

NEJM 勉強会 2018 年度 第 2 回 (4 月 23 日) C プリント 担当 : 小高
Case 27-2017: A 32-Year-Old Man with Acute Chest Pain
(N Engl J Med 2017; 377: 874-82)

【Problem representation】

生来健康で、薬物使用歴・大量飲酒歴・若年の心筋梗塞の家族歴がある若年男性の、急性・食後の心窩部痛。

【鑑別診断】

今回は Must be ruled out, Most likely, Less likely の 3 つに分けて考える。

<Must be ruled out>

● **心筋梗塞**

☞胸痛ではなく、歯痛、顎の痛み、脚の力の入りにくさなどを訴えてくることもあるので注意！

合う点：心窩部痛、冠動脈疾患の家族歴、高血圧（この患者の場合は痛みによる反応性上昇とも考えられるが）、コカイン使用歴（アテローム性動脈硬化を促進する）、最近のストレス

合わない点：「食後の胸痛」や、「圧痛」は考えにくい。また、この患者では心電図の ST の形状が心筋梗塞を示唆するとは言いにくく、トロポニン I も陰性である（トロポニンを測定したのが心筋壊死前だったため陰性になった可能性はある）。

● **急性心膜炎**

☞感染などによって起こる心膜の急性炎症。特発性が最多、二次性ではコクサッキーB ウイルス、結核、SLE（若年女性では必ず疑う！）など。合併症としては心タンポナーデや心筋炎がある。

合う点：急性の胸痛、感染症との関連？（ガールフレンドが連鎖球菌性咽頭炎）、心電図では PR segment がⅡ、Ⅲ、aVF で下降、aVR で上昇

合わない点：心膜炎の痛みは食事により増悪せず、アスピリン内服により改善するはずである。また、この患者では心膜摩擦音を聴取しない。

● **大動脈解離**

合う点：高血圧

合わない点：生来健康な若年男性では、重いものを持ち上げるなどのきっかけがあって起こることが普通で、食後発症は合わない。血管雑音や拡張期雑音、結合組織疾患もない点も合わない。

● **肺塞栓**

合う点：呼吸困難、軽度頻呼吸、発汗

合わない点：頻脈・低酸素が見られていない。

<Most likely>

- **胃潰瘍**

合う点：食後の心窩部痛、最近のストレス

合わない点：肝酵素上昇は考えにくい。

- **急性胆嚢炎**

合う点：食後の心窩部痛、肝酵素上昇

合わない点：この患者は発熱、嘔吐、その他の消化器症状がなかった。

- **Schatzki's ring**

☞食道下部に発生する web 様の構造物。嚥下困難の原因となる。

合う点：食後の心窩部痛

合わない点：嚥下困難はきたしていない。

<Less likely>

- **たこつぼ心筋症**

☞原因不明の左室心尖部の無収縮をきたす。冠動脈病変はないが心筋梗塞様の症状を呈する。

合う点：心筋梗塞様の症状

合わない点：若い男性はまれ。通常はストレスの直後に起こる。トロポニン I 陰性も合わない。

- **急性腸間膜動脈閉塞症**

☞腸間膜動脈の急性閉塞により腸壁の血流障害をきたし、腸壁の壊死・穿孔を伴うことがある。

合う点：食後発症、コカイン使用歴

合わない点：AF などの血栓素因がない。血中アミラーゼ、リパーゼが上昇していない。

- **腹腔動脈解離**

合う点：まれだが生来健康な若い男性にも起こりうる

合わない点：腹部外傷、くしゃみ、咳、重い物を持ち上げる、ゴルフクラブを振る、といったきっかけの後によくおこる。心電図変化もきたさない。

- **正中弓状靭帯圧迫症候群**

☞先天性疾患。横隔膜の正中弓状靭帯が腹腔動脈を横切って圧迫し、腸間膜虚血をきたす。

合う点：食後の上腹部痛、悪心

合わない点：急性発症の強い痛みは合わない。心電図変化もきたさない。

- **全身性血管炎（結合組織疾患）**

合う点：若年での心血管イベント

合わない点：関節弛緩（Ehlers–Danlos 症候群）がない、二分口蓋垂（Loeys–Dietz 症候群）がない、Marfan 症候群にみられる所見もない。

【その後の経過】

〔冠動脈造影〕冠動脈正常、血流は全体的にやや不活発。左室収縮末期圧正常、EF 55~60%、左室壁運動異常なし。

冠動脈造影後、心窩部痛は弱まり**右季肋部痛**が出現した。その部分の局所の圧痛を認め、数時間後に**黄疸**が出現した。暗色調の尿がみられ、**ウロビリノーゲン+3**であった。このことから、**急性胆嚢炎または総胆管結石を疑い腹部エコー施行の方針となった。**

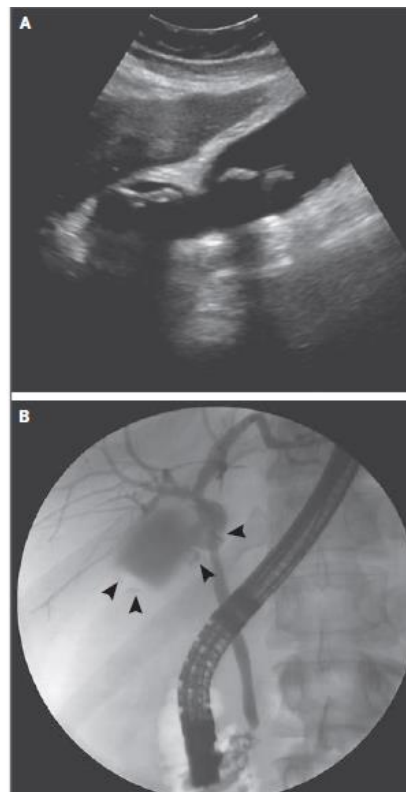
〔腹部エコー(入院 2 日目)〕胆石と胆嚢の軽度拡張が見られたが、急性胆嚢炎の特異的所見は見られなかった。胆嚢壁は厚さ 3mm で、Murphy 徴候は陰性。胆管拡張なし。

〔ERCP(入院 3 日目)〕総胆管と肝内胆管の径は正常。胆嚢および胆嚢管に胆石がみられた。十二指腸乳頭は正常で、腫瘍や出血なし。胆管括約筋切開術が施行された。胆管は閉塞しておらず、総胆管結石もみられなかった。おそらく自然排石か、造影剤注入により押し戻されたと考えられる。

● 急性胆嚢炎（一部再掲）

合う点：食後の痛み、肝酵素およびビリルビン上昇、右季肋部自発痛および圧痛

合わない点：この患者は発熱、嘔吐、その他の消化器症状がなく、臨床的に有意な白血球増多やエコーでの胆嚢壁肥厚や Murphy 徴候、といった急性胆嚢炎に特徴的な所見も認めなかった。



エコーでは総胆管拡張がなく、ERCP では造影欠損がなかったため、総胆管結石の可能性は下がる。しかし、**結石が症状を引き起こし、総胆管を通過して十二指腸へ排石された可能性**が考えられる。このことから、将来の総胆管閉塞による症状再発を予防するために**腹腔鏡下胆嚢摘出術**が施行された。

〔病理〕摘出された胆嚢は黄褐色調のピンク色で、局所のうっ血と出血がみられた。中を開けると、胆汁、胆泥、粗い球状の黄色および黄色っぽい緑色の 2~15mm の結石があった。胆嚢壁の厚さは最大 4mm（正常は <3mm）であった。

組織では貫壁性に、粘膜から漿膜面、外膜面に広がるリンパ球及び好中球の浸潤を認めた。胆嚢壁は線維性で、出血しており、表面の壊死を認めた。癌はみられなかった。

最終診断：急性胆嚢炎

[術後経過] 術後 2 日目にドレーン抜去。シプロフロキサシン（ニューキノロン系抗菌薬）とクリンダマイシン（リンコマイシン系抗菌薬）10 日間投与され、3 週間後のフォロー外来では体調良好であった。

● 補足

[診断の根拠]

無症候性胆石は多くの人にあり、胆石の存在だけでは急性胆嚢炎の診断とはならない。この患者の場合、壁浮腫、壊死、好中球浸潤といった病理所見が急性胆嚢炎の診断を支持する。

[結石について]

総胆管結石はみられなかったが、AST、ALT、ビリルビン、ALP の上昇は総胆管結石に合致する検査所見である。胆石は胆嚢管、総胆管に入り胆汁うっ滞を一時的にきたして、十二指腸へと排石されたと考えられる。胆嚢内部の結石はコレステロール結石であり、色素結石ではなかったため、溶血性疾患やアルコール（いずれも色素結石に関係）は結石の原因として考えにくい。とはいえ、この患者はコレステロール結石の患者の特徴（肥満、女性、40 代）にも当てはまらない。ちなみに、コレステロール結石生成の 1 つの要因はヘリコバクター感染である。

[心電図異常について]

この患者は急性胆嚢炎という腹部疾患であったにもかかわらず心電図異常をきたしている。これについては、横隔膜下の急性疾患で横隔膜が刺激されて ST 上昇をきたした症例や、イヌを用いた実験で急性総胆管閉塞では冠動脈血流が不活発になったという結果があるらしく、腹部疾患でも心電図異常は説明できそうである。また、凹型 ST 上昇は若い男性では正常範囲内とも考えられている。

Take home message

- 検査値の異常は入院後数時間して現れることがある
- 心窩部痛は胸痛ではなく腹痛の場合がある
- 鑑別・Assessment があって初めて Plan が意味を持つ
(この患者の場合、血液検査フォローしたのは胆嚢炎を疑っていたからこそ)

参考文献

- ・イヤート 2018
- ・小林世美 (1974) 「Schatzki Ring」『胃と腸』9. pp. 162. 医学書院