

36 透析患者に合併した腎出血に対し腎動脈塞栓術を施行した1症例

慈泉会相澤病院 腎臓病センター ○白鳥勝子、南 聡、小口智雅
PETセンター 小口和浩

I はじめに

透析患者の合併症のひとつに、腎出血があり、大量出血の場合には、ショックに至り死亡することある。

血管の脆弱を基盤に、尿毒症および抗凝固剤による出血傾向が加わって、血管が破綻し、腎出血をきたすと考えられている。

今回、腎出血の症例に対し、経カテーテル的動脈塞栓術を施行し、良好な臨床経過を得た症例を経験したので報告する

II 症例

年齢：62才 性別：男性 透析歴：10年

原疾患：慢性糸球体腎炎

合併症：高血圧症

既往歴：胆嚢摘出術

現病歴：

平成22年4月3日、昼食後に右側腹部痛が突然出現し、増悪するため受診となる。

体温：35.2

眼瞼結膜：やや蒼白、眼球結膜：黄染なし

心音：過剰心音なし、心雑音なし

呼吸音：清、ラ音なし

腹部：平坦・軟、グル音聴取

右側腹部に圧痛 筋性防御なし

反跳痛なし、CVA 叩打痛なし

四肢：浮腫なし

白鳥勝子 慈泉会相澤病院 腎臓病センター

〒390-8510 松本市本庄 2-5-1

図1：入院時胸部Xp



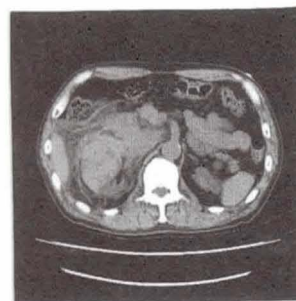
図2：入院時腹部X P



入院時の胸部X P (図1)では、右横隔膜の挙上を認めた。腹部X P (図2)では、大腸ガスの正中への偏位を認めた。

腹部単純CT (図3)では、右腎中心に後腹膜血腫を認め、血腫により膵頭部から十二指腸や上行結腸は腹側に圧排されていた。

図3：腹部単純CT



寛解維持が困難である⁶⁾などの特徴がある。そこで、今回の我々の症例のように IFX 計画投与を行いつつ、GCAP/GMA を併用するという治療選択肢はお互いの治療のメリット、デメリットを補いながら既存の維持治療効果不十分例に対する補助治療として十分検討に値するものと思われる。今まで、GCAP/GMA の有効性は既存の内科治療無効例の急性期寛解導入療法としての報告が多かった⁷⁾が、今回の症例のように IFX 投与に GCAP/GMA を併用する形での有効例の報告も散見されるようになった⁸⁾。今回の症例に関しては、GCAP/GMA を併用する事で IFX 投与間隔を延長する事が可能かどうか、また最も効果の得られる GCAP/GMA 施行スケジュールとその回数について、今後検討する必要があるものと思われる。IFX の適正使用と患者の QOL 向上を目指して、さらなる症例の蓄積が望まれる。

IV. 結語

IFX に対し抵抗性を示したクローン病患者に対し、IFX の計画投与に加えて GCAP/GMA を併用することで良好な経過を得た 1 例を経験した。現時点では診療報酬上の問題はあがるが、IFX 抵抗性クローン病に対する追加治療として GCAP/GMA は重要な選択肢となる可能性がある。その際、GCAP/GMA は透析機器、透析回路、留置針、抗凝固剤などを備えた透析施設で安全かつ効率的に施行する事が可能であり、透析施設においても積極的に関わっていくべき治療法の一つと思われる。

参考文献

- 1) Fukuda Y et al. Adsorptive granulocyte and monocyte apheresis for refractory Crohn's disease treated: an open multicenter prospective study. *J Gastroenterol* 39: 1158-1164, 2004
- 2) Hanauer SB et al. Maintenance infliximab for

Crohn's disease: the ACCENT I randomized trial. *Lancet* 359: 1541-1549, 2002

- 3) Schnitzler F et al. Long-term outcome of treatment with infliximab in 614 patients with Crohn's disease: results from a single-centre cohort. *Gut* 58: 492-500, 2009

- 4) 本谷聡, 他: biologics 無効例への対応: インフリキシマブ抵抗性クローン病をどう治療するか. *IBD Research* 3(3): 227-233, 2009

- 5) Matsui T et al. Granulocytapheresis for Crohn's disease: a report on seven refractory patients. *Am J Gastroenterol* 98: 511-512, 2003

- 6) Ruuska T et al. Granulocyte-monocyte adsorptive apheresis in pediatric inflammatory bowel disease: results, practical issues, safety, and future perspectives. *Inflamm Bowel Dis.* 15: 1049-54, 2009

- 7) Fukunaga K et al. Selective depletion of peripheral granulocyte/monocyte enhances the efficacy of scheduled maintenance infliximab in Crohn's disease. *J of Clinical Apheresis* 25: 226-228, 2010

図4：腹部造影CT



造影CT(図4)で右腎内に造影剤の漏出がみられ、活動性の出血が確認された。血腫は腎皮膜を越えて右後腹膜腔に達していた。

平成21年8月13日のCT(図3)では、両側腎は萎縮しており、腫瘍や嚢胞はないため、腎癌の出血・破裂や嚢胞出血は考えにくかった。

図5：腹部CT(平成21年8月13日)



<検査結果>

総蛋白 TP 6.4 g/dl	ALB 3.9 g/dl
AST 35 U/L	ALT 35 U/L
ALP 203 U/L	LDH 227 U/L
CK 85 IU/L	総コレステロール 125 mg/dl
尿素窒素 29.9 mg/dl	尿酸 3.6 mg/dl
クレアチニン 9.60 mg/dl	ナトリウム 141 mEq/l
カリウム 4.5 mEq/l	クロール 106 mEq/l
カルシウム 9.4 mg/dl	
血糖(随時) 132 mg/dl	
WBC 59.8 x100	RBC 342 x10000
HGB 10.3 g/dl	HCT 31.7 %

PLT 14.7 x10000

PT - 秒 14.1 秒 PT-INR 1.09 INR

APTT 30.4 SECOND

CRP定量 0.0 mg/dl

<入院後経過>

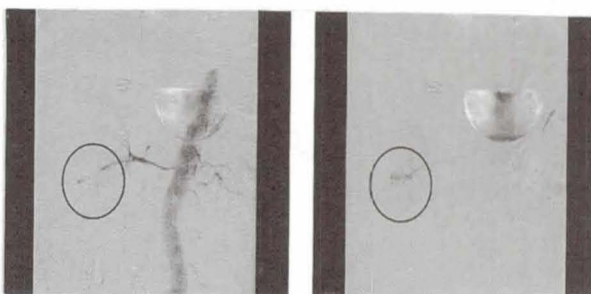
活動性の出血であったが、循環動態が安定していたため、保存的止血を期待し経過観察していた。しかし、3時間後に、Hb8.9g/dlまで貧血が進行するとともに、血圧が96/56まで低下した。

このため、保存的加療は限界であり、塞栓術の適応と判断し、緊急に腎動脈造影を行った。

<緊急血管造影・動脈塞栓術>

セルジンガー法にて、右大腿動脈に4Fシースを留置しカテーテルを挿入した。出血を増悪させないように、造影剤の圧入は緩徐な手押しにて、右腎動脈造影を行なった。右腎動脈の血流は極めて遅く、枝の1本より血管外漏出であるプーリングを認めた。

右腎動脈をGelfoamとマイクロコイル10個を用いて塞栓を行なった。塞栓後の造影で、右腎動脈本幹の閉塞を確認した。



本症例は、受診時の検査にて活動性の腎出血と後腹膜に達する血腫を認めており、経過観察することなく、まず塞栓術を行なうべき症例であったと考える。

文献

- 1) 松田 淳、別所偉光ほか：透析患者にみられた後天性多嚢胞化萎縮腎の自然破裂3例：透析会誌 1999；32：1461-1464
- 2) 山口哲治、坂本一郎ほか：透析腎に合併した特発性腎出血の一例：臨床透析 2007；23：387-390
- 3) 中本昌彦、崎野郁夫：腎尿路疾患の緊急医療出血：腎と透析 1994；vol 36 No.5:737-740
- 4) 小林成司、成松芳明、平松京一：画像診断の進歩とIVR—大量腎出血へのTAE. Innervision 6:45-49、1991
- 5) 川俣博志、隈崎達夫：腎血管病変に対するIVR：腎と透析 2001；vol.50 No.4:507-510