

PSE と脾摘*

近森 文 夫**
白 井 隆**
白 石 哲 夫**

Key Words : splenomegaly, hypersplenism, partial splenic embolization (PSE), splenectomy, splenic abscess

はじめに

門脈圧亢進症治療において、部分的脾動脈塞栓術 (partial splenic embolization ; PSE) vs. 脾臓摘出術 (以下、脾摘) の選択は近年しばしば議論される¹⁾。かつて1980年代、食道静脈瘤の治療において、食道離断術 vs. 内視鏡的治療の選択が盛んに議論されていた。1990年代には、胃静脈瘤の治療における Hassab 手術 vs. interventional radiology (IVR) の選択に議論は移った。21世紀となった現在、低侵襲的治療法である内視鏡的治療や IVR が食道・胃静脈瘤治療の第1選択となり、脾臓自体の治療に焦点が絞られるようになってきている。本稿では、門脈圧亢進症における脾臓の位置づけ、治療における脾臓処理の重要性、治療手技としての PSE と脾摘について概説する。

門脈圧亢進症における脾臓の位置づけ

門脈圧亢進症における治療体系のダイナミックな変化を経て、近年脾臓が再びクローズアップされている。脾臓は大循環と門脈系の間で介在する生体防御臓器で、免疫応答、血液浄化濾過、血液貯留機能を有している²⁾。門脈圧亢進症で

は脾臓は腫大し、脾静脈は拡張、奇静脈系や横隔静脈系の門脈大循環シャントが拡張する。筆者らは、脾静脈血の酸素分圧・飽和度は上腸間膜静脈血よりはるかに高値で、その値は動脈血に次ぐことをかつて報告した³⁾。この脾静脈血が門脈圧亢進症では大量に大循環に流入し、動静脈血酸素含量較差の狭小化、心係数の増加、全身血管抵抗の減少という全身循環亢進状態をきたしている⁴⁾。門脈圧亢進症では、脾臓/肝臓容積比、脾静脈/門脈径比は増大している⁵⁾。門脈圧亢進症において、脾動脈、脾臓、脾静脈とシャントからなる脾トライアングルゾーンを積極的に治療し、脾臓/肝臓容積比、脾静脈/門脈径比を減少させることは、局所循環亢進状態のみならず全身循環亢進状態をも改善しうる可能性を有している。

脾 摘

1. 脾摘の概要

脾臓の処理は門脈圧亢進症治療の要である。東大2外科法の食道離断術にも Hassab 手術にも脾摘は含まれている。生体肝移植においても、過剰な門脈血流の過小グラフトへの流入回避を目的として脾摘が併施されることがある。脾摘は有意に門脈圧を下げるばかりでなく、肝再生を促進することも報告されている⁶⁾。脾機能亢進症を伴う肝硬変合併肝癌症例に対し、脾摘によるビリルビンの低下、プロトロンビン時間、アルブミ

* Partial splenic embolization and splenectomy for portal hypertension.

** Fumio CHIKAMORI, M.D., Takashi USUI, M.D. & Tetsuo SHIRAIISHI, M.D.: 田野病院外科〔〒781-6410 高知県安芸郡田野町1414-1〕; Department of Surgery, Tano Hospital, Kochi 781-6410, JAPAN