

ご 挨拶

第 78 回日本消化器内視鏡学会甲信越支部例会を担当させていただくにあたりご挨拶を申し上げます。

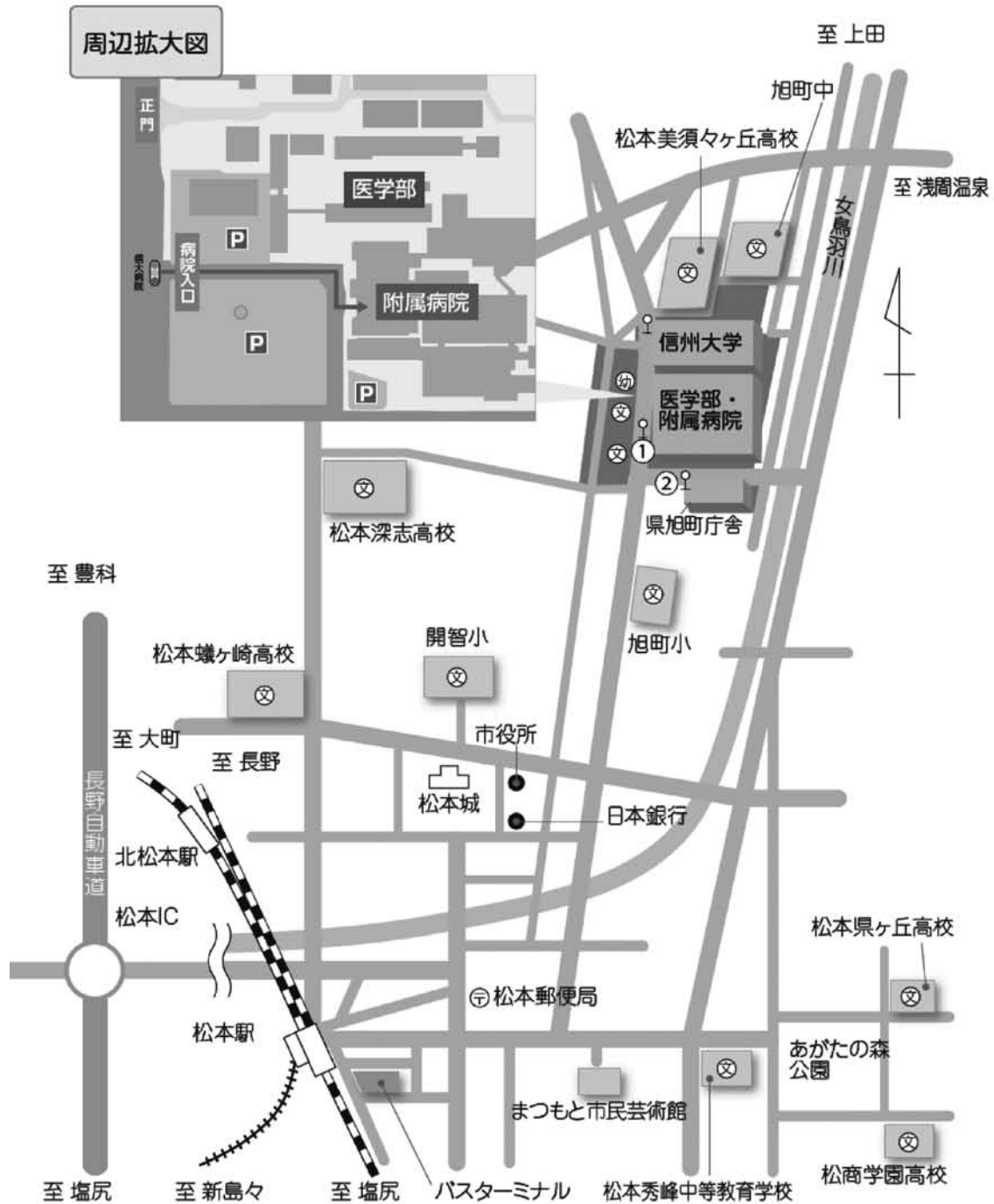
甲信越支部は今年で 50 周年を迎え、長きにわたり、甲信越支部の若手消化器内科医師の鍛錬の場として大きな役割を果たしてきました。私自身のことを思い返しても、ブルースライドで発表スライドを作成していた時代にはスライドの変更も容易では無く、確認の上で確認をしてからスライド用のフィルムを作成したにも関わらず、指導医の先生がたに直前まで手直し、修正を受け、発表用のスライドが間に合うかいつも心配していたのが昨日のこのようです。また例会当日には、容赦のない意見を受け、発表内容自体が変更されてしまうときや、時には演者そっちのけでホールで熱い議論が戦わされていたことが思い出されます。最近でもこの甲信越支部例会の良き伝統は続いていると感じることが多いですが、以前に比べて、内容の不十分な発表に対する先輩としての教育的な指摘がやや減り、「おせっかいおじさん」が減っているのでは……と感じることもあります。甲信越支部の若手医師を支部の指導員みなで教育する・育てていく・一人前にしていく……そのための最も大切な場の一つが支部例会であると今も思っています。年配の先生がたにおかれましては「コメントのしようもない……」とあきれ・黙るのではなく、何が問題でどうすればより良い内容になるのかを率直にご指摘いただけることを、また若手の先生方には、発表に場では遠慮せずに自分の考えを述べ、寄せられた意見・質問はあとでもう一度吟味して症例報告を作成する……その準備の場としていただけたらと思います。

今回は計 24 題の演題を応募いただき、卒後 5 年以内の研修医・専修医からの応募も 11 題含まれておりました。活発な討論をお願いするとともに、日本消化器内視鏡学会甲信越・北陸支部雑誌 Endoscopic Forum for digestive disease への投稿をお願いいたします。

また、今回は内視鏡学会甲信越支部 50 周年記念講演会を同時開催し、演者として日本消化器内視鏡学会会長の田尻久雄先生をお迎えすることができました。この 50 年間に思いを馳せるとともに、また次の 50 年へ向けての新たな一歩としていただけたらと思います。

第 78 回日本消化器内視鏡学会甲信越支部例会 会長
信州大学医学部附属病院内視鏡センター

新倉 則和



交通案内

バスでお越しの方

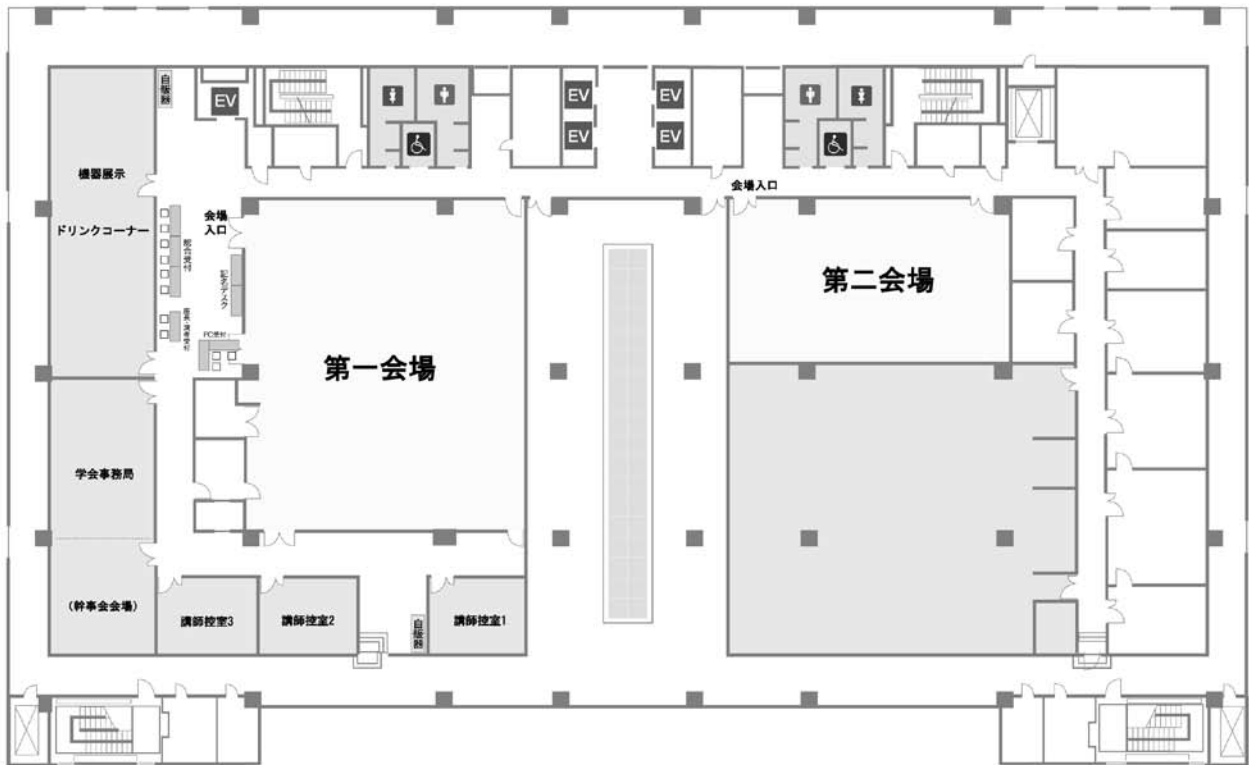
1. 松本バスターミナル（アリオ松本1階）1番線から「信大横田循環線」バスにて「信州大学前」下車
2. 「松本駅お城口」バス停から「北市内線」バスにて「信大病院南口」下車

お車でお越しの方

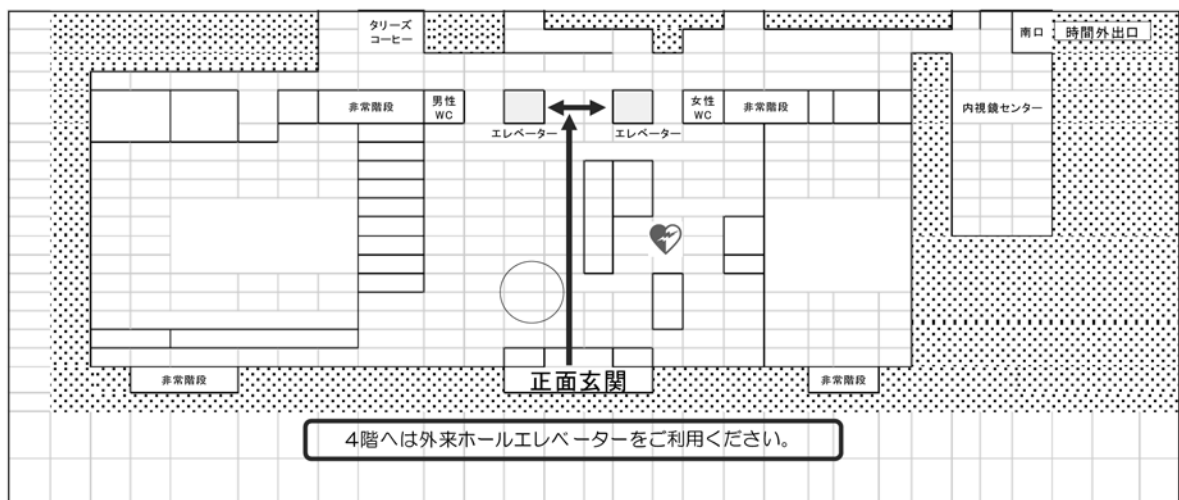
信州大学医学部附属病院駐車場をご利用ください。（利用料金：1回100円）

会場案内図

外来棟 4階 例会会場



外来棟 1階



学会発表および質疑応答についてのお願い

支部例会へ参加される先生方へのご案内

1. 当日会場整理費として1,000円を徴収させていただきます。
 2. 参加者には消化器内視鏡学会甲信越支部例会参加証をお渡しします。参加証は専門医の申請・更新に必要ですので大切に保管してください。
 3. 日本消化器内視鏡学会甲信越支部例会として、卒後5年までの先生がたの演題から優秀演題2演題を支部評議員の投票にて選出し、閉会の挨拶の際に表彰を行います。また、卒後6年目以降の先生方の演題から優秀演題2演題を選出し、次回の例会の際に表彰します。
 4. 発表に対して質問およびコメントのある場合にはあらかじめ会場に設置してあるマイクの前でお待ちください。
 5. 原則として演者への謝辞は不要です。
- ※ 前もって送付された抄録集をお持ちの先生方は学会出席時にはご持参ください。

座長の先生方へのご案内

1. 予定時間の30分前までに受け付けをお済ませください。
2. 進行を円滑にするために演題名などは省略し、実質的な討論に時間を配分できるようご配慮をお願いいたします。

演者の先生方へのご案内

◎発表について

1. 演題の発表時間は5分、討論時間は3分です。
2. コンピュータによるプレゼンテーション（1面）に限ります。
3. 発表の30分前までに、PC受付にお寄り頂き、コンピュータまたはメディア（CD-R あるいはUSBメモリー）の動作を確認してください。
4. 用意しておりますコンピュータのOSとアプリケーションは以下のとおりです。

OS：Windows XP, Vista, 2007, 2010

アプリケーション：Microsoft PowerPoint 2003, 2007, 2010

Macintosh版PowerPointで作成した場合、Windows版PowerPointでデータを開いたときに画像データが表示されないことがあります。必ずWindows版PowerPointで試写をしたうえでデータをお持ちください。

また、万が一に備え、Macintosh本体のご持参をお願いします。

3. フォントにおける不具合を避けるために、下記の OS 標準フォントをお使いください。
日本語：MSゴシック、MS Pゴシック、MS明朝、MS P明朝
英語：Arial Black、Century Gothic、Times New Roman
4. データを保存する際、ご使用の「PowerPoint」のバージョンをご確認ください。お持ちいただくメディアには、発表に使用するファイルのみ記録してください。万一のトラブルに備え、バックアップデータを記録したメディアをご用意ください。
6. 動画ファイルなどスライドにリンクするファイルは、1つのフォルダに入れてください。動画ファイルは Windows Media Player にて再生可能なものに限りです。
7. 会場のスクリーンは「16：9」となっております。スライドの作成時に、ページ設定で「16：9」に設定していただきますとスクリーン全面に投影されます。なお、画面設定を「4：3」とした場合にはスライドの両サイドが黒く表示されますので予めご了承ください。
8. 演者は前の演者が口演を開始後に自演者席へお着き下さい。
9. 演者および共同演者は、研修医を除いて日本消化器内視鏡学会会員に限りです。未入会のかたは入会手続きをお願いいたします。
10. 最新のウイルス駆除ソフトを使用し、事前に忘れずにチェックを行ってください。
11. ご自身のコンピュータを持参される場合には、電源アダプターを忘れずにお持ちください。省電力設定はあらかじめ解除してください。外部出力端子は MiniD-sub 15 ピンとなります。Macintosh などパソコン本体に MiniD-sub 15 ピン端子がない機種をお持ちになる場合には、変換アダプターを忘れずにお持ちください。

◎日本消化器内視鏡学会甲信越・北陸支部雑誌 ENDOSCOPIC FORUM for digestive disease への投稿をお願いいたします。締め切りは平成 27 年 8 月末です。

合同評議員懇親会 & 甲信越支部 50 周年記念式典のご案内

日時：平成 27 年 6 月 6 日 (土) 19：30～

会場：ホテルブエナビスタ 3 階「グランデ」

〒390-0814 松本市本庄 1-2-1 Tel: 0263-37-0111

会費：評議員 5,000 円、一般会員 2,000 円

懇親会会場受付にてお支払ください。

(会場への移動には自家用車ないしタクシーをご使用ください)

第 78 回 日本消化器内視鏡学会甲信越支部例会 タイムスケジュール（平成 27 年 6 月 7 日）

開会の挨拶 8:00~8:10 会長 新倉 則和

第一会場（大会議室）	演題	時間	座長
プレナリー（Ⅰ）	1~5	8:10~8:50	高橋 亜希子 (佐久総合病院佐久医療センター内視鏡内科)
プレナリー（Ⅱ）	6~8	8:50~9:14	河口 賀彦 (山梨大学医学部第一外科)
プレナリー（Ⅲ）	9~11	9:14~9:38	横山 純二 (新潟大学医歯学総合病院消化器内科)
食道・胃	12~15	9:38~10:10	橋本 哲 (新潟大学医歯学総合病院光学医療診療部)
大腸	16~18	10:10~10:34	山口 達也 (山梨大学医学部第一内科)

日本消化器内視鏡学会甲信越支部 50 周年記念講演会

10:45~11:30

「日本消化器内視鏡学会の現状と今後の進むべき道」

田尻 久雄 先生 日本消化器内視鏡学会理事長 / 東京慈恵会医科大学消化器・肝臓内科

司会 佐藤 公 日本消化器内視鏡学会甲信越支部支部長 / 山梨大学消化器内科・光学医療診療部

評議員会 11:40~12:10

総会・表彰式 12:15~12:45

胆・その他 19~24 12:50~13:38 伊藤 哲也
(信州大学医学部第二内科)

開会の挨拶 13:40~13:45 会長 新倉 則和

第二会場（中会議室）

ミニレクチャー（ランチョンセミナー） 11:40~12:10 中村 直
岩谷 勇吾 信州大学医学部第二内科 (安曇野赤十字病院消化器内科)

プログラム

第一会場

プレナリー（Ⅰ） 8：10～8：50

座長 高橋 亜希子（佐久総合病院佐久医療センター内視鏡内科）

- 1 生検施行前の状態を観察し得た胃底腺型胃癌の一例
長野県立須坂病院 内科 佐藤 幸一
- 2 家族性大腸腺腫症に合併し ESD を施行した表層置換型胃底腺型胃癌の 1 例
佐久総合病院 佐久医療センター 内視鏡内科 古川 龍太郎
- 3 家族性大腸腺腫症の胃に発生した胃幽門腺型腺腫の一例
下越病院 岩田 真弥
- 4 最近経験した胃石症の 3 例 成因および内視鏡的処置法の検討
新潟大学 医歯学総合研究科 消化器内科学分野 小川 光平
- 5 幽門前庭部領域に発生した H. pylori 未感染分化型早期胃癌の 1 例
新潟大学医歯学総合病院 消化器内科 川田 雄三

プレナリー（Ⅱ） 8：50～9：14

座長 河口 賀彦（山梨大学医学部第一外科）

- 6 24 年後の再発が疑われた若年女性 Schönlein-Henoch 症候群の 1 例
済生会新潟第二病院 消化器内科 木村 明日香
- 7 PPI 長期内服中に発症した食道・十二指腸潰瘍に対し P-CAB が有効であった 1 例
山梨大学医学部附属病院 第一内科 今川 直人
- 8 誤飲 PTP による十二指腸穿通の一例
山梨県立中央病院 消化器内科 浜田 朋弥

プレナリー（Ⅲ） 9：14～9：38

座長 横山 純二（新潟大学医歯学総合病院消化器内科）

- 9 明瞭な Mucosal tears をともなった collagenous colitis の一例
飯田市立病院 消化器内科 毛涯 秀一
- 10 高熱と水様下痢で発症した、鑑別困難な中年女性の多発結腸潰瘍の 1 例
済生会新潟第二病院 消化器内科 高 昌良
- 11 健診発見膵癌 9 例の検討
諏訪赤十字病院 消化器内科 水澤 舞

食道・胃 9:38~10:10

座長 橋本 哲 (新潟大学医歯学総合病院光学医療診療部)

- 12 進行胸部中部食道扁平上皮癌に表在型バレット腺癌を合併した一例
長野市民病院 消化器内科 山崎 智生
- 13 H.pylori. 除菌後6年を経て発見され、Barrett 腺癌が疑われた一例
長野市民病院 消化器内科 小林 聡
- 14 PPI内服により扁平上皮に被覆され、その後急速な増大を呈したバレット食道癌の1例
長野市民病院 消化器内科 岩谷 勇吾
- 15 当院でのLECS（腹腔鏡・内視鏡合同手術）の経験
諏訪中央病院 外科 小松 健一

大腸 10:10~10:34

座長 山口 達也 (山梨大学医学部第一内科)

- 16 検診での便潜血陽性患者から発見された大腸癌症例の検討
山梨県厚生連健康管理センター 三浦 美香
- 17 悪性黒色腫との鑑別に苦慮した直腸病変の一例
丸子中央病院 内科 中島 恒夫
- 18 イレウスを繰り返す巨大結腸症に対して経皮的内視鏡下盲腸瘻(PEC)を施行した1例
国立病院機構まつもと医療センター松本病院 宮林 秀晴

日本消化器内視鏡学会甲信越支部50周年記念講演会 10:45~11:30

「日本消化器内視鏡学会の現状と今後の進むべき道」

田尻 久雄 先生 日本消化器内視鏡学会理事長 / 東京慈恵会医科大学消化器・肝臓内科

司会 佐藤 公 日本消化器内視鏡学会甲信越支部支部長 / 山梨大学消化器内科・光学医療診療部

胆・その他 12:50~13:38

座長 伊藤 哲也 (信州大学医学部第二内科)

- 19 経口胆道鏡で経過を追えた intraductal papillary neoplasm of the extrahepatic bile duct (IPNB) の 1 例
山梨大学 医学部 第一内科 深澤 佳満
- 20 胆管閉塞を伴う十二指腸ステントの検討
新潟市民病院 五十嵐 俊三
- 21 重複癌を認めた膵・胆管合流異常の 1 例
飯田市立病院 総合内科 白旗 久美子
- 22 Over The Scope Clip (OTSC) で内視鏡的に瘻孔閉鎖した胆嚢結腸瘻の一例
厚生連長岡中央総合病院 消化器病センター 内科 岡 宏充
- 23 当院における EUS ガイド下ランデブー法の経験
佐久総合病院 佐久医療センター 消化器内科 比佐 岳史
- 24 網嚢に局限した腹水貯留に対する超音波内視鏡下ドレナージの経験
新潟県立がんセンター新潟病院 内科 塩路 和彦

第二会場

ミニレクチャー (ランチョンセミナー) 11:40~12:10

座長 中村 直 (安曇野赤十字病院消化器内科)

岩谷 勇吾 信州大学医学部第二内科

一 般 演 題

1 生検施行前の状態を観察し得た胃底腺型胃癌の一例

佐藤 幸一¹⁾、三枝 久能²⁾、徳竹 康二郎³⁾、下平 和久¹⁾、野沢 祐一¹⁾、植原 啓之¹⁾、赤松 泰次¹⁾
¹⁾長野県立須坂病院 内科、²⁾JA 長野厚生連篠ノ井総合病院 消化器科、³⁾長野赤十字病院 消化器内科

症例は40歳代男性。2014年6月、背部痛を主訴に当院を受診した。上部消化管内視鏡検査を行ったところ、胃体上部大弯に淡い黒色調を示すなだらかな扁平隆起性病変を認めた。生検で高分化型腺癌と診断され、超音波内視鏡検査で粘膜下層浸潤の可能性を指摘されたが、十分な Inform の上、ESDにて一括切除を行った。病理学的には一部に中分化型腺癌を混在した高分化型腺癌であり、胃底腺型胃癌と考えられた。腫瘍組織は1000 μ mを超えて粘膜下層へ浸潤しており、また、脈管侵襲を認めた。追加治療として胃全摘術を行ったが、腫瘍の遺残を認めなかった。本症例では2014年2月の人間ドックでの上部消化管内視鏡検査時に同病変の存在は指摘され、NBI拡大観察をされていた。胃底腺型胃癌は生検で診断されることが多く、生検施行前の状態で詳細な拡大観察を行った報告は少ないと考え、NBI拡大観察の所見を中心に報告する。

2 家族性大腸腺腫症に合併し ESD を施行した表層置換型胃底腺型胃癌の1例

古川 龍太郎、小山 恒男、高橋 亜紀子、依光 展和、永田 充
佐久総合病院 佐久医療センター 内視鏡内科

症例は30代女性。父が家族性大腸腺腫症(FAP)の診断で大腸全摘術を受けた。20代で脳髄芽腫、30代で、進行S状結腸癌、進行直腸癌を伴うFAPの診断にてtotal colectomyが施行された。前医にて、体部大弯を中心とする多数の胃底腺ポリープと体上部大弯の0-IIa早期胃癌が発見され、ESDが施行された。最終診断は胃型形質の低異型度高分化型粘膜内癌であった。その際、穹隆部にも胃癌が発見されたが、ESD困難部位であり腹腔鏡・内視鏡合同手術(LECS)目的で紹介された。体上部大弯前壁に胃底腺ポリープと比較して白色領域を認め、WLIでは境界は不明瞭であったが、NBIでは境界明瞭な褪色域であった。NBI拡大観察にて胃底腺ポリープ領域には規則正しいpit様構造を認めたが、病変部では密度の高い不整なvilli様構造を認めた。また、その後壁側に白色調で境界明瞭な陥凹があり、同様に高密度なvilli様構造を認めた。以上から、FAPに発生した同時多発胃癌と診断し、隆起部、陥凹部をそれぞれESDにて一括切除した。組織学的には胃底腺類似腺管と腺窩上皮の不整分岐を認め、隆起部では腺管の拡張を伴っていた。免疫染色では、MUC5ACは表層で、MUC6は腺頸部で陽性、MUC2は陰性、Pepsinogen Iは陽性であった。p53は陰性、Ki67は一部の隆起で陽性を示した。最終診断はAdenocarcinoma (tub1, low grade, fundic gland type) in gastric-type adenomaであった。近年FAPに合併した胃癌報告が散見されるが、内視鏡所見の詳細な検討を行った報告は少ない。本例は拡大内視鏡観察にて、診断が可能であり、文献的検討を加えて報告する。

3 家族性大腸腺腫症の胃に発生した胃幽門腺型腺腫の一例

岩田 真弥¹⁾、山川 良一¹⁾、河内 邦裕¹⁾、渡辺 玄²⁾

¹⁾下越病院、²⁾新潟大学大学院医歯学総合研究科 分子・診断病理学分野

症例は30歳代女性。家族性大腸腺腫症のため2004年にA病院で大腸全摘を施行し、その後B病院で化学療法による治療を受けていた。2013年5月に当院にて健診の上部消化管内視鏡検査を施行したところ胃に多発する胃底腺ポリープを認めた。また他のポリープと比べて大きく褪色调で表面に凹凸のある結節状の隆起性病変を1個認め、生検にて幽門腺型腺腫の診断となった。後日、幽門腺型腺腫に対して粘膜下層剥離術を施行した。病変は低異型度の幽門腺型腺腫で、背景には胃底腺型ポリープが多発していた。胃腺腫の多くは腸型の形質を発現するもので、幽門腺型腺腫は珍しいとされており、文献的考察を交えて報告する。

4 最近経験した胃石症の3例 成因および内視鏡的処置法の検討

小川 光平¹⁾、水野 研一¹⁾、品川 陽子¹⁾、林 和直¹⁾、上村 顕也¹⁾、阿部 寛幸¹⁾、竹内 学¹⁾、

小林 正明¹⁾、小林 英之²⁾、津野 吉裕²⁾、寺井 崇二¹⁾

¹⁾新潟大学 医歯学総合研究科 消化器内科学分野、²⁾水原郷病院

今回内視鏡的溶解療法および内視鏡的破碎術を併用した胃石の3症例を経験したので報告する。症例1は63歳女性。近医にて径5CM大の胃石を指摘された。本症例では事前にコカ・コーラによる結石溶解療法を併用したため胃石の軟化が得られ破碎術が比較的容易であった。回収した胃石の成分は98%以上がタンニンで1年前より愛飲していた青汁にもタンニン含有量が多いことが確認され胃石発症の成因と考えられた。症例2は70歳男性。幽門側胃切除後の経過観察中に前医にて径5CM大の胃石を指摘された。本症例では内視鏡的破碎処置前に胃石の一部を採取して各種炭酸飲料（計7種類：商品名コカ・コーラ、ペプシネックス、ジンジャーエールカナダドライ、炭酸水カナダドライ、ドクターベッパ、三ツ矢サイダー、オロナミンC）で溶解性を評価し、ジンジャーエールでの溶解性が高いことを確認した。前日と当日にジンジャーエール500mlを飲用し、胃石の軟化が得られ容易に施行できた。本例も胃石の成分はタンニンであり、食習慣として柿を1日2~3個摂取していたことが成因と考えられた。症例3は80歳男性。胃部不快感の主訴で径4CM大の胃石を指摘された。症例2と同様に各種炭酸飲料で溶解性を評価したが、いずれも無効であった。症例2で有効だったジンジャーエールを飲用したが胃石の軟化は得られず内視鏡的破碎術単独で治療した。本症例も食習慣より柿胃石と考えられた。胃石に対する溶解療法はその効果の有無や有効な炭酸飲料の種類など様々な報告がある。そのため内視鏡的破碎術前に溶解性を確認することにより効率の良い処置が実践し得ると考えられた。

5 幽門前庭部領域に発生した H. pylori 未感染分化型早期胃癌の 1 例

川田 雄三¹⁾、橋本 哲¹⁾、井上 良介¹⁾、渡邊 ゆかり¹⁾、水野 研一¹⁾、高村 昌昭¹⁾、竹内 学¹⁾、佐藤 祐一²⁾、
小林 正明²⁾、渡辺 玄³⁾、味岡 洋一³⁾、寺井 崇二¹⁾

¹⁾新潟大学医歯学総合病院 消化器内科、²⁾新潟大学医歯学総合病院 光学医療診療部、

³⁾新潟大学大学院医歯学総合研究科 分子診断病理学分野

患者は 70 歳台女性。自覚症状なし。既往歴および家族歴に特記事項なし。H. pylori 除菌治療歴なし。膜性腎症および糖尿病にて当院腎臓内科に通院中、悪性腫瘍スクリーニング目的に 2012 年 8 月に上部内視鏡検査 (以下 EGD) を施行された。胃前庭部大弯に隆起性病変を認め、生検で Group 5 (tub1) の診断であり、ESD 目的に 2013 年 2 月当科へ入院した。身長 148cm、体重 48kg。胸腹部に異常所見なし。血清 H. pylori 抗体陰性 (<3.0)、H. pylori 便中抗原陰性。EGD では、胃粘膜に萎縮性変化はなく、体部に regular arrangement of collecting venules および胃底腺ポリープを認めた。前庭部大弯に軽度発赤した約 8mm の丈の低い隆起性病変を認め、中心部はわずかに陥凹し、同部は NBI 拡大観察で、周囲と異なる腺管の配列不整を示した。病変は ESD にて一括切除された。病理組織診断は、Adenocarcinoma (tub1), m, ly0, v0, LM0, VM0, 0-IIa, 7 x 6 mm, L, Gre の結果であった。癌の粘液形質は、MUC5AC、MUC6、MUC2、CD10、CDX2 陽性の胃腸混合型であった。癌周囲は萎縮のない幽門腺粘膜であった。H. pylori 未感染分化型早期胃癌は、胃底腺粘膜に発生し、胃型粘液形質を優位に発現することが多い。本症例のように幽門前庭部に発生した症例は稀であり、文献的考察を含めて報告する。

6 24年後の再発が疑われた若年女性 Schönlein-Henoch 症候群の1例

木村 明日香¹⁾、本間 照¹⁾、渡邊 貴之¹⁾、野澤 優一郎¹⁾、佐野 知江¹⁾、阿部 聡司¹⁾、岩永 明人¹⁾、関 慶一¹⁾、石川 達¹⁾、石原 法子²⁾、吉田 俊明¹⁾

¹⁾ 済生会新潟第二病院 消化器内科、²⁾ 済生会新潟第二病院 病理診断科

症例は29歳女性、主訴は心窩部痛。双極性障害(10か月前に3か月間他院入院、以降抗うつ薬、抗不安薬内服中)の既往あり。1週間前より軽度の腹痛と嘔気、下痢が出現し、その後腹痛増強したため当院受診。心窩部痛を認めるも血液・尿・造影CT検査にて、軽度の炎症反応上昇のみと判断、鎮痛剤にて腹痛軽減したため急性胃腸炎の診断で帰宅されたが腹痛は持続し2日後当院救急搬送された。EGDにて十二指腸上十二指腸角～下降脚にかけて周囲に発赤を伴う多発びらんを認めSHSを疑った。皮膚所見は両下腿の点状発赤のみだったが、持参の写真で1mm大の隆起した鮮紅色皮疹が多発していた。初診時のCTで十二指腸水平脚～上部空腸の腸管壁肥厚を認め、病歴にて5歳時に同様の皮疹、腹痛でアレルギー性血管炎としての入院歴があった。血清IgAやXIII因子の異常を認めなかったものの十二指腸病変の病理組織所見と併せSHSと診断した。腎症状・血便を認めず、既往も考慮しステロイドは病状悪化時に用いることとし保存的治療を行った。腹痛持続したが8病日より症状軽減し15病日に退院、以降再燃なく経過している。SHSは小児に多い疾患とされるが成人発症例の報告も散見され、消化器症状の合併も多いことから成人の腹痛症の鑑別診断の1つとして重要である。自然軽快する例も多いが約半数で再発が認められる。再発は数か月以内に起こることが多く、本例のような24年後の再発は稀であり文献的考察と共に報告する。

7 PPI長期内服中に発症した食道・十二指腸潰瘍に対しP-CABが有効であった1例

今川 直人、田中 佳祐、川上 智、久野 徹、津久井 雄也、小林 祥司、吉田 貴史、山口 達也、植竹 智義、佐藤 公、榎本 信幸
山梨大学医学部附属病院 第一内科

症例は67歳、女性。上部消化器症状に対して2010年よりランソプラゾール(LPZ)15mgを維持投薬され、症状は安定していた。この期間、上部内視鏡検査は施行されていなかった。2015年3月に下痢嘔吐を主訴に前医に入院。入院後3日に黒色便認めため上部消化管内視鏡を施行。全周性の食道潰瘍および十二指腸の多発潰瘍認め、精査加療目的に当院当科紹介され、転院となった。当院で施行の上部消化管内視鏡では、切歯20cmからEGJにかけての全周性に及ぶ食道潰瘍、十二指腸多発潰瘍および、十二指腸下降脚の腫瘍性病変を認め、腫瘍性病変から生検を施行した。入院後より点滴でのLPZ 30mg×2/日のを開始し、その後透視造影にて食道に穿孔や閉塞所見認めなかったため、入院後6日よりP-CAB 15mg/日に変更し治療を継続した。治療開始後2週間の内視鏡所見では食道潰瘍、十二指腸潰瘍に改善傾向が認められた。その後もP-CABの内服を継続し、潰瘍の増悪所見は認めなかった。生検結果は、免疫染色にてsynaptophysin(+),chromogranin A(+), N-CAM(+), Gastrin(+)の類円形細胞の集簇を認め、十二指腸neuroendocrine tumor(NET)の診断となった。さらに空腹時血中ガストリンは1200 pg/mlと異常高値を示しており、病理検体の結果も踏まえて、ガストリノーマに伴うZollinger Ellison症候群と診断した。現在ガストリノーマに対する局在診断および遠隔転移の検索を進めている。今回、従来のPPIの長期内服下で発症したZollinger Ellison症候群による多発潰瘍に対して、新規の胃酸分泌抑制剤であるP-CABを使用し、良好な治療効果を得た1例を経験したので、報告する。

8 誤飲 PTP による十二指腸穿孔の一例

浜田 朋弥、原井 正太、小嶋 裕一郎、高岡 慎弥、倉富 夏彦、浅川 岳士、細田 健司、鈴木 洋司、
望月 仁、小俣 政男
山梨県立中央病院 消化器内科

症例は 50 歳台男性。既往歴に過敏性腸症候群がある他、精神科的疾患を含め特記事項はなし。職業は銀行員。2015/3 腹痛を主訴に当科受診した。症状発症前日の昼食後、他の内服薬と同時に PTP (Press-Through-Package) を誤飲していた。来院時の身体所見では腹部は平坦、軟、心窩部を最強点に腹部全体に圧痛を認め、腸蠕動音はやや減弱していた。来院時の血液検査では WBC7900/ μ l、CRP6.6mg/dl と炎症反応の上昇し、造影 CT 検査を施行した所、十二指腸下行脚周囲 gloove 領域に少量の free air、下行脚から水平脚にかけて周囲の脂肪織濃度の上昇を認めた。CT では PTP を確認する事は出来なかったが、穿孔の原因として PTP である可能性が示唆されたため二酸化炭素ガス使用での緊急上部消化管内視鏡検査を施行した。胃内は残渣多量、血液成分は認めず、十二指腸下行脚乳頭同側、乳頭より肛門側に 10mm ほどの裂創を認め穿孔部位と断定した。PTP は水平脚までスコープを進めたが視認する事は出来なかった。創部に関してはクリップで縫縮し、胃管・絶飲食にて保存的加療を行い、第 4 病日 PTP の経肛門的排泄を確認した。保存的加療後第 7 病日にガストログラフィンによる十二指腸造影検査を行うと下行脚より後腹膜への造影剤の流出を認めたため再度絶食を継続とした。一般的に異物の停留部位に関しては生理的狭窄のある食道や咽頭に多いとされている。医中誌で「PTP, 十二指腸」で検索し十二指腸穿孔を来した症例は 4 例と比較的報告は少なく、稀な症例を経験したため文献的考察を加えて報告する。

9 明瞭な Mucosal tears をともなった collagenous colitis の一例

毛涯 秀一¹⁾、菅沼 孝紀¹⁾、芦原 典宏¹⁾、大工原 誠一¹⁾、木畑 稔²⁾、高橋 俊晴¹⁾、持塚 章芳¹⁾、
白旗 久美子²⁾、岡庭 信司¹⁾、中村 喜行¹⁾、尹 漢勝³⁾

¹⁾ 飯田市立病院 消化器内科、²⁾ 飯田市立病院 総合内科、³⁾ 飯田市立病院 病理診断科

背景: Collagenous colitis は 1976 年に報告された腸疾患で内視鏡所見を認めないことも多いが、近年様々な内視鏡所見が報告されている。症例: 74 歳 女性。既往歴: 糖尿病、変形性膝関節症。1 か月前から続く下痢 (水様便)、体重減少を認め近医を受診した。貧血と 3 kg /1 か月の体重減少を認めたため当院に紹介となった。下部内視鏡検査を予定し整腸剤内服にて経過観察したが、下痢症状の改善がないため 10 日後に再受診し、脱水症状も認めため入院となった。問診より 2 か月前から変形性膝関節症の疼痛に対しメロキシカム、ランソプラゾール (以下 LAZ) の内服歴が判明した。入院 2 日後にグリセリン、微温湯浣腸の前処置で下部内視鏡検査を施行した。肝彎曲部~左側横行結腸に挿入前から縦走する明瞭な Mucosal tears (横径 10mm、縦径 5cm 大) を広範囲、散在的に認め一部に出血を伴っていた。下行結腸部には細い線状潰瘍痕を認め、S 状結腸部は浮腫状の粘膜を認めた。Mucosal tear 近傍と線状潰瘍痕部より生検を行ったところ、いずれの検体からも HE 染色で上皮直下に帯状に沈着する好酸性の無構造物質を認めた。アザン染色にて好酸性の無構造物質は膠原線維束 (collagen band) と同定し、厚さが 10 μ m 以上であったため、Collagenous colitis と診断した。メロキシカム、LAZ の内服を中止し、下痢症状は 1 週間以内に軽快した。結語: LAZ 起因性 Collagenous colitis の縦走潰瘍は、辺縁整で細い線状潰瘍が特徴的との報告がある。今回、明瞭な Mucosal tears を伴った collagenous colitis の 1 例を経験したため報告する。

10 高熱と水様下痢で発症した、鑑別困難な中年女性の多発結腸潰瘍の 1 例

高 昌良¹⁾、本間 照¹⁾、岩永 明人¹⁾、阿部 聡司¹⁾、佐野 友江¹⁾、野澤 優次郎¹⁾、渡邊 貴之¹⁾、関 慶一¹⁾、
石川 達¹⁾、吉田 俊明¹⁾、石原 法子²⁾、西倉 健²⁾

¹⁾ 済生会新潟第二病院 消化器内科、²⁾ 済生会新潟第二病院 病理診断科

症例は 40 歳代、女性。4 日前に突然 39℃ の発熱あり、翌日には右側腹部痛が出現した。近医にて CRP23mg/dl、腎盂腎炎を疑われ、LVFX、CTR を投与されたが効果なく、当院へ紹介された。MEPM が投与されたが解熱せず、第 2 病日から血液混入のない水様下痢 > 20 行、臍周囲痛が増強した。便培養で有意菌は検出されず CD 毒素も陰性であった。CS は肝彎曲までの観察で、横行結腸に 1/3 周程度の大きな下掘れ潰瘍を 3 個認めた。潰瘍底の一部に深い瘻孔形成を認めた。他に小さな潰瘍や痕が横行~下行結腸に散在していた。潰瘍の配列に規則性は見出せなかった。病変部の生検病理組織では特異的所見は認めなかった。注腸造影では回盲弁は保たれ、横行~上行結腸に多発潰瘍、盲腸拡張不良がみられた。明らかな瘻孔は造影されなかった。CT では盲腸周囲に膿瘍、上行結腸に索状の瘻孔形成が疑われた。皮膚症状、眼症状、再発性口内アフタ、陰部潰瘍、血管炎、関節炎はなかった。結核菌 IFN γ 陰性、HLA-B51 陰性、CMV 抗原 C7HRP 陰性であった。5ASA、コルヒチン、エレンタールで治療を開始した。腹痛下痢は徐々に改善し、普通便 1 行となり第 21 病日退院、外来で治療継続中である。ベーチェット徴候を認めず、診断基準からは疑い症例にも該当しない。単純性腸潰瘍は腸管ベーチェットと鑑別困難な下掘れ潰瘍を呈するが、回盲弁に主病変が存在する。従って本症例はいずれとも診断できない。今後の注意深い経過観察が重要と思われる。

11 健診発見膵癌9例の検討

水澤 舞¹⁾、大野 和幸¹⁾、進士 明宏²⁾、渡辺 一弘¹⁾、小林 正和¹⁾、太田 裕志¹⁾、武川 健二¹⁾

¹⁾ 諏訪赤十字病院 消化器内科、²⁾ 諏訪赤十字病院 腫瘍内科

【目的】無症状で健診を契機に発見に至った膵癌の臨床像を検討する。【対象・方法】2010年1月~2014年12月の間に当院で外科手術を受けた膵癌症例101例のうち、健診で発見された9例を対象とした。年齢や性別、健診異常、リスク、前年度の健診歴、StageなどについてRetrospectiveに検討を行った。【結果】男性：女性=7:2、年齢は52歳から70歳で、平均年齢は63.6歳であった。全例症状はなく、健診USで異常を指摘された例が3例（尾部腫瘤指摘1例、腫瘍部の嚢胞指摘1例、膵管拡張1例）、P-AMY高値が2例、AMY高値、CA19-9高値、貧血の指摘、AFP高値がそれぞれ1例で、いずれも精査目的に当科に紹介された。このうちP-AMY上昇の1例は前年にも軽度高値で経過観察とされた。部位は頭部4例、体部4例、尾部1例で、術前Stageは4が7例、1が2例であり、最終的なStageは4が5例、3が3例、1が1例であった。9例中7例が生存しており、現時点での平均生存期間は約2年8か月であった。【考察】日本膵臓学会の膵癌登録によれば、TS1aで診断された症例は22942例中わずか189例(0.8%)と非常に少なく、今回も早期発見例はAMY高値が指摘された1例のみだった。膵癌は早期発見が非常に困難で、毎年健診を受ける方でも見つからないことは多い。しかし血液検査などで明らかな異常所見が現れる1年前から異常の前兆を来している例もあり、早期発見のためには検査データの変化の観察、画像検査が必要となる。【結語】膵癌をTS1aで診断するためには、健診でのわずかな変化に着目し、疑わしいものに対しては積極的に精査をしていくことが重要と考える。

12 進行胸部中部食道扁平上皮癌に表在型バレット腺癌を合併した一例

山崎 智生^{1,2)}、渡邊 貴之¹⁾、岩谷 勇吾¹⁾、関 亜矢子¹⁾、越知 泰英¹⁾、原 悦雄¹⁾、長谷部 修¹⁾、岩谷 舞³⁾、保坂 典子³⁾

¹⁾長野市民病院 消化器内科、²⁾信州大学医学部附属病院 消化器内科、³⁾長野市民病院 病理診断科

症例は70歳代男性。既往歴に特記事項はない。飲酒2合/日×50年、喫煙20本/日×50年の生活歴あり。弟に骨肉腫、気管支喘息の家族歴あり。2014年4月より嗝声、嚥下時違和感を自覚し近医耳鼻科を受診した。右声帯麻痺が疑われ当院耳鼻科紹介となり、精査目的に頸部～胸部造影CTが施行された。上縦隔に内部造影不領域を伴うリンパ節腫脹を複数認め症状の原因と考えられた。また胸部中部食道に偏在性の壁肥厚を認め、精査目的に当科紹介となった。初診時身体所見に特記すべき異常を認めず、血液検査ではSCC 1.9 ng/mlと軽度上昇していた。上部消化管内視鏡検査では切歯より25cmの食道左側壁に不整なIIa+IIc病変を認め、生検では高～中分化型扁平上皮癌であった。また食道胃接合部2時方向にバレット上皮の伸び出しがあり、先端部に発赤調のIIa病変を認め、生検では高分化型腺癌の診断であった。画像上遠隔臓器への明らかな転移はなく、進行胸部中部扁平上皮癌・上縦隔リンパ節転移+表在型胃食道接合部腺癌と診断した。接合部癌に対するESDを先行し、その後SCCに対して根治的化学放射線療法(CRT)を施行する方針とした。ESD病理ではadenocarcinoma, well>mod, pT1a-MM(m3), ly0, v0であり、背景にバレット粘膜を伴うバレット腺癌に矛盾しない所見であった。SCCに対してはCRTを開始し現在も化学療法を継続中である。食道扁平上皮癌とバレット腺癌の発癌リスク因子に関してはそれぞれ諸説あるが両者の合併報告は必ずしも多くない。両者のリスク因子を比較しつつ疫学的、文献的考察を交え報告する。

13 H.pylori. 除菌後6年を経て発見され、Barrett腺癌が疑われた一例

小林 聡、倉石 康弘、多田井 敏治、渡邊 貴之、関 亜矢子、越知 泰英、原 悦雄、長谷部 修
長野市民病院 消化器内科

Barrett腺癌はbarrett上皮を発生母地とし、GERD、肥満、喫煙などが発生に関与するとされている。H.pylori(HP)感染はBarrett上皮形成に抑制的に働くと考えられており、HP除菌療法はBarrett腺癌を増加させると推察されるが文献報告はない。今回我々はHP除菌後6年を経て指摘されBarrett腺癌が疑われた症例を経験したので報告する【症例】60歳代男性【既往歴】胃潰瘍、虫垂炎術後。GERD治療歴なし【生活歴】飲酒しない、喫煙30本/日【身体所見】身長167cm、体重66kg【現病歴】2007年当院での健診目的のEGDでSSBEと胃潰瘍を指摘された。生検でHP陽性が確認されたため1次除菌を行い尿素呼吸試験で除菌が確認された。その後も当院でEGDでのフォローアップが行われ、食道胃接合部2時方向にSSBEが確認されていた。2013年のEGDで食道胃接合部1時から4時方向に20mm大の0-IIa病変を認め生検で腺癌と診断された。病変は硬さと厚みがありSM浸潤も考えたが十分な説明と同意の下にESDを行う方針とした。【経過】術前の観察では腫瘍肛門側にBarrett上皮や扁平上皮島は観察されないものの胃粘膜襞の上縁より口側に存在しておりBarrett腺癌と考えた。病理結果はAdenocarcinoma,42×27mm,tub1,tub2>por,sm3,ly0,v0,HM0,VMxであったため外科手術が追加されたが腫瘍の遺残やリンパ節転移は認めなかった。ESDの組織所見では明らかなBarrett腺癌と診断する所見は認めないものの腫瘍肛門側端近傍に固有食道腺を認め、内視鏡像と合わせてBarrett腺癌が疑われた。HP除菌療法後の内視鏡検査では明らかな腫瘍は指摘されておらず除菌後に発生したBarrett腺癌と考えた。

14 PPI 内服により扁平上皮に被覆され、その後急速な増大を呈したバレット食道癌の 1 例

岩谷 勇吾^{1,2)}、山崎 智生¹⁾、渡邊 貴之¹⁾、関 亜矢子¹⁾、越知 泰英¹⁾、原 悦雄¹⁾、長谷部 修¹⁾、岩谷 舞³⁾
¹⁾長野市民病院 消化器内科、²⁾信州大学 医学部 第二内科、³⁾長野市民病院 病理診断科

症例は 70 歳代男性。2013 年 6 月に近医のドック上部消化管内視鏡検査にて下部食道右壁に潰瘍性病変を認め、生検を行ったところ低分化型扁平上皮癌と診断された。PPI を処方され精査加療目的に当院紹介となった。同年 7 月に当院にて内視鏡を施行したところ、下部食道右壁に長い伸び出しを伴うバレット食道を認めたが、潰瘍性病変は消失しており、病変が存在したと思われる部位より生検を施行したが癌は検出されなかった。CT でも周囲リンパ節の腫脹などは認めず、2 ヶ月後に内視鏡を再検した。この際も潰瘍性病変は認めず、バレット内の大きな扁平上皮島より生検を施行したが癌は検出されず、次回 1 年後に内視鏡を再検する方針となった。2015 年 1 月に内視鏡を再検したところ、下部食道右壁のバレット内に粗大な 2 型病変を認め、生検にて低分化型癌の診断となった。2 月に胸腔鏡開腹食道切除術を施行、病理診断は Lt, type2, 45x60mm, poorly diff. adenocarcinoma, pT3(Ad), INFb, ly1, v1, pN2, pR0 であった。遠隔転移は認めず、現在術後補助化学療法中である。初回生検を見直すと、前医で扁平上皮癌と診断された組織は手術材料の低分化腺癌と同じ組織と考えられた。後方視的に内視鏡画像を検討すると、前医でみられた潰瘍性病変は PPI の内服により扁平上皮に被覆されたと考えられ、1 年の短い経過で進行癌まで発育したものと考えられた。バレット食道癌は PPI 投与により扁平上皮に被覆されやすい性質を持っており、また短期間で急激に増大する症例も散見され、教訓・自戒的な観点から本症例を報告する。

15 当院での LECS（腹腔鏡・内視鏡合同手術）の経験

小松 健一、小林 義典、藤田 敏忠、高見澤 康之、上原 悠也、貝塚 真知子、山田 武男、濱口 實
諏訪中央病院 外科

症例は 66 歳女性。以前より胃弓隆部に粘膜下腫瘍 (SMT) を指摘されていた。H27 年 1 月 2 日黒色便、立ちくらみを主訴に救急受診。Hb7.4mg/dl と貧血を認めた。上部消化管内視鏡検査を行ったところ SMT の増大と、頂部に delle を形成しており易出血性であった。GIST を疑い手術適応と判断した。CT 検査では胃の内腔に突出する 3cm 大の SMT で転移所見は認めなかった。管内発育型であるため必要最小限の胃局所切除を行うことで術後の胃の変形や狭窄を予防する目的で LECS を施行した。臍部、左右鎖骨中腋肋骨弓下、側腹部の計 5 ポートで行った。肝左葉を腹側に挙上し観察したところ腫瘍は胃弓隆部前壁の漿膜面にわずかに露出しており位置は同定できた。上部消化管内視鏡処置は CO2 送気で行った。flushknife を用いて腹腔内および胃内から腫瘍を確認しながら辺縁をマーキング。粘膜切開は一部にとどめ、フラッシュナイフを通電させたまま意図的に筋層を穿孔させた。穿孔部より IT ナイフを挿入し、ブレードを胃壁全層にひっかけて通電し全層切開を行った。1/5 周程の周辺全層切開を行ったところで腹腔鏡下に腹腔内から腫瘍辺縁の認識が可能となったため、胃内腔からも観察しながら腫瘍に切り込まないように超音波凝固切開装置で腫瘍の辺縁を全周性に全層切開し腫瘍を摘出した。胃壁欠損部は自動縫合器で縫合閉鎖した。出血や胃の内腔の変形狭窄がないことを確認。腫瘍を臍創部より回収した。合併症、偶発症なく術後 7 日目に退院。摘出した検体の病理組織検査では 3.7x3.5x2.7cm 大の GIST modified-Fletcher 分類の中リスク相当であった。

16 検診での便潜血陽性患者から発見された大腸癌症例の検討

三浦 美香、大高 雅彦、花輪 充彦、北橋 敦子、今村 直樹、渡辺 一晃、廣瀬 雄一、大野 秦司、高相 和彦、依田 芳起
山梨県厚生連健康管理センター

【背景】大腸癌は早期に発見して治療すればほぼ治癒が可能であり、検診が有用な消化器癌である。今回自施設での便潜血陽性患者から発見された大腸癌症例についての検討を報告する。【結果】自施設では2013年度の大腸癌1次検診(便潜血反応検査)は73746(一般健診49647例、人間ドック24099例)を実施した。このうち要精検者数は4507例(6.1%)であり、実際に2次検診(精密検査)の精検受診者数は2904例(64.4%)であった。大腸癌発見者は89例(精検受診者数の3.06%)であった。89例の内訳は性別では男女比51:38例、年齢別では30歳代3例(精検受診者数の1.3%)、40歳代3例(同0.93%)、50歳代15例(同3.5%)、60歳代27例(同3.1%)、70歳代29例(同3.5%)、80歳代12例(同4.5%)であった。過去の便潜血反応検査受診歴では、過去1~3年間の受診が61例、5年以上前の受診が4例、今回初回が24例であった。過去1~3年間に受診歴のある61例のうち、陰性が46例、陽性が15例(受診済み4例、未受診11例)であった。【考察】便潜血反応陽性者のうち、2次検診受診率は64.4%と過去の全国での報告とほぼ一致していた。また、2次検診受診者のうち大腸癌発見率は、30歳代でも1.3の癌保有率があり、50歳代以上は各年齢層で3%を超えていた。また、過去1~3年間に便潜血反応検査受診歴のある症例のうち、前回陰性例が75.4%(46/61)であり、前回陽性例では未受診者が73.3%(11/15)を占めた。【結語】便潜血検査は簡便な検査であり、1次検査としての有用性が高いと考えられた。1次検査者を増やし、合わせて2次検査受診率の向上に努めていきたい。

17 悪性黒色腫との鑑別に苦慮した直腸病変の一例

中島 恒夫¹⁾、松澤 賢治¹⁾、沖山 葉子¹⁾、樋口 雅隆¹⁾、篠田 雅央²⁾、尾崎 一典²⁾、佐々木 裕三²⁾
¹⁾丸子中央病院 内科、²⁾丸子中央病院 外科

症例は30代男性。

既往歴に特記すべきことなし。

平成25年の健診で便潜血反応が陽性だったため、12月26日に当院を受診された。平成26年1月29日の大腸内視鏡検査で、歯状線にかかる直腸粘膜下に、悪性黒色腫を否定できない色素沈着を認めた。なお、両下肢皮膚には、母斑を含め、悪性黒色腫を疑わせる異状を認めなかった。5週間後に再検した大腸内視鏡検査で、同部に著明な変化を認めなかったものの、色素斑の形状がやや変化したような印象があった。当院でのカンファレンスの結論を踏まえ、御本人と協議した結果、悪性黒色腫を否定できないため、total biopsy 目的でESDを行う方針となった。4月30日にESDを施行した。術中所見に特記すべきことは無かった。術後経過は良好で、5月2日に退院した。

病理組織診断で、blue nevusと確定した。

消化管悪性黒色腫の症例報告は散見するが、進行癌であったり、悪性黒色腫の既往のある症例での転移病変の報告が多い。今回我々が経験した「粘膜下の色素沈着のみの平坦病変」のような報告はなく、悪性黒色腫との鑑別には苦慮した。

稀な症例であると考え、病理組織診断の結果を含め、今回報告する。

18 イレウスを繰り返す巨大結腸症に対して経皮的内視鏡下盲腸瘻 (PEC) を施行した 1 例

宮林 秀晴¹⁾、三井 健太¹⁾、奥原 禎久¹⁾、松田 賢介¹⁾、松林 潔¹⁾、古田 清²⁾、小池 祥一郎³⁾

¹⁾ 国立病院機構まつもと医療センター松本病院、²⁾ 国立病院機構まつもと医療センター松本病院 内科、

³⁾ 国立病院機構まつもと医療センター松本病院 外科

症例は 73 歳、男性。2012 年意識障害と腹痛を認め近医 K クリニックを受診。X P 上腸管ガスの貯留が著明なため、A 病院へ救急搬送された。同院での頭部 C T 上、左皮下出血を認めたが、御家族に手術希望が無く、保存的治療の方針となった。また、腹部 C T で S 状結腸捻転を疑われたが、大腸内視鏡を施行したところ通過障害は認めず巨大結腸症と診断された。人工肛門造設術を提案されたが、妻も認知症であることからストマケアが困難であると判断されガス抜きや浣腸で対応していたが時々イレウスを起こしていた。施設入所までの治療を近医である当院に依頼され転院となった。入院当初から巨大結腸症により腹満が続いており、イレウスを繰り返していたことから大腸ガス、排液のため IC の後 PEC 施行。透視下盲腸まで挿入し試験穿刺を施行。仰臥位にするとスコープが抜けてきてしまうため左側臥位にて手技を進めた。セルジンガー式胃瘻造設キットにて造設を行ったが、ダイレーターで拡張し抜去したところすぐに腸管が虚脱しデバイスの速やかな挿入が必要であった。腹部膨満に対しては盲腸瘻からガス抜き、排液を行い、腸瘻からの浣腸と液体の下剤の投与により排便コントロールを行った。その後も腹部膨満を来したためバルーンタイプの胃瘻チューブに交換。その後は腹部膨満感の頻度は少なくなった。1 ヶ月に一度の交換と、自己抜去も経験しそのたびにチューブ交換を必要とした。経管栄養とイレウスのコントロールがほぼ可能となったところで希望施設に転院となった。今後難治性の麻痺性イレウス、巨大結腸症に症状緩和のため PEC を用いる可能性がある。

19 経口胆道鏡で経過を追えた intraductal papillary neoplasm of the extrahepatic bile duct (IPNB) の1例

深澤 佳満¹⁾、進藤 浩子¹⁾、津久井 雄也¹⁾、島村 成樹¹⁾、小宮山 泰之¹⁾、深澤 光晴¹⁾、高野 伸一¹⁾、門倉 信¹⁾、高橋 英¹⁾、横田 雄大¹⁾、廣瀬 純穂¹⁾、川上 智¹⁾、佐藤 公¹⁾、川井田 博充²⁾、藤井 秀樹²⁾、榎本 信幸¹⁾

¹⁾山梨大学 医学部 第一内科、²⁾山梨大学 医学部 第一外科

症例は74歳女性。2007年より検診で総胆管拡張を指摘されている。2009年に胆嚢乳頭状腺腫で胆のう摘出術施行。2013年12月の検診で肝内胆管から総胆管の拡張を指摘され近医で精査した結果、遠位胆管に腫瘍性病変が疑われ2014年2月当科へ紹介となった。CT, MRIでは前医で指摘された腫瘍性病変は描出されずERCPでは粘液の排出を認めたことから粘液産生を伴うIPNBを疑いIDUS、胆道鏡を施行した。胆嚢管合流部よりやや乳頭側の胆管に高さ1mmほどの微小な白色乳頭状隆起を認め、生検でもIPNBと診断した。肝門部胆管にも壁肥厚を認め、生検ではBillIN1~2相当の変化を認めた。留置していたENBDの影響も考えられたため1か月後に胆道鏡再検を行ったが、前回認めた微小隆起は消失し、生検でも異型上皮は認めなかった。前回生検により病変が不明瞭となってしまったと考え、初回検査の半年後に再検目的で入院。腹部エコー、EUSで遠位胆管に不整壁肥厚、丈の低い隆起性病変が描出され、胆道鏡では同部位に低乳頭状隆起が拡がっており生検でもIPNBの診断であった。肝門部は胆道鏡では正常粘膜の所見であったが生検でコンタミネーションと思われるIPNBの検体片がみられた。遠位胆管IPNBの診断で幽門輪温存膵頭十二指腸切除術を施行。切除標本は拡張した胆管内に小結節を複数認め、組織学的には一部に粘液を有する異型細胞の乳頭状増殖を認め、免疫染色ではMUC6(+), MUC5AC(+), MUC1(-), MUC2(-), CDX2(-)で病理診断はIPNB, pancreatobiliary type, intermediate gradeであった。胆道鏡で経過を追えたIPNBの報告は少なく、貴重な症例と考え報告する。

20 胆管閉塞を伴う十二指腸ステントの検討

五十嵐 俊三、古川 浩一、小川 雅裕、大崎 暁彦、佐藤 宗広、相場 恒男、米山 靖、和栗 暢生、五十嵐 健太郎
新潟市民病院

【目的】上部消化管悪性狭窄に対する消化管ステント留置例で経過中に閉塞性黄疸を来たした症例を検討し、適応、管理について考察する。【対象と方法】2010年4月から2014年8月までに当院にて十二指腸ステントを留置した30例のうち閉塞性黄疸を来たした15例を対象とした。減黄方法、効果、有害事象、再閉塞対応について検討した。【結果】症例は膵癌6例、胆管癌3例、胆嚢癌2例、胃癌3例、十二指腸癌1例。十二指腸閉塞先行例は1例のみで他は胆管閉塞が先行した。(93.3%)十二指腸ステント留置部位は5例(35.7%)が十二指腸乳頭部を含んだ領域となった。初回胆道ドレナージ法は外科的対応1例、経乳頭的11例、経皮的2例、経胃的1例が選択され、減黄効果は12例(85.7%)で得られた。先行して胆管閉塞を内瘻化しその後十二指腸ステントを留置した症例11例は、経乳頭的に9例でプラスチックチューブステント、2例でuncovered SEM(重複あり)を使用した。全経過中にプラスチックチューブステントを留置した7例で再閉塞を認め、4例で入院治療を要する胆管炎が発生した。外科的に減黄対策を行った症例、uncovered SEM留置症例では再閉塞を認めなかった。【考察】膵胆道系の悪性狭窄は十二指腸狭窄に先立ち胆管閉塞を認めることが多い。十二指腸ステント留置の際には乳頭部が含まれる場合も多いことから、経乳頭的な処置での胆管炎防止やステント開存を得るためにはステント留置前に外科的胆道再建が確実となる。しかし手術適応がない場合は、長期間の開存が得られるuncovered EMSによる胆道ドレナージを選択することが望ましいと考えられた。

21 重複癌を認めた膵・胆管合流異常の1例

白旗 久美子¹⁾、岡庭 信司²⁾、木畑 譲¹⁾、菅沼 孝紀²⁾、持塚 章芳²⁾、高橋 俊晴²⁾、中村 喜行²⁾、堀米 直人³⁾、尹 漢勝⁴⁾、小林 翔太⁵⁾

¹⁾ 飯田市立病院 総合内科、²⁾ 飯田市立病院 消化器内科、³⁾ 飯田市立病院 外科、⁴⁾ 飯田市立病院 病理診断科、⁵⁾ 信州大学医学部付属病院 臨床検査部

症例は62歳女性。胆石発作様の腹痛で受診し、肝胆道系酵素の上昇を認めた。USおよびCTにて肝外胆管は最大24mmと拡張しており、遠位側胆管の狭窄と肝門部領域胆管に13x7mmの隆起性病変を認めた。EUSでは、肝門部領域胆管に外側高エコー層の不整を伴う腫瘤を認め、右肝動脈との境界が一部不明瞭であった。また膵・胆管合流異常と合流部直上の胆管に低エコーの限局性壁肥厚像を認めた。内視鏡的胆道ドレナージを目的にERCPを施行したところ、肝外胆管は膵管に合流しており、嚢状に拡張した肝門部領域胆管に陰影欠損を認めた。胆汁細胞診はclassⅤであった。術前に施行したIDUSでは、左右肝管分岐部より肝側には明らかな異常を認めなかった。以上より、膵・胆管合流異常(Bile duct type)に合併した肝外胆管癌と診断し、膵頭十二指腸切除術を施行した。切除標本では肝外胆管は膵管に開口しており、肝門部領域胆管に13x12mmの乳頭膨張型の腺癌を認めた。さらに、この腫瘍と離れた合流部直上の遠位側胆管に9x3mmの丈の低い腺癌を認め、EUSで指摘した低エコーの壁肥厚像に一致する病変と考えた。胆管拡張を伴う膵・胆管合流異常は、胆道癌の高危険群であり、本例のように共通管直上にも癌を伴うことがあるため、詳細な術前評価と術式の検討が必要である。

22 Over The Scope Clip (OTSC) で内視鏡的に瘻孔閉鎖した胆嚢結腸瘻の一例

岡 宏充、吉田 智彰、堂森 浩二、佐藤 明人、福原 康夫、渡辺 庄治、佐藤 知巳、富所 隆、吉川 明
厚生連長岡中央総合病院 消化器病センター 内科

症例は89歳男性。2015年2月に、発熱、意識障害で当院救急搬送された。血液検査で炎症所見は軽度だが、肝胆道系酵素の上昇あり。CTで胆嚢内および胆管内の結石ははっきりとしなかったが、胆嚢内にairを認め、胆管炎および胆嚢結腸瘻の疑いで緊急入院した。禁食・抗生剤で保存的に治療を行い、第5病日にEUS施行。下部胆管に10mm大の結石を認めたため、同日ERCP施行し、EST後に採石した。また胆管造影で胆嚢内の結石の存在および胆嚢から結腸への造影剤の流出を認め、胆嚢結腸瘻と診断した。第7病日に、CF施行し、右側横行結腸に瘻孔部を確認し、マーキングclip施行。胆嚢結腸瘻の治療方針につき家族と相談したところ、手術は希望されず、内視鏡的縫縮の方針とした。第9病日に、CF行い瘻孔部をOver The Scope Clip (OTSC) で縫縮した。第50病日にERCP再検し、胆嚢管から圧をかけて造影したが結腸への造影剤の流出は認めず、瘻孔の閉鎖を確認した。胆嚢結腸瘻に対するOTSCでの内視鏡的瘻孔縫縮は治療の一選択肢となりうると思われ、若干の文献的考察を加え報告する。

23 当院における EUS ガイド下ランデブー法の経験

比佐 岳史、桃井 環、山田 崇裕、山城 彩乃、福島 秀樹、古武 昌幸、篠原 知明、友利 彰寿
佐久総合病院 佐久医療センター 消化器内科

【目的】 経乳頭の胆管深部挿管困難例における EUS を用いたランデブー法 (EUS-RV) における当院での成績を検討すること。

【方法】 2013 年 2 月～2015 年 3 月の間、当院で試みた EUS-RV 5 例を対象に、手技成功率、手技困難性、偶発症について検討した。対象の内訳は、原因疾患：悪性遠位胆管狭窄 3 例、肝外胆管結石 2 例、穿刺胆管：B2(経食道)3 例、B3(経胃)2 例、手技回数：1 期的 3 例、2 期的 2 例 (初回に食道・肝吻合を施行)であった。手技：Curvilinear EUS および 19G 針を用いて B2 あるいは B3 を穿刺する。可及的に胆汁を吸引後、造影剤を注入し、0.025 inch-ガイドワイヤ (GW) を主乳頭を通過させ十二指腸内へ留置する。EUS スコープを抜去後、ERCP スコープを挿入する。十二指腸内の GW をスネアで把持し、鉗子口内に引き込みスコープ外に引き出す。GW に被せてカテーテルを胆管に挿入し、処置を行う。

【結果】 手技成功率は 80% (4/5) であった。手技成功の 4 例において、2 例に胆道ドレナージ、2 例に結石完全除去を行った。手技不成功の 1 例では悪性胆管狭窄部の GW 通過は可能であったがカテーテル通過が不可能であった。手技困難性では、ERCP スコープ鉗子口からの GW の引き出し時に、スコープと GW との間に摩擦による強い抵抗が生じた。EUS を用いて留置した GW にカテーテルを被せることで、スコープと GW の摩擦による抵抗が軽減し、手技がスムーズとなった。術後に出血、胆汁性腹膜炎などの偶発症は認められなかった。

【結語】 EUS-RV は安全に施行可能であった。EUS を用いて留置した GW にカテーテルを被せることで、手技がスムーズとなった。

24 網嚢に局限した腹水貯留に対する超音波内視鏡下ドレナージの経験

塩路 和彦¹⁾、青柳 智也¹⁾、栗田 聡¹⁾、佐々木 俊哉¹⁾、船越 和博¹⁾、加藤 俊幸¹⁾、成澤 林太郎¹⁾、柳瀬 徹²⁾
¹⁾新潟県立がんセンター新潟病院 内科、²⁾新潟県立がんセンター新潟病院 婦人科

症例は 50 歳代の女性。2009 年 卵巣癌 IIIC 期に対し手術が行われ、その後再発に対して化学療法が施行されていたが、徐々に肝転移、リンパ節転移、腹膜播種が顕在化、レジメン変更するも PD となり、2015 年 1 月 29 日に最後の化学療法が施行されてからは全身状態の悪化に伴い対処療法が中心となっていた。腹部 CT では網嚢に腹水貯留を認め、胃を後方から高度に圧排しており、食事摂取もできず、仰臥位になることも困難な状況であった。症状緩和目的に腹水穿刺を試みようとしたが、腹水は網嚢に局限しており、経皮的な穿刺は不可能であった。現在の症状の多くはこの腹水貯留によるものと考え、患者に十分な IC の後、超音波内視鏡下にドレナージを行った。超音波内視鏡下臍仮性嚢胞ドレナージと同様に、胃体上部から網嚢に貯留した腹水を描出し、19G FNA ニードルにて穿刺、淡黄色の腹水が吸引されることを確認し、ガイドワイヤを留置。通電ダイレーターにて穿刺部を拡張したのち、7.5Fr ENBD を留置した。留置当日に 1600ml の排液あり、治療前には困難であった仰臥位も可能となり、食事摂取もできるようになった。腹部 CT にて腹水が減少し、胃の圧排も軽減したことを確認、7 日後に留置した ENBD チューブの脇からカニューレションし、7Fr 4cm の両端 pigtail ステントに入れ替えた。これまで限局性腹水に対する EUS 下ドレナージの報告はなく、その安全性については十分検討する必要がある。本症例では EUS 下のドレナージにより全身状態改善、食事摂取も可能となり、緩和医療の一環として非常に有用であったと考えられたため報告する。