

消化器内視鏡分科会 (第89回日本消化器内視鏡学会北海道支部例会)

日 時：平成16年9月12日(日) 9:00~16:03

会 場：札幌医科大学臨床教育研究棟

札幌市中央区南1条西16丁目

T E L (011) 611-2111

会 長：旭川医科大学第二外科 教授 葛西 真一

第一会場（札幌医大大講堂）

(9:00~11:41)

食道（9:00~9:35） 座長 大原 正範（国立函館病院外科）

1. 食道・気管狭窄に対してDouble stentsを施行した肺癌の1例

○釋 亮也¹, 久居 弘幸¹, 日下部俊朗¹, 萩原 誠也¹, 大芦 研輔², 立野久美子³ (伊達赤十字病院消化器科¹, 伊達赤十字病院呼吸器科², 札幌医科大学第四内科³)

2. 広範なBarrett食道に発生した粘膜内癌の1例

○山本 純司¹, 清水 勇一¹, 桂田 武彦², 小野 雄司², 森 康明², 小野 尚子², 中川 学², 工藤 真弓², 三浦 洋輔², 早川 敏文², 中川 宗一¹, 加藤 元嗣¹, 浅香 正博¹, 大関 玲奈³ (北海道大学病院光学医療診療部¹, 北海道大学病院消化器内科², 市立室蘭総合病院消化器科³)

3. 食道悪性黒色腫の1例

○澤田 実紀¹, 佐野 公昭¹, 太宰 昌佳¹, 横田 美紀¹, 小原 俊央¹, 横山 仁¹, 永坂 敦¹, 西川 秀司¹, 橋口 晶文¹, 菊地 一公², 倉内 宣明², 三澤 一仁², 佐野 秀一², 田中 敏³ (市立札幌病院消化器科¹, 市立札幌病院外科², 市立札幌病院病理科³)

4. 巨大な横隔膜上食道憩室症を合併したSLEの1例

○庵原 秀之, 佐藤 康史, 高山 哲治, 二階堂ともみ, 佐川 保, 岡本 哲郎, 平川 昌宏, 中村 秀勝, 京極 典憲, 安部 智之, 小笛 里砂, 高田 弘一, 林 究, 宮西 浩嗣, 加藤 淳二, 新津洋司郎 (札幌医科大学医学部第四内科)

5. 同種骨髄移植後に食道狭窄を来たし内視鏡的拡張術を要した1例

○古川 滋¹, 野口 晋佐¹, 露口 雅子¹, 川村 直之¹, 大泉 弘子¹, 齋藤 雅雄¹, 今井 陽俊², 笠井 正晴², 清水 勇一³ (特定医療法人北楓会札幌北楓病院消化器科¹, 特定医療法人北楓会札幌北楓病院内科², 北海道大学病院光学医療診療部³)

胃1 (9:35~10:03)

座長 星 智和 (旭川医科大学第二外科)

6. 診断に苦慮した胃細胞癌胃転移の1例

○西家 極仙¹, 高橋 康雄¹, 大久保俊一¹, 藤川 幸司¹, 新谷 直昭¹, 佐藤 康裕², 小林多加志³ (国立病院機構北海道がんセンター¹, 札幌医科大学第四内科², 小林胃腸科内科クリニック³)

7. 肺癌放射線治療中に著明な形態変化を呈した胃癌の1例

○桂田 武彦¹, 小野 雄司¹, 小野 尚子¹, 工藤 真弓¹, 中川 学¹, 早川 敏文¹, 三浦 洋輔¹, 森 康明¹, 山本 純司¹, 武田 宏司¹, 杉山 敏郎¹, 浅香 正博¹, 中川 宗一², 清水 勇一², 加藤 元嗣², 近藤 正男³, 佐藤 裕二³, 藤堂 省³ (北海道大学病院消化器内科¹, 北海道大学病院光学医療診療部², 北海道大学病院第一外科³)

8. 胃原発neuroendocrine cell carcinomaの1例

○和田 優子^{1,4}, 長町 康弘^{1,4}, 和賀永里子^{1,4}, 奥 隆臣^{1,4}, 中津川宗秀², 藤田 美俐³, 前田 征洋¹
(新日鉄室蘭総合病院消化器科¹, 新日鉄室蘭総合病院呼吸器科², 新日鉄室蘭総合病院病理検査科³,
札幌医科大学第四内科⁴)

9. 胎児胃腸管型と考えられたAFP産生早期胃癌の1例

○釋 亮也¹, 久居 弘幸¹, 日下部俊朗¹, 萩原 誠也¹, 岡田 邦明², 立野久美子³ (伊達赤十字
病院消化器科¹, 札幌厚生病院外科², 札幌医科大学第四内科³)

胃2 (10:03~10:38)

座長 中川 宗一 (北海道大学光学医療診療部)

10. 早期胃癌に対するERHSE法とS-ERHSE法の偶発症に対する検討

○森園竜太郎¹, 内沢 政英¹, 古山 準¹, 草間 敬司¹, 石後岡正弘², 宮崎 慎一¹, 岡澤林太郎¹,
市川 明宏¹, 大島孝二郎¹ (勤医協中央病院内科¹, 勤医協中央病院外科²)

11. 当院における早期胃癌に対するERHSEの有効性について

○比嘉 憲久¹, 高橋 麦², 草間 敬司³, 田辺 利男¹ (道東勤医勤協立病院¹, 一条通病院², 勤
医協中央病院³)

12. 当センターにおける胃腫瘍に対するESDの現況

○吉田 正史, 野村 昌史, 三井 慎也, 野口 知子, 宮本 憲幸, 西森 博幸, 桜井 康雄,
姜 貞憲, 辻 邦彦, 糸川 文英, 石渡 裕俊, 松永 隆裕, 小山内 学, 渕沼 朗生,
高橋 邦幸, 真口 宏介 (手稲済会病院消化器病センター)

13. 早期胃癌に対する内視鏡的粘膜切除術～ESD法による一括切除の重要性について

○住吉 徹哉¹, 近藤 仁¹, 本多 加奈¹, 高張 大亮¹, 辻 靖¹, 由崎 直人¹, 近藤 信夫²
(斗南病院消化器病センター内科¹, 北海道大学大学院医学研究科病態・分子病理²)

14. 当院におけるESDの治療成績と偶発症に対する検討

○南 伸弥¹, 笹川 裕¹, 小田 正裕¹, 上野 芳經¹, 藤田 朋紀¹, 北岡 慶介¹, 白尾さや香^{1,2},
西條 登¹ (留萌市立病院消化器科¹, 札幌医科大学第四内科²)

胃3 (10:38~11:13)

座長 宮崎 広龜 (北海道大学光学医療診療部)

15. 新しい高周波発生装置ERBE社製VIO300DのESDにおける使用経験

○加藤 貴司, 平山 真章, 河野 豊, 茎津 武大, 碇 修二, 丸谷真守美, 中村 英明,
加賀谷英俊, 目黒 高志, 堀田 彰一 (北海道消化器科病院消化器科)

16. ESD (Endoscopic Submucosal Dissection) 法により一括切除し得た胃粘膜下腫瘍 (SMT) の2例

○高張 大亮¹, 住吉 徹哉¹, 近藤 仁¹, 本多 加奈¹, 由崎 直人¹, 辻 靖², 西堀 恭樹³
(斗南病院消化器病センター内科¹, 斗南病院消化器病センター腫瘍内科², 札幌医科大学医学部第
四内科³)

17. 早期胃癌に対するEMR+APC後遺残に対しESDが有用であった3例

○北岡 慶介^{1,2}, 笹川 裕¹, 小田 正裕¹, 上野 芳經¹, 藤田 朋紀¹, 南 伸弥¹, 白尾さや香^{1,2},
西條 登¹ (留萌市立病院消化器科¹, 札幌医科大学第四内科²)

18. 当院におけるITナイフを用いた早期胃癌の内視鏡治療

○二階堂ともみ¹, 大西 利佳¹, 山田 康之¹, 佐々木宏嘉¹, 近江 直仁¹, 平山 真章², 小沼 祐一³
(小樽掖済会病院内科¹, 北海道消化器科病院内科², 札幌医科大学第四内科³)

19. 胃癌ガイドライン適応外病変に対する切開剥離法による胃癌内視鏡治療の現況

○中川 宗一¹, 清水 勇一¹, 加藤 元嗣¹, 桂田 武彦², 小野 雄司², 森 康明², 小野 尚子²,
中川 学², 山本 純司², 工藤 真弓², 三浦 洋輔², 早川 敏文², 小松 嘉人², 武田 宏司²,
杉山 敏郎², 浅香 正博² (北海道大学病院光学医療診療部¹, 北海道大学消化器内科²)

胃4 (11:13~11:41)

座長 田邊 裕貴 (旭川医科大学第三内科)

20. 内視鏡消毒におけるソフト酸性水の効果と検討

- 河野 豊¹, 茅津 武大¹, 碇 修二¹, 加藤 貴司¹, 丸谷真守美¹, 加賀谷英俊¹, 中村 英明¹, 平山 貞章¹, 目黒 高志¹, 堀田 彰一¹, 岸本 憲宜² (北海道消化器科病院内科¹, 苫小牧臨床検査センター²)

21. NBI拡大内視鏡を用いた陥凹型早期胃癌の血管構築像とcDNA arrayによる遺伝子解析

- 能正 勝彦¹, 小林 歓和¹, 細川 歩¹, 後藤 啓¹, 山下健太郎¹, 有村 佳昭¹, 遠藤 高夫¹, 今井 浩三² (札幌医科大学医学部第一内科¹, 札幌医科大学²)

22. 内視鏡的胃粘膜切開剥離術におけるPPI投与時期の検討

- 小野 尚子¹, 桂田 武彦¹, 小野 雄司¹, 中川 学¹, 森 康明¹, 山本 純司¹, 三浦 洋輔¹, 早川 敏文¹, 浅香 正博¹, 中川 宗一², 清水 勇一², 加藤 元嗣² (北海道大学病院消化器内科¹, 北海道大学病院光学医療診療部²)

23. 胃癌におけるフチン酸99mTcコロイドと赤外線スコープを併用したsentinel node navigation surgery~第2報~

- 和久 勝昭, 松田 年, 星 智和, 大沼 淳, 高岡 正実, 千里 直之, 海老澤良昭, 河野 透, 葛西 真一 (旭川医大第二外科)

消化器病学会・消化器内視鏡学会合同シンポジウム

9月12日(日) 札幌医大臨床教育研究棟1F講堂 (13:00~15:00)

主題: 「腎癌診療のup to date」

司会 旭川医科大学第二外科 小原 充裕
旭川医科大学第二内科 横山 和典

S-1. 脾腫瘍の粘液形質と腫瘍進展

- 伊藤 英人, 岡 俊州, 遠藤 高夫, 今井 浩三 (札幌医科大学医学部第一内科)

S-2. 脾癌の早期診断における画像診断の進歩と問題点

- 長川 達哉, 及川 央人, 須賀 俊博, 宮川 宏之, 平山 敦, 阿部 環, 岡村 圭也, 大橋 広和 (札幌厚生病院第2消化器科)

S-3. 脾癌早期診断の現状

- 高橋 邦幸, 真口 宏介, 濱沼 朗生, 松永 隆裕, 小山内 学, 石渡 裕俊, 糸川 文英 (手稲済仁会病院消化器病センター)

S-4. 切除不能腎癌に対する臨床からのアプローチ

- 松本 学也, 横山 和典, 北野 陽平, 斎藤 亜呼, 高橋 賢治, 麻生 和信, 岡田 充巧, 岡本 聰, 玉木 陽穂, 中村 公英, 羽田 勝計 (旭川医科大学第二内科)

S-5. 切除不能進行腎癌に対する経口5-FU系抗癌剤併用ゲムシタビン化学療法

- 中野 靖弘¹, 丹野 誠志², 小泉 一也¹, 伊澤 功¹, 奥村 利勝², 高後 裕¹ (旭川医科大学第三内科¹, 旭川医科大学総合診療部²)

S-6. 脾癌の外科治療成績

- 岡田 邦明, 近藤 征文, 石津 寛之, 益子 博幸, 田中 浩一, 奏 康壯, 川村 秀樹, 小原 啓, 横田 良一, 佐々木 盛, 戸井 博史, 久慈麻里子, 横田健太郎, 中木村 繁 (札幌厚生病院外科)

S-7. 切除/非切除、拡大/通常切除に関する成績

- 木村 康利, 平田 公一, 信岡 隆幸, 西森 英史, 桂巻 正 (札幌医科大学第一外科)

S-8. 腹腔動脈合併切除を伴う拡大尾側脾切除術: extended distal pancreatectomy with celiac artery resection (DP-CAR) の実際とその成績

- 平野 聰, 原 敬志, 田中 栄一, 斎藤 克憲, 近藤 哲 (北海道大学大学院医学研究科腫瘍外科学分野)

(15:00~16:03)

胃 5 (15:00~15:28)

座長 倉 敏郎 (町立長沼病院内科消化器科)

24. 大腸内視鏡補助下に内視鏡的胃瘻造設術をした2例

○日下部俊朗¹, 久居 弘幸¹, 萩原 誠也¹, 釋 亮也¹, 立野久美子² (伊達赤十字病院消化器科¹, 札幌医科大学第四内科²)

25. 経皮内視鏡的胃瘻造設術施行後の胃出血治療に関する検討

○村松 博士¹, 藤見 章仁^{1,3}, 猪股 英俊¹, 沼田 隆明², 山内 尚文², 井原 康二², 西里 卓次² (清田病院消化器科¹, 清田病院内科², 札幌医科大学第四内科³)

26. 経皮内視鏡的胃瘻造設術 (PEG) における造設後早期合併症の検討

○萩原 武¹, 今村 哲理¹, 安保 智典¹, 本谷 聰¹, 黒河 聖¹, 小澤 広¹, 前田 聰¹, 吉井 新二¹, 西岡 均¹, 中野渡正行¹, 平山 敦² (札幌厚生病院第1消化器科¹, 札幌厚生病院第2消化器科²)

27. 当院におけるPEGの臨床的検討 (第12報) 合併症からみた造設手技の工夫の提案—創部感染と自己抜去を中心に—当院におけるPEGの臨床的検討 (第12報) PEGにおける安全性の検討合併症からみた造設手技の工夫の提案—創部感染と自己抜去を中心に—

○西堀 恒樹, 倉 敏郎, 町田 卓郎, 前田 健 (町立長沼病院内科消化器科)

胃 6 (15:28~16:03)

座長 垂石 正樹 (市立旭川病院消化器内科)

28. リンパ節転移を認めた2a型早期胃癌の1例

○関 英幸¹, 鈴木 潤一¹, 藤田 淳¹, 三浦 淳彦¹, 菅井 望¹, 深澤雄一郎² (幌南病院消化器科¹, 幌南病院臨床検査科²)

29. 定期経過観察中の胃粘膜下腫瘍に隣接して発生し比較的急速に進行した粘膜下層深部浸潤胃癌の1例

○竹内 啓¹, 天野 虎二¹, 石橋 陽子¹, 清水 康¹, 中村 雄一², 宮崎 広龟², 小松 嘉人¹, 木下 一郎¹, 秋田 弘俊¹, 川原田 陽³, 近藤 哲³, 太田 聰⁴ (北海道大学大学院医学研究科腫瘍内科学分野¹, 北海道大学病院光学医療診療部², 北海道大学大学院医学研究科腫瘍外科学分野³, 北海道大学病院病理部⁴)

30. 胃原発mantle cell lymphomaの1例

○宮島 治也^{1,3}, 西堀 佳樹^{2,3}, 川村 典生², 小野 道洋^{1,3}, 阿部清一郎^{1,3}, 堀 泰之^{1,3}, 藤井 重之¹, 堀本 正徳¹, 小野寺義光^{1,2} (日鋼記念病院内科¹, 日鋼記念病院消化器科², 札幌医科大学第四内科³)

31. 胃小細胞癌の1例

○大関 令奈¹, 清水 晴夫¹, 畠山 巧生¹, 田沼 徳真¹, 鈴木秀一郎¹, 佐藤 修司¹, 下地 英樹¹, 金戸 宏行¹, 本多 佐保¹, 近藤 吉宏¹, 赤保内良和¹, 濱谷 均², 今 信一郎³, 小西 康宏³, 遠藤 高夫⁴, 今井 浩三⁴ (市立室蘭総合病院消化器科¹, 市立室蘭総合病院外科², 市立室蘭総合病院病理³, 札幌医科大学第一内科⁴)

32. 異時性多発GISTの1例

○富永 素矢, 後藤 充, 板橋健太郎, 嘉島 伸, 笹島 順平, 義口まどか, 鈴木 泰之, 柳川 伸幸, 岡本 美穂, 斎藤 義徳, 村上 雅則, 折居 裕 (旭川厚生病院消化器科)

第二会場 (札幌医大臨床第一講義室)

(9:00~11:55)

十二指腸 (9:00~9:28)

座長 千葉 篤 (遠軽厚生病院消化器科)

33. 十二指腸Vater乳頭部vascular ectasiaの1例

○藤田 朋紀¹, 笹川 裕¹, 小田 正裕¹, 上野 芳經¹, 南 伸弥¹, 北岡 慶介^{1,2}, 白尾さや香^{1,2}, 西條 登¹ (留萌市立病院消化器科¹, 札幌医科大学第四内科²)

34. 十二指腸原発follicular lymphomaに早期胃癌を合併した1例

○澤田 康司, 鈴木 晶子, 金野 陽高, 阿部 真美, 加藤 一規, 千葉 篤, 柴田 好
(遠軽厚生病院)

35. 特異な形態を呈した非露出腫瘍型早期乳頭部癌の1例

○梅田いく弥¹, 信岡 純¹, 渡邊奈々恵¹, 土居 忠¹, 太田 英敏¹, 蟹澤 祐司², 岩井 和浩³,
水戸 康文³, 和田 隆宣³, 川崎 亮輔³, 松井 あや³, 高橋 透³ (王子総合病院消化器科¹,
王子総合病院血液内科², 王子総合病院外科³)

36. 十二指腸ステント挿入法の検討

○平山 敦, 宮川 宏之, 須賀 俊博, 長川 達哉, 阿部 環, 岡村 圭也, 及川 央人,
大橋 広和 (札幌厚生病院第2消化器科)

脾1 (9:28~9:49)

座長 松本 学也 (旭川医科大学第二内科)

37. 脾管ステントの迷入に対し内視鏡的に回収し得た1例

○笛島 順平, 柳川 伸幸, 義口まどか, 嘉島 伸, 板橋健太郎, 富永 素矢, 鈴木 泰之,
後藤 充, 岡本 美穂, 斎藤 義徳, 村上 雅則, 折居 裕, 八百坂 透 (旭川厚生病院
消化器科)

38. 急性脾炎が診断契機となった乳頭部腫瘍の1例

○石渡 裕俊, 真口 宏介, 糸川 文英, 松永 隆裕, 小山内 学, 渕沼 朗生, 高橋 邦幸,
野口 知子, 三井 慎也, 吉田 正史, 西森 博幸, 野村 昌史, 辻 邦彦, 姜 貞憲,
宮本 憲幸, 桜井 康雄 (手稲渓仁会病院消化器病センター)

39. コイル塞栓術を施行した後上脾頭十二指腸動脈瘤の1例

○嘉島 伸, 柳川 伸幸, 笛島 順平, 義口まどか, 板橋健太郎, 富永 素矢, 鈴木 泰之,
後藤 充, 岡本 美穂, 斎藤 義徳, 村上 雅則, 折居 裕, 八百坂 透 (旭川厚生病院
消化器科)

脾2 (9:49~10:10)

座長 稲垣 光裕 (旭川医科大学第二外科)

40. 2年前に胃粘膜下腫瘍の診断にて経過観察をうけ, その後CTにて2年前に内視鏡にて胃粘膜下腫瘍と診
断され, その後CTにて脾囊胞と診断され, 1年半後に手術に至った1例

○和田 邦敬 (余市協会病院外科)

41. 自己免疫性脾炎に肝門部胆管狭窄, 胃縦走潰瘍を併発した1例

○松永 隆裕, 真口 宏介, 高橋 邦幸, 渕沼 朗生, 小山内 学, 石渡 裕俊, 糸川 文英,
宮本 憲幸, 三井 慎也, 野口 知子, 西森 博幸, 桜井 康雄, 辻 邦彦, 姜 貞憲,
吉田 正史, 野村 昌史 (手稲渓仁会病院消化器病センター)

42. ステロイド治療にて腫大したファーテー乳頭の縮小を認めた自己免疫性脾炎の1例

○吉田 曜正, 藤井 常志, 柴田 直美, 折居 史佳, 松本 昭範, 垂石 正樹 (市立旭川病院
消化器内科)

胆1 (10:10~10:38)

座長 久居 弘幸 (伊達赤十字病院消化器科)

43. 無黄疸で発見された下部胆管癌の1例

○田沼 徳真¹, 金戸 宏行¹, 畠山 巧生¹, 大閑 令奈¹, 鈴木秀一郎¹, 佐藤 修司¹, 下地 英樹¹,
清水 晴夫¹, 本多 佐保¹, 近藤 吉宏¹, 赤保内良和¹, 佐々木賢一², 高島 健², 渋谷 均²,
小西 康宏³, 今 信一郎³, 遠藤 高夫⁴, 今井 浩三⁴ (市立室蘭総合病院消化器科¹, 市立室蘭総
合病院外科², 市立室蘭総合病院病理部³, 札幌医科大学第一内科⁴)

44. 経皮経肝胆道鏡検査が術式決定に有用であった乳頭型肝門部胆管癌の1例

○佐藤 暢人¹, 近藤 哲¹, 平野 聰¹, 原 敬志¹, 田中 栄一¹, 斎藤 克憲¹, 真名瀬博人¹, 川原田 陽¹, 七戸 俊明¹, 大竹 節之¹, 森川 利昭¹, 伊藤 英人² (北海道大学腫瘍外科¹, 札幌医科大学第一内科²)

45. 胆管十二指腸瘻から内視鏡的に総胆管結石排石を行った粘液産生性肝内胆管癌の1例

○網塚 久人, 別府 正幸, 岡田 優二, 渡邊 尚史, 富岡 拓志, 太田 智之 (札幌東徳洲会病院消化器科)

46. 内視鏡的乳頭切除術を施行した非腫瘍性病変の1例—十二指腸乳頭部生検の問題点と内視鏡的乳頭切除術の意義

○久居 弘幸¹, 日下部俊朗¹, 萩原 誠也¹, 釋 亮也², 立野久美子² (伊達赤十字病院消化器科¹, 札幌医科大学第四内科²)

胆2 (10:38~11:06)

座長 潟沼 朗生 (手稲済仁会病院消化器病センター)

47. PTCS下に完全截石し得たCorlette I型bilioiliary fistulaを合併した胆囊・総胆管結石の1例

○及川 央人, 長川 達哉, 須賀 俊博, 宮川 宏之, 平山 敦, 阿部 環, 岡村 圭也, 大橋 広和 (札幌厚生病院第2消化器科)

48. 胆囊結石を伴う胆管結石症に対し内視鏡的乳頭括約筋切開術後胆囊結石の消失を認めた1例

○萩原 誠也¹, 久居 弘幸¹, 日下部俊朗¹, 釋 亮也², 立野久美子² (伊達赤十字病院消化器科¹, 札幌医科大学第四内科²)

49. 急性胆囊炎に対する内視鏡的経鼻胆囊ドレナージ(ENGBD)施行例の検討

○久居 弘幸¹, 日下部俊朗¹, 萩原 誠也¹, 釋 亮也², 立野久美子² (伊達赤十字病院消化器科¹, 札幌医科大学第四内科²)

50. 胆管結石内視鏡的治療後の長期成績

○小山内 学, 真口 宏介, 糸川 文英, 石渡 裕俊, 松永 隆裕, 潟沼 朗生, 高橋 邦幸, 野口 知子, 三井 慎也, 吉田 正史, 野村 昌史, 宮本 憲幸, 桜井 康雄, 西森 博幸, 姜 貞憲, 辻 邦彦 (手稲済仁会病院消化器病センター)

消化管1 (11:06~11:27)

座長 近藤 正男 (北海道大学消化器外科・一般外科)

51. 内視鏡的に術前診断が得られた空腸リンパ腫の1例

○高丸 博之¹, 中里 友彦¹, 小平 純一¹, 高橋 宏明¹, 安達 雄哉¹, 関屋 一都¹, 穂刈 格¹, 塚越 洋元¹, 川口 晃², 松井 欣哉², 細川 正夫² (恵佑会札幌病院消化器内科¹, 恵佑会札幌病院消化器外科²)

52. 消化管出血症例に対するフィブリソ接着剤局注による内視鏡的止血術の検討

○萩原 誠也¹, 久居 弘幸¹, 日下部俊朗¹, 釋 亮也², 立野久美子² (伊達赤十字病院消化器科¹, 札幌医科大学第四内科²)

53. 当院におけるダブルバルーン式小腸内視鏡の使用経験

○丸谷真守美¹, 加藤 貴司¹, 平山 真章¹, 河野 豊¹, 茅津 武大¹, 碇 修二¹, 加賀谷英俊¹, 中村 英明¹, 目黒 高志¹, 堀田 彰一¹, 森田 高行² (北海道消化器病院内科¹, 北海道消化器科病院外科²)

消化管2 (11:27~11:55)

座長 太田 智之 (札幌東徳洲会病院消化器科)

54. 術中内視鏡検査が有用であった小腸出血の治療経験

○真名瀬博人, 七戸 俊明, 川原田 陽, 斎藤 克憲, 田中 栄一, 大竹 節之, 原 敬志, 平野 聰, 森川 利昭, 近藤 哲 (北海道大学腫瘍外科)

55. 回腸末端に特異なポリポーシス様の形態を示した漿胞性リンパ腫の1例

○白石千穂美、小松 幹、羽田 政平、山本 桂子、今井 亜希、井高由記子、上田 哲郎、小田 寿、高野 真寿、仲屋 裕樹、能登 俊、依田 有生、宮城島拓人（釧路労災病院内科）

56. 早期胃癌を合併し、Rituximab-THP-COP療法が奏功した*Helicobacter pylori*陰性high grade MALTリンパ腫の1例

○釋 亮也¹、久居 弘幸¹、日下部俊朗¹、萩原 誠也²、立野久美子²（伊達赤十字病院消化器科¹、札幌医科大学第四内科²）

57. Treize創部に嵌頓した胆石イレウスの1例

○井高由記子¹、小松 幹¹、羽田 政平¹、白石千穂美¹、山本 桂子¹、今井 亜希¹、上田 哲郎¹、小田 寿¹、高野 真寿¹、仲屋 裕樹¹、能登 俊¹、依田 有生¹、宮城島拓人¹、福島 剛²、小笠原宏和²、高橋 達郎³（釧路労災病院内科¹、釧路労災病院外科²、釧路労災病院病理³）

(15:00~16:03)

大腸1 (15:00~15:28)

座長 本谷 聰（札幌厚生病院第1消化器科）

58. 内視鏡的バルーン拡張術が有効であったクローアン病の1例

○岡本耕太郎、齊藤 裕輔、石川 千里、稻場 勇平、伊藤 貴博、盛一健太郎、田邊 裕貴、渡 二郎、綾部 時芳、蘆田 知史、高後 裕（旭川医科大学第三内科）

59. 腸間膜脂肪織炎による狭窄に対し内視鏡的バルーン拡張術が有効であった1例

○板橋健太郎、岡本 美穂、富永 素矢、笹島 順平、後藤 充、嘉島 伸、蓑口まどか、柳川 伸幸、鈴木 泰之、齊藤 義徳、村上 雅則、折居 裕、八百坂 透（旭川厚生病院消化器科）

60. 石灰化を伴った直腸カルチノイドの1例。

○吉井 新二¹、黒河 聖¹、今村 哲理¹、安保 智典¹、本谷 聰¹、小澤 広¹、前田 聰¹、萩原 武¹、西岡 均¹、中野渡正行¹、矢花 崇¹、後藤田裕子²、村岡 俊二²（札幌厚生病院消化器科¹、札幌厚生病院臨床病理科²）

61. 直腸カルチノイドに対する内視鏡的治療の工夫

○三井 慎也、吉田 正史、野村 昌史、野口 知子、辻 邦彦、姜 貞憲、西森 博幸、宮本 寛幸、桜井 康雄、糸川 文英、石渡 裕俊、松永 隆裕、小山内 学、渕沼 朗生、高橋 邦幸、真口 宏介（手稲渓仁会病院消化器病センター）

大腸2 (15:28~16:03)

座長 辻 靖（斗南病院腫瘍内科）

62. S状結腸捻転症の2例

○石川 千里¹、渡 二郎¹、稻場 勇平¹、伊藤 貴博¹、盛一健太郎¹、岡本耕太郎¹、田邊 裕貴¹、前本 篤男¹、藤谷 幹浩¹、綾部 時芳¹、蘆田 知史¹、齊藤 裕輔¹、松田 年²、河野 透²、葛西 真一²、高後 裕¹（旭川医科大学医学部第三内科¹、旭川医科大学医学部第二外科²）

63. 赤痢アメーバ症の1例

○中沢 大悟¹、野村友希子¹、鎌田 崇宏¹、工藤 峰生¹、西 研¹、小笠 茂¹、水無瀬 昂²（NTT東日本札幌病院消化器内科¹、NTT東日本札幌病院病理科²）

64. イレウスを契機に診断された卵巣癌結腸転移の1例

○清水 健一¹、黒田 裕行¹、渡辺 秀樹¹、木田 雅也¹、澤田 光男¹、土橋 義房²、小林 清二³、長谷川 敦⁴、堀本 和志⁴、白尾さや香⁵、竹内 啓⁶（市立千歳市民病院消化器科¹、市立千歳市民病院産婦人科²、市立千歳市民病院外科³、市立千歳市民病院内科⁴、札幌医科大学第四内科⁵、北海道大学腫瘍内科⁶）

65. 虫垂粘液囊腫の1例

○新沼 猛¹, 清水 善夫¹, 豊島 貴信¹, 畠山 巧生¹, 佐藤 修司¹, 下地 英樹¹, 金戸 宏行¹,
本多 佐保¹, 近藤 吉宏¹, 赤保内良和¹, 渋谷 均², 佐々木賢一², 今 信一郎³, 小西 康宏³,
生田 茂夫⁴, 遠藤 高夫⁵, 今井 浩三⁵ (市立室蘭総合病院消化器科¹, 市立室蘭総合病院外科²,
市立室蘭総合病院病理³, いくた内科クリニック⁴, 札幌医科大学第一内科⁵)

66. 腹膜偽粘液腫および肝転移をきたした虫垂粘液囊胞腺癌の1例

○和賀永里子^{1,3}, 奥 隆臣^{1,3}, 長町 康弘¹, 和田 優子^{1,3}, 藤田 美剛², 前田 征洋¹ (新日鐵室蘭
総合病院消化器科¹, 新日鐵室蘭総合病院病理検査科², 札幌医科大学第四内科³)

1. 食道・気管狭窄に対してDouble stentsを施行した肺癌の1例

○釋 亮也¹, 久居弘幸¹, 日下部俊朗¹, 萩原誠也¹, 大芦研輔², 立野久美子³ (伊達赤十字病院消化器科¹, 伊達赤十字病院呼吸器科², 札幌医科大学第四内科³)

肺癌による食道狭窄、気管狭窄に対してDouble stentsを施行した1例を経験し、その有用性と問題点について文献的考察を加え報告する。症例は79歳、女性。平成13年10月、左肺舌区原発の肺癌(低分化型扁平上皮癌、cT3N3M0、StageIIIB)の診断でCarboplatin(CBDCA)/Paclitaxel(PTX)による化学療法を2コース施行後、放射線療法(64Gy)施行。さらに平成14年右主気管支に再発を認め、CBDCA/PTXによる化学療法を2コース施行し、Gefitinibを投与後、再度放射線療法(40Gy)施行。平成15年10月より嘔吐、咳嗽が出現し、CTで継隔リンパ節腫大による気管および食道狭窄を認めた。気管支鏡検査で気管下端の全周性狭窄を認めたため、呼吸器科に入院し、11月18日気管狭窄部に対しBoston scientific社製のUltraflex tracheobronchial stent、covered type(長さ4cm、径12mm)を留置した。その後、嚥下障害が徐々に進行し、流動食の摂取も不可能となり、食道造影検査で中部食道に4cmの著明な狭窄を認めたため、12月1日、狭窄部のバルーン拡張後、Ultraflex esophageal stent、covered type(長さ10cm、径18mm)を留置した。留置5日後には3分粥軟食の摂取が可能となった。その後、問題なく経過していたが、平成16年1月6日、突然の大量下血を認め、出血性ショックとなり、緊急内視鏡を施行した。食道stentのuncovered部分からの噴出性の出血を認め、大動脈食道穿孔が疑われ、当日死亡した。

2. 広範なBarrett食道に発生した粘膜内癌の一例

○山本純司¹, 清水勇一¹, 桂田武彦², 小野雄司², 森 康明², 小野尚子², 中川 学², 工藤真弓², 三浦洋輔², 早川敏文², 中川宗一¹, 加藤元嗣¹, 浅香正博¹, 大関玲奈³ (北海道大学病院光学医療診療部¹, 北海道大学病院消化器内科², 市立室蘭総合病院消化器科³)

症例は64歳の男性。30歳時に胃潰瘍で胃全摘術を施行され、以来30年にわたり胸やけ症状を自覚していた。平成15年10月頃より嚥下困難、むせこみを自覚するようになり前医にてGISを施行したところ、下部食道にHc病変を指摘された。同院にてEMRを試みたがリフティング不良のため断念し、平成16年1月当科紹介受診となつた。

当科のGISでは、門歯より20cmから肛門側に広範なBarrett粘膜を認め、門歯より37cmの右壁に径20mmの0-Hc病変を認めた。2月19日、内視鏡的切開剥離術を施行、リフティングは不良で出血も伴ったが一括切除に成功した。病理ではWell differentiated adenocarcinoma in Barrett's esophagusで深達度m、ly0、v0、断端陰性だった。

本邦に於いては広範なBarrett食道の頻度は欧米のそれより低く、Barrett食道を背景とする食道腺癌の頻度も極めて低い。本症例の広範なBarrett食道の原因として胃切除後の長年にわたる十二指腸液逆流が考えられた。Barrett食道の癌化のリスクは非Barrett食道に比べて30~125倍とされており、今後も定期的なフォローアップと注意深い内視鏡観察が必要と考えられた。

3. 食道悪性黒色腫の1例

○澤田実紀¹, 佐野公昭¹, 太宰昌佳¹, 横田美紀¹, 小原俊央¹, 橋山 仁¹, 水坂 敦¹, 西川秀司¹, 樋口晶文¹, 菊地一公², 倉内宣明², 三澤一仁², 佐野秀一², 田中 敏³ (市立札幌病院消化器科¹, 市立札幌病院外科², 市立札幌病院病理科³)

症例は61歳、女性。平成15年5月頃より嚥下時違和感を自覚し、近医受診した。上部消化管内視鏡検査施行したところSMT様隆起を認め、生検で悪性所見なく経過観察となつた。その後嚥下時違和感増強し、平成16年4月1日当科紹介受診となつた。上部消化管内視鏡検査では門歯より30cm付近の胸部中部食道に表面結節状を呈する隆起性病変を認め、その肛門側に黒色の色素沈着を認めた。生検を施行したが壊死組織のみで確定診断にはいたらなかつた。上部消化管造影検査では同部位に表面結節状の比較的やわらかい隆起性病変を認めた。CT上は食道気管分岐部直下より長径4cmにわたり内腔に突出する腫瘍像があり、隣接臓器との境界は保たれ、継隔リンパ節の腫脹はなかつたが、胃小嚢リンパ節が2cmに腫大していた。以上より、組織学的に確定診断はしえなかつたが内視鏡および上部消化管造影所見上、癌肉腫あるいは悪性黒色腫と診断し手術適応と判断し外科転科、5月2日食道亜全摘、D2郭清術を施行した。病理肉眼所見では腫瘍は胸部中部食道に位置し、4.0×2.5×1.3cmのポリープ状の隆起性病変であった。組織所見では核の異型性が強い紡錘形細胞の増生を認め、メラニン産生が一部で認められた。以上より悪性黒色腫と診断した。リンパ節転移は#7、106、109に認められ、pT1b(pSM)、PIM0、pN2でpStageIIであった。食道の悪性黒色腫は比較的まれな疾患であり、若干の文献的考察を加えて報告する。

4. 巨大な横隔膜上食道憩室症を合併したSLEの1例

○庵原秀之¹, 佐藤康史¹, 高山哲治¹, 二階堂ともみ¹, 佐川 保¹, 岡本哲郎¹, 平川昌宏¹, 中村秀勝¹, 京極典憲¹, 安部智之¹, 小笠里砂¹, 高田弘一¹, 林 級¹, 宮西浩嗣¹, 加藤淳二¹, 新津洋司郎 (札幌医科大学医学部第四内科)

症例は40歳、女性。1987年に関節痛、頸部リンパ節腫脹を認め当科受診し精査の結果、SLEと診断されプレドニン(PSL)の内服治療を開始した。1997年下腿の筋肉痛をみとめ筋生検等により多発性筋炎の合併と診断しその後PSLとサイクロスボリン(CyA)の併用療法を施行した。2002年燕下困難感が出現したためGTFを施行したところ巨大な食道憩室を認めたため精査目的に当科入院した。入院時CTで横隔膜上に食道憩室を認め、食道造影検査で長径5cmの横隔膜上食道憩室症と診断した。食道内圧測定では、RES圧帶の長さは2.5cm、圧は20mmHgと正常であったが、憩室の近傍では100mmHgを越える異常な上昇を認めた。また憩室粘膜にカンジタ感染を認めた。手術も考慮されたが、PSLとCyAの内服中であること、イトリゾール内服で燕下困難感は改善したため経過観察とした。横隔膜上憩室は食道憩室のなかでも頻度が少なくその成因も十分明らかとされていない。今回、我々はSELに合併した巨大横隔膜上憩室症のまれな1症例を経験したので文献的考察を含めて報告する。

5. 同種骨髄移植後に食道狭窄を来たし内視鏡的拡張術を要した一例

○古川 滌¹, 野口晋作¹, 露口雅子¹, 川村直之¹, 大泉弘子¹, 齊藤雅雄¹, 今井陽俊², 笠井正晴², 清水勇一³ (特定医療法人北楓会札幌北楓病院消化器科¹, 特定医療法人北楓会札幌北楓病院内科², 北海道大学病院光学医療診療部³)

症例：22才 男性。現病歴：H15年2月中旬から発熱および咽頭痛が出現。3月5日当院を初診しAML M4の診断となった。寛解導入療法で寛解に至らず、BHAC-ETP-MITを施行して完全寛解に至った。強化療法を追加した後にCY-TBIを前処置として、H16年1月15日にU-BMTを施行し、2月10日の骨髄検査でドナータイプの完全キメラを確認した。移植後から嘔心・嘔吐が続き、2月10日に上部消化管内視鏡検査を施行した。EC junction近傍に全周性のびらんを認めたが、上部消化管粘膜にGVHDやCMV infectionを示唆する像は見られなかった。2月16日からCMV antigenemia陽性に対してGCVを使用した。3月5日CMV antigenemiaの陰性化を確認。明らかなGVHD症状も見られず、退院前のスクリーニングとして4月8日上部内視鏡検査を施行したところ、中部食道に全周性の潰瘍巣痕像と軽度の狭窄、下部食道にScopeの通過不能な狭窄を認めた。内視鏡的バルーン拡張術を繰り返し、Scopeの通過は良好となり5月13日退院となったが、6月2日食道狭窄症状の再出現をきたし、再度内視鏡的バルーン拡張術を要した。原因についての考察も含め報告する。

7. 肺癌放射線治療中に著明な形態変化を呈した胃癌の一例

○桂田武彦¹, 小野雄司¹, 小野尚子¹, 工藤真弓¹, 中川一学¹, 早川敏文¹, 三浦洋輔¹, 森 康明¹, 山本純司¹, 武田宏司¹, 杉山敏郎¹, 浅香正博¹, 中川宗一², 清水勇一², 加藤元嗣², 近藤正男³, 佐藤裕二³, 藤堂 省³ (北海道大学病院消化器科¹, 北海道大学病院光学医療診療部², 北海道大学病院第一外科³)

症例は81歳男性。2002年11月より前立腺癌骨転移にて泌尿器科にてホルモン療法が施行されていた。2002年12月11日スクリーニングの上部内視鏡検査にて胃体下部小弯にO-IIa病変を指摘され当科紹介となる。2003年1月20日の当科での上部内視鏡検査にて、胃体下部小弯にO-IIa+IIc病変、胃体上部後壁にO-IIc病変を指摘され、生検では2ヶ所ともwell differentiated tubular adenocarcinoma(tub1)の所見であった。しかし、同時に2000年12月に胸部CTで指摘され経過観察されていた左肺S9の不整形陰影が増大していることが確認され、当院呼吸器科にて肺腺癌T2N0M0(cStage Ib)と診断された。前立腺癌の予後を考え、肺癌に対して放射線治療が選択された。肺癌の放射線治療後、胃癌の診断がされてから6ヶ月が経過した。2003年6月4日上部内視鏡検査を施行したところ、胃体上部後壁のIIc病変は深い潰瘍を形成し、EUS上もmpと明らかに進行していた。胃体下部小弯のIIaは変化がなかった。この時点で、最も重要な予後因子は胃癌にあると考え、手術が検討されたが、放射性肺腺炎の治療のため手術が3ヶ月延期された。2003年9月18日(初回観察より9ヶ月後)上部内視鏡検査で再評価したところ、胃体上部後壁の病変は3型となり、胃体下部小弯のIIaは1型に変化しており、EUS上でもsmに浸潤していた。放射性肺腺炎が収束後の2003年10月22日、胃全摘出術を施行した。病理所見は体上部後壁の3型病変はModerate～poorly differentiated adenocarcinoma, pT2(SS)で、体下部小弯の1型病変はwell differentiated tubular adenocarcinoma, pT1(M)であった。9ヶ月間の観察期間において早期胃癌がこのような形態変化を呈する症例は比較的まれであると思われ、若干の文献的考察を加え報告する。

6. 診断に苦慮した腎細胞癌胃転移の1例

○西家極仙¹, 高橋康雄¹, 大久保俊一¹, 藤川幸司¹, 新谷直昭¹, 佐藤康裕², 小林多加志³ (国立病院機構北海道がんセンター¹, 札幌医科大学第4内科², 小林胃腸科内科クリニック³)

症例は56歳、男性。平成10年8月、腎細胞癌にて右腎摘出術を施行される。その後、腎癌の再発や転移は認めず、経過良好であった。平成16年3月、健診目的で近医を受診。近医での上部消化管内視鏡検査にて、胃体中部大弯と胃前庭部大弯に発赤を呈した小隆起性病変が認められた。生検にていずれもsignet ring cell carcinomaが疑われた為、精査加療目的で平成16年4月28日当科紹介入院となった。入院後の上部消化管内視鏡検査では胃体中部大弯前壁寄に約8mm大の中心陥凹を伴う2a様病変と胃前庭部大弯に約5mm大の2a様病変を認めた。生検では、signet ring cell carcinomaを疑う所見は認められず、renal cell carcinomaのmetastasisが疑われた。他の画像検査では明らかなリンパ節転移、他臓器への転移を疑わせる所見は認めなかっただ為、十分なインフォームドコンセントの下、診断的治療の目的で6月8日内視鏡的胃粘膜切除術を施行した。病理組織学的所見は、粘膜下組織から粘膜にかけてclearな細胞質をもつcarcinomaの増殖を認め、renal cell carcinomaのmetastasisと診断された。

腎細胞癌は数年を経てから遠隔転移が出現することがあり、通常、肺、肝、骨、脳に転移するが多く、胃への転移は極めて稀である。今回我々は、内視鏡的に切除した腎細胞癌胃転移の1例を経験した。貴重な症例と考え、若干の文献的考察を加え報告する。

8. 胃原発neuroendocrine cell carcinoma の1例

○和田優子^{1,4}, 長町康弘^{1,4}, 和賀永里子^{1,4}, 奥 隆臣^{1,4}, 中津川宗秀², 藤田美樹³, 前田征洋¹ (新日鉄室蘭総合病院消化器科¹, 新日鉄室蘭総合病院呼吸器科², 新日鉄室蘭総合病院病理検査科³, 札幌医科大学第4内科⁴)

症例：68歳男性。主訴：咳嗽、左胸痛、全身倦怠感。家族歴、既往歴：特記すべき事なし。喫煙歴：25歳～68歳、50本／日。現病歴：平成16年2月より、咳嗽、喀痰、左胸痛出現し、同年3月22日当院呼吸器科受診。胸部X線写真にて左肺上葉に径約10cmの腫瘍を認め、精査目的に同科入院。胸部CTにて左上葉をほぼ占める巨大なmass shadow、胸壁への浸潤を認め、両下葉胸膜直下に間質性変化を認めた。aspiration cytologyにて異型細胞を認め、核の大小不同や多核細胞が混在しており、大細胞神経内分泌癌や未分化なLarge cell carcinomaが疑われた。入院時より、Hb6.2g/dlと貧血を認めていたが、入院後、貧血の進行と便潜血反応陽性を認めたため、精査のために当科紹介受診。上部消化管内視鏡検査を施行したところ、胃体上部小弯後壁に潰瘍性病変を認め、同部位からの生検を施行した。病理学的検索にて腫瘍細胞は未分化で異型の強い細胞であり、NSE(-～focally+)、CGA(+), SPY(-), CD56(+/-), AFP(-), HCG(-)であり、neuroendocrine cell carcinomaと診断した。肺の細胞診と胃の組織像は類似しており、肺癌も未分化な神経内分泌癌と考えられた。そこで、原発巣の検索のため、免疫染色を追加したところ、腫瘍細胞は肺癌のマーカーであるTTF1陰性で、II型肺上皮のマーカーであるPE10も陰性であることから、原発は胃であり、胃癌からの肺転移と推測された。胃原発neuroendocrine cell carcinomaは稀な腫瘍であり、臨床的にも発育進展が早く、術後早期での再発や遠隔転移を呈しやすく予後不良とされている。文献的考察も含め報告する。

9. 胎児胃腸管型と考えられたAFP産生早期胃癌の1例

○釋 亮也¹, 久居弘幸¹, 日下部俊朗¹, 萩原誠也¹, 岡田邦明², 立野久美子³ (伊達赤十字病院消化器科¹, 伊達赤十字病院消化器科², 札幌厚生病院外科³, 札幌医科大学第四内科⁴)

α -fetoprotein (AFP) 産生胃癌は早期に肝転移を来し、予後不良とされている。その頻度は全胃癌の2-9%と報告されているが、そのほとんどは進行胃癌であり早期胃癌症例は稀である。今回、内視鏡的粘膜切開剥離法 (ESD) を施行した胎児胃腸管型と考えられた AFP 産生早期胃癌の1例を経験したので若干の文献的考察を加え報告する。症例は65歳、女性。平成15年11月下旬より上腹部痛あり、12月5日に施行した上部消化管内視鏡検査で穹隆部直下小弯後壁に3cm大の表面が発赤した不整な隆起性病変を認め、生検で高分化型管状腺癌と診断されたため、12月15日精査加療目的に入院となった。EUSでは低エコー腫瘍として描出され、粘膜下層への微小浸潤が疑われた。明らかなリンパ節転移や遠隔転移を認めなかつたため、十分な informed consentを得た後、12月16日にIT knifeを用いてESDを施行した。2分割切除となり、切除後辺縁をアルゴンプラズマ凝固法で追加焼灼した。合併症は認めなかつた。切除標本の病理組織では、Type 0-I, sm1以上, tub1/pap, ly0, v0, med, INF β , LM(+), VM(+)、根治度ECであった。その後、他院で平成16年1月23日、胃全摘術が施行された。切除標本の病理組織では胃内に癌の遺残は認められなかつたが、#3リンパ節に転移を認めた(1/20)。#3転移リンパ節は AFP 染色陽性であり胎児胃腸管型と考えられた。原発巣の AFP 染色も陽性であり、 AFP 産生早期胃癌と診断した。また、ESD術前の保存血清の AFP は 16.9ng/ml (AFP-L3 35.9%) と高値であったが、術後は正常化した。現在外来で内服化学療法を施行しているが、 AFP の上昇や再発は認めていない。

10. 早期胃癌に対するERHSE法とS-ERHSE法の偶発症に対する検討

○森園竜太郎¹, 内沢政英¹, 古山準一¹, 草間敬司¹, 石後岡正弘², 宮崎慎一¹, 岡澤林太郎¹, 市川明宏¹, 大島孝二郎¹ (勤医協中央病院内科¹, 勤医協中央病院外科²)

(目的) ERHSE法とS-ERHSE法の治療成績より偶発症の部位、頻度と手技の適応につき検討。(ERHSEの適応) 1982年から1997年までは部位や大きさにかかわらず、分化型UL-M癌であったが、現在では2cm以下の一括切除可能な病変。(S-ERHSEの適応) 分化型UL-M癌のうち、大きさ2cm以上又はERHSEでは一括切除困難な曲面の病変。(対象と方法) 1982年5月より2003年3月までにERHSEを施行した562例中、当院での適応症例の492例。その内2cm以下のガイドライン病変436例をA群、2cmを超える病変56例をB群とした。1997年10月から2003年3月までにS-ERHSEを施行した38例中、当院での適応症例の35例をC群とした。各群における平均病変径、切除時間、完全切除率、偶発症の部位、頻度につき検討した。(結果) 平均病変径：A群10.5×8.4mm(2-20mm)、B群28.0×19.0mm(21-40mm)、C群30.1×20.6mm(10-80mm)。後出血部位：A群(n=436)U領域0.23%(1例)、M領域0.23%(1例)、L領域0.92%(4例)、B群(n=56)U領域0%(0例)、M領域0%(0例)、L領域1.79%(1例)、C群(n=35)U領域2.86%(1例)、M領域0%(0例)、L領域0%(0例)、L領域0%(0例)。穿孔部位：A群(n=436)U領域0.46%(2例)、M領域0.92%(4例)、L領域0.46%(2例)、B群(n=56)U領域0%(0例)、M領域5.36%(3例)、L領域0%(0例)、C群(n=35)U領域2.86%(1例)、M領域11.43%(4例)、L領域0%(0例)。各群の偶発症の合計：A群 後出血1.3%(6例)、穿孔1.8%(8例)、B群 後出血1.8%(1例)、穿孔5.4%(3例)、C群 後出血2.9%(1例)、穿孔14.3%(5例)。完全切除率：A群95.9%、B群97.6%、C群100%。(結語) ガイドライン病変に対しては後出血、穿孔伴に合併症は低率であり、ERHSE法がきわめて安全で有効である。S-ERHSE法は病変長径が2.0cmを超える病変、部位や大きさによる治療困難例に対しても高い根治性を兼ね備えた有用な手技であるが、穿孔率の高い点が今後の課題である。

11. 当院における早期胃癌に対するERHSEの有効性について

○比嘉憲久¹, 高橋 麦², 草間敬司³, 田辺利男¹ (道東勤医協立病院¹, 一条通病院², 勤医協中央病院³)

【目的】われわれは、1995年より早期胃癌に対してHSEを併用した内視鏡的粘膜切除術 (ERHSE) を施行してきた。ERHSE適応病変は分化型、UL (-)、M癌で2cm以下の一括切除可能な病変としている。これまでの治療成績よりERHSEの有用性を検討した。

【対象】1995年5月より2004年6月までに、当院で早期胃癌に対してERHSEを施行した63例(64病変)である。

【成績】平均病変径11(2~25)mm、完全切除率94%(60/64)であった。遺残再発2%(1/64)、術後出血3%(2/64)、穿孔0%であった。

【結論】遺残再発が1例みられたものの、根治性は高く、重篤な合併症もなかった。ERHSE法は、早期胃癌内視鏡治療のガイドライン内の病変においては有用と思われた。

12. 当センターにおける胃腫瘍に対するESDの現況

○吉田正史, 野村昌史, 三井慎也, 野口知子, 宮本憲幸, 西森博幸, 桜井康雄, 姜 貞憲, 辻 邦彦, 糸川文英, 石渡裕俊, 松永隆裕, 小山内 学, 渕沼朗生, 高橋邦幸, 真口宏介 (手稲済仁会病院消化器病センター)

【背景】胃腫瘍に対するEndoscopic Submucosal Dissection(以下ESD)は普及の一途を辿っているが、現時点では一般的な手技とは言い難く、いくつかの問題点を抱えている。当センターではフックナイフによるESDを施行しており、その現況について報告する。【目的】現時点での胃腫瘍に対するESDの成績、問題点を明らかにする。【対象】2003年7月から2004年6月までにESDを施行した胃腫瘍性病変29病変【検討項目】(1)腫瘍径(2)一括切除率(3)所要時間(4)偶発症の頻度(5)在院日数【結果】(1)腫瘍径はadenomaで9~40mm(平均値18mm)。carcinomaでは7~50mm(平均値23.7mm)。(2)一括切除率は93.1%(27/29)。一括切除にならなかつた2例のうち1例は剥離困難でスネアをかけて切除し2分割となり、1例は切開線が病変と近接しartifactで病理学的に側方断端陽性と判断された。(3)所要時間は45~230分で平均116分であった。(4)偶発症の頻度は10.3%(3/29)で内訳は穿孔が3例であった。2例は保存的に加療し、1例は緊急手術となった。輸血や緊急内視鏡を要する出血はなかつた。偶発症はESD導入から5例以内にすべて発生していた。偶発症の頻度を前半15例、後半14例で分けると、それぞれ20%、0%であった。(5)ESD施行日から退院までの在院日数は7~23日で平均8.3日。偶発症のみられなかつた群は7~9日で退院しており、平均8.1日。偶発症のあった3例のうち保存的に加療した2例はそれぞれ10日、23日で退院した。【結語】ESDは大きさに関係なく病変を一括切除可能なため、切除病変の正確な病理診断が可能であり、今後内視鏡的治療の適応拡大が期待される。一方で切除時間が長いこと、偶発症の発生頻度が高いこと(特にESD導入時期)は解決すべき問題である。

13. 早期胃癌に対する内視鏡的粘膜切除術～ESD法による一括切除の重要性について

○住吉徹哉¹, 近藤 仁¹, 本多加奈¹, 高張大亮¹, 辻 靖¹, 由崎直人¹, 近藤信夫² (斗南病院消化器病センター内科¹, 北海道大学大学院医学研究科病態・分子病理²)

【目的】近年、早期胃癌に対する内視鏡治療が広く行われるようになってきたが、従来のストリップバイオブシー（SB法）や粘膜下剥離術（ESD法）など切除手技は様々であり、標準的な切除方法は確立されていない。当院では2000年10月以降、主にInsulation-tipped diathermic knife (ITナイフ)を用いたESD法による一括切除を基本手技としており、そのため、切除標本の詳細な病理組織学的検索が、根治度の評価や追加治療の要・不要の判断に役立つ症例を多数経験してきた。今回、我々は、当院におけるESD法とSB法による治療成績を比較検討するだけではなく、一括切除が臨床診断・治療に役立った症例を提示してESD法の有用性を強調したい。【方法】当院で1997年から2004年6月までの間に、内視鏡的に切除された171例の早期胃癌（SB法：58病変、ESD法：113病変）を対象とした。【結果】一括切除率は、SB法55.2% (32/58)、ESD法88.5% (100/113) であり、腫瘍径に関わらず、また部位においては特にU領域の病変においてESD法が優れていた。さらに、一括切除された切除標本の詳細な病理組織学的検索は、1. 微細な脈管侵襲の診断（6例）、2. 境界不明瞭な胃型胃癌の根治度評価（6例）、3. 隣接する多発胃癌の根治度評価（7例）に極めて有用であった。【結論】ESD法ではSB法と比較して病変の大きさ、部位、肉眼型に関わらず、高い一括切除率が得られた。また、ESD法による癌病巣の一括切除は、正確な病理診断に不可欠であり、早期胃癌に対する内視鏡治療を適切に施行するためには、ESD法などの一括切除可能な手技を取得することは極めて重要である。

14. 当院におけるESDの治療成績と偶発症に対する検討

○南 伸弥¹, 笹川 裕¹, 小田正裕¹, 上野芳經¹, 藤田朋紀¹, 北岡慶介¹, 白尾さや香^{1,2}, 西條 登¹ (留萌市立病院消化器科¹, 札幌医科大学第四内科²)

【目的】近年、ITナイフなどを用いたESD法の普及によって、従来のEMR法では困難とされてきた大きな病変や潰瘍を有する病変に対しても一括切除が可能となった。さらにEMR法での分割切除による遺残・再発の問題を考慮すると、一括切除により正確かつ詳細な切除標本の病理組織学的検索が可能となったことはESD法の大きな利点であると思われる。今回我々は当院で施行したESD法による治療成績と偶発症について検討したので報告する。【対象・方法】2003年6月から2004年6月までに当院で施行されたESD19症例20病変（食道癌1病変、胃癌14病変、胃腺腫6病変）を対象とし、一括完全切除率および偶発症について検討した。このうちESD施行が困難と判断し、ESD施行中EMRへ変更した4症例についても検討を加えた。【成績】ESD法で完遂し得た16症例、ESD施行中EMRへ変更した4症例、これらを足した（ESD法を試みた）20症例において、一括完全切除率はそれぞれ93.8% (15/16)、75.0% (3/4)、90.0% (18/20) であった。偶発症に関し、後出血はそれぞれ6.3% (1/16)、0% (0/4)、5.0% (1/20)、穿孔はそれぞれ6.3% (1/16)、50.0% (2/4)、15.0% (3/20) であった。尚、穿孔に対しては全例クリップによる縫合を行い、保存的に治療し得た。【結論】ESD法は偶発症がやや多い、手技的に難しいなどの問題点が存在する。しかし、高い一括切除率が得られ、その結果詳細な病理組織学的検索が可能であることからESD法は非常に有用であり、今後広く普及されるべき手技と思われた。

15. 新しい高周波発生装置ERBE社製VIO300DのESDにおける使用経験

○加藤貴司, 平山真章, 河野 豊, 莢津武大, 碇 修二, 丸谷真守美, 中村英明, 加賀谷英俊, 目黒高志, 堀田彰一 (北海道消化器病院消化器科)

最近、早期胃癌および胃腺腫に対する内視鏡的粘膜切除術として、大きな病変や潰瘍を有する病変に対しても一括切除が可能な切開剥離法（ESD）が普及しつつあり、当科でも2003年6月よりESDを導入した。導入当初は高周波発生装置としてERBE社製ICC200を使い、主にEndo cutモードにてITナイフを主体にESDを施行していた。Endo cutモードはSoft凝固モードで血管を変性させた後にAuto cutモードで切開できるため出血の少ない切開が可能となる。そのためITナイフには標準的に使用されている切開モードである。2004年4月まで32例に施行し、一括完全切除率は81%であった。しかしながら術中出血のため施行時間が長時間となったり、出血コントロールに難渋し一括切除を断念せざるを得なかった症例も経験した。最近、新しい高周波発生装置としてERBE社製VIO300Dが登場した。特にDry cutモードは強い止血力をもつた切開波であり、Endo cutモードに変わる切開波としてESDへの応用が期待されている。当科では2004年5月よりVIO300Dを導入し、現在まで15例に施行した。VIO300D導入後のESD施行時間や術中出血、偶発症、治療成績についてICC200を用いてESDを施行した32例と比較し検討したので報告する。

16. ESD(Endoscopic Submucosal Dissection)法により一括切除し得た胃粘膜下腫瘍(SMT)の2例

○高張大亮¹, 住吉徹哉¹, 近藤 仁¹, 本多加奈¹, 由崎直人¹, 辻 靖², 西堀恭樹³ (斗南病院消化器病センター内科¹, 斗南病院消化器病センター腫瘍内科², 札幌医科大学医学部第四内科³)

胃粘膜下腫瘍(SMT)の治療法としては、現在、開腹手術や腹腔鏡下手術等外科的切除が一般に行なわれている。今回我々は、内腔発育型の胃SMTに対し、ITナイフ及びフレックスナイフを用いたESD(Endoscopic Submucosal Dissection)法によって腫瘍核出を試み、一括切除し得た2例を経験したので報告する。症例1) 31歳、女性。人間ドッグの胃内視鏡で体中部小弯にSMTを認め、精査加療目的に当科入院となった。超音波内視鏡で腫瘍は第4層を主とする腫瘍であった。全身麻酔下にITナイフを用いて内視鏡的に腫瘍の摘出を行なった。腫瘍は25×18mmで完全に切除され病理組織学的にはleiomyomaであった。術後3日後より経口摂取が可能で10日間で退院となった。症例2) 46歳、女性。会社の健診にて体上部小弯後壁にSMTを指摘され、経過観察されていたが、加療を希望され当科に紹介入院となった。超音波内視鏡で腫瘍は第2層主座と診断、ITナイフ及びフレックスナイフを用いて内視鏡的に腫瘍の摘出を行なった。腫瘍は20×15mmで完全に切除され病理組織学的にはCD34(-), C-kit(-), S-100(-), Desmin(+)でleiomyomaであった。術後2日後より経口摂取が可能で11日間で退院となった。

今回我々が施行したESD法による内視鏡的SMT摘出術は低侵襲で比較的簡便であり、また一括切除が可能であるため適切な病理組織学的評価も可能である。特に内腔発育型を呈する胃SMTに対して有用な診断、治療法の一つとなりうると思われた。

17. 早期胃癌に対するEMR+APC後遺残に対しESDが有用であった3例

○北岡慶介^{1,2}, 笹川 裕¹, 小田正裕¹, 上野芳經¹, 藤田朋紀¹, 南 伸弥¹, 白尾さや香^{1,2}, 西條 登¹ (留萌市立病院消化器科¹, 札幌医科大学第4内科²)

従来、潰瘍瘢痕を有する病変に対するEMRは困難とされてきた。しかし、ESD法の確立によりこれらの病変の切除が可能になった。さらに、ESD法を用いて一括切除することにより切除標本の正確かつ詳細な病理組織学的検索が可能となった。当院では2003年6月から2004年6月までにESDを19症例20病変施行したが、このうち早期胃癌に対するEMR+APC後遺残に対しESDを施行した3例を経験したので報告する。 症例1：80歳女性。前庭部前壁の0IIaに対しEMR施行。水平断端陽性の可能性があるとの診断にてAPCを追加照射。3ヶ月後に遺残を認めた。 症例2：70歳女性。胃角部前壁の0IIcに対しEMR施行。水平断端陽性の診断にてAPCを追加照射。1年後に遺残を認めた。 症例3：74歳男性。胃角部後壁の0IIcに対しEMR施行。水平断端陽性の診断にてAPCを追加照射。1年3ヶ月後に遺残を認めた。 以上、3症例に対しESDを施行したが、いずれも一括完全切除を確認した。また、偶発症も認めなかつた。EMR+APC後の遺残の場合、1.癌の範囲診断が難しい場合が少くない、2.手技的に潰瘍瘢痕部の切除が難しい、などの問題点があるが、生検を用いて術前の範囲診断を正確に行い、かつ粘膜下層をやや深めに剥離するなどの工夫を用いて施行すれば、ESDは本症例のように非常に有用な手技と思われた。

18. 当院におけるITナイフを用いた早期胃癌の内視鏡治療

○二階堂ともみ¹, 大西利佳¹, 山田康之¹, 佐々木宏嘉¹, 近江直仁¹, 平山真章², 小沼祐一³ (小樽掖済会病院内科¹, 北海道消化器科病院内科², 札幌医科大学第四内科³)

早期胃癌に対する内視鏡的粘膜切除術（EMR）では、遺残・再発防止の観点から、一括切除の重要性が指摘されている。このために切開・剥離法が普及し種々の治療器具が開発されている。その中でも、当院では平成14年9月よりITナイフを用いてEMRを施行している。

現在までにITナイフにてEMRを実施した症例は早期胃癌13例、胃腺腫6例の計19例である。早期胃癌では高分化型で術前の深達度診断でmと考えられる症例、胃腺腫では増大傾向を示す症例、又は組織異型度の強い症例を対象とした。内訳は、男性12例、女性7例であり、年齢は55歳から84歳までの平均70歳であった。切除粘膜の大きさは、平均で24×36mmであり、長径50mm以上の症例も3例含む。全例で一括切除が可能であった。切除に要した時間は、31分から300分、平均98分であった。ITナイフで切除困難とされる、内視鏡で正面視となる部位でより長時間となる傾向が見られたが、症例を重ねるにつれて短縮傾向もある。合併症としては、軽度の後出血を2例（10.5%）に認めた。

また術後の経過観察で、早期胃癌症例2例（15%）に異所性再発を認めた。一括切除により局所再発は現在のところ認めていないが、内視鏡再検による慎重な経過観察は重要と考えられた。今後も、胃癌の内視鏡治療の適応が拡大していく可能性が高く、より大きな病変を一括切除できる切開・剥離方法が治療の主流を占めていくものと予想される。今後とも症例を重ねて、より効率的で確実な治療をめざしていく予定である。

19. 胃癌ガイドライン適応外病変に対する切開剥離法による胃癌内視鏡治療の現況

○中川宗一¹, 清水勇一¹, 加藤元嗣¹, 桂田武彦², 小野雄司², 森 康明², 小野尚子², 中川 学², 山本純司², 工藤真弓², 三浦洋輔², 早川敏文², 小松嘉人², 武田宏司², 杉山敏郎², 浅香正博² (北海道大学病院光学医療診療部¹, 北海道大学消化器内科²)

(目的) 切開剥離法によるEMR（ESD：Endoscopic submucosal dissection）は、その切除効果の高さから、非常に有益な治療法である。現在その適応拡大が計られている。今回我々は、適応外病変に対する切除効果について検討した。(対象) 2000年8月から2004年6月までに、十分なInformed consentのもと、当科で行われITknifeを用いた早期胃癌症例68例を対象とした。(方法) 切除方法は、病変周囲のマーキング後、0.25%ヒアルロン酸Naを局注し、針状メスでpre-cut後、全周切開にはITknifeを用いた。22例はスネアーワークを用いた切除（A群：2000年8月-2003年2月）、46例は粘膜剥離にはITknife、もしくはSTフードと平状メスにて粘膜下層を切開した（B群：2002年10月-2004年6月）。切除法別に、適応外病変の切除効果について検討した。病変が一括切除され、病理診断にて治癒切除（当科治療判定基準；高分化型腺癌、UI+：腫瘍径3cm以内、高分化型腺癌、UI-：腫瘍径制限無し、sm癌：腫瘍径3cm以内、未分化型癌：腫瘍径2cm以内）と判断された症例を治癒切除と判定した。

(結果) 適応外病変はA群4/22例（18.8%）(20mm以上2例、UI+2例) B群で21/46例（45.7%）(20mm以上20例、UI+1例、低分化型癌2例) であった。一括切除率はA群36.4%（治癒切除36.4%）、適応外病変0%（治癒切除0%）、B群95.7%（治癒切除89.1%）、適応外病変95.2%（治癒切除81.0%）であった。(結語) 切開剥離法による切除法に慣れ、手技が向上する事により、適応外病変は増加した。適応外病変については、スネアーワークを用いた方法では治癒できず、適応拡大を行うためにはESDは必須である。また、適応内病変においても、一括切除率、治癒率を含めた点から、早期胃癌の治療はESDを行なうことが望ましい。

20. 内視鏡消毒におけるソフト酸性水の効果と検討

○河野 豊¹, 城津武大¹, 碇 修二¹, 加藤貴司¹, 丸谷真守美¹, 加賀谷英俊¹, 中村英明¹, 平山真章¹, 目黒高志¹, 堀田彰一¹, 岸本憲宜² (北海道消化器科病院内科¹, 苫小牧臨床検査センター²)

胃や大腸の内視鏡の再処理には、広い抗菌スペクトルを有する高水準の消毒が要求される。グルタルアルデヒドは本邦でよく使用される高水準の消毒薬であるが、毒性が強いことや、10分以上の浸漬が推奨されているため、内視鏡検査の多い施設では時間的な制約が要求される。またフタラール、過酢酸は残留すると粘膜の障害を起こすことが知られている。一方、酸性電解水は水道水に塩を加えて電気分解して得られた次亜塩素酸による消毒剤で、pH 2～3前後の強酸性電解水は人体に対する影響がほとんど無いが、塩素ガスが発生すると金属腐蝕作用があるため管理が難しい。これに対しpH 4～6前後のソフト酸性水は次亜塩素酸の濃度が高いため塩素ガスの発生も少なく、人体にも無害である。当院では今年3月より内視鏡の消毒にソフト酸性水を使用しているが、今回細菌やウイルスを含めた微生物学的な検討を行ったので、その有効性について報告する。

21. NBI拡大内視鏡を用いた陥凹型早期胃癌の血管構築像とcDNA arrayによる遺伝子解析

○能正勝彦¹, 小林歓和¹, 細川 歩¹, 後藤 啓¹, 山下健太郎¹, 有村佳昭¹, 遠藤高夫¹, 今井浩三² (札幌医科大学医学部第一内科¹, 札幌医科大学²)

【目的】NBI内視鏡は面順次照明方式のRGB3枚の光学フィルターの分光透過特性を狭帯域化し、光の深達度を表層に限局することにより表面微細構造のコントラストの向上に加え、その中心波長415±30nmが酸化ヘモグロビンの吸収極大に一致させることにより、今まで観察が不可能であった表面微細血管の観察を可能とした。今回我々は陥凹型早期胃癌に対しNBI拡大内視鏡を施行し、分化型癌(以下W/D)と未分化型(以下P/D)の血管構築像を観察。また血管新生に関わる遺伝子をcDNA arrayで解析した。【方法】早期胃癌15例(W/D 9例, P/D 6例)に対し、NBI拡大内視鏡観察を施行。癌部の血管構築像の特徴を観察し、CD34免疫染色による腫瘍血管像と対比した。また生検から採取した癌組織を利用し、cDNA arrayで遺伝子解析を行った。【成績】癌部の血管構築像はW/Dでは規則性があり、ネットワークを形成した格子状でやや拡張したhypervascularな腫瘍血管像が認められた。一方P/Dでは不規則でネットワークを形成しないいちりめん状の細いhypovascularな血管像を認めた。CD34免疫染色ではW/Dでは血管が密で点状のネットワークを形成した腫瘍血管が、一方P/Dでは血管が粗で粘膜表層にネットワークを形成しない、継長の線状血管みられた。またcDNA arrayによる解析を行ったところW/Dでは血管新生に関わる遺伝子発現がP/Dと比べ亢進していた。【結論】NBI拡大内視鏡観察による陥凹型早期胃癌の血管構築像とCD34免疫染色による腫瘍血管像に対応が見られた。またcDNA arrayではW/Dで血管新生に関わる遺伝子の発現亢進がみられ、血管構築像の形成に関与していると考えられた。

22. 内視鏡的胃粘膜切開剥離術におけるPPI投与時期の検討

○小野尚子¹, 桂田武彦¹, 小野雄司¹, 中川 学¹, 森 康明¹, 山本純司¹, 三浦洋輔¹, 早川敏文¹, 浅香正博¹, 中川宗一², 清水勇一², 加藤元嗣² (北海道大学病院消化器内科¹, 北海道大学病院光学医療診療部²)

消化性潰瘍治療におけるプロトンポンプインヒビター(以下PPI)の有効性は確立されており、再出血予防効果や対費用効果に関する論文が散見される。内視鏡治療後の潰瘍についても、PPIは治癒促進に有効と考えられるが、現在までのところその効果については報告されていない。今回、内視鏡的胃粘膜切開剥離術(以下胃ESD)施行患者を対象とし、術前日からのPPI投与と術後からの投与について、胃ESDに伴う出血予防効果と治癒促進に対する有効性を検討した。対象は2003年12月以後当院において胃ESDを施行した患者18名で、入院時にA群(PPI前投与群)、B群(PPI術後投与群)の2群に無作為に振り分けた。A群ではESD施行前日よりPPIを投与し、B群はESD術後より投与を開始、両群ともに術後4週間継続した。両群において、ESD施行時の出血(出血量、止血処置の容易さ)、術後出血(胃内コアグラ量、潰瘍底出血の程度、ヘモグロビン値の推移)および術後潰瘍の治癒状態について検討を行った。結果、胃ESD施行時の出血および術後出血の程度については、検討項目すべてにおいて両群間で有意差は認められなかった。また胃ESD7日後と28日後の潰瘍治癒状態についても両群間で有意差は認められず、今までのところPPI前投与の有効性は証明されなかった。しかし胃液pHは、ESD施行時B群平均4.20に対し、A群平均6.09とPPI投与翌日にはpHが上昇しており、凝固系活性化に有利と考えられ、特に胃粘膜萎縮がない高酸症例に対してはPPI前投与を考慮すべきと思われた。

23. 胃癌におけるフチン酸99mTcコロイドと赤外線スコープを併用したsentinel node navigation surgery～第2報～

○和久勝昭, 松田 年, 星 智和, 大沼 淳, 高岡正実, 千里直之, 海老澤良昭, 河野 透, 萩西真一 (旭川医大第二外科)

【背景】胃癌における微小リンパ節転移の有無は、その治療方針に大きく影響を与える。従来の術前画像診断での微小リンパ節転移診断は困難であり、転移の危険度を予想するに過ぎなかったが、近年 sentinel node(SN)の理論に基づき、術中にリンパ節転移を検出する sentinel node navigation surgery(SNNS)が注目を集めている。当科では早期胃癌に対しての縮小手術へ向け、2001年11月より、radioisotope法によるSNNSを導入した。さらに、赤外線スコープを用いた色素法によるSNを併用し、確認の向上に努めている。

【目的】radioisotope法、赤外線スコープ併用の色素法によるSNNSの有効性を検討する。【対象】2001年11月から2004年4月までにSNNSを施行した胃癌症例22例【方法】1. RI法：トレーサーとしてフチン酸99mTcコロイドを用いる。手術前日に、核医学室で内視鏡下に局注針を用いて粘膜下層に0.5ml(74MBq)ずつ、病変の周囲4箇所に注入する。同日、リンバシンチグラフィーを施行する。術中はガンマプローブ(Navigator GPS:Tyco社製)を用いる。2. 色素法：術中直視下にICG 1~2ml (5 mg/ml)を漿膜下に注入する。20分後、オリンパス社製、赤外線スコープを用いて確認する。上記にて施行した症例につき、実際の手技を供覧し、その有効性を検討する。

S-1. 脳腫瘍の粘液形質と腫瘍進展

○伊藤英人, 岡 俊州, 遠藤高夫, 今井浩三 (札幌医科大学医学部第一内科)

浸潤性肺管癌(invasive ductal carcinoma、 IDC)と肺管内乳頭粘液性腫瘍(intraductal papillary-mucinous tumors、 IPMT)はいずれも肺管上皮を発生母地とするが両腫瘍の進展様式と予後は明らかに異なることが知られている。すなわち基本的病理組織学的所見としてIDCはdesmoplastic reactionを伴い管状腺癌として肺実質内に浸潤性に発育しのに対してIPMTはfibrovascular stalkを伴い乳頭腺腫・癌が主に肺管内で膨張性に発育する。現在までに9種類のムチンが同定されているが、このうち膜結合型ムチンのMUC1、腸型分泌ムチンのMUC2、胃型分泌ムチンのMUC5ACの発現をIDCとIPMTにおいて比較検討し腫瘍増殖能(Ki-67 labeling index)、p53発現率、病理組織学的悪性度、予後との関連を検討しIDC、IPMTの粘液形質と腫瘍進展との関連についてわれわれの得た知見を加えて報告する。

S-2. 脾癌の早期診断における画像診断の進歩と問題点

- 長川達哉, 及川央人, 須賀俊博, 宮川宏之, 平山 敦,
阿部 環, 岡村圭也, 大橋広和 (札幌厚生病院第2消化器科)

以前から脾癌の早期診断の必要性が叫ばれているが、どのような進展度の癌が早期癌（言い換えると“治療により救命できる癌”）なのか脾臓においては未だ明確な定義がない。従って、“脾癌の早期診断”という言葉はかなり曖昧であるが、浸潤性脾管癌においては最大径2cm以下のts1脾癌が他群と比べ、比較的良好な予後を示している（5年生存率31.3%）ことより、このts1脾癌を発見、診断することが当面の早期診断の目標と考えられる。今回はEUS、MD-CTなど機器の技術革新が目覚しい画像診断法による早期診断の有用性と当科にて経験した症例から早期診断における問題点を検討した。EUS、MD-CTは空間分解能のみならず造影剤の使用により濃度分解能も向上し、小さな病変の検出や鑑別診断に有用であった。また病理学的検討ではts1脾癌の中に必ずしも脾臓の早期癌とはいえない症例が含まれており、上皮内癌から脾実質への浸潤部が微少なより早い段階で診断する必要性が認識された。

S-4. 切除不能脾癌に対する臨床からのアプローチ

- 松本学也, 横山和典, 北野陽平, 斎藤亜呼, 高橋賢治,
麻生和信, 岡田充巧, 岡本 啓, 玉木陽穂, 中村公英,
羽田勝計 (旭川医科大学第2内科)

脾臓癌は未だに予後の悪い代表的な悪性腫瘍の一つである。この原因として、早期発見が困難である、ハイリスクグループが不明確である、多くが発見時に切除困難である、切除不能症例に対する有効な治療法が確立されていないことがあげられる。塩酸ジェムシタビン (GEM) が登場してから、切除不能脾癌に対しての全身化学療法が広まっているが、median survival time (MST) は1年を超えないのが現状である。今回、切除不能脾癌に対する集学的治療法の現状と問題点を明らかにするために当科で経験した112例を対象に検討を行った。対象のうち、切除不能症例は95例であり、治療法の内訳は、best supportive care 38例、化学療法35例（うちGEM18例）、放射線化学療法20例（うち、温熱療法併用13例）、放射線療法単独が2例であった。全体のMSTは5.4ヵ月で、BSC、化学療法、放射線化学療法それぞれでは2.2、5.7、11.0ヵ月であった。また、化学療法群のうち、GEM、それ以外ではそれぞれ9.1、4.2ヵ月であり、GEMの有効性が示唆された。多変量解析での検討では、GEM、Stage、放射線治療、CA19-9値などが有意な予後規定因子となっていた。しかし、GEM群の中での検討では、肝転移を有する症例、KPSの悪い症例は明らかに予後が悪かった。また、背景因子にはばらつきがあり、どの治療が優れているかは不明であった。以上より、現在までに当科で行ってきた治療法ではやはりMSTは1年を超えず、有効な治療法の確立が重要であり、現時点では、病態、進行度に応じた適切な治療法の選択指針、およびその選択基準の検討が必要と考えられた。

S-3. 脾癌早期診断の現状

- 高橋邦幸, 真口宏介, 渕沼朗生, 松永隆裕, 小山内 学,
石渡裕俊, 糸川文英 (手稲済仁会病院消化器病センター)

1997年4月より2003年12月までに当センターで経験した通常型脾癌は271（切除48、非切除223）例である。切除48例を腫瘍径別にみると、ts1 8例、ts2 26例、ts3 13例、ts4 1例であった。これをstage別にみると、stageI 2例、stageII 23例、stageIII 19例、stageIV b 4例であり、ts1の8例ではstageI 2例、stageII 5例、stageIII 1例であった。全切除例の50%累積生存期間は486日であり、ts1例では877日である。ts1 8症例中stageIの2例は、術後10ヵ月、2年8ヵ月で無再発生存中である。stageIIの2例は術後5ヵ月、1年4ヵ月無再発生存中であるが、残りの3例は、それぞれ362、635、877日で再発死亡した。StageIIIの1例は術後2ヵ月再発生存中である。今回はts1症例を中心に、初発症状、発見契機、各種画像診断について検討し報告する。

S-5. 切除不能進行脾癌に対する経口5-FU系抗癌剤併用ゲムシタビン化学療法

- 中野靖弘¹, 丹野誠志², 小泉一也¹, 伊澤 功¹, 奥村利勝²,
高後 裕¹ (旭川医科大学第3内科¹, 旭川医科大学総合診療部²)

【目的】切除不能脾癌に対するUFT+ゲムシタビン (GEM) 併用療法について、探索的試験（いわゆる併用第I・II相）Step1を行った。【対象と方法】年齢20歳以上75歳未満、PSは0から1の初回治療例を対象とした。GEMは投与量レベル1：800 mg/m²、レベル2：900 mg/m²、レベル3：1,000 mg/m²を第8、15日目に30分間で点滴静注し、UFTは400 mg/body/dayを第1～14日目に経口投与を行った。【結果と結論】容量制限毒性 (DLT) 発現は投与量レベル1で3例中0例、レベル2で6例中1例、レベル3で3例中0例であり、主な副作用は白血球減少、血小板減少、GOT/GPT上昇、皮疹、恶心・嘔吐であった。最大耐用量 (MTD) をGEM1,000 mg/m²と決定し、今後Step2を行う予定である。

S-6. 脳癌の外科治療成績

○岡田邦明, 近藤征文, 石津寛之, 益子博幸, 田中浩一, 奏 康壯, 川村秀樹, 小原 啓, 横田良一, 佐々木 盛, 戸井博史, 久慈麻里子, 横田健太郎, 中木村 繁 (札幌厚生病院外科)

1993年から10年間に切除した通常型脳癌81例を、頭部癌と脳体尾部癌に分け、脳局所進展度、リンパ節転移、進行度別の生存率を検討した。脳頭部癌57例の1、2、3、4、5年生存率は、それぞれ75.4、48.8、32.3、22.7、14.7%である。T3 26例、T4 25例で、リンパ節転移を41例に認め、進行度はIVa、IVbが36例(63.2%)を占めた。StageII、IVa、IVbの1、3、5年生存率はそれぞれ86.2、52.3、22.4%、63.6、20.8、20.8%、71.4、0.0、0.0%であった。T3とT4の1、2、3年生存率はそれぞれ80.8、53.3、33.9%、64.0、36.0、18.0%であり、N(-)は93.8、68.8、68.8%で、N(+)では68.3、41.0、16.7%であった。脳体尾部癌24例の1、2、3、4、5年生存率はそれぞれ68.7、50.0、35.0、28.0、28.0%である。StageII、IVa、IVbの1、3、5年生存率はそれぞれ80.0、53.3、53.3%、45.5、9.1、9.1%、75.0、25.0、25.0%であり、T2、T3、T4の1、2、3年生存率はそれぞれ、100、75.0、75.0%、75.0、75.0、37.5%、50.0、28.6、14.3%、N(-)では75.0、75.0、60.0%で、N(+)では62.5、37.5、22.5%であった。

S-8. 腹腔動脈合併切除を伴う拡大尾側腎切除術：extended distal pancreatectomy with celiac artery resection (DP-CAR)の実際とその成績

○平野 聰, 原 敬志, 田中栄一, 斎藤克憲, 近藤 哲 (北海道大学大学院医学研究科腫瘍外科学分野)

【目的】当科では腹腔動脈周囲浸潤を伴う局所進行脳体部癌に対し総肝動脈、腹腔動脈、左胃動脈、腹腔神経叢、神経節、左副腎などのen bloc切除を伴う拡大尾側腎切除(DP-CAR)を施行してきた。今回、その手技の実際と治療成績を報告する。【対象と方法】1998年4月から2004年3月までにDP-CARを施行した14例を対象とした。術前処置として切除後の肝・胆道・胃の血流維持のため、総肝動脈塞栓術を行った。【結果】14例中10例に腹腔動脈神経叢または総肝動脈神経叢への浸潤を認めたが、断端や剥離面への浸潤はなかった。合併症による再手術を2例に行ったが在院死亡はなかった。術後の再発様式は遠隔転移再発が8例と多く、そのうち肝転移が5例と最も多かった。術後1年、3年生存率はそれぞれ68.8%、36.7%であった。【結語】DP-CARは安全に施行でき、局所進行脳体部癌の標準手術となりうると考えている。

S-7. 切除/非切除、拡大/通常切除に関する成績

○木村康利, 平田公一, 信岡隆幸, 西森英史, 桂巻 正 (札幌医科大学第一外科)

本邦ではこれまで、局所進行脳癌に対して拡大郭清、大血管合併切除などの積極的治療が行われてきた。'00年以降、その意義を明確にすべく厚労省を主体とする他施設共同・無作為比較研究が行われた。それらの知見とともに教室の概要を呈示する。1) stage Iva脳癌の治療法選択；手術群と放射線科学療法群では、外科的切除がQOLの低下を伴わずに生存期間の延長をもたらした。2) 脳頭部癌に対する拡大リンパ節郭清の意義；標準郭清群(D1)と拡大郭清群(16番を含むD2とSMA周囲神経叢の全周性郭清)では、手術時間、出血量、術後の下痢以外の周術期因子と、術後1、2、3年生存率、無再発期間に差を認めなかった。3) 教室の概要はこれらとほぼ同様であった。以上より、現時点で我々が取るべき態度として、1)明らかな手術適応をstage IIIまでとする。2) stage Iva症例は切除を超える新規治療法が確立されるまでは手術適応とする。3) 拡大郭清はR0切除が確保可能な程度に留める、の3点が挙げられた。

24. 大腸内視鏡補助下に内視鏡的胃瘻造設術をした2例

○日下部俊朗¹, 久居弘幸¹, 萩原誠也¹, 釋 亮也¹, 立野久美子²
(伊達赤十字病院消化器科¹, 札幌医科大学第4内科²)

【目的】経皮内視鏡的胃瘻造設術(PEG)は、その手技がほぼ確立されており、適応の拡大に伴い急速に普及しているが、多量の結腸ガスのため適切な穿刺部位がなく、造設困難な場合がしばしば経験される。今回我々は大腸内視鏡補助下にPEGを施行が可能であった2例を経験したので報告する。【症例1】81歳、女性。バーキンソン病のため老人保健施設に入所中であったが、誤嚥による呼吸器感染を繰り返すためPEG目的に紹介入院となった。腹部単純Xpでは多量の結腸ガスを認め、腹部CTでは結腸ガスが胃の前面を覆っており、PEG造設を試みるも適切な穿刺位置がなかった。結腸ガスを回避する目的で、大腸内視鏡をまず挿入したところ、横行結腸が胃の前面に位置していたため、内視鏡で横行結腸を下腹部に誘導した。その後、上部消化管内視鏡を挿入し、胃内に送気することで、胃壁と腹壁は近接し、PEG施行可能となった。【症例2】84歳、女性。老人性痴呆のため、療養型病院に入院中であったが、ADLが低下し経口摂取が不安定なため、PEG目的に紹介入院となった。腹部単純Xpおよび腹部CTでは多量の小腸・結腸ガスを認め、症例1同様に穿刺困難であった。大腸内視鏡補助下に横行結腸を胃の前面から下腹部に誘導することで、PEG施行が可能であった。【結語】多量の結腸ガスのためPEG施行が困難である症例においても、大腸内視鏡補助下に安全に胃瘻造設が可能であると考えられた。

25 ダブルバルーン小腸内視鏡により診断した腸リンパ管拡張症の一例

市立旭川病院消化器内科

○柴田 直美、西川 智哉、折居 史佳
藤井 常志、松本 昭範、垂石 正樹
斉藤 裕輔

今回我々はダブルバルーン小腸内視鏡が診断に非常に有用であり、内視鏡所見として稀な形態を示した腸リンパ管拡張症の一例を経験したので、文献的考察を加え報告する。症例は63歳、男性。下痢・腹満・全身倦怠感を主訴に2003年11月5日当科を初診し、Alb1.6mg/dlの著明な低蛋白血症および胸腹水を認め、精査・加療目的にて入院となった。蛋白漏出シンチグラフィーで上部空腸からの蛋白漏出を認め、push式小腸内視鏡検査を施行したがTreitz韌帯より10cmまでの観察にとどまった。観察範囲内には小腸粘膜の浮腫以外に所見は無く、生検でも特異的所見は認めなかったが、諸検査の結果からリンパ管拡張症を疑いプレドニゾロン50mg/dayから投与を行ったところ、Albは上昇し胸腹水及び腸管浮腫は消失した。外来でプレドニゾロンの減量中であったが、2004年11月より再度腹満の増強と下腿の浮腫、Alb 2.3mg/dlと低下を認め11月5日当科再入院となった。ダブルバルーン小腸内視鏡検査を施行したところ、上部空腸の高度な浮腫と粘膜下腫瘍様の形態を呈する白色調粘膜が散見された。同部位からの生検で、粘膜内及び粘膜下層にリンパ管腔の拡大が認められ、腸リンパ管拡張症の確定診断を得た。再度ステロイドを投与したところ、すみやかにAlb値は上昇し自覚症状も消失し、現在外来で減量中である。

26 Double - Balloon式小腸内視鏡が有用であった小腸出血の一例

小樽掖済会病院消化器科

○勝木 伸一、佐々木宏嘉、近江 直仁
札幌医科大学第4内科
古川 孝広、深浦 純生、山田 康之
高山 哲治、加藤 淳二
小樽掖済会病院外科 奥谷 浩一、渡井 博志、江副 英理
佐々木一晃、
小樽市立病院外科 越前谷勇人

Double - Balloon式小腸内視鏡を用いることによって、病変に到達し、診断ならびに止血可能であった小腸出血の一例を経験したので報告する。

症例は、57才女性、2004年12月初旬、突然黒色便を自覚し、近医外科を受診、上部下部消化管内視鏡検査を受けるも出血源を特定できず、小腸精査目的に当院消化器科に紹介入院となった。フジノン社製Double - Balloon式小腸内視鏡による経口的内視鏡検査を施行したところ、トライツ韌帯から約2メートルの部位に拍動出血中の露出血管を認めたためエタノール局注にて止血した。止血後の経過は順調であり、第29病日に退院された。

Double - Balloon式小腸内視鏡は、従来のプッシュ式内視鏡に比べ挿入性も格段に良く、本症例においても病変まで約20分で到達可能であった。今回は出血の様子とその止血手技について動画を中心に発表する。

27 部位不明消化管出血に対する小腸ダブルバルーン内視鏡の有用性

札幌医大第一内科

○山下健太郎、能生 勝彦、村井 政史
細川 歩、小林 武和、後藤 啓
有村 佳昭、遠藤 高夫

(背景・目的) 小腸ダブルバルーン内視鏡がその有用性を最も發揮するのは出血性小腸病変の診断にあると思われる。今回我々は、部位不明消化管出血症例におけるダブルバルーン内視鏡の診断能を検討した。

(対象・方法) 肉眼的下血あるいは貧血を伴う便潜血陽性で受診し、上・下部内視鏡で出血源を同定できなかった9症例に対して経肛門あるいは経口的にダブルバルーン内視鏡を施行した。全て待機的にニフレックを内服後行った。

(結果) 9例中4例でダブルバルーン内視鏡により出血源となる小腸病変を確認できた。内訳はNSAIDs関連小腸病変が2例、Meckel憩室が1例、simple ulcerが1例であった。前3例は小腸造影、CTなど他の検査では診断が困難であり、後1例は他のmodalityでも存在診断は可能であった。一定範囲の小腸を観察できたにもかかわらず病変を同定できなかつたのが3例、高度な癒着などの理由で小腸への挿入が不可能であったものが2例存在した。

(結論) 部位不明消化管出血に対して小腸ダブルバルーン内視鏡は有用であるが、インパクトは期待以下であった。操作性の問題に加え小腸病変の見逃しの可能性、また胃・大腸病変の見逃しの可能性も考慮すべきかと思われる。

28 ダブルバルーン式小腸内視鏡にて術前に確認した小腸異物(義歯)の一例

北海道消化器科病院内科

○碇 修二、平山 真章、加藤 貴司
丸谷真守美、町田 卓郎、茎津 武大
中村 英明、加賀谷英俊、目黒 高志
堀田 彰一
同 外科 森田 高行、宮坂 祐司、押切 太郎
山田 秀久、仙丸 直人、藤田 美芳
同 病理 高橋 利幸
北海道医療大学医科歯科クリニック
室谷 光治

症例は43歳女性。8年前に義歯を誤嚥したが放置していた。平成16年12月21日、黒色便認めたため、翌22日近医受診。上部消化管内視鏡検査では出血源認めず、下部消化管内視鏡検査にて可視範囲には出血源なく、全大腸に大量の黒色便みられたため、小腸出血の可能性を疑われ、当院紹介入院となった。入院時の腹部X線写真にて骨盤腔内に義歯と考えられる異物を認めた。上下部消化管内視鏡検査では出血源は認めなかつた。腹部X線写真の経過観察にて異物が移動している可能性があると想定され、内視鏡下の異物除去を目的に、平成17年1月5日、経肛門的にダブルバルーン式小腸内視鏡検査を施行した。回腸に義歯の存在を確認し、内視鏡下の回収を試みるも義歯は腸壁内にくい込み、潰瘍を形成していたため回収不能であり、点墨を行い終了とした。1月12日、当院外科にて腹腔鏡補助下小腸部分切除術を施行した。術後経過は良好で1月26日に退院となった。組織学的には、義歯による潰瘍は筋層に及んでいた。

小腸内視鏡は腫瘍・炎症などの疾患に対する診断に用いられることが多いが、本例のように異物除去などにも応用しうる可能性があると思われ、報告した。

29. 定期経過観察中の胃粘膜下腫瘍に隣接して発生し比較的急速に進行した粘膜下層深部浸潤胃癌の1例

○竹内 啓¹, 天野虎二¹, 石橋陽子¹, 清水 康¹, 中村雄一², 宮崎広龟², 小松嘉人¹, 木下一郎¹, 秋田弘俊¹, 川原田 陽³, 近藤 哲³, 太田 啓⁴ (北海道大学大学院医学研究科腫瘍内科学分野¹, 北海道大学病院光学医療診療部², 北海道大学大学院医学研究科腫瘍外科学分野³, 北海道大学病院病理部⁴)

症例は62歳の女性。平成8年に検診として受けた上部消化管内視鏡検査で、胃体上部後壁小弯寄りの粘膜下腫瘍を指摘された。以後毎年定期的に内視鏡検査を受けるも特に変化なく経過したが、平成15年12月の検査で同病変幽門側に接した上皮性の腫瘍性病変を指摘された。同部の生検ではGroup 5であり、治療目的に当院紹介となつた。内視鏡検査およびバリウム造影検査において病変は粘膜下腫瘍に隣接し、0-IIa+IIc型の悪性所見を呈していた。肉眼所見および超音波内視鏡検査より、粘膜下層深部への浸潤が強く疑われた。全身的検索にて遠隔転移は認めず、平成16年3月当院腫瘍外科にて胃全摘術を施行した。病理学的検討の結果、組織型はpapillary adenocarcinoma、深達度はsm2、脈管侵襲がv1、v1と陽性であった。また第1群リンパ節への転移が陽性であった。隣接した粘膜下腫瘍はHE像と免疫染色の結果からleiomyomaと診断された。胃癌と平滑筋腫の共通の発生母地についての報告は特にみられないが、毎年欠かさず内視鏡的に経過観察されていた粘膜下腫瘍に接して胃癌が発生し、わずか1年の間に粘膜下層深部への浸潤や脈管侵襲、リンパ節転移を呈するに至ったことは興味深い。また2病変が接して存在したことにより特異な肉眼形態を呈したため形態からの深達度診断が困難であったことも含め、貴重な症例であると考えられるので報告する。

30. 胃原発mantle cell lymphomaの一例

○宮島治也^{1,3}, 西堀佳樹^{2,3}, 川村典生², 小野道洋^{1,3}, 阿部清一郎^{1,3}, 堀 泰之^{1,3}, 藤井重之¹, 堀本正禎¹, 小野寺義光^{1,2} (日鋼記念病院内科¹, 日鋼記念病院消化器科², 札幌医科大学第四内科³)

消化管原発のmalignant lymphomaではMALTリンパ腫の頻度が高く、mantle cell lymphomaは稀であるとされている。今回我々は胃・十二指腸に発生したmantle cell lymphomaの一例を経験したので報告する。症例は76歳男性。当院整形外科にて椎間板ヘルニアの治療中、心窩部痛・貧血の精査目的にて当科紹介受診。上部消化管内視鏡検査にて胃体中部小弯から後壁にかけて3型様病変と2ヶ所のA2潰瘍、胃窓窿部・十二指腸球部にSMTを認めた。生検にていづれの部位よりもリンパ濾胞の増生を認め、免疫染色ではcyclinD1陽性、CD5陽性、CD10陰性、CD19陽性、CD20陽性であり、mantle cell lymphomaと診断した。下部消化管検査では過形成ポリープを認めたが、malignant lymphomaを疑わせる病変を認めなかつた。他病変の検索目的で行ったCT、FDG-PETでも上部消化管以外に病変は認めなかつた。以上より本症例は胃原発mantle cell lymphoma、stageIと診断した。今回我々は稀な上部消化管に限局したmantle cell lymphomaを経験した。

31. 胃小細胞癌の一例

○大関令奈¹, 清水晴夫¹, 畠山巧生¹, 田沼徳真¹, 鈴木秀一郎¹, 佐藤修司¹, 下地英樹¹, 金戸宏行¹, 本多佐保¹, 近藤吉宏¹, 赤保内良和¹, 渡谷 均², 今 信一郎³, 小西康宏³, 遠藤高夫⁴, 今井浩三⁴ (市立室蘭総合病院消化器科¹, 市立室蘭総合病院外科², 市立室蘭総合病院病理³, 札幌医科大学第一内科⁴)

症例は67歳男性。タール便、食思不振を主訴に平成16年3月8日当院救急外来を受診。Hb6.5g/dlと著明な貧血を認め、消化管出血の疑いで当科入院となった。3月9日に上部内視鏡検査を施行。噴門部に2型の病変を認め、生検したところ、N/C比の高い異型細胞が索状あるいは小胞巣状に増殖浸潤しており、明らかな角化、腺腔構造の見られない組織所見であった。免疫染色を施行したところ上皮性マーカーのCytokeratinが陽性のほか、Synaptophysin, CD56が陽性、LCAは陰性であり、小細胞癌、低分化扁平上皮癌、また肺小細胞癌の転移の可能性などが考えられた。各種検査にて明らかな遠隔転移を認めず、肺小細胞癌の転移の可能性も否定的であったことから、手術目的に外科転科となり、平成16年5月17日胃全摘出術を施行。病理組織はsmall cell carcinoma, type 3, 7.0x6.3, INF β, pT3, se.ly1, v1, pN2, M0, Stage IIIB,CurBであり、免疫染色にてもSynaptophysin, CD56が陽性、Chromogranin Aは陰性であり小細胞癌に矛盾しない結果であった。現在外科にて肺の小細胞癌に準じた化学療法を施行中である。今回我々は比較的稀な胃小細胞癌を経験したので多少の文献的考察を加え報告する。

32. 異時性多発GISTの1例

○富永素矢¹, 後藤 充¹, 板橋健太郎¹, 嘉島 伸¹, 笹島順平¹, 萩口まどか¹, 鈴木泰之¹, 柳川伸幸¹, 岡本美穂¹, 斎藤義徳¹, 村上雅則¹, 折居 裕¹ (旭川厚生病院消化器科)

症例は54歳、女性。平成9年に健康診断で胃前庭部小弯に3cm大の粘膜下腫瘍(SMT)を指摘されて以来、当科で年1回内視鏡による経過観察中であった。平成16年1月29日施行された上部消化管内視鏡検査にて経過観察中のSMTは変わりなかったが、その前壁寄りに1cm大の新たな軟らかいSMTを認め精查加療目的にて3月17日入院となった。CTではそれぞれ大きさ2cm内部均一に造影される腫瘍として近接して認められた。EUS上、以前からのSMTは均一なやや高エコーな腫瘍として描出されるものの新たに生じたSMTは内部不均一、壁内発育型で直視下よりも大きく、2つの腫瘍はほぼ同じ大きさに見受けられた。近接して新たな病変が出現した異時性多発GISTと診断、悪性の可能性を考慮し4月12日当院外科にて胃部分切除施行した。摘出標本では隣接する2個のSMTで以前よりのものは充実性であったが、新たに生じたものは内部が一部出血壊死に陥っていた。病理組織結果は紡錘形細胞の他、大型の細胞も認める多様性に富んだ腫瘍で核小体のはっきりした大型の核を有する異型細胞が筋層に浸潤増殖しており、c-kit陽性でGISTと考えた。大きさは各2.5cm、mitosisは5未満で悪性度としては中間型と判断した。免疫染色ではCD34、アクチンにおいてそれぞれ染色性の違いを認めた。今回経過観察期間内に新たな病変を認めた異時性多発GISTの1例を経験した。我々の検索した限りでは多発GISTは本邦において5例報告されているのみであり、若干の文献的考察を含めて報告する。

33. 十二指腸Vater乳頭部vascular ectasiaの一例

○藤田朋紀¹, 笹川 裕¹, 小田正裕¹, 上野芳經¹, 南 伸弥¹, 北岡慶介^{1,2}, 白尾さや香^{1,2}, 西條 登¹ (留萌市立病院消化器科¹, 札幌医科大学第四内科²)

近年、vascular ectasiaの出血例に対しては内視鏡的治療が行われている。今回出血をきたした十二指腸Vater乳頭部vascular ectasiaの1例を経験したので報告する。症例は70歳女性。平成15年1月20日頃より労作時の息切れ・動悸・眩暈を自覚し、近医受診。鉄欠乏性貧血を指摘され、精査加療目的に当院紹介入院となる。入院後の上部内視鏡検査ではVater乳頭部に一致して発赤を認め、十二指腸Vater乳頭部vascular ectasiaと診断した。易出血性であり、同病変が鉄欠乏性貧血の原因疾患と診断した。脾管胆管開口部に近接していたため、治療方法の選択に苦慮したが、hot biopsyで焼却止血を行った。焼却後腹膜への穿通をきたしたが、保存的に治癒した。Vater乳頭部のvascular ectasiaは稀であり、若干の文献的考察を加え報告する。

35. 特異な形態を呈した非露出腫瘍型早期乳頭部癌の一例

○梅田いく弥¹, 信岡 純¹, 渡邊奈々恵¹, 土居 忠¹, 太田英敏¹, 蟹澤祐司², 岩井和浩³, 水戸康文³, 和田隆宣³, 川崎亮輔³, 松井あや³, 高橋 透³ (王子総合病院消化器科¹, 王子総合病院血液内科², 王子総合病院外科³)

症例は66歳女性。昭和57年に胆囊結石にて胆摘の既往あり。平成16年1月腹痛あり近医受診。腹部超音波検査にて肝内胆管・主胰管の拡張を認め、総胆管結石疑いで当科紹介となった。GOT186 GPT239, P-amylase96と肝障害および軽度の肺炎を認めたが、黄疸は認めなかった。腫瘍マーカーも陰性であった。腹部超音波検査にて16mmと拡張した総胆管内には結石を認めず、脾頭部に腫瘍像も認めなかった。精査加療目的に1月28日入院となった。CT、MRI、AGにて腫瘍を同定できず。ERCPにてVater乳頭部に長さ3cm、直径1.5cmのウインナーソーセージ様に突出した腫瘍を認めたが、脾液、胆汁の細胞診では悪性を認めなかった。また同腫瘍の生検結果は正常十二指腸粘膜であった。EUSでは隆起基部の状況は描出不能であった。非露出型乳頭部癌の場合生検にて診断不能のことも多いことが知られている。非露出型乳頭部癌と診断したが、深達度の確定が不能だったため、患者の承諾を得て当院外科にてPpPDを施行した。病理組織検査ではm, n0, em0, pT1, pN0, Stage Iであった。深達度的にはpapillectomy可能な病変と考えられた。12指腸乳頭部癌には内視鏡的にpapillectomy可能な深達度の浅い病変も少なくない。EUSやIDUSなどによる慎重な深達度診断が重要であることが示唆された一例であった。文献的考察を含め報告する。

34. 十二指腸原発follicular lymphomaに早期胃癌を合併した一例

○澤田康司, 鈴木晶子, 金野陽高, 阿部真美, 加藤一規, 千葉 篤, 柴田 好 (遠軽厚生病院)

消化管原発の悪性リンパ腫は胃原発が最多で次に小腸、次いで大腸である。十二指腸悪性リンパ腫はまれである。十二指腸濾胞リンパ腫に早期胃癌を合併した症例を経験したので報告する。症例は65歳、男性。1999年11月の検診で異常を指摘され、2000年2月、近医で上部内視鏡検査を施行したところ十二指腸下行脚に白色不整隆起を認めた。生検の結果はlymphoid polyp (Group 1)であり経過観察とされた。2001年の再検査でlow grade MALTと診断された。ビロリ菌の除菌を行い陰性化したが、病変は消失しなかった。同年9月精査加療目的に当科紹介された。当科での生検結果はfollicular lymphoma B cell type grade1であり、腹部CT検査で大動脈周囲のリンパ節腫大を認めた。Gaシンチやマルク上異常はなく、十二指腸原発のリンパ腫と診断した。2002年1月からTHP-COP療法を施行した。リンパ腫の縮小や進行は認めず経過観察となった。2004年1月の再検査で、偶然、胃体下部後壁に直径6mm大の陥凹性病変を発見した。生検した結果は印環細胞癌であった。この0-IIc型早期胃癌に対しては手術が選択され、当院外科で5月31日、幽門側胃切除術を施行した。十二指腸原発のリンパ腫は非常にまれな疾患である。医学中央雑誌で過去5年間で検索した限り、十二指腸濾胞リンパ腫に胃癌が合併した症例は報告されていない。

36. 十二指腸ステント挿入法の検討

○平山 敦, 宮川宏之, 須賀俊博, 長川達哉, 阿部 環, 岡村圭也, 及川央人, 大橋広和 (札幌厚生病院第二消化器科)

【目的】悪性十二指腸狭窄は癌終末期のQOLを悪化させる最も大きな因子である。十二指腸ステント術はそのような患者を対象として考えられた侵襲を最小限に抑える治療法と考える。しかし様々な合併症も報告されており、現在のところ、必ずしも適応する対象に安全に留置できているとは言えない。今回我々は、今までに経験した40例の十二指腸ステント術の具体的な挿入法と、その手技の留意点、怠った場合に起こる合併症について言及する。【対象】1998年より現在までに十二指腸ステント術を施行した悪性十二指腸狭窄40例。【結果】原因不明の発熱を伴った有腹水症例では留置後敗血症の危険がある。胆管ステントの肛門側の狭窄に施行する場合にも問題点がある。挿入時の内視鏡、オーバーチューブの扱いも注意が必要である。【結論】簡便かつ合併症の少ない挿入法が望まれる。

37. 脾管ステントの迷入に対し内視鏡的に回収し得た1例

○ 笹島順平, 柳川伸幸, 義口まどか, 嘉島 伸, 板橋健太郎, 富永素矢, 鈴木泰之, 後藤 充, 岡本美穂, 斎藤義徳, 村上雅則, 折居 裕, 八百坂 透 (旭川厚生病院消化器科)

症例は67歳男性。平成14年に総胆管結石・胆石症にて当科入院。EPBD施行し総胆管結石は排石し得たが、胆石については経過観察となっていた。平成15年9月前医にて胆道系酵素および血清アミラーゼの上昇を指摘され、当科紹介入院。CT・MRCPを施行したところ、胆嚢内に結石の充満を認めたものの、明らかな総胆管結石は指摘し得なかった。ERCP施行時にVater乳頭の腫大を認め生検したところ病理診断は異型腺管であった。しかしEUSおよび経乳頭的IDUSではVater乳頭付近に明らかな腫瘍を同定できなかった。その後Vater乳頭に対し再度boring biopsyを施行し予防的に脾管ステントを留置した。boring biopsyの結果はGroup1であったが、1度異型腺管が出たことから完全生検のためpapillectomy目的でERCPを施行。前回留置した脾管ステントの迷入を認めたが、papillectomyのみ行った。その病理結果は再生異型上皮であった。後日ステント抜去用鉗子等を使用し、脾管ステントの抜去を試みるもステントが肺体部主脾管内にほぼ嵌頓状態であったため抜去不可能であった。これに対しガイドワイヤーを脾管内に留置し、そのガイドワイヤーにCook社製5Fr mini basketを通してロープウェイ方式にて使用することにより、脾管ステントの把持、抜去に成功した。最近ERCP後の乳頭浮腫による脾炎予防のため、予防的脾管ステント留置の重要性が認知され、頻用されている状況にある。脾管ステント迷入は十分起りえる合併症であり、その際には脾管が細いゆえ抜去に難渋することが多いと考えられる。今回我々は脾管ステント迷入に対しCook社製5Fr mini bascketを用い内視鏡的に比較的容易に迷入した脾管ステントを回収できた症例を経験したのでその手技を中心に報告する。

38. 急性脾炎が診断契機となった乳頭部腫瘍の1例

○ 石渡裕俊, 真口宏介, 糸川文英, 松永隆裕, 小山内 学, 渕沼朗生, 高橋邦幸, 野口知子, 三井慎也, 吉田正史, 西森博幸, 野村昌史, 辻 邦彦, 姜 貞憲, 宮本憲幸, 桜井康雄 (手稲済仁会病院消化器病センター)

近年、画像診断の進歩とともに十二指腸乳頭部腫瘍の発見頻度は増加しているが、急性脾炎が診断契機となることは比較的稀である。症例は67歳、女性。主訴は腹痛。現病歴は平成16年4月28日上腹部痛のため当センター受診。採血で血清アミラーゼ値、肝胆道系酵素上昇、腹部CTで十二指腸乳頭部腫大、胆石を認め胆石脾炎を疑い入院となる。同日ERCPを施行したところ乳頭部に有茎性の腫瘍を認め、乳頭部腫瘍による脾炎と診断し経鼻脾管ドレナージ術を施行した。絶飲食とし蛋白分解酵素阻害剤、抗生素の全身投与を開始したが、第3病日に尿量低下、腎機能障害を認め、厚生省急性脾炎重症度判定基準重症度スコア8点、CT gradeVとなり、蛋白分解酵素阻害剤および抗生素静脈点滴とCHDFを開始した。第5病日にはスコアは改善しCHDFより離脱、第28病日より食事開始となった。超音波内視鏡検査にて腫瘍はやや高エコーを呈し、十二指腸固有筋層への浸潤所見を認めず、脾管及び胆管への進展を認めなかた。腫瘍からの生検ではtubular adenomaの所見であった。低緊張十二指腸造影では乳頭部に径32mm、有茎性で表面顆粒状の腫瘍像であり、側面変形は認めなかた。以上から乳頭部腺腫と診断し十分なinformed consentの後、第47病日内視鏡的乳頭切除術を施行した。摘出標本は大きさ $4 \times 2.5 \times 2$ cmであった。病理学的には軽度腫大した核からなる異型腺管の増生をみとめ、腺腫と最終診断した。垂直および側方断端は腫瘍陰性であった。術後合併症を認めず、第57病日に退院した。現在外来で経過観察中である。

39. コイル塞栓術を施行した後上脾頭十二指腸動脈瘤の1例

○ 嘉島 伸, 柳川伸幸, 笹島順平, 義口まどか, 板橋健太郎, 富永素矢, 鈴木泰之, 後藤 充, 岡本美穂, 斎藤義徳, 村上雅則, 折居 裕, 八百坂 透 (旭川厚生病院消化器科)

症例は69歳男性。平成15年7月18日より発熱・腹痛・食欲不振を自覚し、7月25日近医入院。急性胆囊炎・脾炎と診断され保存的に治療されていたが、CT上脾頭部に腫瘍を認めたため精査目的で当科外来紹介受診。血清アミラーゼ高値、さらにCT上脾頭部に十二指腸に突出する造影効果を伴った腫瘍を認め、脾頭部領域の動脈瘤が疑われたため入院となった。入院後、上部消化管内視鏡(以下GIF)検査を施行したところ十二指腸球部に径5cm大で腫瘍表面に顆粒状変化を伴うSMT、および血管造影にて後上脾頭十二指腸動脈末梢に動脈瘤を認めた。以上の画像所見より、十二指腸内腔に突出するSMTは同動脈瘤の粘膜下からのものもあり、また同動脈瘤により主脾管が圧迫され急性脾炎を発症したものと考えたため、8月13日にコイル塞栓術を施行。その後、血清アミラーゼ値の低下および症状の改善を認めた。8月18日に施行したGIFでは十二指腸球部に認められていたSMTは縮小しており、さらにCTにても後上脾頭十二指腸動脈瘤は消失。8月30日経過良好のため退院、現在でも動脈瘤の再発を認めていない。腹部内臓動脈瘤の中で脾十二指腸動脈瘤は2%と比較的稀な疾患と報告されている。本症例は後上脾頭十二指腸動脈瘤により脾炎を発症し、その動脈瘤に対しコイル塞栓術を施行、さらに同動脈瘤により生じたと考えられる十二指腸SMTの消退を内視鏡的に確認した貴重な症例と考え、今回報告する。

40. 2年前に胃粘膜下腫瘍の診断にて経過観察をうけ、その後

CTにて 2年前に内視鏡にて胃粘膜下腫瘍と診断され、その後CTにて脾囊胞と診断され、1年半後に手術に至った1例
○ 和田邦敬 (余市協会病院外科)

患者は81歳、男性。平成7年のCTでは脾に所見はなかった。平成12年と13年に胸部、腹部大動脈瘤の手術をうけている。平成14年の胃内視鏡にて胃体中部に立ち上がり急峻な3cmの隆起性病変を認め、中心部に潰瘍をみとめた。胃粘膜下腫瘍の診断がなされたが、CTにて脾尾部の脾囊胞と診断された。その後、自覚症もなく、経過していた。今回併発する胆石による腹痛のため手術のため入院、CEAも微増しつつあるため脾尾側切除と胆摘のため入院した。外科での胃内視鏡検査ではやはり胃粘膜下腫瘍様にみられ、径は4cmほどであったが、粘膜に潰瘍は認めなかった。また超音波内視鏡ではMPの外側に接するように低エコー病変を認めた。CT、MRでは脾囊胞が疑われ、ERCPでは主脾管の途絶を認めた。以上にて開腹したところ脾尾部に胃壁に陥入するような囊腫病変を認めた。手術は、胃壁の部分切除と脾尾側切除と胆囊摘出術をおこなった。今回それほど大きくない脾囊胞だが胃壁内に陥入しており、そのため部位診断が難しかったと考える。脾囊胞は診断に苦慮することがあるが、今回のように内視鏡検査にて部位診断を確定しにくい場合、手術も臟器切除がまたがることがかんがえられた。

41. 自己免疫性肺炎に肝門部胆管狭窄、胃縫走潰瘍を併発した1例

○松永隆裕、真口宏介、高橋邦幸、湯沼朗生、小山内 学、石渡裕俊、糸川文英、宮本憲幸、三井慎也、野口知子、西森博幸、桜井康雄、辻 邦彦、姜 貞憲、吉田正史、野村昌史（手稲済仁会病院消化器病センター）

自己免疫性肺炎（AIP）の経過観察中に、肝門部胆管狭窄、縫走傾向のある胃潰瘍を異時性に併発し、いずれもステロイド投与で改善した症例を経験したので報告する。症例は、82歳男性。2001年12月28日に他院よりUSで脾頭部腫瘍を指摘され、当センターに紹介入院となった。CT,EUSでは、脾頭部に腫瘍性病変を認め、腫瘍形成性肺炎を疑った。EUS-FNAによる細胞診でもClass 1であった。ERCPで下部胆管狭窄を認め、腫瘍形成性肺炎に伴う胆管狭窄と診断し、EBD挿入後退院となった。2002年3月14日にEBD抜去目的に2回目の入院となった。この時のERPで、主脾管のびまん性脾管狭細像を認め、また高ガンマグロブリン血症も認めたことから自己免疫性肺炎と診断した。3月19日からPSL30mg投与を開始し、以後外来で漸減し8月23日で中止した。9月20日の採血で肝機能障害が出現しCTにて肝門部胆管狭窄がみられたため、10月10日3回目の入院となった。MRI,ERCPで肝門部胆管の狭小化所見と壁の肥厚所見を認めた。胆管内IDUSでは、狭小化部位は全周性の均一な壁の肥厚であり、生検でも悪性細胞は認めなかったためAIP関連胆管病変と診断。PSL30mgから投与を開始した。その後、狭小化像の改善を認めたため、PSL漸減し5mgで外来経過観察していたが、2004年5月6日吐血で当院救急部に搬送され、4回目の入院となった。上部消化管内視鏡検査で胃角部に縫走する潰瘍と、EGJ直下にも同様の潰瘍がみられ、いずれからも出血を認めたため止血処置を行った。形態が特異であり、PPI投与にても潰瘍の改善傾向が悪いため、AIP関連胃潰瘍を考慮しPSL35mg投与とした。5月14日には縮小傾向を認め、5月25日には潰瘍はほぼ閉鎖し線状瘢痕となった。この時、偽性血小板減少症も認めたが、PSL投与に伴い速やかに改善した。

42. ステロイド治療にて腫大したファーテー乳頭の縮小を認めた自己免疫性肺炎の1例

○吉田暁正、藤井常志、柴田直美、折居史佳、松本昭範、垂石正樹（市立旭川病院消化器内科）

症例は70歳、男性。食欲不振を主訴に当科外来を受診し、腹部CT検査にて脾頭部にLDAを認めたため、2004年4月2日当科入院となる。入院時血液検査所見ではTP 10.0g/dl,IgG 5494mg/dl,IgG4 3245mg/dlと著明に高値であった。腫瘍マーカー、各種自己抗体は検索した範囲ではすべて陰性であった。腹部CT検査では脾頭部に15mm大のLDAを認めた。脾体尾部は全体的に腫大し、脾実質の造影効果は弱く被膜様構造を認めた。MRCP検査では脾体尾部の主脾管に狭窄像を認めたが、脾頭部の主脾管には異常を認めなかった。EUS検査では脾頭部に低エコー領域を認めたが肺炎による線維化の所見と考えた。脾体尾部は全体的に腫大し低エコーを呈していた。ERCP検査を施行したところ脾頭部の主脾管には異常を認めず、脾体尾部の主脾管に不整狭窄像を認めた。また、ファーテー乳頭は著明に腫大していたが、IDUS検査では均一な低エコーを呈しており明らかな腫瘍性病変は認めなかった。ファーテー乳頭の生検では軽度のリンパ球浸潤を認めるのみで異型細胞はみられなかった。以上より自己免疫性肺炎と診断し、プレドニン40mgより治療を開始した。約1ヶ月後には IgG 1614mg/dl,IgG4 1525mg/dlと著明に低下し、腹部CT検査では脾体尾部の腫大は改善し、脾頭部のLDAは消失していた。上部消化管内視鏡検査を施行したところ腫大していたファーテー乳頭の縮小を認め、ファーテー乳頭の腫大は自己免疫性肺炎に関連した変化である可能性が示唆された。腫大したファーテー乳頭を認めた際には自己免疫性肺炎の合併を念頭に置く必要があると思われた。

43. 無黄疸で発見された下部胆管癌の一例

○田沼徳真¹、金川宏行¹、畠山巧生¹、大関令奈¹、鈴木秀一郎¹、佐藤修司¹、下地英樹¹、清水晴夫¹、本多佐保¹、近藤吉宏¹、赤保内良和¹、佐々木賢一²、高島 健²、渋谷 均²、小西康宏³、今 信一郎³、遠藤高夫⁴、今井浩三⁴（市立室蘭総合病院消化器科¹、市立室蘭総合病院外科²、市立室蘭総合病院病理部³、札幌医科大学第一内科⁴）

症例は67歳の女性。H2年より高血圧にて当院循環器科へ通院中、H15年12月に心窓部不快感が出現し、同科にて施行した腹部CTで総胆管の拡張、肝内胆管の拡張を認めたため、H16年1月8日当科紹介受診。精査加療目的に1月20日入院となる。入院時、胆道系酵素の軽度上昇を認めたが、総ビリルビン値、各種腫瘍マーカーは正常範囲内であった。ERCPで、十二指腸乳頭口側隆起の経度腫大を認め、胆管造影にて下部総胆管に径2cm程の陰影欠損を認めた。IDUSで、同部に乳頭状腫瘍を認めた。透視下生検を施行したところ、乳頭腺癌と診断された。EUS上、明らかな脾実質侵潤、十二指腸侵潤、周囲リンパ節腫脹などは認めなかった。明らかな遠隔転移を認めず、下部胆管癌と診断し、当院外科にて亜全胃温存脾頭十二指腸切除術が施行された。病理学的に高分化型腺癌・乳頭膨張型、BiAb, int, INF-β, ly0, v0, pn0, s0, fm, hinf0, ginf0, panc0, du0, pv0, a0, n0, hm0, dm0, em0, t1, StageI, cur Aであった。無黄疸で発見される総胆管癌は比較的稀であり、各種画像検査所見と若干の文献的考察を加えて報告する。

44. 経皮経肝胆道鏡検査が術式決定に有用であった乳頭型肝門部胆管癌の1例

○佐藤暢人¹、近藤 哲¹、平野 聰¹、原 敬志¹、田中栄一¹、斎藤克憲¹、真名瀬博人¹、川原田 陽¹、七戸俊明¹、大竹節之¹、森川利昭¹、伊藤英人²（北海道大学腫瘍外科¹、札幌医科大学第1内科²）

胆管癌の進展様式は肉眼形態によって異なり、乳頭型、結節膨張型では2~3割で表層進展を示し、結節浸潤型、浸潤型では壁内進展を示すことが多い。従って、乳頭型、結節膨張型での胆管切離線決定には、胆道鏡による粘膜表層進展範囲の同定が重要である。今回われわれは、経皮経肝胆道鏡検査(PTCS)での粘膜表層進展範囲診断が術式決定に有用であった乳頭型肝門部胆管癌の1例を経験したので報告する。症例は74歳の男性。急性肺炎の精査で肝門部胆管に腫瘍病変を認めたため、他院で入院となった。黄疸は認めなかった。腹部CTでは上部胆管の腫瘍像と両側肝内胆管の軽度拡張を認めた。ERCPでは肝門部に20×12mm大の乳頭状腫瘍を認めた。また、B6、前区域枝より肝門側でB7が単独で右肝管に合流していた。IDUSでは深達度はSS以浅で明らかな脈管浸潤は認めなかった。また、腫瘍からの生検ではadenocarcinomaを認めた。PTCS目的にB3よりPTBDを施行した。PTCSでは、右肝管でB7合流部より肝門側まで、左肝管でB4合流部を越えた末梢まで、十二指腸側でBmまでの表層拡大進展を認めた。以上の所見より、表層進展を伴う乳頭型肝門部胆管癌と診断した。胆管外進展は軽度で左からでも十分に切除可能と判断し、肝左葉切除、尾状葉切除、胆管切除術を施行した。摘出標本では腫瘍は乳頭状、病理組織学的には高分化型腺管癌で右肝管断端近傍まで表層進展を認めたが、断端陰性であった。表層進展を示す胆管癌では胆道鏡による粘膜表層進展範囲の同定が術式決定に重要と考えられる。

45. 胆管十二指腸瘻から内視鏡的に総胆管結石排石を行った粘液產生性肝内胆管癌の1例

○網塚久人, 別府正幸, 岡田優二, 渡邊尚史, 富岡拓志, 太田智之 (札幌東徳洲会病院消化器科)

症例は79歳、女性。50歳時に胆石症で胆囊摘出術と63歳時に総胆管結石の治療を行っているが、このときには胆管の異常は指摘されていなかった。平成13年6月に発熱、嘔吐、軽度黄疸で当科初診し、血液検査で急性胆管炎を疑い入院となった。腹部CT、ERCPなどを施行し、画像および細胞診（class IV）より粘液產生性胆管癌と診断されたが、年齢、痴呆のため胆管炎のコントロールだけを行い無治療で経過観察となった。今回、平成16年4月心窓部痛を主訴に当科受診。血液検査で肝機能異常と炎症反応の上昇を認め、急性胆管炎の存在を疑った。CTで胆管は肝門部からBsにかけて囊胞状に拡張しており内部に乳頭状の隆起性成分を認めた。また、下部胆管には結石と思われる高吸収域を認めた。以上より、粘液產生性胆管癌に合併した総胆管結石のために急性胆管炎をきたした病態と考えた。そこで同日経鼻胆管ドレナージ術を行い胆管炎のコントロールをし、二日後に内視鏡的に総胆管結石の排石を試みた。十二指腸カメラを挿入時に十二指腸球部に多量の粘液貯留があり、これを吸引していたところ大きな胆管十二指腸瘻とCTで指摘されていた総胆管結石を認めた。ここで、そのまま瘻孔を利用して結石の排石を行った。その後は胆管炎もおさまり、退院となった。粘液產生能の高い腫瘍ではしばしば近接した消化管に圧排性に穿破し、瘻孔を形成することがいわれている。今回我々は、胆管十二指腸瘻を介して総胆管結石を排石し得た一例を経験したので報告する。

46. 内視鏡的乳頭切除術を施行した非腫瘍性病変の1例 - 十二指腸乳頭部生検の問題点と内視鏡的乳頭切除術の意義

○久居弘幸¹, 日下部俊朗¹, 萩原誠也¹, 釋 亮也², 立野久美子² (伊達赤十字病院消化器科¹, 札幌医科大学第四内科²)

内視鏡的乳頭切除術（EP）は十二指腸乳頭部腺腫や早期癌に対する治療として有用な手技であり、近年、多くの施設で施行されている。今回、EPを施行した非腫瘍性病変の1例を経験し、十二指腸乳頭部生検の問題点とEPの意義について文献的考察を加え報告する。症例は76歳、女性。平成16年1月に高血圧症、糖尿病、完全房室ブロック（ベースメーカー挿入）で当院循環器科入院中、スクリーニングの腹部CTで胆囊結石、脾嚢胞性病変を指摘され、紹介受診、精査目的に転科となった。EUSでは胆囊結石と脾頭部に2cmの嚢胞性病変を認めた。ERCPを施行したが、乳頭部はやや腫大しており、選択的胆管内挿管に難渋し、主胰管ガイドワイヤー留置法で胆管内挿管した。胆管内IDUSを施行し、5mmの胆管結石と2cmの脾嚢胞性病変を確認した。その際の十二指腸乳頭部の生検でGroup 3と診断された。術後に腹痛を伴うアミラーゼ値と肝胆道系酵素の上昇を認めたため、その後に内視鏡的脾管ステンティング（EPS）および経鼻胆管ドレナージ（ENBD）を施行した。その後、2月に胆管結石に対し、内視鏡的バルーン拡張術を施行し、バスケットで截石した。十分なinformed consentを得た後、3月にEPを施行した。術後、EPSを施行したが、胆管への挿管の際に後腹膜穿孔を来し、ENBDを施行し、保存的に治癒した。病理組織所見では乳頭部上皮は丈が高く、一部錐歯状を呈し、再生異型と考えられる核の腫大と重層化を認めるのみであり、regenerative hyperplasia with atypiaと診断した。

47. PTCS下に完全截石し得たCorlette I型 biliobiliary fistulaを合併した胆囊・総胆管結石の1例

○及川央人, 長川達哉, 須賀俊博, 宮川宏之, 平山 敦, 阿部 環, 岡村圭也, 大橋広和 (札幌厚生病院第二消化器科)

biliobiliary fistulaは胆石症に続発する稀な病態であるが、時に炎症性の胆管狭窄を伴い良悪性的判定を含め質的診断が困難な症例に遭遇する。外科的治療においても術中胆管損傷・術後胆管狭窄をきたさないよう適切な術式選択と慎重な手術操作が必要とされる。今回われわれはIDUSおよびPTCSが診断に有用であり、PTCS下に完全截石し得たCorlette I型 biliobiliary fistulaを合併した胆囊・総胆管結石の1例を経験したので報告する。症例は71歳男性。平成16年3月上旬感冒様症状、黄疸を主訴に近医入院となった。総胆管結石と診断され経乳頭的碎石術が試みられたが結石は把持できず、胆管狭窄部にEBD tubeを留置された。当科における再検査では腹部CTおよびUSにて胆囊内に結石を認め、またERCPでは上部胆管に球状の陰影欠損及び狭窄を認めた。IDUSでは同部にacoustic shadowを伴うstrong echoと、その周囲の胆管壁および胆囊壁の肥厚と境界エコーの消失を認めた。以上の所見から胆石の頸部嵌頓により総胆管狭窄をきたしたものと考え、ENBD留置下にESWL（計20000shots）を施行したが、破碎効果は得られなかった。IDUS所見からbiliobiliary fistulaの存在が疑われたため、同部からの内視鏡的截石を目的にPTCDを施行した。PTCSでは右肝管と胆囊頸部との間にbiliobiliary fistulaの形成が確認され、fistulaより総胆管内に落下した結石をEHLにて破碎後、胆囊内に残存している結石に対してもfistulaより直視下にEHLを施行し完全截石を確認し得た。治療後の胆道造影ならびに胆道シンチグラフィーでは狭窄は改善し、胆汁排泄も良好であり、tube freeにて経過観察中である。

48. 胆囊結石を伴う胆管結石症に対し内視鏡的乳頭括約筋切開術 後胆囊結石の消失を認めた1例

○萩原誠也¹, 久居弘幸¹, 日下部俊朗¹, 釋 亮也², 立野久美子² (伊達赤十字病院消化器科¹, 札幌医科大学第四内科²)

超高齢者の胆囊結石を伴う総胆管結石症は、内視鏡的截石術を施行しても、胆囊に対しては処置が不可能である場合が多く、落下結石を繰り返すことが予想される。また、内視鏡的乳頭括約筋切開術（EST）後、胆囊収縮能が改善するという報告がある。今回我々は、胆囊結石を伴う胆管結石症に対しEST後胆囊結石の消失を認めた1例を経験し、示唆に富む症例と考えられたので報告する。症例は86歳女性。平成15年1月に当院整形外科にて大腿骨頭置換術が施行され経過良好であったが、2月7日より発熱あり、抗生素投与で改善しないため、2月17日当科転科となった。MRCPで総胆管結石及び多発性の胆囊結石を認めたため、即日ERCPを施行し直径12mmの総胆管結石を認め、EST後胆管ドレナージを施行した。3月1日のERCPでは結石を1個認め、EMLを施行し全ての結石を除去した。なお、胆囊管径11mmで内部には直径7mmの結石を3個認めた。しかし3月15日のERCPでは、胆囊結石は認めず、直径5mmの総胆管結石を3個認めたため再度バスケット截石を施行した。その後3月22日のERCPで総胆管結石及び胆囊結石の遺残がないことを確認した。現在まで総胆管結石及び胆囊結石の再発や胆囊炎は認めていない。

49. 急性胆嚢炎に対する内視鏡的経鼻胆嚢ドレナージ(ENGBD)施行例の検討

○久居弘幸¹, 日下部俊朗¹, 萩原誠也¹, 釋 亮也², 立野久美子²
(伊達赤十字病院消化器科¹, 札幌医科大学第四内科²)

【目的】当院における急性胆嚢炎に対する緊急ドレナージ法としては経皮経肝胆嚢ドレナージ(PTGDB)を原則としている。近年、内視鏡的経鼻胆嚢ドレナージ(ENGBD)の有用性が報告されているが、成功率は58~90%と一定しておらず、普及している手技とは言い難い。今回、急性胆嚢炎に対するENGBDの成績を検討した。【方法】2001年10月~2004年6月までに急性胆嚢炎の診断でENGBDを試みた9例(53歳~90歳、平均80歳、男性3例、女性6例)を対象とした。無石性が5例(胆嚢癌併存例1例)で、有腹水症例を2例、抗凝固剤服用例を4例に認めた。方法は通常のERCPに引き続いで0.035 inch guidewire(Radiifocus、Terumo)を用いて胆嚢管から胆嚢への挿管を行い、catheterを胆嚢内に挿入後0.035 inch Jagwire(Boston Scientific)に交換し、drainage tubeを留置した。術前ESTを6例に施行し、drainage tubeは5Frまたは7FrのENBD tubeを用いた。適宜、SwingTip cannula(PR233Q、Olympus)を用いた。検討項目は、1)胆嚢内挿管およびENGBDの成功率、2)術後経過、3)合併症とした。【成績】1)5例(56%)に胆嚢内挿管およびENGBDが可能であった。不成功の理由は、胆嚢管同定不可1例、胆嚢管が細くらせん状でguidewireが通過不可能3例であった。2)成功例では全例胆嚢炎は改善し、2例に胆摘が施行された。不成功例はPTGDBを施行後、胆摘、経皮経肝胆嚢鏡下截石術を各々1例に施行した。3)1例にguidewireで胆嚢管損傷を来たしたが保存的に軽快した。【結論】急性胆嚢炎に対するENGBDは有用な方法であるが、成功率が低く、PTGDBの禁忌例を除き、第一選択とは成り得ないと考えられた。今後、治療期間や医療コストの面を含めた多施設での多数例の検討とともに手技の向上と処置具の改良が必要である。

51. 内視鏡的に術前診断が得られた空腸リンパ腫の一例

○高丸博之¹, 中里友彦¹, 小平純一¹, 高橋宏明¹, 安達雄哉¹, 関屋一都¹, 穂刈 格¹, 塚越洋元¹, 川口 見², 松井欣哉², 細川正夫²(恵佑会札幌病院消化器科¹, 恵佑会札幌病院消化器外科²)

症例は42歳女性。平成16年3月より動悸、息切れを認め近医受診、心房細動および貧血を指摘された。消化管出血を疑い上部消化管内視鏡検査施行したが、胃十二指腸に出血源となる病変を認めず、便潜血陽性であり、下部消化管内視鏡検査施行するも異常を認めなかった。その後も貧血の増悪を認め、4日間輸血施行したが、輸血後再びヘモグロビンの低下を認め、さらなる精査加療目的に当院入院となった。入院後、腹部造影CTおよび腹部MRIにて左上腹部に腸管壁の肥厚像と傍大動脈リンパ節の腫大を認めた。通常の上部消化管内視鏡を用いた検査にて、空腸に出血をともなう糜爛および潰瘍病変を認め、病変より生検を行った。病理の結果はMalignant lymphoma, diffuse large B cellであった。その後、出血コントロール目的に外科的切除を施行。手術5日後に胸苦出現し、動脈血酸素分圧の低下および中心静脈圧の上昇を認めた。胸部造影CT、カラードブラー心エコーにて右心房内にmassを認め、リンパ腫の心臓転移と診断した。現在CHOP療法思考中である。今回我々は、貧血で発症し、上部消化管内視鏡検査にて術前診断が得られた空腸リンパ腫の一例を経験したので若干の文献的考察を加え報告する。

50. 胆管結石内視鏡的治療後の長期成績

○小山内 学, 真口宏介, 糸川文英, 石渡裕俊, 松永隆裕, 渕沼朗生, 高橋邦幸, 野口知子, 三井慎也, 吉田正史, 野村昌史, 宮本憲幸, 桜井康雄, 西森博幸, 姜 貞憲, 辻 邦彦(手稲済仁会病院消化器病センター)

【目的】当センターの胆管結石治療は経乳頭的処置(内視鏡的乳頭括約筋切開術:ESTと内視鏡的乳頭バルーン拡張術:EPBD)が第一選択である。今回、その治療法別成績と、治療後の結石再発について検討する。【対象と方法】EPBDの選択基準は1.胆嚢からの落石を疑う例、2.若年者(40才未満)、3.出血傾向を有する例とし、それ以外の症例はESTを選択している。対象は、97年4月から03年12月までに経験した胆管結石初回治療442例中、経乳頭的治療を施行した436例(98.6%)であり、EST群:EPBD群は229(52.5%):207(47.5%)である。検討項目は、EST群とEPBD群の1.背景、2.治療成績、3.偶発症、4.入院期間、5.治療後の結石再発について有石胆嚢手術例(A群)、有石胆嚢非手術例(B群)、無石胆嚢例(C群)、胆摘後例(D群)に分けて検討した。【結果】1. EST群の男女比は108:121、平均年齢は72.8才、EPBD群は男女比は119:92、平均年齢は62.0才であった。2. 完全截石率はEST群99.6%、EPBD群95.2%であり、EPBD群の10例が排石困難でありESTに移行した。3. 偶発症は、EST群7.9%(18/229)、EPBD群4.8%(10/207)であり、EST群では出血、穿孔が多く、EPBD群では肺炎が多い傾向にあった。4. 平均入院期間は、EST群15.6日、EPBD群14.4日であった。5. 予後確認可能であった症例の結石再発は、EST群では、A群4.1%(2/49)、B群5.9%(3/51)、C群10.5%(6/57)、D群7.0%(3/43)の計7.0%(14/200)、EPBD群ではA群2.3%(2/88)、B群4.5%(1/22)、C群0%(0/24)、D群3.7%(1/27)の計2.5%(4/161)であった。【結論】完全截石率はEST、EPBDともほぼ満足すべき結果であった。偶発症においては差はなかったが、EST群では出血、穿孔がEPBD群では肺炎が多くかった。一方、胆管結石再発に関してはEST群で高く、特に無石胆嚢、胆摘後例に多く、EST後の十二指腸液の逆流が結石再発に関与している可能性が示唆された。

52. 消化管出血症例に対するフィブリント接着剤局注による内視鏡的止血術の検討

○萩原誠也¹, 久居弘幸¹, 日下部俊朗¹, 釋 亮也², 立野久美子²
(伊達赤十字病院消化器科¹, 札幌医科大学第四内科²)

【目的】上部及び下部消化管出血症例に対しフィブリント接着剤局注を試み、その有効性について検討した。【方法】平成13年1月より平成16年6月までに消化管出血症例に対し、フィブリント接着剤の局注を試みた8例(年齢53歳~79歳、平均67歳、男女比4:4)を対象とした。検討項目は1)診断、2)基礎疾患、3)出血性状、4)止血処置の経緯、5)再出血症例、6)合併症、とした。【成績】1)診断は胃潰瘍(GU)3例、十二指腸潰瘍(DU)3例、内視鏡的乳頭切開術後乳頭部出血1例、急性出血性直腸潰瘍(AHRU)1例であった。2)基礎疾患では脳血管疾患、腎不全が3例ずつと最も多かった。3)出血性状は、GUでは噴出性1例、湧出性2例で、DUでは噴出性1例、湧出性2例であった。乳頭部出血では湧出性で、AHRUでは噴出性であった。4)全例でクリッピング、高張Naエビネフリン局注、純エタノール局注、アルゴンプラズマ凝固、ヒートプローブ凝固のいずれか2種類以上の止血術が併用されたが、止血不可能あるいは再出血を繰り返した難治例であった。止血施行1回目でフィブリント接着剤が使用されたのはGUの2例であり、他6例は2~8回目(平均4回目)に使用された。5)フィブリント接着剤使用後の再出血はGU1例、DU3例に認められ、全例治療翌日であり、手術となつたDU穿通の1例以外はフィブリント接着剤の追加治療にて止血し得た。6)フィブリント接着剤局注による合併症は認めなかった。【結論】フィブリント接着剤局注による内視鏡的止血術は止血困難な消化管出血症例に対し有用であると考えられた。

53. 当院におけるダブルバルーン式小腸内視鏡の使用経験

○丸谷真守美¹, 加藤貴司¹, 平山真章¹, 河野 豊¹, 葦津武大¹, 篠 修二¹, 加賀谷英俊¹, 中村英明¹, 目黒高志¹, 堀田彰一¹, 森田高行² (北海道消化器科病院内科¹, 北海道消化器科病院外科²)

これまでの小腸内視鏡は、上下部消化管内視鏡に比べて進歩が後れており、患者の侵襲が大きく、手技的にも困難で、検査可能な範囲が狭いため小腸疾患の発見率が低かった。そのため小腸疾患は、小腸造影及び術中内視鏡で診断し、手術による治療が基本で、術前的小腸疾患の質的診断は殆どできなかった。しかし、フジノン社製ダブルバルーン式小腸内視鏡を用いることで、小腸全域の低侵襲での観察が可能で、生検・点墨などの処置も可能となった。今回我々は、当院で施行したダブルバルーン式小腸内視鏡の使用経験について報告する。対象は、平成15年12月から平成16年6月までに、上下部からの複数回のアプローチを含めダブルバルーン式小腸内視鏡検査を14症例16回施行した。検査目的は消化管出血で50%と最も多く、次いで腸閉塞が25%であった。目的部位到達までの平均時間は、経口的アプローチでは47.4分で、経肛門的アプローチでは58.9分であった。14症例とも上下部消化管内視鏡検査では異常を認めなかつたが、9例で小腸に何らかの所見が発見され、7例において病態の診断に有用であった。ダブルバルーン式小腸内視鏡は、これまでの小腸検査に比べて、質的診断及び腸管におきた病態の解明に有用であると考えられた。

54. 術中内視鏡検査が有用であった小腸出血の治療経験

○真名瀬博人¹, 七戸俊明¹, 川原田 阳¹, 斎藤克憲¹, 田中栄一¹, 大竹節之¹, 原 敬志¹, 平野 聰¹, 森川利昭¹, 近藤 哲 (北海道大学腫瘍外科)

目的：小腸出血の3症例に対し術中内視鏡を行い有用であったので報告する。症例：症例1は42歳、女性。下血・全身倦怠感にて当院入院となった。シンチグラムでは24時間後に回盲部付近に集積を認めたが出血部位の同定には至らなかった。術中内視鏡にてトライツ勒帶より約50cm肛門側に出血を伴う潰瘍を認め小腸部分切除を行った。症例2は55歳、男性。胆管癌の診断で手術予定であった。術前に大量の下血があり、シンチグラムにて消化管出血を示唆する所見があり、緊急手術を行った。術中内視鏡検査では回腸末端部粘膜に動脈性の出血を認めた。手術は同部位を含めた小腸楔状切除を行った。症例3は54歳、男性。肝癌にて肝部分切除後3週目に大量の下血を認めた。血管造影では回結腸動脈末梢に造影剤漏出を認めた。術中内視鏡では回腸末端から散在性に潰瘍形成を認め小腸の大量切除を行った。結語：小腸由來の出血性病変は消化管出血の原因としては比較的稀であり、その原因疾患や出血部位を診断することは困難であることが少なくないが、本症に対して術中内視鏡是有用と考えられた。

55. 回腸末端に特異なポリボーシス様の形態を示した濾胞性リンパ腫の一例

○白石千穂美¹, 小松 幹¹, 羽田政平¹, 山本桂子¹, 今井亜希¹, 井高由記子¹, 上田哲郎¹, 小田 寿¹, 高野真寿¹, 仲屋裕樹¹, 能登 俊¹, 依田有生¹, 宮城島拓人 (釧路労災病院内科)

症例は73歳男性。便潜血反応陽性の精査で下部内視鏡検査を施行。ハウヒン弁直上から回腸末端にかけて5mm大的I_s隆起性病変が正常粘膜が認められないほどに密集しており、蠕動運動に伴い、回腸末端部の病変がハウヒン弁から反転して突出して認められた。一つ一つの隆起の表面は平滑で透明感のあるやや白色調を呈していた。注腸および小腸バリウム検査では同様の隆起性病変がハウヒン弁直上より回腸側へ25cm回腸まで存在していたが、他の部位にはポリボーシス様病変は認められなかった。上部消化管内視鏡でも隆起性病変は認めなかった。リンパ濾胞形成あるいはリンパ腫を疑い生検するも確定診断がつかず、終末回腸の病変の一部に対し粘膜切除術を施行。粘膜内に円形から類円形の核をもつ中型の異形リンパ球が濾胞性増殖を示し一部に大型のリンパ球が混在していた。CD10, 19, 20, K-ch. 陽性でB cell malignant lymphoma, follicular medium-sized cell type, grade Iと診断された。臨床的評価では、画像的に他の腫瘍性病変は認めず、ガリウムシンチでも主病変を含め取り込み像は確認されなかった。消化管の体悪性度濾胞性リンパ腫に対する標準的治療法は確立されていないが、本例は二ヶ月の経過観察でポリープ病変の増大傾向が認められ、かつ回盲部腸重積の危険もあるため、切除術を予定している。

56. 早期胃癌を合併し、Rituximab-THP-COP療法が奏功した

*Helicobacter pylori*陰性high grade MALTリンパ腫の1例
○釋 亮也¹, 久居弘幸¹, 日下部俊朗¹, 萩原誠也², 立野久美子² (伊達赤十字病院消化器科¹, 札幌医科大学第四内科²)

症例は71歳、男性。高血圧、脳梗塞後遺症、狭心症で近医通院中であったが、平成15年10月下旬より食欲不振、体重減少を自覚し、上部消化管内視鏡検査で異常を指摘されたため、11月上旬当科紹介入院となった。内視鏡検査では胃体部大弯から穹隆部および十二指腸球部から下行脚にかけて多発するびらん、潰瘍を伴った隆起性病変を認めた。生検ではlymphoepithelial lesionを伴うcentrocyte-like cellと異型大型リンパ球の増生を認め、異型リンパ球はCD5、CD10陰性、CD19、CD20陽性であり、high grade MALTリンパ腫と診断した。前庭部小弯に2cm大のIIa+IIc(生検で高分化型管状腺癌)を認め、sm微小浸潤が疑われた。下部消化管内視鏡検査で回腸末端に多発性びらん、潰瘍を認め、同様にMALTリンパ腫と診断された。CT、EUSで継隔および腹部リンパ節の腫大を認めた。骨髓穿刺では異常は認めなかった。以上より臨床病期IVのMALTリンパ腫と早期胃癌の合併例と診断した。*Helicobacter pylori*はrapid urease test、血清抗体値とともに陰性であった。THP-COP療法(piperubicin, cyclophosphamide, vincristine, prednisolone)を計4コース施行し、効果判定PRであった。平成16年2月中旬に狭心症のため当院循環器科に転科し、一時治療中止となった。3月上旬再転科となり、諸検査で腫瘍の増大を認め、THP-COP療法を3コース施行したが効果を認めなかつたため、Rituximab-THP-COP療法を施行し、効果判定CRであった。4月中旬、胃癌に対しIT knifeによる粘膜切開剥離法を施行し、tub1, sm1, ly0, v0, VM(-), LM(-)であった。6月退院し、現在外来でRituximab-THP-COP療法を継続中である。

57. Treize韧帶部に嵌頓した胆石イレウスの一例

○井高由記子¹, 小松 幹¹, 羽田政平¹, 白石千穂美¹, 山本桂子¹, 今井亜希¹, 上田哲郎¹, 小田 寿¹, 高野真寿¹, 仲屋裕樹¹, 能登 俊¹, 依田有生¹, 宮城島拓人¹, 福島 剛², 小笠原和宏², 高橋達郎³ (釧路労災病院内科¹, 釧路労災病院外科², 釧路労災病院病理³)

今回我々はTreize韧帶部に嵌頓した胆石イレウスの症例を経験したので報告する。症例は69歳女性。平成16年1月23日に心窓部痛出現し近医受診。腹部超音波検査(US)では胆囊内に径3.8cm大の1個と数mm大1~2個結石を認めた。以後症状が自然に軽快したため自己判断で通院中断。5月12日心窓部痛・嘔吐が出現し同院受診。白血球の上昇と軽度の炎症反応を認め、USでは胆囊壁の肥厚を認めたが以前確認されていた胆囊内結石は認められなかった。腹部単純X線写真で明らかな小腸ガス像は存在しなかったが腹部正中に径3.4×2.5cmの楕円形石灰化像を認めた。腹部CTでは胆囊内に結石は存在せず、pneumobiliaと十二指腸水平脚に結石を認めた。上部消化管内視鏡検査では胃内に小結石を2個、十二指腸球部前壁に胆囊とのろう孔が確認された。十二指腸ガストロ造影でTreize韧帶部における結石の嵌頓を確認できた。以上より胆石イレウスおよび胆囊十二指腸ろうの診断で、開腹胆囊摘除術、空腸切開・胆石摘出、十二指腸ろう孔閉鎖術が施行された。

58. 内視鏡的バルーン拡張術が有効であったクローン病の一例

○岡本耕太郎, 齊藤裕輔, 石川千里, 稲場勇平, 伊藤貴博, 盛一健太郎, 田邊裕貴, 渡二郎, 綾部時芳, 薩田知史, 高後 裕(旭川医科大学第三内科)

クローン病(CD)の消化管狭窄病変に対する内視鏡的バルーン拡張術は、有効な治療法である。今回我々は大腸および小腸の多発狭窄により腸閉塞を発症したが、内視鏡的バルーン拡張術で手術を回避し得た残存小腸140cmのCDの一例について、その後の経過も含め報告する。症例は26歳の女性、1995年7月発症の小腸大腸型CDで、同年10月小腸部分切除術と小腸狭窄形成術、1999年11月結腸部分切除、小腸狭窄形成術が施行されている。2002年4月小腸イレウスを発症し当科入院、TPNとしたが症状が増悪しイレウス管の挿入が必要となった。腸管の狭窄は回腸末端部とS状結腸から横行結腸にかけて計6ヶ所存在し、一部は内視鏡治療の適応外病変であったが、外科的切除に伴う短腸症候群が危惧され内視鏡的バルーン拡張術を選択。infliximabを併用し CDの病勢をコントロールしつつ、全狭窄に対して10回の検査で延べ60回の拡張術を施行しイレウス管を抜去し得た。その後外来で、infliximabの反復投与と経腸栄養・低残渣食による栄養療法を継続し、約2年間閉塞症状なく経過していたが、2004年3月下旬から腹満感が出現。徐々に症状増悪し腹部単純X線にてsubileusと診断されたため5月に当科入院となった。前回同様、外科的切除による短腸症候群が危惧されたため再び内視鏡的バルーン拡張術が選択された。検索上、前回腸閉塞の責任病変と考えられた回腸末端部には強い狭窄はなく、今回はS状結腸から横行結腸の狭窄が原因となっていたため、これに対し6回の検査で延べ60回の拡張術を施行した。拡張術はThrough the scope(TTS)法を行ったが、屈曲の強い部位にはSwing Tip cannula(Olympus, Japan)を併用することでguide wireの挿入が可能となった。治療後には経腸栄養と低残渣食による栄養が可能となった。内視鏡的バルーン拡張術は短腸症候群が危惧されるCD症例に、安全に繰り返し施行でき、外科手術の回避が期待できる有効な治療法と考える。

59. 腸間膜脂肪織炎による狭窄に対し内視鏡的バルーン拡張術が有効であった一例

○板橋健太郎, 岡本美穂, 富永素矢, 笠島順平, 後藤 充, 嘉島 伸, 箕口まどか, 柳川伸幸, 鈴木泰之, 齊藤義徳, 村上雅則, 折居 裕, 八百坂 透(旭川厚生病院消化器科)

腸間膜脂肪織炎は腸間膜脂肪織に生じる稀な原因不明の非特異的炎症性疾患であり、腹痛や通過障害が主症状となる。今回我々は直腸S状結腸の腸間膜脂肪織炎によって生じた狭窄に対し内視鏡的バルーン拡張術が有効であった症例を経験したので報告する。症例：70歳、男性。主訴：腹痛、腹部膨満感。現病歴：平成16年2月22日頃より腹痛・腹部膨満感出現、その後排便困難となり2月26日より近医に入院。3月5日同院を退院するも症状改善せず、3月8日当科初診され、大腸イレウスの診断にて入院となる。現症：下腹部正中に約10cm大の固い腫瘍を触知する。入院後経過：腹部CT検査では、大腸イレウスの所見に加え、腸管周囲のdensityが上昇し、腸管と一緒にとなったsoft tissue densityのmassを認めた。下部消化管内視鏡検査では、管腔は狭小化し、直腸S状部を通過しなかった。下部消化管X線検査では直腸S状部からS状結腸にかけ狭小化を認め、壁は鋸歯状で細かな横走するひだを多数認めた。これらの所見より腸間膜脂肪織炎と診断、保存的治療を行い、臨床症状の改善が見られた。しかし直腸S状部の狭窄が残り、排便困難が続くため4月6日内視鏡的バルーン拡張術を施行(CRE 7atm 20mm 2min×2)した。通過良好となり当科退院、その後も通過障害を来たさず経過観察中である。腸間膜脂肪織炎に対する治療は保存的治療が原則であるが、病状の長期化・再燃、高度の狭窄、悪性疾患との鑑別困難例については外科的切除が行われることが一般的である。内視鏡的に狭窄を解除した症例は我々が調べ得た範囲では報告がなく、本症例が初めてと思われる。本邦では直腸S状結腸が好発部位である腸間膜脂肪織炎に対して、本法は有効な治療法の一つと考えられた。

60. 石灰化を伴った直腸カルチノイドの1例

○吉井新二¹, 黒河 勝¹, 今村哲理¹, 安保智典¹, 本谷 聰¹, 小澤 広¹, 前田 聰¹, 萩原 武¹, 西岡 均¹, 中野渡正行¹, 矢花 崇¹, 後藤田裕子², 村岡俊二² (札幌厚生病院消化器科¹, 札幌厚生病院臨床病理科²)

症例は56歳、女性。主訴は便潜血反応陽性。既往歴・家族歴は特記すべき事項を認めない。平成16年1月22日、便潜血反応陽性の精査目的に大腸内視鏡検査施行。下部直腸に径10mmの粘膜下腫瘍を認め、生検にてcarcinoidの所見であった。同年2月12日、精査・治療目的に当科入院。超音波内視鏡検査にて、粘膜下層に主座を置く低エコー像を認め、その中心部には石灰化を疑う高エコー域を認めた。その他、腹部CT、エコーなどではリンパ節転移や遠隔転移の所見を認めず、2月26日、内視鏡的切除を施行。病理所見はclassical carcinoidで、深達度sm.lyo.v(+)であった。また、腫瘍部の中心に石灰化の所見を認めた。v(+)のため追加手術を予定したが同意が得られず、現在、外来にて経過観察中である。

近年内視鏡検査の普及に伴い直腸カルチノイドの報告例は増加しているが、本腫瘍の石灰化合併例は稀と考えられる。今回、我々は石灰化を伴う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。

61. 直腸カルチノイドに対する内視鏡的治療の工夫

- 三井慎也, 吉田正史, 野村昌史, 野口知子, 辻邦彦,
姜貞憲, 西森博幸, 宮本憲幸, 桜井康雄, 糸川文英,
石渡裕俊, 松永隆裕, 小山内学, 渥沼朗生, 高橋邦幸,
真口宏介(手稲済仁会病院消化器病センター)

【背景】大腸内視鏡の進歩により、小さなカルチノイドの報告例が増加している。当センターでは10mm以下の直腸カルチノイドに対し、確実に断端陰性を得るために内視鏡的粘膜切開剥離術の手技を応用した内視鏡的切除術（以下内視鏡的切開切除術）を施行している。【目的】10mm以下の直腸カルチノイドに対する内視鏡的切開切除術の有用性を検討する。【対象】2003年7月から2004年6月までに当センターで内視鏡的切開切除術を施行した5例（男性2例 女性3例）を対象とした。【切除手技】病変周囲をマーキングしグリセオールを局注。針状高周波ナイフで全周切開した後、スネアで絞厄し切除した。【検討項目】1. 病変部位 2. 腫瘍径 3. 一括切除率 4. 病理組織学的診断 5. 偶発症 【結果】病変部位はRa 2例、Rb 3例。腫瘍径は5～12mm（中央値6mm）。全例一括切除。深達度は全例smで脈管侵襲を認めなかった。垂直・側方断端ともに全例陰性であった。出血・穿孔を含め偶発症を認めなかった。【結語】直腸カルチノイドに対する内視鏡的切開切除術は安全かつ有用な治療法と考えられた。

62. S状結腸捻転症の2例

- 石川千里¹, 渡二郎¹, 稲場勇平¹, 伊藤貴博¹, 盛一健太郎¹,
岡本耕太郎¹, 田邊裕貴¹, 前本篤男¹, 藤谷幹浩¹, 綾部時芳¹,
蘆田知史¹, 齊藤裕輔¹, 松田年², 河野透², 葛西眞一²,
高後裕¹(旭川医科大学医学部第三内科¹, 旭川医科大学医学部第二外科²)

S状結腸捻転症は高齢者や精神・神経疾患を有する患者に発症する稀な疾患である。最近、私たちは2例のS状結腸捻転症を経験したので報告する。【症例1】63歳、男性。平成15年12月14日未明より腹痛と腹満感が出現し、次第に症状の増悪を認めたため、同日午後当院救急外来を受診した。来院時、著明な腹痛と炎症反応を認め、腹部単純X線写真ではcoffee bean signを呈していた。内視鏡検査では狭窄部の粘膜に螺旋状の集中像を認め、その口側腸管は著明に拡張していた。拡張した腸管の粘膜は暗赤色を呈しており腸管壊死を疑ったため同日、外科的切除を施行した。【症例2】74歳、男性。平成15年12月18日昼頃より腹痛、腹満感が出現し、症状の改善がないため同日深夜、当院救急外来を受診した。来院時、腹痛とX線写真でcoffee bean signを認めたが、炎症反応や腹膜刺激症状は認めなかった。注腸造影検査でbird beak sign、内視鏡検査でも粘膜の螺旋状の集中像を認めS状結腸捻転症と診断した。狭窄部の口側粘膜に虚血性変化を認めなかつたため内視鏡的整復術を施行し、その後、再発は認めていない。

63. 赤痢アメーバ症の一例

- 中沢大悟¹, 野村友希子¹, 鎌田崇宏¹, 工藤峰生¹, 西研¹,
小笠茂¹, 水無瀬昂²(NTT東日本札幌病院消化器内科¹,
NTT東日本札幌病院病理科²)

症例は51歳男性。平成16年5月1日頃より1日10回程度の下痢を認め5月11日当科受診。整腸剤にて経過観察していたが改善せず、6月2日に下部消化管内視鏡検査を施行したところ、盲腸に10mm大の出血を伴う潰瘍を認め、直腸にも潰瘍性病変が多発していた。病理学的検索にて粘膜表層に栄養型の赤痢アメーバを多数認めた。メトロニダゾールを開始し臨床症状、内視鏡所見とともに改善を認めた。今回、アメーバ赤痢症の1例を経験したので若干の文献的考察を含め報告する。

64. イレウスを契機に診断された卵巣癌結腸転移の1例

- 清水健一¹, 黒田裕行¹, 渡辺秀樹¹, 木田雅也¹, 澤田光男¹,
土橋義房², 小林清二³, 長谷川敦⁴, 堀本和志⁴,
白尾さや香⁵, 竹内啓⁶(市立千歳市民病院消化器科¹, 市立千歳市民病院産婦人科², 市立千歳市民病院外科³, 市立千歳市民病院内科⁴, 札幌医科大学第四内科⁵, 北海道大学腫瘍内科⁶)

症例は39歳女性。平成14年11月下旬から腹痛と嘔気を自覚し、同年12月24日に当科初診、イレウスの診断にて入院となった。大腸内視鏡では下行結腸に全周性狭窄を伴う腫瘍を、腹部骨盤CTでは脾弯曲部付近に約5cmの大腸腫瘍と約4cmの大右卵巣腫瘍を認めた。CA125高値であり卵巣原発の可能性も考慮したが、結腸の方が卵巣に比して腫瘍径が大きく内視鏡生検の病理組織で低分化型腺癌の診断であったことから、下行結腸癌を第一に考えて外科転科となった。平成15年1月3日の結腸バイパス手術施行時に開腹生検で卵巣癌結腸転移(stageIV)と診断、当院婦人科にてPaclitaxelとCDDPのneoadjuvant chemotherapyを6コース施行した。画像上はPRとなつたため、平成15年8月28日に卵巣癌基本手術および脾弯曲部結腸切除施行した。病理結果では卵巣および結腸の切除標本両方にserous adenocarcinomaの残存を認めるも切除断端は陰性で、結腸腫瘍はリンパ行性転移が示唆された。同様のadjuvant chemotherapyを6コース追加終了した現在もCRを維持している。卵巣癌結腸転移の頻度は低く、今回イレウスで発症し化学療法や手術にてCRが得られた貴重な症例と考えられるので、若干の文献的考察も含めて報告する。

65. 虫垂粘液囊腫の一例

○新沼 猛¹, 清水晴夫¹, 豊島貴信¹, 岩山巧生¹, 佐藤修司¹, 下地英樹¹, 金戸宏行¹, 本多佐保¹, 近藤吉宏¹, 赤保内良和¹, 渋谷 均², 佐々木賢一², 今 信一郎³, 小西康宏³, 生田茂夫⁴, 遠藤高夫⁵, 今井浩三⁵ (市立室蘭総合病院消化器科¹, 市立室蘭総合病院外科², 市立室蘭総合病院病理³, いくた内科クリニック⁴, 札幌医科大学第一内科⁵)

症例は30歳男性、平成13年12月に急性虫垂炎疑いで当科入院したが保存的治療にて軽快している。平成16年3月頃より腹部不快感を自覚、近医受診し下部消化管内視鏡検査にて盲腸に粘膜下腫瘍様病変を認め、精査加療目的に同年5月12日に当科入院となる。腫瘍マーカーを含む入院時血液検査上は異常を認めなかった。下部消化管内視鏡検査再検にて盲腸に4cm大的粘膜下腫瘍様の腫瘍を認めたが、生検では腫瘍成分は検出されなかった。注腸バリウム検査にて内腔に突出する平滑な球状隆起を認め、虫垂は造影されなかった。腹部CTでは盲腸に内部が囊胞状の腫瘍を認めた、MRIでは盲腸と連続する囊胞性病変を認め、T1 low, T2 lowであり線維化を反映すると考えられた。同年6月7日に腹腔鏡補助下回盲部切除術を施行。病理組織は虫垂粘液囊腫であり、明らかな腫瘍成分を認めなかった。虫垂粘液囊腫は粘液貯留のため虫垂の一部または全部が拡張した状態であり、我が国では虫垂切除患者の0.08~4.1%に認めるされる。今回我々は虫垂粘液囊腫の一例を経験したので若干の文献的考察を加え報告する。

66. 腹膜偽粘液腫および肝転移をきたした虫垂粘液囊胞腺癌の一例

○和賀水里子^{1,3}, 奥 隆臣^{1,3}, 長町康弘¹, 和田優子^{1,3}, 藤田美樹², 前田征洋¹ (新日鐵室蘭総合病院消化器科¹, 新日鐵室蘭総合病院病理検査科², 札幌医科大学第4内科³)

症例は82歳、女性。高血圧にて近医に通院中であったが、平成16年3月より腹部膨満感が出現し、4月12日に精査目的に当科紹介受診。腹部超音波検査にて腹水の貯留を認め、4月28日当科入院となった。

CT, MRI所見では腹腔内全体に腹水が多量に貯留し、一部隔壁を有し、多房性な部分を認めた。また肝にも隔壁を有する囊胞性病変を認めた。腹水の性状を検索する目的で試験穿刺したところ淡黄色のゼラチン状であった。また肝の囊胞性病変からの生検でも同性状の粘液が同定された。腹水の細胞診にてclass Vがえられ、腹膜偽粘液腫と診断した。原発巣の検索のために下部消化管内視鏡検査を施行したところ、盲腸に頂部に潰瘍を伴う粘膜下腫瘍様の隆起性病変を認め、腸管内腔にゼラチン状粘液の排出を認めた。以上より虫垂粘液囊胞腺癌の肝転移および腹膜播種に伴う腹膜偽粘液腫と診断した。

虫垂粘液囊胞腫は虫垂内腔に粘液が貯留し、囊胞状に拡張した状態をいい、虫垂切除例の0.08~4.1%とされ、その中でも粘液囊胞腺癌は12.3%と比較的稀である。今回われわれは腹膜偽粘液腫および肝転移をきたした虫垂粘液囊胞腺癌の一例を経験したので文献的考察を加えて報告する。