

# 消化器内視鏡分科会

## (第85回日本消化器内視鏡学会北海道支部例会)

日 時：平成14年9月22日(日) 9:00~16:30

会 場：札幌医大臨床研究棟講堂

〒060-8556

札幌市中央区南1条西16丁目

T E L : (011) 611-2111

会 長：旭川医大第三内科教授 高後 裕

### 第1会場

食道1 (9:00~9:21)

座長 北大光学医療診療部 清水 勇一

#### 1. 無症候性ヘルペス食道炎の1例

○高丸 博之<sup>1</sup>, 浜本 康夫<sup>1</sup>, 能正 勝彦<sup>1</sup>, 後藤 啓<sup>1</sup>, 有村 佳昭<sup>1</sup>, 吉田 幸成<sup>1</sup>, 伊東 文生<sup>1</sup>, 遠藤 高夫<sup>1</sup>, 今井 浩三<sup>1</sup>, 向谷 充宏<sup>2</sup> (札幌医大第一内科<sup>1</sup>, 札幌医大第一外科<sup>2</sup>)

#### 2. ステロイドが奏効した回腸末端のアフタ様病変を伴った多発性食道潰瘍の1例

○大関 令奈<sup>1</sup>, 本多 佐保<sup>1</sup>, 田沼 徳真<sup>1</sup>, 鈴木秀一郎<sup>1</sup>, 佐藤 修司<sup>1</sup>, 清水 晴夫<sup>1</sup>, 下地 英樹<sup>1</sup>, 金戸 宏行<sup>1</sup>, 近藤 吉宏<sup>1</sup>, 赤保内良和<sup>1</sup>, 小玉 俊典<sup>2</sup>, 遠藤 高夫<sup>3</sup>, 今井 浩三<sup>3</sup> (市立室蘭病院<sup>1</sup>, こだま消化器内科クリニック<sup>2</sup>, 札幌医大第一内科<sup>3</sup>)

#### 3. 狹帯域フィルターを用いた面順次式内視鏡によるBarrett食道の拡大内視鏡観察

○浜本 康夫, 吉田 幸成, 有村 佳昭, 伊東 文生, 遠藤 高夫, 今井 浩三 (札幌医大第一内科)

食道2 (9:21~9:42)

座長 旭川医大第二外科 松田 年

#### 4. pagetoid spreadの像を呈した食道m<sub>2</sub>癌の1例

○山本 純司<sup>1</sup>, 清水 勇一<sup>1</sup>, 中川 学<sup>1</sup>, 小平 純一<sup>1</sup>, 中川 宗一<sup>1</sup>, 中村 雄一<sup>1</sup>, 宮崎 広龜<sup>1</sup>, 河原崎 幡<sup>1</sup>, 加藤 元嗣<sup>1</sup>, 近藤 正男<sup>2</sup>, 伊藤 智雄<sup>3</sup>, 浅香 正博<sup>4</sup> (北大光学医療診療部<sup>1</sup>, 北大移植外科<sup>2</sup>, 北大病理部<sup>3</sup>, 北大消化器病態内科<sup>4</sup>)

#### 5. 食道小細胞癌と扁平上皮癌の食道重複癌の1例

○宮島 治也<sup>1</sup>, 堀本 正禎<sup>1</sup>, 永島 裕之<sup>2</sup>, 西家 極仙<sup>1</sup>, 堀 泰之<sup>2</sup>, 長岡 康裕<sup>2</sup>, 西堀 佳樹<sup>2</sup>, 藤井 重之<sup>1</sup>, 小野寺義光<sup>2</sup>, 村瀬 和幸<sup>3</sup> (日鋼記念病院内科<sup>1</sup>, 日鋼記念病院消化器科<sup>2</sup>, 札幌医大第四内科<sup>3</sup>)

#### 6. 食道表在癌に対して縦隔鏡下食道抜去術を施行した1例

○七戸 俊明, 川原田 陽, 北城 秀司, 奥芝 俊一, 近藤 哲, 加藤 紘之 (北大腫瘍外科)

胃1 (9:42~10:10)

座長 新日鐵室蘭総合病院消化器科 勝木 伸一

#### 7. EVLによる治療後、再出血時に静脈瘤としての形態を失った胃噴門部静脈瘤の1例

○古山 準一, 水尾 仁志, 森園竜太郎, 岡和田 敦, 横倉 基, 杉澤 憲, 宮崎 慎一, 草間 敬司, 高橋 麦, 高木 秀雄, 内沢 政英, 仲 紘嗣, 田辺 利男 (勤医協中央病院内科)

#### 8. 当科における上部消化管出血での止血不能例の検討

○片桐 雅樹, 渡部 香織, 吉谷 敬, 廣田ジョージョ, 山本 義也, 常松 泉, 山敷 宏正, 成瀬 宏仁, 松嶋 喬 (市立函館病院消化器科)

## 9. 消化器出血を契機に発見された胃GISTの2例

- 四十坊克也<sup>1</sup>, 吉崎 秀夫<sup>1</sup>, 小林 久倫<sup>1</sup>, 阪本 真司<sup>1</sup>, 広瀬 雅樹<sup>1</sup>, 福田 一寿<sup>1</sup>, 吉井 新二<sup>1</sup>, 山口 文信<sup>1</sup>, 山浦 英樹<sup>1</sup>, 岡村毅与志<sup>1</sup>, 数馬 尚之<sup>2</sup>, 城田 誠<sup>2</sup>, 斎藤 琢己<sup>2</sup>, 小沼 由治<sup>2</sup>, 村上 正道<sup>2</sup>, 清水 徹郎<sup>2</sup>, 江端 英隆<sup>2</sup>, 田中 伸哉<sup>3</sup> (札幌德州会病院消化器内科<sup>1</sup>, 札幌德州会病院外科<sup>2</sup>, 北大分子細胞病理<sup>3</sup>)

## 10. 胃腺腫および早期胃癌の内視鏡治療後瘢痕部に生じた過形成性ポリープの4例

- 柴田 直美<sup>1</sup>, 藤谷 幹浩<sup>1</sup>, 伊藤 貴博<sup>1</sup>, 坂本 淳<sup>1</sup>, 三好 恵子<sup>1</sup>, 岡本耕太郎<sup>1</sup>, 前本 篤男<sup>1</sup>, 安田 淳美<sup>1</sup>, 渡 二郎<sup>1</sup>, 斎藤 裕輔<sup>1</sup>, 横田 欽一<sup>2</sup>, 高後 裕<sup>1</sup> (旭川医大第三内科<sup>1</sup>, 北見工業大学保健管理センター<sup>2</sup>)

## 胃2 (10:10~10:38)

座長 北大光学医療診療部 加藤 元嗣

### 11. 内視鏡的胃粘膜切除術によって完全に切除し得た微小胃MALTリンパ腫の1例

- 杉目 史行<sup>1</sup>, 中川 宗一<sup>2</sup>, 岩永 一郎<sup>1</sup>, 佐藤 諭美<sup>1</sup>, 中村 路夫<sup>1</sup>, 武居 正明<sup>1</sup>, 大川原辰也<sup>1</sup>, 小松 嘉人<sup>1</sup>, 山本 純司<sup>2</sup>, 中川 學<sup>2</sup>, 小平 純一<sup>2</sup>, 河原崎 暢<sup>2</sup>, 清水 勇一<sup>2</sup>, 武田 泰司<sup>1</sup>, 杉山 敏郎<sup>1</sup>, 加藤 元嗣<sup>2</sup>, 浅香 正博<sup>1</sup>, 中川 健一<sup>3</sup> (北大消化器病態内科<sup>1</sup>, 北大光学医療診療部<sup>2</sup>, 中川胃腸科クリニック<sup>3</sup>)

### 12. 胃悪性リンパ腫の放射線治療後に出現したGAVEの2例

- 藤谷 佳織, 太田 智之, 加藤 一規, 名児耶満徳, 稲場 勇平, 佐藤 龍, 三好 茂樹, 櫻井 忍, 千葉 篤, 藤井 常志, 村上 雅則, 折居 裕 (旭川厚生病院消化器科)

### 13. リンパ管腫様の超音波内視鏡所見を示した囊胞を伴った胃の炎症性肉芽組織の1例

- 猪股 英俊<sup>1</sup>, 沼田 隆明<sup>1</sup>, 吉沢美也子<sup>1</sup>, 村松 博士<sup>1</sup>, 山内 尚文<sup>1</sup>, 井原 康二<sup>1</sup>, 西里 卓次<sup>1</sup>, 鈴置 真人<sup>2</sup>, 岡村 圭祐<sup>2</sup>, 富山 光広<sup>2</sup>, 大西 利佳<sup>3</sup> (清田病院消化器科・内科<sup>1</sup>, 清田病院外科<sup>2</sup>, 札幌医大第四内科<sup>3</sup>)

### 14. 消化管病変が先行し, その後多彩な臨床像を呈した好酸球増加症候群の1例

- 庵原 秀之<sup>1,2</sup>, 勝木 伸一<sup>1</sup>, 北岡 慶介<sup>1,2</sup>, 長町 康弘<sup>1,2</sup>, 野尻 秀一<sup>1</sup>, 藤田 美樹<sup>3</sup>, 寺島由紀子<sup>4</sup>, 滝沢 耕平<sup>2</sup>, 町田 卓郎<sup>2</sup>, 猪股 英俊<sup>2</sup> (新日鐵室蘭総合病院消化器科<sup>1</sup>, 札幌医大第四内科<sup>2</sup>, 新日鐵室蘭総合病院病理部<sup>3</sup>, 新日鐵室蘭総合病院皮膚科<sup>4</sup>)

## 胃3 (10:38~11:12)

座長 伊達赤十字病院消化器科 荒谷 英二

### 15. 胃内分泌細胞癌の1例

- 高橋 大賀<sup>1</sup>, 黒河 聖<sup>1</sup>, 今村 哲理<sup>1</sup>, 栄原 正博<sup>1</sup>, 安保 智典<sup>1</sup>, 本谷 聰<sup>1</sup>, 萩原 武<sup>1</sup>, 西岡 均<sup>1</sup>, 上野 敦盛<sup>1</sup>, 村岡 俊二<sup>2</sup>, 佐藤 利宏<sup>2</sup> (札幌厚生病院胃腸科<sup>1</sup>, 札幌厚生病院臨床病理<sup>2</sup>)

### 16. 粘膜下層に囊胞成分を伴い, 深度診断が困難であった早期胃癌の2例

- 一箭 珠貴<sup>1</sup>, 宮崎 広亀<sup>1</sup>, 武田耕一郎<sup>1</sup>, 石橋 陽子<sup>1</sup>, 月館 範行<sup>1</sup>, 中村 雄一<sup>1</sup>, 清水 康<sup>1</sup>, 西村 正治<sup>1</sup>, 七戸 俊明<sup>2</sup>, 川原田 陽<sup>2</sup>, 北城 秀司<sup>2</sup>, 奥芝 俊一<sup>2</sup>, 加藤 純之<sup>2</sup>, 伊藤 智雄<sup>3</sup> (北大第一内科<sup>1</sup>, 北大腫瘍外科<sup>2</sup>, 北大病理部<sup>3</sup>)

### 17. 粘膜下腫瘍の形態を呈した進行胃癌の1例

- 石川 千里<sup>1</sup>, 安田 淳美<sup>1</sup>, 笹島 順平<sup>1</sup>, 伊藤 貴博<sup>1</sup>, 坂本 淳<sup>1</sup>, 柴田 直美<sup>1</sup>, 岡本耕太郎<sup>1</sup>, 斎藤 裕輔<sup>1</sup>, 川島 哲也<sup>2</sup>, 長谷部千登美<sup>2</sup>, 星 智和<sup>3</sup>, 松田 年<sup>3</sup>, 葛西 真一<sup>3</sup>, 高後 裕<sup>1</sup> (旭川医大第三内科<sup>1</sup>, 吉田病院<sup>2</sup>, 旭川医大第二外科<sup>3</sup>)

### 18. 異所性腫として経過観察中に発症した胃腺扁平上皮癌の1例

- 菊地 智樹<sup>1</sup>, 小池 和彦<sup>1</sup>, 幸田 久平<sup>1</sup>, 久我 貴<sup>1</sup>, 藤城 貴教<sup>1</sup>, 吉田 なつ<sup>3</sup>, 高氏 修平<sup>1</sup>, 安藤 政克<sup>2</sup>, 中澤 修<sup>1</sup> (旭川赤十字病院消化器科<sup>1</sup>, 旭川赤十字病院病理部<sup>2</sup>, 札幌医大第四内科<sup>3</sup>)

## 19. 当センターにおける胃癌の現況について

- 吉田 正史, 野村 昌史, 三井 慎也, 後藤 充, 泉 信一, 吉田 晓正, 林 耕穀,  
田中 義規, 渕沼 朗生, 高橋 邦幸, 大西 幸代, 松永 隆裕, 渡辺 晴司, 桜井 康雄,  
姜 貞憲, 辻 邦彦, 真口 宏介 (手稲済仁会病院消化器病センター)

胃 4 (11:12~11:54)

座長 斗南病院消化器病センター 由崎 直人

## 20. 胃癌におけるVirtual endoscopy (VE) の検討

- 佐藤 龍, 太田 智之, 加藤 一規, 稲場 勇平, 藤谷 佳織, 三好 茂樹, 櫻井 忍,  
千葉 篤, 藤井 常志, 村上 雅則, 折居 裕 (旭川厚生病院消化器科)

## 21. 早期胃癌に対する内視鏡的粘膜切除術～当院におけるInsulation-tipped (IT) ナイフの使用経験について～

- 住吉 徹哉<sup>1</sup>, 近藤 仁<sup>1</sup>, 和賀永里子<sup>1</sup>, 大平 典明<sup>1</sup>, 奥 隆臣<sup>1</sup>, 由崎 直人<sup>1</sup>, 西堀 恒樹<sup>2</sup>,  
信岡 純<sup>2</sup>, 大井 雅夫<sup>2</sup>, 辻 靖<sup>2</sup> (斗南病院消化器病センター内科<sup>1</sup>, 札幌医大第四内科<sup>2</sup>)

## 22. 放射線治療後に出現した食道癌術後再建胃管からの出血に対しアルゴンプラズマレーザー凝固法が有効であった2症例

- 藤川 幸司<sup>1</sup>, 太田 英敏<sup>1</sup>, 新谷 直昭<sup>1</sup>, 高橋 康雄<sup>1</sup>, 井山 諭<sup>2</sup>, 中村とき子<sup>2</sup> (国立札幌病  
院消化器科<sup>1</sup>, 札幌医大第四内科<sup>2</sup>)

## 23. 早期胃癌EMR補助療法としての内視鏡的Argon Plasma Coagulation (APC) Therapyの有用性

- 勝木 伸一<sup>1</sup>, 野尻 秀一<sup>1</sup>, 藤田 美剛<sup>2</sup>, 須原 秀之<sup>3</sup>, 北岡 慶介<sup>3</sup>, 長町 康弘<sup>3</sup> (新日鐵室蘭  
総合病院消化器科<sup>1</sup>, 新日鐵室蘭総合病院病理部<sup>2</sup>, 札幌医大第四内科<sup>3</sup>)

## 24. 胃粘膜内癌に対するアルゴンプラズマ凝固法の長期治療成績の検討

- 佐川 保<sup>1</sup>, 高山 哲治<sup>1</sup>, 潤本 理修<sup>1</sup>, 岡本 哲郎<sup>1</sup>, 佐藤 靖史<sup>1</sup>, 信岡 純<sup>1</sup>, 林 耕穀<sup>1</sup>,  
奥 隆臣<sup>1</sup>, 勝木 伸一<sup>2</sup>, 野尻 秀一<sup>2</sup>, 村松 博士<sup>3</sup>, 高橋 稔<sup>1</sup>, 古川 勝久<sup>1</sup>, 加藤 淳二<sup>1</sup>,  
新津洋司郎<sup>1</sup> (札幌医大第四内科<sup>1</sup>, 新日鐵室蘭総合病院消化器科<sup>2</sup>, 清田病院消化器科<sup>3</sup>)

# 消化器病学会・消化器内視鏡学会合同シンポジウム

9月22日(日) 札幌医大講堂 (13:00~15:00)

主題：「消化管間葉系腫瘍 (GIST) の基礎と臨床」

司会 札幌医大第一内科 伊東 文生

北見工大保健管理センター 横田 敏一

### S-1. GIST—臨床病理像と問題点

- 藤田 昌宏 (恵佑会臨床病理学研究所・北海道医療大学)

### S-2. GISTの分子生物学

- 垣内 英樹, 山本 博幸, 伊東 文生, 遠藤 高夫, 今井 浩三 (札幌医大第一内科)

### S-3. GISTのレントゲン・内視鏡診断

- 本谷 啓聰, 安保 智典, 今村 哲理, 板原 正博, 黒河 聖, 萩原 武, 西岡 均,  
上野 敦盛, 高橋 大賀 (札幌厚生病院第一消化器科)

### S-4. 消化管間葉系腫瘍 (GIMT) における超音波内視鏡診断についての検討

- 太田 智之, 村上 雅則, 折居 裕 (旭川厚生病院消化器科)

### S-5. 消化管間葉系腫瘍 (GIST) の基礎と臨床—GISTのCT,MRI, 血管造影

- 小野寺祐也 (北大高次診断治療)

### S-6. GISTに対する外科治療

- 松田 年, 星 智和, 上田 拓実, 近間 威彦, 板東 敬介, 葛西 真一 (旭川医大第二  
外科)

## 胃 5 (15:00~15:35)

座長 札幌医大第一内科 遠藤 高夫

### 25. 当院における経皮内視鏡的胃瘻造設術（PEG）の臨床的検討—第7報—PEG施行後の管理における粘度調整剤（REF-P1）の使用経験

○藤見 章仁<sup>1</sup>, 倉 敏郎<sup>1</sup>, 森井 一裕<sup>1</sup>, 前田 健<sup>1</sup>, 岡本 哲郎<sup>2</sup>, 信岡 純<sup>2</sup>, 渡辺 秀樹<sup>2</sup>  
(町立長沼病院内科<sup>1</sup>, 札幌医大第四内科<sup>2</sup>)

### 26. 経皮内視鏡的胃瘻造設術後創部感染の予防 一従来法と感染防止キットの比較一

○日下部後朗<sup>1</sup>, 久居 弘幸<sup>1</sup>, 高平 尚季<sup>1</sup>, 釋 亮也<sup>1</sup>, 萩原 誠也<sup>1</sup>, 荒谷 英二<sup>1</sup>, 蟹沢 祐司<sup>2</sup>,  
滝沢 耕平<sup>3</sup>, 石渡 裕俊<sup>3</sup> (伊達赤十字病院消化器科<sup>1</sup>, 伊達赤十字病院内科<sup>2</sup>, 札幌医大第四内科<sup>3</sup>)

### 27. 当院における経皮内視鏡的胃瘻造設術（PEG）の臨床的検討—第8報—創部感染防止用PEG造設キット（カンガルーPEG造設キット）の使用経験

○森井 一裕<sup>1</sup>, 倉 敏郎<sup>1</sup>, 藤見 章仁<sup>1</sup>, 前田 健<sup>1</sup>, 岡本 哲郎<sup>2</sup>, 信岡 純<sup>2</sup> (町立長沼病院内科<sup>1</sup>, 札幌医大第四内科<sup>2</sup>)

### 28. 癌性腹水を有する多発消化管狭窄症例に対し、経皮経食道胃管挿入術（PTEG）を施行した1例

○平山 敦, 田中 道寛, 細川 雅代, 岡村 圭也, 長川 達哉, 宮川 宏之, 藤永 明,  
須賀 俊博 (札幌厚生病院第二消化器科)

### 29. 当院における経皮経食道胃管挿入術（PTEG）の施行経験

○藤見 章仁<sup>1</sup>, 倉 敏郎<sup>1</sup>, 森井 一裕<sup>1</sup>, 前田 健<sup>1</sup>, 岡本 哲郎<sup>2</sup>, 信岡 純<sup>2</sup> (町立長沼病院内科<sup>1</sup>, 札幌医大第四内科<sup>2</sup>)

## 十二指腸 (15:35~16:10)

座長 市立旭川病院消化器内科 垂石 正樹

### 30. 十二指腸MALT lymphomaの1例

○丸谷真守美<sup>1</sup>, 井上 善之<sup>1</sup>, 清野 康生<sup>1</sup>, 高田 弘一<sup>1</sup>, 加藤 貴司<sup>1</sup>, 大久保俊一<sup>1</sup>, 中村 英明<sup>1</sup>,  
日黒 高志<sup>1</sup>, 堀田 彰一<sup>1</sup>, 宮坂 史路<sup>2</sup> (北海道消化器科病院内科<sup>1</sup>, 新道榮病院内科<sup>2</sup>)

### 31. 十二指腸潰瘍除菌後に薬剤により発生した球後潰瘍の1例

○腰山 達美<sup>1</sup>, 熊谷 彩恵<sup>1</sup>, 高橋 康幸<sup>2</sup>, 松浦 侯夫<sup>1</sup> (勤医協札幌病院内科<sup>1</sup>, 勤医協当別診療所<sup>2</sup>)

### 32. 内視鏡的クリップ止血法が奏効した十二指腸水平脚憩室出血の1例

○大橋 広和<sup>1</sup>, 清水 晴夫<sup>1</sup>, 鈴木秀一郎<sup>1</sup>, 大関 令奈<sup>1</sup>, 田沼 徳真<sup>1</sup>, 佐藤 修司<sup>1</sup>, 下地 英樹<sup>1</sup>,  
金戸 宏行<sup>1</sup>, 本多 佐保<sup>1</sup>, 近藤 吉宏<sup>1</sup>, 赤保内良和<sup>1</sup>, 遠藤 高夫<sup>2</sup>, 今井 浩三<sup>2</sup> (市立室蘭病院消化器科<sup>1</sup>, 札幌医大第一内科<sup>2</sup>)

### 33. イレウスエイドシステムバルーン付きオーバーチューブを用いた十二指腸ステント術（ステント挿入困難例の克服）

○平山 敦<sup>1</sup>, 田中 道寛<sup>1</sup>, 細川 雅代<sup>1</sup>, 岡村 圭也<sup>1</sup>, 長川 達哉<sup>1</sup>, 宮川 宏之<sup>1</sup>, 藤永 明<sup>1</sup>,  
須賀 俊博<sup>1</sup>, 野村 直弘<sup>2</sup> (札幌厚生病院第二消化器科<sup>1</sup>, 北広島病院内科<sup>2</sup>)

### 34. 当科における悪性胃・十二指腸狭窄に対する内視鏡装着式ステント留置の現況

○成瀬 宏仁, 吉谷 敬, 渡部 香織, 廣田ジョージョ, 山本 義也, 常松 泉, 片桐 雅樹,  
山敷 宏正, 松嶋 喬 (市立函館病院消化器科)

## 第2会場

## 肝臓 (9:00~9:28)

座長 北大第三内科 髙 修平

### 35. 大きなT型食道外シャントを供血路とした食道静脈瘤の1例

○山崎 克, 佐藤 隆啓, 平田 珠希, 桑田 靖昭, 赤池 淳, 大村 卓味, 狩野 吉康,  
豊田 成司, 須賀 俊博 (札幌厚生病院第三消化器科)

36. 門脈圧亢進症にみられる噴門部出血の検討

○菅原 謙二, 首藤 龍人, 山田 裕人, 佐藤 智信, 矢崎 康幸 (小林病院消化器病センター)

37. 胃・食道靜脈瘤, 肝細胞癌の治療の経過中に腸腰筋膿瘍を合併したB型肝硬変の1例

○佐藤 智信, 菅原 謙二, 首藤 龍人, 山田 裕人, 矢崎 康幸 (小林病院消化器病センター)

38. 肝生検により胆道出血を来たした1例

○布施 望, 渡部 拓, 小笛真理子, 町田 望, 宮坂 大介, 小田 寿, 横山 仁, 岸本 篤人, 崔 公賢, 工藤 峰生, 宮城島拓人, 岡部 實裕 (釧路労災病院内科)

胆道1 (9:28~9:56)

座長 札幌厚生病院消化器科 長川 達哉

39. Ip型早期胆囊癌の1例

○千葉 篤<sup>1</sup>, 藤井 常志<sup>1</sup>, 稲場 勇平<sup>1</sup>, 加藤 一規<sup>1</sup>, 佐藤 龍<sup>1</sup>, 藤谷 佳織<sup>1</sup>, 三好 茂樹<sup>1</sup>, 櫻井 忍<sup>1</sup>, 太田 智之<sup>1</sup>, 村上 雅則<sup>1</sup>, 折居 裕<sup>1</sup>, 高橋 昌宏<sup>2</sup> (旭川厚生病院消化器科<sup>1</sup>, 旭川厚生病院外科<sup>2</sup>)

40. 遺残胆囊管から発生した乳頭腺癌の1切除外

○竹本 法弘, 近藤 哲, 平野 聰, 安保 義恭, 田中 栄一, 角谷 昌俊, 福田 直也, 三井 潤, 森川 利昭, 奥芝 俊一, 加藤 紘之 (北大腫瘍外科)

41. 閉塞性黄疸を呈した食道癌の1例

○田中 義規, 真口 宏介, 高橋 邦幸, 渕沼 朗生, 林 毅, 吉田 曜正, 三井 慎也, 後藤 充, 泉 信一, 野村 昌史, 吉田 正文, 松永 隆裕, 渡辺 晴司, 桜井 康雄, 姜 貞憲, 辻 邦彦 (手稲済会病院消化器病センター)

42. 黄疸で発症し内視鏡治療が奏功した、石灰乳胆汁の1例

○小沼 祐<sup>1,2</sup>, 平山 真章<sup>1</sup>, 佐々木宏嘉<sup>1</sup>, 大西 利佳<sup>1</sup>, 近江 直仁<sup>1</sup>, 高橋 稔<sup>2</sup>, 加藤 淳二<sup>2</sup> (小樽掖済会病院消化器科<sup>1</sup>, 札幌医大第四内科<sup>2</sup>)

胆道2 (9:56~10:31)

座長 手稲済会病院消化器病センター 渕沼 朗生

43. 新しい電子経口胆道鏡の使用経験

○小山内 学, 丹野 誠志, 小泉 一也, 羽広 敦也, 柳川 伸幸, 高後 裕 (旭川医大第三内科)

44. 総胆管結石症の診断および内視鏡的治療における管腔内超音波検査施行例の検討

○久居 弘幸<sup>1</sup>, 荒谷 英二<sup>1</sup>, 日下部俊朗<sup>1</sup>, 萩原 誠也<sup>1</sup>, 蟹沢 祐司<sup>2</sup>, 高平 尚季<sup>3</sup>, 釋 亮也<sup>3</sup> (伊達赤十字病院消化器科<sup>1</sup>, 伊達赤十字病院内科<sup>2</sup>, 札幌医大第四内科<sup>3</sup>)

45. 総胆管結石における内視鏡的乳頭バルーン拡張術と内視鏡的乳頭括約筋切開術の検討

○岡村 圭也, 宮川 宏之, 田中 道寛, 細川 雅代, 平山 敦, 長川 達哉, 藤永 明, 須賀 俊博 (札幌厚生病院第二消化器科)

46. 内視鏡的乳頭括約筋切開術における高周波焼灼電源装置の比較検討

○久居 弘幸<sup>1</sup>, 荒谷 英二<sup>1</sup>, 日下部俊朗<sup>1</sup>, 萩原 誠也<sup>1</sup>, 蟹沢 祐司<sup>2</sup>, 高平 尚季<sup>3</sup>, 釋 亮也<sup>3</sup> (伊達赤十字病院消化器科<sup>1</sup>, 伊達赤十字病院内科<sup>2</sup>, 札幌医大第四内科<sup>3</sup>)

47. 胃切除術後症例に対する経乳頭の診断・処置

○高橋 邦幸, 真口 宏介, 渕沼 朗生, 林 毅, 吉田 曜正, 田中 義規, 野村 昌史, 泉 信一, 吉田 正史, 後藤 充, 三井 慎也, 辻 邦彦, 姜 貞憲, 桜井 康雄, 渡辺 晴司, 松永 隆裕, 大西 幸代 (手稲済会病院消化器病センター)

脾臓 (10:31~10:59)

座長 北大腫瘍外科 平野 聰

48. 内視鏡的脾管ドレナージ術が有効であった脾管狭窄を有する脾臓性囊胞の2症例

○長川 達哉<sup>1</sup>, 田中 道寛<sup>1</sup>, 須賀 俊博<sup>1</sup>, 藤永 明<sup>1</sup>, 宮川 宏之<sup>1</sup>, 平山 敦<sup>1</sup>, 岡村 圭也<sup>1</sup>, 細川 雅代<sup>1</sup>, 花井 文恵<sup>2</sup> (札幌厚生病院消化器科<sup>1</sup>, ときわ病院内科<sup>2</sup>)

**49. 経副乳頭的脾管ドレナージが奏功した慢性脾炎急性増悪の2例**

○阿部 環, 伊藤 英人, 松本 岳士, 高木 秀安, 小関 至, 佐々木 茂, 遠藤 高夫,  
今井 浩三 (札幌医大第一内科)

**50. 胃に浸潤し、胃内腔に粘液の排出を認めた肺体部癌の1例**

○秋山 剛英<sup>1</sup>, 本間 久登<sup>1</sup>, 女澤 慎一<sup>1</sup>, 土居 忠<sup>1</sup>, 平田健一郎<sup>2</sup>, 村上 研<sup>1</sup>, 町田 卓郎<sup>1</sup>,  
黒田 裕行<sup>3</sup>, 井山 諭<sup>3</sup>, 茎津 武大<sup>3</sup>, 高梨 訓博<sup>3</sup> (時計台病院消化器病センター<sup>1</sup>, 時計台病  
院健診センター<sup>2</sup>, 札幌医大第四内科<sup>3</sup>)

**51. 脾管内乳頭腺癌 (IPMT) 由来と思われた浸潤癌の1例**

○大久保俊一<sup>1</sup>, 堀田 彰一<sup>1</sup>, 清野 康生<sup>1</sup>, 高田 弘一<sup>1</sup>, 加藤 貴司<sup>1</sup>, 丸谷真守美<sup>1</sup>, 中村 英明<sup>1</sup>,  
井上 善之<sup>1</sup>, 目黒 高志<sup>1</sup>, 森田 高行<sup>2</sup>, 斎藤 誠<sup>3</sup>, 長嶋 和郎<sup>3</sup> (北海道消化器科病院内科<sup>1</sup>,  
北海道消化器科病院外科<sup>2</sup>, 北大分子細胞病理<sup>3</sup>)

**大腸1 (10:59~11:26)**

座長 道都病院外科 佐々木一晃

**52. 小腸転移をきたした大腸低分化型腺癌の1例**

○高木貴久子<sup>1</sup>, 小川 浩司<sup>1</sup>, 若浜 理<sup>1</sup>, 永坂 敦<sup>1</sup>, 西川 秀司<sup>1</sup>, 樋口 晶文<sup>1</sup>, 高田 明生<sup>2</sup>  
(市立札幌病院消化器科<sup>1</sup>, 市立札幌病院病理科<sup>2</sup>)

**53. 高齢者の大腸癌検診における内視鏡検査の現況**

○泉 信一, 野村 昌史, 三井 慎也, 後藤 充, 吉田 正史, 渡辺 晴司, 吉田 曜正,  
高橋 邦幸, 渕沼 朗生, 林 毅, 田中 義規, 辻 邦彦, 姜 貞憲, 松永 隆裕,  
桜井 康雄, 大西 幸代, 真口 宏介 (手稲渓仁会病院消化器病センター)

**54. 大腸癌腸閉塞に対する経肛門的腸管減圧管の使用経験の報告**

○中里 友彦<sup>1</sup>, 塚越 洋元<sup>1</sup>, 菅原 伸明<sup>1</sup>, 森 康明<sup>1</sup>, 高橋 宏明<sup>1</sup>, 関屋 一都<sup>1</sup>, 矢和田 敦<sup>1</sup>,  
加賀谷英俊<sup>1</sup>, 穂刈 格<sup>1</sup>, 飯田 洋也<sup>2</sup>, 妻鹿 成治<sup>2</sup>, 安部 達也<sup>2</sup>, 草野 真暢<sup>2</sup>, 久須美貴哉<sup>2</sup>,  
西田 靖仙<sup>2</sup>, 細川 正夫<sup>2</sup>, 藤田 昌宏<sup>3</sup> (恵佑会札幌病院消化器内科<sup>1</sup>, 恵佑会札幌病院外科<sup>2</sup>, 恵  
佑会臨床病理学研究所<sup>3</sup>)

**55. 悪性大腸狭窄におけるexpandable metallic stent留置術の検討**

○高平 尚季<sup>1</sup>, 久居 弘幸<sup>1</sup>, 荒谷 英二<sup>1</sup>, 日下部俊朗<sup>1</sup>, 萩原 誠也<sup>1</sup>, 釋 亮也<sup>1</sup>, 蟹沢 祐司<sup>2</sup>,  
滝沢 耕平<sup>3</sup>, 石渡 裕俊<sup>3</sup> (伊達赤十字病院消化器科<sup>1</sup>, 伊達赤十字病院内科<sup>2</sup>, 札幌医大第四内科<sup>3</sup>)

**大腸2 (11:26~12:01)**

座長 旭川赤十字病院消化器内科 藤城 貴教

**56. MDCTによる仮想内視鏡が有用であった同時性多発大腸癌の1例**

○鈴木 誉也<sup>1</sup>, 室井 美保<sup>1</sup>, 菅 正之<sup>1</sup>, 葛西 健二<sup>1</sup>, 定岡 邦昌<sup>1</sup>, 古家 乾<sup>1</sup>, 大島 隆宏<sup>2</sup>,  
数井 啓蔵<sup>2</sup>, 長谷 泰司<sup>2</sup>, 池田 雄祐<sup>2</sup>, 服部 淳夫<sup>3</sup> (北海道社会保険病院消化器科<sup>1</sup>, 北海道社  
会保険病院外科<sup>2</sup>, 北海道社会保険病院病理部<sup>3</sup>)

**57. MDCTで病変の描出が可能であった径5 mmの直腸カルチノイド腫瘍の1例**

○定岡 邦昌<sup>1</sup>, 室井 美保<sup>1</sup>, 菅 正之<sup>1</sup>, 鈴木 誉也<sup>1</sup>, 葛西 健二<sup>1</sup>, 古家 乾<sup>1</sup>, 服部 淳夫<sup>2</sup>  
(北海道社会保険病院消化器科<sup>1</sup>, 北海道社会保険病院病理部<sup>2</sup>)

**58. 直腸endocrine cell carcinomaの1例**

○伊藤 貴博<sup>1</sup>, 藤谷 幹浩<sup>1</sup>, 斎藤 裕輔<sup>1</sup>, 渡 二郎<sup>1</sup>, 坂本 淳<sup>1</sup>, 柴田 直美<sup>1</sup>, 三好 恵子<sup>1</sup>,  
岡本耕太郎<sup>1</sup>, 前本 篤男<sup>1</sup>, 安田 淳美<sup>1</sup>, 綾部 時芳<sup>1</sup>, 蘆田 知史<sup>1</sup>, 高後 裕<sup>1</sup>, 富田 一郎<sup>2</sup>,  
河野 透<sup>2</sup> (旭川医大第三内科<sup>1</sup>, 旭川医大第二外科<sup>2</sup>)

**59. 小児大腸内視鏡における意義と検討**

○黒河 聖<sup>1</sup>, 今村 哲理<sup>1</sup>, 柄原 正博<sup>1</sup>, 安保 智典<sup>1</sup>, 本谷 聰<sup>1</sup>, 萩原 武<sup>1</sup>, 西岡 均<sup>1</sup>,  
高橋 大賀<sup>1</sup>, 上野 敦盛<sup>1</sup>, 今野武津子<sup>2</sup> (札幌厚生病院消化器科<sup>1</sup>, 札幌厚生病院小児科<sup>2</sup>)

### 大腸3 (15:00~15:28)

座長 旭川医大第三内科 前本 篤男

#### 60. 白血球除去療法 (LCAP) 単独で寛解維持が可能であったステロイド抵抗性潰瘍性大腸炎の1例

○桂田 武彦<sup>1</sup>, 中井 義仁<sup>1</sup>, 露口 雅子<sup>1</sup>, 大泉 弘子<sup>1</sup>, 川村 直之<sup>1</sup>, 斎藤 雅雄<sup>1</sup>, 米川 元樹<sup>2</sup>,  
川村 明夫<sup>2</sup> (札幌北楡病院消化器科<sup>1</sup>, 札幌北楡病院外科<sup>2</sup>)

#### 61. 潰瘍性大腸炎の経過中にペーチェット病を合併した1例

○関 英幸<sup>1</sup>, 鈴木 潤一<sup>1</sup>, 藤田 淳<sup>1</sup>, 三浦 淳彦<sup>1</sup>, 深澤雄一郎<sup>2</sup> (幌南病院消化器科<sup>1</sup>, 幌南  
病院病理<sup>2</sup>)

#### 62. クローン病に腸腰筋膿瘍が合併し、抗生剤により改善した1例

○佐藤 智信, 菅原 謙二, 首藤 龍人, 山田 裕人, 矢崎 康幸 (小林病院消化器病センター)

#### 63. 内視鏡的バルーン拡張術が有効であったクローン病の1例

○坂本 淳, 前本 篤男, 伊藤 貴博, 三好 恭子, 柴田 直美, 岡本耕太郎, 藤谷 幹浩,  
安田 淳美, 綾部 時芳, 蘆田 知史, 斎藤 裕輔, 高後 裕 (旭川医大第三内科)

### 大腸4 (15:28~15:56)

座長 札幌医大第四内科 滝本 理修

#### 64. 味覚異常を契機に発見されたCronkhite-Canada syndromeの1例

○平澤 元, 渡邊 浩光, 林 泰志, 平澤カンナ, 山形 迪 (帯広第一病院消化器内科)

#### 65. Marfan症候群患者に認められた腸管囊腫様気脛症の1例

○奥田 博介<sup>1</sup>, 野島 正寛<sup>2</sup>, 沖 真理子<sup>2</sup>, 田中 浩紀<sup>2</sup>, 前森 雅世<sup>2</sup>, 田賀 理子<sup>2</sup>, 西村 進<sup>1</sup>,  
木村 裕一<sup>1</sup>, 米澤 和彦<sup>1</sup>, 阿部 敬<sup>1</sup>, 登坂 松三<sup>1</sup>, 吉田 豊<sup>3</sup>, 今井 浩三<sup>2</sup> (市立釧路病  
院内科・消化器科<sup>1</sup>, 札幌医大第一内科<sup>2</sup>, 市立釧路病院検査科病理<sup>3</sup>)

#### 66. 急性出血性直腸潰瘍と虚血性大腸炎を合併した1例

○日下部俊朗<sup>1</sup>, 久居 弘幸<sup>1</sup>, 高平 尚季<sup>1</sup>, 釋 亮也<sup>1</sup>, 萩原 誠也<sup>1</sup>, 荒谷 英二<sup>1</sup>, 蟹沢 祐司<sup>2</sup>,  
滝沢 耕平<sup>3</sup>, 石渡 裕俊<sup>3</sup> (伊達赤十字病院消化器科<sup>1</sup>, 伊達赤十字病院内科<sup>2</sup>, 札幌医大第四内科<sup>3</sup>)

#### 67. 虚血性腸炎の臨床的検討—狭窄型・壞死型の特徴—

○岡田 優二<sup>1</sup>, 垂石 正樹<sup>1</sup>, 網塚 久人<sup>1</sup>, 松本 昭範<sup>1</sup>, 澤向 光子<sup>1</sup>, 珍田 純子<sup>1</sup>, 徳原 教<sup>1</sup>,  
山縣 一夫<sup>1</sup>, 柴田 好<sup>1</sup>, 武田 章三<sup>1</sup>, 高後 裕<sup>2</sup> (市立旭川病院消化器内科<sup>1</sup>, 旭川医大第三  
内科<sup>2</sup>)

### 大腸5 (15:56~16:24)

座長 札幌厚生病院消化器科 安保 智典

#### 68. 急性出血性直腸潰瘍に対する内視鏡的止血術の検討

○高平 尚季<sup>1</sup>, 久居 弘幸<sup>1</sup>, 荒谷 英二<sup>1</sup>, 日下部俊朗<sup>1</sup>, 萩原 誠也<sup>1</sup>, 釋 亮也<sup>1</sup>, 蟹沢 祐司<sup>2</sup>  
(伊達赤十字病院消化器科<sup>1</sup>, 伊達赤十字病院内科<sup>2</sup>)

#### 69. S状結腸に広範なmucosal bridgeの形成を認めた1例

○古川 孝広<sup>1</sup>, 潘 紀良<sup>1</sup>, 高張 大亮<sup>2,3</sup>, 本多 加奈<sup>2,3</sup>, 平田 康二<sup>2</sup>, 石井 徹<sup>1</sup> (国立函館病院  
消化器科<sup>1</sup>, 国立函館病院内科<sup>2</sup>, 札幌医大第四内科<sup>3</sup>)

#### 70. 大腸リンパ管腫の1例

○立野久美子, 佐藤 康史, 高山 哲治, 滝本 理修, 岡本 哲郎, 信岡 純, 二階堂ともみ,  
滝沢 耕平, 照井 健, 高橋 稔, 古川 勝久, 加藤 淳二, 新津洋司郎 (札幌医大第四  
内科)

#### 71. 胆嚢の炎症による大腸の所見

○西岡 均<sup>1</sup>, 今村 哲理<sup>1</sup>, 栃原 正博<sup>1</sup>, 安保 智典<sup>1</sup>, 本谷 聰<sup>1</sup>, 黒河 聖<sup>1</sup>, 萩原 武<sup>1</sup>,  
高橋 大賀<sup>1</sup>, 上野 敦盛<sup>1</sup>, 平山 敦<sup>2</sup>, 藤永 明<sup>2</sup>, 大村 卓味<sup>3</sup>, 村岡 俊二<sup>4</sup>, 佐藤 利宏<sup>4</sup>  
(札幌厚生病院第一消化器科<sup>1</sup>, 札幌厚生病院第二消化器科<sup>2</sup>, 札幌厚生病院第三消化器科<sup>3</sup>, 札幌厚  
生病院臨床病理<sup>4</sup>)

## 1. 無症候性ヘルペス食道炎の一例

○高丸博之<sup>1</sup>, 浜本康夫<sup>1</sup>, 能正勝彦<sup>1</sup>, 後藤 啓<sup>1</sup>, 有村佳昭<sup>1</sup>, 吉田幸成<sup>1</sup>, 伊東文生<sup>1</sup>, 遠藤高夫<sup>1</sup>, 今井浩三<sup>1</sup>, 向谷充宏<sup>2</sup> (札幌医科大学第一内科<sup>1</sup>, 札幌医科大学医学部外科学第一講座<sup>2</sup>)

無治療で軽快した非HIV症例のヘルペス食道炎の一例を経験し、比較的稀と考えられたので報告する。症例は72歳女性。平成14年6月5日、当院第一外科にて、上部胆管癌に対して拡大肝左葉切除術を施行。6月15日（術後10日目）に、胃管より暗血性の排液および急速な貧血の進行を認めたため、上部消化管出血を疑われ当科にて緊急内視鏡を施行。胃角部小弯前壁に凝血塊を伴う活動性胃潰瘍を認め中心部に露出血管を認めたため、ヒートプローブにて焼却。6月17日、治療後の経過観察の内視鏡にて下部食道主体に多発性にびらんおよび偽膜形成を認め、カンジタ食道炎などの炎症性疾患を疑い生検を施行。病理組織学的には、高度のびらんを伴う重層扁平上皮とgranulation tissueの増生がみられ、上皮細胞の核はすりガラス状で、好酸性のfull型の核内封入体と多核細胞が認められたことから、ヘルペス食道炎と診断された。全身状態が比較的良好で局所症状や全身症状を認めなかつたため、無治療にて経過観察。7月1日に施行した内視鏡にて病変は完全に消失していた。ヘルペス食道炎は一般的にHIV感染症などの基礎疾患有するimmunocompromised hostにみられる日和見感染症の報告例が多い。臨床症状は、嚥下痛が典型的であり、その他には腹満感、嘔吐、吐血などがあげられる。内視鏡的にはクレーター状の小潰瘍がみられ、潰瘍はときに融合したり偽膜を伴うこともあると報告されている。治療としてはaciclovirの投与、および基礎疾患の治療が挙げられる。ヘルペス食道炎はHIV合併例の報告は散見されるが、術後のcompromised hostでの報告例は少ない。文献的考察を加え報告する。

## 2. ステロイドが奏効した回腸末端のアフタ様病変を伴った多発性食道潰瘍の一例

○大関令奈<sup>1</sup>, 本多佐保<sup>1</sup>, 田沼徳真<sup>1</sup>, 鈴木秀一郎<sup>1</sup>, 佐藤修司<sup>1</sup>, 清水晴夫<sup>1</sup>, 下地英樹<sup>1</sup>, 金戸宏行<sup>1</sup>, 近藤吉宏<sup>1</sup>, 赤保内良和<sup>1</sup>, 小玉俊典<sup>2</sup>, 遠藤高夫<sup>3</sup>, 今井浩三<sup>3</sup> (市立室蘭病院<sup>1</sup>, こだま消化器内科クリニック<sup>2</sup>, 札幌医科大学第一内科<sup>3</sup>)

症例は44歳女性。平成13年末頃より咽頭違和感と嚥下痛が出現。近医にて急性上気道炎の診断で治療を受けるも改善せず、平成14年1月下旬当院耳鼻咽喉科受診。咽頭に多発性のアフタを認め、ウイルス性潰瘍等が疑われた。2月末頃より嚥下時の胸部・背部痛が出現。近医消化器内科を受診し上部内視鏡検査を施行したところ、食道に多発性潰瘍を認め、精査治療目的に当科紹介、4月10日入院となった。入院後の上部内視鏡検査にて中部から下部食道に多発する比較的境界明瞭な潰瘍性病変を認め、ウイルス性潰瘍が疑われたが生検病理では封入体を認めず、ヘルペスウイルス及びサイトメガロウイルスの免疫染色は陰性だった。血清学的検査からもウイルス性潰瘍は否定的で、免疫不全を示唆する所見もなかった。炎症性腸疾患やペーチェット病の可能性を考え、下部内視鏡検査を施行したが、回腸末端に散在性の小アフタを認めたのみであり、生椓にて肉芽腫性変化は認められなかった。多発性食道潰瘍、再発性口腔内アフタ及び回腸末端のアフタ様病変より腸型ペーチェットを疑い、プレドニゾロン10mg/day内服治療を開始。2週間後の上部内視鏡検査にて潰瘍の改善傾向がみられなかったため、プレドニゾロンを30mg/dayに增量したところ、口腔内アフタと胸部症状は消失し、3週間後の上部内視鏡検査にて潰瘍は治癒していた。ステロイドが奏効した回腸末端のアフタ様病変を伴った多発性食道潰瘍のまれな一例を経験したので、文献的考察を加え報告する。

## 3. 狹帯域フィルターを用いた面順次式内視鏡によるBarrett食道の拡大内視鏡観察

○浜本康夫, 吉田幸成, 有村佳昭, 伊東文生, 遠藤高夫, 今井浩三 (札幌医大第一内科)

【背景】面順次式内視鏡のフィルターを狭帯域化した内視鏡（NBI：Narrow Band Imaging, オリンパス光学プロトタイプ）は内視鏡の質的診断能の向上を目指した新しい試みである。今までの臨床検討にて食道表在癌、大腸腺腫などにおいて、その有用性が検討されてきている。以前より我々は、Barrett食道の前癌病変である特殊円柱上皮（SCE）を拡大内視鏡観察に色素法を併用することにより鑑別可能であることを報告してきた。【目的】Barrett食道粘膜をNBI併用拡大内視鏡により観察し、通常光源における観察能の違いについて比較検討した。【方法】観察能の比較するためにBarrett粘膜を有する患者12例（LSBE 5例, SSBE 7例）の同一の00視野において通常観察、NBI観察、色素散布（IC）観察を行い、各画像につき1) 柵状血管 2) SCJ・遺残扁平上皮島 3) 粘膜微細模様（pit）描出能についてexcellent, good, poorの3段階で評価した。さらに33箇所の観察部位において生検を行いSCEの正診率を各々の観察法について検討した。【結果】観察能についてはexcellentがそれぞれ1) 53%, 50%, 0%, 2) 78%, 94%, 89%, 3) 14%, 61%, 70%。SCEの正診率は各々42%, 73%, 79%。【考察】NBI画像の柵状血管描出能は通常観察と同等で、SCJ・遺残扁平上皮島、粘膜表層微細模様の描出において通常光源による画像より優れ、色素法と同程度の観察能を有していた。特に弱拡大ないし近景観察において明瞭なコントラストが得られ拡大観察部位を絞り込む際に有効と思われる。また遺残扁平上皮の良好な検出能はBarrett食道の診断の一助として臨床上有用と思われる。NBI内視鏡は蠕動や心拍動のため色素が均等に溜まりづらいBarrett食道の観察に有用性が認められた。問題点としては狭帯域化のため光量不足で遠景での観察能の低下があげられる。

## 4. pagetoid spreadの像を呈した食道m<sub>2</sub>癌の一例

○山本純司<sup>1</sup>, 清水勇一<sup>1</sup>, 中川一学<sup>1</sup>, 小平純一<sup>1</sup>, 中川宗一<sup>1</sup>, 中村雄一<sup>1</sup>, 宮崎広龟<sup>1</sup>, 河原崎暢<sup>1</sup>, 加藤元嗣<sup>1</sup>, 近藤正男<sup>2</sup>, 伊藤智雄<sup>3</sup>, 浅香正博<sup>4</sup> (北海道大学医学部光学医療診療部<sup>1</sup>, 北海道大学医学部移植外科<sup>2</sup>, 北海道大学病理部<sup>3</sup>, 北海道大学医学部消化器病態内科<sup>4</sup>)

食道癌におけるpagetoid spreadは極めてまれとされている。今回われわれは大部分がpagetoid spreadの像を呈した食道m<sub>2</sub>癌のEMR症例を経験したので若干の考察を加え報告する。

症例は60歳男性で、既往歴として平成9年8月に胃癌の手術をうけていた。術後フォローの上部消化管内視鏡にて、門歯より31cmの中食道にヨード不染を示す2/3周性の0-Hc病変を認め、生検にて扁平上皮癌と診断されたため当院移植外科紹介入院となつた。通常内視鏡及び超音波内視鏡では腫瘍の厚みがやや目立ちm<sub>3</sub>と診断したが、診断的治療としてEMRを施行した。切除標本は3×2.5cm大で、組織診断では上皮内に多数のcleftが認められ、その中に腫瘍細胞が小集簇塊を形成して進展するpagetoid spreadの像を呈していた。一部には通常のsquamous cell carcinomaの像も認められた。ごくわずかに粘膜固有層に浸潤が認められ、squamous cell carcinoma with pagetoid spread, infβ, pT 1a (pLPM), ie (+), ly0, v0と診断された。食道癌におけるpagetoid spreadは1968年にYatesらによって最初に報告されて以来、これまで数例の報告があるが、EMR症例の報告は我々が医中誌およびmedlineで検索した範囲では該当しなかった。内視鏡所見において通常のm<sub>2</sub>食道癌より腫瘍が厚く観察されるなど示唆に富む症例と考えられた。

## 5. 食道小細胞癌と扁平上皮癌の食道重複癌の1例

○宮島治也<sup>1</sup>, 堀本正祐<sup>1</sup>, 永島裕之<sup>2</sup>, 西家極仙<sup>1</sup>, 堀 泰之<sup>2</sup>, 長岡康裕<sup>2</sup>, 西堀佳樹<sup>2</sup>, 藤井重之<sup>1</sup>, 小野寺義光<sup>2</sup>, 村瀬和幸<sup>3</sup>  
(日鋼記念病院内科<sup>1</sup>, 日鋼記念病院消化器科<sup>2</sup>, 札幌医大第四内科<sup>3</sup>)

症例は79歳、男性。主訴は嚥下困難。平成14年5月20日、嚥下困難を主訴に当科受診。上部消化管内視鏡検査にてMtに1/2周性、長径8cmの3型腫瘍を認めた。また、その0.5cm口側にルゴール不染帯となる長径3cmのIIb病変を認めた。生検の結果、3型腫瘍からUndifferentiated carcinoma (small cell type) with neuroendocrine differentiation、IIb病変からはSquamous cell carcinoma in situの病理診断が得られ、食道扁平上皮癌と小細胞癌の食道重複癌と診断した。画像上、多発性のリンパ節転移を認め、最大で#105リンパ節は約5cmであった。以上よりT3,N2,M0 Stage IIIと診断した。非手術適応と考え、5-FU,CDDPによる化学療法と放射線療法の併用療法を行った。経過中、grade 3 (JCOG Toxicity Criteria) の嚥下痛を認め、一時加療を中止したが、小細胞癌及びリンパ節はPR、扁平上皮癌は内視鏡上病変は消失していた。食道小細胞癌は食道癌の中で約1%と稀な疾患であり、またその予後も極めて不良で、1年生存率が10%前後であると報告されている。食道小細胞癌と扁平上皮癌の食道重複癌の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。

## 6. 食道表在癌に対して縦隔鏡下食道抜去術を施行した1例

○七戸俊明, 川原田 陽, 北城秀司, 奥芝俊一, 近藤 哲, 加藤紘之 (北大腫瘍外科)

内視鏡切除が不能であった食道表在癌に対して縦隔鏡下食道抜去術施行した症例を経験したので報告する。(症例) 71歳、男性。心窩部不快感を自覚し近医受診。門歯より約30cmの部位に3.5×4.0cmの不染帯を認め、severe dysplasiaの診断を得たため、当院第三内科に紹介入院となった。入院後のGISでは門歯より30-36cmの部位に1/2周強の0-IIc+IIb病変を認め、BxにてSCC、深達度m2であった。さらに門歯より23-28cmの部位にもほぼ全周性のヨード不染帯を認め、dysplasiaの診断を得た。癌病変に対しEMRを試みたところ、lifting不良であり、かつ不染帯が広範囲に広がり腫瘍病変の範囲の同定が困難であったため、手術目的に当科転科となった。(手術) 術前診断、T1a,N0,M0、Stage Iであった。縦隔鏡下食道抜去術及び、後縦隔経路による胃管再建術を行った。縦隔操作は左鎖骨上において約6cmの襟状切開より行い、両半回神経を良好な視野の元に確認温存し、食道を抜去した。腹部操作は用手補助下腹腔鏡手術下に行い、約6cmの上腹部正中切開創と3箇所のポートを用い胃管を作成した。胃管は食道抜去後の後縦隔経路に挿入し、頸部食道と器械吻合を行った。手術時間は6時間58分、出血量は650mLであった。術後3病日より歩行を開始し、一週間で経口摂取開始した。なお、半回神経麻痺などの早期合併症は認めなかった。(結語) 内視鏡切除が不能であった食道表在癌に対して縦隔鏡下食道抜去術を安全に施行し得た。深達度m2までのEMR不能食道表在癌に対して本術式は低侵襲であり、よい適応であると思われた。

## 7. EVLによる治療後、再出血時に静脈瘤としての形態を失った胃噴門部静脈瘤の1例

○古山準一, 水尾仁志, 森園竜太郎, 岡和田 敦, 横倉 基, 杉澤 憲, 宮崎慎一, 草間敬司, 高橋 麦, 高木秀雄, 内沢政英, 仲 紘嗣, 田辺利男 (勤医協中央病院内科)

症例は、53歳、男性。アルコール性肝硬変症にて当院通院中。食道静脈瘤に対してEISもしくはEVLを6回施行している。また、'96年9月12日 胃静脈瘤 (Lg-f) 破裂に対してHistoacryl blueによるEISおよびB-RTOを施行し、'98年5月3日胃静脈瘤 (Lg-c) 破裂に対してEVLを施行している。'02年5月14日 吐血にて当院受診。上部消化管内視鏡検査では、食道静脈瘤はLmF2 CwRC (+) (CRS+) であった。胃静脈瘤に関しては、静脈瘤としての形態は認められなかつたが、'98年Lg-c破裂に対して施行されたEVL後の瘢痕内に白色の露出血管を認めた。止血状態であり、止血術を施行せず、同日当院入院。5月15日 食道静脈瘤に対してEISを施行するも、出血部位とは連続性がないと判断された。5月17日 上部消化管内視鏡検査にてEVL後の瘢痕内に流入し、上述の露出血管に連続するLg-c (F2 CbRC (+), red plug (+)) を認めた。同部に対して5%EOIによるEISを施行した。EIS後潰瘍を形成したが軽快し、現在外来にて経過観察中である。EVL施行後の胃静脈瘤の再出血時には、静脈瘤の形態を失っている場合もあり、出血源検索の際に十分な観察が必要であると考えられた。

## 8. 当科における上部消化管出血での止血不能例の検討

○片桐雅樹, 渡部香織, 吉谷 敏, 廣田ジョージョ, 山本義也, 常松 泉, 山敷宏正, 成瀬宏仁, 松嶋 喬 (市立函館病院消化器科)

(目的) 今回我々は当科における過去3年間の胃食道静脈瘤を除く上部消化管出血の症例において背景、病変の状態、治療方法を検討した。さらにその中でも止血不能あるいは1次止血は可能であったが手術が必要となった症例について、さらに詳細に検討を加え、その問題点、治療方針について考察する。(対象と方法) 1998年12月より2002年1月までに当科において胃食道静脈瘤を除く上部消化管出血に対して内視鏡的止血術を369回182症例に施行した。そのなかで止血不能例は4症例であった。(結果) 止血を行った症例は、男性145例、女性37例で男性が女性の3倍以上を占めた。疾患は胃潰瘍152例、十二指腸潰瘍12例、マロリー・ワイス症候群7例、胃癌が6例でその他が5例であった。止血方法はヒータープローブ法が288回、純エタノール局注法が63回、クリップ法が43回、HSE局注法を23回施行した。同時に2方法以上を施行した症例もある。止血不能例は4症例であり、症例提示を行い背景、病変の状態、治療方法などについて検討する。

## 9. 消化器出血を契機に発見された胃GISTの2例

- 四十坊克也<sup>1</sup>, 吉崎秀夫<sup>1</sup>, 小林久倫<sup>1</sup>, 阪本真司<sup>1</sup>, 広瀬雅樹<sup>1</sup>, 福田一寿<sup>1</sup>, 吉井新二<sup>1</sup>, 山口文信<sup>1</sup>, 山浦英樹<sup>1</sup>, 岡村毅与志<sup>1</sup>, 数馬尚之<sup>2</sup>, 城田 誠<sup>2</sup>, 斎藤琢己<sup>2</sup>, 小沼由治<sup>2</sup>, 村上正道<sup>2</sup>, 清水徹郎<sup>2</sup>, 江端英隆<sup>2</sup>, 田中伸哉<sup>3</sup> (札幌徳州会病院消化器内科<sup>1</sup>, 札幌徳州会病院外科<sup>2</sup>, 北大分子細胞病理学<sup>3</sup>)

症例1：69歳、女性。H13年7月21日、昼食後に2回、吐血したため当院内科を受診。緊急内視鏡検査で胃体部大弯後壁に中心陥凹を伴ったSMTを認め、精査・治療目的で入院。症例2：57歳、女性。吐血にて当院内科受診。緊急内視鏡検査で胃体部大弯前壁より中心陥凹を伴ったSMTを認め、精査・治療目的で入院。この2例は、いずれも当院外科にて手術が施行された。切除標本の病理組織学的検索の結果は、CD34(+)、C-kit(+)、αSMA(-)、S100(-)で、GISTと最終診断された。文献的考察を加え報告する。

## 10. 胃腺腫および早期胃癌の内視鏡治療後瘢痕部に生じた過形成性ポリープの4例

- 柴田直美<sup>1</sup>, 藤谷幹浩<sup>1</sup>, 伊藤貴博<sup>1</sup>, 坂本 淳<sup>1</sup>, 三好恭子<sup>1</sup>, 岡本耕太郎<sup>1</sup>, 前本篤男<sup>1</sup>, 安田淳美<sup>1</sup>, 渡 二郎<sup>1</sup>, 斎藤裕輔<sup>1</sup>, 横田鉄一<sup>2</sup>, 高後 裕<sup>1</sup> (旭川医大第三内科<sup>1</sup>, 北見工業大学保健管理センター<sup>2</sup>)

胃腺腫および早期胃癌に対して施行した内視鏡的胃粘膜切除術(EMR)後の経過観察中、瘢痕部に再発とは異なる過形成性ポリープを生じた4例を経験したので報告する。1991年5月から2001年7月までに当科にてEMR及びMWを行い、治療後1年以上の経過観察が可能であった171例211病変(胃腺腫64病変、早期胃癌147病変)のうち、腺腫2例、高分化腺癌2例の4例(1.9%)で瘢痕部に発赤調の山田III型ポリープの発生を認めた。組織学的には腺窩上皮型の過形成性ポリープで癌遺残は認めなかった。過形成性ポリープはEMR後4~8ヶ月と比較的早期に生じ、比較的急速に大きな増大をみた。EMR後に過形成性ポリープを生じた部位はいずれも前庭部で、治療後PPIまたはH2 blookerを長期間内服していた。H.pyloriは3例に陽性で、うち2例に除菌療法を実施した。過形成性ポリープに対して、2例ではEMRを行いつの後ポリープの再発はなく、経過観察を行っている2例では増大傾向は認めていない。さらに、これらEMR後に生じた過形成性ポリープの細胞増殖能についても検討を加える。内視鏡治療後の経過観察の際に瘢痕部に一致した隆起性病変をみたときには癌の遺残・再発はもちろんのこと、過形成性ポリープの発生も念頭におく必要があると考えられた。

## 11. 内視鏡的胃粘膜切除術によって完全に切除し得た微小胃MALTリンパ腫の一例

- 杉目史行<sup>1</sup>, 中川宗一<sup>2</sup>, 岩永一郎<sup>1</sup>, 佐藤論美<sup>1</sup>, 中村路夫<sup>1</sup>, 武居正明<sup>1</sup>, 大川原辰也<sup>1</sup>, 小松嘉人<sup>1</sup>, 山本純司<sup>2</sup>, 中川 学<sup>2</sup>, 小平純一<sup>2</sup>, 河原崎 暢<sup>2</sup>, 清水勇一<sup>2</sup>, 武田宏司<sup>1</sup>, 杉山敏郎<sup>1</sup>, 加藤元嗣<sup>2</sup>, 浅香正博<sup>1</sup>, 中川健一<sup>3</sup> (北大消化器病態内科<sup>1</sup>, 北大付属病院光学診療部<sup>2</sup>, 中川胃腸科クリニック<sup>3</sup>)

症例は64歳、女性。平成13年12月、前医での定期検診の上部消化管内視鏡検査において胃体部小弯側に白色調のIIb様粘膜病変を指摘された。生検でMALTリンパ腫疑いであったため、精査加療目的にて平成14年1月当科紹介となった。入院後確定診断目的にEMRを実施した。切除標本の病理組織学的所見では小型のリンパ球と形質細胞のdiffuseな増生、異型リンパ球の腺管内への侵入が認められ、免疫染色では異型リンパ球L26陽性、CD3, CD5, CD10, CD43は陰性であり、病理診断はExtranodal marginal zone B-cell lymphoma of MALT typeであった。切除後の所見では断端(-)であったので完全切除と判断した。また、治療前のEUSでは他部位に病変を認めなかつたが、現在外来にて除菌治療中である。低悪性度胃MALTリンパ腫の発育様式は表層拡大型のものが多く、通常EMRによって完全に切除可能な症例はまれである。本症例は10×6mmの小病変であったことから内視鏡的治療によって治癒する可能性があると思われ、MALTリンパ腫の初期病変像と考えられた。若干の文献的考察を加えて報告する。

## 12. 胃悪性リンパ腫の放射線治療後に出現したGAVEの2例

- 藤谷佳織, 太田智之, 加藤一規, 名見耶満徳, 稲場勇平, 佐藤 龍, 三好茂樹, 櫻井 忍, 千葉 篤, 藤井常志, 村上雅則, 折居 裕 (旭川厚生病院消化器科)

GAVE(gastric antral vascular ectasia)は胃前庭部に特徴的な毛細血管拡張像を呈し、消化管出血の原因となる疾患として近年注目されている。今回我々は胃悪性リンパ腫の放射線治療後に出現したGAVEの2例を経験したので報告する。症例1は81歳男性。平成12年12月に胃内視鏡検査にて胃角小弯後壁に径3cmの2型様病変が認められ、生検の結果H1 rearrangement(+)のB cell type胃悪性リンパ腫と診断された。H.Pylori除菌後、上腹部に50Grayの放射線治療を実施したところ、病変は消失し、潰瘍瘢痕像となった。治療後12ヶ月の経過観察時、悪性リンパ腫は瘢痕化し寛解を維持していたが、胃前庭部の非病変部にびまん性の毛細血管拡張像を認め、その内視鏡像からGAVEと診断した。現在も悪性リンパ腫の再発はないがGAVEは持続している。症例2は、62歳女性。平成13年3月に胃内視鏡検査にて胃体部から胃角小弯にかけて径10cmの2型様病変が認められ、生検の結果B cell type,diffuse mixed cell typeの悪性リンパ腫と診断された。H.Pylori除菌後、上腹部に50Grayの放射線治療を実施したが奏効せず、同年7月から化学療法中である。放射線照射後6ヶ月の経過観察時、悪性リンパ腫は縮小傾向を認めたが、胃前庭部の非病変部にびまん性の毛細血管拡張像を認めGAVEと診断した。現在、悪性リンパ腫はPRであり、GAVEは持続している。2症例ともに現在のところGAVEからの出血を認めていないが、胃悪性リンパ腫放射線治療後の経過観察において注意を要する病変であると考えられた。

### 13. リンパ管腫様の超音波内視鏡所見を示した囊胞を伴った胃の炎症性肉芽組織の一例

○猪股英俊<sup>1</sup>, 沼田隆明<sup>1</sup>, 吉沢美也子<sup>1</sup>, 村松博士<sup>1</sup>, 山内尚文<sup>1</sup>, 井原康二<sup>1</sup>, 西里卓次<sup>1</sup>, 鈴置真人<sup>2</sup>, 岡村圭祐<sup>2</sup>, 富山光広<sup>2</sup>, 大西利佳<sup>3</sup> (清田病院消化器科・内科<sup>1</sup>, 清田病院外科<sup>2</sup>, 札幌医大第4内科<sup>3</sup>)

【はじめに】超音波内視鏡は胃粘膜下腫瘍（SMT）の鑑別診断に有用で、病変の存在する層、内部エコーパターン、大きさなどから特徴的な所見を持つ胃SMTは診断できることも多い。今回、われわれは、リンパ管腫様の超音波内視鏡所見を示した囊胞を伴った炎症性肉芽組織の一例を経験したので報告する。【症例】67歳、男性【現病歴】H14年5月より便秘をくりかえし、H14年6月腹痛を伴ってきため近医受診、下部消化管内視鏡にて大腸癌と診断され、当院紹介入院となった。【現症】結膜に貧血を認め、下腹部にわずかに圧痛を認める。【入院後経過】横行結腸に2型大腸癌を認め、腹部大動脈周囲リンパ節転移、リンパ節よりのS状結腸の直接浸潤所見、肝転移、肺転移あり、Stage IVと診断、さらに上部消化管内視鏡で胃に多発するSMT病変が指摘されており、胃転移が疑われた。胃超音波内視鏡では、sm層に低エコー領域と無エコー領域の混在する扁平な病変が4ヶ所に認められ（最大22×12mm）、リンパ管腫の特徴的所見と一致していた。胃転移の超音波内視鏡像の報告はないが、原発巣の組織と同じであれば類円形の低エコー像を示すことが予想される。しかし、特殊な組織の大腸癌転移も否定できなかつた。大腸癌の治療として、拡大結腸左半切除術と肝S2部分切除が施行された。術中所見でも胃SMT病変を数カ所に認め、診断のため、胃角部の1つを部分切除した。病理組織では、sm層に、無エコー部分に相当する囊胞と、低エコー部分に相当する、好中球浸潤、毛細血管増生、線維芽細胞増生をみる炎症性肉芽組織が認められた。

### 14. 消化管病変が先行し、その後多彩な臨床像を呈した好酸球増加症候群の1例

○庵原秀之<sup>1,2</sup>, 勝木伸一<sup>1</sup>, 北岡慶介<sup>1,2</sup>, 長町康弘<sup>1,2</sup>, 野尻秀一<sup>1</sup>, 藤田美惣<sup>3</sup>, 寺島由紀子<sup>4</sup>, 滝沢耕平<sup>2</sup>, 町田卓郎<sup>2</sup>, 猪股英俊<sup>2</sup> (新日鐵室蘭総合病院消化器科<sup>1</sup>, 札幌医科大学第四内科<sup>2</sup>, 新日鐵室蘭総合病院病理部<sup>3</sup>, 新日鐵室蘭総合病院皮膚科<sup>4</sup>)

好酸球性胃腸炎が先行し、その後肝浸潤、皮膚浸潤を認め好酸球増加症候群と診断された症例を経験したので報告する。症例は68歳、男性。慢性腎不全、狭心症の診断で、当院内科に入院中、難治性の下痢と腹痛を認めたため2月上旬当科に転科となった。転科後直腸癌の既往があることから、癌の再発を疑い下部消化管内視鏡検査を施行、盲腸、上行結腸を中心に多発性の潰瘍を認めた。同部位からの生検では、大腸粘膜への好酸球の高度な浸潤を伴っており、原因不明の好酸球性胃腸炎と考え、上部消化管内視鏡を施行したところ、胃内のびらんと十二指腸の多発性潰瘍を認めた。同部位からの生検では、大腸と同じく好酸球の高度浸潤をみとめた。経過中、高度の肝機能障害を認め好酸球の肝への浸潤を疑い肝生検を施行。portal triadsへの好酸球の浸潤とhemosiderinの沈着を認めた。また、全身に紅斑を認めたため、皮膚科にて皮膚生検を施行したところ、皮膚においても好酸球の著しい浸潤を認めた。以上より、胃、大腸、肝、血液、皮膚に好酸球の存在を認めたことより、好酸球増加症候群と診断された。また、貧血、網状球の増加、ハプトグロビンの低下を認め、溶血性貧血の合併も予想された。好酸球增多、溶血の原因として、まず、薬剤の関与を疑い、使用中の薬剤をすべて変更したうえで、ステロイド投与（プレドニン30mg/day）を開始した。経過は順調で、下痢、腹痛、皮膚搔痒感は軽快し、内視鏡像も改善した。貧血、肝機能障害も改善し5月上旬退院となった。現在も再発の徵候を認めていない。

### 15. 胃内分泌細胞癌の一例

○高橋大賀<sup>1</sup>, 黒河聖<sup>1</sup>, 今村哲理<sup>1</sup>, 栄原正博<sup>1</sup>, 安保智典<sup>1</sup>, 本谷聰<sup>1</sup>, 萩原武<sup>1</sup>, 西岡均<sup>1</sup>, 上野敦盛<sup>1</sup>, 村岡俊二<sup>2</sup>, 佐藤利宏<sup>2</sup> (札幌厚生病院胃腸科<sup>1</sup>, 札幌厚生病院臨床病理<sup>2</sup>)

症例は67歳、男性。検診にて、胃潰瘍が疑われ、2002年4月30日当科受診。上部消化管内視鏡検査にて胃角部小弯後壁に2型の腫瘍を認めた。潰瘍辺縁からの生検はgroup Vで、Chromogranin A抗体染色陽性、シナブトフィジン抗体染色で陽性、NSE抗体染色陽性で、neuroendocrine cell carcinoma (NCC)と診断された。既往歴には2000年11月、早期S状結腸癌にて前医でS状結腸切除施行。家族歴には特記すべき事項は認めなかった。上記にて5月23日当科入院となり、6月17日当院外科にてdistal gastrectomy施行。病理組織学的に胃内分泌細胞癌と診断された。

胃内分泌細胞腫瘍は本邦ではカルチノイド腫瘍、内分泌細胞癌に大別される。後者の発生は、1) 先行した一般組織型腫瘍から発生、2) 先行したカルチノイドから発生、3) 非腫瘍性多分化幹細胞から発生、4) 非腫瘍性幼弱内分泌細胞からの発生と考えられており、一般に高悪性度で予後不良とされている。文献的には内分泌細胞癌の治療について多剤化学療法が試みられているが、著効例の報告はない。またその発生頻度は全胃癌中の0.06～0.08%とされており稀であるが、近年報告が増加している。しかし、その臨床病理学的特徴に関しては依然不明な点が多い。今回我々は胃内分泌細胞癌の1例を経験したので過去20年間で当院にて経験した6例を含め、臨床病理学的に若干の文献的考察を加えて報告する。

### 16. 粘膜下層に囊胞成分を伴い、深達度診断が困難であった早期胃癌の2例

○一箭珠貴<sup>1</sup>, 宮崎広龜<sup>1</sup>, 武田耕一郎<sup>1</sup>, 石橋陽子<sup>1</sup>, 月館範行<sup>1</sup>, 中村雄一<sup>1</sup>, 清水康<sup>1</sup>, 西村正治<sup>1</sup>, 七戸俊明<sup>2</sup>, 川原田陽<sup>2</sup>, 北城秀司<sup>2</sup>, 奥芝俊一<sup>2</sup>, 加藤紘之<sup>2</sup>, 伊藤智雄<sup>3</sup> (北大第一内科<sup>1</sup>, 北海道大学医学部腫瘍外科<sup>2</sup>, 北海道大学医学部付属病院病理部<sup>3</sup>)

【背景】Gastritis cystica profunda (GCP) は胃粘膜上皮が粘膜下層に陷入した病変に対しての病理診断名である。近年GCPにおける超音波内視鏡(EUS)の有効性が注目されている。今回我々は胃癌症例において、術前にGCPの存在が推察され深達度診断が困難であった2症例を経験したので報告する。【症例1】72歳女性。進行大腸癌術前の上部消化管内視鏡にて胃体上部前壁にIIa型早期胃癌を認めた。EUSでは第3層以深への明らかな浸潤所見は認めなかつたが、多発性の囊胞所見を認めた。大腸切除術と同時に胃病変の外科的粘膜切除を行つた。組織学的所見は高分化型管状腺癌であり、一部粘膜下層に陷入しているが間質への浸潤は認めず、眞の浸潤とは異なるものと思われた。【症例2】58歳男性。検診の上部消化管内視鏡にて胃体上部小弯後壁に直径約1cm、IIa+IIc型の病変を認めた。EUSでは第4層への明らかな浸潤所見はなかつたが第3層へのmassiveな浸潤と、浸潤部における内部高エコーの囊胞様成分を認めた。囊胞様部分は腫瘍の浸潤によるものと考え術前深達度診断はsm massiveとし、噴門側胃切除を行つた。組織学的所見は高分化型管状腺癌であり、一見深達度はpT1 (SM) であったが、免疫染色によりsmに認められる腫瘍はtype 4 collagenで囲まれており、間質浸潤とは異なるものと考えられた。近傍には非腫瘍性のGCPも認めた。【考察】GCPを伴う早期胃癌2症例を経験した。GCPの原因としていくつかの仮説も提案されているが、その成因、発癌との関わりはいまだ解明されていない。GCPの存在診断においてEUSは最も診断的意義のある検査であるが、腫瘍に合併した場合、腫瘍の深達度診断は時に難渋する場合があり、慎重を要すると考えた。

## 17. 粘膜下腫瘍の形態を呈した進行胃癌の一例

○石川千里<sup>1</sup>, 安田淳美<sup>1</sup>, 笹島順平<sup>1</sup>, 伊藤貴博<sup>1</sup>, 坂本 淳<sup>1</sup>, 柴田直美<sup>1</sup>, 岡本耕太郎<sup>1</sup>, 斎藤裕輔<sup>1</sup>, 川島哲也<sup>2</sup>, 長谷部千登美<sup>2</sup>, 星 智和<sup>3</sup>, 松田 年<sup>3</sup>, 葛西眞一<sup>3</sup>, 高後 裕<sup>1</sup> (旭川医大第三内科<sup>1</sup>, 吉田病院<sup>2</sup>, 旭川医大第2外科<sup>3</sup>)

症例は67歳、男性。心房細動、ASD術後として吉田病院にて通院観察中であった。平成13年4月、スクリーニング目的に胃内視鏡検査を施行したところ、胃幽門部前壁に粘膜下腫瘍を指摘され、当科を紹介された。胃超音波内視鏡検査（以下EUS）では、胃幽門部前壁に粘膜下層を主座とし、内部に囊胞様構造を認めるhypoechoicな腫瘍として描出され、迷入腺疑いと診断し、経過観察とした。平成14年1月、上腹部不快感あり、吉田病院にて胃内視鏡検査施行。以前指摘された粘膜下腫瘍の増大と欠壊が見られ、生検にて中分化型腺癌が得られた。当院第2外科に紹介入院、2型進行胃癌の診断にて2月22日、幽門側胃切除を施行された。術後病理組織では、腺境界領域に存在する深達度SSの乳頭状腺癌で、粘膜下層主体に膨張性発育を示していた。明らかな迷入腺の所見は見られなかった。癌組織内に粘膜下異所性腺管が存在しており、腺底部に発生した高分化型腺癌が、異所性腺管や静脈侵襲により、早い時期から粘膜下で増殖したために粘膜下腫瘍の形態を取ったものと推察された。粘膜下腫瘍様形態を呈する胃癌の特徴として、1) 組織型にかかわらずリンパ球浸潤の多いもの、2) 粘液癌、内分泌細胞癌、扁平上皮癌、癌肉腫のような髓様増殖をする特殊な組織型、3) 腺管侵襲によるもの、4) 異所性腺管や迷入腺から発生、5) 癌周囲の線維化が粘膜下腫瘍様に見られるもの、6) 粘膜下層主体に増殖する高分化型腺癌があげられる。本症例は3)~6)に相当するもので、異型が少なく生検で診断困難な場合があり、非典型的な粘膜下腫瘍の診断には切開生検や穿刺細胞診などが必要と思われた。

## 18. 異所性腺として経過観察中に発症した胃腺扁平上皮癌の1例

○菊地智樹<sup>1</sup>, 小池和彦<sup>1</sup>, 幸田久平<sup>1</sup>, 久我 貴<sup>1</sup>, 藤城貴教<sup>1</sup>, 吉田なづ<sup>3</sup>, 高氏修平<sup>1</sup>, 安藤政克<sup>2</sup>, 中澤 修<sup>1</sup> (旭川赤十字病院消化器科<sup>1</sup>, 旭川赤十字病院病理部<sup>2</sup>, 札幌医科大学第四内科<sup>3</sup>)

胃腺扁平上皮癌は比較的まれな疾患で、これまで本邦では200例余りが報告されているにすぎない。今回我々は15年間異所性腺として定期的に経過観察していた症例において同部位からの発生と考えられる胃腺扁平上皮癌を発症した例を経験した。症例は77歳、男性。昭和62年より胃前庭部大弯の異所性腺として胃内視鏡にて年に1回程度経過観察されていた。平成13年12月頃より、右脇肋部に腫瘍を触知し精査目的に当科受診。胃内視鏡上、腫瘍は粘膜下腫瘍様の形態を呈し、CTにて胃壁外発育性腫瘍、及び肝に低吸収域を多発性に認めた。胃生検組織診では腫瘍成分は採取されなかつたが、胃癌肝転移を強く疑い、幽門側胃切除、肝部分切除を施行。病理組織学的に腫瘍は腺癌成分と扁平上皮癌成分が混在するものであった。本症例は異所性腺を発生母地として腺扁平上皮癌を発症したものと考えられ、15年にわたり発生過程を観察していく点でも興味深く、若干の文献的考察を加え報告する。

## 19. 当センターにおける胃癌の現況について

○吉田正史, 野村昌史, 三井慎也, 後藤 充, 泉 信一, 吉田暁正, 林 毅, 田中義規, 渡辺朗生, 高橋邦幸, 大西幸代, 松永隆裕, 渡辺晴司, 桜井康雄, 姜 貞憲, 辻 邦彦, 真口宏介 (手稲済仁会病院消化器病センター)

【背景】日本では胃癌検診が広く行われ、また各医療機関でも内視鏡検査が日常的検査となり、早期胃癌例の発見増加により胃癌の死亡率は減少傾向にある。しかしながら発見時に既に進行癌である症例も数多く経験される。今回当センターにおける胃癌の現況をまとめたので報告する。【目的】胃癌患者の現況を明らかにする【対象】2000年1月から2001年12月の2年間に当センターで施行した上部内視鏡検査14049件中胃癌208例219病変を対象とした。【検討項目】病変発見時以前に内視鏡検査を受けていたか否か、受けていた場合の時期、診断時の深達度について検討した。【結果】病変発見時以前に内視鏡検査を受けていたのは52例(25.0%)、受けていなかったのは156例(75.0%)であった。以前に内視鏡を受けていなかった156例では深達度mが57病変(34.3%), sm1病変(18.7%), mp以深72病変(43.4%), 不明6病変(3.6%)であった。内視鏡を受けていた52例では深達度mが24病変(45.3%), sm13病変(24.5%), mp以深14病変(26.4%), 不明2病変(3.8%)であった。前回検査の時期は1年以内が12例(23.1%), 1年から2年以内が9例(17.3%), 2年から3年以内が7例(13.5%), 3年以上が24例(46.2%)であった。【考察】胃癌患者は前回検査未施行例が前回検査施行例の3倍を占め、深達度を両者で比べるとm, sm癌は検査施行例に多く、mp以深癌は検査未施行例に多かった。検査施行例でも、3年以上前回の検査から経過している例が24例と約半数を占め、これらの症例中mp以深癌は7例(29.2%)であった。以上の結果から定期的な検査は胃癌、特に早期癌発見に必要であることが再確認された。

## 20. 胃癌におけるVirtual endoscopy (VE) の検討

○佐藤 龍, 太田智之, 加藤一規, 稲場勇平, 藤谷佳織, 三好茂樹, 櫻井 忍, 千葉 篤, 藤井常志, 村上雅則, 折居 裕 (旭川厚生病院消化器科)

【目的】近年MDCT (multi detector-row CT scanner) の登場によりVirtual endoscopy (VE) が可能となってきたが、胃癌においてVEの有用性及び今後の展望につき検討する。【対象と方法】2001年10月から2002年6月までに当科でVEを施行した胃癌50病変（早期30病変(m19, sm11)、進行20病変）を対象とし内視鏡所見とともにVEの描出率を検討した。描出率の評価は、A：的確に描出、B：異常は指摘できるが描出は不的確、C：描出不可に分類し、腫瘍径、部位、肉眼型、深達度、ひだ集中の有無につき検討した。CTはLightSpeed QX/iを使用した。【成績】全50病変ではA：35病変(70%)、B：6病変(12%)、C：9病変(18%)であり、Cのうち2病変は食残で描出困難な病変であった。この2病変を除いた48病変において早期癌28病変の描出率はA：15病変(54%)、B：6病変(21%)、C：7病変(25%)、進行癌20病変では全20病変(100%)がAであった。早期癌28病変につき描出率を検討したところ描出可能21病変(A+B)と描出不可7病変(C)では、腫瘍径16mm以上(p=0.01)、ひだ集中あり(p=0.03)の病変が有意に描出されやすく、部位(p=0.85)、肉眼型(p=1.00)、深達度mとsmの差(p=0.19)では有意差を認めなかった。【結語】VEは進行癌では100%、早期癌では75%の描出が可能であった。しかし大きさが15mm以下やひだ集中を伴わない早期癌については描出が困難であり、今後スクリーニングとして有用であるか更なる評価が必要と考えられた。

## 21. 早期胃癌に対する内視鏡的粘膜切除術～当院における

Insulation-tipped (IT) ナイフの使用経験について～

○住吉徹哉<sup>1</sup>, 近藤 仁<sup>1</sup>, 和賀永里子<sup>1</sup>, 大平典明<sup>1</sup>, 奥 隆臣<sup>1</sup>,  
由崎直人<sup>1</sup>, 西堀恭樹<sup>2</sup>, 信岡 純<sup>2</sup>, 大井雅夫<sup>2</sup>, 辻 靖<sup>2</sup> (斗南  
病院消化器病センター内科<sup>1</sup>, 札幌医科大学第四内科<sup>2</sup>)

【目的】近年、内視鏡技術の進歩に伴い、早期胃癌に対する内視鏡的粘膜切除術（EMR）が広く普及してきた。しかし、従来のstrip biopsy法では20mm以下の病変でも約50%は分割切除となっているのが現状であり、そのような切除標本では正確な病理学的診断が困難であると同時に術後の再発率も高いことが報告されている。そのため、近年ではさまざまなEMRの手法が報告されているが、我々は2000年10月よりInsulation - tipped (IT) ナイフを用いたEMRを行ってきた。今回、その一括切除率および偶発症についてstrip biopsy法との比較検討を行ったので報告する。【対象】1997年から2002年6月の間に、当院でEMRを施行した早期胃癌のうち検討可能であった96症例を対象とした。【結果】strip biopsy法でEMRを施行した症例（SB群）は55例であり、ITナイフを用いた症例（IT群）は41例であった。一括切除率においてSB群では50.9%（28/55）であったが、IT群では87.8%（36/41）とIT群で優位に高かった。腫瘍径別で比較すると、特に11mm以上の病変においてSB群の33.3%（11/33）と比較し、IT群では84.8%（28/33）であり、部位別ではU領域においてSB群では25.0%（1/4）であったのに対し、IT群では83.3%（5/6）であった。また、肉眼型別では陥凹型の病変においてSB群で48.0%（12/25）であったが、IT群では94.1%（16/17）であった。偶発症についてはIT群で出血、穿孔のため、2例で緊急手術が行われた。【結論】ITナイフを用いたEMRでは病変の大きさ、部位、肉眼型に関わらず、高い一括切除率を示し、早期胃癌に対して考慮されるべき方法の一つであると考えられた。しかし、治療に伴う偶発症については十分に注意し、対処すべきと考えられた。

## 22. 放射線治療後に出現した食道癌術後再建胃管からの出血に 対しアルゴンプラズマレーザー凝固法が有効であった2症例

○藤川幸司<sup>1</sup>, 太田英敏<sup>1</sup>, 新谷直昭<sup>1</sup>, 高橋康雄<sup>1</sup>, 井山 謙<sup>2</sup>,  
中村とき子<sup>2</sup> (国立札幌病院消化器科<sup>1</sup>, 札幌医大第4内科<sup>2</sup>)

悪性腫瘍に対する放射線治療後、時に難治性の消化管出血をきたし、止血に難渋することがある。アルゴンプラズマレーザー凝固法（argon plasma coagulation；以下APC）は新しい内視鏡的止血法として広く消化管出血の治療に応用され、その有用性が報告されている。今回我々は、食道癌術後再建胃管からの出血に対しAPCが有効であった2例を経験したので報告する。【症例1】65歳男性。胸部2型食道癌で食道亜全摘、胸骨後胃管再建。鎖骨上リンパ節の再発に対し抗癌剤併用放射線照射（計65Gy）施行。照射終了5ヶ月後強度の貧血が出現し、上部消化管内視鏡にて毛細血管の増生、拡張、粘膜発赤、湧出性出血等を認め、放射線障害によるgastropathyと診断した。頻回のAPCを要したが、最終的に止血可能であった。【症例2】68歳男性。胸部1型食道癌に対し食道亜全摘、胸骨後胃管再建施行。上縫隔リンパ節および胸椎転移による神経症状が出現し、抗癌剤併用放射線療法（計54Gy）施行、その後出現した頸椎転移に対し計40Gy照射。照射4ヶ月後の上部消化管内視鏡では極く軽度の胃管出血のみであったが、9ヶ月後急激に貧血が進行し、胃管数ヶ所からの出血を認めた。クリッピングは効果なく、APCにて止血し得た。【考察】APCは広範囲の表層性の止血に適しており、様々な消化管出血に応用され、放射線性胃管出血に対しても極めて有効であった。さらに簡便、迅速な止血法であり、特に吻合部狭窄、瘻着による屈曲といった他の止血法では困難な部位の止血に適していると考えられた。

## 23. 早期胃癌EMR補助療法としての内視鏡的Argon Plasma Coagulation (APC) Therapyの有用性。

○勝木伸一<sup>1</sup>, 野尻秀一<sup>1</sup>, 藤田美術<sup>2</sup>, 庵原秀之<sup>3</sup>, 北岡慶介<sup>3</sup>,  
長町康弘<sup>3</sup> (新日鐵室蘭総合病院消化器科<sup>1</sup>, 新日鐵室蘭総合病院病理部<sup>2</sup>, 札幌医科大学第4内科<sup>3</sup>)

【背景】近年、早期胃癌においては、診断学の進歩と機器の発展により高い精度での深達度診断が可能になった。また、腫瘍の切除においては、粘膜下局注によるEMR手技が普及し、さらにその適応拡大が模索されている。しかし、腫瘍の局在やサイズ、合併症の発生、術者の技量等により、分割切除を余儀無くされてしまう症例も少なくない。一方Argon Plasma Coagulation (APC) は、高周波電流によりイオン化されたプラズマによる組織凝固法で、内視鏡治療に導入され、消化管出血や早期癌治療に対してその有用性が報告されている。今回我々は、EMR補助療法としてこのAPC therapyを施行し、その有効性について検討したので基礎的実験とあわせて報告する。【方法】(1) 屈歎直後のブタ胃粘膜を用い、EMRを施行したあととの状態で、様々な出力でAPCを施行後ホルマリン固定し、HE染色後鏡検にて組織障害深度を観察した。(2) 当科で経験したEMR症例のうち、切除断端陽性を疑いAPCを施行した21例と、EMR中に出血し、APCにて止血した37例について、その短期、長期効果、合併症の有無を検討した。(3) 装置は、ERBE社製高周波発振装置エルボトームICC200とアルゴンガス発生装置APC 300を用いた。【成績】(1) EMR施行後の状態では、粘膜筋板がないため、その凝固深度は、60W、10秒の出力で、筋層表層まで到達してしまうため、臨床応用の際には、出力を60W、5秒以下とした。(2) APC追加治療をおこなったEMR症例のうち再発例は、1例のみであった。APCを止血目的に施行した症例では、再出血は1例もなかった。合併症は、周囲粘膜へのガス注入が1例に認められた。【結論】APC therapyは、その特性により、操作が簡便で、かつ安全であるため、これからのEMR補助療法における有効な選択肢の一つと考えられた。

## 24. 胃粘膜内癌に対するアルゴンプラズマ凝固法の長期治療成績の検討

○佐川 保<sup>1</sup>, 高山哲治<sup>1</sup>, 濑本理修<sup>1</sup>, 岡本哲郎<sup>1</sup>, 佐藤靖史<sup>1</sup>,  
信岡 純<sup>1</sup>, 林 肇<sup>1</sup>, 奥 隆臣<sup>1</sup>, 勝木伸一<sup>2</sup>, 野尻秀一<sup>2</sup>,  
村松博士<sup>3</sup>, 高橋 稔<sup>1</sup>, 古川勝久<sup>1</sup>, 加藤淳二<sup>1</sup>, 新津洋司郎<sup>1</sup>  
(札幌医大第四内科<sup>1</sup>, 新日鐵室蘭総合病院消化器科<sup>2</sup>, 清田病院消化器科<sup>3</sup>)

【目的】アルゴンプラズマ凝固法（以下APC法）は、高周波電流によりイオン化されたアルゴンプラズマによる非接触型の組織凝固法であり、主に消化管出血に対する止血を目的に用いられている。一方、近年、諸々の重症合併症や潰瘍瘢痕などにより手術不能かつ粘膜切除術（EMR）不能早期胃癌が増えつつある。我々は一昨年の本学会において、ブタ胃粘膜を用いて胃癌治療のためのAPCの照射条件を設定するとともに、手術不能かつEMR不能胃粘膜内癌に対するその有効性を報告した。そこで今回は、これらの疾患の症例数を増やしてAPCの有効性を検討するとともに、その長期予後について検討した。【対象と方法】対象は、心疾患、出血傾向、高齢などにより手術不能と判断され、かつ潰瘍瘢痕、出血傾向、粘膜切除術後再発などによりEMR不能と判断された胃粘膜内癌27例（高分化型）であり、いずれもインフォームドコンセントの得られた症例である。深達度は超音波内視鏡などによりMと診断した。方法は、ERBE社製APC型アルゴンプラズマ凝固装置を使用し、アルゴンガス流量2.0L/分、出力60Wにて照射した。【成績】直径35mmのIlaを除去して、いずれも1回の治療で終了した。27例中26例（96%）では腫瘍が完全に消失し、以後再発をみていない。再発した1例は、APC施行6ヶ月後に再発したが、以後間欠的にAPCを行い、腫瘍の大きさはコントロールされている。噴門部や体上部後壁などの一般に内視鏡的治療が困難な部位に位置する癌も容易に治療することができた。平均Follow-up期間は37.4±7.3ヶ月であるが、今のところ全例生存している。治療中に3例が腹部膨満感を訴えたが、吸引により間もなく軽快した。その他に重篤な合併症はなかった。【結語】APC法は切除不能かつEMR不能早期胃癌に対して安全かつ有効な治療法であることが示された。

## シンポジウム

### S-1. GIST - 臨床病理像と問題点

○藤田昌宏（恵佑会臨床病理学研究所、北海道医科大学）

胃腸管間質腫瘍gastrointestinal stromal tumors (GISTs) の捉え方には、現在2つがある。1つは平滑筋腫、神経鞘腫およびそれではない全ての間葉系腫瘍を総称する立場 (ROSAI) であり、他の1つはGISTを平滑筋腫や神経鞘腫以外の腫瘍として捉えるもの (WHO) である。GISTの診断名は後者のように狭義に用いる場合がほとんどであるが、これは広義のGISTの大部分が筋や神経への分化を示さず、未分化間葉系細胞抗原CD34が陽性であり、その後にヒトのproto-oncogeneであるc-kitの遺伝子産物KITレセプターも陽性となることが明らかにされたことによる。CD34やCD117 (c-kit) は、狭義GISTの大半で陽性を示すが、厳密には依然として種々の病像を含むものである。すなわち、共通の特徴として平滑筋系マーカー、神経系マーカー陰性であり、1) CD34とc-kitいずれも陽性群、2) 3) いずれか一方が陽性のもの、4) 両者とも陰性のものが含まれている。現実的には、混乱を避けるためにGISTという診断名に陽性の免疫染色結果を附記した表現が望ましい。病理形態学的には平滑筋性腫瘍と診断されてきたものが代表的組織像である。80%くらいは紡錘型細胞腫瘍で葉巻状核、柵状配列、鍍銀像での箱入像などleiomyosarcomaと診断されたHE像に近い像であり、20%くらいに上皮様細胞優位のものがみられ、epithelioid leiomyomaなどに相当するものである。又、他の形態も少數見受けられる。CD117 (c-kit) はGISTに特異的ではないが感度の高いマーカーであり、CD34や他の病理学的所見と合わせての総合診断が必要である。GISTの10~30%は悪性といわれるが、良悪の病理学的判定は難しく、従来のleiomyosarcomaの悪性度判定に準ずるものである。浸潤、転移、大きさ、壊死出血の有無、核分裂像、細胞密度や異型度などを判定因子とし、Ki67 score (10%以上) も指標となる。狭義のGISTは、胃に最も多い報告があるが、自験例でも胃に80%、小腸や食道に20%ほど認められている。自験例を中心に病理学的特徴と問題点を述べ、他の消化管間葉系腫瘍との相違についてもふれてみたい。

### S-2. GISTの分子生物学

○垣内英樹、山本博幸、伊東文生、遠藤高夫、今井浩三（札幌医大第一内科）

GISTは病理学的に悪性度診断が難しい症例が少なくない。一方c-kit遺伝子変異を伴うGISTは、悪性度が高く、予後も不良である。のことより、遺伝子によるGISTの悪性度診断が期待されている。しかしながらGISTにおけるc-kit以外の遺伝子異常は、ほとんど判っていない。そこでわれわれは、GISTにおける遺伝子異常をさまざまな角度から解析し、GISTの分子生物学的悪性度診断を試みた。30例の散発性胃GIST（良性20例、悪性10例）を用いて以下の検討を行った。（1）KIT、CD34、P53、Bcl-2等の各種抗体による免疫染色。（2）c-kit遺伝子の突然変異。（3）マイクロサテライト不安定性 (MSI)。（4）p16やhMLH1遺伝子等さまざまな遺伝子のDNAメチル化。（5）AP-PCRアレイを用いて全ゲノムにおける遺伝子欠失領域の検討。（6）cDNAアレイを用いた網羅的な遺伝子発現の解析。c-kit遺伝子の変異は、60%の症例において検出された。また悪性GIST10例では全例にc-kitの変異を認めた。また染色体14qと22qに遺伝子欠失を認めた。MSIや遺伝子メチル化およびP53の免疫染色における異常は認められず、胃の上皮性腫瘍とは分子生物学的に明らかに異なる。またcDNAアレイのクラスター解析において、悪性群と良性群に明らかなパターンの相違がみられ、またVEGFやbcl-2遺伝子の発現の亢進を認めた。これらよりc-kit遺伝子の変異と、cDNAアレイによる遺伝子発現解析が悪性度診断に大変有用であると考えられた。最近チロシンキナーゼ阻害剤であるST1571がc-kit変異を有するGISTの治療に有効であるとの報告があり、遺伝子情報は診断のみならずオーダーメイド治療にも有用であると考えられる。

### S-3. GISTのレントゲン・内視鏡診断

○本谷 聰、安保智典、今村哲理、柄原正博、黒河 壽、萩原 武、西岡 均、上野敦盛、高橋大賀（札幌厚生病院第一消化器科）

GISTは本来、免疫組織病理学的な知見から最終診断されるべき疾患概念である。したがって、臨床上レントゲン・内視鏡のみでGISTの最終診断がなされるべきではない。しかし、GISTには単に粘膜下腫瘍の形態を呈するにとどまらず、消化管内腔へ発育増大する傾向を有するものも少なくない。これら内腔発育型GISTでは腫瘍形態上、潰瘍形成や結節形成などの所見を呈し診断の参考になることが多い。胃GISTについては、当院でc-kit、CD34の免疫染色が開始された1998年から現在までの18症例について、これらの特徴的所見が内視鏡、もしくはX線造影で認められたか検証し、さらに他の粘膜下腫瘍との鑑別に有用であったかについて考察する。また発育形態からみた胃GISTの病理学的悪性度についても併せて検討する。小腸・大腸GISTについては、1992年1月から2001年12月までの間に当科で精査を行い外科的に切除した小腸3例、大腸1例について検討した。小腸GISTはいずれも腸管外発育型で単結節型、直径は4~10cmであった。直腸GISTは内腔発育型で、単結節型、直径は5.5cmであった。今回の検討ではX線造影ならびに内視鏡所見から小腸・大腸GISTとしての形態的特徴を指摘することは出来なかった。なお口演に際し、胃GISTを本谷が、小腸・大腸のGISTを安保がそれぞれ担当させていただく。

### S-4. 消化管間葉系腫瘍 (GIMT) における超音波内視鏡診断についての検討

○太田智之、村上雅則、折居 裕（旭川厚生病院消化器科）

【目的】 Gastrointestinal mesenchymal tumor (GIMT) の超音波内視鏡 (EUS) 所見をretrospectiveに見直し、経過観察例と治療例から質的診断の可能性を検討する。【対象と方法】 1992年から2002年3月までに当科で経験しEUSを施行したGIMT症例のうち、その後の経過観察が可能であった19病変とEUS後に治療を施行した21病変の計40病変を対象とした。病変の局在は食道11病変、胃25病変、十二指腸1病変、大腸3病変であった。検討項目は腫瘍径、腫瘍エコレベル（4層と比較して低、同、高）、内部エコーの均一性（均一、不均一）、腫瘍辺縁の性状（整、不整）、囊胞状変化の有無、石灰化の有無である。治療例は組織検索をHE染色およびc-kit、CD34、α-SMA、desmin、s100による特殊染色を用いRosaiの分類に従い検討した。またGIMTの悪性度を経過観察結果と治療後組織学的評価からbenign (borderlineも含む) とmalignantに分類した。【成績】 [1] 経過観察した19病変の局在は食道4、胃13、十二指腸1、大腸1病変で平均腫瘍径は $18.4 \pm 7.3\text{mm}$  ( $7\text{--}35\text{mm}$ ) であった。また平均経過観察期間30.4か月（4~60か月：中央値23か月）において1病変の増大をみた以外はすべて腫瘍径に変化は認めなかった。[2] 治療した21病変の局在は食道7、胃12、大腸2病変であった。腫瘍径はEUSで $40.4 \pm 27.6\text{mm}$  ( $15\text{--}130\text{mm}$ ) と経過観察例と比較して有意に大きかった。[3] 経過観察で不变であった18病変をbenignと仮定し、治療例での組織学的評価から決定した悪性度とEUS所見とを対比してGIMTの悪性度を推定するEUS所見を求めたところ、1) 腫瘍径5cm以上 ( $p=0.01$ )、2) 腫瘍辺縁が不整 ( $p=0.004$ )、3) 内部にcystic lesionを認める ( $p=0.007$ )、が有意にmalignantが多くこれらの所見を拾い上げることが悪性度診断に有用であった。[4] EUS所見で狭義のGISTと他のタイプとの鑑別が可能か否かを検討したところ、いずれの所見も差は認められず現状では鑑別困難と考えられた。【結論】 EUSはGIMTの悪性度診断には有用と考えられた。しかし狭義のGISTを鑑別することは現状では困難であり他のmodalityとの併用が必要である。

## S-5. 消化管間葉系腫瘍（GIST）の基礎と臨床－GISTのCT、

MRI、血管造影

○小野寺祐也（北大高次診断治療）

消化管間葉系腫瘍（GIST）は従来、平滑筋腫、平滑筋肉腫と考えられた腫瘍だが、病理学の発展に伴い、腫瘍内部の構成の多様さから、平滑筋腫や平滑筋肉腫とは別の新たな疾患概念として提唱されたものである。したがってGISTの画像は平滑筋腫、平滑筋肉腫として報告されたものに類似することが当然予想されるが、実際はCT、MRIで内部に壞死なく、均一な濃度、信号、造影剤の増強効果を呈するもの、逆に壞死を有するもの、石灰化を有するものなど、さまざまなパターンを有し、GISTに特異的な所見が定まっていないのが現状である。しかし、CT、MRIはその優れた空間分解能から、病変の局在、周囲臓器との関係、把握が他のモダリティと比べて、容易で、客観性のあるデータを提供し、治療戦略を立てる上で極めて有用である。また、病変の局在からGISTと他の疾患との鑑別を絞りこむことは可能であり、CT、MRIの詳細な読影はGISTの診断に寄与するものと考える。血管撮影は比較的血管に富む腫瘍として捕らえることができるが、診断的な意義は低い。本シンポジウムでは実際の画像を供覧するとともに各種モダリティの適応について言及する。

## S-6. GISTに対する外科治療

○松田 年、星 智和、上田拓実、近間威彦、板東敬介、  
葛西真一（旭川医大第二外科）

過去10年間に当科で経験した粘膜下腫瘍15例中、病理学的にGISTとされたのは10例である。手術方法とその予後、および近年普及してきた腹腔鏡下手術について成績を供覧する。入院時の平均年齢は60歳、男女比は2：3で、腫瘍の発生部位は胃8例（穹窿部1例、体上部4例、体下部2例、幽門前庭部1例）、十二指腸1例、大網1例であった。悪性は胃1例、十二指腸1例である。胃悪性GISTの腫瘍径は20cmであり、同時に多発性肝転移をきたしていたため、胃部分切除+肝動脈カニュレーションを行なった。十二指腸GISTに対しては脾頭十二指腸を行なったが、両症例とも原病死した。良性GISTの平均腫瘍径は5.6cmであった。胃GISTの1例は早期胃癌を合併していたため、開腹胃全摘+D2郭清を行なっている。また大網GISTは腫瘍径が10cmと大きく、開腹腫瘍摘出を行なった。その他の症例に対しては、腹腔鏡下に胃部分切除を行なった。腹腔鏡下手術5例の平均手術時間は113分で出血量は22.5gであった。すべての症例で合併症はみられず、術後平均入院日数は15日であった。現在までに再発は認められていない。GISTに対する外科治療の基本としては、腫瘍の完全切除であり、手術中に被膜を傷つけない、切離端を陰性にすることが肝要である。比較的小さなGISTに対しては、腹腔鏡下手術はよい術式と考えられた。

## 25. 当院における経皮内視鏡的胃瘻造設術（PEG）の臨床的検討－第7報－PEG施行後の管理における粘度調整剤（REF-P1）の使用経験

○藤見章仁<sup>1</sup>、倉 敏郎<sup>1</sup>、森井一裕<sup>1</sup>、前田 健<sup>1</sup>、岡本哲郎<sup>2</sup>、  
信岡 純<sup>2</sup>、渡辺秀樹<sup>2</sup>（町立長沼病院内科<sup>1</sup>、札幌医大第4内科<sup>2</sup>）

【はじめに】経皮内視鏡的胃瘻造設術（PEG）における栄養管理の際、胃食道逆流と瘻孔部からの栄養剤の漏れはしばしば経験し難渋する合併症である。前者に対しては栄養投与の体位の工夫や、投与速度の調節、消化管機能改善剤の投与などを行い、さらに経胃空腸瘻（PEJ）への移行を行う等の対策が、また、後者に対しては、皮膚保護剤の貼付や胃瘻カテーテルサイズのアップ、排便のコントロールによる腹圧の減少等の対策が挙げられている。REF-P1はその主成分のベクチンと栄養剤中のCaイオンとがキレートすることにより、胃内において速やかに栄養剤の粘度を上げゲル状にする粘度調整剤である。このREF-P1を用いて胃食道逆流や瘻孔部からの栄養剤の漏れを改善した試みが報告されている。このたび、当院において胃瘻患者にREF-P1を使用する経験があり報告する。【症例1】88歳女性。老人性痴呆のために経口摂取不可能となり、平成8年12月にPEG造設をおこない在宅医療を行っていた。平成13年3月に肺炎のため入院治療を行った際に、瘻孔部の栄養剤と胃液の漏れが認められ、瘻孔周囲炎がひどく対応に難渋した。同6月からREF-P1の使用を開始したところ、瘻孔部の漏れは減少し瘻孔周囲炎も改善がみられた。【症例2】92歳女性。脳梗塞後遺症のため平成7年2月PEG造設を施行し、その後順調に経過していたが平成12年6月頃より胃食道逆流による誤嚥性肺炎を月に1～2回起こすようになった。このため平成13年10月よりREF-P1の使用を開始したところ、肺炎の頻度は減少した。

## 26. 経皮内視鏡的胃瘻造設術後創部感染の予防－従来法と感染防止キットの比較－

○日下部俊朗、久居弘幸<sup>1</sup>、高平尚季<sup>1</sup>、釋 亮也<sup>1</sup>、萩原誠也<sup>1</sup>、  
荒谷英二<sup>1</sup>、蟹沢祐司<sup>2</sup>、滝沢耕平<sup>3</sup>、石渡裕俊<sup>3</sup>（伊達赤十字病院消化器科<sup>1</sup>、伊達赤十字病院内科<sup>2</sup>、札幌医科大学第四内科<sup>3</sup>）

【目的】経皮内視鏡的胃瘻造設術（PEG）はその手技と簡便性がほぼ確立され、急速に普及しつつある。しかし、多くのPEG施行患者は高齢で基礎疾患有することが多く、造設術後の様々な合併症が報告されており、他の内視鏡的検査・処置と比較してもその発生頻度は決して低くはない。PEG後瘻孔が完成する前（早期）の合併症として多い創部感染に関しては、造設の手技の選択および固定具の使用も含めて議論が多い部分でもある。今回我々は従来のpull法キットと本年より使用可能となったover tube一体型のPEG後感染防止キットについて早期合併症とその有用性について比較検討した。

【方法】対象は1998年2月から2002年6月まで当院にてPEGを施行した患者120名である。PEG造設キットとして従来型pull法はBARD FASTRAC PEG kit 20Fr. を105例に、感染防止キットはtyco kangaroo PEG kit 20Fr.（感染防止タイプ）を15例に用い、術後合併症について検討した。【成績】従来型のキットと感染防止キットでは手技に要する時間やその他の合併症の頻度はほぼ同様であったが、術後瘻孔感染率は前者37%であるのに対し、後者13%と優位に低下した。また、後者は咽頭部と瘻孔部感染の起因菌の一一致率も低い傾向であった。【結論】感染防止キットは創部感染の予防に有用であると考えられた。

27. 当院における経皮内視鏡的胃瘻造設術（PEG）の臨床的検討－第8報－創部感染防止用PEG造設キット（カンガルーPEG造設キット）の使用経験  
○森井一裕<sup>1</sup>、倉 敏郎<sup>1</sup>、藤見章仁<sup>1</sup>、前田 健<sup>1</sup>、岡本哲郎<sup>2</sup>、  
信岡 純<sup>2</sup>（町立長沼病院内科<sup>1</sup>、札幌医大第4内科<sup>2</sup>）

【目的】PEGはその安全性と簡便性から栄養瘻および減圧瘻における第一選択となっている。しかし、PEG造設症例の増加に伴いその合併症の報告も少なからずみられている。なかでもPEG造設法で主流となっているPull & Push法において、手技としてカテーテルが口腔内を通過するために、口腔や咽喉頭の常在菌による創部感染を起こしやすい欠点が指摘されている。この欠点を克服するために造設前の咽頭内の除菌や、over tubeを用いた工夫が報告されている。日本シャーウッド社の「カンガルーPEG造設キット」はこの創部感染を防止するためカテーテルが口腔や咽頭に接触せずover tubeを通って胃内に到達する工夫がされている。今回、当院においてこのキットを用いてPEGを施行した8例を対象に、造設に関する問題点および術後創部感染について検討をおこなったので報告する。【方法】対象はカンガルーPEG造設キット（感染防止キット）を用いてPEGを施行した8例について、手技の簡便性、合併症、術後創部感染を検討した。術後創部感染については、従来使用していたPEG造設キットの成績と比較した。【結果】8例とも安全にPEG造設が可能であった。合併症は自己抜去によるカテーテル逸脱が1例のみられたのみであった。術後創部感染は8例中1例もみられず、従来型キットの感染率（110例中、創部感染は35例（23%）軽症：29例、中等症：3例、重症：なし）と比べ良好であった。【結論】感染防止キットは従来型キットと同様に簡便であり、術後創部感染について非常に有用であると考えられた。

28. 癌性腹水を有する多発消化管狭窄症例に対し、経皮経食道胃管挿入術（PTEG）を施行した一例  
○平山 敦、田中道寛、細川雅代、岡村圭也、長川達哉、  
宮川宏之、藤永 明、須賀俊博（札幌厚生病院第2消化器科）

これまで我々は癌性腹膜炎による多発消化管狭窄に対し主に経鼻胃管、胃瘻を施行してきたが、前者は鼻腔や咽頭の違和感や疼痛などで長期間の留置が困難であったり、後者では癌性腹水、創部感染などで瘻孔ができずに状態が悪化したり、胃切除例では施行不可能であることなど、終末期に経過が確実に安定させることが難しかった。今回、癌性腹水を有する多発消化管狭窄症例に対しPTEGを施行し、合併症も無く、良好な経過を得られたので報告する。症例は72歳、女性。平成14年3月、心窩部痛、嘔気にて近医受診。精査にて脾臓癌、十二指腸浸潤狭窄と診断し、当院紹介入院となった。入院時の精査にて、すでに癌性腹水著明であり、播種性血管内凝固症候群を確認したため、胃・空腸吻合術を諦め、十二指腸ステント術を施行。食事摂取可能となったが、ステント挿入後17日目、腸閉塞のため再び嘔吐が始まった。経鼻胃管を留置したが、疼痛と嘔吐反射のため拒絶。PTEGについての同意は得られたため、20日目PTEGを左鎖骨上より挿入し、胃内へ留置した。その後亡くなる39日目まで流動食、軟泥物などの摂取が可能だった。今後胃瘻困難例に積極的に用いるべき手技と思われた。

29. 当院における経皮経食道胃管挿入術（PTEG）の施行経験  
○藤見章仁<sup>1</sup>、倉 敏郎<sup>1</sup>、森井一裕<sup>1</sup>、前田 健<sup>1</sup>、岡本哲郎<sup>2</sup>、  
信岡 純<sup>2</sup>（町立長沼病院内科<sup>1</sup>、札幌医大第4内科<sup>2</sup>）

【はじめに】脳血管障害患者等に対する栄養瘻および減圧瘻においてPEGは第一選択となっている。しかし、PEG造設が困難な症例もみられ、当院では胃全摘患者にCF補助にてPEG施行が可能であった1例を昨年の本学会で報告している。経皮経食道胃管挿入術（Percutaneous TransEsophageal Gastro-tubing：以下PTEG）は胃切除後や末期癌における多量の腹水の存在などによるPEG施行困難例に対して、非破裂型バルーンカテーテルの採用による造設キットの開発により最近普及してきている手技である。今回、胃全摘患者にPTEGを施行したので報告する。【症例】73歳男性、胃癌のため胃全摘術の既往あり。多発性脳梗塞による痴呆の進行のため嚥下困難となり入院となった。末梢の留置カテーテルや、IVHカテーテルは頻回に自己抜去された。PTEGの適応と考えられたが、自己抜去の可能性のため躊躇していた。しかし、本年5月にボタン型のPTEG用カテーテル（PTEGボタン）が市販されたため、PTEG施行に踏み切った。X線透視下に穿刺用バルーンカテーテルを挿入し、左頸部よりエコーガイド下に穿刺しカテーテルを留置した。施行時間は約30分で術中の合併症は認めなかった。術後管理においては、創部の清潔が保てず（ガーゼを取り扱ってしまう）感染を起こし抗生素の静脈および局所投与を必要とした点と、ボタン型カテーテルの接続部が細いために閉塞が起こりカテーテルの交換を行った点以外には管理に関してはPEGと同様の簡便性を持っていると考えている。【考案】PTEGは、簡便性および安全性に問題なく、PEG困難症例に対して第2選択となると考えられた。

30. 十二指腸MALT lymphomaの一例  
○丸谷真守美<sup>1</sup>、井上善之<sup>1</sup>、清野康生<sup>1</sup>、高田弘一<sup>1</sup>、加藤貴司<sup>1</sup>、  
大久保俊一<sup>1</sup>、中村英明<sup>1</sup>、日黒高志<sup>1</sup>、堀田彰一<sup>1</sup>、宮坂史路<sup>2</sup>  
(北海道消化器科病院内科<sup>1</sup>、新道栄病院内科<sup>2</sup>)

十二指腸MALT lymphomaは比較的稀な疾患である。今回我々は放射線療法が有効であった十二指腸MALT lymphoma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、75才女性。平成13年12月より前医に肺内リンパ節腫脹術後のため入院中であった。平成14年2月8日に嚥下困難を訴え、上部消化管内視鏡を施行したところ、十二指腸に隆起性病変を指摘され、同年2月25日に精査加療目的で当院に紹介入院となった。既往歴では、平成6年10月に卵巣腫瘍破裂で2回手術を施行し、平成12年6月に左乳癌で左胸筋温存切除術を施行されている。家族歴に特記すべき事なし。入院時の上部消化管内視鏡で十二指腸下行脚のVater乳頭の対側より肛門側に約3cmの範囲で最大径10mmの白色顆粒状隆起を散在性に認めた。生検組織では、粘膜固有層にlymphoid cellの強い集簇を認め、腺管の破壊は軽度で浸潤性の増殖は認められなかった。免疫染色ではCD20 (+), CD79 (+), CD3 (-), CD10 (+), bcl-2 (-) であった。下部消化管内視鏡及び小腸造影を施行したがその他の消化管に明らかな病変は認めず、腹部CTでのリンパ節腫脹やGaシンチでの異常集積は認めず、low grade MALT lymphoma, stage Iと診断した。UBT陽性のことより、HP除菌療法を同年3月23日より2週間行った。除菌後4週目の上部消化管内視鏡では、病変に著変は認められなかった。このため同年5月17日より腫瘍部位に限局的に40Gyの放射線療法を開始した。放射線療法終了後の上部消化管内視鏡では、十二指腸病変はほぼ消失し、放射線療法が有効であったと考えられた。

### 31. 十二指腸潰瘍除菌後に薬剤により発生した球後潰瘍の1例 ○腰山達美<sup>1</sup>, 熊谷彩恵<sup>1</sup>, 高橋康幸<sup>2</sup>, 松浦侯夫<sup>1</sup> (勤医協札幌病院内科, 勤医協当別診療所<sup>2</sup>)

44才女性。主訴は上腹部痛と背部痛である。21年前から十二指腸潰瘍の再発を繰り返し *H. pylori*陽性のため1997年7月 lansoprazole, amoxicillin, metronidazoleにて除菌治療を行う。2ヶ月後の尿素呼気試験、迅速ウレアーゼ試験、組織学的検査で *H. pylori*は陰性。その後は潰瘍治療を中止できた。1997年秋に慢性関節リウマチと診断。関節痛が激しく、2001年8月から整形外科専門病院に通院。lornoxiam 120mg/day, mizoribine 100mg/day, prednisolone 3mg/day, およびmethotrexateを約2ヶ月間投与された。9月中旬から心窩部痛、背部痛を自覚。10月3日、当科を受診した。NSAIDs潰瘍が疑われ、内服中の薬剤を中止し ranitidine 300mg/dayを開始した。その後の上部消化管内視鏡検査では十二指腸球部の潰瘍は再発していないものの下行脚に単発の深掘れ潰瘍を認め球後潰瘍と診断。lansoprazole 30mg/dayを投与、7週後の内視鏡検査では瘢痕となった。*H. pylori*除菌後の潰瘍例に球後潰瘍を生じたケースは希で文献的考察も含めここに報告する。

### 33. イレウスエイドシステムバルーン付きオーバーチューブを用いた十二指腸ステント術（ステント挿入困難例の克服） ○平山 敦<sup>1</sup>, 田中道寛<sup>1</sup>, 細川雅代<sup>1</sup>, 岡村圭也<sup>1</sup>, 長川達哉<sup>1</sup>, 宮川宏之<sup>1</sup>, 藤永 明<sup>1</sup>, 須賀俊博<sup>1</sup>, 野村直弘<sup>2</sup> (札幌厚生病院第2消化器科<sup>1</sup>, 北広島病院内科<sup>2</sup>)

【目的】 十二指腸悪性狭窄に対するステント術はこれまで様々な方法で試みられてきたが挿入時の患者への苦痛、長い手技時間、挿入不可症例が散見されるなど、手技の一般化を妨げる壁がいくつある。今回我々はイレウスエイドシステムバルーン付きオーバーチューブ（住友ベークライト社）を用い十二指腸ステント挿入を試みた。以前の方法と比較し、標準的挿入法になり得るかを検討する。【方法】 1999年1月より2002年3月までに胃・十二指腸悪性狭窄と診断し、内視鏡的ステント術を施行した19例とバルーン付きオーバーチューブ法で施行した2症例をその合併症、手技時間、挿入時の苦痛の度合い等について検討した。使用したステントはBoston Scientific社製Ultraflex 17例、同社Wallstent 1例、Johnson & Johnson社製SMARTstent 2例であった。【成績】 バルーン付きオーバーチューブ法は以前の方法に比して明らかに安全かつ患者に対する苦痛が少なく、手技時間は短縮され、今までの挿入困難例を克服するものと考えられた。【結論】 イレウスエイドシステムバルーン付きオーバーチューブの応用により十二指腸ステント術は手技が簡便化し、一般化へ大きく前進するものと思われた。

### 32. 内視鏡的クリップ止血法が奏効した十二指腸水平脚憩室出血の一例 ○大橋広和<sup>1</sup>, 清水晴夫<sup>1</sup>, 鈴木秀一郎<sup>1</sup>, 大関令奈<sup>1</sup>, 田沼徳真<sup>1</sup>, 佐藤修司<sup>1</sup>, 下地英樹<sup>1</sup>, 金戸宏行<sup>1</sup>, 本多佐保<sup>1</sup>, 近藤吉宏<sup>1</sup>, 赤保内良和<sup>1</sup>, 遠藤高夫<sup>2</sup>, 今井浩三<sup>2</sup> (市立室蘭総合病院消化器科<sup>1</sup>, 札幌医科大学第一内科<sup>2</sup>)

症例は69歳男性。平成13年10月12日よりタール便が出現、15日より全身倦怠感が増強し当院受診。血液検査にてHb 6.7と低値であり、緊急上部消化管内視鏡を施行。十二指腸Vater乳頭より肛側に憩室を認め、憩室内に凝血塊と露出血管を認めたため、露出血管に対し内視鏡的にクリップにて止血した。その後はタール便、貧血とも改善、上部消化管内視鏡再検にて止血状態は良好であり、露出血管も消失していた。また、止血後の十二指腸造影検査にてVater乳頭より5cm肛側の十二指腸水平脚に径4cmの憩室を認めた。その後症状の増悪を認めず、外来経過観察とした。十二指腸憩室出血は比較的まれな病態であり、治療法はかつて外科手術が大多数であったが、近年は内視鏡的止血術が主流となっている。内視鏡的処置についても、エタノール局注、HSE局注、クリップ止血法などが報告されているが、十二指腸憩室の殆どが筋層を欠く仮性憩室であることより、組織破壊を伴わないクリップ止血法が最も安全に施行できると思われた。また、十二指腸憩室の約80%が下行脚に発生すると言われており、本症例のように水平脚の憩室出血を内視鏡的に止血した例は稀と考えられた。十二指腸憩室出血に関する若干の文献的考察を加え報告する。

### 34. 当科における悪性胃・十二指腸狭窄に対する内視鏡装着式ステント留置の現況 ○成瀬宏仁<sup>1</sup>, 吉谷 敬<sup>1</sup>, 渡部香織<sup>1</sup>, 廣田ジョージ<sup>1</sup>, 山本義也<sup>1</sup>, 常松 泉<sup>1</sup>, 片桐雅樹<sup>1</sup>, 山敷宏正<sup>1</sup>, 松嶋 喬<sup>1</sup> (市立函館病院消化器科)

近年当科にて、原疾患が手術不能である悪性胃・十二指腸狭窄10例中9例に内視鏡装着式ステント留置を施行した。対象は胃癌4例、肺癌4例、胆囊癌1例、胆管癌1例で、9例は進行度stage 4以上であった。全例五分粥以上の食事摂取が可能となり、7例が在宅療養可能であった。従来こうした症例に対し、外科的胃空腸吻合術が施行されてきたが、悪性胃・十二指腸狭窄自体、かなり病勢が進行してから生じるため、全ての症例に適応できるものではない。一方、経口的胃・十二指腸ステント留置には、挿入確実性をはじめ、様々な問題点が指摘されている。症例を提示して当科の現況を報告し、その適応と問題点について考察したい。

### 35. 大きなT型食道外シャントを供血路とした食道静脈瘤の1例

○山崎 克、佐藤隆啓、平田珠希、桑田靖昭、赤池 淳、大村卓味、狩野吉康、豊田成司、須賀俊博（札幌厚生病院第3消化器科）

食道静脈瘤をめぐる血行路は複雑であるが、通常は左胃静脈または短胃静脈が胃噴門部で静脈叢を形成しスダレ静脈を介し食道静脈瘤へ供血されている。今回、我々は下部食道壁外の傍食道静脈からいわゆるT型食道外シャントを供血路としたF3食道静脈瘤を経験したので報告する。症例は48歳、男性。8年前から近医でC型肝硬変の診断を受け不定期に通院していたが食道静脈瘤を指摘され当院受診、入院となる。入院時一般検査ではHCV抗体陽性で肝予備能child-pugh grade Aの代償性肝硬変であった。内視鏡検査を行うと食道胃接合部ではF1形態の食道静脈瘤が接合部より約2cm口側からF3 RC (+)へ増大し上部食道まで連続していた。超音波細径プローブ(UMP)を行うと食道胃接合部では胃側から連続する壁内低エコー管腔像と壁外低エコー管腔像を認め、更に口側で壁内管腔像の増大と径4mmの貫通血管を認めた。内視鏡的超音波カラードプラ法(ECDUS)にてこの貫通血管が流入血管でありF3 RC (+)静脈瘤の主な供血路と診断した。1回目EISでは静脈瘤に対し5%EOIを4ml血管内に約5分間で間欠注入したが上方へ流出するため、99%エタノールを約1ml血管内注入した。その後穿刺部位を僅かに肛門側にずらし再度5%EOIを血管内注入したところ貫通血管を介し傍食道静脈が造影され、供血路である左胃静脈へ注入可能となった。更に5%EOIを5ml注入し10分間停滯させて終了した。2回目以降のEISでは静脈瘤の粘膜は浮腫状となり形態の縮小を認め、胃食道接合部F1静脈瘤に対し5%EOIを血管内注入し合計4回で治療を終了した。治療前後のMRAでは供血路である左胃静脈の一部は残存していたが傍食道静脈は消失していた。

### 36. 門脈圧亢進症にみられる噴門部出血の検討

○菅原謙二、首藤龍人、山田裕人、佐藤智信、矢崎康幸（小林病院消化器病センター）

（はじめに）門脈癌栓を有する肝癌合併肝硬変などの高度の門脈圧亢進症において、内視鏡的に明らかな静脈瘤を認めない噴門部からの出血を経験することがある。多くは前治療があり、胃・食道に静脈瘤を認めない。緊急内視鏡施行時には、自然止血されていることもあり、出血源が不明とされることもある。このような門脈圧亢進症にみられる噴門部出血に対して検討を行ったので報告する。（対象）1996年4月から2002年3月までに当センターで経験した全静脈瘤患者174名中、噴門部出血を認めた8名の臨床的検討を行った。

（検討項目）（1）頻度（2）背景因子（3）前治療の有無とその種類（4）止血方法（5）噴門静脈叢の有無（結果）（1）門脈圧亢進症にみられる噴門部出血の頻度は、4.6%であった。（2）男女比は3:5。年齢は49歳から70歳で、平均年齢は59.6歳であった。基礎疾患は、B型肝硬変4例、C型肝硬変3例、アルコール性肝硬変1例で、そのうち半数の4例で脈管侵襲を伴う肝細胞癌（Vp3、Vp4、APシャント）を有していた。（3）前治療として8例中6例にEIS、1例にEVLがあり、1例のみに前治療を認めなかった。（4）高度の黄疸や多量の腹水など肝予備能症例2例にはEVL、他の6例にはEISを施行し全例止血した。（5）EUSを施行した7例中7例に噴門静脈叢を認めた。（結語）Vp3、Vp4、APシャントなど脈管侵襲を伴う進行した肝細胞癌を有する肝硬変患者において、EUS上噴門静脈叢が見られるときは、噴門部出血が起こることがある。また、それ以外の肝硬変患者においても、内視鏡挿入時、出血源不明の時は、噴門部出血の可能性を考えるべきである。

### 37. 胃・食道静脈瘤、肝細胞癌の治療の経過中に腸腰筋膿瘍を合併したB型肝硬変の1例

○佐藤智信、菅原謙二、首藤龍人、山田裕人、矢崎康幸（小林病院消化器病センター）

（症例）81歳、男性。（主訴）腰痛、発熱。（現病歴）平成13年1月より胃・食道静脈瘤、肝細胞癌の診断、治療により当科経過観察中であった。CbF2LmRC (+) LgefCbF 3 RC (3+) の静脈瘤に対して、平成13年1月17日B-RTO施行。その後、EISを施行しFoを維持していた。また、S4/8 20mm、S8 10mm、S3 10mmの多発肝癌を認め2月14日、5月23日にTAE施行し、さらに7月10HS 4/8の結節に対しRFA施行し経過観察中であった。同年8月13日頃より腰痛と発熱を認め、8月7日入院となった。（入院時血液検査および経過）AST 70 IU/L、ALT 58 IU/L、alb 3.3g/dl、ALP 184 IU/L、γGTP 47 IU/L、T.Bil 0.9mg/dl、CRP 18.7mg/dl、W 14600、R 383万Plt 7.3万と高度の炎症反応と示した。腹部CT上左腰筋筋に20×10mmのLDAあり周囲は淡く濃染することより腸腰筋膿瘍と診断した。抗生素投与のみで症状、検査値異常、CT所見とも改善した。（まとめ）胃・食道静脈瘤、肝細胞癌の治療の経過中に腸腰筋膿瘍を合併したB型肝硬変は貴重な症例と考え、報告した。

### 38. 肝生検により胆道出血を来たした一例

○布施 望、渡部 拓、小笛真理子、町田 望、宮坂大介、小田 寿、横山 仁、岸本篤人、崔 公賢、工藤峰生、宮城島拓人、岡部實裕（釧路労災病院内科）

肝生検はエコーガイド下に行うことにより比較的安全に施行でき合併症は少ない。今回我々はエコーガイド下肝生検により胆道出血をきたした一例を経験したので、文献的考察を交えて報告する。症例は43歳女性。C型慢性肝炎の診断を受けインターフェロン治療目的に入院。入院時の検査では特に易出血性は認めなかった。慢性肝炎の評価を目的として、肋間よりエコーガイド下に臓器生検針（エースカット）16Gを用いて脈管を避け、肝生検を施行した。肝生検後、3日目に心窓部痛が出現。腹部エコーにて胆囊内に円形の高エコーと胆泥を認めた。上部消化管内視鏡を施行したところVater乳頭からの出血を認めた。肝生検後の胆道出血と診断し、ENBDチューブにてドレナージを行い保存的に軽快した。

### 39. I<sub>p</sub>型早期胆囊癌の1例

○千葉 篤<sup>1</sup>, 藤井常志<sup>1</sup>, 稲場勇平<sup>1</sup>, 加藤一規<sup>1</sup>, 佐藤 龍<sup>1</sup>, 藤谷佳織<sup>1</sup>, 三好茂樹<sup>1</sup>, 櫻井 忍<sup>1</sup>, 太田智之<sup>1</sup>, 村上雅則<sup>1</sup>, 折居 裕<sup>1</sup>, 高橋昌宏<sup>2</sup> (旭川厚生病院消化器科<sup>1</sup>, 旭川厚生病院外科<sup>2</sup>)

患者は84歳、女性。平成12年より時々腹痛を認め、近医で腹部超音波検査にて胆囊ポリープを認め精査を勧められていたが患者の希望により経過観察。平成14年2月より発熱を認め近医に入院となり、再度胆囊ポリープの精査を勧められ当科に紹介となる。腹部超音波検査では胆囊頸部に結石と体部に径37×27mmの高エコー腫瘍を認め、表面には一部石灰化を疑う高エコースポットを認めた。Color dopplerでは腫瘍中心部に腫瘍血管と考えられるflow signalを認めた。腹部CT検査では胆囊内に結石と乳頭状に増殖する径30mm大的腫瘍性病変を認め、造影効果を認めた。腹部MRI検査ではT1強調像でやや高信号、dynamic studyで比較的早期より濃染を認めた。腫瘍は胆囊内に限局しており周囲への浸潤は明らかでなかった。EUS検査では胆囊体部の腹腔側に35mm大的有茎性ポリープを認め、明らかな周囲への浸潤は認めなかった。ERCP検査では胆囊内に結石とポリープを疑う陰影欠損を認め、胆囊胆汁の細胞診はClass IIIRであった。以上より早期胆囊癌と診断、高齢であることも考慮して開腹胆囊摘出術を施行した。病理組織所見は、Gb、乳頭膨張型、4.0×3.9cm、papillary adenocarcinoma、medullary type、INFα、ly 0、v 0、pn 0、m、hinf 0、binf 0、pv 0、a 0、bm 0、hm 0、em 0であった。胆囊ポリープは有茎性の場合、腫瘍径が大きくても粘膜癌である頻度が高い。しかし、腫瘍径が大きくなると術前に有茎性と広基性の鑑別が困難であることがしばしばある。本症例ではEUS検査で有茎性であることを確認し、高齢であることを考慮して縮小手術にて根治切除が可能であった。若干の文献的考察を加えて報告する。

### 40. 遺残胆管から発生した乳頭腺癌の1例

○竹本法弘、近藤 哲、平野 聰、安保義恭、田中栄一、角谷昌俊、福田直也、三井 潤、森川利昭、奥芝俊一、加藤紘之（北大腫瘍外科）

症例は81歳男性。約20年前に胆石症にて胆囊摘出術の既往がある。平成14年3月黄疸を主訴に近医を受診し、閉塞性黄疸の診断でPTCDが挿入され、胆汁細胞診ではclass Vであった。手術適応として当科紹介転院となった。胆道造影上、中上部胆管に狭窄を認め、その下端では限局隆起型の陰影欠損像を呈した。CTでは中上部胆管に腫瘍像を認め、門脈・右肝動脈への浸潤が疑われた。脾・十二指腸への浸潤、リンパ節転移・肝転移・遠隔転移は認めなかつた。PTCSでは上部胆管に全周性の腫瘍を認め、生検を行ったところ腺癌を認めたが表層拡大進展はないと診断した。IDUSでは胆管外に主腫瘍が存在するため遺残胆管癌の胆管内進展と診断し、胆管切除・右肝動脈切除・動門脈シャント(APS)・門脈合併切除で根治手術が可能と判断した。肝門部胆管を切除し右肝動脈を合併切除した場合、右側胆管の虚血が懸念されるためAPSを行って胆管虚血に対処した。術中迅速病理にて肝側断端及び十二指腸側断端ともに悪性所見を認めなかつた。また、十二指腸・空腸が肝門部に瘻着し、浸潤も疑われ漿膜筋層を合併切除した。切除標本では胆管外の遺残胆管原発と考えられる腫瘍が管内性に発育し胆囊管開口部より胆管内腔へ突出し径1.6cmの乳頭型腫瘍を形成していた。そのすぐ上流側では直接浸潤により径1.3cmの結節型の腫瘍も認められた。右肝動脈に近接する神経叢及び空腸筋層に癌浸潤が見られ、リンパ節転移は認めず、切除断端は陰性であった。以上より病期はt4, n0, stage IVaであった。遺残胆管癌の文献的報告は検索し得た限りでは1例で稀な疾患であるが、従来胆管癌として包括されていた可能性がある。IDUSにて主腫瘍が胆管外に存在することにより遺残胆管原発と診断し根治術をし得た。

### 41. 封塞性黄疸を呈した食道癌の一例

○田中義規、真口宏介、高橋邦幸、湯沼朗生、林 純、吉田暁正、三井慎也、後藤 充、泉 信一、野村昌史、吉田正文、松永隆裕、渡辺晴司、桜井康雄、姜 貞憲、辻 邦彦（手稲済会病院消化器病センター）

閉塞性黄疸を呈した、広範な浸潤、転移を伴う食道癌例を経験したので報告する。症例は71歳男性。2002年3月中旬より浮腫、全身倦怠感を自覚し近医を受診、腎不全と診断され他院に入院、血液透析を施行される。入院中よりT.Bil 9.7と黄疸が生じ、腹部不快感、食欲不振が出現した。CT、MRCPにて胆囊腫大、総胆管拡張を認めるが腫瘍病変、胆管結石等はみられず、上部消化管内視鏡検査では下部食道に隆起性病変がみられ、生検にて扁平上皮癌と診断された。その後、黄疸が進行するとともに高アミラーゼ血症もみられたため、精査加療を目的に紹介入院となる。転院時T.Bil 19.5、Amy 884、造影CTでは胆管壁の肥厚を認めるものの、脾臍も含め明らかな腫瘍性病変は指摘できなかった。ERCPを施行したところ十二指腸粘膜に著名な浮腫像を認め、下部胆管に平滑で強い狭窄像を認めた。脾管像は概ね正常であった。以上の所見から転移性病変を疑い十二指腸Vater乳頭部から生検を施行したところ、未分化癌が得られ腺癌疑いであった。黄疸に対してはENBDに引き続きEBDで減黄をはかった。上部消化管内視鏡検査を再検したところ、前医にて指摘された小型の2型進行癌を下部食道に、下部消化管内視鏡検査では大腸ポリープを認めるのみであった。第30病日頃より腹水、胸水とも増大し、低血压が持続するため十分な透析が困難になり、第41病日死亡した。病理解剖所見では低分化型食道扁平上皮癌の胸膜、リンパ節、肝臍を除く腹部臓器への広範な浸潤、転移がみられ、十二指腸から下部胆管の転移巣による胆管狭窄が閉塞性黄疸の原因であることが明らかになった。

### 42. 黄疸で発症し内視鏡治療が奏功した、石灰乳胆汁の1例

○小沼祐一<sup>1,2</sup>、平山真章<sup>1</sup>、佐々木宏嘉<sup>1</sup>、大西利佳<sup>1</sup>、近江直仁<sup>1</sup>、高橋 稔<sup>2</sup>、加藤淳二<sup>2</sup>（小樽掖済会病院消化器内科<sup>1</sup>、札幌医科大学第四内科<sup>2</sup>）

石灰乳胆汁は炭酸カルシウムを主成分とする胆囊胆汁で、健診の普及により無症候性に発見される例は増加しているが、閉塞性黄疸を来たした報告例は少ない。今回我々は総胆管へ流入した多量の石灰乳胆汁による閉塞性黄疸で発症し、内視鏡治療が奏功した1症例を経験したので報告する。症例は66歳女性。上腹部痛、黄疸出現を主訴に来院した。腹部単純X線写真、腹部単純CTで胆囊および総胆管に一致する石灰化を認めたが、MRCPでは明らかな欠損像を認めなかつた。同日ERCPを施行し、EST施行後バルーンによる排出を試みたが、粘土状の石灰乳胆汁が充満しており完全に除去するのは困難であり、ENBDtubeを留置して黄疸の軽減をはかった。第8病日に再度内視鏡治療実施したところ、バルーンにて総胆管の石灰乳胆汁の排出に成功した。ERBDtubeを留置して経過を見たところ、腹部単純CTで胆囊内の石灰化像の減少を確認した。第15病日に施行した、ERBDtube抜去後のバルーンERCでは総胆管の石灰乳胆汁はほぼ消失し、胆囊管も造影されるようになった。食事を開始後の第22病日撮影の腹部単純CTでは、胆囊、総胆管内に石灰化像を認めなくなつた。画像診断上明らかな慢性胆囊炎の所見をみとめず、胆石の合併もないことから、第29病日退院となった。石灰乳胆汁の治療として一般には外科治療が実施されてきたが、本症例は内視鏡治療が奏功した貴重な症例と思われたので報告する。

#### 43. 新しい電子経口胆道鏡の使用経験

○小山内 学、丹野誠志、小泉一也、羽広敦也、柳川伸幸、高後 裕（旭川医大第三内科）

【目的】経口胆道鏡（POCS）は胆道腫瘍の表層進展度診断や胆管狭窄、胆管内の小病変の鑑別診断などにおいて有用な検査法の一つである。また、経皮経肝のルートに比べ、播種の危険がなく、低侵襲かつ短い検査期間で行えるメリットがある。今回、オリンパス社で新たに開発された電子経口胆道鏡（XCHF-BP240）を使用する機会を得たので、その画像とともに臨床的有用性について報告する。【対象と方法】新しい電子経口胆道鏡であるXCHF-BP240はscope径、機能とも従来の経口胆道鏡と同等であり、高画質を得られる。Mother scopeも従来通り処置用十二指腸scope（TJF-200 OLYMPUS）を用いることが出来る。症例は、下部胆管癌、胆囊管癌、腹腔鏡下胆囊摘出術後の胆管損傷改善後の評価の計3例を行った。【結果】1. XCHF-BP240の挿入性に関しては、従来どうりの方法で乳頭部から肝門部までの挿入が全例で可能であった。2. 画像は電子scopeとなったことから、画面も大きくなり、通常の上部消化管内視鏡画像のイメージに類似したものとなった。画像は非常に鮮明であり胆管粘膜の部分的な発赤や輪状模様までの認識が可能であった。胆管損傷後の胆管内腔の評価では損傷部の狭窄の有無等が確認できEBDの挿入期間や抜去のtimingなどを決定する上で有用であった。【結論】経口胆道鏡は今回の電子scopeの開発により画像の高画質化が得られ、このような機器の発展とともに患者のQOLの面からも胆道疾患精査の役割が広がる可能性が考えられた。

#### 44. 総胆管結石症の診断および内視鏡的治療における管腔内超音波検査施行例の検討

○久居弘幸<sup>1</sup>、荒谷英二<sup>1</sup>、日下部俊朗<sup>1</sup>、萩原誠也<sup>1</sup>、蟹沢祐司<sup>2</sup>、高平尚季<sup>3</sup>、釋 亮也<sup>3</sup>（伊達赤十字病院消化器科<sup>1</sup>、伊達赤十字病院消化器科<sup>2</sup>、札幌医大第四内科<sup>3</sup>）

【目的】総胆管結石症の内視鏡的治療における管腔内超音波検査（IDUS）の有用性についてretrospectiveに検討した。【方法】1999年5月から2002年6月までに総胆管結石またはその存在が疑われ、経乳頭的に胆管内IDUSを施行したのべ222例を対象とした。検査施行目的は総胆管結石治療後の遺残結石の確認116例、再発を含めた総胆管結石疑い77例、胆囊結石症例における総胆管結石の診断21例、総胆管結石治療後の経過観察8例である。使用機種は20MHzガイドワイヤー誘導式細径超音波プローブUM-G20-29R（Olympus）である。音響陰影を伴う高エコーを結石とし、音響陰影を伴わない高エコーを胆泥とした。エアーはその境界面でプローブからの同心円状の音響陰影を伴うものとした。【成績】1) 胆管内のエラーの存在により結石の確認が不可能であった症例は12例（5.4%）で、EST施行10例、EPBD施行1例、内視鏡的乳頭切除術後1例であった。他はエラーと結石または胆泥との鑑別が可能であった。2) 総胆管結石治療後のERC陰性116例のうちIDUSで遺残結石または胆泥が確認された症例は48例（41.3%）であり、EST施行例は42例（41.1%）、EPBD施行例は6例（46.1%）であった。3) 総胆管結石が疑われる診断的ERC陰性77例のうちIDUSで総胆管結石または胆泥と診断された症例は50例（64.9%）であった。4) ERC陰性で総胆管結石または胆泥と診断されたのはすべて5mm以下の大きさであり、引き続き経乳頭的処置を行った。【結論】経乳頭的IDUSは総胆管結石症の診断および内視鏡的治療に有用である。

#### 45. 総胆管結石における内視鏡的乳頭バルーン拡張術と内視鏡的乳頭括約筋切開術の検討

○岡村圭也、宮川宏之、田中道寛、細川雅代、平山 敦、長川達哉、藤永 明、須賀俊博（札幌厚生病院第二消化器科）

【目的】総胆管結石における内視鏡的乳頭バルーン拡張術（EPBD）と内視鏡的乳頭括約筋切開術（EST）を比較検討した。

【対象】対象は1994年より2002年3月までに内視鏡治療を行った総胆管結石症例のうち最大結石径が14mmまでのEPBD92例（男性46例、女性46例、平均年齢63.8±12.3歳）、EST群93例（男性48例、女性45例、平均年齢69.2±11.4歳）とした。【結果】EPBD単独での結石除去率は97.8%（90例/92例）、EST単独では100%（93例/93例）であった。EPBD群（平均内視鏡試行回数1.3±0.6回）では偶発症として肺炎を14.1%（12例/92例）、EST群（平均内視鏡試行回数1.4±0.8回）では4.3%（4例/93例）に認めた。EPBD再発はEPBD群で4.3%（4例/92例）、EST群で5.4%（5例/93例）に認めた。【結論】EPBDとESTはほぼ同様の治療効果を認め、EPBDでは偶発症として肺炎が多い傾向が見られたが、再発率において有意な差を認めなかった。

#### 46. 内視鏡的乳頭括約筋切開術における高周波焼灼電源装置の比較検討

○久居弘幸<sup>1</sup>、荒谷英二<sup>1</sup>、日下部俊朗<sup>1</sup>、萩原誠也<sup>1</sup>、蟹沢祐司<sup>2</sup>、高平尚季<sup>3</sup>、釋 亮也<sup>3</sup>（伊達赤十字病院消化器科<sup>1</sup>、伊達赤十字病院内科<sup>2</sup>、札幌医大第四内科<sup>3</sup>）

【目的】内視鏡的乳頭括約筋切開術（EST）の偶発症の頻度は比較的高く、臨床に導入後約30年を経た現在でも手技の安全性の確立は重要な課題である。偶発症の発生要因には術者や患者因子の他に器具の関与も除外しえない。今回、切開波を間欠的に出力し休止期にソフト凝固波を出力する自動制御機能（Endocut）を有する高周波焼灼電源装置ICC200（ERBE）と従来型のSurgiStat（Valleylab）によるESTの成績を比較検討した。【方法】2000年10月から2002年6月までにSurgiStatによりESTを施行した62例（S群）とICC200により施行した48例（I群）を対象とした。設定はS群では切開モード、レベル3.0、I群では標準設定とした。両群とも原則としてガイドワイヤーチャンネル付き被覆型スフィンクテロトーム（Clever Cut、Olympus）を使用した。検討項目は1) 患者背景、2) 治療成績、3) 偶発症とした。【成績】1) 疾患内訳は総胆管結石が最も多く（S群50例、I群29例）、precuttingの併用はS群9例、I群6例であった。2) 全例ESTに成功し、経乳頭的処置が可能であった。3) 肺炎は重症胆石性肺炎4例（S群1例、I群3例）を除いて検討すると、S群7例（11.4%；軽症6、重症1）、I群1例（2.2%；軽症1）であった。術直後の出血で内視鏡的止血術を施行したのはS群1例（1.6%）、I群1例（2.1%）で、後出血はS群では認めず、I群では2例（4.2%；軽症1、中等症1）であった。肺炎および出血とprecuttingの併用や切開の程度などとは無関係であった。穿孔例およびzipper現象は認めなかった。【結論】ICC200によるESTでは肺炎の頻度は減少したが、出血の頻度は減少しなかった。しかし、症例数の不足に起因している可能性があり、今後、多数例および多施設でのrandomized controlled studyが必要である。

#### 47. 胃切除術後症例に対する経乳頭的診断・処置

○高橋邦幸、真口宏介、湯沼朗生、林毅、吉田暁正、  
田中義規、野村昌史、泉信一、吉田正史、後藤充、  
三井慎也、辻邦彦、姜貞憲、桜井康雄、渡辺晴司、  
松永隆裕、大西幸代（手稲済仁会病院消化器病センター）

【目的】胃切除術後症例に対する経乳頭的診断・処置の施行成績について検討する。【対象と方法】2002年6月までにERCP、あるいは経乳頭的処置を施行した胃切除術後症例61例（Billroth I法再建（以下B-I）32例、Billroth II法（B-II）21、胃全摘術後5、脾頭十二指腸切除（PD）後3）を対象とした。検討項目は1.再建法別の十二指腸乳頭部あるいは脾・胆管吻合部までの到達率。2.脾管・胆管の造影成功率。3.処置内容。4.偶発症とした。【結果】1.B-Iは全例で乳頭部まで到達した。B-II 21例中では16例（76.2%）に、胃全摘術後では5例中3例（Double tract法と空腸置換法）で到達したが、Roux-en-Yの2例では到達できなかった。PD後では3例中2例（Whipple法と脾胃吻合）で到達した。2.B-IではERPを試みた29例中25例（86.2%）に成功した。ERCは32例全例に成功した。B-IIではERP12例中10例（83.3%）、ERCは16例中15例（93.8%）で成功した。胃全摘術後の3例、PD後の2例ではいずれも造影に成功した。3.B-IではERCP15例、EST7、ENBD4、EBD6、Endoscopic papillectomy 1であった。B-IIではERCP7、EPBD3、EST2、ENBD1、EBD2であった。胃全摘術後ではEST1、EBD2を施行した。PD後の2例は造影のみ施行した。4.B-IIのESTで後腹膜穿孔を1例経験したが保存的に軽快した。【まとめ】内視鏡技術の進歩により胃切除術後症例に対するERCP関連手技の成功率は上昇してきているが、経過観察を要する症例に対しては術後の検査を念頭においた再建法を考慮する必要がある。

#### 48. 内視鏡的脾管ドレナージ術が有効であった脾管狭窄を有する脾仮性囊胞の2症例

○長川達哉<sup>1</sup>、田中道寛<sup>1</sup>、須賀俊博<sup>1</sup>、藤永明<sup>1</sup>、宮川宏之<sup>1</sup>、  
平山敦<sup>1</sup>、岡村圭也<sup>1</sup>、細川雅代<sup>1</sup>、花井文恵<sup>2</sup>（札幌厚生病院  
消化器科<sup>1</sup>、ときわ病院内科<sup>2</sup>）

内視鏡機器の発達に伴い脾仮性囊胞に対する非観血的な治療法として内視鏡的治療法を選択する症例が増加しつつある。仮性囊胞へのアプローチとしては経消化管的あるいは経乳頭的な囊胞ドレナージ術の報告が多いが、今回我々は主脾管に狭窄を伴い同部より仮性囊胞への交通が見られた2症例に対し、囊胞内腔のドレナージ術ではなく尾側の脾管ドレナージ術を行うことにより囊胞の消失した2症例を経験したので報告する。

【症例1】48歳男性、反復する脾炎発作を主訴に来院。CTにて脾体部前面に最大径10cm超の仮性囊胞を認め、保存的治療や経皮的囊胞穿刺吸引では縮小せず、ERCPにて脾体部主脾管の狭窄と同部から囊胞腔への造影剤漏出を認めた。脾管非癒合のため副乳頭からのアプローチにて経鼻脾管ドレナージ（ENPD）を狭窄部を通し尾側の主脾管に留置し、その後血清酵素値の低下と自覚症状の改善をみた。約1ヶ月の脾管ドレナージ後仮性囊胞は完全に消失し、その後3年間の経過中脾炎発作の再発を認めない。

【症例2】18歳男性、統合失調症にて他院治療中、急性脾炎を発症し当院に紹介となる。CTにて脾頭部前面に最大径6cm超の仮性囊胞を認め、ERCPでは脾頭部移行部主脾管の狭窄と同部から囊胞腔への造影剤漏出を認めた。Wirsung管のループ状走行のため主乳頭から狭窄部へのアプローチは困難であり、guide-wire techniqueにより副乳頭から狭窄部を通して脾管ステントを留置した。脾管ドレナージ後約20日間で仮性囊胞は完全に消失し、約1年間の経過中脾炎発作の再発を認めない。

脾管狭窄や脾石症などが成因となっている仮性囊胞例では単なる囊胞ドレナージ術のみならず、責任病変を抜本的に改善する必要があり、個々の症例の病態を十分に把握した上で、内視鏡的治療の一つのオプションとして脾管ドレナージ術を取り入れていくことが肝要と考えられる。

#### 49. 経副乳頭的脾管ドレナージが奏功した慢性脾炎急性増悪の

2例  
○阿部環、伊藤英人、松本岳士、高木秀安、小間至、  
佐々木茂、遠藤高夫、今井浩三（札幌医大第一内科）

今回我々は主乳頭からのアプローチが困難なため経副乳頭的に脾管ドレナージを施行し奏功した慢性脾炎急性増悪の2例を経験したので報告する。症例1：61歳、男性。上腹部痛・酵素上昇と腹部CTにて脾石・仮性囊胞・主脾管拡張が認められ入院となる。ERCPにてWirsung管の狭窄、尾側主脾管の拡張と仮性囊胞を認めたため主乳頭から脾管ドレナージを試みたが高度の屈曲蛇行のため不成功であった。副乳頭切開後の副乳頭造影にて狭小化したSantorini管がわずかに造影されたため、経鼻脾管ドレナージ施行後に7Fr 5cmの脾管ステントを留置した。その後血清アミラーゼ値・脾仮性囊胞・主脾管拡張は改善した。症例2：66歳、男性。アルコール性慢性脾炎の急性増悪と診断され入院となる。腹部CTにて脾頭部の脾石と主脾管拡張が認められた。ERCPにてWirsung管の狭窄とSantorini管内の脾石が認められた。Wirsung管の屈曲蛇行のため主乳頭からのアプローチが困難であり、副乳頭切開後に脾管ステントを留置し現在経過観察中である。今回経験した2症例はWirsung管に狭窄を認めたものの、屈曲蛇行のため主乳頭からのアプローチが困難であった。またSantorini管内の脾石や狭窄が慢性脾炎急性増悪の要因になったと考えられた。このような症例に対しては経副乳頭的脾管ドレナージが病態の改善に有用と思われた。

#### 50. 胃に浸潤し、胃内腔に粘液の排出を認めた脾体部癌の1例

○秋山剛英<sup>1</sup>、本間久登<sup>1</sup>、女澤慎一<sup>1</sup>、土居忠<sup>1</sup>、平田健一郎<sup>2</sup>、  
村上研<sup>1</sup>、町田卓郎<sup>1</sup>、黒田裕行<sup>3</sup>、井山論<sup>3</sup>、茎津武大<sup>3</sup>、  
高梨訓博<sup>3</sup>（時計台病院消化器病センター<sup>1</sup>、時計台病院健診セ  
ンター<sup>2</sup>、札幌医科大学内科学第4講座<sup>3</sup>）

症例は77歳、女性。平成9年5月、腹痛を主訴に近医を受診。同医にて腹部US・CT・ERCPを施行されたところ、主脾管の拡張を認め、以後定期的に経過観察をされていた。平成14年1月、同医でERCPを施行された際の脾液細胞診でclass Vの診断となり、同年2月16日、さらなる精査加療目的に当科紹介入院となった。入院時の腹部USおよびCT上、主脾管は径2cmと著明に拡張していた。また、脾体部には充実性腫瘍が描出され、胃壁への浸潤を認めた。上部消化管内視鏡検査を施行したところ、胃体部後壁にSMT様隆起性病変を認め、頂部には白色調の粘液の付着を認めた。十分な洗浄を行い、粘液を除去したところ、隆起の頂部に瘻孔を認め、瘻孔からの鉗子生検の結果、adenocarcinomaの診断を得た。内視鏡検査を含め、興味深い画像所見が得られたので、若干の文献的考察を加え報告する。

## 51. 脾管内乳頭腺癌(IPMT)由来と思われた浸潤癌の一例

○大久保俊一<sup>1</sup>, 堀田彰一<sup>1</sup>, 清野康生<sup>1</sup>, 高田弘一<sup>1</sup>, 加藤貴司<sup>1</sup>, 丸谷真守美<sup>1</sup>, 中村英明<sup>1</sup>, 井上善之<sup>1</sup>, 目黒高志<sup>1</sup>, 森田高行<sup>2</sup>, 斎藤 誠<sup>3</sup>, 長嶋和郎<sup>3</sup> (北海道消化器科病院内科<sup>1</sup>, 北海道消化器科病院外科<sup>2</sup>, 北海道大学医学部分子細胞病理<sup>3</sup>)

症例：78歳女性。主訴：全身倦怠感、黄疸。現病歴：平成14年2月12日、左記主訴にて近医受診し、腹部超音波検査にて脾腫瘍を指摘された。同年2月14日、精査加療目的で当科入院となった。入院時血液生化学検査にて高ビリルビン血症及び著明な胆道系酵素の上昇を認めた。腹部超音波検査及びCTでは脾頭部に一部囊胞成分を伴う32×38mmの腫瘍性病変を認めた。上部消化管内視鏡検査では、十二指腸下行脚の狭窄と腫瘍の浸潤を認めた。ERP上脾頭部で主脾管の中断と分枝の囊胞状拡張を認めた。以上より脾頭部領域に発症したIPMT由来浸潤癌(stageIII)と診断し、同年3月27日、PpPDを施行した。術後病理診断：主脾管内には乳頭腺癌の増殖像を認め、軽度に拡張した分枝内には乳頭腺腫を認めた。一方、脾実質内に浸潤した腫瘍は小型の異型腺管からなる中分化型腺癌が主体であり、一部分化度の劣る異型細胞が混在して浸潤増殖しており、脾内胆管、十二指腸壁、神経叢への浸潤も認めた。その他、脈管侵襲、リンパ管侵襲も認められた。以上より、IPMT由来浸潤癌と考えられた。近年IPMT症例の蓄積に伴い、その浸潤癌への関心も高まっている。IPMTと通常の浸潤性脾管癌は臨床病理学的には異なる疾患概念であるが、両者の発生、発育の違いに関しての分子生物学的説明は必ずしも十分になされておらず、形態的にも両者の中間に位置するような浸潤癌が存在すると考えられている。本症例は、病理組織診断等からその様な病変の可能性が高いと考えられ、IPMTの発育進展を考える上で示唆に富む症例と考えここに報告する。

## 52. 小腸転移をきたした大腸低分化型腺癌の1例

○高木貴久子<sup>1</sup>, 小川浩司<sup>1</sup>, 若浜 理<sup>1</sup>, 永坂 敦<sup>1</sup>, 西川秀司<sup>1</sup>, 犀口晶文<sup>1</sup>, 高田明生<sup>2</sup> (市立札幌病院消化器科<sup>1</sup>, 市立札幌病院病理科<sup>2</sup>)

症例は81歳男性。検診で便潜血陽性を指摘され、近医にて大腸内視鏡検査施行。直腸に病変を指摘されたため、平成14年1月当科受診。注腸バリウム検査および下部消化管内視鏡検査施行し、Rbに病変を2ヶ認めた。肛門側の病変は立ち上がり急峻で、表面黄白調のpolypoid病変であり、生検で低分化型腺癌であった。それより口側の病変はIIa+IIc病変であり、生検で高分化型腺癌であった。前者が分化度の低い癌であること、また後者の深達度がMPと考え、平成13年2月当院外科にてMile's手術を施行した。病理組織学的には前者は一部に扁平上皮化生を伴った低分化型腺癌であり、深達度はsm 2であった。また、さらに術中開腹所見にて回盲部より10cmの小腸粘膜側にSMT様病変を認め切除したが、病理組織学的にRbの病変と同様の低分化型腺癌の像を呈しており、転移と考えられた。比較的稀な小腸への転移をきたした大腸低分化型腺癌の1例を経験したので、若干の文献的考察を加え報告する。

## 53. 高齢者の大腸癌検診における内視鏡検査の現況

○泉 信一<sup>1</sup>, 野村昌史<sup>1</sup>, 三井慎也<sup>1</sup>, 後藤 充<sup>1</sup>, 吉田正史<sup>1</sup>, 渡辺晴司<sup>1</sup>, 吉田暁正<sup>1</sup>, 高橋邦幸<sup>1</sup>, 渡辺朗生<sup>1</sup>, 林 純<sup>1</sup>, 田中義規<sup>1</sup>, 辻 邦彦<sup>1</sup>, 姜 貞憲<sup>1</sup>, 松永隆裕<sup>1</sup>, 桜井康雄<sup>1</sup>, 大西幸代<sup>1</sup>, 真口宏介<sup>1</sup> (手稲済仁会病院消化器病センター)

【目的】70歳以上の高齢者の大腸腫瘍（腺腫、癌）の診断・治療の現況を明らかにし、高齢者の大腸癌検診における内視鏡検査の役割と方向性について検討する。【対象と方法】1997年4月から2001年12月までの期間に実施した大腸内視鏡検査総数15050件のうち、70歳以上の高齢者に対し施行した内視鏡検査総数3602件（全体の24%）を対象とし、以下の項目について検討した。1) 年度別の内視鏡検査実施状況（年度別総数に占める割合）、2) 大腸癌の発見率、3) EDS実施数と偶発症の発生状況。【成績】1) 97年度：20.6%（592/2871）、98年度：23.5%（668/2848）、99年度：24.1%（763/3165）、2000年度：25.0%（845/3383）、2001年度：26.4%（734/2783）と年ごとに高齢者に対する内視鏡検査数、年度別総数に占める割合ともに増加傾向がみられた。2) 対象期間に発見された全大腸癌は586例であり、このうち高齢者は213例で全体の36.3%を占めた。年齢別では70～79歳までが165例、80～89歳が45例、90～95歳が3例であった。全内視鏡検査総数からみた癌の発見率は3.9%（586例/15050件）であったが、高齢者では6.0%（213例/3602件）と高率であった。3) 高齢者に対するEDS実施例は403例であり、高齢者の内視鏡施行総数の11.2%を占めた。偶発症は4例（出血3例、穿孔1例）：0.1%にみられたが、全EDS実施例の偶発症発生頻度：0.2%と比較し差は認めなかった。【まとめ】高齢者大腸癌の発生頻度の上昇を考慮すると、70歳以上の高齢者に対しても積極的な大腸内視鏡検査の実施が必要と考える。

## 54. 大腸癌腸閉塞に対する経肛門的腸管減圧管の使用経験の報告

○中里友彦<sup>1</sup>, 塚越洋元<sup>1</sup>, 菅原伸明<sup>1</sup>, 森 康明<sup>1</sup>, 高橋宏明<sup>1</sup>, 関屋一都<sup>1</sup>, 矢和田 敦<sup>1</sup>, 加賀谷英俊<sup>1</sup>, 稔刈 格<sup>1</sup>, 飯田洋也<sup>2</sup>, 妻鹿成治<sup>2</sup>, 安部達也<sup>2</sup>, 草野真暢<sup>2</sup>, 久須美貴哉<sup>2</sup>, 西田靖仙<sup>2</sup>, 細川正夫<sup>2</sup>, 藤田昌宏<sup>3</sup> (恵佑会札幌病院消化器内科<sup>1</sup>, 恵佑会札幌病院外科<sup>2</sup>, 恵佑会臨床病理学研究所<sup>3</sup>)

今回我々は、未治療の大腸癌による腸閉塞に対する経肛門的腸管減圧管の使用をのべ19例経験したので報告する。検討期間は1997年1月～2002年6月の5年6ヶ月間。症例は17症例（平均年齢64.9歳）に対し経肛門的腸管減圧管を19回挿入した。内訳は男性14症例で平均年齢63.9歳（50歳～89歳）、女性は3症例で平均年齢69.7歳（49歳～88歳）であった。使用キットは前期はクリエイトメディック（株）のイレウス（経肛門挿入セット）を、後期は日本シャーウッド（株）のデニス コロレクタル チューブを主に使用した。大腸癌による腸の閉塞部位別の挿入回数は、横行結腸：3回、下行結腸：5回、SD-J：5回、S状結腸：1回、直腸：5回だった。経肛門的腸管減圧管の挿入不成功例は横行結腸の1症例、及び直腸（Rs）での挿入時穿孔が1症例あった。どちらの症例も直接外科手術にて軽快した。経肛門的腸管減圧管の挿入後待機的外科手術を施行されたのは10症例で経肛門的腸管減圧管の挿入より手術までの平均期間は12.3日間、その内人工肛門を併設した症例は脳梗塞後の全身状態不良の1症例と直腸癌の1症例であった。以上より、大腸癌による腸閉塞に対する経肛門的腸管減圧管の使用は、減圧のための緊急手術を含む二期的手術を回避し、一期的な待機手術を実行するための有効な手段と考えられる。

## 55. 悪性大腸狭窄におけるexpandable metallic stent留置術の検討

○高平尚季<sup>1</sup>, 久居弘幸<sup>1</sup>, 荒谷英二<sup>1</sup>, 日下部俊朗<sup>1</sup>, 萩原誠也<sup>1</sup>, 釋亮也<sup>1</sup>, 蟹沢祐司<sup>2</sup>, 滝沢耕平<sup>3</sup>, 石渡裕俊<sup>3</sup> (伊達赤十字病院消化器科<sup>1</sup>, 同内科<sup>2</sup>, 札幌医大第四内科<sup>3</sup>)

【目的】悪性大腸狭窄に対するexpandable metallic stent (EMS) を用いたステント治療の有用性が報告されているが依然として確立した治療法にはなっていない。当科における悪性大腸狭窄に対しEMS留置を施行した症例を検討し、その有用性を明らかにすることを目的とした。【方法】対象は2001年4月～2002年5月までに当科で経験した悪性大腸狭窄症例のうち切除不能と診断されEMSを留置した10例（53～93歳、平均72歳、男女比5：5）。疾患内訳は直腸癌2例、直腸癌術後再発2例、胃癌Schnitzler転移2例、S状結腸癌術後再発1例、横行結腸癌1例、下行結腸癌1例、脾尾部癌横行結腸浸潤1例である。狭窄長は5cm～9cm（平均7.1cm）。狭窄部の肛門側にクリップでマーキングを施行し狭窄部にJagwireを通してDelivery systemを挿入しEMSを留置。全例狭窄部のバルーン拡張は行わなかった。EMSは全例Ultraflex esophageal stent、noncovered typeを使用した。全例十分なinformed consentを得た。検討項目は1) 治療成績、2) 留置後の排便状況、3) 開存期間と再狭窄、4) 早期合併症、5) 晩期合併症とした。【成績】1) 全例EMS留置に成功。横行結腸留置の2例ではスライディングチューブを使用しS状結腸を直線化さらに細径スコープを使用し脾弯曲部のたわみをとることにより留置に成功した。2) 排便是術直後より全例で認められた。3) EMS挿入からの開存日数は15日～235日で10例中3例生存中であるが現在も閉塞を認めていない。Tumor ingrowthによるステント再狭窄は全例で認められなかった。4) 腸管穿孔や消化管出血の重篤な早期合併症は認められなかつたが軽度の肛門部痛を2例に認めた。5) 晩期合併症として2例でステント逸脱が認められ1例に人工肛門造設術を施行した。【結論】悪性大腸狭窄に対するEMS留置術は低侵襲で有効な治療法である。今後Delivery systemの改良や人工肛門造設術との比較検討が必要と考えられる。

## 56. MDCTによる仮想内視鏡が有用であった同時性多発大腸癌の一例

○鈴木譽也<sup>1</sup>, 室井美保<sup>1</sup>, 菅 正之<sup>1</sup>, 葛西健二<sup>1</sup>, 定岡邦昌<sup>1</sup>, 古家 乾<sup>1</sup>, 大島隆宏<sup>2</sup>, 数井啓蔵<sup>2</sup>, 長谷泰司<sup>2</sup>, 池田雄祐<sup>2</sup>, 服部淳夫<sup>3</sup> (北海道社会保険病院消化器科<sup>1</sup>, 北海道社会保険病院外科<sup>2</sup>, 北海道社会保険病院病理部<sup>3</sup>)

症例は76歳男性。平成14年6月5日腹痛・嘔吐が出現し、6月6日当院を受診し、腸閉塞と診断され入院となった。保存的治療にて腸閉塞は軽快したが、6月10日大腸内視鏡検査を行ったところ、左横行結腸から直腸にかけて、4個の進行癌を認めた。左側結腸より口側は、狭窄のため観察不能であった。8列MDCTを用い、大腸仮想内視鏡を行ったところ、狭窄部より口側にも複数の腫瘍性病変を認めた。遠隔転移は認めなかった。注腸ガストログラフィン造影を行ったが、同様の所見であった。6月19日当院外科にて手術を行い、合計5個の進行癌を認め、他にも腺腫内癌を含むポリープを3個認めた。今回我々は、術前診断にMDCTを用いた仮想内視鏡が有用であった同時多発大腸癌を経験したので報告する。

## 57. MDCTで病変の描出が可能であった径5mmの直腸カルチノイド腫瘍の一例

○定岡邦昌<sup>1</sup>, 室井美保<sup>1</sup>, 菅 正之<sup>1</sup>, 鈴木譽也<sup>1</sup>, 葛西健二<sup>1</sup>, 古家 乾<sup>1</sup>, 服部淳夫<sup>2</sup> (北海道社会保険病院消化器科<sup>1</sup>, 北海道社会保険病院病理部<sup>2</sup>)

症例は58歳女性。S状結腸癌術後の経過観察のため、平成14年4月2日に大腸内視鏡検査を行ったところ、中心に浅い陥凹を持つ直径5mmの粘膜下腫瘍を下部直腸に認め、生検よりカルチノイド腫瘍と診断された。8列MDCTを用い、大腸CTを行ったところ、直腸に陥凹を伴う小隆起性病変が描出された。リンパ節転移は認めなかつた。EUSでは2層を中心とする増殖を認めたが、3層は比較的よく保たれており、内視鏡治療が可能と診断した。4月11日に粘膜切除を施行し、カルチノイド腫瘍・深達度sm 1と診断された。比較的小さな大腸腫瘍に対するCTの有用性につき、若干の文献的考察を加え、報告する。

## 58. 直腸endocrine cell carcinomaの1例

○伊藤貴博<sup>1</sup>, 藤谷幹浩<sup>1</sup>, 斎藤裕輔<sup>1</sup>, 渡 二郎<sup>1</sup>, 坂本 淳<sup>1</sup>, 柴田直美<sup>1</sup>, 三好恭子<sup>1</sup>, 岡本耕太郎<sup>1</sup>, 前本篤男<sup>1</sup>, 安田淳美<sup>1</sup>, 綾部時芳<sup>1</sup>, 蘆田知史<sup>1</sup>, 高後 裕<sup>1</sup>, 富田一郎<sup>2</sup>, 河野 透<sup>2</sup> (旭川医大第三内科<sup>1</sup>, 旭川医大第二外科<sup>2</sup>)

直腸endocrine cell carcinomaは、高率に肝転移をきたし予後不良とされる。今回われわれは、遠隔転移を認めず根治手術が可能であった直腸endocrine cell carcinomaの1例を経験したので報告する。症例は56歳、女性。平成13年12月の検診にて便潜血反応陽性を指摘され当科を受診した。大腸内視鏡検査を施行したところ、直腸(Ra-b)に径25mm大、黄色調の隆起性病変を認めた。隆起表面は正常粘膜に覆われ、不整形の小潰瘍を複数認めた。注腸X線検査では、bridging foldを伴う、なだらかな立ち上がりの隆起性病変で、表面に不整形の小バリウム斑を認めた。超音波内視鏡検査では粘膜下層に主座をおく低エコー腫瘍として描出され、一部で筋層の肥厚、断裂を認めた。また、腹部超音波検査、CT検査および血管造影検査にて転移は認めなかつた。以上からa1以深まで浸潤したendocrine cell carcinoma, N (-), M (-)と診断した。平成14年2月当院第2外科にて超低位前方切除術+リンパ節郭清術を施行した。病理所見では、endocrine cell carcinoma, a2, ly1, v1, n1 (+), stage III, 根治度Aであった。術後化学療法(5-FU及びCDDP併用療法)を外来で施行中であり、術後5ヶ月後の現在まで再発は認めていない。

## 59. 小児大腸内視鏡における意義と検討

○黒河 勝<sup>1</sup>, 今村哲理<sup>1</sup>, 柄原正博<sup>1</sup>, 安保智典<sup>1</sup>, 本谷 晃<sup>1</sup>,  
萩原 武<sup>1</sup>, 西岡 均<sup>1</sup>, 高橋大賀<sup>1</sup>, 上野敦盛<sup>1</sup>, 今野武津子<sup>2</sup>  
(札幌厚生病院消化器科<sup>1</sup>, 札幌厚生病院小児科<sup>2</sup>)

成人における大腸疾患は年々増加傾向を示し、大腸内視鏡検査の必要性と重要性も増している。同様に小児における大腸内視鏡検査の必要性も増しており、当科における小児科依頼の大腸内視鏡検査について検討した。対象は札幌厚生病院において平成11年1月から平成12年12月までの2年間における小児科依頼の大腸内視鏡検査で、件数は57件。対象年齢は2ヶ月から19歳で、平均年齢は9.3歳。性差はM:F=29:28。主訴は血便24例、IBD経過観察14例、下痢5例の順に多く、有症状における内視鏡検査において所見を認めたものは26例(45.6%)であった。今回、内視鏡の症例提示も加え報告する。

## 60. 白血球除去療法(LCAP)単独で覚解維持が可能であったステロイド抵抗性潰瘍性大腸炎の1例

○桂田武彦<sup>1</sup>, 中井義仁<sup>1</sup>, 露口雅子<sup>1</sup>, 大泉弘子<sup>1</sup>, 川村直之<sup>1</sup>,  
斎藤雅雄<sup>1</sup>, 米川元樹<sup>2</sup>, 川村明夫<sup>2</sup> (札幌北楡病院消化器科<sup>1</sup>,  
(医) 北楡会札幌北楡病院外科<sup>2</sup>)

今回我々はステロイド抵抗性潰瘍性大腸炎の患者に対し白血球除去療法(以下、LCAP)を施行して覚解導入し、それ以後LCAPのみで覚解を維持している症例について報告する。症例は15歳男性。平成10年1月より下血が出現し、市販薬を服用していたが改善しないため同年6月前医を受診。前医での下部消化管内視鏡検査にて潰瘍性大腸炎(全結腸型)と診断され入院した。5-ASAにて治療を開始したが、膨脹が出現したために中止し、絶食、IVH、ステロイドバルス療法にて治療したが、高熱が出現し血性下痢も頻回、内視鏡所見も改善不良のため、LCAPによる治療目的に当院紹介、入院となった。入院時のCAI scoreは13点であった。当院ではプレドニゾロン30mg静注を併用しつつLCAPを開始。LCAP7回で解熱がみられ、10回終了で普通便となった。しかし内視鏡的には12回終了時覚解には至っていなかった。LCAPを続けて施行した。19回目のLCAP終了後、内視鏡的に覚解と判断し退院となった。退院時のCAI scoreは0点であった。以後外来でプレドニゾロンは漸減し、平成14年4月に中止。月1回のLCAP単独でコントロールしているが、再燃せず経過は良好である。当院では50名余の潰瘍性大腸炎の症例に対し外来でLCAPの維持治療を行い覚解を維持している。そのうち5-ASA、プレドニゾロンといった薬剤をいずれも用いずLCAP単独で覚解維持しているのは現在のところ本症例のみであるものの、覚解維持のための治療としてLCAPは有効な治療であると考えられた。

## 61. 潰瘍性大腸炎の経過中にペーチェット病を合併した1例

○関 英幸<sup>1</sup>, 鈴木潤一<sup>1</sup>, 藤田 淳<sup>1</sup>, 三浦淳彦<sup>1</sup>, 深澤雄一郎<sup>2</sup>  
(幌南病院消化器科<sup>1</sup>, 幌南病院病理<sup>2</sup>)

潰瘍性大腸炎は主として、粘膜を侵し、しばしばびらんや潰瘍を形成する、原因不明の大腸のびまん性非特異性炎症と定義されている。一方、ペーチェット病は、口腔粘膜のアフタ性潰瘍、外陰部潰瘍、皮膚症状、眼症状の4つの症状を主症状とする原因不明の慢性再発性の全身性炎症性疾患である。両疾患は、比較的共通点が多いものの両疾患の合併はきわめて稀と考えられている。今回我々は、潰瘍性大腸炎の経過中にペーチェット病を合併した症例を経験したので報告する。症例は40歳女性。潰瘍性大腸炎で当科通院中であった。母親がペーチェット病と診断されている。平成14年1月中旬より、感冒様症状の後に39度台の高熱、口腔内潰瘍、陰部潰瘍が出現し、自衛隊病院に入院となつたが、症状が改善しないため当科紹介入院となった。上部消化管内視鏡検査では、口腔内アフタ様潰瘍、食道にpunched out ulcerを認めた。下部消化管内視鏡検査では直腸から横行結腸まで浅い潰瘍とピラシ、一部に炎症性ポリープおよび、深掘れのpunched out ulcerを認めたが、回盲部病変は認めなかつた。当院眼科では明らかな眼病変は認めなかつたが、皮膚科でペーチェット病と診断された。以上より、潰瘍性大腸炎の経過中にペーチェット病を発症した症例と診断した。治療は絶食、IVH、プレドニゾロン60mgの使用で軽快し、以後プレドニゾロンを漸減し、現在外来での経過観察中である。

## 62. クローン病に腸腰筋膿瘍が合併し、抗生剤により改善した1例

○佐藤智信、菅原謙二、首藤龍人、山田裕人、矢崎康幸 (小林病院消化器病センター)

症例は30歳、女性。主訴は右背部痛および下肢痛。現病歴 平成8年より大腸・小腸型のクローン病で主に経腸栄養と5-ASAで経過観察中であった。平成14年2月下旬より右背部痛および下肢痛を認め当科受診、精査加療のため当科入院となつた。既往歴、家族歴に特記すべきことなし。入院時検査所見ではWBC、CRPの上昇を認めた。入院後のCTで右腸腰筋に径5.5cmの膿瘍を認めた。また、CF、注腸X線所見では肝弯曲部と回盲部に狭窄を、上行結腸にcobblestoneと短縮を認めた。画像所見上明らかな瘻孔は認められなかつた。腸腰筋膿瘍に対しシプロキサンを投与したところ、腸腰筋膿瘍は著しく縮小し、それにともない症状も軽快した。クローン病の治療のため、4月17日に結腸右半切除術を行つた。手術時には膿瘍はほぼ消失し、手術標本でも明らかな瘻孔は認められなかつたが、一部に瘻孔があつた痕跡を認め、腸腰筋膿瘍の原因となつたものと思われた。過去に腸腰筋膿瘍を合併したクローン病の報告は33例あるが、治療として手術やドレナージで治療をしており、抗生剤の投与のみで改善した症例はまれであり報告した。

#### 63. 内視鏡的バルーン拡張術が有効であったクローン病の1例

○坂本 淳、前本篤男、伊藤貴博、三好恭子、柴田直美、岡本耕太郎、藤谷幹浩、安田淳美、綾部時芳、蘆田知史、齊藤裕輔、高後 裕（旭川医大第三内科）

近年、クローン病の消化管狭窄病変に対して、内視鏡的バルーン拡張術が行われるようになってきた。今回われわれは、大腸および小腸に多発狭窄をきたし、腸閉塞を呈したクローン病病変に対して内視鏡的バルーン拡張術を行い、腸閉塞を解除した一例を経験したので報告する。症例は23歳の女性。1995年7月に腹痛、下痢にて発症。同年9月に当科に入院し小腸大腸型のクローン病と診断された。小腸小腸瘻、小腸結腸瘻および小腸の多発狭窄を認め、10月小腸部分切除術2カ所および小腸狭窄形成術を受け、在宅経腸栄養療法として加療していた。1999年9月再燃し当科入院、11月肝弯曲部部分切除術および小腸狭窄形成術受けた。2002年4月に腹痛、嘔吐、CRPの上昇を認め4月23日に当科入院となった。入院後TPNとしたが、腸閉塞症状が徐々に増悪し5月13日にイレウス管を挿入した。狭窄はS状結腸に長さ5cmの狭窄をはじめ、結腸に4カ所、回腸に腸閉塞の責任病変と考えられる強い狭窄を1カ所認めた。頻回の切除術を受けたため小腸は約140cmと短腸であり、また今回入院時には痔瘻の悪化も認められ、手術に伴い短腸症候群や痔瘻の悪化が危惧されることから、本人のインフォームド・コンセントを得た上で、内視鏡的バルーン拡張術を施行した。結腸狭窄はThrough-the-scope (TTS) を用い径12mmまで拡張した。回腸狭窄は屈曲していたが、SwingTip cannula (Olympus, Japan) を用いることでguide wire exchangeにてTTSを挿入することが可能になり、合計7回の拡張術で腸閉塞の解除及びイレウス管の抜去が可能となった。内視鏡的バルーン拡張術は、比較的長い狭窄や小腸の屈曲した狭窄などにも適応できる可能性が示唆された。

#### 64. 味覚異常を契機に発見されたCronkhite-Canada syndromeの一例

○平澤 元、渡邊浩光、林 泰志、平澤カンナ、山形 迪（帯広第一病院消化器内科）

症例は65歳男性。味覚異常、水様性下痢を主訴に近医受診し点滴等で経過観察されていたが、症状改善されず、精査目的で当院紹介。家族歴は特記事項なし。既往歴は脳出血、胆石症、心筋梗塞、糖尿病。来院時現症として味覚異常、水様性下痢、脱毛、爪甲の萎縮を認めた。入院時検査成績では低蛋白血症、低亜鉛血症を認め、精査目的で入院となった。味覚異常は亜鉛欠乏によるものと判断し、亜鉛剤内服を開始。上部消化管内視鏡検査で前庭部大脳を中心とした粘膜の発赤、浮腫が敷石状に認められた。同部位の組織生検では粘膜固有層の浮腫と線維化および腺管の不規則な囊胞状変化を認め、Group Iであった。全大腸内視鏡検査では直腸から盲腸にかけて連続性に浮腫、発赤を認め、一部ポリポイド形成が観察された。同病変の組織生検では慢性炎症細胞の浸潤、粘膜固有層の著明な浮腫の他に、生検の一部にinflammatory polypやjuvenile polypに類似した部分が認められ、Group Iであり、Cronkhite Canada Syndrome (CCS) に矛盾しない所見であった。以上よりCCSと診断した。ステロイド静注療法をプレドニン40mgより4週間毎に10mgずつ漸減。治療開始から4週後には味覚異常、水様性下痢、脱毛が、8週後には爪甲の萎縮の改善が認められた。ステロイド離脱時点における胃および大腸内視鏡検査では粘膜はほぼ正常所見を呈しており、組織生椥にても以前認められたactive inflammationの所見は消失し、入院5カ月後に退院となった。現在外来経過観察中で、症状の再燃は認めない。

#### 65. Marfan症候群患者に認められた腸管囊腫様気腫症の一例

○奥田博介<sup>1</sup>、野島正寛<sup>2</sup>、沖 真理子<sup>2</sup>、田中浩紀<sup>2</sup>、前森雅世<sup>2</sup>、田賀理子<sup>2</sup>、西村 進<sup>1</sup>、木村裕一<sup>1</sup>、米澤和彦<sup>1</sup>、阿部 敬<sup>1</sup>、登坂松三<sup>1</sup>、吉田 豊<sup>3</sup>、今井浩三<sup>2</sup>（市立釧路病院内科・消化器科<sup>1</sup>、札幌医科大学医学部第一内科<sup>2</sup>、市立釧路総合病院検査科病理<sup>3</sup>）

症例は47歳、女性。Marfan症候群にて38歳時胸腹部大動脈全置換術、44歳時Bentall手術施行。平成14年2月、検診で便潜血反応陽性を指摘され、2月22日当科外来初診、3月5日大腸内視鏡検査(CF)を施行した。CFでは上行結腸に粘膜下腫瘍に類似した表面平滑な大小の隆起性病変が多発し、隆起表面の粘膜の色調は隣接する健常部と同様、ないしは一部発赤調で、クッションサインは陰性であった。ワーフアリン内服中であったため生椥は施行しなかった。精査目的に4月9日当科入院、腹部単純X線検査にて、右下腹部にブドウの房状の蜂巣状小円形ガス像を、注腸X線造影にて、上行結腸に類円形の陰影欠損像を多数認めた。4月16日CF再検、隆起表面の発赤はやや目立つようになつたが、形態に著変は認められなかった。20MHz細径プローブによる超音波内視鏡所見では、粘膜下層に低い無エコー領域を認めた。内視鏡的にクッションサイン陰性であったため充実性腫瘍の存在も否定し得ず、試験的EMRの施行および経過観察を勧めたが、患者の希望が強く、4月30日当院外科にて右側結腸切除術施行、腸管囊腫様気腫症の確診を得た。腸管囊腫様気腫症は比較的稀な疾患であり、その発生に腸管内圧の上昇に伴い、腸管ガスが腸粘膜裂隙より腸管内に侵入し気腫を形成する、という機械説が提唱されている。本症例においてはMarfan症候群に起因する過長結腸および腸管壁の脆弱性が、発生に関与している可能性が示唆された。

#### 66. 急性出血性直腸潰瘍と虚血性大腸炎を合併した1例

○日下部俊朗<sup>1</sup>、久居弘幸<sup>1</sup>、高平尚季<sup>1</sup>、釋 亮也<sup>1</sup>、萩原誠也<sup>1</sup>、荒谷英二<sup>1</sup>、蟹沢祐司<sup>2</sup>、滝沢耕平<sup>3</sup>、石渡裕俊<sup>3</sup>（伊達赤十字病院消化器科<sup>1</sup>、伊達赤十字病院内科<sup>2</sup>、札幌医科大学第4内科<sup>3</sup>）

急性出血性直腸潰瘍(AHRI)は脳血管疾患をはじめとして、重症基礎疾患有する高齢者に突然無痛性の新鮮下血で始まる急性の直腸潰瘍である。今回、AHRIと虚血性大腸炎(IC)を合併した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】76歳、女性。脳梗塞後遺症にて療養型病院に入院中であったが、平成14年3月10日に便中に新鮮血混入し、その後褐色の下血見られていた。3月13日朝に大量下血しショック状態となり、意識消失、呼吸停止となり、蘇生処置後に当院救急外来へ搬入され、精査加療目的に当科入院となった。入院時施行した大腸内視鏡所見はS状結腸から直腸S状結腸移行部にかけて多発性の縦走潰瘍およびびらんが認められ、ICの所見であった。また、歯上線直上の下部直腸には不整形の潰瘍性病変を認めAHRIの合併と考えられた。観察時はいずれの病変も止血していたが、下部直腸病変は露出血管を伴っていたためクリップ止血術を施行した。以後、絶食にて保存的に経過を見ていたが、3月23日に再度大量下血、ショック状態となつたため緊急内視鏡施行し、下部直腸に前回止血部位近傍に新たな潰瘍出血を認め、高張Naエビネフリン液局注後にクリップ止血術を行つた。以後、ICおよびAHRIは改善傾向となり、新たな出血は認めていない。

## 67. 虚血性腸炎の臨床的検討一狭窄型・壞死型の特徴一

○岡田優二<sup>1</sup>, 垂石正樹<sup>1</sup>, 網塚久人<sup>1</sup>, 松本昭範<sup>1</sup>, 澤向光子<sup>1</sup>, 珍田純子<sup>1</sup>, 徳原教<sup>1</sup>, 山縣一夫<sup>1</sup>, 柴田好<sup>1</sup>, 武田章三<sup>1</sup>, 高後裕<sup>2</sup> (市立旭川病院消化器内科<sup>1</sup>, 旭川医科大学第3内科<sup>2</sup>)

1998年1月から2002年6月まで当科で経験した虚血性大腸炎について検討した。対象はこの間に下部消化管内視鏡検査を施行した9124件中、虚血性腸炎と診断された114例(1.3%)である。男女比は男:女=40:74と女性に多く、年齢は20歳~87歳、平均年齢は60.7歳であった。病型は一過性型103例(90.4%)、狭窄型4例(3.5%)、壞死型7例(6.1%)であった。一過性型に比較して狭窄型、壞死型は有意に血管因子に伴う基礎疾患が多く、初回検査時において炎症所見が高かった。一過性型、狭窄型で症状は、腹痛、下痢、下血の症例が一般的だった。壞死型は腹痛に加えて腹満を主訴とすることが多く、また下血を伴わない症例も見られた。内視鏡所見は、壞死型では暗紫色あるいは灰白色調の特徴的な粘膜色調を呈していた。臨床経過において、一過性型のほとんどは48時間以内に症状が軽快する。狭窄型、保存的に治療された壞死型は症状の遷延を認めた。虚血性腸炎の多くは一過性型であり保存的に軽快する。しかし、初回検査時に炎症所見の強い症例では狭窄型に移行する場合があり経過観察を必要とする。一方、壞死型は緊急に手術療法を選択しなければ生命に関わる。腹痛、腹満のみで下血を伴わない壞死型症例も存在するため、とくに血管系の基礎疾患有する症例では本疾患の壞死型を念頭におき、積極的に緊急内視鏡を試みるべきである。

## 69. S状結腸に広範なmucosal bridgeの形成を認めた一例

○古川孝広<sup>1</sup>, 潘紀良<sup>1</sup>, 高張大亮<sup>1,2</sup>, 本多加奈<sup>2,3</sup>, 平田康二<sup>2</sup>, 石井徹<sup>1</sup> (国立函館病院消化器科<sup>1</sup>, 国立函館病院内科<sup>2</sup>, 札幌医科大学第四内科<sup>3</sup>)

大腸mucosal bridgeは、炎症性ポリープ相互の癒合や潰瘍が粘膜下で穿破交通して形成されるものと考えられており、主に潰瘍性大腸炎、Crohn病、腸結核を原因疾患とすることが知られている。今回我々は、S状結腸に広範なmucosal bridgeの形成を認め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。症例は68歳、男性。検診にて便潜血を指摘され、平成14年6月、当科外来を受診した。大腸内視鏡検査施行したところ、回盲部に直径10mmの山田III型ポリープを認めたと共に、S状結腸全域にmucosal bridgeを認めた。肉眼的に明らかなびらんや潰瘍等の活動性炎症を示唆する所見は認めず、mucosal bridge部分の生検でも組織学的に炎症性細胞浸潤の伴わない正常粘膜であることがわかった。本症例では全身精査の結果、結核感染の既往や、潰瘍性大腸炎、Crohn病の罹患も否定的であり、mucosal bridgeの原因はあきらかではなかったが、40年前の細菌性赤痢に罹患した既往があり、このことが大腸mucosal bridge形成の原因と推測された。近年、原因不明のmucosal bridge報告例に細菌性赤痢の罹患歴を有する症例が少なからずあり、細菌性赤痢も大腸mucosal bridgeの原因の一つとして考えられるようになっている。

## 68. 急性出血性直腸潰瘍に対する内視鏡的止血術の検討

○高平尚季<sup>1</sup>, 久居弘幸<sup>1</sup>, 荒谷英二<sup>1</sup>, 日下部俊朗<sup>1</sup>, 萩原誠也<sup>1</sup>, 釋亮也<sup>1</sup>, 蟹沢祐司<sup>2</sup> (伊達赤十字病院消化器科<sup>1</sup>, 伊達赤十字病院内科<sup>2</sup>)

【目的】急性出血性直腸潰瘍(AHRS)は歯状線近傍の下部直腸に認められる潰瘍で大出血の原因となりうる臨床上重要な疾患であり、時に止血に難渋することがある。今回当科で経験したAHRSを対象にその臨床像と内視鏡的止血術に関して検討した。【方法】平成8年4月より平成14年5月までAHRSと診断された29例を対象とした。【成績】年齢66歳~93歳(平均80歳)と高齢者が多く、(男性16例、女性13例)であった。初発症状は全例突然の新鮮下血であり、基礎疾患では脳血管障害が13例(45%)と最も多く、発症時寝たきり状態が20例(67%)であった。出血性ショックを来たしたのは10例(34%)で輸血を要したのは12例(41%)であった。出血形態は拍動性が1例(3%)、湧出性が7例(25%)であったが、21例(72%)は内視鏡検査時に出血を認めなかつた。露出血管は24例(83%)で認め、18例(62%)に止血処置を要し、初回処置はクリッピング10例(34%)、ヒータープローブ4例(14%)、併用(クリッピング、高張Naエビネフリン局注、アルゴンプラズマ凝固)4例(14%)であった。再出血は11例(38%)に認められ、初回処置後1~4日後(平均2.2日)であった。1例に外科的止血術を施行した。再出血を来たした症例は寝たきり状態で全身状態の不良な症例が9例(82%)であった。出血に伴う死亡例は認めなかつた。【結論】全身状態不良例では再出血も多く認めるため初回止血後も追加内視鏡処置および全身状態の改善が必要と考えられる。

## 70. 大腸リンパ管腫の1例

○立野久美子、佐藤康史、高山哲治、瀧本理修、岡本哲郎、信岡純、二階堂ともみ、滝沢耕平、照井健、高橋稔、古川勝久、加藤淳二、新津洋司郎(札幌医大第四内科)

今回我々は、内視鏡的に切除し得た大腸リンパ管腫の1例を経験したので報告する。症例は71歳男性。腹部不快感を主訴として近医を受診し、下部消化管内視鏡検査で、上行結腸に巨大ポリープを指摘され精査目的で当科入院となった。注腸造影、内視鏡検査では同部に表面平滑、正常の大腸粘膜に覆われた約4cmの亜有茎性ポリープを認めた。同ポリープは、生検鉗子の圧迫にて容易に変形し、いわゆるcushion-sign陽性であった。さらに、EUSでcyst-like patternを示したことから大腸リンパ管腫と診断し内視鏡的に切除した。病理組織学的所見では、正常粘膜と粘膜下層に一層の内皮細胞と平滑筋に覆われたリンパ管の増生を認め大腸リンパ管腫と診断した。大腸に発生するリンパ管腫は稀とされる。しかしながら、その報告は大腸内視鏡検査の普及により増加傾向にあり大腸非上皮性腫瘍において鑑別すべき疾患のひとつとして注目されており、貴重な症例と考えられた。

## 71. 胆囊の炎症による大腸の所見

○西岡 均<sup>1</sup>, 今村哲理<sup>1</sup>, 栄原正博<sup>1</sup>, 安保智典<sup>1</sup>, 本谷 晃<sup>1</sup>,  
黒河 聖<sup>1</sup>, 萩原 武<sup>1</sup>, 高橋大賀<sup>1</sup>, 上野敦盛<sup>1</sup>, 平山 敦<sup>2</sup>,  
藤永 明<sup>2</sup>, 大村卓味<sup>3</sup>, 村岡俊二<sup>4</sup>, 佐藤利宏<sup>4</sup> (札幌厚生病院  
第一消化器科<sup>1</sup>, 札幌厚生病院第2消化器科<sup>2</sup>, 札幌厚生病院第  
3消化器科<sup>3</sup>, 札幌厚生病院臨床病理<sup>4</sup>)

胆囊の炎症により大腸に所見を認めた三例について報告する。症例1：63歳女性。平成11年8月2日頃より右季肋部痛を認め前医受診採血にてWBC、CRPの上昇、腹部超音波検査にて胆石、胆のう壁の肥厚を認め急性胆囊炎の疑いで当院紹介となる。入院後の精査にて胆囊癌を否定できず、また大腸肝弯曲部に浸潤している所見を認めため、大腸内視鏡検査、注腸X線検査を施行、同部位に10センチにわたり偏側性の粘膜下隆起をみとめ、表面は正常粘膜であった。当院外科にて手術を施行し良性と診断された。症例2：76歳男性。平成14年4月16日に発熱、嘔吐にて前医受診。採血にてWBC、CRPの上昇を認め入院。抗生素にて症状は一時的に軽快するも、その後発熱を繰り返していた。同年6月7日の腹部CT検査にて胆囊腫大、および内部にair像を認め当院紹介となる。入院後に施行した大腸内視鏡検査にて大腸肝弯曲部に胆囊の穿通を認めた。症例3：76歳男性。平成14年5月2日より右季肋部痛を認め前医受診腹部超音波検査にて急性胆囊炎を疑われ、5月7日当院紹介受診、採血にてWBC、CRPの上昇を認め、5月9日入院となる。入院後PTGBDを施行、その後の腹部CT検査にて胆囊の大腸への穿通が疑われ大腸内視鏡検査施行。大腸肝弯曲部にPTGBDチューブの穿通を認めた。胆囊の炎症により大腸に所見を認めた三例を経験したので若干の文献的考察を加えて報告する