

Cardiovascular Imaging In-a-Month

● A 71-Year-Old Man Complaining of Subcutaneous and Oral Mucosal Bleeding

岡田 尚之
岡 俊明

Hisayuki OKADA, MD
Toshiaki OKA, MD

症 例 71歳, 男性

主 訴: 口腔内出血および皮下出血

現病歴: 1998年4月中旬から皮下出血が出現するのに家族が気付いた。他院での血液検査では血小板が $10.1 \times 10^4/\text{mm}^3$ (3月25日) から $5.6 \times 10^4/\text{mm}^3$ (6月5日) と減少していた。7月8日から左頬粘膜より出血があり, 耳鼻科医院を受診し止血処置が行われたが, 出血が続くため, 7月15日, 当院紹介受診となった。

入院時現症および検査所見: 血圧140/70mmHgで左右差なし, 脈拍数96/min, 整。胸部に異常所見なく, 腹部臍正中部に拍動性腫瘤を約10cm触知した。両側大腿動脈は触知不良で血管雑音を聴取, また左膝窩動脈は触知不良であった。血液検査では軽度の腎機能低下および正球性正色素性貧血を認めた。また血小板 $8.8 \times 10^4/\text{mm}^3$, PT 14.4 (対照値11.3)sec, APTT 41.4 (29.5)sec, フィブリノーゲン60 (200-400)mg/dl, TT 72%, HPT 109 (>70)%, Dダイマー14.0 (<1.0)ng/mlと, 血小板低下および凝固系の異常を認めた。胸腹部磁気共鳴画像を (Fig. 1) に示す。



Fig. 1

聖隷浜松総合病院 循環器科: 〒430-8558 静岡県浜松市住吉2-12-12

Department of Cardiology, Seirei Hamamatsu General Hospital, Shizuoka

Address for reprints: OKADA H, MD, Department of Cardiology, Seirei Hamamatsu General Hospital, Sumiyoshi 2-12-12, Hamamatsu, Shizuoka 430-8558

Manuscript received January 18, 1999; revised February 3, 1999; accepted February 10, 1999

診断のポイント

胸腹部磁気共鳴検査(Fig. 1)にて最大径10cmの腹部大動脈瘤が認められた。また、血液検査上、播種性血管内凝固症候群(disseminated intravascular coagulation: DIC)の状態であり、DICスコアは8点であった。DICの原因検索を行ったが、悪性腫瘍、敗血症などは否定的であった。Indium-111 (^{111}In)血栓炎症シンチグラフィ(Fig. 2)を行ったところ、腹部大動脈瘤に一致して ^{111}In の取り込みが認められた。

過去の報告によれば、動脈瘤径が7.0cm以上の例に凝固異常が多いという例¹⁾、動脈瘤径の増大時にDICが発症した例²⁾、また、瘤は小さいが大動脈瘤破裂が後腹膜へ出血し、血腫や周囲組織による破裂孔が一時塞がれた場合などにDICを生じるという例³⁾がある。大動脈瘤に合併するDICの発生機序は、瘤内に露出したコラーゲンなどの血管内膜下組織による第XII因子の活性化と、それに引き続く内因系凝固機序および血小板の活性化、障害血管壁より放出される外因系凝固機序の賦活、さらに瘤内の血流異常による血小板の損傷などにより⁴⁾、瘤内の局所に限局してフィブリン形成と溶解および血小板凝集が起こり、消費性凝固障害をきたすとされている。

以上から本症例のDICの原因は腹部大動脈瘤切迫破

裂と診断した。本症例は重症冠動脈病変も合併していたため手術は困難で、保存的にメシル酸ガベキサート、ヘパリンの投与を行った。一時DICは改善傾向を示したが、最終的に動脈瘤破裂で死亡した。動脈瘤に伴うDICは切迫破裂の徴候で、外科的治療が第一選択であると考えられる。

Diagnosis: Impending rupture of abdominal aortic aneurysm

文献

- 1) 阪口周吉, 金子 寛, 小谷野憲一: 大動脈瘤手術とDIC: その予知と対策. 外科治療 1989; **60**: 126-127
- 2) Bieger R, Vreeker J, Stibbe J, Loeliger EA: Arterial aneurysm as a cause of consumption coagulopathy. N Engl J Med 1971; **285**: 152-155
- 3) Szilagyi DE, Smith RF, Macksood AJ, Whitcomb JG: Expanding and ruptured abdominal aortic aneurysms. Arch Surg 1961; **83**: 395-408
- 4) Cate JW, Timmers H, Becker AE: Coagulopathy in ruptured or dissecting aortic aneurysms. Am J Med 1975; **59**: 171-176

Fig. 1 Magnetic resonance imaging of thoracic and abdominal aorta

Fig. 2 Platelet scintigraphy with indium-111

Arrow indicates abdominal aortic aneurysm with indium-111.

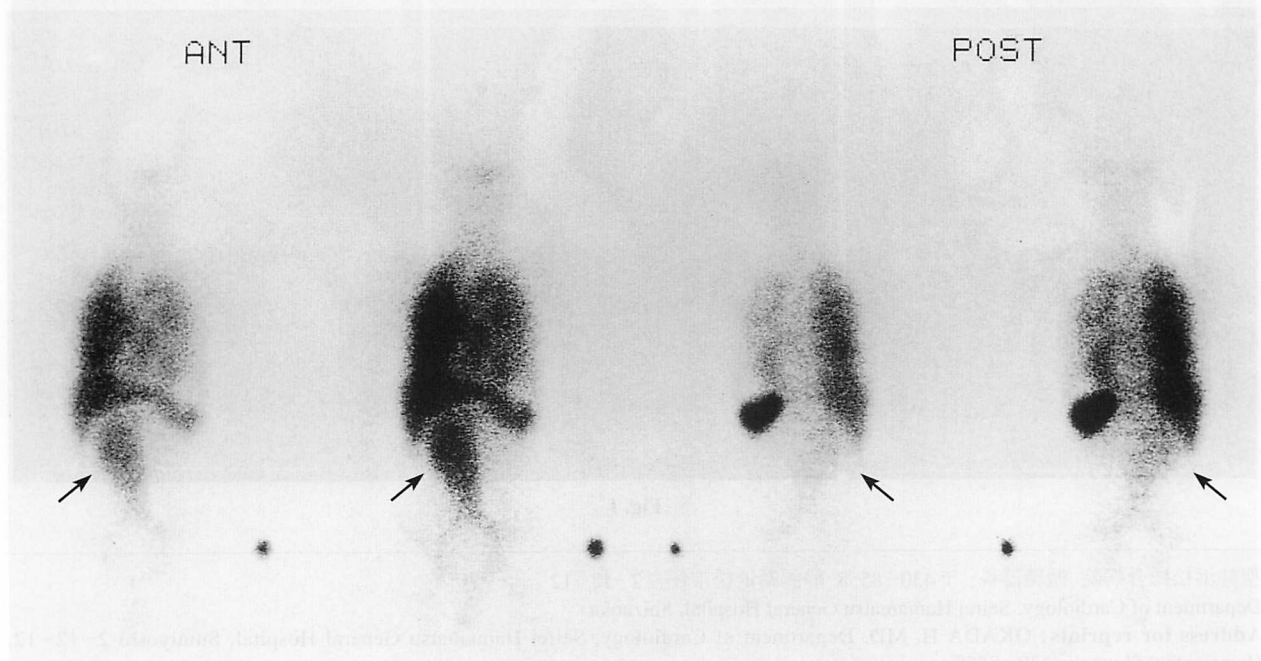


Fig. 2