

令和2年度富山大学第三内科関連病院連携 臨床・研究カンファレンス

プログラム

開催日時： 令和2年11月14日（土曜日） 14時～17時

会 場： 富山大学附属病院 臨床講義室1

***** プログラム *****

開会の辞 安田一朗 教授 (14:00~14:10)

I 部： 症例の部 (14:10~15:40)

(発表 7 分, 討論 3 分)

座長：富山大学附属病院 田尻和人 先生
安藤孝将 先生

I-1) 再建腸管において直視の超音波内視鏡スコープが EUS-FNAB に有用だった 2 例

厚生連高岡病院 重田浩平 先生

I-2) 診断に時間を要した好酸球性胃腸炎の一例

高岡市民病院 村山愛子 先生

I-3) 慢性心不全に合併した PEL-LL の 2 症例

富山県立中央病院 梶川清芽 先生

I-4) 脈絡膜悪性黒色腫術後 5 年後に発見された微小肝転移の一例

富山大学附属病院 高橋直希 先生

I-5) 進行胃癌に対する抗 PD-1 抗体ニボルマブ治療中に発症した下垂体性副腎不全の一例

新潟厚生連糸魚川総合病院 荻野万里 先生

I-6) クローン病加療中に CMV 感染による伝染性単核球症を発症した 1 例

富山大学附属病院 渡邊かすみ 先生

I-7) 切除不能膵癌の腹膜播種による腸閉塞に対する外科治療後、良好に 2 次治療を導入できた 1 例

富山労災病院 横田朋学 先生

I-8) 肝生検により確診診断した潰瘍性大腸炎に合併した肝硬化性血管腫の 1 例

富山赤十字病院 小林才人 先生

休 憩 (15:40～16:00)

Ⅱ部： 臨床研究の部 (16:00～16:40) (発表 8 分, 討論 4 分)

座長：富山大学附属病院 梶浦新也 先生
南條宗八 先生

Ⅱ-1) 超高齢者における総胆管結石内視鏡治療の検討

新潟厚生連糸魚川総合病院 中山優吏佳 先生

Ⅱ-2) 当院における S 状結腸軸捻転症例に対するスライディングチューブ留置の検討

富山赤十字病院 圓谷俊貴 先生

Ⅱ-3) 大腸憩室出血に対する内視鏡的止血処置についての検討

新潟厚生連上越総合病院 徳永麻美 先生

Ⅲ部： 基礎研究の部 (16:40～16:55) (発表 10 分, 討論 5 分)

座長：富山大学附属病院 村上 純 先生

Ⅲ-1) ER ストレス応答を利用した多発性骨髄腫治療の開発

富山大学附属病院 菊地尚平 先生

閉会の辞 佐藤 勉 教授 (16:55～17:00)

<抄録>

I-1) 再建腸管において直視の超音波内視鏡スコープがEUS-FNABに有用だった2例

厚生連高岡病院

○重田浩平、高木宏明、木田明彦、澤崎拓郎、塚田健一郎、國谷等、寺田光宏

【症例1】76歳男性【現病歴】当院泌尿器科で尿管結石のためフォローされていた患者。X年5月22日に再診の際に腹痛を訴えCT検査を施行されたところ、膵鉤部癌を疑われたために当科へ紹介された。画像検査歴としては同年1月に単純CTを施行されているが明らかな病変は認めなかった。【既往歴】2年前に他院でESD施行(SM2, Ly1, V1), 追加で胃全摘+BillrothⅡ法, 高脂血症, 虫垂炎【アレルギー】なし【家族歴】兄:胃癌【生活歴】喫煙:20本(過去25年), 機会飲酒【身体所見】体重が10kg減少(1年), 眼球結膜黄疸なし, 眼瞼結膜貧血なし, 腹部:平坦だが全体的な圧痛あり, 背部痛強い【血液検査】WBC 7200/ μ L, Hb 13.6 g/dL, Plt 18.0万/ μ L, Alb 4.2 g/dL, AST 25 U/L, ALT 36IU/L, BUN 29.3 mg/dL, Cre 0.17mg/dL CRP 0.09 mg/dL, CEA 3.7 ng/dL, CA19-9 512 U/ml, SPAN1 62.9 U/ml【経過】CTでは膵鉤部と連続するように腫瘍を認め、膵癌を疑われたが傍大動脈リンパ節腫大の可能性も示唆された。病理組織診断目的に直視convex型の超音波内視鏡を用いて22GでEUS-FNABを行った。【病理】Adenocarcinoma, consistent with origin of pancreas【症例2】80歳男性【現病歴】2型糖尿病のためにフォローされていた患者。X年3月に糖尿病が急性増悪したためにCT検査を施行されたところ、膵頭部癌を疑う腫瘍性病変と主膵管拡張を認めたために当科へ紹介された。【既往歴】胃全摘術+BillrothⅡ法【経過】CTで膵頭部腫大と尾側主膵管拡張を指摘され膵頭部の限局性のAIPを最も疑うが、膵頭部癌との鑑別が必要であり、直視convex型の超音波内視鏡を用いて22GでEUS-FNABを行った。【病理】Suggestive of autoimmune pancreatitis (IgG4 related disease)【考察】今回、再建腸管における膵腫瘍2例に対して直視convex型の超音波内視鏡を用いてEUS-FNABにより診断に至った。再建腸管では通常の超音波内視鏡スコープでは病理採取が困難であり特に膵鉤部や膵頭部へのアプローチが困難と考える。病理確定のために開腹生検を必要とする場合もあることを考えると内視鏡下での生検が可能であれば非侵襲的であり直視型が有用であったことに関して若干の文献的な考察を含め発表する。

I-2) 診断に時間を要した好酸球性胃腸炎の一例

高岡市民病院 消化器内科

○村山愛子、中谷敦子、蓮本祐史、大澤幸治、伊藤博行

【症例】66歳女性【主訴】下腹部痛、嘔吐【現病歴】2002年に他院で潰瘍性大腸炎(UC)と診断され、メサラジン1000mgを内服していた。2017年に当院での上部消化管内視鏡検査で食道狭窄を認めたが、精査を希望しなかった。2018年に腹痛で当科を受診し、下部消化管内視鏡検査で横行結腸～直腸に血管透見性の低下・潰瘍瘢痕を認め、UCの増悪が疑われメサラジン4000mgに増量となった。以後近医で内服調整されメサラジン2000mg内服を継続していたが、時々腹痛があった。2020年8月24日に突然の下腹部痛と嘔吐のため当院救急外来を受診した。末梢血中の好酸球増多と、CTで回腸の浮腫性壁肥厚・食道下端と胃遠位部の壁肥厚・腹水貯留を認め、当科入院となった。【臨床経過】入院後に下痢が出現し、消化管壁の浮腫性肥厚は横行結腸まで範囲が拡大した。症状と末梢血中の好酸球増多、気管支喘息の既往、CTでの消化管壁肥厚から好酸球性胃腸炎を疑った。上部消化管内視鏡検査で下部食道狭窄と胃前庭部にびらんを認めたが、生検では胃びらんから少数(<10/HPF)の好酸球浸潤を認めるのみであった。下部消化管内視鏡検査では上行結腸に粘液水腫様の浮腫と横行結腸～直腸に縦走潰瘍瘢痕を認め、生検で粘膜固有層～粘膜筋板に好酸球浸潤(20-30/HPF)を認めた。好酸球性胃腸炎と診断しPSL 30mg/日とLT受容体拮抗薬・抗ヒスタミン薬内服を開始した。内服翌日から腹痛・下痢は改善し、好酸球数も速やかに正常化し退院となった。退院後も腹痛の再燃はなく、画像上も改善を認め、PSLを漸減しながら経過観察中である。【考察】UCとして治療されており、好酸球性胃腸炎と診断されるまでに時間を要した。好酸球性胃腸炎における大腸病変は発赤・浮腫・びらん等の多彩な内視鏡所見を呈するが非特異的であり、内視鏡所見のみでの鑑別診断は困難である。2018年の大腸組織生検を見直すと50/HPFの好酸球浸潤を認めるが、正常でも好酸球浸潤を認めることがあり、UCの診断で生検されていたことから好酸球数浸潤程度の評価がなされておらず、当時は診断に至らなかった。臨床症状・アレルギー疾患併存の有無・末梢血好酸球増多などから総合的に鑑別診断を行い、病理検査依頼をする必要があったと反省する。現在のところ、PSLとLT受容体拮抗薬・抗ヒスタミン薬による治療が奏功しているが、PSLの漸減過程で再燃する症例も多くみられ、慎重な経過観察が必要である。

I-3) 慢性心不全に合併した PEL-LL の 2 症例

富山県立中央病院 血液内科

○梶川清芽、中川紀温、萩原剛志、山田真也、近藤恭夫、奥村廣和

【緒言】原発性体腔液リンパ腫(Primary effusion lymphoma; PEL)は腫瘍を形成せず体腔液中にのみ腫瘍細胞を認め、HHV-8 陽性を示す予後不良の大細胞型 B 細胞リンパ腫である。同様の発症形式だが HHV-8 陰性の体腔液リンパ腫(PEL-like lymphoma; PEL-LL)が報告されている。比較的予後良好とされるが報告症例が少ないため、臨床像等において不明点が多い。当院で経験した 2 例を報告する。【症例 1】84 歳女性。慢性心不全で近医通院中、安静時呼吸困難を契機に心嚢水貯留を指摘された。心嚢液ドレナージの排液細胞診でリンパ腫が疑われた。CT で明らかな腫瘍形成はなく、その後心嚢液の再貯留を認めなかったため経過観察された。3 ヶ月後に胸水貯留をきたし、胸水セルブロックで B 細胞リンパ腫を認め、HHV-8 陰性であり PEL-LL と診断した。胸水ドレナージのみで呼吸状態は改善し、化学療法を提案したが希望なく、近医転院した。【症例 2】84 歳女性。慢性心不全で近医通院中、呼吸困難、胸水貯留を認めた。胸水セルブロックで HHV-8 陰性 B 細胞リンパ腫であり、FDG-PET/CT で明らかな腫瘍性病変を認めないことから PEL-LL と診断された。胸水ドレナージ後に再貯留を繰り返したため、R-CHOP 療法を 6 サイクル施行し胸水は消失した。その後、再燃なく生存している。

【考察】PEL-LL は慢性心不全に合併することがあり、鑑別のために施行したセルブロックでの組織診が有益だった。早期診断には PEL-LL を念頭にセルブロックや表面マーカー解析による評価が必要である。一部は体腔液排液のみで軽快するため、特に高齢発症の場合は早期に診断し、ドレナージ後は慎重に経過観察をする必要がある。

I-4) 脈絡膜悪性黒色腫術後 5 年後に発見された微小肝転移の一例

富山大学附属病院 第三内科

○高橋直希、花岡辰行、林有花、高橋孝輔、荒木康宏、田尻和人、安田一朗

【症例】70 歳代、男性。【経過】2014 年に左眼脈絡膜悪性黒色腫に対し眼球摘出術を施行された。その後は 1 年に 1 回 PET-CT を撮影され再発なく経過していたが、2019 年 12 月の MRI で肝に T1 高信号、T2 および DWI で等信号を呈する数 mm 大の微小結節を多数認めた。同結節は FDG 集積を認めず、肝ダイナミック CT では単純で淡い高吸収を示し、早期濃染を示すも門脈相での洗い出しは認めなかった。また EOB-MRI 肝細胞相での取り込み低下を認めなかった。以上の所見から転移性肝癌の所見は明らかとは言えなかった。ソナゾイド造影エコーでは早期濃染されクーパー欠損となる結節として描出され、肝腫瘍生検目的に 2019 年 1 月に入院した。腫瘍生検の組織は肉眼所見として黒色の組織を視認でき、病理所見では異型の強いメラニン色素を産生するメラノサイト由来の腫瘍細胞の増殖を認め、免疫染色上 MelanA、HMB45、S-100 が陽性であり、脈絡膜悪性黒色腫の肝転移再発と診断した。また、腫瘍細胞辺縁及び腫瘍内に CD8 優位の T リンパ球や形質細胞の浸潤を認めた。本人の希望により未治療で経過観察中であるが、その後 8 カ月以上増大なく経過している。【考察】脈絡膜悪性黒色腫は本邦で悪性黒色腫のうち 1%と非常に稀な疾患である。白色人種における罹患率は 6.3 人/100 万人であり、本邦では更に少ないと考えられ少数の報告が散見されるのみである。また転移した場合は予後不良とされ、脈絡膜悪性黒色腫の肝転移症例の生存期間は数カ月程度と報告されている。本症例では PET-CT では確認できない微小肝転移を造影エコーで検出することができ、脈絡膜悪性黒色腫の微小肝転移には造影エコーが有用であると考えられた。またその病理組織所見と本症例が未治療で半年以上増悪なく経過していることから、悪性黒色腫の病態形成に宿主免疫応答が強く関与している可能性が考えられた。

I-5) 進行胃癌に対する抗 PD-1 抗体ニボルマブ治療中に発症した下垂体性副腎不全の一例

新潟県厚生連糸魚川総合病院 消化器内科

○荻野万里、中田直克、中山優吏佳、圓谷朗雄、康山俊学、樋口清博

【症例】70 歳、男性。X-1 年 9 月に進行胃癌 cstageIVB と診断され、同年 10 月より SOX 療法を開始された。Gr3 の皮疹（CTCAE Ver. 5）のため RAM/nabPTX 療法に変更となり、6 コース施行後に、胸腹水貯留およびリンパ節腫大のため PD 判定となった。X 年 6 月よりニボルマブ療法開始となり、4 コース目施行目的に外来受診した際に、発熱・体動困難・食欲不振あり、精査加療目的に入院となった。入院時 1 ヶ月で 5.7kg の体重減少あり、皮膚は乾燥、81/41mmHg と低血圧であった。血液検査では Na136mEq/l、Glu100mg/dl であった。入院後も症状は持続し、ACTH6.2pg/ml、コルチゾール 3.1μg/dL と低値であったため、経過から下垂体機能低下症および続発性副腎不全と診断された。下垂体 MRI では異常所見無く、その他下垂体ホルモン基礎値は正常であったため、ACTH 単独欠損症と診断され、PSL20mg を投与されたところ症状は改善した。内服可能となったため、ヒドロコルチゾン 30mg 内服を開始されたが症状再燃あり、薬理量としてヒドロコルチゾン 80 mgに増量されると症状は速やかに改善した。その後 10mg/週ずつ漸減し症状再燃無く退院となった。なお、症状改善後も ECOG-PS3 であるため、化学療法は継続困難の判断に至り中止となった。

【考察】抗 PD-1 抗体ニボルマブなどの免疫チェックポイント阻害薬では免疫関連副作用（irAE）の発生が問題となる。irAE での下垂体障害は 1%未満と稀であり、ほとんどが ACTH 単独欠損症かつ MRI 所見に乏しいとされる。発症時期についても報告によりばらつきがあり、本症例のように続発性副腎不全により非特異的な症状および重篤な転帰を辿る可能性もある。ニボルマブ投与下では定期的な内分泌検査を行い、倦怠感、食欲不振、低 Na 血症のような症状出現時は下垂体障害を念頭に置き早期に治療介入することが重要である。

I-6) クローン病加療中に CMV 感染による伝染性単核球症を発症した 1 例

富山大学附属病院 第三内科

○渡邊かすみ、南條宗八、瀧野真代、作村美穂、元尾伊織、高橋冴子、植田優子、三原弘、安藤孝将、梶浦新也、藤浪斗、安田一朗

【症例】36 歳、男性【主訴】発熱、倦怠感、頭痛

【現病歴】病歴 11 年の小腸大腸クローン病で、プレドニゾロン、インフリキシマブで寛解導入後、アダリムマブ、アザチオプリンで寛解維持されていた。8 日前から 38 度台の発熱、咽頭痛、咳を認めたが、胸部 CT で肺炎像を認めず、急性上気道炎として解熱剤が処方された。以後も 38 度以上の発熱が持続し、倦怠感、頭痛を認めるようになり入院した。【身体所見】171cm、101 kg。体温 39.8 度、血圧 120/84mmHg、脈拍 128 回/分、呼吸数 24 回/分。項部硬直はなく、結膜の貧血や黄染なし。咽頭発赤あり、扁桃腫大あり。呼吸音は清、心雑音なし。腹部は膨満、軟、圧痛なし、肝・脾触知せず、四肢・体幹に皮疹を認めなかった。

【検査所見】血液検査では、AST 133U/L、ALT 103U/L、CRP 5.87mg/dL、WBC 1880/ μ L と軽度の肝機能障害、炎症反応上昇、白血球減少を認めた。また、18.0%の異型リンパ球を伴っていた。抗サイトメガロウイルス (CMV)-IgG 陰性、抗 CMV-IgM 陽性であり CMV の初感染と考えられた。CT では肺炎像はなく、肝脾腫を認めた。

【臨床経過】臨床症状のうち発熱、咽頭炎、肝脾腫の 3 項目、末梢血異型リンパ球があり、伝染性単核球症 (IM) と診断した。アダリムマブ、アザチオプリンは中止し支持療法を行っていたが、第 4 病日に C7-HRP 陽性 (68/50000) が判明し、ガンシクロビル (GCV 5mg/kg/回、1 日 2 回) を投与開始した。肝機能障害は第 3 病日に AST 209U/L、ALT 175U/L まで悪化、炎症反応は第 2 病日に CRP 7.64mg/dL でピークとなったが、GCV 投与後はそれぞれ改善傾向となった。高熱は第 11 病日まで続き、第 12 病日以降は平熱となった。頭痛や咽頭痛は解熱に伴って改善した。入院中に Epstein-Barr ウイルス (EBV) は既感染パターンと判明し、CMV による IM と診断した。第 10、第 15 病日に C7-HRP 陰性を確認し第 18 病日に自宅退院となった。

【考察】伝染性単核球症の原因は 90%以上が EBV 感染、5-7%が CMV 感染と報告されている。アザチオプリン投与中のクローン病患者が CMV 感染による IM から血球貪食症候群に至り死亡した報告もあり、リスク管理と速やかな診断、加療が求められる。

【結語】クローン病の加療中に CMV 感染による伝染性単核球症と診断された一例を経験した。クローン病の治療は免疫抑制作用のある薬剤が使用されるが、CMV 感染症とその重症化リスクに留意し、薬剤使用前には抗 CMV 抗体の有無を確認することが望ましい。

I-7) 切除不能膵癌の腹膜播種による腸閉塞に対する外科治療後、良好に2次治療を導入できた1例

富山労災病院 消化器内科

○横田朋学、金辰彦、八木満

【症例】69歳 男性【主訴】腹部膨満感【現病歴】X-3年3月に膵頭部癌、十二指腸浸潤、総肝動脈浸潤と診断した。経皮的内瘻化術と胃空腸バイパス術、Braun 吻合を行った。X-3年5月から Gemcitabine + nab-Paclitaxel 療法 (GnP) を開始したが、7月に発熱性好中球減少症を認め、以後 Gemcitabine 単剤とした。X-2年12月にダグラス窩に播種結節が出現したため X-1年1月から GnP を再開した。X-1年6月に内瘻化していたメタリックステントが破損・脱落し小腸閉塞を来したため、小腸部分切除を行った。その後、腫瘍は増大なく経過していたが、食欲不振や腹部膨満感を自覚していた。X年6月17日に腹部膨満感が強いため受診した。

【身体所見】BP 100/66 mmHg, HR 79 bpm, BT 36.5 °C, PS1, 腹部:平坦・軟 鼓音あり 心窩部に経皮経肝胆道ドレナージ (PTCD) あり 明らかな自発痛・圧痛なし【血液検査】WBC 2800 / μ l, Hb 9.8 mg/dl, Ht 31.4%, PLT 25.1 万/ μ l, AST 25 U/l, ALT 51 U/l, LD 125 U/l, Cre 0.69 mg/dl, BUN 9.2 mg/dl, CEA 3.1 ng/ml, CA19-9 85.9 U/ml, DUPAN-2 77 U/ml, Span-1 32 U/ml, エラスターゼ 1 143 ng/ml【CT】現病は著変なし、左上腹部小腸に液貯留・拡張あり 狭窄部を認める。

【経過】術後瘢痕に一致するように小腸狭窄と口側の液貯留を認めており、癒着性小腸閉塞と考えた。PTCD 創部から逆行性に腸液漏出を認めていた。PTCD 経由に腸液を 1000ml 廃液すると腹満感は消失した。翌日には排便も認め閉塞は解除された。これまで同一部位での閉塞を繰り返しており、外科治療の方針とした。7月1日に開腹すると輸入脚・輸出脚周囲と横行結腸周囲に腹膜播種を認め播種性狭窄と考えられた。結腸・小腸部分切除術と Roux-en-Y 吻合を行った。切除標本から浸潤性膵管癌と診断し、8月3日から2次化学療法として nal-Irinotecan + 5FU/LV 療法を導入した。その後、明らかな有害事象なく、食欲も改善し良好な経過を得ている。

【結語】切除不能膵癌の腹膜播種による腸閉塞に対する外科治療後、良好に2次治療を導入した1例を経験した。膵癌における栄養管理は患者予後にも関わり消化管合併症管理は重要である。

I-8) 肝生検により確定診断した潰瘍性大腸炎に合併した肝硬化性血管腫の1例

富山赤十字病院 消化器内科

○小林才人、時光善温、圓谷俊貴、植田亮、品川和子、岡田和彦

【症例】20歳代 男性【主訴】腹痛、下痢、血便【現病歴】初診1年半前に近医で潰瘍性大腸炎と診断されたが、症状改善後自己中断していた。1か月前から1日12-13/日の水溶性下痢、血便、左下腹部痛が続き、食思不振も認めた。受診当日38度を超える発熱を認め、当院に救急搬送となる。

【既往歴】なし 輸血なし 健診歴なし【内服歴】なし【アレルギー歴】なし

【入院時身体所見】ECOG PS 0 身長 168.0cm 体重 46.2kg BMI 16.4kg/m²
体温 37.9℃ 血圧 95/47mmHg 脈拍 98bpm SpO₂ 97%

貧血なし。腹部 平坦軟、蠕動音やや亢進し左下腹部に圧痛あり。筋性防御、反跳痛なし。

【血液検査所見】TP 6.4g/dl AST 12U/L ALT 10U/L LDH 123U/L ALP 84U/L γ -GTP 16U/L T-bil 0.3mg/dl BUN 6mg/dl Cre 1.03mg/dl Na 139mEq/L K 3.3mEq/L CL 102mEq/L CRP 7.37mg/dl WBC 20400/ μ RBC 494 万/ μ l Hb 15.1g/dl Plt 29.3 万/ μ l PT-% 80% Fib 485mg/dl FDP 34.8 μ g/ml D-dimer 15.5 μ g/ml CEA 11.4ng/ml CA19-9 115.4U/ml AFP 2.2ng/ml

【治療経過】潰瘍性大腸炎の再燃と診断し、5-ASA 製剤と PSL 開始し、症状は速やかに改善した。入院時 CT で多発肝腫瘤を認め、超音波検査では、これらの肝腫瘤は高エコー腫瘤として認めた。肝ダイナック CT 検査では後期相まで造影効果が遷延するもの、造影されないもの、漸増性に造影されるものなど多様であった。またシャントを疑う楔状の早期濃染を認めた。造影エコー検査では腫瘤の fill-in は観察されたが造影効果はまばらであり、漸増性に造影した。クーパー相で淡い欠損を認めた。MRI 検査では T1 強調画像では低信号、T2 強調画像では不均一な高信号であった。拡散強調像ではリング状の高信号を来すものが多く、ADC では高信号、低信号の腫瘤が混在した。以上より一部肝硬化性血管腫を含む多発血管腫を考え、悪性疾患除外を目的に肝生検を行った。病理所見で線維化の増生や器質化を伴った血栓が確認され、硬化性血管腫と診断した。

【考察】肝硬化性血管腫は比較的まれな疾患で中高年に多く単発例が多い。ほとんどの場合は画像診断で悪性疾患が否定しきれず、手術により診断される。本症例は若年発症で多発性病変であり、さらに肝生検で肝硬化性血管腫を診断できたまれなケースであった。機序として、諸説あるが潰瘍性大腸炎による炎症性サイトカイン、エンドトキシンが門脈経路で血管腫に到達し、血栓化、硝子化を誘発し、退行性変化を促進させたため、肝硬化性血管腫を発症したと推察される。シャントの有無により線維化の経度が異なることもこれを支持するものと考えた。

Ⅱ-1) 超高齢者における総胆管結石内視鏡治療の検討

新潟県厚生連糸魚川総合病院 消化器内科

○中山優吏佳、中田 直克、荻野 万里、圓谷 朗雄、康山 俊学、樋口 清博、安田 一朗

【目的】総胆管結石は加齢に伴い罹患率が上昇すると知られており、高齢化社会において高齢者の症例は増加傾向にある。糸魚川市は高齢者人口が多く、90歳以上の超高齢者総胆管結石症例において内視鏡的処置を行う機会も多い。高齢者のステント留置群と結石除去群で比較するとステント留置群の方が長期偶発症の発生率が上昇するため、完全結石除去の方が優れているとの報告や、一方で高齢者の背景疾患やADLを考慮してステント留置が有用であるとの報告がある。そこで当院における超高齢者の総胆管結石症例でのステント留置群と結石除去群の有効性、安全性を後方視的に比較検討した。【方法】糸魚川総合病院で2015年9月から2020年9月までに総胆管結石の内視鏡的処置を行なった90歳以上の患者を対象とし、早期偶発症（膵炎、出血、腸管穿孔、誤嚥性肺、心不全、脳血管障害）の発生率、転帰、ADLの変化、長期予後（胆管炎の再発、死亡）、胆管炎再発のリスク因子に関して検討した。【結果】対象者は33例で、年齢中央値は90歳（90-104歳）、男女比は7:26、基礎疾患として循環器疾患は9例、脳血管疾患は5例、認知症は21例であった。PSが0、1、2、3、4の症例はそれぞれ0例、8例、6例、11例、6例であった。内視鏡挿入時に穿孔した1例と胆管挿管困難であった1例を除いて、最終的にステントを留置した症例は21例（そのうち採石後にステントを挿入した症例は3例）であり、完全結石除去まで行なった症例は10例であった。PS4の寝たきり症例や循環器疾患、脳血管疾患、認知症などの基礎疾患のある患者、大結石・積み上げ結石の症例ではステント留置を選択している傾向が見られた。膵炎や出血、穿孔などの早期偶発症は両群とも認めなかった。胆管炎の再発はステント留置群で38%（8/21）、結石除去群で0%（0/10）でありp値<0.05と有意差を認め、そのうち2例は胆管炎で死亡した。胆管炎のリスク因子を検討したところ、PSや傍乳頭憩室の有無、大結石・積み上げ結石の有無では再発リスクに有意差は認めなかった。【結論】超高齢者でも採石処置は比較的安全に施行することができ、ステント留置に留めず結石除去まで行なった方が長期予後は良好であることが示唆された。

Ⅱ-2) 当院における S 状結腸軸捻転症例に対するスライディングチューブ留置の検討

富山赤十字病院 消化器内科

○圓谷俊貴、植田亮、小林才人、時光善温、品川和子、岡田和彦

【背景】S 状結腸軸捻転症は、急激に重症化する場合もあり早期に治療が必要である。悪条件下での内視鏡的整復は難渋する事が多く、スライディングチューブ（ST）を用いた整復により簡便に短時間で捻転解除を得られたとの報告が見られる。当院では内視鏡的整復後に腸管内圧減圧を目的として ST 留置を行う事がある。今回内視鏡的整復における ST 留置の有効性について検討した。

【対象・方法】2014 年 1 月から 2020 年 10 月までに当院で S 状結腸軸捻転症に対して内視鏡的整復術を施行した 43 件を対象とした。内視鏡的整復法を A 群：内視鏡的整復法のみ群、B 群：内視鏡的整復法に加え ST 留置する群、C 群：内視鏡的整復法をせずに（捻転部をこえて）ST 留置群の 3 群に分け、それぞれの処置時間、絶食期間、入院期間、短期成績、合併症について検討した。

【結果】施行時年齢中央値 78 歳（50-98 歳）、男性/女性は 27/16 例で、PS3-4 が 14 例であった。内視鏡的整復法は A 群 12 件、B 群 22 件、C 群 9 件であった。処置時間の中央値はそれぞれ、24.5 分、24.5 分、16 分であった。絶食期間はそれぞれ 1 日、2 日、1 日であり、入院期間はそれぞれ 4.5 日、5.5 日、6 日であった。入院期間での捻転再発症例は A 群と C 群で 1 例ずつ認めた。ST 留置に伴う合併症は認めなかった。

【結論】内視鏡的に腸管の直線化を行えない場合でも ST の留置により症状を改善する事が可能であった。ST 留置は短時間での処置が可能であり、短期成績も他の処置と比べて同等であり合併症も認めなかった。

Ⅱ-3) 大腸憩室出血に対する内視鏡的止血処置についての検討

新潟厚生連上越総合病院 消化器内科

○徳永麻美、鈴木庸弘、三井田秀、合志聡、佐藤知巳

大腸憩室出血に対する内視鏡的止血処置についての検討

背景：大腸憩室出血は下部消化管出血で最も頻度の高い疾患であり、近年 NSAIDs や抗血小板薬の使用により増加傾向であるとされる。2017 年に発行された大腸憩室出血のガイドラインでは止血法として Endoscopic Band Ligation (EBL) 法が記載され、2018 年 8 月より新規デバイスとして発売された。出血点が同定された大腸憩室出血に対する処置は、本邦では近年クリッピングか EBL でおもに行われており、当院も 2018 年 8 月より EBL を採用している。

目的：当院の内視鏡的止血処置を行った大腸憩室出血症例において、従来のクリッピングで治療した群と EBL で治療群について後方視的に検討した。

方法：2018 年 8 月から 2020 年 8 月までの期間に大腸憩室出血と診断し、入院した 68 例のうち、内視鏡的止血処置を行った 16 例をクリッピング群（7 例）と EBL 群（9 例）に分け、患者背景、止血成功率、輸血率、入院期間、再出血率について評価した。

結果：性別・年齢・既往歴・内服薬などの患者背景、輸血率については 2 群において有意差はなかったが、EBL 群では有意に入院期間が短く、再出血率が低かった。

結論：大腸憩室出血に対して、EBL の方がクリッピングより有用な止血法であることが示唆された。