行癌4例，胃悪性リンパ腫1例，計18例（0.45%）であった．しかし異常なしとされた1例が受診6カ月後，スキルス型胃癌と診断された．（結論）内視鏡胃集検は間接X線法に比べ，早期胃癌の発見率が高く有用と思われた．今後は内視鏡医の養成，スキルス型胃癌を考慮した精度管理が重要と思われた．

12）急性出血性直腸潰瘍の4例

藤田 一隆・月岡 恵
森 茂紀・鈴木 雄
佐藤 明・何 汝朝
市井吉三郎・木村 明 （新潟市民病院消化器科）
笹川 力
岡崎 悦夫 （同 病理）

急性出血性直腸潰瘍4例について，若干の文献的考察を加え報告する．症例1は63歳，男性．呼吸不全にて入院．3カ月後に大量下血（計 3810g）あり．輸血 3000 ml 施行するも，死亡．剖検にて，直腸に U1 Ⅱの潰瘍を認めた．症例2は80歳，男性．呼吸不全にて入院．1カ月後に大量下血（計 4750g）あり．内視鏡検査で，直腸に不整型の潰瘍あり．保存的治療にて止血したが，6カ月後に誤嚥にて死亡．症例3は73歳．男性．脳出血にて入院．血腫吸引術後8日目に大量下血（計 1850g 以上）あり．内視鏡検査にて，直腸に浸出性出血を伴う潰瘍を認めたため，ボスミン散布した結果，止血し生存．症例4は82歳，女性．急性心筋梗塞にて入院．17日後に，大量下血（計 2490g）あり．内視鏡検査にて直腸に浸出性出血を伴う浅い潰瘍を認めたため，ボスミン散布．止血したが，心不全のため死亡．症例3，4の如き浸出性出血に対し，ボスミン散布は簡便で有効な方法と思われた．

シンポジウム
「消化器病の内視鏡的治療」

1）当科における胃癌に対する内視鏡的治療の現況
— LASER 治療も含めて—

成澤林太郎（新潟大学第三内科）

当科では1986年以来，原則として消化性潰瘍を伴わず，粘膜内癌と考えられ，種々の理由で開腹手術の適応がないと判断された症例に対して根治を目的に内視鏡的治療を行ってきた．当科における治療方針は最初に内視鏡的切除を試み，切除不能例や断端陽性例に対しては，YAG-LASER 治療を行うことを原則としてきた．症例の内訳は29例（33病変）であり，Ⅰ型1病変，Ⅰ＋Ⅱa型3病変，Ⅱa型16病変，Ⅱb型1病変，Ⅱc型5病変，Ⅱa＋Ⅱc型6病変，Borr．2型1病変である．治療法別では，内視鏡的切除単独11病変，内視鏡的切除＋LASER 14病変，LASER 単独8病変である．平均経過観察期間は7.7カ月（最長28カ月）であり，進行癌の1例を除き，現時点では癌の遺残を認めていない．組織学的な判定が可能な内視鏡的切除を第一選択とし，必要に応じて LASER 照射を行うという治療方法は早期胃癌に対して有用と考えられた．

2）胃腫瘍性病変に対する内視鏡的胃粘膜切除（ERHSE）

○山川 良一・羽賀 正人（新潟勤医協下越病院内科）
樋口 正身（同 病理）
安達 哲夫（舟江病院内科）

高分化型腺癌6例（Ⅱc 4例，Ⅱa 2例），胃腺腫11例，胃炎1例の計18例に ERHSE を施行した．部位は胃体部7例，胃角部3例，胃前庭部8例．病変の大きさは平均 8.6mm．合併症として出血1例，穿孔1例，幽門狭窄1例を認めた．病変を取り残した症例は1例でエタノールを追加した．経過観察中に2例で新たな腫瘍性病変を発見した．

17例の胃腫瘍性病変のうち15例（88%）は本法のみで治療が完了した．

胃粘膜を切除する方法はいくつか報告されているが，ERHSE の優位点は切除範囲を術者が決定できることであり，問題点は手技的に難しい一面を持つことである．

3）胃悪性ポリープに対する内視鏡切除例の経過観察

小越 和栄（県立がんセンター新潟病院 内科）

我々は昭和50年来，胃の悪性ポリープに対してポリペクトミーを行って来た．

今回はそれらの症例の予後を中心に報告する．Ⅱa型癌のストリップバイオプシーを除いたⅠ型早期胃癌のポリペクトミーは25例である．そのうち切除断端陽性で胃切除を行った症例は9例で，粘膜下層までの浸潤は3例であった．

16例がポリペクトミーのみで経過を観察しており，そのうち局在癌は半数の8例であった．

16例のうち，癌死は1例で多発胃癌症例であった．他

の15例は現在癌再発は認められず最長観察期間は13年を経過している.

4）ポリペクトミー：大腸

下田　聡（新潟大学第一外科）

大腸癌における内視鏡的治療は，ことに早期癌において重要な意味を持つ．粘膜内癌に転移はなく，内視鏡的ポリペクトミーにより病巣の完全摘出を行えば治療はこれで完了する．粘膜下浸潤癌は，10%前後の症例にリンパ節転移がみられ，内視鏡的治療のみでは不十分な症例がある．手術適応を決定する上で内視鏡的ポリペクトミーが重要となる．原発巣の最大割面における sm 領域の浸潤面積，および癌浸潤面積全体に対する sm 領域の浸潤面積比は，予後悪性因子の有無をよく反映している．前者で 7.5mm^2 未満，後者で20%未満の症例に予後悪性因子陽性例はなく，内視鏡的治療の適応となることが示唆された．

これらの数値と原発巣の大きさおよび肉眼形態の間にはある程度相関がみられた．ことに肉眼形態においてⅡａ＋Ⅱｃをしめす病巣は，有意に高値を示しており，予後悪性因子の陽性率も高く，悪性度が他の病巣に比し高いことを予測し得る重要な所見と考えられた．

5）早期胃癌に対する局注療法

梨本　篤（新潟県立がんセンター外科）

犬の実験結果をふまえ，1981年1月より OK-432，MMC 及び 5-FU の局注療法を開始した．

preadjuvant chemotherapy として27例の胃癌症例に対し，術前に胃癌病巣内およびその周囲粘膜に MMC，5-FU，OK-432 を局注した．切除されたリンパ節転移巣に対しては消失例は1例もなく，転移巣の変性像も殆ど認められずリンパ節転移巣には無効であった．

重症合併症を有し risk の高い早期胃癌症例に対し施行した成績では，OK-432 局注の奏効率は 33.3%（2/6）であり，MMC＋5-FU 局注による，奏効率は 85.7%（CR 3例，PR 3例）であったが，根治できたのは 42.9%であり，根治療法としては不十分な結果といわざるを得ない．

内視鏡を用いての悪性腫瘍に対する局注療法の利点は，内視鏡設備さえあれば，局注針以外には何等特別な器具を必要とせず，どの病院でも誰でも容易に施行できることである．しかし，腫瘍根治に対する確実性の面では大きな問題が残っている．

6）消化器癌の内視鏡的治療
追加発言　病理の立場から

岩渕　三哉（新潟大学第一病理）

胃癌が粘膜内に限局し，消化性潰瘍を伴わない場合には，肉眼型と組織型に関わらず，脈管侵襲やリンパ節・遠隔転移を来すことは一般に無い．したがって，胃癌の内視鏡的治療の適応の決定には，粘膜内癌か粘膜下浸潤癌かの肉眼診断は重要である．

隆起型胃癌（一般に分化型癌から成る）の肉眼的深達度診断は，癌巣の大きさと高さだけでは困難であり，癌巣の表面所見（辺縁粘膜像，表面粘膜像，粘膜色調・光沢）の観察でなされる．隆起型胃癌では，(1) 癌巣辺縁が癌粘膜自体で急峻に隆起し，(2) 癌巣表面に癌粘膜から成る胃小区様・乳頭状・顆粒状粘膜模様が存在すること（乳頭・結節型隆起型癌）は，肉眼的に粘膜内癌を意味する．隆起型癌で癌が粘膜下に多量に浸潤していることを示す肉眼所見は，(1) 癌巣辺縁が挙上・反転された粘膜で形成されていること（台状および粘膜下腫瘍型隆起型癌），(2) 表面粘膜模様が減少～消失～無構造で褐色調の部分やびらん状変を有すること（乳頭・結節型隆起型癌）などである．