

第 52 回 日本消化器内視鏡学会東海地方会

日時：平成 21 年 12 月 12 日（土）午前 8 時 55 分より

会場：名古屋国際会議場

〒456-0036 名古屋市熱田区熱田西町1番1号

TEL：052-683-7711

会長：乾 和郎

藤田保健衛生大学坂文種報徳會病院 消化器内科

〒454-8509 名古屋市中川区尾頭橋3-6-10

TEL：052-321-8171

附 第28回東海消化器内視鏡技師研究会

世話人：古川 ふさ子

四日市健診クリニック 内視鏡室

TEL：059 330 7722

第 52 回 日本消化器内視鏡学会東海地方会 プログラム

日 時：平成 21 年 12 月 12 日（土）午前 8 時 55 分より

会 場：名古屋国際会議場

〒 456-0036 名古屋市熱田区熱田西町1番1号

TEL：052-683-7711

総合受付	1号館4階	ロビー
PCセンター	1号館4階	会議室141
第1会場	1号館4階	レセプションホール西
第2会場	1号館4階	会議室142
第3会場	1号館3階	会議室131・132
第4会場	1号館3階	会議室133・134
クローク	1号館4階	会議室141
企業展示	1号館3・4階	ロビー
ドリンクサービス	1号館4階	会議室143
本 部	2号館2階	会議室224

会 長：乾 和郎

藤田保健衛生大学坂文種報徳會病院 消化器内科

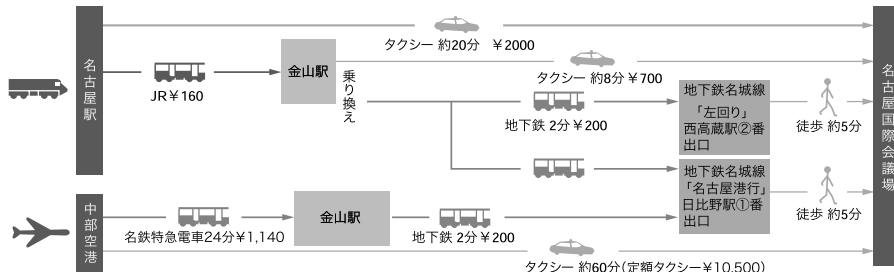
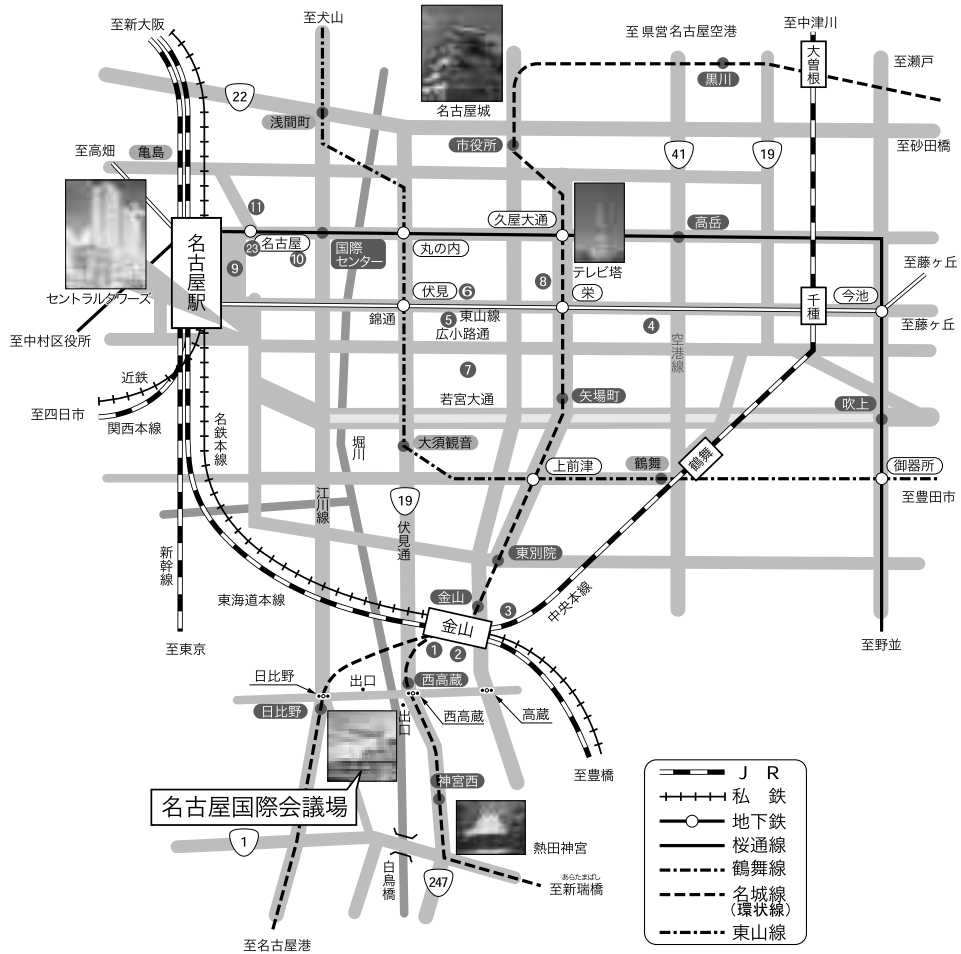
〒454-8509 名古屋市中川区尾頭橋3-6-10

TEL：052-321-8171

【目 次】

会場への交通のご案内	4
会場のご案内	5
タイムスケジュール	6
ご案内・お願い	7
特別講演（第1会場）	9
ランチョンセミナー（第3・4会場）	11
シンポジウム（第1会場）	15
パネルディスカッション（第1会場）	19
一般演題プログラム（第2会場）	23
一般演題プログラム（第3会場）	35
一般演題プログラム（第4会場）	45
抄録	51
第28回東海消化器内視鏡技師研究会プログラム	83
協賛企業一覧・広告	87

【会場への交通のご案内】

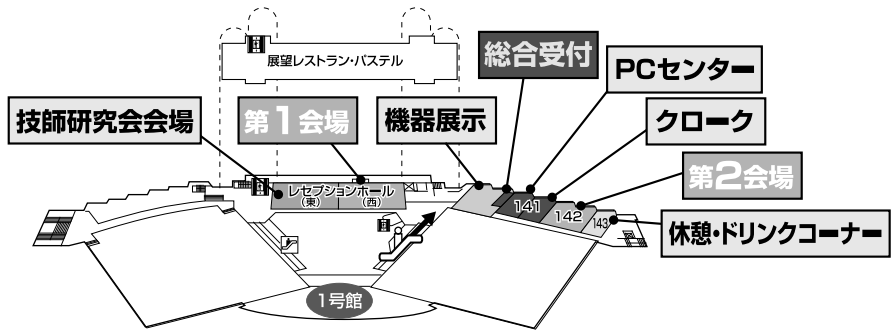


● 公共交通機関をご利用下さい。

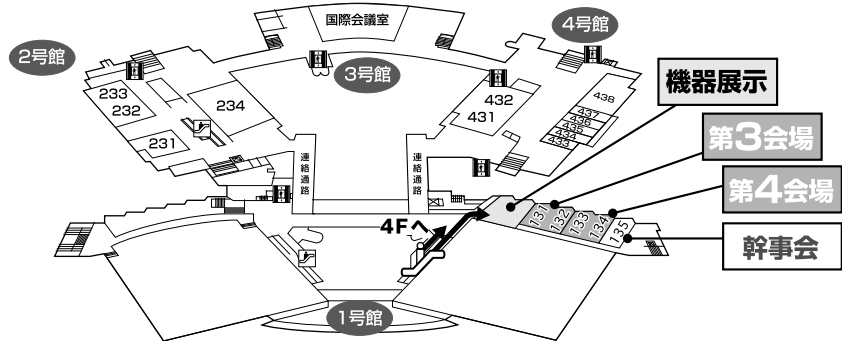
- | | | | |
|-------------------|----------------|-----------------|----------------------------|
| ① ホテルグランコート名古屋 | ② サイプレスガーデンホテル | ③ 金山フシントンホテルプラザ | ④ 名古屋東急ホテル |
| ⑤ 名古屋国際ホテル | ⑥ 東京第一ホテル錦 | ⑦ プリンセスガーデンホテル | ⑧ アパホテル名古屋錦 (旧名古屋不二パークホテル) |
| ⑨ 名古屋マリオットアソシアホテル | ⑩ ホテルキャッスルプラザ | ⑪ ホテルサンルート名古屋 | ⑫ 駅前モンブランホテル |

【会場のご案内】

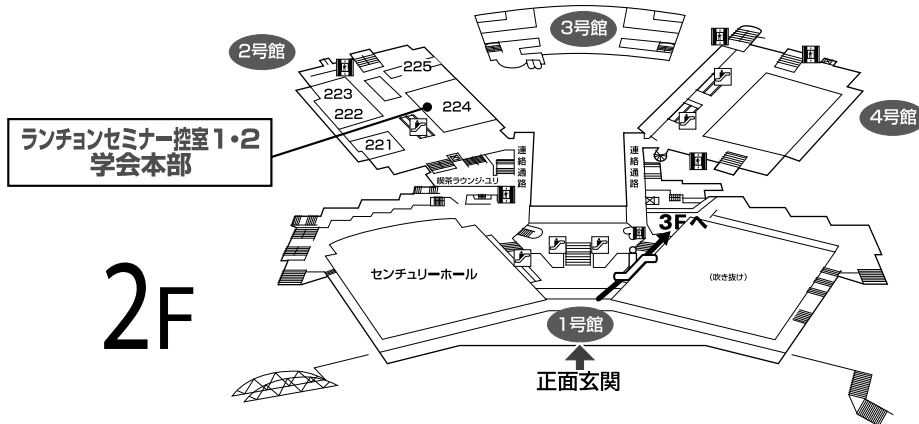
4F



3F



2F



タイムスケジュール

	第1会場 (レセプションホール西)	第2会場 (会議室142)	第3会場 (会議室131・132)	第4会場 (会議室133・134)
8:55	開会の辞			
9:00	9:00~11:30 シンポジウム 司会:大宮 直木 荒木 寛司	9:00~9:30 膵1 座長:伊藤 彰浩	9:00~9:40 食道1 座長:田中 匡介	9:00~9:30 大腸5 座長:黒岩 正憲
		9:30~10:10 膵2 座長:景岡 正信	9:40~10:20 食道2 座長:亀井 昭	9:30~10:00 大腸6 座長:妹尾 恭司
10:00		10:10~10:40 膵3 座長:瀧 智行	10:20~11:00 食道3 座長:小林 隆	10:00~10:50 小腸 座長:安藤 貴文
11:00		10:40~11:20 胆道 座長:三好 広尚		10:50~11:40 十二指腸 座長:片岡 洋望
		11:20~12:00 胃1 座長:山田 雅弘		
12:00	12:00~12:45 評議員会		12:00~13:00 ランチョンセミナー1 講師:松井 敏幸 司会:後藤 秀実	12:00~13:00 ランチョンセミナー2 講師:岡崎 和一 司会:柳野 正人
12:45	12:45~13:00 総会		共催:ゼリア新薬工業株式会社 協和発酵キリン株式会社	共催:エーザイ株式会社
13:00	13:00~14:00 特別講演 講師:田尻 久雄 司会:芳野 純治			
14:00	14:00~16:30 パネルディスカッション 司会:大原 弘隆 菊山 正隆	14:00~14:40 胃2 座長:都築 智之	14:00~14:30 大腸1 座長:池原 久朝	
15:00		14:40~15:20 胃3 座長:丹羽 康正	14:30~14:50 大腸2 座長:杉山 昭彦	
		15:20~15:50 胃4 座長:杉山 和久	15:00~15:40 大腸3 座長:山田 智則	
		15:50~16:30 胃5 座長:深尾 俊一	15:40~16:10 大腸4 座長:高木 篤	
16:00				
16:30	閉会の辞			

【ご案内・お願い】

会場整理費

- ・本学会では、会場整理費として一人2,000円を総合受付にてお支払いいただきます。
- ・受付時に、ネームカード（兼領収証）とプログラム抄録集をお渡し致します。

演題発表

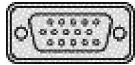
- ・パソコンによる発表となります。
- ・発表時間 一般演題・・・口演6分・討論4分
シンポジウム・・・司会者の指示どおりをお願いします。
パネルディスカッション・・・司会者の指示どおりをお願いします。
- ・発表時間30分前までにPCセンターにて受付をして下さい。
- ・USBフラッシュメモリー、CD-R、又は、ご自身でお持込みになるPC以外では発表できません。
- ・動画などの参照ファイルがある場合は、全てのデータを同じフォルダに入れてください。
また、発表データ以外のデータは入れないでください。
- ・演台上のキーボード、マウスにて先生ご自身でスライドを進めて下さい。
- ・受付したデータは学会終了後、事務局にて責任を持って消去致します。

データ作成上の留意点

- ・会場PCのOSはWindows XP、ソフトはPower Point2003とPower Point2007です。
- ・フォントはOS(Windows XP)標準のもののみご用意いたします。
- ・Macintoshにて作成の場合、事前にWindows上での動作確認と、Windows用にデータ変換を行った上でのご用意をお願いします。
動画ファイルはWindows XP(OS)及びWindows Media Player9の初期状態に含まれるコーデックで再生できる動画ファイルをお持ちください(動画は、WMV形式を推奨します)。
- ・メディアは、ウイルス定義データを最新のものに更新された状態のセキュリティソフトで、メディアにウイルスが感染していない事を確認の上お持込下さい。
- ・動作確認は作成に使用したPC以外のWindowsで行ってください。
- ・画面の解像度はXGA(1024×768)が推奨です。
このサイズより大きいまたは小さい場合、画質の劣化につながります(会場プロジェクターのリアル解像度がXGAになっていますので、最適な画質が得られます)。

発表にご自身のPCをご使用になる方へ

- ・発表予定時間の30分前までにPCセンターへお越し下さい。
- ・PCセンターの試写用モニターにてケーブルの接続を確認してください。
- ・PCセンターではD-sub15ピン(ミニ)のケーブルをご用意いたします。
- ・一部のノートパソコンでは本体附属(または別売り)のコネクターが必要な場合がありますので、必ずお持ちください。



D-sub15ピン(ミニ)



付属外部出力 ケーブル 例

- ・ノートパソコンから外部モニターに正しく出力されるか確認してください。
 - ・画面の解像度はXGA(1024×768)が推奨です。
 - ・動画や音声をご使用になる場合は、機材登録の際に必ずお知らせください。
 - ・あらかじめ、スクリーンセーバー、省電力設定を解除してください。
 - ・会場にて電源をご用意しておりますので、ACアダプターを必ずお持ちください。
- ご発表予定時間の20分前(講演中でもかまいません)までに会場内左手前方演台付近のPCデスクまでお越しのうえ、スタッフにPCをお渡しください。スタッフがケーブルを接続し、外部出力の確認を行います。
- ・ご発表時には、演台にセットされているマウスをご使用ください。
 - ・念のため、バックアップデータを必ずお持ちください。

座長の先生へ

- ・座長の先生は、総合受付に併設の座長受付にてご出席の確認をお済ませいただき、各担当セッションの開始15分前までに会場内右前方にご着席下さい。

評議員会

日時：平成21年12月12日(土) 12:00~12:45

会場：第1会場(レセプションホール西)

昼食をご用意しておりますが、各自弁当代をお支払いいただきます。

総会

日時：平成21年12月12日(土) 12:45~13:00

会場：第1会場(レセプションホール西)

企業展示、ドリンクサービス、クローク

企業展示・・・1号館3階・4階 ロビー

ドリンクサービス・・・1号館4階(会議室143)

クローク・・・1号館4階(会議室141)

特別講演

『新しい内視鏡観察の研究と今後の展開』

講師：東京慈恵会医科大学内科学講座消化器・肝臓内科 田尻久雄

司会：藤田保健衛生大学坂文種報徳會病院消化器内科 芳野純治

第1会場
13：00～14：00

ランチオンセミナー 1

『炎症性腸疾患の診断と治療 最前線』

講師：福岡大学筑紫病院消化器科 松井敏幸

司会：名古屋大学大学院消化器内科学 後藤秀実

共催：ゼリア新薬工業株式会社、協和発酵キリン株式会社

第3会場
12：00～13：00

ランチオンセミナー 2

『自己免疫性膵炎の研究と今後の展開』

講師：関西医科大学附属枚方病院内科学第三講座 岡崎和一

司会：名古屋大学大学院腫瘍外科学 榑野正人

共催：エーザイ株式会社

第4会場
12：00～13：00

シンポジウム

『消化管に対する内視鏡治療の現況と今後の展望』

司会：名古屋大学大学院消化器内科学
岐阜大学医学部附属病院光学医療診療部

大宮直木
荒木寛司

第1会場
9：00～11：30

第1会場

シンポジウム 9:00~11:30

司会：名古屋大学大学院消化器内科学

大宮直木

岐阜大学医学部附属病院光学医療診療部 荒木寛司

- S-1 PPI抵抗性非びらん性胃食道逆流症（NERD）に対する内視鏡治療の可能性
愛知医科大学消化器内科¹⁾、中央臨床検査部²⁾
舟木 康¹⁾²⁾、佐々木誠¹⁾、春日井邦夫¹⁾
- S-2 ITナイフ2を用いた食道ESDの治療成績
静岡県立静岡がんセンター 内視鏡科
田中雅樹、滝沢耕平、角嶋直美、池原久朝、松林宏行、小野裕之
- S-3 胃ESDにおけるCO2送気の安全性に関する検討
静岡県立静岡がんセンター 内視鏡科
西出憲史、滝沢耕平、田中雅樹、角嶋直美、池原久朝、松林宏行、小野裕之
- S-4 胃腫瘍に対するESDと拡大内視鏡
三重大学医学部附属病院 消化器・肝臓内科¹⁾、光学医療診療部²⁾
田野俊介¹⁾、田中匡介²⁾、原田哲朗¹⁾、西川健一郎、井口正士、井上宏之、
葛原正樹、堀木紀行²⁾、竹井謙之¹⁾
- S-5 当院における内視鏡的粘膜下層剥離術（ESD）の現状
公立学校共済組合 東海中央病院 消化器内科¹⁾、
名古屋大学院医学系研究科 消化器内科学²⁾、
名古屋大学附属病院光学医療診療部³⁾
森島大雅¹⁾、井上匡央¹⁾、清野隆史¹⁾、川端邦裕¹⁾、石川英樹¹⁾、古川和宏²⁾、
宮原良二³⁾
- S-6 後期高齢者早期胃癌における内視鏡治療の適応について
山下病院 消化器内科
富田 誠、小田雄一、瀧 智行
- S-7 早期胃管癌および早期残胃癌に対するESDの検討
岐阜市民病院 消化器内科
杉山昭彦、名倉一夫、加藤則廣

- S-8 当院における大腸ESDの現状
名古屋大学大学院医学系研究科 消化器内科
白井 修、大宮直木、後藤秀実
- S-9 大腸ESDにおけるB-knifeの有用性についての検討
愛知県がんセンター中央病院 消化器内科部¹⁾、内視鏡部²⁾
近藤真也¹⁾、田近正洋²⁾、丹羽康正²⁾
- S-10 ESD時代の大腸腫瘍性病変治療の現状と問題点
松田病院 内視鏡センター
浅野道雄、川上和彦、中井勝彦、田中荘一、木村浩三、野中雅彦、
矢野孝明、田島雄介、松田保秀
- S-11 当院における消化管悪性腫瘍に対するESDの現況と今後の展望
名古屋第二赤十字病院・消化器内科¹⁾、
名古屋市立大学大学院・消化器・代謝内科学²⁾
山田智則¹⁾、折戸悦朗¹⁾、城 卓志²⁾
- S-12 悪性胃十二指腸狭窄に対するSEMSを用いた内視鏡的緩和治療
岐阜県立多治見病院 消化器内科
吉村至広、佐野 仁、戸川昭三
- S-13 経胃瘻の内視鏡を用いた経皮内視鏡的空腸瘻造設術を施行し有用であった2例
平野総合病院・消化器科¹⁾、西美濃厚生病院・内科²⁾
塚田良彦¹⁾、島崎 信¹⁾、西脇伸二²⁾
- S-14 当科におけるバルーン小腸内視鏡検査と治療の現況
岐阜大学医学部付属病院 消化器病態学
井深貴士、荒木寛司、森脇久隆
- S-15 新規光線力学的治療法の開発 糖鎖連結クロリンの有用性
名古屋市立大学大学院 消化器・代謝内科学
田中 守、片岡洋望、城 卓志

パネルディスカッション

『胆膵疾患に対する内視鏡診断と治療戦略』

司会：名古屋市立大学大学院地域医療教育学
静岡県立総合病院消化器科

大原弘隆
菊山正隆

第1会場
14：00～16：30

第1会場

パネルディスカッション 14:00~16:30

司会：名古屋市立大学大学院地域医療教育学 大原弘隆

司会：静岡県立総合病院消化器科 菊山正隆

- P-1 NBI併用経口胆道鏡による胆管病変診断
岐阜大学第一内科
中島賢憲、安田一郎、森脇久隆
- P-2 Sonazoid®を用いた膵腫瘍性疾患診断の有用性の検討
名古屋大学大学院医学系研究科 消化器内科学¹⁾、
名古屋大学医学部附属病院 光学医療診療部²⁾
松原 浩¹⁾、伊藤彰浩²⁾、廣岡芳樹²⁾
- P-3 ガイドワイヤルーメン付き経乳頭的生検鉗子の開発と有用性
小牧市民病院消化器科
林大樹朗、平井孝典、中川 浩
- P-4 当院における膵腫瘍に対するEUS - FNA症例の検討
山下病院 消化器内科
鶴留一誠、瀧 智行、江藤奈緒
- P-5 IgG4関連硬化性胆管炎診断におけるERCの有用性
- 胆管腔内超音波、内視鏡的胆管生検も含めて -
名古屋市立大学大学院 消化器・代謝内科学¹⁾、地域医療教育学²⁾
内藤 格¹⁾、中沢貴宏¹⁾、大原弘隆²⁾
- P-6 内視鏡検査による自己免疫性膵炎と膵胆道癌との鑑別
静岡県立静岡がんセンター 内視鏡科
松林宏行、今井健一郎、澤井寛明、西出憲史、黄 勇澤、池原久朝、
滝沢耕平、角嶋直美、田中雅樹、小野裕之
- P-7 膵仮性嚢胞に対する内視鏡治療の検討
岐阜市民病院
岩田圭介、向井 強、富田栄一

P-8 非切除悪性中下部胆道狭窄へのMetallic Stent選択

聖隷浜松病院

木全政晴、岡田勝治、市川仁美、佐原 秀、谷 伸也、芳澤社、
館野 誠、室久 剛、熊岡浩子、清水恵理奈、細田佳佐、長澤正通、
佐藤嘉彦

P-9 一期的腹腔鏡下胆嚢摘出術 / 腹腔鏡下総胆管結石切石術の
術前経乳頭的胆道ドレナージにおいてERCP後膵炎予防を
目的とした膵管ステント留置の有用性の検討

名古屋第二赤十字病院 消化器内科¹⁾、外科²⁾

坂 哲臣¹⁾、折戸悦朗¹⁾、長谷川洋²⁾

P-10 膵癌術前放射線化学療法（NCRT）における内視鏡診断、治療

三重大学 消化器肝臓内科¹⁾、光学医療診療部²⁾、肝胆膵外科³⁾

井上宏之¹⁾、西川健一郎¹⁾、葛原正樹¹⁾、原田哲郎¹⁾、井口正士¹⁾、
田野俊介¹⁾、田中匡介²⁾、堀木紀行²⁾、伊佐地秀司³⁾、竹井謙之¹⁾

P-11 膵頭十二指腸切除後胆管空腸吻合部狭窄の内視鏡治療戦略

静岡県立総合病院 消化器内科

松村和宜、木村勇斗、菊山正隆

P-12 内視鏡を使用し治療したPD術後膵消化管吻合部狭窄6例の検討

浜松労災病院 消化器内科

大田悠司、菊山正隆、鈴木さつき、仲程 純、小出茂樹

一般演題プログラム (第2会場)

お断わり：原則的に講演者が入力したデータをそのまま掲載しておりますので、一部施設名・演者名・用語等の表記不統一がございます。あらかじめご了承ください。

第2会場

膵1 9:00~9:30

座長：名古屋大学大学院医学系研究科 消化器内科学 伊藤 彰浩

- 1 EUS-FNAが治療方針の決定に有用であった肺癌膵転移の1例
山田赤十字病院 消化器科
黒田幹人、杉本真也、山村光弘、大山田純、川口真矢、亀井 昭、
佐藤兵衛、福家博史

- 2 EUS-FNAで診断し、EUS-CPNで疼痛コントロールを行った膵癌の一例
公立学校共済組合 東海中央病院 消化器内科
清野隆史、井上匡央、森島大雅、川端邦裕、石川英樹

- 3 EUS-FNAにて術前診断が可能であった嚢胞変性を伴う膵内分泌腫瘍の1例
愛知県がんセンター中央病院・消化器内科部¹⁾、内視鏡部²⁾
小林佑次¹⁾、原 和生¹⁾、澤木 明¹⁾、水野伸匡¹⁾、今村秀道¹⁾、脇岡 範¹⁾、
丹羽康正²⁾、田近正洋²⁾、河合宏紀²⁾、近藤真也¹⁾、松本和也¹⁾、佐伯 哲¹⁾、
鈴木晴久¹⁾、赤羽麻奈¹⁾、山雄健次¹⁾

- 4 超音波内視鏡下膵のう胞ドレナージが有用であった膵仮性のう胞の1例
藤田保健衛生大学 肝胆膵内科
中野卓二、橋本千樹、川部直人、原田雅生、新田佳史、村尾道人、
嶋崎宏明、有馬裕子、吉岡健太郎

- 5 超音波内視鏡下膵嚢胞ドレナージの2例
山田赤十字病院 消化器科
川口真矢、杉本真也、山本 玲、山村光弘、大山田純、黒田幹人、亀井 昭、
佐藤兵衛、福家博史

- 6 主膵管狭窄を示した膵漿液性嚢胞腺腫の1例
藤田保健衛生大学 坂文種報徳会病院 内科
服部信幸、芳野純治、乾 和郎、若林貴夫、奥嶋一武、小林 隆、三好広尚、
渡邊真也、服部昌志、木村行雄、内藤岳人、小坂俊仁、磯部 祥、
友松友一郎、山本智支、成田賢生、鳥井淑敬

- 7 胃穿破をきたした主膵管型IPMCの1例
大同病院 消化器・総合内科
小川和昭、藤原 晃、榊原聡介、野々垣浩二、印牧直人

- 8 FDG-PET検査が陽性であった自己免疫性膵炎の1例
朝日大学村上記念病院 消化器内科¹⁾、
岐阜大学医学部附属病院 第一内科²⁾、病理部³⁾
大洞昭博、小島孝雄、加藤隆弘、橋本宏明、堀江秀樹、福田信宏、
高野幸彦、奥田順一、井田和徳¹⁾、安田一朗²⁾、広瀬善信³⁾
- 9 心窩部痛・吐血を契機に発見された脾動脈瘤の1例
春日井市民病院
尾関貴紀、加藤晃久、稲垣佑祐、松波加代子、片野敬仁、望月寿人、
高田博樹、祖父江聡、妹尾恭司、伊藤和幸
- 10 感染性膵壊死に対する内視鏡的ネクロセクトミー
岐阜大学医学部附属病院・第一内科
土井晋平、安田一朗、中島賢憲、久保田全哉、岩砂淳平、今井健二、
安田陽一、大澤陽介、鶴見 寿、森脇久隆

- 11 IgG4 関連硬化性胆管炎の一例
静岡県立静岡がんセンター 内視鏡科¹⁾、病理部²⁾
澤井寛明¹⁾、松林宏行¹⁾、田中雅樹¹⁾、角嶋直美¹⁾、滝沢耕平¹⁾、
池原久朝¹⁾、小野裕之¹⁾、佐々木恵子²⁾

- 12 十二指腸癌による閉塞性黄疸に対して
超音波内視鏡下胆道ドレナージ (EUS-BD) を施行した1例
東海中央病院 消化器内科
井上匡央、清野隆史、森島大雅、川端邦裕、石川英樹

- 13 遺伝性球状赤血球症に合併した小児総胆管結石の1例
名古屋第一赤十字病院 消化器内科
佐藤亜矢子、春田純一、山口丈夫、伊東輝朋、西野正路、平山 裕、
山 剛基、松下正伸、中村一平、小林寛子、澤田つな騎、水谷泰之

- 14 表層進展を認めた胆管癌の1切除例
松阪中央総合病院 胃腸科¹⁾、外科²⁾、病理科³⁾、
藤原雅也¹⁾、直田浩明¹⁾、高山玲子¹⁾、浦出伸治¹⁾、金子昌史¹⁾、
今井奈緒子¹⁾、加藤憲治²⁾、三田孝行²⁾、福留寿生³⁾、小林一彦¹⁾

- 15 胃原発内分泌細胞癌の1例
済生会松阪総合病院・内科
河俣浩之、小田裕靖、稲垣悠二、脇田喜弘、橋本 章、清水敦哉、
中島啓吾
- 16 胃、小腸、肺に同時多発したMALTリンパ腫の一例
静岡市立静岡病院 消化器内科
近藤貴浩、小柳津竜樹、田中俊夫、高橋好朗、濱村啓介、大野和也、
岡崎 敬、鈴木 亮、中村尚広、黒石健吾
- 17 興味ある形態の変化を示し診断に苦慮した重複早期胃癌の1例
名古屋記念病院 消化器内科¹⁾、名古屋第二赤十字病院 消化器外科²⁾
鈴木重行¹⁾、菅内文中¹⁾、新家卓郎¹⁾、都築亜夜¹⁾、近藤 啓¹⁾、
神谷 聡¹⁾、山内 学¹⁾、長谷川洋²⁾
- 18 超音波内視鏡下吸引生検（EUS-FNA）にて確診を得た胃粘膜下腫瘍様胃癌の1例
愛知県がんセンター中央病院 消化器内科¹⁾、内視鏡部²⁾
佐伯 哲¹⁾、丹羽康正²⁾、田近正洋²⁾、澤木 明¹⁾、水野伸匡¹⁾、
原 和生¹⁾、河合宏紀²⁾、肱岡 範¹⁾、今村秀道¹⁾、近藤真也¹⁾、
小林佑次¹⁾、松本和也¹⁾、赤羽麻奈¹⁾、鈴木晴久¹⁾、山雄健次¹⁾

胃 2 14 : 00 ~ 14 : 40

座長：独立行政法人国立病院機構名古屋医療センター 消化器科 都築 智之

19 ESDを施行した胃カルチノイドの1例

JA愛知厚生連豊田厚生病院 内科

松崎一平、竹内淳史、大久保賢治、森田 清、金沢宏信、下郷友弥、
伊藤隆徳、竹山友章、西村大作、片田直幸

20 胃ESD後の潰瘍再発に関する検討

静岡県立静岡がんセンター 内視鏡科

黄 勇澤、角嶋直美、田中雅樹、滝沢耕平、池原久朝、松林宏行、小野裕之

21 ESD広汎切除後におきた合併症の2例

中野胃腸病院

舟曳純仁、深尾俊一、山崎雅彦、横田広子、鈴木智貴、小川 了、
溝口公士、前田祐三

22 胃ESD困難例に対しダブルスコープが有用であった一例

半田市立半田病院

島田礼一郎、神岡諭郎、森井正哉、岩下紘一、亀井圭一郎、安藤通崇、
廣崎拓也、大塚泰郎

- 23 内視鏡治療しえた胃石の3例
朝日大学村上記念病院消化器内科
堀江秀樹、加藤隆弘、小島孝雄、橋本宏明、福田信宏、高野幸彦、
大洞昭博、奥田順一、井田和徳
- 24 コーラによる溶解療法が奏功した胃潰瘍を伴った柿胃石の1例
偕行会 名古屋共立病院・消化器内科¹⁾、名古屋大学大学院消化器内科学²⁾
広瀬 健、竹田欽一、宇都宮節夫、多賀雅浩、川田 登、池田 誉、
水谷佳貴¹⁾、後藤秀実²⁾
- 25 多発肝膿瘍，脾膿瘍を来たした胃蜂窩織炎の1例
医療法人明陽会 成田記念病院 消化器科¹⁾、NTT西日本東海病院 内科²⁾
坂田稔之¹⁾、成田真¹⁾、山田尚史²⁾、塚田勝比古²⁾、武内俊彦²⁾
- 26 寄生虫による消化管疾患の2例
浜松労災病院
仲程 純、菊山正隆、鈴木さつき、大田悠司、小出茂樹

胃 4 15 : 20 ~ 15 : 50

座長 : JA岐阜厚生連 久美愛厚生病院 農村検診センター 杉山 和久

- 27 食道癌放射線治療後の放射線性出血性胃炎にアルゴンプラズマ凝固療法が有用であった一例

岐阜市民病院 消化器内科¹⁾、中検病理²⁾

川出尚史¹⁾、小木曾富生、宮崎恒起、山田祥子、永野淳二、鈴木祐介、岩田圭介、向井 強、林 秀樹、杉山昭彦、西垣洋一、名倉一夫、加藤則廣、富田栄一、山田鉄也²⁾

- 28 インターフェロン・リバビリンにて加療中に発症した胃出血の一例

岐阜大学医学部消化器病態学

福田和史、内木隆文、二宮空暢、小川憲吾、小野木章人、井深貴士、高井光治、荒木寛司、永木正仁、森脇久隆

- 29 胃粘膜下腫瘍様を呈した脾動脈瘤の一例

春日井市民病院

加藤晃久、尾関貴紀、稲垣佑祐、松波加代子、片野敬仁、望月寿人、高田博樹、祖父江聡、妹尾恭司、伊藤和幸

- 30 経皮内視鏡的胃瘻造設術（PEG）困難例に対しEUSガイド下穿刺法を用いて胃瘻造設を行った一例
岐阜県厚生連 西美濃厚生病院 内科
渡部直樹、畠山啓朗、西脇伸二、高田 淳、浅野貴彦、岩下雅秀、
田上 真、林 隆夫、前田晃男、齋藤公志郎
- 31 PULL法PEGにおける適正な抗生剤投与期間の検討
協立総合病院 消化器内科
名和晋輔、高木 篤、江間幸雄、森 智子、中澤幸久
- 32 PEGにおけるBall Valve Syndrome の2症例
名古屋医療センター 消化器内科
浦岡正尚、岩瀬弘明、島田昌明、都築智之、平嶋 昇、日比野祐介、
渡邊久倫、龍華庸光、齋藤雅之、玉置 大、柿澤麻子、寺尾美咲
- 33 検診車での経鼻内視鏡検診導入の実際
～経鼻内視鏡専用検診車導入後1年半872例の検討～
池田病院¹⁾、東京女子医大消化器病センター外科²⁾
池田 聡¹⁾、岡村博文¹⁾、池田 誠¹⁾、中島 豪²⁾、後藤祐一郎²⁾、
大木岳志²⁾

一般演題プログラム (第3会場)

お断わり：原則的に講演者が入力したデータをそのまま掲載しておりますので、一部施設名・演者名・用語等の表記不統一がございます。あらかじめご了承ください。

第3会場

食道1 9:00~9:40

座長：三重大学医学部附属病院 光学医療診療部 田中 匡介

- 34 ESDにて3病変を同時一括切除し得た早期食道癌の1例
山田赤十字病院 消化器科
亀井 昭、杉本真也、山本 玲、山村光弘、黒田幹人、大山田純、
川口真矢、福家博史、佐藤兵衛
- 35 全麻下ESDにて切除し得た食道乳頭腫の1例
名古屋大学大学院医学系研究科・消化器内科学¹⁾
名古屋大学医学部附属病院・光学医療診療部²⁾
立松英純¹⁾、宮原良二²⁾、長屋寿彦¹⁾、船坂好平¹⁾、坂野閣紀¹⁾、
古川和宏¹⁾、坂巻慶一¹⁾、中村正直¹⁾、川嶋啓揮¹⁾、伊藤 彰浩¹⁾、
大宮直木¹⁾、渡辺 修¹⁾、安藤貴文¹⁾、廣岡芳樹²⁾、後藤 秀実^{1,2)}
- 36 内視鏡的切除術を行った食道・胃・大腸の三重複癌の一例
豊橋市民病院
川口 彩、浦野文博、藤田基和、山田雅弘、北畠秀介、石黒裕規、
山本英子、林 寛子、山田 哲、大林友彦、河合 学、山雄健太郎、
岡村正造
- 37 食道静脈瘤を合併した食道表在癌にESDを施行した1例
JA愛知江南厚生病院 消化器内科
佐々木洋治、堤 靖彦、吉田大介、古田武久、板津孝明、加藤幸一郎、
富永雄一郎、丹羽慶樹、小林健一、小宮山琢真

- 38 食道壁内転移を来した食道胃接合部腺癌の2手術症例
木沢記念病院・外科¹⁾、木沢記念病院・消化器科²⁾
伊藤由裕¹⁾、山本淳史¹⁾、角 泰廣¹⁾、尾関 豊¹⁾、杉山 宏²⁾
- 39 食道癌放射線照射後癒着に対し経胃的内視鏡処置を行った1例
藤枝市立総合病院 消化器科
池谷賢太郎、丸山保彦、景岡正信、永田 健、大畠昭彦、野田裕児、
三輪一太、森 雅史
- 40 全身麻酔下に内視鏡的治療を行った頸部食道表在癌の1例
静岡県立総合病院 消化器内科
大村麻実、松村和宜、上田 樹、赤松和夫、重友美紀、木村勇斗、
丸野貴久、黒上貴史、白根尚文、鈴木直之、吉川俊之、菊山正隆
- 41 食道静脈瘤上に食道癌を合併したアルコール性肝硬変の一部検例
公立陶生病院消化器内科
古根 聡、森田敬一、黒岩正憲、坂田豊博、林 隆男、清水裕子、
松浦哲生、山本富美子、菊池正和、浅井裕允

42 胃軸捻転を伴った食道裂孔ヘルニアの一例

公立陶生病院 消化器内科

石川恵里、松浦哲生、坂田豊博、前野智子、小島久実、浅井裕充、
菊池正和、山本富美子、清水裕子、林 隆男、黒岩正憲、森田敬一、
加藤景三

43 術後吻合部狭窄に対して内視鏡的拡張術が無効であった1例

名古屋掖済会病院 消化器科¹⁾、外科²⁾

大橋 暁、安田真理子、吉村 透、神部隆吉¹⁾、河野 弘²⁾

44 上部消化管有床義歯異物の2例

豊橋市民病院 消化器内科

河合 学、浦野文博、藤田基和、山田雅弘、北畠秀介、石黒裕規、
山本英子、林 寛子、山田 哲、大林友彦、川口 彩、山雄健太郎、
岡村正造

45 内視鏡的異物除去時に食道裂傷を生じた小児の1例

JA愛知江南厚生病院 消化器内科

小林健一、佐々木洋治、堤 靖彦、吉田大介、古田武久、板津孝明、
加藤幸一郎、富永雄一郎、丹羽慶樹、小宮山琢真

46 陥凹型大腸腺腫の一例

名古屋第二赤十字病院 消化器内科

蟹江 浩、野村智史、藤井美帆、舘桂一郎、堀 寧、岩崎弘靖、
梅村修一郎、坂 哲臣、藤原 圭、山田智則、林 克巳、折戸悦朗

47 術前拡大観察が深達度診断に有用であった隆起型早期大腸癌の一例

名古屋第二赤十字病院 消化器内科

野村智史、蟹江 浩、藤井美帆、舘桂一郎、堀 寧、岩崎弘靖、
梅村修一郎、坂 哲臣、藤原 圭、山田智則、林 克巳、折戸悦朗

48 cancer in hyperplastic polypの一例

静岡県立静岡がんセンター 内視鏡科

今井健一郎、池原久朝、黄 勇鐸、澤井寛之、西出憲文、田中雅樹、
角嶋直美、滝沢耕平、松林宏行、小野裕之

49 EBウイルスの関連が示唆された腸管原発悪性リンパ腫の1例

豊川市民病院 消化器内科

池内寛和、大山 展、神野成臣、今井宗憲、平野敦之、中村 誠

50 腹腔鏡下結腸切除術後の吻合部狭窄に対して拡張術をした4例

名古屋掖済会病院 消化器内科¹⁾、外科²⁾

安田真理子¹⁾、吉村 透¹⁾、大橋 暁¹⁾、神部隆吉¹⁾、河野 弘²⁾

- 51 広範囲大腸腸間膜脂肪織炎の長期経過の1例
中野胃腸病院
溝口公士、深尾俊一、山崎雅彦、横田広子、鈴木智貴、小川 了、
舟曳純仁、前田祐三
- 52 緊急手術となった直腸の壊死性静脈炎の1例
名古屋市立大学・院医・消化器代謝内科学
溝下 勤、谷田諭史、片岡洋望、神谷 武、久保田英嗣、村上賢治、
志村貴也、水島隆史、平田慶和、海老正秀、小林郁生、田中 守、城 卓志
- 53 Infliximabによりステロイド離脱が可能であった腸管ペーチェット病の1例
豊川市民病院 消化器内科
水野裕介、平野敦之、神野成臣、池内寛和、今井宗憲、大山 展、中村 誠
- 54 日和見感染を合併した潰瘍性大腸炎の一例
大同病院 消化器科・総合内科
野々垣浩二、小川和昭、榊原聡介、藤原 晃、印牧直人

55 collagenous colitisの2例

藤枝市立総合病院 消化器科

丸山保彦、景岡正信、永田 健、大畠昭彦、野田裕児、三輪一太、
池谷賢太郎、森 雅史

56 拡大内視鏡観察を施行したcollagenous colitisの一例

ほしの内科クリニック

星野 洋

57 collagenous colitisの2例

豊橋市民病院

山雄健太郎、浦野文博、藤田基和、山田雅弘、北畠秀介、石黒裕規、
山本英子、林 寛子、山田 哲、大林友彦、川口 彩、河合 学、
岡村正造

一般演題プログラム (第4会場)

お断わり：原則的に講演者が入力したデータをそのまま掲載しておりますので、一部施設名・演者名・用語等の表記不統一がございます。あらかじめご了承ください。

第4会場

大腸5 9:00~9:30

座長：公立陶生病院 消化器内科 黒岩 正憲

58 当院における成人腸重積症の6例の検討

岡崎市民病院消化器内科

松岡 歩、内田博起、佐藤淳一、藤吉俊尚、大矢和広、鬼塚亮一、飯塚昭男

59 腸重積をきたしたと思われる回盲弁脂肪腫の一例

東海病院 内科

北村雅一、加藤 亨、山本 剛、丸田真也

60 化膿性脊椎炎による神経因性大腸からの便秘に対してIntroducer法による
経皮内視鏡的盲腸瘻造設術が有効であった1例

市立四日市病院消化器科

竹口英伸、前川直志、大島啓嗣、山田晋太郎、小林 真、矢野元義

- 61 排便習慣が発症に関与した直腸Dieulafoy潰瘍の1例
岐阜赤十字病院 消化器内科¹⁾、放射線科²⁾
高橋裕司¹⁾、松下知路¹⁾、伊藤陽一郎¹⁾、中村俊之¹⁾、後藤裕夫²⁾
- 62 内視鏡的に摘出しえた直腸異物（バイプレーター）の1例
木沢記念病院 消化器科
丸田明範、杉山 宏、端山暢郎、大島靖広、中西孝之、小原功輝
- 63 大腸腫瘍NBI画像所見の経時的変化について
三好町民病院 消化器科
伊藤 治、中島守夫、成瀬 達、柴田時宗

小腸 10:00 ~ 10:50

座長：名古屋大学大学院医学系研究科 消化器内科 安藤 貴文

- 64 出血性ショックをきたした小腸病変に対しカプセル内視鏡が有用であった1例
藤田保健衛生大学坂文種報徳會病院 消化器内科
鳥井淑敬、芳野純治、乾 和郎、若林貴夫、奥嶋一武、三好広尚、
小林 隆、渡邊真也、服部昌志、内藤岳人、木村行雄、服部信幸、
磯部 祥、友松雄一郎、山本智支、成田賢生
- 65 当院におけるカプセル内視鏡検査の現状
名古屋医療センター・消化器内科¹⁾、名古屋大学・消化器内科²⁾
寺尾美咲、島田昌明、浦岡正尚、柿澤麻子、遠藤伸也、斎藤雅之、
玉置 大、龍華庸光、渡邊久倫、日比野祐介、平嶋 昇、都築智之、
岩瀬弘明¹⁾、後藤秀実²⁾
- 66 カプセル内視鏡検査が診断の契機となった小腸クローン病の1例
公立学校共済組合東海中央病院 消化器内科¹⁾
名古屋大学大学院医学研究科消化器内科学²⁾
川端邦裕¹⁾、清野順二¹⁾、井上匡央¹⁾、森島大雅¹⁾、石川英樹¹⁾、
白井 修²⁾、中村正直²⁾、大宮直木²⁾、後藤秀実²⁾
- 67 診断に難渋したクローン病の一例
名古屋大学消化器内科
加藤 剛、安藤貴文、渡辺 修、石黒和博、三宅忍幸、日比知志、
神谷 徹、三村俊哉、後藤秀実
- 68 強皮症に合併した回腸原発Mantle cell lymphomaの一例
東市民病院消化器内科
川井祐輔、山本俊勇、濱野真吾、伊藤恵介、長谷川千尋、水野芳樹

- 69 上部消化管内視鏡検査で診断し得た原発性大動脈十二指腸瘻の1例
藤田保健衛生大学坂文種報徳會病院消化器内科
成田賢生、芳野純治、乾 和郎、若林貴夫、奥嶋一武、小林 隆、
三好広尚、渡辺真也、服部昌志、内藤岳人
- 70 検診を契機に発見された十二指腸早期癌の1例
JA岐阜厚生連 久美愛厚生病院 消化器内科
松浦弘尚、杉山和久、横崎正一、長瀬裕平、横畑幸司、伊佐治亮平、
武山直治
- 71 十二指腸の経過を追えたAnaphylactoid紫斑の1例
JA岐阜厚生連久美愛厚生病院 消化器内科
杉山和久、横崎正一、長瀬裕平、横畑幸司、松浦弘尚、伊佐治亮平、
武山直治
- 72 カプセル内視鏡にて診断された十二指腸出血の一例
JA愛知厚生連豊田厚生病院 消化器内科
竹山友章、金沢宏信、大久保賢治、森田 清、竹内淳史、松崎一平、
下郷友弥、伊藤隆徳、西村大作、片田直幸
- 73 貧血を契機に発見された十二指腸カルチノイドの一例
三重大学医学部附属病院 消化器・肝臓内科¹⁾、光学医療診療部²⁾
原田哲朗¹⁾、葛原正樹¹⁾、西川健一郎¹⁾、井口正士¹⁾、田野俊介¹⁾、
井上宏之¹⁾、田中匡介²⁾、堀木紀行²⁾、竹井謙之¹⁾

抄 録

シンポジウム
パネルディスカッション
一般演題

お断わり：原則的に講演者が入力したデータをそのまま掲載しておりますので、一部施設名・演者名・用語等の表記不統一がございます。あらかじめご了承ください。

シンポジウム

S-1 PPI抵抗性非びらん性胃食道逆流症 (NERD) に対する内視鏡治療の可能性

愛知医科大学消化器内科¹⁾、中央臨床検査部²⁾
舟木 康^{1,2)}、佐々木誠¹⁾、春日井邦夫¹⁾

非びらん性胃食道逆流症 (NERD) は胃食道逆流症 (GERD) のうち逆流症状があるにもかかわらず内視鏡的に食道粘膜障害のみられないもので、全GERD患者の6-7割を占めており、その症状や健康の質は逆流性食道炎患者と差がないと報告されている。また、PPIの有効率は5-6割であり薬物療法に難渋する場合がある。今回我々はPPI抵抗性のNERD患者に対し経内視鏡的噴門部縫縮術 (Endoluminal gastroplication: ELGP) を施行しその有効性を検討した。

【対象と方法】週2回以上胸やけを感じ、内視鏡所見にてLA-MでPPIの常用量を8週以上服用しても症状の改善のみられない症例を対象とした。術前と術後3ヶ月目で、自覚症状、内服薬剤量、内視鏡所見、24時間食道内pHモニタリング所見をそれぞれ比較検討した。

【成績】男性9例、女性5例、平均年齢53.2±4.9歳 (25-82歳) 平均BMI: 23.3±0.6kg/m²、平均plication数2.2±0.2個で3ヶ月後の残存数は1.1±0.2個であった。QUEST問診票スコア: 前5.4±0.8、後2.9±0.9 (p<0.05)、FSSG問診票スコア: 前17.7±2.5、後8.9±1.9 (p<0.05)、酸分泌抑制剤の服用率: 前100%、後18.6±8.1% (p<0.01)、と術前後で有意な改善を認めた。一方検査所見では24時間食道内pH4未満比率: 前4.8±1.1%、後12.2±5.8%と有意な変化は認めなかった。重篤な合併症はなかった。【結論】PPI抵抗性のNERD患者 14例に対しELGPを施行した。術後に客観的検査所見の改善は得られなかったが、自覚症状と酸分泌抑制剤の服用率の有意な改善が得られ有用な治療法と考えられた。

S-3 胃ESDにおけるCO2送気の安全性に関する検討

静岡県立静岡がんセンター 内視鏡科

西出憲史、滝沢耕平、田中雅樹、角嶋直美、池原久朝、松林宏行、小野裕之

【背景と目的】近年、下部消化管内視鏡検査やERCPにおけるCO2送気の安全性および有用性が報告されている。一方、deep-sedation下に施行される胃ESDにおいては、CO2送気の安全性を示した報告は少ない。胃ESDにおけるCO2送気の安全性をretrospectiveに検討した。

【対象と方法】当院にて2009年5-9月に、早期胃癌に対してESD施行した89症例のうち、CO2送気を使用した28症例を対象とした。経皮血液ガスモニター (SenTec Digital Monitor System) から算出された動脈血二酸化炭酸分圧 (PaCO₂) 値の経時的変化および重篤な有害事象発生の有無から、CO2送気の安全性を評価した。なお、呼吸器疾患の既往がないにもかかわらず、ESD開始前のPaCO₂値が70mmHg以上または20mmHg以下であった10症例は機械の測定不良が原因と考えられたため、対象から除外した。

【成績】対象28症例の内訳は、男性21例・女性7例、年齢中央値は73歳 (53-84) であった。病変部位はU/M/L: 7/14/7、術前適応はガイドライン内適応10、適応拡大10、適応外8であった。切除後腫瘍径中央値は20.5mm (1-123)、術時間中央値45.5分 (6-189)、術中穿孔は3例に認められた。PaCO₂値の推移 (中央値) はESD開始直前42.9mmHg (33.4-51.0)、ピーク時47.9mmHg (39.3-55.5)、終了直後46.1mmHg (36.5-56.2) であった。PaCO₂のピーク値が60mmHgを超えた症例は認めず、不整脈やその他の合併症によりESDの中断を要した症例もなかった。

【結論】少数例での後ろ向き研究であるが、deep-sedation下の胃ESDにおいても、CO2送気を安全に使用できる可能性が示唆された。今後安全性および有用性に関する前向き試験を実施予定である。

S-2 ITナイフ2を用いた食道ESDの治療成績

静岡県立静岡がんセンター 内視鏡科

田中雅樹、滝沢耕平、角嶋直美、池原久朝、松林宏行、小野裕之

【背景と目的】ITナイフ (IT) は胃ESDで頻用されているデバイスだが、管腔が狭く壁が薄い食道には不向きとされ、食道ESDでの使用頻度は低い。ITの欠点を補う形で開発されたITナイフ2 (IT-2) は、胃ESDにおいて良好な成績をあげている (Ono et al; Gastric Cancer, 11:47-52, 2008)。当院では食道ESDにもIT-2を使用し、良好な成績が得られている。IT-2を用いた食道ESDの治療成績を報告する。

【対象と方法】

2005年4月から2008年5月までの期間に、IT-2を用いてESDを施行した食道癌106症例118病変を対象とし、治療成績を検討した。なお当院では、ESD後の病理結果にて、SM以深・脈管侵襲陽性・深部断端陽性のいずれかが認められた場合は非治療切除と判断し、追加治療の適応としている。

【結果】

男性82例女性24例、平均年齢は66.5歳であった。病変の局在はCe-Ut: 18、Mt: 51、Lt-Ae: 49で、切除長径中央値は38 (15-68)mm、腫瘍長径中央値は24 (4-59)mm、切除後の病理深達度はEP-LPM: 83、MM: 21、SM1: 5、SM2-3: 9であった。切除時間中央値は50 (10-195)分、2時間を超えた病変は4病変 (3.4%) で、病変の一括切除率は96.6%、一括切除かつ組織学的断端陰性切除率は84.7%であった。術中穿孔を1例 (0.8%) に認めたが、保存的加療により軽快した。術後出血症例はなく、入院期間中央値は5 (4-97)日であった。非治療切除となった症例は17例で、10例に追加治療として化学放射線療法を施行した。追加治療を行わなかった7症例のうち、1例にリンパ節再発を認めた。

【結論】IT-2を用いた食道ESDは、安全かつ有用な治療手技と考えられた。更なる症例集積と長期成績の検討により、治療の妥当性を評価する必要があると思われる。

S-4 胃腫瘍に対するESDと拡大内視鏡

三重大学医学部付属病院 消化器・肝臓内科¹⁾、光学医療診療部²⁾

田野俊介¹⁾、田中医介²⁾、原田哲朗¹⁾、西川健一郎、井口正士、井上宏之、葛原正樹、堀木紀行²⁾、竹井 謙之¹⁾

【目的】早期胃癌に対する内視鏡的粘膜下層剥離術 (ESD) には、術前の正確な範囲診断が重要である。通常内視鏡および色素内視鏡観察に加え、近年はNarrow Band Image (NBI)、拡大内視鏡などの応用がすすんでいる。我々は1症例ごとに術前2回とESD施行時のマーキング後の計3回のNBI・酢酸散布併用の拡大内視鏡による範囲診断を行っている。今回、当科の胃腫瘍に対するESDの現状を報告する。【対象】2007年11月～2009年9月までに当科にて胃腫瘍に対してESDを施行した150例を検討した。【結果】病変の内訳は早期胃癌119病変 (分化型109病変、未分化型7病変、印環細胞癌2例、乳頭腺癌1例)、胃腺腫131病変で病変の局在はU領域6例、M領域64例、L領域74例、残胃6例であった。また、早期胃癌の肉眼型は0-aが11病変、0-aが66病変、0-bが1病変、0-cが74病変であった。胃腺腫では全病変で断端陰性であった。早期胃癌では118病変 (99.1%) で側方断端陰性であった。深達度sm2以深で追加手術が必要になったのは11病変 (9.2%) であった。側方断端陽性の1病変は広範囲の0-b病変であり、拡大観察を施行したが境界が不明瞭であった。偶発症は緊急内視鏡を必要とした後出血が2例、穿孔2例を認めたがいずれも保存的治療にて軽快した。【結論】ESDは病変を一括切除でき、正確な病理診断が可能となる。範囲診断においては、NBI・酢酸併用拡大内視鏡観察を複数回行うことで、ほとんどの症例で側方断端陽性を回避できると考えられた。

S-5 当院における内視鏡的粘膜下層剥離術(ESD)の現状

公立学校共済組合 東海中央病院 消化器内科¹⁾
名古屋大学院医学系研究科 消化器内科学²⁾
名古屋大学附属病院光学医療診療部³⁾

森島大雅¹⁾、井上匡央¹⁾、清野隆史¹⁾、川端邦裕¹⁾、石川英樹¹⁾、
古川和宏²⁾、宮原良二³⁾

【目的】胃腫瘍性病変に対する内視鏡的粘膜下層剥離術(ESD)は低侵襲で一括切除による治癒切除可能な方法として現在広く普及している。今回我々は、当院で施行したESDの成績を検討した。【対象】2006年1月から2009年10月までに当院で行ったESD症例39例(早期胃癌35例、腺腫4例)【方法】ESD後の切除標本の病理組織学的評価を行い、「胃癌治療ガイドライン病変(以下GL病変)」「適応拡大病変」「適応外病変」に分け、A)一括切除率、B)一括完全切除率(垂直・水平断端陰性、脈管浸襲なしと定義)、C)合併症を検討した。【成績】GL病変26例、適応拡大病変4例、適応外9例。病変の大きさは、GL病変で平均13.3mm(5-20mm)、適応拡大病変では平均32mm(28-35mm)、適応外病変で平均15.7mm(8-25mm)。A) GL病変92.3%、適応拡大病変100%、適応外病変100%。B)GL病変88.5%、適応拡大病変75%、適応外病変55.6%であった。C)後出血(吐血症例、もしくは術後Hb2g/dl以上の低下症例と定義)は1例(2.56%)に認められたが、緊急内視鏡的止血術を施行し再出血は認めず、輸血も必要ではなかった。穿孔は1例(2.56%)認められたが、内視鏡的に縫縮し保存的に改善を認めた。適応外病変は、sm浸潤癌が7例、垂直断端陰性5例(sm1:4例、sm2以深:1例)、垂直断端陽性2例(sm1:0例、sm2以深:2例)であった。残り2例は術前生検で分化型癌と診断され、切除後の病理組織学的評価にて未分化癌と診断された病変であった。垂直断端陽性症例は2例ともに外科的追加切除を行い、未分化癌症例は経過観察中である。【結論】GL病変、適応拡大病変も含めて治療成績は比較的良好であった。m癌でもリンパ管浸潤陽性が一例あり、sm浸潤癌症例と共に厳重な経過観察を行っている。合併症は2/39例(5.12%)のみであり、ESDは安全に施行でき、胃腫瘍性病変に対する根治術として有用であると考えた。

S-7 早期胃癌および早期残胃癌に対するESDの検討

岐阜市民病院 消化器内科
杉山昭彦、名倉一夫、加藤則廣

【目的】残胃や食道癌術後の胃管に発生した胃癌の外科的な再手術の適応は困難な症例が少なくない。今回我々は当科で施行した早期胃癌および早期残胃癌の症例を対象として内視鏡的粘膜下層剥離術(ESD)の適応の可否について検討した。【対象と方法】2003年4月より2009年9月までにESDを行った胃病変は250症例であった。術後症例は早期残胃癌5例と早期胃癌2例(以下再建術後群 n=7)であり、その他の非再建術後群(n=243)と比較検討した。なお再建術後群7例の手術既往は胃十二指腸潰瘍4例、胃癌1例、食道癌2例であった。【成績】平均切除径(平均病変径)は再建術後群と非再建術後群でそれぞれ33.4x26.9(23.4x19)mm、30.0x23.4(20.4x15.3)mmと両群間に差異はなかった。また胃癌が「ド」タイプの内視鏡治療適応病変は再建術後群で3例(42.9%)、非再建術後群で152例(62.5%)、適応拡大病変は3例(42.9%)と74例(30.5%)、適応外病変は1例(14.3%)と17例(7%)、一括完全治癒切除率は85.7%と95.9%、平均切除時間は87.9分と52.4分であり、再建術後群で比較的長時間を要した。合併症は再建術後群で出血1例(14.3%)、非再建術後群で出血10例(4.1%)、穿孔2例(0.8%)がみられた。なお再建術後群で不完全切除となった早期胃癌の一例はsig、SM1、ly1、v1、VM(-)、LM(-)であった。術後2年を経過するも再発は認めない。【考案】早期胃癌は胸腔内にあるために管腔が狭く、また心拍動による影響を受けたが、見下ろし操作にて局注回数や剥離操作をより短時間で多用することで対処した。一方、早期残胃癌症例では過送気になることが多く、CO2送気を利用することも必要と考えられた。【結論】症例数は少ないが再建術後症例の早期癌に対するESDは非再建術後症例と大きな差異はなく、適応を積極的に取り組むべきと思われる。残胃癌や食道癌術後の胃管再建術後患者には定期的な内視鏡検査を行い、早期癌の発見に努めることが肝要である。

S-6 後期高齢者早期胃癌における内視鏡治療の適応について

山下病院 消化器内科
富田 誠、小田雄一、瀧 智行

【目的】ESDは従来の治療法では困難な病変も一括切除が可能となり、内視鏡治療の適応を拡大させた。リンパ節転移の可能性のある病変に対しては、根治を求め手術が行われることが多い。しかし、高齢者においても非高齢者と同様に治療選択することが良いのか疑問が残る。今回当院のESDと手術の治療成績について比較検討し、今後の後期高齢者早期胃癌患者における治療法について提案したい。

【方法】当院にて診断治療された75歳以上の早期胃癌132例(ESD症例52例、手術症例80例)を対象とした。75歳以上のESD症例を75歳未満のESD症例と比較し、高齢者の特徴を検討。ESD症例52例中、適応拡大19例と適応外4例の計23例(ESD群)を手術症例80例(手術群)と比較検討し、手術症例を胃全摘群(8例)と胃切除群(72例)に分け、ESD群とKaplan-Meier法を用いて生存率を検討した。

【成績】ESDにおいて75歳以上(52例)と75歳未満(159例)の両群間では、切除径(39.2mm vs 39.2mm)、施行時間(75.5min vs 87.0min)、一括治癒切除率(77.4% vs 75.1%)、の治療成績に差は認めなかった。また、合併症も穿孔(5.8% vs 3.8%)、後出血(5.8% vs 3.8%)と差を認めなかった。基礎疾患は、75歳以上で高血圧・心疾患・呼吸器疾患を有意に多く認めた。

ESD群は手術群に比べ平均日数(14.3日 vs 43.0日)、術後日数(8.8日 vs 30.6日)とも短く、入院費用(550038.0円 vs 1611984.3円)も安価であった。

ESD群・胃全摘群・胃切除群を生存分析した結果、3群間に明らかな有意差を認めなかったが、胃全摘群は他の群に比べ低い傾向にあった。

【結論】後期高齢者は基礎疾患を有することが多いが、ESDは後期高齢者においても安全に出来る治療法と思われる。胃全摘術は生存率の重要な因子の可能性があり、後期高齢者の胃全摘適応病変に対しては積極的にESDによる治療が望ましいと思われた。

S-8 当院における大腸ESDの現状

名古屋大学院医学系研究科 消化器内科
白井 修、大宮直木、後藤秀夫

【目的】大腸腫瘍の治療は切除が基本である。近年では内視鏡治療の進歩により胃や食道の内視鏡的粘膜下層剥離術(以下ESD)の標準化が進み、大腸でもESDを施行することで今まで困難であった症例でも内視鏡切除が可能となった。そこで今回我々は当院で施行した大腸ESDの現状について検討した。【対象と方法】2006年5月～2009年8月までに当院で施行した大腸ESD52例(男性34例、女性18例、平均年齢66歳)を対象とし、病変部位、肉眼型、平均腫瘍長径、平均切除長径、一括切除率、平均切除時間、病理組織学的所見、合併症について検討した。使用器具は主にFlushKnifeあるいはFlexKnifeを使用した。【結果】病変部位は盲腸4例(8%)、上行結腸10例(19%)、横行結腸5例(10%)、下行結腸3例(6%)、S状結腸10例(19%)、直腸20例(38%)で、肉眼型はIs6例(12%)、Isp1例(2%)、Is+Ila12例(23%)、Isp+Ila3例(6%)、Ila26例(50%)、Ila+Ilc1例(2%)、SMT3例(6%)、いわゆるLSTは40例でその内LST-Gが28例、LST-NGが12例であった。平均腫瘍長径は27.5mm、平均切除長径は31.6mm、一括切除率は79%、平均切除時間は83分であった。病理組織学的所見では早期癌34例(65%)〔内m癌23例(44%)、sm癌11例(21%)〕、腺腫15例(29%)、カルチノイド腫瘍3例(6%)であった。合併症は後出血7例(13%)、穿孔5例(10%)、発熱4例(8%)、非穿孔性腹膜炎2例(4%)、夜間せん妄1例(2%)であった。ESD後の手術は4例(8%)で全例が待機的手術であり、内3例は追加切除で、1例はESD失敗例であった。前述の穿孔例5例は全例保存的に改善し、内1例が追加切除、1例がESD失敗例で待機手術となった。【結論】今回の検討ではESDの合併症の頻度は比較的多かったが大きな病変の一括切除には有効であった。大腸ESDを施行する際には適応をよく考慮し治療を選択することが必要と考えられた。

S-9 大腸ESDにおけるB-knifeの有用性についての検討

愛知県がんセンター中央病院 消化器内科¹⁾
愛知県がんセンター中央病院 内視鏡部²⁾
近藤真也¹⁾、田近正洋²⁾、丹羽康正²⁾

【目的】当院では2005年1月に大腸ESDを導入し、現在までに計75例に対して施行してきた。当初は、Flex knife、Hook knifeにスネアリングを併用したESDを行っていたが、2007年11月からは、バイポーラデバイスであるポールチップ型B-knifeをメインデバイスとして使用している。今回、我々は同デバイス導入前後の治療成績を比較し、その有用性について検討した。【方法】2005年1月から2009年9月に当院で行った大腸ESDのうち、病理学的に腺腫、癌と診断された73例(腺腫23例、M癌36例、SM癌14例)を対象とした。病変部位は、直腸26例、S状結腸15例、下行結腸3例、横行結腸11例、上行結腸17例、盲腸1例、肉眼型は、LST-NG38例、LST-G20例、Is5例、Is+ a4例、Isp3例、a+ c2例、c1例であった。これらをポールチップ型B-knife使用群A群(48例)と、それ以外のB群(25例)に分け、腫瘍径、手術時間、スネア使用率、一括切除率、完全切除率、偶発症の頻度について比較検討した。【成績】平均腫瘍径(mm)は、A群28.4±10.7、B群27.8±11.1で、平均手術時間(分)は、A群91.7±48.4、B群109.5±51.9であり、有意差は認めなかった。スネアリングの使用頻度はA群14/48(29.2%)、B群25/25(100%)でA群が有意に低かった(p<0.05)。一括切除率は、A群93%(45/48)、B群60%(15/25)であり、A群で有意に高かった(p<0.05)が、完全切除率は、A群81%(39/48)、B群72%(18/25)で有意差は認めなかった。偶発症(後出血、穿孔)の発生率は、A群8%(2/25)、B群9%(4/48)で有意差は認めなかった。A群では遅発穿孔で、B群ではスネアリングによる穿孔で、各1例で緊急手術を要した。【結論】ポールチップ型B-knife導入後、スネアリングを用いなくとも手術時間の延長を認めず、一括切除率の有意な向上を認め、有用なデバイスであると考えられた。

S-11 当院における消化管悪性腫瘍に対するESDの現状と今後の展望

名古屋第二赤十字病院・消化器内科¹⁾
名古屋市立大学大学院・消化器学・代謝内科学²⁾
山田智則¹⁾、折戸悦朗¹⁾、城 卓志²⁾

【目的】当院での消化管腫瘍に対するESDの治療成績を示し、今後の展望を明らかにする。【方法】当院で本格的にESDを導入した2007年1月～2009年9月までの間、食道、胃、十二指腸、大腸の215病変に対してESDを施行した。食道22病変の内訳は、顆粒細胞腫の1例、扁平上皮癌、パレット腺癌がそれぞれ19例、2例。胃134病変の内訳は、腺腫116例(ガイドライン病変が59例、適応拡大病変が45例、適応外病変が12例)と腺腫15例、過形成が3例。大腸48病変の内訳は腺腫29例、腺腫18例。その他カルチノイドが、胃2例、十二指腸2例、直腸7例だった。デバイスとしては、主にFlushナイフとITナイフを併用し、瘻痕部に対してはHookナイフを用いた。先端アタッチメントは全例に装着し、粘膜下層の剥離が困難な場合はST Hoodに変更した。高周波は、全例にICC-200を使用した。今回、ESDを施行した消化管悪性腫瘍166病変(カルチノイドを除く)を対象に、臨床的特徴、一括切除率、治癒切除率、偶発症について検討した。【結果】食道癌21病変の一括切除率は100%であったが、2例にsm2の浸潤を認め放射線化学療法を追加した。後出血、穿孔ともに認めなかった。胃癌116病変の一括切除率は、ガイドライン病変、適応拡大病変、適応外病変のそれぞれで98.3%、97.8%、83.3%であり、完全一括切除率は、ガイドライン病変、適応拡大病変のそれぞれで98.3%、95.7%。偶発症発生率は、後出血と穿孔がそれぞれ、6.0%と1.7%だった。大腸癌29病変の一括切除率は93.1%で、後出血、穿孔ともに認めなかった。【結論】早期胃癌に対するESDは、ガイドライン病変だけでなく適応拡大病変でも高い完全一括切除率と低い偶発症率であり、今後もpromisingな治療である。また、胃ESDの普及やデバイスの改良は、腸壁が非薄で穿孔のリスクが高い食道や大腸の病変に対しても安全なESDを可能にしている。

S-10 ESD時代の大腸腫瘍性病変治療の現状と問題点

松田病院 内視鏡センター
浅野道雄、川上和彦、中井勝彦、田中荘一、木村浩三、野中雅彦、矢野孝明、田島雄介、松田保秀

<緒言>従来、内視鏡的に腺腫やM/SM1癌と診断されても、その局在や大きさ、non-lifting signなどの影響で内視鏡的切除が出来ない場合(技術的困難症例)、腸切除が選択されていた。ところが、近年、ESDの導入により、そのような病変にも内視鏡的切除が可能となってきた。一方で、技術的に内視鏡的切除が可能であっても、SM深部浸潤を呈する癌病変(生物学的非適応症例)は、内視鏡的切除では根治を得られず、はじめから腸切除が選択されるべきである。適切な治療法を選択するために、術前内視鏡による質的(癌-非癌、深達度)診断が重要であることは言うまでもないが、ESDの登場により、その重要度は特に増している。

<治療成績>当施設において、2003年9月から2009年5月までの期間に行なわれた大腸ESD症例は242例(男女比140:102、25～91歳、平均66歳)であった。これらのうち従来の「技術的困難症例」と想定された病変は80例(33%)で、そのうち66例は腺腫またはM/SM1癌であった。同期間に、初回治療として腸切除が行なわれた大腸腫瘍性病変は498例であったが、生物学的に内視鏡的局所切除が妥当であったと判断される病変(腺腫、M癌、SM1癌)は4例であった。一方、内視鏡的切除が施行された病変のうち、SM深部浸潤に深の病変は20例で、うちESD症例が16例(80%)を占めていた。これらのうち5例に、内視鏡でSM癌の存在を疑わずに内視鏡的切除が行なわれていた。

<考察>従来の「技術的困難症例」全てに腸切除が選択されていた場合には、その83%がover surgeryとなる。一方、当施設では20病変に対して結果的に不適切な治療が選択されていたが、現在の術前診断能(正診率81%)における限界と思われる。今後、ESDの技術だけでなく、術前質的診断能を如何に高めるかが、課題である。

S-12 悪性胃十二指腸狭窄に対するSEMSを用いた内視鏡的緩和治療

岐阜県立多治見病院 消化器内科
吉村至広、佐野 仁、戸川昭三

悪性胃十二指腸狭窄(MGOO)に対する緩和治療として、SEMSを用いた内視鏡処置を施行している。【対象】当院及び関連施設にてSEMS留置を試みたMGOO140例で、内訳は胃癌64例(術後20例)、膵頭部癌47例、膵体尾部癌7例、胆道癌6例、乳頭部癌4例、十二指腸癌3例、その他9例で、年齢は平均68.3歳、男性85例、女性55例であった。SEMS留置は原則として術前のPPIが6点以上の高度全身状態不良症例は適応外とした。【成績】留置成功率は98%、平均開存期間は135日、閉塞率13%、留置後の経口摂取開始は平均2.3日であった。Karnofsky performance scaleは留置前後で68から78へと改善していった。Gastric Outlet Obstruction Scoring Systemを用いた食事摂取状況も、平均0.2から2.6点へと改善した。用いたステントは食道用Ultraflex69例(Covered65例、Uncovered4例)およびNiti-S51例(Covered26例、Uncovered25例)で、挿入時間はそれぞれ54分、19分、開存期間は147日、104日、閉塞率は9%、23%であった。偶発症としてはtumor ingrowth7例、ステント逸脱6例、tumor overgrowth4例、誤嚥性肺炎4例、出血4例、胆管炎2例、穿孔、ステント破損、狭窄解除不良、マロリーワイス症候群、高アミラーゼ血症各1例であった。【結論】切除不能MGOOに対するSEMS留置は低侵襲で、早期に経口摂取が可能となる有用な緩和治療と考える。Ultraflex食道用ステントを用い、デリバリーをプラスチックチューブで延長するover the wire(OTW)法に比べ、内視鏡鉗子口を通過するデバイスの使用(TTS法)により挿入が容易となったが、閉塞率が高い傾向がありさらなる改良が望まれる。

S-13 経胃瘻の内視鏡を用いた経皮内視鏡的空腸瘻造設術を施行し有用であった2例

平野総合病院・消化器科¹⁾、西美濃厚生病院・内科²⁾
塚田良彦¹⁾、島崎 信¹⁾、西脇伸二²⁾

経胃瘻の内視鏡(transgastrostomy, TGE)を用いた経皮内視鏡的空腸瘻造設術(direct percutaneous jejunostomy, D-PEJ)を施行し有用であった症例を経験した【方法】TGEにはオリンパス社製GIF-XP260Nを用い、それを胃瘻孔より挿入し、X線透視下にpull法によりボストン社製Safety PEG kit (20Fr)をTreitz靱帯の肛門側30~40cmに造設した【症例1】94歳、女性。脳血管障害による嚥下障害にて胃瘻状態であったが、栄養投与直後に嘔吐・誤嚥し呼吸不全となり入院となった。胃食道逆流が著しく、胃瘻栄養は窒息のリスクがあると考え、肺炎治療後、D-PEJを施行。その後は嘔吐、肺炎を生じることなく経過しD-PEJ後23日目に退院となった【症例2】93歳、女性。高度の認知症あり。総胆管結石の治療後、嚥下障害が進行し、PEGを施行。胃前庭部に1型胃癌を認めたと、器質的狭窄は軽度であった。家人が胃癌の治療は希望せず退院予定であったが、栄養剤投与後、頻回な嘔吐あり。腫瘍の影響と考え、同部にカバースtentを留置。その後は嘔吐なく経過するも留置後20日目にstentが胃内へ脱落。stentは脱落のリスクがあると考え、D-PEJを施行。その後は問題なく、D-PEJ後19日目に退院となった【考察・結論】経皮内視鏡的胃瘻造設術(percutaneous endoscopic gastrostomy, PEG)後の胃食道逆流による誤嚥性肺炎の予防策として、栄養剤の半固形化、胃瘻孔からの空腸留置カテーテル(PEJ)などがあるが、前者は誤嚥の際に吸引が困難であり深刻な結果を招く可能性や通過障害の原因になり得るなどの短所があり、後者は、薬剤投与などで閉塞を生じ易いなどの短所がある。TGEによるD-PEJはこれらに対して有利であり、小腸内視鏡やオーバチューブを必要とせず、安全に施行可能な手技であると思われた。

S-15 新規光線力学的治療法の開発 糖鎖連結クロロリンの有用性

名古屋市立大学大学院 消化器・代謝
田中 守、岡西洋望、城 卓志

背景・目的：光線力学的治療法(Photodynamic Therapy; PDT)は、腫瘍親和性光感受性物質の腫瘍組織や新生血管への特異的な集積と特定波長のレーザー照射による活性酸素の惹起で、腫瘍を選択的に破壊する治療法である。安全な治療法として期待され、食道癌、胃癌に対しては、フォトリン静注下にエキシマダイレーザー、YAG-OPOレーザーを用いたPDTが保険適用となっているが、光線過敏と高価なレーザー機器が障壁となり、あまり普及していないのが現状である。癌細胞は正常細胞に比べ3~20倍の糖を細胞内に取り込む性質を有し、PET等に臨床応用されている。このたび新たに合成された糖鎖を連結させたクロロリンは優れた癌細胞選択性が期待され、さらに、小型で安価な半導体レーザーでのPDTが可能である。今回、我々はフォトリンよりもさらに高性能で、現在、肺癌に保険適用されているレザフィリンと比較し、新規PDTにおける糖鎖連結クロロリンの有用性につき検討した。

方法：1.胃癌・大腸癌細胞株(計4種類)にレザフィリンと糖鎖連結クロロリンを投与し633nmの単一波長の半導体レーザーを照射し、24時間後の薬剤の細胞内への取り込み、アポトーシス誘導能、活性酸素発生量、殺細胞効果を比較検討した。2.ヌードマウス背部皮下に胃癌・大腸癌細胞株を移植し、糖鎖連結クロロリン静注下に半導体レーザーを用いたPDTによる腫瘍縮小効果を検討した。

結果：1.糖鎖連結クロロリンはレザフィリンに比し有意に高い癌細胞内への取り込み、アポトーシス誘導能、活性酸素の発生能を有し、IC50にて約30倍の殺細胞効果を認めた(糖鎖連結クロロリン0.8μM, レザフィリン25.8μM)。2.ヌードマウス移植腫瘍に対して有意な縮小効果を認めた。

結論：腫瘍細胞選択性に優れた糖鎖連結クロロリンと、小型で安価な半導体レーザーを用いた新規PDTは、今後の実臨床への応用が大いに期待される内視鏡的治療法と考えられた。

S-14 当科におけるバルーン小腸内視鏡検査と治療の現況

岐阜大学医学部付属病院 消化器病態学
井深貴士、荒木寛司、森脇久隆

【目的】当科における小腸内視鏡検査、治療の現況について検討した。【対象】2004年3月より2009年8月までのダブルバルーン小腸内視鏡(DBE)、シングルバルーン小腸内視鏡検査(SBE)を施行した184症例347件(経口169件、経肛門178件)を対象とした。また2008年11月より2009年8月までにカプセル小腸内視鏡検査(CE)は31例35件に施行した。【成績】DBEは325件、SBEは22件でバルーン小腸内視鏡検査(CE)件数の推移は2004年4件、2005年32件、2006年74件、2007年72件、2008年113件、2009年8月までで52件であった。検査契機は原因不明の消化管出血(29.3%)、悪性リンパ腫小腸精査目的(20.8%)、腸閉塞、狭窄精査(15.2%)、検査にて異常指摘(10.9%)であった。129症例(70.1%)が有所見例であった。腫瘍性病変が44症例(34.1%)ほか潰瘍・びらんが19症例(14.7%)、クローン病が18症例(14.0%)、血管性病変9症例(7.0%)、憩室7症例(5.4%)認めた。小腸外病変も15症例(11.6%)認めた。治療は184症例中19症例(10%)で施行した。止血術は7症例で全例クリップにて止血術施行した。angioectasia3例、十二指腸水平脚の潰瘍1例、上部空腸びらん1例、Sweet病による小腸潰瘍1例、十二指腸水平脚憩室出血1例であった。ポリープ切除、EMR、ESDは6症例12件で施行した。Peutz-Jeghers症候群2例、hamartomatous polyp1例、空腸多発腺腫のEMR1例、回腸腺腫のEMR1例、回腸末端に進展したLSTのESD1例を施行した。拡張術は4症例25件に施行し、クローン病による狭窄3例、胃全摘術+Roux-Y再建後の吻合部狭窄に対して1例施行した。異物除去は2症例2件に施行した。偶発症はクローン病による狭窄に対し拡張術を施行した1例で穿孔を生じ緊急手術を行った。【結論】BEは小腸疾患の治療に有用であった。

パネルディスカッション

P-1 NBI併用経口胆道鏡による胆管病変診断

岐阜大学第一内科
中島賢憲、安田一朗、森脇久隆

【背景】胆管癌の表層拡大進展(表拡)診断や胆管病変の鑑別診断を目的とした経口胆道鏡検査(peroral cholangioscopy: POCs)の有用性が報告され、消化管と同様に特殊光観察(narrow band imaging: NBI)も可能となった。【目的】NBI併用POCsによる胆管病変診断の有用性について検討する。【対象・方法】2008年3月～2009年8月にPOCsを行った22例(男性12例、女性10例、平均68歳)。ERCP施行後ESTを付加してENBDを留置。減黄・胆管炎の改善を待ってENBD造影にて胆管像を評価した後、生食で胆管内を洗浄後ENBD抜去。POCs通常観察およびNBI観察、直视下生検を施行。【結果】施行目的は表拡診断12例、鑑別診断10例。表拡診断の内訳は下部胆管癌4例、中部胆管癌3例、肝門部・左肝内胆管癌各2例、乳頭部癌1例。表拡あり4例、表拡なし6例、狭窄のため診断不可能2例。表拡例はNBIにより不整な小顆粒状粘膜が強調され、2例は生検結果も陽性であった。この所見をもとに術式変更となり、いずれも術後病理で断端陰性であった。鑑別診断の内訳は、総胆管狭窄6例、左肝管・外側区域胆管狭窄各1例、下部胆管隆起性病変1例、総胆管内陰影欠損1例。総胆管狭窄6例は中部胆管癌・卵巣癌腹膜播種・胆嚢癌、自己免疫性膵炎関連胆管炎各1例、Mirizzi症候群2例と最終診断。POCsでは胆管のふくらみ具合や粘膜の不整所見・易出血性の有無に加えてNBIによる血管所見より胆管癌との鑑別がある程度可能であった。下部胆管隆起性病変は胆管コレステロールポリープと診断。総胆管内の陰影欠損は粘液であり粘液産生胆管腫瘍が疑われたが、観察可能範囲およびCT・MRIでも腫瘍を認めず経過観察中。左肝管・外側区域胆管狭窄例ではスコープが狭窄部まで到達できなかった。【結論】NBI併用POCsは粘膜の顆粒状変化や血管所見の強調により、表拡診断や胆管病変の鑑別診断に補助的な情報を提供すると考えられた。

P-3 ガイドワイヤルumen付き経乳頭の生検鉗子の開発と有用性

小牧市民病院消化器科
林大樹朗、平井孝典、中川浩

<背景・目的> ERCP時における胆管の腫瘍性病変の鑑別では、組織学的所見が必要となる症例が存在するが、検査時間の制限・合併症の予防により必ずしも経乳頭の胆管生検は容易ではない。今回我々はガイドワイヤ下に挿入可能な胆管生検鉗子の評価し、カスタムメイド用製品化したのでその有用性をここに報告する。<対象・方法> 2005年11月より2009年9月よりERCP時の画像診断上良悪性の鑑別が困難で、生検を必要とした37例。疾患の内訳は良性胆管狭窄11例、良性疾患による胆管圧排6例(慢性膵炎4例、自己免疫性膵炎1例、胆嚢炎1例)、悪性疾患による胆管圧排10例(胆嚢癌4例、膵癌3例、悪性リンパ腫1例)、胃癌転移1例、肺癌転移1例)、胆管癌9例(肝外胆管7例、肝門部2例)、乳頭部癌1例。鉗子は先端にガイドワイヤ用ルーメンも有するOlympus社製V字型(外径2.9mm、有効長1950mm、適応ガイドワイヤ0.035inch)と、片開き型(外径2.8mm、その他共通)を使用、組織採取率、診断率、検査(生検)時間、合併症について評価を行った。<結果> 全症例において生検はtotalで112回施行、そのうち101回(90.2%)で、症例ごとでは37例中35例(94.6%)で診断可能な組織が採取可能であった。組織採取可能であった31例における正診率は85.7%であった。誤診例はいずれも疑陰性症例の胆嚢癌2例、膵癌2例、悪性リンパ腫1例で、いずれも悪性疾患の圧排症例であった。生検に要した時間は1回あたり平均106.0sec(35-230sec)であった。鉗子抜去時にガイドワイヤに引っかかりを生じた症例が4例存在したが、改良後からは同様のトラブルはなく、本検査による合併症は認めなかった。<結論> ガイドワイヤガイド下の胆管生検は、胆道疾患における安全で有用な診断法で、今後広く臨床応用されうるものと考えられた。

P-2 Sonazoid®を用いた膵腫瘍性疾患診断の有用性の検討

名古屋大学大学院医学系研究科 消化器内科学¹⁾
名古屋大学医学部附属病院 光学医療診療部²⁾
松原 浩¹⁾、伊藤彰浩²⁾、廣岡芳樹²⁾

【目的】膵腫瘍性疾患診断におけるSonazoid®を用いた造影超音波内視鏡検査(CE-EUS)の有用性について検討すること。【方法】対象は2007年1月から2009年3月までに当科でSonazoid®を用いてCE-EUSを施行した膵管癌(PC)29例、自己免疫性膵炎(AIP)9例、腫瘍形成性膵炎(MFP)9例の計47例。PCは外科的手術または超音波内視鏡下穿刺により病理組織学的診断を得た。AIPはMayo clinic AIP 診断基準2006を、MFPはSahai慢性膵炎EUS criteriaを満たすものとし、以下の検討を行なった。1) Time intensity curve (TIC)を作成し、各腫瘍性疾患の定量的評価を試みた。2) EUS B-mode画像診断に、vascularパターンによるリアルタイム造影診断とTICを加えてEUS診断とし、造影CT検査(CE-CT)と比較した。3) PCのTICについての病理学的検討を行った。【結果】1) 全例でピークは1分以内であり、造影開始1分後のエコー輝度の減少率は、PC、MFP、AIPの順に有意に大きかった(p=0.02)。PCとAIP、PCとMFPの対検定では、1分後のエコー輝度の減少率においてPCで有意に大きかった(p=0.03、p=0.04)。2) B-mode画像診断、リアルタイム造影診断にTIC診断を加えた良悪性診断は、EUSで感度82.3%、特異度88.9%、accuracy85.1%であり、CE-CTの感度82.8%、特異度83.3%、accuracy83%より優れていた。3) 1分後の減少率は組織学的に分化したもののほど大きい傾向にあった。【結論】膵腫瘍性疾患におけるEUSは、Sonazoid®造影を行いTICを作成することでより高い診断精度が得られ、さらにPCの分化度予測に有用である可能性が示唆された。

P-4 当院における膵腫瘍に対するEUS-FNA症例の検討

山下病院 消化器内科
鶴留一誠、瀧 智行、江藤奈緒

【目的】当院における膵腫瘍に対する超音波内視鏡下生検法(以下EUS-FNA)の成績及びその適応につき検討した。【対象と方法】2002年11月から2008年7月までにEUS-FNAを施行した膵腫瘍11例(男性9例、女性2例、平均年齢60.18歳)を対象とし、その診断成績および偶発症を検討した。内視鏡はOLYMPUS社製GF TYPE UCT240P-AL5を、穿刺針はOLYMPUS社製NA-200H-8022を用いた。【結果】EUS-FNA施行目的は膵癌治療前確定診断7例、鑑別診断4例であった。最終診断内訳は膵癌6例、腫瘍形成性膵炎2例、悪性膵内分必腫瘍1例、膵扁平上皮癌1例、膵リンパ上皮嚢腫1例であった。全例で検体採取は可能であり、正診率は72.7%(8/11)であった。偶発症は穿孔した1例と播種が疑われる1例の計2例(18.2%)を認めた。【考察】正診率は72.7%と良好であり、鑑別診断には有用な検査であり、開腹生検に比べ侵襲少なく、積極的なEUS-FNAの施行が望まれる。穿孔1例・播種が疑われる1例と重篤な偶発症を経験したので、その適応は考慮する必要があると考える。すなわち手術適応のある症例においては、播種の危険性を考慮し、EUS-FNAは最小限にすべきである。また他の画像診断にて診断可能であり、手術適応のない症例においては、患者のPS、生命予後、化学療法等の治療方針決定等を考慮した上で、EUS-FNAを選択すべきである。膵癌では手術適応のない他の画像診断にて診断の困難な症例がEUS-FNAのよい適応であると考えられる。【結論】EUS-FNAは高い診断能を有する有用な検査法であるが、その適応は治療方針決定に役立つが否かを十分に考慮して行なう必要がある。

P-5 IgG4関連硬化性胆管炎診断におけるERCの有用性 -胆管腔内超音波、内視鏡的胆管生検も含めて-

名古屋市立大学大学院 消化器・代謝内科学¹⁾、地域医療教育²⁾
内藤 格¹⁾、中沢貴宏¹⁾、大原弘隆²⁾

【目的】IgG4関連硬化性胆管炎(IgG4-SC)は原発性硬化性胆管炎(PSC)、胆管癌(CCC)と時に鑑別が困難であるが、各疾患は治療方針、予後も異なり、適切な診断が重要である。今回我々はIgG4-SCとPSC鑑別におけるERC像の有用性およびIgG4-SCとCCC鑑別における胆管腔内超音波(IDUS)と内視鏡的胆管生検の有用性につき検討を行なった。【方法】IgG4-SC57例、PSC32例、CCC11例を対象とした。IgG4-SC、PSC間のERC像およびIgG4-SC、CCC間の胆管IDUS像、胆管生検について比較検討を行なった。【成績】1) PSCに有意なERC像として、帯状狭窄、数珠状所見、剪定状所見、憩室様所見 ($p < 0.0001$)を、IgG4-SCに有意な所見として segmental stricture、long stricture with prestenotic dilatation、下部胆管狭窄($p < 0.001$)を認めた。2) IgG4-SCにおける胆管狭窄部でのIDUS所見として、circular-symmetricな狭窄形態、smooth なinnerおよびexternal margin、homogeneousなinternal echoがCCCと比較して有意に特徴的であった ($p < 0.001$)。3) IgG4-SCではERC非狭窄部での0.8mm以上の胆管壁肥厚がCCCと比較して有意に特徴的であった($P < 0.001$)。4) IgG4-SCに対する胆管生検では18%(3/17)にabundantなIgG4陽性形質細胞浸潤を認めた。【結論】IgG4-SCとPSCの診断において両疾患に特徴的なERC像による鑑別が有用であった。またIgG4-SCとCCCとの鑑別においてはIgG4-SCに特徴的なIDUS像が鑑別であった。

P-7 膵液性嚢胞に対する内視鏡治療の検討

岐阜市民病院

岩田圭介、向井 強、富田栄一

【目的】膵液性嚢胞に対する内視鏡治療について検討する。【対象】2001年5月から2009年5月までに岐阜市民病院・岐阜大学附属病院において内視鏡的治療を行った膵液性嚢胞36例。男性30例、女性6例。年齢26~79才(平均53才)。成因はアルコール性23例、特発性12例、自己免疫性膵炎1例。【方法】有症状で保存的治療が無効な症例を治療対象とした。!原則としてERPを施行し、主膵管との交通を認めた場合、経鼻膵管ドレナージ(ENPD)を第一選択とした。*ERP不能例、主膵管との交通を認めない例、ENPDにて嚢胞の縮小が得られない症例では、超音波内視鏡下経消化管的膵嚢胞ドレナージ(EUS-PCD)を検討する。嚢胞と胃壁の固着が確認できること、嚢胞壁の厚さが1cm以内であること、安全な穿刺経路を確保できること、以上3点が確認された症例に対しEUS-PCDを施行した。【結果】主膵管と交通がみられた13例に対してENPDを留置。13例中9例が経乳頭の治療のみで治癒。効果不十分であった4例中3例にEUS-PCDを、1例に外科的治療を追加し、4例とも治癒。23例にEUS-PCDを第一選択として施行し、10例が外瘻のみで治癒、10例が外瘻+内瘻で治癒(内1例で内視鏡的necrosectomyを併用)、2例が外科手術を追加し治癒、1例がEUS-PCDが手技的に困難であり、経皮的ドレナージを行い治癒。経乳頭の治療においては、特に偶発症は認めなかった。EUS-PCDにおいて、2例に術後free airの出現を認めたが、保存的治療にて軽快している。【結論】膵液性嚢胞に対する内視鏡治療は有効であり、病態に応じてENPDあるいはEUS-PCDを選択すべきである。

P-6 内視鏡検査による自己免疫性膵炎と膵胆道癌との鑑別

静岡県立静岡がんセンター 内視鏡科

松林宏行、今井健一郎、澤井寛明、西出憲史、黄勇澤、池原久朝、滝沢耕平、角嶋直美、田中雅樹、小野裕之

【背景】自己免疫性膵炎(AIP)と膵胆道癌はしばしば類似した初発症状や画像所見を呈するが、治療方針が大きく異なるため両者の鑑別は重要である。【目的】内視鏡手技による自己免疫性膵炎と膵胆道癌との鑑別能を検討する。【対象と方法】2002年10月~2008年8月において当院にてERCP関連手技を施行した胆管癌113例(うち経乳頭胆管生検69例、吸引細胞診89例、ブラシ細胞診40例)、EUS-FNAを行った膵癌51例、AIP15例を対象とした。胆管生検はOlympus FB-39Q.45Q.46Q鉗子を用い、狭窄が強い例では44U鉗子を用いた。擦過ブラシはBC-24Qを用いた。EUS-FNAには22Gauge穿刺針(Olympus NA11J-KB or COOK Echotip)を用いた。【結果】AIPの初発時の主訴では黄疸(10例、67%)、腹背部痛(6例、40%)、体重減少(>2kg/月)(5例、33%)、易疲労感(3例、20%)が多く、膵胆道癌の一般的な初発症状に似ていた。胆管癌例でClass 5のみ(C5)を陽性とした場合の胆汁吸引細胞診と擦過細胞診の感度は各々18%と20%、Class4以上(C4)では各々28%と60%であった。胆管癌例でGroup 5のみ(G5)を陽性とした場合の胆管生検の感度は73%、G4では87%であった。AIP例ではC4或はG4の症例は1例もみられなかった。EUS-FNAでは、G4は膵癌例の87%に、G5は73%に認められたが、AIP例では1例もみられなかった。但し、AIP例におけるFNA B検体の組織にはIgG4陽性形質細胞の集簇像(10/HPF)は1例も認められなかった。【結論】AIP例と膵胆道癌との鑑別には経乳頭胆管生検と膵病変に対するEUS-FNAを用いた組織診断が有用であると考えられた。

P-8 非切除悪性中下部胆道狭窄へのMetallic Stent選択

聖隷浜松病院

木全政晴、岡田勝治、市川仁美、佐原 秀、谷 伸也、芳澤社、館野 誠、室久 剛、熊岡浩子、清水恵理奈、細田佳佐、長澤正通、佐藤嘉彦

【背景】悪性胆道狭窄に対するMetallic Stent (MS)の選択は様々であり一定の見解を得られていない。今回中下部悪性胆道狭窄についてCovered MS(以下CMS)とUncovered MS(以下UMS)に分けて合併症、閉塞率・閉塞原因・平均開存期間について比較検討を行った。【方法】当院で2005年5月から2009年5月までに中下部悪性胆道狭窄に対してMSを留置した79例(UMS68例、CMS11例)を対象とした。疾患の内訳は膵臓癌41例(UMS33例、CMS11例)、他の癌によるリンパ節転移15例(全てUMS)、胆嚢癌10例(全てUMS)、胆管癌7例(全てUMS)、乳頭部癌4例(UMS2例、CMS2例)、十二指腸癌1例(UMS)、膵転移1例(CMS)であった。ステント留置は70例が内視鏡的に行い、9例は経皮的に行った。【結果】合併症はUMS群では膵炎が5例(7.4%)、胆嚢炎が2例(2.9%)、胆道出血が1例(1.5%)であり、CMS群では膵炎が2例(18%)のみであった。これらはいずれも保存的治療にて改善した。閉塞例はUMS群が20例(29%)でCMS群が2例(18%)とCMS群が良好な傾向を示したが、有意差は認めなかった。閉塞原因はtumor ingrowthがUMS群で14例と高率に認められた。閉塞例における平均開存期間については、特に症例数の多い膵癌について検討しUMS群で121日、CMS群では86.5日、とUMS群が良好な成績であったが、CMS群の症例数が少ないことや観察期間が短いことが影響したと考えられた。【結論】中下部悪性胆道狭窄に対するCMSとUMSの比較では、合併症については有意差を認めるものはなかった。一般的にはtumor ingrowthの懸念からCMSが第一選択と考えられるが、合併症や開存期間を含めて、今後症例数を増やしての検討が必要と考えられた。

P-9 一期的腹腔鏡下胆嚢摘出術/腹腔鏡下総胆管結石切石術の術前経乳頭の胆道ドレナージにおいてERCP後膵炎予防を目的とした膵管ステント留置の有用性の検討

名古屋第二赤十字病院 消化器内科¹⁾、外科²⁾
坂 哲臣¹⁾、折戸悦朗¹⁾、長谷川洋²⁾

[背景と目的] 総胆管結石(以下CBDS)合併胆嚢結石症の治療として、当院では施設特性として、乳頭機能温存を目的とした一期的腹腔鏡下胆嚢摘出術/腹腔鏡下総胆管結石切石術をおこなっている。その術前処置として、ESTを付加せずプラスチックステントを留置(以下non-EST+EBDS)してきた。2006年6月~2009年12月の期間に、当院で上記処置を施行された108例のERCP後膵炎(以下PEP)と高AMY血症の発症率はそれぞれ17.6%、40.7%であった。そこで、2009年2月から、術前にNon-EST+EBDS留置を施行する場合、膵管ステント(以下EPS)の併用を始めた。研究の目的は、上記症例においてEPS併用がPEP発症予防になりうるかを検討すること。(対象) Non-EST+EBDS+EPS群(以下EPSあり群): 2009/2/1~10/5の採択基準を満たしnon-EST+EBDS+EPS留置に同意を得られた19例。non-EST+EBDS群(以下EPSなし群): 2006/6/1~2009/1/31のnon-EST+EBDSのみを留置した108例。(主検討項目) PEP発症率、高AMY血症発症率。(結果) PEP発症率はEPSなし群が17.6%(19/108例、2例中等症、2例重症)、EPSあり群は5.2%(1/19例、EPS留置不成功例で軽症)であった(p=0.18)。高AMY血症発症率はEPSなし群が40.7%、EPSあり群は15.7%であった(p=0.04)。(結語) 当院における一期的腹腔鏡下胆嚢摘出術/腹腔鏡下総胆管結石切石術術前ドレナージ後のPEP発症は高頻度であった。EPS併用はPEP発症抑制に有用な可能性がある。ただし、EPS留置不成功例でPEP発症を認め、手技の工夫と安定化が求められる。

P-11 膵頭十二指腸切除後胆管空腸吻合部狭窄の内視鏡治療戦略

静岡県立総合病院 消化器内科
松村和宜、木村勇斗、菊山正隆

[背景と目的] 近年、術後再建腸管に対する胆膵疾患に対する内視鏡治療の有用性は報告されERCP関連処置の向上性をはかる内視鏡、処置具の工夫が行われている。今回我々は膵頭十二指腸切除術(PD)後胆管空腸吻合部狭窄に対する内視鏡治療について検討し報告する。
[対象と方法] 当院にて2001年1月より2009年9月までにPD術後胆管空腸吻合部狭窄の診断にてERCPが施行された17件、9症例について検討した。再建術式は全例B-II(Child変法)であった。
[成績] 使用内視鏡はOlympus社JF240 7件、Q240 1件、Q260J 9件であった。胆管空腸吻合部到達率は100%。処置の内訳はEMS挿入4件、バルーン拡張4件、造影のみ4件、採石1件、ERBD挿入3件、切開拡張術1件であった。手技成功率は94.1%であった。切開拡張術はGuide wireに追従しガイドレーターの吻合部通過ができなかった胆管空腸吻合部癒着狭窄症例において施行した。針状メスにてendocut-modeにてwire周囲の狭窄部を切開拡張後に8mm拡張バルーンにて3気圧3分で拡張術を加え、肝機能は改善し偶発症なく退院となった。近年、食道、大腸に対する消化管吻合部狭窄に対する高周波メスを用いた切開拡張術の報告は散見されるが、胆管空腸吻合部に対する切開拡張術の報告は少ない。
[結論] 今回我々は胆管空腸吻合部狭窄に対して高周波メスを用いた切開拡張術が有用であった症例を提示するとともにPD術後胆管空腸吻合部狭窄の内視鏡治療戦略について報告する。

P-10 膵癌術前放射線治療法(NCRT)における内視鏡診断、治療

三重大学消化器肝臓内科¹⁾、光学医療診療部²⁾、肝胆膵外科³⁾
井上宏之¹⁾、西川健一郎¹⁾、葛原正樹¹⁾、原田哲郎¹⁾、井口正士¹⁾、田野俊介¹⁾、田中匡介²⁾、堀木紀行²⁾、伊佐地秀司³⁾、竹井謙之¹⁾

当院では膵癌に対してUICC-T分類でT3,T4症例を対象にNCRT(Gemcitabine 800mg/m²:45Gy)施行しており良好な成績を得ている。今回我々はNCRT施行症例における内視鏡診断、治療の役割を検討した。検討項目は1)EUS-FNAの成績、合併症。2)膵癌に伴う胆管狭窄における内視鏡ステント(ERBD 8.5Fr,10Fr)の成績である。1)2006年4月より当院において膵腫瘍に対してEUS-FNA施行し、手術あるいは経過観察にて最終診断の得られた78例を対象とした。膵腫瘍における診断能は感度89.4%特異度100%正診率91.0%であった。55例の内EUS-FNA施行し、その後NCRT、手術(試験開腹含む)施行された30例を検討した。手術までの期間は平均94.5日(70-134日)であった。NCRT考慮しEUS-FNAを施行した膵腫瘍症例は43例であり、10例(23.2%)で診断結果により経過観察など治療方針変更となった。43例のEUS-FNAの正診率は88.4%であった。合併症はなく、また術中、術後病理所見にて明らかなtrack seedingは認めなかった。2)膵癌に伴う胆道狭窄に対してERBD挿入され、その後NCRT施行し手術に至った23例を対象とした。8.5Fr挿入群(17例)、10Fr挿入群(6例)のステント開閉率、ステント閉塞に伴う治療中断率を比較した。ステント閉塞は8.5Fr群で5例7回、10Fr群で2例(3回)認め、それぞれ治療中断は7回、3回であった。ステント開閉率、治療中断率に統計学的な有意差は認めなかった。今後さらに症例を蓄積し内視鏡診断、治療の安全性、位置付けに関して検討が必要である。

P-12 内視鏡を使用し治療したPD術後膵消化管吻合部狭窄6例の検討

浜松労災病院 消化器内科
大田悠司、菊山正隆、鈴木さつき、仲程 純、小出茂樹

【背景】膵消化管吻合部狭窄はPD後の重篤な合併症の1つであり膵液瘻や反復性膵炎の原因となる。これまで再手術がなされてきたが、術後癒着の存在や患者への負担のため躊躇される場合が多かった。我々は膵炎や膵液瘻を伴う膵消化管吻合部狭窄に対し主に内視鏡治療を行ってきた。その結果について報告し検討する。【対象】対象は膵胃吻合部狭窄4例、膵空腸吻合部狭窄2例(男:女=3:3)。平均年齢63.6歳(45-82)。5例が反復性膵炎、1例が仮性膵のう胞にて経皮的ドレナージチューブが留置されていた。【方法】膵胃吻合部狭窄では側視鏡を、膵空腸吻合部狭窄では前方斜視鏡か直視鏡を用いた。吻合部を視認可能であればEUSミニチュアプローブにて膵管を確認し、ERCPカテーターにて造影を試みた。造影可能であれば0.025ガイドワイヤー(GY)を挿入し、造影困難あるいはGY挿入困難であれば針状メスで狭窄部を切開した。GY挿入後5Fr.自作先細り膵管ステントを留置した。ステント留置に成功したら1週間後にバルーン拡張し7Fr.膵管ステントを留置した。1か月留置後にステントを抜き治療を終了した。吻合部狭窄が高度あるいは同定困難例ではEUS下あるいは体外式超音波下で膵管を穿刺し、ガイドワイヤーを膵管側より狭窄部を通して消化管内腔に出し、ランデブー法にてステントを留置した。【結果】6例中5例でステント留置に成功した。膵空腸吻合1例において吻合部切開のみでステント留置に至らなかった。全例で目的とする反復性膵炎の抑制あるいは経皮的ドレナージチューブ抜去の治療に成功した。全例で腹痛や出血など合併症は認めなかった。膵胃吻合の4例では全例で予定通りの治療に成功し膵空腸吻合の2例中1例でステント留置に成功した。ステント留置できなかった症例は切開のみで反復性膵炎は改善した。【結論】これまでPD術後膵消化管吻合部狭窄の根本的な治療として再手術がなされてきた。しかし、今回の検討において内視鏡的治療が治療選択の1つとなりえる可能性が示唆され、今後のさらなる検討が望まれる。

膵1

1 EUS-FNAが治療方針の決定に有用であった肺癌肺転移の1例

山田赤十字病院 消化器科

黒田幹人、杉本真也、山村光弘、大山田純、川口真矢、亀井 昭、佐藤兵衛、福家博史

肺癌肺転移の報告は比較的稀である。その理由の一つは、剖検で確定診断されることが大半であり、生前の確定診断例が非常に少ないためと考えられる。今回我々は、EUS-FNABを用いて肺癌肺転移を診断し、その後の治療方針決定に有用であった1例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。【症例】72歳男性【主訴】体重減少、咳嗽【生活歴】喫煙70本/日×50年【現病歴】体重減少、咳嗽増悪を訴え近医受診し、胸部Xp及び胸腹部CT施行された。その結果右肺門部肺癌が疑われ、計2回気管支鏡下生検行われたが確定診断には至らなかった。また、膵頭部にも腫瘍指摘され、転移もしくは重複癌が疑われて当院呼吸器科へ紹介となった。【経過】当院でも胸腹部CT施行し、右肺門部に原発と考える6cm大の腫瘍を、また右肺上葉、肝右葉にも複数の結節影を認めた。膵頭部には、下部胆管を圧排狭小化させる4cm大の造影効果乏しい領域を認めた。閉塞性黄疸を伴っており、減黄と膵腫瘍の診断目的で当科入院。ERC行ったところ、下部胆管狭窄部は比較的壁不整なく、十二指腸壁側にある腫瘍の圧排と考えERBDチューブ留置し終了した。この時、十二指腸下脚には腫瘍に伴う壁の浮腫、発赤を認め生検行ったが、悪性所見を認めなかった。後日、右肺門部腫瘍には気管支鏡下生検を、膵頭部腫瘍(総胆管と十二指腸壁の間に存在)にはEUS-FNABを行い、いずれも低分化型腺癌と診断した。免疫染色は共にTTF-1(+),ケラチン(+),CK7(+),CK20(-),CGA(-)であり肺癌肺転移と確定診断、この結果に基づいて呼吸器科で化学療法開始となった。

医学中央雑誌で検索した結果、生前に診断された肺癌肺転移の症例は26例。ほとんどは手術により診断されており、ERPによるものが3例、経皮的生検によるものが1例、EUS-FNABによるものが1例であった。ERPや画像所見では術前に肺癌と診断していた例が散見され、EUS-FNABに免疫染色を組み合わせると非常に有用であると考えられる。

3 EUS-FNAにて術前診断が可能であった嚢胞変性を伴う膵内分泌腫瘍の1例

愛知県がんセンター中央病院・消化器内科学部¹⁾、内視鏡部²⁾

小林佑次¹⁾、原 和生¹⁾、澤木 明¹⁾、水野伸匡¹⁾、今村秀道¹⁾、脇岡 範¹⁾、丹羽康正²⁾、田近正洋²⁾、河合宏紀²⁾、近藤真也¹⁾、松本和也¹⁾、佐伯 哲¹⁾、鈴木晴久¹⁾、赤羽麻奈¹⁾、山雄健次¹⁾

症例は37歳、女性。2006年に悪性リンパ腫と20mm大の無症候性の膵腫瘍を指摘された。

膵腫瘍は明らかな悪性の所見は認めなかったため、悪性リンパ腫の治療を先行し寛解を得た。その後、2008年、精査加療目的にて当院紹介受診となった。CTにて膵体部に20mm大の嚢胞性病変を認め、動脈相にて膵実質と同程度の造影効果を認めた。MRCPIにて病変は高信号を呈し、内部信号は不均一であった。EUSにてSolidとcystの混在を認めた。以上の所見より、SCN、SPT、嚢胞変性をしたNETが鑑別に挙がり、確定診断目的にEUS-FNAを行った。細胞診にてclass 1、組織診にてクロマチン相造、核偏在性の小型異型細胞の索状増殖を認め、免疫染色にてchromograninA陽性、synaptophysin陽性であった。血液検査では膵内分泌ホルモンの異常は認めず、嚢胞変性を伴った非機能性膵内分泌腫瘍と術前診断した。明らかな転移巣は認めず、膵体部切除術を施行した。病理組織所見は、chromograninA、synaptophysin陽性、腫瘍径は17mm、リンパ節転移や血管浸潤、神経周囲浸潤なく、Ki67は1.4%であり、最終診断はwell-diff endocrine tumor (benign behavior)であった。本症例は、嚢胞変性を伴った膵内分泌腫瘍であるが、画像上、SCNやSPTとの鑑別に苦慮した。SCNであれば経過観察されるため、術前のEUS-FNAが治療方針の決定に極めて有用であったと考え報告した。

2 EUS-FNAで診断し、EUS-CPNで疼痛コントロールを行った膵癌の1例

公立学校共済組合 東海中央病院 消化器内科

清野隆史、井上匡央、森島大雅、川端邦裕、石川英樹

症例は52歳、男性。平成21年5月ごろより腹痛、背部痛をみとめ、6月30日に某大学病院救急外来を受診した。胆石、総胆管結石が疑われたが、MRIにて明らかな結石は認められなかった。腹痛が増悪したため8月19日に腹部CTを実施したところ、腹腔動脈、上腸間膜動脈周囲の脂肪織炎を疑われた。しかし、膵癌も否定できないため8月25日に確定診断目的でEUS-FNAを試みたところ、明らかな腫瘍性病変を描写するも近傍に動脈を認めるため穿刺はできず、後日開腹生検を行う予定となった。同年9月3日、EUS-FNAに関するセカンドオピニオン目的で当院を受診した。同日実施された腹部CT、EUSから膵鉤部由来の膵癌を疑い、上腸間膜動脈へも浸潤しているものと考えた。血液検査ではCA19-9が121.7U/mlと上昇していた。EUS-FNA 可能と判断し、9月7日にEUS-FNAを施行した。COOK社製 25G針を使用して計2回穿刺し、迅速細胞診はGroup V、病理組織診断はadenocarcinomaであった。画像所見も含め総合的に局所進行膵癌と診断した。癌性疼痛に対してオピオイドの内服中であったことから、EUS-FNAに引き続いてEUS-CPN(超音波内視鏡下腹腔神経叢ブロック術)を行った。その後はオピオイドの量が、オキシコドン20mg/日およびオキノーム頓用であったのが、オキシコドン15mg/日のみへと減量可能となった。局所進行膵癌 stage IVaのため、化学放射線療法を勧めたが、本人はGEMZARによる化学療法を希望されたので、9月25日からGEM1700mgにて開始となった。穿刺困難な症例であったが、EUS-FNAで確定診断が可能となり、EUS-CPNにて癌性疼痛のコントロールが得られた膵癌の1例を経験したのでここに報告する。

4 超音波内視鏡下膵のう胞ドレナージが有用であった膵仮性のう胞の1例

藤田保健衛生大学 肝胆膵内科

中野卓二、橋本千樹、川部直人、原田雅生、新田佳史、村尾道人、嶋崎宏明、有馬裕子、吉岡健太郎

症例は82歳の男性。腹満、腹痛が出現したため、救急車にて当院救急外来に搬送された。来院時血液検査でアミラーゼ3056IU/Lあり、腹部CTで膵頭部の腫大および膵内に多発する石灰化を認め、慢性膵炎の急性増悪と診断し緊急入院となった。急性膵炎重症度判定基準ではスコアは2点で軽症と診断した。補液、蛋白分解酵素阻害剤の投与などの治療を行った。腹痛は改善しアミラーゼも低下するも、WBC、CRPの高値を認めていた。第15病日に行った腹部CTでは膵仮性のう胞の出現を認めた。第16病日には炎症反応の悪化、発熱、意識レベルの低下、血圧の低下、呼吸状態の悪化を認めた。膵のう胞への感染を疑い、同日、超音波内視鏡下膵のう胞ドレナージ術を施行した。茶褐色の混濁した液が吸引できたため7Fr.ENBDチューブを膵のう胞内に留置した。その後全身状態、炎症反応は改善し、膵のう胞は縮小するも残存していた。第32病日にドレナージチューブを自己抜去されたが、炎症反応の悪化なく、全身状態の悪化も認めなかったため、再挿入せず経過をみた。腹部CTでは膵のう胞は徐々に縮小していった。その後、コレステロール塞栓症や誤嚥性肺炎を合併し現在入院加療中である。超音波内視鏡下膵のう胞ドレナージにて敗血症性ショックから脱した一例を経験した。感染を合併した膵仮性のう胞に対する超音波内視鏡下ドレナージ術は、低侵襲かつ安全に施行することが可能であり、状態の悪い場合でも有用な治療手段であると考えられた。

6 主膵管狭窄を示した膵漿液性嚢胞腺腫の1例

藤田保健衛生大学 坂元種報徳会病院 内科

服部信幸、芳野純治、乾 和郎、若林貴夫、奥嶋一武、小林 隆、三好広尚、渡邊真也、服部昌志、木村行雄、内藤岳人、小坂俊仁、磯部 祥、友松友一郎、山本智支、成田賢生、烏井淑敬

症例は48歳女性。主訴は無し。既往歴は甲状腺腺腫様結節。現病歴は2008年12月末に受けた人間ドックの腹部超音波検査にて膵体尾部に膵腫瘍を指摘され、当科外来に紹介受診となった。腹部超音波検査では、境界不明瞭で多房性の小嚢胞を呈する腫瘍性病変を認めた。MRCPでは膵体尾部に大きさ30×24×28mmの多房性小嚢胞の集簇を認めた。また、腫瘍像より尾側主膵管の拡張が認められた。膵ダイナミックCTでは大きさ30mmの腫瘍像を認めた。動脈相で腫瘍像内部の隔壁構造が濃染され、小嚢胞の集簇がより明瞭に描出された。また、腫瘍像より膵尾部主膵管は、MRCPと同様に拡張していた。血液生化学検査でCEA0.9ng/ml、CA19-9 17.0と正常値であった。以上より、腫瘍により主膵管の圧排狭窄を呈し、尾側主膵管拡張を示した膵漿液性嚢胞腺腫と診断した。尾側主膵管の拡張が認められ、膵尾部領域の急性膵炎の発症が危惧されたため、2009年8月、当院外科にて腹腔鏡下膵体尾部切除術・脾合併切除を実施した。固定標本断面像の肉眼所見では、腫瘍径30mmの腫瘍像を認め、内部には大小不同の嚢胞が多数集簇していた。また、腫瘍による圧排により膵尾部主膵管の拡張が認められた。病理組織所見では大小の小嚢胞結節状腫瘍で、嚢胞壁は淡明な平坦細胞より構成され異型は認められなかった。今回、我々は比較的良好な主膵管狭窄を示した膵漿液性嚢胞腺腫の1例を経験したので、若干の文献的考察を含めて報告する。

5 超音波内視鏡下膵嚢胞ドレナージの2例

山田赤十字病院 消化器科

川口真矢、杉本真也、山本 玲、山村光弘、大山田純、黒田幹人、亀井 昭、佐藤兵衛、福家博史

当院にてEUS下膵嚢胞ドレナージを2例経験したので考察を加え報告する。
【症例1】70歳女性。55歳時に膵体部IPMN(腺腫)で膵体部切除・胃脾尾側吻合術。2005年11月膵炎発症時に胃脾吻合部に嚢胞を指摘された。2008年10月腹部CT上嚢胞は径5cm大と増大し、尾側膵管も拡張。GIFでは胃体中部にSMT様隆起を認めたが胃脾吻合部は確認できなかった。胃脾吻合部閉塞による貯留嚢胞と診断。EUS下嚢胞ドレナージを施行。胃体部よりEUS(GF-UC-240P)下にEchochip穿刺針(19G)にて嚢胞穿刺後、3 lumen precut knifeにて切開。更に8mm EPBD用バルーンで拡張後、pig tail型プラスチックステント(7Fr 4cm)を挿入。その脇より外瘻チューブ(6Fr)を挿入。嚢胞液は無色透明で細菌培養(-)であった。腹部CTにて嚢胞の消退と膵管拡張の改善を確認し、外瘻チューブ抜去し内瘻化にて退院。
【症例2】79歳男性。50歳時に交通事故で膵損傷。76歳時に直腸癌(手術)。78歳時に直腸癌(ESD)、急性膵炎。2007年5月主膵管拡張を指摘され、その後膵頭部上外側に嚢胞を指摘され、ERPにて膵頭部で主膵管は完全閉塞していた。2009年6月腹痛、嘔吐を来し、腹部CT上嚢胞は径6cm大と増大しており、嚢胞内出血も疑われた。GIFでは胃前庭部から十二指腸が壁外性に圧排され狭窄し、膵仮性嚢胞の増大による通過障害と診断。EUS下嚢胞ドレナージを施行。胃前庭部よりEUS下にEchochip穿刺針(19G)にて嚢胞穿刺後、3 lumen precut knifeにて切開。外瘻チューブ(7Fr)を挿入。嚢胞液は茶褐色で細菌培養は(+)であった。腹部CTにて嚢胞の消退を確認したが、尾側膵管の拡張は改善を認めなかった。ドレナージ4日後に外瘻チューブ内にローブウェイ式に直視鏡を挿入。チューブ挿入部を確認し抜去。pig tail型プラスチックステント(7Fr 3cm)を挿入し内瘻化にて退院。

7 胃穿孔をきたした主膵管型IPMCの1例

大同病院 消化器・総合内科

小川和昭、藤原 晃、榊原聡介、野々垣浩二、印牧直人

症例は74歳男性。他院より膵腫瘍疑いで紹介され精査入院となった。腹部USで主膵管は頭部から体部にかけて著明に拡張し、内部に粘液を伴い、拡張した膵管全体に結節性病変を認めた。腹部造影CT検査では、USと同様に膵頭部から体部全体に拡張し、造影される乳頭状の結節を拡張した膵管全体に認めた。また、膵体部膵管の一部で胃壁への穿孔所見が認められた。上部消化管内視鏡検査にて胃体中部後壁に外方からの圧排像を認め、その中心より粘液の排出所見を認めた。ERCP施行時の内視鏡所見では、十二指腸乳頭近傍に腫瘍の浸潤像を認めた。主膵管造影では、拡張した膵管内に粘液の充満が認められ、胃体部から造影剤が胃内に漏出する像より、主膵管と胃との交通が確認された。以上より主膵管型IPMCの術前診断にて、亜胃全温存膵十二指腸切除術を施行した。胃穿孔をきたしたIPMCの1例を経験したので報告する。

朝日大学村上記念病院 消化器内科¹⁾、
岐阜大学医学部附属病院 第一内科²⁾、病理部³⁾
大洞昭博、小島孝雄、加藤隆弘、橋本宏明、堀江秀樹、福田信宏、
高野幸彦、奥田順一、井田和徳¹⁾、安田一朗²⁾、広瀬善信³⁾

自己免疫性脾炎は、脾癌との鑑別が困難な症例もあるためにEUS-FNAといった侵襲性の高い検査が必要となることもあるが、鑑別法の一つとしてFDG-PET検査が有用とされている。今回、我々はFDG-PETが陽性を示したがEUS-FNAにて確定診断にいたった自己免疫性脾炎の1例を経験したので報告する。症例は64歳、女性。主訴は上腹部痛。家族歴・既往歴に特記すべきことなし。現病歴は、平成21年3月初め頃より上腹部の鈍痛を自覚し、近医受診。血液検査にて脾酵素上昇と腹部超音波検査にて脾頭部の腫大と脾管拡張を認め、当科紹介入院。飲酒歴と喫煙歴はなかった。身体所見に異常はなかった。腹部CT検査では脾頭部にやや造影が弱い腫瘍影を認め、脾管の軽度の拡張、さらに総胆管と肝内胆管の拡張も認めた。MRCPでは、総胆管と脾頭部での脾管狭窄とそれより末梢脾管の拡張を認めた。当初脾癌を疑い、FDG-PET施行した。脾頭部と体尾部に高集積を認め、脾頭部癌とそれに伴った脾炎と考えた。しかし、血液検査でIgG4 163mg/dl、ANA 80倍を示し、確定診断のためにEUS-FNAを施行。EUS所見は脾自体はびまん性に腫大し、内部エコーは低エコーで、斑状・網目状の高エコーを認め、病理検査では萎縮した腺房と小葉の繊維化、形質細胞浸潤を伴っており、最終診断は自己免疫性脾炎となった。その後PSL30mgにて加療開始し、経過観察中であるが、脾頭部の腫瘍は消失し、脾管の拡張も改善。PETでの集積も消失している。近年、FDG-PETが陽性を示した自己免疫性脾炎の報告が散見され、脾癌との鑑別にはPETのみでなく、EUS-FNAが重要であると思われた。

岐阜大学医学部附属病院・第一内科
土井晋平、安田一朗、中島賢憲、久保田全哉、岩砂淳平、
今井健二、安田陽一、大澤陽介、鶴見寿、森脇久隆

感染性脾壊死は重症脾炎の後期経過中に発生し、生命予後を左右する重篤な合併症である。保存的治療で治癒する可能性は低く、従来開腹による壊死巣の除去ならびに腹腔内洗浄、ドレナージが必要とされてきた。しかし近年、超音波内視鏡を用いた経消化管的ドレナージ後にさらにドレナージ挿入部を拡張し、内視鏡を腹腔に挿入し壊死組織を洗浄・除去する方法（内視鏡的ネクロセクトミー）が報告され、新たな低侵襲治療法として期待が集まっている。今回当科においても感染性脾壊死の1例に対してこの手技を行い治癒し得たため、その手技の実態を動画により供覧するとともに、若干の文献的考察を加えて報告する。【症例】72歳男性。重症急性脾炎のため約1カ月間前医にて入院加療を受けていた。脾動注療法を含む集学的治療により病状は一時的改善するも食事開始後より発熱が出現し、CTにて感染性脾壊死と診断されたため加療目的にて当科転院となった。同日超音波内視鏡ガイド下に19G針で液状壊死腔を穿刺し、ダイレーターおよび8mmの胆道拡張用バルーンによって瘻孔を拡張後6Fr外瘻チューブと10Fr内瘻チューブを留置した。しかし、その後も発熱持続のため、6日後に18mm径の消化管拡張用バルーンで瘻孔を拡張し、腔内に送水機能付き直視内視鏡を挿入し、洗浄を行いながら鉗子を用いて壊死物質の除去を行った。同様の処置を計6回行ったところで壊死組織は完全に除去でき、これとともに良好肉芽の盛り上がりにより腹腔の狭小化が進み、入院28日後にドレナージを抜きし35日後退院となった。初回穿刺を行った日に39度台の発熱を認めた以外には経過中に合併症はみらず安全に治療を行うことが可能であった。【結語】内視鏡的ネクロセクトミーは、感染性脾壊死に対する低侵襲かつ有効な治療法であり、今後の普及が期待される。

春日井市民病院
尾関貴紀、加藤晃久、稲垣佑祐、松波加代子、片野敬仁、望月寿人、
高田博樹、祖父江聡、妹尾恭司、伊藤和幸

症例は18歳女性。主訴は心窩部痛と吐血。8才時に網膜内膿瘍にて手術と9才時に上部消化管出血の既往あり。現病歴は平成21年4月突然の心窩部痛と吐血を認め、当院受診。入院時現症は、身長160cm、体重45.9kg、体温36.6℃、血圧108/61mmHg、心拍数60bpm、心窩部痛認めるが、腹部は平坦・軟で圧痛は認めなかった。血液検査ではAMY296IU/l、WBC10,400/μlと上昇を認めた。上部消化管内視鏡検査では、胃内に黒色凝血塊が貯留し十二指腸内に鮮血を認める為、十二指腸での出血が疑われたが、出血源の同定が困難であった為フードを装着し観察を行ったところ、十二指腸乳頭部からの血液の流出が確認された。同日緊急造影CTを施行し、脾周囲脂肪織の軽度吸収値上昇と脾体尾部の主脾管拡張、主脾管内に血栓、脾静脈の狭窄と胃体弯側に側副血行路の形成を認めた。以上より脾管内出血と診断し、絶飲食としメシル酸ガベキサート、ファモチジンの投与を行った。3DCTAでは主脾管内に脾動脈瘤の形成が認められ、MRCPでは脾体尾部の主脾管は出血のため評価困難であった。第7病日に腹部血管造影検査を施行し、流入血管は同定されたがスバズムを起こし瘤が造影されなくなったため終了し、後日再度血管造影を行ったが脾動脈瘤は造影されなかった。第16病日のMRCPでは主脾管は尾側に拡張し内部にT2で低信号域を認め、第24病日に上部消化管超音波内視鏡を施行したところ、脾体尾部の主脾管は4mmと拡張を認めた。拡張内部には7mm大のややhigh echoな結節影を認め脾動脈瘤と考えられたが、echo free spaceは認めず血栓化していると考えられた。第9病日より経口摂取を再開したが、貧血の進行や吐血、症状の再燃は認めず第25病日退院し、現在外来にて経過観察中である。今回我々は心窩部痛・吐血を契機に発見された脾動脈瘤の1例を経験したので報告する。

11 IgG4 関連硬化性胆管炎の一例

静岡県立静岡がんセンター 内視鏡科¹⁾、病理部²⁾澤井寛明¹⁾、松林宏行¹⁾、田中雅樹¹⁾、角嶋直美¹⁾、滝沢耕平¹⁾、池原久朝¹⁾、小野裕之¹⁾、佐々木恵子²⁾

症例は79歳、女性。近医での胆道系酵素上昇の精査にて肝門部胆管腫瘍を疑われ、当院紹介受診となった。初診時の身体所見では明らかな異常を認めず、血液検査ではGOT、GPT、ALP、 γ -GTP、CA19-9の上昇を認めるものの、T-bilは正常範囲内であった。dynamic CTでは肝内胆管の拡張、肝門部から上部胆管に造影効果を有する著明な壁肥厚を認めた。膵臓を含めその他の臓器に有意な所見を認めなかった。ERCPでは、多発する胆管狭窄、および肝内胆管の拡張を認めたが、膵管には狭細像などの異常所見は認めなかった。胆汁および狭窄部の胆管擦過細胞診では悪性所見を認めず、狭窄部の生検組織診でも悪性所見は認めなかったが、間質に多数のリンパ球と形質細胞の浸潤像を認め、IgG4免疫染色では高倍率にて10個以上のIgG4陽性細胞を認めた。さらにIgGの上昇(IgG: 2571mg/dl、IgG4: 53.2mg/dl)、抗核抗体・抗DNA抗体の陽性を認め、IgG4関連硬化性胆管炎と診断した。近年膵腫大や膵管狭細像などの膵病変を伴わないIgG4関連硬化性胆管炎の胆管病変がIgG4関連硬化性胆管炎と称されるようになった。原発性硬化性胆管炎との鑑別などが困難とされているが、診断基準ははまだ確立しておらず、今後のさらなる症例の蓄積、検討が望まれる疾患である。今回我々はIgG4関連硬化性胆管炎の一例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。

13 遺伝性球状赤血球症に合併した小児総胆管結石の1例

名古屋第一赤十字病院 消化器内科

佐藤亜矢子、春田純一、山口丈夫、伊東輝朋、西野正路、平山 裕、山 剛基、松下正伸、中村一平、小林寛子、澤田つな騎、水谷泰之

【背景】遺伝性球状赤血球症の罹患率は人口100万人あたり5-20人である。またビリルビン産生亢進により胆道結石を多く合併するが、10歳以下では5%と比較的まれである。今回我々は遺伝性球状赤血球症に合併し、内視鏡的治療を施行した8歳児の総胆管結石の1例を経験したので報告する。【症例】症例は8歳男児。【現病歴】平成21年6月下旬に上腹部痛・皮膚黄染・嘔吐が出現し近医を受診。黄疸を指摘され当院救急外来受診となった。【既往】家系に遺伝性球状赤血球症。新生児黄疸があり生後4カ月に遺伝性球状赤血球症と診断されていた。【経過】来院時意識清明。発熱は認めず、著明な黄疸を認めた。血液生化学検査では高ビリルビン血症(TB/DB100/38)、肝胆道系酵素の上昇(AST/ALT:165/761,LDH280,ALP1329)を認め、腹部造影CT検査にて総胆管結石・胆石と診断し緊急入院となった。入院時は腹痛消失し、発熱なく、炎症反応も正常範囲内であった。入院4日目に全身麻酔下でERCP施行し、径4mm大の結石を1個認めたため、EPBD後にバスケットカテーテルにて採石した。その後合併症等も認めず食事を開始したところ、採石3日目より右季肋部痛が出現した。腹部US施行し胆嚢腫大と壁肥厚、頸部に結石を認め、急性胆嚢炎と診断し手術予定で緊急転院搬送となった。搬送先では腹痛は軽快し腹腔鏡による待機的胆嚢・膵臓摘出術を施行した。採石された総胆管結石の成分は、炭酸カルシウム51%、ビリルビンカルシウム49%であり、溶血による結石と考えられた。手術後は経過良好で術後10日で退院となった。【結論】遺伝性球状赤血球症に合併し、内視鏡的治療を施行した、8歳児の総胆管結石の1例を経験したので報告する。

12 十二指腸癌による閉塞性黄疸に対して超音波内視鏡下胆道ドレナージ(EUS-BD)を施行した1例

東海中央病院 消化器内科

井上匡央、清野隆史、森島大雅、川端邦裕、石川英樹

症例は92歳男性、平成21年3月初旬より時折嘔吐があった。3月7日夜にも洗面器一杯ほどの嘔吐があり、吐物は赤褐色であった。3月8日夜再び吐血し、精査目的にて入院となった。同日上部消化管内視鏡検査を施行し、ファーター乳頭より肝門側に隆起性病変を認めた。生検の結果well differentiated adenocarcinomaであった。年齢、呼吸機能、心機能を加味し膵頭十二指腸切除術は困難と判断され、3月25日胃空腸吻合術が施行された。その後経過良好であったが9月11日閉塞性胆管炎を発症した。内視鏡的胆道ドレナージを試みるも腫瘍は乳頭にまで浸潤し、内視鏡的に開口部同定困難、ブラインドで胆管造影を試みるも出血多量で不可であった。このため翌日EUS-BDを施行した。超音波内視鏡はOLYMPUS社製GF-UC240Pを用い十二指腸球部へ挿入、穿刺部位を超音波画像下に観察しながら下部胆管近傍には血管が存在しており、止血無く中部胆管付近で血流がない事を確認し穿刺点とした。WILSON-COOK社製ECHO-TIP22G針にて試験穿刺、吸引にて胆汁を確認後ZIMMONのneedle knifeで連続切開、0.035ガイドワイヤを胆管内へ挿入しSoehendra胆管拡張カテーテル4-6Fr 4-7Frにて拡張、FLEXIMA7F5cmを挿入し胆汁流出良好である事を確認し終了とした。手技時間は約25分であった。術直後および翌日以降も胆汁性腹膜炎、出血等の偶発症は認めず翌日朝より経口摂取を開始した。本症例はEUS-BDの良い適応であったと考えられ、EUS-BDに関して弱冠の文献的考察を加えて報告する。

14 表層進展を認めた胆管癌の1切除例

大阪中央総合病院 胃腸科¹⁾、外科²⁾、病理科³⁾藤原雅也¹⁾、直田浩明¹⁾、高山玲子¹⁾、浦出伸治¹⁾、金子昌史¹⁾、今井奈緒子¹⁾、加藤憲治²⁾、三田孝行²⁾、福留寿生³⁾、小林一彦¹⁾

症例は70歳代、男性。右季肋部痛及び黄疸を認め近医受診し、精査目的で紹介受診。採血で直接優位のビリルビン上昇、肝胆道系酵素の上昇を認めた。USで肝内胆管、総胆管は著明に拡張しており、中部胆管に低エコー腫瘍を認めた。造影CTで腫瘍は約1cmで動脈相から徐々に濃染され、周囲への明らかな浸潤やリンパ節腫大はなかった。MRIで腫瘍は胆嚢管合流部付近の中部胆管に存在し、T1、T2強調画像ともに低信号を呈した。EUSで腫瘍は胆嚢管合流部に浸潤していたが、門脈や膵実質への明らかな浸潤は認めなかった。ERCPでは中部胆管に約3cmの不整狭窄像を認め、胆嚢管及び胆嚢は造影されなかった。左右肝管合流部、及びVater乳頭近傍の下部胆管には壁の不整像は認めなかった。IDUSでは、胆管内を占拠する低エコー腫瘍を認め、胆管の外側高エコー層は概ね保たれていたが、膵実質への一部浸潤を疑う所見を認めた。また、腫瘍と連続性はなかったが、右肝管に限局性の壁肥厚を認めたため、ENBD tube (pig tail 8.5Fr)を留置し、後日経口胆道鏡(POCS)を施行した。POCSでは右肝管、及び左右肝管合流部に発赤、びらん、毛細血管の口径不同を認めたが、腫瘍の進展によるものかアーチファクトなのか鑑別困難であった。POCS下で右肝管及び左右肝管合流部での生検を行ったが、腫瘍細胞は認めなかった。以上よりBmiCS2 Hinfo H0 Ginfo Panc1 DU0 PV0 A0 P0、T3 N0 M0 cStageIII(癌取扱い規約)、T3 N0 Mo cStageIIA(UICC)と診断し、幽門輪温存膵頭十二指腸切除術(PPD)を施行した。術中迅速診断で肝側胆管の切除断端が術中迅速診断で陽性であり、最終的に右は前区域枝、後区域枝、左は尾状葉枝、左葉外側区域枝に至るまで追加切除が必要であった。現在、胆管癌の進展評価方法として、USやCT、MRI、EUS、胆道造影、IDUS、胆道鏡、胆管生検などが挙げられるが、各モダリティでの進展所見の捉え方は確立されておらず、今後更なる評価方法の検討が望まれる。

15 胃原発内分泌細胞癌の1例

済生会松阪総合病院・内科

河俣浩之、小田裕靖、稲垣悠二、脇田喜弘、橋本章、清水敦哉、中島啓吾

【はじめに】胃内分泌細胞癌は、胃小細胞癌と同義語であり、全胃癌中0.06～0.4%と極めて稀な組織型である。また悪性度が高く予後不良であり、有効な治療法は確立されていない。術前診断が困難な場合も多く、生検による術前正診率は約18%と低い。今回我々は生検にて診断した胃内分泌細胞癌を経験したので報告する。【症例】72歳男性、2009年4月上腹部違和感あり、近医で上部消化管内視鏡検査を施行。胃体部に潰瘍を認め、生検診断はGroup Iで良性潰瘍の診断で内服加療を受けた。同年8月内視鏡検査で改善なく精査目的で紹介。内視鏡検査では、胃体中部後壁に円形で45mm大、粘膜下腫瘍様の辺縁隆起を持つ潰瘍性病変を認め、潰瘍辺縁より生検したが、Group Iであった。悪性リンパ腫、2型胃癌を疑い、ボーリング生検を施行した所、N/C比の高い異型細胞の胞巣状の増生を認め、免疫染色ではchromogranin陽性であった。超音波内視鏡検査では、第3、4層を主座とする低エコー腫瘍として描出され、辺縁隆起の第1、2層は保たれていた。諸検査にて、その他の腫瘍、胸腹水、リンパ節腫脹は認めず、PET-CTにて胃体部にSUV9.5の集積を認めるのみであり、胃原発内分泌細胞癌と診断し、同年9月15日胃全摘術を施行した。摘出標本では、殆ど細胞質を持たない異型細胞の胞巣状増生を認め、一部にロゼット様、索状構造を示し、chromogranin陽性、synaptophysin陽性であり、内分泌細胞癌、T3.N2.H0.P1.M0.fStageIVと診断された。【結語】胃内分泌細胞癌の術前診断が困難な理由として、粘膜下腫瘍様の形態をとる場合が多い事、組織学的に低分化腺癌や悪性リンパ腫と類似している事、腺癌を合併する場合が多い事、などが上げられる。本症例も生検診断困難であったが、ボーリング生検、及び免疫染色が有用であった。内視鏡所見で同疾患を疑った場合には確実な組織採取、積極的な免疫組織化学染色が必要であると考えられた。

17 興味ある形態の変化を示し診断に苦慮した重複早期胃癌の1例

名古屋記念病院 消化器内科¹⁾、名古屋第二赤十字病院 消化器外科²⁾
鈴木重行¹⁾、菅内文中¹⁾、新家卓郎¹⁾、都築榮夜¹⁾、近藤 啓¹⁾、
神谷 聡¹⁾、山内 学¹⁾、長谷川洋²⁾

【症例】76歳、女性。2007年7月19日心窩部痛でEGDの依頼あり、前庭部前壁に径約10mmのH 1 stageの潰瘍を認めた。生検ではGroup Iで、依頼元の近医でPPIの治療を受けた。2008年6月17日心窩部痛でEGDの依頼があり、前回潰瘍があった部位に径約20mmの表面不整な0-I型の隆起性病変を認めた。生検でGroup V adenocarcinoma tub2～por 1であった。7月3日EGD再検、同部位は再び径約15mmの一部結節性変化を伴う0-III型の潰瘍性病変を呈し、生検ではGroup Iであった。7月11日のEGDでは、潰瘍性病変は潰瘍底がやや縮小するも辺縁がやや隆起していた。生検ではGroup I～IIであった。また前庭部小弯には径約15mmの0-II a型の隆起性病変を認め、生検ではGroup IV precursorであった。腹部CTで前庭部近傍のリンパ節腫大を認めたが、他に遠隔転移なく、腹水もなかった。患者が他院での手術を希望し紹介、8月11日幽門側胃切除術を受けた。術後結果は①前庭部前壁の0-III型の潰瘍性病変は、adenocarcinoma por1, sm、で、6番のリンパ節に同様な癌細胞の転移を認め(N1+)、臨床病期はStage I B、②前庭部小弯の0-II a型の隆起性病変は、adenocarcinoma tub1, m、脈管浸潤なしであった。興味深い経過をとり、診断に苦慮した症例であり、文献的考察を踏まえて、報告する。

16 胃、小腸、肺に同時多発したMALTリンパ腫の一例

静岡県立静岡病院 消化器内科

近藤貴浩、小柳津竜樹、田中俊夫、高橋好朗、濱村啓介、大野和也、岡崎 敬、鈴木 亮、中村尚広、黒石健吾

症例は59歳女性。Sjogren症候群で通院中、スクリーニングで施行した上部内視鏡で胃全領域に多彩な糜爛性病変が散在していた。境界は比較的に明瞭なものから不明瞭なものがあり軽度陥凹ないし隆起性病変がみられたが、複数箇所からの生検は全てMALTリンパ腫と診断された。またH.pyloriも陽性であった。全身検索にFDG-PETを施行したところ、胃と両肺野に多発し、回腸末端に単発の集積が認められた。

下部消化管内視鏡では回腸末端に周囲に陥凹を伴う20mm径の隆起性病変が認められた。表面は発赤した不整糜爛がみられ、生検でMALTリンパ腫と診断された。また気管支鏡でも右中葉の結節から生検を施行し、MALTリンパ腫と診断された。以上から同時に3臓器に発症したMALTリンパ腫と考えられた。胃MALTリンパ腫に対してはH.pylori除菌療法が確立した治療であるが、多臓器にわたるMALTリンパ腫への除菌療法の有効性は証明されていない。自験例ではより全身的化学療法が適切と考えCP(エンドキサン+ブレドニン)療法を開始した。

自験例は胃炎類似型胃MALTリンパ腫としてもU、M、Lの全ての領域に病変が存在する稀な症例であったが、更に小腸、肺にも同時多発していた点で貴重な症例と思われた。若干の文献的考察を加え報告する。

18 超音波内視鏡下吸引生検(EUS-FNA)にて確診を得た胃粘膜下腫瘍様胃癌の1例

愛知県がんセンター中央病院 消化器内科¹⁾、内視鏡部²⁾佐伯 哲¹⁾、丹羽康正²⁾、田近正洋²⁾、澤木 明¹⁾、水野伸匡¹⁾、
原 和生¹⁾、河合宏紀²⁾、脇岡 範¹⁾、今村秀道¹⁾、近藤真也¹⁾、
小林佑次¹⁾、松本和也¹⁾、赤羽麻奈¹⁾、鈴木晴久¹⁾、山雄健次¹⁾

【症例】70歳、男性。既往歴に特記事項なし。検診胃透視検査にて体下部小弯の不正隆起像を指摘され近医を受診、体下部小弯に粘膜下腫瘍様の隆起像を指摘された。生検組織にてgroup 4と診断されたため、精査加療目的にて当科へ紹介受診となった。血液検査上、異常所見を認めなかった。上部消化管内視鏡(GIF)では、胃体下部小弯に平坦な隆起性病変を認めた。上皮性変化は生検痕を認める以外確認できなかった。当院でも組織生検を施行したが、group 1であった。超音波内視鏡(EUS)では、直径約9mmの第3層を主座とする境界明瞭な低エコーの腫瘍を認めた。超音波内視鏡下に穿刺吸引生検(EUS-FNA)を施行したところ、adenocarcinomaが検出され、胃癌の診断が確定した。当院外科にて幽門側胃切除術が施行され、最終診断はmoderately differentiated adenocarcinoma, pSM ly1 v0 pPM0 pDM0, pN0, T1N0M0 stage Iaであった。【考察】粘膜下腫瘍様胃癌の場合、内視鏡的生検にて診断を確定するには、頻回の生検、またはいわゆるボーリング生検が必要となることが多い。当院にて施行された粘膜下腫瘍様胃癌に対するEUS-FNAでの正診率は4/7(57%)であった。同症例の内視鏡・超音波・組織像も含め、当院での成績と文献的考察を加えて報告する。【結語】EUS-FNAは、通常の内視鏡下生検で確定診断に至らない粘膜下腫瘍様胃癌に対して、組織学的診断を得る有用な方法と考えられた。

19 ESDを施行した胃カルチノイドの1例

JA愛知厚生連豊田厚生病院 内科

松崎一平、竹内淳史、大久保賢治、森田 清、金沢宏信、下郷友弥、伊藤隆徳、竹山友章、西村大作、片田直幸

症例は34歳の男性。2009年5月に息切れ、立ちくらみにて当院内科受診し大球性高色素性貧血を認めた。上部消化管内視鏡検査にて胃体中部前壁に粘膜下腫瘍様の病変を認め、生検にてカルチノイド腫瘍と診断。Vit.B12欠乏を認めたため外来で補充療法後、7月にカルチノイド腫瘍の精査治療目的にて入院となった。ガストリンは1800pg/mlと高値で抗胃壁細胞抗体が陽性。尿中ピロリ抗体は陰性であった。

入院後、上部消化管内視鏡検査を施行し、背景粘膜は胃体部がびまん性かつ広範に萎縮しA型胃炎の所見であった。体中部前壁に5mm大の粘膜下腫瘍様の病変を認め、立ち上がり明瞭で平滑、表面に発赤を認め、中央に浅い陥凹を認めた。拡大観察では腫瘍表面の発赤は毛細血管の拡張であり、腺管構造は周囲粘膜と同等であった。EUSでは、病変は第2層を主座とし境界明瞭な低エコー腫瘍を認めた。第3層は非薄化しており粘膜下層までの浸潤と診断した。

以上より、A型胃炎を背景に発生した胃カルチノイドと診断し、Rindiの分類でType Iと考えた。造影CTにて転移を認めず、本人、家族に十分説明し同意を得てESDを施行した。

カルチノイドは粘膜深層から発生する腫瘍であるが、本症例は粘膜下層まで増殖する腫瘍細胞の充実性胞巣を認めたが、切除段端は陰性であり脈管侵襲を認めなかった。クロモグラミング染色が陽性でありカルチノイドに矛盾せず、MIB-1 indexは1~3%と低値であった。胃カルチノイドの治療は従来リンパ節郭清を伴った胃全摘が施行されてきたが、近年内視鏡治療の報告が散見される。若干の考察を加えて報告する。

20 胃ESD後の潰瘍再発に関する検討

静岡県立静岡がんセンター 内視鏡科

黄勇潔、角嶋直美、田中雅樹、滝沢耕平、池原久朝、松林宏行、小野裕之

【背景】

早期胃癌に対するESDは広く普及している。通常ESDによって生じた人工潰瘍は約2ヶ月で治癒するが、その後の経過における潰瘍再発に関する報告は少ない。

【対象と方法】

2002年9月~2008年4月に当院で胃ESDを施行し、追加治療(胃切除、APC、PDT)がなく、1年以上の経過観察が可能であった408症例、488病変(M癌410病変、SM癌68病変、Adenoma10病変)を対象とした。原則として、ESD後2ヶ月間PPIを内服し、ESD2~3ヶ月後に内視鏡で人工潰瘍の治療を確認した後、経過観察過程に同部位或いは近傍の潰瘍の新出を潰瘍再発と定義し、以下の検討をおこなった; 検討1)潰瘍再発率および再発部位、検討2)潰瘍再発と臨床病理学的特徴(a)病理学的UL、(b)消化性潰瘍の既往、(c)抗凝薬常用との関連性。

【結果】

対象の内訳は、男女比4.4:1(332:76人)、中央値70歳(34~91歳)、ESDによる切除標本サイズの中央値45.5mm(10~130mm)、観察期間の中央値35ヶ月(12~77ヶ月)であった。結果1)ESD後潰瘍再発は12例(2.9%)であった。潰瘍再発部位としては、癒痕部に8例、癒痕辺縁に4例潰瘍再発を認めた。結果2)潰瘍再発との関連性では、(a)病理学的ULあり/なし:7.8%/1.0%(<0.05)、(b)消化性潰瘍の既往あり/なし:15.4%/2.1%(<0.05)、(c)抗凝薬常用あり/なし:1.7%/3.2%であり、病理学的ULの有無および消化性潰瘍の既往の有無において、潰瘍再発率に有意差を認めた。

【結論】

胃ESD後潰瘍の再発率は2.9%であった。病理学的UL陽性症例や消化性潰瘍の既往がある症例では、ESD後の人工潰瘍再発に留意する必要性が示唆された。

21 ESD広汎切除後におきた合併症の2例

中野胃腸病院

舟曳純仁、深尾俊一、山崎雅彦、横田広子、鈴木智貴、小川 了、溝口公士、前田祐三

早期胃癌に対するESDは適応拡大病変に対しても増加している。出血や穿孔などの偶発症が報告されているが、今回我々は胃ESDにおいて広汎切除を行い12.3ヵ月後に胃の排泄能の低下を認めた2症例を経験したため報告する。

1 症例目は68歳男性で既往は特になし。体上中部小湾のIIaと幽門部前後壁にわたるのIIaの2病変を同時にESDを施行したが、切除部が胃角を超え小湾側で連続した症例である。ESD後一週間目から食事できなくなり、2ヶ月後の上部内視鏡で小湾側の難治性潰瘍と幽門部の狭窄を認めた。狭窄に対し8回拡張術を行い狭窄は解除されたが小湾側の潰瘍は治癒せず小湾短縮となり胃の排泄能の低下が生じ摂食障害をおこした。最終的に幽門側胃切除を行い食事が可能となった。

2 症例目は80歳男性で既往は心筋梗塞、脳梗塞。体中部後壁から幽門前庭部前後壁にまでわたるIIa病変にESDを施行した。ESD後約2ヶ月ごろより食事量の減少が続き体重減少しESD後約3ヶ月で食事摂取が不能となった。ESD後3ヶ月の上部内視鏡で潰瘍底の縮小を認めるも著名な小湾短縮と幽門部の変形を認めた。内視鏡は十二指腸まで通過可能であったが胃の排泄能の低下を認め残渣を認めた。胃切除やバイパス術などの外科的治療を念頭に栄養状態改善を目的とし中心静脈栄養、経腸栄養開始したがESD後109日目誤嚥性肺炎から呼吸不全となった。

病変は切除可能であったが切除範囲が大きすぎたため胃の排泄能低下をおこした2症例を経験した。ESDは早期胃癌に対し有効な治療法ではあるがESDの適応に関して施行前の十分な検討が必要と考えられた。

22 胃ESD困難例に対しダブルスコープが有用であった一例

半田市立半田病院

島田礼一郎、神岡論郎、森井正哉、岩下紘一、亀井圭一郎、安藤通崇、廣崎拓也、大塚泰郎

【症例】77歳男性【経過】既往として高血圧、前立腺癌を有し当院泌尿器科通院中であった。2009年度基本健診での上部消化管造影にて異常を指摘され、5月15日当科受診された。精査のため上部消化管内視鏡検査を施行し、胃体上部前壁に径40mm大の0-IIa病変を確認した。背景粘膜より発赤調の境界明瞭な隆起性病変として確認され、表面性状は大小結節状の不整粘膜であった。病理組織学検査でadenocarcinoma(tub1)と診断した。超音波内視鏡検査では第1層、第2層の肥厚として確認され、深達度は粘膜病変と判断し内視鏡的粘膜下層剥離術(ESD)を行った。病変は胃体上部前壁にあり近接が困難であったためmulti-bending scopeを使用した。マーキング後、needle knife, IT-2 knifeにて全周切開し、IT-2 knifeで剥離を行った。視野展開が悪く剥離が困難であったため、経鼻内視鏡にて病変肛門側を把持展開しトラクションをかけたところ有用であり口側へ剥離を行った。

病変は径47×42mm 病理組織診断はwell differentiated adenocarcinoma, INF, depth SM, v1, ly0, pLM(-), pVMX(+)であった。

【まとめ】今回我々は近接困難な体上部前壁の0-IIa病変に対しmulti-bending scopeと経鼻内視鏡を併用することにより良好なトラクションを得ることができESDで切除した早期胃癌の症例を経験したため報告を行った。

23 内視鏡治療しえた胃石の3例

朝日大学村上記念病院消化器内科

堀江秀樹、加藤隆弘、小島孝雄、橋本宏明、福田信宏、高野幸彦、大洞昭博、奥田順一、井田和徳

[症例1] 86歳女性。2006年3月上腹部痛を主訴に近医より紹介受診。上部消化管内視鏡検査にて5×4cmの胃石と胃潰瘍をみとめた。透明キャップを併用しポリベクトミースネアを用い砕石。粉碎化し経肛門的に排出。第8病日に退院。柿の過食があり柿胃石と診断。[症例2] 91歳女性。上腹部痛を主訴に近医より紹介受診。上部消化管内視鏡検査にて7×5×4cm、6×4×3.5cm、6×4×3cmの胃石を3個認めた。入院中にその1個が十二指腸水平部に嵌頓し、イレウス症状を呈した。下部消化管内視鏡用スコープ(PCF-260AI)を使用し十二指腸水平部に嵌頓した結石を鉗口鉗子で削薄、イレウスを解除した。また胃内結石は透明キャップとポリベクトミースネアを使用し粉碎化、経肛門的に排出し治療後6病日には排便見られ改善した。柿の過食から柿胃石と診断した。[症例3] 66歳男性。上腹部痛とHb3.8g/dlと高度の貧血にて当院受診。上部消化管内視鏡検査にて胃潰瘍と約3cm大の胃石を認めた。同日、ポリベクトミースネアで砕石、粉碎化し、経口的に排出。輸血により貧血も改善し軽快退院した。結石分析でタンニン酸が98%であり植物胃石と診断したが、原因は不明であった。

[まとめ] 胃石は胃潰瘍を合併することが多く、腰痛や貧血の原因となる比較的多い疾患である。胃石は身近にある器具、透明キャップとポリベクトミースネアがあれば十分砕石・粉碎化が可能であり、幽門輪を超えてイレウスになる危険性があることから、胃内に確認されたならば機を逸さずに治療を行うことが肝要であると考えられた。

24 コーラによる溶解療法が奏功した胃潰瘍を伴った柿胃石の1例

偕行会 名古屋共立病院消化器内科¹⁾名古屋大学大学院消化器内科学²⁾広瀬 健¹⁾、竹田欽¹⁾、宇都宮節夫¹⁾、多賀雅浩¹⁾、川田 登¹⁾、池田 誉¹⁾、水谷佳貴¹⁾、後藤秀実²⁾

症例は89歳女性。主訴は熱発、食思不振。既往歴はアルツハイマー型認知症、糖尿病、胆石術後、腹壁瘻痕ヘルニア。嗜好歴として干し柿の多食を認めた。平成21年7月28日、熱発、食思不振を認め当院紹介受診。上部消化管内視鏡を施行したところ胃内に約5cm大の結石を認めた。また胃角部、前庭部にA1期の活動性胃潰瘍を認めた。結石を一部採取し成分分析を実施したところ主成分は98%タンニン酸であり柿胃石と診断した。潰瘍の改善を認めた後、第26病日に胃石に対し経鼻胃管よりコーラの注入(2L/朝・夕)を施行。第29病日に上部内視鏡より再度コーラの注入(1L)を施行した。第49病日に行われた上部消化器内視鏡では胃石は消失しており、その後腸閉塞などの合併症を認めず退院となった。

胃石は食物として摂取された物質や毛髪などの食した物が胃内で不溶性物質と変化したものであり、ときに腸閉塞や胃潰瘍などの合併を引き起こす。従来胃石に対する治療としては外科的摘出、または内視鏡的砕石が行われてきた。2002年柿胃石に対してコカ・コーラによる溶解治療の有用性が報告されて以来、本邦、国外において同様の報告が散見される。われわれはコーラによる溶解療法が奏功した柿胃石の1例を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

25 多発肝腫瘍、脾腫瘍を来した胃蜂窩織炎の1例

医療法人明陽会 成田記念病院 消化器科¹⁾NTT西日本東海病院 内科²⁾坂田稔¹⁾、成田 真¹⁾、山田尚史²⁾、塚田勝比古²⁾、武内俊彦²⁾

症例は60歳代 女性。2008年7月上旬より38から39の熱発が持続したため近医受診。投薬を受けるも軽快せず7月中旬紹介入院となった。入院時腹部に圧痛はなく腫瘍は触知しなかった。血液生化学的検査で白血球 $21410/\mu\ell$ 、CRP 24.6mg/dl と高度炎症所見を認めたが腫瘍マーカーは陰性であった。腹部超音波検査で肝臓に数mmから20mm大の類円形の腫瘍が多発し、辺縁は低エコー、内部は等エコーのいわゆるbull's eye signを呈していた。脾臓にも同様の腫瘍が見られた。腹部CT検査でも同様に肝両葉に数mmから20mm大のやや低濃度の腫瘍を多数認めた。動脈相で腫瘍辺縁は造影され、内部は造影効果がなく、門脈相でも同様の所見であった。脾臓にも腫瘍が散見されまた胃穹窿部後壁の壁肥厚を認めた。画像所見から転移性肝腫瘍、脾腫瘍が疑われた。胃内視鏡検査で胃穹窿部後壁に周堤を形成し粘膜炎の集中を伴う潰瘍性病変を認めた。生検結果はgroup 1胃内視鏡検査を再検したところ胃穹窿部の潰瘍性病変より生検時に胆汁の流出を認めた。全身CT検査、大腸内視鏡検査などを施行したが他に悪性所見や感染源などは指摘されなかった。以上より胃蜂窩織炎、多発肝腫瘍、脾腫瘍と診断した。自然排膿と抗生剤投与で軽快した。腹部超音波検査、CT検査ならびにMRI検査で経過観察したが、画像は経時的に変化し改善した。今回我々は多発肝腫瘍、脾腫瘍を来した胃蜂窩織炎の1例を経験したので若干の文献的考察を加え報告する。

26 寄生虫による消化管疾患の2例

浜松労災病院

仲根 純、菊山正隆、鈴木さつき、大田悠司、小出茂樹

症例73歳 女性。3日前にトビウオの刺身を食べた。吐血、下血を主訴に救急搬送された。上部内視鏡検査で胃角後壁に3cm大の出血性胃潰瘍を認め、潰瘍底に露出血管と刺入しているアニサキス虫体を認めた。HSE局注しクリップノグ止血後、虫体を生検鉗子で摘出した。その後、PP1投与し、経過は良好で第8病日に退院した。

症例25歳 女性。1週間前より腰痛が出現していた。来院の1時間前より右上腹部痛と嘔気が出現し救急外来受診した。WBC $14800/\mu\ell$ 、CRP 4.4mg/dl と炎症反応の上昇を認めた。

翌日に上部内視鏡施行、十二指腸下行脚に20cmの回虫を認めた。把持鉗子にて摘出した。その後的小腸造影においても空腸内に2虫体を確認した。駆虫を行い、第3病日に退院した。

アニサキス虫体が刺入し胃潰瘍を形成し大量出血を起こしたと思われる1例と腰痛を契機に見えられた十二指腸回虫症の1例を文献的考察を加え報告する。

27 食道癌放射線治療後の放射線性出血性胃炎にアルゴンプラズマ凝固療法が有用であった一例

岐阜市市民病院 消化器内科¹⁾、中検病理²⁾

川出尚史¹⁾、小木曾富生、宮崎恒起、山田祥子、永野淳二、
鈴木祐介、岩田圭介、向井 強、林 秀樹、杉山昭彦、西垣洋一、
名倉一夫、加藤則廣、富田栄一、山田鉄也²⁾

患者は60歳代女性。平成19年5月に非B非C型肝硬変および食道癌の精査加療にて当科に紹介入院となった。食道静脈瘤がみられたためにEVLを施行した後に、食道下部の3型食道癌に対して放射線治療を選択した。計60Gryの照射を施行して腫瘍性病変はほぼ消失し7月に退院となった。退院時のHb値は9.8g/dLであった。その後は外来で経過観察していたが徐々に進行する貧血がみられ平成20年2月にHb値が4.7g/dLとなったために精査入院となった。上部消化管内視鏡検査の結果、胃体部小弯を中心として毛細血管拡張がみられ放射線性出血性胃炎と診断した。治療は内視鏡的にアルゴンプラズマ凝固療法（APC）治療を計5回施行した。内視鏡的に改善がみられ、またHb値も10.3g/dLと上昇したために同年4月に退院となった。その後、再び貧血が進行したために同年7月下旬に再入院し内視鏡検査で同部位からの出血が観察されたためにAPC治療を2回追加した。また噴門領域にも同様な病変が観察され出血を伴っていたためAPC治療を行った。退院後の同年10月には軽度の吐血をきたして入院となったが、保存的治療で軽快したものの食道下部はやや狭窄所見がみられた。同年11月には下血がみられ大腸内視鏡検査で早期大腸癌と診断しEMRを施行した。平成21年3月の経過の内視鏡所見では食道癌部の狭窄所見がみられたが、APC治療箇所は潰瘍痕であった。同年5月になると嚥下困難をきたしたために6月に入院の上で内視鏡的バルーン拡張術を施行したが効果がみられなかったため食道ステントを留置した。その後、一時退院となったが、全身状態の悪化に伴って再入院となり8月に永眠された。放射線性出血性胃炎に対してAPC治療を施行し良好な経過が得られた一例を報告した。

28 インターフェロン・リバビリンにて加療中に発症した胃出血の一例

岐阜大学医学部消化器病態学

福田和史、内木隆文、二宮玄暢、小川憲吾、小野木章人、井深貴士、
高井光治、荒木寛司、永木正仁、森脇久隆

症例は70歳女性。C型慢性肝炎にて当院で2008年6月19日よりペグインターフェロンアルファ-2b 80 μgおよびリバビリン800mg分2で加療中であった。インターフェロン療法開始41週目にHgb 10.2から8.2と低下を認めるも、リバビリンによる貧血と診断し、リバビリンを総量600mgに減量。その後もHgb 6.5と低下が進行するために更に総量400mgに減量するもインターフェロン療法開始後 52週目にHgbが5.9g/dlまで低下したために、インターフェロン・リバビリンを中止の上、精査加療目的で当科入院とした。上部消化管内視鏡検査を施行したところ、胃底部から胃体部にかけて全周性の静脈性のびまん性湧出性胃出血を認めた。胃前庭部は明らかな出血は認めず、1年前の内視鏡検査では胃底部～体部にかけてPHGを疑う所見は認めるも豊富分類でGrade 1程度であった。鑑別診断としてPHG、AGML、GAVE（広義の意味で）、リバビリンによる副作用などが考えられ、同日より絶食・PPIの投与・輸血を開始とした。1週間後に再度、上部消化管内視鏡検査を施行するも所見に変化を認めず。造影CTで腹腔内に著明なシャント血管を認め、門脈圧亢進の状態が示唆されたために同日より、β-ブロッカー（プロプラノロール60mg/日）の投与を開始した。1週間後の上部消化管内視鏡検査では、胃のびまん性出血は減少し改善していた。また、迅速ウレアーゼ試験も陽性であり、ヘリコバクターピロリ除菌療法を施行。貧血が改善したため退院として、ペグインターフェロン・リバビリン療法（リバビリン 400mg/2）を再開した。現在のところ、明らかな再発は認めていない。インターフェロン加療中に発症した胃出血について若干の文献的考察を含めて報告する。

29 胃粘膜下腫瘍様を呈した脾動脈瘤の一例

春日井市民病院

加藤晃久、尾関貴紀、稲垣佑祐、松波加代子、片野敬仁、望月寿人、
高田博樹、祖父江聡、妹尾恭司、伊藤和幸

症例は40歳女性。検診の胃X線検査にて胃体上部大弯後壁に隆起性病変を指摘され当科紹介となった。上部消化管内視鏡検査では同部位に12mm大の表面平滑な胃粘膜下腫瘍様の所見を認め、超音波内視鏡検査を施行したところ、壁外病変と判断した。腹部造影CT・3DCTの結果、脾動脈瘤と診断した。動脈瘤は15×12mm、石灰化は伴わず広基性で嚢状を呈し、また脾門部とは十分な距離があった。以上の所見から無症状であったが、破裂の危険性もあり、十分な説明の上同意を得て血管内治療を施行した。動脈瘤の遠位側から瘤内、近位側までコイルにより塞栓した。術後脾梗塞や腫瘍など合併症は認めず、経過は良好であった。本症例は胃壁外部からの圧排により胃粘膜下腫瘍様形態を呈したことで、偶発的に発見され治療し得た症例であった。血管内治療による塞栓術は脾機能も温存され、手術に比べ低侵襲であり有効な治療法と考えた。

30

経皮内視鏡的胃瘻造設術（PEG）困難例に対し
EUSガイド下穿孔法を用いて胃瘻造設を行った一例

岐阜県厚生連 西美濃厚生病院 内科

渡部直樹、畠山啓朗、西脇伸二、高田 淳、浅野貴彦、岩下雅秀、
田上 真、林 隆夫、前田晃男、藤森公志郎

症例は92歳、女性。平成21年2月、右大腿骨転子部骨折に対し、観血的骨接合術施行目的で当院整形外科に入院した。手術後に食道下部潰瘍からの出血に伴う高度貧血(Hb4.2)と意識障害が認められた。輸血を行い改善するも、摂食困難となったため、PEGを予定した。高度食道裂孔ヘルニアのため、胃前壁側が胸郭内に位置し、PEG不能であった。経皮内視鏡的空腸瘻造設術を試みるも、空腸内に造設可能な部位を特定し得なかった。食道裂孔ヘルニアが高度のため、盲目的な経鼻胃管留置が困難であり、重度認知症のため長期留置は困難であった。開腹での胃瘻造設は高齢であり家族が望まなかったため、7月23日、EUSを用いた胃瘻造設を行った。X線透視下にオリンパス社製GUCT-240を挿入し胃体部を腹腔内で骨盤方向へ押し下げた。EUS下にFNA用穿刺針(Cook社製 Echotip 19G)を用いて胃壁側より腹壁を穿刺した。穿刺針の内腔にパード社製Ponsky PEG Safety Systemのルーブワイヤーを挿入。内視鏡と共に口腔外に引き出し、プル法にて胃瘻カテーテルを留置した。術後3日目に行った胃瘻造影では、造影剤の胃食道逆流を認めたが、体位の工夫により栄養剤の滴下を開始し、約1ヶ月は順調に経過した。8月末に嘔吐誤嚥を認めたため、経胃瘻的腸瘻(PEG-J)への変更を検討中であったが、誤嚥性肺炎併発後に呼吸状態の改善無く、平成21年9月8日に永眠された。
高度食道裂孔ヘルニアによりPEGが困難な例がしばしば経験される。本造設法は、内視鏡により胃を下方へ伸展させて造設部位を確保し、EUSガイド下に他の臓器や血管を避けて安全に胃瘻を造設し得た。

32

PEGにおけるBall Valve Syndromeの2症例

名古屋医療センター 消化器内科

浦岡正尚、若瀬弘明、島田昌明、都築智之、平嶋昇、日比野祐介、
渡邊久倫、龍華庸光、斎藤雅之、玉置 大、柿澤麻子、寺尾美咲

PEGにおいては、経腸栄養の重要性が把握されるにつれ、その使用頻度も高まっており、栄養管理はもちろんで、PEGそのものの管理自体も非常に重要なものとなっている。本来、Ball Valve Syndromeとはポリープ等の胃腫瘍性病変が十二指腸に脱出し、幽門を閉塞する病態と定義されているが、今回、我々は長期PEG使用患者において、PEG/バルーン部の幽門輪への陥陥により、Ball Valve Syndromeを引き起こした症例を経験したので報告する。患者1：83歳女性、パーキンソン病の既往。2005年よりPEGを導入。半月に及ぶPEG瘻孔部逆流を訴えたため、往診医にてPEG固定部を緩め、圧迫解除を行っていたが、症状継続するためイレウスに伴う逆流症状を疑われ来院。腹部はPEG挿入部を中心に側腹部に及ぶ皮膚の腐爛、発赤を伴う。患者2：67歳女性、脳腫瘍手術後。2008年よりPEGを導入。数日続く嘔吐症状を主訴に近医受診。イレウスの診断を受け、絶食にて経過観察されていた。レントゲン上は二ポーの消失も認めていたが、腹部不快感の持続、炎症反応の上昇、腹部画像にて胆嚢腫大あり、肝酵素の上昇も認められたため、胆嚢炎および麻痺性イレウスに伴う嘔吐症を疑われ入院。両症例ともバルーン型胃瘻チューブを使用。入院後、腹部CTにて十二指腸球部内に球状の人工物の存在を認め、上部内視鏡検査にて胃内へのチューブの落ち込み、先端バルーン部の十二指腸への脱出を認めたため、幽門輪への陥陥により閉塞症状を呈していると判断。PEGによるBall Valve Syndromeの診断にて、胃瘻ポタンへの入れ替えを施行した。その後、逆流症状も消失、退院となった。PEGによるBall Valve Syndromeは稀な疾患であるが、今後増加して行く可能性もあり、PEGの管理において留意が必要な合併症と考えられた。

31

PULL法PEGにおける適正な抗生剤投与期間の検討

協立総合病院 消化器内科

名和晋輔、高木 篤、江間幸雄、森 智子、中澤幸久

【目的】当院で実施されている経皮内視鏡的胃瘻造設術（以下PEG）は、現時点ではPULL法を主体としている。PULL法では瘻孔感染が問題になるが、抗生剤の予防的投与についてはPEG直前のみ投与で良いとする報告に基き、2008年8月末からクリニカルパスを、抗生剤（セファメジン2g/日）をPEG当日から3日間使用していたもの（第1期）から、セファメジン1g/日をPEG直前のみ使用するもの（第2期）に変更した。しかし、この変更により瘻孔感染の発症頻度が増加したため、2009年5月から、セファメジン2g/日をPEG当日と翌日に使用するもの（第3期）に変更した。前述の3期で、瘻孔感染の頻度を比較検討した。
【対象と方法】第1期の11症例、第2期の23症例、第3期の11症例を対象とした。PEG実施前から抗生剤治療中であった症例、PEG実施後に肺炎など他の感染症により抗生剤を使用した症例は予め除外した。造設後2週間（抜糸）までに、新たに抗生剤使用を必要とするような瘻孔感染の有無を比較検討した。
【結果】第1期11症例中2症例（18.2%）で、第2期23症例中7症例（30.4%）で、第3期11症例中2症例（18.2%）で瘻孔感染を認めた。
【考察】各期間で瘻孔感染の頻度に有意差は認められなかった（NS）ものの、現状では抗生剤投与期間は、PEG当日及び翌日の2日間投与が適当であると考えられた。

33

検診車での経鼻内視鏡検診導入の実験
～経鼻内視鏡専用検診車導入後1年半872例の検討～

池田病院¹⁾、東京女子医大消化器病センター-外科²⁾

池田 聡¹⁾、岡村博文¹⁾、池田 誠¹⁾、中島 豪²⁾、後藤祐一郎²⁾、
大木岳志²⁾

経鼻内視鏡検査は受診者に優しく安全であるため一般に広く受け入れられつつある。経鼻内視鏡のメリットとしては、本邦において高い罹患率のある胃がんのスクリーニングとして、さらに検診の胃バリウム検査では見出すことが難しいESD可能な早期胃がん発見に有用である。それゆえに、なかなか医療機関を受診できない働き盛りのがん年齢の方々に、対し事業所にて内視鏡検診を受けて頂くために、当院では経鼻内視鏡専用検診車をH20年に導入し出張内視鏡胃検診を行っている。経鼻検査であるため鼻腔麻酔のみでsedationはしなし、そのため安全性が高く検査後の仕事にも支障がない。導入後一年半で36事業所、872名に検査を行った。内視鏡所見の判定から、異常なし76例（8.7%）、慢性胃炎・ポリープなどの経過観察723例（82.9%）、消化性潰瘍など要治療20例（2.3%）、憩室集中・胃腫瘍疑いなど要精密検査53例（6.1%）であった。要精密検査とされた症例の中には20mmの扁平隆起性病変に対し生検後腺腫との診断で当院にてESDを行った症例や、ポリープに対しEMRを行った症例もあった。また一事業所で220名の受診者アンケートを行い、経鼻内視鏡検査を良いと判断された方が98%、事業所における内視鏡胃検診を良いと判断された方が94%、次回の胃がん検診は86%の方が経鼻内視鏡で受診したいと答えている。経鼻内視鏡検査は楽で安全なスクリーニング検査として受診者に優しく、満足度も高い。経鼻内視鏡検診車を導入し事業所の業務に支障をきたさずに質の高い胃がん検診を提供することは、忙しい働き盛りの方にとって受容性・有用性は高いと考える。胃がん検診としてより精度の高い胃内視鏡検査を希望される受診者・事業所のニーズに対し、今後さらに受診者数を増やし、ESD可能な早期胃癌の発見・治療に貢献していきたいと考える。

34

ESDにて3病変を同時一括切除し得た早期食道癌の1例

山田赤十字病院 消化器科

亀井 昭、杉本真也、山本 玲、山村光弘、黒田幹人、大山田純、川口真矢、福家博史、佐藤兵衛

患者は74歳、男性。平成20年11月の胃ATPの経過観察の胃カメラにて中～下部食道に発赤を認めた。ルゴール染色にて口側より3分の一周までの60mm、30mm、10mm長の不染域が並で認められ、生検にて食道癌と診断した。広範な領域であったが拡大観察にて明らかなsm浸潤の所見を認めず、ESDの方針とした。3病変が近接しており同時一括切除を行う予定でESDを施行した。フラッシュナイフ1.5mmにてマーキング後横方向はフラッシュナイフ2mm、縦方向はITナイフ(type1)にて粘膜切開した。粘膜下層剥離は主にフラッシュナイフ2mmにて行なった。口側の病変の粘膜下に線維化を認め、粘膜下に潜り込みづらいところはITナイフ(type1)を併用した。線維化のあるところで吸引剥離を試みたところ筋層の露出を認めたため、以後はナイフでの剥離のみを行った。肛門側の病変は線維化も少なく剥離は比較的容易であった。縦方向に長い剥離であったためフラッシュナイフの押し切りが効果的であった。病変は3病変同時一括切除され、剥離時間は180分であった。ESD標本の病理診断は、切除径114mm×41mm、病変径は65mm×30mm、25mm×25mm、15mm×10mmで肉眼型は0-IIc+IIb、組織型はSquamous cell carcinoma深達度はm2、ly0、v0で断端陰性であった。術中の筋層露出部はクリッピング困難であったが、術後縦隔気腫は認めず、術後経過も良好で退院となった。術後3カ月後の胃カメラでは食道内腔の狭小化を認めるもののファイバーの通過は良好であった。今回3病変を同時一括切除し得た早期食道癌の1例を経験したので若干の考察を加え報告する。

36

内視鏡的切除術を行った食道・胃・大腸の三重複癌の一例

豊橋市民病院

川口 彩、浦野文博、藤田基和、山田雅弘、北畠秀介、石黒裕規、山本英子、林 寛子、山田 哲、大井友彦、河合 学、山雄健太郎、岡村正道

【症例】68歳 男性

【既往歴・家族歴】特記すべきことなし

【現病歴】平成20年10月近医にて検診上部消化管内視鏡検査を施行され、胃前庭部前壁に0-IIc型早期胃癌を指摘されたため、治療目的にて当院紹介となった。当院で施行の内視鏡検査では、胃前庭部前壁の早期胃癌のほか、下部食道にも約半周性の0-IIc型表在癌を認めた。スクリーニングで施行した下部消化管内視鏡検査では、多発LSTを認めたため、EMRを施行した。平成20年11月26日、食道、胃病変の治療のために入院。まず、胃病変に対して11月28日にESDを施行し、1週間後の12月4日に食道癌に対してESDを施行した。食道はほぼ全周切除となったため、術後狭窄の予防目的で合計9回のバルーン拡張術を施行した。病理検査では胃病変は粘膜内癌であり、切除断端は陰性であった。食道病変は粘膜固有層までの深達度であり、垂直断端は陰性であったが、水平断端は評価困難であった。内視鏡的には遺残は認めず、現在も経過観察中である。大腸病変はS状結腸の病変は粘膜下層に1200µm浸潤しており、後日腹腔鏡下でS状結腸切除術を追加したが、癌の遺残は見られなかった。平成21年6月に経過観察目的で上部消化管内視鏡検査を施行したところ、胃体中部後壁に0-IIc型胃癌を指摘されたために、7月23日にESD施行。病理結果は粘膜内癌で切除断端陰性であった。

【考察】消化管の同時性三重複癌は稀であり、また、主病変の外科手術時に他病変が指摘されることが多い。今回、追加大腸切除術が必要となったものの、術前に三病変を指摘でき、内視鏡的切除術を行うことが可能であった一例を経験したので報告する。

35

全麻下ESDにて切除し得た食道乳頭腫の1例

名古屋大学大学院医学系研究科・消化器内科学¹⁾

名古屋大学医学部附属病院・光学医療診療部²⁾

立松英純¹⁾、宮原良二²⁾、長屋寿彦¹⁾、船坂好平¹⁾、坂野蘭紀¹⁾、古川和宏¹⁾、坂巻慶一¹⁾、中村正直¹⁾、川嶋啓揮¹⁾、伊藤彰浩¹⁾、大宮直木¹⁾、渡辺 修¹⁾、安藤貴文¹⁾、廣岡芳樹²⁾、後藤秀実¹⁾

症例は28歳女性。徐々に増悪する胸部つかえ感を主訴として行った上部消化管内視鏡検査で頸部食道に扁平隆起を指摘され、精査目的で紹介受診となった。当科で施行した内視鏡検査では胸部上部食道まで全周性に線状発赤が散在し、上切歯より18cmの頸部～胸部上部食道後壁に白色扁平隆起性病変を認めた。NBIでは白色調の病変として視認でき、病変表層の血管増生が乏しい所見であった。拡大すると隆起の口側と肛門側に大きさが比較的そろった点状の血管が観察されるものの異常血管は認められなかった。また、ヨード染色では淡染を示した。超音波内視鏡では粘膜層にとどまる均一なやhypoechoic lesionとして描出された。内視鏡像からは乳頭腫が疑われたが、生検上は異型性があり前癌病変や一部に高分化型癌が合併している可能性が否定できないため切除の方針とした。通常のESDでは頸部食道内腔の拡張が得られず視野不良となる上、散布したヨード・送水・血液が口腔内に逆流して気管内に誤嚥する危険性も高いため、全身麻酔下で喉頭を挙上して頸部食道の術視野を十分確保するとともに、気管内挿管により誤嚥を回避することで合併症のないESDを施行し得た。切除病変は腫瘍径9×8mm/切除径19×14mmで、組織像はsever dysplasiaでfocal cancerを認めず、切除断端も陰性であった。今回我々は全麻下ESDにて切除し得た食道乳頭腫高度異型の1例を経験したので若干の考察を加えて報告する。

37

食道静脈瘤を合併した食道表在癌にESDを施行した1例

JA愛知江南厚生病院 消化器内科

佐々木洋治、堤 靖彦、吉田大介、古田武久、板津孝明、加藤幸一郎、富永雄一郎、丹羽慶樹、小林健一、小宮山琢真

[はじめに]食道ESDは食道表在癌の低侵襲治療として多くの施設で行われるようになってきているが、現時点では手技の困難さ、偶発症や合併症に対する対策など多くの課題が存在する。今回私たちはESD直前にEVLを行い、一括切除可能であった食道静脈瘤合併食道表在癌を経験したので報告する。[症例]66歳、男性。1996年、54歳時よJアルコール性肝硬変と診断され当院に通院。2001年に食道静脈瘤破裂のため、2002年、2007年にRC sign陽性の食道静脈瘤治療のため計3回の内視鏡的食道静脈瘤結紮術(EVL)を行っている。2008年7月、経過観察目的の上部消化管内視鏡検査で切歯から32cm、胸部下部食道、前壁に1/3周性の食道表在癌と癌の近傍にEVLによる癒痕を認めた。合併する食道静脈瘤はLi、F2、Cb、RC+であった。同年9月に入院。EUSでは病変の直下には大きな静脈瘤は確認できず、EVL後の癒痕部の粘膜下層は保たれていた。深達度はLPMからMMと判断し、深達度診断、治療を兼ねてESDの方針とした。術中の出血予防のため、ESD直前に病変肛門側の静脈瘤に対し1カ所EVLを行った。術中大きな出血もなく、EUS所見通りEVLの癒痕部で線維化を認めなかったため、約80分で病変を一括切除できた。病理組織検査の結果、深達度はSM1、リンパ管侵襲陽性であったため、ESD1ヶ月後より化学放射線治療を追加した。また術後食道狭窄をきたし、2009年12月まで計4回食道拡張術を行った。以後再発や狭窄の所見はなく、現在経過観察中である。[考察]食道静脈瘤合併食道表在癌に対してESDを行う場合、食道静脈瘤の対処については方法や時期など、未だ一定の方針が決まっているとは言えず、今後の課題の一つである。また、EVL後の癒痕部でも粘膜下層が保たれており、ESDの妨げとならないともあると考えられた。

38 食道壁内転移を来した食道胃接合部腺癌の2手術症例

木沢記念病院・外科¹⁾、木沢記念病院・消化器科²⁾
伊藤由裕¹⁾、山本淳史¹⁾、角 泰廣¹⁾、尾関 豊¹⁾、杉山 宏²⁾

【はじめに】今回我々は、食道壁内転移(IM)を来した食道胃接合部(EGJ)腺癌切除例を2例経験した。一例は食道癌に至じた切除により口側断端の癌浸潤陰性を達成した症例、もう一例は患者因子により低侵襲手術を選択せざるを得ず、内視鏡的癌陰性部で切除したにもかかわらず口側癌浸潤陽性となった症例である。(症例1)50歳代、男性。主訴は食物つかえ感。上部消化管内視鏡精査で、切歯列より40cmの食道下端に全周性の潰瘍を伴う隆起性病変を認めた。内視鏡上Barrett食道の有無は判定できなかった。生検で腺癌。切歯列から35cmに、主病変と連続しない0-I sep型の隆起性病変を認め腺癌が確認された。明らかな遠隔転移はみられなかった。胸腔鏡補助下食道亜全摘、3領域域清施行。内視鏡的癌陰性部の頸部食道で切断。病理検査では、高分化型腺癌、肉眼型は3型、深達度はT3、病変の主座はEGJ食道側。口側の隆起性病変は主病変と同様の高分化型腺癌で、組織学的にも連続性はなくIMと診断された。口側断端には癌浸潤を認めなかった。(症例2)60歳代、男性。主訴は食物つかえ感。上部消化管内視鏡精査で、切歯列より40cmのEGJ胃側に全周性の隆起性病変を認め、完全閉塞を来していた。生検で腺癌。内視鏡上Barrett食道はみられなかった。主病変のすぐ口側に連続性のない多数の0-I sep型隆起性病変を認め、生検で腺癌。遠隔転移があり根治は望めずまた高度のCOPDがあるため、開胸切除は断念し開腹胃全摘下部食道切除術施行。横隔膜をくりぬき、術前内視鏡的癌陰性部である主病変上縁から50mmの部位で切断。病理検査では高分化型腺癌、主座はEGJ胃側、深達度はT4。口側にIMを認め、口側断端は粘膜下で癌浸潤陽性であった。(結語)症例1および2では食道切断部位の内視鏡観察所見ではいずれも癌浸潤を疑わぬ所見はなかったが、結果は対照的となった。IMを伴うEGJ腺癌は口側への粘膜下浸潤が広範囲にわたっている可能性があり、通常内視鏡のみでの範囲診断には限界がある。さらなる詳細な観察法を検討する必要があると思われる。

40 全身麻酔下に内視鏡的治療を行った頸部食道表在癌の1例

静岡県立総合病院 消化器内科

大村麻実、松村和宜、上田 樹、赤松和夫、重友美紀、木村勇斗、丸野貴久、黒上貴史、白根尚文、鈴木直之、吉川俊之、菊山正隆

【はじめに】近年、NBIの導入等を契機に下咽頭から食道入口部の観察の意識が高まり、下咽頭癌、頸部食道表在癌の早期診断が可能となり内視鏡治療が施行されることが多くなりつつある。今回我々は全身麻酔下に頸部食道から下咽頭に広がる表在癌の内視鏡的治療を行った1例を経験した。【症例】67歳、男性。頸部の違和感を認め、近因にて上部内視鏡を施行したところ、食道上部にびらんを指摘され、当科紹介受診。上部消化管内視鏡で門歯から20cmの頸部食道に1/4周性の不整な陥凹性病変を認めた。口側は下咽頭まで病変の進展を認めた。生検では中分化型扁平上皮癌と診断された。胸部CT、PET-CTでは明らかなリンパ節転移はなく、0-IIc、T1a-MM、N0、M0、cStage0と診断し、化学放射線療法、内視鏡的粘膜下層剝離術(ESD)の適応と判断した。十分なinformed consentの上で、全身麻酔下にESDを施行し、偶発症を認めず一括切除が可能であった。病理組織診断は中分化型扁平上皮癌、pT1a-MM、ly 0、v 0、pHM 0、pVM 0、pR 0であったが、粘膜筋板に広範囲に浸潤を認めたため、追加治療として化学放射線療法を施行した。現在、再発の兆候なく健在である。下咽頭、頸部食道境界領域は管腔が狭く、輪状軟骨の影響で立体的に複雑な局面を呈しておりESD施行時に全身麻酔下に嚥下、呼吸の管理が有用であった一例を経験したので文献的考察を踏まえ報告する。

39 食道癌放射線照射後癒着に対し経胃の内視鏡処置を行った1例

藤枝市立総合病院 消化器科

池谷賢太郎、丸山保彦、景岡正信、永田 健、大畠昭彦、野田裕児、三輪一太、森 雅史

症例は77歳女性。H21年5月嚥下不能を主訴に入院。上部消化管内視鏡にて左梨状陥凹に突出する腫瘍を認め、病変は食道入口部～切歯より22cmの頸部食道まで連続し、経鼻内視鏡の通過にも強い抵抗を有する全周性の狭窄をきたしていた。精査にて頸部食道癌T4N2M0、stageIVaと診断。年齢、認知症の存在を考慮し、腫瘍縮小により経口摂取が可能となることを目標とした症状緩和目的の放射線療法を行う方針とした。経鼻内視鏡の通過はかろうじて可能であったためdirect法にて胃瘻造設。その後総線量60Gy/30回/35日間の放射線照射を施行。照射後に施行したCTでは原発巣、リンパ節転移巣を含め縮小が確認されたものの、水分を含めた経口摂取及び唾液の嚥下も不可能な状態が継続した。内視鏡では梨状陥凹は左右とも下咽頭後壁と癒着し、スコープの通過が可能な間隙を認めなかったため、癒着部の評価、通過障害の改善目的に経胃的アプローチにて処置を行った。胃瘻カテーテルを抜き、瘻孔より食道方向へスコープ(XP260)(以下肛門側スコープ)を挿入。Ceに潰瘍化した遺残腫瘍による管腔狭小化を認めた。さらに鼻腔より経鼻内視鏡(以下口側スコープ)を挿入し下咽頭を観察しつつ、透視下に肛門側スコープからジャグワイヤーを咽頭側へ挿入。口側スコープにて左梨状陥凹からのガイドワイヤー通過が確認できたため、肛門側スコープを中咽頭まで通過させた。スコープによるブジー効果で唾液の嚥下が可能となり、嚥下しハビリを施行している。頸部食道癌治療後の狭窄に対するアプローチとして、本例のように通常ルートで困難な場合には、胃瘻部の瘻孔を用いた経胃的アプローチを試みてよいと思われる。

41 食道静脈瘤上に食道癌を合併したアルコール性肝硬変の1例

公立陶生病院消化器内科

古根 聡、森田敬一、黒岩正憲、坂田豊博、林 隆男、清水裕子、松浦哲生、山本富美子、菊池正和、浅井裕尙

症例は64歳男性、既往歴、家族歴に特記すべき事項なし。アルコール性肝硬変にて平成12年より当院通院中。平成13年11月食道静脈瘤破裂出血にてEVL施行。平成14年8月食道静脈瘤の増大を認め予防的にEISを施行した。このとき食道胃接合部直上に7-8mm大のびらんを伴う発赤面を認めていたがEIS後の変化と考え経過観察としていた。平成14年12月定期検査のGIFにて食道静脈瘤の再発を認め(LmF3CbRc++++Lg-)前回認めた発赤面は約5分の1周性、長径約2cmに広がっており、表面にうすい白苔様の付着を認めた。0-IIcの食道癌を疑い生検を行ったところ扁平上皮癌と診断された。生検後静脈瘤からの出血を認めSBチューブを留置した。背景肝は肝障害度B、Child-Pugh Aの肝硬変であり手術は侵襲が大きいと考えられたため放射線化学療法を行うこととした。治療により静脈瘤からの出血をおこす危険があると考えられたため、EISを先行、5%EO合計18ml血管内注入を行いF2RC(-)となったところで5FU1000mg(day1-5)+CCDDP100mg(day1)を4クール、RT合計60Gyにて治療を行った。その後食道静脈瘤に対し追加EIS、5%EO合計29ml血管内注入+APCを行った。その後外来通院されていたが食道癌、静脈瘤の再発は認めなかった。平成17年ごろより肝硬変が非代償性となり、脳症や腹水貯留のため入院を繰り返すようになった。平成20年4月には右胸水に対し胸膜癒着術を行った。同年6月貧血、血圧低下を認め入院、血性腹水を認め腹腔内出血と考えられたが原因が同定できず7月11日永眠された。病理解剖にて腹腔内出血の原因は同定できなかった。食道癌の残存や静脈瘤は認められなかった。以上の症例につき若干の文献的考察を加えて報告する

食道3

42 胃軸捻転を伴った食道裂孔ヘルニアの一例

公立陶生病院 消化器内科

石川恵里、松浦哲生、坂田豊博、前野智子、小島久実、浅井裕充、菊池正和、山本富美子、清水裕子、林 隆男、黒岩正憲、森田敬一、加藤森三

症例は72歳女性。間質性肺炎で当院通院中。2008/12月中旬頃から胸部不快感と嘔吐を自覚し、近医で食道裂孔ヘルニアと逆流性食道炎を指摘されPPI内服治療を受けていた。次第に心窩部痛、食欲低下、つかえ感も増悪したため当院消化器内科に紹介受診となった。胸部レントゲンでは心陰影に重なって胃泡と思われる像を認めた。CTでは胃の著明な拡張と胃体部から前庭部の縦隔内への脱出及び十二指腸の虚脱を認め、上部消化管造影検査にて胃体部から幽門部にかけて大弯を頭側とする縦隔内への脱出を認めた。上部消化管内視鏡検査では粘膜面には明らかな異常はなく、胃の変形が高度で十二指腸への挿入に難渋した。以上より胃軸捻転を伴った食道裂孔ヘルニアと診断した。内視鏡による整復も試みたが整復できず、保存的に治療を行ったが、食事再開にて再度心窩部痛、嘔吐が出現し、外科的手術の適応と判断した。上腹部正中切開にて開腹し、腹腔内を観察すると、ヘルニア門は食道裂孔であり、右縁は横隔膜脚、左縁は食道、下縁は小腸の横隔膜附着部であった。ヘルニア内容は、大網を先進部として胃体下部及び前庭部が縦隔内に脱出していた。ヘルニア門の部分で脱出した大網が癒着していたため全周性に剥離し、腹腔内にヘルニア内容を整復した。約50mmのヘルニア門が確認され、欠損孔を閉鎖した。術後経過は順調で再発なく経過している。食道裂孔ヘルニアは良性疾患であるが、保存的治療にて損食障害、疼痛などの改善が困難で手術を必要とした。本症例に若干の文献的考察を加えて報告する。

44 上部消化管有床義歯異物の2例

豊橋市民病院 消化器内科

河合 学、浦野文博、藤田基和、山田雅弘、北島秀介、石黒裕規、山本英子、林 寛子、山田 哲、大林友彦、川口 彩、山雄健太郎、岡村正道

上部消化管異物は、デバイスの改良や処置法の工夫によりそのほとんどが内視鏡的摘出が可能となった。しかし、両端に鋭利なクランプを有する有床義歯は、生理的狭窄部にかかると粘膜炎や穿孔、縦隔炎、喉頭浮腫をきたしたり、内視鏡的摘出を断念し外科的手術を行った報告もある。今回有床義歯を経口的に摘出した2例を経験した。【症例】56歳女性。3日前に義歯が脱離し、咽喉の異物感が持続するため近医を受診。胸部X-p、CTで胸部中部食道に義歯を認め、摘出目的に当院紹介。内視鏡観察では両端の鋭利なクランプが食道粘膜に陥入し、異物鉗子での把持も困難であった。緊急手術への移行も考慮し全身麻酔下に再度内視鏡的摘出を試みた。EIS用バルーンで食道内腔を拡張し、粘膜への陥入を解除することができ、異物鉗子での把持が可能となったが、義歯が大きくオーバーチューブへ収納できなかった。耳鼻咽喉科医師が硬性鏡を用い義歯を摘出した。摘出後喉頭浮腫、喉頭内穿のため一時的に人工呼吸管理を必要としたが、その後の経過は良好であった。【症例】73歳女性。義歯を誤飲し、近医を受診。腹部X-pにて右上腹部に義歯を認めたが、自然排出を期待し経過観察された。2日後のX-pでも同部位に停滞しており摘出が必要と判断され当院紹介。内視鏡観察では十二指腸下行脚に症例と同様の有床義歯が腸管の横軸方向を向いて停滞し、両端のクランプが粘膜に陥入していた。クランプが生理的狭窄部にはからないようにするため、食道EMRに用いる大径ソフトキャップを装着した。クランプの片側をキャップ内に収納することができ、抜去時に粘膜損傷をきたすことなく回収が可能であり、合併症も認めなかった。【まとめ】症例では、症例の経験から大径ソフトキャップを使用することで安全に摘出することができた。義歯に限らず他の異物の異物も有用であると考えられ、若干の文献的考察を加えて報告する。

43 術後吻合部狭窄に対して内視鏡的拡張術が無効であった1例

名古屋掖済会病院 消化器科¹⁾、外科²⁾

大橋 暁¹⁾、安田真理子¹⁾、吉村 透¹⁾、神部隆吉¹⁾、河野 弘²⁾

【症例】40歳男性【既往歴】特になし【現病歴】平成20年1月人間ドックの上部内視鏡検査にて食道胃接合部に発赤を認め、生検にて中分化型腺癌と診断、治療的に当院紹介となった。【治療経過】上部内視鏡検査および超音波内視鏡検査にて噴門部の胃癌(0IIa)、深達度SM2と診断、平成20年2月当院外科にて噴門側胃切除・空腸間置術が施行された。病理は中分化型腺癌、SM2、med、INF、脈管侵襲陰性・断端陰性、リンパ節転移は認めず、治癒切除となった。術後約2週目に通過障害の症状が出現したため内視鏡検査を施行したところ、食道空腸吻合部の狭窄を認め、内視鏡的バルーン拡張術を施行した。1週間ごとに3回バルーン拡張術を施行したが通過障害は改善しなかった。そこで食道ステント(Ultraflex 10cm カバ-7cm)を狭窄部に留置、2週間後に抜去する治療を行ったが、効果は得られなかった。続けて1週間ごとに6回拡張術を施行、直後は十分な拡張が得られるもののすぐに再狭窄することを繰り返したため、本人に手術を勧めたが拡張術を続けることを希望された。拡張後dexamethasone (DEX) 計8mgの局注や拡張前に針状メスで狭窄部に数ヶ所の切開を加えるなどの処置を行っていたが、いずれも無効であった。平成20年3月から平成21年8月にかけてバルーン拡張のみ13回、拡張+DEX局注4回、切開+焼灼3回、切開+拡張15回、切開+拡張+DEX局注5回、プジーによる拡張3回の計43回の拡張術を施行したが効果が得られず、最終的に手術を希望されたため、平成21年8月手術を施行した。【手術所見および術後経過】斜め腸切りにて開胸開腹、全体に強い癒着を認めた。間置空腸を受動後食道空腸吻合部の癒着を剥離、前回吻合部を切離し食道と間置空腸の吻合を行った。術後通過障害の症状を来すことなく経過良好である。

【結語】術後吻合部狭窄に対する内視鏡的拡張術は侵襲が少なく有効な治療法であることが報告されているが、本例のように拡張術を繰り返しても十分な効果がえられない場合は、拡張術にこだわらず手術を選択することも重要であると思われる。

45 内視鏡的異物除去時に食道裂傷を生じた小児の1例

JA愛知江南厚生病院 消化器内科

小林健一、佐々木洋治、堤 靖彦、吉田大介、古田武久、板津孝明、加藤幸一郎、富永雄一郎、丹羽慶樹、小宮山琢真

上部消化管異物除去時には異物の硬さや形を考へて、食道を傷つけないように除去することを考慮しなければならない。今回私たちは胃液の影響で硬化した異物の除去時に食道裂傷を生じた1例を経験したので報告する。【症例】1歳3ヶ月の男児。2008年9月某日の朝に頻回の嘔吐を主訴に当院小児科を受診。前日に1回下痢があったこともあり、ウイルス性胃腸炎を疑われ一旦帰宅するも嘔吐が続くため午後再度受診し入院となった。入院後、絶食、点滴で経過観察されたが嘔吐が続くため、第3病日に腹部エコー検査を行ったところ胃の拡張所見を認めた。入院3日前にプラスチック玩具の一部を飲み込んだ可能性があるとの情報があり、腹部CT検査にて幽門輪に嵌頓する異物を確認した。異物は両親からの聞き取りで、ボールの周囲に多数の吸盤のついた玩具から脱落した吸盤であることが判明した。直ちに全身麻酔下に内視鏡的異物除去術が行われ、幽門輪に嵌頓した吸盤を確認後、吸盤の軸を鉗子で把持して除去を試みた。食道通過時にわずかな抵抗を感じたが、両親が持参した別の吸盤を術者が確認しており、大変柔らかい素材であったためそのまま内視鏡を抜去した。除去した異物を実際に触ってみると胃液の影響により硬化しており、食道を内視鏡で観察すると裂傷、出血が認められた。幸い穿孔はなく、数日間の絶食の後食事を開始、第13病日に退院となった。【考察】消化管異物の中には胃液で変性、硬化する物があり、ある程度の時間が経過した異物はこのことに留意する必要があると考えられた。

46 陥凹型大腸腺腫の一例

名古屋第二赤十字病院 消化器内科

蟹江 浩、野村智史、藤井美帆、鎗桂一郎、堀 寧、岩崎弘靖、梅村修一郎、坂 哲臣、藤原 圭、山田智則、林 克巳、折戸悦朗

症例は69歳男性。健診にて便潜血陽性を指摘、近医にて大腸内視鏡検査を施行したところS状結腸に径3mm大の陥凹性病変を認め、当院紹介となった。精査・治療目的で大腸内視鏡検査を施行した。通常観察では淡く発赤した病変と認識され、インジゴカルミン散布では段差を有する陥凹局面が観察できIIc型病変と診断した。NBI拡大観察では腺管を取り囲むように微細血管網が観察された。クリスタルバイオレット染色による拡大観察では、陥凹部はⅢs型pit patternを呈していた。IIc型病変の近傍に3mm大のIIa病変を認め、一部陥凹していた。二病変とも粘膜内癌までの病変と考え、一緒に内視鏡的粘膜切除術にて切除した。病理所見は境界明瞭な腫瘍の形成を認め、高度な核腫大を伴う円柱上皮が垂直に管腔を形成する所見を認めた。病理組織診断はtubular adenoma with severe dysplasiaであった。NBI拡大観察とpit pattern診断を用いて詳細な検討を行った陥凹型大腸腺腫の一例を経験したので報告する。

47 術前拡大観察が深達度診断に有用であった隆起型早期大腸癌の一例

名古屋第二赤十字病院 消化器内科

野村智史、蟹江 浩、藤井美帆、鎗桂一郎、堀 寧、岩崎弘靖、梅村修一郎、坂 哲臣、藤原 圭、山田智則、林 克巳、折戸悦朗

症例は42歳女性。健診にて便潜血陽性を指摘され、当院紹介となった。大腸内視鏡検査を施行したところ上行結腸(パウヒン弁対側)に30mm大のIs病変を認めた。後日拡大観察目的にて大腸内視鏡を行った。通常観察では病変の大部分は緊満感もないが、腫瘍中央には発赤が目立つ領域を認めた。インジゴカルミン散布では中央発赤部のpitの不整が観察され、NBIによる拡大観察では中央発赤部の微細血管は口径不同・蛇行していた。クリスタルバイオレット染色による拡大観察では、腫瘍の大部分はIVb型pit pattern、中央発赤部はVI高度不整を呈していた。以上の所見よりSM深部浸潤癌と考え、腹腔鏡補助下回盲部切除術(D3郭清)を施行した。病理所見は腫瘍の大部分をtubular adenoma成分が占めていた。中央発赤部に一致して比較的境界明瞭な腫瘍の形成を認め、腫瘍内ではN/C比の増大した腫瘍細胞が、比較的分化した腺腔を形成しつつ、増殖浸潤するのを認めた。病理組織診断は腫瘍径30x25mm, 0 Is, well differentiated tubular adenocarcinoma(carcinoma in adenoma), pSM(4000 μm), ly0, v0, pPM0, pDM0, n(-)であった。術前に拡大観察を行いクリスタルバイオレット並びにNBI観察にてSM深部浸潤を診断できた一例を経験したので報告する。

48 cancer in hyperplastic polypの一例

静岡県立静岡がんセンター 内視鏡科

今井健一郎、池原久朝、黄 勇録、澤井寛之、西出憲文、田中雅樹、角嶋直美、滝沢耕平、松林宏行、小野裕之

症例は50歳代女性。便潜血陽性にて前医で施行した大腸内視鏡検査にて病変を指摘され、当科紹介受診となった。身体所見・血液検査所見に特記所見を認めない。大腸内視鏡検査ではS状結腸に約15mm大の扁平隆起性病変を認めた。病変は褪色调を呈する扁平隆起と4mm大の発赤調の結節性隆起から成り、NBI拡大観察(佐野分類)では扁平隆起部はCapillary pattern (CP) : Type I、結節部はCP : Type IIIAを呈していた。ピオクタン染色拡大観察(工藤・鶴田分類)では褪色扁平隆起部ではII型pitを認めた。結節部では辺縁に鋸歯状変化を伴う狭小化したpit構造を認めたが明らかなV-I高度不整は認められなかった。局注にてliftingは良好であったため、診断的内視鏡的切除を施行した。最終病理診断はWell differentiated adenocarcinoma with hyperplastic polyp and serrated adenoma, pSM2 (3000 μm), por (+), ly2, v1, pHM0, pVM0 (200 μm), LM0であった。追加外科切除が施行されリンパ節転移を認めた(n=1/28)。本症例はlarge hyperplastic polypから発生したSM深部浸潤癌と考えられた。近年、hyperplastic polypに関連する分子生物学的研究が進み過形成性ポリープを由来とする腫瘍性病変が注目されている。本例はhyperplastic polyp-serrated adenoma-cancer sequenceを示唆する1例と考えられたため若干の文献的考察を加えて報告する。

大腸2

49 EBウイルスの関連が示唆された腸管原発悪性リンパ腫の1例

豊川市民病院 消化器内科

池内寛和、大山 展、神野成臣、今井宗憲、平野敦之、中村 誠

症例：80歳、男性。主訴：下血。既往歴：中耳炎（59歳）、高血圧（66歳）。
現病歴：平成21年6月初旬より下血を認め6月14日近医受診した。直腸診にて直腸腫瘍を指摘され、同日当院紹介受診、精査治療目的で入院となった。

入院後経過：腹部CTにて回腸に壁肥厚を数か所認め、回盲部周囲に最大29mm大のリンパ節腫大を認めた。大腸内視鏡検査ではRaに12mm大の中央にびらんを伴う粘膜下腫瘍様の隆起性病変を認め、同部からの生検では粘膜下層を主体にびまん性に異型単核細胞の浸潤を認めた。免疫染色で異型細胞はLCA/CD30/EBER/Fuscinが陽性で、Bcell/Tcell/NKcellのマーカーは陰性であった。注腸検査ではRa右側に12mm大の隆起性病変を認めた。小腸造影では回腸に陰影欠損を2か所認めた。FDG-PETでは回腸から回盲部の腫瘍や腸間膜のリンパ節腫大に一致する部位に異常集積像を認めた。骨髄穿刺では異型細胞を認めなかった。以上の検査結果よりEBウイルス関連の腸管原発悪性リンパ腫と診断し、第39病日からCHOP療法を開始した。第43病日より敗血症性ショックを発症し多臓器不全となり、第45病日に死亡した。

まとめ：EBウイルスはバーキットリンパ腫、ホジキン病、上咽頭癌、胃癌などの悪性疾患との関連が報告されているが、胃以外の消化管原発悪性リンパ腫の報告は少ない。今回我々はEBウイルスの関連が示唆された腸管原発悪性リンパ腫の1例を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

50 腹腔鏡下結腸切除術後の吻合部狭窄に対して拡張術をした4例

名古屋掖済会病院 消化器内科¹⁾、名古屋掖済会病院 外科²⁾

安田真理子¹⁾、吉村 透¹⁾、大橋 暁¹⁾、神部隆吉¹⁾、河野 弘²⁾

当院では平成18年より腹腔鏡下結腸切除術の適応を拡大し、積極的に施行している。今回術後の吻合部狭窄に対してバルーン拡張術を施行した症例を経験したので報告する。

【症例】平成19年5月から平成20年3月までに腹腔鏡下結腸切除後に吻合部狭窄を来した4例に対して内視鏡的バルーン拡張術を施行した。性別はすべて男性、年齢は61-67歳（平均64歳）、部位は横行結腸2例、下行結腸2例、深達度はMが3例SSが1例、手術から拡張術までの期間は18-36日（平均26日）であった。

【手技】全例で腹痛・腹部膨満のイレウス症状を訴え、腹部CTにて狭窄部より口側腸管の拡張を認めたため前処置は高圧洗腸のみで施行した。狭窄部の浮腫が強く、吻合部の観察は不可能であったが、ファイバーが通過しないことで狭窄部の位置の同定が可能であった。バルーンは18-20mm径（Boston Scientific社）を使用した。下行結腸の1例は狭窄が強く15-18mm径のバルーンを使用した。低圧から順に拡張し、最大径まで拡張した。1例のみ早期に再狭窄の症状を認めたため計3回の拡張を必要としたが、3例は1回の拡張術で良好な効果が得られた。2例には1年後以降に経過観察の大腸内視鏡検査を施行しており、狭窄所見を認めていない。全例で現在まで再狭窄の症状は出現していない。
なお、平成20年4月以降は腹腔鏡下結腸切除術後の狭窄症例は認めていない。

【結語】腹腔鏡下結腸切除術は、従来の開腹手術に比較して低侵襲で術後の回復が早いとされている。従って術後狭窄によるイレウスに対してはもより侵襲の少ない治療法が望まれる。内視鏡的バルーン拡張術は簡便に施行ができて十分な効果が得られるため、最初に選択すべき有用な治療法であると考えられた。

51 広範囲大腸腸間膜脂肪織炎の長期経過の1例

中野胃腸病院

溝口公士、深尾俊一、山崎雅彦、横田広子、鈴木智貴、小川 了、舟曳純仁、前田祐三

患者は66歳、男性、難治性の下痢を主訴に来院した。注腸X線検査で横行結腸から直腸Raまで腸間膜側に目立つ腸管の狭小化を認め、大小不同の拇指圧痕様所見も認めた。大腸内視鏡検査では、横行結腸、下行結腸、直腸にかけやや側性に浮腫を伴った管腔の狭小化と腫大した横ひた所見を認めた。腹部CT所見上腸管の浮腫とその周囲に脂肪と同程度の低吸収域を広範囲に認めた。病変は広範囲で悪性疾患を否定できないこともあり確定診断のため腹腔鏡検査を施行した。結腸間膜に固着した変性脂肪垂を採取し病理診断にて本症と診断した。IVH、抗生剤などで保存的に治療したが虚血性変化による大量下血を伴った。そのため病変腸管の切除を目的に開腹したが血管処理困難なため切除を断念し人工肛門を造設した。その後臨床症状は改善傾向にあったが、術後16日目に腹痛が再燃したためステロイドおよび免疫抑制剤を使用し症状の改善を認めた。その後外来加療を続け人工肛門増設から約3年後に人工肛門閉鎖し横行結腸と側々吻合した。その後は経過良好で術後1年半後に大腸内視鏡検査にて経過観察を行った。現在外来通院中である。

52 緊急手術となった直腸の壊死性静脈炎の1例

名古屋市立大学・院医・消化器代謝内科

溝下 勤、谷田諭史、片岡洋望、神谷 武、久保田英嗣、村上賢治、志村貴也、水島隆史、平田慶和、海老正秀、小林郁生、田中 守、城 卓志

症例は60歳男性。既往歴は特記すべきことなし。

2009年4月から全身倦怠感、発熱が持続し近医受診したが軽快せず、不明熱などの精査治療目的で2009年5月下旬に当院膠原病内科入院となった。入院後の腹部盤部CTおよびMRIで、S状結腸～直腸Rsにかけての壁肥厚があり当科に下部消化管精査依頼があった。6月9日の下部消化管内視鏡では、肛門から20cmのS状結腸に深掘れ潰瘍が確認された。病変部の生検の病理結果は、Group Iで特異的炎症像あるいは悪性所見は確認されなかった。6月14日から持続する血便、下腹痛、発熱があり理学的所見として腹膜刺激症状が確認されたため6月15日に緊急CTを撮影したところ、S状結腸～直腸Rsにかけての壁肥厚と周囲の脂肪組織濃度の上昇、少量の腹水が確認された。同日の緊急下部消化管内視鏡では、S状結腸～直腸Rsにかけて粘膜が暗褐色調を呈し、また不整形潰瘍が散在し壊死性腸炎と考えられた。以上より、壊死性大腸炎とそれによる急性性腹膜炎と診断され、当院消化器外科で緊急手術となった。手術標本の病理は、静脈主体の血管炎を呈し、S状結腸から一部直腸Rsにかけての壊死性静脈炎(necrotizing phlebitis)と診断された。手術後、経過良好で7月24日に退院となった。

壊死性静脈炎は、稀な疾患であるが腸管の炎症性疾患(クローン病や潰瘍性大腸炎などの炎症性腸疾患、あるいはアメーバ腸炎あるいはサイトメガロウイルスなどの感染症、および虚血性大腸炎など)を鑑別する上で重要であると考えられた。また、本症例のように急激な進行をする場合があるので注意が必要である。

53 Infliximabによりステロイド離脱が可能であった腸管ペーチェット病の1例

豊川市民病院 消化器内科

水野裕介、平野敦之、神野成臣、池内寛和、今井宗憲、大山 展、中村 誠

【症例】32歳、男性。【主訴】腹痛。【現病歴】口腔粘膜の再発性アフタ性潰瘍、外陰部潰瘍、毛嚢炎様皮疹などにより1999年10月にペーチェット病と診断。2005年3月より回盲部の腸管病変を合併した。プレドニゾン30mg/day、5-ASAより寛解導入するもプレドニゾンを減量すると回盲部潰瘍の再燃を認める経過を繰り返した。2008年9月21日より腹痛が出現し、9月30日に当院受診。プレドニゾン20mg/dayへ増量するも、症状の改善がみられず10月7日に入院となった。【入院後経過】絶食、プレドニゾン20mg/dayによる治療により症状は改善した。大腸内視鏡検査施行したところ盲腸に類円形の潰瘍を認めた。同部位からの生検では炎症細胞浸潤と間質結合組織の増生を認めるが明らかな肉芽腫や血管炎の所見は認めず、非特異的な炎症所見であった。注腸検査では盲腸に潰瘍性病変を認めた。再発性アフタ性潰瘍や外陰部潰瘍の増悪は認めず、眼病変も認めなかった。以上よりペーチェット病の腸管病変の増悪と考えられた。病状経過よりステロイド依存性のペーチェット病と考えられ、本人へ十分なインフォームドコンセントをした後に第14病日よりInfliximab 300mg/bodyの投与を行った。第16病日に退院となり以後外来で2週間後、6週間後にInfliximabの投与を行った。その後8週毎にInfliximabの投与を行いながらプレドニゾンを漸減し、2009年2月にプレドニゾンを中止した。現在まで症状の再燃無く外来経過観察中である。【まとめ】Infliximabは抗ヒトTNF- α モノクローナル抗体で現在本邦においては慢性関節リウマチ、クローン病、難治性網膜ブドウ膜炎を伴うペーチェット病への投与が認められているが、腸管ペーチェット症例への投与報告は少ない。今回、我々はInfliximabによりステロイド離脱が可能であった腸管ペーチェット病の1例を経験したので報告する。

54 日和見感染を合併した潰瘍性大腸炎の一例

大同病院消化器科・総合内科

野々垣浩二、小川和昭、榊原聡介、藤原 晃、印牧直人

症例は72歳、男性。2009年6月、血便、下痢を主訴に受診。大腸内視鏡検査では、S状結腸から下行結腸にかけて、粘膜浮腫、びらん、発赤所見を認めた。外来にて経過観察するも、症状の悪化を認め7月31日入院加療となった。第7病日に施行した大腸内視鏡検査では、直腸から脾曲まで連続して血管透視の消失、膿性粘液の付着、易出血性粘膜を認め、潰瘍性大腸炎と診断した。中等症としてメサラジン内服およびメサラジン注腸を施行するも臨床症状の改善を認めず、第21病日よりPSL40mg内服治療を開始した。その後も下血の改善を認めず、第28病日の内視鏡所見では、上行結腸から下行結腸を中心として、広範な粘膜の脱落、多発する打ち抜き様潰瘍、偽ポリポーシスを認めた。サイトメガロウイルス抗原血症が検出され、病理組織学的にもサイトメガロウイルス腸炎と診断された。中心静脈栄養、PSL強力静注療法、白血球除去療法、ガンシクロビルの投与を開始した。第57病日の内視鏡所見では著明な改善を認めたものの、同日より突然の発熱、呼吸困難が出現し、胸部レントゲン検査にて両肺に淡いスリガラス状の陰影を認めた。ニューモシチス肺炎を疑い、ST合剤を投与開始した。口腔内洗浄液のPCRにて、ニューモシチス陽性が検出され、血液培養ではカンジダを認めた。急速に呼吸状態が悪化し、人工呼吸器管理とするも第62病日死亡退院となった。日和見感染を合併した潰瘍性大腸炎の一例を経験したので報告する。

55 collagenous colitisの2例

藤枝市立総合病院 消化器科

丸山保彦、景岡正信、永田健、大畠昭彦、野田裕児、三輪一太、池谷賢太郎、森 雅史

Collagenous colitis (以下CC)は慢性下痢の鑑別診断上重要な疾患として位置づけられているが、従来、画像検査では異常所見を認めず生検で診断されるMicroscopic colitisの中に分類されてきた。しかし近年、内視鏡画像の発展や症例の集積により、その特徴的内視鏡所見が明らかとなってきた。今回我々はランソプラゾールが原因と考えられるcollagenous colitisの2例を経験したのでその内視鏡画像と病理所見を中心に報告する。(症例1)76歳女性。近医整形外科にて腰痛に対しNSAID処方後心窩部痛ありランソプラゾールを処方された。約2週間後より下痢が出現、1カ月後の当院初診時には水様性下痢が1日10回以上であった。大腸内視鏡検査を行い、下行結腸からS状結腸に辺縁整な縦走線状潰瘍を認めた。同部およびその他の部位からの生検にてcollagen bandの肥厚を認めCCと診断した。NSAIDはそのままランソプラゾールの中止後数日で下痢は改善傾向となり2週間後には便通は正常化した。2カ月後のCF再検では縦走潰瘍は癒着化し、生検でもcollagen bandの肥厚は著明に改善していた。(症例2)63歳男性。高血圧、糖尿病で近医通院中。ランソプラゾール投与後1日6~10行の水様便が出現、止痢剤投与されるも改善なく当院受診。CFを行い大腸粘膜は全体に粗造でありS状結腸にはびらんと、やや輪状傾向のある浅い潰瘍を認めた。生検にてCCと診断した。ランソプラゾールの中止により速やかに下痢は消失した。

(考察)本症は特発性の他、NSAID s、ランソプラゾール、チクロピジン、カルバマゼピン等の薬剤が原因となるとされている。中でもランソプラゾールによるCCは報告が増加している。内視鏡所見についてUmenoらはPPIによるCCでは縦走潰瘍が78%に認められ、特徴的であると報告している。今回2例のうち症例1でこの所見が確認できた。

57 collagenous colitisの2例

豊橋市民病院

山雄健太郎、浦野文博、藤田基和、山田雅弘、北畠秀介、石黒裕規、山本英子、林 寛子、山田 哲、大林友彦、川口 彩、河合 学、岡村正造

【症例】73歳女性。主訴は水様性下痢。胃潰瘍にて平成17年11月よりランソプラゾール30mg、モサプリド15mg、ソファルコン300mgを内服中であった。平成18年1月より3-5行/日の水様性下痢を認めたため大腸内視鏡検査を施行。S状結腸に縦走潰瘍を認め、同部位より生検を施行した。病理で表面上皮下にcollagen bandを認め、collagenous colitisと診断した。ランソプラゾールが誘因と考えられ内服を中止し、ファモチジンへ変更、またメサラジン1500mg/日、ラクトミン、ロペラミドの内服を開始した。しかし、下痢は改善せず下痢の増加と体重減少を認めたため、平成18年4月当院消化器内科へ紹介入院となった。入院後はメサラジン2250mg/日に増量し症状は軽快。その後は外来にてメサラジンの減量を行い、平成18年11月には休業が可能となり、以後症状の再燃を認めていない。【症例】64歳男性。主訴は水様性下痢。既往歴は高血圧のため降圧剤を内服中。洞不全症候群のためペースメーカー留置されており、ワルファリンカリウムや抗不整脈薬を内服していた。平成20年1月ごろより時々2-3行/日の下痢が出現、近医にて止痢薬を処方され経過観察されていた。同年5月下痢の増加を認めたため、当院紹介となった。当院にて大腸内視鏡検査を施行し、S状結腸に縦走潰瘍を認めた。同部位からの生検で、collagen bandを認めたためcollagenous colitisと診断した。メサラジン1500mg/日の内服を開始したところ症状軽快し、同年8月にメサラジン中止後としたが症状の再燃を認めていない。【まとめ】今回の2例は内視鏡的所見として共にS状結腸に縦走潰瘍を認め、collagenous colitisの典型例である。しかしながら誘因として症例1は薬剤性の可能性が考えられるものの、症例2でははっきりとした原因は不明であった。【結語】今回われわれはcollagenous colitisの2例を経験したため、多少の文献的考察をふまえて報告する。

56 拡大内視鏡観察を施行したcollagenous colitisの一例

ほしの内科クリニック

星野 洋

Collagenous colitis (以下CC)は「慢性水様下痢を主症状とするが内視鏡検査等では異常を認めず、顕微鏡的に異常を認める」microscopic colitisの一亜型と位置づけられている。今回、拡大内視鏡と画像強調観察で所見をとらえることのできたCCの1例を経験したので報告する。【症例】74歳、女性【主訴】下痢【既往歴】糖尿病、脂質異常症、気管支喘息で総合病院通院中【現病歴】平成21年5月20日より腹痛、血便を伴わない水様下痢が出現し、総合病院で乳酸菌製剤を投与されたが効果なく、1日10行以上の排便が持続したため、精査希望で同年7月29日当院受診となった。下痢以外に自覚症状なく、理学的所見、血液・生化学的検査で異常を認めなかった。【大腸内視鏡所見(8月4日)】直腸から下行結腸にかけて散在性に、比較的広い範囲で血管透見が消失し、肥厚した粘膜を認めた。同部は白色調でありゴリープ周囲にできる白斑に似た所見であった。明らかな発赤、びらんは認めなかった。ズーム拡大およびFICEを用いて同部を観察すると、pitはI型が主体だがpit間の被蓋上皮が正常粘膜よりも白くまた肥厚しているように観察された。【病理学的所見】腺管配列密度は保たれていたが、表層上皮下に帯状に膠原線維の増生を認めた。軽度から中等度の単核球、好酸球の浸潤を認めた。アミロイド沈着は認めなかった。CCに合致する所見であった。【経過】CCの原因は不明だが、発症にランソプラゾール、NSAIDsなどの薬剤が関与していることが報告されている。本例でも同年1月よりランソプラゾールが投与されていたためCCの診断後より中止したところ、1ヶ月経過した時点で水様下痢から軟便に戻ってきており、自覚症状も著明に改善してきている。【結語】拡大、画像強調観察し得たCCの一例を経験した。内視鏡所見が軽微な下痢の患者は過敏性腸症候群と診断されてしまう可能性があるが、本疾患も念頭において適宜生検を追加する必要があると思われる。

岡崎市民病院消化器内科

松岡 歩、内田博起、佐藤淳一、藤吉俊尚、大矢和広、塚塚亮一、
飯塚昭男

【目的】成人腸重積症は、小児と比べて稀な疾患であり、全腸重積症例の約5-10%程度とされている。当院における成人腸重積症の臨床的特徴と治療法について検討した。

【対象と方法】対象は2004年1月1日から2009年9月30日に当院にて経験した成人腸重積症6例。その臨床的特徴、治療について検討した。

【結果】年齢は24歳から86歳で平均年齢57.5歳、男女比は1:1であった。主訴は全例で腹痛、うち2例で下血を認めた。発生部位では小腸小腸型2例、小腸大腸型1例、大腸大腸型3例であった。腹部CTは全例で施行され、target sign, multiple concentric ring signを認めた。病因としては小腸ではGIST、IFP、リンパ静脈炎、大腸ではS状結腸癌、アニサキスを原因とする特殊な例、器質的疾患を認めない若年例であった。治療としては緊急手術3例（GIST、リンパ静脈炎、アニサキス）、保存的治療1例（IFP）、CFでの整備後に待機的手術1例（S状結腸癌）、CFでの整備1例（原因不明）であった。

【考察】成人腸重積症は、発症年齢は若年から高齢まで幅広く、初発症状はいずれも腹痛であったが、特異性が大半を占める小児と比べて成因は多彩で、器質的疾患が多く認められた。腹部CTでの画像所見は特徴的で診断に有用であった。成人腸重積症は悪性疾患に起因するリスクが高く、整備については腫瘍散布、血行性転移や消化管穿孔の危険もあり議論の余地がある。当院では2例についてCF下に整備を行い特に合併症は認めなかった。1例は器質的病変を認めない若年例でCFのみで治癒。もう1例は整備することで待機的手術が可能となり、重積腸管のうっ血に伴う浮腫を予防でき過度な腸管切除を回避できた。また正確な術前診断、範囲診断が可能であり、成人腸重積症ではCF下での整備も有用であると考えられた。

【結語】成人腸重積症を6例経験した。CFによる整備が有用な症例が存在した。

東海病院 内科

北村雅一、加藤 亨、山本 剛、丸田真也

症例は60歳代女性、主訴は下腹部痛。以前より時々下腹部痛があるも自然軽快していた。4日前より腹満感があり市販薬を内服するも下腹部痛が増強したため2日前に近医を受診した。投薬と点滴で経過を見るも改善なく当科紹介入院となった。初診時の腹部理学的所見では腸雑音に異常はなく、平坦軟で、下腹部に軽度の圧痛を認めた。血液検査では特記すべき異常を認めなかった。初診時の腹部単純CTでは上行結腸内に2cm大のLow densityな腫瘍を認め、上行結腸および終末回腸に壁肥厚像が見られた。第2病日に施行したガストログラフィンによる注腸検査では上行結腸内に広基性の隆起性病変が描出され、体位変換などにより容易に形態が変わり移動性が見られた。終末回腸には炎症様変化が見られた。第5病日の腹部MRIでは、腫瘍部はT1、T2強調ともhigh intensityを呈する腫瘍として描出され、脂肪抑制像ではlow intensityとなった。同日の大腸内視鏡検査では上行結腸内に比較的軟らかい粘膜下腫瘍を認め頂部には大きなびらんが見られたが、腫瘍が大きく基部の同定は困難であった。終末回腸には浮腫状の粘膜が見られた。腫瘍部の生検では有意な診断は得られなかった。入院時より絶食・持続点滴にて経過を見たところ第2病日には腹痛は見られなくなり、第5病日の腹部造影CTでは回腸の壁肥厚は著明に改善していた。腫瘍の造影効果は見られなかった。腸重積をきたした脂肪腫を考案第7病日に当院外科にて腹腔鏡下回盲部切除術を施行した。腫瘍は 20×12×10mmの大きさで回盲弁上に基部を持つ可動性のある軟らかい腫瘍で、病理学的に脂肪腫と診断された。脂肪腫は消化管では大腸に最も多く、盲腸、上行結腸が好発部位である。小さいものは大半が無症状であるが大きくなると腹痛、出血、腸重積による閉塞症状などをきたす。繰り返す腸重積などで循環障害が起こると本例のように腫瘍表面に不整形のびらん、潰瘍、炎症性肉芽組織が形成される。治療は内視鏡治療と外科的治療があるが、本例は基部が確認できなかったため外科的切除となった。

化膿性脊椎炎による神経因性大腸からの便秘に対して
Introducer法による経皮内視鏡的盲腸瘻造設術が
有効であった1例

市立四日市病院消化器科

竹口英伸、前川直志、大島啓嗣、山田晋太郎、小林 真、矢野元義

症例は82歳女性。当院整形外科にてTh8/9およびL2/3の化膿性脊椎炎・椎間板炎にて加療中に脊柱管狭窄をきたし、対麻痺進行し便秘も高度となり腹部膨満から食事摂取量低下も認めためた排便コントロール目的に当科紹介となった。初診時腹部CTでは拡張した盲腸から横行結腸に多量の便塊を認めた。注腸造影にて直腸から下行結腸に腸管拡張や狭窄は認められなかったが、横行結腸途中より口側に多量の便塊あり以深への造影剤の注入は困難であった。各種下剤・腸管運動改善薬・グリセリン洗腸・微温湯による高圧洗腸にて反応乏しく、腸管刺激による排便を期待しピコスルファートナトリウム水和物を混和した水溶性造影剤(アミドトリソ酸ナトリウムメグルミン)を横行結腸まで繰り返し注入したが無効であった。盲腸からの順行性洗腸を目的として局所麻酔下に経皮内視鏡的盲腸瘻造設術(PEC)を施行した。術前日に全大腸内視鏡を施行し可能な限り便塊を洗浄したうえで術当日ポリエチレングリコール製剤(ニフレック)内服としたところ良好な前処置を得られた。予防的抗生剤投与として術前々日より術後5日目まで硫酸カナマイシン内服、また化膿性脊椎炎の加療のためタゾバクタムナトリウム・ピペラシリンナトリウムの経静脈投与がなされていた。盲腸まで内視鏡を挿入し直視下で鉗台式胃壁固定具にて盲腸を腹壁へ4点固定しその中央にIntroducer法にて11Frチューブ型バルーンタイプカテーテルを留置した。術後は感染兆候なく経過したため術後4日目より食事再開とした。PECからのグリセリン60mlによる順行性洗腸にて約60～90分後に排便がみられるようになり、次第に食欲も改善した。施行後およそ6か月の経過でバルーン虚脱によるカテーテル逸脱を1度経験したが、再挿入は容易であった。そのほか問題となる合併症はなく、便通は順調で現在も対麻痺に対してリハビリ加療中である。

61 排便習慣が発症に関与した直腸Deulafoy潰瘍の1例

岐阜赤十字病院 消化器内科¹⁾、放射線科²⁾
高橋裕司¹⁾、松下知路¹⁾、伊藤陽一郎¹⁾、中村俊之¹⁾、後藤裕夫²⁾

いきみの排便習慣が発症機序と推測された直腸Deulafoy潰瘍を経験したので報告する。
【症例】60歳代 男性。【既往歴】6年前他病院にて出血性胃潰瘍にてクリッピング術および内服加療を受けていたが自己判断で中断、高血圧も最近数年は未治療であった。【家族歴】特記すべき事なし。【排便習慣】約10年前より習慣性の便秘を認め、5 - 8行/日の排便であった。【現病歴】2008年6月13日より腹部膨満感を自覚、従来以上にいきみかつ長時間の排泄行為を行っていた。6月30日自宅にて突然hematocheziaとともに倒れ救急車で搬送された。【入院時現症】意識清明、身長161cm 体重50kg 体温36.1 脈拍105/分 血圧150/60、下腹部に圧痛を認めた。【血液検査所見】WBC 4900/μl、RBC 14.4万/μl、Hb 44g/dl、Ht 14.4%、Plat 23.6万/μl と高度の貧血を認めた。【入院後経過】緊急大腸内視鏡検査を施行。前処置は微温湯による高圧洗腸のみであった。全大腸に凝血塊を認めるも、残渣がtightに付着し粘膜面の微細な観察はできず出血源の同定はできなかった。その後7月1日、4日に血圧低下を伴う大量下血を認め、同様な前処置で内視鏡検査を行うも残渣のため出血源の同定は困難であった。下血時には適宜輸血を行い循環状態を安定化させ、Hb9g/dlを維持していた。7月7日に経口洗腸液にて前処置を行い検査を施行、直腸肛門縁より2cm口側に拍動性の露出血管を認めDeulafoy潰瘍と診断した。クリッピングにて止血処置を行った。処置後は下血を認めず退院となった。【まとめ】直腸Deulafoy潰瘍はまれな疾患ではあるものの大量下血症例においては鑑別すべき疾患と認識された。また本例ではいきみの排便習慣が発症に関与したと推測された。

63 大腸腫瘍NBI画像所見の経時的変化について

三好町民病院 消化器科
伊藤 治、中島守夫、成瀬 達、柴田時宗

NBIを利用した大腸腫瘍の内視鏡診断は、数施設から分類方法が提唱されまだ統一された分類法はないが、いずれの分類でもほぼ拡大内視鏡のpit pattern診断に近い診断能があることがわかってきている。しかし2008年寺井らがNBI観察中、短期間に周期的に所見が変化した大腸腫瘍を報告し、大腸腫瘍には表層の血流が経時的に変化している病変があり、NBI診断にはその認識が必要とした。当院でも大腸腫瘍のNBI画像診断中、明らかに所見が変化した病変を経験したので報告する。
【対象】拡大内視鏡によるNBI画像観察を1分以上継続した大腸腫瘍24病変中、周期的に所見が変化した4症例4病変
【結果】男性1例、女性3例。年齢64~74歳。病変の肉眼形態：a 3例、s 1例。腫瘍径 2~4mm。病変部位：盲腸1病変、上行結腸1病変、S状結腸1病変、直腸1病変。Pit pattern診断：III L型4病変ですべて組織系はadenomaと推察された。NBI画像変化周期（NBI所見が変化して元の状態近くに戻るまでの時間）：最短7秒~最長70秒。同一症例に他病変がある症例は2例あったが他病変が同様の変化を来すことはなかった。

【まとめ】この変化は大腸腫瘍表層の血流変化に基づくものと考えられるが、大腸腫瘍の形態や大きさ、組織系、発症部位などの腫瘍の性質によるものなのか、個々の症例の血流の生理学的な変化に起因するものなのかは不明である。しかしこのような変化があることを認識することは今後NBI画像診断を行う上で重要と考えられた。

62 内視鏡的に摘出した直腸異物（バイプレーター）の1例

木沢記念病院 消化器科
丸田明範、杉山 宏、端山暢郎、大島靖広、中西孝之、小原功輝

【症例】65歳、男性。本人の申告によると宴会場で同席者たちからバイプレーター付きの性的玩具を肛門に挿入され、自己抜去不能となり当院救急外来を受診した。来院時現症では、腹部は平坦・軟で圧痛および腹膜刺激徴候を認めなかったが、左下腹部にバイプレーターの振動を触知した。また、直腸診では肛門縁から10cm口側に異物の底部を触知した。腹部Xpでは長径約15cm、短径約3cmの直腸異物が認められ、側面像にて先進部がS状結腸に達していると思われた。碎石位にて腹部圧迫介助下に経肛門的摘出を試みるも不可能であったため、緊急大腸内視鏡を施行した。肛門縁から20cmのS状結腸に表面平滑な薄紫色の振動するバイプレーターを認めた。そこで、患者を左側臥位とし、内視鏡下にバイプレーター底部をスネアにて把持を試みたところ把持できた。次いで、腹部圧迫介助下にハウストラを掻き分けるようにスコープを慎重に引き抜いたところ異物摘出に成功した。上部直腸にびらんを認めるも、穿孔などの明らかな腸管損傷がないことを確認し処置を終えた。摘出された異物は16.5×2.7×2.7cmであった。【考察】直腸異物では多くの場合、性的倒錯が背景に認められるが、本人の羞恥心から診療が遅れたり、不適切な自己抜去が行われていたりすることがある。直腸異物は日常診療において遭遇しうる疾患であるが、その治療指針は確立されていないのが現状である。なかには消化管穿孔を合併し手術となった例も散見される。本症例は、バイプレーターに弾力がありスネアがうまく喰い込んだこと、また表面が平滑であったため腸管を損傷することなく引き抜けたことが成功の要因だったと考えられる。【結語】今回われわれは大腸内視鏡下にスネアを使用し安全に摘出した直腸異物の1例を経験したので若干の文献的考察を含め報告する。

64 出血性ショックをきたした小腸病変に対しカプセル内視鏡が有用であった1例

藤田保健衛生大学坂元種報徳會病院 消化器内科

鳥井淑敬、芳野純治、乾 和郎、若林貴夫、奥嶋一武、三好広尚、小林 隆、渡邊真也、服部昌志、内藤岳人、木村行雄、服部信幸、磯部 祥、友松雄一郎、山本智支、成田賢生

症例は79歳女性。数年前より関節リウマチで近医通院中であった。入院2カ月前より右上腕骨頸部骨折で他院に入院中であったが、突然の下血および、貧血のために当院へ入院となった。緊急で行った上下部内視鏡検査では明らかな出血性病変は指摘できなかった。経肛門的にシングルバルーン小腸内視鏡を挿入するも癒着が強く回盲部から口側5cmまでしか観察が出来なかったが、口側より多量の血液流出を認めた。血管造影も実施したが、出血部位の同定は出来なかった。そこで、カプセル内視鏡検査を実施したところ、内服後2時間47分の撮影部位で小腸に出血性病変を認めた。その後、多量の下血と共にショック状態になり、Hbが10.7g/dlから7.6g/dlへと急激な貧血の進行を認めたため、緊急手術となった。術中にも内視鏡を行い出血源を探索した所、上部空腸に露出血管を伴ったデュラホイ様潰瘍を認めた。病変部位の小腸を部分切除し終了した。術後経過は良好であった。術後の病理所見からは悪性病変は指摘されず微小瘻部に一致する凝血塊形成を認めた。病歴よりNSAIDs潰瘍が出血の原因と考えられた。カプセル内視鏡の出血源同定率はその検査時期にも大きく影響するものの、顕性出血がある際には実施すれば出血源同定率は90%を上回るとされる。原因不明の小腸出血に対し、カプセル内視鏡検査が有用であった1例を報告した。

66 カプセル内視鏡検査が診断の契機となった小腸クローン病の1例

公立学校共済組合東海中央病院 消化器内科¹⁾

名古屋大学大学院医学研究科消化器内科学²⁾

川端邦裕¹⁾、清野順二¹⁾、井上匡央¹⁾、森島大雅¹⁾、石川英樹¹⁾、白井 修²⁾、中村正直²⁾、大宮直木²⁾、後藤秀実²⁾

症例は24歳男性。以前より間歇的な腹痛を認め近医受診し、上部および下部内視鏡検査を施行されていたが明らかな原因は指摘されなかった。腹部CT、MRI等の検査も施行されていたが腹痛の原因となる病変は確定されなかった。2008年2月、原因不明の腹痛にて当院紹介受診となった。受診時、腹部は平坦軟であり下痢認めず、腹部単純X線写真ではニボー確認されなかった。採血では軽度の貧血(Hb=12.5mg/dl)と炎症値の軽度上昇(CRP=5.18)を認める以外は特記所見認めなかった。2008年5月カプセル内視鏡検査を施行したところ、小腸の狭窄および活動性の出血を認めた。5月30日小腸造影検査を施行したところ、回腸に2箇所狭窄病変と散石状外観を認めた。小腸クローン病を強く疑い、確定診断目的に6月2日経口的に小腸ダブルバルーン内視鏡検査を施行した。下部空腸まで挿入し下部空腸から非連続的に縦走潰瘍の多発を認め、観察最深部には散石状外観を認めた。内視鏡の通過は良好で、狭窄は長軸に長いが限局していた。生検にて非乾酪性類上皮細胞肉芽腫認め小腸クローン病と診断された。6月3日より5ASA(3g)とED療法(900kcal/日)を開始し、経過良好にて退院となった。今回我々は、小腸カプセル内視鏡検査を施行することにより、活動性の小腸出血を発見し確定診断に至った貴重な症例を経験したので報告する。

65 当院におけるカプセル内視鏡検査の現状

名古屋医療センター・消化器内科¹⁾、名古屋大学・消化器内科²⁾

寺尾美咲¹⁾、島田昌明¹⁾、浦岡正尚¹⁾、柿澤麻子¹⁾、遠藤伸也¹⁾、齋藤雅之¹⁾、玉置 大¹⁾、龍華庸光¹⁾、渡邊久倫¹⁾、日比野祐介¹⁾、平嶋 昇¹⁾、都築智之¹⁾、岩瀬弘明¹⁾、後藤秀実²⁾

【目的】

近年、小腸疾患に対する診断法として、カプセル内視鏡が普及してきている。当院では、2008年4月よりカプセル内視鏡を導入し、小腸病変の診断を行っている。今回、当院での結果をもとにカプセル内視鏡の有用性と問題点について検討した。

【対象・方法】

対象は2008年4月から2009年9月までの間に当院でカプセル内視鏡を施行した計38例である。男性20例、女性18例、平均年齢は53.5歳(22~85歳)であった。症例は原因不明の消化管出血(OGIB)16例、貧血5例、水様性下痢1例、潰瘍性大腸炎11例、クローン病疑い2例、小腸腫瘍疑い2例、腹痛1例であった。なお、当院では基本的に前処置は行っていない。

【成績】

回腸末端まで検査を完遂出来たのは38例中18例(47.3%)であった。完遂症例での胃の平均通過時間は52分、小腸の平均通過時間は4時間27分であった。カプセルが回収できなかった症例はなく、全例1週間以内に排泄が確認された。そのほか合併症は認められていない。

有所見例は30例(75.9%)であり、びらん・潰瘍12例、点状発赤12例、血管拡張10例、血管異型3例、回腸SMT1例、腸管内残渣多量にて観察不十分9例、所見なし8例であった。

【結論】

カプセル内視鏡検査は、原因不明例や詳細な検討が困難であった小腸病変に対して侵襲及び合併症の少ない有用な検査法である。しかしながら今回の検討では回腸末端までの観察可能例は47.3%と低く、これは前処置不良や症例分布の偏りなどが原因として考えられた。小腸の観察が完遂出来るように、今後は前処置などの工夫が必要である。

67 診断に難渋したクローン病の一例

名古屋大学消化器内科

加藤 剛、安藤貴文、渡辺 修、石黒和博、三宅忍幸、日比知志、神谷 徹、三村俊哉、後藤秀実

【症例】38歳 女性【主訴】腹痛・下痢【既往歴】特記事項なし【現病歴】平成21年1月上旬より腹痛・下痢が出現し近医を受診した。高度炎症所見を認め感染性腸炎の診断で入院したが、大腸内視鏡検査でS状結腸に縦走傾向のある潰瘍を指摘されクローン病(以下CD)の疑いで精査・加療目的に当院へ転院となった。【経過】転院当日の下行結腸内視鏡検査では、直腸の一部血管透見像を認めるもほぼ全体に粘膜は浮腫状でびらんが多発しており、Rs付近からは深掘れの潰瘍を認め、潰瘍性大腸炎(以下UC)類似所見であった(CMVアンチゲネミアは陰性)。PSL静脈投与を開始したが、入院第5病日にメッケル憩室に起因する回腸捻転による回腸穿孔により緊急手術となり、回腸を15cm切除し人工肛門が造設された。開腹所見及び切除標本からはUCまたはCD共に診断に至る所見は認められなかった。術後第11病日に黒色便を認め、上部消化管内視鏡検査を行ったところ食道と十二指腸水脚脚に縦走潰瘍を認めた。人工肛門からの回腸の観察では縦走潰瘍痕を認めCD様所見であったが、CMVアンチゲネミアが陽転化しておりCMV感染の影響も考えられた。その後小腸造影検査、注腸検査、上下部内視鏡検査を行い経過とあわせてクローン病と診断した。【結語】今回我々は比較的短時間に多彩な像を呈したクローン病の一例を経験したので報告する。

68 強皮症に合併した回腸原発Mantle cell lymphomaの一例

東市民病院消化器内科

川井祐輔、山本俊勇、濱野真吾、伊藤恵介、長谷川千尋、水野芳樹

症例は74歳、男性。2006年1月より強皮症、間質性肺炎、逆流性食道炎にて当院呼吸器内科通院。2008年1月より体動時の呼吸困難が出現し同年7月入院精査となり強皮症関連肺高血圧症と診断された。悪性腫瘍の合併精査のためGaシンチを施行し右下腹部に異常集積を認め消化器内科コンサルトとなった。身長162cm、体重55.6kg、血圧118/59mmHg、脈拍85bpm整、体温35.9℃、結膜に貧血・黄疸なし、両下肺野にfine crackle聴取した、腹部に腫瘍は触知せず、全身皮膚に硬化を認めた。入院時検査データはHb 10.3g/dl、Ht 33.8%と軽度の貧血を認め、sIL2R 2497 U/ml、KL6 711 IU/ml、ANA 1280倍と高値であった。E-CTにて右下腹部に腹腔に便塊を伴う87x53mmの不整形腫瘍を認め、腫瘍の内部には血管が貫通する所見が見られた。CFでは回腸末端に表面に浅い潰瘍を伴う全周性の凹凸不整な腫瘍を認め内視鏡通過は不能であった。同時に行った内視鏡下造影にて回腸末端に長さ52mmの全周性隆起による狭窄とその口側の拡張を認めた。同部位よりの組織所見では異型リンパ球が充実性に増殖し、免疫染色でCD5(+), CD20(+), CD3(-), CD10(-), Cyclin D1(+)でありMantle cell lymphomaと診断に至った。GIFにて胃体上部から胃角部にかけて毛細血管拡張を認める扁平なSMT様の隆起の多発とVater乳頭の腫大を認め、各部位よりの生検で同様の所見を認め胃への多発転移と判断した。PETでは全身リンパ節に異常集積認め、最終的にStage III Eと診断した。同年9月より2009年1月にかけてR-CHOP療法を8クール行いICRとなり現在も外来にて経過観察中である。強皮症に合併した悪性腫瘍の報告例は多数見受けられるが、回腸原発のMantle cell lymphomaを合併した例は極めて稀であり若干の文献的考察を加えて報告する。

十二指腸

69

上部消化管内視鏡検査で診断し得た原発性大動脈十二指腸瘻の1例

藤田保健衛生大学坂文種報徳會病院消化器内科

成田賢生、芳野純治、乾 和郎、若林貴夫、奥嶋一武、小林 隆、三好広尚、渡辺真也、服部昌志、内藤岳人

症例は62歳男性、高血圧症と多血症にて近医に通院中であった。2009年9月1日、自宅にて突然の眩暈のあと意識消失した。その後意識は回復したが、下血が見られたことから当院の救急外来を受診した。来院時、意識清明であったが、体温35.6、血圧84/66mmHg、脈拍118/minとプレシヨクの状態であり、来院後も下血を認めた。ただちに行った下部消化管内視鏡検査では、大腸に明らかな出血点を認めずパウヒン弁より持続的な新鮮血の流出を認めた。続いて行った上部消化管内視鏡検査では胃内に大量の凝血塊があり、十二指腸水平脚に拍動性で紫赤色のなだらかな隆起を認め、頂部に潰瘍を伴っていた。同部位から湧出性の出血を認めたため、大動脈十二指腸瘻による腸管内穿破と診断した。止血処置はトロンピン散布のみを行った。

腹部CTでは、総腸骨動脈分岐部直上の腹部大動脈に4cm大の嚢状の動脈瘤が存在し、十二指腸水平脚を下背側から圧排していたため、この部位からの穿破と判断し、緊急開腹手術による人工血管置換術を施行したが、出血多量により術中に死亡された。切除した動脈瘤は組織学的に層状の動脈瘤内血栓と外膜側へのリンパ球浸潤および集族を認めた。大動脈十二指腸瘻は診断が困難なうえに、救命率が低い疾患である。今回我々は、内視鏡によって大動脈十二指腸瘻を診断し、緊急手術を行った一例を経験したので若干の文献的考察を加えて報告する。

71

十二指腸の経過を追えたAnaphylactoid紫斑の1例

JA岐阜厚生連久美愛厚生病院 消化器内科

杉山和久、横崎正一、長瀬裕平、横畑幸司、松浦弘尚、伊佐治亮平、武山直治

【症例】59歳男性【主訴】腹部不快【既往歴】糖尿病、高尿酸血症で内服通院治療。【現病歴】平成21年9月13日頃から食欲不振、腹部不快出現。14日に近医受診し感冒による胃腸炎と言われ、内服薬の処方を受けた。症状改善しないため、15日に当院受診された。【現症】心窩部から下腹部にかけて圧痛あり、腹膜刺激所見は認めなかった。【経過】15日の外来受診時に吐血があり、上部消化管内視鏡検査にて、十二指腸下行部から水平部にかけて出血した浮腫状粘膜に発赤、びらん、潰瘍を認めた。腹部CT検査では、十二指腸水平部に限局して腸管の浮腫を伴う壁肥厚を認めた。動脈閉塞などによる虚血性十二指腸炎と考慮し、絶食、持続点滴にて入院治療とした。18日の上部消化管内視鏡検査再検では、十二指腸の出血、浮腫、びらんは改善傾向にあった。24日に両足関節を中心に紫斑を認め、皮膚科受診とした。同日排便時に下血を認め、25日に下部消化管内視鏡検査を行い、回腸末端から直腸にびまん性に散在する発赤、びらん、紅斑を認めた。腹部CT検査再検では、十二指腸の浮腫状変化は改善し、血液検査でも白血球増多、炎症反応も改善していたが、腹部不快は持続した。消化管所見および皮膚所見よりAnaphylactoid紫斑（Henoch type）と診断し、皮膚科医師とも相談の上Prednisolon 30mg/日内服を開始した。その後腹部症状は改善し、下肢の紫斑も徐々に消退した。皮膚生検組織の病理所見は、真皮の血管周囲に細胞浸潤、血管壁にIgAの沈着を認めた。十二指腸の生検組織からは特異的所見は得られなかったが、直腸の生検組織からは血管内皮の腫大と増生した細血管周囲に著しい好中球浸潤を認めた。Anaphylactoid紫斑で腹部症状が先行する場合もあるが、その診断に難渋することが多い。本症例は十二指腸病変の経過を追うことができたので報告する。

70

検診を契機に発見された十二指腸早期癌の1例

JA岐阜厚生連 久美愛厚生病院 消化器内科

松浦弘尚、杉山和久、横崎正一、長瀬裕平、横畑幸司、伊佐治亮平、武山直治

【症例】65歳女性【主訴】検診異常【既往歴】気管支喘息。ここ10年発作なし。【現病歴】住民胃がん検診にて胃底部隆起性病変を指摘され、2009年5月13日近医にて上部消化管内視鏡検査が行われた。胃底腺ポリープに加えて十二指腸下行部に隆起性病変認め、5月20日当院へ紹介された。【現症】腹部その他に異常所見認めなかった。【経過】当院にて行った上部消化管内視鏡検査では、十二指腸下行部の主乳頭対側に結節を伴い一部陥凹した退色調の扁平隆起病変を認めた。生検組織の病理結果は一部にwell differentiated adenocarcinomaを認め、部分的に悪性化したtubular adenomaと診断された。低緊張性十二指腸造影検査では十二指腸下行部に辺縁不整で、一部陥凹した隆起性病変を認めた。超音波内視鏡検査(EUS)では粘膜下層の境界が不明瞭であり、最深部では固有筋層まで浸潤していると診断した。胸部部CT検査では明らかな遠隔転移やリンパ節転移を認めなかった。術前診断は深達度SM以深の十二指腸癌と診断した。6月16日に当院外科にて幽門輪温存腔頭十二指腸切除術が施行された。術後の病理診断は粘膜内にとどまる高分化腺癌であり、T1N0M0 stageであった。【考察】十二指腸癌は形態としては隆起型をとるものが多く、その大部分は進行癌である。本症もEUSなどの術前検査での深達度は進行癌と診断したが、結果としては粘膜内癌であった。粘膜内癌であれば内視鏡的治療も可能であり、今後も術前検査の精度を向上させていく必要があると思われる。本症例の十二指腸癌は検診での上部消化管造影検査では指摘されておらず、精検の内視鏡検査での十二指腸観察で指摘された。本症のように無症状の時期に偶然発見される十二指腸癌の報告もあり、上部消化管内視鏡検査の際に十二指腸下行部も十分に観察することが重要である。

72

カプセル内視鏡にて診断された十二指腸出血の一例

JA愛知厚生連豊田厚生病院 消化器内科

竹山友章、金沢宏信、大久保賢治、森田 清、竹内淳史、松崎一平、下郷友弥、伊藤隆徳、西村大作、片田直幸

【症例】79歳女性【主訴】呼吸苦【既往歴】甲状腺機能低下症 慢性心不全 高血圧 脳梗塞予防にてアスピリン内服【現病歴】平成21年6月30日頃より咳嗽あり近医受診したが軽快せず呼吸苦が現れたため7月5日当院救急外来を受診した。また便血、黒色便は無かった。【入院時現症】眼結膜貧血あり眼球結膜黄染なし、胸部VWheeze軽度 腹部平坦 軟 圧痛なし 血圧170/75mmHg 脈拍82/分 体温35.9 【入院時検査所見】WBC 10000/mm3 Hb 5.5g/dl Hct 19.1% MCV 73.7fl MCH 21.2pg MCHC 28.8% Plt33.3万/mm3 BUN20.4mg/dl Cre 0.68mg/dl CRP 0.02mg/dl CEA 1.2ng/ml CA19-9 7U/ml Fe 70 µg/dl UIBC 300 µg/dl フェリチン 12.6ng/ml 胸部X線 心胸郭比 65.2% 両側肋骨横隔膜膈 鈍 鬱血あり。【入院後経過】貧血による心不全と診断し輸血などの保存的治療で心不全は軽快した。貧血の原因精査のため7月9日上部消化管内視鏡検査を施行したところ幽門部に潰瘍痕癬を認めた。PPI処方しアスピリンを中止して7月19日退院となった。しかし8月18日めまいにて当院内科外来受診、Hb4.7g/dlと貧血悪化していたため再度入院となった。輸血を行い、8月25日上部消化管内視鏡検査、8月29日下部消化管内視鏡検査施行したが明らかな出血源認めなかった。しかし便潜血検査が陽性のため、小腸出血を疑い9月1日カプセル内視鏡検査（以下VCE）施行したところトライツ靱帯近傍にて出血所見認められた。9月7日経口的にダブルバルーン小腸内視鏡検査（以下DBE）施行したところトライツ靱帯近傍に滲出性の出血を伴うangioectasiaを認めクリップにて止血した。その後食事を再開して貧血進行認めず9月20日退院となった。【結語】VCEとDBEにて従来原因不明とされてきた小腸出血由来の貧血を診断し治療できたので報告する。

73 貧血を契機に発見された十二指腸カルチノイドの一例

三重大学医学部附属病院 消化器・肝臓内科¹⁾、同光学医療診療部²⁾
原田哲朗¹⁾、葛原正樹¹⁾、西川健一郎¹⁾、井口正士¹⁾、田野俊介¹⁾、
井上宏之¹⁾、田中匡介²⁾、堀木紀行²⁾、竹井謙之¹⁾

【症例】80歳、男性。平成20年10月貧血を契機に近医で上部消化管内視鏡検査を施行され、十二指腸下行脚に粘膜下腫瘍を認めた。生検でカルチノイド腫瘍と診断され、精査加療目的で同年11月当院に紹介入院となった。当院での低緊張性十二指腸造影では、十二指腸下行脚に立ち上がりなだらかな約20mm大の類円形腫瘍を認め、頂部には不整なバリウムのたまりを認めた。上部内視鏡検査では十二指腸下行脚の乳頭対側に頂部に不整なびらんを伴う粘膜下腫瘍を認めた。超音波内視鏡検査では、病変は第4層までの内部エコー均一な低エコー腫瘍として描出された。また同病変とは別に、十二指腸水平脚に28mm大の境界明瞭な低エコー腫瘍を認めたが、通常観察では同定は困難であった。腹部CTでは、十二指腸下行脚に腫瘤状壁肥厚を認め、水平脚周囲（臍鉤部付近）に26mm大の腫瘍を認めた。明らかな肝転移の所見は認めなかった。水平脚の病変は、十二指腸カルチノイドの多発病変あるいはリンパ節転移のどちらかは術前診断がつかなかった。平成21年1月当院肝胆膵外科で十二指腸局所切除術、リンパ節切除術を施行された。病理組織学的には、腫瘍は類円形で均一な核と淡好酸性包体を有する細胞が、索状あるいはリボン状に配列し、少量の血管性間質を伴って増生していた。免疫染色では、シナプトフィジン（+）、CD56（+）、クロモグラニン（-）で、MIB陽性率は2%であった。最終病理診断は、十二指腸下行脚カルチノイド（腫瘍径25mm）、MP、リンパ節転移陽性（WHO分類well-differ. neuroendocrine carcinoma）であった。【考察】十二指腸カルチノイドは、無症状で内視鏡検査時に偶然発見されることが多い。今回、貧血を契機に発見された十二指腸カルチノイドの一例を経験したので報告する。

第28回東海消化器内視鏡技師研究会 プログラム

第28回東海消化器内視鏡技師研究会 プログラム

平成21年12月12日

総司会：田中消化器科クリニック 加藤好子

I . 開会の辞 (10:00 ~ 10:05)

第52回日本消化器内視鏡学会東海地方会会長
藤田保健衛生大学坂文種報徳會病院 消化器内科教授 乾 和郎先生

II . 第28回東海消化器内視鏡技師会総会 (10:05 ~ 10:20)

(1)会長挨拶 (2)事業報告 (3)会計報告

III. 一般演題 1 (10:20 ~ 10:50)

座長：中野胃腸病院 市川春美
豊橋市民病院 大林順子

1) 半日の内視鏡室研修で何が学べるか

当院における新人看護研修の一環として—

愛知県	名古屋大学医学部附属病院 光学医療診療部 内視鏡室
内視鏡技師・看護師	塚本裕美子
看護師	高橋知子
副看護師長	佐藤トメ子
看護師長	星野信子

2) 内視鏡看護記録の監査報告

看護記録の質の保証と向上を目指して—

静岡県	総合病院 聖隷三方原病院 画像外来
	奥野章宏 江塚亜紀 芹沢智子 野沢功子 中西香珠代

3) 過酢酸に対するデジタル濃度測定器の試作機を使用して

愛知県	医療法人山下病院 検査センター
	馬場朱美 今枝桂三 坂口紀代 桑原ともみ 宮川紀子
	野村秀子 井上美矢子 大塚淳子 永治聡子 藤下フミ
	木村悠 谷口聡美 山口美津枝
医師	瀧智行 服部外志之

. 一般演題 2 (10:50 ~ 11:30)

座長：山田赤十字病院 出口京子
岡波総合病院 中西佳子

4) フローチャートが内視鏡ファイリングシステムの不具合発生時に

どのような効果をもたらすか

愛知県	医療法人豊田会 刈谷豊田総合病院 内視鏡室
臨床工学技士	杉浦由実子 清水朋子 久野由乃 梶尾恵 天野陽一
看護師	杉浦真由美 小嶋美津恵 永田三和子 和田美保子
内科医	濱島英司

5) 上部消化管内視鏡検査における咽頭麻酔は必要か？

三重県

四日市消化器病センター

松井明美 東由紀 山下陽子 門脇由理 館睦美

安江加奈子 小林美保 舟橋享子 小林みどり 諸岡ゆかり

6) 当院におけるESD時のBISモニタ活用方法の検討

愛知県

医療法人豊田会 刈谷豊田総合病院 内視鏡室

看護師

前田めぐみ 沖辺真弓 杉浦真由美 永田三和子 宮下由香

鈴木真理子 白井幸子 相澤ひろみ 加藤美千恵

宮崎真美子 小嶋美津恵 和田美保子

内科医

濱島英司 松山恭二

麻酔科医

三輪立夫 三浦政直

7) 説明書を用いた大腸内視鏡検査オリエンテーションの効果

大腸内視鏡検査説明書作成とアンケート調査より

愛知県

愛知県厚生農業協同組合連合会 足助病院 内視鏡室

同内科

林寿子 築瀬直子 宇井恵美 藤嶋ひろみ 小林玉枝

小林真哉

・ 指定講演 (11:30 ~ 12:00)

司会：平野総合病院 北村きみ子

「内視鏡従事者が持つべき基礎 緊急内視鏡への対応編一」

講師：有隣厚生会 富士病院 大内紀寿

休憩 (12:00 ~ 12:30)

VI. ランチョンセミナー (12:30 ~ 13:30)

司会：四日市健診クリニック 古川ふさ子

「履歴管理はNext Stageへ ~患者さんに安心安全を~」

講師：富士フィルムメディカル株式会社 内視鏡センター中部 副センター長 西山太先生

ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社 マーケティングマネージャー 渡辺剛史先生

休憩 (13:30 ~ 13:40)

VII. 教育講演 1 (13:40 ~ 14:40)

司会：朝日大学村上記念病院 奥田順一先生

「カプセル内視鏡・ダブルバルーン小腸内視鏡 導入から実際」

講師：岐阜大学医学部附属病院 光学医療診療部 荒木寛司先生

VIII. 閉会の辞 (14:40 ~ 14:45)

東海消化器内視鏡技師会 会長 古川ふさ子