

症例2は83歳の男性。嘔気、嘔吐にて当科受診、同様にCTにて脾仮性嚢胞の嚢胞内出血と診断した。緊急血管造影にてSMA分枝からの出血と判明しTAEを施行した。出血はコントロールできたものの嚢胞の縮小は認められず、経皮経胃的ドレナージを行なった。同症例は一旦退院後2ヶ月経って再出血を来し、再度TAEを施行した。TAEによる脾嚢胞内出血の止血は低侵襲、迅速かつ確実な治療法で、今後脾嚢胞内出血治療の第1選択になると考えられた。

18 大腸カルチノイドの臨床的検討

阿部 行宏・相場 恒雄・古川 浩一
五十嵐健太郎・畑 耕治郎・何 汝朝
月岡 恵

新潟市民病院消化器科

1998～2001年に当院で大腸内視鏡により発見されたカルチノイド21症例23病変（S状結腸2病変、Rs1病変、Ra4病変、Rb16病変、年齢40～80歳、平均54.6歳、男性14例、女性7例）について報告する。

腫瘍径は10mm以下で、肉眼型はSMTのものが9割を占めていた。96年以前はポリペクトミーで、それ以降は大半はEMRが施行されていた。経過観察期間は1年9ヶ月と短く、経過観察は全て大腸内視鏡により行われていた。腫瘍径が8～12mmにおいても同様の結果であった。

文献的に腫瘍径が10mmを超えると転移率が上昇すると報告されている。今回我々は8～12mmの治療法、経過観察を検討したが、観察期間は短く、観察期間中大腸内視鏡にて局所再発は認めなかった。今後の経過観察期間、観察方法の検討が必要と考えた。また、多発例もあり、大腸内視鏡施行時に、より慎重な観察が必要と考えた。

19 V型pit pattern領域の面積が深達度診断に有用と思われた大腸粘膜下層浸潤癌の1例

小林 正明・上村 顕也・森 茂紀
柳沢 善計・小杉 伸一*・大橋 泰博*
佐藤 攻*・木村 格平**・森田 俊**
信楽園病院内科
同 外科*
同 病理**

症例は73歳女性。便潜血陽性精査のため、大腸内視鏡検査を施行。横行結腸に20mmの平坦隆起型病変を認め、やや硬さを示す境界明瞭な陥凹を伴っていた。拡大観察にて、陥凹部にVN型pitを認めたため、sm2の浸潤があると診断し、横行結腸切除術を施行した。実体顕微鏡でも同様のpit patternが観察された。しかし、深達度はsm1(650 μ m)に留まっていた。最近の報告では、V型pit領域径はsm浸潤量と相関し、領域径が5mm以下の場合には内視鏡治療の適応とされている。今回経験した症例も、V型pit領域が比較的小さく、長径が5mmであったことに着目すれば、sm1と診断可能であったと思われた。

20 ヒアルロン酸ナトリウムを用いた大腸粘膜切除の試み

本間 清明・船越 和博・新井 太
秋山 修宏・本山 展隆・小堺 郁夫
加藤 俊幸

県立がんセンター新潟病院内科

内視鏡的大腸粘膜切除術において、病変径が20mmを超えると一括切除率は有意に低下する。当院では、20mmを超える大腸表面型腫瘍に対してヒアルロン酸ナトリウムを用いた内視鏡的粘膜切除(endoscopic mucosal resection using sodium hyaluronate: EMRSH)を施行しており、その実際を提示した。

EMRSHは以下のように施行した。病変近傍からヒアルロン酸ナトリウム溶液を局注し、十分挙上した病変周囲粘膜をニードルナイフで切開した。その溝にスネアをはめ込み病変部を切除した。

ヒアルロン酸ナトリウム溶液局注による粘膜挙