

### 3 肝性脳症に対して胃腎シャントのバルーン閉塞下コイル塞栓術が有効だった1例

高橋 弘道・樋口 和男・山本 幹  
兼藤 努・本田 稔・上村 顕也  
須田 剛士・野本 実・青柳 豊  
川合 弘一\*・大崎 暁彦\*\*

新潟大学大学院医歯学総合研究科  
消化器内科学分野  
新潟大学歯学総合病院検査部\*  
佐渡総合病院内科\*\*

内科的治療でコントロール困難な肝性脳症に対して、胃腎シャントをバルーン閉塞下にコイル塞栓し奏功した症例を報告する。患者は70歳の女性でNASHによる肝硬変のため近医通院中であった。頻回に肝性脳症による入退院を繰り返し、血流量の多い胃腎シャントが原因のひとつと考えられた。本症例では食道胃静脈瘤は認められず、胃腎シャントは短く直線状の形態を呈していた。そのため硬化剤を用いた通常バルーン閉塞下逆行性経静脈塞栓術(B-RTO)はシャント内の血栓が流出する危険性が高いと考えられた。

そこでバルーン閉塞下にデタッチャブルコイルを用いて胃腎シャント塞栓術を施行し、シャント血管内のみを効果的に血栓化し胃腎シャントの閉塞に成功した。その後、肝性脳症は劇的に改善し肝予備能の回復も認められた。今後、合併症や長期的有用性についての経過観察を要するが、塞栓方法の工夫によって安全なシャント閉塞が可能であり肝性脳症に対する治療として有効であると考えられた。

### 4 初回破裂出血後に対する緊急手術後、半年以内に再出血したF1胃静脈瘤の1例

薛 徹・和栗 暢生・林 雅博  
佐藤 宗広・相場 恒男・米山 靖  
古川 浩一・杉村 一仁・五十嵐健太郎

新潟市民病院消化器内科

症例は63歳の男性。背景にアルコール常飲とそれに伴うアルコール性肝硬変あり。貧血精査の

ための内視鏡にて胃静脈瘤を指摘された。静脈瘤形態はF1で、RC signもなく、静脈瘤上のびらんも認めなかった。3ヶ月後に吐血で当院へ救急搬送。緊急内視鏡にて胃静脈瘤破裂と診断された。出血の勢いが強く内視鏡的止血が困難であったため、緊急開腹下噴門周囲血行郭清術を施行。軽快退院後は外来通院予定であったが通院自己中断していた。術後6ヶ月に黒色便が出現し再度当院救急外来を受診。Hgb 2.9と著明な貧血を認め緊急内視鏡を施行、静脈瘤の形態は残存しており同部より出血を認め、クリップにて1次止血を行った。CTで胃腎シャントが確認されたため翌日B-RTO・PSE同時併用療法を施行、再出血なく退院となった。一般にF2以上の胃静脈瘤や短期間に増大するもの、RC(+)や静脈瘤上にびらんを伴うものは出血リスクが高く予防治療の対象となる。本症例ではどの項目にも該当しなかったものの短期間に出血を繰り返し、その出血リスク予知の妥協性に疑問が残った。血行郭清術後であったが、CTにて胃腎シャントが確認され、B-RTOによる止血に至った。

### 5 オキサリプラチンは脾腫の誘因となる

小林 由夏・杉谷 想一・藤原 真一  
大関 康志・上野 亜矢・飯利 孝雄  
野本 実\*

立川総合病院消化器内科  
新潟大学第三内科\*

【はじめに】オキサリプラチン(以下OHP)は、大腸がん化学療法のkey drugの一つである。OHPの副作用としてsinusoidal obstruction syndromeと呼ばれる肝類洞障害があり、この類洞障害により門脈圧が亢進し脾腫をきたす可能性がある。

【方法】当院でのOHP治療例について、治療前後の脾腫大の有無、血小板減少の状況、脾腫大のあった群の背景を検討した。OHP治療後に肝切除を行った症例に関して、背景肝の組織を確認した。

【結果】2006年3月～2011年9月まで、OHPを340mg/m<sup>2</sup>以上投与し、治療前後で腹部CTの評価が行われていた症例は58例であった。splenic index (以下SI) 0.9未満1例, 0.9－1.1未満13例, 1.1－1.2未満11例, 1.2以上33例, 56.9%, とくにSI 1.5以上13例, 22.4%であった。治療前脾臓体積の平均値は180.67 ± 9.55cm<sup>3</sup>, 治療後脾臓体積の平均値は224.96 ± 12.68cm<sup>3</sup>でP値は0.0001以下であった。治療前血小板の平均値は25.7 ± 1.1万で, 治療中血小板の最小値は12.9 ± 0.7万でP値は0.0001以下であった。SI 1.2以上の群の年齢の中央値は68.8 ± 1.7才で, より高齢であり, 治療前脾臓体積はより小さかった。SI 1.5以上となった著明な脾腫大症例では, Bevacizumab 併用していた症例はなかった。切除標本の病理では, 門脈－中心静脈間およびZone 3に帯状の肝細胞の萎縮, 脱落を認め, Zone 1には軽度の再生性変化を認めた。また, 門脈域の線維化, 門脈の狭小化が見られた。肝細胞萎縮, 脱落のめだつ領域では, 肝細胞索萎縮部に一致して星細胞にα-SMAを強陽性に認めた。

【考察】化学療法を施行した症例に肝切除を行う場合, 薬剤性肝障害の程度を評価することは重要である。切除標本の病理では肝細胞索萎縮, 脱落部にα-SMAによる免疫染色で陽性となる部分がめだつことから, α-SMAによる免疫染色で類洞障害を推察することができる可能性があると考えられた。

【結語】OHPは脾腫の誘因となる。とくに65歳以上の高齢者, 治療前脾腫大のない症例, Bevacizumab 非使用例で脾腫が著明となる傾向がある。OHPによる類洞障害などの肝障害が門脈圧亢進をきたし, このために脾腫がおこると考えられ, 切除された背景肝を免疫組織学的に検討することにより, OHPによる肝障害の重症度を診断できる可能性がある。

## 6 肝動脈瘤切迫破裂を契機に発見された結節性多発動脈炎の1例

高橋 一也・佐藤 知巳・佐藤 明人  
 福原 康夫・渡辺 庄治・富所 隆  
 吉川 明・高田 琢磨\*・田川 実\*\*  
 木口 貴雄\*\*\*

厚生連長岡中央総合病院  
 消化器内科  
 同 腎臓内科\*  
 同 循環器内科\*\*  
 同 放射線科\*\*\*

症例は44歳男性, 右季肋部痛を主訴に当院外来を受診。理学所見では38度台の発熱と右季肋部から上腹部にかけての圧痛を, 血液検査では炎症反応上昇と貧血を認めた。造影CTで多発両腎梗塞・脾梗塞と右肝内門脈前区域枝の頭側に接する8mmの血管と等濃度の構造を認め, 単純CTではその近傍に限局性の高吸収域があり, 血腫が疑われた。同日入院とし, 安静の上, 厳重な血圧管理を行った。入院翌日のDynamic CTでは右肝動脈前区域枝と右腎動脈に動脈瘤が認められ, また追加の血液検査でPR3-ANCA陽性であり, 精査の結果, 結節性多発動脈炎(PAN)と診断した。全身状態が安定しておりPANの治療を優先して行うこととステロイドパルス療法を2コース行い経過中に肝動脈瘤は血栓化した。PANは稀な疾患であるが消化器病変をきたす頻度が高く急性腹症の鑑別疾患として挙げるべきと考えられた。