

ASO とスチール症候群の合併により 手指の切断に至った1 透析例

成田直史、富樫寿文、石田俊哉、松尾重樹

佐々木秀平、上田 勉*

市立秋田総合病院 泌尿器科、秋田共立病院 泌尿器科*

<はじめに>

ASO とスチール症候群の合併により手指の切断に至った1 透析例を経験した。経過を報告する。

<症 例>

症 例：62歳、男性。

現 症：左示指切断（MP 関節部離断）後、断端部壊死。

既往歴：27歳 糖尿病指摘。

49歳 糖尿病性網膜症、末梢神経障害。

54歳 CAPD 導入。

56歳 ASO の診断。

59歳 脳梗塞、HD 導入。

ブラッドアクセス歴

H10 CAPD 導入。

H15 右前腕内シャント造設。（橈側皮静脈-橈骨動脈）

左前腕内シャント造設。（橈側皮静脈-橈骨動脈）

H16 左肘部内シャント造設。（正中肘静脈-橈骨動脈）

現病歴：H18.2頃より、左示指の「ささくれ」を認めた。H18.6に爪の脱落、疼痛を認め、先端部より暗紫色に変色し始めた。H18.7より、プロスタグランジン等の保存的治療を開始するも症状改善せず。当院整形外科にて amputation（示指 MP 関節より末梢側）を施行したが、断端部より壊死が拡大してきた（Figure 1）。



Figure 1

<経過>

スチール症候群を疑い amputation の11日後、左肘部内シャント閉鎖術を行った。しかしながら、壊死域は拡大・創感染を併発したためデブリードマンを予定。術前に血管把握目的に左上肢血管造影を行った。H15に閉塞したと思われ、その後使用していなかった前腕の内シャントが開存しており、橈骨動脈血流がスチールされ示指領域の血流は不良であった (Figure 2, 3)。最初の amputation より2ヶ月後に追加デブリードマン (第2中手骨切除) と左前腕内シャント閉鎖術を行った。術後、創壊死の進行は止まり治癒傾向である (Figure 4)。

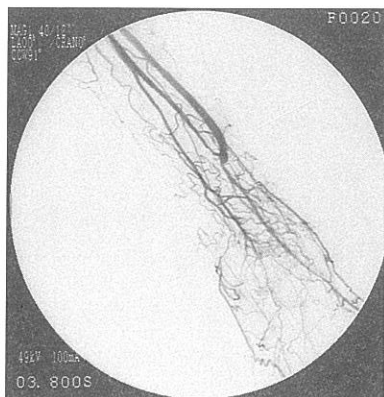


Figure 2



Figure 3



Figure 4

<考察>

スチール症候群は動脈血流不足による局所的な乏血に由来する。主訴は、冷感・疼痛・しびれ感で、高度の症例では局所の萎縮や壊死を伴う。SLE や閉塞性血栓性血管炎、糖尿病など末梢循環の障害が起こりやすい患者に多い傾向がある。反復されたブラッドアクセスの手術により、既に末梢の動脈血流が減少している患者や、肘部など中枢側寄りに内シャントを作った患者にも多い。内シャント後に発症する発症率は 4.5-10%と文献によりばらつきがある。本症例は完全に閉塞したと思われていた内シャントが開存しており、最終的に示指切断に至った。シャントの血流動態は可変的であり慎重な観察が必要である。

参 考 文 献

- 1) 阿岸鉄三、天野 泉：ブラッドアクセスインターベンション治療の実際：P 27、P 36、P 39、1999
- 2) 合屋忠信：標準ブラッドアクセス：P 32、P 35、P 36、2005
- 3) 太田和夫：さらばシャントラ：P 106、P 171、2003