

第80回 日本消化器内視鏡学会 甲信越支部例会

抄 録 集

日時：平成28年6月19日（日）

会場： アピオ甲府

〒409-3866 山梨県中巨摩郡昭和町西条 3600

TEL:055-222-1111

会長： 大高 雅彦 （山梨県厚生連健康管理センター）

ご挨拶

第 80 回日本消化器内視鏡学会甲信越支部例会を担当させていただくにあたりご挨拶を申し上げます。本会を開催するのは大変光栄に存じ上げますとともに、身の引き締まる思いです。

私にとっての甲信越支部例会は、消化器内科医として最初の学会発表の場でした。詳細なプレゼンテーション、きれいな画像の選択、文献検索と 1 回の発表で学ぶことはたくさんありました。その頃は、目の前の患者さんを診療することで手一杯でした。恩師から「日頃から患者さんひとり一人を丁寧に診ること、同じ疾患の中から何らかの違いに気づくこと、その症例をしっかりと記録し報告すること。珍しい疾患を発表するだけが症例報告ではない。」と教わりました。学年が進み赴任先の消化器科では責任者としての立場になっていきました。その頃から毎回の本会発表を義務として対峙してきました。座長を任命されたときは、「演者の勉強に役立つ質問をしなさい。」という指導を受けました。一度、勉強不足の状態で座長を行い、フロアでの議論に口を挟むことができず、時間オーバーになる失態を演じました。振り返ると、甲信越支部例会は私に、発表・座長といつも新しい緊張感を与えてくれました。

今回ご登録いただいた若手の先生方のご発表（プレナリー）は 12 題です。この発表を良い機会として、さらに消化器診療に興味を持っていただければと思います。

最後になりますが、民間施設による運営のため至らぬ点が多々あるかと存じますが、御容赦をお願い申し上げますとともに、実り多い支部例会とするため会員の皆様にご協力を賜りますようお願い申し上げます次第です。

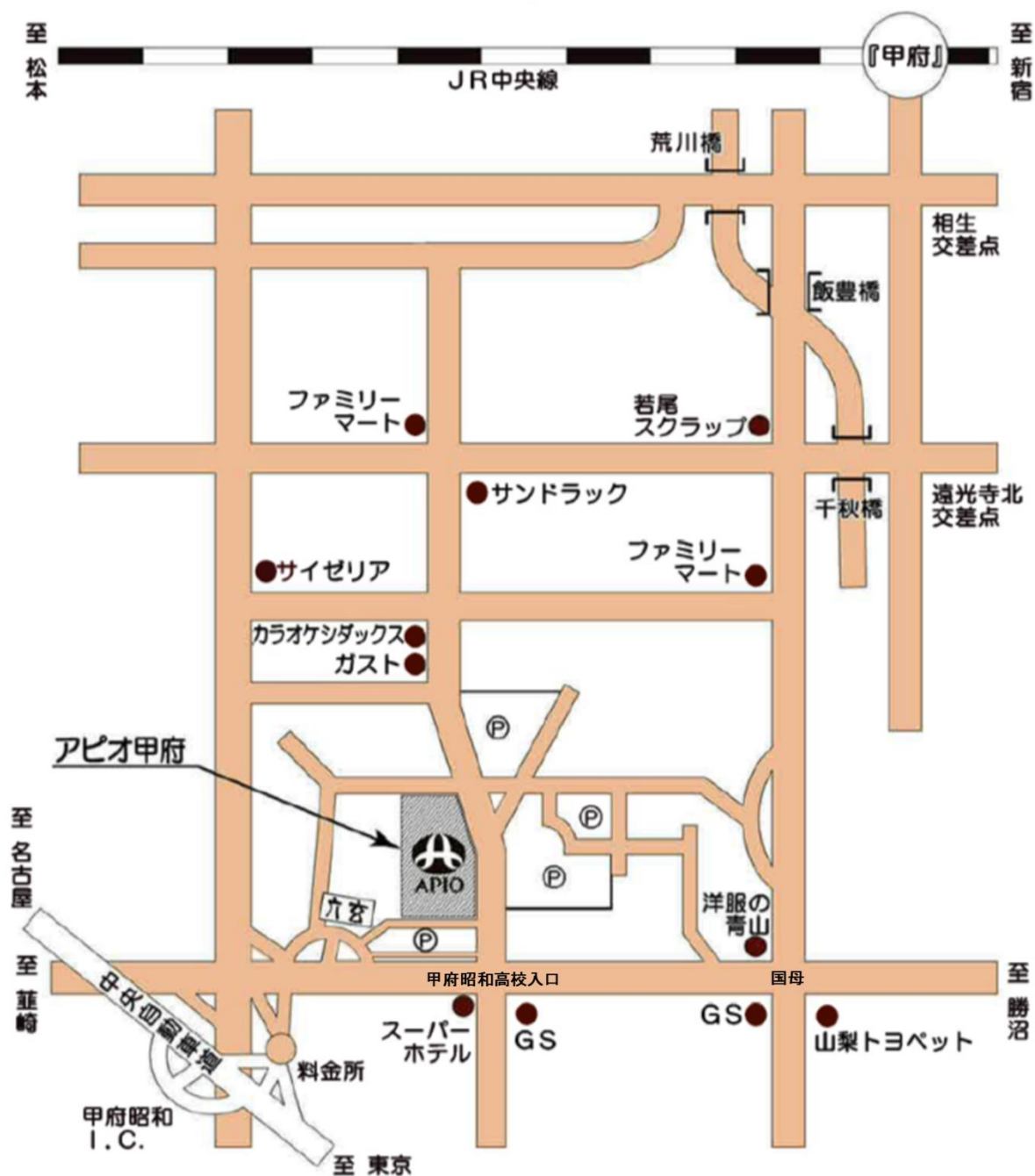
2016 年 6 月

第 80 回日本消化器内視鏡学会甲信越支部例会

会長 大高 雅彦

（山梨県厚生連健康管理センター）

会場案内図



主要交通・・・JR中央線 甲府駅下車 南口からタクシー約15分

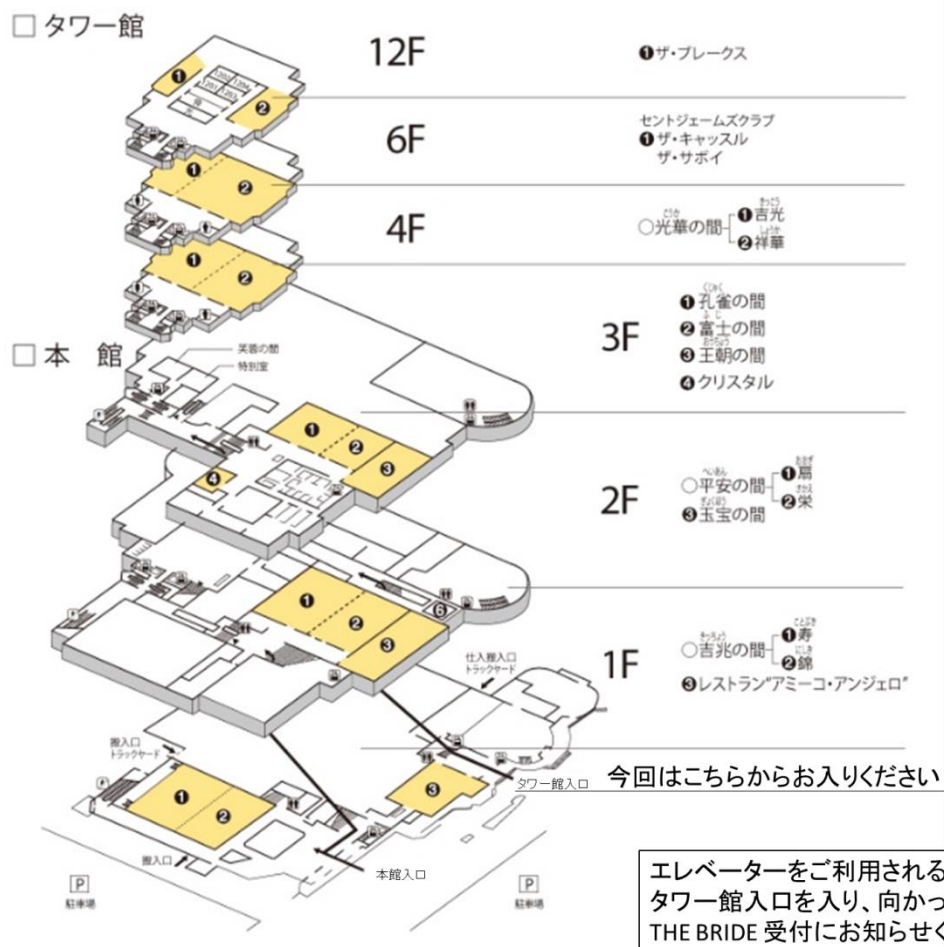
お車でお越しの方・・・中央自動車道甲府昭和I.C.で下り、東京・大月方面へ向かって、
最初の信号「昭和高校入口」を左折してください。

学会会場:アピオ甲府

〒409-3897 山梨県中巨摩郡昭和町西条3600

TEL: 055-222-1111

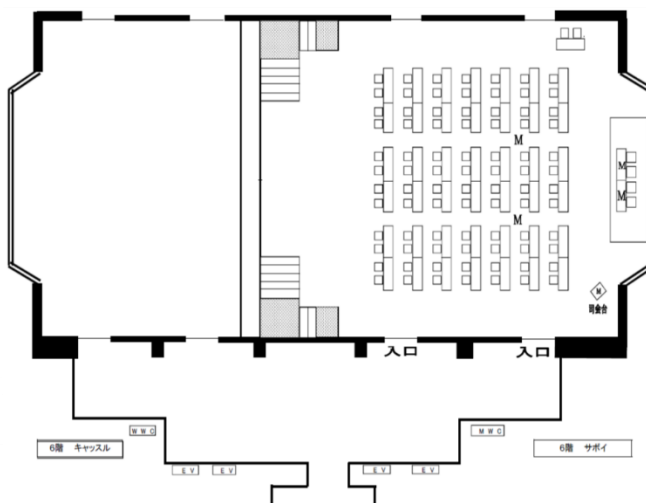
会場ご案内図



タワー館 4F
第1会場(光華の間)



タワー館6F
第2会場(ザ・サボイ)



参加受付は4F 第1会場前で行います。
クロックはタワー館2F ロビーをご利用ください。

お願い

*** 演題の発表時間は5分、討論時間は3分です。**

*** 学会参加時にはこの抄録集をご持参ください。**

*** COIについてスライド提示と申告書提出が必要です。**

学会発表および質疑応答についてのご案内

支部例会へ参加される先生方へのご案内

1. 当日、会場整理費として1000円を徴収させていただきます。
2. 参加者には、支部例会参加証をお渡しいたします。参加証は専門医の申請・更新に必要ですので、大切に保管してください。
3. 日本消化器内視鏡学会甲信越支部例会として優秀演題を表彰します。卒後5年までの演者（応募時専修医を含む）はプレナリ-演題として発表していただき、この中から優秀2演題を当日午後に開催される総会の際に表彰いたします。また、プレナリ-演題を除く全演題の中から優秀演題を2題選出し、次の例会の際に表彰します。
4. 発表に対して質問および発言がある場合は、あらかじめ会場に設置してあるマイクの前でお待ちください。
5. 原則として演者への謝辞は不要です。
6. [クールビズのご案内] 6月末は蒸し暑いことが予想されます。今回の支部例会ではクールビズを実施いたしますので、上着・ネクタイを着用せず、軽装でのご参加を歓迎いたします。また、学会スタッフもクールビズに取り組みますので、ご理解の程お願い申し上げます。

座長の先生方へのご案内

1. 予定時間の30分前までに受付をお済ませください。
2. 全体の進行に支障をきたさないよう時間厳守をお願いいたします。
3. 演題名などは省略して、実質的な討論に時間を使えるようご配慮をお願いいたします。

演者の先生方へのご案内

1. 演題の発表時間は5分、討論時間は3分です。発表時間厳守をお願いいたします。
2. コンピューターによるプレゼンテーション（1面）に限ります。
3. 発表の30分前までに、コンピューターまたはメディア（CD-RあるいはUSB）をPC受付に持参し、動作を確認してください。
4. 用意しておりますコンピューターのOSとアプリケーションは以下のとおりです。
OS: Windows XP, Vista, 2007, 2010, 8.0, 8.1
アプリケーション: Microsoft PowerPoint 2003/2007/2010/2013
Macintosh版Power Pointで作成した場合、Windows版Power Pointでデータを開いた時に画像データが表示されないことがあります。必ず、Windows版Power Pointで試写をした上でデータをお持ちください。また、万が一に備えMacintosh本体のご持参をお願いします。
5. 文字化けを防ぐために、下記のOS標準フォントをお使いください。
日本語: MSゴシック、MSPゴシック、MS明朝、MSP明朝
英語: Arial, Arial Black, Century, Century Gothic, Times New Roman
6. データを保存する際はご使用の「Power Point」バージョンをご確認ください。お持ちいただくメディアには、発表に使用するファイルのみ記録してください。万が一のトラブルに備え、バックアップデータを記録したメディアをご用意ください。
7. 動画ファイルなどスライドにリンクするファイルは、1つのフォルダに入れて下さい。動画ファイルは、Windows Media Playerで再生可能なものに限りします。
8. 発表には日本消化器内視鏡学会の規定に沿った発表筆頭者の利益相反が（COI）の開示が求められています。発表時はCOI開示スライドを表題の次の2枚目にご提示ください。COI申告書を受付にご提出をお願いいたします。
COI開示のスライドおよび申告書は日本消化器内視鏡学会ホームページ 各種COIフォーム（3. 学術講演発表時の申告フォーム）よりダウンロードできます。
9. 「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」が施行され、日本消化器内視鏡学会では平成28年10月以降に開催する支部例会より倫理審査委員会の承認の有無等の申告が必要となります（症例報告は不要）。第80回支部例会では、倫理審査委員会の承認が必要な演題では、できれば「倫理審査委員会の承認を得た」の文言をスライドや発表内に入れてください。
10. 会場スクリーンは「16:9」となっております。スライド作成時にページ設定で「16:9」に設定していただくとスクリーン全面に投影されます。なお、画面設定を「4:3:とした場合にはスライド両サイドが黒く表示されますので予めご了承ください。
11. 演者は、前の演者が口演を開始後、次演者席にお着き下さい。

12. 演者および共同演者は、研修医を除いて日本消化器内視鏡学会会員に限ります。未入会の方は入会手続きをお願いいたします。
13. 最新のウイルス駆除ソフトを用いて、事前のチェックをお願いいたします。
14. ご自身のPCを持参される場合には、電源アダプターを持参され、予め省電力設定は解除しておいてください。外部出力端子はMini D-sub 15ピンとなります。これに適合するアダプターをご持参下さい。

日本消化器内視鏡学会甲信越支部地方会および日本消化器病学会甲信越支部例会合同懇親会について

日時 6月18日（土）午後7時30分から

場所 アピオ甲府 タワー館6階 ザ・サボイ

会費 評議員 5,000円、 一般会員 2,000円

懇親会会場受付でお支払いください。

評議員に限らず、広く会員のご参加をお待ちしています。

ENDOSCOPIC FORUM for digestive disease（日本消化器内視鏡学会甲信越・北陸地方会雑誌）への論文投稿をお願い致します。

締切りは平成28年7月末です。

（投稿詳細は甲信越支部ホームページをご覧ください）

第 80 回日本消化器内視鏡学会甲信越支部例会 タイムスケジュール（平成 28 年 6 月 19 日）

第 1 会場（タワー館 4 階 光華の間）

開会の挨拶 8 : 50～9 : 00

会長 大高 雅彦

	演題番号	時間	座長
プレナリー 1	1～4	9 : 00～ 9 : 32	山口 達也 (山梨大学医学部第 1 内科)
プレナリー 2	5～8	9 : 32～10 : 04	八木 一芳 (新潟県立吉田病院内科)
プレナリー 3	9～12	10 : 04～10:36	宮林 秀晴 (国立病院機構 まつもと医療センター 松本病院 消化器内科)
上部消化管 1	13～16	10 : 36～11 : 08	高橋 亜紀子 (佐久総合病院佐久医療センター内視鏡内科)
上部消化管 2	17～21	11 : 08～11 : 48	河口 賀彦 (山梨大学医学部第 1 外科)
ランチョンセミナー		12 : 10～13 : 10	依田 芳起 (山梨県厚生連健康管理センター)
総会・表彰式		13 : 10～13 : 30	
腸	22～25	13 : 30～14 : 02	本間 照 (済生会新潟第二病院消化器内科)
胆・膵	26～29	14 : 02～14 : 34	深澤 光晴 (山梨大学医学部第 1 内科)

閉会の挨拶 14 : 34～14 : 40

会長 大高 雅彦

第 2 会場（タワー館 6 階 ザ・サボイ）

評議員会 12 : 10～13 : 10

プログラム

第1会場（タワー館4階 光華の間）

プレナリー1 9:00～9:32

座長 山口 達也 （山梨大学医学部第1内科）

1 内視鏡で観察しえた大動脈食道瘻の3例

山梨大学 医学部附属病院 臨床教育センター 奥脇 徹也

2 胃粘膜へのランタン蓄積を電子顕微鏡で確定診断し、遡及的に内視鏡像を追えた1例

佐久総合病院 佐久医療センター 消化器内科 山田 崇裕

3 内視鏡的幽門ステント挿入術を行いG-SOX療法を継続した高齢の切除不能進行胃癌の2例

長野県立木曽病院 外科 檀原 一仁

4 肺癌治療経過中に認めた胃静脈瘤破裂の1例

山梨県立中央病院 村田 博朗

プレナリー2 9:32～10:04

座長 八木 一芳 （新潟県立吉田病院内科）

5 多発する小陥凹性病変と粘膜下腫瘍様病変を呈した乳癌胃転移の1例

済生会新潟第二病院 消化器内科 長谷川 和樹

6 経口的ダブルバルーン内視鏡にて診断した小腸憩室出血の一例

山梨大学医学部附属病院第1内科 芦沢 浩

7 不明熱精査を契機に多彩な消化管病変を認めたMantle Cell Lymphomaの1例

山梨県立中央病院 消化器内科 河西 浩人

8 縦隔気腫を伴う高度な上部消化管病変を認め、インフリキシマブが著効したクローン病の1例

長野赤十字病院 初期研修医 小林 浩幸

プレナリー3 10:04~10:36

座長 宮林 秀晴 (国立病院機構まつもと医療センター松本病院消化器内科)

9 上部消化管造影検査後に発症したバリウム宿便潰瘍と考えられた1例

済生会新潟第二病院 消化器内科 高 昌良

10 下腹部の皮疹を契機に診断に至った直腸癌皮膚転移の1例

山梨県立中央病院 消化器内科 荒井 秀寿

11 胆管結石治療 high risk 症例に対する胆管ステント留置術

市立甲府病院 消化器内科 島村 成樹

12 術前診断が困難であった膵尾部嚢胞性病変の1例

山梨大学 医学部 附属病院 臨床教育センター 三浦 優子

上部消化管1 10:36~11:08

座長 高橋 亜紀子 (佐久総合病院佐久医療センター内視鏡内科)

13 表面平坦型食道類基底細胞癌の一例

甲府共立病院 内科 西山 敦士

14 陥凹型胃底腺型腺腫と診断し得た1例

飯山赤十字病院 消化器内科 山田 重徳

15 長期間経過を追えた胃底腺粘膜型胃癌の一例

長野市民病院 消化器内科 関 亜矢子

16 *H. pylori* (Hp) 除菌長期経過後に胃癌が発症した1例

山梨県厚生連健康管理センター 花輪 充彦

上部消化管2 11:08~11:48

座長 河口 賀彦 (山梨大学医学部第1外科)

17 胃生検後にFree airが出現した1例

JA長野厚生連 篠ノ井総合病院 消化器内科 児玉 亮

18 高度食道裂孔ヘルニアに胃軸捻転症を伴った3例

JA 長野厚生連 篠ノ井総合病院 消化器内科 三枝 久能

19 難治性食道良性狭窄に対し radial incision and cutting method (RIC 法) が奏効した一例

新潟県立十日町病院 内科 水澤 健

20 上部消化管内視鏡の軸回転操作法の検討

信州大学 医学部附属病院 内視鏡センター 菅 智明

21 第2世代の Hook ナイフーHook J の正しい使用による ESD

佐久総合病院佐久医療センター内視鏡内科 高橋 亜紀子

ランチョンセミナー 12:10~13:10

座長 依田 芳起 (山梨県厚生連健康管理センター)

H. pylori 未感染および除菌後胃癌の病態と診断

小林 正明

(新潟大学医歯学総合病院 魚沼地域医療教育センター・魚沼基幹病院 消化器内科)

腸 13:30~14:02

座長 本間 照 (済生会新潟第二病院 消化器内科)

22 手つなぎ型腺癌を示した十二指腸癌の一例

佐久医療センター 内視鏡内科 依光 展和

23 出血を繰り返し HLA-B54、B58 が陽性であった単純性潰瘍の一例

都留市立病院 内科 落合 田鶴枝

24 メサラジンアレルギーを発症し、内視鏡的所見の経時的変化を確認しえた右側大腸炎型潰瘍性大腸炎の1例

日本歯科大学新潟生命歯学部 内科学講座 廣野 玄

2 5 当院における大腸ステントの使用経験

安曇野赤十字病院 消化器内科 須藤 貴森

胆・膵 14:02～14:34

座長 深澤 光晴 (山梨大学医学部第1内科)

2 6 拡大内視鏡および診断的パピレクトミーを施行した十二指腸乳頭部非腫瘍性病変の1例

長野市民病院 消化器内科 櫻井 晋介

2 7 胆管ステント(CMS)抜去時肝動脈起始部からの出血を起こし、CMS再挿入とコイル塞栓術で止血し救命し得た1例

国立病院機構 まつもと医療センター 松本病院 消化器内科 宮林 秀晴

2 8 当院におけるSpy Glass™ DSの初期経験

新潟大学地域医療教育センター魚沼基幹病院 消化器内科 森田 慎一

2 9 進展度診断に経口電子胆道鏡(SpyGlass™ DS)が有用であったIPNBの一例

長野市民病院 消化器内科 金井 圭太

一般演題

1 内視鏡で観察しえた大動脈食道瘻の3例

奥脇 徹也¹⁾、石田 泰章²⁾、芦沢 浩²⁾、松田 秀哉²⁾、早川 宏²⁾、田中 佳祐²⁾、吉田 貴史²⁾、
小林 祥司²⁾、山口 達也²⁾、佐藤 公²⁾、榎本 信幸²⁾

¹⁾ 山梨大学 医学部附属病院 臨床教育センター、²⁾ 山梨大学医学部附属病院第一内科

【症例1】80代男性。吐血のため当院搬送された。ショックのため輸血を施行したが血圧安定せず第4病日血圧が安定したため上部消化管内視鏡検査(EGD)を施行し下部食道に赤色隆起を認めた。造影CTで胸部大動脈瘤が食道を圧迫しており大動脈瘤の食道穿破と考えられた。積極的治療を希望されず第15病日他病院転院となる。【症例2】50代女性。吐物に血液が混ざり当科を受診した。EGDで上部食道に壁外性圧排を認め頂部に裂創を認めた。造影CTで大動脈弓部に動脈瘤を認め食道と接しており大動脈瘤の食道穿破と考えられた。同日ステントグラフト内挿術を施行。後に感染を起こし第34病日、食道抜去、食道瘻+腸瘻作成したが経過中感染を繰り返した。2年4か月後脳梗塞を発症し2年11か月後に急性腎不全を起こし永眠された。【症例3】80代女性。黒色便の排泄後意識消失し当院搬送された。造影CTで下部食道の粘膜造影欠損を認め潰瘍が疑われた。EGDを施行し下部食道に潰瘍を認めたがその後大量出血が起こり中断とした。血管造影ではTh9下縁に限局性の壁不整を認め内視鏡の潰瘍所見、CTの食道粘膜欠損に一致し食道潰瘍の大動脈穿破と考えられた。同日ステントグラフト内挿術を施行。第7病日食道瘻+胃瘻+腸瘻を作成した。2か月後他病院転院となる。【考察】大動脈食道瘻の原因として①大動脈瘤、②食道腫瘍、③異物、④長期挿管、⑤胸部大動脈瘤や食道の術後などが挙げられる。診断は造影CT、血管造影などが一般的であるが自験例のような内視鏡で観察しえた症例は少なく文献的な考察を加えて報告する。

2 胃粘膜へのランタン蓄積を電子顕微鏡で確定診断し、遡及的に内視鏡像を追えた1例

山田 崇裕¹⁾、友利 彰寿¹⁾、小山 恒男²⁾、高橋 亜紀子²⁾、塩澤 哲³⁾、太田 浩良⁴⁾、古川 龍太郎¹⁾、
山城 彩乃¹⁾、依光 展和²⁾、桃井 環¹⁾、篠原 知明¹⁾、福島 秀樹¹⁾、古武 昌幸¹⁾、比佐 岳史¹⁾

¹⁾ 佐久総合病院 佐久医療センター 消化器内科、²⁾ 佐久医療センター 内視鏡内科、

³⁾ 佐久総合病院 佐久医療センター 臨床病理部、⁴⁾ 信州大学医学部 保健学科 生体情報検査学

患者は70歳台男性。糖尿病性腎症にて、2006年に透析導入となった。以前からスクリーニングのEGDを受けており、萎縮性胃炎を指摘されていたが、消化器症状の訴えを認めなかった。2015年に施行したEGDで体部領域に褪色調で顆粒状の粗造な粘膜変化を認め、血管透見が消失していた。また、前庭部には周囲に点状の黄色変化を伴う発赤陥凹性病変が多発していた。NBI拡大観察では表面構造は不整に乏しいvilli様構造で、血管構造に不整を認めず、上皮性腫瘍を示唆する所見を認めなかった。しかしvilli様構造内に白色調の物質を認め、粘膜固有層への沈着あるいは細胞浸潤と考えた。アミロイドーシスやリンパ球系の腫瘍などを念頭に生検したところ、細胞質内の褐色顆粒を有する組織球を認めた。内服歴を確認したところ、2010年9月からリン吸収阻害剤である炭酸ランタンが処方されていた。重金属であるランタンの沈着を考え、電子顕微鏡を用いたエネルギー分散型X線分光解析を行ったところ、組織球の細胞質及び間質にランタン、リン、そしてリンに吸着したランタンを証明することが出来た。内視鏡を遡及的に検討すると、体部の塑像な黄色調の粘膜塑像な変化が、炭酸ランタン内服6ヶ月後より出現し1年7ヶ月後には前庭部に周囲に点状の黄色変化を伴う発赤陥凹性病変が出現した。本例は胃における炭酸ランタン沈着の内視鏡像を遡及的に検討出来、NBI拡大観察像も確認出来た。また、電子顕微鏡を用いて組織球の細胞質及び間質にランタンの沈着を証明出来た、貴重な症例であるため、文献的考察を交えて報告する。

3 内視鏡的幽門ステント挿入術を行い G-SOX 療法を継続した高齢の切除不能進行胃癌の 2 例

檀原 一仁¹⁾、小出 直彦¹⁾、小山 佳紀¹⁾、栗林 直矢²⁾、多田 治代²⁾、北野 真希子²⁾、丸山 真弘²⁾、
飯塚 章博²⁾、加賀谷 丈紘¹⁾、久米田 茂樹¹⁾

¹⁾ 長野県立木曽病院 外科、²⁾ 長野県立木曽病院 内科

「はじめに」切除不能進行胃癌による幽門狭窄に対する治療として、以前は胃空腸吻合術がしばしば行われていたが、最近では内視鏡的ステント留置術が適応されるようになった。幽門狭窄に対して内視鏡的ステント留置術を行った後に化学療法を継続している、高齢の切除不能進行胃癌の 2 例を報告する。[症例 1] 80 歳の女性。食欲不振、体重減少にて入院した。EGD および CT にて幽門狭窄をとともなう進行胃癌、脾浸潤、肝転移を認めた。根治切除は不能であり、T S-1 /オキサリプラチン療法 (G-SOX 療法) を行った。2 コース目を施行中に、幽門狭窄の増悪により流動食の摂取も困難となった。T S-1 内服を中止し、内視鏡的幽門ステント留置術を行った。食事摂取は良好となり、化学療法を再開し、通院治療とした。[症例 2] 80 歳の男性。幽門狭窄を伴う切除不能進行胃癌で、脾浸潤と肝転移を伴っていた。G-SOX 療法を開始し、外来通院にて 4 コースを終了した。その後、発熱、嘔吐を主訴に入院し、誤嚥性肺炎の診断にて加療を行った。EGD にて幽門の全周性狭窄を認めたため、内視鏡的幽門ステント留置術を行った。食事摂取は良好となり、化学療法を再開し、外来通院治療を継続している。「結語」高齢者の切除不能進行胃癌症例の化学療法施行中に内視鏡的ステント留置術を行い、その後の生活状況や化学療法の状況を含めて報告する。

4 肺癌治療経過中に認めた胃静脈瘤破裂の 1 例

村田 博朗、高岡 慎弥、小嶋 裕一郎、吉村 大、中込 圭子、原井 正太、浅川 岳士、細田 健司、
鈴木 洋司、望月 仁、小俣 政男
山梨県立中央病院

症例：63 歳男性。主訴：吐血。現病歴：201X 年 3 月肺扁平上皮癌の診断で右肺上中葉切除施行後、術後化学療法 CBDCA + GEM 6 クール施行。CR 判定で経過観察されていた。肺癌発症後 2 年 6 ヶ月経過後造影 CT 検査で脾頭部付近の傍大動脈リンパ節腫大認め、CBDCA + nab-PTX に変更し 9 クール施行。PR 判定で経過していたが、発症後 3 年の 9 月の造影 CT 検査で脾頭部背側の傍大動脈リンパ節の増大認め、DTX に変更した。同年 10 月黒色便を主訴に来院し、Hb 5.4g/dl と著明な貧血を認めたため、上部消化管内視鏡検査を施行。十二指腸上十二指腸角近傍に下掘れ潰瘍を認めた。生検では、Undifferentiated carcinoma の診断であり、リンパ節転移の直接浸潤の可能性が示唆された。リンパ節転移に対して 39Gy/13fr の放射線照射を施行し、以後外来で経過観察されていた。照射後 3 ヶ月後に再度黒色便を主訴に来院し、上部消化管内視鏡検査を施行。噴門に静脈瘤あり、噴出性出血を認めた。静脈瘤の発達の程度が軽度であり、ヒストアクリル注入による硬化療法は困難と判断。反転法で EVL 施行し、止血を得た。翌日、止血した静脈瘤近傍へヒストアクリルの注入を行った。術後 3 ヶ月経過しているが、再破裂は認めていない。肺癌リンパ節転移の門脈浸潤による胃静脈瘤破裂を経験した。悪性疾患と食道胃静脈瘤の報告で、肺癌による食道胃静脈瘤の報告は稀であり、若干の文献を加え報告する。

5 多発する小陥凹性病変と粘膜下腫瘍様病変を呈した乳癌胃転移の1例

長谷川 和樹¹⁾、関 慶一¹⁾、坪野 俊広²⁾、本間 照¹⁾、西倉 健³⁾、須田 陽子¹⁾、野沢 優次郎¹⁾、
岩永 明人¹⁾、佐野 知江¹⁾、石川 達¹⁾、石原 法子³⁾、吉田 俊明¹⁾

¹⁾ 済生会新潟第二病院消化器内科、²⁾ 済生会新潟第二病院外科、³⁾ 済生会新潟第二病院病理診断科

症例は50歳代女性。8年半前に右乳癌 Stage IIB に対し腫瘍摘出術（浸潤性乳管癌、硬癌）、腋下线リンパ節郭清を施行した。化学療法、放射線療法、ホルモン療法を3年前まで行った。1年前に CEA, CA15-3 が上昇し、CT で縦隔・腹部リンパ節転移再発と診断した。EGD では発赤調のびらん性病変が多数認められた。ホルモン療法を行ったが効果なく、1年後に心窩部痛や腹部膨満感が出現し EGD を再検した。体部粘膜は発赤腫脹し小びらん～IIc 様病変が多発、体上部～穹窿部には大きさ 1cm 以下の粘膜下腫瘍様病変が混在していた。生検組織でいずれも癌細胞を認め、免疫組織化学所見から乳癌胃転移と診断された。乳癌の遠隔転移は、骨・肺・肝転移が多く消化管転移は稀であるが、組織型別では浸潤性小葉癌が消化管転移に注意を要するといわれている。臨床症状は、上腹部不快感・心窩部痛を訴える場合もあるが無症状のことも多く、腫瘍マーカーの上昇を契機に発見される場合もある。乳癌胃転移の内視鏡所見は、病変の広がりにより、粘膜下腫瘍様、タコイボ様びらん、IIc 型様陥凹病変などから、4 型胃癌様壁硬化を示すものまで様々な報告がある。本例では、CEA, CA15-3 が上昇し始め CT でリンパ節転移再発と診断された時には、胃転移と診断できなかった。1 年後に心窩部痛や腹部膨満感を契機に施行された EGD では病変を認め生検で確定診断に至った。本例は浸潤性乳管癌、硬癌であり、胃転移としては稀な症例と考えられた。心窩部痛などの臨床症状出現時や腫瘍マーカー上昇時には EGD を考慮する必要があると、びらんなど軽微な所見でも積極的に生検を行うべきと考えられた。

6 経口的ダブルバルーン内視鏡にて診断した小腸憩室出血の一例

芦沢 浩¹⁾、田中 佳祐¹⁾、石田 泰章¹⁾、松田 秀哉¹⁾、早川 宏¹⁾、岩本 史光¹⁾、津久井 雄也¹⁾、
吉田 貴史¹⁾、小林 祥司¹⁾、山口 達也¹⁾、佐藤 公¹⁾、榎本 信幸¹⁾、望月理玄²⁾、平山和義²⁾、
原 倫生²⁾、柴 修吾²⁾、須藤 誠²⁾、飯野 弥²⁾

¹⁾ 山梨大学医学部付属病院 第一内科、²⁾ 山梨大学医学部第 1 外科

【背景】小腸憩室出血はまれな疾患である。近年カプセル内視鏡検査やダブルバルーン内視鏡検査で診断される例も報告されている。今回ダブルバルーン内視鏡検査で診断した小腸憩室出血の一例を経験したので報告する。【症例】症例は77歳女性。平成27年8月に黒色便、貧血のため、消化管出血疑いで前医に入院。上部、下部消化管内視鏡検査でいずれも出血源は認めなかったが、カプセル内視鏡検査で空腸からの oozing が確認されたため当科転院となった。経口的ダブルバルーン内視鏡検査で空腸に多発憩室が認められたが自然止血しており退院となった。平成27年10月に Hb 5.4 g/dl と貧血を認め、空腸憩室出血疑いで再度当科入院。経口的ダブルバルーン内視鏡検査で上部空腸に多数の憩室を認め、一部の憩室に凝血塊の付着がみられた。凝血塊を除去すると噴出性出血を認めたが、蠕動により内視鏡的止血は困難であった。しかし、自然止血したためマーキングクリップを留置し終了とした。責任憩室が同定され、過去にも小腸憩室出血と考えられる消化管出血を繰り返していることから小腸部分切除が施行された。切除標本には3個の憩室が認められ、病理組織学的所見ではいずれも固有筋層を持たない仮性憩室であった。術後経過は良好であり、術後8日目に退院となった。【考察】メッケル憩室を除く小腸憩室は非常にまれで、注腸造影で0.5-2.3%、剖検では0.3-4.5%とされている。また特異的な症状がないため、症状に応じた適切な検査の選択が重要である。本症例ではダブルバルーン内視鏡検査で小腸憩室出血と診断し、責任憩室の同定も可能であったため、ダブルバルーン内視鏡検査は治療方針の決定に有用であった。

7 不明熱精査を契機に多彩な消化管病変を認めた Mantle Cell Lymphoma の1例

河西 浩人¹⁾、原井 正太¹⁾、山本 健夫²⁾、小嶋 裕一郎¹⁾、高岡 慎弥¹⁾、吉村 大¹⁾、中込 圭子¹⁾、
浅川 岳士¹⁾、細田 健司¹⁾、鈴木 洋司¹⁾、望月 仁¹⁾、小俣 政男¹⁾

¹⁾ 山梨県立中央病院 消化器内科、²⁾ 山梨県立中央病院 化学療法科

症例：50 代男性. 主訴：発熱, 体重減少. 既往歴：甲状腺機能低下症のため, レボチロキシン内服中である. 201X 年 9 月頃より夜間のみ 38℃台の発熱を間欠的に認めていた. 盗汗はなし. 翌年 7 月, 解熱が得られず体重が 70kg から 59kg まで減少を契機に近医を受診し, 不明熱精査目的で当院紹介受診となった. 採血上甲状腺機能は正常範囲内であり、腫瘍マーカーの上昇はなし. 頭部～骨盤部 CT 検査で複数の腸間膜内リンパ節の腫大, 十二指腸から直腸にかけて断続的な壁肥厚, 回盲部を狭窄起点とする終末回腸の拡張を認めた. CS で回盲部に SMT 様の多結節状隆起, 上行結腸, 下行結腸, S 状結腸に軽度の浮腫と多発小隆起を認めた. さらに EGD で食道に SMT 様隆起, 胃前庭部に多発小隆起, 十二指腸下行部に広範な浮腫状粘膜と顆粒状粘膜を認めた. 大腸食道、胃、十二指腸いずれの病変の組織診で小型リンパ球様細胞の充実性増殖を認め、CD20, CD5, cyclin D1 がびまん性に陽性を呈したことから Mantle Cell Lymphoma (以降 MCL) の診断となった. 当院血液腫瘍内科で化学療法, auto - PBSCT 施行し, 現在外来フォローアップ中である. 本邦における MCL の消化管浸潤は胃から大腸に関する報告が多数存在するが, 食道病変は比較的稀とされる. 今回不明熱精査を契機に消化管内視鏡検査施行で確定診断に至り, 多彩な消化管病変を認めた症例を経験したため, 文献的考察を加えて報告する.

8 縦隔気腫を伴う高度な上部消化管病変を認め、インフリキシマブが著効したクローン病の1例

小林 浩幸¹⁾、今井 隆二郎²⁾、佐藤 幸一²⁾、宮島 正行²⁾、徳竹 康二郎²⁾、木村 岳史²⁾、丸山 雅史²⁾、
藤澤 亨²⁾、森 宏光²⁾、松田 至晃²⁾、和田 秀一²⁾、渡辺 正秀³⁾

¹⁾ 長野赤十字病院 初期研修医、²⁾ 長野赤十字病院 消化器内科、³⁾ 長野赤十字病院 病理部

症例は 21 歳女性. 発熱、腹痛、1 日 5～6 行程度の水様便を主訴に近医受診した. 感冒薬を内服加療したが改善なく当院受診した. 整腸剤で様子を見ていたが、38℃以上の発熱、1 日 8～9 行の下痢が持続するようになり、体重減少及び低アルブミン血症も認めたため精査加療目的で入院となった. 造影 CT を施行したところ縦隔気腫像、小腸壁肥厚および拡張像並びに右半結腸に壁肥厚を認めた. 下部消化管内視鏡検査では全大腸に粘膜浮腫と発赤、小びらんを認め、また、回腸末端に浅い潰瘍と浮腫を認めた. 上部消化管内視鏡検査では、中下部食道に深い縦走潰瘍を認め、胃粘膜は浮腫状で多量の粘液に覆われており、洗浄すると浅く不整な多発潰瘍とポリープ様の隆起性胃粘膜が混在する所見を認めた. 十二指腸球部から下行部にかけては小びらんの多発を認めた. 病理診断では胃体部及び回腸末端部生検で慢性炎症を背景に広範囲に及ぶ急性炎症が見られるが非乾酪性肉芽腫は認めなかった. 小腸及び大腸の内視鏡所見は非典型的であるが食道の縦走潰瘍の所見から活動期のクローン病と診断した. 縦隔気腫は保存的治療で消失し、5-ASA 製剤、インフリキシマブで治療を開始したところ、自覚症状、検査所見は改善し、下部消化管病変はほぼ消失した. 食道の縦走潰瘍は完全に治癒したが、胃内に多発する隆起性病変は改善に乏しかった. 縦隔気腫を伴う高度な上部消化管病変を認め、インフリキシマブが著効したクローン病の 1 例を経験したので報告する.

9 上部消化管造影検査後に発症したバリウム宿便潰瘍と考えられた1例

高 昌良¹⁾、野澤 優次郎¹⁾、本田 一典²⁾、本間 照¹⁾、根本 健夫³⁾、武田 敬子³⁾、西倉 健⁴⁾、石原 法子⁴⁾

¹⁾ 済生会新潟第二病院 消化器内科、²⁾ 本田医院、³⁾ 済生会新潟病院 放射線科、

⁴⁾ 済生会新潟病院 病理診断科

症例は60歳代、男性。脳梗塞に対し抗血小板薬を内服中で、1行/日と便通異常はない。当院で検診目的に上部消化管造影検査を受けた後に下剤を服用しても排便がなく、腹部膨満が出現した。検査翌日に嘔吐を来し、翌々日から少量ずつ排便を認めたが、その後2日間出血を伴った。腹部膨満感、血便は速やかに消失したが、検診で便潜血反応陽性を指摘され、血便が出現してから17日目に近医で下部消化管内視鏡検査を施行した。S状結腸に不整形の大きな潰瘍性病変を認めた。潰瘍底には白苔が付着し、辺縁はやや不明瞭、周辺粘膜が浮腫状に隆起し、発赤著明であった。3型腫瘍との鑑別が必要と判断されたが、抗血小板薬を内服中のため、生検はされずに当科へ紹介された。発症33日のCTでS状結腸腸間膜付着側の壁に強い造影効果を認め、これと連続する腸間膜内に境界不明瞭な軟部影を認めた。発症42日に下部消化管内視鏡検査を再検し、肛門側からの強い引き連れを伴う発赤した隆起性病変を認めた。分葉状だが、表面は無構造で、鉗子でつまむと柔らかく崩れ、肉芽性ポリープと考えられた。上部消化管造影検査後に大腸穿孔が発生する頻度は101万人に3人と非常に少ないとされる。高齢女性、腹部手術歴や腸閉塞の既往が高リスクとされ、穿孔を起こした症例の多くに癌や憩室などの器質的疾患の併存が報告されている。本症例はいずれにも該当しなかった。バリウムの排泄遅延に起因すると思われた潰瘍性病変を継続的に観察することができた貴重な一例と考えられたので報告する。

10 下腹部の皮疹を契機に診断に至った直腸癌皮膚転移の1例

荒井 秀寿¹⁾、原井 正太¹⁾、長田 厚²⁾、小嶋 裕一郎¹⁾、高岡 慎弥¹⁾、吉村 大¹⁾、中込 圭子¹⁾、

浅川 岳士¹⁾、細田 健司¹⁾、鈴木 洋司¹⁾、望月 仁¹⁾、小俣 政男¹⁾、小山 敏雄³⁾

¹⁾ 山梨県立中央病院 消化器内科、²⁾ 山梨県立中央病院 皮膚科、³⁾ 山梨県立中央病院 病理診断科

症例:70歳代女性。主訴:下腹部から外陰部の皮疹。既往歴:30代で子宮癌に対し子宮全摘出術を施行している。以降再発なく経過していた。現症:201x年12月頃下腹部から陰部に皮疹を認めた。その際は掻痒感、疼痛といった症状は全く認めなかったが次第に掻痒感を伴うようになり、翌年1月下旬に当院皮膚科受診となる。下腹部から陰部にかけて数mm大の紅色丘疹が散在し、伝染性軟属腫、尖圭コンジローム、結節性痒疹、リンパ管拡張症が疑われたがいずれも確定診断に至らず、皮膚生検施行を施行した。表皮直下から真皮表層にかけて中ないし低分化な腺癌を認め、免疫染色でAE1/AE3が陽性、mammaglobin(-)、GCDFP-15(-)より乳癌、汗腺癌は否定的であった。2015年3月原発精査のため頭部から骨盤部CT、EGD、CS施行した。CT、EGDで粗大病変を認めずCSで直腸Rab、中直腸弁上に粘膜浮腫の強い潰瘍性病変を認めた。同部位より生検施行しtubular adenocarcinoma (tub2, pap)を認め、直腸癌皮膚転移T4N1M1 cStage4の診断となる。診断後XELOX+BVで現在外来にて継続加療中である。内臓癌の皮膚転移自体が稀であり、本邦での発生頻度は0.45~0.6%との報告されている。また、大腸癌が皮膚転移をきたす頻度はさまざまな報告があるが数%程度とされている。今回皮疹を契機に診断に至った直腸癌皮膚転移の比較的稀な1例を経験したため、多少の文献的考察を加えて報告する。

1 1 胆管結石治療 high risk 症例に対する胆管ステント留置術

島村 成樹、門倉 信、今川 直人、石田 剛士、久野 徹、辰巳 明久、雨宮 史武
市立甲府病院 消化器内科

【背景】胆管結石症の罹患率は年齢とともに増加し、高齢者の胆管結石症に遭遇する機会が増えていくが重篤な併存疾患を有する high risk 症例も多く、このような症例に内視鏡的胆管ステント (EBS) 留置術の有用性が報告されている。【方法】2012 年 8 月から 2015 年 12 月までに当院で併存疾患等の理由から完全結石除去を行わずに EBS で経過観察となった 18 例の患者背景・偶発症・経過について検討を行い、同期間に結石完全除去を行った 214 例と比較した。【結果】EBS 群 18 例の年齢中央値は 89 歳であり、結石除去群の 76 歳よりも有意 ($p < 0.001$) に高齢であった。high risk な併存疾患は重複を含め脳神経疾患 10、循環器疾患 8、呼吸器疾患 3、整形外科的疾患 2、肝疾患 1 であった。EBS 群の観察期間中央値は 270 日であり、平均ステント交換回数 2.4 回であった。定期的ステント交換は 14 例に行われ、残りの 4 例は有事交換の方針であった。EBS 群 18 例に延べ 62 回の ERCP が施行され、結石除去群延べ 370 回の ERCP と比して処置時間は有意に短く (処置時間中央値 18 分 vs 30 分, $p < 0.001$)、早期偶発症については軽症膵炎を 3 例認めるのみであった。長期的偶発症としては経過観察中に 4 例 (定期交換 2 例, 有事交換 2 例) にステント閉塞による胆管炎を認め、閉塞までの平均期間は 147 日であった。胆管炎に起因する死亡は認めなかったが併存疾患に関連する死亡を 2 例に認めた。経過中 3 例に結石の消失を認めた。【結語】high risk 症例に対する EBS 留置は安全で有効であるが、長期的偶発症や医療経済性について更なる検討が必要と思われる。

1 2 術前診断が困難であった膵尾部嚢胞性病変の 1 例

三浦 優子¹⁾、進藤 浩子²⁾、深澤 光晴²⁾、高野 伸一²⁾、高橋 英²⁾、廣瀬 純穂²⁾、川上 智²⁾、
深澤 佳満²⁾、早川 宏²⁾、佐藤 公²⁾、榎本 信幸²⁾

¹⁾ 山梨大学 医学部 附属病院 臨床教育センター、²⁾ 山梨大学医学部第一内科

症例は 70 代男性。左下腹部の違和感を主訴に近医受診。CT で脾門部に 64mm の多房性嚢胞性病変を認め内部に石灰化を伴っていた。後腹膜リンパ管腫疑いで経過観察となり 1 年後に同病変は 81mm に増大し、膵尾部末端の主膵管が拡張し嚢胞と交通する所見を認めた。嚢胞内に造影される充実成分は認めなかった。膵由来の嚢胞性病変疑いで当科紹介。血液検査では膵酵素上昇は認めず、CA19-9 は 49.8 と軽度高値であった。MRI では T2WI で不均一な高信号、T1WI で不均一な低信号、MRCP では膵管より弱く不均一な高信号を呈し、内部に出血を伴う嚢胞性病変が疑われた。腹部エコーでは境界明瞭、内部エコー不均一で無エコー部が混在する腫瘤として描出された。充実様エコーの部分ではわずかに血流シグナルも認めた。EUS でも内部エコーが充満する嚢胞性病変として認め、嚢胞内に 10mm の乳頭状結節を疑う所見も認めた。ERP では膵尾部末端での主膵管の拡張および造影剤の pooling を認めた。膵液細胞診は class II であった。以上の所見より鑑別として嚢胞内血腫を伴う仮性嚢胞、10mm の壁在結節を有する IPMN を考えた。IPMN とすると手術適応と考えられ十分なインフォームドコンセントの上、腹腔鏡下尾側膵切除、脾臓合併切除を施行した。病理診断は膵粘液癌 T4N0M0 fStage IVa。免疫染色では MUC2 (+), CDX2 (+), MUC1 (-), MUC5AC (-) で腸型形質を呈し、拡張した主膵管内にも浸潤癌の進展を認めるが IPMN の所見はなく、IPMN 由来を示唆する所見は認めなかった。IPMN を伴わない粘液癌で膵管内進展により膵管拡張を呈したまれな症例と考えられ文献考察を含め報告する。

1 3 表面平坦型食道類基底細胞癌の一例

西山 敦士¹⁾、谷口 孝伸¹⁾、塩沢 敦士¹⁾、高橋 大二郎¹⁾、加藤 昌子¹⁾、小西 利幸¹⁾、杉田 貴仁²⁾、畑 日出夫³⁾、小林 祥司⁴⁾、河口 賀彦⁵⁾、赤池 英憲⁵⁾、土屋 雅人⁵⁾、大石 直輝⁶⁾、近藤 哲夫⁶⁾

¹⁾ 甲府共立病院 内科、²⁾ 甲府共立病院 外科、³⁾ 甲府共立病院 病理科、⁴⁾ 山梨大学医学部第 1 内科、

⁵⁾ 山梨大学医学部第 1 外科、⁶⁾ 山梨大学医学部人体病理学講座

症例は 70 歳代男性。201X 年 3 月、人間ドックの上部消化管内視鏡検査で、白色光観察で切歯 35cm の Mt に褪色域を認め、樹枝状血管が一部不明瞭であった。NBI 観察（拡大なし）は 15mm の白色域であった。生検所見は表層の粘膜上皮に異型はなく粘膜固有層から粘膜筋板にかけて異型腺管を認め低分化腺癌が疑われた。当院で 4 年前に横行結腸癌の手術歴があり、転移を疑い紹介となった。1 か月後の内視鏡では食道病変は白色光で血管透見が可能な褪色域を認め、NBI 拡大で IPCL の延長を認めるが不整に乏しく食道学会分類 Type A と診断。下部消化管内視鏡検査、胸腹部 CT、PET-CT で結腸癌の再発所見はなかった。その後 4 か月毎の内視鏡と CT では著変なかった。13 カ月後の内視鏡で著変なかったが、生検で低分化腺癌と診断。免疫組織学的検査で CK7 陽性/CK20 陰性より結腸癌転移は否定的と考えられた。PET-CT で縦隔リンパ節転移を疑った。原発性食道腺癌の診断で 15 カ月後食道亜全摘術を施行。病理組織学的検索で表層の粘膜上皮に異型はなく、粘膜固有層から粘膜下層深部に索状、小胞巣状、小管状に増生を示す腫瘍細胞を認めた。リンパ節転移はなかった。CAM5.2 陽性、p40 陽性、CK7 陰性、CK20 陰性で、基底膜物質である 4 型コラーゲン、laminin が腫瘍胞巣周囲に染色され、類基底細胞癌と診断された。食道類基底細胞癌は全食道癌の中で 1%程度と稀な癌であり進行癌となると扁平上皮癌よりも予後不良と言われている。今回、表面平坦型で発見できた食道基底細胞癌であり貴重な症例と考え報告する。

1 4 陥凹型胃底腺型腺腫と診断し得た 1 例

山田 重徳¹⁾、中山 淳²⁾

¹⁾ 飯山赤十字病院 消化器内科、²⁾ 信州大学大学院医学系研究科分子病理学教室

症例は 74 歳男性。平成 27 年度の上部消化管内視鏡検査にて胃穹窿部に 15mm 大の 0-IIa+IIc 病変を認めた。肉眼的には広基性の隆起性病変で中央部に絨毛状の villi 構造を呈しており、形態学的には inverted-type の幽門腺型腺腫を疑う所見であった。生検にて切除が望ましいと判断し、ESD を施行した。病理組織学的に腫瘍細胞は粘膜から粘膜下層に陥入し、乳頭状、管状、嚢胞状の腺管を形成しながら増殖していた。腫瘍細胞は軽異型度で、不規則な腺管分枝や融合はみられなかった。腫瘍細胞の大半は胃底腺への分化を呈していたが、一部で幽門腺への分化が疑われた。免疫染色では胃底腺への分化を示した領域は、MUC6 (+)、pepsinogen1 (Pg1) (+)、αGlcNAc (+) であり、一部に H+/K+-ATPase (+) の壁細胞と chromograninA (CgA) (+) の内分泌細胞が混在しており、免疫組織化学的に副細胞への分化が示された。一方、幽門腺への分化が疑われた領域でも MUC6 (+)、αGlcNAc (+)、Pg1 (+/-) であり、CgA (+) の内分泌細胞偽が混在していたことから偽幽門腺への分化が示され、陥凹型胃底腺型腺腫と診断した。背景粘膜は慢性萎縮性変化を認めていたが *H. pylori* 抗体は陰性であった。幽門腺型腺腫は慢性萎縮性胃炎を背景に、胃底腺が偽幽門腺化生を来し発生するとされている。本症例にみられた偽幽門腺に分化した領域は幽門腺型腺腫と診断可能であったが、腫瘍の大半が副細胞に分化していることに加えて、偽幽門腺化生粘膜も胃底腺由来であることから、腫瘍全体を胃底腺型腺腫と最終診断した。このような症例は非常に稀であり胃底腺型腺腫の病態形成の解明が必要である。

15 長期間経過を追えた胃底腺粘膜型胃癌の一例

関 亜矢子¹⁾、長谷部 修¹⁾、原 悦雄¹⁾、越知 泰英¹⁾、小林 聡¹⁾、櫻井 晋介¹⁾、金井 圭太¹⁾、鈴木 宏¹⁾、保坂 典子²⁾

¹⁾ 長野市民病院 消化器内科、²⁾ 長野市民病院 病理診断科

症例：60 歳代、女性。既往歴：10 年前に他院でヘリコバクター・ピロリの除菌歴あり。現病歴：8 年前の当院人間ドックの上部消化管内視鏡検査（EGD）にて、胃体中部前壁に、境界が比較的明瞭な発赤調の平坦病変を認めた。びらんを疑い生検を施行したところ、結果は Diagnosis pending であった。1 ヶ月後に再生検したが、Group I（胃底腺ポリープ疑い）との診断であった。その後も数年に 1 回、当院で EGD を受けていた。今年のドック EGD にて、同病変の増大傾向を認めたため精査加療を行った。経過：今年ドック時の近接拡大 NBI 観察では、周囲粘膜と比較して拡張した pit 様構造を認めたが明瞭な front は認めがたく、腫瘍の鑑別のため生検を施行したところ、胃底腺型胃癌と診断された。生検標本では筋板を破って浸潤している像が認められたが、胸腹部造影 CT では転移を認めず、ESD を施行した。病理組織診断：type 0-IIa, 9x7mm, tub1 (adenocarcinoma, fundic gland type), pT1b(SM1:250 μ m), UL(-), ly0, v0, pH M0, pVM0 であった。免疫染色では、MUC2 と CD10 は陰性、pepsinogen-1 と H⁺/K⁺-ATPase は陽性であり、表層腺窩上皮類似の腫瘍腺管は MUC5AC 陽性、固有腺類似の腫瘍腺管は MUC6 陽性であったため、胃底腺粘膜型胃癌と考えられた。粘膜下層への微少な浸潤を認めたが、脈管浸潤は陰性であったため、適応拡大治癒切除と判断し、現在経過観察中である。長期間経過を追えた胃底腺粘膜型胃癌の一例として、文献的考察を加え報告する。

16 *H. pylori* (Hp) 除菌長期経過後に胃癌が発症した 1 例

花輪 充彦¹⁾、大高 雅彦¹⁾、高相 和彦¹⁾、三浦 美香¹⁾、北橋 敦子¹⁾、今村 直樹¹⁾、廣瀬 雄一¹⁾、渡辺 一晃¹⁾、依田 芳起¹⁾、榎本 信幸²⁾、中澤 匡男³⁾

¹⁾ 山梨県厚生連健康管理センター、²⁾ 山梨大学医学部附属病院第 1 内科、³⁾ 山梨大学医学部附属病院病理

症例は 74 歳男性。症状なし。胃潰瘍の既往があり、1999 年に前医で Hp 除菌が成功している。2004 年より当センタードックをほぼ毎年受診され、上部消化管内視鏡検査を施行しており、内視鏡所見では、0-III 萎縮（木村・竹本分類）と胃潰瘍瘢痕がみられ、2009 年からは、毎年、胃底腺ポリープが確認されていた。胃体部の粘膜は凹凸が著明であったが、2015 年の上部消化管内視鏡所見で、胃体中部小彎に発赤した陥凹性病変を認め、0-IIc 型早期胃癌が疑われた。生検で、「well differentiated tubular adenocarcinoma, Group 5」と診断された。病変の大きさ 22 mm、深達度 SM1 と考え、治療は ESD を施行した。切除検体の病理組織学的所見で、大きさ 23 mm、pT1b1、ly1、v0、HMO、VM0 であった。リンパ管浸襲があり、非治癒切除のため、胃全摘術を行った。外科的切除検体の病理組織学的所見では、腫瘍の残存はみられず、リンパ節転移もなかった (0/40)。Hp 除菌が広く行われ、除菌後胃癌の議論がある。いつまでサーベイランスをすべきか等、不明な点が多い。今回、Hp 除菌治療の成功後 16 年を経て胃癌と診断した症例を経験したので、若干の文献的考察を含め報告する。

17 胃生検後に Free air が出現した 1 例

児玉 亮、三枝 久能、牛丸 博泰

JA 長野厚生連 篠ノ井総合病院 消化器内科

【症例】53 歳，女性．【主訴】なし（検診目的）．【既往歴】甲状腺機能亢進症，腰部脊柱管狭窄症，子宮筋腫で子宮全摘術後．【現病歴】2014 年当院の検診で上部消化管内視鏡検査を受けた際に幽門近傍の前庭部小彎にびらんを認められ生検を受けた．生検後より強い腹痛が出現した．CT 検査を受けたところ後腹膜に Free air を認められ入院した．【現症】心窩部に軽度の圧痛を認めるのみ．【上部消化管内視鏡所見】背景胃粘膜には萎縮を認めた．幽門輪近傍の前庭部小彎に不整の乏しい線状のびらんを認めた．炎症性変化を疑い胃癌の鑑別の目的でびらんより生検を 1 か所から行った．生検鉗子は Olympus 社の FB-230K を用いた．生検により粘膜に裂創を生じたが筋層は露出せず出血も軽度であり止血を確認して検査終了した．【腹部 CT 検査所見】生検部位の近傍の胃前庭部背側に Free air を認める．【経過】症状は 1 時間程度でほぼ消失した．入院したが翌日の血液検査では異常所見を認めず，CT 検査では Free air の減少を確認したため同日退院した．【病理所見】粘膜筋板まで採取されている．間質に好中球を混じた炎症細胞浸潤がある．【考察】日本消化器内視鏡学会監修の「消化器内視鏡ガイドライン 第 2 版」，および日本消化器内視鏡学会監修の「消化器内視鏡ハンドブック」いずれも通常の生検での穿孔の危険性に関しては記載がない．また，医学中央雑誌にて我々が検索しえた範囲で本例と同様の報告はなかった．

18 高度食道裂孔ヘルニアに胃軸捻転症を伴った 3 例

三枝 久能¹⁾、児玉 亮¹⁾、牛丸 博泰¹⁾、池野 龍雄²⁾、宮本 英雄²⁾、五明 良仁²⁾、斉藤 拓康²⁾、秋田 倫幸²⁾、岡田 一郎²⁾、有吉 佑²⁾、北濱 卓実²⁾

¹⁾ JA 長野厚生連 篠ノ井総合病院 消化器内科、²⁾ JA 長野厚生連 篠ノ井総合病院 消化器外科

食道裂孔ヘルニアは加齢とともに増加する傾向にあるとされ、日常診療でしばしば遭遇する疾患である。今回われわれは、胃のほぼ全体が胸腔に脱出した高度食道裂孔ヘルニアに胃軸捻転症を合併した 3 例を経験したため報告する。【症例 1】80 歳台女性。黒色嘔吐、胸背部痛のため当院を受診した。緊急上部消化管内視鏡検査を行ったところ、胃軸捻転症を疑われた。内視鏡的整復を試みたがうまくいかず、保存的に治療し軽快した。食事を再開したが、嘔吐を繰り返したため、手術適応と診断され、当院外科で食道裂孔ヘルニア修復術を行われた。【症例 2】80 歳台女性。嘔吐のため近医より当院を紹介された。腹部 CT および上部消化管内視鏡検査で食道裂孔ヘルニアと臓器軸性胃軸捻転を疑われた。内視鏡的整復は試みなかった。保存的加療を継続している。【症例 3】80 歳台女性。肛門出血のため当院入院中だった。嘔吐のため腹部 CT を撮影したところ、高度の食道裂孔ヘルニアを指摘された。CT 所見より胃軸捻転症を伴っていると診断した。症状が持続しなかったため、内視鏡検査は行わなかった。他疾患のため 4 年前に行われた腹部 CT でも同様な所見であり、経時的変化を認めなかった。【考察】食道裂孔ヘルニアに胃軸捻転症を伴う病態は Upside Down Stomach とも呼ばれ、比較的まれとされる。今回の 3 症例はいずれも 80 歳台の女性であり、報告例も高齢女性の頻度が高い。3 症例中、手術を行った症例は 1 例のみであり、手術適応として、1. 血流障害を伴う絞扼例、2. 保存的治療抵抗例、3. 癌合併例などが挙げられる。

19 難治性食道良性狭窄に対し radial incision and cutting method (RIC 法) が奏効した一例

水澤 健¹⁾、齋藤 悠¹⁾、丸山 弦¹⁾、星 隆洋²⁾、森田 慎一²⁾、兼藤 努²⁾、須田 剛士²⁾、小林 正明²⁾、塚田 芳久³⁾、寺井 崇二⁴⁾

¹⁾ 新潟県立十日町病院 内科、²⁾ 新潟大学地域医療教育センター 魚沼基幹病院 消化器内科、

³⁾ 新潟県立新発田病院 内科、⁴⁾ 新潟大学医歯学総合病院 消化器内科

食道良性狭窄に対する一般的な治療法は、内視鏡的バルーン拡張術 (endoscopic balloon dilation: EBD) であるが、近年 EBD を繰り返し施行しても十分な拡張が得られない難治性狭窄に対し、狭窄部の瘢痕組織を内視鏡的に切除する radial incision and cutting method (RIC 法) による治療効果が報告されている。今回我々は、難治性食道良性狭窄に対し RIC 法が奏効した一例を経験した。症例は 80 歳代、男性。2015 年春頃より食事中の誤嚥、嘔吐が頻回となり当科を受診した。上部消化管内視鏡検査 (EGD) にて高度の逆流性食道炎 (Los Angeles 分類 Grade D) を認め、ランソプラゾール内服を開始した。しかし、症状の改善なく経口摂取が困難となったため、再度 EGD 施行したところ、下部食道の内腔狭小化を認めた。食道炎の治癒瘢痕に伴う良性狭窄と診断し EBD を施行したが、拡張効果は持続せず 5 回 EBD を繰り返した。EBD による改善は困難と考え、十分なインフォームドコンセントを得た上で RIC 法を施行した。狭窄長軸径は 10mm 程度で、瘢痕組織を IT Knife を用いて全周性に切除し、創部にトリアムシノロンの局注を行った。術後経過は順調で、術後 2 日目より経口摂取を再開し、現在まで 5 か月間、症状の再燃なく経過している。RIC 法は EBD 抵抗性の難治性食道良性狭窄に対し効果が期待できる治療法の一つと考えられ、若干の文献的考察を加えて報告する。

20 上部消化管内視鏡の軸回転操作法の検討

菅 智明¹⁾、小林 惇一²⁾、齋藤 博美²⁾、日原 優²⁾、横田 有紀子²⁾、伊東 哲宏²⁾、中村 麗那²⁾、平山 敦大²⁾、北畠 央之²⁾、丸山 康弘²⁾、田中 景子²⁾、岡村 卓磨²⁾、岩谷 勇吾²⁾、田中 榮司²⁾

¹⁾ 信州大学 医学部附属病院 内視鏡センター、²⁾ 信州大学 医学部 消化器内科

上部消化管内視鏡の操作において軸回転は、処置の対象物を画面の下方へ移動させ、処置を正確に行うために大切な動作である。しかし、それを行う操作法について議論されたこと皆無に近い。今回、我々は内視鏡医の取材をもとに、上部消化管内視鏡の軸回転操作法について考察した。2013 年 8 月から 2014 年 9 月に、長野県内の 9 病院 25 名の内視鏡医について、上部消化管内視鏡スクリーニング検査施行時のビデオ撮影を行うとともに、アンケート調査を行った。ビデオでは、検査中に最も右方向および左方向へ軸回転を行っている姿勢を静止画として抽出し、それぞれの基本動作を分類し検討した。アンケート調査では、普段の検査で軸回転を行っている方法についての意識を調査した。ビデオ調査の結果、右方向への軸回転はほぼ共通し、左前腕と上半身の回旋、手関節の屈曲の動作で行われていた。左方向への軸回転は、内視鏡操作部を左横へ倒す方法 (横倒し法) と、内視鏡挿入部を湾曲させる方法 (挿入部湾曲法) が基本となる軸回転方法であり、横倒し法単独使用が 6 名 (24%)、操作部湾曲法単独使用が 5 名 (20%)、両者の併用が 14 名 (56%) だった。アンケート調査では、強く横倒ししている内視鏡医のうち意識的に内視鏡操作部を左に倒していたのは 10/16 名 (63%) であり、挿入部湾曲法を用いている内視鏡医のうち意識的に挿入部を湾曲させていたのは 4/19 名 (21%) だった。内視鏡の十分な軸回転動作を安定した姿勢で行うために、合理的な挿入部湾曲法 (ループ形成法) の有用性が報告されているが、挿入部湾曲法を意識的に用いている医師は少数であった。

2 1 第 2 世代の Hook ナイフーHook J の正しい使用による ESD

高橋 亜紀子、小山 恒男、依光 展和、小林 泰輔

佐久医療センター 内視鏡内科

演者らは 1999 年に従来型 Hook ナイフを開発したが、今回は局注機能を追加した「Hook J」を開発したので報告する。Hook J は、ナイフとシースの隙間から生食やグリセオール、ヒアルロン酸 Na を注入することができる。Hook J は粘膜下層への追加局注のみならず、粘膜から局注することができるため、原則として局注針は不要であり、One device で ESD を完遂することができる。2015 年 9 月から食道 ESD20 例と胃 ESD40 例に対し、prospective randomized study を行った (UMIN000017074)。食道 ESD は粘膜切開、剥離共に Hook ナイフを用い、胃 ESD では粘膜切開を Dual ナイフ、剥離を Hook ナイフで施行した。結果 1. 挿入回数 (Hook/Hook J) : 食道 ESD : 30.1/ 8.9 ($p=0.01$)、胃 ESD : 22.5/ 17.7 ($p=0.01$) で Hook J の方が少なかった。結果 2. 治療時間 (Hook/Hook J) : 食道 ESD : 9.4/7.3 分/cm² ($p=0.01$)、胃 ESD : 8.9/10.1 分/cm²。食道では優位に短縮したが、胃 ESD では短縮しなかった。胃 ESD では粘膜切開に Dual ナイフを使用したため、粘膜切開時に局注針を用いた事の影響が考えられた。また、1. 局注時の出血が無い。2. デバイスの入れ替えが不要のため、局注の直後にストレス無く切開剥離できる。3. 局注針が不要となり、コスト削減になるという点でも優れていた。一方、高度の癒痕症例では Hook J による局注は困難であり、局注針が必要であった。

2 2 手つなぎ型腺癌を示した十二指腸癌の一例

依光 展和、小山 恒男、高橋 亜紀子、小林 泰輔
佐久医療センター 内視鏡内科

症例は 70 歳台男性。十二指腸 2nd portion に、5mm 大の境界明瞭な不整形の陥凹性病変を認めた。陥凹部は淡い発赤調で、周囲の一部は白色調の絨毛に縁取られていた。NBI 観察では brownish な陥凹で、NBI 拡大観察では不整で密度の上昇した大小不同のある pit 様構造を呈していた。以上より duodenal adenocarcinoma, 0-IIc, tub1, T1aM と診断した。小病変のため EMR にて一括切除し、創部をクリップ 5 個で完全縫縮した。術後 2 日目に内視鏡検査を行い、クリップ 5 個全て残存し創部が縫縮されていることを確認後、食事を開始した。術後の経過は良好で、術後 4 日目に退院された。切除後新鮮標本では標本中央に発赤調の不整形陥凹を認め、固定標本では陥凹がより明瞭に観察された。ピオクタニン染色標本では陥凹部に密度の上昇した不整な pit 様構造を認めた。組織学的には粘腺中層から表層部に手つなぎ型腺管を認め、深部は非腫瘍性上皮であった。最終診断は duodenal adenocarcinoma, 0-IIc, tub1 > tub2, T1aM, ly0, v0, HM0, VM0, 5×4mm であった。当院にて 2009 年 7 月から 2016 年 2 月までに、十二指腸上皮性腫瘍 113 病変に対して内視鏡的切除術を行った。内訳は年齢 61 (39-84) 歳、男性 84 / 女性 29、部位は球部 / 2nd / 3rd : 8 / 91 / 14、肉眼型は 0-I / IIa / IIc : 2 / 54 / 57、腫瘍径 9 (2-41) mm、腺腫 18 / 癌 95 であった。表面構造は pit 様構造ありが 31 病変、絨毛様構造のみが 82 病変であった。pit 様構造を呈した 31 病変のうち、0-IIa 15 / IIc 16 で、腺腫 4 病変は全例 IIa であり、IIc は全て癌であった。pit 様構造を呈した IIc は癌として治療する必要がある。

2 3 出血を繰り返し HLA-B54、B58 が陽性であった単純性潰瘍の一例

落合 田鶴枝¹⁾、保坂 稔¹⁾、樋貝 詩乃¹⁾、渡辺 千尋¹⁾、鈴木 正史¹⁾、丸山 傑²⁾、川島 健司²⁾、岡本 廣拳²⁾、山根 徹³⁾

¹⁾ 都留市立病院 内科、²⁾ 都留市立病院 外科、³⁾ 峡南医療センター富士川病院 病理診断科

症例は 45 歳女性。血便と腹痛を主訴とした。2014 年 12 月 5 日より下腹部痛が出現。翌朝より血便が出現した。その後も腹痛が持続し、37 度台の微熱を認めた。12 月 7 日救急外来受診。来院時、37.7℃の発熱と右下腹部に圧痛を認めたが、筋性防御など腹膜刺激症状は認めなかった。内視鏡検査では回腸末端に下掘れの深い孤立性潰瘍を認めた。入院後絶飲食、補液および抗生剤投与にて観察したところ、腹痛および血便は徐々に改善した。第 4 病日に経口摂取開始。第 10 病日に退院となった。2015 年 1 月上旬より腹痛が再発。CT にて回盲部の腫瘤形成、周囲リンパ節腫大を認めた。保存的治療に抵抗し悪性腫瘍を完全に否定できなかったため、2 月 3 日腹腔鏡補助下回盲部切除術を施行した。組織診断では固有筋層は破壊され全層性に炎症細胞浸潤を示す非特異性潰瘍 (UL-4) であり、非乾酪性肉芽腫等は認められなかった。術後経過は問題なかったが、退院予定の第 10 病日に再び血便が出現。内視鏡検査では吻合部に下掘れの深い潰瘍、およびそれより 10cm 口側に同様の孤立性潰瘍を認めた。HLA typing では B54、B58 陽性が判明した。またベーチェット病を示唆する所見を認めず単純性潰瘍と診断した。プレドニゾロン 20mg/日より治療開始し漸減を行い、現在 5-ASA 製剤 2250mg/日併用にて観察中、潰瘍は縮小するが残存している。単純性潰瘍で HLA typing を施行している報告は少なく、若干の文献的考察を加え報告する。

2 4 メサラジンアレルギーを発症し、内視鏡的所見の経時的変化を確認しえた右側大腸炎型潰瘍性大腸炎の1例

廣野 玄¹⁾、渡邊 和彦¹⁾、長谷川 勝彦¹⁾、大越 章吾¹⁾、味岡 洋一²⁾

¹⁾ 日本歯科大学新潟生命歯学部 内科学講座、²⁾ 新潟大学大学院医歯学総合研究科 分子・診断病理学分野

症例は56歳、女性。数年前から右腹部の違和感を自覚していたが血便や発熱はなかった。便潜血陽性にて当院へ来院し、下部消化管内視鏡検査で上行結腸から右側横行結腸に局限して粗造粘膜や膿性白苔、多発性びらんを認め、生検病理診断にて右側大腸炎型（区域性大腸炎型）潰瘍性大腸炎と診断した。本症例はメサラジンを導入後にメサラジンアレルギーを発症した。アレルギー発症時の内視鏡検査では大腸病変は増悪し、さらに口・肛門側方向への病変の進展を認めたが、メサラジンを中止して約3カ月後には病変の改善が認められ、ステロイド・免疫抑制剤の導入にてほぼ寛解した。メサラジンアレルギー発症前・後の右側大腸炎型潰瘍性大腸炎の内視鏡所見を経時的に追えた報告は稀であり、興味深い所見が得られたので若干の文献的考察を交えて報告する。

2 5 当院における大腸ステントの使用経験

須藤 貴森¹⁾、樋口 和男¹⁾、北原 桂¹⁾、一條 哲也¹⁾、中村 直¹⁾、内川 裕司²⁾、高山 寛人²⁾、島田 良²⁾、松下 啓二²⁾

¹⁾ 安曇野赤十字病院 消化器内科、²⁾ 安曇野赤十字病院 外科

大腸悪性狭窄に対する大腸ステントは、本邦では2012年に保険収載され、広く施行されている。今回我々は、それ以降の当院における大腸ステント症例を検討した。対象は59歳から94歳（中央値80歳）の25名（男性17名、女性8名）であり、のべ27回施行された。疾患は大腸がんが25例、他臓器がんの腹膜播種による大腸イレウスが2例であった。部位は上行結腸1例、横行結腸4例、下行結腸2例、S状結腸11例、直腸9例であった。目的は緩和目的が12例、術前狭窄解除（BTS）が15例であった。4例に合併症を発生し、その内訳は逸脱が3例、腸管穿孔が1例であった。BTS症例の手術までの平均日数は22日であり、全例で一期的切除吻合が可能で、縫合不全などの術後合併症はみられなかった。

26 拡大内視鏡および診断的パピレクトミーを施行した十二指腸乳頭部非腫瘍性病変の1例

櫻井 晋介、長谷部 修、越知 泰英、原 悦雄、関 亜矢子、小林 聡、金井 圭太、鈴木 宏
長野市民病院 消化器内科

【症例】 80歳代・男性 【既往歴】 逆流性食道炎・高血圧症 【現病歴】 2015年9月A病院の人間ドック EGD で十二指腸乳頭部に発赤陥凹を認め、生検で Group4・腺癌が疑われた。10月 ERCP 時の再検では Group2 であった。乳頭部癌が否定できず、パピレクトミーを含めた精査加療目的に 12月当科紹介となる。【検査結果】 血液検査では肝機能・腫瘍マーカーは正常で、CT・MRI では胆管・膵管拡張は認めなかった。当院再検 EGD では乳頭部は腫大し、開口部周囲に発赤調の浅い陥凹を認めた。通常観察では領域を持った 6mm 大の粘膜不整を伴う淡発赤陥凹を呈し、NBI 拡大観察では小型粘膜模様かつ微小血管不整像を認めた。EUS では腫瘍は指摘出来ず、胆管・膵管内進展や、十二指腸固有筋層浸潤は認めなかった。【経過】 内視鏡所見および前生検 Group4 から乳頭開口部周囲 Ad 領域から発生した深部浸潤を伴わない早期乳頭部癌を疑い、本人・家人の同意のもと診断的パピレクトミーを施行した。第3病日より黒色便・貧血を認め緊急止血術を施行した。第7病日より食事開始、第12病日に退院した。病理組織学的には non-neoplastic lesion、炎症に伴う反応性異型であった。

【考察】 乳頭部非腫瘍性病変としては過形成、乳頭炎、IgG4 関連乳頭炎などがあるが、本例は既知の乳頭炎とは異なる所見であった。乳頭部腫瘍に対する NBI 拡大観察の報告は少なく、有用性は確立されていない。本例における拡大内視鏡の意義および診断的パピレクトミーの是非について考察したい。

27 胆管ステント(CMS)抜去時肝動脈起始部からの出血を起こし、CMS再挿入とコイル塞栓術で止血し救命し得た1例

宮林 秀晴¹⁾、奥原 禎久¹⁾、三井 健太¹⁾、松田 賢介¹⁾、松林 潔²⁾、古田 清²⁾、松下 明正³⁾、
小池 祥一郎⁴⁾

¹⁾ 国立病院機構まつもと医療センター松本病院消化器内科、²⁾ 同 内科、³⁾ 同 救急科、⁴⁾ 同 外科

2014年3月19日急性腹症と診断され救急外来受診。CTにて胆嚢炎と診断され緊急腹腔鏡下胆嚢摘出術施行。組織で胆嚢底部に ss の癌が見つかりリンパ節廓清のため追加切除を行った。2015年4月23日黄疸にて近医より紹介。CTでは肝内胆管および上部胆管の拡張と中部胆管の狭窄を認め、2回目の ERC の造影所見と細胞診により胆管癌と診断。ステント留置後開腹手術を行った。ただし癒着と腫瘍が門脈、右肝動脈、総胆管が一塊となっており根治術は中止。ステントをカバーメタリックステント(CMS)に入れ替えた。化学療法を行い一度胆泥による閉塞性胆管炎を起こしステント内の胆泥除去などにより改善。10月28日急な高熱と意識障害のため胆管炎の増悪として入院。抗生剤投与では改善せず翌日ステント観察と ERC を行った。ステントは胆泥により閉塞しており胆泥除去では不十分と考え一旦 CMS を抜去。再度内視鏡を挿入すると胃内は血液が充満し、胆管開口部から拍動性の出血が認められ、胆管内部の動脈性出血を来したものと診断。止血のため迅速に CMS を挿入留置し、一時的にショックにはなったものの回復。輸血しつつ血管造影によるコイル止血を行った。出血源は右肝動脈の起始部に近い胆管ステントが接触している部分であった。コイル塞栓術により止血が得られ翌日から NG チューブからの出血はなくなり食事摂取と安静解除を行い 11月18日退院。1ヶ月半後死亡した。最近安易に CMS を抜去、交換する傾向が認められるが、本例のように動脈を覆う過形成や浸潤により急性出血を来す可能性があり、危険性と対処法を絶えず考えながら交換することが必要と思われた。

28 当院における Spy Glass™ DS の初期経験

森田 慎一¹⁾、星 隆洋¹⁾、兼藤 努¹⁾、小林 正明¹⁾、須田 剛士¹⁾、寺井 崇二²⁾

¹⁾ 新潟大学地域医療教育センター魚沼基幹病院 消化器内科、

²⁾ 新潟大学大学院医歯学総合研究科 消化器内科学分野

【目的】胆道系内視鏡検査、処置時に使用する細径経口胆道鏡 SpyGlass™ DS の当院における初期経験につき報告する。【方法】対象は2015年11月に当院にてSpyGlass™ DS (Boston Scientific) を使用した5例。男性/女性=3/2, 平均73(58-79)歳。原疾患は巨大総胆管結石が2例、肝門部領域胆管癌2例、膵臓癌1例。使用目的は、電気水圧衝撃波結石破碎術(Electrohydraulic lithotripsy; EHL)を用いた胆管結石碎石除去術が2例、SpyBite™ を用いた悪性腫瘍の生検、病変範囲診断が3例。手技は全例乳頭切開を行い、親子方式で胆管内に挿入し処置を行った。なお、すべての手技は2人の熟練した内視鏡医で行った。術中の胆管内への送気、送水には二酸化炭素、生理食塩水を用いた。手技成功率(胆管への挿管)、手技時間、臨床的成功率(予定した手技の実効性)、合併症について後ろ向きに検討した。【結果】手技は全例で成功。手技時間の中央値は110(40-120)分。臨床的成功率は5/5例(100%)であった。術中、術後に合併症は認めなかった。【結論】経口胆道鏡は直接胆管内に挿入し観察可能な細径内視鏡であり、胆管造影で確定診断が困難な場合に強力な診断の一助となる。また鉗子チャンネルも有しており、使用可能な処置具は限定的であるものの生検やEHLなども可能である。SpyGlass™ DS は従来のファイバースコープから電子スコープに改良されデジタル化されたことで、画質が飛躍的に向上した。また彎曲方向が4方向と操作性にも優れている。高額なのが難点ではあるが、経口胆道鏡のさらなる普及の一助となると期待される。若干の文献的考察を含め報告する。

29 進展度診断に経口電子胆道鏡(SpyGlass™ DS)が有用であった IPNB の一例

金井 圭太¹⁾、鈴木 宏¹⁾、櫻井 晋介¹⁾、小林 聡¹⁾、田代 興一²⁾、関 亜矢子¹⁾、越知 泰英¹⁾、原 悦雄¹⁾、長谷部 修¹⁾

¹⁾ 長野市民病院 消化器内科、²⁾ 長野中央病院 消化器

症例は60歳代、女性。2015年6月より肝機能障害を認め、近医で薬物性肝障害・脂肪肝の疑いで経過観察されていた。同年12月に前医を受診し、US・CT・MRIによる精査にて胆管癌が疑われたため、精査加療目的で2016年1月に当科を紹介受診した。EUSでは中部胆管を主座に内腔を充満する乳頭状腫瘍を認め、上部胆管へと隆起性病変が連続し肝側への水平進展が疑われた。ERC・IDUSでは中部胆管に主座を置く乳頭型胆管癌が疑われたが、総胆管結石・胆泥が併存しており、進展する腫瘍との鑑別が困難であった。そこで、総胆管結石除去後に経口電子胆道鏡(PVCS)により病変部および水平進展を評価した。PVCSでは同部にイクラ状の乳頭状腫瘍を認め、上部胆管・左右肝管合流部に水平進展を否定できない扁平な小顆粒状隆起を認めた。PVCSで直視下胆管生検を施行したところ、上部胆管および左右肝管からは腫瘍細胞を認めず、病変部より乳頭状に増生した腫瘍性病変を認めIPNBが疑われた。PVCSの結果より、左右肝管への水平進展を認めなかったため、同年2月に膵頭十二指腸切除術を施行した。切除標本では中下部胆管に乳頭状隆起性病変を認めた。病理組織学的所見では不整な分岐や迂曲を伴う異型腺管が乳頭状増殖しており、IPNBと診断した。一部には上皮内癌に相当する成分の混在や線維筋束浅層への浸潤も認めた。肝側胆管上皮に異型は認めず、断端は陰性で術前診断と合致していた。本例は中部胆管を主座とするIPNBで、EUS・ERCで肝側への水平進展が否定できなかったが、PVCSが術前診断に有用であったため、報告する。

第 80 回日本消化器内視鏡学会甲信越支部例会
ランチョンセミナー

座長 依田 芳起 先生

山梨県厚生連健康管理センター

講演

H. pylori 未感染および除菌後胃癌
の病態と診断

演者 小林 正明 先生

新潟大学医歯学総合病院

魚沼地域医療教育センター・魚沼基幹病院 消化器内科

H. pylori 未感染および除菌後胃癌の病態と診断

新潟大学医歯学総合病院 魚沼地域医療教育センター・魚沼基幹病院 消化器内科
小林 正明 先生

講演要旨

我が国では、*H. pylori* 未感染者、既感染者（除菌治療例、自然除菌例）、感染持続者が入り混じって、内視鏡検査を受ける時代に突入している。近年、若年者の *H. pylori* 保有率は急速に減少しているが、除菌治療の普及に伴い中高齢者の保有率も減少傾向にある。除菌治療例を除いた既感染陰性例には、高度の粘膜萎縮・腸上皮化生に伴う自然除菌例だけではなく、抗生剤使用時に偶然除菌された例や、医師側の説明不足・患者側の理解不足などで治療歴が確認できない除菌例もある。各 *H. pylori* status ごとに、背景粘膜の性状や胃癌発生率、さらには胃癌の肉眼型、組織型、好発部位などについて特徴があるため、日々の内視鏡検査では、まず背景粘膜を観察して、*H. pylori* 感染状態を診断・予測する必要がある。検査前に問診や他の検査で情報を得ておくことが理想的である。

未感染胃癌の頻度は 1%未満と報告されているが、近年、内視鏡的な特徴が明らかにされるとともに発見例や報告例が増加している。未感染胃癌には、①印環細胞癌（胃角部、0-IIc, 0-IIb）、②胃底腺型癌、胃底腺粘膜型癌（胃体中上部、0-IIa, 0-IIa+IIc, 0-I）、③高分化型腺癌（胃体部、前庭部、0-IIa, 0-IIc）などに大別され、④胃食道接合部癌も含める場合がある。内視鏡像特徴や好発部位を頭に入れながら、*H. pylori* 未感染症例に対しては、効率の良い内視鏡観察を心掛けたい。

胃癌とピロリ菌の撲滅を目指して、*H. pylori* 感染胃炎に対する除菌療法が保険適応となったが、除菌例の増加に伴い、除菌例の経過観察中に発見される胃癌は、むしろ増加傾向にある。除菌後胃癌という用語は、本来「除菌後に発生した胃癌」を意図したものであるが、発癌時期を正確に捉えることは困難であるため、「除菌後に発見した胃癌」を広く除菌後胃癌と扱っている。除菌後に発見される広義の「除菌後胃癌」には、除菌前後から既に存在していた病変が遅れて発見されたものが少なくない。

我々は、除菌後発見胃癌の 40%程度に、周囲の胃炎粘膜に類似して、内視鏡診断が難しい病変があることを報告してきた。その原因としては、①表層部における非腫瘍性上皮の被覆・混在、あるいは、②分化型癌の表層細胞分化が関連している。病変の最表層に非腫瘍性上皮や表層分化した癌腺管が存在した場合、Narrow-band imaging (NBI) 拡大内視鏡では、最表層部を詳細に捉えるため、胃炎粘膜に類似し不整に乏しい表面微細構造が観察されたため注意を要する。

謝辞

本会の開催にあたりまして、多くの企業より多大なるご支援を賜りました。
ここに謹んで御礼申し上げます。

オリンパス株式会社
武田薬品工業株式会社
豊前医化株式会社
旭化成ファーマ株式会社
あすか製薬株式会社
アステラス製薬株式会社
アストラゼネカ株式会社
EA ファーマ株式会社
栄研化学株式会社
大塚製薬株式会社
株式会社ツムラ
杏林製薬株式会社
協和医科器械株式会社
協和発酵キリン株式会社
ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社
ゼリヤ新薬工業株式会社
第一三共株式会社
田辺三菱製薬株式会社
日本製薬株式会社
バイオフェルミン製薬株式会社
富士フイルムメディカル株式会社
マイラン EPD 合同会社
マコト医科精機株式会社
吉田製薬株式会社

(敬称略、広告掲載順)

第 80 回日本消化器内視鏡学会甲信越支部例会
会長 大高 雅彦