

## 11 内視鏡治療で根治できず腸切除術を行った粘膜病変の検討

岡本 春彦・高橋 元子・永橋 昌幸  
小野 一之・田宮 洋一

県立吉田病院外科

SM 癌についてはリンパ節転移の危険性をどのように考えるか、患者と医師の考え方が問題となる。M 癌はリンパ節転移について考える必要がなく、技術的問題のみが関与する。

【目的】M 癌および腺腫の治療において、技術的に切除困難な症例を検討し、内科と外科の接点を考察する。

【方法】内視鏡治療困難例、および、その対策についてビデオ映像を供覧し、内視鏡治療困難な理由が複雑であること、内視鏡治療を完遂するためにはスネアを用いた焼灼法が有効であることを示した。

【まとめ】分割しても完全摘除が困難な病変に対しては、スネアを用いた焼灼法が有用である。腸切除術を選択すべき症例は多くはなく、その適応は、内視鏡と外科手術のメリットおよびリスクを熟知した医師が決定すべきである。

## 第258回新潟循環器談話会

日時 平成21年3月7日(土)  
午後3時～6時  
会場 新潟大学医学部  
第五講義室

### I. 一般演題

#### 1 CABG後の大動脈弁狭窄症による不安定狭心症にPTAVを施行した透析患者の1例

永井 秀哉・土田 圭一\*・萩谷 健一\*  
大瀧 啓太\*・岡村 和気\*・尾崎 和幸\*  
高橋 和義\*・三井田 努\*・小田 弘隆\*  
新潟市民病院救命救急科  
同 循環器科\*

症例は70歳代男性。9年前に腎炎のため人工透析を導入。Y病院にて6年前に労作性狭心症のため2枝CABG(LITA→LAD, RITA→SV→AM branch), 2年前にLCX(No.11)に対しPCI(Cypher 3.5/18mm)を受けた。この頃の心エコーでは大動脈弁圧較差60mmHg, 弁口面積0.8cm<sup>2</sup>の大動脈弁狭窄症(AS)が確認されている。

今回、労作時の胸痛を自覚し、S病院へ入院。不安定狭心症にて、ヘパリンと硝酸イソソルビドの持続静注による保存的治療を開始されたが、入院翌日に心電図上II, III, aVF, V3～6のST低下を伴う胸痛が安静時にも生じ、当院へ紹介搬送となった。当院来院時には胸痛や心電図変化は改善。冠動脈グラフト不全ないしASの重症化のいずれかによる不安定狭心症と考えられた。ニトログリセリン、ヘパリンの持続静注のほかβ遮断薬も開始したが、入院後も安静時胸痛を訴えるなど、CCS class 3以上の状態であった。

入院第5病日に心臓カテーテル検査を施行。CAGにてグラフト狭窄や冠動脈病変の明らかな進行を認めず、大動脈弁圧較差は平均値で65.7mmHg, 大動脈弁口面積0.52cm<sup>2</sup>(大動脈弁