

第45回那須IVR研究会

下部消化管出血に対する コイル塞栓術が有効であった1例

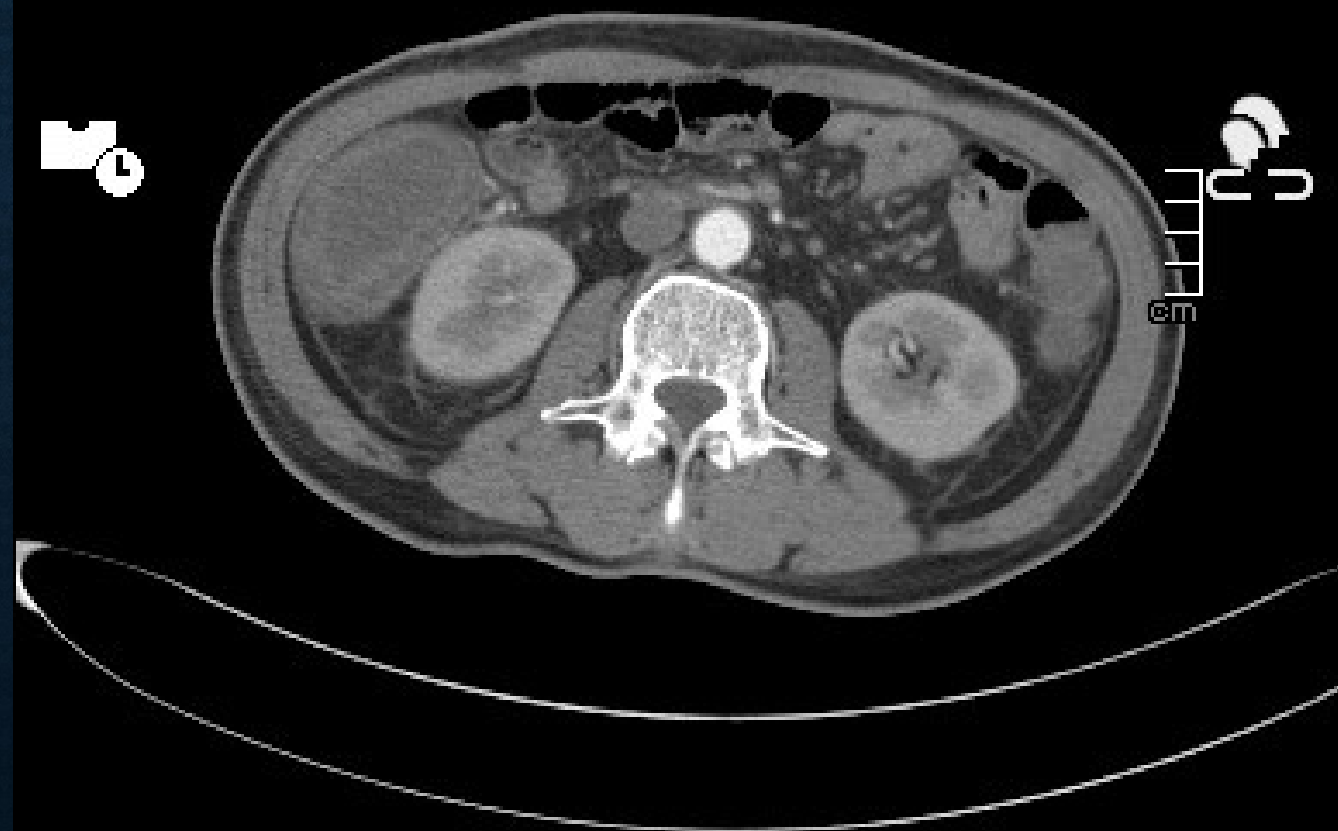
済生会宇都宮病院

放射線科

荒川和清*、金子真也、笹沢俊吉、八神俊明、
河野勲、薄井広樹、加藤弘毅、谷村慶一、本多正徳

- 第1病日 下血のため前医受診、入院
- 第2病日 輸血、CF(上行結腸ポリープからの小出血→clipping
横行結腸にangioectasia →clipping
- 第3病日 熱発、抗生剤開始
- 第4病日 褐色の下血、CTで上行結腸の浮腫→薬剤性大腸炎
追加輸血、しかしショック状態のため当院救急搬送
- 来院時 BP 87/55, HR 96, RR 18, SpO2 98~99%

クロピドグレル(プラビックス®)内服歴





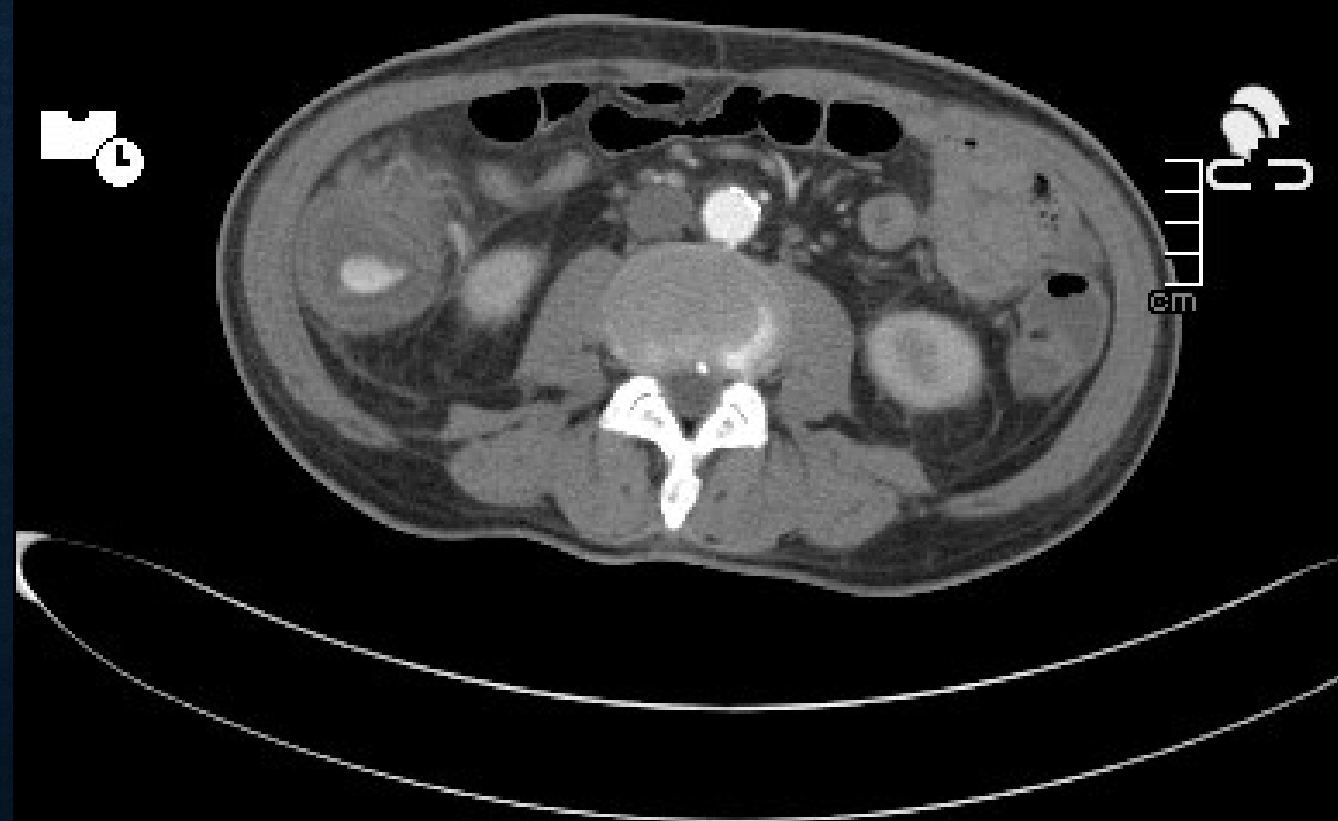






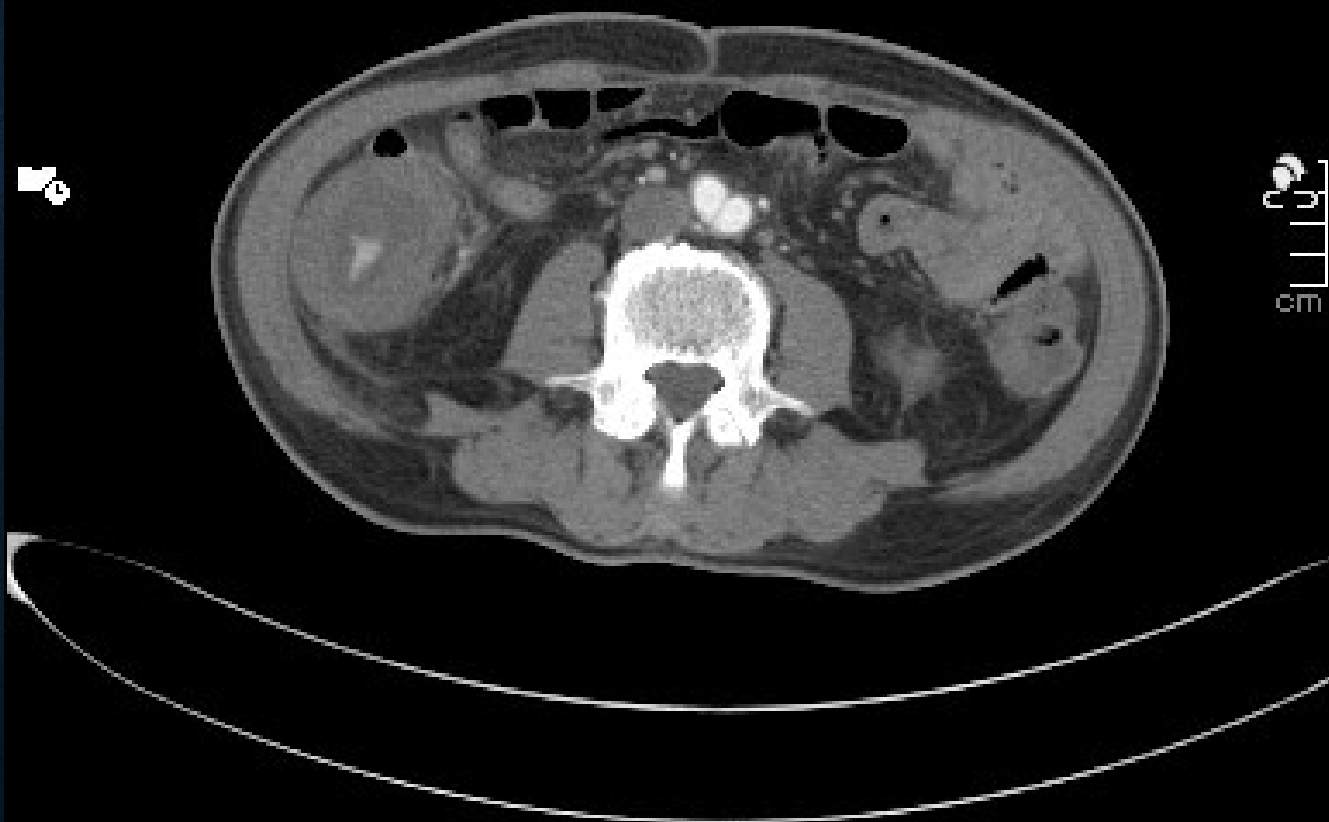


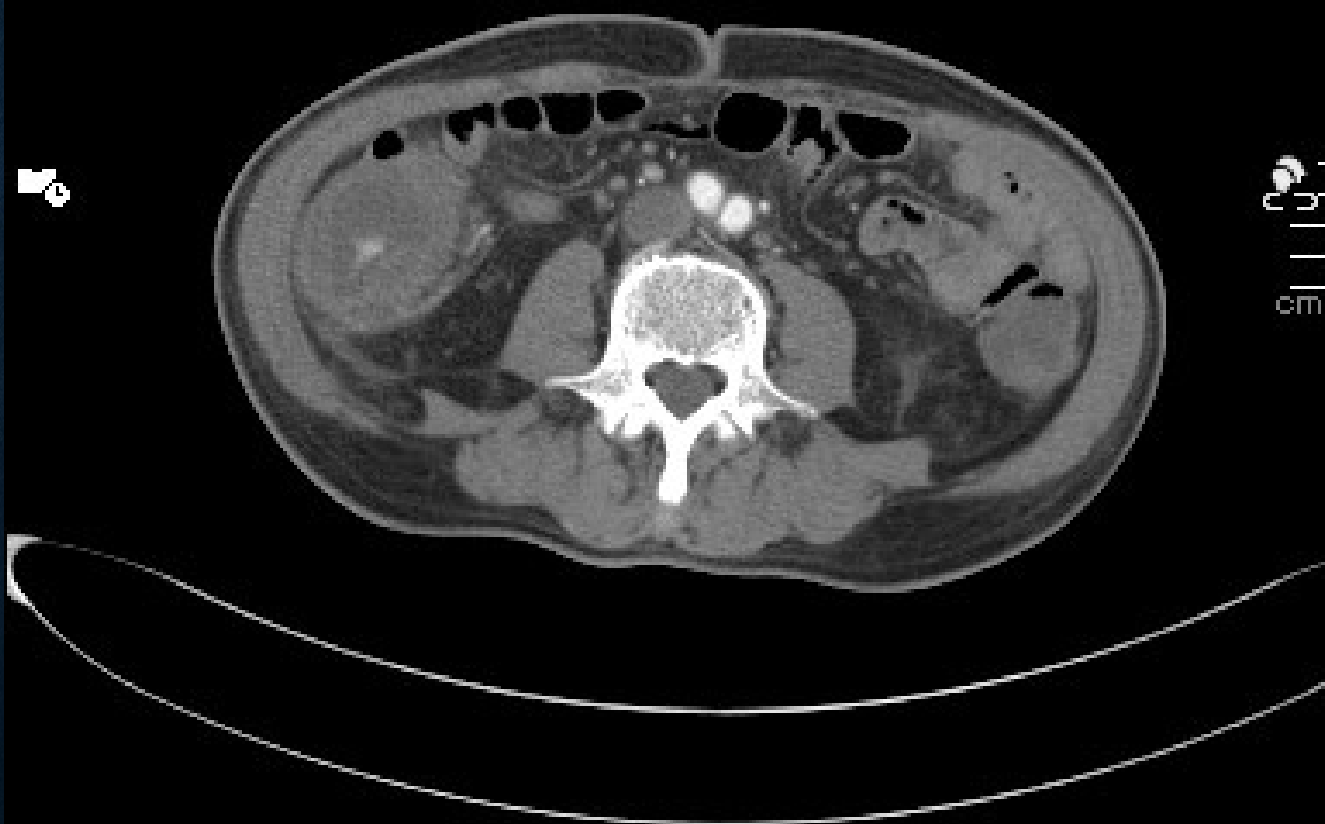


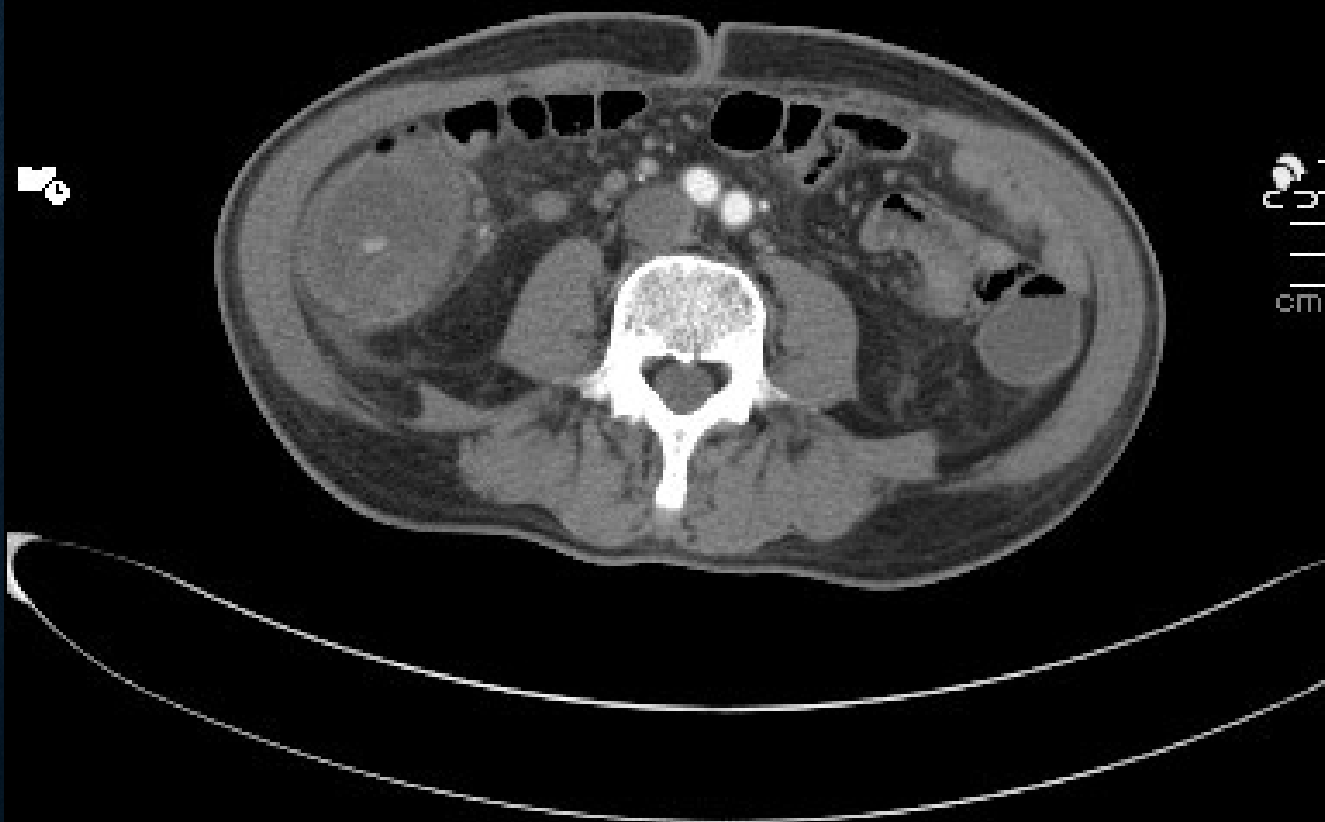




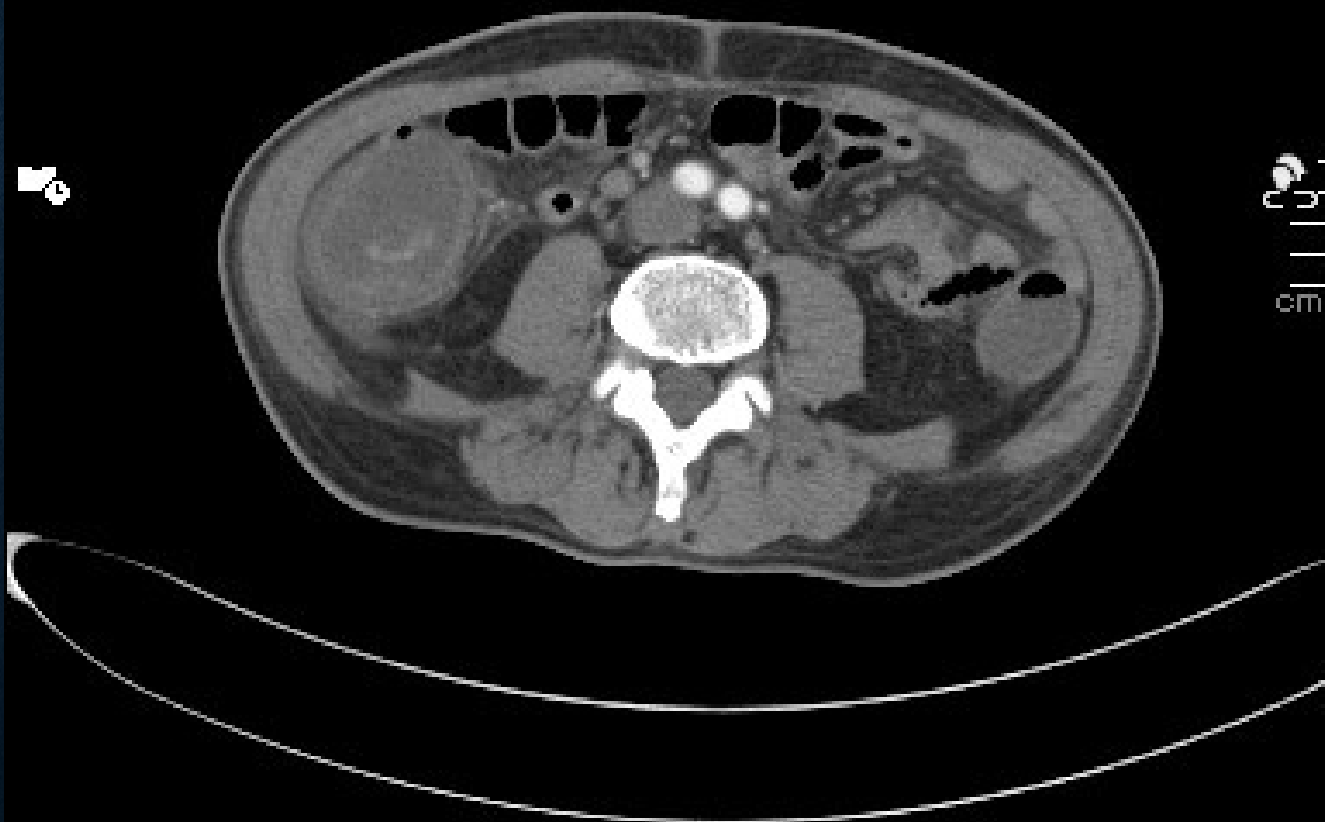




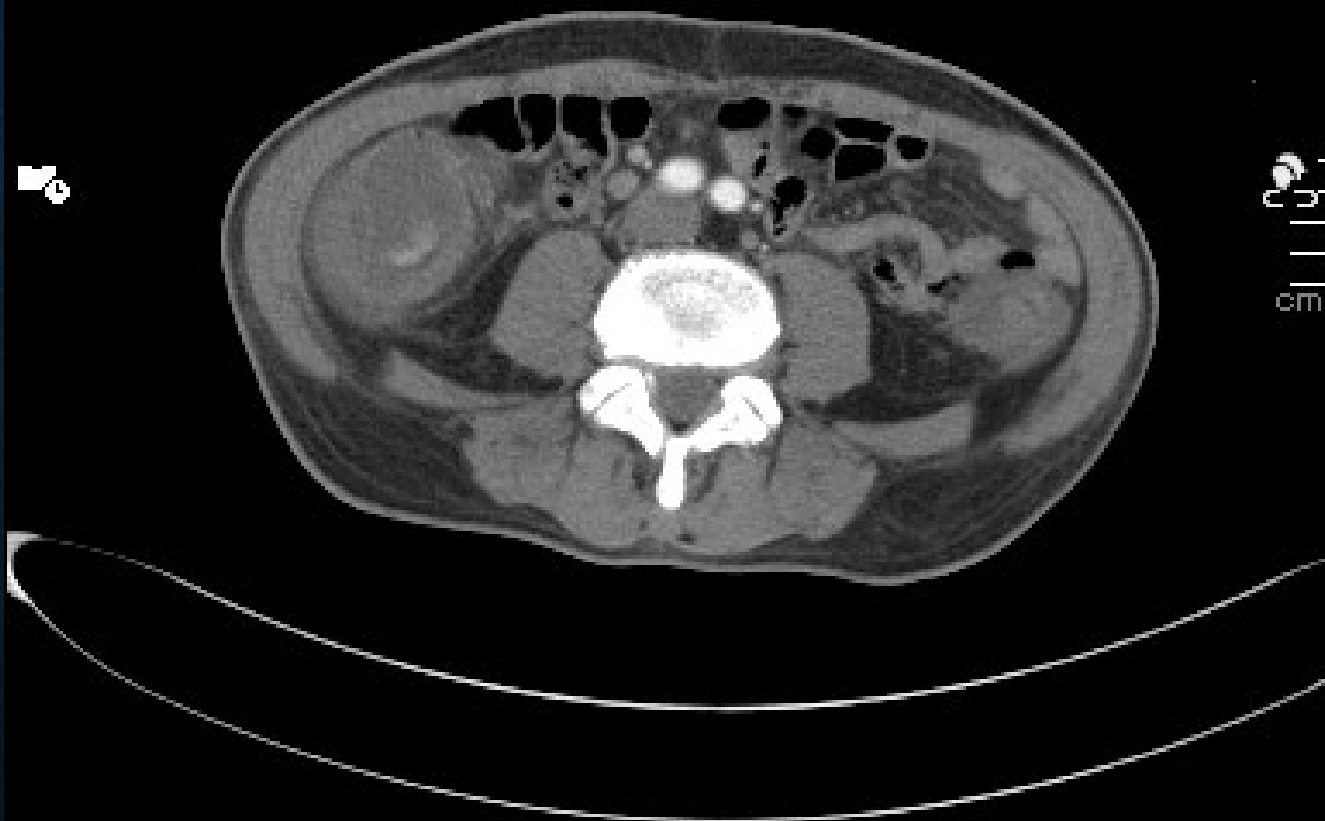






























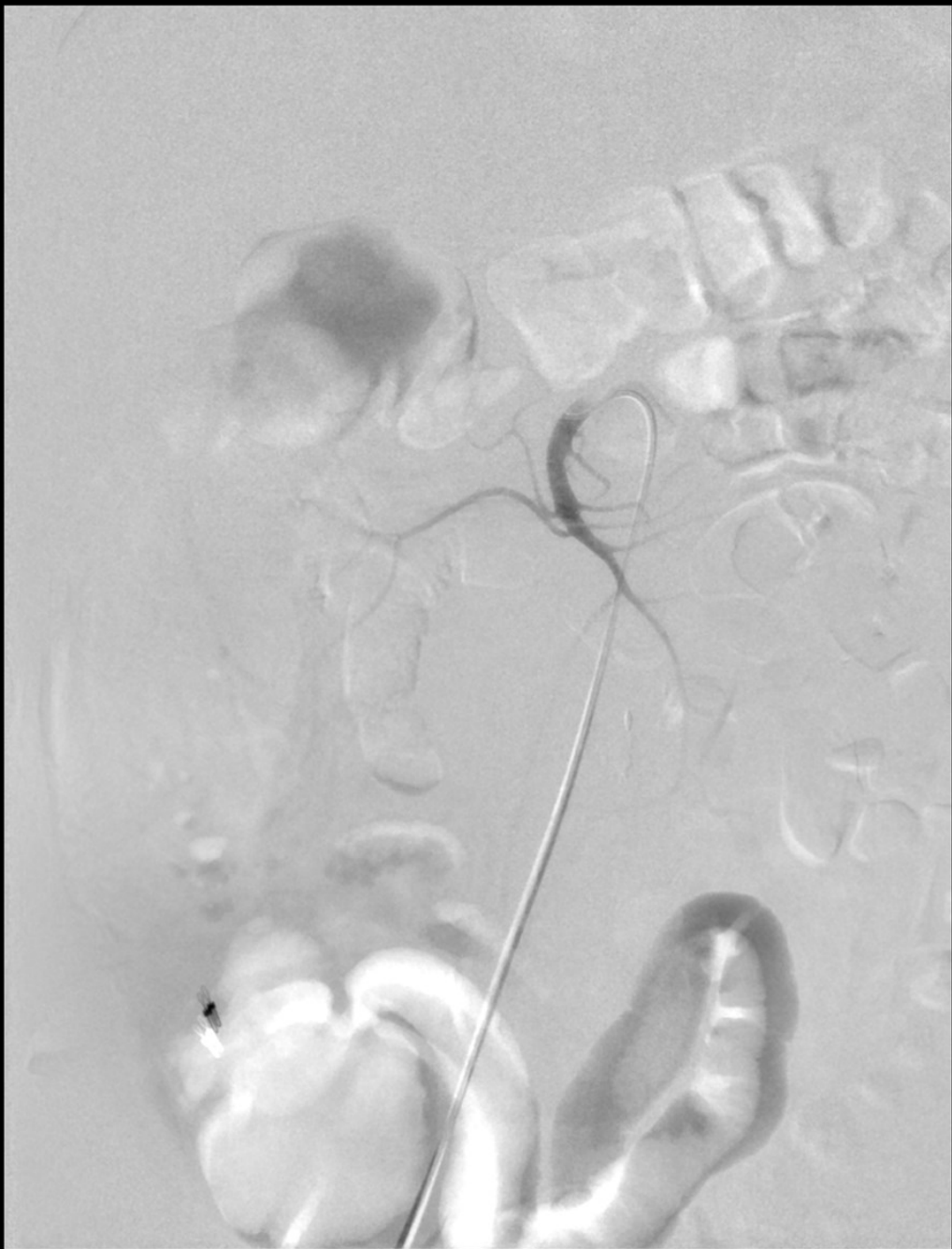




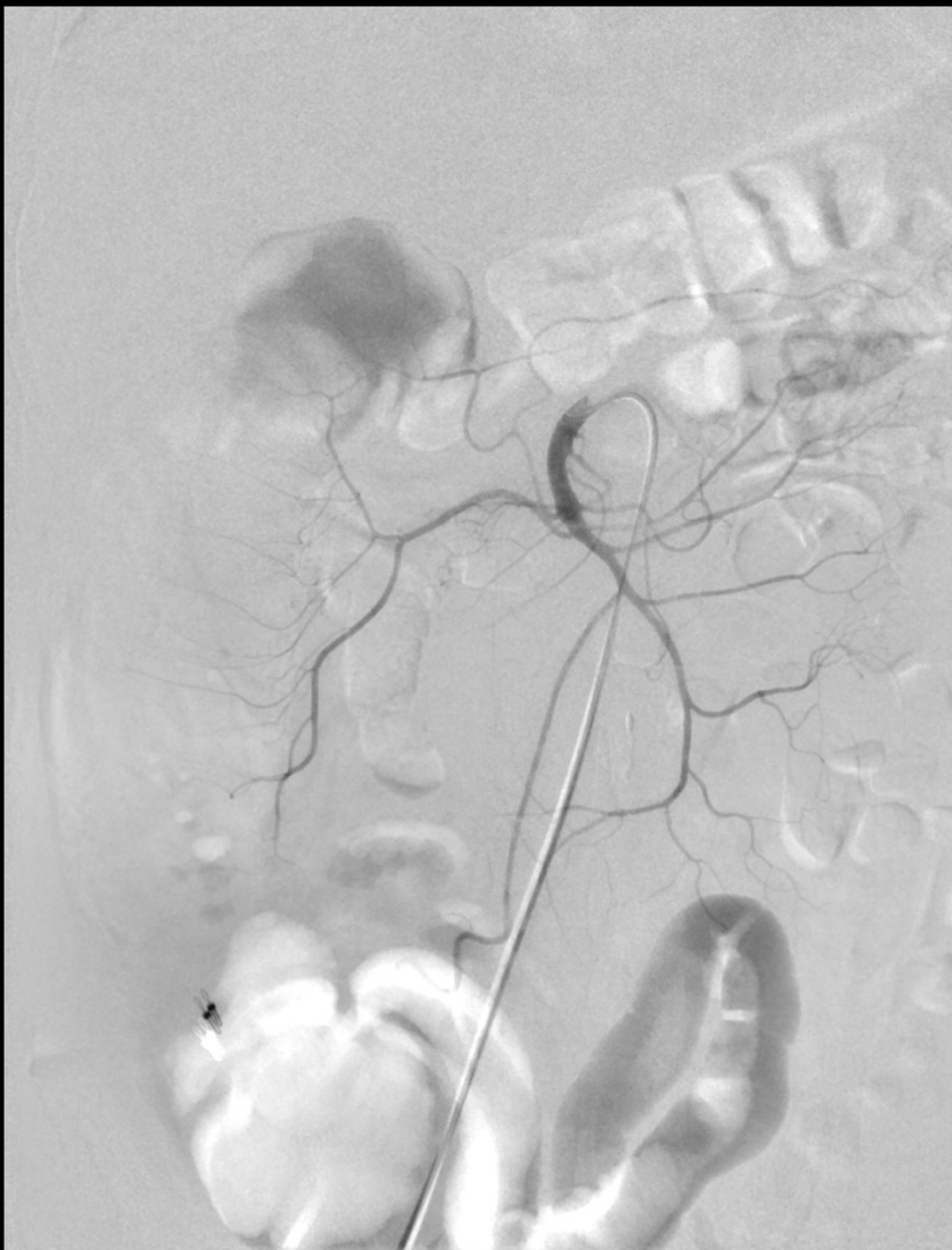


緊急TAE施行 上腸間膜動脈造影

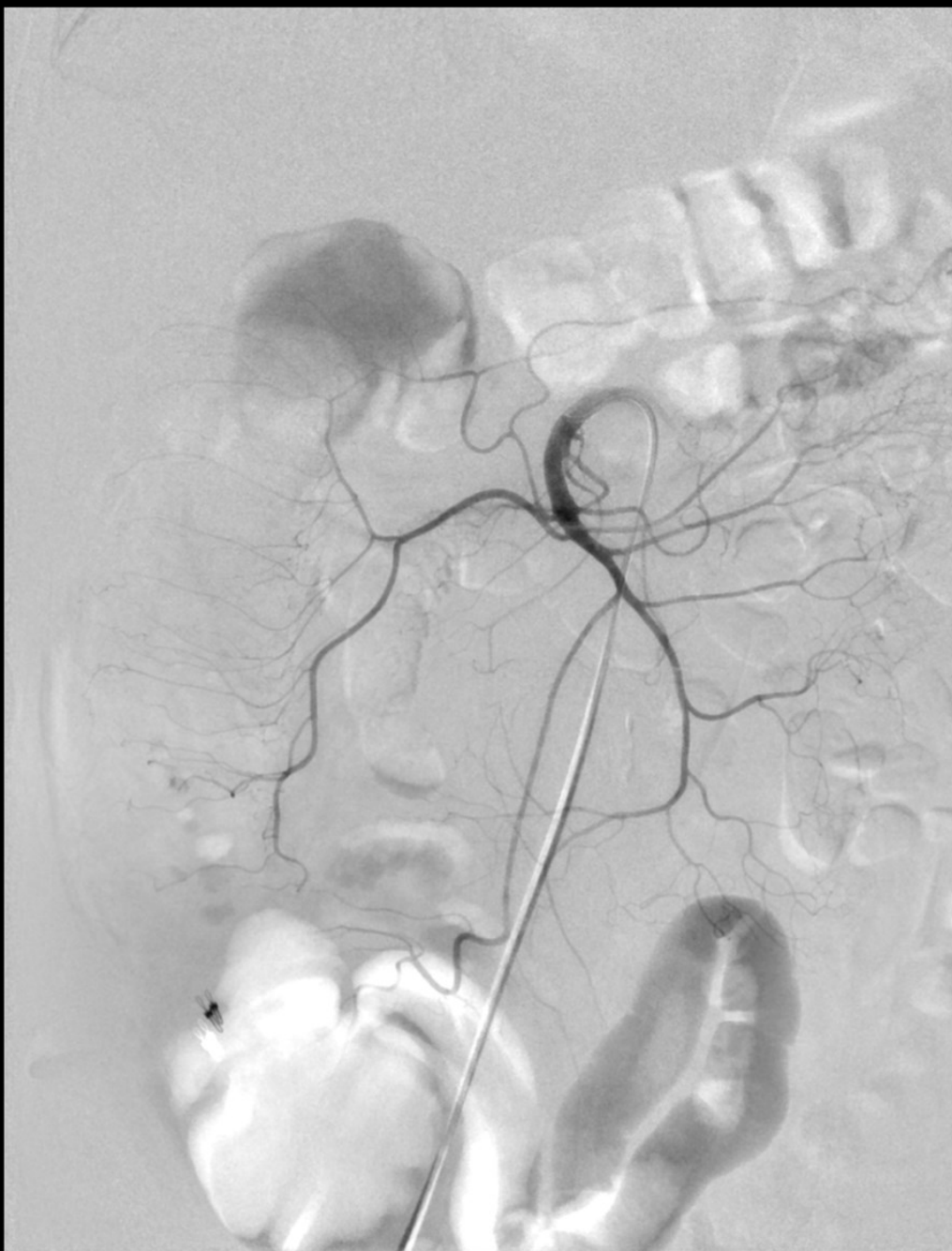
cm



cm



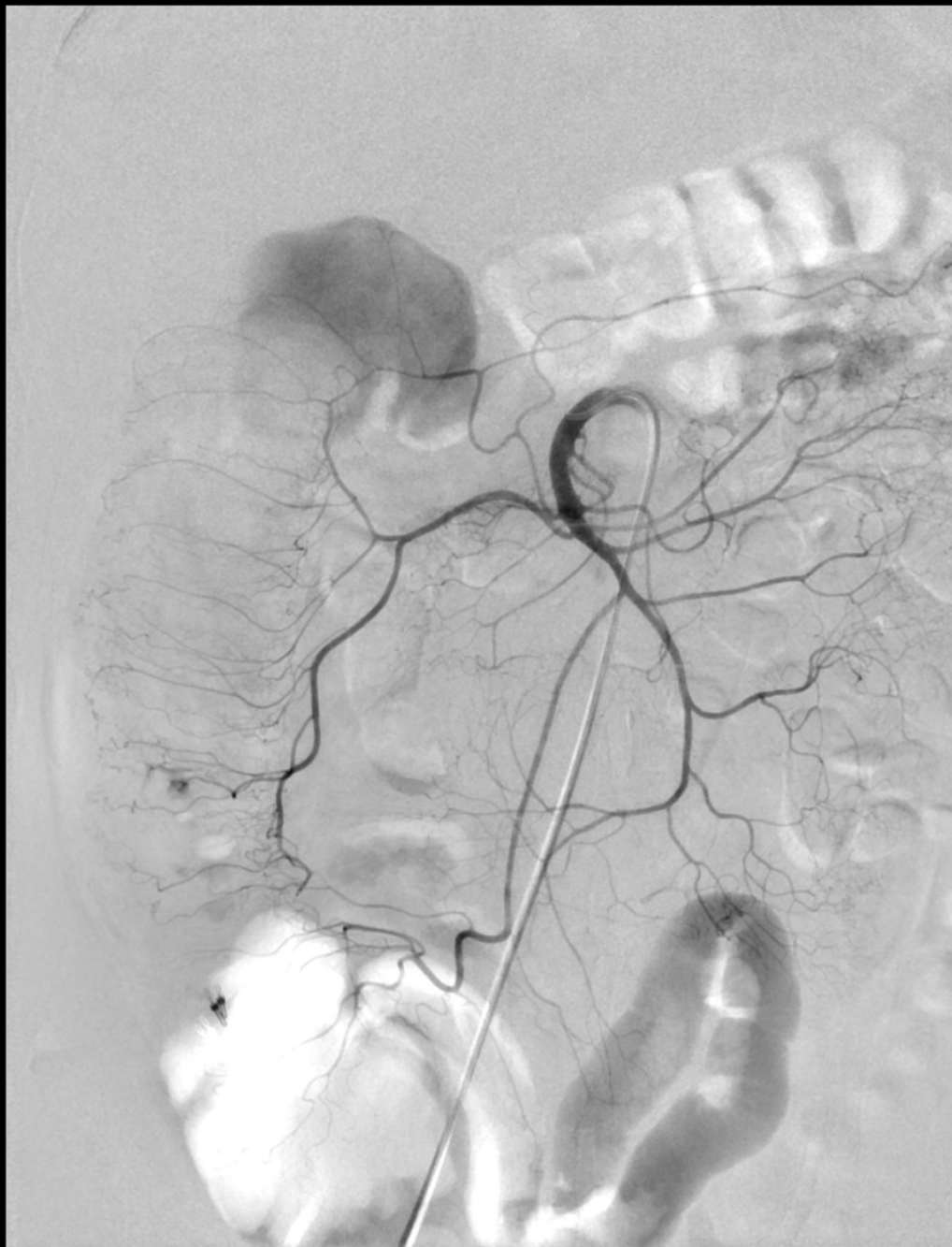
cm



cm



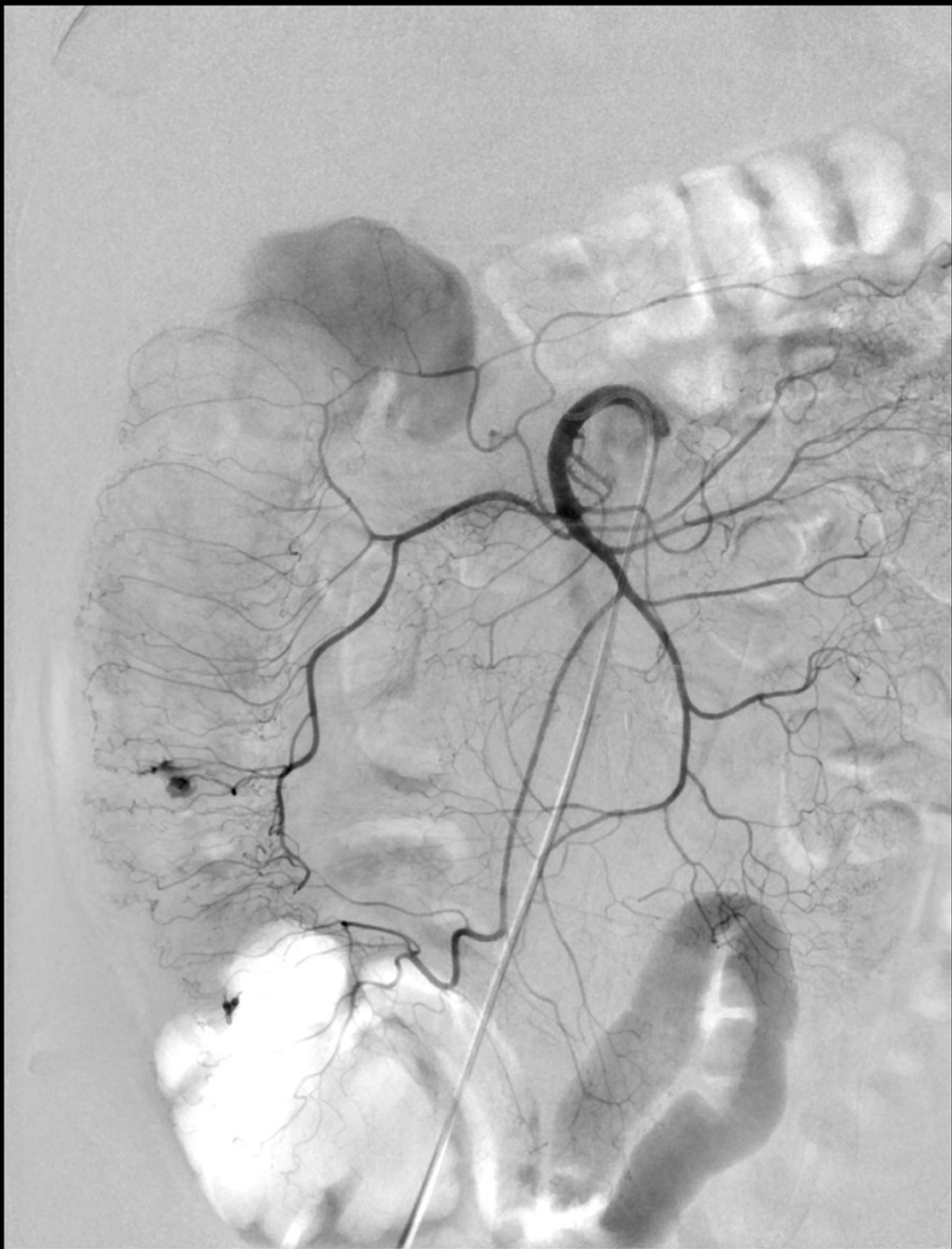
cm



cm



cm



cm

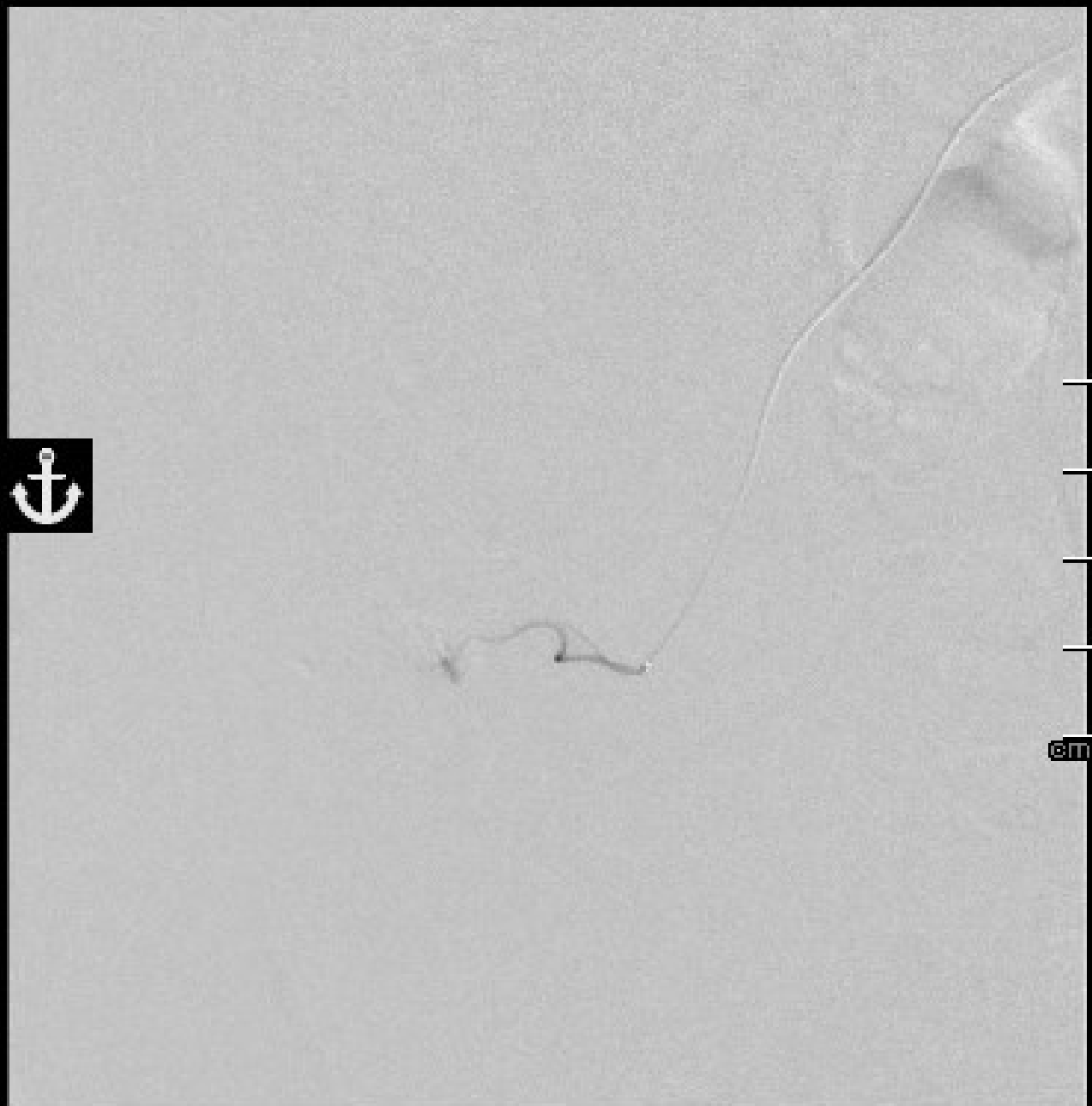


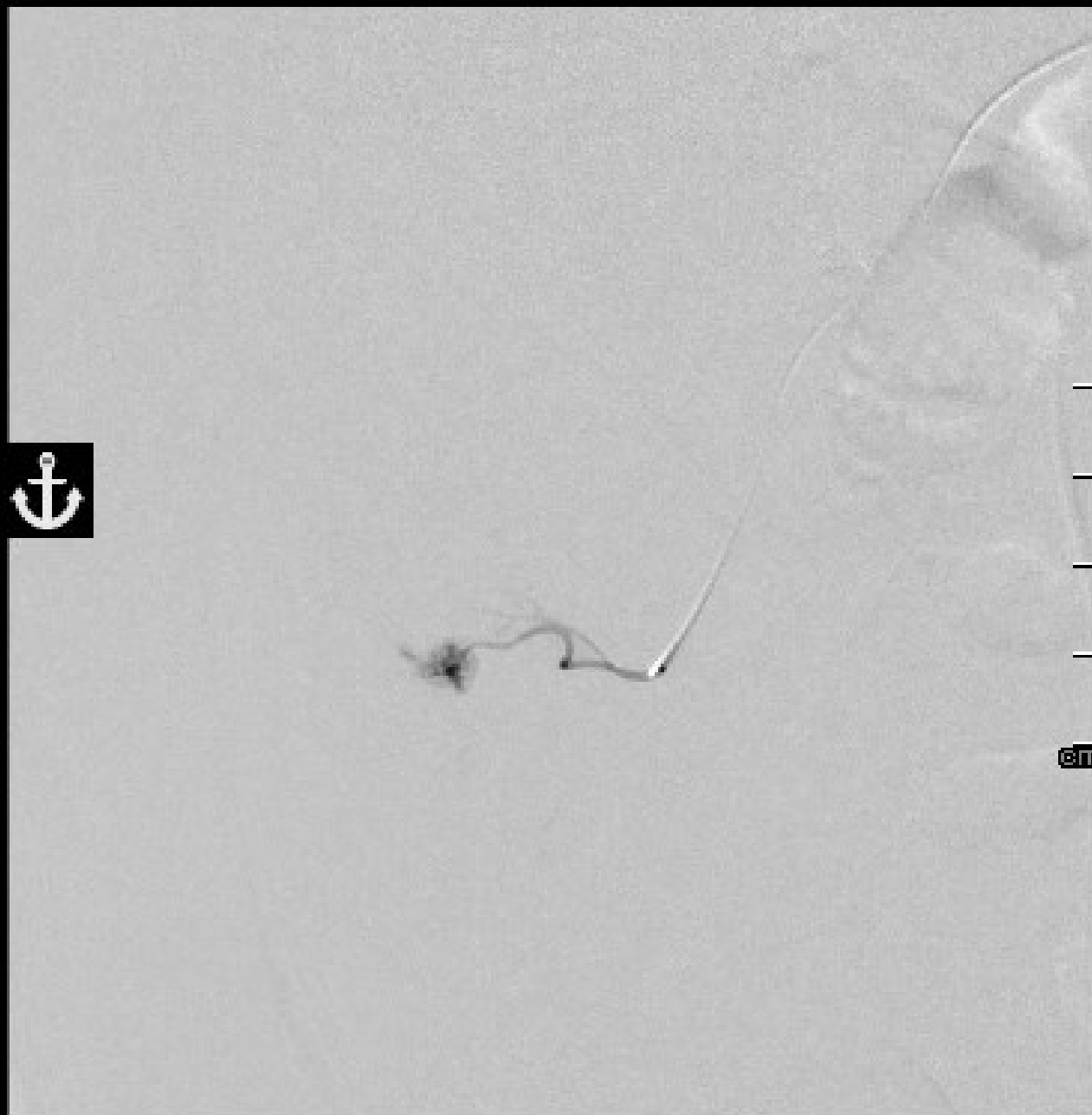
cm



近づいて、、



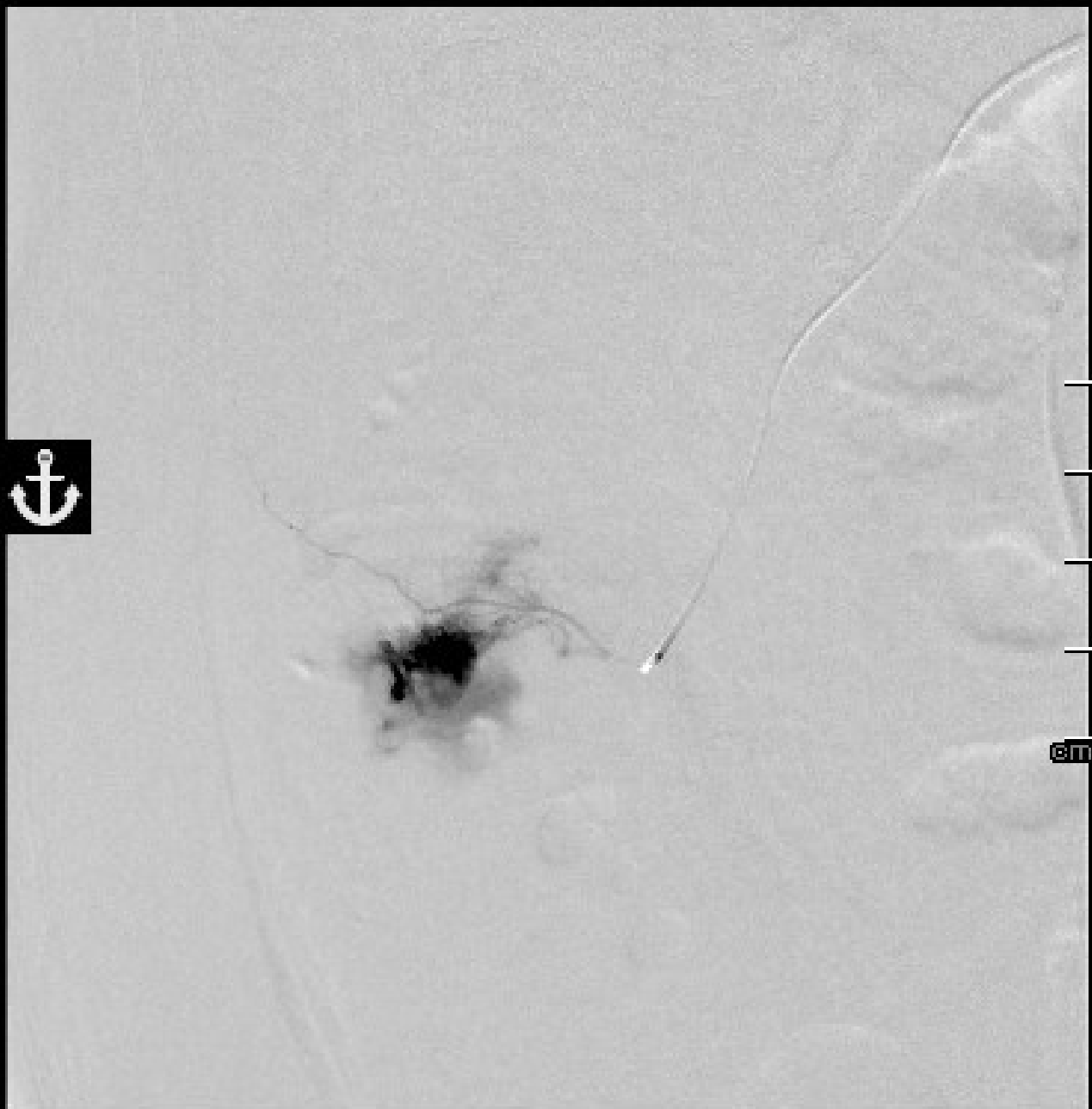


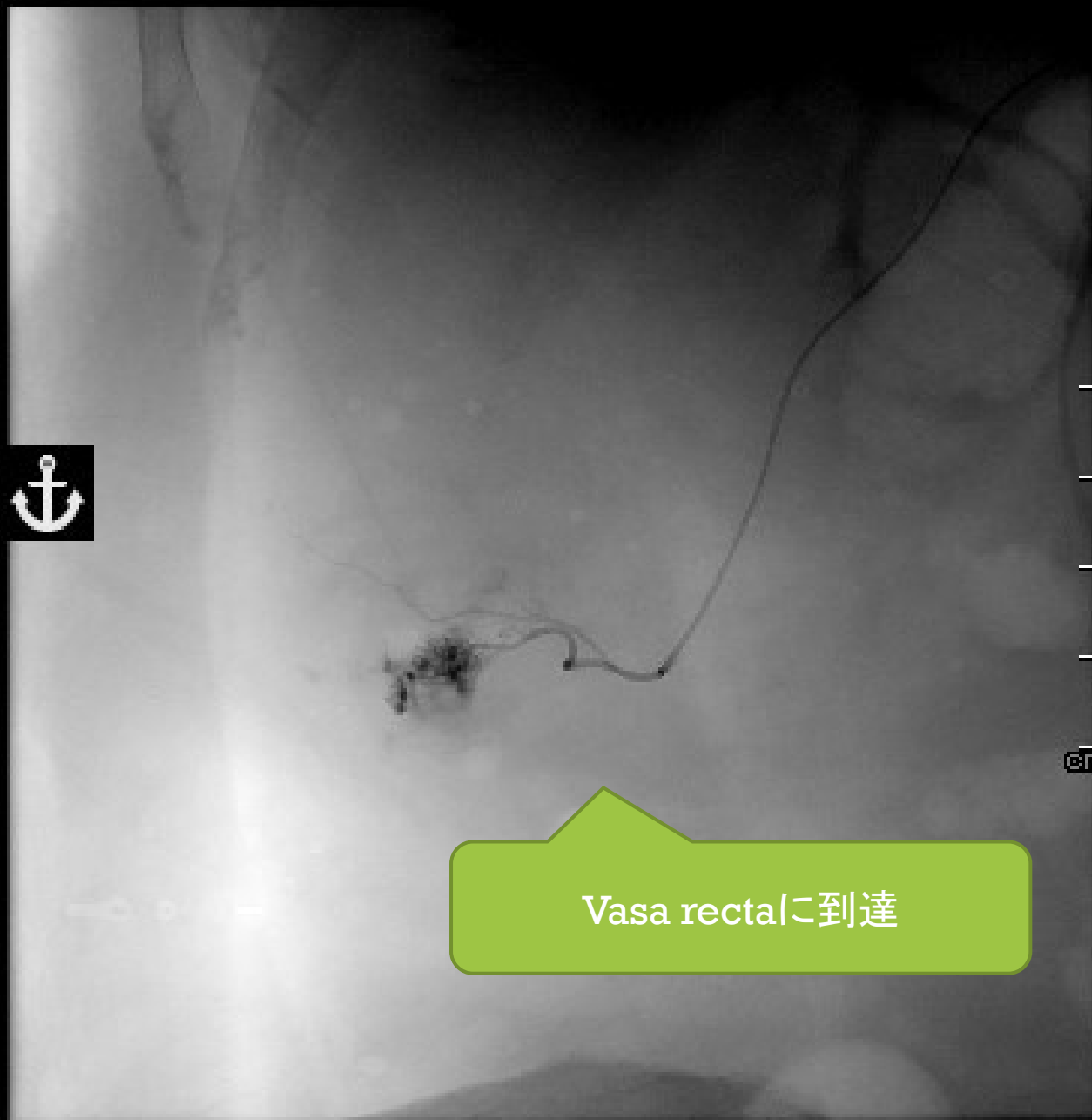












Vasa rectaに到達

インターロック2mm径、3cm長でTAE

TAE後の確認造影













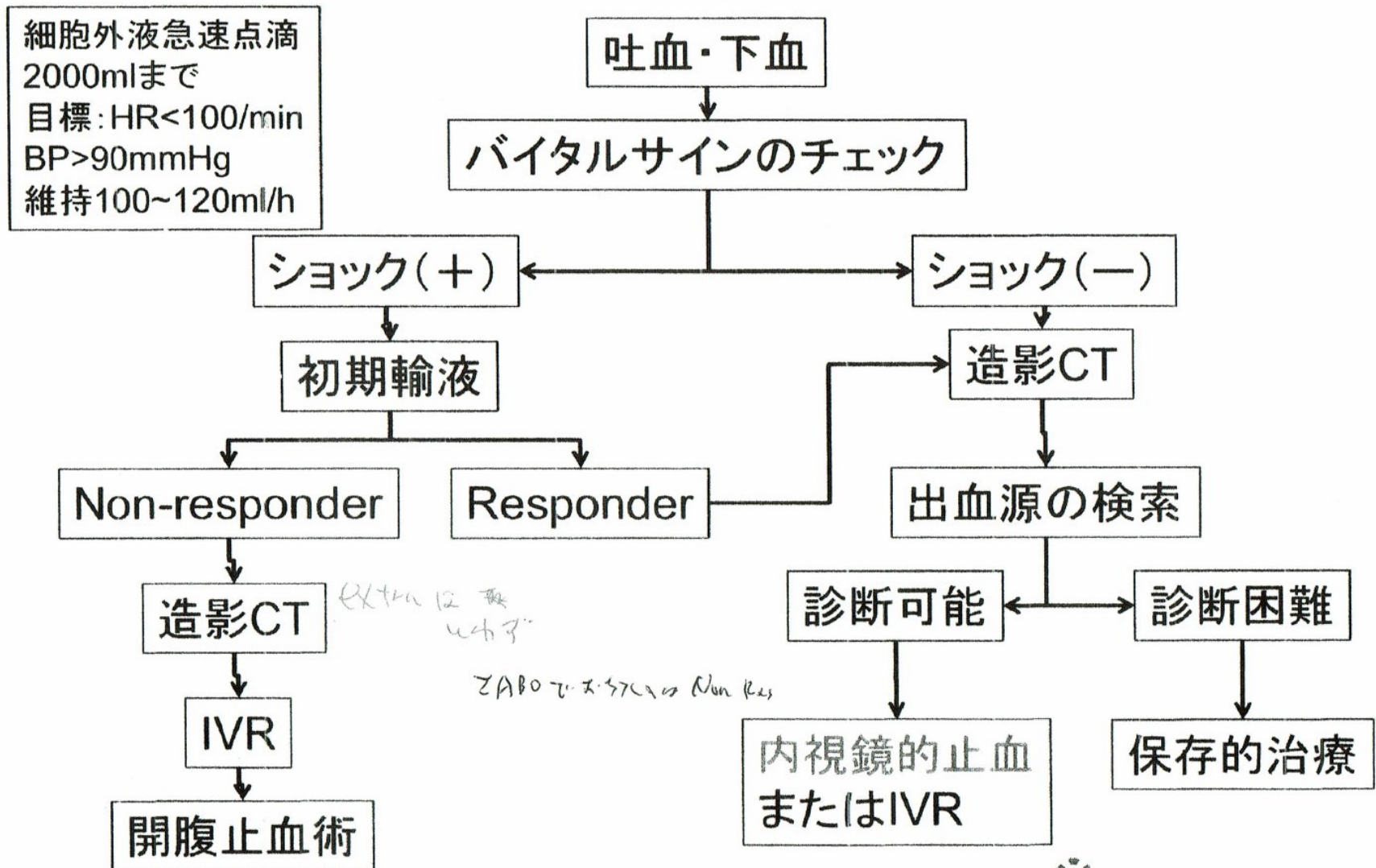




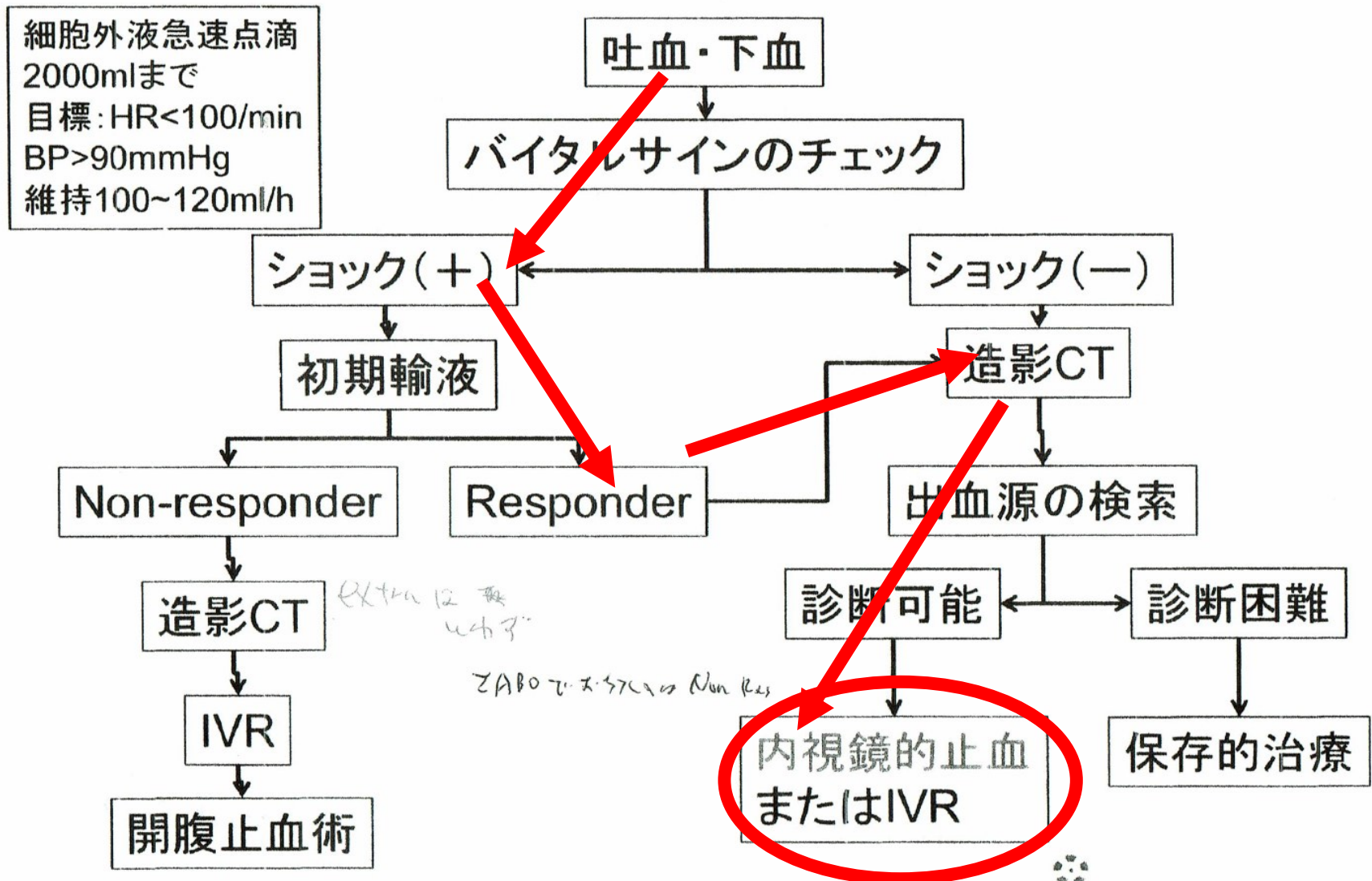




当院での消化管出血患者の治療方針(推奨)



当院での消化管出血患者の治療方針(推奨)



本症例の治療方針決定プロセス

- 大量輸液や輸血にてバイタルの安定化はCT前に得られていた
- 救急医により最初の内視鏡チーム参集(消化器内科が当番)
放射線科からTAE try可を提示、消化器内科了承
ただし背景に腸炎があり、TAE後の腸管壊死の可能性あり
外科の了解&バックアップも取り付けてからのTAE施行

- 内視鏡チームを押しよけてのTAEとなったのですが
 - 最初は内視鏡
 - 最初からオペ
- といった選択肢はありますか？

下部消化管出血

- 下部消化管出血では十分な前処置ができず、内視鏡での診断、治療に難渋することがあり、造影CTで責任血管が同定できた場合にはTAEが選択されることもある

「腹部救急疾患の画像診断とインターベンション」、p349、メディカルビュー社

- 通常は、憩室出血でなければ
「肛門に近ければ近いほど内視鏡優先、
盲腸に近ければ近いほどTAE(血管走行が素直)」

＋「IVR医の技量/経験」

＋「内視鏡医の技量/経験」＝「治療方針」
と考えています。

ご討議お願いします