

です。年齢も合併症も違いますが、5年生存率で比較すると、透析患者の60%に対し、生体腎移植の生存率と生着率はともに90%、献腎移植では80%ぐらいと言えます。生体腎移植が増えてきた背景として、HLAがそれほど一致していない夫婦間移植が生体腎移植全体の40%を占めるようになった、かつては不可能であったABO血液型不適合腎移植も1/4を占めるようになった、若年患者を中心に透析療法に入る前に行う先行的腎移植も17%と増えてきた、などの特徴があります。10年前と比較して最近の腎移植の成績は格段に良くなっていますが、強力で副作用の少ない免疫抑制剤の登場、血漿交換や抗体製剤の登場による術前・術後管理、手術術式が進歩したことなどの理由があげられます。さらに社会的にも、日本が高齢化社会を迎えて、成人病のなかでも慢性腎障害と糖尿病が増えていること、疾患対策と国民医療費削減の面からも透析療法から腎移植の比重を増やす必要があること、臓器移植法が改正されて今後、臓器提供の増加も期待できることなどが追い風になっています。

2)透析患者のために外科医ができること

しかし、みんなが腎移植を受ける機会があるとは限りません。生体ドナーがいない人、65歳以上の高齢者、合併症特に心血管系の病変が進行している人、輸血や以前の移植で高率に感作されている人、移植腎に再発する原疾患の人などは腎移植ができませんので、透析療法をできるだけ長く続けるように支援しなければなりません。胃癌や大腸癌が見つければ消化器外科医、骨折すれば整形外科医、脳卒中を起こせば脳外科医、心筋梗塞になれば心臓外科医、動脈が閉塞すれば血管外科医に治療を温害するのは一般患者と同様ですが、副甲状腺腫大、アミロイドーシスによる手根管症候群などの透析患者に頻発する外科疾患もあります。私は名古屋に来てからもうすぐ4年になります。ただ、腎移植や脾移植をするのみではなく、透析スタッフや透析医の先生が治療に悩んでおられる透析患者に外科医としてできることを積極的に試みています。シャント閉塞に対する緊急手術、腹膜透析患者の硬化性腹膜炎に対する被膜剥離手術、多発性嚢胞腎・嚢胞肝に対する切除手術などがあります。いくつか提示しましょう。

症例1は、動静脈シャント吻合部から自己静脈の内膜肥厚と狭窄があって、土曜日に突然閉塞し、月曜日に緊急受診した人で当日に透析しなければなりません。局所麻酔下で静脈を大きく開けて、鋭匙(血管内に入る小さなサジ)で内膜を削り取った後、人工血管で置換しました。この人工血管を穿刺することができます。

症例2は、左手の手首と前腕、肘部に3回作った自己シャントが閉塞して、この人も当日、穿刺しなくてははいけません。ドップラーエコーで探しておいて、肘下部の深部動静脈に人工血管を用いたループシャントを作成しました。右手に作ることを回避し、肘関節の動きにも屈曲しません。

症例3は前腕に長いグラフトループシャントが長期留置されており、自己静脈との吻合部に入れていたステント内の狭窄とグラフトの穿刺瘤で緊急手術しました。ステント内の狭窄部は内膜除去した後、バルーンを用いて拡張し、穿刺瘤は切除、短い人工血管で置換しました。これもその日に透析をしています。

