

Y-6-01

全国赤十字病院肝炎患ネットワークによる、 全国規模のウイルス肝炎対策

武蔵野赤十字病院 消化器科

○板倉 潤、黒崎 雅之、泉 並木

【目的】ウイルス肝炎の治療・検査法は近年長足の進歩を遂げ、B型肝炎の病状コントロール率、C型肝炎のウイルス排除率はともに向上している。しかし、慢性肝炎・肝硬変症例の増悪防止や肝癌の早期発見には、長期的な経過観察が必要であり、専門医とかりつけ医の緊密な連携が重要である。連携確立のためのツールを全国的視野で検討するため、厚生労働省科研究費研究事業（現 日本医療研究開発機構研究事業）の補助のもと、平成23年度より全国92赤十字病院を班員とする全国赤十字病院肝炎患ネットワークを立ち上げ、検討を行ってきた。その内容について報告する。

【結果】初年度の平成23年度には、全国赤十字病院が連携を行った病院・診療所を対象に、ウイルス肝炎に対する意識・対応についてアンケート調査を行った。結果としては各病院・診療所周圍の医療資源の多寡により、専門医への紹介基準や紹介率に差を認めた。これを踏まえて都市形態別の肝硬変・肝がん治療後患者を対象とするクリニカルパスを作成導入、翌平成24年度では導入後に病院・診療所の意識がどのように変化してきたかについてアンケート調査を行った。調査の結果、実際にパスを導入した施設について、連携意識の向上が認められた。一方、連携を促進・牽引する立場である都道府県担当課の意識についても全国にアンケートを行い、検討を行った。これら一連の検討の他に、B型・C型肝炎の治療成績、肝がんの予後、急性肝炎の発生状況などを全国規模でデータ収集を続けており、平成26年度からは肝硬変による腹水、B型・C型肝炎に対する診療指針作成を目標に据えた、様々な検討を行っている。

【結論】肝炎患の様々な状況に対する全国規模での検討を、多数の赤十字病院が協同し、今後も推進していく予定である。

Y-6-03

大腸がん検診2次検査としての CT colonography 診断能の検討

岐阜赤十字病院 消化器内科¹⁾、サンライズクリニック 消化器内科²⁾、
木沢記念病院 病理診断センター³⁾

○名倉 一夫¹⁾、杉江 岳彦¹⁾、小川 憲吾¹⁾、松下 知路¹⁾、
高橋 裕司¹⁾、伊藤 陽一郎¹⁾、美濃輪 博英²⁾、山田 鉄也³⁾

【目的】連携医療機関との共同研究にて大腸がん検診2次検査としてのCT colonography (CTC) の診断能を検証する。

【対象】2012年5月より2015年3月の期間に検診・ドック便潜血反応陽性のため健診施設サンライズクリニックにて施行されたCTCにおいて6mm以上の病変が診断され、当院で全大腸内視鏡検査を行った98例。年齢は中央値55歳(31~80歳)、性別は男性67例、女性31例。内視鏡検査にて122病変が診断され、大きさは6~9mm75病変、10mm以上47病変。部位は左側大腸78病変、右側44病変。形態は隆起型(Ip, Isp, Is) 106病変、表面平坦型(IIa) 15病変、2型m1病変。病理診断の内訳は腺腫97病変、早期癌13病変、進行癌1病変、非腫瘍性ポリープ10病変、脂肪腫1病変。CTCの前処置はタギング用造影剤(バリウム)を使用91例、その他7例。

【検討項目】1) 内視鏡検査をゴールドスタンダードとして6mm以上と10mm以上でCTC病変検出能を評価。2) 病変部位(左側/右側)、形態(隆起型/表面平坦型)、大きさ(6~9mm/10mm以上)、前処置(良/やや不良/不良)を説明因子として診断不一致要因を検討した。

【結果】1) 病変検出感度/陽性反応の中心値は6mm以上で84.4%/92.0%、10mm以上で91.5%/97.8%。2) 6mm以上で偽陰性19病変、偽陽性9病変、10mm以上で偽陰性5病変、偽陽性1病変。診断不一致要因として偽陰性例では右側結腸、表面平坦型が有意な因子であった。

【結論】右側結腸、平坦型病変の診断に課題を残すものの、CTCは大腸がん検診2次検査として内視鏡検査の補完的役割を期待できる可能性が示唆された。

Y-6-05

消化器疾患に対するNOSE (Natural orifice specimen extraction) 手法によるIncision Less Surgery

前橋赤十字病院 消化器病センター 外科

○富澤 直樹、安東 立正

【諸言】腹腔鏡手術の更なる低侵襲化の最大のneckは小開腹による体壁破壊である。当院では2008年より自然孔を利用した標本摘出：NOSE (Natural orifice specimen extraction) 手法で小開腹を省略するIncision Less Surgery (以下ILS) を導入した。この手法の腹部創はポート創のみであり整容性に優れ、術後の疼痛も非常に軽微である。しかし手法は煩雑かつ発達途上で、一般病院で行うには外科手術チームの協力が不可欠であった。その取り組みについて報告する。【方法】ILSの手法には主に3種類のNOSE手法が用いた。(直腸反転法) 直腸を肛門から反転し引き出して病変を切除する方法。この手法は会陰操作のウエイトが大きいため腹腔鏡操作と同時に進行のため、2チームのスタッフを配置する。TASE (Transanal specimen extraction) 経肛門的標本摘出法：本法は切除した腸管を肛門側腸管経路で摘出する。摘出等には術中内視鏡を駆使し、特殊な内視鏡外科器機も使用する。TVSE (Transvaginal specimen extraction) 経陰道的標本摘出法：本法は陰を摘出経路だけでなく腹腔鏡操作の補助ポートや腹腔内吻合の縫合器を挿入するルートとして使用する。どの手法も病態によって頻回の体位変換や特殊器機が必要でチーム内での術前シミュレーションも重要であった。【結果】全156症例176病変にILSを適応した。直腸反転法49例、TASE59例、TVSE48例。手法の定型化によりNOSE手法はスムーズになり、TVSEにおいて初期には30分必要とした陰の開放が12分に短縮した。TASEでは内視鏡等を手術室に常備し、その操作に習熟することで手術が円滑に進行するようになった。合併症は縫合不全5例、SSI1例でNOSE手法に関するトラブルなく局所再発はなかった。術創に関する従来の当院のSSIは15~20%は高かったが、ILSの導入によって皆無となった。【結論】新規術式に医師・看護師・CEなどチームで取り組むことで定型化が可能で、患者の術後QOLの向上に寄与できた。

Y-6-02

悪性消化管閉塞に対する姑息的消化管ステント留置術の 治療成績

庄原赤十字病院 内科

○東山 真、森元 晋、山岡 賢治、竹内 泰江、児玉 健一郎、
山崎 祥子、大屋 一輝、小林 愛沙、舛田 裕道、沼田 紀史、
服部 宜裕、鎌田 耕治、中島 浩一郎

【目的】当院における悪性消化管閉塞に対する姑息的消化管ステント留置術の治療成績を検討し、有用性と安全性を明らかにする。

【対象と方法】2013年4月から2015年4月に当院で姑息的消化管ステント留置術を行った19症例(胃4例、十二指腸10例、大腸5例、男性7例、女性12例、平均年齢73.5歳)を対象とし、治療成績、偶発症について検討した。原疾患は胃十二指腸閉塞：胆嚢癌1例、胃癌5例、膵癌6例、胆管癌2例、大腸閉塞：大腸癌3例、膵癌1例、胃癌1例であった。狭窄・閉塞の評価は胃十二指腸はGOOSS、大腸はCROSSを用いた。

【結果】胃十二指腸：GOOSSの平均scoreは留置前0.7から留置後2.4に改善し、64%(9/14例)で3点まで改善を認めた。14%(2/14例)でスコア改善を認めず、胃癌症例で麻痺性イレウスが原因と考えられた。再狭窄を7%(1/14例、開存期間2週間)に認めたが、再ステント留置で閉塞が解除された。ステント留置後平均生存期間は2.2ヶ月(1週間~7ヶ月、全例死亡)であった。7%(1/14例)で乳頭閉塞による閉塞性黄疸を認め、経皮経肝の胆道ドレーナージ術を行った。ステント逸脱、穿孔、膿瘍形成は認めなかった。大腸：CROSSの平均scoreは留置前1から留置後3.9で、80%(4/5例)で4点まで改善を認めた。再狭窄を60%(3/5例、平均開存期間11.0ヶ月、7-17ヶ月)に認めたが、全例再ステント留置で閉塞が解除された。ステント留置後平均生存期間は14.5ヶ月(1-19ヶ月、3例生存、1例死亡)であった。40%(2/5例)で下血を認めたが、保存的治療で軽快した。ステント逸脱、穿孔、膿瘍形成は認めなかった。

【結論】悪性消化管狭窄に対する姑息的消化管ステント留置術は閉塞症状の緩和に寄与し、再狭窄にも対応可能であり、有用かつ安全な治療法と考えられた。

Y-6-04

当院における食道ESD後狭窄予防に対する ステロイド局注法の成績

京都第一赤十字病院 消化器内科

○山田 真也、川上 巧、鈴木 隆裕、藤井 秀樹、戸祭 直也、
中村 英樹、佐藤 秀樹、奥山 祐右、木村 浩之、吉田 憲正

【目的】食道ESDの普及とともにその晩期合併症としての食道狭窄が問題となるケースが増加してきている。近年、狭窄予防のため、ステロイド投与を中心とした切除後の狭窄予防法について種々の報告はあるが、投与経路や方法についてコンセンサスは得られていない。当科では既報に従い、2009年12月より広範な切除を要した食道ESD症例に対して、トリウムシノロン局注を行っているため、その治療成績を報告する。

【対象と方法】2009年12月より2015年3月までに食道ESDを行った173例のうち、トリウムシノロン局注を必要とした35例を対象に、ESD後の狭窄頻度と狭窄をきたした症例についてその病変や患者の背景を検討した。トリウムシノロン局注は治療直後の1回で、80-120mgを潰瘍底にまんべんなく投与した。狭窄の定義は、固形物の通過障害を訴え、内視鏡検査を施行した際に通常径(9.2mm)のスコープが通過しない場合とした。

【結果】トリウムシノロン局注を行った35例中、狭窄を起こした症例は5例(14.3%)であった。5例いずれも5/6周以上の切除を行った症例であり、5/6周以上の切除を行った症例に限れば、狭窄率は35.7%(5/14例)と高かった。また、狭窄解除までに平均4回のバルーン拡張術を要した。5例のうち1例は、症状も軽微でありバルーン拡張を行わずに経過を観察したところ、自然に通常径のスコープが通過するまで狭窄は改善した。

【結論】食道ESD後狭窄予防にトリウムシノロン局注は有用であった。ただし、切除範囲が5/6周を超える場合はトリウムシノロン局注では不十分な症例が一定割合で存在するため、今後さらに適切な狭窄予防法の確立が急務と考えられた。

Y-6-06

胃粘膜下腫瘍に対する腹腔内臓器把持用機器FJ (Free Jaw) Clipを用いたReduced Port Surgery

福井赤十字病院 外科¹⁾、同 消化器科²⁾

○藤井 秀則¹⁾、川上 義行¹⁾、青竹 利治¹⁾、皆川 知洋¹⁾、
土居 幸司¹⁾、吉羽 秀磨¹⁾、広瀬 由紀¹⁾、山崎 幸直²⁾、
松永 心祐²⁾

【はじめに】近年Reduced port surgeryが目ざされ、細径鉗子や腹腔内での組織把持装置器具などの開発がされている。我々は、腹腔内での臓器把持用の機器を地元鏡鏡棒製造メーカCHARMANTと開発し使用している。

【製品概要】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機器でリユース可能で経済的にも留意している。全長を短くして臓器のつり上げを有効にし、把持力が強く且つ組織損傷が少ないものを開発した。5mmポート用と12mmポート用の2サイズでFJ Clipと名付け昨年末に発売開始した。

【症例】胃局所切除7例に使用し、2例は当院消化器内科の協力で腹腔鏡・内視鏡合同手術(LECS)を行った。臍部に1.5-2cmの縦切開を置き、筋膜の欠損孔から気腹針で気腹後Optical View法で12mm用トロッカーを挿入。その左側に5mm用金属トロッカーを挿入し、左上腹部には5mmあるいは12mmトロッカーを挿入することで臍部2ポート+1ポートによるReduced Port Surgeryのセッティングを行う。肝左葉の圧排には12mm用FJ-Clipとベンロードレインを用いた。胃壁の把持牽引はFJ Clipを2個用いることでポートの追加なく腫瘍周囲の胃壁の血管処理は容易であった。LECSでは内視鏡によるESDテクニックで腫瘍の肛門側3分の1週切開後、腹腔鏡下に超音波凝固切開装置を用いて完全切除を行った。胃壁の閉鎖には自動縫合器を用いたがその際の胃壁の把持にもFJ Clipは有用であった。

【まとめ】FJ ClipはLECSを含め種々のReduced Port Surgeryに有効と考えられる。