

山鹿市民医療センター開放型病院運営協議会総会

当院における消化器内科のすべて～

消化器内科 本原 利彦

2022年12月9日

消化器内科

食道、胃、小腸、大腸といった消化管や、肝臓、胆道（胆嚢および胆管）、膵臓といった幅広い臓器を専門としている。

取り扱う疾患は、消化器外科と同様であり、正確な診断、適切な治療方針の決定、確実に安全な内視鏡治療を目標に日々業務に取り組んでいる。

1.肝臓

肝障害の原因精査、その後のfollow、B型肝炎およびC型肝炎の内服治療

肝硬変のfollow、腹水・脳症等のコントロール、肝移植適応症例の熊大・移植外科への紹介

2020年～肝疾患スクリーニング検査 院内連携フロー作製

2021年～院内で偶発的に見つかるHBs抗原、HCV抗体陽性患者の拾い上げの強化



胆膵2 9:45 ～ 10:30

座長：岩下 祐司（鹿児島市立病院 消化器内科）
佐上 亮太（大分三愛メディカルセンター）

0061（内） 膵神経内分泌腫瘍術後15年目に
多発転移で再発が疑われた1例

山鹿市民医療センター消化器内科 上野 茂紀

肝2 14:15 ～ 15:00

座長：稲田由紀子（宮崎医療センター病院 消化器）
馬渡 誠一（鹿児島大学大学院 消化器疾患）

0095（消） 乳癌術後の補助化学療法中に肝障害を
来し、C型慢性肝炎の急性増悪と診断された1例

山鹿市民医療センター 消化器内科 富口 純

2.消化管（食道・胃・十二指腸・大腸）

腹痛や食思不振、便秘や検診異常に対して、上部消化管内視鏡検査（胃カメラ）、下部消化管内視鏡検査（大腸カメラ）による原因精査

【治療】

吐血・下血の精査および内視鏡的止血術

良性腫瘍（大腸ポリープ）、早期悪性腫瘍（食道癌、胃癌、大腸癌）の内視鏡的切除術

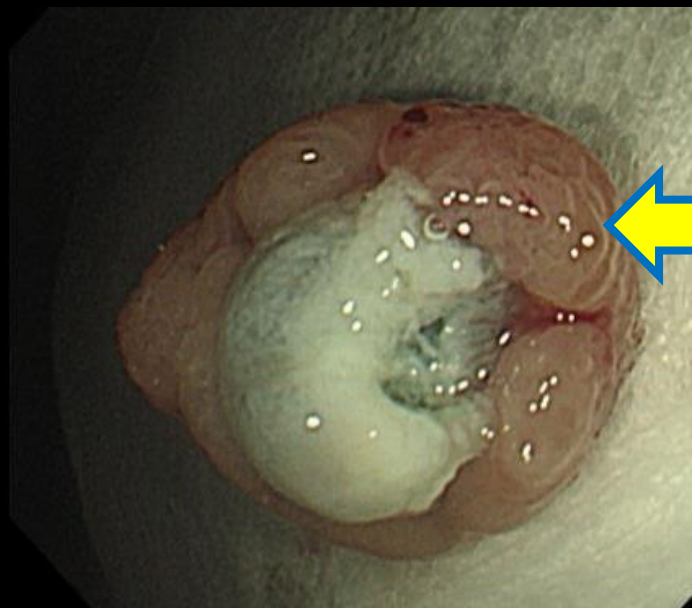
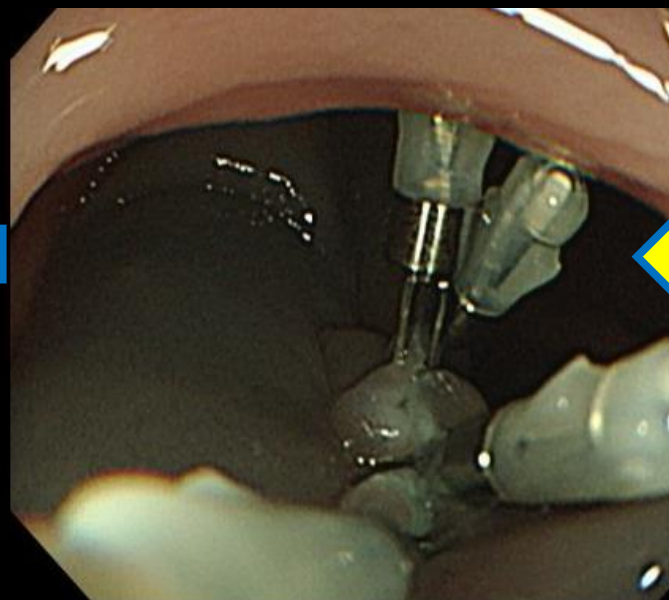
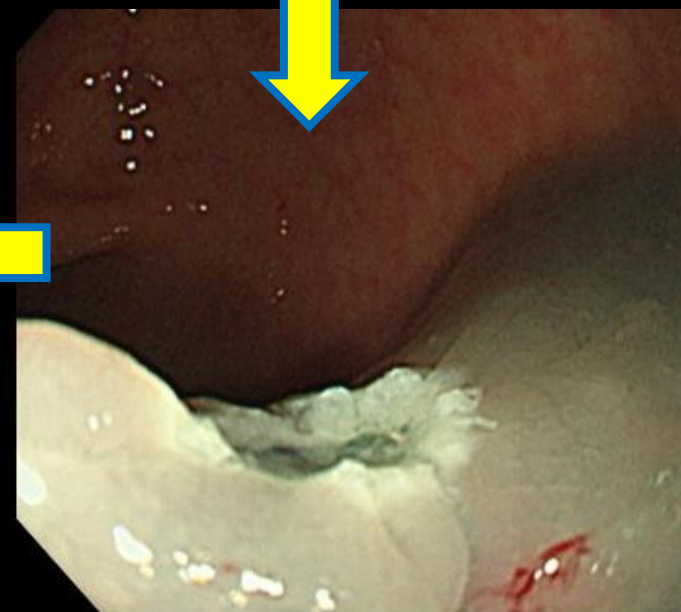
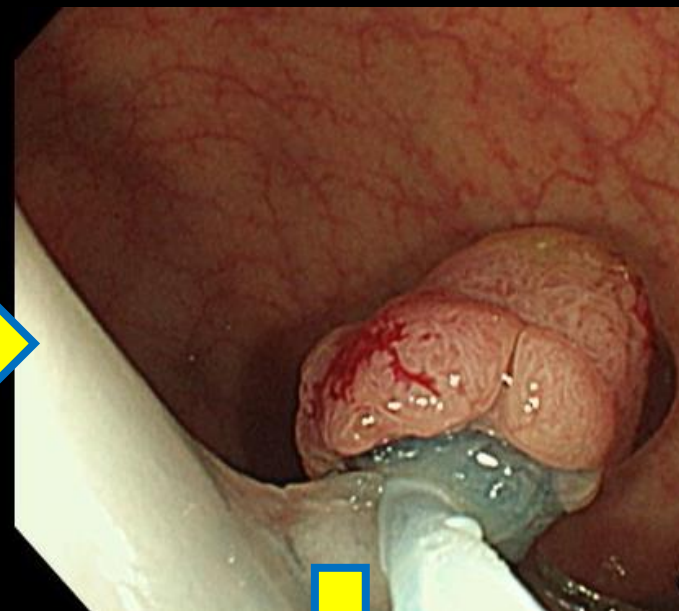
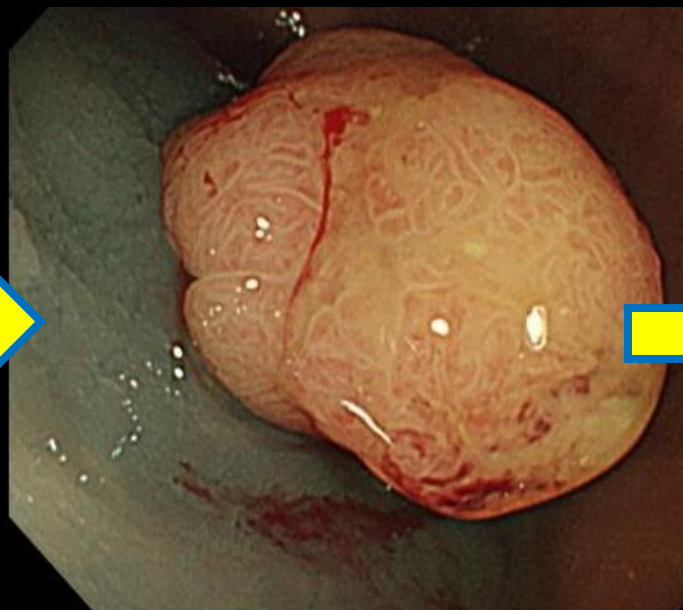
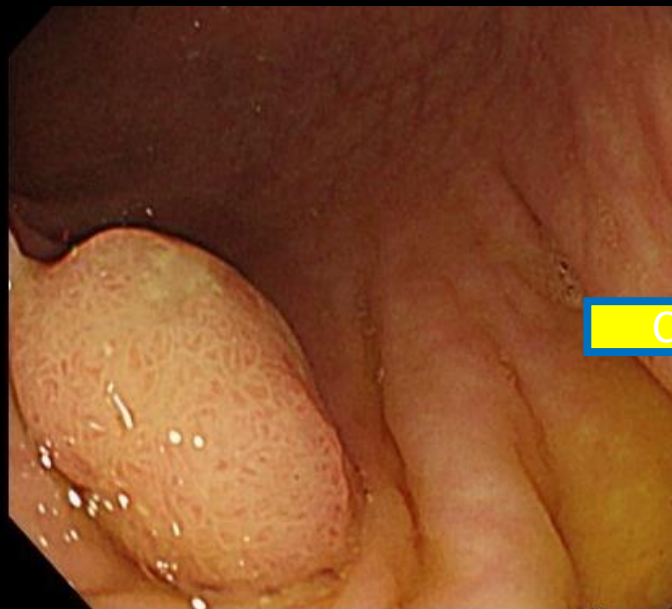
手術不能または術後再発症例に対する化学療法（抗癌剤治療）や通過障害に対して消化管ステント留置術など

内視鏡的粘膜切除術

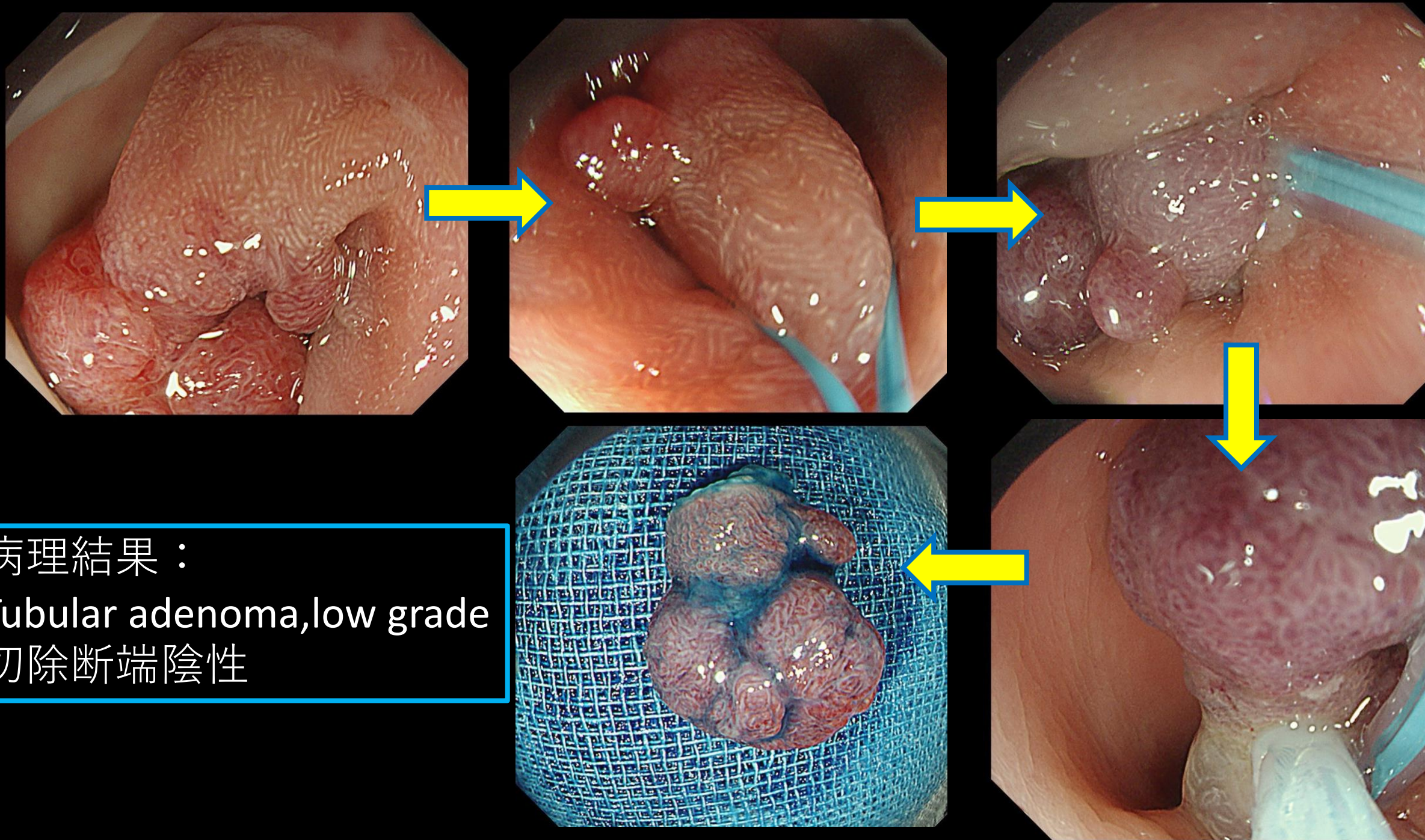
(Endoscopic Mucosal Resection : EMR)

適応：20mm未満の腫瘍性ポリープ





病理結果：Tubulovillous adenoma, low grade、切除断端陰性



病理結果：
Tubular adenoma, low grade
切除斷端陰性

内視鏡的粘膜剥離術

(Endoscopic Submucosal Dissection:ESD)

適応：早期食道癌、胃癌、十二指腸癌、大腸癌、20mmを超える腫瘍性ポリープ

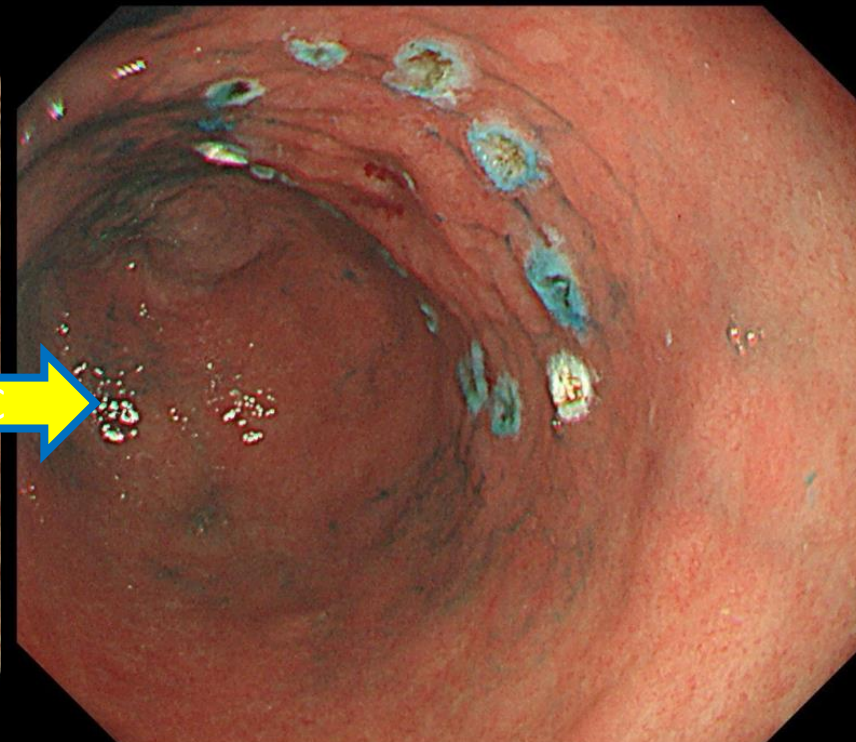
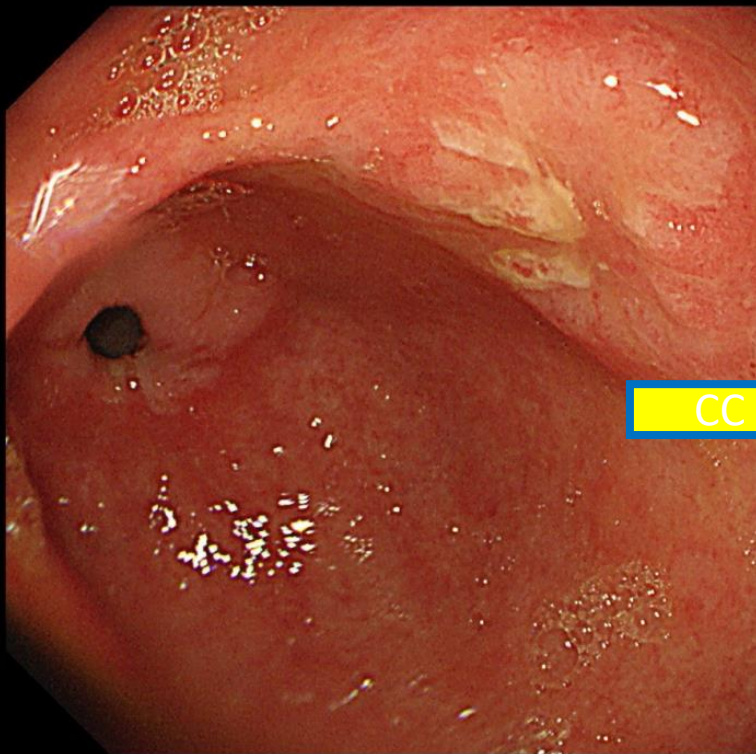
EMRは治療時間が比較的短時間であり、切除面も小さくクリップ縫縮するため入院期間は1泊2日。

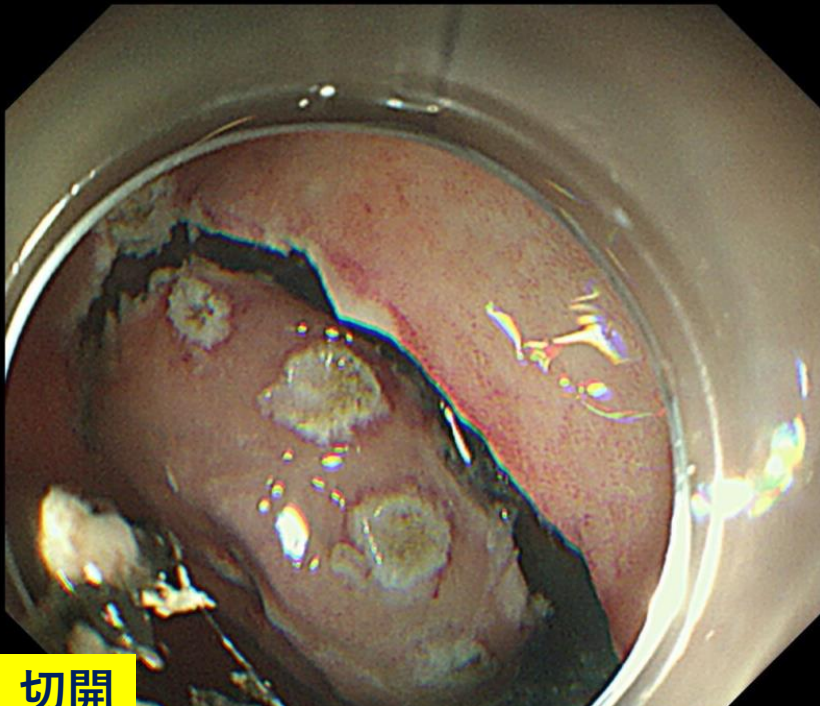
しかし、一度に切り取ることができる病変がスネアの大きさまでと制限がある。

ESDはより広範囲に切り取ることができ、病変も一塊であるため病理組織診断もより正確にできる。

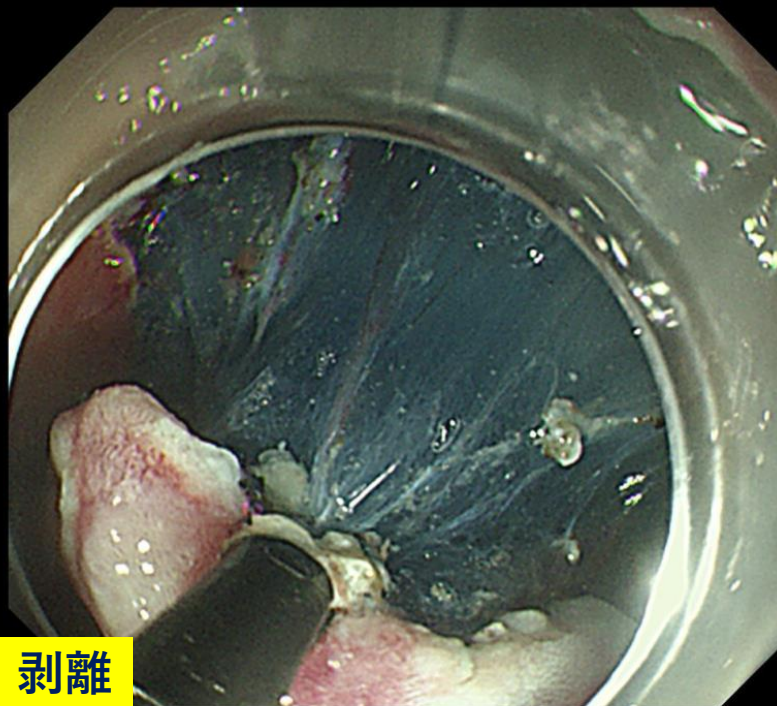
EMRと比較し、治療時間、入院期間は長いですが、外科的手術と比べると入院期間は短く、患者さんへの負担も少ない

早期胃癌症例

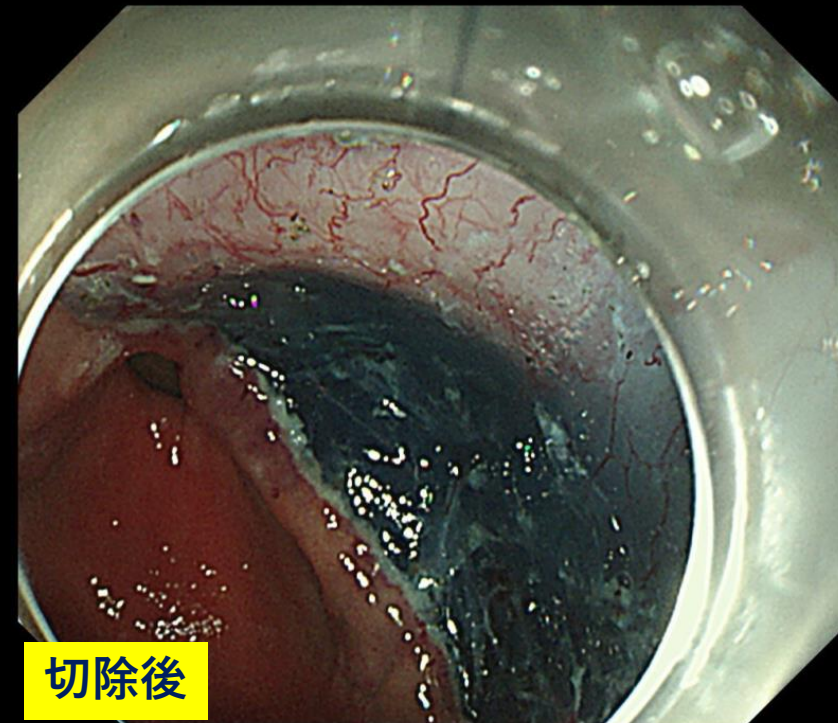




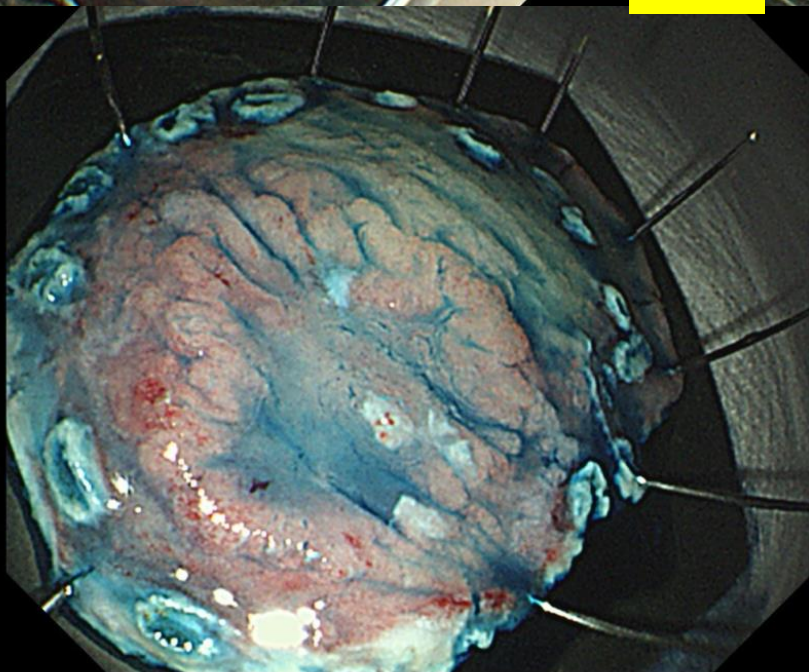
切開



剥離

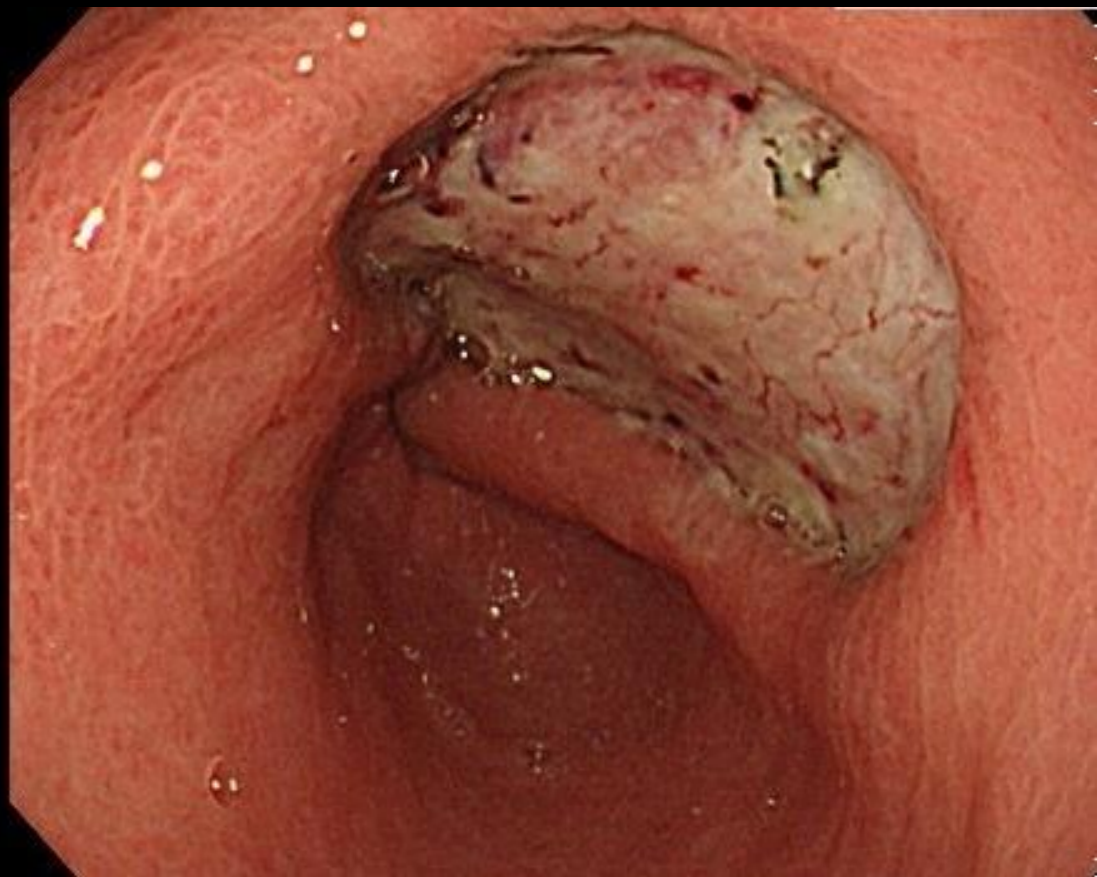


切除後



病理結果：

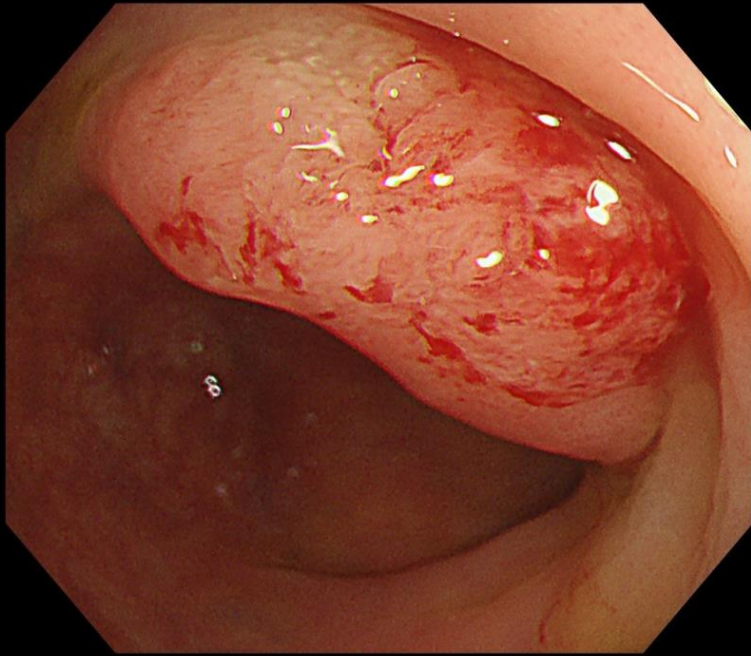
Tubular adenocarcinoma, tub1,
pT1a(M), ly0, v0, UL0, pHM0, pVM0
切除断端いずれも陰性



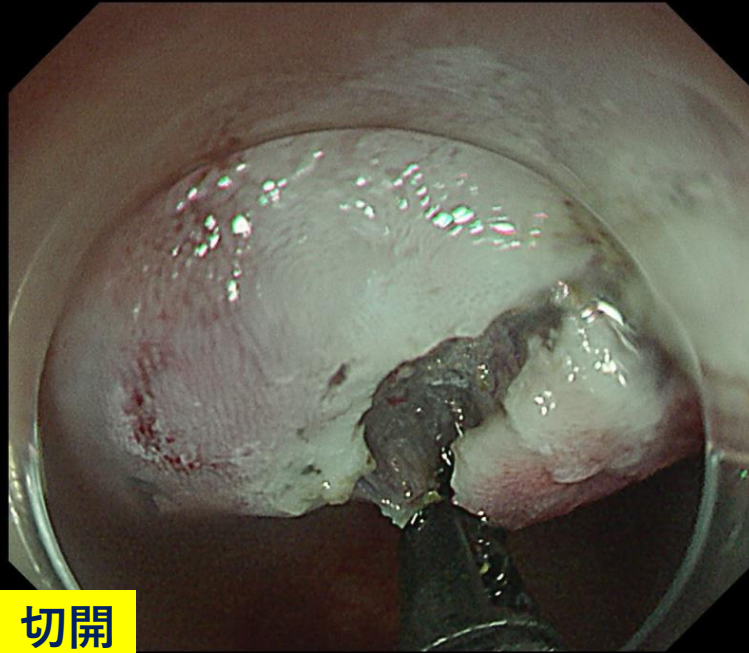
切除後 1週間



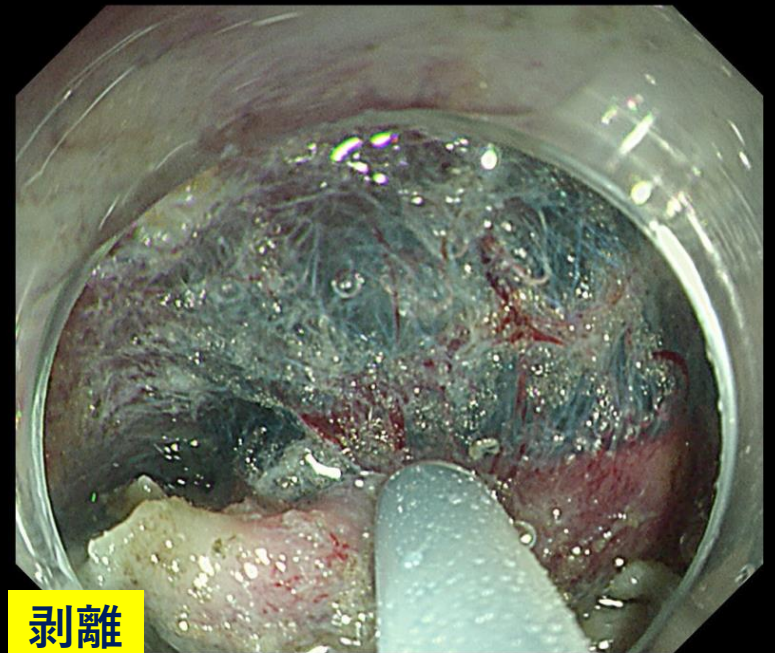
切除後 1ヵ月



[



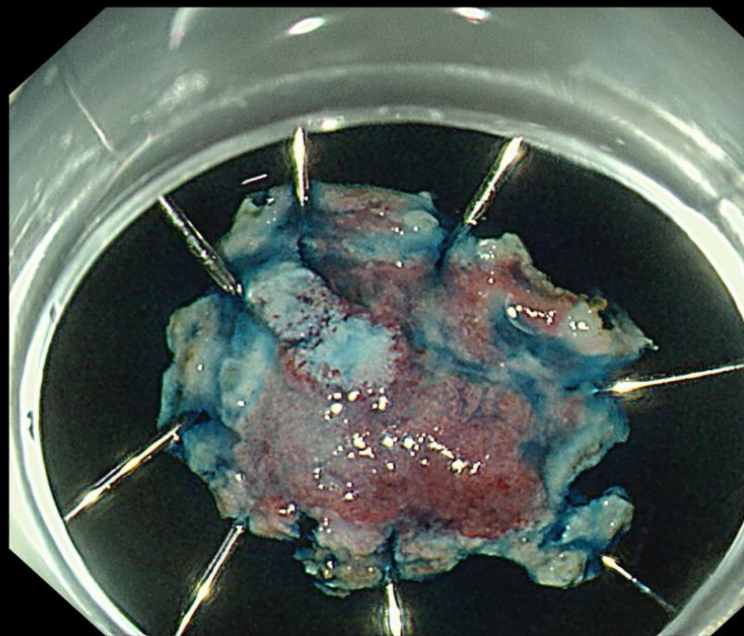
切開



剥離

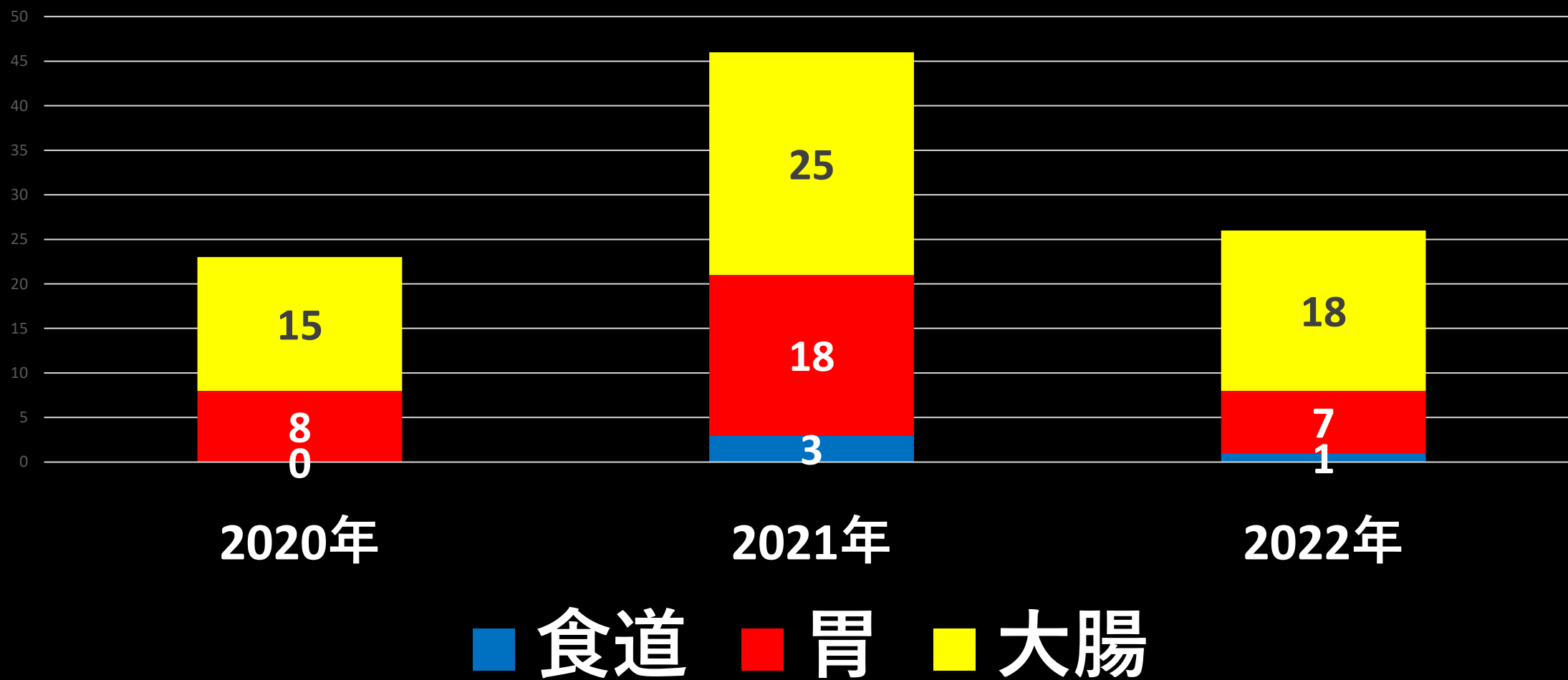


切除後



病理結果：
Tubular
adenocarcinoma,tub1,
pT1a(SM,0.5mm),ly0,v0,
pHM0,pVM0,pER0
切除断端いずれも陰性

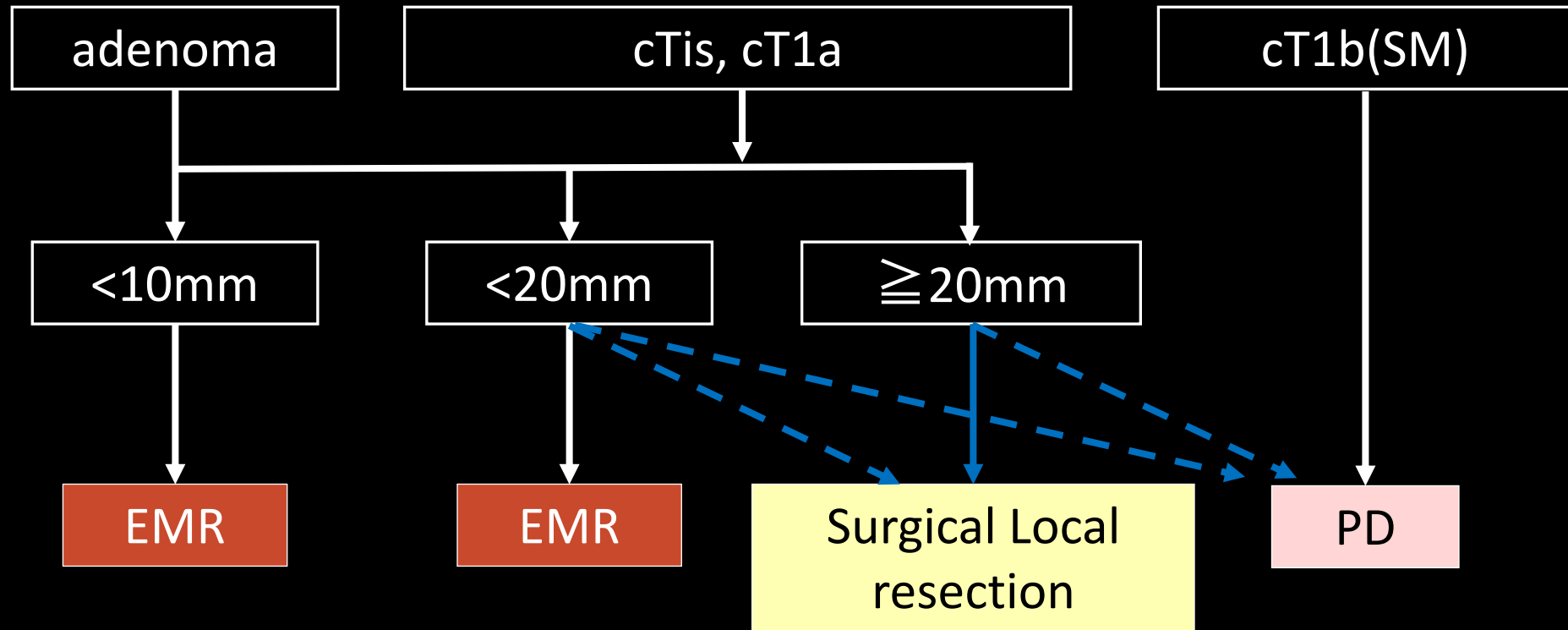
ESD 部位別



ESDに至る契機・紹介元ランキング

	紹介元・契機	2020年	2021年	2022年	計
1位	自院follow	9	17	9	35
2位	便潜血陽性	3	4	6	13
3位	三森病院	1	4	2	7
4位	徳永循環器	3	3	0	6
	検査希望	2	3	1	6
6位	たがみCL	2	3	0	5
	幸村医院	2	2	1	5
	保利病院	0	4	1	5
9位	きくか松岡CL	1	3	0	4
10位	東内科	0	2	0	2
	大橋通りCL	0	0	2	2
	山鹿中央病院	0	1	1	2
	山鹿温泉リハビリ	0	0	1	1
	平井藤岡医院	0	0	1	1
	中川医院	0	0	1	1
		23	46	26	95

熊大附属病院の非乳頭部十二指腸腫瘍に対する治療



2018年10月より **Duodenal LECS** を開始

LECS for SNADET

ESD part

- ✓ Pts are admitted to the surgical unit.
- ✓ ESD maneuver is performed in left lateral recumbency position.

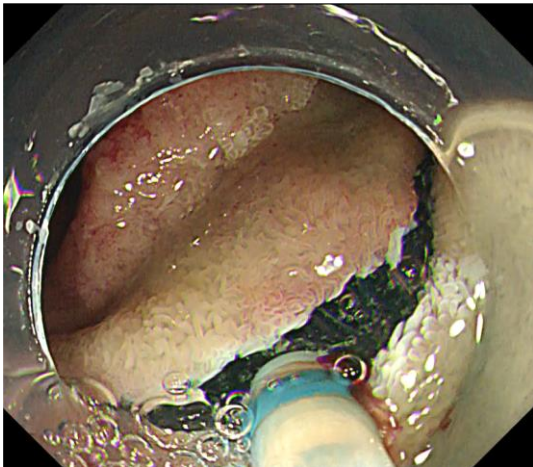


Scope: PCF-H290TI

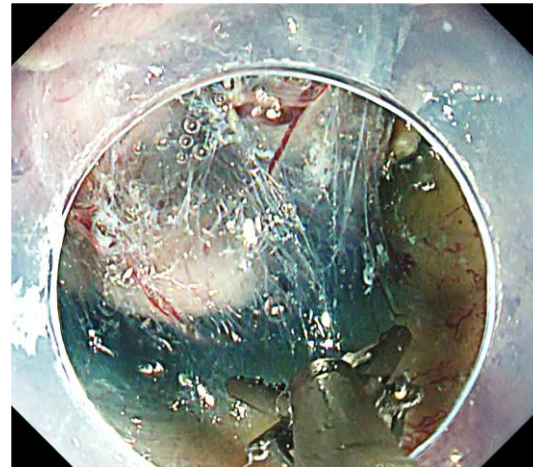
Device: DualKnifeJ™
ClutchCutter™

Tip hood: Space adjuster™

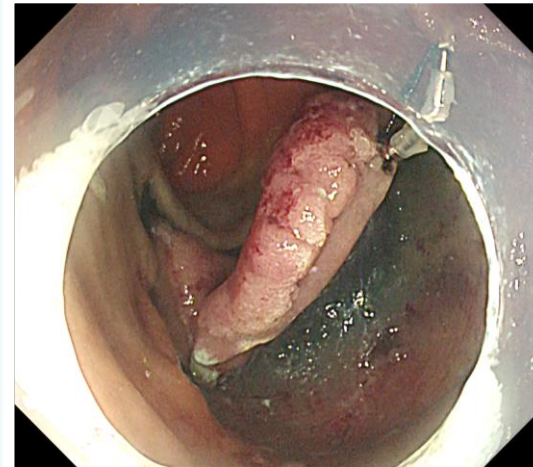
Mucosal incision with
Water pressure method



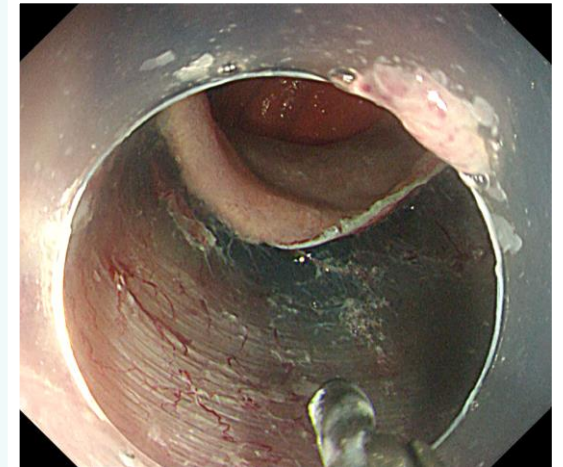
Submucosal dissection with
scissor-type knife



Traction with nylon ring



Postural change after
completing ESD



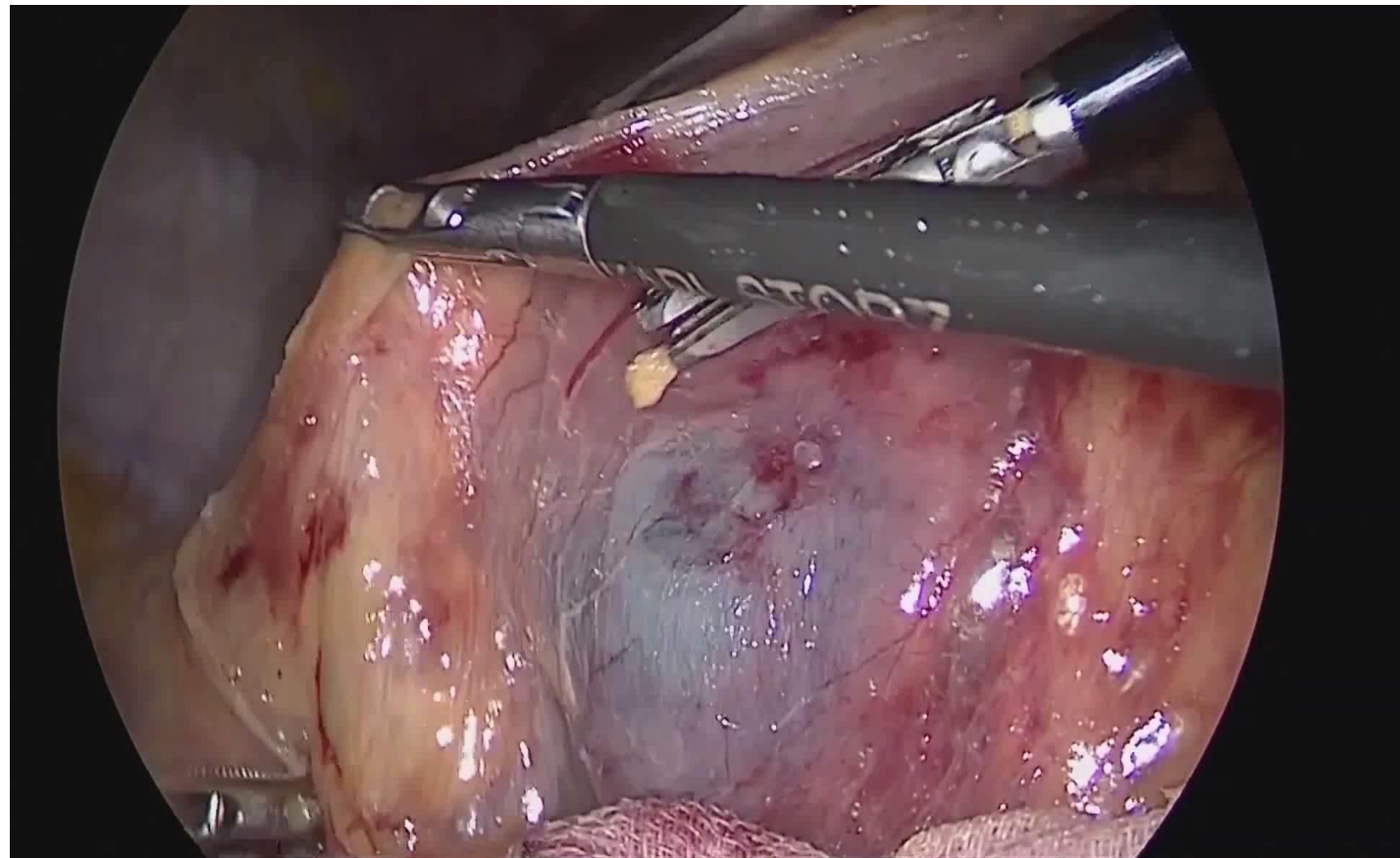


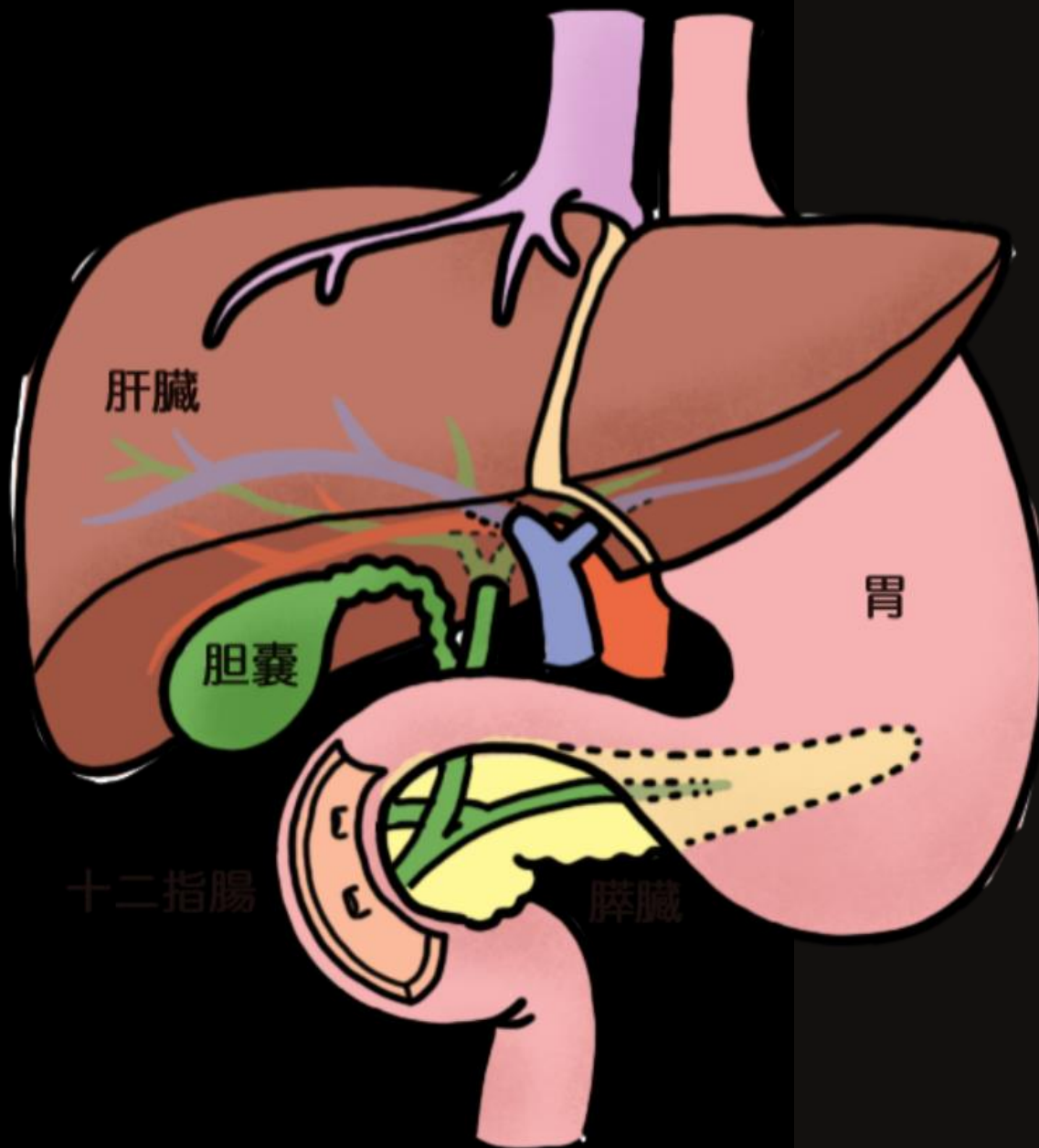
熊大消化器内科
宮本 英明特任助教

LECS for SNADET

Laparoscopic part

Laparoscopic maneuver





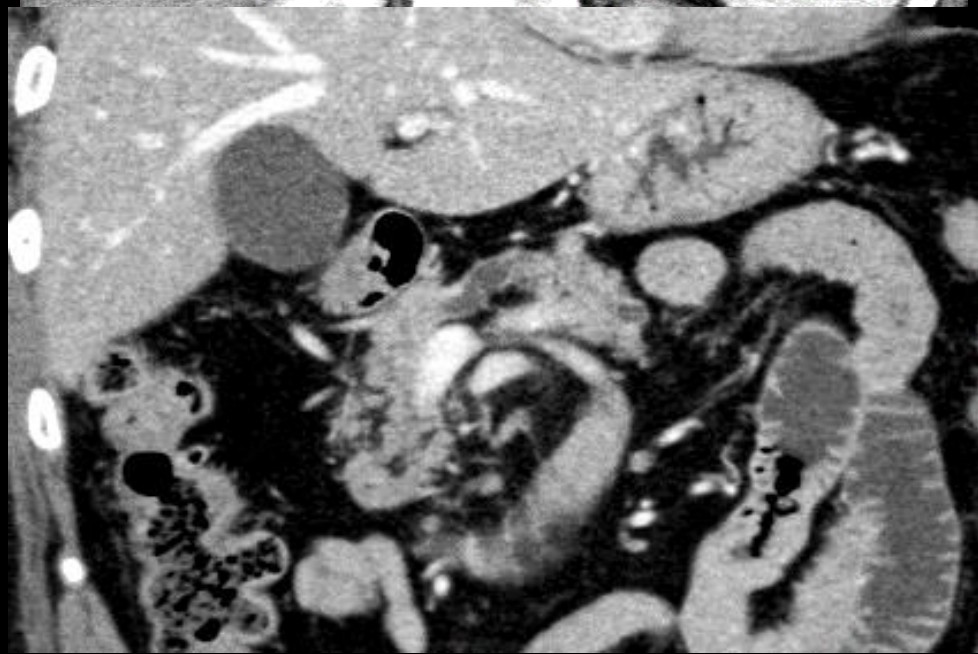
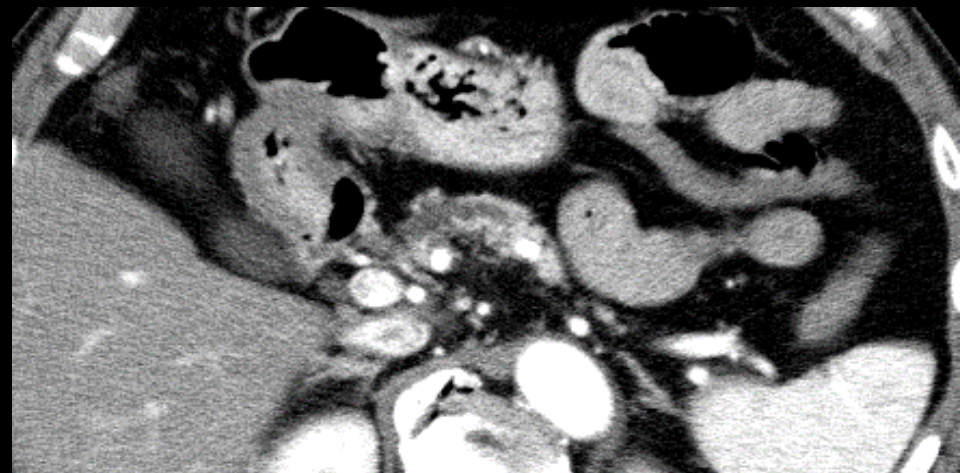
3. 膵臓

膵臓は胃の後ろ側にある横長の臓器である。

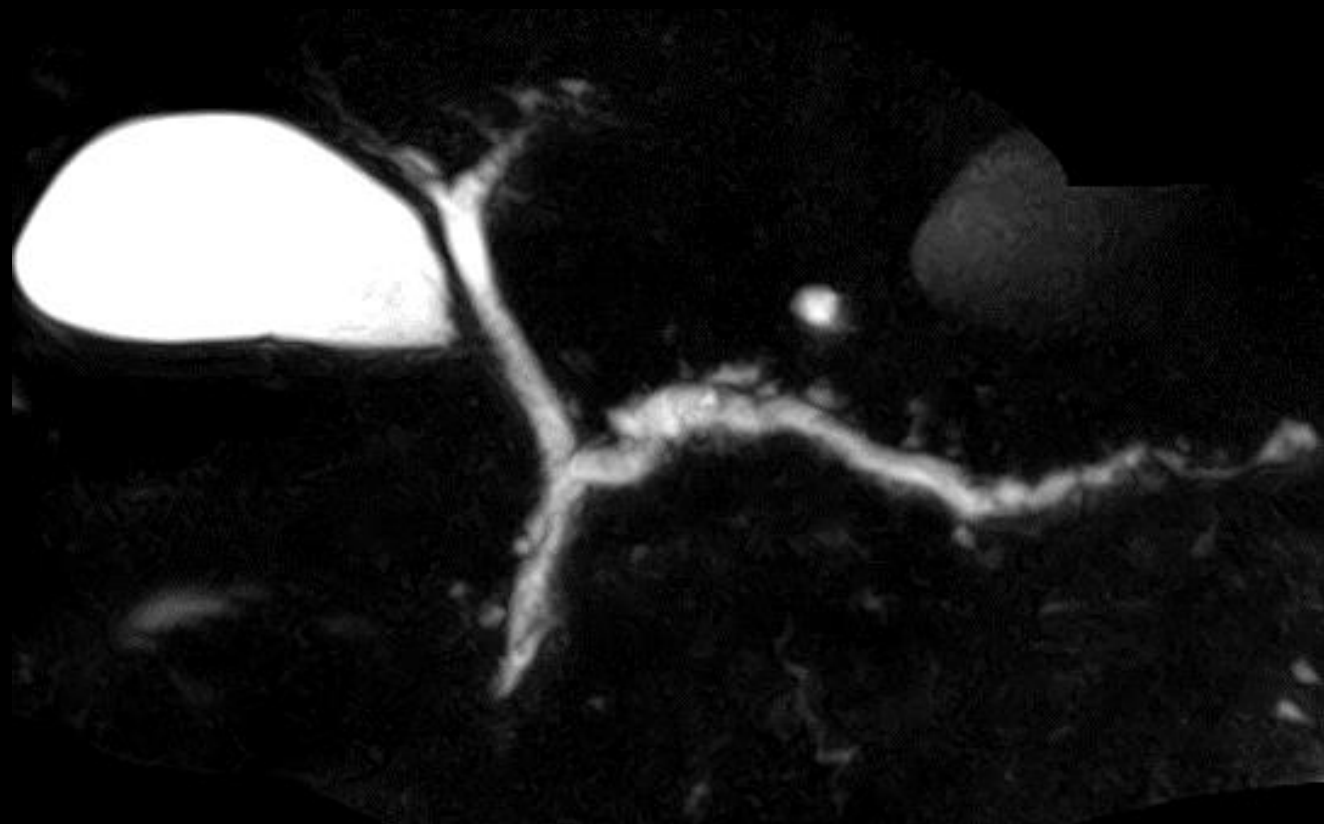
膵臓癌は早期発見が難しく、癌の完治率が約60%まで上がっているのに対して、膵臓癌の完治率は10%しかない。

超音波内視鏡（EUS）は、胃・十二指腸内から膵臓を観察できるため、早期発見の有用なモダリティである。

胰管拡張症例



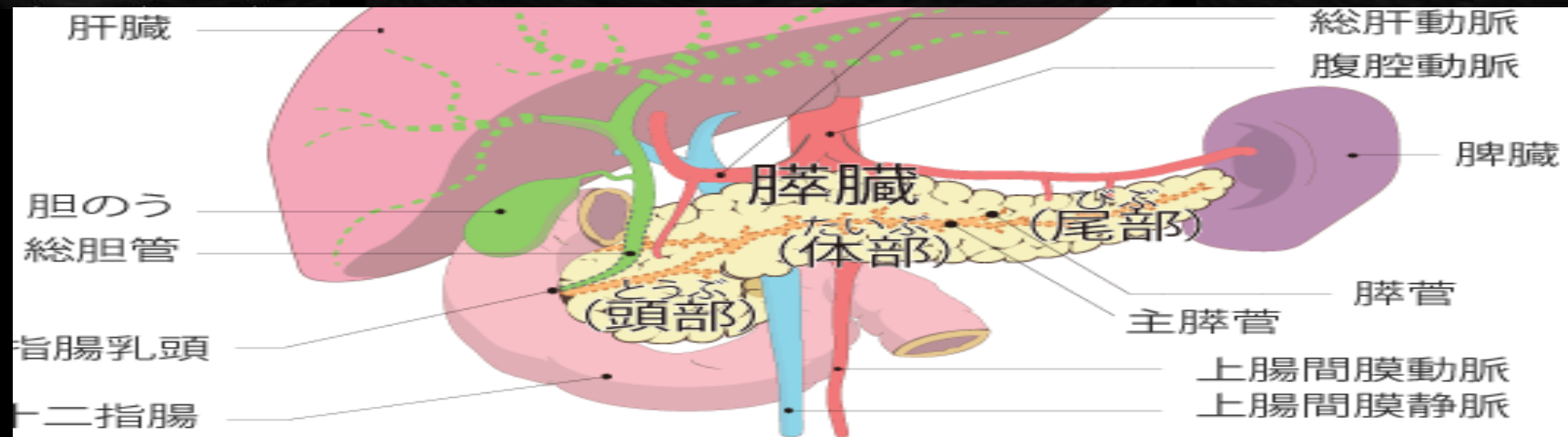
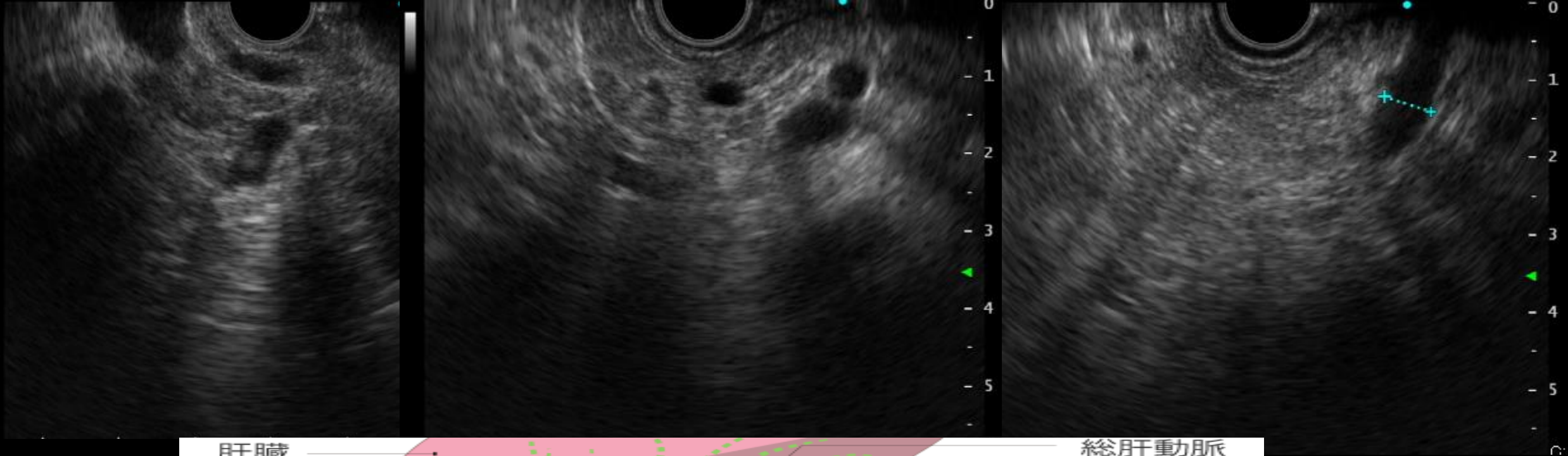
造影CT



MRCP

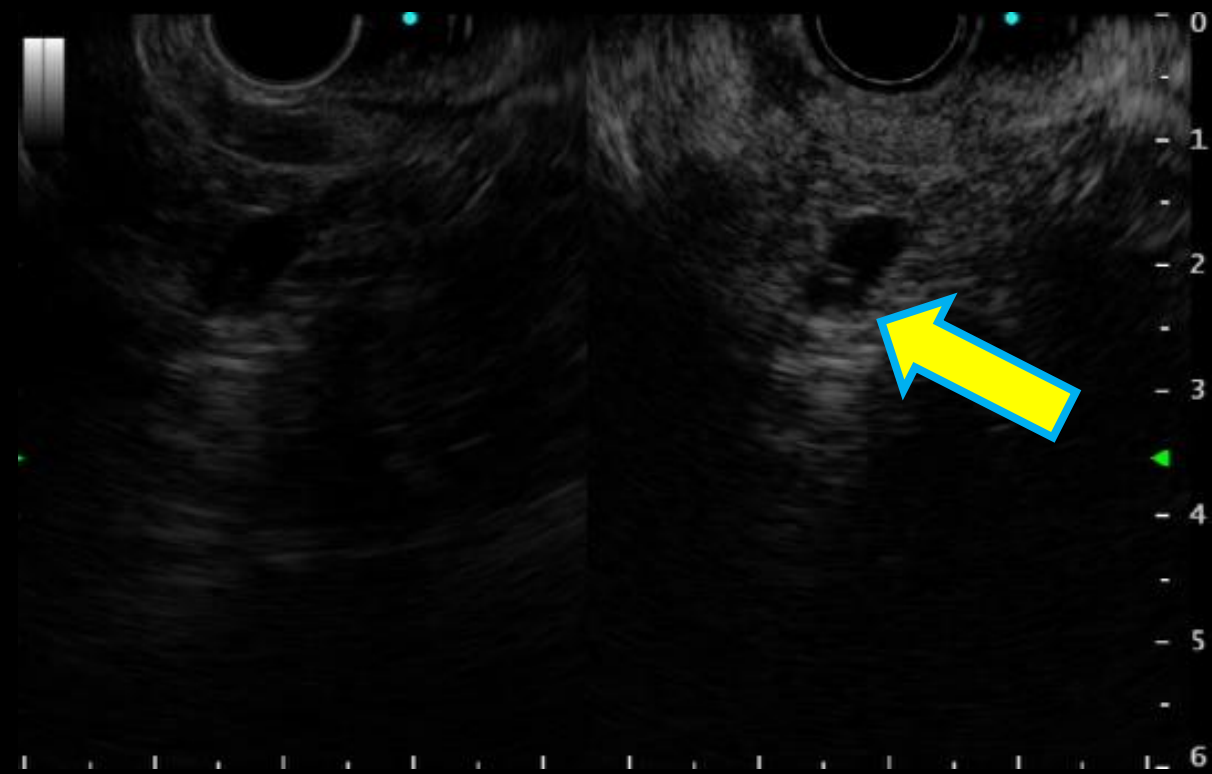
超音波内視鏡

(Endoscopic Ultrasonography : EUS)



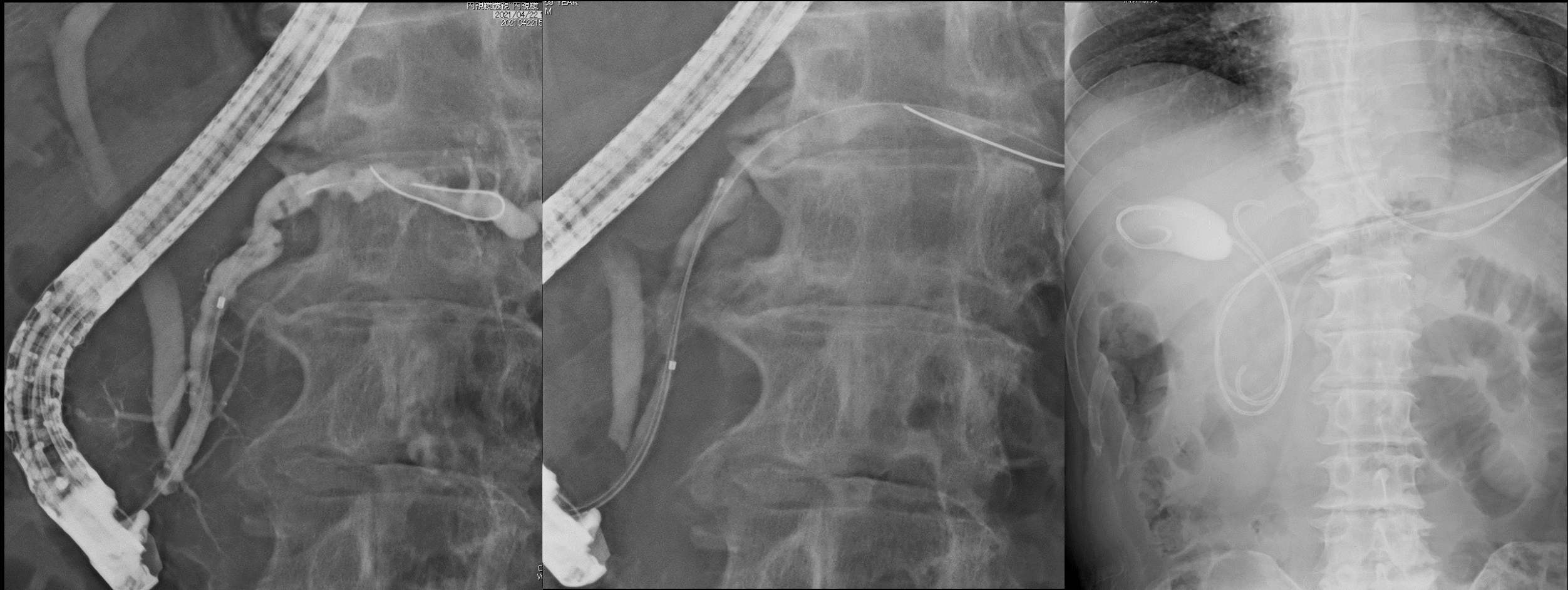


膵頭部膵管



ソナゾイド造影

胰管細胞診



細胞診：Class IV, Adenocarcinoma,suspected

開腹下頭側胰全的術 Child變法再建

TNM分類 (JPS 7th/UICC 7th)

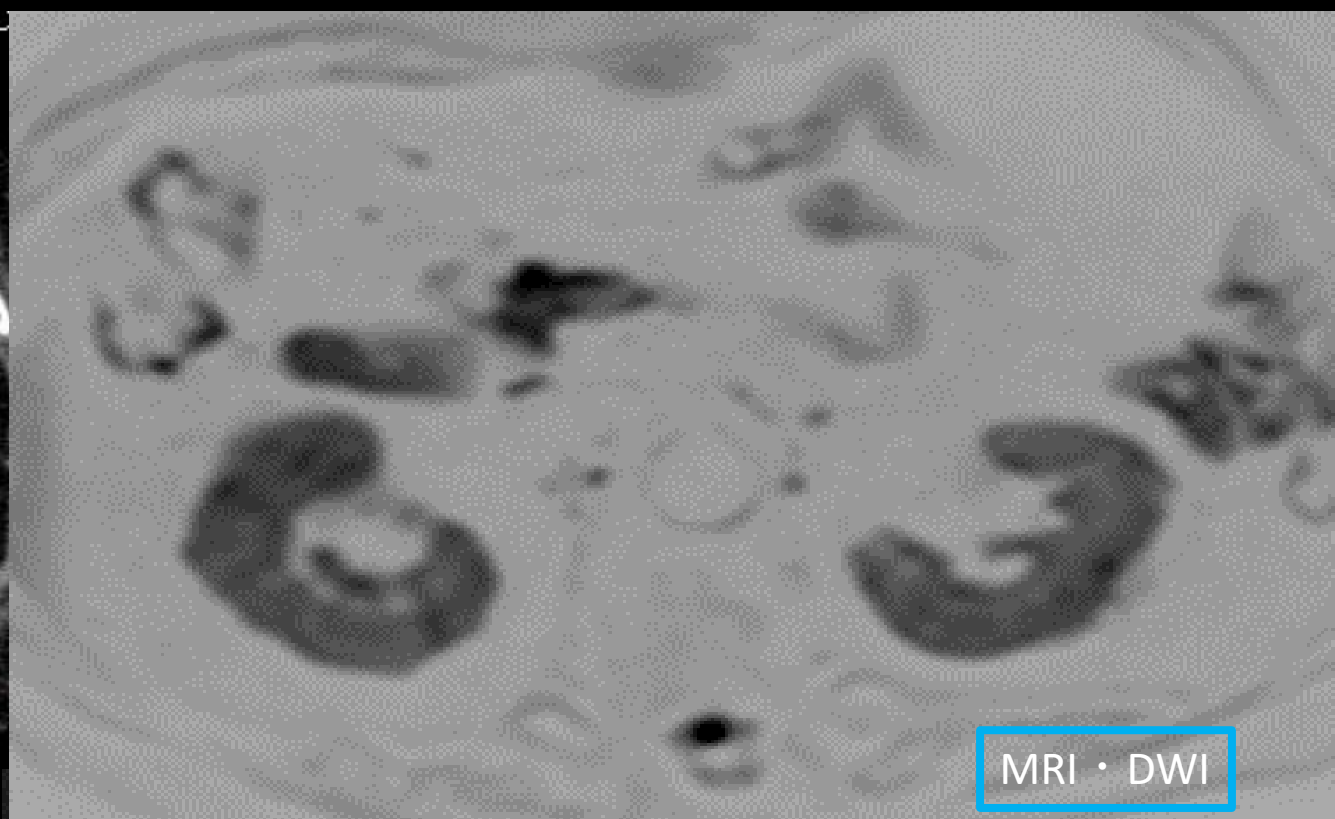
sT1a sN0 sM0 sStage I A/cT1 cN0 cM0 cStage I A

【病理診斷】

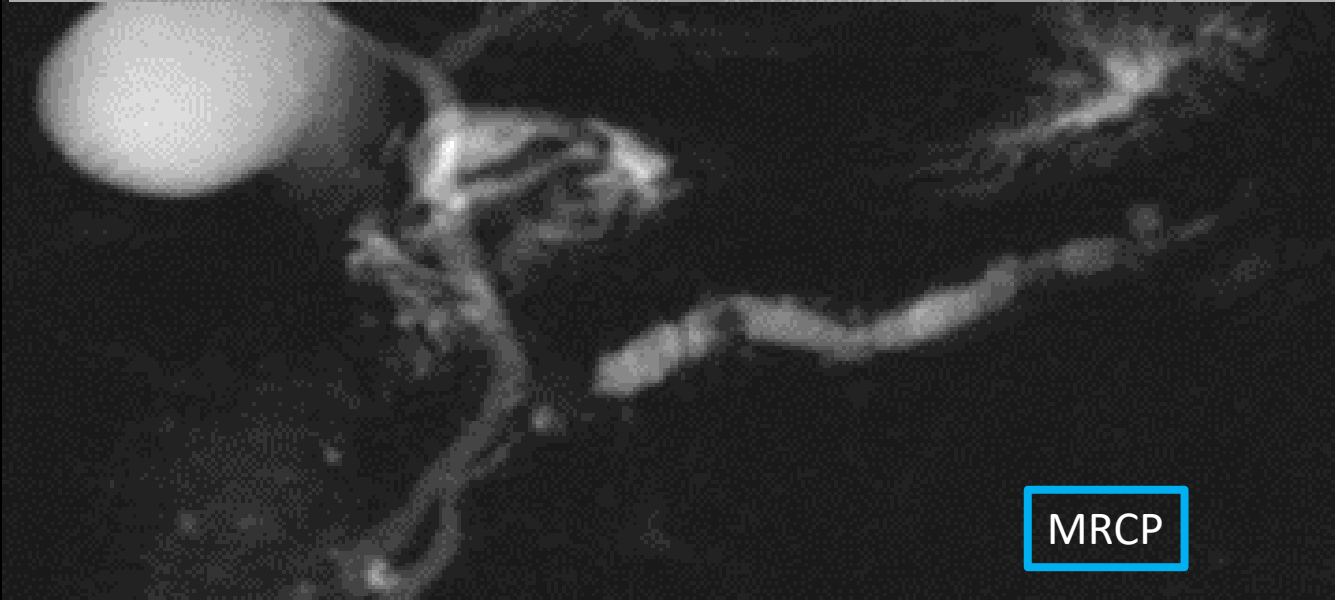
Pancreatic tumor:IPMC,noninvasive;pTis pN0,pStage 0



造影CT



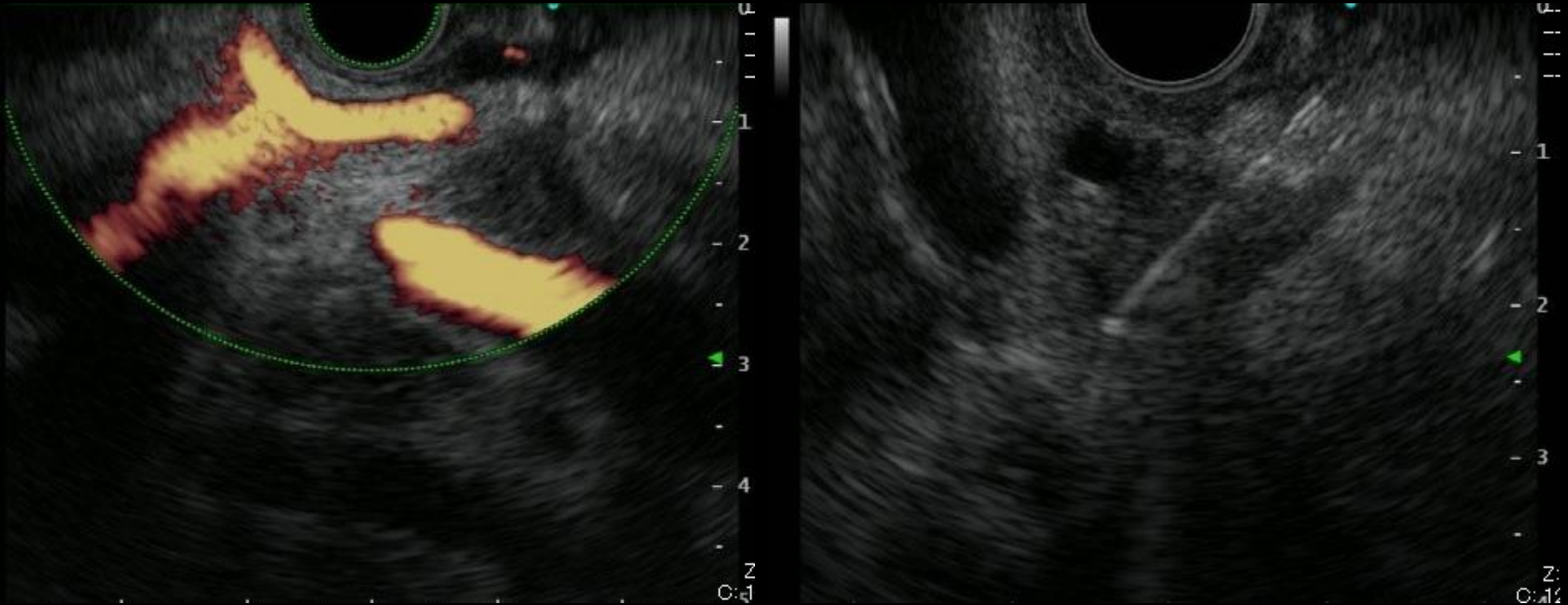
MRI · DWI



MRCP

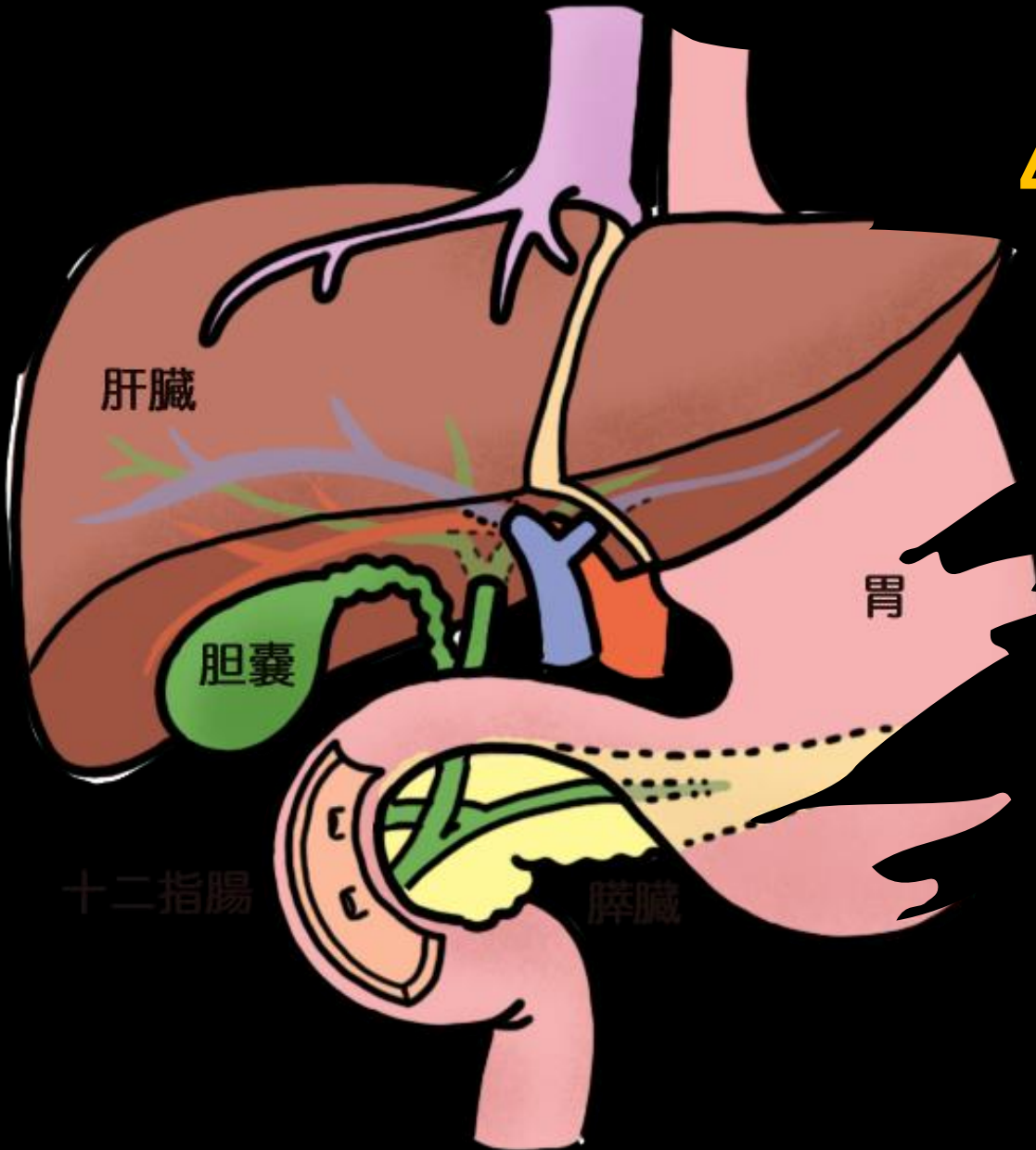
超音波內視鏡下穿刺吸引法

(Endoscopic ultrasound guided fine needle aspiration:EUS-FNA)



病理結果：adenocarcinoma,tub 2,

4.胆道（胆管および胆嚢）



結石に伴う、急性胆管炎、急性胆嚢炎に対して、内視鏡下にドレナージや碎石術。

腫瘍や術後狭窄に伴う閉塞性黄疸に対して、細胞診・組織診およびドレナージを行う。

総胆管結石性胆管炎



単純CT



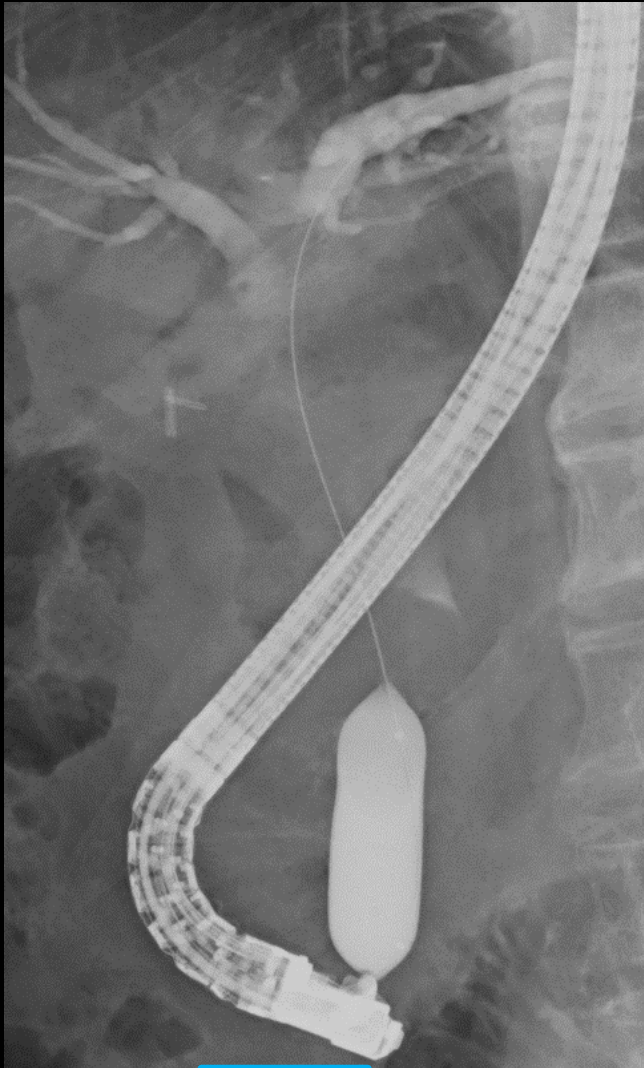
MRCP



ERCP

內視鏡的逆行性胆道胰管造影

(Endoscopic retrograde cholangiopancreatography:ERCP)



EPLBD



排石

鉗子削石



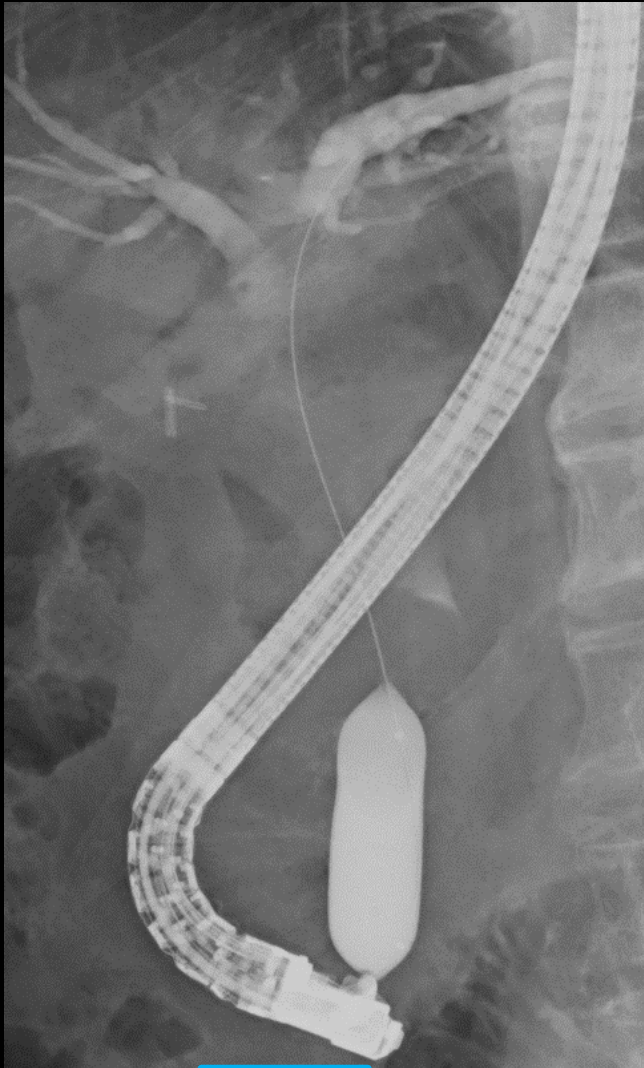
碎石



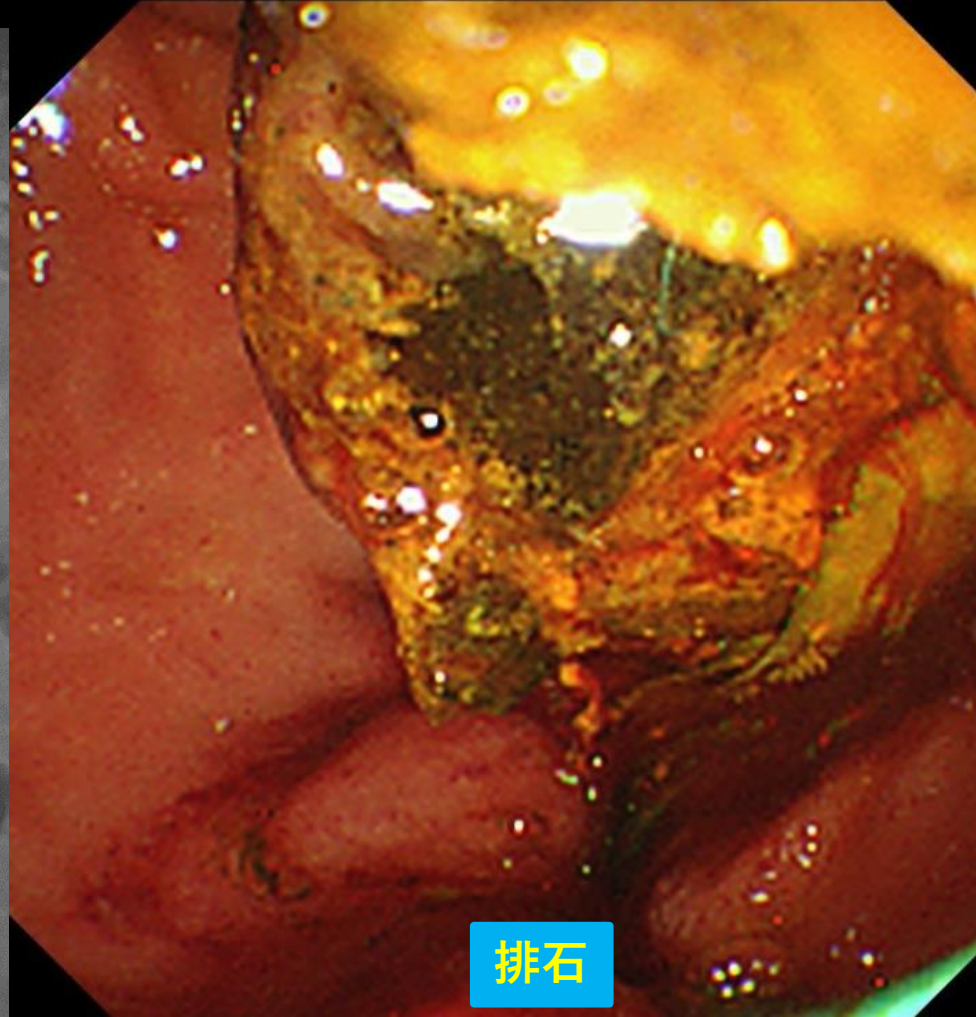
採石

內視鏡的逆行性胆道胰管造影

(Endoscopic retrograde cholangiopancreatography:ERCP)



EPLBD



排石

鉗子削石

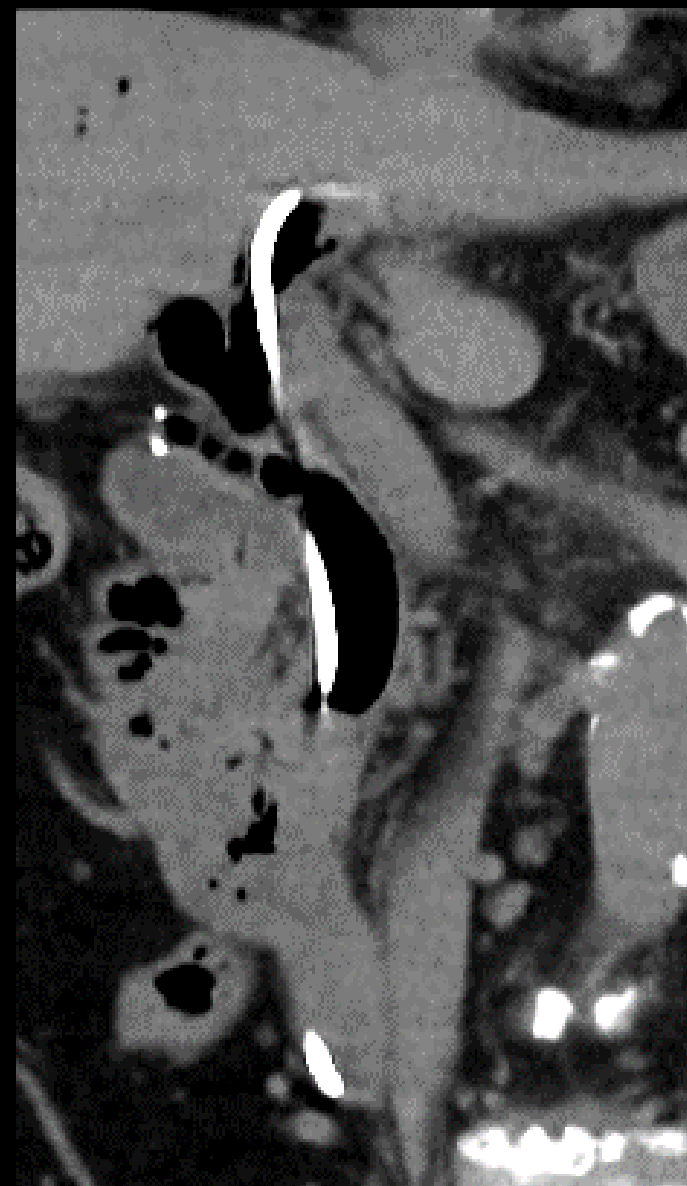
碎石



採石



治療前



治療後

急性胆嚢炎

急性胆嚢炎の治療の基本方針は胆嚢摘出術である。

超高齢化社会で、90歳以上の症例は珍しくなく、100歳を超える症例も経験する。

基礎疾患による耐術能の問題、胆嚢炎の発症経過と程度、手術同意が取得できない場合には保存的治療となる。

その場合、経皮経肝胆嚢ドレナージ（PTGBD）を行う機会が多いが、ドレーン抜去後の再発率は低くない。

保存的治療後あるいは手術待機中の再発率：19-36%

PTGBD後の胆嚢摘出術非施行例：22-47%

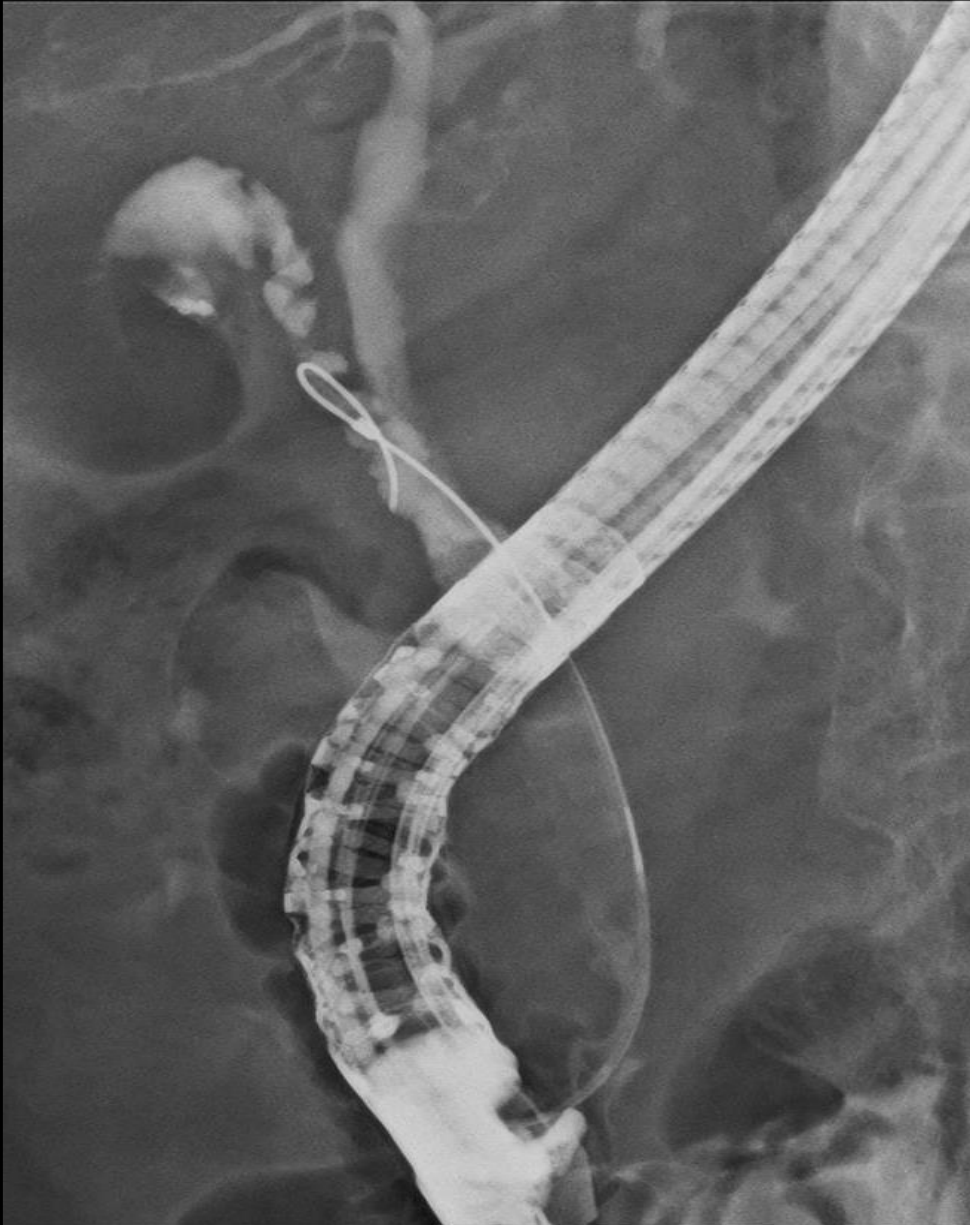
手術までの一時的治療なら良いが、胆嚢摘出術を施行できない症例では、常に再発のリスクを有する。

当科では、手術困難または手術を希望しない急性胆
嚢炎に対して、

内視鏡的経十二指腸乳頭的胆嚢ドレナージ

（endoscopic transpapillary gallbladder drainage:ETGBD）
を施行している。

ETGBDの実際



- ①ERCP下に乳頭より胆管深部挿管を行う。
- ②胆管造影で胆嚢管を描出。
- ③ガイドワイヤーを螺旋状の胆嚢管に進める。
- ④造影カテーテルを胆嚢管まで進める。
- ⑤胆嚢深部にガイドワイヤーを進める。
- ⑥ガイドワイヤーストレッチをかけて、造影カテーテルを胆嚢深部に進める。
- ⑦胆嚢内にステントを留置する。

結果

	症例数	ドレナージ 法	手技成功数	奏効率	症状消失ま での 日数	膵炎合併	胆嚢管 損傷	EST後出 血
2018年度	29例	ETGBD	25例 (86.2%)	25例 (100%)	1.7日	1例	1例	1例
		PTGBD	4例	4例 (100%)	5.0日	※3例はランデブーでEGBS 留置		
2019年度	28例	ETGBD	28例 (100%)	28例 (100%)	2.8日	1例	1例	0例
		PTGBD	0例	-	-	-		
2020年度	28例	ETGBD	24例 (85.7%)	24例 (100%)	2.5日	1例	0例	0例
		PTGBD	4例	4例 (100%)	5.7日	※3例はランデブーでEGBS 留置		

※腹痛なし、発熱なし、白血球数正常化の3点を全てを満たしたとき奏効したと判断

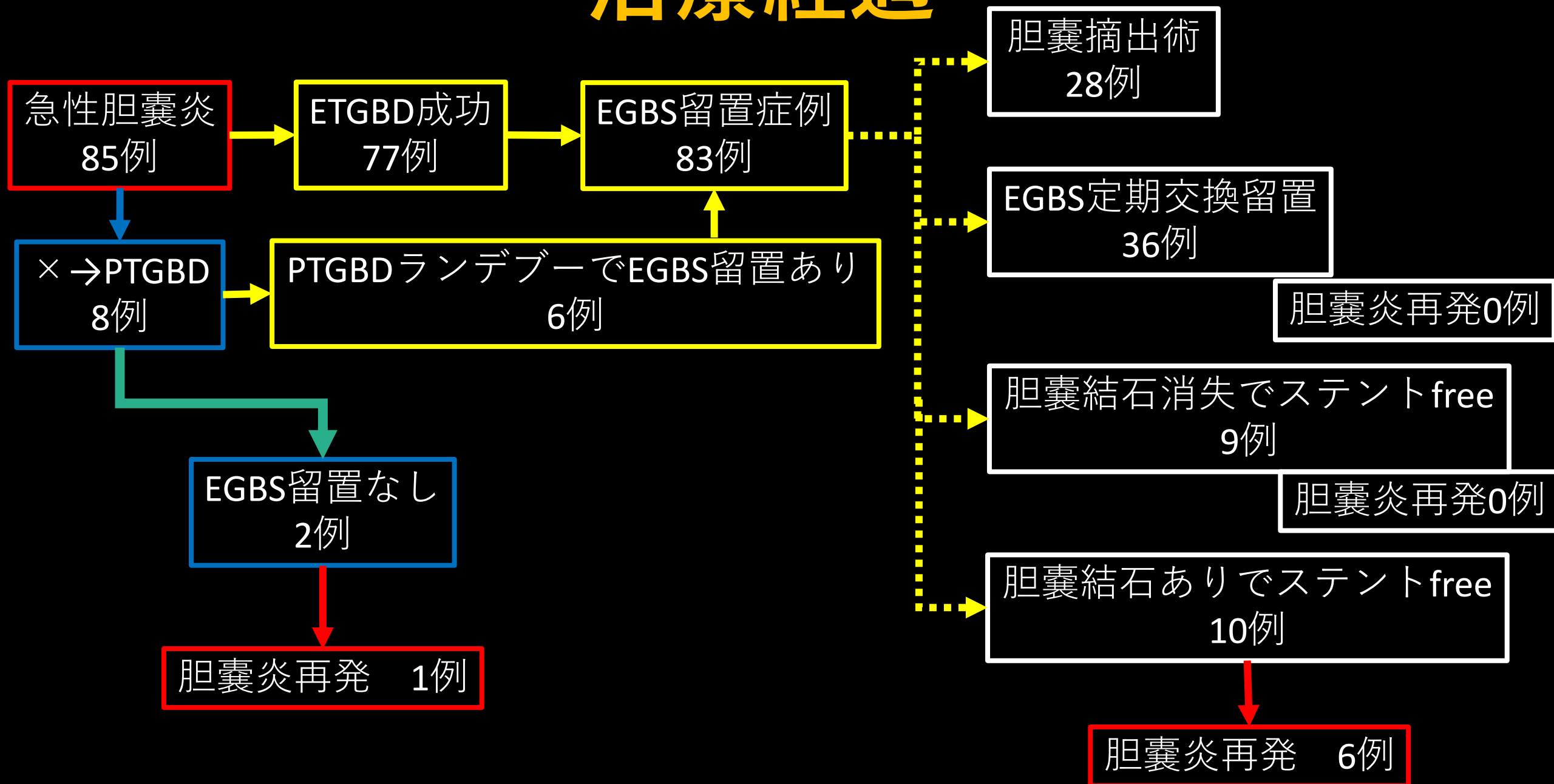
手技成功率：77/85（90.6%）、手技時間：14.7分（2-47分）

奏効率：85/85（100%）、平均2.3日（1-10日）、入院期間：15.3日（3-30日）

膵炎合併率：3/77（3.9%）※中等症：2例、軽症：1例

その他合併症：胆嚢管損傷2例、EST後出血1例、緊急手術移行例：0例

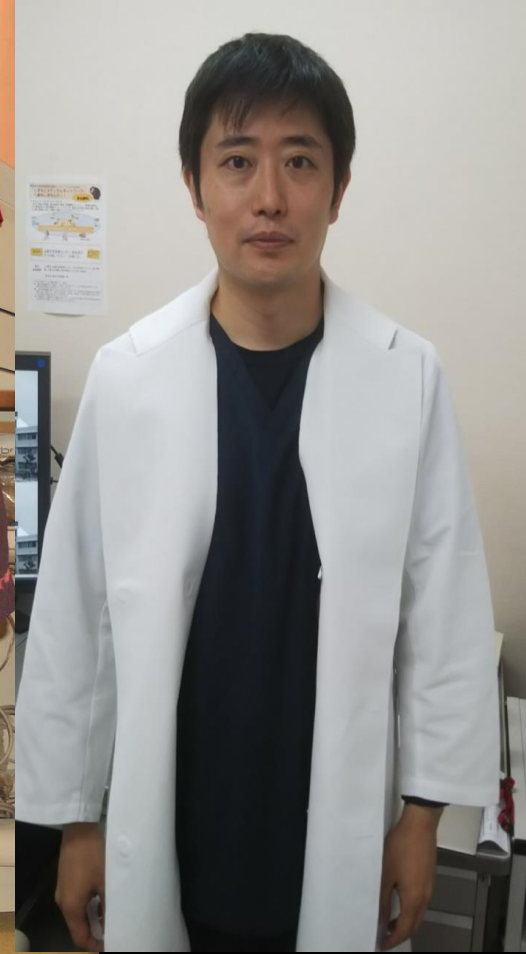
治療経過



結果および考察

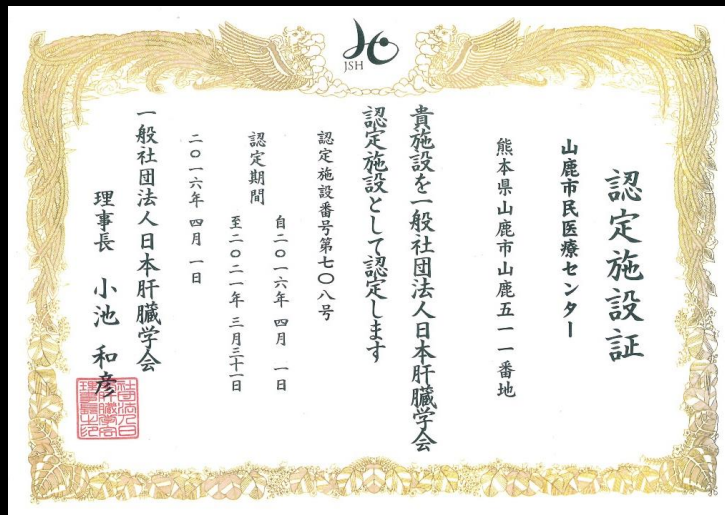
- ・ 当院での手技成功率は90.6%、奏効率は100%であった。
(他文献では手技成功率は72.8%、奏効率は96.2%)
- ・ PTGBDのみの胆嚢炎再発率は50% (1/2)、胆嚢結石が残存した状態でのステントfreeでの再発率は60% (6/10) であった。
(他文献ではPTGBD後の胆嚢炎再燃は22-47%)
- ・ EGBS継続留置、胆嚢結石消失後のステントfreeは再発率は0%であった。

ETGBDは胆嚢炎再発を予防できる治療方法である

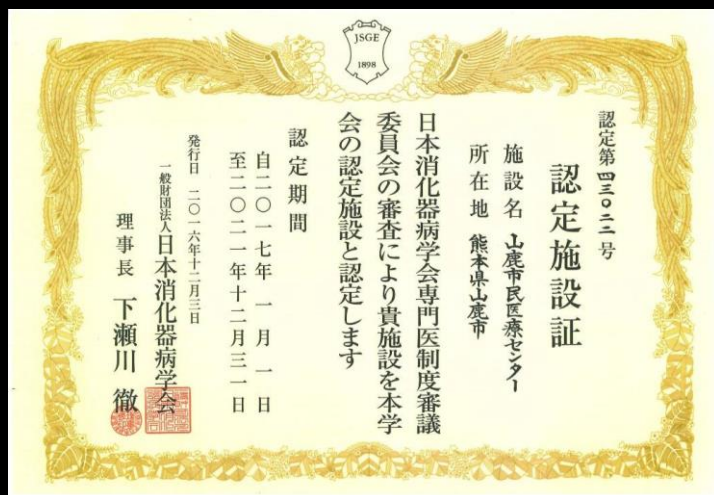


2022年山鹿市民医療センター 内視鏡室チーム

山鹿市民医療センター認定施設



日本肝臓学会 (2016.4～)



日本消化器病学会 (2017.1～)



日本内視鏡学会 (2022.12～)

結語

当科では、一般消化器疾患の診断・治療や内視鏡治療はもちのろん、特に、緊急内視鏡と胆道、膵臓に対する内視鏡治療は当院で可能な限り対応できるよう心掛けています。

胆嚢炎に対するETGBDは当院の特色の一つである。

治療に関しては、熊本大学附属病院はじめ、高次医療機関と連携して患者様の病状とニーズを考慮した最善の治療を選択し、治療に繋げる診療を心掛けています。