

第 27 回 「臨床を語る会」

日 時：令和6年1月22日(月) 午後7時～
場 所：弘前市医師会館 4階 視聴覚室

弘前市医師会報 59(3) : 73-76, 2024

講演 1

鎮静内視鏡検査が特に有用であった3症例

千葉胃腸科内科医院
千葉裕樹

【はじめに】

当院では鎮静内視鏡検査を積極的に推奨し導入している。鎮静内視鏡検査の有用性については過去にも当院より報告しており枚挙に暇がないが、その中でも今回特に有用と考えられた3症例につき報告する。

【症例1】

【主訴】 腹痛、嘔吐、黒色便

【現病歴】 上記を主訴に受診。

【既往歴】

2014年食道アカラシア疑い:胃がん検診で「食道アカラシア疑い」となり近医クリニック受診し非鎮静下に上部消化管内視鏡検査を試みられるも挿入できず、同クリニックより専門医紹介となった。専門医でも非鎮静下に上部消化管内視鏡挿入試みられたが、挿入できず。その後精査終了となり、以降未検査であった。

【臨床経過】

二度にわたって非鎮静下での上部内視鏡挿入ができなかったため当院では初回より鎮静下に上部消化管内視鏡検査が施行された。鎮静下では問題なく内視鏡を挿入可能であった。食道内腔は著明に拡張しており、食物残渣が多量に認められた。通過障害をきたすような腫瘍性病変は明らかではなく食道アカラシアが示唆された(図1)。食道透視でも同様に食道の著明な拡張と食物残渣と判断される浮遊性の貯留物が大量に認められた(図2)。CT検査でも食道拡張と内容物貯留が認められたが、明らかな通

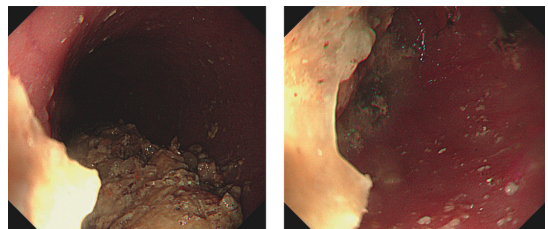


図1：鎮静上部消化管内視鏡検査

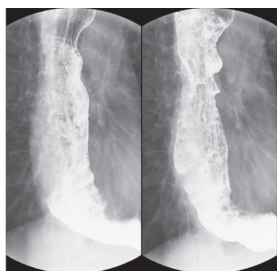


図2：食道透視

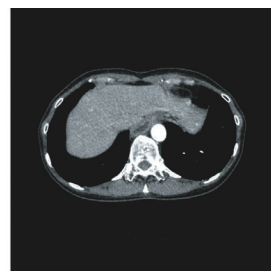
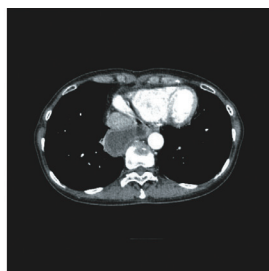
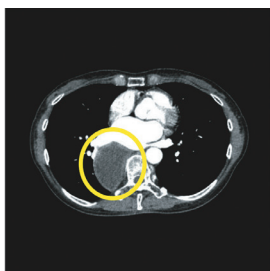


図3：CT

過障害をきたす腫瘍性病変は指摘されなかった(図3)。最終診断は「食道アカラシア」となりPOEM (Per-Oral Endoscopic Myotomy) 目的に弘前大学消化器内科紹介となった。

【有用ポイント】

初回の非鎮静下挿入が不成功となり、鎮静下での挿入を試みられる事もなく10年間放置されていたが、腹部症状を有して当院受診した事により鎮静下上部消化管内視鏡検査にて食道アカラシアと診断され治療に至った症例であった。食道アカラシアの自然経過として嘔気、嘔吐に伴う摂食障害、低栄養リスク、食道粘膜への停留残渣による化学的刺激での食道癌発症リスク、また拡張した食道による血管圧排に伴う循環不全のリスクも懸念される事から「内視鏡が入らない」事を理由に放置されるべき疾患ではない。今回10年越しに鎮静内視鏡検査が行われた事で救命できた症例といえる。

【症例2】

【主訴】 嘔吐

【現病歴】

4か月前より1日最大2リットルの大量嘔吐が認められ、近医受診。制酸剤投与されるも改善なく当院受診。

【既往歴】 21トリソミー

【臨床経過】

当初21トリソミーで定期通院歴のあった小児科を受診したが、年齢的に診療適応外であった事から某病院受診を薦められたため、同院受診するも「内科に入院病床がない」と言われ受診を断られた。当院初診時体重26.7kgと著明な「るいそう」状態であった。既往症より鎮静内視鏡検査が望ましいと判断された。同日施行された鎮静下での上部消化管検査では胃内に大量の残渣が認められ、幽門前庭部から十二指腸球部にかけて多発する活動性潰瘍性病変および潰瘍癒

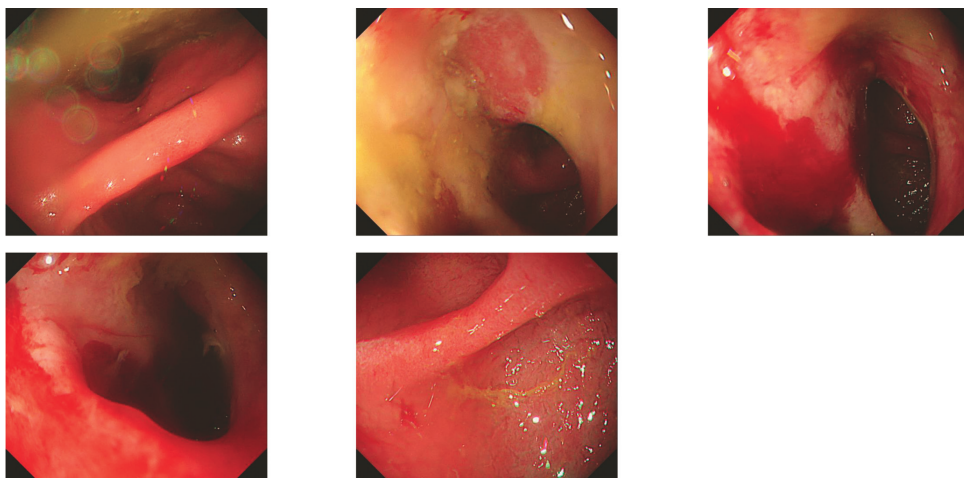


図4：上部消化管内視鏡検査

痕が認められた (図4)。ガストログラフィン造影では十二指腸球部が潰瘍瘢痕によりサンゴ状に分葉しており下降部へのガストログラフィン通過遅延が認められた事から多発胃十二指腸潰瘍による通過障害と診断された (図5)。H. pylori は便中抗原、血清抗体共に陰性であった。臨床経過より外科手術適応と判断されたが、ご家族より保存的治療の希望があり、しばらく制酸剤、経口栄養剤投与にて経過観察としたが、るいそう状態が改善しないため再度ご家族と相談の結果、手術希望となり健生病院外科紹介となった。

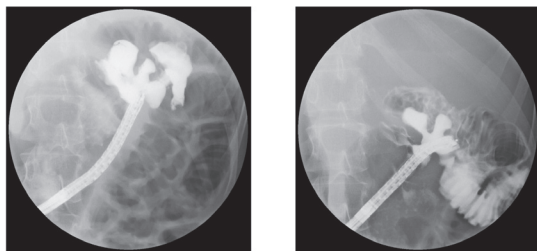


図5：ガストログラフィン造影

【有用ポイント】

4か月続いた嘔吐、体重減少も検査をしても見えなかった。理由としてはベッドが満床だった訳ではなく、おそらく21トリソミーの症例に対して非鎮静下で内視鏡検査を行う事に対する施設側の不安があったものと思われる (ちなみに当院は無床診療所である)。当院初診の段階でるいそうは顕著であり、このままどこでも門前払いで検査を受けられず、診断がつかないまま経過した場合には低栄養状態から不幸な転機を遂げた可能性も十分に考えられた事から鎮静内視鏡検査が救命し得た1例と考えられる。

【症例3】

【主訴】 なし

【現病歴】 大腸がん検診二次精査目的に受診。

【既往歴】 脳性麻痺、中枢性協調障害

【臨床経過】

当院初診時、母親同伴で受診するも患者自

身極度の興奮状態で診察室入室間もなく退室した。中枢性協調障害によるものと考えられた。この時点で非鎮静下での内視鏡検査は不可能と判断されたが、当院への受診自体が困難であったためまずは当院に慣れて頂くために週1回の診察室面談を4週に渡り受けて頂いた。鎮静剤投与に際して末梢ルート確保が必須であるため週1回の注射を12週間行った。もう一つの懸念事項として下部内視鏡検査の前処置であるポリエチレングリコール (PEG) の服用ができない可能性があったため当日までスポーツドリンクを多めに摂取して前処置の環境に対応して頂いた。しかし結局当日ご本人がPEG服用できなかったためGEII (Gastro Endoscopic Intestinal Irrigation) 法^(注1)で行う方針となった。検査の結果、上部消化管は慢性萎縮性胃炎でH. pylori 陽性であった。下部消化管は大腸ポリープ2病変指摘され同日切除の結果はいずれも「tubular adenoma」であった。

【有用ポイント】

本症例は協調障害という基礎疾患のため不慣れな施設にいる事自体抵抗があり、初診から検査まで長期間を要した。また非鎮静下検査およびPEG服用も不可能であった事から、鎮静内視鏡のみならずGEII法を行っている施設でなければ検査はできなかったと考えられる。

【考察】

鎮静内視鏡検査の適応症例に「非鎮静では検査が受けられない人」が挙げられる。過去に非鎮静下で内視鏡検査を受けて検査が苦痛であったため精神的トラウマを持っている方の他、小児、高齢者、発達障害といった身体的・精神的な理由で非鎮静下での検査が困難な例も含まれる。鎮静内視鏡検査を導入していない施設ではそういった症例は全て「内視鏡検査適応外」となってしまう、その結果、「非鎮静では検査が受けられない人々」が胃・大腸疾患で不幸な転機を遂げてしまう事になってしまう。当院では積極的に鎮静下内視鏡検査を導入し自院ホーム

ページ等でも掲示しているため、正当に検査を受けられない「内視鏡検査難民」が沢山当院に「押し寄せている」のが実情である。鎮静剤使用にあたって特別な資格は必要なく、当院は無床診療所であり筆者一人が医師として診療に当たっている。ベッド数やマンパワーに関係なく鎮静内視鏡検査を行う事が可能であることを当院が証明している。

青森県大腸がん死亡率は現在もワーストワンを継続している。過去には二次精査を受けない人が青森県内に多い事が理由と言われていたが、現在は全国水準並みに大腸がん検診二次精査を受けているといったデータがある。それにも関わらず大腸がん死亡率が高いのは決して青森県民が大腸がん罹患しやすい体質なのではなく、過去に大腸内視鏡検査を受けて「検査が苦痛であったため精神的トラウマ」となり大腸内視鏡検査はおろか大腸がん検診まで受けられなくなった人々が、切除不能大腸がんに至るまで医療機関を受診しなくなった事も要因であると筆者は推察する。

鎮静剤であるミダゾラムは長年にわたり内視鏡検査に対して「保険適応外使用」されてきた。そんな中、2023年ミダゾラムは内視鏡検査に対して保険適応外使用承認が得られた^(注2)。この事からも鎮静内視鏡検査はもはや一般常識と

言っても過言ではなく、今後益々全国的に鎮静内視鏡導入施設が増えていく事が予想される。鎮静内視鏡検査施設が増加する事で「内視鏡検査難民」が減り、その結果、胃がん大腸がん死亡率低下につながる。今後青森県でも鎮静内視鏡導入施設を全国水準並みに増やしていかなければ、これまで以上に胃がん大腸がん死亡率の差が広がってしまい、いつまでも経っても短命県を返上した明るい未来はやって来ないだろう。

注1：下部消化管内視鏡検査に先立って上部消化管内視鏡検査を行い、十二指腸下部挿入後に送水タンクにPEGの入ったウォータージェットポンプ装置を用いて注入する方法。被検者がPEGを服用する必要がないため、PEG服用が苦手な人向けの方法だが、消化管狭窄がない事が前提条件にあるため2回目以降の検査に行われるべきである。今回は初回検査であったが、ご家族にリスク説明を十分に行ったうえで施行した。

注2：薬事承認されている範囲を超えた医薬品の使用方を「適応外使用」といい、一定のエビデンスがある場合には医師の裁量に基づいて薬事法で承認されていない薬剤が使用される事がある。2023年内視鏡時のミダゾラム使用については正式に保険適応外でも使用承認が得られた。