

上腹部痛にて来院した無治療高血圧患者

A Case of Untreated Hypertension Complaining of Upper Abdominal Pain

大江 康太郎^{1,*} 荒木 勉¹ 井野 秀一² 山岸 正和²

Kotaro OE, MD^{1,*}, Tsutomu ARAKI, MD, FJCC¹, Hidekazu INO, MD, FJCC², Masakazu YAMAGISHI, MD, FJCC²

¹ 石川県済生会金沢病院循環器内科, ² 金沢大学大学院医学系研究科循環医学専攻臓器機能制御学

症例 47歳男性.

主訴 : 上腹部痛.

現病歴 : 数年前より高血圧を指摘されていたが無治療であった. 突然の上腹部痛にて救急外来を受診した. 血圧150/97 mmHg, 脈拍73/分, 整, 上腹部に圧痛を認めた. 筋性防御なし, グル音は正常, 腹部血管雑音は聴取しなかった. 血液検査では, 白血球10,900/mm³と上昇していたが, CRPは陰性で, 肝胆道系酵素, アミラーゼの上昇は認めなかった. 腹部X線写真では小腸ガスを認めた. 腹部単純CT (Fig. 1) を示す.

J Cardiol Jpn Ed 2009; 4: 177-179

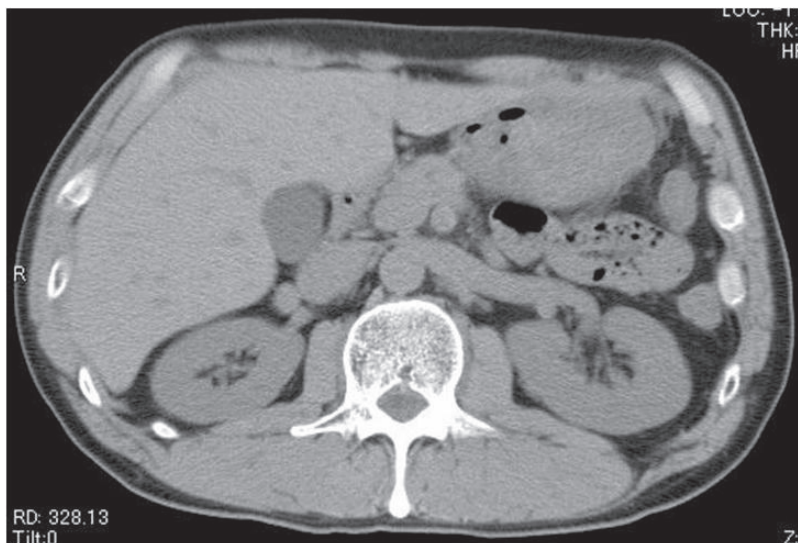


Fig. 1

* 石川県済生会金沢病院循環器内科

920-0353 金沢市赤土町二13-6

E-mail: kotaroe316@yahoo.co.jp

2009年5月15日受付, 2009年5月29日改訂, 2009年6月10日受理

診断のポイント

腹部X線写真では、小腸ガスを認めたが、単純腹部CT (Fig. 1) では明らかな異常所見は認められず、急性胃腸炎の診断にてH2ブロッカー、乳酸菌製剤が処方された。翌日、上腹部痛が持続するため再診し、腹部エコーと上部消化管内視鏡検査が施行されたが、明らかな異常所見は認められなかった。上腹部痛の原因が不明であったため、造影CTを施行したところ (Fig 2, 3)、上腸間膜動脈に血栓化した偽腔を認め、上腸間膜動脈解離と診断された。絶食の上、抗血小板薬、降圧薬が開始され、腹痛は次第に消失した。

上腸間膜動脈解離はまれな疾患で、大動脈解離を伴わないものは特にまれであるが、腸管虚血により腸管壊死を来すことがあり、早期診断が重要である。報告数が少ないため、臨床像には不明な点が多いが、男女比は4:1で男性に多く、年齢は41-87歳 (平均56.3歳) と報告されている¹⁾。解離の原因として、動脈硬化、線維筋性異形成、中膜変性等が報告されており、危険因子として、高血圧、禁煙等が挙げられている。症状は急性の腹痛や背部痛が多く、食事による痛みの増悪等が特徴的である。また身体所見では、上腹部の血管雑音が重要な所見とされているが、本症例では認められなかった。

治療は入院の上、絶食が基本であり、次に外科的治療か保存的治療を選択する必要がある。現時点で明確な手術適

応は確立されていないが、腸管壊死を来した症例や、保存的治療にて改善しない症例は手術適応と考えられる。Yunらの32例の報告²⁾では、保存的加療後に外科的治療を必要としたのは1例 (3%) のみであった。外科的治療として、グラフト置換やバイパス手術等が施行されているが、ステント治療も最近報告されている³⁾。保存的治療として、抗血栓療法が勧められているが、血流が速い大動脈と異なり、上腸間膜動脈では、解離後の血管収縮により血栓形成や塞栓症を来す可能性が高いためと考えられる。抗血栓療法で保存的治療が行われた4例の報告¹⁾では、ヘパリン (10,000単位) を18-27日間、ワルファリン (5 mg) 120-150日、チクロピジン (200 mg) 22-150日が使用されている。なお同報告では腹痛持続期間は8-13日、絶食期間は18-33日、入院期間は33-52日であった。

高血圧患者に原因不明の上腹部痛が生じた場合、上腸間膜動脈解離の可能性を考慮すべきと考えられた。本症例のように、腹部エコーや単純CTだけでは診断が困難であり、確定診断には造影CTが必要である。本症例は、保存的治療で良好な経過を示したが、慢性期に上腸間膜動脈解離が増悪した症例が報告されており⁴⁾、今後も嚴重な経過観察が必要と考えられた。

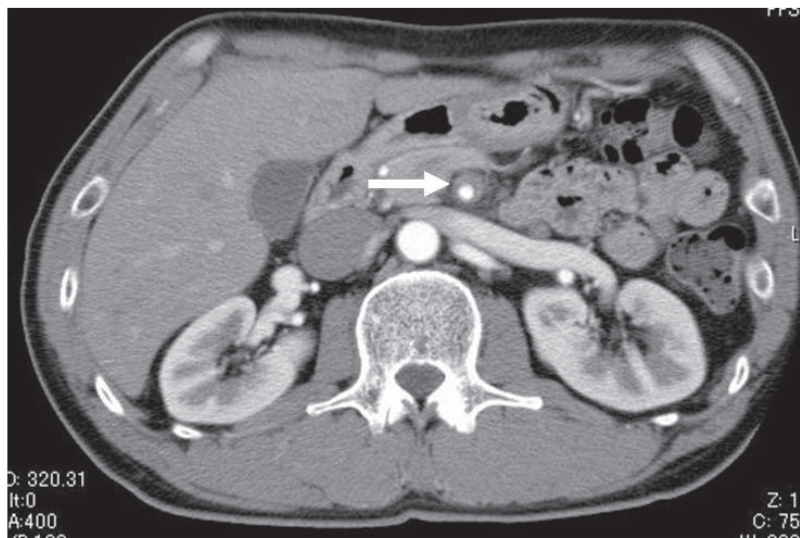


Fig. 2

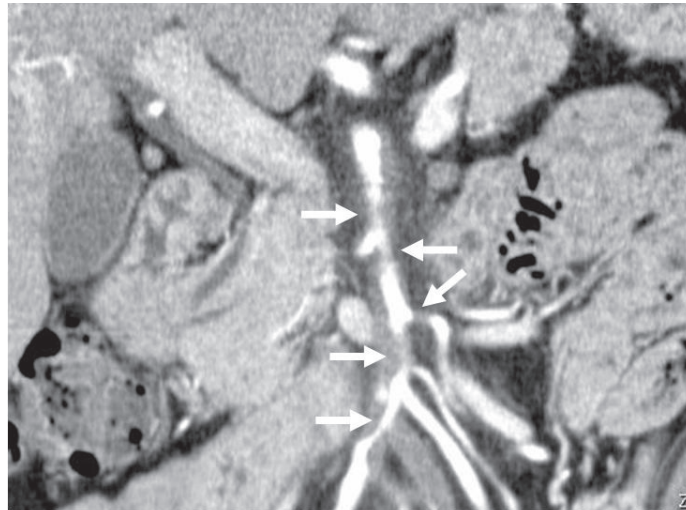


Fig. 3

Diagnosis: 上腸間膜動脈解離.

Keywords: 上腸間膜動脈解離, 高血圧, 抗血栓療法.

文 献

1) Nagai T, Torishima R, Uchida A, Nakashima H, Takahashi K, Okawara H, Oga M, Suzuki K, Miyamoto S, Sato R, Murakami K, Fujioka T. Spontaneous dissection of the superior mesenteric artery in four cases treated with anticoagulation therapy. *Intern Med* 2004; 43: 473-478.

- 2) Yun WS, Kim YW, Park KB, Cho SK, Do YS, Lee KB, Kim DI, Kim DK. Clinical and angiographic follow-up of spontaneous isolated superior mesenteric artery dissection. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2009; 37: 572-577.
- 3) Baldi S, Zander T, Rabellino M, Maynar M. Endovascular management of a spontaneous dissecting aneurysm of the superior mesenteric artery: Case report and discussion of treatment options. *Ann Vasc Surg* 2009; 23: 535.e1-535.e4.
- 4) Okada M, Ishiguchi T, Itoh H. Management of spontaneous dissection of the superior mesenteric artery. *Intern Med* 2004; 43: 451-452.

Fig. 1 Plain computed tomography revealed no aortic aneurysm. Dissection of superior mesenteric artery was not clear.

Fig. 2 Contrast-enhanced computed tomography revealed dissection of superior mesenteric artery (arrow).

Fig. 3 Coronal image of contrast-enhanced computed tomography showed multiple stenoses of lumen of superior mesenteric artery (arrows).