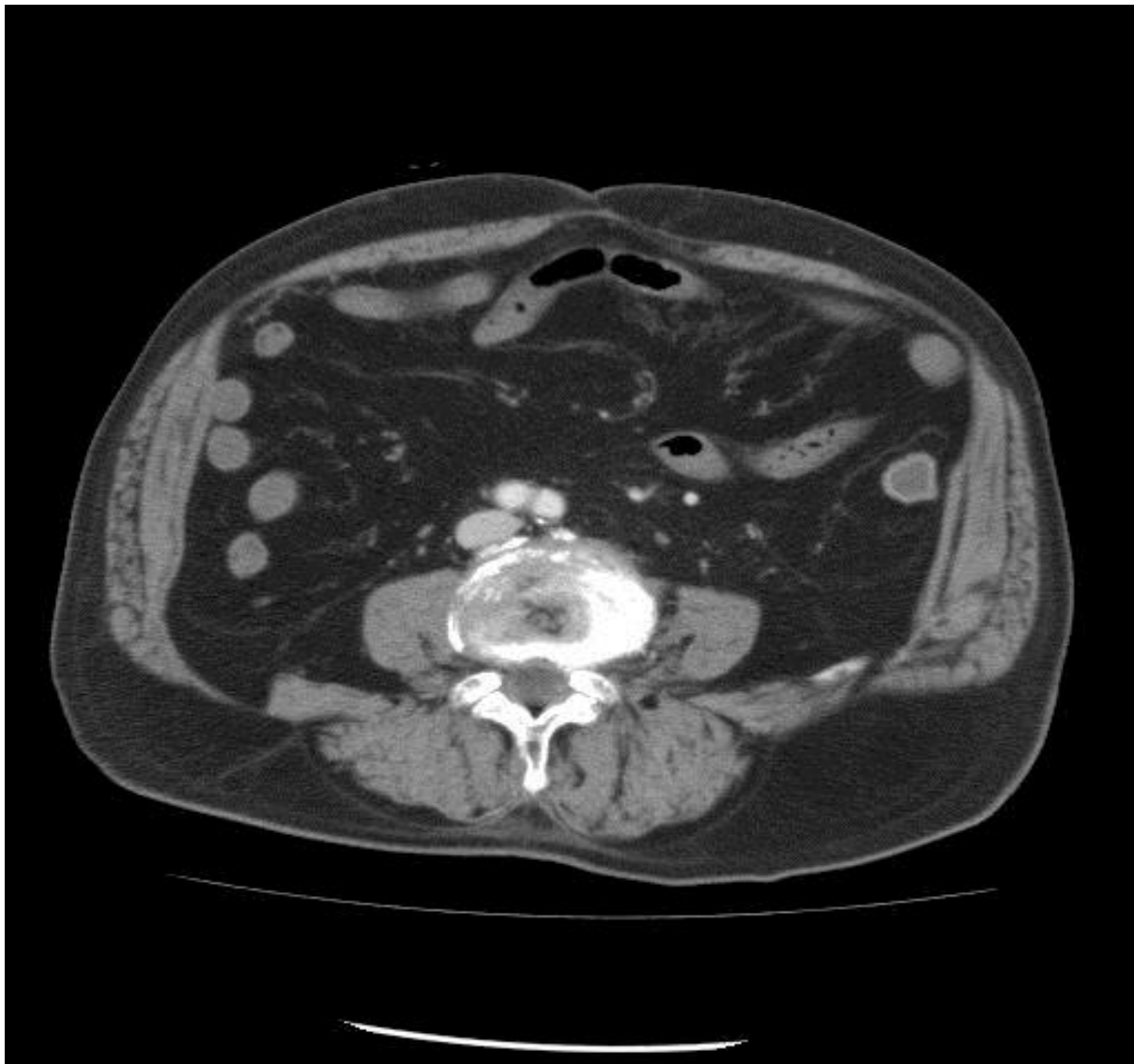
腹部造影CT所見①



SMAに塞栓

腎臓の菲薄化
Colonの造影良好

腹部造影CT所見②



小腸の造影不良所見あり

外来経過

腹部造影CTにてSMA塞栓認め、外科Drコンサルト、ADLはもともと自立しており、また発症から時間も経過していなかったため、緊急開腹手術となる。

手術記録①

上腹部正中切開にて開腹。手術歴ないが、腸全体に癒着あり、癒着剥離施行。明らかな壊死腸管認めなかったが、terminal ileum に血色不良あり。十二指腸腹側からSMA同定し、剥離、遮断鉗子でコントロールしながら、fogarty catheter3×4Frにて可及的に血栓除去、腸間膜脂肪厚く、末梢の拍動触知不良であったが、明らかな壊死所見なく、仮閉腹にて12時間後にsecond lookとした。

入院後経過



手術終了後、人工呼吸器管理のままHCUに帰室し、循環動態評価やコントロールのためにA-line確保。抗生剤はbacterial translocation予防目的にMEPM投与開始。

翌日の15時にsecond lookのため再度手術室へ。

手術記録②

開腹すると少量のcoagulationと腹水認められた。Treiz靱帯より170cmの部位の腸間膜から出血あり、縫合止血。同部の小腸10cm粘膜中心の壊死疑われたため切除。Gambbee吻合にて吻合し、腸間膜も縫合。十分洗浄し再度止血確認し閉腹し、皮膚はステープラにて閉創した。麻酔からの覚醒も良好であったため術後に抜管し、HCUに帰室した。

術中所見

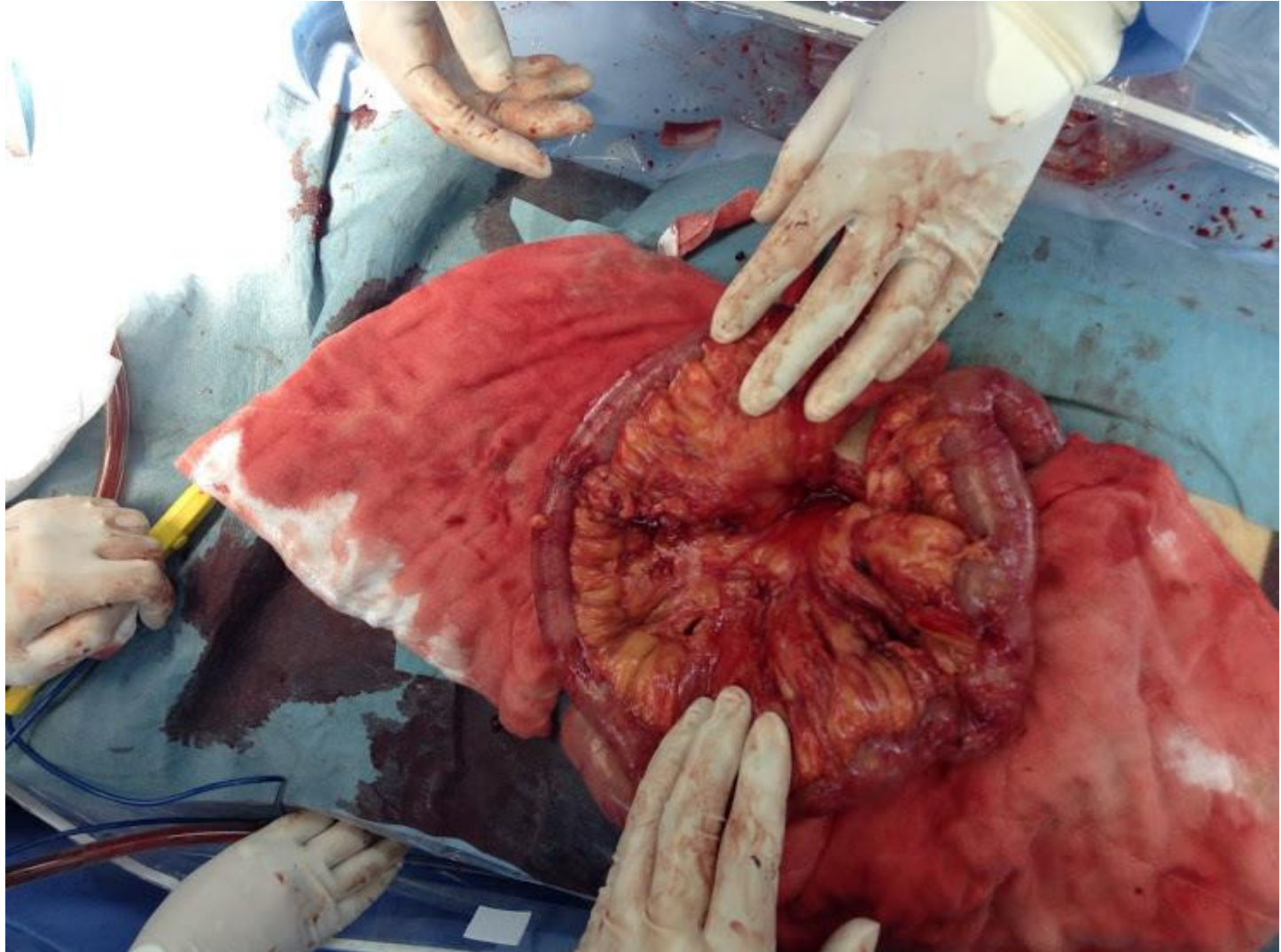


術中所見

小腸壞死部位



術中所見



切除検体



術後経過①

術後1日目(6月26日)

Hb9.4と低下あり、RCC2単位輸血。

術後3日目

全身状態も良好であり、疼痛もほとんど自制内であり、重湯から開始。全量摂取後に夜間嘔吐認めため、即中止。

術後4日目

抗凝固としてヘパリン開始。

術後経過②

術後7日目

創部の感染徴候もなく抜鉤。ワーファリンの内服を3mgから開始。

術後13日目

術後腹部CTで大腸ガス著名だが、あきらかな腸管の閉塞所見や、壊死所見認めず、食欲もあったため再度重湯を半量から開始。

現在徐々に食上げ中。

SMA塞栓症とは

- 50歳以上の心房細動やその他不整脈、弁膜症、心筋梗塞の既往のある人に多く、突然の腹痛で発症する。
- 局在性に乏しく、絶え間なく持続する腹痛に続いて、嘔気、嘔吐、下痢や下血を生じる。
- 初期は腹部所見に乏しく、疾患の経過の末期に出現し、限局性の圧痛や、腹膜刺激徴候まで多様の所見あり。
- 通常敗血症を呈するまでバイタルサインは安定しており、無熱である。発症から12時間以上で腸管のviabilityが失われるといわれている。

SMA塞栓症とは

- 診断のためには造影CT(できれば3相撮影)にてSMAの閉塞と腸管の虚血の範囲を評価する。
- 早期診断が重要で、早期の手術あるいは血管内治療が重篤な合併症を防ぐために必要である。

今回の症例を経験して

- 腹部所見は乏しいが、腹痛の訴えが著名で所見と訴えに大きな差を感じた。
- またCre1.5と腎障害あり、造影剤の使用にはリスクが伴うため、腹部造影CTに踏み切るまでに難渋した。
- SMA塞栓の診断には造影CTが不可欠であるが、早期に造影CTを施行し、手術を施行することができた。
- 腸管の壊死を確実に判断するには造影CTである程度の評価は可能であるが、確実な壊死の評価のためには開腹以外の方法はなく、早期に手術を施行できたため、今回は救命することができたと考える。
- 離島という限られた医療の中でSMA塞栓という死亡率の高い疾患の手術をできたことは自分自身にとって非常に貴重な経験となった。