

た。甲状腺乳頭癌を合併しており、原発巣不明の肺転移も認められていた。CT・MRIでは胃前庭部に壁外性の6cm大の充実性腫瘍が認められた。超音波内視鏡では、病変は固有筋層を示す低エコーと連続性が認められた。胃の筋原性肉腫の診断にて胃壁の一部を含めた腫瘍切除術を施行した。腫瘍の近傍には6.5×6.5×4.5cm大の脳回状の特異な形態をしめすものの他、大小の播種性結節が認められた。紡錘型細胞の索状増生からなる腫瘍で、浸潤性発育を示し、細胞密度が高く、核分裂像は1強拡大視野に7.5個認められた。免疫組織学的には、 α -SMAが一部で陽性、NSEが弱陽性である以外筋原性・神経原性マーカーはともに陰性、CD34, c-kit, vimentinが陽性であり、狭義のGISTの悪性例と診断した。

9 食道壁膿瘍の1例

栗田 聡・森 茂紀(信楽園病院)
柳沢 善計・村山 久夫(内科)
森田 俊 (同 病理)

症例は60歳、女性。主訴は嚥下時胸痛。魚類摂取の既往や、気管支炎などの先行感染はなし。平成11年11月初旬から嚥下時胸痛が出現。11月11日内視鏡検査で食道壁から膿汁の流出を認めたため食道壁膿瘍を疑い入院。入院時現症では、微熱と心窩部の圧痛を認め、血液検査では白血球12000/ μ l, CRP 28.10 mg/dlと著明な炎症所見を認めた。胸部CTでは食道中部から下部まで全周性の壁肥厚と一部壁内にガス像を認めた。絶食および抗生剤(CMZ)で治療を開始し、症状は改善。治療1週間後の胸部CTでは食道壁の肥厚は縮小し、壁内ガスは消失。また内視鏡検査では膿汁の流出は認められなかった。

食道壁膿瘍の原因として、粘膜の損傷による原発性、血行感染、隣接臓器からの波及等の続発性が考えられるが本症例は、特発性と考えられ、また保存的治療にて治癒した。

10 ボールペン誤飲の1症例、及び当院での内視鏡的異物摘出の現況と対策

吉田 英春・星野 清(県立加茂病院)
中山 義秀 (内科)

平成元年より当院での上部消化管内視鏡的異物摘出例は硬貨4例、魚骨3例、ビー玉、ブリッジ型義歯各2例、釘、PTP包装錠剤、果実種、ボールペン各々1例、合計15症例であった。摘出の要点は1)異物を確実に把持する。異物により適切な鉗子を選択し可能なら予行する。2)回収時に粘膜損傷を避ける。(食道オーバチュープ内に収納、透明フードやゴム手袋を扇型に切って作製したフードを装着等を利用)の2点が重要である。

ボールペン誤飲症例は23才女性で過食症で嘔吐目的に咽頭を刺激中誤飲した。胃内よりの回収は2チャンネル内視鏡(2T200)を使用し、一本の把持鉗子を長めに出し、この鉗子とボールペンを一緒にスネアで強く把持することでボールペンとスコープを直線的に把持でき、容易に食道胃接合部を通過させ、食道オーバチュープ内に収納し安全に摘出できた。この方法は長い異物の回収に有用であると思われる。

11 左血胸を初発症状とし出血性ショックに至った慢性膵炎合併脾動脈瘤破裂の1救命例 — 脾動脈瘤破裂におけるIVR施行自験4例から —

滝沢 陽子・畑 耕治郎
黒田 兼・塚田 芳久(新潟市民病院)
何 汝朝・月岡 恵(消化器科)
今田 暁子・廣瀬 保夫(同 救命救急センター)

症例は63歳男性、既往に慢性膵炎あり。1ヶ月前より左胸水が指摘され増強するため近医に入院し、翌日に腹痛出現後ショック状態となったが一旦安定した。胸腔穿刺にて血性胸水を認めCTでは腹腔内出血が疑われた。同日再びショック状態となったため当院に搬送された。緊急に腹部血管造影検査を行い脾動脈瘤の破裂を認め、脾動脈本幹をコイルにて塞栓し止血され血行動態は安定した。経過中、脾膿瘍を発症したが膿瘍ドレナージ