

肝外胆道閉塞と他の“禁忌” 疾患における肝生検

Liver Biopsy in Extrahepatic Biliary Obstruction and in Other “Contraindicated” Disorders : *Harold O. Conn (Gastroenterology 68 : 817~821, 1975)*

肝生検は従来、非協力的な患者、腹水、うっ血性心不全、慢性の肝うっ血、肝腫瘍、アミロイドーシス、胆管炎、肝外性胆道閉塞等の患者では禁忌と考えられてきた。その理由は、これらの場合、不幸な合併症が時にあったからだが、最近では1,000に及ぶ連続生検のシリーズでも合併症を認めていない。そこで著者は、肝悪性腫瘍の発見は、肝生検の主な適応の1つで、もっとも重要な役割であることを強調している。ほとんどの合併症の報告は、Vim-Silverman 針の時代におこったもので、Menghini テクニックになってから

死亡率は10分の1に減っている。この方法では、もはや肝悪性腫瘍は禁忌と考えられていない。他の方法で確診がつかない腫瘍塊があったり、肝スキャンで欠損のある場合、その組織学的証明が極めて重要ならばやらざるをえない。著者の経験では、急性ウイルス性肝炎はいやな対象である。3,000例の肝生検中2例の死亡を経験しているが、いずれも急性肝炎で生検後大出血がおこった。いずれも Vim-Silverman 針の頃の出来事である。凝固系の異常や血管腫のある場合危険率が高いのは当然だが、腹水患者、ヘモクロマトーシス、アミロイドーシス、うっ血肝などの場合、あまり危険と思われない。非協力的な患者でも、Menghini 法では、針が肝内に約0.1秒あればよいので禁忌とはいえない。著者らは、30人の肝外閉塞の患者で生検をやったが死亡例はなく、合併症としては胆汁性腹膜炎と細菌血症を各1人に認めた。しかし、すべての肝外閉塞例にやれというのではない。確診が

必要なときにのみ行なうべきだ。問題の核心を外科医に示す方法として、PTC または ERCP 等の確定診断法を先行すべきだろう。Rosch らは最近、経頸静脈肝生検法が、肝外閉塞患者で安全に行なわれることを示した。この方法は、長い屈曲性の生検針をカテーテルに入れ、内頸静脈、上大静脈、右心房、下大静脈経由で肝静脈に入れ、静脈壁をつきぬいて吸引生検を行なう。出血しても血流に入るし、胆汁性腹膜炎をさけることができる。ユニークな方法である。以上の如く、肝生検は貴重な方法であり、その欠点を十分知った上で、長所を十分に利用すべきである。得られるインフォメーションと合併症等の危険とをバランスにかけて適応が決る。閉塞性黄疸で行なうときは外科医と共に手術室でやるのがよい。

(愛知県がんセンター第1内科
小林世美抄)