





図1 抗凝固・抗血小板薬の年齢別服用率

る。我々の施設では内視鏡検査を受ける抗血栓治療受療者への対応<sup>4)</sup>をまとめ、2004年より運用していた。その後、小松ら<sup>5)</sup>により報告された日本人における抗血小板薬の休薬期間と出血時間に関するデータを受け、日本消化器内視鏡学会より「内視鏡治療時の抗凝固薬、抗血小板薬使用に関する指針」<sup>6)</sup>が2005年12月に提言されるに至った。

各ガイドラインの詳細は各文献を参照していただくとして、推奨している内容に大きな違いがある一例として生検時の対応を表1に示した。日米の内視鏡学会の基準とも、内視鏡下手技を出血リスクの高い手技と低い手技に、基礎疾患を血栓塞栓症発症リスクの高い疾患と低い疾患に分類して、それぞれの場合の対応例を記載している。特徴として米国内視鏡学会ガイドラインでは出血リスクの低い内視鏡下手技の場合は抗血栓薬継続のまま処置することを奨めており、日本の内視鏡学会ガイドラインは血栓塞栓症発症のリスクが低い場合は内服中止を奨めている。一方、循環器学会等のガイドラインでは内視鏡下生検を大手術に準ずると規定し、ヘパリンによる代替療法を推奨しており、より血栓塞栓症の予防に主眼を置いたガイドラインとなっている。

表1 各種ガイドラインによる内視鏡下生検時の対応

#### 米国消化器内視鏡学会のガイドライン

warfarin：内服はそのまま継続する  
 aspirin：内服はそのまま継続する  
 ticlopidine：内服はそのまま継続する

#### 日本循環器学会、血栓止血学会等のガイドライン

warfarin：3~5日前までに中止しヘパリンに置換する  
 aspirin：7日前に内服を中止する  
 ticlopidine：10~14日前に内服を中止する

#### 日本消化器内視鏡学会のガイドライン

warfarin：3~4日前に内服を中止する  
 血栓症の危険性が高い症例はヘパリン置換する  
 aspirin：3日前に内服を中止する  
 ticlopidine：5日前に内服を中止する  
 aspirin, ticlopidine 併用例：7日前に中止する

### 抗血栓治療患者への 内視鏡検査時の対応マニュアル

このように人種や立場によりガイドラインそのものに差異が生じて来ているが、日本消化器内視鏡学会のガイドライン中に重要な提言がなされている。すなわち「出血傾向、血栓形成ともに個人差・人種差が大きい本指針を絶対視することなく、個々の例で十分検討すること」、「各施設で行う内視鏡治療の種類・程度が異なるため、本指針を参考に施設毎のマニュアルを作製して運用すること」の二点である。と

くに後者に関しては内視鏡手技の巧拙のみならず術後出血時の緊急対応態勢などに施設間格差があると思われ, 夜間に緊急内視鏡下止血を行えないような施設では出血予防に重きを置いたマニュアルの作成が必要になるであろうし, 十分なスタッフを有し種々の合併症を持った患者も積極的に治療を行うような施設では血栓塞栓症予防に重きを置いたマニュアルが必要になるであろう. 内視鏡検査を行う施設では, どのような小さな施設または検査数の少ない施設であっても, 各々の施設で抗血栓薬内服者への対応マニュアルを作製することを基本とするべきである.

我々の施設においても各種ガイドラインの発表・改訂や, クロピドグレル等の新薬の登場に伴い院内マニュアルを改訂し診療を行ってきたが, コントロール不能な出血性偶発症には遭遇していない. 一方, 内視鏡治療に伴うものではない消化管出血をきたした抗血栓薬内服症例で致死的血栓性偶発症を経験しており, 安易な抗血栓薬中止ではなく確実な止血と, 早期のヘパリン代替が重要と思われる.

### 内視鏡検査前の抗血栓治療中止

さて, 抗血栓薬内服者の内視鏡検査前の取り扱いの問題点のひとつが, 生検やポリペクトミーの必要性は検査を施行した時点でしか判らないことである. 我々の施設では初回内視鏡検査は内服継続のまま行い, 生検や処置が必要であれば後日あらためて内服中止またはヘパリン置換を行ったうえで再検査を行うことを勧めている. しかしながら患者さんによっては二回検査を受ける可能性を納得して頂けず, 初回から抗血栓薬を中止して検査に臨むことも少なくない. 実際, 前述の1年間の調査では641件の内視鏡検査でヘパリン置換なしに抗血栓薬が中止されていたが, そのうち346件では観血的処置は行われておらず, 不必要な血栓性偶発症の危

険にさらされていた. 今後は抗血栓治療中止に関する説明文書・同意書の整備も必要と考えられる.

### 個々の症例における内視鏡治療の適応について

内視鏡の診断能が向上し, 種々の内視鏡治療技術が開発されている今日, 患者の予後を左右しないと思われる微少な病変が見つかる機会は増加している. また将来的に悪性化の可能性が否定できないとの理由で, 多くの大腸腺腫は内視鏡的切除がなされている. 抗血栓治療を受けている患者さんにおいては出血のリスクのみならず基礎疾患のリスクも背負っている場合が多い. それらのリスクを考慮しても, 内視鏡で発見された病変が内視鏡治療を行うに値するか否か, 十分なインフォームド・コンセントに基づきつつ対応することが望まれる.

### 文 献

- 1) Standards of Practice Committee of American Society for Gastrointestinal Endoscopy: Guideline on the management of anticoagulation and antiplatelet therapy for endoscopic procedures. *Gastrointest. Endosc.* **55**: 775-779, 2002.
- 2) ASGE guideline: the management of low-molecular-weight heparin and nonaspirin antiplatelet agents for endoscopic procedures. *Gastrointest. Endosc.* **61**: 189-194, 2005.
- 3) 笠貫宏, 青崎正彦, 池田康夫, 石丸新, 井上博, 内山真一郎, 小川久雄, 川副浩平, 米田正始, 住吉徹哉, 高野照夫, 中澤誠, 中谷武嗣, 野々木宏, 堀正二, 山口武典, 浅野竜太, 岩出和徳, 上塚芳郎, 坂本知浩, 佐藤直樹, 田上憲次郎, 恒吉裕史, 中居賢司, 花谷彰久, 矢坂正弘, 村崎かがり: 循環器疾患における抗凝固・抗血小板療法に関するガイドライン. *Circulation Journal* **68** (Suppl.IV): 1153-1230, 2004.
- 4) 井戸健一, 富樫一智, 山本博徳, 佐藤貴一: 内視鏡治療を行う場合の抗血小板・抗凝固薬の取り扱い. *Gastroenterol Endosc.* **46**: 2079-2085, 2004.
- 5) Komatsu T, Tamai Y, Takami H, Yamagata K, Fukuda S, Munakata A.: Study for determination of the optimal cessation period of therapy with anti-platelet agents prior to invasive endoscopic procedures. *J. Gastroenterol.* **40**: 698-707, 2005.
- 6) 小越和栄, 金子榮藏, 多田正大, 峯 徹哉, 芳野純治, 矢作直久, 後藤信哉: 内視鏡治療時の抗凝固薬, 抗血小板薬使用に関する指針. *Gastroenterol Endosc.* **47**: 2691-2695, 2005.