症例報告

脳梗塞後の抗血小板療法中に無石胆嚢炎にて発症し、胆嚢出血を来した 胆嚢仮性動脈瘤破裂の1例

山中 秀高¹⁾ 河南 晴久¹⁾ 大岩 孝¹⁾ 渡辺 伸元¹⁾
 村田 嘉彦¹⁾ 川井 覚¹⁾ 松永 和哉¹⁾ 神谷 里明¹⁾
 松崎 安孝¹⁾ 佐賀 信介²⁾

¹⁾津島市民病院外科

²⁾愛知医科大学医学部病理学講座

症例は75歳の男性で、既往歴として65歳時より高血圧、高脂血症に対して内服加療中であつた。3か月前にアテローム血栓性脳梗塞を発症し抗血小板剤を開始されていた。脳梗塞後の左半身麻痺に対してリハビリテーション目的で入院中であつたところ、腹痛が出現した。血液生化学検査で炎症反応の高値を認めたが貧血はなかった。腹部USおよびCTで急性胆嚢炎と診断された。結石はなかった。手術待機中の急性胆嚢炎発症後9日目に再び腹痛が出現した。血圧95/66 mmHg、脈拍112/分とショック状態、血液生化学検査で炎症増悪、貧血、肝胆道系酵素の上昇、黄疸があり、腹部CTで胆嚢仮性動脈瘤破裂による胆嚢出血と診断し開腹胆嚢摘出術を施行した。無石胆嚢炎後の仮性動脈瘤破裂はまれだが今回、血管病変を有し抗血小板療法中の虚血が原因の時は、発症より数日後に胆嚢仮性動脈瘤の形成と破裂から胆嚢出血を来することがあり、注意が必要と思われた。

キーワード：胆嚢虚血、抗血小板剤、脳梗塞

はじめに

無石胆嚢炎の原因として血流障害による虚血は重要なものの一つであるが¹⁾²⁾、胆嚢出血の頻度は少ない。また、胆嚢出血は時にショックを来す重篤な病態であるが、胆嚢仮性動脈瘤によるものは少ない¹⁾。今回、抗血小板療法中に無石胆嚢炎で発症し、9日後に胆嚢仮性動脈瘤からの胆嚢出血を来した1例を経験したので報告する。

症 例

症例：75歳、男性

家族歴：特記事項なし。

既往歴：65歳時より高血圧、高脂血症で内服加療中であつた。3か月前にアテローム血栓性脳梗塞を発症し左半身麻痺となり、その後、抗血小板剤のシロスタゾールと硫酸クロピドグレルの内服加療が開始された。

現病歴：左半身麻痺に対するリハビリテーション入院中に腹痛を来した。

現症：体温37.3℃、血圧168/98 mmHg、脈拍84/分。眼瞼および眼球結膜に貧血や黄疸はなかった。右

Table 1 Laboratory data

	On set	9 days
WBC (/μl)	9,100	6,400
RBC (/μl×10 ⁴)	468	259
Hb (g/dl)	15.0	8.4
Ht (%)	44.6	24.7
PLT (/μl×10 ⁴)	17.5	27.9
TP (g/dl)	6.9	5.5
Alb (g/dl)	3.7	2.8
AST (IU/l)	35	597
ALT (IU/l)	36	513
LDH (IU/l)	247	314
ALP (IU/l)	236	3,483
γ-GTP (IU/l)	30	934
T-Bil (mg/dl)	1.0	1.7
AMY (IU/l)	71	71
BUN (mg/dl)	10.3	16.6
Cr (mg/dl)	0.79	0.61
Na (mEq/l)	138	138
K (mEq/l)	3.74	3.92
Cl (mEq/l)	104	102
CRP (mg/dl)	6.58	5.61
Bleeding time (second)	210	90
PT-INR	1.34	1.06
APTT (second)	39.9	32.4

Fig. 1 Abdominal CT shows expansion and wall thickening of the gallbladder. No stone or tumor are detected.

上腹部に圧痛を認めたが、反跳痛、筋性防御なく、肝臓、脾臓、腫瘍も触知しなかった。

血液検査所見：白血球増加，肝酵素，CRP の上昇，凝固能の軽度低下を認めた (Table 1)。

腹部 US および CT 所見：胆嚢の緊満，軽度の壁肥厚，胆泥貯留を認めたが，結石や腫瘍はなく，内容陰影の異常も認めなかった (Fig. 1)。

上部消化管内視鏡検査所見：消化管出血などの異常は認めなかった。

以上より，急性胆嚢炎と診断した。手術予定とし，抗血小板剤を中止し，作用の消失まで術前検査を行いつつ保存的治療を行った。以後，症状は軽快していたが，発症後 9 日目に再び腹痛が出現した。

現症：体温 38.3°C と発熱あり，血圧 95/66 mmHg，脈拍 112/分とショック状態であった。

Fig. 2 Abdominal US shows wall thickening and pooling of hyper echoic material of the gallbladder.

Fig. 3 Abdominal enhanced CT. A small round shadow as high density as artery at the wall of the body of the gallbladder (arrow). The gallbladder contains heterogeneous high density material.

血液生化学検査：炎症の悪化，貧血，肝胆道系酵素の著明な上昇，黄疸を認めた（Table 1）。

腹部 US 所見：胆嚢緊満と壁の肥厚，内部高エコー物質の貯留を認めた（Fig. 2）。

腹部造影 CT 所見：矢印で示した胆嚢体部壁に動脈と等濃度に造影される小円形陰影を認め，胆嚢内に不均一高吸収値内容の貯留を認めた（Fig. 3）。総胆管拡張はないが，胆嚢内と同様の高吸収値内容を認めた。

MRCP 所見：胆嚢内にモザイク状信号を示す内容物の貯留を認めた。総胆管は描出されなかった。

以上より，胆嚢仮性動脈瘤破裂による胆嚢出血，総胆管への血液流出と診断した。全身状態不良で胆嚢炎も高度と判断し，開腹手術を施行した。

術中所見：胆嚢は緊満し，壁の線維性肥厚と大網癒着を認めた。胆嚢内容は透見できず，空腸内にも明らかな出血による内容物は透見できなかった。胆嚢管内には切離した際に凝血塊の充満を認めた。総胆管

Fig. 4 Resected specimen shows protruded region with ulceration on the body of the gallbladder.

Fig. 5 Arteriography of the resected gallbladder shows irregularity of the artery with capillary neovascularization on protruded region.

の拡張は認めなかった。胆嚢摘出術を施行し、胆嚢をすぐに切開し胆嚢内に凝血塊が充満しており、胆嚢出血であることを確認した。胆嚢腫瘍は認めず、手術終了とした。

摘出標本：胆嚢内に凝血塊が充満し、体部に粘膜潰瘍を伴う径 20 mm 大の隆起性病変を認め、ここが出血源であった (Fig. 4)。

標本胆嚢動脈造影所見：肉眼で認めた隆起性病変部に一致して、血管壁不整と新生血管の増生を認めた (Fig. 5)。

病理組織学的検査所見：隆起性病変部の粘膜は脱落し、炎症細胞浸潤を伴う肉芽組織の増生が目立ち、隆起部に一致して、白色部と赤色部が層状に繰り返す混合血栓に類似した大きな凝血塊が付着していた (Fig. 6)。胆嚢壁の凝血塊付着部では線維芽細胞の増生や線維化などの器質化が進んでおり、臨床経過に一致した時間を経た病理組織学的検査所見であった。また、器質化した凝血と胆嚢壁の境界部に破断した小動脈の一部と考えられる血管壁構造が見られた (Fig. 6, 枠内および右下挿入図)。隆起部周辺では、多数の新生毛細血管を伴う肉芽組織の増生とともに、破断血管の破断部近傍と思われる像が見られ、内腔には線維芽細胞の増生などの器質化所見を示す血栓が認められた (Fig. 7)。胆嚢壁内の小動脈には、内膜の

Fig. 6 Microscopic findings show large amounts of blood clotting adhering to the gallbladder wall (HE dyeing, magnifying glass image). The lower-right inset is an Elastica-van Gieson method image which is similar to the inside of a frame of a magnifying glass image, and it is estimated from an internal elastic lamina and a tunica media smooth muscle layer which are fracture small arteries. An upper-left inset accepts the endoarterial thickening and stenosis of the lumen of arteriosclerosis pathological change at the gallbladder wall.

Fig. 7 The granulation tissue and fracture small-arteries of the protrusion circumference (HE dyeing). In the granulation tissue, much new capillary vessel hyperplasia is conspicuous. The blood vessel figure considered to be a fracture blood vessel is shown. The following figure is an enlarged image (right: HE dyeing, left: Elastica-van Gieson method).

Table 2 Acalculous cholecystitis		
Age (average)	24-90 (66.7)	
Gender (Male:Female)	31:16	
Comorbidity (involve multi count)	33	
Vascular disorder	21	
Hypertension	9	
Myocardial Infarction	5	
Cerebral Infarction	7	
Collagenous or Allergic disease	8	
Diabetes Mellitus	6	
Miscellaneous	7	
Hemorrhage	16	
Pseudoaneurysm	exist 6	non 10
Anticoagulant and/or Anti platelet agent	use 6	no 10
Reported cases in Japan between 1983 Jun. to 2012 Apr. Except torsion, trauma, iatrogenic, IVH and operation related, congenital anomaly, tumor associated and postshock status caused by other disease.		

線維性肥厚を伴う内腔の狭窄が見られ、粥状動脈硬化性の病変と評価された (Fig. 6, 左上挿入図)。以上の所見から、仮性動脈瘤破裂と診断された。隆起部以外の胆嚢壁は炎症細胞浸潤を伴う瘢痕性線維性組織の増生により肥厚しており、慢性胆嚢炎の所見であった。

術後経過は良好で貧血も徐々に改善し、術後 19 日目にリハビリテーション病棟に転棟された。

考 察

無石胆嚢炎はまれな疾患で、全急性胆嚢炎のうちの 2~12%である^{2)~5)}。原因としては、1. 先天性疾患、2. 胆嚢管や胆嚢頸部の閉塞 (捻転や腫瘍など)、3. 脱水状態 (重症外傷や熱傷、術後) や全身的菌血症 (これらは血液凝固 XII 因子 (Hageman 因子) の活性化を介してじゃっ起されると推察されている)⁴⁾、4. 胆嚢収縮低下による胆汁鬱滞や過濃縮 (胃切除術後や長期間の経静脈栄養状態)、5. 胆嚢の血流障害、6. 医原性などがある。このうち、5 に関しては、無石胆嚢炎患者の 50%以上がアテローム硬化性心血管疾患を有している²⁾ことや、アテローム血栓症による脳血管障害患者では無石胆嚢炎の発症が 9.4%にみられ重要な合併症である⁶⁾こと、脳血管性障害に合併する胆嚢炎は無石胆嚢炎が多い⁷⁾ことなどの胆嚢壁の虚血が原因であることを支持する報告²⁾が、決して少なくない。自験例もアテローム血栓性脳梗塞後で胆嚢の血流障害が原因と考えられた。そこで血流障害による無石胆嚢炎の本邦報告例 46 例に自験例を加えた 47 例について検討した (医中誌 Web で「無石胆嚢炎」をキーワードとして 1983 年から 2012 年 5 月までの全年検索し、上記 5 に相当するものを抽出し対象とした。会議録は除いた) (Table 2)。年齢は 24 歳から 90 歳で若年発症もあるが平均 66.7 歳と高齢者に多く、性別では男性が女性の約 2 倍であった。併存疾患では特に血管病変を有する症例が多く従来の報告⁶⁾⁷⁾通りであった。また、自験例のように胆嚢出血を来したものが約 1/3 の症例にみられ、これらは胆嚢壁の壊死から出血した症例が多く⁸⁾⁹⁾、その内の 1/3 の症例に抗凝固または、抗血小板剤の服用や仮性動脈瘤がみられた。

次に、胆嚢出血は抗凝固剤の投与が必要であったり出血傾向のある基礎疾患を有する症例が多く¹⁰⁾¹¹⁾、出血性ショックの原因となることもあるが¹²⁾、上部消化管出血の 1~5%と比較的まれであり^{13)~15)}、さらに胆嚢仮性動脈瘤による出血は極めてまれで、本邦報告は 16 例であった^{10~12)16~28)} (医中誌 Web で「胆嚢仮性動脈瘤」、「胆嚢」、「仮性動脈瘤」をキーワードとして 1983 年から 2012 年 5 月までの全年検索した。会議録は除いた)。これに自験例を加えた 17 例で検討した (Table 3)。一般的な胆嚢炎と比べ、仮性動脈瘤症例は年齢が 70 歳以上の高齢者に多く、性別では男性に多かった。併存疾患では血管病変を有するものが半数以上にみられ、また特に抗凝固剤あるいは抗血小板剤服用症例も比較的多くみられた。また、約 1/3 が

Table 3 Pseudoaneurysm of the gallbladder						
Author	Year	Age (y.o.)	Sex	Comorbidity	Anticoagulant and/or Antiplatelet agent	Stone
Sasaki ²²⁾	1983	70	M	CVD	N.D.	(+)
Matsuba ¹⁶⁾	1996	72	F	CI, HT	N.D.	(+)
Mitani ¹⁷⁾	1997	59	M	(-)	(-)	(+)
Miura ¹⁸⁾	1998	74	F	(-)	(-)	(-)
Watanabe ²⁰⁾	2001	81	F	(-)	(-)	(+)
Sugiyama ¹⁰⁾	2002	90	F	MI, AP	(+)	(-)
Maeda ²³⁾	2002	62	M	(-)	(-)	(+)
Ido ²¹⁾	2003	72	M	AP, DM	N.D.	(-)
Suzuki ²⁴⁾	2003	73	M	GBC	(-)	(+)
Akatsu ²⁵⁾	2004	64	F	(-)	(-)	(+)
Akatsu ²⁶⁾	2007	58	M	HT, HD	N.D.	(+)
Takeuchi ¹¹⁾	2008	71	M	ASO, DM	(+)	(+)
Nojiri ¹²⁾	2008	61	M	(-)	(-)	(-)
Machida ²⁷⁾	2008	71	M	(-)	(-)	(+)
Miyahara ²⁸⁾	2008	79	M	CI, AP, DM	(+)	(+)
Fujikawa ¹⁹⁾	2009	68	F	HT, MI, DM, HL, CRF	(+)	(-)
Our case		75	M	CI, HT, HL	(+)	(-)

Reported cases in Japan between 1983 Jun. and 2012 Apr. CVD: cerebrovascular disorder, CI: cerebral infarction, HT: hypertension, MI: myocardial infarction, AP: angina pectoris, DM: diabetes mellitus, GBC: gall-bladder carcinoma, HD: hemodialysis, ASO: arteriosclerosis obliterans, HL: hyperlipidemia, CRF: chronic renal failure, N.D.: not described

無石症例であった。

上述したように、胆嚢仮性動脈瘤は急性胆嚢炎を原因とする頻度が高いにもかかわらず形成がまれな理由として、炎症過程の早期に胆嚢動脈が血栓により閉塞してしまうためといわれており¹⁾、動脈瘤形成には動脈の変化と胆嚢潰瘍の形成の二つの要素が関与するとの報告もある¹⁶⁾。自験例は、アテローム血栓性脳梗塞後の無石胆嚢炎に仮性動脈瘤を来し出血した症例で、初回炎症時に虚血による粘膜障害から潰瘍形成と出血がおこったと思われた。さらに、動脈硬化に加え抗血小板剤服用中であったことが重要な因子で、抗血小板剤内服による止血異常により出血と血栓を繰り返し、仮性動脈瘤を形成したと思われた。事実、胆嚢仮性動脈瘤は胆嚢粘膜の潰瘍によりその直下を走行する胆嚢動脈が破綻し、出血と血栓を繰り返し、その結果血腫が被包され瘤化し、血管壁以外の成分で瘤壁を形成するものである¹²⁾¹⁸⁾。また、炎症発症から出血までの期間については、他臓器の動脈瘤と異なり胆嚢動脈瘤は血管径も細く、胆嚢という限られた腔への出血であるため緩徐に発症するとの報告があり¹⁷⁾、自験例も初発炎症から9日間経過した後に出血がみられた。以上より、血管病変を併存し、加えて、特に抗血小板療法中の症例では、無石胆嚢炎の発症とその後の仮性動脈瘤の形成および急性胆嚢炎発症から数日経過して発生する胆嚢出血に留意する必要があると思われた。

治療は無石胆嚢炎では結石による場合と異なり、虚血による壊疽性胆嚢炎であるため、減圧目的の経皮経肝胆嚢ドレナージでは効果がないとするもの²⁹⁾³⁰⁾もあれば、保存的治療でも改善があるとするものもあり³¹⁾、結論は出ていない。また、胆嚢仮性動脈瘤および出血については動脈塞栓術について止血しえた報告もあるが¹⁰⁾、術前の全身状態安定目的の報告が多く³²⁾、結局、胆嚢壊疽による穿孔症例や再出血、大量出血によるショック¹²⁾³³⁾の報告もあり、自験例も出血によるショックとなったことから、根治療法である手術が推奨されると思われた。また、自験例では術前に胆道内への血液の流出による胆道系酵素の上昇と黄疸があった。これに関しては、止血処置によりすみやかに肝機能や黄疸が改善したとする報告³⁰⁾のある一方、術前のERCPで胆道内に凝血塊が確認され、内視鏡的逆行性胆道ドレナージを施行した報告³³⁾もあり、自験例では術後トラブルなく経過したが、術前のERCPや術中胆道造影による胆道内の凝血塊の検索

や、胆道ドレナージの必要性について確認すべきであったと反省させられた。

利益相反：なし

文献

- 1) Wu TC, Liu TJ, Ho YJ. Pseudoaneurysm of the cystic artery with upper gastrointestinal hemorrhage. Case report. *Acta Chir Scand*. 1988 Feb;154(2):151-2.
- 2) Savocca PE, Longo WE, Zucker KA, McMillen MM, Modlin IM. The increasing prevalence of acalculous cholecystitis in outpatients. Result of a 7-year study. *Ann Surg*. 1990 Apr;211(4):433-7.
- 3) Warren BL. Small vessel occlusion in acute acalculous cholecystitis. *Surgery*. 1992 Feb;111(2):163-8.
- 4) Glenn F, Becker CG. Acute acalculous cholecystitis. An increasing entity. *Ann Surg*. 1982 Feb;195(2):131-6.
- 5) Howerd RJ. Acute acalculous cholecystitis. *Am J Surg*. 1981 Feb;141(2):194-8.
- 6) Koizumi K, Suzuki K, Akutsu T, Hoshino K, Hamada J, Sakai F. Acute acalculous cholecystitis in acute cerebrovascular disease. *The Kitasato Med J*. 2006 Jan;36(1):1-4.
- 7) 新海 準二, 鈴木 祥郎. 脳血管性障害と急性胆嚢炎の合併例. 東北脳血管障害懇話会学術集会記録集 (0910-6804) 14 回. 1992:P21-27.
- 8) DuPriest RW Jr, Khaneja SC, Conley RA. Acute cholecystitis complicating trauma. *Ann Surg*. 1979 Jan;189(1):84-9.
- 9) Kitchen PR. Post-traumatic cholecystitis without gallstones. *Med J Aust*. 1973 Sep;2(12):595-6.
- 10) 杉山 宏, 大久保 宗則, 土屋 朝則, 金森 堂. 動脈塞栓術にて止血し得た, 胆嚢動脈瘤破裂に伴う胆嚢出血の 1 例. 胆と脾. 2002;23(7):597-602.
- 11) 竹内 聖, 藤田 博崇, 近藤 明宏, 岡田 節雄. 胆嚢動脈瘤破裂の 1 例. 日本臨床外科学会雑誌. 2008;69(5):1191-6.
- 12) 野尻 卓也, 田辺 義明, 柳澤 暁, 遠山 洋一, 小林 進, 矢永 勝彦. 胆嚢仮性動脈瘤破裂によりショックを呈した胆嚢出血の 1 例. 日本消化器外科学会雑誌. 2008;41(6):629-33.
- 13) Sandblom P. Hemorrhage into the biliary tract following trauma. "traumatic hemobilia". *Surgery*. 1948 Sep;24(3):571-86.
- 14) Kerr HH, Mensh M, Gould EA. Biliary tract hemorrhage; a source of massive gastro-intestinal bleeding. *Ann Surg*. 1950 May;131(5):790-800.
- 15) 泉田 洋司, 和泉 宏, 安井 達. 胆嚢結石に起因した hemobilia 治験例および本邦 hemobilia 報告例の集計と検討. 消化器外科. 1984;7(5):611-6.
- 16) 松葉 芳郎, 鈴木 正敏, 小野 由雄. 胆嚢仮性動脈瘤の 1 例. 日本消化器外科学会雑誌. 1996;29(7):1673-7.
- 17) 三谷 眞己, 桑原 義之, 川村 弘之, 佐藤 篤司, 服部 浩次. 胆嚢動脈瘤, 胆嚢十二指腸瘻を伴った胆石症の 1 例. 日本臨床外科医学会雑誌. 1997;58(7):1597-601.
- 18) 三浦 光一, 星野 孝男, 小松 眞史, 小野 剛, 佐藤 勤, 田中 淳一, ほか. 胆嚢仮性動脈瘤破裂によると考えられた胆嚢出血の 1 例. 日本消化器病学会雑誌. 1998;95(5):450-4.
- 19) 藤川 幸一, 清水 瑠衣, 大森 敏弘, 渡辺 英二郎, 永井 基樹. 手術療法にて救命した胆嚢仮性動脈瘤破裂の 1 例. 日本臨床外科学会雑誌. 2009;70(2):496-500.
- 20) 渡邊 常太, 南 康範, 川口 剛史, 杉本 直俊, 中村 洪一, 富永 春海, ほか. 吐血にて発症した胆嚢仮性動脈瘤の 1 例. 消化器外科. 2001;24(10):1563-7.
- 21) 井戸 政佳, 世古口 務, 三枝 庄太郎, 伊藤 史人, 櫻井 洋至, 山崎 芳生. 胆嚢動脈瘤破裂の 1 例. 手術. 2003;57(11):1429-34.
- 22) 佐々木 文雄, 古賀 佑彦, 竹内 昭, 近藤 茂彦. 胆石胆嚢炎による仮性動脈瘤の胆嚢内出血の 1 例. 臨床放射線. 1983;28(3):407-10.
- 23) Maeda A, Kunou T, Saeki S, Aono K, Murata T, Niinomi N, et al. Pseudoaneurysm of the cystic artery with hemobilia treated by arterial embolization and elective cholecystectomy. *J Hepatobiliary Pancreat Surg*. 2002 Jun;9(6):755-8.
- 24) 鈴木 裕之, 諏訪 敏一, 山下 純男, 安田 典夫, 尾本 秀之, 石川 文彦. 右肝動脈仮性動脈瘤に起因する胆道出血を伴う胆嚢癌の 1 例. 日本臨床外科学会雑誌. 2003;64(12):3125-8.
- 25) Akatsu T, Hayashi S, Egawa T, Doi M, Nagashima A, Kitano M, et al. Hepatic artery pseudoaneurysm associated with cholecystitis that ruptured into the gallbladder. *J Gastroenterology*. 2004 Sep;39(9):900-3.
- 26) Akatsu T, Tanabe M, Shimizu T, Handa K, Kawachi S, Aiura K, et al. Pseudoaneurysm of the cystic artery secondary to cholecystitis as a cause of hemobilia: report of a case. *Surg Today*. 2007 May;37(5):412-7.
- 27) Machida H, Ueno E, Shiozawa S, Fujimura M, Tsuchiya A, Kim DH, et al. Unruptured pseudoaneurysm of the cystic artery with acute calculous cholecystitis incidentally detected by computed tomography. *Radiat Med*. 2008 Jun;26(6):384-7.
- 28) 宮原 孝治, 植木 亨, 水野 元夫, 小林 沙代, 梶川 直子, 岩堂 昭太, ほか. 動脈塞栓術にて止血しえた胆嚢内動脈瘤破裂の 1 例. 日本消化器病学会雑誌. 2008;105(5):699-704.
- 29) Vogelzang RL, Nemcek AA Jr. Percutaneous cholecystostomy: diagnostic and therapeutic efficacy. *Radiology*. 1988 Jul;168(1):29-34.
- 30) 佐藤 寿雄, 高橋 渉. 急性無石胆嚢炎の診断と治療. 外科. 1982;44(13):1486-92.
- 31) 伊藤 徹. 術後急性胆嚢炎—超音波断層法による診断とその意義について—. 日本消化器外科学会雑誌. 1980;13(6):559.

- 32) Kaman L, Kumar S, Behera A, Katariya RN. Pseudoaneurysm of the cystic artery: a rare cause of hemobilia. *Am J Gastroenterol.* 1998 Sep;93(9):1535-7.
- 33) Saluja SS, Ray S, Gulati MS, Pal S, Sahni P, Chattopadhyay TK. Acute cholecystitis with massive upper gastrointestinal bleed: a case report and review of the literature. *BMC Gastroenterol.* 2007 Mar;26(7):12.

CASE REPORT

A Case of Ruptured Pseudoaneurysm of the Gallbladder Involving Gallbladder Bleeding Developed in Acalculous Cholecystitis during Antiplatelet Therapy after Cerebral Infarction

Hidetaka Yamanaka¹⁾, Haruhisa Kawanami¹⁾, Takashi Oiwa¹⁾, Nobuyuki Watanabe¹⁾,
Yoshihiko Murata¹⁾, Satoru Kawai¹⁾, Kazuya Matsunaga¹⁾, Satoaki Kamiya¹⁾,
Yasutaka Matsuzaki¹⁾ and Shinsuke Saga²⁾

¹⁾Department of Surgery, Tsushima City Hospital

²⁾Department of Pathology, Aichi Medical University School of Medicine

The subject was a 75-year-old man who had been undergoing medical treatment for anamnesis of hypertension and hyperlipidemia since the age of 65. Three months previously, he had symptoms of atheroma thrombotic cerebral infarction and medical treatment of an antiplatelet agent was started. During his hospitalization for rehabilitation of the left hemiplegia after cerebral infarction, abdominal pain appeared. The blood biochemistry inspection showed high inflammatory reaction, but there was no anemia. Acute acalculous cholecystitis was diagnosed based on abdominal US and CT images. While waiting till the operation, the abdominal pain appeared again 9 days after the onset of acute cholecystitis. He was a shock state of the blood pressure 95/66 mmHg and the pulse rate 112/minute. The blood biochemistry inspection showed aggravation of inflammation, anemia, elevation of hepatobiliary enzyme, and jaundice. Gallbladder bleeding by ruptured pseudoaneurysm was diagnosed by abdominal enhanced CT, and laparotomic cholecystectomy was enforced. Although rupture of the pseudoaneurysm of the gallbladder after acalculous cholecystitis is rare, it must be carefully considered when the ischemia in an antiplatelet therapy with a vascular lesion is the cause of the cholecystitis, because gallbladder bleeding may be caused from formation of the pseudoaneurysm several days after the onset of symptoms.

Key Words: ischemia of the gallbladder, anti-platelet agent, cerebral infarction

[Jpn J Gastroenterol Surg. 2013;46(6):431-440]

Reprint requests: Hidetaka Yamanaka Department of Surgery, Tsushima City Hospital
3-73 Tachibana-cho, Tsushima, 496-8537 JAPAN

Accepted: January 16, 2013