

第3回 静脈瘤治療標準化研究会

[日本消化器内視鏡学会附置研究会]

プログラム・抄録集



会期 ● 2008年**5月26日** 月 14:00~16:30

会場 ● **パシフィコ横浜** 第6会場(311+312号室)

代表世話人 ● **小原 勝敏** 福島県立医科大学附属病院
内視鏡診療部

当番世話人 ● **村島 直哉** 三宿病院消化器科

第3回 静脈瘤治療標準化研究会

[日本消化器内視鏡学会附置研究会]

プログラム・抄録集

会期 ● 2008年5月26日(月) 14:00~16:30

会場 ● パシフィコ横浜 第6会場(311+312号室)

代表世話人 ● 小原 勝敏 福島県立医科大学附属病院
内視鏡診療部

当番世話人 ● 村島 直哉 三宿病院消化器科

ごあいさつ

当番世話人 村島 直哉

国家公務員共済組合連合会 三宿病院 消化器科

第3回静脈瘤治療標準化研究会をお世話することになりました。

本研究会は、食道静脈瘤内視鏡的造影勉強会から始まり、門脈圧亢進症における内視鏡治療の最先端を担う研究会として長く続いてまいりました伝統ある研究会であります。

今回のテーマは、ヴィジュアル化を目指したもので、動画による内視鏡的結紮療法のビデオセッション、静脈瘤発赤所見(RCサイン)の典型例コレクションを企画しており、十分に満足いただける内容になっていると考えております。

もちろん、静脈瘤血行動態の研究あるいは症例提示など研究会の本分に沿った発表は例年のとおりです。

参加は自由ですので、どうか、足を運んでいただきたいと存じます。

第3回 静脈瘤治療標準化研究会概要

日 時：平成20年5月26日(月) 14:00～16:30

会 場：パシフィコ横浜 第6会場(311+312号室)

発表時間：一般演題 発表4分・討論4分、要請演題 発表4分・一括討論、
ビデオシンポジウム 発表6分・一括討論

代表世話人：福島県立医科大学医学部附属病院 内視鏡診療部 小原 勝敏

当番世話人：三宿病院消化器科 村島 直哉

発表について

第75回日本消化器内視鏡学会総会と同じ形式とさせていただきます。演者は20分前までに会場（パシフィコ横浜311+312号室 第6会場）前で受付をお済ませくださるようお願いいたします。

司会について

開始10分前までに受付をしてください。進行方法については、司会者間で相談し自由に進行してください。

審査について

RCサインについては、審査を行い、優秀な作品には表彰を行います。

世話人会について

- 日時：平成20年5月26日(月) 12:00～13:00
- 会場：パシフィコ横浜 419号室

ご不明な点は、会場受付にご相談ください。

プログラム

開会の辞 14:00～14:03 村島直哉

I 一般演題 14:03～14:35

座長：荒木寛司 岐阜大学医学部消化器病態学

1 内視鏡的静脈瘤結紮術（EVL）にて止血した後、経皮経肝的硬化療法（PTS）併用バルーン閉塞下逆行性経静脈閉塞術（B-RTO）により治療した十二指腸静脈瘤破裂の1例

1) 岡山大学大学院 医歯薬学総合研究科 消化器・肝臓・感染症内科学、
2) 岡山大学病院 光学医療診療部、3) 岡山大学大学院 医歯薬総合研究科 放射線医学

○^{たにおかだいすけ}谷岡大輔¹⁾、岡田裕之¹⁾、河原祥朗²⁾、上村雅之¹⁾、竹中龍太¹⁾、井上雅文¹⁾、
川野誠司¹⁾、筑木隆雄¹⁾、堀圭介¹⁾、喜多雅英¹⁾、三村秀文³⁾、郷原英夫³⁾、
櫻井淳³⁾、山本和秀¹⁾

2 EVL 後に B-RTO を施行した胃静脈瘤破裂の1例

高松平和病院 内科

○^{いずもり あきら}何森晶、蓮井宏樹、西村光太郎、豊岡志帆、真鍋良二

3 食道胃静脈瘤・脾機能亢進症に対する部分的脾動脈塞栓術と全身血行動態変化

1) つくば双愛病院 外科、2) 国吉病院消化器 外科

○^{かわしまたかひこ}河島孝彦¹⁾、近森文夫²⁾、高瀬靖広¹⁾

4 NASH（肝硬変）に合併した胃・食道静脈瘤症例

1) 小林病院 消化器病センター、2) 北見消化器クリニック

○^{やどきやすゆき}矢崎康幸¹⁾、本田光則¹⁾、菅原謙二²⁾

II ビデオシンポジウム 14:35～15:45

内視鏡的食道静脈瘤結紮術の標準化 ～これこそが標準的な EVL だ～

司会：中村真一 東京女子医科大学 消化器病センター

吉田寛 日本医科大学 外科

1 EVL を主体とした食道静脈瘤治療戦略

東邦大学医療センター大森病院 消化器センター内科

○^{ふじつかよしのり}藤塚宜功、樋上勝也、片桐正人、中野茂、五十嵐良典、三木一正

2 当科における食道・胃噴門部静脈瘤症例に対する EVL+APC 併用療法の実例

岐阜大学医学部 消化器病態学

○^{あらきひろし}荒木寛司、木村祐子、寺倉陽一、小野木章人、井深貴士、安田陽一、末次淳、
白木亮、大澤陽介、永木正仁、森脇久隆

3 当科における内視鏡的静脈瘤結紮術および地固め療法の手技

1) 久留米大学内科学講座消化器内科部門、2) 医療 介護 教育財団立柳川病院

○森田幸彦¹⁾、熊本正史¹⁾、江森啓悟¹⁾、都田憲司¹⁾、於保和彦²⁾、佐田通夫¹⁾

4 内視鏡的静脈瘤結紮術の標準化に向けて

－ Endoscopic Extensive Ligation (EEL) の基本手技 －

大和高田市立病院 消化器内科

○高幣和郎、笹岡宗史、北方一成、濱戸教行、伴 信之

5 肝癌合併食道静脈瘤に対する EVL の標準化

1) 東京慈恵会医科大学 内視鏡科、2) 東京慈恵会医科大学 消化器・肝臓内科

○金澤慶典¹⁾、今津博雄¹⁾、川原洋輔¹⁾、小山誠太¹⁾、松永和大¹⁾、月永真太郎¹⁾、加藤正之¹⁾、内山勇二郎¹⁾、炭山和毅¹⁾、倉持 章¹⁾、池田圭一¹⁾、角谷 宏¹⁾、川村統勇¹⁾、田尻久雄²⁾

Ⅲ 要請演題 15:45～16:20

内視鏡発赤所見 (RC) の標準化

司会：林 星舟 東京都立駒込病院 肝臓内科

岡田裕之 岡山大学大学院 医歯薬学総合研究科消化器・肝臓・感染症内科学

1) 岩手医科大学 救急医学講座、2) 岩手医科大学 内科学第1講座

1 ○藤野靖久¹⁾、井上義博¹⁾、小野寺 誠¹⁾、菊池 哲¹⁾、鈴木一幸²⁾

北里大学東病院 消化器内科

2 ○日高 央、南野 勉、田中賢明、高田樹一、奥脇裕介、小野弘二、渡辺真彰、中沢貴秀、渋谷明隆、西元寺克禮

東京医科大学 消化器内科

3 ○市村茂輝、古市好宏、目時 亮、森安史典

福島県立医科大学医学部第二内科学教室

4 ○池田恒彦、小原勝敏、入澤篤志、引地拓人、渋谷悟朗、高木忠之、若槻 尊、今村秀道、高橋裕太、佐藤 愛、佐藤匡記、鈴木 玲、大平弘正

東京都立駒込病院 肝臓内科

5 ○林 星舟

研究会賞 表彰 16:20～16:25 審査委員長：矢崎康幸 小林病院 消化器病センター

総括発言 16:25～16:30 代表世話人：小原勝敏 福島県立医科大学医学部附属病院 内視鏡診療部

閉会の辞 当番世話人：村島直哉 三宿病院 消化器科

要 請 演 題

〔 内視鏡発赤所見(RC)の標準化 〕

司 会：林 星舟 東京都立駒込病院 肝臓内科
岡田 裕之 岡山大学大学院医歯薬学総合研究科
消化器・肝臓・感染症内科学

1 藤野 靖久 岩手医科大学 救急医学講座

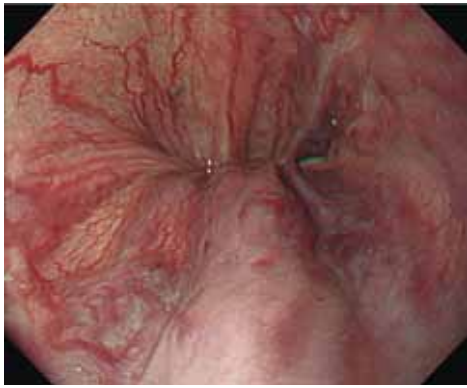
2 日高 央 北里大学東病院 消化器内科

3 市村 茂輝 東京医科大学 消化器内科

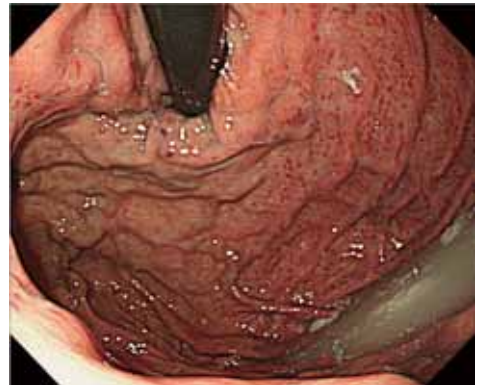
4 池田 恒彦 福島県立医科大学医学部 第二内科学教室

5 林 星舟 東京都立駒込病院 肝臓内科

01



02



03



04



05



06



07



.....

.....

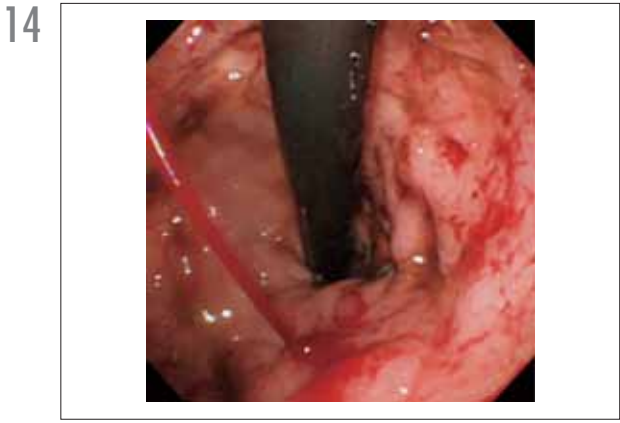
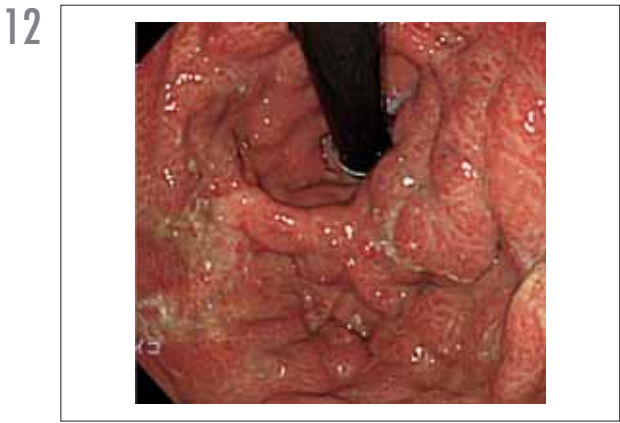
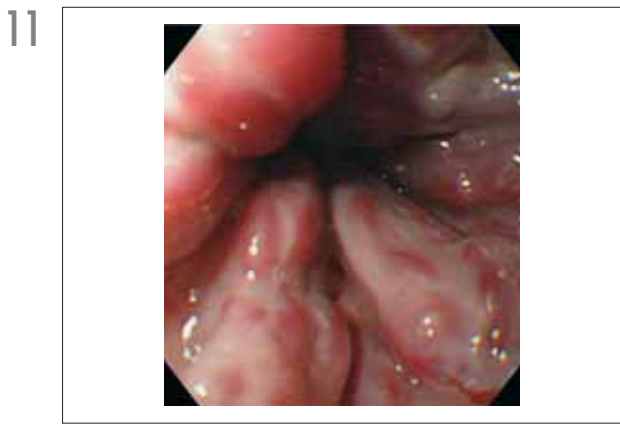
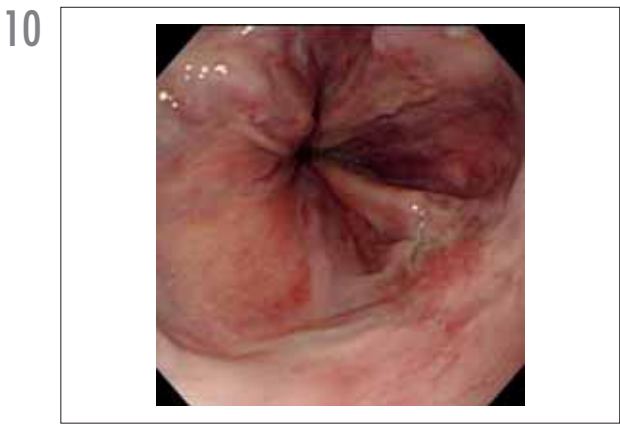
.....

.....

.....

.....

.....



.....

.....

.....

.....

.....

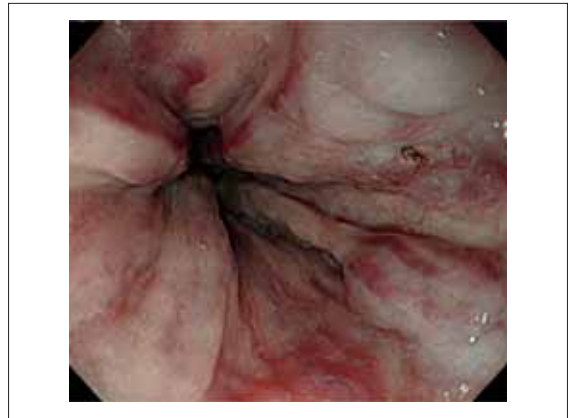
.....

.....

15



16



17



18



19



.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

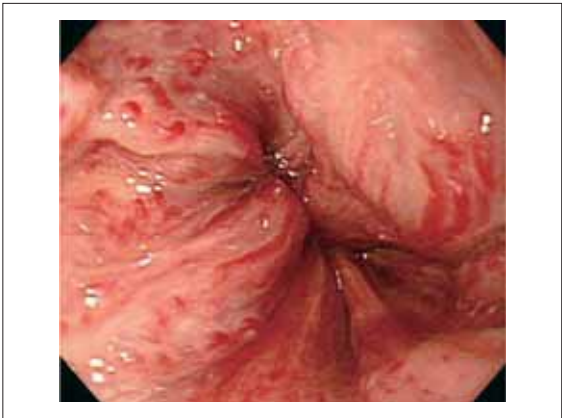
.....

.....

.....

.....

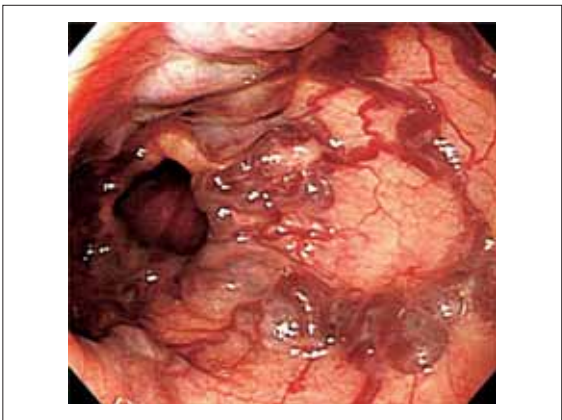
20



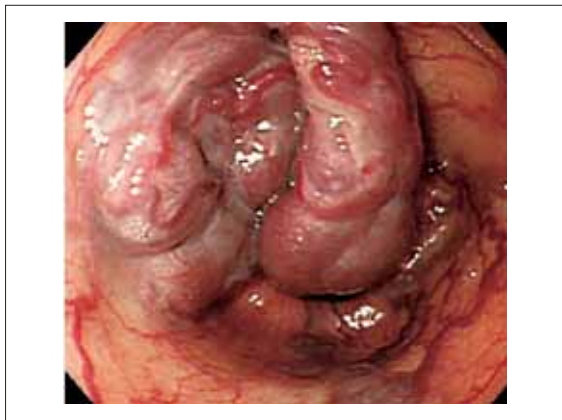
21



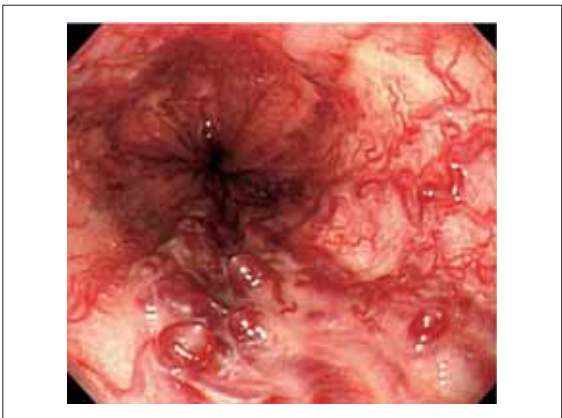
22



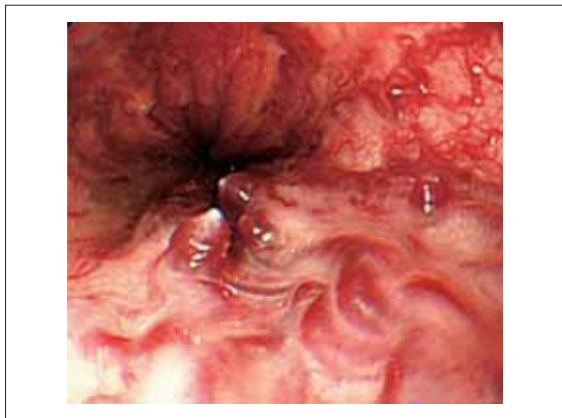
23



24



25



.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

26



27



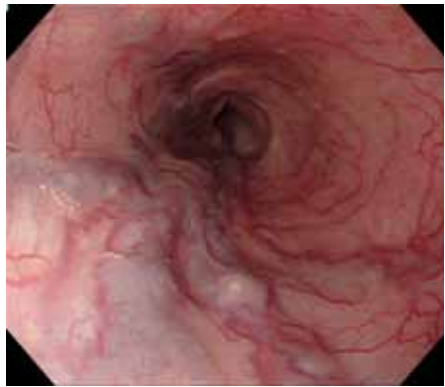
28



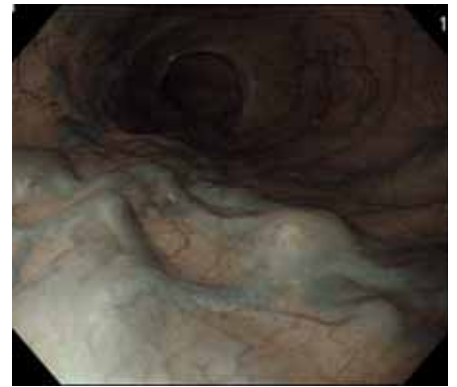
29



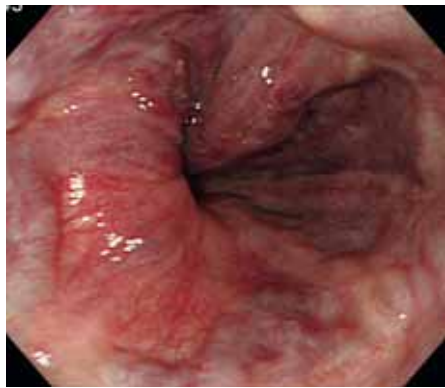
30



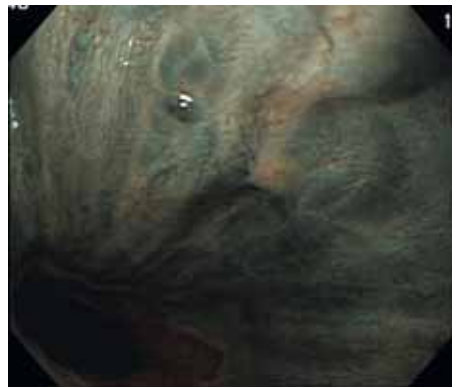
31



32



33



34



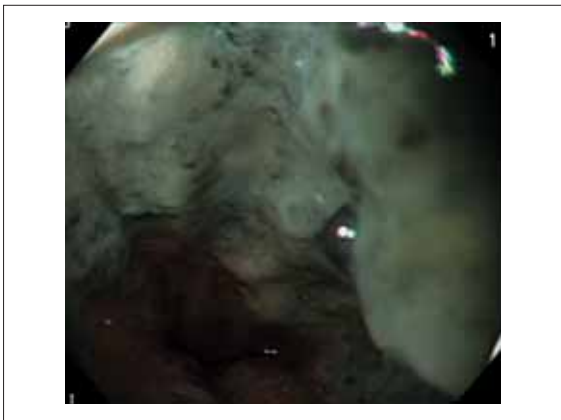
35



36



37



38



39



.....

.....

.....

.....

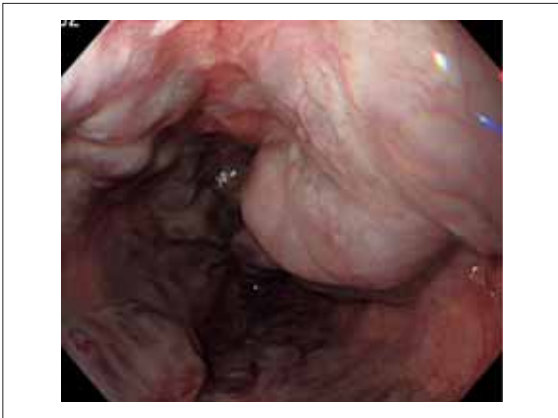
.....

.....

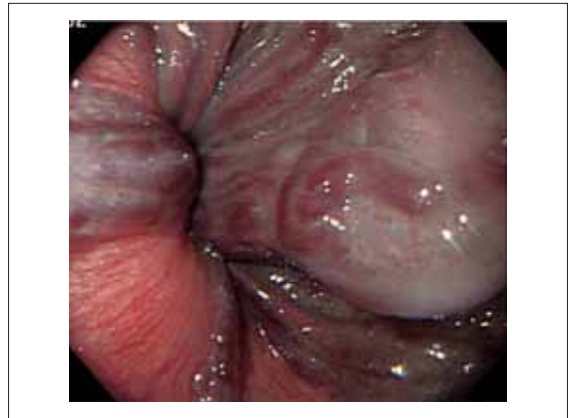
.....

.....

40



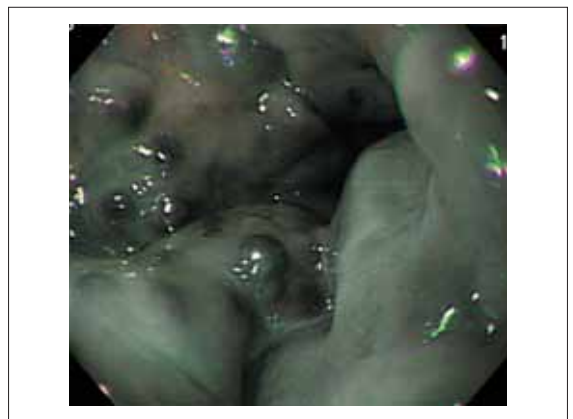
41



42



43



44



45



.....

.....

.....

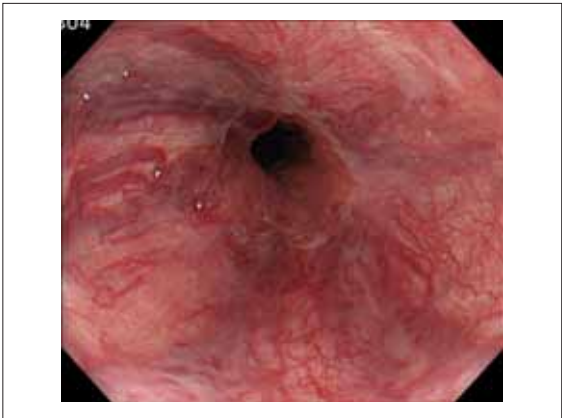
.....

.....

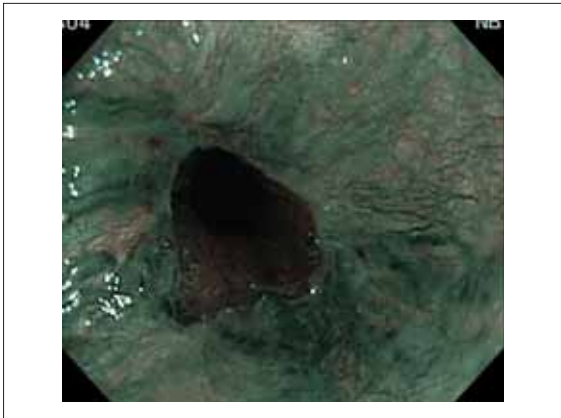
.....

.....

46



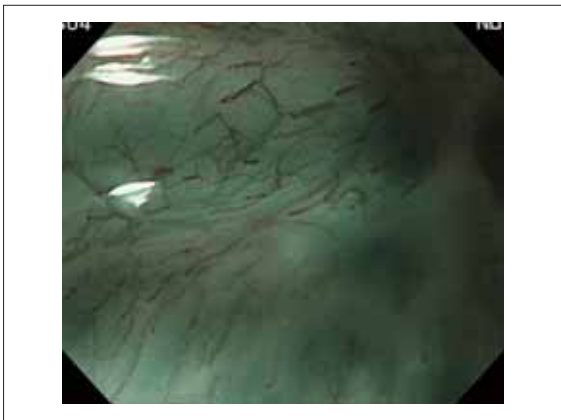
47



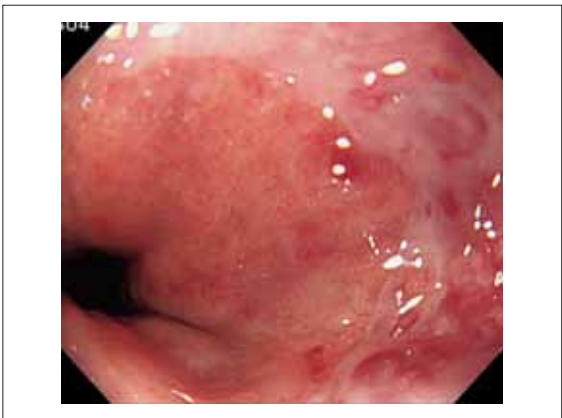
48



49



50



51



.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ビデオシンポジウム

内視鏡的食道静脈瘤結紮術の標準化 ～これこそが標準的なEVLだ～

司 会：中村 真一 東京女子医科大学消化器病センター
吉田 寛 日本医科大学外科

1 EVL を主体とした食道静脈瘤治療戦略

藤塚 宜功 東邦大学医療センター 大森病院消化器センター 内科

2 当科における食道・胃噴門部静脈瘤症例に対する EVL + APC 併用療法の実際

荒木 寛司 岐阜大学医学部 消化器病態学

3 当科における内視鏡的静脈瘤結紮術および地固め療法の手技

森田 幸彦 久留米大学 内科学講座 消化器内科部門

4 内視鏡的静脈瘤結紮術の標準化に向けて －Endoscopic Extensive Ligation (EEL) の基本手技－

高幣 和郎 大和高田市立病院 消化器内科

5 肝癌合併食道静脈瘤に対する EVL の標準化

金澤 慶典 東京慈恵会医科大学内視鏡科

ビデオシンポジウム 1

EVL を主体とした食道静脈瘤治療戦略

東邦大学医療センター大森病院 消化器センター内科

○^{ふじつかよしのり}藤塚宜功、樋上勝也、片桐正人、中野 茂、
五十嵐良典、三木一正

当施設での標準的治療は撲滅結紮術（以下 EVL）である。まず治療法決定の為に超音波内視鏡にて壁外血管や貫通血管の有無などを調べる。壁内血管拡張が著明で壁外血管に乏しい場合等は初回より硬化療法を選択する場合もある。

EVL の手技は初回治療時に食道胃接合部より胃側の4方向を結紮、続いて口側に密に結紮していく。1回につき8～16個程度結紮し、3～4週間後毎に追加 EVL を行う。

治療のエンドポイントを F0 RC0 とし残存する場合には結紮を繰り返す（平均4回前後）。合併症として稀に EVL 後出血を認める。

終了後に超音波内視鏡にて効果判定を行う。壁内血管の残存があれば追加 EVL、粘膜繊維化が強く EVL 困難時にはアルゴンプラズマ凝固やポリドカノール（エトキシスクレロール）血管外粘膜局注を施行する。

この方法で我々の施設では EVL 単独治療でも一年非再発率 88.9%、三年非再発率 74% と良好な成績を収めている。

ビデオシンポジウム 2

当科における食道・胃噴門部静脈瘤症例に対する EVL+APC 併用療法の実際

岐阜大学医学部 消化器病態学

○^{あらきひろし}荒木寛司、木村祐子、寺倉陽一、小野木章人、
井深貴士、安田陽一、末次 淳、白木 亮、
大澤陽介、永木正仁、森脇久隆

当科では1999年6月以降、Lg-c 合併例を含む全ての食道静脈瘤 280 例に対し、EVL を施行してきた。EVL および APC 焼灼による地固め併用法の治療成績を示し、現在標準としている EVL+APC 併用法を提示する。

【方法】治療適応は RC サイン陽性の食道静脈瘤で Lg-c の有無は問わず EVL で治療する。外来で造影 CT を施行し、HCC、門脈因子、門脈側副血行路を確認する。入院後1回目の EVL を施行。Lg-c 合併例では Lg-c から EVL を開始。Lg-c が F2,3 の時は胃内反転操作にて EVL を行う。Lg(-)でも、EVL は胃噴門粘膜から開始し、密に結紮する。10～14日後に2回目の EVL を行い退院。1ヵ月後に1～2泊の入院で、APC にて下部食道（ECJ から 5cm）を全周性に焼灼。結紮可能な静脈瘤が残存している時は EVL を追加。1ヵ月後に効果判定の GIF と EUS を施行。GIF にて定期的に経過観察する。

ビデオシンポジウム3

当科における内視鏡的静脈瘤結紮術および地固め療法の手技

1) 久留米大学内科学講座消化器内科部門
2) 医療 介護 教育財団立柳川病院

○^{もりた ゆきこ}森田幸彦¹⁾、熊本正史¹⁾、江森啓悟¹⁾、都田憲司¹⁾、
於保和彦²⁾、佐田通夫¹⁾

当科における内視鏡的静脈瘤結紮術 (EVL) の適応は、F2かつRC陽性の食道静脈瘤のうち胃噴門部静脈瘤が無い、あってもF1またはF2でRCやびらんが存在しない症例としている。

治療はEVLを2回行なったあとアルゴンプラズマ凝固による地固め療法 (APC) を加え、F0 RC0となった時点で終了としている。

初回のEVLではまず食道胃接合部の小弯側、後壁側、前壁側の3方向に結紮し大弯側は残している。食道胃接合部を結紮する際は胃側の一部も同時に結紮している。続いて結紮した食道胃接合部の4～5cm口側3方向に結紮する。静脈瘤のLocationが上方まであればさらに口側を3方向結紮し初回の治療を終了する。2回目のEVLは1回目に結紮しなかった食道胃接合部の大弯側を結紮し、その後は1回目に結紮した部位の間に結紮を行う。

基本的には2回のEVLでF0 RC0となり翌週に地固めのAPCを行っている。APCの際には内視鏡先端に透明フードを装着し焼き残しを確認しながら地固めを行っている。今回、当科におけるEVLおよびAPCの手技について動画で供覧する。

ビデオシンポジウム4

内視鏡的静脈瘤結紮術の標準化に向けて － Endoscopic Extensive Ligation (EEL) の基本手技－

大和高田市立病院 消化器内科

○^{たかへい かずお}高幣和郎、笹岡宗史、北方一成、濱戸教行、
伴 信之

我々は下部食道に全周性に線維化を形成する、Endoscopic Extensive Ligation (EEL) を施行しており、その手技を紹介する。

1st session はEG-J直下噴門に4～5カ所同一平面上に結紮する。次にEG-Jにて噴門の結紮部と結紮部の間の口側を同様に4～5カ所結紮する。その後同様に肛門側の結紮部と結紮部の間の口側をねらい、合計20～30カ所結紮する。

2nd session は2週間後にEG-J直下噴門の回目の結紮部と結紮部の間を同一平面上になるように前回と合わせて8～10カ所の結紮を行いその部位に全周性の潰瘍を形成する。その後順次口側へ前回の結紮部と結紮部の間を結紮する。

3rd session として、1週後に下部食道全体に潰瘍を形成するよう、結紮した部位の間隙をAPCにて焼灼し終了である。

治療のEnd Pointは当然F0、ul(+)であり、治療回数は、Ligation 2回、APC 1回で、入院期間は約4週弱となる。

ビデオシンポジウム5

肝癌合併食道静脈瘤に対する EVL の標準化

1) 東京慈恵会医科大学 内視鏡科

2) 東京慈恵会医科大学 消化器・肝臓内科

○かなざわけいすけ金澤慶典¹⁾、今津博雄¹⁾、川原洋輔¹⁾、小山誠太¹⁾、
松永和大¹⁾、月永真太郎¹⁾、加藤正之¹⁾、
内山勇二郎¹⁾、炭山和毅¹⁾、倉持 章¹⁾、
池田圭一¹⁾、角谷 宏¹⁾、川村統勇¹⁾、田尻久雄²⁾

当科では、食道静脈瘤に対する予防治療として、
ハイリスク静脈瘤(F2かつRC2以上)に対し、
EVL・AS併用療法を施行している。今回肝癌合併
例における予防治療の適応を標準化するべく、肝癌
統合的進行度分類を用いて再発、生命予後について
考察した。

未治療の肝癌を合併したハイリスク静脈瘤患者
33例を対象とした。EVL後の1年累積非再発率は
65%であり、1年累積生存率は68%であった。

肝癌統合的進行度分類別で生存率は高度進行例で
優位に低かったが、EVL後の食道静脈瘤の再発率
に差は認めなかった。高度進行例では、生存期間内
での再発を考慮するケースは稀でありハイリスク静
脈瘤に対するEVL・AS併用療法は妥当であった
と考えられた。

一方、高度進行例以外では、肝癌非合併例同様、
再発例においてはEVL・AS併用療法による予防
的治療では不十分とし透視下EISへの変更を含め、
追加治療を検討する必要があるといえる。

一般演題

座長：荒木 寛司 岐阜大学医学部消化器病態学

-
- 1 内視鏡的静脈瘤結紮術(EVL)にて止血した後、経皮経肝的硬化療法(PTS)併用バルーン閉塞下逆行性経静脈閉塞術(B-RTO)により治療した十二指腸静脈瘤破裂の1例

谷岡 大輔 岡山大学大学院 医歯薬学総合研究科 消化器・肝臓・感染症内科学

-
- 2 EVL後にB-RTOを施行した胃静脈瘤破裂の1例

何森 晶 高松平和病院 内科

-
- 3 食道胃静脈瘤・脾機能亢進症に対する部分的脾動脈塞栓術と全身血行動態変化

河島 孝彦 つくば双愛病院 外科

-
- 4 NASH(肝硬変)に合併した胃・食道静脈瘤症例

矢崎 康幸 小林病院 消化器病センター

一般演題 1

内視鏡的静脈瘤結紮術 (EVL) にて止血した後、経皮経肝的硬化療法 (PTS) 併用バルーン閉塞下逆行性経静脈閉塞術 (B-RTO) により治療した十二指腸静脈瘤破裂の 1 例

1) 岡山大学大学院 医歯薬学総合研究科 消化器・肝臓・感染症内科学、2) 岡山大学病院 光学医療診療部、3) 岡山大学大学院 医歯薬総合研究科 放射線医学

たにおかだいすけ
○谷岡大輔¹⁾、岡田裕之¹⁾、河原祥朗²⁾、上村雅之¹⁾、竹中龍太¹⁾、井上雅文¹⁾、川野誠司¹⁾、筑木隆雄¹⁾、堀圭介¹⁾、喜多雅英¹⁾、三村秀文³⁾、郷原英夫³⁾、櫻井淳³⁾、山本和秀¹⁾

EVL にて止血した後、IVR により治療した十二指腸静脈瘤破裂の 1 例を経験したので報告する。

【症例】62 歳、男性。以前から慢性 C 型肝炎指摘されていたが 2003 年以降通院していなかった。2006 年 9 月 25 日吐血あり近医から紹介入院となった。緊急上部内視鏡施行し十二指腸下行脚に約 20mm の静脈瘤を認め頂部から噴出性出血を認めた。直ちに EVL を施行し止血した。同日に再出血予防のため IVR による治療を施行した。流入路は下腸間膜静脈であり、流出路は右精巣静脈であった。経皮経肝的アプローチによる下腸間膜静脈からの硬化療法 (percutaneous transhepatic sclerotherapy ; PTS) を併用した B-RTO を施行した。その後、再出血することはなかった。十二指腸静脈瘤破裂に対して EVL による止血の後 IVR 治療を行うことは低侵襲性および確実性の両面において優れた方法と考えられた。

一般演題 2

EVL 後に B-RTO を施行した胃静脈瘤破裂の 1 例

高松平和病院 内科

いずもり あきら
○何森 晶、蓮井宏樹、西村光太郎、豊岡志帆、真鍋良二

症例は 56 才女性。2002 年より C 型肝炎にて通院。2006 年 5 月胃静脈瘤を指摘された。2007 年 10 月 18 日 AM10 時頃、新鮮血を吐血し当院受診。

緊急内視鏡検査にて Lg-F2,RC (+) の胃静脈瘤および赤色栓を認め出血点と考え EVL 施行。EVL 施行 4 時間後に B-RTO 開始。左腎静脈への流出路をバルーンにて閉鎖し、5%EOI 計 15ml にてシャントおよび胃静脈瘤を塞栓した。

翌日の内視鏡検査では胃粘膜の著明な発赤 (PHG) を認め、赤色栓の部位から凝血塊が柱状にぶら下がっているのを認めた。CT でも胃静脈瘤、シャントとも塞栓されていた。

1 週間後の内視鏡所見では同部位に A1 期の潰瘍を認め、さらに 2 週間後には S1 期に改善していた。

胃静脈破裂の治療法に関し緊急例では内視鏡治療が主となるとはいえ、施設により方法は異なり議論されている。今回われわれは EVL により一次止血した後に B-RTO を施行した 1 例を経験した。この経験をふまえ、EVL と B-RTO を併用した胃静脈瘤破裂治療の利点と問題点について考察する。

一般演題3

食道胃静脈瘤・脾機能亢進症に対する部分的脾動脈塞栓術と全身血行動態変化

1) つくば双愛病院 外科、2) 国吉病院 消化器外科

○河島孝彦¹⁾、近森文夫²⁾、高瀬靖広¹⁾

【目的】食道胃静脈瘤・脾機能亢進症に対する部分的脾動脈塞栓術(PSE)の全身血行動態に及ぼす影響を明らかにすることを目的とした。

【対象と方法】対象は肝硬変症(HC/HB/alc/cryptogenic)7例(2/2/2/1)肝外門脈閉塞症1例の計8例でChild-Pugh A/B/C=1/6/1、年齢 53 ± 17 歳、M/F=5/3。全身血行動態変化はPSE直前後にサーモダイリユーシオンカテーテルを用いて肝静脈カテーテルおよび右心カテーテル検査を施行し検討した。なおPSEはコイルおよびマイクロコイルを用いて透視上70%以上の梗塞範囲とした。

【結果】1)食道胃静脈瘤(EVGV)の程度と全身血行動態：EVGV高度発達例(F3)($n=4$)vs中等度発達例(F2)($n=4$)の心拍出量(CO)(l/min)は 7.8 ± 1.4 vs 4.7 ± 1.3 、心係数(CI)($l/min/m^2$)は 5.2 ± 1.0 vs 3.2 ± 0.8 、体血管抵抗(SVR)($dynes \cdot sec \cdot cm^{-5}$)は 907 ± 243 vs 1631 ± 339 、体血管抵抗係数(SVRI)($dynes \cdot sec \cdot cm^{-5} \cdot m^2$)は 1397 ± 409 vs 2391 ± 429 であった($p < 0.05$)。2)PSE前後の血小板数($\times 10^4/mm^3$)変化：前 6.5 ± 1.8 、PSE1w 21.1 ± 13.3 、2w 26.9 ± 18.3 、3w 21.7 ± 15.3 、4w 18.1 ± 8.6 とPSEにより増加した($p < 0.05$)。3)PSE前後の閉塞肝静脈圧(mmHg)変化：前 27 ± 7 、後 22 ± 6 ($p < 0.05$)。4)PSE前後の全身血行動態変化：PSE前vs後のCOは 6.3 ± 2.1 vs 6.7 ± 2.4 、CIは 4.2 ± 1.3 vs 4.4 ± 1.6 、SVRは 1268 ± 474 vs 1177 ± 412 、SVRIは 1894 ± 658 vs 1767 ± 634 であった(NS)。5)全身血行動態と肝機能：上記全身血行動態パラメーターはChild-Pugh score, ICG, AKBRとは相関を認めなかった。

【結語】食道胃静脈瘤高度例では全身血行動態は循環亢進状態となっている。PSEは門脈系局所循環亢進状態を改善するが、全身血行動態には影響を与えないものと思われた。

一般演題4

NASH(肝硬変)に合併した胃・食道静脈瘤症例

1) 小林病院 消化器病センター

2) 北見消化器クリニック

○矢崎康幸¹⁾、本田光則¹⁾、菅原謙二²⁾

NASH(Non-alcoholic steatohepatitis)は1980年、Ludwigにより提唱された疾患概念であるが、近年広く認められ肝硬変、肝臓癌へと進展し、この間に門脈圧亢進症をきたす。今回2例のNASH(肝硬変)に見られた胃・食道静脈瘤を治療したので報告する。

【症例1】68歳女性。2003年からNASHとして経過をみてきたが2007年10月にLgcfF2CwRC(-)の胃孤立性静脈瘤が急速に出現し2007-10-15ヒストアクリルとEVLで治療し消失させた。2007-11-13肝生検でNASH(初期肝硬変)の所見であった。

【症例2】59歳女性。2007-7-11吐血で緊急内視鏡施行し食道静脈瘤下部からの出血がありEVL止血。その後EISで食道静脈瘤を消失させた。当初IPHを疑っていたが2007-10-30肝生検施行しNASH(肝硬変)の病理組織像であった。

これら2例につき報告したい。

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

第3回静脈瘤治療標準化研究会

当番世話人：村島 直哉

三宿病院消化器科

〒153-0051 東京都目黒区上目黒5-33-12

TEL:03-3711-5771

印刷：Next COMPANY **Secand** 株式会社セカンド

〒862-0950 熊本市水前寺4-39-11 ヤマウチビル1F

TEL:096-382-7793 FAX:096-386-2025

