

TIPS 施行8年経過後に肝不全の進行、 DAVE の出現を伴い門脈圧亢進症が再増悪した一例

6083 森田 剛平、担当医 北出光輝

55 歳男性

既往歴: 8 歳に交通事故(輸血(+))

家族歴: 特記すべき事なし

現病歴

8 歳時、交通事故で輸血を受けている。S58 頃より肝機能障害を指摘されている。

H8 に varix rupture し EIS を施行された。その後当院にて TIPS、EIS を施行され、近医にて follow されていた。その後、H9.1 月と 11 月に TIPS の血流不足を解消するために当院にて PTA を施行されている。

H16.2 月に食道内視鏡所見にて F2RC(++)となり、当科紹介。9 月から sepsis によって近医に入院し、GIF を施行された際に DAVE を指摘され、加療

目的にて当科紹介入院となった。

入院時の検査所見

Plt4.6 万/μl、PT55%、HPT48%、Alb3.0g/dl、ChE69IU/l、T-Cho87 mg/dl 合成能低下
GOT64IU/l、GPT31 IU/l、ALP678 IU/l、
-GTP123 IU/l 肝機能軽度障害
BUN35 mg/dl、Cr1.1 mg/dl、UA13 mg/dl、Na135 mEq/l、K3.8mEq/l 腎機能軽度低下
T-Bil4.5 mg/dl、D-Bil1.3 mg/dl、Fe156 μg/dl、
TIBC172 μg/dl、NH₃ 113.1 μg/dl
PIVKA- 3347Au/ml(1 月後に 146)
Child-Pugh スコア 11 点(grade C)

問題点		対策
# 1	DAVE、varix の治療	内視鏡検査と APC
# 2	腹水	
# 3	PIVKA- 高値(肝癌の検索)	腹部 CT、US
# 4	高アンモニア	DAVE の治療、食事改善

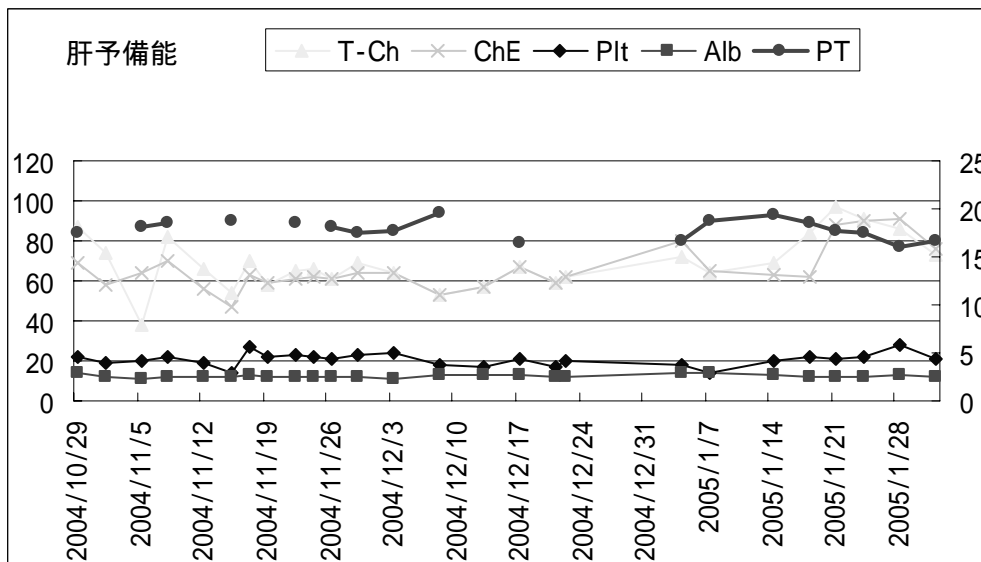
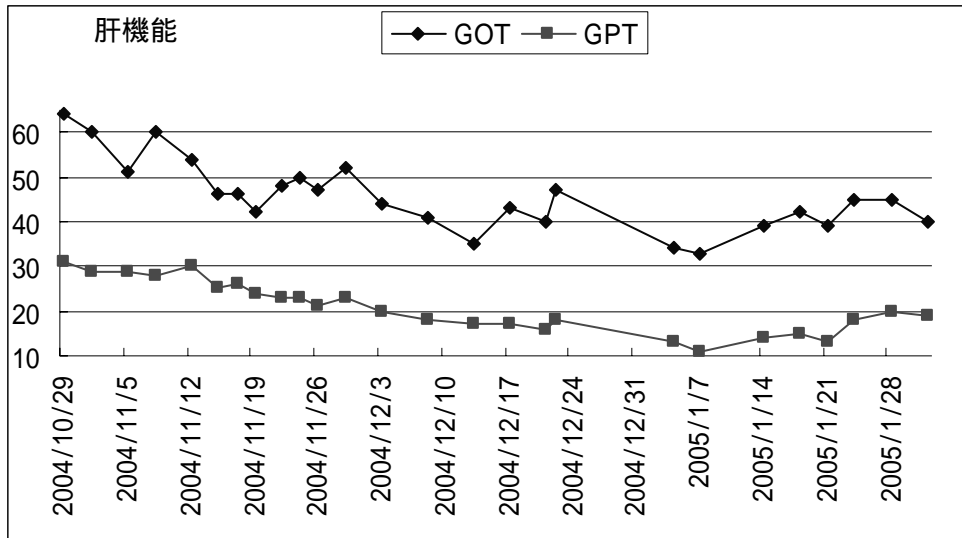
入院経過

DAVE に対して APC を施行し、2 週間後に追加 APC を行う。

その間に腰痛を訴え、骨転移を含めた肝細胞癌の検索を行うが、腹部超音波、ダイナミック CT、MRI にて SOL()であり、骨シンチにて転移を疑わせるような所見がみられず、肝細胞癌の発症は否定的である。また、PIVKA- は著増が見られたものの、AFP が正常かつレクチン分画 L3 が 0.5%以下であること、入院してからの栄養状態の改善によって急激に PIVKA- の改善が見られ

たことより、ビタミン K 不足による PIVKA- の増加と考えられ、腫瘍マーカーとしても肝細胞癌の存在は否定的である。この間、モリヘパミンにて栄養状態の改善を、ラシックス、ソルダクトンにて腹水の治療を行っている。

また経過中に DAVE の再出血が起こり、これに対して 3 回目の APC を施行した。



考察

おそらくは輸血によってHCVに感染し、平成8年にvarixのruptureによって発見されている。その時点でPlt9.1万/μl、TP6.3g/dl、Alb3.1g/dl、GOT62IU/l、GPT43IU/l、NH₃83.4μg/dlと肝合成能は低下し、肝硬変に至っていたであろうと考えられる。

今回入院時H16.10.29の時点でもChild-Pugh Cであり、平成8年に門脈圧亢進症に対してTIPSとPTAを行なったものの、この間に肝硬変に対して有効な治療を行えないまま現在に至ってしま

っている。そのために肝性脳症を繰り返し発症し、さらには今回入院の原因となるDAVEを発症するに至ってしまった。腹部超音波においてTIPS内の血流は十分に保たれており、シャントによる門脈圧降下の機能は十分に果たしていると考えられるため、門脈圧亢進症の原因は、原疾患である肝硬変の増悪によるものであろうと推察される。

肝硬変の3大死因は肝不全、消化管出血、肝細胞癌であり、Child Cでの5年生存率は37.4%と言われている。TIPSは門脈血流を減少によって

門脈圧を低下させ、余命の延長効果は認められているが、門脈体循環シャントによってアンモニアなどの毒素が体循環に流れ出やすくなり、また肝に届くべき栄養素が届かず、肝予備能を低下させてしまう危険性もある。そのため、根本的な治療としては、全ての温床である肝硬変の改善が必要となってくる。IFN の投与によって繊維化の予防のみならず改善が見られたとする報告や、肝細胞癌発症予防や予後改善に効果があるとの報告もあり、今後の治療として考えられる。

しかし、本症例のように肝予備能が低下している状態では QOL を大きく損なうような治療は行うことが難しいため、今回のような対症療法を行っていく事になるだろうと思われる。

退院後はいかに肝性脳症を起こさないかということであり、低蛋白食や夜間の間食などの食事療法と生活の改善・制限を徹底していくことが重要であると思われる。その他として、行動が制限されることによって生活環境が狭くなり、無気力に陥ってしまう可能性もあるので、社会資源の活用と紹介(肝性脳症の危険があるために車が使えないということであれば、介護タクシーを利用するなど)を行い、生活を支援していくことも重要であろうと思われる。

結語

TIPS 施行8年経過後に肝不全の進行、DAVE の出現を伴い門脈圧亢進症が再増悪した一例を経験した。一般に肝硬変は食道静脈瘤を代表とする様々な血管病変を伴い、それらの多くが直接死因に結びつくなど、早期の対症療法や根本的な治療が必要となってくる。しかし、本症例のように肝予備能が低下している状態では、侵襲的な治療を積極的に行なうことによって逆に症状を増悪させてしまいかねない。このような症例では、できるだけ QOL を重視し、侵襲的治療を最

小限にとどめ、かつ直接死に結びつくような症状・徴候を抑えていく治療が必要となり、非常にバランスのコントロールが難しい。今後はできるだけ早期に症状・兆候を発見し、治療を軽減させることが必要であると思われる。

参考文献

1. 八橋弘 : C 型慢性肝疾患の変遷、肝胆膵 2004:935 - 949、2004
2. Shiratori Y, Imazeki F., Moriyama M et al : Histologic improvement of fibrosis in patients with hepatitis C who have sustained response to interferon therapy, Annals of Internal Medicine 132:517 - 524、2000
3. Yoshida H, Arakawa Y, Sata M et al : Interferon therapy prolonged life expectancy among chronic hepatitis C patients , Gastroenterology 123:483 - 491、2002
4. 羽生大記、西口修平 : 肝硬変の栄養療法、EBM ジャーナル Vol.4 No.6:71 - 75、2003
5. 北山聡明、二ノ井照久、中村健治 : TIPS の適応と問題点、肝胆膵 49(1):87-94、2004

その他ノート

H17.2.1 の検査所見

RBC272 万/ μ l、WBC4300/ μ l、Plt7.2 万/ μ l
PT16.7 秒、HPT49%、Alb2.4g/dl、ChE76IU/l、
T-Cho73 mg /dl、GOT40IU/l、GPT19IU/l、
ALP974IU/l、 γ -GTP74IU/l、BUN24 mg /dl、
Cr0.8 mg/dl、UA7.1 mg/dl、Na137mEq/l、K4.0mEq/l、T-Bil3.7 mg/dl、
NH₃ 92.5 μ g/dl
Child-Pugh スコア 12 点 (Class C)