

新潟県医師会生涯教育講座

(カリキュラムコード: 1・2・8・73 各1単位、53 0.5単位)

第97回 新潟消化器病研究会 プログラム・抄録集

日 時 2013年 2月23日(土) 12:50~17:30

場 所 朱鷺メッセ・新潟コンベンションセンター 3F 中会議室301
〒950-0078
新潟市中央区万代島6番1号 TEL 025-246-8400

参加費 1,000円
(95回より参加費1,000円を徴収しております)

当番幹事 新潟県立がんセンター新潟病院 外科 土屋 嘉昭

共 催 新潟消化器病研究会
エーザイ株式会社

＜お願い＞

※ご発表は、PCプレゼンテーション(液晶プロジェクター1台)でご準備下さい。

※一般演題(発表5分・討議3分)、テーマセッション(発表6分・討議4分)でお願い致します。

～プログラム～

●製品紹介

12:50～13:00

プロトンポンプ阻害剤「パリエット錠」 エーザイ株式会社

●開会の辞

13:00～13:05

●一般演題Ⅰ（発表5分・討議3分）

13:05～13:50

座長 太田宏信 先生（厚生連村上総合病院 消化器内科）

1. ダビガトラン開始後に食道炎を発症した3例

入月 聡 河内邦裕 大山慎一 山川良一
下越病院 消化器科

2. 食道癌局所再発との鑑別が困難であった炎症性筋線維芽細胞腫瘍の一例

番場竹生¹⁾ 中川 悟¹⁾ 藪崎 裕¹⁾ 土屋嘉昭¹⁾ 佐藤信昭¹⁾ 瀧井康公¹⁾ 野村達也¹⁾
丸山 聡¹⁾ 松木 淳¹⁾ 神林智寿子¹⁾ 金子耕司¹⁾ 梨本 篤¹⁾ 川崎 隆²⁾ 本間慶一²⁾
秋山修宏³⁾
新潟県立がんセンター新潟病院 外科¹⁾ 同 病理部²⁾ 新潟県立加茂病院 内科³⁾

3. 術後12年で再発を診断した AFP 産生胃癌の一例

野澤優次郎¹⁾ 中村厚夫¹⁾ 遠藤新作¹⁾ 八木一芳¹⁾ 井上 真²⁾ 岡本春彦²⁾ 小野一之²⁾
田宮洋一²⁾
新潟県立吉田病院 内科¹⁾ 同 外科²⁾

4. 膵内分泌腫瘍に対してストレプトゾシンでCRが得られ、胃静脈瘤出血に対して 血行郭清・脾摘出術を施行した後に発症した上部胃癌の1切除例

大澤宗士 松木 淳 丸山 聡 野村達也 中川 悟 瀧井康公 藪崎 裕
土屋嘉昭 梨本 篤
新潟県立がんセンター新潟病院 外科

5. ESD 適応拡大からみた 20mm 以下の胃低分化型腺癌 4 例の臨床的検討

関 慶一¹⁾ 本間 照¹⁾ 堀米亮子¹⁾ 木村成宏¹⁾ 本田博樹¹⁾ 岩永明人¹⁾ 窪田智之¹⁾
石川 達¹⁾ 吉田俊明¹⁾ 武者信行²⁾ 石原法子³⁾ 富樫忠之⁴⁾
済生会新潟第二病院 消化器内科¹⁾ 同 外科²⁾ 同 病理検査科³⁾ 新潟医療センター 内科⁴⁾

●一般演題Ⅱ（発表5分・討議3分）

13:50～14:20

座長 皆川昌広 先生（新潟大学 消化器・一般外科）

6. 吐血にて発症した胆嚢出血の1例

五十嵐聡¹⁾ 太田宏信¹⁾ 田村博史¹⁾ 池田義之²⁾ 渡辺直純²⁾ 林 達彦²⁾
厚生連村上総合病院 消化器内科¹⁾ 同 外科²⁾

7. AFP 高値を呈した胆嚢内分泌細胞癌の1例

北見智恵¹⁾ 河内保之¹⁾ 西村 淳¹⁾ 牧野成人¹⁾ 川原聖佳子¹⁾ 新国恵也¹⁾ 五十嵐俊彦²⁾
厚生連長岡中央総合病院 消化器病センター 外科¹⁾ 同 病理²⁾

8. 緩徐に発育した早期胆嚢管癌の一例

坂本武也¹⁾ 土屋嘉昭¹⁾ 松木 淳¹⁾ 丸山 聡¹⁾ 野村達也¹⁾ 中川 悟¹⁾ 瀧井康公¹⁾
藪崎 裕¹⁾ 梨本 篤¹⁾ 本山展隆²⁾ 川崎 隆³⁾
新潟県立がんセンター新潟病院 外科¹⁾ 同 内科²⁾ 同 病理部³⁾

●一般演題Ⅲ (発表5分・討議3分)

14:20~15:00

座長

橋立英樹 先生(新潟市民病院 病理診断科)

9. 術前診断が困難であった若年女性腓尾部腫瘍の1例

青野高志 鈴木 晋 森本悠太 金子和弘 佐藤友威 岡田貴幸 武藤一朗 長谷川正樹
新潟県立中央病院 外科

10. Intraductal tubular carcinoma(ITC)の1例

會澤雅樹¹⁾ 土屋嘉昭¹⁾ 野村達也¹⁾ 坂本武也¹⁾ 梨本 篤¹⁾ 藪崎 裕¹⁾ 瀧井康公¹⁾
中川 悟¹⁾ 丸山 聡¹⁾ 松木 淳¹⁾ 本間慶一²⁾ 川崎 隆²⁾ 関 慶一³⁾
新潟県立がんセンター新潟病院 外科¹⁾ 同 病理部²⁾ 済生会新潟第二病院 消化器内科³⁾

11. 特異な膵管癒合不全を併存した十二指腸副乳頭部癌の1切除例

高野可赴¹⁾ 親松 学³⁾ 黒崎 功¹⁾ 佐藤賢治³⁾ 味岡洋一²⁾
新潟大学 消化器・一般外科¹⁾ 同 第一病理²⁾ 佐渡総合病院 外科³⁾

12. 当院における導入1年目のEUS-FNAの現状

岡 宏充¹⁾ 夏井正明¹⁾ 安住 基¹⁾ 瀧澤一休¹⁾ 坪井清孝¹⁾ 青木洋平¹⁾ 山崎和秀¹⁾
松澤 純¹⁾ 渡辺雅史¹⁾ 若木邦彦²⁾
新潟県立新発田病院 内科¹⁾ 同 病理部²⁾

●一般演題Ⅳ (発表5分・討議3分)

15:00~15:40

座長

谷 達夫 先生(長岡赤十字病院 外科)

13. Fitz-Hugh-Curtis 症候群(FHCS)が疑われた1例

荒生祥尚 五十嵐健太郎 佐藤里映 五十嵐俊三 佐藤宗広 相場恒男 米山 靖 和栗暢生
古川浩一 杉村一仁
新潟市民病院 消化器内科

14. 著明な低蛋白血症を呈した難治性下痢症の一例

堂森浩二 高綱将史 佐藤明人 福原康夫 渡辺庄治 佐藤知己 富所 隆 吉川 明
厚生連長岡中央総合病院 消化器病センター内科

15. 腸閉塞を繰り返した非特異性小腸潰瘍の1手術例

渡辺史郎¹⁾ 森 茂紀¹⁾ 小川 洋²⁾ 角田和彦²⁾ 佐藤 攻²⁾ 加村 毅³⁾ 根本啓一⁴⁾
木村格平⁴⁾
信楽園病院 消化器内科¹⁾ 同 外科²⁾ 同 放射線診断科³⁾ 同 病理診断科⁴⁾

16. 腹腔内から右胸腔・縦隔を占拠し、Growing teratoma syndrome を呈した巨大再発成熟卵巣奇形腫の1切除例

仲野哲矢¹⁾ 黒崎 功¹⁾ 皆川昌広¹⁾ 高野可赴¹⁾ 滝沢一泰¹⁾ 佐藤良平¹⁾ 若井俊文¹⁾
青木賢治²⁾ 岡本竹司²⁾
新潟大学 消化器・一般外科¹⁾ 同 呼吸器・心臓血管外科²⁾

～ コーヒーブレイク ～

15:40～15:50

●テーマ演題（発表6分・討議4分）

15:50～17:30

『魅力ある消化器病の診断・治療』

座長

富所 隆 先生(厚生連長岡中央総合病院 内科)

土屋嘉昭 先生(新潟県立がんセンター 外科)

1. 右側肝円索に胆道系変異を伴った肝尾状葉原発、胆管内乳頭状腫瘍の画像診断

高野可赴¹⁾ 黒崎 功¹⁾ 皆川昌広¹⁾ 滝沢一泰¹⁾ 仲野哲矢¹⁾ 若井俊文¹⁾ 渡辺隆興²⁾
島山 悟²⁾ 小林 孝²⁾
新潟大学 消化器・一般外科¹⁾ 新潟臨港病院 外科²⁾

2. 肝門部胆管癌の外科治療上の問題点

野村達也¹⁾ 土屋嘉昭¹⁾ 坂本武也¹⁾ 梨本 篤¹⁾ 藪崎 裕¹⁾ 瀧井康公¹⁾ 中川 悟¹⁾
丸山 聡¹⁾ 松木 淳¹⁾ 會澤雅樹¹⁾ 本山展隆²⁾ 本間慶一³⁾ 川崎 隆³⁾
新潟県立がんセンター新潟病院 外科¹⁾ 同 内科²⁾ 同 病理部³⁾

3. 当院における癌性腹水濾過濃縮再静注療法の現状

上村博輝¹⁾ 岩崎友洋¹⁾ 廣瀬慎太郎¹⁾ 小方則夫¹⁾ 沢津橋孝拓²⁾ 森岡伸浩²⁾ 中塚英樹²⁾
清水孝王²⁾ 神田達夫²⁾ 宮下 薫²⁾
独)労働者健康福祉機構 燕労災病院 内科¹⁾ 同 外科²⁾

4. 蛍光 Navigation Surgery —リアルタイム画像がひもとく胆膵癌の病態—

横山直行¹⁾ 大谷哲也¹⁾ 登内晶子¹⁾ 眞部祥一¹⁾ 須藤 翔¹⁾ 堅田朋大¹⁾ 石野信一郎¹⁾
岩谷 昭¹⁾ 山崎俊幸¹⁾ 桑原史郎¹⁾ 片柳憲雄¹⁾ 橋立英樹²⁾ 渋谷宏行²⁾ 三間紘子²⁾
新潟市民病院 消化器外科¹⁾ 同 病理診断科²⁾

5. 外科医が行う大腸内視鏡治療 —低侵襲を目指して—

谷 達夫 宗岡悠介 佐藤 優 利川千絵 木戸知紀 内藤哲也 長谷川潤 島影尚弘
長岡赤十字病院 外科

6. 術後仮性動脈瘤破裂に対する緊急 TAE の有用性と留意点

太田宏信¹⁾ 五十嵐聡¹⁾ 田村博史²⁾ 池田義之²⁾ 渡辺直純²⁾ 林 達彦²⁾ 清水武昭³⁾
厚生連村上総合病院 消化器内科¹⁾ 同 外科²⁾ 下越病院 外科³⁾

7. 消化器癌に対する定位放射線治療の魅力と弱点

松本康男 杉田 公 太田 篤
新潟県立がんセンター新潟病院 放射線治療科

8. バルーン内視鏡を用いた膵・胆道疾患の診断と治療 —術後再建腸管症例への挑戦—

塩路和彦¹⁾ 橋本 哲¹⁾ 水野研一¹⁾ 本田 穰¹⁾ 小林正明¹⁾ 成澤林太郎¹⁾ 山本 幹²⁾
横山純二²⁾ 竹内 学²⁾ 佐藤祐一²⁾ 青柳 豊²⁾
新潟大学医歯学総合病院 光学医療診療部¹⁾
新潟大学大学院医歯学総合研究科 消化器内科学分野²⁾

9. 消化器内科と血液内科との院内診療連携

加藤俊幸 佐々木俊哉 張 高明
新潟県立がんセンター新潟病院 内科

10. 当院病理の試み —絶滅危惧種の捕獲と育成—

橋立英樹 渋谷宏行 三間紘子
新潟市民病院 病理診断科

●閉会の辞

17:30~

一般演題

1. ダビガトラン開始後に食道炎を発症した3例

入月 聡 河内邦裕 大山慎一 山川良一
下越病院 消化器科

ダビガトランは2011年3月に発売された抗凝固薬である。今回我々はダビガトランを開始後に食道炎を発症した3例を経験したので文献的考察を加えて報告する。【症例1】78歳男性、オメプラゾールを内服中にダビガトランを開始して1か月後に中部食道に円形の打ち抜き潰瘍の集簇を認めた。ダビガトランを中止したところ食道炎は軽快した。【症例2】77歳男性、オメプラゾールを内服中にダビガトランを開始して1か月後に中部食道に円形の打ち抜き潰瘍の集簇および下部食道の線状の発赤びらんを認めた。オメプラゾールをラベプラゾールに変更して食道炎は改善傾向であったが、症状が持続したためプラザキサを中止したところ症状は軽快した。【症例3】73歳男性、オメプラゾールを内服中にダビガトランを開始して4か月後に下部食道に線状の発赤びらんを認めた。その後オメプラゾールをラベプラゾールに変更し経過観察している。

2. 食道癌局所再発との鑑別が困難であった炎症性筋線維芽細胞腫瘍の一例

番場竹生¹⁾ 中川 悟²⁾ 藪崎 裕³⁾ 土屋嘉昭⁴⁾
佐藤信昭⁵⁾ 瀧井康公⁶⁾ 野村達也⁷⁾ 丸山 聡⁸⁾
松木 淳⁹⁾ 神林智寿子¹⁰⁾ 金子耕司¹¹⁾ 梨本 篤¹²⁾
川崎 隆¹³⁾ 本間慶一¹⁴⁾ 秋山修宏¹⁵⁾
新潟県立がんセンター新潟病院 外科¹⁾ 同 病理部²⁾
新潟県立加茂病院 内科³⁾

【症例】76歳、男性。16年前に食道癌（中分化型扁平上皮癌、深達度SM1）に対しEMRと放射線治療（外照射45Gy、腔内照射1.5Gy）を施行し、以後再発はなかった。2012年5月の内視鏡検査で下部食道に粘膜下腫瘍様の隆起性病変を認め、8月の再検査で増大していた。生検では肉腫様の間葉系細胞を認めた。PET-CTで下部食道にFDGの高度集積を伴う腫瘍を認めた。以上より食道癌局所再発または間葉系悪性腫瘍と診断し、右開胸食道切除、胃管再建術を施行した。肉眼所見では下部から腹部食道に最大径3.5cmの充実性腫瘍を認めた。組織学的には一部に束状配列を示す紡錘形細胞と炎症細胞浸潤を認めた。免疫染色ではvimentin(+), ALK(+, 部分的), SMA(+), Ki-67 index 10-20%であり、炎症性筋線維芽細胞腫瘍（Inflammatory myofibroblastic tumor；以下IMT）と診断した。術後経過は良好であり、第20病日に退院した。【まとめ】IMTは良悪性中間型腫瘍で食道に発生することは稀である。本症例は比較的増殖能が高く、急速な増大傾向とPETで高集積を示し、食道癌の局所再発との術前鑑別が困難であった。

3. 術後12年で再発を診断したAFP産生胃癌の一例

野澤優次郎¹⁾ 中村厚夫²⁾ 遠藤新作³⁾ 八木一芳⁴⁾
井上 真⁵⁾ 岡本春彦⁶⁾ 小野一之⁷⁾ 田宮洋一⁸⁾
新潟県立吉田病院 内科¹⁾ 同 外科²⁾

症例は70歳代、男性。12年前、胃癌に対して胃全摘、脾摘を施行された。Adenocarcinoma (tub2), pT3 (SE), INFβ, med, ly2, v1, pPMO, pDMO, type 3, 70x70 mm, L, pN3b, pM1 (CY1), stage IVと診断され、術後化学療法（5' DFUR→UFT）が1年半行われた。その後、腫瘍マーカー（CEA 12.7→4.4 ng/ml, CA19-9 173→18 U/ml）は正常化し、術後8年までCT上明らかな再発は認めなかった。2012年9月食欲不振を認め、CTで下大静脈内に進展する造影効果のある低濃度腫瘍と骨盤内、左上肺野に腫瘍性病変を認めた。CEA 13.4 ng/ml, CA19-9 272 U/ml, AFP 2386 ng/mlと腫瘍マーカーの上昇を認めた。10月骨盤内の腫瘍性病変に超音波内視鏡ガイド下穿刺吸引（Endoscopic ultrasound-guided fine needle aspiration; EUS-FNA）を施行した。AFP産生の腺癌と診断され、手術標本を再検討した結果、再発腫瘍と考えられた。現在はTS-1、CCDP併用療法を継続している。本症例はEUS-FNAで十分な検体を採取することが可能で胃癌の再発およびAFP産生胃癌と診断することができた。腹腔洗浄細胞診陽性例は術後再発の可能性が高いが、10年以上の経過後に再発と診断される例は稀と考えられるため、報告する。

4. 膵内分泌腫瘍に対してストレプトゾシンでCRが得られ、胃静脈瘤出血に対して血行郭清・脾摘出術を施行した後に発症した上部胃癌の1切除例

大澤宗士 松木 淳 丸山 聡 野村達也 中川 悟
瀧井康公 藪崎 裕 土屋嘉昭 梨本 篤
新潟県立がんセンター新潟病院 外科

ストレプトゾシンは膵内分泌腫瘍や消化管カルチノイドの治療薬として既に5ヶ国で販売されているが、日本では現在未承認薬で第1/2相臨床試験が行われている段階である（2012年6月30日被験者登録終了）。今回、膵内分泌腫瘍に対してストレプトゾシンでCRが得られた後に発症した胃癌の1切除例を経験したので報告する。

【症例】51歳男性。1991年肝転移を伴う膵内分泌腫瘍に対しストレプトゾシンで完全奏功、1994年脾静脈閉塞による胃静脈瘤出血に対し血行郭清・脾摘出術を施行し、以後GIFで定期観察されていた。2012年9月胃体上部後壁に3型胃癌を指摘（生検：por2）された。

【手術】2012年11月Simple total gastrectomy (R-Y) 施行。萎縮した膵臓、横隔膜および腹膜に広範囲に強固な癒着を伴う3型胃癌で、小彎側を中心に拡張した静脈および静脈瘤を多数みとめ易出血性で剥離に難渋した。

5. ESD 適応拡大からみた 20mm 以下の胃低分化型腺癌 4 例の臨床的検討

関 慶一¹⁾ 本間 照¹⁾ 堀米亮子¹⁾ 木村成宏¹⁾
本田博樹¹⁾ 岩永明人¹⁾ 窪田智之¹⁾ 石川 達¹⁾
吉田俊明¹⁾ 武者信行²⁾ 石原法子³⁾ 富樫忠之⁴⁾
済生会新潟第二病院 消化器内科¹⁾ 同 外科²⁾
同 病理検査科³⁾ 新潟医療センター 内科⁴⁾

胃低分化型腺癌に対する ESD 適応拡大が提唱されているが、治療法の選択には尚慎重を期する必要があると考えられる。内視鏡的に適応拡大条件を満たすと判断した、20mm 以下、癩痕を伴わない病変を 2010 年 1 月から 2012 年 9 月までに 4 例経験した。

症例 1 は 49 歳女性。幽門前庭大弯の 8mm の境界明瞭な平坦な褪色域からの生検で sig を認めた。手術を選択しリンパ節転移陰性 10mm の粘膜内の sig であった。症例 2 は 46 歳女性。体下部前壁大弯より症例 1 と同様の 5mm の病変を認め、生検で sig、por2 を認めた。ESD を施行し、粘膜の中層から表層までの 12mm の sig、por2 で断端、脈管侵襲陰性と診断された。症例 3 は 48 歳男性。前庭部大弯後壁に 8mm の病変中央に微細な発赤顆粒を有する褪色陥凹性病変で肛門側がやや隆起しており、生検で sig、por2 を認めた。約 1 ヶ月後の ESD 時には隆起がやや目立っていた。病理組織診断では、800 μ m に浸潤した sm2 で、外科切除を追加した。症例 4 は 59 歳男性。前庭部前壁に 8mm の中心に発赤調の微細顆粒を有する褪色調陥凹性病変であるが僅かに隆起していた。生検で sig を認めた。外科手術を勧めたが ESD を希望され、施行した ESD で 16mm の 1400 μ m 浸潤した sm2 の por2、sig で VM± であった。追加切除で MP と診断された。

低分化型腺癌に対しての ESD 治療は、病変の大きさと癩痕合併の有無で適応が判断され得るが、表面性状からは sm 浸潤が疑えなくても、僅かでも病変の隆起変化が認められる場合は送気量の調整による胃壁進展性の評価を加えるなど、深達度を慎重に診断すること、また、今回の 4 病変の検討では何れの症例も内視鏡的に判断した病変径よりも切除後組織診断での病変範囲は大きく、その側方進展への注意も必要である。

6. 吐血にて発症した胆嚢出血の 1 例

五十嵐聡¹⁾ 太田宏信¹⁾ 田村博史¹⁾ 池田義之²⁾
渡辺直純²⁾ 林 達彦²⁾
厚生連村上総合病院 消化器内科¹⁾ 同 外科²⁾

70 歳代男性。1964 年に十二指腸潰瘍で幽門側胃切除術 (B-II 再建)。2007 年より小脳梗塞、糖尿病、高血圧、慢性腎臓病 (抗凝固・抗血小板療法なし)。2012 年 12 月 19 日未明吐血、冷汗、心窩部痛を主訴に救急要請。来院時症状は消失し、vital sign は安定。血液検査では肝胆道系酵素上昇、軽度の炎症所見を認めたが、貧血の進行は認められず。同日朝の CT で胆嚢結石、胆嚢壁肥厚、総胆管結石が疑われ、上部消化管内視鏡検査 (EGD) では残胃内に少量の黒色残渣があり (輸入脚に血液なし)、体部後壁に湧出性出血を伴う粘膜を認めたため焼灼止血した。禁飲食、PPI 静注、抗生剤点滴で加療も、12 月 20 日夕心窩部痛、吐血を生じ、緊急 EGD 施行。胃内に多量の鮮血があるが出血性病変は認められず。輸入脚側にも多量の血液があり乳頭部からの出血が疑われたが、乳頭には到達できず。同日緊急血管造影検査を施行し、胆嚢動脈造影で瘤状の小濃染を認めたが、出血源は同定できなかった。12 月 21 日未明再度心窩部痛、吐血を生じ、CT で胆嚢内に造影剤漏出を認めたため、同日開腹胆嚢摘出術を施行。胆嚢周囲は癒着著明で胆嚢頸部と総肝管に巨大な瘻孔を形成。胆嚢内腔から出血を認め圧迫 + Pringle 法で止血。右肝動脈分枝から出血が疑われた。術後状態は安定していたが、2013 年 1 月 8 日 (術後 18 日目) 悪寒、心窩部痛とともに吐血をきたし、緊急血管造影検査施行。右肝動脈後区域枝に仮性動脈瘤を認め、コイル塞栓術で止血した。血管造影後再出血きたさず外来経過観察となった。診断および止血に難渋した胆嚢出血の一例を経験したので、文献的考察を踏まえ報告する。

7. AFP 高値を呈した胆嚢内分泌細胞癌の 1 例

北見智恵¹⁾ 河内保之¹⁾ 西村 淳¹⁾ 牧野成人¹⁾
川原聖佳子¹⁾ 新国恵也¹⁾ 五十嵐俊彦²⁾
厚生連長岡中央総合病院 消化器病センター 外科¹⁾
同 病理²⁾

症例は 59 歳女性。主訴は腹部違和感。血液生化学検査では AFP 上昇を認める他異常所見はなかった。腹部 CT で胆嚢底部から肝 S4 にかけて 97mm 大の動脈相で辺縁が造影される腫瘤を認めた。胆嚢癌肝浸潤が最も疑われたが、AFP 高値で腫瘤が胆嚢より肝の占める割合が大きいことから低分化型肝細胞癌も鑑別診断として挙げて開腹した。肝 S4 切除、胆嚢摘出術を施行した。病理診断は胆嚢原発内分泌細胞癌であった。術後 GEM+CDDP+オクトレオチド酢酸塩による補助化学療法を 6 カ月施行し、再発なく経過観察中である。AFP 産生胆嚢癌、胆嚢原発内分泌細胞癌の両観点から稀であり、文献的考察を加え報告する。

8. 緩徐に発育した早期胆嚢管癌の一例

坂本武也¹⁾ 土屋嘉昭¹⁾ 松木 淳¹⁾ 丸山 聡¹⁾
野村達也¹⁾ 中川 悟¹⁾ 瀧井康公¹⁾ 藪崎 裕¹⁾
梨本 篤¹⁾ 本山展隆²⁾ 川崎 隆³⁾
新潟県立がんセンター新潟病院 外科¹⁾ 同 内科²⁾
同 病理部³⁾

症例は 63 歳、男性。14 年前に当科にて早期胃癌に対し幽門保存胃切除術を施行した。胃癌術後 2 年目の CT で胆嚢管に腫瘤性病変が認められたが経過観察されていた。徐々に増大を認め、悪性腫瘤をつよく疑い手術の方針とした。術前 CT では胆嚢頭部から胆嚢管にかけて内腔を充滿する隆起性腫瘤を認めた。MRCP では胆嚢管から胆管に一部進展する像を認めた。胆嚢床切除、胆嚢摘出術、肝外胆管切除、肝十二指腸間膜リンパ節郭清を施行した。病理組織学的には高分化型管状腺癌で、壁深達度は繊維筋層にとどまる早期癌であった。

画像で発見されてから切除まで 12 年を要し、癌化時期を考察する上で興味ある一例を経験したので報告する。

9. 術前診断が困難であった若年女性膵尾部腫瘍の 1 例

青野高志 鈴木 晋 森本悠太 金子和弘 佐藤友威
岡田貴幸 武藤一朗 長谷川正樹
新潟県立中央病院 外科

若年女性の膵尾部に充実成分と嚢胞成分からなる腫瘍を認め、術前診断が困難であった 1 例を経験したので報告する。症例は 38 歳女性。第 2 子出産 1 年 5 ヶ月後より、生理前の左上腹部痛出現し発症。その 6 ヶ月後より左上腹部痛持続するようになり近医受診。膵腫瘍を指摘され、当院紹介された。CT 検査、MRI 検査、超音波内視鏡検査等で膵尾部に 86mm 大の腫瘍性病変を認め、内部は充実成分と嚢胞成分が混在していた。Solid-pseudopapillary neoplasm と診断し、鑑別診断として、膵粘液性嚢胞腫瘍 (MCN) や膵内分泌腫瘍が想定された。当初は脾温存膵体尾部切除を予定したが、術中所見で周囲組織への腫瘍の浸潤傾向を認めた為、脾温存を断念し、膵体尾部切除、脾臓摘出術、左副腎合併切除を行った。病理組織検査の結果、卵巣型間質を有する MCN で、微小浸潤癌であった。術後これまで癌再発徴候を認めていない。

10. Intraductal tubular carcinoma (ITC) の 1 例

會澤雅樹¹⁾ 土屋嘉昭¹⁾ 野村達也¹⁾ 坂本武也¹⁾
梨本 篤¹⁾ 藪崎 裕¹⁾ 瀧井康公¹⁾ 中川 悟¹⁾
丸山 聡¹⁾ 松木 淳¹⁾ 本間慶一²⁾ 川崎 隆²⁾
関 慶一³⁾
新潟県立がんセンター新潟病院 外科¹⁾ 同 病理部²⁾
済生会新潟第二病院 消化器内科³⁾

症例は 69 歳男性。既往歴に前立腺癌で手術、緑内障・喘息治療中。特に自覚症状はなかったが、2011 年 10 月前医で主膵管の拡張を指摘され精査、膵癌の診断にて当院を紹介された。腹部に腫瘤触知せず。黄疸なし。入院時検査成績では血清アミラーゼ値が軽度上昇を認めたが腫瘍マーカーと HbA1c (4.8%) は基準値以内であった。CT では主膵管の膵頭部での閉塞と尾側膵管の拡張を認めたが腫瘍性病変は描出されなかった。PET-CT で膵管閉塞部に軽度 FDG の取り込みを認めた。TS1 膵癌と診断し PpPD を施行した。病理組織学的所見では主膵管内にボリーブ状に発育する腫瘍で低円柱状～立方状細胞が管状～癒合腺管状に増生しており核異形と構造異形が全体的に強いことから Intraductal tubular carcinoma と診断された。膵の上皮内の癌は IPMC、上皮内癌、PanIN-3 に分類されており、ITC は膵癌取り扱い規約第 6 版で IPMN の項目でその他の腫瘍として分類されている。

11. 特異な膵管癒合不全を併存した十二指腸副乳頭部癌の1切除例
高野可赴¹⁾ 親松 学²⁾ 黒崎 功³⁾ 佐藤賢治³⁾
味岡洋一²⁾
新潟大学 消化器・一般外科¹⁾ 同 第一病理²⁾
佐渡総合病院 外科³⁾

十二指腸副乳頭に発生する腺癌は極めてまれである。膵管癒合不全を併存した副乳頭部癌の1切除例を経験したので報告する。

症例は74歳女性。貧血の精査時にCA19-9高値を指摘された。上部、下部内視鏡検査、腹部CT検査で病変は発見されなかったが、CA19-9は経時的に上昇した。初診から7か月後にPET検査にて十二指腸下行脚にFDGの集積が認められ、上部内視鏡検査再検にて十二指腸下行脚に2型腫瘍が指摘された。CT、MRCPでは膵頭部下頭枝領域に局限した膵管拡張が認められ、主膵管・副膵管の癒合不全と考えられた。以上より副乳頭部癌を疑い膵頭十二指腸切除が施行した。病変は32mm大で、陥凹部中央に副膵管が開口し、かつ副膵管内に癌の上皮内進展を認めたことから副乳頭部癌と診断された。領域性の膵管拡張が副乳頭部癌を診断する契機となった。十二指腸副乳頭は診断の死角になりやすく、注意深い画像診断が重要である。

12. 当院における導入1年目のEUS-FNAの現状

岡 宏充¹⁾ 夏井正明²⁾ 安住 基³⁾ 瀧澤一休⁴⁾
坪井清孝⁵⁾ 青木洋平⁶⁾ 山崎和秀⁷⁾ 松澤 純⁸⁾
渡辺雅史⁹⁾ 若木邦彦¹⁰⁾
新潟県立新発田病院 内科¹⁾ 同 病理部²⁾

当院における導入1年目のEUS-FNAの現状につき報告する。2012年1月にコンベックス型EUSを導入し、2013年1月までの1年間に、23症例、24病変に対しEUS-FNAを施行した。超音波観測装置はアロカ社のProSoud α10、scopeはOLYMPUS社のGF TYPE UCT260、穿刺針はOLYMPUS社のEZshot2 (5例)、COOK社のEchoTip Ultra (6例)およびProCore (6例)、Boston Scientific社のExpect (7例)を使用した。穿刺病変の内訳は、膵病変15例(膵腫瘍13例、炎症2例)、消化管粘膜下腫瘍6例(胃5例、食道1例)、腹部リンパ節2例、腹水1例であった。細胞診の検体採取率は膵病変が15/15(100%)、消化管粘膜下腫瘍が5/6(83%)、腹部リンパ節が2/2(100%)、腹水が1/1(100%)であった。組織診の検体採取率は、膵病変が14/15(93%)、消化管粘膜下腫瘍は3/6(50%)、腹部リンパ節が2/2(100%)であった。手術病理結果との対比または臨床経過から算出した正診率は、膵病変が15/15(100%)、消化管粘膜下腫瘍が3/6(50%)、腹部リンパ節が2/2(100%)、腹水が1/1(100%)であった。合併症は膵尾部病変1例に軽度膵炎を認めたのみであった。EUS-FNAが、治療方針決定において有効であった症例も数例提示する。

13. Fitz-Hugh-Curtis 症候群(FHCS)が疑われた1例

荒生祥尚 五十嵐健太郎 佐藤里映 五十嵐俊三
佐藤宗広 相場恒男 米山 靖 和栗暢生 古川浩一
杉村一仁
新潟市民病院 消化器内科

症例は30代女性。2012年12月より下腹部痛出現。近医(産婦人科)受診しCTM処方されたが改善せず。2013年1月心窩部～左季肋部痛、発熱が出現。内科受診し造影CTにてPIDが疑われた。当院婦人科受診したが診断つかず、患者が入院希望のため内科で入院。CTRX1g×2で治療したが症状改善せず。経膈細胞診でクラミジアPCRが陽性となり、症状より臨床診断でFHCSと診断した。FHCSは婦人科疾患だが、腹痛精査で内科を受診することが多く、腹部所見や検査でも所見に乏しく診断に難渋する。最近では造影CT早期相が有効とする報告もある。若い女性の消化器疾患が否定的な腹痛ではFHCSも鑑別に考えて婦人科への再受診や、Dynamic CTの撮影なども検討するべきである。

14. 著明な低蛋白血症を呈した難治性下痢症の一例

堂森浩二 高綱将史 佐藤明人 福原康夫 渡辺庄治
佐藤知巳 富所 隆 吉川 明
厚生連長岡中央総合病院 消化器病センター内科

症例は76歳、男性。下痢と体重減少を主訴に外来を受診した。止痢剤など対症療法が開始されるも、症状は軽快しなかった。CTでは、小腸にびまん性の浮腫状の壁肥厚と反応性リンパ節腫大を認めた。その後、低蛋白血症の増悪を認めたため入院した。上下部消化管内視鏡検査にて、十二指腸と終末回腸にびまん性に白色絨毛ないし白色結節様変化を認めた。同部の生検病理組織所見で、HE染色にて粘膜固有層に多数のfoamy macrophagesを認め、PAS染色強陽性であり、Whipple病と診断された。小腸カプセル内視鏡では、全小腸にわたり、同様のびまん性白色調変化を認めた。抗菌薬投与にて症状と低蛋白血症の劇的な改善を認めた。放線菌近縁のグラム陽性桿菌であるTropheryma whipplei感染によるWhipple病は、まれな疾患で本邦での報告は少ない。文献的考察も含め、症例報告をする。

15. 腸閉塞を繰り返した非特異性小腸潰瘍の1手術例

渡辺史郎¹⁾ 森 茂紀²⁾ 小川 洋²⁾ 角田和彦²⁾
 佐藤 攻²⁾ 加村 毅³⁾ 根本啓一⁴⁾ 木村格平⁴⁾
 信楽園病院 消化器内科¹⁾ 同 外科²⁾ 同 放射線診断科³⁾
 同 病理診断科⁴⁾

症例は74歳女性。平成19年7月14日食欲低下、嘔気、嘔吐あり、糖尿病性ケトアシドーシスの診断にて当院入院。第8病日腹痛、嘔吐あり、CTで小腸閉塞と診断、イレウス管挿入にて改善みられたが、その後も腸閉塞再燃を繰り返し、第56病日手術施行。Treitz靱帯より100cm肛門側の空腸に潰瘍形成と変形・狭窄認められ、小腸部分切除術施行した。その後腹部症状なく経過していたが、平成24年8月28日嘔吐あり、糖尿病性ケトアシドーシスの診断にて当院再入院。第22病日より腹痛出現、第30病日CTで小腸術後吻合部近傍に腸壁肥厚を認め、禁食にて症状改善みられたが、食事開始後嘔吐あり、第51病日CTで小腸壁肥厚部での腸閉塞と診断され、第58病日手術施行。前回術後吻合部口側で狭窄所見と大小の潰瘍形成認められ、小腸部分切除術施行した。病理組織検査ではいずれの手術でもUL-Ⅲ～Ⅳの潰瘍が多発性にみられ、高度の形質細胞の増生を認められたが、特異的炎症および腫瘍性病変を疑う所見なく、非特異性小腸潰瘍と考えられた。

16. 腹腔内から右胸腔・縦隔を占拠し、Growing teratoma syndromeを呈した巨大再発成熟卵巣奇形腫の1切除例

仲野哲矢¹⁾ 黒崎 功²⁾ 皆川昌広²⁾ 高野可赴¹⁾
 滝沢一泰¹⁾ 佐藤良平¹⁾ 若井俊文¹⁾ 青木賢治²⁾
 岡本竹司²⁾
 新潟大学 消化器・一般外科¹⁾ 同 呼吸器・心臓血管外科²⁾

Growing teratoma syndrome (GTS)は胚細胞性腫瘍において術後化学療法により腫瘍マーカーが正常化しても、転移再発病変が増大し病理学的に成熟奇形腫で構成されるものと定義される。今回、術後18年後に切除に至ったGTS 1例を報告する。症例は30歳、女性。18年前に巨大卵巣腫瘍に対し手術施行(未熟奇形腫StageIIIc)。化学療法後もPD判定であり、手術を勧めるも同意が得られず経過観察となった。今回、腫瘍圧排による呼吸困難から手術希望あり紹介となった。CT上、腫瘍は40cm大、心臓は左側に圧排されていた。高度の拘束性障害、横隔膜拡張障害が予想されPCPSを準備し、意識下挿管で麻酔導入した。胸腹部正中切開で開胸開腹。肝右葉は腫瘍圧排により非薄化し、境界不明瞭であった。周囲組織を剥離した後、栄養血管の右肝動脈(A8)、下横隔動脈、drainage veinの右副腎静脈を処理し、娘結節を含め完全切除した。GTSは完全切除で予後が期待できるため、手術可能な時期を逸する事無く、積極的な治療を選択すべきである。

1. 右側肝門索に胆道系変異を伴った肝尾状葉原発、胆管内乳頭状腫瘍の画像診断

高野可赴¹⁾ 黒崎 功²⁾ 皆川昌広²⁾ 滝沢一泰¹⁾
 仲野哲矢¹⁾ 若井俊文¹⁾ 渡辺隆興²⁾ 畠山 悟²⁾
 小林 孝²⁾
 新潟大学 消化器・一般外科¹⁾ 新潟臨港病院 外科²⁾

【症例】59歳女性。心窩部痛の精査にて肝S1の胆管内乳頭状腫瘍(IPNB)が指摘された。腹部CTで右側肝門索がみられ、また門脈右枝背側に径3cm大、内部に充実部分を伴う嚢胞性病変が存在していた。胆管は肝門部で左右に分かれるが前区域胆管枝が末梢に分岐出した後、門脈背側で後区域胆管枝が分岐した。粘潤な粘液で嚢胞内造影はできなかったがERCPにて右肝管と嚢胞との交通が認められた。S1単独切除では肝門部の解剖が分かりにくいと判断し後区域+S1切除とした。胆管は右肝管で離断し2本の前区域を切離して病変を摘出し、2本の前区域枝を再建した。病変は微小な浸潤を有するIPNBであった。術後少量の胆汁瘻を認めたが約1週間で自然消失し退院した。【まとめ】脈管、胆管系に著明な変異を伴う症例の肝切除では解剖学的病態を十分に把握することが肝要である。

2. 肝門部胆管癌の外科治療上の問題点

野村達也¹⁾ 土屋嘉昭¹⁾ 坂本武也¹⁾ 梨本 篤¹⁾
 藪崎 裕¹⁾ 瀧井康公¹⁾ 中川 悟¹⁾ 丸山 聡¹⁾
 松木 淳¹⁾ 會澤雅樹¹⁾ 本山展隆²⁾ 本間慶一³⁾
 川崎 隆³⁾
 新潟県立がんセンター新潟病院 外科¹⁾ 同 内科²⁾
 同 病理部³⁾

過去20年間に当科で切除された肝門部胆管癌は78例であった。これらの症例につき臨床病理学的所見につき検討した。男女比:54:24 年齢32~83歳(中央値70歳)術式は肝外胆管切除術3例、肝臓同時切除(HPD)7例、肝3区域切除11例、肝葉・拡大肝葉切除57例であり、手術死亡4例(5%)であった。術前門脈枝塞栓術(PTPE)11例、門脈再建13例、肝動脈再建6例であった。肝側胆管切離断端陽性は上皮の癌で陰性49例(63%)、胆管壁内浸潤で陰性57例(73%)であった。全体の術死を除く5年累積生存率は40%であった。切離断端陰性で耐術例の予後は良好であった。術死の多くは残肝の血流障害が原因と考えられた。肝門部胆管癌切除成績の向上のためには手術関連死亡対策と少なくとも切離胆管の壁内浸潤を陰性にする事が重要と考えられた。

3. 当院における癌性腹水濾過濃縮再静注療法の現状

上村博輝¹⁾ 岩崎友洋¹⁾ 廣瀬慎太郎¹⁾ 小方則夫¹⁾
沢津橋孝拓²⁾ 森岡伸浩²⁾ 中塚英樹²⁾ 清水孝王²⁾
神田達夫²⁾ 宮下 薫²⁾
独)労働者健康福祉機構 燕労災病院 内科¹⁾ 同 外科²⁾

【目的】腹水濾過濃縮再静注法 (Concentrated Ascites Reinfusion Therapy:以下 CART) は難治性腹水患者に対する治療法である。その臨床的有用性は低ALB血症の改善が確認されているが他の有用性について検討した。【方法】当院においてCARTを施行した2011年10月～2013年1月まで12症例、総CART回数41回について穿刺回数、罹病期間、初回腹水穿刺～死亡期間、食事摂取期間、オピオイド使用期間、最終Alb値データを腹水穿刺破棄症例と比較した。【結果】症例数が少ないこと、各癌のstageや化学療法の有無、オピオイド開始時期によりデータの偏差にばらつきがみられたが死亡日までの経口摂取期間についてはCART症例が有用性を示した。【結語】末期がん患者に施行されるCARTの利点につき再考した。また腹水中の糖鎖抗原に反応して生成された抗体が抗体依存性細胞性細胞障害や補体依存性細胞障害反応と関与する可能性につき現在検討中である。日常臨床～基礎研究への懸け橋として研修医の先生と取り組みを開始している。

4. 蛍光 Navigation Surgery —リアルタイム画像がひもとく胆膵癌の病態—

横山直行¹⁾ 大谷哲也¹⁾ 登内晶子¹⁾ 眞部祥一¹⁾
須藤 翔¹⁾ 堅田朋大¹⁾ 石野信一郎¹⁾ 岩谷 昭¹⁾
山崎俊幸¹⁾ 桑原史郎¹⁾ 片柳憲雄¹⁾ 橋立英樹²⁾
渋谷宏行²⁾ 三間紘子²⁾
新潟市民病院 消化器外科¹⁾ 同 病理診断科²⁾

ICG-近赤外線蛍光システムは、リアルタイムに生体内の血流、リンパ流等を示現する手術支援画像装置である。また近年、肝腫瘍が同検査下に蛍光を発することが明らかとなり注目されている。本発表では、2007年から当科で胆膵癌治療に導入した同システムによるNavigation Surgeryの知見につき概説する。

【膵癌微小肝転移の検出】術前画像検査で肝転移陰性とされた膵癌81例を対象とした。術前にICGを静注し、開腹後に近赤外線カメラで肝転移を検索した。20例で肝表面に肉眼では検出不可な微細蛍光結節が示現され、うち12例で組織学的微小転移が確認された。【胆嚢癌リンパ行性進展経路の解明】胆嚢癌24例を対象とし、ICGを術中病巣に局注、近赤外線下に蛍光するICG拡散流域をリンパ還流域として、切除範囲の指標とした。全例で肝へのICG還流域が描出された。4例では肝床に多発肝転移を有していたが、全転移巣はICG還流域に含まれていた。12例で所属リンパ節へのICG還流がみられ、5例で同リンパ節に組織学的転移を認めた。

5. 外科医が行う大腸内視鏡治療 —低侵襲を目指して—

谷 達夫 宗岡悠介 佐藤 優 利川千絵 木戸知紀
内藤哲也 長谷川潤 島影尚弘
長岡赤十字病院 外科

【はじめに】内視鏡的切除の適応となる大腸腫瘍の治療では、大腸の癒着や屈曲、嚢の存在により内視鏡の操作が困難であったり病変の視認性が悪いために切除が行えず、外科的腸切除が必要となることがある。しかし、患者さんの心的・身体的負担は大きくなり、腸切除に伴う合併症の可能性も出てくるため、当科では可能な限り内視鏡的切除を試みるようにしている。

【対象】2010年4月から2013年1月までに、大腸腫瘍の内視鏡的切除が困難なため当科に切除依頼があり、再度内視鏡的切除を試みた症例。

【結果】15症例、19病変。原発17病変、再発2病変。内視鏡的切除が可能であったのは17病変。切除後の遺残再発は3病変にみられたが全て再切除している。穿孔症例はない。内視鏡的切除を行わなかった2病変は、SM massiveが疑われた1病変と、liftingするも中心部が陥凹してしまい同部が分割される危険性があったためにEMRを断念した1病変であった。切除症例中2例は全身麻酔下に内視鏡的切除を施行。1例は子宮全摘術後でRSの20mm大1spに対し腹腔鏡下に骨盤腔の癒着剥離を行った後に内視鏡的視野を確保した上でpolypectomyを施行、1例は腹腔鏡下肝嚢胞開窓術時に大腸を腹腔鏡下に把持して内視鏡的視野を得、4病変に対してEMRを施行した。

【考察】現在の医療は細分化され、外科医が内視鏡的治療を行うことも少なくなったが、外科医なりの視点で内視鏡的治療を行うことにより患者利益につながるものと思われる。

6. 術後仮性動脈瘤破裂に対する緊急TAEの有用性と留意点

太田宏信¹⁾ 五十嵐聡¹⁾ 田村博史²⁾ 池田義之²⁾
渡辺直純²⁾ 林 達彦²⁾ 清水武昭²⁾
厚生連村上総合病院 消化器内科¹⁾ 同 外科²⁾
下越病院 外科³⁾

術後仮性動脈瘤破裂に対する止血法としては経カテーテル動脈塞栓術(以下TAE)がその迅速性、非侵襲性、確実性から第一選択となる。TAE禁忌は施行後に臓器の壊死をきたす場合であり、TAE前の血管造影の慎重な読影が必要である。出血部位の形状は様々で、瘤状になっていない場合もあり、TAE施行にあたっては外科医のアドバイスが欠かせない。TAEの基本は仮性動脈瘤あるいは血管破綻部位を挟んだ遠位側から近位側の連続塞栓術である。2001年より現在まで消化器外科手術後の仮性動脈瘤破裂症例を21例(済生会新潟第二病院18例、厚生連村上総合病院3例)経験した。原疾患は胃癌6例、胆管癌5例、十二指腸乳頭部癌3例、膵臓癌2例、胆のう癌1例、絞扼性イレウス1例、先天性胆道拡張症1例、十二指腸炎1例(術前診断乳頭部癌)、急性胆のう炎(胆嚢出血)1例であった。全例止血し生存退院となった。TAE合併症は肝梗塞2例と十二指腸穿孔1例であったが保存的に改善した。肝梗塞の原因は血腫により門脈が圧排されていたことによる。塞栓困難例は腹腔動脈基始部症例と動脈瘤への流入血管が複数の症例であった。

7. 消化器癌に対する定位放射線治療の魅力と弱点

松本康男 杉田 公 太田 篤
新潟県立がんセンター新潟病院 放射線治療科

体幹部定位放射線治療(SBRT)は、現在、肺と肝臓に存在する病変のみに保険適応があり、他臓器に転移などの病変が存在しないことが条件になっている。少量の放射線を多方向から集中させて病巣部だけに大量の放射線を投与し、周囲正常組織の被曝を抑えた浸襲の少ない治療が可能である。しかし、そのためには高精度に照射ができる治療装置はもとより、呼吸性移動を最小限にして正常組織への被曝を最小限にする努力や放射線感受性の高い消化管をさけて治療を行うための工夫なども必要になってくる。容積の大きい肺に対して肝臓はその容積も小さく更に周囲に放射線感受性の高い消化管が接しているため、工夫をしても適応外になってしまうケースも少なくない。腫瘍(原発性肝癌と肝転移)及び消化器癌からの肺転移に対する定位放射線治療についてその有用性と弱点について述べる。

8. バルーン内視鏡を用いた膵・胆道疾患の診断と治療 -術後再建腸管症例への挑戦-

塩路和彦¹⁾ 橋本 哲¹⁾ 水野研一¹⁾ 本田 稔¹⁾
小林正明¹⁾ 成澤林太郎¹⁾ 山本 幹²⁾ 横山純二²⁾
竹内 学²⁾ 佐藤祐一²⁾ 青柳 豊²⁾
新潟大学医歯学総合病院 光学医療診療部¹⁾
新潟大学大学院医歯学総合研究科 消化器内科学分野²⁾

バルーン内視鏡は小腸の観察を目的に開発されたが、腸管を短縮しながら挿入できることから術後再建腸管症例のERCPにも使われている。今回当科で行ったバルーン内視鏡を用いたERCPの成績をまとめ、有用であった症例を提示、当科で行っている工夫について報告する。

2008年1月1日から2013年1月31日まで当科で施行したERCP 1477回のうち、術後再建腸管症例にバルーン内視鏡を用いてERCPを行ったのは79回。用いた内視鏡はシングルバルーン内視鏡が55回、ダブルバルーン内視鏡が6回、ショートタイプダブルバルーン内視鏡が21回であった。再建術式はBillroth-II法が5例、Roux-en-Y再建が10例、膵頭十二指腸切除後が29例、胆管空腸吻合術後が28例、その他が7例であった。79回中55回が治療目的で、乳頭および吻合部への到達は70回(88.6%)で可能で、そのうち結石除去、ドレナージなどの手技が完遂できたのは55回(78.6%)であった。

バルーン内視鏡を用いることにより乳頭または吻合部への到達は比較的満足いく成績であるが、手技完遂率は決して高くない。スコープ長や鉗子口径により使用できる処置具が非常に限られ、症例毎にさまざまな工夫をしながら治療を行っている。

9. 消化器内科と血液内科との院内診療連携

加藤俊幸 佐々木俊哉 張 高明
新潟県立がんセンター新潟病院 内科

消化器内科では疾患によって他科へ診療を依頼することも多く、的確な診断は速やかな治療につながるため他の専門医との院内診療連携の推進が大切である。

当科では原因不明や原発不明で紹介される患者も多く、とくに血液内科の高い専門性を要するため円滑な連携を図ってきた。

1) 原因不明癌の検索には消化器の検査が必須である。2) 腹部腫瘍や腹水の診断困難例は造血器腫瘍の可能性がある。GISTや悪性リンパ腫などの治療では専門性が必要である。3) T細胞性やマントルリンパ腫など予後不良な疾患は速やかな専門的な治療が求められる。4) ピロリ菌感染症との関連性から胃MALTリンパ腫では除菌が選択され、ITPなども除菌の適応となった。5) 化学療法中には消化管出血や穿孔、HBV再燃のリスクがある。

他の分野との連携は常に必要であるが、とくに造血器腫瘍では速やかな診断と治療のために密な連携が大切である。

10. 当院病理の試み -絶滅危惧種の捕獲と育成-

橋立英樹 渋谷宏行 三間紘子
新潟市民病院 病理診断科

病理医が不足している。2012年9月現在の新潟県病理専門医は31名であるが、県人口や面積を考慮すると他県に比してもより厳しい状況である。病理医の高齢化も進み、今後はさらに病理医不足が深刻化することは明らかである。当院において、2002年～2012年の10年で、病理検体数6185→8037件(30%増)、ブロック数22784→38112個(67%増)と右肩上がりに増加しており、加えて免疫染色や遺伝子関連診断の増加もあり、病理医の仕事量は増え続けている。当科では、2007年の新病院移転を機に、病理診断業務の迅速化をはかってきた。また、各科の検討会などに参加して、他科との垣根を低くし、科内への風通しをよくすることで、結果的に診断業務の効率化が可能となった。さらに、学生実習や各科からの短期的な研究者を積極的に受け入れることが縁となり、当科にも待望の後期レジデントが来るようになった。このような貴重な若手をどのように育成するべきか、当院の取り組みについて紹介したい。