

# 第 14 回

# FNA-Club Japan

日時 2015 年 8 月 22 (土) 15 : 00—18 : 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

北里大学病院 消化器内科

宮澤 志朗

# 会場までの交通案内

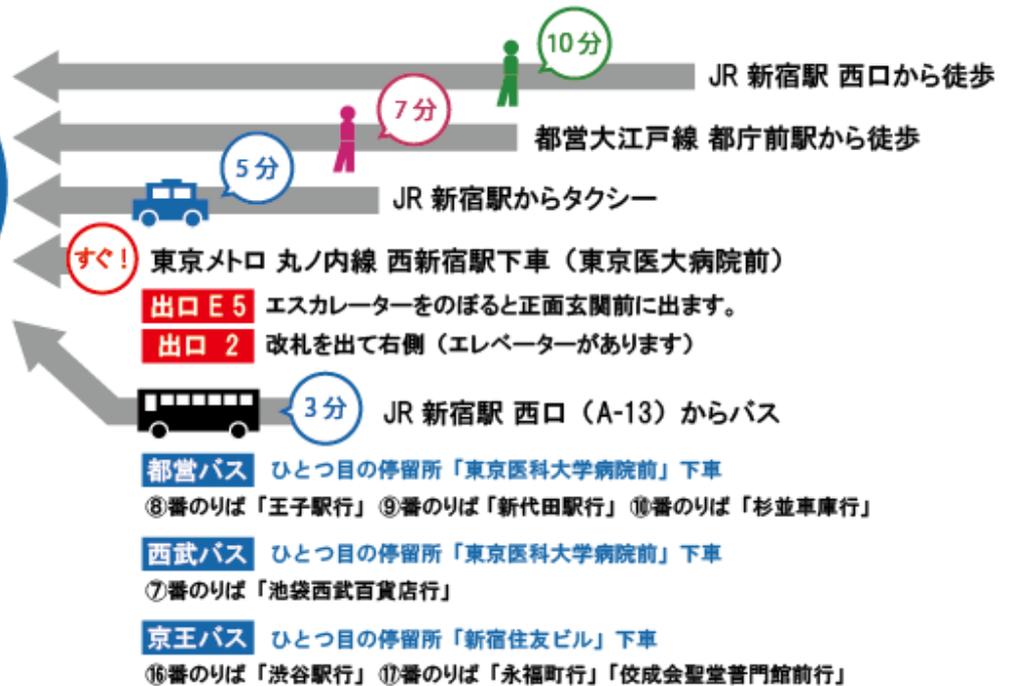
■名 称 東京医科大学 本館 6F 臨床講堂

■住 所 東京都新宿区西新宿 6-7-1

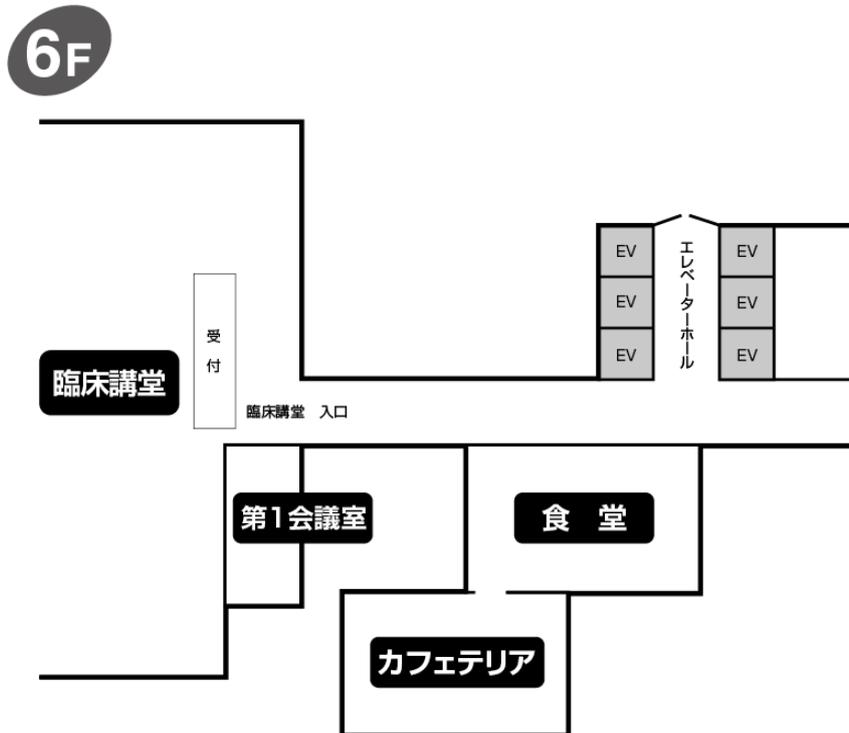
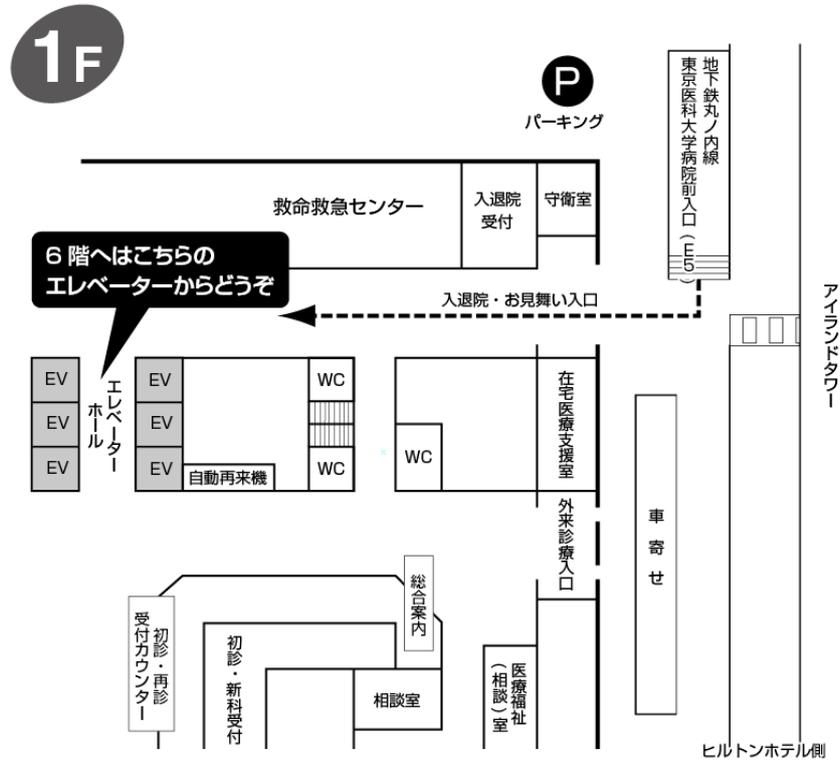
## ■アクセス



東京医科大学病院



# 会場内の案内図



# Information

## ご参加の先生方へ

1. 会場は本館 6F 臨床講堂となります。
2. 受付は14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2000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14時00分からとなっております。(本会開始は15時00分)  
世話人会会場は本館 6F 特別会議室となります。本館 6F まで来て頂ければご案内致します。(職員食堂の前のエレベーターホールの隣の透明な扉を通り抜けて右手へ曲がり、2 番目の部屋)
2. 世話人の先生方は参加費5000円となっております。

## ご発表の先生方へ

1. 第 1 部 1)の発表時間は1題あたり5分をお願いいたします。
2. 第 1 部 2)の発表時間は1題あたり8分をお願いいたします。
3. 発表媒体受付は14時00分から可能です。会場前受付にてお願いいたします。
4. 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。
5. 発表媒体は御自身のパソコンを御持参下さいますよう御願ひ致します。  
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

15:00……開会の辞 当番世話人 北里大学 宮澤志朗先生

## 15:05～16:20……第1部 EUS-FNA、Interventional EUS 関連症例(6題)

15:05～15:35 1) EUS-FNA, Interventional EUS 関連症例(3題)

	座長	東北大学	菅野 敦 先生
		東京慈恵会医科大学	今津 博雄先生
演題 1-1		伊達赤十字病院	久居 弘幸先生
演題 1-2		福島県立医科大学会津医療センター	五十嵐 亮先生
演題 1-3		慈恵医科大学柏病院	小山 誠太先生

15:35～16:20 2) Interventional EUS 不成功例(3題)

	座長	久留米大学	岡部 義信先生
		帝京大学溝口病院	安田 一朗先生
演題 2-1		手稲溪仁会病院	北川 洸 先生
演題 2-2		横浜市立大学	岩崎 暁人先生
演題 2-3		東京大学	中井 陽介先生

## 16:20～16:35……休憩 展示ブース供覧

展示企業:八光メディカル, 富士フィルムメディカルシステム, HOYA PENTAX, COOK JAPAN, センチュリーメディカル, ホストン・サイエンティフィックジャパン, オリンパス, メディコスヒラタ

## 16:35～17:15……第2部 Mini Lecture 小膵癌を診断するには

	座長	北里大学	宮澤 志朗先生
1) ERCP の視点から		JA 広島厚生連尾道総合病院	岡崎 彰仁先生
2) EUS・EUS-FNA の視点から		近畿大学	北野 雅之先生

## 17:15～17:55……第3部 膵内小病変に対するEUS-FNA(2題)

	座長	大阪府立成人病センター	蘆田 玲子先生
		東京大学	伊佐山浩通先生
1) 症例1		大阪府立成人病センター	田村 猛先生
2) 症例2		北里大学	金子 亨先生

17:55……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

18:00……閉会の辞・次回案内 次回当番世話人

# Abstract

## 第 1 部 1) EUS-FNA, Interventional EUS 関連症例

### 1-1 胃 GIST に対する EUS-FNA 後に出血および敗血症を来した 1 例

伊達赤十字病院 消化器科<sup>1)</sup>、同 内科<sup>2)</sup>、同 外科<sup>3)</sup>  
札幌医科大学 腫瘍・血液内科学講座<sup>4)</sup>

○久居弘幸<sup>1)</sup>、櫻井 環<sup>1)</sup>、釋 亮也<sup>1)</sup>、小柴 裕<sup>1)</sup>、宮崎 悦<sup>2)</sup>、佐藤正文<sup>3)</sup>、川崎亮輔<sup>3)</sup>、  
行部 洋<sup>3)</sup>、嘉成悠介<sup>4)</sup>、池田裕貴<sup>4)</sup>

EUS-FNA は有用な検査であるが、まれながら重篤な偶発症の報告も散見される。今回、胃 GIST に対する EUS-FNA 後に出血および敗血症を来した 1 例を経験し、貴重な症例と考えられたので報告する。

症例は 50 代、男性。平成 23 年 9 月下旬に吐血あり、その後も黒色便あり、全身倦怠感増強し、11 月下旬に当科受診。Hb 2.5g/dl と著明な貧血あり、EGD で体上部後壁に潰瘍を伴う 6cm 大の粘膜下腫瘍様病変を認め、潰瘍部より湧出性出血を認めたため、アルゴンプラズマ凝固 (APC) による止血術施行後入院となった。CT では 15cm の不均一に増強される腫瘤であり、EUS では第 4 層と連続する内部不均一な腫瘤として描出された。

輸血にて状態改善後、19G 針にて EUS-FNA を施行した (穿刺回数 2 回)。組織診の結果は、c-kit(+)、CD34(+)、MIB-1 labeling index 2% であり、GIST、高リスクと診断した。EUS-FNA 施行 2 日後より 39~40°C の発熱が出現し、静脈血培養で MRSA が検出され、抗菌薬、ガンマグロブリン、ダナパロイドなどの投与を行ったが、敗血症のコントロールは不良であった。EUS-FNA 7 日後には貧血が進行し、EGD で穿刺部位からの出血を認め、APC で止血処置を行い、その後 4 日連続で止血術を繰り返した。出血のコントロールがつかないことから、FNA 施行 12 日目に胃全摘術を施行した。

切除標本の病理では、腫瘍径 15x10.5x7cm (T4)、核分裂数 5/50HPF (G2)、N0、Stage IIIB (UICC-TNM)、転移リスク分類 (Miettinen) 高リスクであった。腹膜播種は認めなかった。敗血症は改善せず、術後 3 病日に DIC の悪化により、12 月中旬に永眠された。

## 1-2 腭仮性嚢胞に留置した経鼻ドレナージチューブ抜去時の変なトラブル

福島県立医科大学会津医療センター 消化器内科学講座

○五十嵐 亮、入澤篤志、澁川悟朗、星 恒輝、山部茜子、藤澤真理子、吉田栄継、佐藤愛、池田恒彦、牧 匠

EUS 下腭仮性嚢胞ドレナージ術において、特に感染を合併している場合は外瘻チューブによる管理が重要であり、内瘻チューブとの併用もしくは単独での留置が行われている。外瘻チューブの留置は胆管に対するENBD留置技術に準ずるが、抜去はENBDチューブと違い嚢胞内腔が明らかに縮小/消失した段階で行うため、径の縮小に伴ってチューブ先端が絡まり、縫れてしまうことがある。今回嚢胞縮小後に内瘻化し、ENBDチューブを手動的に引き抜こうとしたところ、チューブ先端のピッグテール部が抜去途中に嚢胞内で絡まり、縫れ・結び目を作ってしまった症例を経験したため、対処法とともに動画を供覧する。

### 1-3 EUS下ドレナージ術を施行した膵嚢胞性病変の1例

東京慈恵会医科大学附属柏病院 内視鏡科<sup>1)</sup>

東京慈恵会医科大学附属病院 内視鏡科<sup>2)</sup>

○小山誠太<sup>1)</sup>、今津博雄<sup>2)</sup>、月永真太郎<sup>1)</sup>、安達 世<sup>1)</sup>、荒川廣志<sup>1)</sup>

症例は49歳、男性。平成25年2月、心窩部痛にて近医を受診し、CTにて膵尾部に嚢胞性病変を認めた。その後、発熱と心窩部痛を繰り返し、嚢胞径の増大を認めたため、平成25年6月、精査加療目的で当院消化器内科紹介となった。画像所見、臨床経過とアルコール多飲歴があることより、膵仮性嚢胞と診断、平成25年9月、経胃的 EUS 下ドレナージ術を施行した(7Fr4cm 両端 pigtail stent×2本)。その後、症状、嚢胞ともに消失し、外来にて経過観察を行っていたが、平成27年1月のCTにて膵尾部の stent 留置部に充実性腫瘤を認めたため、膵癌の診断で平成27年3月、膵体尾部切除、脾摘、胃壁部分切除術を行った。病理所見では neuroendocrine tumor、grade 2、pT3、pN1、stage IIB であった。

## 第 1 部 2) Interventional EUS 不成功例

### 2-1 十二指腸ステント留置後の EUS-guided rendezvous 法の際にガイドワイヤトラブルを来した一例

手稲溪仁会病院 消化器病センター

○北川 光, 瀧沼 朗生, 金 俊文, 高橋 邦幸, 小山内 学, 矢根 圭, 五十嵐 聡, 佐野 逸紀, 横山 健介, 古賀 秀彬, 山崎 大, 永井 一正, 真口 宏介

症例は 83 歳女性。膵頭部癌にて 2015 年 2 月より当センター通院中、3 月に十二指腸ステント(DMS; Niti-S Pyloric/duodenal uncovered stent 22×100mm, Taewoong Medical)を乳頭部に被覆して留置した。DMS 留置 5 日後の血液検査にて ALP 988U/l, AST 63U/l, ALT 30U/l,  $\gamma$ GTP 340U/l, T-bil 0.3mg/dl と肝胆道系酵素の上昇を認め、経乳頭的胆道ドレナージを試みたが、乳頭部の同定は困難であり、DMS 留置 12 日後に EUS ガイド下胆道ドレナージを施行した。Scope は GF-UCT260(OLYMPUS)を用い、SonoTip 19G(Medi-Globe)で胆管を穿刺した後にガイドワイヤー(GW; 0.025inch VisiGlide 2, OLYMPUS)を胆管内に挿入したところ、GW は狭窄部を突破し十二指腸内に誘導された。そこで Rendezvous 法による経乳頭的ドレナージを選択し、GW を十二指腸管腔内にループを形成するまで挿入した後に Scope を側視鏡(TJF-260V、OLYMPUS)に切り替えて十二指腸下行脚まで挿入した。GW をバスケット鉗子で Scope 内に引き込んだところ、GW は DMS のメッシュに巻きつきループを形成していた。GW のループの解除を試みるも困難であり、GW の把持を断念し、GW をメルクマールとし脇より胆管挿管が成功した。その後、金属ステント(X-Suit NIR, 10×60mm fully covered: OLYMPUS)を留置して手技を終了した。処置に要した時間は 81 分であり、手技終了時のレントゲン写真で腹腔内遊離ガスを認めたが、保存的加療により改善した。DMS 留置後の EUS ガイド下胆道ドレナージ法として Rendezvous 法の有用性は報告されているが、DMS の干渉により予期せぬ GW トラブルを招くこともあり、注意が必要である。

## 2-2 EUS-CDS 施行時に消化管粘膜を 2 重穿刺してしまった 1 例

横浜市立大学附属病院 肝胆膵消化器病学<sup>1)</sup> 臨床腫瘍科<sup>2)</sup>

○岩崎暁人<sup>1)</sup>、佐藤高光<sup>1)</sup>、藤田祐司<sup>1)</sup>、細野邦広<sup>1)</sup>、小林規俊<sup>2)</sup>、窪田賢輔<sup>1)</sup>

【症例】57 歳男性、膵頭部癌の多発肝転移の方で、原病による閉塞性黄疸および十二指腸狭窄の診断で 2014 年 11 月当院腫瘍内科へ入院となった。十二指腸狭窄のため経乳頭的胆道ドレナージを試みるも不能であり、十二指腸ステントを留置。後日、超音波内視鏡下胆道ドレナージの方針となった。

【治療経過】UCT260 (Olympus)にて十二指腸球部から 15mm に拡張した総胆管を確認した後、19G Expect (Boston)にて総胆管を穿刺。ガイドワイヤー-Visiglide2 (Olympus)を胆管に留置し、ウルトラテーパードカテーテルの挿入を試みるも十二指腸壁の突破は不能であった。ES ダイレーター (Zeon)にて突破に成功し、続いて 7Fr ダイレーター (COOK)で瘻孔の拡張を試みた際に十二指腸粘膜を 2 重に穿刺していたことが内視鏡で判明し、中止となった。この処置時に胆管が虚脱してしまったため、ドレナージとしては PTGBD を留置した。その 14 日後、PTGBD ランデブーにより経乳頭的に金属ステントを留置することが可能であった。さらにその 43 日後、黄疸が出現し再度 EUS-CDS 施行の方針となった。金属ステントが重ならないように穿刺ラインを確保し、19G Expect にて胆管を穿刺、Visiglide2 を胆管に留置した。ES ダイレーターで拡張を試みたところ、穿刺位置は胃前庭部であり、胃・十二指腸を貫通して胆管穿刺を行っていたことが判明。この時は 7Fr/12cm Flexima (Boston)を縫い込む形のまま留置、経過は良好であった。その 30 日後に胆管と最も近位側の瘻孔から金属ステント留置を施行した。

【結語】EUS-CDS 施行時に、消化管粘膜を 2 重穿刺した症例を経験した。穿刺の際の注意点など、画像を見返しながらフィードバックし御教授いただきたい。

## 2-3 膵頭部癌による胆管狭窄に対して failed ERCP 後、複数の EUS-BD 手技不成功となった 1 例

東京大学医学部付属病院

○中井陽介、伊佐山浩通、山本夏代、松原三郎、木暮宏史、毛利大、伊藤由紀子、高原楠  
昊、濱田毅、内野里枝、秋山大、高木馨、渡邊健雄、梅舟仰胤、石垣和祥、多田稔、小池  
和彦

2012/12 近医にて肝転移を伴う膵頭部癌による閉塞性黄疸と診断され、EST 後経乳頭的に covered metal stent(CMS)留置された 67 歳男性。全身化学療法目的に当科紹介され、2013/1 から全身化学療法を継続中。2014/1 migration による胆管炎に対して CMS 抜去、胆管造影にて胆管狭窄改善認めため stent 再留置せず経過観察。2015/4～胆管炎を繰り返し、ERCP 施行するも乳頭部瘢痕狭窄による cannulation failure のため、EUS-CDS の方針となった。EUS scope を挿入、十二指腸球部から CBD を描出すると胆嚢管が総胆管前面を走行しており、CBD の穿刺に難渋。scope 操作で何とか胆嚢管を避けて穿刺・造影に成功、guidewire を挿入したが、十二指腸壁を double puncture していたため抜去。EUS-CDS は断念し、EUS-RV へ convert。胃内から左肝内胆管を穿刺、guidewire を十二指腸に送り込むことに成功したが、胆管下端の屈曲・狭窄のため、十二指腸へ十分には留置することができず。scope exchange の際に guidewire が胆管内へ戻り EUS-RV も不成功となった。最終的に再度肝内胆管の穿刺から EUS-RV あるいは EUS-HGS を try する方針として、左肝内胆管の穿刺・造影を行ったが、手技時間の延長とそれに伴う鎮静剤の影響で呼吸性変動が大きく、guidewire の胆管内への挿入が不能となり、手技不成功のまま終了となった。術後一過性に胆管炎の増悪を認めたが保存的治療にて軽快した。