

JGES-Kanto Cup 12/11 (日) 第 1 会場 A 13:50~16:20

司会	自治医科大学 消化器内科	矢野 智則
	北里大学医学部 消化器内科学	岩井 知久
	東京医科大学 消化器内科学分野	福澤 誠克
評価者	国際医療福祉大学市川病院 消化器内科	鈴木 翔
	日本大学板橋病院 消化器内科	齋藤 圭
	東京医科大学 消化器内科	向井俊太郎
	昭和大学病院 消化器内科	居軒 和也
	昭和大学江東豊洲病院 消化器センター	島村 勇人
	埼玉医科大学国際医療センター 消化器内科	田島 知明
	東京大学医学部附属病院 光学医療診療部	角嶋 直美
	慶應義塾大学医学部 腫瘍センター低侵襲療法研究開発部門	加藤 元彦
	杏林大学医学部 消化器内科学	大野亜希子
	共催 エム・シー・メディカル株式会社	
	オリンパスマーケティング株式会社	

JGES-Kanto Cup-01. 食道癌化学放射線療法後の食道完全閉塞に対する内視鏡治療
～直視コンベックスEUS下再開通術～

獨協医科大学埼玉医療センター 消化器内科 ○小堀 郁博, 桑田 潤, 行徳 芳則
片山 裕視, 玉野 正也

JGES-Kanto Cup-02. 胃に穿通し埋没した魚骨を内視鏡的粘膜下層剥離術 (ESD) で除去した1例
北里大学医学部 消化器内科学¹⁾ ○田邊 美奈¹⁾, 和田 拓也¹⁾, 田邊 聡²⁾
同 新世紀医療開発センター²⁾ 草野 央¹⁾

JGES-Kanto Cup-03. ESD中途撤退後の全周切開瘢痕による強固な繊維化に対するESDの1例
東京大学医学部附属病院 消化器内科 ○大木 大輔, 辻 陽介, 藤城 光弘

JGES-Kanto Cup-04. 胃ESD後遅発性穿孔に対しOver-the-Scope Clip(OTSC)で保存的に加療
しえたクローン病の1例

群馬大学大学院医学系研究科 消化器・肝臓内科学 ○田中 寛人, 春日 健吾, 保坂 浩子
栗林 志行, 浦岡 俊夫

JGES-Kanto Cup-05. 孤立性胃静脈瘤に対するEUS-Vascular Therapyの検討

獨協医科大学医学部 内科学(消化器)講座¹⁾ ○永島 一憲¹⁾, 澁川 悟朗²⁾, 入澤 篤志¹⁾
福島県立医科大学会津医療センター 消化器内科学講座²⁾

JGES-Kanto Cup-06. 当院での初学者に対する胃ESDの教育プログラム

日本大学医学部内科学系 消化器肝臓内科学分野 ○山田 優紀, 後藤田卓志, 岩男 彩
高須 綾香, 木暮 宏史

JGES-Kanto Cup-07. 浸水およびゲル浸漬下での低圧内視鏡により困難を克服した十二指腸ESDの1例

埼玉医科大学国際医療センター 消化器内視鏡科 ○石川 翼, 田島 知明, 村松 孝洋
眞下 由美, 良沢 昭銘

JGES-Kanto Cup-08. Retroflex positionが有用だった十二指腸水平部の憩室出血の1例

深谷赤十字病院 消化器科 ○葛西 豊高, 江藤 宏幸, 佐藤 伸悟
丸田四季子, 伊藤 博

JGES-Kanto Cup-09. 若手内視鏡医がESDを完遂し治療切除が得られた径12cm肛門輪に達する早期直腸癌の一例

日本医科大学 消化器内科学¹⁾ ○小泉英里子¹⁾, 後藤 修^{1,2)}, 樋口 和寿¹⁾
日本医科大学付属病院 内視鏡センター²⁾ 岩切 勝彦¹⁾

JGES-Kanto Cup-10. 回盲弁の上下唇にまたがる早期大腸癌に対しUEMR (Underwater EMR)が有用であった1例

東京医科大学 消化器内科 ○内藤咲貴子, 福澤 誠克, 森瀬 貴之
河野 真, 糸井 隆夫

JGES-Kanto Cup-11. 新規縫縮法を用いて完全閉創した大型大腸病変に対するESDの1例

慶應義塾大学医学部 腫瘍センター 低侵襲療法研究開発部門 ○高取 祐作, 増永 哲平, 加藤 元彦
矢作 直久

JGES-Kanto Cup-12. 20mm以上のSessile serrated lesionに対する“SIMPLE” Piecemeal cold snare polypectomy

NTT東日本関東病院 消化管内科 ○木本 義明, 港 洋平, 大圃 研

JGES-Kanto Cup-13. 肝門部領域悪性胆管閉塞に対するドリルダイレータTornus ESを用いたトラブルシューティング

がん研究会有明病院 肝胆膵内科 ○岡本 武士, 石塚 隆浩, 山田 学
笹平 直樹

JGES-Kanto Cup-14. 肝門部領域胆管癌に対し一期的にEUS-HDS&HGSを施行した一例

日本大学医学部附属板橋病院 消化器肝臓内科 ○野村 舟三, 齋藤 圭, 國吉 宣行
藤澤真理子, 木暮 宏史

JGES-Kanto Cup-15. EUS-HGSのstent-stone complexによるball valve syndromeを呈した1例

東京歯科大学市川総合病院 消化器内科 ○望月もえぎ, 中村 健二, 荒畑 恭子
岸川 浩, 西田 次郎

JGES-Kanto Cup-16. 良性胆管空腸吻合部完全閉塞に対する一期的EUS-intervention with saddle-cross method

国立がん研究センター中央病院 ○川崎 佑輝, 脇岡 範, 竹下宏太郎
斎藤 豊

JGES-Kanto Cup

司 会	自治医科大学 消化器内科	矢野 智則
	北里大学医学部 消化器内科学	岩井 知久
	東京医科大学 消化器内科学分野	福澤 誠克
評 価 者	国際医療福祉大学市川病院 消化器内科	鈴木 翔
	日本大学板橋病院 消化器内科	齋藤 圭
	東京医科大学 消化器内科	向井俊太郎
	昭和大学病院 消化器内科	居軒 和也
	昭和大学江東豊洲病院 消化器センター	島村 勇人
	埼玉医科大学国際医療センター 消化器内科	田島 知明
	東京大学医学部附属病院 光学医療診療部	角嶋 直美
	慶應義塾大学医学部 腫瘍センター低侵襲療法研究開発部門	加藤 元彦
	杏林大学医学部 消化器内科学	大野亜希子
	エム・シー・メディカル株式会社	
	オリンパスマーケティング株式会社	
共 催		

JGES-Kanto Cup-01

食道癌化学放射線療法後の食道完全閉塞に対する内視鏡治療～直視コンベックスEUS下再開通術～

獨協医科大学埼玉医療センター 消化器内科

○小堀郁博, 桑田 潤, 行徳芳則, 片山裕視, 玉野正也
食道癌に対するCRT後の食道完全閉塞は稀であるが、発症した場合の治療は困難である。我々は直視コンベックスEUS (TGF-UC260J; オリンパス) を用いたランデブー法による内視鏡的な再開通術を経験したので報告する。症例は78歳女性で、食道癌に対するCRT後に食道完全閉塞を発症され、低侵襲治療による経口摂取の再開を強く希望されたため、内視鏡治療を行った。まず胃瘻ルートから細径内視鏡を挿入し、食道閉塞部位まで逆行性に進行させた。次に直視コンベックスEUSを経口的に挿入し、食道閉塞部位まで進行させた。逆行性に挿入したスコープから食道内に生食を注入することにより、食道閉塞部を挟んだ反対側の食道内腔を経口的に挿入したEUSで認識可能であった。EUSガイド下で対側食道内腔を19G針で穿刺し、穿刺針が食道内腔にあることを、透視造影と逆行性に挿入した内視鏡で確認した。ガイドワイヤーを留置し、バルーンカテーテルで閉塞部位を拡張し、スコープの通過が可能となった。その後経口摂取が可能となり、経過観察中である。食道完全閉塞においても、直視EUSを使用することで安全に再開通術が可能である。

JGES-Kanto Cup-03

ESD中途撤退後の全周切開瘢痕による強固な繊維化に対するESDの1例

東京大学医学部附属病院 消化器内科

○大木大輔, 辻 陽介, 藤城光弘

前医で早期胃癌3病変の0-2aに対するESDを施行。3病変目の処置中、全周切開後に剥離を半分程度まで進めた段階で突如血圧、心拍及び呼吸数低下を認め中断。腹部の著名な膨隆を認め穿刺でエアーが引け、CT上も腹腔内遊離ガス、縦郭気腫及び皮下気腫を認めたため胃穿孔による腹部コンパートメント症候群が考えられた。胃透視では腹腔内への造影剤流出を認めた。追加ESD困難と判断され、同院外科への相談では胃全摘の方針であり、局所切除の可能性を検討目的に当院紹介となった。当院精査時には病変周囲全周に切開瘢痕あり、肛門側に反応性と思しき平滑な隆起を伴っていた。線維化高度であることが予想されたが試し局注では多少粘膜の浮きを認めたためESDを試す方針となった。ESD時には全周性の瘢痕及び、特に肛門側には一部前医で剥離を行った影響で広範囲の強固な線維化を認めた。全周瘢痕の更に外側よりPocket-creation methodで進め、肛門側の線維化部分では糸付きクリップ牽引法やマルチベンディングスコープを併用し一括切除に成功した。剥離後潰瘍底にはPGA被覆法を行い、術中術後に明らかな偶発症を認めず退院となった。病理所見はM癌、R0切除であり治療切除が得られた。

JGES-Kanto Cup-02

胃に穿通し埋没した魚骨を内視鏡的粘膜下層剥離術(ESD)で除去した1例

北里大学医学部 消化器内科学¹⁾

北里大学医学部 新世紀医療開発センター²⁾

○田邊美奈¹⁾, 和田拓也¹⁾, 田邊 聡²⁾, 草野 央¹⁾
我々は胃に埋没した魚骨をESDテクニックを用いて摘除したので報告する。症例: 70歳代女性。20XX年10月21日に魚料理を摂取した。翌22日より心窩部痛を自覚し、23日に前医を受診した。単純CT検査では胃体下部後壁に魚骨を認め、胃壁外への穿通を認めた。上部消化管内視鏡検査では胃内からは魚骨は確認できず、禁食と抗生剤で経過観察され、11月2日に当院当科を紹介受診した。当院で施行したCT検査では魚骨は胃壁内に迷入していることが予想され、更に魚骨先端が総肝動脈に接していたため外科手術による摘除も検討したが、侵襲を考え外科スタンバイのもと内視鏡的に摘除する方針となった。通常観察では魚骨の位置を確認できずEUSを用いたところ前庭部小弯に魚骨を確認できた。ESDテクニックを用いて粘膜剥離を行い筋層を露出させて魚骨を確認し、把持鉗子を用いて除去した。ESD後は経過良好で11月7日に退院した。消化管に埋没した異物は内視鏡的には摘除困難で手術を施行することが多いが、内視鏡的に摘除することができれば低侵襲で治療が行える。本症例により消化管内に埋没した異物でも、EUSで異物の場所を同定し、ESDテクニックを用いて安全に除去できる可能性が示唆された。

JGES-Kanto Cup-04

胃ESD後遅発性穿孔に対しOver-the-Scope Clip(OTSC)で保存的に加療しえたクローン病の1例

群馬大学大学院医学系研究科 消化器・肝臓内科学

○田中寛人, 春日健吾, 保坂浩子, 栗林志行, 浦岡俊夫

【症例】80歳代男性【現病歴】スクリーニング内視鏡で残胃穹窿部大弯20mm, 0-IIa, 分化型, UL(-)と診断され、内視鏡的粘膜下層剥離術(ESD)目的に当科入院となった。

【既往歴】小腸型クローン病(回盲部切除後)、十二指腸潰瘍(幽門側胃切除後)【入院後経過】ESDにて偶発症なく病変を一括切除したが、同日深夜に突然の腹痛が出現し、腹部CTで肝表にfree airを認めた。内視鏡にて、潰瘍底が全層性に欠損し壁外の組織が確認され遅発性穿孔と診断した。緊急手術も検討したが、ガストログラフィンの腹腔内への流出は認めず、内視鏡的穿孔部閉鎖後に保存的加療の方針とした。Over-the-Scope Clip(OTSC)3個を用いて穿孔部を縫縮し、隙間にポリグリコール酸(PGA)シートとフィブリノゲン糊を散布し完全閉鎖を得た。保存的加療により腹部症状は改善し食事開始としたが、1週間後に突然右下腹部痛が出現した。腹部・骨盤CT上、回盲部切除後の吻合部狭窄に外れたOTSC2個が閉塞していた。吻合部狭窄に対して内視鏡的バルーン拡張術を施行後、OTSCの引き抜き回収に成功した。【結語】残胃ESD後遅発性穿孔に対し、内視鏡的穿孔部閉鎖後保存的に加療しえたクローン病症例を経験した。

JGES-Kanto Cup-05

孤立性胃静脈瘤に対するEUS-Vascular Therapyの検討

獨協医科大学医学部 内科学(消化器)講座¹⁾

福島県立医科大学会津医療センター 消化器内科学講座²⁾

○永島一憲¹⁾, 澁川悟朗²⁾, 入澤篤志¹⁾

【背景と目的】我々は、孤立性胃静脈瘤(iGV)に対する治療として、iGV内にコイルを留置し、その供血路側に硬化剤を注入するEUS-guided coil deployment with sclerotherapy (EUS-CS)を施行している。今回、EUS-CSの有効性、安全性に関して動画症例を交えて提示する。【方法】EUS-CS手技：1) iGVを経食道もしくは経胃的に19GのEUS-FNA針を用いて穿刺、2) iGV内に血管塞栓用のコイルを展開・留置、3) 硬化剤（造影剤添加5%EO）を供血路が造影されるまで注入、4) カラードプラでiGVの血流消失を確認。今回、未治療のiGVに対してEUS-CSを試みた16例を対象に、治療の技術的・臨床的成功率、偶発症、予後を検討した。技術的成功はコイル＋硬化剤の注入、臨床的成功は静脈瘤の消失とした。【結果】技術的・臨床的成功は共に14/16(87.5%)。1例は穿刺が困難症例1/16(6.3%)。穿刺困難症例を除く技術的・臨床的成功は共に14/15(93.3%)。観察期間中に有害事象は認めなかった。不成功症例は3ヵ月後に早期再発を認めた。【結論】EUS-CSは、安全かつ効果的な治療遂行が可能であり、内視鏡治療の第一選択になり得る方法と考えられた。

JGES-Kanto Cup-07

浸水およびゲル浸漬下での低圧内視鏡により困難を克服した十二指腸ESDの1例

埼玉医科大学国際医療センター 消化器内視鏡科

○石川 翼, 田島知明, 村松孝洋, 眞下由美, 良沢昭銘

【背景】Water Pressure Method (WPM)の施行がESDの際の初期剥離の難易度を低下させることや、Gel Immersion Endoscopy (GIE)が検査、治療中の視野確保に有用であることが報告されている。一方、これらの方法は無送気環境で施行するため腸管内は低圧となり虚脱するため内視鏡操作性の向上も期待される。【症例】60歳代女性。上十二指腸角内側壁の30mmの0-IIaに対しESDを施行した。病変は屈曲部に存在し内視鏡操作性は極めて悪かったがWPMに切り替えたことで内視鏡操作性が顕著に向上した。剥離中、送水では視野確保困難な出血に見舞われたが、GIEを併用し良好な視野確保のもと迅速な止血処置が可能となった。不意に術中穿孔をきたしたがクリップ縫縮により応急処置を行った後に病変を一括切除した。粘膜欠損部に対するクリップ縫縮でも送気下では困難であったが、浸水下で腸管を虚脱させを行うことで容易となった。最終的にクリップとOTSCを併用し完全縫縮し術後は遅発性偶発症なく経過した。【結論】十二指腸ESD困難症例において、WPMやGIEがもつ腸管内低圧環境での術術による内視鏡操作性や視野の向上などのメリットを利用することで、襲い掛かる様々な困難性を克服することができた。

JGES-Kanto Cup-06

当院での初学者に対する胃ESDの教育プログラム

日本大学医学部内科学系 消化器肝臓内科学分野

○山田優紀, 後藤田卓志, 岩男 彩, 高須綾香,

木暮宏史

【背景】胃ESDは手技の習得にトレーニングを要する手技である。当院では初学者が安全にESDを行うためにESDトレーニングのための教育プログラムに沿って技術指導を行っている。今回、当院での教育プログラムについてESD初施行から3症例目までの指導の様子と共に紹介する。

【症例1】80歳代男性。胃体下部大彎の15 mm大の0-IIc病変。切除範囲診断を指導医が行い、切開からトレーニングが担当も出血が多かったため適宜指導医と交替しながら切除を行った。【症例2】80歳代女性。胃前庭部大彎の8 mm大の0-IIc病変。本症例は指導医の助言を受けながら完遂することができた。【症例3】70歳代女性。胃体下部から胃角部小彎に広がる55 mm大の0-IIa病変。比較的大きな病変であり、前庭部小彎から胃角部までは指導医が切除を行った。胃角部小彎から指導医と交替しながら切除を行った。

【考察】治療中の適切な指導と治療後の振り返りによりデバイスの使用方法やトラブルシューティングについて理解することができ、確実に技術向上することができた。

【結語】初学者は適切な教育プログラムと指導により技術を学ぶことで効率的で安全に手技を習得することができると考えられた。

JGES-Kanto Cup-08

Retroflex positionが有用だった十二指腸水平部の憩室出血の1例

深谷赤十字病院 消化器科

○葛西豊高, 江藤宏幸, 佐藤伸悟, 丸田四季子, 伊藤 博

【症例】70歳代男性。20XX年6月上旬に出血性胃潰瘍で入院加療を受けた。7月中旬から黒色便が再発した。7月下旬に再診した際に、貧血の増悪を認めた。緊急上部消化管内視鏡を施行した。胃内に黒色残渣を認めたが、胃潰瘍は癒痕化していた。十二指腸水平部まで内視鏡を挿入したところ、血餅が付着した憩室を認めた。血餅を除去したところ、顕出血を認めた。憩室内の口側辺縁から出血しており、順行性観察では出血点の同定は困難だった。先端透明フードを憩室内へ挿入し、アップアングルをかけながら、やや強めに押し込むことにより、retroflex positionを形成した。これにより憩室内の露出血管の正面視が得られた。SureClip（タイプMini）でクリップ止血術を施行し、止血に成功した。【考察】術後再建腸管におけるバルーン小腸内視鏡を用いたERCPの際に、retroflex positionで主乳頭の正面視が得られることにより、胆管挿管の成功率が向上することが報告されている（PMID: 32296000）。自験例ではretroflex positionを用いることで、憩室内の露出血管の正面視を得ることができた。消化管出血に対する止血処置の工夫のひとつとして有用と考えられたため、動画を用いて報告する。

JGES-Kanto Cup-09

若手内視鏡医がESDを完遂し治癒切除が得られた径12cm
肛門輪に達する早期直腸癌の一例

日本医科大学 消化器内科学¹⁾

日本医科大学付属病院 内視鏡センター²⁾

○小泉英里子¹⁾、後藤 修^{1, 2)}、樋口和寿¹⁾、岩切勝彦¹⁾

【症例】90歳代女性。他院で血便精査目的に大腸内視鏡検査を施行、肛門輪に接する巨大LSTを認め、精査加療目的に紹介となった。術前精査の結果ESDの方針となり、卒後9年目・内視鏡歴5年の医師が術者となった。

【経過】DualKnife-Jを用いて口側から反転操作で切開開始、可及的に剥離を進めたのち、順方向で肛門輪周囲にブロカイン5mgを局注、扁平上皮を含めつつ全周切開を行い、完全切除した。術中は指導医が後方から手技を眺めていたものの、術者に有益と思われるアドバイスはなく、しばしば退席した。結局術者交代なく切除時間239分で手技が終了した。潰瘍底にトリウムシロロン50mgを分注、また術翌日よりベタメタゾン座薬2g/日を2ヶ月間投与した。有害事象は認めず、経過良好にて術後3日で退院となった。病理検体の切除径/病変径は127×102mm/118×80mmで、pTis癌R0切除であった。【考察】肛門輪に達する大病変に対するESDは難易度が上昇するうえ切除に長時間を要し、また狭窄や肛門痛への対策も考慮する必要があるため、熟練した医師が行うことが一般的とされる。今回、若手内視鏡医が術者となり奮闘・完遂した一例をビデオとともに紹介する。

JGES-Kanto Cup-11

新規縫縮法を用いて完全閉鎖した大型大腸病変に対する
ESDの1例

慶應義塾大学医学部腫瘍センター 低侵襲療法研究開発部門

○高取祐作、増永哲平、加藤元彦、矢作直久

症例は20歳代女性。便潜血陽性精査目的に近医で施行された下部消化管内視鏡検査で直腸S状部に大型の扁平隆起性病変を指摘され、当院当科へ紹介となった。術前診断は大腸腺腫で、当科にて内視鏡的粘膜下層剥離術(ESD)を施行した。ESDは術中合併症なく終了したが、剥離面が長軸方向に約70mm、短軸方向に約50mmと広範囲にわたったため、遅発性合併症予防目的に術後創部を縫縮する方針とした。しかし病変は屈曲部にあり、かつ大型であったため通常のクリップ法を含めた既存の縫縮法では十分な縫縮が得られないと判断した。そのため我々はまず開閉可能式クリップで筋層のみを長軸方向に折りたたむようにしてかけ、折り紙の要領で筋層の山を作成した。その後、山同士をさらにクリップで閉じることによりクリップ計3個で創部を半分程度まで小さくすることが可能であった。そこから順次辺縁の粘膜も巻き込むようにして縫縮を継続し、完全閉鎖した。術後48時間経過してもクリップは逸脱することなく創部の状態は保たれ、術後3日目に退院となった。本法は内視鏡治療におけるトラブルシューティングの一つとして有用な可能性が考えられたため動画と共に報告する。

JGES-Kanto Cup-10

回盲弁の上下唇にまたがる早期大腸癌に対しUEMR
(Underwater EMR)が有用であった1例

東京医科大学 消化器内科

○内藤咲貴子、福澤誠克、森瀬貴之、河野 真、糸井隆夫

【症例】80歳代女性。便潜血陽性のため大腸内視鏡検査を施行し回盲弁上に40mm大0-Is+IIa(LST-G nodular mixed type)を認めた。腫瘍は回盲弁上から回腸終末部へ1cm程度の進展を認め、腫瘍表層はIIIL, IV型pit主体、一部VI軽度不整で腺腫を主体としたcTis(M)癌を含む病変と診断した。S状結腸の憩室及び横行結腸のたわみによるスコープ操作性不良の点や高齢であることより治療時間を考慮し、UEMRによる治療を選択した。回盲弁の上下唇にまたがる癌が疑われる結節部を一括切除するためUEMRで切除し、回腸終末部へ進展した腫瘍は分割切除とした。治療時間は30分、偶発症は認めなかった。病理診断は、Adenocarcinoma with adenoma, tub1>tub2, pTis(M), Ly0, V0, pHMX, pVM0だった。経過観察の内視鏡では回盲弁狭窄を認め、バルーン拡張後に回腸終末部の切除断端を確認し腫瘍遺残は認めなかった。UEMRは管腔を水で満たし、浮力を用いスネアリングを行う内視鏡治療法である。今回、ESD困難病変に対しても有用な低侵襲治療と考えられたため、動画で供覧する。

JGES-Kanto Cup-12

20mm以上のSessile serrated lesionに対する“SIMPLE”
Piecemeal cold snare polypectomy

NTT東日本関東病院 消化器内科

○木本義明、港 洋平、大圃 研

Sessile serrated lesion(SSL)の癌化は腺腫に比べ稀で、Dysplasia/癌の併存は内視鏡診断可能な場合が多い、一方で、切除方法は未だ確立していない。今回我々はDysplasia/癌の併存がないと診断した20mm以上のSSLに対するPiecemeal cold snare polypectomy(pCSP)の手技を供覧したい。pCSPのTipsを示す。1) S pray acetic acid; 酢酸による粘膜表面の白色化で境界視認向上2) I njection-free; 局注による切除範囲拡大防止3) M oderate-size; 1分割毎の切除サイズを大きくし過ぎない4) P ress snare; スネア先端の圧迫で短径も自在に変形5) L ens water supply; Water jetだとタンポナーデ効果で切除範囲拡大6) E xtend sheath; 無理に引きちぎらずシースのたわみを伸展大腸Endoscopic submucosal dissection(ESD)施行経験のない術者も含まれたが全例施行時間は10分未満、有害事象(穿孔/後出血)も認めなかった。同時/異時性に多発傾向なSSLに対し、患者/医療従事者負担や医療費を軽減でき、かつESDのような特殊な内視鏡技術を取得せずとも施行できるSIMPLEな治療法として、pCSPは20mm以上のSSLの治療選択肢の一つとなりうると思った。

JGES-Kanto Cup-13

肝門部領域悪性胆管閉塞に対するドリルダイレータ

Tornus ESを用いたトラブルシューティング

がん研究会有明病院 肝胆膵内科

○岡本武士, 石塚隆浩, 山田 学, 笹平直樹

【症例】70代女性。【主訴】黄疸、発熱。【現病歴】肝門部領域胆管癌による胆管閉塞に対して3本のインサイドステント（左肝管・前区域枝・後区域枝）が留置されていたが、ステント閉塞による胆管炎の診断となり、3本のアンカバード金属ステント留置目的にERCPを施行した。Stent-in-stent法にて左肝管、後区域枝に金属ステントを留置し、メッシュ間から前区域枝にガイドワイヤーを進めたが、ERCPカテーテルやバルーンダイレータ等の器具が通過しなかった。ドリルダイレータTornus ESを用いると抵抗なくメッシュ間を拡張することができ、3本目の金属ステントを留置し得た。【考察】Stent-in-stent法は、肝門部領域悪性胆管閉塞に対して複数の金属ステントの留置を可能とするが、金属ステントのメッシュ間に追加ステントのデリバリーシステムを通過させることに難渋するケースは少なくない。Tornus ESは超音波内視鏡下インターベンションや膀胱狭窄の拡張における有用性が報告されているが、stent-in-stent法におけるメッシュ間の拡張にも有用であると考えられたため、手技動画を含めて報告する。

JGES-Kanto Cup-15

EUS-HGSのstent-stone complexによるball valve syndromeを呈した1例

東京歯科大学市川総合病院 消化器内科

○望月もえぎ, 中村健二, 荒畑恭子, 岸川 浩, 西田次郎

【症例】80代、女性【主訴】なし【現病歴】X-3年3月に下部胆管癌の診断で手術希望なく胆道ステントが留置された。頻回に胆管炎を発症し、経乳頭のドレナージ不良でX-1年8月にEUS-HGSが施行された。その後も胆管炎を繰り返し、X年3月にステント交換目的に入院。EUS-HGSの胃側ステント端に5×3cmの結石が形成されステントは閉塞し、メッシュ部よりステントを追加留置した。処置後第8病日、突然に嘔吐を繰り返し、CTでEUS-HGSのstent-stone complex (SSC)を先進としたball valve syndromeと診断した。透視下内視鏡を施行し、EUS-HGSのステント肝側をAPCでトリミングし切離したが、結石が巨大で回収は困難であった。胆石性イレウスを懸念し、翌日に約3万発のEHLで結石を破碎し、ステントと一部の結石を回収した。近年、悪性胆道狭窄に対し経乳頭のドレナージの代替法としてEUS-HGSが標準化しているが、EUS-HGSの偶発症は長期経過も含め不明な点も少なくない。本例のようにSSCを生じた際に胆道閉鎖だけでなく、消化管閉塞も稀ながら生じうる。本症例の対処法をビデオで供覧し、若干の文献の考察を加え報告する。

JGES-Kanto Cup-14

肝門部領域胆管癌に対し一期的にEUS-HDS&HGSを施行した一例

日本大学医学部附属板橋病院 消化器肝臓内科

○野村舟三, 齋藤 圭, 國吉宣行, 藤澤真理子, 木暮宏史

80歳代女性。全身倦怠感と黄疸の精査目的に当院紹介された。採血で炎症反応上昇なく肝胆道系酵素は上昇し腫瘍マーカーの上昇を認めた。腹部造影CTで肝門部に約30mmの造影効果が乏しい腫瘍を認め胆管は閉塞し左右肝管は泣き別れていた。検査結果より肝門部領域胆管癌と考え、まず経乳頭の胆道ドレナージを試みたが狭窄が強固でガイドワイヤーは狭窄通過したがステント留置できなかった。経乳頭のドレナージが困難なため年齢や背景疾患を考慮し超音波内視鏡下胆道ドレナージを選択することとし、EG-580UT (Fujifilm)を用いて一期的にEUS-HDSとHGSを施行した。19G EZ Sshot 3 (Olympus)で十二指腸球部からB6を穿刺し0.025VisiGlide 2(Olympus)を留置、4mm REN(KANEKA)で拡張した後8mm10cmNiti-S S-type(Century)を留置した。その後胃からB3に対しHGSを施行し8mm10cm Niti-S S-typeを留置した。術後偶発症は見られず、減黄良好で自宅退院できた。高齢者に対して一期的なEUS-HDS&HGSを施行しえた一例を報告する。

JGES-Kanto Cup-16

良性胆管空腸吻合部完全閉塞に対する一期的EUS-intervention with saddle-cross method

国立がん研究センター中央病院

○川崎佑輝, 脇岡 範, 竹下宏太郎, 斎藤 豊

【症例】30歳代男性。202X年に十二指腸GISTに対して亜全胃温存脾頭十二指腸切除、Child再建を施行された。手術より1年後、肝内胆管拡張、肝機能障害が認められた。経消化管のアプローチでは吻合部は完全閉塞しドレナージ不可であった。このためPTCD下に、経皮的に突破を試みるも、やはり吻合部を突破できず内瘻化目的に当院紹介となった。直視コンベックスを胆管空腸吻合部まで挿入し、内視鏡、EUS像それぞれで吻合部を確認し、19G FNA針で吻合部を穿刺した。ガイドワイヤーを留置し、通電ダイレータ、拡張用バルーンを用いて瘻孔拡張を行った。早期の再狭窄を防ぐため、左右肝管にFully covered self-expandable metallic stent(FC-SEMS)を一期的に留置し、PTBDは抜去できた。2ヶ月後に2本のFC-SEMSを抜去し、吻合部は良好な拡張を得ていた。その後、再狭窄なく経過している。

【考察】胆管空腸吻合部の完全閉塞に対しては、EUS-HGSが用いられることが多いが、ステント交換の必要がある。本法は、吻合部を介した胆管直接穿刺、さらに2本のFC-SEMS留置による確実な瘻孔拡張手技であり、患者負担も少なく、完全閉塞時の理想的な処置と考えられる。