

第66回 日本消化器内視鏡学会東海支部例会

日時：2023年12月2日(土) 午前8時25分より

会場：愛知県産業労働センター ウィンクあいち
8F 展示場、9階・10階会議室
〒450-0002 名古屋市中村区名駅4丁目4-38
TEL：052-571-6131

会長：田近 正洋
愛知県がんセンター 内視鏡部

第66回 日本消化器内視鏡学会東海支部例会 プログラム

日 時：2023年12月2日（土） 午前8時25分より
（受付開始：8時00分より）

会 場：愛知県産業労働センター ウィンクあいち
8F展示場、9階・10階会議室
〒450-0002 名古屋市中村区名駅4丁目4-38
TEL：052-571-6131

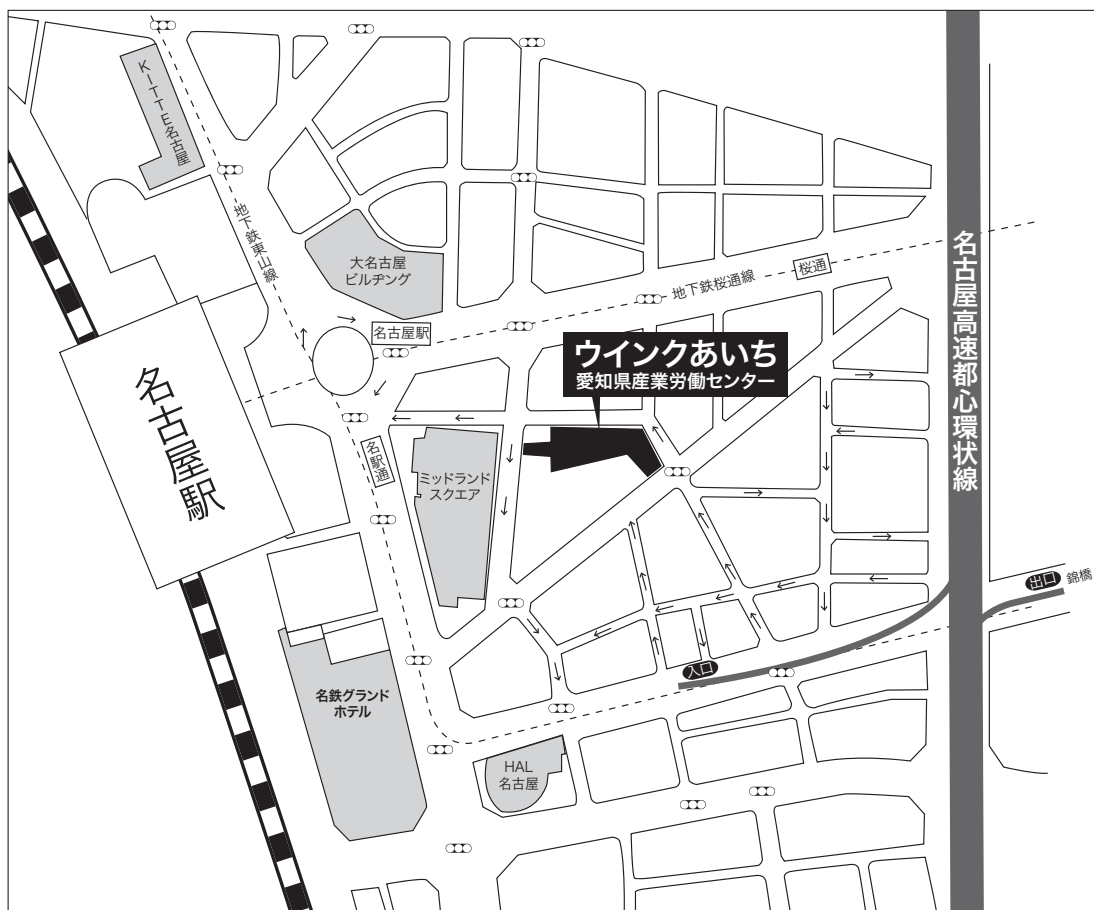
参 加 受 付：8階 804～805展示室
演者座長受付：8階 804～805展示室
第 1 会 場：9階 901会議室
第 2 会 場：9階 902会議室
第 3 会 場：10階 1001会議室
第 4 会 場：10階 1002会議室
ハンズオンセミナー会場：8階 802～803展示室
企 業 展 示：8階 804～805展示室
ク ロ ー ク：8階 804～805展示室

会 長：田近 正洋
愛知県がんセンター 内視鏡部

【目次】

| | |
|-----------------------|-----|
| 会場への交通のご案内..... | 3 |
| 会場のご案内..... | 4 |
| タイムスケジュール..... | 5 |
| ご案内・お願い..... | 6 |
| プログラム..... | 9 |
| 抄録..... | 79 |
| 協賛企業一覧・企業展示一覧・広告..... | 136 |

【会場への交通のご案内】



●電車をご利用の場合

- (JR・地下鉄・名鉄・近鉄) 名古屋駅より
- ◎ JR 名古屋駅桜通口から
 - ミッドランドスクエア方面 徒歩 5分
 - ◎ ユニモール地下街 5番出口 徒歩 2分

※名駅地下街サンロードからミッドランドスクエア、マルケイ観光ビル、名古屋クロスコートタワーを經由 徒歩 8分

JR (東海道新幹線) をご利用の場合

- ◎東京……………約97分
- ◎新大阪……………約51分

●お車をご利用の場合

名古屋高速都心環状線「錦橋」出口より約6分
駐車場…収容台数123台

※駐車場からの台車利用は出来ません。

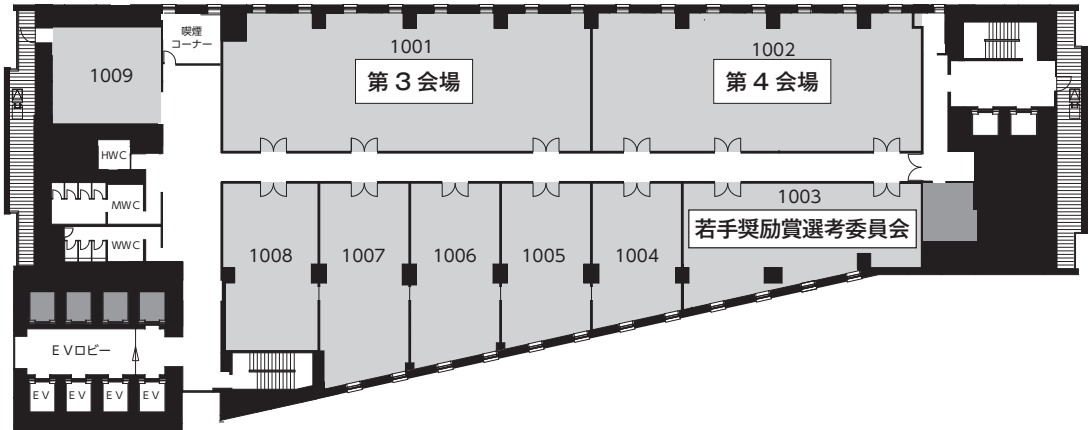
●飛行機をご利用の場合

中部国際空港 (セントレア)
(名鉄空港特急利用) 約28分

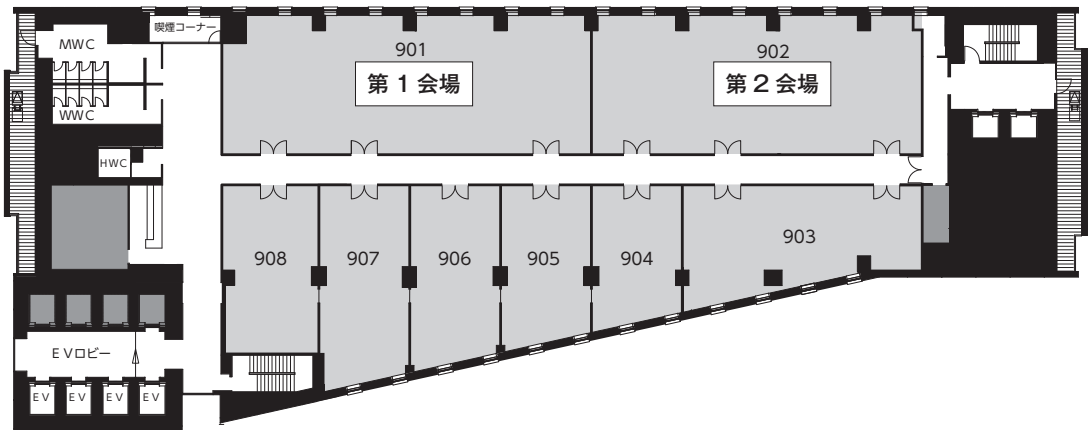
※名古屋駅発各駅への所要時間は、乗り換え・待ち時間を含みません。
また、時間帯により多少異なります。

【会場のご案内】

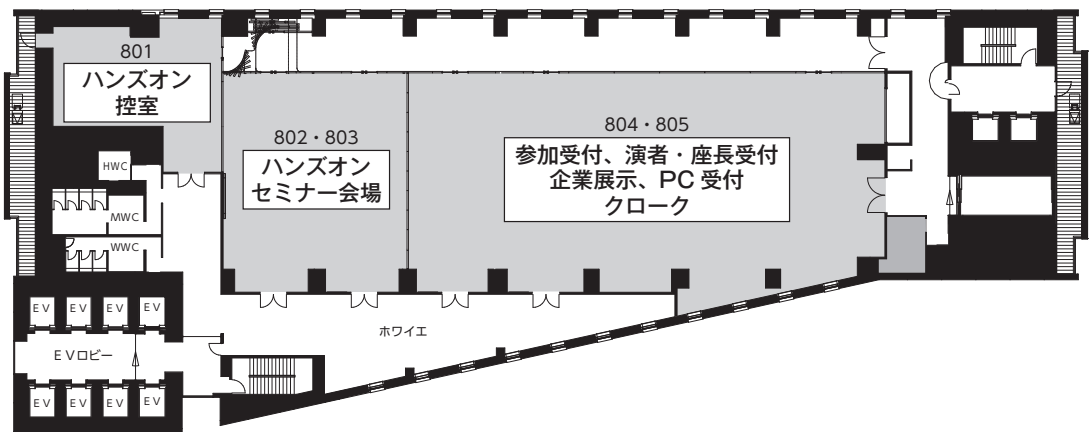
10階



9階



8階



タイムスケジュール

| | 第1会場 901会議室 | 第2会場 902会議室 | 第3会場 1001会議室 | 第4会場 1002会議室 | 選考委員会 1003会議室 | ハンズオンセミナー会場 802-803展示室 | 参加受付・ 企業展示 804-805展示室 |
|-------|-------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| | 若手研究者優秀演題奨励賞選定セッション | | | | | | |
| 8:30 | 開会の辞 シンポジウム2 08:40~11:20 「胆膵内視鏡診療 の最前線」 司会：奥野のぞみ 山田玲子 | 08:30~09:05 上部消化管・他①/Y-15 座長：大西祥代 | 8:30~9:05 下部消化管①/Y-16~20 座長：澤田つな騎 | 8:30~9:05 肝胆膵①/Y-33~37 座長：田中浩敬 | | | |
| 9:00 | | 09:05~09:40 上部消化管・他②/Y-6~10 座長：中畑由紀 | 9:05~9:33 下部消化管②/Y-21~24 座長：黒上貴史 | 9:05~9:40 肝胆膵②/Y-38~42 座長：興儀竜治 | | 09:30~11:30 ハンズオンセミナー (午前の部) | |
| 9:30 | | 9:40~10:15 上部消化管・他③/Y-11~15 座長：木全政晴 | 9:33~10:01 下部消化管③/Y-25~28 座長：久野剛史 | 9:40~10:08 肝胆膵③/Y-43~46 座長：小林陽介 | | 総合司会：原 和生 | |
| 10:00 | | | 10:01~10:29 下部消化管④/Y-29~32 座長：西川貴広 | 10:08~10:36 肝胆膵④/Y-47~50 座長：奥野 充 | | 消化管コース チーフインストラクター：古川和宏 テーブルインストラクター：山本和弘 テーブルインストラクター：池之山洋平 | |
| 10:30 | | 10:40~11:30 スポンサーセミナー1 講師：山村健史 講師：尾関啓司 司会：中村正直 共催 アッヴィ合同会社 | 10:40~11:30 スポンサーセミナー2 講師：豊永高史 特別発言：八木信明 司会：春日井邦夫 共催 富士フィルムメディカル株式会社 | | 10:30~11:30 若手奨励賞 選考委員会 | 胆膵コース チーフインストラクター：大野栄三郎 テーブルインストラクター：井上匡央 テーブルインストラクター：堀 章 | |
| 11:00 | | | | | | | |
| 11:30 | | 11:40~12:30 ランチョンセミナー1 講師：山田玲子 講師：糸井隆夫 司会：川嶋啓輝 共催 株式会社スリー・ ディー・マトリックス | 11:40~12:30 ランチョンセミナー2 講師：斎藤 豊 講師：山田啓泰 特別発言：丹羽康正 司会：清水雅仁 共催 富士製薬工業株式会社 | | | | |
| 12:00 | | | | | | | 参加受付 08:00~ 16:30 |
| 12:30 | 12:40~13:40 評議員会 (若手奨励賞 表彰式) | 12:40~13:40 評議員会(中継) | 12:45~13:35 アフタヌーンセミナー 講師：荒木寛司 司会：杉本 健 共催 武田薬品工業株式会社 | | | | 企業展示 09:00~ 16:00 |
| 13:00 | | | | | | | |
| 13:30 | | | | | | | |
| 14:00 | | 13:50~14:40 スポンサーセミナー3 講師：井上匡央 講師：森原崇通 司会・特別発言：廣岡秀樹 共催 オリンパス マーケティング株式会社 | 13:50~14:40 スポンサーセミナー4 講師：谷口浩也 司会：片岡洋望 共催 MSD株式会社 | | | | |
| 14:30 | | | | | | | |
| 15:00 | シンポジウム1 14:50~17:00 「消化管内視鏡診療 の最前線」 司会：志村貴也 船坂好平 | 15:00~15:21 食道・胃1/1~3 座長：石原 誠 | 15:00~15:21 大腸2/14~16 座長：蟹江 浩 | 15:00~16:00 女性内視鏡医の会 委員長：白子順子 症例① 司会：石川恵里 症例提示：平松美緒 症例② 司会：山田玲子 症例提示：黒田真里奈 交流会 司会：山出美穂子 | | 14:50~16:50 ハンズオンセミナー (午後の部) | |
| 15:30 | | 15:21~15:49 胃2/4~7 座長：井澤晋也 | 15:21~15:42 大腸3/17~19 座長：田村 智 | | | 総合司会：原 和生 | |
| 16:00 | | 15:49~16:10 胃3・十二指腸/8~10 座長：小木曾富生 | 15:42~16:10 胆道1/20~23 座長：竹山友章 | | | 消化管コース チーフインストラクター：川田 登 テーブルインストラクター：小澤範高 テーブルインストラクター：伊藤信仁 | |
| 16:30 | | 16:10~16:31 小腸・大腸1/11~13 座長：伊藤恵介 | 16:10~16:38 胆道2/24~27 座長：橋詰清孝 | | | 胆膵コース チーフインストラクター：羽場 真 テーブルインストラクター：奥野のぞみ テーブルインストラクター：石川卓哉 | |
| 16:30 | | | 16:38~16:59 膵臓/28~30 座長：加藤晃久 | | | | |
| 17:00 | 閉会の辞 | | | | | | |

【ご案内・お願い】

本会は、会場での現地開催となります（配信はございません）。

○会場整理費

- 本学会では、会場整理費として会員3,000円（不課税）、非会員3,300円（課税消費税10% 300円）を参加受付にてお支払い頂きます。
- 受付時にネームカード（領収書 兼 参加証）とプログラム抄録集をお渡しいたします。

○演題発表

- 現地会場でのコンピュータープレゼンテーションとなります。
- **発表セッション開始30分前**までに「演者座長受付」へお越し頂き、データ受付を済ませてください。
受付したデータは使用後、事務局にて責任を持って消去いたします。
- 発表の際は、演台上のキーボード、マウスにてご自身でスライドを進めてください。
- 発表時間
一般演題……………口演5分・質疑2分
若手研究者優秀演題奨励賞選定セッション……………口演5分・質疑2分
シンポジウム 1……………口演7分・質疑3分・総合討論なし
シンポジウム 2……………口演7分・質疑3分・総合討論なし

○データ作成上の留意点

会場PCはWindows、プレゼンテーションソフトはPower Pointです。
Macintoshにて作成されたデータはWindows上で位置のずれや文字化けなどの不具合が生じることが多いため、本体持ち込みを推奨いたします。各自Windows上で動作確認と、Windows用にデータ変換を行った上でご用意をお願いいたします。
スクリーンサイズは、16対9（4対3も可）

《USB メモリーまたはCD-R でのデータ持ち込みによるご発表》

- 発表データの受付は、原則としてUSBフラッシュメモリといたします。
- メディアを持ち込む場合は、Windows 版Power Point で作成されたデータのみといたします。
フォントはPower Pointに標準で搭載されているものをご使用ください。
- 動画はWindows Media Playerで再生が可能なものに限りします。
- 他のデータ（静止画・動画・グラフ等）をリンクさせている場合は、必ず元のデータも一緒に保存し、作成に使用した以外のWindows PCにて事前に動作確認をお願いいたします。バックアップとしてPCをご持参ください。
- 液晶プロジェクターの出力解像度は、フルHD（1920×1080、16：9）に対応しております。
- 音声出力は使用できません。
- 発表者ツールはご使用になれません

《PC または iPad などの持ち込みによるご発表》

- 必ず付属のACアダプターをご用意ください。
- 液晶プロジェクターとの接続は、事務局ではHDMIケーブルをご用意いたします。
事前に持ち込まれるデバイスを確認のうえ、変換アダプターが必要な場合は、必

ずご自身にてご用意ください。

- 発表中にスクリーンセーバーや省電力機能で電源が切れないように、事前に設定のご確認をお願いいたします。
- 音声出力は使用できません。
- 発表者ツールはご使用になれません

《その他留意事項》

- データを保存する前に必ずウイルスチェックを行ってください。
 - 申告すべきCOI状態の有無にかかわらず、発表スライドの初めにCOI状態の開示をお願いいたします。
- 詳細は、日本消化器内視鏡学会Webサイトにてご確認ください。

○座長の先生へ

ご担当セッションの開始20分前までに「演者座長受付」へお立ち寄り頂き、ご到着をお知らせください。

いずれの会場も時間厳守とし、プログラム通りの進行にご協力をお願いいたします。

○評議員会ならびに表彰式

日時：2023年12月2日（土）12：40～13：40

会場：ウインクあいち 9階 901会議室（第1会場）

※昼食はご用意しておりません。ランチョンセミナーなどで昼食をお取り下さい。

○ハンズオンセミナー

ウインクあいち 8階 802～803展示室 午前 9：30～11：30

午後 14：50～16：50

○女性内視鏡医の会

ウインクあいち 10階 1002会議室（第4会場） 15：00～16：00

○企業展示

ウインクあいち 8階 804～805展示室 8：30～16：00

○クローク

ウインクあいち 8階 804～805展示室 8：00～17：00

若手研究者優秀演題奨励賞について

医学部卒後5年以内の研修医（旧初期研修医）および専攻医（旧後期研修医）を対象に若手医師が発表した演題の中から優秀演題に対して「若手研究者優秀演題奨励賞」を選定し、支部長より賞状と奨励金を贈呈いたします。そのうち上位8名を翌年春の日本消化器内視鏡学会総会へ招待いたします。

対象演題は「若手研究者優秀演題奨励賞選定セッション」にて発表、審査員が発表内容などについて審査し、当日の評議員会にて表彰いたします。受賞者は12：30までに受付付近の掲示板にて発表いたしますので、対象演題で発表をされた先生は必ずご確認頂き、受賞をされた場合は評議員会（12：40開始、第1会場）へご参加頂きますようお願い申し上げます。

JEDブースに関するお知らせ

平素はJED-Projectにご協力を賜り誠にありがとうございます。

先生方のご尽力により、JEDにご参加頂くご施設は**1,400施設**を超え、JEDデータのご提出を開始頂いたご施設も**700施設**を超えており、今後も、支部例会、総会においてJEDデータお預かり/相談ブース設置を継続実施していく予定です。

12月2日に開催されます東海支部例会におきましても、下記日程にてJEDデータお預かり/相談ブースを設置させていただきます。

JEDデータのご提出はもちろんのこと、JED導入に関する、ご心配、疑問などについて、ご対応できればと存じます。是非お立ち寄り下さい。

第66回 東海支部例会 JEDデータ受領/相談ブース

設置日：12月2日（土）

設置時間：9時～セッション終了時刻前後（未定）

JEDプロジェクト委員長 田中 聖人



ランチオンセミナー1

胆膵領域におけるピュアスタットの可能性

講師：三重大学医学部附属病院 消化器肝臓内科 山田玲子

胆膵領域における吸収性局所血材
「ピュアスタット」の臨床的意義

講師：東京医科大学 消化器内科 糸井隆夫

司会：名古屋大学医学系研究科 消化器内科学 川嶋啓揮

共催：株式会社スリー・ディー・マトリックス

第2会場

11：40～12：30

ランチョンセミナー1

胆膵領域におけるピュアスタットの可能性

三重大学医学部附属病院 消化器肝臓内科

山田玲子

消化管出血は日常診療でよく遭遇する病態であり、胆膵領域においても乳頭切開術後や乳頭切除術など止血が必要となる状況は稀ではない。胆膵領域における止血法には、クリッピングやバルーン圧迫、焼灼、金属ステント留置、血管内治療、外科的手術などがあるが、新たな選択肢として、PuraStatが登場した。PuraStatは比較的較的短時間で簡便に施行し得る止血法である。当院での使用経験をもとに有用性と使用方法について解説する。

〈学歴および職歴〉

〈略 歴〉

2002年 3月 三重大学 医学部卒
2002年 5月 三重大学医学部附属病院 研修医
2002年 6月 松阪中央総合病院 研修医
2003年 5月 三重県立総合医療センター 研修医
2004年 4月 松阪中央総合病院 胃腸科
2006年 4月 愛知県がんセンター中央病院 レジデント
2008年 4月 松阪中央総合病院 胃腸科
2010年 4月 三重大学医学部附属病院 消化器肝臓内科／医学看護学教育センター助教
2016年 3月 学位取得
2021年 三重大学医学部附属病院 消化器肝臓内科助教
2022年から現在 三重大学医学部附属病院 消化器病センター胆膵部門長
2023年から現在 三重大学医学部附属病院 消化器肝臓内科科内講師
日本内科学会 総合内科専門医 指導医
日本消化器病学会 指導医 学会評議員 東海支部評議員
日本消化器内視鏡学会 指導医 学術評議員 東海支部評議員
日本膵臓学会 認定指導医 学会評議員
日本胆道学会 認定指導医 学会評議員
日本内視鏡学会 医療安全委員会委員、利益相反委員会委員
日本膵臓学会 嚢胞性膵腫瘍委員会委員
2023年 日本胆道学会 学会賞

ランチオンセミナー1

胆膵領域における吸収性局所止血材 「ピュアスタット」の臨床的意義

東京医科大学 消化器内科

糸井隆夫

胆膵疾患における内視鏡診療では、内視鏡的乳頭括約筋切開術 (EST) や内視鏡的乳頭切除術 (EP) をはじめとして、EUS-FNA やEUS-BDなどのいわゆる Interventional EUS など、観血的治療が多く、手技に伴う偶発症も時に致死的なものとなりうる。その中でも出血は比較的高頻度に見られる偶発症であり、手技を行うにあたっては出血に対する十分なトラブルシューティングを準備しておくことが大切である。近年、新しい止血剤である PuraStat が発売された。止血の仕組みは、まず PuraStat が血液等の体液との接触により、ペプチド水溶液 (酸性) が中性化されるもしくは塩が供給されることで、 β 構造を有するペプチド分子が水溶液中で速やかにファイバー形成し、ペプチドハイドロゲルとなり、このペプチドハイドロゲルが出血点を被覆し、破綻した実質臓器や血管浅部を物理的に閉塞し、血液凝固が生じることで止血する。本講演ではESTやEP後出血例に対しする PuraStat を用いた止血を動画を交えて解説する。

〈学歴および職歴〉

〈略 歴〉

1991年3月 東京医科大学卒業
1991年6月 東京医科大学第4内科(現消化器内科)入局
1993年2月 新潟大学第一病理学教室研究生
2016年7月～ 東京医科大学消化器内科主任教授
2018年9月～ 東京医科大学病院副院長
2020年4月～ 東京医科大学病院国際診療部部長(兼任)
2021年7月～ 東京医科大学がん研究事業団理事長(兼任)
2021年7月～ 東京医科大学膵臓・胆道疾患センター長(兼任)

兼任・客員

2005年4月～ 昭和大学横浜北部病院消化器病センター兼任講師
2008年4月～ 国立がんセンター内視鏡部非常勤職員
2015年4月～ 東京医科歯科大学消化器内科客員教授・臨床教授
2016年10月～ 慶應義塾大学消化器内科客員教授

ランチオンセミナー2

大腸早期がんに対する JNET 診断と治療の Update-West vs. East-

講師：国立がん研究センター中央病院 内視鏡科 齋藤 豊

大腸内視鏡前処置におけるサルプレップの役割 ～当院での使用経験を中心に～

講師：愛知県がんセンター 内視鏡部 山田啓策

特別発言：愛知県がんセンター 総長 丹羽康正

司会：岐阜大学医学部附属病院 第一内科(消化器内科・血液感染症内科) 清水雅仁

共催：富士製薬工業株式会社

第3会場

11：40～12：30

ランチョンセミナー2

大腸早期がんに対するJNET診断と治療の Update-West vs. East-

国立がん研究センター中央病院 内視鏡科

斎藤 豊

大腸腫瘍の診断にはParis分類にLSTの発育形態分類を考慮した上で、JNET診断とPit pattern診断が必須である。

今回はJGESとESGEとの初の国際共同研究International Evaluation of Endoscopic Classification JNET (IEE-JNET)の結果を報告し、JNET分類の国内外での普及における課題を議論したい。

IEE-JNETの読影結果は、ESGE会員において、感度、特異度、正診率はそれぞれ、JNET 1型では73.3%、94.7%、93.0%、2A型では53.0%、64.9%、62.1%、2B型では43.9%、67.7%、55.1%、3型では38.1%、93.7%、85.1%であった。2Bと3Bを1つの癌のカテゴリーとした場合、腺腫と癌の鑑別の感度、特異度、精度はそれぞれ59.9%、72.5%、63.8%であった。これらの傾向は、JGESの内視鏡専門医においても同様であった。

JNET分類の診断精度はESGEとJGESで同等であり、JNET 1型に対しては十分であったが、Type 2とType 3の診断精度は十分とは言えない結果であった。

JNET 2B病変は癌の危険性があるため一括切除すべきであり、JNET 3は特異性が高いため手術による治療が可能である。

また早期大腸癌に対する内視鏡治療は一括切除が基本であり、本邦ではESDが普及しているが海外では分割EMRが主流となっている。今後はJNET分類が欧米にも普及することでESDを用いた一括切除が普及することを願う。

〈学歴および職歴〉

〈略 歴〉

| | |
|-----------------|-------------------------------------------------------|
| 平成 8 年～平成 13 年 | 国立がんセンター中央病院内視鏡部レジデント・チーフレジデント |
| 平成 13 年～平成 15 年 | 三井記念病院消化器内科医員/医長 |
| 平成 15 年～現在 | 群馬大学医学部臨床検査医学講座非常勤講師 |
| 平成 15 年～平成 22 年 | 国立がんセンター中央病院内視鏡部医員・医長 |
| 平成 24 年～現在 | 国立研究開発法人 国立がん研究センター中央病院 内視鏡センター 長・内視鏡科 科長 |
| 平成 29 年～ | 東京医科大学消化器内科学分野 兼任教授 |
| 平成 31 年～ | 東邦大学医学部 客員講師 |
| 令和 元年～ | 日本消化器内視鏡学会関東支部長 |
| 令和 5 年 4 月～ | 国立研究開発法人 国立がん研究センター中央病院 臨床開発推進部門 医療機器開発 推進部長 併任 |

ランチオンセミナー2

大腸内視鏡前処置におけるサルプレップの役割 ～当院での使用経験を中心に～

愛知県がんセンター 内視鏡部

山田啓策

大腸癌は近年増加傾向である。大腸癌は粘膜内癌のうちに発見することができれば内視鏡治療での根治が期待できる。そのうえで、大腸癌の早期発見、早期治療における大腸内視鏡の役割は多いと考える。大腸内視鏡の際には前処置が必要であり、隅々まで観察し、小さな病変を発見するには腸管洗浄度がよく、尚且つ患者への受容度も良い前処置が望まれる。サルプレップは、3種類の硫酸塩（無水硫酸ナトリウム、硫酸カリウム、硫酸マグネシウム）を含む腸管洗浄薬であり、作用機序として、消化管でほとんど吸収されない硫酸イオンが、浸透圧成分として水分を保持することで腸管洗浄作用を示すと考えられている。

既存の洗浄液と比較してのサルプレップのメリットは、洗浄液を飲む量が少ない点あげられる。最大量としてサルプレップ（1本 480ml）を2本分で960ml、それに合わせて水又はお茶をその2倍量飲用する方法である。totalでの飲用する水分量は既存の洗浄液と比較して差はないが、洗浄液が苦手な患者にとっては洗浄液の服用量を減らす事ができる。また、ペットボトルに入っているため調整する必要もないことも患者や医療従事者の負担を軽減できるメリットがある。さらに、ペットボトル1本を検査前日の夜に服用し、当日朝にもう一本を飲むという分割法も提唱されている。これは、検査当日に飲用する洗浄液を減らす事もでき、また当日早くから検査を始めることが可能となるため、午前中から大腸内視鏡検査を行っているような施設にとっては非常に使用しやすいレジメンであると思われる。当院では2023年7月より入院患者の大腸内視鏡の前処置としてサルプレップを導入している。大腸内視鏡の前処置に対する患者へのアンケート調査も実施しておりその結果も含めて当院でのサルプレップの使用経験について述べる。

〈学歴および職歴〉

〈略 歴〉

2009年 3月

名古屋大学医学部 卒業

2009年 4月-2011年 3月

半田市立半田病院初期研修医

2011年 4月-2014年 9月

半田市立半田病院消化器内科

2014年10月-2016年12月

常滑市民病院消化器内科

2017年 1月-2020年 3月

名古屋大学大学院医学系研究科消化器内科学

2020年 4月-現在：

愛知県がんセンター内視鏡部医長

アフタヌーンセミナー

炎症性腸疾患の内視鏡診断と治療の基本

講師：社会医療法人蘇西厚生会松波総合病院 消化器内科 荒木寛司

司会：浜松医科大学 第一内科 杉本 健

共催：武田薬品工業株式会社

第3会場

12：45～13：35

アフタヌーンセミナー

炎症性腸疾患の内視鏡診断と治療の基本

社会医療法人蘇西厚生会松波総合病院 消化器内科
荒木寛司

炎症性腸疾患の診療において内視鏡検査は欠くことのできない検査です。今回、潰瘍性大腸炎、クローン病、腸管ベーチェット病などの狭義の炎症性腸疾患を診断する、あるいは病態を評価する上で知っておくとよいと思われる各種疾患に関して自験例を含め内視鏡像や臨床像を提示します。鑑別診断として重要なものは細菌感染症、ウイルス感染症、薬剤関連粘膜傷害などがあげられます。内視鏡所見が特徴的な疾患もありますし、非特異的な内視鏡所見に対して、その臨床経過や背景などをヒントに診断に至らなければならない症例もあります。自分ひとりで経験できる症例は限られており、講演会、研究会、論文、診療をともにする仲間からの情報により色々な疾患像を自分のものとするのが重要です。

炎症性腸疾患の治療においては、5-ASA 製剤が基本薬剤となります。十分量を用いて、アドヒアランスを意識して治療に当たるのが重要ですが、近年5-ASA 不耐例が増加していると報告されており注意が必要です。5-ASA で効果不十分な症例ではステロイド製剤を使用することが多くなります。プレドニゾロンを投与する場合には十分量で開始して3か月をめどに終了することが推奨されています。プレドニゾロンの全身性の副作用を回避するために投与経路の工夫やブデソニドなどの薬物代謝に工夫がなされた薬剤も多数使用可能となっています。ステロイド依存の難治性炎症性腸疾患の状態ではチオプリン製剤が使用されます。NUDT15 遺伝子多型を確認することにより重篤な副作用を回避して安全性の高い治療が可能となってきました。これらの基本治療で疾患のコントロールが困難な場合に生物学的製剤、低分子化合物などの薬剤の使用が検討されます。多くの新規薬剤の臨床使用が可能となっていますが、各薬剤の使用順などに明確な基準が存在しないのが実情になります。各種薬剤の特徴を作用機序、投与経路、投与間隔、有害事象などから多面的に評価し、医師が理解した特徴を患者さんに情報提供し、共有意思決定支援 (Shared decision making : SDM) を意識した診療が求められています。

〈学歴および職歴〉

〈略 歴〉

| | |
|--------------|--------------------------------------------------|
| 平成 元 年 5 月 | 岐阜大学医学部附属病院 医員（研修医）（第一内科） |
| 平成 元 年 12 月 | 高山赤十字病院 内科医師 |
| 平成 2 年 12 月 | 国立湊病院 内科医師 |
| 平成 3 年 11 月 | 岐阜市民病院 消化器内科医師 |
| 平成 5 年 6 月 | 岐阜県厚生連養老中央病院 内科医師 |
| 平成 11 年 6 月 | 岐阜大学医学部附属病院 医員（第一内科） |
| 平成 18 年 4 月 | 岐阜大学医学部附属病院 講師（光学医療診療部） |
| 平成 20 年 2 月 | 岐阜大学医学部附属病院 准教授（光学医療診療部） |
| 平成 25 年 10 月 | 岐阜大学医学部附属病院 光学医療診療部 部長 |
| 平成 30 年 4 月 | 岐阜大学医学部附属病院 光学医療診療部 臨床教授 |
| 令和 2 年 4 月 | 社会医療法人蘇西厚生会松波総合病院 副院長 光学診療センター長 炎症性腸疾患（IBD）センター長 |

スポンサードセミナー1

クローン病の治療戦略

講師：名古屋大学医学部附属病院 消化器内科 山村健史

潰瘍性大腸炎におけるウパダシチニブの 有用性について

講師：名古屋市立大学 消化器・代謝内科学 尾関啓司

司会：名古屋大学医学部附属病院 光学医療診療部 中村正直

共催：アッヴィ合同会社

第2会場

10：40～11：30

スポンサードセミナー1

クローン病の治療戦略

名古屋大学医学部附属病院 消化器内科

山村健史

クローン病は小腸と大腸を中心に潰瘍と狭窄を形成しながら、腸管ダメージが蓄積していく慢性炎症性疾患である。治療は臨床的寛解だけでなく、内視鏡的治癒が長期目標とされている。またダメージが蓄積しないように発症早期から内視鏡的治癒を目指す early induction の重要視されている。中でも小腸病変は症状が現れにくく、気づいた頃には不可逆的な狭窄を形成していることが多く、更に薬物治療も効果が低いことが報告されており、診断治療共に難渋する。近年、深部小腸病変の有無が再燃や手術と関連することが報告され、小腸病変の診断や治療に対する対策が必要である。実際の薬物治療は aggressive な進行や予後不良因子の有無を考慮しながら、最初から生物学的製剤を使用する Top-down therapy が行われている。クローン病に対する生物学的製剤は従来の抗 TNF α 抗体製剤、抗 IL-12/23 抗体 p40 製剤、 $\alpha 4\beta 7$ インテグリン抗体製剤に加え、抗 IL-23p23 抗体製剤 (リサンキズマブ) と経口低分子化合物であるヤヌスキナーゼ (JAK) 阻害薬 (ウパダシチニブ) が適応追加となった。これらの薬剤を使い分けながら、早期の内視鏡的治癒を達成することが今後の治療の目標となる。

〈学歴および職歴〉

〈略 歴〉

- 2002年 3月 名古屋大学医学部医学科卒業
- 2002年 4月 日本赤十字社愛知医療センター名古屋第二病院
- 2004年 4月 刈谷豊田総合病院
- 2007年10月 山下病院
- 2008年 4月 名古屋大学大学院医学研究科 分子総合医学 消化器内科学
- 2012年 4月 名古屋大学医学部医学研究科消化器内科 医員
- 2014年 4月 名古屋大学医学部附属病院光学医療診療部 病院助教
- 2020年 4月 名古屋大学大学院医学研究科消化器内科学 助教
- 2023年10月 名古屋大学医学部附属病院消化器内科学 病院講師

スポンサードセミナー1

潰瘍性大腸炎におけるウパダシチニブの 有用性について

名古屋市立大学 消化器・代謝内科学

尾関啓司

潰瘍性大腸炎 (UC) 治療の進歩は近年目覚ましい。ヤヌスキナーゼ阻害剤としては、フィルゴチニブ、トファシチニブ (TOF)、ウパダシチニブ (UPA) の有用性が証明されて臨床応用されてきている。

UPA は、UC において、プラセボ対照第Ⅲ相ランダム化試験における8週目及び52週目の有意な臨床的寛解、内視鏡的粘膜治癒、組織学的寛解を認めた (U-ACIEVE 及び U-ACCOMPLISH 試験; 2022年 Lancet)。また、生物学製剤治療歴がある患者群においても、生物学的製剤治療歴がない群と同様の高い治療効果を認めた。プラセボ対照とした間接比較試験 (ネットワークメタアナライシス) においても、その短期的な治療効果については IFX をも上回る効果を UPA は UC において示した (2021年 Gut・2022年 Lancet Gastroenterol Hepatol.)。さらにリアルワールドデータ (RWD) として、前向き研究及び後ろ向き研究においても、UC における UPA の有効性が示されている (2023年 CGH・IBD)。さらに、ステロイド抵抗性、IFX 抵抗性の acute sever UC においても UPA がサルベージ治療として選択可能になる可能性や TOF 無効症例にも UPA が有用である可能性などが報告されてきている (2023年 CGH・JCC)。

一方、UPA 治療の長期安全性については今後も慎重に見極めていく必要がある。

〈学歴および職歴〉

〈略 歴〉

- 2001年 名古屋市立大学医学部卒業
- 2001年 名古屋第二赤十字病院
- 2007年 名古屋市立大学病院
- 2007年 名古屋通信病院
- 2009年 NTT西日本東海病院
- 2011年 名古屋市立大学病院
- 2013年 名古屋市立大学大学院卒業
- 2015年 名古屋市立大学 助教
- 2020年 名古屋市立大学 講師

スポンサードセミナー2

ESDの現況と展望 ～新たな処置用スコープの可能性も含めて～

講 師：神戸大学医学部附属病院 光学医療診療部 豊永高史

特別発言：朝日大学病院 消化器内科 八木信明

司 会：愛知医科大学病院 消化管内科 春日井邦夫

共催：富士フイルムメディカル株式会社

第3会場

10：40～11：30

スポンサードセミナー2

ESDの現況と展望 ～新たな処置用スコープの可能性も含めて～

神戸大学医学部附属病院 光学医療診療部

豊永高史

内視鏡的粘膜下層剥離術 Endoscopic submucosal dissection (ESD)は病変の大きさ・形態・部位によらず内視鏡的な一括切除が可能な方法である。治癒切除例の長期予後も極めて良好であることから本邦のみならず海外でも広く普及するに至っている。

一方、施行時間の長さ、技術的難易度の高さが問題である。また、臨床病理学的な適応の限界、遅発性穿孔や術後狭窄などの点から実現可能性に関する問題が存在する。こうした背景からESDにおける進歩の現状は、ESDを如何に安全かつ平易に施行するかという課題と、どこまで限界に迫れるかという両極の課題へと向かっている。

ESD困難例には病変自体の難易度が高い剥離困難例と、病変へのアプローチが困難な例とに大別される。剥離困難例には出血を来しやすい症例、線維化による困難例、脂肪が豊富で通電性が悪く剥離・止血供に困難となる症例などがあげられる。アプローチ困難例は胃穹窿部や胃体部大弯、十二指腸、大腸などスコープの操作性に制限のある症例、頸部食道や噴門部、幽門輪、回盲部、肛門管など占拠部位に起因するものが上げられる。これら困難要因に対処するために、解剖学的背景に立脚したストラテジーの立案、各種デバイスの開発が行われて来た。また、海外では比較的大がかりなデバイスを併用するDevice associated ESDとしてFlexible endoscopic surgeryにおけるモダリティの一つとして独特の進歩を遂げつつある。

こうした取り組みにより、かつて技術的に限界と感じられた病変の多くは切除可能となった。一方、臨床病理学的な適応、遅発性穿孔や術後狭窄の問題など実現可能性の担保については限界への挑戦が続いている。講演では本邦におけるこれまでのESDを総括し、現在の到達点・未来への展望につき概説する。

〈学歴および職歴〉

〈学歴〉

1989年3月 愛媛大学医学部医学科卒業

〈職歴〉

1989年6月 岸和田徳洲会病院
1997年9月 同院 内科医長
2001年2月 - 2002年2月 大隅鹿屋病院 (出向)
2004年1月 - 2006年12月 滋賀医科大学 非常勤講師
2004年3月 岸和田徳洲会病院 消化器内科部長
2007年7月 神戸大学医学部附属病院 光学医療診療部長・准教授

〈所属学会等〉

日本内科学会、日本消化器内視鏡学会、日本消化器病学会、日本超音波医学会、日本救急医学会、日本胃癌学会、米国消化器内視鏡学会 (ASGE international member)、欧州消化器内視鏡学会 (ESGE individual member)

〈資格〉

日本内科学会総合内科専門医・指導医、日本消化器内視鏡学会専門医・指導医、日本消化器病学会専門医・指導医、日本超音波医学会専門医・指導医、日本救急医学会専門医、死体解剖資格認定、外国人医師臨床修練指導医 (Certificate of clinical instructor)

〈役職〉

日本消化器内視鏡学会 社団評議員、日本消化器病学会 評議員。
Fellow of Japan Gastroenterological Endoscopy Society. Fellow of American Society of Gastrointestinal Endoscopy. Advisory Professor; Konkuk University Medical Center, Korea. Visiting Professor; The general Hospital of Shenyang Military, China. University of Novi Sad, School of Medicine, Serbia. Honorary Visiting Professor; Hadassah University Medical Center, Israel. International Professor; Santa Casa de Sao Paulo, School of Medicine, Brazil.

スポンサードセミナー3

Interventional EUSの現状と課題 －新型超音波観測装置の有用性－

講師：愛知医科大学 肝胆膵内科 井上匡央

Interventional EUSの現状と課題 －直視型コンベックススコープの有用性－

講師：愛知県がんセンター 消化器内科部 桑原崇通

司会・特別発言：藤田医科大学 消化器内科学 廣岡芳樹

共催：オリンパスマーケティング株式会社

第2会場

13：50～14：40

スポンサードセミナー3

Interventional EUSの現状と課題 －新型超音波観測装置の有用性－

愛知医科大学 肝胆膵内科

井上匡央

超音波内視鏡 (Endoscopic ultrasound: EUS) は1980年に報告されてから約40年が経過し、現在では胆膵領域疾患の診断・治療に欠かすことの出来ないモダリティとなっている。EUSはERCPと比較して膵炎の懸念もなく侵襲性が低いことから、腹部超音波検査やMDCT、MRCPに引き続き行われる診断法として位置づけられる。またEUSは、消化管内から周囲臓器の詳細な超音波観察を行うことが開発当初の目的であったが、超音波観察下に病変を穿刺し組織採取 (EUS-guided fine-needle aspiration: EUS-FNA) を行うことも可能となり、特に膵腫瘍の病理学的診断目的において実臨床で幅広く普及することとなった。さらに急性膵炎や慢性膵炎などに伴う膵周囲液体貯留に対して、EUS-FNAの手技を応用・発展させたドレナージ術も登場し、現在では多くの症例において第一選択治療として行われている。そしてこの穿刺テクニックを応用したドレナージ手技は、ERCP困難な閉塞性黄疸症例に対する胆道ドレナージ (EUS-guided biliary drainage: EUS-BD) としても施行されている。このEUS-BDには、経十二指腸的に肝外胆管を穿刺してステントを留置する方法 (EUS-guided choledochoduodenostomy: EUS-CDS) や経胃的に肝内胆管を穿刺してステントを留置する方法 (EUS-guided hepaticogastrostomy: EUS-HGS)、胆管を穿刺後順行性にガイドワイヤーを進めて狭窄部を突破しステント留置する方法 (EUS-guided antegrade stenting: EUS-AGS) など、複数の手技が存在している。

EUS関連手技は日々急速に進歩している領域であり、新しい手技や工夫、そしてデバイスの進歩も著しく、患者さんの利益を最大化するために最新の情報を得て日常臨床にあたることが重要となる。本講演では近年登場した最新型の内視鏡用超音波観測装置である「EU-ME3」の特徴と有用性にフォーカスすると共に、EUS関連手技の現状と課題に関して概説する。

〈学歴および職歴〉

〈略 歴〉

2008年 愛知医科大学医学部医学科 卒業
2008年 愛知医科大学病院 初期臨床研修医
2009年 公立学校共済組合 東海中央病院 内科・消化器内科
2011年 愛知医科大学病院 消化器内科
2012年 岐阜県立多治見病院 消化器内科
2015年 愛知医科大学病院 肝胆膵内科
2018年 愛知医科大学病院 肝胆膵内科 助教
2021年 愛知医科大学医学部 内科学講座(肝胆膵内科) 助教
2022年 愛知医科大学医学部 内科学講座(肝胆膵内科) 講師
2023年 愛知医科大学医学部 内科学講座(肝胆膵内科) 准教授 現在に至る

スポンサードセミナー3

Interventional EUSの現状と課題 －直視型コンベックススコープの有用性－

愛知県がんセンター 消化器内科部

桑原崇通

超音波内視鏡 (endoscopic ultrasonography: EUS) は胆膵疾患診断・治療に必須の手技となっている。EUSは消化管・消化管隣接臓器の詳細な観察が可能になっただけでなく、EUS下吸引針生検術 (EUS-guided fine-needle aspiration: EUS-FNA) やEUS下胆管十二指腸吻合術 ((EUS-guided choledochoduodenostomy: EUS-CDS)・EUS下胆管胃吻合術 (EUS-guided hepaticogastrostomy: EUS-HGS)をはじめとしたEUS下胆道ドレナージ (EUS-guided biliary drainage: EUS-BD) などinterventional EUSの施行が可能な画期的なモダリティである。EUSにはラジアル型とコンベックス型があり、さらにコンベックス型は前方斜視型と直視型に分類され、一般的には前方斜視型コンベックスEUSを用いてinterventional EUSを行うことが多い。interventional EUSは食道から直腸までほぼすべての消化管経由で行うことが可能であるが、前方斜視型の場合右側結腸や再建腸管などスコープの挿入が困難な部位が存在する。直視型コンベックスならば深部消化管への挿入が前方斜視型に比して容易になり、interventional EUSの適応範囲を増やすことが可能になる。また、前方斜視型の特性上EUS-CDSの際の二重穿刺を来す可能性があるが直視コンベックス型を用いると二重穿刺を防ぎ安全にEUS-CDSを施行できる可能性が報告されている。

本講演では前方斜視型の弱点を補完する重要な内視鏡である直視型コンベックス内視鏡の概要と使用上の注意点、その適応例や今後の展望について概説する。

〈学歴および職歴〉

〈略 歴〉

- 2006年3月 名古屋大学医学部医学科卒業
- 2006年4月 小牧市民病院 初期臨床研修医
- 2008年4月 小牧市民病院 消化器内科医員
- 2011年4月 刈谷豊田総合病院 消化器内科医員
- 2012年10月 名古屋大学大学院医学系研究科 消化器内科 医員
- 2016年10月 愛知県がんセンター 消化器内科部 医長

スポンサードセミナー4

消化器癌における免疫チェックポイント阻害薬の
い・ろ・は

講師：愛知県がんセンター 薬物療法部

谷口浩也

司会：名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器・代謝内科学

片岡洋望

共催：MSD株式会社

第3会場

13：50～14：40

スポンサードセミナー4

消化器癌における免疫チェックポイント阻害薬の い・ろ・は

愛知県がんセンター 薬物療法部

谷口浩也

2014年、免疫チェックポイント阻害薬は悪性黒色腫に初めて薬事承認された。それから9年が経過し、抗PD-1抗体/PD-L1抗体薬、抗CTLA-4抗体薬を含め多数の免疫チェックポイント阻害薬が臨床で使用可能となっている。消化器がんにおいても、胃がん、食道がん、肝細胞がん、胆道がんとは次々と適応が広がっている。消化器がんでは、単剤療法に加えて、いわゆる殺細胞性抗がん薬との併用療法、複合がん免疫療法の登場が、ブレイクスルーとなったことは言うまでもない。かたや、膵がん、大腸がんでは未だ免疫チェックポイント阻害薬の有効性が示されていない。これらネガティブな試験を振り返ることで学ぶことも多い。一方、2018年には、MSI-High(高頻度マイクロサテライト不安定性)を有する固形がん、2022年には高い腫瘍遺伝子変異量(TMB-High)を有する固形がんにはペムブロリズマブが承認され、臓器横断的な適応も実現した。(注1) 今後も有効性を絞り込むバイオマーカーの活用が、膵がん、大腸がんでの課題克服のキーとなることは間違いない。免疫チェックポイント阻害薬の魅力は、長期奏効を得られることである。一方、特有の免疫関連有害事象(irAE)があり、重篤な有害事象も報告されているため、その対策にはチーム医療で臨む必要がある。本講演では、消化管がんの薬物療法をメインで診療する腫瘍内科医の立場から、免疫チェックポイント阻害薬を活用するためのチェックポイントを共有したい。

(注1)

- ・がん化学療法後に増悪した進行・再発の高頻度マイクロサテライト不安定性(MSI-High)を有する固形癌(標準的な治療が困難な場合に限る)
- ・がん化学療法後に増悪した高い腫瘍遺伝子変異量(TMB-High)を有する進行・再発の固形癌(標準的な治療が困難な場合に限る)

〈学歴および職歴〉

〈略 歴〉

- 2002年3月 京都府立医科大学 卒業
- 2002年4月 京都府立医科大学 消化器・血液内科
- 2003年4月 朝日大学附属村上記念病院 消化器内科
- 2006年4月 京都府立医科大学 消化器内科
- 2009年4月 静岡がんセンター 消化器内科
- 2012年4月 愛知県がんセンター中央病院 薬物療法部
- 2018年7月 国立がん研究センター東病院 消化管内科
- 2021年5月 愛知県がんセンター 薬物療法部

シンポジウム1

消化管内視鏡診療の最前線

司会：名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器・代謝内科学
藤田医科大学 消化器内科学

志村貴也
船坂好平

第1会場

14：50～17：00

お断わり：原則的に講演者が入力したデータをそのまま掲載しておりますので、一部施設名・演者名・用語等の表記不統一がございます。あらかじめご了承ください。

■第1会場

シンポジウム1 14:50～17:00

司会：名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器・代謝内科学 志村貴也
藤田医科大学 消化器内科学 船坂好平

- S1-1 当院における食道ESD後広範囲粘膜欠損例に対する狭窄予防の現状
名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器代謝内科学
○福定繁紀、志村貴也、片岡洋望
- S1-2 当院における放射線治療後の食道扁平上皮癌に対する Low radial force stent
留置術の治療成績
愛知県がんセンター 内視鏡部
○山本嘉太郎、伊藤信仁、田近正洋
- S1-3 当院における内視鏡的逆流防止粘膜切除術の適応と経験
医療法人 山下病院 消化器内科
○福沢一馬、松崎一平、服部昌志
- S1-4 上部消化管粘膜下腫瘍を対象としたEUS-FNBで確定診断を得るための白色検
体長の検討
静岡県立静岡がんセンター 内視鏡科
○月田里映、石渡裕俊、佐藤純也
- S1-5 H.pylori陰性胃MALTリンパ腫の治療戦略：内視鏡的切除を含む治療成績
浜松医科大学 第一内科¹⁾、
浜松医科大学医学部附属病院 光学医療診療部²⁾
○高橋賢一¹⁾、大澤 恵²⁾、杉本 健¹⁾
- S1-6 同時性、および異時性多発胃癌の内視鏡的治療と成績
朝日大学病院 消化器内科
○杉野敏志、中畑由紀、坂元直行
- S1-7 深達度SM2早期胃癌に対するESDの安全性の検討
三重大学医学部附属病院 消化器肝臓内科
○梅田悠平、池之山洋平、中川勇人
- S1-8 当院における術後胃に対するESD治療の現状
藤田医科大学病院 消化器内科
○鵜飼剛史、船坂好平、廣岡芳樹

- S1-9 拡大狭帯域画像を用いた表在型非乳頭部十二指腸上皮性腫瘍の粘液形質の予測
名古屋大学大学院 医学系研究科 光学診療部
○倉田祥行、廣瀬 崇、川嶋啓揮
- S1-10 当院における Cronkhite Canada syndrome 4 例の検討
岐阜大学医学部附属病院 消化器内科
○大西祥代、井深貴士、清水雅仁
- S1-11 組織への引っ掛かりを強化した先端系ナイフの開発
市立四日市病院 消化器内科
○竹島大貴、小林 真
- S1-12 当院における悪性大腸閉塞に対するステント留置の成績
日本赤十字社愛知医療センター 名古屋第二病院 消化器内科
○山田智則
- S1-13 根治切除可能閉塞性遠位結腸癌に対する経肛門イレウス管と大腸ステントの
短期治療成績の比較検討:多施設共同症例対照研究の結果から
名古屋市立大学医学部附属東部医療センター 消化器内科¹⁾、
名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器・内科学²⁾
○武仲祐弥¹⁾、志村貴也²⁾、伊藤恵介¹⁾

シンポジウム2

胆膵内視鏡診療の最前線

司会：愛知県がんセンター 消化器内科 奥野のぞみ
三重大学医学部附属病院 消化器・肝臓内科 山田玲子

第1会場

8：40～11：20

お断わり：原則的に講演者が入力したデータをそのまま掲載しておりますので、一部施設名・演者名・用語等の表記不統一がございます。あらかじめご了承ください。

■第1会場

シンポジウム2 8:40～11:20

司会：愛知県がんセンター 消化器内科

奥野のぞみ

三重大学医学部附属病院 消化器・肝臓内科

山田玲子

- S2-1 リング型指サックは胆膵内視鏡におけるガイドワイヤの操作性を向上させる可能性がある
磐田市立総合病院 消化器内科
○金子淳一
- S2-2 膵管ガイドワイヤー法における新規ガイドワイヤーの位置づけ
豊橋市民病院 消化器内科
○牧野成彦、鈴木博貴、松原 浩
- S2-3 胆管挿管困難症例に対するトラクション法の有用性
岐阜県立多治見病院 消化器内科
○丹羽佑介、奥村文浩、水島隆史
- S2-4 肝門部領域胆管狭窄を伴う胆道癌に対する生検専用シースを用いた術前マッピング生検に関する検討
静岡県立静岡がんセンター 内視鏡科
○坂本拡基、石渡裕俊、佐藤純也
- S2-5 総胆管結石採石術後に対する生理食塩水洗浄
豊田厚生病院 消化器内科
○田ヶ原俊徳、内田元太、都築智之
- S2-6 当院におけるSpyGlass DSを併用した膵石治療の現状
名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器・代謝内科学
○久野佳代子、佐橋秀典、吉田道弘
- S2-7 膵癌術前化学放射線療法を企図した遠位悪性胆道狭窄に対するステント選択
三重大学医学部附属病院 消化器・肝臓内科¹⁾、
松阪中央総合病院 消化器内科²⁾
○村嶋佑美^{1),2)}、山田玲子¹⁾、中川勇人¹⁾
- S2-8 遠位胆管閉塞に対するテーパー & フレア型ステントの開発
市立四日市病院 消化器内科
○中藪啓史、小林 真

- S2-9 術後胆汁漏に対する内視鏡的胆管ドレナージの有効性
岐阜市民病院 消化器内科
○下城宏太、岩田圭介、奥野 充
- S2-10 胆嚢炎術前管理における ENGBD cutting 内瘻化術の検討
岐阜県総合医療センター 消化器内科
○丸田明範、吉田健作、清水省吾
- S2-11 EST 後出血に対する新規止血材（ピュアスタット）を用いた内視鏡的止血の成績
伊勢赤十字病院 消化器内科
○村林桃土、大山田純、亀井 昭
- S2-12 透析患者における ERCP 関連手技の偶発症とその予測因子に関する検討
日本赤十字社愛知医療センター名古屋第二病院 消化器内科
○森 俊敬、宮部勝之、林 克己
- S2-13 膵腫瘍に対する Franseen 針を用いた EUS-FNB の病理学的診断能：19-gauge versus 22-gauge
岐阜大学医学部附属病院 第一内科
○岩田翔太、岩下拓司、清水雅仁
- S2-14 肝尾状葉病変に対する超音波内視鏡下穿刺術の有用性
名古屋市立大学医学部附属東部医療センター 消化器内科
○猪飼千咲、近藤 啓、林 香月
- S2-15 急性胆嚢炎に対する 19G Acquire® を用いた EUS-GBD の検討
愛知県がんセンター 消化器内科
○浦田美菜子、奥野のぞみ、原 和生
- S2-16 切除不能局所進行膵臓癌の陽子線治療における EUS ガイド下金マーカー留置の有用性の検討
名古屋大学大学院医学系研究科 消化器内科学¹⁾、
名古屋大学医学部附属病院 光学医療診療部²⁾、
成田記念病院 消化器内科³⁾
○竹内一訓¹⁾、山雄健太郎²⁾、外山貴洋³⁾

一 般 演 題

お断わり：原則的に講演者が入力したデータをそのまま掲載しておりますので、一部施設名・演者名・用語等の表記不統一がございます。あらかじめご了承ください。

若手研究者優秀演題奨励賞選定セッション審査員

上部消化管・他：

| | |
|------------------|------|
| 藤枝市立総合病院 消化器内科 | 丸山保彦 |
| 藤田医科大学 消化器内科学 | 宮原良二 |
| 岐阜総合医療センター 消化器内科 | 山崎健路 |

下部消化管：

| | |
|----------------------|-------|
| 三重大学医学部附属病院 消化器病センター | 堀木紀行 |
| 静岡がんセンター 内視鏡科 | 堀田欣一 |
| 愛知医科大学 消化管内科 | 小笠原尚高 |

胆膵：

| | |
|----------------------------|------|
| 名古屋市立大学医学部附属東部医療センター 消化器内科 | 林 香月 |
| 岐阜大学医学部附属病院 消化器内科 | 岩下拓司 |
| 藤田医科大学 ばんだね病院 消化器内科 | 橋本千樹 |

■第2会場

若手研究者優秀演題奨励賞選定セッション

上部消化管・他① 8:30～9:05

座長：岐阜大学医学部附属病院 消化器内科 大西祥代

- Y-1 食道狭窄をともなう Mallory-Weiss 症候群に対し DIY により細径内視鏡で吸収性局所止血剤「PuraStat®」塗布による止血に成功した一例
静岡県立総合病院 消化器内科
○稲川敦子、川口真矢、坂口航輝、本多一仁、村松未来、大堂真一郎、土壁千夏、上原慶大、武田昌大、池田慎也、加島弘崇、平田太陽、佐藤辰宣、増井雄一、松田昌範、川合麻実、遠藤伸也、黒上貴史、白根尚文、大野和也
- Y-2 早期食道癌 ESD 後 11 日目に遅発性の出血をきたした 1 例
国際医療福祉大学熱海病院 消化器内科
○杉元俊太郎、加藤孝征、永井圭毅、櫻井裕一郎、清田耕助、留野 涉、坂本康成
- Y-3 表在型食道癌との鑑別を要した限局型好酸球性食道炎の 1 例
岐阜県総合医療センター 消化器内科¹⁾、
滋賀医科大学医学部 病理学講座²⁾
○山内和貴¹⁾、小澤範高¹⁾、山崎健路¹⁾、九嶋亮治²⁾、木村明博¹⁾、黒田英孝¹⁾、小泉 悠¹⁾、村瀬博幸¹⁾、大谷毅一¹⁾、増田直也¹⁾、入谷壮一¹⁾、吉田健作¹⁾、丸田明範¹⁾、永野淳二¹⁾、清水省吾¹⁾
- Y-4 保存的治療にて改善しえた SB (Sengstaken-Blakemore) チューブによる医原性食道穿孔の 1 例
名古屋市立大学医学部附属東部医療センター 消化器内科
○神谷昌宏、近藤 啓、佐藤 椋、服部智子、小林彩香、猪飼千咲、中川真里絵、庄田怜加、武仲祐弥、荒木幸子、西垣信宏、小島尚代、伊藤恵介、林 香月
- Y-5 食道ステント断裂片の胃内逸脱に対し内視鏡的回収を行った一例
安城更生病院 消化器内科
○山田政伸、石原 誠、安部太智、伊藤創太、岩田彩加、森下昌史、榎本祥吾、加藤 彩、竹内悠祐、齋藤洋一郎、林大樹朗、竹内真実子

若手研究者優秀演題奨励賞選定セッション

上部消化管・他② 9:05～9:40

座長：朝日大学病院 消化器内科 中畑由紀

- Y-6 外来治療のみで完治し得た高齢者の魚骨による消化管穿孔の一例
国際医療福祉大学熱海病院 消化器内科¹⁾、
国際医療福祉大学三田病院 消化器内科²⁾
○織茂智也¹⁾、加藤孝征¹⁾、杉元俊太郎²⁾、永井奎毅²⁾、清田耕助¹⁾、
留野 渉¹⁾、坂本康成¹⁾
- Y-7 PPI長期投与により発生し中止により縮小した「ラズベリー型腺窩上皮型腫瘍」
と鑑別を要した polypoid foveolar hyperplasia の一例
藤枝市立総合病院 消化器内科
○丸山 巧、丸山保彦、吉井重人、景岡正信、大島昭彦、寺井智宏、
星野弘典、稲垣圭祐、乾 航、馬場皓大
- Y-8 H. pylori 除菌後の胃粘膜を背景に生じた微小胃底腺型胃癌の一例
浜松医科大学医学部 第一内科¹⁾、
浜松医科大学医学部附属病院 光学医療診療部²⁾、
浜松医科大学医学部附属病院 臨床検査医学³⁾
○杉山智哉¹⁾、杉浦喜一¹⁾、加藤敦士¹⁾、江上貴俊¹⁾、高橋賢一¹⁾、
伊藤達弘¹⁾、浅井雄介¹⁾、高橋 悟¹⁾、尾上峻也¹⁾、樋口友洋²⁾、
宮津隆裕¹⁾、金子雅直¹⁾、石田夏樹²⁾、田村 智¹⁾、松浦友春¹⁾、
谷 伸也¹⁾、山出美穂子¹⁾、濱屋 寧¹⁾、岩泉守哉³⁾、大澤 恵²⁾、
杉本 健¹⁾
- Y-9 肥厚性皮膚骨膜炎に合併した H.pylori 未感染多発早期胃癌の一例
岐阜大学医学部附属病院 第一内科
○歌方有貴、高田 淳、宇野由佳里、小島健太郎、大西祥代、
久保田全哉、井深貴士、清水雅仁
- Y-10 4型進行胃癌に類似した乳癌胃転移の1例
JA 静岡厚生連遠州病院 消化器内科
○北川美織、高垣航輔、藤田翔也、大津卓也、森 泰希、竹内靖雄、
白井直人

若手研究者優秀演題奨励賞選定セッション

上部消化管・他③ 9:40～10:15

座長：聖隷浜松病院 消化器内科 木全政晴

- Y-11 異所性腭を伴った胃前庭部粘膜内癌の1切除例
刈谷豊田総合病院 内科¹⁾、刈谷豊田総合病院 病理診断科²⁾
○河竹弘貴¹⁾、神岡諭郎¹⁾、濱島英司¹⁾、中江康之¹⁾、仲島さより¹⁾、
久野剛史¹⁾、吉川幸愛¹⁾、二村侑歩¹⁾、光松佑時¹⁾、新田紘一郎¹⁾、
足立賢吾¹⁾、川嶋裕人¹⁾、亀島祐貴¹⁾、伊藤 誠²⁾
- Y-12 胃空腸バイパス術後、吻合部悪性狭窄に対してSide-by-Sideでステントを留置した一例
公立西知多総合病院 消化器内科
○山口一馬、鈴木悠土、相澤勇人、澤田悠太郎、安藤雅能、竹山友章
- Y-13 内視鏡的胃瘻チューブ回収困難例に対して経皮経瘻孔的にバンパーを切離し経食道的に回収した一例
名古屋市立大学医学部附属みどり市民病院 消化器内科
○稲垣貴文、西江裕忠、浅野 剛、野尻 優、内藤 格
- Y-14 NBCAにて止血した十二指腸静脈瘤破裂の1例
刈谷豊田総合病院 内科
○東村優輔、仲島さより、濱島英司、神岡諭郎、中江康之、久野剛史、
二村侑歩、吉川幸愛、光松佑時、足立賢吾、新田紘一郎、亀島祐貴、
川嶋裕人
- Y-15 腹腔鏡補助下にて内視鏡的に切除した巨大十二指腸Brunner腺過形成の一例
愛知医科大学病院 消化管内科¹⁾、愛知医科大学病院 消化器外科²⁾
○河合千晴¹⁾、足立和規¹⁾、安藤 慧¹⁾、南谷真理弥¹⁾、東 美佳¹⁾、
加藤真子¹⁾、田代 崇¹⁾、加藤 綾¹⁾、小野 聡¹⁾、加藤駿介¹⁾、
高山将旭¹⁾、越野 顕¹⁾、山本和弘¹⁾、杉山智哉¹⁾、山口純治¹⁾、
安藤公隆²⁾、井澤晋也¹⁾、海老正秀¹⁾、小笠原尚高¹⁾、佐々木誠人¹⁾、
春日井邦夫¹⁾

■第3会場

若手研究者優秀演題奨励賞選定セッション

下部消化管① 8:30～9:05

座長：名古屋大学医学部附属病院 光学医療診療部 澤田つな騎

- Y-16 腸閉塞を契機に診断された小腸原発悪性リンパ腫の1例
刈谷豊田総合病院 内科
○藤島亮太、久野剛史、濱島英司、神岡諭郎、中江康之、仲島さより、
二村侑歩、吉川幸愛、光松佑時、足立賢吾、新田紘一郎、亀島祐貴、
川嶋裕人
- Y-17 診断に苦慮した回腸デスマイド型線維腫症の一例
愛知医科大学病院 卒後臨床研修センター¹⁾、
愛知医科大学病院 消化管内科²⁾
○北田智也¹⁾、南谷真理弥²⁾、安藤 慧²⁾、東 美佳²⁾、河合千晴²⁾、
加藤真子²⁾、田代 崇²⁾、加藤 綾²⁾、小野 聡²⁾、加藤駿介²⁾、
高山将旭²⁾、山本和弘²⁾、越野 顕²⁾、杉山智哉²⁾、足立和規²⁾、
山口純治²⁾、井澤晋也²⁾、海老正秀²⁾、小笠原尚高²⁾、佐々木誠人²⁾、
春日井邦夫²⁾
- Y-18 腸重積をきたした小腸脂肪腫をダブルバルーン内視鏡にて切除した一例
社会医療法人宏潤会大同病院 消化器内科
○三宅峻太、西川貴広、八鹿 潤、黒部拓也、田島万莉、胡 磊明、
丸山昭洋、山口智大、齋藤和輝、吉田和弘、長谷川万里子、
野々垣浩二
- Y-19 虫垂開口部に存在したポリープに対してunderwater EMRが有用であった7例
静岡県立総合病院 消化器内科
○大堂真一郎、大野和也、坂口航輝、本多一仁、村松未来、稲川敦子、
土壁千夏、上原慶大、武田昌大、池田慎也、加島弘崇、平田太陽、
佐藤辰宣、増井雄一、松田昌範、川合麻実、寺田修三、遠藤伸也、
黒上貴史、白根尚文、川口真矢
- Y-20 Over-The-Scope Clipシステムにより内視鏡的に治癒した直腸脱の1例
JA 岐阜・西濃医療センター 西濃厚生病院 消化器内科¹⁾、
JA 岐阜・西濃医療センター 岐北厚生病院 消化器内科²⁾
○岩佐太誠^{1,2)}、足立政治^{1,2)}、鈴木祐介^{1,2)}、松浦加奈¹⁾、
馬淵まさとし¹⁾、中村博式¹⁾、島崎 信¹⁾、西脇伸二¹⁾

若手研究者優秀演題奨励賞選定セッション

下部消化管② 9:05～9:33

座長：静岡県立総合病院 消化器内科 黒上貴史

- Y-21 健診で発見され、内視鏡的に自然治癒したアメーバ性潰瘍の一例
下田メディカルセンター 内科¹⁾、伊東市民病院 消化器内科²⁾、
伊東市民病院 病理診断科³⁾、伊豆赤十字病院 内科⁴⁾
○尾崎友香^{1),2)}、川合耕治²⁾、河嶋 健^{2),4)}、平野博嗣³⁾
- Y-22 ポリポーシス発症前と内視鏡像の対比が可能であったCronkhite-Canada症候群の1例
浜松医療センター 消化器内科
○森下敦史、佐藤大輝、藤田翔也、井上尊史、西澤航平、井口太郎、
山中力行、大庭行正、鈴木安曇、佐原 秀、栗山 茂、影山富士人、
金岡 繁
- Y-23 非薬剤起因性collagenous colitisの一例
藤枝市立総合病院
○馬場皓大、寺井智宏、丸山保彦、吉井重人、景岡正信、大島昭彦、
星野弘典、乾 航、稲垣圭佑、丸山 巧
- Y-24 便潜血検査陽性を契機に診断となった症状不顕性の再発性腸管アメーバ症の一例
静岡赤十字病院 消化器内科
○山崎浩平、高橋春奈、横山翔平、及川 亮、石黒友也、山田 裕、
甲田 恵、杉山智洋

若手研究者優秀演題奨励賞選定セッション

下部消化管③ 9:33～10:01

座長：刈谷豊田総合病院 消化器内科 久野剛史

- Y-25 大腸憩室炎に伴う腸管閉塞と穿孔を来し外科治療を要した2例
松波総合病院 消化器内科
○亀井真琴、中西孝之、荒木寛司、鳥澤宗一郎、神野宏規、牧野紘幸、長尾涼太郎、片岡史弥、河口順二、浅野剛之、早崎直行、伊藤康文、田上 真、杉原潤一、森脇久隆、富田栄一
- Y-26 続発性慢性偽性腸閉塞症に対して経皮内視鏡的結腸瘻造設術を施行した1例
豊橋市民病院 総合診療科¹⁾、豊橋市民病院 消化器内科²⁾
○佐久間智大¹⁾、服部 峻²⁾、松原 浩²⁾、内藤岳人²⁾、山田雅弘²⁾、山本英子²⁾、鈴木博貴²⁾、小池 剛²⁾、堀田尋紀²⁾、佐藤宏樹²⁾、牧野成彦²⁾、社本賢昭²⁾、浦野文博²⁾
- Y-27 腸間膜静脈硬化症に伴う糞石により腸閉塞を発症し、内視鏡的に糞石を除去した一例
日本赤十字社愛知医療センター名古屋第二病院 消化器内科
○内田美奈、宮部勝之、高木優輔、石田みなみ、有賀亮太、加藤大介、森 俊敬、宮城島俊、齋藤彰敏、熱田直己、塚本宏延、蟹江 浩、山田智則、林 克巳
- Y-28 内視鏡的に整復しえた非腫瘍性腸重積症の一例
安城更生病院 消化器内科
○安部太智、林大樹朗、山田政伸、伊藤創太、岩田彩加、森下昌史、井出 彩、榎本祥吾、竹内悠祐、石原 誠、竹内真実子

若手研究者優秀演題奨励賞選定セッション

下部消化管④ 10:01～10:29

座長：大同病院 消化器内科 西川貴広

- Y-29 初期対応に難渋した上行結腸静脈瘤破裂による出血性ショックの症例
名古屋市立大学医学部附属西部医療センター
○中井俊介
- Y-30 EUS-FNA後に菌血症となった直腸GISTの一例
愛知医科大学病院 消化管内科
○南谷真理弥、越野 顕、安藤 慧、河合千晴、加藤真子、田代 崇、
加藤 綾、吉峰尚子、小野 聡、加藤駿介、高山将旭、山本和弘、
杉山智哉、足立和規、山口純治、田村泰弘、井澤晋也、海老正秀、
小笠原尚高、佐々木誠人、春日井邦夫
- Y-31 無症状で発見された虫垂原発悪性リンパ腫の一例
名古屋市立大学医学部附属東部医療センター 消化器内科
○服部智子、西垣信宏、神谷昌宏、佐藤 棕、小林彩香、猪飼千咲、
中川真里絵、庄田怜加、武仲祐弥、荒木幸子、小島尚代、近藤 啓、
伊藤恵介、林 香月
- Y-32 血便を契機に発見された直腸MALTリンパ腫の1例
岐阜市民病院 消化器内科¹⁾、岐阜市民病院 病理検査科部²⁾、
中部国際医療センター 病理診断科³⁾
○小林立樹¹⁾、小木曾富生¹⁾、河邊昌平¹⁾、村山由季¹⁾、大西拓海¹⁾、
佐竹勇哉¹⁾、下城宏太¹⁾、伊藤有紀¹⁾、岩佐悠平¹⁾、奥野 充¹⁾、
河内隆宏¹⁾、岩田圭介¹⁾、林 秀樹¹⁾、杉山昭彦¹⁾、西垣洋一¹⁾、
渡部直樹²⁾、山田鉄也³⁾

■第4会場

若手研究者優秀演題奨励賞選定セッション

肝胆膵① 8:30~9:05

座長：藤田医科大学 消化器内科学 田中浩敬

- Y-33 胆管深部挿管に難渋したCholedochocoeleの1例
富士市立中央病院 消化器内科
○藤井友音、佐野桃子、田村 幸、中村円香、丹羽 峻、小森徹也、
桐生幸苗、金井友哉
- Y-34 十二指腸憩室内乳頭に対して糸付きクリップを用い胆管挿管に成功した一例
春日井市民病院 消化器内科¹⁾、春日井市民病院 内視鏡センター²⁾
○水野智之¹⁾、高田博樹²⁾、祖父江雅也¹⁾、佐々木謙¹⁾、濱田祐輔¹⁾、
安原 聡¹⁾、原田貴仁¹⁾、隈井大介¹⁾、山本友輝¹⁾、小林由花¹⁾、
名倉義人¹⁾、池内寛和¹⁾、林 則之¹⁾、平田慶和¹⁾、祖父江聡¹⁾
- Y-35 経口胆道鏡が診断加療に有効であった術後良性胆管狭窄の一例
春日井市民病院 消化器内科¹⁾、春日井市民病院 内視鏡センター²⁾
○濱田祐輔¹⁾、高田博樹²⁾、水野智之¹⁾、祖父江雅也¹⁾、安原 聡¹⁾、
佐々木謙¹⁾、原田貴仁¹⁾、隈井大介¹⁾、小林由花¹⁾、山本友輝¹⁾、
名倉義人¹⁾、池内寛和¹⁾、林 則之¹⁾、平田慶和¹⁾、祖父江聡¹⁾
- Y-36 胆道鏡にて閉塞性黄疸を来す胆管壁内嚢胞を確認し経乳頭的嚢胞開窓術を施行した1例
名古屋市立大学医学部附属東部医療センター 消化器内科
○佐藤 棕、近藤 啓、神谷昌宏、服部智子、小林彩香、猪飼千咲、
中川真里絵、庄田怜加、武仲祐弥、荒木幸子、小島尚代、西垣信宏、
伊藤恵介、林 香月
- Y-37 シングルバルーン内視鏡を用いたデジタル胆道鏡 (eyeMAX) 下の電気水圧衝
撃波胆管結石破碎術
静岡県立総合病院 消化器内科
○本多一仁、川口真矢、坂口航輝、村松未来、稲川敦子、大堂真一郎、
土壁千夏、上原慶大、武田昌大、池田慎也、加島弘崇、平田太陽、
佐藤辰宣、河合麻実、増井雄一、松田昌範、遠藤伸也、黒上貴史、
大野和也、白根尚文

若手研究者優秀演題奨励賞選定セッション

肝胆膵② 9:05～9:40

座長：一宮西病院 消化器内科 與儀竜治

- Y-38 ステントディスファンクションを繰り返した十二指腸乳頭部癌の一例
岐阜県立多治見病院 消化器内科
○堀江純平、浦壁憲司、中畷大樹、足立圭司、山本 涼、竹市絵里花、
丹羽佑介、山田直晃、大岩拓矢、岡山幸平、鈴木健人、箕輪彬久、
鈴木雄太、羽根田賢一、水島隆史、奥村文浩
- Y-39 迷入した金属ステントに対して内視鏡用シーすデバイスを用いて安全に抜去
し得た1例
名古屋市立大学大学院 医学研究科 消化器・代謝内科学
○岡本宜樹、加藤晃久、加地謙太、吉田道弘、堀 寧、佐橋秀典、
豊原祥資、安達明央、久野佳世子、鬼頭佑輔、片岡洋望
- Y-40 掴み直し可能止血クリップと吸収性局所止血剤により止血を得られたEST後
出血の一例
磐田市立総合病院 消化器内科¹⁾、磐田市立総合病院 肝臓内科²⁾
○鈴木大二郎¹⁾、金子淳一¹⁾、小杉知功¹⁾、綿引萌花¹⁾、草間大輔¹⁾、
玉腰裕規¹⁾、丹羽智之¹⁾、滝浪将貴¹⁾、辻 敦¹⁾、西野眞史¹⁾、
高橋百合美²⁾、笹田雄三²⁾、山田貴教¹⁾
- Y-41 PCSEMSの位置ずれにより生じたEUS-HGS術中穿孔状態に対しトラブル
シューティングできた1例
伊勢赤十字病院 消化器内科
○大前啓太、村林桃士、津田宜之、奥田裕文、松嶋竜太郎、久田拓央、
天満大志、林 智士、杉本真也、大山田純、亀井 昭
- Y-42 自然脱落型膵管ステントが長期間残存した術後再建腸管の1例
伊勢赤十字病院 消化器内科
○津田宜之、村林桃士、大前啓太、奥田裕文、松嶋竜太郎、久田拓央、
天満大志、林 智士、杉本真也、大山田純、亀井 昭

若手研究者優秀演題奨励賞選定セッション

肝胆膵③ 9:40～10:08

座長：聖隷浜松病院 消化器内科 小林陽介

- Y-43 通常観察で同定困難な膵管空腸吻合部狭窄に対しGel immersion法にて吻合部の同定および膵管ステントの留置に成功した1例
静岡県立総合病院 消化器内科
○上原慶大、佐藤辰宣、坂口航輝、本多一仁、村松未来、稲川敦子、大堂真一郎、土壁千夏、武田昌大、池田慎也、加島弘崇、平田太陽、増井雄一、松田昌範、遠藤伸也、黒上貴史、白根尚文、川口真矢、大野和也
- Y-44 膵液瘻に対して内視鏡的膵管ステント留置が奏功した1例
高山赤十字病院 消化器内科
○小出香里、白子順子、雄山雄亮、曾我淳史、谷口裕紀、市川広直、今井 奨、浮田雅人
- Y-45 ERCP後膵炎・十二指腸穿孔合併のwalled-off necrosisに対し内視鏡と経皮処置の複合治療が有効であった一例
三重大学医学部附属病院 消化器・肝臓内科¹⁾、
三重大学医学部附属病院 肝胆膵・移植外科²⁾
○福井俊介¹⁾、山田玲子¹⁾、田中隆光¹⁾、野瀬賢治¹⁾、中村佳史¹⁾、三輪田哲朗¹⁾、坪井順哉¹⁾、谷川智美²⁾、藤村 侑²⁾、飯澤祐介²⁾、水野修吾²⁾、中川勇人¹⁾
- Y-46 難治性膵周囲液体貯留に対し内視鏡的集学的治療が奏効した一例
聖隷浜松病院 消化器内科
○豊田健介、山田洋介、小林陽介、金谷和哉、山下大貴、井田雄也、大城恵吾、平野雄一、吉井 元、遠藤 茜、小林郁美、志田麻子、海野修平、木全政晴、芳澤 社、室久 剛、長澤正通、細田佳佐

若手研究者優秀演題奨励賞選定セッション

肝胆膵④ 10:08～10:36

座長：岐阜市民病院 消化器内科 奥野 充

- Y-47 超音波内視鏡下穿刺吸引法により膵神経内分泌腫瘍と診断した1例
ばんだね病院 消化器内科
○高原頌子、片野義明、橋本千樹、小林 隆、山本智支、武藤久哲、
松下美冴、梶野祐太郎
- Y-48 膵体部主膵管狭窄を契機にEUS-FNAにて診断し得たpNET G2の1例
愛知県がんセンター 消化器内科
○福井淑崇、羽場 真、浦田美菜子、近藤 高、山本嘉太郎、
奥野のぞみ、桑原崇通、水野伸匡、原 和生
- Y-49 自己免疫性膵炎に合併した脾静脈閉塞による胃静脈瘤破裂の1例
岐阜市民病院 消化器内科
○村山由季、岩佐悠平、佐竹勇哉、小林立樹、大西拓海、下城宏太、
伊藤有紀、奥野 充、河内隆宏、小木曾富生、岩田圭介、林 秀樹、
杉山昭彦、西垣洋一
- Y-50 繰り返す感染性肝嚢胞に対し超音波内視鏡下瘻孔形成術を施行した1例
名古屋市立大学医学部附属東部医療センター 消化器内科
○小林彩香、小島尚代、近藤 啓、服部智子、神谷昌宏、佐藤 棕、
猪飼千咲、中川真里絵、庄田怜加、武仲祐弥、荒木幸子、西垣信宏、
伊藤恵介、林 香月

■第2会場

食道・胃1 15:00～15:21

座長：安城更生病院 消化器内科 石原 誠

- 1 食道平滑筋腫上に併存した早期食道癌に対し内視鏡切除した1例
三重大学医学部附属病院 消化器・肝臓内科
○行本弘樹、黒田真里奈、梅田悠平、池之山洋平、重福亜紀奈、
藤原野須子、別府剛志、中村美咲、濱田康彦、堀木紀行、中川勇人
- 2 蛍光ペン誤飲の9ヵ月の乳児に対して内視鏡的異物除去術を施行した1例
総合大雄会病院 消化器内科
○深見正高、松山恭士、宮原康孝、吉田隼也
- 3 慢性甲状腺炎を合併した自己免疫性胃炎の1例
国家公務員共済組合連合会 東海病院¹⁾、
名古屋大学大学院医学系研究科 消化器内科学²⁾
○近藤真也¹⁾、北村雅一¹⁾、田中達也¹⁾、山田健太郎¹⁾、津田美芽¹⁾、
古根 聡²⁾、丸田真也¹⁾

- 4 検診センターにおける内視鏡 AI 画像診断支援技術の有用性
池田病院 消化器外科¹⁾、池田病院 内科²⁾
○池田 聡¹⁾、岡村博文²⁾、飯野正敏¹⁾
- 5 嚢胞形成のために術前診断が困難であった異所性膵の一例
名古屋大学大学院医学系研究科 消化器内科学
○平井恵子、古川和宏、古根 聡、廣瀬 崇、鈴木孝弘、飛田恵美子、
柴田寛幸、倉田祥行、田中 仁、中村正直、川嶋啓揮
- 6 早期胃癌で診断された胎児性消化管類似癌の1例
聖隷浜松病院 消化器内科
○平野雄一、芳澤 社、金谷和哉、山下大貴、井田雄也、大城恵吾、
吉井 元、遠藤 茜、小林郁美、山田洋介、海野修平、小林陽介、
木全政晴、室久 剛、長澤正通、細田佳佐
- 7 胃黄色腫と併存した早期胃癌の1例
三重中央医療センター 消化器内科
○倉田一成、宮田徹也、田口由紀子、葛原正樹、渡邊典子

- 8 胃癌合併胃限局型若年性ポリポース症候群が疑われた1例
済生会松阪総合病院
○西岡 駿、紅林真理絵、澤井翔馬、小野隆裕、田原雄一、黒田直起、
吉澤尚彦、青木雅俊、福家洋之、河俣浩之、橋本 章、脇田喜弘、
清水敦哉
- 9 子宮平滑筋肉腫の胃転移の1例
聖隷浜松病院 消化器内科
○小林郁美、海野修平、芳澤 社、豊田健介、金谷和哉、山下大貴、
吉井 元、平野雄一、大城恵吾、井田雄也、志田麻子、遠藤 茜、
山田洋介、小林陽介、木全政晴、室久 剛、長澤正通、細田佳佐
- 10 内視鏡的に経過を追うことができた胆管十二指腸瘻を来した十二指腸潰瘍の
一例
富士宮市立病院 消化器内科
○加藤大樹、森 雅史、兼子直也、志村恵理、伊藤誠人

- 11 神経線維腫症1型に腸管 ganglioneuromatosis を合併した2例
名古屋大学大学院医学系研究科 消化器内科学¹⁾、
名古屋大学医学部附属病院 光学医療診療部²⁾
○高田直樹¹⁾、石川恵里¹⁾、中村正直²⁾、山村健史¹⁾、前田啓子¹⁾、
澤田つな騎²⁾、村手健太郎¹⁾、長谷川一成¹⁾、池上脩二¹⁾、大橋彩子¹⁾、
河村達哉²⁾、大岩恵祐¹⁾、八田勇輔¹⁾、平松美緒¹⁾、川嶋啓揮¹⁾
- 12 貧血を主訴に診断に至った非特異性多発性小腸潰瘍症の1例
大同病院 消化器内科
○田島万莉、吉田和弘、齋藤和輝、山口智大、丸山昭洋、胡 磊明、
杉原有紀、黒部拓也、早川真也、八鹿 潤、名倉明日香、西川貴広、
野々垣浩二
- 13 当院でのサイトメガロウイルスによる消化管粘膜傷害の内視鏡像の検討
松波総合病院 消化器内科
○中西孝之、荒木寛司、鳥澤宗一郎、神野宏規、牧野紘幸、亀井真琴、
長尾涼太郎、片岡史弥、河口順二、浅野剛之、早崎直行、伊藤康文、
田上 真、杉原潤一、森脇久隆、富田栄一

■第3会場

大腸2 15:00～15:21

座長：日本赤十字社愛知医療センター名古屋第二病院 消化器内科 蟹江 浩

- 14 活動性の血便を契機に診断に至った若年性ポリープの1例
松波総合病院 消化器内科
○片岡史弥、中西孝之、荒木寛司、鳥澤宗一郎、神野宏規、牧野紘幸、
亀井真琴、長尾涼太郎、河口順二、浅野剛之、早崎直行、伊藤康文、
田上真、杉原潤一、森脇久隆、富田栄一
- 15 大腸ポリープに対する Cold snare polypectomy で腹腔内出血をきたした1例
名古屋大学大学院医学系研究科 消化器内科学¹⁾、
名古屋大学医学部附属病院 光学医療診療部²⁾、
医療法人山下病院 病理診断科³⁾
○池上脩二¹⁾、山村健史¹⁾、中村正直²⁾、前田啓子¹⁾、澤田つな騎²⁾、
石川恵里¹⁾、古川和宏¹⁾、石川卓哉¹⁾、山雄健太郎²⁾、水谷泰之¹⁾、
飯田 忠¹⁾、植月康太¹⁾、廣瀬 崇²⁾、横井太紀雄³⁾、川嶋啓揮¹⁾
- 16 COVID-19感染後に重症虚血性腸炎となった一例
中濃厚生病院 消化器内科
○平下祐生、勝村直樹、白木 亮、戸田勝久、山中一輝、水谷 拓、
華井頼子、向井美鈴、三田直樹、伊藤貴嗣、相羽優志、林 冴加、
長井宏樹

- 17 家族性大腸腺腫症術後に発生した回腸嚢多発腺腫に対する内視鏡的徹底的徐の試み
愛知県がんセンター 内視鏡部¹⁾、愛知県がんセンター 消化器内科部²⁾
○高木暁広¹⁾、田近正洋¹⁾、田中 努¹⁾、伊藤信仁¹⁾、山田啓策¹⁾、
水野伸匡²⁾、羽場 真²⁾、桑原崇通²⁾、奥野のぞみ²⁾、福井淑崇²⁾、
近藤 高²⁾、山本嘉太郎²⁾、浦田美菜子²⁾、原 和生²⁾、丹羽康正¹⁾
- 18 直腸全周性ESD後の狭窄予防にステロイド投与が有用であった1例
静岡県立静岡がんセンター 内視鏡科¹⁾、
静岡県立静岡がんセンター 病理診断科²⁾
○上田駿介¹⁾、高田和典¹⁾、下田忠和²⁾、堀田欣一¹⁾、今井健一郎¹⁾、
伊藤紗代¹⁾、岸田圭弘¹⁾、大石琢磨²⁾、小野裕之¹⁾
- 19 直腸MALTリンパ腫に対してPAEMを施行した一例
日本赤十字社愛知医療センター 名古屋第一病院 消化器内科
○原 啓文 藤吉 俊尚 山口 丈夫 土居崎 正雄 鷺見 肇
丸川 高弘 吉岡 直輝 三木 大地 堀田 侑義 川瀬 祐 坂本 旭美
野村 真希 伊藤 優理子 田中 悠 亀島 俊太郎 春田 純一

- 20 自己免疫性膵炎1型に合併したIgG4関連胆嚢炎の一例
愛知県がんセンター
○近藤 高、奥野のぞみ、水野伸匡、羽場 真、桑原崇通、福井淑崇、
山本嘉太郎、浦田美菜子、原 和生
- 21 IgG4関連硬化性胆管炎で加療中に原発性硬化性胆管炎に移行した一例
藤枝市立総合病院 消化器内科
○乾 航、景岡正信、大島昭彦、吉井重人、寺井智宏、星野弘典、
稲垣圭佑、馬場皓大、丸山 巧、丸山保彦
- 22 悪性肝門部胆管閉塞に対する金属ステント複数本留置後の再治療時に内視鏡
用イントロデューサーが有効であった1例
静岡県立静岡がんセンター 内視鏡科
○土井拓矢、石渡裕俊、佐藤純也、高田和典、南出竜典、山本陽一、
岸田佳弘、吉田将雄、前田有紀、伊藤紗代、川田 登、今井健一郎、
堀田欣一、松林宏之、小野裕之
- 23 憩室内乳頭によるERCP困難例に対し自作透明フードを装着した経鼻用極細
径内視鏡を併用して治療を完遂できた総胆管結石の2例
一宮西病院 消化器内科
○伊藤友一郎、林晋太郎、森山智仁、百々弘樹、原田雄太、神田武生、
熊原加奈、與儀竜治、堀 圭介、大橋憲嗣、東 玲治、森 昭裕

- 24 EUS-HGS翌日に胃壁と肝左葉の距離が生じステント迷入が危惧された1例
伊勢赤十字病院 消化器内科
○奥田裕文、村林桃士、大前啓太、津田宣之、久田拓央、天満大志、
林 智士、杉本真也、大山田純、亀井 昭
- 25 悪性肝門部胆管狭窄に対しEBDとEUS-HGSによるドレナージを行った一例
岐阜赤十字病院 消化器内科¹⁾、岐阜大学医学部附属病院 第一内科²⁾
○松下知路¹⁾、荒尾真道¹⁾、寺倉大志¹⁾、安田陽一¹⁾、岩下拓司²⁾
- 26 膵癌による肝門部胆道閉塞に一期的EUS-HDS + HGSを施行した1例
名古屋市立大学医学部附属東部医療センター 消化器内科¹⁾、
稲沢厚生病院 内科²⁾
○平山陽太¹⁾²⁾、小島尚代¹⁾、神谷昌宏¹⁾、佐藤 暲¹⁾、服部智子¹⁾、
小林彩香¹⁾、猪飼千咲¹⁾、庄田怜加¹⁾、中川真里絵¹⁾、武仲祐弥¹⁾、
荒木幸子¹⁾、西垣信宏¹⁾、近藤 啓¹⁾、伊藤恵介¹⁾、林 香月¹⁾
- 27 EUS-HGSのピットフォール～広範囲に広がる膵頭部癌の1例～
三重大学医学部附属病院 消化器・肝臓内科
○小林真悠、山田玲子、田中隆光、野瀬賢治、中村佳史、三輪田哲郎、
坪井順哉、中川勇人

- 28 副膵管領域に発生した分枝型膵管内乳頭粘液性腫瘍の1例
医療法人山下病院 消化器内科
○平野智也、服部昌志、松崎一平、菊池正和、泉 千明、福沢一馬、
乾 和郎
- 29 急性膵炎後 Walled-off necrosis (WON) による胆管瘻を形成した1例
富士市立中央病院 消化器内科
○丹羽 峻、藤井友音、中村円香、田村 幸、佐野桃子、小森徹也、
桐生幸苗、金井友哉
- 30 閉塞性黄疸の原因となった膵仮性嚢胞に対し Lumen apposing metal stent と
Double Pigtail Stent を留置したが出血を来した1例
名古屋大学大学院医学系研究科 消化器内科学
○南 喜之

女性内視鏡医の会 企画

Case study

大腸腫瘍の内視鏡診断と胆膵の画像診断 をマスターしませんか？

日時

2023年

12月2日（土） 15:00-16:00

ウインクあいち 10階 1002会議室（第4会場）

対象：女性内視鏡医の先生方

1. 開会の挨拶

委員長： 白子順子先生（高山赤十字病院 消化器内科）

2. 症例検討会

①大腸腫瘍症例

司会： 石川恵里先生（名古屋大学 消化器内科）

症例提示： 平松美緒先生（名古屋大学 消化器内科）

②胆膵症例

司会： 山田玲子先生（三重大学 消化器肝臓内科）

症例提示： 黒田真里奈先生（三重大学 消化器肝臓内科）

3. 交流会

司会： 山出美穂子先生（浜松医科大学 消化器内科）

明日からの日常診療に役立つような、大腸腫瘍の内視鏡所見・膵疾患のCT・EUS画像所見の読み方・考え方を、症例検討形式で提示していきます。

（読影が無作為に当たることはありませんのでお気軽にご参加ください！）

交流会では、各自簡単な自己紹介を行った後、グループに分かれて「今、力を入れて取り組んでいること」「仕事で困っていること」などを自由にディスカッションする予定です。

交流を通して、内視鏡のスキルアップや仕事でのお悩み解決に繋がるような今後の新しい企画も検討していきたいと思っております。

どうぞお気軽にご参加ください。

皆様のご参加をお待ちしております★★

■ハンズオンセミナー会場

ハンズオンセミナー

総合司会：

愛知県がんセンター 消化器内科 原 和生

《消化管コース：午前》

チーフインストラクター：

名古屋大学大学院医学系研究科 消化器内科学 古川和宏

テーブルインストラクター：

愛知医科大学 消化管内科 山本和弘

三重大学医学部附属病院 光学医療診療部 池之山洋平

《消化管コース：午後》

チーフインストラクター：

静岡県立静岡がんセンター 内視鏡科 川田 登

テーブルインストラクター：

岐阜県総合医療センター 消化器内科 小澤範高

愛知県がんセンター 内視鏡部 伊藤信仁

《胆膵コース：午前》

チーフインストラクター：

藤田医科大学 消化器内科 大野栄三郎

テーブルインストラクター：

愛知医科大学 肝胆膵内科 井上匡央

名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器・代謝内科学

堀 寧

《胆膵コース：午後》

チーフインストラクター：

愛知県がんセンター 消化器内科

羽場 真

テーブルインストラクター：

愛知県がんセンター 消化器内科

奥野のぞみ

名古屋大学大学院医学系研究科 消化器内科学

石川卓哉

協力

株式会社アムコ

株式会社トップ

オリンパス マーケティング株式会社

ボストン・サイエンティフィックジャパン株式会社

富士フイルムメディカル株式会社オリンパス株式会社

抄 録

シンポジウム1

お断わり：原則的に講演者が入力したデータをそのまま掲載しておりますので、一部施設名・演者名・用語等の表記不統一がございます。あらかじめご了承ください。

シンポジウム 1

S1-1 当院における食道ESD後広範囲粘膜欠損例に対する狭窄予防の現状

名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器代謝内科学
○福定繁紀、志村貴也、片岡洋望

【背景】食道ESD後、3/4周性以上の粘膜欠損が術後狭窄のリスクとされているが、明確な狭窄予防法は定まっていない。【方法】2017年1月から2023年7月までに当院で施行した食道ESD133例中、3/4周以上の粘膜欠損となった24例の臨床経過を後ろ向きに検討した。【結果】腫瘍の局在は、頸部/胸部上部/中部/下部/腹部=3/1/9/8/3であった。周在性は、亜全周性(3/4周以上~7/8周未満):12例、亜全周性(7/8周以上):8例、全周性:4例であった。全症例の狭窄率は45.8%(11/24)であり、予防別の狭窄率は、狭窄予防なし:100%(3/3)、プレドニゾロン内服(PSL):12.5%(1/8)、トリアムシロロン粘膜下局注(TA):50%(5/10)、PSL+TA:50%(2/4)であった。全周性粘膜欠損の狭窄率は75%(3/4)であり、予防別の狭窄率は、TA:100%(1/1)、PSL+TA:66.7%(2/3)であった。狭窄予防を施行した亜全周性粘膜欠損の狭窄率は29.4%(5/17)であり、予防別の狭窄率は、PSL:12.5%(1/8)、TA:50%(4/8)、PSL+TA:0%(0/1)であった。【結論】食道ESD後亜全周性粘膜欠損症例に関しては、予防処置によりある程度狭窄を防ぐことができた一方で、全周性粘膜欠損に関しては、課題の残る結果であった。

S1-3 当院における内視鏡的逆流防止粘膜切除術の適応と経験

医療法人 山下病院 消化器内科
○福沢一馬、松崎一平、服部昌志

【目的】当院における、内視鏡的逆流防止粘膜切除術の適応、経験に関して報告する。【方法】適応は生活指導と酸分泌抑制薬に抵抗性の難治性胃食道逆流症患者で、内視鏡観察で噴門が1.5cm以上に開大している症例とした。心理テストで異常を示す、CT・食道造影・拡大内視鏡観察およびランダム生検で他の食道疾患を有する、3cm以上の滑脱型ヘルニア症例は除外した。手技は、1. Anti-reflux mucosectomy: ARMS、2. Anti-reflux mucoplasty: ARM-Pの2種類で、Fスケールおよび内視鏡による噴門開大(cardiac opening: CO)、滑脱ヘルニア(sliding hernia: SH)の観察をARMS前、8週間後に実施し、治療効果を評価した。【結果】1. ARMS(n=4):治療後8週間でFスケール(点)中央値は19.5(8-34)→2(1-9)、CO(cm)中央値は3.25(2.5-4)→1.5(1-2)、SH(cm)中央値は1(0.5-2)→1.25(0.1-5)とSH以外は改善した。1例で処置中に小穿孔を発生したが完全縫縮し、術後2例で一時的なつかえ感が生じた。2. ARM-P(n=4):治療後8週間でFスケール(点)中央値は13.5(12-25)→3(0-5)、CO(cm)中央値は2.75(2-4)→1.5(1-1.5)、SH(cm)中央値は1.75(1-2.5)→0.5(0.1-1)とSHを含め改善し、偶発症は認めなかった。【考察】本経験では、瘢痕化による噴門開大・滑脱ヘルニアの改善に差異があり、縫縮によりある程度コントロールができる可能性がある。今後、さらに症例を蓄積して報告を重ねたい。

S1-2 当院における放射線治療後の食道扁平上皮癌に対するLow radial force stent留置術の治療成績

愛知県がんセンター 内視鏡部
○山本嘉太郎、伊藤信仁、田近正洋

【背景】食道癌診療ガイドラインでは放射線治療(RT)後に高度狭窄を有する切除不能食道癌患者に対して、経口摂取の要望が強い場合には食道ステント留置を弱く推奨しているが、実臨床では積極的に行われていない。【目的】当院において、RT後切除不能進行食道扁平癌に対してNiti-S stent(Low radial force stent)留置を行った患者における有効性、安全性について検討した。【方法】2012年8月から2022年12月までに当科で食道扁平上皮癌に対してNiti-S stentを留置した54例において、患者背景/手技成功率/有害事象(AE)/Dysphagia Score(DS)の改善/ステント留置後生存期間をRT歴の有無別に後方視的に検討した。【結果】男:女比はRT群で28:6、非RT群で16:4、局在(Ut/Mt/Lt/Ae)はRT群で15/13/6/0、非RT群で6/8/5/1、PS(0/1/2/3/4)はRT群で20/7/3/4/0、非RT群で5/6/3/6/0であり両群間で差は認めなかった。治療前のDSの中央値は両群ともに3であった。手技成功率は98%(53/54)で、治療後のDSの中央値は両群で1となり、両群で有意に改善を認めた(p<0.001)。中等度以上のAEとして瘻孔を2例、overgrowthを6例に認めたが、全例でステント再留置により軽快した。ステント留置後の生存期間の中央値はRT群で94日、非RT群で76日と有意差は認めなかった。【結論】切除不能食道扁平上皮癌RT後のLow radial force stent留置は、有効で安全な手技である。

S1-4 上部消化管粘膜下腫瘍を対象としたEUS-FNBで確定診断を得るための白色検体長長の検討

静岡県立静岡がんセンター 内視鏡科
○月田里映、石渡裕俊、佐藤純也

【背景・目的】膵腫瘍に対するEUS-FNBでのMOSE(macroscopic on-site evaluation)における白色検体長>10mmは正診の予測因子である。一方、消化管粘膜下腫瘍(SELS)においては、有効な白色検体長についての報告はない。今回は上部消化管SELSを対象としたEUS-FNBで、確定診断可能な白色検体長の検討を目的とした。【方法】2018年1月から2023年5月に上部消化管SELSに対してEUS-FNBを施行し、MOSEを行った85症例、134生検瓶(瓶あたりの穿刺:1回91瓶、2回33瓶、3回10瓶)について後方視的に検討した。確定診断は、適正な検体が採取され、病理学的確定診断を得たものと定義した。白色検体長は瓶あたりの穿刺が複数回の場合はその総和とした。【結果】全生検瓶、全患者における確定診断率は113/134(84.3%)、74/85(87.1%)であった。ROC曲線から確定診断を得る白色検体長を10mmに決定した(AUC: 0.78 (95%CI: 0.68-0.88))。多変量解析で確定診断に関わる因子を検討したところ白色検体長>10mmのみが独立因子であった(OR: 0.092 (95%CI: 0.029-0.30), p<0.01)。【結語】上部消化管SELSに対するMOSEを用いたEUS-FNBでは白色検体長>10mmが確定診断に関わる因子であった。

S1-5 H.pylori陰性胃MALTリンパ腫の治療戦略：内視鏡的切除を含む治療成績

浜松医科大学 第一内科¹⁾、
浜松医科大学医学部附属病院 光学医療診療部²⁾
○高橋賢一¹⁾、大澤 恵²⁾、杉本 健¹⁾

【目的】H.pylori (以下HP) 除菌療法の普及に伴い、HP陰性胃MALTリンパ腫の増加が指摘されているが、除菌治療以外の治療選択に関する基準や指針は明確ではない。我々は、当院で経験したHP陰性胃MALTリンパ腫の治療選択の現状と予後を明らかにすることを目的とし、後方視的観察研究を行った。

【方法】当院で2000年から2023年8月までにHP陰性胃MALTリンパ腫と診断された患者につき、発生部位や肉眼形態、除菌後の変化、除菌治療抵抗例については、追加治療選択の状況を調査し、長期予後について解析した。

【成績】対象期間のHP陰性胃MALTリンパ腫は31例で、平均年齢は67.1歳、男性21例であった。発生領域は体部が最も多く(80.6%)、肉眼型は色調変化型が最も多かった(38.7%)。API2-MALT1遺伝子転座は10例に陽性であった。HP陰性胃MALTリンパ腫に対する除菌治療は16例で行われ、有効は4例(25%)であった。除菌抵抗例および除菌非選択の27例に対する治療は、低用量放射線療法10例、R-CHOPなどの全身化学療法2例、watch and wait8例が選択されていた。特に3例に対して診断的治療を目的としたESDが施行された。全体の疾患特異的PFSおよびOSは100%で予後良好であった。

【結論】H.pylori陰性胃MALTリンパ腫は除菌治療抵抗例が多かった。総じて予後良好であり、従来の治療選択肢に加えてwatch and waitや限局型では内視鏡的切除による診断的治療を含む集学的治療戦略も有用である可能性がある。

S1-6 同時性、および異時性多発胃癌の内視鏡的治療と成績

朝日大学病院 消化器内科
○杉野敏志、中畑由紀、坂元直行

【背景】内視鏡技術の向上および高齢化に伴い多発胃癌の報告が増加している。一方、同時性病変の見落としが問題視されている。多発胃癌の臨床的背景について検討し、当院における内視鏡的治療の成績を報告する。

【方法】当院にて2014年以降に内視鏡治療を行った同時性・異時性多発胃癌28症例68病変を対象として検討を行った。

【結果】年齢平均値(範囲):75.1歳(60-90)、性別(男/女):20/8、腫瘍存在部位(U/M/L):16/23/29、肉眼型(表面型/隆起型):67/1、腫瘍径中央値(範囲):16.0mm(4-60)、同時性/異時性:55/13、ピロリ菌感染(未感染/現感染/既往感染):0/31/35、萎縮性胃炎(C-0・1/C-2・3/0-1以上):0/8/60、同時性病変のうち内視鏡治療後に新規発見された病変は37.5%、全例ESDを行った。治療成績は、一括切除率97.0%、穿孔率3.7%、後出血率3.7%、主な組織型(高分化型/中分化型/低・未分化型):62/6/0、深達度(M/SM1/SM2):62/1/5、脈管侵襲1.5%、UL+:2.9%であった。同時性病変を一期的に切除した割合は37.5%であった。

【結論】一定数の同時性病変が経過観察時に発見され、全例萎縮粘膜を背景としており、高齢の高度萎縮粘膜では多発病変に留意すべき事が示唆された。多発胃癌の臨床的背景について文献的考察を加えて報告する。

S1-7 深達度SM2早期胃癌に対するESDの安全性の検討

三重大学医学部附属病院 消化器肝臓内科
○梅田悠平、池之山洋平、中川勇人

【背景】内視鏡的治療の絶対適応、適応拡大条件を満たさない早期胃癌に対して、患者の状況などを考慮して内視鏡治療を施行することがある。深達度SM2早期胃癌に対するESDの安全性は明らかではない。

【目的】深達度SM2早期胃癌症例に対するESDの安全性を検討するため、適切的にeCuraAに該当する早期胃癌症例と比較することを目的とした。

【方法】対象は2012年6月から2023年6月までに当院で施行された胃癌ESD症例で深達度SM2に該当する早期胃癌47例(SM2群)と2018年1月から2021年12月までに当院で施行された胃癌ESD症例でeCuraAに該当する早期胃癌症例191例(eCuraA群)において年齢、性別、病変部位、肉眼型、腫瘍長径を共変量として傾向スコアを算出した。SM2群とeCuraA群において傾向スコアマッチングを行い両群間におけるESDの成績について比較検討した。

【結果】1対1マッチングの結果、両群より88症例(44ペア)が抽出された。マッチング前は病変部位、ESD時間、病変長径、垂直断端陽性で有意差を認めたと、マッチング後では垂直断端陽性のみ有意差を認めた(25% vs. 0%, p<0.001)。両群間でマッチング前後ともに一括切除率、後出血率、穿孔率に有意な差は認めなかった。

【結論】傾向スコアマッチングを用いた解析で、SM2群のESD時間、一括切除率、後出血率、穿孔率はeCuraA群と同様であった。一方、SM2群では有意に垂直断端陽性率が多く、ESD時のマージンの確保が重要と考えられた。

S1-8 当院における術後胃に対するESD治療の現状

藤田医科大学病院 消化器内科
○鶴飼剛史、船坂好平、廣岡芳樹

【背景・目的】粘膜下層剥離術(ESD)は既に標準治療として確立してきた。胃管、残胃(以下:術後胃)に発生した腫瘍に対してもESDが施行されるが、管腔の変形、吻合部、縫合線との関係によって難易度が左右される。当院で行われた術後胃のESD治療成績を検討した。

【方法】2013年1月から2023年6月に術後胃にESDを行った46病変、35症例を後方視的に検討した。【結果】年齢中央値72歳(47-85)、男性/女性=30/5、再建法B-I/B-II/Roux-Y/胃管再建/食道残胃吻合(噴切後)=11/7/2/16/10であった。切除時間47分(5-302)であり、60分未満/以上=31/15、使用デバイス:IT2/Dual/両方=29/14/3、SBナイフ併用4例、Mスコープ併用2例、縫合線/吻合部にかかるESD=12/1、一括/分割切除=43/3であった。偶発症:無/穿孔/遅発穿孔/後出血=43/2/1/0、腺腫を除くeCuraA/B/C1/C2=28/1/1/8、C2の8例中1例で残胃全摘、2例で化学療法が施行されていた。縫合線・吻合部にかかるESD切除時間は有意に長くなっていった(37分/56分)(P=0.019)。多変量解析では病変長径と縫合線が、切除時間中央値(47分)以上となる有意な因子であった。穿孔に関する有意な因子は抽出されなかった。【結論】術後胃ESDにはeCuraC2病変が2割占めており、外科治療に対するハードルが推察され、治療侵襲と効果のバランスからESDの果たす役割は大きいと考える。安全なESDを行うためには縫合線を事前に把握して臨むことが重要である。

S1-9 拡大狹帯域画像を用いた表在型非乳頭部十二指腸上皮性腫瘍の粘液形質の予測

名古屋大学大学院 医学系研究科 光学診療部
○倉田祥行、廣瀬 崇、川嶋啓揮

【目的】表在型非乳頭部十二指腸上皮性腫瘍 (SNADET) は胃型と腸型の粘液形質に分類される。胃型腫瘍では生物学的悪性度が高い可能性が示唆されているが、現時点で明確な粘液形質の鑑別が困難である。今回SNADET に対してM-NBI (拡大観察併用NBI) を用いて鑑別を試みた。

【方法】2008年-2021年に切除されたSNADET 286例についてHE染色での異型度の評価と免疫染色による粘液形質の評価を行った。さらにM-NBI 所見を検討し、胃型と腸型で特徴を比較した。M-NBI 所見は微小血管パターンをwhite opaque substance (WOS)、network、intrastructural vessels (ISV)、unclassified の4種類に分類した。さらに単一のパターンで構成される病変をmono パターン、複数のパターンで構成される病変をmixed パターンと分類した。

【結果】286例中胃型は27例 (9.4%)、腸型は244例 (85%) であった。M-NBI 所見は胃型ではISV が多く (63% vs 26%、 $P<0.001$)、腸型ではWOS が多く観察された (7% vs 34%、 $P=0.003$)。組織学的悪性度を加えて検討すると、monoパターンは胃型では低異型度腺腫と高異型度腺腫/癌で差を認めないが、腸型ではLGAで多く認めた (41% vs 22.5%、 $P=0.009$)。Unclassifiedは粘液形質にかかわらずHGA/Caでより多く観察された (3.2% vs 12.9%、 $P=0.016$)。

【結論】M-NBIは従来の内視鏡的所見に加えて、SNADETの粘液形質を予測する有用なツールになりうると考えられた。

S1-10 当院におけるCronkhite Canada syndrome 4例の検討

岐阜大学医学部附属病院 消化器内科
○大西祥代、井深貴士、清水雅仁

背景：Cronkhite-Canada syndrome (CCS) は消化管に非腫瘍性ポリープが多発する非遺伝性の疾患で、500症例程度しか症例報告がない希少疾患である。方法・目的：2013年1月から2023年8月までに当院で内視鏡検査を実施し、CCSの診断基準でDefiniteであった4例を対象に、患者背景・上部下部消化管内視鏡および小腸カプセル内視鏡検査結果を収集した。結果：男性3例、診断時平均年齢59歳、平均病歴期間は1.2か月であった。診断時進行大腸癌合併1例認めた。CCS臨床的重症度はmoderate (8-9点)、内視鏡所見は全例close proximity typeであり、内視鏡活動性はmoderateであった。胃病変は全症例、十二指腸病変は2例に認めた。食道病変はいずれの症例も認めなかった。十二指腸病変があった2例は小腸カプセル内視鏡が行われ、いずれもほぼ全小腸にも同様なポリープ形成 (close proximity type) を認めた。すべての症例がプレドニゾン (PSL) 30mgで治療。平均治療期間は42か月、3例は臨床的寛解が得られている。内視鏡所見はPSLへの著明な反応が得られているもののわずかなポリープが残存しているため現在もPSL5mgで経過観察している。

考察：CCSでは特徴的な臨床症状が病初期には認めないことが多いため、診断には非特異的な症状でも内視鏡検査を行うことが必要である。再燃や悪性腫瘍を合併することがあるため、経過観察が必要であるがその間隔についてはさらなる症例の蓄積が必要である。

S1-11 組織への引っ掛かりを強化した先端系ナイフの開発

市立四日市病院 消化器内科
○竹島大貴、小林 真

組織への引っ掛かりを強化した先端系ナイフの開発

【目的】

難易度の高い大腸 ESD においては組織を引っかけての剥離操作が有用な場合もある。

エンドセイバーは低価格先端系デバイスであり、先端の収納機能は持たないが電極を大きく球状にすることで鉗子孔内の損傷を防いでいた。しかし電極面積が大きくなるため、他のデバイスより高周波設定を高くする必要があり組織への引っ掛かりが難しくなる欠点も見られた。今回のエンドセイバーの改良では鉗子孔内面に接触する可能性のある部分だけを残して電極を削り、小さく傘状にすることで辺縁をシャープにして切れ味を向上させるとともに組織の引っ掛かりを強化した。

【方法】

大腸 ESD の6例 (上行2例・横行2例・S状1例・直腸1例) に対して改良型エンドセイバー (電極長1/1.5/2.0/2.5mm) を使用した。

【結果】

平均腫瘍径は32mm、平均処置時間は45分であった。電極を小型化することにより他の先端系デバイスと同等の高周波設定での切開・剥離操作が可能であった。後出血・穿孔等の偶発症は認めなかった。潜り込みが困難な局面では軸合わせの必要もなく組織を引っかけてのフック操作が行え、電極長1mmは穿孔のリスクが少なく難しい局面で特に有用であると考えられた。

【結語】

電極を小型化し、組織への引っ掛かりを強化した改良型エンドセイバーは、安価であり大腸 ESD において有用であると考えられた。

S1-12 当院における悪性大腸閉塞に対するステント留置の成績

日本赤十字社愛知医療センター 名古屋第二病院 消化器内科
○山田智則

悪性大腸閉塞に対する減圧術として、以前は経肛門イレウス管、経鼻イレウス管、緊急手術の選択肢があり、各病院における内科・外科の治療方針に沿って治療されてきた。2012年にSelf-Expandable Metallic Stent (SEMS) が保険収載され、欧州消化器内視鏡学会が2014年にガイドラインを報告し、2020年にその内容が更新されたことから、治療アルゴリズムは大きく変化してきている。

当院でも2012年以前は経肛門イレウス管による減圧術を主に行ってきたが、以降ではSEMSがその役割を担ってきた。

そこで、2012年1月から2023年7月までに当院にて留置した199例のSEMSについて、緩和的目的 (PAL) 130例とBridge to surgery目的 (BTS) 69例の患者プロフィール、治療成績、使用したSEMSを検討した。Technical successとClinical successについては、PALが97.7%と94.6%であり、BTSが98.6%と97.1%であった。また、留置部位における工夫も含めて報告する。

S1-13 根治切除可能閉塞性遠位結腸癌に対する経肛門イレウス管と大腸ステントの短期治療成績の比較検討:多施設共同症例対照研究の結果から

名古屋市立大学医学部附属東部医療センター 消化器内科¹⁾、
名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器・内科学²⁾
○武仲祐弥¹⁾、志村貴也²⁾、伊藤憲介¹⁾

【背景】閉塞性大腸癌は速やかな腸管減圧を必要とする救急疾患で、経肛門的イレウス管(TCT)と自己拡張型金属ステント(SEMS)留置による減圧術が汎用されているが、TCTとSEMSの優劣は不明である。本研究は根治切除可能閉塞性遠位結腸癌に対するTCTとSEMS留置術の短期治療成績について検討する。【方法】本研究は多施設共同症例対照研究であり、2010年1月から2019年12月までにステージII/III閉塞性遠位結腸癌に対し、TCTまたはSEMSを留置した239例を集積し、プロベンシテスコアを用いて2:1でランダムにマッチングしたTCT群115例とSEMS群65例を解析対象とした。【結果】技術的成功率(TCT vs. SEMS, 98.3% vs. 98.5%, $p>0.999$)、臨床的成功率(TCT vs. SEMS, 89.6% vs. 95.4%, $p=0.175$)は両群間で概ね同等であった。術中・術後穿孔や他の術後合併症も2群間で差はなく、両群とも処置後30日以内の死亡は認めなかった。一次的切除/吻合の割合がTCT群よりSEMS群で有意に高く(TCT vs. SEMS, 77.4% vs. 90.8%, $p<0.001$)、人工肛門の割合はTCT群よりSEMS群で有意に低かった(TCT vs. SEMS, 22.6% vs. 9.2%, $p<0.001$)。腹腔鏡下手術の割合もTCT群よりSEMS群で有意に高率であった(TCT vs. SEMS, 43.5% vs. 64.6%, $p<0.001$)。【結語】SEMSとTCTの技術的成功率・臨床的成功率は概ね同等であったが、TCT留置と比べSEMS留置は、高い一次的切除/吻合および腹腔鏡下腸切除術を可能とした。

抄 録

シンポジウム2

お断わり：原則的に講演者が入力したデータをそのまま掲載しておりますので、一部施設名・演者名・用語等の表記不統一がございます。あらかじめご了承ください。

シンポジウム 2

S2-1 リング型指サックは胆膵内視鏡におけるガイドワイヤの操作性を向上させる可能性がある

磐田市立総合病院 消化器内科
○金子淳一

【目的】胆膵内視鏡診療においてガイドワイヤ (GW) は重要な役割を担っており、その操作性を向上させる必要がある。我々はリング型指サックが手袋とGWの間に適度な摩擦が生じさせ、GWの操作性を向上させる可能性があると考え、胆管モデルを用いた実験を行った。**【方法】**実験1：オリンパス社胆管3Dモデル (遠位胆管狭窄と肝門部胆管あり) とオリンパス社0.025インチGW (VG2) を用いた。内視鏡医12名が、指サックあり/なしの状態、胆管モデルの狭窄突破から前区、後区、B2、B3を順に選択するまでの時間を計測した。実験2：JMC社3D胆管モデル (肝門部胆管あり) とVG2、オリンパス社0.018インチGW (F18)、朝日インテック社0.025GW1 (MT)、朝日インテック社0.025インチGW2 (F25) を用いた。胆膵内視鏡医3名が、指サックあり/なしの状態、胆管モデル内の前区、後区、B2、B3を順に選択できるまでの時間をそれぞれのGWで計測した。**【結果】**実験1：胆管モデルに所用した時間は指サックあり群で有意に短かった (中央値36.3秒 vs 46.2秒、 $p=0.04$)。実験2：胆管モデルに所用した時間は指サックあり群で短い傾向があった (中央値14.8秒 vs 17.8秒、 $p=0.05$)。また、指サックによる操作性の向上はVG2またはF25を用いた場合で認められた ($p<0.01$)。**【結語】**胆管モデルを用いた実験において、リング型指サックによりGWの操作性を向上する可能性が示唆された。

S2-2 膵管ガイドワイヤー法における新規ガイドワイヤーの位置づけ

豊橋市民病院 消化器内科
○牧野成彦、鈴木博貴、松原 浩

【背景】膵管ガイドワイヤー留置法 (PGW法) は胆管挿管困難例に対する有用なオプションとして普及しているが、GWによる膵管・膵実質の損傷はERCP後膵炎 (PEP) のリスクとされている。J-WIREは先端の柔軟性により選択性が向上し、かつ先端ループ形成が容易なためPEPを予防できる可能性がある。**【目的】**PGW法におけるJ-WIREについて評価すること。**【対象と方法】**2022年4月から2023年7月までに当院でERCPを施行した922例のうち、PGW法で胆管挿管を行った80例を対象に従来のangle型GWを用いた67例 (AGW群) とJ-WIREを用いた13例 (JW群) の2群に分けて比較検討を行った。検討項目は1. 患者背景、2. 先端ループ形成率、3. PEPの発症率、4. Propensity scoreを両群でマッチングした後の比較。**【結果】**1. 年齢中央値75歳、男性:女性 40例:40例、原疾患は総胆管結石性胆管炎が最多で51例で次いで膵癌16例であった。胆管癌3例、その他10例だった。2. 先端ループを形成したのはAGW群16例、JW群9例とJW群で有意に多かった ($P=0.001$)。3. PEP発症率はAGW群17.9%、J-WIRE群8.3%と有意差は見られなかった ($P=0.679$)。4. Propensity score matching後の各群10例の比較では、PEP発症率に有意差はなく、先端ループ形成率はJW群で高い傾向だった ($P=0.221$, $P=0.070$)。**【考察】**JW群のPEP発症率低減への寄与は明らかでないが、先端ループを形成しやすい傾向があり、PGW法に適している可能性が示唆された。少数例の検討のため今後の症例の蓄積が必要である。

S2-3 胆管挿管困難症例に対するトラクション法の有用性

岐阜県立多治見病院 消化器内科
○丹羽佑介、奥村文浩、水島隆史

【目的】憩室内乳頭による胆管挿管困難例に対するトラクション法の有用性について検討する。**【対象・方法】**対象は2022年4月から2023年7月末までの480例のERCP (未処置乳頭186例) のうち、乳頭が憩室内に位置し、既存の挿管法では胆管挿管困難であり、トラクション法を行った3症例。術後腸管再建例は除外した。トラクション法は、Multi-Loop Traction Deviceをつけたクリップを乳頭肛門側に留置し、別のクリップを用いて反対側の輪を引っ掛けた後、より肛門側の十二指腸壁に留置することで、乳頭を憩室内からスコープ方向に変位させた。**【結果】**症例は①75歳女性、②80歳男性、③86歳男性であった。原疾患は①総胆管結石症、②結石性胆管炎、③Lemmel症候群であった。挿管困難要因は全例憩室による乳頭の偏移と固定の悪さであった。トラクション法を用いて全例で胆管挿管に成功した。通常挿管開始からトラクション法開始まで①56分、②15分、③0分 (再施行例)、使用したM-Loopは①2個、②2個、③1個であり、トラクション状態に要した時間は①8分、②13分、③12分であった。その後胆管挿管までに要した時間は①11分、②74分、③37分であった。処置後①でERCP後膵炎 (軽症) を発症した。**【結語】**トラクション法は、憩室内乳頭の胆管挿管困難症例に対して胆管挿管の一助となり得る有用な方法と考えられた。

S2-4 肝門部領域胆管狭窄を伴う胆道癌に対する生検専用シースを用いた術前マッピング生検に関する検討

静岡県立静岡がんセンター 内視鏡科
○坂本菖基、石渡裕俊、佐藤純也

【背景】経乳頭のマッピング生検 (MB) は胆道癌進展範囲診断に寄与する。直接胆管内に生検鉗子を挿入する方法では狭窄肝側の検体採取自体が困難な場合が多い。経口胆道鏡やダイレクター、ステントデリバリーを応用する方法もあるが、コストや適応外使用となる点が問題である。近年、生検専用シース (Endosheather: ES) (Piolax, Japan) が開発されたが、MBに関する報告はこれまでない。**【目的】**ESを用いたMBの成績を評価すること。**【方法】**2021年4月から2023年6月に肝門部領域胆管狭窄を伴う手術企図胆道癌に対してESを用いてMBを施行した症例を対象とした。生検にはRadial Jaw 4 Pediatric Biopsy forceps (Boston Scientific) を用いた。適切的に、検体採取成功割合、適正検体採取割合、検体採取時間 (MBに要した総時間)、有害事象、MBによる治療方針変更割合とした。**【結果】**対象は39症例 (肝門部領域胆管癌27例、広範囲胆管癌8例、胆嚢癌3例、肝内胆管癌1例) で、MB 114検体 (中央値3検体/ERCP) について解析した。検体採取成功割合は99.1% (111/114)、適正検体採取割合は95.5% (106/111) であった。検体採取時間は中央値7分であった。有害事象は胆管炎 2.6% (1/39) のみであった。治療方針変更割合は10% (4/39) であった (癌陽性で非切除2例、術式変更2例)。**【結論】**肝門部領域狭窄を伴う術前胆道癌に対して、ESを用いたMBは有用である。

S2-5

総胆管結石採石術後に対する生理食塩水洗浄

豊田厚生病院 消化器内科
○田ヶ原俊徳、内田元太、都築智之

【背景】総胆管結石に対しての内視鏡的機械的採石術を施行した患者に対して生理食塩水100mlで洗浄を追加で行うことで、総胆管結石遺残を予防できると報告されている (Yan-Yan Lin, et al. World J Gastroenterol, Jan 28, 2011; 27(4): 358-370)。

【目的】我々は総胆管結石の採石後に生理食塩水100mlの洗浄を行うことが日常臨床でどの程度推奨されるかを検討する目的で前向き研究を行った。【対象】2023年6月1日から9月1日までに当院で総胆管結石の診断または疑いでERCPによる機械的採石術が施行された患者21症例。【方法】総胆管結石採石後に生理食塩水100mlをバルーン閉塞下で洗浄を行い、胆泥や結石の排出があるかどうかを調査した。【結果】生理食塩水での洗浄で胆泥または結石の排出が見られた症例を、洗浄前の採石の状況別で検討すると、結石のみ採石で8例中1例、結石と胆泥の採石で3例中1例、胆泥のみの採石で4例中2例であった。洗浄前の採石で結石や胆泥がなかった症例では生食洗浄を行っても結石や胆泥の排出はみられなかった。【考察】総胆管結石の採石において、胆泥を伴う症例においては生食洗浄を追加することで遺残した胆泥の排出の確率が高く総胆管結石の再発予防につながる可能性が示唆された。【結語】総胆管結石に対しての機械的砕石術を施行した患者に対しては胆泥の排出が見られた場合には積極的に生食洗浄を勧める。

S2-6

当院におけるSpyGlass DSを併用した膵石治療の現状

名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器・代謝内科学
○久野佳代子、佐橋秀典、吉田道弘

【目的】膵石に対する内科的治療は内視鏡的治療・体外式衝撃波結石破砕療法 (ESWL) が中心である。当院では2016年よりSpyGlass DS(SG)を導入し、内視鏡的膵石治療に対しても症例を選んでSGを使用している。その経験から、膵石治療におけるSGの有用性を明らかにすることを目的とした。【対象】2016年4月から2023年8月までに当院で膵石治療の目的でSGを使用した30例(平均年齢58.1歳、男:女=24:6)について後方視的に検討を行った。【成績】結石は単発13例・多発17例、結石長径平均10.9mmで、膵石分布は1区域23例(頭部20例、体部3例)、2区域7例(頭部+体部5例、体部+尾部2例)だった。18例でSG下治療(破砕回数中央値:18,000発)施行し、12例でEHL併用SG下治療を先行した。12例中8例はSG下治療単独で実施、4例でSG下治療後にESWL(破砕回数中央値:10,400発)施行した。平均SG挿入時間は33.5分で、症例毎の平均SG使用回数は1.4回(1-3回)、最終的に24例(80.0%)で目的の結石除去が可能だった。SG下治療不成功例は、主膵管狭窄・屈曲部のSG突破不能4例、主乳頭近傍の嵌頓結石でSG下に結石の正面視・EHL処置不能1例、EHL無効1例だった。のべ41回のSG下治療における合併症は膵炎7例(17.1%)でいずれも軽症例であった。【結語】膵石治療におけるSG併用は、残石確認・小結石の完全除去に加え、状況に応じEHLによる破砕追加が可能であった。今後症例数を重ね、その有用性・適正使用をさらに検証したい。

S2-7

膵癌術前化学放射線療法を企図した遠位悪性胆道狭窄に対するステント選択

三重大学医学部附属病院 消化器・肝臓内科¹⁾、
松阪中央総合病院 消化器内科²⁾
○村嶋佑美¹⁾²⁾、山田玲子¹⁾、中川勇人¹⁾

【背景】当院では切除を企図した膵癌に対して術前化学放射線療法(NACRT)を積極的にこなしている。近年、切除企図膵癌に対する術前治療の普及に伴い手術待機期間が延長しており、胆道狭窄症例の術前胆道ドレナージに対する金属ステント(SEMS)の有用性が報告されている。【目的】切除企図膵癌に対する術前胆道ドレナージにおけるプラスチックステント(PS)とSEMSの成績を明らかにする。【方法】2007年1月から2021年12月の間に当院で胆道ドレナージを施行したNACRT企図膵癌105症例を対象とし、後方視的に検討した。【結果】年齢中央値は69歳、男性が71例(67.6%)で切除可能性はR/BR-PV/BR-A/UR-LAが31/10/23/41例であった。PS/SEMSが各々34/71例で、ERCP関連合併症は7(20.6%)/26(36.6%)例に認め、そのうち膵炎は1(2.9%)/14(19.7%)例であった。RBOはPS群/SEMS群で14(41.1%)/23(32.4%)例に認め、TRBOは114日(53-NA)/570日(225-NA)で有意にPS群が短かった。NACRTは31(91.1%)/64(90.1%)例で完遂し、手術は22(64.7%)/38(53.5%)例に施行された。手術待機期間中央値は109.5日/120.5日、非RBO率は68.2%/73%で有意差は認めなかった。手術時間、出血量、入院期間、合併症に有意差を認めなかった。【結論】本検討ではPSとSEMSのRBOに有意差はなかったが、SEMS群で優位にTRBOの延長を認めた。NACRT症例においては、長期間を期待してSEMSを選択することは理にかなっていないと考える。

S2-8

遠位胆管閉塞に対するテーパー & フレア型ステントの開発

市立四日市病院 消化器内科
○中敷啓史、小林 真

目的
悪性遠位胆管狭窄に対して金属ステントを使用する場合、留置時の位置ずれに注意する必要がある。フルカバードステントでは脱落も問題となる。K-papilla stent (製造: S and G Biotech・販売: SBカワスミ)は、遠位胆管から十二指腸における解剖学的形状に合わせることで、ステントの位置を安定させ逸脱を防ぐことを目的として開発された。器具・方法

ステントは円筒部と先細部のテーパー部と十二指腸側のフレア部の3つの部分からなる。胆管形状に合わせて乳頭部に向かって先細となり、乳頭部に位置する部分が最も細くなっている。十二指腸側にはステントの胆管内への迷入を防ぐ大型フレアを持つ。

結果
遠位胆管狭窄の4例(膵癌3例・十二指腸乳頭部癌1例)に使用した。全例において留置は成功し、膵炎等の偶発症は認めなかった。現在までステント留置期間は平均60日(28-79日:一例が他病死)であるが閉塞や脱落は認めていない。膵癌で十二指腸乳頭部からやや長めに留置された症例においては、一週間後の内視鏡では肝側の安定した位置にステントが固定されているのが確認された。

結論

K-papilla stentは留置時の位置が固定されるので脱落が起きにくく、多少の位置ずれであれば自然と修正される可能性がある。交換も容易であり、遠位胆管閉塞の症例に対し有用であると考えられた。

S2-9 術後胆汁漏に対する内視鏡的胆管ドレナージの有効性

岐阜市民病院 消化器内科
○下城宏太、岩田圭介、奥野 充

肝胆道系手術後合併症の一つである胆汁漏は、腹腔内感染症など合併症の原因となり、入院期間の延長やADL低下を来すこともある。

【目的】術後胆汁漏に対する内視鏡的治療の有用性を検討する。

【方法】2012年1月から2023年7月までに当施設にて胆道系外科手術に伴う術後胆汁漏をきたした症例を対象とし診療情報を後方視的に検討した。重症度はISGLSで評価しGradeB以上(何らかのインターベンション・手術が必要)を重症とし、重症例における内視鏡的胆管ドレナージの有用性を検討した。

【結果】対象は28例であり、男性14例(50%)、年齢中央値72(range 43-85)歳。原疾患は胆嚢炎18例、胆嚢癌4例、胆嚢癌2例、転移性肝癌1例、肝内結石症1例、膵癌1例、胆嚢ポリープ1例であり、術式は胆嚢摘出術19例、肝切除4例、膵頭十二指腸切除3例、その他2例、胆汁漏の重症度GradeA/B/C:6/20/2例であった。

Grade B胆汁漏症例20例のうち、内視鏡的ドレナージは19例に施行されており、その内訳はENBD15例、ENBD+EBD3例、EBD1例であった。腹腔内膿瘍ドレナージ4例が併用されていた。胆汁漏は全例で改善し、治療からステント除去までの期間中央値は18(range 4-99)日であった。

【結論】胆汁漏は重症化した場合には内視鏡的胆管ドレナージはその治療方法として有用と考えられた。

S2-10 胆嚢炎術前管理におけるENGBD cutting内瘻化術の検討

岐阜県総合医療センター 消化器内科
○丸田明範、吉田健作、清水省吾

【背景】急性胆嚢炎に対するENGBDおよびEGBSは、いずれも有用なドレナージ方法とされているが、前者は外瘻管理となる欠点がある。我々の施設では胆嚢炎術前管理において、初めにENGBDを留置し炎症改善後にチューブを胃内で内視鏡的に切断し、手術までEGBSによる内瘻管理を行う方針をとっており、今回その治療成績について検討することを目的とした。

【方法】2010年1月～2019年12月に内視鏡的ENGBD cutting内瘻化術を行った21例を後方視的に検討した。【結果】男性/女性:18例/3例、年齢中央値:70歳(55-88)、胆嚢炎重症度は軽症/中等症/重症:13(61.9%)/7(33.3%)/1(4.7%)であった。ENGBDのサイズは5Fr/6Fr:20/1例であり、チューブ切断に用いた処置具はループカッター+はさみ鉗子併用:15例(71.4%)、ループカッターのみ:6例(28.6%)であった。内視鏡的cutting内瘻化術のTechnical successは90.5%(19/21)、処置時間中央値は5分(2-14)であった。処置関連偶発症を2例(9.5%)に認め、いずれもチューブ逸脱であった。19例中18例で待機的胆嚢摘出術が施行され、手術待機期間中、1例のみ術前の画像検査で偶発的に無症候性のEGBS逸脱を認めたが、その他胆嚢炎再発や胆管炎などのイベントは認めなかった。

【結論】内視鏡的ENGBD cutting内瘻化術は、ERCPを追加することなく比較的短時間で施行することが可能であり、かつ胆嚢炎再発を抑制する効果が期待できることから有用で安全な処置であると考えられる。

S2-11 EST後出血に対する新規止血材(ビュアスタット)を用いた内視鏡的止血の成績

伊勢赤十字病院 消化器内科
○村林桃士、大山田純、亀井 昭

【背景と目的】新規止血材であるペプチド由来吸収性局所止血材(ビュアスタット)がEST後出血に対する止血処置に使用可能となったため、この使用成績を検証する。【対象と方法】2022年5月から2023年7月に、EST and/or EP(L)BDを行った296例のうち、EST後出血(即時出血を含む)に対してビュアスタットを用いて内視鏡的止血を試みた12例(中央値83歳、男9女3)を対象とした。【結果】原疾患は総胆管結石6例、膵癌3例、乳頭機能不全2例、自己免疫性膵炎1例。12例全例が未処置乳頭、急性胆管炎あり7例、抗血栓薬服用継続下3例、術後再建腸管1例(B-I)、傍乳頭憩室あり3例。出血を来した乳頭処置はEST8例、EP(L)BD with EST4例。即時出血11例、後出血1例(EST翌日)。5例ではビュアスタット使用前にバルーンカテーテルを用いた圧迫止血にて止血が得られず、7例では最初からビュアスタットを用いた。ビュアスタット使用量は中央値3ml(range 2-5)で、塗布に要した時間は中央値2.5分(1.4-3.5)で、ビュアスタット塗布のみにて10例(83%)で完全止血が得られた。1例は広範囲からの出血であり一部分で止血が得られず、もう1例は十二指腸変形のためビュアスタットの有効な塗布が行えず止血不成功となった。有害事象発生率は0%で、再出血を来した症例はなかった。【結論】EST後出血に対するビュアスタットを用いた内視鏡的止血処置は安全かつ容易に行え、完全止血率は比較的高かった。

S2-12 透析患者におけるERCP関連手技の偶発症とその予測因子に関する検討

日本赤十字社愛知医療センター名古屋第二病院 消化器内科
○森 俊敬、宮部勝之、林 克己

【目的】透析患者はERCP関連手技における偶発症発生の危険因子となりうる様々な病態を有す。今回、我々は当院で施行した透析患者のERCP関連手技における偶発症の発生率とその予測因子について検討した。

【方法】2010年7月から2020年9月まで当院において維持透析患者でERCPを施行した134例において、ERCP関連偶発症、特に急性膵炎と乳頭処置後出血の発生率とその予測因子に関し、単変量および多変量解析を行い検討した。

【結果】内訳は、検査時年齢中央値74歳(42-88歳)、男性103例、女性31例、透析期間中央値103か月(0.5か月-480か月)、抗血小板薬内服66例、抗凝固薬内服8例、EST施行例43例、EPBD施行例11例であった。ERCP後膵炎は5例(3.7%)、乳頭処置後出血は14例(10.4%)でみられた。膵炎発症の有意な予測因子は認められなかったが、乳頭処置後出血では単変量解析にてEST(P<0.001)、EPLBD(P=0.001)にて有意な出血を認め、その他予測に有用と思われる因子を入れた多変量解析ではバイアスピリン内服が有意に出血を起こす因子であった(OR=5.0, 95%信頼区間 1.052-23.494; P=0.043)。

【考察】維持透析患者のERCP時の出血予測因子としてバイアスピリンの内服があげられた。今後は非透析患者を加えた検討や、さらなる症例の蓄積が必要である。

S2-13 脾腫瘍に対する Franseen 針を用いた EUS-FNB の病理学的診断能：19-gauge versus 22-gauge

岐阜大学医学部附属病院 第一内科
○岩田翔太、岩下拓司、清水雅仁

【背景】脾腫瘍に対する超音波内視鏡下穿刺生検法 (EUS-FNB) は安全で有用な検体採取法として、広く一般臨床で施行されている。しかし、FNB 針においてその口径の違いによる診断能や遺伝子パネル検査への提出率については十分に検討されていない。

【目的】19-gauge Franseen 針 (19F) と 22-gauge Franseen 針 (22FR) を用いた脾腫瘍に対する EUS-FNB の良悪性診断能を比較検討した。

【方法】2017年12月から2023年1月の間に当院で脾腫瘍に対し19FRもしくは22FRを使用してEUS-FNBを施行した285症例 (19FR/22FR: 63例/222例) を対象とし、検体採取率、診断能、安全性について retrospective に検討した。

【結果】患者背景は (19FR/22FR) は男性: 55.6%/58.6% ($p=0.67$)、年齢中央値 (range): 70歳 (42-92)/ 72歳 (39-90) ($p=0.27$)。脾腫瘍は頭部 38.1%/44.1%、 $p=0.47$ 、穿刺経路は経胃 60.3%/63.1%、 $p=0.77$ であり、穿刺回数中央値は2回 (1-4)/2回 (1-3)、 $p<0.01$ 。最終診断は脾腫 82.5%/73.9%、神経内分泌腫瘍 3.2%/4.1%、自己免疫性脾炎 11.1%/9.9%、その他 3.2%/12.2%。組織検体採取率は100%/99.1%、 $p=1.00$ であり、組織診および細胞診を併せた正診率は98.4%/97.3%、 $p=1.00$ であった。偶発症は1例 1.6%/2例 0.9%、 $p=0.53$ で認め、脾炎 2例、腹痛 1例と少数であった。【結論】脾固形腫瘍に対する 19FR、22FR の使用は、高い検体採取率、組織学的診断能、安全性を示し、いずれも有用な診断方法と考えられた。

S2-15 急性胆嚢炎に対する 19G Acquire® を用いた EUS-GBD の検討

愛知県がんセンター 消化器内科
○浦田美菜子、奥野のぞみ、原 和生

【背景/目的】超音波内視鏡下胆嚢ドレナージ (EUS-GBD: EUS-guided gallbladder drainage) には、手技中の胆汁漏による腹膜炎などのリスクがあるが、穿刺ルートを拡張せず、デバイス交換を最小限にすることで、偶発症が軽減できる可能性がある。当院では2022年1月より大口径 FNB 針を用いることで、瘻孔拡張を不要とする EUS-GBD を開始したため、その成績を報告する。

【対象/方法】2022年1月~2023年8月に19G Acquire® を用いて EUS-GBD を試行した10例を対象とした。基本的な処置具は、Forward-viewing EUS、19G Acquire®、M-Through® 0.025 inch GW、8mm×8cm HANAROSTENT® Biliary Full Cover Benefit を用いて、瘻孔非拡張で手技を施行した。

【結果】年齢中央値66歳 (37-80歳)、男女比4:6、全例切除不能悪性疾患だった。全例で手技が成功し、処置時間中央値は10分 (7-17分) だった。臨床的奏効率も100%で、手技による胆汁瘻、出血、穿孔、腹膜炎などの直接的な偶発症は1例も認めなかったが、手技完遂後に胆嚢炎による胆嚢穿通部を通じて腹腔内に著明な Free air が出現し、経皮的ドレナージを要した症例を1例経験した。観察期間中央値は54日 (14-580日) で胆嚢炎再発やステント逸脱はなかった。

【結語】19G Acquire® を用いることで瘻孔拡張を不要とした EUS-GBD は、手技を安全かつ容易にできる可能性がある。

S2-14 肝尾状葉病変に対する超音波内視鏡下穿刺術の有用性

名古屋市立大学医学部附属東部医療センター 消化器内科
○猪飼千咲、近藤 啓、林 香月

【はじめに】肝内病変の病理学的診断は超音波やCT下の経皮的穿刺が主に行われる。肝尾状葉 (S1) は解剖学的特性から背側深部に位置し、さらに門脈と下大静脈に挟まれ、経皮的穿刺では S1 病変に達するまで介在脈管が多く存在する。S1 病変へ経消化管的 EUS-FNA は経皮より近接描出が可能となり、動画での描出・穿刺方法や成績を報告する。

【対象・方法】2020年1月~2023年7月に肝内病変 (肝細胞癌除く) に対し EUS-FNA を施行した45例中、S1 病変に EUS-FNA を施行した8例の有用性と安全性について、後ろ向きに検討した。8例は典型的な肝細胞癌を除き、病理結果が治療方針に影響する症例であった。また、S1 は左側臥位の EUS 体位において CT で予測するよりも胃に近接して描出されるため、体位における S1 病変の位置変化を検討した。

【結果】EUS で S1 病変は8例全例で描出可能で平均最大径は12.8mm、22G (FNB 針) にて穿刺を2-3回施行し、出血・感染・穿孔などの偶発症は認めなかった。病理診断率は全例に免疫染色も可能で、6例が肝内胆管癌、1例が大腸癌の肝転移、1例が再生結節と診断した。比較対象の37例の診断率は96.7%で偶発症は認めなかった。仰臥位と左側臥位の CT 比較で EUS 時の左側臥位によって S1 は胃に近接することを確認した。

【考察】S1 は EUS の左側臥位で胃に近接し描出良好で、EUS-FNA は S1 病変の診断・治療方針決定に有用であると考えられた。

S2-16 切除不能局所進行脾腫瘍の陽子線治療における EUS ガイド下金マーカー留置の有用性の検討

名古屋大学大学院医学系研究科 消化器内科学¹⁾、
名古屋大学医学部附属病院 光学医療診療部²⁾、
成田記念病院 消化器内科³⁾
○竹内一訓¹⁾、山雄健太郎²⁾、外山貴洋³⁾

【背景】切除不能局所進行 (UR-LA) 脾腫瘍に対する陽子線治療 (PBT: proton beam therapy) が2022年4月に保険収載された。脾臓は呼吸性移動の大きな臓器で、病変に効率的に照射するために EUS 下金マーカー留置術 (EUS-FMP: fiducial marker placement) が開発された。本研究では EUS-FMP の安全性を検討し、かつ非マーカー留置群 (未施行群) との治療効果を比較検討した。

【対象と方法】2020年7月から2023年4月までに成田記念陽子線センターで UR-LA 脾腫瘍に対し PBT を施行した38症例を対象とした。FMP は金マーカーを先込めした22G FNA 針を EUS 下に腫瘍内に穿刺し、内芯でマーカーを押し出し留置し、原則2個留置した。金マーカーは Gold Anchor (GA Japan)、FNA 針は Expect (BSJ) を使用した。評価項目は、1. EUS-FMP の手技成績 (手技成功率、偶発症発生率)、2. PBT の治療成績に対する FMP 群: 非 FMP 群の比較 奏効率 (CR+PR 率)、生存期間中央値 (MST)、有害事象発生率 (Grade3 以上)。

【結果】内訳は FMP 群22例、未施行群16例であった。成績1. 手技成功率: 100% (22/22)。偶発症発生率: 9.1% (2/22.2例とも Grade1 の出血)。2. 奏効率: 36% (8/22) vs 13% (2/16)、 $p=0.10$ 。MST: 479日 vs 485日、 $p=0.73$ 。偶発症: 9% (2/22) vs 13% (2/16)、 $p=1.00$ 、で両群の2例とも Grade3 の WBC 減少であった。【結語】UR-LA 脾腫瘍に対する EUS-FMP は安全に施行でき、また効率的な照射が可能と考えられた。(共同研究者: 成田記念陽子線センター 柳剛、芝本雄太、今井悠登)

抄 録

一般演題

お断わり：原則的に講演者が入力したデータをそのまま掲載しておりますので、一部施設名・演者名・用語等の表記不統一がございます。あらかじめご了承ください。

若手研究者優秀演題奨励賞選定セッション 上部消化管・他①

Y-1 食道狭窄をとまなう Mallory-Weiss 症候群に対し DIY により細径内視鏡で吸収性局所止血剤「PuraStat®」塗布による止血に成功した1例

静岡県立総合病院 消化器内科

○稲川敦子、川口真矢、坂口航輝、本多一仁、村松未来、大堂真一郎、土壁千夏、上原慶大、武田昌大、池田慎也、加島弘崇、平田太陽、佐藤辰宜、増井雄一、松田昌範、川合麻実、遠藤伸也、黒上貴史、白根高文、大野和也

【現病歴】繰り返す逆流性食道炎の既往のある91歳女性。吐血を主訴に救急搬送された。バイタルサインは安定していたが、血液検査でHb11.7g/dlの貧血を認めた。腹部単純CTでは胃内に高吸収の液体貯留を認め、上部消化管出血を疑い緊急内視鏡検査を施行した。通常径内視鏡は下部食道の癒痕狭窄のため通過困難であった。穿孔や出血を懸念し、狭窄拡張は施行せず、細径内視鏡へ切り替えた。食道胃接合部の縦走裂創と漏出性出血を認め、Mallory-Weiss 症候群と診断した。トロンビン散布では止血が得られず、PuraStat®を塗布することとした。しかし、PuraStat®の専用チューブ径2.5mmに対し細径内視鏡の鉗子径は2.2mmで使用できないため、細径内視鏡でも使用可能な散布チューブ(2.0mm径)の代用を試みた。スタイレットを抜去し散布チューブの先端部を切断し、送液口にロック栓をとりつけることでPuraStat®を自作のチューブに充填が可能となり、若干抵抗はあったが創部に塗布することが出来た。2日後の内視鏡検査で止血を確認し経口摂取を開始した。1カ月後には創傷治癒が得られ、良好な経過を辿った。【考察】乳幼児や食道狭窄例など、通常径の内視鏡が使用困難な症例では細径内視鏡が用いられるが、止血術に使用可能処置具は限られ難渋する。今回、処置具の工夫によって細径内視鏡下でもPuraStat®塗布に成功し、止血効果が得られたため報告する。

Y-3 表在型食道癌との鑑別を要した限局型好酸球性食道炎の1例

岐阜県総合医療センター 消化器内科¹⁾、

滋賀医科大学医学部 病理学講座²⁾

○山内和貴¹⁾、小澤範高¹⁾、山崎健路¹⁾、九嶋亮治²⁾、木村明博¹⁾、黒田英孝¹⁾、小泉 悠¹⁾、村瀬博幸¹⁾、大谷毅一¹⁾、増田直也¹⁾、入谷壮一¹⁾、吉田健作¹⁾、丸田明範¹⁾、永野淳二¹⁾、清水省吾¹⁾

【症例】40歳代男性。検診の上部消化管内視鏡検査にてNBI観察で“brownish area”を指摘され、表在型食道癌が疑われ当科紹介。胸部中部～下部食道に約25mm大の境界不明瞭な領域を認めた。NBI観察ではbeige色を呈し、NBI拡大観察ではドット状血管の増生を認めたが形状や分布の不均一性は認めなかった。ルゴール染色では淡染した。生検にて好酸球浸潤(15/HPF以上)および上皮細胞間隙の拡大を認めた。beige色を呈さない領域では好酸球増多は認めず、限局型好酸球性食道炎(eosinophilic esophagitis: EoE)と診断した。

【考察】EoEは病変の分布からびまん性型と限局型に分類する報告がある。限局型はEoEの初期像である可能性も指摘されている。正常な食道粘膜はNBI観察において青色の狭帯域光が扁平上皮細胞層で反射するため薄緑色を呈する。一方EoEは炎症により扁平上皮表層の細胞層の消失ないし菲薄化をきたし、青色の狭帯域光が吸収されるためbeige色を呈するとされる。Beigeの色調は食道癌で見られるbrownの色調と類似しているものの区別することが可能である。限局型EoEは既報ではSquamocolumnar junction(SCJ)直上に存在することが多いとされているが、今回SCJとは連続しない領域に存在したことも表在型食道癌を疑う要因となった。限局型EoEはその内視鏡所見から表在型食道癌との鑑別が必要であり、NBI観察での色調の評価、血管形状の詳細な観察、ヨード染色所見が診断に有用である。

Y-2 早期食道癌ESD後11日目に遅発性の出血をきたした1例

国際医療福祉大学熱海病院 消化器内科

○杉元俊太郎、加藤孝征、永井圭哉、櫻井裕一郎、清田耕助、留野 渉、坂本康成

【背景】早期食道癌に対するESDを行い、退院後に切除部位からの出血をきたした1例を報告する。

【症例】肝細胞癌破裂に対し肝動脈塞栓術後、慢性心不全、心房細動を既往に持つ72歳男性。早期食道癌に対してESDを施行し、術後経過問題なく退院となった。術後11日目に吐血し、上部消化管内視鏡にてESD後潰瘍部位からの出血を認めた。同部位を止血鉗子で焼灼止血し、その後再出血を認めることなく退院となった。

【考察】ESDの合併症としては出血および穿孔が挙げられるが、食道に関しては術後出血の報告は非常に少ない。過去の文献によると529例中1例のみであり、その症例もESD翌日の出血であった。本症例では患者がアピキサパンを内服しており、ガイドラインに沿って周術期は服用を中止していたものの後出血リスクを上昇させたことが予想される。また、ダビガトランの副作用として剥離性食道炎(8.8%程度)が報告されており、同様の直接作用型経口抗凝固薬(以下DOAC)であるアピキサパンも少数ながら剥離性食道炎の報告があり、こちらも術後出血に起因した可能性が考えられる。

【結語】食道ESD後11日の経過後に遅発性の後出血を認めた症例を経験した。食道ESD後の遅発性の出血はこれまでに文献はなく稀である。本症例からはDOAC服用者についてはESD後の内服方法も含めて留意し指導した方が良いことが示唆された。

Y-4 保存的治療にて改善しえたSB(Sengstaken-Blakemore)チューブによる原性食道穿孔の1例

名古屋市立大学医学部附属東部医療センター 消化器内科

○神谷昌宏、近藤 啓、佐藤 暲、服部智子、小林彩香、猪飼千咲、中川真里絵、庄田怜加、武仲祐弥、荒木幸子、西垣信宏、小島尚代、伊藤惠介、林 香月

【症例】54歳男性【主訴】吐血【現病歴】近医でアルコール性肝硬変と診断されるも通院中断。X年6月17日大量吐血で救急搬送。緊急EGDではF3の食道静脈瘤を認めるも出血点不明。胃内は多量のコアグラと新鮮血が貯留し観察困難。ショックとなりスコープを抜去した。静脈瘤出血が疑われたためERでSBチューブを留置。Xpにて縦郭内に胃バルーンが確認されたため透視下で胃内に再留置しICU入室となった。【経過】輸血、昇圧剤にて状態安定後にEGDを施行。下部食道に穿孔部を確認。体上部小弯の裂創より噴出性の静脈瘤出血を認め焼灼止血。食道造影では食道左側から縦隔への漏出を認めるも胸腔への穿破は認めず。手術について検討したが肝硬変による静脈瘤出血のため状態不良であること、原性性の食道穿孔のため感染徴候や汚染が少なく、縦隔に限局していたため手術を行わず、W-EDチューブによるドレナージと経管栄養、抗生剤による保存的治療を選択した。18日のEGDでは出血は認めず、下部食道に12cmにわたる穿孔部を確認した。29日のEGDでは穿孔部に肉芽組織が形成され裂創は7cmに縮小。7月6日のEGDにて裂創は5cmに縮小し縦隔への造影剤漏出は認めず、食事摂取を再開した。【考察】本症例においては穿孔における汚染が少なく、縦隔内に限局し、ドレナージが奏効したため保存的治療にて改善しえた。SBチューブ留置の際には透視下で胃内にあることを確認してバルーンを拡張することが必須である。

Y-5 食道ステント断裂片の胃内逸脱に対し内視鏡的回収を行った一例

安城更生病院 消化器内科

○山田政伸、石原 誠、安部太智、伊藤創太、岩田彩加、森下昌史、
榎本祥吾、加藤 彩、竹内悠祐、齋藤洋一郎、林大樹朗、
竹内真実子

80歳代男性。X-2年10月に心窩部不快感の精査目的に当院紹介。上部消化管内視鏡を施行し、胃噴門部に3型進行癌、食道浸潤を認めた。造影CTにて肝転移を認め、切除不能進行胃癌、HER2陰性のためSOX療法を開始。8コース終了後にSDを維持していたが、流涙症状出現し、涙鼻管閉塞の診断で化学療法を中止。その後患者希望にて経過観察となった。X年2月頃よりつかえ感を認め、3月に経口摂取不良で入院となった。上部消化管内視鏡検査を施行したところ原発巣の増大を認めたため、食道ステント留置 (HANAROSTENT 食道用ステント covered type 逆流防止弁付き 外径18mm 長さ12cm: ポストン・サイエンティフィック社) を行った。8月に再度つかえ感が出現し、ステント不全確認目的に上部消化管内視鏡検査を施行したところ、一部断裂したステントが胃内に逸脱をしており、断裂したもう一方のステントは画像上確認できず自然排出されたと考えられた。同日緊急入院とし、後日内視鏡的にステント回収を施行した。内視鏡挿入時、手前に断裂部、奥にフレアを認めたためフレア部の糸を把持鉗子で把持し愛護的に回収した。回収したステントはフレア部に逆流防止弁が確認できたため、口側部が自然排出したと考えた。食道ステント断裂片に対して内視鏡的回収を行った稀な一例を経験したので若干の文献的考察を含め報告する。

若手研究者優秀演題奨励賞選定セッション 上部消化管・他②

Y-6 外来治療のみで完治し得た高齢者の魚骨による消化管穿孔の一例

国際医療福祉大学熱海病院 消化器内科¹⁾、
国際医療福祉大学三田病院 消化器内科²⁾

○織茂智也¹⁾、加藤孝征¹⁾、杉元俊太郎²⁾、永井奎毅²⁾、清田耕助¹⁾、
留野 渉¹⁾、坂本康成¹⁾

【症例】

夕食にブリの照り焼きを摂取し、翌日未明に腹痛を認めたため来院した85歳女性。炎症示唆する血液検査所見はなかったものの、上腹部に圧痛を認めたため腹部CTを撮影し、胃前庭部を貫き肝表に達する長径32mm程度の線状の高吸収域を認めた。魚骨による胃壁貫通と診断し緊急上部消化管内視鏡検査を行った。胃内にわずかに露出した魚骨を確認し、把持鉗子で慎重に抜去して同部位を縫縮した。再度撮影した腹部CTで遊離ガスがなく、症状消失したため抗菌薬を処方し帰宅とした。第4病日まで症状再燃なく血液検査および腹部レントゲンで異常を認めず、抗菌薬投与を終了した。半年以上経過しているが再燃なく完治したと言える。

【考察】

既報では魚骨による消化管穿孔は外科的治療となった症例が多く、中には死亡例も報告されている。内視鏡的摘出により保存的に治癒した症例も散見されるが、いずれも絶食を伴う入院加療となっている。本症例では魚骨が胃壁を貫通していたにも関わらず、膿瘍を形成することなく外来治療のみで治癒し得たことが特筆すべき点である。高齢者における入院治療は、認知機能や栄養状態の悪化から生活水準低下のリスクを伴う。安全であると判断した場合は粘膜縫縮を施行した上で慎重に外来治療を行うことも一つの選択肢となる。

【結語】

外来治療のみで魚骨による消化管穿孔を完治し得た貴重な症例を経験したため、報告する。

Y-7 PPI長期投与により発生し中止により縮小した「ラズベリー型腺窩上皮型腫瘍」と鑑別を要した polypoid foveolar hyperplasia の一例

藤枝市立総合病院 消化器内科

○丸山 巧、丸山保彦、吉井重人、景岡正信、大島昭彦、寺井智宏、
星野弘典、稲垣主祐、乾 航、馬場皓大

症例は70歳、男性。X-12年より前庭部の難治性HP陰性・非NSAID潰瘍に対してPPIを投与していた。X-7年頃より胃体部にポリープが出現しはじめ、緩徐な増大を認めていた。X-1年2月に複数のポリープのうち2個のポリープに、発赤が強く窩間部が開大し、White zoneが非薄化した所見を認め、内視鏡上「ラズベリー様腺窩上皮型腫瘍」との鑑別が必要と判断した。同部の生検では polypoid foveolar hyperplasia と診断された。同年8月に前回の生検で病変が消失していないことを確認の後PPIを中止し経過観察したところ、X年1月には病変の縮小を認めた。PPI投与中の血清ガストリン値は276～642 pg/mLであり、生検検体のガストリン受容体免疫染色で上皮細胞が強く染色された。以上より本病変はガストリンの影響を受けていたと考えられた。PPIによる胃粘膜の変化のうち過形成性ポリープの出現も一定の頻度で報告されているが、経過や発生機序に迫る報告は少ない。文献的考察を加え発表する。

Y-8 H. pylori 除菌後の胃粘膜を背景に生じた微小胃底腺型胃癌の一例

浜松医科大学医学部 第一内科¹⁾、
浜松医科大学医学部附属病院 光学医療診療部²⁾、
浜松医科大学医学部附属病院 臨床検査医学³⁾

○杉山智哉¹⁾、杉浦喜一¹⁾、加藤敦士¹⁾、江上貴俊¹⁾、高橋賢一¹⁾、
伊藤達弘¹⁾、浅井雄介¹⁾、高橋 悟¹⁾、尾上峻也¹⁾、樋口友洋²⁾、
宮津隆裕¹⁾、金子雅直¹⁾、石田夏樹²⁾、田村 智¹⁾、松浦友春¹⁾、
谷 伸也¹⁾、山出美穂子¹⁾、濱屋 寧¹⁾、岩泉守哉³⁾、大澤 恵²⁾、
杉本 健¹⁾

【症例】78歳男性

【現病歴】X-5年H. pylori除菌治療後、その後上部消化管内視鏡検査(EGD)で定期フォローされていた。X年EGDで腫瘍性病変が疑われ、当科紹介となる。胃体中部前壁に通常光で5mm大の褪色調平坦病変を認め、NBI観察では窩間部の開大を認めるが腺管不整、異常血管増生は見られなかった。同部からの生検では核腫大・核密度の上昇がみられ、免疫染色でMUC5AC(-)、MUC6(+)、pepsinogen I (+)、MUC2(-)であった。ESDでの一括切除を行い、病理検査結果は胃底腺型腺癌であり、3mm大の粘膜内癌及び脈管侵襲は陰性であった。現在経過フォロー中である。

【考察】

胃底腺型胃癌は胃底腺への分化を示す分化型腺癌の一亜型であり、典型例ではH. pylori未感染の胃粘膜を背景に褪色調粘膜下腫瘍様の隆起性病変を来す。しかしながら症例の集積に伴い、本症例のように平坦微小病変及びH. pylori除菌後に発見される症例も増えてきており、疾患の理解が必要である。文献的考察を交え報告する。

Y-9 肥厚性皮膚骨膜炎に合併したH.pylori未感染多発早期胃癌の一例

岐阜大学医学部附属病院 第一内科

○歌方有貴、高田 淳、宇野由佳里、小島健太郎、大西祥代、
久保田全哉、井深貴士、清水雅仁

【症例】33歳、男性。胃癌や遺伝性疾患の家族歴なし。18歳時に顔面皺壁、手指肥厚、貧血を指摘され、肥厚性皮膚骨膜炎と診断された。また骨髄生検で骨髄線維症と診断され、JAK阻害薬内服中であった。X日に急性胆管炎のため入院となった。入院時のCTで十二指腸球部に腫瘍性病変を指摘され、胆管炎軽快後上部消化管内視鏡検査を施行した。胃角小弯、前庭部大弯にそれぞれ白色調のIIa病変、幽門輪に十二指腸球部に脱出するI p病変を認めた。いずれもVS classificationで早期胃癌と考えられたが、生検ではgroup3であった。背景胃粘膜は内視鏡的・組織学的に粘膜萎縮を認めず、H.Pylori抗体陰性であったことから、H.pylori未感染と判断した。胃多発病変の治療方針決定のため、診断目的に前庭部大弯の病変に対して内視鏡的粘膜下層剥離術を施行した。病理組織学的所見はtub1, pT1a(M), pUL0, Ly0, V0, pHM0, pVM0、免疫染色で胃型形質であった。ESD病理結果より他の病変も癌の可能性が高いと考え、幽門側胃切除+胆嚢摘出術を施行した。病理組織学的所見は胃角小弯・幽門輪の病変いずれも背景粘膜に腺窩上皮の過形成と過誤腫性ポリポーシスを伴う粘膜内癌であった。【考察】肥厚性皮膚骨膜炎はばち指・骨膜性骨肥厚・皮膚肥厚性変化を3主徴とする非常にまれな遺伝性疾患である。20%以上の患者で肥厚性胃炎や胃潰瘍の合併が見られるが、胃癌合併の報告はほとんどない。若干の考察を加えて報告する。

Y-10 4型進行胃癌に類似した乳癌胃転移の1例

JA 静岡厚生連遠州病院 消化器内科

○北川美織、高垣航輔、藤田翔也、大津卓也、森 泰希、竹内靖雄、
白井直人

【症例】70歳台、女性。【主訴】嘔吐、前胸部痛。【現病歴】20XX年Y-2月頃に右乳房の硬結に気付き、その後食欲低下して下腿浮腫も自覚した。次第に腹部が膨隆したため、A総合病院を受診した。腹部CT検査で胃壁肥厚・多発性肝腫瘍・腹水貯留を指摘され、後日精査予定であったが嘔吐、前胸部痛で同年Y月当院に緊急入院となった。上部内視鏡検査では胃体中部から前庭部にかけて胃壁は進展不良で、びらんを伴った皺襞肥厚を認めた。胃生検は当初低分化型腺癌または印環細胞癌と診断された。右乳房に発赤・腫脹した腫瘍があり、胸部CT検査では右乳房内に径10cm大、左乳房内に径2.3cm大の境界不明瞭な腫瘍を認めた。針生検にて右乳房腫瘍は浸潤性小葉癌、左乳房腫瘍は乳管癌と診断された。右乳房腫瘍の免疫染色は、ER・PgRはともに陽性、HER2低発現、CK7+/CK20-で、胃腫瘍も類似した結果であった。右乳癌の胃転移と診断し、外科にてAC療法（ドキシソリン+シクロホスファミド）が開始された。原発腫瘍はやや縮小するも腹水は改善せず、穿刺ドレナージが複数回実施された。病状は次第に悪化し、初診から3か月後に永眠された。【考察】転移性胃癌の内視鏡所見については、粘膜下腫瘍類似型や原発性胃癌類似型が大半を占め、4型進行胃癌類似型は数%に過ぎない。その多くは乳癌由来とされている。今回比較的稀な症例を経験したので報告する。

若手研究者優秀演題奨励賞選定セッション 上部消化管・他③

Y-11 異所性腺を伴った胃前庭部粘膜内癌の1切除例

刈谷豊田総合病院 内科¹⁾、刈谷豊田総合病院 病理診断科²⁾
○河竹弘貴¹⁾、神岡諭郎¹⁾、浜島英司¹⁾、中江康之¹⁾、仲島さより¹⁾、
久野剛史¹⁾、吉川幸愛¹⁾、二村侑歩¹⁾、光松佑時¹⁾、新田統一郎¹⁾、
足立賢吾¹⁾、川嶋裕人¹⁾、亀島祐貴¹⁾、伊藤 誠²⁾

【症例】55歳男性。【主訴】心窩部痛。【既往歴】総胆管結石、高脂血症。【家族歴】父が胃癌。【処方歴】スクラルファート水和物、ランソプラゾール。【現病歴】1ヶ月前からの心窩部痛を認め前医受診した。腹部エコーにて脂肪肝、胆嚢筋腫症、胆石を認めた。上部消化管内視鏡検査(EGD)にて胃前庭部後壁に胃癌(tub2)を認めたため精査加療目的に当院紹介受診となった。当院EGDでは前庭部後壁に10mm大の発赤調0-IIcの病変を認めた。NBI併用拡大観察ではDemarcation lineは明瞭、粘膜表面構造と微小血管構築像は不整であり胃癌と判断した。ひだ集中は認めないものの送気し伸展させた状態でも周囲の正常粘膜は若干の隆起を呈していた。超音波内視鏡検査(EUS)では病変の辺縁は第2層を主座として低エコー領域、病変中心部の第3層に低エコー領域と肥厚を認め深達度SM2病変と診断した。CTではリンパ節転移や遠隔転移は認めなかった。以上よりESD適応外であり幽門側胃切除術を施行した。病理所見は粘膜内にとどまる高分化管状腺癌で粘膜下層には異所性腺や粘膜下異所性胃腺を認め、粘膜内癌と異所性腺の併存と診断した。手術後は合併症を認めず退院となった。【考察】異所性腺が併存し粘膜下腫瘍様に隆起していたため深達度診断に影響を与えた。異所性腺に伴う腺癌の報告はいくつか確認されたが、本症例のような異所性腺に胃癌を合併した例は非常に稀であり貴重な症例を経験した。

Y-13 内視鏡的胃瘻チューブ回収困難例に対して経皮経瘻孔的にバンパーを切離し経食道的に回収した1例

名古屋市立大学医学部附属みどり市民病院 消化器内科
○稲垣貴文、西江裕忠、浅野 剛、野尻 優、内藤 格

症例は60歳代男性。12年前に胃瘻増設し、20Fr4.0cmのバンパーボタン型を定期交換していた。X年Y月に定期交換で当院受診し、チューブ抜去を試みるも瘻孔周囲の肉芽組織が増生し、抜去時の抵抗が強く手動的抜去は困難と判断した。Y+12日に内視鏡的摘出のため、体外よりシャフト部を切離し、切断したバンパー部を把持鉗子を用いて抜去を試みた。しかしバンパー部の形状により、経食道的に抜去は困難であったため、胃内に残存したまま処置を終了した。自然排泄の可能性を考慮し、Y+29日に腹部レントゲンを施行したところ、胃内に残存していた。このため、自然排泄は困難であると判断し、Y+34日に瘻孔より腹腔鏡手術用の剪刀を挿入し、バンパーの脚を切離・分解し、サイズを小さくして経食道的に抜去した。【考察】一般的にバンパー型胃瘻チューブは経皮的な交換が行われているが、時に経皮的に抜去が困難な場合もあり、内視鏡的交換が必要になることがある。しかし、本症例の様に切断したバンパーが経食道的に抜去困難な場合も稀にある。胃内に残存した場合、腸閉塞や消化管穿孔のリスクとなるため回収が望ましいが、その具体的な方法は確立されていない。既報を基に、経皮経瘻孔的に腹腔鏡手術用の剪刀を挿入して、バンパー部を切離・分解し、経食道的に安全に摘出できた。遺残胃瘻チューブの回収が困難であった稀な一例を経験したため、若干の文献的考察を交えて報告する。

Y-12 胃空腸バイパス術後、吻合部悪性狭窄に対してSide-by-Sideでステントを留置した1例

公立西知多総合病院 消化器内科
○山口一馬、鈴木悠士、相澤真人、澤田悠太郎、安藤雅能、竹山友章

【症例】78歳女性。【現病歴】膵体部癌に対して膵体尾部切除術2年9ヶ月後に術後再発。総胆管閉塞に対しSEMS留置、十二指腸狭窄に対して胃空腸バイパス術、SEMS閉塞に対して経胃経肝ドレナージ留置後。発熱、腹痛、黄疸で受診し、採血で肝胆系酵素の上昇、CTで吻合部口側の胃と輸入脚の拡張を認めた。上部消化管内視鏡では吻合部は発赤浮腫状に狭窄し、輸入脚内に液体貯留を認めた。以上より、腫瘍増大による吻合部狭窄、輸入脚症候群、逆行性胆管炎と診断。経鼻胃管留置と抗菌薬投与するも胆管炎は改善せず、内視鏡的ステント留置を行うこととした。Side-by-Side法で輸入脚と輸出脚にNiti-S Pyloric and Duodenal Uncovered Stent(22mm/60mm)を留置した。留置後胆管炎は改善し、少量の食事摂取も可能となった。【考察】消化管狭窄に対する内視鏡的ステント留置術は、外科手術が選択できない場合に行われる治療の一つである。ただ術後吻合部や再建腸管に悪性狭窄をきたした場合の有用性や安全性についてはまだ明らかではない。また胃空腸バイパスの場合、輸入脚と輸出脚の流れを確保しないとならない問題がある。今回われわれは胃十二指腸バイパス術後の吻合部悪性狭窄に対し、Side-by-Sideでステントを留置し症状を改善させた一例を経験したため、若干の文献的考察を交えて報告する。

Y-14 NBCAにて止血した十二指腸静脈瘤破裂の1例

刈谷豊田総合病院 内科
○東村優輔、仲島さより、濱島英司、神岡諭郎、中江康之、
久野剛史、二村侑歩、吉川幸愛、光松佑時、足立賢吾、
新田統一郎、亀島祐貴、川嶋裕人

【症例】49歳、男性【主訴】下血【現病歴】X-4年より非代償性アルコール性肝硬変、難治性腹水で通院。同年、食道静脈瘤破裂に対してEVLで止血した。難治性腹水があり追加治療を行わず退院。以降も食道静脈瘤破裂は3回あり、いずれもEVLのみで治療を終了していた。X年某日暗赤色便を主訴に当院救急外来受診。Hb7.1mg/dL、ダイナミックCTで十二指腸水平脚に静脈瘤を認めた。供血路は上腸間膜静脈、排水路は下大静脈であった。EGDでは十二指腸水平脚に粘膜下腫瘍様の隆起を認め、頂部に赤色栓を有したことから、十二指腸静脈瘤破裂と診断し、EVLにて止血した。BRTOの追加も検討されていたが第4病日に鮮血下血を認めた。EGDではEVL後の潰瘍の辺縁からの噴出性の出血を認め、透視下にNBCAを注入し止血した。翌日のCTで静脈瘤の塞栓を確認した。以降は経過良好で第11病日に退院となった。【考察】十二指腸静脈瘤に対しての治療としては内視鏡治療、BRTO、外科的手術が挙げられ、破裂時には、EVL、EISが有効とされている。しかしEVLのみでは流入路が残存するため、本症例のように再破裂のリスクが高く追加治療が必要になることが多い。一方EISは流入路を塞栓させるため、追加治療を必要とすることがなく、根治治療として有効だと考える。

Y-15 腹腔鏡補助下にて内視鏡的に切除した巨大十二指腸 Brunner 腺過形成の一例

愛知医科大学病院 消化管内科¹⁾、愛知医科大学病院 消化器外科²⁾
○河合千晴¹⁾、足立和規¹⁾、安藤 慧¹⁾、南谷真理弥¹⁾、東 美佳¹⁾、
加藤真子¹⁾、田代 崇¹⁾、加藤 綾¹⁾、小野 聡¹⁾、加藤駿介¹⁾、
高山将旭¹⁾、越野 顕¹⁾、山本和弘¹⁾、杉山智哉¹⁾、山口純治¹⁾、
安藤公隆²⁾、井澤晋也¹⁾、海老正秀¹⁾、小笠原尚高¹⁾、佐々木誠人¹⁾、
春日井邦夫¹⁾

【症例】59歳、男性。【主訴】左季肋部痛。【現病歴】腹痛を主訴にX年4月当院救急外来受診、CT検査にて十二指腸に重積様の腫瘍性病変を指摘され消化管内科受診した。【臨床経過】上部消化管内視鏡検査で十二指腸球部後壁に50mm大、頂部に発赤陥凹を伴う有茎性の粘膜下腫瘍を認めた。肉眼的には Brunner 腺過形成が疑われた。通過障害を来す可能性を考慮し、厳格なICのもと、腹腔鏡内視鏡合同手術(LECS)の方針となった。病変は球部から下行脚まで容易に可動するため、茎部に糸付きクリップをかけ球部まで牽引し、ハサミ型デバイスにて一括切除した。当初は球部切開にて病変の回収予定であったが、幽門輪が開大しており、経口的な回収を試みた。病変をスネアにて把持し牽引かつ腹腔鏡にて球部からの圧迫を加えたところ、胃内へ流出し回収し得た。切除病変は50×35mmであり、最終病理診断は Brunner 腺過形成であった。【考察・結語】十二指腸の巨大な Brunner 腺過形成は通過障害や大量出血を来たす場合がある。治療として外科手術、LECS、内視鏡切除などが報告されているが決まった術式はない。本症例は50mmと巨大な十二指腸 Brunner 腺過形成であったが、腹腔鏡の補助により、腸管の切開をせずに病変の治療・回収をし得た。球部の病変はそれぞれの術式のメリットデメリットを活かした治療の選択が重要と思われたので報告する。

若手研究者優秀演題奨励賞選定セッション 下部消化管①

Y-16 腸閉塞を契機に診断された小腸原発悪性リンパ腫の1例

刈谷豊田総合病院 内科

○藤島亮太、久野剛史、濱島英司、神岡論郎、中江康之、
仲島さより、二村侑步、吉川幸愛、光松佑時、足立賢吾、
新田紘一郎、亀島祐貴、川嶋裕人

【症例】81歳、女性。【主訴】腹痛。【既往歴】子宮頸癌放射線治療後。脂質異常症。【現病歴】X年某日、臍部に腹痛を認め、徐々に増悪したため救急外来を受診した。腹部造影CTでは、回盲部に造影効果を伴う限局性の壁肥厚とその口側小腸の拡張、腸液貯留を認めた。小腸腫瘍による腸閉塞の診断で入院となった。下部消化管内視鏡検査所見では、回腸末端に全周性の2型腫瘍疑いを認め、管腔は高度に狭窄しており、スコープの挿入は困難であった。当初は腸閉塞をきたしていた事や、内視鏡所見から小腸癌を疑っていたが、生検ではN/C比の高い小型異型細胞がびまん性に増殖、浸潤しており、免疫組織学的所見と合わせてびまん性大細胞型B細胞性リンパ腫(DLBCL)と診断された。絶食、NGチューブで腸閉塞は自然軽快した。第8病日に回盲部切除術を施行、術後経過は良好であり退院となった。後日PET-CTにて両側腎臓場に集積を認め、MRIT1強調画像で腎皮質と境界不明瞭な等信号、T2強調画像で低信号を認めたことから、悪性リンパ腫の腎臓病変と考えられ、化学療法目的に他院紹介となった。【考察】小腸原発悪性リンパ腫は腸重積に伴う腸閉塞で発症する症例は散見されるが、腸閉塞のみで発症することは稀であり、文献的考察を交えて報告する。

Y-18 腸重積をきたした小腸脂肪腫をダブルバルーン内視鏡にて切除した1例

社会医療法人宏潤会大同病院 消化器内科

○三宅峻太、西川貴広、八鹿 潤、黒部拓也、田島万莉、胡 磊明、
丸山昭洋、山口智大、齋藤和輝、吉田和弘、長谷川万里子、
野々垣浩二

【症例】85歳、女性【主訴】腹部膨満感【既往歴】レビー小体型認知症、大腸切除術後(腸閉塞)【現病歴】X-7カ月に嘔吐で近医を受診され、CT検査にて小腸腫瘍が疑われたため当院に紹介受診となった。造影CT検査では骨盤内空腸に長径40mm大の低吸収腫瘍を認め脂肪腫が疑われた。経口ダブルバルーン小腸内視鏡検査で上部空腸に黄白色調で軟な粘膜下腫瘍を認め、Cushion signは陽性であった。生検を行うと内部より脂肪組織と思われる黄色成分の露出を認め、脂肪腫と診断した。腸重積のリスクが懸念されたため可及的に内視鏡切除を施行した。X日に外来受診した際のCT検査で残存した30mm大の脂肪腫を巻き込むように腸重積を認めていたため入院となった。【入院後経過】X+1日の経口ダブルバルーン内視鏡検査では腸重積は自然軽快しており、残存した脂肪腫に対して再度可及的に内視鏡切除を施行した。X+2日のCT検査では腸重積は認めず、腫瘍の縮小を認めた。半年後のCT検査では脂肪腫は残存しているものの10mm程度まで縮小を認めた。以後、腸重積の再発なく経過している。【考察】小腸脂肪腫は20mmを超える場合に腸重積のリスクが高くなり、切除が望ましいとされる。また、消化管脂肪腫では、内視鏡的部分切除を行うことで、切離面から腫瘍内部の脂肪成分が脱落し、その結果として腫瘍の縮小がえられるとの報告がある。内視鏡的部分切除が有効であった小腸脂肪腫の一例を経験したため報告する。

Y-17 診断に苦慮した回腸デスモイド型線維腫症の1例

愛知医科大学病院 卒後臨床研修センター¹⁾、

愛知医科大学病院 消化器内科²⁾

○北田智也¹⁾、南谷真理弥²⁾、安藤 慧²⁾、東 美佳²⁾、河合千晴²⁾、
加藤真子²⁾、田代 崇²⁾、加藤 綾²⁾、小野 聡²⁾、加藤駿介²⁾、
高山将旭²⁾、山本和弘²⁾、越野 颯²⁾、杉山智哉²⁾、足立和規²⁾、
山口純治²⁾、井澤晋也²⁾、海老正秀²⁾、小笠原尚高²⁾、佐々木誠人²⁾、
春日井邦夫²⁾

【症例】73歳、男性。

【主訴】骨盤内腫瘍疑い。

【現病歴】202X-3年に甲状腺癌治療後の患者。202X年に経過観察目的のPET-CTをしたところ回腸近傍に集積を認め紹介受診した。

【臨床経過】腹部造影CT検査で回腸遠位に40mm程度の造影効果を伴う腫瘍を認めた。

下部消化管内視鏡検査では回盲弁から20cm口側に4cm程度の粘膜下腫瘍を認めたが、大腸内にはポリープを認めなかった。ガストログラフィンでの造影では表面平滑で立ち上がり急峻な病変として描出された。3年前には認めておらず、GIST疑いに腹鏡鏡下回腸部分切除術が行なわれた。切除標本は肉眼的には50×45mm、内部は白色充実性結節であった。組織学的には回腸の固有筋層から漿膜下層にかけて紡錘形核を有する腫瘍細胞を認め、免疫染色でβ-catetin(+), desmin(+), α-SMA(-), S100(-), c-kit(-)であり、デスモイド型線維腫と診断した。現在再発を認めない。

【考察】

デスモイド腫瘍の発生頻度は腹壁外49%、腹壁内43%、腹腔内8%とされている。家族性大腸腺腫症の8-20%で発生することもいわれているが、我々の症例では家族歴や大腸ポリープ切除歴は認めなかった。今回医中誌(会議録除く)にてデスモイド、粘膜下腫瘍にて検索したが回腸に所見を認めるのは本例が初めてであったため、若干の文献的考察を交えて報告する。

Y-19 虫垂開口部に存在したポリープに対してunderwater EMRが有用であった7例

静岡県立総合病院 消化器内科

○大堂真一郎、大野和也、坂口航輝、本多一仁、村松未來、
稲川敦子、土壁千夏、上原慶大、武田昌大、池田慎也、加島弘崇、
平田太陽、佐藤辰宣、増井雄一、松田昌範、川合麻実、寺田修三、
遠藤伸也、黒上貴史、白根尚文、川口真矢

虫垂開口部に存在する大腸ポリープに対する治療は、スコープ操作や視野展開の難しさから内視鏡治療適応の低悪性度病変であっても外科的治療が選択されるケースもある。我々は、同部に位置する7症例(腫瘍径:4-16mm)に対してunderwater EMR(浸水下内視鏡的粘膜切除術:以下、UEMR)で治療を行った。いずれの症例も病変の大部分が虫垂口の内部に存在していた。病変は全て内視鏡的に一括切除され、合併症は生じなかった。病理学的には4例が管状腺腫、3例が锯齿状病変であった。切除断端の評価は6例が断端陰性であり、1例のみ側方断端が陽性となったが内視鏡的には切除し得たと考えた。UEMRは2012年にBinmoellerらによって報告され、広基性大腸ポリープに対して局注を要すること無く安全に治療し得る治療法であるが、残渣や脱気で病変の全体像が把握しにくい場合があるなどの問題点がある。一方で虫垂開口部に存在した病変に対するUEMRの利点として、残渣の影響が少ないこと、局注をしないことで虫垂開口部内の観察が良好であること、浸水下での視野の拡大効果と浮力を利用して処置が容易になることなどが考えられた。虫垂開口部に存在するポリープに対するUEMRの有用性を評価した報告例は稀であり、今回UEMRの特性を活用しながら内視鏡的切除を行った7例を報告する。

Y-20 Over-The-Scope Clip システムにより内視鏡的に治療した直腸脱の1例

JA 岐阜・西濃医療センター 西濃厚生病院 消化器内科¹⁾、

JA 岐阜・西濃医療センター 岐北厚生病院 消化器内科²⁾

○岩佐太誠¹⁾²⁾、足立政治¹⁾²⁾、鈴木祐介¹⁾²⁾、松浦加奈¹⁾、
馬淵まさとし¹⁾、中村博式¹⁾、島崎 信¹⁾、西脇伸二¹⁾

【症例】81歳、女性**【主訴】**肛門部痛**【現病歴】**近医で内痔核術後、大腸内視鏡検査目的に当院を紹介受診した。前処置中から著明な直腸脱を認め、肛門部痛を訴えた。直腸脱を手動的に完納後に検査を開始し、全大腸観察では肛門外に脱出していた直腸に発赤とびらんを認めた。肛門部観察のためスコープの反転操作を行おうとした際に、直腸Raに穿孔を生じた。直ちにOver-The-Scope Clip (OTSC) システムによる閉鎖を行い、その直後より副次的に直腸脱が改善し、肛門部痛も消失した。その後OTSCによる合併症は認めず、第11病日退院となった。**【考察】**OTSCシステムは、非静脈瘤性消化管出血、穿孔、瘻孔、内視鏡・外科的処置の合併症に対して使用される軟性内視鏡用全層縫合器であり、従来の止血用クリップに比べて強固で持続性のある組織把持力を有している。直腸脱は排便機能障害や疼痛を引き起こし、quality of lifeを低下させるため治療を要することが多く、外科手術が一般的である。本症例では、内視鏡操作による穿孔の閉鎖目的に施行したOTSCにより偶発的に直腸脱の改善が得られた。OTSCにより腸管を全層縫合し脱出した直腸を強固に固定できたためと考えられた。直腸脱は他の骨盤臓器脱を併発することが多いことや、再発の可能性も高いことから、適応には検討の余地があるものの、OTSCにより内視鏡的に治療できる可能性が示唆された。**【結語】**OTSCにより偶発的に治療した直腸脱の1例を経験した。

若手研究者優秀演題奨励賞選定セッション 下部消化管②

Y-21 健診で発見され、内視鏡的に自然治癒したアメーバ性潰瘍の一例

下田メディカルセンター 内科¹⁾、伊東市民病院 消化器内科²⁾、
伊東市民病院 病理診断科³⁾、伊豆赤十字病院 内科⁴⁾
○尾崎友香¹⁾²⁾、川合耕治²⁾、河嶋 健²⁾⁴⁾、平野博嗣³⁾

【背景】近年国内で、アメーバ赤痢は輸入感染症や性行為感染症として増加傾向にある。無症候例の増加も懸念されており、無症候例が大腸がん検診や人間ドックでの下部消化管内視鏡検査において偶発的に潰瘍・びらん所見を指摘され、診断に至った例がたびたび報告されている。今回我々は健診で発見され、内視鏡的にアメーバ性潰瘍が自然治癒した一例を経験したため報告する。【症例】50代男性。X-1月に職場の健康診断を受診した際に便潜血陽性を指摘され、X月に二次健診のため受診した。下部消化管内視鏡検査で虫垂開口部に径8mmの汚い白苔を伴う不整な潰瘍性病変をみとめた。潰瘍辺縁は明瞭な不整地図状所見であり、早期盲腸癌を考慮して生検を行い、その病理組織学的所見でPAS染色陽性の泡沫状細胞および炎症を伴うフィブリンを認め、アメーバ性潰瘍と診断した。X+3週間後に下部消化管内視鏡検査を再施行したところ、内視鏡的に潰瘍は消失・治癒し、病理組織学的所見でも炎症所見は改善しアメーバ虫体は検出されなかった。また、経過中に下痢や腹痛、肉眼的血便等の自覚症状は認めなかった。【考察】便潜血陽性を契機に受診した無症候例であってもアメーバ性潰瘍を有し、さらに内視鏡検査の時期によっては自然経過で潰瘍が消失・治癒している可能性が示唆された。健診などの無症候例が対象であっても、本疾患を念頭に置いた精査が必要と考えられる。

Y-23 非薬剤起因性 collagenous colitis の一例

藤枝市立総合病院

○馬場皓大、寺井智宏、丸山保彦、吉井重人、景岡正信、大島昭彦、
星野弘典、乾 航、稲垣圭佑、丸山 巧

【症例】20歳代男性【主訴】下痢、腹痛【現病歴】X年5月から2-3行/日の泥状便、排便時腹痛を自覚し、同年7月に外来紹介初診。血液検査で異常なく便培養も陰性であったが、腹部USでS状結腸から直腸に軽度壁肥厚を認め、大腸内視鏡検査(CS)で下部直腸から口側に全周性だが非連続性の発赤・血管透見低下と混濁、縦走傾向のある粘膜表面の亀裂様所見を認めた。同部位生検で表層直下に連続した collagen band を認め(AZAN染色)、collagenous colitis(CC)と診断したが、PPIやNSAIDsを含めた薬剤使用歴はなかった。非薬剤起因性CCと診断し、陰イオン交換樹脂製剤であるコレステラミド内服を開始した。治療開始2週間で泥状便から軟便に改善し、4週間で排便回数1-2行/日へ正常化し、腹痛も消失した。6ヶ月後のCSでは、発赤消失とともに不整形びらんも全て瘢痕化し、collagen bandも検出されなかった。【考察】CCは本邦ではランソプラゾール(LPZ)やNSAIDsによる薬剤性が過半数を占め、非薬剤起因性CCは非常に稀である。本症例では既報のCC誘発薬剤の使用歴はなく非薬剤起因性と考えられた。薬剤性以外の病因としては遺伝、胆汁酸吸収不良、コラーゲン代謝異常などが報告されているが未解明の点も多く、有効性が報告されているステロイド療法ではステロイド依存に陥る可能性も懸念される。胆汁酸吸着作用を有するコレステラミドは副作用が極めて少なく、非薬剤起因性CCに有効な可能性がある。

Y-22 ポリポーシス発症前と内視鏡像の対比が可能であった Cronkhite-Canada 症候群の1例

浜松医療センター 消化器内科

○森下敦史、佐藤大輝、藤田翔也、井上尊史、西澤航平、井口太郎、
山中力行、大庭正行、鈴木安曇、佐原 秀、栗山 茂、
影山富士人、金岡 繁

【緒言】Cronkhite-Canada 症候群(CCS)は消化管ポリポーシスや外胚葉異常を特徴とする非遺伝性疾患であり、大腸癌の合併頻度が高いとされている。今回発症前の下部消化管内視鏡検査(CS)と比較し得たCCSの1例を経験したので報告する。

【症例】59歳男性【主訴】爪萎縮、体重減少【既往歴】右膝関節症【常用薬】なし【内視鏡歴】X-1年7月施行のCSで腺腫性ポリリーブの切除歴がある【現病歴】X-1年12月頃より爪の剥がれやすさ、体幹部の皮疹が出現した。X年10月に近医施行の上部消化管内視鏡検査(EGD)で胃に多発する発赤調ポリリーブを認めた。血液検査では鉄欠乏性貧血、低Alb血症を認め、精査目的に12月21日に当科紹介となった。【経過】翌日EGDとCSを施行し、胃の炎症性ポリリーブと全結腸に分布する多発非腺腫性ポリリーブを認め、皮膚症状、蛋白漏出所見と合わせてCCSと診断、プレドニゾロンによる治療を開始した。またRbにIp腫瘍を認め後日内視鏡的粘膜切除術を行ったところ、高分化型管状腺癌の病理結果が得られた。【考察】CCSの適切なCSの頻度は確立していない。今回 clean colon と思われる下部消化管内視鏡検査後の状態から、1年半の経過での発生が示唆される早期大腸癌の切除を行った。CCSに関連した腫瘍の可能性があり、CCS症例に対する定期的な内視鏡検査は重要であると思われる。

Y-24 便潜血検査陽性を契機に診断となった症状不顕性の再発性腸管アメーバ症の一例

静岡赤十字病院 消化器内科

○山崎浩平、高橋春奈、横山翔平、及川 亮、石黒友也、山田 裕、
甲田 恵、杉山智洋

【症例】70歳代男性。【経過】X年に当院健診センターより便潜血検査陽性のため精査目的に当科受診となった。受診時排便状況に特筆すべき所見は認めなかった。既往歴としてX-7年に便潜血検査陽性のため下部消化管内視鏡検査が施行され腸管アメーバ症の診断となりメトロニダゾール内服による治療を行った。渡航歴としては2012年に中国、2013年に台湾、2014年に韓国がある。同性愛などの性的嗜好はなかった。下部消化管内視鏡を施行し、盲腸、バウヒン弁上唇に汚い白苔を伴う粗造な潰瘍性病変を認めた。また横行結腸、S状結腸に白苔を伴うびらんを認めた。生検検査よりアメーバ虫体Entamoeba histolyticaが検出され腸管アメーバ症の再発が考えられた。造影CTを施行し肝腫瘍は否定的であったため腸管限局と考えられた。治療としてはメトロニダゾール1500mg/日の10日間内服、およびパロモマイシン1500mg/日の10日間内服による駆虫治療を行うこととした。【考察】アメーバ症はシストを摂取した糞口感染であり不衛生環境の食事や、性交渉中に暴露することが知られている。多様な臨床症状が報告されており、下痢または赤痢、肝腫瘍が一般的である。直腸に病変を伴わない腸管アメーバ症については下痢症状を伴わない不顕性となる事もあり本症例は罹患範囲からも症状が出にくいことが考えられた。【結語】便潜血検査陽性を契機に診断となった症状不顕性の再発性腸管アメーバ症の一例を経験した。

若手研究者優秀演題奨励賞選定セッション 下部消化管③

Y-25 大腸憩室炎に伴う腸管閉塞と穿孔を来した外科治療を要した2例

松波総合病院 消化器内科

○亀井真琴、中西孝之、荒木寛司、鳥澤宗一郎、神野宏規、
牧野敏幸、長尾涼太郎、片岡史弥、河口順二、浅野剛之、
早崎直行、伊藤康文、田上 真、杉原潤一、森脇久隆、富田栄一

【症例1】66歳男性。冠動脈ステント留置後でDAPT内服中。肛門ブリープ切除後の大腸スクリーニング目的で実施した内視鏡検査で上行結腸に多発憩室と全周性の浮腫性壁肥厚を認めた。憩室炎と診断しAMPIC/CVAの内服加療を1週間実施した。間欠的な腹部痛を自覚していたが、検査4週後に突然の右下腹部痛と反跳痛を生じ、腹部CTで上行結腸の浮腫性壁肥厚と同部口側の結腸、小腸の拡張を認めた。イレウスチューブ留置で小腸拡張は改善したが、大腸拡張の改善には至らず、入院2日目に開腹右半結腸切除術を施行した。切除標本の組織病理学的所見では上行結腸多発憩室と同部の全周性の浮腫性壁肥厚と狭窄を認め、口側腸管の全周性菲薄化と小指頭大の穿孔を認めた。
【症例2】71歳女性。大動脈解離術後で当院通院中。2日間続く下腹部痛で当科入院となった。腹部CTでS状結腸から直腸にかけての多発憩室と浮腫性壁肥厚を認め、憩室炎と診断した。絶食補液でも症状改善せず入院9日目に下腹部痛増悪と炎症反応の急激な上昇を認め、汎発性腹膜炎で開腹ハルトマン手術を施行した。切除標本の組織病理学的所見ではS状結腸の多発憩室と浮腫性壁肥厚を認め、狭小口側に憩室穿孔を認めた。
【考察】憩室炎の経過で狭窄を来し、口側腸管に穿孔を来した。憩室炎の合併症は多彩であるが腸管狭窄や穿孔を来し手術を要する症例は比較的に稀で、その治療及び経過については十分な注意が必要である。

Y-26 続発性慢性偽性腸閉塞症に対して経皮内視鏡的結腸瘻造設術を施行した1例

豊橋市民病院 総合診療科¹⁾、豊橋市民病院 消化器内科²⁾

○佐久間智大¹⁾、服部 峻²⁾、松原 浩²⁾、内藤岳人²⁾、山田雅弘²⁾、
山本英子²⁾、鈴木博貴²⁾、小池 剛²⁾、堀田尋紀²⁾、佐藤宏樹²⁾、
牧野成彦²⁾、社本賢昭²⁾、浦野文博²⁾

症例は49歳男性。幼児期に先天性巨大結腸症に対して2回結腸切除術を受け、以降も腸管蠕動の低下による慢性便秘症を認めていた。脳室内血腫を伴う脳出血のため入院し、両側脳室ドレナージ術を受けた。その後、身体活動量の低下を契機に長期臥床となり便秘症状が増悪した。12病日にCTで著明な腸管拡張を認め、明らかな閉塞機転がないことより麻痺性イレウスの疑いとして、経鼻胃管を留置し、透視下で下部消化管内視鏡を用いて腸管ガスを脱気した。その後、複数の緩下剤を用いて排便コントロールを行うも排便および排ガスは得られず、内視鏡による減圧やネラトンカテーテルによる脱気を行ったが、腹満の増悪を繰り返し経口摂取が不良となった。全身状態から外科的手術は困難であり、26病日に下部消化管内視鏡を用いて横行結腸に脱気目的で結腸瘻を造設した。手動的に陰圧をかけて結腸瘻から便を吸引し減圧を図り経過をみると緩徐に経口摂取が回復した。その後、徐々に排ガスおよび排便がみられ、さらに身体活動量も向上した。65病日に結腸瘻を留置した状態でリハビリ転院した。その後は外来通院で経過をみていたが、結腸瘻から引ける便量が減少し自己にて排便であったため、造設から約6カ月後に結腸瘻を抜去した。抜去後は緩下剤で排便コントロールできている。外科的手術が困難である続発性慢性偽性腸閉塞に対して、経皮内視鏡的結腸瘻造設術が有用な治療であることが示唆された。

Y-27 腸間膜静脈硬化症に伴う糞石により腸閉塞を発症し、内視鏡的に糞石を除去した一例

日本赤十字社愛知医療センター名古屋第二病院 消化器内科

○内田美奈、宮部勝之、高木優輔、石田みなみ、有賀亮太、
加藤大介、森 俊敏、宮城島俊、齋藤彰敏、熱田直己、塚本宏延、
蟹江 浩、山田智則、林 克巳

【症例】44歳女性、既往歴に気分変調症あり。数ヶ月前より自覚した右下腹部の圧痛を伴う腫瘤を主訴に近医受診、腹部超音波検査にて回盲部腫瘤と上行結腸の壁肥厚を認め、精査目的に当院紹介となった。CTにて上行結腸から肝彎曲付近にかけた壁肥厚、盲腸の30mm大石灰化腫瘤とともに、腸管壁から周囲に連続する線状の多発石灰化を認め、過去20年以上の加味逍遥散内服があることから腸間膜静脈硬化症を疑った。受診10日後に右下腹部痛が増悪し救急外来受診、CTにて盲腸腫瘤口側の回腸末端から下部小腸まで拡張を認め、腫瘤による腸閉塞の診断で入院となった。胃管挿入、絶食補液にて翌日には症状は改善した。腫瘤精査のため下部消化管内視鏡検査を施行したところ、上行結腸より回腸末端まで連続した暗青色の浮腫状粘膜が観察され、腸間膜静脈硬化症に一致した所見であった。上行結腸に狭窄を認め、盲腸腫瘤は狭窄による便秘障害により形成された巨大糞石であり、腸閉塞再発予防的に生検鉗子とスネアにて糞石を分割、回収ネットにて除去した。経過良好で自宅退院となり、その後腸閉塞再発は認めない。【考察】腸間膜静脈硬化症は、腸間膜静脈の石灰化に伴い腸管の慢性虚血性変化をきたす疾患であり、山梶子を含有する漢方薬が原因の一つと考えられている。腸閉塞を発症し、再発予防的として内視鏡的に糞石除去を行うことができた症例は稀であり、文献的考察を加えて報告する。

Y-28 内視鏡的に整備しえた非腫瘍性腸重積症の一例

安城更生病院 消化器内科

○安部太智、林大樹朗、山田政伸、伊藤創太、岩田彩加、森下昌史、
井出 彩、榎本祥吾、竹内悠祐、石原 誠、竹内真実子

症例は50歳代、男性。既往歴はⅡ型糖尿病、大腸腫瘍・内視鏡的粘膜切除術後。服薬歴はメトホルミン、エンバグリフロジン、フェブキソスタット、ロスバスタチン、エソメプラゾール、サルボグレラート、レバミピド、ロラゼパム、酪酸菌。現病歴は2022年11月2日、当院耳鼻科にて耳下腺腫瘍摘出術を施行。術後1日目、2日目にテネリグリブチン及びビオグリタゾンの内服。術後5日目に左下腹部痛と下痢、血便を認め当科へ紹介となった。腹部造影CTを行い横行結腸に浮腫状壁肥厚と同部の結腸内への陥入を認め、腸重積症と診断した。同日に内視鏡的整備術的に下部消化管内視鏡検査を実施した。内視鏡所見では全周性の粘膜浮腫及び発赤調粘膜を認め、先進部に明らかな腫瘍は認めなかった。肛側より送気のみで整備は可能であった。腸重積部の口側から肛側にかけ生検を6材行い、病理組織診断でも腫瘍は認めなかった。整備後は良好であり、整備後1日目より食事を再開し、病状再燃なく4日目に退院とした。退院4か月後に下部消化管内視鏡検査を再検したところ粘膜浮腫及び粘膜の発赤調所見は認めず、先進部となるような病変も認めなかった。本症例の腸重積症は腫瘍を伴わず、大腸の炎症性浮腫を認めるのみであった。腹部造影CTにて腸管の虚血所見を認めず、内視鏡的整備を行った。腸管の虚血壊死が疑われない病変の場合成人の腸重積症に対しての内視鏡的整備術も検討される。

若手研究者優秀演題奨励賞選定セッション 下部消化管④

Y-29 初期対応に難渋した上行結腸静脈瘤破裂による出血性ショックの症例

名古屋市立大学医学部附属西部医療センター
○中井俊介

【症例】50歳代、男性【主訴】血便【現病歴】アルコール性肝硬変、腹水症にて数年前より外来治療中の患者。通院を自己中断され飲酒を再開していたが、腹水増悪にて6ヶ月ぶりに受診し利尿剤内服が開始された。その2週間後、心窩部痛と嘔吐あり、翌日鮮紅色の血便が10回以上みられ、救急外来を受診された。受診時単純CTでは出血部位を同定できず。過去に上行結腸憩室の指摘があり結腸憩室出血を第一に疑い入院、絶食安静、輸血療法となった。入院後、翌日未明に多量の血便と血圧低下がみられたため緊急大腸内視鏡検査を施行したが、多量の鮮血がみられるのみで出血部位を同定することはできず。その後も鮮血便は持続し、血圧が不安定な状態が続くため内視鏡検査を再検査した。上部消化管内視鏡検査で出血源がないことを確認後、大腸内視鏡検査を行い上行結腸に半球状の粘膜隆起性病変の頂部に赤色栓を認め上行結腸静脈瘤と診断。クリップによる止血を施行した。再出血時は救命が困難となる可能性が高いと判断し結腸右半切除術をおこなっている。【考察】食道・胃静脈瘤以外の静脈瘤は異所性静脈瘤と呼ばれ、十二指腸、直腸、小腸、結腸などのあらゆる消化管に形成されるとされる。異所性静脈瘤の頻度は少なく、治療法として内視鏡やIVRが選択されるが確立した治療法はない。今回、初期対応に難渋した上行結腸静脈瘤破裂による出血性ショックの症例を経験したので若干の文献を加えて報告する。

Y-31 無症状で発見された虫垂原発悪性リンパ腫の一例

名古屋市立大学医学部附属東部医療センター 消化器内科
○服部智子、西垣信宏、神谷昌宏、佐藤 稔、小林彩香、猪飼千咲、
中川真里絵、庄田怜加、武仲祐弥、荒木幸子、小島尚代、
近藤 啓、伊藤恵介、林 香月

【症例】84歳の女性。【病歴】右腎盂癌術後のフォローCTで、回盲部から右下腹壁直下に周囲脂肪織混濁を伴う棍棒状腫瘤を認め当科に紹介となった。受診時、腹部症状は認めなかった。造影CTで虫垂に不整な壁肥厚を認め当初は虫垂癌が疑われた。周囲の虫垂間膜や大網の脂肪織濃度上昇が目立ち、腹膜播種が疑われた。造影MRIでは両側卵巣転移を疑う所見もみられた。下部消化管内視鏡検査で虫垂開口部に一致した部位に周囲との境界明瞭な20mm大の隆起性病変を認めた。生検よりびまん性大細胞型B細胞リンパ腫(DLBCL)の診断となった。血液検査ではsIL-2R 1268 U/mLと高値であった。血液内科にコンサルトし、虫垂原発悪性リンパ腫として他院血液内科に紹介となった。PETで、病変は回盲部、胃の他、骨盤内、食道、右胸膜、リンパ節、腹膜に認めた。当院でのCTと比較して回盲部腫瘤の急速な増大を認めておりaggressiveなDLBCL stage IVとしてR-CHOP療法開始となった。6コース施行後、フォローの消化管内視鏡検査を施行した。病変部から数か所生検を行ったが、いずれも異型リンパ様細胞は指摘できなかった。化学療法終了後2か月後に再度PETを施行、内視鏡検査結果と合わせ、寛解状態と判断された。【考察】虫垂原発悪性リンパ腫は全消化管悪性リンパ腫の2-3%と非常に稀である。多くは何らかの症状を呈し発見される。今回は偶発的に発見された一例を経験したため若干の文献的考察を加えて報告する。

Y-30 EUS-FNA後に菌血症となった直腸GISTの一例

愛知医科大学病院 消化器内科
○南谷真理弥、越野 顕、安藤 慧、河合千晴、加藤真子、
田代 崇、加藤 綾、吉峰尚子、小野 聡、加藤駿介、高山将旭、
山本和弘、杉山智哉、足立和規、山口純治、田村泰弘、井澤晋也、
海老正秀、小笠原尚高、佐々木誠人、春日井邦夫

【症例】74歳、女性。
【主訴】排便困難。
【現病歴】202X年Y月排便困難にて近医受診。直腸診にて12時方向に腫瘤を触れ、直腸腫瘍の疑いで当院紹介受診した。
【臨床経過】腹部造影CT検査にて内部の造影効果の乏しい55×43mmの腫瘤を直腸左側に認めた。下部消化管内視鏡検査にて直腸Rbに立ち上がりなだらかな粘膜下腫瘍を認めた。超音波内視鏡検査では腫瘍は第4層由来で内部はモザイク状を呈しており血流は乏しかったため、超音波内視鏡下穿刺吸引法(EUS-FNA)を施行した。翌日に38度台の発熱を認め、血液検査にて炎症反応上昇、及び血液培養検査にて大腸菌が検出された。EUS-FNAに伴うbacterial translocationによる菌血症と考えCMZ 1g×4回/日を計10日間投与した。症状は徐々に改善し第15病日退院となった。
後日の病理結果ではHE染色で紡錘形細胞が束状に増生しており、免疫染色にてc-kit(+), S-100(-), desmin(-), Ki-67は約10%で陽性、以上より直腸Gastrointestinal Stromal Tumor(GIST)の診断に至った。
【考察】EUS-FNAの偶発症には、消化管や腹腔内への出血、感染、消化管穿孔などが報告されている。いずれも頻度は非常に低く、抗生剤の予防投与は必須ではない。本症例は、直腸病変のため腸内細菌が穿刺にて血流に侵入し、菌血症を起こしたと推測された。EUS-FNA後に菌血症となった直腸GISTの一例を経験したため、文献的考察を含めて報告する。

Y-32 血便を契機に発見された直腸MALTリンパ腫の1例

岐阜市民病院 消化器内科¹⁾、岐阜市民病院 病理検査科²⁾、
中部国際医療センター 病理診断科³⁾
○小林立樹¹⁾、小木曾富生¹⁾、河邊昌平¹⁾、村山由季¹⁾、大西拓海¹⁾、
佐竹勇哉¹⁾、下城宏太¹⁾、伊藤有紀¹⁾、岩佐悠平¹⁾、奥野 充¹⁾、
河内隆宏¹⁾、岩田圭介¹⁾、林 秀樹¹⁾、杉山昭彦¹⁾、西垣洋一¹⁾、
渡部直樹²⁾、山田鉄也³⁾

【症例】72歳、女性。既往歴:乳がん、拡張型心筋症、糖尿病。当院受診2日前から自覚する血便を主訴に近医より当院紹介受診となった。血液検査ではHb:11.7g/dLと貧血は認めなかった。CEA:1.4ng/mL、CA19-9:2.9U/mL、LD:256IU/Lの軽度上昇を認めたが、その他特記所見は認めなかった。胸部から骨盤部までのCTでも明らかな異常所見は認めなかった。下部消化管内視鏡検査では直腸Rb領域に陥凹を伴う境界明瞭な25mm大の表面平滑な粘膜下腫瘍様病変を認めた。Cushion sign陽性。超音波内視鏡検査では粘膜下層までの比較的均一な低エコー領域で一部嚢胞を伴う所見であった。上記病変に対し生検を施行したが表面の炎症性変化の指摘のみであった。生検では病変部が採取できていない可能性を考慮し、超音波内視鏡にて筋層浸潤も否定的であったことから、治療的診断目的にESDを施行した。病理検査結果にてMALTリンパ腫の診断となった。以後明らかな再発は認めない。大腸の悪性リンパ腫は大腸悪性腫瘍全体の0.5%と稀な疾患である。予後は5年生存率89%と良好であるが進行期やB徴候が予後不良因子とされている。治療法としてはESDやEMRといった局所療法他にも進行期ではrituximabなどの全身化学療法や放射線治療なども検討されている。大腸MALTリンパ腫は比較的稀な疾患でありESDにて完全切除、治療的診断をしえた1例を経験したので文献的考察を加えて報告した。

若手研究者優秀演題奨励賞選定セッション

肝胆脾①

Y-33 胆管深部挿管に難渋したCholechoceleの1例

富士市立中央病院 消化器内科

○藤井友音、佐野桃子、田村 幸、中村円香、丹羽 峻、小森徹也、
桐生幸苗、金井友哉

【はじめに】Cholechoceleは十二指腸壁内において総胆管末端部が嚢状に拡張した病態であるが、診断できない胆管深部挿管が困難となる場合がある。今回閉塞性黄疸に対する胆管カニューレションにおいて、初回ERCPでは胆管深部挿管が困難であったが、Cholechoceleと診断し、乳頭部口側の嚢状腫瘍をプレカットすることにより容易に胆管深部挿管に成功した症例を経験したので報告する。【症例】77歳女性【主訴】黄疸【既往症】狭心症、高血圧症、脂質異常症【現病歴】X年6月22日黄疸の精査加療目的に当院を紹介受診。造影CT、腹部MRIを行い、膵頭部に約20mm大の乏血性腫瘍を認め、膵頭部痛に伴う閉塞性黄疸と考えられた。X年6月30日にERCPを施行したが、十二指腸乳頭部口側に嚢状の腫瘍があり胆管深部挿管ができなかった。EUSを施行したところ、十二指腸乳頭部近傍に既知の類円形の腫瘍を認め、嚢実質ではなく十二指腸壁内に存在していたことからCholechoceleと考えた。再度ERCPを行い、乳頭部口側の嚢状腫瘍をプレカットすることで容易に胆管深部挿管に成功した。後日、切開部より金属ステント（fully-covered SEMS）を留置し減黄の経過は良好である。【考察】胆管深部挿管に難渋したCholechocele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。

Y-35 経口胆道鏡が診断加療に有効であった術後良性胆管狭窄の一例

春日井市民病院 消化器内科¹⁾、春日井市民病院 内視鏡センター²⁾

○濱田祐輔¹⁾、高田博樹²⁾、水野智之¹⁾、祖父江雅也¹⁾、安原 聡¹⁾、
佐々木謙¹⁾、原田貴仁¹⁾、隈井大介¹⁾、小林由花¹⁾、山本友輝¹⁾、
名倉義人¹⁾、池内寛和¹⁾、林 則之¹⁾、平田慶和¹⁾、祖父江聡¹⁾

【症例】66歳、男性【主訴】上腹部違和感【現病歴】20XX-16年当院で腹腔鏡下胆嚢摘出術を施行した。術後胆管狭窄で定期観察されていたが20XX-13年以降通院が途切れていた。20XX-1年、上腹部違和感を自覚し当院紹介となった。血液検査で肝胆道系酵素の上昇、腹部CTで肝の変形と脾腫を、MRCPで三管合流部の狭窄と肝内胆管の拡張を認め、術後胆管狭窄による慢性胆汁うっ滞が原因の肝硬変を疑った。上部消化管内視鏡検査でLmF2CbRC+の食道静脈瘤を認め内視鏡治療を行った。20XX年7月に胆管狭窄精査のため内視鏡的逆行性胆道造影を行った。三管合流部に高度の狭窄を認め、上流は造影されずガイドワイヤーも通過できなかった。経口胆道鏡を挿入すると狭窄部は1mm程のピンホール様の狭窄であった。狭窄部の胆管上皮に悪性を疑う所見は認めず、生検の病理結果も異型は認めなかったため良性狭窄と診断した。経口胆道鏡下にガイドワイヤーを肝内胆管に挿入、狭窄部を胆道拡張用バルーンで3.6mmに拡張した。再狭窄防止に8.5Frプラスチックステントを留置した。治療後肝胆道系酵素の低下を認めた。【考察】胆道鏡は胆管狭窄部位の粘膜変化を直接確認でき狙撃生検を行うことで良悪性の鑑別をより正確に行える。本症例のように狭窄に対するガイドワイヤー突破や拡張後の効果判定など加療においても有用であると考えられ、文献的考察を交えて報告する。

Y-34 十二指腸憩室内乳頭に対して糸付きクリップを用いた胆管挿管に成功した一例

春日井市民病院 消化器内科¹⁾、春日井市民病院 内視鏡センター²⁾

○水野智之¹⁾、高田博樹²⁾、祖父江雅也¹⁾、佐々木謙¹⁾、濱田祐輔¹⁾、
安原 聡¹⁾、原田貴仁¹⁾、隈井大介¹⁾、山本友輝¹⁾、小林由花¹⁾、
名倉義人¹⁾、池内寛和¹⁾、林 則之¹⁾、平田慶和¹⁾、祖父江聡¹⁾

【症例】72歳女性【現病歴】X-1年1月肝門部胆管癌の診断でメタリックステントを留置し、CDDP+GEMでの化学療法を15コース行った後BSC方針となっていた。X年7月発熱にて受診。血液検査でAST70U/L、ALT70U/L、ALP791U/L、 γ GTP1382U/L、T-Bil2.8mg/dL、CRP13.99mg/dL、WBC7200/ μ 、上腹骨盤部CTでステント上流の肝内胆管拡張を認め、ステント閉塞による胆管炎と診断。入院後抗生剤による炎症の制御の後、第9病日に内視鏡的ドレナージを試みたが、十二指腸憩室内乳頭のため開口部を確認できず終了。第16病日に再試行するもやはり開口部を確認できないため、スコープを抜去し結紮クリップ（オリンパス社製ショートタイプHX-610）のツメに市販のデンタルフロスを外科結びつけてスコープ内に収納して再挿入。憩室上部にクリッピングし口腔から外に出た糸にテンションをかけたところ開口部を確認、胆管へ挿管可能となった。ステント内が腫瘍で狭窄していたため、リトリバルバルーンカテーテルで胆泥を掻き出した後、狭窄部位をバルーン拡張してERBDチューブを挿入。その後内視鏡下で確認しながら糸を牽引してクリップを外して終了した。【考察】十二指腸憩室内乳頭による胆管挿管困難例に対しては様々な対処法が報告されている。近年では牽引クリップを使用した報告もあるが、自験例のような糸付きクリップを使用した報告例はない。安価かつ安全に施行できたため若干の文献的考察も含めて報告する。

Y-36 胆道鏡にて閉塞性黄疸を来す胆管壁内嚢胞を確認し経乳頭的嚢胞開窓術を施行した1例

名古屋市立大学医学部附属東部医療センター 消化器内科

○佐藤 暁、近藤 啓、神谷昌宏、服部智子、小林彩香、猪飼千咲、
中川真里絵、庄田怜加、武仲祐亮、荒木幸子、小島尚代、
西垣信宏、伊藤恵介、林 香月

症例は60歳台の女性、閉塞性黄疸疑いで紹介入院。来院時血液検査では肝胆道系酵素や炎症反応の上昇を認め、T-bilは13mg/dLであった。造影CTやMRCPにて胆嚢管合流部の肝門部側胆管に近接する15mm大の嚢胞性病変を認め、その病変による胆管圧排が疑われた。その嚢胞性病変はEUSでも胆管に近接し胆管圧排が疑われ、嚢胞内部には高エコー部が存在しDebrisなどの存在が疑われた。診断・治療目的にERC+IDUS+胆道鏡を施行した。ERCでは嚢胞は造影されず胆管の圧排所見を認め、IDUSでは胆管壁に近接する嚢胞を認め、胆管壁内嚢胞を疑った。胆嚢鏡ではCushion Sign (+)の粘膜下腫瘍様病変を確認した。以上より胆管壁内由来嚢胞の圧排による閉塞性黄疸と診断した。胆嚢鏡を一旦抜去し、経乳頭的に生検鉗子を使用し透視下に嚢胞開窓術を施行した。胆道鏡を再挿入し、開窓された嚢胞より胆管へ白色調物質が排出することを確認し、嚢胞内腔が観察・生検可能となった。嚢胞内腔の病理組織は胆管壁が疑われる線維性結合組織であった。その後、閉塞性黄疸は改善した。約1か月後、胆道鏡にて開窓された嚢胞を確認した。今回、胆管壁内嚢胞によって閉塞性黄疸を来したと診断し、経乳頭的嚢胞開窓術を施行し、その後に嚢胞内腔も観察・生検可能で経過良好であったため文献的考察を加えて報告する。

静岡県立総合病院 消化器内科

○本多一仁、川口真矢、坂口航輝、村松未来、稲川敦子、
大堂真一郎、土壁千夏、上原慶大、武田昌大、池田慎也、
加島弘崇、平田太陽、佐藤辰宣、河合麻実、増井雄一、松田昌範、
遠藤伸也、黒上貴史、大野和也、白根高文

【はじめに】デジタル胆道鏡 (POCS) 下電気水圧衝撃波胆管結石破碎術 (EHL) は難治性の胆管結石治療に有用であるが、従来のバルーン内視鏡下 ERCP (BE-ERCP) では、鉗子口径とスコープ長に制限があるため、術後再建腸管患者には使用できなかった。今回、胆管空腸吻合部狭窄 (CJS) を伴う胆管結石に対し、BE-ERCP 下に新たな POCS (eyeMax, 9 Fr: Micro-Tech) による治療に成功したので報告する。【症例】患者は7年前に遠位胆管痛に対し臍頭十二指腸切除術を受けた66歳の男性。発熱を主訴に受診し、腹部造影CTでCJSを伴う1cm大の胆管結石を伴う胆管炎と診断し入院した。保存的加療後に胆管空腸吻合部までシングルバルーン内視鏡 (SBE) を挿入しCJSのバルーン拡張と透視下結石除去を試みたが困難でプラスチックステントを留置した。今回、SBE-ERCPに引き続き、新たな9FrのeyeMAXを胆管内に挿入し既知の結石を確認した。その後2.4FrのEHL (Lithotron EL27; Walz Elektronik GmbH) で結石破碎後、バルーンカテーテルで結石除去した。結石遺残がないこと、CJSが十分に拡張していることを確認し、ステントフリーで手技を終了した。合併症なく2日後に退院した。【結語】SBE-ERCPを用いた胆道鏡下のEHL手技が可能となり難治性胆管結石に対する治療の選択肢となった。

若手研究者優秀演題奨励賞選定セッション 肝胆膵②

Y-38 スtentデイスファンクションを繰り返した十二指腸乳頭部癌の一例

岐阜県立多治見病院 消化器内科

○堀江純平、浦壁憲司、中島大樹、足立圭司、山本 涼、
竹市絵里花、丹羽佑介、山田直見、大岩拓夫、岡山幸平、
鈴木健人、箕輪彬久、鈴木雄太、羽根田賢一、水島隆史、奥村文浩

【症例】86歳女性【主訴】倦怠感【既往歴】狭心症【生活歴】飲酒歴・喫煙歴なし【現病歴】X年1月、倦怠感の精査を機に、閉塞性黄疸を伴う十二指腸乳頭部癌(cStage I B)と診断した。胆道ドレナージは、主乳頭が正面視困難のため、EUS-RV法で左胆管にダブルピクステンートを留置した。その後、ステント閉塞による胆管炎を繰り返し、4ヶ月間に計5回の胆管ステント留置を行った。使用したステントはダブルピクステンートで、1回目:7Fr12cm(B3)、2回目:7Fr12cm(B3)+7Fr12cm(後区域)、3回目:7Fr12cm(B3)+8.5Fr5cmストレートステント(総胆管)、4回目:8.5Fr10cm(B3)+8.5Fr10cm(B3)、5回目:8.5Fr10cm(B3)+8.5Fr10cm(B3)でドレナージを施行した。X年6月に再度胆管炎を発症し、血腫によるステント閉塞と診断した。短期間にステント閉塞を繰り返すため、EUS-CDS(SEMS10mm7cm)を施行した。しかし、3日後に血圧低下を伴う暗赤色便を認めた。造影CTで肝動脈瘤(A3)からの胆道出血と判断し、緊急でコイル塞栓術を施行した。5ヶ月後にSEMS逸脱を認め、再留置を要したが、それ以降に胆道ステント閉塞は認めなかった。【考察】十二指腸乳頭部癌において、経乳頭のドレナージでは胆管炎を繰り返す場合、EUS-BDが代替手段として検討される。ダブルピクステンートで胆道ドレナージを繰り返す際は、ステントの機械的刺激で仮性動脈瘤を形成する可能性を念頭に置く必要がある。

Y-40 掴み直し可能止血クリップと吸収性局所止血剤により止血を得られたEST後出血の一例

磐田市立総合病院 消化器内科¹⁾、磐田市立総合病院 肝臓内科²⁾

○鈴木大二郎¹⁾、金子淳一¹⁾、小杉知功¹⁾、綿引萌花¹⁾、草間大輔¹⁾、
玉腰裕規¹⁾、丹羽智之¹⁾、滝浪将貴¹⁾、辻 教¹⁾、西野真史¹⁾、
高橋百合美²⁾、笹田雄三²⁾、山田貴教¹⁾

【症例】83歳、男性。胆嚢摘出術の既往歴あり。2カ月間持続する腹部不快感で近医を受診し、総胆管結石症の診断で、内視鏡的乳頭括約筋切開術(EST)が施行されたが、切開点から噴出性の出血を認め、凝固焼灼等で止血困難とのことで当院へ救急搬送されることとなった。転院搬送中に吐血を認めていたが、循環動態は安定していた。当院来院時の単純CTでは総胆管内に12mmの結石を認めていたが消化管穿孔を示唆する所見は認めず、緊急内視鏡を施行した。十二指腸鏡を挿入すると胃十二指腸内に多量の血餅を認めた。流水で乳頭部の血餅を除去するとEST切開点より拍動性出血を認めた。胆管挿管を施行し、ガイドワイヤを胆管へ留置した状態で、掴み直し可能止血クリップ(SureClip®、Micro-Tech, Nanjing, China)を用いて止血点を把持し、有効な止血効果を確認した後同部にクリップを留置した。しかし、留置後も少量の滲出性出血が持続したため、吸収性局所止血剤(ビュアスタット®、スリー・ディー・マトリックス)の塗布を追加し、完全な止血を得た。止血確認後、経鼻胆管チューブを留置し、後日胆管プラスチックステントへ置き換えを行った。赤血球輸血4単位の輸血を要したが、止血後の再出血は認めず、入院10日目に退院となった。【結語】掴み直し可能な止血クリップ、吸収性局所止血剤、およびその組み合わせはEST後出血に有効である可能性が示唆された。

Y-39 迷入した金属ステントに対して内視鏡用シースデバイスをを用いて安全に抜去し得た1例

名古屋市立大学大学院 医学研究科 消化器・代謝内科

○岡本宜樹、加藤見久、加地謙太、吉田道弘、堀 寧、佐橋秀典、
豊原祥資、安達明央、久野佳世子、鬼頭佑輔、片岡洋望

症例は64歳女性。黄疸を主訴に来院され、頸頭部癌による閉塞性黄疸及び肝転移と診断後、遠位胆管狭窄に対して金属ステント(MS)を留置した。減黄は順調であったが、留置後Day18の造影CTではMS留置に伴う胆嚢炎とそれに連続した肝内穿破膿瘍を認めた。胆嚢炎と膿瘍に対して超音波内視鏡下ドレナージ術を施行し、膿瘍腔及び胆嚢へ経十二指腸的にMSを留置し、更に膿瘍腔深部に経鼻膿瘍ドレナージ(ENAD)チューブを留置した。しかし膿瘍コントロール不十分であったため、Day34にMSの側面よりプラスチックステント(PS)の追加を試みたところ、MSも同時に押し込まれ胆嚢内に迷入した。最終的に膿瘍内にPS2本とENADチューブを留置し、膿瘍は消失・改善を示した。Day39に迷入ステント除去のため、まずENADチューブを抜去後、留置PSの軸の方向へ瘦孔より生検鉗子の直接挿入を試みたが不可能であった。そこでまず瘦孔より内視鏡用シースデバイスであるエンドシーサーを胆嚢深部まで挿入した。そのアウターシースの中に生検鉗子を挿入し、迷入したMSを把持したが把持力が弱く抜去困難であった。次にバスケット鉗子を同様に挿入し、MSの端を把持する事に成功し無事に迷入したMSを抜去し得た。迷入したステントは異物であり開腹手術除去へ移行する可能性もある。内視鏡用シースデバイスをを用いる事で抜去用デバイスの操作性が向上し、周囲組織の損傷少なく安全に抜去出来る可能性が示唆された。

Y-41 PCSEMSの位置ずれにより生じたEUS-HGS術中穿孔状態に対しトラブルシューティングできた1例

伊勢赤十字病院 消化器内科

○大前啓太、村林桃士、津田宜之、奥田裕文、松嶋竜太郎、
久田拓央、天満大志、林 智士、杉本真也、大山田純、亀井 昭

57歳男性。約1年前より肝門部領域胆管癌 Stage IVに対して化学療法を行ってきたが、病状増悪のため、1か月前にBSCの方針となった。Bismuth III Bの肝門部胆管閉塞に対してはiPSを3本留置していた(右枝、外側区域枝、内側区域枝)。今回、発熱と嘔気的主訴で当科を受診した。血液検査で肝胆道系酵素とビリルビン値上昇を認め、造影CTで悪性十二指腸閉塞と胆管拡張の所見がみられた。まずは、内視鏡下に十二指腸ステントを留置した。RBOに対しては、既に肝右葉とS4が萎縮傾向であったため、外側区域枝のドレナージが望ましいと判断し、EUS-HGS施行の方針とした。肝実質を約15 mm介してB3を穿刺し、PCSEMS(Spring stopper, 8×100 mm、先端アンカ部分20 mm)をB3から胃内にかけて留置した。ドレナージ容積を増やすために、胆管刺入部にアンカ部分の胃側端を位置させ、B3の刺入部より上流側の胆汁排出も確保する方針とした。しかし、留置直後にステントが胃側に約2 cm位置ずれしたため、アンカ部分の胃側端が腹腔部分にかかりfree airが出現した。そこで、胃内に出ているPCSEMSのメッシュ間隙からアプローチし、FCSEMS(Hanaro FC Benefit, 8×80 mm)をPCSEMS内腔に重ねてラムダ状に追加留置した(先端の位置はB3根部)。これにてPCSEMSのアンカ部分は全てFCSEMSで覆われ、トラブルシューティングとなった。術後の減黄は良好で、33日後に原病死するまでRBOは生じなかった。

Y-42 自然脱落型尿管ステントが長期間残存した術後再建腸管の 1例

伊勢赤十字病院 消化器内科

○津田宜之、村林桃士、大前啓太、奥田裕文、松嶋竜太郎、
久田拓央、天満大志、林 智士、杉本真也、大山田純、亀井 昭

【症例】78歳男性。7年前に早期胃癌に対して腹腔鏡下幽門側胃切除（Roux-en-Y法再建）を施行された。腹痛を契機に前医にて総胆管結石と診断され、当科へ紹介となった。血液検査で肝胆道系酵素の上昇、CTで約5 mm大の総胆管結石と複数の胆嚢結石を認めた。シングルバルーン内視鏡下に、ESTとEPBDを施行した上で胆管結石除去に成功した。胆管挿管困難であり、尿管ガイドワイヤー法を用いて胆管挿管を行ったため、処置の最後にストレート型の自然脱落型尿管ステント（Geenen, 5 Fr, 5 cm）を留置した。術後経過良好で無症状であったが、ERCP後104日間にわたり尿管ステントの逸脱が確認できなかったため、シングルバルーン内視鏡下に尿管ステントを抜去した。なお、ERCP 19日後には腹腔鏡下胆嚢摘出術を施行した。

【考察】ERCP時に留置した自然脱落型尿管ステントの長期残存例の報告は乏しいが、この理由は、数日間で逸脱しない場合には内視鏡下にステントを抜去することが多いためであろう。本症例では、術後再建腸管であり内視鏡下ステント抜去の侵襲とリスクが高いため即座の抜去は行わずに104日間の経過観察をしたが、ステントは脱落しなかった。長期ステント残存の要因は、十二指腸に食物流入がないこと、十二指腸蠕動が乏しいこと、などが考えられる。術後再建腸管例に対する自然脱落型尿管ステント留置は、その適応や方法について通常解剖例よりも慎重に検討する必要がある。

若手研究者優秀演題奨励賞選定セッション 肝胆膵③

Y-43 通常観察で同定困難な膵管空腸吻合部狭窄に対しGel immersion法にて吻合部の同定および膵管ステントの留置に成功した1例

静岡県立総合病院 消化器内科

○上原慶大、佐藤辰宣、坂口航輝、本多一仁、村松未来、稲川敦子、大堂真一郎、土壁千夏、武田昌大、池田慎也、加島弘崇、平田太陽、増井雄一、松田昌範、遠藤伸也、黒上貴史、白根尚文、川口真矢、大野和也

【症例】87歳男性。【現病歴】X-2年6月に膵体部癌に対して膵頭十二指腸切除が施行された。最終診断はpT1pN0cM0 pStageIAだった。X-1年5月に膵炎を発症した。明らかな局所再発はなく、膵管空腸吻合部狭窄に伴う急性膵炎と診断した。保存的加療にて改善し、以後経過観察していたが、X年6月に再度膵炎を発症したため、内視鏡的な精査と治療を行う方針とした。【治療経過】シングルバルーン内視鏡(オリンパス社製、SIF-H290S)で輸入脚盲端まで挿入した。膵腸吻合部は同定できたものの、通常観察での膵管空腸吻合部の同定は困難であったため、gel immersion法を行った。縫合糸の近傍にgelを充満させたところ、微細な瘻痕部から膵液を疑う僅かな液体の流出を認識できた。同部を膵管空腸吻合部と考え、造影カテーテルとガイドワイヤーの挿入を試み、成功した。膵管であることを確認したのち、膵管プラスチックステントを留置して手技を終了した。処置後、合併症や膵炎の再燃はなかった。【考察】膵管空腸吻合部狭窄では、吻合部の同定が困難なために処置できない症例が存在する。Gel immersion法での膵管空腸吻合部の同定については、ダブルバルーン内視鏡および透明フード内でのGel充満法を用いた報告があるものの、gelの使用法および汎用性については議論される。今回シングルバルーン内視鏡下に非キャップ充満法でのgel immersion法で吻合部を同定した症例を経験したので報告する。

Y-45 ERCP後膵炎・十二指腸穿孔合併のwalled-off necrosisに対し内視鏡と経皮処置の複合治療が有効であった一例

三重大学医学部附属病院 消化器・肝臓内科¹⁾、

三重大学医学部附属病院 肝胆膵・移植外科²⁾

○福井俊介¹⁾、山田玲子¹⁾、田中隆光¹⁾、野瀬賢治¹⁾、中村佳史¹⁾、三輪田哲朗¹⁾、坪井順哉¹⁾、谷川智美²⁾、藤村 侑²⁾、飯澤祐介²⁾、水野修吾²⁾、中川勇人¹⁾

症例は60代女性。総胆管結石に対して近医でERCP、乳頭切開、結石除去が施行された。ERCP後膵炎を発症し、全身状態悪化のため、第10病日に当院へ転院した。第16病日にCTで十二指腸背側の急性壊死性貯留(ANC)内に気体成分を認め、十二指腸穿孔の合併と診断した。経鼻胃管で消化管減圧を行ったがANC内の気体と液体成分の増加を認め、第21病日に経皮ドレナージを行った。ドレナージ排出のビリルビンとアミラーゼが高値であった。第27病日にERCPを施行、十二指腸から壊死腔へ造影剤漏出を認め、胆管内に6Frの経鼻ドレナージチューブをカットして遠位端を十二指腸水平脚に遠に留置した。その後、排出のビリルビンは正常化したが、アミラーゼが高値で推移したため、第41病日に胆管内にフルカパー付き金属ステント(FCSEMS; 10mm/8cm)を留置し、膵管に6Frの経鼻ドレナージチューブをカットして遠位端をトライツ靱帯に遠に留置した。排出のアミラーゼは低下し、第56病日のERCPで穿孔の改善を認め、FCSEMSと膵管ドレナージチューブを抜去した。経皮ドレナージ洗浄を継続したが感染性walled-off necrosis (WON)の改善は乏しく、第72病日に腹腔鏡と消化管内視鏡を用いた経皮的後腹膜ネクロセクトミーを施行した。その後、感染はコントロールされ、第116病日に退院した。十二指腸穿孔合併のWONに対し内視鏡的ドレナージ・瘻孔閉鎖と経皮的後腹膜ネクロセクトミーの複合治療が有効であった一例を経験した。

Y-44 膵液瘻に対して内視鏡的膵管ステント留置が奏功した1例

高山赤十字病院 消化器内科

○小出香里、白子順子、雄山雄亮、曾我淳史、谷口裕紀、市川広直、今井 奨、浮田雅人

【症例】80歳代男性、アルコール性慢性膵炎などにて近医通院中。X-3月に慢性膵炎の急性増悪で入院し蛋白分解酵素阻害薬と抗菌薬で保存加療を行った。X月受診時にCT検査で食道・膵周囲に液貯留を認め、膵尾部の主膵管との連続性が疑われたため慢性膵炎による膵液瘻と診断、ドレナージ目的の膵管ステント留置が必要と判断した。膵管造影で膵体部の狭窄と尾側膵管の拡張あり、造影剤の膵管外漏出を認めた。EPSTを施行、ENBD 5Frを挿入し褐色の膵液排出を認めたが、処置当日の夜間にENBDチューブを自己抜去したため処置翌日に膵管ステントを留置した。狭窄部から乳頭までの距離が長かったためENBDを切断し乳頭に出す形で処置を終了し入院6日目に自宅退院となった。ステント留置後は縦隔、膵周囲の液貯留、胸水の改善を認めステント逸脱や膵炎の再燃なく経過している。【考察】内視鏡的膵管ステント留置術の適応は膵液流出障害に伴う尾側膵管の内圧上昇に伴う疾患であり、膵管狭窄、嚢石、腫瘍、膵液瘻などが挙げられる。膵管減圧法として膵切除などの外科手術と内視鏡的膵管ステント留置術が挙げられるが膵管ステント留置の方が成功率、症状改善率ともに良好である。【結語】膵管ステントは症状コントロール非常に有用であるが、留置する前にその適応や留置期間などを十分に検討する必要がある。膵液瘻に対して内視鏡的膵管ステント留置が奏功した1例を経験したので文献的考察を加えて報告する。

Y-46 難治性膵周囲液体貯留に対し内視鏡的集学的治療が奏功した一例

聖隷浜松病院 消化器内科

○豊田健介、山田洋介、小林陽介、金谷和哉、山下大貴、井田雄也、大城恵吾、平野雄一、吉井 元、遠藤 茜、小林郁美、志田麻子、海野修平、木全政晴、芳澤 社、室久 剛、長澤正通、細田佳佐

【症例】60歳代男性、大酒家【病歴】約2週間続く腹痛、食思不振で当科を受診入院となった。血液検査で膵酵素、炎症反応の上昇を認めた。造影CTでは膵頭部に3cm大の仮性嚢胞、膵尾部周囲に広範な液体貯留を認めた。アルコール性慢性膵炎の急性増悪と診断し保存加療を行ったが、改善が乏しく嚢胞、液体貯留の増大も認めため、7病日にERPを施行した。膵頭部には膵管狭窄、仮性嚢胞、膵尾部では膵液瘻を認めた。ENPD 5Frで外瘻化したところ状態改善したため14病日にEPS 7Frで内瘻化した。その後病状の悪化を認め再度外瘻化した。CTでは膵尾部の液体貯留は縮小したがその頭部に新たな液体貯留を認めた。そのため29病日に新規の液体貯留に対し経胃的にEUS-TDを施行し縮小した。しかし、膵液瘻による膵尾部液体貯留は膿瘍化しており内瘻化するも増悪し治療不良であった。その要因として空腸瘻を伴っていることがわかり治療不応の原因と考えられた。外科治療も協議したが、侵襲性が高く内科的治療を進め、46病日に空腸瘻に対しOTSCで瘻孔閉鎖を行った。その後膿瘍は縮小し全身状態も改善した。53病日にEPS 10Frで内瘻化後も状態軽快し、58病日に退院となった。以後、状態の悪化なく経過している。

【考察】慢性膵炎増悪、膵液瘻による難治性膵周囲膿瘍に対し、内視鏡治療が奏功した一例を経験した。OTSCでの瘻孔閉鎖等、状態に応じた内視鏡治療が有効であったため、治療の工夫も含め報告する。

若手研究者優秀演題奨励賞選定セッション 肝胆胰④

Y-47 超音波内視鏡下穿刺吸引法により膵神経内分泌腫瘍と診断した1例

ばんだね病院 消化器内科

○高原頌子、片野義明、橋本千樹、小林 隆、山本智支、武藤久哲、松下美芽、梶野祐太郎

症例は75歳、腹部膨満感と便秘障害があり、前医を受診しCTを施行したところ、膵体尾部腫瘍と肝腫瘍、腹膜播種腹腔内リンパ節腫大を認め、当院紹介となった。超音波内視鏡下穿刺吸引法(以下EUS-FNA)での膵腫瘍精査の予定となっていたが、検査予定5日前に、吐血、ショックバイタルで他院へ救急搬送された。緊急上部消化管内視鏡検査で胃体中部後壁隆起性病変からの噴出性出血を認め、ホットバイオプシーで止血処置された。CTにて、膵腫瘍は胃体部に浸潤するような像を呈しており、膵腫瘍胃浸潤からの出血であることが第一に疑われた。バイタルが安定したところで後日当院へ転院となり、予定通りEUS-FNAにより、腫大した腹腔内リンパ節と膵体尾部腫瘍より生検を実施した。また、胃病変からも内視鏡下生検を行った。提出検体は間質線維増生を伴う異型上皮の浸潤増殖像を認め、異型細胞は核クロマチンに富み、小腺管形成やロゼット形成の腫瘍像を呈していた。また、免疫染色で異型細胞はsynaptophysin、CK19に陽性であり、神経内分泌NET G3や、NECが考えられた。またMIB-1陽性率高値で、SSTR2陰性よりNECを強く疑い、エトボシド、シスプラチン療法を開始した。EUS-FNAが診断に有用であった膵NECの症例を経験したため、文献的考察を加えて報告する。

Y-49 自己免疫性膵炎に合併した脾静脈閉塞による胃静脈瘤破裂の1例

岐阜市民病院 消化器内科

○村山由季、岩佐悠平、佐竹勇哉、小林立樹、大西拓海、下城宏太、伊藤有紀、奥野 充、河内隆宏、小木曾富生、岩田圭介、林 秀樹、杉山昭彦、西垣洋一

【症例】60歳男性

【現病歴】X年10月に手指のしびれを主訴に当院総合内科を受診。IgG4:145mg/dLと軽度高値であり、造影CTで膵尾部の腫大を認め、自己免疫性膵炎(AIP)が疑われた。EUS-FNAによる病理組織診でAIPの確定診断がえられ、12月からプレドニゾロン40mgによる治療を開始。経時的に膵腫大は改善し、IgG4も正常化したため、プレドニゾロンを漸減し、X+1年7月に投与終了した。同年11月26日に吐血を主訴に当院救急外来を受診。造影CTで膵尾部腫大の増悪、それに伴う脾動脈の途絶、胃静脈瘤の形成を認めた。緊急上部消化管内視鏡検査を施行したところ、胃穹隆部に静脈瘤があり、一部から噴出性の出血を認め、内視鏡的静脈瘤硬化療法(EIS)による止血を行った。しかし12月11日に再出血し、EISを施行。側副血行路に対する早期の治療が必要と判断し、X+3年1月7日に脾臓摘出術を行った。術後、胃静脈瘤は経時的に消退し、X+3年1月には内視鏡上、完全に消失したが、CTで膵体尾部の腫大が残存していたため、プレドニゾロン40mg投与を開始した。以後経時的に膵腫大は改善し、現在はプレドニゾロン5mg投与で再燃なく経過している。

【考察】AIPは膵周囲の血管系に炎症波及し狭窄、閉塞をきたす症例も存在することを念頭において経過観察し、必要に応じて無症状でもステロイドによる治療を考慮する必要がある。

Y-48 膵体部主膵管狭窄を契機にEUS-FNAにて診断し得たpNET G2の1例

愛知県がんセンター 消化器内科

○福井淑崇、羽場 真、浦田美菜子、近藤 高、山本嘉太郎、奥野のぞみ、桑原崇通、水野伸匡、原 和生

症例は60代女性。膵体部主膵管狭窄と尾側膵管拡張を指摘されX-1年11月当科紹介される。AUS、CECT及びMRCPでは膵管狭窄や尾側拡張は指摘されるも、閉塞起点となるような腫瘍は指摘されなかった。一方EUSでは、膵体部に主膵管を圧排するように長径8mm大の低エコー腫瘍を認めた。同腫瘍に対しEUS-FNAを施行し、膵神経内分泌腫瘍(pNET)Grade2相当と診断した。X年1月同腫瘍に対し膵中央切除術を施行し、pNET Grade2と診断した。

pNETは膵腫瘍の約3%と稀な腫瘍である。近年画像診断技術の進歩により、特にEUSにおいて10mm未満の小さな膵腫瘍までも発見することが出来るようになった。本症例では、EUSでのみ腫瘍が指摘され、更にFNAを施行し組織学的診断がなされ、外科的切除に至っており、膵腫瘍の診断・治療においてEUS及びEUS-FNAは欠かせないモダリティとなっている。また現在の膵・消化管NETガイドライン第2版においては、1cm未満で無症状で偶然発見され、かつ画像上転移浸潤所見を認めない非機能性NETに関してのみ経過観察(6~12か月毎)も選択肢として考慮してよいとされている。しかしながら本症例のように、1cm未満の小さなpNETであったとしてもGrade2以上であることがあるため、経過観察を選択する場合は事前のEUS-FNAでの病理診断は可能な限り実施すべきであり、Grade2以上のpNETについては外科的切除を考慮すべきであると考える。

Y-50 繰り返し感染性肝囊胞に対し超音波内視鏡下瘻孔形成術を施行した1例

名古屋市立大学医学部附属東部医療センター 消化器内科

○小林彩香、小島尚代、近藤 啓、服部智子、神谷昌宏、佐藤 棕、猪飼千咲、中川真里絵、庄田怜加、武仲祐弥、荒木幸子、西垣信宏、伊藤恵介、林 香月

感染性肝囊胞(IHC)は抗生剤や経皮的ドレナージが基本的治療だが、再燃することも少なくない。近年、重症膵炎後被包化壊死に対し超音波内視鏡(EUS)下にLumen-Apposing Metal Stent(LAMS)を用いた内瘻術が行われ、効果的と報告されている。今回、繰り返すIHCにLAMSを用いEUS下ドレナージを施行し、良好な経過であったため文献的考察を加え報告する。

症例は77歳の男性、主訴は発熱、腹部膨満感。パーキンソン病のため胃瘻造設し在宅療養され、既往に肝S6のIHCのため経皮的ドレナージやエタノール注入治療歴があった。今回、炎症反応上昇やCT所見より15cmに増大した肝S6のIHC再燃と診断した。さらに、そのIHCにより胃幽門部から十二指腸の圧排を認め、腹部膨満感の原因と判断した。繰り返すIHCのため、経皮的ドレナージでは効果不十分と判断し、当大学未承認医療機器審議にて認可されたLAMSを用いたEUS下ドレナージを施行。胃前庭部からIHCを描出し、LAMS留置によりIHCから白色調の化膿性内容物の排液を観察。施行直後より感染兆候や腹部膨満は改善し、偶発症も認めなかった。施行30日後のCTでIHCは縮小し、60日後にはIHCはさらに縮小し、内視鏡的にLAMSを除去した。現在に至るまで(約8か月間)、IHCの再燃は認めず経過良好である。

食道・胃 1

1 食道平滑筋腫上に併存した早期食道癌に対し内視鏡切除した1例

三重大学医学部附属病院 消化器・肝臓内科

○行本弘樹、黒田真里奈、梅田悠平、池之山洋平、重福亜紀奈、藤原野須子、別府剛志、中村美咲、濱田康彦、堀木紀行、中川勇人

【はじめに】稀ではあるが、粘膜下腫瘍の上に食道癌を伴う症例が存在する。NBI併用拡大内視鏡による表層の評価や超音波内視鏡によるSMTの評価により事前に深さを予想することは可能である。今回ESDにより治癒切除の得られた、平滑筋腫上に併存した早期食道癌を経験したので報告する。

【症例】71歳男性、2023年2月に近医での健診上部内視鏡にて上部食道に粘膜下腫瘍様の形態をとる隆起性病変を認めた。生検の結果、扁平上皮癌の診断にて精査加療目的に当院に紹介となった。当院での精査内視鏡では、上切歯列24cm左後壁に15mm程度の縦走に隆起する粘膜下腫瘍を認め、表層の一部はNBIでBrownish areaとなり、同部のNBI併用拡大観察ではB1血管のみで占められておりヨード不染を示した。超音波内視鏡検査では、病変部位は粘膜下の辺縁整の低エコー領域として視認され粘膜下層は保たれていた。造影CTでは病変周囲のリンパ節腫大は認めなかった。以上の結果より粘膜筋板由来の平滑筋腫上に併存した深さEPもしくはLPM程度の表在型食道癌を疑い診断的治療としてESDによる一括切除を行った。切除標本では、深さ度EPの表在型食道扁平上皮癌と癌直下の粘膜筋板内に平滑筋腫を認め術前診断の通りであった。最終病理はSCC, pT1a-EP, Ly0, V0, pHM0, pVM0であり治癒切除となった。

【結語】平滑筋腫上に併存した食道癌を経験した。SMT上に併存する早期食道癌の特徴について文献的考察も加え報告する。

2 蛍光ペン誤飲の9カ月の乳児に対して内視鏡的異物除去術を施行した1例

総合大雄会病院 消化器内科

○深見正高、松山恭士、宮原康孝、吉田隼也

【緒言】小児の異物誤飲は日常診療においてしばしば遭遇する疾患である。消化管損傷の可能性がある場合には、内視鏡的異物除去術が施行されるが、既報では1歳以下の内視鏡的異物除去例の報告は数例である。【症例】9カ月、女児【現病歴】自宅で長さ約10cmの蛍光ペンを誤飲したため、当院へ救急搬送となった。レントゲンと胸腹部CTで胃から食道にかけて蛍光ペンの停留を確認。小児科医、麻酔科医、外科医と協議の上、全身麻酔下での緊急上部内視鏡的異物除去術を施行した。フードを装着した上部消化管内視鏡(GIF-Q260J)で観察すると、食道内に蛍光ペンの末端部分を視認した。鱈口型鉗子で把持を試みたが把持は困難であった為、スネアに変更したところ把持が可能となり、問題なく異物を摘出した。【考察】小児の内視鏡処置の場合、多くの場合は全身麻酔下での処置が施行されている。また、穿孔等を含めた術中合併症の出現や内視鏡的摘出困難となった場合には、外科的処置が必要になる可能性もあり、消化器内科医、小児科医、麻酔科医、外科医との連携が重要である。今回我々は各科の連携により異物除去術が可能であった乳児の症例を経験したので報告する。

3 慢性甲状腺炎を合併した自己免疫性胃炎の1例

国家公務員共済組合連合会 東海病院¹⁾、

名古屋大学大学院医学系研究科 消化器内科学²⁾

○近藤真也¹⁾、北村雅一¹⁾、田中達也¹⁾、山田健太郎¹⁾、津田美芽¹⁾、古根 聡²⁾、丸田真也¹⁾

【緒言】自己免疫性胃炎は、甲状腺や膵臓などに自己免疫性疾患の合併が多いことが報告されている。我々は自己免疫性胃炎に胃カルチノイドおよび慢性甲状腺炎を併発し、経過中に悪性貧血を発症した症例を経験したので報告する。【症例】69歳男性、検診UGIで胃前庭部に隆起性病変を指摘されて当院受診となった。精査のEGDを施行したところ、胃全体に萎縮性胃炎の所見を認めた。胃体部と前庭部に発赤調の隆起性病変を認め、生検にて体部の病変はカルチノイド、前庭部は過形成性ポリープであった。EUSにてカルチノイドは固有筋層への浸潤所見は認めず、単発で径6mmであった。血液検査でガストリン(4721pg/ml)、抗胃壁細胞抗体(40倍)、TSH(11.56μIU/ml)と高値を認めた。抗H.p抗体は陰性(<30U/ml)であった。USで甲状腺のびまん性腫大と内部低エコー、抗サイログロブリン抗体高値(1052.0ng/ml)を認め、慢性甲状腺炎と診断した。胃病変に対しては定期検査で経過観察、慢性甲状腺炎に対してはレボチロキチン投与を開始した。2年経過後に大球性貧血(Hb:8.6g/dl, MCV:137fl)を認めた。内因子欠乏と考えられメコバラミンの筋肉注射を行ったところ、貧血は軽快した。4年間の定期経過観察にて胃病変に著変は認めなかった。【考察】診断時に慢性甲状腺炎を併発していた自己免疫性胃炎の症例を経験した。自己免疫性胃炎の所見を認めた場合は、自己免疫性甲状腺疾患等の検査も必要であると考えられた。

4

検診センターにおける内視鏡 AI 画像診断支援技術の有用性

池田病院 消化器外科¹⁾、池田病院 内科²⁾○池田 聡¹⁾、岡村博文²⁾、飯野正敏¹⁾

池田病院・健康管理センターでは、人間ドック・健診などスクリーニング検査を中心に年間11000件の上部消化管内視鏡検査を行っている。検査担当医は毎日1人～2人。経鼻内視鏡の希望者が多く、9割以上の方が経鼻内視鏡検査を選択されている。2023年、富士フィルム社製内視鏡 AI 画像診断支援技術「CAD EYE」を導入し、胃がん・食道がんの早期発見のために活用している。腫瘍の検出支援モードを使用し、当院では、導入後、超早期癌とも言える胃癌症例1例を経験。症例は除菌後の萎縮高度粘膜であり診断が困難であったが、AIによる異常の指摘を受け幽門前庭部小弯のわずかな陥凹性病変を検査医師が確認、病変の表面構造の異常とDLから“がん”を疑い生検診断、ESD治療が可能であった。また白色光に加え食道病変にはBLI・除菌後胃の萎縮粘膜にはLCIでの観察を行うことで、発見精度が上がると考えている。なお最新のLED内視鏡機器は画像が明るく、解像度も良い。またスクリーニング検査では網羅性が重要となる。ランドマークフォトチェッカーモードでは胃内の各部分の撮影済みチェックが施されることで見落としを防ぐ機能が備わる。今後、内視鏡検査のニーズが増え検査数の増加に対しても、常に同じ診断水準が要求される。しかし、検査医師の負担も考えると簡単ではない。そのため、今後検診センターにおいて“AI内視鏡”によるスクリーニング検査が有用と考える。

6

早期胃癌で診断された胎児性消化管類似癌の1例

聖隷浜松病院 消化器内科

○平野雄一、芳澤 社、金谷和哉、山下大貴、井田雄也、大城恵吾、吉井 元、遠藤 茜、小林郁美、山田洋介、海野修平、小林陽介、木全政晴、室久 剛、長澤正通、細田佳佐

症例は70歳男性。健診EGDで前庭部小弯に25mm程度の発赤調隆起性病変を認め、生検でtub2+porであり、精査治療目的に当院紹介となった。当院EGDではWLI観察で発赤調の中央が陥凹した0-II a+II c病変として観察され、空気を入れると比較的進展は良好だが、脱気時に隆起に厚みがあり、EUSも合わせSM深部浸潤を疑った。NBI観察では大小不同の不整な腺管構造と一部腺管構造が不明瞭な部分もあり、組織型は未分化混在の分化型癌と考えられた。造影CTではリンパ節転移や遠隔転移は認めず、cT1bN0M0 cStageAの診断で腹腔鏡下幽門側胃切除を行った。病理所見は管状～充実性に増生する腺癌を認めた。粘膜下浸潤はごくわずかであり、胎児性消化管類似癌、pT1b(SM0.1mm)、Ly0、V0、pN0の病理診断となった。術後1年経過しているが明らかな再発所見は認めていない。【考察】胎児性消化管類似癌(ACED:adenocarcinoma with enteroblastic differentiation)は組織学的に胎生初期の消化管上皮に類似した組織形態を示し、グリコゲンに富む淡明な細胞有する腫瘍細胞が管状、乳頭状、あるいは充実性増殖を示す腺癌である。臨床病理学的には高率に脈管侵襲、リンパ節転移、肝転移を認める高悪性度の腫瘍として知られている。早期胃癌で発見されるACEDは稀であり、内視鏡所見では高度萎縮例で発赤が強く辺縁隆起を伴うことが多いとされており、同所見が見られた場合にはACEDを鑑別の1つに上げる必要がある。

5

嚢胞形成のために術前診断が困難であった異所性腺の一例

名古屋大学大学院医学系研究科 消化器内科学

○平井恵子、古川和宏、古根 聡、廣瀬 崇、鈴木孝弘、

飛田恵美子、柴田寛幸、倉田祥行、田中 仁、中村正直、川嶋啓揮

【症例】30歳代男性【主訴】上腹部痛【現病歴】20XX年12月に上腹部痛を自覚。近医で上部消化管内視鏡検査(EGD)を施行したところ、幽門前庭部に腫瘍性病変を認めたため、精査治療目的に当院へ紹介となった。【経過】当科で施行したEGDでは、胃幽門前庭部小弯から後壁にかけて約30mmの粘膜下腫瘍(SMT)を認め、蠕動により幽門輪から十二指腸球部への脱出がみられた。超音波内視鏡検査(EUS)では第2～4層に連続する内部均一な低エコー腫瘍として描出され、一部に高エコー域の混在がみられた。超音波内視鏡下穿刺吸引生検を試みたが、病変に可動性があるために固定ができず、穿刺困難であった。造影CTでは内部に低吸収域を伴い、漸増性の造影効果を示し、造影MRIではT1低信号、T2高信号で辺縁に造影効果を示したため、嚢胞性病変が疑われた。診断的治療として手術を勧めたが経過観察を希望されたため、半年毎の画像フォローを行った。EUS、MRIで病変を認めなかったが、20XX+2年に診断的治療としての手術に同意されたため、胃部分切除術を行った。病理結果は嚢胞形成を伴う異所性腺であった。【考察】異所性腺は胃のSMTではGISTなどの間葉系腫瘍に次いで多い疾患である。典型的なEUS所見は第3層に連続する低エコー腫瘍、内部の点状高エコーや導管様エコー、第4層の肥厚像である。本症例は病変の辺縁の異所性腺組織領域に比して大きな嚢胞形成がみられ、術前の画像診断に苦慮した。

7

胃黄色腫と併存した早期胃癌の1例

三重中央医療センター 消化器内科

○倉田一成、宮田徹也、田口由紀子、葛原正樹、渡邊典子

【症例】73歳、男性【主訴】自覚症状なし【現病歴】2022年12月にスクリーニング目的で施行された前医の上部消化管内視鏡検査で胃角部小弯に表面隆起型腫瘍を指摘され、当院へ紹介となった。当院で上部消化管内視鏡検査を再検討したところ、前医指摘のあった腫瘍とは別に、白色光通常観察にて胃前庭部前壁に15mm大の黄白色の境界不明瞭な黄色腫を認めた。黄白調の色調の強い部位では病変はわずかに隆起を認め、色調の弱い部位では病変はわずかに陥凹し発赤も認めた。NBI併用拡大観察では、背景粘膜と病変との境界は明瞭であった。病変部の表面微細構造は不明瞭化しており、微小血管構造像は形状・配列・分布も不規則であることから胃癌が疑われた。生検では、Group 4で高分化型腺癌疑いであった。胃黄色腫が併存した早期胃癌として2023年1月にESD施行となった。病理組織所見では、14mm×5mmの0-II c病変を認めた。組織学的には、高分化型腺癌で、病変は粘膜固有層内にとどまり、腫瘍と黄色腫の範囲はほぼ一致していた。【考察】胃黄色腫は上部消化管の黄色腫の大部分を占め、萎縮粘膜を背景に発生する良性病変と考えられている。胃黄色腫と併存した早期胃癌の症例報告は非常に稀である。内視鏡所見としては、白色光通常観察では通常の胃黄色腫に比較して表面が粗雑で、発赤陥凹を随伴することが多いとされており、このような病変を視認した際にはNBI併用拡大観察および生検を考慮する必要がある。

胃3・十二指腸

8 胃癌合併胃限局型若年性ポリポーシス症候群が疑われた1例

済生会松阪総合病院

○西岡 駿、紅林真理絵、澤井翔馬、小野隆裕、田原雄一、
黒田直起、吉澤尚彦、青木雅俊、福家洋之、河侯浩之、橋本章、
脇田喜弘、清水敦哉

【症例】80歳代、男性。既往歴：発作性心房細動、脳梗塞、高血圧症。家族歴：不詳。現病歴：心窩部痛で救急受診。門脈ガス血症、小腸壁肥厚を認め入院となった。CTで偶発的に胃体部に腫瘍性病変を認め、症状改善後に精査を施行した。身体所見：眼瞼結膜に貧血あり。皮膚、毛髪、爪に異常所見はなかった。血液検査：Hb9.1g/dlの鉄欠乏性貧血を認め、Alb3.3g/dlと軽度低値、Helicobacter pylori 抗体は陽性だった。上部消化管内視鏡検査：胃全体に白濁粘液附着を伴う同色調～発赤調の無茎性～亜有茎性の小ポリープが多発し、体中部小弯には40mm程度の発赤を呈する villous 調の結節状隆起を認めた。生検結果は、小ポリープは過形成ポリープ、結節状隆起はGroup4だった。下部消化管内視鏡検査：5-10mmのポリープを複数個認め、1つは腺腫内癌、その他は腺腫だった。腹部造影CT：胃体部に40mm程度の造影効果を伴う腫瘍性病変を認め、転移の所見はなかった。【経過】過形成性変化を伴うポリープの密在を認め、胃限局型若年性ポリポーシス症候群 (JPS) を疑った。高齢だがADLも比較的保たれており、Group4病変に対しESDを施行、病理結果は深達度T1aの高分化型管状腺癌だった。なお、小ポリープを1箇所EMRし、病理所見は若年性ポリープで矛盾なかった。術後半年、再発なく経過している。【考察】胃癌合併胃限局型JPSが疑われた稀な1例を経験したため、文献的考察を加えて報告する。

9 子宮平滑筋肉腫の胃転移の1例

聖隷浜松病院 消化器内科

○小林郁美、海野修平、芳澤 社、豊田健介、金谷和哉、山下大貴、
吉井 元、平野雄一、大城恵吾、井田雄也、志田麻子、遠藤 西、
山田洋介、小林陽介、木全政晴、室久 剛、長澤正通、細田佳佐

【緒言】子宮平滑筋肉腫は早期より血行性転移を来す予後不良な疾患である。血行性転移であり胃転移の報告は稀である。今回、子宮平滑筋肉腫の胃転移を認めた症例を経験した。

【症例】60代女性。X-3年肺腫瘍の手術を施行し、平滑筋肉腫と診断。肺の平滑筋肉腫は転移巣で、子宮全摘術を施行し子宮原発平滑筋肉腫の診断となった。術後化学療法と放射線療法を行ったが、X年11月のフォローCT検査で胃腫瘍を指摘され紹介となった。

上部消化管内視鏡検査で胃角前壁に30mm大の発赤調の亜有茎性腫瘍を認めた。頂部に潰瘍形成を認め、内部は白色粘液が附着していた。NBI拡大観察では表面の腺管構造は開大するが腫瘍性変化は認めなかった。EUSでは多結節性の内部低エコー腫瘍を認め、第3層由来であり一部第4層の挙上を認めた。上皮性腫瘍を疑う所見はなく、単発腫瘍ではあったが子宮平滑筋肉腫の胃転移の診断で生検を施行した。生検では間質に紡錘形異型細胞の増生を認め、免疫染色ではDesmin+、エストロゲン受容体+、c-kit-、CD34-であった。以上より子宮平滑筋肉腫の胃転移と診断した。

【考察】子宮平滑筋肉腫は早期より遠隔転移を来す。治療後時間を空けて転移再発を来すこともあり中央値は45ヶ月で約50%に再発を認める。血行性転移であり肺・腹膜・骨・肝転移が多いとされ、胃や結腸への転移は非常に稀である。子宮平滑筋肉腫は消化管を含め長期にわたる画像での経過観察が必要であると考えられる。

10 内視鏡的に経過を追うことができた胆管十二指腸瘻を来した十二指腸潰瘍の1例

富士宮市立病院 消化器内科

○加藤大樹、森 雅史、兼子直也、志村恵理、伊藤誠人

【年齢】90歳【主訴】嘔吐【現病歴】202X年7月に蜂窩織炎に対して当院皮膚科にて入院加療を行った。入院期間中に黒色便を認めたが、数日で症状が消失したため8月6日に退院した。8月9日に嘔吐を主訴に救急外来を受診された。CTで十二指腸周囲の脂肪織濃度上昇を認めたため十二指腸病変の精査目的に当科へ紹介受診された。【経過】上部内視鏡検査を実施し、十二指腸球部に潰瘍病変を認めた。潰瘍面から気泡の流入を認め、十二指腸潰瘍と胆管との交通が疑われた。追加で上部内視鏡造影検査を実施し、十二指腸病変から胆管が造影されることが確認され、胆管-十二指腸瘻の確定診断となった。持続的な胆汁曝露による瘻孔の閉鎖不全が懸念されたため、当初は手術や経口頭的胆管ステント留置なども検討されたが、侵襲性が高く合併症のリスクを考慮して保存的加療を継続する方針とした。保存的加療を継続し経時的な内視鏡フォローにて瘻孔の縮小および閉鎖を確認した。腹部症状が消失し食事摂取問題ないこと確認して退院となった。外来にて定期的な内視鏡フォローを継続している。【考察】胆管十二指腸瘻は、胆道系と周囲臓器の間に生じた異常交通である内胆汁瘻の一つとして分類される。胆管炎症状などを認める場合は外科的治療も検討されるが、本症例では胆管炎症状を来たしておらず保存的加療を選択し奏功した。【結語】胆管十二指腸瘻を来した症例に対して、文献的考察を加え報告する。

小腸・大腸1

11 神経線維腫症1型に腸管 ganglioneuromatosis を合併した2例

名古屋大学大学院医学系研究科 消化器内科学¹⁾、
名古屋大学医学部付属病院 光学医療診療部²⁾
○高田直樹¹⁾、石川恵里¹⁾、中村正直²⁾、山村健史¹⁾、
前田啓子¹⁾、
澤田つな騎²⁾、村手健太郎¹⁾、長谷川一成¹⁾、池上脩二¹⁾、
大橋彩子¹⁾、河村達哉²⁾、大岩忠祐¹⁾、八田勇輔¹⁾、平松美緒¹⁾、
川嶋啓揮¹⁾

【症例1】38歳女性。不正出血を主訴に前医受診、腹部MRIで回腸粘膜下腫瘍が疑われ当院紹介となった。ダブルバルーン小腸内視鏡検査(DBE)にて虫垂開口部に粘膜下腫瘍様の複数の結節を認め、生検でganglioneuromatosisと診断された。神経線維腫症1型(NF1)の家族歴やカフェオレ斑を認め、NF1に合併したganglioneuromatosisと診断し、既報にて悪性化の報告があるため回盲部切除術を施行した。7ヵ月後、排便異常やフォローCTでの横行結腸の壁肥厚を認め、大腸内視鏡検査にて横行結腸にびまん性の白色調粗造粘膜がみられ、生検でganglioneuromatosisと診断。左半結腸切除術を施行し、以降再発なく経過している。【症例2】50歳女性。10代でNF1と診断された。下痢・食思不振を主訴に前医受診し小腸イレウスと診断、入院加療を行うも改善乏しく当院へ転院となった。DBEにて空腸の拡張と下部回腸のびまん性粘膜発赤・絨毛浮腫を伴う縦走潰瘍を認め、生検でganglioneuromatosisと診断された。病変は広範囲に及んでおり手術や根治的治療は困難で、経口摂取再開し症状の再燃がないことを確認後に退院となった。以後2年以上イレウスの再発なく経過している。【考察】消化管ganglioneuromatosisのうちdiffuse typeは、NF1やMEN2Bとの関連が報告されている。Ganglioneuromatosisは稀な合併症ではあるが消化管運動低下の要因となるため、全身性基礎疾患を有する患者では鑑別疾患として重要である。

13 当院でのサイトメガロウイルスによる消化管粘膜傷害の内視鏡像の検討

松波総合病院 消化器内科
○中西孝之、荒木寛司、鳥澤宗一郎、神野宏規、牧野紘幸、
亀井真琴、長尾涼太郎、片岡史弥、河口順二、浅野剛之、
早崎直行、伊藤康文、田上 真、杉原潤一、森脇久隆、富田栄一

【背景】サイトメガロウイルス(CMV)による消化管粘膜傷害の多くは免疫抑制で再活性化し多彩な内視鏡像を示す。

【対象】2020年4月～2023年6月に消化管生検病理で診断し診療したCMV関連消化管粘膜傷害23例を対象に、内視鏡像と臨床背景を検討した。

【結果】男性14例、女性9例、診断時年齢中央値43歳(19-92歳)、基礎疾患は潰瘍性大腸炎(UC)16例、クローン病2例、肺移植後1例、その他3例で、1例は基礎疾患のない初感染だった。診断時にステロイドを9例、IFX/ADA/VDZ/UST/FLGを7例、AZA/6MP/MMF/Tac/MTXを5例で使用(重複あり)しており、6例はいずれも不使用だった。大腸炎22例の局在は、直腸20例、S状結腸16例、下行結腸10例、横行結腸、上行結腸、盲腸各9例、回腸2例(重複あり)だった。内視鏡像はびらんを20例、顆粒状粘膜、瘢痕を16例、地図状潰瘍を13例、打ち抜き潰瘍を5例、深い下掘れ潰瘍、縦走潰瘍、輪状潰瘍、不整形潰瘍を4例、周在性の広い粘膜欠損を3例、敷石状粘膜、類円型潰瘍を2例で認め、胃1例では不整形潰瘍を認めた。5例で抗ウイルス薬(GCV/VGCV)を投与した。1例は他疾患で死亡、22例は病状改善した。深い下掘れ潰瘍を呈したUC3例で改善後に瘢痕狭窄を来したが、数年の経過で内視鏡通過可能となった。

【考察】基礎疾患を背景に多様な内視鏡像を示し非定型所見に留まることもあるため、消化管粘膜傷害ではCMVを鑑別に挙げ適切な病理学的検索を行う必要がある。

12 貧血を主訴に診断に至った非特異性多発性小腸潰瘍症の1例

大同病院 消化器内科
○田島万莉、吉田和弘、齋藤和輝、山口智大、丸山昭洋、胡 磊明、
杉原有紀、黒部拓也、早川真也、八鹿 潤、名倉明日香、
西川貴広、野々垣浩二

症例は82歳男性。既往に慢性心房細動と高血圧、脂質異常あり。内服にアブセミド、イミダプリル、スピロラクトン、トルバプタン、エドキサパンあり。6年前他院にて早期胃癌内視鏡治療施行。5年前より経過観察目的で当院へ紹介受診。受診時より小球性低色素性貧血と低蛋白血症を指摘。上部内視鏡検査施行し、胃体下部大弯に早期胃癌指摘、内視鏡的粘膜下剥離術施行。下痢症状も認めており、大腸内視鏡検査施行、直腸に大腸腺腫を認め、ポリペクミー施行。4年前にも体下部後壁に胃腺腫を認め、内視鏡的粘膜下層剥離術施行。内視鏡処置後も小球性低色素性貧血と低蛋白血症遷延あり、小腸精査方針。カプセル内視鏡検査施行し、回腸に多発潰瘍とびらん所見を認め、一部縦走潰瘍を疑う所見あり。薬剤性腸炎の可能性考慮し、エドキサパン中止。小腸型クローン病疑いでメサラジン開始。薬剤調整後も症状と貧血所見への改善乏しく、経肛門ダブルバルーン内視鏡検査施行、回腸に多発する地図状潰瘍を指摘。生検より活動性小腸潰瘍指摘。各種検査より非特異性多発性小腸潰瘍症と診断。栄養指導施行し、低残渣食と鉄剤補充。現在下痢症状遷延あるも、腸閉塞等の合併症なく通院中。長期の経過で診断に至った稀な1例を経験したため、若干の文献的考察を踏まえて報告する。

大腸 2

14 活動性の血便を契機に診断に至った若年性ポリープの1例

松波総合病院 消化器内科

○片岡史弥、中西孝之、荒木寛司、鳥澤宗一郎、神野宏規、
牧野敏幸、亀井真琴、長尾涼太郎、河口順二、浅野剛之、
早崎直行、伊藤康文、田上真、杉原潤一、森脇久隆、富田栄一

【症例】30歳男性【主訴】血便【家族歴】若年性ポリープ(JP)の家族歴なし【現病歴】2日前から血便を自覚し、多量の鮮血便を来すようになり当院入院となった。

【経過】入院の血液検査はHb 13.7 mg/dLで、腹部造影CTで下部直腸左側壁から造影剤血管外漏出を認めた。緊急内視鏡検査では造影剤血管外漏出部位の直腸Rb左側壁に、非腫瘍性の粘膜上皮に覆われた有茎性病変の茎部を認め、先端部が凝血塊の内部に埋没していた。凝血塊を取り除くと茎部の先端に腫瘍性病変は認めず、断端から拍動性に出血していた。茎部をクリップで止血した後直上でポリベクトミーを行い、創部をクリップで縫縮した。茎部断端の病理所見では腫瘍性病変は見られず、内部に太い血管構造と過形成変化を認めた。入院第4病日にHb 10.4mg/dLまで低下したが、新規の鮮血便はなく経過した。第6病日に全大腸内視鏡検査を施行し、結腸に要処置病変を認めず、直腸の出血病変の近傍に浮腫状で表面平滑な腺管密度の低下した亜有茎性病変を2病変認めた。JPに特徴的な所見でありEMRを施行し、病理所見でJPと診断した。処置後の経過は良好で第7病日で退院した。

【考察】近傍にJPが多発しており、JPの茎部が自然脱落し活動性出血を来したと考えられた。JPは多くは血便で発見されるが、本症例のようにCTで造影剤血管漏出を認め、動脈性出血を来していた症例は稀と考え報告する。

15 大腸ポリープに対するCold snare polypectomyで腹腔内出血をきたした1例

名古屋大学大学院医学系研究科 消化器内科学¹⁾、
名古屋大学医学部附属病院 光学医療診療部²⁾、
医療法人山下病院 病理診断科³⁾

○池上脩二¹⁾、山村健史¹⁾、中村正直²⁾、前田啓子¹⁾、澤田つな騎²⁾、
石川恵里¹⁾、古川和宏¹⁾、石川卓哉¹⁾、山雄健太郎²⁾、水谷泰之¹⁾、
飯田 忠¹⁾、植月康太¹⁾、廣瀬 崇²⁾、横井太紀雄³⁾、川嶋啓揮¹⁾

【背景】近年、通電を伴わずスネアでポリープ切除を行うCold snare polypectomy (CSP)が、その有効性や安全性、処置時間の短さから、欧米ならびに本邦でも広く普及している。今回、CSP後に腹腔内出血をきたし、緊急手術を要した稀な症例を経験したため報告する。【症例】51歳男性。血液疾患の既往なし。便潜血反応陽性の精査目的に、前医でCT colonographyが施行され、大腸に多発ポリープを指摘されたため、内視鏡的切除目的に当院へ紹介となった。大腸内視鏡検査において、脾彎曲部に腺腫性ポリープを認め、CSPが施行された。その際、スネア絞扼時にやや抵抗があり、スネアシースをスコープチャンネル内に引き込む形で病変を切除した。切除時には疼痛の訴えはなかった。治療2時間後より急激な心窩部痛が出現し、腹部造影CTでは脾彎曲部の結腸壁が腫瘍状に肥厚し、壁内の血管から造影剤の漏出ならびに腹腔内に血性腹水を認めた。CSP手技に伴う腹腔内出血が疑われ、同日に横行結腸部分切除術ならびに人工肛門造設術が施行された。手術時まで肛門からの血便は認めなかった。手術切除標本ではCSP施行部位直下において、筋層内に著明な血腫の形成を認めたが、穿孔所見はなく、CSPの偶発症としての腹腔内出血と診断した。【結語】CSPは今後更に普及することが予想されるが、極めて稀ではあるものの、腹腔内出血をきたす可能性もあることを念頭に置き、愛護的な内視鏡操作を心掛けるべきである。

16 COVID-19感染後に重症虚血性腸炎となった一例

中濃厚生病院 消化器内科

○平下祐生、勝村直樹、白木 亮、戸田勝久、山中一輝、水谷 拓、
華井頼子、向井美鈴、三田直樹、伊藤貴嗣、相羽優志、林 湧加、
長井宏樹

【症例】40歳代-女性【既往歴】なし【現病歴】X年12月下旬からの腹痛、下痢を認め近医を通院していた。X+1年1月腹部症状改善なく、コロナ抗原陽性を指摘され自宅療養となった。療養期間後も症状は継続した為、同月中旬当院に紹介受診となった。採血にて炎症反応高値、CTにて結腸全体に著明な壁肥厚を認め入院とした。大腸内視鏡検査(CS)では縦走する潰瘍が上行結腸を中心にS状結腸まで多発していたが、直腸の粘膜は比較的保たれていた。便培養、ANCA、サイトメガロ感染の検索を行ったが有意な所見は認めなかった。絶食・抗生剤投与で改善を認めず、免疫学的要素が関与している可能性を考え第5病日にPSL60mgを開始とした。腹部症状は持続するもCRP2.0mg/dlまで低下し、第20病日よりPSLを漸減した。第30病日、第50病日にCSを行い、潰瘍は経時的に改善傾向を認めた。腹部症状は徐々に軽快し、第55病日に退院となった。第105病日外来にてCSを施行し、横行結腸には全周性の狭窄を認め、炎症粘膜は残存していた。炎症粘膜からの生検病理結果では線維性結合組織の増生と小血管の増生を指摘され、虚血性変化の影響が疑われた。患者は現在も外来加療中である。【考察】COVID-19は感染に伴い微小血栓が形成されることがあり、深部静脈血栓、肺動脈血栓症、脳梗塞等の合併がある。COVID-19後の虚血性腸炎の合併の報告は稀であるが、腸管切除例や死亡例も認めており留意が必要である。

大腸3

17 家族性大腸腺腫症術後に発生した回腸囊多発腺腫に対する内視鏡的徹底的徐の試み

愛知県がんセンター 内視鏡部¹⁾、
愛知県がんセンター 消化器内科部²⁾

○高木暁広¹⁾、田近正洋¹⁾、田中 努¹⁾、伊藤信仁¹⁾、山田啓策¹⁾、
水野伸匡²⁾、羽場 真²⁾、桑原崇通²⁾、奥野のぞみ²⁾、福井淑崇²⁾、
近藤 高²⁾、山本嘉太郎²⁾、浦田美菜子²⁾、原 和生²⁾、丹羽康正¹⁾

【背景】家族性大腸腺腫症 (FAP) は、大腸全摘・回腸囊肛門吻合術 (TP-IPAA) が標準術式とされるが、術後回腸囊内にも腺腫、癌が発生するためサーベイランスは重要である。今回 TP-IPAA 後回腸囊内に発生した多発腺腫に対して内視鏡的に徹底摘除を行った一例を報告する。【症例】40歳代男性。20歳代に FAP に対して、当院で TP-IPAA を施行し、10年間は経過観察していたが、その後未受診となる。術後13年に腹痛を主訴に他院を経て当院受診し、上部消化管内視鏡検査で十二指腸に乳頭部を含む多発腺腫、下部消化管内視鏡検査で回腸囊内に無数の腺腫を認めた。回腸囊内の腺腫の最大径は15mm程度で、300個以上認めた。明らかに癌を疑う病変は認めなかったため、まずはパピレクトミーを施行し、その後回腸囊腺腫に対して内視鏡的に摘除を行った。これまでの観察期間は7年、治療回数は9回、入院回数は同時に ERCP を行ったため7回、総治療個数は約360個であった。腫瘍に応じて EMR、Cold polypectomy、APC 焼灼を行ったが、出血、穿孔等の偶発症は認めていない。現在、腺腫はほぼ消失し、年1回の外来サーベイランスへ移行している。【考察・結語】ガイドラインによれば TP-IPAA の術後サーベイランスは年1回とされているが、本例のように術後サーベイランスを受けずに無数の腺腫が発生する症例も存在する。その場合には腺腫を徹底摘除することは、癌の発生や再手術を予防できる安全で有用な方法と考えられた。

19 直腸 MALT リンパ腫に対して PAEM を施行した一例

日本赤十字社愛知医療センター 名古屋第一病院 消化器内科
○原 啓文

【背景】大腸 T1b 癌に対して筋層牽引所見を呈する周囲の内輪筋を輪状に切開し、外縦筋との間で切離する per anal endoscopic myectomy (PAEM) が報告されている。限局期の直腸 MALT リンパ腫に対して PAEM を施行した一例を報告する。【症例】70歳代 女性【現病歴】血便を自覚し前医を受診した。下部消化管内視鏡検査で、直腸に病変が指摘され、当院へ紹介となった。【既往歴】高血圧症【経過】下部消化管内視鏡検査では直腸 Rb 右壁やや後壁側に30mm大、立ち上がり比較的急峻、表面不整な粘膜下腫瘍を認めた。M-NBI 観察では枯れ枝状の樹枝状血管が観察された。EUS では第2、3層を主座とする内部不均一な低エコー腫瘍と描出された。第4層への浸潤は認めなかった。腫瘍表面からの生検で MALT リンパ腫の診断となった。PET-CT では直腸以外に明らかな異常集積を認めず、骨髄生検でもリンパ腫の浸潤を示唆する所見は認めず、Lugano 分類 Stage I の診断となった。治療は ESD を選択した。筋層牽引所見を認めたため PAEM を施行した。術後3ヶ月を経過しているが無再発で経過している。【考察】Lugano 分類 Stage I 期から II-1 期の腸管悪性リンパ腫の治療は、外科的切除に加え術後化学療法を施行することが一般的であるが、MALT リンパ腫は外科的切除のみで十分である場合が多く、化学療法は必須ではないとされている。MALT リンパ腫に対して PAEM を施行した症例は稀であるため報告する。

18 直腸全周性 ESD 後の狭窄予防にステロイド投与が有用であった1例

静岡県立静岡がんセンター 内視鏡科¹⁾、
静岡県立静岡がんセンター 病理診断科²⁾

○上田駿介¹⁾、高田和典¹⁾、下田忠和²⁾、堀田欣一¹⁾、今井健一郎¹⁾、
伊藤紗代¹⁾、岸田圭弘¹⁾、大石琢磨²⁾、小野裕之¹⁾

【症例】80歳代、女性

【既往歴】虫垂炎、高血圧、脂質異常症、糖尿病、脳梗塞

【内服薬】クロビドグレル、ジビリダモール、アムロジピン、アトルバスタチン、シタグリブチン

【現病歴】排便異常を契機とした大腸内視鏡検査にて病変を認め、当院紹介受診。

【経過】大腸内視鏡検査では RS-Rb にかけて全周性の長軸方向120mmに及ぶ、結節を伴う扁平隆起性病変を認め、肉眼径は0-Is+ II a、LST-G (nodular mixed type) と判断した。拡大 NBI 観察では JNET 分類 Type 2 A、クリスタルバイオレット染色後拡大観察では一様に IV 型 pit を示し、腺腫～粘膜内癌と診断した。ESD にて偶発症なく一括切除し、直後に狭窄予防としてトリウムシノロン 200mg を潰瘍底・辺縁に局注した。さらにベタメタゾン座薬を4か月間併用し、術後2週、3週、5週、8週、13週にトリウムシノロン 200mg を局注した。偶発症は術後2週、17週に後出血を認めたが、内視鏡的に止血可能であった。その後は自覚症状無く、1年後サーベイランス内視鏡検査で潰瘍は癒着化し、狭窄は認めなかった。

【考察】大腸全周性 ESD 後の狭窄割合は50-75%と高いことが報告されているが、狭窄予防におけるステロイド投与の有用性は不明である。本症例は全周性病変で狭窄リスクが高いと予想されたが、ステロイド投与が狭窄予防に有用であったと考える。ただしステロイド投与により潰瘍治癒が遅延するため、通常より長期間、後出血などの偶発症に注意が必要である。

胆道 1

20 自己免疫性膵炎1型に合併したIgG4関連胆膵炎の一例

愛知県がんセンター

○近藤 高、奥野のぞみ、水野伸匡、羽場 真、桑原崇通、
福井淑崇、山本嘉太郎、浦田美菜子、原 和生

【症例】60歳男性【既往歴】2型糖尿病【現病歴】X年7月に閉塞性黄疸で入院した。造影CTで膵頭部と膵尾部に腫大を認め、EUS-FNAを施行し、自己免疫性膵炎1型と診断した。ERCPにて膵頭部主膵管の狭細像と膵内胆管の狭窄を認め、胆管にステントを留置した。X年8月にPSL量30mg/日から導入し、膵腫大や総胆管の狭窄は改善を認め、ステント除去後にPSL量を漸減した。X+1年7月にPSL量5mg/日内服で維持治療を開始し、血清IgG4値は正常値を推移し、経過は良好であった。X+2年4月、血清IgG4値98.0mg/dlと上昇なく、CTで膵腫大は改善を維持していたが、胆嚢壁肥厚の増悪を認めた。腹部エコーやEUSでは胆嚢管から胆嚢にかけて壁肥厚の増悪を認めたが、胆嚢壁の内側高エコーや層構造は保たれており、悪性を示唆する所見は認めなかった。胆嚢尿管腫症やIgG4関連胆膵炎が鑑別にあがり、心窩部痛を認めるため腹腔鏡下胆嚢摘出術を施行した。【経過】胆嚢の病理でリンパ球、形質細胞の浸潤、閉塞性静脈炎と免疫染色でIgG4陽性形質細胞を認め、IgG4関連胆膵炎と診断した。【考察】IgG4関連胆膵炎はIgG4関連疾患の胆嚢病変と考えられており、高率に自己免疫性膵炎を合併するとされている。本症例は、自己免疫性膵炎はPSL維持量で安定しているも胆嚢壁肥厚の増悪を認めた。IgG4関連疾患はPSLで改善を認めているも、全身諸臓器に対し注意してフォローをしていく必要があると考えられた。

22 悪性肝門部胆管閉塞に対する金属ステント複数本留置後の再治療時に内視鏡用イントロデューサーが有効であった1例

静岡県立静岡がんセンター 内視鏡科

○土井拓矢、石渡裕俊、佐藤純也、高田和典、南出竜典、山本陽一、
岸田佳弘、吉田将雄、前田有紀、伊藤紗代、川田 登、
今井健一郎、堀田欣一、松林宏之、小野裕之

内視鏡用イントロデューサー (Endosheather (ES), Piolax) は先端が tapering された形状のインナーカテーテルと 5.7Fr までのデバイスが挿入可能なアウターシースから構成されるデバイスで、生検鉗子などの内視鏡用器具を挿入するデバイスである。悪性肝門部胆管閉塞に対する金属ステント (MS) 複数本留置後の再治療時に ES が有用であった症例を経験したので報告する。

50歳代、女性。20XX年9月に転移性胆嚢癌と診断された。肝門部胆管閉塞に対して内視鏡的胆道ドレナージ後に化学療法が開始された。その後、胆管炎を繰り返し、ERCP下、EUS下ドレナージにより複数回のMS留置が行われた。具体的には、前区域枝と後区域枝に partial stent in stent でMSが留置され、その後経胃的に、左肝管から後区域枝にMSが留置されていた。20XX+1年6月にB6とB8の胆管炎 (中等症) を発症し、ERCPを施行した。B6とB8にステントのメッシュ間隙からガイドワイヤーと造影カテーテルを通すことができたが、5Fr 経鼻ドレナージチューブはメッシュ間隙を突破できなかった。8mm 経バルーンカテーテルを用いてメッシュ間隙を拡張したが、同様に突破は困難であった。B6にESを挿入したところ、メッシュ間隙を容易に突破し、ES内を通して経鼻ドレナージチューブを目的部位に留置することができた。同様にB8もESを用いてチューブ留置に成功した。偶発症なく経過し、胆管炎は改善した。

21 IgG4関連硬化性胆膵炎で加療中に原発性硬化性胆膵炎に移行した一例

藤枝市立総合病院 消化器内科

○乾 航、景岡正信、大島昭彦、吉井重人、寺井智宏、星野弘典、
稲垣圭佑、馬場皓大、丸山 巧、丸山保彦

【症例】65歳女性【臨床経過】X年4月に肝機能障害で紹介となり、画像検査にて肝外胆管のびまん性の壁肥厚を認めた。ERCや肝生検での病理結果にてIgG4陽性形質細胞や花筵状線維化を認め、IgG4関連硬化性胆膵炎 (IgG4-SC) の診断となった。同時に潰瘍性大腸炎の診断もあり、PSL30mgから寛解導入を行い、最終的にPSL5mgとロイケリン13mgで症状は安定していた。X+2年6月以降、徐々に肝機能の増悪を認めた。画像検査にて肝内胆管の狭窄が多発し、肝外胆管の壁肥厚の増悪を認めた。ERCでは帯状狭窄、数珠状所見、剪定状所見などの原発性硬化性胆膵炎 (PSC) の像を呈していた。PSCの合併・移行も想定し肝生検を再検した。IgG4陽性形質細胞を認めるものの前回と比較して割合が少なく、門脈域の線維性の拡大、胆管内腔の狭小化などを認め、PSCの診断となった。X+2年9月よりウルソデオキシコール酸を900mgに増量して肝機能障害は改善した。【考察】硬化性胆膵炎はPSC、IgG4-SC、二次性硬化性胆膵炎に分類され、診断にはそれぞれの硬化性胆膵炎を除外する必要がある。IgG4陽性形質細胞はPSCでも認めることがあるが、IgG4/IgG比などを参考にIgG4-SCの病理診断を行う。今回の症例は、IgG4-SCで経過観察中に経時的な肝機能の変化・胆管所見の変化を認め、病理診断的にもPSCに移行したと診断し得た貴重な一例であった。同様の症例報告はなく、文献的な検討を踏まえて報告する。

23 憩室内乳頭によるERCP困難例に対し自作透明フードを装着した経鼻用極細径内視鏡を併用して治療を完遂できた総胆管結石の2例

一宮西病院 消化器内科

○伊藤友一朗、林晋太郎、森山智仁、百々弘樹、原田雄太、
神田武生、熊原加奈、奥儀竜治、堀 圭介、大橋憲嗣、東 玲治、
森 昭裕

【緒言】ERCP時、憩室内乳頭症例では挿管困難となる場合がある。挿管困難な症例に対してはプレカットやランデブー法等を考慮するが高度なテクニックが必要とされ、出血や穿孔等の合併リスクもあり、それらを用いても困難な症例も存在する。【症例1】86歳女性。総胆管結石性胆膵炎に対しERCPを施行した。主乳頭が憩室内で接線方向に開口していたため正面視が出来ず、通常法では挿管が困難であった。牽引クリップ、カニューレ変更等を行ったが不成功であった。フードを装着した極細径内視鏡を用い憩室内へ入り込み乳頭を正面視し胆管挿管に成功した。極細径内視鏡の鉗子孔 (2.4mm) からガイドワイヤー下に6FrENBDチューブを留置しスコープを抜去した。ENBDチューブを側視鏡の先端からチャンネル内に引き込みながら胆管を確保したままスコープを十二指腸まで挿入 (以下 over-the-BD-tube 法)、その後は従来の方で乳頭切開術、切石術に成功した。【症例2】60歳女性。総胆管結石に対しERCPを施行した。正面視困難な憩室内乳頭に対し種々の方法を試みたが挿管は困難であった。症例1と同様にフードを装着した極細径内視鏡を用い憩室内へ入り込み胆管挿管に成功した。Over-the-BD-tube法により側視鏡へ入れ替え切石処置を行うことができた。【結論】憩室内乳頭による挿管困難例において、フードを装着した極細径内視鏡とOver-the-BD-tube法を用いることで比較的安全にERCP関連手技を行える可能性がある。

胆道 2

24 EUS-HGS翌日に胃壁と肝左葉の距離が生じステント迷入が危惧された1例

伊勢赤十字病院 消化器内科

○奥田裕文、村林桃士、大前啓太、津田宜之、久田拓央、天満大志、林 智士、杉本真也、大山田純、亀井 昭

症例は86歳男性。6ヵ月前に胆嚢癌StageⅢ（肝浸潤・所属リンパ節転移）と診断したが、高齢でありBSCの方針となっていた。今回、発熱と黄疸のために当院受診し、リンパ節転移増悪による遠位胆管閉塞と診断した。減黄目的にERCPを試みたが、十二指腸浸潤に伴う影響で十二指腸穿孔を来したため、ERCPは断念した。穿孔はOTSCを用いた穿孔部閉鎖により改善したため、7日後にEUS-HGSを施行した。B3から胃にかけてFCSEMS（Hanaro FC benefit, 6×120 mm）を留置し、処置直後は胃壁と肝左葉は圧着しており、FCSEMSの近位側の約6 cmが胃内に出た状態であった。翌朝の減黄は良好であったが、深夜に腹痛があり腹部CTを施行すると、胃壁と肝左葉間の距離が約5 cm出現し、胃内にあるFCSEMS近位端が胃壁から約1 cmの距離となっていた。ステントの腹腔内迷入が危惧されたため、留置中のFCSEMS内腔を介して新たなFCSEMS（X-Suit NIR, 10×80 mm）を留置中のFCSEMS近位側に直列で追加留置した。その後、約3ヵ月後に原病死するまでRBOは生じなかった。「術前CTにおいて胆管穿刺部の胃壁と肝臓間距離が長い事が、EUS-HGS後のステント迷入のリスク因子である」という報告（J. Clin. Med. 2021, 10, 3111）があり、本症例の当該距離も約6cmと長かった。EUS-HGSにおいて、術前のCTで当該距離が長いと想定されれば、より長いステントや迷入防止付アンカーを有するステントを選択する方が良いかもしれない。

26 臍癌による肝門部胆道閉塞に一次的EUS-HGS + HGSを施行した1例

名古屋市立大学医学部附属東部医療センター 消化器内科¹⁾、
稲沢厚生病院 内科²⁾

○平山陽太¹⁾²⁾、小島尚代¹⁾、神谷昌宏¹⁾、佐藤 稔¹⁾、服部智子¹⁾、
小林彩香¹⁾、猪飼千咲¹⁾、庄田恰加¹⁾、中川真里絵¹⁾、武仲祐弥¹⁾、
荒木幸子¹⁾、西垣信宏¹⁾、近藤 啓¹⁾、伊藤憲介¹⁾、林 香月¹⁾

悪性肝門部胆道閉塞（MHBO）では進展範囲やドレナージ領域の評価が困難なことがあり、ドレナージ方法も経乳頭/経消化管/経皮的があり、さらにはステント種類や留置形態も多岐にわたる。

症例は69歳の女性、1ヵ月前から腹部違和感や食欲不振あり、上部内視鏡施行され異常なく経過観察。その後、CT・採血にて膵尾部腫瘍/多発肝腫瘍、肝胆道系酵素/腫瘍マーカー上昇を指摘され当院紹介。造影CTにて膵尾部腫瘍+多発肝転移+肝門部狭窄による左胆管拡張を主に認めた。EUS施行時に十二指腸下行脚狭窄を確認し、FNAで膵腺扁平上皮癌と診断した。MHBOに経乳頭の処置は困難と判断し、EUS-HGS（hepaticogastrostomy）を予定した。HGSの2日前に高熱を認め、MRIで右後区胆管の拡張増悪を認め、左右胆管の感染鑑別は困難で両葉ドレナージを検討した。HGSから後区胆管へのアプローチ（Bridge）は困難と考え、一次的なHGS + HDS（hepaticoduodenostomy）の方針とした。まず、球部からB6胆管を描出し金属ステントを留置、引き続き左胆管にも金属ステントを留置した。一次的EUS-HGS + HGS後は発熱・黄疸は改善した。その後、化学療法は奏功乏しく、ドレナージの2ヵ月後にステントトラブルなく原病死された。

MHBO治療戦略は一定ではなく、症例毎に治療法が異なることも少なくない。本例は膵腺扁平上皮癌によりMHBOをきたし、一次的EUS-HGS + HGSを施行し良好な結果であったため文献的考察を加え報告する。

25 悪性肝門部胆管狭窄に対しEBDとEUS-HGSによるドレナージを行った一例

岐阜赤十字病院 消化器内科¹⁾、岐阜大学医学部附属病院 第一内科²⁾

○松下知路¹⁾、荒尾真道¹⁾、寺倉大志¹⁾、安田陽一¹⁾、岩下拓司²⁾

【症例】87歳女性【既往歴】2型糖尿病/アルツハイマー型認知症【現病歴】2022年X月黄疸にて近医受診、COVID-19合併あり当院感染病棟入院となる。この時発熱や腹痛は認めてない。入院時CT入院時CTにて胆管三合流部より肝門部の30mm大腫瘍による閉塞性黄疸と診断した。COVID-19加療後、閉塞性黄疸精査加療目的で発症10日後再入院となる。【臨床経過】初回再入院後経乳頭的に右胆管前区域枝にPSを留置した。この時の胆管擦過細胞診にて胆道癌と診断した。1ヵ月後再入院（この時左右胆管閉存していると判断し）左右胆管合流部上端よりFCSEMS1本を留置したがその2週間後発熱を認めた。急性閉塞性化膿性胆管炎と診断し経乳頭的に右胆管PS/ENBDを留置しドレナージを行った。左胆管にはGWでアプローチできなかったが抗生剤にて感染制御可能であった。左胆管へのアプローチが出来ず待機的に左胆管にEUS-HGSを行い左胆管ドレナージとした。その後は緩和的加療の方針となる。【考察】悪性肝門部胆管狭窄に対しSMESを2本留置するside-by-sideやstent-in-stentのマルチステンティングが広く行われている。またre-interventionも考慮したステンティングの必要性が言われている。今回の症例のように経乳頭および経胃経肝の二方向からアプローチした場合は、ドレナージを維持できる可能性が高く、またre-interventionも経乳頭アプローチ単独より容易であると考えられる。

27 EUS-HGSのビットフォール～広範囲に広がる膵頭部癌の1例～

三重大学医学部附属病院 消化器・肝臓内科

○小林真悠、山田玲子、田中隆光、野瀬賢治、中村佳史、
三輪田哲郎、坪井順哉、中川勇人

症例は40歳女性。心窩部痛、顔面蒼白のため前医受診され、CTで膵頭部癌、十二指腸浸潤による出血性ショックと診断、一旦内視鏡的に止血を得た後に精査加療目的に当院に紹介された。肝転移・腹膜播種を認め、EUS-FNAで腺癌の確定診断を得て、切除不能膵頭部癌と診断した。癌浸潤による十二指腸狭窄・遠位胆管狭窄を認めており、十二指腸ステント留置、EUS-HGSを施行する方針とした。

EUSで左肝内胆管拡張を認め、B3に対し経胃的に穿刺を行った。胆管内にカテーテルを挿入し、ガイドワイヤーで進行方向を探り、カテーテルを進めたタイミングで造影剤のwash outを認め、門脈内へガイドワイヤー、カテーテルが穿通したと考えられた。その後も胆管同定が困難であったため、ガイドワイヤーとカテーテルを抜き、再度胆管穿刺を試みたが、EUSで胆管と門脈の判別が困難となり処置を中断した。処置前CTを再度確認すると腫瘍が左門脈及び左肝内胆管B2/3分岐部まで浸潤しており、穿通した部分では胆管の脆弱性があり、容易に門脈内へ穿通したものと考えられた。4日後に再度EUS-HGSを試みた。慎重に造影を行い、胆管走行を確認しつつ総胆管までガイドワイヤーを進め、プラスチックステント（Through & Pass®, Type IT）を留置した。その後黄疸は改善し、経過良好であったため化学療法を開始した。

EUS-HGSに際して門脈への穿通は注意すべき偶発症として念頭に置くべきであり、教訓的症例として報告する。

28 副膵管領域に発生した分枝型膵管内乳頭粘液性腫瘍の1例

医療法人山下病院 消化器内科

○平野智也、服部昌志、松崎一平、菊池正和、泉 千明、福沢一馬、乾 和郎

【背景】膵管内乳頭粘液性腫瘍 (IPMN) は膵臓に発生する嚢胞性腫瘍のうち最も頻度が高いが、副膵管領域での発生は稀とされ、その臨床的特徴は明らかにされていない。今回我々は、EUSが診断に有効であった副膵管領域に発生した分枝型IPMNの1例を経験したので報告する。【症例】62歳、男性。2020年9月、近医での腹部USにて主膵管拡張を指摘され当院外来を受診した。造影CTでは主膵管拡張を認めたが、膵に明らかな腫瘍性病変は認めなかった。MRCPでは主膵管拡張と膵頭部に多房性嚢胞性病変を認めるも膵管との交通は判然としなかった。EUSにて膵頭部に長径12mm大の多房性嚢胞性病変を認め、副膵管分枝との交通が確認された。主膵管は5.1mm、副膵管は3.5mmといずれも拡張を認めた。膵・胆管合流異常は認めなかった。以上より副膵管領域の分枝型IPMNと診断した。その後3年間MRCPによる経過観察を継続しているが、嚢胞や主膵管径の増大は認めていない。【考察】副膵管領域に発生したIPMNについて検索すると、本邦では自験例を加えて17例と少数であった。画像所見は主膵管、副膵管の拡張を認めるのが特徴的であり、本症例も既報と一致する結果となった。切除された症例では、病理組織学的に浸潤性膵管癌と診断されることが多く、通常のIPMNより膵癌発生率が高いと報告されている。本症例では現段階で悪性を疑う画像所見は認めていないが、今後も慎重な経過観察が必要である。

29 急性膵炎後Walled-off necrosis (WON) による胆管瘻を形成した1例

富士市立中央病院 消化器内科

○丹羽 峻、藤井友音、中村円香、田村 幸、佐野桃子、小森徹也、桐生幸苗、金井友哉

【症例】62歳、男性【主訴】腹痛【現病歴】高血圧、糖尿病で通院加療中、X-1年12月13日膵頭部の重症壊死性膵炎の診断で入院された。【経過】X年1月4日に急性壊死性貯留 (ANC) による圧排性胆管狭窄をきたした。膵炎発症4週未満の非感染性ANCであったことからドレナージは行わず、閉塞性黄疸に対して胆管プラスチックステントを留置した。しかしX年2月14日に腹痛と炎症反応の上昇がありCTを施行したところ、胆管とWONの瘻孔 (胆管瘻) 形成およびWONの感染が疑われた。内視鏡的経消化管アプローチ法で内外瘻留置を行い、ERCPでは胆管瘻および膵頭部主膵管の完全破綻がみられた。内外瘻のみでは感染コントロールが不十分であったことから内視鏡的ネクロセクトミーを追加し、最終的に内瘻留置にて退院となった。その後WONは縮小し、X年5月30日のERCPで胆管瘻が閉鎖していたため胆管ステントを抜去とした。以降胆管炎の再発はなく経過している。【考察】急性膵炎後局所合併症のインターベンション治療適応は感染を伴うもの、また圧排性胆管狭窄や消化管狭窄などの有症例とされ、介入時期については発症4週以降が推奨されている。ANC/WONによる持続的な胆管の圧排は胆管瘻をきたす可能性があり、発症4週未満であっても積極的なインターベンション治療を検討すべきであったと考える。

30 閉塞性黄疸の原因となった膵仮性嚢胞に対しLumen apposing metal stentとDouble Pigtail Stentを留置したが出血を来した1例

名古屋大学大学院医学系研究科 消化器内科学

○南 喜之

【症例】60代男性【主訴】食思不振【現病歴】20XX年、食思不振のため近医を受診し、閉塞性黄疸の診断で精査目的に当院へ紹介となった。【入院時現症】体温37.2℃、血液検査で肝胆道系酵素と膵酵素の上昇を認めた。【経過】造影CT検査にて膵にびまん性の石灰化と膵石を認め、単房性の嚢胞性病変が多発し慢性膵炎に伴う仮性嚢胞と診断した。また嚢胞により膵内胆管が圧排され上流胆管の拡張を認めた。膵仮性嚢胞が閉塞性黄疸の原因と考え、超音波内視鏡ガイド下膵仮性嚢胞ドレナージ (EUS-PCD) を施行した。EUSで胃内から嚢胞を確認した後に穿刺し、Lumen apposing metal stent (LAMS) を留置した。また後出血予防にDouble Pigtail StentをLAMSをまたぐように留置した。しかし処置翌日に吐血し、造影CT検査で嚢胞内に造影剤の漏出を認め、Double Pigtail Stentの接触による胃十二指腸動脈 (GDA) からの出血が疑われた。血管造影検査を行い、胃大網動脈からGDAにかけて金属コイルで動脈塞栓術 (TAE) を施行した。TAE後は再出血なく経過し、TAEから8日後にLAMSを抜去し、偶発症なく経過している。【考察】近年、ドレナージ効果が高く迷入脱予防がなされたLAMSが開発され、良好な治療成績が報告されている。一方でステントの先あたりによる後出血の報告がある。今回、LAMS留置の際に予防的にDouble Pigtail Stentを留置したにも関わらず出血を来した症例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。

広告

| | |
|--------------------|----------------------|
| 朝日インテックJセールス株式会社 | 大鵬薬品工業株式会社 |
| アステラス製薬株式会社 | 株式会社ツムラ |
| アストラゼネカ株式会社 | 日本イーライリリー株式会社 |
| ヴィアトリス製薬株式会社 | 日本化薬株式会社 |
| SBカワスミ株式会社 | 株式会社パイオラックスメディカルデバイス |
| 大塚製薬株式会社 | ファイザー株式会社 |
| 株式会社大塚製薬工場 | ブリストル・マイヤーズ スクイブ株式会社 |
| オリンパス マーケティング株式会社 | 堀井薬品工業株式会社 |
| カイゲンファーマ株式会社 | ミヤリサン製薬株式会社 |
| キヤノンメディカルシステムズ株式会社 | 株式会社三輪器械 |
| 協和医科器械株式会社 | Meiji Seika ファルマ株式会社 |
| クックメディカル ジャパン合同会社 | 株式会社メディコスヒラタ |
| コヴィディエンジャパン株式会社 | 株式会社八神製作所 |
| 株式会社JIMRO | 株式会社ヤクルト本社 |
| ゼリア新薬工業株式会社 | ヤンセンファーマ株式会社 |

(五十音順)

企業展示

| | |
|-------------------|--------------------------|
| 株式会社R0 | 株式会社カネカメディックス |
| 株式会社アビス | センチュリーメディカル株式会社 |
| 株式会社アムコ | 株式会社トップ |
| 株式会社AIメディカルサービス | 日本ライフライン株式会社 |
| EAファーマ株式会社 | 富士製薬工業株式会社 |
| エム・シー・メディカル株式会社 | 富士フイルムメディカル株式会社 |
| ／マイクロテックジャパン株式会社 | ボストン・サイエンティフィック ジャパン株式会社 |
| オリンパス マーケティング株式会社 | メリットメディカル・ジャパン株式会社 |
| ガ德里ウス・メディカル株式会社 | |

(五十音順)

共催セミナー

アッヴィ合同会社

MSD株式会社

オリンパス マーケティング株式会社

株式会社スリー・ディー・マトリックス

武田薬品工業株式会社

富士製薬工業株式会社

富士フイルムメディカル株式会社

(五十音順)

ハンズオンセミナー

株式会社アムコ

オリンパス マーケティング株式会社

株式会社トップ

富士フイルムメディカル株式会社

ボストン・サイエンティフィックジャパン株式会社

(五十音順)

2023年11月20日現在

