

ご 挨 拶

第82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。

私の日本消化器内視鏡学会甲信越支部例会での最初の発表は、2年目の研修医の時で、長野市での発表でした。1例の報告でしたができる限りの文献を読んで発表を迎えました。しかし質問された内容は勉強した内容とはまったく異なることでどう答えたらよいかわからなくなったことを覚えています。しかしその時に勉強したことは1症例を通していろんな角度から一つの疾患を捉えるトレーニングになったと思います。

1例1例を詳細に観察すること、そして考察すること、そしてその1例のその疾患としての典型的な部分をしっかりつかみ取ること、また一方、その1例に見られる特異的な部分を見つけ出すこと、そしてすでに報告されている事項からその症例の特徴に考察を深めること、このような作業を繰り返すところから臨床研究が始まっていくといつも考えています。

症例からどれだけ学び取るのか、その吸収力を高めること、そこに隠されている未知なることを見つけ出すことに努力することで臨床力が向上し、研究への情熱も湧いてきます。若い研修医の先生方だけでなく、多くの熟練の先生方も新鮮な気持ちで1例、1例をご自分が受け持った症例のようにイマジネーションを広げて発表を聞いていただければ幸いです。そして甲信越支部らしい、活発な討論を期待しております。ただ時間はタイトなので時間厳守はよろしくお願い致します。

今回は研修医の先生が発表するプレナリーセッションが17演題となっております。

エキスパートの先生方には厳しくも暖かく見守る気持ちでコメントなどしていただければ、と思います。

またご参加の皆様には不慣れな支部例会運営のために行き届かない点多々あるかと存じますが、どうかご容赦くださいますようお願い申し上げます。

平成29年 5 月

第82回日本消化器内視鏡学会甲信越支部例会

会長 八 木 一 芳

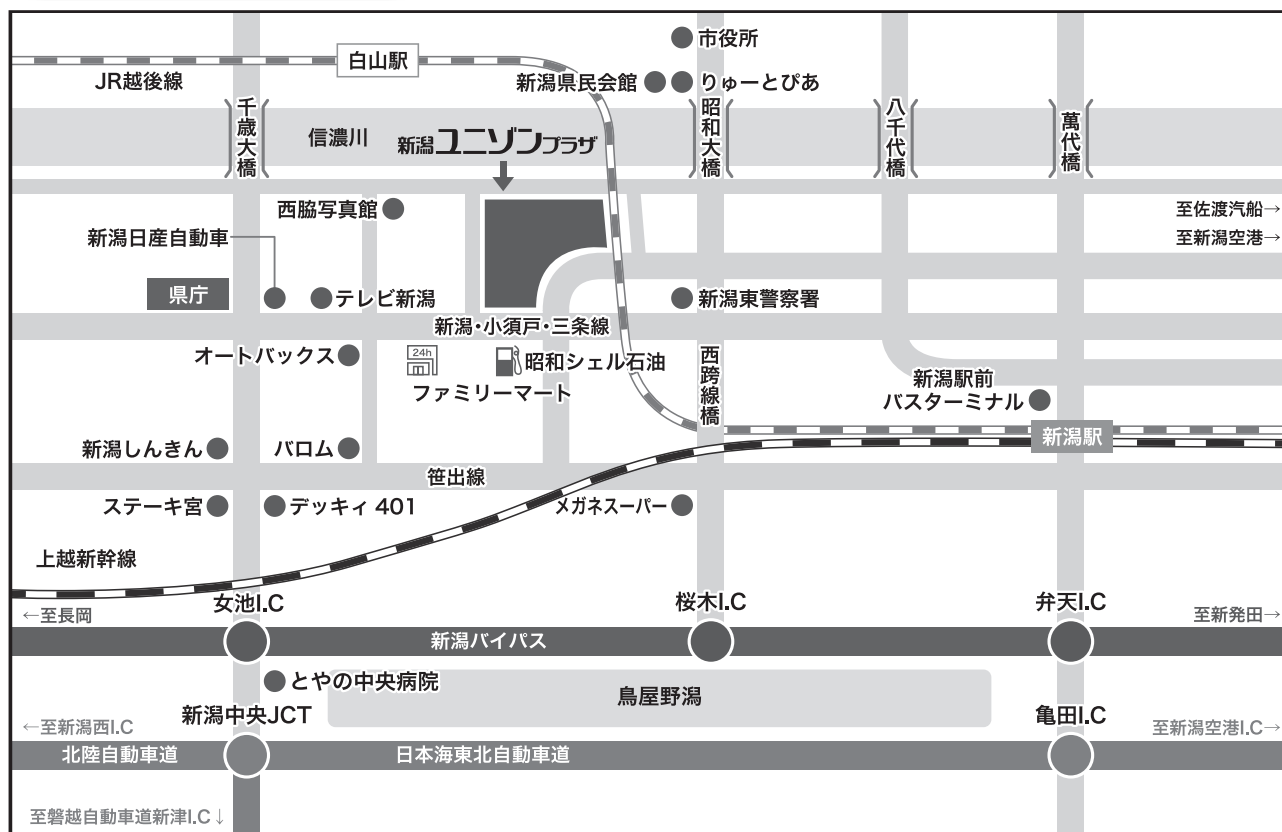
新潟県立吉田病院 内科

現在：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

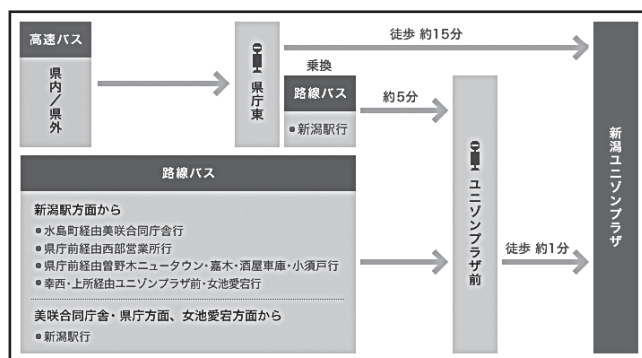
交通アクセス

新潟ユニゾンプラザ

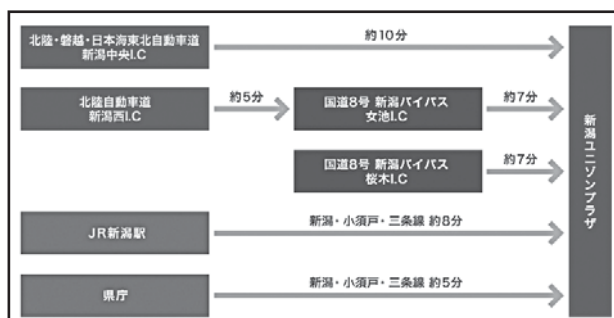
〒950-0994 新潟市中央区上所2丁目2番2号



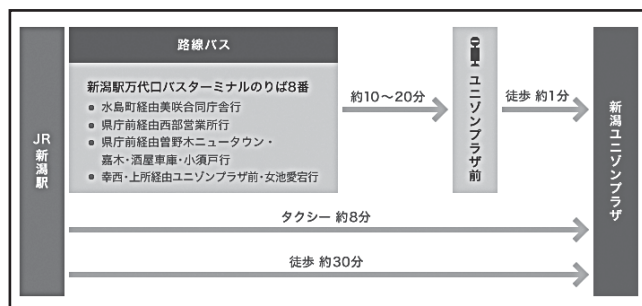
高速バス・路線バスでお越しの場合



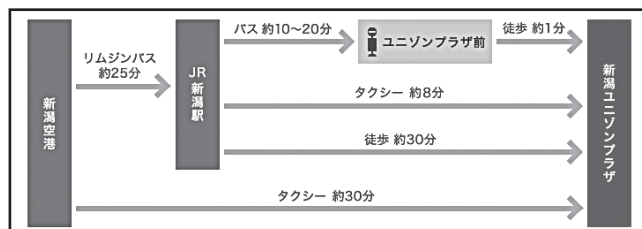
自家用車でお越しの場合



JR新潟駅からお越しの場合



新潟空港からお越しの場合

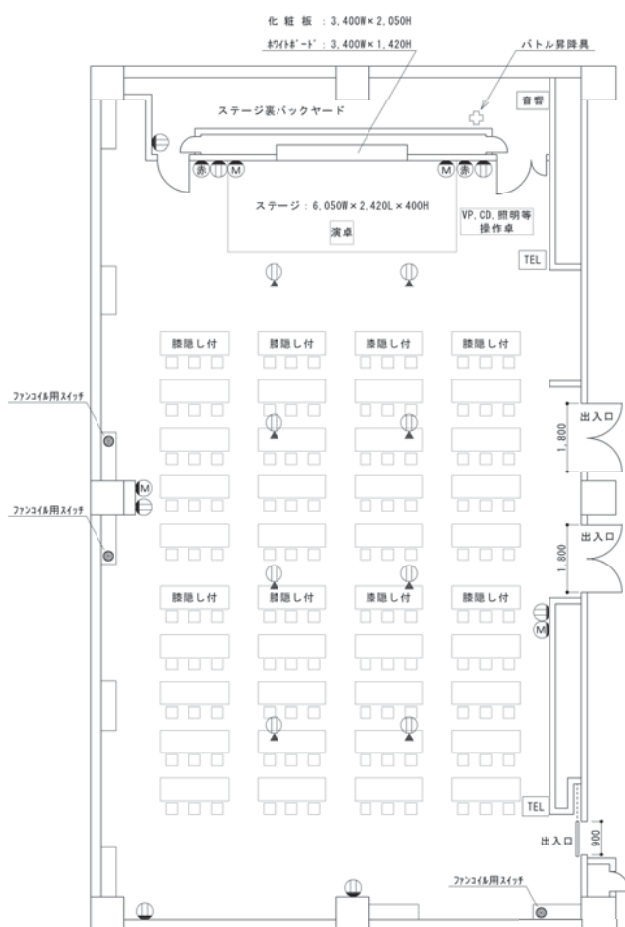


お車でのご来館推奨ルート

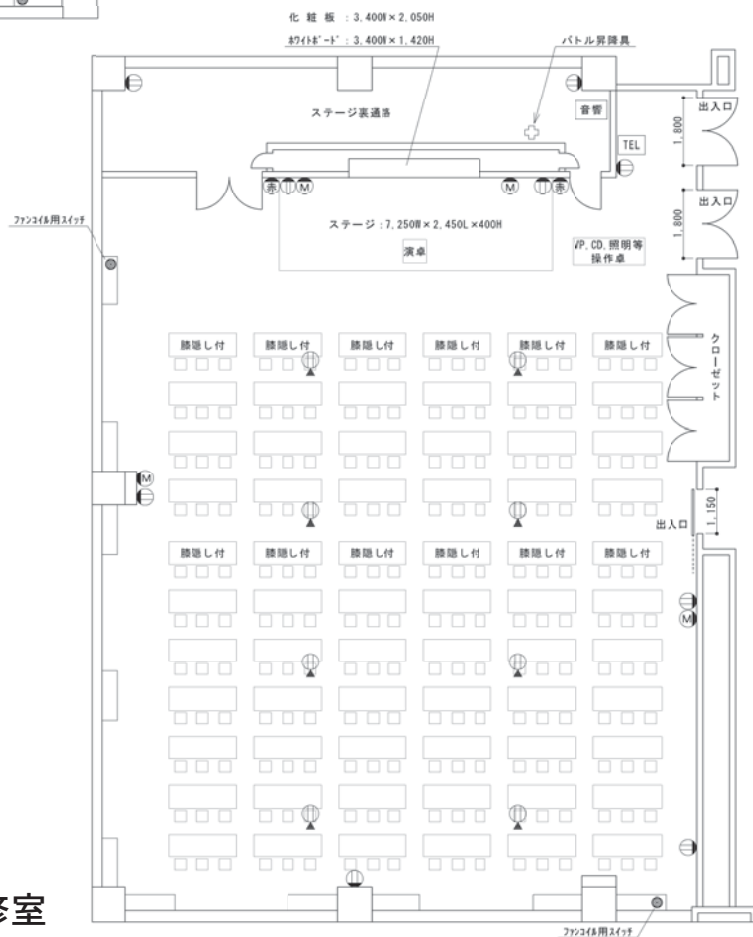
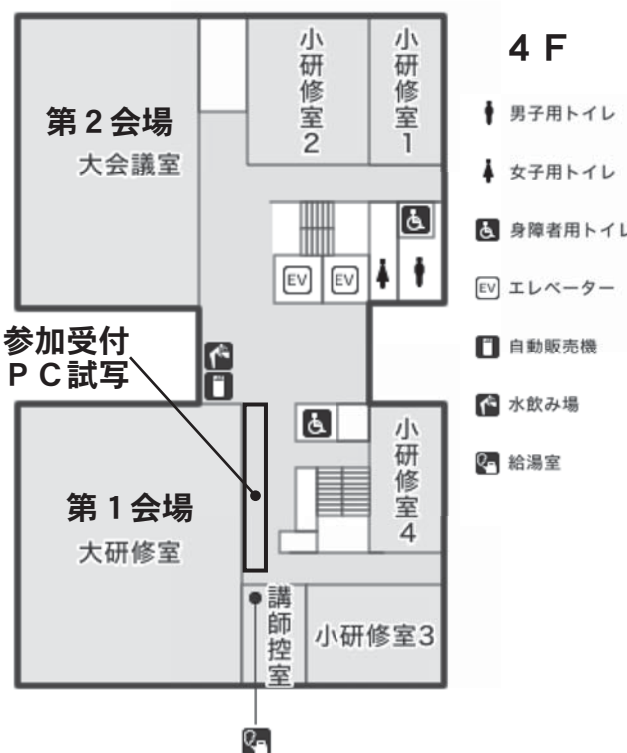
信濃川右岸道路の交通量が多く、駐車場出入口付近及び周辺道路で交通渋滞が多発しておりますので、以下のルートをお勧めいたします。ご来館のお客さまには、大変ご迷惑をおかけいたしますが、何卒ご理解ご協力くださいますようお願い申し上げます。



会場案内図



大会議室



大研修室

学会発表および質疑応答についてお願い

学会参加時にはこの抄録集をご持参ください。

支部例会へ参加される先生方へのご案内

1. 会場利用規約の都合上、8時30分まで講演会場に立ち入ることができません。
お時間まで4階ロビーにてお待ちいただきますようお願いいたします。
2. 当日、会場整理費として1,000円を徴収させていただきます。
3. 参加者には、支部例会参加証をお渡しいたします。会場内では必ずご着用ください。
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。
4. 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、次回の例会の際に表彰します。
5. 発表に対して質問や発言される先生は、あらかじめ質疑用マイクの前でお待ちください。
6. 原則として、演者への謝辞は不要です。

座長の先生へのご案内

1. ご担当セッション開始の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. 演者の紹介の際、演題名などは省略いただき、討論に時間を使えるようご配慮をお願いします。

演者の先生へのご案内

1. 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。
2. 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します。
3. コンピューターによるプレゼンテーション（スクリーンは1面）に限ります。
4. 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（スライド2枚目）にご提示ください。
また、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。
5. 「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82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。
6. 発表予定時刻の30分前までに、データを保存したUSBメモリかCD-R（USBメモリを推奨）をPCセンターにご持参いただき、発表データの試写確認を行ってください。
Macintoshでデータを作成する場合、パソコン本体をご持参いただき、事前にPCセンターにて、動作確認を行ってください。
媒体およびパソコンの不具合に備え、予備データをご用意いただくことを推奨いたします。
7. 発表データの作成、パソコンの持ち込みについて。
（1）事務局にてご用意するパソコンのOSとアプリケーションは以下のとおりです。
[OS] Windows7
[アプリケーション] Microsoft PowerPoint 2007, 2010, 2013, 2016

- (2) 表示のトラブルを避けるため、以下のOS標準フォントにてデータを作成してください。
[日本語] メイリオ, 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
- (3) 発表時は演台上のマウスとキーボードをご自身で操作してください。
発表者ツールには対応しません。
原稿は事前にご用意ください。なお、会場に資料を印刷できる環境はございません。
- (4) ビデオファイルおよび音声の再生が可能です。
スライド作成時にビデオファイルを埋め込む場合も、ビデオファイルをお持ちください。
- (5) 会場のスクリーンは「16 : 9」となっております。
ページ設定で「16 : 9」に設定していただくと、スクリーン全面に映像が表示されます。
「4 : 3」で設定した場合、スライドの両サイドが黒く表示されます。
- (6) 最新のウィルスチェックソフトで、媒体ならびにパソコンのスキャンを行ってください。
- (7) ご自身のパソコンを持参される場合、以下をご確認ください。
- 1) 外部出力の接続は、D-sub15ピンの端子に限ります。
映像変換アダプターが必要な機種をお使いの場合、必ずご持参ください。
 - 2) スクリーンセーバー、省電力設定は予め解除しておいてください。
 - 3) 電源アダプターを必ずご持参ください。
 - 4) 発表終了後は会場内左手前方のPCオペレーションデスクにてPCをご返却いたします。
講演終了後は速やかにお引取りくださいますよう、お願いいたします。

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 合同懇親会のご案内

日 時 5月27日(土) 午後6時00分から(予定)
会 場 新潟ユニゾンプラザ 1F 八彩茶屋
参加費 評議員 5,000円 一般会員 3,000円(予定)
懇親会会場受付で参加費をお支払いください。
評議員に限らず、広く会員のご参加をお待ちしております。

論文投稿のお願い

『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いたします。
締め切りは平成29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82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29年5月28日）

【第1会場】4階「大研修室」

開会の挨拶 8:55～9:00

会長 八木 一芳

	演題番号	時 間	座 長	
プレナリー1（食道）	1～4	9:00～9:32	山梨大学第1内科	山口 達也
プレナリー2（胃）	5～8	9:33～10:05	長野市民病院消化器内科	関 亜矢子
プレナリー3（腸）	9～12	10:06～10:38	新潟大学医歯学総合病院 消化器内科	水野 研一
プレナリー4（腸、胆・膵）	13～17	10:39～11:19	厚生連篠ノ井総合病院 消化器内科	三枝 久能
一般演題（食道、機械学習）	18～21	11:20～11:52	山梨県立中央病院 内科	細田 健司

（休憩 11:52～12:15）

ランチョンセミナー

12:15～13:15

「炎症性腸疾患の生物学的製剤時代におけるLCAPの役割と課題」

座長 横山 純二 先生（新潟大学医歯学総合病院 光学医療診療部 准教授）

演者 長堀 正和 先生（東京医科歯科大学医学部 消化器内科）

共催 旭化成メディカル株式会社

総会

13:15～13:40

一般演題（胃、抗血栓薬）	22～25	13:40～14:12	相澤病院 消化器内科	横澤 秀一
一般演題（大腸）	26～30	14:13～14:53	厚生連長岡中央病院 内科	本田 穰

閉会の挨拶 14:55～15:00

会長 八木 一芳

【第2会場】4階「大会議室」

評議委員会

12:00～13:00

一般演題（胆・膵・十二指腸）	31～35	13:40～14:20	新潟大学医歯学総合病院 消化器内科	林 和直
----------------	-------	-------------	-------------------	------

プログラム

【第 1 会場】 4 階「大研修室」

プレナリー 1（食道）

9 : 00～9 : 32

座長 山口 達也（山梨大学 第 1 内科）

1. 当院で経験した好酸球性食道炎の 2 例
安曇野赤十字病院 消化器内科 内田 桃子
2. 異なる治療経過をたどった腐食性胃食道炎の 2 例
佐久医療センター 消化器内科 工藤 彰治
3. 重症急性胆管炎に急性壊死性食道炎と急性十二指腸粘膜障害を合併した 1 例
野県立須坂病院 内科 上條 京佑
4. 食道巨大仮性憩室内に発生した扁平上皮癌の 1 例
新潟大学大学院 医歯学総合研究科 消化器内科学分野 吉田 智彰

プレナリー 2（胃）

9 : 33～10 : 05

座長 関 亜矢子（長野市民病院 消化器内科）

5. High grade成分を伴い、stage II 2と診断したH.pylori陰性胃MALTリンパ腫の 1 例
長野県立須坂病院 消化器内科 深井 晴成
6. 胃癌術後の拳上空腸に認めたEBV関連早期胃癌の 1 例
長岡赤十字病院 消化器内科 安田 麻友
7. Cushion sign陽性、嚢胞変性を伴う粘膜下腫瘍の 1 例
山梨大学 医学部 第 1 内科 奥脇 徹也
8. 外胚葉系の異常に乏しく、特徴的な内視鏡所見が診断に有用であった
Cronkhite-Canada症候群の 1 例
長野赤十字病院 消化器内科 牧野内 理子

プレナリー 3 (腸)**10:06~10:38****座長 水野 研一** (新潟大学医歯学総合病院 消化器内科)

9. 内視鏡的切除を行った有茎性発育を呈した十二指腸カルチノイドの1例
飯田市立病院 消化器内科 橋上 遣太
10. 小腸バルーン内視鏡による結石除去が有用であったRoux-en-Y再建術後十二指腸憩室内結石による十二指腸憩室炎の1例
北信総合病院 消化器内科 翠川 創
11. ダブルバルーン内視鏡検査が局在診断に有用空腸動静脈奇形1例
山梨県立中央病院 消化器内科 佐野 裕樹
12. 下血で発症した多発血管炎性肉芽腫症の1例
新潟県立新発田病院 内科 岩澤 貴宏

プレナリー 4 (腸、胆・膵)**10:39~11:19****座長 三枝 久能** (厚生連篠ノ井総合病院 消化器内科)

13. 出血を契機に発見された回腸腫瘍の1例
山梨大学 医学部 内科学講座第1教室 小林 義照
14. 上行結腸瘻を形成し、虫垂炎と鑑別を要した虫垂癌の1例
済生会新潟第二病院 消化器内科 大脇 崇史
15. CT検査を契機に診断に至った特発性腸間膜静脈硬化症の1例
山梨県立中央病院 消化器内科 森嶋 悠人
16. 直接胆道鏡下での三脚鉗子を用いた結石除去術が有効であった胆管空腸吻合術後の肝内結石の1例
新潟大学大学院医歯学総合研究科 消化器内科学分野 渡邊 貴之
17. 胃流出障害を伴うERCP後膵炎による被包化壊死の1例
JA長野厚生連 篠ノ井総合病院 消化器内科 近藤 奏

一般演題（食道、機械学習）

11：20～11：52

座長 細田 健司（山梨県立中央病院 内科）

18. 食道アキサキス症の1例
新潟市民病院 消化器内科 米山 靖
19. 多発性食道潰瘍を合併した潰瘍性大腸炎の1例
新潟県立中央病院 柴田 理
20. 当院における上部消化管異物除去術の現状
JA長野厚生連 篠ノ井総合病院 消化器内科 三枝 久能
21. 畳み込みニューラルネットワークと深層学習を用いた機械学習による
内視鏡画像部位の認識に関する検討
下越病院 消化器内科 山川 良一

（11：52～12：15 休憩）

ランチョンセミナー

12：15～13：15

座長 横山 純二（新潟大学医歯学総合病院 光学医療診療部 准教授）

「炎症性腸疾患の生物学的製剤時代におけるLCAPの役割と課題」

演者 長堀 正和 先生（東京医科歯科大学医学部 消化器内科）

共催 旭化成メディカル株式会社

13：15～13：40 総会

一般演題（胃、抗血栓薬）

13：40～14：12

座長 横澤 秀一（相澤病院 消化器内科）

22. 多発性胃底腺ポリープの経過観察中に発見された
胃孤発性Peutz-Jeghers type polyp癌化例の1例
長野市民病院 消化器内科 鈴木 宏
23. 切除不能進行胃癌の化学療法中に幽門ステントが破損した1例
長野県立木曽病院 外科 加賀谷 丈紘
24. 幽門側胃切除後の残胃吻合部に発生した胃癌の1例
長野市民病院 消化器内科 関 亜矢子
25. 抗血栓薬服用継続患者における上下部消化管内視鏡検査の実際
昭和伊南総合病院 消化器病センター 堀内 朗

一般演題（大腸）**14：13～14：53****座長 本田 穰**（厚生連長岡中央病院 内科）

26. 腹腔鏡下回盲部切除術を施行した低異型度虫垂粘液性腫瘍の1例
松本協立病院 外科 小松 健一
27. 腸管子宮内膜症の4例
新潟県立新発田病院 内科 影向 一美
28. 稀有な内視鏡所見を認めた潰瘍性大腸炎の2例
長野市民病院 消化器内科 小林 聡
29. 難治性潰瘍性大腸炎に合併した多発大腸癌の1例
済生会新潟第二病院 消化器内科 高 昌良
30. 急性膵炎を契機に診断した原発性硬化性胆管炎(PSC)合併潰瘍性大腸炎(UC)の1例
済生会新潟第二病院 消化器内科 岩永 明人

【第2会場】 4階「大会議室」**一般演題（胆・膵・十二指腸）****13：40～14：20****座長 林 和直**（新潟大学医歯学総合病院 消化器内科）

31. 超音波内視鏡検査時の十二指腸穿孔に対しOver-the-scope-clipping system (OTSC)による創閉鎖が有効であった1例
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
32. 輸入脚症候群に対し超音波内視鏡下にドレナージを行った1例
新潟県立がんセンター新潟病院 内科 塩路 和彦
33. 内視鏡的乳頭切除術後の膵管口狭窄により重症急性膵炎を来した1例
山梨大学 第一内科 中嶋 奈津子
34. 膵頭部癌に対する陽子線治療後の膵管出血に対してSEMSが有効であった1例
長野中央病院 消化器内科 永村 良治
35. セフトリアキソン投与に伴う総胆管内偽胆石に対し内視鏡的治療を行った1例
下越病院 消化器内科 入月 聡

口 演 抄 録

【第1会場】 4階「大研修室」

プレナリー 1 (食道)

9:00～9:32

座長 山口 達也 (山梨大学 第1内科)

1. 当院で経験した好酸球性食道炎の2例

内田 桃子、須藤 貴森、樋口 和男、北原 桂、一條 哲也、中村 直
安曇野赤十字病院 消化器内科

【症例1】30歳台女性。主訴は前胸部の詰まり感。ゆで卵の入ったサンドイッチを食べたところ前胸部に詰まり感が生じ、その後嘔吐はないもののように食事が摂取できなくなった。近医よりPPIを処方されたが改善しないため当院へ紹介となった。EGDでは中部食道を中心に縦走溝が目立ち白斑と気管様狭窄が明瞭となっていた。また、逆流性食道炎の所見は認めなかった。白斑部からの生検では100個/HPF以上の好酸球浸潤を認めた。血液検査では末梢血好酸球は383個と増加なく、IgEは242IU/mlと若干高値であった。食道透視では食道の拡張所見や食道胃接合部の狭小化は見られなかった。再度PPIを投与したが改善がなく好酸球性食道炎と診断した。フルチカゾン吸入薬の適応外使用について同意を得て内服したが自覚症状の改善は乏しかった。経過観察のEGDでは縦走溝や白斑、気管様狭窄は見られなかったが、フルチカゾンの内服によると思われるカンジダ症が見られた。その後抗アレルギー薬、再度PPIを加えて継続加療しているが、卵が含まれた食事などで詰まり感が生じるものの、嘔吐や体重減少などなく経過している。【症例2】60歳台女性。脂肪肝の経過観察中に胸やけを訴えたためEGDを施行した。下部食道に局限して縦走溝が目立ちわずかに白斑を認めた。気管様狭窄は認めなかった。食道粘膜生検では20個/HPF以上の好酸球浸潤が見られた。PPIを使用した自覚症状の改善はなく、好酸球性食道炎と診断した。フルチカゾンを使用した効果はなかった。病歴を再確認すると刺身などの生魚を食べると食道の詰まり感が増強することであったが、魚を含めた食物アレルギーを検索したがすべて陰性であった。食事制限と抗アレルギー薬のみで経過観察中である。好酸球性食道炎は食物などのアレルゲンに対する過剰な免疫応答が食道粘膜局所で生じることで、好酸球を中心とした炎症が持続する疾患である。2例とも内服治療は奏功しなかったが、原因食物がある程度特定できたため、食事制限と抗アレルギー薬のみで治療を継続できている。尚、発表に当たり当院倫理委員会の承認を得た。

2. 異なる治療経過をたどった腐食性胃食道炎の2例

工藤 彰治、友利 彰寿、山田 崇裕、大瀬良 省三、桃井 環、篠原 知明、福島 秀樹、古武 昌幸、比佐 岳史
佐久医療センター 消化器内科

【症例1】70歳代男性で独居であった。酩酊状態で、本人いわく「不詳の酒」を湯割りで飲用後に咽頭違和感、嘔気が出現し、翌日に赤褐色物を嘔吐した。受傷6日後に近医を受診し、12日後にEGDを施行された。胃十二指腸に異常所見はないが食道全域に暗緑白色の厚い白苔の付着を認め、重症カンジダ食道炎として加療された。徐々に嚥下困難、嘔吐が悪化し、水分摂取も困難となり73日後の近医内視鏡にて食道の高度狭窄を認め、加療目的に当院紹介となった。病歴と内視鏡所見から腐食性食道炎による食道狭窄と診断した。内視鏡と造影X線では胸部中下部食道は10cm長程度の高度狭窄を呈しており、当初はTPN、バルーン拡張後には経腸栄養剤による栄養管理下での内視鏡的拡張の方針とした。受傷86日を初回とし、当初は1週間おき、次いで2週間おきのバルーン拡張を2ヶ月半に渡り計8回の拡張術を施行した。しかし狭窄の改善に乏しく、経過中に誤嚥性肺炎や微小穿孔を生じ、内視鏡的治療は困難と判断し、食道亜全摘胃管再建の方針とした。術中所見で食道は周囲と癒着し、病理所見では筋層を中心とした著大な線維性肥厚を呈しており、バルーン拡張での治療困難の原因と考えた。リハビリテーションを要したが術後3ヶ月で固形物の摂取も制限なく可能となった。【症例2】30歳代女性で精神発達遅滞があった。強アルカリの洗剤を誤飲し、咽頭痛および腹痛を訴えて当院を受診した。2日後の内視鏡では喉頭蓋のびらんと浮腫、食道全域に白苔の付着、胃体前庭部の広範な潰瘍と暗緑色の白苔付着、十二指腸の軽度のびらんと認め、腐食性胃食道炎と診断した。抗菌薬投与、TPN管理で治療を開始したが、30日後の内視鏡では胸部中部および下部食道に数cmの中等度狭窄と胃前庭部の高度狭窄を呈していた。腸瘻と経口併用で経腸栄養での栄養管理下で内視鏡的バルーン拡張の方針とした。40日後を初回とし、当初は1週間おき、次いで2週間おきの間隔で約4ヶ月に渡り計11回の拡張術を施行した。経過中に徐々に経口摂取の割合が増加し、嘔吐の回数が減少した。発症後約10ヶ月で完全に発症前の食生活形態に復帰した。【考察】最終的に良好な経口摂取が可能になった重症腐食性胃食道炎の2例を経験したが、一方は食道亜全摘を要し、一方は内視鏡的治療での回復が可能であった。2例の比較検討を通し、診断や治療法について考察を加え報告する。

3. 重症急性胆管炎に急性壊死性食道炎と急性十二指腸粘膜障害を合併した1例

上條 恭佑¹⁾、野沢 祐一²⁾、倉石 康弘¹⁾、植原 啓之¹⁾、下平 和久¹⁾、赤松 泰次¹⁾

¹⁾ 長野県立須坂病院 内科、²⁾ 飯田市立病院 消化器内科

症例は糖尿病治療中の80歳代女性。入院前日からの嘔気、心窩部痛のためかかりつけ医を受診し、全身黄疸を指摘され精査加療目的に当院紹介となった。発熱、右季肋部痛、全身に著明な黄疸があり血液検査では肝胆道系酵素上昇を認めた。CT検査では下部胆管に結石があり急性胆管炎、qSOFA score3点より敗血症、また急性期DIC診断基準5点からDICと診断した。胆道ドレナージ目的に同日緊急ERCPを施行したところ、食道に全周性の黒色潰瘍、十二指腸には多発する不整形黒色潰瘍があったが胃粘膜には観察範囲においては明らかな潰瘍性病変は認めなかった。検査前の収縮期血圧が70台でノルアドレナリン併用していたこともあり同日は胆管内プラスチックステントを留置したのみで処置を終了した。ICU管理としTAZ/PIPC、補液に加えトロンボモジュリン、ウリナスタチンを併用し全身状態は徐々に改善した。入院から1週間後に上部消化管内視鏡検査を行い、食道、十二指腸潰瘍が改善傾向にあることを確認した。食事を開始したが食道狭窄症状もなく経過し第16病日に退院となった。今後は順次胆嚢摘出術、内視鏡的総胆管結石摘石術を行う予定である。急性壊死性食道炎は1990年に報告された稀な疾患であり、糖尿病や腎不全、悪性腫瘍などの基礎疾患のある患者でショック、局所の血流障害、感染や薬剤投与などを契機に発症するとされる。急性十二指腸粘膜障害は急性胃粘膜障害に合併してみられることがあり、ストレスや薬剤、重篤な基礎疾患などが原因とされるが本例には明らかな胃粘膜障害は認めなかった。本例の食道、十二指腸病変は糖尿病や高齢による動脈硬化を背景とし、重症急性胆管炎によるショックのため局所性血流障害により発症したものと考えられた。急性壊死性食道炎と急性十二指腸粘膜障害を合併した急性胆管炎の報告は少なく、稀な症例であると考え報告する。

4. 食道巨大仮性憩室内に発生した扁平上皮癌の1例

吉田 智彰¹⁾、橋本 哲¹⁾、高橋 一也¹⁾、廣瀬 奏恵¹⁾、竹内 卓¹⁾、林 和直¹⁾、水野 研一¹⁾、高村 昌昭¹⁾、佐藤 祐一¹⁾、寺井 崇二¹⁾、市川 寛²⁾、羽入 隆晃²⁾、渡辺 玄³⁾、味岡 洋一³⁾、梅津 哉⁴⁾

¹⁾ 新潟大学大学院 医歯学総合研究科 消化器内科学分野、²⁾ 新潟大学大学院 医歯学総合研究科 消化器・一般外科学分野、³⁾ 新潟大学大学院 医歯学総合研究科 分子・診断病理学分野、⁴⁾ 新潟大学医歯学総合病院 病理部

【症例】60代男性【主訴】特になし【趣向歴】喫煙：20～25歳 20本/日、飲酒：ウイスキー 2杯/日【現病歴】20歳頃から食道憩室を指摘されていた。X年7月に前医にて胃癌健診目的で上部消化管内視鏡検査(EGD)を施行した。食道憩室内に不整な発赤粘膜を認め、精査目的で当科に紹介となった。食道造影検査で、胸部下部食道に左側に突出する約7cmの巨大憩室を認めた。EGDでは食道胃接合部やや口側に食道憩室を認め、内部に発赤調の平坦隆起性病変を認めた。通常白色光観察で、病変は境界明瞭な発赤病変として認識され、中心部は浅い陥凹を伴う結節状隆起を認めた。病変はヨード染色で不染を呈し、生検で扁平上皮癌(SCC)と診断された。NBI観察で発赤部は日本食道学会分類でB1血管であったが、中心の隆起部にB3血管を認めた。憩室内の超音波内視鏡検査では固有筋層を確認できず、仮性憩室と診断された。病変中心の隆起部は厚みのあるlow echoic massとして認識された。以上より食道仮性憩室内に発生した粘膜下層浸潤癌と診断した。CT上リンパ節転移、遠隔転移を認めず、cT1b(SM)NOMO cStageIと診断し、胸腔鏡補助下食道切除術を施行した。病理所見はSCC(well-mod), pT3(AD), INFb, ly0, v0, pIM0, pPM0(230mm), pDM0(170mm), type0-IIbで、腫瘍は中心隆起部分で外膜へ浸潤していた。また所属リンパ節転移は認められず、最終病期はpT3NOMO StageIIAであった。術後経過は良好で、外来で経過観察中である。【考察】下部食道の仮性憩室に発症した扁平上皮癌の一例を経験した。食道の仮性憩室内に発症した扁平上皮癌の報告は比較的稀である。憩室内に発症した癌は食残のために観察不十分となり、見逃す可能性がある。また固有筋層がないことから、内視鏡所見に比して進行している可能性もあり注意が必要である。文献的考察をふまえて報告する。

5. High grade成分を伴い、stageⅡ2と診断したH.pylori陰性胃MALTリンパ腫の1例

深井 晴成¹⁾、赤松 泰次²⁾、倉石 康弘¹⁾、下平 和久¹⁾、野沢 祐一¹⁾、植原 啓之¹⁾、上條 恭祐¹⁾、松澤 正浩³⁾、市川 徹郎⁴⁾、浅野 直子⁵⁾

¹⁾ 長野県立須坂病院 消化器内科、²⁾ 長野県立須坂病院 内視鏡センター、³⁾ 松澤内科クリニック、⁴⁾ 長野県立須坂病院 病理・臨床検査科、⁵⁾ 長野県立須坂病院 遺伝子検査科

症例は39歳の男性。2016年9月に上腹部痛を訴えて近医を受診し、上部消化管内視鏡検査 (EGD) にて胃に多発性隆起性病変を指摘され、精査目的で当院へ紹介された。同年10月に当院でEGDを施行したところ、胃の穹窿部から前庭部にかけて粘膜下腫瘍様の隆起性病変を散在性に認め、一部の病変は表面に発赤やびらんが見られた。超音波内視鏡では、病変はいずれも第2ないし第3層を中心とした低エコー像を示し、第4層は保たれていた。リンパ増殖性疾患を疑って鉗子生検を行なったところ、びまん性の異型リンパ球の浸潤を認め、Lymphoepithelial lesionが観察された。浸潤したリンパ球は小型のリンパ球が主体であったが、一部にやや大型の異型リンパ球が混在していた。免疫組織染色ではCD20+、CD3-、CD5-、CD10-、cyclinD1-、bcl2+であり、high grade成分を伴ったMALTリンパ腫と診断した。API2-MALT1は陰性であった。また、内視鏡所見と抗H. pylori抗体価よりH. pylori未感染と考えられた。大腸内視鏡検査では盲腸に粘膜下腫瘍様病変を認め、鉗子生検で異型リンパ球の浸潤が見られた。FDG-PET/CTにて、胃壁の肥厚と強いFDG集積を認め、所属リンパ節、傍大動脈リンパ節、盲腸にも集積が見られた。骨髄への浸潤はなかった。以上の所見より、病期はLugano国際分類のstageⅡ2と診断した。H. pylori陰性のhigh grade成分を伴う非限局期の胃MALTリンパ腫であったことから、現在リツキシマブを併用したCHOP療法 (R-CHOP) を施行中である。本例はlow grade成分とhigh grade成分が混在し、MALTリンパ腫の形質転化と考えられる。WHO分類ではこのような病変はMALTリンパ腫という用語は用いずに、diffuse large B-cell lymphoma (DLBCL) と呼ばれている。

H. pylori除菌療法で完全寛解する胃MALTリンパ腫の予後は良好であるが、除菌で寛解しない病変やH. pylori陰性胃MALTリンパ腫の中には、本例のようにDLBCLへ形質転化したり病期が進む場合があり、そのような症例への対応は慎重に行なう必要がある。

6. 胃癌術後の挙上空腸に認めたEBV関連早期癌の1例

安田 麻友¹⁾、渡邊 順¹⁾、高綱 将史¹⁾、長島 藍子¹⁾、吉川 成一¹⁾、山田 聡志¹⁾、竹内 学¹⁾、三浦 努¹⁾、島影 尚弘²⁾、長谷川 潤²⁾、谷 達夫²⁾、皆川 昌広²⁾、内藤 哲也²⁾、堅田 朋大²⁾、庭野 稔之²⁾、永井 佑²⁾、薄田 浩幸³⁾、渡邊 玄⁴⁾

¹⁾ 長岡赤十字病院 消化器内科、²⁾ 長岡赤十字病院 消化器外科、³⁾ 長岡赤十字病院 病理診断部、⁴⁾ 新潟大学大学院医歯学総合研究科 分子・診断病理学分野 分子・病態病理学分野

症例は70歳代、男性。2015年11月に胃噴門部～体上部前壁と胃体下部後壁の進行胃癌 (Type1) に対し胃全摘術+Roux-en-Y再建術を施行した。病理診断にて、ともにPoorly differentiated adenocarcinoma, solid type (por1), U, type1, 100x90x70, SS, int, INFb, ly2, v1.とPoorly differentiated adenocarcinoma, solid type (por1), L, type1, 80x50x30, MP, int, INFb, ly1, v1.と診断された。後日、特殊免疫染色を追加検索すると、両病変ともEBER-1 (ISH) 陽性であった。術後7か月目に経過観察目的の上部消化管内視鏡検査を施行した。挙上空腸に径15mm大の発赤調を呈する垂有茎性の隆起性病変を認め、NBI拡大観察すると小腸の絨毛は不明瞭で腺管構造も認めず、corkscrew様血管が見られた。同部からの生検ではGroup5 (Adenocarcinoma, poorly differentiated) と診断された。CTでは明らかなリンパ節転移なく、深達度はSMに留まる病変と診断した。しかしADLが低く、Total Biopsy目的に内視鏡的粘膜切除 (以下、EMR) の方針とした。2016年8月に同病変をEMRにて一括切除した。病理診断にてAdenocarcinoma (mod-por, EBV associated) with marked lymphocytic infiltration, pT1a (M), ly(-), v(-), pHM0, pVM0, type 0-Is, 15x10x9mm, J. と診断。また、特殊免疫染色にてEBER-1 (ISH) は全腫瘍細胞で陽性を示した。過去の報告を検索したところ、胃癌に重複した空腸に発生したEBV関連癌は抄録が1例あるのみで非常にまれな腫瘍である。また、我々の検索し得た範囲内では、同病変をEMRにて切除し得たのは本邦初の報告と考えられる。我々は術後の挙上空腸に発生したEBV関連癌に対し、EMRにて切除し得た一例を経験したので、これを報告する。

7. Cushion sign陽性、嚢胞変性を伴う粘膜下腫瘍の1例

奥脇 徹也¹⁾、吉田 貴史¹⁾、深澤 光晴¹⁾、石田 泰章¹⁾、久野 徹¹⁾、田中 佳祐¹⁾、岩本 史光¹⁾、津久井 雄也¹⁾、小林 祥司¹⁾、進藤 浩子¹⁾、高野 伸一¹⁾、山口 達也¹⁾、佐藤 公¹⁾、赤池 英憲²⁾、土屋 雅人²⁾、河口 賀彦²⁾、市川 大輔²⁾、榎本 信幸¹⁾

¹⁾ 山梨大学 医学部 第1内科、²⁾ 山梨大学 医学部 第1外科

症例は70歳代男性。X年人間ドックでの上部消化管内視鏡検査（EGDs）で前庭部小彎に25mm大の粘膜下隆起を認めた。X-10年のEGDsでは病変を指摘されず、X-6年には10mm大であり、増大傾向であったため、精査目的に当院紹介となった。EGDsを再検すると、Cushion sign陽性と比較的柔らかい粘膜下隆起であった。超音波内視鏡検査では内部に液体貯留と思われる7mm大の無エコー領域を認めた。造影CTでは23mmほどの不整形腫瘍で、内部に嚢胞構造を含み、辺縁は緩徐漸増性の造影効果を伴っていた。診断確定のため、超音波内視鏡下穿刺吸引細胞診（EUS-FNA）を施行した。病理組織検査所見では、紡錘形細胞の集塊を認め、c-kitおよびCD34がびまん性陽性、Desmin陰性、S-100わずかに陽性であり、GISTと診断された。外科へ紹介となり、腹腔鏡下胃局所切除術を施行、最終診断はModified-Fletcher分類低リスクのGISTであった。嚢胞変性を伴うGISTの報告は散見するものの、本症例のような2cm大と比較的小さなGISTでの報告はまれであり、文献的考察を加えて報告する。

8. 外胚葉系の異常に乏しく、特徴的な内視鏡所見が診断に有用であった Cronkhite-Canada症候群の1例

牧野内 理子、藤澤 亨、佐藤 幸一、宮島 正行、徳竹 康次郎、丸山 雅史、森 宏光、松田 至晃、和田 秀一

長野赤十字病院 消化器内科

【症例】60歳代男性。2016年6月ごろより、頻回の下痢と味覚異常を認めたため、A病院を受診し、処方を受けたが、下痢症状が軽快しなかったため、2016年8月に当院消化器内科を受診した。身体所見では、腹部は軽度膨満しており、下腿浮腫は認めなかった。明らかな脱毛、爪萎縮、皮膚色素沈着は認めなかった。TP 5.5、Alb 2.8と低蛋白血症を認め、CRPは2.07と軽度高値であった。尿蛋白も認めなかった。腹部造影CTでは胃と大腸に壁肥厚を認めた。上部消化管内視鏡では胃体部から胃前庭部にかけて、浮腫状で発赤調の境界不明瞭な芋虫状隆起が多発し、色素内視鏡では隆起間に正常な介在粘膜は存在しなかった。十二指腸は、白色調の粗造な粘膜を認めた。カプセル内視鏡では、空腸、回腸は正常範囲の所見であった。大腸内視鏡検査においては、浮腫状で発赤調の類円形の隆起が多発しており、粘液分泌の所見も認めた。生検組織所見では胃・大腸ともに、軽度拡張した陰窩と間質の浮腫、炎症細胞浸潤を認めた。外胚葉系異常所見には乏しかったものの、特徴的な内視鏡所見や臨床症状から、診断基準を満たし、CCSと確定診断した。治療としてPSLとTPNを開始したところ、治療開始後約2週間で、下痢、味覚障害は軽減し、TP、Albも次第に改善した。治療後の内視鏡所見は、胃、大腸ともにポリポイド所見は軽快し、病理所見も間質の浮腫や炎症細胞浸潤も改善した。【考察】CCSは病初期に、下痢を全体の約80%に認めるものの、脱毛、爪萎縮、皮膚色素沈着といった外胚葉系異常所見は、約半数に認められるのみであり、病期の進行により次第に高率になると言われている。このため、診断時に外胚葉系異常所見を認める症例は、すでに高度な栄養障害を伴い、免疫が著明に低下し、易感染症例が多いと考えられる。本例は、CCSに特徴的な内視鏡所見により、比較的早期に確定診断が可能で、ステロイド治療が著効した。【結語】下痢が長期化した患者さんに対しては、外胚葉系の異常に乏しくとも、積極的に内視鏡検査を施行することが、CCSの診断確定や早期治療に重要である。

9. 内視鏡的切除を行った有茎性発育を呈した十二指腸カルチノイドの1例

橋上 遣太¹⁾、大工原 誠一¹⁾、田中 友之¹⁾、栗林 直矢¹⁾、野沢 祐一¹⁾、菅沼 孝紀¹⁾、高橋 俊晴¹⁾、持塚 章芳¹⁾、木畑 穰²⁾、白簾 久美子²⁾、岡庭 信司¹⁾、中村 喜行¹⁾

¹⁾ 飯田市立病院 消化器内科、²⁾ 飯田市立病院 総合内科

症例は80歳代の男性。胸痛を主訴に当院外来受診し、精査にて総胆管結石性胆管炎が疑われ、施行した内視鏡検査で十二指腸乳頭部近傍に隆起性病変を認めた。後日上部消化管内視鏡検査を行い、上十二指腸角部近傍を基部とする径20mm大の有茎性腫瘤を認めた。腫瘤の頂部には不整な陥凹を伴っており、陥凹部からの生検でNeuroendocrine tumor (G1) と診断された。胸腹部CT検査ではリンパ節転移、他臓器転移を疑う所見は認めないものの、腫瘍径が大きく外科的治療を検討したが、侵襲性の高い外科的手術は希望されなかった。超音波内視鏡検査でも基部には明らかな腫瘍浸潤を疑う所見はなく、内視鏡治療を行う方針とし、内視鏡的粘膜切除術 (EMR) を行った。切除標本の病理組織所見でも粘膜下層を中心に類円形核と好酸性の胞体を持つ異型細胞の索状・胞巣状増殖を認めたが、核分裂像は目立たず、Ki67陽性率は1%でNeuroendocrine tumor (G1) と診断された。切除断端は水平・垂直方向陰性で、脈管侵襲も認められなかった。現在外来にて厳重に経過観察を行っており、内視鏡検査および生検組織では遺残を認めず、切除後6ヶ月を経過したが、CT検査でも再発、転移を疑う所見は認めていない。腫瘍径が10mm以上や深達度が固有筋層以深のカルチノイドは転移率が高くなるため十二指腸カルチノイドの内視鏡的治療は腫瘍径が10mm以下で粘膜下層までの病変が選択されることが多い。本例は腫瘍径22mmと大きな病変であったが、粘膜下腫瘍の形態をとることが多いカルチノイドとしては非典型的な有茎性の発育形態を呈していたため、固有筋層まで腫瘍が浸潤している可能性が低いと考え内視鏡治療を行った。術後経過が短く今後も厳重な経過観察が必要と考えられるが、内視鏡的に切除しえたと考えられる有茎性発育を呈した十二指腸カルチノイドの1例を経験したため、若干の文献的考察を含め報告する。

10. 小腸バルーン内視鏡による結石除去が有用であったRoux-en-Y再建術後十二指腸憩室内結石による十二指腸憩室炎の1例

翠川 創、山本 力、伊東 英里、佐藤 淳一、田尻 和男
北信総合病院 消化器内科

症例は85歳男性。5年前に胃癌にて幽門側胃切除、Roux-en-Y再建の既往がある。前日からの心窩部痛を主訴に11月7日当院救急外来を受診した。CTで十二指腸下行脚近傍に直径3cmの石灰化が認められたため、総胆管結石が疑われ、当科へ紹介となった。右季肋部に圧痛が認められた。肝胆道系酵素の上昇は無く、MRCPにて胆管拡張が無く、石灰化は胆道外であることが確認できた。十二指腸憩室内結石による十二指腸憩室炎と診断し、まずは、抗生剤による加療を行った。しかし、腹痛が軽快しないため、11月9日シングルバルーン小腸内視鏡検査を施行した。乳頭近傍に大きな憩室を認め、憩室内に3cmの結石がはまり込んでいる様子が確認された。結石による憩室壁の圧迫が憩室炎の原因と考えられたため、生検鉗子による結石破碎、摘出を試みた。しかし、術中に後腹膜気腫が確認され、中断した。憩室壁が穿孔したものと思われた。絶食、抗生剤で治療した後11月16日シングルバルーン小腸内視鏡検査を再検。慎重に生検鉗子とスネアーによる結石破碎を行い、結石をすべて憩室内から除去した。結石除去後の観察で、憩室壁には潰瘍が観察された。その後、炎症所見、腹痛とも改善し、退院となった。3か月後のCTでも結石の再発は認められていない。十二指腸憩室内結石は稀な病態であるが、Billroth II法や、Roux-en-Y再建後の報告があり、これらの手術との関係も示唆されている。手術例の報告は散見されているが、小腸バルーン内視鏡による治療例の報告は我々が検索した限り、無かった。また、最近、胃癌の術式として、Roux-en-Y再建を行う腹腔鏡下切除術が増加しており、今後、同様な症例が増えてくる可能性がある。治療法の選択枝の一つとなり得ると考え報告する。

11. ダブルバルーン内視鏡検査が局在診断に有用であった空腸動静脈奇形の1例

佐野 裕樹¹⁾、吉村 大¹⁾、小嶋 裕一郎¹⁾、中込 圭子¹⁾、高岡 慎弥¹⁾、原井 正太¹⁾、浅川 岳士¹⁾、細田 健司¹⁾、鈴木 洋司¹⁾、望月 仁¹⁾、小山 敏雄²⁾、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 病理

症例は33歳男性。飲酒後に数秒の意識消失があり、その後大量の血便を認めたため当院搬送となった。Dynamic CT検査で上行結腸に憩室が多発していたが明らかなextravasationはなく、大腸内視鏡検査でも上行結腸に憩室を認めたが出血源は不明であった。大腸憩室出血を考え保存的加療を継続したが、その後も再出血、自然止血を繰り返した。第6病日に経肛門ダブルバルーン内視鏡検査を施行したが、出血源は認められなかった。第9病日に大量の血便を認め、Dynamic CT検査を施行し近位空腸からのextravasationが疑われた。同日経口ダブルバルーン内視鏡検査を施行し、Treitz靱帯よりやや遠位側の空腸に湧出性出血を呈する露出血管を認めたため、クリッピングを施行し止血を得た。粘膜下腫瘍様隆起を呈しておりGISTを疑ったため、後日手術が必要と考え同部に点墨を行った。2日後の第11病日に再度血便を認めたため、外科にて緊急空腸部分切除術を施行した。その後再出血なく経過し、第17病日に退院となった。病理では粘膜固有層内で動脈と静脈が移行的に連続する像を認め、破綻した動静脈奇形(AVM)の診断であった。

小腸AVMは小腸出血の原因となる病態の一つであり、大出血を来し緊急処置が必要となることも少なくない。局在診断には出血シンチグラフィや腹部血管造影検査が有効とされるが、追加手術の際には病変の局在が困難となる場合が多く、血管造影下にコイル塞栓やマイクロカテーテル挿入などの工夫を要したり、術中内視鏡が必要となることが多い。今回ダブルバルーン内視鏡検査で病変を同定し外科的切除することができた。空腸AVMによる消化管出血に対して診断および治療にダブルバルーン内視鏡検査が有用であった症例を経験したため、若干の文献的考察を加え報告する。

12. 下血で発症した多発血管炎性肉芽腫症の1例

岩澤 貴宏、夏井 正明、佐藤 聡史、影向 一美、津端 俊介、松澤 純、渡辺 雅史、塚田 芳久
新潟県立新発田病院 内科

多発血管炎性肉芽腫症(GPA)は以前はWegener肉芽腫症と称され、病理学的に全身の壊死性肉芽腫性血管炎、上気道と肺の壊死性肉芽腫性炎、半月体形成腎炎を呈し、その発症機序に抗好中球抗体(ANCA)が関与する疾患である。今回、我々は消化管出血で発症した比較的稀なGPA症例を経験したので報告する。症例は70歳代女性で20XX年8月末より口腔内の痛みに対して消炎鎮痛薬を使用していたが、9月初めに上腹部痛と下血が出現し、当院に入院した。入院時には貧血、口腔潰瘍、左腋下腫瘍、直腸診で血液の付着を認め、WBC 10100/ μ L、Hb 5.6g/dL、K 6.6mEq/L、BUN 79.9mg/dL、Cre 4.32mg/dL、CRP 8.0mg/dL、尿蛋白(2+)、尿潜血(3+)であり、第7病日にMPO-ANCA>300U/mLが判明した。3月にかかりつけ医で行われた一般検査では貧血や高K血症はなく、腎機能も正常だった。EGDでは凝血塊を伴わない胃潰瘍を、CTでは両肺の空洞形成を伴う結節影と左腋下リンパ節腫脹を認めた。下血は第4病日に消失したが、第2病日より38℃台の発熱が出現、持続した。CSでは終末回腸に大小の類円形潰瘍、回盲弁に凝血塊の付着した不整形潰瘍、盲腸に小潰瘍と発赤を認め、カプセル内視鏡では小腸に不整形小潰瘍と淡い発赤が多発していた。回盲弁潰瘍の生検で粘膜下層の小血管に血管炎を認め、口腔潰瘍の生検でも血管炎を認めた。口腔潰瘍、肺のCT所見、急速に進行する腎不全、持続する38℃以上の発熱、血管炎を伴う小腸潰瘍、ANCA陽性よりGPAと診断し、第12病日より3日間ステロイドパルス療法を行い、改善しない腎不全に対して血液透析を導入した。第15病日の腎生検で半月体形成腎炎を認め、GPAは病理学的にも裏付けられた。一方、左腋下リンパ節生検によりびまん性大細胞型B細胞性リンパ腫(DLBCL)と診断された。ステロイドパルス療法後はステロイド剤の内服を継続し、第24病日よりGPAとDLBCLに対してリツキシマブの投与を開始した。4回投与後には左腋下リンパ節腫脹は著明に縮小し、透析は離脱できなかったが、口腔潰瘍、肺CT所見、回盲部潰瘍も改善した。

13. 出血を契機に発見された回腸腫瘍の1例

小林 義照¹⁾、石田 泰章¹⁾、奥脇 徹也¹⁾、原井 正太¹⁾、倉富 夏彦¹⁾、田中 佳祐¹⁾、岩本 史光¹⁾、津久井 雄也¹⁾、小林 祥司¹⁾、吉田 貴史¹⁾、山口 達也¹⁾、佐藤 公¹⁾、榎本 信幸¹⁾、仲山 孝²⁾、赤澤 祥弘²⁾、原 倫生²⁾、須藤 誠²⁾、市川 大輔²⁾

¹⁾ 山梨大学 医学部 内科学講座第1教室、²⁾ 外科学講座第1教室

症例は23歳男性。14歳時にも消化管出血のため当院入院歴あり。上下部内視鏡検査、小腸造影検査、カプセル内視鏡検査、下部からのダブルバルーン内視鏡検査、Meckelシンチを行ったが、粗大病変はなく一度終診となっていた。その後出血はなく経過していたが200X年9月13日に血便に気づき近医を受診し9月14日に当院へ紹介となった。出血精査目的で同日緊急入院となった。大腸内視鏡で出血源なし。絶食からエレンタール内服とし経過を見たが入院後に出血はみられなかった。造影CTでは回腸内腔に25mm大の腫瘍を認めた。小腸造影では回腸に20mm強の透瞭像を認めた。下部からのダブルバルーン内視鏡では骨盤部で癒着のため本人の苦痛が強く、回腸末端より30cm程度の範囲までの観察となった。観察できた範囲には明らかな異常所見なかったがスコープより造影したところ到達できた範囲より口側の回腸に隆起性病変を疑う透瞭像を認めた。造影CTや小腸造影で指摘された小腸内腔の腫瘍と同一のものと考えられた。大腸に明らかな異常所見はなかった。後日カプセル内視鏡を施行し。回腸にCTや造影と同様の部位にポリープ様の隆起性病変を認め出血源と考えられた。2016年12月13日当院外科にて腹腔鏡下小腸切除術を施行した。回盲弁から50cmほど口側の終末回腸に内部に腫瘍を含んでいるMeckel憩室を認めた。術後5日目に退院となる。病理組織所見はメッケル憩室内に25mm大の結節を認め組織学的には胃底腺を主体とする異所性胃粘膜組織であった。本症例は憩室内ポリープにより各種検査で腫瘍として認識されており、術前にMeckel憩室の診断が困難であった。Meckel憩室内にポリープを伴った症例は稀であり文献的な考察を加えて報告する。

14. 上行結腸と瘻孔を形成し特異な経過を呈した虫垂癌の1例

大脇 崇史¹⁾、佐野 知江¹⁾、関 慶一¹⁾、高 昌良¹⁾、佐藤 裕樹¹⁾、今井 径卓¹⁾、野澤 優次郎¹⁾、岩永 明人¹⁾、石川 達¹⁾、本間 照¹⁾、吉田 俊明¹⁾、桑原 明史²⁾、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⁾ 済生会新潟第二病院 外科、³⁾ 済生会新潟第二病院 放射線科、

⁴⁾ 済生会新潟第二病院 病理診断科

症例は82歳の男性。主訴は便秘・腹痛、既往歴は高血圧症。受診2週間前より便秘を自覚し、腹痛を繰り返すため当院を紹介受診した。受診時に自発痛は軽減していたが、右側腹部に圧痛を認めた。腹部骨盤造影CTでは、虫垂は上行結腸内側を上行し、近接する盲腸・結腸内側壁と虫垂壁は不整に肥厚し造影効果を認め、上行結腸-虫垂間で瘻孔を形成していた。またその周囲には広範囲に脂肪組織濃度の上昇を認めた。腹部症状の改善傾向もあり保存的に抗生剤で加療し、1週間後のCTでは壁肥厚や周囲脂肪組織濃度の軽度の改善を認めた。同時期に施行した大腸内視鏡検査(TCS)では、虫垂開口部に膿汁の付着が見られ、上行結腸のバウヒン弁側に壁外性圧排様の隆起が見られ、その上に粘液と膿汁の溜りを伴う瘻孔開口部が数ヵ所認められた。瘻孔開口部は類円形で、周囲に限局性の浮腫や発赤を認める程度で腫瘍の露出は明らかではなく、生検でも悪性所見は認めなかった。症状も消失し炎症所見も改善したため抗生剤を中止した。1か月後の再検CTでは病変部に改善傾向が見られず、TCSでも前回と同様の所見で改善が見られなかったため、瘻孔内に鉗子を挿入し生検したところ僅かに偽重層を呈する異型細胞を認めた。虫垂炎としては臨床症状・炎症所見の改善に伴う画像上の変化が乏しいことや生検にて腫瘍も否定できないことより右半結腸切除術を施行した。手術所見では腹膜播種を伴う虫垂癌を認め、漿膜浸潤部や播種部では粘液癌が主体であった。本症例は病変の粘液穿破が結腸内に生じたことと、随伴した炎症所見や症状、画像所見が保存的治療で比較的短期に一時軽快した点が特異であり、虫垂炎との鑑別も上げられた。また、その大腸内視鏡像の特徴や病理学的所見も含め報告する。

15. CT検査を契機に診断に至った特発性腸間膜静脈硬化症の1例

森嶋 悠人¹⁾、高岡 慎弥¹⁾、小嶋 裕一郎¹⁾、吉村 大¹⁾、中込 圭子¹⁾、細田 健司¹⁾、鈴木 洋司¹⁾、望月 仁¹⁾、
小山 敏雄²⁾、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 病理診断科

症例：76歳女性。主訴：なし。現病歴：X年4月当院泌尿器科で右腎盂癌に対して右腎尿管全摘術施行後定期的にCT検査で経過観察されていた。X+3年のCT検査で盲腸から横行結腸の腸管壁の肥厚及び壁内・壁外に線状の石灰化を認め、当科紹介となった。大腸内視鏡検査では盲腸から横行結腸にかけて粘膜は青銅色調であり、腸管の拡張不良も認めた。また盲腸に境界明瞭な厚い白苔を伴う潰瘍を認め、横行結腸にも小びらんを認めた。下行結腸から直腸にかけては粘膜変化を認めなかった。病理組織学的には粘膜固有層の著明な膠原線維の血管周囲性沈着、粘膜下層の小血管壁の硝子様物質の沈着を認めた。また、アミロイドの沈着は認められなかった。以上より特発性腸間膜静脈硬化症と診断し、外来で経過観察を行っている。尚、本症例では特発性腸間膜静脈硬化症に随伴することのある肝機能障害は認めなかった。また、本症例のCT所見をレトロスペクティブに検討すると、右腎盂腎癌診断時のX年から盲腸および上行結腸の腸管壁及び壁内・壁外に線状石灰化を認めており、3年の経過で横行結腸への同変化の進展を認めた。病因に関しては近年漢方薬などToxic Agentの関与が注目されているが、本症例も自律神経失調症のため20年来の加味逍遙散内服歴があり、診断時より服薬中止している。本症例は特発性腸間膜静脈硬化症の進行をCT検査の経時的変化で検討可能であり、また、病因として加味逍遙散の関与が示唆される。若干の文献的考察を加え報告する。

16. 直接胆道鏡下での三脚鉗子を用いた結石除去術が有効であった胆管空腸吻合術後の肝内結石の1例

渡邊 貴之、五十嵐 聡、林 和直、名古屋 拓郎、薛 徹、土屋 淳紀、横山 純二、寺井 崇二
新潟大学大学院医歯学総合研究科 消化器内科学分野

【症例】40代男性【既往歴】9年前に膵胆管合流異常症で胆管空腸吻合術を施行。6年前に慢性腎不全で透析開始。【現病歴】数年前より39度台の発熱を時々自覚していた。X-1年11月、慢性腎不全に伴う二次性副甲状腺機能亢進症の精査目的のCTで、肝内結石を指摘された。X年2月7日、肝内結石除去目的に当科に入院した。

【経過】眼球結膜に黄染なく、腹部に異常所見を認めず。血液検査では腎障害と肝胆道系酵素の上昇を認めた。入院当日にショートタイプダブルバルーン内視鏡（EI-580B、有効長152cm、鉗子口径2.8mm、富士フィルム社）を用いてERCPを行った。吻合部狭窄なく、肝内結石が吻合部より顔を出しており、胆管造影で肝門部から肝内胆管に大結石が充満していた。バルーンカテーテルやバスケットカテーテルでは排石できず、機械式碎石具では結石をつかめなかった。胆管空腸吻合部にプラスチックステントを留置し終了した（胆管空腸吻合部到達115分、総処置時間180分）。2月14日にショートタイプシングルバルーン内視鏡（SIF-H290S、有効長152cm、鉗子口径3.2mm、Olympus社）を用いて再度ERCPを行った。プラスチックステントを抜去した後に、機械式碎石具で吻合部近傍の結石を破碎できたが、末梢胆管の結石はうまくつかめず。内視鏡を胆管内に挿入し、直接胆道鏡下に三脚鉗子で結石を把持し除去した。その後バスケットカテーテルも併用し小結石を数個排石し、直視下に結石がないことを確認し終了した（胆管空腸吻合部到達101分、総処置時間169分）。翌日胆管炎を認めたが抗生剤にて改善し、2月18日に退院した。【考察】近年鉗子口径の大きいショートタイプバルーン内視鏡が発売され、術後再建腸管例における結石治療において様々なデバイスの使用が可能となっているが、ときに大結石や肝内胆管に充満する結石はバスケットカテーテルや機械式碎石具では把持が困難な場合がある。本症例は直接胆道鏡下に三脚鉗子を使用することにより、結石を把持し除去することが可能であった。

17. 胃流出障害を伴うERCP後膵炎による被包化壊死の1例

近藤 奏、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

症例は86歳、男性。褐色尿を主訴に他院を受診し、黄疸を指摘された。CT検査で肝内胆管・総胆管拡張、下部胆管癌、膵浸潤が疑われ、精査加療目的に当科紹介受診した。受診時に黄疸を認め、血液検査で肝胆道系酵素と直接ビリルビンの上昇を認めた。閉塞性黄疸に対してERCPを行い、膵癌による胆管の狭小化が疑われた。ERCP翌日に左側腹部痛、血中アミラーゼ、リパーゼの上昇を認め、ERCP後膵炎と診断した。ERCP後膵炎の加療中に38℃台の発熱があり、原因検索のために行ったCT検査で膵周囲に液体の貯留を認めた。感染の合併を疑い抗生剤での加療を継続し、解熱したが、上腹部痛、悪心、嘔吐が出現した。CT検査で嚢胞性病変の増大を認め、胃前庭部を圧排していた。被包化壊死による胃流出障害と診断し、超音波内視鏡ガイド下嚢胞ドレナージを行った。上部消化管内視鏡検査では、胃前庭部大彎後壁に巨大な球状の壁外圧排を認め、スコープは通過しなかった。コンベックス型超音波内視鏡で胃前庭部より嚢胞を描出した。19ゲージ針で穿刺後、7Fr.10cm double pig tail tube stentを嚢胞内に留置した。穿刺直後より嚢胞内容液の大量の流出を認め、壁外圧排は縮小し幽門輪を確認できた。ドレナージ後のCT検査で嚢胞の縮小を認め、上腹部痛、悪心、嘔吐は改善した。本例は、ERCP後膵炎による液体貯留で、発症から2週間程度の経過ではあるが、境界明瞭な被膜を有し、改訂アトランタ分類より、被包化壊死 (walled-off necrosis:WON) に相当すると考える。膵炎後の局所合併症としての被包化壊死に対するインターベンションの適応は、感染を伴う例が最も多く、局所合併症による通過障害はまれである。本例は、胃流出障害を伴うERCP後膵炎による被包化壊死に対し、超音波内視鏡下嚢胞ドレナージが有効であったため報告する。

18. 食道アニサキス症の1例

米山 靖¹⁾、小林 かおり²⁾、佐藤 宗広¹⁾、木村 淳史¹⁾、小川 雅裕¹⁾、大崎 暁彦¹⁾、相場 恒男¹⁾、和栗 暢生¹⁾、古川 浩一¹⁾

¹⁾ 新潟市民病院 消化器内科、²⁾ 新潟市民病院 救急科

アニサキス症は種々の海産魚介類の生食に起因する疾患である。そして刺身や寿司などで魚介類を生食する習慣のあるわが国ではアニサキス症の発生は諸外国に比べて圧倒的に多いとされる。消化管アニサキス症の大半が胃の粘膜にアニサキス幼虫が侵入して生ずる胃アニサキス症であり、虫体が腸に到達して腸壁に穿入した場合には腸アニサキス症を発症し、時に腸閉塞や腸穿孔を併発する。食道のアニサキス症は報告が少なく稀な疾患とされているが、今回我々はその貴重な食道アニサキス症を経験したので、ここに報告する。症例は40代の男性。20XX年X月X日の夜居酒屋で飲食。サバをはじめ数種類の刺身を含む食事を摂取。翌日早朝（食事から約6時間後）上腹部痛で目覚めた。日中は我慢して勤務をしていたが、腹痛の増強のため午後になって急患センターを受診。刺身摂取後の上腹部痛であることから胃アニサキス症が疑われ、同日夕方当院救急科に紹介された。心窩部に自発痛あるも他覚所見乏しく、心電図に虚血を疑う変化無し。血液検査に特記すべき異常なし。CTで食道壁の肥厚と周囲の液体貯留を認めた。疼痛に対して保存的治療を行い翌朝には疼痛軽減していたが完全に消失とは言えない状態であり、内視鏡で食道病変の有無を確認する方針として、上部消化管内視鏡検査を施行した。食道粘膜は全体的に浮腫状であり、胸部中部食道にまだ生きているアニサキスと思わしき虫体の侵入を認め生検鉗子で把持して摘出した。その後は自覚症状消失。食道の浮腫所見とCT所見が高度であったため抗ヒスタミン薬の投与を開始してもう1泊経過観察したが症状再燃無く経過し、入院3日目に退院となった。食道アニサキス症は稀ではあるが症状は激烈となる例も報告があり、症状及び食事内容などの病歴聴取から本例の可能性を疑った場合は、早期に内視鏡検査を行い速やかに虫体を除去・摘出することが肝要であると痛感させられた。

19. 多発性食道潰瘍を合併した潰瘍性大腸炎の1例

柴田 理、有賀 諭生、熊木 大輔、横尾 健、山川 雅史、平野 正明、船越 和博
新潟県立中央病院

症例は61歳の男性。X年9月より下痢、血便が出現し、10月に前医で全大腸内視鏡検査を施行され、潰瘍性大腸炎（以下UC）と診断された。メサラジン4500 mg/日内服による治療が開始され、症状は改善した。

同年11月、感冒様症状を契機に下痢、血便が再燃し、また嚥下時に増悪する胸痛が出現し経口摂取困難となり、精査・加療目的に当科を紹介受診となった。初診時は1日1-2回の血便と多発性口腔内アフタを認めたが、眼症状や皮膚所見は認めなかった。全大腸内視鏡検査では直腸から肝彎曲部まで連続性に易出血性の粗造粘膜、膿性白点を認め、生検とあわせ全大腸炎型UCと診断した。上部消化管内視鏡検査では、上部から下部食道にかけて多発する大小様々な類円型から地図状の多発潰瘍を認めた。病理所見では慢性炎症細胞浸潤を認めたが、肉芽腫や核内封入体は認めなかった。またCMV、HSVの抗体価は陰性であった。

非定型の食道病変を合併した全大腸炎型UCと診断し、入院にて絶食、メサラジン4500 mg/日内服、水溶性プレドニゾロン 50mg/日点滴静注による治療を開始した。治療開始後、胸痛は速やかに改善し、血便も消失した。治療開始後13日目の上部消化管内視鏡検査では、多発食道潰瘍はほぼ癒着化し、一部にびらんが残存するのみとなった。

本症例はクローン病、ベーチェット病の診断基準を満たさず、またUCの治療にて食道病変が著明に改善したことから、多発性食道潰瘍を合併したUCと考えられた。UCに合併する上部消化管病変として胃十二指腸病変の報告は散見するが、食道病変は稀である。1983年から2015年まで医中誌を検索しえた限り、食道病変を合併したUCは自験例を含めて17例であった。UCの上部消化管病変を検討するうえで貴重な一例と考え、文献的考察を加え報告する。

20. 当院における上部消化管異物除去術の現状

三枝 久能、児玉 亮、牛丸 博泰

JA長野厚生連 篠ノ井総合病院 消化器内科

当院において2014年4月から2017年3月の期間に行った上部消化管内視鏡的異物除去術は、食物残渣とアニサキスを除外し25件であり、これら25件の異物除去術について検討した。

患者の内訳は男性11例、女性14例、平均年齢79歳で、全例高齢者だった。また11例（44％）で認知症を有していた。

異物はPTPシートが13例（52％）と最も多く、次いで義歯が7例（28％）だった。その他の5例は硬貨、ネジ、ボタン電池、医療用手袋、キャンディの柄だった。

異物除去に用いたデバイスは把持または抜去鉗子が19例（76％）と最も多く、把持鉗子で除去できなかった6例（24％）にネット型回収鉗子を使用した。18例（72％）で先端透明フードを装着し、4例（16％）でオーバーチューブを使用した。全例で偶発症なく除去可能だった。

PTPシート誤嚥群（n=13、以下PTP群）と義歯・その他誤嚥群（n=12、以下義歯他群）の2群に分けて検討したところ、年齢中央値はPTP群で74歳、義歯他群で84.5歳とPTP群で若年だった。認知症の有病率はPTP群で3例（23.1％）だったのに対し、義歯他群では8例（66.7％）と義歯他群で有意に多かった（ $p=0.047$ ）。

PTPシート誤嚥に対する注意喚起はすでに20年ほど以前から行われているにもかかわらず、現在でも日常臨床でしばしば遭遇する。PTPシート誤嚥は認知症のない高齢者にも起こりうる危険性があり、今後の高齢化社会の進行とともにその防止策を真剣に検討する必要がある。

21. 畳み込みニューラルネットワークと深層学習を用いた機械学習による内視鏡画像部位の認識に関する検討

山川 良一、原田 学、河内 邦裕、入月 聡、岩田 真弥

下越病院 消化器内科

【はじめに】畳み込みニューラルネットワーク(CNN:convolutional neural network)と深層学習(DL:deep learning)による機械学習は画像認識に有用であると言われている。しかし、内視鏡画像における有用性は不明である。

【目的】本研究の目的はCNNとDLによる機械学習の内視鏡画像部位の認識における有用性を検討することである。

【方法】当院で撮影された内視鏡画像を、咽喉頭、胸部食道、腹部食道、胃穹窿部、胃体部、胃前庭部、十二指腸球部、下行脚の8部位ごとに約100枚ずつ、合計816枚を用意し489枚(60%)を学習用に327枚(40%)をテスト用にランダムに振り分けた。学習用データはさらに角度を5度ずつ傾けた画像を追加して合計8313枚とした。これをGoogleがオープンソースとして公開したTensorFlowとKerasを用いて畳み込み層、活性化関数(ReLU)とマックスプーリング層を3つずつ重ねた基本モデルを定義し2つの全結合層を配置して機械学習をさせた。その後、テスト用画像を用いて内視鏡画像部位の認識についてテストし、同じ画像を用いて当院の職員にもテストを受けてもらい結果を比較した。

【結果】機械学習には73分、テストの回答には6秒の時間を要した。機械学習の正答率は全部位(n=327)で70.6%、咽喉頭(n=48) 77.1%、胸部食道(n=47) 91.5%、腹部食道(n=45) 64.4%、胃穹窿部(n=38) 73.7%、胃体部(n=39) 61.5%、胃前庭部(n=36) 52.8%、十二指腸球部(n=32) 65.6%、下行脚(n=42) 71.4%であった。

これを人間(n=21)の結果と比較すると、内視鏡画像部位を正しく認識できた割合は、消化器内科医(n=5) 95.4%、研修医(n=2) 85.2%、内視鏡看護師(n=5) 81.2%、機械学習(n=1) 70.6%、事務(n=5) 54.4%、病棟看護師(n=4) 51.8%であった。機械学習の正答率は内視鏡業務に従事する職員より低かったが、それ以外の職員より高かった。

【考案】今回は約800枚と少ない画像枚数での検討であるが、画像枚数が多いほど認識率は向上することが知られている。機械学習ではいかに多くの学習用サンプルを効率よく用意するかが課題の一つである。

【結語】CNNとDLを用いた機械学習は内視鏡画像部位の認識において有用である可能性が示唆された。

22. 多発性胃底腺ポリープの経過観察中に発見された胃孤発性Peutz-Jeghers type polyp癌化例の1例

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

¹⁾ 長野市民病院 消化器内科、²⁾ 信州大学学術研究院保健学系検査技術科学専攻 生体情報検査学領域

【症例】60歳代女性【主訴】なし（健診目的）【既往歴】脂質異常症、脂肪肝、GERD【家族歴】兄が胃癌で死去【経過】2006年当院健診EGDにてGERD、胃底腺ポリープを指摘。以後年1回EGDを施行され、2008年頃よりGERDに対してPPI（ランソプラゾール15mg/日）内服開始となり、徐々にポリープの増加と増大を認めていた。2016年EGDで胃粘膜萎縮のない胃体中部大彎に周囲の胃底腺ポリープとは異なるvilli様構造を呈するポリープを認めた。生検で腫瘍性病変を疑われEMRを施行した（ポリープ径7×9×6 mm）。病理組織学的には胃底腺ポリープの所見に乏しく、腺窩上皮過形成と粘膜筋板の樹枝状増生を認めた。増生した腺窩上皮の表層には胃型形質を示す腺癌を認め、Carcinoma in Peutz-Jeghers-type polyp, tub1、深達度mと診断された。追加EMRをした周囲のポリープはPPIに伴う病理組織学的変化を生じた胃底腺ポリープであったが、主病変のポリープにはPPIに伴う病理組織変化は認めなかった。抗ピロリ抗体および抗胃壁細胞は陰性、PPI内服下でガストリン値は760 pg/mlと軽度高値であった。下部消化管内視鏡検査にて特記異常なく、口唇や手足の色素沈着を認めないことから胃孤発性のPeutz-Jeghers-type polypからの癌化と診断した。【まとめ】近年、PPI使用増加に伴い胃底腺ポリープの増大や過形成性変化、稀ではあるが散発性胃底腺ポリープからの癌化の報告が散見される。本例はPPIの影響を受け増加、増大する胃底腺ポリープの中に、PPIの影響を受けずに増大したPeutz-Jeghers-type polypの癌化を認め、術前診断が困難であった。胃孤発例は非常に珍しいと考えられ、文献的考察を加えて報告する。

23. 切除不能進行胃癌の化学療法中に幽門ステントが破損した1例

加賀谷 丈紘¹⁾、小出 直彦¹⁾、丸山 真弘²⁾、小山 佳紀¹⁾、中澤 仁美²⁾、宮澤 鷹幸²⁾、加賀谷 結華²⁾、飯島 章博²⁾

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して挿入した金属ステントが化学療法中に破損した1例を報告する。「症例」81歳の男性。胸やけを主訴に受診した。EGDにて幽門前庭部の狭窄と多量の胃残渣を認めた。胃前庭部の全周性の壁肥厚による狭小化を認めたが、スコープ（GIF-HQ290）は辛うじて通過可能であった。生検では低分化腺癌の所見が得られた。EUSでは狭小部で筋層を示唆する低エコーが同心円状に肥厚しており、肥厚部の内部エコーは比較的均一であった。CTでは胃前庭部の内腔狭窄を認め、造影効果を伴う胃壁のびまん性肥厚が認められた。胃小弯側の所属リンパ節の腫大が認められたが、明らかな遠隔転移を認めなかった。幽門前庭部の狭窄を伴うスキルス胃癌の診断にて審査腹腔鏡を行った。腫瘍近傍の腹膜播種と腫瘍の十二指腸への浸潤を認めたため、根治切除不能と判断し終了した。PSは比較的良好であったため、化学療法を開始した。1コース終了後、通過障害による摂食障害が出現した。EGDで幽門前庭部の腫瘍の増大を確認した。そこで狭窄部に対して金属ステントを留置し、通過障害の改善を認めた。その後化学療法を継続した。化学療法7コース（ステント留置6ヶ月）後のCTにて離断ステントの回腸終末部への移動を認め、内視鏡検査を施行した。EGDでは球部から上十二指腸角付近で切断されたステントが狭窄部に残存し、通過障害は認めず、そして腫瘍は縮小していた。CSでは離断ステントは終末回腸バウヒン弁の近傍に確認され、腸管の軸に沿って同心円状に固定されている状態で、内腔は保たれていた。一部粘膜による埋没が始まっていた。この際血小板が6万と低下を示していたため、出血の危険を冒して抜去するより、化学療法を継続することにした。現在、化学療法を9コース目まで行い、PRを維持している。「考察」本例では金属の劣化、腫瘍による外的な圧迫や蠕動がステント離断に関連したのではないかと考えられたが、離断ステントが未回収のため原因は特定できていない。

24. 幽門側胃切除術後の残胃吻合部に発生した胃癌の1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⁾、佐近 雅宏²⁾、保坂 典子³⁾

¹⁾ 長野市民病院 消化器内科、²⁾ 長野市民病院 消化器外科、³⁾ 長野市民病院 病理診断科

【症例】70歳代男性。【既往歴】18歳時に十二指腸潰瘍に対し幽門側胃切除術(BillrothII法再建)を施行された。C型慢性肝炎で50歳時にIFN治療を施行。加齢黄斑変性と緑内障にて眼科に通院歴あり。【現病歴】14年前から当院の人間ドックの上部消化管内視鏡検査(EGD)を数年～1年毎に受けていた。20XX年のドックEGDにて、吻合部の胃粘膜側に発赤した小さな平坦病変を認め、生検でgroup5(tub1)を認めたため精査加療を行うこととなった。【経過】1カ月後の再検時には、同部位に境界明瞭な病変は認められず、腸上皮化生と考えられる白色小隆起や不明瞭な発赤領域を認め、炎症が疑われた。NBI併用拡大観察でも境界を有する病変は認められず、血管構造にも明らかな異常はみられなかった。この時の生検ではgroup2(炎症性異型の疑い)であった。5カ月後に再再検を施行したが、この時も病変が指摘できず、観察のみとなった。発見から1年後のEGD時に、吻合部胃粘膜側小弯後壁寄りに比較的境界明瞭な褪色調の陥凹性病変を認めた。NBI併用拡大観察では、病変内の表面構造は不明瞭化し不整な血管構造が認められた。見下ろしでの観察では小腸粘膜への進展は確認できず胃粘膜側のみの病変と考えられたが、反転での近接観察が困難なため病変肛門側の観察はやや不十分であった。病変中央部と胃十二指腸粘膜接合部付近からの生検はgroup5(tub1-2)であった。胸腹部造影CT上は吻合部に病変を指摘出来ず、リンパ節転移や遠隔転移も認められなかった。MDLでは吻合部に表面平滑な全周性の隆起を認めたが、陥凹は描出されなかった。0-IIc、分化型粘膜内癌と診断したが、病変肛門側の境界診断が困難で、内視鏡操作も難しい位置にあったため、手術目的に外科へ紹介した。発見から1年2カ月後に残胃部分切除術+リンパ節郭清(4dのみ)が施行された。【病理組織診断】5型の進行胃癌(pT3(ss)NOM0 StageIIA)であった。背景粘膜にstomal polypoid hypertrophic gastritis(SPHG)が存在し、腺窩上皮に分化傾向のある腺癌が吻合部の胃～十二指腸の漿膜下まで浸潤性に増殖していた。断端・脈管浸潤・腹腔内細胞診は全て陰性であった。現在、追加治療としてTS-1を内服中で再発は認めていない。

EGDで長期間経過を追っていたにも関わらず、術前診断が困難であった残胃吻合部の進行癌を経験したため、文献的考察を交えて報告する。

25. 抗血栓薬服用継続患者における上下部消化管内視鏡検査の実際

堀内 朗、井上 亮、玉置 道生、一瀬 泰之、黒河内 明子、加藤 尚之

昭和伊南総合病院 消化器病センター

【目的】当院では、医倫理委員会の承認を得て、2015年10月から抗血栓薬服用患者に対して通常の上下部消化管内視鏡検査(EGD, CS)の生検および径10mm以下の大腸ポリープに対するコールドスネアポリペクトミー(CSP)については原則として抗血栓薬の服用を中止しないで施行する方針をとっている。抗血栓薬服用継続中の患者におけるEGD&CS(生検とCSPを含めて)の実際を報告する。【方法】研究デザインは、前向きコホート研究。研究期間は、2015年10月から2016年9月。登録症例は当院外来にて検診、診断目的にて施行したEGD&CS症例(生検とCSPを含める)。EGDでは、鉗子径2mm用の生検鉗子を使用し、CSでは標準生検鉗子およびCSPスネアにて径10mm以下の大腸ポリープ除去している。主要検討項目は、遅発性出血で内視鏡後2週以内に生じた内視鏡治療を必要とする出血とした。副次的検討項目は、遅発性出血以外の有害事象。患者の臨床的特徴、服薬中の抗血栓薬、切除されたポリープの特徴、使用したスネア、止血に要した止血クリップ数、遅発性出血に関するデータは電子診療録および内視鏡ファイリングデータベースから得た。(本研究は当院医倫理委員会にて承認を受け、clinical trialに事前登録した。)(【成績】2015年10月から2016年9月までの期間にEGDを施行した症例は13,650例(男7,508例、平均年齢57歳)中、生検症例は578例(4.2%)。そのうち、抗血栓薬服用継続例は47例(生検例中、8.1%)。CSを施行した症例4,339例(男2,634例、平均年齢66歳)中、生検症例1419例(33%)、CSP症例567例(13%)。抗血栓薬服用継続例は生検症例67例(生検例中、4.7%)、CSP症例76例(生検例中、13.4%)。全EGD&CS症例17,989例中、生検あるいはCSPを施行した抗血栓薬服用継続例は190例。抗血栓薬の内訳は、aspirin 97例、warfarin44例、chlopidogrel 32例、warfarinとchlopidogrelの併用10例、dabigatran 4例、apixaban3例。抗血栓薬服用にかかわらず、処置後クリッピング止血した症例は、CS生検にて3例、CSP52例であった。遅発性出血は、apixaban服用中の1例のみであった。その他、穿孔、肺炎などの偶発症はまったく認めなかった【結論】抗血栓薬服用継続の有無にかかわらず、通常のEGD&CSに伴う生検およびCSPでは遅発性出血は稀であった。

26. 腹腔鏡下回盲部切除術を施行した低異型度虫垂粘液性腫瘍の1例

小松 健一^{1),2)}、石田 友葵²⁾、玉城 温子²⁾、富田 明彦²⁾、林 誠一³⁾

¹⁾ 松本協立病院 外科、²⁾ 松本協立病院 消化器内科、³⁾ 健和会病院 病理科

症例は60歳代女性。C型慢性肝炎のDAA（SOF/LDV）治療後SVRで外来経過観察中。血液検査でCEAの軽度上昇が認められたためscreeningで施行した腹部CT検査で虫垂と連続する60mmx30mm大の嚢胞性病変が認められた。大腸内視鏡検査では虫垂開口部には上皮性変化や壁外性圧排、粘液流出などの異常所見は認めなかった。虫垂粘液嚢胞腺腫または虫垂粘液嚢胞腺癌を疑い手術の方針とした。画像検査では嚢胞壁の肥厚や嚢胞内の隆起性病変は指摘できなかったが、悪性の可能性も考慮しリンパ節郭清を伴う回盲部切除を行った。術中は嚢胞壁を損傷しないように愛護的に操作を行った。病理検査では虫垂は100mm長で虫垂根部断端から25mm部より盲端部まで嚢胞性病変があり、嚢胞内には濃縮した粘液が充満し壁は菲薄化していた。内腔面は平滑で充実部はみられなかった。ミクロ所見では低異型度の上皮で被覆され、異型上皮の壁内浸潤像の欠如、粘膜筋板の消失、壁内粘液貯留を認め低異型度虫垂粘液性腫瘍low-grade appendiceal mucinous neoplasmと診断された。漿膜下組織にも粘液貯留がみられた。術後は腹膜偽粘液腫等に留意し厳重な経過観察を行っている。低異型度虫垂粘液性腫瘍はWHO分類では悪性腫瘍に分類され、大腸癌取り扱い規約第8版で新たに分類された。比較的まれな疾患であり、虫垂に発生する腺腫、腺癌、粘液癌との鑑別や治療方針について文献的考察を加えて報告する。

27. 腸管子宮内膜症の4例

影向 一美¹⁾、夏井 正明¹⁾、岩澤 貴宏¹⁾、佐藤 敏史¹⁾、坪井 清孝²⁾、津端 俊介¹⁾、松澤 純¹⁾、渡邊 雅史¹⁾、塚田 芳久¹⁾

¹⁾ 新潟県立新発田病院 内科、²⁾ 南部郷総合病院 内科

【緒言】腸管子宮内膜症は腸管に子宮内膜組織が増殖したもので、全子宮内膜症の約10%を占めると報告されている。しかし、病変の主座が粘膜より深層にあることが多く、大腸内視鏡検査（CS）時の生検による診断率は6-15%と低率である。当院にて病理学的診断の得られた4例について報告する。【症例1】41歳女性。不全型ベーチェット病、子宮頸癌にて子宮全摘術後。便潜血陽性にて2015年11月CS施行。[Ra]になだらかな粘膜下隆起と白斑を伴う強発赤隆起性病変を認め、表在血管の拡張を伴っていた。同部位からの生検で、granulation tissueと診断され、半年後再検となった。その後血尿を契機に膀胱腫瘍が疑われ、2016年4月泌尿器科にて経尿道的膀胱腫瘍切除術が施行された。病理診断にてendometriosisと診断された。5月のCSにて直腸の病変から再度生検を行い、CD10、estrogen receptor (ER)、progesterone receptor (PR)の免疫染色の結果、endometriosisと診断された。【症例2】43歳女性。多発性硬化症、骨盤子宮内膜症、右卵巢内膜症性嚢胞あり。月経中の粘液便の精査のためCS施行した。[Rs]になだらかな台状隆起と強発赤隆起性病変を認めた。生検にてendometriosis、CD10(+)、ER(+), PR (+)と診断された。【症例3】40歳女性。月経前期の粘血便の精査のため、CS施行した。[Rs]に白斑を伴う強発赤隆起性病変を認め、生検にてendometriosis、CD10(+), ER(+), PR (-)と診断された。【症例4】36歳女性。27歳時 左卵巢内膜症性嚢胞にて手術歴あり。2012年5月より左下腹部痛、下痢があり、7月23日腸閉塞で緊急入院した。CTにて直腸からS状結腸にかけての狭窄が疑われ、CS施行した。[Rs]に高度狭窄を認め、8月7日直腸前方切除術を施行した。切除標本の病理診断でsm~ssにendometriosisを認め、腸管子宮内膜症に伴う直腸良性狭窄と診断された。【結語】腸管子宮内膜症の4例を経験した。腸管子宮内膜症の臨床的特徴や内視鏡像を理解し病理医へ情報提供を行うこと、適切な免疫染色の実施が、早期の診断確定に重要である。

28. 稀有な内視鏡所見を認めた潰瘍性大腸炎の2例

小林 聡^{1),2)}、鈴木 宏¹⁾、金井 圭太¹⁾、櫻井 晋介¹⁾、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⁾ JA長野厚生連 北信総合病院 消化器内科

症例1：60歳代男性、既往歴に特記事項なし。3年前からの潰瘍性大腸炎フォロー中であり5-ASA製剤の内服のみでコントロールされていた。経過中血便を認めたため施行したCSで上行結腸に30mm大のLST-G様病変を認めた。生検では炎症細胞浸潤が目立つのみで腫瘍を示唆する所見を認めないため経過観察とし、3か月後にCSを再検したところ病変はほぼ消失していた。以後潰瘍性大腸炎の増悪・寛解を繰り返すも同様の病変は認められていない。

症例2：80歳代男性、既往歴にうっ血性心不全、心房細動、慢性胸膜炎、COPDがある。9年前からの潰瘍性大腸炎フォロー中であり5-ASA製剤の内服のみでコントロールされていた。経過中黒色便を認めたため施行したEGDでは異常を認めないためCSを行ったところ上行結腸に約半周を占め、厚みのあるLST-G様病変を認めた。悪性腫瘍を考えたが生検では高度の炎症細胞浸潤のみで腫瘍を示唆する所見を認めなかった。CEA 1.3ng/ml、CA19-9 2.5 U/mlと腫瘍マーカー正常、CTでは同部位の粘膜肥厚を認めるのみであり経過観察とした。3か月後のCSでは病変は残存しているものの縮小傾向にあった。再度生検を行ったが前回同様炎症細胞浸潤を認めるのみだった。現在経過観察を継続している。

潰瘍性大腸炎の特徴的な内視鏡所見として血管透視の消失、細顆粒状発赤、小黄色点、粘膜粗造、潰瘍、膿瘍粘液、易出血性、偽ポリポースなどが知られている。今回の内視鏡所見は炎症性ポリープの集簇と考えられるが、医中誌で炎症性ポリープ、集簇をキーワードに検索すると1例の潰瘍性大腸炎症例の報告があるのみであり、稀有な内視鏡所見と考えられたため報告する。

29. 難治性潰瘍性大腸炎に合併した多発大腸癌の1例

高 昌良¹⁾、本間 照¹⁾、岩永 明人¹⁾、佐藤 裕樹¹⁾、今井 径卓¹⁾、野澤 優次郎¹⁾、佐野 知江¹⁾、関 慶一¹⁾、石川 達¹⁾、吉田 俊明¹⁾、桑原 明史²⁾、武田 敬子³⁾、根本 健夫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⁾ 済生会新潟第二病院 外科、³⁾ 済生会新潟第二病院 放射線科、

⁴⁾ 済生会新潟第二病院 病理診断科

症例は36歳男性。20歳頃、近医にて潰瘍性大腸炎（UC）全大腸炎型と診断された。SASPおよびステロイド注腸にて治療も改善なく通院中断し、整体などに通い、徐々に症状は落ち着いた。某年5月（34歳時）、痔瘻にて前医を受診した。CFにて全大腸炎型活動性UCの所見であった。5-ASAおよびPSLにて寛解した。しかし翌年5月（35歳時）、再燃。10月にCFを施行され、S状結腸に狭窄を認めた。PSL 15mgを投与され、当科を紹介され受診した。PSL 30mgに増量かつ6-MPを併用した。12月血便消失、CRPも陰性化した。しかし翌年1月、PSL 12.5mgに漸減したところで再燃。5月よりタクロリムス（Tac）を導入した。しかし寛解を得られず、8/22当科に入院した。入院時（36歳時）、血便10行以上、下腹部に自発痛および圧痛を認めた。ステロイドおよびTac抵抗性と考え、8/23 インフリキシマブ（IFX）を投与した。病状確認のため、8/25 CFを施行した。SDJ付近に狭窄性病変と連続する陥凹性病変、その肛門側に陥凹性病変、さらに肛門側に絨毛状隆起を認め、生検にていずれもGroup 5であった。9/13 大腸亜全摘術を施行した。臨床経過および病理所見よりUC関連大腸癌と診断した。T4a（SE）、N3（paraAo）、H3、P3、M1、stage IVであり、術後化学療法（FOLFOXIRI+BV）施行も、腹膜播種による腸閉塞などを合併、徐々に全身状態悪化し、11/16永眠された。近年UC関連大腸癌は稀ではなくなっているが、本例のような早期発見困難例も多く、報告する。

30. 急性膵炎を契機に診断した原発性硬化性胆管炎(PSC)合併潰瘍性大腸炎(UC)の1例

岩永 明人¹⁾、本間 照¹⁾、高 昌良¹⁾、佐藤 裕樹¹⁾、今井 径卓¹⁾、野澤 優次郎¹⁾、佐野 知江¹⁾、関 慶一¹⁾、石川 達¹⁾、吉田 俊明¹⁾、武田 敬子²⁾、根本 健夫²⁾、西倉 健³⁾、石原 法子³⁾

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 放射線科、³⁾ 済生会新潟第二病院 病理診断科

症例は20歳男性。平成某年7月、左上腹部痛を自覚した。数日で軽快したが、7月17日夜より再び左上腹部痛が出現し軽快しないため、19日夕方に当院救急外来を受診した。血清アミラーゼ値の上昇とCT上膵腫大を指摘され、急性膵炎の診断でそのまま当科入院となった。禁食、輸液、蛋白分解酵素阻害薬などにて加療、入院翌日には痛みはかなり軽減した。膵炎の原因として、IgG高値および画像上のソーセージ様膵腫大所見より自己免疫性膵炎(AIP)の可能性を考慮し、確定診断のためEUS-FNAを施行した。膵腺房に有意な好中球浸潤を認め、IgG4を含む形質細胞浸潤は目立たず、特発性急性膵炎ないし2型AIPが疑われた。また、入院時より胆道系酵素の上昇が目立ち、MRCPにて肝内胆管のびまん性数珠状狭窄像を認めたことから、原発性硬化性胆管炎(PSC)の合併も疑い、肝生検を施行した。門脈域にリンパ球・形質細胞の浸潤を認め、胆管は萎縮性で周囲に線維化を認め、やはりPSCが疑われた。さらに、入院前からの血便・下痢の訴えも聴取し、下部消化管内視鏡も施行。びまん性に膿の付着を伴う浮腫状発赤粗造粘膜を認め、全大腸炎型潰瘍性大腸炎(UC)の所見であった。以上より、急性膵炎およびPSCを合併した全大腸炎型UCと診断し、ステロイド、5-ASA、UDCA、免疫調節薬などで加療、現在外来通院中である。

【第2会場】 4階「大会議室」

一般演題（胆・膵・十二指腸） 13:40～14:20

座長 林 和直（新潟大学医歯学総合病院 消化器内科）

31. 超音波内視鏡検査時の十二指腸穿孔に対しOver-the-scope-clipping system (OTSC)による創閉鎖が有効であった1例

森田 慎一^{1),2)}、小田 知友美¹⁾、星 隆洋¹⁾、兼藤 努¹⁾、小林 正明¹⁾、八木 一芳¹⁾、須田 剛士¹⁾、寺井 崇二^{1),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

【緒言】胆膵内視鏡検査、治療時の重篤な合併症に消化管穿孔があり、悪性腫瘍の浸潤に伴う腸管狭窄や閉塞がその要因となることが多い。腸管穿孔の治療原則は外科的手術だが、上記患者の多くで全身状態は不良であり、高齢者の割合も多く、全麻下の手術が憂慮される症例も少なくない。今回、超音波内視鏡検査（Endoscopic ultrasonography; 以下EUS）時の医原性消化管穿孔に対しOver-the-scope-clipping system（以下OTSC）を用いて創部を縫縮し、良好な経過を得た膵臓癌の1例を経験したため報告する。【症例】80代女性。認知症の既往あり。膵頭部癌に伴う閉塞性黄疸にて当院入院となった。胆管炎の併発はなく胆管ドレナージに先んじてEUSガイド下吸引細胞診を企図した。直視内視鏡観察では十二指腸球部に腫瘍浸潤に伴う壁外性の圧排狭窄を認めたが、内視鏡の通過は良好であった。その後EUSを開始したが十二指腸球部から下行脚へ内視鏡を押し込んだ際に内視鏡先端により約15mm大の腸管穿孔を来した。X線透視画面上、free airは認められたがvital signの変化なく、また患者の基礎疾患や腫瘍進行度を考慮し、OTSCを用いた創部縫縮を試みた。OTSCを装着した直視内視鏡にて創部を確認し、ツイングラスパーにて穿孔部の上下端を把持し牽引し、同部にクリップをかけ閉鎖した。その後閉塞性黄疸に対し経皮経肝胆管ドレナージを行い、経鼻胃管を留置し抗生剤投与を開始した。術後は発熱や腹痛なく、2日後の消化管造影では穿孔部からの造影剤漏出は認めず、食事を再開した。その後も腹膜炎の発症なく経過している。【考察】OTSCは軟性内視鏡を用い腸管の全層縫合を可能とする画期的な治療器具である。Natural Orifice Transmural Endoscopic Surgery (NOTES)における創閉鎖目的に開発され、現在では腸管穿孔や術後縫合不全、難治性出血の止血などに汎用されその有用性について多く報告されている。内視鏡治療の高度化が続く胆膵領域でも活用する機会は今後さらに増えると考えられる。【結論】OTSCが有用であった医原性十二指腸穿孔の一例を報告した。外科的な創閉鎖が躊躇される症例でも治療可能であり、高い治療効果は手術治療の代替手段として期待できる。

32. 輸入脚症候群に対し超音波内視鏡下にドレナージを行った1例

塩路 和彦、安住 基、青柳 智也、栗田 聡、佐々木 俊哉、加藤 俊幸、成澤 林太郎
新潟県立がんセンター新潟病院 内科

輸入脚症候群はBillroth II法やRoux-en Y再建後に、輸入脚に通過障害を起こす病態で、吻合部狭窄や癒着、癌再発などが原因とされる。吻合部狭窄例では内視鏡的に吻合部を拡張することで改善することもあるが、高度の癒着や癌再発による狭窄では開腹によるバイパス術や経皮的なドレナージを必要とすることもある。今回拡張した輸入脚に対し、超音波内視鏡下に経胃的なドレナージをすることにより短期間で症状の改善が得られ、有用な症例を経験したので報告する。症例は60歳代の女性。2015年10月 膵頭部癌に対し亜全胃温存膵頭十二指腸切除、SSPPD-IIA再建が施行された。以後外来経過観察中であったが、2017年3月腹痛、発熱を主訴に来院。血液検査にて炎症反応の上昇を認めた。腹部CTでは胆管空腸吻合部の肛門側に腹膜播種再発と考えられる軟部影を認め、輸入脚の拡張、液体貯留を伴っており、癌再発による輸入脚症候群と診断した。CTの前額断にて輸入脚の盲端と胃が接しており、十分なICのもと超音波内視鏡下に胃内からドレナージする方針となった。GF-UCT260にて胃体部より拡張した輸入脚を描出。19G FNA針で穿刺しガイドワイヤーを留置したあと穿刺部を通電ダイレータで拡張。10x80mmのパーシャルカバーの金属ステントを留置し、さらに6Fr ENBDを留置し手技を終了した。腹痛、発熱などの症状は速やかに改善し、術後3日でENBDを抜去し食事を再開。術後6日のCTでステントの逸脱がないことも確認し翌日退院となった。本症例では小腸内視鏡を用いて癌再発により狭窄した腸管にステントを留置する方法もあると思われるが、当院では小腸内視鏡を常備していないこと、腹膜播種再発による腸管狭窄のため、実際の狭窄部位まで到達できない可能性や腸管損傷の可能性も高いと考えられたこと、狭窄部と胆管空腸吻合部が近く、十二指腸ステント留置が困難と思われたことから超音波内視鏡による輸入脚への直接ドレナージを選択した。輸入脚盲端と胃は癒着していないため、EUS-HGSと同様に長めのステントを用いて、輸入脚側にも胃側にも十分なマージンをとるよう工夫した。

33. 内視鏡的乳頭切除術後の膵管口狭窄により重症急性膵炎を来した 1 例

中嶋 奈津子、高橋 英、深澤 光晴、高野 伸一、進藤 浩子、廣瀬 純穂、川上 智、深澤 佳満、早川 宏、佐藤 公、榎本 信幸
山梨大学 第一内科

症例は61歳、男性。健診の上部消化管内視鏡検査で十二指腸乳頭部腫大を指摘され当科紹介受診。側視鏡所見は、主乳頭の膵胆管開口部周囲に乳頭状粘膜を認め、生検でTubular adenomaであった。胆管・膵管進展は認めず、内視鏡的乳頭切除術を施行した。Endocut modelにて切除し、胆管ステント（7Fr7cm）、膵管ステント（5Fr5cm）留置を行った。病理組織診断はTubular adenoma、断端陰性であった。術後早期偶発症は認めず、10日目に胆管、膵管ステントを抜去し退院となった。9ヵ月後、強い心窩部痛を認め、当科受診。血液検査で膵酵素、炎症反応高値、また造影CTで腎下極以遠の炎症波及を認め、重症急性膵炎（予後因子0点、CT Grade2）の診断にて緊急入院となった。CTで膵管が5mmと拡張しており、内視鏡的乳頭切除術後の膵管口狭窄が原因として考えられた。大量補液、蛋白分解酵素阻害薬、抗菌薬による保存的加療にて改善を認め、膵炎発症25日後にERCPを施行した。主乳頭部は内視鏡的乳頭切除術により瘢痕化しており、胆管口は確認できたが、膵管口は認識できなかった。主乳頭からのアプローチが不能のため、副乳頭からのアプローチに変更し、メタルチップカテーテルを用いてSantorini管の造影に成功した。副膵管挿管を試みたが、カテーテルが通過しないため、副乳頭を4mmバルーンで拡張し、続いてパピロトームにて副乳頭切開を行った。Santorini管から逆行性に主乳頭側にガイドワイヤを先進させ、乳頭切除後の膵管口狭窄を突破した。その後ランデブー法にて主膵管へアプローチし、狭窄した膵管口をパピロトームにて切開後、主乳頭から膵管ステント（5Fr 7cm）を留置した。2ヵ月後7Frへサイズアップし、その後は3ヵ月ごとにステント交換を行っている。処置後11ヵ月間膵炎の再燃なく経過中である。

34. 膵頭部癌に対する陽子線治療後の膵管出血に対してSEMSが有効であった 1 例

永村 良二、小島 英吾、平野 拓巳、田代 興一、松村 真生子
長野中央病院 消化器内科

【緒言】膵管出血は、上部消化管出血の原因としてはまれであり、特に膵癌の報告は少ない。その止血に関しては、保存的治療が困難な場合は血管内治療や手術が一般的であり、Self-Expandable Metallic Stent（SEMS）留置による報告は少ない。今回、膵頭部癌に対する陽子線治療後の膵管出血に対してSEMSが有効であった一例を経験したので報告する。【症例】80歳、男性。既往に発作性心房細動があり、抗凝固薬を内服中であった。X年4月の腹部造影CTにて、門脈浸潤を伴うStageIVaの切除不能膵頭部癌と診断した。7月に他院にて陽子線治療（54GyE/27分割）施行し腫瘍の縮小を認めた後、10月よりゲムシタピン単剤療法を開始した。12月に全身倦怠感およびタール便を認め、当院救急外来を受診した。来院時血圧は79/41mmHg、血液検査でHb 5.2g/dlと貧血を認めた。上部消化管内視鏡にて乳頭部からの出血を認めた。腹部造影CTでは、膵内および胆道周囲には多血性の腫瘍や動脈瘤は認めず、血管外への造影剤の漏出も認めなかった。まずは自然止血を期待して、輸血および保存的治療にて経過をみたが、Hbの低下および多量のタール便を頻回に繰り返し、濃厚赤血球は14単位を要した。第9病日に腹部血管造影検査を施行したが、出血点は同定できなかった。乳頭部の圧迫による止血を期待し、nonESTにて胆管内にfully covered SEMSを留置したところ、止血が得られた。また、懸念された膵炎は起こらなかった。後日、抗凝固薬の内服を再開したところ、主乳頭および副乳頭からの出血を認めた。膵管造影にて透亮像を認め、膵管出血と診断した。今回は、抗凝固薬の中止により自然止血が得られた。【考察】膵管出血（hemorrhage pancreaticus: HP）は、膵炎に随伴した膵周囲血管由来の仮性動脈瘤が膵管内へ穿破した場合や、膵管と連続する仮性嚢胞への出血が原因となることが多い。本例では、陽子線治療が、腫瘍や膵管表層の血管の破綻をきたした可能性がある。文献的には、膵癌によるHPの報告例は自験例も含め12例とまれであり、陽子線治療後の症例は認めなかった。また、止血術には手術が行われており、本例のように胆管SEMSによる圧迫止血を試みた症例は認めなかった。【結語】膵癌に対する陽子線治療後の合併症として膵管出血も留意する必要がある。止血法の一つとして胆管SEMSは有効である。

35. セフトリアキソン投与に伴う総胆管内偽胆石に対し内視鏡的治療を行った1例

入月 聡、山川 良一、河内 邦裕、原田 学、岩田 真弥

下越病院 消化器内科

症例は90歳代男性。施設入所中に発熱あり当院受診し血液検査で炎症反応上昇・胸部レントゲンで両側中下肺野浸潤影・尿混濁を認め、肺炎・尿路感染症の診断にて入院した。抗生剤としてday1～day8までセフトリアキソン（CTRX）2g/日投与し順調に軽快した。退院へ向けてリハビリをしていたところday17夜に腹痛が出現した。day18に血液検査したところAST 789U/L、ALT 367U/L、ALP 1796U/Lと著明な肝胆道系酵素の上昇を認め、腹部CTで胆嚢頸部および総胆管全体にびまん性に石灰化陰影を認め、小結石が充満しているように見えた。なお入院時には腹部症状はなく肝胆道系酵素は正常範囲内であり、入院4か月前に撮影したCTでは胆嚢頸部にわずかに石灰化陰影を認めるのみであった。入院後の経過およびCT所見よりCTRXの副作用としての総胆管結石を疑った。CTRXの副作用としての胆石・総胆管結石は偽胆石とも呼ばれ自然に消失することもあると言われていたが今回は胆管炎・膵炎等危惧される状態であり、家族の同意を得てday19にERCPを施行した。胆管造影にて総胆管に充満する透亮像あり、EST中切開・EPLBDしたところ細かい黄色砂粒状の結石流出あり。バスケット・バルーンにて可能な限り排石した。術後経過は良好でday26に退院した。CTRXによる偽胆石は以前より報告されているが多くは胆嚢内結石で保存的に治療されており総胆管結石で内視鏡治療を施行した報告は少ない。文献的考察を加え報告する。