

日本消化器外科学会雑誌編集後記

本学会誌の編集委員を拝命してから、もう2年半が経とうとしています。この間、多くの投稿論文を査読してまいりました。そのなかで、最近とくに目をひくのが“周術期の血栓性合併症”に関する論文であります。私共の施設でも、これまでは肝硬変患者の術後門脈血栓症や肝移植患者の周術期に認められる血栓性血小板減少性紫斑病様病態など、数多くの血栓性合併症を経験してきました。しかし、最近、生活習慣病を抱えた高齢患者での術後静脈血栓症、吻合部の微小循環障害に起因すると推察される遅発性縫合不全や手術部位臓器の虚血・壊死などが以前にも増して多く経験するようになってきました。

糖尿病をはじめとする生活習慣病は必ずといっていいほど血管内皮細胞の機能低下が認められ、本来血管内皮細胞の持っている抗血栓性機能が低下した状態（血管内皮細胞膜表面に存在するトロンボモジュリン、ヘパラン硫酸プロテオグリカンに結合している anti-thrombin (AT) や tissue factor pathway inhibitor (TFPI) の減少、血管内皮細胞からのプロスタサイクリン (PGI₂) や NO 分泌の減少、さらには ADP 分解酵素である CD39 や CD73 活性の低下など）であることを理解して周術期管理にあたらなければなりません。さらに、教科書的には血小板凝集・血栓（白色血栓）は血流の速い動脈壁にできやすいのですが、手術時に虚血・再還流などのストレスが加わるような状況下では、血流の速くない肝臓のジヌソイド内に静脈血栓（赤色血栓）ではなく、血小板凝集・血栓が発生します。さらに、ジヌソイド内皮細胞が剥離・脱落すれば、容易に血小板凝集がコラーゲン網の存在（星細胞の活性化に起因）する Disse 腔内にも及んで sinusoidal capillarization 様病変（肝細胞とジヌソイド間の栄養交換の障害）がじゃっ起されて肝機能障害が発生することも理解しなければなりません。

これまでの外科医は、“周術期における出血”と戦ってきたのでありますが、これからの外科医は“出血に対するトラウマ”を払拭し、むしろ積極的な血栓性合併症対策（抗凝固薬に加えて、血小板の一次凝集能（血小板と vonWillebrand 因子との粘着能）の低下をきたさない抗血小板薬の積極的な使用、さらにはスタチンなどの血管内皮細胞強化薬の使用）を講じなければならないのではないかと、周術期の血栓性合併症に関する“詰まらないこと”（つまらないこと？）にいろいろと思いを巡らせている今日この頃であります。

ところで、今月号には原著はありませんでしたが、10編の症例報告が掲載されています。どれも興味深く示唆に富み、会員の皆様方の日常診療に大いに役立つ内容の論文ばかりですので、ぜひご一読いただければ幸いです。

（太田 哲生）

2013年2月1日