

# 第 13 回

# FNA-Club Japan

日時 2014 年 8 月 23 日 (土) 17 : 00—20 : 00

場所 東京医科大学本館 6 階臨床講堂

東京都新宿区西新宿 6-7-1

当番世話人

大阪府立成人病センター 検診部 消化器検診科

蘆田 玲子

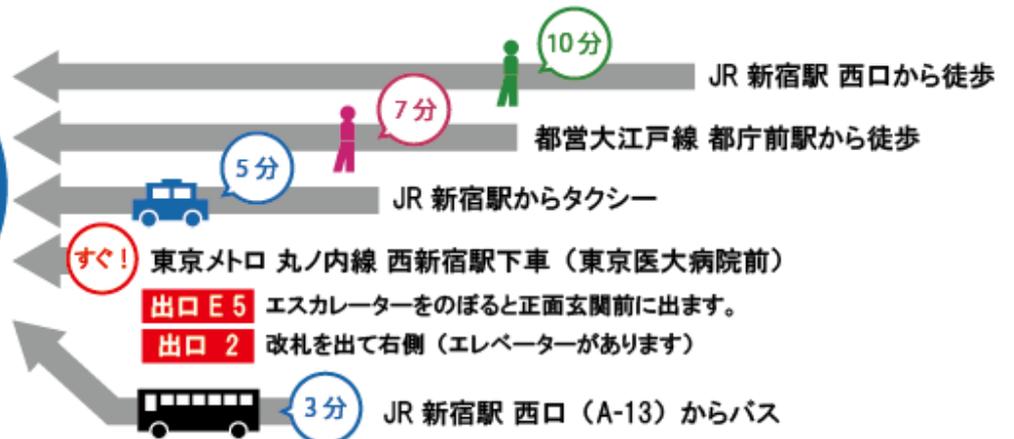


# 会場までの交通案内

■名 称 東京医科大学 本館 6F 臨床講堂

■住 所 東京都新宿区西新宿 6-7-1

■アクセス



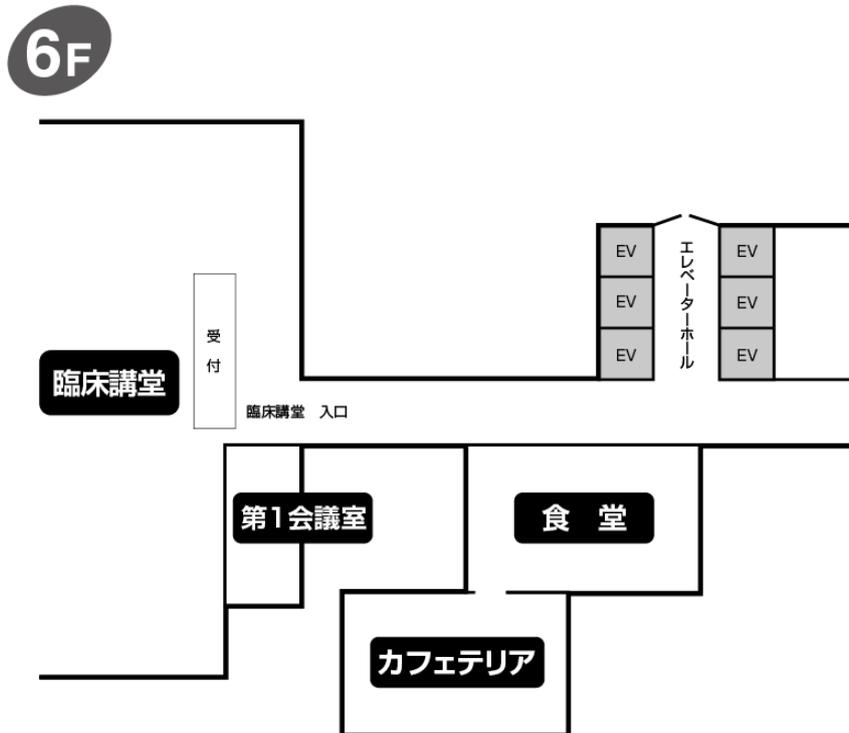
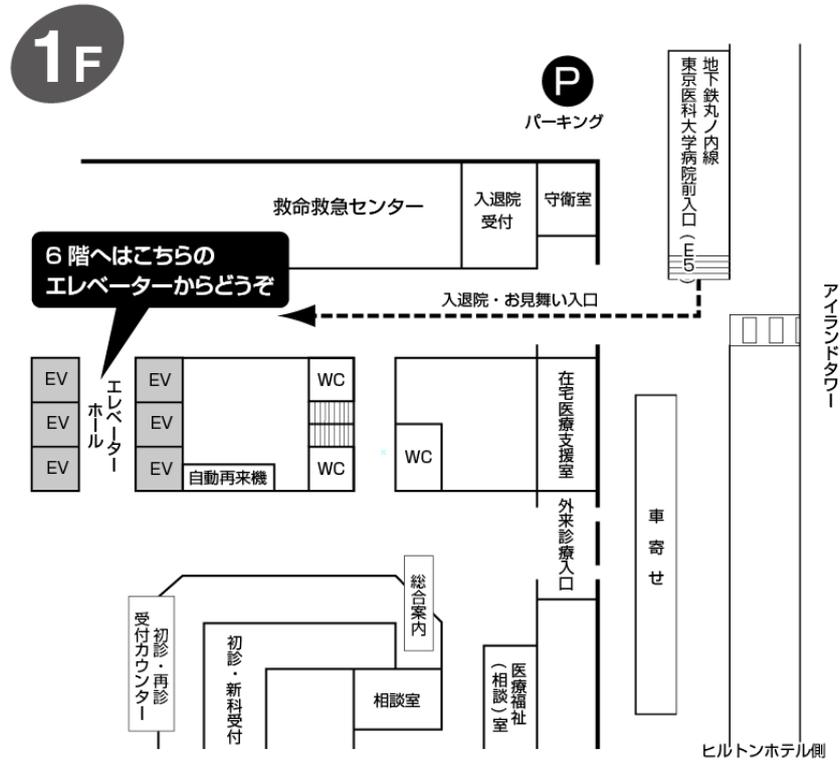
**出口 E5** エスカレーターをのぼると正面玄関前に出ます。  
**出口 2** 改札を出て右側 (エレベーターがあります)

**都営バス** ひとつ目の停留所「東京医科大学病院前」下車  
 ⑧番のりば「王子駅行」 ⑨番のりば「新代田駅行」 ⑩番のりば「杉並車庫行」

**西武バス** ひとつ目の停留所「東京医科大学病院前」下車  
 ⑦番のりば「池袋西武百貨店行」

**京王バス** ひとつ目の停留所「新宿住友ビル」下車  
 ⑯番のりば「渋谷駅行」 ⑰番のりば「永福町行」「佼成会聖堂普門館前行」

# 会場内の案内図



# Information

## ご参加の先生方へ

1. 会場は 6F となります。入り口に待機し御案内させていただきます。
2. 受付は 16 時 00 分からです。
3. 食事は出ませんのでご了承ください。
4. かしこまった研究会ではありませんので、カジュアルな服装でご参加ください。
5. 会場整理費として 2,000 円を徴収させていただきます。

## 顧問・世話人の先生方へ

1. 世話人会は 16 時 00 分からとなっております。(本会開始は 17 時 00 分)  
(詳細な場所につきましては、別途ご連絡させていただきます。)

## ご発表の先生方へ

1. Session1 のご発表は 1 題あたり 5 分をお願いいたします。
2. 発表媒体受付は 16 時 00 分から可能です。会場前受付にてお願いいたします。
3. 写真等提示の際は、患者個人名が同定できぬようご配慮をお願いいたします。
4. 発表媒体は御自身のパソコンを御持参下さいますようお願い致します。  
パソコンからの出力端子が特殊な形状の場合は、接続ケーブルを御持参下さい。

# Time schedule

8月23日 (土) 17:00~20:00

17:00……開会の辞

当番世話人 大阪府立成人病センター 蘆田玲子先生

17:10~18:45……Session 1 : Interventional EUS-FNA の偶発症 (8 題)

座長 JA 広島尾道総合病院 花田敬士先生  
東京大学 伊佐山浩通先生

コメンテーター

伊達赤十字病院 久居弘幸先生  
埼玉医科大学国際医療センター 良沢昭銘先生  
横浜市立大学 窪田賢輔先生  
久留米大学 岡部義信先生

18:45~19:00……休憩 展示ブース供覧

19:00~19:50……Session 2 : 特別企画 (3 題)

こんな症例に出会ったとき、あなたならどうしますか? ~施設の考え方を含めて~

座長 東京医科大学 糸井隆夫先生  
大阪府立成人病センター 蘆田玲子先生

ディスカッション 手稲溪仁会病院消化器病センター 瀧沼朗生先生  
東京慈恵医科大学 今津博雄先生  
北里大学東病院 宮澤志朗先生  
愛知県がんセンター中央病院 原和生先生  
近畿大学 北野雅之先生

Mini Lecture

☆AIP 診断が可能な検体採取のためのコツ 東北大学 菅野 敦先生  
☆19G 針を用いた穿刺のコツ 帝京大学溝口病院 安田一郎先生

19:50……総括発言 福島県立医科大学 会津医療センター 入澤篤志先生

20:00……閉会の辞・次回案内 次回当番世話人

# Conference program

## Session 1: Interventional EUS(EUS-FNA 含む)の偶発症 (17:10~18:45)

**座長** JA 広島尾道総合病院 花田敬士先生  
東京大学 伊佐山浩通先生

### コメンテーター

伊達赤十字病院 久居弘幸先生  
埼玉医科大学国際医療センター 良沢昭銘先生  
横浜市立大学 窪田賢輔先生  
久留米大学 岡部義信先生

#### 1. EUS-FNA 後に腹腔内出血を来した悪性リンパ腫の1例

東北大学病院 消化器内科, 東北大学病院 血液免疫科, 東北大学病院 病理部  
○条 潔、菅野 敦、本郷星仁、吉田直樹、中野絵里子、滝川哲也、  
三浦 晋、濱田 晋、菊田和宏、廣田衛久、正宗 淳、藤島史喜、下瀬  
川徹

#### 2. Procore 針を用いた EUS-FNA 後に胃壁内血腫、穿刺部出血を来し Endoscopic band ligation が有用であった1例

九州労災病院 消化器内科  
○板場壮一、蓑田洋介、加来豊馬、松本一秀、田中俊之、村尾寛之

#### 3. EUS-FNA 後に膿瘍を形成した脾悪性リンパ腫の一例

大阪市立総合医療センター 消化器内科  
○根引浩子、木村明恵、菊川佳菜子、中田晃暢、山村匡史、末包剛久、  
山崎智朗、佐々木英二、佐野弘治、渡辺憲治

#### 4. EUS-FNA にて縦隔膿瘍をきたした肺小細胞癌の1例

愛知県がんセンター中央病院 消化器内科<sup>1)</sup> 内視鏡部<sup>2)</sup> 消化器外科<sup>3)</sup>  
○佐藤高光<sup>1)</sup>、肱岡範<sup>1)</sup>、原和生<sup>1)</sup>、水野伸匡<sup>1)</sup>、今岡大<sup>1)</sup>、田近正洋<sup>2)</sup>、  
田中努<sup>2)</sup>、石原誠<sup>2)</sup>、與儀竜治<sup>1)</sup>、堤英治<sup>1)</sup>、藤吉俊尚<sup>1)</sup>、吉田司<sup>1)</sup>、  
奥野のぞみ<sup>1)</sup>、稗田信弘、清水泰博<sup>3)</sup>、丹羽康正<sup>2)</sup>、山雄健次<sup>1)</sup>

**5. 超音波内視鏡下穿刺吸引生検（EUS-FNA）後に食道内腔に腫瘍が露出した縦隔腫瘍の1例**

自治医科大学付属病院 消化器肝臓内科

○横山 健介、牛尾 純、玉田 喜一、富山 剛、畑中 亘、沼尾 則且、山本 博徳

**6. EUS-CDS 手技に種々の問題点があった閉塞性黄疸、十二指腸閉塞を合併した膵癌の1例**

大阪医科大学付属病院 第二内科

○小倉 健、佐野達志、恩田紗緒里、井元章、増田大介、樋口和秀

**7. EUS-CDS 後に胆汁誤嚥による肺炎を合併した1例**

手稲溪仁会病院 消化器病センター

○佐野 逸紀、潟沼 朗生、金 俊文、高橋 邦幸、小山内 学、矢根 圭、五十嵐 聡、南 竜城、仙譽 学、山崎 大、真口 宏介

**8. 超音波内視鏡ガイド下膵仮性嚢胞穿刺ドレナージ術(EUS-CD)において腹腔内出血を来してしまった一例**

大分県済生会日田病院 消化器内科

○中嶋 哲也

## Session2 : 特別企画 (19:00~19:50)

こんな症例に出会ったとき、あなたならどうしますか？～施設の考え方を含めて～

### 座長

東京医科大学 糸井隆夫先生  
大阪府立成人病センター 蘆田玲子先生

### ディスカッサント

手稲溪仁会病院消化器病センター 瀧沼朗生先生  
東京慈恵医科大学 今津博雄先生  
北里大学東病院 宮澤志朗先生  
愛知県がんセンター中央病院 原 和生先生  
近畿大学 北野雅之先生

- 黄疸、膵頭部腫瘍の一例
- 尾側の主膵管拡張を伴う小腫瘍の一例
- 初めて EUS-FNA を行う場合（指導者の立場，自分が穿刺をする場合）

## Mini Lecture

AIP 診断が可能な検体採取のためのコツ 東北大学 菅野 敦先生

19G 針を用いた穿刺のコツ 帝京大学溝口病院 安田一郎先生

# Abstract

## 1、EUS-FNA 後に腹腔内出血を来した悪性リンパ腫の 1 例

東北大学病院 消化器内科

東北大学病院 血液免疫科

東北大学病院 病理部

○条 潔、菅野 敦、本郷星仁、吉田直樹、中野絵里子、滝川哲也、  
三浦 晋、濱田 晋、菊田和宏、廣田衛久、正宗 淳、藤島史喜、下瀬  
川徹

[症例]36 歳男性。[主訴]腰痛。[既往歴]34 歳時に脳幹部神経膠腫。[現病歴]脳幹部神経膠腫に対し、放射線治療とテモゾロミドの内服にて加療されていた。2014 年 3 月頃より腰痛が出現したため当院を受診した。採血にて白血球 3800/uL、Hb9.7g/dL、血小板 5.1 万/uL、CRP13.9mg/dl と急激な汎血球減少の進行と炎症反応の上昇を認め、CT 検査にて脾臓のびまん性腫大と臍部に 5cm 大の腫瘤を認められたため、精査目的に入院となった。[経過]血清 IgG4 は正常範囲内であり、画像上、悪性リンパ腫が疑われた。凝固能は保たれていたため、EUS-FNA にて脾臓から組織を採取した。穿刺針は Boston 社製 Expect Flex 19g を使用し、穿刺回数は 2 回で、充分量の検体が採取出来た。しかし、検査施行の数時間後より嘔気、腹痛が出現。血圧 88/47mmHg と低下し、採血にて Hb5.9g/dL と貧血の進行を認めた。緊急 CT 検査にて胃後壁から大湾側にかけて長径 10cm 程の血腫を認め、胃壁からの出血が疑われた。同日、血管造影検査も施行したが、出血部位は確認できず。濃厚赤血球を 3 日間、計 12 単位輸血し、保存的に経過観察した。その後、貧血の進行は認めず、血腫も徐々に縮小した。脾臓組織の病理学的検査の結果、核腫大、核形不整を示す N/C 比の高いリンパ球様異型細胞の集簇を認めた。フローサイトメトリーと免疫組織学的検査にて Diffuse-large B-cell lymphoma と診断され、その後化学療法を施行された。

## 2、Procore 針を用いた EUS-FNA 後に胃壁内血腫、穿刺部出血を来たし Endoscopic band ligation (EBL) が有用であった 1 例

九州労災病院 消化器内科

○板場壮一、 蓑田洋介、 加来豊馬、 松本一秀、 田中俊之、 村尾寛之

症例は 75 歳男性、平成 25 年 11 月の検診にて血糖高値を指摘され前医受診した。腹部エコーで膵尾部腫瘍を指摘された。CT や MR 検査の結果より自己免疫性膵炎が疑われ、組織診断を行うための超音波内視鏡下穿刺術 (EUS-FNA) 目的で当科紹介となった。平成 26 年 1 月に膵尾部の 30 x 19mm の境界不明瞭、内部不均一、辺縁不整な腫瘍に対して Cook 社製 Echotip procore 19G 針を用いて Slow pull 法で EUS-FNA を行った。

1 回の穿刺の後に穿刺部を観察したところ胃体上部大弯に持続出血を認め、穿刺部周囲は暗紫色調の膨隆を呈し胃壁内血腫と考えられた。穿刺部を Endoscopic band ligation (EBL) で止血した。止血後に腹部 CT 検査を行ったが、胃壁外の出血は認めなかった。翌日の上部消化管内視鏡では EBL の band は脱落していたが止血できており、血腫部は魚鱗状の粘膜となり、前庭部粘膜はブロンズ色の色調を呈していた。検査翌日以降は貧血の進行なく検査後 5 日目に退院となった。Procore 針は組織を多く得るために先端が鉤状になっており、胃壁内の血管を損傷して本合併症を来した可能性があると考えられた。

EUS-FNA 後の胃壁内血腫の報告はなく貴重な症例と考え報告する。

### 3、EUS-FNA 後に膿瘍を形成した脾悪性リンパ腫の一例

大阪市立総合医療センター 消化器内科

○根引浩子、 木村明恵、 菊川佳菜子、 中田晃暢、 山村匡史、 末包剛久、  
山崎智朗、 佐々木英二、 佐野弘治、 渡辺憲治

【症例】70歳代男性

【主訴】特になし

【既往歴】高血圧・脂質異常症、両側内頸動脈狭窄症に対し他院脳神経外科でクロピドグレルの処方を受けている。

【現病歴】健診の腹部エコーで脾臓に腫瘤を指摘されたため、精査加療目的で当院受診。PET で脾臓に12cm 大の腫瘤あり。SUVmax22.8 の集積を伴い、左腎門部に2カ所のリンパ節腫大を認め (SUVmax19.2)、悪性リンパ腫が示唆された。EUS-FNA 目的で当院入院となった。

【入院後経過】入院後クロピドグレルを中止し、ヘパリンの持続投与を行った。8/15 へパ

リン中止の3時間後に、脾腫瘍より22G ECHO-Tip Ultra を使用しEUS-FNA 施行。8/18 にヘパリン中止し退院となった。EUS-FNA の結果、Diffuse large B cell lymphoma. と診断された。8/20 に発熱および左側腹部痛と左肩痛が出現し、8/21 に当院再入院となった。39℃台の発熱があり、血液培養提出したところ、Clostridium clostridioforme を検出した。8/26 の造影CTで脾膿瘍を認め、8/28 経皮的脾膿瘍ドレナージ施行。9/3 腹腔鏡下脾臓摘出術を施行した。

【考察】今回当施設において、脾腫瘍に対してEUS-FNA を施行した後に膿瘍を形成した症例を経験した。他の施設でのEUS-FNA 後の膿瘍形成の症例のご経験はないか、EUS-FNA 施行後の抗生剤投与はされているか、穿刺針を差し入れする際に気をつけていることなどご教示頂きたく症例提示いたします。

#### 4、EUS-FNAにて縦隔膿瘍をきたした肺小細胞癌の1例

- 1) 愛知県がんセンター中央病院 消化器内科
- 2) 同 内視鏡部
- 3) 同 消化器外科

○佐藤高光<sup>1)</sup>、 肱岡範<sup>1)</sup>、 原和生<sup>1)</sup>、 水野伸匡<sup>1)</sup>、 今岡大<sup>1)</sup>、 田近正洋<sup>2)</sup>、  
田中努<sup>2)</sup>、 石原誠<sup>2)</sup>、 與儀竜治<sup>1)</sup>、 堤英治<sup>1)</sup>、 藤吉俊尚<sup>1)</sup>、 吉田司<sup>1)</sup>、  
奥野のぞみ<sup>1)</sup>、 稗田信弘<sup>1)</sup>、 清水泰博<sup>3)</sup>、 丹羽康正<sup>2)</sup>、 山雄健次<sup>1)</sup>

【症例】77歳、女性。検診目的の胸部単純X線検査で気管の右側偏位を指摘され、胸部CTを施行したところ気管左側に3cm、左肺門に2cm大の充実様腫瘍が認められた。中縦隔腫瘍疑いで当院呼吸器科紹介受診。腫瘍マーカーはPro-GRPが2000PG/MLと高値であった。PET-CTで左肺門、肝、骨に多発する集積を認め、肺癌の肝・骨転移を疑った。EUSではCTで認めた縦隔の病変部に一致し、血流に乏しい34mm大の低エコー腫瘍を認めた。同部よりEUS-FNAを行ったところ壊死物質のみで、迅速細胞診で悪性細胞は確認されなかった。引き続き行った肝腫瘍からのEUS-FNAで、小型でクロマチンに富むN/C比の高い異型細胞の増殖がみられた。以上より肺小細胞癌 cT2aN1M1；cStage4と診断した。EUS-FNA翌日には臨床上、血液検査上も異常所見なく、食事再開となった。

EUS-FNA後6日目に喘鳴、発熱を認め、血液検査所見にてWBC 14100/ $\mu$ l、CRP 27mg/dlと炎症反応の高値を認めた。抗生剤の投与を開始したが、呼吸困難感は増悪し、胸部単純X線検査で気管の右側偏位が増強していた。胸部CTでは縦隔内にairを伴う6cm大の膿瘍および、縦隔全体に軟部影を認めた。縦隔膿瘍の診断で、同日緊急縦隔ドレナージ手術を行い救命することができた。手術より1年3か月後に原疾患により永眠された。

【まとめ】縦隔の嚢胞性病変に対するEUS-FNAは感染のリスクが高くESGEのガイドラインでも禁忌とされている。穿刺時に適応を慎重に判断すべきであると思われた。

## 5、超音波内視鏡下穿刺吸引生検（EUS-FNA）後に食道内腔に腫瘍が露出した縦隔腫瘍の1例

自治医科大学付属病院 消化器肝臓内科

○横山 健介、牛尾 純、玉田 喜一、富山 剛、畑中 亘、沼尾 則且、山本 博徳

53歳男性。嚥声のため近医耳鼻科を受診し、左声帯麻痺を指摘された。原因検索として施行したCTで、縦隔腫瘍による反回神経麻痺と診断され、精査目的に当科受診となった。

CTで腫瘍は60mm大で不均一な造影効果を示しており、一部は嚢胞状を呈していると考えられた。MRIでも同様に腫瘍内に嚢胞成分が混在していた。EUSでは腫瘍の大部分は充実成分であったため、組織学的エビデンスの取得を目的として、EUS-FNAを行った。腫瘍は切歯より25から30cmほどの部位に存在し、22G針で3回穿刺した。病理組織学的には、AFP染色陽性の腺癌主体の像であったが、一部に異型の乏しい扁平上皮片を認めた。

穿刺1週間後に縦隔炎を発症したが、保存的に対応した。穿刺2週後のCTで縦隔炎は改善傾向であったが、腫瘍は増大し食道内腔に突出しているようにみえた。上部消化管内視鏡検査で、切歯から25cmの右側壁に以前にはみられなかった上皮性変化を認め、病理組織学的にも縦隔腫瘍と同様の組織像を呈していた。EUS-FNAに伴う腫瘍の播種か、腫瘍が直接的に食道に穿破したのかは不明であるが、EUS-FNAに関連した偶発症と考えた。

EUS-FNA後の消化管壁への播種の頻度には様々な意見があるが、非常に稀とされており、検索した限りpubmedで7例、医中誌で2例報告されているのみであった。これらの文献の中で、EUS-FNA後に偶発症をきたしやすい要因として、穿刺針の径、穿刺回数、穿刺時のjiggling movementの回数、吸引圧、腫瘍の悪性度などが挙げられている。自験例は2週間と短い期間で腫瘍が食道に露出してきたが、EUS-FNA時にすでに食道壁浸潤を認めたこと、悪性度が高いことより早期に播種をきたしたものと考えた。

## 6、EUS-CDS 手技に種々の問題点があった閉塞性黄疸、十二指腸閉塞を合併した膵癌の1例

大阪医科大学附属病院 第二内科

○小倉 健、 佐野達志、 恩田紗緒里、 井元章、 増田大介、 樋口和秀

81歳男性、2011年4月頃より食欲不振、嘔吐が出現し、半年で約10Kgの体重減少を認めたため近医を受診した。各種画像検査で肝転移、十二指腸閉塞を伴う進行膵癌が疑われたため当科に紹介となった。当院に入院後に施行したEUS-FNAで膵癌の診断をえた。十二指腸乳頭へのアプローチが困難であったため、十二指腸ステントを留置後にEUS-BDを施行する方針とした。

まず十二指腸球部よりneedle knifeで胆管を穿刺し、造影を行うと腹腔内に造影剤が流出した。再度19Gで穿刺、造影後にwireを留置した。瘻孔拡張操作に難渋し、内視鏡像で確認すると、十二指腸粘膜のdouble punctureとなっていた。メタリックステント挿入時に粘膜は裂傷し、なんとかステント留置を行った。しかし、肝側への留置距離が不十分で胆管壁とステントがkinkingしていたため、ステント内に10Fr PSを留置した。術後CTでは多量のfree air、造影剤の腹腔内への漏出が認められた。保存的加療で一旦は軽快したが肝膿瘍を併発し化学療法を施行することはできず敗血症にて永眠された。

本症例は、①穿刺やデバイス挿入時に超音波像が視認できておらず軸が合っていない。②穿刺時のScope操作により十二指腸粘膜が2重になっていることの確認を怠った。③デバイスの不適切な選択など、種々の問題点があった。

EUS-BDは先進施設での研修あるいは本手技に精通した指導医のもと行うべき手技であり、安易な導入は重篤な偶発症を招くため慎むべきであると考えられた。

## 7、EUS-CDS 後に胆汁誤嚥による肺炎を合併した 1 例

手稲溪仁会病院 消化器病センター

○佐野 逸紀、 潟沼 朗生、 金 俊文、 高橋 邦幸、 小山内 学、 矢根 圭、  
五十嵐 聡、 南 竜城、 仙譽 学、 山崎 大、 真口 宏介

症例は 73 歳男性。膀胱癌術後再発にて当院泌尿器科に通院中，2012 年 11 月に閉塞性黄疸を認め当センター紹介入院となった。入院時より食欲不振と倦怠感を自覚していたが，腹痛や嘔吐は認めなかった。血液検査では ALP 1525U/l, AST 189U/l, ALT 283U/l,  $\gamma$ GTP 943U/l, T-bil 5.7mg/dl, D-bil 4.5mg/dl と肝胆道系酵素の上昇と高ビリルビン血症を認めた。腹部 CT では、後腹膜から肝十二指腸間膜にかけて境界不明瞭な低吸収域を認め，膀胱癌の腹膜播種と考えた。また，肝内胆管から中下部胆管にかけての著明な拡張と下部胆管末端での狭窄を認め，胆管狭窄部周囲には明らかな隣腫瘍やリンパ節腫大を伴っていなかったことから，腹膜播種巣が胆管への浸潤を来したと考えた。胆道ドレナージ目的に ERCP を施行したところ，胃内には明らかな食残はなかったが十二指腸下行脚に圧排性の狭窄を認めた。バルーン拡張を併用することにより scope を下行脚に誘導することは可能であったが，胆管挿管は困難であった。このため，十二指腸球部より超音波内視鏡下の胆道ドレナージ (EUS-CDS) を選択した。EUS-CDS は，EchoTip 19G 針 (COOK Medical) を用いて胆管を穿刺し，通電ダイレーター (Cyst-Gastro-Set 6Fr.; Endo-Flex) と Soehendra Biliary Dilatation Catheter 4-7Fr. (Cook Medical) で穿刺部を拡張した後に ThroughPass 7Fr 70mm (Gadelius Medical) を留置して終了した (手技時間 26 分)。処置施行中は特に大きな問題なく経過し、処置後も腹痛などの症状は認めなかったが，翌日の早朝に胆汁の嘔吐と呼吸状態の悪化を認めた。同日撮像した胸部 CT で右下肺野背側を中心とした浸潤影を認め，十二指腸内に流出した胆汁による誤嚥性肺炎と考えた。診断時より ICU 管理として人工呼吸器を含めた集学的治療を施行し，誤嚥性肺炎は鎮静化したものの人工呼吸器からの離脱は困難であった。最終的には全身状態の改善が得られず，処置 66 日後に永眠された。十二指腸狭窄を伴う閉塞性黄疸例に対して EUS-CDS は有用な胆道ドレナージ法の 1 つであるが，胆汁流出路の確保という点においても十二指腸狭窄を予め解除しておく必要があると考える。

## 8、超音波内視鏡ガイド下腓仮性嚢胞穿刺ドレナージ術（EUS-CD）において腹腔内出血を来してしまった一例

大分県済生会日田病院 消化器内科

○中嶋 哲也

今回我々は腓仮性嚢胞に対し EUS-CD を試み、腹腔内出血を来した 1 例を経験したので報告する。またその問題点、予防策について検討したい。症例は 81 歳女性、平成 21 年 7 月全身倦怠感、心窩部痛、尿濃染、体重減少の精査目的で当院紹介受診した。肝胆道系酵素の上昇あり、腹部超音波検査では腓頭部に 6 cm 大の嚢胞性病変と総胆管および肝内胆管の拡張を認めた。精査加療目的で入院となった。ERCP では頭部主腓管の一部とその尾側に約 6 cm 大の嚢胞性病変の内腔が造影された。中下部胆管は嚢胞性病変により圧排され狭細化していた。内視鏡的に胆管および腓管ステント留置を試みるも乳頭部の正面視が困難であり不可能であった。そのため後日 PTBD を施行した。EUS にて腓頭部の嚢胞性病変は単房性で内腔の壁は整っており、壁在結節は認めなかった。腹部造影 CT、MRCP では腓頭部の嚢胞性病変は拡張した尾側腓管と交通を有していた。以上の画像および血液生化学検査所見、70 歳時に自動車事故による胸腹部外傷の既往があることから外傷後の腓仮性嚢胞を疑った。年齢や全身状態を考慮し、第 15 病日経胃的に EUS-CD を試みた。使用超音波内視鏡装置は EU-G2000 と使用スコープは GF-UCT2000-0L5、穿刺には高周波スネアである SD-5L-1（すべてオリンパス社製）を用いた。仮性嚢胞の壁は予想以上に固く 2 回目の穿刺にて内腔に到達した。シースからスネアを抜去したところ新鮮血が逆流し、胃内に大量の血液の貯留を認めたため処置を中断した。緊急腹部血管造影検査を施行し、胃十二指腸動脈の断裂を確認した。カテーテル的にコイルを用いて塞栓術を行い止血し得た。その後 23 病日 Rendezvous 法を用いて胆管にステントを留置した。これにより症状および肝胆道系酵素の値は改善し、第 36 病日退院となった。



