第 14 回　内視鏡検査・周術期管理の標準化に向けた研究会

テーマ：“これは困った！周術期管理におけるインシデント・アクシデント症例”

会期：　2025 年 5 月 11 日（日）　13：00～16：00

会場：　**TKP 札幌ビジネスセンター赤レンガ前**

https://www.kashikaigishitsu.net/facilitys/bc-sapporo-akarenga/

〒060-0004 北海道札幌市中央区北４条西６丁目１　毎日札幌会館 5 階

＊現地と ZOOM を使用したハイブリッド開催を予定しております。

会費：　￥1,000

代表世話人：　藤城 光弘（東京大学医学系研究科　消化器内科学）

当番世話人：　住吉　徹哉（斗南病院　消化器内科）

大野　正芳（北海道大学　消化器内科）

事務局：　〒113-8655 東京都文京区本郷 7-3-1

東京大学医学部附属病院　消化器内科

波多野　稔子

TEL：03-5800-8800、FAX：03-5800-8799

E-mail：jgesperiendo@gmail.com

共催：　内視鏡検査・周術期管理の標準化に向けた研究会

EA ファーマ株式会社/富士製薬工業株式会社

開会の辞（代表世話人）　13：00-13：03

道田　知樹（大阪国際がんセンター　消化管内科）

当番世話人ご挨拶　13：03―13：05

住吉　徹哉（斗南病院　消化器内科）

大野　正芳（北海道大学　消化器内科）

第１部 一般演題　13：05-14：26

（各々発表：6 分、質疑：3 分）

①　セクション 1（13：05～13：41）

座長：高橋　亜紀子（佐久医療センター　内視鏡内科）

1.外来鎮静内視鏡後に発生した脳卒中や転倒事例を基にした鎮静後ワークフローの作成

演題分類：治療内視鏡

〇川西　竜輔、松井　崇矩、中谷　夏帆、小山　裕紀子、小塚　和博、西山　典子、谷内田達夫、小原　英幹

香川大学医学部　消化器・神経内科学

2. 安心・安全な内視鏡診療を提供するために必要な病棟との連携

演題分野：上下部内視鏡

○横田　萌菜、猪熊　加奈、坂本　瑠里子、前畑　忠輝

聖マリアンナ医科大学　内視鏡センター

3. 内視鏡室看護師の鎮静委員会メンバーとしての取り組み

演題分野：上下部

○目黒　暢子[1)]、馬場　恭子[1)]、秋山　仁[2)]、岡田　修一[2)]

１）聖路加国際病院看護部、２）聖路加国際病院内視鏡検査科

4. 上部消化管内視鏡後、帰宅途中に CPA？

演題分野：上部

○多田　尚矢、島本　奈々、小林　雅邦、土橋　昭、玉井　尚人、炭山　和毅

東京慈恵会医科大学 内視鏡医学講座

②　セクション 2（13：41～14：26）

座長：引地　拓人（福島県立医科大学附属病院　内視鏡診療部）

5. 内視鏡安全チェックリストを活用した治療内視鏡の取り組み

演題分野：治療内視鏡

○内橋　友香[1)]、藁谷　雄一[2)]、渡邉　奈保子[1)]、横山　洋子[1)]、青田　徳子[1)]、土屋　君江[1)]、氏家　佳代[1)]、伊関　理恵[1)]、五十嵐　祐子[1)]、武山　祐佳里[1)]、鈴木　愛[1)]、菊地健太郎[2)]、関根　亮司[2)]、上田　健太[2)]、高橋裕太[2)3)]、熊川　宏美[2)]

１）公立相馬総合病院　内視鏡室看護師、２）公立相馬総合病院　消化器科、３）仙台消化器・内視鏡内科クリニック　長町院

6. 鎮静内視鏡後の転倒リスクに関する実態調査と予防策の検討

演題分野：上下部内視鏡

○藤邑　勇太朗[1)]、山口　太輔[1)]、山内　康平[2)]、竹内　祐樹[2)]、行元　崇浩[3)]、冨永　直之[4)]、松永　拓也[4)]、宮原　貢一[5)]、井上　須磨[5)]、樋高　秀憲[6)]、川久保　洋晴[7)]

1）佐賀大学医学部内科学講座　消化器内科、2）高木病院　消化器内科、3）国立病院機構嬉野医療センター 消化器内科、4）佐賀県医療センター好生館　消化器内科、5）唐津赤十字病院　消化器内科、6）済生会唐津病院　消化器内科、7）伊万里有田共立病院　消化器内科

7. Underwater ESD 時に蒸留水誤使用により切除困難となった十二指腸腫瘍の一例

演題分野：治療内視鏡

○伊藤　典明、吉井　俊輔、道田　知樹

大阪国際がんセンター　消化管内科

8. 経口的ダブルバルーン内視鏡施行時の過鎮静で徐脈と呼吸抑制をきたした 1 例

演題区分：治療内視鏡

〇笠巻敬太、小椋加奈子、杵渕広志、寺田里絵、高橋 悠、春田明子、齋藤 圭、鈴木晴久、木暮宏史

日本大学医学部内科学系消化器肝臓内科学分野

9. ESDIP 後に稀な偶発症を経験した一例

演題分野：治療内視鏡

〇菅原　美咲[1)]、宮崎　蔵人[2)]、増永　哲平[3)]、高取　祐作[3)]、川﨑　慎太郎[2)]、岩崎　栄典[1)]、金井　隆典[1)]、矢作　直久[3)]、加藤　元彦[2)]

1）慶應義塾大学医学部消化器内科、2）慶應義塾大学医学部内視鏡センター、3）慶應義塾大学医学部腫瘍センター低侵襲療法研究開発部門

＜休憩 9 分＞

第 2 部　特別講演（14：35～15：25）

座長：住吉　徹哉（斗南病院　消化器内科）

「消化器診療における放射線防護と安全管理」

市立豊中病院　消化器内科　西田　勉

第 3 部　特別企画（15：25～15：50）

座長：大野　正芳（北海道大学　消化器内科）

「臨床工学技士が考える周術期管理」

北海道大学病院　ME 管理センター　臨床工学技士　岩崎　毅

閉会の辞、次回当番世話人ご挨拶　15：50-16：00

代表世話人　藤城　光弘

次回当番世話人（前畑　忠輝、竹中　完）よりご挨拶

＊この研究会には資格申請・更新の際の業績として、参加点数 2 点（関連学会分として）が付与されます。

＜一般演題抄録＞

1.外来鎮静内視鏡後に発生した脳卒中や転倒事例を基にした鎮静後ワークフローの作成

演題分野：治療内視鏡

○川西　竜輔、松井　崇矩、中谷　夏帆、小山　裕紀子、小塚　和博、西山　典子、谷内田達夫、小原　英幹

香川大学医学部　消化器・神経内科学

消化管内視鏡検査を行う際には被験者の苦痛や不安を取り除く目的において、鎮静剤が入院・外来を問わず広く用いられている。本邦においては日本消化器内視鏡学会より「内視鏡診療における鎮静に関するガイドライン」第2版が作成されており、ミダゾラムやフルニトラゼパムなどのベンゾジアゼピン系、プロポフォール、デクスメデトミジンなどが一般的に用いられている。しかしながら鎮静後のモニタリング解除の基準については統一した見解はなく、意識レベル、呼吸動態、循環動態を評価しつつ各医療機関の判断に任されている状況がある。

当施設においては外来鎮静内視鏡ではおもにベンゾジアゼピン系のミダゾラム・フルニトラゼパムを使用し、麻酔学会により制定されたガイドラインに準じた帰宅基準を設定していた。

しかしながら2023年外来で鎮静内視鏡を行った患者で脳卒中や転倒イベントが生じることが短期間に立て続けに生じた。

①74 歳男性　ミダゾラム沈静下で下部消化管内視鏡施行。帰宅時より左下肢の動かしにくさがあり、翌日改善しないため受診し脳梗塞と診断。

②75 歳男性　フルニトラゼパム鎮静下で超音波検査施行。帰宅後ふらつきあり救急外来受診。右側頭葉にmidline shift伴う出血あり。

③81 歳男性　フルニトラゼパム鎮静下で超音波内視鏡施行。帰宅時院内他部署にて嘔吐あり。

④77歳男性　ミダゾラム沈静下で上部消化管内視鏡検査施行。帰宅時に院内で転倒。

上記の症例はいずれも重篤な転帰はとらなかったが、当院では意識レベル、神経・消化器症状、呼吸循環動態を合計8項目でスコアリングするワークフローを作成し2023年10月より導入した。若干の考察を交えつつ個別の症例および当院でのワークフローを提示する。

2.安心・安全な内視鏡診療を提供するために必要な病棟との連携

演題分野：上下部内視鏡

○横田　萌菜、猪熊　加奈、坂本　瑠里子、前畑　忠輝

聖マリアンナ医科大学　内視鏡センター

内視鏡検査・治療の需要が増加傾向にあるなかで、安心・安全な内視鏡診療を行うためには

正確な問診票を用いることが必須となる。当院では、2023 年の 1 月からペーパーレスの一環として、入院患者の問診票の記入・閲覧はすべて電子カルテ上で行うようになったため、病棟看護師が電子カルテ上で問診票を作成している。しかし、新病棟への移転や電子カルテのシステムが変わったことによる現場の混乱もあり、問診票の未記入や誤った記載が多く見られており、禁忌薬投与や抗血栓薬内服を見逃したままの生検実施等のインシデント・アクシデントにつながることが予測された。

これに伴い、内視鏡センター内で 3 つの取り組みを実施することになった。1 つ目は、病棟での準備物品や更衣・持参品が検査別で記載された「内視鏡センター検査出棟一覧」を作成し、QR コード化して各病棟に配布した。2 つ目は、病棟の電子問診票未記入や記載間違いによるヒヤリハット事例が立て続いているため、「事前情報収集用紙」を導入した。電子カルテから読み取った抗血栓薬・アレルギー・既往歴の有無等を事前情報収集用紙に記載、当日はその用紙と問診票を照合するようになった。3 つ目は、「入室後チェックリスト」を活用し、入室時の不備項目をリスト化し、不備が明らかになった際に病棟にフィードバックをするという仕組みを作った。本発表では、以上の取り組みの実際や改善された点、課題を明らかにしていく。

3.内視鏡室看護師の鎮静委員会メンバーとしての取り組み

演題分野：上下部
○目黒　暢子[1)]、馬場　恭子[1)]、秋山　仁[2)]、岡田　修一[2)]
１）聖路加国際病院看護部、２）聖路加国際病院内視鏡検査科

【背景】当院には医師、看護師、薬剤師、事務職員から構成される鎮静管理小委員会がある。鎮静の実施に関して管理することを目的に、安全に鎮静を実施するための環境整備や手順の改訂、鎮静を伴う検査や処置のバイタルサインの入力状況の確認等を行っており、内視鏡室からは消化器内科医師と外来看護師が参加している。鎮静後の退出基準として Aldrete スコアを参考に当院で作成した 12 点満点のリカバリーアセスメントツール（以下スコア）を使用しているが、検査後入院病床へ退室する患者におけるスコア 9 点以下で集中治療系病棟以外（以下一般病棟）への退出率についても、この活動で月に 1 度サーベイランスを行っている。
【目的】スコア 9 点以下で一般病棟へ退出した患者の状況や特徴を明らかにし、部署で振り返りを行う。
【方法】2022 年 4 月から 2024 年 3 月までのサーベイランスで抽出されたスコア 9 点以下の患者の検査名、検査時間、使用鎮静剤、使用量、バイタルサイン、スコア、特記事項に関するデータを電子カルテより収集、受け持ち看護師へ聞き取りを行い、部署で共有した。
【結果】スコア 9 点以下で一般病棟への退出率は、2022 年 4.1%、2023 年 3.2%であった。電子カルテと聞き取りした情報をまとめ、個別の振り返りと部署ミーティングを実施した。

【結論】サーベイランスの結果と患者情報を共有することで、ケアレスミスが減り記録の完成度が高くなった。これまで、内視鏡室を退室することを最優先としてスコアを付けていたが、振り返りを行ったことで内視鏡室リカバリー内でのモニタリングの重要性が内視鏡室看護師に認識されるようになった。看護師の質の高い記録とモニタリングが内視鏡室での安全性のみならず、一般病棟に帰室してからの患者の安全を守り、院内急変を防ぐ活動につながっている。

4.上部消化管内視鏡後、帰宅途中に CPA？

○多田　尚矢、島本　奈々、小林　雅邦、土橋　昭、玉井　尚人、炭山　和毅
東京慈恵会医科大学 内視鏡医学講座

【症例】

77 歳男性。萎縮性胃炎診断後の胃癌サーベイランスのため、上部消化管内視鏡（EGD）目的で来院。看護師による問診後、施行医と看護師がタイムアウトを実施した。施行医によりミダゾラム 2mg を静注し、約 5 分で検査を終了した。患者はリカバリースペースへ移動後、SpO_2が 70%台まで低下したため酸素およびフルマゼニルを投与した。酸素化は改善し、麻酔回復スコアが 10 点に達したフルマゼニル投与 76 分後（ミダゾラム投与後 93 分）に帰宅許可となった。しかし、1 時間後、当院最寄り駅で倒れているところを発見され、救急隊は CPA（心電図波形 PEA）と判断した。CPR を実施し、数分で心拍は再開して、当院に搬入（JCS20）された。諸検査では心停止の明確な原因を特定できず、7 日後に自宅退院となった。

【問題点】

① **進行性の筋力低下と呼吸苦**：EGD は 2 カ月前に消化器内科医によってオーダーされていたが、その間に神経内科で ALS の疑いとして精査されていた。この 2 か月の間に筋力低下と呼吸苦が進行していた。

② **フルマゼニル効果減弱による再鎮静の可能性**：高齢者はベンゾジアゼピン系薬剤に感受性が高く、ミダゾラムの半減期（高齢者 5.6 時間）はフルマゼニル（約 50 分）よりも長いことから再鎮静の可能性も考えられた。

【改善策】

① **米国麻酔科学会全身状態分類（ASA-PS）導入**：消化管内視鏡は数か月～一年前にオーダーされることが多く、特に高齢者ではその間に全身状態が変化することがあるため、検査当日の問診で併存疾患や ADL を考慮したリスク評価が重要である。その客観的指標として ASA-PS を導入した。

② **リカバリー時間延長**：当院では通常鎮静時 60 分、フルマゼニル投与時 60-120 分のリカ

バリー時間を確保しているが、特に高齢者や合併症を有する患者ではフルマゼニル投与後、2 時間程度の観察が必要と考えられた。

5. 内視鏡安全チェックリストを活用した治療内視鏡の取り組み

演題分野：治療内視鏡

○内橋　友香[1)]、藁谷　雄一[2)]、渡邉　奈保子[1)]、横山　洋子[1)]、青田　徳子[1)]、土屋　君江[1)]、氏家　佳代[1)]、伊関　理恵[1)]、五十嵐　祐子[1)]、武山　祐佳里[1)]、鈴木　愛[1)]、菊地健太郎[2)]、関根　亮司[2)]、上田　健太[2)]、高橋裕太[2)3)]、熊川　宏美[2)]

１）公立相馬総合病院内視鏡室看護師、２）公立相馬総合病院消化器科、３）仙台消化器・内視鏡内科クリニック長町院

【目的】患者の高齢化や抗血栓薬服用者の増加によりハイリスクな患者が増加している。多忙な看護業務を背景に昨今当院では治療内視鏡看護は内視鏡室看護師のみで行うことが多くなったが、情報共有不足が散見されていた。1 例として、抗血栓薬休薬をしていなかった患者が確認不足から休薬しているものとして胃 ESD を行われ、後出血を起こした事例を経験した。2019 年 9 月からタイムアウトを導入していたが、担当ではない病棟看護師が送りとなることもあり、不明瞭な情報もみられていたことから事前の正確な情報共有が必要と考えられた。安全な治療内視鏡を行う上で、関わるスタッフ全員が共通の認識で治療に臨める手段として、2024 年 4 月より内視鏡安全チェックリストを導入した。
【方法】内視鏡安全チェックリスト導入後の病棟看護師の医療安全に対する意識の変化を調査した。
【結果】内視鏡安全チェックリストは紙媒体とし、概要はサインイン、サインアウトの 2 つで構成されている。サインインは治療前の病棟看護師からの送りとして抗血栓薬の有無や休薬期間、体内金属の有無、直前のバイタルなど、サインアウトは内視鏡室看護師からの送りとして治療の概要や治療後のバイタルなどが含まれる。病棟看護師でチェックリストを使用した 15 名のアンケート調査では、情報共有の可否（15：0)、必要性の有無（15：0)、意識の変化の有無（15：0）で良好な結果だった。「内視鏡室看護師と病棟看護師の間で情報共有ができ簡潔明瞭に送りがしやすい」、「経験年数に関係なく確実に漏れなく確認作業ができる」など、チェックリスト使用によるメリットが大きい意見も得られた。
【考察】内視鏡安全チェックリストを導入し、同様のインシデントは発生しておらず、安全な内視鏡治療につながった。治療前の病棟看護師の準備を要するサインインは、導入前に比べ一手間となってしまうが、より安全な治療内視鏡の一助になると思われた。

6. 鎮静内視鏡後の転倒リスクに関する実態調査と予防策の検討

演題分野：　上部消化管、下部消化管

○藤邑　勇太朗[1)]、山口　太輔[1)]、山内　康平[2)]、竹内　祐樹[2)]、行元　崇浩[3)]、冨永　直

之[4]、松永　拓也[4]、宮原　貢一[5]、井上須　磨[5]、樋高　秀憲[6]、川久保　洋晴[7]
1）佐賀大学医学部内科学講座　消化器内科、2）高木病院　消化器内科、3）国立病院機構嬉野医療センター 消化器内科、4）佐賀県医療センター好生館　消化器内科、5）唐津赤十字病院　消化器内科、6）済生会唐津病院　消化器内科、7）伊万里有田共立病院　消化器内科

【目的】
消化器内視鏡において、満足度が高く苦痛の少ない検査や治療が求められており、鎮静内視鏡の頻度は近年増加傾向にある。当院では鎮静内視鏡後に院内で転倒された症例を数例経験し、注意対策が必要と考えられた。本研究では、佐賀大学関連 7 施設における鎮静内視鏡後の転倒症例の実態を調査し、リスク要因と予防策を検討することを目的とした。
【方法】
7 施設にアンケート調査を実施し、2022 年 1 月～2024 年 12 月の期間における鎮静内視鏡後の転倒発生状況、患者背景、転倒要因、発生時の対応、予防策、安全管理体制について分析を行った。
【結果】
観察期間において 7 施設で 28,086 例の鎮静内視鏡が施行され、その中で 7 例(0.025%)の転倒事例が報告された。
当院にて合計 4 件の転倒が発生し、主な要因は高齢、基礎疾患（ALS、胃癌など)、薬剤の高用量使用（ジアゼパム 20mg）が関与していた。また、上下部消化管内視鏡の同日施行や、患者の歩行意欲による転倒が見られた。
1 施設では、同期間に 3 件の転倒が発生し、共通するリスク要因として高齢、視力障害、認知症、鎮静剤ジアゼパムの高用量投与が挙げられた。
他の 5 施設では院内転倒症例は報告されなかった。当院を含む 4 施設では、退室基準を設けて転倒防止対策を実施していた。
【考察】
今回の調査から、高齢患者や基礎疾患を有する患者に対して、適切な薬剤管理および患者教育の重要性が示された。特に、退出基準の標準化、スタッフの指導強化、鎮静薬の適正使用が転倒予防に有効であることが確認された。また、帰宅後の転倒リスクについての追跡調査を行うことが今後の課題と考えられた。
【結論】
鎮静内視鏡後の転倒防止には、患者のリスク評価に基づく管理体制の構築が不可欠であり、施設間の情報共有および標準化が求められる。退出基準の適正運用とモニタリングの強化により、安全な周術期管理体制の構築を目指す必要がある。

7.Underwater ESD 時に蒸留水誤使用により切除困難となった十二指腸腫瘍の一例

演題分野：治療内視鏡
○伊藤　典明、吉井　俊輔、道田　知樹
大阪国際がんセンター　消化管内科

【背景】Underwater ESD (UESD) 時の注水は剥離時の粘膜下局注も兼ねるため生理食塩水が一般に用いられる。今回、十二指腸 UESD に蒸留水を誤使用したため切除困難となった症例を経験した。
【症例】症例は 52 歳女性。十二指腸下行部外壁に 40mm 大の 0-Ⅱa 型表在型十二指腸腫瘍を認め、UESD の方針とした。周囲粘膜切開後、浸水下に粘膜下層剥離を開始したが、通電効率が悪く剥離が進まなかった。高周波電源装置の設定変更や、電極コードの交換、対極板の貼り替え、デバイスの交換を実施したが状況は改善しなかった。通常の十二指腸 UESD 時とは異なり、周囲粘膜が浮腫状となってきたことでウォータージェット装置に蒸留水が誤使用されていることに気付いた。生理食塩水に交換したものの手技が不安定となり、穿孔を生じた。切除完遂困難と判断し、クリップで閉創して終了した。後日、病変は腹腔鏡内視鏡合同手術により切除した。病理結果は Tubular adenoma、断端陰性であった。【考察】通常 UESD には電解質を含む生理食塩水を使用するが、本症例では蒸留水誤使用により剥離困難を来した。その後生理食塩水に切り替えたものの、蒸留水が局注された領域と生理食塩水が局注された領域が混在したために通電結果が不安定となり穿孔の要因となったと考える。蒸留水誤使用の原因は、治療前にウォータージェット装置が別症例の超音波内視鏡検査に蒸留水で使用され、交換されていなかったためであった。またラベルのないボトルに移し替えて使用していたため、準備者に確認するまで誤使用に気付けなかった。以降は再発防止策として、超音波内視鏡検査時も生理食塩水を使用し、ボトルに移し替えることはせず生理食塩水バッグのまま使用するようにしている。

8.経口的ダブルバルーン内視鏡施行時の過鎮静で徐脈と呼吸抑制をきたした 1 例
演題分野：治療内視鏡
○笠巻敬太、小椋加奈子、杵渕広志、寺田里絵、高橋 悠、春田明子、齋藤 圭、鈴木晴久、木暮宏史
日本大学医学部内科学系消化器肝臓内科学分野

Hb5 の貧血で、便潜血陽性、上部消化管内視鏡検査と大腸内視鏡検査異常なく、出血シンチグラフィーで小腸出血疑われ転院となった 74 歳女性。既往に子宮内膜症での子宮全摘術があり、身長 151cm/体重 32kg と低体重であった。経口的ダブルバルーン内視鏡(DBE)開始時のバイタルサインは血圧 114/73mmHg、脈拍 59 回/分、$SpO_2$100%であったため、鎮静薬としてミダゾラムを初回投与量 0.02-0.03mg/kg に則って 1mg 緩徐に静注、鎮痛薬としてペチジンも 17.5mg 静注した。スコープ挿入したが、胃が骨盤内まで下垂しており挿入難で、十二指

腸下行部でストレッチ繰り返し少しずつ空腸に進めた。しかし、骨盤内癒着で腸管の短縮に難渋したため、深部挿入はせず到達最深部に点墨しガストログラフィン造影を施行。屈曲の強い空腸が骨盤内に観察されたのみで有意所見なかったため、抜去観察を開始した。ここまでで約1時間が経過し、体動・苦痛に対しミダゾラム計4mgとペチジン計52.5mgを投与していた。下行部まで抜去してきた後、翌日の経肛門的DBEに備えて腸管洗浄剤のモビプレップ®を200ml程度注入していったところ、急な徐脈とSpO_2低下を認めた。急変時の緊急要請を行いスコープ抜去した後、拮抗薬投与と口腔内吸引により徐々にバイタルサインは回復した。原因として、低体重患者への短時間での鎮静薬の追加投与過剰が考えられたため、従来は生理食塩水8mlに溶解しミダゾラムを1mg/mlずつ追加投与する方法であったが、生理食塩水18mlに溶解しミダゾラムを0.5mg/mlずつ追加投与する方法に改定した。

9.ESDIP後に稀な偶発症を経験した一例

演題分野：治療内視鏡

○菅原　美咲[1)]、宮崎　蔵人[2)]、増永　哲平[3)]、高取　祐作[3)]、川﨑　慎太郎[2)]、岩崎　栄典[1)]、金井　隆典[1)]、矢作　直久[3)]、加藤　元彦[2)]

1）慶應義塾大学医学部消化器内科、2）慶應義塾大学医学部内視鏡センター、3）慶應義塾大学医学部腫瘍センター低侵襲療法研究開発部門

ESDIP（Endoscopic Submucosal Dissection Including Papilla）は乳頭部を巻き込む十二指腸腫瘍に対して行われるESDであり、根治性と患者のQOL確保の点から有用な治療法として報告されている。しかし、乳頭括約筋や膵管・胆管の存在により治療難易度は極めて高いうえ、遅発性偶発症がときに致命的となるため、適切な術後管理を要する。今回我々は、ESDIP後に膵十二指腸仮性動脈瘤破裂による後腹膜血腫をきたした症例を報告する。症例は52歳男性。X年2月、15mm大の十二指腸腫瘍に対する精査・加療目的に当院を紹介受診した。精査の結果、病変は乳頭に近接していたため、ESDIPの適応と考えられた。ESDIPは偶発症なく終了し、胆汁・膵液のドレナージ目的にENBPDを留置したが、当日夜間にENPDの排液量減少と腹痛を認めた。CTで遅発性穿孔が疑われ、膵液ドレナージ不良が原因と考えられたため、ENPDを交換、再留置した。4PODに腹痛増悪と胃管からの血性排液を認め、CTで膵十二指腸仮性動脈瘤の破裂が原因と考えられる巨大後腹膜血腫が指摘された。その後、十二指腸出血も認めたが、血管塞栓術による止血、および同血腫に対する経十二指腸的ドレナージチューブ留置を行うことで、内科的治療のみで偶発症マネジメントに成功した。偶発症予防のための膵液ドレナージ、および、仮性動脈瘤形成や後腹膜血腫など、比較的稀な偶発症も鑑別に挙げながら術後管理を行うことが重要と考えられた。