

O-6-2

経皮経肝胆道鏡下電気水圧式結石破砕術が有用であった胆嚢管結石の1例

伊達赤十字病院¹⁾、伊達赤十字病院内科²⁾、伊達赤十字病院循環器科³⁾○鈴木 慎人¹⁾、久居 弘幸¹⁾、櫻井 環¹⁾、飴田 咲貴¹⁾、小柴 裕²⁾、依藤 亨²⁾、宮崎 悦²⁾、武智 茂³⁾、小笠原大介³⁾

症例は81歳。男性。前医で高血圧、糖尿病で通院中、2023年1月上旬に心房細動、心不全で当院循環器科入院し、右季肋部違和感と著明な炎症反応の高値を認め、精査加療目的に当科転科となった。
CTで胆嚢腫大と胆嚢内に無数の小結石、肝S4から前区にかけて85mm大の辺縁がリング状に造影される多房性の不整形低吸収域を認め、急性胆石性胆嚢炎に伴う肝膿瘍と診断した。肝膿瘍は充実性部分が多くを占め液体成分は小範囲に認められるのみであったため、穿刺吸引や経皮的ドレナージは施行しなかった。抗菌薬投与で改善なく、第7病日に経皮経肝胆道ドレナージ(PTGBD)を施行し、症状の改善を認めた。血液・胆汁培養でStreptococcus anginosus groupが検出された。心機能低下により手術不適応と判断された。胆嚢管に6mmの結石が嵌頓していたため、ドレナージチューブの抜去が困難であった。第33病日に経乳頭胆嚢ドレナージを試みたが、嵌頓結石のため胆嚢側ガイドワイヤー(GW)を進めることができなかった。さらに経皮経肝的に胆嚢ステントリングを試みたが結石嵌頓によりGWを進められなかった。そこでPTGBD瘻孔を12Frまで拡張後に、第63病日に胆道鏡(SpyGlass DS)を胆嚢管結石手前まで挿入し、電気水圧衝撃波にて結石を破砕した。GWおよびscopeが通過可能となり、7Fr両端pigtailカテーテルを留置した。偶発症は認めなかった。外瘻チューブを抜去し、第85病日に退院した。現在まで胆嚢炎の再発は認めていない。

O-6-4

釧路赤十字病院への出張内視鏡治療の取り組みとその安全性

大森赤十字病院¹⁾、釧路赤十字病院 内科²⁾、釧路赤十字病院 外科³⁾○千葉 秀幸¹⁾、海老澤 佑¹⁾、小林 幹生¹⁾、有本 純¹⁾、桑原 洋紀¹⁾、中岡 宙子¹⁾、北川 浩彦²⁾、近江 亮³⁾

【背景】早期癌に対する内視鏡的粘膜下層剥離術(ESD)は低侵襲治療ではあるが施設や術者経験も求められる。一方地域によってはESDに精通した医師が急遽不在となり患者の行き場や他院への紹介による治療の遅れが危惧される。
【目的】釧路日赤で消化器常勤医が異動・退職に伴い不在となったため大森日赤の消化器内科医師が、医療支援業務として出張ESDを行っている。今回その治療の安全性について評価した。
【方法】2019年10月から2023年6月までに釧路日赤で大森日赤医師が施行したESD症例を対象。治療は出張曜日である木曜に原則施行した。術翌日採血、胃ESD後では全例セカンドロップ内視鏡を行った。大腸ESDは原則ESD後に縫縮を行った。出張医は術後翌日までの管理とし、その後は釧路日赤の主治医が管理した。食事管理は週末の出血リスクを考慮し週明けの月曜に開始、術後7日目程度で退院とした。
【結果】(値はすべて中央値)食道3病変。年齢59歳(59-78歳)、病変径15mm(12-16)、術時間25分(20-45)、合併症なし。病理はEPI、LPMI、胃食道接合部の粘膜内癌1。治療切除率100%、術後入院日数7日。胃ESD25病変。年齢72歳(62-86歳)、病変径15mm(5-50)、術時間21分(6-55)、後出血1例(翌日)、穿孔0例、病理は腫瘍5、T1a13、T1b2。その他5。治療切除率92%。術後入院日数7日。大腸ESD31病変。年齢62歳(41-90歳)、部位は右側15左側11直腸5、病変径22mm(10-45)、術時間20分(6-150)、合併症なし。病理：锯齿状6、低異型度腺腫13、Tis9、T1a1、T1b1、NET1。治療切除率97%、術後入院日数5日。
【総括】治療の選定は必要であるが経験豊富な内視鏡医が介入することによりESDは安全に施行され術後の管理も良好であった。

O-6-6

姫路赤十字病院における小児消化器内視鏡検査の現状

姫路赤十字病院¹⁾、小児外科²⁾、小児科³⁾○堀 伸一郎¹⁾、辻本 優梨¹⁾、村松 敏郎¹⁾、山本 淳史¹⁾、山本 洋輔¹⁾、村上 詩歩¹⁾、馬場 雄己¹⁾、高島 健司¹⁾、高田 齋門¹⁾、筑木 隆雄¹⁾、多田 俊史¹⁾、高木慎二郎¹⁾、森井 和彦¹⁾、中村進一郎¹⁾、福澤 宏明²⁾、久泉 真章³⁾、岡田 裕之¹⁾

【背景】小児消化器疾患の診療において、消化器内視鏡検査は重要な手技である。当院では、消化器内科医が内視鏡検査を行っているが、小児内視鏡検査の報告は少ない。
【方法】2014年から2022年の期間で、月齢180ヶ月未満の小児を対象として当院で内視鏡検査を受けた患者の年齢、性別、基礎疾患、内視鏡診断、内視鏡治療の種類、鎮静等について後ろ向きにデータを収集し、解析した。
【結果】内視鏡検査数は167件であり、男性が109名、女性が58名であった。主な受診理由は消化管出血が54件、腹痛が40件、嘔気嘔吐が26件、下痢が21件、食道閉鎖術後経過観察目的が20件、異物誤飲が16件であった。検査方法は、上部消化管内視鏡検査が109件、大腸内視鏡内視鏡検査が57件、超音波内視鏡検査が1件であった。主たる内視鏡診断は、上部消化管では、食道狭窄が20件、十二指腸潰瘍が19件、消化管異物が17件、食道静脈瘤が6件であり、下部消化管では、盲腸癌が1件、潰瘍性大腸炎が17件、クローン病が17件、大腸ポリープが16件であった。治療内視鏡は61件に施行され、食道バルーン拡張が20例、異物除去が17例、大腸ポリープ切除が16例、止血術が7例、胃留置管が1例であった。内視鏡時の鎮静は、全身麻酔が96例、鎮静剤使用が57例、鎮静なしが14例であった。内視鏡検査・治療に伴う偶発症はなかった。
【考察と総括】当院で施行した小児内視鏡検査は偶発症の発生はなく、安全に施行できた。十二指腸潰瘍や消化管異物は、小児の内視鏡診療の特徴を示していると思われる。今後も消化器内科医が、小児内視鏡診療に積極的に関わる機会が増えると思われる。

O-6-3

超音波検査を起点として診断された穿孔性虫垂炎の1例

釧路赤十字病院¹⁾、釧路赤十字病院 乳腺外科・呼吸器外科²⁾○佐藤ゆりこ¹⁾、三橋賢次郎²⁾

【はじめに】超音波検査は非侵襲的な検査でありながら、質的評価を可能にした検査である。しかし、検査者の技量や知識が精度として反映される検査でもある。今回紹介する症例は私が超音波検査に携わり約1年経過した頃に経験した症例である。
【虫垂炎と超音波検査】虫垂炎は急性腹症の中でも頻度の高い疾患であり穿孔や腹膜炎を起こす可能性もあるが、早期診断と治療が求められる。しかし周囲の腸管ガス等で同定が難しい場合もあり、経験の浅い検査者にとっては評価の難しい検査である。
【虫垂炎と緊急手術】当院での3年間の緊急手術の内訳を見ると虫垂炎が最も多いことが判明した。CTや超音波検査等で膿瘍や腹膜炎の有無を評価し、緊急手術の要否を判断している。
【症例】80代女性。透折中に右下腹部痛が生じCRP高値であることから休日中に救急搬送された。腹部は軟らかく反跳痛はなかったが、単純CTでは結腸全体は浮腫状となり、特に上行結腸の炎症波及が目立っていた。腹水の貯留も認められたがfree airは認められず、重症化した腸炎という診断であった。搬送後、入院加療となり2日後に超音波検査を行った。CRPや白血球値は改善傾向にあり、検査時には自発痛はみられなかったが、減圧し変形した虫垂と、虫垂周囲に高輝度エコーを伴う液体貯留が認められ、穿孔を疑う起点となった。検査後、緊急手術となり、穿孔性虫垂炎と、汎発性腹膜炎を起していたことが分かった。
【結語】血液データやCT画像、患者の状態を観察することは、超音波検査において有効だが、思い込みや先入観が働いてしまうこともある。あくまでも、画面に映し出された画像を冷静に判断することが求められる。しかし腸管の評価は経験や技術が求められるが、判断が難しければ、無理をせず上級技師に意見を求めるべきである。

O-6-5

大腸ESD後に繰り返し後出血を認め凝固第13因子欠乏症と診断した1例

大森赤十字病院

○小林 幹生¹⁾、千葉 秀幸¹⁾、林 映道¹⁾、海老澤 佑¹⁾、有本 純¹⁾、桑原 洋紀¹⁾、中岡 宙子¹⁾

【背景】内視鏡的粘膜下層剥離術(ESD)は早期大腸癌に対する有効な治療法であり、後出血は重篤な偶発症の一つである。後出血を繰り返し、凝固第13因子(F13)欠乏症と診断した1例を経験した。
【症例】85歳男性。肝硬変(Child-B)で加療中。X-1年6月に大腸腺腫に対しESDを施行し、術後4日目に後出血を認めた。緊急で下部消化管内視鏡検査(CS)を施行し、潰瘍部から湧出性出血を認め、クリップで縫縮止血を行った。X年3月に大腸腺腫2病変に対しESDを施行し、術後1日目に後出血を認めた。X年4月に大腸腺腫2病変に対してESDを施行し、術後1日目に後出血を認め、高度貧血があり赤血球輸血4単位を投与した。ESD後出血を繰り返すため、出血素因を精査したが、軽度の血小板低下は認められたものの、PT/aPTT、出血時間は正常範囲内であった。血液内科にコンサルトし、F13を測定し、39%(正常値:70-130%)と高度減少を認め、F13欠乏症と診断した。X年5月の大腸腺腫に対するESD施行の際には、術前にF13濃縮製剤補充を行った。退院後の術後11日目に後出血を認めたが、緊急内視鏡は要さず、その後の血便再燃は認めなかった。
【考察】大腸ESDの後出血は0.5-9.5%とされている。F13は血栓の安定化に関与する蛋白質であり、創傷治癒や組織修復などの過程において重要な役割を果たしている。5-10%以下の活性値で出血傾向を示すとされるが、創傷治癒不全を改善するにはより高い活性値が必要であることが報告されている。本例では、軽度の血小板低下に加えて、F13欠乏症を認めたため、一次止血や組織修復が阻害され、後出血を繰り返したと考えられた。血小板数、PT/aPTT、出血時間が正常で、出血を繰り返す場合はF13欠乏症の可能性も考慮した方がよい。

O-6-7

APSに合併したAIHAの症例

釧路赤十字病院

○山崎 真

【症例】35歳男性
【主訴】体調不良、黄疸
【現病歴】20X-3年12月ごろからの体重減少を主訴に20X-2年12月にA病院を初診しBasedow病と診断された。20X年4月に1週間続く体調不良と黄疸を主訴に再度A病院を受診し著明な貧血の進行と血清総ビリルビン、LDH、尿鉄値の上昇、CTで脾腫を指摘され同日B病院に紹介され即日入院となった。Hb低下、Ret上昇、ハプトグロビン(PSL)30mg/日で治療導入され溶血所見は改善した。のちに直接クームス試験陽性と寒冷凝集素の存在、更に補体(C3、C4、血清補体価)の低下、ループスアンチコアグulant陽性(1.4)も認められたため抗リン脂質抗体症候群(APS)の合併が疑われ当科紹介となった。
【経過】追加精査にて抗カルジオリピン抗体陽性(77.1)、抗β2GPI抗体陽性(36.6)、APTT43.1秒と延長を認め、APSと診断した。その他SLE等の自己免疫性疾患を疑う所見はなかった。血清不規則抗体検査では抗JK(SUP)b(+/SUP)抗体を検出し、APSを合併したAIHAとしPSL漸減を継続した。また頭部MRIで微小多発脳梗塞を認め、エドキサパン60mg/日による抗凝固療法を開始した。以降神経症状の発症はなく、現在PSL14mg/日で再燃なく経過している。
【考察】AIHAは膠原病患者、特にSLE患者において合併することはよく知られている一方、APS単独の症例での合併は少数の症例報告が存在するに留まる。APSとAIHAの直接的な関係性に関しては明らかではないが、今回の症例を通し文献的考察を加え症例呈示をする。