

第112回日本消化器病学会

北海道支部例会

第106回日本消化器内視鏡学会

北海道支部例会

—— プログラム・抄録集 ——



会期 2013年3月2日(土)▶3日(日)

会場 札幌コンベンションセンター

〒003-0006 札幌市白石区東札幌6条1丁目1-1

日本消化器病学会北海道支部例会

支部長 平田 公一 (札幌医科大学医学部大学院医学研究科外科腫瘍学・消化器外科治療学講座 教授)

例会長 鈴木 潤一 (KKR札幌医療センター 副院長)

日本消化器内視鏡学会北海道支部例会

支部長 加藤 元嗣 (北海道大学病院光学医療診療部 准教授)

例会長 久居 弘幸 (伊達赤十字病院消化器科 部長)

プログラム

特別講演

3月3日(日) 13:05～14:05 第1会場(2F 204会議室)

癌幹細胞研究の現状と展望

座長：鈴木 潤一(KKR札幌医療センター 副院長)

演者：森 正樹(大阪大学大学院医学系研究科
外科系臨床医学専攻外科学講座消化器外科学 教授)

日本消化器病学会北海道支部
第4回専門医セミナー

3月2日(土) 13:15～15:00
第1会場(2F 204会議室)

座長：鈴木 潤一(KKR札幌医療センター 副院長)

1. 消化器病専門医のこれから —新研修カリキュラム改訂にあたって

演者：藤谷 幹浩(旭川医科大学内科学講座 消化器・血液腫瘍制御内科学分野)

2. 事件事例に学ぶ医療リスクマネジメント ～「医療水準」と添付文書・ガイドライン～

演者：宗像 雄(関谷法律事務所 弁護士)

高齢者における消化器疾患の診断・治療の問題

座長：関 英幸(KKR札幌医療センター 消化器科)

高橋 典彦(北海道大学病院 消化器外科I)

- S1-1 (消) 当院における高齢者食道癌治療の現況 -主に化学放射線・放射線療法について-
○佐藤 康裕¹、大須賀 崇裕¹、中村 とき子¹、佐川 保¹、藤川 幸司¹、高橋 康雄¹
¹国立病院機構 北海道がんセンター 消化器内科
- S1-2 (消) 80歳以上食道癌症例の手術治療
○木ノ下 義宏¹、山田 広幸¹、上村 志臣¹、坂下 啓太¹、吉川 智宏¹、細川 正夫¹
¹恵佑会札幌病院 外科
- S1-3 (内) ESDを施行した高齢者の胃癌非治癒切除例の検討
○浦出 伸治¹、野村 昌史¹、三井 慎也¹、田沼 徳真¹、村上 佳世¹、西園 雅代¹、永井 一正¹、田中 一成¹、
真口 宏介¹
¹手稲溪仁会病院 消化器病センター
- S1-4 (消) 当院における高齢者胃癌・大腸癌の化学療法の現状
○大原 克仁¹、松蘭 絵美¹、横山 文明¹、石橋 陽子¹、菅井 望¹、関 英幸¹、三浦 敦彦¹、藤田 淳¹、
鈴木 潤一¹
¹KKR札幌医療センター 消化器科
- S1-5 (消) 高齢者進行結腸直腸癌症例に対する化学療法の有用性
○中村 路夫¹、鈴木 脩斗¹、千田 圭悟¹、板谷 一史¹、小池 裕太¹、藤田 與茂¹、小池 文菜¹、高氏 修平¹、
工藤 俊彦¹、永坂 敦¹、西川 秀司¹、樋口 晶文¹
¹市立札幌病院 消化器内科
- S1-6 (消) 当院における高齢者・非高齢者の根治不能大腸癌に対する全身化学療法の検討
○川本 泰之¹、畑中 一映¹、木下 賢治¹、原田 一顕¹、大和 弘明¹、小川 浩司¹、山本 義也¹、
成瀬 宏仁¹
¹市立函館病院 消化器病センター 消化器内科
- S1-7 (消) 本邦における高齢者大腸癌の臨床病理学的・分子生物学的特徴とその前癌病変としての大腸鋸歯状病変の重要性
○能正 勝彦¹、山本 博幸¹、篠村 恭久¹
¹札幌医科大学 医学部 第一内科
- S1-8 (消) 高齢者大腸癌症例における、術前リスク評価の検討
○村上 武志¹、佐々木 一晃¹、大野 敬祐¹、田山 誠¹、柴田 稔人¹、平田 公一²
¹小樽掖済会病院 外科、²札幌医科大学 第一外科
- S1-9 (消) 当科における高齢者大腸癌の外科治療成績
○植木 知身¹、古畑 智久¹、沖田 憲司¹、西舘 敏彦¹、秋月 恵美¹、伊東 竜哉¹、小川 宰司¹、
久木田 和晴¹、石井 雅之¹、信岡 隆幸¹、平田 公一¹
¹札幌医科大学 第一外科
- S1-10 (消) 高齢者消化器癌に対する治療-消化管閉塞のマネージメント-
○平山 敦¹、宮川 宏之¹、長川 達哉¹、岡村 圭也¹、奥 大樹¹、北川 翔¹
¹札幌厚生病院 第2消化器科

高齢者における肝胆膵疾患の診断・治療の問題

座長：髭 修平(札幌厚生病院 第3消化器内科)

林 毅(札幌医科大学医学部 内科学第四講座)

S2-1 (消) 遺伝子型1型高ウイルス量の高齢者慢性C型肝炎に対するIFN治療成績と問題点

○小関 至¹、木村 睦海¹、荒川 智宏¹、中島 知明¹、桑田 靖昭¹、大村 卓味¹、佐藤 隆啓¹、髭 修平¹、狩野 吉康¹、豊田 成司¹

¹札幌厚生病院 第3消化器科

S2-2 (消) 高齢者の肝細胞癌に対するRFAの安全性と有用性について

○山崎 大¹、辻 邦彦¹、青木 敬則¹、友成 暁子¹、姜 貞憲¹、桜井 康雄¹、児玉 芳尚¹、真口 宏介¹

¹手稲溪仁会病院 消化器病センター

S2-3 (消) 超高齢者の肝細胞癌手術症例に関する検討

○柿坂 達彦¹、神山 俊哉¹、横尾 英樹¹、若山 顕治¹、敦賀 陽介¹、蒲池 浩文¹、武富 紹信¹

¹北海道大学大学院 医学研究科 消化器外科学分野 I

S2-4 (消) 当科における85歳以上の超高齢者に対する内視鏡的総胆管結石治療に関する検討

○中村 英明¹、碓 修二¹、堀田 彰一¹、町田 卓郎¹、木下 幸寿¹、藤澤 良樹¹、加藤 貴司¹、佐々木 清貴¹、山田 裕人¹、加賀谷 英俊¹、目黒 高志¹

¹北海道消化器科病院 内科

S2-5 (内) 当院における超高齢者総胆管結石症に対する内視鏡治療の現況

○松原 悠¹、網塚 久人¹、巽 亮二¹、芹川 真哉¹、七尾 恭子¹、好崎 浩司¹、坂本 淳¹、木村 圭介¹、太田 智之¹

¹札幌東徳洲会病院 消化器センター

S2-6 (内) 当院における高齢者に対するEndoscopic papillary large balloon dilatation (EPLBD)の治療成績

○小西 康平¹、武藤 修一¹、江藤 和範¹、宮本 秀一¹

¹苫小牧市立病院 消化器内科

S2-7 (内) 高齢者胆石治療における経乳頭の胆嚢ステント留置術の有用性

○羽広 敦也¹、丹野 誠志¹、林 明宏¹、上野 敦盛¹、金野 陽高¹、本村 亘¹、野村 昭嘉²、吉田 行範²

¹琴似ロイヤル病院 消化器病センター、²砂川市立病院 消化器内科

S2-8 (消) 高齢者における閉塞性黄疸に対する経皮経肝胆管ドレナージ術の検討

○町田 卓郎¹、堀田 彰一¹、木下 幸寿¹、藤澤 良樹¹、碓 修二¹、加藤 貴司¹、佐々木 清貴¹、山田 裕人¹、加賀谷 英俊¹、中村 英明¹、目黒 高志¹

¹北海道消化器科病院 内科

S2-9 (消) 高齢者に行う膵頭十二指腸切除についてのリスク評価

○及能 大輔¹、木村 康利¹、今村 将史¹、石井 雅之¹、信岡 隆幸¹、水口 徹¹、古畑 智久¹、平田 公一¹

¹札幌医科大学 医学部 外科学第一講座

S2-10 (消) 当院における高齢者・非高齢者に対する切除不能膵癌治療の検討

○成瀬 宏仁¹、木下 賢治¹、原田 一顕¹、川本 泰之¹、大和 弘明¹、小川 浩司¹、畑中 一映¹、山本 義也¹

¹市立函館病院 消化器病センター 消化器内科

S2-11 (消) 高齢者切除不能進行膵癌に対する新たな治療選択肢としての動注化学療法とその問題点

○高橋 稔¹、秋山 剛英¹、大井 雅夫¹、吉田 真誠^{1,2}、中野 洋一郎¹、女澤 慎一³、竹内 幹也⁴、宮西 浩嗣²、平田 健一郎⁵、古川 勝久⁶、本間 久登^{1,3}

¹札幌共立五輪橋病院 消化器病センター 内科、²札幌医科大学 第四内科、³札幌共立病院 消化器内科、

⁴札幌共立五輪橋病院 消化器病センター 外科、⁵札幌共立五輪橋病院 健診センター、⁶札幌共立五輪橋病院 血液腫瘍内科

第1会場 (2F 204会議室)

消化器病専修医 消化管1

3月2日(土) 9:00~9:32

座長: 清水 勇一(北海道大学病院 消化器内科)

001 (消) 急性食道粘膜病変(AEML)の発症背景についての検討

○巽 亮二¹、太田 智之¹、木村 圭介¹、網塚 久人¹、坂本 淳¹、好崎 浩司¹、七尾 恭子¹、松原 悠¹、
芹川 真哉¹、蘆田 知史²、折井 史佳²、前本 篤男²、古川 滋²、川内 宏仁³

¹札幌東徳洲会病院 消化器センター、²札幌東徳洲会病院 IBDセンター、³町立中標津病院 内科

002 (消) 再発食道内分泌細胞癌に対し、CDDP, CPT-11併用化学療法の再導入が有効であった一症例

○伊東 文子¹、金戸 宏行¹、石上 敬介¹、山本 至¹、那須野 正尚¹、中垣 卓¹、佐藤 修司¹、
清水 晴夫¹

¹市立室蘭総合病院

003 (消) 胃neuroendocrine carcinomaの一例

○小泉 忠史¹、古家 乾¹、馬場 英¹、定岡 邦昌¹、関谷 千尋¹、服部 淳夫²

¹北海道社会保険病院 消化器センター、²北海道社会保険病院 病理

004 (消) 胃カルチノイド腫瘍と鑑別を要する早期胃底腺型胃癌症例

○山口 将功¹、黒河 聖¹、伊藤 彰洋¹、賀集 剛賢¹、道上 篤¹、西園 一郎¹、寺門 洋平¹、鈴木 肇¹、
乙黒 雄平¹、菊池 仁¹、西岡 均¹、萩原 武¹、前田 聡¹、小澤 広¹、今村 哲理¹、岩口 佳史²、
市原 真²、後藤田 裕子²、村岡 俊二²

¹札幌厚生病院 第一消化器科、²札幌厚生病院 臨床病理

消化器病専修医 消化管2

3月2日(土) 9:32~10:04

座長: 上野 伸展(旭川医科大学 内科学講座消化器・血液腫瘍制御内科学分野)

005 (消) 当院における早期胃癌適応外病変に対するESD短期予後の検討

○川上 武志¹、吉田 晃¹、深谷 進司¹、一箭 珠貴¹、菊池 英明¹

¹帯広厚生病院 第三内科

006 (消) 当センターにおける、進行癌による胃出口部狭窄に対する内視鏡下に胃十二指腸ステント留置を行った7例に対する検討

○小泉 忠史¹、古家 乾¹、馬場 英¹、定岡 邦昌¹、関谷 千尋¹、服部 淳夫²

¹北海道社会保険病院 消化器センター、²北海道社会保険病院 病理

007 (消) 出血性胃/十二指腸潰瘍止血後の再出血例における検討

○芹川 真哉¹、太田 智之¹、巽 亮二¹、松原 悠¹、七尾 恭子¹、好崎 浩司¹、坂本 淳¹、網塚 久人¹、
木村 圭介¹

¹札幌東徳洲会病院 消化器センター

008 (消) 十二指腸穿通部から動脈性出血を来した悪性リンパ腫の一例

○飯田 智哉¹、鈴木 亮¹、牛島 慶子¹、川上 裕次郎¹、沼田 泰尚¹、一色 祐之¹、

斎藤 真由子¹、山本 英一郎¹、能正 勝彦¹、山下 健太郎¹、山本 博幸¹、篠村 恭久¹

¹札幌医科大学 第一内科

消化器病専修医 消化管3

3月2日(土) 10:04~10:44

座長: 宮城島 拓人(釧路労災病院 内科)

009 (消) ステロイド治療によりポリポーシスの著明な改善を認めたCronkhite-Canada症候群の1例

○安孫子 怜史¹、草島 英梨香¹、石川 麻倫¹、柴田 悠平¹、澤田 憲太郎¹、笠原 耕平¹、藤澤 倫子¹、
村中 徹人¹、梅村 真知子¹、加藤 励¹、高坂 琢磨¹、高橋 一宏¹、曾我部 進¹、山本 文泰¹、
小田 寿¹、宮城島 拓人¹、高橋 達郎²

¹釧路労災病院 内科、²釧路労災病院 中央検査科

010 (消) 壁外発育型小腸GISTの2例

○中嶋 駿介¹、杉山 隆治¹、鈴木 聡¹、中村 和正¹、助川 隆士¹、小澤 賢一郎¹、千葉 篤¹、垂石 正樹¹、
齊藤 裕輔¹

¹市立旭川病院 消化器病センター

011 (消) 当科における胃癌・大腸癌患者のCVポート使用状況と合併症

○那須野 央¹、齊藤 真由子¹、飯田 智哉¹、伊志嶺 優¹、須藤 豪太¹、一色 裕之¹、鈴木 亮¹、山本 英一郎¹、
能正 勝彦¹、山下 健太郎¹、有村 佳昭¹、古畑 智久²、篠村 恭久¹

¹札幌医科大学 第一内科、²札幌医科大学 第一外科

012 (消) 膀胱へ穿破した虫垂粘液嚢胞腺癌の一例

○榎木 喜晴¹、須藤 豪太¹、五十嵐 哲祥¹、岡 俊州¹、谷津 高文¹、笠原 薫¹、山内 英敬¹、小林 寿久¹、
矢和田 敦¹、池田 健²

¹函館五稜郭病院 消化器内科、²函館五稜郭病院 パソロジーセンター

013 (消) キノコ中毒の2例

○宮本 秀一¹、江藤 和範¹、小西 康平¹、武藤 修一¹

¹苫小牧市立病院消化器内科

消化器病専修医 消化管 4

3月2日(土) 10:44~11:16

座長：野村 昌史(手稲溪仁会病院 消化器病センター)

014 (消) 一次治療としてCetuximabが奏効した黄疸を伴うS状結腸癌多発肝転移の1例

○原田 一顕¹、木下 賢治¹、川本 泰之¹、大和 弘明¹、小川 浩司¹、畑中 一映¹、山本 義也¹、
成瀬 宏仁¹

¹市立函館病院 消化器病センター 消化器内科

015 (消) Clinical biomarkerからみた切除不能大腸癌における1st-line Cetuximabの治療成績

○大須賀 崇裕¹、佐川 保¹、佐藤 康裕¹、中村 とき子¹、藤川 幸司¹、高橋 康雄¹

¹北海道がんセンター 消化器内科

016 (消) 免疫組織染色にてCK7陽性、CK20陰性、CDX2陰性であった上行結腸癌の1例

○佐藤 昌則¹、宮島 治也¹、荃津 武大¹、野田 さや香²、高松 昌史³、野田 雄也³、山崎 左雪³、越湖 進³、
池田 英之³、齊藤 忠範⁵、上野 芳経⁵、笹川 裕⁵

¹留萌市立病院 内科、²札幌医科大学 第四内科、³留萌市立病院 外科、⁴留萌市立病院 病理診断科、⁵留萌市立病院 総合内科

017 (消) 高齢者の悪性大腸狭窄に対する緩和的大腸STENT留置術の検討

○高橋 慶太郎¹、後藤 充¹、立花 靖大¹、佐藤 智信¹、藤林 周吾¹、藤永 明裕¹、森田 康太郎¹、柳川 伸幸¹、
齊藤 義徳¹、折居 裕¹、柴田 好¹

¹JA北海道厚生連 旭川厚生病院 消化器科

消化器病専修医 消化管 5

3月2日(土) 11:16~11:48

座長：前本 篤男(札幌東徳洲会病院 IBDセンター)

018 (消) 腸管切除および人工肛門増設を要した慢性偽性腸閉塞の1例

○井尻 学見¹、稲場 勇平¹、岡田 哲弘¹、坂谷 慧¹、堂腰 達矢¹、安藤 勝祥¹、
河本 徹¹、上野 伸展¹、後藤 拓磨¹、富永 素矢¹、伊藤 貴博¹、田邊 裕貴¹、藤谷 幹浩¹、
高後 裕¹

¹旭川医科大学 医学部 消化器・血液腫瘍制御内科学分野

019 (消) 難治性潰瘍性大腸炎に対するインフリキシマブの治療成績と予後予測因子の検討

○賀集 剛賢¹、田中 浩紀²、西園 一郎¹、道上 篤¹、乙黒 雄平¹、鈴木 肇¹、寺門 洋平¹、山下 真幸²、
石井 学²、菊池 仁¹、西岡 均¹、萩原 武¹、小澤 広¹、前田 聡¹、黒河 聖¹、本谷 聡²、今村 哲理^{1,2}

¹札幌厚生病院 第一消化器科、²札幌厚生病院 IBDセンター

020 (消) 潰瘍性大腸炎に対するタクロリムスの有効性
○永井 一正¹、野村 昌史¹、三井 慎也¹、田沼 徳真¹、村上 佳世¹、浦出 伸治¹、西園 雅代¹、田中 一成¹、
松波 幸寿¹、真口 宏介¹
¹手稲溪仁会病院 消化器病センター

021 (消) 再発性急性重症膵炎を来した潰瘍性大腸炎の1例
○岡川 泰¹、久居 弘幸¹、小柴 裕¹、和田 浩典¹、宮崎 悦²、嘉成 悠介³、小野 道洋³
¹伊達赤十字病院 消化器科、²伊達赤十字病院 内科、³札幌医科大学 第四内科

ランチオンセミナー 1

3月2日(土) 12:05 ~ 13:00

共催: エーザイ株式会社

第111回日本消化器病学会北海道支部例会 奨励賞表彰式

3月2日(土) 13:10 ~ 13:15

日本消化器病学会北海道支部第4回専門医セミナー

3月2日(土) 13:15 ~ 15:00

消化器病専修医 肝胆膵1

3月2日(土) 15:00 ~ 15:40

座長: 永坂 敦(市立札幌病院 消化器内科)

022 (消) 慢性HBVキャリアにおける再活性化肝障害の背景
○山崎 大¹、姜 貞憲¹、青木 敬則¹、友成 暁子¹、辻 邦彦¹、児玉 芳尚¹、桜井 康雄¹、真口 宏介¹
¹手稲溪仁会病院 消化器病センター

023 (消) 当院におけるC型慢性肝炎に対する三剤併用療法の治療成績—IL28Bと前治療内容の観点より—
○宮川 麻希¹、中島 知明¹、小関 至¹、木村 睦海¹、荒川 智宏¹、桑田 靖昭¹、佐藤 隆啓¹、大村 卓味¹、
髭 修平¹、狩野 吉康¹、豊田 成司¹
¹札幌厚生病院 第三消化器科

024 (消) 当科における脳死肝移植登録患者待機中死亡78症例の検討
○杉山 昂¹、青柳 武史¹、後藤 了一¹、山下 健一郎²、鈴木 友己¹、嶋村 剛³、武富 紹信¹、藤堂 省²
¹北海道大学大学院医学研究科 消化器外科学分野 I、²北海道大学大学院医学研究科 移植外科学講座、
³北海道大学病院 臓器移植医療部

025 (消) Sorafenib投与により組織学的にCRを確認した肝細胞癌の1例
○小池 祐太¹、永坂 敦¹、藤田 與茂¹、遠藤 文菜¹、中村 路夫¹、工藤 俊彦¹、西川 秀司¹、
樋口 晶文¹
¹市立札幌病院 消化器内科

026 (消) 生検後に自然縮小を認めた、高分化型肝細胞癌の一例
○石川 和真¹、奥田 敏徳¹、土居 忠¹、松野 鉄平¹、植村 尚貴¹、南 伸弥¹、橋本 亜香利²、藤見 章仁²、
蟹澤 祐司²
¹王子総合病院 消化器内科、²王子総合病院 血液腫瘍内科

消化器病専修医 肝胆膵 2

3月2日(土) 15:40 ~ 16:20

座長: 中馬 誠(北海道大学病院 消化器内科)

027 (消) 破裂を契機に診断された肝粘液性嚢胞腺癌の一例
○柴田 賢吾¹、神山 俊哉¹、横尾 英樹¹、武富 紹信¹、若山 顕治¹、柿坂 達彦¹、敦賀 陽介¹、
蒲池 浩文¹
¹北海道大学 消化器外科1

028 (消) 術前診断が困難であった肝血管筋脂肪腫の一例
○藤好 直¹、神山 俊哉¹、横尾 英樹¹、柿坂 達彦¹、若山 顕治¹、敦賀 陽介¹、蒲池 浩文¹、佐々木 茂²、
高木 秀安²、武富 紹信¹
¹北海道大学 消化器外科 I、²札幌医科大学 内科学第一講座

- 029 (消) アルコール性肝硬変に発生した多血性腫瘍の一例
○佐々木 基¹、阿久津 典之¹、那須野 央¹、松永 康孝¹、志谷 真啓¹、本谷 雅代¹、高木 秀安¹、佐々木 茂¹、
篠村 恭久¹
¹札幌医科大学 第一内科
- 030 (消) 腫瘍マーカー高値で発見された黄色肉芽腫性胆嚢炎の1例
○巖築 慶一¹、蒲池 浩文¹、木井 修平¹、若山 顕治¹、敦賀 陽介¹、柿坂 達彦¹、横尾 英樹¹、神山 俊哉¹、
武富 紹信¹
¹北海道大学病院 消化器外科 I
- 031 (消) 術前に黄色肉芽腫性胆嚢炎および胆嚢癌と鑑別が困難であった胆嚢原発悪性リンパ腫の1例
○神原 悠輔¹、林 毅¹、石渡 裕俊¹、小野 道洋¹、山内 夏未¹、宮西 浩嗣¹、佐藤 勉¹、佐藤 康史¹、
小船 雅義¹、瀧本 理修¹、木村 康利²、平田 公一²、長谷川 匡³、加藤 淳二¹
¹札幌医科大学 第四内科、²札幌医科大学 第一外科、³札幌医科大学付属病院 病理部

消化器病専修医 肝胆膵 3

3月2日(土) 16:20～16:52

座長：川崎 亮輔(伊達赤十字病院 外科)

- 032 (消) バイパス術後にIVRにて治療し得た未破裂膵十二指腸動脈瘤の1例
○木井 修平¹、蒲池 浩文¹、若狭 哲³、阿保 大介²、敦賀 陽介¹、若山 顕治¹、柿坂 達彦¹、横尾 英樹¹、
神山 俊哉¹、武富 紹信¹
¹北海道大学病院 消化器外科 I、²北海道大学病院 放射線診断科、³北海道大学病院 循環器・呼吸器外科
- 033 (消) VTTQ (virtual touch tissue quantification) 法により膵硬度の上昇が示唆された自己免疫性膵炎の1例
○石川 和真¹、土居 忠¹、奥田 敏徳¹、松野 鉄平¹、植村 尚貴¹、南 伸弥¹、橋本 亜香利²、藤見 章仁²、
蟹澤 祐司²
¹王子総合病院 消化器内科、²王子総合病院 血液腫瘍内科
- 034 (消) FOLFIRINOX療法による三次治療が奏功した切除不能進行膵癌の1例
○和田 浩典¹、久居 弘幸¹、岡川 泰¹、小柴 裕¹、宮崎 悦²、嘉成 悠介³
¹伊達赤十字病院 消化器科、²伊達赤十字病院 内科、³札幌医科大学 第四内科
- 035 (消) 膵管癌に対する尾側膵切除術3年後の残膵全摘術により広範なPanIN病変および浸潤癌を診断した1例
○阿部 紘丈¹、松本 譲¹、新田 健雄¹、松村 祥幸¹、中西 善嗣¹、倉島 庸¹、浅野 賢道¹、海老原 裕磨¹、
中村 透¹、加藤 健太郎¹、土川 貴裕¹、田中 栄一¹、七戸 俊明¹、平野 聡¹
¹北海道大学病院 消化器外科 II

日本消化器病学会北海道支部例会評議員会

3月2日(土) 17:00～18:00

第2会場 (2F 小ホール)

消化器病研修医 消化管他

3月2日(土) 9:00～9:48

座長：近藤 仁(KKR札幌医療センター斗南病院 消化器病センター)

036 演題取り下げ

- 037 (消) Virchowリンパ節転移で発見されたS状結腸癌の1例
○佐々木 貴弘¹、武藤 桃太郎¹、下田 瑞恵¹、石川 千里¹、井上 充貴¹、高橋 裕之²、萩原 正弘²、
青木 貴徳²、橋本 道紀²、稲葉 聡²、矢吹 英彦²
¹JA北海道厚生連 遠軽厚生病院 内科、²JA北海道厚生連 遠軽厚生病院 外科
- 038 (消) 腸管出血性大腸菌O-157感染による溶血性尿毒症症候群(HUS)の1例
○大原 正嗣¹、佐藤 史幸¹、柳原 志津妃¹、久保 公利¹、水島 健¹、岩永 一郎¹、江平 宣起¹、上林 実¹、
佐野 逸紀²、小野寺 学²、内田 多久實²、藤永 明²
¹北見赤十字病院 消化器内科、²網走厚生病院 内科・消化器科

- 039 (消) 続発性消化管アミロイドーシスによりイレウスを発症した一例
○滝新 悠之介¹、柳原 志津妃¹、佐藤 史幸¹、久保 公利¹、水島 健¹、岩永 一郎¹、江平 宣起¹、上林 実¹、
本谷 康二²、長間 将樹²、宮坂 大介²、松永 明宏²、山口 晃司²、新関 浩人²、池田 淳一²
¹北見赤十字病院 消化器内科、²北見赤十字病院 外科
- 040 (消) 麻痺性イレウスを初発症状として発見された褐色細胞腫の一例
○千田 圭悟¹、樋口 晶文¹、西川 秀司¹、永坂 敦¹、中村 路夫¹
¹市立札幌病院
- 041 (消) 腹部大動脈瘤の拡大によって上腸間膜動脈症候群をきたした1例
○山田 徹¹、清水 佐知子¹、堀本 啓夫¹、山本 洋一¹、小野 雄司¹、横山 朗子¹、
赤倉 伸亮¹
¹NTT東日本札幌病院 消化器内科

消化器病研修医肝胆膵他

3月2日(土) 9:48~10:36

座長：成瀬 宏仁(市立函館病院 消化器病センター消化器内科)

- 042 (消) 4年間のペグインターフェロン少量単独長期投与によってSVRが得られたジェノタイプ1b、高ウイルス量のC型肝硬変の1例
○林 秀美¹、細木 卓明¹、河端 秀賢¹、富永 三千代¹、伊東 誠¹、岡本 耕太郎¹、藤井 常志¹、
長谷部 千登美¹
¹旭川赤十字病院 消化器内科
- 043 (消) 特発性胆嚢穿孔の一症例
○檜森 亮吾¹、岡 由衣¹、小川 悠史¹、根間 洋明¹、横山 和典¹、船越 徹¹、喜納 政哉¹、林 俊治¹、
高田 譲二¹、浜田 弘巳¹、藤岡 保範²
¹日鋼記念病院消化器センター、²日鋼記念病院病理診断科
- 044 (消) ガストリン産生能を有する膵神経内分泌腫瘍の一例
○冨塚 昌子¹、菅井 望¹、高島 雄太¹、松園 絵美¹、横山 文明¹、大原 克仁¹、石橋 陽子¹、
関 英幸¹、三浦 敦彦¹、藤田 淳¹、鈴木 潤一¹、小丹枝 裕二²、正司 裕隆²、三野 和宏²、
片山 知也²、今 裕史²、小池 雅彦²、赤坂 嘉宣²、藤澤 孝志³、鈴木 沙理³、鈴木 昭³
¹KKR札幌医療センター 消化器科、²KKR札幌医療センター 外科、³KKR札幌医療センター 病理診断科
- 045 (消) 診断に難渋した腹膜中皮腫の一例
○鈴木 脩斗¹、中村 路夫¹、千田 圭吾¹、小池 祐太¹、藤田 興茂¹、遠藤 文菜¹、工藤 俊彦¹、永坂 敦¹、
西川 秀司¹、樋口 晶文¹
¹市立札幌病院
- 046 (消) 右胃動脈瘤破裂による腹腔内出血を来したSegmental Arterial Mediolysis (SAM)の一例
○加藤 拓也¹、松原 悠¹、巽 亮二¹、芹川 真哉¹、七尾 恭子¹、好崎 浩司¹、坂本 淳¹、網塚 久人¹、
木村 圭介¹、太田 智之¹、斎藤 博哉²
¹札幌東徳洲会病院 消化器センター、²札幌東徳洲会病院 放射線科
- 047 (消) 特発性孤立性上腸間膜動脈解離9例の検討
○杉浦 諒¹、太田 智之¹、巽 亮二¹、芹川 真哉¹、松原 悠¹、七尾 恭子¹、好崎 浩司¹、坂本 淳¹、
網塚 久人¹、木村 圭介¹、佐藤 康永²
¹札幌東徳洲会病院 消化器センター、²札幌徳洲会病院 内科

内視鏡研修医 1

3月2日(土) 10:36~11:00

座長：山下 健太郎(札幌医科大学 内科学第一講座)

- 048 (内) 出血を契機に発見された多発胃潰瘍を伴う早期胃癌類似進行癌の1例
○大槻 雄士¹、関 英幸¹、松園 絵美¹、横山 文明¹、大原 克仁¹、石橋 陽子¹、菅井 望¹、
三浦 敦彦¹、藤田 淳¹、鈴木 潤一¹、藤澤 孝志²、鈴木 沙理²、鈴木 昭²
¹KKR札幌医療センター 消化器科、²KKR札幌医療センター 病理診断科

049 (内) 内視鏡的胃粘膜下層剥離術後に発症した急性胆嚢炎の2例

○長島 一哲¹、坂本 淳¹、巽 亮二¹、芹川 真哉¹、松原 悠¹、七尾 恭子¹、吉崎 浩司¹、網塚 久人¹、木村 圭介¹、太田 智之¹

¹札幌東徳洲会病院 消化器センター

050 (内) 早期胃癌に対するESDの長期成績

○早坂 尚貴¹、住吉 徹哉¹、近藤 仁¹、平山 眞章¹、由崎 直人¹、庵原 秀之¹、木村 朋広¹、上田 美和¹、皆川 武慶¹、溝口 亜樹¹

¹KKR札幌医療センター 斗南病院 消化器内科

内視鏡研修医 2

3月2日(土) 11:00 ~ 11:32

座長: 垂石 正樹(市立旭川病院 内科)

051 (内) 腸閉塞で発症し小腸内視鏡にて摘出しえた多量の消化管異物の1例

○佐藤 雅¹、佐藤 龍¹、杉山 祥晃¹、鈴木 康秋¹

¹名寄市立総合病院 消化器内科

052 (内) 出血性小腸潰瘍を合併したcutaneomucosal venous malformationの一例

○我妻 康平¹、山下 健太郎¹、鈴木 亮¹、齊藤 真由子¹、新沼 猛¹、伊志嶺 優¹、有村 佳昭¹、能正 勝彦¹、山本 博幸¹、荻野 次郎²、佐野 晋司³、近藤 伸彦³、西舘 敏彦⁴、篠村 恭久¹

¹札幌医科大学 第一内科、²札幌医科大学 臨床病理部、³自衛隊札幌病院 外科、⁴札幌医科大学 第一外科

053 (内) 著明な壁外発育を呈した横行結腸粘液癌の1例

○三浦 翔吾¹、藤井 重之¹、山田 充子¹、平子 匡¹、安部 智之¹、櫻井 環¹、黒田 裕行¹、前田 征洋¹、藤田 美剛²、仙丸 直人³、在原 洋平⁴、定免 涉⁴

¹製鉄記念室蘭病院 消化器・血液腫瘍内科、²製鉄記念室蘭病院 病理・臨床検査室、³製鉄記念室蘭病院 外科・呼吸器外科、⁴札幌医科大学 第四内科

054 (内) 胆膵内視鏡処置における放射線被曝の現状調査

○平田 幸司¹、宮本 秀一¹、江藤 和範¹、小西 康平¹、武藤 修一¹

¹苫小牧市立病院 消化器内科

ランチオンセミナー 2

3月2日(土) 12:05 ~ 13:00

共催: 富士フィルムメディカル株式会社

消化器病プレナリーセッション 1

3月2日(土) 15:00 ~ 15:27

座長: 折居 裕(旭川厚生病院 消化器科)

055 (消) 検診の上部消化管内視鏡検査で指摘された食道好酸球増多症例の検討

○松蘭 絵美¹、横山 文明¹、大原 克仁¹、石橋 陽子¹、菅井 望¹、関 英幸¹、三浦 淳彦¹、藤田 淳¹、鈴木 潤一¹

¹KKR札幌医療センター 消化器科

056 (消) 胃癌腹膜転移症例に対するDocetaxel+CDDP+S-1 (DCS)併用療法の有効性

○大沼 啓之¹、佐藤 康史¹、山田 尚太¹、堀口 拓人¹、平川 昌宏¹、林 毅¹、佐藤 勉¹、宮西 浩嗣¹、瀧本 理修¹、小船 雅義¹、加藤 淳二¹

¹札幌医科大学 第四内科

057 (消) 再生検によりHER2過剰発現が判明した進行胃癌の一例

○奥田 博介¹、吉井 新二²、山本 桂子²、小平 純一²、高橋 宏明⁴、穂刈 格²、塚越 洋元²、蔵前 太郎³、西田 靖仙³、細川 正夫³

¹恵佑会札幌病院 腫瘍内科、²恵佑会札幌病院 消化器内科、³恵佑会札幌病院 消化器外科、⁴恵佑会第2病院 内科

消化器病プレナリーセッション 2

3月2日(土) 15:27 ~ 15:54

座長: 佐川 保(独立行政法人国立病院機構北海道がんセンター 腫瘍内科)

058 (消) 当院における大腸腺腫・大腸癌に対する大腸3D-CT検査の診断精度の検討

○加藤 貴司^{1,2}、佐々木 清貴¹、木下 幸寿¹、藤澤 良樹¹、町田 卓郎¹、碓 修二¹、山田 裕人¹、中村 英明¹、加賀谷 英俊¹、目黒 高志¹、堀田 彰一¹

¹北海道消化器科病院・内科、²大腸3次元CT研究会

- 059 (消) 当院における大腸癌・肝転移R0切除例に対する術後補助療法の検討
 ○加藤 総介¹、高木 智史¹、今井 亜希¹、吉田 純一¹、腰塚 靖之²、谷 安弘²、富岡 伸元²、中川 隆公²、
 松岡 伸一²、秦 温信²、佐々木 文章²
¹札幌社会保険総合病院 消化器科、²札幌社会保険総合病院 外科

- 060 (消) O157LPS抗体にて診断されたO157感染症の1例
 ○寺門 洋平¹、西岡 均¹、道上 篤¹、西園 一郎¹、鈴木 肇¹、乙黒 雄平¹、菊池 仁¹、萩原 武¹、前田 聡¹、
 小澤 広¹、黒河 聖¹、今村 哲理¹
¹札幌厚生病院 第一消化器科(胃腸科)

消化器病プレナリーセッション 3

3月2日(土) 15:54~16:21

座長：古家 乾(北海道社会保険病院 消化器センター)

- 061 (消) Telaprevir/Peg-IFN/RBV3剤併用療法を施行した血友病合併C型慢性肝炎の1例
 ○由崎 直人¹、荻野 真理子¹、早坂 尚貴¹、藤井 亮爾¹、皆川 武慶¹、溝口 重貴¹、土井 綾子¹、木村 朋広¹、
 上田 美和¹、庵原 秀之¹、住吉 徹哉¹、平山 眞章¹、近藤 仁¹、長谷山 美仁²
¹KKR札幌医療センター斗南病院 消化器内科、²KKR札幌医療センター斗南病院 血液内科
- 062 (消) 肝円蓋部の肝腫瘍に対して腹腔鏡併用経胸的横隔膜穿刺によるRFAの短期・中期成績
 ○田中 公貴¹、児嶋 哲文¹、平口 悦郎¹、橋田 秀明¹、田本 英司¹、三井 潤¹、上野 峰¹
¹函館中央病院 外科
- 063 (消) シェント型肝性脳症に対し、短絡路温存門脈大循環分流術を施行した1例
 ○町田 卓郎¹、堀田 彰一¹、木下 幸寿¹、藤澤 良樹¹、碓 修二¹、加藤 貴司¹、佐々木 清貴¹、山田 裕人¹、
 加賀谷 英俊¹、中村 英明¹、目黒 高志¹
¹北海道消化器科病院・内科

消化器病プレナリーセッション 4

3月2日(土) 16:21~16:48

座長：長川 達哉(札幌厚生病院 第2消化器科)

- 064 (消) Covered self-expandable metallic stent留置における内視鏡的乳頭切開術の必要性
 -北海道内35施設による多施設共同無作為化比較試験-
 ○林 毅¹、河上 洋²、小山内 学³、石渡 裕俊¹、成瀬 宏仁⁴、久居 弘幸⁵、柳川 伸幸⁶、金戸 宏之⁷、
 小泉 かずや⁸、櫻井 環⁹
¹札幌医科大学 第四内科、²北海道大学 消化器内科、³手稲溪仁会病院 消化器病センター、⁴市立函館病院 消化器内科、
⁵伊達日赤病院 消化器科、⁶旭川厚生病院 消化器科、⁷市立室蘭総合病院 消化器内科、⁸旭川医科大学 第三内科、
⁹製鉄記念病院 消化器内科
- 065 (消) 慢性膵炎に対する内視鏡的膵管ステントニング(EPS)後の手術例の検討
 ○松本 和幸¹、真口 宏介¹、高橋 邦幸¹、瀧沼 朗生¹、小山内 学¹、矢根 圭¹、金 俊文¹、高木 亮¹、
 松森 友昭¹、権 勉成¹、安保 義恭²、中村 文隆¹
¹手稲溪仁会病院 消化器病センター、²手稲溪仁会病院 外科
- 066 (消) 膵内分泌腫瘍におけるEUS-FNAの臨床成績と外科的切除標本との比較検討
 ○桑谷 将城¹、河上 洋¹、川久保 和道¹、羽場 真¹、工藤 大樹¹、阿部 容子¹、平野 聡²、坂本 直哉¹
¹北海道大学 消化器内科、²北海道大学 消化器外科Ⅱ

第3会場 (2F 206 会議室)

膵 1

3月2日(土) 9:00~9:24

座長：菅井 望(KKR札幌医療センター 消化器科)

- 067 (消) 重複膵管の1例
 ○阿部 容子¹、河上 洋¹、桑谷 将城¹、川久保 和道¹、羽場 真¹、工藤 大樹¹、坂本 直哉¹
¹北海道大学 消化器内科

068 (消) 遺伝性膵炎の1例

○奥 大樹¹、宮川 宏之¹、長川 達哉¹、平山 敦¹、岡村 圭也¹、北川 翔¹、戸板 成昭²、今野 武津子²
¹JA北海道厚生連 札幌厚生病院 消化器科、²JA北海道厚生連 札幌厚生病院 小児科

069 (内) Short type シングルバルーン内視鏡が有用であったIPMN術後膵管空腸吻合部狭窄の1例

○矢根 圭¹、真口 宏介¹、高橋 邦幸¹、潟沼 朗生¹、小山内 学¹、金 俊文¹、高木 亮¹、松本 和幸¹、
権 勉成¹、松森 友昭¹
¹手稲溪仁会病院 消化器病センター

膵 2

3月2日(土) 9:24~9:48

座長：上林 実(北見赤十字病院 消化器内科)

070 (内) 早期から発生の過程を追跡しえた膵癌の一例

○森田 康太郎¹、柳川 伸幸¹、藤永 明裕¹、高橋 慶太郎¹、藤林 周吾¹、立花 靖大¹、前田 重明²、
佐藤 智信¹、後藤 充¹、斎藤 義徳¹、折居 裕¹、柴田 好¹
¹JA北海道厚生連 旭川厚生病院 消化器科、²旭川医科大学 第三内科

071 (内) 結腸静脈瘤からの下血に対しEVLを施行し長期間摂食可能であった膵癌の1例

○北川 翔¹、岡村 圭也¹、宮川 宏之¹、長川 達哉¹、平山 敦¹、奥 大樹¹
¹札幌厚生病院 第2消化器科

072 (内) 膵癌腹膜播種による多発消化管閉塞に対し大腸ステント留置と経皮内視鏡的胃瘻腸瘻造設(PEG-J)が症状緩和に有効であった1例

○秋山 剛英¹、本間 久登^{1,3}、大井 雅夫¹、高橋 稔¹、中野 洋一郎¹、吉田 真誠^{1,4}、古川 勝久¹、
平田 健一郎¹、竹内 幹也²、女澤 慎一³

¹札幌共立五輪橋病院 消化器病センター 内科、²札幌共立五輪橋病院 消化器病センター 外科、³札幌共立医院 消化器内科、
⁴札幌医科大学 第四内科

膵 3

3月2日(土) 9:48~10:12

座長：今村 将史(札幌医科大学 外科学第一講座)

073 (消) 札幌医科大学附属病院における膵癌診療の現況

○小野 道洋¹、石渡 裕俊¹、林 毅¹、宮西 浩嗣¹、松永 康孝²、志谷 真啓²、
本谷 雅代²、篠村 恭久²、斉藤 正人³、廣川 直樹³、坂田 耕一³、今村 将史⁴、木村 康利⁴、平田 公一⁴、
加藤 淳二¹

¹札幌医科大学附属病院 第四内科、²札幌医科大学附属病院 第一内科、³札幌医科大学附属病院 放射線治療部、
⁴札幌医科大学附属病院 第一外科

074 (消) 当院における膵癌剖検例の臨床病理学的検討

○高木 智史¹、今井 亜希¹、加藤 総介¹、吉田 純一¹、腰塚 靖之²、谷 安弘²、富岡 伸元²、中川 隆公²、
松岡 伸一²、秦 温信²、佐々木 文章²、高橋 秀史³

¹札幌社会保険総合病院 消化器科、²札幌社会保険総合病院 外科、³札幌社会保険総合病院 病理診断科

075 (内) 組織生検により術前診断できた主膵管型oncocytic type IPMNの一例

○吉田 幸成¹、遠藤 高夫¹、菊地 剛史¹、秋野 公臣¹、見田 裕章¹、原田 拓¹、
澤田 武¹、安達 靖代¹、中村 正弘¹、足立 靖¹、石井 良文²、松本 謙³、田中 栄一³、平野 聡³、
新田 健雄⁴、三橋 智子⁴

¹札幌しらかば台病院 消化器科、²札幌しらかば台病院 病理、³北海道大学病院 消化器外科Ⅱ、⁴北海道大学病院 病理部

膵 4

3月2日(土) 10:12~10:36

座長：河上 洋(北海道大学 消化器内科)

076 (消) 膵管内管状腺癌に由来する浸潤癌の1例

○長川 達哉¹、岡田 邦明²、村岡 俊三³、北川 翔¹、奥 大樹¹、宮川 宏之¹、平山 敦¹

¹JA北海道厚生連 札幌厚生病院 第2消化器科、²JA北海道厚生連 札幌厚生病院 外科、
³JA北海道厚生連 札幌厚生病院 臨床病理科

077 (消) 19年間の経過観察中に腫瘍の増大を認めた膵ガストリノーマの1切除例

○吉田 真誠¹、秋山 剛英¹、大井 雅夫¹、高橋 稔¹、中野 洋一郎¹、古川 勝久¹、本間 久登¹、竹内 幹也²、平田 健一郎³、海老原 裕磨⁴、平野 聡⁴

¹札幌共立五輪橋病院 消化器病センター 内科、²札幌共立五輪橋病院 消化器病センター 外科、

³札幌共立五輪橋病院 検診センター、⁴北海道大学消化器外科Ⅱ

078 (内) 十二指腸乳頭部神経内分泌腫瘍 (NET) の1切除例

○梅村 真知子¹、澤田 憲太郎¹、笠原 耕平¹、安孫子 怜史¹、藤澤 倫子¹、村中 徹人¹、加藤 励¹、高坂 琢磨¹、高橋 一宏¹、曾我部 進¹、山本 文泰¹、小田 寿¹、宮城島 拓人¹、長佐古 良英²、小笠原 和宏²、高橋 達郎³

¹釧路労災病院 内科、²釧路労災病院 外科、³釧路労災病院 中央検査科

小腸

3月2日(土) 10:36~11:16

座長：石橋 陽子 (KKR札幌医療センター 消化器科)

079 (内) 後期高齢者における腸閉塞診療の問題点

○鈴木 康秋¹、杉山 祥晃¹、佐藤 龍¹

¹名寄市立総合病院 消化器内科

080 (内) 当院におけるPillcam Patency Capsuleの初期使用経験

○佐々木 清貴¹、加藤 貴司¹、木下 幸寿¹、藤澤 良樹¹、町田 卓郎¹、碓 修二¹、山田 裕人¹、中村 英明¹、加賀谷 英俊¹、目黒 高志¹、堀田 彰一¹

¹北海道消化器科病院

081 (内) 顕性小腸出血におけるカプセル内視鏡検査施行後バルーン内視鏡検査施行の判断基準

○藤田 朋紀¹、小松 悠弥¹、北岡 慶介¹、和賀 永里子¹、高梨 訓博²、勝木 伸一¹、加藤 淳二²

¹小樽接済会病院 消化器病センター、²札幌医科大学 第四内科

082 (内) リンパ節転移を認めた7mmの回腸NETG2症例

○加藤 励¹、石川 麻倫¹、澤田 憲太郎¹、笠原 耕平¹、安孫子 怜史¹、藤澤 倫子¹、村中 徹人¹、梅村 真知子¹、高坂 琢磨¹、高橋 一宏¹、曾我部 進¹、山本 文泰¹、小田 寿¹、宮城島 拓人¹、河合 朋昭¹、小笠原 和宏¹、高橋 達郎¹

¹釧路労災病院 内科

083 (消) イレウス管が誘因と考えられる小腸腸重積症を合併した盲腸癌の1例

○中野 洋一郎¹、竹内 幹也²、本間 久登¹、古川 勝久¹、高橋 稔¹、大井 雅夫¹、秋山 剛英¹、吉田 真誠^{1,4}、平田 健一郎³、女澤 慎一³

¹札幌共立五輪橋病院 消化器病センター 内科、²札幌共立五輪橋病院 消化器病センター 外科、³札幌共立五輪橋病院 消化器内科、⁴札幌医科大学 第四内科

内視鏡専修医 1

3月2日(土) 11:16~11:48

座長：間部 克裕 (北海道大学病院 光学医療診療部)

084 (内) 腔鏡下胆嚢摘出術後に発症した特発性食道粘膜下血腫の一例

○石上 敬介¹、伊東 文子¹、山本 至¹、那須野 正尚¹、中垣 卓¹、佐藤 修司¹、清水 晴夫¹、金戸 宏行¹

¹市立室蘭総合病院 消化器科

085 (内) 十二指腸ステント留置後に幽門側胃切除を施行した進行胃癌の1例

○岡川 泰¹、久居 弘幸¹、小柴 裕¹、和田 浩典¹、宮崎 悦²、前田 喜晴³、佐藤 正文³、川崎 亮輔³、行部 洋³、中島 誠一郎³、小野 道洋⁴、嘉成 悠介⁴

¹伊達赤十字病院 消化器科、²伊達赤十字病院 内科、³伊達赤十字病院 外科、⁴札幌医科大学 第四内科

086 (内) 当院における胃腺腫の検討

○皆川 武慶¹、住吉 徹哉¹、横山 啓介¹、早坂 尚貴¹、藤井 亮爾¹、土井 綾子²、木村 朋広¹、上田 美和¹、庵原 秀之¹、辻 靖²、由崎 直人¹、平山 眞章^{1,2}、近藤 仁¹

¹KKR札幌医療センター斗南病院 消化器内科、²KKR札幌医療センター斗南病院 腫瘍内科

087 (内) 当院における胃ESDの検討

○植村 尚貴¹、南 伸弥¹、松野 鉄平¹、石川 和真¹、奥田 敏徳¹、土居 忠¹、橋本 亜香利²、藤見 章仁²、蟹沢 祐司²

¹王子総合病院 消化器内科、²王子総合病院 血液腫瘍内科

ランチョンセミナー 3

3月2日(土) 12:05～13:00

共催：ゼリア新薬工業株式会社／協和発酵キリン株式会社

胆道 1

3月2日(土) 15:00～15:32

座長：丹野 誠志(琴似ロイヤル病院 消化器病センター)

088 (消) 腹部エコー検査前に食事を摂ると検査できないのかについて

○仲野 一平¹、宮本 秀一¹、江藤 和範¹、小西 康平¹、武藤 修一¹

¹苫小牧市立病院 消化器内科

089 (消) 胆管炎に合併した感染性肝嚢胞の一例

○森田 康太郎¹、柳川 伸幸¹、藤永 明裕¹、高橋 慶太郎¹、藤林 周吾¹、立花 靖大¹、前田 重明²、佐藤 智信¹、後藤 充¹、斎藤 義徳¹、折居 裕¹、柴田 好¹

¹JA北海道厚生連 旭川厚生病院 消化器科、²旭川医科大学 第三内科

090 (内) 胆・膵管狭窄部突破困難例に対する新規内視鏡的アプローチ法—通電ダイレーターの臨床成績

○河上 洋¹、桑谷 将城¹、川久保 和道¹、羽場 真¹、工藤 大樹¹、阿部 容子¹、坂本 直哉¹

¹北海道大学 消化器内科

091 (内) 術後再建腸管例に対するShort-SBEを用いたERCP関連手技

○矢根 圭¹、真口 宏介¹、高橋 邦幸¹、潟沼 朗生¹、小山内 学¹、金 俊文¹、高木 亮¹、松本 和幸¹、権 勉成¹、松森 友昭¹

¹手稲溪仁会病院 消化器病センター

胆道 2

3月2日(土) 15:32～15:56

座長：高橋 邦幸(手稲溪仁会病院 消化器病センター)

092 (内) 抗血栓薬服用者に対する内視鏡的乳頭括約筋切開術を含む乳頭処置の現状について

○江藤 和範¹、宮本 秀一¹、小西 康平¹、武藤 修一¹、河上 洋²

¹苫小牧市立病院 消化器内科、²北海道大学病院 消化器内科

093 (内) 抗血小板薬・抗凝固薬内服中の胆石性膵炎例に対する内視鏡治療

○権 勉成¹、真口 宏介¹、高橋 邦幸¹、潟沼 朗生¹、小山内 学¹、矢根 圭¹、金 俊文¹、高木 亮¹、松本 和幸¹、松森 友昭¹

¹手稲溪仁会病院 消化器病センター

094 (消) 急性胆石性膵炎に対する膵管ステント留置術(第2報)

○久居 弘幸¹、小柴 裕¹、和田 浩典¹、岡川 泰¹、宮崎 悦²、前田 喜晴³、佐藤 正文³、川崎 亮輔³、行部 洋³、中島 誠一郎³、嘉成 悠介⁴

¹伊達赤十字病院 消化器科、²伊達赤十字病院 内科、³伊達赤十字病院 外科、⁴札幌医科大学 第四内科

胆道 3

3月2日(土) 15:56～16:20

座長：松本 譲(北海道大学 消化器外科学分野Ⅱ)

095 (消) 十二指腸乳頭部腫瘍外科的切除例の病理組織学的進展様式の検討

○松森 友昭¹、真口 宏介¹、高橋 邦幸¹、潟沼 朗生¹、小山内 学¹、矢根 圭¹、金 俊文¹、高木 亮¹、松本 和幸¹、権 勉成¹

¹手稲溪仁会病院 消化器病センター

096 (消) 腫瘍進展範囲の診断が困難であった中部胆管癌の1例
○佐藤 大介¹、松本 讓¹、松村 祥幸¹、中西 喜嗣¹、浅野 賢道¹、倉島 庸¹、海老原 裕磨¹、中村 透¹、
加藤 健太郎¹、土川 貴裕¹、七戸 俊明¹、田中 栄一¹、平野 聡¹
¹北海道大学 消化器外科Ⅱ

097 (消) 術前化学療法後に、肝左3区域・動門脈合併切除再建にて根治手術を施行し得た肝門部胆管癌の1例
○高野 博信¹、松本 讓¹、和田 秀之¹、松村 祥幸¹、中西 喜嗣¹、浅野 賢道¹、中村 透¹、土川 貴裕¹、
平野 聡¹、久居 弘幸²
¹北海道大学 消化器外科Ⅱ、²伊達日赤病院 消化器病センター

第4会場 (2F 207会議室)

大腸1

3月2日(土) 9:00~9:32

座長: 清水 康(北海道大学 腫瘍内科)

098 (消) mFOLFOX6療法において高齢および体が小さいことは好中球減少の危険因子となる
○岩永 一郎¹、江平 宣起¹、柳原 志津妃¹、佐藤 史幸¹、水島 健¹、久保 公利¹、上林 実¹
¹北見赤十字病院 消化器内科

099 (消) KRAS遺伝子 codon 13変異を有する結腸癌に対してcetuximab投与が有効であった1例
○小柴 裕¹、久居 弘幸¹、和田 浩典¹、岡川 泰¹、宮崎 悦²、嘉成 悠介³
¹伊達赤十字病院 消化器科、²伊達赤十字病院 内科、³札幌医科大学 第四内科

100 (消) 当科における80歳以上大腸癌症例の検討
○山田 健司¹、崎浜 秀康¹、皆川 のぞみ¹、下國 達志¹、本間 重紀¹、高橋 典彦¹、武富 紹信¹
¹北海道大学 消化器外科Ⅰ

101 (内) 本邦における多症例の大腸腫瘍を対象とした分子生物学的異常の検討と生活習慣との関連

○伊藤 美樹¹、能正 勝彦¹、五十嵐 央祥¹、内藤 崇史¹、吉井 新二²、高橋 宏明²、久須美 貴哉²、
細川 正夫²、鈴木 拓³、山本 博幸¹、篠村 恭久¹
¹札幌医科大学 内科学第一講座、²恵佑会札幌病院、³札幌医科大学 分子生物学講座

大腸2

3月2日(土) 9:32~10:04

座長: 加藤 貴司(北海道消化器科病院 内科)

102 (内) 原発性虫垂印環細胞癌の一例
○下田 瑞恵¹、佐々木 貴弘¹、石川 千里¹、武藤 桃太郎¹、井上 充貴¹、高橋 裕之²、萩原 正弘²、
青木 貴徳²、橋本 道紀²、稲葉 聡²、矢吹 英彦²
¹遠軽厚生病院 内科、²遠軽厚生病院 外科

103 (消) 剖検により判明した虫垂粘液腺癌の1例
○藤井 亮爾¹、土井 綾子¹、木村 朋広²、上田 美和²、庵原 秀之²、住吉 徹哉²、辻 靖¹、由崎 直人²、
大森 優子³、小山田 ゆみ子³、大塚 紀幸⁴
¹KKR札幌医療センター斗南病院 腫瘍内科、²KKR札幌医療センター斗南病院 消化器内科、
³KKR札幌医療センター斗南病院 病理診断科、⁴北海道大学病院 分子病理学分野

104 (消) Pagetoid spreadを伴った肛門管低分化腺癌の1例
○大森 沙織¹、大野 正芳¹、鈴木 美櫻¹、高橋 正和¹、森 康明¹、中川 学^{1,3}、小野 尚子^{1,2}、
山本 純司¹、中川 宗一^{1,3}、間部 克裕^{1,2}、工藤 俊彦¹、清水 勇一¹、加藤 元嗣^{1,2}、坂本 直哉¹、
畑中 佳奈子⁴
¹北海道大学大学院医学研究科 消化器内科学分野、²北海道大学病院 光学医療診療部、³中川胃腸科、⁴北海道大学病院 病理部

105 (内) 3年6ヶ月の間に合計47病変の大腸ポリペクトミーを行った1例
○真崎 茂法¹、本城 信吾²、山北 圭介³、草間 敬司⁴、森田 康太郎⁵、後藤 哲⁶、高木 秀雄⁵、西尾 仁⁵、
古山 準一⁵、森園 竜太郎⁵、水尾 仁志⁵、内沢 政英⁵
¹宮の森記念病院 消化器科、²小笠原クリニック札幌病院 消化器内科、³旭川医科大学 第二内科、
⁴オホーツク勤医協北見病院 消化器内科、⁵勤医協中央病院 消化器内科

座長：高梨 訓博(小樽掖済会病院 消化器病センター)

106 (内) 大腸腫瘍に対する内視鏡的粘膜下層剥離術(ESD)における穿孔の危険因子の検討

○水島 健¹、岩永 一郎¹、柳原 志津妃¹、佐藤 史幸¹、久保 公利¹、江平 宣起¹、上林 実¹、鈴木 美櫻²、大森 沙織²、大野 正芳²、高橋 正和²、小野 尚子²、中川 学²、間部 克裕²、清水 勇一²、加藤 元嗣²、坂本 直哉³

¹北見赤十字病院 消化器内科、²北海道大学病院 光学診療部、³北海道大学病院 消化器内科

107 (内) 高齢者(75歳以上)に対する大腸ESDの治療成績と安全性

○村上 佳世¹、野村 昌史¹、三井 慎也¹、田沼 徳真¹、浦出 伸治¹、西園 雅代¹、永井 一正¹、田中 一成¹、松波 幸寿¹、真口 宏介¹

¹手稲溪仁会病院 消化器病センター

108 (内) 腸閉塞で発症しメタリックステント挿入後に腹腔鏡下結腸切除を施行しえた直腸癌の一例

○定岡 邦昌¹、古家 乾¹、小泉 忠史¹、馬場 英¹、関谷 千尋¹、市川 伸樹¹、相木 総良¹、中西 一彰¹、数井 啓蔵¹、服部 淳夫²

¹北海道社会保険病院 消化器センター、²北海道社会保険病院 病理部

109 (内) 知床で発症した大腸癌イレウスの2例～地域病院における大腸ステントによる術前管理の有用性～

○小野寺 学¹、川岸 直樹¹、佐野 逸紀¹、阿部 暢彦¹、長 いく弥¹、内田 多久實¹、藤永 明¹

¹網走厚生病院 内科消化器科

座長：足立 靖(札幌しらかば台病院 消化器科)

110 (消) 当院で経験したCronkhite-Canada症候群の3症例

○道上 篤¹、鈴木 肇¹、前田 聡¹、賀集 剛賢¹、西園 一郎¹、乙黒 雄平¹、寺門 洋平¹、菊池 仁¹、西岡 均¹、萩原 武¹、小澤 広¹、黒河 聖¹、今村 哲理¹

¹札幌厚生病院 胃腸科

111 (内) 検診を契機に診断された健常女性に発症したアメーバ腸炎の一例

○矢和田 敦¹、須藤 豪太¹、柁木 善晴¹、五十嵐 哲祥¹、谷津 高文¹、岡 俊州¹、笠原 薫¹、小林 寿久¹

¹函館五稜郭病院 消化器内科

112 (消) 膀胱壁膿瘍を合併したS状結腸憩室炎の1例

○櫻井 環¹、黒田 裕行¹、定免 渉⁴、在原 洋平⁴、平子 匡¹、安部 智之¹、山田 充子¹、藤井 重之¹、前田 征洋¹、早馬 聡²、前鼻 健志³

¹製鉄記念室蘭病院 消化器内科・血液腫瘍内科、²製鉄記念室蘭病院 外科、³製鉄記念室蘭病院 泌尿器科、⁴札幌医科大学 第四内科

113 (消) S状結腸憩室炎発症4年後に発見されたS状結腸小腸瘻の1例

○金野 陽高¹、林 明宏¹、上野 敦盛¹、羽廣 敦也¹、本村 亘¹、丹野 誠志¹

¹琴似ロイヤル病院 消化器病センター

114 (内) 右側結腸に局限した一過性虚血性腸炎と思われる1例

○小笹 真理子¹、佐賀 啓良¹、宮下 憲暢¹、長佐古 友和¹、三和 公明¹、斎藤 誠²、森岡 正信²

¹財団法人小児愛育協会附属 愛育病院 消化器内科、²財団法人小児愛育協会附属 愛育病院 内科

座長：定岡 邦昌(北海道社会保険病院 消化器センター)

115 (消) MDCTのmultiplanar refomation像が術前診断に有用であった盲腸軸捻転症の2例

○杉山 隆治¹、中嶋 駿介¹、鈴木 聡¹、中村 和正¹、助川 隆士¹、小澤 賢一郎¹、千葉 篤¹、垂石 正樹¹、齊藤 裕輔¹

¹市立旭川病院 消化器病センター

- 116 (消) 3phaseCTにて出血源を明瞭に抽出され診断した直腸出血の一例
○小松 悠弥¹、北岡 慶介¹、和賀 永里子¹、高梨 訓博¹、藤田 朋紀¹、勝木 伸一¹、佐々木 宏嘉²、倉 敏郎²
¹小樽掖済会病院 消化器病センター、²町立長沼病院
- 117 (消) 虚血性大腸炎診断にエコー検査を普及させる第一歩
○武藤 修一¹、宮本 秀一¹、江藤 和範¹、小西 康平¹
¹苫小牧市立病院 消化器内科
- 118 (消) 大腸憩室炎を外来で経過を見るためにエコー検査は有用である
○武藤 修一¹、宮本 秀一¹、江藤 和範¹、小西 康平¹
¹苫小牧市立病院 消化器内科
- 119 (消) エコー検査が有用でなかった潰瘍性大腸炎の一症例
○武藤 修一¹、宮本 秀一¹、江藤 和範¹、小西 康平¹
¹苫小牧市立病院 消化器内科

食道1

3月2日(土) 15:00 ~ 15:32

座長：田沼 徳真(手稲溪仁会病院 消化器病センター)

- 120 (消) Clear cell sarcomaに類似した食道粘膜下腫瘍の一例
○立花 靖大¹、高橋 慶太郎¹、藤林 周吾¹、藤永 明裕¹、森田 康太郎¹、佐藤 智信¹、後藤 充¹、斎藤 義徳¹、柳川 伸幸¹、折居 裕¹、柴田 好¹、櫻井 宏治²、佐藤 啓介³
¹旭川厚生病院 消化器科、²旭川厚生病院 臨床検査科、³旭川医科大学 病理学講座 免疫病理分野
- 121 (消) 食道webを伴ったUpside down stomachの1例
○岡本 哲郎¹、村松 博士¹、猪俣 英俊¹、田中 信悟¹、長町 康弘²、山内 尚文²、小山 隆三²、井原 康二²、西里 卓次²
¹清田病院 消化器内科、²清田病院 内科
- 122 (内) 孤立性静脈瘤上の表層拡大型食道癌に対してESDを施行した1例
○高橋 正和¹、清水 勇一¹、大野 正芳¹、大森 沙織¹、鈴木 美櫻¹、山本 純司¹、森 康明¹、小野 尚子²、中川 学³、間部 克裕²、中川 宗一³、工藤 俊彦¹、加藤 元嗣²、坂本 直哉¹
¹北海道大学 消化器内科、²北海道大学病院 光学医療診療部、³中川胃腸科
- 123 (内) ステロイド内服単独でバルーン拡張術を回避できた食道表在癌全周性切除の1例
○鈴木 肇¹、前田 聡¹、伊藤 彰洋¹、山口 将功¹、西園 一郎¹、道上 篤¹、乙黒 雄平¹、寺門 洋平¹、菊池 仁¹、西岡 均¹、萩原 武¹、小澤 広¹、黒河 聖¹、今村 哲理¹
¹札幌厚生病院 第一消化器科

食道2

3月2日(土) 15:32 ~ 16:04

座長：奥芝 俊一(KKR札幌医療センター斗南病院 外科)

- 124 (消) フッ化ピリミジン系、およびプラチナ系抗癌剤に不応となった切除不能進行・再発食道癌に対するドセタキセルの有効性、安全性の検討：retrospective study
○小林 良充^{1,2}、小松 嘉人²、佐々木 尚英^{1,2}、太宰 昌佳^{1,2}、福島 拓²、結城 敏志¹、坂本 直哉¹
¹北海道大学 医学部 消化器内科学、²北海道大学病院 腫瘍センター
- 125 (内) 胸腔鏡に実施する食道癌サルベージ手術の手術成績
○七戸 俊明¹、加藤 健太郎¹、海老原 裕磨¹、倉島 庸¹、阿部 紘丈¹、土川 貴裕¹、田中 栄一¹、平野 聡¹
¹北海道大学 消化器外科Ⅱ
- 126 (消) 逆流性食道症に対する腹腔鏡手術の検討
○山本 和幸¹、奥芝 俊一¹、岩城 久留美¹、小野田 貴信¹、鈴木 善法¹、川原田 陽¹、北城 秀司¹、加藤 紘之¹
¹KKR札幌医療センター斗南病院 外科

127 (消) 食道アカラシアに対して単孔式腹腔鏡下Heller-Dor手術を施行した2症例

○山田 秀久¹、矢野 智之¹、田中 信悟²、長町 康弘²、猪股 英俊²、岡本 哲郎²、村松 博士²、山内 尚文²、井原 康二²、西里 卓次²

¹清田病院 外科、²清田病院 内科

その他

3月2日(土) 16:04 ~ 16:44

座長：矢和田 敦(函館五稜郭病院 消化器内科)

128 (消) 腹腔鏡が診断に有用であった結核性腹膜炎の一例

○鈴木 美櫻¹、大野 正芳¹、大森 沙織¹、高橋 正和¹、森 康明¹、山本 純司¹、工藤 俊彦¹、清水 勇一¹、坂本 直哉¹、小野 尚子²、間部 克裕²、加藤 元嗣²、中川 学³、中川 宗一³、木下 一郎⁴、寺村 紘一⁵、常松 泉⁶

¹北海道大学病院 消化器内科、²北海道大学病院 光学医療診療部、³中川胃腸科、⁴北海道大学 腫瘍内科、

⁵北海道大学病院 消化器外科Ⅱ、⁶特定医療法人とこはる 東栄病院

129 (消) Benign multicystic peritoneal mesotheliomaの1例

○平子 匡¹、藤井 重之¹、三浦 翔吾¹、山田 充子¹、安部 智之¹、櫻井 環¹、黒田 裕行¹、前田 征洋¹、藤田 美惺²、仙丸 直人³、在原 洋平⁴、定免 渉⁴

¹製鉄記念室蘭病院 消化器内科・血液腫瘍内科、²製鉄記念室蘭病院 病理・臨床検査室、³製鉄記念室蘭病院 外科・呼吸器外科、

⁴札幌医科大学医学部 第四内科

130 (消) 腹腔内に出現した原発不明癌の一例

○見田 裕章¹、足立 靖¹、原田 拓¹、秋野 公臣¹、菊地 剛史¹、澤田 武¹、高橋 秀明¹、安達 靖代¹、中村 正弘¹、吉田 幸成¹、加藤 康夫¹、石井 良文²、遠藤 高夫¹

¹札幌しらかば台病院 消化器科、²札幌しらかば台病院 病理

131 (消) 中結腸動脈瘤破裂に対しコイル塞栓術を施行した1例

○山本 至¹、金戸 宏行¹、石上 敬介¹、伊東 文子¹、那須野 正尚¹、中垣 卓¹、佐藤 修司¹、清水 晴夫¹

¹市立室蘭総合病院 消化器内科

132 (消) 当院における腸間膜静脈血栓症の検討

○乙黒 雄平¹、西岡 均¹、伊藤 彰洋¹、山口 将功¹、賀集 剛賢¹、西園 一郎¹、道上 篤¹、鈴木 肇¹、寺門 洋平¹、菊池 仁¹、萩原 武¹、前田 聡¹、小澤 広¹、黒河 聖¹、今村 哲理¹

¹札幌厚生病院 消化器科

第1会場 (2F 204会議室)

内視鏡専修医 2

3月3日(日) 8:50~9:22

座長: 武藤 修一(苫小牧市立病院 消化器内科)

133 (内) ダブルバルーン小腸内視鏡で診断した放射線性小腸炎、回腸狭窄の1例

○堂腰 達矢¹、井尻 学見¹、岡田 哲弘¹、坂谷 慧¹、安藤 勝祥¹、河本 徹¹、上野 伸展¹、後藤 拓磨¹、
富永 素矢¹、稲場 勇平¹、伊藤 貴博¹、田邊 裕貴¹、藤谷 幹浩¹、高後 裕¹
¹旭川医科大学内科学講座 消化器・血液腫瘍制御内科学分野

134 (内) 消化管リンパ腫に発症した腸管合併症の検討

○在原 洋平¹、黒田 裕行¹、三浦 翔吾¹、山田 充子¹、安部 智之¹、櫻井 環¹、藤井 重之¹、前田 征洋¹、
藤田 美惻²、仙丸 直人³、定免 涉⁴、平子 匡⁴
¹製鉄記念室蘭病院 消化器・血液腫瘍内科、²製鉄記念室蘭病院 病理臨床検査室、³製鉄記念室蘭病院 外科、
⁴札幌医科大学 第四内科

135 (内) 回盲部異所性子宮内膜症の1例

○檜森 亮吾¹、石川 桂子¹、岡 由衣¹、小川 悠史¹、根間 洋明¹、横山 和典¹、舩越 徹¹、喜納 政哉¹、
林 俊治¹、高田 譲二¹、浜田 弘巳¹、藤岡 保範²
¹日鋼記念病院 消化器センター、²日鋼記念病院 病理診断科

136 (内) 診断に難渋したAIDS直腸潰瘍の1例

○伊藤 彰洋¹、小澤 広¹、山口 将功¹、賀集 剛賢¹、西園 一郎¹、道上 篤¹、乙黒 雄平¹、寺門 洋平¹、
鈴木 肇¹、菊池 仁¹、西岡 均¹、萩原 武¹、前田 聡¹、黒河 聖¹、今村 哲理¹
¹札幌厚生病院 第1消化器科(胃腸科)

内視鏡専修医 3

3月3日(日) 9:22~9:54

座長: 井上 充貴(遠軽厚生病院 内科)

137 (内) 腸管出血性大腸菌O-157腸炎14例の検討

○田中 一成¹、野村 昌史¹、三井 慎也¹、田沼 徳真¹、村上 佳世¹、浦出 伸治¹、西園 雅代¹、永井 一正¹、
松波 幸寿¹、真口 宏介¹
¹手稲溪仁会病院

138 (内) 腸液標識大腸CTにおける撮像至適開始時間の検討

○溝口 亜樹¹、平山 眞章¹、皆川 武慶¹、土井 綾子²、上田 美和¹、木村 朋広³、
庵原 秀之³、住吉 徹哉¹、辻 靖²、由崎 直人¹、近藤 仁¹、高橋 祥⁴、黒岩 巖志⁵、加藤 貴司⁶、
永田 浩一⁷
¹KKR札幌医療センター斗南病院 消化器内科、²KKR札幌医療センター斗南病院 腫瘍内科、³札幌医科大学 第四内科、
⁴岩手県立高田病院 内科、⁵新潟県立小出病院 内科、⁶北海道消化器病院 内科、⁷亀田メディカルセンター幕張 消化器内科

139 (内) 抗血栓薬服用患者に対する大腸ポリープ切除術

○川上 裕次郎¹、山下 健太郎¹、飯田 智哉¹、伊志嶺 優¹、牛島 慶子¹、那須野 央¹、沼田 泰尚¹、
一色 裕之¹、斉藤 真由子¹、鈴木 亮¹、山本 英一郎¹、能正 勝彦¹、山本 博幸¹、有村 佳昭¹、篠村 恭久¹、
佐藤 康史²
¹札幌医科大学 内科学第一講座、²札幌医科大学 内科学第四講座

140 (内) 結腸癌の縦隔リンパ節転移に対するEUS-FNAの結果によりconversion therapyを施行し得た1例

○嘉成 悠介¹、久居 弘幸¹、小柴 泰¹、和田 浩典¹、宮崎 悦²、前田 喜晴³、佐藤 正文³、川崎 亮輔³、
行部 洋³、中島 誠一郎³、岡川 泰⁴、小野 道洋⁴
¹伊達赤十字病院 消化器科、²伊達赤十字病院 内科、³伊達赤十字病院 外科、⁴札幌医科大学 第四内科

シンポジウム 1

3月3日(日) 10:00~12:00

ランチョンセミナー 4

3月3日(日) 12:05~13:00

共催: 旭化成ファーマ株式会社

特別講演

3月3日(日) 13:05～14:05

内視鏡プレナリーセッション

3月3日(日) 14:10～14:37

座長：前田 征洋(社会医療法人製鉄記念室蘭病院 消化器・血液腫瘍内科)

141 (内) 当院における内視鏡的止血術を要する高齢者出血性胃十二指腸潰瘍の現況

○大和 弘明¹、原田 一顕¹、木下 賢治¹、川本 泰之¹、小川 浩司¹、畑中 一映¹、山本 義也¹、
成瀬 宏仁¹¹市立函館病院 消化器病センター 消化器内科

142 (内) 家族性大腸腺腫症(FAP)患者に対する徹底的な内視鏡的ポリープ摘除の治療成績

○平川 昌宏¹、佐藤 康史¹、大沼 啓之¹、二階堂 ともみ¹、久保 智洋¹、保木 寿文¹、林 毅¹、佐藤 勉¹、
宮西 浩嗣¹、瀧本 理修¹、小船 雅義¹、加藤 淳二¹¹札幌医科大学 第四内科

143 (内) 電子ラジアル型超音波内視鏡の有用性と新展開(第3報)

—膵疾患の診断におけるReal-time tissue Elastographyの有用性—

○長川 達哉¹、北川 翔¹、奥 大樹¹、宮川 麻希¹、宮川 宏之¹、平山 敦¹¹JA北海道厚生連 札幌厚生病院 第2消化器科

第106回日本消化器内視鏡学会北海道支部例会 奨励賞表彰式

3月3日(日) 14:40～14:45

EUS-FNA 1

3月3日(日) 14:45～15:09

座長：川久保 和道(北海道大学 消化器内科)

144 (内) 大腸癌術後吻合部再発の診断にEUS-FNAが有効であった一例

○小野寺 学¹、川岸 直樹¹、佐野 逸紀¹、阿部 暢彦¹、長 いく弥¹、内田 多久實¹、藤永 明¹、市原 真²、
村岡 俊二²¹網走厚生病院 内科消化器科、²札幌厚生病院 臨床病理科

145 (消) 超音波内視鏡下、総胆管・十二指腸内瘻術を施行した一例

○成瀬 宏仁¹、木下 賢治¹、原田 一顕¹、川本 泰之¹、大和 弘明¹、小川 浩司¹、畑中 一映¹、山本 義也¹、
工藤 和洋²、下山 則彦²¹市立函館病院 消化器病センター 消化器内科、²市立函館病院 病理検査科

146 (内) EUS-FNA後の穿刺部膿瘍に対してEUS-CD(超音波内視鏡ガイド下ドレナージ術)にて加療した膵尾部癌の一例

○岡 俊州¹、榎木 喜晴¹、五十嵐 哲祥¹、谷津 高文¹、笠原 薫¹、山内 英敬¹、小林 寿久¹、
矢和田 敦¹¹函館五稜郭病院

EUS-FNA 2

3月3日(日) 15:09～15:33

座長：石渡 裕俊(札幌医科大学 第四内科)

147 (内) 膵炎予防のため胃全摘後の再建空腸から超音波内視鏡下膵管ドレナージを行い、経皮ルートで胆管および十二指腸に金属ステントを留置した胃癌術後再発の1例

○小野 道洋¹、林 毅¹、石渡 裕俊¹、山田 尚太¹、神原 悠輔¹、久保 智之¹、堀口 拓人¹、平川 昌宏¹、
佐藤 康史¹、佐藤 勉¹、宮西 浩嗣¹、瀧本 理修¹、小船 雅義¹、信岡 隆幸²、平田 公一²、
加藤 淳二¹¹札幌医科大学附属病院 第四内科、²札幌医科大学附属病院 第一外科

148 (内) 超音波内視鏡下胆管胃吻合術(EUS-guided choledochogastrostomy: EUS-CGS)後に生じた金属ステント迷入を、内視鏡的に治療し得た1例

○川久保 和道¹、河上 洋¹、桑谷 将城¹、羽場 真¹、工藤 大樹¹、阿部 容子¹、坂本 直哉¹¹北海道大学 消化器内科

149 (消) 超音波内視鏡下胆管十二指腸吻合術(EUS-CDS)後に胆管炎を繰り返した2例

○河上 洋¹、羽場 真¹、桑谷 将城¹、川久保 和道¹、工藤 大樹¹、阿部 容子¹、坂本 直哉¹¹北海道大学 消化器内科

座長：矢根 圭(手稲溪仁会病院 消化器病センター)

150 (内) 当科における胆膵疾患Interventional EUSの検討

○林 明宏¹、丹野 誠志¹、羽廣 敦也¹、金野 陽高¹、上野 敦盛¹、本村 亘¹
¹琴似ロイヤル病院 消化器病センター

151 (内) 当院における超音波内視鏡下ドレナージ術の検討

○碓 修二¹、町田 卓郎¹、木下 幸寿¹、藤澤 良樹¹、加藤 貴司¹、佐々木 清貴¹、山田 裕人¹、加賀谷 英俊¹、
 中村 秀明¹、目黒 高志¹、堀田 彰一¹
¹北海道消化器科病院 内科

152 (内) 当科における超音波内視鏡下胆嚢ドレナージ術の臨床成績

○工藤 大樹¹、河上 洋¹、桑谷 将城¹、川久保 和道¹、羽場 真¹、阿部 容子¹、坂本 直哉¹
¹北海道大学病院 消化器内科

座長：柳川 伸幸(JA北海道厚生連 旭川厚生病院 内視鏡センター)

153 (内) 地方病院における高齢者に対するinterventional EUSの現況

○久居 弘幸¹、小柴 裕¹、和田 浩典¹、岡川 泰¹、宮崎 悦²、前田 喜晴³、佐藤 正文³、川崎 亮輔³、
 行部 洋³、中島 誠一郎³、嘉成 悠介⁴
¹伊達赤十字病院 消化器科、²伊達赤十字病院 内科、³伊達赤十字病院 外科、⁴札幌医科大学 第四内科

154 (内) Pancreatic fluid collectionに対するEUSガイド下ドレナージの治療成績

○久居 弘幸¹、小柴 裕¹、和田 浩典¹、岡川 泰¹、宮崎 悦²、前田 喜晴³、佐藤 正文³、川崎 亮輔³、
 行部 洋³、中島 誠一郎³、嘉成 悠介⁴
¹伊達赤十字病院 消化器科、²伊達赤十字病院 内科、³伊達赤十字病院 外科、⁴札幌医科大学 第四内科

155 (内) EUSガイド下膿瘍ドレナージの有用性(膵炎後の膵および膵周囲浸出液貯留を除く)

○久居 弘幸¹、小柴 裕¹、和田 浩典¹、岡川 泰¹、宮崎 悦²、前田 喜晴³、佐藤 正文³、川崎 亮輔³、
 行部 洋³、中島 誠一郎³、嘉成 悠介⁴
¹伊達赤十字病院 消化器科、²伊達赤十字病院 内科、³伊達赤十字病院 外科、⁴札幌医科大学 第四内科

第2会場 (2F 小ホール)

座長：大竹 孝明(旭川医科大学 消化器・血液腫瘍制御内科)

156 (消) アミオダロン服用による肝機能障害を発症した3例

○助川 隆士¹、松本 昭範^{1,2}、中嶋 駿介¹、杉山 隆治¹、鈴木 聡¹、中村 和正¹、小澤 賢一郎¹、千葉 篤¹、
 垂石 正樹¹、斉藤 裕輔¹
¹市立旭川病院 消化器内科、²手稲ロイヤル病院 内科

157 (消) Drug freeを目指したシークエンシャル療法施行中のB型慢性肝炎の2例

○前田 重明¹、澤田 康司¹、阿部 真美¹、大竹 孝明¹、高後 裕¹
¹旭川医科大学 内科学講座血液・腫瘍制御学内科

158 (消) 当院で経験した化学療法後に発症したde novo B型肝炎の検討

○山本 義也¹、木下 賢治¹、原田 一顕¹、川本 泰之¹、大和 弘明¹、小川 浩司¹、畑中 一映¹、
 成瀬 宏仁¹
¹市立函館病院 消化器病センター 消化器内科

座長：小関 至(札幌厚生病院 第3消化器科)

159 (消) 治療抵抗性C型慢性肝炎に対するTelaprevir等3剤併用療法の実臨床における効果

○青木 敬則¹、姜 貞憲¹、山崎 大¹、友成 暁子¹、辻 邦彦¹、児玉 芳尚¹、桜井 康雄¹、真口 宏介¹、
茶山 一彰²

¹手稲溪仁会病院 消化器病センター、²広島大学 消化器・代謝内科

160 (消) 当院でのC型慢性肝炎に対するTalaprevir (TVR) /Peginterferon (PEG) /Ribavirin (RBV) 3剤併用療法の現状

○遠藤 文菜¹、永坂 敦¹、小池 祐太¹、藤田 與茂¹、中村 路夫¹、工藤 俊彦¹、西川 秀司¹、
樋口 晶文¹

¹市立札幌病院 消化器内科

161 (消) 当科におけるC型慢性肝炎に対する3剤併用療法の治療効果の検討

○小川 浩司¹、木下 賢治¹、原田 一顕¹、川本 泰之¹、大和 弘明¹、畑中 一映¹、山本 義也¹、
成瀬 宏仁¹

¹市立函館病院 消化器病センター 消化器内科

162 (消) 当院におけるC型肝炎三剤併用療法の導入時期による比較

○木村 睦海¹、小関 至¹、髭 修平¹、宮川 麻希¹、荒川 智宏¹、中島 知明¹、桑田 靖昭¹、大村 卓味¹、
佐藤 隆啓¹、狩野 吉康¹、豊田 成司¹

¹札幌厚生病院 第3消化器科

シンポジウム2

3月3日(日) 10:00~12:00

ランチョンセミナー5

3月3日(日) 12:05~13:00

共催：オリンパスメディカルシステムズ株式会社

肝3

3月3日(日) 14:45~15:17

座長：河野 豊(札幌医科大学 第四内科)

163 (消) 肝炎性偽腫瘍の一例

○伊藤 淳¹、東川 晋語¹、坂口 大輔¹、大北 一郎¹、吉田 武史¹、廣田 ジョージョ¹、本間 紀之¹、
紺野 潤¹、渡邊 豊¹、川村 詔導¹、田本 英司²、児嶋 哲文²、池田 仁³

¹函館中央病院 内科・消化器内科、²函館中央病院 外科、³函館中央病院 病理診断科

164 (消) 肝原発悪性リンパ腫の1例

○木下 幸寿¹、町田 卓郎¹、藤澤 良樹¹、加藤 貴司¹、碓 修二¹、佐々木 清貴¹、山田 裕人¹、加賀谷 英俊¹、
中村 英明¹、目黒 高志¹、堀田 彰一¹、高橋 利幸²

¹北海道消化器科病院 内科、²北海道消化器科病院 病理

165 (消) 肝細胞癌(HCC)治療切除十年後にHCC再発を認めた自己免疫性肝炎(AIH)の一例

○酒井 健太郎¹、太田 雄¹、須藤 隆次¹、岡田 充巧¹、玉木 陽穂¹、麻生 和信¹、高添 愛¹、鈴木 裕子¹、
岩本 英孝¹、今澤 雅子¹、山北 圭介¹、北野 陽平¹、羽田 勝計¹

¹旭川医科大学 内科学講座 病態代謝内科学分野

166 (消) Fibrolamellar hepatocellular carcinoma (FLC)の一例

○江平 宣起¹、柳原 志津妃¹、佐藤 史幸¹、久保 公利¹、水島 健¹、岩永 一郎¹、上林 実¹、山口 晃司²、
神田 誠³

¹北見赤十字病院 消化器内科、²北見赤十字病院 外科、³北見赤十字病院 病理

肝4

3月3日(日) 15:17~15:41

座長：山本 義也(市立函館病院消化器病センター 消化器内科)

167 演題取り下げ

168 (消) 当科で施行した全身麻酔下RFA症例について

○河野 豊¹、宮西 浩嗣¹、久保 智洋¹、池田 裕貴¹、保木 寿文¹、林 毅¹、佐藤 勉¹、佐藤 康史¹、
瀧本 理修¹、小船 雅義¹、加藤 淳二¹、渡邊 直樹²

¹札幌医科大学 第四内科、²札幌医科大学 臨床検査医学講座

169 (消) 当科における、肝腫瘍に対するラジオ波凝固療法(RFA)治療困難症例に対する様々な工夫

○紺野 潤¹、渡邊 豊¹、廣田 ジョージョ¹、吉田 武史¹、東川 晋語¹、坂口 大輔¹、伊藤 淳¹、
大北 一郎¹

¹函館中央病院 内科・消化器科

肝5

3月3日(日) 15:41 ~ 16:05

座長：横尾 英樹(北海道大学 消化器外科学I)

170 (消) 術前肝動注化学療法後に拡大肝右葉切除術を施行した径16cmの巨大肝細胞癌の1例

○目黒 誠¹、水口 徹¹、川本 雅樹¹、河野 豊²、宮西 浩嗣²、橋本 亜紀¹、今村 将史¹、木村 康利¹、
古畑 智久¹、加藤 淳二²、平田 公一¹

¹札幌医科大学 第一外科、²札幌医科大学 第四内科

171 (消) 進行肝細胞癌に対する病期別Sorafenib療法と肝動注化学療法の治療成績

○荘 拓也^{1,2}、中馬 誠¹、山本 義也³、中西 満¹、小川 浩司³、目黒 高志⁴、永坂 敦⁵、中村 路夫⁵、
川村 直之⁶、武藤 修一⁷、上林 実⁸、曾我部 進⁹、寺下 勝巳¹、佃 曜子¹、常松 聖司¹、小林 智絵¹、
須田 剛生¹、夏井坂 光輝¹、工藤 峰生⁶、宮城島 拓人⁹、坂本 直哉¹

¹北海道大学大学院医学研究科 消化器内科、²市立稚内病院 内科、³市立函館病院 消化器内科、⁴北海道消化器科病院 内科、
⁵市立札幌病院 消化器内科、⁶札幌北楡病院 消化器内科、⁷苫小牧市立病院 消化器内科、⁸北見日本赤十字病院 消化器内科、
⁹釧路労災病院 内科

172 (消) 複雑な門脈大循環シャントを伴った肝硬変症に対し、2年間に異時的なシャント塞栓術を行った一例

○大井 雅夫¹、本間 久登^{1,3}、秋山 剛英¹、中野 洋一郎¹、吉田 真誠^{1,5}、高橋 稔¹、竹内 幹也²、
古川 勝久¹、女澤 慎一³、平田 健一郎⁴

¹札幌共立五輪橋病院 消化器病センター内科、²札幌共立五輪橋病院 消化器病センター外科、³札幌共立医院消化器科、
⁴札幌共立五輪橋病院 検診センター、⁵札幌医科大学 第四内科

第3会場 (2F 206会議室)

胃・十二指腸1

3月3日(日) 8:50 ~ 9:22

座長：萩原 武(札幌厚生病院 第一消化器科)

173 (消) DCS-T療法によりconversion therapyを施行し得た多発遠隔転移を伴うHER2陽性胃癌の1例

○奥田 敏徳¹、土居 忠¹、松野 鉄平¹、石川 和真¹、植村 尚貴¹、南 伸弥¹、橋本 亜香利²、藤見 章仁²、
蟹沢 祐司²、京極 典憲³、石津 昭洋⁴、佐藤 康史⁵

¹王子総合病院 消化器内科、²王子総合病院 血液腫瘍内科、³王子総合病院 外科、⁴王子総合病院 病理、
⁵札幌医科大学 第四内科

174 (消) 悪性リンパ腫治療中の高齢者に発生した形態学的胃リンパ球浸潤癌の1例

○中村 幸雄¹、信岡 隆幸¹、前佛 均¹、西舘 敏彦¹、木村 康利¹、水口 徹¹、古畑 智久¹、平田 公一¹、
佐藤 康史²、加藤 淳二^{1,2}、荻野 次郎^{1,3}、長谷川 匡³

¹札幌医科大学 医学部 第一外科、²札幌医科大学 医学部 第四内科、³札幌医科大学 医学部 病理部

175 (内) 粘膜下腫瘍様の形態を呈した胃癌の1例

○横山 文明¹、関 英幸¹、松園 絵美¹、大原 克人¹、石橋 陽子¹、菅井 望¹、三浦 淳彦¹、藤田 淳¹、
鈴木 潤一¹、藤澤 孝志²、岩崎 沙里²、鈴木 昭²

¹KKR札幌医療センター 消化器内科、²KKR札幌医療センター 病理科

176 (消) 多発肝転移を伴った胃原発GISTの1例

○馬場 英¹、古家 乾¹、小泉 忠志¹、定岡 邦昌¹、関谷 千尋¹、服部 淳夫²

¹北海道社会保険病院 消化器センター、²北海道社会保険病院 病理部

座長：南 伸弥(王子総合病院 消化器内科)

177 (消) 網走厚生病院における積極的ESD導入後の2年間の検討

○阿部 暢彦¹、小野寺 学¹、佐野 逸紀¹、川岸 直樹¹、長 いく弥¹、横山 仁¹、内田 多久實¹、藤永 明¹、
岩口 佳史²、市原 真²、後藤田 裕子²、村岡 俊二²

¹網走厚生病院 内科・消化器科、²札幌厚生病院 臨床病理科

178 (内) 当センターにおける胃SM癌に対するESDの治療成績

○北岡 慶介¹、小松 悠弥¹、高梨 訓博¹、和賀 永里子¹、藤田 朋紀¹、勝木 伸一¹

¹小樽掖済会病院 消化器病センター

179 (内) 胃腫瘍性疾患におけるSB Knife JrとIT knifeの比較検討～経済効率の検討もふまえて～

○藤田 朋紀¹、小松 悠弥¹、北岡 慶介¹、和賀 永里子¹、高梨 訓博²、勝木 伸一¹、加藤 淳二²

¹小樽掖済会病院 消化器病センター、²札幌医科大学 第四内科

180 (内) 当院における胃十二指腸ステント留置例の検討

○今井 亜希¹、加藤 聡介¹、高木 智史¹、吉田 純一¹

¹札幌社会保険総合病院

共催：アストラゼネカ株式会社／第一三共株式会社

座長：吉井 新二(NTT東日本札幌病院 消化器内科)

181 (消) 早期胃癌における斜入撮影法の有用性

○武藤 桃太郎¹、佐々木 貴弘¹、下田 瑞恵¹、石川 千里¹、井上 充貴¹

¹JA北海道厚生連 遠軽厚生病院 内科

182 (内) 胃底部に認める多発白色扁平隆起病変の後ろ向き検討

○大野 正芳¹、大森 沙織¹、鈴木 美櫻¹、高橋 正和¹、清水 勇一¹、小野 尚子²、間部 克裕²、加藤 元嗣²、
結城 敏志³、小松 嘉人³、山本 純司⁴、中川 学⁵、中川 宗一⁵、坂本 直哉¹

¹北海道大学 医学部 消化器内科、²北海道大学 医学部 光学医療診療部、³北海道大学 医学部 腫瘍センター、
⁴大黒胃腸内科病院、⁵中川胃腸科クリニック

183 (内) Collagenous gastritisの一例

○小林 寿久¹、榎木 喜晴¹、五十嵐 哲祥¹、岡 俊州¹、谷津 高文¹、笠原 薫¹、山内 英敬¹、
矢和田 敦¹

¹函館五稜郭病院

184 (消) 胃glomus腫瘍の一例

○山本 桂子¹、小平 純一¹、多羅澤 功¹、岡原 聡¹、大橋 広和¹、松本 岳士¹、高橋 宏明¹、諏訪 高磨¹、
小池 容史¹、穂刈 格²、塚越 洋元²、蔵前 太郎³、西田 靖仙³

¹恵佑会第2病院 消化器内科、²恵佑会札幌病院 消化器内科、³恵佑会札幌病院 外科

座長：本間 重紀(北海道大学 消化器外科学I)

185 (消) 胃出血を繰り返した、開腹ペースメーカー植え込み術後の前縦隔・胃ヘルニアに対し腹腔鏡を補助的に用いた胃固定術の一例

○徳淵 浩¹、河合 朋昭¹、小笠原 和宏¹、長佐古 良英¹、高橋 学¹、草野 満男¹

¹釧路労災病院 外科

- 186 (消) 出血を伴う巨大胃過形成ポリープに対し腹腔鏡内視鏡合同手術(LECS)による胃部分切除を施行した1例
○市川 伸樹¹、定岡 邦昌²、古家 乾²、本間 重紀³、中西 一彰¹、相木 総良¹、小泉 忠史²、馬場 英²、
数井 啓蔵¹
¹北海道社会保険病院 消化器センター 外科、²北海道社会保険病院 消化器センター 内科、³北海道大学消化器外科学 I
- 187 (内) 胃型形質十二指腸癌の2例
○中村 正弘¹、遠藤 高夫¹、秋野 公臣¹、菊地 剛史¹、高橋 秀明¹、足立 靖¹、石井 良文²、柳井 良之³、
六戸 隆之³、八十島 孝博³
¹札幌しらかば台病院 消化器科、²札幌しらかば台病院 病理、³新札幌恵愛会病院 外科
- 188 (消) 膵神経内分泌腫瘍(PNET)との鑑別が困難であった十二指腸GISTの一例
○下田 瑞恵¹、佐々木 貴弘¹、石川 千里¹、武藤 桃太郎¹、井上 充貴¹、高橋 裕之²、萩原 正弘²、
青木 貴徳²、橋本 道紀²、稲葉 聡²、矢吹 英彦²
¹遠軽厚生病院 内科、²遠軽厚生病院 外科、³旭川厚生病院 消化器科

第4会場 (2F 207会議室)

内視鏡専修医 4

3月3日(日) 8:50~9:14

座長: 秋山 剛英(札幌共立五輪橋病院 消化器内科)

- 189 (内) 無黄疸で発見された早期胆管癌(m癌)の1切除例
○沼田 泰尚¹、松永 康孝¹、志谷 真啓¹、阿久津 典之¹、本谷 雅代¹、高木 秀安¹、佐々木 茂¹、篠村 恭久¹、
今村 将史²、木村 康利²、平田 公一²
¹札幌医科大学 内科学第一講座、²札幌医科大学 外科学第一講座
- 190 (内) 広範な胆管狭窄を来したIgG4関連硬化性胆管炎の一例
○高添 愛¹、山北 圭介¹、岩本 英孝¹、鈴木 裕子¹、今澤 雅子¹、北野 陽平¹、和田 佳緒利¹、太田 雄¹、
須藤 隆次¹、玉木 陽穂¹、岡田 充巧¹、麻生 和信¹、羽田 勝計¹
¹旭川医科大学 第二内科
- 191 (内) EST切開後出血に対するcovered metallic stent留置による止血術の治療成績
○和田 浩典¹、久居 弘幸¹、岡川 泰¹、小柴 裕¹、宮崎 悦²、嘉成 悠介³
¹伊達赤十字病院 消化器科、²伊達赤十字病院 内科、³札幌医科大学 第四内科

内視鏡専修医 5

3月3日(日) 9:14~9:38

座長: 綱塚 久人(東徳州会病院 消化器センター)

- 192 (内) 悪性十二指腸狭窄に対する十二指腸ステント留置により膵炎を発症した一例
○山内 夏未¹、石渡 裕俊¹、林 毅¹、小野 道洋¹、神原 悠輔¹、宮西 浩嗣¹、佐藤 勉¹、佐藤 康史¹、
瀧本 理修¹、小船 雅義¹、加藤 淳二¹
¹札幌医科大学 第四内科
- 193 (内) 膵石乳頭部嵌頓による急性膵炎および閉塞性黄疸に対して、Needle KnifeによるPrecut Papillotomyが有効であった一例
○田中 一之¹、後藤 拓磨¹、河本 徹¹、井尻 学見¹、岡田 哲弘¹、坂谷 慧¹、堂腰 達矢¹、安藤 勝祥¹、
富永 素矢¹、稲場 勇平¹、伊藤 貴博¹、田邊 裕貴¹、藤谷 幹浩¹、高後 裕¹
¹旭川医科大学病院 消化器・血液腫瘍制御内科学分野
- 194 (内) 内視鏡的ネクロセクトミーを回避して治療した感染性膵壊死の1例
○池田 裕貴¹、林 毅¹、石渡 裕俊¹、小野 道洋¹、宮西 浩嗣¹、佐藤 勉¹、佐藤 康史¹、小船 雅義¹、
瀧本 理修¹、加藤 淳二¹
¹札幌医科大学 第四内科

3月2日(土) 12:05～13:00 第1会場(2F 204会議室)

大腸ESD困難例への対処

座長：遠藤 高夫(札幌しらかば台病院)

演者：勝木 伸一(社団法人日本海員掖済会 小樽掖済会病院)

共催：エーザイ株式会社

3月2日(土) 12:05～13:00 第2会場(2F 小ホール)

BLI (Blue LASER Imaging)の原理と使用経験

座長：加藤 元嗣(北海道大学病院光学医療診療部)

演者：藤田 朋紀(小樽掖済会病院消化器病センター)

BLI (Blue LASER Imaging)を用いた上部消化器内視鏡診断の実際

座長：加藤 元嗣(北海道大学病院光学医療診療部)

演者：吉田 成人(広島大学病院 内視鏡診療科)

共催：富士フイルムメディカル株式会社

3月2日(土) 12:05～13:00 第3会場(2F 206会議室)

IBD診療における内視鏡の役割ー粘膜治癒診断の有用性と問題点ー

座長：藤谷 幹浩(旭川医科大学内科学講座消化器・血液腫瘍制御内科学分野)

演者：遠藤 豊(昭和大学藤が丘病院)

共催：ゼリア新薬工業株式会社/協和発酵キリン株式会社

3月3日(日) 12:05～13:00 第1会場(2F 204会議室)

「重症消化器疾患の新時代 消化器科におけるThrombomodulin α (rTM) 使用経験 ～感染症から固形癌まで～」

座長：平田 公一(札幌医科大学 第一外科)

演者：江口 考明(大阪府済生会中津病院 消化器内科)

「日本版敗血症診療ガイドラインー早期診断と早期治療の重要性ー」

座長：平田 公一(札幌医科大学 第一外科)

演者：池田 寿昭(東京医科大学特定集中治療部)

共催：旭化成ファーマ株式会社

3月3日(日) 12:05～13:00 第2会場(2F 小ホール)

新型内視鏡による上部消化管NBI検査の新たな可能性

座長：加藤 元嗣(北海道大学病院光学医療診療部)

演者：武藤 学(京都大学大学院医学研究科 腫瘍薬物治療学講座)

共催：オリンパスメディカルシステムズ株式会社

3月3日(日) 12:05～13:00 第3会場(2F 206会議室)

酸関連疾患の変遷とGERD時代のPPI長期安全性

座長：三浦 淳彦(KKR札幌医療センター)

演者：大原 秀一(東北労災病院)

共催：アストラゼネカ株式会社/第一三共株式会社

特別講演

**日本消化器病学会北海道支部
第4回専門医セミナー**

シンポジウム

「癌幹細胞研究の現状と展望」

森 正樹

大阪大学大学院消化器外科学教授

従来からヒトの白血病細胞には新たに白血病を作る能力のある細胞と無い細胞が混在することが知られていました。前者は癌の源となる細胞で“癌幹細胞”と考えられています。しかし癌のなかで最も多い消化器癌においては癌幹細胞の存在が明らかではありませんでした。癌幹細胞は、抗癌剤治療後に癌が一旦縮小するものの、その後再び増殖する再燃や、転移・再発に関与すると推察され、癌が難治である理由の一つと考えられています。そこでその同定と治療法開発を目指した研究が世界的に盛んに行われています。今回はわれわれの以下の成果をもとに講演を行います。

1) ヒト大腸癌、肝臓癌に自己複製能と多分化能を有する癌幹細胞が存在することを示しました。大腸癌ではCD133(+)/CD44(+), 肝臓癌ではCD13(+)/CD133(+)/CD44(+)/CD133(-)で現される細胞が腫瘍形成能、多分化能、抗癌剤耐性を示し、癌幹細胞であることを明らかにしました(Stem Cells, 2006; J Clin Invest, 2010; PNAS, 2010; J Clin Oncol, 2011)。

2) 大腸癌幹細胞に特徴的に発現する遺伝子を同定しました。そのうちの一つはPLS3で、これは細胞の上皮・間葉移行を誘発し、転移・浸潤能を増すことから、癌幹細胞の転移機構に重要です(特許取得WO2010123124-A1, Cancer Res, in press)。もう一つは新規分子PICT1であり、これはp53を制御すること、固形癌の癌細胞と癌幹細胞で発現亢進し、予後へ強い影響を与えることを明らかにしました(Nat Med, 2011)。

3) 以上の癌幹細胞の同定と性状解析に加え、癌幹細胞を治療標的とする方法を探索しています。現在までに癌幹細胞を標的とした場合、格段に治療成績が上がることを示しました。すなわち、マウスに移植したヒト肝癌は抗癌剤単独より、抗癌剤にCD133阻害剤を併用することで格段に高い治療効果を示しました。これによりCD133(+)/CD44(+)/CD133(-)癌幹細胞を標的とした新たな治療法確立への道筋が示せました(J Clin Invest, 2010)。またさらに、癌幹細胞にiPS遺伝子を導入すると癌細胞の類正常化が起こることより、癌の新規治療法の一つになる可能性を示し(PNAS, 2010)、これを癌治療に臨床応用するためのiPS作成技術としてmicroRNAのみによる新規方法を確立しました(Cell Stem Cell, 2011)。新しいRNA医薬品による癌幹細胞のリプログラミング技術の確立と、その癌幹細胞の分子制御への応用は癌の冬眠療法にもつながると期待され、副作用軽減の観点からも注目を集めています。

以上の私たちのデータをもとに、最近の癌幹細胞研究の動向を話したいと思います。

略歴

1980年 九州大学医学部卒業
 1986年 九州大学医学系大学院修了
 1991年 米国ハーバード大学留学
 1994年 九州大学生体防御医学研究所(外科学)助教授
 1998年 九州大学生体防御医学研究所(外科学)教授
 2008年 大阪大学大学院消化器外科学教授 現在に至る

消化器病専門医のこれから—新研修カリキュラム改訂にあたって

藤谷 幹浩

旭川医科大学内科学講座 消化器・血液腫瘍制御内科学分野

厚生省のアンケート調査によると、医師の95%は専門医取得を目指しているとされ、北海道地区でもおよそ70%の消化器病学会員が専門医を取得している。また、国民からみた専門医とは「十分な知識と技術を持ち、安心し、信頼して診て貰える医師」として期待されており、本邦における専門医制度は医師および国民にとって必須のものであることは間違いない。しかし、最近の医学の進歩、疾病構造の変化、患者権利や社会常識の変化、卒前・卒後研修制度の改定にもかかわらず、当学会の専門医制度は従来のもを踏襲しているのが現状である。一方、平成23年10月、厚生労働省において「専門医の在り方に関する検討会」が発足し、昨年11月に中間報告がまとめられた。この中で、現状の専門医制度の問題点として、①専門医制度が各学会独自に運用されており、認定基準の統一性や専門医の質の担保に懸念がある、②専門医としての能力について医師と患者との間に捉え方のギャップがある、③専門医や診療科の地域偏在がある、ことが挙げられた。これを受けて、いち早く内科学会の専門医カリキュラムが改訂され、専門医に必要な詳細かつ具体的な項目が数多く盛り込まれた。この内科カリキュラムの中で消化器分野の要件も数多く追加され、現状の消化器病学会研修カリキュラムをはるかに凌ぐ内容となった。このような背景から、平成23年8月に消化器病学会でも研修カリキュラム改訂ワーキング委員会が発足し、およそ1年間の討議を経て今回の改訂案の作成に至った。

本委員会の中で、現行の研修カリキュラムの持題点として、①研修項目の羅列であり、到達目標の記載がない、②知識、スキル偏重主義である、③患者とのコミュニケーションやチーム医療に関する記載が抜けている、③倫理、医療安全の取り組みに欠ける、④症候からのアプローチや基本手技の記載が少ない、ことが指摘された。そこで、今回の改訂案では、①具体的な研修内容と到達目標を明示する、②消化器専門医としてあるべき姿を示す、③医学、医療の進歩、変化に即した対応について明示することを心がけた。また、「単に知識を習得することではなく、学習の結果として、専門医として行動し成果を出すことができるよう、知識と共に技能、行動・態度の修得を指導する」ことを目的に学習する、いわゆるコンピテンス理論に基づく学習理論を取り入れた。

本セミナーでは、消化器病学会専門医研修カリキュラムの改訂の経緯およびその骨子について説明する。

略歴

1989年6月3日	旭川医科大学内科学第3講座 研修医
1990年4月1日	岩内協会病院 医師
1992年4月1日	(財)早期胃癌検診協会(東京) 研究生
1995年7月1日	町立中標津病院内科 医長
1996年4月1日	市立旭川病院内科 医長
1998年4月1日	旭川医科大学内科学第3講座 医員
1990年5月1日	旭川医科大学医学部 助教
1994年2月16日	シカゴ大学医学部留学(Dr. Eugene Chang)
1997年11月1日	旭川医科大学医学部 講師
1997年11月1日～現在	光学医療診療部 副部長(兼任)
1998年4月1日～現在	旭川医科大学医学部 准教授

事件事例に学ぶ医療リスクマネジメント ～「医療水準」と添付文書・ガイドライン～

宗像 雄
関谷法律事務所 弁護士

1 医療従事者の法的責任と過失

1) 法的責任が発生するための要件

原則として、(故意を含めて)過失が認められなければ、行為者は、刑事または民事の法的責任を問われることはない。

2) 過失の概念

過失とは、簡単にいえば、不注意、すなわち、注意義務に違反したこと、をいう。しかし、ただの「不注意」ではない。すなわち、行為者には、行為に当たって従わなければならない法的義務がある。これを、「注意義務」という。具体的には、結果の発生を予見して、これを回避するために必要な措置を講じる義務(結果予見・回避義務)である。そして、過失とは、この「注意義務」に違反することである。

3) 注意義務の内容

ア) 「注意義務」は、行為者が行為に当たって従わなければならないルールである。

- イ) ある者がある行為を行うに当たってどのような注意義務を負うかは、個々のケースにおける具体的な事情に基づいて、決定される。同じ医療行為を行う場合であっても、行為の当時の具体的な事情、例えば、患者の具体的な病状、医療態勢の具体的内容などによって、その注意義務の内容は異なりうる。したがって、個々のケースにおける注意義務の内容を考えるに当たっては、当該ケースにおいて、行為の当時どのような事情が存在したのか、という点が、極めて重要な意味を有する。

2 過失と「医療水準」

1) 医師や看護師の注意義務の具体的内容

ア) 個々のケースにおいて医師や看護師が負う注意義務の基準(依拠すべき規範)は、診療当時のいわゆる臨床医学の実践における医療水準である(最3小判昭和57年3月30日)。

イ) そして、個々のケースにおいて、医師や看護師が実際に行った行為が、上記の「医療水準」を下回るものである場合には、注意義務違反すなわち過失が認められることになる。

ウ) 新規の治療法等については、その治療法に関する知見が、類似の医療機関に相当程度「普及」していれば足りる。その治療法としての有効性が「確立」され、その知見が「定着」していることまでは要求されない。

2) いわゆる「指針」・「ガイドライン」と「医療水準」との関係

ア) 近時、学会等は、「指針」・「ガイドライン」を作成している。

ただ、「指針」・「ガイドライン」の法的な位置づけについては、「指針」・「ガイドライン」という名称が付されたものにも、内容的には様々なものがある。それゆえ、これを一概に言うことはできない。

イ) 一般に、診療ガイドラインは、法的には、次のような意味を有していると考えられている(大阪地判平成19年9月19日参照)。

- ① 診療に従事する医師に対して、ガイドラインの作成時点における最も妥当と考えられる診療の手順・方法等を、モデルとして示したものである。
- ② 具体的な医療行為を行うにあたって医師がガイドラインに従わなかったからといって、直ちに診療契

約上の注意義務違反ないし過失が認められるわけではない。

- ③ 診療に従事する医師は、ガイドラインの記載内容をふまえた上で患者に対する治療ないし説明を行う義務を負う。

そして、上記の内容を敷衍すれば、以下のとおりとなる。

- ウ) 第1に、ガイドラインに記載されている内容と「医療水準」の内容が常に一致するわけではない。その意味で、ガイドラインの記載内容は、「医療水準」の内容を具体的に明らかにするための手がかり(の1つ)にすぎない。
- エ) 第2に、ガイドラインの記載内容は、あくまでも「モデル」ないし「標準(スタンダード)」にすぎない。「モデル」ないし「標準」には、類型化及び抽象化を伴う。それゆえ、ガイドラインは、あくまでも、特定のタイプ(類型)に属する患者について、専ら特定の身体状況、病状等に着眼して、妥当と考えられる診療の手順・方法等を記載しているにすぎない。
- これに対し、実際には、ガイドラインに記載されていないタイプ(類型)の患者もいる。記載されているタイプの患者も、その身体状況、病状は実に多様である。
- したがって、実際の患者のタイプ(類型)ないし身体状況、病状等を考慮したうえで、医師が、その裁量権に基づき、ガイドラインに記載された診療の手順・方法等を行わないことも当然に認められる。
- オ) 第3に、診療に従事する医師が、ガイドラインの記載内容に従わなければならない義務を負うとは、直ちにはいえない。ただ、医師は、それを「ふまえた上で」患者に対する治療ないし説明を行う義務を負う。
- そもそも、訴訟においては、医師ないし医療機関側が、注意義務違反ないし過失が存在しないことを主張ないし証明しなければならない、と考えられている(事実上の証明責任の転換)。
- それゆえ、医師が患者に対してガイドラインに記載された診療の手順・方法等を行わなかった場合、当該医師は、事実上、ガイドラインに記載された診療の手順・方法等を行わなかったことについて、実際の患者のタイプ(類型)ないし身体状況、病状等に照らして「合理的な理由」があったことを、説明しなければならない。

略歴

1986年 福島県立磐城高等学校 卒業
同 年 慶應義塾大学法学部法律学科 入学
1990年 慶應義塾大学法学部法律学科 卒業
1994年 司法試験合格
1995年 司法研修所 入所
1997年 司法研修所 卒業 同年 弁護士登録

2003年より、東京都看護協会の委嘱を受け、ファーストレベル及び一般研修等の講師を務めている。また、京都府看護協会、長野県看護協会、山口県看護協会等でも、ファーストレベル等の講師を務めている。

現在、東京都看護協会の顧問を務めるほか、医学学会等の顧問も務めている。

また、法政大学法科大学院(ロースクール)では、特任講師として講義(刑事訴訟法)とゼミを担当し、慶應義塾大学大学院法務研究科(ロースクール)では、助教として実務家ゼミを担当していた。現在は、ボランティアとして、司法試験を受験する学生の指導を行っている。

その他、経済産業大臣の委嘱を受けて「原子力発電に係るシンポジウム等についての第三者調査委員会」の作業チーム委員を務めるとともに、資源エネルギー庁長官の委嘱を受けて「原子力広聴・広報アドバイザー・ボード」の委員を務める。

S 1-1 (消)

当院における高齢者食道癌治療の現況 -主に化学放射線・放射線療法について-

○佐藤 康裕¹、大須賀 崇裕¹、中村 とき子¹、佐川 保¹、藤川 幸司¹、高橋 康雄¹

¹国立病院機構 北海道がんセンター 消化器内科

【背景】高齢化社会において年齢とともに罹患率の上昇する食道癌の増加は必然であり、今後更なる増加が予想される。高齢者食道癌では臓器機能、併存疾患、治療意欲などの諸因子を考慮し、安全性と有効性のバランスをとった治療選択が求められ、暦年齢によってのみ治療を制限することは適切ではないと考えられる。【目的】高齢者食道癌の臨床的特徴を明らかにし、当院での高齢者食道癌治療の多くを占める(化学)放射線療法の安全性・効果・予後について検討する。【対象】2003年から2011年までに当院で診療した食道癌241例のうち、75歳以上の高齢者67例について解析した。【結果】年齢75-79歳が38例、80歳以上29例、男性56例・女性11例。併存疾患はHT 26例、IHD 5例、ASO 6例、不整脈7例、肺気腫4例、喘息3例、脳血管疾患8例、DM 9例、認知症2例。癌の既往は17例、同時性重複癌は4例に認めた。臨床病期は0/1/2/3/4期が2/10/11/27/17例であり、治療法は化学放射線療法(CRT) 35例、放射線単独療法(RT) 18例、手術6例、その他8例であった。病期別にCRT/RTはI期6/2例、II期7/3例、III期15/6例、IV期7/7例であった。CRT/RTのG3以上白血球減少43%/17%、好中球減少29%/6%、発熱性好中球減少3%/0%であった。CRTの途中中止は4例で、原因は食道炎が1例と瘻孔・穿孔が3例ありこのうち2例は在院死された。RTの途中中止はせん妄の1例のみであった。晩期毒性の肺臓炎による死亡例がCRT・RTともを1例ずつ認めた。病期別生存期間中央値はI/II/III/IV期61/14/17/5M、治療法別ではCRT/RT 17/7M、治療・病期別には病期II-III期のCRT/RT 15/11M、IV期のCRT/RT 7/5Mで有意差はなかった。【結語】高齢者食道癌の多くが併存疾患を有し、手術リスクが高いことからCRT・RTが選択されることが多かった。血液毒性は認容可能と考えられるが、晩期毒性や穿孔・瘻孔には注意が必要である。予後はいずれの治療においても不良であり、必ずしも低侵襲ではないことから、症例ごとに緩和も含めた適切な治療選択が求められる。

S 1-3 (内)

ESDを施行した高齢者の胃癌非治療切除例の検討

○浦出 伸治¹、野村 昌史¹、三井 慎也¹、田沼 徳真¹、村上 佳世¹、西園 雅代¹、永井 一正¹、田中 一成¹、真口 宏介¹

¹手稲溪仁会病院 消化器病センター

【背景と目的】ESDで非治療切除となった高齢者の胃癌症例に対しては、患者の希望や合併症などを考慮して必ずしも推奨された追加治療が行われるわけではない。今回当院においてESDを施行した高齢者の胃癌非治療切除例の予後について検討する。【対象と方法】2003年7月から2011年12月までに当院で胃ESDを施行した75歳以上の高齢胃癌患者139例を対象に、治療切除群100例と非治療切除群39例(追加治療群12例、経過観察群27例)に分け、(1)無再発生存率、(2)全生存率、(3)死亡原因の3項目について比較検討した。観察期間は0～106か月(中央値36か月)であった。

【結果】(1)無再発生存率(1年/3年/5年(%))、治療切除群と比較したp値)

非治療切除群：89.2 / 78.9 / 75.0, p=0.23

非治療追加治療群：83.3 / 83.3 / 83.3, p=0.88

非治療経過観察群：92.0 / 76.9 / 71.4, p=0.12

(2)全生存率(1年/3年/5年(%))、治療切除群と比較したp値)

治療切除群：100 / 93.7 / 81.3

非治療切除群：100 / 92.8 / 80.7, p=0.61

非治療追加治療群：100 / 100 / 80.0, p=0.47

非治療経過観察群：100 / 92.9 / 84.4, p=0.88

(3)死亡原因 治療切除群：胃癌死1例(ESDと別部位の進行胃癌)、他病死12例(他臓器癌5例、呼吸器疾患4例、腎不全1例、不明2例)。非治療切除群：原病死1例(ESDで遺残あり、追加治療を希望されず)、他病死4例(他臓器癌3例、大動脈解離1例)。

【まとめ】今回の検討ではESD治療切除例と非治療切除例の間に生存率の差を認めず、原病死は追加治療を希望しなかった1例のみであった。ESDで非治療切除となった高齢者の胃癌症例に対して追加治療を行うかどうかは合併症などを考慮して総合的に判断することが重要と思われた。

S 1-2 (消)

80歳以上食道癌症例の手術治療

○木ノ下 義宏¹、山田 広幸¹、上村 志臣¹、坂下 啓太¹、吉川 智宏¹、細川 正夫¹

¹恵佑会札幌病院 外科

【目的】高齢者は心機能、呼吸機能等の臓器機能低下を伴うことが多く、一般に食道切除は過大侵襲となると考えられ敬遠されることが多い。当院で行われた80歳以上の食道癌切除について術後合併症、予後をretrospectiveに検討し、手術治療の選択肢があるかどうかを検討した。【方法】1990年1月より2011年12月まで80歳以上の食道癌症例は266例で、初回治療として手術45例(16.9%)、内視鏡的治療40例(15.0%)、放射線単独138例(51.9%)、化学放射線療法16例(6.0%)、化学療法1例(0.3%)、未治療26例(9.8%)であった。当院では高齢者に対して1.手術を受ける意思表示ができる、2.2階まで階段を休まず上がる、3.家族の協力体制がある、の3つの必須条件がそろい、術前検査で高度機能障害がなければ食道切除を行う方針としている。手術を選択した45例の内訳は、男/女比36/11、年齢82歳(80-99)、cStage(0/1/2A/2B/3/4A/4B)2/5/10/5/18/2/3例であった。【成績】手術時間3.7時間(1.6-6.4)、出血量418ml(90-1220)、術後経口摂取開始日は16.8日(7-69)、術後在院日数は46日(13-167)であった。術後合併症は肺炎7例(15.5%)、肺塞栓1例(2.2%)縫合不全2例(4.4% minor1例、major1例)、反回神経麻痺2例(4.4%)、膿胸1例(2.2%)、腹腔内膿瘍1例(2.2%)、胆嚢炎1例(2.2%)、であった。45例中死亡例は26例でこのうち術死1例(2.2%、肺塞栓)、在院死1例(2.2%、原因不明の心停止)であった。癌死/他病死/不明は15/6/3例であった。45例のMSTは18.9か月、1/3/5年生存率は83.6/38.3/30.6%で、cStage2/3(33例)の1/3/5年生存率は86.5/45.6/38.6%であった。【結論】80歳以上高齢者食道癌の手術療法は、必須条件を満たせば選択肢の一つと考えられる。

S 1-4 (消)

当院における高齢者胃癌・大腸癌の化学療法の現状

○大原 克仁¹、松園 絵美¹、横山 文明¹、石橋 陽子¹、菅井 望¹、関 英幸¹、三浦 敦彦¹、藤田 淳¹、鈴木 潤一¹

¹KKR札幌医療センター 消化器科

【背景】高齢者胃癌・大腸癌患者に対する化学療法はPS (ECOG Performance Status)良好例で近年 積極的に行われている。今回、我々はKKR札幌医療センターにて化学療法を施行した高齢者胃癌・大腸癌患者に対し、その有用性と安全性について検討する。【対象と方法】2007年から2011年までに当院にて化学療法を施行した70歳以上の胃癌・大腸癌患者を対象とし、retrospectiveに診療録を調査した。患者背景、検査データ、転移部位、また進行・再発の胃癌・大腸癌患者については、無増悪生存期間(PFS)と全生存期間(OS)を調査した。【結果】2007年から2011年までに当院にて診断・治療(内視鏡治療を除く)を行った胃癌症例は165例であった。このうち、化学療法施行は術後補助化学療法が26例、切除不能進行再発例が29例であった。進行再発29例の年齢中央値は76歳(70-88歳)、性別は男性21例、女性8例であった。治療レジメンは、単剤療法が14例、2剤以上の併用療法が15例であった。生存期間中央値は16.5ヶ月(95%CI 11.0-22.0ヶ月、Cut-off 2012年11月30日)と良好であったが、1年以上の生存症例16例の中には標的病変を認めない症例が7例含まれていた。また、治療開始後3ヶ月以内の早期死亡は4例(13.8%)と全身状態悪化にて転院を要した症例は2例(6.9%)であった。また、2007年から2011年までに当院にて診断・治療(内視鏡治療を除く)を行った大腸癌症例は272例であった。このうち、化学療法施行は術後補助化学療法が63例、切除不能進行再発例が22例であった。進行再発22例の年齢中央値は75歳(70-85歳)、性別は男性12例、女性10例であった。生存期間中央値は19.1ヶ月(95%CI 16.6-21.5ヶ月、Cut-off 2012年11月30日)と良好であった。また、治療開始後6ヶ月以内の早期死亡は5例(22.7%)であった。【結論】高齢者における化学療法は若年者同様の治療効果が見込める場合があるが、早期死亡のリスクもあるため、症例選択が重要であると考えられる。

S 1-5 (消)

高齢者進行結腸直腸癌症例に対する化学療法の有用性

○中村 路夫¹、鈴木 脩斗¹、千田 圭悟¹、板谷 一史¹、小池 裕太¹、
藤田 興茂¹、小池 文菜¹、高氏 修平¹、工藤 俊彦¹、永坂 敦¹、
西川 秀司¹、樋口 晶文¹
¹市立札幌病院 消化器内科

【はじめに】臨床試験のサブ解析などにおいて進行結腸直腸癌(以下、大腸癌)に対する化学療法は高齢者においても比較的 safely に実施できるといった報告が散見されるが、その一方でそういった報告は大学病院や各がんセンターなどのいわゆる High volume center を中心とした行われた臨床試験において eligibility criteria をみたく非常の条件のよい患者を対象とした解析であることが多く、必ずしも状態の良くない高齢者も含めた実地臨床を反映した結果とは言いにくい。今回、我々は一般病院の実地臨床における高齢者に対する大腸癌化学療法の有用性について検討した。【目的】当院における大腸癌化学療法施行例を対象とし、高齢者(65歳以上、70歳以上、75歳以上、80歳以上)において化学療法が生存に寄与するかどうかを後ろ向きに比較検討する。【方法】2008年1月から2012年11月までに当院において大腸癌化学療法を開始した109症例を対象とし、65歳・70歳・75歳・80歳を cut off とし、cut off 値よりも若年である群と高齢である群の全生存期間(OS)についてKaplan-Meier法を用いて後ろ向きに比較検討した。【結果】全症例の年齢中央値は69.3歳(40.8-84.7歳)。観察期間中央値は18ヶ月(0-58ヶ月)。性別は男性/女性:62/47。PSは0/1/2/3/4:45/36/25/2/1。65歳未満/65歳以上は38名/71名、70歳未満/70歳以上は57名/52名、75歳未満/75歳以上は81名/28名、80歳未満/80歳以上は101名/8名。化学療法開始日を起算としたOS中央値は全症例で29.9ヶ月。75歳を cut off とした場合においてのみ若年群と高齢群の両群間に有意差が見られ、その場合のOS中央値はそれぞれ34.2ヶ月 vs 17.1ヶ月(p=0.001)であった。【結語】75歳を超える高齢者症例においては化学療法による延命効果がそれより若年層と比べて低いことが示された。75歳を超える高齢者においてはリスクベネフィットバランスを踏まえた上で慎重に治療方針を検討する必要がある。

S 1-7 (消)

本邦における高齢者大腸癌の臨床病理学的・分子生物学的特徴とその前癌病変としての大腸锯齿状病変の重要性

○能正 勝彦¹、山本 博幸¹、篠村 恭久¹
¹札幌医科大学 医学部 第一内科

【目的】現在、大腸癌は男女ともに日本人の癌死亡原因の上位を占め、特に高齢者の右側結腸癌の増加が報告されている。欧米では高齢者の右側結腸癌の特徴として、女性、BRAF 遺伝子変異やMLH1のメチル化、マイクロサテライト不安定性(MSI)大腸癌が多いと報告されている。また大腸锯齿状病変の sessile serrated adenoma/polyp (SSA/P) はそれらの異常の頻度が高いことからその前癌病変として注目されている。しかしながら本邦において多症例の高齢者大腸癌や锯齿状病変の臨床病理・分子生物学的特徴を解析した報告はほとんどない。よって今回、我々は1438例の大腸腫瘍を対象にそれらの検討を行った。【方法】当施設と関連施設で治療された锯齿状病変383例(過形成性ポリープ141例、SSA/P124例、锯齿状腺腫118例)と大腸腺腫(230例)、癌(825例)の検体を用いて、その臨床病理学的特徴とKRAS、BRAF、PIK3CA変異、MLH1メチル化やMSIを検討した。【成績】高齢者(75歳以上)の癌は全大腸癌の27%(222例)であり、その57%が女性、46%が右側結腸、BRAF変異は8%、MLH1メチル化は48%(75歳未満では女性38%、右側結腸34%、BRAF変異4%、MLH1メチル化39%)であり、75歳未満の癌と比べ、いずれも有意差を認めた。また124例のSSA/Pのうち高齢者は10例(8%)で認められ、全例右側結腸であった。また高齢者SSA/PのMLH1メチル化は33%、MSIは20%(75歳未満でそれぞれ9%、0%)で、それらの遺伝子異常は高頻度に認められた。一方、高齢者の過形成性ポリープや锯齿状腺腫、大腸腺腫では75歳未満のそれらの腫瘍と比較して臨床病理・分子生物学的因子で有意差を認めなかった。【結論】本邦における高齢者大腸癌は女性、右側結腸に多く発症する傾向があり、BRAF変異やMLH1メチル化の頻度も高いことが今回の検討で明らかとなった。また高齢者のSSA/PはMLH1メチル化やMSI等の異常が高頻度であることから癌化の危険性が高く、それらのほとんどが右側結腸に存在することから、高齢者の内視鏡検査では深部大腸の詳細な観察が必要と考えられた。

S 1-6 (消)

当院における高齢者・非高齢者の根治不能大腸癌に対する全身化学療法の検討

○川本 泰之¹、畑中 一映¹、木下 賢治¹、原田 一顕¹、大和 弘明¹、
小川 浩司¹、山本 義也¹、成瀬 宏仁¹
¹市立函館病院 消化器病センター 消化器内科

本邦では高齢化社会の進行に伴い、より高齢の患者に対して全身化学療法を行う機会が急速に増加している。非高齢者と同じように、抗癌剤の多剤併用による臨床試験も数多く実施されるようになってきており、生存期間の向上が証明され始めている。

一方で、高齢者に対する化学療法では、合併症と副作用を考慮しながら、QOLを重視し、無理のない化学療法が行うことが重要である。臓器機能、とくに薬剤の代謝を行う肝臓や腎臓の機能は加齢とともに低下していることも多い。また、高齢者では高血圧や糖尿病といった循環器や代謝疾患の合併症が多く、複数の薬剤を常用しているため、抗癌剤との相互作用などにも注意が必要である。

今回、我々は75歳以上の後期高齢者を「高齢者」として定義し、2005年1月から2011年12月の期間に、当院で根治不能大腸癌に対して一次治療として全身化学療法を導入した166例のうち、44例(27%)の高齢者と122例(73%)の非高齢者について解析を行った。

生存期間中央値は高齢者/非高齢者=741/798(日)で、高齢者群でも遜色のない生存期間の延長が認められる結果であった。一次治療として選択された治療法は多い順に、高齢者ではFOLFOX/FOLFIRI/FOLFOX+Bmab/S-1=22/7/4/4、非高齢者ではFOLFOX/FOLFOX+Bmab/XELOX/FOLFIRI=53/19/8/7であり、選択レジメンに大きな差は認められなかった。しかし、非高齢者群にBest Supportive Care(BSC)選択はなかったが、高齢者群にはBSC選択が2例あった。

また、これらの症例における、背景、用量強度、合併症の有無、死因等について検討し報告する。

S 1-8 (消)

高齢者大腸癌症例における、術前リスク評価の検討

○村上 武志¹、佐々木 一晃¹、大野 敬祐¹、田山 誠¹、柴田 稔人¹、
平田 公一²
¹小樽掖済会病院 外科、²札幌医科大学 第一外科

【はじめに】大腸癌罹患率の上昇、社会の高齢化に伴い、大腸癌手術における高齢者の割合は増加してきている。高齢者においては併存疾患の存在や、臓器・生理機能低下のため、術後合併症の発生リスクが高いと言われており、重篤な術後合併症を防ぐためにも術前リスク評価を行い、適切な術式を決定することが重要である。術前リスク評価として、諸家より様々な報告がされているが、小野寺らのPNIが簡便で信頼性も高いと言われている。【対象】2007年1月-2012年3月に当院で大腸癌手術を施行した患者のうちPNIの測定が可能であった445例を対象とした。平均年齢は71.3±9.9歳で、高齢者群(75歳以上)176例、非高齢者群(75歳未満)269例であった。腫瘍の占拠部位は、高齢者群で右側結腸が多く、非高齢者群で直腸が多かった。【方法】PNIを全例算出し、高・中・低リスク群に分類し、術式、合併症の発症を検討した。【結果】高齢者、非高齢者群とも腹腔鏡手術(51:88)、開腹手術(125:181)の頻度に差はなかった。高齢者群で結腸切除が多く(122:145)、非高齢者群で前方切除(37:100)が多かった。合併症発生は高齢者群で有意に高値(30.1%:20.8%)であった。高齢者群ではリスク間に合併症発生率(32.5%:37.2%:25.8%)に有意差はなかった。非高齢者群では高リスク群で合併症発生率(47.6%:7.5%:20.7%)が有意に高かった。【まとめ】高齢者群で合併症の発生率が高かったが、高齢者群といえども重篤な合併症の発現は少なく、安全に手術可能であった。高齢者群においてはリスク間の合併症発生率に差はなかったが背景因子の違いもあり、さらなる検討を加えて報告する。

S 1-9 (消)

当科における高齢者大腸癌の外科治療成績

○植木 知身¹、古畑 智久¹、沖田 憲司¹、西舘 敏彦¹、秋月 恵美¹、伊東 竜哉¹、小川 宰司¹、久木田 和晴¹、石井 雅之¹、信岡 隆幸¹、平田 公一¹

¹札幌医科大学 第一外科

【目的】手術の低侵襲化や術後管理の進歩によって、高齢者に対しても安全に手術が施行できる機会が増加してきている。本検討では、高齢者に対する外科治療の現状と術後生存期間について検討した。【対象と方法】対象は2003年～2011年に当科にて手術が施行された658例。80歳以上を高齢者群、79歳以下を非高齢者群とし、症例の背景、術式、術後合併症および生存期間について解析を行った。【結果】高齢者手術症例は90例(13.8%)であり、2003年-2005年では23例(12.8%)、2006年-2008年では29例(15.3%)、2009年-2011年では38例(19.1%)と徐々に増加していた。高齢者群は非高齢者群と比較して、男性症例が少ない($p<0.05$)、Stage4症例が少ない($p<0.05$)、直腸癌が少ない($p<0.05$)、ASA分類3、4が多い($p<0.05$)という特徴があった。施行手術に関しては、腹腔鏡下手術率、肛門温存率については2群間に差を認めなかった。根治度A症例におけるD3手術施行率は、高齢者群63.0%、非高齢者群73.9%であり高齢者群で低率であった($p<0.05$)。術後合併症は、高齢者群11.1%、非高齢者群16.0%に認め、2群間に差を認めなかった。3年無再発生存率(高齢者、非高齢者)は、Stage0、1(100%、98.0%)、Stage2(75.5%、84.4%)、Stage3(74.0%、65.5%)、5年全生存率は、Stage0、1(100%、95.5%)、Stage2(79.4%、84.5%)、Stage3(81.3%、79.9%)であり、全てのステージにおいて2群間に差を認めなかった。【結語】1.高齢者群は、非高齢者群と比較して背景に差を認めるものの、術後合併症発生率、生存率において差を認めなかった。2.高齢者に併存する疾患の術前評価を十分にを行い、適切な術式を選択することが重要と思われた。

S 1-10 (消)

高齢者消化器癌に対する治療—消化管閉塞のマネージメント—

○平山 敦¹、宮川 宏之¹、長川 達哉¹、岡村 圭也¹、奥 大樹¹、北川 翔¹

¹札幌厚生病院 第二消化器科

【目的】消化管閉塞は消化器癌の終末期においてかなりの頻度で対応を迫られる病態であり殆どの事例が全身状態不良の高齢者である。今回消化管閉塞に対しての当科の取り組みについて報告する。【方法】75歳以上の後期高齢者を高齢者と定義する。当科の消化管ドレナージ術には消化管ステント留置術、PEG、PTEG、経鼻胃管、薬物療法としてオクトレオチド酢酸塩持続皮下注などがある。過去10年間当院で施行した消化管ステント112例、PEG3例、PTEG15例、経鼻胃管20例、オクトレオチド酢酸塩などの薬物療法23例を対象とし、症状改善率、期待できる症状改善内容、合併症、この結果から想定される各手技の適応と禁忌また著効例の特徴および困難症例について高齢者特有の問題点を明かにする。【結果】各手技の期待される効果が違うため比較は難しいが消化管ステントの112例中98例で流動食以上の摂取が可能であった。術前食欲を有する症例PS0と1の症例では改善傾向が顕著だった。PEGでは経過中高齢者の2例共誤嚥性肺炎を合併した。PTEGでは症状改善率100%であったが、末期高齢者の1例で誤嚥性肺炎を合併した。経鼻胃管では全身状態不良の高齢者5例で症状改善の確認が不明であり、鼻腔痛、咽頭痛を10例、病態末期の誤嚥性肺炎を6例で経験した。誤嚥性肺炎は全て高齢者であった。経鼻胃管からPTEGに変更した5例全例で鼻腔痛、咽頭痛の改善を得た。癌浸潤による胃内狭小に伴い経鼻胃管ドレナージ不良となりPTEG留置し食道下端に先端を固定したところドレナージ良好となった。PTEG施行例は全身状態不良高齢者が殆どのためドレナージ最適位置はPTEG処置時に丁寧に確認すべきである。PTEGドレナージ不良例で、大口径カテーテルに変更、持続吸引としドレナージ改善した症例を経験した。PTEGカテーテル、延長チューブ、コネクターの大口径のキットが望まれる。【結論】消化器癌消化管通過障害は全身状態不良高齢者のことが殆どのため処置は低侵襲が望まれる。全手技でほぼ高齢者のみ誤嚥性肺炎を経験した。またPTEGは高齢者自己抜去においても安全で全身状態不良高齢者のドレナージ最終手段として必要な手技である。

S 2-1 (消)

遺伝子型1型高ウイルス量の高齢者慢性C型肝炎に対するIFN治療成績と問題点

○小関 至¹、木村 陸海¹、荒川 智宏¹、中島 知明¹、桑田 靖昭¹、大村 卓味¹、佐藤 隆啓¹、髭 修平¹、狩野 吉康¹、豊田 成司¹
¹札幌厚生病院 第3消化器科

【目的】65歳以上の1型高ウイルス量高齢者C型肝炎に対するペグインターフェロン(PEG-IFN)/リバビリン(RBV)併用療法[P/R]、Telaprevir、PEG-IFN、RBVによる3剤併用療法[T/P/R]の治療成績と、治療に影響する因子を検討する。【対象と方法】治療開始時65歳以上P/R 72例(=A群)、65歳未満P/R 242例(=B群)、65歳以上T/P/R 15例(=C群)、65歳未満T/P/R 50例(=D群)と分類した。A群、B群の年齢中央値は、それぞれ、67歳、54歳、男性は32例、121例、IL28B majorは、47%、66%(p=0.033)であった。C群、D群の年齢中央値は、それぞれ、67歳、57歳、男性は7例、29例、IL28B majorは、47%、68%であった。P/R例では、SVRとRBVアドヒアランスを、T/P/R例では、RVR、ETR、SVR4、SVR12と、TVR、RBVアドヒアランスの検討を行った。【成績】1) P/R例の検診—A群、B群のSVRは、それぞれ、34.7%、46.3%、治療12週時HCV RNA陽性のため72週延長投与した症例に限ると、37.5%、60.5%(p=0.005)であった。IL28B major例のA群、B群のSVR率は、50.0%、53.7%、IL28B minor例では、6.3%、22.1%、48週完遂例のRBVアドヒアランスは88.0%、90.3%であった。2) T/P/R例の検診—C群、D群のRVRは、それぞれ、73.3%、80.8%、ETRは76.9%、87.5%、SVR4は76.9%、82.9%、SVR12は50.0%、84.0%であった。C群、D群のTVRアドヒアランスは、69.0%、80.7%、RBVアドヒアランスは、同様に53.7%、57.7%であった。【結語】治療対象の高齢者ではIL28B majorの頻度が低下し、特にT/P/R例では、薬剤のアドヒアランス低下が加わり、非高齢者と比して、治療効果が低率となったものと推測された。SVR12までの検討であるが、T/P/R例では、P/R例と比して、治療効果向上が期待される結果となった。

S 2-3 (消)

超高齢者の肝細胞癌手術症例に関する検討

○柿坂 達彦¹、神山 俊哉¹、横尾 英樹¹、若山 顕治¹、敦賀 陽介¹、蒲池 浩文¹、武富 紹信¹
¹北海道大学大学院 医学研究科 消化器外科学分野

【背景】近年、平均寿命の延長、肝炎治療の進歩から、高齢発症の肝細胞癌が増加してきた。肝切除技術・周術期管理の向上からperformance status 0～2の80歳以上の超高齢者肝細胞癌症例に対しても手術治療を選択している。今回、超高齢者肝細胞癌手術症例に関して治療成績を検討した。【結果】2000～2010年の期間に当科で施行した初回肝細胞癌手術症例504例中、80歳以上の症例は19例であった。年齢は平均83.6±3.0歳(80-90歳)で、性別は男性13例、女性6例。背景肝疾患は非B型非C型症例が74%と80歳未満の症例より有意に多かった。Child-Pugh分類は全例A、腫瘍サイズは平均7.7±4.6cm(1.7～15.5cm)で有意に大きく、StageはI: 1例、II: 11例、III: 5例、IVA: 2例であった。当科では年齢に関係なく、肝機能による肝切除アルゴリズムによって切除範囲を決定している。切除範囲はHr0: 3例、HrS: 1例、Hr1: 5例、Hr2: 10例。手術時間、出血量、Clavien-Dindo分類IIIA以上の術後合併症は80歳未満の症例と有意差を認めなかった。平均観察期間は31.6ヵ月で、術後に12例(63.2%)が再発し、無再発生存期間の中央値は21.6ヵ月であった。初発再発部位は残肝7例、肺2例、肝肺1例、骨1例、肝肺骨1例であった。超高齢者症例でも積極的に再発治療を行っている。残肝再発症例に対してはTACE 6例、局所療法を2例で施行した。単発肺転移症例に対してVATSを1例施行、副腎転移に対して副腎切除術を1例に施行した。また多発肺転移症例に対してsorafenibも含めた化学療法を施行した症例を1例経験している。5例が病死し、2例が他病死した。【結語】80歳以上の超高齢者でも安全に肝切除を施行することが可能であった。また多くの症例で再発を認めるため再発時には部位・全身状態から適切な治療法を選択することで予後の改善を期待できると考えられた。

S 2-2 (消)

高齢者の肝細胞癌に対するRFAの安全性と有用性について

○山崎 大¹、辻 邦彦¹、青木 敬則¹、友成 暁子¹、姜 貞憲¹、桜井 康雄¹、児玉 芳尚¹、真口 宏介¹
¹手稲溪仁会病院 消化器病センター

【目的】肝細胞癌(以下、HCC)の初発年齢は高齢化が進んでおり、高齢者に対する治療機会は年々増加している。今回、当センターにおける高齢者のHCCに対するラジオ波焼灼術(RFA)の治療成績について検討したので報告する。【対象】1999年9月から2012年11月までに当センターでRFAを施行したHCC 1223例(1947病変中、初回治療にRFAを施行した初発HCC 349例を対象とした。【検討項目】70歳未満を非高齢者、70歳以上を高齢者と定義し、1.患者背景、2.RFAの合併症、3.RFA後の在院日数、4.5年生存率、5.死因について両群で比較検討した。【結果】1.非高齢者は183例で平均年齢は66歳(38-69歳)、高齢者は166例と約半数を占め平均76歳(70-93歳)であった。男女比は136:47 vs 96:70 と高齢者で有意に女性が多く(p=0.001)、PSは2以上が7/183 (3.8%) vs 22/166 (13%) (p=0.001)、全身疾患の合併率は69/183 (38%) vs 122/166 (73%) (p<0.001) と高齢者でPSが低く合併疾患を有する例が有意に多く認められた。成因はHBVが65/183 (36%) vs 13/166 (7.8%)、HCVが82/183 (45%) vs 110/166 (66%)、アルコール性が30/183 (16%) vs 13/166 (7.8%)と非高齢者はHBVやアルコール起因が多く、高齢者はHCV起因が有意に多く認められた(p<0.001)。なお、両群で肝予備能とHCCの進行度に差はみられなかった。2. RFAの合併症の頻度に非高齢者7/183 (3.8%)と高齢者9/166 (5.4%)の間で差はみられず、重篤な合併症もなく、RFAは高齢者でも安全に施行可能であった。3. 治療後の在院日数も非高齢者6.1±27.3日、高齢者6.3±28.6日と差はなく、高齢者に対してもRFAは非侵襲的であった。4. 5年生存率は、非高齢者63%、高齢者66%で両群に有意差はなく、高齢者においてもRFAは有用であった。5. 死因は、非高齢者と高齢者で肝関連死は55/63 (87%) vs 32/52 (62%)、他病死は8/63 (13%) vs 20/52 (38%)と高齢者で他病死の割合が多かった(p=0.001)。【結語】RFAの治療成績に両群で差は認めず、RFAは高齢者のHCCに対する非侵襲的な安全で確実な局所療法と思われた。

S 2-4 (消)

当科における85歳以上の超高齢者に対する内視鏡的総胆管結石治療に関する検討

○中村 英明¹、碓 修二¹、堀田 彰一¹、町田 卓郎¹、木下 幸寿¹、藤澤 良樹¹、加藤 貴司¹、佐々木 清貴¹、山田 裕人¹、加賀谷 英俊¹、目黒 高志¹
¹北海道消化器科病院 内科

【目的】人口高齢化に伴い総胆管結石の内視鏡治療は今後も増加していくと予想される。今回は当院における85歳以上の超高齢者における内視鏡的総胆管結石治療に関して検討した。【対象】2006年1月から2012年9月までに当科で経験した総胆管結石初発症例で内視鏡的治療を施行した60例(男女比27:33、平均年齢88.9歳、最高齢99歳)における1)初発症状2)併存疾患3)結石の状態4)治療法5)偶発症(Cottonらの報告に準ずる)に関して検討した。【結果】1)腹痛29例(48.3%)、発熱18例(30%)、嘔吐9例(15%)、黄疸7例(11.7%)に認めた。当科受診時すでに化膿性胆管炎に伴うDIC(主訴:黄疸)、重症急性膵炎(主訴:発熱、嘔吐)を発症している症例が含まれ、自覚症状が軽度でも重篤な病態を示す症例が認められた。2)循環器疾患27例(45%)、脳血管疾患24例(40%)と高率だった(クモ膜下出血等の治療中に当科紹介となった症例を含む)。3)結石径は3～38mm(平均10.5mm)、個数は1～15個(平均2.7個)だった。また堆積型結石3例を認めた。4)56例(93.3%)に載石を試み、その手技はEST(胆管拡張用大口径バルーン併用を含む)50例、EPBD6例で成功率は94.6%だった。載石不成功例を含め胆管ドレナージで終了した症例は7例(11.7%)で全例チューブ留置に成功した。5)経過中7例(11.7%)で偶発症(膵炎5例、出血2例)を認めた。膵炎5例(軽症2例、中等症3例)は全例保存的治療で治癒した。出血2例は内視鏡的に止血しえた。【結語】超高齢者における総胆管結石の内視鏡治療は、偶発症の危険性はあるが高い成功率を示しており有用と考えられた。

S 2-5 (内)

当院における超高齢者総胆管結石症に対する内視鏡治療の現況

○松原 悠¹、網塚 久人¹、巽 亮二¹、芹川 真哉¹、七尾 恭子¹、
好崎 浩司¹、坂本 淳¹、木村 圭介¹、太田 智之¹
¹札幌東徳洲会病院 消化器センター

【背景】近年我が国では高齢化が進んでおり、それに伴い高齢者の総胆管結石に関連する疾患も増えてきている。治療は内視鏡によるドレナージや結石の排石が求められるが、特に超高齢者では治療について各施設間で差があるのが現状である。これは超高齢者が基礎疾患を有している場合が多く、内視鏡治療後のADL低下なども懸念されるのが一因となっていると考える。【目的】当院で経験した超高齢者総胆管結石症への内視鏡治療の安全性と有用性を検討する。【方法】対象は2011年3月から2012年2月の間に、当院で総胆管結石、または総胆管結石に起因する病態と診断しERCPを施行した106例181件のうち、85歳以上の超高齢者29例54件とした。検討項目は(1)患者背景(2)治療内容・成績(3)偶発症(4)予後とした。【結果】(1)症例の平均年齢は89.6歳、男性9例女性20例であった。心肺疾患・脳疾患の既往は14例(48.2%)に認められ、抗血栓薬の内服は9例(31.0%)に認められた。治療契機は急性胆管炎12例(うち保存治療後2例)、総胆管結石9例、胆石膵炎6例、閉塞性黄疸2例であった。術後再建症例は認めなかった。(2)カニューレション成功率は54例中53例(98.1%)であった。初回ドレナージ内容は、一次的排石9例、EBD留置14例、ENBD留置4例、造影のみ1例、施行不可1例であった。治療回数平均は1.86回であった。内視鏡的完全排石率は86.2% (29例中4例が排石せずEBD留置のみ)であった。(3)偶発症は膵炎2例、ESTによる穿孔2例、自己抜去1例であった。(4)治療後のADL評価としてBarthel indexを算定したところ、入院時の平均が32.1点、退院時の平均が47.4点と改善が認められた。死亡したのは1例(3.4%)のみで、死因は他病死であった。【結論】当院の総胆管結石症例では、超高齢者が占める割合が27.4%であった。結果としてERCP関連の死亡や、ADLの低下は認めなかったことから、超高齢者であっても安全にERCPを施行できると考える。

S 2-7 (内)

高齢者胆石治療における経乳頭の胆嚢ステント留置術の有用性

○羽広 敦也¹、丹野 誠志¹、林 明宏¹、上野 敦盛¹、金野 陽高¹、
本村 亘¹、野村 昭嘉²、吉田 行範²
¹琴似ロイヤル病院 消化器病センター、²砂川市立病院 消化器内科

【目的】急性胆嚢炎では早期の胆嚢摘出術が推奨されているが、高齢者においては心疾患や呼吸器疾患、悪性腫瘍等の基礎疾患合併の頻度が高く早期の手術が困難な症例が存在する。また、認知症等の要因により長期間の経鼻もしくは経皮的胆嚢ドレナージチューブの留置がためられる症例もしばしば経験される。このような症例では経乳頭的胆嚢ステント留置術(ETGBS)が有用であることを我々は報告してきた。その後症例数が増加したため、高齢者胆石症におけるETGBSの有用性について新規症例を加えて検討を行った。【対象と方法】急性胆嚢炎と診断し、ETGBSを施行した65歳以上の15例(平均年齢80.5±9.4歳、男女比9:6)を対象として、基礎疾患、留置ステント種類、症状改善効果、胆嚢炎再燃有無、ステント留置期間、治療関連合併症について検討した。【結果】急性胆嚢炎と診断された15例は、慢性呼吸不全(2例)、脳梗塞後遺症(6例)、認知症(8例)、進行胃癌(2例)、進行肺癌(2例)、進行膵癌(1例)などの基礎疾患を有していた(重複あり)。留置ステントは5Frもしくは7Frの両端ビッグテルもしくはストレートタイプを使用し、ステント長は70mmが7例、100mmが7例、150mmが1例であった。ESTは全例で行った。ETGBS後に全例で症状改善と炎症反応の改善を認め、経口摂取または経管栄養の再開が可能であった。ETGBS施行後、胆嚢炎の再燃はみられなかった。4例に対しては待機的に胆嚢摘出術が施行された。ステント留置期間は胆嚢摘出施行例(予定を含む)で25.5±7.5日、未施行例で197.8±43.8日であった。治療関連偶発症はみられず、胆嚢炎による死亡例は認めなかった。【結論】早期の胆嚢摘出術困難な胆嚢炎症例や認知症を有する高齢者の胆嚢炎症例においてETGBSは、重篤な合併症を認めず有用であった。今後、引き続き検討が必要であるが、ETGBSは高齢者胆石症の治療戦略において考慮される治療法のひとつと考えられた。

S 2-6 (内)

当院における高齢者に対する Endoscopic papillary large balloon dilatation (EPLBD) の治療成績

○小西 康平¹、武藤 修一¹、江藤 和範¹、宮本 秀一¹
¹苫小牧市立病院 消化器内科

【背景】：現在、総胆管結石の大きさや数に応じてEndoscopic papillary large balloon dilatation (EPLBD)による加療が選択される機会が増加しつつあり、当院においても大結石や多発結石等の症例に対し積極的に施行している。【対象】：2012年4月から2012年11月までに当院でEPLBDを施行した70歳以上の高齢者11名。【結果】：平均年齢79歳、男女比 5/6、処置目的は排石9例、胆道ドレナージ 1例、止血 1例、抗凝固療法施行例3例、非施行例8例、EPLBDによる出血、穿孔、急性膵炎等の合併症に関しては全例で認めなかった。【考察】：当院でのEPLBD施行症例に関し若干の文献的考察を踏まえ報告する。

S 2-8 (消)

高齢者における閉塞性黄疸に対する経皮経肝胆管ドレナージ術の検討

○町田 卓郎¹、堀田 彰一¹、木下 幸寿¹、藤澤 良樹¹、碓 修二¹、
加藤 貴司¹、佐々木 清貴¹、山田 裕人¹、加賀谷 英俊¹、中村 英明¹、
目黒 高志¹
¹北海道消化器科病院 内科

<はじめに>閉塞性黄疸に対するドレナージ術は現在、内視鏡的ドレナージが一般的となっている。しかし、内視鏡的胆道ドレナージが困難な症例や合併症の問題があり、さらに高齢者においては誤嚥性肺炎や、全身状態により長時間の内視鏡検査が危険と判断される症例も存在する。当院では、内視鏡的ドレナージを第一選択とし、困難と判断された場合に経皮経肝胆管ドレナージ(PTBD)を行っている。今回、我々は2007年11月から2012年10月までに当院にてPTBDを施行した81例について、手技の成功率、平均穿刺回数、合併症を検討したので報告する。<方法>USガイド下に18G、または22G針にて胆管を穿刺し、two step法にてドレナージを行った。<結果>81例中80例(98.8%)でPTBD可能であった。1例は肝内胆管拡張がないためPTBDを試みたが成功せず、改めてダブルバルーン内視鏡下にドレナージを行った。合併症は、肝動脈損傷による出血が1例のみ、術後瘻孔播種症例は1例もなかった。WHOの分類に従い、現役世代(64歳以下)16例、前期高齢者(65歳～74歳以下)33例、後期高齢者(75歳～84歳以下)19例、超高齢者(85歳以上)13例に分けて検討した。成功率は100:100:100:92.3%、合併症率は0:3:0:0%と差がなく、平均穿刺回数は、1.4回:1.3回:2.0回:1.8回であり後期高齢者、超高齢者にやや多い傾向にあった。<考察>PTBDの成功率は98.8%と高く、合併症も1例のみであり、比較的安全に施行できた。高齢者では、全身状態が悪い場合や体動により穿刺が困難であったり、ガイドワイヤーが抜けやすいため、若干穿刺回数が多い傾向があった。ドレナージチューブの管理など、QOLの面で内視鏡的ドレナージが第一選択であることは疑いのない事実である。ただし、内視鏡的ドレナージが困難な症例、危険と判断される場合には速やかにPTBDを施行すべきと考えられた。

S 2-9 (消)

高齢者に行う膵頭十二指腸切除についてのリスク評価

○及能 大輔¹、木村 康利¹、今村 将史¹、石井 雅之¹、信岡 隆幸¹、
水口 徹¹、古畑 智久¹、平田 公一¹
¹札幌医科大学 医学部 外科学第一講座

【目的】近年高齢化社会が進む中で、我々外科医が高齢者に対して外科治療を行う機会も増している。今回我々は、膵頭十二指腸切除(PD)症例における、高齢者の術後合併症発生頻度、術後経口摂取能などを解析し、高齢者手術の危険性を考察した。【方法】2001年1月から2012年3月までに当教室で経験した膵胆道癌切除症例272例ならびに、2007年4月から2012年3月までの最近5年間のPD症例122例に対して、以下の検討を行った。1) 2001年から2011年までの膵胆道癌切除症例における高齢者(80歳以上)の割合の推移を示した。2) PD症例の80歳以上をA群と80歳未満をB群とし、その2群間の手術時間、術中出血量、リンパ節郭清度、併存症(DM、循環器・呼吸器疾患など)、術前免疫学的・栄養学的指標、ASAなど背景因子を比較した。3) 上記2群間で術後感染性合併症(SSI、膵液瘻など)発生頻度、術後経口摂取能の指標として術後21日間の累積食事摂取量(TDI)を比較検討した。また術後合併症全般に関してはClavien-Dindo分類によるGrade評価を行い比較検討した。4) ロジスティック回帰分析を用い術後感染性合併症に影響を及ぼす因子を解析した。【成績】1) 過去11年間の胆膵悪性腫瘍手術における超高齢者の割合は、平均9%であった。高齢者を後期高齢者75歳以上とした場合は、現在30%超と年々増加を認めた。2) PD症例122例中、A群は10例、B群は112例であった。この2群間では手術時間、出血量、郭清度、DM合併などに差を認めず、術前アルブミン値に差を認めた($p < 0.05$)。3) SSI、膵液瘻発症、Clavien-Dindo分類Grade、TDIには差を認めなかった。4) 術後感染性年齢を始め、手術時間、出血量、輸血、術前栄養学的指標、DMの有無との関連性を認めなかったが、BMIとASAが危険因子として抽出された($p < 0.05$)。【結論】今回の検討からは、年齢のみがリスクとはならず、術前栄養状態や併存症など全身状態の評価が術後合併症発症には重要になると思われた。

S 2-11 (消)

高齢者切除不能進行膵癌に対する新たな治療選択肢としての動注化学療法とその問題点

○高橋 稔¹、秋山 剛英¹、大井 雅夫¹、吉田 真誠^{1,2}、中野 洋一郎¹、
女澤 慎一³、竹内 幹也⁴、宮西 浩嗣²、平田 健一郎⁵、古川 勝久⁶、
本間 久登^{1,3}

¹札幌共立五輪橋病院 消化器病センター 内科、

²札幌医科大学 第四内科、³札幌共立病院 消化器内科、

⁴札幌共立五輪橋病院 消化器病センター 外科、

⁵札幌共立五輪橋病院 健診センター、

⁶札幌共立五輪橋病院 血液腫瘍内科

【背景と目的】高齢者人口の増加により、今後高齢者膵癌症例の増加が予想される。さらに現状では膵癌症例の大多数を切除不能進行膵癌が占めている。そこで今回、膵周囲動脈塞栓術(TPPAE)+肝動注化学療法(HSAIC)を施行した高齢者切除不能進行膵癌症例の治療成績を非高齢者群と比較し、その有効性ならびに問題点について検討する。【対象および方法】対象は2001年4月から2012年3月までに当院で経験した切除不能進行膵癌Stage IV 341例中、TPPAE+HSAICを施行した167例。非高齢者群(65歳未満)は92例(55.1%)、高齢者群(65歳以上)は75例(44.9%)、各群の平均年齢はそれぞれ54.7 \pm 7.0、73.0 \pm 6.0歳。TPPAE+HSAIC施行167例の内訳は、Stage IVa 61例(A群)、肝転移のみのStage IVb 44例(B群)、腹膜播種を含むその他のStage IVb 62例(C群)であった。また各群の非高齢者・高齢者比率はそれぞれA群(28例:33例)、B群(30例:14例)、C群(35例:27例)であった。治療効果はRECISTに準拠した。【結果】TPPAE+HSAICを施行した167例全体および非高齢者群・高齢者群のそれぞれの治療成績は、奏効率(%)がA群で69%(64.3%:55.9%)、B群で73%(76.7%:64.3%)、C群45.2%(40.0%:51.9%)であった。またMST(M)はそれぞれA群で21.0M(23.0M:20.0M)、B群で16.0M(16.0:14.5)、C群で9.0M(9.0M:8.0M)であった。TPPAE+HSAIC施行例において非高齢者群および高齢者群のMSTには有意差を認めなかった。【考案と結論】TPPAE+HSAICはStage IVaおよび肝転移のみ有するStage IVbにおいて良好な生命予後延長効果を認めた。また本療法は今回検討した各群において非高齢者群・高齢者群間の生存期間に有意差を認めず高齢者に対しても非高齢者と同等の成績を得ることが可能であった。肝以外の転移巣を有するStage IVb症例に対する効果は既報の成績と比較しても良好な成績ではあるが他の2群と比較して必ずしも十分な成績とは言えず今後の課題であると考えられた。本療法は高齢者切除不能膵癌に対して治療の一オプションとなる可能性があると考えられた。

S 2-10 (消)

当院における高齢者・非高齢者に対する切除不能膵癌治療の検討

○成瀬 宏仁¹、木下 賢治¹、原田 一顕¹、川本 泰之¹、大和 弘明¹、
小川 浩司¹、畑中 一映¹、山本 義也¹
1市立函館病院 消化器病センター 消化器内科

【目的】65歳以上を高齢者とした場合、当院での切除不能膵癌治療において、塩酸ゲムシタピン(GEM)による化学療法とBSCの年齢による差異を検討する。【対象と方法】2005.5月～2011.12月に当院で加療した膵癌194例中、外科治療施行した49例を除く、切除不能膵癌145症例。化学療法群は、PS0-2で、GEM1000mg/m²にて投与開始し、可能な限り継続した82例。BSC群は高齢、背景疾患、またはPS3-4で化学療法施行不能であった63例。【成績】今回検討した切除不能膵癌症例の年齢分布は、65歳未満26%、65歳以上74%と高齢者が多かった。化学療法群は、切除不能膵癌症例の57%で、BSC群は43%であった。化学療法群の年齢構成は、65歳未満38%、65歳以上62%であった。BSC群の年齢構成は、65歳未満10%、65歳以上90%と高齢者が多かった。年齢別の化学療法施行可能な割合は、65歳未満で84%、65歳以上で47%であった。年齢別のBSC施行割合は、65歳未満で16%、65歳以上で53%であった。化学療法継続期間における月平均GEM投与量は、65歳未満(n=30)2279mg、65歳以上(n=52)では2316mgと差は認められなかった。化学療法施行群(n=82)の生存期間中央値は、全体で254日、BSC施行群では60日(n=63)であった。化学療法群の生存期間中央値を臨床病期別に検討すると、stage4a(n=19)で486日、stage4b(n=63)で201日であった。化学療法群の生存期間中央値を年齢別に検討すると、65歳未満では243日、65歳以上では291日と差は認められなかった(Log rank test P=0.759)。また、化学療法群の治療経過中累積入院期間の中央値は、65歳未満では115日、65歳以上では136日と差は認められなかった。有害事象に関しては、骨髄抑制に関して検討したが、65歳未満、65歳以上にて、大きな差は認められなかった。【結論】実際の臨床現場において、切除不能膵癌のGEMによる化学療法は、PS0-2に限って施行すれば、高齢者を65歳で分けた場合、高齢者、非高齢者とも、同等の生存期間の延長、認容性が認められた。

一般演題抄録

001 (消)

急性食道粘膜病変(AEML)の発症背景についての検討

¹札幌東徳洲会病院 消化器センター、²札幌東徳洲会病院 IBDセンター、³町立中標津病院 内科

○巽 亮二¹、太田 智之¹、木村 圭介¹、網塚 久人¹、坂本 淳¹、好崎 浩司¹、七尾 恭子¹、松原 悠¹、芹川 真哉¹、蘆田 知史²、折井 史佳²、前本 篤男²、古川 滋²、川内 宏仁³

【背景と目的】以前から黒色食道、壊死性食道炎とされている食道病変の報告があるが、まだ確固たる原因はわかっていない。当院で経験したAEML発症患者の背景について調査したので報告する。【方法】2006年1月から2012年9月までに当院で経験した88例のAEMLを調査した。AEMLの定義は「急性発症で食道1/3以上の範囲に及びびまん性粘膜障害をきたしたものと」した。【結果】88例の性別は男性63例(72%)、女性25例(28%)と男性に多く、平均年齢は68歳であった。基礎疾患を持つ症例は75例(85%)であり、精神疾患22例(26%)、脳・神経疾患17例(19%)、高血圧21例(24%)、糖尿病15例(17%)、心・血管疾患13例(15%)などが存在した。内服薬として、抗血栓薬の内服症例は15例(17%)、NSAIDsの内服症例は12例(14%)であった。発見契機となった主訴は黒色嘔吐32例(36%)、吐血27例(31%)、黒色便13例(15%)などであり、上部消化管出血を示唆する症状が多かった。また、発症前には23例(26%)で嘔吐をきたしていた。本症で入院を要した症例は86例(98%)であり、うち65例(79%)はAEML以外に加療を要する疾患を併発していた。入院加療が必要な併存疾患として多いものは、胃・十二指腸潰瘍11例(13%)、急性アルコール中毒11例(13%)、肺炎6例(7%)、外科術後6例(7%)などであった。内視鏡所見にて併存率が高いとされる食道裂孔ヘルニアの合併症例は56例(63%)であった。発症時の血清アルブミン(Alb)値と栄養学的予後指数(PNI)の平均は各々3.5g/dl、42であり、血清Alb値が3.5g/dl未満であった症例は39例(44%)、PNIが40未満の症例は39例(44%)であった。【結論】AEMLは高齢で基礎疾患を持つ患者に発症しやすい傾向にあり、入院加療を必要とする併存疾患が多いこと、また、血清Alb値やPNIが低値である低栄養状態を示唆する患者に発症しやすい傾向があることから、全身状態が不良である患者にきたしやすい疾患であることが考えられる。また、AEML発症例のうち食道裂孔ヘルニア合併例が多く、嘔吐症状が先行する例も存在することから食道粘膜への胃酸の影響も発症に関与していることが考えられた。

003 (消)

胃neuroendocrine carcinomaの一例

¹北海道社会保険病院 消化器センター、²北海道社会保険病院 病理
○小泉 忠史¹、古家 乾¹、馬場 英¹、定岡 邦昌¹、関谷 千尋¹、服部 淳夫²

症例は81歳男性。虫垂切除の既往あり。検診で便潜血陽性を指摘され当科外来を受診した。触診では心窩部に腫瘤を触知した。血液検査では肝胆道系酵素の軽度上昇を認めた。腫瘍マーカーはCEA 21.2ng/ml、CA19-9 172.8U/ml、AFP 39.3ng/ml、可溶性IL-2レセプター 971ng/mlと上昇を認めた。EBVは既感染パターンであった。腹部CT検査では胃体部から前庭部にかけて著明な壁肥厚を認め、壁外に突出する130mm大の内部不均一な腫瘍と一塊となっていた。右噴門部、胃小弯、大弯、総肝動脈周囲に腫大したリンパ節や、多発する肝転移、骨盤腔に60mm大の播種、腹膜の肥厚、中等量の腹水貯留も認めた。上部消化管内視鏡検査では体部大弯に110mm大のBorrmann2型の進行胃癌を疑う病変と60mm大のSMT様の隆起性病変が隣接していた。生検では全者からは高分化管状腺癌、後者からはカルチノイド様の腫瘍が認められた。両者とも免疫染色はc-kit(-)、CD34(-)、S-100(-)、 α SMA(-)、CK(++)、Synaptophysin(++)、MIB-1(+++)であった。胃のHigh-grade neuroendocrine tumor: neuroendocrine carcinomaの診断となった。HER2が3+と強陽性であり今後化学療法を予定している。文献的考察を含め報告する。

002 (消)

再発食道内分泌細胞癌に対し、CDDP、CPT-11併用化学療法 の再導入が有効であった一症例

¹市立室蘭総合病院

○伊東 文子¹、金戸 宏行¹、石上 敬介¹、山本 至¹、那須野 正尚¹、中垣 卓¹、佐藤 修司¹、清水 晴夫¹

食道内分泌細胞癌は、食道癌の1-2%を占めるといわれ、予後は極めて悪いとされている。今回我々は、放射線併用化学療法を施行後、完全奏功を得たが、一年後に再発をきたし、CDDP、CPT-11併用化学療法の再導入にて治療効果を得た、一症例を経験したので報告する。症例は64歳男性。2010年9月より心窩部痛および胸のつかえ感を認め当科受診となる。上部消化管内視鏡検査にて胸部中～下部食道に10cmに渡る2型腫瘍を認め、生検にて食道内分泌細胞癌と診断した。CTでは肝に多発する低吸収域を認め、食道原発内分泌細胞癌 T2N2M1 Stage 4b (食道癌取り扱い規約 第10版)と診断し、CDDP、CPT-11併用化学療法施行。その後、原発巣に対し放射線照射施行し、完全奏功を得た。外来にて経過観察としていたが、一年後、CTにて気管分岐部リンパ節の著明な腫大(直径40mm)、肝S6に直径10 mm大の低吸収域を認めた。PETにて両病変に集積を認めたため、食道内分泌細胞癌の再発と診断した。再発までに、一年以上経過していることから、化学療法は一次治療と同様のCDDP、CPT-11併用化学療法をおこなった。6コース後のCTでは、肝の低吸収域の変化は認めなかったが、腫大を認めていた気管分岐部リンパ節は消失していた。食道内分泌細胞癌に対する一次治療において、近年、肺小細胞癌に準じた化学療法が有効であったとする報告が散見しているが、二次治療も含め、標準治療の確立には至ってはいない。本症例においては、再発に対して一次治療の再導入をおこない、治療効果を与えることができ、再発食道内分泌細胞癌に対し、化学療法の有用性が示唆された、と思われる。

004 (消)

胃カルチノイド腫瘍と鑑別を要する早期胃底腺型胃癌症例

¹札幌厚生病院 第一消化器科、²札幌厚生病院 臨床病理

○山口 将功¹、黒河 聖¹、伊藤 彰洋¹、賀集 剛賢¹、道上 篤¹、西園 一郎¹、寺門 洋平¹、鈴木 肇¹、乙黒 雄平¹、菊池 仁¹、西岡 均¹、萩原 武¹、前田 聡¹、小澤 広¹、今村 哲理¹、岩口 佳史²、市原 真²、後藤田 裕子²、村岡 俊二²

胃底腺胃癌は、臨床的特徴として、発生部位は胃上部が多く、背景粘膜は萎縮や炎症のない胃底腺粘膜とされている。鑑別疾患としてはカルチノイド腫瘍が重要であり、生検で疑診されることもある。小型の病変でも高率にSM浸潤し、大きくなると陥凹型、表層方向へ増殖すると隆起型を呈するといわれている。病理学的特徴として、表層部は非腫瘍の腺窩上皮で覆われることが多く、主細胞のマーカーであるPepsinogen-Iが陽性となり、腫瘍径の小さいものでは細胞異型が低く、脈管浸潤陰性、低い増殖活性、p53蛋白過剰発現も悪性度は低いとされている。症例は70歳代、女性。前医で上部消化管のスクリーニング検査を施行され胃上部小弯に径5mmほどの粘膜下腫瘍病変を認め、生検施行。病理でカルチノイド腫瘍と診断され、当科紹介となる。前医の病理診断より精査にて単発性病変で高ガストリン血症もなく、腫瘍径から内視鏡的治療を優先させた。キャップを使用した内視鏡的粘膜切除術(EMRC法)にて病変部を一括切除し、病理結果は腫瘍径3mm、Adenocarcinoma of fundic gland type, pT1b1(SM1,200 μ m),ly(-),V(-),CE(-),免疫組織化学染色ではPepsinogen-I(+),MUC6(+),Synaptophysin(+),CD56(+),MUC5AC(-),Chromogranin A(-)と診断された。以上より八尾らの提唱している胃底腺型胃癌(主細胞優位型)と診断した。当院で経験したA型胃炎に伴う胃カルチノイド腫瘍と比較すると、多発病変か単発病変の相違、背景粘膜に萎縮や炎症の有無等で、早期の病変においては内視鏡診断が非常に難しいと思われる。また、病理診断も多く免疫組織化学染色を施行する必要性もあり、診断に注意が必要である。今回、生検にてSynaptophysin,CD56が陽性となり胃カルチノイド腫瘍診断されたが、他の免疫組織化学染色を加え早期の胃底腺型胃癌と診断できた症例を経験した。現時点では全国的に症例数も少なく、今後、この新しいタイプの胃癌の臨床的意義を明確にすることをふまえて報告する。

005 (消)

当院における早期胃癌適応外病変に対するESD短期予後の検討

¹帯広厚生病院第三内科

○川上 武志¹、吉田 晃¹、深谷 進司¹、一箭 珠貴¹、菊池 英明¹

【はじめに】近年、早期胃癌の新しい治療法としてESDが開発され、全国的に普及している。ESDは胃切除と比較し侵襲が低く、胃の機能を温存出来るなどの利点がある。これに伴い、日本胃癌学会ガイドライン適応外病変に対する治療機会も増加している。当院においても適応外病変に対するESD施行例は存在しており、今回短期予後に関して検討を行った。【目的】当院における日本胃癌学会ガイドライン適応外病変に対するESD短期予後を検討すること。【対象と方法】2008年5月から2012年3月までに当院で早期胃癌の診断にてESDを施行し、最終病理診断でガイドライン適応外病変と診断した16例16病変(以下適応外群)と、同時期にESDを施行し、最終病理診断でガイドライン適応病変(適応内病変および適応拡大病変)と診断した154例193病変(以下適応群)の短期予後を比較検討した。年齢中央値は適応外群74歳(59-85歳)、適応群73歳(43-91歳)。男女比は適応外群 男:女=12:4、適応群 男:女=147:46、切除した平均腫瘍長径は適応外群3.3cm、適応群1.6cmであった。【検討項目】1.一括完全切除率、2.平均手術時間、3.偶発症発生率(後出血、穿孔、肺炎)を検討した。【結果】1.一括完全切除率は適応外群75.0% (12/16)、適応群92.2% (178/193)。2.平均手術時間は、適応外群83分、適応群47分。3.偶発症発生率は後出血:適応外群7.9% (1/16)、適応群3.6%(7/193)、穿孔:適応外群0%、適応群1.0%(2/193)、肺炎:適応外群0%、適応群1.0% (2/193)。【結論】当院における日本胃癌学会の内視鏡治療ガイドライン適応外病変に対するESDは、一括完全切除率及び手術時間は適応群に比べやや劣るものの、偶発症の発生率は適応群と大きな差が無かった。外科的切除が困難な高齢者や合併症を有する症例に対する姑息的な治療として成立する可能性があると考えられた。

007 (消)

出血性胃/十二指腸潰瘍止血後の再出血例における検討

¹札幌徳洲会病院 消化器センター

○芹川 真哉¹、太田 智之¹、巽 亮二¹、松原 悠¹、七尾 恭子¹、好崎 浩司¹、坂本 淳¹、網塚 久人¹、木村 圭介¹

【目的】HGDUにおける止血後の再出血例に特徴的な素因を抽出する。【方法】2009年1月から2012年6月までに当院で入院加療したHGDU488例(M/F: 358/130)のうち、止血後再出血(2nd look時の再焼灼を含む)をきたした75症例を対象に、年齢や背景疾患、服用薬、初回止血時のForrest分類等において、非再出血群と比較し、再出血危険因子を抽出した。【結果】再出血例の平均年齢は64.3歳(M/F:57/18)で、非再出血例の平均年齢は63.8歳 (M/F:301/112)であり、平均年齢・男女比ともに差はみられなかった(p=0.58,p=0.57)。再出血の数は、胃60例、十二指腸15例で、各々の再出血率は胃17.9%、十二指腸9.8%で、胃の方が多かった。再出血例の服用歴で多いものは、ARB13.3%、低用量アスピリン8.0%、ロキソプロフェンNa 5.3%、HMG-CoA還元酵素阻害薬5.3%、SU剤4.0%であったが、いずれも非再出血例におけるこれらの服用率には差がみられなかった。また初回内視鏡時のForrest分類(1aから1c間)においても、再出血群と非再出血群でその比率に差はみられなかった。初回止血法においては、再出血例では高周波凝固単独が78.7%、高周波凝固+トロンピンが4.0%、高周波凝固+HSEが17.3%であったが、非再出血例では各種併用が若干多い傾向はあるが、再出血例で用いられた止血法の比率と差はみられなかった。再出血例における潰瘍の特徴に関しては、胃のうち、処置同部位からの出血は19例(25%)で、同潰瘍底異部位からの出血は41例(55%)、十二指腸のうち処置同部位からの出血は4例(5%)で、同潰瘍底異部位からの出血は11例(15%)で、胃・十二指腸双方ともに再出血においては、同潰瘍底でも処置した部位とは異なる箇所からの出血が多かった。同潰瘍底異部位からの再出血のうち、潰瘍の長径が3cmを超えるものは全体の68.4%であった。【結論】HGDUにおける止血の際には、特に長径が3cmを超えるものに関しては止血箇所以外の同潰瘍底の部位にも配慮し処置をすることが望ましい。

006 (消)

当センターにおける、進行癌による胃出口部狭窄に対する内視鏡下に胃十二指腸ステント留置を行った7例に対する検討

¹北海道社会保険病院 消化器センター、²北海道社会保険病院 病理

○小泉 忠史¹、古家 乾¹、馬場 英¹、定岡 邦昌¹、関谷 千尋¹、服部 淳夫²

症例1は64歳女性。癌性性腹膜炎を合併する胃癌により2010年9月に初診となった。DTX/S-1により化学療法を施行するも原発巣増大による幽門狭窄を来とし同年10月に胃十二指腸ステント留置術を施行した。症例2は71歳男性。横行結腸浸潤、癌性腹膜炎を合併した胃癌により2009年10月に初診となった。症例3は58歳男性。胆管細胞癌の診断で平成22年1月初診。2月からGEM/S-1により化学療法を開始した。同年11月幽門部から十二指腸にかけ狭窄を認め、胃十二指腸ステントを留置した。症例4は73歳女性。平成22年11月当科初診。膵体部癌による胃浸潤から幽門狭窄を来している状態であった。開腹所見では腹膜播種を多数認め、バイパス術は困難と判断し同年12月に胃十二指腸ステントを留置した。症例5は81歳女性。平成24年6月に閉塞性黄疸で近医入院。膵頭部癌の診断となった。加療目的に同年8月当センターを紹介初診。S-1により加療を行うも原発巣の増大が認められた。十二指腸閉塞が時間の問題と考えられ同年10月に胃十二指腸ステントを留置した。症例6は69歳女性。閉塞性黄疸により平成24年2月紹介初診。膵頭部癌に対しS-1にて加療中。同年10月、原発巣増大による十二指腸浸潤から十二指腸狭窄を来しており経口摂取が困難となり胃十二指腸ステントを留置した。症例7は82歳女性。近医により腹部超音波検査で胆嚢腫大を指摘され平成23年5月当科初診。肝転移を有する胆嚢癌に対しGEMにより化学療法を行っていた。平成24年9月に原発巣増大による十二指腸浸潤により十二指腸が狭窄し嘔吐あり、経口摂取が困難な状態であった。全身状態から外科的バイパス術は困難であり同年11月に胃十二指腸ステントを留置した。従来、悪性腫瘍による胃十二指腸狭窄に対しては、外科的バイパス術を行えない場合には経口摂取が不可能、チューブの長期留置が必要となりQOLを低下させる可能性があったが本治療を行うことで患者の症状を改善しかつQOLを維持することが可能と考えられた。

008 (消)

十二指腸穿通部から動脈性出血を来した悪性リンパ腫の一例

¹札幌医科大学 第一内科

○飯田 智哉¹、鈴木 亮¹、牛島 慶子¹、川上 裕次郎¹、沼田 泰尚¹、一色 祐之¹、斎藤 真由子¹、山本 英一郎¹、能正 勝彦¹、山下 健太郎¹、山本 博幸¹、篠村 恭久¹

症例は62歳男性。平成23年12月より胸部つかえ感を自覚し、平成24年1月5日に前医を受診。上部内視鏡検査で十二指腸球部に直径15mm大の深掘れ潰瘍を認め、CTでは同部位に接する7cm大の壁外腫瘍が穿通していた。その他には腹腔内・縦隔・左鎖骨上窩リンパ節が腫大していた。十二指腸潰瘍部の生検を2回と、開腹下腹腔内リンパ節生検を行ったが診断は付かず、精査加療目的で2月14日に当院紹介となった。PS 1程度であり、倦怠感以外の自覚症状は特に認めなかった。sIL-2Rは4158 U/mlと高値であり、悪性リンパ腫を第一に考え、鎖骨上窩リンパ節生検を施行した。その結果待ちであった2月24日に突然の吐血が出現。緊急内視鏡検査を行ったところ、十二指腸穿通部に巨大なコアグラ塊が付着しており、その脇から拍動性に出血していた。腫瘍からの動脈性出血であり、内視鏡での止血は困難であると判断。当院放射線科へ依頼して緊急IVRを行った。GDA分枝から腫瘍濃染+一部pool所見を認めた。RGEA末梢のcoilingと腫瘍feeder近傍からTAEを行い、腫瘍へのfeederは消失した。その後、鎖骨上窩リンパ節生検の結果はDLBCLである診断が付き、2月29日よりR-CHOPをfull doseで開始した。1コース終了後の上部内視鏡検査では、穿通部潰瘍の縮小傾向を認め食事を再開した。その後の経過で再出血は認めず、他に大きな合併症も出現せず、計6コースを減量することなく施行し完全寛解となった。消化管へ穿通した悪性リンパ腫では、経過中の消化管出血や穿孔に対して十分な注意が必要となる。急性出血は認めたもののIVRで止血を行い、穿孔などの合併症を起こすことなく完全寛解を得ることが出来た一例を経験したので、若干の文献的考察を加え報告する。

009 (消)

ステロイド治療によりポリポシスの著明な改善を認めた Cronkhite-Canada症候群の1例

¹釧路労災病院 内科、²釧路労災病院 中央検査科

○安孫子 怜史¹、草島 英梨香¹、石川 麻倫¹、柴田 悠平¹、澤田 憲太郎¹、笠原 耕平¹、藤澤 倫子¹、村中 徹人¹、梅村 真知子¹、加藤 励¹、高坂 琢磨¹、高橋 一宏¹、曾我部 進¹、山本 文泰¹、小田 寿¹、宮城島 拓人¹、高橋 達郎²

症例は80歳男性。20××年7月上旬から5～10回/日の水様便が続いていた。近医で加療を受けたが改善せず、9月に下部消化管内視鏡検査を施行した。回腸から直腸にかけて発赤の強いイクラ状の隆起性病変を多数認め、消化管ポリポシスが疑われ、当科紹介となった。問診の結果、下痢症状と同時期より頭髪と眉毛の脱毛、四肢の爪甲の萎縮および剥離、味覚障害を認めていた。上部消化管内視鏡検査では幽門前庭部を中心に発赤した、広基性のポリープが多発していた。病理所見では上下部ともに、腺管の拡張像と小窩上皮の過形成像がみられ、間質は浮腫状・出血状で炎症細胞浸潤を伴っていた。以上の所見よりCronkhite-Canada症候群と診断した。絶食、中心静脈栄養管理のもとステロイド投与(プレドニゾン40mg/日)を開始した。以後、度重なる中心静脈カテーテル感染や水様便の持続があり、体重減少と著明な低タンパク血症(Alb 2.87→1.81g/dL)を呈した。経過中、Clostridium difficile(以後、CD)腸炎の併発が判明し、経口でバンコマイシン投与を開始した。その後、速やかに下痢症状は改善し、食事摂取良好となり、低タンパク血症も改善した。内視鏡検査上ポリープの著明な縮小、改善が得られ、プレドニゾン10mg/日目で減量し、当科退院となった。Cronkhite-Canada症候群は比較的稀とされる原因不明の非遺伝性の消化管ポリポシスで、治療法が確立されていない疾患である。本例ではステロイド投与後、下痢症状の悪化等を認めたが、CD腸炎の併発が経過を複雑にしていたと考えられた。結果的に内視鏡上、ポリープの著明な改善を認めたことよりステロイドは有効であったと考えられた。

011 (消)

当科における胃癌・大腸癌患者のCVポート使用状況と合併症

¹札幌医科大学 第一内科、²札幌医科大学 第一外科

○那須野 央¹、齊藤 真由子¹、飯田 智哉¹、伊志嶺 優¹、須藤 豪太¹、一色 裕之¹、鈴木 亮¹、山本 英一郎¹、能正 勝彦¹、山下 健太郎¹、有村 佳昭¹、古畑 智久²、篠村 恭久¹

【背景】皮下埋め込み型中心静脈ポート(CVポート)は、進行大腸癌に対するFOLFOX療法、FOLFIRI療法などの外来化学療法に必須であり、進行胃癌に対する化学療法や緩和治療にも有用である。一方、CVポートに関連した合併症には感染やカテーテル断裂、血栓形成などさまざまなものがある。今回われわれはCVポートの使用状況と合併症について検討した。【対象と方法】2010年1月から2012年10月の期間に新規に当科を受診した胃癌・大腸癌のうち、当院でCVポートを留置した35例(合計38回留置)を対象とし、診療録からretrospectiveにデータを収集した。【結果】CVポート留置例35例の患者背景は、年齢中央値65歳(28-83歳)、男性/女性が21/14例、胃癌/大腸癌が9/26例、CVポート留置目的は進行再発胃癌・進行再発大腸癌の化学療法目的が24例(69%)、大腸癌術後補助化学療法目的が7例(20%)、緩和治療目的が4例(11%)であった。合計38回のCVポート増設術におけるポート増設部位は、右前胸部が24回(63%)、左上腕が13回(34%)、左前胸部が1例(3%)であり、2012年4月以降では左上腕に留置する症例が多かった。合併症は、カテーテル断裂が1例、カテーテル逸脱が1例、ポート増設時の鎖骨下穿刺による気胸が1例、カテーテル感染2例、皮膚ポケット部位の感染が1例であった。【結語】今回の検討期間では6例のCVポート関連合併症が確認された。当科では最近左上腕へのポート留置症例が増えてきており、上腕部留置例の方が前胸部留置例よりも重大な合併症が少ない印象である。

010 (消)

壁外発育型小腸GISTの2例

¹市立旭川病院 消化器病センター

○中嶋 駿介¹、杉山 隆治¹、鈴木 聡¹、中村 和正¹、助川 隆士¹、小澤 賢一郎¹、千葉 篤¹、垂石 正樹¹、斉藤 裕輔¹

今回我々は壁外発育型小腸GISTを2例経験し、その特徴について若干の文献的考察を加えて報告する。

症例1:70歳代男性、腹部腫瘤を自覚し近医にて精査したところ肝に多発腫瘍を認め、当科を紹介受診となった。腹部CTにて小腸の壁肥厚と多発肝腫瘍を認めた。小腸造影および小腸内視鏡検査にて骨盤内空腸に壁外性に発育する約5cm大のSMTを認め、粘膜面に潰瘍を形成していた。空腸部分切除により原発巣を切除し、組織学的にGISTの診断となった。術後肝転移に対してイマチニブ400mg/dayにて加療中である。

症例2:60歳代女性、心窩部痛を自覚し近医を受診したところ腹部腫瘤を認め、精査目的に当科を紹介受診した。腹部CTにて腸間膜を占拠する巨大腫瘤を認め、小腸内視鏡検査および小腸造影検査では十二指腸由来のSMTと診断し、手術を施行した。手術所見では十二指腸および回腸から発生した2個の腫瘍で、十二指腸および回腸の部分切除にて腫瘍を摘出し、最大径17cmおよび7.5cmの巨大腫瘍2個を摘出した。いずれも組織学的にGISTと診断された。術後イマチニブ400mg/dayにて加療中である。

小腸GISTはGIST全体の約20%程度であり、比較的稀であるが、早期発見が難しく予後不良のことが多い。本邦では、近年小腸内視鏡やカプセル内視鏡の普及により、術前に診断される症例が増加している。しかし、本症例のような壁外発育型GISTは、粘膜面に露出している部分が腫瘍全体のごく一部である場合があり、小腸内視鏡やカプセル内視鏡のみでは全体像の把握が難しいことが多い。そのためCTやMRIなど他のモダリティとの組み合わせにより全体像を把握し診断することが重要である。

012 (消)

膀胱へ穿破した虫垂粘液囊胞腺癌の一例

膀胱へ穿破した虫垂粘液囊胞腺癌の一例

¹函館五稜郭病院 消化器内科、²函館五稜郭病院 パンロロジーセンター

○榎木 喜晴¹、須藤 豪太¹、五十嵐 哲祥¹、岡 俊州¹、谷津 高文¹、笠原 薫¹、山内 英敬¹、小林 寿久¹、矢和田 敦¹、池田 健²

症例は65歳女性。主訴は特になし。平成24年7月、健診の検尿にて尿潜血(3+)であったため当院泌尿器科を受診した。精査目的に造影CTを撮影したところ、膀胱頂部の著明な壁肥厚、背側の壁破綻、さらに膀胱直上に接するように5cm大の腫瘍性病変を認め、一部腸管との交通を疑う所見を認めたため当科コンサルトとなった。下部消化管内視鏡では、虫垂開口部は粘膜下腫瘍様の隆起を呈しているように見えた。腸管ガストログラフィン造影を施行したところ、虫垂から腫瘍を経て膀胱内への造影剤の流出が認められ、交通が明らかとなった。造影MRIでは腫瘍は囊胞性massとして同定されるものの、内部に造影効果のある壁に結節様の不整隆起性病変が認められ、腫瘍成分もあるものと考えられた。虫垂と思われる構造物と連続しているように見えることから、腫瘍は虫垂原発で、膀胱へ穿破した可能性が考えられ手術の方針となった。当院外科・泌尿器科にて回盲部切除、膀胱全摘、子宮合併切除、回腸導管術が施行された。病理結果より、虫垂粘液囊胞腺癌と病理診断された。原発性虫垂癌は、消化管悪性腫瘍の1%以下の稀な癌である。虫垂は可動性を有する臓器のため、虫垂原発腫瘍は多臓器への浸潤をきたす可能性が比較的高いと考えられるが、本症例のごとく膀胱浸潤をきたした虫垂癌の報告は、我々が調べた限り自験例を含め本邦36例であった。今回我々は、膀胱へ穿破した虫垂粘液囊胞腺癌の一例を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

013 (消)

キノコ中毒の2例

¹苫小牧市立病院消化器内科

○宮本 秀一¹、江藤 和範¹、小西 康平¹、武藤 修一¹

【症例1】70歳代、男性【現病歴】知人よりもらった白シメジを朝食に摂取した1時間後から夫婦共に下痢、嘔気を認めた。経過をみるも症状改善せず、発汗多量・倦怠感悪化のため救急要請。【既往歴】高血圧症、慢性腎不全、膀胱癌術後【搬入時現症】体温33.3℃、血圧119/76mmHg、脈拍64回/分、意識清明、神経学的異常所見なし。【症例2】70歳代、女性(症例1の妻)【現病歴】症例1と同様。【既往歴】高血圧症【搬入時現症】体温34.2℃、血圧180/90mmHg、脈拍64回/分、意識清明、神経学的異常所見なし。【経過】活性炭とクエン酸マグネシウム内服し、細胞外液の大量補液を施行した。同日夜には37℃台に両者とも改善。症例2は補液に反応良好で入院日から利尿を認めるも、症例1は慢性腎不全もあることから反応不良。翌日には症例2も反応性に利尿を認めた。腹部超音波検査では、症例1では上行結腸の壁肥厚・層構造の不明瞭化を認め、腸炎像を認めた。症例2では特に所見なし。第2病日には両症例とも下痢・嘔気改善し、食事を再開。食事再開後も腹部症状再発なく経過し、第3病日に退院。保健所と確認した結果、白シメジではなくカヤタケ属の一種(和名なし)によるキノコ中毒が疑われた。キノコ中毒の2症例を経験した。若干の文献的考察を加えて報告する。

015 (消)

Clinical biomarkerからみた切除不能大腸癌における1st-line Cetuximabの治療成績

¹北海道がんセンター 消化器内科

○大須賀 崇裕¹、佐川 保¹、佐藤 康裕¹、中村 とき子¹、藤川 幸司¹、高橋 康雄¹

【背景と目的】大腸癌治療は分子標的治療薬の登場以降、“personalized therapy (個別化医療)”の時代となり、biomarkerによる治療選択が注目を集めている。一方、個々の患者の病態・予後Groupingやearly tumor shrinkage(ETS)などといったclinical biomarkerといった観点からの個別化も注目されつつある。そこで当院で1st-lineでCetuximabによる治療を施行した症例におけるclinical biomarkerからみた治療成績について検討した。【対象と方法】2011年2月から2012年10月までに1st-lineでCetuximabを投与した24例を対象とし、retrospectiveに治療成績を検討した。Schmollらによる病態別GroupingおよびETSの有無ごとの治療成績について検討した。【結果】平均年齢62歳(47-81)、男/女:11/13。PS 0/1/2/3:11/6/5/2、Group 1/2/3:6/15/3、原発は結腸/直腸:13/11、原発巣の切除例/未切除例:11/13、進行例/再発例:19/5、全例がKRAS野生型であり、転移臓器は肝が13例でもっとも多く、以下、肺が7例、遠隔リンパ節が4例、卵巣が3例などであった。併用レジメンはOxaliplatin base 14例、CPT-11 base 7例、単独 3例であった。奏効率はOxaliplatin base/CPT-11 base/単独:64%/29%/0%であり、Oxaliplatin base症例で良い傾向だった。Group1/2/3別の奏効率:83%/21%/67%、ETS:80%/50%/67%、PFS:未到達/6.8M/未到達、OS:未到達/10.5M/未到達であった。ETS+/-でのPFS:未到達/4.0M、OS:未到達/10.4Mであった。Group1症例のうち4例(67%)がconversion手術が可能であり、いずれも無再発生存中である。【結論】今後は、KRAS変異の有無だけでなく、病態、予後も考慮したうえで治療選択を行う「個別化治療」が重要であると考えられた。

014 (消)

一次治療としてCetuximabが奏効した黄疸を伴うS状結腸癌多発肝転移の1例

¹市立函館病院 消化器病センター 消化器内科

○原田 一颯¹、木下 賢治¹、川本 泰之¹、大和 弘明¹、小川 浩司¹、畑中 一映¹、山本 義也¹、成瀬 宏仁¹

一次治療としてCetuximabが奏効した黄疸を伴うS状結腸癌多発肝転移の1例を経験したので若干の文献的考察を交えて報告する。症例は72歳、男性。黒色便と倦怠感を主訴に当科受診され、精査の結果、S状結腸癌 SEN1H3M1;cStageIVと診断された。KRAS遺伝子変異解析の結果は野生型であった。多発肝転移による黄疸を認めたため標準治療による化学療法は困難であったが、Cetuximabの薬物動態は肝機能に影響を与えないとの報告があり、十分なインフォームド・コンセントの上でCetuximab単剤投与を開始した。腫瘍縮小と黄疸の改善が得られたため治療開始6週目からはmFOLFOX6療法を併用した。初回治療から40週目に腫瘍の増大があり、IRIS療法へレジメンを変更、初診から1年2ヶ月が経過した現在は三次治療としてCPT-11+Panitumumab療法を施行し、外来化学療法継続中である。

016 (消)

免疫組織染色にてCK7陽性、CK20陰性、CDX2陰性であった上行結腸癌の1例

¹留萌市立病院 内科、²札幌医科大学 第四内科、³留萌市立病院 外科、

⁴留萌市立病院 病理診断科、⁵留萌市立病院 総合内科

○佐藤 昌則¹、宮島 治也¹、荃津 武大¹、野田 さや香²、高松 昌史³、野田 雄也³、山崎 左雪³、越湖 進³、池田 英之³、齊藤 忠範⁵、上野 芳經⁵、笹川 裕⁵

【症例】50歳代女性【主訴】右側腹部腫瘤触知【既往歴】糖尿病【現病歴】糖尿病にて近医通院中であった。同院受診時に右上腹部に腫瘤を触知し、腹部エコーにてpseudo kidney signが確認され、上行結腸癌疑いにて当院紹介受診となった。下部内視鏡検査にて上行結腸に全周性の2型病変を認めた。病変部からの生検組織では壊死を背景に孤立性優位で大腸粘膜に浸潤する異型細胞を認めた。免疫染色にてCK7(+), CK20(-), CDX2(-)であり大腸癌としては非典型的であった。CT上は上行結腸に壁肥厚と腫大した所属リンパ節の他は明らかな腫瘍性病変は指摘できなかった。十二指腸との境界は一部不明瞭となっており、十二指腸への直接浸潤の可能性も考えられた。術前診断は上行結腸癌SE~SI,N2,M0 cStageIIIbとした。また、経過中に水様便を認め偽膜性腸炎が疑われパンコマイシン投与となった。右半結腸切除術が施行され、術中所見では上行結腸の腫瘍が十二指腸下降脚へ直接浸潤しており十二指腸合併切除術された。左右卵巣は正常であったが、腹腔内に腹水貯留していた。腹水細胞診では陰性であった。切除標本では上行結腸ほぼ全域にわたる著しい深掘れ潰瘍を伴う2型病変であり、最深部は十二指腸粘膜まで達した。提出されたリンパ節に腫大は認められ転移は0/20であり、SI,N0,M0 pStageIIの結果であった。手術検体のHE染色では明らかな腺管形成を示さず、シート状、索状増生を認め、por1、por2と診断された。周囲腸管に偽膜の形成を確認した。神経内分泌腫瘍は否定的であった。手術材料にてCK7(+), CK20(-), CDX2(-)であり、非典型的な原発性大腸癌の所見であった。【考察】NCCNの原発不明癌ガイドラインにおいては原発性大腸癌ではCK7+/CK20-を示すものは5%以下とされており、同様のCK表現型は卵巣癌、甲状腺癌、乳癌に多い。今回、CK7+/CK20-のまれな大腸癌の1例を経験したので報告する。

017 (消)

高齢者の悪性大腸狭窄に対する緩和的大腸STENT留置術の検討

¹JA北海道厚生連 旭川厚生病院 消化器科

○高橋 慶太郎¹、後藤 充¹、立花 靖大¹、佐藤 智信¹、藤林 周吾¹、藤永 明裕¹、森田 康太郎¹、柳川 伸幸¹、斉藤 義徳¹、折居 裕¹、柴田 好¹

悪性大腸狭窄症例では可能な限り人工肛門造設術を含めた外科手術による狭窄解除を行っている。しかし、年齢や全身状態、認知症などの基礎疾患の状態によって大腸STENTを緩和的に留置している。【対象】大腸STENTが保険適応となつてからWALLFLEX COLONIC STENT (Boston Scientific社)を緩和的に留置した5例。内訳は平均年齢92.8歳(82-99歳)。原発性大腸癌4例、術後骨盤内再発1例。留置部位は直腸1例、S状結腸1例、下行結腸2例、回盲部1例。全例狭窄症状を有し、3例は大腸イレウスを来していた。留置後経過追跡期間は3-9か月(中央値7か月)。【検討項目】1.留置成功率、2.臨床的有効性、3.合併症【結果】1.全例でSTENT留置可能であった。2.全例で経口摂取可能となり、ColoRectal Obstruction Scoring System (CROSS) scoreで留置前平均1.25点(0-3点)から留置後は4点に改善した。4例(80%)では再狭窄なく経過している。3.早期合併症としては下行結腸癌の1例で留置時にSTENTが狭窄の口側に位置したため追加STENTを要し、かつ大腸穿孔を来した。しかし、保存的に改善し、経口摂取可能となった。晩期合併症としては輸血を行った貧血が1例、留置3か月後にtumor ingrowthを認め、追加STENTを行った症例が1例であった。【まとめ】高齢者の悪性大腸狭窄に対する緩和的大腸STENT留置術はTrough the scope法により右側大腸を含めた全例で可能であり、今回の追跡期間においては安全に十分な狭窄解除が得られていた。留置時の合併症を回避するためには愛護的なガイドワイヤー操作、X線透視を重視した慎重なリースが必要である。

019 (消)

難治性潰瘍性大腸炎に対するインフリキシマブの治療成績と予後予測因子の検討

¹札幌厚生病院 第一消化器科、²札幌厚生病院 IBDセンター

○賀集 剛賢¹、田中 浩紀²、西園 一郎¹、道上 篤¹、乙黒 雄平¹、鈴木 肇¹、寺門 洋平¹、山下 真幸²、石井 学²、菊池 仁¹、西岡 均¹、萩原 武¹、小澤 広¹、前田 聡¹、黒河 聖¹、本谷 聡²、今村 哲理^{1,2}

【背景と目的】インフリキシマブ(IFX)は難治性潰瘍性大腸炎(UC)治療における有用な治療オプションの一つとなったが、長期治療成績や効果予測因子については未だ不明な点が多い。今回我々は、IFXが投与された難治性UCを対象に、短期・長期治療成績および治療効果に影響する背景因子を検討した。【方法】2005年7月から2011年11月の間にIFXが投与された難治性UCのうち、Clinical Activity Index (CAI; Lichtiger index)が5以上であった75症例を対象とした。CAIが5以上改善した症例を有効、4以下となった症例を寛解と定義し、2週後・6週後の有効率・寛解率および1年後の寛解維持率を検討した。また、Kaplan-Meier法を用いて累積非手術率を検討した。さらに、寛解率・累積非手術率に影響する背景因子について、それぞれ多変量Cox回帰分析・ロジスティック回帰分析を用いて検討した。【結果】患者背景は、男性41例・女性34例、平均年齢36.2歳、平均罹病期間5.3年、平均CAI 9.5 (5-16)、平均CRP 1.2mg/dl、全大腸炎型43例・左側大腸炎型30例・直腸炎型2例、ステロイド抵抗例43例・依存例32例であった。免疫調節薬が59例、5-アミノサリチル酸製剤が66例、プレドニゾロンが37例(平均投与量 8.5mg)で併用され、66例で血球成分除去療法、30例でカルシニューリン阻害剤(シクロスポリン18例、タクロリムス14例)による既治療が施行されていた。有効率は2週55%・6週61%、寛解率は2週45%・6週55%、1年後の寛解維持率は47%、累積非手術率は1年75%、3年70%、5年65%であった。6週後に寛解となった41症例は、85%が1年間寛解維持され、5年累積非手術率は86%であった。多変量解析では、有効率・寛解率・累積非手術率のいずれにおいてもカルシニューリン阻害剤既治療歴が有意な予後不良因子であった。【結論】IFXは難治性UCにおける寛解導入・維持・手術回避に有用であり、短期著効例は長期間の寛解維持・手術回避が期待される。一方、カルシニューリン阻害剤使用歴のあるUC患者においてはIFXの治療効果が十分に得られない可能性があることが示唆された。

018 (消)

腸管切除および人工肛門増設を要した慢性偽性腸閉塞の1例

¹旭川医科大学 医学部 消化器・血液腫瘍制御内科学分野

○井尻 学見¹、稲場 勇平¹、岡田 哲弘¹、坂谷 慧¹、堂腰 達矢¹、安藤 勝祥¹、河本 徹¹、上野 伸展¹、後藤 拓磨¹、富永 素矢¹、伊藤 貴博¹、田邊 裕貴¹、藤谷 幹浩¹、高後 裕¹

症例は、71歳、男性。既往歴として50年前に虫垂切除術を受けている。他に糖尿病、高血圧、脂質異常症で近医に通院中。幼少児からの排便異常はない。2012年3月に腸閉塞を2度繰り返したが、上下部内視鏡検査及びイレウス管造影で明らかな閉塞や腸管癒着もなく保存的治療で改善した。同年7月に腸閉塞症状のため当院を受診し、腹部CTで全大腸の著明な拡張と多量の便塊が認められ入院となった。入院後すぐに多量の排便があり腸閉塞は解除されたが、bacterial translocationに伴う敗血症性ショックを併発したため腸管安静、抗菌薬投与にて加療した。全身状態改善後に施行した下部内視鏡検査では明らかな異常は認められなかったが、step biopsyによる組織診断の結果、回腸から直腸にかけて神経線維の錯綜と腫大した神経細胞がみられた。このため神経原性の腸閉塞と診断し、厳重な薬物療法による排便コントロールと食事を開始したが再び腸閉塞および敗血症性ショックとなった。CT検査およびガストロ造影では、小腸の拡張は軽度で流出良好であったことから、大腸限局型の慢性偽性腸閉塞と考えられた。内科治療抵抗性であったため、結腸切除及び回腸ストーマ増設術を施行した。その後は経過良好で現在外来通院中である。慢性偽性腸閉塞は器質的な閉塞を認めないにも関わらず、腸管の著明な拡張と腸閉塞様の症状を起こす症候群であり確立した治療法はない。今回われわれは内科的治療に抵抗性が腸管切除および人工肛門増設を要した慢性偽性腸閉塞症の1例を経験したので報告する。

020 (消)

潰瘍性大腸炎に対するタクロリムスの有効性

¹手稲溪仁会病院 消化器病センター

○永井 一正¹、野村 昌史¹、三井 慎也¹、田沼 徳真¹、村上 佳世¹、浦出 伸治¹、西園 雅代¹、田中 一成¹、松波 幸寿¹、真口 宏介¹

【背景】2009年7月、難治性の潰瘍性大腸炎(UC)に対してタクロリムスが保険適応となった。当院では午後10時にタクロリムス3mgの初回投与を行い、12時間後の血中トラフ値から維持投与量を決定し、早期の高トラフ(10 ~ 15ng/mL)到達を目指している。【目的】上記方法でタクロリムスを投与したUC患者の短期経過と長期経過を評価し、その効果に影響を与える因子を明らかにする。【方法】2009年7月から2012年11月の期間に上記投与方法でタクロリムスを内服したUC患者16例を対象とした。年齢は21 ~ 70歳(中央値38歳)、男女比は5:3、病型は全大腸炎型13例/左側大腸炎型3例、臨床経過は慢性持続型4例/再燃寛解型12例であった。有効性の評価はclinical activity index(CAI)を用い、4以下を臨床的寛解とした。以下の3項目につき検討した。1)投与2週後・4週後の寛解率、2)転帰、3)寛解率・転帰と以下の因子との関係; 病悩期間、前治療薬、深掘れ潰瘍・樹枝状潰瘍の有無【結果】1)投与2週後の寛解率は69%(11/16)、投与4週後の寛解率は75%(12/16)であった。2)投与4週後に臨床的寛解が得られた12例中6例はタクロリムス中止後も寛解が維持されたが、残りの6例はタクロリムス減量中あるいは中止後に症状が再燃した。3)PSL使用例は4週後の寛解率が有意に低かった。また、深掘れ潰瘍・樹枝状潰瘍を有する症例、PSL使用例はタクロリムス中止後の寛解維持率が有意に低かった。【まとめ】PSL使用例、深掘れ潰瘍・樹枝状潰瘍を有する症例はタクロリムスの寛解導入率、中止後の寛解維持率が低く、投与に際して注意が必要と思われた。

021 (消)

再発性急性重症肺炎を来した潰瘍性大腸炎の1例

¹伊達赤十字病院 消化器科、²伊達赤十字病院 内科、

³札幌医科大学第四内科

○岡川 泰¹、久居 弘幸¹、小柴 裕¹、和田 浩典¹、宮崎 悦²、嘉成 悠介³、小野 道洋³

炎症性腸疾患では消化管以外にも合併症を来することが知られている。臍酵素の上昇は高頻度で認められるが、急性肺炎を発症する例は少ないとされている。炎症性腸疾患患者の急性肺炎を発症する機序は不明であるが、自己免疫的要因や栄養障害、薬剤の影響などが要因として考えられている。今回、潰瘍性大腸炎 (UC) に合併し、再発性急性重症肺炎を来した1例を経験したので報告する。症例は30歳代、男性。統合失調症。家族歴に特記すべきことなし。飲酒歴なし。平成7年よりUC (全大腸炎型)で、sulfasalazine (平成8年より5-ASAに変更)にて加療 (増悪時にその都度入院加療され、prednisolone (PSL)を投与)されていた。平成23年3月よりPSLを中止し、5-ASAの内服のみで経過観察されていた。平成23年4月中旬に心窩部痛あり、血清amylase 689 IU/ml、lipase1247 IU/mlと上昇を認め、急性肺炎の診断で入院。厚労省の重症度判定基準では、予後因子1点 (PaO2 59.7 mmHg)、CT Grade 2の重症急性肺炎と診断し、蛋白分解酵素阻害剤などの保存的治療により軽快し、5月中旬に退院となった。CT、MRCP、EUSでは胆道系に異常を認めず、血清triglycerideやIgG4の上昇はなく、肺炎消滅後に施行したERPでも臍管に異常はなかった。以後、外来通院加療中であったが、平成24年7月上旬に再度心窩部痛を認め入院となった。血清amylase 686 IU/ml、lipase1555 IU/mlであり、予後因子1点 (CRP 24.29 mg/dl)、CT Grade2の重症急性肺炎と診断し、保存的治療で改善し、7月下旬に退院となった。経過中に内服薬の変更はなかった。

023 (消)

当院におけるC型慢性肝炎に対する三剤併用療法の治療成績 -IL28Bと前治療内容の観点より-

¹札幌厚生病院 第三消化器科

○宮川 麻希¹、中島 知明¹、小関 至¹、木村 睦海¹、荒川 智宏¹、桑田 靖昭¹、佐藤 隆啓¹、大村 卓味¹、髭 修平¹、狩野 吉康¹、豊田 成司¹

【背景・目的】 C型慢性肝炎のGenotype1型高ウイルス量の治療として、ペグインターフェロン α -2b (Peg-IFN)/ソフィブシリン (RBV)/テラプレビル (TPV)を用いた三剤併用療法が行えるようになり、SVR率は飛躍的に向上した。当院で施行した三剤併用療法の症例において、治療成績を検討する事を目的とした。【方法】 2011年12月より当院で三剤併用療法を施行し、治療終了後4週まで経過観察可能であった50症例を対象とした。IL28Bの内訳は TT 33例、TG/GG 17例であり、また前治療内容の内訳は初回治療20例、前治療再燃16例、前治療無効14例であった。IL28B別、前治療内容別に治療成績を比較検討した。【成績】 全体のRVR率は82.0% (41/50、TT 29/33、TG/GG 12/17)、ETR率は87.2% (34/39、TT 25/27、TG/GG 9/12)であった。またETRを達成した全症例でSVR4が得られ、さらに治療終了後12週まで経過観察出来た27症例では、1例 (GG、初回治療例)に再燃を認めるのみであった。初回治療例では、RVR率は75.0% (15/20、TT 12/14、TG/GG 3/6)、ETR率は94.1% (16/17、TT 11/11、TG/GG 5/6)であった。前治療再燃例では、RVR率は93.8% (15/16、TT 11/12、TG/GG 4/4)、ETR率は85.7% (12/14、TT 10/11、TG/GG 2/3)であった。前治療無効例では、RVR率は64.3% (9/14、TT 4/7、TG/GG 5/7)、ETR率は75.0% (6/8、TT 4/5、TG/GG 2/3)であった。副作用中止例は3例 (重度の貧血、全身倦怠感、骨髄内感染症)、VBT症例は5例、延長投与中は8例 (うち前治療無効4例)であった。【結論】 初回治療例及び前治療再燃例では、約9割と高率にETRが得られた。また前治療無効例でもTT症例においては、約8割でETRが得られた。ETRを達成した全症例で、SVR4が得られた。

022 (消)

慢性HBVキャリアにおける再活性化肝障害の背景

¹手稲溪仁会病院 消化器病センター

○山崎 大¹、姜 貞憲¹、青木 敬則¹、友成 暁子¹、辻 邦彦¹、児玉 芳高¹、桜井 康雄¹、真口 宏介¹

【目的】 血液悪性腫瘍以外の基礎疾患を有するHBsAg陽性の慢性HBVキャリア (HBVC)に、化学・免疫抑制療法を施行した際の再活性化頻度と、その背景を明らかにすることを目的とした。【対象と方法】 2006年2月より2012年10月までに、HBV再活性化肝障害を認めた自験8例における基礎疾患は、慢性関節リウマチ (RA)・肺癌・乳癌・卵巣癌・喉頭癌・咽頭癌であった。これらの6疾患で化学・免疫抑制療法を施行した患者を対象とし、1)HBVCの頻度、2)核酸アナログ (Nucs)非投与のHBVCにおけるHBV再活性化と肝障害の頻度、3)Nucs非投与でも再活性化肝障害をきたさなかった症例の背景、4)Nucs予防投与率を検討した。【成績】 1)6疾患合計1644例におけるHBVCの頻度は1.9% (n=32)であった。基礎疾患別にはRA: 1.3% (8/595)、肺癌: 2.2% (16/724)、乳癌: 2.6% (4/157)、卵巣癌: 1.6% (2/126)、咽頭癌: 3.6% (1/28)、喉頭癌: 7.1% (1/14)であった。2)Nucs非投与のHBVCにおいて再活性化は50% (9/18)、肝障害は44.4% (8/18)で生じ、基礎疾患別にはRA: 40% (2/5)、肺癌: 14.3% (1/7)、乳癌: 66.7% (2/3)、卵巣癌100% (1/1)、咽頭癌: 100% (1/1)、喉頭癌: 100% (1/1)であった。3)再活性化肝障害を認めない10例では再活性化肝障害8例に比して、高齢 (69.3 \pm 7.8 vs. 57.4 \pm 6.2歳, p=0.002)で、ステロイド総投与量 (プレニゾン換算)は少なく (289.2 vs. 5275.3mg, p=0.01)、抗癌剤または免疫抑制剤が単剤である割合が高かった (70% (7/10) vs. 0% (0/8), p=0.01)。性、化学・免疫抑制療法期間、治療前AST、ALT、PT活性は両群間で違いがなかった。4)Nucs予防投与率は43.8% (14/32)で、RA: 37.5% (3/8)、肺癌: 56.3% (9/16)、乳癌: 25% (1/4)、卵巣癌50% (1/2)、咽頭癌: 0% (0/1)、喉頭癌: 0% (0/1)であり、HBV再活性化を認めなかった。【結語】 Nucs非投与のHBVCに発症した固形癌ないしRA例におけるHBV再活性化肝障害の頻度は44.4%と高率であり、治療開始時のNucs予防投与は妥当と考えられた。一方、高齢で、ステロイド総投与量が少なく、投与薬剤が単剤で済むHBVCでは再活性化の頻度が低いことが示唆された。

024 (消)

当科における脳死肝移植登録患者待機中死亡78症例の検討

¹北海道大学大学院医学研究科 消化器外科学分野、

²北海道大学大学院医学研究科 移植外科学講座、

³北海道大学病院 臓器移植医療部

○杉山 昂¹、青柳 武史¹、後藤 一¹、山下 健一郎²、鈴木 友己¹、嶋村 剛³、武富 紹信¹、藤堂 省²

【背景】 現在、日本では臓器移植法改正後、年に40-50例の脳死肝移植が施行されている。当科では、現在のところ26例の脳死肝移植を施行してきたが、同時に多くの脳死登録待機患者を抱え、待機中死亡例を経験する事も多い。【目的・対象】 1999年5月～2012年10月に当科脳死肝移植登録した患者194例のうち、待機中に死亡した78症例を検証し、年齢、性別、登録疾患名、待機日数、死亡原因などを検討した。【結果】 症例の登録時年齢は平均51.8歳 (0歳-75歳)、男性は37例 (48%)であった。登録疾患名は最も多いものが、原発性胆汁性肝硬変と劇症肝炎もしくは慢性肝炎の急性増悪で、ともに17例 (22%)であった。次にC型肝硬変が14例 (18%)、B型肝硬変が10例 (13%)で続いた。また、78例のうち肝細胞癌を合併していた症例は11例 (14%)であった。死亡までの平均待機日数は、登録時の緊急度1点 (6例)、3点 (12例)、6点 (38例)、8点 (5例)、10点 (17例)でそれぞれ、2221、796、272、21、35日であった。死亡原因に関しては、肝不全もしくは多臓器不全による死亡が51例 (78%)と多く、その他、肺炎などによる感染症12例 (15%)、静脈瘤破裂等による出血5例 (6%)と続いた。【結語】 脳死登録患者の待機日数は長期に及ぶ。医学的緊急度8点以上の緊急性の高い症例においては、平均で1ヶ月前後に死亡に至る。それゆえ、可及的早期の登録と綿密なフォローによる遅れない登録変更が重要となる。

025 (消)

Sorafenib投与により組織学的にCRを確認した肝細胞癌の1例

¹市立札幌病院 消化器内科

○小池 祐太¹、永坂 敦¹、藤田 興茂¹、遠藤 文菜¹、中村 路夫¹、
工藤 俊彦¹、西川 秀司¹、樋口 晶文¹

【症例】73歳、男性。【現病歴】1988年に肝細胞癌(HCC)に対し肝部分切除術を施行し、以降もHCC再発に対し集学的治療を施行したが、2010年5月、肝S3に再発巣を認めた。肝動脈塞栓療法(TACE)が試みられたが、明らかな腫瘍濃染像は認められず治療は困難であった。ラジオ波焼却療法(RFA)も考慮されたが、病変を腹部USにて認識することができなかったため、2010年10月、Sorafenib 400 mg/dayが導入された。2011年2月の腹部CTでは腫瘍濃染域の拡大を一時認めたが、2011年5月の腹部CTでは腫瘍濃染像の消失が確認された。2012年1月に脳梗塞を発症し永眠された。死後病理解剖の結果から肝S3に結節性病変は認められたがviableなHCCは認められずnecrotic noduleであり、他臓器に新規病変は認められず、病理学的に完全奏功(Complete Response:CR)を確認した。【考察】本邦では2009年5月にHCCに対する新規抗癌剤として分子標的薬であるSorafenibが承認された。Sorafenibの治療成績としてはSHARP試験、Asia-Pacific 試験において、全生存期間と無増悪期間の改善が示されているが奏効率は低く、CRは0%であった。しかし、本邦において稀ではあるがsorafenibによるCR症例報告が散見されており、人種差による影響が考慮されている。ただ、病理学的にCRを確認し得た症例報告は極めて稀であり、貴重な症例を経験したのでここに報告する。

027 (消)

破裂を契機に診断された肝粘液性嚢胞腺癌の1例

¹北海道大学 消化器外科1

○柴田 賢吾¹、神山 俊哉¹、横尾 英樹¹、武富 紹信¹、若山 顕治¹、
柿坂 達彦¹、敦賀 陽介¹、蒲池 浩文¹

【はじめに】巨大な肝粘液性嚢胞腺癌の切除例はしばしば散見されるが、破裂例は極めてまれである。今回、破裂を契機に診断された肝粘液性嚢胞腺癌の症例を経験したため報告する。

【症例】症例は65歳の女性で、突然の右下腹部痛を主訴に近医受診した。保存的加療行っても著効せず、当科入院し腹部CTにて肝右葉に125*110*178mmの境界明瞭で大部分が造影効果を伴わない嚢胞性腫瘤病変で辺縁の一部に造影効果を伴う不整な充実性成分と石灰化、腫瘤の尾側で壁の途絶と傍結腸腔に腫瘤から連続する腹水の貯留を認めた。また、EOB-MRIでは多房性の嚢胞性病変の所見を認めた。嚢胞腺癌の破裂の診断と診断し、肝右葉切除術を施行。病理所見より被膜を有し、多房性で内部を乳頭状増生を示す粘液生産性上皮で覆われた嚢胞性腫瘍で、充実性成分の内部は核の大小不同の乳頭状増殖を認め腺癌の所見であった。また、上皮下に間葉性間質が一部存在しER染色・PgR染色がごく一部陽性を示したことからmucinous cystic adenocarcinomaの診断を得た。

【考察】肝の粘液性嚢胞腺癌・腺癌は非常にまれな疾患とされており嚢胞性病変の5%以下といわれている。その鑑別と確定診断は画像では困難で顕鏡のみとされており、外科切除が第一選択とされ、破裂時においても積極的な外科切除が望まれる。

026 (消)

生検後に自然縮小を認めた、高分化型肝細胞癌の1例

¹王子総合病院 消化器内科、²王子総合病院 血液腫瘍内科

○石川 和真¹、奥田 敏徳¹、土居 忠¹、松野 鉄平¹、植村 尚貴¹、南 伸弥¹、
橋本 亜香利²、藤見 章仁²、蟹澤 祐司²

【症例】76歳、女性。もともとC型肝硬変で、他院にてフォローされていたが、2009年2月に肝性脳症で当院へ搬送となったことを契機に、以後当科フォローとなっていた。USとCTにて画像フォローを行っていたが、2011年9月のUSにて肝S7に2つの腫瘍性病変を認めた。一方の21mmの病変は造影CTにて典型的な中分化型HCCパターンを示し、同年10月にTACEを行った。もう一方の15mmの病変はCTAPでiso-low density、CTHAでもiso-low densityを呈し、dysplastic noduleと高分化型HCCとの鑑別が問題となったが、本人とも相談の上で画像フォローの方針とした。しかし、その後の経過でCTにて同病変に増大傾向を認めたことから、2012年3月に肝腫瘍生検を施行したところ、高分化型肝細胞癌と診断された。同年5月に治療目的に当科入院となったが、その際のCTにて肝腫瘍の自然縮小を認め、EOB-MRI、ソナゾイドUSでも同様に腫瘍縮小を認めた。以降外来で定期的に造影CT、ソナゾイドUSを施行しているが、同病変は更に縮小し、現在は画像上同定できなくなっている。

【結語】生検による組織診断後、治療までの期間に自然縮小・消失した高分化型肝細胞癌の1例を経験した。文献学的考察を加えて報告する。

028 (消)

術前診断が困難であった肝血管筋脂肪腫の1例

¹北海道大学 消化器外科1、²札幌医科大学 内科学第一講座

○藤好 直¹、神山 俊哉¹、横尾 英樹¹、柿坂 達彦¹、若山 顕治¹、
敦賀 陽介¹、蒲池 浩文¹、佐々木 茂²、高木 秀安²、武富 紹信¹

【背景】肝血管筋脂肪腫は比較的多く見られる良性疾患である。臨床的、病理組織学的に高分化型腺癌と類似点が多く、術前画像診断はしばしば困難で、切除標本で確定診断に至ることも少なくない。今回我々は肝細胞癌の術前診断で手術を行い、病理組織学的診断で肝血管筋脂肪腫であった1例を経験したので報告する。【症例】58歳女性。平成18年8月より肝機能異常指摘され、AIH疑いにて前医通院していた。平成24年6月の人間ドックのPETで肝S7に腫瘍性病変認め、肝細胞癌が疑われ、精査加療目的に当科紹介受診、入院となった。採血上は肝機能上昇を認めず、HBV陰性(既感染)、HCV陰性であった。腫瘍マーカーはAFP、PIVKA2いずれも上昇を認めなかった。画像所見では、腹部エコーでは腫瘍は高エコーであった。CTでは単純で内部は不均一、水より低いdensity領域も認め脂肪含有が疑われ、造影では早期濃染、平衡相でwashoutを認め肝細胞癌を第一に疑う所見であった。MRIでは、T1でlow、T2でhigh、diffusionで取り込みあり。EOB-MRIでは早期濃染、平衡相でwashoutし、肝細胞相で低信号として描出され、一部脂肪を含有する高分化型肝細胞癌や古典的肝細胞癌を疑う所見であった。以上より肝細胞癌が最も疑われ、腹腔鏡下肝S7部分切除術施行した。組織標本の肉眼所見は15×10mmのやや褐色調強い腫瘍であった。病理組織学的検査結果では脂肪細胞の集簇、大小血管新生、髄外造血の所見であった。免疫染色ではHMB-45、 α -SMA陽性、Hepatocyte-1、c-kit陰性であり、angiomyolipomaの診断となった。【考察】今回我々は術前に確定診断に至らなかった肝血管筋脂肪腫の1例を経験したので、若干の考察を踏まえて報告する。

029 (消)

アルコール性肝硬変に発生した多血性腫瘍の一例

¹札幌医科大学 第一内科

○佐々木 基¹、阿久津 典之¹、那須野 央¹、松永 康孝¹、志谷 真啓¹、本谷 雅代¹、高木 秀安¹、佐々木 茂¹、篠村 恭久¹

症例は50歳代男性。発熱、意識障害にて近医受診。血液検査にて肝機能障害、アンモニア高値を認めたため腹部造影CT施行。肝内に早期濃染される多発腫瘍を認め、精査加療目的に当院紹介入院となった。当院で施行した腹部Dynamic CTにて肝S5に4cm大の動脈相で濃染し、平衡相で部分的に欠損像を呈する結節を認め、その他の部位にも濃染する結節が散在していた。CT上は、肝細胞癌が最も疑われたが、他の画像検査からアルコール性肝疾患を背景とした過形成結節も考慮され肝生検を施行。病理学的には過形成結節として矛盾せず、背景肝はアルコール性肝硬変の所見であった。その後、無治療にて経過観察中であるが病変の増大は認めていない。アルコール性肝硬変患者における多血性腫瘍として、肝細胞癌と過形成結節の鑑別は重要である。過形成結節の多くは2cm以下の小結節であるとされているが、本症例のように4cm大の結節を形成する症例も報告されており、アルコール性肝疾患を背景に出現した多血性腫瘍を認めた際には、本疾患も念頭に置く必要があると考える。

031 (消)

術前に黄色肉芽腫性胆嚢炎および胆嚢癌と鑑別が困難であった胆嚢原発悪性リンパ腫の1例

¹札幌医科大学 第四内科、²札幌医科大学 第一外科、

³札幌医科大学付属病院 病理部

○神原 悠輔¹、林 毅¹、石渡 裕俊¹、小野 道洋¹、山内 夏未¹、宮西 浩嗣¹、佐藤 勉¹、佐藤 康史¹、小船 雅義¹、瀧本 理修¹、木村 康利²、平田 公一²、長谷川 匡³、加藤 淳二¹

症例は70歳代、女性。2012年7月に上腹部痛を自覚し近医を受診、血液検査で肝障害を画像検査で胆嚢結石・胆嚢壁の全周性の肥厚を指摘され、精査目的に当科へ紹介入院となった。入院時に肝障害は認めず、腫瘍マーカーはCEA、CA19-9とも正常であった。CTで胆嚢体部から底部に不均一に造影される全周性の壁肥厚を認め、壁内に複数の低吸収域が存在したが、胆嚢粘膜面および漿膜面は平滑で、積極的に癌を疑う所見はなかった。MRIで胆嚢壁は拡散強調画像でびまん性に高信号を呈した。腹部USでは胆嚢壁は全周性に肥厚し、一部の壁内には小嚢胞が多発し、肝床への浸潤を疑う部位を認めた。同領域の狙撃生検を施行したが病理学的確定診断は得られなかった。また内視鏡的経鼻胆嚢ドレナージ(ENGBD)を行い、繰り返し洗浄細胞診を提出したが、Class IIであった。総合的に黄色肉芽腫性胆嚢炎(XGC)を疑ったが、胆嚢癌を否定できず、当院第一外科にて肝床切除を伴う拡大胆嚢摘出術を行った。肉眼的に胆嚢壁は著明に腫大、断面は均一な黄白色調を呈し、胆嚢内腔には無数のビリルビン結石を認めた。また、組織学的には、胆嚢上皮下間質および肝床に大型異型リンパ球のびまん性増殖を認め、免疫染色でCD20(+), CD79a(+), bcl-2(+), CD3(-)であることから、悪性リンパ腫(Diffuse Large B-cell Lymphoma)と診断した。PET/CTで他臓器に病変を認めず、胆嚢原発と考えられた。術後R-CHOP療法を開始し、5ヶ月経過した現在まで生存中である。胆嚢原発悪性リンパ腫は稀であり、画像および病理所見に若干の文献的考察を加え報告する。

030 (消)

腫瘍マーカー高値で発見された黄色肉芽腫性胆嚢炎の1例

¹北海道大学病院 消化器外科I

○巖築 慶一¹、蒲池 浩文¹、木井 修平¹、若山 顕治¹、敦賀 陽介¹、柿坂 達彦¹、横尾 英樹¹、神山 俊哉¹、武富 紹信¹

黄色肉芽腫性胆嚢炎は黄色肉芽腫性の胆嚢壁肥厚を特徴とする比較的稀な慢性胆嚢炎の亜型で、炎症が浸潤性に波及することから胆嚢癌との鑑別が問題となる。今回、腫瘍マーカー高値を契機に発見され、胆嚢癌との鑑別が問題となった黄色肉芽腫性胆嚢炎の1例を経験したので報告する【症例】72歳男性、胃癌に対し当科にて胃全摘術試行後、定期フォローされていた。フォロー中の採血にてCEAの上昇傾向を認め、全身精査施行。胃癌の明らかな再発所見は認められなかったが、CTにて胆嚢壁の肥厚、壁および胆嚢周囲の肝実質の造影効果を認め、またPET-CTにて胆嚢壁へのFDG集積を認めた。しかし、腹部エコーでは胆嚢粘膜の構造は保たれ、肝への直接浸潤所見は認めなかった。EOB-MRIでも肝への浸潤を示唆する所見は認めず、黄色肉芽腫性胆嚢炎が最も疑われた。しかし、腫瘍マーカーの上昇、PET-CTでの所見を考慮すると悪性疾患は否定できなかった。診断治療目的に拡大胆嚢摘出術を施行。術中に明らかな悪性を示唆する所見は認めず、迅速病理検査でも陰性であった。永久標本でも悪性所見は認めず、黄色肉芽腫性胆嚢炎の診断となった。術後の検査で、CEAをはじめとする各種腫瘍マーカーの低下を認めた。黄色肉芽腫性胆嚢炎は、画像所見上胆嚢壁の肥厚、広汎な炎症浸潤をきたし、胆嚢癌との鑑別が診断上問題となる。特に、PET-CT陽性、腫瘍マーカー上昇を認めた症例報告も散見され、両者の鑑別は非常に困難である。そのため、同疾患の診断には種々の検査を組み合わせた総合的な判断が重要と考えられた。

032 (消)

バイパス術後にIVRにて治療し得た未破裂脾十二指腸動脈瘤の1例

¹北海道大学病院 消化器外科I、²北海道大学病院 放射線診断科、

³北海道大学病院 循環器・呼吸器外科

○木井 修平¹、蒲池 浩文¹、若狭 哲³、阿保 大介²、敦賀 陽介¹、若山 顕治¹、柿坂 達彦¹、横尾 英樹¹、神山 俊哉¹、武富 紹信¹

【はじめに】弓状韌帯症候群による脾十二指腸動脈瘤は稀な疾患であり、破裂してはじめて発見されるということも少なくない。今回我々は、一期的なIVRが困難で、腹部大動脈-脾動脈バイパス術後に、IVRで治療し得た一例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。【症例】54歳、女性。腹痛で前医に入院した際に施行した造影CTで脾十二指腸動脈瘤が指摘され、精査の末、正中弓状韌帯症候群に伴う腹腔動脈閉塞、下脾十二指腸動脈瘤の診断となり当科紹介となった。当初、IVRでの一期的治療を考慮したが、脾アーケードが囊状に瘤化していたために困難と判断された。このため、循環器外科と合同で腹部大動脈-脾動脈バイパス術を施行し、6PODに瘤の加療として二期的にコイル塞栓術を施行した。15PODに施行したMRAでバイパスの血流は良好であったが、コイル塞栓に伴う一過性十二指腸虚血による腸管の狭小化が出現した。経時的に経口摂取可能となり30PODに退院となった。【考察】脾十二指腸動脈瘤は腹部大動脈瘤の2%にすぎない稀な疾患であるが、破裂して初めて発見され致命的な状態になることも少なくないため、最近ではIVRによる瘤塞栓が主な治療法となりつつある。しかし、本症例のように一期的なIVRが施行できない症例に対しては、バイパス術後にIVRを選択することは、有用な治療選択肢と考えられ、積極的な治療も考慮すべきである。

033 (消)

VTTQ (virtual touch tissue quantification)法により膵硬度の上昇が示唆された自己免疫性膵炎の1例

¹王子総合病院 消化器内科、²王子総合病院 血液腫瘍内科
○石川 和真¹、土居 忠¹、奥田 敏徳¹、松野 鉄平¹、植村 尚貴¹、
南 伸弥¹、橋本 亜香利²、藤見 章仁²、蟹澤 祐司²

【はじめに】VTTQ (virtual touch tissue quantification)法はARFI (acoustic radiation force impulse)を用いる新しい組織硬度評価法であり、肝線維化評価をはじめ、様々な分野で臨床応用が行われつつある。今回我々はVTTQによる測定で膵硬度上昇が示唆された自己免疫性膵炎(AIP)の1例を経験したので報告する。【症例】71歳、男性。健康診断にて胆道系酵素の上昇を指摘され、2012年10月、当科初診。腹部エコーにて総胆管の軽度拡張と全周性壁肥厚を認め、精査加療目的で入院となった。CTでは膵のソーセージ様腫大と周囲のcapsule-like rim、上中部胆管壁肥厚と下部胆管の狭窄を認めた。EUSでも総胆管の壁肥厚と膵腫大および内部低エコー化と斑状高エコーを認めた。ERCPではびまん性の膵管狭細像と上中部胆管の壁不整と下部胆管の締め込み様の狭窄を認め、IDUSでは上中部胆管壁は全周性に肥厚していた。胆管および膵管生検ではIgG4陽性形質細胞浸潤を認め、血清IgG4 1240 mg/dlと合わせてAIP/IgG4関連硬化性胆管炎と診断した。膵硬度の測定はSIEMENS社製ACUSON S3000を用い、通常のBモード観察に引き続いてARFIモードで、せん断弾性波速度を測定した。健康人(n=5)での膵硬度は1.08 ± 0.16(m/s)であったのに対してAIP症例では1.54 (m/s)と高いことが示唆された。【結語】膵硬度の上昇が示唆されたAIP症例を経験した。今後さらに膵硬度測定の臨床応用について検討する必要がある。

035 (消)

膵管癌に対する尾側膵切除術3年後の残膵全摘術により広範なPanIN病変および浸潤癌を診断した1例

¹北海道大学病院 消化器外科II
○阿部 紘丈¹、松本 讓¹、新田 健雄¹、松村 祥幸¹、中西 善嗣¹、
倉島 庸¹、浅野 賢道¹、海老原 裕磨¹、中村 透¹、加藤 健太郎¹、
土川 貴裕¹、田中 栄一¹、七戸 俊明¹、平野 聡¹

【緒言】今回、我々は膵管癌に対し膵体尾部切除術3年後に生じた十二指腸乳頭部癌に対し亜全胃温存膵頭十二指腸切除術(残膵全摘術)を施行し、その背景膵に広範にPanIN病変から浸潤性膵管癌まで存在した一例を経験したので報告する。【症例】74歳、男性。膵体部癌の診断で当科にて尾側膵切除術を施行した。病理所見はPb, TS1 (1.7×1.2cm), Tubular to papillary carcinoma(tub1>tub2 >pap), int, INFb, ly0, v1, ne2, mpd(+), pT3, pCH(-), pDU(-), pS(-), pRP(+), pPV(-), pA(-), pPL(-), pOO(-), pN0, pStageIII, pPCM(-), pBCM(-), pDPM(-)であった。その後、当院消化器内科にて術後補助化学療法(S-1)を4コース施行後、経過観察されていた。手術より約3年後、定期受診時に膵胆管拡張を指摘され、精査の結果、十二指腸乳頭部癌(露出型)と診断された。当科にて亜全胃温存膵頭十二指腸切除術(残膵全摘)、胆道再建を施行した。病理組織学的には乳頭部癌だけでなく背景膵に広範にPanIN病変(1-3)を認め、ところどころに浸潤癌も認めた。いずれの浸潤性病変も術前画像で指摘できるものではなかった。初回手術時の組織像のreviewでは尾側膵の背景膵にも広範にPanIN(1-2)病変が存在した。【考察】浸潤性膵管癌の発癌の過程の一つとして、PanIN病変から浸潤癌へと進展が考えられているが、本症例はその傍証となり得るものと思われた。【結語】膵管癌の切除後の標本検索では主病変はもとより、背景膵のPanIN病変の有無なども詳細に検討し、術後の経過観察に反映させるべきと考えられた。

034 (消)

FOLFIRINOX療法による三次治療が奏功した切除不能進行膵癌の1例

¹伊達赤十字病院 消化器科、²伊達赤十字病院 内科、
³札幌医科大学 第四内科
○和田 浩典¹、久居 弘幸¹、岡川 泰¹、小柴 裕¹、宮崎 悦²、
嘉成 悠介³

切除不能進行再発膵癌に対する標準治療であるgemcitabine (GEM)単剤療法のMSTは6～7か月であり、GEM baseの併用化学療法がさらにOSを延長したとする報告はほとんどない。GEST試験(2011年)によりS-1単独療法の非劣性が示され、現在のところ、本邦では患者の状態により治療法を判断することが多いのが現状である。一方、75歳以下のPS良好の転移性膵癌に対するFOLFIRINOX療法がGEM単剤に比してOSおよびPFSを有意に延長することが報告された(N Engl J Med 2011)が、本邦での治療成績の報告はなく、その治療時期に関する位置付けについても定まっていない。今回、FOLFIRINOX療法による三次治療が奏功した切除不能進行膵癌の1例を経験したので報告する。症例は69歳、男性。平成24年2月初旬より心窩部痛を認め、2月下旬に前医受診。腹部CTで膵体尾部に7cmの腫瘍と肝内SOL、上部消化管内視鏡検査で体上部後壁に易出血性の隆起性病変を認めたため当科へ紹介入院となった。膵尾部痛による胃浸潤、脾動脈浸潤、多発性肝転移と診断し、アルゴンプラズマ凝固およびヒスタクリル・リビドール散布による内視鏡止血術を施行後、一次治療としてGEMを開始した。1コース終了後のCTで縮小傾向を認めたが、4コースでPDとなった。二次治療として、GEM+S-1 (GS療法)を開始したが、2コース後PDとなった。PS 1で全身状態が良好であったことから、十分なインフォームドコンセントを得た後にFOLFIRINOX療法を8月下旬より開始した。4コース終了後の11月のCTで原発巣、肝転移の著明な縮小効果が認められ、効果判定PRであった。腫瘍マーカーでは、治療開始前 CEA 56.2 ng/ml、CA19-9 171600 U/mlから、それぞれ、3.8 ng/ml、80 U/mlへと低下した。有害事象 (CTCAE v4.0)としてGrade 3の好中球減少、Grade 3の発熱性好中球減少症を認めた。予防的なG-CSF投与をしながら、本人の希望もあり、3週毎の投与となっているものの、治療継続していく予定である。

036 演題取り下げ

037 (消)

Virchowリンパ節転移で発見されたS状結腸癌の1例

¹JA北海道厚生連 遠軽厚生病院 内科、

²JA北海道厚生連 遠軽厚生病院 外科

○佐々木 貴弘¹、武藤 桃太郎¹、下田 瑞恵¹、石川 千里¹、井上 充貴¹、高橋 裕之²、萩原 正弘²、青木 貴徳²、橋本 道紀²、稲葉 聡²、矢吹 英彦²

症例は65歳女性。平成24年10月中旬、ショルダーバックをかけた時、左鎖骨上窩の腫瘤に気づき当院耳鼻科を受診する。同部位からのリンパ節生検で中分化管状腺癌の診断となった。原発巣検索目的で当科紹介となった。血液検査所見でCEA 10.7ng/mlと高値であり、CT検査で左鎖骨上窩から上縦隔にかけて複数のリンパ節腫大と、S状結腸に全周性の壁肥厚を認めた。上部消化管内視鏡検査は異常なく、下部消化管内視鏡検査施行したところ、S状結腸に全周性の2型腫瘤を認め、生検で高分化管状腺癌の診断となった。S状結腸癌と左鎖骨上窩リンパ節転移を免疫染色したところ、共にCK7(-)、CK20(+)と、大腸癌を強く示唆する染色結果で、S状結腸癌、Virchowリンパ節転移と診断した。同年11月にS状結腸切除術、D3郭清を施行した。病理組織診断は中分化腺癌、SE、N3、H0、P0、M1(Virchowリンパ節)、stage4であった。術後経過は良好で、今後全身化学療法を予定している。リンパ行性転移の終末像と考えられているVirchowリンパ節転移は、結腸癌において同時性が0.1%と稀である。また、Virchowリンパ節や大動脈周囲リンパ節などの同時性遠隔リンパ節転移陽性症例の5年生存率は、3%前後と報告されている。しかしながら、FOLFOX/FOLFIRIといった化学療法が標準治療として導入され、Virchowリンパ節転移陽性症例に関しても長期生存の報告が散見されるようになってきている。今回我々は、肝・肺転移などの多臓器転移を伴わずVirchowリンパ節に転移した大腸癌の1例を経験したので報告する。

039 (消)

続発性消化管アミロイドーシスによりイレウスを発症した一例

¹北見赤十字病院 消化器内科、²北見赤十字病院 外科

○滝新 悠之介¹、柳原 志津妃¹、佐藤 史幸¹、久保 公利¹、水島 健¹、岩永 一郎¹、江平 宣起¹、上林 実¹、本谷 康二²、長間 将樹²、宮坂 大介²、松永 明宏²、山口 晃司²、新関 浩人²、池田 淳一²

【緒言】続発性消化管アミロイドーシスはリウマチなどの慢性炎症性疾患により、肝臓で産生された血清アミロイドA蛋白が標的臓器に沈着する病態である。しかし現在のところその治療法は確立されていない。今回我々は続発性消化管アミロイドーシスによりイレウスをきたした症例を経験したので報告する。【症例】60代女性【主訴】腹部膨満感・嘔吐【既往歴】13歳 若年性関節リウマチ51歳 非ホジキンリンパ腫で胸膜椎硬膜外腫瘍摘出・術後放射線照射【現病歴】2012年7月中旬、腹部膨満と嘔気が出現し当院救急外来へ搬入となった。来院後のCT検査でイレウスの診断となり同日緊急入院となった。【経過】入院後イレウス管を挿入し保存的治療を開始したが、イレウスの改善は認めなかった。保存的治療に抵抗性の癒着性もしくは放射線性腸炎に伴うイレウスと診断し、入院23日目に外科的手術を施行した。術中所見は回腸末端より口側へ約90cmに狭窄を疑う所見を認め、同部位の切除を行った。術後3日目にイレウスが再燃したため、イレウス管を再度挿入した。さらに薬物療法・高圧酸素療法による治療を行ったがイレウスの改善は認められず、その後急速に多臓器不全の進行を認め、術後8日目に死亡した。剖検結果及び臨床経過からAA型アミロイド蛋白の沈着による続発性消化管アミロイドーシスの診断となった。【結語】続発性消化管アミロイドーシスによりイレウスを発症した一例を経験した。イレウスを発症したアミロイドーシスの予後は極めて悪いという報告が散見され、本症例の経過に文献的考察を加え報告する。

038 (消)

腸管出血性大腸菌O-157感染による溶血性尿毒症症候群(HUS)の1例

¹北見赤十字病院 消化器内科、²網走厚生病院 内科・消化器科

○大原 正嗣¹、佐藤 史幸¹、柳原 志津妃¹、久保 公利¹、水島 健¹、岩永 一郎¹、江平 宣起¹、上林 実¹、佐野 逸紀²、小野寺 学²、内田 多久實²、藤永 明²

腸管出血性大腸菌O-157感染に伴う溶血性尿毒症症候群(HUS)は産生されたverotoxinによる腎での血管内皮細胞障害と血小板凝集による微小血管障害性溶血性貧血が主病態で、進行性腎障害、溶血性貧血、血小板減少を特徴とする症候群である。早期診断および早期治療が極めて重要である。今回我々はO-157感染によるHUSの1例を経験した。症例は、20代女性。下痢、腹痛、血便主訴に近医受診し、出血性腸炎の診断で入院。便培養の結果O-157感染による出血性大腸炎の診断となった。前医入院翌日には、急激な血小板減少、血尿が出現し、HUSの合併が疑われたため、同日当科紹介転院となった。当科入院後、無尿となり急性腎不全を呈したため第3病日より持続透析を開始とした。全身の痙攣発作・意識障害を認め、脳症の診断で第10病日より気管内挿管・人工呼吸器管理を施行した。集中治療の継続で救命しえた。病状は改善し第36病日、軽度の腎機能障害を残すのみとなり前医へ転院となった。当院で経験した過去のHUS症例の経過と若干の文献的考察を含めて報告する。

040 (消)

麻痺性イレウスを初発症状として発見された褐色細胞腫の一例

¹市立札幌病院

○千田 圭悟¹、樋口 晶文¹、西川 秀司¹、永坂 敦¹、中村 路夫¹

【症例】57歳、男性【主訴】腹部膨満感・食欲不振【現病歴】2012年5月頃より腹部膨満感・食欲不振を認めるようになった。2012年8月25日より症状の増悪を認め、食事摂取不良となったため同年8月30日当科初診。初診時、著明な腹部膨満と腹部単純X線で著明な腸管ガスの貯留を認めたため、当科へ緊急入院となった。【既往歴】なし【家族歴】なし【内服薬】なし【生活歴】喫煙：20～45歳まで20本/日【入院時現症】BP 180/80mmHg、HR 94bpmと上昇。グル音は減弱しており、上腹部～下腹部の著明に膨隆を認めたが圧痛・反跳痛は認めなかった。採血結果では低球性低色素性貧血を認めたものの他に特筆すべき所見は認められなかった。【入院後経過】腹部骨盤造影CTにて胃の著明な拡張と小腸～直腸に著明な腸管ガス・液体貯留を認めたほか、左副腎部の強い増強効果を示す充実性の60x45x50mmの腫瘍性病変を認め褐色細胞腫が疑われた。血中アドレナリン1200pg/ml・血中ノルアドレナリン 27000 pg/ml、尿中メタネフリン 1.8mg/day・尿中ノルメタネフリン 6.0mg/day、尿中アドレナリン 497μg/ml・尿中ノルアドレナリン 7090μg/mlとそれぞれ高値を示し、123I-MIBGシンチグラフィでは左腎頭側にドーナツ状の集積見られ背側優位に帯状集積を認め、以上より褐色細胞腫と診断した。高血圧と麻痺性イレウスに対して2012年9月7日よりDoxazosin 4mg/2x内服開始。その結果腸管運動は改善し、翌日より排便を認め、血圧もコントロール良好であった。9月10日の腹部単純Xpで腸管ガス像の減少を認めたため、9月12日より食事開始。食事開始後も自覚症状は認めず、経過良好であったため9月17日退院となった。その後はDoxazosinを継続投与し、同年11月19日に当院泌尿器科で手術予定となった。今回上記の経過の症例を経験したので若干の文献的考察と共に報告する。

041 (消)

腹部大動脈瘤の拡大によって上腸間膜動脈症候群をきたした1例

¹NTT東日本札幌病院 消化器内科

○山田 徹¹、清水 佐知子¹、堀本 啓大¹、山本 洋一¹、小野 雄司¹、横山 朗子¹、赤倉 伸亮¹

【症例】70歳代、男性。2012年9月、腰椎L3の圧迫骨折で近医整形外科に入院中にイレウスを発症し当科紹介され、転院となった。大腸脾彎曲部に狭窄が疑われたが、scopeの通過で解除された。その後、イレウス症状なく経過し食事も開始となっていたが、第20病日に突然の嘔気・嘔吐が出現し、腹部Xp検査では胃の著明な拡張を認めた。絶食・補液の上、胃管を挿入し保存的治療を開始した。CT検査では、入院時より認めていた腰椎圧迫骨折部の腹側の腹部大動脈瘤(以下、AAA)の拡大を認めた。また、AAAと上腸間膜動脈(以下、SMA)に挟まれるように十二指腸水平脚部が狭窄し、それより口側の十二指腸・胃が著明に拡張しており、SMA症候群と診断した。入院時と比較してAAAの解離腔内の造影域が拡大しており、瘤の拡大の進行の可能性があると考えられたため、当院心臓血管外科に転科し、第23病日に緊急ステントグラフト内挿術を施行した。術後、AAAの縮小が認められ、IVH等により栄養状態も改善し、SMA症候群の症状は消失した。第63病日に退院となった。【結語】AAAによる十二指腸の圧迫・閉塞で、SMA症候群に至る症例は比較的稀であるとされており、今回、文献的考察を加え報告した。

043 (消)

特発性胆嚢穿孔の一症例

¹日鋼記念病院消化器センター、²日鋼記念病院病理診断科

○渡部 真裕子¹、檜森 亮吾¹、岡 由衣¹、小川 悠史¹、根間 洋明¹、横山 和典¹、船越 徹¹、喜納 政哉¹、林 俊治¹、高田 譲二¹、浜田 弘巳¹、藤岡 保範²

急性胆嚢炎に合併する穿孔の頻度は2%～15%と報告され、その多くは胆石や著明な胆嚢炎を背景としている。特発性胆嚢穿孔は上記の原因を有さずに発症する比較的稀な疾患である。今回我々は突発性の腹痛で発症した特発性胆嚢穿孔の一症例を経験したので報告する。症例は81歳、男性。近医で高血圧や慢性胃炎の診断で診療を受けていた。午前7時頃に朝食を摂取し、午前9時30分頃に突然嘔吐をきたし、その後に強い下腹部痛を自覚して午前11時50分頃に当院に救急搬送された。全身状態に異常を認めなかったが、心窩部に強い圧痛を認めた。血液検査では白血球増多やCRP、膵胆道系酵素の上昇を認めなかった。CTでは胆嚢腫大や胆嚢結石、膵臓腫大、free airを認めなかったが、胆嚢周囲やダグラス窩に少量の液体貯留を認めた。入院後鎮痛剤投与で腹痛がやや軽減したものの、午後3時30分頃には反兆痛や筋性防御を認めるようになり、汎発性腹膜炎の診断で発症約12時間後に手術を施行した。腹腔鏡による観察で胆嚢周囲を中心にダグラス窩まで胆汁による汚染を認めたために開腹術に移行した。手術所見では胆嚢漿膜面の壊死穿孔を認め、胆嚢穿孔による腹膜炎と診断され、胆嚢摘除術が施行された。病理組織学的には胆嚢粘膜には著変を認めず、部分的に胆嚢壁筋層にいたる壊死と同部を中心とした漿膜下脂肪組織の炎症性細胞浸潤を認めた。本例では腹痛以外に特有所見を認めず術前診断が困難であった。

042 (消)

4年間のペグインターフェロン少量単独長期投与によってSVRが得られたジェノタイプ1b、高ウイルス量のC型肝炎の1例

¹旭川赤十字病院 消化器内科

○林 秀美¹、細木 卓明¹、河端 秀賢¹、富永 三千代¹、伊東 誠¹、岡本 耕太郎¹、藤井 常志¹、長谷部 千登美¹

症例は70歳代女性。2002年にC型肝炎を指摘され、2回のIFN単独治療では無効、2004年からPegIFN α 2aによる治療を開始したがRNAの陰性化なく3ヶ月で中止、その後エコー下肝生検でA1/F1の所見を確認し、2005年4月から48週間のPegIFN α 2b+リノビリンの併用治療を行った。しかしRNAの陰性化が44週目と遅かったため、48週の治療後にPegIFN α 2a単独治療を開始した。以後RNA陰性が持続していたため、1年後からは隔週投与として継続、肝機能検査値も正常で経過していた。2010年12月にスクリーニングCTで肝S3に径10mmのHCCを指摘され、当院外科で部分肝切除術を施行された。切除標本の病理所見では単純結節型の中分化型HCCで、背景肝はF4との診断であった。その際にPegIFN治療を一旦終了としたが、術後もHCV RNAは陰性を持続し、6ヶ月後にSVRの判定となった。その後食道静脈瘤の治療を要したが、ALT値は正常、Child-Pugh Aの状態を維持している。本症例は、PegIFN・リノビリン併用治療のみで治療を終えると再燃の可能性が高いと考えられたために単独長期投与を施行してSVRを得られており、このような症例に対する抗ウイルス治療長期継続の意義を示唆している。また、2005年にF1と診断された後、長期間にわたり抗ウイルス治療によりRNA陰性を持続しえたにもかかわらず背景肝の線維化ステージがF4と診断されている点も大変興味深い症例と考えられる。

044 (消)

ガストリン産生能を有する膵神経内分泌腫瘍の一例

¹KKR札幌医療センター 消化器科、²KKR札幌医療センター 外科、

³KKR札幌医療センター 病理診断科

○富塚 昌子¹、菅井 望¹、高島 雄太¹、松蘭 絵美¹、横山 文明¹、大原 克仁¹、石橋 陽子¹、関 英幸¹、三浦 敦彦¹、藤田 淳¹、鈴木 潤一¹、小丹枝 裕二²、正司 裕隆²、三野 和宏²、片山 知也²、今 裕史²、小池 雅彦²、赤坂 嘉宣²、藤澤 孝志³、鈴木 沙理³、鈴木 昭³

症例は70歳女性。微熱、上腹部の違和感、嘔気を訴え近医内科受診。上部消化管内視鏡で十二指腸球部に腫瘍を認めた。腹部エコーでは総胆管、肝内胆管、主膵管の拡張を認め、CTでは膵頭部に腫瘍を認めたため、膵腫瘍または十二指腸腫瘍精査目的に当科紹介となった。当科で施行した造影CTでは膵頭部と十二指腸下行脚に多血性の腫瘍を認め、周囲のリンパ節腫脹も認めた。血清ガストリン値の上昇(>3000pg/ml)を認め、質的診断目的にEUS-FNAで十二指腸、リンパ節の生検を行った。得られた組織ではいずれも異型細胞の出現を認め、Chromogranin A、Synaptophysin、CD56陽性であり神経内分泌腫瘍と診断された。1群リンパ節転移はあるものの、遠隔転移を認めなかったために外科的切除を行う方針となり、亜全胃温存膵頭十二指腸切除術(SSPPD)を施行された。術後病理では十二指腸下行脚への浸潤とリンパ節転移を認め、免疫染色でガストリン産生能を認めた。2010年WHO分類に従いNeuroendocrine tumor、NET G1と診断された。進行度はENETSによるTNM分類に従えばT3N1M0、pStage 3bであった。膵神経内分泌腫瘍(P-NET)の有病者数は人口10万人に2.23人と希少疾患であり、そのうちガストリノーマは8.6%を占める。また、ガストリノーマの約90%はZollinger-Ellison症候群を呈するとされているが、本症例は血清ガストリン高値を伴うにも関わらず消化性潰瘍を認めず、24時間pHモニタリングでも胃酸分泌亢進を認めない稀な症例であり、文献的考察を加えてここに報告する。

045 (消)

診断に難渋した腹膜中皮腫の一例

¹市立札幌病院

○鈴木 脩斗¹、中村 路夫¹、千田 圭吾¹、小池 祐太¹、藤田 興茂¹、遠藤 文菜¹、工藤 俊彦¹、永坂 敦¹、西川 秀司¹、樋口 晶文¹

症例は63歳男性。2012年5月頃から心窩部から左側腹部にかけて体動痛を自覚。2012年7月28日近医での上部消化管内視鏡検査で胃体上部から下部前壁に弾性硬の巨大な粘膜炎様隆起を認めたため当院紹介。CTでは胃大弯に密接する150mm×95mmの巨大腫瘍を認め、腹膜播種、肝転移、肺転移も認められた。画像上はGISTや悪性リンパ腫なども鑑別疾患として考えられ、診断確定のため経皮的肝生検を施行したが病理学的にも診断には難渋し、肉腫様癌あるいは多形性肉腫疑いとの評価であった。腫瘍増殖スピードも速く、速やかに治療を行う必要があったため患者様へのインフォームドコンセントの後、9月7日からdoxorubicin単剤による化学療法を開始することとした。その後もキャンサーボードにて再検討し開腹にて腫瘍より組織を採取した上で病理学的評価を加える方針とし9月18日開腹下生検施行。Malignant mesothelioma, mixed epithelial and sarcomatous mesotheliomaと診断に至った。病理結果を受けdoxorubicinからアリムタに変更することとしたがこの時点でCre3.31と腎機能低下しており全身状態が非常に悪く通常では化学療法の適応とならないところであったが、ご家族の強い希望もあり治療の危険性を十分説明した上で10月19日アリムタ投与した。残念ながら治療は奏効せず10月31日永眠された。肉腫と混合性の腹膜中皮腫という稀な疾患を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

047 (消)

特発性孤立性上腸間膜動脈解離9例の検討

¹札幌東徳洲会病院 消化器センター、²札幌徳洲会病院 内科

○杉浦 諒¹、太田 智之¹、巽 亮二¹、芹川 真哉¹、松原 悠¹、七尾 恭子¹、好崎 浩司¹、坂本 淳¹、網塚 久人¹、木村 圭介¹、佐藤 康永²

【目的】特発性孤立性上腸間膜動脈解離(以下SMA解離)は比較的稀な疾患であるが急性腹痛の一つとしてその正確な診断は極めて重要である。今回、我々は当院で経験したSMA解離についての背景、CT所見、治療法について検討した。【対象】2008年10月から2012年10月までの間に当院でSMA解離と診断した11例について検討した。【結果】11例中男性が9例(82%)を占め平均年齢は55.2歳であった。既往歴として高血圧が5例(3例が内服治療中)、脂質代謝異常症は6例(1例が内服治療中)、喫煙歴は7例に認められた。症状の発症経緯は8例(73%)が突発性で3例(27%)は緩徐に発症していた。初診時血液検査では平均値で白血球 10400/mm³とやや高値であった以外は特記すべき所見は認めなかった。診断は全例造影CTを施行しSMAの異常所見をとらえることにより可能であった。SMAの解離は起始部から平均14.1mm(0～40mm)の部位で発症しており、血管解離は平均して長径72.3mm(55～130mm)であった。CTでは偽腔が血栓閉塞している偽腔閉鎖型が8例、偽腔への血流が残存している偽腔開存型が3例であった。診断時、造影早期相では全例で解離の診断ができたにもかかわらず、4例で解離の診断が困難であった。全例で腸管および腸間膜の造影効果は保たれていた。治療は3例で血管造影下にステント留置を行ったが8例は保存的治療を行い、すべての症例で治療経過は良好であった。【結論】1)SMA解離は比較的若年の男性に多く認められ、何らかの生活習慣病を6割に認めていた。2)造影CTで診断可能であるが造影平衡相のみでは診断が困難な例があり本例の診断には造影早期相が必須と考えられた。3)本疾患は多くの場合保存的治療が有効な予後良好な疾患であるが、ステント留置の適応など治療方針の決定においては症例の集積が必要と考えられた。

046 (消)

右胃動脈瘤破裂による腹腔内出血を来したSegmental Arterial Mediolysis(SAM)の一例

¹札幌東徳洲会病院 消化器センター、²札幌東徳洲会病院 放射線科

○加藤 拓也¹、松原 悠¹、巽 亮二¹、芹川 真哉¹、七尾 恭子¹、好崎 浩司¹、坂本 淳¹、網塚 久人¹、木村 圭介¹、太田 智之¹、斎藤 博哉²

症例は57歳女性。総胆管結石による胆管炎を当科で治療し、急性胆管炎に伴う門脈血栓症に対し血栓溶解療法にてフォロー中であったが、平成24年10月某日に腹痛・嘔気を主訴に当院救急搬送された。血圧低下と腹水貯留を認め、CT検査を施行したところ、胃下方に大きな血腫と右胃動脈に多数の動脈瘤の存在を認めた。血管造影では右胃動脈に嚢状、瘤状に拡張した動脈瘤を数珠状に7個認めた。同様の所見は左肝動脈にも認められたが、出血源は右胃動脈であり、右胃動脈のすべての動脈瘤に対しコイル塞栓術を施行した。多発する動脈瘤の原因として動脈炎が考えられたが、抗核抗体、MPO-ANCA、PR3-ANCAなど各種抗体検査を施行するもいずれも陰性であった。病理診断による確定診断には至らなかったが、腹部内臓臓器に動脈瘤が多発していることや典型的な数珠状動脈瘤がみられたことから、本症例はSAM(分節性動脈中膜融解:Segmental Arterial Mediolysis)が原因の動脈瘤破裂と考えられた。コイル塞栓後、腹水は消失し再破裂も認めず順調に経過している。SAMは腹部内臓臓器に中膜の分節性の融解が起こり、動脈瘤、特に解離性動脈瘤を生じて破裂する、急性経過をとる疾患として知られている。一般に破裂に至る可能性が高いことが知られており、破裂した場合の死亡率は約30%と言われている。本症例は破裂例であったものの動脈塞栓術施行により一命を取り留めた。本邦での報告例はまだ少なく、貴重な症例を経験したので文献的考察を加えて報告する。

048 (内)

出血を契機に発見された多発胃潰瘍を伴う早期胃癌類似進行癌の1例

¹KKR札幌医療センター 消化器科、²KKR札幌医療センター 病理診断科

○大槻 雄士¹、関 英幸¹、松園 絵美¹、横山 文明¹、大原 克仁¹、石橋 陽子¹、菅井 望¹、三浦 敦彦¹、藤田 淳¹、鈴木 潤一¹、藤澤 孝志²、鈴木 沙理²、鈴木 昭²

症例は75歳、男性。2009年胃潰瘍で当科を受診した。H.Pylori (以下HP)陽性のためPPI、アモキシシリン、クラリスロマイシンの3剤併用療法で除菌を行った。除菌は成功したが胃粘膜の萎縮があるため年1回の上部消化管内視鏡(以下EGD)をすすめられた。しかし、患者は以後通院を自己中断していた。2012年9月、胸痛、黒色便を認め、当院救急外来を受診した。採血上貧血を認め、NSAIDsを服用していたため、上部消化管出血を疑い緊急内視鏡を施行すると、胃体中部大弯にopen ulcerを4か所認めた。さらに最も肛側の潰瘍は露出血管を伴っていたため、高周波凝固法により止血した。なお、HPは陰性であった。その後、PPIによる治療を行い、PPI投与8週間後にEGD再検を行った。EGDでは前回のopen ulcerのうち3病変は瘢痕化していたが、内視鏡止血を行った最も肛側の潰瘍は2a+2c様に形態が変化した。同部位の生検ではGroup4の診断で早期胃癌が疑われた。HP除菌後に胃に多発性の胃潰瘍が出現し、その中の1つが早期胃癌であった症例は稀と思われる、多少の文献的考察を加え報告する。

049 (内)

内視鏡的胃粘膜下層剥離術後に発症した急性胆嚢炎の2例

¹札幌東徳洲会病院 消化器センター

○長島 一哲¹、坂本 淳¹、巽 亮二¹、芹川 真哉¹、松原 悠¹、
七尾 恭子¹、吉崎 浩司¹、網塚 久人¹、木村 圭介¹、太田 智之¹

内視鏡的粘膜下層剥離術(ESD)は1990年台に開発され、現在は早期胃癌などの治療に広く用いられるようになっている。術後の主な偶発症としては、主に出血、穿孔が挙げられ、胃のESDでの頻度は数%と言われている。今回我々は早期胃癌に対するESD施行後に急性胆嚢炎を発症した症例を2例経験した。胃の内視鏡治療後に発症した急性胆嚢炎の報告は、1983年から2012年11月までを医中誌、Pubmedで検索して3例とわずかであった。当院では2006年から2012年11月末までに胃病変へのESDを115例施行しており、そのうちの2例(1.7%)で急性胆嚢炎を発症した。胃のESD後の留意すべき偶発症の一つとなる可能性も考えられたため、今回報告する。【症例1】60歳代男性。胆石は数mm大のものが4個程度あり、無症状で経過観察中であった。2012年7月、胃角部後壁の早期胃癌に対してESDを施行した。術直後の経過は良好であったが術後4日目に大腸ポリープに対してEMRを施行し同日に心窩部痛・嘔吐が出現。血液検査、エコー、CTを施行し急性胆嚢炎の診断となり、腹腔鏡下胆嚢摘出術を施行した。

051 (内)

腸閉塞で発症し小腸内視鏡にて摘出しえた多量の消化管異物の1例

¹名寄市立総合病院 消化器内科

○佐藤 雅¹、佐藤 龍¹、杉山 祥晃¹、鈴木 康秋¹

【症例】30歳代、男性。精神運動発達遅滞、てんかんにて障害者支援施設に入所中。反復性嘔吐性嘔吐を主訴に当科を初診し急性胃拡張の診断で入院となった。腹部XP、CTにて胃内と空腸に含気所見を伴う異物様陰影を認め、異食症の既往があることより、消化管異物が考えられた。経口小腸内視鏡を施行したところ、まず胃内に塊状になった緑色ビニール物を認めた。ネットで回収し、広げて確認したところ変性した医療用ゴム手袋であった。さらに十二指腸を観察すると、肛門側に向かって連続する潰瘍を認め、空腸に胃内と同様の塊状の変性ゴム手袋を認めた。スネアで回収を試みたが粘膜に引っかかり、出血・浮腫をきたしたため断念した。その後、2度にわたり経口小腸内視鏡で摘出を試みたが、スネアや三脚などで保持して回収しても、途中で脱落もしくは引っかかりによる腸管出血・浮腫をきたし断念した。その後、異物は回腸に移動したため、経肛門の小腸内視鏡による摘出に変更した。4回目の内視鏡で回腸末端まで引き抜き、5回目(第22病日)に完全摘出した。最終的に計7枚のゴム手袋を回収し、第28病日に退院した。【考察】本邦での医療用ゴム手袋による小腸異物は本症例を含め3例の報告があり、全例が精神的障害のある若年の男性であった。上部消化管異物のなかでも小腸異物は治療に難渋することが多く、前2例は開腹術にて異物除去を行ったが、本症例では小腸内視鏡により全ての異物を回収し手術を回避することができた。精神的障害のある患者の腸閉塞では、本症例のように異食症による小腸異物も念頭に置く必要があると考えられた。

050 (内)

早期胃癌に対するESDの長期成績

¹KKR札幌医療センター 斗南病院 消化器内科

○早坂 尚貴¹、住吉 徹哉¹、近藤 仁¹、平山 真章¹、由崎 直人¹、
庵原 秀之¹、木村 朋広¹、上田 美和¹、皆川 武慶¹、溝口 亜樹¹

【目的】当科における早期胃癌ESD症例の長期成績を検討し、その有用性、問題点を明らかにする。【方法】2000年10月～2006年12月までの間、当科でESDを施行した残胃、胃管病巣を除く早期胃癌241症例275病変の内、予後の追跡が可能であった228症例261病変を対象とした。男女比は3.38(176/52)、ESD施行時年齢中央値は72歳(45-86歳)であった。(1)ESDによる治療成績(一括切除率、一括断端陰性切除率、治癒切除率、偶発症)、(2)ESD施行後の臨床経過、予後、(3)ESD施行後の異時性多発病変の頻度について検討を行った。【成績】術前診断は、絶対適応病変(G) / 適応拡大病変(E) / 遺残再発病変(R) / 適応外病変(N):168例 / 83例 / 9例 / 1例であった。(1)一括切除率95.4%(G:96.4% / E:93.4% / R:90.9% / N:100%)、一括かつ断端陰性切除率91.2%(G:93.4% / E:86.5% / R:81.8% / N:100%)、治癒切除率81.2%(G:93.4% / E:86.5% / R:81.8% / N:100%)であった。偶発症は穿孔5.7%(G:3.0% / E:10.8% / R:11.1% / N:0%)、後出血(G:3.6% / E:10.8% / R:0% / N:0%)であった。(2)5年以上の追跡率94.6%、観察期間中央値は2825.5日(85-4443日)で、治癒切除後の局所再発は2例(G:1例、E:1例)、遠隔転移再発はなく、穿孔症例における腹膜再発もなかった。5年全生存率は、絶対適応治癒症例(101例):96.0%、適応拡大治癒症例(73例):93.1%、遺残再発治癒症例(7例):85.7%、非治癒追加外科手術例(25例):96.0%、非治癒追加内視鏡治療例(5例):80.0%、非治癒経過観察例(17例):70.5%で、死亡は34例(胃癌死2例、他癌死16例、他病死14例、詳細不明2例)であった。(3)異時性多発胃癌は31例(11.9%)に認められた。【結論】早期胃癌に対するESDは適応拡大病変も含めて根治性が高く、長期成績は良好であった。しかし異時性多発胃癌や異時性他臓器癌が少なからず認められ、術後の胃および他臓器の慎重な経過観察が必須である。

052 (内)

出血性小腸潰瘍を合併したcutaneomucosal venous malformationの一例

¹札幌医科大学 第一内科、²札幌医科大学 臨床病理部、

³自衛隊札幌病院 外科、⁴札幌医科大学 第一外科

○我妻 康平¹、山下 健太郎¹、鈴木 亮¹、斎藤 真由子¹、新沼 猛¹、
伊志嶺 優¹、有村 佳昭¹、能正 勝彦¹、山本 博幸¹、荻野 次郎²、
佐野 晋司³、近藤 伸彦³、西館 敏彦⁴、篠村 恭久¹

Cutaneomucosal venous malformation (VMCM)は血管腫や動静脈奇形が全身、特に頭頸部に多発するまれな遺伝性疾患で、消化管出血の合併も報告されている。Blue rubber bleb nevus syndrome (BRBNS)も全身に血管腫が多発する遺伝性疾患で消化管血管腫の合併が知られておりVMCMと同一疾患という説もあるが、BRBNSの血管腫は体幹や四肢に好発するといわれている。今回我々は小腸潰瘍から大出血を来したVMCMと思われる一例を経験したので、文献的考察を加え報告する。症例は40台男性、家族歴に特記すべき事項なし。学童期に頸部血管腫を切除したが、以後も血管腫は緩徐に増加・増大しBRBNSと診断され経過観察中であった。1-2年前から一過性の血便を年数回自覚していたが、大腸内視鏡では異常を認めなかった。2012年9月上旬に赤ワイン色の血便が始まり止血しないため2日後に前医を受診、ショック状態であり緊急入院となった。上下部内視鏡では明らかな出血源を認めなかったが、血管腫と思われる腫瘍が腹腔内に多発していた。入院後も血便は間欠的に続き10単位以上の輸血を施行、小腸血管腫からの出血が疑われ当科転院となった。血管腫は両頸部、口唇、舌、口腔、咽頭に顕著で体幹や四肢にはみられず、BRBNSよりはVMCMにより合致する臨床像であった。カプセル内視鏡では小腸に血管腫その他の異常所見を認めず、次に行った小腸内視鏡で回盲弁から30-40cmの遠位回腸に1cm大の単発潰瘍を認めた。生検では非特異的炎症像であったが、小腸内視鏡の翌々日から出血が再開、カプセル内視鏡再検で潰瘍からの出血であることを確認し回腸部分切除術を施行した。腹腔内には血管腫が多発していたが潰瘍近傍には存在せず、病理組織学的にはU-I相当の潰瘍であったが、潰瘍底から漿膜下層にかけての血管増生が顕著であった。

053 (内)

著明な壁外発育を呈した横行結腸粘液癌の1例

¹製鉄記念室蘭病院 消化器・血液腫瘍内科、²製鉄記念室蘭病院 病理・臨床検査室、³製鉄記念室蘭病院 外科・呼吸器外科、

⁴札幌医科大学 第四内科

○三浦 翔吾¹、藤井 重之¹、山田 充子¹、平子 匡¹、安部 智之¹、櫻井 環¹、黒田 裕行¹、前田 征洋¹、藤田 美剛²、仙丸 直人³、在原 洋平⁴、定免 渉⁴

大腸粘液癌は、全大腸癌中3～10%と比較的まれであり、細胞外に多量の粘液を産生し粘液結節を形成する。分化型腺癌に比べ、発見時に壁への浸潤が深くすでにリンパ節転移や腹膜播種を認めるなど進行している症例が多く、予後は不良である。今回我々は、著明な壁外発育を呈した横行結腸粘液癌の1例を経験したので報告する。症例は69歳女性。平成24年7月頃から右腹部に腫瘍を触知。精査目的に当院外来を受診した。画像検査を施行した所、腹部エコーでは、長径70mm程の内部が低エコーの腫瘍を認め、CTでは横行結腸の頭側に嚢胞状で辺縁不整な腫瘍として認められ、一部横行結腸壁と連続していることから、同部位由来の腫瘍の可能性が考えられた。下部消化管内視鏡検査を施行した所、横行結腸に粘膜下腫瘍様の隆起性病変を認めた。腫瘍の大部分は正常粘膜に覆われていたが、一部に粘膜自潰を認め、生検鉗子での圧迫にて粘液様物質の流出を認めた。生検結果は、Group4、Highly suspicious for mucinous adenocarcinomaであった。そのため、当院外科にて横行結腸切除術(D3郭清)を施行した。摘出標本では横行結腸の中央部近くに粘膜下腫瘍様で外向性発育を示す腫瘍を認め、粘膜面には著変を認めなかった。組織学的検討では、腫瘍の大部分は漿膜下層内で増殖する、mucinous adenocarcinomaであり、固有筋層、粘膜下層に進展していたが上皮の原発病変は明らかではなかった。壁外発育を示す大腸粘液癌はまれであり、若干の文献的考察を加え報告する。

055 (消)

検診の上部消化管内視鏡検査で指摘された食道好酸球増多症例の検討

¹KKR札幌医療センター 消化器科

○松蘭 絵美¹、横山 文明¹、大原 克仁¹、石橋 陽子¹、菅井 望¹、関 英幸¹、三浦 淳彦¹、藤田 淳¹、鈴木 潤一¹

食道好酸球増多は、食道生検で好酸球増多を認める病態である。その多くは胃食道逆流によるものであるが、好酸球性食道炎、好酸球性胃腸症など消化管特異的な疾患とともに、膠原病、薬物過敏症、好酸球増多症候群など全身疾患の一部として出現することがある。食道好酸球増多が存在する際には、自覚症状、プロトンポンプ阻害薬(PPI)への反応性あるいは内視鏡所見などにより鑑別診断がなされる。今回我々は、自覚症状の殆どない検診者において、内視鏡検査で何らかの異常を認め、食道生検で好酸球浸潤が存在した症例を対象に、自覚症状、PPI反応性、末梢血液検査所見などから好酸球浸潤の病態を検討したので報告する。2010年3月から2012年10月の間に当院で検診目的に施行した上部消化管内視鏡検査により食道に異常所見を認め、生検で食道粘膜好酸球浸潤(好酸球20個以上/HPF)が確認された8例(女性1例、男性7例)を対象とした。全ての症例で通院歴はない。内視鏡終了後の詳細な問診では、3例で軽度の酸逆流症状を認めたが、5例は無症状であった。1例で喘息の既往があり、2例で末梢血好酸球増多を認めた(500/ μ l、644/ μ l)。生検の契機となった内視鏡所見は縦走溝、白斑、粗造粘膜であった。3例の有症例を含め5例で常用量のPPIが投与され、2例で症状が改善した。症状が改善した1例では投与5ヶ月で内視鏡所見、組織学的所見も改善したが、1例では1年間の投与によっても内視鏡所見は不変であった。症状、PPIの反応性から考えると、対象症例8例において、胃食道逆流症1例、好酸球性食道炎2例であり、残り5例は診断不明の食道好酸球浸潤との結果であった。これら5例の長期的予後については不明であるが、好酸球性食道炎の内視鏡所見として報告されている縦走溝を有する症例で好酸球浸潤が認められたことより、今後同疾患に進展する可能性も否定できない。無症状であっても好酸球浸潤を来す症例がある程度存在することから、内視鏡所見の詳細な検討も含め、食道への好酸球浸潤の病的意義について検討する必要があると考える。

054 (内)

胆膵内視鏡処置における放射線被曝の現状調査

¹苫小牧市立病院 消化器内科

○平田 幸司¹、宮本 秀一¹、江藤 和範¹、小西 康平¹、武藤 修一¹

昨年の震災後より放射線被曝による被害に注目されている。その一方で、われわれ医療者における放射線被曝の現状は軽視されている。年間被曝線量上限は50mSvとされており、放射線使用者には被曝量の測定が義務付けられているが、測定器の未装着者も少なくなく、放射線被曝量をきちんと反映しているとはいえない。【目的】当院における胆膵内視鏡処置の際の放射線被曝の現状を明らかにすること。【方法】2012年10月1日から11月13日までに当院で逆行性胆膵胆管造影(ERCP)を中心とする胆膵処置内視鏡を施行した24例(25回)を対象に、透視機器からのレントゲン照射量の測定並びに線量測定器を用いた、術者と介助者の放射線被曝量を測定した。【検討項目】1) 対象症例の内訳、2) 使用放射線量、3) 放射線被曝量【結果】1) 対象症例は膵癌6例、総胆管結石5例、胆石・胆嚢炎3例、肝門部胆管狭窄3例、良性胆道狭窄2例、膵仮性嚢胞1例、肝内胆管癌1例、自己免疫性膵炎1例、胆道出血1例、レムメル症候群1例であった。2) 平均検査時間45分、平均撮影枚数9.24枚、平均使用線量186.27mSvであった。3) 術者の防護衣外624.6 μ Sv、防護衣内19.6 μ Svであり、介助者の防護衣外98.8 μ Sv、防護衣内3.67 μ Svであった。【結語】使用線量は決して少なくなくきちんとした被曝対策を行うことが必要である。また、被曝防護には、防護衣や透視機器からの距離が重要であることが再確認された。

056 (消)

胃癌腹膜転移症例に対するDocetaxel+CDDP+S-1 (DCS)併用療法の有効性

¹札幌医科大学 第四内科

○大沼 啓之¹、佐藤 康史¹、山田 尚太¹、堀口 拓人¹、平川 昌宏¹、林 毅¹、佐藤 勉¹、宮西 浩嗣¹、瀧本 理修¹、小船 雅義¹、加藤 淳二¹

【背景・目的】S-1を中心とした化学療法の発展により切除不能再発胃癌の生存期間の延長が得られているが、約半数を占める腹膜播種症例、特に腹水貯留症例では経口摂取不良やRECIST標的病変がないなどの要因により臨床試験の対象となりにくく、標準治療は確立していない。当科ではS-1にCDDPとDocetaxel(DTX)の3剤を併用した化学療法(DCS療法)を進行再発胃癌に対する一次治療として行い、良好な成績(奏効率87.1%、MST660日)を報告してきた。今回DCS療法を施行した腹膜播種症例の治療成績をレトロスペクティブに検討し、同対象に対するDCS療法の意義、治療戦略について考察した。

【対象・方法】2002年12月から2012年10月までにDCS療法を施行した手術不能進行胃癌82症例。腹膜転移と腹水貯留度はJCOG0106試験に準じて定義した。化学療法はS-1 80 mg/m²(day1-14)、CDDP 60 mg/m²(day8)およびDTX 50-60 mg/m²(day8)を3週毎に投与した。

【結果】82例中24例が腹膜播種陽性であった。腹膜播種症例は非腹膜転移例に比しDCS投与コースおよび副作用共に非腹膜転移例と有意差はなく、忍容性は良好であった。PFS(中央値7.4M vs 7.5M, p=0.423)および2次治療移行率も両群で差はみられなかった。奏効率(66.7% vs 86.2%, p=0.042)とOS(中央値16.5M vs 22.6M, p=0.021)については腹膜播種症例で有意に不良であったが、腹膜播種症例でもPSが0または1と良い症例においては中央値7コースのDCS療法が施行されており、奏効率90.0%(CR1例、PR8例)、MST26.5ヶ月と非常に良好であった。24例中4例でDCSの奏効によりconversionが得られ、adjuvant surgeryを行い治癒切除が達成された。うち2例は4年以上の無再発生存中である。8例が高度腹水貯留症例であったが、腹水貯留度とDCSの忍容性および予後に有意な相関はなく、多変量解析ではPSのみが予後に有意に影響する因子であった。

【結語】腹膜播種症例でもDCS療法の忍容性は良好であった。さらに高度腹水貯留例でもPSが良好な症例では非腹膜播種症例と同等の効果が示され、同対象に対するDCS療法の有効性が示唆された。

057 (消)

再生検によりHER2過剰発現が判明した進行胃癌の一例

¹恵佑会札幌病院 腫瘍内科、²恵佑会札幌病院 消化器内科、

³恵佑会札幌病院 消化器外科、⁴恵佑会第2病院 内科

○奥田 博介¹、吉井 新二²、山本 桂子²、小平 純一²、高橋 宏明⁴、
穂刈 格²、塚越 洋元²、蔵前 太郎³、西田 靖仙³、細川 正夫³

【症例】72歳男性。高血圧・高脂血症にて近医通院中のところ貧血を指摘され前医紹介受診。上部消化管内視鏡検査にて胃体下部前壁小彎から前庭部にかけ全周性の3型腫瘍と幽門狭窄、CTにて多発肝転移を認め、胃癌Stage IVと診断された。前医で施行された生検では中分化型腺癌・HER2陰性と判定されていた。当院での治療を希望され転院、胃空腸バイパス術前の精査として行った上部消化管内視鏡検査の際に再度生検を施行した。結果HER2の免疫染色において、管状腺癌部は染色されないものの、乳頭状構築を示して増殖する部で細胞膜の全周が強陽性に染色され、IHC(3+)と判定された。【考察】トラスツマブは、胃癌において初めて延命効果の確認された分子標的治療薬であり、HER2陽性の進行・再発胃癌に対し、フルヒドリン系抗がん剤およびシスプラチンと併用することが標準治療である。その効果はHER2が強発現しているときにのみ認められるため、日常臨床において有効な患者選択を行うためにHER2の発現を検索することが必須であり、不十分な検索により有効な薬剤選択が不可能となる事態を避けることが必要である。しかし胃癌の組織型は多彩であるため、その診断に際して注意が必要であることが指摘されている。適切な検査回数や生検個数については議論のあるところであるが、疾患特異性を念頭においた検索が重要であり、示唆に富む症例と考へ報告する。

059 (消)

当院における大腸癌・肝転移R0切除例に対する術後補助療法法の検討

¹札幌社会保険総合病院 消化器科、²札幌社会保険総合病院 外科

○加藤 総介¹、高木 智史¹、今井 亜希¹、吉田 純一¹、腰塚 靖之²、
谷 安弘²、富岡 伸元²、中川 隆公²、松岡 伸一²、秦 温信²、
佐々木 文章²

Stage IV大腸癌において肝転移は最も頻度の高い転移形式であるが、R0切除が施行できれば予後が延長することが知られている。しかし大腸癌・肝転移R0切除例に対する術後補助療法についてはコンセンサスが得られていない。

今回我々は2005年以降に当院で同時性もしくは異時性の大腸癌・肝転移に対してR0切除を施行し得た27例の術後補助療法について後方視的に検討した。27例の背景は、男女比=14:13、平均年齢66.4歳、転移形式は同時性:異時性=15:12、原発巣は結腸:直腸=23:4、肝転移はH1:H2:H3=23:3:1であった。術後補助療法は、無治療2例、フルヒドリン系経口抗がん剤13例、オキサリプラチンを含むレジメン11例、イリノテカンを含むレジメン1例であった。

2005年にオキサリプラチンが本邦において承認されて以降、大腸癌・肝転移に対する手術・化学療法を含めた治療法・選択肢は多様化している。当院における大腸癌・肝転移R0切除例に対する術後補助療法法の現状を文献的考察も加えて報告する。

058 (消)

当院における大腸腺腫・大腸癌に対する大腸3D-CT検査の診断精度の検討

¹北海道消化器科病院・内科、²大腸3次元CT研究会

○加藤 貴司^{1,2}、佐々木 清貴¹、木下 幸寿¹、藤澤 良樹¹、町田 卓郎¹、
碓 修二¹、山田 裕人¹、中村 英明¹、加賀谷 英俊¹、日黒 高志¹、
堀田 彰一¹

【目的】本邦における大腸3D-CT検査の精度検証を目的に多施設共同臨床試験 JANCT (UMIN2097, NCT997802)が2009年より実施され、2012年に結果が公表された。大腸内視鏡検査(TCS)をゴールドスタンダードとして、6mm以上の大腸腺腫・大腸癌に対する患者別の感度、特異度、陽性適中率、陰性適中率は、それぞれ87%、92%、79%、95%と良好な成績であった。当院では同試験に202例の症例を登録した。当院の登録症例における大腸3D-CT検査の診断精度について検討した。【方法】JANCTではTCSの適応のある患者を対象とし、消化器内視鏡専門医が行ったTCSをゴールドスタンダードとして大腸3D-CT検査の精度評価が行われた。Primary endpointとして6mm以上の大腸腺腫・大腸癌に対する患者別感度が検討された。大腸3D-CT検査の前処置はPEG-C法(ニフレック+水溶性造影剤)で行われ、自動注入器による炭酸ガス注腸にて大腸3D-CT検査が施行された。当院は本試験に参加する以前にはPEG-C法による前処置や炭酸ガス自動注入器の使用経験はなかった。【成績】当院登録例のうちCT colonography Reporting And Data Systemによる読影評価で検査不良例を2例(1%)に認めた。当院における大腸3D-CT検査の成績は6mm以上の大腸腺腫・大腸癌に対する患者別の感度、特異度、陽性適中率、陰性適中率で、それぞれ87%、98%、94%、95%であり、試験全体の成績とほぼ同様であった。なお腸管拡張に伴う迷走神経反射例を1例(0.5%)に認めた。【結論】当院は大腸精検目的の大腸3D-CT検査の経験のない状態で本臨床試験に参加したが、大腸3D-CT検査の検査精度は試験全体の成績と比較しても遜色のない結果であった。大腸3D-CT検査は経験のない施設においても簡便に導入でき、さらに高い精度が期待できる検査法であるため、有用な大腸癌の精検法となる可能性があると思われた。

060 (消)

O157LPS抗体にて診断されたO157感染症の1例

¹札幌厚生病院 第一消化器科(胃腸科)

○寺門 洋平¹、西岡 均¹、道上 篤¹、西園 一郎¹、鈴木 肇¹、乙黒 雄平¹、
菊池 仁¹、萩原 武¹、前田 聡¹、小澤 広¹、黒河 聖¹、今村 哲理¹

症例は15歳女性、腹痛・発熱および水様性下痢にて当院受診、整腸剤および抗生剤を投与するも腹痛が持続したため、加療目的に入院となった。入院後下血が出現したため、大腸内視鏡検査(以下CS)を施行したところ、大腸粘膜の著明な肥厚・うっ血・易出血性を認めた。感染性腸炎を疑い、便および大腸粘膜から培養検査を施行するも、病原菌は検出されなかった。その後、急速な尿量減少・腎機能障害および貧血の進行し全身状態が悪化したため、透析導入および輸血を施行した。腸管出血性大腸菌感染症および溶血性尿毒症症候群(以下HUS)の併発を考へ、血液検査にて抗O157LPS抗体陽性を確認し、O157感染症の診断となった。その後は、HUSがやや遷延したが血液透析および輸血を継続、全身状態は徐々に改善し退院となった。初回のCS施行20日後に経過観察目的に施行したCSでは、腸炎は改善し、異常所見を認めなかった。一般に、腸管出血性大腸菌(EHEC)の確定診断は糞便からの菌の分離培養によりなされるが、培養検査でも原因菌が検出されず血清診断にてO157感染症の診断となった1例を経験したので、臨床経過および内視鏡所見を合わせて、若干の文献的考察を加えて報告する。

061 (消)

Telaprevir/Peg-IFN/RBV3剤併用療法を施行した血友病合併C型慢性肝炎の1例

¹KKR札幌医療センター斗南病院 消化器内科、²斗南病院 血液内科
○由崎 直人¹、荻野 真理子¹、早坂 尚貴¹、藤井 亮爾¹、皆川 武慶¹、
溝口 亜貴¹、土井 綾子¹、木村 朋広¹、上田 美和¹、庵原 秀之¹、
住吉 徹哉¹、平山 眞章¹、近藤 仁¹、長谷山 美仁²

C型慢性肝炎に対するTelaprevir/Peg-IFN/RBV 3剤併用療法は2011年11月より保険診療が可能となり1年余りが経過した。これまで多数の治療経験が報告されているが、その一方で血液製剤使用されC型肝炎に感染した血友病患者に対する本治療経験の報告は乏しく、その安全性についても十分に検討されていない。今回我々は、血友病合併C型慢性肝炎に対して、Telaprevir/Peg-IFN/RBV 3剤療法を実施し、その凝固能の推移を観察し得たのでここに報告する。症例は30歳の男性。8歳時に血友病Aと診断された。平成10年より当院血液内科受診することとなり、当院での採血にてHCV陽性であることが判明した。ジェノタイプ1a高ウイルス量であり、平成17年にPeg-IFN/RBV48週療法を施行。HCVRNAは一旦消失するものの再燃した。平成23年にTelaprevir/Peg-IFN/RBVによる治療を施行することとなった。IL28B SNPはrs8099917 T/T、rs813142 T/Tといずれもメジャーホモ接合体であった。本治療経過中、APTTを毎受診時に採血してその経過を追跡した。全経過を通じてAPTTは30-50%台を推移し、軽度の痔核出血以外に血液凝固に関わる有害事象の発症なく、治療継続可能であり、24週間の治療を安全に完遂し得た。血友病合併C型肝炎に対するTelaprevir/Peg-IFN/RBV3剤併用療法は、出血傾向を助長することなく比較的 safely に施行しうらと思われる。

063 (消)

シャント型肝性脳症に対し、短絡路温存門脈大循環分流術を施行した1例

¹北海道消化器科病院 内科
○町田 卓郎¹、堀田 彰一¹、木下 幸寿¹、藤澤 良樹¹、碓 修二¹、
加藤 貴司¹、佐々木 清貴¹、山田 裕人¹、加賀谷 英俊¹、中村 英明¹、
目黒 高志¹

<はじめに>肝性脳症は重篤な肝機能障害(肝不全)に伴って起きるものと、肝不全を伴わない慢性反復型に大別される。シャント型肝性脳症は後者に分類され、門脈圧亢進によって側副血行路(シャント)を形成した結果腸管から吸収された毒素が肝臓での代謝を受けずに大循環に流れ、脳症を引き起こす。今回、我々は、シャント型肝性脳症患者に対し、経門脈的に短絡路温存門脈大循環分流術を施行した1例を経験したので報告する。<症例>症例は74歳 女性。自己免疫性肝炎、肝硬変にて外来通院加療していた。平成23年夏ごろより、肝性脳症を繰り返し入院を繰り返していた。平成24年3月、意識混濁にて当院入院となった。採血にてアンモニアの上昇を認め、画像上、著明に発達した左胃静脈から食道周囲静脈へのシャントと、脾腎シャントを認め、シャント型肝性脳症と診断した。B-RTOによるシャント閉鎖術を検討したが、左胃静脈への側副路も肝性脳症の原因であると考えられたこと、また、急激な門脈圧亢進による腹水貯留、静脈瘤の形成が危惧されたため、十分なInformed Consentの上で門脈圧低下を目的に経動脈的部分的脾動脈塞栓術(PSE)と、その後短絡路温存門脈大循環分流術(分流術)を施行した。まず、経動脈的にコイルを用いてPSEを施行。炎症の改善後に短絡路温存門脈大循環分流術を施行した。経皮経門脈的にアプローチし、まず、左胃静脈への側副路をコイル、5%EOIを用いて塞栓。その後、脾静脈を下腸間膜静脈より中樞でコイルを用いて閉塞し、脾静脈血を直接シャントを通じて大循環へ還流するように血行改変した。術後、アンモニアの軽度高値はあるが、意識障害は改善し、現在外来加療中である。<考察>短絡路温存門脈大循環分流術は1994年樫田らにより報告され、これまでに多数の施行例が報告されている。シャント型肝性脳症に対する短絡路温存門脈大循環分流術はシャント閉鎖術に比べ門脈圧の上昇が軽微であると考えられる。的確に症例を選択して施行することでシャント型肝性脳症に対する有効な治療法となりうらと考えられた。

062 (消)

肝円蓋部の肝腫瘍に対して腹腔鏡併用経胸的横隔膜穿刺によるRFAの短期・中期成績

¹函館中央病院外科
○田中 公貴¹、児嶋 哲文¹、平口 悦郎¹、橋田 秀明¹、田本 英司¹、
三井 潤¹、上野 峰¹

【序論】小さな肝腫瘍の治療には経皮的RFA(Radiofrequency Ablation)により低侵襲に治療することできる。肝円蓋部に発生した肝腫瘍に対して経皮的RFAも行われるがしばしば困難である。また晩期合併症である横隔膜ヘルニアの発生率は1%未満と少ないが時に致命的である。RFAの適応であるが経皮的方法が困難な肝円蓋部にできた肝腫瘍に対し腹腔鏡併用の経胸的横隔膜穿刺によるRFAを施行した10例の短期成績について検討した。【対象】2009年から腹腔鏡併用のRFAを施行した10例について検討。肝部分切除の併用例は2例、同時に2カ所のRFAを施行した症例を1例に認めた。RFAを施行した10症例11カ所の腫瘍を対象とした。性別は男女が5例ずつ。年齢は60歳から78歳。肝腫瘍の内訳は肝細胞癌が8例、転移性肝腫瘍が2例。腫瘍部位はS8が7例、S7が3例、S4が1例。腫瘍径は20mm以下が9例。ICG15分値20%以上が2例。【手術方法】シングルルーメンの挿管チューブで全身麻酔。左半側臥位。腹部に平均4本のポートを留置。第4か第5肋間前腋窩線上に12mmポートをoptical view法にて胸腔内に挿入。気胸にした後にそのポートを横隔膜に穿刺。ポート内を通したRFA針で腫瘍を焼灼。焼灼後に腹腔鏡にて横隔膜を縫合閉鎖。胸腔ドレーンを留置。【成績】手術で1カ所だけRFAのみ施行した7症例の手術時間は105分187分(中央値137分)。2cmのRFA針を7例で使用。焼灼回数の中央値は3回。術後合併症は胸水貯留、胸腔からの出血、右上肢運動麻痺をそれぞれ1例に認めた。術後在院期間の中央値は16日。観察期間中に(118日1134日、中央値686日)局所再発は一例も認めず、他部位での再発は5例に認めた。他病死が一例に認めた。【結語】本検討では術後在院期間は比較的長い症例を多く認めたが、RFAにまつわる合併症はほとんどなく、複数回の焼灼により高い局所制御率を得られたために、肝円蓋部に発生した経皮的方法が困難な肝腫瘍に対し経皮的RFAの代用になり得る手技と考える。

064 (消)

Covered self-expandable metallic stent留置における内視鏡的乳頭切開術の必要性 -北海道内35施設による多施設共同無作為化比較試験-

¹札幌医科大学 第四内科、²北海道大学 消化器内科、³手稲溪仁会病院 消化器病センター、⁴市立函館病院 消化器内科、⁵伊達日赤病院 消化器科、⁶旭川厚生病院 消化器科、⁷市立室蘭総合病院 消化器内科、⁸旭川医科大学 第三内科、⁹製鉄記念病院 消化器内科
○林 毅¹、河上 洋²、小山内 学³、石渡 裕俊⁴、成瀬 宏仁⁴、久居 弘幸⁵、
柳川 伸幸⁶、金戸 宏之⁷、小泉 かずや⁸、櫻井 環⁹

【背景】一般に切除不能・中下部悪性狭窄に対する緩和処置として開存性の良さから金属ステント(SEMS)が留置されるが、膵管口閉塞による膵炎を予防する目的で内視鏡的乳頭切開術(ES)が行われることが多い。一方、膵癌の多くは主膵管閉塞を来していることから膵炎発症は低頻度と考えられ、さらにES自体が膵炎の原因にもなり得ることからESなし(non-ES)でステント挿入しても良いとする考えもある。しかしながらES追加の必要性に関する臨床研究は少なく、いまだ確立された手技とは言い難い。【目的と方法】切除不能膵癌でSEMS(Wallflex, Biliary RX Partially Covered Stent, Φ 10mm, Boston Scientific Japan)留置時のES付加の効果を検討するため2009年12月-2012年12月までに、北海道内の35施設で多施設共同無作為比較試験を実施した(UMIN 000004044)。【結果】ES群、non-ES群とも100例が割り付けられた。胆管挿管が不能であったと2例を除外し、SEMS留置がなされた96と98例を解析した。手技時間は576.7 \pm 310.3と387.9 \pm 203.3秒であり有意にES群で長かった(p<0.001)。一方、膵炎(9.4と8.2%)、出血(1.0と0%)および穿孔(0と1.0%)などの早期(留置30日以内)合併症率は15.6と15.3%で両群に有意差はなく、後期(留置31日以降)合併症率も2.1と3.1%で有意差はなかった。さらに、胆管炎再燃までの期間および全生存率の中央値は170.5と148日、242と202日でどちらも有意差はなかった。【結論】切除不能膵癌にSEMS留置を行う前処置としてESを付加することは合併症予防、ステント開存および予後延長に寄与せず、手技時間のみを延長させる。したがってESは不要な処置と考えられる。

065 (消)

慢性膵炎に対する内視鏡的膵管ステントニング(EPS)後の手術例の検討

¹手稲溪仁会病院 消化器病センター、²手稲溪仁会病院 外科
○松本 和幸¹、真口 宏介¹、高橋 邦幸¹、沼沼 朗生¹、小山内 学¹、
矢根 圭¹、金 俊文¹、高木 亮¹、松森 友昭¹、権 勉成¹、安保 義恭²、
中村 文隆²

【目的】慢性膵炎に伴う内視鏡治療は有用であるが、膵炎に伴う十二指腸狭窄、治療抵抗性の仮性嚢胞など手術を要する場合がある。当センターで慢性膵炎に対してEPS治療後に手術を要した例について検討する。【対象と方法】2012年7月までにEPSを施行した慢性膵炎は134例であり、そのうち手術を要した9例(6.7%)を対象とした。男女比 8 : 1、年齢中央値 45歳(35-59)。膵石合併は77.8%(7/9)、仮性嚢胞合併は88.9%(8/9)であった。検討項目は、1) 膵炎の原因、2) 手術理由と手術前治療、3) 術式、4) 術後再燃とした。【成績】1) 膵炎の原因はアルコール 8、膵管癒合不全 1。2) 手術理由はEPS無効 2(初回留置後の仮性嚢胞の増大)、十二指腸狭窄 3、反復性胆管炎 1、仮性嚢胞 3。手術を要するまでの内視鏡治療期間(EPS無効例は除く)は中央値33ヶ月(10-44)であり、治療内容はEPSに加えてEBS 3、EUS下嚢胞ドレナージ 2、ESWL 2(重複あり)であった。3) 術式は初回EPS無効の仮性嚢胞2例に対しDP 2、十二指腸狭窄の3例に対しPD 1、胆管空腸+胃空腸吻合 1、胃空腸吻合 1、反復性胆管炎に対し胆管空腸吻合 1、仮性嚢胞の3例に対しDP 2、胃嚢胞吻合 1であった。4) 術後観察期間の中央値は50ヶ月(3-137)であり、再燃は認めていない。【結論】慢性膵炎に対する手術治療は、内視鏡治療困難例に対し有用であり、内視鏡治療の長期化あるいは頻回の処置を要する例に考慮すべき治療法と考える。

067 (消)

重複膵管の1例

¹北海道大学 消化器内科
○阿部 容子¹、河上 洋¹、桑谷 将城¹、川久保 和道¹、羽場 真¹、
工藤 大樹¹、坂本 直哉¹

代表的な膵管奇形として、膵・胆管合流異常、膵管癒合不全、輪状膵などが良く知られているが、重複膵管は稀である。今回われわれは、再発性急性膵炎の精査の結果、診断し得た、重複膵管の1例を経験したので若干の文献的考察を加えて報告する。症例は30歳代、女性。再発性急性膵炎の精査目的に当科入院となった。MRCP、EUSでは主膵管内に径5mm大の結石と尾側膵管の拡張がみられ、膵管内結石が再発性膵炎の原因と診断し、内視鏡的膵管口切開術および膵石除去術を計画した。ERCP施行時に観察した十二指腸乳頭部は正常であった。膵管造影では、膵頭部において拡張のない“足側”の膵管と拡張した“頭側”の膵管が認められ、その尾側には拡張主膵管が造影された。また、2つの膵管の分岐部には膵管内結石が認められた。内視鏡的治療は困難と考えられたが、再度主乳頭より膵管挿管を行うと、拡張した“頭側”膵管にカテーテルを挿入し得たため、膵管口切開術後にバルーンカテーテルにより膵管内結石の排石に成功した。結石除去後、“頭側”膵管から膵管造影を行ったところ、“足側”の膵管を介して、造影剤が十二指腸内に流出することが確認できたため、重複膵管(Wirsung duct)との最終診断に至った。内視鏡的治療後6ヶ月が経過しているが、膵炎の再燃は認められておらず、経過良好である。重複膵管はまれな膵管奇形であるが、膵液うっ滞から急性膵炎の原因となり得るため、再発性急性膵炎の原因疾患として知っておくべき病態である。

066 (消)

膵内分泌腫瘍におけるEUS-FNAの臨床成績と外科的切除標本との比較検討

¹北海道大学 消化器内科、²北海道大学 消化器外科II
○桑谷 将城¹、河上 洋¹、川久保 和道¹、羽場 真¹、工藤 大樹¹、
阿部 容子¹、平野 聡²、坂本 直哉¹

【目的】膵内分泌腫瘍(P-NET)に対する術前EUS-FNAの臨床成績を明らかにすること。【対象】2005年6月～2012年11月の間、術前EUS-FNAを施行し、外科的切除を行ったP-NET 13例(13病変)。【方法】EUS-FNA検体と切除標本の病理学的所見を比較し、正診率、Ki-67標識率の検討を行った。Ki-67 標識率は、EUS-FNA検体では平均値、切除標本では最大値で評価した。【検討項目】(1) 患者背景、EUS-FNA検体における(2) 腫瘍径・腫瘍部位別正診率、(3) 腫瘍径別Ki-67標識率、切除標本における(4) 腫瘍径別Ki-67標識率、(5) EUS-FNA検体と切除標本におけるKi-67標識率によるgrade一致率とした。【結果】(1) 平均年齢 56.3歳(35-78)、男女比 4 : 9、膵頭部:膵体尾部 6 : 7、平均腫瘍径 41.5mm(9.5-135.6)であった。(2) 腫瘍径 ≤ 20 mm(n=4):細胞診75%・組織診100%、 >20 mm(n=9):細胞診88.9%・組織診100%。膵頭部:細胞診66.7%・組織診100%、膵体尾部:細胞診・組織診100%。(3) 腫瘍径 ≤ 20 mm(n=4):4/4 $\leq 2\%$ 、 >20 mm(n=9):4/9 $\leq 2\%$ 、3 $\leq 4/9 \leq 20\%$ 、1/9 $>20\%$ 。(4) 腫瘍径 ≤ 20 mm(n=4):3/4 $\leq 2\%$ 、1/4=3%、 >20 mm(n=9):2/9 $\leq 2\%$ 、3 $\leq 6/9 \leq 20\%$ 、1/9 $>20\%$ 。(5) 全体9/13=69.2%、G1 4/5=80%、G2 4/7=57.1%、NEC 1/1=100%。【考察】P-NETに対するEUS-FNAによる組織診の成績は良好であった。Ki-67 標識率は腫瘍径の増大に伴って増加する傾向にあったが、EUS-FNA検体と切除標本のKi-67 標識率は必ずしも一致せず、術前P-NETの悪性度評価には限界がある。

068 (消)

遺伝性膵炎の1例

¹JA北海道厚生連 札幌厚生病院 消化器科、
²JA北海道厚生連 札幌厚生病院 小児科
○奥 大樹¹、宮川 宏之¹、長川 達哉¹、平山 敦¹、岡村 圭也¹、
北川 翔¹、戸板 成昭²、今野 武津子²

症例は19歳男性。幼少期より腹痛発作を繰り返し、自家中毒と診断されていたが、5歳時に父親が飲酒歴なく膵炎を発症したことから、家族歴を考慮し患者に採血を施行したところ、膵酵素の著明な上昇を認めたため急性膵炎と診断された。症状軽快後に施行したERCPで主膵管の口径不同と内部に少量の蛋白栓を認め、遺伝性膵炎の可能性を疑い東北大学の協力のもと遺伝子検査を施行し、父親と同じPRSS1のR122H遺伝子変異を証明し診断に至った。以後は外来にて経過観察し、急性増悪による入院を繰り返していた。平成24年各種画像検査にて主膵管に蛋白栓の充満を認めたため内視鏡治療を目的に当院入院となった。入院後は蛋白栓の除去を試みた。遺伝性膵炎は1)同一家系に2世代以上わたって3人以上、2)若年発症、3)飲酒歴が無いことを全て満たすものと定義されており、遺伝子変異としてPRSS1変異、SPINK1変異が有名であり、特に前者の変異が証明されれば上記の定義を全て満たさなくとも遺伝性膵炎と診断してよいとされている。当院では2家族5例、孤発例として男性2例、女性1例の慢性膵炎遺伝子変異例(内訳:PRSS-1変異3例、SPINK1変異4例、PRSS-1変異とSPINK1変異の重複1例)を経験しており、文献による考察を加えて報告する。

069 (内)

Short type シングルバルーン内視鏡が有用であったIPMN術後膵管空腸吻合部狭窄の1例

¹手稲仁会病院 消化器病センター

○矢根 圭¹、真口 宏介¹、高橋 邦幸¹、湯沼 朗生¹、小山内 学¹、金 俊文¹、高木 亮¹、松本 和幸¹、権 勉成¹、松森 友昭¹

症例は50歳代女性。2009年11月に分枝型IPMNに対して膵頭十二指腸切除術(SSPPD-IIA)を施行(最終病理診断:minimal invasive intraductal papillary mucinous carcinoma)し経過観察していたところ、2011年6月(術後19ヶ月)のCTにて残膵主膵管の拡張と主膵管内の淡い高吸収域を認めた。EUSでは吻合部近傍の主膵管内に高さ5mm程度のややエコーレベルの高い隆起を認めた。IPMN術後再発を疑い、精査目的でプロトタイプのShort typeシングルバルーン内視鏡(Short-SBE:SIF-Y0004、有効長152cm、外径9.2mm、鉗子チャンネル径3.2mm、Olympus)を用いてERPを試みた。輸入脚盲端までの到達は可能であったが、膵管空腸吻合部の同定は困難であった。画像からは主膵管内の壁に結節と粘液塊または蛋白栓との鑑別は困難であったが、明らかな浸潤所見に乏しいことから慎重に経過観察の方針とした。その後2012年2月(術後25ヶ月)に精査目的で再入院となる。この際はShort-SBEに先端フード(D-201-10704、Olympus)を装着して盲端と胆管空腸吻合部の間の空腸壁を詳細に観察することで、pinhole様に狭窄した膵管空腸吻合部の同定が可能であった。挿管し造影すると、主膵管内に複数の陰影欠損を認め、EPBDバルーン(Hurricane RX Biliary Balloon Dilatation Catheter、6mm、Boston Scientific)を用いて吻合部を拡張すると、白色の蛋白栓が排出された。ENPDを留置し、後日膵管造影を施行したが、主膵管内に明らかな陰影欠損の残存は認めなかった。IPMN術後再発は否定的と判断し、経過観察継続中である。Short-SBEを用いたERCPは通常の内視鏡でのアプローチが困難な術後膵管空腸吻合部狭窄例に対して有用な方法の一つであり、先端フードを使用するなどの工夫を加えることで手技成功率の向上が期待される。

071 (内)

結腸静脈瘤からの下血に対しEVLを施行し長期間摂食可能であった膵癌の1例

¹札幌厚生病院 第2消化器科

○北川 翔¹、岡村 圭也¹、宮川 宏之¹、長川 達哉¹、平山 敦¹、奥 大樹¹

【はじめに】結腸静脈瘤は異所性静脈瘤の中でも非常に稀な疾患であり、本邦でのEVLによる結腸静脈瘤の治療の報告は自験例を含め3例を認めるのみである。今回我々は結腸静脈瘤に対しEVLを施行し、長期間摂食が可能であった膵癌の1例を経験したので報告する。【症例】49歳男性。3か月前に膵頭部癌(StageIVb)と診断、外来で全身化学療法を施行するもPD。全身倦怠感を主訴に当科受診、精査加療目的に入院。第26病日に多量の下血を認め、緊急下部消化管内視鏡検査施行。全大腸に多量の凝血塊および血液の付着を認めるも、明らかな出血源を指摘できず終了。腹部造影CTで上腸間膜静脈への腫瘍浸潤および上行結腸から横行結腸周囲に拡張血管の発達を認め、出血の原因として結腸静脈瘤破裂の可能性を考えたが、本人の希望もあり絶食にて経過観察。その後も下血は続き、RCC-LRを計16単位輸血。第40病日に下部消化管内視鏡検査を施行。前回同様、全大腸に多量の凝血塊と血液が付着。上行結腸から横行結腸にF1程度の静脈瘤を認め4ヵ所EVL施行。治療不十分であったが、追加治療を望まれず経過観察。第50病日から再度下血し、計12単位輸血。追加治療および経口摂取への強い希望があり、第73、76病日にEVLを計14ヵ所追加。第80病日に54日ぶりに食事再開するも、その後は下血なく経過。第112病日に十二指腸閉塞に対し、経鼻胃管を留置するまで摂食が可能であった。【考察】膵癌での下血の原因として腫瘍出血以外に結腸静脈瘤を鑑別する必要がある。また結腸静脈瘤に対するEVLは今後有力な治療法となり得ると考えられた。

070 (内)

早期から発生の過程を追跡しえた膵癌の一例

¹JA北海道厚生連 旭川厚生病院 消化器科、²旭川医科大学 第三内科

○森田 康太郎¹、柳川 伸幸¹、藤永 明裕¹、高橋 慶太郎¹、藤林 周吾¹、立花 靖大¹、前田 重明²、佐藤 智信¹、後藤 充¹、斎藤 義徳¹、折居 裕¹、柴田 好¹

症例は60歳代、男性。1993年に慢性C型肝炎、2005年頃よりC型肝炎の診断となり瀉血および肝庇護療法を施行されていた。近医にて施行された腹部超音波検査で膵に14mm大の低エコー腫瘍を指摘され2012年2月20日に当院へ紹介となった。2月21日にEUSを施行したところ膵体部実質の現局性の萎縮を認め、尾側膵管の径は3mmに拡張していたが明らかな腫瘍は認めなかった。経過観察のため5月25日に撮影した造影CTで主膵管拡張は7mmに悪化、5月28日にEUSを再検したが前回同様に腫瘍は確認できなかった。7月27日に撮影したMRCPでは主膵管拡張は9.7mmに悪化しており、8月1日に再検した造影CTでは拡張した主膵管の頭側に接して12mm大の乏血性腫瘍が出現していた。8月7日にERCP下に採取した膵管生検、膵管ブラシ細胞診、ENPD留置による膵液細胞診はいずれも陰性であった。8月28日に腫瘍に対しEUS-FNAを施行したところ病理はgroup V、adenocarcinomaであり、膵癌、TS1,T1,N0,M0,stage Iの診断で9月25日に尾側膵切除+脾臓摘出術を施行した。病理診断はPb、浸潤型、14×13×13mm、tubular adenocarcinoma, moderately differentiated type, TS1, T1, sci, INF γ, ly1, v0, ne3, mpd(-), pCH(-), pDU(-), pS(-), pRF(+), pPV(-), pA(-), pPL(-), pOO(-), PCM(-), pDPM(-), D1, R0, pT3 pN1 Stage IIIであった。11月16日よりgemcitabineによる術後補助化学療法を開始している。今回われわれは早期から発生の過程を追跡しえた膵癌の一例を経験したので若干の文献的考察を加え報告する。

072 (内)

膵癌腹膜播種による多発消化管閉塞に対し大腸ステント留置と経皮内視鏡的胃瘻腸瘻造設(PEG-J)が症状緩和に有効であった1例

¹札幌共立五輪橋病院 消化器病センター 内科、

²札幌共立五輪橋病院 消化器病センター 外科、

³札幌共立医院 消化器内科、⁴札幌医科大学 第四内科

○秋山 剛英¹、本間 久登^{1,3}、大井 雅夫¹、高橋 稔¹、中野 洋一郎¹、吉田 真誠⁴、古川 勝久¹、平田 健一郎¹、竹内 幹也²、女澤 慎一³

今回我々は、腹膜播種による消化管閉塞をきたした膵癌症例に対し、大腸ステント留置と経皮内視鏡的胃瘻腸瘻造設(PEG-J)を行い、著しい症状緩和とQOLの改善が得られた1例を経験したので報告する。【症例】28歳、女性。2011年6月、腹痛を主訴に前医を受診し、膵体部癌・腹膜播種と診断された後、同年8月より塩酸ゲムタシン(GEM)による全身化学療法を施行された。腫瘍マーカー値の上昇と腸閉塞の発症を認め、2012年4月、同医に入院となり、経鼻的にイレウス管を挿入された。その後、さらなる加療を目的に同年6月14日当科紹介入院となった。入院直後の腹水細胞診の結果はClass Vであった。イレウス管抜去に対する若年女性患者の強い要望に應えるため、まず癌性腹膜炎に対する治療後に、消化管の減圧を目的として、経皮的胃壁固定術を併用した胃瘻造設(PEG)を行い、イレウス管を抜去した。オクトレオチド酢酸塩の持続皮下投与を併用し、水分と流動食の摂取を開始したが、約2ヶ月間後に腸閉塞を発症した。一時的に経鼻的イレウス管を再挿入したが治療効果が不十分であったため、9月に経肛門的イレウス管を挿入したところ、多量の泥状便の排出とともに症状の改善を認めた。ガストログラフィンによるイレウス管からの造影所見でS状結腸および横行結腸に高度狭窄と小腸に多発狭窄が確認されたため、まず結腸狭窄に対して大腸ステント留置術を行った。次に多発小腸狭窄に対しては上部消化管の減圧を目的として、11月にPEG-J造設を行った。これらの手技により、胃液や腸管ガスの排出路が確保されたため、水分と流動食の摂取が可能となったばかりでなく、経鼻的イレウス管挿入に伴う身体的・精神的苦痛を解決できたことで外出も可能となり、患者のQOLは劇的に改善した。

073 (消)

札幌医科大学附属病院における膵癌診療の現況

¹札幌医科大学付属病院 第四内科、²札幌医科大学付属病院 第一内科、³札幌医科大学付属病院 放射線治療部、⁴札幌医科大学付属病院 第一外科
○小野 道洋¹、石渡 裕俊¹、林 毅¹、宮西 浩嗣¹、松永 康孝²、
志谷 真啓²、本谷 雅代²、篠村 恭久²、斉藤 正人³、廣川 直樹³、
坂田 耕一³、今村 将史⁴、木村 康利⁴、平田 公一⁴、加藤 淳二¹

【背景】膵癌は予後不良であり、標準治療である切除可能例での手術ならびに切除不能例での全身化学療法のみでは十分な予後が得られていない。そのため、新規治療の開発や多くの臨床試験が行われ、治療成績向上のための多くの試みがなされている。当院では膵癌診療に4科が関わっており、これまでの治療方針決定は各科独自の治療方針や、実施されている臨床試験によって左右されてきた現状がある。【目的】当院における膵癌の治療内容と成績を検討する。【方法】2012年9月までに当院で診断・治療した膵癌患者のうち、CT画像の検討と予後追跡調査が可能であった症例を対象とし、CT診断によるcStage別および初回治療内容(手術、化学放射線療法(CRT)、動注化学療法、全身化学療法、ワクチン(CDH3由来HLA-A2402拘束性エピトープペプチド)併用の全身化学療法(Vac))別に生存期間を解析した。【結果】363例(平均年齢67.4歳(37-89歳)、男性197例、女性166例)が本研究に組み入れられた。CT診断によるcStage I/II/III/IVa/IVbの内訳は5/0/47/155/154例で、全生存期間中央値(MST)は35.6/該当なし/30.9/17.7/7.8月であった。cStage I~IIIは全例で手術が行われていた。cStage IVaにおけるMSTは手術:21.7(n=63)、CRT:17.7(n=33)、動注化学療法:15.6(n=23)、全身化学療法:11.0(n=30)、Vac:23.2(n=3)およびBSC:5.5月(n=3)であった。手術療法の予後は全身化学療法並びに動注化学療法に対して有意に良好であったが、他治療は有意差をもって優れているものはなかった。一方、cStage IVbではCRT:14.3(n=20)、動注化学療法:7.8(n=27)、全身化学療法:7.6(n=78)、Vac:6.6(n=17)およびBSC:1.8月(n=12)であり、有意に優れた治療法は存在しなかった。【結語】今回の解析でcStageIVaの手術以外には、優れた治療法の特定には至らなかった。標準治療の確実な実施は勿論であるが、予後改善のため更なる治療法の工夫が望まれる。

075 (内)

組織生検により術前診断できた主膵管型oncocytic type IPMNの一例

¹札幌しらかば台病院 消化器科、²札幌しらかば台病院 病理、
³北海道大学病院 消化器外科II、⁴北海道大学病院 病理部
○吉田 幸成¹、遠藤 高夫¹、菊地 剛史¹、秋野 公臣¹、見田 裕章¹、
原田 拓¹、澤田 武¹、安達 靖代¹、中村 正弘¹、足立 靖¹、石井 良文²、
松本 謙³、田中 栄一³、平野 聡³、新田 健雄⁴、三橋 智子⁴

主膵管型の膵IPMN (intraductal papillary mucinous neoplasm)は組織型としてintestinal typeが多く、oncocytic typeは非常にまれである。また、粘液産生の乏しいIPMNの場合ITPN (intraductal tubulopapillary neoplasm)など主膵管を主座に発育する他の粘液非産生腫瘍との鑑別を要する。今回われわれは、術前の組織生検により診断し得た主膵管型oncocytic type IPMNの一例を経験したので報告する。患者は78歳・女性。平成24年5月、大腸憩室炎で当院に入院加療した際の腹部造影CT・腹部USで主膵管の拡張を認めたため膵精査を施行した。MRCPで膵頭部の主膵管内欠損像と尾側膵管の拡張を認め、欠損部のT2強調像が高信号であることから軟組織病変の存在が疑われた。EUSでは膵頭部主膵管内に充満する長径約3cmの低エコー腫瘍と尾側主膵管の数珠状拡張(7mm前後)を認めた。乳頭開口部の開大と粘液排出はなかった。以上より、主膵管内に発育する粘液非産生腫瘍を疑いERCP施行時に経乳頭的に組織生検を施行した。検体のHE染色では粘液産生の乏しい好酸性細胞の乳頭増殖像を認め、核異型はあるも分裂像は乏しく境界悪性のIPMNと診断された。免疫染色ではMuc1(+/-)、Muc2(-)、Muc5AC(+), Muc6(++)でありoncocytic typeに矛盾しない粘液形質を有していた。EUS等の画像上、膵実質への浸潤所見を認めなかったため十二指腸温存膵頭部切除術ならびに膵胃吻合術が施行され、結果はR0切除であった。摘出標本の病理組織診断は術前生検診断と同様であり、異型度はintermediate- to high-grade dysplasiaであった。Oncocytic typeの予後はIntestinal typeより良好と言われており、本例のように術前に組織診がつけば更なる低侵襲手術への適応も考慮されると思われる。

074 (消)

当院における膵癌剖検例の臨床病理学的検討

¹札幌社会保険総合病院 消化器科、²札幌社会保険総合病院 外科、
³札幌社会保険総合病院 病理診断科
○高木 智史¹、今井 亜希¹、加藤 総介¹、吉田 純一¹、腰塚 靖之²、
谷 安弘²、富岡 伸元²、中川 隆公²、松岡 伸一²、秦 温信²、
佐々木 文章²、高橋 秀史³

当院で過去10年間に剖検が施行された浸潤性膵管癌26例について臨床病理学的事項を検討した。男性16例、女性10例、平均年齢は71.07歳(55-85歳)であった。膵頭部癌10例、体尾部癌16例であり、組織所見では管状腺癌20例、腺扁平上皮癌3例、退形成癌3例であった。手術は4例に行われ(頭部癌2例、体尾部癌2例)、術後の化学療法は3例に行われていた。術後のStageではIII1例、IVa2例、IVb1例であった。剖検所見からは局所再発を3例(75%)に認め、肝転移3例(75%)、肺転移2例(50%)、腹膜播種2例(50%)を認めた。手術症例での平均生存期間は495日であった。化学療法は11例に行われていた。塩酸ゲムシタピン(GEM)単独による治療が6例(54.5%)と最も多く、併用療法としてはCDDP+UFT、CDDP+5FU、GEM+S-1などにより治療が行われていた。化学療法が行われた症例の平均生存期間は246.5日であったが、併用療法とGEM単独では生存期間にほとんど有意差は認められなかった。PSが非常に悪かったり高齢、合併症等により初診時からBest supportive careしか行うことができなかった症例は11例であった。癌性腹膜炎による腹部膨満感などを主訴に受診となった症例では平均生存期間は極端に短く22.2日であった。全症例を通じては癌性腹水による循環不全が死因となったものが10例(38.6%)と最も多く、次に多発性肝転移や胆管炎により肝不全が6例(23.0%)、癌性胸膜炎や肺転移による呼吸不全が4例(15.3%)であった。現疾患のため急激に全身状態の悪化した症例としては、大動脈周囲リンパ節転移から下大静脈に穿破し腹腔内出血をきたしたものが1例と閉塞性膵炎から小腸穿孔をきたしたものが1例あった。また他疾患によるものとしては、急性冠症候群によるものが2例あった。剖検により他臓器癌が明らかとなった症例は4例あったが(肺癌1例、前立腺癌1例、甲状腺癌1例、食道癌1例)、いずれも予後を規定するものではなかった。

076 (消)

膵管内管状腺癌に由来する浸潤癌の1例

¹JA北海道厚生連 札幌厚生病院 第2消化器科、
²JA北海道厚生連 札幌厚生病院 外科、
³JA北海道厚生連 札幌厚生病院 臨床病理科
○長川 達哉¹、岡田 邦明²、村岡 俊二³、北川 翔¹、奥 大樹¹、宮川 宏之¹、
平山 敦¹

症例は65歳女性。高血圧症にて近医受診中、肝機能異常を指摘され当科へ紹介となる。体外式超音波検査(US)では膵頭部に最大径約25mm大の低エコー腫瘍を認め、尾側膵管拡張を伴っていた。また腫瘍辺縁にて総胆管は狭窄像を呈し、上流胆管の拡張を認めた。膵胆管造影検査(ERCP)では下部胆管に狭窄を認め、膵頭部の主膵管には表面結節状の腫瘍が充満し、腫瘍より尾側の膵管は造影されなかった。超音波内視鏡検査(EUS)では膵頭部主膵管を充満するやや低エコーな腫瘍を認め、膵実質への浸潤が疑われた。また体尾部主膵管には主病変から連続する表面凹凸不整な膵管壁の肥厚所見を認め、膵管内進展と考えられた。内視鏡的超音波カラードブラ法(ECDUS)では主病変の内部と膵管内進展の基部に豊富な血流信号を認め、広範な膵管内進展から治癒切除困難と判断され、全身化学療法を施行した。化学療法2コース施行後のECDUSによる効果判定では主病変は縮小し、腫瘍血流は辺縁に僅かに残存するのみであり著明に減少していた。また体尾部の膵管内進展部も不明瞭となり、基部に見られていた血流信号は消失していた。膵管内腫瘍の退縮が見られたため幽門輪温存膵頭十二指腸切除術を施行した。切除標本の病理組織学的検討では膵頭部の主膵管内腔を充満する膵管内管状腺癌を認め、一部が膵実質に浸潤し、更に下部胆管や門脈などの周囲臓器に浸潤していた。主膵管内進展は病理組織学的にも認められ、主病変より尾側の膵管内には壊死組織が充満していた。膵癌取り扱い規約(第5版)に準じるとPhb, TS2, nodular type, T4, pCH(+), pDU(-), pS(-), pRP(-), pPVX, pA(-), pPL(-), pOO(-), pPCM(+), pBCM(-), pDPM(-), D2, pN0, pM0, Stage IVa, Invasive carcinoma derived from intraductal tubular carcinoma, intermediate type, INFβ, ly0, v0, ne0, mpd(+))との病理診断であった。

077 (消)

19年間の経過観察中に腫瘍の増大を認めた降ガストリノーマの1切除例

¹札幌共立五輪橋病院 消化器病センター 内科、

²札幌共立五輪橋病院 消化器病センター 外科、

³札幌共立五輪橋病院 検診センター、⁴北海道大学消化器外科II

○吉田 真誠¹、秋山 剛英¹、大井 雅夫¹、高橋 稔¹、中野 洋一郎¹、古川 勝久¹、本間 久登²、竹内 幹也²、平田 健一郎³、海老原 裕磨⁴、平野 聡⁴

【症例】64歳女性。【現病歴】1993年に背部痛・胃部不快感あり、近医受診した。腫瘍を指摘されたため、精査目的に当院紹介となった。腹部USで膵体部に大きさ19×14mmの境界明瞭で辺縁平滑、内部均一な低エコー腫瘍を指摘された。腹部血管造影や超音波内視鏡検査を施行されたが、確定診断に至らず、また血清ガストリンなどのホルモン値に異常なく、経過観察となった。以後、定期的に外来で経過観察されていたが、腫瘍が徐々に増大傾向を示したため、再度精査目的に2012年7月に当科入院となった。腹部USで腫瘍の大きさは24×18mmであり、辺縁がやや不整で内部不均一であった。CTでは早期濃染を示した。上部消化管内視鏡検査で2か所に胃潰瘍があり、血清ガストリン値は436pg/mLと軽度高値であった。組織診断目的に腫瘍瘤に対してEUS-FNAを施行し、組織像は神経内分泌腫瘍に矛盾なく、ガストリン陽性であった。カルシウムを用いた選択的動脈内刺激物注入試験(カルシウム-SASI試験)において、他部位に病変を認めなかったため、2012年10月に膵体尾部切除術を施行された。膵体部に25×18mmの腫瘍を認め、腫瘍細胞はクロモグラニン、シナプトフィジン、CD56陽性でガストリンが部分的に陽性であった。Ki-67標識率は9.4%で、核分裂像数は3/10 HPFであった。以上からWell differentiated endocrine carcinoma (NET G2, Gastrinoma; WHO 2010)と診断された。術後は現在まで再発なく、外来経過観察中である。【考察】ガストリノーマは他の降神経内分泌腫瘍と比べ、悪性度が高いため小さくても肝やリンパ節へ転移をきたすことが多いと報告されており、長期にわたり経過を追った症例は少ない。今回、我々は19年間と長期に渡り、経過を追った降ガストリノーマの1切除例を経験したので若干の文献的考察を加えて報告する。

079 (内)

後期高齢者における腸閉塞診療の問題点

¹名寄市立総合病院 消化器内科

○鈴木 康秋¹、杉山 祥晃¹、佐藤 龍¹

【はじめに】高齢者の腸閉塞患者の診療においては、ADLの低下、脱水、抗血栓薬を要するような脳・心血管性疾患の合併、せん妄や認知症によるコンプライアンスの低下、嘔吐による誤嚥性肺炎、などが問題点として考えられる。今回我々は、75歳以上の後期高齢者におけるこれらの問題点を検討したので報告する。【対象】2012.4～11月に当科に入院し、イレウス管または胃管等の減圧チューブを挿入した腸閉塞患者19(癒着性15、大腸閉塞性2、絞扼性1、アニサキス1)例。75歳以上の後期高齢者(高齢者群)12例(77-97:平均85.1歳)と75歳未満(対照群)7例(41-74:平均61.0歳)に分け比較検討した。【検討項目】在院日数、定期外来・入院時血清BUN値、イレウス管挿入長、挿入所要時間、偶発症、イレウス管自己抜去、誤嚥性肺炎合併について検討した。なおイレウス管は全例経鼻内視鏡補助下で挿入した。【結果】1、手術症例を除いた在院日数は、高齢者群(16.4日)が対照群(14.3日)より2日間長かった。2、通常定期外来・入院時血清BUN値は、高齢者群(16.1, 26.0)、対照群(14.2, 18.2)で、BUN上昇率(入院時/通常時)は高齢者群1.8、対照群1.3で高齢者群が高かった。3、イレウス管挿入長は高齢者群(182cm)、対照群(180cm)で差はなく、挿入所要時間は、高齢者群(22分)、対照群(44分)で高齢者群の方が短かった。抗血栓薬は高齢者群5例(42%)、対照群1例(14%)で内服していたが、両群とも出血などの偶発症は無かった。4、せん妄や認知症によるイレウス管自己抜去は、対照群は74歳の1例のみ(14%)であったが、高齢者群では6例(50%)に認め、挿入後平均3.9日後に抜去されていた。5、誤嚥性肺炎は、対照群は59歳の1例のみ(14%)であったが、高齢者群では7例(58%)に認めた。【結語】後期高齢者の腸閉塞診療では、イレウス管挿入の難易度や偶発症においては、非高齢者と比べ問題は無いが、1)脱水をきたしやすい、2)せん妄や認知症によるコンプライアンスの低下(イレウス管自己抜去)、3)誤嚥性肺炎をきたしやすい、などが問題となる。

078 (内)

十二指腸乳頭部神経内分泌腫瘍(NET)の1切除例

¹釧路労災病院 内科、²釧路労災病院 外科、³釧路労災病院 中央検査科

○梅村 真知子¹、澤田 憲太郎¹、笠原 耕平¹、安孫子 伶史¹、藤澤 倫子¹、村中 徹人¹、加藤 励¹、高坂 琢磨¹、高橋 一宏¹、曾我部 進¹、山本 文泰¹、小田 寿¹、宮城島 拓人¹、長佐古 良英²、小笠原 和宏²、高橋 達郎³

症例は生来健康な50代男性。検診のGIFで異常を認めたため精査目的に入院となった。GIF通常光観察では、十二指腸下行脚にφ2cm大の正常十二指腸粘膜に覆われた隆起性病変を認め、近傍に胆管開口部を認めた。EUS(コンベックス型)では長径15mm大の十二指腸壁第3層に主座のある境界明瞭な内部均一のhypo echoic lesionとして描出された。主膵管はこの辺縁をかすめるように走行しており、十二指腸乳頭部NETを疑う所見であった。ポロリング生検では類円形で均一な核を有する類円形細胞が充実性小胞状構造を形成しており、免疫組織化学的にはAE1/AE3(+), Chromogranin A(+), Synaptophysin(+), CD56(+), Ki-56標識率1%以下であり、NET G1の所見であった。CT所見等より、NET G1, cT2N0M0 cStageIIAと診断し、根治的切除目的に降頭十二指腸切除を施行した。術後病理組織学的検討では、術前検査所見と同様に腫瘍は粘膜下層に留まり、その辺縁にそって共通管が走行していた。腫瘍細胞に核分裂像はほとんどなく、Ki-67標識率も1%程度で、NET G1 stageIIAと診断した。稀な十二指腸乳頭部NETの1切除例について、多少の文献的考察等を加え報告する。

080 (内)

当院におけるPillcam Patency Capsuleの初期使用経験

¹北海道消化器科病院

○佐々木 清貴¹、加藤 貴司¹、木下 幸寿¹、藤澤 良樹¹、町田 卓郎¹、碓 修二¹、山田 裕人¹、中村 英明¹、加賀谷 英俊¹、目黒 高志¹、堀田 彰一¹

<はじめに>2012年7月よりGiven imaging社のカプセル内視鏡の適応疾患が、OGIBから全小腸疾患へと拡大された。カプセル内視鏡検査においては、合併症として小腸狭窄による滞留が危惧される。Pillcam Patency Capsuleは30時間以降崩壊するバリウムカプセルにて、SB2+カプセルと同サイズであり、小腸狭窄の疑われる症例に際し、先行して施行し開通性の有無を判定することにより、これまでカプセル内視鏡検査の禁忌であった、クローン病などへの応用が期待される。今回我々は、非OGIB症例におけるカプセル内視鏡の結果、カプセル内視鏡適応拡大後の症例ならびにPillcam Patency Capsule施行症例につき検討をおこなった。<方法>当院にて施行された非OGIB症例におけるカプセル内視鏡検査、適応拡大後のカプセル内視鏡検査およびPatency Capsule施行した症例につき統計学的検討をおこなった。<結果>これまで当院に施行されたカプセル内視鏡検査は368例で、OGIBに対する精査が例(%)で非OGIB症例が例(%)であった。非OGIBに対する精査は悪性リンパ腫など腫瘍精査が%、腹痛などの精査が%であり、病変発見率は%であった。適応拡大後は非OGIBに対する精査は%であり、これまで禁忌とされてきたクローン病や狭窄の疑われ症例に対しても、Patency Capsuleにて開通性を確認後施行した。Patency Capsuleを施行した5例においてはIBDが3例、小腸炎による狭窄疑いが2例で、5例中2例が非開通と判断された。SB 2+カプセルを施行した症例にはクローン病の活動性評価や、小腸炎の評価を検討することが可能となり有用であった。<まとめ>カプセル内視鏡の適応が拡大されたことにより、より多くの疾患の同定や病勢の評価に活用されることが望まれる。Patency Capsuleによる開通性評価については、カプセル非排出例に対するX線評価など評価困難例もあり今後検討が必要と考える。

081 (内)

顕性小腸出血におけるカプセル内視鏡検査施行後バルーン内視鏡検査施行の判断基準

¹小樽済済会病院 消化器病センター、²札幌医科大学 第四内科
○藤田 朋紀¹、小松 悠弥¹、北岡 慶介¹、和賀 永里子¹、高梨 訓博²、
勝木 伸一¹、加藤 淳二²

【背景・目的】カプセル内視鏡検査(以下CE)は低侵襲であり、原因不明の消化管出血(OGIB)症例の診断において有用である。一方、ダブルバルーン小腸内視鏡検査(以下DBE)は出血責任病変の診断・治療に優れている。そのためCEとDBEの使い分けが重要となる。当院では2004年10月から2012年9月までに834回(経口270回・経肛門564回)のDBEを行っている。また2009年よりCEを導入し、422症例を経験している。CE導入以降、顕性出血症例における当院のアルゴリズムは造影CTを行い、出血源が明らかでない場合にはDBEを行う。出血源が明らかでない場合にはCE所見に応じてDBEの施行を判断している。今回、CE後のDBE施行の判断基準の検討を行ったので報告する。【対象】CE導入以降の2009年1月から2012年9月までの顕性出血が主訴の88症例中、小腸出血と判断しCEを行った61症例を対象とした。【成績】61症例中CEにて小腸病変が疑われDBEを行った15症例の出血源同定率は86.7%(13/15)。CEにて出血源が明らかでなくDBEを行った14症例の出血源同定率は14.3%(2/14)であった。DBE未施行の32症例の平均観察期間は1年7ヶ月。10症例が当院、9症例が他院で経過観察中である。9症例が経過を追えておらず、4症例が他病死であった。すべての症例で再出血は認めなかった一方で、前処置不良のCE検査であったにも関わらずDBEでの精査を拒否されたため経過観察とした1症例で後日小腸GISTと判明した症例も経験している。【結論】顕性小腸出血症例においてCEにて出血・責任病変が明らかであった場合の出血源同定率は高かったが、明らかでなかった場合にはDBEを行っても出血源同定率は低かった。また、経過観察としても再出血のリスクは低いためDBEを省略し再出血時に再考という選択肢もありうると思われた。一方でCEが十分な条件下で行われていない場合には積極的にDBEでの精査が必要と思われた。

083 (消)

イレウス管が誘因と考えられる小腸腸重積症を合併した盲腸癌の1例

¹札幌共立五輪橋病院 消化器病センター 内科、
²札幌共立五輪橋病院 消化器病センター 外科、
³札幌共立五輪橋病院 消化器内科、⁴札幌医科大学 第四内科
○中野 洋一郎¹、竹内 幹也²、本間 久登¹、古川 勝久¹、高橋 稔¹、
大井 雅夫¹、秋山 剛英³、吉田 真誠^{1,4}、平田 健一郎¹、女澤 慎一³

症例は83才女性。糖尿病にて近医定期受診中の平成24年6月、一か月前からの便秘、腹痛の精査目的にて紹介入院。大腸内視鏡にて、回盲部狭窄をともなう盲腸腫瘍を認めた。腸閉塞を合併したため第12病日からイレウス管による減圧を開始した。血糖コントロール、術前の心肺機能評価しつつ手術待機中であった第30病日にイレウス管の排液量の減少と腹痛が増強したため、CT画像評価したところ、腹部CTにおいて、小腸ガスの増加や腹水といった腸閉塞の増悪所見ならびに横断像にて層状構造物を認めたため、同日緊急開腹手術となった。手術所見では、回腸は約1mに及び浮腫・緊満を認め、口側回腸が肛側回腸へ陥入する腸重積の状態となっていた。先進部は肛門側80cmの部位にありバルーンは虚脱していた。Hutchinson手技により徒手整復したところ、腸管の色調の改善を認めたため血行障害は可逆的と判断した。次に盲腸・回腸終末部腫瘍に対し回盲部D1切除、単孔式人工肛門を設置して手術終了した。盲腸癌の病理組織結果は、type3、3.5cm大、tub2、pSE、pN0の結果であった。後日、腸管浮腫改善したところで、腸管吻合人工肛門閉鎖術を施行した。

イレウス管を誘因として腸重積が発症することが知られているが、イレウス管からの排液量の減少や画像上の増悪を認めた場合は、腸重積の発症を念頭において迅速な検索が必要であると考えられた。若干の文献的考察を加えて報告する。

082 (内)

リンパ節転移を認めた7mmの回腸NETG2症例

¹釧路労災病院 内科

○加藤 励¹、石川 麻倫¹、澤田 憲太郎¹、笠原 耕平¹、安孫子 怜史¹、
藤澤 倫子¹、村中 徹人¹、梅村 真知子¹、高坂 琢磨¹、高橋 一宏¹、
曾我部 進¹、山本 文泰¹、小田 寿¹、宮城島 拓人¹、河合 朋昭¹、
小笠原 和宏¹、高橋 達郎¹

リンパ節転移を認めた7mmの回腸NETG2症例(加藤励¹、石川麻倫¹、澤田憲太郎¹、笠原耕平¹、安孫子怜史¹、藤澤倫子¹、村中徹人¹、梅村真知子¹、高坂琢磨¹、高橋一宏¹、曾我部進¹、山本文泰¹、小田寿¹、宮城島拓人¹、河合朋昭²、小笠原和宏²、高橋達郎³)
1) 釧路労災病院 内科 2) 釧路労災病院 外科 3) 釧路労災病院 中央検査科 症例は70代男性。2012年6月に、本人の希望により施行した大腸内視鏡検査で、回腸末端に径10mm大のY-2型の隆起性病変を認めた。生検では小腸上皮に異型はなく、粘膜下に小型の核より構成される腺管構造の増成を認めた。免疫組織学的にクロモグラニンA陽性、シナプトフィジン陽性であり、カルチノイド腫瘍の診断として、当院へ紹介となる。内視鏡観察では、中心陥凹を伴う白色調の隆起を認め、表面は正常絨毛上皮であり、粘膜下腫瘍の所見であった。EUSでは第2層に主座を置く、境界明瞭な低エコーの腫瘤として描出され、第3層の圧迫所見を認めた。腹部CTでは所属リンパ節の腫大は認めなかった。回腸カルチノイドT1(m).N0.M0.cStage1(UICC TNM分類 第7版)として、腹腔鏡補助下回盲部切除術を行った。術後の病理結果では、中型～やや大型の類円形核を有する腫瘍細胞が、腺房状やロゼット状、幅広の索状やシート状構造をとり、粘膜および粘膜下層(粘膜筋板から4.5mm)で増殖を認めた。腫瘍径は7×7mmであったが、脈管侵襲(ly1、v2)で、#201のリンパ節転移(2/14)を認めた。核分裂像2～3/10HPFからNET G2、T1(sm).N1.M0.pStage3Bであった。本例は偶然に内視鏡的に発見され、カルチノイド(NET)と診断されたが、7mmの腫瘍径で所属リンパ節転移を伴っていた。NETに対する治療を考える上で示唆に富む症例として文献的な考察を加え発表する。

084 (内)

腹腔鏡下胆嚢摘出術後に発症した特発性食道粘膜下血腫の一例

¹市立室蘭総合病院 消化器科

○石上 敬介¹、伊東 文子¹、山本 至¹、那須野 正尚¹、中垣 卓¹、
佐藤 修司¹、清水 晴夫¹、金戸 宏行¹

特発性食道粘膜下血腫は食道粘膜下層への出血により形成される血腫であり、1957年にWilliamsらが報告をして以来、本邦での報告も散見されるが、稀な疾患である。古川らによると、食道内圧上昇に伴う自己損傷や抗血小板薬・抗凝固薬内服など出血性素因を有する病態が原因となる特発性と、外傷や医療行為による機械的損傷が原因となる外傷性に分類され、吐血や胸痛などの症状で発症して緊急内視鏡検査で診断されることが多い。Mallory-Weiss症候群や食道静脈瘤破裂などが鑑別となるが、本疾患の出血は比較的小量で一時的なことが多く、保存的治療で改善する予後良好な疾患である。今回我々は、出血性素因をもたず腹腔鏡下胆嚢摘出術後に発症し、その治癒経過を内視鏡的に観察し得た特発性食道粘膜下血腫の一例を経験したため、文献的考察を含めて報告する。症例は77歳男性。抗血小板薬・抗凝固薬の内服や出血性素因となるような病態はなく、胆石症と慢性胃炎のため当科外来フォローしていた。2012年8月に総胆管結石のため当科入院となり、内視鏡的乳頭括約筋切開術および総胆管切石術を施行。その際には食道に異常所見は認めなかった。同年9月に単孔式腹腔鏡下胆嚢摘出術を施行し、手術当日の夜に吐血したため緊急上部消化管内視鏡検査を施行。胸部上部食道に横走する粘膜損傷をみとめ、同部位から食道胃接合部まで表面平滑な暗赤色の隆起性病変が連続していた。本症例は総胆管結石治療の際に食道粘膜に静脈瘤などの病変がないことも確認できている。また術後の絶食管理中であり外傷機転もないことから特発性食道粘膜下血腫と診断。絶食・補液・プロトンポンプ阻害薬投与による保存的治療を行い、食道粘膜が剥離し線状潰瘍を形成したものの狭窄をきたすことなく治癒が得られた。

085 (内)

十二指腸ステント留置後に幽門側胃切除を施行した進行胃癌の1例

¹伊達赤十字病院 消化器科、²伊達赤十字病院 内科、
³伊達赤十字病院 外科、⁴札幌医科大学 第四内科
○岡川 泰¹、久居 弘幸¹、小柴 裕¹、和田 浩典¹、宮崎 悦²、前田 喜晴³、佐藤 正文³、川崎 亮輔³、行部 洋³、中島 誠一郎³、小野 道洋⁴、嘉成 悠介⁴

十二指腸ステント留置術はgastric outlet obstruction (GOO)に対する治療として有用であり、保険収載に伴い近年使用される機会が増加している。切除不能悪性腫瘍によるgastric outlet obstructionが適応であり、切除可能な胃癌の場合は留置ステントが手術の障害となりうるため適応外となる。今回、当初手術を拒否され、十二指腸ステント留置後に根治手術を施行した進行胃癌の1例を経験したので、貴重な症例と考え報告する。症例は80歳代、男性。平成22年3月に近医で胃癌と診断され、高齢であることなどを理由にBSCとされていた。平成24年3月、Hb 4.6 g/dlと著明な貧血を指摘され、当科紹介入院となった。上部消化管内視鏡検査では幽門前庭部に全周性の2型腫瘍を認め、スコープの通過は不可能であった。貧血の原因は胃癌からの慢性持続性出血と診断し、赤血球輸血にて対応した。CTでは遠隔転移を認めず、全身状態からも根治手術は可能であることを説明するも、本人・家族の希望により施行せず、化学療法も希望されなかった。通過障害があるものの胃空腸吻合術も希望されなかったため、十二指腸ステント留置術を施行した。約4cmの狭窄に対し、uncovered Niti-S gastroduodenal stent (Taewoong Medical、径22mm×8cm)を留置し、gastric outlet obstruction scoring system (GOOSS)では留置前1から留置後3に改善し、同月退院となった。手技に伴う偶発症は認めなかった。その後、前医にて経過観察されていたが、平成24年7月に出血性ショックとなり、当科紹介。再度手術を勧めたところ同意が得られ、同年9月中旬、当院外科にて幽門側胃切除術が施行された。病理組織所見では、L、Circ、Type2、80×40mm、tub2>muc、pT2(MP)、int、INFb、ly1、v1、pN1(1/14)、pPM0、pDM0、Stage IIAであった。切除に伴う困難性はなく、術後28日後に転院となった。現在のところ再発は認めていない。

087 (内)

当院における胃ESDの検討

¹王子総合病院 消化器内科、²王子総合病院 血液腫瘍内科
○植村 尚貴¹、南 伸弥¹、松野 鉄平¹、石川 和真¹、奥田 敏徳¹、土居 忠¹、橋本 亜香利²、藤見 章仁²、蟹沢 祐司²

【目的】胃腫瘍に対するESDの基本的な手技はほぼ確立し広く普及しつつあるが、偶発症の一つである後出血は緊急の対応を必要とすることもありその対策は重要である。今回当院における胃ESD後出血をretrospectiveに検討した。【対象】2006年4月より2012年11月までに当院で施行した胃ESD252症例291病変。性別は男性209例、女性82例。平均年齢73.0歳(46～91歳)。患者背景や治療内容について後出血群と非出血群で比較検討をした。尚、後出血は輸血や緊急内視鏡を行った症例、Hb 2g/dl以上の低下を認めた症例とした。また当院では原則的にESD翌日にsecond-look内視鏡を施行、2日目より食事を開始し、6日目に退院としている。【結果】後出血率 5.1% (15/291)：腺腫 2.5% 2/80、ガイドライン病変 6.3% 8/127、適応拡大病変 6.8% 4/59、適応外病変 4.0% 1/25)、病変部位 U/M/L: 10.0% (4/40)/ 5.4% (8/149)/ 3.1% (3/96)、後出血までの平均期間 ESD後9.6日(2-25日)、年齢 後出血群 70.7歳(51～83歳)・非出血群 73.2歳(46～91歳)、性別 後出血群 男/女: 11/4・非出血群 男/女: 198/78、一括切除率 後出血群 93.3% (14/15)・非出血群 97.5% (269/276)、腫瘍径 後出血群 20.1mm (5-63mm)・非出血群 16.7mm (2-62mm)、治療時間 後出血群 107.3分 (22-330分)・非出血群 67.6分 (8-330分)、合併症の有無 後出血群 73.3% (11/15)・非出血群 54.0% (149/276)、抗血栓薬の有無 後出血群 40.0% (6/15)・非出血群 23.2% (64/276) 【結論】当院における胃ESD後出血を認めた症例の傾向として、治療時間が長いこと、合併症の存在、抗血栓薬の服用が挙げられた。とくに、近年高齢化が進むにつれて抗血栓薬の服用を必要とする患者が増加しており、後出血を増加させないよう今後もさらに留意する必要があると思われる。

086 (内)

当院における胃腺腫の検討

¹KKR札幌医療センター斗南病院 消化器内科、
²KKR札幌医療センター斗南病院 腫瘍内科
○皆川 武慶¹、住吉 徹哉¹、横山 啓介¹、早坂 尚貴¹、藤井 亮爾¹、土井 綾子²、木村 朋広¹、上田 美和¹、庵原 秀之¹、辻 靖²、由崎 直人¹、平山 眞章^{1,2}、近藤 仁¹

【目的】胃腺腫の取り扱いについては一定のコンセンサスはなく、施設により異なるのが現状である。今回、我々は生検で胃腺腫と診断された病変をretrospectiveに解析し、その臨床的取り扱いについて検討を行ったので報告する。

【対象と方法】2001年1月から2012年5月までの間に当科で上部内視鏡検査を行い、生検にて胃腺腫と診断された症例の内、retrospectiveに解析可能であった529症例668病変を対象としてその臨床病理学的特徴(病変部位、腫瘍径、肉眼型、色調)と臨床的取り扱いの妥当性について検討した。

【結果】胃腺腫668病変の内、経過観察中のものが323病変、内視鏡的切除を施行した病変は345病変であり、また併存する胃癌のため手術を行ったものが7病変であった。経過観察中の腺腫においては現在まで生検を含め内視鏡所見上、変化を認めていないが、内視鏡切除または手術を施行した腺腫のうち、最終的に胃癌と診断された症例は101病変であった。癌と最終診断された病変の内視鏡所見をそれ以外の病変と比較検討すると15mm以上のもの(69.3% vs 50.4%, P=0.0013)、発赤調のもの(49.5% vs 21.3%, P<0.001)、陥凹型のもの(29.7% vs 17.2%, P=0.0094)、組織学的異型度の強いもの(54.8% vs 27.5%, P<0.001)では有意に癌と診断されるものが多く、これらの因子は高危険群と考えられた。

【考察】生検で胃腺腫と診断された場合でも内視鏡所見にて危険因子を有するものは内視鏡的切除を含めた治療の適応と考えるべきである。

088 (消)

腹部エコー検査前に食事を摂ると検査できないのかについて

¹苫小牧市立病院 消化器内科
○仲野 一平¹、宮本 秀一¹、江藤 和範¹、小西 康平¹、武藤 修一¹

【背景】腹部エコー検査は、ほとんどの病院で絶食にて行う事が多い。それは、食事に伴い空気が消化管の中に入り込み、消化管の背側臓器の観察に支障を来すという理由が一般的である。しかし、肝硬変などの患者にとって絶食は大きな体への負担になり、糖尿病でインスリン治療を行っている患者の治療の障害ともなる。【目的】食事前後における腹部エコー検査の描出能にどれほどの違いがあるかを明らかにすること。【方法】ボランティア9名(24歳から42歳、男性6名女性3名)に、同じ食事をとってもらい、食前、食後1時間、食後2時間における胆嚢、膵、総胆管、肝臓の描出能をそれぞれ3点満点で評価した。【検討項目】1) 体格差による描出能の差、2) 食前後における胆嚢収縮率、3) 食前後における各臓器の描出能【結果】1) BMI 23以下の群はBMI 24以上の群と比較して描出能が良い傾向がみられた(各臓器の描出能合計スコア 23.3 vs. 20.8, P = 0.046)。特に、膵頭部、膵尾部、中下部胆管でその傾向が強くみられた。2) 胆嚢の大きさを長軸で測定すると、1時間後に89%、2時間後に86%となり、食前の胆嚢に比して有意(P = 0.01)に収縮していた。しかし、胆嚢内部の描出能に関しては食前、食後で大きな変化は見られなかった。3) 膵体部、胆嚢、上中部胆管、肝臓は食前も食後も描出能に差はみられなかった。膵頭部、膵尾部、中下部胆管は、食前よりも食後のほうが描出能の低下がみられた。【結語】エコー検査は、膵頭部、膵尾部、中下部胆管以外では摂食しても問題なく描出できる可能性が示唆された。しかし、最初の検査やスクリーニングに関しては、絶食による検査が望まれるものと考えられた。

089 (消)

胆管炎に合併した感染性肝嚢胞の一例

¹JA北海道厚生連 旭川厚生病院 消化器科、²旭川医科大学 第三内科
○森田 康太郎¹、柳川 伸幸¹、藤永 明裕¹、高橋 慶太郎¹、藤林 周吾¹、
立花 靖大¹、前田 重明²、佐藤 智信¹、後藤 充¹、斎藤 義徳¹、
折居 裕¹、柴田 好¹

症例は80歳代、女性。1997年頃より肝外側区の嚢胞を指摘、2002年に長径70mm、2007年に92mm程度まで増大していたが無症状につき経過観察となっていた。2007年に総胆管結石による胆管炎を発症し内視鏡的十二指腸乳頭切開・碎石術を施行、次いで2009年および2012年3月に総胆管結石を再発し碎石術を受けた経過がある。2012年8月に腹痛・嘔吐が出現し当科を受診、造影CT・血液所見より総胆管結石の再発による胆管炎が疑われた。CTで肝嚢胞は長径97mmで内部は均一であった。緊急ERCPで総胆管内に10mm大の結石を3個認め、チューブステントを留置し入院となった。翌日以降も心窩部痛は改善せず高熱が続いたためERCP後4日目に単純CTを再検したところ肝嚢胞の長径は115mmに増大していた。嚢胞感染を疑い経皮経肝嚢胞ドレナージを実施、初日のみで約500mLの膿汁が流出した。流出量の減少を待ってドレナージ開始17日目および22日目にエタノール注入による嚢胞廃絶術を施行した。同時にドレナージから造影を行ったが胆管は描出されず、また経過中にドレナージから胆汁様の排液もみられなかった。ドレナージ開始29日目にERCPを再検し総胆管結石を碎石、胆管造影では胆管と嚢胞の交通は証明できなかった。同時に肝嚢胞ドレナージも抜去したがその後も症状の再燃なく経過し退院となった。今回われわれは総胆管結石・胆管炎に合併した感染性肝嚢胞の一例を経験したので若干の文献的考察を加え報告する。

091 (内)

術後再建腸管例に対するShort-SBEを用いたERCP関連手技

¹手稲溪仁会病院 消化器病センター
○矢根 圭¹、真口 宏介¹、高橋 邦幸¹、湯沼 朗生¹、小山内 学¹、
金 俊文¹、高木 亮¹、松本 和幸¹、権 勉成¹、松森 友昭¹

【目的】術後再建腸管例に対するShort typeシングルバルーン内視鏡(Short-SBE)を用いたERCP関連手技の成績について検討する。【方法】プロトタイプShort-SBE (SIF-Y0004、有効長152cm、外径9.2mm、鉗子チャンネル径3.2mm、Olympus)を用いてERCP関連手技を施行した34例52回を対象とした。再建法の内訳は、胃切除後Billroth-II再建(B-II) 4例、胃切除後Roux-en-Y再建(R-Y) 9例、膵頭十二指腸切除術(PD)後13例(PD-I 2例、PD-II 11例)、胆管空腸吻合(胆管空腸)後8例。適応は胆管結石および胆管炎20回、胆管狭窄疑い5回、胆管空腸吻合部狭窄疑い23回、膵管空腸吻合部狭窄疑い4回。検討項目は、1)目的部位到達率、2)造影成功率、3)処置成功率および処置内容、4)処置時間、5)偶発症、とした。【成績】1) B-II 100%(4/4)、R-Y 94%(16/17)、PD 95%(18/19)、胆管空腸 92%(11/12)。2) B-II 100%(4/4)、R-Y 88%(15/17)、PD 74%(14/19)、胆管空腸 92%(11/12)。3) B-II 100%(4/4)、R-Y 88%(15/17)、PD 74%(14/19)、胆管空腸 92%(11/12)。適応別では、胆管結石および胆管炎95%(19/20)、胆管狭窄疑い80%(4/5)、胆管空腸吻合部狭窄疑い83%(19/23)、膵管空腸吻合部狭窄疑い50%(2/4)。処置内容は、胆管結石および胆管炎ではEST 4、EPBD 1、EST+EPBD 4、EPLBD 3、排石 5、EBS 1、造影のみ 1、胆管狭窄疑いではEMS 2、EBS 1、造影のみ 1、胆管空腸吻合部狭窄疑いでは狭窄部拡張 13、ENBD 1、EBS 1、造影のみ 4、膵管空腸吻合部狭窄疑いでは狭窄部拡張 1、蛋白栓除去 1。4) B-II 31分(25～78分)、R-Y 64分(18～112分)、PD 52分(30～101分)、胆管空腸 64分(38～110分)。5) PD例でスコープ挿入時の穿孔を1例(2%)認め、緊急手術を要した。【結論】Short-SBEは高い到達率を示し、有効長が短く鉗子チャンネル径が大きいため通常の処置具が使用可能であり、術後再建腸管例に対するERCPに有用である。

090 (内)

胆・膵管狭窄部突破困難例に対する新規内視鏡的アプローチ法—通電ダイレーターの臨床成績

¹北海道大学 消化器内科
○河上 洋¹、桑谷 将城¹、川久保 和道¹、羽場 真¹、工藤 大樹¹、
阿部 容子¹、坂本 直哉¹

【背景】慢性膵炎に合併する主膵管狭窄や各種良・悪性胆道狭窄に対する内視鏡的ステント留置術の有用性は確立されている。しかし、時に狭窄部突破が困難な例に遭遇する。【目的】狭窄部突破困難例に対する通電ダイレーターの臨床成績を明らかにすること。【対象と方法】2011年4月から2012年11月までに通電ダイレーター(6-Fr, Cysto-Gastro-Set)を使用して狭窄部突破を試みた16例(胆管:11例、主膵管5例)を対象とした。高周波発生装置はESG-100(Olympus medical system社製)を使用した。通電ダイレーターの使用適応は、ガイドワイヤーが狭窄部を通過後、細径・拡張用バルーン・専用拡張用カテーテル(Soehendra biliary dilation catheter; Cook-Japan)やSoehendra stent retriever (Cook-Japan)の使用によっても狭窄部突破が困難な場合とした。検討項目は、1)狭窄部突破率、2)ドレナージ成功率、3)偶発症発生率・内訳、とした。【結果】男女比 5:3、平均年齢 60.9歳(32～77歳)、疾患は胆管狭窄11例(悪性腫瘍10例)、主膵管狭窄は5例(アルコール性慢性膵炎5例)であった。症状は胆管狭窄の5例が黄疸を有しており、主膵管狭窄例では4例で腹痛を有していた。1)通電ダイレーターは全例で狭窄部突破が可能であった。2)全例で引き続きドレナージ術が可能であった。3)胆道狭窄例では1例に胆道出血(プラスチックステント閉塞に伴う急性閉塞性胆管炎も併発)がみられた。内視鏡的経鼻胆道ドレナージ術への切り替えによる保存的治療により軽快した。主膵管狭窄例で1例に急性膵炎(軽症)が認められた。胆・膵管穿孔や実質損傷などの重症合併症は認められなかった。【結論】胆・膵管狭窄部突破困難例に対する通電ダイレーターは安全で有用であった。各種処置具の使用によっても狭窄部突破困難な場合には使用を考慮しても良いと考える。しかし、単施設、少数例の検討であり、今後は多施設共同研究による評価が望まれる。

092 (内)

抗血栓薬服用者に対する内視鏡的乳頭括約筋切開術を含む乳頭処置の現状について

¹苫小牧市立病院 消化器内科、²北海道大学病院 消化器内科
○江藤 和範¹、宮本 秀一¹、小西 康平¹、武藤 修一¹、河上 洋²

【背景】抗血栓薬服用者に対する消化器内視鏡診療ガイドラインが刊行され、内視鏡的乳頭括約筋切開術(EST)は出血高危険度に分類され、可能な場合は休業が推奨されている。しかし、救急対応や基礎疾患の状況により休業困難な場合もある。【目的】抗血栓薬服用群と非服用群における乳頭処置による偶発症発生率を後方視的に検討し、休業の可否を明らかにすること。【対象】2012年4月から11月までの期間に当院で内視鏡的逆行性胆管造影(ERCP)を施行した143例を対象とした。【検討項目】1)抗血栓薬の服用状況、2)乳頭処置の有無と休業状況、3)抗血栓薬服用群における乳頭処置による偶発症。【結果】1)38例(27%)が抗血栓薬服用者であった。抗血栓薬服用状況は、単剤25例、2剤併用13例。服用薬剤は、バイアスピリン 24例、プレタール 3例、プラビックス 9例、プラザキサ 2例、ワーファリン 12例。2)81例(57%)で乳頭処置を施行した。乳頭処置の内容は、EST 69例、内視鏡的乳頭大口径バルーン拡張術(EPLBD) 9例(ESTの既往あり7例、ESTの既往なし2例)、EST+EPLBD 2例、プレカット 1例であった。81例のうち19例(23%)が抗血栓薬服用者であった。そのうち休業者は5例で、14例は休業なしで施行した。3)抗血栓薬服用群における合併症は5例であった。合併症の内訳は、ERCP後膵炎 4例(軽症 2例、中等症 1例、重症 1例)、後出血 1例(中等症)であった。抗血栓薬服用群における合併症は14例で、抗血栓薬服用群と比較して偶発症発生率に有意差はみられなかった($P = 0.89$)。偶発症の内訳は、ERCP後膵炎(軽症) 2例、胆管炎 1例、術中出血 1例(軽症)、後出血 1例(軽症)であった。抗血栓薬服用群と非服用群における出血の偶発症発生率には有意差は認められなかった($P = 0.95$)。また、観察期間内には血栓症のイベント発生はみられなかった。【結論】抗血栓薬服用患者における乳頭処置後の偶発症発生率には明らかな有意差はみられなかった。単施設後方視的かつ少数例の検討ではあるが、乳頭処置前の抗血栓薬内服の休業の必要性はないものと考えられた。

093 (内)

抗血小板薬・抗凝固薬内服中の胆石性膵炎例に対する内視鏡治療

¹手稲溪仁会病院 消化器病センター

○権 勉成¹、真口 宏介¹、高橋 邦幸¹、瀧沼 朗生¹、小山内 学¹、矢根 圭¹、金 俊文¹、高木 亮¹、松本 和幸¹、松森 友昭¹

【背景と目的】近年、抗血小板薬(AP)・抗凝固薬(AC)内服患者の増加に伴い、胆石性膵炎例に対する早期のEST治療が困難な症例も散見される。当センターではAP・AC内服例では原則ESTは施行せず、胆管・膵管のドレナージを基本としており、今回その治療成績について検討する。【対象と方法】2007年4月から2012年10月までに胆石性膵炎と診断し、入院後24時間以内にERCPを施行した初回乳頭97例中、AP・AC内服中の21例(男女比 8:13、平均年齢76才(47-94)、厚生労働省重症度判定は全例軽症)を対象とした。胆石性膵炎の診断は上腹部痛および血清AMY値・肝胆道系酵素の上昇、もしくは画像上総胆管結石を認めるものと定義した。全例が急性胆管炎・胆囊炎の診療ガイドラインにおける胆管炎の診断基準を満たしていた。【検討項目】1)基礎疾患および内服薬、2)処置内容、3)早期偶発症、4)治療経過とした。【成績】1)基礎疾患は脳梗塞7、心房細動5、虚血性心疾患11(重複含む)であり、内服薬はAP単剤15、AP2剤4、AP2剤+AC1、AC単剤1であった。2)胆管・膵管ドレナージ16(ENBD+EPS4、ENBD+ENPD1、EBS+EPS9、EBS+ENPD2)、膵管ドレナージ2(EPS1、ENPD1)であった。全身状態などの理由により一期的ESTを施行したのは3例であり内訳は結石陥頓1、warfarin拮抗1、その他1であった。3)1例でのみscope挿入時の胃粘膜裂傷を認めたが保存的に軽快した。4)二期的にESTを施行したのは12例(67%)であり、平均期間は8日(7-14)であった。ESTを施行しなかったのは6例(3例で結石が無いことを確認(ENBD造影2、IDUS1)、EBS留置のまま退院2、未処置で退院1)であった【結論】抗血小板薬・抗凝固薬内服中の胆石性膵炎に対する内視鏡的胆管・膵管ドレナージは安全で有効な治療法である。

095 (消)

十二指腸乳頭部腫瘍外科的切除例の病理組織学的進展様式の検討

¹手稲溪仁会病院 消化器病センター

○松森 友昭¹、真口 宏介¹、高橋 邦幸¹、瀧沼 朗生¹、小山内 学¹、矢根 圭¹、金 俊文¹、高木 亮¹、松本 和幸¹、権 勉成¹

【目的】乳頭部腫瘍外科的切除例において乳頭部腫瘍の進展形式を解析しその特徴について検討する。【対象】2012年11月までに当センターにて膵頭十二指腸切除術を施行した47例(腺癌45例、腺腫2例)を対象とし、年齢中央値は65歳(49-86)、男女比は17:30であった。【検討項目】1)肉眼型、2)腺癌例の病理学的進行度と各因子別の進行度、3)胆管・膵管内進展度と距離、4)術後再発、とした。【結果】1)露出型25、非露出型14、潰瘍型8であった。2)最終病期はfStageI:10(22.2%)、II:13(28.9%)、III:16(35.6%)、IVa:4(8.9%)、IVb:2(4.4%)であった。T因子はpT1:11(24.4%)、pT2:14(31.1%)、pT3:17(37.8%)、pT4:3(6.7%)、十二指腸浸潤(pDu)0a:8(17.8%)、0β:3(6.7%)、1a:5(11.1%)、1β:7(15.6%)、2:18(40%)、3:4(8.9%)、膵浸潤(pPanc)0:30(66.7%)、1a:4(8.9%)、1b:8(17.8%)、2:2(4.4%)、3:1(2.2%)、リンパ節転移はpN0:29(64.4%)、pN1:12(26.7%)、pN2:3(6.7%)、pN3:1(2.2%)であった。3)全例中20例(42.6%)に胆管内進展(BD)もしくは膵管内進展(MPD)を認めた。腺癌例ではBDもしくはMPDを認めたのは18例(40%)であり、BDを15例(33.3%)に認め進展距離中央値は17mm(5-50)、MPDは5例(11.1%)に認め進展距離中央値は25mm(5-55)であった。また、2例(4.4%)は切除胆管断端陽性でともに進展距離は40mm以上、表層進展病変であった。腺腫例ではBDを2例に認め進展距離は20mm/17mm、MPDは1例に認め進展距離は16mmであった。4)14例(28%)に再発を認め、肝転移9、局所再発1(切除胆管断端陽性例)、リンパ節転移1、肺転移1、骨転移1、神経叢再発1であった。【結論】十二指腸乳頭部腫瘍は診断時すでに十二指腸固有筋層以深、リンパ節転移を有している頻度が高かった。また、胆管内への進展頻度が高く、比較的広範囲に進展し、胆管切除断端陽性例も認めていることから、術前胆管内進展の診断が重要と考えられた。切除後も再発リスクが高いため厳重な経過観察が必要と考えられた。

094 (消)

急性胆石性膵炎に対する膵管ステント留置術(第2報)

¹伊達赤十字病院 消化器科、²伊達赤十字病院 内科、

³伊達赤十字病院 外科、⁴札幌医科大学 第四内科

○久居 弘幸¹、小柴 裕¹、和田 浩典¹、岡川 泰¹、宮崎 悦²、前田 喜晴³、佐藤 正文³、川崎 亮輔³、行部 洋³、中島 誠一郎³、嘉成 悠介⁴

【目的】急性胆石性膵炎(ABP)に対する発症早期の内視鏡的治療(EST・胆管ドレナージ)は有用である。内視鏡的膵管ステント留置術(EPS)は、ERCP後膵炎予防や様々な膵疾患の治療に有用な手技であるが、ABPに対するEPSの有用性に関する報告は散見されるのみである。今回、ABPに対するEPSの有用性と安全性について検討した。

【方法】対象はH14年1月～H24年11月に経験したABP83例のうち、入院48時間以内にERCPを施行した58例。EPSを施行した25例(A群)とEPSを施行しなかった33例(B群)について、背景因子、胆管挿管率(胆管ドレナージ率)、EST施行率、偶発症などを比較検討した。膵管ステントは5Fr3cm両端flap付Geenen pancreatic stent(COOK Endoscopy)を使用した。

【成績】1)年齢、性別、発症および入院からERCPを施行するまでの時間、初回ERCP検査時間、厚生労働省急性膵炎重症度判定基準(2010年)の重症度、血清amylase値、CRP値などに関して両群に有意差は認めなかった。抗血栓薬服用例はA群32.0%(8/25)はB群3.0%(1/33)に比して有意に多かった(P=0.008)。2)初回ERCPの選択的胆管挿管率はA群88.0%(22/25)、B群93.9%(31/33)であり有意差は認めなかった(P=0.745)。3)初回ERCPでのEST(needle knife precutを含む)施行率はA群72.0%(18/25)はB群100%(33/33)に比して有意に低率であった(P=0.005)。4)合併症(6cm以上の仮性嚢胞の形成、walled-off necrosisへの進展、necrosectomy施行)はA群8.0%、B群12.1%で有意差は認めなかった(P=0.940)。ABPによる死亡率では、A群(0%)はB群(12.1%)に比して少ない傾向にあった(P=0.200)。

【結論】ABPに対するEPSは安全で有用な手技であり、EST困難例や抗血栓薬服用例などのEST不適切例に対して有用である。真の有用性の評価には、prospective RCTが必要である。

096 (消)

腫瘍進展範囲の診断が困難であった中部胆管癌の1例

¹北海道大学消化器外科II

○佐藤 大介¹、松本 謙¹、松村 祥幸¹、中西 喜嗣¹、浅野 賢道¹、倉島 庸¹、海老原 裕磨¹、中村 透¹、加藤 健太郎¹、土川 貴裕¹、七戸 俊明¹、田中 栄一¹、平野 聡¹

【緒言】胆管癌における胆管狭窄の進行は、しばしば炎症と腫瘍性狭窄の鑑別に苦慮する。今回、われわれは上流側胆管の急速な進行を腫瘍進展と診断し、化学療法後に根治術施行した症例を経験したので報告する。

【症例】61歳男性、黄疸を主訴に前医受診。精査にてBm主体の胆管癌と診断された。Brへの進展を疑われ、3週後に当院消化器内科入院としERCPでBr狭窄の進行を認めた。生検でBrp根部よりadenoCa. Suspectedが検出された。胆管癌、CBmiscl、S1、Hinf0、H0、Binf3、PVp1、Arh1、P0、N0、M(-)、St(-)、T4、M0、cStageIVaと診断し、肝右葉尾状葉切除、膵頭十二指腸切除、門脈合併切除術で根治切除可能と思われたが、前医受診時から急激に狭窄が進行しており、PTPE待機中に切除不能となることが懸念され、化学療法の方針とした。GEM療法3コース施行後に腫瘍縮小効果が認められ、手術適応と判断。計6コース施行後、初診時より7ヶ月で肝右葉尾状葉切除、膵頭十二指腸切除、門脈合併切除術施行した。術後肝不全、胆汁漏、腹腔内膿瘍を併発したがドレナージで軽快、術後105日目に退院となった。病理組織学的にBm主体であり、胆管癌、pat BmCBsi、ly0、v1、pn3、pHinf1a、pPanc1b、pDu0、pPV2、pA1、pN1(#12b1、#12c)、pT4、fStageIVaの診断となった。化学療法効果はEvans分類GradeIIIに相当した。【考察】Brの狭窄は術前に改善しており、組織上腫瘍進展はBsに留まっていた。炎症性狭窄が経過で改善した可能性や、化学療法により上流側の腫瘍が消失した可能性が考えられたが病理学的にも判定は困難であった。

【結語】胆管の高度炎症性肥厚と、癌の進展による狭窄との鑑別は困難であるため、すべての狭窄を切除範囲に含めるべきであるが、広範囲切除となる場合には慎重な耐術能の判定が重要となる。

097 (消)

術前化学療法後に、肝左3区域・動脈合併切除再建にて根治手術を施行し得た肝門部胆管癌の1例

¹北海道大学 消化器外科II、²伊達日赤病院 消化器病センター

○高野 博信¹、松本 謙¹、和田 秀之¹、松村 祥幸¹、中西 喜嗣¹、浅野 賢道¹、中村 透¹、土川 貴裕¹、平野 聡¹、久居 弘幸²

【背景】胆道癌術前化学療法についての報告例は少なく、安全性についてもまだ確立されてはいない。今回cStage4aの肝門部胆管癌に対し術前化学療法を行い根治手術可能であった1例を経験したので報告する。【症例】78歳、女性。持続する倦怠感と皮膚黄染を主訴に近医受診。USにて肝内胆管の拡張認め、CTにて肝門部にmassを認め、門脈左枝が高度狭窄を来していた。ENBD造影では左右肝管および前・後区枝で泣き別れの所見を認めた。肝門部胆管癌 Blrcs 結節浸潤型 S2 Hinf2 H0 Ginf0 Panc0 Du0 PV13 A1 T4 N0 M- St- cStage4aの診断となったが、肝左3区域・動脈合併切除でもR0手術が困難と判断し、化学療法施行の後にSDであれば手術の方針となった。GEM+CDDPを2コース施行後に手術可能と診断しPTPE施行したが、その際、温存側肝動脈(A6)を損傷し切除不能と診断した。その後、化学療法を2コース追加し肝動脈造影を施行しA6の側副血行路の発達を認め手術可能と判断した。初診時より7ヶ月後に肝左3区域尾葉肝外胆管切除、胆道再建、門脈合併切除再建(環状)、右肝動脈合併切除再建(RHApst-GDA)を施行した。病理組織学的には肝門部胆管癌 Bcrly0 v0 pn3 ss Hinf1a PV2 A0 N0 pT4 fStage4a pHM0 pDM0 pEM0 であり、根治度はfCurA、化学療法の効果はEvans分類 Grade1であった。術後は動脈吻合部の未破裂仮性瘤の所見認め、TAEを必要としたが、その後は良好に経過し術後49日目に退院した。現在、術後5か月無再発生存中である。【考察】胆道癌に対する術前化学療法後の大量肝切除の安全性についての報告はないが、本症例では重篤な合併症をきたすことなく手術可能であった。【結語】肝門部胆道悪性腫瘍に対する術前化学療法後の大量肝切除を、今後も慎重に患者選択をしつつ行う予定である。

099 (消)

KRAS遺伝子 codon 13変異を有する結腸癌に対して cetuximab投与が有効であった1例

¹伊達赤十字病院 消化器科、²伊達赤十字病院 内科、

³札幌医科大学 第四内科

○小柴 裕¹、久居 弘幸¹、和田 浩典¹、岡川 泰¹、宮崎 悦²、嘉成 悠介³

KRAS遺伝子変異は大腸癌の35-40%に認められ、ほとんどの変異がcodon 12(約80%)、codon 13(約20%)に認められる。KRAS遺伝子変異を認める転移を有する大腸癌患者では、抗EGFR抗体製剤による治療効果が期待できないことから、cetuximab (Cmab)の適応はKRAS遺伝子野生型患者のみとされている。また、KRAS遺伝子変異型患者であってもcodon 13 (p.G13D)変異を有する患者に抗EGFR抗体製剤が有効である症例が存在すること、さらには、in vitroの検討ではcodon 13 (p.G13D)変異の癌化能はcodon 12変異よりも低いことなど、KRAS遺伝子変異状態によって本剤の効果が異なる可能性が複数の見解から示唆されている。今回われわれは、KRAS遺伝子codon 13 (p.G13D)を有する結腸癌に対しCmabが有効であった症例を経験したので報告する。症例は69歳、女性。平成18年10月に盲腸癌で回盲部切除、11月に追加右半結腸切除施行 (tub1-2、pSS、int、INfb、ly1、v1、pN1、stage IIIa)。平成19年11月に肝転移再発で肝内側区域切除術施行し、術後補助化学療法として、FOLFOX4を12コース施行。平成22年4月のCTで多発性肺転移を認め、mFOLFOX6-bevacizumab治療を開始したが、同年5月L-OHPアレルギーにより3コースで中止。平成22年6月よりFOLFIRI-bevacizumab治療を開始したが、24コース施行後にPDとなった。本症例はKRAS遺伝子codon 13 (p.G13D)を有していたが、平成23年8月より三次治療としてCmab+irinotecan (隔週)併用療法を4コース施行し、11月下旬よりCmab単剤投与とした。腫瘍マーカーは減少傾向を示し、平成24年3月まで画像上肺転移巣はSDで経過していた。その後、同年4月に胆管転移を認め、胆管ドレナージを施行、5月下旬よりCmab単剤投与を再開したが、多発脳転移も認めた。7月にガンマナイフ治療を施行されたが、全身状態の悪化により8月、永眠された。

098 (消)

mFOLFOX6療法において高齢および体が小さいことは好中球減少の危険因子となる

¹北見赤十字病院 消化器内科

○岩永 一郎¹、江平 宣起¹、柳原 志津妃¹、佐藤 史幸¹、水島 健¹、久保 公利¹、上林 実¹

【背景】化学療法施行時において年齢あるいは体格によって、抗癌剤の用量を減量することがあるが、判断基準はしばしば不明確である。【目的】全身化学療法施行時の重篤な有害事象の危険因子を探り、初期投与量を加減する際の参考にすること。【対象と方法】2006年1月から2012年8月までに北見赤十字病院消化器内科にてfull doseでmFOLFOX6療法を行われた結腸直腸癌症例145例を対象とした。有害事象についてはCTCAE v3.0を用いて評価し、危険因子の探索にはロジスティック回帰分析を用いて多変量解析を行った。また、初期投与量の加減の参考にするため、治療開始初期の4サイクルのみでの有害事象を対象とした。【結果】対象145例の内訳は男性89例、女性56例、年齢の平均値は64.8歳、PSは0が102例、1が34例、2が5例、3が4例であった。治療開始後初期4サイクルにて減量を行った患者は65例であり、その理由の7割が好中球減少によるものであった。Grade 3以上の食欲不振についてはPS(オッズ比4.39, 95%CI 1.95-9.90)と年齢(オッズ比0.92, 95%CI 0.87-0.98)が危険因子であった。最もGrade 3以上の頻度が高かったのは好中球減少であり、危険因子として年齢(オッズ比1.06, 95%CI 1.01-1.10)、体表面積(オッズ比0.005, 95%CI 0.00-0.07)、血清総ビリルビン値(オッズ比2.64, 95%CI 0.98-7.13)であった。また、65歳以上かつ体表面積が1.5m²未満の患者では好中球減少は80%に認められ、その多くは早期に抗がん剤を減量していた。【結語】結腸直腸癌に対するmFOLFOX6療法施行例において、抗癌剤減量の主な理由は好中球減少であり、高齢および体表面積が小さいことが重度の好中球減少の危険因子であることが示唆された。

100 (消)

当科における80歳以上大腸癌症例の検討

¹北海道大学 消化器外科

○山田 健司¹、崎浜 秀康¹、皆川 のぞみ¹、下國 達志¹、本間 重紀¹、高橋 典彦¹、武富 紹信¹

【背景】近年、急速な高齢化社会の到来や医療技術の進歩に伴い80歳以上の超高齢者に対して手術を行う機会が増加している。しかし、超高齢者の場合には、手術の適応、術式の検討、術前術後の合併症への対応などが、特に重要である。今回当科で施行した80歳以上大腸癌症例に対し、80歳未満の患者との違いを比較検討した。【対象】2010年1月から2012年7月までの当科で施行した大腸癌切除症例は91例(80歳以上14例)。平均年齢は80歳未満が65.7歳(25-79)80歳以上が82歳(80-88)であった。手術術式・時間・出血量、術後在院日数、術前術後合併症、術後補助療法の有無につき検討した。【結果】80歳以上における癌占拠部位はC:1 A:2 T:3 D:2 S:2 R:2であった。術式では腹腔鏡手術の割合や廓清度について有意差は認めなかった。(P=0.1)80歳以上で動脈硬化が著明なため、吻合せずハルトマン手術に変更した症例を1例認めた。平均手術時間、出血量についても有意差は認めなかった。(P=0.6)術後在院日数においても有意差はなかった。術前合併症では循環器合併症、耐糖能異常について有意差は認めなかったが(P=0.62, 0.19)呼吸器合併症については80歳以上で多く認めた。(P<0.05)術後合併症については4例認めたが有意差は認めなかった。(P=0.3)呼吸器合併症は認めなかった。80歳以上では術前に呼吸器合併症が多く認めるが、術前術後のリハを行う事で安全に手術を施行できると思われた。また、動脈硬化の程度など術中判断により術式の変更も視野に入れ手術を行うべきである。

101 (内)

本邦における多症例の大腸腫瘍を対象とした分子生物学的異常の検討と生活習慣との関連

¹札幌医科大学 内科学第一講座、²恵佑会札幌病院、³札幌医科大学 分子生物学講座
○伊藤 美樹¹、能正 勝彦¹、五十嵐 央祥¹、内藤 崇史¹、吉井 新二²、高橋 宏明²、久須美 貴哉²、細川 正夫²、鈴木 拓³、山本 博幸¹、篠村 恭久¹

【目的】本邦の大腸癌患者数は増加傾向にあり、その予防・早期発見は重要な課題である。大腸癌の前癌病変は大腸腺腫や鋸歯状病変であり、それらの遺伝子異常や生活習慣との関連を解明することは癌の減少に役立つと考えられる。今回、我々は大腸癌とその前癌病変における分子生物学的な解析を行い、更に生活習慣因子との関連を検討した。【方法】対象は大腸癌(272例)、腺腫(43例)、鋸歯状病変[HP(hyperplastic polyp) 141例、SSA/P(sessile serrated adenoma/polyp) 128例、TSA(traditional serrated adenoma) 121例]の計705例について、臨床病理学的特性とKRAS、BRAF変異、LINE-1メチル化、MSIについて検討した。また、生活習慣因子として、喫煙歴、糖尿病・脂質異常症の有無、BMIとの関連を解析した。【結果】serrated pathwayに関わるHPとSSA/Pに着目し、HP+SSA/P群とそれ以外の群とで比較したところ、HP+SSA/P群では喫煙率が71.1%と有意に高い傾向がみられた。糖尿病はHP+SSA/P以外の腫瘍群で14.4%と有意に高い傾向がみられた。また、脂質異常症とBMIは各腫瘍間で有意な傾向はみられなかった。遺伝子異常の解析では、喫煙群にBRAF変異が有意に多く、前癌病変のみの解析でも同様の傾向がみられた。【考察】喫煙はHP・SSAPの発生やBRAF遺伝子変異の危険因子であり、serrated pathwayとの強い関係が示された。禁煙によりHPやSSA/P発生の予防、大腸癌発症のリスクを軽減が期待でき、今後症例の蓄積による検討が重要であると考えられた。

103 (消)

剖検により判明した虫垂粘液腺癌の1例

¹KKR札幌医療センター斗南病院 腫瘍内科、²KKR札幌医療センター斗南病院 消化器内科、³KKR札幌医療センター斗南病院 病理診断科、⁴北海道大学病院 分子病理学分野
○藤井 亮爾¹、土井 綾子¹、木村 朋広²、上田 美和²、庵原 秀之²、住吉 徹哉²、辻 靖¹、由崎 直人²、大森 優子³、小山田 ゆみ子³、大塚 紀幸⁴

症例は69歳男性、背部痛を主訴に他院を受診し、血液検査にてCA19-9 4847 U/mlと異常高値を指摘され、精査、加療目的に当院を受診した。CTでは腹水の貯留、腸間膜に軽度濃度上昇と小結節を認め、腹膜播種と考えられた。腹水穿刺を行ったところ、黄色、高粘調度の腹水が得られ、細胞診では腺癌が検出された。原発巣検索目的に施行した上部内視鏡検査では胃潰瘍、下部内視鏡検査では横行結腸の粘膜に浮腫状の変化を認めるのみで悪性を疑う所見は得られなかった。以上より原発巣の特定は不可能だったが、臨床的に消化管癌を強く疑い、化学療法を施行する方針となった。レジメンとしてはFOLFOX療法を第一に考えたが、患者の全身状態が不良であることを鑑み、FOLFOX療法からオキサリプラチンを除き、5-FU/LV療法を開始した。1コース終了後、腹水は減少したが、全身状態の悪化に伴い化学療法を断念し、治療開始から29日後死亡した。病理解剖では腹腔内にゼリー状の粘液が充満しており、腹腔内臓器及び後腹膜は粘液産生の著明な腫瘍によって一塊となっていたが、実質や内腔への浸潤は認めなかった。また、虫垂は軽度腫大し、腫瘍部の病理組織学的所見は腹腔内の腫瘍成分と一致しており、虫垂粘液腺癌、癌性腹膜炎と診断された。初診時のCTでは虫垂に明らかな腫瘍性病変を認めず、下部内視鏡検査では虫垂開口部に若干の隆起を認めたが、悪性を疑う所見とは考え難かった。今回我々は臨床的に原発巣を特定できず、剖検にて虫垂粘液腺癌と診断された一例を経験したので、若干の文献的考察を加え報告する。

102 (内)

原発性虫垂印環細胞癌の一例

¹遠軽厚生病院 内科、²遠軽厚生病院 外科
○下田 瑞恵¹、佐々木 貴弘¹、石川 千里¹、武藤 桃太郎¹、井上 充貴¹、高橋 裕之²、萩原 正弘²、青木 貴徳²、橋本 道紀²、稲葉 聡²、矢吹 英彦²

【症例】80歳代女性【現病歴】平成24年8月に便秘を主訴に当科外来を受診し、下部消化管内視鏡検査を施行したところ、虫垂開口部に径15mmの正常粘膜で立ち上がる内部に陥凹を伴った隆起性病変を認めた。陥凹面から生検を施行したところ、病理結果はsignet ring cell carcinomaであった。CT検査では虫垂の壁肥厚を認めたが、リンパ節転移、遠隔転移を疑う所見を認めなかった。大腸X線検査では虫垂が造影されず、盲腸底部に粘膜下腫瘍様の立ち上がり呈する中心陥凹を伴った隆起性病変を認めた。超音波内視鏡検査ではMP層の断裂を疑う所見があり、深さはSS以深と考えられた。上部消化管内視鏡検査、CT検査から他臓器に悪性を疑う病変を認めなかったため、虫垂原発印環細胞癌と診断し、9月に回盲部切除術を施行した。切除標本の病理組織学的所見は虫垂から一部盲腸にかけて、2型腫瘍を認め、同一病変内にsigを主としてmuc、tub2と多様な組織像を呈していた。深さはSSでly3のリンパ管侵襲を認めたが、リンパ節転移は認めなかった。術後は補助療法としてUFT/UZELの内服を開始している。【考察】大腸癌の組織像のほとんどが高、中分化型腺癌であり、印環細胞癌の頻度は大腸癌全体の0.2-0.6%前後と報告されている。部位別では虫垂を原発とする大腸癌の頻度は切除大腸癌の0.5-1.4%と低く、本症例は稀な症例であると考えられた。本疾患の予後は極めて不良とされている。印環細胞癌は早期のうちには平坦、陥凹型を呈するが、多くは3ないし4型進行癌の形態で発見される。また、早期に粘膜下層へ浸潤しやすく、浸潤性増殖のために症状が出にくいとされている。虫垂は固有筋層が他の腸管と比較して脆弱であるため、癌が早期に筋層に深に浸潤しやすいという解剖学的特徴があり、これらが本疾患の予後が不良となる要因と考えられる。大腸での印環細胞癌の発生機序は明らかになっていないが、腺腫や分化型腺癌から印環細胞癌に変化する経路が指摘されており、本症例でも同様の発生経路の可能性が示唆された。同一病変内に印環細胞癌を含む多様な組織像を示した虫垂癌の一例を経験したので報告する。

104 (消)

Pagetoid spreadを伴った肛門管低分化腺癌の1例

¹北海道大学大学院医学研究科 消化器内科学分野、²北海道大学病院 光学医療診療部、³中川胃腸科、⁴北海道大学病院 病理部
○大森 沙織¹、大野 正芳¹、鈴木 美穂¹、高橋 正和¹、森 康明¹、中川 学^{1,2}、小野 尚子^{1,2}、山本 純司¹、中川 宗一^{1,3}、間部 克裕^{1,2}、工藤 俊彦¹、清水 勇一¹、加藤 元嗣^{1,2}、坂本 直哉¹、畑中 佳奈子⁴

Pagetoid spreadを伴った肛門管低分化腺癌の1例【はじめに】乳癌が乳管を通じて乳頭・乳輪の表皮内に進展した状態をPaget病と呼称される。このPaget病ときわめて類似した臨床像・組織像を示すが、乳房以外の部分に生じるものを乳房外Paget病と呼ぶ。また、生殖器・泌尿器・直腸肛門の癌が皮膚に進展し乳房外Paget病と酷似した臨床像・病理組織像を呈することがあり、Paget spreadと呼ばれる。原疾患の診断・治療が重要であり、皮疹自体は予後に影響しないため、二次性乳房外Paget病として、原発性の乳房外Paget病と区別される。今回、Paget spreadを伴う肛門管癌を経験したので報告する。【症例】80歳代の女性。3年前より肛門周囲のびらんを自覚していた。徐々に増悪がみられ2012年6月に近医から当院形成外科へ紹介となった。同部位からの生検で二次性乳房外Paget病の診断となり、消化管検査目的に当科へ紹介となった。下部消化管内視鏡検査で直腸、肛門部に腫瘍性病変は認められなかったが、肛門部は下層より隆起していた。痔核のためと思われたが、腫瘍浸潤の可能性も考慮し生検を施行した。結果はAdenocarcinoma(por-sig)であり、Paget spreadを伴う肛門管癌の診断となった。治療は希望されず、現在経過観察中である。【考察】肛門管癌の占拠部位別頻度は全大腸癌の0.8%といわれており稀である。その中で肛門Paget spreadを伴うものは更に少ないが、腫瘍を形成せず原発の診断が困難であった報告は散見される。近年、免疫染色により乳房外Paget病と二次性のPaget spreadの鑑別が可能になってきているが、確定診断には原発の特定が望ましい。肛門周囲に乳房外Paget病が認められた場合、肛門管癌や直腸癌の存在を十分念頭において診療にあたる必要がある。

105 (内)

3年6ヶ月の間に合計47病変の大腸ポリペクトミーを行った1例

¹宮の森記念病院 消化器科、²小笠原クリニック札幌病院 消化器内科、
³旭川医科大学 第二内科、⁴オホーツク勤医協北見病院 消化器内科、
⁵勤医協中央病院 消化器内科

○真崎 茂法¹、本城 信吾²、山北 圭介³、草間 敬司⁴、森田 康太郎⁵、
後藤 哲⁵、高木 秀雄⁵、西尾 仁⁵、古山 準一⁵、森園 竜太郎⁵、
水尾 仁志⁵、内沢 政英⁵

症例は81歳男性。脳梗塞後遺症にて当院脳神経外科に通院されている。2009年便潜血検査陽性にて同年6月に初回のTCSを行い、盲腸～上行結腸に多数の5～15mmポリープを認めた。2009年6月 3病変、2009年11月 12病変、2010年6月 5病変、2010年12月 7病変、2011年12月 8病変、2012年12月 12病変に対しポリペクトミーを行った。3年6ヶ月の間にポリペクトミーを行った病変は合計47病変であった。病理結果は47病変中42病変がTubular adenomaで断端陰性、5病変が炎症性ポリープであった。家族歴として家族性大腸腺腫症や遺伝性非ポリポーシス大腸癌は認めなかった。3年6ヶ月の間に47病変に対しポリペクトミーを行った本症例に関し若干の文献的考察を加え報告する。

107 (内)

高齢者(75歳以上)に対する大腸ESDの治療成績と安全性

¹手稲溪仁会病院 消化器病センター

○村上 佳世¹、野村 昌史¹、三井 慎也¹、田沼 徳真¹、浦出 伸治¹、
西園 雅代¹、永井 一正¹、田中 一成¹、松波 幸寿¹、真口 宏介¹

【背景と目的】当センターでは、治療の適応がある病変に対しては年齢に関係なく大腸ESDを施行している。今回、75歳以上の高齢者に対する大腸ESDの治療成績について検討する。【対象と方法】2007年4月から2012年11月までにESDを施行した大腸上皮性腫瘍174例177病変を対象とした。75歳以上の高齢者群(n=47)と75歳未満の非高齢者群(n=130)の2群に分け、1)併存疾患の有病率、2)抗血栓薬内服率、3)腫瘍径、4)切除時間、5)偶発症発生率、6)病理組織診断、7)一括切除率、8)治癒切除率、9)非治癒切除例の転帰について比較検討した。【結果】1)併存疾患の有病率:高齢者群53%(25/47)、非高齢者群22%(29/130)。2)抗血栓薬内服率:高齢者群38%(18/47)、非高齢者群13%(17/130)。3)腫瘍径(mm):高齢者群11-147(中央値30)、非高齢者群8-92(中央値29)。4)切除時間(分):高齢者群15-350(中央値80)、非高齢者群20-270(中央値65)。5)偶発症発生率:a)穿孔:高齢者群0%(0/47)、非高齢者群7%(10/130)。B)後出血:高齢者群2%(1/47)、非高齢者群4%(5/130)。6)病理組織診断(腺腫/粘膜内癌/SM1000 μ m未満/SM1000 μ m以深):高齢者群16/25/1/5、非高齢者群63/42/12/13。7)一括切除率:高齢者群89%(42/47)、非高齢者群93%(121/130)。8)治癒切除率:高齢者群81%(38/47)、非高齢者群85%(111/130)。9)非治癒切除例の転帰:高齢者群非治癒切除例は9例で、そのうち3例(33%)に追加外科切除を施行したが、遺残を認めた症例はなかった。ESD後の経過観察期間は3～24ヶ月(中央値12ヶ月)で、1例は16ヶ月後に再発を認め外科切除を施行した。非高齢者群非治癒切除例は19例で、そのうち12例(63%)に追加外科切除を施行し、2例に遺残を認めた。経過観察期間は3～27ヶ月(中央値24ヶ月)で、1例は12ヶ月後に再発を認めEMRを施行した。【まとめ】高齢者に対する大腸ESDの治療成績は、非高齢者群に比べて一括切除率・治癒切除率が幾分低かったが、ほぼ同等であった。また、高齢者群では抗血栓薬内服や併存疾患が多いにも関わらず、非高齢者群と比較して偶発症発生率に差はみられなかった。

106 (内)

大腸腫瘍に対する内視鏡的粘膜下層剥離術(ESD)における穿孔の危険因子の検討

¹北見赤十字病院 消化器内科、²北海道大学病院 光学診療部、
³北海道大学病院 消化器内科

○水島 健¹、岩永 一郎¹、柳原 志津妃¹、佐藤 史幸¹、久保 公利¹、
江平 宣起²、上林 実¹、鈴木 美櫻²、大森 沙織²、大野 正芳²、
高橋 正和²、小野 尚子²、中川 学²、間部 克裕²、清水 勇一²、
加藤 元嗣²、坂本 直哉³

【背景】大腸腫瘍に対するESDは保険収載され、近年急速に普及しつつある。大腸ESDはその解剖学的特性(薄い腸壁、部位による屈曲した結腸襞の存在)の為に技術的難易度が高く、かつ穿孔の危険性も高い。【目的】大腸ESDに関して部位別の治療成績を比較検討することで技術的困難部位の検索を行うと共に、術中穿孔に関する危険因子を抽出する。【対象・方法】2009年11年から2012年10月までに北海道大学病院光学診療部及び北見赤十字病院でESDを施行した大腸腫瘍129病変を対象とした。直腸/S状結腸/下行結腸/横行結腸/上行結腸/回盲部(R/S/D/T/A/Ce)の5部位に関しての治療成績(A.一括断端陰性切除率(%)) B.腫瘍径:min, median C.剥離速度:min/cm², median D.偶発症:穿孔(%), 後出血(%)の比較検討を行った。穿孔に関しては1.開腹歴、2.病変の局在(右半結腸vs左半結腸)、3.襲にまたがる病変、4.線維化の有無、5.切除時間、6.切除面積、7.剥離速度の7項目を挙げロジスティック回帰分析を用いて危険因子の探索を行った。【結果】治療成績は一括断端陰性切除率(87/75/100/85.7/90.9/88.5)、腫瘍径(24.0/21.0/21.0/20.0/22.0/25.0)、剥離速度(8.8/11.9/8.0/8.7/8.1/6.2)で、各部位の間で治療成績に有意差は認めなかった。偶発症は穿孔(1.9/0/0/14.3/13.6/0)、後出血(2.1/0/0/0/0/1.0)であった。穿孔の危険因子に関しては統計学的有意差を認めなかったが、右半結腸の病変で穿孔のリスクが高い傾向であった[オッズ比:8.125, P=.068]。【結論】技術的難易度に関しては部位別の治療成績には差を認めなかった。一方で穿孔に関しては病変の局在が右半結腸である場合にその危険が高い傾向にあり、右半結腸に対してのESDを行う場合は特に注意が必要であると考えられた。

108 (内)

腸閉塞で発症しメタリックステント挿入後に腹腔鏡下結腸切除を施行しえた直腸癌の一例

¹北海道社会保険病院 消化器センター、²北海道社会保険病院 病理部

○定岡 邦昌¹、古家 乾¹、小泉 忠史¹、馬場 英¹、関谷 千尋¹、
市川 伸樹¹、相木 総良¹、中西 一彰¹、数井 啓蔵¹、服部 淳夫²

症例は70歳台男性。平成24年9月便秘・腹痛を自覚し近医を受診。るいそう・貧血が著明で腸閉塞が疑われたため翌日当科を紹介受診、即日入院となった。腹部単純X線で大腸閉塞が疑われCTで直腸S状部に全周性腫瘍性病変を認め、同病変による腸閉塞と診断した。入院初日に緊急大腸内視鏡を行い、腫瘍による狭窄部位にメタリックステント(Boston Scientific社製WallFlex Colonic Stent 27/22 \times 9)を留置した。ステント留置後良好な大腸の減圧が得られ、第6病日にはステントより肛門側の腺腫および腺腫内癌を内視鏡的に切除、第14病日に腹腔鏡下結腸切除術を施行した。ステント留置部の腫瘍の病理学的結果はTubular adenocarcinoma moderately differentiated (tub2) ly1 v0 N1で治癒切除であった。ステント挿入による合併症は認めなかった。患者は第28病日(術後14日目)に退院となった。平成24年より大腸メタリックステントが保険収載され使用可能となっている。従来用いられていた経肛門イレウス管に比べ患者のQOL向上が得られるとともに良好な減圧が可能となっている。さらに、本症例のように悪性腫瘍の外科治療前に腺腫などを内視鏡的に治療することも可能になっている。今回は、従来当科で使用していた経肛門イレウス管の成績と比較し報告する。

109 (内)

知床で発症した大腸癌イレウスの2例～地域病院における大腸ステントによる術前管理の有用性～

¹網走厚生病院 内科消化器科

小野寺 学¹、川岸 直樹¹、佐野 逸紀¹、阿部 暢彦¹、長 いく弥¹、
内田 多久實¹、藤永 明¹

【背景】大腸ステントは2012年に承認され、閉塞性イレウスに対する緊急手術の回避や遠方への移動を可能とし、術前のQOLを格段に向上させる。知床で大腸癌イレウスを発症し、術前管理として大腸ステントが有効であった2例を報告する。【症例1】70代、男性。山口県からの旅行者。2012年6月に山口県から知床を訪問し、初日の夕方より腹痛を認め、ウトロの診療所から斜里の病院を經由し、大腸癌イレウス疑いにて夜間に当科を受診した。CTにてS状結腸癌の閉塞性イレウスと診断し、内視鏡下に経肛門イレウス管を留置した。地元での手術の希望があり、第7病日に大腸ステント(WallFlex colonic stent, 22×90mm)を留置し、第12病日に羽田經由で山口へ転院となった。大腸ステント留置後19日目にS状結腸切除術を施行され、病理結果はstageIIであった。【症例2】60代、男性。石川県からの出稼ぎ労働者。2012年6月に知床で労働中に腹痛を認め、ウトロ診療所から斜里の病院を經由し、大腸癌イレウス疑いにて夜間に当科を受診した。CTにてS状結腸癌の閉塞性イレウスと診断し、同日夜間に内視鏡下に大腸ステント(WallFlex colonic stent, 22×90mm)を留置した。第4病日から経口摂取を再開し、函館での手術を希望され、第7病日に函館の病院へ転院となった。大腸ステント留置後22日目にS状結腸切除術を施行され、病理結果はstageIIであった。【考察/結語】2例とも大腸ステントが有効で、航空機で移動し、希望の土地での手術が可能であった。1例目は大腸ステントの在庫がなかったため、発症時に大腸ステントを留置できなかったが、2例目は大腸ステントの在庫を用意していたため、発症時に大腸ステントの留置が可能であった。今後も地域において大腸癌イレウスに遭遇する可能性は高く、事前にステントの在庫を確保するなどの体制を整え、適切な術前マネジメントを図らないとしない。

111 (内)

検診を契機に診断された健常女性に発症したアメーバ腸炎の一例

¹函館五稜郭病院 消化器内科

○矢和田 敦¹、須藤 豪太¹、柗木 善晴¹、五十嵐 哲祥¹、谷津 高文¹、
岡 俊州¹、笠原 薫¹、小林 寿久¹

症例は50代女性。検診の便潜血反応陽性のため平成24年8月当院を受診した。平成24年9月大腸内視鏡検査施行。盲腸、上行結腸、横行結腸に地図状不整な潰瘍をみとめた。同部位からの生検にてPAS陽性を示す栄養型アメーバをみとめアメーバ性腸炎と診断した。診断後生活歴、海外渡航歴など問診したところ、8年前に韓国に旅行歴をみとめた。メロニダゾール内服により内視鏡所見の改善をみとめた。アメーバ性大腸炎はEntamoeba histolyticaの嚢子を経口摂取し、嚢子が脱糞し栄養型となって分裂、増殖することによって発症する。本邦での患者数は年々増加、都市部での増加が著しいとされている。その要因として本症例のような無症状例の存在が寄与していることが考えられる。文献的考察を加え発表する。

110 (消)

当院で経験したCronkhite-Canada症候群の3症例

¹札幌厚生病院 胃腸科

○道上 篤¹、鈴木 肇¹、前田 聡¹、賀集 剛賢¹、西園 一郎¹、
乙黒 雄平¹、寺門 洋平¹、菊池 仁¹、西岡 均¹、萩原 武¹、小澤 広¹、
黒河 聖¹、今村 哲理¹

Cronkhite-Canada症候群(Cronkhite-Canadasyndrome; CCS)は消化管ポリポースに脱毛、皮膚色素沈着、爪甲異常などの外胚葉病変をともなう非遺伝性のまれな疾患である。中高年以降の発症が多く、初発症状の大部分が下痢であり、それと共に外胚葉系異常が顕著になるとされている。今回我々は2006年4月から現在までにおいて当院で経験したCCS症例に対して臨床所見、画像所見、治療法について検討したので報告する。症例は3例で男性2例、女性1例、平均年齢は70.7歳であった。症状は下痢を全例で認め、腹痛を2例で認めた。また脱毛、爪甲萎縮、味覚異常といった外胚葉病変を全例で認めた。検査所見では全例で低蛋白血症を認めた。上下部消化管内視鏡検査では胃、大腸にびまん性にポリープが密在しており、発赤・浮腫状を呈していた。治療は全例で副腎ステロイド剤の投与が行われ症状の改善を認め、治療後の上下部消化管内視鏡検査ではポリープは縮小していた。CCSの消化管ポリープは非腫瘍性のポリープで癌の合併はまれであるとされてきたが、近年CCSの報告例の増加、予後の改善に伴い消化管癌合併例が数多く報告されており、今後も厳重な経過観察が必要である。

112 (消)

膀胱壁膿瘍を合併したS状結腸憩室炎の1例

¹製鉄記念室蘭病院 消化器内科・血液腫瘍内科、²製鉄記念室蘭病院 外科、

³製鉄記念室蘭病院 泌尿器科、⁴札幌医科大学 第四内科

○櫻井 環¹、黒田 裕行¹、定免 渉⁴、在原 洋平⁴、平子 匡¹、安部 智之¹、
山田 充子¹、藤井 重之¹、前田 征洋¹、早馬 聡²、前鼻 健志³

症例は68歳男性。生来著患なし。2012年3月末より持続する微熱、下腹部鈍痛、便秘を主訴に4月下旬当科初診。腹部造影CTにて広範囲のS状結腸壁肥厚と隣接する膀胱壁の肥厚、膀胱壁内膿瘍を認め入院。下部消化管内視鏡検査ではS状結腸の内腔狭窄を認めるものの、粘膜面に腫瘍性病変や炎症所見はみられなかった。しかし可動性は悪く周囲に強固に癒着していた。膀胱鏡では後壁中心に壁外からの炎症によると考えられる浮腫状変化がみられるのみで膀胱腫瘍の所見はなし。膀胱・S状結腸いずれからの造影でも瘻孔は認めなかった。気尿や膿尿も認めなかった。S状結腸に微細な憩室が多発していたことから、S状結腸憩室炎の炎症が腸管壁に広範に及び内腔狭窄を来とし、かつ膀胱壁にも及び膿瘍を形成したものと考えられた。膀胱壁膿瘍が尿管口に近接していたため病変部切除は尿管損傷のリスクが高く、まずは絶食・抗生剤投与などの保存的治療を行った。膀胱膿瘍の縮小・炎症反応の低下・便秘の改善が得られたため、自然軽快を期待し外来で経過観察していたが、6月末から再び下腹部不快感が増強、排便困難となり、膀胱壁膿瘍の増大もみられたため、7月開腹手術を施行。術中所見ではS状結腸と膀胱が強固に癒着し、骨盤内の腹膜翻転部付近まで炎症の波及があり、腸管・直腸間膜ともに硬化していた。病変部の切除は困難と判断しS状結腸人工肛門造設にとどめた。その後は炎症の再燃無く、良好に経過している。本症例は結腸膀胱間に瘻孔を形成しなかったため、当初保存的治療を選択したが、結局手術を余儀なくされた。治療法の選択に苦慮した1例であり、若干の文献的考察を交えて報告する。

113 (消)

S状結腸憩室炎発症4年後に発見されたS状結腸小腸瘻の1例

¹琴似ロイヤル病院 消化器病センター

○金野 陽高¹、林 明宏¹、上野 敦盛¹、羽廣 敦也¹、本村 亘¹、丹野 誠志¹

症例は60歳代男性、9か月前からの腹部違和感を主訴に2012年7月当院を初診。CT上S状結腸に腫瘤形成を認め、大腸腫瘍の疑いで入院となった。2008年6月にS状結腸憩室炎の診断で他院に入院歴があった。大腸内視鏡検査上、S状結腸から小腸へ瘻孔を形成しており、内視鏡を小腸へ挿入可能であった。ガストログラフィン造影上もS状結腸から小腸への流出を確認した。また、S状結腸は浮腫状であったが明らかな腫瘍性病変は認めず、生検上も悪性所見を認めなかった。以上よりS状結腸憩室炎に伴う、S状結腸小腸瘻と診断し、手術治療を行った。手術所見はS状結腸とトライト韌帯より40cm肛門側の空腸が一塊となり、後腹膜にまで炎症が波及しておりS状結腸小腸部分切除術を行った。病理上悪性所見は認めなかったが、S状結腸の憩室形成と一部漿膜まで及ぶ膿瘍形成を認め、憩室炎の波及による瘻孔形成と考えられた。憩室炎の治療として抗生剤の投与は一般的であるが、膿瘍、穿孔、腸管狭窄、瘻孔を伴う憩室炎などの治療は手術も選択肢として挙げられる。しかし、微小な穿通や抗生剤治療で軽快する膿瘍などでは保存的に加療されることが多い。自験例では憩室炎初発時、S状結腸周囲に膿瘍を形成したものの保存的治療により軽快し、発症2か月後に内視鏡を施行されていたが、わずかに狭窄は認められたものの瘻孔形成は確認されず、手術治療は行われなかった。保存的に軽快する症例でも瘻孔形成をきたす症例があると考えられ、慎重な経過観察が必要であると考えられた。また、S状結腸憩室炎に伴う瘻孔形成は広く知られているが、結腸小腸瘻は比較的まれであり、検索した範囲で5例のみであった。今回S状結腸憩室炎に伴うS状結腸小腸瘻の1例を経験したので文献的考察を含め報告する。

115 (消)

MDCTのmultiplanar refomation像が術前診断に有用であった盲腸軸捻転症の2例

¹市立旭川病院 消化器病センター

○杉山 隆治¹、中嶋 駿介¹、鈴木 聡¹、中村 和正¹、助川 隆士¹、小澤 賢一郎¹、千葉 篤¹、垂石 正樹¹、斉藤 裕輔¹

盲腸軸捻転症は結腸軸捻転症の中でも比較的可成りな疾患である。今回我々はMDCTのmultiplanar refomation (MPR)像が診断に有用であった盲腸軸捻転症の2例を経験したので報告する。症例1. 58歳女性。腹部膨満、腹痛を主訴に近医を受診し、グリセリン浣腸施行するも排便なく、当院救急外来に紹介となった。CTのMPR像により腸管の軸捻転による絞扼性イレウスと診断し、緊急手術を施行した。開腹所見では、回盲部が固定されておらず移動盲腸の状態となっており、同部位が反時計回りに180度捻転していた。腸管壊死虚血を認めず、可逆性変化であったが、盲腸漿膜に一部亀裂を認めた。手動的に腸管を修復し、漿膜損傷部位を修復した。症例2. 54歳女性。統合失調症にて近医精神科で投薬を受けており、3回の腸閉塞の既往がある。3日前からの腹部膨満感を主訴に同院を受診し、CTでイレウスの診断で当科に紹介となった。当院でCTを再検し、MDCTのMPR像により、盲腸軸捻転による絞扼性イレウスの診断となり、外科で緊急手術を施行した。開腹所見では、回盲部が固定されておらず、移動盲腸の状態となっており、同部位が時計回りに720度捻転していた。腸管壊死虚血を認めず、可逆性変化であったが、漿膜に一部亀裂を認めた。手動的に腸管を修復し、漿膜損傷部位を修復した。本症の頻度は結腸軸捻転症中の5.9%と、稀な疾患であり、術前診断に難渋することもある。発症の誘因として手術後・長期臥床・高齢などによる大腸のアトニー、過食、便秘などがあげられ、当院での2例は慢性的便秘を有していた。病態は絞扼性イレウスであり、診断が遅れると穿孔を来し、死に至る危険性がある。手術死亡率14.1%という報告もあり、早急な診断が重要であり、盲腸軸捻転症の診断にMDCTのMPR像は有用であると考えられた。

114 (内)

右側結腸に限局した一過性虚血性腸炎と思われる1例

¹財団法人小児愛育協会附属 愛育病院 消化器内科、

²財団法人小児愛育協会附属 愛育病院 内科

○小笹 真理子¹、佐賀 啓良¹、宮下 憲暢¹、長佐古 友和¹、三和 公明¹、斎藤 誠²、森岡 正信²

症例：63才男性。

既往歴：以前大腸ポリプの既往あり、生活歴：喫煙 十数本/日 飲酒歴なし
経過：平成16年頃から脂質異常症があり、不定期に投薬を受けていた。平成24年8月某日に左下腹部の激痛とともに下血があり来院。緊急大腸内視鏡検査にて直腸から横行結腸には異常を認めず、盲腸のバウヒン弁の対側に出血を伴う不整形潰瘍あり、盲腸から上行結腸に限局して浮腫状粘膜と発赤を認め、同時に施行したガストログラフィンによる造影にて拇指圧痕様変化が確認され入院となった。また腹部CT検査では上行結腸に限局して壁の肥厚所見があったが、血管の石灰化等動脈硬化の所見は認められなかった。入院後絶食、補液にて腹痛は徐々に軽快し、出血もなかった。大腸粘膜の細菌培養では常在菌しか検出されず、生検結果では粘膜のびらんを認め間質の浮腫、炎症細胞浸潤があり、虚血性腸炎に合致する所見と考えられた。その後の約2週間後の大腸内視鏡検査の再検では盲腸から上行結腸に発赤、癰痕を認めるものの潰瘍は改善し、注腸バリウムでも狭窄を残さず改善していた。以上の経過から稀な例ではあるが右側結腸に限局した虚血性腸炎の一過性型と診断した。脂質異常症があり、喫煙歴もあるが、大きな腹部血管の異常はCT上確認できず発症の原因は明らかでなかった。

考察：虚血性腸炎の後発部位は一般に左側結腸に多いとされており、右側結腸の発症例はわずかに報告されているに過ぎない。また報告例も右側結腸の虚血性腸炎では手術例が多いためか壊死型が多いようである。本例のように一過性の虚血性変化が右側の結腸に出現することはまれであり、画像上も興味ある症例と考えられ文献的考察も含め報告する。

116 (消)

3phaseCTにて出血源を明瞭に抽出され診断した直腸出血の一例

¹小樽掖済会病院消化器病センター、²町立長沼病院

○小松 悠弥¹、北岡 慶介¹、和賀 永里子¹、高梨 訓博¹、藤田 朋紀¹、勝木 伸一¹、佐々木 宏嘉²、倉 敏郎²

症例は85歳男性。平成24年10月中旬より前医に腰痛精査目的に入院中であったが、10月下旬に鮮血様下血を認めた。同日下部消化管内視鏡検査を施行するも明らかな出血性病変は認めなかった。翌日上部消化管内視鏡検査を施行したが出血性病変は認めなかった。その後下血なく経過していたが、入院9日目の夜より下血が再度出現し、その後も下血が持続した。入院11日朝まで計約7000mlの大量下血を認め、前回下血時に施行した上下部消化管内視鏡検査にて出血性病変を認めなかったことから小腸出血が疑われ当院へ紹介・転院となった。搬入後3phaseCTを施行したところ、動脈相にて直腸に造影剤の漏出所見を認めた。直腸からの出血を疑い緊急下部消化管内視鏡検査を施行したところ、直腸(Rb)にて動脈性出血を認め、クリッピングにて止血処置を施行した。その後再出血なく経過し、退院となった。当院の顕性小腸出血症例に対するアルゴリズムでは、まず3phaseCTを行い、出血病変が明らかでない場合にカプセル内視鏡検査を行い、その情報を基にダブルバルーン内視鏡検査の挿入ルートを決定して行っている。今回、小腸出血を疑い先行して行った3phaseCTによって出血源を同定し得た直腸出血の1例を経験したので若干の考察を加えて報告する。

117 (消)

虚血性大腸炎診断にエコー検査を普及させる第一歩

¹苫小牧市立病院 消化器内科

○武藤 修¹、宮本 秀¹、江藤 和範¹、小西 康平¹

【目的】虚血性大腸炎は、臨床的背景で限りなく推測可能と考えられるが、診断としてCT検査や内視鏡検査が第一に行われることが多い。我々は、放射線被曝や侵襲を考慮すると、急性期に腹部エコー検査を行う事が第一選択と考えている。当科における虚血性大腸炎に対する診断の変遷について検討した。【方法】対象は、2012年1月から2012年11月の間に虚血性大腸炎と診断された28例で男性9例、女性19例、年齢中央値69歳(19歳から90歳)であった。診断にエコー検査、CT検査、内視鏡検査の施行頻度について検討した。【結果】3例は、内視鏡検査時に偶然見つかった虚血性大腸炎であったため、症状のあった25例で検討を行った。検査前に虚血性大腸炎を鑑別に挙げていた症例が18例、鑑別していなかった症例が7例であった。鑑別に挙げていた症例でエコー検査を最初に行ったのは11例、CT検査は5例、内視鏡検査は2例に行っていた。また、鑑別していなかった7例では、第一選択としてエコー 4例、CT1例、内視鏡が2例施行された。【考察】前回の発表にて、当院における4年間の虚血性大腸炎を診断した100例の報告時、エコー検査は最初に約30%施行されていた。今回、虚血性大腸炎を疑った場合にエコー検査は61%に施行され、鑑別していなくとも57%に施行されていた。一方で前回 CTは88%に施行されていたが、今回はそれぞれ、28%、14%と使用頻度が低下していた。虚血性大腸炎の診断に、当院の様な一般病院でも簡便かつ低侵襲である腹部エコー検査が広がっていくことが期待される。

119 (消)

エコー検査が有用でなかった潰瘍性大腸炎の一症例

¹苫小牧市立病院 消化器内科

○武藤 修¹、宮本 秀¹、江藤 和範¹、小西 康平¹

近年、消化管エコー検査の有用性が認知されている。エコー検査だけでIBDを診断することは困難であるが、IBDの診断がつけば活動期では腸管の層構造の不明瞭化や浮腫性の肥厚と言う所見が、症状の改善とともに画像所見も改善する事から、簡便で低侵襲なエコー検査は非常に有用と考えられている。しかし、エコー所見では臨床所見を説明できず、従来の内視鏡でのみ、その活動性を確認しえた症例を経験したので報告する。症例は20代女性、10代後半から潰瘍性大腸炎、全大腸炎型を発症した。臨床的緩解を維持していたが、突然、腹痛と1日4行以上の血便、下痢を主訴に定期外受診をされた。当日、エコー検査を行うと上行結腸は水様便の貯留、横行結腸はガス像、下行結腸から直腸まで7mmの壁肥厚は見られる状態であったが、粘膜下層のエコーレベルの低下までは見られない所見であった。2日後、症状は改善を認めなかったが、エコー検査では大腸壁肥厚は消失していた。しかし、同日に行った内視鏡検査では全大腸において、びらん、発赤、浮腫、易出血性、膿汁の所見を認めた。Matts Grade3の所見で、病理結果ではMatts Grade3-4の所見を認めた。その後、治療にて症状は緩解したが、再増悪した際のエコー所見でも大腸の壁厚は肥厚しないにもかかわらず、内視鏡・病理所見は全大腸にMatts Grade3以上の所見を示していた。潰瘍性大腸炎の炎症の主座は主に粘膜であり、活動が激しいと粘膜下層まで炎症の波及が見られるが、症状が増悪しても、炎症が粘膜固有層内のみとどまっている場合は、壁肥厚が見られない事が予想される。そのため、エコー検査で潰瘍性大腸炎の活動性を評価する場合、中等症以下の活動性であれば有用ではない症例が存在する。

118 (消)

大腸憩室炎を外来で経過を見るためにエコー検査は有用である

¹苫小牧市立病院 消化器内科

○武藤 修¹、宮本 秀¹、江藤 和範¹、小西 康平¹

【背景】一般臨床において、大腸憩室炎はほとんどが軽症にとどまり、憩室内部の炎症と憩室周囲の限局的な膿瘍形成の状態となっていると考えられている。エコーは、その憩室周囲の膿瘍や脂肪織の炎症を評価する事ができる検査であり、水城らはエコー検査を用いる事で、外来治療が可能か判別できる可能性があると報告している(診断と治療、2006)。【目的】我々も同様の腹部エコーによる画像診断を用いて憩室炎に対して外来治療をする事を試みた。【方法】水城らはGrade1の評価となる「憩室エコーと2cm未満の膿瘍形成」までであれば状況が許せば外来で経過を見る事が可能であり、Grade2の評価となる「憩室エコーと2cm以上の膿瘍形成、または腹腔内穿孔を伴う」は入院が必要とした。2012年4月から11月までの当科にて腹部エコー検査で評価し得た12人の大腸憩室炎症例について検討した。【結果】エコー所見は、11例がGrade1で1例がGrade2であった。外来のみで治療を完遂した症例は5例、入院となった症例は7例であった。外来で経過を見る場合は、診断の3-4日後に再来後、症状の悪化もしくはエコー検査で悪化が見られた場合は入院とし、症状の改善とエコー検査の改善が見られた場合は、投薬のみで再来は終了とした。エコー検査結果とは関係なく、入院を希望されたのが1例であった。症状の悪化など再来後の入院は2例みられた。残りの4例は強い腹痛や、発熱、採血上の強い炎症所見、Grade2の画像所見のため入院となった。Grade1の症例は、入院日から食事開始まで約4日程度であった。外来観察した症例において、その後の大きな合併症や早期の再発は認めなかった。【考察】既報告と同様に、エコー検査を用いる事で、外来のみで治療を完遂することは可能であった。エコー検査は、憩室炎の診断と重症度判定に非常に重要な画像検査と考えられた。

120 (消)

Clear cell sarcomaに類似した食道粘膜下腫瘍の一例

¹旭川厚生病院 消化器科、²旭川厚生病院 臨床検査科、³旭川医科大学 病理学講座 免疫病理分野

○立花 靖大¹、高橋 慶太郎¹、藤林 周吾¹、藤永 明裕¹、森田 康太郎¹、佐藤 智信¹、後藤 充¹、斎藤 義徳¹、柳川 伸幸¹、折居 裕¹、柴田 好¹、櫻井 宏治²、佐藤 啓介³

症例は50歳代の男性で2011年12月頃から嚥下時のつかえ感を自覚し2012年4月中旬に近医受診され、上部消化管内視鏡検査で食道粘膜下腫瘍を認め5月上旬当科紹介初診となる。上部消化管内視鏡では門歯から32cm～36cmに広がる4cm大の粘膜下腫瘍を認め、EUS(超音波内視鏡)では同部位に境界明瞭な大部分がhigh echo、一部low echoな腫瘍を認めた。CTでは胸部下部食道に4cm大の腫瘍を認め、PET-CTでは病変部に一致して異常集積(SUV=6.0)を認めた。EUS-FNA (EUSガイド下穿刺吸引細胞診)では肉腫が疑われたが確定診断には至らなかった。諸検査より悪性の食道粘膜下腫瘍が疑われたため当院外科に受診され6月上旬、食道亜全摘術および胸部食道一形成胃管胸腔内吻合を施行された。切除標本では胸部下部食道に30×23×23mm大の粘膜下に広がる境界明瞭な腫瘍を認めた。病理検査では紡錘形細胞の束状構造、錯綜配列を形成する部分と卵円形細胞が胞巣状構造を示し増殖する成分が混在していた。免疫染色ではCD34(partial+),S-100(+),vimentin(+),Desmin(-),NSE(+),a-SMA(-),ミオグロビン(-),MIB-1(+),c-kit(-),TTF(-),SOX-10(+))であった。病理組織診断ではClear cellsarcoma-like tumorであり、現在詳細検討中である。Clear cell sarcoma類似の食道粘膜下腫瘍の一例を経験したので若干の文献的考察を加え報告する。

121 (消)

食道webを伴ったUpside down stomachの1例

¹清田病院 消化器内科、²清田病院 内科

○岡本 哲郎¹、村松 博士¹、猪俣 英俊¹、田中 信悟¹、長町 康弘²、山内 尚文²、小山 隆三²、井原 康二²、西里 卓次²

食道裂孔ヘルニアの脱出の程度が高度で胃全体が縦隔内に脱出し、さらに軸捻転が加わったupside down stomachは稀な疾患で、これまで本邦ではわずか40例ほどが報告されているのみで、観血的外科手術が行われることが多い。今回われわれは、食道webを合併したupside down stomachの胃軸捻転に対して内視鏡的整復を試み、通過障害の改善を得た症例を経験したので報告する。症例は87歳女性。認知症にて施設に入居中。平成24年5月某日、前日夕食後からつづく食道つかえ感を主訴に来院した。経鼻内視鏡検査で食道入口部直下に食物残渣の貯留を認め、同時に食道の狭窄を認めた。通常内視鏡に切り替えて残渣の回収を試みるも除去できなかった。胸部CTでは胸部食道に食物残渣を認めたほか縦隔内には大きな食道裂孔ヘルニアが存在しており、その内容は軸捻転した胃であり、いわゆるupside down stomachを呈していた。さらなる内視鏡処置は翌日行うこととし、補液を目的に入院した。翌日、スネアを用いて食道内食物残渣(貝ヒモ)を除去したところ、同部に膜様狭窄部Webを認めた。さらに、レントゲン透視を併用し内視鏡を十二指腸球部まで挿入したうえで、奥らの方法に準じて内視鏡を引いたところ、軸捻転は整復された。食道つかえ感は改善し経口摂取も容易となり、同日退院した。3日後の内視鏡では胸部食道に2か所の食道webが認められたが、既往歴(家族からの聴取)に貧血は明らかでなかった。4か月後に当院を受診した際の内視鏡では食道webは消失していた。食道webを合併したupside down stomachの稀な症例を経験したので、文献的考察を含めて報告する。

123 (内)

ステロイド内服単独でバルーン拡張術を回避できた食道表在癌全周性切除の1例

¹札幌厚生病院 第一消化器科

○鈴木 肇¹、前田 聡¹、伊藤 彰洋¹、山口 将功¹、西園 一郎¹、道上 篤¹、乙黒 雄平¹、寺門 洋平¹、菊池 仁¹、西岡 均¹、萩原 武¹、小澤 広¹、黒河 聖¹、今村 哲理¹

症例は70歳の男性。胃癌術後のスクリーニング上部内視鏡検査にて胸部中部食道に亜全周性の表在癌を認めた。全身精査を行ったところ明らかな深部浸潤を示唆する所見はなく、遠隔臓器転移も認めなかったため内視鏡的粘膜下層剥離術(ESD)を施行した。病変は亜全周性であったがR0切除を目的とし全周性切除とした。術中穿孔や術後出血などの偶発症は認めず、病理組織診断は切除径 65x55 mm、病変径 60x45 mm、squamous cell carcinoma, pT1a(pMM), ly0, v0, HM0, VM0であった。周在性2/3周以上では術後狭窄は必発であり、特に全周性切除ではステロイド局注療法でも十分な効果が得られず、頻回のバルーン拡張術を要することが多いため、近年その有用性が報告されているステロイド内服による狭窄予防法を選択した。投与スケジュールはESD術後3日目よりプレドニゾロン 30 mg/day, 25 mg/dayをそれぞれ2週間。以後、5 mgずつ1週間毎に漸減し全投与期間8週間で中止した。この間、約1週間毎に内視鏡にて狭窄の有無を確認し必要があればバルーン拡張術を予定したが、ステロイド内服終了後も嚥下障害などの自覚症状なくまた、通常径内視鏡の通過も良好であった。さらに、ステロイド内服による副作用も懸念されたが食道カンジダ症のような軽微な副作用を含め観察されなかった。今回、われわれはステロイド内服単独でバルーン拡張術を回避できた食道表在癌全周性切除の一例を経験したので若干の文献的考察を含めて報告する。

122 (内)

孤立性静脈瘤上の表層拡大型食道癌に対してESDを施行した1例

¹北海道大学 消化器内科、²北海道大学病院 光学医療診療部、³中川胃腸科

○高橋 正和¹、清水 勇一¹、大野 正芳¹、大森 沙織¹、鈴木 美櫻¹、山本 純司¹、森 康明¹、小野 尚子²、中川 学²、間部 克裕²、中川 宗一³、工藤 俊彦³、加藤 元嗣²、坂本 直哉¹

症例は50歳代男性。2011年初旬より嚥下時の頸部痛を自覚しており2012年2月に当院耳鼻咽喉科を受診、精査の結果下咽頭癌の診断となった。全身精査目的の上部消化管内視鏡検査(EGD)にて2/3周性の0-IIb+IIa病変を認めた。まずは下咽頭癌に対して放射線化学療法を施行する方針となり、同治療が終了した際のEGD再検で食道癌の残存を認めたため、精査加療目的に当科入院となった。EGDでは、切歯24-29cmに2/3周性の0-IIc+IIa病変を認め、腫瘍口側の一部が孤立性静脈瘤にかかっていた。NBI拡大観察では、IPCLは拡張および延長しており一部には無血管野を認めるものの、深部浸潤を示唆する異常所見は認めなかった。超音波内視鏡検査では深達度MM/SM1程度の診断であり、転移を疑うようなリンパ節腫大は認めなかった。以上の結果から、表層拡大型の早期食道癌と診断し、ESDの相対適応病変と判断されたためESDの方針となった。ヨード染色にて腫瘍の範囲を確認しマーキングをし、局注の上周囲切開を行った。病変を口側から、ITナイフnanoを用いて粘膜下層やや深層のレベルで剥離を進めていったところ、孤立性静脈瘤が病変とともに剥離された。その後も剥離を進めていき、大きな出血などの合併症もなく施行時間128分で一括切除、内視鏡的完全切除となった。術後経過は良好であったが、ESD後瘢痕狭窄をきたし、数回のバルーン拡張を要した。病理組織学的診断は、Ut, 55x39mm, Squamous cell carcinoma, pT1a-MM, pHMo, pVM0, INFa, Iyo(D2-40), v0(E-Ma)であった。今回我々は、孤立性静脈瘤上の表層拡大型食道癌に対してESDを施行した症例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。

124 (消)

フッ化ピリミジン系、およびプラチナ系抗癌剤に不応となった切除不能進行・再発食道癌に対するドセタキセルの有効性、安全性の検討: retrospective study

¹北海道大学 医学部 消化器内科学、²北海道大学病院 腫瘍センター

○小林 良充^{1,2}、小松 嘉人²、佐々木 尚英^{1,2}、太宰 昌佳^{1,2}、福島 拓²、結城 敏志¹、坂本 直哉¹

【背景】切除不能進行・再発食道癌に対しては緩和・延命目的の化学療法が行われているが、標準的な2次治療は確立されていない。本邦では第2相試験の結果をもってドセタキセルが2004年、パクリタキセルが2011年に保険承認されており、日常診療ではフッ化ピリミジン系+プラチナ系抗癌剤に不応・不効となった症例に対して、これらタキサン系抗癌剤が広く使用されている。【目的】日常臨床において、フッ化ピリミジン系、およびプラチナ系抗癌剤に不応となった切除不能進行・再発食道癌患者に対するドセタキセルの有効性、安全性につき、後ろ向きに検討すること。【対象】当科において2007年4月から2012年10月迄にドセタキセルを投与した食道癌患者のうち、前治療のフッ化ピリミジン系、およびプラチナ系抗癌剤に不応となり、データ解析が可能であった26名を対象とした。【結果】患者背景は男/女 20/6、年齢中央値63歳(47-75)、PS 0/1/2 (10/14/2)、原発巣は頸部/胸部上部/胸部中部/胸部下部/腹部 (3/7/13/2/1)、組織型は1例の腺扁平上皮癌を除きすべて扁平上皮癌であった。Grade 3以上の有害事象は好中球数減少76.9%、白血球減少65.4%、発熱性好中球減少症34.6%、食欲不振15.4%、低アルブミン血症7.7%などであった。また、肺炎による治療関連死亡を1例に認めた。治療サイクルの中央値は3回(1-22回)で、奏効率 11.5%、病勢制御率 38.5%、無増悪生存期間中央値 2.6か月、生存期間中央値 5.6か月であった。【結語】国内第2相試験のOS 8.1か月と比較すると、本試験では5.6か月とやや短い傾向にあった。骨髄抑制を中心とした有害事象は既報と同程度に認めており、特に発熱性好中球減少症の発現には注意が必要であると考えられた。

125 (内)

胸腔鏡に実施する食道癌サルベージ手術の手術成績

¹北海道大学 消化器外科II

○七戸 俊明¹、加藤 健太郎¹、海老原 裕磨¹、倉島 庸¹、阿部 紘丈¹、土川 貴裕¹、田中 栄一¹、平野 聡¹

(はじめに)食道癌のサルベージ手術は、R0手術が実施可能であった場合には長期生存が期待できるが、術後合併症や手術関連死亡が多いとされている。当科ではサルベージ手術に対しても通常手術と同様に手術症例全例に対して胸腔鏡下食道切除術を施行しているため、その術式と成績について報告する。

(対象)1998年から2012年までのサルベージ食道切除術を行った22例

(術式)T2以深の症例や、T4のdown stage症例に対しては、助手補助下の胸腔鏡手術を採用することで手術の安全性を担保している。また、主に表在癌に対しては腹臥位の胸腔鏡手術を採用しより低侵襲の手術を目指している。リンパ節郭清は標準手術が3領域郭清であるのに対して、サルベージ手術では治療の経過中に転移を認めた部位のみの郭清としている。

(結果)全例に対して、鏡視下の胸部操作で手術を開始したが、右肺下葉・心嚢合併切除を要した1例で小開胸に移行した。術死・在院死亡はなく、R0手術は16例(73%)で達成可能であった。サルベージ手術を実施した後の5年生存率(Overall survival)は16.5%であった。

(まとめ)手術リスクの高いサルベージ手術に対して、低侵襲の胸腔鏡下食道切除術を安全に実施可能であった。

127 (消)

食道アカラシアに対して単孔式腹腔鏡下Heller-Dor手術を施行した2症例

¹清田病院 外科、²清田病院 内科

○山田 秀久¹、矢野 智之¹、田中 信悟²、長町 康弘²、猪股 英俊²、岡本 哲郎²、村松 博士²、山内 尚文²、井原 康二²、西里 卓次²

【目的】低侵襲性と整容性が期待される単孔式腹腔鏡手術が本邦に紹介され、当院では'09年10月から単孔式腹腔鏡下胆嚢摘出術を開始し現在まで250例以上の単孔式手術を行っている。今回、食道アカラシアに対して単孔式腹腔鏡下Heller-Dor手術(sILHD)を2例施行したので報告する。【症例】66歳女性。約10年前より食事の痞えや食物嘔吐を認めていた。近医を受診しバリウム検査で異常を指摘され当院紹介となった。既往歴：高血圧に対してCa blocker内服。入院時検査所見：CTで下部食道の拡張、液体貯留を認めた。上部バリウム造影でバリウムの停滞、排泄遅延、食道のflask型拡張GradeIIIを認めた。上部内視鏡で下部食道拡張、食道胃接合部の弛緩不全を認めた。Eckardt score 8点。以上より食道アカラシアstageIIIに対してsILHDを施行。手術は臍を縦に2.5cm切開しEZアクセスを装着。5mm flexible scope、従来型鉗子、フック型電気メス、超音波凝固切開装置を使用。肝臓、胃上部を牽引。補助鉗子なし。筋層切開は食道6cm、胃側2cm。術中内視鏡で十分な接合部の開大を確認し噴門形成を追加。再度内視鏡で狭窄の無いことを確認し終了。手術時間248分、出血量少量。術後食道造影で通過障害、逆流を認めなかった。術後2日目から経口摂取を開始した。術後合併症は認めず14日目に退院した。術後1年経過したが、再発などの異常は認めていない。【症例】65歳男性。1年程前より食事の痞えや嘔吐を認めていた。体重減少20kg。上部内視鏡検査で異常を指摘され当院へ紹介となった。入院時検査所見：CTで下部食道の拡張、液体貯留を認めた。食道造影で造影剤の停滞、排泄遅延、食道のspindle型拡張GradeIを認めた。上部内視鏡で食道内液体貯留、下部食道狭小部への集束中像を認めた。Eckardt score 8点。StageIII。前述同様にsILHDを施行。手術時間206分、出血量少量。術後食道造影で通過障害、逆流を認めなかった。術後2日目から経口摂取を開始した。術後合併症は認めず4日目に退院した。【結語】単孔式腹腔鏡下Heller-Dor手術は有用な治療法と考えられた。

126 (消)

逆流性食道症に対する腹腔鏡手術の検討

¹KKR札幌医療センター斗南病院 外科

○山本 和幸¹、奥芝 俊一¹、岩城 久留美¹、小野田 貴信¹、鈴木 善法¹、川原田 陽¹、北城 秀司¹、加藤 紘之¹

【はじめに】逆流性食道症の外科治療は古くからNissen法などが施行されてきたが、近年腹腔鏡手術が導入され、その施行例が増加してきている。逆流性食道症の治療は、H2-blockerやPPIなどの酸分泌阻害薬が第一選択である。外科的治療の適応として、1. 内科的治療が奏効しない場合、2. 年齢、治療期間、経済的理由で内科治療が奏効しても外科治療が望ましい場合、3. ノレット食道や狭窄、高度食道炎を合併する場合、4. 巨大な食道裂孔ヘルニアによる出血や嚥下障害などの合併がある場合、5. 喘息、嘔声、咳嗽、誤嚥などの症状がある場合、もしくは24時間pHモニタリングで高度の逆流を証明できる場合、などである。実際に薬物治療に抵抗を示し内視鏡検査では逆流性食道症の所見が無い場合でも、24時間pHモニタリングにより酸の逆流が証明されるケースでは、外科的治療のよい適応と考へている。【目的】当科で逆流性食道症に対して腹腔鏡手術を施行した症例を検討し、その安全性と有用性を検討した。【対象と方法】2005年4月から2012年9月までに当院で腹腔鏡手術を施行された9例を対象に手術時間、出血量、術後合併症、術後在院日数、症状を検討した。【結果】対象患者の平均年齢は76(47-82)歳で、手術動機は6例(内服治療無効)、1例(通過障害)、1例(呼吸苦)であった。術式はFloppy Nissenが7例、Toupetが2例であった。平均手術時間225分(138-390)、平均出血量79ml(0-285)、在院日数中央値13日(8-28)、合併症は誤嚥性肺炎を1例に認めたのみであった。全例で症状の改善を認め、酸分泌阻害薬の減量もしくは中止が可能であった。【結語】腹腔鏡下食道裂孔ヘルニア根治術は安全に施行可能であり、有用であった。逆流性食道症は薬物治療で簡単に治癒するものは良いが、薬物治療に抵抗を示す比較的若年者では早めに外科的治療を行うことも考慮すべきであろう。

128 (消)

腹腔鏡が診断に有用であった結核性腹膜炎の一例

¹北海道大学病院消化器内科、²北海道大学病院光学医療診療部、

³中川胃腸科、⁴北海道大学腫瘍内科、⁵北海道大学病院 消化器外科II、

⁶特定医療法人とこはる 東栄病院

○鈴木 美穂¹、大野 正芳¹、大森 沙織¹、高橋 正和¹、森 康明¹、山本 純司¹、工藤 俊彦¹、清水 勇一¹、坂本 直哉¹、小野 尚子²、間部 克裕²、加藤 元嗣²、中川 学³、中川 宗一³、木下 一郎⁴、寺村 紘一⁵、常松 泉⁶

今回我々は、結核性腹膜炎の1例を経験したので報告する。

症例は70歳代男性。腹痛と微熱を主訴に当科を受診した。腹部に著明な膨隆を認めたため、CTを施行したところ、腹水貯留に加えびまん性の腹膜肥厚と多発する小結節性病変を指摘された。造影効果のある充実性の結節であり、悪性疾患を疑い全身精査を行った。しかし、上下部消化管内視鏡検査、PETにても原発巣は指摘しえず、腹水穿刺とエコー下大網経皮的針生検も施行したが、悪性所見は得られなかった。また、腹水細胞診や培養からも診断確定には至らなかったため、診断目的に腹腔鏡検査が施行された。腹膜全体に粟粒状に散在する小結節が観察され、結腸及び大網は腹壁と癒着していた。大網組織の病理診断にて、乾酪壊死を伴う類上皮細胞性肉芽腫を認め、結核性腹膜炎と診断された。血清ADAは76.1U/l、腹水ADAは81U/lと共に高値であったが、QuantiFERON[®]、腹水・腹膜・喀痰・便の結核菌塗抹・PCR検査はすべて陰性であった。また、胸部CTでは両側の胸膜肥厚と胸膜下の陳旧性変化のみであった。6ヶ月間の抗結核薬による加療により、症状は改善し、CT上腹水や腹膜結節も消失している。結核性腹膜炎は、全結核患者の0.5%程度にみられる稀な病態であり、肺結核や腸結核に続発するものが多くを占める。結核性腹膜炎の診断に用いられる抗酸菌塗抹や培養検査、PCR検査の感度は低く、ツベルクリン反応やQuantiFERONの感度も60-70%程度と報告されている。一方、腹腔鏡下腹膜炎検査は組織学的証明が可能であり、診断にきわめて有用である。他臓器に結核病巣を認めない結核性腹膜炎は稀であるが、大網肥厚や結節性病変は特徴的な所見であり、本疾患も念頭に置くべきであると思われた。

129 (消)

Benign multicystic peritoneal mesotheliomaの1例

¹製鉄記念室蘭病院 消化器内科・血液腫瘍内科、
²製鉄記念室蘭病院 病理・臨床検査室、
³製鉄記念室蘭病院 外科・呼吸器外科、⁴札幌医科大学医学部 第四内科
○平子 匡¹、藤井 重之¹、三浦 翔吾¹、山田 充子¹、安部 智之¹、
櫻井 環¹、黒田 裕行¹、前田 征洋¹、藤田 美剛²、仙丸 直人³、
在原 洋平⁴、定免 渉⁴

中皮腫(mesothelioma)は、胸膜、腹膜、心膜などの体腔上皮に由来する腫瘍である。腹膜由来のmesotheliomaは、びまん性で悪性のものがほとんどであり、良性はまれであるが、その中でも、multicystic typeは特殊型と考えられ、非常にまれである。今回、我々は、腹腔内に大小多数の嚢胞性病変として認められたBenign multicystic peritoneal mesotheliomaの1例を経験したので報告する。症例は、67歳女性。腹部の違和感、膨満感を主訴に当院外来を受診。画像検査を施行した所、腹部エコーにて骨盤腔のやや右寄りに長径16cm大の巨大な嚢胞性腫瘍を認め、左腎臓近くにも径30mm程度の嚢胞性腫瘍を認めた。CT検査では、上記巨大病変は内部がややhigh densityながら均一で、明らかな充実性部分を認めない嚢胞性病変であった。また、左側の小腸間膜内にはエコー検査でも指摘された嚢胞性病変を認め、それ以外に腹腔内には微細な結節影が散在していた。卵巣由来の腫瘍の可能性が考えられた為、当院婦人科にコンサルトし、手術を施行。術中所見にて両側卵巣に異常を認めなかった事から、腸管膜由来嚢胞性腫瘍と考え、手術を当院外科に代わって摘出術を施行した。腹腔内には多数の小嚢胞が存在し完全摘出は困難であった為、上記2か所の腫瘍と小嚢胞1か所の切除で終了とした。切除標本を病理組織学的に検討した所、腫瘍は1層の上皮細胞や2、3層から数層の細胞が裏打ちし、内部にserous fluidを含む嚢胞で構成され、異型や浸潤像など悪性所見は認めなかった。特殊染色の結果と合わせて、Benign multicystic peritoneal mesotheliomaの診断となった。若干の文献的考察を加えて報告する。

131 (消)

中結腸動脈瘤破裂に対しコイル塞栓術を施行した1例

¹市立室蘭総合病院 消化器内科
○山本 至¹、金戸 宏行¹、石上 敬介¹、伊東 文子¹、那須野 正尚¹、
中垣 卓¹、佐藤 修司¹、清水 晴夫¹

【症例】78歳、男性

【主訴】腹部膨満感

【現病歴】H23年12月、脳梗塞の疑いで当院脳神経外科入院中に腹部の膨満感を発症した。腹部単純CTで膵腹側に腫瘍影を認め、腫瘍性病変の可能性を考え造影CTを撮影したところ、上腸間膜動脈分枝に腹腔内ならびに腸間膜内への出血を伴った直径8mm程度の動脈瘤が発見された。Hb8.5と貧血の進行も見られており、当日中に緊急血管造影検査を行った。上腸間膜動脈から造影すると中結腸動脈に瘤を認め、腹腔内への造影剤の流出が見られた。中結腸動脈瘤破裂と診断し、マイクロコイルを用いた動脈塞栓術を施行した。トルネード血管塞栓マイクロコイルを合計8本使用し塞栓し、DSAで動脈瘤内への血流がほぼ途絶したことを確認した。末梢へはアーケードを介した血流があることが確認できていたため、術後に腸管虚血を疑う所見は見られなかった。以降の経過は良好で、術後15日目に退院した。

【考察】中結腸動脈瘤破裂はショックをきたし発見されることが多いため、緊急開腹手術を行うことが多い。しかし、本症例のように比較的早期で診断された動脈瘤破裂に対してはより侵襲が小さく、診断から治療に直結する血管内治療が有用であることが示唆された。

130 (消)

腹腔内に出現した原発不明癌の一例

¹札幌しらかば台病院 消化器科、²札幌しらかば台病院 病理
○見田 裕章¹、足立 靖¹、原田 拓¹、秋野 公臣¹、菊地 剛史¹、
澤田 武¹、高橋 秀明¹、安達 靖代¹、中村 正弘¹、吉田 幸成¹、
加藤 康夫¹、石井 良文²、遠藤 高夫¹

【症例】80歳代女性。【主訴】発熱、食思不振。【現病歴】気管支喘息、橋本病、偽痛風、認知症のため外来通院中だった。発熱、食思不振、左足背の圧痛および尿量の低下を認め、精査加療のため入院となった。【経過】抗生剤などの加療により一旦解熱したが、食思不振のため退院は困難であった。第3病日に施行した上部消化管内視鏡検査では逆流性食道炎を認めたが、腫瘍性病変は認めなかった。発熱の原因精査のため施行した腹部CT検査では腎嚢胞、卵巣嚢胞の他に、胃小弯近傍にφ1.6cmの腫瘍像を認めた。ご家族に精査を勧めるも希望されなかった。その後発熱と炎症反応の上昇を繰り返し抗生剤の使用によっても解熱せず、不明熱の原因として悪性リンパ腫などが疑われた。第114病日の腹部CT検査で、胃小弯近傍の腫瘍の腫大を認めた。第161病日の腹部CTでは胃小弯近傍の腫瘍のさらなる腫大(φ5.6cm)に加え、多発する肝内腫瘍、両側胸水および肺結節像を認めた。その後全身状態が徐々に悪化し第196病日に永眠された。確定診断のためご家族に病理解剖を依頼し承諾いただいた。病理解剖において腹腔内腫瘍の主体は傍膵部にあり膵には僅かに浸潤しているのみで、肝に広範に転移しているのが確認された。腫瘍はHMWK/LMWK陽性で、形質は類基底癌だが、細胞は多型性であり、solid typeの未分化癌/退形成癌(anaplastic carcinoma)とも呼ぶべきものであった。免疫組織染色ではCK7+/CK20-、またMUC2-/5AC±であり、膵導管由来の未分化癌の可能性が示唆された。以上の病理所見と臨床経過から、異所性膵から発生したanaplastic carcinomaの可能性が推測された。【考察】異所性膵は上部消化管の粘膜下層に発生することが多く、また異所性膵が癌化を起こしたとする報告はまれである。興味深い症例と考えられたので文献的考察を加えて報告する。

132 (消)

当院における腸間膜静脈血栓症の検討

¹札幌厚生病院 消化器科
○乙黒 雄平¹、西岡 均¹、伊藤 彰洋¹、山口 将功¹、賀集 剛賢¹、
西園 一郎¹、道上 篤¹、鈴木 肇¹、寺門 洋平¹、菊池 仁¹、萩原 武¹、
前田 聡¹、小澤 広¹、黒河 聖¹、今村 哲理¹

【目的】腸間膜静脈血栓症は比較的稀な疾患であり、治療経過や予後について検討した報告は少ない。今回当院において経験した腸間膜静脈血栓症について治療経過、予後について検討した。【方法】最近10年の当院における腸間膜静脈血栓症で基礎疾患に肝硬変の無い患者を対象に上記項目について検討した。【結果】症例1. 50代男性。主訴は下血。既往歴に糖尿病。感染性大腸炎で入院中の腹部CTでSMVに血栓を認めた。原病の治療に伴いdanaparoid sodium使用。治療により血栓消失し、8年6か月再発なし。症例2. 40代男性。主訴は腹痛。既往歴に糖尿病。腸管壊死が疑われ開腹するも壊死を認めず閉腹。治療は急性期のdanaparoid sodium投与。その後warfarin sodium内服し。発症5か月後のCTで血栓消失。5年6か月再発なし。症例3. 40代男性。主訴は腹痛。既往歴に慢性膵炎。膵炎の急性増悪に伴いSMV血栓出現。膵炎の治療のみで血栓消失。5年6か月再発なし。症例4. 50代男性。主訴は腹痛。既往歴に糖尿病、Vater乳頭癌手術後(PPPD)。経過観察のみで血栓消失。4年11か月再発なし。症例5. 70代女性。主訴は腹痛。腹部CTにてSMVに血栓を認めた。治療は急性期のdanaparoid sodium投与。その後warfarin sodium内服。2年7か月再発なし。症例6. 40代男性。主訴は腹痛。既往歴に慢性膵炎。治療は急性期のdanaparoid sodium投与。その後warfarin sodium内服。1年6か月再発なし。当院での腸間膜静脈血栓症に対する長期管理は6例中3例(18か月-66か月 2例は継続中)に行われていた。平均観察期間57か月(18か月-102か月)で、全例血栓の再発は認めていない。【総括】当院における腸間膜静脈血栓症に対する急性期の治療は原病に対する治療が2例、抗凝固療法が4例に行われた。急性期を過ぎた後の抗凝固療法は側副血行路が発達し血栓再発のリスクの高い2例を含む3例に行われた。全例再発認めなかった。腸間膜静脈血栓症は再発後の死亡率が21~37%と高いので、再発リスクが高いと考えられる症例は長期の抗凝固療法が必要であるが、いつまで続けるべきかはコンセンサスがなく今後の症例の蓄積が重要である。

133 (内)

ダブルバルーン小腸内視鏡で診断した放射線性小腸炎、回腸狭窄の1例

¹旭川医科大学内科学講座 消化器・血液腫瘍制御内科学分野

○堂腰 達矢¹、井尻 学見¹、岡田 哲弘¹、坂谷 慧¹、安藤 勝祥¹、
河本 徹¹、上野 伸展¹、後藤 拓磨¹、富永 素矢¹、稲場 勇平¹、伊藤
貴博¹、田邊 裕貴¹、藤谷 幹治¹、高後 裕¹

症例は60歳代女性。2008年子宮頸癌の為に放射線化学療法を受けた。2009年4月腹痛が出現したため当科に紹介され、下部消化管内視鏡検査で直腸に面状潰瘍を認め放射線性腸炎と診断された。整腸剤などの内服治療を継続し潰瘍性病変はしだいに改善し経過観察となった。2012年9月下痢、嘔気が出現し当科を受診し、腹部CTで小腸イレウスと診断され同日入院となった。イレウス管留置の上保存的に治療したところ、イレウスは速やかに改善した。イレウス管からの造影では回腸は母指圧痕像を認め腸管の浮腫状変化も疑われたが造影剤の通過は良好であった。しかし、イレウス管抜去後食事再開に伴いイレウス状態を繰り返した。小腸造影を行ったが肛門側回腸は造影不良であったため、小腸カプセル内視鏡を行う方針としてパテンシーカプセル検査を施行した。パテンシーカプセルは3日後まで回腸に停滞し、通過障害が疑われ経肛門的ダブルバルーン小腸内視鏡を施行した。回腸はびまん性に浮腫状粘膜を呈し、回盲弁より口側50cmに高度の狭窄を認めた。画像検索から、炎症腸管は骨盤内に局限しており残存小腸を十分に残せると判断し反復するイレウスに対し小腸部分切除術を施行した。術中所見では回腸狭窄部にパテンシーカプセルの非溶解部分の残存を認めた。病理所見でも放射線による組織障害に矛盾しない所見であり、放射線性腸炎による狭窄と最終診断した。放射線性腸炎は、粘膜障害によって下痢や血便などを来す早期障害と粘膜固有層に深の障害によって、狭窄や瘻孔を来す晚期障害がある。その頻度は婦人科疾患においては20%程度と報告されており、内視鏡診断例も増加してきている。今回我々は、放射線性腸炎によりパテンシーカプセルで開通性を認めない高度の回腸狭窄を呈し外科切除を施行した症例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。

135 (内)

回盲部異所性子宮内膜症の1例

¹日鋼記念病院消化器センター、²日鋼記念病院 病理診断科

○檜森 亮吾¹、石川 桂子¹、岡 由衣¹、小川 悠史¹、根間 洋明¹、
横山 和典¹、船越 徹¹、喜納 政哉¹、林 俊治¹、高田 謙二¹、
浜田 弘巳¹、藤岡 保範²

症例は46歳女性。既往歴としてチョコレート嚢胞法切除術を施行されており、産婦人科で子宮内膜症治療のため通院中であった。長期間改善しない右下腹部痛を主訴に当科受診。血液検査所見ではCRPの軽度上昇を認めるのみであった。腹部CTでは回盲部に壁肥厚を認め、虫垂根部がターゲット状に肥厚していた。大腸内視鏡検査では虫垂が内側に突出し、反転、重積している所見を認め、スコープ、鉗子での整復は困難であった。粘膜は白色調で血管透見性が低下していた。異所性子宮内膜症による虫垂の変化を第一に考えたが、腫瘍性病変の合併も否定出来ず、腹腔鏡補助下回盲部切除術が施行された。術中所見では、回盲部、ハウヒン弁前面にあたる盲腸漿膜結腸垂内にチョコレート嚢胞様の塊を認め、回腸・虫垂が引き込まれていた。病理組織学所見では、肉眼所見で漿膜側に1.5cm大の硬結を認め、線維増生を伴う肥厚した虫垂で、漿膜下と固有筋層内に散在する子宮内膜間質を伴う子宮内膜腺を認めた。癒着する盲腸の固有筋層と漿膜下にも子宮内膜腺が散見され、免疫組織化学的にも子宮内膜症の所見であった。術後、右下腹部痛が消失し、手術による臨床症状の改善が認められた。異所性子宮内膜症は約80%が直腸とS状結腸に発生するとされるが、回盲部に発生した子宮内膜症の報告例は少なく、内視鏡所見に関する報告も少ないため、考察を加えて報告する。

134 (内)

消化管リンパ腫に発症した腸管合併症の検討

¹製鉄記念室蘭病院 消化器・血液腫瘍内科、

²製鉄記念室蘭病院 病理臨床検査室、

³製鉄記念室蘭病院 外科、⁴札幌医科大学 第四内科

○在原 洋平¹、黒田 裕行¹、三浦 翔吾¹、山田 充子¹、安部 智之¹、
櫻井 環¹、藤井 重之¹、前田 征洋¹、藤田 美剛²、仙丸 直人³、
定免 渉⁴、平子 匡⁴

【背景】消化管病変を有する悪性リンパ腫はその経過中に腸閉塞・穿孔・消化管出血など腸管特有の合併症を認めることがあり、その場合は化学療法の中断を余儀なくされ生存率の低下につながる。一方、腸管合併症の発症率やそれを引き起こし易いリンパ腫の形態と病理組織型については報告が少なく不明な点が多い。このため、腸管合併症の手術適応を予測できれば消化管リンパ腫の治療方針を立てる上で有益である。【目的】自施設で過去5年間に経験した消化管リンパ腫症例における腸管合併症について、内視鏡像と病理組織型およびKi-67による増殖マーカーとの関連性について後方視的に検討した。【対象】2007年1月から2012年6月までの5年間で当科に受診した消化管悪性リンパ腫29例のうち、腸管合併症により手術を要した7症例(24.1%)を対象とした。【結果】腸管合併症により緊急手術を要した7例のうち6例が空腸・回腸病変を有する症例であった。手術を要した時期は初診時4例、治療経過中3例であった。病理組織型はびまん性大細胞型B細胞リンパ腫(DLBCL)が7例中4例と最も多く、全身性リンパ腫の消化管浸潤例がほとんどであった(7例中6例)。形態学的には潰瘍型3例、隆起型2例、混合型1例であった。潰瘍型3例はいずれも半周以上の病変であり、U1-IIIまたはIVであった。隆起型・混合型ではいずれも50mmを超える腫瘤であった。一方、化学療法後の腸管合併症を認めた3例は狭窄が2例で穿孔が1例であった。なお、Ki-67陽性率は高い症例が多かった。【考察】空腸・回腸病変を有する消化管リンパ腫の約半数で腸閉塞・穿孔・消化管出血による手術を要しており、小腸病変を有するリンパ腫症例は腸管合併症の高危険群である。(1)半周以上の深掘れ潰瘍型や巨大腫瘤形成型、(2)全身性リンパ腫の消化管浸潤例、(3)DLBCLまたはKi-67陽性率の高値の小腸リンパ腫病変は、治療経過で腸管合併症をきたす頻度が高いと予想され、化学療法前に可能な限り小腸病変の切除を行う必要がある。

136 (内)

診断に難渋したAIDS直腸潰瘍の1例

¹札幌厚生病院 第1消化器科(胃腸科)

○伊藤 彰洋¹、小澤 広¹、山口 将功¹、賀集 剛賢¹、西園 一郎¹、
道上 篤¹、乙黒 雄平¹、寺門 洋平¹、鈴木 肇¹、菊池 仁¹、西岡 均¹、
萩原 武¹、前田 聡¹、黒河 聖¹、今村 哲理¹

症例は62歳男性。主訴は下血。近医にて透析通院中であったが、H24年2月、下血生じたため、当院紹介入院となった。入院後、大腸検査施行。直腸に潰瘍を認め出血源を疑うも、明らかな腫瘍性変化認めず、粘膜脱症候群と診断する。このため、一旦紹介元の病院にて経過観察を行っていた。3月に再度下血を生じたため、当院に再入院となる。大腸内視鏡検査では、前回認められた潰瘍は肛門より全周性に広がる深い地図状打ち抜き潰瘍であり、広範囲で深くなっており、明らかに増悪していた。その後、血液検査にてHIV陽性。HIV脳症も認められ、AIDSと診断。サイトメガロ抗原も陽性であった。以上よりAIDSに伴うサイトメガロ潰瘍と診断し、ガンシクロビル投与開始した。当院ではAIDS治療が困難であったため、他院に転院加療するも、全身状態悪化し、死亡となる。以上診断に難渋したAIDS患者における直腸潰瘍について文献的考察を加えながら報告する。

137 (内)

腸管出血性大腸菌O-157腸炎14例の検討

¹手稲溪仁会病院

○田中 一成¹、野村 昌史¹、三井 慎也¹、田沼 徳真¹、村上 佳世¹、
浦出 伸治¹、西園 雅代¹、永井 一正¹、松波 幸寿¹、真口 宏介¹

【背景】2012年夏、札幌市内において腸管出血性大腸菌(EHEC)O-157の集団感染事例が発生した。EHECは少量の菌で感染が成立し、ヒト-ヒトの2次感染を容易に生じることから、感染症法で3類感染症に指定されている。また、EHECはVero毒素を産生し、出血性大腸炎だけではなく、ときに溶血性貧血、血小板減少、腎障害、意識障害、痙攣などを生じる溶血性尿毒症候群(HUS)や脳症などの重篤な合併症を引き起こす。今回、2012年夏に経験したEHEC感染症14例について検討する。【対象と方法】2012年8月～9月にEHECの感染を確認した14例を対象に、(1)年齢(2)男女比(3)原因食物(4)住居(5)症状(6)抗菌薬使用の有無(7)画像所見(8)入院の有無(9)入院期間(10)合併症(11)転帰の11項目について検討した。【結果】(1)2～97歳(中央値 58.5歳)、(2)男性6例、女性8例(3)漬物5例、バーベキュー・焼肉5例、サラダ1例、不明3例(4)施設3例、自宅11例(5)血便12例、下痢12例、腹痛11例、嘔気・嘔吐 8例、発熱(37.5℃以上)3例(6)3例に使用したが(LVFX、CPFX、ABPC/SBT)、3例ともEHEC検出後に速やかに中止した。(7)CT、腹部超音波検査(US)を施行した全例(CT5例、US2例)に、上行結腸を中心とする右側結腸の著明な全周性壁肥厚(20mm以上)を認めた。大腸内視鏡検査は1例のみに施行し、左側結腸にEHECに特徴的とされる縦走性の出血性びらん、潰瘍がみられた。(8)入院9例、外来5例(9)5～57日(中央値 10日)(10)HUS、脳症等の重篤な合併症を4例に認め、2例は血漿交換を含めたICUでの集中治療を要した。(11)全例軽快し、死亡例はなかった。【まとめ】HUSを発症した重症例に対して、血漿交換を含めた集中治療を行い救命することができた。診断に際しては、右側結腸の20mm以上の壁肥厚が特徴的であるため、CTやUSなどの非侵襲的な検査でこの所見を捉える事が有用と思われた。

139 (内)

抗血栓薬服用患者に対する大腸ポリープ切除術

¹札幌医科大学 内科学第一講座、²札幌医科大学 内科学第四講座

○川上 裕次郎¹、山下 健太郎¹、飯田 智哉¹、伊志嶺 優¹、牛島 慶子¹、
那須野 央¹、沼田 泰尚¹、一色 裕之¹、斎藤 真由子¹、鈴木 亮¹、
山本 英一郎¹、能正 勝彦¹、山本 博幸¹、有村 佳昭¹、篠村 恭久¹、
佐藤 康史²

(目的)内視鏡時の抗血栓薬取扱いに関して、現在当院では2005年の内視鏡学会ガイドラインに準拠した院内休業基準が設けられている。一方2011年以降は、短めの休業基準に設定した札幌コンセンサスに臨床試験として登録するケースも増えている。後出血が比較的多い内視鏡処置である大腸ポリープ切除を抗血栓薬服用患者に対して行う際の、当院における休業期間や合併症を検討した。(方法)院内休業基準に従うか札幌コンセンサスに登録するかは主治医の判断に委ねられた。ポリープ切除後に明らかな肉眼的出血を来し内視鏡的止血を要した例を出血例とした。(成績)抗血栓薬服用者に対する大腸ポリープ切除術を過去2年間に計81例行った。抗血栓薬はアスピリン36例、チエノピジジン15例、ワーファリン28例で、2剤併用が24例、3剤併用が4例含まれ、ヘパリン置換を26例に施行した。各薬剤の平均休業期間はアスピリン6.9日(0～21)、チエノピジジン5.8日(3～14)、ワーファリン8.8日(2～30)であった。出血は81例中5例(6.2%)にみられ、抗血栓薬を処方されていない群の出血率(3/159=1.9%)に比べ高い傾向にあった(P=0.08)。出血例の抗血栓薬はアスピリン単剤が1例(3日休業)、ワーファリン単剤が2例(3～7日)、ワーファリン+抗血小板薬が2例(3～7日)であった。ワーファリンの4例は全例ヘパリン置換を施行、内視鏡直前のPT-INRは全例1.5以下で、1例でヘパリン投与中にAPTTが異常高値を示した。出血例のポリープの部位や形態、サイズには特別な傾向なく、出血した5例中4例で予防的クリッピングを行っていた。Hbは平均2.1g/dl(0.6～3.4)低下したが全例輸血は不要であった。観察期間中に新たな血栓症は発生しなかった。(結論)抗血栓薬服用者に対する大腸ポリープ切除では後出血が多い傾向にあり、後出血はワーファリンのヘパリン置換例に多くみられた。

138 (内)

腸液標識大腸CTにおける撮像至適開始時間の検討

¹KKR札幌医療センター斗南病院 消化器内科、

²KKR札幌医療センター斗南病院 腫瘍内科、³札幌医科大学 第四内科、

⁴岩手県立高田病院 内科、⁵新潟県立小出病院 内科、

⁶北海道消化器病院 内科、⁷亀田メディカルセンター幕張 消化器内科

○溝口 亜樹¹、平山 眞章¹、皆川 武慶¹、土井 綾子²、上田 美和¹、
木村 朋広³、庵原 秀之³、住吉 徹哉⁴、辻 靖²、由崎 直人¹、近藤 仁¹、
高橋 祥⁴、黒岩 巖志⁵、加藤 貴司⁶、永田 浩一⁷

【背景・目的】大腸CTは欧米を中心に発展してきた大腸腫瘍性病変の新しい画像診断法で、本邦においてもその臨床応用が開始されている。大腸内視鏡検査などと同様に前処置を施行するが、近年、X線陽性造影剤で腸液を標識(tagging)することにより、診断精度の向上が期待されている。従来のPolyethylene glycol(PEG)とガストログラフインを用いるPEG-C法によるtaggingでは排便回数8回以上で大腸CT撮像を開始していたが、個体間によるtaggingのばらつきが認められた。そこで今回、PEG-C液にインジゴカルミン(IG)を混和し、その色素を確認することにより大腸CT撮像至適開始時間を検討した。【対象・方法】対象はインフォームドコンセントを得た15例である。PEG液1620ml、5%ガストログラフインを含むPEG液(PEG-C)200mlにIG20mgを混和した0.1%IG混和PEG-C液、PEG-C液200mlを順に服用し、排便にて色素を確認後、大腸CTを撮像した。回盲部、横行結腸、下行結腸、直腸のCT値を測定した。CT装置は東芝製Aquilion64(64DAS)で120kV、Volume EC、0.5mmx64、HP53、0.5sec/rotと設定した。ワークステーションはAZE Virtual Place、ZIO M900 Quadraを用い、画像を再構成し多断面再構成画像(MPR像)を作製した。【結果】IG混和PEG-C液服用後、1-4時間で色素が確認可能であった。CT値は回盲部、横行結腸、下行結腸、直腸で各々247.7±89.4、252.7±87.4、254.0±91.8、217.8±79.7H.F.U.であった。また、明らかな合併症は認められなかった。【結論】IG混和PEG-C液は大腸CT撮像至適開始時間を推定することが可能であり、大腸CT tagging像も良好に得られ、頻回な排便チェックがほぼ不要となるのみならず、安全で有用と考えられた。

140 (内)

結腸癌の縦隔リンパ節転移に対するEUS-FNAの結果によりconversion therapyを施行し得た1例

¹伊達赤十字病院 消化器科、²伊達赤十字病院 内科、

³伊達赤十字病院 外科、⁴札幌医科大学 第四内科

○嘉成 悠介¹、久居 弘幸¹、小柴 泰¹、和田 浩典¹、宮崎 悦²、

前田 喜晴³、佐藤 正文³、川崎 亮輔³、行部 洋³、中島 誠一郎³、

岡川 泰⁴、小野 道洋⁴

腫大リンパ節に対するEUS-FNAは有用な手技である。今回われわれは、結腸癌の縦隔リンパ節に対するEUS-FNAの結果によりconversion therapyを施行し得た1例を経験したので報告する。症例は63歳、男性。平成23年11月に臍周囲痛あり、当科受診。CTでは上行結腸の拡張と壁肥厚、右鎖骨下・左頸部・縦隔・腹部に多発性のリンパ節腫大、肝内に多数のLDAがあり、下部消化管内視鏡検査では上行結腸に全周性の2型腫瘍を認め、上行結腸癌による腸閉塞、多発肝転移、腹部および縦隔リンパ節転移の診断で当科入院。腫瘍マーカーではCEA 136.8 ng/ml、CA19-9 1777 U/mlであった。縦隔リンパ節(#4L)に対してEUS-FNA(19G針)を施行し、腺癌の診断で大腸癌のリンパ節転移として矛盾しない所見であった。経肛門的にイレウス管を留置後、同年12月、当院外科で右半結腸切除術を施行した。病理組織所見ではA、2型、40x30mm、tub2、pSS、int、INFb、ly1、v1(EVG)、pN2以上であった。術後の化学療法として同年12月よりmFOLFOX6を2コース、その後、mFOLFOX6-bevacizumabを8コース施行した。8コース終了後のH24年5月のCTで腫大リンパ節、肝転移は著明に縮小し、効果判定PRであり、腫瘍マーカーではCEA 2.6 ng/ml、CA19-9 29 U/mlと著明に低下した。有害事象ではGrade3の好中球減少、高血圧、末梢神経障害を認めたが対処可能であった。同年6月に治療効果判定のために縦隔リンパ節に対して再度EUS-FNA(25G針)を施行したところ、Class Iであった。EOB-MRIでは肝S5に5mm大、S6/7に10mm大、S8に10mm大の計3個の肝転移を認め、7月に肝後区域・前区背側領域切除および胆嚢摘出術を施行した。病理では大腸癌肝転移に矛盾しない所見あり、治療効果はGrade 1b-2相当、背景肝はほぼ正常であった。以後、現在まで再発を認めていない。

141 (内)

当院における内視鏡的止血術を要する高齢者出血性胃十二指腸潰瘍の現況

¹市立函館病院 消化器病センター 消化器内科

○大和 弘明¹、原田 一顕¹、木下 賢治¹、川本 泰之¹、小川 浩司¹、畑中 一映¹、山本 義也¹、成瀬 宏仁¹

【背景】当院は年間約10,000件の救急患者を受け入れており、高齢者の消化管出血を診療する機会が多い。【目的】当院における内視鏡的止血術を要する高齢者出血性胃十二指腸潰瘍の現況を明らかにする。【対象と方法】2009年1月～2011年12月の期間、内視鏡的止血術を要した胃十二指腸潰瘍：215例(男性159 /女性56、胃潰瘍168 /十二指腸潰瘍 47)、年齢中央値:68歳(24～99)。症例をA群:64歳以下(現役世代)、B群:65歳～74歳(前期高齢者)、C群:75歳以上(後期高齢者)の3群に分け、1)止血を要した潰瘍の部位(胃 /十二指腸)、2) Forrest分類 (Ia /Ib /IIa /IIb /IIc)、3)止血方法(ヒートプローブ /局注 /クリップ /soft凝固 /APC /各併用)、4) H.pylori感染(陽性 /陰性 /不明)、5) NSAIDs /ステロイド内服率、6)抗血栓剤使用率、7)止血施行回数(平均値)、8)内視鏡的止血成功率、9)抗血栓剤投与後の血管イベント発生率の各項目を検討した。【結果】1)止血を要した潰瘍の部位 A (85例):69 /16. B (46例):34 /12. C (84例):65 /19. 2) Forrest 分類 A : 6 /11 //58 /7 /3. B : 4 /13 //21 /6 /2. C : 7 /24 //46 /4 /3. 3)止血方法 A : 66 /0 /1 /2 /1 /15. B : 36 /1 /1 /3 /0 /5. C : 74 /0 /2 /0 /2 /6. 4) H.pylori 感染 A : 46 /9 /30. B : 17 /5 /24. C : 8 /12 /64. 5) NSAIDs /ステロイド内服率 A : 15.3% /2.3%. B : 26% /4.3%. C : 39.2% /6%. 6)抗血栓剤使用率 A : 9.4%. B : 43.5%. C : 47.6%. 7)止血施行回数 A : 1.75回. B : 1.6回. C : 1.71回. 8)内視鏡的止血成功率 A : 98.8%. B : 91.3%. C : 92.9%. 9)抗血栓剤投与後の血管イベント発生率 A : 0%(0/8). B : 15% (3/20). C : 2.5% (1/40)。【まとめ】高齢者群では活動性出血で発見される頻度が多く、NSAIDsや抗血栓剤内服率の高さが影響している可能性が示唆された。止血はヒートプローブを軸とした他法の併用で大部分が対応可能であったが、止血困難例も一定数存在した。抗血栓剤投与後の血管イベント発生率は高齢者群で高く、休薬期間を可能な限り短縮する必要性が示された。

143 (内)

電子ラジアル型超音波内視鏡の有用性と新展開(第3報) — 痔疾患の診断におけるReal-time tissue Elastographyの有用性—

¹JA北海道厚生連 札幌厚生病院 第2消化器科

○長川 達哉¹、北川 翔¹、奥 大樹¹、宮川 麻希¹、宮川 宏之¹、平山 敦¹

【背景】電子ラジアル型超音波内視鏡(ER-EUS)は2002年に臨床応用されて以来、観測装置のフルデジタル化、多機能化、内視鏡機器の改良(360°走査可能な探触子配列)などの技術導入が継続的に行われ、次世代超音波内視鏡システムとして長足の進歩を遂げている。今回は痔疾患の診断におけるER-EUSの有用性を画質およびColor Doppler Imaging(CDI)画像に加え、組織弾性イメージング(Real-time tissue Elastography)機能の点から検討した。【対象および方法】2002年7月から2012年6月までの10年間にスクリーニングあるいは精査目的にてER-EUSを施行した痔疾患180例のうちReal-time tissue Elastographyによる組織弾性を検討した痔病変22例を対象とした。なお使用機種はPentax社製EG-3630UR、EG-3670URK、Hitachi-medico社製EUB-8500、EUB-7500である。全例ハルーン法にて痔臓、胆道をB-modeで走査し、腫瘍性病変については周囲痔実質との比較、びまん性病変についてはROI内部の均一性について検討した。【結果】痔管癌8例では周囲痔実質に比べ青色の表示(Hard image)が得られ周囲痔組織より硬度が増しており、中心部に壊死変性を伴った1例では同部位の硬度の低下が認められた。慢性痔炎では赤色、青色の表示が入り混じり痔実質の硬度が不均一になる傾向が見られた。また痔管癌と内分秘腫瘍の各2例ではB-mode上境界不明瞭であった腫瘍形態が硬化性病変として明瞭に描出された。【結語】ER-EUSは良好なB-modeの画質やCDI画像により痔病変の描出能を向上させているが、更にReal-time tissue Elastography機能を加えることにより従来からの形態、血流動態診断に加え、組織弾性(硬度)の情報がリアルタイムで描出可能となり、今後の痔疾患診断の精度向上に寄与するものと考えられた。

142 (内)

家族性大腸腺腫症(FAP)患者に対する徹底的な内視鏡的ポリプ摘除の治療成績

¹札幌医科大学 第四内科

○平川 昌宏¹、佐藤 康史¹、大沼 啓之¹、二階堂 ともみ¹、久保 智洋¹、保木 寿文¹、林 毅¹、佐藤 勉¹、宮西 浩嗣¹、瀧本 理修¹、小船 雅義¹、加藤 淳二¹

【背景】FAPは、早期から大腸に発癌をきたす遺伝性疾患である。本疾患における大腸癌の予防法は大腸摘除術のみであるが、大腸内視鏡検査の普及や、血縁者のサーベイランスにより、未症状で腺腫が小さな段階で診断されるFAP患者も増え、日常診療においてはQOL維持の観点からも内視鏡的にポリプを摘除し、経過をみることも行われている。そこで、今回、FAP患者に対し当科にて内視鏡的ポリプ摘除を繰り返し行い、経過観察している症例の治療成績につき報告する。【対象と方法】当科でフォロー中のFAP患者17例のうち、非密生型かつ手術を勧めたが手術を希望されなかった症例、もしくは大腸術後であるが10cm以上大腸が残存している症例のいずれかであり、十分なインフォームドコンセントのうえ、内視鏡的ポリプ摘除によるフォローを希望された、12例(男性:女性 3:9、平均年齢43.8歳)を対象とした。これらの患者を古典的FAP群(A群:4例)、ポリプが100個未満のattenuated FAP群(B群:4例)、大腸術後群(C群:4例)に分け、大腸癌の発生の有無、偶発症の発生率等につき解析した。【結果】平均大腸内視鏡施行回数はA群6.5回(観察期間中央値5.8年)、B群6.5回(観察期間中央値7.0年)、C群5.5回(観察期間中央値3.6年)であった。一回あたりの平均ポリプ摘除数はA群13.2個、B群1.2個、C群2.8個であった。経過観察中、全例において大腸癌の発生は認めず、穿孔や後出血などの偶発症も認めていない。【結語】非密生型のFAP患者に対する、徹底的なポリプ切除は大腸癌の予防に有効であり、大腸全摘術を回避できる可能性が示唆された。更なる症例の集積と長期予後の解析が必要と考えられる。

144 (内)

大腸癌術後吻合部再発の診断にEUS-FNAが有効であった一例

¹網走厚生病院 内科消化器科、²札幌厚生病院 臨床病理科

○小野寺 学¹、川岸 直樹¹、佐野 逸紀¹、阿部 暢彦¹、長 いく弥¹、内田 多久實¹、藤永 明¹、市原 真²、村岡 俊²

【背景】大腸癌吻合部再発は癌細胞の吻合部へのimplantationにより生じると考えられ、初期像は粘膜下腫瘍様の形態を呈し、その後周囲へ進展すると考えられている。また、EUS-FNAは病変が腸管内から観察可能であれば、あらゆる部位を穿刺し得、診断可能である。今回、吻合部周囲の腫瘍にEUS-FNAを施行し、大腸癌の吻合部再発を診断し得た症例を経験したので報告する。【症例】40才代、男性。2011年4月回腸や膀胱への浸潤が疑われるS状結腸癌に対して、S状結腸切除、回腸部分切除、膀胱部分切除を施行した。術後病理にて、周囲への浸潤はなく、pStageIIと診断し、6ヵ月間の経口抗血栓剤による術後補助化学療法を施行した。手術から1年後にCEAが軽度上昇し、CTにて、吻合部周囲の腫瘍影、少量の腹水がみられた。腹水は穿刺不能で、下部内視鏡検査にて吻合部に粘膜下腫瘍様の隆起がみられ、生検にて悪性所見は得られなかった。粘膜下での再発を疑い、コンベックス内視鏡で観察したところ、吻合部周囲に25×13mmの低エコー性腫瘍がみられ、22G針でEUS-FNAを施行した。組織にて腺癌を得、手術検体と類似しており、大腸癌の再発と診断した。

145 (消)

超音波内視鏡下、総胆管・十二指腸内瘻術を施行した一剖検例

¹市立函館病院 消化器病センター 消化器内科、²市立函館病院 病理検査科
○成瀬 宏仁¹、木下 賢治¹、原田 一颯¹、川本 泰之¹、大和 弘明¹、
小川 浩司¹、畑中 一映¹、山本 義也¹、工藤 和洋²、下山 則彦²

今回我々は、経皮的、経乳頭の減黄困難な膵癌起因の閉塞性黄疸症例に対し、超音波内視鏡下十二指腸胆管内瘻術を施行し、剖検にてその効果を確認した症例を経験したので報告する。症例は74歳女性。2012.3月、腹部膨満感、皮膚黄染を主訴に近医受診し、肝・胆道系酵素上昇と黄疸を認め、精査加療目的に当科紹介入院となった。各種画像診断より、膵頭部癌、胆管浸潤による閉塞性黄疸、十二指腸浸潤による上部消化管通過障害と診断した。減黄術施行に当たり、十二指腸乳頭部は腫瘍浸潤の為、経乳頭の胆管ドレナージは不可能であった。また、腹水貯留の為、経皮経肝胆管ドレナージも困難であった。この為、EUS-FNA手技にて十二指腸球部より総胆管を穿刺して、ドレナージルートを確保し、これを拡張後、Full covered metal stentを一期的に留置して内瘻化した。十二指腸腫瘍浸潤部よりの滲出性出血による貧血の進行を認めたが、信仰上の理由から輸血拒否の申し出があったため、引きつづき、消化管出血の圧迫止血と、腸管内容物の胆管内逆流を防止し摂食可能とする目的で、内視鏡下十二指腸ステントを留置して十二指腸狭窄を解除した。この結果、死亡されるまで約一か月、黄疸なく、貧血の進行なく経過し、三分粥程度の食事摂取が可能であった。死後、御家族の同意を得て剖検を施行したが、十二指腸と総胆管は完全に癒着し、内瘻化されていた。超音波内視鏡下十二指腸総胆管内瘻術の結果を剖検にて確認した報告は少なく、文献的考察を加えて報告する。

147 (内)

膵炎予防のため胃全摘後の再建空腸から超音波内視鏡下膵管ドレナージを行い、経皮ルートで胆管および十二指腸に金属ステントを留置した胃癌術後再発の1例

¹札幌医科大学附属病院 第四内科、²札幌医科大学付属病院 第一外科
○小野 道洋¹、林 毅¹、石渡 裕俊¹、山田 尚太¹、神原 悠輔¹、
久保 智之¹、堀口 拓人¹、平川 昌宏¹、佐藤 康史¹、佐藤 勉¹、
宮西 浩嗣¹、瀧本 理修¹、小船 雅義¹、信岡 隆幸²、平田 公一²、
加藤 淳二¹

超音波内視鏡下膵管ドレナージ(以下EUS-PD)は経乳頭に膵管へのアプローチが困難な症例で有用となるが、胃全摘後症例での実施は確立されていない。今回、再建空腸経由からのEUS-PDが有用であった症例を経験したので報告する。症例は60歳代の男性。平成22年4月に4型胃癌と診断され、術前化学療法を施行した後、8月に胃全摘術+胆嚢摘出術+脾臓摘出術+Roux-en Y再建を受けた。術後にS1を投与されていたが、平成24年3月に十二指腸壁肥厚と胆管、膵管拡張が出現し、精査加療目的に同年4月に当科入院となった。造影CTで肝十二指腸間膜再発による十二指腸狭窄、胆管狭窄と診断し、ダブルバルーン内視鏡(DBE)を用いた経乳頭のドレナージを試みたが、十二指腸浸潤のため乳頭に到達できなかった。そこでB3からPTBDを施行し、内瘻化のため後日8Frチューブ先端を十二指腸に留置したが、急性膵炎を発症したため再度、胆管内留置とした。CPT-11+CDDP療法を2コース施行したが、十二指腸と胆管の狭窄は解除されなかった。そこで、安全な胆道内瘻化のため、再建空腸よりEUS下にワイヤーを主膵管から主乳頭に誘導し、DBEから膵管ステントを留置した後に、PTBDルートを利用して胆管および十二指腸狭窄部にMetalic stent(MS)を留置する方針とした。EUS下に主膵管を穿刺したがwireは主膵管狭窄のため十二指腸に誘導されなかった。そこで空腸側に膵管ステント(5Fr Geenen, COOK)を留置した。続いてDBEを挿入しPTBDルートからのワイヤーを保持し経皮ルートから十二指腸および胆管にMS(Niti-S 22x120mm, TaeWoongおよびWallFlex 60x10mm, Boston Scientific)を留置した。治療後に膵炎は発症しなかった。2日後に肝十二指腸間膜周囲に膵液貯留がみられたが、経皮的に穿刺吸引を2回施行することで消失した。また胆管ステント上端部のkinkingで胆管炎を生じたが、同部に経皮的にMSを追加留置することで改善した。体表のドレナージチューブがフリーとなりQOLが改善され、現在も化学療法を継続中である。

146 (内)

EUS-FNA後の穿刺部膿瘍に対してEUS-CD (超音波内視鏡ガイド下ドレナージ術)にて加療した膵尾部癌の一例

¹函館五稜郭病院
○岡 俊州¹、榎木 喜晴¹、五十嵐 哲祥¹、谷津 高文¹、笠原 薫¹、
山内 英敬¹、小林 寿久¹、矢和田 敦¹

症例74歳女性。主訴：腫瘍マーカー高値精査、既往歴：平成元年胆摘術、平成9年脂質異常症、平成16年下肢静脈瘤手術。現病歴：定期通院していた近医で腫瘍マーカー高値(CA19-9 655.6)を指摘され、平成24年10月27日当科紹介、造影CTにて膵尾部に33×38mm大の造影効果の乏しい腫瘍性病変を認め、傍大動脈周囲リンパ節腫脹も認めた。PETでは両病変とも高集積を認めstageIVb膵尾部癌が疑われ、11月に当科入院となる。膵尾部病変であり、病理診断のためEUS-FNAを選択、同意のもと11月7日施行した。22Gで2回穿刺し、検体を採取したところ腺癌が検出されたが、術後6日より発熱を認めた。造影CTにてEUS-FNAの穿刺経路と思われる胃壁内に4cm大のう胞性病変を認め、ここが感染源と考えられた。術後12日目に超音波内視鏡ガイド下膿瘍ドレナージ術を施行したところ膿汁の排液を認め、症状は軽快した。EUS-FNAは2010年4月に保険収載されてから、安全性が確保された手技と考えられているが、今回偶発症と考えられる胃壁内穿刺部膿瘍を経験した。若干の文献的考察を加えて報告する。

148 (内)

超音波内視鏡下胆管胃吻合術(EUS-guided choledochogastrostomy : EUS-CGS)後に生じた金属ステント迷入を、内視鏡的に治療し得た1例

¹北海道大学 消化器内科
○川久保 和道¹、河上 洋¹、桑谷 将城¹、羽場 真¹、工藤 大樹¹、
阿部 容子¹、坂本 直哉¹

近年、超音波内視鏡下胆道ドレナージ術の有用性の報告が増加している。肝外胆管十二指腸吻合術(EUS-guided choledochoduodenostomy; EUS-CDS)および肝内胆管胃吻合術(EUS-guided hepaticogastrostomy; EUS-HGS)が主であるが、肝外胆管胃吻合術(EUS-guided choledochogastrostomy; EUS-CGS)の報告も散見される。今回われわれは、EUS-CGS後に遅発性に生じた金属ステント迷入に対し、内視鏡的治療を施行し得た1例を経験したので報告する。症例は50歳代、女性、切除不能膵頭部癌による悪性胆道狭窄および消化管狭窄のため、前医にて胃空腸吻合術および経皮経肝胆道ドレナージ術(PTBD)が施行されていた。今回、患者本人のPTBD tube抜きの強い希望があり、当科入院となった。PTBD後のため肝内胆管の拡張はなくEUS-HGSは困難であり、また、悪性消化管狭窄のため十二指腸へのスコープ通過は不可能であった。以上の状況を十分に説明し、informed consentを得た上でEUS-CGSを施行した。EUS-CGSは、EUSガイド下に胃前庭部から肝外胆管を19G穿刺針により穿刺した後に、径10 mm、長さ6 cmの金属ステント(Partially-covered Wallflex)を一期的に留置した。術後に腹痛を認めたが、保存的に軽快し、PTBD tubeを抜去後に退院となった。術後、外来化学療法を継続していたが、EUS-CGS 1ヶ月後、発熱のため当科を再診した。金属ステント不全による胆管炎を疑い、直視型内視鏡を胃前庭部に挿入すると、留置していた金属ステントは完全に胃壁内に埋没、迷入していた。瘻孔部からカテーテルにて挿管を試みたところ、瘻孔部を介して留置していた金属ステント内腔を介して肝内胆管にガイドワイヤーを送ることに成功した。胆管造影では金属ステントの遠位側先端は瘻孔内に位置していた。引き続き、新たな金属ステント(Partially-covered Wallflex)を、遠位端が胃内に十分に位置するように留置した。胆管炎は改善し3日後に退院した。術後半年現在、ステントのトラブルはなく、外来化学療法継続中である。

149 (消)

超音波内視鏡下胆管十二指腸吻合術(EUS-CDS)後に胆管炎を繰り返した2例

北海道大学 消化器内科

○河上 洋¹、羽場 真¹、桑谷 将城¹、川久保 和道¹、工藤 大樹¹、阿部 容子¹、坂本 直哉¹

【背景】切除不能悪性中下部胆道狭窄に対する新たなドレナージ法として EUS-CDS の報告がみられるようになったが、偶発症の報告も増加している。今回、われわれは、EUS-CDS 後に十二指腸狭窄に起因した偶発症を経験したため報告する。【症例1】85 歳男性。2012 年 4 月、臍腫瘍を指摘されて当科紹介。多発肝転移を伴う膵頭部癌と診断し、化学療法を施行していたが、同年8月に黄疸が出現したため入院とした。減黄目的に十二指腸球部より総肝管へ金属ステント (Partially-covered WallFlex stent: Boston Scientific 社製) を用いて EUS-CDS を施行した。施行時に十二指腸下行脚に狭窄を認めた。術翌日より経口摂取を開始したが、食後の胆管炎を繰り返した。内視鏡観察では、ステント遠位端は、狭窄部より口側の十二指腸球部に位置していた。十二指腸狭窄により食物残渣がステント内に入りやすくなっているものと考え、術後 11 日目に内視鏡によりステント遠位端を狭窄部より肛門側方向へ向けた。以降、経口摂取再開後も胆管炎を呈さず、現在までにステント不全症状なく経過している。【症例2】63 歳女性。2012 年 8 月、黄疸を主訴に当科入院となった。十二指腸・門脈・上腸間膜動脈周囲神経叢浸潤を伴う切除不能膵頭部癌と診断し、減黄目的に十二指腸球部より総肝管へ金属ステント (Partially-covered WallFlex stent) を用いて EUS-CDS を施行した。施行時に十二指腸下行脚の狭窄がみられた。術翌日より摂食後の胆管炎を生じた。術後 8 日目、症例 1 同様に内視鏡を用いてステント遠位端を肛門側に向けていたが、その後も摂食後に胆管炎を繰り返したため、術後17日目に十二指腸狭窄部に対して金属ステント (uncovered Niti-S: Taewoong 社製) を留置した。以降、現在までにステント不全症状を認めていない。【結語】十二指腸狭窄を伴う症例に対する金属ステントを用いた EUS-CDS は経乳頭的な金属ステント留置時と同様に逆行性胆管炎や早期閉塞が懸念され、留置の際には注意すべきである。

151 (内)

当院における超音波内視鏡下ドレナージ術の検討

北海道消化器科病院 内科

○碓 修二¹、町田 卓郎¹、木下 幸寿¹、藤澤 良樹¹、加藤 貴司¹、佐々木 清貴¹、山田 裕人¹、加賀谷 英俊¹、中村 秀明¹、目黒 高志¹、堀田 彰一¹

【対象】超音波内視鏡下ドレナージ術を試みた20例(膵仮性嚢胞6例(EUS-PCD)、術後膿瘍6例(EUS-AD)、胆道2例(EUS-BD1、EUS-GBD1)、膵管3例(EUS-PD)、輸入脚3例(EUS-ALD))につき検討を行った。【結果】1) EUS-PCD は手技成功率6/6(100%)であり、全例で嚢胞の縮小/消失を認めたが、嚢胞が多発していた1例では初回治療のみでは完治得られず、後HEUS下吸引とEPS挿入を必要とした。偶発症は1例に穿刺部出血を認めたが、保存的に改善した。2) EUS-AD例の初回手術内訳は、胃癌3、膵癌1、膵内分沁腫瘍1、肝癌1であった。手技成功率は6/6 (100%)であったが、初回が吸引のみであった1例は、後日再発し、内外瘻術を必要とした。最終的に全例で、膿瘍の縮小/消失を認めた。偶発症は1例にステントの膿瘍内迷入と1例のステント逸脱が認められたが、それぞれ内視鏡下の回収、再ドレナージにて対処可能であった。3) EUS下胆道ドレナージは、切除不能膵癌、切除不能胆管癌に対し、それぞれPTBD、PTGBD後にEUS-BD、EUS-GBDを施行した。ともに偶発症認めることなく、手技は成功し、臨床的効果も得られた。4) 経乳頭アプローチが困難であった、膵石症2例と膵頭十二指腸切除 (PD) 後膵管空腸吻合不全1例に対し、EUS-PDを試みた。膵石症の1例でのみ手技は成功し(33.3%)、同症例はRendezvous法にて経乳頭的にEPSを挿入し得た。偶発症はいずれにもみられなかった。5) 悪性輸入脚閉塞3例(胆管癌術後再発2、胃癌術後再発1)に対し、EUS-ALDを施行した。胆管癌術後症例に対しては、一期的にEMSを挿入し、胃癌術後症例に対しては、チューブステントを挿入した。偶発症は、胃癌症例においてleakageによる腹膜炎をきたし、3日後に外科手術を必要とし、胆管癌術後1例において、EMSの自然脱落を認めた。【考察】EUS-PCDに関しては、既報通り比較的安全で高い治療効果が得られ、またEUS-ADもEUS-PCDと同様の手技で治療が可能であった。EUS-PDは、膵実質が硬い例では穿刺そのものが困難であり、技術の向上が必要と思われた。EUS-ALDに関しては、有用性が示唆されるが、重篤な偶発症も経験しており、慎重な対応が必要である。

150 (内)

当科における胆膵疾患Interventional EUSの検討

琴似ロイヤル病院 消化器病センター

○林 明宏¹、丹野 誠志¹、羽廣 敦也¹、金野 陽高¹、上野 敦盛¹、本村 亘¹

【背景と目的】EUSガイド下穿刺術を用いた膵胆道疾患の治療手技として Interventional EUSが近年積極的に行われている。今回、EUSガイド下における肝内胆管/肝外胆管ドレナージ(EUS-HGS / EUS-CDS)、ランデブー (EUS-RV)、膵管ドレナージ(EUS-PD)、嚢胞ドレナージ(EUS-CD)、腹腔神経叢ブロック (EUS-CPN) について、当施設における治療成績を検証したので報告する。【対象と方法】2011年4月～2012年11月までの18か月間に当科でInterventional EUSを施行した膵胆道疾患症例18例を対象とした。症例内訳は男性9例、女性9例、平均年齢69.0±18.1歳である。EUS下穿刺には鉗子チャンネル径3.7mmのGF-UCT240-AL5、穿刺針は19Gまたは22Gを使用し、疾患内訳、穿刺部位、穿刺造影成功率、処置内容、偶発症について検討した。【結果】疾患内訳は総胆管結石2例、慢性膵炎膵石症1例、膵仮性嚢胞5例、非切除悪性腫瘍10例(膵頭部癌5例、胆管癌1例、胆管癌1例、胃癌3例)、穿刺部位は球部→肝外胆管7例、胃→肝内胆管3例、胃→仮性嚢胞5例、球部→仮性嚢胞1例、胃→主膵管1例、胃→腹腔神経叢1例であった。穿刺造影は全例(100%)で可能であった。処置はEUS-CD 6例、EUS-HGS 3例、EUS-CDS 4例、EUS-RV 3例、EUS-PD 1例、EUS-CPN 1例を施行し、EUS-HGSの1例はステント留置不成功となりPTBDを要したが他の16例(94.1%)では手技を完遂し治療効果が得られた。偶発症はEUS-RVの1例で胆管穿刺部からの胆汁瘻、EUS-HGSの1例で門脈血栓症を認めたが保存的治療で軽快した。【結論】EUSガイド下治療は有用な方法であると考えられた。今後、偶発症を起こさないための手技の工夫や処置具の改良が必要である。

152 (内)

当科における超音波内視鏡下胆嚢ドレナージ術の臨床成績

北海道大学病院 消化器内科

○工藤 大樹¹、河上 洋¹、桑谷 将城¹、川久保 和道¹、羽場 真¹、阿部 容子¹、坂本 直哉¹

【背景】超音波内視鏡下胆嚢ドレナージ術(EUS-GBD)は症例報告が散見されるのみである。適応や手技・処置具の標準化、安全性の確立はなされておらず、課題は多い。【目的】EUS-GBDの臨床成績を検討し、手技の有効性、安全性を明らかにすること。【対象】2012年1月～12月の間、当科でEUS-GBDを施行した急性胆嚢炎5例手技、外科的切除適応がないと判断した症例に対して、十分な informed consentを得た上でEUS-GBDを施行した。【検討項目】(1) 患者背景、(2) 胆嚢炎発症から手技施行までの期間、(3) 手技内容、(4) EUS-GBD術後から経口摂取開始までの期間、(5) 追加治療の有無、(6) 合併症、とした。【結果】(1) 男女比3:2、平均年齢68歳、基礎疾患は切除不能悪性腫瘍4例、間質性肺炎増悪1例。(2) 胆嚢炎発症から手技までの期間は平均11 (1-27)日。(3) 穿刺針はいずれも19G針を用い、十二指腸球部より穿刺した。留置ステントはプラスチックステント3例、外瘻1例、金属ステント1例。手技成功率は80%(4/5)であった。(4) EUS-GBD後から経口摂取開始までの平均期間は7 (1-13)日。(5) EUS-GBD施行後の平均観察期間は170 (27-264) 日。5例中1例はEUS-GBD後12日目に胆嚢炎が再燃し、EUS-GBDを追加した。5例中4例は保存的加療で胆嚢炎治療完遂可能で、経皮的治療や外科的手術は要さなかった。(6) 1例は処置中にステントの胆嚢内迷入をきたし、経皮的ドレナージ術後に胆嚢摘出術を行った。その他の5手技に合併症はみられなかった。【結語】EUS-GBDは外科的治療困難な胆嚢炎症例に対して有効な治療法となり得る。症例の蓄積により方法論と安全性の確立が望まれる。

153 (内)

地方病院における高齢者に対するinterventional EUSの現況

¹伊達赤十字病院 消化器科、²伊達赤十字病院 内科、

³伊達赤十字病院 外科、⁴札幌医科大学 第四内科

○久居 弘幸¹、小柴 裕¹、和田 浩典¹、岡川 泰¹、宮崎 悦²、
前田 喜晴³、佐藤 正文³、川崎 亮輔³、行部 洋³、中島 誠一郎³、
嘉成 悠介⁴

【目的】近年、interventional EUSすなわち超音波内視鏡下穿刺吸引術 (EUS-FNA) およびEUS-FNAを応用した治療手技に関する報告は増加しているが、高齢者に対するinterventional EUSの有用性に関する報告は1例のみである (Attila T and Faigel DO: Dig Dis Sci 2011)。今回、当院で施行したinterventional EUSの現況を振り返り、高齢者に対するその有用性と安全性について検討した。

【方法】対象は2001年9月～2012年11月までにinterventional EUSを施行したのべ416回 (EUS-FNA319回、治療97回)のうち、80歳以上の高齢者71例 (のべ108回)で、年齢80歳～92歳 (平均84.5歳)、男性31例、女性40例。検討項目は、1) EUS-FNAの穿刺対象内訳、2) 治療手技内訳と手技成功率、3) 偶発症とした。

【成績】1) のべ81回のEUS-FNAの穿刺対象は膵および膵腫瘍34回 (経胃的18・経十二指腸的16)、リンパ節16回 (腹部12・縦隔4)、腹水12 (経胃的9・経直腸的3)、粘膜下腫瘍4回 (胃・直腸1)、脾臓腫瘍3回、胆嚢腫瘍、直腸壁が各々2回、膵管、肝腫瘍、腹腔内腫瘍、後腹膜腫瘍、肺腫瘍、胃壁腫瘍、縦隔腫瘍、腹腔神経節が各々1回であった。2) のべ27回の治療手技の内訳は、腹腔神経叢 (腹腔神経節)ブロック13回、胆管ドレナージ3回、膵管ドレナージ3回、膵仮性嚢胞・膵膿瘍ドレナージ2回、直腸周囲膿瘍ドレナージ、脾膿瘍ドレナージ、腹腔穿刺ドレナージ、胃壁腫瘍、膵腫瘍による二次性嚢胞 (感染性)および腫瘍性嚢胞疑いに對するドレナージが各々1回であった。手技成功率は92.6% (25/27)で、2例で膵管ドレナージが完遂できなかった。3) 偶発症では、脾腫瘍 (悪性リンパ腫治療後)に対するEUS-FNA後に生じた脾膿瘍・腹水に對しEUS下ドレナージを施行した。また、膵液細胞診目的に膵管穿刺を施行した1例で膵膿瘍を併発し、EUS下ドレナージを施行した。手技に伴う死亡例は認めなかった。

【結論】高齢者においても、interventional EUSは有用で比較的安全であり、適応があれば積極的に施行すべきである。

155 (内)

EUSガイド下膿瘍ドレナージの有用性 (膵炎後の膵および膵周囲浸出液貯留を除く)

¹伊達赤十字病院 消化器科、²伊達赤十字病院 内科、

³伊達赤十字病院 外科、⁴札幌医科大学 第四内科

○久居 弘幸¹、小柴 裕¹、和田 浩典¹、岡川 泰¹、宮崎 悦²、
前田 喜晴³、佐藤 正文³、川崎 亮輔³、行部 洋³、中島 誠一郎³、
嘉成 悠介⁴

膵炎後の膵および膵周囲浸出液貯留に対するEUSガイド下ドレナージは有用な modalityのひとつであるとされている。一方で同様の手技を応用した縦隔や腹腔内膿瘍などに対するEUSガイド下ドレナージの報告も増加しつつある。

2003年11月～2012年11月までに、膵炎後の膵および膵周囲浸出液貯留を除く8例 (52～88歳、平均73歳、男性4例、女性4例)にEUSガイド下膿瘍ドレナージを施行した。その内訳は縦隔膿瘍、術後腹腔内膿瘍、脾膿瘍、感染性胆汁性嚢胞、胃壁膿瘍、骨盤周囲膿瘍がそれぞれ1例、感染性膵壊死性嚢胞 (充実性腫瘍の嚢胞変性)2例であった。

今回、その治療効果、偶発症、予後につき検討したので報告する。

154 (内)

Pancreatic fluid collectionに対するEUSガイド下ドレナージの治療成績

¹伊達赤十字病院 消化器科、²伊達赤十字病院 内科、

³伊達赤十字病院 外科、⁴札幌医科大学 第四内科

○久居 弘幸¹、小柴 裕¹、和田 浩典¹、岡川 泰¹、宮崎 悦²、
前田 喜晴³、佐藤 正文³、川崎 亮輔³、行部 洋³、中島 誠一郎³、
嘉成 悠介⁴

急性膵炎による膵および膵周囲浸出液貯留 (pancreatic fluid collection; PFC)は、interstitial edematous pancreatitisにより生じたAPFC (acute peripancreatic fluid collection)、pancreatic pseudocyst (PP)とnecrotizing pancreatitisにより生じたANC (acute necrotizing collection)、WON (walled-off necrosis)に分類される (2012: revision of the Atlanta classification)。そのうち、PP、ANC、WONは治療の介入が必要になる場合があり、EUSガイド下治療の有用性を示す報告が増加しているが、その方法 (穿刺針の種類、拡張方法、ドレナージルート、ステントの種類など)については施設間によって異なり、一定のコンセンサスは得られていない。

2005年4月～2012年9月までに、急性膵炎または慢性膵炎により生じたPFC 14例 (年齢19～82歳、平均55.5歳、男性11例、女性3例)にEUS下ドレナージを施行した。PFCはPP 9例 (アルコール性4例、ERCP後2例、EUS-FNA後1例、IPMN1例、特発性1例)、ANC 2例 (胆石性2例)、WON 3例 (胆石性1例、ERCP後1例、特発性1例)であった。ドレナージのみで治療効果が不十分であると考えられたANC / WONの4例には、瘻孔を消化管用CRE Balloon (Boston scientific)で18mmで拡張し、直視型内視鏡を嚢胞腔内へ挿入し、necrosectomyを施行した。今回、その治療効果、偶発症、予後について検討したので報告する。

156 (消)

アミオダロン服用による肝機能障害を発症した3例

¹市立旭川病院 消化器内科、²手稲ロイヤル病院 内科

○助川 隆士¹、松本 昭範^{1,2}、中嶋 駿介¹、杉山 隆治¹、鈴木 聡¹、
中村 和正¹、小澤 賢一郎¹、千葉 篤¹、垂石 正樹¹、斉藤 裕輔¹

【はじめに】アミオダロンは他薬剤に治療抵抗性を示す致死的心室性不整脈に使用される抗不整脈薬で、肝機能障害の副作用やCTにて肝実質の濃度の上昇が知られている。当院で肝不全症状を認めた2例を含め3例のアミオダロン服用による薬剤性肝障害を経験したので報告する。【症例1】50歳代男性、1999年に心筋梗塞の既往有り。2007年に心室性期外収縮の多発と多元性、R on Tがありアミオダロン400mg/日を開始し、200 mg/日で継続した。2008年には心室粗動 (VF)があるため埋め込み型除細動器 (ICD)を埋め込んだ。2009年ごろよりAST、ALTの上昇があり、2010年に心不全で入院した際、黄疸、羽ばたき振戦、高アンモニア血症、腹水の肝不全徴候を認めたため、アミオダロンを中止した。肝性脳症に對してBCAA製剤・二糖類製剤を開始したところ、症状は徐々に軽快し、約40日間で退院となった。1年後にはBCAA製剤・二糖類製剤を中止可能となり、現在は肝不全症状なく経過している。【症例2】70歳代男性、原因不明の左室機能不全あり、2008年にVFにてアミオダロンを400mg/日で開始、ICDを埋め込んだ。アミオダロンはその後200mg/日で継続した。2009年ごろよりAST、ALTの上昇が見られ、2012年に黄疸・腹水貯留あり、アミオダロンを中止した。徐々に黄疸・腹水は改善し、約50日で退院となった。【症例3】60歳代男性、1994年発症の心筋梗塞あり、2003年にVFにてアミオダロンを開始、100 mg/日にて継続した。2008年に心不全で入院時にVFがあり、200 mg/日に増量、ICDを埋め込んだ。その後より、徐々にAST、ALTの上昇が見られた。アミオダロンによる肝機能障害を疑い2011年に100 mg/日に減量し、AST、ALTは改善した。【結論】アミオダロンによる薬剤性肝障害を3例経験した。うち、2例は内服期間3年、4年で肝不全を呈した。アミオダロンは致死的な不整脈に對し使用されるため中止は困難であり、かつ肝機能障害も高度ではないため、継続されることが多い。肝機能障害の持続するまま服用継続すると肝不全を呈することもあり、副作用出現時は速やかな減量・中止を考慮する必要があると考えられた。

157 (消)

Drug freeを目指したシーケンシャル療法施行中のB型慢性肝炎の2例

¹旭川医科大学 内科学講座血液・腫瘍制御学内科

○前田 重明¹、澤田 康司¹、阿部 真美¹、大竹 孝明¹、高後 裕¹

【背景】B型慢性肝炎の治療ガイドライン(厚労省)では、drug freeやHBs抗原の陰性化を目指して、IFN単独療法やsequential療法が推奨されているが、大部分の症例で核酸アナログ製剤(NAs)の長期投与が行われているのが現状である。Matsumotoらは、HBV-DNA<3.0 log copies/ml、HBe抗原陰性症例においてHBコア関連抗原(HBcrAg)、HBs抗原を用いてNAs中止後の肝炎再燃率を層別化できる事を報告し(Matsumoto A, et al. Hepatol Res. 2012)、本邦でも「核酸アナログ薬中止に伴うリスク回避のための指針」が出されたが、Group2, group3の症例はNAsの中止後高い再燃率が予想される。我々はHBV-DNA<3.0 log copies/mlかつHBe抗原陰性のGroup2, Group3の症例に対してdrug freeを目指し、Entecavir(ETV)/PEG-IFN α 2a(PEG)によるsequential療法を施行中の2例を経験したので報告する。【症例1】40歳代男性、HBs抗原176.1 IU/ml, HBeAg 3.3 logU/ml、Group2の症例。ETVとPEG併用を4週間行い、その後PEG単独投与によるsequential療法を行った。24週の時点でHBs抗原1.88 IU/mlと著明に低下し、今後陰性化も期待される。【症例2】50歳代女性、HBs抗原2558 IU/ml, HBe抗体陰性、HBcrAg 4.3 logU/ml、Group3の症例。12週の時点でALT 354 U/mlまで上昇したが、HBe抗体は陽転化し、HBs抗原は1237IU/mlまで低下した。PEGの隔週投与でALTは改善し、25週時点でHBs抗原は172.5 IU/mlまで低下した。【結論】NAs投与中のB型慢性肝炎において中止後高い再燃率が予想されるGroup2, 3の症例でもETV/PEGによるsequential療法は有用であることが示唆された。

159 (消)

治療抵抗性C型慢性肝炎に対するTelaprevir等3剤併用療法の実臨床における効果

¹手稲溪仁会病院 消化器病センター、²広島大学 消化器・代謝内科

○青木 敬則¹、姜 貞憲¹、山崎 大¹、友成 暁子¹、辻 邦彦¹、児玉 芳尚¹、桜井 康雄¹、真口 宏介¹、茶山 一彰²

【諸言】Telaprevir, Peg IFN, Ribavirin 3剤併用療法(TPR)は、国内第III相臨床試験において難治性C型慢性肝炎(CHC) 初回治療例ないし前治療再燃例に対する強力な治療効果を示したが、他方、前治療無効(NVR)例に対する成績は34.4%と報告されており、IL28 β 遺伝子型minor症例でもその治療成績は必ずしも良好とは言えない。これら治療抵抗性CHCに対する実臨床でのTPR療法の実情を検討した。

【対象と方法】2012年2月から11月までの期間にTPRを開始した24例中、以下の2群を対象とした。対象1: IL28 β 近傍SNPs(rs8099917)を検討し得た20例中、minor 8例(T/G 8, G/G 0)。対象2: 前治療歴を有する14症例中、NVRであった7例。治療開始4週後にHCV RNA 1.2 log copies/ml未満で増幅signal陰性をRVRと定義した。RVRおよび8週後のHCV RNAを検討した。

【成績】対象1 (男3例、女5例、年齢中央値59歳[30-71歳])において、RVRは5/8(62.5%)、8週後のHCV RNA 1.2 log copies/ml未満で増幅signal陰性(検出感度以下)は6/8(75.0%)であった。また対象2 (男4例、女3例、年齢中央値57歳[39-71歳])では同様に4/7(57.1%)、5/7(71.4%)であった。IL28 β minorと前治療NVRの重複は5例で、同順で2/5(40.0%)、3/5(60.0%)であった。現在対象1,2のうちRVR未達成かつ治療8週後HCV RNA検出感度以下を示した1例に対しPR延長投与中である。

【結論】実臨床では、IL28 β 遺伝子型minorや前治療NVR症例においても臨床試験と同等あるいはそれ以上の治療効果が得られる可能性が存在する。またこれらの治療抵抗性と思われる症例でRVRが未達成でも、8週後のHCV RNA検出感度以下の症例では延長投与効果の検討が求められる。このような臨床経験は今後次世代protease阻害剤の臨床導入時にも有意義であると思われる。

158 (消)

当院で経験した化学療法後に発症したde novo B型肝炎の検討

¹市立函館病院 消化器病センター 消化器内科

○山本 義也¹、木下 賢治¹、原田 一颯¹、川本 泰之¹、大和 弘明¹、小川 浩司¹、畑中 一映¹、成瀬 宏仁¹

【目的】悪性腫瘍、特に血液疾患において免疫抑制・化学療法施行時のHBV再活性化に伴う重篤な肝機能障害が問題となり、2009年にガイドラインが作成され対策が進められつつあるが、広く浸透しているとは言い難い状況である。当院で経験した化学療法後に発症したde novo B型肝炎について検討したので報告する。【方法】平成23年12月までの5年間に当院血液内科で化学療法が導入された悪性リンパ腫248例のうち、de novo B型肝炎を発症した6例を解析対象とし、臨床経過、HBVマーカーの推移などについて検討した。【結果】248例全体のHBV関連マーカーについては、HBs抗原陽性/陰性:14 / 234例、HBV DNA:2.1 ~ 6.3 (中央値2.8) log copies/ml、HBs抗原陰性例のうちHBeまたはHBs抗体陽性/陰性/不明:91 / 96 / 47例だった。化学療法の内訳はRituximab併用/非併用:206 / 42例だった。HBV対策として、HBs抗原陽性例に対しては核酸アナログを全例投与、既往感染例には24例で予防投与がなされていた。De novo B型肝炎を発症した6例は、男性/女性:3 / 3例、年齢:51 ~ 84 (中央値63)才だった。治療導入後6.6 ~ 76.2ヶ月で肝炎発症しており、全てRituximab併用化学療法を受けていた。HBs抗原は全例陽転化し、3例ではHBe抗原の陽転化も確認された。発症時のHBV DNAは3.4 ~ 9.1 (中央値5.7) log copies/ml、ALTは50 ~ 340 (中央値156) IU/Lと上昇していたが、核酸アナログがすみやかに投与され、全例重症化には至らず軽快した。【考察・結論】今回、de novo B型肝炎発症のリスクが高いとされる悪性リンパ腫について検討したところ、化学療法経過中HBV既往感染91例中6例でde novo 肝炎の発症が確認された。当院では以前より核酸アナログの予防投与など積極的なB型肝炎対策が取り組まれていたが、HBe/s抗体の測定やHBV DNAの定期的なモニタリングについて、現行のガイドラインを遵守していない場合もあり、院内での連携をさらに強めてゆく必要があるかと思われる。

160 (消)

当院でのC型慢性肝炎に対するTelaprevir(TVR)/Peginterferon(PEG)/Ribavirin(RBV)3剤併用療法の現状

¹市立札幌病院 消化器内科

○遠藤 文菜¹、永坂 敦¹、小池 祐太¹、藤田 興茂¹、中村 路夫¹、工藤 俊彦¹、西川 秀司¹、樋口 晶文¹

【はじめに】TVR/PEG/RBV3剤併用療法は、高い治療成績が期待される反面、貧血や皮膚症状、腎障害など有害事象への注意が必要であり投与量の調整も必要である。今回我々は、当院でのTVR/PEG/RBV3剤併用療法の現状について報告する。【対象】当院において3剤併用療法を開始したgenotype1b・高ウイルス量の17例を対象とした。【結果】男性/女性=5/12例、年齢中央値=62歳(37-69歳)、初回/再治療=4/13例、HCVRNA中央値6.4 LogIU/ml (5-7.3 LogIU/ml)、CoreAA70/91置換double wild/non double wild=6/11例、L28B rs8099917TT=11/17例であった。薬物投与量は、TVR2250/1500=15/2例で開始し、RBVは開始時減量を基本とし、PEGは通常量とした。3剤中止例は3例(食欲不振/甲状腺機能悪化=2/1例)、TVR中止例は4例であった。治療継続過程でRBVを減量した例は15例(88.2%)で、予定総投与量に占めるRBV投与率は53%であった。TVR減量例は8例(47%)であった。治療継続群におけるHCVRNA陰性化率は、4週/8週/12週=75% (12/16例) / 100%(15/15例) / 100%(15/15例)であり、TVR減量例では、4週/8週/12週=85.7%(6/7例)/100%(6/6例) / 100%(6/6例)であった。いずれも8週以降でHCVRNA陰性化率100%を達成した。副作用は[1]貧血:経過中Hb10 g/dl以下となった症例は82.4%であり、開始時中央値13.5 g/dlから、12週で最低値の9 g/dlまで低下した。貧血にてTVRを中止したのは3例であった。[2]腎障害:eGFRの開始時中央値で72.4から8週に最低値の47.1まで低下し、その後緩徐に上昇した。[3]皮膚症状:10例(58.8%)に生じた。【考察】今回の成績はあくまで少数例による検討の結果であるが、TVR減量しても、12週の時点でHCVRNAは全例で陰性化している。今後は更に症例を重ねたうえで、副作用の点からも薬剤の至適投与量の再検討が必要と考える。

161 (消)

当科におけるC型慢性肝炎に対する3剤併用療法の治療効果の検討

¹市立函館病院 消化器病センター 消化器内科

○小川 浩司¹、木下 賢治¹、原田 一颯¹、川本 泰之¹、大和 弘明¹、畑中 一映¹、山本 義也¹、成瀬 宏仁¹

【目的】2011年12月より1型高ウイルス量C型慢性肝炎患者に対してテラプレビル(TVR)を含む3剤併用療法が可能となった。貧血、皮疹、腎機能障害といった副作用も認めているが、高い抗ウイルス効果が期待されている。当科における3剤併用療法の治療成績について検討した。

【対象および方法】2011年12月から2012年11月までに3剤併用療法を開始した29症例を対象とした。年齢中央値60歳(19-73)で性別は男性12例、女性17例、治療歴は初回投与17例、再治療12例(再燃9例、無効3例)、体重中央値61kg(43-97)であった。IL-28B rs8099917 TT/non-TT 18/10、ITPA rs1127354 CC/non-CC 22/6、Core70/91置換 double wild/non-double wild 12/12であった。HCV RNA中央値 6.4LogIU/mL、Hb中央値 13.4g/dLで、TVRは2250mg開始が21例、1500mg開始が8例であった。

【結果】2012年12月時点で25例が治療開始後12週、23例が24週経過した。TVRは17例で減量し、6例が中止となった。中止理由は皮疹3例、貧血2例、腎機能障害1例であった。皮疹は11例(38%)、Grade3の皮疹は4例(13%)に認め2例でステロイドの全身投与を行った。貧血によりRBVは全例で減量し、3剤とも中止となったのは2例であった。投与開始2週目、4週目(RVR)、8週目、12週目のHCV RNA陰性化率は50%(14/28)、79%(23/29)、93%(25/27)、96%(24/25)と治療早期に非常に高い抗ウイルス効果を認めた。IL-28B non-TT症例ではRVR率は60%(6/10)であったが、TT症例では89%(16/18)であった。TT症例でRVRを得られなかった2例は治療早期にTVRを中止していた。治療早期にTVRを中止した3例に2剤による延長投与を行っており、治療終了時のHCV RNA陰性化率(ETR)は90%(18/20)で、治療終了後4週後のHCV RNA陰性化率は78%(14/18)で無効1例、予定治療終了後の再燃2例、経過中の3剤中止後再燃1例であった。

【結語】TVRを含む3剤併用療法は皮疹や貧血など副作用も強く出現するものの、非常に高い抗ウイルス効果を有していた。しかし減量中止例も多く今後薬剤Adherence向上に向けたTVR等の投与量の基準設定が必要と考えられた。

163 (消)

肝炎症性偽腫瘍の一例

¹函館中央病院 内科・消化器内科、²函館中央病院 外科、³函館中央病院 病理診断科

○伊藤 淳¹、東川 晋語¹、坂口 大輔¹、大北 一郎¹、吉田 武史¹、廣田 ジョージ¹、本間 紀之¹、紺野 潤¹、渡邊 豊¹、川村 詔導¹、田本 英司²、児嶋 哲文²、池田 仁³

症例は50歳代の男性。発熱、咽頭痛を主訴に近医受診し、内服薬による加療が施行されたが、肝機能障害も認めるようになったため、当科紹介受診となった。当科初診時の採血にて肝機能障害、高度の炎症反応を認め、CTにて肝外側区に境界不明瞭で、一部に充実成分を有する多房性の腫瘍を指摘された。肝腫瘍と判断し、経皮経肝腫瘍ドレナージ術が施行された。抗生剤、ドレナージによる加療にて炎症反応は軽度ながら改善傾向を示したが、不十分であり、CTにて腫瘍の増大を認め、内部の造影効果を伴う充実成分の増大も認めた。悪性腫瘍の合併の可能性が否定できなかったため、肝外側区域、内側区域部分切除が施行された。病理組織検査では悪性所見はなく、リンパ球や形質細胞の高度な細胞浸潤を伴う線維の増生を認め、肝炎症性偽腫瘍と診断された。悪性腫瘍との鑑別に苦慮した肝炎症性偽腫瘍の一例を経験したので報告する。

162 (消)

当院におけるC型慢性肝炎三剤併用療法の導入時期による比較

¹札幌厚生病院 第3消化器科

○木村 睦海¹、小関 至¹、髭 修平¹、宮川 麻希¹、荒川 智宏¹、中島 知明¹、桑田 靖昭¹、大村 卓味¹、佐藤 隆啓¹、狩野 吉康¹、豊田 成司¹

【対象と方法】2011年12月から2012年10月までに当院にてペグインターフェロン α -2a(PEG-IFN)、リバリン(RBV)、テラプレビル(TVR)による三剤併用療法を開始した69症例を対象とし、導入初期の34症例と、後期の35症例に分けて、背景因子・投与量・ウイルス動態等について検討した。PEG-IFN、RBV、TVRの初期投与量は原則、厚生省研究班のガイドラインに従った。【結果】1)背景因子；初期34例と後期35例の男性比率はそれぞれ50.0%(17/34)と62.9%(22/35)、年齢中央値は57歳(24~70歳)と62歳(40~71歳)、開始前のHCV-RNA量(LogIU/mL)は6.56(4.46~7.30)と6.68(5.21~7.57)、体重(kg)は62.9(46.0~88.1)と60.0(44.0~77.6)、IL28B(TT/TG,GG)は23/11と22/13、core70(wild/mutant)は9/23と12/18、前治療歴(初回/再燃/無効)は13/12/6と11/11/6、肝線維化(F3以上/F2以下)は7/25と14/17であった。TVR開始量(2,250/1,500/1,000)(mg/day)は22/12/0と11/22/2、RBV開始量(800以上/600以下)(mg/day)は18/16と11/24、PEG-IFN開始量(100以上/80以下)(μ g/week)は24/10と17/18であった。2)治療後因子；初期34例と後期35例のTVR減量率は64.7%(22/34)と60.0%(21/35)であったが、中断率は44.1%(15/34)と11.4%(4/35)と後期群で低下した。RBV減量率は94.1%(32/34)と82.9%(29/35)、中断率は44.1%(15/34)と28.6%(10/35)。投与12週後までの体重当たりのTVR総投与量(g/kg)は2.22(0.67~3.17)と1.99(1.28~2.75)、RBV総投与量(g/kg)は0.50(0.16~0.91)と0.53(0.19~1.02)。HCV-RNAの陰性化率は投与4週後で76.5%(26/34)と83.9%(26/31)、24週投与終了から4週後で87.5%(21/24)と87.5%(14/16)であった。【結論】背景因子では肝線維化進展例が後期群に多く、TVR開始量は2,250mg群が初期群に多くみられた。治療後因子ではTVRの中断が初期群に多くみられた。ウイルス学的効果は導入時期によって明らかな差は認めなかった。三剤併用療法での薬剤量の調整に関して導入時期により違いのみられる傾向にあった。今後、投与基準の確立のために更なる検討が必要であると考えられた。

164 (消)

肝原発悪性リンパ腫の1例

¹北海道消化器科病院 内科、²北海道消化器科病院 病理

○木下 幸寿¹、町田 卓郎¹、藤澤 良樹¹、加藤 貴司¹、碓 修二¹、佐々木 清貴¹、山田 裕人¹、加賀谷 英俊¹、中村 英明¹、目黒 高志¹、堀田 彰一¹、高橋 利幸²

【はじめに】肝原発悪性リンパ腫の頻度は低く、肝原発悪性腫瘍の0.07%、節外性に発生する悪性リンパ腫の中で0.41%とされる。【症例】82歳女性。高血圧のため近医通院中、腹部超音波検査で肝腫瘍を指摘され、精査加療目的に当院紹介。入院時血液検査：特記すべき異常は認めず、肝炎ウイルス陰性、腫瘍マーカー(CEA・CA19-9・AFP)は陰性だった。腹部超音波検査：肝S5/8に境界不明瞭な低エコーの腫瘤を認めた。腹部造影CT：肝S5/8にlow density massを認め、腫瘍内部を脈管が貫通していた。腹部MRI：T1強調画像でlow intensity、T2強調画像でhigh intensityを示した。dynamic studyで早期よりわずかに染まり、後期でiso intensityを示した。またSPIOではhigh intensity、DWIでhigh intensityであった。確定診断のため肝生検を施行した。病理組織像では、核形の不正の目立つ核と類円形、小型の淡明~弱酸性の胞体を持つN/C比の高い異型細胞の増殖浸潤が見られた。また免疫組織所見では、AE1/AE3,CK7,CK20陰性、HepPar-1,AFP陰性、vimentin陽性、CD45は細胞膜に強陽性、CD10,CD20,CD79a陽性、Bcl-2は一部陽性。以上よりdiffuse large B-cell Lymphomaと診断した。R-CHOPを4コース施行し、腹部CTで腫瘍の著明な縮小を認め、sIL-2Rは治療前1417U/mlから治療後800U/mlに低下した。ADL低下のため化学療法は中止としたが、その後1年半の経過で腫瘍の増大なく、sIL-2Rも600U/ml台で安定している。【考察】医学中央雑誌で検索したところ、1983年から2010年までに肝原発悪性リンパ腫は37例の報告があり、HCV10例、HBV5例、肝炎との関連なし22例であった。今回我々は併存肝病変を伴わない正常肝に発生し、肝生検で確定診断に至り、化学療法で良好な経過を得た症例を経験したため文献的考察を加えて報告する。

165 (消)

肝細胞癌(HCC)治療切除十年後にHCC再発を認めた自己免疫性肝炎(AIH)の一例

¹旭川医科大学 内科学講座 病態代謝内科学分野

○酒井 健太郎¹、太田 雄¹、須藤 隆次¹、岡田 充巧¹、玉木 陽穂¹、
麻生 和信¹、高添 愛¹、鈴木 裕子¹、岩本 英孝¹、今澤 雅子¹、
山北 圭介¹、北野 陽平¹、羽田 勝計¹

【症例】76歳、女性。【現病歴】平成5年5月に近医で肝機能障害を指摘され7月9日当科紹介初診。平成6年に抗核抗体、抗平滑筋抗体陽性およびIgG高値を認め、肝生検にてAIHと診断しPSLの投与を開始した。平成13年7月、肝S2に径4cm大のHCC初発を認め、当院外科にて肝S2部分切除、胆嚢摘出術を施行。今回、平成23年11月CTにて肝S3にHCC再発を認め精査加療目的に入院となった。【既往歴】平成6年SLE、平成13年くも膜下出血(クリッピング)。【嗜好】飲酒、喫煙歴なし【血液検査成績】肝胆道系酵素はいずれも正常範囲内で肝予備能はChild-Pugh:A(5点)、ICG R15:19.7%。肝炎ウイルスマーカーはHBV既感染パターンだった。【画像所見】CTでは肝S3表面に突出する早期濃染、wash outを呈する径15mm大の結節を認めた。血管造影では肝外側区にA3をfeederとする腫瘍濃染を認め、CTHAで濃染し、CTAPでperfusion defectを認めた。本例では肝予備能が比較的保たれていた事もあり平成24年2月3日、外科にて肝S3部分切除術を施行した。病理診断は多結節癒合型の中分化型肝癌で二種類の結節が癒合していた。【考察】これまでAIHのHCC合併は稀とされてきたが、AIHの予後改善に伴いLC例が増えHCC合併例が増加してきているとされる。肝発癌の機序については不明な部分が多く、ステロイドによる腫瘍免疫の低下が指摘されている一方、肝細胞の壊死、炎症反応を軽減し発癌が抑制されるという報告もある。本例では長期的にPSL5mgで隔日投与を行っており、またHBV既感染であった。近年ではHBV既感染後の肝発癌も報告されており厳密に両者を分ける事は困難であるが、AIHの長期経過中に二度の発癌を来し肝切除を行う事ができた稀な症例と考え報告する。【結語】AIHに合併したHCCの切除例を経験した。AIHにおける発癌の機序については今後更なる検討が必要と考えられた。

167 演題取り下げ

166 (消)

Fibrolamellar hepatocellular carcinoma (FLC)の一例

¹北見赤十字病院 消化器内科、²北見赤十字病院 外科、

³北見赤十字病院 病理

○江平 宣起¹、柳原 志津妃¹、佐藤 史幸¹、久保 公利¹、水島 健¹、
岩永 一郎¹、上林 実¹、山口 晃司²、神田 誠³

Fibrolamellar hepatocellular carcinoma (FLC)は多量の層状細線維を有する特徴的な組織像の肝細胞癌で、全肝細胞癌の1-2%であり若年者に多い。予後が典型的な肝細胞癌に比し良いという特徴も有するが、画像診断上はいくつかの特徴を有するものの限局性結節性過形成などの肝内占拠病変との鑑別も問題となる。

【症例】70代男性

【現病歴】近医にてtransaminaseの上昇と肝内占拠性病変を指摘され、当科紹介受診となる。HBV、HCV感染はなく、飲酒歴も機会飲酒程度であった。腫瘍マーカーはAFP、PIVKA-2の上昇を認めなかった。肝ダイナミックCTで、肝S6/7、S5に腫瘍を指摘されたものの典型的なHCCとは言い難く上部消化管、下部消化管、胸部CTをはじめ肝臓以外の悪性所見を否定の上、造影MRI、エコーを行ったが病的診断は得られなかった。原発巣の再評価のためPET-CTも撮像。肝S6/7の病変には腫瘍周囲のSUV値の上昇をみとめたが、肝S5の病変には集積を認めなかった。隣接する病変の造影効果、SUV値の差異からも質的診断が困難であったが、初診から約2か月後の造影CTにて腫瘍の増大傾向があったため当院外科にて肝切除術施行。

【手術所見】肝2区域切除術施行

【病理所見】T4N0M0 stageIVA顕微所見での組織像は肝細胞としての特徴を有し、類洞をもつ索状構築を認めた。癌巣は特徴的な層状、バンド状の膠原線維にとり囲まれていた。細胞は好酸性であり、少数ではあるが透明な封入体・球状硝子体を有し、特殊染色ではCK7(+), CK20(+), AE1/AE3(+)を主として、AZAN、Masson-T染色で膠原線維を認めFLCと診断された。

【経過】術後のCTで肺転移が疑われ現在ネクサパール内服し経過観察中である。今回我々は若干の文献的考察を加え、術前診断に苦慮したFLCを報告する。

168 (消)

当科で施行した全身麻酔下RFA症例について

¹札幌医科大学 第四内科、²札幌医科大学 臨床検査医学講座

○河野 豊¹、宮西 浩嗣¹、久保 智洋¹、池田 裕貴¹、保木 寿文¹、
林 毅¹、佐藤 勉¹、佐藤 康史¹、瀧本 理修¹、小船 雅義¹、加藤 淳二¹、
渡邊 直樹²

ラジオ波焼灼術(以下RFA)は肝細胞癌の局所治療と広く普及している治療であり、その局所制御率は小結節の場合外科的治療とほぼ同等と言われている。一方、RFAにおいて高齢者の場合に術前の超音波検査で息止めが不良なため安全な穿刺ができない可能性や、複数の肝細胞癌の場合に麻酔の程度や癌の局在などによりRFA中の鎮痛・鎮静が不十分になる可能性が想定される。今回当科で施行した全身麻酔下RFA症例について、その有用性を検討した。対象は2012年1月より11月までの間に当科で施行した経皮的ラジオ波焼灼術38症例中全身麻酔下で施行した19結節10症例。内訳は単発の肝細胞癌ではあるが出血リスクによる硬膜外麻酔不可症例が2例、息止めが不十分な症例が1例、多発症例が7例であった。気管挿管による人工呼吸器下管理のもと全身麻酔を導入され、全例とも十分な鎮痛・鎮静のもとRFAが施行された。麻酔覚醒後に疼痛を7例、吐気を1例認めたが、いずれも対症療法で対応可能で、麻酔に関連した重篤な合併症は認めなかった。肝細胞癌はその発症理由から再発することが多いため治療回数が複数になり、その結果治療期間が長くなるにつれて高齢者に治療することがある。今回少ない症例数ながらも高齢者において安全に全身麻酔下でのRFAが施行可能であった。また人工呼吸器管理による肝臓の不動化が比較的長い間可能なため、多発肝細胞癌においても無痛下で安全にRFAが施行できたため報告する。

169 (消)

当科における、肝腫瘍に対するラジオ波凝固療法(RFA)治療困難症例に対する様々な工夫

¹函館中央病院 内科・消化器科

○紺野 潤¹、渡邊 豊¹、廣田 ジョージョ¹、吉田 武史¹、東川 晋語¹、坂口 大輔¹、伊藤 淳¹、大北 一郎¹

当科ではRFA治療困難例に対して様々な工夫をしているので報告する。当科におけるRFA治療困難例に対する工夫1.腫瘍径3cm以上の腫瘍 A.カテーテル併用法ーバルーン閉塞、TAE B.側溝より生食やエタノールを注入 C.多穿刺pull back法2.横隔膜下の穿刺しづらい場所にある腫瘍 A.人工胸水 B.胸腔鏡下3.肝表面にあり、穿刺にて播種の可能性のある腫瘍や消化管が側にある腫瘍 A.腹腔鏡下4.超音波にて描出が難しい腫瘍 A.CTガイド下 B.造影超音波下(CO2、ソナゾイド) C. Real-time Virtual Sonography (RVS)システムこれらの中で、1-C、2-A、3-A、4-Cについて実際の症例を提示する。大型肝腫瘍に対する動脈閉塞併用下多穿刺pull back法によるRFA症例は66歳男性。CTHAにて肝S8に5cm大の肝細胞癌を認めた。血管造影下にバルーンで固有肝動脈を閉塞し、Cool tip 3cm針で8箇所、RFAを施行した1週間後のダイナミックCTにて十分なmarginをとってablationされていた。横隔膜直下の肝腫瘍に対する人工胸水併用RFA症例は81歳男性。CTHAにて肝S8に2cm大の肝細胞癌を認めた。横隔膜直下で、RFAにて肺損傷の危険があると考え、人工胸水を作成し、Cool tip 2cm針でRFAを施行した1週間後のダイナミックCTにて十分なmarginをとってablationされており肺損傷は認めなかった。肝表在の腫瘍に対する腹腔鏡下RFA症例は72歳男性。CTHAにて肝S3に3cm大の雪だるま状の肝細胞癌を認めた。肝表面に突出しておりRFAにて、播種の危険があると考え、腹腔鏡下RFAを施行した。1週間後のダイナミックCTにて十分なmarginをとってablationされていた。Real-time Virtual Sonography (RVS)システムを利用してRFA症例は67歳女性。CTHAにて肝S7/8に2.5cm大の肝細胞癌を認めた。超音波検査では描出不良で、RVSシステムを併用してRFAを施行した。1週間後のダイナミックCTにて十分なmarginをとってablationされていた。

171 (消)

進行肝細胞癌に対する病期別Sorafenib療法と肝動注化学療法の治療成績

¹北海道大学大学院医学研究科 消化器内科、²市立稚内病院 内科、

³市立函館病院 消化器内科、⁴北海道消化器科病院 内科、

⁵市立札幌病院 消化器内科、⁶札幌北楡病院 消化器内科、

⁷苫小牧市立病院 消化器内科、⁸北見日本赤十字病院 消化器内科、

⁹釧路労災病院 内科

○荘 拓也^{1,2}、中馬 誠¹、山本 義也³、中西 満⁴、小川 浩司³、目黒 高志⁴、永坂 敦⁵、中村 路夫⁵、川村 直之⁶、武藤 修一⁷、上林 実⁸、曾我部 進⁹、寺下 勝巳⁹、佃 曜子⁹、常松 聖司¹、小林 智絵¹、須田 剛生¹、夏井坂 光輝¹、工藤 峰生⁶、宮城島 拓人⁹、坂本 直哉¹

【目的】進行肝細胞癌におけるSorafenibと肝動注化学療法の治療成績を比較し、病期別の有効な治療法について検討した。【方法】2002年10月から2011年10月までに進行肝細胞癌(stage III, IVA,B)に対して、肝動注療法を施行後Sorafenibの内服が行われなかった93例(H群)とSorafenibが投与された後肝動注療法が施行されなかった83例(S群)を対象とし、両群における病期別の1)治療効果、2)生存率を比較検討した。【成績】両群：H群vs S群の背景因子として、平均年齢：61.6 vs 67.0歳、性(男性/女性)：78/15例 vs 64/19例、Child-Pugh(A/B/C)：54/37/2例 vs 72/11/0例 (P<0.05)、主病巣の大きさ：77mm vs 62mm(P<0.001)、Stage (III/IVA/VB)：27/51/15 vs 27/17/39、門脈腫瘍塞栓(VP有/無)：56/35 vs 27/56例(P<0.001)であり、H群でVPを伴い、腫瘍径が大きく肝予備能が低下している傾向であった。1)6週後RECIST評価での奏効率は、H群30.1%、S群3.7% (P<0.05)であったが、病勢制御率(CR+PR+SD)はH群 68.9%、S群57.9% (P=0.68)であった。病期別の病勢制御率は、H群 vs S群：Stage III：80.0% vs 66.7%(P=0.68)、IVA：76.5% vs 47.0% (P<0.05)、IVB：40.0% vs 56.4% (P=0.28)であり、IVAではH群が良好であった。2)病期別のMSTについては、Stage III：H群/S群：15.1/16.3ヶ月(P=0.41)、IVA：H群/S群：10.1/4.2ヶ月(P<0.05)、IVB：H群/S群：4.0/10.0ヶ月(P<0.05)、IVAに関してはH群、IVBではS群が良好であったが、IVBのS群でVP有/無のMSTは3.5/12.3ヶ月(P<0.05)であり、VPを伴うIVBではH群、S群とも予後不良であった。【結語】進行肝細胞癌において、病勢制御、生命予後の面よりstage IVAでは肝動注療法がsorafenibより有効であることが示唆された。またVPを伴わないstage IVBではsorafenib治療が有効と考えられたが、stage IVBのVP症例は更なる治療法の改善が望まれる。謝辞：北海道医療センター 大原行雄、木村宗士、NTT札幌病院 赤倉伸亮、堀本啓大、札幌社会保険総合病院 吉田純一、高木智史、愛育病院 佐賀啓良、札幌センチュリー病院 岡本宗則

170 (消)

術前肝動注化学療法後に拡大肝右葉切除術を施行した径16cmの巨大肝細胞癌の1例

¹札幌医科大学 第1外科、²札幌医科大学 第4内科

○目黒 誠¹、水口 徹¹、川本 雅樹¹、河野 豊²、宮西 浩嗣²、橋本 亜紀¹、今村 将史¹、木村 康利¹、古畑 智久¹、加藤 淳二²、平田 公一¹

【背景と目的】多結節癌型の径10cmを超える巨大肝細胞癌では脈管侵襲を伴っていることが多く、術後の残肝再発が問題となることが多い。術前肝動注化学療法による局所制御後に肝切除を施行しえた症例を経験したので報告する。【症例】70歳、男性。【既往歴】52歳時より高血圧、63歳時より糖尿病【生活歴】飲酒・喫煙歴あり【現病歴】高血圧、糖尿病で近医通院中、2012年4月にエコーで肝腫瘍を指摘された。更なる精査加療目的に当院紹介となった。【入院時血液生化学検査】PLT=17.8万/ μ L, T.Bil =0.6mg/dL,ALB=4.4g/dL, PT%=89.3%, ICGR15=8%, HB sAb(+), HCVAb(-) 【診断】肝右葉の巨大肝細胞癌(径16cm)、多結節癌型、T4N0M0, Stage IVA 【治療方針】画像上、脈管浸潤陽性の診断でStageIVAであったことから肝動注化学療法を施行した。【術前肝動注化学療法】5-FU+CDDP(4week/コース) (5FU: 300mg/m², day1-5, day15-19)(CDDP: 65mg/m², day2) (day8-14, day22-28は休業) 2012年5月から9月まで合計4コース施行された。【肝動注前後の変化】腫瘍径には変化を認めなかったが、腫瘍マーカーは減少し、他の新規病変を認めなかったため手術を考慮した。AFP (ng/mL)=515.4→153.0、PIVKA(mAU/mL)=2,502→512 【手術所見】拡大肝右葉切除術、手術時間369分、出血量190ml 【術後病理所見】H3, 多結節癌型、St-AP, 16cm, Eg, Fc(+), Fc-Inf(-), Sf(+), S0, N0 ,Vp0, Vv0, Va0, B0, P0, SM(-), NL, F0, T3N0M0 Stage III 【考察】巨大肝細胞癌で多結節癌型の場合には脈管浸潤陽性の可能性が高く術後早期の残肝再発が危惧される。術前肝動注化学療法は残肝における新病変出現の有無を確認できるメリットとともに術後無再発生存期間の延長が期待されている。【結語】術前肝動注化学療法は巨大肝細胞癌に対する治療戦略のひとつとして有用であると思われる。

172 (消)

複雑な門脈大循環シャントを伴った肝硬変症に対し、2年間に異時的なシャント塞栓術を行った一例

¹札幌共立五輪橋病院 消化器病センター内科、

²札幌共立五輪橋病院 消化器病センター外科、

³札幌共立医院消化器科、⁴札幌共立五輪橋病院 検診センター、

⁵札幌医科大学 第四内科

○大井 雅夫¹、本間 久登^{1,3}、秋山 剛英¹、中野 洋一郎¹、吉田 真誠^{1,5}、高橋 稔¹、竹内 幹也²、古川 勝久¹、女澤 慎一³、平田 健一郎⁴

今回我々は、複雑な門脈大循環シャントを伴った肝硬変症に対し、2年にわたり異時的にシャント塞栓術を行った一例を経験したので報告する。症例は63歳男性、肝硬変症(HBV陽性)にて当院通院中であったが、高アンモニア血症による繰り返す肝性脳症が出現したため、平成22年11月4日入院となる。門脈3D所見では脾腎シャントの他に後胃静脈を介する複雑なシャントを認めた。そこで、まず血小板上昇と脾静脈左腎静脈大循環シャントの血流を低下させる目的で平成22年11月9日部分的脾動脈塞栓術(PSE)を行い、同年12月28日に経皮経肝静脈塞栓術(PTO)にて脾腎シャントを塞栓した。その後外来通院となるが、再び血清アンモニア値の上昇による肝性脳症が出現したため平成23年12月12日入院。CT所見(門脈相)及び血管造影では、門脈血流の著しい減少と、後胃静脈、右胃静脈、胃大網静脈を介する2本の著しい脾腎シャントの発達を認めた。これらの側副血行路を1回で塞栓すると急激な門脈圧上昇に伴う合併症も危惧されたため、まず同年12月19日、PTOにて脾腎シャントへの血流量を低下させる目的にこれらの側副血行路を塞栓し、脾腎シャントの塞栓は二期的に行うこととした。その際、胃食道静脈瘤を予防する目的で左胃静脈も塞栓した。その後再び外来通院となるが、再び血清アンモニア値が上昇傾向となったため平成24年10月17日最終的なバルーン閉塞下逆行性静脈瘤硬化術(BRTO)を目的に入院。左腎静脈閉塞下のシャント造影にて脾腎シャントを二箇所認めたため、ダブルバルーン法にてBRTOを行った。術後の門脈3D所見では脾腎シャントを一部認めるものの、シャント閉塞術により肝内3次門脈枝まで描出された。一連の経過中、特に合併症は認めず、胃食道静脈瘤の増悪も認めず、現在外来経過観察中である。

173 (消)

DCS-T療法によりconversion therapyを施行し得た多発遠隔転移を伴うHER2陽性胃癌の1例

¹王子総合病院 消化器内科、²王子総合病院 血液腫瘍内科、
³王子総合病院 外科、⁴王子総合病院 病理、⁵札幌医科大学 第四内科
○奥田 敏徳¹、土居 忠¹、松野 鉄平¹、石川 和真¹、植村 尚貴¹、
南 伸弥¹、橋本 亜香利²、藤見 章仁²、蟹沢 祐司²、京極 典憲³、
石津 昭洋⁴、佐藤 康史⁵

症例は71歳男性。2012年7月初め頃より上腹部痛を自覚し、当科受診。上部消化管内視鏡検査にて胃体下部から幽門部の小弯前壁側に3型腫瘍を認めた。生検にて中分化管状腺癌(tub2)、HER2陽性(IHC3+)と診断。CT検査では両肺野に小結節多発し、肝に多発する転移巣、胃周囲、大動脈周囲および左鎖骨上窩を含め多数のリンパ節腫大を認めcT4aN3M1(PUL,LYM)H1stageIVと診断した。治療は札幌医大第4内科の臨床試験「HER2陽性手術不能・再発胃癌を対象としたDocetaxel・Cisplatin・S-1・Trastuzumab(DCS-T)併用化学療法の認容試験」に登録し、全身化学療法を開始した。Grade2の口内炎および下痢による食欲低下、全身倦怠感を認めたが、重篤な副作用を認めず、治療の延期および抗癌剤の減量を行うことなく4コース施行した。CT検査による評価では、いずれの転移巣も縮小・消失しCRと判断、胃原発巣は縮小平定化しPRと判断した(ycT4aN0M0)。腫瘍マーカー CEA,CA19-9は正常化し、また同時期に施行したPET検査では有意な集積は認めず、胃原発巣からの生検材料からは腺癌の残存は認められなかった。今後の治療について話し合い、当初より胃切除の希望強く、胃切除および術後化学療法の継続の方針となった。2012年11月22日幽門側胃切除(D2郭清)を施行した。切除標本での病理学的検索にて主病巣にはtub2-por1相当の腺癌が散在性に観察され、最深部は漿膜下層であった。リンパ節は1個の転移が確認された(ytT3N1M0)。治療効果はGrade2相当であった。DCS-T療法によりconversion可能となった多発遠隔転移を伴った胃癌を経験した。1例の経験ではあるが、DCS-T療法は手術不能進行HER2陽性胃癌に対しconversionも念頭におくことができる治療法と考えられた。

175 (内)

粘膜下腫瘍様の形態を呈した胃癌の1例

¹KKR札幌医療センター 消化器内科、²KKR札幌医療センター 病理科
○横山 文明¹、関 英幸¹、松園 絵美¹、大原 克人¹、石橋 陽子¹、
菅井 望¹、三浦 淳彦¹、藤田 淳¹、鈴木 潤一¹、藤澤 孝志²、岩崎 沙里²、
鈴木 昭²

症例は72歳女性。近医で行われたEGDで胃体中部大彎に潰瘍性病変を認め、生検で癌を疑われ当科紹介となった。当科で施行したEGDでは表面に潰瘍を伴う粘膜下腫瘍を認めた。内視鏡所見からは粘膜下腫瘍様の胃癌を疑い再度生検を施行したがGroup2の結果であった。組織学的診断目的にEUS-FNAを行ったが結果はGroup1であった。EUSで病変の主座は粘膜下層と診断され完全生検目的にESDを試みたが、腫瘍中央部まで剥離すると筋層への浸潤所見があり、剥離の終わった部分をスナアで切除し終了とした。病理組織学的には高分化型管状腺癌が証明され、SM2以深への浸潤が疑われた。その後当院外科で幽門側胃切除術を実施した。切除検体病理組織は、Type0-IIa, tub1, T1(sm2), ly1, v1, pN0, pPM0, pDM0, StageIAであった。粘膜下腫瘍様の形態を呈する胃癌は比較的稀で、質的診断に難渋する症例も多いと言われている。今回われわれは粘膜下腫瘍様の形態を呈した胃癌の1例を経験したので文献的考察を加えて報告する。

174 (消)

悪性リンパ腫治療中の高齢者に発生した形態学的胃リンパ球浸潤癌の1例

¹札幌医科大学 医学部 第一外科、²札幌医科大学 医学部 第四内科、
³札幌医科大学 医学部 病理部
○中村 幸雄¹、信岡 隆幸¹、前佛 均¹、西舘 敏彦¹、木村 康利¹、
水口 徹¹、古畑 智久¹、平田 公一¹、佐藤 康史²、加藤 淳二^{1,2}、
荻野 次郎^{1,3}、長谷川 匡³

【背景】癌組織内に著明なリンパ球浸潤を伴う胃癌症例の予後が良好であるという報告があり、その後、癌に対する宿主反応として間質に浸潤したリンパ球の関与が予後良好な理由として報告され、注目されてきた。今回、我々は悪性リンパ腫の加療中に胃内潰瘍性病変として発見された形態学的胃リンパ球浸潤癌の1例を経験したので若干の文献的考察を加えて報告する。【症例】90代女性。腋窩および背部皮内の腫瘍性病変のため近医受診。切除生検で悪性リンパ腫(diffuse large B cell lymphoma)と診断され、当院紹介。放射線治療を行っていた。経過中鎖骨上窩、頸部および脾臓に再発を認め、これらに対しても同様に放射線治療を行っていた。フォローアップ中のPET-CTで胃角部にuptakeを認め、上部消化管内視鏡検査で同部位に潰瘍性病変を認めた。生検でadenocarcinoma (por>tub2)と診断。手術的に当科紹介となった。【手術】術前診断でcT1b(SM), cN0, cM0, cStage Iと診断し、腹腔鏡下幽門側胃切除術を施行した。術後合併症として特記すべき事項は認められなかった。【病理所見】腫瘍は粘膜内でtub2相当の腺癌であり、粘膜下層で索状構造を示し浸潤増殖していた。間質および腫瘍胞巣内に豊富なリンパ球浸潤を伴っていた。免疫染色では腫瘍細胞はEBER-1(-)であり、リンパ球浸潤癌としてはtypicalではないが、形態学的にリンパ球浸潤癌と考えられた。【結語】悪性リンパ腫治療中の超高齢者に発生した特殊型胃癌の1例を経験した。早期癌であるが、今後慎重なフォローアップを予定している。

176 (消)

多発肝転移を伴った胃原発GISTの1例

¹北海道社会保険病院 消化器センター、²北海道社会保険病院 病理部
○馬場 英¹、古家 乾¹、小泉 忠志¹、定岡 邦昌¹、関谷 千尋¹、
服部 淳夫²

症例は60歳代男性。2012年10月に右季肋部痛を主訴に前医受診。前医より後腹膜血腫の疑いで当院紹介となった。触診にて心窩部から右季肋部にかけて圧痛と抵抗を認めた。CTでは胃噴門部に潰瘍形成を伴う最大径7cmの腫瘍と肝左葉外側区と肝右葉後区にそれぞれ最大径8cmと15cm大の著明な液状変性を伴ったhypervascularなcystic massを認め、GISTおよびその肝転移を疑った。上部消化管内視鏡検査では胃体上部後壁に6-7cm大の中心潰瘍を伴う粘膜下腫瘍を認めた。同部からの生検にて索状構造や腺癌構造などをとらず、充実性に増殖する紡錘形、卵円形細胞を認め、免疫染色ではCD34陽性、c-kit陽性、SMA陰性、S-100陰性であった。MIB-1は30%以下で、核分裂像は乏しかった。以上よりFletcher分類では中間リスク、Miettinen分類ではlowリスクの胃原発GISTと診断した。手術を考慮したが、胃全摘および肝切除を伴う拡大手術になること、腫瘍径が大きく肉眼的断端陰性を確保することが難しいことから、イマチニブによるNACを先行し、縮小が得られた時点で手術を行う方針とした。現在イマチニブを開始して1ヶ月目であるが、各種画像所見で腫瘍縮小を得られており、今後外科手術を行う予定である。Marginally resectable GISTや手術により術後合併症が予測されるGISTにおけるイマチニブの術前補助療法は臨床試験段階であり、その有用性は確認されていないが、少数例のretrospective studyの検討では、イマチニブに反応後の手術の安全性は認められており、無再発生存期間の延長が認められているとの報告もある。今回NACを施行し、手術を検討しているGISTを経験したので報告する。

177 (消)

網走厚生病院における積極的ESD導入後の2年間の検討

¹網走厚生病院 内科・消化器科、²札幌厚生病院 臨床病理科
○阿部 暢彦¹、小野寺 学¹、佐野 逸紀¹、川岸 直樹¹、長 いく弥¹、
横山 仁¹、内田 多久實¹、藤永 明¹、岩口 佳史²、市原 真²、
後藤田 裕子²、村岡 俊²

【はじめに】我々は斜網地区における基幹病院である当院に2011年に赴任し積極的にESDを施行してきた。昨年はESD導入期の治療成績を発表したが今年は年次成績について検討したので報告をする。

【対象と方法】対象は2011年4月～2012年10月迄にESDを施行した55件57病変である。2011年4月～2012年3月迄(前期群)と2012年4月～2012年10月迄(後期群)に分けて治療成績をretrospectiveに検討した。

【結果】前期群:28件28病変(早期胃癌:25、胃腺腫:3)の27名、平均年齢73.3(58～91)歳、切除時間76.6(26～279)分、後出血、穿孔は0件であった。標本径29.7(13～57)mm、病変径11.3(1～44)mmで、早期胃癌25病変について一括切除率96.0% (24/25)、一括完全切除率92.0% (23/25)、治癒切除率88.0% (22/25)であった。後期群:27件29病変(早期胃癌:26、胃腺腫:2、カルチノイド:1)の24名、平均年齢77.8(49～87)歳、切除時間64.0(20～116)分、後出血、穿孔は0件であった。標本径31.6(13～55)mm、病変径16.9(1～46)mmで、早期胃癌26病変について一括切除率100% (26/26)、一括完全切除率96.2% (25/26)、治癒切除率92.3% (24/26)であった。

【考察】切除時間の短縮、病変径の増大、一括切除率、一括完全切除率、治癒切除率の向上を認めた。要因として施設のESD技術、治癒切除率の向上を目指した結果と考える。今後も治療成績の維持に努めながら更なる向上を目指すべきである。

179 (内)

胃腫瘍性疾患におけるSB Knife JrとIT knifeの比較検討～経済効率の検討もふまえて～

¹小樽掖済会病院 消化器病センター、²札幌医科大学 第四内科
○藤田 朋紀¹、小松 悠弥¹、北岡 慶介¹、和賀 永里子¹、高梨 訓博²、
勝木 伸一¹、加藤 淳二²

【背景・目的】胃腫瘍性疾患に対するESDは現在様々なモダリティが存在している。我々は胃ESDにおいては主としてIT knifeを使用してきた。IT knifeの特性としては迅速な切除が可能である反面、止血処置に止血鉗子を要する症例が多く、経済効率に難点がある。そこで切開・剥離・止血が一本のKnifeで可能であるSB Knife Jrに着目してIT knifeとの比較検討を行った。【対象】2011年1月から2012年10月までに胃ESDを行った121症例中、IT knife経験年数8年の同一術者で単一モダリティの使用で完遂した33症例39病変(IT knife 群18症例22病変・SB Knife Jr 群15症例17病変)を対象とした。【成績】平均切除径・平均腫瘍径・平均切除時間はIT knife 群・SB Knife Jr 群で各々4.2(1-7.5)cm, 2.4(0.5-6.5)cm, 60.4(6-240)分・4.5(3-6)cm, 1.7(1-3)cm, 71.7(24-144)分の結果でありいずれも優位差はなかった。合併症はSB Knife Jr 群の1例で穿孔(6.7%)と後出血(6.7%)を認めたが優位差はなかった。また、SB Knife Jr 群の1例で術前に認識できなかった切除範囲内に存在していたadenomaの1例が側方断端陽性(6.7%)であった。一方IT knife 群は全例で止血鉗子を使用していたもののSB Knife Jr 群は15症例中1例に止血鉗子を使用したのみであり、止血処置はSB Knife Jrで可能な場合が多いと思われた。使用したモダリティのコストの検討ではSB Knife Jrと比較してIT knife 群ではIT knife+止血鉗子が必要であったため約1万円以上のコストが多かかった。【結論】胃ESDにおいてSB Knife JrはIT knifeと比較し平均切除径・平均切除時間・平均切除時間に有意差はなかった一方で止血鉗子を要しない症例が多く、低コストで治療可能であった。SB Knife Jrは特に反転操作において鉗子の方向を切離面に合わせることに時間を有することがあるが、経済面を考えると特に反転操作を要しない前庭部のESDではSB Knife Jrの使用を試みる価値はあるものと思われた。

178 (内)

当センターにおける胃SM癌に対するESDの治療成績

¹小樽掖済会病院 消化器病センター
○北岡 慶介¹、小松 悠弥¹、高梨 訓博¹、和賀 永里子¹、藤田 朋紀¹、
勝木 伸一¹

当センターにおける胃SM癌に対するESDの治療成績を検討した。2005年1月から2012年12月までの期間において、当センターで実施された胃腫瘍性病変に対するESD468症例中、SM癌は19例存在した。そのうち適応拡大病変の基準を満たすものは2例であった。SM癌に対する術前診断の深達度正診率は42.1% (19例中8例)であった。ESDに伴う穿孔・後出血などの偶発症は認められなかった。病理組織学的に未分化癌の混在が31.6% (19例中6例)にみられ、脈管侵襲陽性率はリンパ管が52.6% (19例中10例)、血管が21.1% (19例中4例)であった。追加治療として、適応拡大病変の基準を満たす症例以外は原則外科切除を勧めたものの、実際に外科切除を選択した症例は47.1% (17例中8例)に止まった。特に75歳以上の高齢者になると外科切除実施率は36.4% (11例中4例)とより低かった。拒否した9症例の理由は、高齢による体力の低下(5例)、他の疾患により手術困難(3例:前立腺癌骨転移、大腸癌肺転移、高度の肝硬変)およびご本人の希望(1例)であった。経過観察中に再発が4例に認められた。追加の外科切除を実施した症例の再発率は12.5% (8例中1例)で、追加治療を実施していない症例の再発率は33.3% (9例中3例)であった。再発4例のうち2例が原病死、1例が他病死となったが、1例は再発した時点で外科切除を実施され、手術後の再発を認めていない。追加治療未実施症例の再発率は一般的な胃SM癌の外科治療成績より再発率が高く、より積極的に追加治療を勧めるべきと考えられた。

180 (内)

当院における胃十二指腸ステント留置例の検討

¹札幌社会保険総合病院
○今井 亜希¹、加藤 聡介¹、高木 智史¹、吉田 純一¹

【背景】2010年4月に内視鏡的胃十二指腸ステント留置術(WallFlex Duodenal Stent)が保険収載され、悪性胃十二指腸狭窄に対する病態への有効性が報告されている。今回我々は、当院における同ステントの使用の治療成績について報告する。【対象と方法】2010年4月から2012年11月までに当院において、悪性胃十二指腸狭窄に対し内視鏡的胃十二指腸ステント留置術を行い、Boston Scientific社製WallFlex Duodenal Stentを使用した6例を対象とした。【結果】平均年齢は69歳(60-83歳)で、疾患の内訳は5例胃癌(そのうち胃癌術後再発2例)、1例膵癌であった。全例でステント留置術は可能であり、ステント留置後の方針はBest supportive care (BSC)4例、化学療法施行2例であった。留置後食事摂取開始までの期間は平均3日、合併症はステント逸脱の1例であり化学療法施行症例であった。ステント留置後からの現病死した4例の生存期間は平均109日(64-219日)で、1例は他疾患発症により死亡(ステント留置後21日)、1例はステント留置後385日現在、生存中であり他院にて化学療法を施行されている。【考察】十二指腸ステントは比較的安全に施行でき、患者のQOLの改善をもたらす。癌緩和治療のみならず化学療法治療への早期導入・継続にも有効であり長期生存も期待されると考えられた。

181 (消)

早期胃癌における斜入撮影法の有用性

¹JA北海道厚生連 遠軽厚生病院 内科

○武藤 桃太郎¹、佐々木 貴弘¹、下田 瑞恵¹、石川 千里¹、井上 充貴¹

【はじめに】近年、上部消化管X線検査で、冠動脈造影などに使用されているCアーム式寝台を用いて、角度を変えて撮影する斜入撮影法を取り入れる施設が増えてきている。患者の体位変換の負担も軽減でき、早期胃癌においても良質な画像が簡単に得られるようになった。【目的】早期胃癌における精密X線検査での、斜入撮影法の有用性を臨床的に検討した。【方法および対象】多方向X線透視撮影装置CアームテーブルSF-VA200 (Prius-C) (日立メディコ)でCアームを用いて、管球をcranial～caudal (頭尾側)およびRAO～LAO (左右方向)に回転させて、またこれらを組み合わせて、任意方向から斜入撮影法を行った。対象は2009年10月から2012年11月までの間に施行した精密X線検査32例34病変で全て早期胃癌(M癌20病変、SM1癌1病変、SM2癌13病変)である。これらの病変について、深達度診断に必要な病変の正面像、側面像の描出能を検討し、斜入撮影法が早期胃癌の深達度診断に寄与したかどうかを判定した。【結果】34病変のうち、正面像の描出率は、斜入前で19病変(55.9%)、斜入後で30病変(88.2%)と有意に上昇した(p=0.006)。側面像の描出率は、斜入前で11病変(32.4%)、斜入後で15病変(44.1%)に上昇した(p=0.318)。病変部位別で検討してみると、斜入撮影法が有効であったのは、小弯7/12 (58.3%)、大弯4/7 (57.1%)、前壁3/7 (42.9%)、後壁2/8 (25%)と、病変が接線方向になりやすい大弯・小弯病変で有効性が高い傾向であった。斜入撮影法による深達度正診率は、M-SM1癌で17/21 (81.0%)、SM2癌8/13 (61.5%)であった。【結論】斜入撮影法は、実用性があり、病変をより平面的に正面視あるいは側面視できるため、深達度診断に必要な画像が比較的容易に得られ、早期胃癌の深達度診断に寄与すると考えられた。

183 (内)

Collagenous gastritisの一例

¹函館五稜郭病院

○小林 寿久¹、榎木 喜晴¹、五十嵐 哲祥¹、岡 俊州¹、谷津 高文¹、笠原 薫¹、山内 英敬¹、矢和田 敦¹

症例は31歳男性。心窩部痛を主訴に近医受診し、慢性胃炎と診断されたが、症状の改善なく当科を紹介され受診した。上部消化管内視鏡検査にて胃体中部から上部の大弯に大小不同の顆粒状隆起性変化を認め、その周囲は軽度褪色調で相対的に陥凹を示していた。NBI併用拡大観察では、顆粒状の隆起部では円形～管状pit構造を認めた。一方、陥凹部はpit構造は不明瞭で口径不同と走行不整の血管を認めた。陥凹部からの生検で粘膜上皮下にcollagen bandの肥厚が認められたことから、collagenous gastritisと診断した。本症例は、非常にまれな疾患であり、若干の文献的考察を含めて報告する。

182 (内)

胃底部に認める多発白色扁平隆起病変の後ろ向き検討

¹北海道大学医学部 消化器内科、²北海道大学医学部 光学医療診療部、³北海道大学医学部 腫瘍センター、⁴大黒胃腸内科病院、⁵中川胃腸科クリニック
○大野 正芳¹、大森 沙織¹、鈴木 美櫻¹、高橋 正和¹、清水 勇一¹、小野 尚子²、間部 克裕²、加藤 元嗣²、結城 敏志³、小松 嘉人³、山本 純司⁴、中川 学⁵、中川 宗一⁵、坂本 直哉¹

【目的】Helicobacter pylori(以下HP)陰性者やプロトンポンプ阻害薬(以後PPI)服用者に、胃底腺ポリープが、HP感染者に過形成性ポリープが発生することは知られている。また、内視鏡的に両者と区別される多発性の白色扁平隆起病変を胃底部に認めることがある。今回はこの多発性の白色扁平隆起病変について後ろ向きに検討した。【方法】2012年4月～11月まで当院で施行された上部消化管内視鏡検査1589件、1510症例を後ろ向きに検討し、胃底部を中心に多発する辺縁鋸歯状の白色扁平隆起を検索した。また、HP感染、除菌の有無、萎縮性変化、PPIなど酸分泌抑制薬の内服、病理組織について検討した。【結果】白色扁平隆起を認めたものは1510症例中、19例(1.2%)であった。年齢は51歳～80歳(平均68.2歳)で男:女(4:15)と女性が多く認められた。HP感染に関しては、感染7人、除菌後を含む既感染が11人、未感染1人であった。萎縮性変化に関しては、萎縮あり18人、萎縮なし1人であり、ほとんどが萎縮を認めていた。PPI内服に関しては、現在内服5人、以前内服9人、H2RA内服2人、不明3人であった。内服の既往も含めると73.6%がPPI内服をしていた。病理検体に関しては、14例生検しており、生検結果はほとんどが過形成性ポリープとの返答であったが、病理標本を再検討すると、腺窩上皮過形成に加え軽度の胃底腺の拡張を認め、胃底腺ポリープの特徴も有していたものが大半であった。【結論】胃底部に多発白色扁平隆起を認める症例は、HP感染による萎縮例でかつ除菌後かPPI内服をしているものが多く、これらの病変の発生に関与している可能性が示唆された。同病変の発生機序などについて今後のさらなる検討が必要である。

184 (消)

胃glomus腫瘍の一例

¹恵佑会第2病院 消化器内科、²恵佑会札幌病院 消化器内科、³恵佑会札幌病院 外科

○山本 桂子¹、小平 純一¹、多羅澤 功¹、岡原 聡¹、大橋 広和¹、松本 岳士¹、高橋 宏明¹、諏訪 高磨¹、小池 容史¹、穂刈 格²、塚越 洋元²、蔵前 太郎³、西田 靖仙³

(症例) 20歳代女性

(主訴) 貧血

(現病歴) 平成24年6月から頭痛、動悸を自覚。近医にて感冒と診断されNSAIDを含む内服薬を処方。その後、黒色便を自覚したが、自然に消失した。7月になり歩行時の動悸が増悪し、7月10日に前医受診した。血液検査で高度の鉄欠乏性貧血、上部内視鏡検査で胃前庭部に粘膜下腫瘍を認めたため、当科紹介となった。上部消化管内視鏡検査では前庭部前壁に3.0cm大、弾性硬の表面平滑な粘膜下腫瘍であった。EUSでは第4層内に境界明瞭な腫瘤を認め、内部エコーは均一な低エコーの中に高エコー部分が散在していた。腹部CT検査では、腫瘍部位は強く濃染された。腫瘍は血管豊富な組織であり、血管腫、GIST、神経鞘腫、glomus腫瘍などが鑑別に上がった。検査終了後、本人の都合で一時的に退院したが、8月下旬に貧血症状の増悪で近医受診、高度の貧血にて当院に救急搬送された。緊急内視鏡検査を行ったところ、粘膜下腫瘍の頂部に露出血管が見られ、以後数回の止血術を要した。8月29日、腫瘍郭出術を施行。病理組織学的には腫瘍主座は固有筋層にあり、不正に拡張を示す豊富な血管を介在し、核小体が顕在化した均一小型の類円形核と淡明な胞体をもつ類円形細胞が充実に増殖していた。SMAにびまん性に陽性を示し、S-100、CD34、c-kitはいずれも陰性であった。HE染色、免疫染色の結果から、glomus腫瘍と判定した。

海外からの報告では腫瘍表面の潰瘍形成により大量出血した報告がいくつか見られる。消化管glomus腫瘍の後発部位は胃とされるが、その報告は少なく、今回文献的考察を加え報告する。

185 (消)

胃出血を繰り返した、開腹パースメーカーク植え込み術後の前縦隔・胃ヘルニアに対し腹腔鏡を補助的に用いた胃固定術の一例

¹釧路労災病院 外科

○徳淵 浩¹、河合 朋昭¹、小笠原 和宏¹、長佐古 良英¹、高橋 学¹、草野 満男¹

【症例】73歳 女性【主訴】吐血【既往歴】51歳時 左乳癌にて左乳房全摘術、65歳時 パースメーカーク植え込み術(開腹)【現病歴】パースメーカーク植え込み術後にて前医通院中、貧血(Hb 7.7g/dl)認め当院内科紹介。胃の前縦隔へのヘルニアと、これに伴う胃体下部の狭窄、びらんからの出血を認め、輸血、PPI、絶食にて保存的に一旦軽快。2週間後に再度吐血認め。以後食事を再開する度に吐血を繰り返すため、手術の依頼となった。【胸腹部所見】心窩部正中にscar。左上腹部にパースメーカーク。【手術】腹腔鏡で観察すると、前縦隔に大きなヘルニア門を認め、胃前庭部が拳上し心膜と癒着していた。ヘルニア門の閉鎖は困難と判断し、癒着剥離し胃前庭部を腹腔内に戻した後、小開腹下に胃壁と腹壁の固定術を行った。【術後経過】3PODに飲水開始。7PODに経口ガストロ造影にて胃の偏位を認めないことを確認し食事開始。術後吐血は認めず、15PODに退院。非常に稀な経過の症例であり、報告する。

187 (内)

胃型形質十二指腸癌の2例

¹札幌しらかば台病院 消化器科、²札幌しらかば台病院 病理、

³新札幌恵愛会病院 外科

○中村 正弘¹、遠藤 高夫¹、秋野 公臣¹、菊地 剛史¹、高橋 秀明¹、足立 靖¹、石井 良文²、柳井 良之²、穴戸 隆之³、八十島 孝博³

非乳頭部十二指腸癌は消化管原発悪性腫瘍において0.04-0.36%と稀な疾患である。発癌機序は大腸癌同様、腺腫の癌化がメインと考えられているが、de novo発癌・Brunner腺由来・迷入腺由来・胃上皮化生粘膜由来など、多様な発癌経路が考えられる。また、原発性十二指腸癌は元来腸型の粘液形質をもつと考えられていたが、近年胃型の粘液形質をもつ十二指腸癌の存在が報告されている。今回我々は2例の胃型形質をもつ早期十二指腸球部癌を経験したので報告する。(症例1)患者は80代女性。貧血にて当院受診。精査目的の上部内視鏡検査において十二指腸球部、p-ring近傍に大きさ35mmの隆起性病変を認め、生検にて胃型の腺癌が疑われた。粘膜下浸潤も疑われたが、年齢、併存疾患などから内視鏡にて切除。免疫染色にてMuc1/Muc5AC/TFF1(+/+),Muc2/CDX2(-/-)を呈し、胃型の乳頭状管状腺癌、深達度mと診断された。(症例2)患者は70代女性。嘔吐を主訴に当院受診。精査目的の上部内視鏡検査において十二指腸球部、p-ring近傍に大きさ40mmの隆起性病変を認め生検にて胃型の腺癌が疑われた。粘膜下浸潤が疑われ、外科にて切除。免疫染色にてCK7/Muc5AC/Muc6(+/+),CK20/CDX2(-/-)を呈し、胃型の乳頭状腺癌、深達度mと診断された。近位十二指腸癌は胃型、遠位十二指腸癌は腸型と言われているが、十二指腸癌の発癌母地について文献的考察を含め報告する。

186 (消)

出血を伴う巨大胃過形成ポリープに対し腹腔鏡内視鏡合同手術(LECS)による胃部分切除を施行した1例

¹北海道社会保険病院 消化器センター 外科、

²北海道社会保険病院 消化器センター 内科、³北海道大学消化器外科1

○市川 伸樹¹、定岡 邦昌²、古家 乾²、本間 重紀³、中西 一彰¹、相木 総良¹、小泉 忠史²、馬場 英²、数井 啓誠¹

【背景】腹腔鏡内視鏡合同手術による胃部分切除は、GISTなどの非粘膜病変に対し近年行われるようになった低侵襲手術であり、病変部位を確認しながら切離線を決定できる為、胃の切除範囲を最小限とできる利点がある。【症例】90歳女性。肝臓癌治療後に通院中、Hb7.3と貧血の進行あり。精査にて胃体上部前壁に径2cmのストークを伴う8cm大の出血性巨大有茎性ポリープを認めた。内視鏡的切除は困難で外科手術適応となったが、胃食道接合部直下に位置し、通常の腹腔鏡下胃部分切除では噴門部の高度変形が予想された。腹腔鏡内視鏡合同手術を行い、内視鏡アシスト下に腹腔内から、腫瘤基部に沿って最低限の範囲で胃壁を全層切除し腫瘤を摘出した。胃壁の閉鎖は鏡視下にて行った。胃壁の変形はほとんど無く、通過障害や合併症を認めず、良好な術後経過で退院となった。術後病理検査は過形成ポリープの診断であった。腹腔鏡内視鏡合同手術による胃部分切除は粘膜面の露出を伴う為、通常、非粘膜病変が適応となる。今回は、粘膜病変ではあるが、高齢者の非癌病変に対して同手術を施行し、低侵襲かつ胃の変形に配慮した胃部分切除を行う事ができた。【結語】出血を伴う巨大胃過形成ポリープに対し、腹腔鏡内視鏡合同手術により胃部分切除を施行した1例を経験した。

188 (消)

膵神経内分泌腫瘍(PNET)との鑑別が困難であった十二指腸GISTの一例

¹遠軽厚生病院 内科、²遠軽厚生病院 外科、³旭川厚生病院 消化器科

○下田 瑞恵¹、佐々木 貴弘¹、石川 千里¹、武藤 桃太郎¹、井上 充貴¹、高橋 裕之²、萩原 正弘²、青木 貴徳²、橋本 道紀²、稲葉 聡²、矢吹 英彦²

【症例】50歳代女性【現病歴】von Recklinghausen病(以下vR病)、小腸GIST術後で当科定期通院中であった。平成24年4月にCT検査を施行したところ、膵頭部に径8mmの比較的境界明瞭で、動脈相から後期相まで強い造影効果が持続する腫瘤を認めた。超音波内視鏡検査では、膵頭部に内部エコー均一で後方エコー増強を伴う低エコー腫瘤を認めた。ERPで膵管に異常所見を認めなかった。尚、上部消化管内視鏡検査では十二指腸に異常所見を認めなかった。以上より膵内分泌腫瘍を第一に疑い、超音波ガイド下針生検(EUS-FNA)を施行したが、病理結果では悪性所見を認めなかった。本人と相談し、一旦経過観察となったが、その後本人が強く手術を希望したため、11月に幽門輪温存膵頭十二指腸切除術手術を行う方針となった。術中所見は、膵頭部に腫瘤性病変を認めたが、膵よりも十二指腸との癒着が強かった。術中迅速病理診断で、PNETや上皮性腫瘍は否定的で、間葉系腫瘍を疑う所見であったため、膵頭部腫瘍核出術で終了した。切除標本の病理組織学的所見は、腫瘍は十二指腸筋層由来で、c-kit(+),CD34(-),S-100(-),desmin(-),MIB-1indexは1%以下であり、low riskの十二指腸GISTの診断となった。【まとめ】GISTの発生部位として十二指腸の発生率は数%である。GISTは造影CT検査でPNETと所見が類似しており、膵腫瘍との鑑別が困難であることが多い。本症例はvR病であるが、本疾患では3.9~25%の頻度で消化管間葉系腫瘍の合併がみられ、GISTとの合併例も報告されるようになってきているvR病と合併して膵腫瘍との鑑別が困難であった十二指腸GISTの1例を経験したので文献的考察を含めて報告する

189 (内)

無黄疸で発見された早期胆管癌(m癌)の1切除例

¹札幌医科大学 内科学第一講座、²札幌医科大学 外科学第一講座
○沼田 泰尚¹、松永 康孝¹、志谷 真啓¹、阿久津 典之¹、本谷 雅代¹、高木 秀安¹、佐々木 茂¹、篠村 恭久¹、今村 将史²、木村 康利²、平田 公一²

胆管癌は閉塞性黄疸を契機に発見されることが多く、無症状で発見され手術に至る症例は少ない。今回、CTにて総胆管結石を疑われて行った超音波内視鏡で、深達度mの早期胆管癌を発見し、極早期に治癒切除を得られた症例を経験したので、若干の文献的考察を加え報告する。【症例】67歳、女性【主訴】発熱【既往歴】慢性C型肝炎、子宮筋腫、子宮内膜症、左唾液腺腫瘍、左尿管癌術後【経過】2か月前から繰り返す発熱を主訴に近医を受診した。腹部超音波検査で左水腎症を認め、11月に当院泌尿器科に紹介となった。精査にて左尿管癌の診断となったが、その際の造影CT検査にて、総胆管結石落石が疑われ、精査目的に当科紹介となった。EUSにて胆管膵管合流部付近の下部胆管内腔に突出する約3mm大の桑実状隆起を認めた。腫瘍内部エコーは比較的均一で、胆管粘膜よりやや低エコーであった。病変は限局的で、周囲胆管粘膜の肥厚は認めず、また胆石・総胆管結石は認めなかった。MRCPでは描出不良な下部胆管のOddi筋支配領域に近接しているため明瞭な画像は得られず、再検したCTでも早期胆管癌で指摘されることが多いとされる濃染・壁肥厚といった所見にも乏しく、同部に病変を指摘するのは困難であった。他Modalityでの再現性に乏しく、部位的にPapillary foldを見ていた可能性も考えられたため、さらなる精査目的にERCを施行した。胆管の直接造影にて内腔に突出する結節様隆起を認めたが、同部からの生検では悪性所見は得られなかった。IDUSでも腫瘍は明瞭に描出されていたため、画像所見からは悪性の可能性が除外できなかった。3か月後の再検では、経乳頭胆管生検で同部より異型上皮を認め、腺癌を強く疑う所見が得られた。この時の直接胆道造影でも肝胆胆管の毛羽立ち・壁硬化像といった所見は認めなかったが、術式決定目的に行ったマッピング胆管生検にて、中部胆管から異型上皮を認めたため、膵頭十二指腸切除術となった。術後病理組織診断ではpapillary adenocarcinoma、INFα、ly0、v0、pn0、m、pHinf0、pGinf0、pPanc0、pDu0、pA0、pN0、pHM0、pEM0、pT1N0M0、Stage1であった。

191 (内)

EST切開後出血に対するcovered metallic stent留置による止血術の治療成績

¹伊達赤十字病院 消化器科、²伊達赤十字病院内科、³札幌医科大学 第四内科
○和田 浩典¹、久居 弘幸¹、岡川 泰¹、小柴 裕¹、宮崎 悦²、嘉成 悠介³

【目的】内視鏡的乳頭括約筋切開術 (EST)に伴う偶発症としての術中出血はしばしば経験される。その止血方法として、エビネフリン添加生食散布、バルーン圧迫法、クリッピング、局注法 (HSE)、ファイブ接着剤、凝固法 (ヒートプローブ・アルゴンプラズマ)などが報告されているが、複数の手技を用いることはERCPの偶発症の増加や手技時間の延長に繋がり、患者に対しては不利益である。近年、covered metallic stent (CMS)留置による止血術の有用性の報告が散見されるが、未だ確立した手技とは言えない。今回、ESTの術中出血に対してCMS留置による止血術を行い、その有用性と安全性について検討した。【方法】対象は2011年5月～2012年10月にEST術中出血に対してCMS留置による止血術を試みた4例 (年齢65～80歳、平均74歳、男性3例、女性1例)。疾患内訳は胆管結石1例、膵頭部癌3例 (切除不能2例、術前1例)で、肝硬変などの基礎疾患を有する例、抗血栓薬服用例、血液凝固異常を呈した例は認めなかった。全例被覆型ナビローム (Clever-Cut 3V、Olympus)を用いてガイドワイヤー誘導下に小～中切開でESTを施行した。使用CMSは10mm径、6cm長のcovered WallFlex (Boston scientific)で、partially-covered 1例、fully-covered 3例であった。検討項目は1) 治療成績、2) 偶発症、とした【成績】1) 初回止血方法は全例エビネフリン添加生食塩水散布で、1例にバルーン圧迫、ヒートプローブによる凝固を追加したが、全例活動性出血が持続し、CMSを留置した。留置後出血を認めた1例にHSE局注を追加した。2) 全例後出血は認めなかった。HSE局注を追加施行した1例は軽症膵炎を来し、翌日にCMS抜去後plastic stentおよび膵管stentを留置した。胆管結石症例で留置した1例で胆管後に胆管炎を来し抜去した (留置期間17日)。切除不能膵癌症例で留置51日後に閉塞性胆管炎を来し抜去した。【結論】EST術中出血に対するCMS留置による止血術は簡便で抜去も容易であるが、留置後の偶発症を念頭に置き対処することが肝要である。今後、多施設での前向き研究が必要である。

190 (内)

広範な胆管狭窄を来したIgG4関連硬化性胆管炎の一例

¹旭川医科大学 第二内科
○高添 愛¹、山北 圭介¹、岩本 英孝¹、鈴木 裕子¹、今澤 雅子¹、北野 陽平¹、和田 佳緒利¹、太田 雄¹、須藤 隆次¹、玉木 陽徳¹、岡田 充巧¹、麻生 和信¹、羽田 勝計¹

症例は94歳男性、黄疸を主訴に当科を受診された。血液検査上、著明な黄疸と肝胆道系酵素及びIgG4の上昇を認めた。CTでは左右肝内胆管の拡張と造影効果を伴う総胆管の壁肥厚を認めた。ERCPでは膵管には狭細像を認めず、総胆管から両側肝内胆管にかけて広範な狭窄を認め、IDUS像では均一な全周性の壁肥厚を認めた。同時に行った病理組織検査では一部の細胞にIgG4陽性の形質細胞を認め、悪性所見は認めなかった。IgG4関連硬化性胆管炎を疑ったが、他のIgG4関連疾患の合併を認めず、病理学的所見でも診断基準を満たさなかったため、ステロイドによる治療効果を含めた診断を行う方針となった。PSLを0.6mg/kg/dayで開始した。黄疸は徐々に改善し、2週間後に施行した胆管造影で狭窄の改善を認め、ステロイド治療の効果ありと判断した。IgG4関連硬化性胆管炎の診断で治療を継続しており、現在のところ再燃はない。IgG4関連硬化性胆管炎は高率に自己免疫性膵炎などIgG4関連疾患の合併を認め、特徴的な画像所見をきたす。IgG4関連硬化性胆管炎臨床診断基準2012によると胆管像はtyp1からtype4に分類されているが、本症例のように総胆管全領域から肝内胆管まで広範に狭窄を来す例はいずれの分類にもあてはまらず、同様の報告も検索した限りではない。今回は総胆管を含め広範な胆管狭窄を来し、他のIgG4関連疾患を合併しなかったため悪性腫瘍や原発性硬化性胆管炎などの鑑別に苦慮したが、ステロイドトライアルが診断に有効であった。

192 (内)

悪性十二指腸狭窄に対する十二指腸ステント留置により膵炎を発症した一例

¹札幌医科大学 第四内科
○山内 夏未¹、石渡 裕俊¹、林 毅¹、小野 道洋¹、神原 悠輔¹、宮西 浩嗣¹、佐藤 勉¹、佐藤 康史¹、瀧本 理修¹、小船 雅義¹、加藤 淳二¹

症例は60歳代女性。2011年12月に卵巣腫瘍に対し、両側付属器摘除術+子宮全摘術+リンパ節郭清+虫垂切除+膈壁形成術を施行され、病理診断はmucinous adenocarcinoma StageIIIcであった。術後補助化学療法(TC療法)を2012年6月まで6コース施行され、PET-CTで再発を認めず、以後経過観察となっていた。しかし、9月より皮膚黄染・掻痒感を自覚し、10月に近医内科を受診した。血液検査にて黄疸・肝機能障害を指摘され、同日当科紹介、入院となった。造影CTでは、肝門部リンパ節が上部胆管から肝門部胆管へ浸潤しており、肝内胆管拡張を認め、リンパ節転移による閉塞性黄疸と診断した。膵には異常所見を認めなかった。減黄のため十二指腸鏡を挿入したが、十二指腸球部から下行部に腫瘍浸潤による狭窄を認め、ERCPは不能であった。同日十二指腸ステント(Niti-S 22mm×80mm, Taewoong Medical)を、十二指腸乳頭をまたぐように留置したが、夜間より腹痛が出現し、アミラーゼ値の上昇、CTで膵腫大、周囲の脂肪織濃度上昇を認め急性膵炎と診断した。ステントによる膵管口閉塞が原因と判断し、ステント抜去を試みることにした。留置翌日に十二指腸ステントの肛門側端を鉗子で把持し、内側に回転するようにゆっくりと抜去した。その後、腹痛は改善、アミラーゼ値は低下し、急性膵炎は改善傾向となった。黄疸に対してはEUS-guided hepaticogastrostomy (EUS-HGS)を施行し改善した。十二指腸狭窄に対しては、胃空腸バイパス術を行い、再発卵巣癌に対して化学療法を開始可能となった。十二指腸ステント留置に伴う急性膵炎は稀な偶発症の一つである。しかし、十二指腸乳頭部を含む下行部に狭窄があっても、膵管拡張がない症例に十二指腸ステントを留置する場合には念頭におく偶発症の一つと考えられた。通常十二指腸ステントは被覆のないuncovered typeであるために、抜去に難渋することが予想されるが、本例では留置翌日に十二指腸ステントを抜去することが可能で、膵炎は改善した。

193 (内)

膵石乳頭部嵌頓による急性膵炎および閉塞性黄疸に対して、Needle KnifeによるPrecut Papillotomyが有効であった一例

¹旭川医科大学病院 消化器・血液腫瘍制御内科学分野

○田中 一之¹、後藤 拓磨¹、河本 徹¹、井尻 学見¹、岡田 哲弘¹、坂谷 慧¹、堂腰 達矢¹、安藤 勝祥¹、富永 素矢¹、稲場 勇平¹、伊藤 貴博¹、田邊 裕貴¹、藤谷 幹浩¹、高後 裕¹

症例は80歳代男性。平成24年5月よりC型慢性肝炎・慢性膵炎・膵石にて当科外来通院していた。膵炎発作の既往はなかった。平成24年10月、心窩部痛を主訴に近医を受診。血液検査にて炎症反応と膵酵素の上昇および黄疸があり、胆石膵炎の疑いにて当院へ救急搬送となった。腹部CTでは、造影不良域を伴わない膵腫大、膵周囲に限局する炎症の波及を認めることから、CT Grade 1の急性膵炎と考えられた。また、乳頭部と膵頭部主膵管内にそれぞれ14×8mm、11×9mmの結石を認め、乳頭部より上流側の主膵管および総胆管は拡張していた。以上より、膵石乳頭部嵌頓による急性膵炎および閉塞性黄疸と診断し、緊急内視鏡検査を施行した。乳頭部は腫大し、膵管開口部に嵌頓する結石を確認し得た。通常の造影法またはwire-guided cannulation (WGC)法により結石を上流へ押し込むと、その後の碎石処置に難渋する可能性を考え、Needle KnifeによるPrecut Papillotomyを施行した。Precut後、Needle knifeや造影カテーテルを用い、結石を膵管軸において十二指腸側へ動かすことにより、乳白色の硬い結石を排石した。ERCPで膵頭部主膵管内に残存するdefectを認め、膵胆管ステントにてドレナージした。処置後より症状・検査所見は改善したが、第6病日に再度腹痛を伴う膵酵素上昇を認めた。CTでは、膵管ステントの脱落および残存していた膵石の自然排石が考えられた。そのうえで膵炎が再燃したため、胆管ステントやCTで指摘困難な膵石が膵炎の原因である可能性を考え、ERCPを施行。主膵管内に明らかなdefectがないことを確認し、胆管ステントを抜去した。その後の経過は良好にて第13病日退院とした。膵石乳頭部嵌頓により急性膵炎および閉塞性黄疸を合併した症例の報告は少ない。Precut Papillotomyにて治療した報告はさらに稀であり、検索し得た範囲内で数例のみであった。膵石乳頭部嵌頓症例におけるPrecut Papillotomyは早期の病状改善に有効と考え、報告する。

194 (内)

内視鏡的ネクロゼクトミーを回避して治療した感染性膵壊死の1例

¹札幌医科大学 第四内科

○池田 裕貴¹、林 毅¹、石渡 裕俊¹、小野 道洋¹、宮西 浩嗣¹、佐藤 勉¹、佐藤 康史¹、小船 雅義¹、瀧本 理修¹、加藤 淳二¹

症例は40歳代、男性。2011年5月に重症急性膵炎を発症し当院で保存的加療を受けた。被胞化された壊死組織が広範に残存したが、無症状のため経過観察の方針となった。7月に上腹部痛、発熱があり感染性膵壊死の疑いで再入院となる。造影CTで壊死組織内部に脾動脈および狭小化した門脈が貫通していたため、内視鏡的ネクロゼクトミー (EN) の実施は困難と判断した。EUSで同病変内にecho free spaceはなく、穿刺後の吸引で排液はなかったため壊死腔の洗浄による壊死組織の消化管への排出を行う方針とし、10mm径のWallFlexを(1)胃体上部後壁、(2)体中部後壁に留置し、ステント内に経鼻チューブを挿入し連日洗浄を行った。その後、症状、炎症反応およびCT所見から要治療部を想定しつつ、(3)胃前庭部後壁、(4)十二指腸球部、(5)十二指腸下降脚から同様の処置を追加した。66病日には壊死巣は著名に縮小し、(1)はステントフリー、(2)-(5)は両端pig tail留置とし、80病日に食事を再開した。ところが、残渣の壊死組織腔への迷入による炎症再燃を生じたため、92、119病日に(5)と(3)へWallFlexを再挿入し洗浄を行った。133病日までに消炎と壊死腔の縮小が得られ、全てのステントを抜去した。瘻孔の閉鎖を待って149病日より食事を再開したところ再燃なく186病日に自宅退院となった。一方、9病日に炎症による下部胆管狭窄にて閉塞性黄疸を発症したが、十二指腸狭窄のため経乳頭の処置ができずPTGBDを施行した。58病日に経皮ルートを利用したランデブー法によるEBSを行った。その後十二指腸狭窄の改善を待って経乳頭的にステントの段階的な太径化を行い445病日にWallFlex 10mm径を留置した。515病日に同ステントを抜去した後は胆道もステントフリーである。エビデンスの集積と共に、ENが感染性膵壊死の代表的な治療になりつつあるが、重篤な合併症が多いため実施には慎重な判断を要する。本例で行った手技は、EN実施を躊躇する症例に対するひとつの治療選択肢になりうる。