

## 話 題

ステロイド長期投与患者の  
腹部救急疾患の治療戦略：

第 39 回日本腹部救急医学会総会から

日本医科大学外科学第 1

木山 輝郎, 田尻 孝, 谷合 信彦  
吉行 俊郎, 内田 英二, 徳永 昭

副腎皮質ステロイド(ステロイド)は数多くの疾患に劇的な効果を示す。現在では適応疾患の慎重な選択, 投与方法, 減量や中止に当たったの細心の注意により, 安全で長期間にわたって使用される患者が増えている。しかし, 免疫抑制作用, 抗炎症作用の強いステロイドは副作用も出現しやすい。易感染性, 消化性潰瘍, 精神症状が重症副作用として知られている。また, 手術に際しては創傷治癒障害や2次性副腎機能低下状態にあることが多く, 適切な周術期管理が必要である。今回, 「ステロイド長期投与例の腹部救急疾患の治療戦略」について第39回日本腹部救急医学会総会パネルディスカッション(平成15年4月, 弘前)で検討が行われたので紹介する。

ステロイド長期投与患者の腹部救急疾患には急性腹症(消化管穿孔, 出血, 腸閉塞など)とステロイド不応性炎症性腸疾患(クローン病, 潰瘍性大腸炎など)に大別される。5施設における急性腹症は70例で, 在院死23例(32%)であった。腹腔内遊離ガスや上腹部痛で診断が容易であった消化性潰瘍(7例)や小腸穿孔(9例)が多くみられた。大腸穿孔(8例)では診断に難渋することが多く, 症状発現から7日以上経過した5例(63%)が死亡した。死亡例では救命例に比し発症から手術までの期間が長かった。また, 初診は長期ステロイド適応疾患を管理している内科医が多く, 患者は他院や内科から外科に紹介されるため, 手術決定までに時間を要することが指摘された。

手術術式については, 消化性潰瘍では大網充填術や胃切除が行われた。小腸穿孔では小腸切除が行われたが, 腹膜炎が重篤な場合には回腸瘻が造設された。しかし, 創傷治癒障害による瘻孔脱落が7例中3例にみられた。そこで, チューブを用いて吻合部に腸瘻を造設する方法が紹介された。縫合部位が腹腔内にあるため血流障害が少なく, 救命後の瘻孔閉鎖など再手術を回避できることから, 今後チューブ回腸瘻の適応についても症例を重ね検討する必要がある。大腸穿孔では全例に人工肛門が造設されたが, 人工肛門の脱落など合併症や在院死が多くみられ, 満足できる結果が得られなかった。創傷治癒障害のために腹壁破裂(創疹開)も少なくない。術前の全身状態に合わせて, 減張縫合なども必要になる。しかし, 血管炎を合併している症例では大きな縫合創は血流障害を来し, 腹壁の全層壊死を起こすこともあるので, 減張縫合にも慎重さを要する。

術後のステロイド補充療法は術前にプレドニン10mg/日以上を投与されていた全ての症例に行われた。緊急手術ではACTH刺激試験や血中ACTH, コルチゾールの測定

などの副腎機能評価ができないので, ステロイドの補充量は個々の症例にあわせてハイドロコソンの補充を行うのが基本である。また, 発症から手術までの時間が長いときは炎症性サイトカインの過剰であるSIRSよりも, 抗炎症性サイトカインの過剰であるCARSの状態にあると考えられる。こうした全身状態が悪い症例ではステロイド補充により吻合部のマクロファージからの増殖因子の産生が障害され, 消化管吻合7日後でも腸管が全く癒合していない例もみられた。近年, 術前と同量のステロイド(プレドニン)補充により副腎不全の症状である血圧低下が防止できたとする報告もある。副腎不全の防止のためのステロイド補充量は今後投与量やその期間について検討する必要がある。

術後合併症は感染性合併症が多く, ステロイドの副作用である易感染性が問題になった。特に, 抗菌薬の使用については広範囲スペクトルを有する薬剤, MRSAに対する薬剤のほか, 深在性真菌症(眼内性真菌炎, 敗血症)に対する抗真菌薬など作用機序の異なる薬剤の組み合わせを使用する必要がある。投与時期, 投与量, 投与方法は症例ごとに院内の感染対策チームと十分協議しながら判断することが重要であることが指摘された。

一方, ステロイド不応性炎症性腸疾患にはクローン病と潰瘍性大腸炎があるが, クローン病は外科手術後の再発率が高く, 出来る限り内科治療が行われる。潰瘍性大腸炎は大腸粘膜の炎症なので全大腸を切除すれば本症から脱却できる。その手術には全結腸切除, 直腸粘膜切除, 回腸バウチ肛門吻合が行われ, 人工肛門が少なくなったが, 外科治療の適応は限られている。潰瘍性大腸炎手術545例のうち緊急手術例は129例であった。手術の絶対適応は重症劇症型62例, 出血32例, 穿孔22例, 巨大結腸症6例などであった。また, ステロイドの総投与量(プレドニン換算)が10gを超える症例では明らかな合併症がなくても相対的な手術適応となることが指摘された。死亡例は4例(3.1%)であった。術後ステロイド投与は原則として不要であるが, 精神障害などのステロイド離脱症候群では継続が必要であった。したがって, 急性腹症に比較し予後は比較的良好であった。

ステロイド投与患者では発熱や白血球増多など炎症反応が出にくいことから, 手術適応が明らかでなくても外科医に紹介することが肝要である。また, 潰瘍性大腸炎ではステロイド総投与量が多く, 全身状態が不良な場合は手術適応について外科医に紹介することが必要である。手術は消化管の切除・一期的吻合も可能であるが, 減圧のために腸瘻や人工肛門を造設すべきである。また, 侵襲が大きく, 副腎機能が低下しているのでステロイド補充により副腎不全を予防した上で腹部救急疾患の治療を行うことが重要である。術後は原疾患の治療も考慮し, 内科担当医と相談の上治療を継続する。手術術式の選択や適切なステロイド補充が今後の課題である。

( 受付: 2003年 5月14日 )

( 受理: 2003年 6月24日 )