O-8-04

全科外来HCV抗体陽性者に対する専科受診勧奨の取り組み

高知赤十字病院　感染管理室

○宮崎真起子、弘内　　岳、谷内　光代、渡辺　崇史、岩村　伸一

【はじめに】A病院は、全科外来予約患者のうち過去の院内検査でHCV抗体陽性者に、問診票とパンフレットを用いた専科受診勧奨を行ったので報告する。
【対象と方法】2015年12月から翌年4月までの外来予約患者で、過去の院内検査でHCV抗体陽性の患者（HCVRNA陰性、専科フォローあり、HCV排除済みは除外）を対象とした。電子カルテ内のツール機能等で対象者を週単位で抽出し、各科が問診票にて患者の専科受診希望を確認し、担当医が紹介するシステムをつくった。また、問診票はC型肝炎に関する治療歴の他、患者自身が肝がんのリスクやインターフェロンフリー療法とその助成制度の存在を確認できる構成とした。ICC事務局で受診勧奨の動向の監視と追跡調査を行った。
【結果】対象者123名中、問診実施率は88％（108名）で、専科紹介率は40％（43/108）であった。専科紹介の結果、「治療適応なし（HCVRNA陰性）」が65％（28/43）、「インターフェロンフリー療法適応あり」が23％（10/43）、「精査中」が9％（4/43）、「診察拒否」が3％（1/43）であった。また紹介患者で、「自覚症状がなく受診なし」「初めて知った」が56％（24/43）を占め、その内、「インターフェロンフリー療法適応者」は17％（4/24）であった。一方で、「専科紹介を希望しない」32％（34/108）の内訳は、「かかりつけ医に相談したい」44％（15/34）、「高齢、痴呆、がん治療中」21％（7/34）の他に理由が不明であるものが32％（11/34）であった。
【考察】本システムは、陽性者の拾い上げとともに専科治療につながり、かつ外来職員の負担を軽減できたため有効であったと考える。しかし、専科受診を希望しない患者への更なる介入や、予約外患者および院内検査未実施の陽性者は本システムには該当せず、受診勧奨の機を逃すため、システムの工夫が今後の課題である。

O-8-05

Genotype 1b C型慢性肝炎治療におけるLDLコレステロール値の変化

松江赤十字病院　消化器内科[1]、島根大学医学部付属病院　肝臓内科[2]

○内田　　靖[1]、花岡　拓哉[1]、齋藤　　宰[1]、飛田　博史[2]、
三宅　達也[2]、佐藤　秀一[2]

【目的】C型肝炎ウイルス感染と脂質代謝は密接に関係しており，第1世代プロテアーゼ阻害剤であるtelaprevir（TVR）投与中はLDLコレステロール値が上昇，第2世代のsimeprevir（SMV）では逆に低下することが報告されている．C型慢性肝炎の治療は新規Direct Acting Antivirals（DAA）の出現にて大きく変化したが，その脂質代謝への影響は明らかでない．今回我々は，DAA治療前後の脂質を測定し検討したので報告する．
【方法】2014年10月から2016年1月までに当院および島根大学にてDAA治療を挿入し，投与前および投与終了時にLDLコレステロールおよび中性脂肪が測定可能であったGenotype 1b C型慢性肝炎114例（男性47人，女性67人，平均年齢69.4歳）．ダクラタスビル（DCV）＋アスナプレビル（ASV）50例，ソホスブビル（SOF）＋レジパスビル（LDV）64例を対象とした．
【結果】C型慢性肝炎の治療成績はETR　99.1％，SVR12　98.2％であった．投与前および投与終了時のLDLコレステロール値（mg/dl）は96.7±27.5，109.3±34.1，中性脂肪（mg/dl）は100.5±44.7，99.0±48.8と，LDLコレステロール値の有意（P＜0．01）な上昇が認められたが，中性脂肪には差が認められなかった．DAA別に比較するとDCV+ASVでは96.8±25.8，107.1±30.7，SOF＋LDVでは97.3±26.1，120.3±35.5とDCV+ASVに比してSOF＋LDVでより高値を呈した．
【結論】TVRはLDLレセプターの発現を抑制し血中からのLDL取り込みを低下させるために，投与中にLDLが上昇すると報告されている．DCV+ASVやSOF＋LDVでの上昇機序は不明であるが，C型肝炎ウイルス排除による影響よりはDAAの直接作用と推測される．DCV+ASVやSOF＋LDVの併用注意薬としてスタチン系コレステロール低下薬があり，休薬・変更する際には十分な配慮が必要と考えられた．

O-8-06

診断的超音波内視鏡検査 (EUS)による穿孔例の検討

伊達赤十字病院　消化器内科[1]、伊達赤十字病院　外科[2]、伊達赤十字病院　内科[3]

○山内　夏未[1]、久居　弘幸[1]、櫻井　　環[1]、釋　　亮也[1]、
嘉成　悠介[1]、小柴　　裕[1]、佐藤　正文[2]、川崎　亮輔[2]、
行部　　洋[2]、武内　優太[2]、宮崎　　悦[3]

【目的】超音波内視鏡検査 (EUS)は消化器疾患の質的および進展度診断に有用であるが、専用機 (ラジアル型・コンベックス型)による偶発症である穿孔は、最も重篤であることに異論はない。今回、診断的EUSの穿孔例について検討した。
【方法】1997年1月～2016年4月に施行した上部消化管および胆膵疾患の専用機でのEUS (EUS-FNAを除く)は6307件であり、穿孔を来した5例 (0.079%)を対象とした。年齢は67～95歳、平均82歳、男性3例、女性2例で、穿孔部位は梨状窩1例、胸部食道1例、十二指腸球部前壁1例、第2部後壁2例であった。
【成績】[症例1] 67歳男性。ASA 0。胆嚢ポリープ精査目的にUM200を用いてEUSを施行し、引抜き走査の際に十二指腸第2部後壁に穿孔を来し、緊急手術が施行された。[症例2] 83歳男性。ASA 3。進行胸部食道癌の進展度診断目的にUM200を用いて施行。挿入時に胸部食道に穿孔を来し、ステント留置などの処置を行ったが、施行15日目に縦隔膿瘍を併発し死亡された。[症例3] 79歳男性。ASA 2。慢性膵炎の精査目的にUM200で施行した際、挿入時に梨状窩穿孔を来した。広範な縦隔・皮下気腫となったが保存的に治癒した。[症例4] 95歳女性。ASA 3。急性胆管炎で入院し、ERCP前の精査目的にUE260で施行した際、引抜き走査で第2部後壁に穿孔を来した。緊急手術が施行され、術後経過は良好であったが9日目に突然死された。[症例5] 87歳女性。ASA 3。分枝型IPMNおよび後腹膜膿瘍の精査目的にUE260を用いて施行。挿入時に球部前壁に穿孔を来し、緊急手術が施行され回復したがADLの低下を認めた。
【結論】EUSは有用な検査ではあるが、スコープの特性や適応・患者の状況を考えて施行し、穿孔を来した際には適切な処置をとることが重要である。

O-8-07

原発性十二指腸水平部癌に対し十二指腸部分切除術を施行した一例

浜松赤十字病院　外科[1]、浜松赤十字病院　病理[2]

○金森　洋樹[1]、西脇　　眞[1]、代永　和秀[1]、伊藤　　亮[1]、
清野　徳彦[1]、奥田　康一[1]、安見　和彦[2]

症例は68歳男性．2015年9月空腹時心窩部痛を主訴に受診し，上部消化管内視鏡検査にて下十二指腸角付近に3cm大のIIc様病変を認めた．生検ではGroup5 adenocarcinoma(免疫染色でCK7+, CK20+, CK19+, CA19-9 -)の結果であり，原発性十二指腸癌が疑われたため当科紹介となった．腹部CTでは十二指腸水平脚に27mm大の腫瘍性病変，近傍リンパ節腫大の所見を認めた．術式は十二指腸部分切除を選択し，解剖学的に転移率が高いとされるNo.14リンパ節は術中迅速病理で「転移なし」であった．病理所見はtub2, pT4aN0M0, Stage2A(胃癌に準じて)であり原発巣として矛盾のないものであった．原発性十二指腸癌は全消化管悪性腫瘍のうち0.3～0.4%と稀な疾患であり，その中でも水平脚原発のものは7.4～10%と極めて稀である．これまでの報告では，術式として膵頭十二指腸切除術，全胃幽門輪温存膵頭十二指腸切除術，膵十二指腸部分切除術，十二指腸部分切除術が報告されているが，郭清リンパ節の範囲を含めて，統一見解は未だ確立されておらず，膵浸潤の有無や壁進達度，リンパ節転移の有無，脈管浸潤の有無などにより決定されている．今回我々は極めて稀な原発性十二指腸水平脚癌の症例を経験したので，報告する．

O-8-08

眼鏡枠メーカーとの開発機器FJ ClipとF loop Plus を用いた腹腔鏡下胃局所切除術

福井赤十字病院　外科[1]、福井赤十字病院・消化器科[2]

○藤井　秀則[1]、川上　義行[1]、青竹　利治[1]、吉羽　秀麿[1]、
大西　竜平[1]、山崎　幸直[2]、広瀬　由紀[1]

【はじめに】我々は，RPSに有用な腹腔内での臓器把持用の機器FJ(Free Jaw) Clip（以下FJC）と腹腔内の糸を体外に引き出すための機器F loop Plus（以下FLP）を地元眼鏡枠メーカーCHARMANTと開発した．
【製品概略】FJCは通常用いる腹腔鏡用鉗子で操作可能な着脱式のステンレス製で，把持力は強いが組織挫滅が少ない．　FJCにつけた糸を体外に引きだすには，22G注射針に先端がループになるように4-0ナイロンを通したものを用いてきた．安価だが細い針に細い糸を通して準備するのは手間であり，針刺しの危険もある．そこで，針長が90mmで21Gの特性のステンレス針にφ0.1mmNiTi合金糸を通したものを考案しF loop Plusと名付け製品化した．
【症例1】70歳代女性．体中部前壁大彎寄りの20mmのSMTに対してLECS施行した．ポートは臍部にFJC 12mm用5mm用計2本，左側腹部に5mm用の3本によるReduced Port Surgery（RPS）で行った．FJC12mm用とベンローズドレーンで肝左葉を展開，胃体部前壁をFJC12mm用で把持し足側に牽引．腫瘍周囲はFJC5mmを2個と結紮糸2本の計4本でつり上げるようにし経口内視鏡下で腫瘍部を全周全層切離した．切除部は仮閉鎖の後，縫合器で閉鎖した．
【症例2】70歳代女性．穹窿部壁外性発育のGIST．ポートは症例１と同様．胃体部前壁と腫瘍のやや肛門側の胃壁をそれぞれFJC12mm用で把持し足側に牽引．肝左葉の辺縁をFJC12mm用で把持牽引し視野確保．腫瘍周囲の血管を処理後，腫瘍近傍の胃壁をFJC5mm用で把持し縫合器で胃の局所切除を行った．
【結果】FJCにつけた糸を体外に引きだすには全てFLPを用いた．FJCによる組織挫滅やFLPによる合併症は認めなかった．
【結語】FJCとFLPは胃局所切除術におけるRPSに有効と考えられる

O-8-09

胃癌全摘出8年後に皮膚転移で再発した1例

釧路赤十字病院　外科

○藤井　康矢、近江　　亮、猪俣　　斉、三栖賢次郎、金古　裕之、
三井　　潤、安孫子剛大

症例は肺癌術後フォローされていた男性。50歳時に心窩部痛認め消化管精査を施行した所、胃体部大彎側に30mm程度のtype0-IIc病変を認め、生検の結果胃癌（por1）の診断に至った。全身精査で転移認めず翌月、胃全摘・胆摘・脾摘・D2郭清・Roux-en-Y吻合を施行した。病理結果はM(ant)、IIc por sm ly1 v0 n1 pstage3aだった。術後経過でダンピング症状認めたが、定期的CT検査では明らかな再発兆候を認めず腫瘍マーカ（CEA、CA19-9）は正常値で経過していた。術後8年経過し以前より認めていた腹部皮下腫瘍増大傾向を認めたため1個切除し検査した所、病理でSkin metastasis of adenocarcinoma真皮内にsig転移認め胃癌転移との結果だった。その後内科で抗癌剤治療（TS-1＋CDDP）開始したが効果みられず癌性腹膜炎発症し再発後1年たたずして永眠された。胃癌皮膚転移の割合は胃癌全体からみて約2%とされており予後不良とされている。多くの文献では数年以内再発しており自験例のように術後8年経過して再発した例は稀である。文献による考察を含め症例を紹介する。