

手術介入のタイミングに苦慮した脳出血, DIC, 縦隔膿瘍合併活動期感染性心内膜炎の1例

野中 利通¹、岡田 典隆¹、大河 秀行¹、山川 将人¹、加藤 葵¹、前野 元樹¹¹JCHO 中京病院

＜緒言＞脳出血合併の活動期感染性心内膜炎の開心術は介入時期の判断に苦慮する。脳出血, DIC, 弁破壊による循環不全, 縦隔膿瘍を合併した重症例を報告する。＜症例＞73歳女性。主訴は発熱。202X年11月, 下腿潰瘍・下肢静脈瘤治療目的に紹介受診し血管内焼灼術および瘤切除術を施行。2週間後に発熱, 呼吸苦, 右大腿皮膚膿瘍を認め入院。NPPV 装着, 血液培養でグラム陽性球菌検出, 心エコーで僧帽弁位感染性心内膜炎と診断。CTで縦隔膿瘍と胸骨骨融解も認めた。2日目に血小板 3.2 万/ μL まで低下しDICと診断, 3日目にMSSAと判明。循環不全にカテコラミン開始, 血小板もさらに低下し, 4日目に全身状態悪化し人工呼吸器・IABP管理を開始。7日目のCTで前頭葉, 後頭葉, 頭頂葉に最大 20mm 弱の脳出血と頭頂葉の脳梗塞を認めた。輸血後も血小板は 5.4 万/ μL にとどまるも, 11日目のCTで脳出血増悪なきことを確認し, 13日目に開心術を施行。胸骨正中切開でアプローチし胸骨角周囲骨融解部と前縦隔膿瘍をデブリードメント後, ナファモスタット併用人工心肺下に生体弁で僧帽弁置換術を施行。僧帽弁は弁尖破壊が高度で, 一部弁輪破壊も認めた。術後はICUで開胸創洗浄を継続後, 13日後に大網充填・分層植皮を施行。術後3か月ICU管理を要したが, 神経学的後遺症なく回復した。＜まとめ＞重篤な病態を併存していたが, 各極期を回避し内科的治療の効果を得たタイミングで開心術を施行し, ナファモスタット併用人工心肺管理で脳出血増悪を回避した。