

第65回 日本消化器内視鏡学会東海支部例会 プログラム

日 時：2022年12月3日（土） 午前8時40分より

会 長：グランシップ

〒422-8019 静岡市駿河区東静岡2-3-1

TEL：054-203-5710

参加受付：10階 会議室1001-1

PC 受付：10階 会議室1001-1

第1会場：10階 会議室1001-2

第2会場：9階 会議室910

第3会場：9階 会議室904

展示会場：10階 会議室1001-1

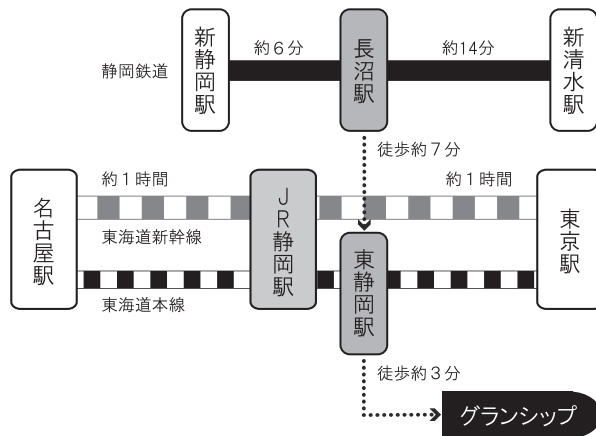
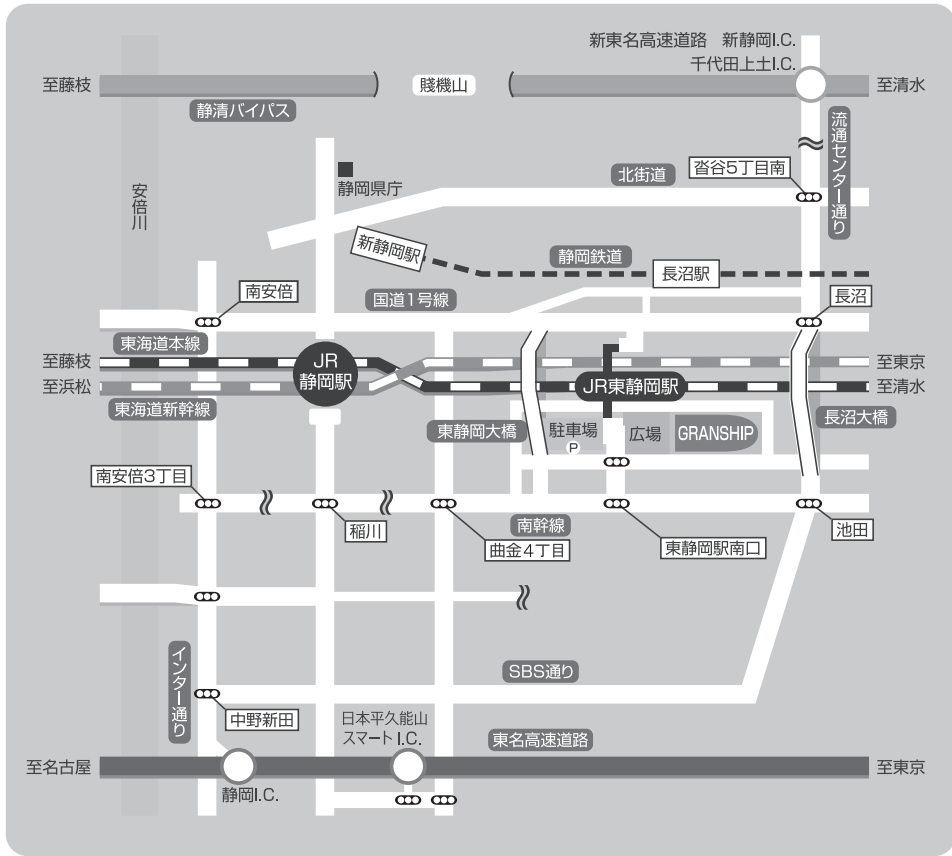
会 長：丸山 保彦

藤枝市立総合病院 消化器内科

【目 次】

タイムスケジュール	5
ご案内・お願い	6
プログラム	9
抄録	71
協賛企業一覧・広告	118

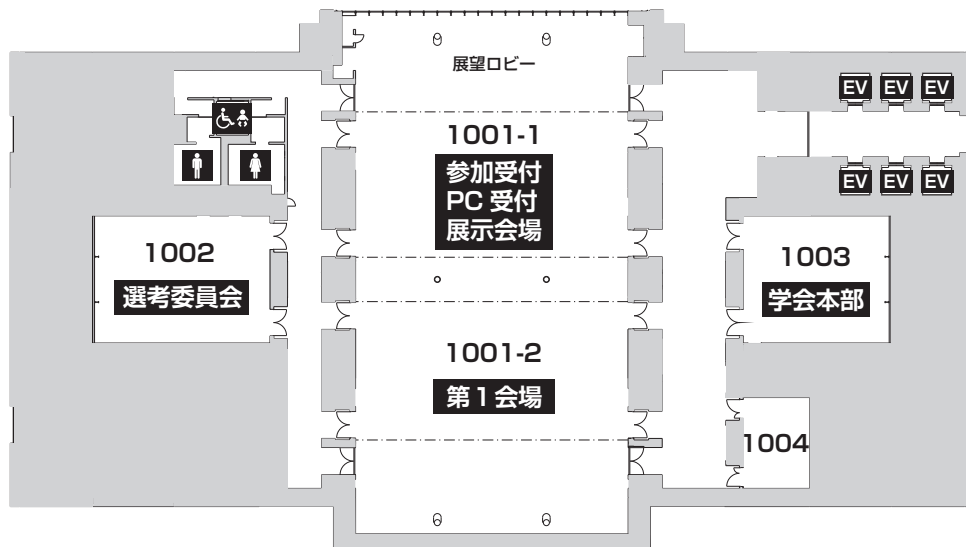
【会場への交通のご案内】



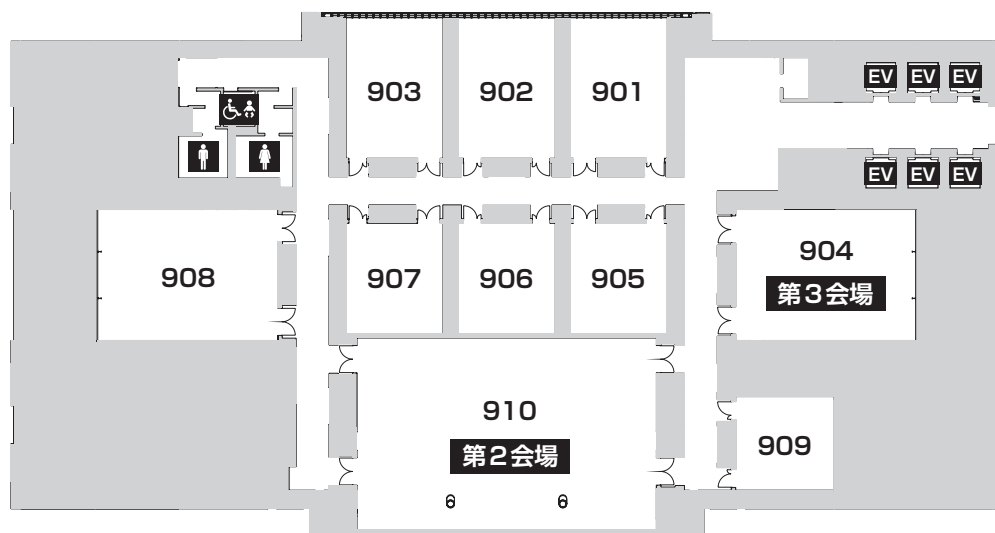
- JR東静岡駅南口隣接
- 静岡鉄道長沼駅から徒歩10分
- 東海道新幹線（ひかり）で東京・名古屋から1時間、新大阪から2時間。
JR東静岡駅乗換、東静岡駅まで3分。
- 駐車場：普通乗用車 400台（うち車椅子使用者用7台）
催事の開催状況によっては満車となる場合がございます。
できるだけ公共交通機関をご利用ください。

【会場のご案内】

10階



9階



タイムスケジュール

	第1会場 会議室 1001-2	第2会場 会議室 910	第3会場 会議室 904	選考委員会 会議室 1002
8:30	開会の辞	若手研究者優秀演題奨励賞選定セッション		
	08:40~09:08 上部消化管①/Y-1~4 座長：黒石健吾	08:40~09:01 下部消化管①/Y-18~20 座長：栗山 茂	08:40~09:08 肝胆膵①/Y-32~35 座長：芳澤 社	
9:00	09:08~09:36 上部消化管②/Y-5~8 座長：森 雅史	09:01~09:29 下部消化管②/Y-21~24 座長：谷 伸也	09:08~09:36 肝胆膵②/Y-36~39 座長：今井 元	
9:30	09:36~10:04 上部消化管③/Y-9~12 座長：嶋田裕慈	09:29~09:57 下部消化管③/Y-25~28 座長：杉野敏志	09:36~09:57 肝胆膵③/Y-40~42 座長：大畠昭彦	
10:00	10:04~10:39 上部消化管④/Y-13~17 座長：小笠原尚高	09:57~10:18 下部消化管④/Y-29~31 座長：山田貴教	09:57~10:18 肝胆膵④/Y-43~45 座長：山田玲子	
10:30	10:45~11:06 食道/1-3 座長：前田有紀	10:45~11:06 大腸・その他/4-6 座長：星野弘典	10:45~11:13 胃・十二指腸/7-10 座長：山田洋介	10:30~11:20 若手奨励賞選考委員会
11:00				
11:30	ランチョンセミナー① 11:30~12:30 演者：加藤 順 座長：荒木寛司	ランチョンセミナー② 11:30~12:30 演者：杉本 健 座長：花井洋行	ランチョンセミナー③ 11:30~12:30 演者：春日井邦夫 多田智裕 座長：八木信明 特別発言：丸山保彦 共催：株式会社メディカルサービス	
12:00	共催：ヤンセンファーマ(株)	共催：アッヴィ(株)		
12:30				
	12:40~13:40 評議員会 (若手奨励賞表彰式含む)	アフタヌーンセミナー 12:40~13:40 演者：平澤俊明 座長：古田隆久		
13:00		共催：オリンパスマーケティング(株)		
13:30				
	スポンサードセミナー① 13:50~14:50 演者：田中浩敬 北村英俊 座長：廣岡芳樹	スポンサードセミナー② 13:50~14:50 演者：長坂光夫 座長：田中俊夫	スポンサードセミナー③ 13:50~14:50 演者：山本隆行 座長：川嶋啓揮	
14:00	共催：ゼオンメディカル(株)	共催：武田薬品工業(株)	共催：日本化薬(株)	
14:30				
15:00	シンポジウム① 15:00~17:30 「消化管疾患に対する 内視鏡診断と治療の工夫」	シンポジウム② 15:00~17:30 「胆膵疾患に対する 内視鏡診断と治療の工夫」	15:00~15:35 胃/11~15 座長：水野裕介	
15:30	司会：大澤 恵 海老正秀	司会：吉田道弘 中岡和徳	15:35~16:10 胆道/16~20 座長：川口真矢	
16:00			16:10~16:45 膵臓/21~25 座長：水谷泰之	
16:30			16:45~17:13 その他/26~29 座長：丸田明範	
17:00				
17:30	閉会の辞			

【ご案内・お願い】

本会は会場での現地開催となります（配信はございません）。

新型コロナウイルス感染症拡大防止のため、下記にご協力をお願いいたします。

- 会場では、マスク着用、手指消毒をお願いいたします。
- 37.5℃以上の発熱や体調不良がある場合は来場をお控えください。
- ご参加の際は検温と健康チェックシートへのご記入・ご提出をお願いいたします。
- ランチョンセミナー等での飲食時は、前方を向いての黙食をお願いいたします。
- 会場を出た後で不調を感じられた方は、事務局までご連絡ください。
接触を減らすためクロークはご用意いたしません。予めご了承ください。

○ご参加のみなさまへ

- 会場整理費として一人3,000円を参加受付にてお支払い頂きます。
- 受付時にネームカード（領収書 兼 参加証）とプログラム抄録集をお渡しします。

○演者の先生へ

- 現地会場でのコンピュータープレゼンテーションとなります。
オンライン発表には対応しておりません。
- **ご発表セッションの開始30分前**までに「演者座長受付」へお越し頂き、データ受付を済ませてください。
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。
- 発表は、舞台上のキーボード、マウスにてご自身でスライドを進めてください。
- 発表時間
一般演題……………口演 5分・質疑 2分
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 2分
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 2分・総合討論なし

○データ作成上の留意点

会場のPCはWindows、プレゼンテーションソフトはPower Pointです。

Macintoshにて作成されたデータはWindows上で位置のずれや文字化けなどの不具合が生じることが多いため、本体持ち込みを推奨いたします。各自Windows上で作動確認と、Windows用にデータ変換を行った上でご用意をお願いいたします。

《データ持ち込みによるご発表》

- 発表データの受付は、原則としてUSBフラッシュメモリといたします。
- メディアを持ち込む場合は、Windows版Power Pointで作成されたデータのみといたします。
フォントはPower Pointに標準で搭載されているものをご使用ください。
- 動画はWindows Media Playerで再生が可能なものに限りします。
- 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、必ず元のデータも一緒に保存し、作成に使用した以外のWindows PCにて事前に動作確認をお願いいたします。バックアップとしてPCをご持参ください。

- 液晶プロジェクターの出力解像度は、フルHD (1920 × 1080、16 : 9) に対応しております。
- 音声出力は使用できません。
- 発表者ツールはご使用になれません。

《PC 持ち込みによるご発表》

- 必ず付属の AC アダプターをご用意ください。
- 液晶プロジェクターとの接続は、事務局では HDMI ケーブルをご用意いたします。事前に持ち込まれるデバイスを確認のうえ、変換アダプターが必要な場合は、必ずご自身にてご用意ください。
- 発表中にスクリーンセーバーや省電力機能で電源が切れないように、事前に設定のご確認をお願いいたします。
- 音声出力は使用できません。
- 発表者ツールはご使用になれません。

《その他留意事項》

- データを保存する前に必ずウイルスチェックを行ってください。
- 申告すべき COI 状態の有無にかかわらず、発表スライドの初めに COI 状態の開示をお願いいたします。
詳細は、日本消化器内視鏡学会 Web サイトにてご確認ください。

○座長の先生へ

ご担当セッションの開始20分前までに「演者座長受付」へお立ち寄り頂き、ご到着をお知らせください。

いずれの会場も時間厳守とし、プログラム通りの進行にご協力をお願いいたします。

○評議員会ならびに表彰式

日時：2022 年 12 月 3 日 (土) 12 : 40 ~ 13 : 40

会場：グランシップ10階 会議室1001-2 (第1会場)

※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お取り下さい。

○企業展示

グランシップ10階 会議室1001-1 9 : 00 ~ 16 : 30

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)および専修医(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「若手研究者優秀演題奨励賞」を選定し支部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。

対象演題は「若手研究者優秀演題奨励賞選定セッション」にて発表、審査員が発表内容等を審査し、当日の評議員会にて表彰いたします。受賞者は12:30までに受付付近の掲示板にて発表いたしますので、対象演題の発表者は必ずご確認のうえ、受賞をされた場合は12:40開始の評議員会にご参加頂きますようお願い申し上げます。

JEDブースに関するお知らせ

平素はJED-Projectにご協力を賜り誠にありがとうございます。

先生方のご尽力により、JEDにご参加頂くご施設は**1,300施設**を超え、JEDデータのご提出を開始頂いたご施設も**600施設**を超えており、今後も、支部例会、総会においてJEDデータお預かり/相談ブース設置を継続実施していく予定です。

12月3日に開催されます東海支部例会におきましても、下記日程にてJEDデータお預かり/相談ブースを設置させていただきます。

JEDデータのご提出はもちろんのこと、JED導入に関する、ご心配、疑問などについて、ご対応できればと存じます。是非お立ち寄り下さい。

第65回 東海支部例会 JEDデータ受領/相談ブース

設置日：12月3日（土）

設置時間：9時～セッション終了時刻前後（未定）

設置場所：参加受付の近く

JEDプロジェクト委員長 田中 聖人



シンポジウム1

消化管疾患に対する内視鏡診断と治療の工夫

司 会：浜松医科大学医学部附属病院 光学医療診療部 大澤 恵
愛知医科大学 消化管内科 海老正秀

第1会場

15：00～17：30

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 15:00～17:30

司会：浜松医科大学医学部附属病院 光学医療診療部 大澤 恵
愛知医科大学 消化管内科 海老正秀

- S1-1 当院におけるタラポルフィンナトリウムを用いた光線力学的療法の工夫
浜松医科大学附属病院 第一内科¹⁾、
浜松医科大学附属病院 光学医療診療部²⁾
○杉浦喜一¹⁾、石田夏樹²⁾、大澤 恵²⁾
- S1-2 食道癌内視鏡治療後サーベイランスにおけるNBI拡大観察による新出病変拾い上げに関する検討～新型内視鏡システムの使用経験を交えて
静岡県立総合病院 消化器内科
○増井雄一、大野和也、黒上貴史
- S1-3 PPI抵抗性好酸球性食道炎の臨床経過についての検討
藤枝市立総合病院 消化器内科
○榎田浩平、寺井智宏、丸山保彦
- S1-4 細径内視鏡での早期胃癌の拾い上げとピットフォール
聖隷浜松病院 消化器内科
○海野修平、芳澤 社、細田佳佐
- S1-5 針状メス単独で行う胃ESDの試み
浜松医療センター 消化器内科
○山中力行、栗山 茂、金岡 繁
- S1-6 胃体部～穹窿部大彎早期胃癌に対する病変外への糸つきクリップ装着による牽引下胃ESDの有用性
愛知県がんセンター 内視鏡部
○山田啓策、田近正洋、丹羽康正
- S1-7 当院における上部消化管内視鏡的異物除去症例の検討
富士宮市立病院 消化器内科
○森 雅史、兼子直也、志村恵理
- S1-8 MALTリンパ腫以外の悪性リンパ腫消化管病変の内視鏡像－肉眼分類の試み
名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器・代謝内科学
○片野敬仁、志村貴也、片岡洋望

- S1-9 当院におけるLCIG療法導入の現状
岐阜大学医学部附属病院 第一内科
○久保田全哉、井深貴士、清水雅仁
- S1-10 クロウン病の小腸狭窄に対するダブルバルーン内視鏡下バルーン拡張術の治療成績
名古屋大学医学部附属病院 消化器内科
○八田勇輔、石川恵里、川嶋啓揮
- S1-11 大腸憩室出血に対して内視鏡的止血術が必要となる臨床的特徴
日本赤十字社愛知医療センター名古屋第一病院 消化器内科
○原 啓文、藤吉俊尚、春田純一
- S1-12 当院におけるOver-The-Scope Clip (OTSC) の使用経験(最近の傾向を踏まえて)
岐阜県総合医療センター 消化器内科
○小澤範高、山崎健路、清水省吾
- S1-13 表面型大腸病変におけるGel immersion EMR (GIEMR) の治療成績の検討
静岡県立静岡がんセンター 内視鏡科
○芦澤 浩、堀田欣一
- S1-14 大腸ESDにおけるPostpolypectomy electrocoagulation syndrome (PECS) と筋層損傷との関連性についての検討
藤田医科大学病院 消化器内科
○大森崇史、船坂好平、廣岡芳樹
- S1-15 Multi Loop Traction Device (MLTD) を用いた消化管ESDの安全性と有用性
愛知医科大学病院 消化管内科
○高山将旭、海老正秀、春日井邦夫
- S1-16 大腸ポリープ検出支援ソフトウェアにおける偽陽性の発生頻度と発生要因に関する検討
静岡県立静岡がんセンター 内視鏡科
○奥村大志、今井健一郎、堀田欣一

シンポジウム2

胆膵疾患に対する内視鏡診断と治療の工夫

司会：名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器・代謝内科学
藤田医科大学 消化器内科学

吉田道弘
中岡和徳

第2会場

15：00～17：30

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2会場

シンポジウム2 15:00～17:30

司会：名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器・代謝内科学 吉田道弘
藤田医科大学 消化器内科学 中岡和徳

- S2-1 胆道病変に対するERCPにおける胆管挿管の現状
岐阜大学医学部附属病院 第一内科
○千住明彦、岩下拓司、清水雅仁
- S2-2 当院の選択的胆管挿管における試みとその成績
浜松医療センター 消化器内科
○鈴木安曇、影山富士人、金岡 繁
- S2-3 当院における胆管挿管困難症例に対する Double lumen catheter 法の治療成績の検討
名古屋大学医学部附属病院 消化器内科
○山雄健太郎、石川卓哉、川嶋啓揮
- S2-4 胆管挿管困難時のプレカットにおける膵管ステントの有用性についての検討
藤枝市立総合病院 消化器内科
○大畠昭彦、景岡正信、丸山保彦
- S2-5 超高齢者におけるERCPの特徴
朝日大学病院 消化器内科
○中畑由紀、大洞昭博、八木信明
- S2-6 胆嚢結石併存総胆管結石症に対する初回内視鏡的治療法の検討
静岡県立総合病院 消化器内科
○石黒友也、佐藤辰宣、川口真矢
- S2-7 手術ハイリスク症例の急性胆嚢炎に対する内視鏡的経乳頭的胆嚢ステント永久留置術の検討
岐阜県総合医療センター 消化器内科
○丸田明範、吉田健作、清水省吾
- S2-8 良性胆管空腸吻合部狭窄に対する治療の検討
岐阜市民病院 消化器内科¹⁾、岐阜大学医学部附属病院 第一内科²⁾
○岩佐悠平¹⁾、岩田圭介¹⁾、岩下拓司²⁾

- S2-9 当院における術後胆汁漏の内視鏡的治療成績および難症例に対する胆道鏡を併用した集学的治療の試み
名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器・代謝内科学
○加地謙太、吉田道弘、林 香月
- S2-10 当院における切除企図膵癌へのプラスチックステントによる胆管ドレナージの検討
岐阜県立多治見病院 消化器内科
○浦壁憲司、水島隆史、奥村文浩
- S2-11 極小axial forceを有する新型FCSEMSの使用成績
伊勢赤十字病院 消化器内科
○村林桃土、大山田純、亀井 昭
- S2-12 非切除悪性肝門部胆道閉塞に対する内視鏡的インサイドプラスチックステント留置後における早期再治療のリスク因子に関する検討
磐田市立総合病院 消化器内科
○金子淳一、瀧浪将貴、山田貴教
- S2-13 肝門部両葉金属ステント留置後のre-interventionとしてのradiofrequency ablation
愛知医科大学 肝胆膵内科
○井上匡央、北野礼奈、米田政志
- S2-14 膵周囲液体貯留に対する超音波内視鏡下治療の検討
藤田医科大学 消化器内科学
○和田悠良、橋本千樹、廣岡芳樹
- S2-15 先端極細チップを用いた金属ステントの超音波内視鏡下胆嚢ドレナージ術での可能性
岡波総合病院 消化器内科
○今井 元、入 彩加、前川有里
- S2-16 悪性遠位胆道狭窄に対するEUS下胆道ドレナージにおけるステント閉塞に関わる因子の検討
静岡県立静岡がんセンター 内視鏡科
○佐藤純也、石渡裕俊、新谷文崇
- S2-17 EUS-FNB検体を用いた遺伝子パネル検査の解析成功に寄与する因子の検討
静岡県立静岡がんセンター 内視鏡科
○中村はる香、石渡裕俊、佐藤純也

S2-18 膵癌におけるゲノム医療の現状と課題
愛知県がんセンター 消化器内科
○福井淑崇、奥野のぞみ、原 和生

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：

愛知がんセンター	内視鏡部	田近正洋
静岡県立総合病院	消化器内科	大野和也
浜松医療センター	消化器内科	金岡 繁

下部消化管：

静岡県立静岡がんセンター	内視鏡科	堀田欣一
岐阜総合医療センター	消化器内科	山崎健路
三重大学医学部附属病院	消化器病センター	堀木紀行

胆膵：

藤田医科大学	消化器内科学	廣岡芳樹
静岡市立静岡病院	消化器内科	小柳津竜樹
医療法人 結生会	介護老人保健施設 結生	三好広尚

■第1会場

若手研究者優秀演題奨励賞選定セッション

上部消化管① 8:40～9:08

座長：静岡市立静岡病院 消化器内科 黒石健吾

- Y-1 自然脱落した食道 pyogenic granuloma の1例
済生会松阪総合病院 内科
○松本樹人、河内瑞季、小野隆裕、紅林真理絵、田原雄一、吉澤尚彦、黒田直起、福家洋之、河俣浩之、青木雅俊、橋本章、脇田喜弘、清水敦哉
- Y-2 胸部大動脈瘤感染に伴い食道病変を呈した2例
静岡市立静岡病院 消化器内科
○八木直人、横山翔平、正谷一石、菊池恵介、有谷実莉、上田駿介、池田正俊、早川諒祐、木村領佑、鈴木博貴、黒石健吾、濱村啓介、高橋好朗、田中俊夫、小柳津竜樹
- Y-3 繰り返す胃軸捻転症に内視鏡下胃壁固定術が有用であった1例
岡波総合病院 消化器内科
○石原寿真、前川有里、入 彩加、今井 元
- Y-4 出血を契機に発見され、経時的に形態変化を呈した 胃 Inflammatory Fibroid Polyp の1例
一宮西病院 消化器内科
○伊藤友一朗、森山智仁、百々弘樹、原田雄太、井原 亮、湯村崇之、熊原加奈、林晋太郎、與儀竜治、大橋憲嗣、東 玲治、森 昭裕

若手研究者優秀演題奨励賞選定セッション

上部消化管② 9:08～9:36

座長：富士宮市立病院 内科 森 雅史

- Y-5 胃噴門部粘膜下腫瘍にアニサキス症が合併し特殊な画像所見を呈した1例
JA 静岡厚生連 遠州病院 消化器内科
○詫間みなみ、山田 裕、遠藤 茜、大津卓也、森 泰希、高垣航輔、
竹内靖雄、白井直人
- Y-6 胃扁平上皮化生に対して、内視鏡的に一括切除を行った症例
浜松医科大学 第一内科¹⁾、浜松医科大学 腫瘍病理学講座²⁾、
浜松医科大学 光学医療診療部³⁾、浜松医科大学 臨床検査医学⁴⁾
○丸山 巧¹⁾、高橋賢一¹⁾、石川 励²⁾、伊藤誠人¹⁾、伊藤達弘¹⁾、
浅井雄介¹⁾、高橋 悟¹⁾、杉浦喜一¹⁾、尾上峻也¹⁾、宮津隆裕¹⁾、
金子雅直¹⁾、樋口友洋¹⁾、松浦友晴¹⁾、石田夏樹³⁾、田村 智¹⁾、
谷 伸也¹⁾、山出美穂子¹⁾、岩泉守哉⁴⁾、濱屋 寧¹⁾、大澤 恵³⁾、
杉本 健¹⁾
- Y-7 多発早期胃癌を合併した attenuated FAP の1例
藤枝市立総合病院 消化器内科
○松永賢樹、吉井重人、馬場皓大、佐藤大輝、稲垣圭佑、星野弘典、
榎田浩平、寺井智宏、大畠昭彦、景岡正信、丸山保彦
- Y-8 胃神経内分泌癌 (NEC) の一例
岡崎市民病院 消化器内科
○今枝秀斗、藤田孝義、森井正哉、山田弘志、大塚利彦、堤 克彦、
細野幸太、相澤勇人、飯塚昭男

若手研究者優秀演題奨励賞選定セッション

上部消化管③ 9:36～10:04

座長：順天堂大学医学部附属静岡病院 消化器内科 嶋田裕慈

- Y-9 早期胃癌ESDの遅発性穿孔に対して保存的治療が奏功した1例
三重大学医学部附属病院 消化器・肝臓内科¹⁾、
三重大学医学部附属病院 光学医療診療部²⁾
○澤井翔馬¹⁾、田中匡介²⁾、奥田彩子¹⁾、奥田裕文¹⁾、藤部幸大¹⁾、
木戸恒陽¹⁾、田中隆光¹⁾、野瀬賢治¹⁾、梅田悠平¹⁾、村嶋佑美¹⁾、
重福亜紀奈¹⁾、別府剛志¹⁾、坪井順哉¹⁾、山田玲子¹⁾、中村美咲¹⁾、
葛原正樹²⁾、濱田康彦¹⁾、堀木紀行¹⁾、中川勇人¹⁾
- Y-10 自己免疫性胃炎に合併した胃癌の一例
岡崎市民病院 消化器内科
○齋藤太一、藤田孝義、森井正哉、山田弘志、大塚利彦、堤 克彦、
細野幸太、相澤勇人、飯塚昭男
- Y-11 当院にて経験したラズベリー様腺窩上皮型胃癌の3例
愛知医科大学病院 消化管内科
○大島みど梨、杉村明佳音、吉峰尚子、小野 聡、高山将旭、加藤駿介、
越野 顕、長尾一寛、山本和弘、杉山智哉、山口純治、足立和規、
田村泰弘、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-12 黒色便を契機に見つかった胃Burkittリンパ腫の一例
愛知県厚生農業協同組合連合会 豊田厚生病院 消化器内科
○石川大貴、木村侑樹、近藤大也、稲掛優介、玉腰丈博、豊島 創、
内田元太、高士ひとみ、竹内淳史、森田 清、都築智之

若手研究者優秀演題奨励賞選定セッション

上部消化管④ 10:04～10:39

座長：愛知医科大学 消化管内科 小笠原尚高

- Y-13 家族性大腸腺腫症に合併した胃底腺ポリポーシスを伴う早期胃癌の一例
宏潤会大同病院 消化器内科
○堀 諒、西川貴広、名倉明日香、八鹿 潤、柳澤直宏、田島万莉、
杉原有紀、柴田 萌、齋藤和輝、吉田和弘、野々垣浩二
- Y-14 粘膜下層を主体に発育したGISTの1例
浜松医療センター 消化器内科¹⁾、浜松医療センター 消化器外科²⁾
○藤田翔也¹⁾、井上尊史¹⁾、西澤航平¹⁾、井口太郎¹⁾、山中力行¹⁾、
大庭行正¹⁾、鈴木安曇¹⁾、佐原 秀¹⁾、栗山 茂¹⁾、影山富士人¹⁾、
金岡 繁¹⁾、尾崎裕介²⁾、宮崎真一郎²⁾、金井俊和²⁾、落合秀人²⁾
- Y-15 十二指腸主乳頭に腺腫と神経内分泌腫瘍が合併した1例
浜松医科大学 第一内科¹⁾、浜松医科大学 光学医療診療部²⁾、
浜松医科大学 臨床検査医学³⁾
○浦野春奈¹⁾、丸山 巧¹⁾、伊藤誠人¹⁾、高橋賢一¹⁾、伊藤達弘¹⁾、
浅井雄介¹⁾、杉浦喜一¹⁾、高橋 悟¹⁾、尾上峻也¹⁾、樋口友洋¹⁾、
宮津隆裕¹⁾、金子雅直¹⁾、松浦友春¹⁾、石田夏樹²⁾、田村 智¹⁾、
谷 伸也¹⁾、山出美穂子¹⁾、濱屋 寧¹⁾、岩泉守哉³⁾、大澤 恵²⁾、
杉本 健¹⁾
- Y-16 EUS-FNAで術前診断できた十二指腸乳頭部Gangliocytic paragangliomaの一例
名鉄病院 消化器内科
○田中 悠、竹田欽一、西尾雄司、大林友彦、大塚裕之、山本佳奈、
三島茉莉
- Y-17 十二指腸幽門腺腺腫の一例
名古屋市立大学医学部附属西部医療センター 消化器内科
○前田英貴、富田優作、橋本真耶佳、金山朋裕、大脇聖楽、中井俊介、
金岩弘樹、今津充希、北川美香、野村智史、平野敦之、森 義徳、
木村吉秀、土田研司、妹尾恭司

■第2会場

若手研究者優秀演題奨励賞選定セッション

下部消化管① 8:40～9:01

座長：浜松医療センター 消化器内科 栗山 茂

- Y-18 本態性血小板血症に併発した虚血性小腸炎の一例
順天堂大学医学部附属静岡病院 消化器内科
○巖 理華、寺井雄一郎、野村 慧、有井 新、池田裕至、佐藤 祥、
村田礼人、佐藤俊輔、嶋田裕慈、玄田拓哉
- Y-19 小腸憩室出血に対して内視鏡的に止血し得た一例
聖隷浜松病院 消化器内科¹⁾、聖隷浜松病院 上部消化管外科²⁾
○榛葉俊太郎¹⁾、海野修平¹⁾、三宅 彩¹⁾、井田雄也¹⁾、大城恵吾¹⁾、
平野雄一¹⁾、吉井 元¹⁾、小林郁美¹⁾、志田麻子¹⁾、江上貴俊¹⁾、
山田洋介¹⁾、小林陽介¹⁾、木全政晴¹⁾、芳澤 社¹⁾、室久 剛¹⁾、
長澤正通¹⁾、細田佳佐¹⁾、戸松真琴²⁾
- Y-20 Meckel憩室により腸閉塞を繰り返した1例
静岡市立静岡病院 消化器内科
○酒井学真、田中俊夫、横山翔平、正谷一石、菊池恵介、上田駿介、
早川諒祐、木村領佑、池田正俊、鈴木博貴、黒石健吾、濱村啓介、
小柳津竜樹

若手研究者優秀演題奨励賞選定セッション

下部消化管② 9:01～9:29

座長：浜松医科大学 第一内科 谷 伸也

- Y-21 血便を契機にクラミジア直腸炎と診断した1例
中部国際医療センター 消化器内科¹⁾、
中部国際医療センター 病理診断科²⁾
○下城宏太¹⁾、佐竹勇哉¹⁾、大橋洋祐¹⁾、林 完成¹⁾、水谷しの¹⁾、
出田貴康¹⁾、足達広和¹⁾、大島靖広¹⁾、杉山 宏¹⁾、山田鉄也²⁾
- Y-22 プロダルマブ；ヒト型抗IL-17受容体Aモノクローナル抗体による潰瘍性大腸炎発症の一例
朝日大学病院 消化器内科
○森 建次、坂元直行
- Y-23 慢性炎症により内視鏡的診断が困難であったcolitic cancerの一例
藤枝市立総合病院 消化器内科
○馬場皓大、寺井智宏、丸山保彦、吉井重人、景岡正信、大島昭彦、
榎田浩平、星野弘典、稲垣圭佑、佐藤大輝
- Y-24 悪性の可能性が否定できず外科的切除を施行した大腸脂肪腫の1例
浜松医療センター 消化器内科
○井口太郎、井上尊史、西澤航平、藤田翔也、山中力行、大庭行正、
鈴木安曇、佐原 秀、栗山 茂、影山富士人、金岡 繁

若手研究者優秀演題奨励賞選定セッション

下部消化管③ 9:29～09:57

座長：朝日大学病院 消化器内科 杉野敏志

- Y-25 大腸癌術直後に発症し、死亡に至ったサイトメガロウイルス腸炎の一例
岐阜県立多治見病院 消化器内科
○安原 聡、大岩拓矢、足立圭司、佐々木謙、濱田祐輔、丹羽佑介、
山田直晃、浦壁憲司、貫井嵩之、岡山幸平、鈴木健人、蓑輪彬久、
鈴木雄太、羽根田賢一、水島隆史、奥村文浩
- Y-26 発症から4年半後に結腸原発悪性リンパ腫を合併した難治性潰瘍性大腸炎の一例
藤枝市立総合病院 消化器内科
○佐藤大輝、寺井智宏、丸山保彦、吉井重人、景岡正信、大畠昭彦、
星野弘典、稲垣圭佑、馬場皓大
- Y-27 Sessile serrated lesion (SSL) から発癌を来した盲腸癌の一例
静岡赤十字病院 消化器内科¹⁾、静岡赤十字病院 外科²⁾
○井上洋輔¹⁾、甲田 恵¹⁾、上原慶大¹⁾、乾 航¹⁾、杉山智洋¹⁾、
安藤崇史²⁾、魚谷貴洋¹⁾
- Y-28 腹腔鏡内視鏡合同手術 (LECS) にて最小切除範囲で治癒切除し得た虫垂内に
内視鏡観察不能な癌成分を認めた盲腸腺腫内癌の1例
磐田市立総合病院 消化器内科¹⁾、磐田市立総合病院 肝臓内科²⁾、
磐田市立総合病院 消化器外科³⁾
○小杉知功¹⁾、綿引萌花¹⁾、草間大輔¹⁾、玉腰裕規¹⁾、丹羽智之¹⁾、
竹下 悠¹⁾、瀧浪将貴¹⁾、金子淳一¹⁾、辻 敦¹⁾、西野真史¹⁾、
高橋百合美²⁾、深澤貴子³⁾、笹田雄三²⁾、山田貴教¹⁾

若手研究者優秀演題奨励賞選定セッション

下部消化管④ 9:57～10:18

座長：磐田市立総合病院 消化器内科 山田貴教

Y-29 演題取り下げ

Y-30 演題取り下げ

Y-31 Vater乳頭部穿孔、胆管ステントによる十二指腸穿孔後の腹腔内膿瘍に対し経皮的内視鏡的ネクロセクトミーを施行した1例

岐北厚生病院 内科

○平下祐生、高田英里、長谷川恒輔、鈴木祐介、畠山啓朗、山内 治、
岩間みどり、齋藤公志郎

■第3会場

若手研究者優秀演題奨励賞選定セッション

肝胆膵① 8:40～9:08

座長：聖隷浜松病院 消化器内科 内視鏡センター 芳澤 社

- Y-32 健診異常を契機に診断した胆嚢神経内分泌癌に対して集学的治療を行った1例
宏潤会大同病院 消化器内科
○齋藤和輝、八鹿 潤、西川貴広、名倉明日香、柳澤直宏、田島万莉、
杉原有紀、堀 諒、柴田 萌、吉田和弘、野々垣浩二
- Y-33 黄色肉芽腫性胆嚢炎の診断にEUSが有用であった1例
JA 静岡厚生連遠州病院 消化器内科
○杉山智哉、山田 裕、遠藤 茜、大津卓也、森 泰希、高垣航輔、
竹内靖雄、白井直人
- Y-34 超音波内視鏡下胆嚢ドレナージ術中に穿孔しOTSCが有用であった1例
岡波総合病院 消化器内科
○竹田英光、今井 元、入 彩加、前川有里
- Y-35 肝門部胆管癌術後、EUS-BDを用いた結石除去術の1例
岡波総合病院 消化器内科
○崔 仁哲、今井 元、入 彩加、前川有里

若手研究者優秀演題奨励賞選定セッション

肝胆膵② 9:08～9:36

座長：岡波総合病院 消化器内科 今井 元

- Y-36 膵頭十二指腸切除術後の胆管空腸吻合部狭窄に合併した胆管結石に対し、超音波内視鏡および小腸内視鏡併用下治療が奏功した1例～stent-stone complexを添えて
静岡県立総合病院 消化器内科
○稲川敦子、川口真矢、石黒友也、武田昌大、池田慎也、加島弘崇、平田太陽、浅原和久、佐藤辰宣、増井雄一、松田昌範、板井良輔、川合麻美、寺田修三、遠藤伸也、黒上貴史、白根尚文、大野和也
- Y-37 経口胆道鏡下結石破碎後に胆嚢穿孔を生じた1例
磐田市立総合病院 消化器内科¹⁾、磐田市立総合病院 消化器外科²⁾、磐田市立総合病院 肝臓内科³⁾
○綿引萌花¹⁾、金子淳一¹⁾、神藤 修²⁾、小杉知功¹⁾、草間大輔¹⁾、玉腰裕規¹⁾、丹羽智之¹⁾、竹下 悠¹⁾、瀧浪将貴¹⁾、辻 敦¹⁾、西野眞史¹⁾、高橋百合美³⁾、笹田雄三³⁾、山田貴教¹⁾
- Y-38 肝門部領域胆管癌術後の挙上空腸狭窄による閉塞性胆管炎に対しEUS-GEが有効であった一例
三重大学医学部附属病院 消化器・肝臓内科
○藤部幸大、山田玲子、奥田裕文、田中隆光、野瀬賢治、村嶋佑美、坪井順哉、中川勇人
- Y-39 ERCP時の造影剤粘膜下注入により生じた偽腔を用いてDouble lumen catheter法にて胆管挿管が得られたIgG4関連硬化性胆管炎の1例
総合病院中津川市民病院 消化器内科¹⁾、名古屋大学医学部附属病院 消化器内科²⁾
○安江 優¹⁾、小嶋健太郎¹⁾、西尾 亮¹⁾、山雄健太郎²⁾、川嶋啓揮²⁾、中野有泰¹⁾

若手研究者優秀演題奨励賞選定セッション

肝胆膵③ 9:36～9:57

座長：藤枝市立総合病院 消化器内科 大島昭彦

Y-40 Gastric outlet obstructionにて発症したannular pancreas合併自己免疫性膵炎の1例

静岡県立総合病院 消化器内科

○佐藤佑樹、川口真矢、稲川敦子、石黒友也、武田昌大、池田慎也、加島弘崇、平田太陽、浅原和久、佐藤辰宣、増井雄一、松田昌範、板井良輔、川合麻実、寺田修三、遠藤伸也、黒上貴史、白根尚文、大野和也

Y-41 超音波内視鏡下膵管ドレナージにて膵管破綻症候群の膵管破綻部位の橋渡しに成功した1例

名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器・代謝内科学

○稲垣貴文、堀 寧、内藤 格、林 香月、吉田道弘、加藤晃久、加地謙太、浅野 剛、佐橋秀典、久野佳世子、豊原祥資、鬼頭祐輔、市野由華、片岡洋望

Y-42 膵石を原因とし膵周囲に膿瘍を形成した閉塞性化膿性膵管炎の1例

富士宮市立病院 消化器内科¹⁾、ヒロ内科クリニック²⁾

○及川 亮¹⁾、青沼勇斗¹⁾、加藤大樹¹⁾、志村恵理¹⁾、兼子直也¹⁾、甘楽裕徳²⁾、森 雅史¹⁾

若手研究者優秀演題奨励賞選定セッション

肝胆膵④ 9:57～10:18

座長：三重大学医学部附属病院 消化器・肝臓内科 山田玲子

- Y-43 重症急性膵炎に合併したWONに対して、経皮的内視鏡的ネクロセクトミー、経鼻経消化管的洗浄、膵管ドレナージを行った症例
藤枝市立総合病院 初期研修医¹⁾、藤枝市立総合病院 消化器内科²⁾
○杉本祥拓¹⁾、星野弘典²⁾、馬場皓大²⁾、佐藤大輝²⁾、稲垣圭佑²⁾、
寺井智宏²⁾、大島昭彦²⁾、景岡正信²⁾、吉井重人²⁾、丸山保彦²⁾
- Y-44 腹腔内に破裂した膵管内乳頭粘液性腫瘍 (IPMN) の1例
三重大学医学部附属病院 消化器・肝臓内科¹⁾、
三重大学医学部附属病院 肝胆膵・移植外科²⁾
○奥田裕文¹⁾、山田玲子¹⁾、藤部幸大¹⁾、田中隆光¹⁾、野瀬賢治¹⁾、
村嶋佑美¹⁾、坪井順哉¹⁾、伊藤貴洋²⁾、水野修吾²⁾、中川勇人¹⁾
- Y-45 EUS-FNAで診断し得た微小な転移性肝腫瘍の1例
JA岐阜厚生連中濃厚生病院 消化器内科
○三浦有貴、三田直樹、長井宏樹、山田 愛、小居幹太、宮地加奈子、
伊藤貴嗣、向井美鈴、華井頼子、山中一輝、杉山智彦、戸田勝久、
白木 亮、勝村直樹

■第1会場

食道 10:45～11:06

座長：静岡がんセンター 内視鏡科 前田有紀

- 1 非定型末梢性T細胞リンパ腫の食道浸潤の1例
聖隷浜松病院 消化器内科
○小林郁美、海野修平、芳澤 社、三宅 彩、榛葉俊太郎、吉井 元、
平野雄一、大城恵吾、井田雄也、志田麻子、江上貴俊、山田洋介、
小林陽介、木全政晴、室久 剛、長澤正通、細田佳佐

- 2 上部消化管内視鏡検査後に生じた食道粘膜下血腫の1例
焼津市立総合病院 消化器内科
○武部友寛、佐野宗孝、渡邊幸弘、山形真碁、青山拓也、萬治福匡、
眞鍋藍璃

- 3 2か月の経過の中で自然退縮したと考えられた食道表在癌の一例
浜松医療センター 消化器内科
○佐原 秀、井上尊史、西澤航平、藤田翔也、井口太郎、山中力行、
大庭行正、鈴木安曇、栗山 茂、影山富士人、金岡 繁

■第2会場

大腸・その他 10:45～11:06

座長：藤枝市立総合病院 消化器内科 星野弘典

- 4 大腸癌術後吻合部に発症し、自然史を観察しえた直腸 pyogenic granuloma の1例
済生会松阪総合病院 内科
○小野隆裕、橋本章、河内瑞季、紅林真理絵、田原雄一、黒田直起、
吉澤尚彦、青木雅俊、福家洋之、河俣浩之、脇田喜弘、清水敦哉
- 5 エンドループ補助下内視鏡的全層切除術によって病理組織診断し得た巨大回腸粘膜下腫瘍の一例
静岡県立静岡がんセンター 内視鏡科¹⁾、
静岡県立静岡がんセンター 病理診断科²⁾
○重田浩平¹⁾、今井健一郎¹⁾、下田忠和²⁾、堀田欣一¹⁾、伊藤紗代¹⁾、
岸田圭弘¹⁾、高田和典¹⁾、川田登¹⁾、前田有紀¹⁾、吉田将雄¹⁾、
山本陽一¹⁾、南出竜典¹⁾、石渡裕俊¹⁾、佐藤純也¹⁾、松林宏行¹⁾、
小野裕之¹⁾
- 6 原因不明の腹痛と鉄欠乏性貧血を呈したアメリカ鉤虫症の1例
焼津市立総合病院 消化器内科
○武部友寛、佐野宗孝、渡邊幸弘、山形真碁、青山拓也、萬治福匡、
眞鍋藍璃

■第3会場

胃・十二指腸 10:45～11:13

座長：聖隷浜松病院 消化器内科 山田洋介

- 7 内視鏡的切除を行った巨大十二指腸Brunner腺過形成の一例
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⁾
○鈴木孝弘¹⁾、古川和宏¹⁾、古根 聡¹⁾、伊藤信仁¹⁾、廣瀬 崇¹⁾、
鈴木智彦¹⁾、飛田恵美子¹⁾、平井恵子¹⁾、柴田寛幸¹⁾、倉田祥行¹⁾、
石川恵里¹⁾、澤田つな騎²⁾、水谷泰之¹⁾、山雄健太郎²⁾、前田啓子¹⁾、
山村健史¹⁾、石川卓哉¹⁾、中村正直¹⁾、川嶋啓揮¹⁾
- 8 再発性膵炎の原因と考えられ、十二指腸ESD + 腹腔鏡下経空腸腫瘍回収術に
て治療し得た十二指腸巨大脂肪腫の1例
名古屋市立大学病院 消化器内科¹⁾、名古屋市立大学病院 肝膵内科²⁾
○西垣瑠里子¹⁾、志村貴也¹⁾、加藤晃久²⁾、佐々木禎子¹⁾、奥田悠介¹⁾、
福定繁紀¹⁾、杉村直美¹⁾、水野裕介¹⁾、岩崎弘靖¹⁾、西江裕忠¹⁾、
田中 守¹⁾、片野敬仁¹⁾、尾関啓司¹⁾、林 香月²⁾、久保田英嗣¹⁾、
片岡洋望¹⁾
- 9 副乳頭部原発神経内分泌腫瘍の1例
静岡市立清水病院 消化器内科¹⁾、静岡市立清水病院 外科²⁾
○小池弘太¹⁾、窪田裕幸¹⁾、高柳泰宏¹⁾、池田 誉¹⁾、芹澤亜紗美¹⁾、
丸尾啓敏²⁾
- 10 当院で経験した2例の胃限局型若年性ポリポースの臨床像
三重大学医学部附属病院 消化器・肝臓内科¹⁾、
三重大学医学部附属病院 光学医療診療部²⁾
○梅田悠平¹⁾、田中匡介²⁾、中川勇人¹⁾

- 11 PCABにより胃粘膜に発赤をきたした1例
藤枝市立総合病院 消化器内科
○稲垣圭佑、丸山保彦、馬場皓大、佐藤大輝、星野弘典、寺井智宏、大島昭彦、景岡正信、吉井重人
- 12 癌併存の鑑別が困難であった粘膜下異所性胃腺の一例
聖隷浜松病院 消化器内科
○山田洋介、芳澤 社、三宅 彩、榛葉俊太郎、平野雄一、井田雄也、大城恵吾、吉井 元、志田麻子、小林郁美、江上貴俊、海野修平、小林陽介、木全政晴、室久 剛、長澤正通、細田佳佐
- 13 胃限局性アミロイドーマの経過観察中に新規病変を発症した1例
静岡市立静岡病院 消化器内科
○上田駿介、小柳津竜樹、横山翔平、正谷一石、八木直人、菊池恵介、木村領佑、早川諒祐、池田正俊、鈴木博貴、黒石健吾、濱村啓介、田中俊夫
- 14 ESD後の検体回収時にimplantationしたと考えられた胃癌食道再発に対しEMRを行い根治しえた1例
静岡県立総合病院 消化器内科
○加島弘崇、遠藤伸也、稲川敦子、引地智基、武田昌大、石黒友也、池田慎也、平田太陽、浅原和久、佐藤辰宣、増井雄一、松田昌範、板井良輔、川合麻実、寺田修三、黒上貴史、白根尚文、川口真矢、大野和也
- 15 術前診断に難渋したEBV関連胃癌に対してESDを施行した1例
刈谷豊田総合病院 消化器内科¹⁾、刈谷豊田総合病院 病理診断科²⁾
○高田直樹¹⁾、神岡諭郎¹⁾、浜島英司¹⁾、中江康之¹⁾、仲島さより¹⁾、久野剛史¹⁾、佐々木雅隆¹⁾、船橋 脩¹⁾、二村侑歩¹⁾、吉川幸愛¹⁾、光松佑時¹⁾、佐藤宏樹¹⁾、伊藤 誠²⁾

- 16 膵頭十二指腸切除後、拳上空腸狭窄のある肝内胆管結石に対してオーバーチューブと細径内視鏡を用いてEHLで碎石が可能であった一例
聖隷浜松病院 消化器内科
○吉井 元、芳澤 社、榛葉俊太郎、井田雄也、大城恵吾、平野雄一、小林郁美、志田麻子、江上貴俊、山田洋介、海野修平、小林陽介、木全政晴、室久 剛、細田佳佐、長澤正通
- 17 難治性胆管空腸吻合部狭窄、肝内結石に対しEUS下順行性治療が奏効した一例
聖隷浜松病院 消化器内科
○志田麻子、小林陽介、三宅 彩、榛葉俊太郎、井田雄也、大城恵吾、平野雄一、吉井 元、小林郁美、江上貴俊、山田洋介、海野修平、木全政晴、芳澤 社、室久 剛、長澤正通、細田佳佐
- 18 総胆管結石を契機に診断しえた胆管壁内嚢胞の1例
沼津市立病院 消化器内科
○藤本健太郎、菊池保治、金城佳緒里、杉村 薫、鈴木宏將、井上将法、宮城島大輔、中川彰彦、久保田教生、篠崎正美
- 19 EUSで診断したcholedochocoeleに伴う急性膵炎の1例
四日市羽津医療センター 内科
○阪口亮平、中島滋人、森田翔一、大西賢多朗、山脇 真、樋口国博、高司智史
- 20 高齢者の総胆管結石性胆管炎 早期ドレナージvs待機的ドレナージの検討
高山赤十字病院 内科
○市川広直、増田直也、水谷 拓、今井 奨、白子順子

- 21 EUS-FNBで診断した肺腺癌膵転移の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⁾
○高田善久¹⁾、石川卓哉¹⁾、大野栄三郎¹⁾、山雄健太郎²⁾、水谷泰之¹⁾、
飯田 忠¹⁾、植月康太¹⁾、宜保憲明¹⁾、青木総典¹⁾、片岡邦夫¹⁾、
森 裕¹⁾、高橋秀和¹⁾、青井広典¹⁾、南 喜之¹⁾、熊野良平¹⁾、
高野宏平¹⁾、木下拓也¹⁾、川嶋啓揮¹⁾
- 22 当院で経験した膵管ステント迷入の4例
藤枝市立総合病院 消化器内科
○大島昭彦、吉井重人、景岡正信、寺井智宏、星野弘典、稲垣圭佑、
佐藤大輝、馬場皓大、丸山保彦
- 23 EPLBD操作により膵管ステント迷入を来した1例
伊勢赤十字病院 消化器内科
○河俣真由、村林桃士、津田宣之、松嶋竜太郎、久田拓央、天満大志、
林 智士、杉本真也、大山田純、亀井 昭
- 24 重症急性膵炎被包化壊死(WON)に対して経胃的/経皮的内視鏡的ネクロセク
トミーを行った1例
藤枝市立総合病院 消化器内科
○景岡正信、吉井重人、大島昭彦、寺井智宏、星野弘典、稲垣圭佑、
佐藤大輝、馬場皓大、丸山保彦
- 25 超音波内視鏡下腹腔神経叢破壊術(EUS-CPN)が著効した膵体部癌の一例
岡波総合病院 消化器内科
○前川有里、今井 元、入 彩加

- 26 強直性脊椎炎の経過中に多彩な消化器疾患を発症したHLA-B27陽性の1例
済生会松阪総合病院 内科
○紅林真理絵、橋本章、河内瑞季、小野隆裕、田原雄一、黒田直起、
吉澤尚彦、青木雅俊、福家洋之、河俣浩之、脇田喜弘、清水敦哉
- 27 治療方針の決定に超音波内視鏡下針生検が有用であった難治性腹水の1例
JA岐阜厚生連 揖斐厚生病院 消化器内科
○馬淵正敏、宇野由佳里、中村博式、足立政治、島崎 信、西脇伸二
- 28 LCIを使用した検診車による胃がん検診 ～*H.pylori*感染胃炎診断のとりくみ～
医療法人社団聡誠会 池田病院 消化器外科¹⁾、
医療法人社団聡誠会 池田病院 内科²⁾
○池田 聡¹⁾、飯野正敏¹⁾、岡村博文²⁾、池田 誠¹⁾
- 29 経食道的EUS下ドレナージが有効であった気管支原性嚢胞の1例
愛知医科大学 肝胆膵内科¹⁾、愛知医科大学 呼吸器外科²⁾
○北野礼奈¹⁾、井上匡央¹⁾、沼波宏樹²⁾、指宿麻悠¹⁾、坂本和賢¹⁾、
木本 慧¹⁾、小林佑次¹⁾、角田圭雄¹⁾、中出幸臣¹⁾、伊藤清顕¹⁾、
米田政志¹⁾

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 当院におけるタラポルフィンナトリウムを用いた光線力学的療法の工夫

浜松医科大学附属病院 第一内科¹⁾、
浜松医科大学附属病院 光学医療診療部²⁾
○杉浦喜一¹⁾、石田夏樹²⁾、大澤 恵²⁾

【背景】化学放射線療法後の局所再発再発食道癌に対するタラポルフィンナトリウムを用いた光線力学的療法 (photodynamic therapy: PDT) は、2015年保険収載より7年が経過した。克服すべき課題としてレーザー照射中の腫瘍部観察が困難であり、過照射による穿孔や術後瘢痕狭窄、照射不足による再発再発など治療手技に伴う問題がある。

【目的】今回我々はオリンパス社製EVIS X1システムを用いてPDTにおけるハレーションを改善する新たな手技の有用性を報告する。

【方法と結果】オリンパス社製EVIS X1は使用内視鏡に応じて面順次システム・同時式システムが選択される。同時式システムの190シリーズ内視鏡を組み合わせ、レーザー照射時に電子シャッターをOnとすることでハレーションを抑えることができ、照射部を確認しながらの治療が可能となった。またTXI(Texture and Color Enhancement Imaging)を併用することで照射後の粘膜変化が視認しやすくなり、過照射及び照射漏れを防ぐことができた。さらに本手技は食道狭窄例においては同時式システムの経鼻内視鏡を用いても施行可能であった。

【考案】EVIS X1の同時式システムを用いたPDT手技は報告がないが、今後PDT手技のスタンダードとなりうる方法である。治療時の動画を供覧するとともに、従来法との比較を含め安全性・有効性を報告する。

S1-2 食道癌内視鏡治療後サーベイランスにおけるNBI拡大観察による新発病変拾い上げに関する検討～新型内視鏡システムの使用経験を交えて

静岡県立総合病院 消化器内科
○増井雄一、大野和也、黒上貴史

【背景】食道癌内視鏡治療後サーベイランス内視鏡における新規病変発見は困難とされる。【目的】今回我々はNBI拡大観察 (M-NBI) での新規病変発見に関してEVIS X1使用前後の成績を検討した。【方法】当院で2018年7月～2022年7月までに食道腫瘍に対して内視鏡的切除を行った311病変のうち、食道癌内視鏡的治療後サーベイランスで発見した多発癌に対し治療を行った68病変を検討対象とした。病変の拾い上げはM-NBI後にヨード染色を行う事を原則とし、ヨード染色でピンクカラーサインを伴う不染帯を認めた病変のうちM-NBIで領域性のあるBrownish areaとJES B1血管以上のIPCLを認めた群(NBI検出群)の病変検出率と病理学的特徴をEVIS X1使用前後で解析した。【結果】EVIS X1使用前はNBI検出群65.8% (25/38例)、EVIS X1使用後はNBI検出群70.0% (21/30例)であった。【考察】新型内視鏡システムを用いる事で病変検出率は向上したものの、M-NBI単独で病変を検出する事が出来ない病変があり、ヨード染色を併用する事が拾い上げに有用である可能性が示唆された。

S1-3 PPI抵抗性好酸球性食道炎の臨床経過についての検討

藤枝市立総合病院 消化器内科
○榎田浩平、寺井智宏、丸山保彦

【目的】好酸球性食道炎 (eosinophilic esophagitis: 以下EoE) はつかえ感や胸焼け等を生じる慢性アレルギー性疾患で、治療第一選択薬のプロトンポンプ阻害薬 (proton pump inhibitor: 以下PPI) 単独有効率6-7割だが、一方でPPI抵抗性EoEも存在し臨床的特徴が十分に解明されていない。そこでPPI抵抗性EoEの臨床的特徴を明らかにすることを目的とした。【方法】2010年1月～2022年3月当院診断EoE 25例中、無症候性食道好酸球浸潤4例を除く21症例を対象とした。PPI反応群 (A群) 15例とPPI抵抗群 (B群) 6例に分け、1) 患者背景、2) 症状 (つかえ感、胸痛等)、3) 内視鏡所見 (典型的キャタピラーサイン等)、4) 治療成績 (症状消失率等) につき比較検討した。尚PPI抵抗性は症状・内視鏡・組織学的所見3項目全てで異常を残す症例と定義した。【成績】両群の比較では1) 患者背景に有意差はなく、2) 症状はB群で胸痛出現率が高かった (A群0% vs B群66.7%, $p<0.01$)。3) 内視鏡所見は典型的キャタピラーサイン出現率がB群で低かった (A群86.7% vs B群33.3%, $p<0.05$)。また統計学的有意差に至らないものの内腔狭細化と頸部～胸部上部食道病変保留率がB群で高い傾向にあった。4) 治療成績は統計学的有意差に至らなかったがB群で症状消失率が低い傾向にあった (A群80.0% vs B群33.3%)。【結論】PPI抵抗性EoEでは典型的キャタピラーサイン出現率が低く、症状のうち胸痛併存例が多い可能性がある。

S1-4 細径内視鏡での早期胃癌の拾い上げとビットフォール

聖隷浜松病院 消化器内科
○海野修平、芳澤 社、細田佳佐

【背景】日本の胃癌は死亡率、罹患率とも低下傾向にあるが、未だに罹患数は多い。早期胃癌を治療すれば死亡数は減少するとされ、スクリーニング内視鏡の重要性が増している。【目的】細径内視鏡で発見された胃腫瘍および精査時に新規発見した胃腫瘍の特徴を評価し、拾い上げのポイントやビットフォールを明らかにする。【方法】2020年～2021年に聖隷健康診断センターの細径内視鏡検査で指摘された胃病変56例のうち、当院での精査内視鏡で胃腫瘍と診断した23例 (A群) および精査時に新規発見した胃腫瘍6例 (B群) を対象とし、検討を行った。【結果】A群は、年齢中央値70歳、男性21例 (91.3%)、*H.pylori* 既感染16例 (69.6%)、腺腫/胃癌: 3/20病変、0-IIc型13病変 (56.5%)、L領域13病変 (56.5%)、発赤17病変 (73.9%)、腫瘍径中央値10mm、深達度 M/SM1/SM2: 18/1/1病変であった。陥凹、L領域、発赤いずれかに着目すると22病変 (95.6%) が拾い上げられた。B群は、年齢中央値78歳、男性6例 (100%)、*H.pylori* 既感染4例 (66.7%)、平坦型6病変 (100%)、U領域4病変 (66.6%)、発赤5病変 (83.3%)、腫瘍径中央値19mm、深達度 M/SM1: 4/2病変であった。B群の同時多発胃腫瘍5例では、A群より口側 (100%)、体上部 (60%)。大きい (80%) 結果であった。【結論】L領域、陥凹、発赤が拾い上げのポイントであり、多発腫瘍はU領域、平坦型、発赤に注意する必要がある。多発病変は発見しづらい特徴があり、口側の入念な観察が肝要となる。

S1-5 針状メス単独で行う胃ESDの試み

浜松医療センター 消化器内科
○山中力行、栗山 茂、金岡 繁

【背景】今日、内視鏡的粘膜下層剥離術 (ESD) は多くの施設で日常的に実施され、一般的症例に関して言えばESDの難易度低下は一つの到達点に至っていると思われる。そこでコスト削減に目を向け、針状メス単独での胃ESDを試みた。【方法】2020年4月から2022年8月にかけて、針状メスのみで胃ESDを完遂した5例 (hybrid ESD含む) の成績を報告する。参考までに同期間に他デバイスで実施した13例の成績も提示する。【成績】針状メスのみで完遂した症例は、年齢中央値80歳、全例男性、5例中1例で抗血栓薬を内服していた。検体長径平均45.2mm、切除に平均58分を要した。全症例断端陰性であり、偶発症は後出血が1例見られた。他デバイスで実施した症例は、年齢中央値76歳、全例男性、13例中5例で抗血栓薬を内服していた。使用デバイスはIT knife 2が7例、Dual Knife Jが3例、ORISE ProKnifeが3例であった。検体長径平均41.8mm、切除に平均70分を要した。全症例断端陰性であり、偶発症は穿孔が1例あった。【考察】針状メスをメインデバイスとして胃ESDに使用する利点は、低コストで先端系デバイスを使用可能なことである。そのことが胃ESDに及ぼす影響として、単純なコストカットのみならず、予期せぬ線維化にIT knifeで対応する必要がなくなること、先端系デバイスと他デバイス併用のハードルが下がること、針状メス操作の習熟によりIT knifeメスのESDにも改善が見込まれること、などが挙げられる。

S1-7 当院における上部消化管内視鏡的異物除去症例の検討

富士宮市立病院 消化器内科
○森 雅史、兼子直也、志村恵理

【目的】当院における上部消化管異物の症例をまとめ、今後の治療方針を考える上での一助にすること。

【方法】2017年1月から2022年6月までの期間に内視鏡的異物除去を行った51例55件。

年齢、異物の種類、部位、消化管狭窄の有無、用いた処置具、成功率について検討し、治療に難渋した症例の拾い上げも行った。

【結果】年齢の平均は70.7歳。異物の種類は食残24件 (43.6%)、PTP16件 (29.1%)、アニサキス5件 (9.1%)、義歯4件 (7.3%)、その他5件 (9.1%)であった。閉塞部位は食道42件、胃11件、十二指腸2件であり、消化管狭窄を伴うものは13件であった。除去を行う際の処置具は鉗子45件、回収ネット6件、スネア2件であり、先端フードとオーバーチューブはそれぞれ17件で使用していた。異物除去の成功率は55件 (100%)であり、その内訳は摘出49件、狭窄部以下への押し込み6件であった。合併症は9例 (裂創8件、出血6件) にみられた。

難渋例は全長17cmのスプーンと30X13mmの有鉤義歯の各1例であった。前者はスネアで把持する場所を工夫しながらオーバーチューブ内に柄の部分を引き込みチューブごと摘出し、後者は検査用手袋を内視鏡先端にスカート状に巻きつけて鋭利な部分を被覆し摘出した。

【結論】今回の検討では全例で異物除去に成功していた。安全に異物除去を行うためには異物の種類に応じた処置具と適切な手技の選択が必要であり、病歴や画像検査を基にした事前の検討が重要であると考えられた。

S1-6 胃体部～穹窿部大彎早期胃癌に対する病変外への糸つきクリップ装着による牽引下胃ESDの有有用性

愛知県がんセンター 内視鏡部
○山田啓策、田近正洋、丹羽康正

【背景、目的】胃体部～穹窿部大彎の胃ESDは、近接困難、水没、病変との垂直対峙などの要因が大弯なり、ESDの困難部位であると言われている。今回、我々は病変周囲への全周切開後、全周切開ライン外側の健常粘膜へ糸付きクリップを装着し病変周囲の粘膜ごと牽引し、牽引下でESDを行う方法を考案した。

【方法】手技の詳細はまず、病変に対してマーキング後全周切開を行う。その後、全周切開ライン外側の健常粘膜に取れないように糸付きクリップを装着する。その後糸を強く牽引することで大彎の粘膜が伸び、病変が噴門側へ近接してくる。牽引することで病変とスコープが近接することが可能となる。その後は、糸を牽引したまま順行性に粘膜下層剥離を行うことで一括切除が可能であった。

【考察】糸付きクリップを全周切開ライン外側の健常粘膜へ装着し強く牽引することで、近接しやすくなるメリットの他にも病変が周囲の粘膜より挙上するため水没の影響が少なくなる。さらに、噴門側から糸付きクリップで牽引するため、病変の角度が変わりナイフと筋層が平行になるため、垂直対峙することなく安全にESDを行うことが可能となる。

【結論】病変外への糸付きクリップ装着による牽引下ESDはESD困難病変と言われている胃体部～穹窿部大彎病変に対する有用な方法となる可能性がある。当日はその詳細を動画で供覧する。

S1-8 MALTリンパ腫以外の悪性リンパ腫消化管病変の内視鏡像 - 肉眼分類の試み

名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器・代謝内科学
○片野敬仁、志村貴也、片岡洋望

【方法】2005年から2020年に内視鏡検査でMALTリンパ腫以外の悪性リンパ腫 (ML) と診断された63病変を対象に検討した。【成績】食道病変1例 (Burkitt lymphoma)、胃病変31例 (Diffuse large B-cell lymphoma (DLBCL) 19, Adult T-cell leukemia/lymphoma (ATLL) 3, Burkitt 2, Follicular lymphoma (FL) 1, その他6)、十二指腸・小腸病変23例 (FL 14, DLBCL 5, ATLL 1, その他3)、大腸病変9例 (FL 3, DLBCL 1, Burkitt 1, ATL 1, Mantle cell lymphoma 2) であった。消化管MLの診断時内視鏡肉眼型をsuperficial (S), protruding without ulcer (P), protruding with ulcer (PU), fungating (F), multiple nodules (MN) の5つのサブタイプに分類した。胃病変の肉眼型はS 3例 (9.6%)、P 6例 (19%)、PU 13例 (42%)、F type 9 (29%) で、giant foldはDLBCLのうち3例とATLの1例に認めた。胃病変DLBCLでは他の組織型に比べulcerated phenotype (PU + F) が優勢であった (89.5% vs. 41.7%; P=0.01)。十二指腸・小腸の肉眼型はS 4例 (17%)、P 1例 (4%)、PU 6例 (26%)、F type 1例 (4%)、MN 11例 (48%) で、大腸病変はS 2例 (25%)、P 2例 (25%)、PU 1例 (13%)、F 3例 (38%) であった。十二指腸・小腸病変のFLでは78.6% (11/14) がMN typeであったが、大腸病変のFLでは33.3% (1/3) であった。【結論】消化管リンパ腫の多彩な所見の中でも上記の特徴を認識することが組織型の類推につながる。

S1-9 当院におけるLCIG療法導入の現状

岐阜大学医学部附属病院 第一内科
○久保田全哉、井深貴士、清水雅仁

レボドパ/カルビドパ配合経腸用液 (Levodopa Carbidopa Intestinal Gel, LCIG) 療法は、パーキンソン病に対し2016年に保険適応となった治療である。当院では2021年までに計18例に治療を行い、その経験を提示する。

18例 (男性5例、女性13例) は年齢中央値68歳 (51-78歳)、罹病期間中央値は13年 (7-21年) であった。経鼻空腸投与用 (NJ) チューブを留置し、治療反応、忍容性を確認して胃瘻を造設し経胃瘻空腸 (PEG-J) チューブを留置したのは16例であった。観察期間中央値542日 (20-1336日)、3例は治療中止となった。

NJチューブ留置、胃瘻造設・PEG-Jチューブ留置に要した時間はそれぞれ 30 ± 14.3 分と 46.1 ± 10.6 分で、1例は高度の食道裂孔ヘルニアにより内視鏡的胃瘻造設が不可、外科手術後に胃瘻造設を行った。全ての症例でパーキンソン病臨床評価スケール・UPDRS (Unified Parkinson's Disease Rating Scale) は改善し、off時間は短縮した。

合併症として、8例で延べ10回のチューブ脱逸 (2回は位置調整、8回は再留置)、12例で延べ17回のチューブ閉塞 (14回は位置調整、3回は再留置) を認めた。1例でチューブ接触による胃潰瘍を認めた。胃瘻部について、不良肉芽5例、瘻孔感染2例、発赤や浸出液10例を認めた。

症例の経験を重ね、PEG造設位置や角度、Jチューブを回腸まで挿入する際のデバイスや方法、チューブの最終位置など、合併症を減らし短時間で処置を行うために工夫を行っている。

S1-10 クロウン病の小腸狭窄に対するダブルバルーン内視鏡下バルーン拡張術の治療成績

名古屋大学医学部附属病院 消化器内科
○八田勇輔、石川恵里、川嶋啓輝

【背景】クローン病 (CD) は小腸と大腸に全層性の炎症を起し、高度かつ多発狭窄を生じて手術に至る症例もある。ダブルバルーン内視鏡 (DBE) により深部小腸での内視鏡的バルーン拡張術 (EBD) も可能となったが、長期成績の報告はまだ少ない。【対象と方法】2004年3月から2022年7月に、当院で有症状の小腸狭窄に対しDBEを施行したCD患者148例の中でEBDを施行した81例を対象とし、手技的成功率、累積非手術率、非再EBD率、非緊急入院率、非症状再燃率、安全性を後方視的に検討した。【結果】患者は男/女: 59/22例、年齢中央値43歳 (17-84)、小腸切除歴が49例 (60.5%)、原病による狭窄/吻合部狭窄: 57/24例で、EBDの手技的成功は67例 (82.7%) であった。偶発症は2例に認めたが保存的に改善した。EBD後の累積非手術率、非再EBD率、非緊急入院率、非症状再燃率は、それぞれ1年/3年で90.3/76.2、74.2/38.1、69.4/31.0、56.5/16.7%であった。手技的成功群と非成功群の1年/3年後の非手術率は90.0/85.3 vs 72.7/37.5%で、累積非手術率は手技的成功群で有意に高く ($P=0.002$)、EBD後の手術の危険因子はEBDの手技不成功 (HR 3.33、95%CI 1.06-10.5、 $P=0.021$)、再EBDの危険因子はEBD後の生物学的製剤非導入 (HR 2.52、95%CI 1.15-5.11、 $P=0.024$) であった。【結語】クローン病の小腸狭窄に対するEBDは手術回避に有用であるが、再狭窄を予防するストラテジーの重要性が示唆された。

S1-11 大腸憩室出血に対して内視鏡的止血術が必要となる臨床的特徴

日本赤十字社愛知医療センター名古屋第一病院 消化器内科
○原 啓文、藤吉俊尚、春田純一

【目的】当施設の大腸憩室出血に対する内視鏡的止血術の成績を後方視的に検討し、内視鏡検査前の臨床情報から内視鏡的止血術が必要となるリスク因子を明らかにする。【方法】2017年1月から2021年12月までの5年間に、大腸憩室出血に対して下部消化管内視鏡検査を施行した195例、301回を対象とした。対象例の臨床的特徴や内視鏡的止血術の治療成績について各種検討を行った。【結果】1) 平均年齢は76歳、男性126人、女性69人であった。2) 195例中、90例 (29.9%) にstigmata of recent hemorrhageを認めた。3) 301回中70回 (23.3%) に内視鏡的止血術が行われた。4) 301回のうち、192回 (63.8%) に造影CTが撮影され、50回 (26.4%) にextravasationを認め、そのうちの18回 (36.0%) に内視鏡的止血術が施行された。5) 内視鏡的止血術を必要とするリスク因子を抽出するために、年齢、内服薬、既往歴、自覚症状、来院時バイタルサイン、採血検査、造影CTのextravasation、前処置の有無等を単変量解析し、リスク因子の候補を抽出した。それらで多変量解析を行ったところ、心疾患の既往があること、TP<5g/dl、造影CTでextravasationがあることが、独立したリスク因子として抽出された。【結論】大腸憩室出血が疑われる症例で、①心疾患の既往があること、②TPが5g/dl未満であること、③造影CTでextravasationを認めること、の3つが内視鏡的止血術を必要とする独立したリスク因子であることが判明した。

S1-12 当院におけるOver-The-Scope Clip (OTSC) の使用経験 (最近の傾向を踏まえて)

岐阜県総合医療センター 消化器内科
○小澤範高、山崎健路、清水省吾

【はじめに】OTSCは、従来の内視鏡処置では対処困難な消化管出血や穿孔、瘻孔、縫合不全に対して使用され、その有用性が報告されている。【方法】2014年6月から2022年8月までに当院でOTSCを用いた37症例のうち、合併症予防目的に使用した6例を除いた31例を対象とし、疾患群、手技時間、手技成功率、奏功率についてretrospectiveに検討した。2019年までを前期 (15例)、2020年以降を後期 (16例) とした。【結果】平均年齢は72.4歳、疾患群は消化管穿孔 (原性を含む) 10例、出血8例、瘻孔13例であった。手技時間中央値は4分 (前期11分、後期3分)、手技成功率は90.3% (前期86.7%、後期93.8%)、奏功率は87.1% (前期80.0%、後期93.8%)、合併症は狭窄1例 (S状憩室出血例) のみ (3.2%) であった。大腸憩室出血は6例あり、いずれも前治療 (クリップ、EBL) で止血困難であった。全例でOTSCが奏功し、再出血を認めていない (観察期間中央値322.5日)。【考察】OTSCは緊迫した局面での使用が多いが、比較的高い安全性・手技成功率・奏功率であった。術者の習熟もあり、手技時間・手技成功率ともに経時的に向上がみられた。当院では大腸憩室出血に対する使用が増加しており、EBLによる吸引反転が困難な症例に対してはOTSCを用いて全例で止血可能であった。

S1-13 表面型大腸病変における Gel immersion EMR(GIEMR)の治療成績の検討

静岡県立静岡がんセンター 内視鏡科
○芦澤 浩、堀田欣一

【背景】

大腸病変に対する Underwater EMR において、腸液の混濁による内視鏡視野不良が問題となる。昨年10月に本邦で発売された内視鏡用視野確保ゲル(ビスコクリア®、大塚製薬工場株式会社)を用いた Gel immersion EMR(GIEMR)は、浸水下で血液や腸液による視野確保困難時の有用性が期待されるが、大腸病変における GIEMR の報告は限られている。今回、我々は、大腸病変に対する GIEMR の治療成績について検討した。

【方法】2022年1月から7月の期間に、当院で GIEMR を施行した表面型大腸腫瘍19症例22病変を対象として、治療成績および偶発症について過渡的に検討した。

【結果】内訳は SSL 9例、腺腫9例、粘膜内癌4例であり、盲腸・上行結腸病変が13例と過半数を占め、腫瘍径の中央値は15mm(6-26mm)であった。一括切除割合は全体で77.3%、SSLでは66.7%、腺腫および粘膜内癌では84.6%であった。R0切除割合は全体で68.2%、SSLでは66.7%、腺腫および粘膜内癌では69.2%であった。全検体で粘膜下層まで切除されていた。切除時間の中央値は195秒、偶発症は認めなかった。

【結論】

GIEMR は高い R0 切除割合と安全性を示し、新たな内視鏡切除法として期待される。

S1-14 大腸 ESD における Postpolypectomy electrocoagulation syndrome(PECS)と筋層損傷との関連性についての検討

藤田医科大学病院 消化器内科
○大森崇史、船坂好平、廣岡芳樹

【目的】大腸 ESD において、PECS は主要な合併症の1つである。今回我々は、PECS の危険因子について筋層損傷を含め検討した。【方法】2017年1月～2021年12月までに当院で大腸 ESD を施行した372例のうち、術中穿孔例や複数病変例などを除く314例(男/女性=167/147、平均年齢68.8歳)を対象とした。患者因子(年齢・性別)、腫瘍因子(組織型・部位・肉眼型)、ESD 関連因子(施術者・線維化の有無・牽引法の有無・標本サイズ・手技時間・筋層損傷の程度)を元に、PECS の危険因子を多変量解析にて過渡的に検討した。筋層損傷の程度は4段階(Grade0:筋層露出なし、Grade1:筋層露出あり、Grade2:筋層の部分的な断裂、Grade3:筋層の全層欠損)に分類した。【結果】314症例のうち28症例(8.9%)に PECS を認めた。筋層損傷 Grade 別の PECS 発生率は、Grade0 で2.8%、Grade1 で10.7%、Grade2 で16.7%であり、Grade 間に有意差を認めなかった(Grade0 vs. Grade1 P=0.018, Grade0 vs. Grade2 P=0.004)。多変量解析では、女性(オッズ比 [OR] 3.23; 95% 信頼区間 [95% CI] :1.26-8.27, P=0.014)、標本サイズ ≥ 40 mm (OR 6.14; 95% CI 1.32-28.6, P=0.021)、手技時間 ≥ 90 分 (OR 2.66; 95% CI 1.05-6.74, P=0.039)、筋層損傷 Grade1 または2 (OR 3.85, 95% CI 1.09-13.6, P=0.036) は PECS の独立した危険因子であった。【結論】筋層損傷は PECS の独立した危険因子であった。大腸 ESD において筋層損傷を起こさないように剥離することが肝要と考えられた。

S1-15 Multi Loop Traction Device (MLTD) を用いた消化管 ESD の安全性と有用性

愛知医科大学病院 消化器内科
○高山将旭、海老正秀、春日井邦夫

【背景】Multi Loop Traction Device (MLTD) は消化管 ESD の際に、容易に病変にトラクションをかけることを可能にしたものである。

【目的】消化管 ESD における MLTD の安全性および有用性について検討すること。【対象と方法】2021年4月から7月までの期間に当院で MLTD を用いて施行した ESD 症例、28例(食道4例、大腸24例)を対象とし、その治療成績を後ろ向きに検討した。食道病変に対しては口側、大腸病変は肛門側に MLTD を装着し、ESD を行った。【結果】平均年齢は食道で66歳、大腸で70歳であった。病変径中央値は食道で17.5mm、大腸で24mmであった。病変部位は食道で中部食道3例、下部食道1例、大腸で盲腸4例、上行結腸7例、横行結腸4例、S状結腸5例、直腸4例であった。形態は食道ではすべて0-IIb病変、大腸は LST-G が13例、LST-NG が11例であった。平均切除時間は食道で125分、大腸で131分。切除病理は食道で neoplasia が1例、squamous cell carcinoma (pT1a) が3例、大腸は adenoma が11例、adenocarcinoma が12例、SSA/P が1例であった。一括切除率は食道で75%、大腸で100%。平均術中出血回数は食道で2.5回、大腸で1.3回、術中穿孔・術後出血・術後穿孔は0例であった。【考察】MLTD は、ESD を行う際の良好な視野確保を可能にし、程よい牽引をかけることにより、粘膜下層の剥離を容易にするため、安全かつ確実な ESD 施行に寄与すると考えられた。

S1-16 大腸ポリープ検出支援ソフトウェアにおける偽陽性の発生頻度と発生要因に関する検討

静岡県立静岡がんセンター 内視鏡科
○奥村大志、今井健一郎、堀田欣一

【背景】大腸ポリープ検出支援ソフトウェア (CADe) が臨床応用され、高いポリープ検出感度や腺腫発見割合向上が報告されている。一方でポリープがない場面で CADe が反応する(警告音が鳴る)、偽陽性 (FP) により検査時間の延長などの弊害を生じる可能性があるが、実臨床における詳細な報告は少ない。EndoBRAIN®-EYE (EB-EYE) における FP の発生頻度、要した時間、要因を検討した。

【方法】EB-EYE は病変を認識すると警告音を発し、検出された病変を四角形で囲むことで術者に発見を促す人工知能 (AI) である。8フレーム連続でポリープを AI が感知した場合に警告音が鳴る設定としている。2022年7月から8月までの期間に当院で EB-EYE を用いた大腸内視鏡検査を行い、動画保存された症例を対象とし、FP 回数、FP 鑑別術者が要した時間 (OT)、発生要因を過渡的に検討した。

【結果】対象は49症例で平均のポストン腸管洗浄スケール (BBPS) は 8.7 ± 0.7 点。平均抜去時間は 620 ± 156 秒。検査/時間あたり平均 FP 回数は $15.2 \pm 7.9 / 1.5 \pm 0.6$ 回/分、検査あたり平均 OT は 16.9 ± 17.4 秒で、OT の抜去時間に占める割合は2.7%。FP 発生要因は FP 回数が多い順に腸管襞 (6.8 ± 5.4 回)、正常粘膜 (3.8 ± 2.8 回)、吸引痕 (1.1 ± 1.5 回)、便塊 (0.9 ± 1.1 回) であった。

【結論】FP 回数は多いように見えるものの検査時間への影響は軽微であった。腸管襞や粘膜を誤認する場合が多く、これらの克服が性能向上の一助となる可能性がある。

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 胆道病変に対する ERCP における胆管挿管の現状

岐阜大学医学部附属病院 第一内科
○千住明彦、岩下拓司、清水雅仁

【背景】ERCPでの胆管挿管法としてWire-guide cannulationや挿管困難な際には、double guidewire法(DWG)やPrecut法などが有用である。
【目的】ERCPにおける胆管挿管法の現状について検討を行った。
【方法】2013年4月から2022年3月の間に当院でERCPを試みた未処置乳頭症例955例を対象とした。Wire-loaded cannulation(WLC)で胆管挿管を試み、胆管挿管が困難も膵管挿管が可能であった場合にはDGWを行った。DGWが不成功な場合にはtranspancreatic sphincterotomy(TPS)を、膵管挿管も不可であればneedle knife precutting(NKP)を行い、最終的にEUS-RVを必要に応じて施行した。
【結果】WLCでの、胆管挿管成功率は68.7%(657/955)。胆管挿管困難な298例のうち、膵管挿管は252例に可能であり、DGWを試み74.6%(188/252)で胆管挿管成功。Precuttingを72例(TPS48例; NKP24例)に試み57例79.1%(38/19)で胆管挿管可能であり、胆管挿管率は94.4%(902/955)。さらに、EUS-RVを32例で行い96.8%(31/32)に胆管挿管可能であった。
最終的な深部胆管挿管率は97.6%(933/955)。PTCDを5例、EUS-BDを5例で行った。12例は経過観察可能であった。ERCP後膵炎の発症率は6.1%(59/955)。胆管挿管困難であった298例では11.4%(34/298)、DGWを行ったものでは12.6%(32/252)とWLCで行ったものと比較し優位に高率であった(P<0.005)。
【結語】様々なcannulation techniqueを用いることにより胆管挿管成功率の向上に寄与した。

S2-2 当院の選択的胆管挿管における試みとその成績

浜松医療センター 消化器内科
○鈴木安曇、影山富士人、金岡 繁

【背景と目的】選択的胆管挿管は多くのERCP関連手技において重要な第一歩である。しかし挿管困難例が存在し、胆管挿管困難はERCP後膵炎(PEP)の危険因子でもあるため、胆管挿管成功のみならずPEP発症のリスクを抑える挿管戦略が重要となる。当院での選択的胆管挿管における試みとその成績について検討した。【対象と方法】2020年4月から2022年7月までの間に、当院で胆管挿管を目的としてERCPを行った未処置乳頭症例306例、ERCP関連手技309件を対象とし、その患者背景や手技内容、PEP発症について後方視的に検討した。Billroth-1法を除く術後再建腸管例は除外した。PEPの診断は改訂アトランタ分類に準じた。【結果】初回ERCPで胆管挿管に成功したのは287/306例(93.8%)で、膵管ガイドワイヤー(P-GW)法で61例(61/79例)、Precutで12例(12/18例)が挿管に成功した。不成功19例のうち6例で再度ERCPを行い、5例で挿管に成功した。最終的な胆管挿管成功率は95.8%であった。PEPは15/309件(4.9%)でみられ、軽症11件、中等症3件、重症1件であった。P-GW法、Precut、挿管時間>10分は単変量解析でPEPのリスクであった(p=0.0294, p=0.0487, p=0.0014)が、多変量解析では挿管時間>10分のみが有意(p=0.0141)であった。【考察】P-GW法やPrecutは胆管挿管成功率の向上に寄与すると考えられ、挿管困難例でも早い段階からこれらを用い、挿管時間を短縮することでPEPを予防できる可能性が示唆された。

S2-3 当院における胆管挿管困難症例に対するDouble lumen catheter法の治療成績の検討

名古屋大学医学部附属病院 消化器内科
○山雄健太郎、石川卓哉、川嶋啓揮

背景：ERCPは胆嚢疾患の診断および治療の目的に広く施行される。既報における胆管挿管成功率(Technical Success: TS)は高いものの、時に挿管困難例を経験し、そのような症例に対して膵管ガイドワイヤー(GW)法やPrecut法が行われる。近年、胆管挿管困難症例に対してDouble Lumen Catheter(DLC)を用いた挿管方法の報告が散見される。今回は当院におけるDLC法のretrospectiveな成績を報告する。対象と方法：対象は2018年1月から2022年7月までの間に胆管挿管困難症例に対して造影法で胆管挿管を試み、膵管にGWが誘導された場合に引き続きDLC法を試みた症例である。術後腸管再建例は対象から除外した。TS率、DLC法による挿管時間、合併症率を検討した。なお挿管時間はDLCを内視鏡鉗子孔から出してからGWが胆管に挿管されるまでの時間と定義した。結果：対象症例は21例であり、男性が12例(57.1%)、年齢中央値は68歳(40-82歳)、主な原疾患は胆管癌6例(28.6%)、膵癌6例(28.6%)であった。TS率：81.0%(17/21)、挿管時間中央値(TS症例のみ)：2分17秒(33秒-41分59秒)、合併症率：28.6%(6/21、高Amy3例、PEP3例)、全例軽症であり保存加療で軽快した。結語：DLC法はTS症例では短時間で挿管可能であり、成功率も比較的良好であった。発表ではTS症例、不成功症例の特徴を検討し、本処置の適応と課題について、動画を閲覧し報告をする。

S2-4 胆管挿管困難時のプレカットにおける膵管ステントの有用性についての検討

藤枝市立総合病院 消化器内科
○大島昭彦、景岡正信、丸山保彦

【はじめに】胆管挿管困難例に対してプレカットの際、膵管ステント留置して行うことがある。経験的にプレカットの際の乳頭固定や胆管口の推定に有用と思われる。
【目的】当院での胆管挿管困難例に対するプレカットの際の膵管ステント留置が、挿管のしやすさに影響したかを明らかにする。
【対象】2019年10月～2022年8月の期間でB- II再建、Roux-en-Y再建を除いた未処置乳頭でプレカットを行った87例。
【方法】後方視的にプレカットから胆管挿管までの時間と膵炎発症について膵管ステント留置群と非留置群とで比較検討した。
【患者背景】留置群n=27、非留置群n=60。留置群、非留置群の順に平均年齢(歳)：72.6、73.7、男女比12.15、31.29、プレカットまでの平均時間(分)：21.2、16.1(p=0.026)、
【結果】プレカットから胆管挿管までの時間(分)：12.3、10.9、翌日の血清アミラーゼ平均値(IU/L)：312.8、410.3、膵炎発症：3例、3例でいずれも有意差を認めなかった。
【考察】今回の検討では膵管ステントが胆管挿管をしやすくさせるという結果ではなかった。乳頭の形状、内視鏡の安定性、切開の範囲・深さ、切開面の視野など別な要素が影響している可能性が考えられた。
【結果】今回の検討においてはプレカット時の膵管ステント留置の有無で挿管時間の短縮や膵炎の発症に差は見られなかった。

S2-5 超高齢者における ERCP の特徴

朝日大学病院 消化器内科
○中畑由紀、大洞昭博、八木信明

【目的】超高齢者における ERCP の特徴を明らかにする。
【対象】2017年8月-2022年7月に当院で ERCP を行った90歳以上の超高齢者108例(40人)を解析対象とした。男:女=13:27、年齢中央値93歳、1人あたりの処置回数は平均2.7回、原因疾患は総胆管結石73%、膵、胆管等の癌22%、その他5%であった。基礎疾患として68%に認知症を認め、38%で抗血栓薬を内服していた。
【結果】結石除去を行った48回のうち、乳頭処置を行ったのは44%、内訳はEPBD86%、EST5%、EPBD+EST9%であった。結石除去後はドレナージチューブなし21%、ENBD31%、ERBD47%であった。全108回中85%が1時間以内に処置を終了し、78%が3日以内に食事を再開した。偶発症は5%で、全て ERCP 後膵炎であった。EPBD 後に膵炎を発生したのは10%(2回)であった。
【考察】EPBD は合併症や結石再発率が EST と比較すると有意に低く、出血リスクが少ないため結石除去時には主に EPBD を選択した。今回 ADL 低下を防ぐため、速やかに経口摂取を再開することができた。複数回の処置の際には乳頭処置を追加せずに結石除去を行う場合が多く、その場合にはチューブ挿入なしで経過観察可能であった。**【結語】**超高齢者においては患者の背景や特性を理解して治療を進める必要がある。超高齢者の結石除去には EPBD による乳頭処置が安全であると考えられた。

S2-7 手術ハイリスク症例の急性胆嚢炎に対する内視鏡的経乳頭の胆嚢ステント永久留置術の検討

岐阜県総合医療センター 消化器内科
○丸田明範、吉田健作、清水省吾

【背景】急性胆嚢炎に対する内視鏡的経乳頭の胆嚢ステント(EGBS)永久留置は、手術ハイリスク症例に対する有用性が期待されるが、その長期予後については十分な検討がなされていない。
【目的・方法】2006年11月~2020年12月に関連3施設で手術ハイリスク症例の急性胆嚢炎に対して内視鏡的経乳頭のドレナージ(ETGBD)もしくは経皮経肝ドレナージ(PTGBD)を選択した症例を対象とし、EGBS 永久留置群(EGBS 群)とドレナージ除去群(Removal 群)に分けて、両群の長期予後について後方視的に比較検討を行った。
【結果】対象は180例。EGBS 群:40例/Removal 群:131例であり、両群の年齢中央値は83歳(75-88)/80歳(75-86)、胆嚢炎重症度はEGBS 群/Removal 群で軽症27(67.5%)/78(59.5%)、中等症13(32.5%)/40(30.5%)、重症0/13(9.9%)であった。経過観察期間中央値375日(155-710)/307日(100-682)において、晩期偶発症を2例(5.0%)(胆嚢炎再発)/29例(22.1%)に認め、有意にEGBS 群で低い結果であった($p=0.002$)。さらにKaplan-Meier 分析においても晩期偶発症発生率および胆嚢炎再発率ともにEGBS 群で有意に低い結果であった(Log rank $p=0.006/0.043$)。晩期偶発症発生に関与する因子について多変量解析を行ったところEGBS のみが有意な因子であった。
【結語】手術ハイリスク症例の急性胆嚢炎に対するEGBS 永久留置はドレナージ除去と比べ有意に晩期偶発症発生率が低く、有用な治療選択肢であると考えられた。

S2-6 胆嚢結石併存総胆管結石症に対する初回内視鏡的治療法の検討

静岡県立総合病院 消化器内科
○石黒友也、佐藤辰宣、川口真矢

【背景】胆嚢結石併存総胆管結石症の治療は、内視鏡的結石除去の後に胆嚢摘出術(胆摘)を行うことが標準治療であるが、胆摘待機中に総胆管結石再燃のリスクが懸念される。代替治療として初回内視鏡治療は胆管ステント(EBS)留置に留め、胆摘後に結石除去を行う方法があるが、初回治療として結石除去およびEBS留置の臨床経過を比較した報告はない。**【方法】**2019年1月から2021年10月までに当院で初発の胆嚢結石併存総胆管結石症に対しERCPを行った196症例を、初回治療内容によって結石除去群とEBS群に振り分け後ろ向きに比較検討した。評価項目は内視鏡的治療の合併症、胆摘待機中(非胆摘患者では治療後6か月以内)の急性胆嚢炎の発症、急性胆管炎の発症ないし予期せぬ再ERCPの施行とした。**【結果】**結石除去群(63例)vs EBS 群(133例)で、年齢中央値は81歳vs 72歳とEBS 群で若年であった。性別は男性36人(57%)vs 68人(51%)、PS0-1は44人(70%)vs 113人(85%)、処置時胆管炎は21人(33%)vs 80人(60%)で有意差を認めなかった。ERCP 後膵炎は2人(3%)vs 12人(9%) $p=0.23$ 、胆嚢炎発症は4人(6%)vs 22人(17%) $p=0.069$ でEBS 群の頻度が高いが有意差は認めなかった。胆管炎発症ないし再ERCPの施行は1人(2%)vs 16人(12%) $p=0.014$ でEBS 群が有意に高かった。予定胆摘患者の待機期間中央値は53日であった。**【結語】**胆嚢結石併存総胆管結石症に対する初回治療としてEBS留置は胆管炎再燃および再ERCP率が高かった。

S2-8 良性胆管空腸吻合部狭窄に対する治療の検討

岐阜市民病院 消化器内科¹⁾、岐阜大学医学部附属病院 第一内科²⁾
○岩佐悠平¹⁾、岩田圭介¹⁾、岩下拓司²⁾

【背景】良性胆管空腸吻合部狭窄(CJS)は膵頭十二指腸切除術(PD)あるいは胆管空腸吻合術(CJ)後の偶発症の一つであり、難治例も散見される。
【目的】当施設、岐阜大学病院でのCJSに対する治療成績を後方視的に検討した。
【対象】2009年1月から2022年8月までにPD、CJ後のCJSに対し、内視鏡治療を行った46例
【結果】男性29例、年齢中央値71歳(51-86歳)。術式はPD41例、CJ5例。手術から初回内視鏡治療までの期間の中央値は319日(21-2926)。CJSに対する初回治療は、バルーン拡張(BD)37例、プラスチックステント(PS)2例、メタルステント(MS)留置5例、手技不成功2例であった。BDで治療を行った37例のうち14例(38%)で再狭窄をきたした。初回BDで治療を行った症例における再狭窄のリスク因子について多変量解析を行うと、BD時のnotch残存(HR7.06、95%CI1.38-36.2、 p 値0.02)が有意な因子であった。再狭窄時の治療はBDが8例(うち2例は再々狭窄をきたしステント留置)、ステント留置が6例であった。CJSに対して計15例でステントを留置し(PS3例、MS13例、重複あり)、PS2例、MS11例でステントフリーが可能であり、いずれも再狭窄を認めていない[ステント除去後観察期間中央値318日(27-2858)]。
【結論】CJSに対するBDにおいて、BD時にnotchが残存している症例で有意に再狭窄が多い結果であった。このような症例に対してMS留置の有用性が期待されるが、更なる検討を要する

S2-9 当院における術後胆汁漏の内視鏡的治療成績および難症例に対する胆道鏡を併用した集学的治療の試み

名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器・代謝内科学
○加地謙太、吉田道弘、林 香月

【目的】当院の術後胆汁漏に対する内視鏡的ドレナージ術の治療経験から、難症例の解析とそれに対する胆道鏡を併用した集学的治療の有用性を検討する。【方法】対象は2016年3月～2022年5月に当院で内視鏡的治療を行った9例。①Technical difficulty(TD):ERCPで目的胆管選択が困難な例と②Clinical difficulty(CD):初回ドレナージ後もLeakが改善しない例について解析し、患者背景、手技内容、治療成績、偶発症について検討した。【結果】術式は肝前区域切除3例、肝左葉切除2例、肝中央2区域切除2例、腹腔鏡下胆嚢摘出術2例。手技内容は全例でENBD留置し、5例(55%)において初回ENBDでLeakは消失した。①TD:交通型の初回ドレナージ時に1例、離断型で2回目以降のドレナージ時に3例経験し、全例POCSを使用し選択的ドレナージに努めた。②CD:4例(44%)で初回ドレナージ後もLeakが残存した。全て離断型であり2例のPTBDを含め後日追加ドレナージを要した。治療成績は7例でstent freeとなり(交通型4例、離断型3例)、2例で胆管ステントの持続留置を要した(交通型1例、離断型1例)が、最終的に全例で胆汁漏が軽快し外科的手術を回避し得た。偶発症はEST後出血1例のみであった。【考察】術後胆汁漏の離断型は処置も困難で初回ENBD後もLeakが残存しやすいが、POCSを含めた各種デバイスをを用いた工夫により高い奏効率が得られ手術を回避し得た。当日は難症例に対する集学的治療の工夫について事例で報告する。

S2-11 極小axial forceを有する新型FCSEMSの使用成績

伊勢赤十字病院 消化器内科
○村林桃士、大山田純、亀井 昭

【背景と目的】悪性遠位胆管閉塞に対するFCSEMS留置では、小さなaxial forceのためにFCSEMS上端がkinkしてステント閉塞を来す場合がある。先日、従来品よりもaxial forceが小さな新型FCSEMS(EGISフラワーステント [SBカワスミ])が利用可能となったため、使用成績を検討する。【対象と方法】2022年4月から8月に、非切除悪性遠位胆管閉塞に対してEGISフラワーステント留置を試みた10例(中央値83歳、男6女4)を対象とし、後方視的に解析した。【結果】原疾患は膵癌7例、遠位胆管癌2例、膵NEC 1例。化学療法ありが5例、T-Bil値は中央値3.3 mg/dL (0.6-11.3)、胆摘後が1例、胆嚢管浸潤ありが2例。初回のステント留置が6例、reinterventionが4例。手技成功率は100% (10/10)、ステント径は全例で10 mm、ステント長は8 cmが9例、6 cmが1例であった。後日のX線/CTにて、十分なステント拡張と胆管への良好なステント追従を全例で確認できた。短期偶発症として、胆嚢炎1例、中等症肺炎1例を認めたが、保存的加療で軽快した。臨床的奏効率は80% (8/10)で、非奏功の2例は肝不全のため減量されなかった。奏功した8例において、観察期間中央値64日(25-144)にRBOは1例も生じていないが、ステント逸脱を1例で認めた(28日後)。ステント逸脱以外の晩期偶発症はみられていない。【結論】非切除悪性遠位胆管閉塞に対するEGISフラワーステント留置は有用な可能性があり、さらなる検証が必要である。

S2-10 当院における切除企図膵癌へのプラスチックステントによる胆管ドレナージの検討

岐阜県立多治見病院 消化器内科
○浦壁憲司、水島隆史、奥村文浩

【目的】当院で施行された切除企図膵癌へのプラスチックステント(PS)による胆管ドレナージの現状を明らかにする。【方法】2019年10月から2022年8月に、当院で切除可能膵癌と診断され、術前補助化学療法(NAC)が施行された22例のうち、PSで胆管ドレナージが施行された11例を対象とし、臨床成績を後方視的に検討した。【結果】年齢中央値は73歳(63-78歳)、男性7例、女性4例、膵癌の局在は全例でPh、病期分類(JPS第7版)はIA:2例、IB:1例、IIA:8例であった。NACレジメンは全例でゲムシタビン+S-1、NAC施行回数は3回(2-4)が多く、NAC期間は55日間(42-90)、胆管ドレナージ前のTBは9.14mg/dl(0.59-24.54)、ステント留置から化学療法開始までの期間は22日間(15-51)、ステント留置から外科手術までの期間は115日間(78-136)であった。初回ドレナージに使用されたPSは8.5Frストレートが9例、10Frストレートが2例で、合併症を2例(軽症肺炎、重症肺炎)認めた。Recurrent Biliary Obstruction(RBO)を6例に計9回認め、time to RBOは31日間(6-92日間)だった。ステントの予定交換については担当医の采配で、化学療法導入前・化学療法中・外科手術前に行われており、予定交換は3例に計5回施行されていた。交換までの期間は33日間(21-61日間)、合併症を3例(胆管炎)認めた。【結語】定期交換は必要だが骨髄抑制に留意して施行時期を決める必要がある。

S2-12 非切除悪性肝門部胆道閉塞に対する内視鏡的インサイドプラスチックステント留置後における早期再治療のリスク因子に関する検討

磐田市立総合病院 消化器内科
○金子淳一、瀧浪将貴、山田貴教

【目的】非切除悪性肝門部胆道閉塞(MHBO)に対する内視鏡的インサイドプラスチックステント(iPS)は良好な開存期間が報告されているが、短期間で閉塞等を来す予定外の再治療(RI)を要することがある。早期RIのリスク因子を明らかにするために検討を行った。【方法】2020年4月～2022年3月に当院で施行した16名35回のiPS留置を対象とした。42日より前のRIを早期RIとした。病名、iPS留置歴、Bismuth分類、ドレナージ必要胆管枝数、胆管炎、WBC、t-Bil、胆汁培養、未ドレナージ域を因子として単・多変量解析を行った。ドレナージ必要胆管は右前区、右後区、左の胆管枝のうち門脈閉塞や末梢胆管までの閉塞のない胆管枝と、未ドレナージ域はドレナージ必要胆管に対する未施行域と定義した。【結果】対象となったiPS留置の肝門部胆管癌/胆嚢癌/その他が14/7/3、初回治療は20回、Bismuth分類1/2/3a/4は6/6/12/10、ドレナージ必要胆管枝1本/2本/3本は11/8/24であった。WBCは中央値7000/ μ L、t-Bilは中央値2.9mg/dLであり、胆管炎は26回、胆汁培養陽性は16回、未ドレナージ域ありは11回で認めた。初回ERCPからRIまでの期間中央値は42(11-571)日であった。単・多変量解析では未ドレナージ域あり(OR28, 95%CI 2-502, p=0.02)のみが早期RIの独立した因子であることが分かった。【結語】MHBOに対するiPSを用いた胆道ドレナージでは未ドレナージ域を少なくすることで早期RIを予防できる可能性がある。

S2-13 肝門部両葉金属ステント留置後のre-interventionとしてのradiofrequency ablation

愛知医科大学 肝胆腫瘍科
○井上匡央、北野礼奈、米田政志

【目的】肝門部両葉金属ステント留置後のre-intervention (RI) では、プラスチックステント留置が選択される場合が多い。しかしその開存期間は不十分であり、最適なRI戦略は確立されていない。近年登場した胆管内radiofrequency ablation (RFA) は、その作用機序からステントingrowth閉塞に対して有用となる可能性がある。本研究では肝門部両葉金属ステント留置後の、RIとしてのRFAの治療成績を検証する。【方法】肝門部両葉金属ステント留置後ingrowth閉塞に対して、RFAによるRIを施行した31例を対象とした。RFAは出力10Wにて90秒間の焼灼を基本とした。RFA後はバルーンカテーテルによるcleaningを行って壊死した組織を排出させ、ステント追加留置は行わずに終了とした。検討項目は手技成功率、臨床的成功率、recurrent biliary obstruction (RBO)、RBO以外の偶発症とした。【結果】手技成功率は93.5%(29/31)、臨床的成功率は72.4%(21/29)であった。早期偶発症率は6.5%(2/31)であり、胆管炎と肝膿瘍を1例ずつ認めた。後期偶発症率は9.5%(2/21)であり、胆嚢炎と肝膿瘍を1例ずつ認めた。RFAによるRI後のRBOは42.9%(9/21)で認め、RBOまでの期間中央値は163日であった。【結論】肝門部両葉金属ステント留置後ingrowth閉塞に対するRFAは、高い手技成功率を示し偶発症率は低値であった。またステント追加を要せずに長期の開存も得られていたが、臨床的成功率は約7割と低く改善が必要と考えられた。

S2-15 先端極細チップを用いた金属ステントの超音波内視鏡下胆嚢ドレナージ術での可能性

岡波総合病院 消化器内科
○今井 元、入 彩加、前川有里

【背景】超音波内視鏡下胆道ドレナージ術 (EUS-GBD) の手技工程は①穿刺②拡張③ステント留置に分かれるが、各ステップ間での器具の入れ替え時の胆汁漏れが偶発症に繋がると考えられている。金属ステントの先端を極細チップ (Spear Tip) に変更することで、穿刺後拡張なくステント留置が可能となった。【対象】2021年10月から2022年6月までに当院で行ったEUS-GBDを対象とした。【方法】19GFNA針を用いて穿刺し0.025inchGWを胆嚢内に留置した上で、拡張をせずにステント留置を行った。検討項目は、穿刺部を拡張せずにステント留置できた事成功とした成功率、臨床症状改善率、偶発症発生率、手技時間を検討した。【結果】EUS-GBD 7例で実施した。背景疾患は全例胆石胆嚢炎、男女比 4:3、手技成功率は57.1%(4/7)、臨床症状改善率100%、偶発症発生率0%、成功した平均手技時間11.3分であった。2ステップで留置できなかった症例は全例穿刺部位を通電ガイドレーターで拡張する事でステント留置できた。3ステップでの平均手技時間は21.1分であった。【考察】今回の検討では穿刺部位の拡張操作を加えることでステント留置できたので臨床症状、偶発症などは認めないが、手技時間は短い傾向にあった。このため更なる症例の蓄積により偶発症発生率などに差が出る可能性は示唆された。【結論】Spear Tipを用いたEUS-GBDを報告した。成功率はまだ低いとその可能性は期待されるものであった。

S2-14 膵周囲液体貯留に対する超音波内視鏡下治療の検討

藤田医科大学 消化器内科学
○和田悠良、橋本千樹、廣岡芳樹

【目的】2019年1月より当院では膵炎後の局所合併症に対しLumen apposing metal stent (LAMS) を使用している。LAMSの安全性と長期成績についてPlastic Stent (PS) によるドレナージ術と比較することを目的とした。【対象と方法】2018年1月から2022年4月までに当院及び関連病院の2施設で膵周囲液体貯留 (PFC) に対しEUS下ドレナージを行った連続の症例を対象とし後方視的に検討した。【結果】LAMS留置群は17症例18回 (1例は2期的に2本のLAMS留置)。男/女=16/3、年齢中央値72.5 (41-86) 歳。症例の内訳は感染性被包化壊死 (WON) 11例12回、膵仮性嚢胞 (PPC) 5例、急性壊死性貯留 (ANC) 2例、急性膵周囲液体貯留 (APFC) 1例。手技時間中央値 (scope挿入からLAMS留置まで) 12.5 (4-33) 分。PS留置群は12症例13回、男/女=9/3、年齢中央値59 (46-79) 歳。症例の内訳はWON3例、ANC1例、PPC2例3回、術後膵液漏4例、慢性膵炎/膵性胸腹水2例。手技時間中央値 (スコープ挿入から外瘻留置まで) 27 (10-41) 分。【考察】PS留置法では処置時間が長く瘻孔拡張で処置不成功になることがあり、ステントの自然逸脱やPFC再燃が認められた。一方でLAMSは短時間で処置可能でありPFCの再燃が低く臨床的有効性は高いが、仮性動脈瘤を含む出血やステント展開時トラブルには留意する必要がある。【結論】LAMSによるPFCドレナージ術は従来法より簡便で臨床的有用性が高く、ネクロセクトミーを含めたStep-Up-Approachに役立つ。

S2-16 悪性遠位胆道狭窄に対するEUS下胆道ドレナージにおけるステント閉塞に関わる因子の検討

静岡県立静岡がんセンター 内視鏡科
○佐藤純也、石渡裕俊、新谷文崇

【背景・目的】悪性胆道狭窄に対するEUS下胆道ドレナージ (EUS-BD) の問題点としてステント閉塞 (RBO) がある。EUS-BDにおけるTime to RBO (TRBO) に関わる因子を明らかにするために本研究を行った。【対象・方法】当院で2016年5月から2022年4月に悪性遠位胆道狭窄に対してEUS-BDを行った症例から、Antegrade stentingの症例を除外した96例を後方視的に検討した。検討項目は1.患者背景、2.EUS-BDの内容、3.RBO発生率とその原因、4.TRBOとした。【結果】1.原疾患は膵癌が64%で、術後再建腸管例は15%であった。症候性十二指腸狭窄を35%、EUS-BD前の胆管炎を63%で認めた。2.手技はHGSが84%、CDSが16%であった。ステントは17%でプラスチックステントが使用されていた。3.RBOは22%で認めた。RBOの原因は胆泥52%、過形成19%、腫瘍の肝門進展14%、ステント逸脱10%であった。1例はステント閉塞の原因は評価困難であった。4. TRBO中央値は102日であった。多変量解析を行うと、プラスチックステントがTRBOに関わる独立因子であった (ハザード比3.0[1.0-8.5], P=0.044)。【結論】悪性遠位胆道狭窄に対するEUS-BDでは、プラスチックステントを使用するとTRBOが短くなる可能性がある。

S2-17 EUS-FNB 検体を用いた遺伝子パネル検査の解析成功に寄与する因子の検討

静岡県立静岡がんセンター 内視鏡科
○中村はる香、石波裕俊、佐藤純也

【背景】 遺伝子解析による matched therapy が予後を延長することが報告され、その重要性が増している。EUS-FNB 検体による遺伝子パネル検査の解析成功率は6-7割であり、向上が望まれる。
【目的】 EUS-FNB 検体を用いた遺伝子パネル検査の解析成功に寄与する因子を明らかにすること。
【方法】 2019年6月から2022年5月にEUS-FNB検体を用いてFoundation One® CDx(F1CDx)で遺伝子パネル検査を施行した悪性腫瘍患者71症例を対象にF1CDxの解析成功に寄与する因子を遡及的に検討した。なお、F1CDx解析レポートでのpassedあるいはqualifiedを解析成功と定義した。またFFPEブロックは、研究期間前半はFNB穿刺毎に作製し(個別包埋)、組織量の多いブロックをF1CDxに提出した。後半は行った穿刺全てから一つのブロックを作製した(一括包埋)。
【結果】 患者は年齢中央値66歳、男性54.9%、癌腫は肺癌が76.1%と最多であった。解析成功率は84.5% (60/71)で、癌腫、病変径、前治療の有無では差がなかった。穿刺針径は19-20G 100% vs. 22G 78.8% (p=0.03)、包埋方法は一括包埋100% vs. 個別包埋67.6% (p<0.01)であった。
【結語】 19-20G穿刺針の使用、採取検体の一括包埋が、F1CDxの解析成功に寄与することが示唆された。

S2-18 肺癌におけるゲノム医療の現状と課題

愛知県がんセンター 消化器内科
○福井淑崇、奥野のぞみ、原 和生

【背景と目的】 がんゲノム医療は保険適応の拡大により急速に普及し、肺癌においてもがん遺伝子パネル検査 (CGP) を行う機会が増加している。今回、当院での肺癌ゲノム医療の現状と課題について検討した。
【対象と方法】 2019年10月以降、CGPを施行した肺癌172例を後方視的に検討した。
【結果】 CGPの検体は、組織検体141例、血液検体32例であった。遺伝子変異の検出率は組織検体で有意に高かった。また組織・血液両方のCGPを実施した症例では、検出される遺伝子変異が異なる傾向にあった。治療介入可能な遺伝子変異は8.0%(12/150)に留まり、4.1%(6/150)が実際に治療に到達した。このうち4例がKRAS野生型であり、KRAS野生型例はKRAS変異型例よりも介入可能な遺伝子変異を多く有し、全生存期間(OS)も長かった。また相同組み換え修復遺伝子変異は9.3%(14/150)に認め、生殖細胞系列BRCA変異は2.0%(3/150)に認めた。
【考察と結論】 組織CGPは血液CGPよりも多くの遺伝子変異を検出し得た。KRAS野生型例は介入可能な遺伝子変異が多いため、CGPを行うことが特に勧められる。肺癌は現状では介入可能な遺伝子変異が少なく、今後の分子標的薬の開発が期待される。

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 上部消化管①

Y-1 自然脱落した食道 pyogenic granuloma の1例

済生会松阪総合病院 内科

○松本樹人、河内瑞季、小野隆裕、紅林真理絵、田原雄一、
吉澤尚彦、黒田直起、福家洋之、河俣浩之、青木雅俊、橋本章、
脇田喜弘、清水敦哉

【緒言】食道隆起性病変の中で、非腫瘍性ポリープは悪性腫瘍と鑑別すべき疾患の一つであり、適切に診断し治療戦略を練る必要がある。今回経過観察により自然脱落した食道 pyogenic granuloma (PG) の1例を経験したので報告する。【症例】73歳男性、検診での消化管造影で食道隆起性病変を認め紹介受診した。内視鏡検査では、左主気管支圧排部よりやや口側の左後壁に12mmの亜有茎性隆起性病変を認めた。大半は厚い白苔で覆われており、鉗子で除去すると発赤調の粘膜を確認できた。生検では毛細血管の増生、拡張を認め、炎症細胞浸潤を伴いPGと診断した。増大、出血のリスクを考慮し内視鏡的切除を検討したが、自然脱落の可能性や患者の希望もあり経過観察の方針とした。6か月後の内視鏡検査では、病変は消失しており自然脱落したものと判断した。【考察】PGは皮膚や口腔粘膜に多く認められるが、消化管における発生は稀である。その中でも食道が最も多く、内視鏡的には亜有茎性の白苔やびらんを伴う発赤調隆起を特徴とし、鑑別疾患として癌肉腫、無色性黒色腫などが挙げられる。良性疾患ではあるが、病理組織学的には血管腫であり、急激に増大し出血を来し積極的な切除が必要な場合もある。一方で自然脱落した報告もある。本症例は経過観察を行い、病変は消失し自然脱落したと考える。内視鏡所見と生検病理所見よりPGと診断できた場合には、慎重な経過観察も選択肢の一つとなりうると思われる。

Y-3 繰り返し胃軸捻転症に内視鏡下胃壁固定術が有用であった1例

岡波総合病院 消化器内科

○石原寿真、前川有里、入 彩加、今井 元

症例：84歳男性。主訴：心窩部痛 既往歴：高血圧症、前立腺肥大症、鼠径ヘルニア術後、人工股関節置換術後 家族歴：特記事項なし 生活歴：喫煙：なし、アルコール：なし 現病歴：以前より数回胃軸捻転症による入院を繰り返しており、その都度保存的治療で改善していた。今回も以前と同様の心窩部痛を自覚した為に救急搬送となり、CT上、軽度の腹水貯留と胃全体の拡張を認め、胃軸捻転症と診断された。入院後、胃管チューブを留置し、減圧した後に、腸管壊死がない事を確認した上で、内視鏡的整復術を実施した。再発予防の為に、腹腔鏡下胃壁固定術を検討したが、本人が手術を拒否したため、内視鏡的胃壁固定術を実施した。胃体中部前壁、胃体中部大弯前壁、胃体下部前壁大弯の3点を胃壁固定し出血などが無いことを確認し終了とした。術後経過は良好で、経口摂取再開後も症状はなく、術後3か月も再発なく経過している。 考察：再発性胃軸捻転症の治療の基本は手術による胃壁固定術であるが、様々な事由で手術困難な症例がある。その際に内視鏡的胃壁固定術などが有用であると報告されているが、その治療法にコンセンサスは得られていない。今回我々は、出来る限り面で胃壁固定をするために、3点で内視鏡的胃壁固定術を行った。本症例は術後再発なく経過しており有用であったと考えられる。再発性胃軸捻転症に対する内視鏡的胃壁固定術は低侵襲で有用な方法と考えられる手技であった。

Y-2 胸部大動脈瘤感染に伴い食道病変を呈した2例

静岡市立静岡病院 消化器内科

○八木直人、横山翔平、正谷一石、菊池恵介、有谷実莉、上田駿介、
池田正俊、早川諒祐、木村領佑、鈴木博貴、黒石健吾、濱村啓介、
高橋好朗、田中俊夫、小柳津竜樹

【症例1】74歳男性。遠位弓部大動脈瘤、腕頭動脈瘤に対して人工血管置換術を施行し1年5か月後に心窩部痛を自覚し当科受診。上部消化管内視鏡を行ったところ、胸部中部食道の左壁側に周囲陥凹を伴う乳頭腫様の隆起性病変と同部より排膿を認めた。CTを撮影したところ、大動脈弓部直下に境界不明瞭な軟部影と周囲のairを認めたため大動脈人工血管感染と診断。開胸食道切除、後縦隔経路胃管再建、人工血管腔への大網充填を行い救命し得た。 【症例2】82歳男性。胸部大動脈瘤に対してステントグラフト内挿術を施行し約1年後に食指不振を自覚、近医でCT撮影したところ大動脈周囲の軟部影とairを認めたため、感染性大動脈瘤疑いで当院入院。吐血を認めたため当科紹介。上部消化管内視鏡を行ったところ胸部食道の左壁側に周囲陥凹を伴う乳頭腫様の隆起性病変を認めた。食道造影を行ったところ、明らかな食道外へのリークは認めなかったが、位置的に感染性大動脈瘤による食道粘膜への炎症の波及と判断した。抗生剤加療を行うも約2週間後に大動脈瘤破裂により永眠。 【考察】今回2例とも胸部食道の左壁側に周囲陥凹を伴う乳頭腫様の内視鏡像を呈していた。大動脈感染に伴う食道粘膜の内視鏡像として特徴的な所見と思われたため報告する。

Y-4 出血を契機に発見され、経時的に形態変化を呈した胃 Inflammatory Fibroid Polyp の1例

一宮西病院 消化器内科

○伊藤友一朗、森山智仁、百々弘樹、原田雄太、井原 亮、
湯村崇之、熊原加奈、林晋太郎、興儀竜治、大橋憲剛、東 玲治、
森 昭裕

症例は高血圧以外既往のない65歳男性。黒色便を主訴に近医を受診されHb 9.8 g/dlと貧血を認め当科紹介となった。上部消化管出血の疑いで同日上部消化管内視鏡検査を施行したところ、胃前庭部大弯に頂部潰瘍、血餅の付着を伴う粘膜下腫瘍様の病変を認めた。血餅を剥がすと一部露出血管が疑われ、焼灼止血を行った。その後出血や貧血進行は認めず、著明な縮小と頂部潰瘍の被包化を認め、悪性腫瘍は否定的と判断し、外来で経過観察の方針とした。超音波内視鏡では第2～3層にかけて内部に一部高エコーを伴う15mm程度の境界不明瞭な低エコー腫瘍として描出された。腫瘍は弾性・軟であった。経過観察の中で腫瘍は縮小、増大、潰瘍形成、潰瘍被包化を繰り返し、今後も出血リスクがあると判断し内視鏡的粘膜下層剥離術で一括切除を行った。切除標本では表面は異形の目立たない幽門腺粘膜で覆われ、粘膜深部～粘膜下層に紡錘形細胞が配列し、好酸球浸潤が目立つことから、炎症性線維性ポリープ(以下IFP)の診断に至った。 IFPは消化管に発生する好酸球浸潤を伴う炎症性病変であり、一般には何らかの刺激に対する反応性病変と考えられており、胃では前庭部に好発することが知られている。本症例でも好発部位に発生しているが出血、縮小、再増大と形態変化を繰り返し、その経時的変化を報告した症例は過去の報告でも少数であった。頻度としては高くはないが粘膜下腫瘍様病変の鑑別としてIFPを考慮する必要がある。

若手研究者優秀演題奨励賞選定セッション 上部消化管②

Y-5 胃噴門部粘膜下腫瘍にアニサキス症が合併し特殊な画像所見を呈した1例

JA 静岡厚生連 遠州病院 消化器内科
○詫間みなみ、山田 裕、遠藤 茜、大津卓也、森 泰希、高垣航輔、竹内靖雄、白井直人

【症例】40歳代女性。健診の上部消化管内視鏡で胃の粘膜下腫瘍(SMT)を指摘されるが精査希望なく健診継続していた。家族が釣った新鮮な鱒を夕食に刺身にして摂取した。夜になり腹痛が出現し救急受診となった。造影CT検査では胃体部小弯に胃壁肥厚を認め肥厚部位は粘膜下を主体に低吸収域として肥厚していた。肥厚部位の内部に相対的な高吸収の腫瘍を認めた。病歴よりアニサキス症による腹痛が考えられ上部消化管内視鏡を施行した。胃内腔に発育する30mm程のSMTを認め、その口側の食道胃接合部付近にアニサキス虫体が1匹噛み付いていたため生検鉗子で摘除した。SMT精査を希望されたためアニサキス症の翌日に超音波内視鏡検査を施行した。腫瘍は低エコーであり房様の構造を持って第3層に割り込むように存在し、一部第4層と連続しているようにも観察できた。アニサキス症より17日後に造影CT再検したところ粘膜下層の浮腫は消退し粘膜下腫瘍は漸増性濃染パターンでの乏血性腫瘍として認められた。SMTに対してEUS-FNABを施行した。22G Acquireで穿刺を行ったが組織は比較的柔らかい印象であり検体採取は問題なくでき病理結果は平滑筋腫であり悪性所見は認めず経過観察の方針とした。

【結語】胃の平滑筋腫にアニサキス症が合併するという稀有な経験をすることができ、画像検査で特殊な所見が表現された。経時的な変化も捉えることができたため比較とともに報告を行う。

Y-6 胃扁平上皮化生に対して、内視鏡的に一括切除を行った症例

浜松医科大学 第一内科¹⁾、浜松医科大学 腫瘍病理学講座²⁾、浜松医科大学 光学医療診療部³⁾、浜松医科大学 臨床検査医学⁴⁾
○丸山 巧¹⁾、高橋賢一¹⁾、石川 励²⁾、伊藤誠人¹⁾、伊藤達弘¹⁾、浅井雄介¹⁾、高橋 悟¹⁾、杉浦喜一¹⁾、尾上峻也¹⁾、宮津隆裕¹⁾、金子雅直¹⁾、樋口友洋¹⁾、松浦友晴¹⁾、石田夏樹³⁾、田村 智¹⁾、谷 伸也¹⁾、山出美穂子¹⁾、岩泉守哉⁴⁾、濱屋 寧¹⁾、大澤 恵³⁾、杉本 健¹⁾

【背景】胃においては、*Helicobacter pylori* 感染に伴う腸上皮化生がよく知られている。これに対して、胃粘膜に扁平上皮化生が生じる頻度は低い。今回は我々は食道粘膜と非連続性に発生した扁平上皮化生と周囲に発生した早期胃癌に対して内視鏡的粘膜下層剥離術(ESD)を施行した一例を経験したので報告する。

【病歴】81歳女性。X-2年近医で施行された上部消化管内視鏡検査(EGD)で胃体上部大弯に褪色調の0-IIc様病変を認めた。生検でdysplasiaを伴う異所性扁平上皮と判断され、当科紹介となった。抗H.pylori-IgGは陰性。腫瘍マーカーも正常範囲であった。当院でEGD再検し、病変は食道粘膜と非連続であり、NBI観察ではIPCL-B1血管様であった。ヨード染色で不染、超音波内視鏡では第3層は保たれ粘膜内病変と判断した。当院で生検を再検し、扁平上皮の異型は炎症性変化の可能性も示唆された。待機的な内視鏡的一括切除を希望された。X年7月ESDを行った。胃扁平上皮の口側胃粘膜に発赤とNBI観察で表面構造の不整を疑い、同部位を含め病変を一括切除した。病理診断は胃扁平上皮化生と、周囲に胃異型上皮の合併を認めていた。

【考察】胃において、扁平上皮化生は食道胃接合部の食道粘膜と連続して存在し、噴門部～体部の小弯側にみられることが多いと報告されており、本例のように胃扁平上皮化生を食道粘膜と非連続性に認めることは稀である。内視鏡・病理所見から本症を検討する。

Y-7 多発早期胃癌を合併したattenuated FAPの1例

藤枝市立総合病院 消化器内科
○松永賢樹、吉井重人、馬場皓大、佐藤大輝、稲垣圭佑、星野弘典、榎田浩平、寺井智宏、大畠昭彦、景岡正信、丸山保彦

症例は70代女性。60代時にA病院で多発大腸ポリープに対して施行した遺伝子検査でattenuated FAPと診断され、CSによるサーベイランスを定期的に行っていた。X年CSで高異型度0-IIa様病変を認めたため当科に紹介受診となった。当科でCSを施行し、全大腸に多発するポリープ(<100個)とS状結腸に20mmほどの0-IIa病変を認め同病変に対してEMRを施行した。病理組織所見はtub1(pTis)であった。同年B医院でEGDを行いヘリコバクター・ピロリ除菌治療が施行された。X+1年当科でのEGD施行時に萎縮性胃炎を背景に胃体部～幽門前庭部にかけて多発する0-IIc型早期胃癌を認め、体部には胃底腺ポリープを複数個認めた。当院外科と検討のうえ異時性胃癌リスクも考慮し胃全摘術を施行。摘出標本の病理組織所見は体中部～前庭部に計8か所粘膜内癌(腸型高～中分化型管状腺癌)を認めた(pT1aN0M0)。FAPに伴う胃腫瘍性病変は前庭部を中心とした幽門腺領域に発生する多発腺腫が特徴とされ、また胃腫瘍性病変の特徴が萎縮性胃炎のstatusによって異なると報告されているが、多発早期胃癌の合併は比較的稀と思われる。今回、attenuated FAPに多発早期胃癌を合併した大変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。

Y-8 胃神経内分泌癌(NEC)の一例

岡崎市民病院 消化器内科
○今枝秀斗、藤田孝義、森井正哉、山田弘志、大塚利彦、堤 克彦、細野幸太、相澤勇人、飯塚昭男

【症例】86歳男性【既往歴・併存疾患】高血圧、硬膜外血腫【現病歴】黒色便、貧血を主訴に当院救急外来を受診し、上部消化管出血が疑われ、同日緊急入院となった。【検査所見】血液生化学検査：BUN:155mg/dl、Cre:2.77mg/dl、Hb:9.1g/dl、CEA:2.9ng/dl、CA19-9:10.6U/ml、SCC:5.2ng/dl、NSE:12.3ng/ml、ProGRP:59.9pg/ml 胸腹部造影CT検査：胃大弯に限局性壁肥厚を認める。胃大弯側及び気管分岐下リンパ節腫大を認める。他臓器に明らかな遠隔転移を認めない。上部消化管内視鏡検査：胃体下部大弯に40mm大の2型腫瘍を認める。生検病理：核クロマチンを増したN/C比の高い中型の腫瘍細胞集塊を認める。免疫染色ではAE1/AE3、シナプトフィジン、CD56が陽性である。高異型の腫瘍でカルチノイドではなく、(神経)内分泌細胞癌と診断される。【入院後経過】入院第2病日目に上部消化管内視鏡検査を実施し、生検病理の結果NECと診断した。造影CT検査所見からcStage IV Bの進行度分類となった。第16病日目にICを行い、年齢やADLを考慮しBSC方針とした。その後外来通院となったが第79病日目に状態悪化にて再入院し、89病日目に死亡退院となった。【考察】胃のNECは胃悪性腫瘍の0.1～0.6%と稀な疾患で予後不良である。薬物療法として肺小細胞癌に準じたプラチナ併用療法が行われるが、本症例では患者背景からBSCを選択した。

若手研究者優秀演題奨励賞選定セッション 上部消化管③

Y-9 早期胃癌ESDの遅発性穿孔に対して保存的治療が奏功した1例

三重大学医学部附属病院 消化器・肝臓内科¹⁾、
三重大学医学部附属病院 光学医療診療部²⁾
○澤井翔馬¹⁾、田中匡介²⁾、奥田彩文¹⁾、藤部幸大¹⁾、
木戸恒陽¹⁾、田中隆光¹⁾、野瀬賢治¹⁾、梅田悠平¹⁾、村嶋佑美¹⁾、
重福亜紀奈¹⁾、別府剛志¹⁾、坪井順哉¹⁾、山田玲子¹⁾、中村美咲¹⁾、
葛原正樹²⁾、濱田康彦²⁾、堀木紀行¹⁾、中川勇人¹⁾

【背景】胃ESD後の遅発性穿孔はまれな偶発症であり、汎発性腹膜炎を来した場合は緊急手術を必要とする。今回、ESD後遅発性穿孔を保存的治療可能であった症例を経験したため報告する。

【症例】80歳代男性。胃癌内視鏡検診で胃角部大弯に腺腫を認め、精査加療目的に当院へ紹介された。精査内視鏡で既知の腺腫に加えて体上部後壁に0-IIc型の早期胃癌を認めた。入院後2病変に対してESD施行した。体上部病変切除の際、止血処置に時間を要したが2病変とも一括切除し、穿孔は認めなかった。術後9時間後より腹痛、嘔吐が出現し、CTで胃体部後壁にfree airと限局した炎症を認めた。緊急内視鏡で体上部ESD潰瘍の中心に黒色壊死領域を認め、遅発性穿孔と診断した。OTSCおよびクリップにて穿孔部の縫縮を行い、経鼻胃管を留置した。外科医と相談し保存的治療となった。血液検査、CTでは経時的に改善を認めた。6日目の内視鏡で穿孔部は閉鎖されていたが、PGAシート、フィブリン糊を使用し創部を補強した。経過良好で術後12日目に退院となった。

【考察】ESD後遅発性穿孔の原因は、切開創癒や止血時の筋層への過通電による虚血性変化、および壊死と考えられ、同一部位への長時間の通電を行わないことが予防となる。穿孔後はその多くが外科治療をするが、腹痛が軽度で限局し、内視鏡的に穿孔部閉鎖が可能であった場合は、保存的治療が可能な場合もある。その場合でも慎重な経過観察が必要である。

Y-10 自己免疫性胃炎に合併した胃癌の一例

岡崎市民病院 消化器内科
○齋藤太一、藤田孝義、森井正哉、山田弘志、大塚利彦、堤 克彦、
細野幸太、相澤勇人、飯塚昭男

(症例) 81歳、女性(主訴)心窩部不快感(現病歴)かかりつけ医でフォローされていた胃ポリープが増大傾向にあり生検でGroup 4のため治療目的にX年2月に当院を紹介された。EGDでは穹窿部後壁に20mm大の広基性の隆起性病変を認めた。粘膜萎縮が胃体部では高度であるが前庭部では目立たないため自己免疫性胃炎を疑い、抗胃壁細胞抗体を計測したところ40倍であった。ビタミンB12は軽度低下していたが悪性貧血の合併はなく、また無症候性の慢性甲状腺炎を認めた。自己免疫性胃炎に合併した粘膜内癌の術前診断で3月にESDを施行し、病理結果はtub1、pT1b(SM2)、Ly0、V0、pHMx、pVM0であった。内視鏡的根治度はeCureC-2のため患者にICを行い、6月に当院外科にてロボット支援下噴門側胃切除、D1郭清を施行した。病理結果では腫瘍の遺残を認めなかった。(考察)自己免疫性胃炎は*H.pylori*除菌治療の普及により報告例が増加している。自己免疫性胃炎の約0.5%に胃癌が発生すると言われ、その特徴として女性に多い、隆起性病変が多い、分化型腺癌が多いことが挙げられ、本症例でも一致している。(結語)自己免疫性胃炎に合併した胃癌の一例を経験した。

Y-11 当院にて経験したラズベリー様腺窩上皮型胃癌の3例

愛知医科大学病院 消化器内科
○大島みど梨、杉村明佳音、吉峰尚子、小野 聡、高山将旭、
加藤駿介、越野 顕、長尾一寛、山本和弘、杉山智哉、山口純治、
足立和規、田村泰弘、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1】54歳男性

【現病歴・経過】近医でEGDを施行し、胃ポリープを生検したところgroup4の診断され、紹介となった。背景粘膜に萎縮はなく、*Helicobacter pylori* (HP)未感染と考えられた。穹窿部大弯に発赤調の約6mmの隆起性病変を認めた。内視鏡的粘膜切除術(EMR)にて切除し、MUC5AC陽性の超高分化型腺癌と診断した。

【症例2】52歳男性

【現病歴・経過】近医のEGDにて、発赤の強い隆起性病変を認め、生検にてgroup2、免疫染色にてgroup4と診断されたため、紹介となった。背景粘膜に萎縮を認めず、HP未感染と考えられた。体上部大弯および体中部大弯に約5mm大の発赤の強い隆起性病変を認めたため、両病変ともにEMRにて切除した。病理組織はMUC5AC陽性の超高分化型腺癌であった。

【症例3】77歳女性

【現病歴・経過】HP除菌歴がある。近医にてEGDを施行したところ、体中部大弯に発赤調の約3mmの隆起性病変を認め、生検にてGroup2と診断されたため、紹介となった。EMRにて切除したところ、熱焼灼にて病理診断は困難であったが、他院の生検組織の免疫染色によりMUC5AC陽性の超高分化型腺癌と診断した。

【考察】ラズベリー様腺窩上皮型胃癌の3例を経験した。粘膜下層浸潤の報告がないため予後良好と言われているが、未だ不明な点も多く症例の集積が必要と考える。

Y-12 黒色便を契機に見つかった胃Burkittリンパ腫の一例

愛知県厚生農業協同組合連合会 豊田厚生病院 消化器内科
○石川大貴、木村樹樹、近藤大也、稲掛優介、玉腰丈博、豊島 創、
内田元太、高士ひとみ、竹内淳史、森田 清、都築智之

【症例】80代 男性

【主訴】黒色便

【現病歴】X年5月、黒色便主訴に夜間に救急外来を受診。血液検査でHb6.0g/dlの貧血と血清LDH4150U/lと異常高値を認めた。緊急で上部消化管内視鏡検査を施行し、胃全体に易出血性で径5-8mmの多発ポリープを認めた。ポリープの形態は主に山田II型で一部山田I型およびIII型を呈していた。ポリープの頂部には病変の8割ほどを占める辺縁の比較的整な浅いびらんを認めた。同日、朝の採血で末梢血より芽球を検出。血液悪性腫瘍が疑われ血液内科にコンサルテーションを行い、即日骨髓生検となった。上部消化管内視鏡検査での生検結果と骨髓穿刺の所見からBurkittリンパ腫と診断、血液内科に転科となった。第7病日、全身チアノーゼ出現、採血で白血球数、LDHの異常高値を認めBurkittリンパ腫の急激な病勢悪化によると思われる呼吸状態の増悪を来し永眠された。

【考察】

黒色便契機に診断したBurkittリンパ腫の1例を経験した。胃悪性腫瘍中に占めるBurkittリンパ腫は0.05%以下と非常に稀である。本疾患の進行速度は早い一方で寛解導入可能な疾患とされている。胃のびらんと併う多発ポリープの診断においては本疾患を鑑別に挙げ迅速な対応が必要と思われた。

若手研究者優秀演題奨励賞選定セッション 上部消化管④

Y-13 家族性大腸腺腫症に合併した胃底腺ポリーポスを伴う早期胃癌の一例

宏潤会大病院 消化器内科

○堀 諒、西川貴広、名倉明日香、八鹿 潤、柳澤直宏、
田島万莉、杉原有紀、柴田 萌、齋藤和輝、吉田和弘、野々垣浩二

【症例】74歳女性。既往歴として、家族性大腸腺腫症 (FAP) で44歳時に大腸全摘後、66歳時に十二指腸乳頭部腺腫で幽門輪温存脾頭部十二指腸切除術後。家族歴として長女が胃癌により33歳で他界している。以前より胃ポリーポスを指摘されており、上部消化管内視鏡検査を定期的に行っていた。20XX年、上部消化管内視鏡検査にて、穹窿部から胃体上部にかけて無数のポリープを認め、体上部大弯に周囲に比してわずかに陥凹する境界比較的光明瞭で、一部発赤を伴う同色～やや褪色調の領域を認めた。NBI併用拡大観察では大小異なる顆粒状構造を呈する境界明瞭な15mm程度の領域性病変として観察され、微小血管は観察されなかった。インジゴカルミン撒布では病変境界は明瞭化した。粘膜内にとどまる分化型胃癌の合併を疑い、陥凹部から生検施行し高分化型腺癌の診断となった。ESD適応病変と考えられたが、密生型の胃底腺ポリーポスを有するFAP患者に発生した病変であり、微小病変の拾い上げが困難であること、同時性異時性多発のリスクがあることより、malignant potentialが高いと判断し、外科にて胃全摘を施行した。術後病理は粘膜内中分化型腺癌であった。【考察】FAPに合併した胃腺腫や胃底腺ポリーポスは予防的胃切除の対象ではないが、早期胃癌合併例はESDや胃切除の報告があり未だ治療方針のコンセンサスは得られておらず、文献を交えて本症例を報告する。

Y-15 十二指腸主乳頭に腺腫と神経内分泌腫瘍が合併した1例

浜松医科大学 第一内科¹⁾、浜松医科大学 光学医療診療部²⁾、
浜松医科大学 臨床検査医学³⁾

○浦野春奈¹⁾、丸山 巧¹⁾、伊藤誠人¹⁾、高橋賢一¹⁾、伊藤達弘¹⁾、
浅井雄介¹⁾、杉浦喜一¹⁾、高橋 悟¹⁾、尾上峻也¹⁾、樋口友洋¹⁾、
宮津隆裕¹⁾、金子雅直¹⁾、松浦友春¹⁾、石田夏樹²⁾、田村 智¹⁾、
谷 伸也¹⁾、山出美穂子¹⁾、濱屋 寧¹⁾、岩泉守哉³⁾、大澤 恵²⁾、
杉本 健¹⁾

【症例】60歳代、男性。【主訴】血便。【現病歴】慢性腎不全で維持透析中、血便のスクリーニングで行った上部消化管内視鏡検査で十二指腸乳頭部の腫大とその側面に発赤調の変化を呈したSMT様隆起を認めた。発赤調の部分には表面に拡張血管が広がっていた。血液検査では、貧血と高度腎機能障害の他、明らかな異常所見は認めなかった。腹部CTではSMT様隆起に一致する部位に造影早期相で強い造影効果を認め、一方乳頭開口部隆起は平衡相でゆっくり造影された。MRCPでは胆管や膵管に明らかな異常はなかった。生検の結果、乳頭開口部の病変は中～高度異型を有する管状腺腫、Group3の診断で、発赤調のSMT様隆起は、粘膜～粘膜下層に胞巣状、索状の上皮細胞の増殖を認め、免疫染色ではsynaptophysin(+), chromogranin A(±)、CD56(+), Ki-67 1-2%、ソマトスタチン受容体 (SSTR2) (+) であり、Neuroendocrine tumor (NET)、G1の診断となった。全身状態やADLから外科切除を希望されず経過観察しているが、その後主乳頭腺腫とNETは軽度増大傾向である。【考察】十二指腸乳頭部NETは稀であり、腺腫とNETが同時に存在する同様の症例は報告例がない。今回、NETの特徴である表面の拡張した血管を認めており、拡張血管が診断の手掛かりになる可能性がある。

Y-14 粘膜下層を主体に発育したGISTの1例

浜松医療センター 消化器内科¹⁾、浜松医療センター 消化器外科²⁾

○藤田翔也¹⁾、井上尊史¹⁾、西澤航平¹⁾、井口太郎¹⁾、山中力行¹⁾、
大庭行正¹⁾、鈴木安曇¹⁾、佐原 秀¹⁾、栗山 茂¹⁾、影山富士人¹⁾、
金岡 繁¹⁾、尾崎裕介²⁾、宮崎真一郎²⁾、金井俊和²⁾、落合秀人²⁾

【症例】80歳、女性【主訴】なし【現病歴】X年10月に施行したEGDで胃底部に径10mmの粘膜下腫瘍 (SMT) を認め当科紹介となり、定期的なEGDで経過観察の方針となった。X+2年4月にEGDを再検するとSMTは立ち上がり急峻になり、径20mmに増大したためEUS-FNAで病理学的精査の方針とした。【経過】EUSでは20mm程度の低エコー腫瘍が粘膜下層内にみられ、明らかな固有筋層との連続性は確認できなかった。EUS-FNAの組織診では紡錘形細胞の錯綜造成が観察され、免疫染色でCD34+でありGISTに矛盾しない結果であった。X+2年7月に消化器外科と消化器内科で腹腔鏡内視鏡合同局所胃切除術 (LECS) を施行した。病理結果はGISTで矛盾しなかったが、腫瘍は固有筋層と粘膜筋板の間に挟まれて粘膜下層内に発育していた。粘膜筋板とは明らかな連続性を認めず、固有筋層とわずかに接していた。【考察】GISTは固有筋層内のカール介在細胞 (ICCs) に起源をもつ腫瘍と考えられ、既報では粘膜筋板由来のGISTも報告されているがごく少数である。本症例は画像検査で指摘できなかったGISTと固有筋層との連続性が組織学的には認められ、固有筋層を起源とし粘膜下層を主体に発育した比較的珍しいGISTと考えられた。

Y-16 EUS-FNAで術前診断できた十二指腸乳頭部Gangliocytic paragangliomaの一例

名鉄病院 消化器内科

○田中 悠、竹田欽一、西尾雄司、大林友彦、大塚裕之、山本佳奈、
三島茉莉

【症例】70歳代、女性。来院3年前に他院にて腹痛の精査目的で施行した上部消化管内視鏡検査で十二指腸乳頭部に腫大を認め、経過観察となっていた。来院4ヵ月前に再度上部消化管内視鏡検査を施行したところ、十二指腸乳頭部は増大傾向を認めたため精査目的に当院紹介受診となった。血液検査では特記すべきものは認めなかったが腹部造影CT検査で十二指腸乳頭部に造影効果を伴う腫瘍を疑う所見を認めた。超音波内視鏡検査を施行し、十二指腸乳頭部に粘膜下腫瘍様の15mm弱の境界明瞭で可動性良好の低エコー腫瘍を認め、内部は一部高エコーを呈していた。EUS-FNAを施行し、病理組織結果ではS100が背景の神経線維様構造に陽性、シナプトフィジン陽性細胞が胞巣状に存在し、c-kit陰性、Ki67陰性であった。以上の検査結果からGangliocytic paragangliomaの術前病理診断となった。リンパ節転移の可能性を説明し、本人希望で亜全胃温存脾頭十二指腸切除術を施行した。病理結果は紡錘形のSchwann細胞、大型で核小体が明瞭な神経節細胞、NETに相同する上皮細胞の三要素から成る、Gangliocytic paragangliomaの所見であった。また膵管侵襲やリンパ節転移は認めなかった。現在術後5ヵ月で無再発で経過している。【考察】EUS-FNAで術前診断ができた稀な一例として文献的考察を加えて報告する。

Y-17 十二指腸幽門腺腫の一例

名古屋市立大学医学部附属西部医療センター 消化器内科

○前田英貴、富田優作、橋本真耶佳、金山朋裕、大腸聖楽、

中井俊介、金岩弘樹、今津充希、北川美香、野村智史、平野敦之、
森 義徳、木村吉秀、土田研司、妹尾恭司

【背景】

十二指腸原発の非乳頭部上皮性腫瘍は腸型、胃型に区分される。その中でも稀な腫瘍である胃型管状腺腫の幽門腺腫の一例を経験したため報告する。

【臨床経過】

症例は65歳、男性。悪心を主訴に施行した上部消化管内視鏡検査にて十二指腸に粘膜下腫瘍様の隆起が見られ、精査目的に当院へ紹介。十二指腸下行部主乳頭口側に15mm大の表面なだらか凹凸のある隆起性病変を認め、頂部には線開口部と考えられる陥凹がみられた。拡大内視鏡所見では明らかな表面構造・微小血管構造の不整は認めなかった。そのため内視鏡所見からはBrunner腺過形成と診断したが、生検では幽門腺腫が疑われた。内視鏡的粘膜切除術を施行し、病変を一括切除した。

病理組織学的所見は、表層は異型の乏しい十二指腸粘膜と隆起の中央部主体に胃腺窩上皮化生が領域性に見られた。粘膜下層にはプルンネル腺が観察され、併存して幽門腺型の腺管が增生していた。免疫染色で腺管はMUC5ACが粘膜表層で陽性、MUC6は内部が陽性を示し十二指腸幽門腺腫と診断した。

【考察・結語】

十二指腸の上皮性腫瘍は術前診断が容易ではないとされているが、生検がほとんど治療に影響することなく術前生検・切除病理組織学的所見がほぼ一致したのは今回の症例では腫瘍が粘膜下腫瘍様で比較的大型であったからだと考えられる。

発生由来としては胃上皮化生又はBrunner腺過形成が発生母地となり十二指腸胃型腺腫に発生したと想定された。

若手研究者優秀演題奨励賞選定セッション 下部消化管①

Y-18 本態性血小板血症に併発した虚血性小腸炎の一例

順天堂大学医学部附属静岡病院 消化器内科

○巖 理華、寺井雄一郎、野村 慧、有井 新、池田裕至、
佐藤 祥、村田礼人、佐藤俊輔、嶋田裕慈、支田拓哉

【症例】78歳女性

【主訴】血便

【現病歴】本態性血小板血症に対してアナグレリド、アスピリンで治療していた。20XX年10月に腹痛、血便が出現し精査目的に入院となった。上下部内視鏡検査を施行するも特記所見は認めず、小腸精査を勧めたが本人の検査希望がなかったためアスピリン起因性小腸出血を疑いアスピリンを中止とし退院となった。20XX+4年2月に再度血便が出現し血液検査で貧血を認めため精査加療目的に入院となった。小腸精査の同意を得られたため、小腸カプセル内視鏡検査を施行したところ遠位回腸に暗赤色調の腸液を認め、経肛門的ダブルバルーン小腸内視鏡検査で遠位回腸に辺縁明瞭の縦走潰瘍を認めた。潰瘍辺縁からの生検では病理学的な特異的所見は認めなかったが、虚血性小腸炎と診断し粘膜保護薬を開始、症状は改善したため退院となった。経過良好のため6月に粘膜保護薬を終了としたが、7月に腹痛、血便が再度出現し入院となった。経肛門的ダブルバルーン小腸内視鏡検査で遠位回腸に縦走潰瘍、湧出性出血を認めためクリップにて止血術を施行した。

【考察】本症例は本態性血小板血症が誘因となり、上腸間膜動脈の末梢に血栓が生じ、虚血性小腸炎、小腸出血を来たしたと考えられた。本態性血小板血症による血栓症は小動脈炎による微小血管の血栓症が多いとされているが、虚血性小腸炎の症例報告は稀であるため報告する。

Y-19 小腸憩室出血に対して内視鏡的に止血し得た一例

聖隷浜松病院 消化器内科¹⁾、聖隷浜松病院 上部消化管外科²⁾

○榎葉俊太郎¹⁾、海野修平¹⁾、三宅 彩¹⁾、井田雄也¹⁾、大城恵吾¹⁾、
平野雄一¹⁾、吉井 元¹⁾、小林郁美¹⁾、志田麻子¹⁾、江上貴俊¹⁾、
山田洋介¹⁾、小林陽介¹⁾、木全政晴¹⁾、芳澤 社¹⁾、室久 剛¹⁾、
長澤正通¹⁾、細田佳佐¹⁾、戸松真琴²⁾

【背景】小腸出血は稀な疾患であると共に、診断、治療に苦慮することが多い。今回、CTで造影剤の血管外漏出を認めた小腸出血に対して内視鏡的に止血できた症例を経験したため報告する。【症例】50歳代男性【既往歴】虫垂炎、糖尿病、脂質異常症、痛風【病歴】4日間続く黒色便を主訴に前医を受診、Hb7.2g/dLと貧血が指摘された。上部消化管出血が疑いで行われた緊急EGDでは出血点を確認されなかった。造影CTで近位空腸に造影剤の血管外漏出が認められたため治療目的に当院へ転院となった。緊急上部バルーン小腸内視鏡を施行するとTreitz靱帯から約50cmの小腸に多発憩室を認め、そのうち1つの憩室内に露出血管を認めた。出血点と考え同部位をクリッピングし、憩室近傍に点墨し終了した。治療後は貧血の進行や下血も無く経過、第8病日に退院となった。退院後、再出血予防として待機的に腹腔鏡下小腸切除術を施行した。術後貧血の進行や再出血なく経過している。【考察】小腸出血は全消化管出血の5～10%と比較的稀な疾患であり、そのうち4.9%は憩室が原因と報告されている。本症例は造影CTで近位空腸の出血が想定されたため、小腸内視鏡診療ガイドラインに則り小腸バルーン内視鏡を施行することで、小腸憩室出血を同定し止血が得られた。消化管出血が疑われた際には小腸出血も考慮した検査、治療の選択が必要である。

Y-20 Meckel憩室により腸閉塞を繰り返した1例

静岡市立静岡病院 消化器内科

○酒井学真、田中俊夫、横山翔平、正谷一石、菊池恵介、上田駿介、
早川諒祐、木村領佑、池田正俊、鈴木博貴、黒石健吾、濱村啓介、
小柳津竜樹

【症例】患者は30歳代男性。2022年7月突然発症した腹痛と繰り返す嘔吐のため当院救急外来を受診。腹部CTで拡張した小腸と液面形成を認め、小腸閉塞の診断で入院。絶食、補液投与し、イレウス管を挿入した。腸管内の減圧により症状が改善したため、イレウス管より造影検査を行ったところ、明白な狭窄を認めるものの、造影剤通過は抵抗なく通過した。そのためイレウス管を抜去し食事を開始したところ、問題なく経過したため18病日退院。しかし退院翌日に同様の腹痛、嘔吐のため当院救急外来を受診、腸閉塞再発と診断し入院した。同日イレウス管を挿入し腸管内圧減圧後に3病日に手術を行った。【手術所見】回盲部から50cm程度口側回腸にMeckel憩室を認め、憩室先端のMesodiverticular Vascular Band(MVD)が肛側腸間膜に癒着し、その間隙に肛側回腸が嵌頓し腸閉塞の原因と思われた。そこで嵌頓した回腸をはずし、周囲癒着を剥離し、憩室部分を切除し断端を端々吻合した。術後は問題なく回復した。【考察】Meckel憩室は人口の1～2%程度存在するといわれているがほとんどは無症状である。その中でもMVDを介した腸閉塞の報告は医中誌によれば61例の報告があるが術前の診断は困難なことが多い。しかし本例のごとく手術歴なし、腸炎の前駆症状なし、初発例であれば、Meckel憩室を鑑別に加えることが必要と思われた。

若手研究者優秀演題奨励賞選定セッション 下部消化管②

Y-21 血便を契機にクラミジア直腸炎と診断した1例

中部国際医療センター 消化器内科¹⁾、
中部国際医療センター 病理診断科²⁾

○下城宏太¹⁾、佐竹勇哉¹⁾、大橋洋祐¹⁾、林 完成¹⁾、水谷しの¹⁾、
出田貴康¹⁾、足達広和¹⁾、大島靖広¹⁾、杉山 宏¹⁾、山田鉄也²⁾

【症例】20歳代、女性、既婚。1ヶ月程続く下痢と血便にて当院を受診した。検査所見では、貧血、炎症所見はなかった。下部内視鏡検査(CS)では下部直腸に多発するいくらかの半球状小隆起を認め、やや易出血性であった。病理組織学的所見ではリンパ球を主体とした炎症細胞浸潤とリンパ濾胞増生を認めた。Chlamydia trachomatis (C trachoma) IgAと直腸ぬぐい液のC trachoma同定DNAが共に陽性であったためクラミジア直腸炎と診断、アジスロマイシン1000mg単回投与を行った。感染機会には心当たりがなく、またパートナーには症状はなく、精査は希望されなかった。投与2週間後には血便は消失し、C trachoma IgAも陰性化した。投与2週間後、8週間後のCSでは易出血性は改善していたが、いくらかの半球状小隆起に著変なく、生検でも炎症所見を認め、C trachoma同定DNAは陽性であった。治癒していないと診断し、シタフロキサシン100mg/日、14日間の投与を行なった。その後、妊娠を契機に通院は中断となった。2年後に再受診されたが、症状はなく、CSでも半球状粘膜は消失、生検でも炎症所見はなかった。C trachoma IgA、直腸ぬぐい液のC trachoma同定DNAも陰性であり、治癒したと診断した。【考察】クラミジア直腸炎の診断には、内視鏡検査時に疾患を想起することが重要である。若年女性のクラミジア感染症は不妊の原因となりうるため、早期診断・早期治療が重要である。

Y-22 プロダグマブ；ヒト型抗IL-17受容体Aモノクローナル抗体による潰瘍性大腸炎発症の一例

朝日大学病院 消化器内科

○森 建次、坂元直行

【症例】34歳、女性【主訴】発熱、下痢【現病歴】近医にて尋常性乾癬と診断され、シクロスポリンによる治療を開始したが、効果が乏しく2010年5月インフリキシマブ治療に切り替え、2011年9月妊娠のため治療中断となった。2012年9月にインフリキシマブを再開したが、規則的な来院が困難であり、2018年1月よりセクキスマブに変更するも効果が乏しく、2018年7月プロダグマブ治療に変更した。2022年2月頻回の下痢、39℃台発熱にて当科受診し2022年3月大腸内視鏡検査を行った。盲腸から直腸までびまん性に浮腫状粘膜を認め、病理組織ではリンパ濾胞、goblet cellの検出、crypt abscessを認め、全大腸型潰瘍性大腸炎と診断した。プロダグマブの投与を一旦中断し、2022年5月再度大腸内視鏡検査を行ったところ、炎症像は改善傾向にあった。一方乾癬は増悪傾向であるため、潰瘍性大腸炎と乾癬に両者に対してスペクトルのあるアダリムマブによる治療を開始し、現在外来にて経過観察中である。【考察】2019年に前医にて大腸内視鏡検査を行ったところ、腸管の病変は認めていなかった。さらにプロダグマブによる潰瘍性大腸炎発症の報告があることと、同製剤中断により症状の改善を認めたことから、同製剤によって誘発された潰瘍性大腸炎として文献的考察を加えて報告する。

Y-23 慢性炎症により内視鏡的診断が困難であったcolitic cancerの一例

藤枝市立総合病院 消化器内科

○馬場皓大、寺井智宏、丸山保彦、吉井重人、景岡正信、大島昭彦、
榎田浩平、星野弘典、稲垣圭佑、佐藤大輝

【症例】60歳代男性。X-12年に潰瘍性大腸炎・直腸炎と診断されX-6年に中等症へ増悪しブレドニゾロン(PSL)による寛解導入療法を行った。その後は6-MPによる寛解維持療法を継続したが、大腸粘膜はMES1で経過し慢性持続型であった。X年に左側大腸炎型への範囲拡大を認めベドリズマブを導入した。導入後の大腸内視鏡でS状結腸に発赤領域を指摘された。【現症】腹部平坦軟圧痛なし。1日2-3回の普通便。【検査】貧血、低Alb血症、炎症反応上昇いずれもなし。大腸内視鏡では全域でMES0で肛門縁28cm付近のS状結腸に発赤調の0-IIa+IIb病変を認めた。白色光では発赤調で境界不明瞭な病変で、NBIでは比較的境界明瞭なBrownish Areaであった。NBI拡大観察では平坦部は絨毛状の異型腺管を認めたが無構造領域や拡張血管は認めず、生検ではLow~High grade dysplasiaを認めた。注腸造影では長径3cmの隆起病変で表面は不整顆粒状であった。以上から潰瘍性大腸炎に伴うcolitic cancerと診断し腹腔鏡下大腸全摘術、回腸囊肛門吻合、回腸人工肛門造設術を施行した。病理学的評価では粘膜面に限局した異型腺管を認めたが粘膜筋板は保たれておりColitis-associated dysplasia,pTis(M),N0,M0,pStage 0と診断した。【考察】慢性炎症により内視鏡診断が困難であったcolitic cancerの一例を経験した。拡大観察や色察による内視鏡診断は有効だが慢性炎症では炎症コントロールが重要な可能性がある。

Y-24 悪性の可能性が否定できず外科的切除を施行した大腸脂肪腫の1例

浜松医療センター 消化器内科

○井口太郎、井上尊史、西澤航平、藤田翔也、山中力行、大庭行正、
鈴木安曇、佐原 秀、栗山 茂、影山富士人、金岡 繁

【症例】58歳男性。X-13年に便潜血検査(FIT)陽性のため大腸内視鏡検査(CS)を施行した際に上行結腸に発赤した隆起性病変と憩室を指摘されていた。X-3年にFIT陽性でCSを施行も著変なく経過観察となった。X-1年9月に再度FIT陽性でCSを施行したところ、径の増大と双頭様への形態変化および周囲の引きつれを認めた。cushion signは陽性で脂肪腫を疑ったが生検では特記所見認めず。精査の造影CTでは憩室所見のみも造影MRIで憩室と脂肪腫が指摘された。その後PETにて上行結腸にFDGの集積を認め、これが脂肪腫と憩室炎のいずれに集積しているか鑑別できず、X年2月のCSでは脂肪腫はさらに増大していたため外科的切除となった。切除検体の病理結果は良性脂肪腫であり術後経過も良好であった。【考察】脂肪腫は消化管良性腫瘍の約4%を占め、発生部位としては大腸が最も多く(64%)、しかも右側結腸に多くみられ、40-60代の女性に多い傾向にある。大腸脂肪腫は大腸癌などの悪性腫瘍の重複が比較的多いとされており(建部ら)、大腸脂肪腫を認めた際は悪性腫瘍の併発を念頭に入れて精査することが重要である。Hanyらは積極的なエネルギー代謝を行う脂肪組織である褐色脂肪にFGDが集積することを報告し注目されている。本症例では病理学的に肉腫の所見や褐色脂肪を認めず、上行結腸に憩室が多発し脂肪腫周囲の慢性的な憩室炎の所見が指摘されていたことから憩室炎がFDG集積の原因と考えられた。

若手研究者優秀演題奨励賞選定セッション 下部消化管③

Y-25 大腸癌術後に発症し、死亡に至ったサイトメガロウイルス腸炎の一例

岐阜県立多治見病院 消化器内科

○安原 聡、大岩拓矢、足立圭司、佐々木謙、濱田祐輔、丹羽佑介、山田直見、浦壁憲司、貫井嵩之、岡山幸平、鈴木健人、養輪彬久、鈴木雄太、羽根田賢一、水島隆史、奥村文浩

75歳男性。Stage IIIAの肺癌の精査中、PET-CTでS状結腸に集積を認めた。大腸内視鏡検査で、S状結腸に3/4周性の2型進行癌を認め、内視鏡通過可能だが、内腔は狭窄していた。また、スクリーニングの上部消化管内視鏡検査で、早期胃癌を認めた。大腸癌は遠隔転移を認めず、閉塞が予想されたため手術適応と考えた。手術数日前より下痢が続き、CTで腫瘍より口側腸管の壁肥厚を認めたため閉塞性腸炎と考え、CMZの投与を行い、S状結腸切除術を施行した。術後下痢が持続し、CRPは5mg/dl前後を推移した。CTで全結腸に壁肥厚を認めた。便培養検査では下痢起因菌は同定されなかった。MEPM、MNZの点滴治療を開始したが改善に乏しかった。術後11日、CMV抗原(C7-HRP)を測定した。結果は陽性であったが、陽性細胞数は1個で、有意な所見とは判断しなかった。術後21日、大腸内視鏡検査を施行し、盲腸から直腸まで多発する打ち抜き潰瘍を認めた。大腸粘膜からCMV DNA-PCR陽性(2×10⁴コピー/μgDNA)と結果が出たため、CMV腸炎と診断した。同日よりGVCの投与を開始した。CRPは3mg/dl程度と一度改善を示したが、全身状態は悪化した。GVCによる治療は継続したが、術後45日、腹膜炎で死亡した。CMV感染症は免疫抑制状態の患者に発症する疾患である。本症例は免疫抑制薬の投与はなく、高齢、複数の担癌状態、手術による侵襲が発症や悪化に関与した可能性がある。高齢者ではCMV感染症を鑑別にあげることがある。

Y-27 Sessile serrated lesion (SSL) から発癌を来した盲腸癌の一例

静岡赤十字病院 消化器内科¹⁾、静岡赤十字病院 外科²⁾

○井上洋輔¹⁾、甲田 恵¹⁾、上原慶大¹⁾、乾 航¹⁾、杉山智洋¹⁾、安藤崇史²⁾、魚谷貴洋¹⁾

【症例】60代女性【主訴】便潜血陽性精査目的【現病歴】X年11月に便潜血陽性で当科受診。12月に下部消化管内視鏡検査を施行し、盲腸に20mm大の扁平隆起性病変を認めた。X+1年1月にESD目的に当科入院となった。【治療経過】虫垂口近傍に20mm大の中央に陥凹を有する、粘液の付着が目立つ褪色調の扁平隆起性病変を認め、病変の一部は発赤調であった。NBI拡大観察では基本的にはJNET type 1として認めたが、発赤調の部分はJNET type 2Bとして認めた。SSLに腺癌が合併している可能性を考慮してESDで一括切除を行った。病理結果はSSLを背景に約30%にcancer nest (tub2) が存在し、癌成分はT1a (SM1) 300 μm, ly1, v0, HM0, VM0であった。リンパ管侵襲を認めたため追加手術とし、X+1年4月に腹腔鏡下回盲部切除術(D2郭清)が施行された。切除検体は明らかな腫瘍の残存やリンパ節転移を認めなかった。【考察】従来大腸癌の発生経路には、大腸腺腫から癌になるadenoma-carcinoma sequenceが主要な経路であると考えられてきたが、鋸歯状病変からの発癌が明らかになり(serrated polyp neoplasia sequence)、これらの病変の診断及び治療の重要性が認識されてきた。SSLは主にMSI型大腸癌へ進展するとされ、癌併存率は1~28%と報告されている。【結語】SSLから発生した盲腸癌の一例を経験した。serrated polyp neoplasia sequenceを念頭に、鋸歯状病変の慎重な観察と治療が必要となる。

Y-26 発症から4年半後に結腸原発悪性リンパ腫を合併した難治性潰瘍性大腸炎の一例

藤枝市立総合病院 消化器内科

○佐藤大輝、寺井智宏、丸山保彦、吉井重人、景岡正信、大畠昭彦、星野弘典、稲垣圭佑、馬場皓大

【症例】30歳代女性【主訴】左上腹部痛【現病歴】X-5年5月発症のステロイド抵抗性の難治性潰瘍性大腸炎。経過中に遠位結腸炎型から全大腸炎型へ移行し、X-4年1月にタクロリムスを導入した。チオプリン製剤は無効であった。アダリムマブ(ADA)を使用するも慢性炎症は持続し、X-1年4月にADAをベドリズマブへ変更し暫く臨床的寛解が得られていた。X年2月に腹部エコーで左側横行結腸~SDJに低エコーな壁肥厚像を認め、悪性リンパ腫を念頭に3月検査入院となった。【経過】造影CT、注腸造影では左側横行結腸~SDJに狭窄前拡張に乏しい全周性の壁肥厚を認め、PET-CTで同部に異常集積を認めた。下部消化管内視鏡検査で同部位に亜全周性の粘膜下腫瘍様病変の多発を認め、生検からびまん性大細胞性B細胞リンパ腫が確定した。結腸原発悪性リンパ腫(Lugano国際会議分類stage I期)の診断で腹腔鏡下大腸全摘、回腸囊肛門吻合、回腸双孔式人工肛門造設術施行後、R-CHOP療法6コースを施行し現在まで無再発生存している。【考察】潰瘍性大腸炎発症から4年半後に結腸原発悪性リンパ腫を発症した一例を経験した。非常に症例数が少ない稀な病態であるが、本症例ではチオプリン製剤の投与期間が短く、慢性炎症が発症要因となっている可能性がある。慢性持続型の潰瘍性大腸炎症例は稀な病態も鑑別にフォローアップしていくことが肝要と思われた。

Y-28 腹腔鏡内視鏡合同手術(LECS)にて最小切除範囲で治療切除し得た虫垂内に内視鏡観察不能な癌成分を認めた盲腸腺腫内癌の1例

磐田市立総合病院 消化器内科¹⁾、磐田市立総合病院 肝臓内科²⁾、磐田市立総合病院 消化器外科³⁾

○小杉知功¹⁾、綿引萌花¹⁾、草間大輔¹⁾、玉腰裕規¹⁾、丹羽智之¹⁾、竹下 悠¹⁾、瀧浪将貴¹⁾、金子淳一¹⁾、辻 教¹⁾、西野真史¹⁾、高橋百合美²⁾、深澤貴子³⁾、笹田雄三²⁾、山田貴教¹⁾

【症例】85歳、女性。虫垂切除の既往はない。閉院したA医院にてCSを施行し、盲腸ポリープを3回内視鏡的に切除された。3ヶ月前にB医院にてCS施行し、盲腸に虫垂口を覆う腫瘍を指摘され、当科に紹介受診した。当科CSでは、盲腸に虫垂口を中央とする20mm大のLST-G(0-IIa)を認め、JNET2A、HIL pit patternであった。腺腫であると予測されたが、瘻痕および回盲弁と近接していたことから、断端陰性かつ回盲弁に影響を与えない切除を目的として、腹腔鏡内視鏡合同手術(LECS)を選択した。全身麻酔下に、臍に小切開をおき、2ポートを挿入し、気腹した。PCF-H290TI、スライディングチューブを使用した。内視鏡処置は、Dual knifeで全周切開後、Hook knifeにて虫垂付近まで可及的に剥離した。腹腔鏡と内視鏡にて剥離面を同定し、縫合器を用い盲腸底切除した。35X29mm大の腺腫内に20X13mm大の腺癌(0-IIb+IIa, tub1>tub2, Tis(M))を含む腫瘍であり、切除断端陰性で、治療切除となった。内部の癌成分は内視鏡では観察不能であった。【考察】虫垂病変のESDは穿孔のリスクが高く、施行可能な施設は限られる。そこで、我々は、内視鏡では病変を可及的に剥離するものの、切開・剥離部を解放せず、腹腔鏡下に縫合器で切除するLECSを施行した。若文献的考察を加え、報告する。

若手研究者優秀演題奨励賞選定セッション 下部消化管④

Y-29 演題取り下げ

Y-30 演題取り下げ

Y-31 Vater乳頭部穿孔、胆管ステントによる十二指腸穿孔後の
腹腔内膿瘍に対し経皮的内視鏡的ネクロセクトミーを施行
した1例

岐阜厚生病院 内科

○平下祐生、高田英里、長谷川恒輔、鈴木祐介、畠山啓朗、
山内 治、岩間みどり、齋藤公志郎

【緒言】内視鏡的ネクロセクトミーは一般的にWON等に対して経消化
管的に施行されるが、経皮的処置を施行した報告も散見される。

【症例】70代、女性、心窩部痛にて近医より紹介。胆嚢結石および総
胆管結石を認め、ERCP、EST、ERBDを施行。翌日腹痛を訴えCT
にて後腹膜穿孔を認めた。保存的加療としたが、第12病日腹水の増
加を認め緊急手術となり、Vater乳頭部穿孔、胆管ステントによる対
側の十二指腸下行部穿孔を認めた。乳頭部穿孔は縫合閉鎖不能であり
肝下面ドレナージとしたが、胆汁流出が持続したためFCSEMS+ENBD
留置した。また、後腹膜膿瘍に対し経消化管・経皮的ドレナージを数
度施行するも改善を認めなかった。ドレナージのみでの膿瘍加療は困
難と判断し、第95病日より経皮的内視鏡的ネクロセクトミーを計6回
施行し、徐々に膿瘍腔の縮小と穿孔部の閉鎖が得られた。順次ドレ
ナージチューブを抜去し、再燃なく現在リハビリ中である。

【考察】WON等の病変は壊死組織を主体としドレナージ効果が乏しく、
ネクロセクトミーを必要とする症例がある。一般的に経消化管ア
プローチとされるが、腹壁に近い病巣の場合は経皮的加療も適応とな
る。現在腹腔鏡下壊死除去法を応用した腹壁に近い病巣に対しての経
皮的内視鏡的ネクロセクトミーが少数報告されている。今回、
ERCP後十二指腸穿孔に伴う腹腔内膿瘍に対し経皮的ネクロセクト
ミーが著効した1症例を経験したため報告する。

若手研究者優秀演題奨励賞選定セッション 肝胆膵①

Y-32 健診異常を契機に診断した胆嚢神経内分泌癌に対して集学的治療を行った1例

宏潤会大病院 消化器内科

○齋藤和輝、八鹿 潤、西川貴広、名倉明日香、柳澤直宏、
田島万莉、杉原有紀、堀 諒、柴田 萌、吉田和弘、野々垣浩二

【症例】78歳、男性【既往歴】胃癌(幽門側胃切除Billroth-I法再建)【現病歴】X年9月に健康診断で施行した腹部超音波検査で胆嚢底部に25mm大の血流豊富な腫瘍を認め、当院消化器内科を受診。【経過】超音波内視鏡検査で胆嚢底部に内部不均一な不整形の低エコー腫瘍を認めた。底部の内腔を占拠する腫瘍で、複数の乳頭状隆起から成る形態であり胆嚢癌と診断した。造影CT、MRIで遠隔転移はなく、X年10月に手術を施行した。術中迅速病理診断で小細胞型神経内分泌癌と診断し、拡大胆嚢摘出術および肝門部リンパ節郭清術を施行した。胆嚢神経内分泌癌に対しX年11月から術後補助化学療法としてCBDCA+VP-16療法を4コース施行した。術後9カ月後の現在も無再発で経過している。【考察】胆嚢神経内分泌癌は胆嚢悪性腫瘍のうち2.2%と稀な疾患である。自覚症状が乏しいため、殊に胆嚢神経内分泌癌においては組織学的特徴により進行が速く、初診時には転移をきたしている症例が多い。本症例においては健診異常を契機に胆嚢癌と診断し手術を施行したことが、胆嚢神経内分泌癌として早期に集学的治療を行うことができた要因の一つと考えられる。胆嚢神経内分泌癌に対して集学的治療を行った症例は稀なため報告する。

Y-34 超音波内視鏡下胆嚢ドレナージ術中に穿孔しOTSCが有用であった1例

岡波総合病院 消化器内科

○竹田英光、今井 元、入 彩加、前川有里

背景：急性胆嚢炎に対する超音波内視鏡下胆嚢ドレナージ術(EUS-GBD)の有用性が報告されている。当院でも積極的に導入しているが、実施時に穿孔し、Over the Scope Clip (OTSC)が有用であった1例を経験したので報告する。

症例：80代女性。主訴：腹痛、発熱 既往歴：脳梗塞 心不全。家族歴：特記事項なし。現病歴：右季肋部痛などを自覚し、増悪するため救急搬送となる。搬送時、38.5度の発熱を認め採血では炎症反応高値を示していたが、胆道系酵素などは正常値であった。腹部単純CTにて総胆管内に充満する結石および胆嚢腫大を認めていた。軽症胆嚢炎と診断し保存的治療目的で入院となった。抗生剤投与後2日目でも炎症反応の上昇も認めており、チャールソン併存疾患指数6点であり手術リスク群であった為、EUS-GBDを選択した。十二指腸球部から観察を行い19GFNA針を用いて穿刺し、0.025inchGWを胆嚢内に留置し、SEMS留置を試みた際に、内視鏡画面で穿孔を確認した。十二指腸球部前壁に穿孔部が確認された為、同部位をOTSCを用いて縫縮した。胆嚢炎については保存的治療を継続した。穿孔後、3日目に胆汁漏れに対するドレナージを経皮的に行った。穿孔後5日目にNGからの造影で腹腔内への漏れがない事を確認し流動食を開始し穿孔後8日目に経乳頭の胆管ドレナージ術を実施し退院となった。結語：EUS-GBD実施時における穿孔に対してOTSCが有用であった症例を経験した。

Y-33 黄色肉芽腫性胆嚢炎の診断にEUSが有用であった1例

JA 静岡厚生連遠州病院 消化器内科

○杉山智哉、山田 裕、遠藤 西、大津卓也、森 泰希、高垣航輔、
竹内雄雄、白井直人

【背景】黄色肉芽腫性胆嚢炎(XGC)は胆嚢の稀な炎症性疾患であり胆嚢癌と鑑別困難である。胆石の存在、壁内の低エコー、粘膜層の連続が鑑別に有用という報告があるが実臨床では術前の確定診断は困難である。

【症例】80歳代男性。健診異常の精査の腹部CTで胆嚢体部の壁肥厚を認めた。造影CTでは胆嚢体部に造影効果のある壁肥厚を認め、肝臓との境界は不明瞭であった。胆嚢頸部に結石を認めた。造影MRIではT1強調で高信号、T2強調で低信号、拡散強調像で拡散低下を認めた。造影パターンは造影CTと同様であった。FDG-PET検査ではSUVmax=1264と集積亢進像を認めた。鑑別診断として胆嚢癌、XGCが考えられた。EUSで壁肥厚は3層構造であり第1層の高エコー部位は保たれ、第2層は低エコーの肥厚を認め肝臓側の外側高エコー不明瞭化を認めた。内部は粗造なエコーの内容物で充満し、頸部に結石を認め総胆管に小結石を認めた。総胆管結石治療としてERCPを施行し黒色結石を切除した。胆嚢挿管に成功でき白色膿性胆汁を吸引でき細胞診検査では悪性所見は認めなかった。以上よりXGCが考えられたが、PET検査結果からも悪性腫瘍を完全に否定することはできず手術による診断的治療を施行した。胆嚢全層切除術が施行され病理結果はXGCに矛盾なく悪性所見は認められなかった。

【考察】XGCの診断にEUSが有用であった症例を経験した。また胆嚢から膿性胆汁が吸引できたことも診断に関与できたと考え報告する。

Y-35 肝門部胆管癌術後、EUS-BDを用いた結石除去術の1例

岡波総合病院 消化器内科

○崔 仁哲、今井 元、入 彩加、前川有里

背景：近年消化管術後の胆管結石に対してEUS-BDを用いた結石除去術の有用性が報告されている。今回、肝門部胆管癌術後の反復する胆石胆管炎に対してEUS-BDを実施した症例を経験したので報告する。症例：70代女性。既往歴：高血圧 家族歴：特記事項なし。現病歴：2018年に肝門部胆管癌にて肝左葉切除術+胆管空腸吻合術が実施された。術後にS-1内服を継続されていたが、微熱とCA19-9が上昇し、術後再発もしくは胆管空腸吻合部の狭窄による胆管炎疑いで当科に紹介となった。以前より胆管炎を繰り返しており、その都度保存的治療で改善していた。再発胆管炎の原因が、術後再発か良性狭窄かを確認するため、シングルバルーンによる小腸内視鏡を実施して吻合部を確認することを試みたが、吻合部に到達することが困難であった。そのためEUS-BD(HDS)を実施し瘻孔部完成後に胆道鏡にて肝内胆管および吻合部を確認したところ肝内胆管結石および術後狭窄であることが確認された。続いて吻合部を拡張し結石除去術を実施した。考察：結石に対するEUS下順行性治療(EUS-AG)についてはEUS-AG実施時に一期的に行う方法とステント留置後の瘻孔が完成した後に二期的に行う方法がある。今回我々は、良性狭窄もしくは悪性狭窄の診断が必要であったこと、肝切除後であり右前区域に経十二指腸的に穿刺したことなどから二期的に行い結石除去を完遂した。動画を供覧しつつ文献的考察を含めて報告する。

若手研究者優秀演題奨励賞選定セッション 肝胆膵②

Y-36 臍頭十二指腸切除術後の胆管空腸吻合部狭窄に合併した胆管結石に対し、超音波内視鏡および小腸内視鏡併用下治療が奏功した1例～stent-stone complexを添えて

静岡県立総合病院 消化器内科

○稲川敦子、川口真矢、石黒友也、武田昌大、池田慎也、加島弘崇、平田太陽、浅原和久、佐藤辰宣、増井雄一、松田昌範、板井良輔、川合麻美、寺田修三、遠藤伸也、黒上貴史、白根高文、大野和也

【症例】64歳男性【現病歴】5年前に遠位胆管癌に対し亜全胃温存臍頭十二指腸切除術歴あり。1年前に胆管炎を発症した際に胆管空腸吻合部近傍の胆管内に1cmの結石を指摘された。今回、胆管炎が再燃し、胆管結石が2cmに増大したため治療的に当科紹介受診された。【経過】バルーン小腸内視鏡下では胆管空腸吻合部を発見できずEUS-HGS(plastic stent: PS)を施行した。1か月後に吻合部のバルーン拡張および胆道鏡下EHLと結石除去を試みたが軸が合わず一部結石が遺残。4か月後の再検時には吻合部再狭窄を認めたため、HGSルートから吻合部へもPSを留置した。3か月後、このPSをメルクマールに小腸内視鏡下に吻合部を発見し、遺残結石除去と吻合部の再狭窄予防に金属ステント(M-Intraductal)を留置した。初回処置から12か月後、吻合部が十分に拡張していること、遺残胆管結石がないことを確認し、すべてのステントを抜去し治療を終了した。現在半年経過するが、胆管炎の再燃は認めていない。なお治療終了時、7か月間留置されたHGSルートのPSは巨大なstent-stone complex(3.5cmと2.5cm)を形成していた。【考察】近年、EUS-HGSルートを利用した結石破碎術や吻合部拡張術の有用性が注目されているが、今回小腸内視鏡併用下で治療を完遂した。また過去に報告はないがHGSルートに長期間PSを留置した場合stent-stone complex形成のリスクがあり留意が必要である。

Y-38 肝門部領域胆管癌術後の挙上空腸狭窄による閉塞性胆管炎に対しEUS-GEが有効であった一例

三重大学医学部附属病院 消化器・肝臓内科

○藤部幸大、山田玲子、奥田裕文、田中隆光、野瀬賢治、村嶋佑美、坪井順哉、中川勇人

【症例】67歳女性。肝門部領域胆管癌に対して術前GCS療法施行後に左3区域切除、後区域動脈再建、胆管空腸吻合術を施行された。術後病理組織診断はpT3(左門脈閉塞)N2M0:StageIVaであり、術後化学療法としてTS-1の内服を開始された。術後1年5か月後に発熱を主訴に来院され、閉塞性黄疸と胆管炎を認めたため、入院となった。入院時の腹部造影CTで挙上空腸に狭窄を認め、同部位より盲端側の腸管拡張を来していた。狭窄の原因として腹膜播種再発による挙上空腸の狭窄を疑った。また閉塞性黄疸と胆管炎は、挙上空腸狭窄によるものと診断した。腸管拡張解除目的にDB-ERCP下で挙上空腸の狭窄部にプラスチックステント(double pit 7Fr/8cm)を2本留置した。その後の減黄は良好で、一旦退院となったが、退院後2週間で発熱と黄疸を認め再入院となった。CT検査で挙上空腸狭窄部より盲端側の腸管拡張は増悪し、それによる胆管炎と閉塞性黄疸と診断した。外科的介入はリスクが高いと判断し、EUSガイド下経胃腸吻合術(EUS-guided gastroenterostomy: EUS-GE)を施行した(Fullcovered stent 10mm×8cm, double pit 7Fr/8cm)。同処置にて胆管炎は改善し、十分な減黄も得られ、経過良好で退院となった。【考察】癌の腹膜播種再発による小腸閉塞に伴う病態は、本症例のようにEUSを用いた低侵襲な内癒化は有効な治療法となり得ると考えた。

Y-37 経口胆道鏡下結石破碎後に胆嚢穿孔を生じた1例

磐田市立総合病院 消化器内科¹、磐田市立総合病院 消化器外科²、磐田市立総合病院 肝臓内科³

○綿引萌花¹、金子淳一¹、神藤 修²、小杉知功¹、草間大輔¹、玉腰裕規¹、丹羽智之¹、竹下 悠¹、瀧浪将貴¹、辻 敦¹、西野真史¹、高橋百合美³、笹田雄三³、山田貴教¹

【症例】77歳、女性【既往歴】高血圧

【経過】腹痛を主訴に前医を受診し総胆管結石性胆管炎の診断となり当院へ紹介となった。内視鏡的逆行性胆管膵造影(ERCP)を行い、総胆管内に充満する結石を認め、胆管プラスチックステント(PS)を留置し、胆管炎の改善を認めた。1か月後に機械的碎石具を用いた胆管結石除去術を試みたが不成功であったため、電気水圧衝撃波結石破碎術を用いた経口胆道鏡(POCS)下結石破碎術を行った。結石は固くまた多数存在したため破碎に時間を要した。またPOCS挿入後より患者の腹痛が出現し、適宜麻酔薬が追加された。2時間経過した段階で遺残結石はあるものの粗大な胆管結石の破碎が完了したと判断され、経鼻胆道ドレナージチューブとPSを留置し処置終了となった。処置後、右上腹部に圧痛を認めるも腹膜刺激症状はなく、また症状は経時的に改善を認めた。しかし翌日も症状が残存しており、CT検査で胆嚢底部の壁が不連続であり胆嚢床に液体貯留を認めたため、胆嚢穿孔の診断で緊急手術となった。術中所見では胆嚢床部に漿膜面におよぶ胆嚢壁の断裂像を認め、胆嚢床に局限した液体貯留を認めた。胆嚢摘出術、総胆管切開採石術を施行した。偶発症なく術後9日目に退院となった。

【考察】POCS下碎石後は難治胆管結石に対して有効な治療法として知られていが、胆嚢穿孔の報告は今までにない。文献的考察を交えて報告する。

Y-39 ERCP時の造影剤粘膜下注入により生じた偽腔を用いてDouble lumen catheter法にて胆管挿管が得られたIgG4関連硬化性胆管炎の1例

総合病院中津川市民病院 消化器内科¹、名古屋大学医学部附属病院 消化器内科²

○安江 優¹、小嶋健太郎¹、西尾 亮¹、山雄健太郎²、川崎啓揮²、中野有泰¹

【緒言】胆管挿管困難症例に対する新たな挿管方法としてDouble lumen catheter(DLC)を用いた挿管方法の報告が散見される。基本的には膵管Guide-wire(GW)法に引き続き、側管ルーメンを用いて胆管挿管を試みる手技であるが、さまざまな応用がきく手技と考える。

【症例】72歳、女性。皮膚黄疸を自覚し、当院紹介受診となった。血液検査ではT.Bil 11.2mg/dLと高度肝障害を認めるも、IgG4 39.2 mg/dLと上昇を認めなかった。腹部CTでは遠位胆管狭窄を認め、びまん性膀胱大も併存しておりIgG4関連疾患を疑わせた。閉塞性黄疸の治療的にERCPを行うも、内視鏡の短縮化が困難で、push操作で乳頭へアプローチすることとなった。開口部が見下ろしの視野となり、正面視は困難であり、胆管の深部挿管に難渋し造影剤の粘膜下注入が生じた。DLCの先端を粘膜下注入による偽腔に挿入し、側管ルーメンからGWで探るとGWは主膵管へ誘導された。そこでこのGWを主膵管ルーメンに入れ替え、側管ルーメンから探ることで胆管挿管を得た。胆管造影では遠位胆管に狭窄を認め、ドレナージ目的にERBDを留置した。減黄は良好で、以降の精査にてIgG4関連疾患と診断し、ステロイドを導入した。【結語】造影剤の粘膜下注入例の胆管深部挿管は困難なことが多いが、DLCを用いることで胆管挿管が可能となった症例を経験した。発表では処置の詳細を実際の画像にて提示する。

若手研究者優秀演題奨励賞選定セッション 肝胆膵③

Y-40 Gastric outlet obstructionにて発症したannular pancreas 合併自己免疫性膵炎の1例

静岡県立総合病院 消化器内科

○佐藤佑樹、川口真矢、稲川敦子、石黒友也、武田昌大、池田慎也、
加島弘崇、平田太陽、浅原和久、佐藤辰宣、増井雄一、松田昌範、
板井良輔、川合麻実、寺田修三、遠藤伸也、黒上貴史、白根尚文、
大野和也

【症例】65歳女性【現病歴】数ヵ月前から持続する心窩部痛にて近医を受診し、単純CTにて膵腫大を認めたため当科を紹介受診した。アルコール摂取歴や既往歴もなく、理学的にも特記所見は認めなかった。血清アミラーゼ、CA19-9は正常範囲内で、IgG4は981 mg/dlと高値であった。造影CTでcapsule-like rimを伴うびまん性膵腫大を認め、MRCPで膵体尾部の主膵管の狭細像を認め、自己免疫性膵炎(AIP)臨床診断基準2018より確診と診断した。また同時に腫大した膵頭部で十二指腸下行部は狭窄し、著明な胃拡張(gastric outlet obstruction: GOO)を認めた。透視下内視鏡検査で下行部は狭窄し通過は困難であったが、十二指腸造影にて悪性を疑う上皮変化や潰瘍性病変は指摘できなかった。社会的背景により外来でプレドニゾン注射を開始したところ、3日目には症状が改善した。GOO検査目的に2週間後、超音波内視鏡検査を施行すると下行部(ビスコクリア)が膵頭部内を走行し、同領域に悪性病変がないことを確認した。以上の経過よりannular pancreas(AnnP)を背景にAIPを発症し、膵腫大とともに十二指腸狭窄が増悪しGOOを発症したと診断した。現在維持療法中であるがAIPの再燃なくAnnPに対する外科的治療は行わず経過観察中である。【考察】AnnPにAIPを発症しGOOを来した症例報告は過去に1例のみであるが、AIP単独でのGOOの病態もまた稀であり、同様の病態に遭遇した場合にはGOOの原因検索が必要である。

Y-42 膵石を原因とし膵周囲に膿瘍を形成した閉塞性化膿性膵管 炎の1例

富士宮市立病院 消化器内科¹⁾、ヒロ内科クリニック²⁾

○及川 亮¹⁾、青沼勇斗¹⁾、加藤大樹¹⁾、志村恵理¹⁾、兼子直也¹⁾、
廿楽裕徳²⁾、森 雅史¹⁾

【症例】63歳男性【主訴】腹痛【現病歴】元々慢性膵炎等で前医を通院していた。2022年2月2日心窩部痛、背部痛が持続したため当科紹介初診となった。心窩部に圧痛軽度あり背部に叩打痛を認めた。膵酵素上昇は見られなかったが、造影CTで膵頭部優位に分布する多発膵石を認め、主膵管の拡張を認めた。また、膵周囲に辺縁の造影効果を伴う膿瘍を疑う構造が疑われ、慢性膵炎急性増悪を疑い同日消化器内科入院とした。MRCPでは主膵管の拡張と狭窄が断続的に認められ、膿瘍を疑う構造と主膵管に連続性があるように見えた。ERCPにて乳頭より白色膿汁の流出を認め、膵石より尾側の拡張膵管にカニューレションすると同様の白色膿汁が多量に引け、膵石による閉塞性化膿性膵管炎と診断し、膿汁培養より複数の病原性菌が検出された。膵管ステントを留置し抗生剤(MEPM)投与を行うことで、速やかに腹痛は消失し炎症反応も改善したため第14病日に退院となった。退院後の造影CTをでは膵周囲の膿瘍は縮小し主膵管拡張も改善がみられた。【考察】閉塞性化膿性膵管炎はアルコール性慢性膵炎が背景にあることがほとんどで、膵酵素上昇が見られないことが大半であり自験例も同様であった。膵石による膵管閉塞で閉塞性化膿性膵管炎を来した症例報告は少数であり、また膿瘍形成を伴った点においても極めて稀であったため1例報告させていただく。

Y-41 超音波内視鏡下膵管ドレナージにて膵管破綻症候群の膵管 破綻部位の橋渡しに成功した1例

名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器・代謝内科学

○稲垣貴文、堀 寧、内藤 格、林 香月、吉田道弘、加藤晃久、
加地謙太、浅野 剛、佐橋秀典、久野佳世子、豊原祥資、
鬼頭祐輔、市野由華、片岡洋望

症例は70歳男性。X年Y-2月に3日前からの腹痛と発熱で前医を受診し、腹膜炎の診断で入院となった。造影CTにて膵周囲の炎症波及像と膵体尾部の主膵管拡張を認めた。絶食にて一時軽快したが、経口摂取再開にて増悪したためY月9日当院へ転院となった。経過より、完全型の膵管癒合不全を伴った副膵管領域の膵管破綻症候群(DPDS)と考えた。被包化膵壊死(WON)による閉塞性黄疸に対し、12日に経主乳頭的胆道ドレナージを行った。副乳頭造影にて頭体移行部の膵管破綻を認め、尾側膵管が造影されず、完全型(Complete DPDS)と診断し、WON内に両端pig-tail stentを挿入した。尾側膵からWONへの膵液漏は持続していたため、17日に超音波内視鏡下膵管ドレナージ(EUS-PD)を施行し、尾側膵管からWON内にガイドワイヤーを誘導した。最初に留置した両端pig-tail stentが道標となり、尾側膵管から副乳頭へ破綻部位を越えての橋渡しに成功した。経口摂取可能となり、31日に退院された。

【考察】Complete DPDSは内視鏡治療抵抗性であることが多く、外科手術を考慮する病態である。主原因はステントによる膵管破綻部位を越えての橋渡しに困難なことにある。本症例は経副乳頭ドレナージチューブを道標にして、尾側膵管からの順行性ドレナージに成功した1例である。経乳頭ドレナージとEUS-PDを併用し破綻部位の橋渡しに成功したComplete DPDS治療報告はほとんどなく、若干の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 肝胆膵④

Y-43 重症急性膵炎に合併したWONに対して、経皮的内視鏡的ネクロセクトミー、経鼻鼻消化管的洗浄、膵管ドレナージを行った症例

藤枝市立総合病院 初期研修医¹⁾、藤枝市立総合病院 消化器内科²⁾
○杉本祥拓¹⁾、星野弘典²⁾、馬場皓大²⁾、佐藤大輝²⁾、稲垣圭佑²⁾、寺井智宏²⁾、大島昭彦²⁾、景岡正信²⁾、吉井重人²⁾、丸山保彦²⁾

【症例】50歳代男性【主訴】心窩部痛【現病歴】X年12月23日に心窩部痛のため当院を受診した。【経過】血液検査にて膵アミラーゼ高値であり、造影CTにて膵頭部周囲の脂肪織濃度の上昇を認めた。予後不良因子1点、CTGrade1の軽症急性膵炎として当科入院とした。絶飲食及び大量輸液にて治療開始した。12月27日、予後不良因子3点、CTGrade2へ増悪したため重症急性膵炎と診断した。X+1年1月4日、CTにて膵前面に液体貯留があり、その後増大した。1月24日膵液漏を認め、ENPDチューブを留置した。1月26日、発症後4週間が経過したためWONと診断した。左側腹部にCTガイド下で10Frドレナージを留置し、徐々にサイズアップし、最終的32Frドレナージを留置した。3月8日から計4回内視鏡的ネクロセクトミーを実施した。WONと十二指腸球部に瘻孔が形成されたため、内視鏡的に5Frのチューブを留置し、洗浄を行った。炎症改善傾向になり、左側部のドレナージは、徐々にサイズダウンし最終的に7Frのドレナージを留置し、5月31日に退院とした。6月2日にドレナージの脱落にて外来受診したものの、再挿入せず再燃なく経過観察している。【考察】本症例では胃とWONの間が約1cmあること、WONが左側腹部まで広がったことから、経皮的アプローチを選択した。重症急性膵炎に合併したWONに対して、経皮的内視鏡的ネクロセクトミー及び経鼻鼻消化管的に洗浄、膵液漏に対して膵管ドレナージを行った症例を経験したため報告する。

Y-44 腹腔内に破裂した膵管内乳頭粘液性腫瘍(IPMN)の1例

三重大学医学部附属病院 消化器・肝臓内科¹⁾、
三重大学医学部附属病院 肝胆膵・移植外科²⁾
○奥田裕文¹⁾、山田玲子¹⁾、藤部幸大¹⁾、田中隆光¹⁾、野瀬賢治¹⁾、村嶋佑美¹⁾、坪井順哉¹⁾、伊藤貴洋²⁾、水野修吾²⁾、中川勇人¹⁾

症例は75歳女性。持続する腹痛を主訴に前医を受診し、腹部CTで膵尾部に嚢胞性病変を指摘され当科へ紹介となった。腹部造影CTで膵尾部～膵尾部の主膵管は拡張を呈しており、膵尾部に43mm大の多房性嚢胞と嚢胞に連続して膵尾部腹側に液貯留を認めた。EUSでは膵尾部の主膵管径は6.5mmと拡張し、拡張した主膵管と連続して膵尾部に多房性嚢胞、及び膵尾部周囲に被包化された液貯留を認めた。主膵管と嚢胞は交通しており、膵周囲の液貯留も嚢胞と交通していたことから、主膵管と嚢胞、膵周囲の液貯留は一連の病変と判断した。診断目的に膵周囲の液貯留部よりEUS-FNAを施行したところ、粘稠な検体が採取され、細胞診でadenocarcinomaの診断を得た。以上よりIPMCの破裂と診断した。破裂による液貯留は膵周囲に限局していたため、手術適応と判断し、膵尾部切除術を施行した。開腹時には、肝表面、右横隔膜下、胃後面、ダグラス窩に粘液塊を認めた。また膵尾部に多房性嚢胞を認め、中心部に穿孔部を確認した。病理組織学的所見上、主膵管拡張部の膵管粘膜にはgastric typeのhigh grade dysplasia～IPMC non invasiveまでの所見は認められたが、穿孔した多房性嚢胞にはIPMCの所見はなく、intestinal typeのIPMN with low grade dysplasiaの所見であった。また腹腔内の粘液中にも悪性所見はなく、穿孔した嚢胞と同様の所見であった。IPMNが腹腔内に破裂した報告は少なく、文献的な考察を交え報告する。

Y-45 EUS-FNAで診断し得た微小な転移性肝腫瘍の1例

JA 岐阜厚生連中濃厚生病院 消化器内科
○三浦有貴、三田直樹、長井宏樹、山田 愛、小居幹太、宮地加奈子、伊藤貴嗣、向井美鈴、華井頼子、山中一輝、杉山智彦、戸田勝久、白木 亮、勝村直樹

【症例】75歳、男性【主訴】肝腫瘍、胃粘膜下腫瘍(SMT) 精査目的【既往歴】高血圧、心房細動、脂質異常症、糖尿病、尿路結石【現病歴】近医でPSA高値を指摘され、腹部超音波検査で肝内に多発結節、上部消化管内視鏡検査で胃前庭部に15mm大のSMTを認め、当院紹介受診となった。【経過】腹部造影CT検査で肝S2/S7にそれぞれ10mm/33mm大のリング状濃染を呈する腫瘍を認め、転移性肝腫瘍が疑われた。胃SMTに対して超音波内視鏡下穿刺吸引法(EUS-FNA)を行い、gastrointestinal stromal tumor(GIST)の診断を得た。また、前立腺生検で前立腺癌の診断となった。PET-CT検査では前立腺、胃SMT、肝S2/S7、仙骨に集積を認めた。治療方針決定のため、転移性肝腫瘍の原発巣の特定が望まれたが、肝S7腫瘍は横隔膜直下であり、肝S2腫瘍も微小かつ体表からの距離もあり経皮的針生検は困難であった。肝S2の腫瘍に対してEUS-FNAを行うと、EUSで病変は高エコーな腫瘍として描出可能であり、造影EUSでは周囲肝組織と比較し早期濃染、後期層で抜け像を示した。25-gaugeFNA針を用いて穿刺を行い、前立腺癌の肝転移の診断となった。前立腺癌に対してホルモン治療を開始し、胃GISTは経過観察中である。【考察】微小な転移性肝腫瘍の診断にEUS-FNAが有用であった一例を経験した。肝腫瘍の病理組織学的診断のためには経皮的針生検が広く行われているが、困難な症例ではEUA-FNAが有効な代替手段となる可能性がある。

食道

1 非定型末梢性T細胞リンパ腫の食道浸潤の1例

聖隷浜松病院 消化器内科

○小林郁美、海野修平、芳澤 社、三宅 彩、榛葉俊太郎、
吉井 元、平野雄一、大城恵吾、井田雄也、志田麻子、江上貴俊、
山田洋介、小林陽介、木全政晴、室久 剛、長澤正通、細田佳佐

【緒言】全身性悪性リンパ腫における消化管浸潤は約24%に認められ、多くが潰瘍型をとるとされる。しかし、浸潤臓器は胃や小腸・大腸が多くを占め食道浸潤の報告は稀である。今回、T細胞性リンパ腫の食道浸潤を認めた症例を経験した。

【症例】40代男性。持続する不明熱で当院を受診した。全身のリンパ節腫大を認め、全身性悪性リンパ腫を疑い頸部リンパ節生検を行った。病理から非定型末梢性T細胞リンパ腫 (PTCL-NOS) の診断となった。PTCL-NOSに対して化学療法中、黒色便と貧血進行を認め上部消化管出血の疑いで当科紹介となった。

上部消化管内視鏡検査で切歯列より約40cmの胸部下部食道に20mm大で褪色調の平坦隆起性病変を認めた。NBI拡大観察でIPCLは伸長・拡張を認めるが、蛇行や口径不同、形状不均一はなく上皮直下の病変と判断した。EUSでは第1層は残存し第2-3層に内部低エコー腫瘤を認め、NBI拡大像を支持する所見と考えた。ヨード染色は不染～淡染であった。また、十二指腸球部には潰瘍を認め消化管出血の原因と考えられた。

食道病変の生検は、類円形で核腫大や角形不整を示す異型細胞のびまん性浸潤を認めた。組織像は頸部リンパ節生検と類似しておりPTCL-NOSの食道浸潤と診断した。

【結語】全身性悪性リンパ腫は消化管浸潤を来すことがある。本症例のような食道浸潤は稀であり、典型的ではない平坦隆起型の肉眼型を呈した。稀な食道浸潤の初期像と考えられ報告する。

2 上部消化管内視鏡検査後に生じた食道粘膜下血腫の1例

焼津市立総合病院 消化器内科

○武部友寛、佐野宗孝、渡邊幸弘、山形真基、青山拓也、萬治福匡、
眞鍋藍璃

【症例】79歳、男性【主訴】前胸部痛【現病歴】72歳時に早期胃痛に対してESDを施行。以降、上部消化管内視鏡検査 (EGD) にて定期的にフォローアップされていた。またPCI施行歴があり、バイアスピリン内服中であった。X年6月に定期のEGDを施行。既知の萎縮性胃炎及びESD後瘢痕以外に特記所見を認めず、観察のみで終了となった。直後より前胸部の痛みとつかえ感を認め、改善乏しく検査2日後に当院救急外来を受診。CT検査にて胸部食道全体に血腫を疑う所見を認めたため同日当科入院。絶食・補液、PPI、アルギン酸ナトリウム内服等で治療を開始した。第8病日にEGDを施行し、切歯列23cmからJunction直上の後壁に1/3周から半周性の連続性縦走潰瘍を認め、潰瘍辺縁はフラップ状になっており、粘膜下血腫破綻後として矛盾無い所見であった。第13病日に再度EGDを施行し、潰瘍の改善を認めたため経口摂取を再開し、第26病日に退院となった。第41病日に行ったEGDで潰瘍の瘢痕化を確認した。【考察】通常の内視鏡検査後に発症した症例は本邦では少なく、多くは食餌性、内視鏡治療後、嘔吐、特発性等が報告され、また抗血栓薬内服患者に多いとされている。本症例は胸椎骨棘部の食道突出部へのスコープによる刺激に伴い粘膜下血腫が生じたと考えた。比較的稀な疾患ではが、EGD施行時は愛護的な操作が必要である。

3 2か月の経過の中で自然退縮したと考えられた食道表在癌の一例

浜松医療センター 消化器内科

○佐原 秀、井上尊史、西澤航平、藤田翔也、井口太郎、山中力行、
大庭行正、鈴木安曇、栗山 茂、影山富士人、金岡 繁

症例は60代男性。X日に近医で人間ドックEGDを施行したところ、中部食道右壁に15mm大の0-I病変を認めた。生検病理で低分化型扁平上皮癌と診断され当科紹介となった。X+19日に当科でEGD再検すると、切歯25cmの中部食道右壁に5mm弱大の微小な発赤調隆起病変を認めた。NBI拡大観察ではIPCLはB1血管を呈しておりEUSでは層構造は整に保たれていた。生検後であることを考慮しても病変サイズがかなり縮小している印象を受けたが、食道表在癌の診断でESDの方針とした。X+54日のESD時の観察では、周囲の血管模様から腫瘍が存在していた部位は確実に同定できたが、腫瘍自体は肉眼的には完全に消失していたため、ESDを施行できなかった。その後の1年間で2度EGDを行ったが、再発を認めていない。約2か月の経過で自然退縮・消失したと考えられる食道表在癌の一例を経験した。生検のみで完全摘除される、いわゆる“ひとかき癌”の報告例は散見されるが、本症例においては当科での初回EGD所見からは否定的であり、何らかの要因で脱落または自然退縮したと考えられる。前医での生検とルゴール液散布といった機械的・化学的修飾が関与している可能性は否定できないが、自然退縮した直接要因とは考えにくく、その原因は不明である。極めて稀ではあるものの、悪性黒色腫や腎細胞癌などをはじめ多くの癌腫で自然退縮例の報告はある。どのような機序が検討されているのかなど、若干の文献的考察を交え報告する。

4 大腸癌術後吻合部に発症し、自然史を観察しえた直腸 pyogenic granuloma の1例

済生会松阪総合病院 内科

○小野隆裕、橋本 章、河内瑞季、紅林真理絵、田原雄一、黒田直起、吉澤高彦、青木雅俊、福家洋之、河侯浩之、脇田喜弘、清水敦哉

【症例】70歳代男性。既往歴は高血圧症、脂質異常症、高尿酸血症。20XX年に外科にて直腸癌(pT2N0M0 Stage I)、S状結腸癌(pT1bN0M0 Stage I)に対し腹腔鏡下低位前方切除術、S状結腸切除術を施行した。6か月後の下部消化管内視鏡検査(CS)にて吻合部に白苔の付着した丈の低い隆起性病変を認めた。18ヶ月後のCSでは8mmのI sp様隆起を呈し、生検では肉芽腫であった。2年後のCSでは発赤調で白苔の付着した20mm弱の亜有茎性隆起性病変となっていた。造影CTでは強い造影効果を示した。内視鏡的粘膜切除術(EMR)を施行し、病理組織は拡張した毛細血管の集簇とリンパ球浸潤伴うpyogenic granuloma (PG)であった。垂直断端は陽性であった。EMR6ヶ月後の造影CTにて吻合部に造影効果を有する15mmのポリープを認めた。内視鏡通常観察では表面に白苔を伴う発赤調の隆起性病変であり、NBI併用拡大観察で血管構造は不明瞭で、クリスタルバイオレット染色ではpit構造は確認できなかった。EUSでは均一な等エコー像を呈し、豊富な血流を認めた。PGの再発と診断しEMRを施行、病理組織もPGであり垂直断端陽性であった。

【考察】PGは血管腫に外的刺激が加わり形成される肉芽腫様病変であり下部消化管に発症することは極めてまれである。不完全切除には再発することもあり注意が必要である。【結論】自然史を観察しえた直腸PGの1例を経験したので文献的考察を加えて報告する。

6 原因不明の腹痛と鉄欠乏性貧血を呈したアメリカ鉤虫症の1例

焼津市立総合病院 消化器内科

○武部友寛、佐野宗孝、渡邊幸弘、山形真基、青山拓也、萬治福匡、眞鍋藍璃

【症例】59歳、男性、フィリピン出身【主訴】心窩部痛【現病歴】1.5年前より原因不明の鉄欠乏性貧血で当院総合内科に入院していたが受診は不規則であった。5日前より心窩部痛、食思不振が出現し他院入院。腹部CTで総胆管結石が疑われ当院転院となった。ERCPでは明らかな総胆管結石を認めなかったが、胆管プラスチックステントを留置。しかし、その後も腹痛が持続するため上下部内視鏡検査を施行したところ、胃前庭部と十二指腸球部に1匹ずつ、回腸末端～全結腸にかけて多数の虫体を確認。虫体は遺伝子解析等の結果、アメリカ鉤虫と判明した。ピランテルパモ酸塩500mgを3日間投与。その後腹痛は消失し、貧血も鉄剤投与で改善した。1か月後に糞便検査で虫卵消失を確認。現在まで症状、鉄欠乏性貧血の再発を認めていない。【考察】鉤虫は1960年頃までは本邦でも濃厚に分布していたが、1980年代の報告によれば0.003%まで低下しており、2000年以降は医学中央雑誌を検索しても報告例は確認出来なかった。しかし発展途上国では未だに感染のリスクがある疾患である。鉤虫感染症はしばしば無症状だが、本症例のように多数の虫体が慢性的に寄生した場合は腹痛や鉄欠乏性貧血を引き起こす。本邦では極めて稀な疾患となったが、海外渡航歴のある人や外国人の原因不明な腹痛や鉄欠乏性貧血をみた場合に鑑別疾患の1つとして知っておくべき疾患である。

5 エンドループ補助下内視鏡的全層切除術によって病理組織診断し得た巨大回腸粘膜下腫瘍の一例

静岡県立静岡がんセンター 内視鏡科¹⁾、

静岡県立静岡がんセンター 病理診断科²⁾

○重田浩平¹⁾、今井健一郎¹⁾、下田忠和²⁾、堀田欣一¹⁾、伊藤紗代¹⁾、岸田圭弘¹⁾、高田和典¹⁾、川田 登¹⁾、前田有紀¹⁾、吉田将雄¹⁾、山本陽一¹⁾、南出竜典¹⁾、石渡裕俊¹⁾、佐藤純也¹⁾、松林宏行¹⁾、小野裕之¹⁾

【患者】50代女性【既往歴】50歳 早期大腸癌、54歳 悪性リンパ腫【経過】右下腹部に限局した腹痛と嘔吐を認め、救急を受診した。CTで上行結腸に嵌頓した回盲部腫瘍を認め、腸重積と診断した。全大腸内視鏡検査で、上行結腸に50mm大の発赤調を呈す頭部と太さ20mmの長い茎部を有する有茎性隆起性病変を認めた。頂部に境界明瞭な浅い陥凹と、内部には浅い潰瘍が散見された。茎部は回盲弁に連続し、絨毛状粘膜に被覆されていた。NBI観察で微細構造や微細血管を認めず、上皮性腫瘍ではなく回腸粘膜下腫瘍と診断した。頂部の陥凹と茎部から生検を行ったが診断には至らず、診断的治療目的に内視鏡的に切除を行った。茎部が太く全層切除になる可能性を考慮し穿孔予防目的に留置スネア(エンドループ、30mm、ETHICON)で茎部を絞扼し、スネア(Captivator II, 33mm, Boston Scientific)で絞扼部直上を切除した。予防的止血及び切除面の縫縮としてクリップで閉鎖した。第7病日に経口摂取を開始し、有害事象なく退院した。切除検体には粘膜から漿膜までの全層が採取され、CD20(+)、bcl-2(+)、BCL6(±)のリンパ球様異型細胞のびまん性増殖を固有筋層まで認め、Diffuse large B-cell lymphomaの再発と診断し、二次化学療法を施行し現在寛解維持中である。

【結語】5cm大の回腸粘膜下腫瘍に対しエンドループ補助下内視鏡的全層切除術を施行し、外科的切除を行わず病理組織での確定診断と最適治療を実施し得た。

7 内視鏡的切除を行った巨大十二指腸Brunner腺過形成の一例

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⁾
○鈴木孝弘¹⁾、古川和宏¹⁾、古根 聡¹⁾、伊藤信仁¹⁾、廣瀬 崇¹⁾、
鈴木智彦¹⁾、飛田恵美子¹⁾、平井恵子¹⁾、柴田寛幸¹⁾、倉田祥行¹⁾、
石川恵里¹⁾、澤田つな騎²⁾、水谷泰之¹⁾、山雄健太郎²⁾、前田啓子¹⁾、
山村健史¹⁾、石川卓哉¹⁾、中村正直¹⁾、川嶋啓揮¹⁾

【症例】40歳代女性【主訴】上腹部不快感【既往歴】子宮内腺症【現病歴】20XX年1月より食後の上腹部不快感を自覚し始めた。症状改善に乏しく、同年10月に近医にて上部消化管内視鏡検査(EGD)を施行したところ、十二指腸に巨大な腫瘍性病変を認め、精査治療目的に当院へ紹介となった。【経過】EGDでは十二指腸球部前壁に基部を有する表面平滑な7cm大の亜有茎性腫瘍を認めた。超音波内視鏡検査(EUS)では第3層と連続する内部に無エコー域を伴う低エコー腫瘍に描出された。同年12月にスナアで一括切除し、切除した病変を把持鉗子で把持しながら少しずつ幽門輪を越えることで病変を摘出することができた。病理所見は、粘膜固有層から粘膜下層にかけてBrunner腺の過形成を認め、悪性所見は認めなかった。病変切除にて上腹部不快感も改善した。【考察】十二指腸球部の良性腫瘍ではBrunner腺過形成が最も多い疾患である。基本的には経過観察となるが、大きくなると出血や通過障害、腹痛などの症状が出現するため治療適応となる。内視鏡治療が第一選択となるが、巨大な病変の場合は摘出困難のため分割切除や外科的切除を選択されることが多い。自験例は、7cm大の大きな病変であったが、表面平滑で軟らかい病変であったため、分割切除せずに内視鏡切除、摘出が可能だった。【結語】内視鏡的切除を行った巨大十二指腸Brunner腺過形成の一例を経験した。

9 副乳頭部原発神経内分泌腫瘍の1例

静岡市立清水病院 消化器内科¹⁾、静岡市立清水病院 外科²⁾
○小池弘太¹⁾、窪田裕幸¹⁾、高柳泰宏¹⁾、池田 誉¹⁾、芹澤亜紗美¹⁾、
丸尾啓敏²⁾

【症例】67歳、女性【主訴】肝障害・脾管拡張【現病歴】高血圧、高脂血症、無症候性脳梗塞で近医通院中。定期血液検査で肝障害を認めたため、腹部エコー実施。腹部エコーで脾管拡張を認めたため、当科紹介受診した。【現症】vital signは異常なし。眼珠結膜に黄染はなく、腹部は平坦、軟で圧痛はなかった。血液検査所見ではT.Bilが1.68mg/dlと軽度上昇しているのみで、肝胆道系酵素やその他異常所見はなかった。【画像検査】腹部造影CT・腹部エコーでは頭部から尾部までの主脾管・分子脾管の拡張を認めたが、明らかな脾管内結節や腫瘍性病変は認めなかった。MRIでは同様に主脾管の拡張、拡散強調画像で十二指腸下行部にリング状の高信号腫瘍を認めた。【経過】精査のためにERCP施行時に、副乳頭部に粘膜下腫瘍を認めたためEUS施行。EUSで副乳頭粘膜下に20mm大の充実性腫瘍および副脾管の拡張を認めた。主脾管・副脾管造影はカニューレ挿入困難でできなかった。副乳頭部神経内分泌腫瘍または副乳頭部癌が疑われたため、脾頭十二指腸切除術を行った。病理検査にて神経内分泌腫瘍(NET)G1と診断した。術後現在まで再発は認めていない。消化管NETで副乳頭原発は極めて稀である。また副乳頭部NETは脾管非癒合の合併を20.7%に認めるという報告があり、本症例も脾管癒合不全が疑われた。副乳頭部NETという稀な症例を経験したため、文献的考察を加え報告する。

8 再発性脾炎の原因と考えられ、十二指腸ESD+腹腔鏡下経空腸腫瘍回収術にて治療し得た十二指腸巨大脂肪腫の1例

名古屋市立大学病院 消化器内科¹⁾、名古屋市立大学病院 肝臓内科²⁾
○西垣瑠里子¹⁾、志村貴也¹⁾、加藤晃久²⁾、佐々木慎子¹⁾、奥田悠介¹⁾、
福定繁紀¹⁾、杉村直美¹⁾、水野裕介¹⁾、岩崎弘靖¹⁾、西江裕忠¹⁾、
田中 守¹⁾、片野敬仁¹⁾、尾関啓司¹⁾、林 香月²⁾、久保田英嗣¹⁾、
片岡洋望¹⁾

【症例】53歳、女性。20XX-1年4月に初回急性脾炎を発症し他院入院となった。胆嚢内結石を認めたことから胆石性脾炎を疑い同年8月に胆嚢摘出術施行後も、9月と翌年1月に急性脾炎をきたしたため20XX年2月に原因精査目的に当院紹介となった。翌3月にも急性脾炎を発症した。

【経過】十二指腸造影および上部消化管内視鏡検査(EGD)で、十二指腸下行脚の乳頭近傍から水平脚に存在する巨大粘膜下腫瘍を認めた。腹部CT検査では、7年前に指摘された17mm脂肪腫が約60mmに増大し、脾頭部が水平脚に牽引され重積様の所見を認めた。以上から、脂肪腫が腸蠕動で肛門側へ牽引されることによる機械的刺激が、繰り返す脾炎の原因と推察した。ESD適応と考えたが腫瘍を経口的に回収することは困難と想定され、20XX年5月に十二指腸ESD+腹腔鏡下経空腸腫瘍回収術を施行した。腹腔鏡下、上部空腸に腸管クリップを装着後、主乳頭の数mm背側を起始部とした巨大脂肪腫をESDにて一括切除し、切除病変を内視鏡的に先進させ経空腸的に回収した。病理組織学的にも脂肪腫で治療切除と考えられた。術後16カ月経過も脾炎の再発を認めず、EGDおよびCTでも脂肪腫の遺残再発所見を認めていない。

【考察】年4回の再発性脾炎の原因として十二指腸脂肪腫が考えられた。腫瘍存在部位から外科的切除が与える侵襲は大きく、ESDでの低侵襲手術にて治療し得た意義は大きい。若干の文献的考察を含め報告する。

10 当院で経験した2例の胃限局型若年性ポリポーシスの臨床像

三重大学医学部附属病院 消化器・肝臓内科¹⁾、
三重大学医学部附属病院 光学医療診療部²⁾
○梅田悠平¹⁾、田中匡介²⁾、中川勇人¹⁾

【背景】若年性ポリポーシス(JPS)は、主に大腸ポリポーシスを来す疾患だが、胃限局型JPSはまれである。今回、胃限局型JPSを2例経験したため、報告する。

【症例1】50歳女性。父親がJPS。46歳で貧血を指摘。貧血と低アルブミン血症の進行を認め、当院に紹介となった。胃前庭部に発赤多発ポリリーブを認め、生検では浮腫を伴う腺窩上皮過形成を認めた。腸管に異常無く、SMAD4遺伝子変異を認め、胃限局型JPSと診断した。貧血、低アルブミン血症を認めており、胃全摘術を施行。癌は認めなかった。

【症例2】41歳男性。家族歴は無し。37歳時の上部消化管内視鏡検査で胃体部に発赤と粘膜肥厚を認めた。41歳時に胃所見増悪を認め、精査目的に当院に紹介となった。胃体上部に多発する発赤ポリリーブを認めた。生検で炎症と浮腫を伴う腺窩上皮過形成を認め、腸管に異常は認めず、SMAD4遺伝子変異を認め、胃限局型JPSと診断した。無症状であったが、今後症状出現や増悪が懸念され、3ヶ月毎のポリペクトミーを開始したが、増悪していった。43歳時、食欲低下、全身倦怠が出現し、貧血と低アルブミン血症を認めた。病勢コントロール不能と判断し、胃全摘術を施行。癌は認めなかった。

【結語】胃限局型JPSは、胃癌の発生、貧血や低アルブミン血症の増悪により胃全摘術が必要となる。症例2では、無症状発症より6年後手術までの経時内視鏡観察が可能であった。

11 PCABにより胃粘膜に発赤をきたした1例

藤枝市立総合病院 消化器内科

○稲垣圭佑、丸山保彦、馬場皓大、佐藤大輝、星野弘典、寺井智宏、大島昭彦、景岡正信、吉井重人

(はじめに) 近年PPIをはじめとする酸分泌抑制剤で数石状粘膜や春間川口病変、胃底腺ポリープなどの胃粘膜変化が報告されている。その中でもPCABはKイオンに競合的な様式でプロトンポンプを阻害する最も強力な胃酸分泌抑制剤である。今回PCABにより胃粘膜に発赤を来し、PPIに変更後消失した症例を経験したので報告する。(症例) X年胃前庭部大彎に潰瘍があり生検にて胃癌がうたがわれ紹介された。精査の結果、HP陰性、NSAID等の内服がない良性潰瘍(IPU)と診断。EPZ投与5ヶ月後によく癒着化を認めた。X+1年後EPZ中断により潰瘍が再発したためEPZを継続していた。X+3年後EPZ投与中にもかかわらず潰瘍の再発を認めた。この時の血清ガストリンは388 pg/mlであった。PCAB20mgに変更し2ヶ月後再検したところ、胃体部を中心に多発する発赤局面を認めた(血清ガストリン1170 pg/ml)。発赤部の生検では浮腫状の間質性出血、好中球浸潤を認めた。潰瘍は癒着化していたためEPZへ変更し2ヶ月後内視鏡を施行した。癒着は維持されており発赤は消失していた(血清ガストリン503 pg/ml)。(考察) KuboらはPCAB投与にて胃粘膜に発赤を来した4症例を報告し、発赤はparietal cell protrusionによるものではなく炎症細胞の浸潤が原因であるとしている。本例では経過より発赤を来した原因はPCABと考えられ、生検でも炎症細胞浸潤がみとめられていることからこの文献に合致する症例と考えられた。

13 胃限局性アミロイドーマの経過観察中に新規病変を発症した1例

静岡市立静岡病院 消化器内科

○上田駿介、小柳津竜樹、横山翔平、正谷一石、八木直人、菊池恵介、木村領佑、早川諒祐、池田正俊、鈴木博貴、黒石健吾、濱村啓介、田中俊夫

【症例】40歳、男性

【病歴】2015年に健診の内視鏡検査で胃粘膜下腫瘍を指摘され紹介受診。当院の内視鏡では胃体中部前壁に中央に発赤調陥凹を伴う平血状の粘膜下腫瘍が見られた。EUSでは第2層から3層に主座を置く10.7mmの均一な低エコー状腫瘍を呈していた。病変部よりボーリング生検を行い、Congo red染色陽性のアミロイド線維が見られ、アミロイドーシスと考えられた。追加のトランスサイレチン・β2ミクログロブリン・免疫グロブリン軽鎖の免疫染色で特異的な染色は無く、血管壁周囲へのアミロイド沈着も見られなかったことや原因となる基礎疾患が無いことを合わせ、AL型胃限局性アミロイドーマと診断。症状は無く定期的に内視鏡フォローを行っていたが、初診時から7年目に胃体下部大彎に褪色調に囲まれた中心部に発赤を伴う8mm大の新規病変が出現した。

【考察】アミロイドーシスはアミロイド沈着の拡がりにより全身性、限局性に分けられ、沈着する前駆体蛋白質とそれに対応する臨床病型に更に分類される。アミロイド沈着は腫瘍を形成することがあり、アミロイドーマと呼ばれる。胃限局性アミロイドーマはアミロイドが粘膜筋板から固有筋板に沈着しESDで切除した症例報告も見られる。今回、新規病変も出現したため稀な症例として報告する。

12 癌併存の鑑別が困難であった粘膜下異所性胃腺の一例

聖隷浜松病院 消化器内科

○山田洋介、芳澤 社、内宅 彩、樺葉俊太朗、平野雄一、井田雄也、大城恵吾、吉井 元、志田麻子、小林郁美、江上貴俊、海野修平、小林陽介、木全政晴、室久 剛、長澤正通、細田佳佐

症例は60代女性。検診の上部消化管内視鏡検査で粘膜下腫瘍を指摘され紹介受診。上部消化管内視鏡検査で萎縮のない胃粘膜の胃体上部後壁に10mm大の立ち上がり比較的急峻な粘膜下腫瘍様病変を認めた。頂部には怒張・蛇行した拡張血管がみられた。NBI拡大観察では立ち上がりがSmall round pitから成り、頂部にWhite zoneが均一な管状の表面構造を呈し一部溝状の陥凹を認めた。EUSではSMT隆起部分の第2～3層に液体貯留と考える無エコー領域があり、内部にモザイク状の充実成分を認めた。以上より頂部の溝状陥凹は腺開口部と判断し粘膜下異所性胃腺を疑った。ピロリ未感染胃の単発病変でありEUSで認めた充実性部分は癌の併存の可能性もあり、他に胃底腺型腺癌も鑑別に挙げられ完全生検目的にESDを施行した。病理所見は表層粘膜から連続して粘膜下に異所性の腺組織を認め、粘膜下異所性胃腺と考えられ明らかな腫瘍成分は見られなかった。腺開口部の粘膜～粘膜下組織に線維化を形成しEUSの充実成分を見ていたと考えられた。胃粘膜下異所性胃腺は、本来胃粘膜固有層内に存在する胃腺組織が、異所性に胃粘膜下に認められるものである。切除胃やピロリ菌感染など胃粘膜のびらん・再生により粘膜下層に異所腺を生じる後天性炎症説で有力である。単発病変はNETや胃底腺型腺癌との鑑別が必要であり生検やEUSが有用であるが、本症例のように癌の併存の鑑別が困難な症例には診断目的のESDも考慮される。

14 ESD後の検体回収時にimplantationしたと考えられた胃癌食道再発に対しEMRを行い根治しえた1例

静岡県立総合病院 消化器内科

○加島弘崇、遠藤伸也、稲川敦子、引地智基、武田昌大、石黒友也、池田慎也、平田太陽、浅原和久、佐藤辰宣、増井雄一、松田昌範、板井良輔、川合麻実、寺田修三、黒上貴史、白根尚文、川口真矢、大野和也

【症例】87歳男性。早期胃癌に対しESDを施行した。治療切除しえたが病変長径55mmであり、ネットで検体を回収した時に胸部下部食道が穿孔したため消化管壁全層縫合器(OTSC)で縫縮した。1年4か月後急性胆管炎でERCPを行った際、癒着部より自然出血していた。上部内視鏡で確認すると癒着部が隆起し、生検より高分化型管状腺癌が検出され、ESD時のimplantationと考えた。病変は有茎性、CTで食道外病変を認めず、内視鏡的に切除可能と考え、ESDから1年9か月後同病変にEMRを行った。病理結果はESDを行ったものと同様の管状腺癌であり、ESD時のimplantationと考えられた。SM層への浸潤は認めなかった。現在EMR後1年3か月が経過しているが再発は認めない。

【考察】遊離癌細胞のimplantationは消化管癌手術後の腫瘍再発の原因として重要であり、①腸管内遊離癌細胞の裂創へのimplantation、②吻合部粘膜不安定が癌細胞生着を引き起こしている、③吻合部に存在した微小な癌病変が吻合部ラインに入って吻合された、といった機序が考えられている。このため、消化管癌の摘出術時には、腫瘍を腹腔内に露出させない、腸管を洗浄するなどの予防策がとられている。消化管の早期癌ESD後に腫瘍がimplantationし再発することは非常に稀であり、本例のように胃癌が検体回収時にimplantationした過去の報告は1例のみであった。腫瘍径の大きな病変のESD時にはimplantationを避ける必要があると考える。

15 術前診断に難渋したEBV関連胃癌に対してESDを施行した1例

刈谷豊田総合病院 消化器内科¹⁾、刈谷豊田総合病院 病理診断科²⁾
○高田直樹¹⁾、神岡諭郎¹⁾、浜島英司¹⁾、中江康之¹⁾、仲島さより¹⁾、
久野剛史¹⁾、佐々木雅隆¹⁾、船橋 脩¹⁾、二村侑歩¹⁾、吉川幸愛¹⁾、
光松佑時¹⁾、佐藤宏樹¹⁾、伊藤 誠²⁾

【症例】75歳、男性。【主訴】検診異常【現病歴】X-2年12月、検診のUGIで異常を指摘され、精査目的に当院へ紹介された。EGDでは、胃体上部後壁に発赤調で境界不明瞭な30mm大の不整な陥凹面を認めた。生検では、粘膜固有層内に小型リンパ球細胞の浸潤を認め、LELを伴っていたためMALTリンパ腫が疑われた。*H.pylori*陽性であったため一次除菌療法を行い、尿素呼吸法で除菌成功を確認した。X-1年6月、EGD再検したところ、病変は境界明瞭な発赤調の0-IIc病変として観察されたが、病理学的には初回と同様の所見であった。X-1年12月のEGD再検でも所見は不変であったが、病理学的にはリンパ球浸潤のみでなく、核腫大を伴う上皮成分を認め、腫瘍細胞はEBER陽性でありEBV関連胃癌と診断した。X年1月ESDを施行し、最終病理所見は、carcinoma with lymphoid stroma (EBER-positive)、pSM2 (600 μ m below MM), ly0, V0, pHM0, pVM0であった。EBV関連胃癌は通常の胃癌よりもリンパ節転移率が低いという既報に基づき、患者本人と十分話し合い追加治療せず現在経過観察中である。【考察】EBV関連胃癌は胃上中部に好発し、組織学的に低分化ないし中分化型腺癌でリンパ球浸潤を伴う症例が多いとされる。早期癌では0-IIcあるいは0-IIc有意の陥凹病変を形成するが、粘膜内病変では細胞異型が軽度である例が多く、生検診断で再生異型との区別が難しいこともあるとされる。本症例でも3度目の生検で診断に至り、ESD方針とすることができた。

胆道

16 臍頭十二指腸切除後、挙上空腸狭窄のある肝内胆管結石に対してオーバーチューブと細径内視鏡を用いてEHLで碎石が可能であった一例

聖隷浜松病院 消化器内科

○吉井 元、芳澤 社、樺葉俊太朗、井田雄也、大城恵吾、平野雄一、小林郁美、志田麻子、江上貴俊、山田洋介、海野修平、小林陽介、木全政晴、室久 剛、細田佳佐、長澤正通

【症例】55歳男性、X-13年に十二指腸乳頭部癌に対して臍頭十二指腸切除術後、X-12年に術後SMA近傍のリンパ節再発を認め、放射線治療及び化学療法が実施されCRとなっていた。X年Y月発熱、黄疸及び腹痛が出現。腹部CT検査で胆管空腸吻合部付近に結石を疑う高吸収を認め、肝内結石による胆管炎が疑われた。小腸内視鏡を用いて胆管空腸吻合部から結石除去を試みたが、吻合部手前の挙上空腸に放射線治療の影響が疑われる狭窄を認め、小腸内視鏡の通過は不能であった。狭窄部手前から造影チューブを胆管内に挿入し造影を行うと肝門部に径16mmの結石を疑う透亮像を認めた。狭窄部手前より透視下で胆管内にチューブステントを挿入し胆管炎は改善した。後日結石除去のため小腸内視鏡下で狭窄部付近までオーバーチューブを挿入し、経鼻用の細径内視鏡へ入れ替えたところ狭窄部を通過可能であった。胆管空腸吻合部を越え胆管内に細径内視鏡を挿入して内視鏡下でEHL(電気水圧衝撃波胆管結石破碎術)を実施し、結石の碎石及び除去に成功した。

【考察】小腸内視鏡と経鼻用の細径内視鏡を組み合わせることによって、治療可能となった臍頭十二指腸切除術の肝内胆管結石の一例を経験した。腸管狭窄を伴う胆管結石症例において細径内視鏡が有用である可能性が示唆された。

17 難治性胆管空腸吻合部狭窄、肝内結石に対しEUS下順行性治療が奏効した一例

聖隷浜松病院 消化器内科

○志田麻子、小林陽介、三宅 彩、樺葉俊太朗、井田雄也、大城恵吾、平野雄一、吉井 元、小林郁美、江上貴俊、山田洋介、海野修平、木全政晴、芳澤 社、室久 剛、長澤正通、細田佳佐

【症例】50代男性【病歴】X-6年、他院で胆摘時に胆管損傷が生じ胆管空腸吻合術を施行された。X-4年より胆管空腸吻合部狭窄、肝内結石が生じ、胆管炎を来すようになった。小腸内視鏡下ERCPで治療を行ったが、挙上空腸が長く、Long typeの内視鏡しか使用できず、操作性も不良であった。治療に難渋し、再発も繰り返したため、小腸内視鏡では治療困難と判断し、EUS下経胃的順行性治療の方針とした。EUS-HGS (B3穿刺)を行い、治療経路を確保した。胆管造影では、胆管空腸吻合部狭窄と共に肝門部に1cm大の結石を認めた。吻合部をバルーン拡張し結石除去を試みたが治療困難であったため、順行性にENBDを留置し、ESWLを計6回(計19,680発)行い結石は完全に破碎され、除去された。次に胆管空腸吻合部狭窄に対し、BONASTENT M-Intraductal (φ8mm×3cm)を順行性に留置した。迷入予防に胃側に出たLassoに留置スネアを装着し、瘻孔確保のためType-IT stent (7Fr, 14cm)も留置した。1.5ヶ月後、残存結石がないことを確認後、経胃的に金属ステントを抜去した。吻合部狭窄は以前より改善傾向にあった。その後IT stentを定期交換しながら経過観察中であるが、再発なく経過している。【考察】胆道再建術後難治例に対し、EUS下順行性治療が奏効した一例を経験した。小腸内視鏡下治療と比較し、治療介入が容易になり、より幅の広い治療が可能となり有用であった。

18 総胆管結石を契機に診断しえた胆管壁内嚢胞の1例

沼津市立病院 消化器内科

○藤本健太郎、菊池保治、金城佳緒里、杉村 薫、鈴木宏将、井上将法、宮城島大輔、中川彰彦、久保田教生、篠崎正美

【症例】76歳男性【現病歴】1週間前から心窩部痛を認め、当院を受診した。造影CTにて総胆管に結石を認め、総胆管結石と診断した。【既往歴】食道癌術後(食道亜全摘胃管再建術。術後再発に対し化学放射線療法施行し、10年以上無再発。)【経過】入院にて内視鏡的胆管結石採石術を施行した。その際の胆管造影にて採石後も総胆管壁に移動性を伴わない造影欠損像が残存し、胆管隆起性病変が疑われた。二度目の内視鏡的胆管結石採石術の際に、胆管隆起性病変の精査目的に胆道鏡・管腔内超音波検査を施行した。胆道鏡では半球状の白色調の粘膜下隆起を認めた。管腔内超音波検査では、第2層を主座とした無エコーとして描出された。以上から胆管壁内嚢胞と診断し、経過観察とした。【考察】胆管壁内嚢胞は本邦での報告例が少なく、比較的稀な疾患である。既存の報告では悪性ととの鑑別を要し、外科的切除を施行した例も多い。今回胆道鏡および管腔内超音波検査にて胆管壁内嚢胞と診断しえた1例を経験した。診断を得られることで不要な外科的治療を避けることができる可能性があり、診断・治療に関して文献的考察をふまえて報告する。

19 EUSで診断した choledochocoele に伴う急性膵炎の1例

四日市羽津医療センター 内科

○阪口亮平、中島滋人、森田翔一、大西賢多朗、山脇 真、樋口国博、高司智史

症例は90歳代、女性、3日間ほど続く心窩部違和感と急な悪寒戦慄を主訴に救急搬送された。来院時、発熱、上腹部圧痛、血液検査でAMY 3243 U/Lと著増、肝胆道系酵素逸脱、炎症反応上昇を認めた。CT、MRIでは軽度の膵腫大、周囲脂肪織濃度上昇を認めたが、結石や腫瘍など膵炎の原因となりうる病変は認めず、特発性急性膵炎として保存的治療を開始した。治療後、症状、血液検査所見の改善を認めたが、治療終了後、数日経過すると上腹部痛の再燃、AMY上昇を繰り返した。原因精査のためEUSを行うと遠位胆管乳頭側にCT、MRIでは指摘出来なかった6mm程度の嚢胞様構造を認め、総胆管との連続性を認めたため choledochocoele と診断した。同部精査のためERCPを施行すると Vater 乳頭口側の十二指腸粘膜に膨隆を認め、膵管造影にて主膵管から嚢胞、次いで総胆管が造影され、胆管末端部拡張・共通管形成型 choledochocoele と診断した。また繰り返す膵炎は同病変が原因と推測された。ESTにて嚢胞の開窓と胆管管の分流を行い経過観察したところ、AMYは徐々に正常域へと改善し、膵炎の再発も出現せず経過している。十二指腸壁内での総胆管末端部の嚢状拡張である choledochocoele は比較的稀な疾患であり、嚢胞径が小さい場合、CT・MRIでの病変同定が困難な場合もある。今回、我々はCT・MRIでは指摘出来なかった choledochocoele をEUSで診断し、ERCPにて治療し得た1例を経験したため文献的考察を踏まえて報告する。

高山赤十字病院 内科

○市川広直、増田直也、水谷 拓、今井 奨、白子順子

【背景】総胆管結石性胆管炎については内視鏡的胆道ドレナージが行われることが一般的であるが、施設によっては待機的な内視鏡的胆道ドレナージを余儀なくされる場合があり、特に高齢者においては胆管炎の重症化や入院日数の延長に伴うADL低下に懸念がある。【目的・方法】2015年1月から2022年3月に当院で80歳以上の軽症および中等症総胆管結石性胆管炎に対して内視鏡的逆行性胆管腔造影(ERCP)で加療を行った142例を24hr以内に治療を起こったUrgent群(U群)、24hr以降に治療を行ったElective群(E群)に分けて後方視的に検討した。【結果】U群/E群:99/43、男性:37/20($p=0.353$)、年齢中央値89(80-101)/86(80-96)歳($p=0.079$)であった。胆管炎の重症度は軽症/中等症:60/39、25/18であった($p=0.853$)。抗血栓剤服用していたのは30(30%)/11(26%)($p=0.56$)であった。完全採石率は94%/91%($p=0.491$)、胆管炎の治療率は両群ともに100%であった。ERCP偶発症は4(4%)/4(9%)($p=0.222$)であった。入院期間の中央値は11(3-137)/11(3-59) ($p=0.889$)であった。1例においては待機的な治療を予定していたが、重症化したため緊急ERCPを行った。【結語】U群、E群ともに胆管炎の改善が得られておりERCP偶発症および入院期間においても同等の結果であったが、入院後に胆管炎が増悪する例もあり、待機的なERCPを行う場合の適切な症例選択や適切なドレナージのタイミングについてはさらなる検討が必要である。

21 EUS-FNBで診断した肺腺癌膵転移の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⁾
○高田善久¹⁾、石川卓哉¹⁾、大野栄三郎¹⁾、山雄健太郎²⁾、水谷泰之¹⁾、
飯田 忠¹⁾、植月康太¹⁾、宜保憲明¹⁾、青木総典¹⁾、片岡邦夫¹⁾、
森 裕¹⁾、高橋秀和¹⁾、青井広典¹⁾、南 喜之¹⁾、熊野良平¹⁾、
高野宏平¹⁾、木下拓也¹⁾、川崎啓揮¹⁾

【症例】77歳 女性

【主訴】膵腫瘍精査

【現病歴】X-6年に右上葉肺腺癌に対し手術、X-2年に左肺への転移を認め化学療法を継続中。X年3月のCTで膵腫瘍を指摘され当科紹介。

【併存症】高血圧症、糖尿病、慢性甲状腺炎

【臨床経過】採血では腫瘍マーカーを含め特記すべき所見はない。CTでは膵尾部に20mm大の周囲膵実質と比較し低吸収を示す単発の腫瘍を認め、尾側膵実質の萎縮と主膵管拡張を認めた。EUSでは輪郭明瞭で不整、内部に高エコーや無エコー領域を有する不均一な腫瘍であり、血流シグナルに乏しかった。造影EUSでは早期から hypo-enhancement patternを呈し、壊死を疑う造影されない領域も指摘可能だった。画像所見からは原発性膵癌、転移性膵腫瘍いずれの可能性もあり、鑑別目的にEUS-FNBを施行した。病理所見は肺腺癌原発巣と類似した形態を示す異形細胞の増殖を認め、免疫染色で肺腺癌のマーカーであるThyroid transcription factor-1が陽性であり肺腺癌膵転移と診断した。化学療法を変更しX年7月まで治療を継続している。

【考察】転移性膵腫瘍は膵悪性腫瘍の2%未満を占める稀な腫瘍であり、肺癌は腎細胞癌に次いで2番目に多い原発巣である。肺癌膵転移と原発性膵癌は画像での鑑別が困難なことが多く、本例でも診断のために組織採取を必要とした。病歴や免疫染色の追加など病理医と情報共有しながら診断することが重要である。

【結語】EUS-FNBで診断した肺腺癌膵転移の1例を報告した。

23 EPLBD操作により膵管ステント迷入を来した1例

伊勢赤十字病院 消化器内科

○河俣真由、村林桃士、津田宣之、松嶋竜太郎、久田拓央、
天満大志、林 智士、杉本真也、大山田純、亀井 昭

【症例】74歳女性。右季肋部痛および発熱で当院に救急搬送となった。血液検査では肝胆系酵素が上昇し、CTでは胆管拡張を認め、MRIでは総胆管結石がみられた。総胆管結石性胆管炎と診断し、ERCPを施行した。巨大な傍乳頭憩室のため、カテーテル軸と胆管軸が合わず、胆管挿管困難であり、プレカットに移行した。プレカット後に膵管挿管に成功したため、膵管ステント(Geenen [両側フラップ], 5 Fr, 7 cm)を留置した。膵管ステント留置後に胆管挿管に成功し、ESTを施行後にGiga2 (10・12 mm)を用いてEPLBDを行った。拡張バルーンへの結石の巻き込みを避けるため、結石を上流胆管へ押し上げつつ、バルーンを拡張させた際に、膵管ステントがバルーンにより上流膵管へ押し上げられて膵管ステントが迷入した。この段階ではプレカットを含む乳頭処置の影響で膵管口へのアプローチが困難であったため、迷入した膵管ステントの抜去は行わなかった。2日後に再度ERCPを行い、EPBD (膵管口拡張)を施行後、結石除去用バルーンを用いて膵管ステントを乳頭側に引き出し、迷入ステントを抜去した。

【考察】膵管ステント留置後に、拡張させたEPLBD用バルーンを上流胆管へ押し上げる操作を行う場合は、膵管ステントを迷入させる可能性があることを認識し、手技をより慎重に行う必要がある。

22 当院で経験した膵管ステント迷入の4例

藤枝市立総合病院 消化器内科

○大嶋昭彦、吉井重人、景岡正信、寺井智宏、星野弘典、稲垣圭佑、
佐藤大輝、馬場皓大、丸山保彦

【はじめに】膵管ステントの迷入は稀ではあるが、迷入してしまうと回収に難渋することも少なくない。そこで当院で経験した膵管ステント迷入症例を検討した。

【対象】2019年1月～2022年8月において膵管ステントを留置した症例は74例あり、自然迷入症例(ステントの近位端がわずかに十二指腸内に見えているものも迷入に含め、抜去に伴う迷入は除いた)は4例あった。

【結果】平均年齢は79歳、全例男性で膵石を伴う慢性膵炎治療目的であった。主乳頭アプローチが2例、副乳頭が2例。乳頭処置を行ったものは1例。使用したステントはすべてGeenen (COOK) 両側フラップ付きのストレートタイプ 5Fr 12cmで、挿入時は近位端のフラップはいずれも十二指腸管腔内に視認できていた。平均留置期間は89.5日、ステントの一部が見えている不完全な迷入が3例、完全に迷入が1例であった。全例回収に成功し、その方法はスネア、バルーン、生検鉗子と様々であった。

【考察】膵管ステント迷入症例は5.4%、いずれも慢性膵炎の症例であった。4例の症例報告であるため、今後の症例蓄積による検討を要するが、慢性膵炎に対するステント治療は、ステントの種類、置き方、抜去のタイミングなど注意が必要と思われる。

【結語】当院でのステント迷入症例は慢性膵炎のステント治療症例であり、迷入防止の工夫が今後の課題である。

24 重症急性膵炎被包化壊死(WON)に対して経胃的/経皮的内視鏡的ネクロセクトミーを行った1例

藤枝市立総合病院 消化器内科

○景岡正信、吉井重人、大嶋昭彦、寺井智宏、星野弘典、稲垣圭佑、
佐藤大輝、馬場皓大、丸山保彦

【症例】54歳男性。腹痛を主訴に救急外来受診。CTにて膵頭部主体の壊死を認め重症急性膵炎の診断にて当科入院。大量補液とともに経腸栄養も導入したが炎症は急速に骨盤腔まで進展。さらにWONを形成し感染のコントロールが困難なためEUS下に経胃的膵液ドレナージを施行。膵液内容中の膵アミラーゼが著明高値からdisconnected pancreatic duct syndrome (DPDS)と考えられた。そのため膵液漏に対する膵管ドレナージ目的でERCPを施行したが十二指腸下部周囲はWONにより狭窄しており主乳頭を認識できずドレナージは不成功。骨盤腔まで進展するWONに対しては経皮的膵液ドレナージを追加。経胃的および経皮的に瘻孔を通して内視鏡的ネクロセクトミーを繰り返した。その後前上脛十二指腸動脈、脾動脈、胃十二指腸動脈、中結腸動脈のそれぞれ仮性動脈瘤破裂にてショックとなり、いずれもTAEにて止血したが第121病日に敗血症にて死亡された。

【考察】DPDSによる膵液漏が広範に進展するWONの原因となり、またWONによる十二指腸狭窄のため経乳頭の膵管ドレナージが不成功となり膵液漏のコントロールがつかず仮性動脈破裂を繰り返したと考えられた。またWONが広範であるため経胃的/経皮的内視鏡的ネクロセクトミーを繰り返しても感染を完全にコントロールできなかった。したがって膵液漏のコントロールは重要でありDPDSに対する膵管ドレナージはより早期に行う必要がある。

25 超音波内視鏡下腹腔神経叢破壊術 (EUS-CPN) が著効した膵体部癌の一例

岡波総合病院 消化器内科

○前川有里、今井 元、入 彩加

【背景】腹腔神経叢破壊術 (CPN) は、腹腔動脈根部周囲の腹腔神経叢を破壊することにより上腹部内臓痛を減弱する目的で行われる疼痛緩和治療である。CTガイド下や体外式エコーガイド下に行われていたが、1996年に超音波内視鏡下でのCPNが報告され、短時間で安定した処置が行えるようになった。当院では癌性疼痛において、十分な麻薬投与下でもコントロール困難な症例等でEUS-CPN施行している。

【症例】66歳女性。主訴：背部痛、既往歴：なし、家族歴：なし。現病歴：X年12月に膵体部癌・肝転移と診断され、mFOLFIRINOX療法が開始、背部痛に対してオピオイド導入された。X+1年5月にProgressive Disease (PD) となり、GEM+nab-PTXが開始された。同時期から背部痛の増悪を認め、オピオイド増量したが効果は乏しく、また増量による吐気・眠気が強かったため、EUS-CPNを施行した。手技に伴う合併症はなく、施行前はオキシコドンベースで80mg/day使用し、VAS (Visual Analogue Scale) 9点だったが、施行後7日にはVAS2点まで疼痛軽減し、施行後21日目にはオキシコドン40mg/dayまで減量することができた。

【考察】EUS-CPNは比較的安全な手技で、除痛効果は51-89%と良好な成績が報告されている。当院では6例実施しており、良好な成績であり、薬剤コントロールが困難な症例においてCPNは選択肢の一つと考えられる。EUS-CPNの安全性や有効性について若干の論文と当院での経験も含めて報告する。

その他

26 強直性脊椎炎の経過中に多彩な消化器疾患を発症した HLA-B27陽性の1例

済生会松阪総合病院 内科

○紅林真理絵、橋本章、河内瑞季、小野隆裕、田原雄一、
黒田直起、吉澤尚彦、青木雅俊、福家洋之、河侯浩之、脇田喜弘、
清水敦哉

【症例】70歳代、男性。30年以上より強直性脊椎炎。半年前より非特異的腸炎で通院中。灰白便、褐色尿を認め受診した。【経過】血液検査で肝胆系酵素および炎症値上昇、CTで肝内胆管拡張、胆嚢腫大、膵頭部に限局した軽度の膵腫大、嚢胞を認めた。ERCPでは下部総胆管に限局した著明な狭窄を認め、膵管狭窄は認めなかった。胆汁細胞診、胆管擦過細胞診、後日施行した胆道鏡下胆管生検いずれも腫瘍細胞は認めなかった。IgG4は正常だった。EUSでは膵頭部にびまん性低エコー域を呈し、同部位に対しFNAを施行するも線維化を認めただけだった。以上より、腸炎の炎症波及による胆管狭窄と診断した。なお、経過中に血便を認め、下部消化管内視鏡検査を施行。全大腸に粘膜粗造、血管透見低下を認め、病理所見も併せ潰瘍性大腸炎（軽症）と診断した。さらに、内視鏡的胆道ドレナージ施行後に肝胆系酵素の再上昇を認め、肝生検を施行、ERCでの不整な胆管像を併せて原発性硬化性胆管炎と診断した。前記経過のため、腸炎は2型自己免疫性腸炎を疑った。PSL30mg/日で開始後、胆管狭窄は改善し現在はPSL漸減中である。ステロイドに効果があったことから自己免疫性腸炎は正確診断となった。後日、HLA-B27陽性が判明した。【考察】強直性脊椎炎の経過中に、潰瘍性大腸炎、自己免疫性腸炎、原発性硬化性胆管炎を発症したHLA-B27陽性例を経験したため報告する。

27 治療方針の決定に超音波内視鏡下針生検が有用であった難治性腹水の1例

JA 岐阜厚生連 掛斐厚生病院 消化器内科

○馬淵正敏、宇野由佳里、中村博式、足立政治、島崎 信、西脇伸二

【症例】56歳、男性【主訴】腹部膨満【現病歴】当院受診の2週前から腹部膨満を自覚し、近医を受診。腹部超音波検査所見からアルコール性肝硬変による腹水と診断され、利尿剤を投与されたが、改善しないため当院を紹介受診、精査加療目的で入院となった。【入院後経過】造影CTで多量の腹水を認めたが、肝硬変、脾腫、門脈血栓は認めなかった。腹膜に小結節病変が散見された。腹水は滲出性、細胞数は多かったが、細胞診は陰性であった。上・下部消化管内視鏡検査では明らかな悪性病変を認めなかった。ダブルバルーン小腸内視鏡検査を施行したが、全小腸の観察は困難であり、観察範囲内に明らかな悪性病変を認めなかった。【EUS下針生検】胃内走査で多量の腹水中に浮遊する低エコーの構造物を認めた。肥厚した腹膜と考え、経胃的に22G EUS-FNA針で穿刺し、組織検体の採取が可能であった。また、同時に腹水の再採取もおこなった。腹水中の細胞診検査は再度陰性であったが、腹膜から採取した検体に於いて腹膜結合組織内に異型の強い腺細胞を認め、免疫化学染色をおこない、腺癌の診断を得た。【経過】原発巣、病変進展検索を目的にPET-CTを施行したが、腹膜以外に異常集積を認めず、原発不明癌（腺癌）の腹膜播種と診断し、化学療法を開始した。【結語】癌性腹膜炎が疑われる診断困難例に対して、腹膜に対するEUS下針生検は組織検体の採取可能であり、免疫化学染色も可能であった。

28 LCIを使用した検診車による胃がん検診 ～H.pylori感染胃炎診断のとりくみ～

医療法人社団聡誠会 池田病院 消化器外科¹⁾、

医療法人社団聡誠会 池田病院 内科²⁾

○池田 聡¹⁾、飯野正敏¹⁾、岡村博文²⁾、池田 誠¹⁾

【目的】当院では2008年より世界初の経鼻内視鏡検診車にて、工場・事業所などにおける出張内視鏡検診を行い、早期胃がんの発見のみならず、H.p感染胃炎の診断、感染検査・除菌治療への誘導・萎縮性胃炎の経過観察の実施を模索してきた。今回富士フィルムのLCI (Linked Color Imaging) 診断を用い有用性を検討した。

【方法】検診車で事業所に赴き、一日50名の対象者に内視鏡検診を行う。H.p感染胃炎については、今まで“胃炎の京部分類”から診断、近医などへ紹介し呼吸検査や除菌療法を勧めていた。LCIを搭載した内視鏡システムを検診車に導入。対象者850名に対しLCIでのH.p感染胃炎診断可能であった症例を検討する。

【結果】特殊光 (BLI・LCI) を用いた経鼻内視鏡胃がん検診では、早期胃がんも発見されやすい。LCI観察での萎縮・びまん発赤などH.p感染胃炎診断が得られやすい。LCIの色調変化によりH.p感染胃炎診断が受診者への説得力となり、今回の検診でもより鮮明にH.p感染疑いとし除菌誘導可能症例が10例以上認められた。

【結語】事業所に内視鏡検診車で起き、忙しく医療機関になかなか受診できない方々に楽で安全・精度の高い内視鏡検査を提供する。胃がんのリスクであるH.p感染胃炎の診断についてLCI画像を提示することにより、H.p感染検査・除菌へのより強い動機付け・勧誘が行うことができた。

29 経食道的EUS下ドレナージが有効であった気管支原性嚢胞の1例

愛知医科大学 肝胆膵内科¹⁾、愛知医科大学 呼吸器外科²⁾

○北野礼奈¹⁾、井上匡央¹⁾、沼波宏樹²⁾、指宿麻悠¹⁾、坂本和賢¹⁾、

木本 慧¹⁾、小林佑次¹⁾、角田圭雄¹⁾、中出幸臣¹⁾、伊藤清顕¹⁾、

米田政志¹⁾

【症例】28歳、女性。既往に気管支原性嚢胞があり、当院呼吸器外科にて経過観察中であった。呼吸困難と発熱を主訴に受診した。受診時のバイタルサインは心拍数125回/分、血圧88/64 mmhg、体温37.7℃、SpO₂ 93% (room air)であった。仰臥位は困難で、起座呼吸の状態であった。血液検査ではWBC13800/μL、CRP4.8mg/dLと炎症反応の上昇を認めた。胸部CTを施行すると、既知の中縦隔の嚢胞が57×35mmから73×57mmに増大しており、嚢胞による右肺動脈の圧排を認めた。以上の所見より、嚢胞の増大による肺高血圧症状を呈していると思われる。呼吸器外科との協議の上、経食道的EUS下ドレナージを試みる方針とした。直ちにEUSスコープを挿入し、縦隔の嚢胞性病変を同定した。引き続き19G針で経食道的に嚢胞を穿刺し、混濁した内容液を計140ml吸引した。処置中、嚢胞は縮小していき、肺動脈の圧排も解除され、それに伴い呼吸状態も安定した。バイタルサインは心拍数102回/分、血圧107/65mmhg、SpO₂ 97% (room air)と血圧、酸素化共に改善した。処置後は解熱、炎症反応の低下が得られ、CTでも嚢胞の縮小が確認された。以後再燃は認めず、処置の2か月後に嚢胞切除術が施行された。【考察】EUS下ドレナージは有用な治療法であるが、気管支原性嚢胞に対する報告は乏しい。気管支原性嚢胞に対しては外科的治療が主体だが、自験例の様な緊急処置を要する症例ではEUS下ドレナージも選択肢の一つとなり得る。