Warfarin による皮膚壊死と Heparin による血小板減少症

https://l-hospitalier.github.io

2017 3

ちなみに日本人のアンチトロンビン (AT) 異常は 0.18%、<u>へパリンは AT を活性化して抗凝固</u>作用を示すので<mark>へパリン無効なので</mark>注意、この場合アルガトロバンで対応(体外循環など)

Protein C, S 欠乏症にワーファリンを投与すると VK が減少。Protein C、S は半減期が トロンビン (Ⅱa) の半減期に比べて (一番短いVII因子と比べても) 短いので、一過性 にトロンビン作用だけ残り、Protein C、S の急激な減少で抗凝固作用が消失、<mark>皮膚毛細</mark> <mark>血管内血栓症膚壊死</mark>を生ずる。 <mark>二次的に出血して紫斑が見られるが、本態は著しい血</mark> <mark>栓傾向。 肺血栓、電撃性紫斑病は致死的なことが多い</mark>。 治療はアルガトロバン、ウ ロキナーゼ、組織プラスミノーゲン・アクチベータ(t-PA)。 再発予防は必須で NOAC や他剤でワーファリンの抗トロンビン作用発現を待つ。 Protein C 抗原量(247 点) は測定可能で、ワーファリン添付文書は導入前に血中レベル測定が望ましいと記載(ワ ーファリン中止できない時は活性値で、PC50%、PS20%であれば PS 欠乏症を疑う、 Protein S は Active PC の補酵素)。 PT-INR で control 不良時は正確なトロンボテスト を施行。【Heparin】には未分画と低分子(Low Molecular Weight)がある。 アンチ トロンビン (AT) はトロンビンの不活性化の他にIXa, Xa, XIa, XIIa 因子のセリンプロ テアーゼと結合、不活性化。 ヘパリンは AT と凝固因子の結合を 1000 倍加速、凝固 因子を不活化する。 未分画へパリンは AT とトロンビンの両方に結合するため、抗血 栓作用が強いが LMW ヘパリンは分子が小さく Xa としか結合しないのでトロンビン不 活性化は不十分。 アルガトロバンやダビガトラン、lepirudin (遺伝子組換ヒル蛋白) は直接トロンビンを選択的不活性化。 HIT では 1型 HIT (約 10%に出現) で開始 5 日目に血小板が 25~50%まで減少(自然回復、治療不要が多い)。 血小板第 4 因子(PF4、 測定可能)は、血小板の顆粒中の血小板固有蛋白で、抗ヘパリン作用を有し HIT 抗体は PF4 ヘパリン複合体に対する抗体(IgM, A, G 390 点)を測定。 2型 HIT (0.5~5%) は 抗体が血小板を破壊するだけではなく<mark>、血小板を活性化するアゴニスト</mark>(作動薬)とし <mark>ても働くため、血小板凝集と致命的血栓症</mark>を起こす (<mark>4T's スコア参照</mark>) 。 HIT は LMW ヘパリンより未分画へパリンで起きやすい。 へパロック時注意。 治療は heparin 中 止と神戸大、岡本彰祐(1978)開発のアルガトロバンが保険適応。

^{*}¹ ウイスコンシン大はワーファリンの特許が切れるまで研究費に不自由しなかったといわれている。 *² 遺伝子組み換え活性型プロテイン C (recombinant activated protein \underline{C} : r-APC) は敗血症ショックの死亡率を有意に低下させることが明らかになり FDA は死亡リスクの高い敗血症患者の治療に r-APC を承認、その後データに不備が指摘され、市場撤退に追い込まれた。 プロテイン C を活性化プロテイン C に変換するリコモジュリン (トロンボモジュリン) も DIC については低用量未分画 Heparin に対する非劣性が検証されたにすぎない。