

去る 11 月 7 日内科伊藤理先生に症例を頂き、“原因不明の敗血症で死亡した一例”という題目で CPC を行わせていただきました。

CPC とは、“clinical-pathological conference” の略で、医療機関にて行われる複数臨床科と病理医、検査医が合同で行う討論形式の症例検討会です。CPC では、担当医が症例の主訴、既往歴、家族歴、現病歴、入院時現症、検査所見、臨床経過等を提示し、問題点や鑑別診断について意見交換や議論を行った後、病理医が剖検、または生検により判明した診断結果を披露し、症例の診断の合理性、治療の妥当性等を議論します。

今回の症例の病理診断は、“NOMI” occlusive Mesenteric Ischemia；非閉塞性腸管虚血症) という腸間膜虚血症の一種でした。緊急性の高い腸間膜虚血症としては、血栓、塞栓が原因となる上腸間膜動脈血栓症、塞栓症が有名ですが、NOMI は“非閉塞性”という名の通り、血管に直接的な閉塞が無いにも関わらず腸間膜虚血を引き起こし、最悪の場合は死に至る緊急性の高い疾患です。疾患のメカニズムとしては、心不全、ショックなどにより全身の低灌流が生じた際に、脳や心臓など重要臓器への血流を維持するために腸間膜動脈末梢が攣縮することで腸間膜虚血を生じると考えられています。リスクファクターとしては、50 歳以上、動脈硬化、透析患者、心疾患（心筋梗塞、不整脈、心肥大、ジギタリス服用など）、肝腎疾患、手術侵襲などが挙げられます。本症例においては、リスクファクターの内 4 つが当てはまっており、NOMI の高リスク患者であったと考えられます。また、NOMI 患者の 70%以上が女性患者であり、その点も本症例に一致します。治療法には、全身抗凝固療法、薬剤的血管拡張療法、カテーテル拡張とパパベリンの併用、脱水補正、ジギタリスの投与中止などがありますが、なおも致死率 50%~83%と救命は困難を極めます。

今まで私は NOMI の患者様にお会いしたことは無く、疾患の概略は知ってはいたものの、腹痛の鑑別診断として NOMI が思い浮かぶことはありませんでした。本症例において、私は患者様の剖検からの関与であり、直接診察、治療に関わることはできませんでしたが、カルテの記載から臨床経過を類推する過程が、NOMI に関するエピソード記憶として今後の診療の糧になってくれると思います。

最後にこの度ご指導頂いた伊藤理先生、病理担当して下さった杉本幸太郎先生をはじめ発表に携わって頂いた皆様、ご参加頂いた皆様にこの場を借りて感謝申し上げます。ありがとうございました。