



エクスパート IVR 症例集

による

腹部人工血管置換術後の脾液瘻と人工血管感染の併発に対し集学的治療を行なった一例

曾山武士¹⁾ 那須野央²⁾ 若杉英樹²⁾ 鈴木一也²⁾ 上久保康弘³⁾ 石垣隆弘⁴⁾

1) 市立釧路総合病院 放射線診断・IVR科 2) 市立釧路総合病院 消化器内科 3) 市立釧路総合病院 心臓血管外科 4) 近畿大学病院 心臓血管外科

要旨

我々は腹部大動脈瘤破裂に対する開腹人工血管置換術後の脾液瘻に対し、経胃的にドレナージを施行後、人工血管感染を来した症例を経験した。脾液瘻と人工血管周囲との連続性が疑われる症例では、初回より経皮的ドレナージを検討すべきである。

Summary We have experienced a case of artificial vessel infection after transgastric drainage of a pancreatic fistula following open artificial vessel replacement for a ruptured abdominal aortic aneurysm. Percutaneous drainage should be considered from the first time in cases where continuity between the pancreatic fistula and the periprosthetic abdominal vessels is suspected.

はじめに

脾液瘻により仮性動脈瘤を形成した際の治療戦略は、仮性動脈瘤の破裂を防ぐために、原則として動脈塞栓術（遠位近位塞栓術）を先行し、続いて脾液瘻に対するドレナージ術を施行する。この原則に従ったにもかかわらず我々が陥ったpitfallを、読者諸氏と共有したい。

症例：60歳代男性

主訴：上腹部痛

現病歴：腹部大動脈瘤破裂（図1a）に対し、開腹人工血管置換術施行。術後脾尾部周囲に脾液瘻（図1b）を認めたが、拡大なくリハビリ目的に転院。3ヶ月後、上腹部痛を訴えて当院消化器内科受診。

既往歴：高血圧、糖尿病、慢性腎不全、COPD

採血結果：WBC 6130/ μ L, Hb 13.7g/dL, Plt 235000/ μ L, PT-INR 0.91, Amy 90U/L, eGFR 73.4mL/min/1.73m², CRP 0.24mg/dL

消化器内科受診時のCTでは脾動脈より尾側へと突出する仮性動脈瘤（図1c）があり、周囲に脾液瘻を示唆する液体貯留を伴っていた。また、腹部人工血管周囲の液体貯留は増加している（図1d）が、脾液瘻との連続性は不明であった。そこで、消化器内科と放射線診断・IVR科で協議の上、第1病日に動脈塞栓術を施行して仮性脾動脈瘤の破裂を予防し、第2病日に脾液瘻に対するドレナージを施行する治療戦略とした。

仮性脾動脈瘤に対する動脈塞栓術（第1病日）

術前CTで腹部大動脈より脾動脈と左胃動脈の共通幹が分岐する解剖学的変異を認めた。US guide下に右大腿動脈を穿刺して5Fr 30cm sheath を留置。4Fr Mikaelsson catheterを使用して脾動脈造影施行。脾動

脈本幹は幅6mm程であり、その尾側に長径7mm程の仮性動脈瘤が描出された。脾動脈をflow controlするため、Radifocus Guide Wire 0.035"の先端を愛護的に脾動脈末梢へと先進させ、5.2Fr Selecon MP Catheter IIへの交換を試みたが、脾動脈起始部の尾側向きが強く、途中でguidewireの先端が腹部大動脈へと跳ねた。そこで、2.4Fr

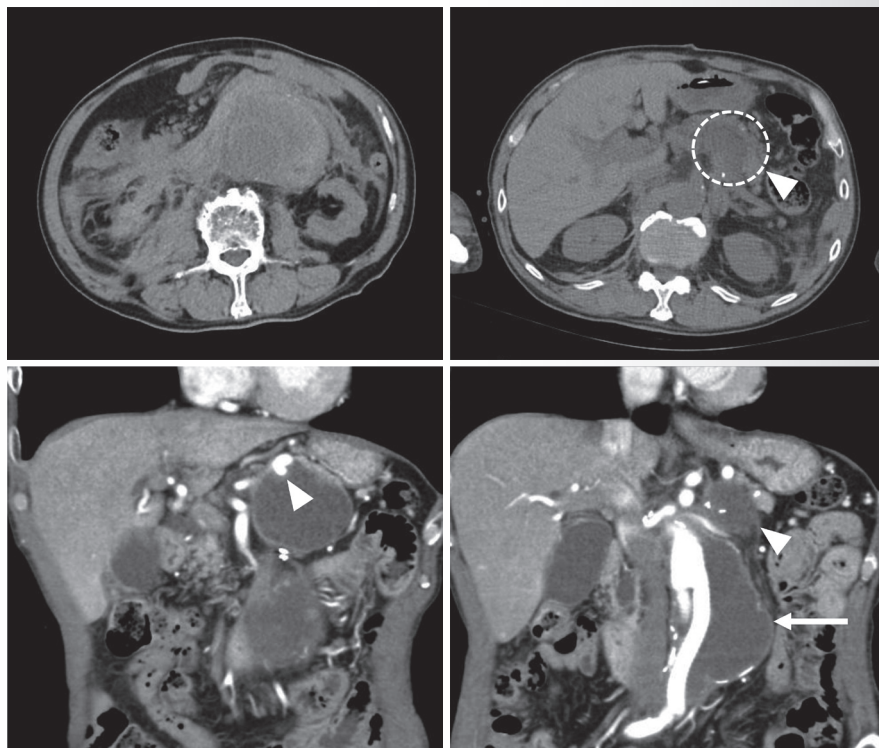


図1

- a 腹部大動脈瘤破裂時の単純CT。
b 腹部人工血管置換術後、転院前の単純CT。脾尾部背側に脾液瘻（矢頭）を認めるが、拡大なく経過観察とした。
c 消化器内科受診時の造影CT。脾動脈より尾側へと突出する仮性動脈瘤（矢頭）があり、周囲に脾液瘻を示唆する液体貯留を伴う。
d 腹部人工血管周囲の液体貯留（矢印）は増加しているが、脾液瘻（矢頭）との連続性は不明であった。

a | b
c | d