

第58回 日本消化器内視鏡学会東海支部例会 プログラム

日 時：平成27年12月5日（土）午前9時00分より

会 場：名古屋国際会議場 2号館
〒456-0036 名古屋市熱田区熱田西町1-1
TEL：052-683-7711

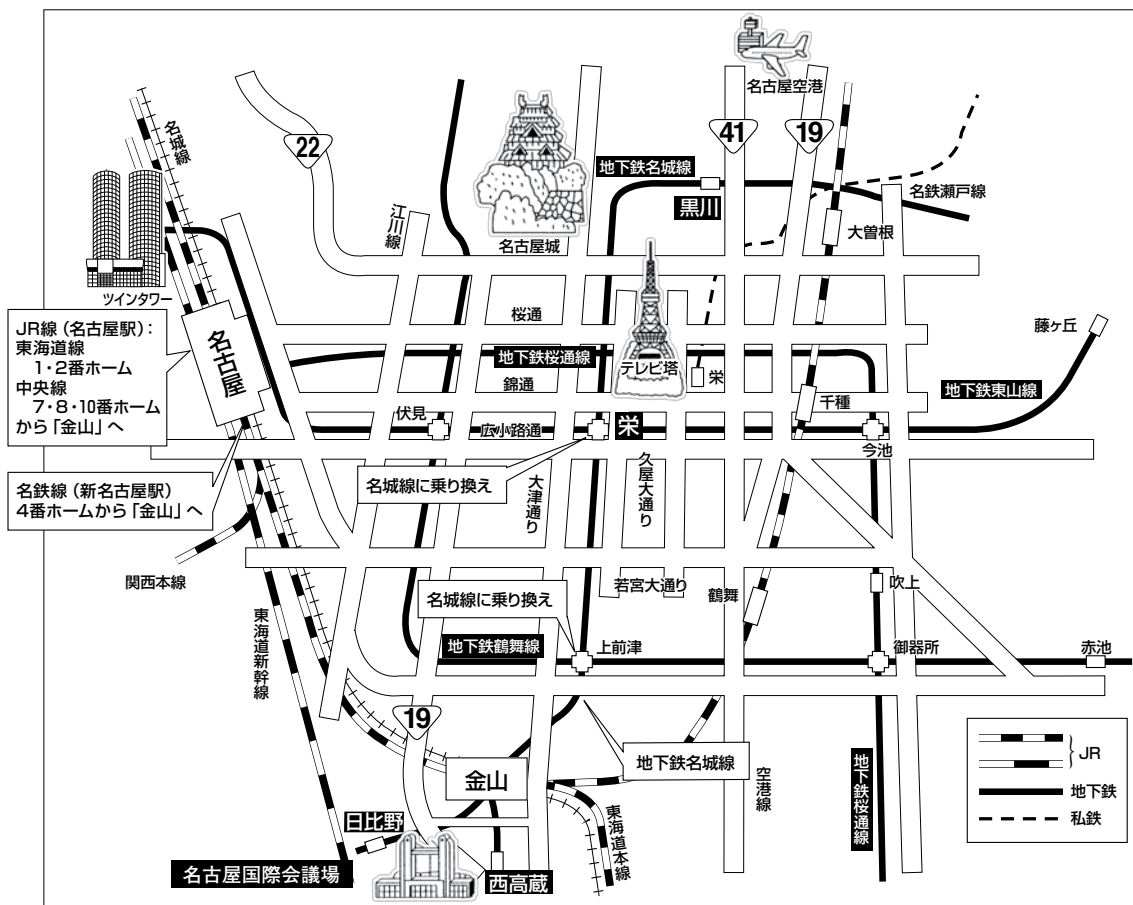
参加受付：2階 ロビー
P C受付：2階 ロビー
第1会場：2階 会議室224
第2会場：2階 会議室222+223
第3会場：3階 会議室234
第4会場：3階 会議室232+233
企業展示：1階 会議室211+212
クローク：1階 ロビー

会 長：丹羽 康正
愛知県がんセンター中央病院

【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
プログラム	9
抄録	55
協賛企業一覧・企業展示一覧・広告	103

【会場への交通のご案内】



名古屋国際会議場までの交通案内

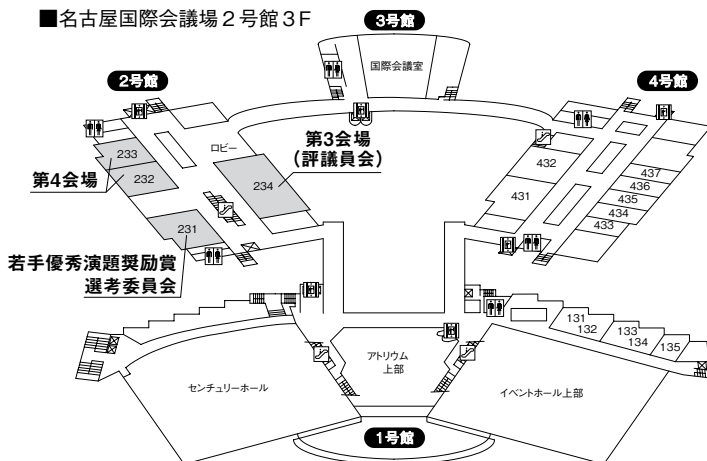
●新幹線等で名古屋へお越しの方は、JR名古屋駅で在来線「JR中央線」もしくは「JR東海道線」にお乗りかえの上、金山駅までお乗りつぎ下さい。

地下鉄名城線（「日比野」、「西高蔵」駅で下車）のご利用が便利です。

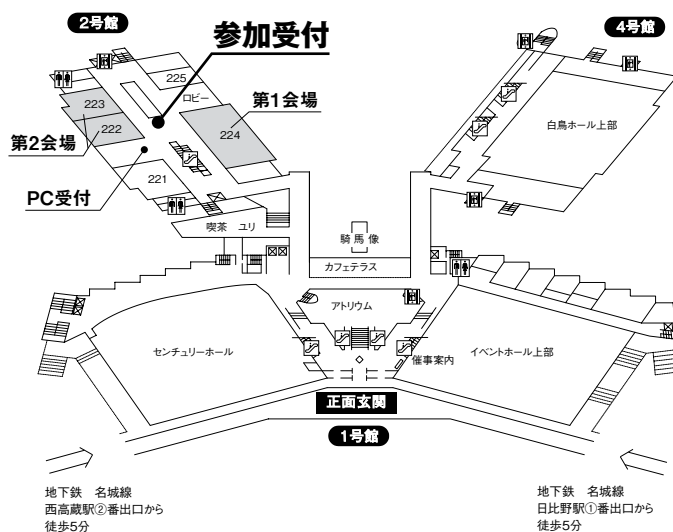
- ・JR・名鉄・金山総合駅から最寄り駅まで2分
地下鉄名城線（名古屋港行「日比野」下車1番出口から徒歩5分）
又は（金山・新瑞橋方面左回り「西高蔵」下車、2番出口から徒歩5分）
- ・JR・名鉄金山総合駅からタクシー約10分、約1,000円
- ・JR名古屋駅から最寄り駅まで約20分
地下鉄東山線「栄」乗りかえ、名城線（名古屋港行「日比野」下車、1番出口から徒歩5分）
又は（金山・新瑞橋方面左回り「西高蔵」下車、2番出口から徒歩5分）
- ・JR名古屋駅からタクシー約20分、約3,000円

【会場のご案内】

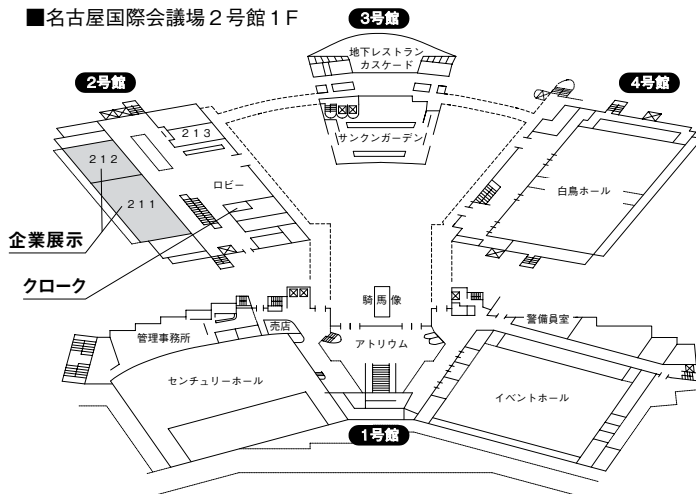
■名古屋国際会議場2号館3F



■名古屋国際会議場2号館2F



■名古屋国際会議場2号館1F



タイムスケジュール

	第1会場 2F 会議室224	第2会場 2F 会議室222+223	第3会場 3F 会議室234	第4会場 3F 会議室232+233	展示会場 1F 会議室211+212	3F 会議室231	
	開会の辞	若手研究者優秀演題奨励賞選定セッション					
9:00	9:00~11:30 シンポジウム1 『消化管悪性腫瘍に 対する内視鏡診断と 治療のup-to-date』 司会：八木信明 田近正洋 S1-1~14	09:00~09:48 食道/Y-1~6 座長：小林 隆	09:00~09:24 胆道・その他/Y-17~19 座長：野々垣浩二	09:00~09:48 小腸/Y-29~34 座長：小笠原尚高	企業展示 ドリンクサービス ビデオ放映 (ビデオライブラリー) 特別講演 井上晴洋先生 (13時頃より適宜放映)	若手研究者奨励賞 選考委員会 12:00~12:40	
9:30				09:24~10:04 膵臓1/Y-20~24 座長：林 香月			
10:00		09:48~10:36 胃/Y-7~12 座長：柴田知行	10:04~10:36 膵臓2/Y-25~28 座長：井上宏之	09:48~10:28 大腸1/Y-35~39 座長：金岡 繁			
10:30				10:28~11:08 大腸2/Y-40~44 座長：春田純一			
11:00			10:36~11:08 十二指腸/Y-13~16 座長：久永康宏	特別講演 10:45~11:45 司会：乾 和郎 講師：井上晴洋			11:08~11:40 大腸3/Y-45~48 座長：杉山昭彦
11:30							
12:00	ランチョンセミナー1 12:00~12:50 司会：室 圭 講師：佐藤太郎 共催：中外製薬株式会社	ランチョンセミナー2 12:00~12:50 司会：佐々木誠人 講師：山本隆行 共催：エーザイ株式会社・ アヴイ合会社					
12:30							
13:00			評議員会 13:00~13:50				
13:30			表彰式 13:50~14:05				
14:00							
14:30	シンポジウム2 14:15~15:55 『胆膵悪性腫瘍に 対する内視鏡診断と 治療のup-to-date』 司会：大野栄三郎 原 和生 S2-1~11	14:15~14:47 大腸良性1/7~10 座長：渡辺 修	14:15~14:47 胃良性1/24~27 座長：田中匡介	14:15~14:55 食道/39~43 座長：山崎健路			
15:00		14:47~15:27 大腸良性2/11~15 座長：谷田諭史	14:47~15:27 胃良性2・十二指腸/28~32 座長：妹尾恭司	14:55~15:27 小腸1/44~47 座長：山田雅弘			
15:30		15:27~15:59 胆道1/16~19 座長：金森 明	15:27~16:15 胃悪性/33~38 座長：安藤伸浩	15:27~15:59 小腸2/48~51 座長：宮田章弘			
16:00	16:00~16:48 膵臓/1~6 座長：菊山正隆	15:59~16:31 胆道2/20~23 座長：内田博起		15:59~16:39 大腸悪性/52~56 座長：高木 篤			
16:30							
	閉会の辞						
17:00							

【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円を参加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）、プログラム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5分・質疑3分・スライド10枚以内
若手研究者優秀演題
奨励賞選定セッション……………口演5分・質疑3分・スライド10枚以内
シンポジウム1……………口演6分・質疑3分・総合討論なし
シンポジウム2……………口演6分・質疑3分・総合討論なし
- 発表時間30分前までにPC受付にて受付をしてください。
- USBフラッシュメモリー、CD-R以外のメディアでは受付できません。
※ファイル名は「(演題番号) (氏名)」とし、動画等のリンクデータを含むフォルダーも、ファイル名と同じフォルダー名としてください。
- 演台上のキーボード、マウスにてご自身でスライドを進めてください。
- 受付したデータは使用后、事務局にて責任を持って消去いたします。

○データ作成上の留意点

- 会場PCのOSはWindows 7、ソフトはPower Point、2010です。
- フォントはMSゴシック、MS明朝等、一般的なものをご使用ください。
- 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。
- 動画はWindows Media Playerで再生可能であるものに限定します。
- 他のデータ（静止画・動画・グラフ等）をリンクさせている場合は必ず元のデータも保存して頂き、事前に動作確認をお願いします。
- 動作確認は作成に使用したPC以外のWindowsで行って下さい。
- データを保存する前に必ずウイルスのチェックを行って下さい。
- 液晶プロジェクターの出力解像度はXGA（1024×768）に対応しております。
- 音声出力は使用できません。
(Macintoshにて作成されたデータの場合は、PC本体を持参下さい。)

○座長の先生へ

座長の先生は座長受付（参加受付併設）にてご出席確認をお済ませいただき各担当セッションの開始15分前までに会場内の次座長席におつき下さい。

○評議員会

日時：平成27年12月5日（土）13：00～13：50

会場：3階 会議室234

※昼食はご用意しておりません。ランチョンセミナーなどで昼食をお取り下さい。

○表彰式

日時：平成27年12月5日（土）13：50～14：05

会場：3階 会議室234

○企業展示

1階 会議室211+212 9：00～16：00

若手研究者優秀演題奨励賞について

医学部卒後5年以内の研修医（旧初期研修医）および専門医（旧後期研修医）を対象に若手医師が発表した演題の中から優秀演題に対して「若手医師研究奨励賞」を選定し、支部例会会長より賞状と奨励金を贈呈いたします。そのうち上位6名を翌年春の日本消化器内視鏡学会総会へ招待いたします。

今回は、対象演題を「若手研究者優秀演題奨励賞選定セッション」にて順次ご発表いただき、審査員が発表内容などについて審査し、評議員会終了後に表彰いたします。審査対象の先生方は、13時50分からの表彰式には第3会場にご参集いただきますようお願い申し上げます。

特別講演

外科手術から内視鏡治療への転換

「アカラシア関連疾患に対するPOEM」と「難治性GERDに対するARMS」

講師：昭和大学江東豊洲病院 消化器センター

井上晴洋

司会：藤田保健衛生大学坂文種報徳會病院 消化器内科

乾 和郎

3F 第3会場

10：45～11：45

特別講演

外科手術から内視鏡治療への転換

「アカラシア関連疾患に対するPOEM」と「難治性GERDに対するARMS」

昭和大学江東豊洲病院 消化器センター

井上 晴洋

背景：

従来の外科手術を非・外科治療（内視鏡治療）でおこなうことには患者側の高いニーズがある。その方向性から生まれてきた手技にPOEMとARMSがある。それぞれを概説する。

POEM (Per-oral endoscopic myotomy)：

POEMは、食道アカラシア関連疾患に対する新しい内視鏡としてInoueHら (Endoscopy, 2010)により報告されて以来、その高い奏功率と安全性が多く報告され、世界的に普及しつつある。1000例を超える経験から、有効率は97.6%であった。合併症として（700例のデータ）、粘膜損傷10例（1.4%）、閉創後の粘膜下血腫形成5例（0.7%）、胸膜炎・胸水2例（0.3%）、空気送気による高度の気胸1例（0.1%）、胃小網炎1例（0.1%）、術中輸血1例（0.1%）、食道潰瘍1例（0.1%）、挿管時誤嚥1例（0.1%）であった。高度気胸に対しては胸腔ドレナージ、胸膜炎、小網炎に対しては抗生剤、粘膜下血腫、粘膜損傷、食道潰瘍に対しては食事開始を遅延などの対応でいずれも軽快した。POEMは食道アカラシア関連疾患に対する標準治療であると考えられる。

ARMS (Anti-reflux mucosectomy)：

われわれは2003年に、噴門粘膜切除に伴う癒痕収縮による噴門再形成が逆流防止機能を生み出すことを報告した (GIE2003)。以来、PPI抵抗性GERD患者に対し「内視鏡的噴門唇形成術：ARMS」を39例に施行した。PPI抵抗性GERD患者で明らかな滑脱のない食道裂孔ヘルニア患者を対象としている。明らかな滑脱ヘルニア症例は外科的手術の適応とする。昭和大学倫理委員会の承認(承認番号1205-06)のもと施行している。粘膜切除に伴う癒痕収縮により、噴門の粘膜唇の再形成を目的としている。噴門小彎を中心に約2/3～4/5周性の内視鏡的粘膜切除を行う。術前後にoff PPIでImpedance-pH Monitoringが比較検討できた8例において、Percent time Clearance pH(total) は 21.6%→4.3%($p < 0.05$)、Longest Episode Clearance pH は、226.8分→14.5分 ($p < 0.05$)、DeMeester Composite score は 70.9→16.3($p < 0.05$)と有意な改善が得られた。PPI内服量は全体の70%で減量以上、52%で中止が可能であった。

F scaleは26.5→8($p < 0.01$)、GerdQは10.5→5.2($p < 0.01$)と自覚症状の有意な改善が得られた。ARMSの治療成績は良好であった。胃噴門の粘膜切除と、反転視野での切除範囲のデザイン決定が重要である（食道からの見下ろしでは切除範囲の設定は不可能）。

結語：

すくなくとも食道の良性疾患に対する治療は、外科治療から内視鏡治療へ移行しつつあり、これは患者要望に直結する。

〈学歴および職歴〉

生年月日：1958年2月14日生

〈略 歴〉

1983年3月 山口大学医学部卒業
1983年6月 東京医科歯科大学第一外科
1984年4月 都立広尾病院心臓血管外科
1985年5月 九段坂病院外科
1986年10月 日産厚生会玉川病院
1991年4月 春日部秀和病院外科
1991年12月 医学博士・東京医科歯科大学
1995年1月 米国南カリフォルニア大学 (USC) 外科
1995年6月 東京医科歯科大学第一外科助手
2001年2月 東京医科歯科大学第一外科講師
2001年3月 昭和大学横浜市北部病院消化器センター講師
2002年3月 昭和大学横浜市北部病院消化器センター准教授
2009年9月 昭和大学医学部教授
国際消化器内視鏡研修センター (SUITE)
昭和大学横浜市北部病院 消化器センター兼任
2014年3月 昭和大学江東豊洲病院 消化器センター長・教授

〈所属学会〉

日本消化器外科学会 認定医・専門医・指導医・消化器がん外科治療認定医・評議員 (1993-2005)、
日本内視鏡外科学会 評議員・技術認定医、日本消化器内視鏡学会 指導医・専門医・評議員・理事、
日本消化器病学会 専門医 支部会評議員、日本外科学会 認定医・外科専門医・指導医、日本食道
学会 食道科認定医・評議員・食道外科専門医 (-2014)、日本胃癌学会 評議員、ASGE、Honorary
member (米国消化器内視鏡学会、名誉会員)、DGVGE (ドイツ内視鏡・放射線学会) 名誉会員、米
国消化器外科学会 (SSAT) 会員、米国内視鏡外科学会 (SAGES) 名誉会員、ロシア内視鏡学会 名
誉会員、日本癌学会 会員、OESO (International organization for statistical studies on diseases of
the esophagus) Permanent scientific committee member (国際食道疾患会議 終身科学委員)

〈専門分野〉

食道・胃外科、内視鏡外科、内視鏡診断と治療
現在の研究会テーマ：○食道癌・胃癌の診断と治療、○内視鏡外科手術、
○食道アカラシア、○GERD

〈編集委員など〉

厚生労働省、「拡大内視鏡による消化器がんの早期診断法の確立」(井上班) 班長 (2007-2010)、
胃と腸 編集幹事、早期胃癌研究会 運営委員

〈学会関係受賞状況〉

1990年11月 内視鏡医学振興財団賞
1994年5月 手術手技研究会 第19回奨励賞
1995年11月 内視鏡医学振興財団賞
1996年9月 日本消化器内視鏡学会奨励賞
1997年4月 第97回日本外科学会総会優秀演題賞
1997年10月 第11回御茶の水医科同窓会研究奨励賞
1999年12月 日本内視鏡外科学会第1回 Karl Storz 賞
2003年12月 上條賞 (昭和大学)
2004年9月 白壁賞 (早期胃癌研究会)
2006年5月 米国消化器内視鏡学会 (ASGE) Crystal award (名誉会員)
2011年4月 米国消化器内視鏡外科学会 (SAGES) Endocopy frontier award
2012年4月 DGVGE (ドイツ内視鏡・放射線学会) 名誉会員
2012年5月 米国消化器内視鏡学会 (ASGE) Crystal award (International service award)
2014年12月 日本内視鏡外科学会 大上賞

ランチオンセミナー 1

QOLを軸とした胃がん化学療法

講師：大阪大学大学院医学系研究科

消化器癌先進化学療法開発学寄附講座 佐藤太郎

司会：愛知県がんセンター中央病院 薬物療法部

外来化学療法センター 室 圭

共催：中外製薬株式会社

2F 第1会場

12：00～12：50

ランチョンセミナー 1

QOLを軸とした胃がん化学療法

大阪大学大学院医学系研究科消化器癌先進化学療法開発学寄附講座
佐藤 太郎

切除不能進行・再発がんに対する標準治療は、一定の全身状態を有する場合には化学療法が適応となる。化学療法において治癒や長期延命を望める可能性は少なく、病状進行に伴う症状の緩和が治療の目的となる。大部分の患者は早期に症状が認められないため早期診断が困難である。手術不能進行再発胃がんに対しては全身化学療法が第一選択となるが、化学療法の survival benefit については best supportive care (BSC) を対象としたいくつかの比較試験が施行されており、いずれの検討でも BSC の生存期間 3～4 カ月に対して化学療法群 9～12 カ月と化学療法による生存期間の有意な延長が報告されている。

また、これらの化学療法は、生存期間の延長には寄与するが、胃がん患者の QOL を向上させるかについては、相反する意見もみられる。副作用に苦しみながら、治療をすることが意義のあることであるかに対する疑問がある。

本セミナーでは、胃がんの化学療法の歴史を振り返り、胃がん患者の化学療法中の QOL を論じる。すなわち

- 1) 薬剤の進歩により、オキサリプラチンやゼロダなどの治療の選択肢が増加し、症例に応じた薬剤の使用が可能になっていること
- 2) 支持療法の進歩、パロノセトロンやイメンドなどの制吐療法による、嘔吐の軽減が標準化していること
- 3) 分子標的薬の導入、トラスツズマブ、ラムシルマブなどの新薬の適応による、生存期間の延長のみならず QOL の改善がみられること。

の 3 点である。

本セミナーを通じて、単なる生存期間の延長だけでなく、胃がん患者の生活、生き方に寄り添った、化学療法、抗がん剤治療を選択できることの理解を深めて頂ければ幸いである。

〈学歴および職歴〉

〈専門領域〉

がん化学療法

〈略歴〉

平成5年3月 弘前大学医学部 卒業
平成5年4月 弘前大学第一内科
平成10年12月 Case Western Reserve Univ. School of Medicine (USA) , Dept.
of Medicine, Div. of Hematology & Oncology (Research Scholar)
平成13年8月 Univ. of Colorado Health science Ctr. School of Medicine,
Biochemistry and Mol. Genetics (Postdoctoral fellow)
平成15年4月 近畿大学 腫瘍内科 助手
平成17年4月 近畿大学 腫瘍内科 講師
平成23年4月 大阪大学大学院医学系研究科
消化器癌先進化学療法開発学寄附講座 准教授
平成26年4月 大阪大学大学院医学系研究科
消化器癌先進化学療法開発学寄附講座 教授

〈資格または学会専門医・評議員〉

医学博士

日本臨床腫瘍学会 がん薬物療法専門医、指導医、評議員

日本内科学会 認定医

日本消化器病学会 専門医

日本がん治療認定医機構 がん治療認定医

ランチオンセミナー2

新しいバイオマーカーを用いた IBD活動性のモニタリングと治療の最適化

講師：四日市羽津医療センター IBDセンター 山本隆行
司会：愛知医科大学 消化管内科 佐々木誠人

共催：エーザイ株式会社
アッヴィ合同会社

2F 第2会場

12：00～12：50

ランチョンセミナー2

新しいバイオマーカーを用いた IBD活動性のモニタリングと治療の最適化

四日市羽津医療センター IBDセンター

山本 隆行

最近、炎症性腸疾患（IBD）において、内視鏡検査によって診断される粘膜治癒の有無が、その後の臨床経過と関連することが報告されている。すなわち、粘膜治癒が達成された患者では、再燃リスクや手術の必要性も低下してQOLが向上するが、一方、粘膜治癒がみられない症例では、臨床的に寛解状態であっても、再燃や手術のリスクが高くなる。したがって、内視鏡検査により粘膜の炎症所見を評価して、再燃や手術のリスクが高い症例に対しては早い段階で薬剤治療を強化することで治療成績が向上する可能性がある。しかし、内視鏡検査は、時間がかかり侵襲性も高いという欠点があり、同一患者で繰り返して行うことは困難であり、IBDのモニタリング法としては使いにくい一面もある。CRPなどの従来の炎症マーカーは、内視鏡的炎症スコアと有意な相関を示さないことが判明しており、IBDの粘膜病変の評価法としては決して優れた有用性を示さない。

このような背景から、簡便で侵襲性の低い、診断能の高いバイオマーカーの出現が待ち望まれていた。最近、私どもの一連の研究において、新規バイオマーカーがIBDの内視鏡的な炎症程度と有意な相関を示し、治療法の戦略を立てる上で重要な役割を果たすことが明確になった。今回の発表では、IBDのモニタリングや治療におけるこの新しいバイオマーカーの有用性につき、当院での経験を基にお話ししたい。

〈学歴および職歴〉

四日市羽津医療センター（旧：四日市社会保険病院）IBDセンター長

〈略 歴〉

1989年3月 三重大学医学部卒業

1989年6月 三重大学医学部第二外科 研修医

1990年7月 関連病院および三重大学病院

1996年4月 三重大学医学部第二外科 助手

(1997年1月～1998年12月 英国バーミンガム大学外科リサーチフェロー)

2001年10月 四日市社会保険病院 外科

(2005年9月～2006年2月 米国オハイオ州クリーブランドクリニック大腸外科
リサーチフェロー)

2011年6月 四日市社会保険病院 IBDセンター長

(2014年4月より四日市羽津医療センターに名称変更)

シンポジウム 1

消化管悪性腫瘍に対する内視鏡診断と 治療の up-to-date

司会：朝日大学歯学部附属村上記念病院 消化器内科 八木信明
愛知県がんセンター中央病院 内視鏡部 田近正洋

2F 第1会場

9：00～11：30

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1会場

シンポジウム1 9:00~11:30

司会：朝日大学歯学部附属村上記念病院 消化器内科 八木信明
愛知県がんセンター中央病院 内視鏡部 田近正洋

- S1-1 当院における食道表在癌ESD治療の成績及び長期予後の検討
名古屋大学大学院医学系研究科 消化器内科学
○浅井裕充、宮原良二、後藤秀実
- S1-2 消化管粘膜下腫瘍の診断と治療戦略
大同病院 消化器内科
○西川貴広、下郷友弥、野々垣浩二
- S1-3 消化管粘膜下腫瘍に対するEUS-FNAの有用性
岐阜県立多治見病院 消化器内科
○塚本宏延、水島隆史、佐野 仁
- S1-4 生検group 3胃病変における拡大内視鏡slit patternの意義
三重大学医学部附属病院 光学医療診療部¹⁾、三重大学医学部 消化器内科²⁾
○田中匡介¹⁾、原田哲朗²⁾、竹井謙之²⁾
- S1-5 当院における抗血栓剤内服症例に対するESDの検討
岐阜大学医学部 消化器病態学
○高田 淳、荒木寛司、清水雅仁
- S1-6 胃内視鏡的粘膜下層剥離術（ESD）におけるシース併用糸付きクリップを用いたトラクションの有用性
愛知医科大学 消化管内科
○伊藤義紹、小笠原尚高、春日井邦夫
- S1-7 新型胃ESD用はさみ型ナイフの開発
市立四日市病院 消化器内科
○小林 真、山脇 真、矢野元義
- S1-8 大腸CTと大腸カプセル内視鏡の大腸腫瘍検出能の検討
藤田保健衛生大学 消化管内科
○大森崇史、城代康貴、大宮直木
- S1-9 当院における大腸拡大NBI分類（JNET分類）の有用性に関する検討
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⁾
○鳥山和浩¹⁾、田近正洋²⁾、田中 努²⁾

- S 1 -10 当院での大腸ステント治療の現状
愛知県がんセンター愛知病院 消化器内科
○藤田孝義、近藤真也、榊原真肇
- S 1 -11 当院における大腸悪性狭窄に対する内視鏡的大腸ステント留置術の検討
岐阜市民病院 消化器内科
○小木曾富生、川出尚史、杉山昭彦
- S 1 -12 当院における悪性腫瘍による大腸狭窄に対するNiti-Sステントの使用経験について
独立行政法人 国立病院機構 名古屋医療センター
○江崎正哉、島田昌明、岩瀬弘明
- S 1 -13 当院でのCold snare polypectomy (CSP) と内視鏡的粘膜切除術 (EMR) の有効性についての病理学的検討
朝日大学歯学部附属村上記念病院 消化器内科
○北江博晃、富江 晃、八木信明
- S 1 -14 当院における直腸NETの内視鏡治療についての検討
聖隷浜松病院 消化器内科
○木全政晴、芳澤 社、佐藤嘉彦

シンポジウム2

胆膵悪性腫瘍に対する内視鏡診断と 治療の up-to-date

司会：名古屋大学大学院医学系研究科 消化器内科学 大野栄三郎
愛知県がんセンター中央病院 消化器内科 原 和生

2F 第1会場

14：15～15：55

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1会場

シンポジウム2 14:15~15:55

司会：名古屋大学大学院医学系研究科 消化器内科学 大野栄三郎
愛知県がんセンター中央病院 消化器内科 原 和生

- S2-1 膵病変に対するEUS-Elastographyと造影EUSの質的診断に対する有用性
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⁾
○河合 学¹⁾、廣岡芳樹²⁾、後藤秀実¹⁾
- S2-2 当院における膵充実性腫瘍に対するEUS-FNAの複数回穿刺に関連した因子の
検討
愛知医科大学 肝胆膵内科
○小林佑次、井上匡央、伊藤清顕
- S2-3 当院での膵腫瘍診断における超音波内視鏡ガイド下穿刺吸引法(EUS-FNA)の
役割と迅速細胞診(ROSE)の併用についての前向き検討
大垣市民病院 消化器内科
○水野和幸、金森 明、熊田 卓
- S2-4 当科での胆管挿管困難例に対するEUS下ランデブー法の治療成績
岐阜市民病院 消化器内科
○河口順二、向井 強、富田栄一
- S2-5 当院におけるInterventional EUSの成績と展望
大同病院 消化器内科
○宜保憲明、榊原聡介、野々垣浩二
- S2-6 悪性胆道狭窄に対する経乳頭的病理診断能の検討
岐阜県立多治見病院 消化器内科
○安部快紀、奥村文浩、佐野 仁
- S2-7 非切除中下部悪性胆管閉塞に対する12mm径covered self-expandable End bare
metal stent (CSEMS)の初期使用経験 - 今までの経験を踏まえて -
藤田保健衛生大学 肝胆膵内科
○中岡和徳、橋本千樹、吉岡健太郎
- S2-8 悪性胃十二指腸狭窄に対する消化管ステントの有用性と胆管狭窄合併例の治療
戦略
江南厚生病院 消化器内科
○熊野良平、中村陽介、佐々木洋治

- S 2-9 肝門部悪性胆道狭窄に対するドレナージにおいて当院でのinside-stent 使用経験の検討
名古屋第二赤十字病院 消化器内科
○藤田恭明、清水周哉、中沢貴宏
- S 2-10 肝門部悪性胆管狭窄に対する6mm 金属ステントを用いたendoscopic double stenting (side by side法) の検討
JA愛知厚生連豊田厚生病院 消化器内科
○伊藤裕也、都築智之、西村大作
- S 2-11 ERCP 関連手技による十二指腸乳頭部穿孔に対する、一時的メタリックステント留置の有用性
愛知県がんセンター中央病院 消化器内科
○稗田信弘、原 和生、山雄健次

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。

若手研究者優秀演題奨励賞選定セッション審査員

上部消化管（食道・胃・十二指腸）：

高山赤十字病院 内科

医療法人豊田会 刈谷豊田総合病院 内科

藤枝市立総合病院 消化器内科

白子順子

濱島英司

丸山保彦

下部消化管（小腸・大腸）：

東海病院 内科

三重大学医学部 光学医療診療部

名古屋大学大学院医学系研究科 消化器内科学

丸田真也

堀木紀行

中村正直

胆道・膵臓：

愛知県がんセンター中央病院 消化器内科

名古屋第二赤十字病院 消化器内科

藤田保健衛生大学医学部 肝胆膵内科

肱岡 範

中沢貴宏

橋本千樹

■第2会場

若手研究者優秀演題奨励賞選定セッション

食道 9:00~9:48

座長：藤田保健衛生大学坂文種報徳會病院 消化器内科 小林 隆

- Y-1 好酸球性食道炎の3例
協立総合病院 消化器内科¹⁾、外科²⁾
○小西隆文¹⁾、高木 篤¹⁾、森 智子¹⁾、長谷川綾平¹⁾、江間幸雄¹⁾、
中澤幸久²⁾
- Y-2 免疫抑制により発症したサイトメガロウイルス性食道炎の一例
JA愛知厚生連知多厚生病院 内科
○西崎章浩、田中創始、山田修司、鈴木健人、村瀬和敏、冨本茂裕、
丹村敏則、高橋佳嗣、宮本忠壽
- Y-3 逆流性食道炎にカンジダ食道炎を合併し下部食道の狭窄所見を伴った食道偽憩室症の1例
岐阜市民病院 消化器内科
○小島健太郎、吉田泰之、手塚隆一、渡邊 諭、河口順二、鈴木祐介、
小木曾富生、川出尚史、林 秀樹、向井 強、杉山昭彦、西垣洋一、
加藤則廣、冨田栄一
- Y-4 糖尿病性ケトーシスに急性壊死性食道炎を合併した1例
公立陶生病院 消化器内科
○松田悠司、松浦哲生、黒岩正憲、林 隆男、清水裕子、竹中宏之、
河邊智久、森 裕、森田敬一
- Y-5 乳癌術後15年後に縦隔再発による食道狭窄をきたした1例
半田市立半田病院
○木村啓佑、神岡諭郎、森井正哉、杉本啓之、古根 聡、廣瀬 崇、
吉田 大、野浪大介、大塚泰郎
- Y-6 食道ESDを施行したアカラシア合併食道表在癌の1例
刈谷豊田総合病院 内科¹⁾、病理診断科²⁾
○恒川卓也¹⁾、坂巻慶一¹⁾、浜島英司¹⁾、中江康之¹⁾、仲島さより¹⁾、
内田元太¹⁾、久野剛史¹⁾、大橋彩子¹⁾、鈴木孝弘¹⁾、池上脩二¹⁾、
大脇政志¹⁾、溝上雅也¹⁾、竹内一訓¹⁾、井本正巳¹⁾、伊藤 誠²⁾

若手研究者優秀演題奨励賞選定セッション

胃 9:48~10:36

座長：藤田保健衛生大学 消化管内科 柴田知行

- Y-7 OTSC で止血が得られた胃静脈瘤破裂の一例
豊橋市民病院 消化器内科
○南 喜之、山田雅弘、浦野文博、藤田基和、内藤岳人、山本英子、
松原 浩、山本健太、木下雄貴、片岡邦夫、飛田恵美子、山本和弘、
山本崇文、松田宜賢、岡村正造
- Y-8 急速に増大した胃噴門部癌の一例
豊橋市民病院 消化器内科
○木下雄貴、浦野文博、藤田基和、内藤岳人、山田雅弘、山本英子、
松原 浩、山本健太、片岡邦夫、飛田恵美子、山本和弘、南 善之、
山本崇文、岡村正造
- Y-9 EUSにて術前診断のついた異所性胃腺を伴った早期胃癌の2例
春日井市民病院 消化器科
○岡山幸平、平田慶和、隈井大介、山本友輝、小島悠揮、管野琢也、
松本朋子、奥田悠介、木村幹俊、羽根田賢一、池内寛和、森川友裕、
望月寿人、高田博樹、祖父江聡
- Y-10 胃切除12年後に大腸・小腸への播種性再発をきたした胃癌の1例
浜松医療センター 消化器内科
○高橋 悟、住吉信一、浅井雄介、木次健介、伊藤 潤、松浦 愛、
栗山 茂、岩岡泰志、吉井重人、影山富士人、金岡 繁
- Y-11 術前術後に診断の乖離を認めた胃神経内分泌腫瘍の1例
名古屋市立西部医療センター 消化器内科
○山東元樹、山川慶洋、妹尾恭二、土田研司、木村吉秀、平野敦之、
小島尚代、山下宏章、西垣信宏、尾関智紀、遠藤正嗣、中西和久
- Y-12 ESD後潰瘍に対してポリグリコール酸シート・フィブリン糊併用被覆法を行っ
た二例
豊橋市民病院 消化器内科
○片岡邦夫、山本英子、浦野文博、藤田基和、内藤岳人、山田雅弘、
松原 浩、山本健太、木下雄貴、飛田恵美子、山本和弘、松田宜賢、
南 喜之、山本崇文、岡村正造

若手研究者優秀演題奨励賞選定セッション

十二指腸 10:36~11:08

座長：大垣市民病院 消化器内科 久永康宏

- Y-13 出血をきたす胆嚢十二指腸瘻閉鎖にポリグリコール酸シートとフィブリン糊充填が有効であった一例
豊橋市民病院 消化器内科
○山本和弘、山田雅弘、浦野文博、藤田基和、内藤岳人、山本英子、松原 浩、山本健太、片岡邦夫、木下雄貴、飛田恵美子、松田宣賢、南 喜之、山本崇文、岡村正造
- Y-14 有症状であり手術にて治療したBrunner腺過形成の1例
藤枝市立総合病院 消化器内科
○山本晃大、金子雅直、志村輝幸、寺井智宏、大畠昭彦、景岡正信、丸山保彦
- Y-15 消化管出血を伴い粘膜下腫瘍様の形態を呈した十二指腸ブルネル腺過形成の一例
済生会松阪総合病院 内科¹⁾、外科²⁾、滋賀医科大学医学部 臨床検査医学講座³⁾
○瀬木祐樹¹⁾、河俣浩之¹⁾、池之山洋平¹⁾、齋木良介¹⁾、田原雄一¹⁾、磯部亮太¹⁾、青木雅俊¹⁾、福家洋之¹⁾、橋本 章¹⁾、脇田喜弘¹⁾、清水敦哉¹⁾、田中 穰²⁾、長沼達史²⁾、九嶋亮治³⁾、中島啓吾¹⁾
- Y-16 当院における十二指腸非乳頭部腫瘍に対する内視鏡的治療の成績と検討
小牧市民病院
○永井真太郎、宮田章弘、小原 圭

■第3会場

若手研究者優秀演題奨励賞選定セッション

胆道・その他 9:00～9:24

座長：社会医療法人宏潤会大同病院 消化器内科 野々垣浩二

- Y-17 悪性腫瘍に起因する難治性胆嚢炎に対してEUS-GBDを施行した2例
岐阜県総合医療センター 消化器内科
○三田直樹、岩田圭介、岩佐悠平、大西雅也、中西孝之、佐藤寛之、
安藤暢洋、山崎健路、芋瀬基明、清水省吾、杉原潤一
- Y-18 当院での内視鏡的乳頭括約筋切開術に伴う後腹膜穿孔症例とその検討
岡崎市民病院 消化器内科
○加治源也、内田博起、後藤研人、平松美緒、梶川 豪、服部 峻、
山田弘志、徳井未奈礼、飯塚昭男
- Y-19 消化管出血を契機に発見された胃癌と後腹膜平滑筋肉腫重複癌の1例
愛知医科大学 肝胆膵内科¹⁾、消化管内科²⁾
○北野礼奈¹⁾、井上匡央¹⁾、井澤晋也²⁾、小林佑次¹⁾、石井紀光¹⁾、
山本高也¹⁾、大橋知彦¹⁾、中出幸臣¹⁾、佐藤 顕¹⁾、伊藤清顕¹⁾、
中尾春壽¹⁾、春日井邦夫²⁾、米田政志¹⁾

若手研究者優秀演題奨励賞選定セッション

膵臓1 9:24~10:04

座長：名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器・代謝内科学 林 香月

- Y-20 膵管狭窄を伴い内視鏡治療に難渋した膵性胸水の1例
藤田保健衛生大学坂文種報徳會病院 消化器内科
○大屋貴裕、乾 和郎、片野義明、三好広尚、小林 隆、山本智支、
松浦弘尚、成田賢生、鳥井淑敬、森 智子、黒川雄太、安江祐二、
細川千佳生
- Y-21 Hemosuccus Pancreaticus の1例
小牧市民病院 消化器科
○成田正雄、宮田章弘、平井孝典、館 佳彦、小原 圭、灰本耕基、
佐藤亜矢子、石田哲也、永井真太郎、古川陽子
- Y-22 IgG4時関連腎臓病を伴った自己免疫性膵炎の一例
名古屋セントラル病院 消化器内科
○濱崎元伸、石川 嶺、山内浩揮、山田弘武、黒部拓也、神谷友康、
安藤伸浩、川島靖浩
- Y-23 総胆管結石を疑い施行したEUSにて偶然発見した非機能性膵内分泌腫瘍
(PNET) の一例
社会医療法人宏潤会 大同病院
○大北宗由、野々垣浩二、印牧直人、柳瀬成希、南 正史、倉下貴光、
宜保憲明、西川貴広、榊原聡介、下郷友弥
- Y-24 大動脈解離を契機に診断されたCystic NETの一例
静岡県立総合病院 消化器内科¹⁾、病理診断科²⁾
○佐々木和馬¹⁾、菊山正隆¹⁾、黒上貴史¹⁾、白根尚史¹⁾、大野和也¹⁾、
増井雄一¹⁾、川合麻美¹⁾、青山春奈¹⁾、榎田浩平¹⁾、青山弘幸¹⁾、
佐藤辰宣¹⁾、鈴木 誠²⁾

若手研究者優秀演題奨励賞選定セッション

膵臓2 10:04~10:36

座長：三重大学医学部附属病院 消化器・肝臓内科 井上宏之

- Y-25 健診腹部エコーを契機に発見された膵神経内分泌腫瘍の一例
一宮市立市民病院 消化器内科¹⁾、
名古屋大学大学院医学系研究科 消化器内科学²⁾、
名古屋大学医学部附属病院 光学医療診療部³⁾
○岩田悠嗣¹⁾、間下恵里奈¹⁾、谷口誠治¹⁾、坪内達郎¹⁾、森瀬和宏¹⁾、
平松 武¹⁾、金森信一¹⁾、水谷恵至¹⁾、山中敏広¹⁾、大野栄三郎²⁾、
廣岡芳樹³⁾、後藤秀実²⁾
- Y-26 検診を契機に偶発的に指摘された神経内分泌腫瘍と考えられた膵体尾部腫瘍の
1例
静岡県立総合病院 消化器内科
○大川高生、菊山正隆、黒上貴史、白根尚史、大野和也、川合麻美、
榎田浩平、青山春奈、増井雄一、青山弘幸、佐藤辰典
- Y-27 PET-CTを契機に診断されたIPMCの一例
刈谷豊田総合病院 消化器内科¹⁾、病理診断科²⁾
○溝上雅也¹⁾、中江康之¹⁾、浜島英司¹⁾、仲島さより¹⁾、坂巻慶一¹⁾、
内田元太¹⁾、久野剛史¹⁾、大橋彩子¹⁾、鈴木孝弘¹⁾、池上脩二¹⁾、
大脇政史¹⁾、井本正巳¹⁾、伊藤 誠²⁾、佐藤俊之²⁾
- Y-28 肺癌膵転移の一例
社会医療法人宏潤会大同病院 消化器内科¹⁾、呼吸器内科²⁾
○南 正史¹⁾、野々垣浩二¹⁾、印牧直人¹⁾、柳瀬成希¹⁾、大北宗由¹⁾、
倉下貴光¹⁾、宜保憲明¹⁾、西川貴広¹⁾、榎原聡介¹⁾、下郷友弥¹⁾、
西尾昌之²⁾、吉川公章²⁾

■第4会場 若手研究者優秀演題奨励賞選定セッション

小腸 9:00~9:48

座長：愛知医科大学 消化管内科 小笠原尚高

- Y-29 多発するびらんを有する原因不明の小腸出血の一例
名古屋第二赤十字病院 消化器内科
○豊原祥資、蟹江 浩、内田絵里香、鈴木孝典、荒木博通、鈴木祐香、
長尾一寛、齋藤彰敏、小島一星、野尻 優、水野裕介、藤田恭明、
日下部篤宣、清水周哉、山田智則、林 克巳、中沢貴宏
- Y-30 下血で発症し、大腸内視鏡で回腸憩室出血と診断し止血しえた1例
刈谷豊田総合病内科 内科
○大脇政志、浜島英司、中江康之、仲島さより、坂巻慶一、内田元太、
久野剛史、大橋彩子、鈴木孝弘、池上脩二、溝上雅也、恒川卓也、
竹内一訓、井本正巳
- Y-31 心窩部痛を契機に小腸内視鏡にて診断し得たメッケル憩室内翻の一例
浜松医科大学 第一内科¹⁾、光学医療診療部²⁾、臨床研究管理センター³⁾、
臨床腫瘍学講座⁴⁾、外科学第一講座⁵⁾
○伊藤達弘¹⁾、高垣航輔¹⁾、和田英俊⁵⁾、山田洋介¹⁾、山田景子¹⁾、
田村 智¹⁾、杉山智洋¹⁾、森 泰希¹⁾、高野亮佑¹⁾、鏡 卓馬¹⁾、
鈴木 聡¹⁾、市川仁美¹⁾、谷 伸也¹⁾、佐原 秀¹⁾、大石慎司¹⁾、
濱屋 寧⁴⁾、岩泉守哉¹⁾、高垣航輔¹⁾、大澤 恵²⁾、古田隆久³⁾、
杉本 健¹⁾
- Y-32 特徴的な画像所見を呈したエルシニア腸炎の1小児例
高山赤十字病院 内科
○鷲見聡子、白子順子、中村みき、今井 奨
- Y-33 輸入脚症候群に対して内視鏡的ダブル消化管ステント留置術を行った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⁾
○藤田 曜¹⁾、脇岡 範¹⁾、水野伸匡¹⁾、原 和生¹⁾、今岡 大¹⁾、
田近正洋²⁾、田中 努²⁾、石原 誠²⁾、吉田 司¹⁾、奥野のぞみ¹⁾、
稗田信弘¹⁾、平山貴視¹⁾、渋谷 仁¹⁾、近藤 尚¹⁾、鈴木博貴¹⁾、
鳥山和浩¹⁾、徳久順也¹⁾、丹羽康正²⁾、山雄健次¹⁾
- Y-34 カプセル内視鏡が診断に有用であった無鉤糸虫症の1例
静岡市立静岡病院 消化器内科
○奥村大志、河合 歩、白鳥安利、堀谷俊介、鈴木博貴、諏訪兼彦、
近藤貴浩、黒石健吾、吉川恵史、濱村啓介、高橋好朗、田中俊夫、
小柳津竜樹

若手研究者優秀演題奨励賞選定セッション

大腸1 9:48~10:28

座長：浜松医療センター 消化器内科 金岡 繁

- Y-35 当院における大腸憩室出血に対するEBL（Endoscopic band ligation）の有用性
豊橋市民病院 消化器内科
○飛田恵美子、山田雅弘、浦野文博、藤田基和、内藤岳人、山本英子、
松原 浩、山本健太、片岡邦夫、木下雄貴、山本和弘、松田宜賢、
南 喜之、山本崇文、岡村正造
- Y-36 超高齢者のS状結腸軸捻転症に対してスライディングスケール留置で軽快を得られた一例
伊勢赤十字病院 消化器内科
○天満大志、大山田純、川口真矢、山村光弘、杉本真也、高見麻佑子、
三浦広嗣、村林桃士、伊藤達也、奥田奈央子、橋本有貴、林 智士
- Y-37 コールドスネアポリペクトミー後に大腸狭窄をきたした一例
愛知医科大学 消化管内科
○高山将旭、野田久嗣、越野 顕、福田頌子、名古屋拓郎、星野弘典、
福富里枝子、北洞洋樹、下郷彰礼、杉山智哉、野口誠司、足立和規、
吉峰 崇、山口純治、郷治滋希、岡庭紀子、田邊敦資、伊藤義紹、
近藤好博、井澤晋也、海老正秀、舟木 康、小笠原尚高、佐々木誠人、
春日井邦夫
- Y-38 EMR 後縫縮目的で使用したクリップを内視鏡的に除去した一例
岐阜大学医学部附属病院 第一内科
○渡邊千晶、水谷 拓、長谷川恒輔、杉山智彦、高田 淳、久保田全哉、
井深貴士、荒木寛司、清水雅仁
- Y-39 内視鏡的粘膜下層剥離術（ESD）を施行した高異型度肛門上皮内腫瘍および肛門部尖圭コンジローム併存例の一例
岐阜県総合医療センター 消化器内科¹⁾、病理診断科²⁾
○佐竹智行¹⁾、山崎健路¹⁾、市川広直¹⁾、三田直樹¹⁾、大西雅也¹⁾、
中西孝之¹⁾、永野淳二¹⁾、安藤暢洋¹⁾、岩田圭介¹⁾、芋瀬基明¹⁾、
清水省吾¹⁾、杉原潤一¹⁾、岩田 仁²⁾

若手研究者優秀演題奨励賞選定セッション

大腸2 10:28~11:08

座長：名古屋第一日赤病院 消化器内科 春田純一

- Y-40 大腸内視鏡検査にて発見された腸管スピロヘータ症の3例
刈谷豊田総合病院 内科¹⁾、病理診断科²⁾
○竹内一訓¹⁾、坂巻慶一¹⁾、浜島英司¹⁾、中江康之¹⁾、仲島さより¹⁾、
内田元太¹⁾、久野剛史¹⁾、大橋彩子¹⁾、鈴木孝弘¹⁾、池上脩二¹⁾、
大脇政志¹⁾、溝上雅也¹⁾、恒川卓也¹⁾、井本正巳¹⁾、伊藤 誠²⁾
- Y-41 *Campylobacter*性腸炎を合併した潰瘍性大腸炎の2例
刈谷豊田総合病院 消化器内科
○池上脩二、浜島英司、中江康之、仲島さより、坂巻慶一、内田元太、
久野剛史、大橋彩子、鈴木孝弘、大脇政志、溝上雅也、竹内一訓、
井本正巳
- Y-42 下部消化管内視鏡検査にて特徴的な所見を呈した日本住血吸虫の1例
済生会松阪総合病院 内科¹⁾、青木クリニック²⁾
○石原亮太¹⁾、橋本 章¹⁾、齋木良介¹⁾、池之山洋平¹⁾、田原雄一¹⁾、
青木雅俊¹⁾、福家洋之¹⁾、河俣浩之¹⁾、脇田喜弘¹⁾、清水敦哉¹⁾、
中島啓吾¹⁾、青木薫徳²⁾
- Y-43 逸脱胆管ステントによるS状結腸穿孔に対し、内視鏡的ステント抜去にて治療した一例
静岡県立総合病院
○青山弘幸、佐藤辰宜、増井雄一、青山春奈、榎田浩平、川合麻実、
黒上貴史、白根尚文、大野和也、菊山正隆
- Y-44 大腸腫瘍の自然脱落により腸重積が解除された一例
静岡済生会総合病院 消化器内科
○吉原 努、土屋 学、倉田知幸、小屋敏也、日比知志、山口晴雄

若手研究者優秀演題奨励賞選定セッション

大腸3 11:08~11:40

座長：岐阜市民病院 消化器病センター 杉山昭彦

- Y-45 腸重積をきたした大腸リンパ管腫の1例
社会医療法人木沢記念病院 総合診療科¹⁾、消化器科²⁾、外科³⁾、
病理診断科⁴⁾
○中村しの¹⁾、森 弘輔¹⁾、前田俊英²⁾、加藤潤一²⁾、足達広和²⁾、
安田陽一²⁾、建部英春²⁾、杉山 宏²⁾、池庄司浩臣³⁾、尾関 豊³⁾、
杉山誠治⁴⁾、松永研二⁴⁾、山田鉄也⁴⁾
- Y-46 画像および組織学的所見にて診断した腸管嚢胞性気腫症の一例
公立西知多総合病院 消化器内科
○平松美穂、安藤貴文、久野裕司、山田恵一、小林寛子、小島久実、
春田明範
- Y-47 好酸球性胃腸炎の1例
小牧市民病院 消化器内科
○日比絵里菜、宮田章弘、平井孝典、舘 佳彦、小原 圭、小島優子、
灰本耕基、佐藤亜矢子、石田哲也、永井真太郎、古川陽子
- Y-48 左鼠径ヘルニアが誘因と考えられた虚血性腸炎の一例
岡崎市民病院 消化器内科
○後藤研人、山田弘志、平松美緒、加治源也、服部 峻、梶川 豪、
徳井未奈礼、内田博起、飯塚昭男

第1会場

膵臓 16:00~16:48

座長：静岡県立総合病院 消化器内科 菊山正隆

- 1 術前診断が困難であったParagangliomaの一例
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⁾
○近藤 尚¹⁾、原 和生¹⁾、徳久順也¹⁾、藤田 曜¹⁾、鳥山和浩¹⁾、
鈴木博貴¹⁾、渋谷 仁¹⁾、平山貴視¹⁾、稗田信弘¹⁾、奥野のぞみ¹⁾、
吉田 司¹⁾、今岡 大¹⁾、石原 誠²⁾、田中 努²⁾、肱岡 範¹⁾、
田近正洋²⁾、水野伸匡¹⁾、丹羽康正²⁾、山雄健次¹⁾
- 2 EUS-FNAが診断に有用であった大腸癌膵転移の1例
国家公務員共済組合連合会 東海病院 内科
○山田健太、田中達也、濱宇津吉隆、北村雅一、石川英樹、丸田真也
- 3 下大静脈原発腫瘍に対してEUS-FNAを行った1例
岐阜大学医学部附属病院 第一内科¹⁾、第二内科²⁾、病院病理部³⁾
○上村真也¹⁾、岩下拓司¹⁾、奥野 充¹⁾、遠度純輝²⁾、湊口信吾²⁾、
宮崎龍彦³⁾、清水雅仁¹⁾
- 4 Solid pseudopapillary neoplasm (SPN) との鑑別が困難であったAcinar cell carcinoma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⁾
○橋詰清孝¹⁾、廣岡芳樹²⁾、川嶋啓揮¹⁾、大野栄三郎¹⁾、林大樹朗¹⁾、
桑原崇通¹⁾、森島大雅¹⁾、河合 学¹⁾、須原寛樹¹⁾、竹山友章¹⁾、
山村健史²⁾、船坂好平²⁾、中村正直¹⁾、宮原良二¹⁾、渡辺 修¹⁾、
後藤秀実^{1)、2)}
- 5 術後膵管空腸吻合部狭窄に対し、超音波内視鏡ガイド下膵管ドレナージ (EUS-PD) が有効であった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⁾
○奥野のぞみ¹⁾、原 和生¹⁾、水野伸匡¹⁾、肱岡 範¹⁾、今岡 大¹⁾、
田近正洋²⁾、田中 努²⁾、石原 誠²⁾、吉田 司¹⁾、稗田信弘¹⁾、
平山貴視¹⁾、渋谷 仁¹⁾、近藤 尚¹⁾、鳥山和浩¹⁾、鈴木博貴¹⁾、
藤田 曜¹⁾、徳久順也¹⁾、丹羽康正²⁾、山雄健次¹⁾
- 6 内視鏡的ネクロセクトミーが有効であった感染性膵壊死の1例
松波総合病院 消化器内科
○樋口正美、古賀正一、全 秀嶺、藤井 淳、豊田 剛、浅野剛之、
佐野明江、早崎直行、伊藤康文

第2会場

大腸良性1 14:15~14:47

座長：名古屋大学医学部附属病院 消化器内科 渡辺 修

- 7 サイトメガロウイルス感染により重症化した潰瘍性大腸炎の一例
名鉄病院 消化器内科¹⁾、名古屋大学大学院医学系研究科 消化器内科学²⁾
○奥藤 舞¹⁾、西尾雄司¹⁾、竹田欽一¹⁾、荒川恭宏¹⁾、室井航一¹⁾、
後藤秀実²⁾
- 8 潰瘍性大腸炎寛解導入後にカルチノイド合併を診断可能であった小児の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⁾
○大島啓嗣¹⁾、渡辺 修¹⁾、中村正直¹⁾、山村健史²⁾、松下正伸¹⁾、
吉村 透¹⁾、中野有泰¹⁾、佐藤淳一¹⁾、齋藤雅之¹⁾、松浦倫三郎¹⁾、
澤田つな騎¹⁾、丹羽慶樹¹⁾、船坂好平²⁾、大野栄三郎¹⁾、宮原良二¹⁾、
川嶋啓揮¹⁾、廣岡芳樹²⁾、後藤秀実¹⁾
- 9 潰瘍性大腸炎におけるpH依存型メサラジン製剤への切り替えに関する検討
名古屋掖済会病院 消化器科
○佐橋 学、神部隆吉、大橋 暁、岩田浩史、水谷佳貴、橋口裕樹、
倉田祥行、寺田 剛、平松 健
- 10 活動性肺結核治療により診断に至った続発性腸結核の1例
国家公務員共済組合連合会名城病院 消化器内科
○小澤 喬、水谷太郎、松下高明、吉崎道代、大竹麻由美、長野健一

- 11 大腸内視鏡検査前処置のクエン酸マグネシウム高張液服用後に高マグネシウム血症をきたした一剖検例
国家公務員共済組合連合会 東海病院 内科
○丸田真也、石川英樹、北村雅一、濱宇津吉隆、田中達也、山田健太
- 12 大型生検鉗子を用いたCold forceps polypectomy の検討
市立四日市病院 消化器内科
○小林 真、小島健太郎、三輪田哲郎、小林 新、熊谷成将、前川直志、山脇 真、桑原好造、水谷哲也、矢野元義
- 13 当院における大腸ポリープに対する cold polypectomy の検討
みなと医療生活協同組合 協立総合病院 消化器内科¹⁾、外科²⁾
○森 智子¹⁾、高木 篤¹⁾、長谷川綾平¹⁾、小西隆文¹⁾、江間幸雄¹⁾、中澤幸久²⁾
- 14 脱落した胆道ステントが起点となり大腸閉塞症きたした症例
市立島田市民病院 消化器内科
○金子淳一、松下雅広、石橋浩平、間淵裕行、渡邊晋也、金山広和、森下宗自
- 15 大腸憩室出血に対しEBL (Endoscopic band ligation) 法にて止血後遅発性穿孔をきたした1例
岐阜県総合医療センター 消化器内科
○大西雅也、市川広直、三田直樹、岩佐悠平、中西孝之、佐藤寛之、安藤暢洋、岩田圭介、山崎健路、芋瀬基明、清水省吾、杉原潤一

- 16 病変内部に嚢胞状領域を認めたIp型早期胆嚢癌の一切除例
名鉄病院 消化器内科¹⁾、名古屋大学大学院医学系研究科 消化器内科学²⁾
○室井航一¹⁾、竹田欽一¹⁾、奥藤 舞¹⁾、荒川恭宏¹⁾、西尾雄司¹⁾、
後藤秀実²⁾
- 17 EUS-CDSにて人工瘻孔が完成された十二指腸狭窄合併膵癌の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⁾
○鈴木博貴¹⁾、脇岡 範¹⁾、原 和生¹⁾、水野伸匡¹⁾、今岡 大¹⁾、
田近正洋²⁾、田中 努²⁾、石原 誠²⁾、吉田 司¹⁾、奥野のぞみ¹⁾、
稗田信弘¹⁾、平山貴視¹⁾、渋谷 仁¹⁾、近藤 尚¹⁾、鳥山和浩¹⁾、
藤田 曜¹⁾、徳久順也¹⁾、丹羽康正²⁾、山雄健次¹⁾
- 18 内視鏡的乳頭ラージバルーン拡張術（EPLBD）による偶発症に関する検討
木沢記念病院 消化器内科
○加藤潤一、中村しの、前田俊英、森 弘輔、足達広和、安田陽一、
建部英春、杉山 宏
- 19 IDUSが診断に有用であった胆管周囲嚢胞の1例
医療法人山下病院 消化器内科
○鈴木悠土、服部昌志、松崎一平、磯部 祥、広瀬 健、泉 千明、
丸川高弘、中澤三郎

- 20 肝門部悪性胆管狭窄に対する 6mm fully covered self-expandable metallic stent の side by side 留置の成績
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⁾
○吉田 司¹⁾、原 和生¹⁾、水野伸匡¹⁾、肱岡 範¹⁾、今岡 大¹⁾、
田近正洋²⁾、田中 努²⁾、石原 誠²⁾、奥野のぞみ¹⁾、稗田信弘¹⁾、
平山貴視¹⁾、渋谷 仁¹⁾、近藤 尚¹⁾、鳥山和浩¹⁾、鈴木博貴¹⁾、
藤田 曜¹⁾、徳久順也¹⁾、丹羽康正²⁾、山雄健次¹⁾
- 21 当院における80歳以上高齢者総胆管結石再発症例に関する検討
中津川市民病院 消化器内科
○飯田 忠、亀山祐行、伊藤信仁、大塚裕之
- 22 胆嚢癌との鑑別が困難であった胆嚢胆管瘻を伴う Mirizzi 症候群の一例
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⁾
○吉澤尚彦¹⁾、井上宏之¹⁾、北出 卓²⁾、田野俊介²⁾、山田玲子¹⁾、
作野 隆¹⁾、原田哲朗¹⁾、中村美咲¹⁾、濱田康彦²⁾、葛原正樹²⁾、
田中匡介²⁾、堀木紀行²⁾、竹井謙之¹⁾
- 23 胆管結石に対するEST後の十二指腸穿孔に対し、保存的加療で軽快した1例
みなと医療生活協同組合協立総合病院 消化器内科
○長谷川綾平、堀井清一、高木 篤、森 智子、小西隆文

第3会場

胃良性1 14:15~14:47

座長：三重大学医学部附属病院 光学医療診療部 田中匡介

- 24 超高齢者に対する経鼻内視鏡による上部内視鏡検査の現状
池田病院 消化器外科¹⁾、東京女子医科大学 消化器病センター 外科²⁾、
池田病院 内科³⁾
○池田 聡¹⁾、矢川陽介²⁾、岡村博文³⁾、飯野正敏¹⁾、池田 誠¹⁾
- 25 H.pylori除菌不成功にも拘わらず急速に消退した胃過形成性ポリープの1例
西美濃厚生病院 内科
○若山孝英、寺倉大志、中村博式、岩下雅秀、田上 真、畠山啓朗、
林 隆夫、前田晃男、西脇伸二
- 26 もこもこ胃粘膜を呈する胃壁細胞過形成の経過
藤枝市立総合病院 消化器内科
○寺井智宏、丸山保彦、山本晃大、金子雅直、志村輝幸、大畠昭彦、
景岡正信
- 27 内視鏡的粘膜下層切開剥離術（ESD）にて一括切除した胃粘膜下異所腺の1例
JA岐阜厚生連東濃厚生病院 消化器内科
○長屋寿彦、宮本陽一、神田裕大、吉田正樹、山瀬裕彦

- 28 診断に難渋した真菌性胃潰瘍の1例
医療法人山下病院 消化器内科
○丸川高弘、服部昌志、松崎一平、磯部 祥、広瀬 健、泉 千明、
鈴木悠土、中澤三郎
- 29 貧血を契機に発見されたCameron lesionの2例
順天堂大学医学部附属静岡病院 消化器内科
○亀井將人、金光芳生、嶋田裕慈、玄田拓哉、村田礼人、甘楽裕徳、
佐藤俊輔、成田諭隆、飯島克順、永原章仁
- 30 当院における出血性胃潰瘍手術例の検討
大垣市民病院 消化器内科
○小林奈津子、熊田 卓、桐山勢生、谷川 誠、久永康宏、豊田秀徳、
多田俊史、金森 明、北畠秀介、山剛 基、横山晋也、水野和幸、
杉山由晃、犬飼庸介、竹田 暁
- 31 Over The Scope Clip system (OTSC) で内視鏡的に縫縮し得た医原性十二指腸穿孔の一例
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⁾
○藤吉俊尚¹⁾、宮原良二¹⁾、船坂好平²⁾、松崎一平¹⁾、横山敬史¹⁾、
菊池正和¹⁾、大林友彦¹⁾、浅井裕充¹⁾、小林健一²⁾、松井健一¹⁾、
小宮山琢真¹⁾、山村健史²⁾、大野栄三郎¹⁾、中村正直¹⁾、川嶋啓揮¹⁾、
渡辺 修¹⁾、廣岡芳樹²⁾、後藤秀実¹⁾
- 32 共焦点レーザー内視鏡が診断に有用であった十二指腸胃型腺腫の一例
藤田保健衛生大学 消化管内科
○田原智満、堀口徳之、河村知彦、城代康貴、前田晃平、大森崇史、
生野浩和、宮田雅弘、小村成臣、大久保正明、中野尚子、鎌野俊彰、
石塚隆充、長坂光夫、中川義仁、柴田知行、大宮直木

- 33 除菌後胃癌の背景粘膜についての検討
愛知県がんセンター愛知病院 消化器内科
○榊原真肇、藤田孝義、近藤真也、都築佳枝、側島 友
- 34 有茎性発育を呈した腎細胞癌胃転移の一例
岐阜赤十字病院 消化器内科
○小川憲吾、高橋裕司、杉江岳彦、松下知路、伊藤陽一郎、名倉一夫
- 35 S-1/CDDP療法が奏功した胃型進行胃癌の2例
津島市民病院 消化器科
○立松英純、杉野佑樹、酒井大輔、安田真理子、小林都仁夫、荒川大吾、久富充郎
- 36 レンチナンを用いたS-1併用化学療法が奏効した多発肝転移合併胃癌
名古屋記念病院 化学療法内科¹⁾、消化器内科²⁾
○伊奈研次¹⁾、古田竜一¹⁾、村上賢治²⁾
- 37 胃印鑑細胞癌にメトトレキサート関連リンパ増殖性疾患を併発した一例
JCHO中京病院 消化器内科
○杉村直美、金子 望、井上智司、飛鳥井香紀、高口裕規、井上裕介、戸川昭三、長谷川泉
- 38 悪性リンパ腫に合併した胃癌に対する治療戦略
JA岐阜厚生連岐北厚生病院 消化器内科
○堀部陽平、足立政治、齋藤公志郎

第4会場

食道 14:15~14:55

座長：岐阜総合医療センター 消化器内科 山崎健路

- 39 当院で経験した好酸球性食道炎1例とPPI反応性食道好酸球浸潤2例の検討
ハッピー胃腸クリニック
○豊田英樹
- 40 PPI増量に伴い悪化していく経過が観察された胃幽門側切除術後逆流性食道炎の1例
JA岐阜厚生連 岐北厚生病院 消化器内科
○大野智彦、堀部陽平、後藤尚絵、足立政治、岩間みどり、山内 治、齋藤公志郎
- 41 胃静脈瘤破裂に対するヒストアクリルによる内視鏡的硬化療法後に化膿性門脈炎を来した1例
安城更生病院
○鶴留一誠、浅井清也、東堀 諒、三浦眞之祐、市川雄平、岡田昭久、馬淵龍彦、細井 努、竹内真実子
- 42 食道類基底細胞癌の一例
東海病院 内科
○北村雅一、山田健太、田中達也、濱宇津吉隆、石川英樹、丸田真也
- 43 食道癌術後吻合部難治性狭窄に対してステロイド併用RIC（Radial Incision and Cutting）を施行した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⁾
○平山貴視¹⁾、田中 努²⁾、石原 誠²⁾、水野伸匡¹⁾、原 和生¹⁾、
 脇岡 範¹⁾、今岡 大¹⁾、奥野のぞみ¹⁾、稗田信弘¹⁾、吉田 司¹⁾、
 渋谷 仁¹⁾、近藤 尚¹⁾、徳久順也¹⁾、鳥山和浩¹⁾、鈴木博貴¹⁾、
 藤田 曜¹⁾、田近正洋²⁾、山雄健次¹⁾、丹羽康正²⁾

- 44 ダブルバルーン内視鏡下生検が診断に有用であった糞線虫症の1例
名古屋大学大学院医学系研究科 消化器内科学
○丹羽慶樹、中村正直、渡辺 修、山村健史、前田啓子、松下正伸、
吉村 透、中野有泰、大島啓嗣、佐藤淳一、齋藤雅之、松浦倫三郎、
水谷泰之、澤田つな騎、石川恵里、船坂好平、大野栄三郎、宮原良二、
川嶋啓揮、廣岡芳樹、後藤秀実
- 45 経時的に順行性・逆行性の腸重積を起こした回腸脂肪腫の1例
静岡市立清水病院 消化器内科¹⁾、外科²⁾
○宇於崎宏城¹⁾、小池弘太¹⁾、池田 誉¹⁾、高柳泰宏¹⁾、窪田裕幸¹⁾、
山崎將典²⁾
- 46 腸重積を契機に発見し小腸内視鏡にて切除し得た回腸脂肪腫の一例
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⁾
○作野 隆¹⁾、葛原正樹²⁾、原田哲朗¹⁾、中村美咲¹⁾、濱田康彦²⁾、
田中匡介²⁾、堀木紀行²⁾、吉澤尚彦¹⁾、北出 卓²⁾、田野俊介²⁾、
山田玲子¹⁾、井上宏之¹⁾、竹井謙之¹⁾
- 47 自然退縮を認めた濾胞性リンパ腫の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⁾、
遺伝子病理診断部³⁾、血液細胞科⁴⁾
○渋谷 仁¹⁾、田近正洋²⁾、田中 努²⁾、石原 誠²⁾、水野伸匡¹⁾、
原 和生¹⁾、肱岡 範¹⁾、今岡 大¹⁾、奥野のぞみ¹⁾、稗田信弘¹⁾、
吉田 司¹⁾、近藤 尚¹⁾、鈴木博貴¹⁾、徳久順也¹⁾、鳥山和浩¹⁾、
平山貴視¹⁾、藤田 曜¹⁾、谷田部恭³⁾、木下朝博⁴⁾、山雄健次¹⁾、
丹羽康正²⁾

- 48 膵酵素補充療法を導入し空腸絨毛形態の経時的変化を観察した慢性膵炎の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⁾
○竹山友章¹⁾、廣岡芳樹²⁾、川嶋啓揮¹⁾、大野栄三郎¹⁾、林大樹朗¹⁾、
桑原崇通¹⁾、森島大雅¹⁾、河合 学¹⁾、須原寛樹¹⁾、橋詰清孝¹⁾、
山村健史²⁾、船坂好平²⁾、中村正直¹⁾、宮原良二¹⁾、渡辺 修¹⁾、
後藤秀実¹⁾
- 49 Infliximabによる難治性回腸囊炎（潰瘍性大腸炎・大腸全摘後）の治療
名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器・代謝内科学
○溝下 勤、谷田諭史、尾関啓司、片野敬仁、野村智史、稲垣佑祐、
林 則之、西江裕忠、志村貴也、森 義徳、久保田英嗣、片岡洋望、
神谷 武、城 卓志
- 50 ダブルバルーン内視鏡にて診断したが止血に難渋した小腸Dieulafoy lesionの2例
社会医療法人 財団新和会 八千代病院 消化器内科
○白井 修、氏原正樹、樋口俊哉、三浦正博、小鳥達也
- 51 上部消化管出血にて発症し内視鏡的に止血し得た小腸GISTの一例
名古屋第一赤十字病院 消化器内科
○早川史広、春田純一、山口丈夫、土居崎正雄、鷲見 肇、村手健太郎、
西尾 亮、植田恵子、長谷川一成、青井広典、河村達哉、高野宏平、
八田勇輔

- 52 回盲弁に連続して発生した盲腸Is型sm massive癌の1例
協立総合病院 消化器内科¹⁾、外科²⁾
○高木 篤¹⁾、森 智子¹⁾、名和晋輔¹⁾、長谷川綾平¹⁾、江間幸雄¹⁾、
小西隆文¹⁾、中澤幸久²⁾
- 53 直腸Dieulafoy潰瘍に似た発症形態をきたした早期直腸癌の一例
名古屋記念病院 消化器内科
○高田真由子、村上賢治、天池真名美、河辺健太郎、吉井幸子、伊藤亜夜、
中館 功、長谷川俊之、鈴木重行
- 54 大腸粘液癌の1例
名古屋市立大学病院 消化器内科
○稲垣佑祐、林 則之、西江裕忠、片野敬仁、尾関啓司、溝下 勤、
志村貴也、森 義徳、久保田英嗣、谷田論史、片岡洋望、城 卓志
- 55 当院における大腸ESDの検討
稲沢市民病院 消化器内科
○名倉明日香、坂田豊博、神田信之、武藤久哲
- 56 大腸内視鏡検査前の下剤により急性壊死性腸炎をきたしたS状結腸癌の1例
社会医療法人八千代病院 消化器内科
○小鳥達也、白井 修、氏原正樹、樋口俊哉、三浦正樹

抄 録

シンポジウム 1

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 1

S1-1 当院における食道表在癌 ESD 治療の成績及び長期予後の検討

名古屋大学大学院医学系研究科 消化器内科学
○浅井裕充、宮原良二、後藤秀実

【背景】食道表在癌に対する ESD 治療は標準的治療となったが、再発率や異時性多発癌の頻度、生存率など ESD 後の長期予後はまだ明らかではない。【目的】食道表在癌 ESD 後の長期経過を明らかにすること。【方法】2007年9月から2015年6月に当院で ESD を施行した食道表在癌（バレット腺癌を除く）141例179病変（男性122人、女性19人）を対象とし、絶対適応（EP-LPM）115例153病変（A 群）、相対適応（MM-SM1）22例22病変（B 群）、適応外（SM2-SM3）4例4病変（C 群）について、1）治療成績、2）食道内多発癌、他臓器重複癌、再発、予後について検討した。【結果】1）一括切除率（A98.7%:B95.5%:C100%）、完全一括切除率（A98.0%:B81.8%:C75.0%）であり、追加治療は、化学療法3例、化学放射線療法1例、外科手術7例で、追加治療群からの再発は認めなかった。2）141例中、食道内多発癌51例（36.2%）であり、危険因子は、頭頸部癌既往（OR 5.161, 95%CI 2.173-12.258, P<0.001）であった。また他臓器癌の合併は70例（43.3%）で咽頭癌（25例）、胃癌（22例）の順に多かった。再発例は全てリンパ節再発で3例（A1.8%(2/114):B6.3%(1/16):C0%(0/3)）、再発までの期間は A39ヶ月、A16ヶ月、B16ヶ月であった。B 群での再発例は組織型が低分化型扁平上皮癌であり、有意な再発の危険因子は組織型（P=0.015）であった。予後は、平均観察期間33.3ヶ月、フォローアップ率83.0%で5年生存率（A95.3%:B90.0%:C100%）、ESD 後再発による原病死1例、その他5例は他病死であった。【結語】食道表在癌 ESD 治療成績及び長期予後を明らかにした。

S1-3 消化管粘膜下腫瘍に対する EUS-FNA の有用性

岐阜県立多治見病院 消化器内科
○塚本宏延、水島隆史、佐野 仁

【背景・目的】消化管粘膜下腫瘍（SMT）は通常内視鏡下での生検による診断は困難であり、近年、消化管 SMT に対して超音波内視鏡下穿刺吸引生検（EUS-FNA）を行うことが増えている。今回、当施設における消化管 SMT に対する EUS-FNA の有用性を報告する。

【対象・方法】2010年4月から2015年3月までに EUS-FNA を施行した消化管 SMT 45病変（穿刺件数50件）を対象とした。穿刺針は、Expect、EchotipProcore の19～25G を使用した。患者背景、病変部位、大きさ、組織採取率、病理診断、経過、安全性等について retrospective に検討した。

【結果】患者背景は、男性30例、女性15例、平均年齢は63.1±13.3歳、病変部位は、食道8例、胃31例、十二指腸2例、直腸4例で、病変の大きさは、中央値21±21mm であった。病理診断可能な組織採取率は、33/50例（66%）で、最終的な病理診断は、GIST 21例、平滑筋腫8例、神経鞘腫1例、腺癌2例、扁平上皮癌3例、悪性リンパ腫1例、診断困難9例であった。EUS-FNA で GIST と診断された19例のうち16例は外科的切除が行われた。偶発症として、軽度の腹膜炎が2例あったが、いずれも保存的に速やかに改善した。

【結語】消化管 SMT に対する EUS-FNA は有用であり、重篤な偶発症も認められなかった。しかし、病理診断可能な組織採取率は高いとはいえず、更なるスキルの向上、デバイスの改良が必要であると考えられた。

S1-2 消化管粘膜下腫瘍の診断と治療戦略

大同病院 消化器内科
○西川貴広、下郷友弥、野々垣浩二

【背景】超音波内視鏡下穿刺生検（EUS-FNA）は、消化管粘膜下腫瘍の診断に広く施行されている。粘膜下腫瘍の診断において GIST と他の組織型との鑑別は重要であり、積極的な組織採取、診断が必要である。治療面では、腹腔鏡・内視鏡共同胃局所切除術（LECS）が近年施行され、当院でも取り組んでいる。

【目的】EUS-FNA を施行した23例の診断率、合併症、治療成績を検討し、当院での粘膜下腫瘍に対する診療方針を明らかにする。

【方法】2010年4月から2015年7月まで EUS-FNA を施行した胃21病変、直腸2病変を検討した。使用機器は GF-UCT260(Olympus) で、穿刺針は Expect Slimline22G(Boston Scientific)、NA-220H22G(Olympus) を用いた。2014年6月からは迅速細胞診（Rapid on-site cytologic evaluation: ROSE）を導入した。

【結果】男性9例、女性14例、年齢中央値59歳（39-81）であった。ROSE 導入前13例の腫瘍径中央値は28mm（11-114）、平均穿刺回数1.85回、診断率84.6%（11/13例）であった。導入後10例の腫瘍径中央値は22mm（13-105）、平均穿刺回数1.5回、診断率80%（8/10例）であった。合併症は直腸 GIST の1例で感染を認めた。GIST 16例の治療方針は LECS 3例、外科的切除7例、化学療法2例、経過観察4例であった。

【考察】EUS-FNA は消化管粘膜下腫瘍の診断において、安全かつ有効と考えられた。LECS といった低侵襲で機能温存に優れた治療も可能となり、積極的な組織採取、治療が望ましいと考えられた。

S1-4 生検 group 3 胃病変における拡大内視鏡 slit pattern の意義

三重大学医学部附属病院 光学医療診療部¹⁾、
三重大学医学部 消化器内科²⁾
○田中匡介¹⁾、原田哲朗²⁾、竹井謙之²⁾

【背景】生検での group 3 胃病変は、切除後の病理診断で胃腺腫と早期胃癌に分かれる。また、NBI 酢酸併用拡大内視鏡観察での胃粘膜の表面パターンは5つに分類され、そのうち slit pattern は胃腺腫に多い傾向を認める。

【目的】生検で group 3 と診断された病変の表面構造、特に slit pattern と不整パターンの有無と切除後病理結果を検討する。

【対象】2011年3月から2015年3月までに生検 group 3 病変で拡大観察を施行され、ESD で切除された42症例44病変。

【方法】治療前に NBI 酢酸併用拡大観察を行い、slit pattern と不整パターンの有無を診断した。その後病変を切除し、内視鏡所見と切除標本の病理所見を比較検討した。

【結果】切除標本の病理診断は、腺癌が26病変、高分化型腺癌が18病変であった。Slit pattern を認めたのは19病変で、そのうち18病変が胃腺腫であった。残り1病変は腺癌で、slit pattern と不整パターンの混在であった。不整パターンは21病変で認め、そのうち18病変が腺癌であった。

【結語】Slit pattern を認める病変は、切除後病理も腺腫の可能性が高く、経過観察も可能と考えられた。しかし、不整パターンを認める場合は癌の存在を考慮する必要がある。

S1-5 当院における抗血栓剤内服症例に対するESDの検討

岐阜大学医学部 消化器病態学
○高田 淳、荒木寛司、清水雅仁

【目的・方法】2014年9月から2015年8月の1年間に当院でESDを施行した350例（食道40、胃135、大腸175）について、抗血栓薬の有無や継続・休薬に分けて、後出血や血栓症について解析した。後出血予防として、胃で抗血栓剤継続もしくは早期再開が必要な症例にはポリグリコール酸（PGA）シート被覆を行い、大腸については、全例クリップ縫縮または露出血管処理を行っている。

【結果】抗血栓薬服用症例（服用群）は41例（食道3、胃23、大腸15）11.7%であった。服用群は非服用群と比して有意に高齢であった。部位・サイズ・時間については、両群間で差は見られなかった。12例（食道1、胃6、大腸5）は服用継続もしくはヘパリン化・NOAC変更がなされ（継続群）、29例は休薬がなされた（休薬群）。

後出血について、食道では1例も認めなかった。胃では抗血栓剤非服用群の2.7%に対し、服用群は17.3%と有意に高率であった（ $P<0.05$ ）。継続群1例16.7%、休薬群3例17.6%で後出血を認めた。PGAシート被覆例における後出血は9.1%で、非被覆例の25.0%と比較して低率であった。大腸では非服用群2.5%に対し、服用群13.3%と高い傾向がみられた（ $P=0.08$ ）。継続群1例20.0%に対し、休薬群1例10.0%で、有意差はなかった。6例中4例が直腸で、他部位と比較して高い傾向にあった（ $P=0.06$ ）。

経過中1例に血栓症を認めた。71歳男性狭心症PCI後の症例で、LDA継続下で胃ESDを施行したが、翌日に急性心筋梗塞を発症した。

S1-6 胃内視鏡的粘膜下層剥離術（ESD）におけるシース併用糸付きクリップを用いたトラクションの有効性

愛知医科大学 消化管内科
○伊藤義紹、小笠原尚高、春日井邦夫

【背景】胃内視鏡的粘膜下層剥離術（ESD）における糸付きクリップ法（TT法）は有用であり広く普及しているが、糸と内視鏡スコープあるいはオーバーチューブとの干渉による過度の牽引や、トラクション無効な病変部位が存在するなどの問題点もある。これらの問題点を解決するため、ポリペクトミースネアのシース内に糸を通すことで糸とスコープとの干渉を軽減し、糸の牽引力の微調整や病変の肛門側への牽引が可能となった。

【目的】ポリペクトミースネアシースを用いたトラクション法（TTSPS法）の有用性と安全性について検討する。

【方法】TTSPS法により胃ESDを施行した54例（TTSPS群）と本法を用いず胃ESDを施行した34例（非TTSPS群）において、剥離所要時間、動脈性出血回数、局注回数ならびに偶発症の発生頻度について比較検討した。

【結果】全周切開後のESD所要時間の中央値は、TTSPS群60分、非TTSPS群90分で、TTSPS群において有意に短く、剥離中の動脈性出血回数の中央値は、TTSPS群2回、非TTSPS群3回で、TTSPS群において有意に少なかった（ $p<0.05$ ）。また、局注回数の中央値はTTSPS群8回、非TTSPS群10回で、TTSPS群で有意に少なかった（ $p<0.05$ ）。偶発症に差を認めなかった。

【考察】TTSPS法は、安全かつ円滑なESD操作を可能にする有用なトラクション法と考えられた。

S1-7 新型胃ESD用はさみ型ナイフの開発

市立四日市病院 消化器内科
○小林 真、山脇 真、矢野元義

【目的】胃ESDにおいてはさみ型ナイフは安全性が高いが、切開速度は必ずしも速いとは言えない。われわれは住友ベークライトと共同で胃用はさみ型ナイフ（SBナイフGXタイプ）の開発を行った。

【器具・方法】周囲を絶縁コーティングで覆い、刃の部分のみ通電されるはさみ型ナイフで、同社のSBナイフJrタイプと同じ先端フックのない剪断構造とし、長さを約6mmと長くした。ペアン型の曲がりをつけ、粘膜下層への潜り込みを容易とした。視野を確保するためにロングフードを併用し、早期胃癌のESDにおける周囲切開、剥離、血管処理および止血に使用した。

【結果】剪断構造のため切開力が強く、安定した周囲切開及び剥離操作が行えた。先端フックが無く細かい操作も可能で、刃を長くしたことで切開速度の向上が見られた。血管や出血部位を把持することで止血にも有用であった。

【結論】新型はさみ型ナイフは切開速度が向上し、初学者や難しい状況でも扱いやすく、胃ESDに有用であると考えられた。

S1-8 大腸CTと大腸カプセル内視鏡の大腸腫瘍検出能の検討

藤田保健衛生大学 消化管内科
○大森崇史、城代康貴、大宮直木

【背景】低侵襲な大腸CT（CTC）や大腸カプセル内視鏡（CCE）が大腸がん検診の新たなデバイスとして期待されている。【目的】CTC及びCCEの大腸腫瘍性病変検出能を検討する。【方法】対象はCTC群では2012年1月～2015年6月に多列検出器型CT（80列）を用いたCTCとCSを行った35例、CCE群では2013年12月～2015年9月にPillcam®COLON2を内服しCSを行った18例。CS所見をゴールドスタンダードとし、腫瘍径・肉眼型・組織型別に病変検出感度を検討。【結果】CTC群の大腸腫瘍性病変計79病変中、進行大腸癌は9例で、最大径45mm（20-100mm）、全て2型、深達度SS/SE以深は4/5病変。残り70病変の最大径5mm（2-50mm）、5mm未満/5mm以上が25/45病変、10mm未満平坦型/隆起型/LSTが30/36/4病変、早期癌/腺管腺腫/鋸歯状腺腫・過形成性ポリープ/その他が11/38/12/9病変。CCE群の大腸腫瘍性病変68病変の最大径4mm（1-30mm）、5mm未満/5mm以上が34/34病変、平坦型/隆起型/LSTが53/12/3病変、腺管腺腫/鋸歯状腺腫・過形成性ポリープが32/36病変。CTC群で進行癌は全て検出可能、それ以外においては5mm未満 vs 5mm以上が36.0% vs 71.1%（ $P=0.004$ ）、早期癌 vs 腺管腺腫/鋸歯状腺腫・過形成性ポリープ=100% vs 57.9% / 33.3%（ $P=0.009$ / 0.001）、平坦型 vs 隆起型が36.7% vs 75.0%（ $P=0.001$ ）。CCE群では腫瘍径別、組織型別で有意差なかったが、平坦型 vs 隆起型が37.7% vs 75.0%で有意差を認めた（ $P=0.02$ ）。【結果】CTC及びCCEとも隆起性病変の描出は良好であったが、平坦型病変や鋸歯状腺腫・過形成性ポリープに対する病変検出感度が低く、今後の検討が必要である。

S1-9 当院における大腸拡大NBI分類（JNET分類）の有用性に 関する検討

愛知県がんセンター中央病院消化器内科¹⁾、内視鏡部²⁾
○鳥山和浩¹⁾、田近正洋²⁾、田中 努²⁾

【目的】2014年6月に大腸拡大NBI分類(JNET分類)が提唱された。今回、JNET分類の有用性について検討する。【方法】対象は2010年1月から2014年12月に当院において内視鏡治療あるいは外科的切除され病理学的に高度異型腺腫/Tis/T1a/T1bと診断された468病変のうち、NBI拡大観察を施行した109病変(29/36/18/26)。内視鏡専門医(A)、卒後6年目医師(B)各1名がそれぞれ佐野分類(CP)、JNET分類(JNET)に基づき診断し、T1b病変の診断能を比較した。T1b病変は、CPでType III B、JNETでType3をT1b病変と定義とした。【結果】AによるT1b病変に対するCPの感度/特異度は73.1%/81.9%であった。JNETのVascular pattern (JV)の感度/特異度は76.9%/84.3%で、Surface pattern(JS)では80.8%/77.1%であった。JV/JSのうち深い所見を重視すると感度/特異度は88.5%/74.7%であった。JNETにおける誤診例はJV/JSそれぞれ19例/24例で、深読み症例を13例/19例に認めた。深読み症例のうち6例/10例と約半数がLST-NGで、陥凹部位においてJSで深読みする傾向にあった。CPとJV/JS不一致は3例/12例あり、JSにおいて深読みが9例だった。BによるJVの感度/特異度は46.2%/90.4%で、JSでは46.2%/90.4%だった。A、BにおけるCP/JV/JSのκ値は0.51/0.49/0.43だった。【結論】JNET分類は佐野分類と比較し感度/特異度において比較的良好な結果だったが、LST-NGでは陥凹部位におけるSurface patternの評価に注意が必要であると考えられた。また、医師間の診断にはばらつきがあり、評価者間の信頼性向上にはトレーニングが必要と考えられた。

S1-11 当院における大腸悪性狭窄に対する内視鏡的大腸ステント 留置術の検討

岐阜市民病院 消化器内科
○小木曾富生、川出尚史、杉山昭彦

【目的】大腸の悪性狭窄に対する内視鏡的ステント留置術(以下大ス術)にはWall Flex TM(以下W)とNiti-S(以下N)の2種類がある。当科では2014年まではWを、2015年以降はNを使用。【対象】全25例に施行、ガイドワイヤーによる穿孔1例と狭窄長が90mmの1例は挿入不能。成功例のW群12例とN群11例を対象とした。【成績】W群は大腸癌8例と大腸癌以外の悪性腫瘍に伴う管外性狭窄4例(胃癌3例、膵臓癌1例)で、N群は大腸癌10例、播種1例(胃癌)。適応はBridge to Surgery(BTS)がW/N:3/6、Palliative(PAL)がW/N:9/5。平均狭窄長はW/N:34.8/41.9mm。大腸閉塞スコア(CROSS)の改善はW群11/12で改善(平均0.3→1.5)、N群11/11で改善(平均1.6→3.5)。BTSにおける留置期間はW群で5.9、13日、N群の現在進行例の1例と9.23、27.33、39日で30日以上が可能であった。一方、PALではW群で最長で227日間、留置後の19日目に1例が穿孔。N群は全例生存中で現在まで最長39日。また留置後の合併症はW群で遅発性穿孔が1例、N群で逸脱が1例認めた。【結語】大ス術はBTSとPALともに有用な治療法である。今後はステントの種類や径、長さなどの選択の基準の作成が必要である。

S1-10 当院での大腸ステント治療の現状

愛知県がんセンター愛知病院 消化器内科
○藤田孝義、近藤真也、榊原真肇

【目的】2012年から保険収載された大腸ステント治療について、中規模がん専門施設である当院の現状についての検討を行った。【方法】2012年1月から2015年7月までの期間に大腸ステント治療が行われた連続28症例(緩和24、手術前4)を対象とした。使用されたSEMSの内訳は、WallFlexが26、Niti-Sが2であった。診療録を元に、技術的成功率、臨床的成功率、早期(術後7日目まで)偶発症、後期偶発症の4点を検討した。技術的成功は、初回治療で閉塞部位をすべて覆うようにステントが留置されること、臨床的成功は、SEMS留置術の前後でCROSSが改善したものとした。【結果】患者背景は、平均年齢73.4歳、男性19、女性9、ECOG PS中央値2、前CROSS中央値1であった。狭窄の原因は、大腸がんが22、他臓器がんの浸潤が6であった。技術的成功率は89%で、1例はガイドワイヤーが通過せず、2例はSEMS留置位置が不適切であった。臨床的成功率は89%で、後CROSS中央値は4(P<0.001)と改善した。早期偶発症として穿孔を1例に、後期偶発症として死亡(前記の穿孔例)を1例、再閉塞を5例(内4例はSEMSを再留置)に認めた。【結論】技術的成功群では全例に症状の改善が得られ、大腸ステント治療は有用であると思われる。なお、治療関連死を1例に認め、今後SEMS留置の技術向上に努めていく必要がある。

S1-12 当院における悪性腫瘍による大腸狭窄に対するNiti-Sステントの使用経験について

独立行政法人 国立病院機構 名古屋医療センター
○江崎正哉、島田昌明、岩瀬弘明

【背景】悪性腫瘍大腸狭窄に対するステント留置術が2012年より保険収載され、今後さらに適応症例が増加すると思われる。適応症例のうち、癌高度狭窄例、化学療法施行後や屈曲部での狭窄例はステント留置後の穿孔リスクも危惧される。当院でも適応症例に対して積極的に大腸ステント留置を行ってきたが、2013年8月より前述したリスク症例に対してはCentury Medical社製Niti-S大腸用ステントを留置しており、その使用経験について報告する。【対象と方法】2013年8月から2015年9月までにNiti-S大腸用ステントを留置した、腸管術前減圧(Bridge to surgery: BTS)例12症例12回12本と緩和的減圧(Palliative therapy: PAL)例17症例18回21本を対象とした。全例狭窄部をカニューレにて造影し、適切な長さのステントを留置した。【結果】BTS症例では、年齢中央値82歳で、処置成功率は100%、手技時間は中央値17分で、大腸閉塞スコア(CROSS)は留置前中央値0から留置後中央値4へと改善を認めた。合併症は1例でステント逸脱がみられたが、翌日の予定手術時に除去された。PAL症例は年齢中央値80.5歳で、処置成功率は88.2%、手技時間は中央値19分で、CROSSは留置前中央値2から留置後中央値4へと改善を認めた。処置後50%生存は67日であった。合併症は1例で腫瘍への穿通を認めたが保存的治療で改善がみられた。【結語】Niti-S大腸用ステント留置は穿孔リスクの危惧される症例においても重篤な合併症は認めず、QOL改善に寄与するものと思われた。

S1-13 当院での Cold snare polypectomy (CSP) と内視鏡的粘膜切除術 (EMR) の有効性についての病理学的検討

朝日大学歯学部附属村上記念病院 消化器内科
○北江博晃、富江 晃、八木信明

【背景】大腸腫瘍性病変の内視鏡治療として、近年、欧米を中心に通電を用いないCSPが広く施行されており、本邦でも普及しつつある。CSPは従来のEMRと比し偶発症が少ないことが報告されている。一方、CSPは熱凝固による組織挫滅がなく、遺残、再発が懸念される。【目的】CSPの手技としての妥当性と有効性さらに問題点を病理組織学的に検討する。【方法】当院で2015年2月～8月までに大腸ポリープに対しCSPあるいはEMRを施行した病変を後方視的に検討した。CSP群159例397病変、EMR群139例285病変(重複症例あり)を対象とした。【結果】大きさ(平均)はCSP群 4.78mm、EMR群 8.25mm。病理診断は、CSP群で低異型度腺腫291病変(73.3%)、高異型度腺腫3病変(0.8%)、Serrated adenoma 24病変(6.0%)、過形成性ポリープ他79病変(19.9%)、EMR群で低異型度腺腫183病変(64.2%)、高異型度腺腫33病変(11.6%)、Serrated adenoma 27病変(9.5%)、粘膜内癌 12病変(4.2%)、過形成性ポリープ他42病変(14.7%)。断端陰性はCSP群186病変(58.5%)、EMR群170病変(66.7%)で、病変未回収は各々 17病変(4.3%)、5病変(1.8%)に認めた。【考察】腫瘍性病変のうち、CSP施行群はEMR群と比べ有意に低位軽度腺腫の率が高く、悪性腫瘍は一例も認めず、治療法の選択は妥当と考えられた。問題点として断端陰性率はCSP群がEMR群と比し低い傾向を認めた。CSPは病変周囲の正常粘膜を含めて広く切除することで内視鏡的に完全切除の視認が可能で、有効な治療法と考えられるが、今後、再発を含めた厳重な経過観察と慎重な施行が望まれる。

S1-14 当院における直腸NETの内視鏡治療についての検討

聖隷浜松病院 消化器内科
○木全政晴、芳澤 社、佐藤嘉彦

【目的】今回、当院における直腸NETに対するESDの治療成績、予後を検討し、内視鏡治療の有用性と問題点を検討した。【方法】当院にて2008年10月～2015年5月にESDを施行した34病変を対象。【成績】平均年齢59歳、男/女比28/6、病変部位：Ra/Rb 2/32、平均切除長径17.4mm、平均腫瘍径6.4mm、一括切除率94% (深部断端陽性2例)、平均手術時間29分、穿孔率0%、後出血率0%。リンパ管・静脈侵襲陽性例は各々6% (2/34)・50% (17/34)。腫瘍径10mm以下、脈管侵襲陰性、切除断端陰性の全てを満たすものを治癒切除と定義すると治癒切除率は47% (16/34)。非治癒切除の18病変のうち、6病変に対して追加外科手術が行われたが、腫瘍の残存は認めなかった。ESD後1年以上経過した31例のうち、定期的に当院で経過観察された26例に対して予後の検討を行ったが、再発症例は認めなかった。【考察】直腸NETに対しESDは高い局所一括切除率が得られ、合併症は認めず、局所療法として有用である。現行の治療切除の基準は根治性の点では妥当と考えられるが、今回の検討では脈管侵襲が高率に陽性であるにも関わらず、追加外科手術群や非治癒切除群では腫瘍残存や再発を認めていない。脈管侵襲の臨床的意義は未だ不明であり、予後についてさらなる症例の蓄積や長期間での観察が望ましいと考える。

抄 録

シンポジウム 2

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2

S2-1 臍病変に対するEUS-Elastographyと造影EUSの質的診断に対する有用性

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⁾
○河合 学¹⁾、廣岡芳樹²⁾、後藤秀実¹⁾

【目的】臍病変の質的診断においてEUS-Elastography(以下EUS-EG)や造影EUS(以下CE-EUS)は正診率向上のため有用であるという報告は散見されるが2つを組み合わせた報告は少ない。臍充実性病変の質的診断においてEUS-EG、CE-EUSのどちらかあるいは併用することでの正診率をretrospectiveに検討すること。

【対象】2007年1月～2014年8月までに臍充実性病変に対しEUS-EGとSonazoid®によるCE-EUS(当院IRB承認のもと施行)を施行し、外科手術あるいはEUS-FNAにて病理学的診断がなされている147症例。

【方法】病理結果によりa. 臍癌、b. PNETまたはSPN、c. 炎症性病変(AIP、腫瘍形成性膵炎)の3グループに分類した。B-modeとEUS-EG(1群)、B-modeとCE-EUS(2群)、3種類すべての画像(3群)の3パターンの画像にて2人のreviewerがブラインドで診断した。

【結果】正診率は1群：a.73.5%、b.85.71%、c.83.67%、2群：a.66.3%、b.86.73%、c.77.55%、3群：a.79.6%、b.89.8%、c.83.67%であり、3群で正診率が最も高かった。

【結論】EUS-EG、CE-EUSを組み合わせる質的診断を行うことは臍病変の正診率向上に寄与すると考えられる。

S2-2 当院における臍充実性腫瘍に対するEUS-FNAの複数回穿刺に関連した因子の検討

愛知医科大学 肝胆膵内科
○小林佑次、井上匡史、伊藤清顕

【背景】当院では臍充実性腫瘍に対して積極的にEUS-FNAを施行している。迅速細胞診を導入しているが、1回の穿刺で十分に足る検体を得られる症例がある一方で、複数回穿刺(2回以上)を必要とする症例を経験する。

【目的】臍充実性腫瘍に対するEUS-FNAで複数回の穿刺を必要とした因子をretrospectiveに検討する。

【対象】2010年4月から2015年7月までに当院で臍充実性腫瘍に対してEUS-FNAを施行した191症例(196回)。

【結果】最終診断は、臍癌148例、慢性膵炎(AIPを含む)22例、NET9例、転移性膵腫瘍7例、IPMC2例、SPN1例、膵内副膵1例、不明1例であった。臍充実性腫瘍に対する検体採取率、正診率は98.5%、88.8%で、良悪性の判定に対する感度、特異度は92.5%、87.0%であった。平均穿刺回数は1.95回(1-6回)で、複数回の穿刺を必要としたのは59.7%(117/196)であった。年齢、性別、穿刺経路、穿刺針、腫瘍径、穿刺回数、最終診断を単変量解析したところ、複数回穿刺が必要であった因子は臍癌以外の膵腫瘍、腫瘍径25mm未満、慢性膵炎、NETであった。多変量解析では、臍癌以外の膵腫瘍(P=0.034、OR:5.26、95%CI:1.132-24.391)、腫瘍径25mm未満(P=0.025、OR:2.07、95%CI:1.094-3.931)が複数回穿刺に関連する独立した因子であった。

【結論】当院の検討では、臍癌以外の膵腫瘍と腫瘍径25mm未満は複数回の穿刺に関連する因子であった。これらの症例では、穿刺時に検体不良になる可能性を念頭におき、症例に応じてより少ない穿刺回数で診断が得られるような工夫が必要であると考えられた。

S2-3 当院での膵腫瘍診断における超音波内視鏡ガイド下穿刺吸引法(EUS-FNA)の役割と迅速細胞診(ROSE)の併用についての前向き検討

大垣市民病院 消化器内科
○水野和幸、金森 明、熊田 卓

【目的】EUS-FNAにおける膵腫瘍に対する診断能の検討とROSEを併用した前向き検討を行う事。【対象、方法】EUS-FNAを施行した膵腫瘍99例を対象とした。多重ロジスティック回帰分析を用いてEUS-FNAの診断能に寄与する因子を検討した。2012年1月から2年間はROSEを併用し、膵管癌が疑われる41例を対象に前向き検討を行った。細胞診と組織診の採取を1セットとし、最大で2セット施行した。ストロークは各5回行い、両者の診断能を比較した。【成績】最終診断は膵管癌87例、良性膵腫瘍12例。検体採取率は96.0%(95/99)、感度87.4%(76/87)、特異度100%(12/12)、正診率は88.9%であった。診断能に寄与する因子を年齢、性、病変サイズ、穿刺部位、穿刺回数、ROSEの併用、に関して多変量解析を行うと、病変サイズOR=9.217: 95%CI 1.271-66.81(P=0.027)およびROSEの併用OR=23.99: 95%CI 2.329-247.0(P=0.0075)が独立した因子であった。前向き検討において正診率はROSE 92.1%(35/38)、組織診 76.3%(29/38)であった。【結論】ROSEの導入により診断能の向上が得られた。細胞検査士の同席は適切な検体の採取法、回数の軽減および術者の手技の向上に寄与するものと思われる。

S2-4 当科での胆管挿管困難例に対するEUS下ランデブー法の治療成績

岐阜市民病院 消化器内科
○河口順二、向井 強、富田栄一

【背景】悪性胆管狭窄に対する経乳頭の胆管ドレナージ術は、低侵襲で安全な手技として広く普及しているが、中には胆管挿管困難例が存在する。従来より、このような症例に対しては経皮経肝胆道ドレナージ(PTBD)や外科的ドレナージ術が行われているが、近年、胆管挿管困難例に対するEUSガイド下ランデブー法(EUS-guided rendezvous technique: EUS-RV)の有用性が報告されている。【方法】2012年9月から2015年6月の間に当科でERCPを施行した症例をretrospectiveに調査した。【成績】初回ERCP例は588例あり、初回例に対する胆管挿管成功例は造影法517例、膵管ガイドワイヤー法39例、プレカット法9例で、合計565例(96%)。不成功例23例の内訳は、ERCP再検6例、PTBD 7例、EUS-RV 10例。EUS-RV症例の年齢49-85歳(中央値76歳)、男8例、女2例、原疾患は総胆管結石5例、膵頭部癌2例、乳頭部癌1例、十二指腸癌1例、中下部胆管癌1例、穿刺部位は肝外胆管7例(経十二指腸球部2例、経十二指腸下行脚6例)、肝内胆管3例(経胃3例)、穿刺胆管径は肝外胆管5-14mm(中央値7mm)、肝内胆管は全例4mm。胆管挿管法は、ガイドワイヤーの脇から5例、スネア使用4例、不成功1例。偶発症はERCP後膵炎2例、胆管狭窄後拡張後の出血1例、バスケット嵌頓1例、胆管穿孔1例であり、手技成功率は90%(9/10)、偶発症はERCP関連手技の併用ものを40%(4/10)認めた。なおEUS-RV不成功1例は総胆管結石症例で、肝外胆管穿刺困難例であった。【結論】EUS-RVは胆管挿管困難例に対し、考慮すべき有用な方法の一つと考えられる。

S2-5

当院における Interventional EUS の成績と展望

大同病院 消化器内科

○直保恵明、榊原聡介、野々垣浩二

【背景】 Interventional EUS は、診断を目的とした FNA と、治療を目的とした穿刺手技とに大別される。FNA は、一般病院にも普及しているが、診断率向上には未だ工夫の余地がある。一方、治療手技は、成績に施設間格差があると言わざるを得ず、標準化には多くの課題がある。

【目的】 当院における Interventional EUS の成績を報告し、その展望を再考する。

【対象】 2011年4月から2015年7月までに当院で行った Interventional EUS 141例 (FNA 131例、治療手技 10例)。

【使用機器】 観測装置は EU-ME1 (Olympus)、スコープは GF-UCT260 (Olympus) を使用した。穿刺針は、EchoTip Ultra 19G (Cook)、Expect 19G/22G (Boston Scientific)、NA-200H 22G (Olympus) のいずれかを用いた。

【方法】 FNA は、平均穿刺回数、検体採取率、正診率、偶発症発生率を、迅速細胞診 (Shorr 染色) 導入前後で比較検討した。治療手技は、成功率、偶発症発生率をそれぞれ検討した。

【成績】 FNA の平均穿刺回数、検体採取率、正診率、偶発症発生率は、それぞれ、迅速細胞診導入前が2.1セッション、95%、88%、1%で、導入後が1.7セッション、100%、92%、0%だった。治療手技の成功率、偶発症発生率は、それぞれ80%、20%だった。

【考察】 FNA は、迅速細胞診の活用が検体採取率と正診率の向上に寄与すると考えられた。一方、治療手技は、難度が高い上に偶発症発生率が小さくなく、一般病院では適否を慎重に判断すべきと思われた。

S2-7

非切除中下部悪性胆管閉塞に対する12mm 径 covered self-expandable End bare metal stent (CSEMS) の初期使用経験 - 今までの経験を踏まえて -

藤田保健衛生大学 肝胆臓内科

○中岡和徳、橋本千樹、吉岡健太郎

【背景】 切除不能悪性胆管閉塞の長期生存症例に対して内視鏡的金属ステント (SEMS) 留置を用いた胆道ドレナージ術が有効であり、開存率から CMS が主に使用されている。8mm や 10mm の SEMS を主に使用する傾向にあるが、より口径の大きい 12mm 径の CMS は開存期間の改善が見込まれ開発された (Niti-S SUPREMO-12 stent)。12mm 径の CMS の成績について報告は少ないがステントの逸脱が多い傾向にある。

【目的】 12mm 径 CSEMS 留置症例に対して膵炎、胆嚢炎、出血等の早期合併症や開存率について 8mm/10mm の SEMS の早期合併症や開存率等の成績と比較検討しその初期成績を報告する。

【対象】 対象は 2015 年 4 月から 2015 年 8 月まで当院で 12mm 径 CSEMS 留置した 8 例。

【結果】 M/F:6/2 例、平均年齢:72.2(65-83) 才。原因疾患:膵癌 5 例、胃癌 2 例、膵管内乳頭状粘液性腫瘍 1 例、平均処置時間:22.35(15-26) 分。早期合併症であるが ERCP 後膵炎、胆嚢炎、出血など認められなかった。ステント留置後平均生存期間は 68.4 日 (22-100 日)、全症例生存しておりステント閉塞や脱落は認められていない。8/10mm の SEMS の場合 126 例中、早期合併症として ERCP 後膵炎 5 例、胆嚢炎 4 例、出血 2 例。ステント機能不全の原因は、胆泥や残渣による閉塞 10 例、over growth 5 例、逸脱や迷入 4 例、累積開存期間は 3.6.12 ヶ月で 98%、96%、63% であった。

【結論】 12mm 径 CSEMS は口径が大きいものの早期合併症として ERCP 後膵炎や胆嚢炎は認められず安全に使用でき、観察期間は短いが開塞や脱落も認められなかった。口径 12mm の SEMS として有用性が高い可能性があり、引き続き検討していきたい。

S2-6

悪性胆道狭窄に対する経乳頭的病理診断能の検討

岐阜県立多治見病院 消化器内科

○安部俊紀、奥村文浩、佐野 仁

【目的】 悪性胆道狭窄に対する経乳頭的胆管生検・胆管ブラシ細胞診・胆汁細胞診の診断能を明らかにする。【方法】 (A) 2012 年 1 月から 2015 年 8 月までの経乳頭的胆管生検 (TBB)・胆管ブラシ細胞診 (BC)・胆汁細胞診 (BJC) を施行した 82 例 (胆管癌 33 例、膵癌 34 例、胆嚢癌 9 例、その他 6 例) を対象に、(A1) 疾患別、方法別の診断率および (A2) 診断率に寄与する因子について検討した。(B) 同期間において胆管狭窄病変の診断における新デバイスであるバイオラックス メディカル デバイス社製 Trefle® を使用した 13 例 (胆管癌 7 例、膵癌 4 例、その他 2 例) につき診断率を検討した。【成績】 (A1) 全体の正診率は 54.9% (45/82) であった。疾患別では胆管癌 72.7% (24/33)、膵癌 32.4% (11/34)、胆嚢癌 66.7% (6/9)、その他 66.7% (4/6) であり、胆管癌で膵癌に比べ有意に高かった。方法別では TBB 52.9% (36/68) (胆管癌 71.4% (20/28)、膵癌 30.8% (8/26))、BC 42.6% (29/68) (胆管癌 59.3% (16/27)、膵癌 25.9% (7/27))、BJC 26.1% (12/46) (胆管癌 27.8% (5/18)、膵癌 20% (3/15)) と、全体、胆管癌では TBB が BJC に比べ診断率が高かったが、膵癌では方法別の診断率に有意な差を認めなかった。また、TBB・BC・BJC をすべて施行した症例 64.7% (22/34) (胆管癌 91.6% (10/11)、膵癌 40% (4/10))、いずれか 2 種を組み合わせた症例 58.1% (18/31) (胆管癌 68.8% (11/16)、膵癌 42.8% (6/14))、いずれか 1 種を施行した症例 29.4% (5/17) (胆管癌 40% (2/5)、膵癌 10% (1/10)) であり、胆管癌では検査を組み合わせること全体の診断率は上昇する傾向にあったが、膵癌では 2 種から 3 種への上乗せ効果は認められなかった。(A2) 診断に寄与する因子として、主幹管径 ≥ 5 mm、病変の部位 (腔内/腔外)、AMY ≥ 180 U/L、T-bil ≥ 3 mg/dl について多変量解析で検討すると、T-bil ≥ 3 mg/dl の症例において有意に診断率が高かった。(B) 全体の正診率は 61.5% (8/13) で、疾患別では胆管癌 85.7% (6/7)、膵癌 25% (1/4)、その他 50% (1/2) であった。方法別では TBB 50% (6/12)、BC 53.8% (7/13)、BJC 30.8% (4/13) であった。69.2% (9/13) で組織診可能な検体が得られた。また、T-bil < 3 mg/dl の症例でも 60% (3/5) で診断可能であった。【結論】 (1) 悪性胆道狭窄に対する経乳頭的病理診断は、胆管癌において有用であり、TBB、BC、BJC の併用が望ましい。(2) T-bil < 3 mg/dl の症例では診断率向上のため、更なる工夫が望まれる。(3) 新デバイスである Trefle® は狭窄部全体の擦過および組織と細胞の回収が同時に可能であり診断率向上が期待され、さらなる組織の蓄積が望まれる。

S2-8

悪性胃十二指腸狭窄に対する消化管ステントの有用性と胆管狭窄合併例の治療戦略

江南厚生病院 消化器内科

○熊野良平、中村陽介、佐々木洋治

【目的】 当院における悪性胃十二指腸狭窄に対する Self expanded metallic stent (以下 SEMS) の有用性及び胆道狭窄合併例に対する治療戦略の検討。【方法】 対象は 2012 年 9 月から 2015 年 8 月に悪性胃十二指腸狭窄に対して SEMS 留置を行った 34 例 (膵癌 16 例、胃癌 15 例、十二指腸癌 2 例、胆管癌 1 例)。Boston Scientific 社製 Wallflex duodenal stent または Taewoong Medical 社製 Niti-S duodenal stent を GIF-2T240 を用い、through the scope 法で留置した。手技・臨床的成功率、治療成績、偶発症、胆道狭窄合併例の詳細について検討した。【結果】 手技成功率は 97.0%、臨床的成功率は 85.2% (29/34 例) であった。治療前後の Gastric Outlet Obstructive Scoring System (中央値) は 0 から 3 へ改善した。臨床的成功例の摂食可能期間及び生存期間 (中央値) はそれぞれ 62 日と 71 日であった。偶発症は穿孔 1 例、胆管炎 1 例であった。経過中に胆道狭窄を合併した症例は 14 例で、13 例 (92.8%) に胆道ドレナージを併施した。SEMS 留置前に胆道ドレナージを施行した 10 例は全例経乳頭的胆道ドレナージを行い、追加処置は不要であった。SEMS 留置後に胆道ドレナージを施行した 3 例中 2 例は原疾患の増悪に伴う胆道狭窄であり、それぞれ経乳頭的胆道ドレナージと EUS 下胆道ドレナージを施行した。1 例は SEMS による胆道狭窄が原因で、経皮的ドレナージを行ったがステント挿入に難渋した。【結論】 悪性胃十二指腸狭窄に対する SEMS 留置は消化管狭窄による症状改善に有用な治療法であった。SEMS による胆道狭窄が予想される症例は、SEMS 留置前に胆道ドレナージを考慮してもよい。

S2-9 肝門部悪性胆道狭窄に対するドレナージにおいて当院での inside-stent 使用経験の検討

名古屋第二赤十字病院 消化器内科
○藤田恭明、清水周哉、中沢貴宏

【背景】近年、肝門部悪性胆道狭窄に対して inside stent (IS) を使用した報告が散見され、メタリックステントと遜色ない開存期間・安全性が報告されている。【目的】当院で施行された IS 留置症例を評価すること。【対象・方法】2014年4月より2015年6月までに切除不能肝門部悪性胆道狭窄症例のうち IS を初回留置した11例について、手技成功、減黄効果、偶発症、ステント閉塞の頻度、開存期間、および生存期間について検討した。【結果】患者背景は男性6例女性5例、平均年齢は80歳。原疾患は胆管癌6例(55%)、胆嚢癌1例(9%)、その他4例。Bismuth 分類は Type I / II / III / IV = 3例 / 1例 / 3例 / 4例。本 = 2例 / 9例。また、EST 7例に施行し、抗腫瘍療法を3例に施行した。手技成功率・臨床的成功率はいずれも100% (11/11)。合併症は計3例(27.3%)に認め、その内訳は早期合併症として瘻炎1例、腫瘍出血1例、胆管炎1例、後期合併症は胆管炎2例であった。ステント閉塞を4例(36.4%)に認め、原因は sludge 3例、迷入1例であった。平均開存期間は、95.3 ± 87.3日、生存期間中央値は82日であった。【結語】今回の検討では、既存の報告と比較して、十分な開存期間が得られなかった。患者背景として生存期間が短く、開存期間の評価が困難であったことがその要因として考えられる。IS は肝門部悪性胆道狭窄に対するドレナージ法として有効な治療選択肢となる可能性があり、今後更なる症例の蓄積が必要と思われた。

S2-10 肝門部悪性胆道狭窄に対する 6 mm 金属ステントを用いた endoscopic double stenting (side by side 法) の検討

JA 愛知厚生連豊田厚生病院 消化器内科
○伊藤裕也、都築智之、西村大作

(目的) 肝門部悪性胆道狭窄に対する 6mm 金属ステントを用いた side by side による endoscopic double stenting (以下 SBS 法) の治療成績について検討した。(方法) 対象は 2014 年 1 月～2015 年 6 月の間に肝門部悪性胆道狭窄に対して SBS 法を実施した 6 例 (平均年齢 72.5 歳、男女比 4 : 2)。原疾患は胆嚢癌 3 例、大腸癌肝転移 1 例、肝内胆管癌 1 例、肝外胆管癌 1 例。胆管所見は Bismuth I 1 例、II 1 例、III 3 例、IV 1 例。内視鏡は Olympus 社製 JF260V を使用し、ドレナージを目的とする胆管枝に Century 社製の 6mm Niti-S 胆管用ステントを side by side で 2 本留置した。ステントは可能な限りカバー有を選択し、上流胆管枝を閉塞する可能性が高いときのみカバー無を選択した。逆行性感染予防のため、乳頭切開は付加せず、ステント下端は胆管内に収める様配慮した。(結果) 6 例全例に SBS 法でステント留置が可能であった。1 例で術後早期に胆管炎を認めたが、瘻炎は認めなかった。ステント開存期間中央値は 154 日 (30-368 日) であり、1 例では原病死するまで閉塞を認めなかった。Reintervention を 4/5 例に実施し、片側への PS 追加を 1 例、片側への MS 追加を 1 例、PTBD による片側ドレナージを 1 例、ダブルステントの抜去 & 再留置を 1 例に実施した。(結語) SBS 法は肝門部悪性胆道狭窄に対する有用なドレナージ法の一つになる可能性があるが、多数例、長期経過観察での再検討が必要である。

S2-11 ERPC 関連手技による十二指腸乳頭部穿孔に対する、一時的メタリックステント留置の有用性

愛知県がんセンター中央病院 消化器内科
○裨田信弘、原 和生、山雄健次

【目的】

消化器内視鏡関連の偶発症に関する第 5 回全国調査報告 - 2003 年より 2007 年までの 5 年間 - では、ERCP 関連の偶発症は 1369 件 (0.509%) あり、内視鏡的乳頭括約筋切開術 (EST)、内視鏡的乳頭バルーン拡張術 (EPBD) に伴う穿孔がそれぞれ 81 件、7 件認められた。穿孔部位別に、1. 乳頭部穿孔、2. 胆管穿孔、3. 十二指腸穿孔に分類されるが、1, 2 に関しては適切な胆道ドレナージが施行されれば保存的に改善することが多く、ドレナージには経鼻ドレナージまたは経皮的ドレナージが用いられることが多い。今回、我々は ERCP 関連手技による十二指腸乳頭部穿孔に対する、Fully covered metallic stent 留置の有効性について検討した。

【方法】

2010 年 2 月 - 2015 年 2 月の期間で、ERCP 関連手技による十二指腸乳頭部穿孔が生じた 4 例について、穿孔部位、手技、退院可能期間、臨床症状、経口摂取開始時期について後方視的に検討した。

【結果】

背景疾患は、総胆管結石 2 例、肝外胆管癌 1 例、十二指腸腺腫 1 例で、3 例が後腹膜穿孔、1 例が後腹膜 + 腹腔穿孔であった。穿孔に関連した手技は、EST 2 例、ガイドワイヤー 1 例、EPBD 1 例で全てに Fully covered type のメタリックステントを経乳頭的に留置し、保存的に加療を行った。全例でステントは抜去され、抜去までの平均期間は 19.8 日であった。臨床症状 (持続平均期間) は、腹痛 3 例 (4.7 日)、発熱 1 例 (4 日) で認められた。飲水開始までの中央値は 1 日 (1-2 日)、経口摂取開始までの中央値は 3 日 (3-5 日) であった。炎症反応正常化までに要した平均期間は 8.8 日であった。

【結論】

ERCP 関連手技による乳頭部穿孔に対する Fully covered metallic stent 留置は、有用である可能性が示唆された。

抄 録

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。

若手研究者優秀演題奨励賞選定セッション 食道

Y-1 好酸球性食道炎の3例

協立総合病院 消化器内科¹⁾、外科²⁾

○小西隆文¹⁾、高木 篤¹⁾、森 智子¹⁾、長谷川綾平¹⁾、江間幸雄¹⁾、中澤幸久²⁾

【背景】好酸球性食道炎 (EoE) は比較的低有病率の低い疾患 (約内視鏡検査5000例中1例) とされている。短期間に (2015年4月~7月、内視鏡施行数:1605例) 3例経験したので報告する。【症例1】42歳男性。数ヶ月前からの食後の腹痛精査でGIF施行。食道に縦走溝を認め、生検4ヶ所施行し、好酸球浸潤 (20-25/HPF) を認めた。PPI治療抵抗性でプレドニオン治療中である。アレルギー性鼻炎の既往 (+)、食物アレルギーの既往 (-) で、血中好酸球増多 (-) であった。【症例2】50歳男性。健診にてGIF施行。食道に縦走溝を認め生検4ヶ所施行し、好酸球浸潤 (30-40/HPF) を認めた。つかえ感の症状ありPPI投与したが、PPI治療抵抗性で、プレドニオン治療中である。既往、アレルギー歴に特記事項なく血中好酸球増多 (-) であった。【症例3】32歳女性。数年来の心窩部痛でGIF施行。食道に縦走溝を認め生検4ヶ所施行し、好酸球浸潤 (20-25/HPF) を認めた。PPIで症状改善した。アレルギー性鼻炎の治療中、血中好酸球増多 (-) であった。【結語】近年EoE発症増加傾向の報告あり、当院でも短期間で3例経験した。問診や採血結果からのEoEの診断は困難であり、内視鏡検査が必須であると考えられた。胸やけや心窩部痛、胸のつかえ感などの自覚症状のある患者に対しては、近年の発症増加傾向を踏まえ、EoEも鑑別におき、内視鏡検査を行い、特徴的な所見 (縦走溝、輪状溝、白斑など) を認めた場合には複数ヶ所生検行い確定診断をつける必要がある。

Y-3 逆流性食道炎にカンジダ食道炎を合併し下部食道の狭窄所見を伴った食道偽憩室症の1例

岐阜市民病院 消化器内科

○小島健太郎、吉田泰之、手塚隆一、渡邊 諭、河口順二、鈴木祐介、小木曾富生、川出尚史、林 秀樹、向井 強、杉山昭彦、西垣洋一、加藤則廣、富田栄一

患者は79歳男性。2012年5月に近医で胃内視鏡検査(GIF)を施行されて逆流性食道炎(RE)の診断を受けてH2ブロッカーを投薬されていた。その後、自覚症状の悪化がみられた前医でGIFを受け投薬をPPIに変更され経過は良好であった。しかし2013年1月にエビの天ぷらを食べて通過障害を来して当院の救急外来を受診。GIFで食道下端の狭窄によるエビの停留がみられた。内視鏡にてエビの除去を行った。狭窄所見は全周性にみられたがスコープの通過は容易であった。同部位の生検病理結果は良性であった。その後はPPIで経過観察されていたが、再び嚥下障害が増悪したため2014年5月に前医より当科に再紹介となった。GIFではカンジダ食道炎とREに伴う下部食道の狭窄所見と診断した。一方、カンジダ食道炎に対してアンフォテリシンBのシロップ液を投与を行った。経過の内視鏡検査でカンジダの消失した後の食道粘膜面には多発する小陥凹がみられた。食道粘膜の生検病理結果は線維化と炎症所見がみられた。上部消化管造影検査では、下部食道に狭窄所見と食道内腔に多発する全周性に小憩室病変がみられ、食道偽憩室症と診断した。なお、嚥下障害はPPI投与で改善がみられ、現在はPPIと消化管運動機能改善薬で経過は良好である。食道偽憩室症の成因は様々の仮説が報告されているが、自験例の臨床経過からは食道偽憩室症にはREの関与が推察された。

Y-2 免疫抑制により発症したサイトメガロウイルス性食道炎の1例

JA愛知厚生連知多厚生病院 内科

○西崎章浩、田中創始、山田修司、鈴木健人、村瀬和敏、富本茂裕、丹村敏則、高橋佳嗣、宮本忠壽

症例は59歳、女性。2011年9月より多発筋炎を発症し当院膠原病内科で長期にプレドニオン、免疫抑制剤が投与されていた。既往歴として洞不全症候群に対するペースメーカー植込み術後、甲状腺機能亢進症、食道カンジダがあり、抗真菌剤が予防投与されていた。2015年7月15日の心窩部痛・嚥下困難感が出現したため外来受診し、当日の単純CTで食道粘膜剥離が疑われたため緊急上部消化管内視鏡検査が施行された。中部食道から食道胃接合部にかけて多発潰瘍が認められたため、精査・加療目的に入院となった。当初より内視鏡所見からウイルス性食道炎を疑い、絶食・点滴にて治療開始したが、症状改善もないため、HSV IgMやCMV IgMなどの採血結果や内視鏡時の生検病理結果が未着のまま、入院翌日から抗ウイルス薬 (アシクロビルとガンシクロビル) の投与を開始した。その後CMV IgM陽性が指摘され、第7病日よりガンシクロビルのみを継続した。第13病日の内視鏡検査では食道潰瘍は軽快しており、退院となった。本例は臨床経過と内視鏡画像などからサイトメガロウイルス性食道炎と診断した。比較的稀な疾患であり、若干の文献的考察を交えて報告する。

Y-4 糖尿病性ケトosisに急性壊死性食道炎を合併した1例

公立陶生病院 消化器内科

○松田悠司、松浦哲生、黒岩正憲、林 隆男、清水裕子、竹中宏之、河邊智久、森 裕、森田敬一

近医通院、症例は78歳女性。20年来の糖尿病で近医通院しインスリンと経口血糖降下薬にて治療中。高血圧、高脂血症、胃十二指腸潰瘍も治療中であった。ADLは要支援2の独居、入院3ヶ月前からかかりつけ医を受診せず、処方薬はヘルパーが代理受診。入院1ヶ月前から食欲、活動性の低下が出現、2012/2/7に家人が訪問時、床に倒れている患者を発見し当院救急搬送となった。来院時検査所見は血糖741mg/dl、pH=7.354、HbA1c=15.8%、尿中ケトン体3+と、ケトosisと高血糖を認めたがアシドーシスはなかった。補液とインシュリン持続投与で治療開始。黒色吐物を伴う嘔吐を認めたため入院翌日に上部消化管内視鏡検査を施行した。食道入口部から腹部食道にかけて連続かつ全周性の粘膜の黒色変化を認め、肛門側ほど所見が強かった。また、円柱上皮との境界は明瞭であった。内視鏡所見から、急性壊死性食道炎と診断、十二指腸には多発びらんも合併していた。絶食・中心静脈栄養管理、PPI投与にて加療を開始し、第15病日の内視鏡検査で食道所見の著明な改善を確認、経口摂取を再開した。経過は良好で、血糖コントロールが可能となった時点で退院となった。急性壊死性食道炎は比較的希な疾患であり、本邦報告例の多くが糖尿病合併例である。当院でも典型的と思われる症例を経験したので文献的考察を加え報告する。

Y-5

乳癌術後15年後に縦隔再発による食道狭窄をきたした1例

半田市立半田病院

○木村啓佑、神岡諭郎、森井正哉、杉本啓之、古根 聡、廣瀬 崇、吉田 大、野浪大介、大塚泰郎

症例は50歳代女性。199●年に当院外科にて右乳癌と診断され右乳房切除術施行。術後放射線療法、内分泌療法も行われ再発なく経過していた。約11年後に嗔声、頸部リンパ節のしこりを自覚し精査。CTで左肺上葉腫瘍と多発リンパ節腫大、気管支内視鏡検査下生検にて乳癌による肺・リンパ節転移再発と診断。化学療法は希望されずホルモン療法を施行したところ画像上腫瘍は縮小し腫瘍マーカーも低下。その後はホルモン療法のみ継続し増悪なく経過していた。その約4年後に腫瘍マーカー再度上昇、食物のつかえ感が出現、胸部CTにて食道腫瘍による狭窄が疑われたため精査目的にて当科紹介となった。上部消化管内視鏡検査では胸部上部食道に強い狭窄を認めスコープは通過しなかった。観察範囲内の狭窄口側粘膜面には異常所見はなく腫瘍の露出はなかった。超音波内視鏡検査では食道壁外に2cm大の低エコー腫瘍認めた。確定診断目的にEUS-FNAを行ったところ小型円形核を有する異型細胞集塊を認め免疫染色にてAE1/AE3(+), ER(+), PgR(-), MIB-1 index10%で乳癌の縦隔転移と診断した。固形物の摂取不良であったため食道ステント留置術を施行し経口摂取が可能となった。その約半年後に再狭窄を認めたため再度ステント留置を追加し現在経口摂取可能である。

乳癌は稀に10年以上経過した後で再発することが知られている。今回我々は乳癌縦隔転移再発の診断にEUS-FNAが、また狭窄に対してはステント留置術が有用であった症例を経験したので報告する。

Y-6

食道ESDを施行したアカラシア合併食道表在癌の1例

刈谷豊田総合病院 内科¹⁾、病理診断科²⁾

○恒川卓也¹⁾、坂巻慶一¹⁾、浜島英司¹⁾、中江康之¹⁾、仲島さより¹⁾、内田元太¹⁾、久野剛史¹⁾、大橋彩子¹⁾、鈴木孝弘¹⁾、池上脩二¹⁾、大脇政志¹⁾、溝上雅也¹⁾、竹内一訓¹⁾、井本正巳¹⁾、伊藤 誠²⁾

【症例】77歳、男性。【主訴】嚥下困難。【既往歴】心房細動、食道アカラシア。【内服歴】Warfarin, Metildigoxin。【生活歴】喫煙5本/日、飲酒なし。【現病歴】15年前に食道アカラシアと診断されるも自己中断。2014年6月より嚥下困難認め当科紹介。GIS、食道X線にて拡張度Ⅲ度、Sigmoid typeの食道アカラシアと診断。7月吐血にて救急外来受診。緊急GISで門歯30cmの食道右壁の潰瘍底に露出血管ありクリッピング施行。再検査で門歯25cmの左壁に1.5cmのヨード不染帯を認め0-II b型表在癌と考え生検。病理組織学的にCISであった。より確実な治療としてアカラシアに対しては外科的手術の方針、表在癌に対してはEUSにて一部で瘻痕を疑う不明瞭化を認めたがsm層は摘出可能で深達度mと診断し、ESDの適応と判断。外科手術に先行し9月ESD施行。病理組織学的にCIS、T1a-EP (M1)であり根治的切除と判断。10月腹腔鏡下Heller-Dor手術施行。経口摂取可能となり術後1週間で退院。2ヶ月後のフォローGISでESD部位は瘻痕化し遺残認めないが、新たに門歯19cmの右壁に1cmのヨード不染帯を認め生検。病理組織学的にCISであり、同時性多発表在癌と診断。現在食道内残渣と抗血栓薬内服あり検査自体難しく経過観察中である。【結語】一般にアカラシアは表在癌の合併が健常者より7~33倍のハイリスクといわれる。本症例も食道ESDにて切除可能であったが同時性多発病変や外科手術後も今後の治療に難渋しており、臨床上示唆に富む症例と考えたため文献的考察を加え報告する。

若手研究者優秀演題奨励賞選定セッション 胃

Y-7 OTSCで止血が得られた胃静脈瘤破裂の一例

豊橋市民病院 消化器内科

○南 喜之、山田雅弘、浦野文博、藤田基和、内藤岳人、山本英子、松原 浩、山本健太、木下雄貴、片岡邦夫、飛田恵美子、山本和弘、山本崇文、松田宜賢、岡村正造

【はじめに】胃静脈瘤破裂は食道静脈瘤破裂に比べ出血量が多くショックに至りやすい。また出血例では出血源を確認し組織接着剤注入法(CA法)にて止血する事が多い。今回我々は止血が困難な胃静脈瘤破裂に対しOTSCを使用し止血が得られた1例を経験したので報告する。【症例】80歳代女性【主訴】吐血【既往歴】肝硬変【現病歴】2015年7月に吐血を認め、当院に救急搬送された。【経過】搬送時、Hb 8.9g/dLと貧血を認め、黒色便も見られた事から上部消化管内視鏡検査(EGD)となった。【内視鏡所見】食道：食道静脈瘤を認めたが出血は見られなかった。胃：体上部小弯に血管の露出を認め、静脈性に出血を来していた。観察中に血管が破綻し、止血鉗子で焼却を試みたものの止血は得られなかった。CA法も困難であり、OTSCを使用し止血を試みた。破綻した血管を縫い合わせるように把持しようとしたが困難であり、出血点OTSC内に含まれるようにサククションして止血処置を行った。【入院後経過】翌日のEGDでは、新鮮血は見られたものの胃体上部小弯の静脈瘤からの出血は認めなかった。確認のため3日後にEGDを再検したがOTSCで処置した病変の止血は得られていた。【考察】OTSCシステムは組織を把持しクリップを行うもので、管腔全層に幅の広いクリップがかかるため、穿孔・瘻孔の閉鎖等に有用である。本症例では胃静脈瘤に対する既存の止血法が困難であったがOTSCを使用する事で瞬時に止血が得られた。OTSCは消化管出血に対する新たな止血術の選択肢の1つになると思われる。

Y-9 EUSにて術前診断のついた異所性胃腺を伴った早期胃癌の2例

春日井市民病院 消化器科

○岡山幸平、平田慶和、隈井大介、山本友輝、小島悠揮、菅野琢也、松本朋子、奥田悠介、木村幹俊、羽根田賢一、池内寛和、森川友裕、望月寿人、高田博樹、祖父江聡

【症例1】84歳 男性。上部消化管内視鏡検査(EGD)で、噴門部小弯に7mmのIIa様隆起(病変1)と、体中部小弯に15mmのIIa様隆起(病変2)を認めた。両病変とも境界明瞭、立ち上がりのなだらかな退色調の隆起であった。NBI拡大で病変1はDL(+)、MSは消失、MVはirregular、病変2はDL(+)、MS・MVともに消失していた。超音波内視鏡(EUS)では各病変の粘膜下層に嚢胞状、多房性の低エコー領域を認めた。異所性胃腺を伴った早期胃癌と診断しESDを施行。病理結果は各々粘膜下層に異所性胃腺を伴う早期胃癌(病変1: pap,pT1a(M),ly0,v0,pVM0,pHM0 病変2: tub1,pT1b(SM,2.5mm),ly0,v0,pVM0,pHM0)であった。【症例2】71歳 男性。EGDで体上部後壁に20mmの中心に陥凹を伴った退色調の隆起を認めた。NBI拡大でDL(+)、MSは大小不同~消失。MVはネットワークを形成し、一部に新生血管を伴っていた。EUSでは病変の粘膜下層に3.7mm大の嚢胞状低エコー領域を認めた。異所性胃腺を伴う早期胃癌と診断しESDを施行。病理結果は粘膜下層に異所性胃腺を伴った早期胃癌(tub1,pT1b(SM,650μm),ly0,v0,pVM0,pHM0)であった。【考察】異所性胃腺は胃粘膜内に存在すべき胃腺が、異所性に粘膜下層内に増殖したものであり、近年胃癌との併存が多いとされている。今回、術前EUSで異所性胃腺を伴った早期胃癌と診断し得た2例を経験したので若干の文献的考察を加えて報告する。

Y-8 急速に増大した胃噴門部癌の一例

豊橋市民病院 消化器内科

○木下雄貴、浦野文博、藤田基和、内藤岳人、山田雅弘、山本英子、松原 浩、山本健太、片岡邦夫、飛田恵美子、山本和弘、南 善之、山本崇文、岡村正造

【症例】60歳代男性【主訴】吐血【既往歴】高血圧症、高尿酸血症【嗜好歴】喫煙歴：10本/日×41年、飲酒歴なし【現病歴】2011年7月、胸焼けの精査ために施行した上部消化管内視鏡検査(EGD)にて、LA分類grade Bの逆流性食道炎と、Short segment Barrett's esophagus(SSBE)を認め、PPIで治療を開始したが、その後通院を中断されていた。2015年5月、吐血にて救急搬送され、緊急EGDを施行した。食道胃接合部の1cm大の扁平な隆起性病変から出血を来していた。2015年7月にEGDを再検したところ、扁平な隆起性病変は2cm大の1型腫瘍へと増大しており、病理は低分化腺癌であった。SSBE領域に発生していることから、バレット食道癌と診断した。CTで胃噴門部に造影効果のある壁肥厚を認め、原発巣と考えられ、また遠隔転移は認めず、2015年8月に胃全摘術の方針とした。手術直前に再吐血を来とし、緊急EGDを施行したところ、腫瘍からの出血を認め、APC焼灼術を行ったが、病変は頂部に陥凹を伴い、3cm大に増大し、急激な形態変化を認めていた。胃全摘術を施行し、病理組織学的にはバレット食道を認めず、癌の発生が噴門腺粘膜と考えられ、胃噴門部癌と診断した。【まとめ】今回我々は、急速に増大した胃噴門部癌の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。

Y-10 胃切除12年後に大腸・小腸への播種性再発をきたした胃癌の1例

浜松医療センター 消化器内科

○高橋 悟、住吉信一、浅井雄介、木次健介、伊藤 潤、松浦 愛、栗山 茂、岩岡泰志、吉井重人、影山富士人、金岡 繁

症例は63歳女性。平成X-12年に胃癌で胃全摘術を施行された。平成X-1年12月頃より食思不振と体重減少のため平成X年5月に近医受診、貧血および便潜血陽性のため当科紹介となった。CSでは結腸脾弯曲部に潰瘍を伴わない結節状の粘膜肥厚と狭窄を認めた。CTにて同部位に一致して壁の不整な肥厚像と内腔の狭小化、これよりも口側の腸管に拡張を認めた。また上腹部から骨盤部にかけて後縦隔~後腹膜にかけて造影効果の乏しい過剰な軟部組織と、両側に水腎症を認めた。結腸脾弯曲部の生検より低分化型腺癌を認め、免疫ではCK7(+), CK20(-), CDX-2(-)であり、大腸原発の腫瘍よりは転移性の腫瘍を疑った。EGDでは吻合部に狭窄を認め、生検では同様の低分化型腺癌であり、免疫ではMUC1(-), MUC2(-), MUC5AC(+), MUC6(+)で胃型の粘液形質を示唆し、12年前の病理結果と合致した。以上より一連の所見は胃癌再発によるものと判断した。第2病日に経肛門的にイレウス管を挿入し、第12病日に横行結腸S状結腸バイパス術を施行。その後順調に経過し、第24病日に軽快退院。術後1か月よりweekly PTXによる術後化学療法を開始し、現在2nd lineのS-1内服中である。胃切除後12年後に大腸・小腸への播種性再発をきたした稀な症例を経験したため、若干の文献的考察を加え報告する。

Y-11

術前後に診断の乖離を認めた胃神経内分泌腫瘍の1例

名古屋市立西部医療センター 消化器内科

○山東元樹、山川慶洋、妹尾恭二、土田研司、木村吉秀、平野敦之、小島尚代、山下宏章、西垣信宏、尾関智紀、遠藤正嗣、中西和久

生検病理組織像ではki67指数3%以上でNET G2の診断であったが、摘出標本ではki67指数2%未満であり最終診断がNET G1となった症例を経験したので報告する。【症例】48歳女性。検診の胃X線検査で巨大ひだを指摘され当院を受診。上部消化管内視鏡検査で胃体中部大弯前壁より直径15mm大の隆起性病変を認めた。亜有茎性の立ち上がりを示し表面に若干の凹凸はあるが潰瘍形成は認めなかった。生検結果はCytokeratin AE1/AE3 (+) CD56 (+) chromogranin A (+) synaptophysin (+) であり核異型は強くないもののki67指数は3%を超えNeuroendocrine tumor G2と診断。造影CTで胃体上部～中部大弯に13×8mm大の造影効果の強い結節を認め、明らかな遠隔転移を認めなかった。FDG-PETでは同部位に集積はなく、その他に遠隔転移も認めなかった。EUS施行し病変は第2層～第3層に及ぶ内部ほぼ均一な10mm大の低エコー性腫瘍として認識され第4層に浸潤を示唆する所見を認めなかった。高ガストリン血症はなくRindi分類Ⅲ型NET G2であり内視鏡的治療は適応外と判断した。幽門保存胃切除術を施行し、切除標本からはエオジン好性の豊富な細胞質と類円形の均一な核を有する多稜形細胞の充実性～索状～リボン状増殖を認めた。多稜形細胞はki67指数は2%未満でNET G1と診断した。【考察】神経内分泌腫瘍は2010年のWHO分類ではki67指数によってNET G1, G2, NECに分類される。本症例を通じてki67指数によるNET分類の今後改善すべき課題が示唆された。

Y-12

ESD後潰瘍に対してポリグリコール酸シート・フィブリン糊併用被覆法を行った二例

豊橋市民病院 消化器内科

○片岡邦夫、山本英子、浦野文博、藤田基和、内藤岳人、山田雅弘、松原 浩、山本健太、木下雄貴、飛田恵美子、山本和弘、松田宜賢、南 喜之、山本崇文、岡村正造

【はじめに】ESD後潰瘍をポリグリコール酸シート(PGAシート)とフィブリン糊で被覆する手法が偶発症対策に期待されており、その有用性を示す報告が散見される。当院でも2例の使用経験があり報告する。【症例1】71歳男性。特記すべき既往併存症なし。遷延する下痢にて消化管精査を行い、胃体下部前壁に0-IIc早期癌を認めた。2014年11月にESDを行い一括切除した。トリミング時に筋層損傷を起こしたため、病変切除後にクリッピング縫縮を試みたが、筋層損傷部位を同定できず、PGAシートとフィブリン糊で被覆した。術後CTでfree airを認めたが、保存的加療にて順調に経過した。【症例2】71歳男性。喘息と虫垂炎術後の既往併存症あり。検診UGI異常で施行したEGDで胃前庭部前壁に0-IIa早期癌を認め当科紹介受診となった。2014年12月にESDを行い一括切除した。潰瘍底の凝固処置時に、露出血管を誤って切開処置してしまい大量出血を来した。凝固処置にて止血を得たが、同部において遅発性穿孔の危険性が高いと考え、PGAシートとフィブリン糊で被覆した。翌朝吐血したため緊急EGD施行。PGAシート被覆部の露出血管からの出血を認めクリッピングで止血を得た。被覆部からの出血は認めなかった。その後は問題なく経過した。【考察】ESD関連偶発症は一定の頻度で発生する。その治療・予防において、PGAシート・フィブリン糊併用被覆法は、自験例でも有用であった。

若手研究者優秀演題奨励賞選定セッション 十二指腸

Y-13 出血をきたす胆嚢十二指腸瘻閉鎖にポリグリコール酸シートとフィブリン糊充填が有効であった一例

豊橋市民病院 消化器内科

○山本和弘、山田雅弘、浦野文博、藤田基和、内藤岳人、山本英子、松原 浩、山本健太、片岡邦夫、木下雄貴、飛田恵美子、松田宣賢、南 喜之、山本崇文、岡村正道

【症例】86歳男性【既往歴】狭心症、前立腺癌、気管支喘息、甲状腺機能低下症【病歴】数日続く心窩部痛にて当院受診。肝胆道系酵素上昇と炎症反応上昇を認め、腹部CTにて胆嚢内に最大32×26mm大の結石と胆嚢壁肥厚・周囲の脂肪織濃度上昇と総胆管内に結石、総胆管拡張を認め、総胆管結石性胆嚢炎と診断。絶食、補液、抗生剤での入院治療を開始。【入院後経過】入院第4病日抗血小板剤2剤内服中であったためERBD施行。第6病日より食事開始となるが嘔気や胸やけ症状のため食事摂取が進まずPPI投与にて経過フォローしていたが、第12病日吐血のため緊急EGD施行すると十二指腸球部に巨大黒色結石停滞を認め同部に多発潰瘍・びらんを認め、結石を破碎。出血源はびらんからのものと思われた。翌日のX-Pでは入院時に認めた胆石も消失。その後出血再燃なく自覚症状も改善。第16病日にEST載石術を行い第23病日退院となった。第28病日である退院5日後吐血のため当院救急外来搬送。EGD施行すると胆嚢十二指腸瘻からのoozingであったが自然止血された。第30病日にポリグリコール酸シートとフィブリン糊充填による瘻孔閉鎖術施行。施行後は再出血なく、瘻孔閉鎖も確認され良好な経過をたどっている。【結語】今回我々は出血をきたす瘻孔に対してポリグリコール酸シートとフィブリン糊を使用することで良好な経過をとった症例を経験したので報告する。

Y-15 消化管出血を伴い粘膜下腫瘍様の形態を呈した十二指腸ブルネル腺過形成の一例

済生会松阪総合病院 内科¹⁾、外科²⁾、滋賀医科大学医学部 臨床検査医学講座³⁾

○瀬木祐樹¹⁾、河俣浩之¹⁾、池之山洋平¹⁾、齋木良介¹⁾、田原雄一¹⁾、磯部亮太¹⁾、青木雅俊¹⁾、福家洋之¹⁾、橋本 章¹⁾、脇田喜弘¹⁾、清水敦哉¹⁾、田中 稔²⁾、長沼達史²⁾、九嶋亮治³⁾、中島啓吾¹⁾

【緒言】十二指腸の隆起性病変は、上皮性腫瘍以外に粘膜下腫瘍(SMT)様の形態を呈するものもあり、生検による病理診断が困難で鑑別に苦慮することも多い。今回消化管出血を伴い診断に苦しめた十二指腸SMT様隆起の一例を経験したので報告する。

【症例】62歳女性、十二指腸潰瘍の既往あり。黒色便で受診、血液検査でHb9.0g/dlと軽度貧血を認めた。上部消化管内視鏡検査(EGD)では十二指腸球部前壁に約30mm大の緊満感のあるSMT様隆起を認め、一部に凝血塊の付着を伴うびらんがあり同部位からの出血と考えた。びらん部より生検を施行したが、慢性炎症性細胞浸潤のみであった。EUSでは第3層と連続した比較的homogenousな低エコー腫瘍として描出され、粘膜下層を中心に発育した腫瘍と考えた。EUS-FNAでは悪性を示唆する所見は認められなかった。造影CTでは中等度造影効果を認め、PET-CTでは異常集積は認められなかった。出血を伴った粘膜下層を主座とした十二指腸SMTと考えられ、カルチノイドなどを疑い、幽門胃切除術を施行した。最終病理診断はブルネル腺過形成であった。【考察】消化管出血を伴い緊満感のある十二指腸粘膜下腫瘍様隆起を認め腫瘍性病変を疑ったが、ブルネル腺過形成であった。ブルネル腺過形成は、比較的大きく発育し出血を伴うものも報告されており、十二指腸腫瘍性病変との鑑別疾患として頭頭に置く必要がある。

Y-14 有症状であり手術にて治療したBrunner腺過形成の1例

藤枝市立総合病院 消化器内科

○山本見大、金子雅直、志村輝幸、寺井智宏、大畠昭彦、景岡正信、丸山保彦

症例37歳、男性。6年前人間ドックの上部消化管内視鏡にて十二指腸隆起性病変を指摘されたが未精査であった。以降は内視鏡施行しないが毎年の職場健診で異常はなかった。2015年3月に嘔吐と黒色便を主訴に近医を受診し、血液検査にて鉄欠乏性貧血、上部消化管内視鏡で十二指腸球部に3cm超のSMTを認め当科紹介となった。上部消化管内視鏡で幽門輪から2cm肛門側の球部前面に30×50mmの雪だるま状のSMT様隆起性病変を認め、生検では軽度の炎症細胞浸潤のみみられるのみだった。超音波内視鏡では病変首座は粘膜下層にあり、内部は軽度の高エコーを呈し充実性だが多数の囊胞様の低エコー域を有していた。造影MRIでは造影早期に病変辺縁のみ造影効果みられ、内部はT2WI高信号が多発する囊胞様構造を呈していた。以上よりBrunner腺過形成を疑い、巨大かつ有症状であることから十二指腸部分切除術の方針となった。摘出標本では粘膜下層に正常Brunner腺と同様形態を示す腺が密に増生しMUC6陽性で、Ki-67陽性細胞は有意な増加なくBrunner腺過形成で矛盾しない所見であった。Brunner腺過形成は21mm以上だと出血リスクが高いとされ、その治療方針は症状の有無とサイズによって決定される。今回巨大かつ有症状のBrunner腺過形成を経験したため文献的考察を加え報告する。

Y-16 当院における十二指腸非乳頭部腫瘍に対する内視鏡的治療の成績と検討

小牧市民病院

○永井真太郎、宮田章弘、小原 圭

【背景と目的】十二指腸腫瘍は比較稀な疾患である。十二指腸での内視鏡操作は解剖学的に操作性が難しく、手技の難易度が高いうえに偶発症の頻度が高く、重篤になりうる事が問題である。今回当院における十二指腸非乳頭部腫瘍に対する内視鏡的治療例をもとに、治療成績・処置時間・偶発症を検討した。【対象と方法】対象は2006年8月から2015年7月の間に当院にて内視鏡的治療を行った十二指腸腫瘍26例に対して、治療法(ポリペクトミー・EMR・hybrid ESD・ESD)・治療成績・処置時間・偶発症に関して検討を行った。【結果】病理結果は腺腫17例、腺癌6例、カルチノイド3例であった。ポリペクトミーは2例、EMRは17例、hybrid ESDは1例、ESDは6例。平均切除径はポリペクトミー18.5mm、EMR12.4mm、hybrid ESD16.0mm、ESD15.2mm。一括切除率はポリペクトミー100%(2/2)、EMR64.7%(11/17)、hybrid ESD100%(1/1)、ESD100%(6/6)。全症例切除後クリッピングによる縫縮を施行としている。平均処置時間はポリペクトミー9分、EMR30分、hybrid ESD76分、ESD88分。偶発症はEMR症例で術中穿孔1例(5.9%)、ESD症例で術中穿孔1例(16.7%)認めたが、いずれも保存的に軽快。遅発性穿孔は認めなかった。また後出血にて緊急処置を要する症例も認めなかった。EMR症例1例(5.9%)において再発認めESD試みるも繊維化強くEMRとしている。【結論】当院では比較的処置が容易と考える腫瘍に対して治療としており、偶発症の発生率は低かった。今後十二指腸腫瘍に対して安全に治療をおこなうため治療法の使い分けを検討する必要があると思われる。

若手研究者優秀演題奨励賞選定セッション 胆道・その他

Y-17 悪性腫瘍に起因する難治性胆嚢炎に対してEUS-GBDを施行した2例

岐阜県総合医療センター 消化器内科

○三田直樹、岩田圭介、岩佐悠平、大西雅也、中西孝之、佐藤寛之、安藤暢洋、山崎健路、芋瀬基明、清水省吾、杉原潤一

【背景】従来胆嚢炎に対する標準的ドレナージ法として経皮経肝胆嚢ドレナージ（以下PTGBD）が推奨されてきたが2007年にBaronらが超音波内視鏡下胆嚢ドレナージ術（以下EUS-GBD）を報告して以来、少数ではあるがその有用性が報告されている。今回我々は悪性腫瘍に起因する難治性胆嚢炎に対してEUS-GBDを施行した2例を経験したので文献的考察を加えて報告する【症例1(胆嚢癌)】発達遅滞のため化学療法は行わず初診時は減黄処置のみ施行した。しかし胆嚢管浸潤による胆嚢炎を繰り返し、外瘻の管理もできない為EUS-GBDを施行。処置後胆汁漏出による一過性腹膜炎を認めたが保存的加療で改善し退院された。5か月後に腹水貯留に伴いtubeが自然脱落すると共に胆管炎/胆嚢炎を発症し再度EUS-GBDを施行。1か月後に原疾患で死亡するまで胆嚢炎の再燃は認めなかった【症例2(胆嚢癌)】化学療法中に胆嚢炎を繰り返しその都度PTGBAが施行されたが、頻回に繰り返す為EUS-GBDを施行。腫瘍により胆嚢が二分されており頸部/底部それぞれにEUS-GBDを行った。処置後は合併症なく1週間退院したが、20日後に胆嚢炎再燃を認めPTGBDの追加を要した。【結語】これまでの報告ではEUS-GBDは高い手技成功率と安全性が報告されており、本症例でもEUS-GBDの手技そのものは比較的安全に施行できた。しかし少数例の報告が多いためその適応や使用するdevice、長期成績等未だ議論の余地がある手技と思われる。

Y-18 当院での内視鏡的乳頭括約筋切開術に伴う後腹膜穿孔症例とその検討

岡崎市民病院 消化器内科

○加治源也、内田博起、後藤研人、平松美緒、梶川 豪、服部 峻、山田弘志、徳井未奈礼、飯塚昭男

【症例】84歳女性【経過】主訴は心窩部痛にて当院受診され、即日胆嚢炎にて入院。第2病日に総胆管結石性胆嚢炎を疑いEST、採石を実施。第3病日に腹痛増悪を認めた。造影CT、採血から第4病日に後腹膜穿孔と診断し、ENBDチューブを留置した。ドレナージは良好であったが炎症所見は改善せず、後腹膜に膿瘍貯留が疑われ第9病日に総胆管、膵管、膿瘍腔内にそれぞれFullycovered SEMS、ERPドレナージ、経皮的ドレナージチューブを留置した。感染炎症所見は遷延し、後腹膜膿瘍の改善が得られず骨盤内にまで膿瘍腔が波及した。排液のAMY値は血清値以上であり、穿孔部の閉鎖が得られていないと判断し、第77病日にENPDチューブを留置した。第89病日に発熱を認め、血液培養では酵母様真菌が陽性のため、F-FLCZを投与しENPDチューブを抜去した。第103病日までに後腹膜膿瘍は減少し炎症所見の改善を認め、経皮的ドレナージチューブを抜去したが、後腹膜、骨盤内膿瘍は消失せず、感染炎症増悪のため第126病日に再度経皮的ドレナージを留置し、現在も治療継続中である。【考察】EST後の消化管穿孔は、一般に発生率0.3~1.5%とされる。瘻炎1.6~5.4%、出血1.1~2.6%に次ぐ合併症とされ、過去3年間の当院ERCP施行例では0.14%、EST施行例では0.4%と同程度であった。上記症例のように重篤化かつ難治例となることがあり、ステント留置については十分な検討はないが正確な早期診断と対応が必要である。また、穿孔の成因分析は今後検討課題と考えられた。

Y-19 消化管出血を契機に発見された胃癌と後腹膜平滑筋肉腫重複癌の1例

愛知医科大学 肝胆脾内科¹⁾、消化器内科²⁾

○北野礼奈¹⁾、井上匡央¹⁾、井澤晋也²⁾、小林佑次¹⁾、石井紀光¹⁾、山本高也¹⁾、大橋知彦¹⁾、中出幸臣¹⁾、佐藤 顕¹⁾、伊藤清顕¹⁾、中尾春壽¹⁾、春日井邦夫²⁾、米田政志¹⁾

【症例】症例は70歳代、女性。心窩部痛と黒色便にて救急搬送された。血液検査ではヘモグロビン80g/dlと貧血に加え、BUN46.6mg/dl、Cre0.51mg/dlと乖離しており消化管出血を示唆する所見であった。腫瘍マーカーはCEA、CA19-9共に正常範囲内であった。緊急上部消化管内視鏡検査では胃角部小弯に潰瘍性病変を認め、出血源と考えられたため止血処置を行った。止血が得られた後に生検検査を施行し、病理組織診断は印環細胞癌であった。造影CT検査を施行すると、多発肺腫瘍、多発肝腫瘍に加えて左後腹膜に約56×39mmの腫瘍を認めた。以上より胃癌の多発性の肺および肝転移、後腹膜腫瘍はリンパ節への転移を第一に考えた。しかし後腹膜腫瘍は単発で粗大であり、胃周囲のリンパ節腫大も認めなかったことからリンパ節転移としては非典型的と考えられ、超音波内視鏡下穿刺吸引(EUS-FNA)を施行した。結果は紡錘形細胞の増生を認め、免疫組織化学染色ではc-kit(-)、CD34(+)、 α -SMA(+)、S-100(-)、desmin(+)、MIB-1 index 30%であり、平滑筋肉腫と診断した。以上より胃癌と後腹膜平滑筋肉腫の重複癌と考えられ、より予後に関与する平滑筋肉腫に対する化学療法を考慮したが、患者希望によりbest supportive careとなった。【考察】後腹膜平滑筋肉腫と胃癌の重複癌は極めてまれであり、調べ得た限りでは本邦報告は1例のみであった。重複癌においては病変の占拠部位が離れていれば鑑別にそれほど難渋はしないが、発生が近傍の場合には診断が困難となることがある。画像所見などから重複癌の可能性がある場合には組織診断が必要であるが、EUS-FNAは平滑筋肉腫などのまれな疾患でも、免疫組織化学染色を含めて十分に診断可能であり、自験例においても有用であった。

若手研究者優秀演題奨励賞選定セッション

膵臓 1

Y-20

膵管狭窄を伴い内視鏡治療に難渋した膵性胸水の1例

藤田保健衛生大学坂文種報徳會病院 消化器内科

○大屋貴裕、乾 和郎、片野義明、三好広尚、小林 隆、山本智支、松浦弘高、成田賢生、鳥井淑敬、森 智子、黒川雄太、安江祐二、細川千佳生

症例は67歳男性で、咳嗽、労作時呼吸苦を主訴に2015年4月中旬、近医を受診した。胸部レントゲンで右胸水を認めたため、4月下旬当院の呼吸器内科に入院したが、胸水中アミラーゼが高値のため当科に転科した。血液生化学検査でP-AMYのみ769U/Lと上昇していた。6年前に急性膵炎の既往がある。超音波検査で膵体部に境界不明瞭な無エコー領域を認め、同部は造影CTで濃染されなかった。第3病日ERCPで膵頭部に透亮像数個と膵管狭窄を認め、その尾側から膵液漏出を認めたため、内視鏡的経鼻胆管ドレナージ(ENPD)を行った。その後嚢胞は縮小したが、第18病日から右胸水が増加、さらに左胸水と骨盤内までの腹水を認めた。第19病日から発熱が出現したが、ENPDをいったん抜去した後、第23病日、右胸腔持続ドレナージを行ったところ解熱した。第37病日再度ENPDを行い、膵管破綻部から胸腔瘻孔の深部までカテーテル留置した。その後、CTで膵体部嚢胞の縮小、右胸水減少を認めたため第44病日に右胸部トロッカーを抜去した。第66病日の造影CTで膵体部嚢胞消失と腹水減少を認め、第67病日ERCPで膵液瘻の閉鎖を確認後、ENPDを抜去した。EUSで膵体部膵管狭窄部に明らかな腫瘍は認めなかった。第122病日に退院し、現在外来で経過観察中だが、症状再発を認めていない。急性膵炎後の膵仮性嚢胞や胸水に内視鏡治療が有用とされているが、膵管狭窄のため治療に難渋した症例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。

Y-22

IgG4時間連腎臓病を伴った自己免疫性膵炎の一例

名古屋セントラル病院 消化器内科

○濱崎元伸、石川 嶺、山内浩揮、山田弘武、黒部拓也、神谷友康、安藤伸浩、川島靖浩

患者は77歳男性。主訴は腹痛。高血圧、前立腺肥大で通院中であった。飲酒歴なし。入院2週間前より、腹痛、食欲低下を自覚していた。近医受診し、肝胆道系酵素上昇を認め、腹部超音波検査で膵頭部腫瘍と肝内胆管拡張を指摘され、当院紹介入院となった。採血検査では血中膵酵素、肝胆道系酵素、総ビリルビンの上昇を認めた。また、血清クレアチニン値の上昇、蛋白尿、血尿を認めIgG、IgG4、リウマトイド因子、抗核抗体の上昇を認めた。腹部超音波では膵頭部に輪郭不明瞭な低エコー腫瘍と上流の主膵管の軽度拡張を認めた。ダイナミックCTでは脾はびまん性に腫大し、遷延性増強パターンを示し、被膜様構造も認めた。下部胆管の狭窄と上流胆管の拡張を認めた。また、両腎に多発性造影不良域を認めた。PETでは膵頭部、体尾部、肺門リンパ節、両腎の一部に集積を認めた。胆管狭窄による閉塞性黄疸に対して、内視鏡的経鼻胆管ドレナージ術を施行し、その後、胆道チューブシステムに交換した。22G針で経十二指腸的に膵頭部腫瘍よりEUS-FNA組織診を行い、異型を見ない膵管上皮を認め、腫瘍は否定的であった。自己免疫性膵炎を疑い、経口プレドニゾン0.6mg/kg/日からステロイド投与を開始し、以後漸減した。投与開始後、IgG、IgG4は正常化し、クレアチニン値も正常化した。脾の腫大は改善し、両腎の造影不良域も縮小した。IgG4関連腎臓病を伴った自己免疫性膵炎の一例を経験したため若干の文献的考察を加えて報告する。

Y-21

Hemosuccus Pancreaticusの1例

小牧市民病院 消化器科

○成田正雄、宮田章弘、平井孝典、館 佳彦、小原 圭、灰本耕基、佐藤重矢子、石田哲也、永井真太郎、古川陽子

【症例】52歳女性【主訴】吐血【既往歴】急性虫垂炎【生活社会歴】飲酒(5年前まで大酒家)、喫煙(-)、アレルギー(-)【内服歴】抗凝固薬なし、他多数【身体所見】心窩部違和感あり、腹部：平坦、軟、圧痛なし【現病歴】慢性膵炎(アルコール性)、膵仮性嚢胞で通院中。2011年6月に膵仮性嚢胞内出血を認め、脾動脈仮性動脈瘤からの出血と診断しcoilingを施行。その後出血は認めなかった。2014年6月に腹痛と共に大量の吐血があり、CFにてS状結腸癌と指摘され、同年8月に手術となった。その後も、1ヶ月に数回程度の吐血や黒色便を繰り返しており、EUS、GIF、CF、小腸カプセルをしたが明らかな出血源は確認できなかった。2015年7月に、大量の吐血にて当院救急外来受診となり、同月に仮性動脈瘤からの出血を疑いでangio目的で入院となった。【経過】腹部angioでは、仮性動脈瘤からの出血が疑われ、下血時と同じ痛みが出現した為、Hemosuccus Pancreaticusの診断に至りcoil塞栓を施行した。その後、再発無く経過し、同年8月に退院となった。【考察】約1年間繰り返す腹痛と吐血の原因が、左胃動脈仮性動脈瘤の破裂が原因であった症例である。左胃動脈仮性動脈瘤の破裂による出血が、膵仮性嚢胞内に穿破し、膵管経由で、十二指腸乳頭に流出することによって、吐血の症状が出現したと考えられる。

Y-23

総胆管結石を疑い施行したEUSにて偶然発見した非機能性膵内分泌腫瘍(PNET)の一例

社会医療法人宏調会 大同病院

○大北宗由、野々垣浩二、印牧直人、柳瀬成希、南 正史、倉下貴光、宜保憲明、西川貴広、榊原聡介、下郷友弥

【はじめに】PNETは膵腫瘍全体の2-3%と比較的稀な腫瘍であるが、近年画像診断の進歩、特にEUSの普及により報告例が増加している。今回我々は総胆管結石を疑いで施行したEUSにより、偶然発見したPNETの一例を経験したので報告する。

【症例】症例は81歳男性。心窩部痛、発熱にて当院外来に受診。再発する総胆管結石にて入院歴があったが、腹部単純CT検査では胆管拡張や総胆管結石を指摘できなかった。第2病日に施行したEUSでは総胆管結石を認めたが、それとは別に、膵体部に大きさ7mm、輪郭明瞭、内部均一、lateral shadowを伴う低エコー腫瘍を認めた。腹部造影CT検査においては、膵体部腫瘍は動脈相から腫瘍濃染を認め、平衡相まで造影効果が持続した。ERCPでは主膵管に異常所見を認めなかった。以上の画像所見よりPNETと診断し、膵体部腫瘍に対して膵体尾部切除術を施行した。Synaptophysin(+)、chromograninA(+)、Ki-67 index<1%でG1相当のNeuroendocrine tumorの病理診断であった。

【結語】総胆管結石を疑い、施行したEUSにより診断した10mm以下のPNETを経験した。本邦のガイドラインでは、10mm以下であってもPNETと診断すれば手術が推奨されている。EUS-FNAにより、詳細な悪性度評価が確立できれば、本症例のような10mm以下のNET G1に対しては経過観察を含め治療方針の決定に寄与する可能性がある。

静岡県立総合病院 消化器内科¹⁾、病理診断科²⁾

○佐々木和馬¹⁾、菊山正隆¹⁾、黒上貴史¹⁾、白根尚史¹⁾、大野和也¹⁾、
増井雄一¹⁾、川合麻美¹⁾、青山春奈¹⁾、榎田浩平¹⁾、青山弘幸¹⁾、
佐藤辰宣¹⁾、鈴木 誠²⁾

【症例】63歳男性。当科紹介される1年前、背部痛を主訴に近医受診しB型大動脈解離と診断された。診断時のCTで偶発的に睪頭体移行部に嚢胞成分を含む19mmの低濃度腫瘍を認めた。造影早期相で腫瘍周囲が濃染する、内部低濃度の多血性脾腫瘍で睪内分泌腫瘍が疑われた。EUSで睪頭体移行部に境界やや不明瞭な充実性低エコー腫瘍を認め、ハローや側方音響陰影を伴わず門脈を圧排していた。MRI-DWIでは高信号を呈し、その他シークエンスでは腫瘍中心部の嚢胞成分が描出されるのみで被膜形成はなし。肝S6,S4/8,S8に結節状早期濃染像を認め、肝転移を疑った。PET-CTでは病的集積はなかった。ERCPで主膵管狭窄拡張なく、交通する分枝はなかった。連続膵液細胞診で悪性細胞の検出はなく、EUS-FNAではClass III b、核配列不整の小型細胞集塊、索状配列を散見し内分泌腫瘍として否定し得ない所見であった。腫瘍マーカーは正常であった。睪内分泌腫瘍、多発肝転移疑いとして、外科的切除の方針とし、診断から2か月後に睪体部切除、肝S6部分切除を施行した。病理組織学的に、腫瘍径1.8×1.5×1.4cm,ly0,v0,ne0,小型で揃った円形核を有する立方状細胞が索状～管状に増殖した腫瘍で核分裂像はなく、免疫染色では、Synaptophysin, chromograninAにびまん性強陽性を示し、CD56は陰性で、MIB-1陽性率は約1%のG1-睪神経内分泌腫瘍であった。切除した肝組織に腫瘍性病変はなくpeliosisの所見を認めた。【結語】大動脈解離を契機に発見されたcystic NETの一例を経験した。

若手研究者優秀演題奨励賞選定セッション 膵臓2

Y-25 健診腹部エコーを契機に見えられた膵神経内分泌腫瘍の一例

一宮市立市民病院 消化器内科¹⁾、
名古屋大学大学院医学系研究科 消化器内科学²⁾、
名古屋大学医学部附属病院 光学医療診療部³⁾
○岩田悠嗣¹⁾、間下恵里奈¹⁾、谷口誠治¹⁾、坪内達郎¹⁾、森瀬和宏¹⁾、
平松 武¹⁾、金森信一¹⁾、水谷恵至¹⁾、山中敏広¹⁾、大野栄三郎²⁾、
廣岡芳樹³⁾、後藤秀実²⁾

【症例】40歳代、男性。【現病歴】2015年6月に健診腹部エコーで膵尾部腫瘍を指摘され、精査目的に当科受診となる。【経過】dynamic CTでは、膵尾部に15mm～50mm大の腫瘍を多数認めた。病変は動脈相で強い造影効果を認め、門脈相で脾実質より強い造影効果を認め、遅延相でも同様の造影効果は持続していた。MRIでは、その病変はT1強調画像で脾臓と等信号を呈し、T2強調画像で内部やや不均一で脾臓と比べて一部高信号を呈した。EUSでは、膵尾部にlateral shadowを伴う表面平滑な低エコー腫瘍を多数認めた。病変は一部高エコー領域を認め、モザイク状に描出された。造影EUSでは、病変は早期から均一に強い造影効果を認め、その後減弱はするものの、5分後まで均一に造影効果は持続していた。また、脾臓と比して明らかにhypervascularに描出された。以上より膵神経内分泌腫瘍を第一に疑い、2015年8月に脾合併、膵体尾部切除術を施行した。切除された膵組織は、好酸性の細胞質を有するN/C比の高い異型細胞が、毛細血管に接して管状、索状、敷石状に膨張性に増殖する像を認めた。核分裂像はほとんど認めず、高分化の神経内分泌腫瘍 (G1) であった。【結語】健診腹部エコーを契機に見えられた膵神経内分泌腫瘍の一例を経験した。

Y-27 PET-CTを契機に診断されたIPMCの一例

刈谷豊田総合病院 消化器内科¹⁾、病理診断科²⁾
○溝上雅也¹⁾、中江康之¹⁾、浜島英司¹⁾、仲島さより¹⁾、坂巻慶一¹⁾、
内田元太¹⁾、久野剛史¹⁾、大橋彩子¹⁾、鈴木孝弘¹⁾、池上脩二¹⁾、
大脇政史¹⁾、井本正巳¹⁾、伊藤 誠²⁾、佐藤俊之²⁾

症例は75歳、女性。2013年5月右上葉肺腺癌手術。2015年6月PET-CTで術前に認めなかった膵頭部への異常集積を認めたため、当科紹介となった。自覚症状はなく、CA19-9やCEAの上昇は認めなかった。腹部超音波では膵頭部に多房性嚢胞を認めた。ダイナミックCTでは膵頭部に径22mmの多房性嚢胞性病変を認め、内部に造影される5mm大の結節を認めた。主膵管は6mmと拡張していた。MRCPでは膵頭部に径30mmの多房性嚢胞性病変を認め、一部に充実成分を認めた。EUSでは膵頭部に径25mmの多房性嚢胞を認め、隔壁は肥厚し、径5mm大の結節を認めた。ERCPでは乳頭開口部は開大し、粘液排出を認めた。主膵管はびまん性に拡張蛇行し内部に透亮像を認めたが、嚢胞は造影されなかった。膵液細胞診は陰性であった。以上の所見より混合型IPMNと診断し、high-risk stigmaとして嚢胞内濃染される結節、worrisome featureとして嚢胞壁肥厚と6mmの主膵管拡張、またPET-CTでの集積も悪性病変の存在を疑わせるため、当院外科で2015年8月亜全胃温存膵頭十二指腸切除を行った。切除標本の病理所見は膵頭部に主膵管と交通のある多房性嚢胞性病変を認め、組織学的には異型膵管上皮の乳頭状増殖を示していた。特に結節部で異型が強く、微少浸潤を伴うIPMCの診断であった。【考察】IPMNは手術適応についてはIPMN/MCN国際診療ガイドライン2012年度版に準じ判断されるがPET-CTは含まれていない。本例のようにPET-CTが良悪性診断に有用性との報告もあり、PET-CT陽性所見はIPMN手術適応の一つの指標になると考えられる。

Y-26 検診を契機に偶発的に指摘された神経内分泌腫瘍と考えられた膵体尾部腫瘍の1例

静岡県立総合病院 消化器内科
○大川高生、菊山正隆、黒上貴史、白根高史、大野和也、川合麻美、
榎田浩平、青山春奈、増井雄一、青山弘幸、佐藤長典

【症例】45歳女性。検診で右肺異常陰影指摘され、精査目的のCTで偶発的に左副腎に接した腫瘍を認め精査目的に当院受診された。腫瘍マーカー (CA19-9 7U/ml, CEA 0.7ng/ml, AFP2ng/ml) と各種内分泌検査はともに正常であった。造影CTで膵体尾部に47mm大の早期相で脾実質より弱く、後期相でやや強く造影される分葉状腫瘍あり、左副腎と広く接しており、一部は脾実質に陥入し主膵管は途絶し上流で拡張していた。EUSで脾実質と等エコー輝度のhaloを伴わない境界明瞭な充実性腫瘍で主膵管は嚢状に途絶し上流側で拡張していた。FNAでは外分泌腺のみで悪性像がなく、膵穿刺液も軽度核腫大を伴う上皮細胞塊のみであったが、PET-CTで強いFDGの集積があり、膵腺房細胞癌が疑われ膵体尾部左副腎膵臓合併切除された。術中所見では硬い腫瘍として触知されたが漿膜浸潤や腹膜播種はなく腹水細胞診陰性であった。病理学的検討では薄い毛細管性間質を有し索状～胞巣状に増殖し、免疫染色でAE1/3,CAM5.2,vimentin, β cateninに陽性、EMA,CEAに陰性、Chromogranin A,synaptophysinは弱陽性、 α 1-antitrypsinはpatchyに陽性で多くは陰性でありNET (Ki67 10%でG2) と診断されたが、mixed tumor (NET+ACC) が除外できない結果であった。【考察】画像上で膵外増殖性の分葉構造を有し、膵腺房細胞癌との鑑別を要した神経内分泌腫瘍の1例を経験したので文献的考察を加えて報告する。

Y-28 肺癌膵転移の一例

社会医療法人宏潤会大同病院 消化器内科¹⁾、呼吸器内科²⁾
○南 正史¹⁾、野々垣浩二¹⁾、印牧直人¹⁾、柳瀬成希¹⁾、大北宗由¹⁾、
倉下貴光¹⁾、宜保憲明¹⁾、西川貴広¹⁾、梶原聡介¹⁾、下郷友弥¹⁾、
西尾昌之²⁾、吉川章²⁾

【はじめに】転移性膵腫瘍は比較稀な疾患であるが、原発性膵腫瘍と鑑別することは、その後の治療方針に大きく寄与する。今回、肺癌転移の一例を経験したので報告する。【症例】73歳男性、主訴は黄疸。6年前、近医での胸部レントゲン検査にて左肺に異常陰影を指摘され、喀痰細胞診にてadenocarcinoma(cT1N0M0)と診断された。12年以上前からCOPDでHOT導入されており、手術はリスクが高いため適応とならず放射線単独治療を施行した。その後、3年前に施行した胸部腹部CT検査及びPET-CTにて肺、骨、右副腎、脾への集積像を認め、化学療法を施行した。今回、黄疸を主訴に当科受診し、腹部造影CT検査にて膵頭部に3cm大の腫瘍性病変を認めた。腫瘍は動脈相にて造影効果が乏しく、遅延性濃染を認めた。減黄目的に施行したERCPでは、下部胆管に締め付け様の狭窄像みられ、胆管生検およびメタリックステントを留置した。病理組織学的には、免疫染色TTF-1(+))にてadenocarcinomaと診断し、肺癌膵転移と診断した。【結語】転移性膵腫瘍は一般的に予後不良だが、本症例は3年以上にわたるslow growingな経過であり、転移性膵腫瘍としては比較稀な症例と思われ、文献的考察を加えて報告する。

若手研究者優秀演題奨励賞選定セッション

小腸

Y-29 多発するびらんを有する原因不明の小腸出血の一例

名古屋第二赤十字病院 消化器内科

○豊原祥資、蟹江 浩、内田絵里香、鈴木孝典、荒木博通、鈴木祐香、長尾一寛、齋藤彰敏、小島一星、野尻 優、水野裕介、藤田恭明、日下部篤宣、清水周哉、山田智則、林 克己、中沢貴宏

【はじめに】小腸カプセル内視鏡検査が開発され、様々な小腸病変の研究が進んでいる。小腸出血の原因としてもっとも多いとされる小腸潰瘍/びらん組織学的検査によっても非特異的で病態が明らかではない症例も多い。今回、開腹手術により小腸切除を行ったものの、組織学的に確定診断に至らなかった多発びらんを有する原因不明の小腸出血の一例を経験したので報告する。

【症例】70歳の男性、尿路結石に対して経尿道的尿管結石破砕術を施行し翌日に発熱、術後16日目に下血を来した消化器内科へ紹介となった。下血同日に施行した造影CTにて上部小腸より造影剤の血管外漏出を認め、その翌日に施行した小腸カプセル内視鏡検査にて上部小腸に多発する発赤を伴った斑状のびらんと活動性の出血を認めた。後日、小腸バルーン内視鏡検査を行う直前に、検査室にて大量出血にて心肺停止となり、蘇生後に緊急手術となった。術中内視鏡併用下で出血源を同定し前後あわせて50cmの小腸切除を行った。病理学的所見として微小なびらん・潰瘍が多発し明らかな血管炎は認めなかった。粘膜固有層内には小型のlymphoid cell及び形質細胞の浸潤が多く、intraepithelial lymphocytesが目立った。リンパ腫も疑われたが、免疫染色の結果はそれを積極的に支持するものではなかった。

術後9日目よりステロイドパルスおよび療法を行い、治療開始43日目に施行した小腸カプセル内視鏡検査では所見の改善傾向が認められた。

Y-30 下血で発症し、大腸内視鏡で回腸憩室出血と診断し止血しえた1例

刈谷豊田総合病院内科 内科

○大脇政志、浜島英司、中江康之、仲島さより、坂巻慶一、内田元太、久野剛史、大橋彩子、鈴木孝弘、池上脩二、溝上雅也、恒川卓也、竹内一訓、井本正巳

【症例】78歳、男性。主訴は新鮮下血。既往歴は痔核・大腸ポリペクトミー。2013年2月に新鮮下血で当科を受診。緊急大腸内視鏡（CS）で、Tに暗赤色の便を認めた。Sに憩室を多数認め、同部位が最も赤色で、S状結腸憩室出血と診断し保存的治療で軽快した。その後、2013年6月のCSでは、回腸末端まで観察し、C・A・Sの多発憩室の他は特に異常を認めなかった。2013年10月に再度下血し、CSでSの憩室から出血を認め、クリッピングで止血した。その後、下血（暗赤色）で6回当科に入院し、Sまでの観察のCSで、大腸憩室出血と診断し、保存的治療で軽快した。2015年7月より下血で当科受診。入院時Hb13.1g/dlと貧血の進行は認めず、腹部単純CTではAの憩室と腸管内にやや高吸収を認め、大腸憩室出血を疑い、絶食・点滴とした。下血が続き、第2病日のHbは10.6g/dlに低下し、造影CTでBauhin弁より約5cm口側の回腸の腸間膜側に約13mmの憩室からの造影剤の腸管内漏出を認め、回腸憩室出血と診断。同日緊急CSを行い、回腸末端の小憩室よりozingを認め、クリッピングで憩室を縫縮し止血した。第7病日より再度下血を認め、緊急CSを施行。回腸憩室のクリップは残存し、ozingを認め、クリッピング2個で止血した。以後、経過は良好で、第18病日に退院となった。【結語】造影CTで回腸憩室出血を疑い、CSで回腸憩室出血と診断し止血しえた比較的特な1例を経験した。自験例は、頻回の下血を繰り返しており、total colonoscopyの重要性が再認識された。

Y-31 心窩部痛を契機に小腸内視鏡にて診断し得たメッケル憩室内翻の一例

浜松医科大学 第一内科¹⁾、光学医療診療部²⁾、臨床研究管理センター³⁾、臨床腫瘍学講座⁴⁾、外科学第一講座⁵⁾
○伊藤達弘¹⁾、高垣航輔¹⁾、和田英俊⁵⁾、山田洋介¹⁾、山田景子¹⁾、田村 智¹⁾、杉山智洋¹⁾、森 泰希¹⁾、高野亮佑¹⁾、鏡 卓馬¹⁾、鈴木 聡¹⁾、市川仁美¹⁾、谷 伸也¹⁾、佐原 秀¹⁾、大石慎司¹⁾、濱屋 寧⁴⁾、岩泉守哉¹⁾、高垣航輔¹⁾、大澤 恵²⁾、古田隆久³⁾、杉本 健¹⁾

症例は57歳、男性。201X年4月中旬より心窩部痛が出現し、近医にて制酸剤を処方されたが改善せず、腹部超音波にて腸管の壁肥厚を指摘され、A総合病院を紹介受診。腹部造影CTにて骨盤内小腸に著明な壁肥厚が指摘され、下部消化管内視鏡では大腸および回腸末端には異常所見を認めなかった。小腸精査目的に当院紹介となった、経肛門的にダブルバルーン内視鏡を施行したところ、回盲弁より約80cmの骨盤内回腸に、発赤調の巨大なソーセージ様腫瘤を認めた。腫瘤は頂部から基部まで15cm程度の全長を有し、頂部には地図状の陥凹面を伴い粘膜下腫瘍様で、表面の絨毛構造は頂部に近づくほど粗大化し、発赤調を呈していた。腫瘤頂部の陥凹面より生検したところ胃幽門腺様の腺管構造を認め、部位と画像所見を併せてメッケル憩室内翻と診断した。成人におけるメッケル憩室内翻症は稀な疾患と考えられ、本邦での報告によると、メッケル憩室内翻の自覚症状は腹痛が最多で、それに次いで出血に起因する貧血症が多いとされる。無症状のまま気付かれずに経過する例もある一方で、腸重積にまで進展する例も報告されている。本症例では軽度の心窩部痛を契機に精査され、ダブルバルーン小腸内視鏡とその時の生検にて術前診断が可能であり、治療は腹腔鏡下切除術が選択された。文献報告を加えて考察を行ったので報告する。

Y-32 特徴的な画像所見を呈したエルシニア腸炎の1小児例

高山赤十字病院 内科

○鷲見聡子、白子順子、中村みき、今井 奨

症例は9歳男性。平成26年12月、39度の発熱、右上腹部痛と肝機能異常を認め当院小児科紹介入院となった。身体所見では右上腹部に圧痛を認め、両側上下肢に小紅斑が散在していた。採血では炎症反応上昇および肝機能異常を認めた。便培養検査は陰性であった。腹部造影CT検査では回腸終末部中心に2cm大の多発するリンパ節腫大と右水腎症をみとめた。下部消化管内視鏡検査では上行結腸から盲腸にかけてびらんが散在し、回盲弁は腫大していた。回腸終末部では粘膜の浮腫発赤と、パイエル板に一致した扁平状隆起およびその中に潰瘍、びらんなを呈していた。生検組織では間質にリンパ球、形質細胞、好中球からなる著しい炎症細胞浸潤を認める非特異的な炎症所見であった。以上の所見からエルシニアを疑い、内視鏡検査時に腸液を採取し培養提出したところ、Yersinia pseudotuberculosisが検出された。各種抗生剤の投与により発疹および腹痛は徐々に、発熱も第9病日には改善した。なお右水腎症は退院時にも残存し先天性の可能性も示唆された。エルシニア菌は小腸内で増殖、腸管リンパ組織に侵入後リンパ節炎を起こし、血流を介して全身に散布する。本症例では原因不明の発熱、腹痛を認めたが、腹部CTや内視鏡検査ではエルシニア腸炎に特徴的な所見であった。エルシニア腸炎を疑う場合、内視鏡検査時の生検培養、低温での便培養も考慮する必要がある。

Y-33

輸入脚症候群に対して内視鏡的ダブル消化管ステント留置術を行った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⁾

○藤田 曜¹⁾、脇岡 範¹⁾、水野伸匡¹⁾、原 和生¹⁾、今岡 大¹⁾、田近正洋²⁾、田中 努²⁾、石原 誠²⁾、吉田 司¹⁾、奥野のぞみ¹⁾、稗田信弘¹⁾、平山貴視¹⁾、渋谷 仁¹⁾、近藤 尚¹⁾、鈴木博貴¹⁾、鳥山和浩¹⁾、徳久順也¹⁾、丹羽康正²⁾、山雄健次¹⁾

【症例】40歳代男性【現病歴】上行結腸癌十二指腸、肝浸潤(T4bN1M0)に対して、右半結腸、脾臓十二指腸切除child再建および肝部分切除施行の既往がある。その後、腹膜播種による横行結腸回腸吻合部の狭窄を認め、術後23か月後に大腸ステントを留置している。術後30か月に消化管狭窄症状、肝胆道系酵素の上昇を認めた。造影CTにて胃空腸吻合部、横行結腸回腸吻合の播種浸潤による輸入脚症候群と診断し、PTBDおよび胃管留置を行った。症状改善後に透視下内視鏡検査を施行した。胃空腸吻合部は腫瘍浸潤による閉塞を認め、輸入脚、輸出脚ともに狭窄を呈していた。このため、両脚へのステント留置が必要と判断し、輸入脚に22mm/12cm、輸出脚に22mm/9cmのuncovered metallic stent (COOK Evolution)をside by sideの形で留置した。輸入脚にはkinking防止に22mm/9cmを追加留置した。処置後の経過は良好であり、PTBDは抜き、食事摂取も可能となった。【考察】悪性腫瘍の再発により生じた術後再建腸管の輸入脚狭窄は、閉塞性黄疸および胆管炎を来すため、確実なドレナージが必要であるが、再発のため全身状態不良例が多く、より低侵襲な治療が求められる。今回、我々は輸入脚症候群を来した本症例に対し、低侵襲な内視鏡的ダブル消化管ステント留置術を行い、有効であったため若干の文献的考察を加え報告する。

Y-34

カプセル内視鏡が診断に有用であった無鉤条虫症の1例

静岡市立静岡病院 消化器内科

○奥村大志、河合 歩、白鳥安利、堀谷俊介、鈴木博貴、諏訪兼彦、近藤貴浩、黒石健吾、吉川恵史、濱村啓介、高橋好朗、田中俊夫、小柳津竜樹

【症例】30歳代男性。【主訴】便中虫体排出。【現病歴】患者は約2年間のアフリカ勤務後に帰国した。その2か月後に便中に虫体が混入することに気付いたため当科外来を受診した。患者は体格中等度で、腹痛、下痢などの訴えはなし。持参した虫体は長さ約2cm、幅5mmで水分に浸すと運動を始めた。診断のため大腸内視鏡検査を行ったが異常なし。そこでカプセル内視鏡検査を行ったところ小腸内にかなり長い条虫を認めた。その後の虫卵検査も含め、無鉤条虫症と診断し、治療としてpraziquantelを投与した。【考察】無鉤条虫症は不完全な加熱の牛肉により感染する疾患でアフリカに多いが本邦での発症例は稀である。今回便中に確認できた虫体は片節で他の条虫症と違い、無鉤条虫症ではひも状の虫体ではなく、片節ごとに排出されるのが特徴である。しかしカプセル内視鏡を行うことで条虫症の全体像を観察することができ、診断に有用であった。

若手研究者優秀演題奨励賞選定セッション 大腸 1

Y-35 当院における大腸憩室出血に対するEBL (Endoscopic band ligation) の有用性

豊橋市民病院 消化器内科

○飛田恵美子、山田雅弘、浦野文博、藤田基和、内藤岳人、山本英子、松原 浩、山本健太、片岡邦夫、木下雄貴、山本和弘、松田宜賢、南 喜之、山本崇文、岡村正道

【背景】近年、大腸憩室出血に対する止血法として内視鏡的結紮術 (EBL: Endoscopic band ligation) の有用性が報告されている。今回、当院で経験した大腸憩室出血に対するEBL施行例について報告する。【対象】2014年4月から2015年9月に下部消化管内視鏡検査 (CS) にて出血部位を同定し、EBLを行った大腸憩室出血6例を対象とした。【結果】男性4例、女性2例。平均年齢73.3歳 (49~87歳)。出血部位は、盲腸1例、上行結腸3例、下行結腸2例。6例中4例に抗血栓薬の内服あり。全例でCS前に造影CT検査を施行し、4例で造影剤の血管外漏出像を認めた。CSでは全例で活動性出血を認め、責任憩室を同定した。6例中4例はクリップ法を行ったが止血が得られずEBLにて止血。2例は当初よりEBLを選択し止血した。再出血は6例中2例に認めた。1例はEBL後4日目に大量の血便があり、造影CTではEBL部近傍より造影剤の血管外漏出像を認めた。緊急CSではEBL後の潰瘍底に憩室開口部を認めたが自然止血されていた。再々出血時の内視鏡的治療が困難と考え、EBL3日後に腹腔鏡下結腸切除術を行った。もう1例は初回EVL約1か月半後に鮮血便があり、緊急CSでは前回施行したリングが脱落し憩室より活動性出血を認めたため再度EVLにて止血。1か月後に結腸切除術を行った。【結語】既報ではEBL施行後の再出血率は低いと報告されているが当院では再出血例を経験した。今後、EBLの適応や再出血を含めた処置後経過についての検討が必要である。

Y-37 コールドスネアポリペクトミー後に大腸狭窄をきたした一例

愛知医科大学 消化器内科

○高山将旭、野田久嗣、越野 顕、福田頌子、名古屋拓郎、星野弘典、福富里枝子、北洞洋樹、下郷彰礼、杉山智哉、野口誠司、足立和規、吉峰 崇、山口純治、郷治滋希、岡庭紀子、田邊敦資、伊藤義紹、近藤好博、井澤晋也、海老正秀、舟木 康、小笠原尚高、佐々木誠人、春日井邦夫

【症例】78歳、女性。【現病歴】平成27年3月X日、大腸ポリープ治療目的で入院。同日、大腸肝彎曲部の4mm大のIsポリープに対しコールドスネアポリペクトミー (CSP) を施行、経過良好で、X+1日退院となった。X+5日、下剤を服用したところ腹痛が出現しX+6日当科を受診した。腹部単純CTにて大腸肝彎曲部に腸管壁肥厚と周囲脂肪織濃度の上昇、血液検査にて炎症反応上昇を認め同日入院となった。腹腔内に遊離ガスは認められず、上行結腸に多発憩室を認め憩室炎と診断し、保存的治療にて軽快。X+19日に退院となった。CSP施行時の保存動画を確認したところ、漿膜のみを残した深層切除であった。7月Y日、既知の盲腸LSTに対する内視鏡的治療目的に下部消化管内視鏡検査を施行したところ、CSPによりポリープを切除した部位に一致して全周性の潰瘍を伴う腸管狭窄を認め、内視鏡治療を施行せず翌日退院となった。【考察】大腸ポリープに対するCSPは、簡単かつ安全な治療法として確立しつつあり、我々が検査した限りでは穿孔の報告例はない。本症例は、憩室炎として治療されたが、その後の検討でCSPにより深層切除が行われ、遅発性穿孔を来し、腸管の局所的炎症を経て狭窄に至った可能性が示唆された。病理組織では筋層は採取されておらず、憩室上のポリープに対してCSPを施行したなども推察されたが、詳細は明らかではない。CSPは本症例のように腸管狭窄を来す可能性もあり、慎重な施行が望ましいと考えられた。

Y-36 超高齢者のS状結腸軸捻転症に対してスライディングスケール留置で軽快を得られた一例

伊勢赤十字病院 消化器内科

○天満大志、大山田純、川口真矢、山村光弘、杉本真也、高見麻佑子、三浦広嗣、村林桃士、伊藤達也、奥田奈央子、橋本有貴、林 智士

【はじめに】S状結腸軸捻転症の治療には内視鏡的整復術が選択されることが多い。しかし前処置を施行していない中での内視鏡操作は難渋することも多く、腸管損傷の危険性があり注意が必要である。スライディングチューブ留置で改善を得た症例報告がみられている。今回、超高齢者のS状結腸軸捻転症に対してスライディングチューブ留置で軽快を得られた一例を経験した。

【症例】97歳 女性【主訴】嘔吐、腹部膨満感【現病歴】平成26年5月下旬、来院3日前からの嘔吐と来院前日からの腹部膨満感を主訴に当院を受診した。腹部X線検査、腹部CT検査でS状結腸軸捻転症と診断し、内視鏡的整復術を試みた。腸粘膜炎に黒色変化があり内視鏡的整復術は中止し、スライディングチューブを留置した。第2病日の腹部X線検査で腸管ガスの著明な減少を認めた。第6病日より食事再開し第17病日に退院となった。平成27年1月中旬、来院2日前からの食思不振、嘔吐と来院前日からの腹部膨満のため当院を受診した。腹部X線検査でS状結腸軸捻転症を疑い内視鏡で減圧を行った。同日症状増悪を認めスライディングチューブを留置した。第3病日より経口摂取を開始し第19病日に退院となった。

【考察】内視鏡的整復術は難渋することも多く、短時間で処置可能なスライディングチューブ留置は超高齢者のS状結腸軸捻転症において有用な方法と考えられた。

Y-38 EMR後縫縮目的で使用したクリップを内視鏡的に除去した一例

岐阜大学医学部附属病院 第一内科

○渡邊千晶、水谷 拓、長谷川恒輔、杉山智彦、高田 淳、久保田全哉、井深貴士、荒木寛司、清水雅仁

【背景】内視鏡的粘膜切除術 (以下EMR) 後の出血予防として、回転クリップ装置による縫縮は日常診療にてよく行われる手技である。一部を除き、一般に広く使用されているオリンパス社製回転クリップが体内に残存している場合、MRI撮影は禁忌となっている。今回EMR施行後にMRIを必要とし、内視鏡的にクリップ除去を行った一例を経験したので報告する。【症例】56歳男性。直腸腫瘍精査のため下部消化管内視鏡検査を施行した。S状結腸に5mm大のI spポリープを認め、拡大観察にて腫瘍が疑われたためEMRを施行し、クリップを3個使用し縫縮を行った。直腸腫瘍は直腸Rbで粘膜下腫瘍の形態をとっており、超音波内視鏡下穿刺生検にてGISTの診断を得た。外科にて手術加療の方針となったが、骨盤内腫瘍であり周囲臓器への浸潤有無の精査目的に骨盤MRIを要することとなった。EMR施行後5日目及び19日目に腹部単純レントゲンを施行したがクリップは2個残存しており、内視鏡的に除去を試みることとなった。機材は把持鉗子FG-44NR-1を使用し、内視鏡先端にフードを装着して除去を試みた。クリップのツメ部の根元を把持鉗子で強く把持したところ、クリップの把持力が弱まり、粘膜損傷・出血を来すことなく2個とも除去することが可能であった。【考察】本症例で用いた手技は安全かつ簡便であり、クリップの除去を試みる際に有効なアプローチであると考えられた。

岐阜県総合医療センター 消化器内科¹⁾、病理診断科²⁾

○佐竹智行¹⁾、山崎健路¹⁾、市川広直¹⁾、三田直樹¹⁾、大西雅也¹⁾、
中西孝之¹⁾、永野淳二¹⁾、安藤暢洋¹⁾、岩田圭介¹⁾、宇瀬基明¹⁾、
清水省吾¹⁾、杉原潤一¹⁾、岩田 仁²⁾

[はじめに]肛門上皮内腫瘍（Anal intraepithelial neoplasia, 以下 AIN）、は肛門部の移行帯および扁平上皮領域において発生する上皮内腫瘍である。尖圭コンジロームとともにヒトパピローマウイルス（Human papilloma virus, 以下 HPV）感染に関連した疾患で肛門部扁平上皮癌の前駆病変であるが、本邦においては欧米に比して認知度は未だ低い。今回我々は高異型度 AIN と尖圭コンジロームが併存した直腸肛門部病変に対して、NBI 拡大観察を行い ESD にて治療した症例を報告する。

[症例]80代女性。近医にて便潜血陽性を指摘され大腸内視鏡検査を施行。直腸肛門部病変を指摘され当院紹介。精査にて直腸肛門部に径約 20mm の白色調の扁平隆起性病変を認めた。インジゴカルミン散布にて境界明瞭な扁平隆起・細顆粒状隆起を呈した。NBI 拡大観察ではドット状血管、ループ状血管、糸くず状の血管の増生が認められた。ESD を施行し、病理組織学的に高異型度肛門上皮内腫瘍と尖圭コンジロームが併存した腫瘍であった。免疫染色にて p16 の過剰発現が認められ、HPV との関連が強く示唆された。

[考察]肛門管領域の腫瘍性病変における NBI 拡大観察所見については表在型食道癌における NBI 拡大内視鏡像と類似した血管像を呈すると予想されるが、未だ統一された見解は無く、今後の検討課題である。HIV 感染者や免疫不全患者、あるいは HPV 感染が示唆されるような婦人科疾患の既往のある患者については、大腸内視鏡検査を施行する際、肛門管領域の観察において、反転観察を行い、NBI を含めた特殊光による観察を併用することが肛門管腫瘍の早期診断・治療につながると思われる。

若手研究者優秀演題奨励賞選定セッション 大腸2

Y-40 大腸内視鏡検査にて発見された腸管スピロヘータ症の3例

刈谷豊田総合病院 内科¹⁾、病理診断科²⁾

○竹内一訓¹⁾、坂巻慶一¹⁾、浜島英司¹⁾、中江康之¹⁾、仲島さより¹⁾、内田元太¹⁾、久野剛史¹⁾、大橋彩子¹⁾、鈴木孝弘¹⁾、池上脩二¹⁾、大脇政志¹⁾、溝上雅也¹⁾、恒川卓也¹⁾、井本正巳¹⁾、伊藤 誠²⁾

当科にて経験した腸管スピロヘータ症の3例について検討した。症例1：59歳、男性。症状はなく健診で便潜血陽性で当科受診。注腸X線でTに隆起性病変を認め、CS施行。炎症像はなくCに6mmのI sp、Aに5mmのII a、Tに8mmのII aを認め、内視鏡的に切除した。組織学的には全て腺腫で、上皮に桿菌の付着を認め、腸管スピロヘータ症と診断した。症例2：71歳、男性。症状はなく以前から大腸ポリープを指摘され、精査目的で当科受診。CSでTの中央付近に2mmのIs、3mmのIspに対してhot biopsyを施行した。A～Tに瀰漫性の微細なアフタを認め、アフタ性大腸炎と診断。切除病変は過形成性ポリープで、アフタとポリープから症例1と同様に腸管スピロヘータ症と診断した。症例3：55歳、男性。症状はなく大腸精査希望で当科受診。注腸X線でSに5mmのポリープと粘膜粗造を認め、精査目的にCS施行。Rにアフタを認め、Sに9mmのIpを認め、ポリペクトミーを施行した。組織学的にSのIpは腺腫で、アフタからは症例1と同様に腸管スピロヘータ症と診断した。【結語】腸管スピロヘータ症は明確な症状なくともCS上アフタ性大腸炎所見を認めることもあり、またIBSなどの有症状の患者との関与が疑われることもある。自験例も3例中2例で肉眼的にアフタ性大腸炎を認めておりアフタ性大腸炎や非特異的大腸炎においても本症を疑い生検施行の必要があると思われる。

Y-42 下部消化管内視鏡検査にて特徴的な所見を呈した日本住血吸虫の1例

済生会松阪総合病院 内科¹⁾、青木クリニック²⁾

○石原亮太¹⁾、橋本 章¹⁾、齋木良介¹⁾、池之山洋平¹⁾、田原雄一¹⁾、青木雅俊¹⁾、福家洋之¹⁾、河俣浩之¹⁾、脇田喜弘¹⁾、清水敦哉¹⁾、中島啓吾¹⁾、青木薫徳²⁾

症例：40歳代外国人女性。主訴：なし。既往歴：気管支喘息。現病歴：近医にて腹部画像診断にて異常所見を指摘されたため平成27年X月当院に紹介を受けた。居住歴、血液検査、画像診断より慢性期の日本住血吸虫症を疑い肝狙撃生検を施行し確定診断を得た。下部消化管内視鏡検査では腸管内腔の狭小化は見られなかった。主に上行結腸、S状結腸に不整形の黄色調粘膜を認め、同部の血管透過性は一部で低下していた。拡大内視鏡観察では黄色調粘膜の部位には類円形の黄色調顆粒が多数認められた。同部を生検したところ粘膜固有層内に基質化した卵円形の石灰化像を認め、日本住血吸虫卵と考えた。炎症細胞の浸潤はなく虫卵周囲に線維化が見られた。慢性期の日本住血吸虫症として矛盾しない所見と考え、現在無治療にて経過観察中である。考案：日本住血吸虫症は現在国内での新規感染の報告はない。しかし、フィリピン、インドネシア、中国などにおいては流行しており、ボーダーレスとなっている現代において、輸入感染症として日常の診療、偶然的に行われる下部消化管内視鏡検査にて本疾患に遭遇する機会は増加すると思われる。大腸粘膜血管透過性の低下、不整形の黄色調粘膜を認め、拡大内視鏡観察にて黄色顆粒が確認される症例は、その居住歴等の問診を参考にして日本住血吸虫症を鑑別に上げることが重要である。

Y-41 Campylobacter性腸炎を合併した潰瘍性大腸炎の2例

刈谷豊田総合病院 消化器内科

○池上脩二、浜島英司、中江康之、仲島さより、坂巻慶一、内田元太、久野剛史、大橋彩子、鈴木孝弘、大脇政志、溝上雅也、竹内一訓、井本正巳

【症例1】34歳、男性。2007年から潰瘍性大腸炎(UC)にて当院通院中。ステロイド依存性UCにて5-ASA、azathioprineにて臨時的寛解を維持し、1日1-2回の固形便が得られていた。2015年7月上旬より1日10回の血性下痢便が出現した。下部消化管内視鏡検査(CS)ではバウヒン弁上唇の地図状の浅い糜爛、全結腸に細顆粒状変化、血管透見像の消失を認め、UC再燃と診断、prednisolone(PSL)15mgの内服を開始したが、腸液培養からCampylobacter jejuniが検出され、fosfomycin内服にて速やかに症状は改善した。【症例2】26歳、男性。高校の頃より下痢気味で、1日4-5行程度の下痢便であった。2015年8月11日より左下腹部痛、水様便が出現し、疼痛増悪認めため8月13日に当科受診。CTでは直腸～盲腸の連続した壁肥厚を認めた。CSでは粘膜粗造、血管透見の消失、黄色斑を認め、UC中等症と診断。入院の上、5-ASA内服、PSL(0.5mg/kg/day)点滴、flomoxef点滴にて治療開始とした。入院後、腸液/便培養からCampylobacter jejuniが検出された。症状は次第に改善し、第10病日に退院となった。その後は外来でPSL減量としているが排便は1日1-2回、有形便で維持されている。【考案】UCにCampylobacter性腸炎(CC)を合併した1例及びCCを契機にUCと診断された1例を経験した。UCとCCは、病変が直腸から深部大腸にびまん性に及ぶ点や粘膜の糜爛、浮腫を伴う点など類似点が多いが、CCではバウヒン弁に浅い潰瘍を有し、粘膜の一部に正常粘膜を残す事が多い事から鑑別可能と思われた。その後の治療方針にも影響を与えるため、両者の鑑別は重要である。

Y-43 逸脱胆管ステントによるS状結腸穿孔に対し、内視鏡的ステント抜去にて治療した一例

静岡県立総合病院

○青山弘幸、佐藤辰宜、増井雄一、青山春奈、榎田浩平、川合麻実、黒上貴史、白根尚文、大野和也、菊山正隆

症例は87歳女性。当科で総胆管結石に対する胆管ステント、腎管ステント留置後で、胆嚢筋腫症疑いに対する精査加療中の方。受診37日前にステント留置を行ない、外来で継続加療を続けていた。受診5日前に下腹部痛の自覚があり、当科外来を受診した。受診時の腹部所見では、平坦、軟、自発痛や圧痛を認めなかった。血液検査では、白血球数11100/ μ l、CRP 16.57mg/dlと炎症反応の上昇を認めた。また、腹部CTでは、胆管ステントは脱落しており、S状結腸管内に確認された。S状結腸左壁でステントは腸管壁を貫き、腹腔内に一部が逸脱しており、周囲の脂肪織濃度上昇や、free airを認めた。腹部症状を認めず、バイタルも安定していたことから、大腸内視鏡でステント抜去を行ない、保存的に経過観察を行う方針とした。その後、明らかな腹痛の再燃を認めず、炎症反応も改善傾向であり、経口摂取を再開した。処置後経過は良好であったため、入院4日目で退院として外来での継続加療を行うことが可能となった。胆管ステント留置後の合併症としての消化管穿孔を経験したので報告する。

Y-44 大腸腫瘍の自然脱落により腸重積が解除された一例

静岡済生会総合病院 消化器内科

○吉原 努、土屋 学、倉田知幸、小屋敏也、日比知志、山口晴雄

【症例】86歳男性 【主訴】腹痛、血便、嘔吐 【既往歴】拡張型心筋症、慢性腎不全、糖尿病、肺癌、慢性硬膜下血腫 【現病歴】3日前より腹痛を自覚しその後血便、嘔吐を認め当院救命センターに搬送された。左側腹部に筋性防御を伴う圧痛を認め腫瘤を触知し、腹部CTでは下行結腸の腸重積所見を認めた。【入院経過】当日入院として透視下緊急下部消化管内視鏡検査を施行した。下行結腸には凝血塊が付着した腫瘤を認め、それにより閉塞を来している所見で蟹爪様の造影所見が得られた。内視鏡的に整備できず外科と緊急手術につき協議を行ったが、心機能が非常に悪いこと、腎機能低下、凝固異常が存在することより手術は困難と判断し、保存的に経過を見ていく方針とした。第3病日に腹痛が消失し画像上、腸重積は解除されていた。第6病日に下部消化管内視鏡検査施行、下行結腸に亜有茎性の壊死性物質で覆われた腫瘤を認め、その口側には潰瘍がみられた。腫瘤から生検したところ、壊死性物質が主体で一部腺構造が確認されたが、病理学的診断はできなかった。第86病日、下部消化管内視鏡検査を施行したところ、腫瘤は消失し潰瘍は癒痕を残して治癒した。【考察】成人腸重積の多くは悪性腫瘍を含めた腫瘍性病変が原因とされている。本症例においては腫瘍性病変により腸重積をきたし、腫瘤の自然脱落により解除されたものと考えられた。

若手研究者優秀演題奨励賞選定セッション

大腸3

Y-45 腸重積をきたした大腸リンパ管腫の1例

社会医療法人木沢記念病院 総合診療科¹⁾、消化器科²⁾、外科³⁾、病理診断科⁴⁾
○中村しの¹⁾、森 弘輔¹⁾、前田俊英²⁾、加藤潤一²⁾、足達広和²⁾、安田陽一²⁾、建部英春²⁾、杉山 宏²⁾、池庄司浩臣³⁾、尾関 豊³⁾、杉山誠治⁴⁾、松永研二⁴⁾、山田鉄也⁴⁾

【症例】65歳、男性。2015年7月、右下腹部痛を主訴に当院救急外来を受診した。現症では右下腹部に圧痛を認めた。検査所見ではWBC 14490/mm³、CRP 2.90mg/dlと炎症所見を認めた。腹部単純CTでは上行結腸に同心円状の浮腫状壁肥厚を認め、腸重積が疑われた。造影CTでは腸重積の先進部に径35mm大の低濃度腫瘍を認めた。精査、整備を目的として緊急内視鏡を施行したところ上行結腸に粘膜下腫瘍様腫瘍を認めた。表面粘膜は虚血の色調であったが、CO₂の送気やガストログラフィンの注入により粘膜の色調は改善し、ガストログラフィンは口側に流入し、腹痛も軽快したため腸重積は解除された。2日後に待機的に腹腔鏡下結腸部分切除術が行われた。切除標本肉眼的所見は非上皮性隆起性病変であった。病理組織学的所見では粘膜下層に嚢胞性腫瘍を認め、嚢胞壁は単層で扁平なリンパ管内皮(D2-40(+), CD34(-))により裏装されており、大腸リンパ管腫と最終診断した。術後経過は良好で、術後7日目に退院となった。【結語】腸重積を合併した大腸リンパ管腫の1例を経験した。CT、内視鏡所見で術前診断はできなかったが、内視鏡的整備が可能で、待機的手術が可能であった。リンパ管腫のほとんどは幼少期に頭頸部や腋窩に発症し、大腸に発症するものは稀である。さらに、腸重積を合併した大腸リンパ管腫は1983年以降、本邦での報告は自験例も含め、24例と稀であったので文献的考察も含め報告する。

Y-47 好酸球性胃腸炎の1例

小牧市民病院 消化器内科
○日比絵里菜、宮田章弘、平井孝典、館 佳彦、小原 圭、小島優子、灰本耕基、佐藤亜矢子、石田哲也、永井真太郎、古川陽子

症例：40歳男性。フィリピン人。既往歴や生活社会歴には特記事項なし。数年前より10月頃になると腹痛および水様性下痢を主訴として近医を受診していたが、腹痛の増悪に加えて発熱をきたしたため来院した。来院時の所見としては心窩部に圧痛を認めた。腹部CTにおいて回腸から結腸にかけて浮腫性壁肥厚および腹水の貯留を認めたため、精査目的にて入院となった。採血では白血球11700/ μ L、好酸球49.0%と著明な増加を認めた。上部消化管検査では胃から十二指腸にかけて発赤調の粘膜散在を認めた。下部消化管検査においても回腸末端から下行結腸にかけて発赤・腫脹粘膜を認めており、どちらの生検からも強拡大で1視野20個以上の好酸球の浸潤がみられたため、好酸球性胃腸炎の診断に至った。入院5日目よりプレドニン40mgを開始し、治療開始から4日目には症状の改善および血液像にて好酸球3.0%と減少を認めたため入院16日目に退院となった。

考察：本症例は好酸球性胃腸炎が原因で数年前から季節に関連して腹痛や水様性下痢を繰り返し発症していた。アレルギー歴はないが季節性があることや外国人である点から症状の発症には季節性あるいは異国特有の抗原の関連性が疑われる。今後はプレドニンを減量・中止した場合に再発をきたす可能性がある。抗原を検索し除去することが再発予防になると考えられる。

Y-46 画像および組織学的所見にて診断した腸管嚢胞性気腫症の1例

公立西知多総合病院 消化器内科
○平松美穂、安藤貴文、久野裕司、山田恵一、小林寛子、小島久実、春田明範

【症例】71歳男性【現病歴】糖尿病のためボグリボース、ピオグリタゾン、アログリプチンを処方されていた。便秘症のため、大腸スクリーニング目的に下部消化管内視鏡検査を施行。S状結腸に粘膜下腫瘍様の隆起性病変が多発していた。病変から生検を实地。過長結腸のためS状結腸までしか観察できず、大腸CTを追加。S状結腸壁内に多発する空気像が確認された。病理所見では粘膜筋板内に嚢胞形成が見られた。以上より腸管嚢胞性気腫症と診断した。腹痛など随伴症状はなく、ボグリボースの休薬と便秘に対する薬物治療を行い経過観察した。後日の腹部CTにてS状結腸壁内の空気像が消失したことが確認できた。【考察】腸管嚢胞性気腫症は腸管壁内に多数の含気性嚢胞を形成する比較的稀な疾患である。成因として腸管内圧の亢進、細菌感染によるガス産生、 α グルコシダーゼ阻害薬の投与などが挙げられる。今回の症例ではボグリボースの内服に加え、慢性的な便秘症による腸管内圧亢進が誘因であったと考えられる。画像所見として、内視鏡検査での粘膜下腫瘍様隆起の集簇した多発、腹部CTでの腸管壁内に多発する空気像が特徴的である。今回の症例では、内視鏡検査での特徴的な所見から質的診断は可能であったが、過長結腸のため全大腸の観察ができず、病変の局在診断に大腸CTが有用であった。【結語】画像および組織学的所見にて診断した腸管嚢胞性気腫症を経験した。

Y-48 左鼠径ヘルニアが誘因と考えられた虚血性腸炎の1例

岡崎市民病院 消化器内科
○後藤研人、山田弘志、平松美緒、加治源也、服部 峻、梶川 豪、徳井未奈礼、内田博起、塚塚昭男

症例は77歳、男性で高血圧、脂質異常症、2型糖尿病で近医病院中であった。数ヶ月前より左鼠径部に膨隆を認めていたが、放置していた。1ヶ月前頃より食欲低下を認め、1週間前より摂食不良に至り近医にて補液するも改善しなかった。脈診にて近医より当院に紹介となり、高カリウム血症にて腎臓内科に入院となった。入院時の血液検査にて貧血が以前より進行しており、消化管出血のスクリーニングのため便潜血検査を施行したところ陽性となり当科紹介となった。また、入院時の腹部CT検査では左鼠径ヘルニアを認め、下行結腸からS状結腸がヘルニア嚢に嵌入していた。入院中は経口摂取量は増加して通常便の排便を認めていたため大腸内視鏡検査を予定した。前処置施行後、腹痛、排便障害を認め、腹部CT検査を施行したところ左鼠径ヘルニア嵌頓による腸閉塞となっていた。ヘルニア嚢の入手還納に成功してその後排便を認めたことから、予定通り大腸内視鏡検査を施行した。大腸の嵌頓部位は粘膜の発赤、びらん、浮腫、潰瘍、縦走潰瘍を認めた。鼠径ヘルニアに大腸が陥頓したことにより虚血性腸炎をきたしたと考えられた。鼠径ヘルニアに虚血性腸炎を合併した興味深い症例を経験したため若干の文献的考察を加えて報告する。

1 術前診断が困難であったParagangliomaの一例

愛知県がんセンター中央病院 消化器内科¹⁾、内視鏡部²⁾
 ○近藤 尚¹⁾、原 和生¹⁾、徳久順也¹⁾、藤田 曜¹⁾、鳥山和浩¹⁾、
 鈴木博貴¹⁾、渋谷 仁¹⁾、平山貴視¹⁾、稗田信弘¹⁾、奥野のぞみ¹⁾、
 吉田 司¹⁾、今岡 大¹⁾、石原 誠²⁾、田中 努²⁾、脇岡 範¹⁾、
 田近正洋²⁾、水野伸匡¹⁾、丹羽康正²⁾、山雄健次¹⁾

【症例】40歳代、女性【主訴】検診異常【既往歴】脂質異常症【身体所見】バイタルサイン、その他特記事項を認めず【現病歴】以前より近医で年1回健診を受けていたが平成25年11月の受診時に腹部超音波検査で膵体部に5mmのう胞を指摘。平成26年11月の再受診時、10mmと増大傾向を認めたため単純CTを施行。膵体部に腫瘤性病変が疑われたため、当院へ紹介となった。造影CTでは、膵体尾部に造影効果を有する40mm大の腫瘤を認め、内部に隔壁を伴う嚢胞変性を認めた。EUSでも造影CTと同様の所見を認め、腫瘤の充実部分からEUS-FNAを施行した。病理所見は、類円形核で細胞質の広い異形細胞の塊集を認めchromograninA+ synaptophysin+であることから膵神経内分泌腫瘍と診断された。明らかな遠隔転移はなく、外科切除（膵体尾部切除+脾切除）となった。腫瘍は肉眼的に褐色調を呈し、免疫染色ではS100陽性を示した。最終病理診断はParagangliomaであった。【結語】術前に神経内分泌腫瘍との鑑別が困難であったParagangliomaの1例を経験したので報告する。

3 下大静脈原発腫瘍に対してEUS-FNAを行った1例

岐阜大学医学部附属病院 第一内科¹⁾、第二内科²⁾、病院病理部³⁾
 ○上村真也¹⁾、岩下拓司¹⁾、奥野 充¹⁾、遠度純輝²⁾、湊口信吾²⁾、
 宮崎龍彦³⁾、清水雅仁¹⁾

症例は40歳、男性。下腿浮腫を主訴に近医を受診し、CTにて下大静脈内に腫瘤を指摘、当院紹介となった。エコーにて下大静脈内に40mmの腫瘤を認め、腫瘤は右房内へ連続していた。造影CT、MRIでは肝部下大静脈、肝静脈合流部に造影効果のある腫瘤を認め、腫瘤より尾側から腎静脈付近までは血栓が存在し、胸腹水も認めた。PET-CTでは腫瘤に一致して強いFDG集積を認めた。遠隔転移は認めなかった。画像所見からは、下大静脈内に発生した血管内原発腫瘍が疑われ切除が予定されたが、悪性リンパ腫の可能性も否定出来ず、治療方針決定のために病理診断が必要となった。広範囲に血栓が存在するため経血管的に腫瘍生検を行うことは困難であり、病理診断の手段としてEUS-FNAが選択された。EUSでは肝静脈下大静脈合流部直上の下大静脈内に44×37mmの低エコーで斑状の内部エコーを呈する腫瘤を認め、右房内へ進展を認めた。腫瘤より尾側の下大静脈内には血栓と考えられる高エコー構造物を連続して認めた。経食道的に下大静脈内腫瘤に対して22G針にて4回穿刺を行った。穿刺部周囲の出血がないことを確認し終了した。合併症は認めなかった。FNA検体からは円形から紡錘形の異形細胞が採取された。組織学的所見、免疫組織化学染色から悪性リンパ腫は否定され、血管内皮腫瘍もしくは血管内皮肉腫が疑われた。血管外科にて手術が行われ、切除標本の病理結果は平滑筋肉腫の診断であった。下大静脈原発腫瘍に対してEUS-FNAを行った1例を経験した。

2 EUS-FNAが診断に有用であった大腸癌膵転移の1例

国家公務員共済組合連合会 東海病院 内科
 ○山田健太、田中達也、濱宇津吉隆、北村雅一、石川英樹、丸田真也

【症例】60歳代女性【現病歴】2011年上行結腸癌に対して結腸右半切除術を施行し(tub2、T4bN3M1 (No6))術後化学療法を行った。2015年5月に嘔気と腹痛のため当院内科を受診した。腹部CTで左水腎を認め精査目的で入院となった。【入院時現症】腹部は平坦軟で、左下腹部に圧痛を認めた。【入院時検査所見】CEA 2.6ng/ml、CA19-9 <2.0U/ml、抗核抗体 1280倍、IgG4 34mg/dL【検査所見】腹部造影CT：膵体尾部に主膵管拡張を認めたが、膵実質に明らかな腫瘤は指摘出来なかった。左水腎、傍大動脈リンパ節腫脹を認めた。腹部超音波：膵体尾部に38×18mm大の輪郭明瞭な低エコー腫瘤を認めた。EUS：膵体尾部に30mm超の輪郭明瞭な低エコー腫瘤を認めた。内部に一部石灰化を伴い、拡張した膵管が走行していた。ERCP：主乳頭開口部は開大なく正常乳頭であった。膵体尾部に膵管狭細像を認め、尾側主膵管の拡張を認めた。造影超音波：ソナゾイド造影。投与約60秒後より腫瘍内に線状の造影像を認め、速やかに膵実質と同様のperfusion imageを呈しその後排出された。病理組織診断目的にEUS-FNAを施行した。採取された検体は篩状構造をとり増生する中分化腺癌であった。大腸癌手術検体と比較し、免疫染色ではいずれもCDX2(+), CK7(-), CK20(+)と同様であり、大腸癌膵転移と診断し化学療法再導入となった。【考察】転移性膵腫瘍は膵腫瘍の2-3%とされる。転移性膵腫瘍手術例のうち原発巣として大腸癌は7.8%とされ、術前の診断は困難とする報告が多い。【結語】画像診断で確定診断困難な転移性膵腫瘍の診断にEUS-FNAは有用であった。

4 Solid pseudopapillary neoplasm (SPN) との鑑別が困難であったAcinar cell carcinoma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⁾
 ○橋詰清孝¹⁾、廣岡芳樹²⁾、川崎啓揮¹⁾、大野栄三郎¹⁾、林大樹朗¹⁾、
 桑原崇通¹⁾、森島大雅¹⁾、河合 学¹⁾、須原寛樹¹⁾、竹山友章¹⁾、
 山村健史²⁾、船坂好平²⁾、中村正直¹⁾、宮原良二¹⁾、渡辺 修¹⁾、
 後藤秀実¹⁾、²⁾

症例は40歳代男性。心窩部痛を主訴に近医を受診し、精査目的のCT検査にて膵腫瘍を認めたため当院紹介となった。造影CTでは膵頭部から体部に径35mm大の輪郭明瞭な腫瘤を認めた。内部構造は不均一で石灰化を伴っていた。動脈相では周囲膵実質よりも強く造影される部分を認め、膵実質相以降では周囲膵実質より造影効果は乏しかった。MRIではT1強調画像で低信号、T2強調画像で軽度高信号、拡散強調画像では高信号を示した。主膵管と腫瘤の連続性は不明であった。また、主膵管は腫瘤部で途絶していた。超音波内視鏡 (EUS) では内部に多数の石灰化を伴う輪郭明瞭な腫瘤であり、一部に無エコー領域も認めた。Sonazoid® を使用した造影EUSでは、血流は早期より比較的豊富で、漸次造影効果が減少した。以上より、Solid pseudopapillary neoplasm (SPN) と膵神経内分泌腫瘍 (PNET) が鑑別に挙げられたが、造影EUSの血行動態から、SPNを第一に考え、亜全胃温存膵頭十二指腸切除術予定となった。術中、腫瘍と脾静脈の剥離が困難であったため、門脈合併膵全摘術に変更となった。術後病理診断はAcinar cell carcinomaであった。Acinar cell carcinomaは膨張・圧排性発育を示すhypervascular tumorであり、腫瘍内部には出血や壊死を伴うことが多く、主膵管内への進展が特徴的である。本症例では多数の石灰化を伴い、壊死領域も認め、主膵管内への進展は示されなかったため、画像診断上SPNとの鑑別が困難であった。

5 術後膵管空腸吻合部狭窄に対し、超音波内視鏡ガイド下膵管ドレナージ（EUS-PD）が有効であった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⁾

○奥野のぞみ¹⁾、原 和生¹⁾、水野伸匡¹⁾、脇岡 範¹⁾、今岡 大¹⁾、田近正洋²⁾、田中 努²⁾、石原 誠²⁾、吉田 司¹⁾、稗田信弘¹⁾、平山貴視¹⁾、渋谷 仁¹⁾、近藤 尚¹⁾、鳥山和浩¹⁾、鈴木博貴¹⁾、藤田 曜¹⁾、徳久順也¹⁾、丹羽康正²⁾、山雄健次¹⁾

EUS-PDは、経乳頭の治療や術後膵管消化管吻合部からのアプローチが困難な症例に対する新たな治療法として、近年その有用性の報告が散見される。そこで当院で経験した1例について報告する。

症例は66歳、女性。2005年に膵頭部の神経内分泌腫瘍に対し、膵頭十二指腸切除術を施行した。術後のMRCPで膵石と主膵管拡張を認め、2013年10月に内視鏡治療目的に入院した。ダブルバルーン小腸内視鏡(DBE)を用いERPを試みたが膵管空腸吻合部を同定できなかったため、EUS-PDを施行した。胃体部後壁より19G穿刺針を用い拡張膵管を穿刺し、通電ダイレータールおよび6mmバルーンで吻合部を拡張し、吻合部～穿刺部にかけて7Fr15cmのプラスチックステントを留置した。処置後、膵炎などの合併症はなかった。瘻孔形成を待ち1カ月後に膵石を除去した。現在、膵管ステントはフリーとなっており、7カ月経過しているが、膵石症や閉塞性膵炎の再燃なく経過している。EUS-PDが有効であった1例を経験した。EUS-PDは新たな選択肢として期待されるが、難易度が高く専用デバイスもないため、重篤な合併症を起こす危険性があり、安全かつ確実な手技の確立および長期経過観察成績を明らかにすることが今後必要である。

6 内視鏡的ネクロセクトミーが有効であった感染性膵壊死の1例

松波総合病院 消化器内科

○樋口正美、古賀正一、全 秀嶺、藤井 淳、豊田 剛、浅野剛之、佐野明江、早崎直行、伊藤康文

【症例】60歳代男性【主訴】上腹部痛【現病歴】2015年4月腹痛で当院紹介受診し急性膵炎で入院した。絶食、点滴、薬物療法による保存的治療を行うも徐々に炎症反応が悪化し、腹部膨満感が出現した。CTで膵の造影不領域及び腹水増加を認め、壊死性膵炎と診断した。高熱、腹部膨満の増悪を認め、感染が強く疑われた。入院後第3週に膵周囲壊死に対して超音波内視鏡下経胃的ドレナージを行った。穿刺液は茶褐色の混濁した壊死物質を含む膿瘍であり、感染性膵壊死と診断した。その後徐々にバイタルサインは改善したが、腹痛・腹部膨満、呼吸苦が高度であり、ドレナージのみでは改善は困難と判断した。CT上膵造影不良は被膜を有しており、被包化膵壊死（Walled-off necrosis: WON）と考えられた。第4週に被包化膵壊死に対して内視鏡的ネクロセクトミーを開始した。週2回約一カ月間内視鏡的ネクロセクトミーを施行し、臨床症状及び画像所見は著明に改善した。徐々にリハビリを行い、経口摂取可能となった。【結語】感染性膵壊死に対して超音波内視鏡下経胃的ドレナージ及び内視鏡的ネクロセクトミーを施行した。内視鏡的ネクロセクトミーは外科的処置よりも低侵襲であり感染兆候や腹部症状の改善に有効であり、被包化膵壊死が形成された時には、ネクロセクトミーを視野にいれて治療内容を検討する必要があるものと考えられた。

大腸良性1

7 サイトメガロウイルス感染により重症化した潰瘍性大腸炎の一例

名鉄病院 消化器内科¹⁾、
名古屋大学大学院医学系研究科 消化器内科学²⁾
○奥藤 舞¹⁾、西尾雄司¹⁾、竹田欽一¹⁾、荒川恭宏¹⁾、室井航一¹⁾、後藤秀実²⁾

【症例】33歳男性

【現病歴】平成26年1月に潰瘍性大腸炎と診断、以後寛解と再燃を繰り返していた。メサラジン3,600mg、プレドニゾン25mg、アザチオプリン100mgを内服中であったが、平成27年1月発熱を主訴に当科を受診し、血液検査で白血球減少と肝機能障害を認めため同日より入院とした。

【臨床経過】入院時の採血でWBC 1.170/ μ l、AST 323 U/l、ALT 356 U/lと白血球減少及び肝機能障害を認め、発熱性好中球減少症が疑われたため、入院日よりアザチオプリンを休薬しG-CSF・MEPM投与による治療を開始した。入院時の検査でCMVpp65抗原陽性、CMV IgM陽性、CMV IgG陽性であったことからサイトメガロウイルス(CMV)感染と診断し第4病日からガンシクロビル(GCV)を投与した。第4病日より血便を来し第14病日の内視鏡検査で深掘れの直腸潰瘍から出血を認めた。その後も連日大量下血を来し、その都度内視鏡的止血術を行ったが止血困難となったため第16病日に経肛門的に潰瘍の縫合術を行った。第22病日にCMV抗原の陰性化を確認しGCVの投与を終了した。第22病日より食事を開始し、再出血を認めなかったため第35病日に退院とした。

【結語】発熱と肝機能障害で発症したCMV感染により重症化した治療に難渋した潰瘍性大腸炎の一例を経験したので報告する。

8 潰瘍性大腸炎寛解導入後にカルチノイド合併を診断可能であった小児の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⁾
○大島啓嗣¹⁾、渡辺 修¹⁾、中村正直¹⁾、山村健史²⁾、松下正伸¹⁾、吉村 透¹⁾、中野有泰¹⁾、佐藤淳一¹⁾、齋藤雅之¹⁾、松浦倫三郎¹⁾、澤田つな騎¹⁾、丹羽慶樹¹⁾、松坂好平²⁾、大野栄三郎¹⁾、宮原良二¹⁾、川嶋啓揮¹⁾、廣岡芳樹²⁾、後藤秀実¹⁾

【症例】13歳男性【現病歴】12歳時に下血を認め、5か月後に大腸内視鏡検査(CS)を施行し、潰瘍性大腸炎(UC)と診断された。5-ASA内服にて寛解導入を行ったが、半年後に再燃し顆粒球除去療法(GMA)導入目的に入院した。GMA導入後、効果判定目的にCSを施行したところ、Raに5mmの弾性硬の粘膜下腫瘍を認めた。色調はやや黄色調で、表面に引き伸ばされ拡張した血管網が観察された。超音波内視鏡検査で正常大腸粘膜をV層に描出したところ病変は第二層を主座とする5mmの低エコー腫瘍像であった。生検組織で類円形核を持つ細胞を認め、免疫染色ではCD56陽性、クロモグラニン弱陽性、シナプトフィジン陰性、Ki-67の陽性率は1%以下であり、カルチノイド(NET-G1)と診断された。後日、大腸粘膜下層剥離術を施行した。病変は5x4mm、切除径は18x18mmで病理組織学的に一括切除判定された。【考察】UC診断時の内視鏡検査で、同部位は白色調の表面血管が引き伸ばされた立ち上がりのなだらかな隆起性病変と認識でき、カルチノイドを疑いうる病変であった。しかし粘膜はUCによる炎症を伴っており、生検組織では炎症細胞浸潤を認めるのみでカルチノイドの病理学的診断は困難であった。小児においてカルチノイドの発生部位は虫垂が91%、気管支が9%と報告されており、直腸の報告は稀である。またUC患者におけるカルチノイドの合併は報告されているが、UC発症早期かつ小児の直腸カルチノイドの報告は乏しくここに報告する。

9 潰瘍性大腸炎におけるpH依存型メサラジン製剤への切り替えに関する検討

名古屋掖済会病院 消化器科
○佐橋 学、神部隆吉、大橋 暁、岩田浩史、水谷佳貴、橋口裕樹、倉田祥行、寺田 剛、平松 健

我々は従来の5-ASA製剤(ペンタサ®またはサラゾピリン®)を内服中の潰瘍性大腸炎患者の症状寛解目的にpH依存型メサラジン製剤(アサコール®)へと変更した症例について検討を行い、アサコール®への切り替えの有効性について評価した。

【対象】ペンタサ®またはサラゾピリン®にて治療中に臨床的活動性がみられたためアサコール®に切り替えを行った38症例を対象とした。全大腸炎型18例、左側大腸炎型7例、直腸炎型～遠位大腸炎型13例で、前薬剤はサラゾピリン®12例、ペンタサ®26例であった。【結果】1例が胸膜炎のため薬剤を中止した。37例のうち22例(59%)において症状の改善が得られた。不変は8例(22%)、症状の悪化した症例は7例(19%)であった。ペンタサ®からの切り替えでは症状改善が64%であったのに対してサラゾピリン®からの切り替えでは50%と、やや低い傾向が見られた。病型では左側大腸炎でより改善率が高い傾向が認められた。アサコール®切り替え後元の薬剤に戻した症例が8例(22%)あり、薬剤別ではサラゾピリン®は12例中4例(34%)、ペンタサ®は25例中4例(16%)であった。

【まとめ】アサコール®への切り替えにより約6割で症状の改善が得られ、特に左側大腸炎では良好な治療効果が得られた。しかし切り替えにより症状が悪化した症例もあり、今後そうした症例の特徴も明らかにしていきたい。

10 活動性肺結核治療により診断に至った統合性腸結核の1例

国家公務員共済組合連合会名城病院 消化器内科
○小澤 喬、水谷太郎、松下高明、吉崎道代、大竹麻由美、長野健一

【症例】40歳代男性【現病歴】約3年の海外赴任歴がある。検診便潜血陽性で下部消化管内視鏡検査(CS)予定だったが検査4日前に自宅で吐血し当院受診した。緊急上部消化管内視鏡検査で出血性胃潰瘍を認め入院となった。【経過】保存的治療で胃潰瘍は改善した。入院中に施行したCSで回盲弁近傍に周辺隆起を伴う不整形潰瘍性病変を認めた。終末回腸には軽度の粘膜発赤を認めたが大腸の他部位に異常所見は認めなかった。病変からの生検病理組織検査で乾酪性肉芽腫は認めず、便及び組織培養でも有意菌は同定されなかった。腹部CTでは回盲部の腸管壁肥厚と周囲のリンパ節腫脹を認めた。以上より腸結核等の感染症の他にパーチェット病や悪性リンパ腫、癌も疑ったが確定診断に至らなかった。検診で胸部写真異常影も指摘されており、胸部CTを施行したところ空洞病変があり、経気管支肺生検で類上皮肉芽組織を認め、クオンテリフェロン陽性から活動性肺結核と診断され、isoniazid、rifampicin、pyrazinamide、ethambutol 4剤の併用療法開始となった。その後の腹部CTでは腸管壁肥厚の改善とリンパ節の縮小を認め、治療開始約8か月後のCSでは潰瘍性病変も消失し、経過から腸結核と診断した。【考察】腸結核は特徴的内視鏡所見を呈するが、病理学的、細菌学的検査で確定できない病変もあり時に他疾患との鑑別に難渋する。本症例は肺病変が確定したことで治療的診断に至った。

大腸良性2

11 大腸内視鏡検査前処置のクエン酸マグネシウム高張液服用後に高マグネシウム血症をきたした一例

国家公務員共済組合連合会 東海病院 内科

○丸田真也、石川英樹、北村雅一、濱宇津吉隆、田中達也、山田健太

【症例】患者：70歳代男性。主訴：便通異常。既往歴：8歳ころ腹部外傷にて手術、63歳時頸椎後縦靭帯骨化症手術。現病歴：元々便秘であったが3か月前から軟らかい便が1日数回出るようになり、近医より大腸検査目的で紹介となった。腹部CTでは大腸に多量の便はあるも、明らかな閉塞機転は認めなかった。大腸内視鏡検査の前処置を入院して行うことにした。入院後経過：1日目、血液検査でCre 0.61mg/dLと正常。食事は無残渣食とし、眠前にクエン酸マグネシウム高張液180mlとピコスルファートNa水和物10mlを服用した。2日目の早朝より腹痛が出現した。補液を開始したが、正午ころより血圧低下、呼吸抑制、意識障害が出現。高マグネシウム(Mg)血症を疑い採血し(後日Mg 11.1mg/dLと異常高値であったと判明)、大量補液、グルコン酸Caの静注等を行ったが改善しなかった。CTでは消化管穿孔はなかった。緊急透析の適応と判断し夕方透析可能な病院へ救急搬送した。転院先で血圧測定不能、呼吸微弱となり、CPRを施行しICUへ入院となった。昇圧剤を使用しても血圧が保てず、透析は行えなかった。4日目に死亡され病理解剖が行われた。剖検所見では右肺急性気管支肺炎、下行結腸からS状結腸の便貯留、腸管壁筋層菲薄化を伴う虚血性腸炎を認めた。【考察】クエン酸マグネシウムの重大な副作用に高Mg血症があり、死亡例も報告されている。腸閉塞や重症の硬結便のある場合、薬剤が腸管内に貯留しMgの吸収が亢進することにより発症することがある。便秘症患者の前処置では注意が必要である。

13 当院における大腸ポリープに対するcold polypectomyの検討

みなと医療生活協同組合 協立総合病院 消化器内科¹⁾、外科²⁾

○森 智子¹⁾、高木 篤¹⁾、長谷川綾平¹⁾、小西隆文¹⁾、江間幸雄¹⁾、中澤幸久²⁾

【背景・目的】腺腫性ポリープを内視鏡的に摘除することにより大腸癌の罹患率・死亡率を抑制することが明らかになっている。従来の高周波を使用した摘除では遅発性穿孔や後出血などの偶発症が問題となる。近年、欧米のみならず本邦でも高周波電流を使用しないcold polypectomyの有用性・安全性が報告され、クリーンコロンを目指すために有用な手技と考えられる。今回、我々は10mm以下のポリープに対して従来の高周波電流を使用し摘除した群とcold polypectomy群での偶発症の発生率について検討した。【対象と方法】2013年1月から2015年9月の期間に当院で内視鏡治療を施行した10mm以下のポリープを対象とした。対象病変を手技別に偶発症(後出血と穿孔)について比較検討した。【結果】①-H:hot biopsy群 後出血率0.22%(6/2785)、穿孔率0.04%(1/2785)、クリップ率7.90% ②-C:cold biopsy群 後出血率0%(0/261)、穿孔率0例(0/261)、クリップ率10.34% ③-H:従来群 polypectomy群 後出血率0.39%(7/1780)、穿孔率0%(0/1780)、クリップ率60.4% ④-C:cold polypectomy群 後出血率0%(0/229)、穿孔率0%(0/229)、クリップ率55.0% ⑤-H:従来群のEMR群 後出血率0.50%(2/397)、穿孔率0%(0/397)、クリップ率52.1% ⑥-C:cold EMR群 12例中後出血率0%(0/12)、穿孔率0%(0/12)、クリップ率83.3% 【考察】cold群の対象病変数が少ないため有意差は出なかったが、現在まで偶発症は発生しておらず、高周波電流を使用する手技と比較し安全性が高い可能性が示唆された。

12 大型生検鉗子を用いたCold forceps polypectomyの検討

市立四日市病院 内科

○小林 真、小島健太郎、三輪田哲郎、小林 新、熊谷成将、前川直志、山脇 真、桑原好造、水谷哲也、矢野元義

【目的】近年通電を行わずに大腸ポリープをsnareで摘除する、Cold snare polypectomyや大型生検鉗子を用いるCold forceps polypectomyが普及してきている。当院でのCold forceps polypectomyに対し、主に手技と安全性につき検討をおこなった。

【方法】2008年1月より、内視鏡的に悪性所見を認めない小型大腸ポリープ603症例(942病変)に対し、大型生検鉗子Radial Jaw4 Cold Polypectomy Forceps (Boston scientific)を用いて摘除を行った。鉗子先端(外径2.8mm)を用いてポリープを計測し、3mm以上は二回での摘除も考慮した。空気を抜き気味にして、中央部分を取り残さないように鉗子を半開きにし開口幅を腫瘍径にあわせ、カップ内にポリープを取り込むように摘除した。方向が合わない場合にはハンドルを回し鉗子全体を回転させた。出血に対しては生検鉗子で創部全体を把持して圧迫止血を行った。

【結果】全例において摘除は可能であり、穿孔や後出血等の偶発症は認めなかった。

【結論】Cold forceps polypectomyは、簡便で安全性が高い手技であると考えられた。

14 脱落した胆道ステントが起点となり大腸閉塞をきたした症例

市立島田市民病院 消化器内科

○金子淳一、松下雅広、石橋浩平、間瀬裕行、渡邊晋也、金山広和、森下宗自

【症例】78歳、女性【主訴】腹痛【現病歴】201X年4月総胆管結石性胆管炎で入院となった。基礎疾患から、採石施行せず、胆道ステント(7Fr7cmストレート型)を挿入し退院となった。同年5月に胆道ステントの脱落に伴う胆管炎の再発を生じ入院となった。入院時レントゲン写真で直腸内に脱落した胆道ステントを認めた。入院2日目、胆道ステントの再挿入を施行し、入院8日目に退院となった。尚、退院前のレントゲン写真で直腸内に胆道ステントを認めていたが、便とともに排出されると考えた。退院後3日目に腹痛を主訴に受診し、CTで直腸内に脱落した胆道ステントの停滞を認め、同ステントより口側の大腸内に多量の便や液体貯留、腸管の拡張を認め、脱落した胆道ステントが起点となり大腸閉塞をきたしたと考えた。緊急大腸内視鏡検査によりS状結腸内の胆道ステントの抜去を行い、その後は多量の排便を認め、大腸閉塞の改善を認めた。胆道ステント抜去前後に穿孔を示唆する所見は認めなかった。大腸内視鏡検査の再検では、ステント停滞部に腫瘍性病変および憩室は認めなかった。【考察】文献検索では脱落した胆道ステントが原因で大腸穿孔を生じた報告は認めるも、大腸閉塞をきたした報告は認めなかった。S状結腸は屈曲が強く便が停滞しやすい部位であり、胆道ステントなどの異物が停滞する場合は穿孔および大腸閉塞をきたす事があると内視鏡医は留意すべきである。

15 大腸憩室出血に対し EBL (Endoscopic band ligation) 法にて止血後遅発性穿孔をきたした 1 例

岐阜県総合医療センター 消化器内科

○大西雅也、市川広直、三田直樹、岩佐悠平、中西孝之、佐藤寛之、安藤暢洋、岩田圭介、山崎健路、芋瀬基明、清水省吾、杉原潤一

【症例】70代男性**【主訴】**血便**【既往歴】**2015年1月に急性心筋梗塞、急性大動脈解離、発作性心房細動、コレステリン塞栓症、慢性腎不全にて当院循環器内科にて入院加療。以後抗血小板薬、抗凝固薬、PSL15mg/日の内服加療となった。**【経過】**2015年5月21日に血便にて当科を受診し同日入院加療となった。翌日下部消化管内視鏡検査を施行したところ憩室は結腸に散在、この際上行結腸憩室より湧出性出血を認めためクリップによる止血術を施行した。その後、他の憩室より経時的に出血を繰り返しその都度出血源憩室に対しクリップ止血を施行した。クリップ止血法にて再出血をきたした下行結腸憩室に対し第30病日にまたS状結腸憩室に対し第44病日にそれぞれEVLデバイスを用いEBL止血術を施行とした。その後止血状態であったが第54病日に下腹部痛が出現、CT検査にて穿孔性腹膜炎を認め緊急開腹術を施行となった。手術所見にてS状結腸結紮後潰瘍部位に穿孔を認めためS状結腸切除術、人工肛門造設術となった。**【考察】**大腸憩室出血に対しEBL止血術がクリップ法に比べ止血率が高い、また偶発症の報告例は少なく有効かつ比較的安全な方法と考えられている。しかし近年、腸管粘膜の脆弱、粘膜治癒遅滞をきたし得る基礎疾患を有する症例に対し穿孔例も報告されており症例にあわせた止血術の選択が必要と考えられる。今回我々はEBL止血後に遅発性穿孔をきたした1例を経験したため症例報告とする。

胆道1

16 病変内部に嚢胞状領域を認めたIp型早期胆嚢癌の一切除例

名鉄病院 消化器内科¹⁾、
名古屋大学大学院医学系研究科 消化器内科学²⁾
○室井航一¹⁾、竹田欽一¹⁾、奥藤 舞¹⁾、荒川恭宏¹⁾、西尾雄司¹⁾、
後藤秀実²⁾

【症例】57歳、男性。【既往歴】特記事項なし。【現病歴】平成26年4月、下痢を主訴に当科初診。スクリーニング目的で施行した、腹部超音波検査にて20mm大の胆嚢隆起性病変を認め精査となる。【検査成績】血液、生化学検査及びCEA、CA19-9は正常範囲内であった。【画像所見】超音波内視鏡では、胆嚢底部胆嚢側に内腔発育する、20mm大、分葉状の有茎性(Ip型)低エコー腫瘍を認めた。内部には複数の無エコー領域を認めた。基部周辺の胆嚢粘膜に異常所見は認めなかった。MRCPでは、胆嚢管合流異常を認めなかった。腹部造影CTで、同病変は、不整な造影効果を有していた。尚、周囲リンパ節や他臓器への転移を疑う所見は認めなかった。以上より胆嚢腫瘍あるいは、早期胆嚢癌を疑い、開腹胆嚢摘出術及びリンパ節郭清を施行した。最終病理診断は、高分化型管状腺癌、pTis、pN0、pM0、pStage0(UICC)であった。【結語】今回、教訓的な超音波内視鏡画像を呈したIp型早期胆嚢癌の一切除例を経験したので報告する。

18 内視鏡的乳頭ラージバルーン拡張術(EPLBD)による偶発症に関する検討

木沢記念病院 消化器内科
○加藤潤一、中村しの、前田俊英、森 弘輔、足達広和、安田陽一、
建部英春、杉山 宏

【目的】EPLBDによる偶発症について検討を試みた。【対象と方法】2012年以降の総胆管結石297例のうちEPLBDを施行した20例(平均年齢77.1歳、男女比13:7、平均結石数3.9個、平均結石径10.5mm、平均総胆管径14.3mm)を対象に、偶発症について検討した。【成績】全例除石に成功したが、偶発症として急性膵炎2例(10.0%)、出血3例(15.0%)を認めた。急性膵炎2例は保存的治療にて軽快した。出血した3例に対しての対処法を提示する。<症例1>95歳男性。最大径20mmの積み上げ結石(総胆管径16mm)に対し径15mmのバルーンにてEPLBDを施行したところ乳頭部出血を認めたため止血剤を散布し、一時止血が得られた。しかし、同日夜に吐血したためIVRを施行し止血し得た。<症例2>81歳男性。最大径10mmの積み上げ結石(総胆管径8mm)に対し径12mmのバルーンにてEPLBDを施行したところ乳頭部出血を認めためたためバルーンで圧迫を行うも止血困難であり、径10mmのfully covered metallic stent留置を行い止血し得た。<症例3>79歳男性。最大径13mmの単発結石(総胆管径12mm、EBLで破砕困難)に対し径12mmのバルーンにてEPLBDを施行し軽微な乳頭部出血を認めた(止血処置なし)。同日夜に吐血したため径12mmのfully covered metallic stent留置を行い止血し得た。【結論】径12mmのバルーンによるEPLBDでの出血例はfully covered metallic stent留置で止血可能であるが、15mm以上では適切なステントがなく、IVRによる止血を要する。よって、EPLBDでは拡張バルーン径12mmまでが適切かつ安全であると考えられる。

17 EUS-CDSにて人工瘻孔が完成された十二指腸狭窄合併胆嚢癌の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⁾
○鈴木博貴¹⁾、脇岡 範¹⁾、原 和生¹⁾、水野伸臣¹⁾、今岡 大¹⁾、
田近正洋²⁾、田中 努²⁾、石原 誠²⁾、吉田 司¹⁾、奥野のぞみ¹⁾、
稗田信弘¹⁾、平山貴視¹⁾、渋谷 仁¹⁾、近藤 尚¹⁾、鳥山和浩¹⁾、
藤田 曜¹⁾、徳久順也¹⁾、丹羽康正²⁾、山雄健次¹⁾

【症例】65歳男性【主訴】腹部膨満感、黄疸【既往歴】特記すべき事項なし【現病歴】腹部膨満感、嘔吐と黄疸あり前医受診。造影CT検査(CE-CT)にて膵頭下部に腫瘍を認め、同部位で総胆管および十二指腸の狭窄を認めた。またSMVの広範狭窄およびSMAへの浸潤を認め、局所進行癌と診断された。前医にてPTBDおよび胃管が留置され当院紹介来院となった。膵頭下部腫瘍に対しEUS-FNAにて腺癌の確定診断を得た。その後、十二指腸浸潤に対してNiti-S Duodenal Uncovered Stent 22mm×8cmを留置した。胆管狭窄に対しては、十二指腸ステントにて乳頭部も被覆されるためWallFLEX 10mm×6cm(FC)によるEUS-CDS(cholecholeduodenostomy)を施行した。減黄および食事摂取可能後にGemcitabine + Erlotinibを開始。その後、EUS-CDS初回留置3か月後に胆管炎から肝膿瘍を発生したためCDSを抜去し経過を見た。しかし、抜去後1か月で瘻孔閉塞による胆管炎を惹起したため、ステントを再留置した。CDS再留置14か月目(CDS初回造設18か月目)のCE-CTでCDSが脱落していることが確認されたが、無黄疸のため追加留置せず経過観察とした。その間、十二指腸ステントは計3回閉塞したが、すべて追加留置で症状は改善している。CDS脱落確認後12か月(CDS初回造設後より30か月)が経過した現在も人工瘻孔は閉塞せず経過し化学療法もSDにて治療継続中である。【考察】近年、経乳頭の胆管ドレナージ困難例に対してEUS下胆道ドレナージが注目されている。一般に人工瘻孔は早期に閉鎖するため、半永久的なステント留置が必要である。今回我々は、EUS-CDS後に人工瘻孔が完成された1例を経験した。今後CDSのあり方を考える上でも示唆に富む症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。

19 IDUSが診断に有用であった胆管周囲嚢胞の1例

医療法人山下病院 消化器内科
○鈴木悠士、服部昌志、松崎一平、磯部 祥、広瀬 健、泉 千明、
丸川高弘、中澤三郎

症例は73歳の男性。人間ドックの腹部超音波検査にて胆嚢腺筋腫症を指摘され当院受診。精査腹部超音波検査では左肝管周囲に多発する嚢胞性病変を認め、B2、B3の胆管は拡張し、胆管内には結節を疑わせる高エコー部を認めた。腹部超音波検査ではIPNBが疑われ、精査目的に入院。肝臓DynamicCTでは、肝門部から左肝管に径0.5~2cm大の嚢胞様病変を認め、拡張胆管との鑑別は困難であった。ERCでは、肝門部から左肝内胆管にかけ嚢胞様病変を認め、同部位の胆管は狭窄像を呈していたが造影圧をかけることと狭窄部は容易に拡張し、さらに末梢側には拡張のない胆管が描出された。また、嚢胞様病変に造影剤の流入は認めず、胆管内には粘液や結節を疑わせる所見は認めなかった。狭窄を呈していた部位で施行した胆管腔内超音波検査(IDUS)では、胆管周囲の多発する嚢胞により胆管が直接圧排されている所見を認め、さらに胆管と嚢胞に交通を認めずperibiliary cystと診断した。peribiliary cystは胆管付属腺内の貯留嚢胞であり、門脈血 flowの循環障害による胆管周囲付属腺の形態学的変化により生じると考えられている。経過観察が基本であるが、経過観察中に嚢胞の増大した例や、閉塞性黄疸をきたした例も認められる。今回、IDUSが診断に有用であったPeribiliary cystの一例を経験したので、若干の文献的考察を加え報告する。

胆道2

20 肝門部悪性胆管狭窄に対する 6mm fully covered self-expandable metallic stent の side by side 留置の成績

愛知県がんセンター中央病院 消化器内科¹⁾、内視鏡部²⁾
○吉田 司¹⁾、原 和生¹⁾、水野伸匡¹⁾、松岡 範¹⁾、今岡 大¹⁾、
田近正洋²⁾、田中 努²⁾、石原 誠²⁾、奥野のぞみ¹⁾、禊田信弘¹⁾、
平山貴視¹⁾、渋谷 仁¹⁾、近藤 尚¹⁾、鳥山和浩¹⁾、鈴木博貴¹⁾、
藤田 曜¹⁾、徳久順也¹⁾、丹羽康正²⁾、山雄健次¹⁾

背景と目的：肝門部悪性狭窄(HMBS)に対する最良のstentingに関しては、未だコンセンサスが得られていない。そこで今回我々は、当院においてHMBSに対し6mm FCSEMS SBS留置を行った症例をretrospectiveに検討し、その成績を明らかにすることを目的とした。対象と方法：当院で2013年12月から2015年2月までにHMBSに対し6mm FCSEMS SBS留置を行った9症例14回留置の、手技的、臨床的成功率、合併症率、開存期間、また抜去を試みた6症例での抜去可能率、再度の6mm FCSEMS SBS留置の成功率を検討した。

結果：手技的、臨床的成功率はともに100%(14/14)、開存期間中央値は113(19-209)日であった。2週間以内の早期偶発症はなく、2週以後の後期偶発症として肝臓瘍を2例に認めた。抜去を試みた6例全例でステント抜去到成功し、かつ全例で再度の6mm FCSEMS SBS留置に成功した。

結論：6mm FCSEMS SBS留置はHMBSに対して高い成功率を有するとともに、高い抜去、再挿入率を有しており、有効な治療戦略の1つになり得ると思われる。

21 当院における80歳以上高齢者総胆管結石再発症例に関する検討

中津川市民病院 消化器内科
○飯田 忠、亀山祐行、伊藤信仁、大塚裕之

【目的】80歳以上高齢者における総胆管結石再発に関与する因子を明らかにすることを目的とした。【対象】2010年9月から2015年8月までに当院にて総胆管結石を疑い経乳頭の内視鏡的治療を行ったのは181例であった。その中で80歳以上の高齢者で切石術を施行しえた45例（EST後症例を除外）を対象とした。45症例のうち治療後に再発をきたした群を再発群（5例、再発期間0.85-2.12年・中央値1.47年）、再発をきたさなかった群を未再発群（40例）とし、①年齢・性別、②乳頭処置、③切石後の胆嚢摘出術の有無・胆石合併の有無、④最大結石径、⑤総胆管径、⑥傍乳頭憩室の有無に関して比較検討した。【結果】①再発群は81-90歳（中央値86歳）・男3/女2、未再発群では80-97歳（中央値86歳）・男15/女25であり有意差は認めなかった。②再発群は4例がEST/1例がEPLBD、未再発群では37例がEST/3例がEPBDであり有意差を認めなかった。③再発群で切石後胆嚢摘出術がないのに対して未再発群では10例施行されていたが有意差は認めなかった。また再発群で胆石を合併するのは3例、未再発群では24例が胆石を合併し両群間に有意差は認めなかった。④再発群で10.6-14.4mm(中央値12.2mm)、未再発群で3-19.5mm(中央値7.9mm)を認め、再発群で有意に大きい結果であった(P=0.038)。⑤再発群で10-16.4mm(中央値12.8mm)、未再発群で5.3-16.4mm(中央値10.5mm)で有意差を認めた(P=0.047)。⑥全体で傍乳頭憩室は20例(44%)認めた。再発群では4例、未再発群では16例を認め有意差は認めなかったものの再発群で多い傾向にあった(P=0.089)。【結語】高齢者に発症した総胆管結石再発には最大結石径、総胆管径、傍乳頭憩室の合併がリスクとなる可能性が示唆された。

22 胆嚢癌との鑑別が困難であった胆嚢胆管瘻を伴う Mirizzi 症候群の一例

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⁾
○吉澤尚彦¹⁾、井上宏之¹⁾、北出 卓²⁾、田野俊介²⁾、山田玲子¹⁾、
作野 隆¹⁾、原田哲朗¹⁾、中村美咲¹⁾、濱田康彦²⁾、葛原正樹²⁾、
田中匡介²⁾、堀木紀行²⁾、竹井謙之¹⁾

症例は70歳代男性。持続する嘔吐と食事摂取困難のため近医に入院された。胆嚢壁肥厚、上部胆管狭窄と肝内胆管拡張を認め、精査加療目的に当院紹介入院となった。CTで胆嚢に不整な壁肥厚、肝床に造影効果を認め、嚢頭部・縦隔などに多発リンパ節腫脹を認めた。PET-CTでも胆嚢及びリンパ節に高度の集積を認め、リンパ節転移を伴う胆嚢癌が疑われた。ERCでは上部胆管に片側性の圧排性狭窄を認め、IDUSで狭窄部に一致して胆嚢内に音響陰影を伴う結石を認めた。狭窄部の擦過・吸引細胞診は陰性であった。肝門部リンパ節に対してEUS-FNA、肺門部リンパ節に対してEBUSを施行したが悪性所見を認めず、ERC下に再検した細胞診も陰性であったため、ERBDを留置し慎重経過観察とした。2か月後ERC再検時にSpyGlass胆道鏡を施行し、狭窄部で結石の露出を認め胆嚢胆管瘻を確認した。その際の直視下胆管生検、細胞診では悪性所見を認めなかった。4か月後PET-CTで集積の改善を認め、臨床経過と併せて胆嚢胆管瘻を伴う Mirizzi 症候群と診断した。胆嚢摘出・肝外胆管切除・胆管空腸吻合術を施行し、術後1か月後に退院となった。病理所見では高度炎症細胞浸潤を認めたが、悪性所見を認めなかった。胆嚢胆管瘻を伴う Mirizzi 症候群は比較的稀であり、胆道癌合併との鑑別に苦慮した一例を経験したため、若干の文献的考察を加え報告する。

23 胆管結石に対するEST後の十二指腸穿孔に対し、保存的加療で軽快した1例

みなど医療生活協同組合協立総合病院 消化器内科
○長谷川綾平、堀井清一、高木 篤、森 智子、小西隆文

【症例】64歳の女性。心窩部痛、発熱で救急外来を受診。胆嚢腫大、胆石を認め入院加療。DIC-CTにて胆管結石を指摘されたため、入院11日目にERCP施行。胆管結石を確認し、ESTを施行。胆管造影中、胆管外への造影剤漏出を認めたため、ENBDtubeを留置し検査終了。直ちにCT撮影行くと後腹膜、縦隔、胸部皮下に多量の気腫を認め、EST後の穿孔と判断した。外科コンサルトし、全身状態安定にて緊急手術は保留となった。その後、安定した経過で入院19日目のCT像で気腫像の消失を確認。入院33日目で一旦退院後、2ヶ月以上の期間を置いて腹腔鏡下胆嚢摘出術が施行された。【考察】医学中央雑誌にて「ERCP」[穿孔]をキーワードとして、1983年から2010年まで検索したところ、本邦では17例の報告があった。実臨床における穿孔頻度は、0.2~1.0%程度とされている。本症例はEST施行後、バスケット操作でのデバイスによる胆管穿孔を生じたものと推測しており、Stapfer分類のタイプⅢであったか、あるいはEST時に乳頭部に小さな穿孔を生じ、そこにデバイス操作を追加したことで胆管も損傷したタイプⅡ+Ⅲである可能性も考慮された。いずれにせよ、腹水増大を認めなかったため、ENBDtubeによるドレナージで保存的加療を選択し、改善を得ることができた症例であった。

胃良性1

24 超高齢者に対する経鼻内視鏡による上部内視鏡検査の現状

池田病院 消化器外科¹⁾、
東京女子医科大学 消化器病センター 外科²⁾、
池田病院 内科³⁾
○池田 聡¹⁾、矢川陽介²⁾、岡村博文³⁾、飯野正敏¹⁾、池田 誠¹⁾

経鼻内視鏡検査（以下、経鼻）は楽で安全な検査として広く普及している。当院では2005年より経鼻を導入しドック・院内検診のスクリーニングとして年間6,000例程度行っている。経鼻導入後、総数で43,000例を経験。今回は当施設で行った超高齢者（85歳以上）の内視鏡検査の状況を検討し、通常検査・消化管出血という検査契機での経鼻の有用性を報告する。当施設での超高齢者（85歳以上）の内視鏡検査数は最近2年間で総数315例。そのうち経鼻309例（98%）、経口6例。経鼻での検査契機は、主に外来検診などの無症状での検診、貧血・食事摂取量不良・体重減少などの他覚症状、イレウス管挿入や胃ろうカテーテル交換などの処置、消化管出血などであった。当施設の方針として、有症状の超高齢者への内視鏡検査にはまず経鼻を選択している。超高齢者の消化管出血症例に関しては、止血などの処置を伴うこともあり経口での検査を考慮したいところであるが、経口内視鏡では前処置・咽頭麻酔・誤嚥などの危険があるため実施が躊躇される。当施設では、最近2年間の超高齢者（85才以上）の消化管出血30例のうち29例を経鼻で行った。結果は食道潰瘍やマロリーワイス症候群などが多く、結果的に経鼻から経口が必要となった症例は無かった。このことから全身状態や貧血・吐血などの状況にもよるが、超高齢者の消化管出血症例でもまず経鼻での検査が可能と考えている。

26 もこもこ胃粘膜を呈する胃壁細胞過形成の経過

藤枝市立総合病院 消化器内科
○寺井智宏、丸山保彦、山本見大、金子雅直、志村輝幸、大島昭彦、景岡正信

【目的】PPI長期投与中に胃体部の粘膜壁間に多発する顆粒状小隆起を認める症例が散見される。これらは胃炎の京都分類では敷石状粘膜として取り上げられているが、自然経過やPPI投与との関連や病態については不明な点も多く、その臨床的特徴を明らかにすることを目的とした。

【方法】平成27年1月1日から8月31日までに当院で施行した上部消化管内視鏡症例のうち、胃体部に壁細胞過形成と考えられる敷石状粘膜を認めた症例13例（男性11例、女性2例）のPPI投与歴、逆流性食道炎合併の有無につき解析した。

【結果】病変は全例胃体～底部の胃底腺領域に生じた顆粒状小隆起で、検査時の逆流性食道炎併存例は13例全例（内訳：LA-M 9例、LA-A 2例、LA-B 1例、LA-D 1例）で、検査前のPPI維持投与例が10例、PPI未投与が3例であった。ピロリ感染については4例で血清HP抗体3未満、9例は検査未施行であったが内視鏡所見上HP未感染症例と考えられた。血清ガストリン値は13例中4例で施行し、最高値450pg/ml、最低値52pg/mlとばらつきが見られた。

【考察】胃炎の京都分類によれば本所見は壁細胞過形成とされている。今回の検討では逆流性食道炎の合併例が多く胃酸過多が病態として示唆される。またPPI内服例が多かった一方でPPI投与前に既に壁細胞過形成がみられる症例が少数ながら存在していた。PPIによる酸抑制に対する壁細胞の過形成の他、過酸症例の中にも同様な所見を呈することが示唆され、今後症例を蓄積してゆきたい。

25 H.pylori除菌不成功にも拘わらず急速に消退した胃過形成性ポリープの1例

西米濃厚生病院 内科
○若山孝英、寺倉大志、中村博武、岩下雅秀、田上 真、畠山啓朗、林 隆夫、前田晃男、西脇伸二

【症例】83歳女性【主訴】ふらつき【現病歴及び経過】ふらつきを主訴に2015年6月上旬に当院を受診した。検査結果では、軽度貧血（Hb9.3g/dl）が認められ、6月下旬に上部消化管内視鏡検査（以下EGD）を行うと径4cm大の山田4型ポリープ1個と山田2～3型ポリープ3個を認めた。生検組織で過形成性ポリープ（以下HP）、尿素呼吸試験（以下UBT）にてH.pylori陽性（2.9%）であったため、7月上旬よりP-CAB40mg/day、AMPC1500mg/day、CAM400mg/dayの1次除菌を行った。5週後のUBTにてH.pylori陽性（21.7%）であり除菌失敗であった。同日のEGDでは巨大なHPは径1cmまで縮小しており、その他のポリープは消失していた。【考察】胃HPはH.pylori感染胃炎に伴い発生し、除菌により徐々に縮小していく報告が多い。本例のように除菌不成功にも拘わらずわずか1ヶ月で消退した報告はなく、若干の文献的考察も含め報告する。

27 内視鏡的粘膜下層切開離離術（ESD）にて一括切除した胃粘膜下異所腺の1例

JA 岐阜厚生連東濃厚生病院 消化器内科
○長屋寿彦、宮本陽一、神田裕大、吉田正樹、山瀬裕彦

症例は40歳男性。平成26年9月の検診の胃透視にて胃底部大彎側後壁寄りに約20mm大の透亮像を認め、精査目的で10月に上部消化管内視鏡検査(EGD)を施行した。同部位は中央に陥凹を伴う粘膜下腫瘍様のなだらかな隆起性病変で、内視鏡下生検を施行するも確定診断がつかなかった。更に超音波内視鏡検査(EUS)、NBI拡大内視鏡検査を施行し、本人とも相談の上、診断目的で内視鏡的治療を選択した。平成27年1月に内視鏡的粘膜下層切開離離術(ESD)を施行、病理結果は胃粘膜下異所腺で、悪性所見は認めなかった。

胃粘膜下異所腺は本来胃粘膜固有層内に存在すべき胃腺が異所性に粘膜下層において増殖したもので、中高年男性に多く、切除胃の2.3～10.7%に認められる。診断にはEUSが診断に有用で、第3層を主座とした多房性低エコー域が特徴的とされている。治療は、粘膜下異所腺自体は悪性疾患ではないため、粘膜下腫瘍様であってもEUSで異所腺に典型的なエコー像を示し、癌の合併が明らかではないと判断した場合は経過観察可能なこともある。しかし、サイズが大きくなると生検、EUS、NBI拡大内視鏡検査などによる悪性病変の除外が困難で、診断的治療として切除している症例は多い。

今回は悪性病変の否定ができず、診断的治療として内視鏡的に切除した胃粘膜下異所腺の1例を経験した。この疾患は診断、治療に慎重な判断を要し、症例の更なる集積が待たれる。若干の文献的考察を踏まえて報告する。

胃良性2・十二指腸

28

診断に難渋した真菌性胃潰瘍の1例

医療法人山下病院 消化器内科

○丸川高弘、服部昌志、松崎一平、磯部 祥、広瀬 健、泉 千明、鈴木悠土、中澤三郎

症例は79歳、女性。貧血、心窩部不快感を主訴に近医より当院紹介受診。上部消化管内視鏡検査では萎縮性胃炎（O-3）および穹窿部に辺縁不整な多発の潰瘍性病変を認めた。貧血精査のために実施した下部消化管内視鏡検査では大腸小ポリープを認め、腹部CT検査では胃周囲リンパ節の軽度腫大を認めた。精査の結果、胃穹窿部の潰瘍性病変が貧血、心窩部不快感などの症状の原因となっている可能性が高いと考えられた。病変部からの生検はGroup I、胃潰瘍の診断であり、生検検体の中にピロリ菌も認めた。病変の形態的には、辺縁不整な潰瘍周囲に粘膜下腫瘍様の隆起も伴っており、胃悪性リンパ腫も考慮しピロリ菌の除菌療法を開始した。除菌成功を確認した後、初回上部消化管内視鏡検査より2か月後に再検査を実施したが、病変部の潰瘍は治癒しておらず、むしろ悪化傾向を認めた。同部位より再度生検を施行したところ、生検組織にカンジダの増生を認めたため、難治性胃潰瘍の原因として真菌感染を疑い抗真菌薬の内服を開始した。抗真菌薬を約1ヶ月内服後に上部消化管内視鏡を再度施行、潰瘍病変の著明な改善を認めた。今回我々は真菌性（カンジダ性）胃潰瘍の一例を経験したので若干の文献的考察を加え報告する。

30

当院における出血性胃潰瘍手術例の検討

大垣市民病院 消化器内科

○小林奈津子、熊田 卓、桐山勢生、谷川 誠、久永康宏、豊田秀徳、多田俊史、金森 明、北嶋秀介、山岡 基、横山晋也、水野和幸、杉山由晃、犬飼庸介、竹田 暁

【目的】内視鏡的止血困難により外科的手術となった出血性胃潰瘍症例を検討し、止血困難例の特徴を明らかにする。

【対象と方法】当院において2006年1月1日～2015年8月31日の9年5か月の間に施行された胃潰瘍出血に対する内視鏡的止血術件数は987件であり、そのうち内視鏡的止血が困難で手術となった8症例につき検討を行った。

【結果】8症例は全例男性であり、平均年齢は71歳、潰瘍の部位は穹窿部大彎1例、胃体上部小彎2例、胃体上部小彎後壁2例、体中部後壁1例、角部小彎2例であった。3例がDieulafoy潰瘍であり5例が深掘れ潰瘍であった。内視鏡的止血術回数は平均2.6回であり、HSE局注法・エタノール局注法・クリップ法・高周波法が用いられていた。抗血小板剤使用例は2例、抗凝固剤使用例が1例、NSAIDs内服例はなかった。重篤な基礎疾患として敗血症と急性下肢動脈閉塞が1例ずつあった。全例術後生存しており、胃全摘が5例、幽門側胃切除が3例に行われた。1例は術前にIVRが施行されていた。手術標本ではUL-4が5例（うち1例が穿孔）、UL-3が2例、UL-2が1例であった。

【考察】当院での検討では出血性胃潰瘍での手術症例は内視鏡的止血術施行例の0.8%であり内視鏡でほぼ止血ができるようになったといえるが、手術でしか止血がはかれないものも依然存在する。手術症例はUL-4潰瘍例が多かった。

29

貧血を契機に発見されたCameron lesionの2例

順天堂大学医学部附属静岡病院 消化器内科

○亀井将人、金光芳生、嶋田裕慈、玄田拓哉、村田礼人、甘楽裕徳、佐藤俊輔、成田論隆、飯島克順、永原章仁

巨大横隔膜ヘルニアを持つ患者のうち、食道裂孔ヘルニアの裂孔貫通部粘膜のヒダ上に縦走するびらんや潰瘍を有し、貧血を合併するものはCameron lesionと呼ばれ、まれな疾患である。当科においてCameron lesionの2症例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。

【症例1】74歳女性【主訴】ふらつき【既往歴】高血圧【家族歴】特記事項なし

【現病歴】平成27年4月頃より持続するふらつきを主訴に当院受診した。来院時Hb4.5g/dlであり、上部消化管内視鏡施行。巨大食道裂孔ヘルニアを認め、ヘルニア門に一致した部位にA2 stageの胃潰瘍を認め、Cameron lesionと診断した。PPIを1ヵ月内服させ上部消化管内視鏡を再検査したところ潰瘍は瘢痕化癒しており、Hb11.5g/dlまで改善を認めた。

【症例2】82歳女性【主訴】黒色嘔吐【既往歴】直腸潰瘍【家族歴】特記事項なし

【現病歴】平成27年8月に下血を主訴に当科来院し下部消化管内視鏡施行したところ、直腸潰瘍を認めた。入院の上保存的加療にて直腸潰瘍は改善したが、第12病日に黒色嘔吐を認め、Hb7.7g/dlまで低下を認めたために上部消化管内視鏡を施行した。巨大食道裂孔ヘルニアを認め、ヘルニア門に一致した部位に出血性びらんを認めCameron lesionと診断した。PPIの点滴を開始しHb10.3g/dlまで改善したため退院となった。

31

Over The Scope Clip system（OTSC）で内視鏡的に縫縮し得た医原性十二指腸穿孔の一例

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⁾

○藤吉俊尚¹⁾、宮原良二¹⁾、船坂好平²⁾、松崎一平¹⁾、横山敬史¹⁾、菊池正和¹⁾、大林友彦¹⁾、浅井裕充¹⁾、小林健一²⁾、松井健一¹⁾、小宮山琢真¹⁾、山村健史²⁾、大野栄三郎¹⁾、中村正直¹⁾、川嶋啓揮¹⁾、渡辺 修¹⁾、廣岡芳樹²⁾、後藤秀実¹⁾

【背景】Over The Scope Clip system（以下OTSC）は、大きな金属製クリップを内視鏡先端に取り付け、穿孔部を吸引しながら縫縮する処置具である。今回我々は十二指腸ESD中の穿孔に対し、OTSCが有用であった一例を経験したので報告する。

【症例】30歳代、男性

【主訴】健診異常

【現病歴】健診UGIで十二指腸球後部に3cm大の腫瘍を指摘され、精査加療目的に当科紹介となる。

【EGD】十二指腸球後部に30mm大の0-IIa様の隆起性病変を認めた。辺縁は整、境界明瞭で、隆起の立ち上がりは急峻、隆起は全体的に発赤調で、送気での壁伸展は良好であった。悪性所見に乏しく、腺腫と診断した。生検でtubular adenoma, moderate to severe atypiaと診断された。侵襲性から、外科手術より内視鏡治療を希望されたため、十分なICの下でESDを施行した。

【ESD】病変周囲のマーキング後に、粘膜切開を行った。トリミング、局注を行うも、粘膜下層の挙上不良で、剥離の途中で穿孔した。穿孔部周囲の剥離が困難なためEMRで病変を一括切除したが、穿孔部及び十二指腸壁からの動脈性出血を認めた。内視鏡的に凝固止血の後、OTSCで穿孔部を縫縮した。十二指腸球部が送気で伸展することを確認し、終了した。

【経過】処置後ICU入室。胃管挿入し、抗生剤、PPI投与にて治療を開始した。術後1日でICU退室、術後7日より水分、食事を順次開始し、術後14日で退院となった。術後1年半、再発なく経過している。

【結語】十二指腸ESD中の穿孔に対して、OTSCを用いて内視鏡的縫縮を行った一例を経験した。

32 共焦点レーザー内視鏡が診断に有用であった十二指腸胃型腺腫の一例

藤田保健衛生大学 消化管内科

○田原智満、堀口徳之、河村知彦、城代康貴、前田晃平、大森崇史、生野浩和、宮田雅弘、小村成臣、大久保正明、中野尚子、鎌野俊彰、石塚隆充、長坂光夫、中川義仁、柴田知行、大宮直木

プローブ型共焦点レーザー内視鏡 (pCLE) は消化管粘膜の超微形態を観察することができる。粘膜下腫瘍様に増殖する十二指腸胃型腺腫に対しpCLEを用い診断しえた症例を経験した。症例は70歳代男性、十二指腸球部に15mm大で頂部に陥凹を有す粘膜下腫瘍様隆起を認め、さらに隆起の肛門側立ち上がり付近には3mm大の小隆起が突出していた。小隆起の生検病理結果は腺腫であり内視鏡的粘膜切除術(EMR)を施行したが2か月後の内視鏡検査ではEMR施行部位からの生検でふたたび腺腫との診断であった。倫理委員会承認のもとフルオロサイトの静注を行いpCLE (Cellvizio、フランス・マウナケア社)により観察したところEMR施行部位、粘膜下腫瘍様隆起の頂部の陥凹深部に腫瘍の増殖を疑う暗い色調の不規則上皮構造を認めた。粘膜下腫瘍様に発育した腺腫と判断し、隆起全体をハイブリッドESD (EMR併用ESD)にて切除した。病理組織学的には、異所性胃粘膜を母地とし粘膜下を増殖する腫瘍腺管を認め、MUC5AC(+), MUC6(+), pepsinogen II(+), pepsinogen I(+), proton pump α subunit(+)などの多彩な像を示し、異所性胃粘膜由来の腺腫と診断した。本症例で初回EMRにて切除した病変は粘膜下腫瘍様に増殖する胃型腺腫の粘膜内進展部位の一部であったと考え、pCLEによりとらえられた粘膜下に増殖する腫瘍像が治療法の決定の根拠となる所見であった。

33 除菌後胃癌の背景粘膜についての検討

愛知県がんセンター愛知病院 消化器内科

○榊原真肇、藤田孝義、近藤真也、都築佳枝、側島 友

【目的】除菌後胃癌の背景粘膜の特徴を明らかにする。【方法】メチレンブルー色素内視鏡で5年以上経過観察が可能であった92例を対象とした。除菌後に胃癌が見つかった症例（以下、胃癌群）と胃癌がみつからなかった症例（以下、非胃癌群）に分けて、以下の4項目について比較した。検討項目は、除菌前の萎縮スコア（シドニー分類を用いて4か所で評価）、除菌前後の萎縮スコアの変化、除菌前の腸上皮化生スコア（前庭部小弯・大弯、体部小弯の3点でメチレンブルーの面積比から0～4にスコア化して評価）、除菌前後の腸上皮化生スコアの変化の4項目である。【成績】除菌症例92例のうち除菌後胃癌は9例（2次胃癌が4例、初発胃癌が5例）であった。除菌前の萎縮スコアは、胃癌群では非胃癌群に比べて体部小弯で有意に高かった。除菌後の萎縮スコアも、胃癌群では非胃癌群に比べて体部小弯で有意に高かった。以上から、体部小弯の萎縮スコアは除菌前も除菌後も、除菌後胃癌では除菌後非胃癌に比べて高いと考えられた。また、腸上皮化生スコアも同様に、体部小弯では除菌前も除菌後も、除菌後胃癌では除菌後非胃癌に比べて高いと考えられた。【結論】除菌後胃癌の背景粘膜の特徴は、体部小弯の萎縮スコア、腸上皮化生スコアが除菌前に高く、除菌後も高い状態が続くことであった。

34 有茎性発育を呈した腎細胞癌胃転移の一例

岐阜赤十字病院 消化器内科

○小川憲吾、高橋裕司、杉江岳彦、松下知路、伊藤陽一郎、名倉一夫

【症例】79歳、男性。【主訴】貧血。【既往歴】60歳時に腎細胞癌に対して根治的右腎摘除術（Clear cell renal cell carcinoma, pT1aN0M0 Stage I）を施行。【現病歴】術後15年8ヶ月で両側多発肺転移を認め、以後は緩和療法で対応。術後16年10ヶ月に胸椎転移を認め対麻痺出現し、放射線療法を施行。めまいの精査で右小脳と右側頭葉に脳転移を指摘され、放射線療法目的で入院。入院時に貧血を認め当科紹介となる。【身体所見】眼瞼結膜は貧血様、腹部は平坦・軟で右側に手術痕あり。【検査所見】WBC 5800、RBC 244万、Hb 7.0、Ht 23.1、Plt 25.5万、Alb. 3.1、CRP 2.44。【内視鏡所見】GIFにて胃体下部大弯に約30mm大の有茎性ポリープを認め、頭部は比較的平滑ながら表面構造が消失し粘液と白苔が付着した状態で、発赤調が強くびらん形成を伴い貧血の一因と判断。貧血予防の緩和目的でEMRを施行し、病理検査にて腎細胞癌の胃転移と診断した。【考察】腎細胞癌は緩徐に発育する症例があり、術後10年以上での再発もかなり認められる。また全身に転移しやすく、転移先は肺・肝・骨・脳に多いが、胃への転移は非常に稀である。一方で転移性胃腫瘍は非常に稀で、原発巣としては悪性黒色腫・乳癌・肺癌が多く腎細胞癌は0.6%と報告されている。その形態は粘膜下層を主座とした潰瘍や粘膜下腫瘍様が多い。今回、有茎性発育を呈し、内視鏡的に切除し得た腎細胞癌の胃転移を経験したので報告する。

35 S-1/CDDP療法が奏功した胃型進行胃癌の2例

津島市民病院 消化器科

○立松英純、杉野佑樹、酒井大輔、安田真理子、小林都仁夫、荒川大吾、久富充郎

近年、組織型によらず胃型胃癌は腸型胃癌よりも5-FU系を用いた化学療法により有意に予後が改善される事が報告された。今回我々はS-1+CDDP療法が奏功し上部消化管内視鏡検査(EGD)で腫瘍縮小を認め、根治切除が得られた胃型進行胃癌を2例経験した。症例1.69歳女性。吐血を主訴に来院し、EGDで体部小弯に3型進行胃癌を認め、生検で低分化型腺癌と診断された。CT検査でリンパ節転移が腹腔動脈根部に及んでいたためR0手術困難と判断し、S-1+CDDP療法を導入した。2コース終了後のEGD上腫瘍は消失し、CT検査でも腹腔動脈周囲リンパ節も含めて縮小しており(ycTON1M0)、根治切除を目的とした胃全摘術(D2郭清)を施行した。病理組織像はypT1bN1H0CY0P0,Stage II, Grade2。症例2.65歳男性。貧血を主訴に来院し、EGDで体部に食道浸潤を伴う3型進行胃癌を認め、生検で中分化型腺癌と診断された。CT検査で多発リンパ節転移を認め、cStage III Bの3型進行胃癌に対して術前化学療法としてS-1+CDDP療法を導入した。2コース終了後のEGDで腫瘍の縮小が得られ(ycT3N2M0)、SD判定にて胃全摘尾側脾合併切除術(D2郭清)を施行した。病理組織像はypT3N1H0CY0P0,Stage II, Grade1a。細胞分化マーカー(MUC5AC,MUC6,MUC2)を用いた形質発現の判定では、2例とも生検組織像は胃型形質を示したが、術後切除組織の残存腫瘍は無形質型が大勢を占めた。胃型形質を示す胃癌が、化学療法が奏功して縮小し、無形質型に置換されていった可能性が示唆された。以上の症例につき若干の文献的考察を加えて報告する。

36 レンチナンを用いたS-1併用化学療法が奏功した多発肝転移合併胃がん

名古屋記念病院 化学療法内科¹⁾、消化器内科²⁾○伊奈研次¹⁾、古田竜一¹⁾、村上賢治²⁾

経口フッ化ピリミジン製剤であるS-1の開発により、胃がんに対する化学療法の治療成績は著しく進歩したが、本邦における標準治療であるS-1/シスプラチン療法に限界があるのも事実である。当科では、生存期間のさらなる延長をめざして免疫賦活剤であるレンチナンを用いたS-1併用化学療法を以前より使用している。今回、著効例を経験したので報告する。患者は発症時65歳の男性、腹痛と食欲低下を主訴に近医を受診、多発肝腫瘍を指摘され、2010年8月24日に当院を紹介された。精査の結果、前庭部の胃がんによる多発肝転移と診断され、9月7日からレンチナンを用いたS-1併用化学療法が開始された。2011年1月に原発巣が完全消失(CR)し、2013年4月に多発肝転移もCRとなった。その後もS-1内服にレンチナンを継続して使用したが、皮膚障害がgrade 3となり、2014年2月28日に化学療法を中止した。中止後1年6ヶ月(化学療法開始後5年)経過したが、無再発で、現在も生存中である。当院では、当院の使用経験を提示したうえで患者の希望に合わせレンチナンを使用しており、そのデータを含めて報告する。

37 胃印鑑細胞癌にメトトレキサート関連リンパ増殖性疾患を併発した一例

JCHO中京病院 消化器内科

○杉村直美、金子 望、井上智司、飛鳥井香紀、高口裕規、井上裕介、戸川昭三、長谷川泉

【症例】77歳女性【主訴】食思不振・体重減少【現病歴】関節リウマチで当院整形外科通院中。平成26年9月、食思不振のため当科受診。【経過】上部消化管内視鏡検査にて胃体部および穹窿部に多発する潰瘍性病変および胃体下部小彎側に中心に浅い陥凹のある発赤した表面隆起型(0-IIa)の病変を認めた。病理組織検査では低分化腺癌および印鑑細胞癌であった。胸腹部CTでは両肺野に多発する結節影を認め、肝・脾臓にも結節影が散在した。精査目的で再度内視鏡検査を施行したところ、潰瘍性病変が増加しており、同病変部の病理再検査ではDiffuse large B cell lymphoma(DLBCL)であった。関節リウマチの治療としてメトトレキサート(MTX)を内服中であり、胃の多発潰瘍性病変、肺の多発結節影および肝・脾の結節影についてはMTX関連リンパ増殖性疾患(MTX-LPD)が胃癌に併発したと判断した。MTXを中止し、1か月後の内視鏡では潰瘍病変は改善しており、CTにおいても結節病変は縮小傾向であった。残存した胃癌に関しては同年12月幽門側胃切除術を施行。病理診断はadenocarcinoma, sig.pT4a(pSE), ly1.v0であった。また胃体部には複数の潰瘍瘢痕が見られたがDLBCLの所見は消失していた。術後半年のCTにおいて肺野の病変はさらに縮小しており、肝・脾臓の病変についても不明瞭化していた。【考察】今回我々は、胃癌にMTX-LPDを併発した一例を経験した。MTX中止により速やかに病変は改善したが、胃癌の併存により外科手術に至った貴重な症例であるため、若干の文献的考察を加えて報告する。

38 悪性リンパ腫に合併した胃癌に対する治療戦略

JA岐阜厚生連岐阜北厚生病院 消化器内科

○堀部陽平、足立政治、齋藤公志郎

悪性リンパ腫に進行胃癌を合併した場合の胃癌の病期分類はしばしば困難である。最近、当院で経験した合併症例を呈示し、胃癌合併時の治療戦略について検討した。

[症例1] 80歳女性。胸水の精査目的で紹介。全身リンパ節腫脹を認め、EUS-FNAによりろ胞性リンパ腫と診断した。またEGDで胃に複数の潰瘍性病変を認め、生検で腺癌と診断された。血液内科と相談し、ろ胞性リンパ腫に対し化学療法2コース先行した結果、胃所属リンパ節の著明な縮小を認め胃癌をstage IIと診断し、その後胃全摘+D2リンパ節郭清術を行った。術後にリンパ腫に対し化学療法を6コースを完遂し、その後、胃癌に対して術後補助化学療法(TS-1)を行い、約2年経過した現在まで再発なく経過している。

[症例2] 81歳の男性。腹痛の精査目的で紹介。CTにて腹腔内リンパ節腫大があり、EUS-FNAでびまん性大細胞B細胞性リンパ腫(DLBCL)と診断された。また、EGDにて胃に隆起性病変を認め、生検で腺癌であった。DLBCLに対する化学療法2コース先行し、再評価の結果、胃癌をstage IIと診断し、幽門側胃切除+D2リンパ節郭清術を行った。術後はDLBCLの化学療法を継続している。

【結語】悪性リンパ腫と胃癌の合併に対しては、両疾患の進行度・悪性度を十分に考慮し、血液内科医と密に連携を取りながら、症例に応じた治療方針を決定すべきであると思われる。

39 当院で経験した好酸球性食道炎1例とPPI反応性食道好酸球浸潤2例の検討

ハッピー胃腸クリニック
○豊田英樹

【症例1】36歳女性、1か月前から空腹時の心窩部痛、1週間前から胸焼け、心窩部灼熱感、咽頭痛が出現。早期飽満感、胃もたれあり。下咽頭に発赤びらんを伴った浮腫状粘膜、全食道に亀裂状の縦走溝、白斑、粘膜浮腫を認め、生検にて食道に好酸球浸潤を認めたが胃・十二指腸には好酸球浸潤を認めない。8週間PPI投与したが症状・内視鏡所見共に改善しないため好酸球性食道炎(EoE)と診断し、budesonide 2mg/日開始したところ症状は消失したため、budesonide 1mg/日を維持投与している。3か月後の内視鏡にて粘膜肥厚は軽減していたがびらん性食道炎の出現を認めたためPPIも併用した。【症例2】32歳男性、2年前から喉の絞まり感。中～下部食道に亀裂状の縦走溝、白斑を認め、生検にてEoEが考えられたが8週間PPI投与にて改善したためPPI反応性好酸球浸潤(PPI-REE)と診断した。【症例3】59歳女性、4年前からNERDにて適宜PPIを服薬。10日前から起床時の呑酸が出現。中～下部食道に亀裂状の縦走溝、白斑を認め、生検にてEoEが考えられたが8週間PPI投与にて症状改善したためPPI-REEと診断。【結語】症例1は下咽頭にも病変を伴ったEoEであり極めて稀な症例と考えられた。当院では3年間毎年1例づつEoEかPPI-REEを認めており、実地医家における内視鏡検査でも注意が必要である。

40 PPI増量に伴い悪化していく経過が観察された胃幽門側切除術後逆流性食道炎の1例

JA岐阜厚生連 岐阜厚生病院 消化器内科
○大野智彦、堀部陽平、後藤尚絵、足立政治、岩間みどり、山内 治、齋藤公志郎

【症例】67歳男性【既往歴】糖尿病性腎症(維持透析)、胃痛(幽門側胃切除術後)、肝細胞癌(肝部分切除術)、慢性C型肝炎【現病歴】X年12月早期胃癌のため幽門側胃切除術を施行された。X+1年7月逆流性食道炎(GERD)を発症、以前から処方されていたラベプラゾール(PPI)10mgに加え、モサプリドと六君子湯が追加処方され、自覚症状は改善した。X+2年8月に再び胸焼けが再燃、LA gradeB、粘膜障害2条のGERDを認めたため、PPIは20mgへ増量された。自覚症状は一時的に改善したが再び悪化し、X+2年9月にはLA gradeB、粘膜障害3条に増悪していた。PPIが40mgへ増量されたところさらに自覚症状は悪化し、11月の内視鏡所見はLA gradeB、粘膜障害5条へ悪化していた。PPIの用量依存的に悪化したため、PPIは10mgに減量、カモスタット300mgを追加処方されたところ、GERDは軽快した。【考察】幽門側胃切除術後のGERDは、胃酸逆流と十二指腸液・胆汁逆流の二つの因子が関与しているとされている。本症例で経過中にGERDが悪化した原因は、PPIを増量することで、胃内で互いに緩衝し合っていた胃酸と腸液のバランスをさらに崩してしまい、アルカリによる食道粘膜障害を助長したためと考えられた。日常診療上注意すべき教訓となる症例と思われるため、報告する。

41 胃静脈瘤破裂に対するヒスタクリルによる内視鏡的硬化療法後に化膿性門脈炎を来した1例

安城更生病院
○鶴留一誠、浅井清也、東堀 諒、三浦真之祐、市川雄平、岡田昭久、馬瀧潤彦、細井 努、竹内真実子

化膿性門脈炎は腹腔内感染に続発して発症する稀な病態である。今回われわれは胃静脈瘤破裂に対するヒスタクリルによる内視鏡的硬化療法後に化膿性門脈炎を来した症例を経験したので報告する。症例は64歳男性。2011年よりアルコール性肝硬変にて当院消化器内科に通院中であったが、2013年9月16日吐血にて救急搬送となる。緊急内視鏡検査にて噴出性出血を伴うLg-c、F3の胃静脈瘤を認め、ヒスタクリルによる内視鏡的硬化療法にて止血し、9月28日に退院した。10月中旬より発熱が出現したが、抗生剤(LVFX)内服にていったん解熱が見られた。11月より発熱が再燃し、抗生剤(LVFX)処方するも解熱不良であったため、11月25日入院。造影CTにて胃静脈瘤から後胃静脈にかけてのリビオドール集積と脾静脈血栓を認めたが、それ以外には明らかな感染のフォーカスを認めず、抗生剤点滴(TAZ/PIPC)にて熱型改善し、12月10日退院となる。2014年1月より再度発熱見られ、2月19日入院。造影CTにて脾静脈から門脈本幹にかけての血栓と胃小彎側に静脈血栓と思われる5cm大の腫瘤影を認め、血液培養よりStreptococcus constellatusが検出され、化膿性門脈炎と診断した。抗生剤治療(TAZ/PIPC→ABPC→CTRX→AMPC)にて熱型改善し、静脈血栓も徐々に縮小し、4月3日退院となる。それ以降は発熱の再燃なく、現在門脈血栓・胃小彎側の静脈血栓ともに消失している。内視鏡的硬化療法後に発熱が遷延する場合には化膿性門脈炎の存在も念頭に置いて加療にあたる必要があると考えられる。

42 食道類基底細胞癌の一例

東海病院 内科
○北村雅一、山田健太、田中達也、濱宇津吉隆、石川英樹、丸田真也

【症例】60歳代男性。【主訴】嘔吐、下痢、食欲不振。【既往歴】4年前に化膿性脊椎炎。3年前より高血圧症、糖尿病、脂質異常症。【現病歴】2週間前より嘔吐、下痢、食欲不振が見られ、近医での血液検査でCRP高値であったため当科紹介受診された。【経過】胸腹部CT、腹部超音波検査にて肝に多発する低濃度腫瘤、腹腔内に多発するリンパ節腫大を認めた。上部消化管内視鏡検査を施行したところ、上切歯列より30～35cmの中部食道に粘膜下腫瘤様の1型隆起とその周囲に広範なIcを認めヨード染色では全体が不染であった。隆起からの生検ではN/C比の大きなbasaloidな細胞が主体で一部は扁平上皮への分化を示し胞巣内外に硝子化を認めるBasaloid carcinomaと診断され、周囲のIic部の生検はSquamous cell carcinomaであった。以上より食道類基底細胞癌、多発肝およびリンパ節転移と診断した。全身化学療法(FP療法)を3クール行ったが効果なく初診より約4か月で死亡された。【考察】食道類基底細胞癌の頻度は食道悪性腫瘍のうち1%程度と稀な疾患である。粘膜上皮下に増殖して正常または他の腫瘍性上皮が腫瘍の表面を覆うことが多くほとんどがSM以深の段階でみつかる。食道類基底細胞癌は頻度が少ないため標準的な化学療法は確立していないのが現状であり、予後は一般に不良とする報告が多い。

43 食道癌術後吻合部難治性狭窄に対してステロイド併用RIC (Radial Incision and Cutting) を施行した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⁾

○平山貴視¹⁾、田中 努²⁾、石原 誠²⁾、水野伸匡¹⁾、原 和生¹⁾、
脇岡 範¹⁾、今岡 大¹⁾、奥野のぞみ¹⁾、稗田信弘¹⁾、吉田 司¹⁾、
渋谷 仁¹⁾、近藤 尚¹⁾、徳久順也¹⁾、鳥山和浩¹⁾、鈴木博貴¹⁾、
藤田 曜¹⁾、田近正洋²⁾、山雄健次¹⁾、丹羽康正²⁾

【はじめに】食道癌術後に発生した吻合部狭窄に対する治療には、主に内視鏡的バルーン拡張術 (endoscopic balloon dilation : EBD) またはブジー拡張術が行われている。しかし、時に再狭窄をきたす治療抵抗性の難治症例を経験する。近年、難治例に対する新たな治療法として、ITナイフ2 (トレードマーク) を用いて狭窄部を放射状に切開した後に瓣痕部をそぎ落とすRIC (Radial Incision and Cutting) が開発され、その治療効果が期待されている。今回、食道癌術後吻合部難治性狭窄に対してステロイド併用RICが有用であった症例を経験したので報告する。

【症例】

60歳代男性。胸部3型食道癌に対して放射線化学療法の後、2013年食道亜全摘術、胸骨後経路頸部吻合を施行した。病理診断は ypT1aN2M0: stage III Aであった。術後1ヶ月でつかえ感が出現、上部消化管内視鏡検査 (EGD) で、上切歯列20cmの食道胃吻合部に通常径内視鏡が通過しない狭窄を認めた。そのため、その後6カ月間に計7回のEBDを行ったが、狭窄症状は繰り返し出現した。EBDによる治療効果は限界と考え、ご本人に十分な説明を行った上で、RICおよび剥離粘膜欠損部へのステロイド局注療法を施行した。処置における有害事象は認めなかった。RIC後に狭窄症状は消失し、RIC後13カ月のEGDでも通常径内視鏡は吻合部を抵抗なく通過可能であった。現在、ステロイド併用RICに関しては、その有用性を評価するJCOG1207試験が行われている。

小腸 1

44 ダブルバルーン内視鏡下生検が診断に有用であった糞線虫症の1例

名古屋大学大学院医学系研究科 消化器内科学

○丹羽慶樹、中村正直、渡辺 修、山村健史、前田啓子、松下正伸、吉村 透、中野有泰、大島啓嗣、佐藤淳一、齋藤雅之、松浦倫三郎、水谷泰之、澤田つな騎、石川恵里、船坂好平、大野栄三郎、宮原良二、川嶋啓輝、廣岡芳樹、後藤秀実

症例は50歳代女性。主訴は下痢。既往歴は顔面神経麻痺。居住歴は18歳まで沖縄県石垣島、以後本州であった。現病歴は、30歳代より慢性の下痢を自覚していた。総合病院で入院精査するも食中毒と診断された。その後も断続的に下痢は続いたが原因は不明であった。53歳時より徐々に下痢の回数が増加、腹部膨満が増強、体重が約6kg減少したため心配になり当院外来を受診した。腹部膨満と下肢の著明な浮腫を認めた。血液検査ではTP6.3g/dl、Alb1.9g/dlと低蛋白血症を認め、腹部造影CTで胃、小腸の著明な拡張、腸液貯留を認めた。消化管精査目的で経口的ダブルバルーン内視鏡を施行、中部空腸まで挿入し観察した。十二指腸下行脚から中部空腸までの広い範囲で連続したびらん面を認め、同部からの生検検体で粘膜内への線虫の侵入を確認した。また糞便検査からも糞線虫が同定され、糞線虫に伴う蛋白漏出性胃腸病と診断した。治療は、隔離したうえでイベルメクチン内服を開始した。その後低蛋白血症が著明に改善し、それに伴って腹部膨満と下肢浮腫の改善を認めた。経過観察中に症状再燃を認めていない。糞線虫は長さ2mm程度の糸状の寄生虫で、熱帯地方から温帯地方に生息し、国内では奄美・沖縄などが主な流行地であり患者の居住歴からも感染が納得できた。今回我々は原因不明の下痢が主訴の患者でダブルバルーン内視鏡下生検が診断に有用であった糞線虫症の貴重な1例を経験したため、文献的考察を加えて報告する。

46 腸重積を契機に見出し小腸内視鏡にて切除し得た回腸脂肪腫の一例

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

○作野 隆¹、葛原正樹²、原田哲朗¹、中村美咲¹、濱田康彦²、田中匡介²、堀木紀行²、吉澤尚彦¹、北出 卓²、田野俊介²、山田玲子¹、井上宏之¹、竹井謙之¹

症例は87歳女性。2015年2月に腹痛を主訴に前医を受診した。その際のCTで腸重積と診断され入院、絶食で症状は軽快し退院となった。腸重積の原因精査のため当院外来紹介受診となった。

外来受診時の血液検査では特記すべき異常所見を認めなかった。CTでは重積像は改善し、右骨盤部の小腸に23×12mm大の腫瘤を認めた。腫瘤は辺縁平滑で境界明瞭の低吸収域として描出され小腸脂肪腫が疑われた。

1週間後の入院時に血便とHb8.8 g/dlと貧血の進行を認めた。上部内視鏡検査、CTを施行したが、出血源は同定できなかった。経肛門ダブルバルーン内視鏡では、回腸に管腔を占める30mm大の有茎性ポリープを認め、表面は一部潰瘍化していた。腸重積、出血の原因と考え、局注後スネアにて一括切除を行った。

病理学的に境界明瞭な黄色調結節状病変で、比較的大きさの均一な脂肪細胞が増殖しており、脂肪腫と診断された。食事開始後も血便や貧血の進行なく経過良好で退院となった。

小腸脂肪腫は、ほとんどが無症状で経過するとされる。しかし、小腸脂肪腫のうち腸重積を発症した症例は44.1%、腸閉塞は17.6%という報告もあり、今回の発見の契機となった腸重積の発症率は高い。小腸脂肪腫に対し内視鏡的切除が可能であった報告は少なく、若干の文献的考察を加えて報告する。

45 経時的に順行性・逆行性の腸重積を起こした回腸脂肪腫の1例

静岡市立清水病院 消化器内科¹、外科²

○宇於崎宏城¹、小池弘太¹、池田 誉¹、高柳泰宏¹、窪田裕幸¹、山崎将典²

【症例】85歳男性【現病歴】深部静脈血栓症のため、当院血管外科に入院中であった。軽度の下痢・貧血を認めたため、精査目的で下部消化管内視鏡を施行した。肝彎曲部に隆起性腫瘍を認め、腸重積を起こしている状態であった。送気により腫瘍は上行結腸に移動した。肉眼的には表面の一部に潰瘍形成を伴う有茎性の病変であった。生検では非特異的腸炎の結果であった。後日にCTを施行したところ、腫瘍は左下腹部に存在しており、逆行性の腸重積を起こしている状態であった。CTでは腫瘍は均一な脂肪濃度であったため、脂肪腫と診断した。イレウス症状等は認めなかったため、下部消化管内視鏡から54日後、待機的に腹腔鏡下で外科的切除を行った。病変は回盲部に存在しており、回盲部切除を行った。病理組織検査では35×35×30mmの脂肪腫であった。

【考察】成人の腸重積は比較的に稀であり、その中でも逆行性の腸重積は少ないと言われている。今回我々は経時的に順行性・逆行性の腸重積を起こした回腸脂肪腫の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。

47 自然退縮を認めた濾胞性リンパ腫の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、

遺伝子病理診断部³、血液細胞科⁴

○渋谷 仁¹、田近正洋²、田中 努²、石原 誠²、水野伸匡¹、原 和生¹、脇岡 範¹、今岡 大¹、奥野のぞみ¹、稗田信弘¹、吉田 司¹、近藤 尚¹、鈴木博貴¹、徳久順也¹、鳥山和浩¹、平山貴視¹、藤田 曜¹、谷田部恭³、木下朝博⁴、山雄健次¹、丹羽康正²

【症例】60歳代、女性【主訴】なし【現病歴】定期検査の目的で施行した下部消化管内視鏡検査で回腸末端に隆起性病変を認め、生検にて悪性リンパ腫の診断となり当院血液細胞科へ紹介となった。内視鏡所見は粘膜下腫瘍様の隆起性病変で、病理組織検査では粘膜下に中～大型のリンパ球系細胞の集簇を呈し、免疫染色でCD10+、CD20+、Bcl2+の、低悪性度B細胞性リンパ腫、WHO grade1と判明したが、病型の確定には至らなかった。腹部CTで腹腔内に腫大したリンパ節を認め、Stage IV (Lugano 国際会議分類)と診断、各種治療法を提示した上で、患者希望により Watch and wait を選択した。経過観察中、回腸病変は一時的に増大傾向を認めたが、約5ヶ月後の再検査では瘢痕化し、消失した。また、初診時から認めていた腸間膜リンパ節が増大傾向を示したため、経皮的生検を行ったところ、中～小型細胞からなる腫瘍性濾胞の形成を認め、免疫染色ではCD10+、CD20+、Bcl2+であり濾胞性リンパ腫の診断となった。現在、診断から5年が経過したが、回腸病変は瘢痕化したままで、リンパ節も縮小傾向が続いている。【考察】消化管濾胞性リンパ腫は稀に自然退縮を示すが、その誘因や長期経過については不明な点も多い。Watch and wait で自然退縮を認めた濾胞性リンパ腫の経時的な変化を観察し得たため、文献的考察を加え報告する。

小腸2

48 酵素補充療法を導入し空腸絨毛形態の経時的変化を観察した慢性痔瘻の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⁾
○竹山友章¹⁾、廣岡芳樹²⁾、川嶋啓揮¹⁾、大野栄三郎¹⁾、林大樹朗¹⁾、
桑原崇通¹⁾、森島大雅¹⁾、河合 学¹⁾、須原寛樹¹⁾、橋詰清孝¹⁾、
山村健史²⁾、船坂好平²⁾、中村正直¹⁾、宮原良二¹⁾、渡辺 修¹⁾、
後藤秀実¹⁾

【背景】我々は痔と小腸の臓器機能相関の解明を目的とし、痔疾患例を中心に小腸絨毛の形態および機能評価を試みてきた。その中で痔外分泌能の低下した慢性痔瘻例では有意に空腸絨毛の萎縮および機能低下をきたすことを報告してきた。今回、高力価パנקレアチン製剤を導入し空腸絨毛の形態学的・機能的変化につき長期経過を観察し得た慢性痔瘻の1例を経験したので報告する。【症例】70歳代男性。既往歴は高血圧。50年来の大酒家である。2004年に急性痔瘻を発生し、以降は痔石の併発もきたし慢性痔瘻の経過として緩解、増悪を繰り返してきた。2014年6月、当院IRBより承認を得た栄養状態に関する痔・小腸臓器相関の探索的研究(UMIN:00012000)に同意され、OLYMPUS社製改良型小腸内視鏡(SIF-Y0007、有効長2000mm、拡大率80倍)を用いた小腸内視鏡検査が実施された。空腸到達後に絨毛機能評価を目的として、NBI併用拡大観察下に生理食塩水および10%ブドウ糖液(TZ)を散布し絨毛血流変化を評価した。また形態学的評価のため粘膜生検を実施した。検査後よりパנקレリパーゼ内服を開始し、3ヶ月後および12ヶ月後にそれぞれ同様に小腸内視鏡検査を行った。初回検査時の絨毛高(μ m)および絨毛陰窩比(絨毛高/陰窩長)はそれぞれ213/1.9であったが、3ヶ月後および12ヶ月後ではそれぞれ344/3.8、431/4.2と改善を認めた。TZ散布後の絨毛血流変化もそれぞれ改善を認めていた。痔と小腸の臓器相関を考える上で示唆に富む症例であるため報告する。

50 ダブルバルーン内視鏡にて診断した止血に難渋した小腸 Dieulafoy lesion の2例

社会医療法人 財団新和会 八千代病院 消化器内科
○白井 修、氏原正樹、樋口俊哉、三浦正博、小島達也

症例1は57歳、女性。主訴は黒色便。既往歴は42歳時に大動脈弁置換術+僧帽弁置換術+三尖弁弁輪縫縮術を施行。現病歴はワーファリン(以下WF)内服中。2014年6月に黒色便が出現し、EGD,CFで出血源不明、造影CTにて空腸にextravasationを確認するが腹部血管造影(以下angio)では確認できず、同年8月25日に当院転院。カプセル内視鏡で活動性出血を認め、ダブルバルーン内視鏡(以下DBE)施行したが出血を認めず一旦退院。その後も入院とDBEを繰り返し、totalenteroscopy可能で5回目の経口的DBEで上部空腸に湧出性出血を認め、空腸Dieulafoy lesionと診断。clipで止血でき保存的治療としたがWFの再開で貧血の再燃を認めた。輸血量50単位に至り出血確認時には外科的切除が望まれる。症例2は81歳、女性。主訴は黒色便。既往歴は心房細動でWF内服中。現病歴は2015年10月に黒色便が出現し前医入院。EGD,CFで出血源不明、造影CTにて空腸にextravasationを確認するがangioでは確認できず脳梗塞も併発。同年6月15日に当院転院。DBE施行しtotalenteroscopy可能であったが出血源は不明で一旦退院。貧血再燃で9月2日に再入院。同日の経口的DBEで中下部空腸に湧出性出血を認め、空腸Dieulafoy lesionと診断。clipで止血できず。同日緊急でclipを目印に小腸部分切除術を施行。病理組織学的には粘膜下に豊富な血管を認めたが明らかな出血源とは確認できなかった。術後経過は良好で貧血の再燃は認めない。止血に難渋する小腸Dieulafoy lesionではその止血に手術が有効なこともある。他部位にDieulafoy lesion再発の可能性ありDBEのclipを目印に過不足ない切除をすることは有用と考えられた。

49 Infliximabによる難治性回腸炎(潰瘍性大腸炎・大腸全摘後)の治療

名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器・代謝内科学
○溝下 勤、谷田論史、尾関啓司、片野敬仁、野村智史、稲垣佑祐、
林 則之、西江裕忠、志村貴也、森 義徳、久保田英嗣、片岡洋望、
神谷 武、城 卓志

症例:59歳、男性。
既往歴:膀胱結石。
現病歴:19XX年に潰瘍性大腸炎と診断され19XX年に大腸全摘+回腸囊肛門吻合術(J-pouch)を施行された。20XX年4月に腹部症状の悪化(便回数30回/日、下痢性、腹痛)あり、当院を紹介受診した。当院での下部消化管内視鏡検査で、回腸囊に潰瘍が多発しており(Pouchitis Disease Activity Index (PDAI):15点)、回腸炎(大腸全摘後)と診断した。Metronidazole 750mg/日、ciprofloxacin 600mg/日、mesalazine 3000mg/日などで治療を行ったが腹部症状が軽快せず入院治療を行った。入院後、絶食+持続点滴としprednisolone 40mg/日の静注を行い腹部症状が改善していた。現在は、外来にてmesalazine 3000mg/日+infiximab (5mg/kg)で継続治療を行っている。
結論:Infiximabが著効した難治性回腸炎の1例を経験したので報告した。

51 上部消化管出血にて発症し内視鏡的に止血し得た小腸 GISTの一例

名古屋第一赤十字病院 消化器内科
○早川史広、春田純一、山口丈夫、土屋崎正雄、鷺見 肇、
村手健太郎、西尾 亮、植田恵子、長谷川一成、青井広典、
河村達哉、高野宏平、八田勇輔

症例は62歳男性。黒色便、一過性意識消失にて緊急搬送。上部消化管出血を疑い緊急内視鏡検査を施行。上部消化管内視鏡検査用のQ260Jにて検査を施行し十二指腸水平脚まで挿入したところ、肛門側より鮮血の逆流がみられたため、下部消化管内視鏡検査用のPCF260AZIに変更した。Treitz靱帯の附着部と思われる屈曲部を越えた部位に粘膜下隆起があり頂部より拍動性の出血を認めた。操作性が悪く難渋したが出血部をクリップにて止血し得た。
造影CTにて空腸に近位側に30mm大の多血性腫瘍を認め、低緊張性十二指腸造影では十二指腸上脚脚に腫瘍像を認めた。手術を施行し、Treitz靱帯附着部近傍の上部空腸に腫瘍を認め、空腸部分切除術を施行した。摘出標本の病理検査の結果、Gastrointestinal stromal tumor; GIST (low risk)と診断された。
十二指腸GISTに対する内視鏡的止血術の報告はあるが、十二指腸水平脚より遠位の小腸GISTに対して内視鏡止血術を行った報告はまれである。今回我々は空腸GISTに対して内視鏡的止血術を行った症例を経験したため報告する。

大腸悪性

52 回盲弁に連続して発生した盲腸Is型sm massive癌の1例

協立総合病院 消化器内科¹⁾、外科²⁾

○高木 篤¹⁾、森 智子¹⁾、名和晋輔¹⁾、長谷川綾平¹⁾、江間幸雄¹⁾、小西隆文¹⁾、中澤幸久²⁾

症例は79歳女性。便潜血陽性にてTCS施行。パウヒン弁に連続して盲腸にLST-NG病変を認めた。

通常観察では、乳白色調で、横に長い芋虫状の隆起性病変であり、一部相対陥凹を伴っていた。

インジゴカルミン撒布拡大では、絨毛様ピットであり、陥凹部ではVi高度不整のピットを認めたが、明らかな無構造pitは認めなかった。NBIでは同様に陥凹部に不整なsurface patternを認めた。

ピオクタンニン撒布では、陥凹部に一致してVi高度不整を認めたが、明らかなVNピットは認めなかった。隆起部では、絨毛状ピットを認めた。

sm massive癌を疑い、外科的切除とした。

病理では、隆起部は丈の高い乳頭状の高分化腺癌であり、陥凹部では先進部の分化度の低下したsm癌を認めた。パウヒン弁からは連続していた。

デスミンでは浸潤部での粘膜筋板の消失を認めた。浸潤距離は表層から計測すると2000 μ であった。EVG、D2-40で、尿管侵襲を認めた。簇出は認めなかった。リンパ節転移は認めなかった。

まとめると、Cecum, LST-NG. ope, 25 \times 20mm, tub1-2, sm(2000 μ m), ly1, v2, n0であった。

本症例は、回盲弁からフロントを形成することなく盲腸に連続し、回盲弁と同じ絨毛状ピットを背景としており、回盲弁から発生した癌が盲腸に伸展し、一部でsm massive浸潤を来したと考えられた。

53 直腸 Dieulafoy 潰瘍に似た発症形態をきたした早期直腸癌の一例

名古屋記念病院 消化器内科

○高田真由子、村上賢治、天池真名美、河辺健太郎、吉井幸子、伊藤重夜、中館 功、長谷川俊之、鈴木重行

症例は45歳男性、突然の血便を主訴に当科初診となる。既往に胆嚢結石、尿路結石がある。大量の血便により出血性ショックをきたし、大腸内視鏡 (CS) にて直腸内に大量の凝血塊と肛門より3cmの直腸 (Rb) に径10mm大の周囲に隆起の伴った潰瘍性病変と、潰瘍底の露出血管から湧出性出血を認めクリップにて止血処置を行った。5日後の内視鏡観察では潰瘍周囲は平坦化していた。NBI拡大観察にて潰瘍周囲粘膜の大半は広島分類 A type であり、一部に B type を認めた。さらに7日後のフォローアップCSでは病変部は平坦な不整隆起へ変化しており、pit pattern VN型、生検は Group 4: suspicious of adenocarcinoma であった。細径ブロープでの超音波内視鏡 (EUS) にて第3層までの SM 浸潤を疑う所見がみられた。全身の造影CTにて周囲リンパ節腫大や遠隔転移は認めず、後日腹腔鏡補助下直腸低位前方切除術、D3郭清、回腸人工肛門造設術が行われた。切除標本の病理結果は、tub1>tub2 pT1(SM 1859 μ m) ly1 v0 pn0 PM0 DM0 RM0 であった。大量の動脈性出血をきたし、出血性ショックにまで至るような Dieulafoy 潰瘍に似た発症形態をきたした直腸癌は稀と考え、若干の文献的考察を加え検討し報告する。

54 大腸粘液癌の1例

名古屋市立大学病院 消化器内科

○稲垣佑祐、林 則之、西江裕忠、片野敬仁、尾関啓司、溝下 勤、志村貴也、森 義徳、久保田英嗣、谷田諭史、片岡洋望、城 卓志

症例は52歳、男性。下腹部痛と血便を認め近医を受診した。下部消化管内視鏡検査を施行したところ直腸Rsに腫瘍性病変を指摘され、精査加療目的で当科へ紹介となった。当院で施行した下部消化管内視鏡検査でも同部位に大きさ約20mm大、肉眼型はII a+II cの腫瘍を認め、表面には粘液が付着していた。拡大内視鏡ではV₁~V_Nのpit patternを呈しており、生検で大腸粘液癌と診断した。注腸検査で病変部は弧状の側面変形を認めた。内視鏡的肉眼的所見と注腸所見から腫瘍の深達度はSM深部浸潤と診断し外科的切除を行った。切除標本で腫瘍は一部漿膜に露出しており pathological stageはpT4apN1cM0, pStage III aであった。

粘液癌は細胞外に多量の粘液を産生し、粘液の結節を形成する癌であり、本邦では大腸癌の約5%を占めると言われている。腺癌と比較した検討では、発生部位、最大径、深達度、腹膜播種の有無などに差があるとの報告がある。また本症例のように粘液癌は肉眼診断よりも実際の深達度が深い傾向があり、術前の診断には注意を要する。今回我々は大きさ約20mmの表面隆起型病変で漿膜を超える深達度であった大腸粘液癌を経験したため、若干の文献的考察を含め報告する。

55 当院における大腸ESDの検討

稲沢市民病院 消化器内科

○名倉明日香、坂田豊博、神田信之、武藤久哲

【目的】大腸ESDは技術的なハードルの高さから、一部のハイボリュームセンターを中心に施行されていることが多く、中小規模の一般病院では診断までに留まることが多い。今回、数例ではあるが当院で大腸ESDを施行した症例について検討し、一般病院においても安全かつ確実に治療を行う方法について考察を行った。

【方法】2014年12月~2015年9月までに当院で大腸ESDを施行した5例についてレトロスペクティブに検討を行った。

【結果】5例中、男女比は男性4例、女性1例、平均年齢は65歳であった。病変位置は直腸3例、S状結腸1例、盲腸1例であり、肉眼型はすべてLST-Gであった。病変の大きさは術前評価では30mmが2例、40mmが2例、50mmが1例であった。3例に対して術前に生検が施行された。ESD1例目と盲腸病変の症例では大腸ESDの経験が豊富な熟練者の指導の下でESDを行った。術者はすべて胃・食道ESD経験の多い消化器内視鏡専門医であった。全例一括切除が可能であり、切開時間は平均96分、穿孔や後出血などの合併症は認めなかった。病理組織検査は粘膜内癌が4例、腺腫が1例であった。2例に対して経過観察目的の大腸内視鏡検査が施行され、再発は認めなかった。

【結論】大腸ESDは手技が難しく合併症の発生率が高いが、困難が予想される場合は大腸ESD熟練者の協力があれば一般病院でも施行することが可能である。地方在住の患者に対して身近な病院で安全かつ確実な医療を提供することができると見込まれる。

56 大腸内視鏡検査前の下剤により急性壊死性腸炎をきたしたS状結腸癌の1例

社会医療法人八千代病院 消化器内科

○小島達也、白井 修、氏原正樹、樋口俊哉、三浦正樹

症例は80歳女性。高血圧、高脂血症、狭心症で内服治療していた。子宮筋腫の手術歴がある。慢性の便秘があり近医で便潜血反応陽性を指摘されたため当院受診して大腸内視鏡検査を予定していた。自覚所見とも大腸狭窄を疑う所見は認められなかった。検査前日 sodium picosulfate hydrate 7.5mg内服後の約5時間後に腹痛、嘔吐が出現したため救急外来を受診された。腹部に圧痛を軽度認めるのみであったが全身に冷汗を伴い体温は35.1度と低下していた。腹部骨盤CT検査では小腸からS状結腸まで内腔の拡張を伴う腸閉塞像を認めた。S状結腸に壁厚を疑う所見も認められた。採血検査では白血球数10900と軽度の上昇を認めるのみで血液ガス検査含め明らかな異常を認めなかった。入院後S状結腸内視鏡検査で肛門から20cmのRs付近のS状結腸に長さ5cmの半周性の2型腫瘍を認めたが便塊の通過が認められ管腔の開存は比較的良好であった。同時に施行したガストログラフィンでの造影検査で口側腸管内腔の拡張を認め5cm口側に挿入すると粘膜は全周性に暗赤色から黒色調になっており、腸管の虚血を認めたので緊急外科開腹手術を行った。開腹時には混濁した腹水と腫瘍の口側の結腸に壊死を疑う広範囲の色調変化を認め全結腸切除と終末回腸50cmの追加切除を施行、回腸瘻を造設し術後エンドトキシン吸着療法を施行したが術後3日目に敗血症性ショックDICにて死去された。急激な経過で不幸な転機をたどった閉塞性大腸炎の一例を経験したので稀と考え、文献的考察を加え報告する。

寄付協賛一覧

大鵬薬品工業株式会社
田辺三菱製薬株式会社

株式会社ツムラ
ファイザー株式会社

(五十音順)

平成27年10月20日現在

企業展示一覧

株式会社アムコ

オリンパス株式会社

Cook Japan 株式会社

センチュリーメディカル株式会社

東芝メディカルシステムズ株式会社

富士フィルムメディカル株式会社

ボストン・サイエンティフィックジャパン株式会社

堀井薬品工業株式会社

(五十音順)