

平成22年10月5日

各部署各位

東海細胞研究所 セミナー (No.1) のお知らせ

この度、会社主催で会社全体での勉強会を可能な限り定期的を開催していくことにいたしました。内容とその目的及び趣旨について説明しておきます。

主たる内容は、臨床の現場で診療されている先生方が病理学的検査をどのように考えておられるか、具体的に症例を提示して頂きながら講演して頂きます。

その目的は、職員がそういった観点で勉強会に参加することで、病院や医院での病理学的検査がどのような役割を果たしているか、又患者さんにとってどのように役立っているのかを実感してもらい、今後の業務に役立てていってほしいと願っております。



記

日時： 平成22年10月20日 午後6時から1時間程度
場所： 大会議室
テーマ： 臨床医の立場から思う病理学的検査
～消化器内科医の立場から～
講師： 公立学校共済組合東海中央病院 消化器内科医長
臨床検査部 部長 川端 邦裕先生

東海細胞研究所 勉強会

臨床医の立場から思う病理検査 ～消化器内科医の立場から～

東海中央病院 内科・臨床検査科

川端 邦裕

平成22年10月20日

事前アンケートの結果より

「どんな症状で患者さんは来院され、どんな検査・治療をするのか？」

「病理結果で一番気にするのは何か？ 検査センターに望むことは？」

「内視鏡検査で組織を採取する場合としない場合があるのはなぜか？」

「最新の内視鏡技術について」 ……など

本日の内容

- 1: 診療の流れと検査の目的
- 2: 症例報告
手術症例、ESD症例
- 3: 最近の内視鏡検査

日常臨床の流れ

患者さん

(主訴)

「おなかが痛い」
「吐き気がする」
「胸が痛い」
「黒色便が出た」
「頭がふわふわします」

検査

- ・心電図(ECG)
- ・微生物検査(便培、血培、痰培)
- ・血液・生化学検査
- ・放射線(Xp,超音波,CT, MRI, PET)
- ・**内視鏡検査**
- ・**生検・細胞診**

診断

- ・急性腸炎
- ・胃十二指腸潰瘍
- ・血液・生化学検査
- ・脳梗塞・脳出血
- ・胃癌、大腸癌...
- ・狭心症、心筋梗塞...

治療

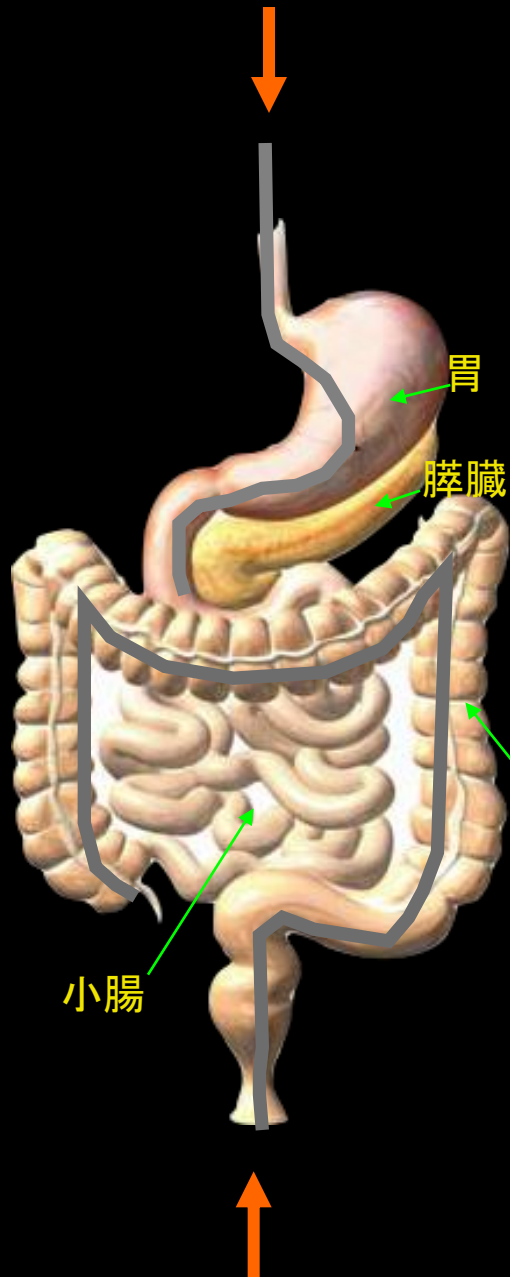
- ・薬物療法
- ・手術
- ・放射線療法

この患者さんには何
が必要なのかしら？

温度



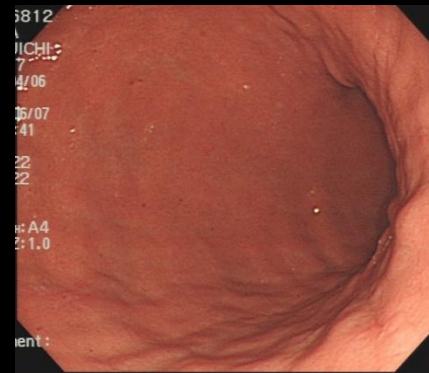
內視鏡檢查



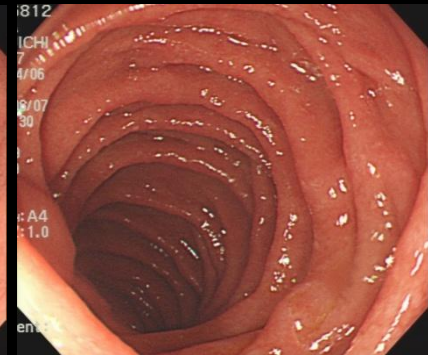
上部消化管



食道

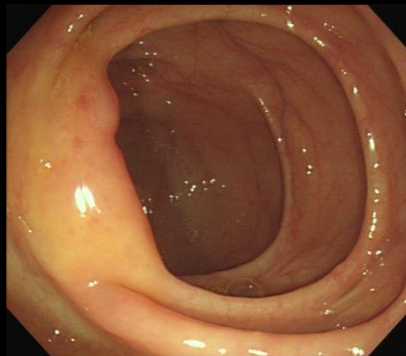


胃

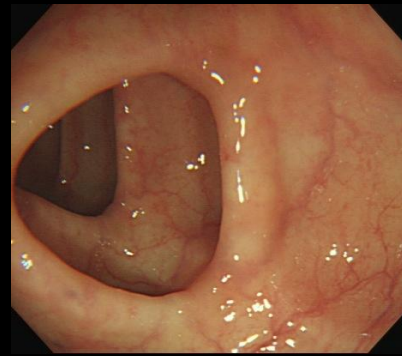


十二指腸

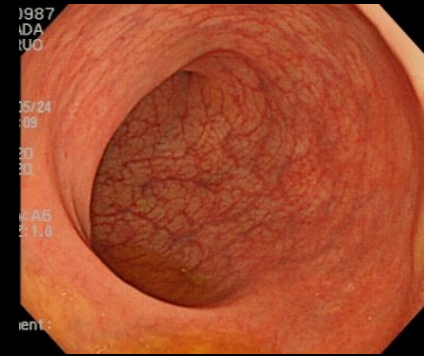
下部消化管



盲腸

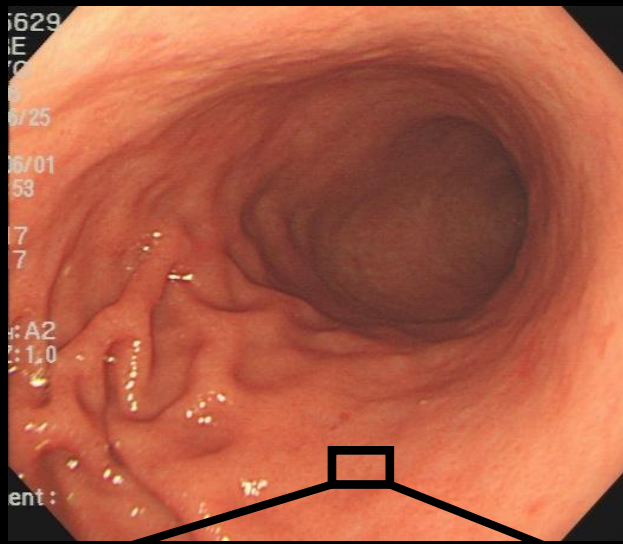


結腸

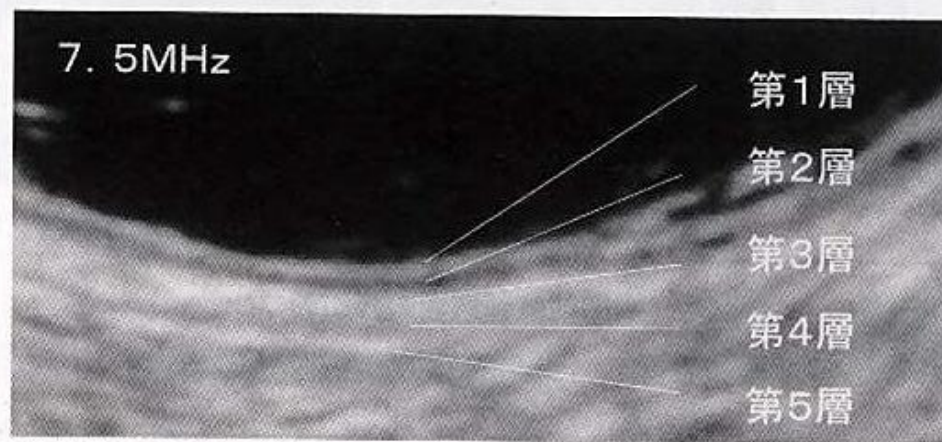


直腸

内視鏡は何を見ているのか？－粘膜



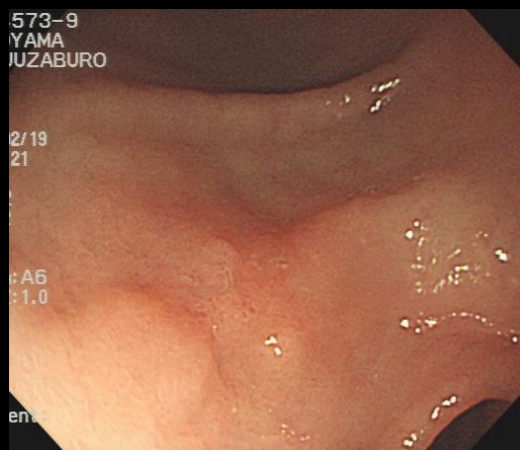
超音波内視鏡 画像



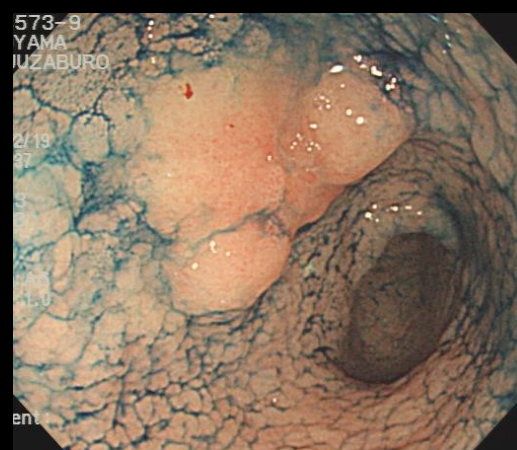
粘膜にできる腫瘍



ポリープ



早期胃癌

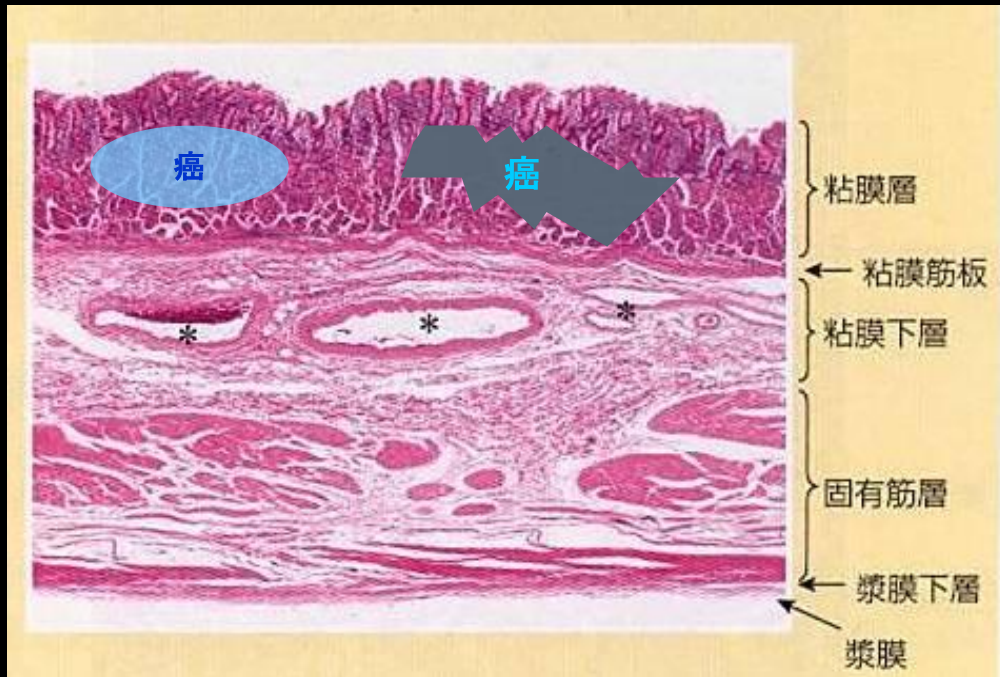


取らなければならない腫瘍



悪性腫瘍：癌

癌の深達度(根の深さ)と転移



胃癌の場合

胃壁の表層：粘膜に留まる癌



転移しない



癌は粘膜にのみ存在

粘膜の構造で病変の深さと組織型を

推測する

症 例 (60才 男性)

主訴) 胃の不快感

既往) 高尿酸血症、高血圧症

(* 喫煙・アルコールは嗜む程度)

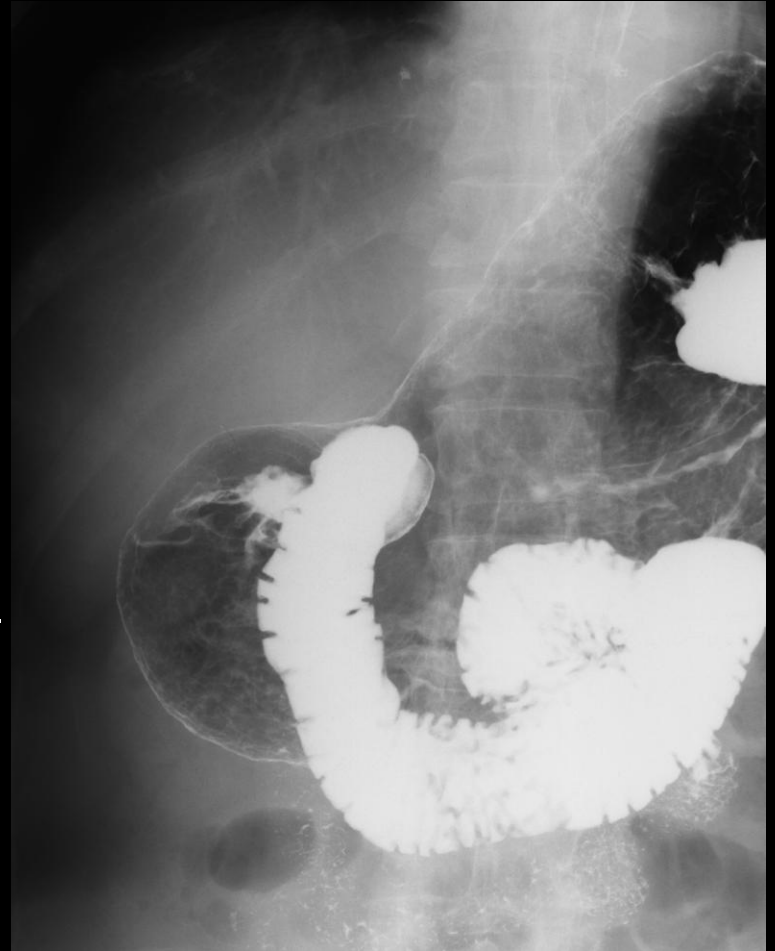
現病歴) 2006年7月、胃の不快感を主訴に
胃透視施行した。

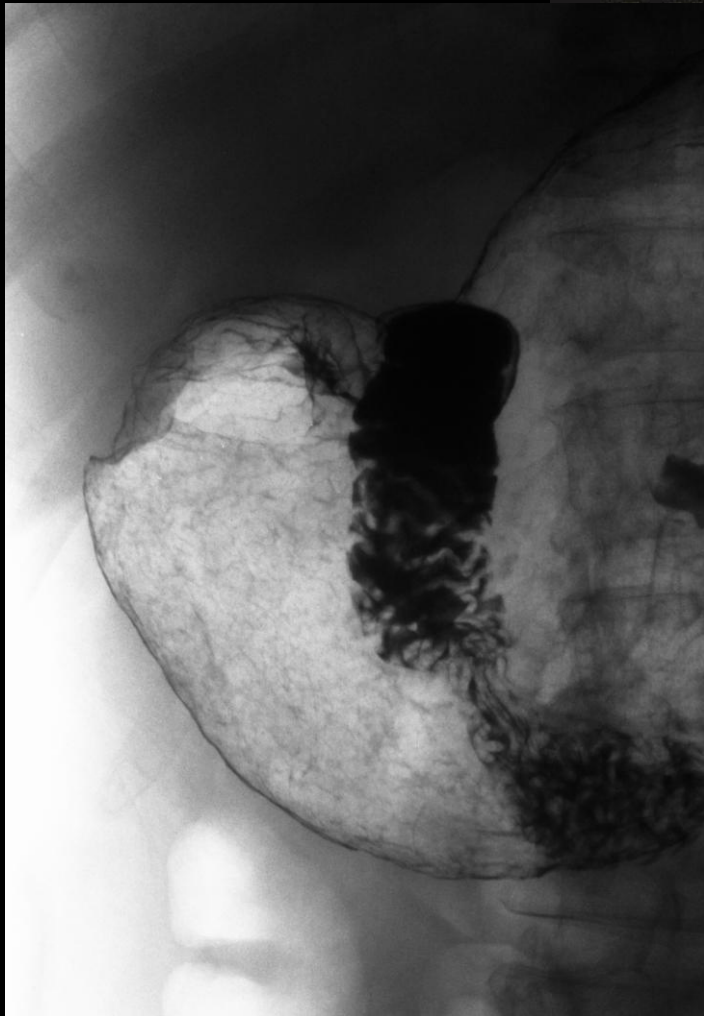
前庭部に隆起性病変を指摘され、精査目的で上部消化管内視鏡検査施行された。

胃前庭部に隆起病変指摘され (生検結果は group I, hyperplastic polyp)。

その後、同年11月、2007年3月にもフォローの内視鏡検査施行した。

現症) 体格 : 身長167cm、体重75.0kg、
血圧128/68、体温36.4℃ 栄養状態良
意識清明、表在リンパ節触知せず。
腹部の圧痛・神経学的所見認めず。





61-5

SHI

10

/4

A3

1.0

it:

YA HITOS

00/00 M 0

:2007/12/04

:15:47:25

: C7.5

: 6cm

: 9/19

: 8/ 8

: 1

: 1

: 1

: 1

: 1

: 1

: 1

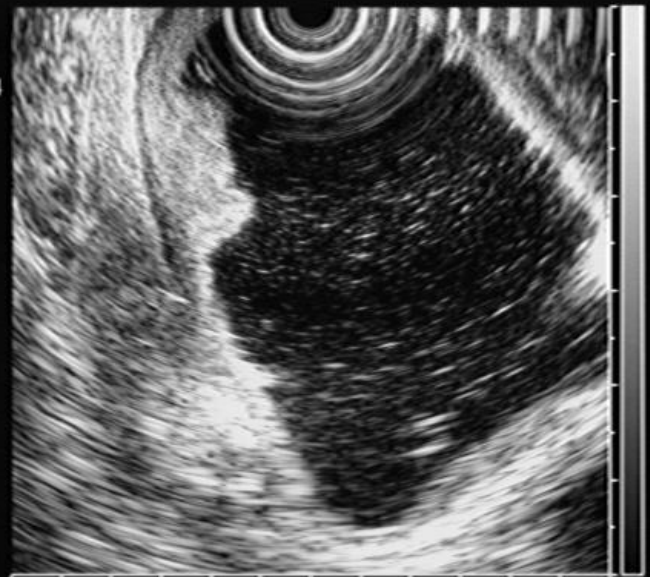
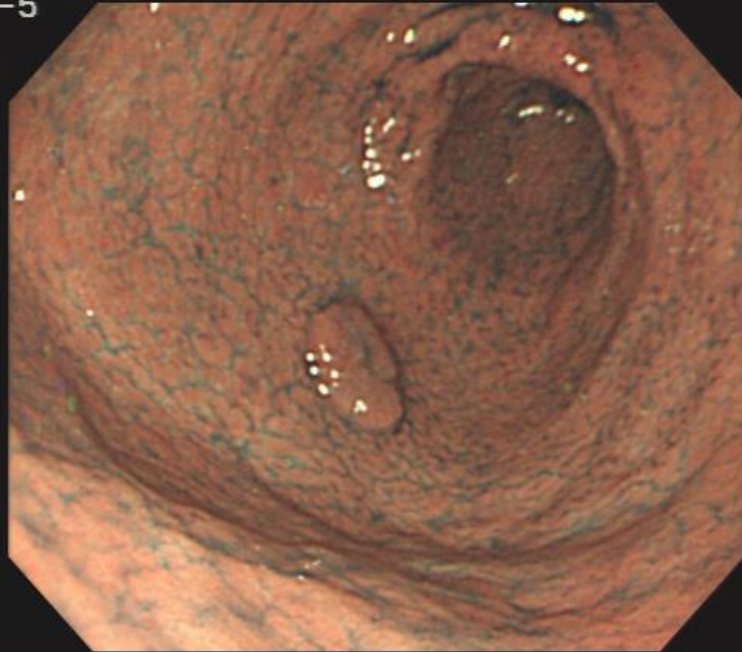
: 1

: 1

: 1

: 1

: 1



治療法は？

- ・薬物療法がいいか
- ・手術がいいか
- ・内視鏡的粘膜下切除術は可能であるか？

上部消化管腫瘍

内視鏡的切除の適応基準

①食道癌の場合

- 内視鏡的切除の適応は深達度と周在にて決定
- 深達度がM1~2、組織型は問わない(未分化は除く)、周在は原則2/3周以下

②胃癌の場合

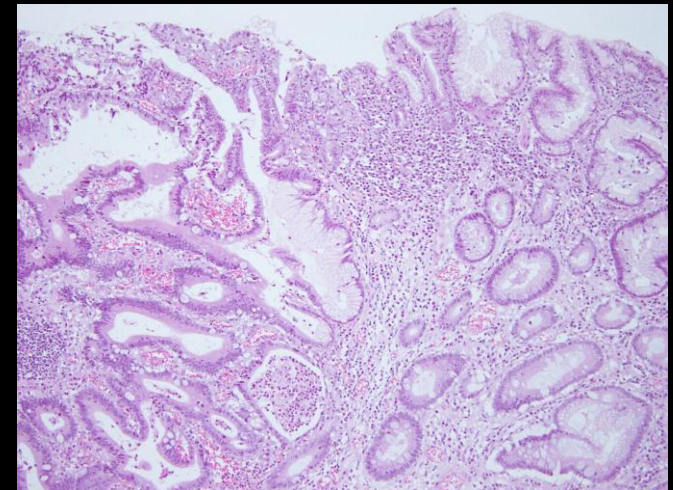
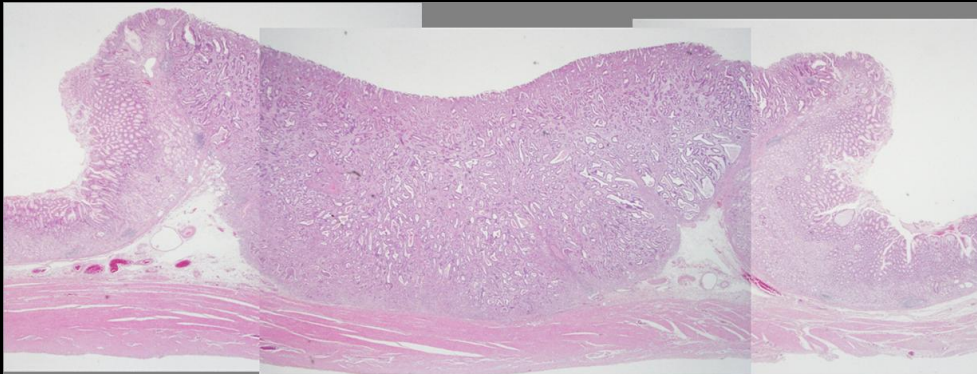
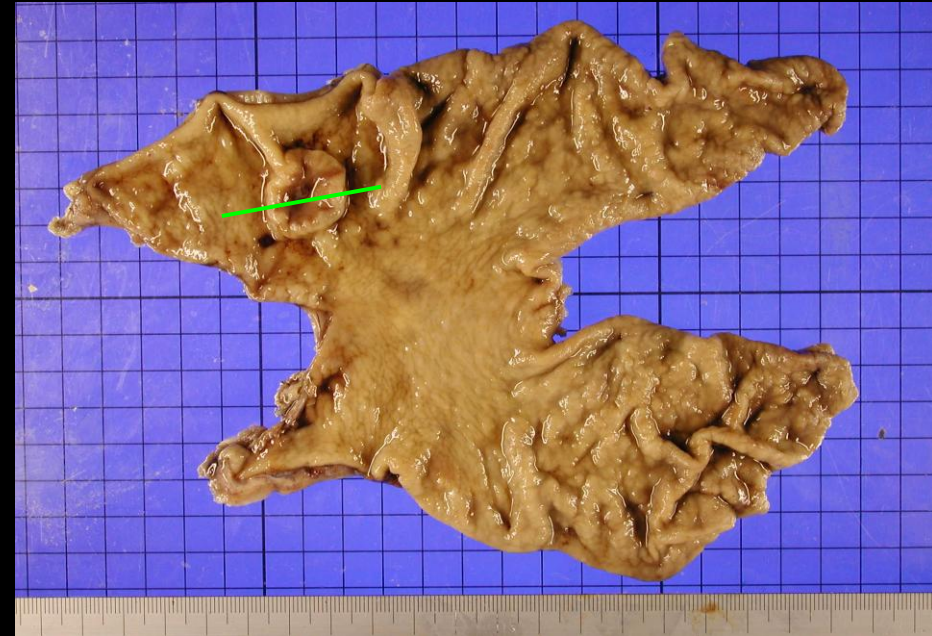
- 内視鏡的切除の適応は組織型、大きさ、深達度と潰瘍の有無にて決定
- 絶対的適応: 高分化型、2cm以下、深達度M、UL(-)
- 相対的適応:
 - 高分化型、大きさ無制限、深達度M、UL(-)
 - 高分化型、3cm以下、深達度SM1、UL(-)
 - 高分化型、3cm以下、深達度M、UL(+)
 - 未分化型、2cm以下、深達度M、UL(-)

③良性腫瘍の場合

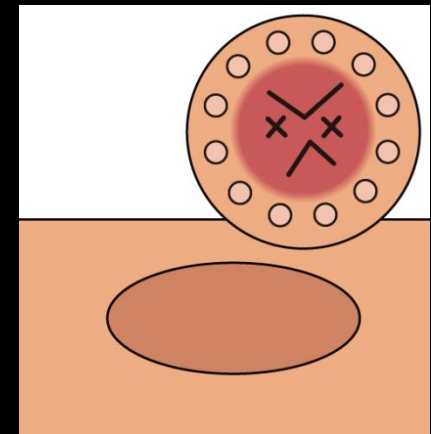
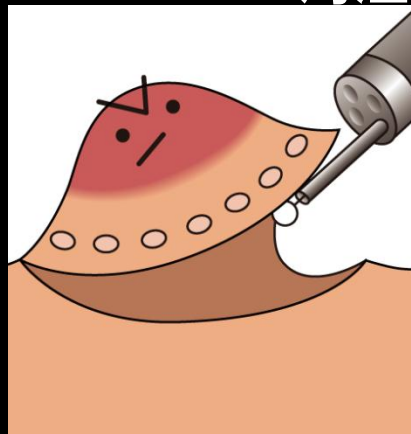
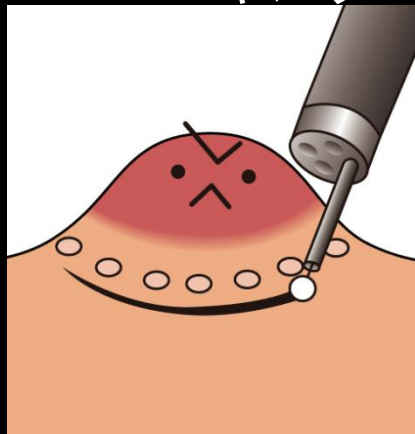
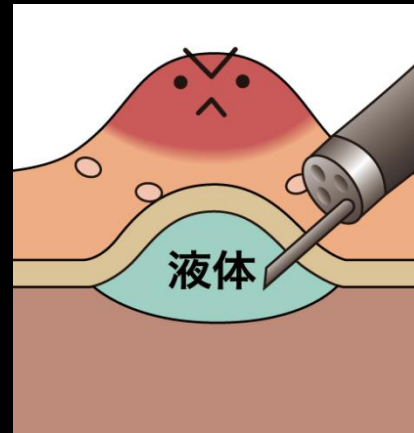
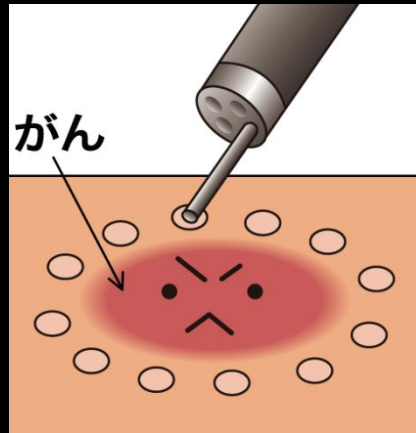
- 食道: 平滑筋腫、顆粒細胞腫
- 胃: GIST(2cm以下、SM層内にとどまっている、内部性状に悪性所見なし など)

病理結果

- 幽門側胃切除術施行
- 幽門部やや前壁側1.5X2.0cm、type 2型病変
- 中心部浸潤部ではwell-mod. differentiated adenocarcinomaの像
- pType 2, 1.5X2.0cm, Tub1, pT1(SM), int, inf β , ly1, v2, pPM(-) 5.5cm, pDM 1.5cm



内視鏡的粘膜下切除(ESD)手技

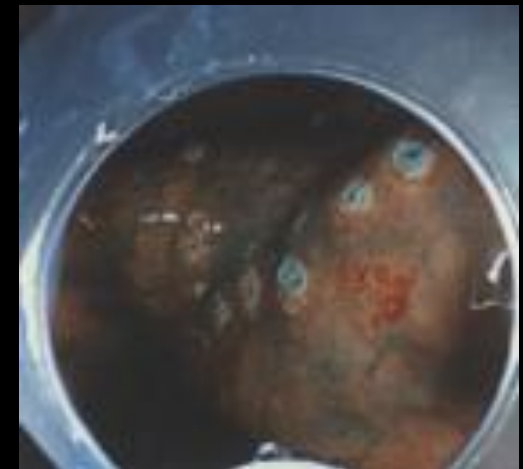


内視鏡的粘膜切除術(1)

・使用するデバイス

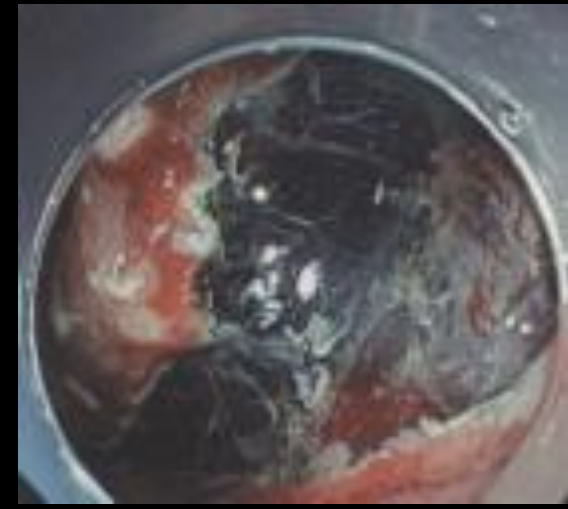
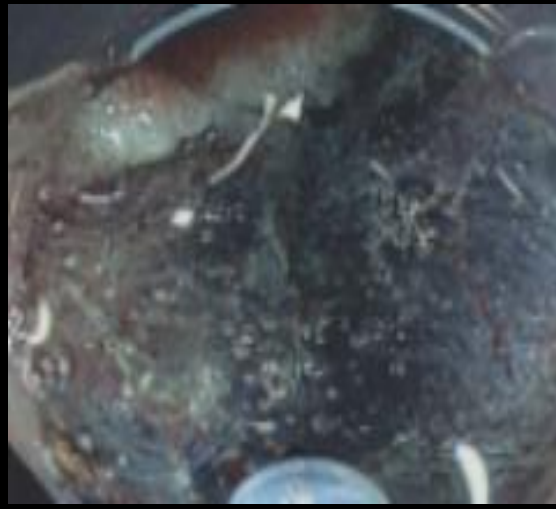


- ・どんな病変を切除するか？
インジコカルミンを散布して病変の範囲を観察する
- ・切除病変のマーキングをする
- ・先端フードをつけて切除部位に近接する



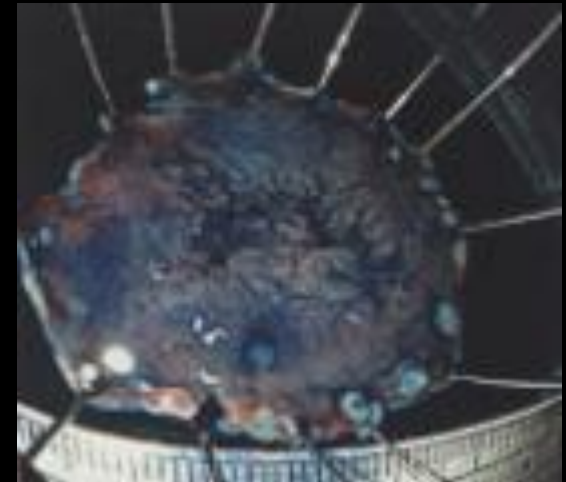
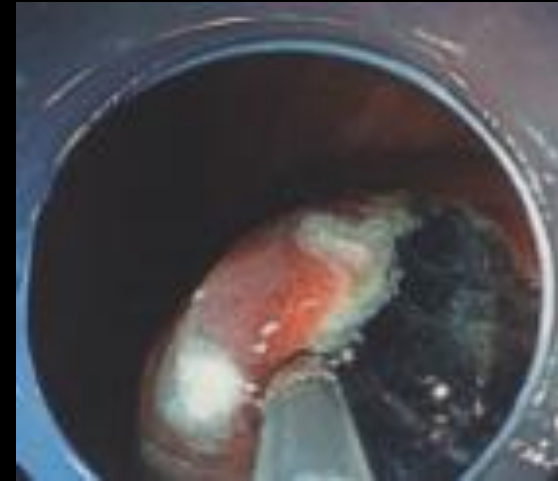
内視鏡的粘膜切除術(2)

- ・局注し病変部位を盛り上げ、ナイフで切除する
局注液の中にインジコカルミンを混ぜておくと粘膜
下層と筋層が視覚的にわかりやすくなる
(病変の深さを観察する)
- ・適宜局注液を注入し、病変部を持ち上げておく
- ・先端フードをつけて切除部位に近接する



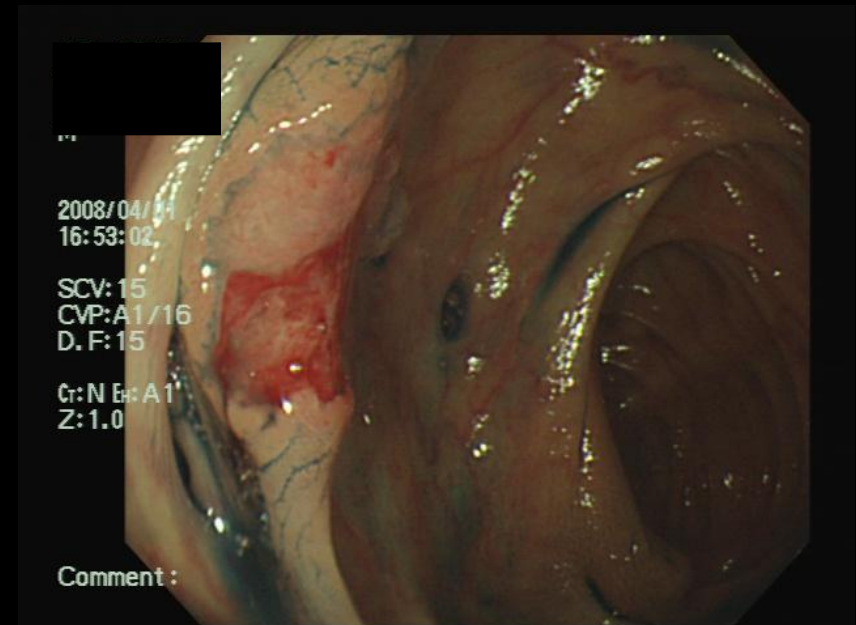
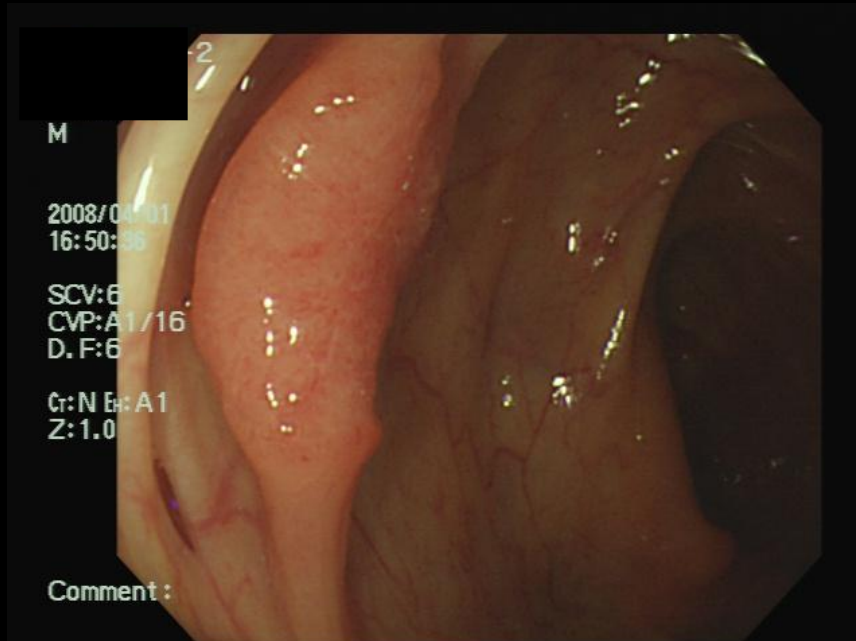
内視鏡的粘膜切除術(3)

- ・全周切開後、粘膜下層を剥離していく。
(病変の深さを観察し、穿孔に注意)
- ・剥離後出血の有無を確認する
- ・病変は板に貼り付けて病理標本とする



症例 65歳 男性

- 患者:65歳、男性
- 主訴:下血
- 既往歴:特記すべきことなし
- 現病歴:平成20年3月下旬頃に下血を認めた。同年4月1日全大腸内視鏡検査施行しBauhin弁近傍にIIc+IIa認めた。生検では高分化腺癌、内視鏡的にはsm1-2と推測し、本人と相談のうえ4月30日大腸ESD施行した。

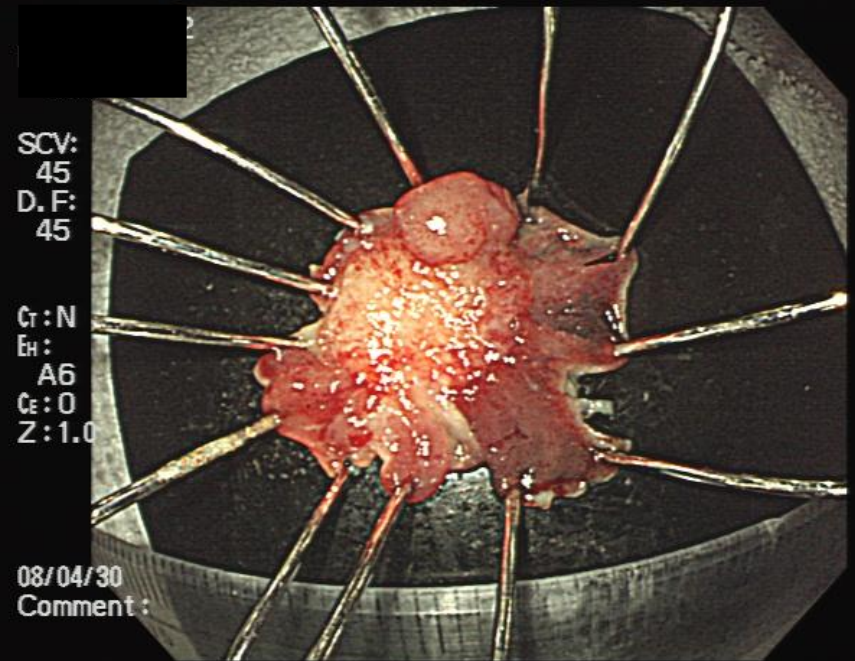
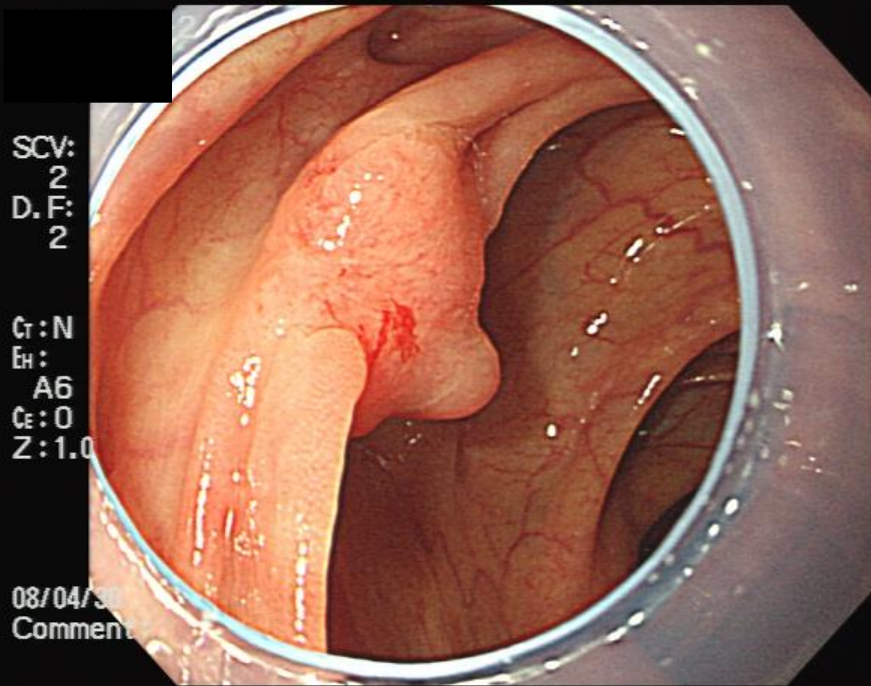


下部消化管腫瘍

内視鏡的切除の適応基準

- 腺腫およびリンパ節転移のない癌(粘膜内(M)癌と一部の粘膜下層(SM)浸潤癌)
- カルチノイド、脂肪腫などの粘膜下腫瘍
- 禁忌: SM深部以深浸潤癌、筋層由来の粘膜下腫瘍
- 大腸ポリープやLSTはEMRを適用することが多い

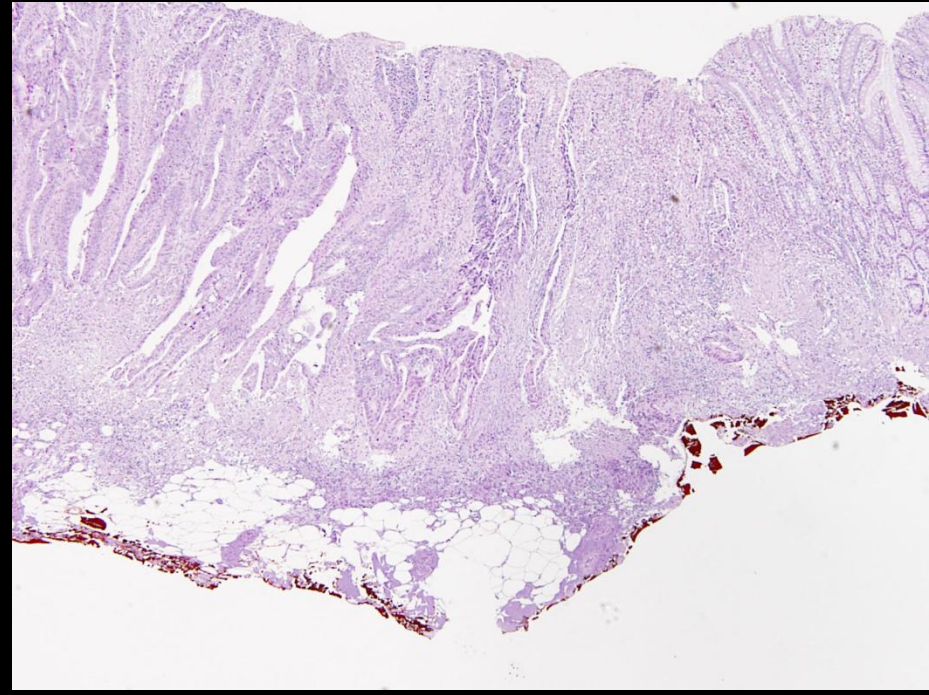
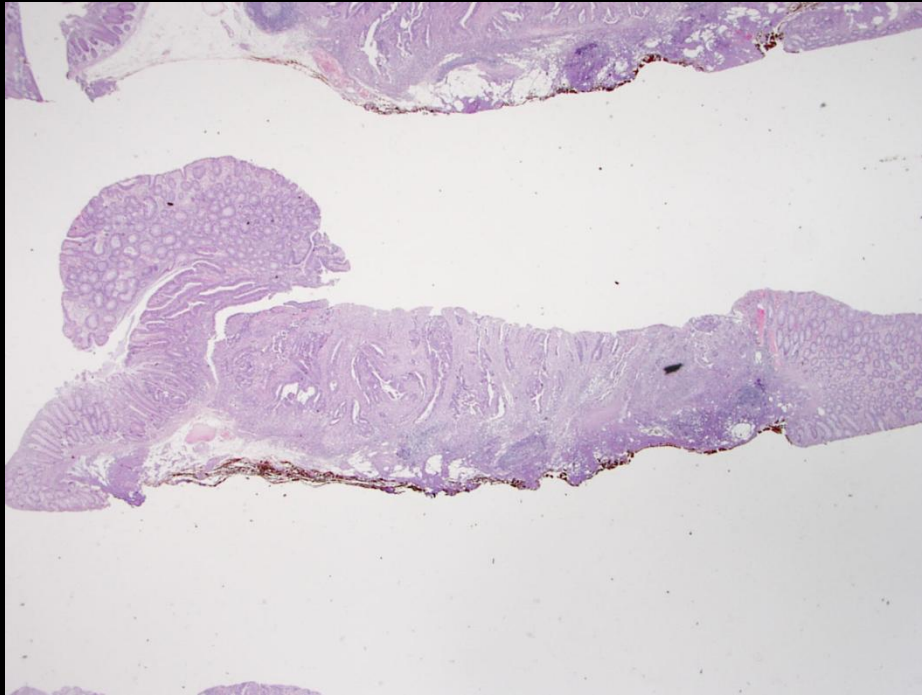




病変: 6X8/10X12mm

組織学的には管状構造を示す高分化腺癌の浸潤性増殖を認め、粘膜下層にまで浸潤増殖し、最大で粘膜筋板より切片上約40 μ mまで浸潤を認めた。水平断端は陰性、深部断端は一箇所腫瘍浸潤を認めており陽性と判断された。

(Well or moderately differentiated adenocarcinoma, ly0, v0, HM0, VM1)



- 6月12日、腹腔鏡下回盲部切除術施行された。切除材料はESDによる潰瘍瘢痕とその周囲に憩室を認めたが、腫瘍成分は確認されなかった。

治療内視鏡

食道の内視鏡治療

食道静脈瘤硬化療法 (EIS)
食道静脈瘤結紮術 (EVL)
食道腫瘍 (粘膜切除: EMR、ESD)
食道狭窄
(バルーン拡張術、ステント挿入)

胃の内視鏡治療

胃潰瘍などの止血術 (クリップ、APC)
胃腫瘍 (粘膜切除: EMR、ESD)

大腸の内視鏡治療

大腸腫瘍 (粘膜切除: EMR、ESD)
イレウス管挿入
止血術

胆膵の内視鏡治療

結石治療 (EPD, EST)
胆管・膵管狭窄 (ステント挿入)
ドレナージ術
乳頭部腫瘍 (乳頭部切除)

小腸の内視鏡治療

小腸腫瘍 (粘膜切除: EMR)
止血術
小腸狭窄 (バルーン拡張術)

その他

異物除去
胃瘻造設術
拡張術

胆膵内視鏡

内視鏡的乳頭切開術

適応：総胆管結石症などの採石・砕石の全処置

胆道狭窄や胆管炎に伴う閉塞性黄疸に対する内視鏡的胆道ドレナージ術の前処置

慢性膵炎や膵石症の治療のための前処置

経口胆道鏡や膵管鏡のための前処置

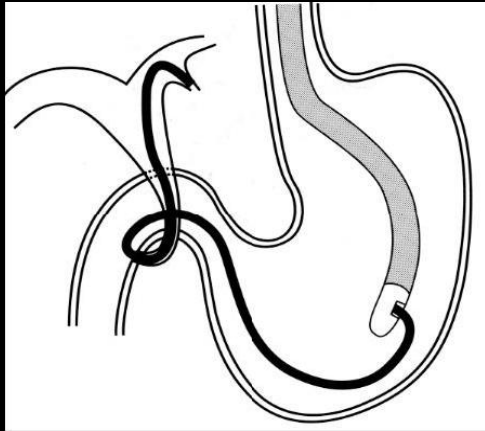
結石治療(EPD,EST)

胆管・膵管狭窄(ステント挿入)

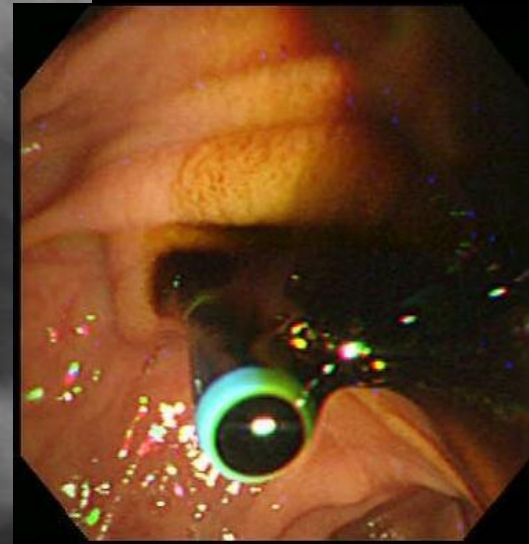
ドレナージ術

乳頭部腫瘍

内視鏡的胆道ドレナージ



Copyright © 2001 Boston Scientific Corporation. All rights reserved.



その他の治療内視鏡

- 出血に対する止血術（緊急内視鏡など）
- 異物除去 ・狭窄に対する拡張術
- 胃瘻造設術(PEG) など

PEGとは・・・

経皮的内視鏡下胃瘻造設術

Percutaneous(＝経皮的)

Endoscopic(＝内視鏡下)

Gastrostomy(＝胃瘻造設術)

意味:内視鏡を使用し、胃壁と腹壁(皮膚)の間に瘻孔を形成する内視鏡的手技の一つ。

目的:嚥下障害や意識障害のために、自発的に栄養の経口摂取が出来ず、消化管機能を有している患者に対して、胃に直接栄養を補給するアクセスルートを造ること。

本日のまとめ

- 臨床検査は診断→治療へと橋渡しをする大切なものである。
- 病理組織の断端、組織型、深達度によって治療法は変化する。
- 治療方針を決定するための悪性度を予測する武器が病理検査である。