

## P9-13

### 当院における Interventional EUS

名古屋第二赤十字病院

- 林 克巳<sup>1</sup>、藤井 美帆<sup>2</sup>、館 桂一郎<sup>3</sup>、堀 寧<sup>4</sup>、  
岩崎 弘靖<sup>5</sup>、梅村 修一郎<sup>6</sup>、蟹江 浩<sup>7</sup>、坂 哲臣<sup>8</sup>、  
藤原 圭<sup>9</sup>、山田 智則<sup>10</sup>、根本 聰<sup>11</sup>、白子 順子<sup>12</sup>、  
折戸 悦朗<sup>13</sup>

超音波内視鏡 (EUS) は消化器疾患において幅広く有用である。例えば消化管悪性腫瘍の深達度診断や進展度診断、胆膵疾患の質的診断などの診断学に多く利用されてきた。最近では超音波内視鏡下穿刺 (EUS-FNA) を基本とする手技は、診断のみならず治療においても広く応用されるようになり、本邦でもようやく "Interventional EUS" という新しい概念による消化器病診療が徐々に確立されてきた。EUS-FNAについては、適応や手技の標準化について活発な議論がなされ、かなり安全にかつ正確に行える手技として確立してきたため、その手法を応用した Interventional EUS が各地で行われるようになった。例えば経乳頭的に胆道ドレナージが困難な症例に対してはその口側で経十二指腸的に胆道ドレナージする方法や胃内より肝内胆管に穿刺して胆道ドレナージする方法、膵炎後の膿瘍や仮性嚢胞に対して経胃的にドレナージする方法など EUS guided drainage therapy (EUS-Drainage) がある。また、癌性疼痛に対して腹腔神経叢にエタノールを注入する腹腔神経叢ブロック術、膵癌に樹状細胞等の抗腫瘍効果を有する薬液を注入する治療など EUS guided fine needle injection therapy (EUS-FNI) も挙げられる。今回当院で行った Interventional EUS の症例 (膵液瘻及び胃潰瘍穿孔後の腹腔内膿瘍の2例) を提示し、今後の EUS を用いた診断治療の可能性を考察する。

## P9-15

### 造影CTにて血流障害を認めなかったNOMI (非閉塞性腸管虚血) の一例

岡山赤十字病院 消化器内科<sup>1)</sup>、岡山赤十字病院 外科<sup>2)</sup>、  
岡山赤十字病院 臨床病理科<sup>3)</sup>

- 安井 稔博<sup>1)</sup>、橋本 健二<sup>2)</sup>、福本 康史<sup>1)</sup>、浅野 基<sup>1)</sup>、  
根来 裕二<sup>1)</sup>、藤原 大輔<sup>1)</sup>、横山 元浩<sup>1)</sup>、鶴見 哲也<sup>1)</sup>、  
高木 章司<sup>2)</sup>、国友 忠義<sup>3)</sup>

非閉塞性腸管虚血は腸間膜血管に器質的閉塞が存在しないにもかかわらず、腸管に不可逆的な虚血が起こり壊死を生ずるとされる。今回われわれは大腸内視鏡検査にて早期に粘膜壊死所見を認め、緊急手術で救命しえた非閉塞性腸管虚血の一例を経験したのでここに報告する。症例は75歳男性。慢性膵炎にて加療中。3日前より間歇的な腹痛があり、腹痛が増悪したため当院救急外来を受診した。受診時、腹膜刺激兆候は認めなかったが、腹部全体に自発痛および圧痛が強く、血清学的検査にてアミラーゼの上昇を認めた。緊急腹部造影CT検査を施行、CT上は急性膵炎の所見は無く、腸管壁の造影効果は良好であったが、S状結腸肛門側での限局性の狭窄とその口側の拡張所見を認め、S状結腸での閉塞を疑い大腸内視鏡検査を施行した。内視鏡的に、S状結腸の閉塞は認めなかったが、S状結腸の肛門輪から約20cmの部位より口側に向かって連続性に全周性の暗紫色で浮腫状の粘膜を認めたため、壊死性の変化と診断し、造影CT再検を行った。2回目の造影CTは1回目の造影CTから約12時間後であった。2回目のCTでは、腹水の出現、大腸腸管壁の菲薄化を認めたが大腸の血管と腸管壁の造影効果には低下は認めなかった。内視鏡の所見と合わせて非閉塞性腸管虚血と診断し緊急手術を行った。開腹時所見にてS状結腸から回盲部付近までの連続した粘膜壊死を認めたが、漿膜面は保たれていた。大腸垂全的および人工肛門造設術を施行した。造影CT、内視鏡および開腹所見より非閉塞性腸管虚血による腸管壊死の症例と考えられた。

## P9-14

### アメーバ腸炎、肝膿瘍を発症したHIV感染症例

大田原赤十字病院 内科

- 小林 宏之<sup>1</sup>、新井 由季<sup>2</sup>、五十嵐 祐介<sup>3</sup>、主藤 久美子<sup>4</sup>、  
佐藤 隆<sup>5</sup>、阿久津 郁夫<sup>6</sup>

【症例】50代男性

【既往歴】特記すべきことなし

【現病歴】X-5年ごろ中国に滞在、X-3年ごろまで同性間の性的接触があった。妻子あり。X年1月中旬より下痢・下血あり、2月近医受診、潰瘍性大腸炎疑いだが病理は非特異的であるとのことで4月21日当院紹介受診、メサラジン1500mg開始となり、下痢は1日6行から2行に改善見られた。4月24日より38℃の発熱あり、外来でセフェム系、ニューキノロン系抗生剤を使用するも改善なく、5月2日右側腹部痛出現し、3日救急外来を受診した。胆道系酵素の上昇、炎症反応亢進を認め、エコー、CTにて肝S5膿瘍が判明し、疼痛が著明であることから経皮経肝膿瘍ドレナージ術を施行し、入院となった。

【入院後経過】ドレナージ後疼痛は改善あり、セフォペラゾン・スルバクタム2gを開始、翌日には解熱していたが5日より再度発熱を認めた。7日肝膿瘍よりアメーバ赤痢の原虫が判明し、抗生剤をメトロニダゾール1500mg、イミペネム1.5gに変更した。8日より解熱し、炎症反応も改善を認めた。18日下部内視鏡を再検したところ、盲腸から直腸まで潰瘍、炎症が散在するものの、病理は非特異的であった。便からアメーバ赤痢の原虫は検出できていないが、メトロニダゾール開始後下痢が改善していることからアメーバ腸炎と考え、メサラジンは中止した。5月7日HIV陽性が判明、CD4 112/μl、RNA 2.6×10<sup>5</sup>コピーと進行しており、AIDS指標疾患罹患は精査にて否定的であるものの予防内服を開始した。5月23日退院、今後外来にてHIV加療を進める予定である。

【考察】アメーバ感染の機会は発症より3年前であり、潜伏感染していたところにHIVによる免疫機能低下のため症状が顕在化したと考えられた。

## P9-16

### ステロイド投与直後に発症し、ヘパリンが奏功した急性腸間膜動脈虚血症の1例

姫路赤十字病院 内科

- 荒井 靖典<sup>1</sup>、香川 英俊<sup>2</sup>、藤尾 栄起<sup>3</sup>、高木 綾子<sup>4</sup>、  
廣政 敏<sup>5</sup>、水野 修<sup>6</sup>、高谷 昌宏<sup>7</sup>、上坂 好一<sup>8</sup>、  
湯浅 志郎<sup>9</sup>

【症例】66歳男性

【主訴】心窩部痛、嘔吐

【既往歴】多発性筋炎、間質性肺炎、高血圧、高脂血症、心筋梗塞、上腸間膜動脈解離

【現病歴・経過】平成14年に上腸間膜動脈の解離を指摘され、抗血小板薬にて保存的に加療されていた。平成19年のCTでは上腸間膜動脈の解離腔は閉鎖し、壁内血栓も消失しており、発症から7年間は無症状だった。平成21年4月に多発性筋炎・間質性肺炎と診断され、5月19日よりプレドニン60mgで入院治療を開始した。治療開始から6日目に突然の心窩部痛・嘔吐で発症した。腹膜刺激症状は認めなかったが、腸蠕動音は減弱していた。血液検査・心電図・心エコー上は心筋梗塞を疑う所見認めず。既往から上腸間膜動脈解離も考慮し、造影CTを施行した。回腸動脈の分岐部から回結腸動脈に血栓を認め、回結腸動脈は完全閉塞が疑われた。また回腸の一部で造影効果の低下を認めた。CPKの上昇やアシドーシスの進行を認めず、心窩部痛は非麻薬性鎮痛薬で軽快した。発症から2時間30分後よりヘパリン10000単位/日にて治療開始した。同日に暗赤色の血便を認めたが、経過観察とした。発症から5日目の造影CTでは血栓は縮小傾向にあり、発症から11日目の造影CTでは血栓がほぼ消失した。発症から13日目より食事開始するも再発認めず。現在は抗血小板薬に加え、ワーファリン内服としている。

【考察】本症例は抗血小板薬を内服していたにもかかわらず、上腸間膜動脈血栓症を発症したが、発症早期のヘパリン投与により血栓が完全に消失した症例であった。発症に高用量ステロイドが関連した可能性があり、抗血小板薬投与下であっても注意を要すると考えられた。