

07-10

僧帽弁置換術後に敗血症性ショックとなりPMX-DHPが有効であった1例

京都第一赤十字病院 腎臓内科・腎不全科¹⁾、
京都第一赤十字病院 泌尿器科²⁾、
京都第一赤十字病院 心臓血管外科³⁾

○中ノ内 恒如¹⁾、萩原 暢久²⁾、高橋 和美¹⁾、
石田 良¹⁾、藤井 秀岳²⁾、井戸本 陽子²⁾、森 優²⁾、
草場 哲郎¹⁾、納谷 佳男²⁾、高橋 章之³⁾

症例は72歳、男性。他院で慢性心不全による入退院を繰り返していたが、昨年12月21日にも呼吸苦にて前医入院。UCGにて3~4度の僧帽弁閉鎖不全症を認め、手術加療目的で当院心臓血管外科へ紹介、転院となった。本年3月8日に全身麻酔下に僧帽弁置換術および三尖弁形成術を施行された。術中経過は問題なかったが、術後第1病日で尿量減少ありCHDFを施行、第2病日には炎症反応の上昇、warm shock、大量カテコラミン投与(DOA/DOB/Nad/Epi)でも血圧が維持できず、敗血症性ショックと診断した。感染源と思われる病変は認められなかったが、縦隔炎などの致命的となる心大血管術後の感染も否定できず、同日よりPMX-DHP+CHDFを施行した。施行中より血圧は上昇し、Epiは同日中に中止、その他も減量可能となった。第6病日になって深さ約8cmの肛門周囲膿瘍が発見された。切開ドレナージを行い大量排膿した後は徐々に炎症反応も軽快した。心血管系の大手術後などで、原因は明らかではないが敗血症性ショックと考えられる循環動態に時に遭遇し、PMX-DHPを施行するかどうか迷うことがある。本症例は結果的に膿瘍が発見され、炎症の原因病変が発見できたが、経過としては責任病巣が同定できないままにPMX-DHPを施行した。また、本症例はHIT(ヘパリン起因性血小板減少症)も合併していた。

07-12

上行大動脈解離手術に引き続き透析導入、生体腎移植を行った1例

徳島赤十字病院 外科¹⁾、徳島赤十字病院 心臓血管外科²⁾

○阪田 章聖¹⁾、浜田 陽子¹⁾、一森 敏弘¹⁾、
松岡 裕¹⁾、古川 尊子¹⁾、大谷 享史²⁾、
来島 敦史²⁾、福村 好晃²⁾、木原 歩美¹⁾、
松本 大資¹⁾、石倉 久嗣¹⁾、湯浅 康弘¹⁾、
石川 正志¹⁾、沖津 宏¹⁾、木村 秀¹⁾

一般に腎移植を行うための術前検査で大動脈瘤の存在は適応から除かれるか治療後に腎移植が薦められる。今回上行大動脈解離で緊急手術がなされたが下行大動脈に解離を残し生体腎移植を行った1例を経験したので若干の考察を加え報告する。症例は47歳男性で高血圧、腎機能障害で38歳ごろより近医に通院していたが44歳時に背部痛、呼吸困難で当院へ緊急搬送された。来院時はプレショック状態で精査にて急性大動脈解離Stanford Aと診断され、緊急弓部大動脈置換・心嚢ドレナージがなされ一命をとりとめたが、6ヵ月後に慢性腎不全のため透析導入となった。透析状態は徐水多量多高血圧のコントロールも難しくこのままでは大動脈解離の進行が危惧されたが、食事指導などは効果的でなかった。心臓血管外科からは血圧の安定が一番であること、解離の進行は今のところ少ないとのことで腎移植の提示を行ったところ、実の妹をドナーとする生体腎移植を希望された。十分な説明と移植後の生活指導を守ることのできる大動脈解離手術から2年で血液型一致の腎移植を行った。HLAはfull-matchでありCyA PSL MMF 抗CD25抗体の4剤併用免疫抑制で導入した。移植後腎機能は良好でクレアチニンは1mg/dlをきって退院した。血圧も120~mmHgぐらいで推移し体重もDWを超えず、解離腔も増大なく心胸比も縮小した。元来大動脈瘤は腎移植に先行して治療を行うのが通例であるが今回大動脈解離の残存のまま生体腎移植をおこなったが、将来危惧される再解離手術で移植腎機能の低下も予測されるが、体液管理不良や腎性高血圧のコントロール不良には腎移植は効果的であった。

07-11

移植後早期に再発し移植腎喪失に至った巣状糸球体硬化症の1例

熊本赤十字病院 総合内科¹⁾、熊本赤十字病院 外科²⁾、
熊本赤十字病院 救急部³⁾

○豊田 麻理子¹⁾、山永 成美²⁾、上木原 宗一¹⁾、
井 清司³⁾

【症例】32歳女性

【現病歴】19歳時発症のネフローゼ症候群。腎生検の結果巣状糸球体硬化症(以下FSGS)と診断された。ステロイドパルス、シクロスポリン、LDL吸着療法など施行されたが治療抵抗性で、3年後に透析導入となった。その後シャント感染や閉塞など、シャント不全を繰り返していたため、腎移植について提示したところ、再発のリスクを踏まえた上で移植を希望されたので、32歳時(透析歴10年)で血液型適合生体腎移植術を行った。

【移植および術後経過】母親をドナーとして、親子間血液型適合生体腎移植術を施行した。免疫抑制剤はtacrolims,MMF,PSL,Basiliximabを使用した。術後クレアチニンは0.8mg/dlまで低下したが、尿蛋白が急速に増加し、術後4日目には尿蛋白39g/日、Aib2.3g/dlとネフローゼの状態となった。移植腎生検では、明らかなFSGS再発所見は無かったが、得られた糸球体が7個と少数で判断困難であり、臨床的にFSGSの再発と診断した。術後血漿交換を施行し、尿蛋白2-4g/日まで改善したが、その後尿蛋白は再び増加し、追加の血漿交換に対する反応も不良となり、移植後約1年で透析再導入となった。

【考察】FSGSの移植後の再発率は30-50%で、再発した場合の移植腎の予後は不良である。ハイリスク症例に対する再発予防や治療法など、文献報告も含めて考察した。

07-13

平均移植腎生着年数25年を目指して—2000年以降の生体腎移植513例の解析から

名古屋第二赤十字病院 移植・内分泌外科

○うちだ 和治、渡井 至彦、後藤 憲彦、平光 高久、
山本 貴之、辻田 誠、南木 浩二、山永 成美、
野畑 宏信、岡田 学、泉 久美子、富永 芳博

1980年頃から使用されたカルシニューリン阻害薬は、その強力な免疫抑制能により移植腎の急性拒絶反応を減少させ、腎移植治療を研究段階から一挙に臨床の段階に押し上げた。更に、2000年以降に導入されたミコフェノール酸モフェチル、抗CD25モノクローナル抗体などの更に新しい免疫抑制剤、TDMによる免疫抑制剤の至適投与法の確立、HLAあるいはABO血液型抗体などに対する抗体関連型拒絶反応の診断と治療の進歩は、更に移植成績を大きく向上させている。現在、移植腎の平均生着年数は17年を超え、特に2000年以降の移植成績向上は著しく、血液型不適合、非血縁者間などのリスクに関係なく全ての生体移植腎5年生着率は94%を超えている。今回、腎移植成績を年代別に解析し成績向上に寄与した因子を検討すると共に、2000年以降の生体腎移植513症例の機能廃絶・死亡症例を解析し、更なる移植成績向上のためには何をなすべきかを報告する。