

Cardiovascular Imaging In-a-Month

発熱と腰痛で入院した38歳，男性

A 38-Year-Old Man With Complaints of Fever and Lumbago

荒木 勉
中島 啓介

Tsutomu ARAKI, MD
Keisuke NAKASHIMA, MD

症 例 38歳，男性

主 訴: 発熱，腰痛.

既往歴: 25歳時に左下肢深部静脈血栓症.

現病歴: 1994年に左下肢深部静脈血栓症で他院に入院し，以後，ワルファリンの内服を継続していた. 2007年3月下旬より39℃以上の発熱と腰痛が持続するため，4月，当院に紹介となった. 尿路感染症を疑わせる症状はなく，検尿も正常であった. 身体所見上，両下腿の表在静脈に静脈瘤様の拡張と蛇行を認めた. 検査所見上，C反応性蛋白(C-reactive protein: CRP)が12.2 mg/dl，フィブリン分解産物(fibrin degradation product: FDP)-Dダイマーが6.6 $\mu\text{g/ml}$ と上昇を認めた. 胸部X線写真，心電図に異常はなかった. 腹部造影コンピューター断層撮影(computed tomography: CT)をFig. 1に示す.

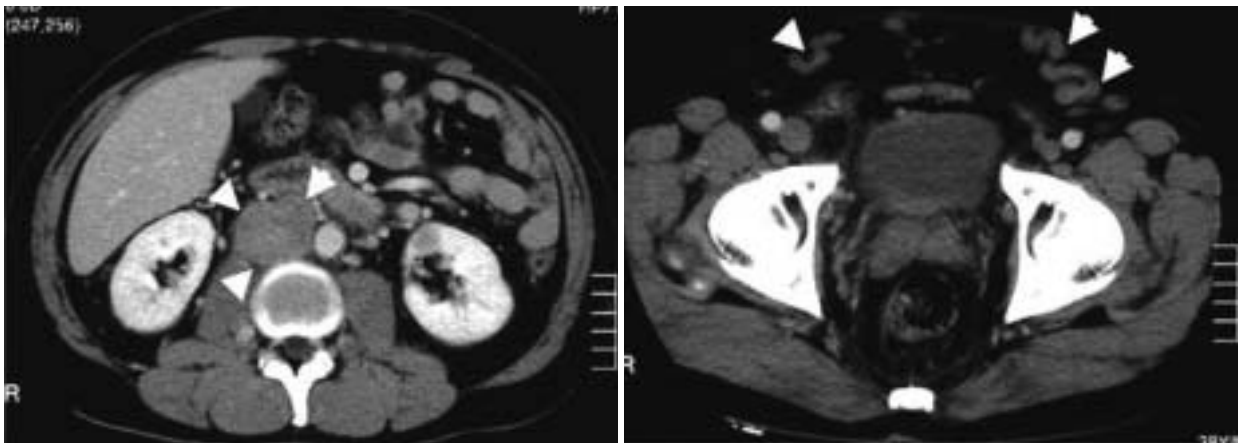


Fig. 1

石川県済生会金沢病院 循環器科: 〒920-0353 石川県金沢市赤土町ニ13-6

Division of Cardiology, Saiseikai Kanazawa Hospital, Ishikawa

Address for correspondence: ARAKI T, MD, Division of Cardiology, Saiseikai Kanazawa Hospital, Ni 13-6, Akatsuchi-machi, Kanazawa, Ishikawa 920-0353; E-mail: saiseikh@kma.jp

Manuscript received June 4, 2007; revised July 2, 2007; accepted July 10, 2007

診断のポイント

腹部造影CTでは腰痛部位に一致する腎レベルの下大静脈に著明な拡張を認め、内腔は血栓で充満していた(**Fig. 1-左**)。腎レベルより下位の下大静脈は両大腿静脈まで血栓が充満し、膀胱レベルのCTでは右大腿静脈の拡張とともに、両腹壁の表在静脈に拡張と蛇行を認めた(**Fig. 1-右**)。

一方、腎レベルより上位の下大静脈は内腔に血栓を充満しながら次第に狭小化し、肝レベルのCT(**Fig. 2-上**)および磁気共鳴画像(magnetic resonance imaging: MRI; **Fig. 2-下**)では内腔を検出することができなかった。CTおよびMRI上、肝およびその周辺臓器に下大静脈を圧排するような腫瘍性病変は認められず、また肝硬変の所見もなく、肝静脈は右房直下の下大静脈に灌流していた。

放射性核種静脈造影では血栓が充満した下大静脈はほとんど描出されず、腹壁静脈その他の側副血行

路が著明に発達していた(**Fig. 3**)。また、胸部CTでは両側とも奇静脈が著明に発達しており、左側が右側に合流した後、上大静脈に灌流していた。

以上の所見より、本症例では肝静脈合流付近の下大静脈が閉塞(肝静脈は開存)していると考えられ、Okuda¹⁻³⁾が提唱する“obliterative hepatocavopathy”と診断した。入院時プロトロンビン時間(prothrombin time: PT)-international normalized ratio (INR)が1.28とワルファリンによるコントロールが不良で、血栓性的下大静脈炎を併発したものと考えられ、抗菌薬とヘパリンの点滴を開始した。以後、発熱と腰痛は次第に軽快し、CRPが<0.2mg/dl, FDP-Dダイマーが<0.5 μ g/mlと改善した。胸腹部CT上、下大静脈から大腿静脈、腹壁静脈、奇静脈の所見は不変であったが、ワルファリンの内服(PT-INR 2.5-3.0)で外来フォローとした。

Obliterative hepatocavopathyとは、肝静脈合流付近の下大静脈が膜性閉塞し、下大静脈血栓症を生じる病



Fig. 2

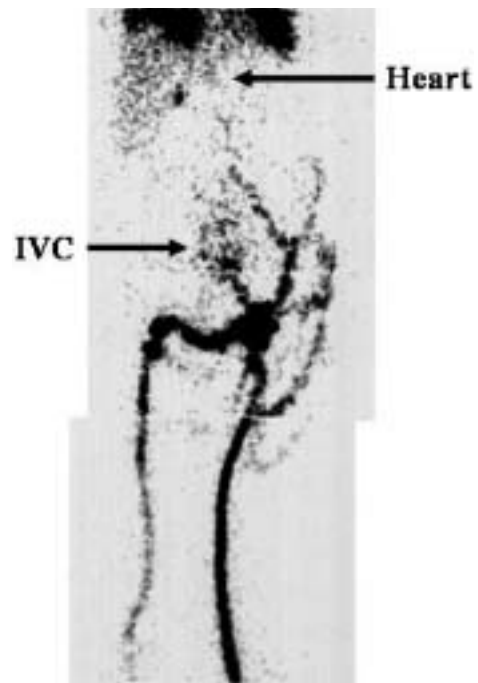


Fig. 3

態で、肝静脈が閉塞し肝硬変から門脈圧亢進症状を呈する Budd-Chiari 症候群と区別して、Okuda が提唱した疾患概念である。本症例の閉塞機転や閉塞時期は不明であるが、すでに腹壁静脈や奇静脈を介する側副血行路が著明に発達しており、閉塞からかなりの期間が経過しているものと推定された。本疾患では嚴重なワルファリンによるコントロールのうえ、下大静脈や下肢深部静脈の血栓症や静脈炎の発症に注意する必要があると思われた。

Diagnosis: Obliterative hepatocavopathy with inferior vena cava thrombosis

Key Words: Thrombosis (inferior vena cava); Cardiovascular disease (obliterative hepatocavopathy); Collateral circulation; Computed tomography

文 献

- 1) Okuda K: Obliterative hepatocavopathy-inferior vena cava thrombosis at its hepatic portion. *Hepatobiliary Pancreat Dis Int* 2002; **1**: 499–509
- 2) Okuda K: Inferior vena cava thrombosis at its hepatic portion (obliterative hepatocavopathy). *Semin Liver Dis* 2002; **22**: 15–26
- 3) Okuda K: Membranous obstruction of the inferior vena cava (obliterative hepatocavopathy, Okuda). *J Gastroenterol Hepatol* 2001; **16**: 1179–1183

Fig. 1 Abdominal computed tomograms

Left: The inferior vena cava (*arrowheads*) at the kidney level was markedly dilated with massive thrombus.

Right: The superficial veins of the abdominal wall (*arrowheads*) at the bladder level were dilated and tortuous.

Fig. 2 Abdominal computed tomogram (upper) and magnetic resonance imaging (lower)

The lumen of the inferior vena cava was not detected at the level of the upper portion of the liver.

Fig. 3 Radionuclide venogram

The venous blood from the lower extremities returned mainly through the developed collateral vessels, not through the inferior vena cava.

IVC = inferior vena cava.