

## O) Budd-Chiari 症候群の疑いで経過観察中に食道静脈瘤からの出血をきたし、EVL を行った肝硬変症例

76 歳男性。2019 年、当院外科から肝硬変の腹水貯留の治療後、当科に紹介された。その後腹水の出現も無く症状は安定し、経過観察をしていた。腹壁静脈の怒張なども認められなかった。病因となるウイルスマーカーはすべて陰性、自己抗体も陰性であった。AFP、PIVKA-II も正常値内であったが、 $\gamma$ GTP、ALP の高値が持続していた。2021 年に行った腹部造影 CT は、「肝臓の高度な変形および脾腫を認め肝硬変の所見であった。門脈は開存し肝内静脈吻合が目立ち、左、中肝静脈は描出不良で、Budd-Chiari 症候群が疑われた。門脈左枝は萎縮、内外側区胆管の拡張がみられ、また脾臓に分葉状の低吸収域をみ、過誤腫が疑われた。腹水の増加はなく、尾状葉の腫大は認められなかった」。今回のイベント発症直前の臨床検査所見は、AST 43 IU/L、ALT 28 IU/L、T.Bil 1.6 mg/dL、Plt 136,000/ $\mu$ L、 $\gamma$ GTP 422 IU/L、ALP 700 IU/L、Alb 3.6g/dL、AFP 3.2 ng/mL、PIVKA-II 29 AU/mL、で著変はなかった。2023.12 月、黒色便を 2 回認め仕事中に立ちくらみとめまいが増強、黒色様の嘔吐を繰り返し、17:50、体動困難にて当院に救急搬送された。消化器内科にて緊急内視鏡を行い、食道静脈瘤 (Lm, F2) からの出血を認め、EVL にて止血した。RBC 179x10<sup>4</sup>/ $\mu$ L、Hb 6.0 mg/dL まで低下したため輸血を行い、1 週間ほどの入院で再出血が無いことを確認し退院となった。今後、門脈や肝静脈の血行動態の精査および食道静脈瘤の再出血の予防治療のため、岩手医科大学消化器肝臓内科へ紹介した。

### 「この患者の経過で留意すべき点」

近年、ウイルス性やアルコール性肝硬変例は著しく減少したが、本例のような原因不明の肝硬変例の存在には常に留意し、一度は上部内視鏡検査を行って、食道静脈瘤の有無を確認すべきである。非出血例でも静脈瘤形態 F2 以上や RC sign を認めた場合は、予防的治療 (EIS など) を考慮すべきと考えられる。本症例では無症状ながら長期の経過で、うっ血性肝硬変による門脈圧亢進症 (側副血行路形成) が進行していたと考えられる。