

# 第 19 回産業医科大学第 3 内科学研究報告会 プログラム

日時：平成 24 年 12 月 8 日(土) 15 : 00~17 : 20

場所：リーガロイヤルホテル小倉 4 階ダイヤモンド

## 第3内科学研究報告会参加者へのお知らせ

12月8日(土)リーガロイヤルホテル小倉にて開催致します。

15:00~17:20 第3内科学研究報告会 (4階ダイヤモンド)

18:00~20:30 第3内科学同門会忘年会 (3階クリスタル)

### 1. 発表時間

口演時間6分、討論4分です。活発な討論をお願いします(時間厳守)。

### 2. 発表形式

1) 発表データは10枚前後とします(厳守)。

2) 発表はPCプレゼンテーションのみでアプリケーションはPower Pointとします。データは、MacかWindowsか明記して、出来るだけ事前(前日まで)に医局のメールアドレス(j-3naika@mbox.med.uoeh-u.ac.jp)へ添付書類としてお送り下さい。データサイズが大きい場合はUSBフラッシュメモリー、CDのいずれかで、コンピュータに当日登録しますので前日までにお知らせ下さい。  
当日登録は会場にて14:00より14:45まで受け付けます。

### 3. 同門会奨励賞

全教官及び各施設による投票にて決定する予定です。結果は忘年会にて発表いたします。

### 4. 忘年会会費

会費:1万円

尚、当日2012年度分の同門会年会費(開業医:1万円、勤務医:5千円、名簿会員(開業医):5千円、名簿会員(勤務医):2千円)も徴収しますので、未納の先生方は宜しくお願い致します。

## 1. 開会の挨拶 (15:00~15:05)

産業医科大学第3内科学 教授 原田 大

## 2. 前半 (15:05~15:45)

座長 産業医科大学若松病院 助教 松岡 英彦

- 1) 若年女性に認められた Fitz-Hugh-Curtis 症候群の画像的及び治療的診断  
九州医療センター 横川 裕子
- 2) 著明な心筋壁肥厚と心嚢液貯留を呈し、ステロイド無投与で改善した  
急性好酸球性心筋炎の一例  
神戸労災病院 森野加帆里
- 3) 環境管理的指導により改善が得られた睡眠時無呼吸症候群の一例  
九州旅客鉄道株式会社 健康管理室 浅海 洋
- 4) 大腸癌術後吻合部の膜様閉塞及び狭窄に対し内視鏡的治療を行った2例  
JR九州病院 消化器内科 南 創太

## Coffee Break (15:45~16:05)

## 3. 後半 (16:05~17:05)

座長 産業医科大学第3内科学 助教 松橋 亨

- 5) 当院で切除された SSA/P (sessile serrated adenoma/polyp) の特徴  
IHI 相生事業所 久米井伸介
- 6) 細径スコープを用いた胃がん内視鏡検診における生検組織診断の精度について  
聖隷健康診断センター 相田 佳代
- 7) *Helicobacter pylori* (Hp) 感染状態の鑑別に有用な内視鏡所見項目の検討  
加古川東市民病院 内科 鈴木 志保
- 8) 当院における大腸 ESD の現状について  
新潟労災病院 消化器内科 前川 智
- 9) 内視鏡生検検体の新しい回収方法の検討  
JR九州病院 消化器センター 消化器内科 光岡 浩志
- 10) 膵癌に対する粒子線治療と消化管障害について  
IHI 播磨病院 内科・内視鏡センター 大西 裕

## 4. 閉会の挨拶 (17:05~17:10)

原田 大

## 5. 同門会奨励賞投票 (17:10~17:20)

# 1 若年女性に認めた Fitz-Hugh-Curtis 症候群の画像的及び治療的診断

国立病院機構 九州医療センター

横川 裕子

【症例】27 歳、女性

【病歴】5 月 X-3 日に朝に心窩部に不規則な疼痛が出現。体動時に疼痛増強したが、嘔気・嘔吐・発熱は伴わなかった。2~3 日経過後も症状変化せず、当院総合診療科受診。急性胃炎の診断で制酸剤等処方され帰宅されたが、症状改善を認めなかった。5 月 X 日の午前 2 時に 38℃台の発熱、頭痛が出現し、腹部症状も軽快しないため当院救急外来受診。LVFX、アセトアミノフェンを追加処方され経過観察となった。疼痛、発熱は軽減したが腹部症状持続するため、同日昼に当院総合診療科再受診。心窩部痛および右下腹部痛の持続するため、造影 CT 施行し、Fitz-Hugh-Curtis 症候群を疑う所見を認め、同日緊急入院となった。問診では同年 4 月の性感染症検査（項目不明）では陰性であったが、絶食及び MINO 100mg×2/day、FMOX 1g×2/day の点滴投与で治療開始。治療開始 2 日で腹痛軽減。3 日目には炎症反応消退傾向を認め経口摂取開始。経口摂取開始後も腹痛などの腹部症状なく経過良好であり、CAM200mg×2/day 内服に変更し退院となった。

腹部エコー、上部消化管内視鏡検査では特記すべき異常所見なく、クラミジア抗体陰性であったが、発症時の画像所見及び MINO、FMOX で症状改善した点から本症例は Fitz-Hugh-Curtis 症候群の診断とした。

【考察】若年女性の急性腹症の原因としてクラミジア抗体陰性の Fitz-Hugh-Curtis 症候群を認め、画像および治療的に診断を行った。

## 2 著明な心筋壁肥厚と心嚢液貯留を呈し、ステロイド無投与で改善した急性好酸球性心筋炎の一例

神戸労災病院

森野 加帆里

【症例】 20 歳女性

【主訴】 発熱、胸痛

【現病歴】 入院 3 日前に 38 度の発熱を認め、市販感冒薬を服用。翌日から胸痛を自覚し近医受診。この際に心電図異常を指摘され本院紹介となった。

【入院時現症】 意識清明、体温 37.7 度、血圧 84/54mmHg、脈拍 122/分、整。心音：3 音 gallop。呼吸音：清。心電図：洞性頻脈、107/分、低電位。胸部 Xp：心拡大(一)。血液生化学検査：RBC 437, WBC16880 (Neutro 73%, Lymph 14%, Eosino 5%=844), トロポニン T 陽性、CK-MB 16.3, GOT 303, GPT 394, CPK 199, BUN 36.1, Cre 1.46, CRP 4.7。心エコー図にて、左室壁運動の低下、左室壁の浮腫状肥厚、心嚢液貯留(全周性 9~13mm)を認め、急性心筋炎と診断し緊急入院。入院後、収縮期血圧が 70mmHg と低下し、一時 Dobutamin の支持を必要としたが第 3 病日には離脱した。心筋生検にて、心筋細胞の断裂、間質の浮腫、好酸球・リンパ球の高度な浸潤を認め、好酸球性心筋炎と診断。第 5 病日から末梢血好酸球の増多を認め、第 12 病日にピークを迎えた。その後診断確定時には急性期を脱しており、ステロイド無投与にて心筋壁運動の改善、心筋壁肥厚の軽減、心嚢液の減少を認め、軽快退院となった。

【考察】 好酸球性心筋炎とは、心筋に浸潤した好酸球の顆粒中に含まれる細胞性毒性物質により生じると言われている。予後は急性期死亡率 7%前後であり多くはステロイドの投与を必要とする。しかし治療の主眼は好酸球に基づく炎症を鎮静化することであり、ステロイド投与については議論の余地がある。ステロイド投与の判断は、心筋生検等による診断確定後にその他の臨床症状と合わせて慎重に行うべきであるといえる。本症例では、診断確定時に急性期を脱していたこともあり、ステロイド投与せずに経過観察のみで心機能の改善を認めた。好酸球性心筋炎は多彩な病状を呈することが示唆された。

### 3 環境管理的指導により改善が得られた睡眠時無呼吸症候群の一例

九州旅客鉄道健康管理室  
浅海洋、西川正一郎

#### 【症例】

37歳 男性 総合職

#### 【経過】

2010年春、感情障害の診断にて療養。同年11月より異動前の職場に復帰した。慣れた環境・業務であり職場の理解もよく、抑うつ感の出現なく経過。しかし、頭痛・易疲労感・不安感・集中力低下を度々認め、疲労の蓄積・睡眠周期の崩れにより度々休まれる等やや不安定で、内服の調整を受けるも改善がなかった。

2011年8月の健康診断にて初めて高血圧を指摘。ECG・UCG・血液検査では異常無く、心因性高血圧も否定的であった。問診を取り直すと、療養以前から睡眠の質が悪かった事、数年前に体重が大きく増加していた事が確認され、睡眠時無呼吸症候群（SAS）が疑われた。

睡眠専門医による睡眠ポリグラフ（PSG）の結果、無呼吸低呼吸指数（AHI）8.9の軽症SASと診断された。無呼吸低呼吸は仰臥位のみで認められていることから（AHI 33.9）、側臥位で眠るよう指導された。

翌週、いまだ側臥位で眠っていない事が確認された。自宅の寝具は敷布団が薄く、側臥位の睡眠では肩の痛みが生じて目覚めてしまう事、背中全体で体重を支える仰臥位が最も眠りやすいと考えている事が判った。また検査室のベッドはクッションがよく、痛みなく自由に寝返ることができた（睡眠時間の2/3以上が側臥位）事が確認された。

マットレスを購入し敷布団の下に敷いていただいたところ、仰臥位での睡眠時間が91%→67%にまで減り、AHIも31→23までに改善が認められた（簡易ポリグラフにて確認）。

#### 【考察】

感情障害の既往から先入観から、SASを疑うのが遅れた反省すべき一例を報告した。

病院での検査結果は普段の状況を反映しないこともあるため、問診により生活や環境等を聴取する事が大切である。

我々は作業管理的に指導をしがちであるが、環境管理的な視点や指導も必要ではないかと考えられた。

## 4 大腸癌術後吻合部の膜様閉塞及び狭窄に対し内視鏡的治療を行った2例

JR 九州病院消化器内科

南 創太

〔背景・目的〕消化管癌術後の吻合部狭窄に対して、バルーンによる拡張法、切開法、ステント留置術などが行われているが、穿孔、出血の危険性や再狭窄がしばしば問題となる。今回、大腸癌術後の閉塞及び狭窄に対し、内視鏡的治療を行った2例を経験したので報告する。

〔症例1〕60歳代、男性。20XX年2月便秘と腹部膨満感を主訴に受診し、腹部CT検査にてS状結腸癌によるイレウスと診断した。横行結腸に人工肛門を造設した後、化学療法（FOLF0X4）を行い、5月に切除術を施行した。その後も化学療法を継続し、12月人工肛門の閉鎖を検討するために下部消化管内視鏡検査を行ったところ、吻合部での膜様閉塞を認めた。肛門及び人工肛門からの造影で閉塞部の評価を行い、膜様部を通電ダイレーターにて穿通させ、ガイドワイヤーを通過させた後、拡張術を行った。開存は良好であり、人工肛門閉鎖術が行われたが、以後約8カ月経過し、再狭窄を認めていない。

〔症例2〕70歳代、男性。20XX年8月健診にて便潜血陽性を指摘され、下部消化管内視鏡検査にてS状結腸癌を認め、同月S状結腸切除術を施行した。翌年9月経過観察のための下部消化管内視鏡検査を行ったところ、開口径10mm大でスコープの通過も困難な全周性の膜様狭窄を認めた。X線透視下で狭窄部位を確認後、Insulation-Tipped(IT)ナイフを用いて4方向に十字切開を行い、全周性に切除した。

〔結語〕大腸癌術後の吻合部閉塞及び狭窄に対し、通電ダイレーターやITナイフを用いた内視鏡的治療を行った症例を経験した。安全性や治療に伴う患者の満足度という点からも、有効な治療法になりうると考えられた。

## 5 当院で切除された SSA/P (sessile serrated adenoma/polyp) の特徴

IHI 相生事業所

久米井伸介

【はじめに】大腸癌の発癌経路として近年 SSA/P からの癌化が従来の遺伝子異常とは異なる新たな発癌経路 (serrated neoplastic pathway) として提唱されるようになり、SSA/P はマイクロサテライト不安定性 (microsatellite instability ; MSI) 陽性癌の前駆病変の 1 つとして注目されている。しかし SSA/P をはじめ過形成ポリープや鋸歯状腺腫などの大腸鋸歯状病変の内視鏡診断は未だ確立されていないのが現状である。また日常診療において、過形成ポリープと診断されフォローされるケースや、初期には粘膜を這う creeping growth することで通常観察で見逃されるケースがしばしば潜んでいると推察される。SSA/P についての pit pattern 診断を含めた内視鏡所見についての詳細な報告は少なく、当院での同病変の特徴について検討した。

【方法】2008 年 1 月～2012 年 10 月の間、当院で通常及び拡大内視鏡観察後に内視鏡的に切除された SSA/P 8 症例の特徴について内視鏡所見を中心に解析した。

【結果】患者の平均年齢は 66.6 歳、男女比は 3:1 であった。腫瘍径中央値 (range) は 10mm (6～13mm) で、全て右側結腸に認められた。肉眼型は II a 型 (100%)、pit pattern は II 型 (100%) であった。粘液付着は 75%にみられ、NBI 拡大観察で拡張・蛇行した血管 (VMV: varicose microvasucular vessel) は 62%にみられた。

【考察】SSA/P は癌化のポテンシャルを考慮すると内視鏡的に切除すべきである。SSA/P における内視鏡基準は確立されていないが、日々の詳細な内視鏡観察の努力と症例の集積による今後の検討が必要である。



## 6 細径スコープを用いた胃がん内視鏡検診における生検組織診断の精度について

隸健康診断センター

相田佳代

＜目的＞細径スコープの生検組織診断(以下、生検)の問題点を明らかにするために、当センターの内視鏡検査を契機として最終的に胃癌と診断された症例の生検結果を遡及的に検討した。

＜対象＞平成22年4月から平成24年6月までに、当センターで細径スコープを用いた生検が施行されたのち、切除標本病理診断で胃癌と診断された68症例70病変。

＜方法＞当センターで施行した生検結果から、対象を以下の2群に分けた。すなわち、生検結果がgroup 1, 2, 3であった胃癌症例を生検不一致例とし、group 4, 5であった胃癌症例を生検一致例とした。また、生検不一致例の胃癌病変の臨床病理学的特徴、内視鏡所見録や病理依頼伝票の内容を検討した。なお、group分類は第14版胃癌取扱い規約に準じた。

＜結果＞70病変中8病変(11.4%)が生検不一致例で、内訳はgroup1:1例、group2:1例、group3:6例であった。group1症例は前庭部後壁の9mm大Ⅱc病変(tub1、T1b(SM1))で、group2症例は前庭部小弯側に潰瘍を伴う4型胃癌(por2、T4(SE))であった。またgroup3症例はいずれも腺腫と診断され紹介となったが、内視鏡切除標本で高分化型腺癌(T1a(M))と診断された。

＜考察＞Group1のⅡc病変はサイズが小さく、接線方向である前庭部後壁に位置したため、カップの小さい鉗子では狙撃生検が困難であった。Group2の4型胃癌では、潰瘍辺縁から生検されたが組織は炎症や挫滅が強く、腫瘍・非腫瘍の鑑別は困難とされた。またgroup3の6例中3例は肉眼的に明らかな陥凹面を伴っており、的確な部位からの生検ができていない可能性が示唆された。

＜結語＞今回の検討で、細径内視鏡検査において生検と切除標本の病理診断の不一致例があったことから、肉眼所見と生検の乖離がある場合は、短期間での再検査や高精細型スコープを用いた精査を積極的に行うことが重要と思われた。

## 7 *Helicobacter pylori* (*Hp*) 感染状態の鑑別に有用な内視鏡所見項目の検討

加古川東市民病院 内科

鈴木志保

【背景】*Hp* 感染の有無と除菌の成否が胃癌発症のリスクを左右している。それ故内視鏡実施時点で被験者に *Hp* 現感染と既感染を鑑別しリスクを正しく伝えることが必要であるが、その根拠となる内視鏡所見のコンセンサスは全く得られていない。

【目的】*Hp* 現感染と既感染とを鑑別する上で我々が重視している内視鏡所見の有用性を明らかにする。

【方法】2009年から2012年に当院で内視鏡検査、Updated Sydney Systemによる胃炎組織学的診断、除菌判定には尿素呼気試験を実施した *Hp* 感染症例 129例、除菌成功後症例 153例を対象に、鑑別に有用な内視鏡所見項目についてそれぞれ感度特異度を求めた。

【結果】*Hp* 現感染の鑑別に有用な所見として、びまん性発赤（感度 85.3%，特異度 81.0%）（以下同様）、滲出液（58.9%，98.0%）、皺襞腫大（91.5%，33.3%）、皺襞減少（18.3%，86.3%）、点状発赤（72.9%，84.3%）、鳥肌状粘膜（21.7%，92.8%）、腸上皮化生（12.2%，86.3%）であり、*Hp* 既感染の鑑別に有用な所見として、斑状発赤（37.9%，91.5%）、発赤陥凹（38.6%，99.2%）、半透明褪色調粘膜（96.1%，98.5%）であった。びまん性発赤や萎縮は認めないが、組織学的に前庭部のみ *Hp* 陽性の症例（前庭部胃炎 C-1）が2例見られた。

【結論】日常の内視鏡診療の中で *Hp* 現感染と既感染を鑑別するには、以上の所見を把握することが有用であり、この新たな内視鏡診断基準を広く普及することが重要と考えている。

## 8 当院における大腸 ESD の現状について

独立行政法人 労働者健康福祉機構 新潟労災病院 消化器内科  
前川 智

大腸腫瘍の大半は腺腫であり、その病理学的特性を考慮すると内視鏡的粘膜切除術 (EMR) による分割切除で対応が可能であるが、しばしば遺残再発が問題となる。一方、大腸腫瘍に対する内視鏡的粘膜下層剥離術 (ESD) の進歩は著しく、病変の局在、腫瘍径によらず高い一括切除率が得られ、詳細な病理学的検索が行える点で非常に有益な治療と思われる。当科では、静岡県立静岡がんセンターなどの有名病院で研修し、保険適応になった本年 4 月より本格的に大腸 ESD を開始し、11 月 5 日抄録登録時には 26 例施行した。内視鏡は S 状結腸までは GIF-260J を、それより以深では CF-260AZI を使用した。デバイスは主に dual ナイフ (1.5mm) を中心に使用し、必要に応じて IT ナイフ-nano, SB ナイフ Jr も併用した。腫瘍の肉眼形態は LST-G 19 例 (73.1%)、LST-NG 4 例 (15.4%)、隆起型 2 例 (7.7%)、陥凹型 1 例 (3.8%) であった。病変部位は盲腸 2 例 (7.7%)、上行結腸 2 例 (7.7%)、横行結腸 4 例 (15.4%)、下行結腸 1 例 (3.8%)、S 状結腸 13 例 (50.0%)、直腸 4 例 (15.4%) であった。平均切除径  $31.0 \pm 9.4$ mm、平均病変径  $22.0 \pm 9.7$ mm、平均切除時間  $75.9 \pm 44.0$ min、一括切除率 92.3% (24/26)、側方断端陰性率 78.3% (18/23、他 3 例は病理結果待ち)、偶発症は微小穿孔 1 例 (3.8%)、後出血 0 例 (0%) であり、大腸 ESD 導入初期にしては、他施設と遜色ない結果が得られた。また、病理組織結果は、M 癌 4 例 (17.4%)、SM 浅層癌 1 例 (4.3%)、SM 深層癌 1 例 (4.3%)、adenoma 17 例 (73.9%) であった。本発表では、大腸 ESD 施行時の動画も供覧し、適材適所で様々なデバイスを用いることの重要性についても述べたいと思う。

## 9 内視鏡生検検体の新しい回収方法の検討

JR 九州病院 消化器センター 消化器内科  
光岡 浩志

現在、内視鏡検査における生検の検体回収方法はガイドラインなどに明確な規定がない。各施設ごとに工夫がなされており、おもな方法として濾紙や爪楊枝などが用いられている。当院では以前より爪楊枝を用いていたが、2011年に検体を取りこぼすミスが発生した。内視鏡検査中は照明を落としていたため視認性が悪く、爪楊枝はすくいやすいものの検体がすべり取りこぼしやすい意見が、スタッフから聴取された。スポットライトの導入を検討したが、内視鏡検査が行いにくくなり不向きと判断されたため、新たな検体回収方法を検討することとした。

現行の爪楊枝での「すくいやすさ」と濾紙の「すべりにくさ」を併せ持ち、かつ生検検体と判別しやすいものとして、市販の黒綿棒に思い当たり、現行の爪楊枝及び濾紙を用いた方法と比較検討した。

①視認性、②操作性（作業時間）、③経済性（コスト）の3項目について検討を行った。視認性はヒトの胃の生検検体を持ちいてa)明度、b)色差、c)コントラストの項目について解析を行った結果、黒綿棒が有意に判別しやすかった。また操作性は内視鏡室の看護師5名に豚の胃からの生検回収時間を測定したところ、黒綿棒を用いた方法が有意に短かった。コストはいずれも100回分で、爪楊枝が8.3円、濾紙が50円、黒綿棒が27.8円だった。

以上より黒綿棒を用いた生検検体の回収法は従来の回収方法と比較して優れた方法であると示唆された。

## 10 膵癌に対する粒子線治療と消化管障害について

IHI 播磨病院 内科・内視鏡センター

大西 裕

【はじめに】 局所進行切除不能膵癌の治療法は確立されておらず、現状ではゲムシタビンをはじめとする化学療法が行われている事が多い。これまで行われてきた化学療法併用放射線治療も効果は限定的である。これらの症例への粒子線治療の効果において、予後の改善効果がある事が示されたが、消化管障害が高率に生じ、また重篤なもの発生しうる事も判明した。我々は、本年2月より、兵庫県立粒子線医療センターの局所進行切除不能膵癌に対する粒子線治療の臨床試験に協力をする事になった。具体的には、粒子線治療における上部消化管障害の評価のために、上部消化管内視鏡検査を行っている。

【目的】 局所進行切除不能膵癌に対するゲムシタビン併用粒子線治療の効果を紹介すると共に、粒子線治療における十二指腸の粘膜障害の内視鏡像について検討する。

【対象及び方法】 局所進行切除不能膵癌に対するゲムシタビン併用粒子線治療を受けた患者 10 例の治療終了時の上部消化管内視鏡検査画像を対象とした。当院の内視鏡施行医 4 名に保存された画像を供覧し、Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE) version 3による小腸粘膜障害の評価法を用いて分類を依頼した。評価者個人内での一致、評価者間での一致等について  $\kappa$  値を用いて検討する。

【結果】 現在、解析中。

【考察】 今後、多数の内視鏡専門医間での検討を考慮したいと考えている。