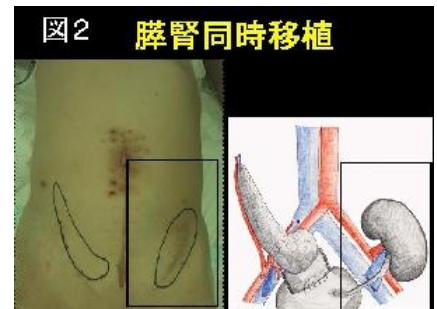


す。藤田保健衛生大学では、改正後初、また初の15歳未満の小児ドナーからの脳死下臓器同時移植を含め、現時点では日本で最多の14例の臓器同時移植を行いました。適応となる患者さんは小児期に発症する1型糖尿病、そして腎不全を併発しているような患者さんです。

ネットワークから脳死ドナー発生第1報があると、我々はレシピエント候補に移植を受ける意思があることを確認した後、提供病院に出動します。そこには、心臓、肺、肝臓、小腸、膵臓、腎臓の各臓器摘出チームが集合するので、多いときには40人ぐらいの人員が手術室に入ります。胸部と腹部を開創して動脈内から冷却した灌流・保存液で臓器を灌流したのち、次々と臓器を摘出してクーラーボックスに保存し提供病院をあとにします。病院にもどると、まず膵臓をベンチ手術で周囲組織を取り除き、血管の再建をしてレシピエントに移植できる状態にします。その後、レシピエントの右下腹部を切開し、右足に行く動静脈に膵グラフトの動静脈を吻合します(図2)。クランプをはずして血流を再開すると、膵臓に血流が流れ、インスリンが血液の中に分泌されるようになります。同時にグラフト十二指腸に膵液が産生されてくるので、これをレシピエントの小腸につないで排出するようにします。手術前に300mg/dlぐらいあった血糖値が手術の終わる頃には150mg/dlぐらいに下がります。続いて、左下腹部を切開して、同様に腎グラフトの動静脈を吻合します。血流を再開するとしばらくして尿管に尿流出が認められるので、尿管を膀胱に吻合します。多くの場合、手術が終わる頃、1時間あたり100-200mlぐらいの尿流出がみられます。良好にいけば、インスリン注射も透析療法も必要ありません。レシピエントは移植後、免疫抑制剤を毎日内服して、順調に経過すると2-3週間で退院することができます。



6) 移植腎・移植膵を長持ちさせるために

腎移植、膵移植、膵腎同時移植を受けた場合、免疫抑制剤を毎日、一生、内服するとともに、感染症と合併症に注意して定期検査を受けることが重要です。血液・尿検査、超音波・CT検査などをしながら拒絶反応の有無、臓器の状態を見ていきますが、血中クレアチニンが正常であっても、定期的に移植腎に針を刺して腎生検を行い、拒絶反応を早期発見・早期治療します。前述したように移植成績が飛躍的に向上したのは、強力で副作用の少ない免疫抑制剤の登場によるのですが、その反面、ウイルスや細菌、真菌(カビなど)などの感染が問題となってきます。特にサイトメガロウイルス感染、带状疱疹ウイルス感染(図3、4)、BKウイルス感染は頻度が高く、発見が遅れると重篤化します。風邪を契機に起こる肺炎、創部感染や尿路感染から起こる敗血症などの細菌感染も致命的になります。口腔内や食道内にできるカンジダ感染、土壌や空気を介して感染するニューモシスティス肺炎(図5)は真菌が原因ですが、これらも最近増加しています。



このように、移植を受ける場合は手術、術後管理も含めて専門家が集まっていて、救急事態にも対応できるチーム医療ができる施設で手術を希望したり、登録待機するほうが好ましいといえます。腎移植、膵移植について質問のあるかたはお気軽に私まで連絡ください。(藤田保健衛生大学臓器移植再生医学 0562-93-9043)

