

## G-26 薬剤アレルギーに続発した気管狭窄にステント留置が有効であった一症例

名古屋大学 救急医学講座

高橋英夫、榊原陽子、真弓俊彦、福岡敏雄、中島義仁、  
山田浩次郎、村橋修、佐武晃幸、川瀬正樹、武澤 純

ACE阻害薬によると考えられるangioedemaにより上気道の浮腫及び気管狭窄を続発し、気道確保にステント挿入が有効であった症例を報告する。患者は75歳女性、既往歴として喘息、腎疾患を有する。アレルギー歴(-) 現病歴：右前交通脳動脈瘤破裂によるくも膜下出血に対しクリッピングが8/23/99に施行された。尚、脳動脈瘤は多発性で左内頸動脈にも未処置のものが残された。高血圧に対し術中・術後にNicardipine(3~4mg/hr)が持続投与され、術後3日目よりEnalapril 5mgが開始された。呼吸器からの離脱は順調に行われ術後3日目に抜管されたが、抜管時のMIP・MEPは各々-30cmH<sub>2</sub>O、30cmH<sub>2</sub>Oであり抜管後の嘔声以外異常所見は認めなかった。術後3日目にICUを退室したが、翌日徐々に呼吸困難・両肺野に喘鳴、重度の努力様呼吸が出現し、喘息発作の診断でテオフィリン・ステロイドの投与、β刺激薬の吸入が行われた。症状の改善を認めず、血液ガスも悪化し重症喘息発作の診断にてICU再入室となった。再挿管時には喉頭浮腫を認め、ID7.5mmの気管チューブを用いた。挿管直後の気管支ファイバー検査では多量の気道分泌物貯留、気管粘膜の浮腫を認めたが、術後5日目には気管粘膜の著明な発赤・浮腫を、術後6日目には浮腫の増悪にて左主気管支は殆ど閉塞、右主気管支粘膜も糜爛状態を呈した。Enalaprilによるangioedemaの可能性が推察され、同薬剤の中止とともにメチルプレドニゾロンの投与が開始された。気管の所見は気管チューブ先端より1.5cmの部位で全周性の気管狭窄を認め、最狭窄部の直径は5mm程度であった。気管粘膜の糜爛、浮腫、膿性粘調な気道分泌物の貯留が持続した。術後11日に気管切開が施行された。気管狭窄は更に悪化し、狭窄部径は4mm以下となったため術後17日目にSelf expandable metallic stentを留置した。

ステントの安定のため7日間はBFSによる頻回の吸引を要したが、狭窄も徐々に改善し術後30日目に抜管が可能となった。(考察) ACE阻害薬によるangioedemaの発生頻度は0.1~0.2%と報告されている。臨床症状としては舌、咽頭、喉頭、頸部の浮腫を特徴とするが、重症化した場合には気管内挿管による気道確保が必要である。その他の臓器では消化管粘膜の浮腫による消化器症状の報告があるが、今回の症例の様な気管・気管支粘膜の浮腫・糜爛を来たしたという報告はない。気管粘膜と接触の有る消毒薬等が原因物質で有る可能性は皮内反応では否定されたが、Enalaprilがその原因であるという確証は得られなかった。気管狭窄の代表的原因には、悪性腫瘍の圧迫・浸潤、気管吻合部の肉芽形成、外傷、長期挿管・気切の合併症、malacia等がある。今回の如く短期間に狭窄が形成されたのはangioedemaに随伴した気道粘膜の炎症の関与が重要であったと推察される。重症の気管狭窄により臨床症状の改善が見られなかったり、人工呼吸器よりの離脱が困難な場合には①外科的狭窄部切除と端々吻合②レーザー焼灼③バルーン拡張術④ステント挿入等が施行される。各方法の有効性も報告されているが、①~③の治療法は悪性腫瘍や良性の線維化を主要原因とした狭窄に対して待機状況での適応と考えられる。今回の症例の如く炎症の継続し、狭窄が進行性の経過を取っている状況ではステント留置を治療法として選択した。気管狭窄に対するステントの種類にはSiliconeとMetallic stentが使用されており各々長所・短所を有するが、狭窄の程度、気道分泌物の量を考慮しmetallic stentを使用した。(結論) ACE阻害薬によると考えられるangioedemaに続発した気管狭窄に対してmetallic stentを使用し気道確保に有効であった。angioedemaでは気道粘膜の浮腫、炎症等に対する配慮も必要である。