

食道・胃静脈瘤の成因と治療

日本医科大学学長

田 尻 孝

（聞き手 大西 真）

大西 食道・胃静脈瘤の成因と治療ということでおうかがいしたいと思います。

まず静脈瘤の成因、血行動態から教えていただけますでしょうか。

田尻 静脈瘤の成因は門脈圧亢進症、すなわち門脈系の血行動態の変化により、門脈圧が常に上昇した病態に起因しています。その原因は、門脈血流障害によりうっ血が起こり、門脈圧が上昇した状態であり、その圧を減ずるためにバイパス、すなわち側副血行路が消化管粘膜下に形成されたときに静脈瘤になります。

大西 そうしますと、多くの場合は肝硬変の患者さんと考えてよろしいわけですね。

田尻 そうです。肝硬変症以外にも原因疾患はいろいろありますが、多くの基礎疾患は肝硬変症です。

大西 門脈圧亢進、肝硬変の方がほとんどということですが、疑われた場合は、定期的に外来で胃カメラ、胃の内視鏡検査などをやると思います。

その過程で静脈瘤が見つかることが多いのでしょうか。

田尻 そうです。もともと肝臓の病気ををお持ちの方は気づかずに突然出血することもありますので、原因を考えるうえでも定期的な検査は必要かと思えます。

大西 胃内視鏡による評価といたしますか、静脈瘤の内視鏡的な所見の記載基準などもあるようですが、具体的にはどのように評価をしていったらよろしいでしょうか。

田尻 重要なポイントは発赤所見です。RCサインといいます。病理学的には粘膜下層、粘膜固有層に重積した静脈瘤により、表層上皮が菲薄化された状態、すなわち緊満した静脈瘤の上にさらに粘膜表面が薄くなって膨らんでいく。そうなりますと、少しの刺激でも破れやすいという状態を示しています。

大西 形も大きくて、発赤があるような場合は出血のリスクが高いということですね。

田尻 粘膜の表面が薄くなると、発赤所見というかたちで出てきます。もちろん、それにはびらんなども関与します。

大西 それでは次に、そうしたリスクの高い場合、緊急で吐血する場合もあるかと思えます。リスクが高い方や、緊急の吐血等もありますけれども、いろいろな治療をしなければいけないということになります。以前ですと、よく手術治療もされていたと思えますが、手術の現状はいかがでしょうか。

田尻 三十数年前、我々がこの疾患を手掛けたころは手術療法が中心でした。しかし、肝硬変の患者さん、すなわち肝障害のある患者さんに対する手術ですから、緊急手術をするだけでもかなりのリスクがあります。そのため、少しでも緊急手術を避けようということで塞栓術がいろいろ考案されました。さらに、内視鏡的な治療法の進歩により、現在では内視鏡による治療が中心となっています。

大西 塞栓術でも一部、症例によっては治療する場合もあるのでしょうか。

田尻 内視鏡での治療がすべてではありません。原疾患である肝硬変症は現状では肝移植をする以外は根本的な治療法となりえません。したがって、門脈圧亢進状態は続いていますので、モグラたたきのように、静脈瘤が次々出てくることもありますし、治りにくいものもあります。そのようなときに

は、塞栓術を併施することもありますし、最終的に手術が必要となることもあります。

大西 今、盛んにいわれています内視鏡的な治療についておうかがいしたいと思えます。代表的なものとしては、いわゆる内視鏡的な硬化療法、EISと、内視鏡的な結紮療法、EVL、その2つが臨床の現場ではいろいろなケースで行われておりますけれども、現状を教えてくださいませんか。

田尻 まず内視鏡的硬化療法には静脈瘤の血管内に直接硬化剤を注入する方法と、血管外すなわち静脈瘤の周囲から固めていく方法があります。しかし、血行動態をしっかりと見たうえで、静脈瘤の表面だけではなく、門脈から静脈瘤に直接門脈血が流入する静脈瘤の根部まで詰めることが基本的な治療法です。

一方、結紮術すなわちEVLは先端に輪ゴムが装着された透明フードを内視鏡に装着し、静脈瘤をフード内に吸引後、輪ゴムをかける方法であり、簡便ということで汎用されていますが、再発しやすいという欠点があります。しかし、食道静脈瘤の緊急出血時には簡便、低侵襲で出血点を直接結紮止血できることからEVLが主体となっています。

大西 EVLも盛んに行われていると思えますけれども、利点は非常に簡便であるということと、技術的にもさほ

ど困難ではないということだと思えます。逆に先ほど触れられました問題点も時々ありますが、どのようなことに気をつけたらよろしいでしょうか。

田尻 静脈瘤を輪ゴムでとめるだけです。先ほど申しました、流入路、静脈瘤そのものは残ってしまいますので、1回の治療では結紮した部分の脱落時に再度出血することもあります。

特に胃静脈瘤出血の場合は血管径が太いため、脱落時に大出血することがあるのでEVL単独での治療は危険であり、硬化剤を併用します。そして、その後の追加治療が必要になります。

EVLは簡便ですが、早期に再発するところが問題ですが、食道静脈瘤の場合は再発する静脈瘤の形態が硬化療法のそれと違い、単純な形態で再発しますので、追加治療はむしろやりやすく、しかも追加治療を平均2.8回施行することで再発が抑えられることがデータの集積で判明しています。そこで、初めから3回のEVLを1セッションとすることを考案しました。さらに治療の間隔を2週間とする群と2カ月とする群で比較しましたら、再発率は2カ月とする群が優位に低率であったことから、教室では現在、食道静脈瘤治療に対してはEVLを2カ月間隔で3回施行する、名付けてBi-monthly法を標準治療法としています。この方法は入院期間も短く、数日入院を2カ月ごとに計3回するだけで治療成績も改善し、EVLの新

しい治療法になるものと確信しています。

大西 もう一つの硬化療法は、特にどのような場合が適応とお考えでしょうか。

田尻 硬化療法は、例えば水道の蛇口だけを閉めても元栓を閉めないと、蛇口までのホース内に強い圧力がかかり破裂するので、元栓まで止めることが重要であるように、しっかり静脈瘤の元から固めることが、重要な考え方になっています。静脈瘤の発生すなわち血行動態に即した使い方が大切です。そして、さらに地固め法と称されていますが静脈瘤粘膜表面を荒廃させることも大切です。

一方で先ほどのEVL Bi-monthly法は、蛇口を閉めている間に他の逃げ道（側副血行路）を発達させ、3回閉めている間に静脈瘤に関与しない逃げ道が完成して再発率が低くなっていると考えています。

大西 そういうことによって再発率を下げるということですね。あと、胃の静脈瘤の扱いが時々難しい場合があって、なかなか破れにくいけれども、破れると大出血したりとか、よくありますが、胃の静脈瘤の治療の考え方はどのようにしたらよろしいでしょうか。

田尻 胃の静脈瘤の場合は細く、しかもRCサインのない静脈瘤からも出血します。粘膜表面をよく調べますと、破裂部に潰瘍、つまり消炎鎮痛剤など

の服用による粘膜障害が胃静脈瘤の破裂に大きく関与していることが判明しています。また胃静脈瘤の自然経過では、5年累積出血率はわずかに9.4%で、しかもたとえ胃静脈瘤が出血しても、ほぼコントロール可能です。したがって、我々は予防的な胃静脈瘤に対しては直接的な治療は行わず、消炎鎮痛剤

の服用を制限し、抗潰瘍剤を投与して経過観察します。

もちろん、緊急例では、シアノアクリレート系薬剤の硬化剤にて止血し、全身状態改善後に内視鏡的治療法と塞栓術を単独あるいは併施して完全消失を目指します。

大西 ありがとうございます。