
透析患者に合併した腎自然破裂の1例

工藤茂高^{*,**}、高橋 聡^{***}

飯島透析クリニック*、男鹿みなと市民病院泌尿器科**、
秋田大学医学部統合医学講座 放射線医学分野^{***}

A case of spontaneous renal rupture in hemodialysis patient

Shigetaka Kudoh^{*,**}, Satoshi Takahashi^{***}

Iijima dialysis clinic*, Department of urology, Oga Minato Municipal Hospital**,
Department of radiology, Akita university school of medicine^{***}

<緒言>

長期透析患者における腎の自然破裂の頻度は約3%と報告¹⁾され、比較的稀な病態である。原因として代表的なものは腎癌、動脈瘤、後天性嚢胞性腎疾患(ACDK)などがあげられるが、特発性に自然破裂することもある。その際、迅速に出血のコントロールがなされない場合は致死となる場合もあり、適切な診断と治療が必要である。今回透析患者に合併した腎自然破裂の症例を経験したので若干の文献的考察を加え治療経験を報告する。

<症例>

患者：54歳、女性

主訴：左側腹部痛

既往歴：甲状腺癌術後、糖尿病なし

透析歴：16歳時IgA腎症と診断、32歳時腹膜透析導入、19年後の51歳時血液透析へ移行

現病歴：IgA腎症を原疾患とする慢性腎不全に対して火木土3時間の外来維持透析施行中。非透析日の月曜日、突然の左側腹部痛、左側腹部膨満を自覚し救急外来受診。腹部CT検査で左腎周囲に血腫を疑う所見を認めるため精査加療目的に入院となる。

入院時現症：身長158cm、体重48kg、意識レベル清明、体温36.1℃、血圧108/76mmHg、脈拍85/min、左側腹部膨隆、左側腹部から背部に圧痛を認めた、筋性防御や反跳痛は認めなかった。抗凝固剤や抗血小板薬の内服はしていなかった。

入院時検査所見：WBC 17300/ μ l, RBC 290×10^4 / μ l, Hb 8.5g/dl, Plt 29.2×10^4 / μ l, BUN 43.1mg/dl, Cr 9.26mg/dl, Na 141mEq/l, K 3.9mEq/l, Cl 100mEq/l, Ca 8.8mg/dl, P 7.5mg/dl, CRP 0.63mg/dl

腹部CT所見：両側腎に多発する嚢胞を認め、左腎背側から後腹膜腔に血腫を認め、左腎門部に造影剤の漏出を認めた。腎腫瘍を疑わせる所見は認めなかった（図1 A、B、C）。



図1 A

腹部造影CT、左腎背側から後腹膜腔に血腫を認める



図1 B

腹部造影CT、左腎門部に造影剤の漏出を認める

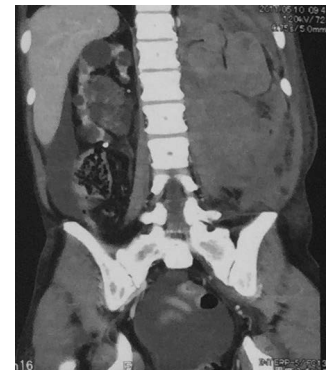


図1 C

腹部造影CT(冠状断)、両側腎に多発する嚢胞を認め後腹膜腔に血腫を認める

入院後経過：特発性腎自然破裂による後腹膜血腫と診断した。収縮期血圧108mmHg、Hb8.5g/dlと循環動態安定していたため保存的加療を行った。第2病日、抗凝固剤をヘパリンからナファモスタットに変更し血液透析施行。収縮期血圧110mmHgと安定していたがHb4.8g/dlと著明な貧血の進行を認めたためIr-RBC-LR 4IUを輸血した。第3病日、収縮期血圧100mmHg、Hb6.5g/dlに対してIr-RBC-LR 2IUを輸血した。第4病日、収縮期血圧80mmHg、Hb6.9g/dlに対してIr-RBC-LR 2IUを輸血した。循環動態が不安定となり保存的加療は困難と判断し第5病日に血管造影を行い左腎門部に動脈瘤を認め、腹部CT所見と併せ同部位からの出血と診断し動脈塞栓術（TAE）を施行した、その後の造影で、腎被膜下動脈からの造影剤の漏出を認めたためコイル塞栓を追加した（図2 A、B）。腎動脈造影で造影剤の漏出がないのを確認した。第6病日、Hb8.0g/dlに対してIr-RBC-LR 2IUを輸血した。第9病日、Hb8.5g/dlに対してIr-RBC-LR 2IUを輸血した。経過中に火木土の維持透析を行いつつTAE施行後に血液透析を追加した。第16病日、収縮期血圧120mmHgと安定しHb 9.6g/dlと貧血の改善を認め、翌第17病日退院となる。（図3）

初診時と3ヶ月後の腹部CTを比較し後腹膜血腫の吸収、縮小を認めた。（図4 A、B）

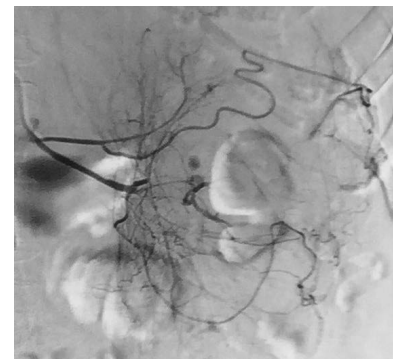


図2 A

左腎動脈造影、腎門部に動脈瘤を認める



図2 B

TAEコイル塞栓後

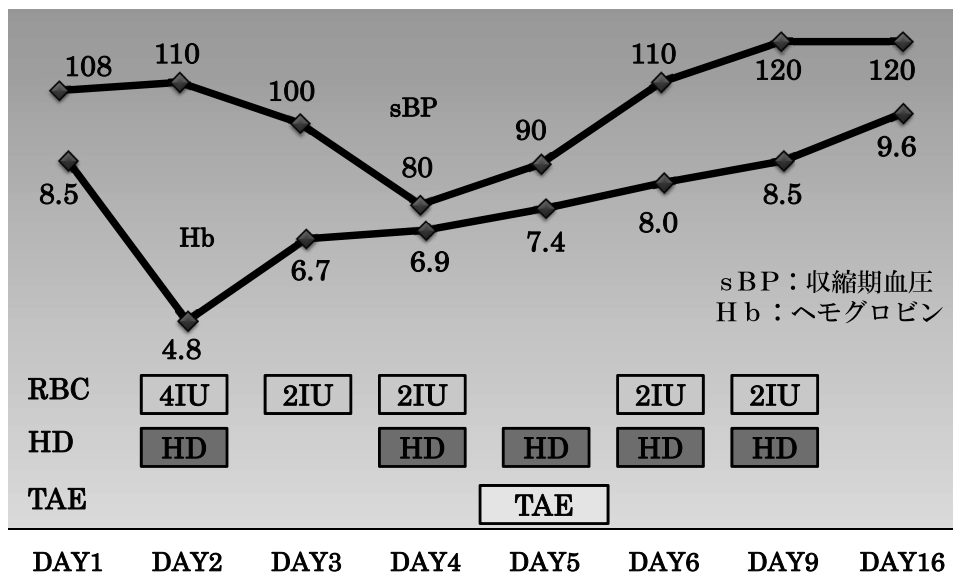


図3 臨床経過

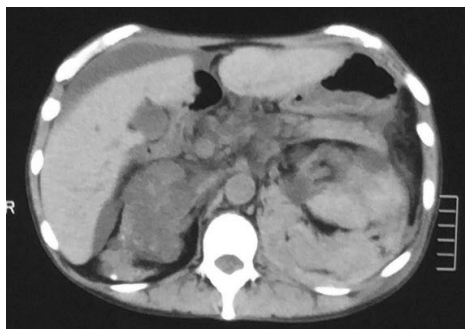


図4 A
腹部単純CT、初診時



図4 B
腹部単純CT、治療3ヶ月後、
血腫の吸収、縮小を認める

<考察>

長期透析患者における腎の自然破裂の頻度は約3%と報告され、比較的まれな病態である。

ほとんどの症例が嚢胞性疾患を合併しておりACDKの合併が83.3%、常染色体優性多発性腎嚢胞は7.6%と報告される。そのうち腎細胞癌の合併は19.7%と報告²⁾される。

原因として、腎局所的要因として①ACDK②腎細胞癌③尿路感染症④上部尿路内圧の上昇⑤動脈性疾患（動脈瘤、動脈硬化、炎症による動脈壁の脆弱化）などがあげられる。

全身的要因として①凝固能低下②高血圧などがあげられる³⁾。

治療は腎摘除術（39.4%）、腎動脈塞栓術（28.8%）、保存的治療（28.8%）、不明（3.0%）、であり、緊急での血管造影が可能な施設ではTAEが選択されうるが、輸血を行っても貧血の進行を認める場合やショックを来すなど全身状態が安定しない場合には腎摘出術が施行されることが多い。予後に関しては10.6%が死亡しており早期の適切な対応が求められる。

<結語>

本症例では明らかな腎腫瘍を示唆する所見がなく初診時、循環動態が安定していたため、まず保存的加療を行ったが、貧血の進行、血圧低下を認めたため第5病日目にTAEを施行し止血した。透析患者における腎自然破裂に対する治療選択として週3回の抗凝固剤使用下での維持透析を継続するうえでは、腎摘出術やTAEでの積極的、確実な止血が求められる。本症例でも4日間の保存的治療後のTAEではなく、第1病日目にTAEを施行すべきであったと考えられた。

<文献>

- 1) Mulutinovich J, Follett WC and Scriber BH : Spontaneous retroperitoneal bleeding in patients on chronic hemodialysis. Ann Intern Med 86 : 189-192, 1977.
- 2) 大槻英男、伊藤敬一、小坂威雄、他：腎自然破裂に対してTAEを施行し、血腫消退後に腎細胞癌を認めた透析患者の1例、泌尿紀要 57 : 247-250、2011.
- 3) 野瀬清孝、西昇平、蓮井良浩、他：多嚢胞化萎縮腎の破裂による出血性ショックの1例、西日本泌尿 55 : 1499-1502、1993.