7) IIa 型早期胃癌の内視鏡的切除後に生じた過形成性ポリープの1症例

吉田 英春・中山 義秀 (新潟県立加茂病院内科)
遠藤 雅裕

症例は61歳男性．胃前庭部前壁の隆起性病変（8×6×6 mm）に対し内視鏡的粘膜切除術（EMR）を施行した．病理診断は高分化型腺癌で粘膜内に限局し断端癌陰性で完全切除と判定できた．EMR 後約7カ月の内視鏡で同部位に新たに山田IV型の隆起性病変（12×10×10 mm）の発生が見られ，高周波ポリペクトミーを施行した．この病理結果は過形成性ポリープの診断だった．

EMR 後の過形成性ポリープの発生は極めて稀なものではないと考えられ，EMR 後の合併症の1つとして認識されるべきである．今後，同様な症例は増加するものと思われ，年齢や切除部位による発生頻度に差があるか等を解明してゆく必要がある．

発生原因として焼灼潰瘍後の粘膜修復に対する上皮の過剰再生が考えられる．焼灼潰瘍に対する抗潰瘍剤の投与方法も検討が必要と思われる．

8) 特異な発育型を示した胃癌の2例

牧野 真人・見田 有作
五十嵐健太郎
畑 耕治郎・月岡 恵 (新潟市民病院消化器科)
何 汝朝・市井吉三郎

今回我々は特異な発育をきたした胃癌を2例経験したので報告する．症例1は80歳女性で食欲不振を主訴に来院．初回の内視鏡では粘膜下腫瘍の所見を呈していたが，5カ月後の再検査では腫瘍は増大し生検で低分化腺癌を検出した．その後手術を施行したが肝転移，リンパ節転移，腹膜播種が認められた．症例2は89歳の女性で近医にて腹部腫瘤を指摘され来院．内視鏡では胃前庭部大弯に陥凹面を伴う巨大な隆起を認め生検より低分化腺癌を検出した．腹部 CT にて肝左葉を圧排する腫瘤を形成していたため胃外性発育型胃癌と診断した．今回呈示した症例は一般の胃癌と異なった内視鏡像，X線像を呈し生検診断の重要性を示した症例であった．

9) 2本のバルーンカテーテルを用いたバルーン下逆行性経静脈的塞栓術（B-RTO）による孤立性巨大胃静脈瘤の1治験例

西村 哲史 (新潟県立小出病院消化器科)
西村 竜子 (同 放射線科)

最近，孤立性胃静脈瘤に対し B-RTO による治療が広く行なわれるようになった．

今回，比較的大きな血管床を有し，複数の流入流出路を持つ胃静脈瘤を治療する機会を得た．治療上，多少の手技的工夫を必要とし，いくつかの今後検討すべき点を示唆する症例であったためスライドにて呈示する．

10) 空腹時痛を契機に発見された十二指腸癌の1例

玄田 拓哉・八木 一芳
後藤 俊夫・関根 厚雄 (県立吉田病院内科)
田中 修二・榊原 清
阿部 僚一・松原 要一 (同 外科)

症例は38歳，男性．空腹時痛を主訴に当科外来受診，ルーチン上部消化管内視鏡検査で十二指腸下行部に2型進行癌の形態をとる腫瘍を認めた．生検では低分化型腺癌と診断された．ERCP では膵管・胆管共に正常，乳頭部にも異常所見は無かった．腹部血管造影では後膵十二指腸動脈に encasement が疑われ，超音波内視鏡では第4～5層までの浸潤が認められた．以上の所見より原発性十二指腸癌と診断し膵頭十二指腸切除術を施行した．切除標本の病理診断は adenocarcinoma (por>tub2) ss ch0 panc0 ly0 v1 n (+) であった．文献上40歳以下の若年者発症また低分化腺癌は比較的稀であった．また低分化型腺癌・リンパ節転移陽性・静脈侵襲陽性であり予後不良が予測された．

11) 高度の主膵管進展を認めた乳頭部癌の1例

二瓶 幸栄・佐藤 攻
清水 武昭 (信楽園病院外科)
内田 克之 (新潟大学第一外科)

我々は，高度の主膵管進展を認めた副乳頭癌の1例を経験したので報告する．症例は46歳女性で，主訴は心窩部痛であった．血液検査所見，身体所見は特に異常なかった．画像上は膵体尾部に膵管の拡張は認めなかったが，術前，膵管拡張などの異常のない部分において，術中迅速病理診断にて膵管内進展を認め，二度の追加切除を行

うこととなった．乳頭部癌の進展様式には，この症例のように高度に膵管内を進展するものもあり，その診断には，術中迅速病理診断，術中膵管鏡の施行などを施行し，癌の遺残がないように手術を施行する必要性が示唆された．

12）貧血にて発症した十二指腸癌の1例

銅治　康之・渡辺　俊明（済生会三条病院 消化器科）
捧　　彰（同　放射線科）
渡辺　直純・小田　幸夫
高桑　一喜（同　外科）
味岡　洋一（新潟大学第一病理）

症例は70才女性．平成6年8月，市の健診にて高度の貧血を指摘され，8月9日当科初診した．入院后精査にて十二指腸癌と診断し，10月3日手術を行った．手術は膵頭十二指腸切除術を行い，治癒切除であった．

原発性十二指腸癌は稀な疾患で，消化管の癌の中で，0.03％から0.19％の発生頻度である．又特異的な臨床症状がなく，上部消化管検査でも見過ごされやすい疾患で，閉塞症状，大量出血などのかなり進行した状態で発見されることが多く，根治手術の可能性が低い疾患と言われているが，今回我々は治癒切除しえた症例を経験したのでここに報告した．

13）Groove pancreatitis との鑑別が困難であった膵癌の1例

石川　直樹・石川　達
太田　宏信・本間　明
上村　朝輝（済生会新潟第二病院消化器科）
石崎　悦郎・三浦　宏二
相場　哲郎・川口　正樹（同　外科）
武田　敬子（同　放射線科）
石原　法子（同　病理）

症例は62歳男性．平成6年10月閉塞性黄疸にて入院．画像上膵頭部に腫瘤はなく嚢胞を認めた．ERCP では主膵管，副膵管に異常なく分枝から発生した嚢胞を認めた．胆汁，膵液細胞診は陰性．低緊張性十二指腸造影では十二指腸の変形を認めた．血管造影ではアーケードが破壊されていた．Groove pancreatitis が考えられたが，膵癌も否定できず手術を施行した．膵管内乳頭腺癌に由来する浸潤癌であった．本症が Groove pancreatitis との鑑別に苦慮した理由として腫瘍が主膵管，副膵管を犯さずいわゆる Groove に存在し腫瘍を描出しなかったことが考えられた．

14）PPPD 施行した胆管狭窄の1例

石川　　達（済生会新潟第二病院）

症例は46歳，男性．右季肋部痛にて来院．黄疸，肝障害を認めた．各種画像にて総胆管の狭窄による閉塞性黄疸と診断した．入院時 CA19-9 は 3,600 U/ml，DUPAN-2 は 440 U/ml と高値を示し，保存的治療にても黄疸は軽快せず，むしろ，ERCP 上，胆管狭窄は増悪した．胆管癌の診断にて，全胃幽門輪温存膵頭十二指腸切除術を施行した．病理組織学的には高度の炎症所見と繊維化，胆管壁の肥厚を認めるのみで悪性所見は認められなかった．CA19-9，DUPAN-2 は術後正常化した．

CA19-9，DUPAN-2 が高値を示し，各種画像診断からも，胆管癌との鑑別が困難であった良性胆管狭窄を経験したので報告する．

15）長期生存かつ再郭清できた No. 16 転移陽性胆嚢癌の1例

大橋　泰博・塚田　一博
白井　良夫・内田　克之
黒崎　　功・藤田　亘浩
西村　　淳・松尾　仁之
畠山　勝義（新潟大学第一外科）
渡辺　英伸・味岡　洋一（同　第一病理）

我々は長期生存かつ再郭清できた大動脈周囲（No. 16）リンパ節転移陽性の T2 胆嚢癌を経験したので報告する．症例は60才女性．主訴は右季肋部痛．家族歴で父，兄は胃癌で，姉は食道癌で死亡．1991年2月19日，急性胆嚢炎のため胆嚢摘出術を行い，腺内分泌細胞癌からなる漿膜下浸潤癌の病理組織診断であった．1991年5月13日，根治的切除のため当科入院し，5月28日，進行胆嚢癌に対する標準的手術（肝床切除＋胆管切除＋No. 16 を含めた2群リンパ節郭清）を施行した．肝床・胆管に癌遺残なく，大動静脈間の No. 16 のみに著明な跳躍転移を認めた．3年2ケ月後の1994年7月6日，大動脈左側の No. 16 腫大を認め，12月15日，再郭清術を行い，病理組織学的に転移陽性であった．当科では最近10年間に102例の胆嚢癌を経験しているが，本例のような T2 症例でさえ43％（19/44）にリンパ節転移があり，No. 16 転移も7％（3/44）に認めている．T2 胆嚢癌でも，No. 16 を含んだ積極的な郭清が必要であ