

# 日本消化器病学会関東支部第330回例会

## プログラム・抄録集

当番会長：日本医科大学 消化器外科 主任教授 内 田 英 二  
〒113-8603 東京都文京区千駄木 1-1-5  
TEL 03-3822-2131(代表)内線6752/FAX 03-5685-0989

期 日：平成26年 7 月26日(土)

会 場：海運クラブ  
〒102-0093 東京都千代田区平河町 2-6-4  
TEL 03-3264-1825  
<http://kaiunclub.org/>

### <発表者、参加者の皆様へ>

1. 発表者は日本消化器病学会の会員に限ります。
2. 発表はすべてPCでのプレゼンテーションとなります。  
口演30分前までに、PC受付にてデータ登録・動作チェックを済ませてください。
  - 1) 会場に用意するPCのアプリケーションは、Microsoft PowerPoint 2003/2007/2010/2013となります。発表データはUSBメモリにてお持ちください。また、事前に必ず、作成したPC以外のPCでも正常に動作することを確認してください。  
※データ作成の際は、文字化けを防ぐため次の標準フォントをご使用ください。  
日本語：MSゴシック、MS Pゴシック、MS明朝、MS P明朝  
英語：Arial, Century, Century Gothic, Times New Roman  
※スライド作成時の画面サイズはXGA (1024×768)であることをご確認の上、作成してください。
  - 2) Macintosh使用、及びWindowsでも動画を含む場合は、必ずPC本体をお持込みください。データでのお持込みには対応いたしかねますのでご注意ください。なお、液晶プロジェクタへの接続はMini D-SUB 15pinにて行います。変換コネクタを必要とする場合は必ずご自身でお持込みください。また、バッテリーのみでの稼働はトラブルの原因となるため、外部電源用アダプタを必ずお持ちください。
  - 3) 音声出力には対応いたしません。
  - 4) 発表は枚数ではなく時間で制限させていただきます。
  - 5) 発表時は、演台に置かれたモニタを見ながらご自身で操作して画面を進めていただきます。
3. 発表に際しては、患者さんのプライバシーの保護（日付の記載は年月までとする、等）に十分配慮してください。
4. 演題発表時には、利益相反状態の開示が必要になります。開示基準・規定の書式に従って利益相反の有無を必ず開示してください。
5. 演者は前演者の口演開始後、直ちに「次演者席」へご着席ください。
6. 専修医セッション、研修医セッション及び一般演題は、1題口演4分、追加討論2分です。時間厳守をお願いします。
7. 質問される方は、所属と氏名を明らかにしてからお願いします。
8. 専修医・研修医セッションの発表者あるいは同施設の方は、奨励賞表彰式に出席してください。(第1会場 12:45～)
9. 当日の参加費は2,000円です。
10. 当日はこのプログラム・抄録集をご持参ください。なお当日ご希望の場合は、1部1,000円にて販売いたします。(数に限りがございますので予めご了承ください)

# 会場案内図

## 海運クラブ

〒102-0093 東京都千代田区平河町2-6-4

海運ビル

TEL 03-3264-1825



地下鉄 有楽町線, 半蔵門線, 南北線: 永田町駅4, 5, 9番出口 2分  
銀座線, 丸ノ内線: 赤坂見附駅D(弁慶橋)出口 5分

# 日本消化器病学会関東支部第330回例会

## 平成26年7月26日(土)

8:35～8:40			開 会 の 辞 (第1会場)		
第1会場 (午前の部)			第2会場 (午前の部)		
演 題	時 間	座 長	演 題	時 間	座 長
(1)専修医Ⅰ (肝・胆・膵1) 1～4	8:40～9:04	片桐 敏雄	(9)研修医Ⅰ (全週・胃・十二指腸) 33～35	8:50～9:08	萩原 信敏
(2)専修医Ⅱ (肝・胆・膵2) 5～8	9:04～9:28	安藤さつき	(10)研修医Ⅱ (大腸) 36～39	9:08～9:32	榎本 正統
(3)専修医Ⅲ (肝・胆・膵3) 9～12	9:28～9:52	植田 充	(11)研修医Ⅲ (肝・胆・膵1) 40～43	9:32～9:56	杉山 晴俊
(4)専修医Ⅳ (肝・胆・膵4) 13～16	9:52～10:16	阪本 良弘	(12)研修医Ⅳ (肝・胆・膵2) 44～47	9:56～10:20	佐伯 千里
(5)専修医Ⅴ (その他) 17～20	10:16～10:40	山田 武史	(13)研修医Ⅴ (肝・胆・膵3) 48～50	10:20～10:38	野田 弘志
(6)専修医Ⅵ (全週・胃・十二指腸1) 21～24	10:40～11:04	中島 政信	(14)研修医Ⅵ (その他1) 51～54	10:38～11:02	石川 大
(7)専修医Ⅶ (全週・胃・十二指腸2) 25～28	11:04～11:28	田中 良樹	(15)研修医Ⅶ (その他2) 55～58	11:02～11:26	落合 高德
(8)専修医Ⅷ (大腸) 29～32	11:28～11:52	石郷岡晋也			
			12:00～12:30	評議員会	
12:00～12:45 ランチョンセミナー (第1会場)					
「表在食道癌のESD」					
虎の門病院 消化器内科 飯塚 敏郎 先生					
「食道胃接合部癌の手術治療 現状と今後」					
東京大学医学部附属病院 胃食道外科 講師 山下 裕玄 先生					
司会 横浜市立大学附属市民総合医療センター消化器病センター 外科 國崎 主税 先生					
共催：エーザイ株式会社					
12:45～12:55 専修医・研修医奨励賞表彰式 (第1会場)					
13:00～13:50 特 別 講 演 (第1会場)					
「がんと栄養」					
名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器外科 竹山 廣光 先生					
司会 日本医科大学 消化器外科 内田 英二 先生					
第1会場 (午後の部)			第2会場 (午後の部)		
演 題	時 間	座 長	演 題	時 間	座 長
(16)胃 59～61	14:00～14:18	岸野真衣子	(20)肝・胆 73～76	14:00～14:24	平方 敦史
(17)十二指腸 62～64	14:18～14:36	金沢 義一	(21)膵 77～79	14:24～14:42	北郷 実
(18)大腸1 65～68	14:36～15:00	塩田 吉宣	(22)その他 80～83	14:42～15:06	後藤 英晃
(19)大腸2 69～72	15:00～15:24	木村 英明			
15:24～15:27			閉 会 の 辞 (第1会場)		

専修医・研修医セッションの発表者あるいは同施設の方は、奨励賞表彰式に出席してください。  
(第1会場 12:45～)

特 別 講 演 (第 1 会場 13:00~13:50)

## 「がんと栄養」

名古屋市立大学大学院医学研究科消化器外科 教授 竹山 廣光 先生

司会 日本医科大学消化器外科主任教授 内田 英二

ランチオンセミナー (第 1 会場 12:00~12:45)

## 「表在食道癌のESD」

演者 1 虎の門病院 消化器内科 医長 飯塚 敏郎 先生

## 「食道胃接合部癌の手術治療 現状と今後」

演者 2 東京大学医学部附属病院 胃食道外科 講師 山下 裕玄 先生

司会 横浜市立大学附属市民総合医療センター 消化器病センター 外科 教授 國崎 主税 先生

共催：エーザイ株式会社

## 第1会場（午前の部）

8:35~8:40

—開会の辞—

—専修医セッション評価者—

順天堂大学練馬病院	消化器内科	大久保裕直
東邦大学医療センター佐倉病院	外科	岡住 慎一
東京慈恵会医科大学附属第三病院	外科	岡本 友好

(1) 専修医Ⅰ（肝・胆・膵1） 8:40~9:04 座長 東邦大学医療センター大森病院 消化器外科 片 桐 敏 雄

1. 膵頭十二指腸切除術12年後に発症した高度脂肪肝に対して膵酵素補充が著効した一例

柏市立柏病院 消化器内科 ○小林小の実, 遠藤 南, 重田 綾子, 飯塚 和絵  
伊東 英里, 望月奈穂子, 酒井 英樹

2. 早期の生体肝移植で救命し得たB型急性肝不全昏睡型の1例

獨協医科大学越谷病院 消化器内科 ○大浦 亮祐, 鈴木 一義, 北濱 彰博, 玉野 正也  
獨協医科大学病院 第二外科 磯 幸博, 松本 尊嗣, 窪田 敬一  
同 看護部 移植コーディネーター 豊田 早苗

3. 中断されたTPV併用療法が、その後のPegIFN + RBV 2剤療法の治療経過に影響を与えたと考えられた慢性C型肝炎の一例。

青梅市立総合病院 消化器内科 ○梅村 佳世, 相川恵里花, 野澤さやか, 北村 まり  
沼田真理子, 伊藤 ゆみ, 濱野 耕靖, 野口 修

4. Basedow病を合併し診断に苦慮した重症急性肝炎の一例

株式会社日立製作所 日立総合病院 ○松井 真希, 浜野由花子, 柿木 信重, 清宮 崇博  
佐々木翔一, 綿引 隆久, 大河原 悠, 大河原 敦  
鴨志田敏郎, 平井 信二, 岡 裕爾  
筑波大学附属病院 日立社会連携教育研究センター 谷中 昭典

(2) 専修医Ⅱ（肝・胆・膵2） 9:04~9:28 座長 埼玉医科大学病院 消化器内科・肝臓内科 安 藤 さつき

5. 多発性肝細胞癌に対しsorafenibを投与し、遺残した肝細胞癌および新たに出現した肝細胞癌にRFA施行が可能であった1例

東京都立多摩総合医療センター 消化器内科 ○伊東 詩織, 小倉 祐紀, 並木 伸, 唐鎌 優子  
吉野 耕平, 脇岡 悠子, 堀家 英之, 細谷 明憲  
大川 修, 四宮 航, 中谷 行宏, 戸田 晶子  
佐藤 優美

6. 肝門部胆管癌に対してSelf-expandable metallic stent (SEMS)留置後、肝仮性動脈瘤を生じた1例

都立広尾病院 消化器内科 ○金崎 峰雄, 城野 文武, 石川裕太郎, 三澤 昇  
新倉 利啓, 加藤 孝征, 藤井 徹朗, 秋本 恵子  
北條裕美子, 藤澤 信隆, 中村 篤志, 小山 茂

7. 尿閉を契機に発症した門脈ガス血症の一例

新座志木中央総合病院 ○黒澤 貴志, 古市 好宏, 新戸 貞哲, 飯田 健太  
山口 忍, 海老島瑠奈, 石村 奈那, 澤田 孝繁  
水野 真之, 山本 浩文, 松浦 直孝

8. 肝細胞癌心転移に対して腫瘍摘出術を施行した一例

日本医科大学 消化器外科・乳腺外科 ○高野竜太郎, 谷合 信彦, 吉岡 正人, 川野 陽一  
清水 哲也, 高田 英志, 近藤 亮太, 水口 義明  
神田 知洋, 勝野 皓, 住吉 弘樹, 松下 晃  
中村 慶春, 内田 英二

(3) 専修医Ⅲ(肝・胆・膵3) 9:28~9:52

座長 池上総合病院 植田 充

9. 経皮的肝生検にて診断した胆嚢癌肉腫の肝転移の1例

東京慈恵会医科大学附属第三病院 消化器・肝臓内科 ○石井 彩子, 伏谷 直, 上田 薫, 今井 那美  
岩久 章, 小林 剛, 田中 賢, 小林 裕彦  
木下 晃吉, 坂部 俊一, 木島 洋征, 小野田 泰  
宮川 佳也, 小池 和彦, 西野 博一  
東京慈恵会医科大学附属病院 消化器・肝臓内科 田尻 久雄

10. 集学的治療で救命しえた重症急性閉塞性化膿性胆管炎の一例

上尾中央総合病院 消化器内科 ○水野 敬宏, 笹本 貴広, 大館 幸太, 和久津重紀子  
外處 真道, 近藤 春彦, 片桐 真矢, 山城 雄也  
柴田 昌幸, 平井紗弥可, 白井 告, 三科 友二  
深水 雅子, 長澤 邦隆, 尾股 佑, 明石 雅博  
渡邊 東, 土屋 昭彦, 西川 稿, 山中 正己

11. 頭部皮膚への転移を来した膵癌の一例

東京都済生会中央病院 消化器内科 ○阿部 善彦, 酒井 元, 船越 信介, 岸野 竜平  
水野 慎大, 泉谷 幹子, 星野 舞, 大原まみか  
中澤 敦, 塚田 信廣  
同 病理診断科 向井 清

12. Hemosuccus pancreaticus を呈した膵仮性嚢胞内出血の1例

東京慈恵会医科大学内科学講座 消化器・肝臓内科 ○白壁 和彦, 石田 仁也, 天野 克之, 上竹慎一郎  
有廣 誠二, 穂苅 厚史, 石川 智久, 田尻 久雄

(4) 専修医Ⅳ(肝・胆・膵4) 9:52~10:16 座長 東京大学医学部附属病院肝胆膵外科・人工臓器移植外科 阪本 良弘

13. Super bone scan を呈した膵癌骨転移の1例

国立がん研究センター東病院 ○梅本久美子, 光永 修一, 大野 泉, 渡邊 一雄  
奥山 浩之, 高橋 秀明, 清水 怜, 池田 公史

14. 巨大膵仮性嚢胞を契機として診断された自己免疫性膵炎に合併した膵鉤部癌の1例

東京慈恵会医科大学葛飾医療センター消化器肝臓内科 ○堀内 宏倫, 木下 千夏, 富田 陽一, 永野 智久  
関 伸嘉, 杉田 知典, 会田 雄太, 板垣 宗徳  
石黒 晴哉, 安部 宏, 須藤 訓, 相澤 良夫

15. EUS-FNA における on-site cytopathologist の有用性の検討

NTT 東日本関東病院 消化器内科 ○落合 一成, 藤澤 聡郎, 香川 幸一, 久富勘太郎  
松橋 信行  
横浜市立大学医学部 消化器内科 窪田 賢輔

16. 難治性腹水に対しトルパブタンが有効であった脾癌による癌性腹膜炎の一例

東京慈恵会医科大学付属病院 消化器・肝臓内科 ○古屋 佳子, 菰池 信彦, 五味 優子, 菅原 一郎  
西村 尚, 澤田 亮一, 水野 雄介, 猿田 雅之  
天野 克之, 上竹慎一郎, 有廣 誠二, 田尻 久雄

(5) 専修医Ⅴ(その他) 10:16~10:40

座長 筑波大学 消化器内科 山 田 武 史

17. HIV 感染患者に発症した糞線虫症の1例

東海大学 医学部 内科学系 消化器内科 ○中江 浩彦, 五十嵐宗喜, 中村 淳, 築根 陽子  
澤本 佳奈, 木嶋麻衣子, 内田 哲史, 湯原 宏樹  
小池 潤, 鈴木 孝良, 峯 徹哉

18. 診断に苦慮した腹膜中皮腫の一例

日本医科大学 武蔵小杉病院 消化器病センター ○助川 誠, 鈴木 英之, 前島顕太郎, 塙 秀暁  
坊 英樹  
日本医科大学 消化器外科 内田 英二

19. 全身性エリテマトーデスに対するステロイドパルス療法後に発症した腸管気腫症の一例

日本医科大学消化器内科学 ○恩田 毅, 江原 彰仁, 鮑本 哲兵, 秋元 直彦  
大森 順, 小杉 友紀, 鈴木 将大, 馬來康太郎  
遠坂由紀子, 春日 裕介, 三井 啓吾, 米澤 真興  
田中 周, 辰口 篤志, 藤森 俊二, 坂本 長逸

20. CA19-9 産生性咽頭扁平上皮癌が腹膜播種をきたした一剖検例

関東労災病院 消化器内科 ○中崎奈都子, 林 栄一, 嘉戸 慎一, 金子 麗奈  
原 浩二, 金 民日, 草柳 聡, 小川 正純  
佐藤 譲

(6) 専修医Ⅵ(食道・胃・十二指腸1) 10:40~11:04 座長 獨協医科大学 第一外科 中 島 政 信

21. 腹部食道腸管の1例

順天堂大学医学部附属練馬病院総合外科 ○春山優理恵, 伊藤 譲, 関根 悠貴, 秋本 瑛吾  
雨宮 浩太, 村田 舞, 藤田 翔平, 川野 文裕  
大森 聡, 宮野 省三, 町田 理夫, 北畠 俊明  
児島 邦明

22. 食道壁内偽憩室症の経過中に食道カンジダ感染を伴い食道癌を発症した1例

筑波大学消化器内科 ○小玉 夏美, 金子 剛, 俣野 大介, 田島 大樹  
瀬山 侑亮, 江南ちあき, 遠藤 壮登, 今西真実子  
寺崎 正彦, 山田 武史, 山本 祥之, 松井 裕史  
兵頭一之介  
同 光学医療診療部 奈良坂俊明, 鈴木 英雄, 溝上 裕士



23. 胃癌術後 11 年目に全身の著明なリンパ行性転移が明らかとなった一例

独立行政法人 国立病院機構 水戸医療センター ○佐藤 大幹, 石田 博保, 山口 高史, 吉田 茂正  
伊藤 有香, 下山田雅弘, 佐藤 雅志

24. 範囲診断に苦慮した *H.pylori* 除菌後早期胃癌の 2 例

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  
日本医科大学消化器内科学 ○鮑本 哲兵  
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 後藤 修, 木下 聡, 相良 誠二, 藤本 愛  
落合 康利, 西澤 俊宏, 中村理恵子, 浦岡 俊夫  
大森 泰, 矢作 直久  
日本医科大学消化器内科学 坂本 長逸  
慶應義塾大学医学部病理学教室 亀山 香織  
慶應義塾大学病院内視鏡センター 緒方 晴彦

(7) 専修医Ⅶ(食道・胃・十二指腸2) 11:04~11:28 座長 群馬県済生会前橋病院 消化器内科 田 中 良 樹

25. クリッピング術にて止血し得た十二指腸憩室出血の 1 例

東邦大学医療センター大森病院消化器内科 ○天沼 誠, 廣瀬 元彦, 土方 一範, 佐藤 綾  
乾山 光子, 松清 靖, 小野 真史, 土門 薫  
宅間 健介, 平野 直樹, 岡野 直樹, 五十嵐良典  
住野 泰清

26. 胃潰瘍を合併した胃腺腫の一例

東京警察病院 ○丹下 徹彦, 中田和智子, 田村 直樹, 徳山 信行  
八木岡 浩, 須山 由紀, 小椋 啓司

27. 腹腔動脈瘤を合併した右胃動脈瘤の破裂に対して、コイル塞栓術を施行した一症例

大森赤十字病院 消化器内科 ○須藤 拓馬, 後藤 亨, 諸橋 大樹, 井田 智則  
千葉 秀幸, 高橋 昭裕, 鶴田 晋祐, 関 志帆子  
芦荊 圭一, 河野 直哉, 栗原 大典

28. 肝膿瘍を契機に診断された小腸 GIST の 1 例

横浜市立みなと赤十字病院 消化器内科 ○金城 美幸, 永山 和宜, 安田 圭吾, 渡辺 翔  
浅川 剛人, 高浦 健太, 小橋健一郎, 池宮城秀和  
深見 裕一, 先田 信哉, 有村 明彦  
同 外科 杉田 光隆  
同 病理部 熊谷 二郎  
東京医科歯科大学大学院 消化器内科 渡辺 守

(8) 専修医Ⅷ(大腸) 11:28~11:52 座長 聖マリアンナ医科大学 消化器・肝臓内科 石郷岡 晋 也

29. 急性出血性直腸潰瘍の臨床的特徴についての検討

河北総合病院 内科 ○島田 高幸, 林田 憲正  
同 消化器内科 五十嵐裕章, 中村 浩, 土家 清, 山下 浩子  
尾形 逸郎



30. インフリキシマブ投与が著効した潰瘍性大腸炎重症難治症例の一例

東京女子医科大学八千代医療センター 消化器内科 ○韓 元泰, 白戸 泉, 光永 豊, 吉田 周平  
戸張 真紀, 島田 昌彦, 西野 隆義  
同 内視鏡科 田形 倫子, 濱野 徹也, 光永 篤

31. アダリムマブ投与で非結核菌抗酸菌感染症を発症したクローン病の1例

埼玉医科大学病院 消化器内科・肝臓内科 ○齊藤 陽一, 中山 伸朗, 岡 政志, 塩川 慶典  
内田 義人, 藤井 庸平, 繁田 貴博, 打矢 紘  
平原 和紀, 近山 琢, 中澤 学, 安藤さつき  
菅原 通子, 中尾 将光, 本谷 大介, 稲生 実枝  
今井 幸紀, 持田 智

32. 高アミラーゼ血症をきたし治療に難渋した高齢発症潰瘍性大腸炎の1例

埼玉医科大学総合医療センター 消化器肝臓内科 ○寺井 悠二, 加藤 真吾, 藤田 徹郎, 荒井 亮士  
大塚 武史, 細見英里子, 高橋 正朋, 小林 泰輔  
林 健次郎, 青山 徹, 長船 靖代, 可児 和仁  
知念 克也, 宮城 直也, 山本 龍一, 大野 志乃  
名越 澄子, 屋嘉比康治

## 第2会場（午前の部）

### 研修医セッション評価者

獨協医科大学越谷病院	内科	片山 裕視
杏林大学医学部	外科	阿部 展次
日本医科大学	消化器内科	二神 生爾

(9) 研修医Ⅰ（食道・胃・十二指腸） 8:50～9:08 座長 日本医科大学 消化器外科 萩原 信 敏

#### 33. 胸部食道に刺入した魚骨を内視鏡的に摘出した1例

聖マリアンナ医科大学病院 消化器・肝臓内科 ○五十嵐洋介, 松尾 康正, 川島亜貴世, 佐藤 義典  
池田 佳子, 石郷岡晋也, 小澤俊一郎, 細谷 浩介  
山下 真幸, 前畑 忠輝, 山本 博幸, 安田 宏  
伊東 文生  
同 消化器・一般外科 大坪 毅人

#### 34. 横行結腸および全胃が脱出した混合型食道裂孔ヘルニアに対し腹腔鏡下 Nissen 噴門形成術を施行した1例

杏林大学 外科(消化器・一般) ○山岸 夢希, 橋本 佳和, 小島 洋平, 近藤 恵里  
横山 政明, 大木亜津子, 竹内 弘久, 長尾 玄  
鈴木 裕, 松岡 弘芳, 阿部 展次, 正木 忠彦  
森 俊幸, 杉山 政則

#### 35. Cisplatin 投与後に塩類喪失症候群を来した1例

東海大学 医学部 消化器外科 ○矢ヶ崎秀彦, 富奥 美藤, 中村 健司, 宮北 寛士  
鍋島 一仁, 中郡 聡夫, 小澤 壯治, 貞廣莊太郎  
安田 聖栄

(10) 研修医Ⅱ（大腸） 9:08～9:32 座長 東京医科大学 消化器外科・小児外科学 榎本 正 統

#### 36. 腹壁膿瘍を契機に発見された巨大虫垂膿瘍の1例

千葉中央メディカルセンター 初期研修医 ○山田 俊儒  
同 外科 渡邊陽太郎, 松田 充宏, 飛田 浩司, 松井 郁一  
鈴木 洋一, 松葉 芳郎  
同 泌尿器科 三岡 智裕  
同 形成外科 和田 邦夫

#### 37. S 状結腸脂肪腫による成人腸重積症の1例

大森赤十字病院 外科 ○室生 暁, 佐々木 慎, 原田真悠水, 中山 洋  
渡辺 俊之  
同 消化器内科 諸橋 大樹  
同 検査部 坂本 穆彦

38. 中毒性巨大結腸症に多発小腸潰瘍を合併した高齢潰瘍性大腸炎の1例

横浜市立市民病院 ○松島小百合, 小金井一隆, 辰巳 健志, 二木 了  
黒木 博介, 杉田 昭

39. 同時性孤発性脳転移と思われた進行大腸癌の1例

東邦大学医療センター佐倉病院 内科 ○大内 佑香, 山田 哲弘, 岩下 裕明, 佐々木大樹  
勝俣 雅夫, 宮村 美幸, 新井 典岳, 菊地 秀昌  
岩佐 亮太, 古川 竜一, 曾野 浩治, 長村 愛作  
中村健太郎, 青木 博, 吉松 安嗣, 津田裕紀子  
竹内 健, 高田 伸夫, 鈴木 康夫  
同 病院病理部 徳山 宣, 蛭田 啓之

(11) 研修医Ⅲ(肝・胆・膵1) 9:32~9:56 座長 千葉大学医学部附属病院 光学医療診断部 杉山 晴 俊

40. 術後門脈・上腸間膜静脈血栓症を合併したものの, 傍臍静脈結紮術が有効であったシャント型肝性脳症の1例

国立病院機構 高崎総合医療センター 消化器病センター ○高橋 伸哉, 長沼 篤, 岡野 祐大, 鈴木 悠平  
椎名 啓介, 吉田はるか, 林 絵理, 上原 早苗  
星野 崇, 工藤 智洋, 宮前 洋平, 小川 哲史  
石原 弘  
医療法人社団三思会 くすの木病院 消化器内科 高木 均  
群馬大学大学院 医学系研究科 病態制御内科 佐藤 賢, 柿崎 暁, 山田 正信

41. Hepatocyte nuclear factor 1  $\alpha$  (HNF 1  $\alpha$ )不活化型の多発肝細胞腺腫を発症した Maturity-Onset Diabetes of the Young (MODY) 3 の一例

北里大学 北里研究所病院 消化器内科 ○古山 恵理, 清水 清香, 加藤裕佳子, 小林 拓  
中野 雅, 樋口 肇, 芹澤 宏, 渡辺 憲明  
土本 寛二, 常松 令  
同 糖尿病センター 山田 悟  
同 病理診断科 森永正二郎

42. 陽子線照射・ラジオ波焼灼治療後再発肝細胞癌に対する肝切除の1例

東京大学医学部附属病院肝胆膵外科・人工臓器移植外科 ○澤野 由季, 山下 俊, 山本 訓史, 白田 力  
赤松 延久, 金子 順一, 青木 琢, 阪本 良弘  
菅原 寧彦, 長谷川 潔, 國土 典宏

43. C型慢性肝炎に高IgM血症を合併した1例

横浜市立大学附属病院 肝胆膵消化器病学 ○岩城 慶大, 長谷川 翔, 加藤 由理, 本多 靖  
結束 貴臣, 留野 渉, 小川 祐二, 今城 健人  
馬渡 弘典, 中島 淳, 斉藤 聡  
同 薬剤部 松井 周一, 渡辺真理恵

(12) 研修医Ⅳ(肝・胆・膵2) 9:56~10:20 座長 東京慈恵会医科大学 消化器・肝臓内科 佐伯千里

44. MRCPとMD-CTで膵・胆管合流異常と先天性胆道拡張症が疑われた1例

がん・感染症センター 都立駒込病院 ○川井 沙記

同 消化器内科 岩崎 将, 千葉 和郎, 田畑 拓久, 來間佐和子

遠藤 佑香, 小泉 理美, 森 麻紀子, 桑田 剛

藤原 崇, 小泉 浩一, 神澤 輝美

同 内視鏡科 藤原 純子, 荒川 丈夫, 門馬久美子

45. 肝生検4日後に発症し保存的治療で軽快した胆嚢内血腫の1例

労働者健康福祉機構 東京労災病院 消化器内科 ○広瀬 優, 大場 信之, 小山 洋平, 朝井 靖二

團 宣博, 武田 悠希, 植木 紳夫, 大塚 隆文

和久井紀貴, 西中川秀太, 児島 辰也

46. 広範なIPNBに対し、肝左葉切除+膵頭十二指腸切除を施行した1例

自治医科大学 消化器一般外科 ○天海 裕至, 森嶋 計, 黒澤 明, 笠原 尚哉

三木 厚, 笹沼 英紀, 佐久間康成, 佐田 尚宏

安田 是和

47. 術前診断に苦慮した非粘液産生型 Intraductal papillary neoplasm of bile duct

自治医科大学附属さいたま医療センター 一般消化器外科 ○河野 妙子, 渡部 文昭, 吉沢あゆは, 野田 弘志

力山 敏樹

同 病理科 蛭田 昌宏, 山田 茂樹

(13) 研修医Ⅴ(肝・胆・膵3) 10:20~10:38 座長 自治医科大学附属さいたま医療センター一般消化器外科 野田弘志

48. 下部総胆管狭窄を契機に発見され、ステロイドが有効であったIgG4関連硬化性胆管炎の1例

東京通信病院 消化器内科 ○加門 辰也, 小林 克也, 水谷 浩哉, 田顔夫佑樹

大久保政雄, 関川憲一郎, 光井 洋, 橋本 直明

同 内視鏡センター 山口 肇

49. 自然破裂をきたした胆管嚢胞腺癌の一例

湘南鎌倉総合病院 消化器病センター ○熊谷 知博, 魚嶋 晴紀, 金原 猛, 市田 親正

所 晋之助, 増田 作栄, 小泉 一也, 佐々木亜希子

江頭 秀人, 賀古 真

50. 腫瘤形成性膵炎の形態を呈し膵癌との鑑別を要した自己免疫性膵炎の1例

東京慈恵会医科大学附属柏病院 消化器・肝臓内科 ○福島 啓介, 小林 寛子, 月永真太郎, 高見信一郎

伊藤 善翔, 松本 喜弘, 高倉 一樹, 湯川 豊一

小田原俊一, 梶原 幹生, 内山 幹, 小井戸薫雄

大草 敏史

同 内視鏡部 斎藤 恵介, 小山 誠太, 安達 世, 荒川 廣志

東京慈恵会医科大学 内科学講座 消化器・肝臓内科 田尻 久雄

(14) 研修医Ⅵ(その他1) 10:38~11:02 座長 順天堂大学医学部 消化器内科 石川 大

51. 後腹膜血腫にて十二指腸狭窄をきたした膵十二指腸動脈瘤破裂の1例

横浜市立市民病院 消化器内科 ○相子 直人, 伊藤 剛, 長久保秀一, 福田 知広  
角田 裕也, 今村 諭, 田村 寿英, 諸星 雄一  
小池 祐司, 藤田由里子, 小松 弘一

52. 好酸球性胃腸炎漿膜浸潤優位型と考えられる1例

国家公務員共済組合連合会 横須賀共済病院 消化器内科 ○田尻下紘直, 大坪 加奈, 森川 亮, 石井 玲子  
三好 正人, 松田 浩紀, 小島 直紀, 山本奈穂子  
小馬瀬一樹, 幾世橋 佳, 上野 春菜, 田邊 陽子  
渡邊 秀樹, 新井 勝春, 鈴木 秀明, 小林 史枝  
池田 隆明

53. 慢性偽性腸閉塞においてバルーン内視鏡にて回腸の炎症性腸疾患様の粘膜変化を観察できた一例

東京医科歯科大学消化器内科 ○堤 大樹, 竹中 健人, 長堀 正和, 大塚 和朗  
藤井 俊光, 荒木 昭博, 永石 宇司, 東 正新  
大島 茂, 齊藤 詠子, 朝比奈靖浩, 柿沼 晴  
中村 哲也, 土屋輝一郎, 岡本 隆一, 大岡 真也  
中川 美奈, 井津井康浩, 岡田英理子, 渡辺 守

54. 急激な腹痛で発症し喘息に対するステロイドの短期投与により改善した好酸球性胃腸炎の1例

昭和大学病院 臨床研修医 ○菊池 一生  
昭和大学 医学部 内科学講座 消化器内科学部門 打越 学, 大森 里紗, 石井 優, 牛腸 俊彦  
竹内 義明, 吉田 仁

(15) 研修医Ⅶ(その他2) 11:02~11:26 座長 東京医科歯科大学 肝胆膵・総合外科 落合 高德

55. 待機的に脾動脈塞栓術を行い救命しえた特発性脾破裂の1症例

埼玉医科大学 総合診療内科 ○貫井 麻未, 山岡 稔, 米野 和明, 大庫 秀樹  
村田 宏子, 草野 武, 芦谷 啓吾, 野口 哲  
菅野 龍, 小林 威仁, 木下 俊介, 飯田慎一郎  
大庫 秀樹, 宮川 義隆, 山本 啓二, 中元 秀友  
今枝 博之  
埼玉医科大学病院 放射線科 岡野奈々美, 田中 淳司

56. 病理診断で splenic marginal zone lymphoma と診断された血小板減少性紫斑病の1手術例

東京慈恵会医科大学 外科学講座 ○羽村 凌雅, 矢永 勝彦  
同 肝胆膵外科 柴 浩明, 二川 康郎, 坂本 太郎, 畑 太悟  
奥井 紀光, 春木孝一郎, 阿部 恭平, 岩瀬 亮太  
松本 倫典, 遠山 洋一, 石田 祐一

57. 腹腔鏡にて切除し得た卵巣癌による孤立性転移性脾腫瘍の1例

日本医科大学多摩永山病院 外科 ○浅見 敬一, 吉田 寛, 平方 敦史, 牧野 浩司  
横山 正, 丸山 弘, 赤城 一郎, 上田 純志  
関 奈紀, 高 和英, 金丸 里奈, 篠塚恵理子  
上田 康二, 宮下 哲平, 宮坂 俊光  
日本医科大学 消化器外科 内田 英二

58. アルコール性肝硬変の経過中にイレウスを発症し、病理解剖にて被嚢性腹膜硬化症と診断された一例

さいたま市立病院 ○相馬 雄輔, 桂 英之, 松波 幸寿, 三浦 邦治  
水谷 友美, 篠崎 博志, 柿本 年春, 金田 浩幸  
加藤まゆみ

---

## 第1会場（午後の部）

---

13:00~13:50

### 特別講演

### がんと栄養

名古屋市立大学大学院医学研究科消化器外科 竹山 廣光 先生

司会 日本医科大学消化器外科 内田 英二

---

(16) 一般(胃) 14:00~14:18 座長 東京女子医科大学 消化器内科 岸野 真衣子

59. 止血に難渋し開腹十二指腸部分切除を行った十二指腸 GIST の1例

筑波記念病院 外科 ○松井 聡, 坂本 俊樹, 佐々木量矢, 斎藤 節  
同 消化器内科 池澤 和人, 添田 敦子, 杉山 弘明

60. 出血性進行胃癌で胃全摘術後, 1年半で発症した輸入脚症候群に対して内視鏡バルーン拡張を行った1例

日本医科大学 千葉北総病院 外科 ○原田潤一郎, 櫻澤 信行, 山初 和也, 菊池 友太  
宮下 正夫

日本医科大学附属病院 消化器外科 内田 英二

61. 十二指腸下行部狭窄に対し内視鏡的バルーン拡張術を行った1例

群馬大学 医学部 附属病院 光学医療診療部  
群馬大学 大学院 医学系研究科 病態制御内科学 ○富澤 琢, 河村 修, 草野 元康  
同 医学系研究科 病態制御内科学 中山 哲雄, 野中 真知, 安岡 秀敏, 栗林 志行  
水出 雅文, 下山 康之  
埼玉県中央病院 内科 佐川 俊彦

(17) 一般(十二指腸) 14:18~14:36 座長 日本医科大学 消化器外科 金沢 義一

62. EMR 後粘膜下腫瘍様再発早期胃癌に対しESDを施行した一例

日本医科大学千葉北総病院 外科 ○栗山 翔, 櫻澤 信行, 横室 茂樹, 堀場 光二  
瀬谷 知子, 鶴田 宏之, 松本 智司, 松田 明久  
山初 和也, 高橋 吾郎, 金谷 洋平, 菊池 友太  
原 絵津子, 原田潤一郎, 下田 朋宏, 宮下 正夫

日本医科大学 消化器外科 内田 英二

63. 術前に診断し得た十二指腸憩室穿孔の2例

神栖済生会病院外科 ○関口久美子, 佐々木順平, 坂田 義則, 高崎 秀明  
日本医科大学千葉北総病院外科 宮下 正夫  
日本医科大学付属病院 内田 英二



64. 腹腔鏡補助下胃全摘術後に Petersen's hernia を来たした2例

横浜市立大学 消化器・腫瘍外科学 ○堀井 伸利, 小坂 隆司, 秋山 浩利, 樺山 将士  
石部 敦士, 遠藤 格  
横浜市立大学附属市民総合医療センター消化器病センター外科 高川 亮, 木村 準, 牧野 洋知, 國崎 主税

(18) 一般(大腸1) 14:36~15:00

座長 塩田病院 塩田 吉宣

65. クロウン病狭窄性病変に対するバルーン拡張でパテンシーカプセルのコーティング膜を回収した1例

東京女子医科大学病院 消化器内科 ○栗山 朋子, 大森 鉄平, 伊藤亜由美, 高橋 麻依  
米沢麻利亜, 飯塚 文瑛  
同 第2外科 板橋 道朗  
同 消化器内科  
同 消化器内視鏡科 中村 真一

66. 早期手術により劇症化を免れた壊死型閉塞性大腸炎の1例

千葉中央メディカルセンター 外科 ○渡邊陽太郎, 松田 充宏, 飛田 浩司, 松井 郁一  
鈴木 洋一, 松葉 芳郎

67. 5-ASA 製剤アレルギーにより症状の増悪を認めた潰瘍性大腸炎3例の検討

横浜労災病院 消化器内科 ○池田 良輔, 永嶌 裕樹, 野上 麻子, 石井 研  
佐藤 晋二, 廣谷あかね, 梅村 隆輔, 小宮 靖彦  
江塚 明子, 高野 幸司, 谷 理恵, 大谷 節哉  
川名 憲一, 永瀬 肇

68. 潰瘍性大腸炎に合併した進行大腸癌の姉妹例

土浦協同病院 消化器内科 ○江頭 徹哉, 酒井 義法, 久保田洋平, 吉行 綾子  
渡邊 剛志, 河本 亜美, 柴田 勇, 市田 崇  
鈴木 雅博, 草野 史彦, 田沢 潤一

(19) 一般(大腸2) 15:00~15:24 座長 横浜市立大学附属市民総合医療センター 炎症性腸疾患センター 木村 英明

69. 大腸癌多発肝転移に対する SOX + Cetuximab 療法中に発症した薬剤性硬化性胆管炎の1例

東京慈恵会医科大学外科学講座 消化器外科 ○友利 賢太, 中島紳太郎, 宇野 能子, 北川 和男  
大熊 誠尚, 阿南 匡, 小菅 誠, 衛藤 謙  
小村 伸朗, 矢永 勝彦

70. 大腸癌再発による大腸閉塞に対して Self-Expandable Metallic Stent (SEMS) が有効であった2症例

博慈会記念総合病院 外科 ○杉田 久記, 吉村 和泰, 沖野 哲也, 勝田美和子

71. 大腸内視鏡検査中にS状結腸が脱出した鼠径ヘルニアの1例

東金九十九里地域医療センター 東千葉メディカルセンター 内科 ○亀崎 秀宏  
同 消化器内科 大山 広, 黒澤 浄, 石原 武  
同 外科 中村 祐介, 林 達也, 中川 宏治  
大網白里市立国保大網病院 内科 吉村 智士, 服部 祐爾, 高梨 秀樹  
同 外科 板橋 輝美, 古谷 成慈, 中村 俊太, 安蒜 聡  
志村 賢範

## 72. 転移、再発大腸癌に対するサイバーナイフの治療経験

塩田病院外科 塩田記念病院 サイバーナイフセンター ○塩田 吉宣, 佐久間 隆  
日本医科大学消化器外科 内田 英二, 住吉 宏樹  
三井記念病院 消化器内科 大木 隆正  
千葉大学 放射線科 宇野 隆

## 第2会場（午後の部） 一般演題

(20) 一般(肝・胆) 14:00~14:24 座長 日本医科大学 多摩永山病院 外科 平 方 敦 史

73. 自然消退した肝細胞癌の1例

総合守谷第一病院 ○村越 直人, 杉本 浩一, 原 健

74. Acute-on-chronic liver failure に対して生体肝移植療法を施行し救命し得た一例

千葉大学大学院 医学研究院 消化器腎臓内科学 ○小関 寛隆, 安井 伸, 中村 昌人, 新井 誠人  
神田 達郎, 横須賀 収  
同 臓器制御外科学 大塚 将之, 宮崎 勝  
千葉大学 総合安全衛生管理機構 今関 文夫

75. 抑鬱状態に対して投与された柴胡加竜骨牡蛎湯により発症した薬物性急性肝炎の1例

関東労災病院 ○林 栄一, 原 浩二, 中崎奈都子, 嘉戸 慎一  
金子 麗奈, 金 民日, 草柳 聡, 小川まさずみ  
佐藤 譲

76. 胆嚢壁肥厚を伴う胆嚢癌疑診例に対する当科の治療方針とその妥当性

千葉大学 大学院医学研究院 臓器制御外科学 ○小西 孝宜, 大塚 将之, 久保木 知, 清水 宏明  
加藤 厚, 吉富 秀幸, 古川 勝規, 高屋敷 吏  
高野 重紹, 岡村 大樹, 鈴木 大亮, 酒井 望  
賀川 真吾, 宮崎 勝

(21) 一般(脾) 14:24~14:42 座長 慶應義塾大学医学部 外科学(一般・消化器) 北 郷 実

77. 脾癌との鑑別に難渋した脾臓原発 Castleman 病の一例

北里大学東病院 消化器内科 ○松本 高明, 奥脇 興介, 木田 光広, 山内 浩史  
宮澤 志朗, 岩井 知久, 今泉 弘, 小泉和二郎  
同 消化器外科 田島 弘  
同 病院病理部 蔭 世旭

78. 特発性血小板減少性紫斑病を合併した脾頭部癌の1切除例

東京慈恵会医科大学 肝胆脾外科 ○柴 浩明, 二川 康郎, 飯田 智憲, 坂本 太郎  
畑 太悟, 島田 淳一, 奥井 紀光, 松本 倫典  
春木孝一郎, 阿部 恭平, 岩瀬 亮太, 遠山 洋一  
石田 祐一  
同 外科学講座 矢永 勝彦

79. IgG 4 関連涙腺炎経過中に発見されステロイドが奏功した自己免疫性脾炎の一例

帝京大学 医学部 内科 ○安達 運, 高森 頼雪, 川嶋 悠, 青柳 仁  
木村 聡, 三浦幸太郎, 磯野 朱里, 江波戸直久  
三浦 亮, 阿部浩一郎, 相磯 光彦, 山本 貴嗣  
喜多 宏人, 田中 篤, 久山 泰, 滝川 一

(22) 一般(その他) 14:42~15:06

座長 東川口病院 後 藤 英 晃

80. 蛋白漏出性胃腸症を合併した成人シェーンライン・ヘンッホ紫斑病の1例

順天堂大学 医学部 ○相羽千絵子, 浅岡 大介, 廣本 貴史, 大久保捷奇  
竹田 努, 田島 譲, 斉藤 紘昭, 青山 友則  
稲見 義宏, 澁谷 智義, 長田 太郎, 永原 章仁  
渡辺 純夫

81. 難治性放射線性小腸炎の1例

慶應義塾大学医学部 外科学教室 一般・消化器外科 ○浅田 祐介, 鶴田 雅士, 長谷川博俊, 岡林 剛史  
清島 亮, 高橋 秀奈, 松井 信平, 山田 暢  
近藤 崇之, 島田 岳人, 松田 睦史, 矢作 雅史  
吉川 祐輔, 杉浦 清昭, 鈴木 佳透, 田島 佑樹  
中太 淳平, 北川 雄光

82. 汎発性腹膜炎症状を来したサルモネラ腸炎の1例

東京ベイ浦安市川医療センター 外科 ○西田 和広, 片桐 秀樹, 松本 理沙, 坂本 貴志  
坂田 大三, 国崎 正造, 奥村 賢治, 水田 憲利  
嶋口 万友, 窪田 忠夫, 溝上 賢, 岸田 明博  
ハワイ大学 外科 町 淳二

83. 当科における急性虫垂炎の治療成績

日本医科大学多摩永山病院 外科 ○上田 康二, 吉田 寛, 平方 敦史, 牧野 浩司  
横山 正, 丸山 弘, 赤城 一郎, 上田 純志  
関 奈紀, 金丸 里奈, 高 和英, 篠塚恵理子  
宮下 哲平, 宮坂 俊光  
日本医科大学付属病院 消化器外科 内田 英二

## 平成26・27年度 日本消化器病学会関東支部例会開催期日

例会回数	当 番 会 長	開 催 日	会 場	演題受付期間
331	森 山 光 彦 (日本大学医学部 内科学系 消化器肝臓内科学分野)	9月20日(土)	東 京 海運クラブ	6月18日 ～7月16日予定
332	佐 田 尚 宏 (自治医科大学 消化器・一般外科)	12月13日(土)	東 京 海運クラブ	9月10日 ～10月8日予定
333	今 関 文 夫 (千葉大学 総合安全衛生管理機構)	平成27年 2月28日(土)	東 京 海運クラブ	11月12日 ～12月17日予定
334	相 澤 良 夫 (東京慈恵会医科大学葛飾医療センター 消化器・肝臓内科)	5月23日(土)	東 京 海運クラブ	2月18日 ～3月18日予定
335	玉 野 正 也 (獨協医科大学越谷病院 消化器内科)	7月18日(土)	東 京 海運クラブ	4月15日 ～5月13日予定

演題の申込はインターネットにてお願いいたします。

詳細につきましては「URL:<http://www.jsge.or.jp/member/member.html>」をご覧ください。

## 平成26・27年度 日本消化器病学会関東支部教育講演会開催期日

講演会回数	当 番 会 長	開 催 日	会 場	申込締切日
25	宮 崎 招 久 (順天堂大学医学部附属練馬病院)	11月3日(祝・月)	東 京 シェンパツハ・サポー	未 定
26	山 口 武 人 (千葉県がんセンター 消化器内科)	平成27年 6月21日(日)	東 京 シェンパツハ・サポー	未 定

## 次回(第331回) 例会のお知らせ

期 日：平成26年9月20日(土)

会 場：海運クラブ

〒102-0093 東京都千代田区平河町2-6-4 TEL 03(3264)1825

【交通のご案内】地下鉄 有楽町線・半蔵門線・南北線「永田町駅」5番出口…徒歩2分

銀座線・丸ノ内線「赤坂見附駅」……徒歩7分

特別講演：「B型C型ウイルス性肝炎：究極の薬物療法」

演者：地方独立行政法人山梨県立病院機構 理事長 小俣 政男  
司会：日本大学医学部内科学系消化器肝臓内科学分野 教 授 森山 光彦

ランチョンセミナー：

「新しい時代の潰瘍性大腸炎治療」 演者：東京医科歯科大学消化器内科 教 授 渡辺 守  
司会：帝京大学内科学講座 教 授 久山 泰

専門医セミナー：肝臓、胆嚢・膵臓について症例検討を予定しております。

\*支部例会終了後から1時間半を予定しております。  
\*専門医セミナー参加費は無料です。どなたでもご参加いただけます。  
\*専門医更新単位3単位取得できます。

当番会長：森山 光彦 (日本大学医学部内科学系消化器肝臓内科学分野 教授)

〒173-8610 東京都板橋区大谷口上町30-1

TEL 03(3972)8111(ext.2424)/FAX 03(3956)8496

E-mail : matsumura.hiroshi@nihon-u.ac.jp

連絡先：松村 寛 (日本大学医学部内科学系消化器肝臓内科学分野)

### ◆研修医・専修医セッションについて◆

研修医(例会発表時に卒後2年迄)および専修医(例会発表時に卒後3～5年迄)セッションを設け、優秀演題を表彰する予定です。演題申込時、講演形態は【研修医セッション】または【専修医セッション】から選び、会員番号は、学会未入会の場合は、番号(99)で登録して下さい。なお、応募演題数が多い場合は、規定の受付期間内で先着順とし、一般演題に変更させていただく場合がございます。また研修医・専修医セッションへの応募は、各々1施設(1診療科)、1演題に制限させていただきます。

### お問い合わせについて

次回例会については、上記の当番会長の先生へ、その他の事務上のことは、下記関東支部事務局へお願いいたします。

〒181-8611 東京都三鷹市新川6-20-2  
杏林大学医学部外科学教室(消化器・一般外科)  
日本消化器病学会関東支部事務局  
TEL 0422(71)5288 FAX 0422(47)5523  
E-mail : kanto@jsge.or.jp

日本消化器病学会関東支部 支部長 峯 徹哉



1 臍頭十二指腸切除術12年後に発症した高度脂肪肝に  
対して臍酵素補充が著効した一例

柏市立柏病院 消化器内科  
小林小の実, 遠藤 南, 重田綾子, 飯塚和絵, 伊東英里,  
望月奈穂子, 酒井英樹

【症例】57歳男性【主訴】腹痛、嘔吐【既往歴】Zollinger-Ellison  
症候群（臍頭十二指腸切除＋肝外側区域切除術）、C型慢性肝炎  
（治癒後）【現病歴】6ヶ月来の食欲不振と倦怠感、抑うつ状態が  
続き体重が約10kg減少し、血清アルブミン値が1g/dl程度まで  
低下したため、2013年4月に当院を紹介受診した。2012年6月の  
腹部CTで肝CT値は57HUであったが、2013年7月には肝CT値が  
－3HUと著明に低下しており脂肪肝を疑う所見を認めた。腹水  
貯留と炎症反応上昇あり、腹水穿刺で多形球数678と上昇を認  
め特発性細菌性腹膜炎と診断した。抗生剤加療と中心静脈栄養  
を開始し栄養状態の改善傾向を認めたが、中心静脈栄養終了後  
に食事全量摂取可能にも関わらず再度Albが2.9g/dlと低下した。  
消化管吸収障害を疑い消化管内視鏡検査等を施行したが明らか  
な異常所見を認めず、臍頭十二指腸切除後の臍機能低下に伴う  
吸収不良、低栄養による高度脂肪肝と考え、パンクレリパーゼ  
1800mg、ボラブレジンク150mgの投与を開始した。同時に  
blind-loop症候群の合併も考え、メトロニダゾール750mgを10日  
間使用した。投与開始25日後に肝CT値は52HUまで改善し、投  
与4ヶ月後にはAlb 4.4g/dlに改善を認め、下痢便は消失し食欲  
回復を認めた。【考察】臍頭十二指腸切除術後の脂肪肝発生の  
については以前より報告されているが発症機序は不明とされてい  
る、臍酵素補充により改善した報告例もあるが確立した治療法  
はない。本症例では臍頭十二指腸切除から十二年後と長期経過  
後に脂肪肝と低栄養状態を発症し、臍酵素補充に加えて亜鉛製  
剤と抗生剤投与を行い、画像所見、血液検査、臨床所見ともに  
著しい改善を認めた。反復性の肝炎による慢性的な線線維化、  
インターフェロン治療による消化管粘膜障害が複合的に関与し  
今回の発症につながったと考えられた。臍頭十二指腸切除術後  
の脂肪肝、低栄養に対する有効な治療法と考えられる一例を経  
験したので報告する。

脂肪肝, 臍頭十二指腸切除

2 早期の生体肝移植で救命し得たB型急性肝不全昏睡  
型の1例

獨協医科大学越谷病院 消化器内科<sup>1)</sup>,  
獨協医科大学病院 第二外科<sup>2)</sup>,  
同 看護部 移植コーディネーター<sup>3)</sup>  
大浦亮祐<sup>1)</sup>, 鈴木一義<sup>1)</sup>, 北濱彰博<sup>1)</sup>, 玉野正也<sup>1)</sup>, 磯 幸博<sup>2)</sup>,  
松本尊嗣<sup>2)</sup>, 窪田敬一<sup>2)</sup>, 豊田早苗<sup>3)</sup>

症例は37歳、女性。常用薬なし、飲酒歴なし。家族歴、既往歴  
に特記事項なし。2013年7月に妹とインドネシア旅行歴あり。  
同年9月初旬より38度台の発熱・全身倦怠感が出現し、翌日に近  
医を受診。AST 2335U/L、ALT 2018U/Lと肝酵素上昇を認めた。  
ため第3病日に当科を紹介受診し、急性肝炎の診断で入院とな  
った。身長161cm、体重50.5kg。意識は清明で羽ばたき振戦なし。  
胸腹部に特記事項なし。四肢に掻痒感を伴わない発赤調皮疹を  
認めた。血液検査では、AST 8638 U/L、ALT 6630 U/L、T-B 2.  
75 mg/dl、Alb 4.0 g/dl、NH3 16  $\mu$ mol/L、BUN 11 mg/dl、Cr 0.  
6 mg/dl、WBC 6.2  $\times 10^3$ /L、Hb 15.7 g/dl、Plt 10.9  $\times 10^3$ /L、  
PT 46%、HBs抗原陽性、IgM-HBc抗体陽性であり、他の肝炎ウ  
イルスマーカーが陰性であることからB型急性肝炎と診断され  
た。第4病日にはPTは21%に低下したが、意識は清明でCTにて  
肝萎縮は認めなかった。エンテカビル0.5mg/日内服と  
PEG-IFN  $\alpha$  2a、新鮮凍結血漿輸血を開始した。第5病日には  
DICスコア5点となり組み換え型トロンボモジュリン、AT-3投  
与による抗凝固療法を開始した。第7病日には肝性脳症II度を  
発症したため、急性肝不全昏睡型と診断。HCU管理とし、血漿  
交換と持続濾過透析を併用した人工肝補助療法を開始した。こ  
の時点で患者の家族に生体肝移植についての説明を行い、第8  
病日にドナーの申し出があったため、同日に獨協医科大学第2  
外科に転院。第10病日に父親をドナーとして生体部分肝移植が  
施行された。摘出された肝は479gと著明に萎縮しており、早期  
に肝移植術を行えたことが救命に非常に有用であったと思われ、  
報告する。

急性肝不全, 生体肝移植

3 中断されたTPV併用療法が、その後のPegIFN＋  
RBV2剤療法の治療経過に影響を与えたと考えられ  
た慢性C型肝炎の一例。

青梅市立総合病院 消化器内科  
梅村佳世, 相川恵里花, 野澤さやか, 北村まり, 沼田真理子,  
伊藤ゆみ, 濱野耕靖, 野口 修

【症例】63歳、女性。平成10年慢性C型肝炎と診断され他院で  
IFN単剤治療が行われた。平成17年1月当院初診時HCV  
genotype 1b、HCV-RNA 2400KIU/ml（ハイレンジ法）、AST  
132U/L、ALT 126U/L、ALP 365U/L、 $\gamma$  GTP 130U/L、HbA1c 9.  
0%、WBC 2880/ $\mu$ L、Hb 14g/dL、Plt 8.5  $\times 10^4$ / $\mu$ L、AFP 250.  
5ng/ml、腹部超音波検査で肝細胞癌を認めなかった。同年  
PegIFN＋RBV治療48週間施行したがNull Response、治療終了時  
HCV-RNA 3700KIU/ml（ハイレンジ法）、AST 120U/L、ALT  
140U/Lであった。以降UDCA内服を継続した。平成24年2月  
IL28B SNPs解析rs8099917 major homo TT alleleより治療効果が  
期待されたため、同年3月TPV＋PegIFN＋RBVの3剤併用療法を  
開始した。3剤併用療法開始4週間後にHCV-RNA陰転化した  
が、皮疹Grade3のため3剤併用療法を中止、4週間の休薬で  
HCV-RNA再燃したためPegIFN＋RBVの2剤併用療法を再開し  
44週間で終了した。PegIFN＋RBV治療再開4週間後に  
HCV-RNA陰転化しbreakthroughはみられずウイルス陰性化持  
続したが、以前の治療経過から再燃Relapseの可能性が高かつた  
ため、以降PegIFN単剤治療19週間を継続した。現在もSVRの  
まま経過観察している。【考察】本症例は、先行する2剤併用療  
法は無効であったが、L28B SNPs major homo TT alleleであつた  
ため3剤併用療法を導入した。TPVは4週間で副作用のため中断  
となり、休業期間中に再燃したにもかかわらず、その後の2剤併  
用療法の再導入によりSVRに至った。再導入時にウイルス減少  
は速やかにみられ、明らかに初回治療と経過が異なつた。【結  
語】各時点でのウイルス変異は測定されていないが、TPVが2剤  
併用療法に大きな影響を与えたことが示唆される症例と考えら  
れた。

慢性C型肝炎, テラプレビル

4 Basedow病を合併し診断に苦慮した重症急性肝炎の  
一例

株式会社日立製作所 日立総合病院<sup>1)</sup>,  
筑波大学附属病院 日立社会連携教育研究センター<sup>2)</sup>  
松井真希<sup>1)</sup>, 浜野由花子<sup>1)</sup>, 柿木信重<sup>1)</sup>, 清宮崇博<sup>1)</sup>, 佐々木翔一<sup>1)</sup>,  
綿引隆久<sup>1)</sup>, 大河原悠<sup>1)</sup>, 大河原敦<sup>1)</sup>, 鴨志田敏郎<sup>1)</sup>, 平井信二<sup>1)</sup>,  
岡 裕爾<sup>1)</sup>, 谷中昭典<sup>2)</sup>

症例は52歳女性。2013年12月の健診で肝障害が指摘されるも放置してい  
た。2014年4月から食欲不振、尿の黄染を自覚した。同月中旬頃から黄疸  
を自覚し、近医を受診。T-Bil 13.0mg/dl、AST 1126U/L、ALT 1074U/L、  
ALP 587U/L、 $\gamma$  GTP 229U/Lと著明な肝障害が認められ、当科に紹介入院し  
た。肝は画像検査上は急性肝炎の像であり、血清学的検査でA型、B型、C  
型、E型肝炎ウイルス感染は否定された。2013年8月から脂質異常症に  
対してフルバスタチンが開始されていたため、薬剤性肝障害（肝細胞障害  
型）の疑いとして入院後から同薬を休薬した。入院時IgG 1436mg/dlと正常  
値であったが、以前陰性だった抗核抗体がANA 80倍（Homogeneous 80倍、  
Speckled 80倍）と陽性であり自己免疫性肝炎の可能性も否定できなかった。  
フルバスタチン休薬後も肝障害は進行し、第5病日目にはT-Bil 18.4mg/dl  
まで黄疸が悪化、与芝の予知式でZ値 1.011（劇症化率 73.3%）となつた  
ため、同日からPSL 50mg/dayの投与を開始した。PSL開始後速やかに黄疸は  
改善し、PSL減量後も肝障害の再燃はなかった。入院時検査ではfT3 4.  
61pg/ml、fT4 2.23ng/dl、TSH 0.006  $\mu$ IU/mlと甲状腺機能亢進症が認めら  
れた。精査の結果、Basedow病と診断し、第7病日目からヨウ化カリウムを  
開始した。その後肝障害が改善したため、第15病日目からチアマゾールの  
内服に変更し、PSLを30mg/dayまで漸減し、第27病日目に退院した。尚、  
治療開始前に施行した肝生検の結果、小葉内に一部架橋状壊死を伴う中  
心部帯状壊死、および多数の組織球とリンパ球浸潤が認められたが、形質細  
胞の浸潤は少なく、組織学的には自己免疫性肝炎の診断基準は満たさな  
かった。フルバスタチンのDLST試験は陰性であった。前医の情報により  
2013年8月には正常甲状腺機能であったことが判明した。  
【考察】診断に苦慮し原因の確定できなかった重症の急性肝炎に対し、ス  
テロイド治療が著効した1例を経験した。Basedow病の合併が肝障害に与  
えた影響について文献的考察を加えて検討した。

急性肝炎, Basedow病

5 多発性肝細胞癌に対しsorafenibを投与し、遺残した肝細胞癌および新たに出現した肝細胞癌にRFA施行が可能であった1例

東京都立多摩総合医療センター 消化器内科  
伊東詩織, 小倉祐紀, 並木 伸, 唐鎌優子, 吉野耕平, 脇岡悠子, 堀家英之, 細谷明憲, 大川 修, 四宮 航, 中谷行宏, 戸田晶子, 佐藤優美

症例は80歳代女性。C型慢性肝炎にて1995年ごろより近医にてフォロー施行されていた。2006年に腹部超音波検査にて肝S5, S8にそれぞれ1cm大の腫瘤をみとめたため当科紹介となった。造影CTやMRIでの精査の結果、肝細胞癌Stage3 (T3N0M0) と診断され2006年8月にPEITを施行した。2007年には肝両葉に1cm大の肝細胞癌が多発するようになり、以降TAIやHAICでのLFP療法を繰り返し施行した。しかしTAI施行後のCTにて局所再発みとめ、また感染による動注ポートの抜去など抗癌剤の動注療法継続が困難になったため、2011年2月よりsorafenibでの治療を開始した。Sorafenib投与後より肝細胞癌は徐々に縮小傾向となり、2012年4月施行の腹部造影CTでは肝S6に2cm大の乏血性腫瘤を認めるのみとなった。2014年1月22日施行の腹部造影CTにて肝S7に新たな肝細胞癌の出現を認めたため、2014年4月23日RFA施行目的にて入院となり、S7の肝細胞癌に対しRFAを施行した。また、入院後施行した腹部造影CTにて以前より認められていた肝S6の腫瘤が多血化しており肝細胞癌と診断され、同部位に対してRFAを追加施行した。RFA後のフォローの腹部造影CTでは肝細胞癌を認めなかった。肝細胞癌は画像検索の著しい発展によって早期診断が可能になったことにより根治療法の行われる機会が増えてきたが、一方で肝内転移や多中心性発癌を繰り返して進行していくことも多い。このような肝外病変や肝動脈化学塞栓療法不応例などの局所進行肝細胞癌に対して有効性が確立された全身化学療法がない中で、Sorafenibは初めて有効性が認められた経口分子標的薬である。しかし上記のようにSorafenibは手術不能な進行肝細胞癌の治療に用いられ、生存期間の有意な延長をもたらすものの腫瘍縮小効果は著しいものではない。今回我々は多発性肝細胞癌に対しsorafenibを投与し、遺残した肝細胞癌および新たに出現した肝細胞癌にRFA施行が可能であった1例を経験した。示唆に富む症例と考えられるため若干の文献的考察を加え報告する。

Sorafenib, 肝細胞癌

6 肝門部胆管癌に対してSelf-expandable metallic stent (SEMS)留置後、肝仮性動脈瘤を生じた1例

都立広尾病院 消化器内科  
金崎峰雄, 城野文武, 石川裕太郎, 三澤 昇, 新倉利啓, 加藤孝征, 藤井徹明, 秋本恵子, 北條裕美子, 藤澤信隆, 中村篤志, 小山 茂

【症例】85歳 男性  
【主訴】黒色便  
【現病歴】  
肝門部胆管癌による閉塞性黄疸に対してuncovered SEMS (XEOSTENT:10mm×60mm)を左肝管に留置し、良好な減黄後、外来で経過をみていた。stent留置45日後に鮮血混じりの黒色便を認めた。当院救急外来を受診した。  
【現症】  
BT 37.1℃ BP 117/78mmHg HR 97/min、心窩部に圧痛あり  
【血液検査】WBC 14100/μL、Hb 12.2g/dL、BUN 22.9mg/dL、T-bil 3.9mg/dL、Amy 717U/L  
【画像検査】造影CTで明らかな出血源・肺炎所見なし  
【経過】  
第2病日に上部消化管内視鏡検査を施行したが、出血病変を認めず、その後も間欠的な心窩部痛を認め黄疸も改善しないことから、胆道感染を疑い、第4病日に内視鏡的逆行性胆管造影を施行した。乳頭及び胆汁に出血を認めなかったが、造影ではSEMS内のingrowthが否定できずEBDを留置した。同日出血源精査目的でDynamic CTを撮影した所、SEMS内へ肝仮性動脈瘤の穿破を疑う所見を認めた。腹部超音波検査(US)でもSEMS内に動脈ドップラー信号を認め第5病日に血管造影を施行。造影剤が動脈瘤から胆管/十二指腸内に漏出し、胆管内穿破と診断、コイル塞栓術を施行した。術後USでもドップラー信号は消失し、貧血も改善した。またSS1に肝梗塞を認めたが、感染など合併せず第10病日に食事を再開できた。以後は緩和医療の方針となり第71病日まで安定していたが、第77病日に原病の進行で死亡した。  
【考察】  
肝仮性動脈瘤破裂の出血例は、文献によると20~70%と高い致死率が報告されている。仮性動脈瘤の要因は動脈硬化や炎症、術後、腫瘍、先天性などが挙げられており、今回は腫瘍や炎症、ステントが関係していると考えられる。本症例は肝仮性動脈瘤破裂による胆道出血が胆道系・酵素系上昇を引き起こしたと考えられた。  
医学中央雑誌で「肝動脈瘤」「ステント」で検索した例と自験例を合わせた6例の中で、造影CTで診断出来たのは2症例であった。胆道出血は間欠的に生じて内視鏡診断が困難なことがあり、Dynamic CTやドップラーUSは、肝仮性動脈瘤の診断に有用と思われる。

肝動脈瘤, ステント

7 尿閉を契機に発症した門脈ガス血症の一例  
新座志木中央総合病院  
黒澤貴志, 古市好宏, 新戸貞哲, 飯田健太, 山口 忍, 海老島瑠奈, 石村奈那, 澤田孝繁, 水野真之, 山本浩文, 松浦直孝

【症例】91歳、女性。【主訴】下腹部痛【既往歴】アルツハイマー型認知症、糖尿病、高血圧症【現病歴】左大腿骨転子部骨折の診断で保存的加療となり、尿道バルーン留置のまま施設へ転院となった。退院後は7日間ショートステイに滞在していたが、食事摂取不良、尿量減少、発熱、下腹部痛が出現し救急外来受診となった。腹部単純X線検査にて膀胱側からの圧排像と大腸ガス貯留を認めため、腹部単純CT検査と超音波検査を施行。膀胱と結腸の拡張像および、門脈内の樹枝状air像を認め、門脈ガス血症の診断で緊急入院となった。【入院後経過】尿道バルーンからの尿排出が極少量なため、バルーン閉塞による尿閉を疑いバルーンを交換した。その後尿閉は改善し、結腸への圧排も解除され、腸管拡張像も軽快した。禁食・抗生剤点滴にて加療を開始。翌日の超音波検査では門脈ガス像もほとんど消失していた。第6病日のCT検査でも門脈ガス像や腸管壊死像(腸管気腫像)は認めず、同日より食事開始し、第11病日より抗生剤を中止した。確認のために施行した下部消化管内視鏡検査で腸管壊死などは認めず、軽快退院となった。【考察】本症例は、尿道バルーン閉塞後、腸管に物理的圧迫が加わり、一時的な腸閉塞を呈した後、腸管内細菌が繁殖しガスが門脈内に移行したと考えられた。本症の発生機序はまだ解明されていないが、粘膜障害部位からの腸管内ガス移行、腸管内圧の上昇、腹腔内感染巣からのガス産生が挙げられている。尿閉を契機に発症した門脈ガス血症はこれまで報告が無く、大変稀な症例を経験し救命し得たので報告する。

門脈ガス血症, 尿閉

8 肝細胞癌心転移に対して腫瘍摘出術を施行した1例

日本医科大学 消化器外科・乳腺外科  
高野竜太郎, 谷合信彦, 吉岡正人, 川野陽一, 清水哲也, 高田英志, 近藤亮太, 水口義明, 神田知洋, 勝野 皓, 住吉弘樹, 松下 晃, 中村慶春, 内田英二

【はじめに】肝細胞癌は他臓器への転移頻度が低く、中でも心転移は非常に稀であり、予後不良とされている。今回、肝細胞癌術後の経過中に心転移をきたし、心腫瘍摘出術を施行した1例を経験したので報告する。【症例】症例は80歳男性。約6年前に肝S6に肝細胞癌を指摘され、肝拡大後区域切除術施行。その3年後に肝S2, 3に肝細胞癌の再発を認め外側区域切除術施行した。その後、近医に通院中、腹部超音波検査にて心右室内に腫瘍を認めため、精査・治療目的に当科紹介となった。経胸壁心臓超音波検査にて、流出路近傍に20mm大の有茎性腫瘍を認め、右室壁に沿う伸展がみられた。AFP、PIVKA-2高値であり肝細胞癌の心転移が疑われた。肺動脈腫瘍塞栓による突然死予防目的に右室腫瘍摘出術を施行した。術中所見としては、腫瘍は右室壁内に浸潤しており、根治術は施行困難と判断し、内腔突出部のみの切除となった。摘出標本の病理組織学的所見にて肝細胞癌の心転移の診断となった。術後、補助療法として放射線療法で腫瘍の有意な縮小がみられたが、2ヶ月後に放射線性肺炎を発症、その後全身状態が悪化にて、術後5ヶ月後死亡となる。【考察】原発性肝癌の転移様式は血行性転移が主体で、転移頻度は肝、副腎、骨、リンパ節転移に多い。心臓への転移は稀で、経路は経下大静脈による心内膜転移、経冠静脈による心筋、心外膜転移が見られる。肝細胞癌の心転移頻度は様々な報告があるが、およそ2%程度と推定され、予後不良である。門脈腫瘍栓が経下大静脈的に右房へ到達する例を除く、心内外膜や筋層へ浸潤が見られた腫瘍の頻度は更に低い。治療は全身化学療法、放射線療法、経冠動脈抗血栓剤動注療法などが考えられるが、本症例のような姑息的切除ではあるが、腫瘍摘出術が施行されたケースは大変稀であるため、文献的考察を含め、報告する。

肝細胞癌, 心転移



東京慈恵会医科大学附属第三病院 消化器・肝臓内科<sup>1)</sup>、  
東京慈恵会医科大学附属病院 消化器・肝臓内科<sup>2)</sup>、  
石井彩子<sup>1)</sup>、伏谷 直<sup>1)</sup>、上田 薫<sup>1)</sup>、今井那美<sup>1)</sup>、岩久 章<sup>1)</sup>、  
小林 剛<sup>1)</sup>、田中 賢<sup>1)</sup>、小林裕彦<sup>1)</sup>、木下晃吉<sup>1)</sup>、坂部俊一<sup>1)</sup>、  
木島洋征<sup>1)</sup>、小野田泰<sup>1)</sup>、宮川佳也<sup>1)</sup>、小池和彦<sup>1)</sup>、西野博一<sup>1)</sup>、  
田尻久雄<sup>2)</sup>

【症例】70歳男性【主訴】全身倦怠感、体重減少【既往歴】特記すべきことなし【生活歴】アルコール：機会飲酒【現病歴】2014年2月上旬より全身倦怠感と1か月で体重5kgの減少を認めたため、3月中旬に近医を受診した。血液検査にてWBC 12500/ $\mu$ l CRP 16 mg/dl ALP 386 IU/l  $\gamma$ -GTP 114 IU/lと炎症反応と胆道系酵素上昇を認めたため、当科外来を紹介受診した。腹部エコー上、胆嚢底部から体部にかけて不均一な充実性エコー像で満たされ、胆嚢床より肝実質に連続する70mm大の腫瘍、肝S4に20mmと30mmの低エコー像、頸部には結石を認めた。腹部造影CTでは、境界不明瞭な低濃度腫瘍で、辺縁部に漸増性の不均一な造影効果と肝S5・S6への浸潤を呈していた。肝S4には同様の造影効果を示す2個の肝内転移を認め、総肝動脈周囲のリンパ節腫大も認めた。腹部MRIでは、腫瘍部はT1WI：内部不均一な高信号と低信号の混在を認め、T2WI：軽度な高信号、DWI：高信号、ADC map：低信号で中心部高信号を呈する腫瘍を認めた。以上の画像所見より胆嚢癌・肝転移が疑われ、4月中旬に肝生検目的で入院となった。【入院後経過】入院後、経皮的肝生検を施行した。腫瘍部は大型不整の類円形もしくは紡錘形の異型細胞の増殖・間質反応・好中球浸潤を認め、免疫染色にて上皮性マーカーであるCytokeratin CAM5. 2とepithelial membrane antigen(EMA)が陽性であり、間葉系マーカーであるvimentinも陽性であることから癌肉腫と診断した。TNM分類でcT3aN1M1(Hep)のstage IVBであり、外科的切除が困難なため、第14病日よりS-1内服による化学療法を開始した。化学療法に対する有害事象は認めない。現在、右季肋部の癌性疼痛を認めるため、NSAIDを使用中である。【結語】組織学的に稀な胆嚢癌肉腫を経皮的肝生検にて診断し得た1例を経験したため、文献的考察を加え報告する。

胆嚢癌、癌肉腫

上尾中央総合病院 消化器内科

水野敬宏、笹本貴広、大館幸太、和久津亜紀子、外處真道、  
近藤春彦、片桐真史、山城雄也、柴田昌幸、平井紗弥可、白井 告、  
三科友二、深水雅子、長澤邦隆、尾股 佑、明石雅博、渡邊 東、  
土屋昭彦、西川 稿、山中正己

【症例】70歳 男性【主訴】発熱、上腹部痛、意識混濁【現病歴】前日からの高熱と上腹部痛、意識障害で当院救急外来へ搬送された。来院時ショック状態で、各種検査にて総胆管結石による急性閉塞性化膿性胆管炎(AOSC)、敗血症性ショック、DICと診断し即日入院となった。【既往症】肥大型心筋症、うっ血性心不全【現症】意識JCS I-1、血圧44/27mmHg、脈拍53/分、体温35.8℃、SPO2 88%(RA)。眼結膜貧血無し、眼球結膜軽度黄染、腹部平坦・軟、上腹部に軽度の圧痛を認めた。WBC 9200/ $\mu$ l、neutrophil 94%、Hb 14.1g/dl、PLT 10.3万/ $\mu$ l、FDP 93  $\mu$ g/ml、T-bil 4.2mg/dl、AST 338U/l、ALT 281U/l、ALP 573U/l、 $\gamma$ -GTP 808U/l、CRP 20.77mg/dl。腹部CTで軽度の総胆管拡張と下部胆管に結石を認めた。【経過】急速補液と昇圧剤投与で血圧上昇・意識状態の改善が有り緊急ERCPを実施。膿性胆汁の排出と下部胆管の小結石が確認されENBDを留置し終了した。胆汁グラム染色で食食像を伴うグラム陽性桿菌、陰性桿菌が検出され、胆汁培養では後にClostridium perfringens(CP)、Enterobacter aerogenes(EA)、Enterococcus faecium(EF)が同定された。処置後PMX、CHDF、抗菌薬(DRPM+VCM)、遺伝子組み換え型トロンボモジュリン製剤を導入。徐々に状態は改善し第62病日に軽快退院となった。【考察】AOSCは時に重症敗血症・敗血症性ショックを来し致死的な転帰を辿る病態である。本例では胆汁から3種の細菌が同定されており、AOSCに起因したこれらの細菌による敗血症と判断した。腸管内常在菌であるCP、EA、EFは胆道系逆行性感染の起原菌とされているがその頻度は稀である。胆道系感染症に対する抗菌薬のempirical therapyの重要性、病初期の適切なドレーナージと集学的治療導入がAOSC症例の予後を左右する事が再認識された。救命しえた重症AOSC・敗血症性ショックの症例を経験したので文献的考察を加えて報告する。

Clostridium perfringens, 胆管炎

東京都済生会中央病院 消化器内科<sup>1)</sup>、同 病理診断科<sup>2)</sup>、  
阿部善彦<sup>1)</sup>、酒井 元<sup>1)</sup>、船越信介<sup>1)</sup>、岸野竜平<sup>1)</sup>、水野慎大<sup>1)</sup>、  
泉谷幹子<sup>1)</sup>、星野 舞<sup>1)</sup>、大原まみか<sup>1)</sup>、中澤 敦<sup>1)</sup>、向井 清<sup>2)</sup>、  
塚田信廣<sup>1)</sup>

症例は65歳男性。腰背部痛を主訴に当院整形外科を受診しNSAID処方されるも症状改善しないため当院内科外来を受診。骨盤部単純CT検査にて右腸骨に溶骨性変化を認め転移性骨腫瘍が疑われたため、精査・加療目的で当院血液腫瘍内科入院となった。入院後、頸部～骨盤部造影CT検査にて脛体部に径50mm大の内部低吸収の腫瘍、多発肺転移、リンパ節転移、右腸骨転移、左尿管転移を疑わせる所見を認めた。径30mm大の右腸骨転移が疑われる病変に対し超音波ガイド下針生検を施行した所、低分化腺癌の転移と診断され、膀胱癌転移に矛盾しない所見と考えられた。原発腫瘍病変による閉塞性黄疸も認めたため、当科へ転科となった。転科後、閉塞性黄疸による肝障害が増悪(TB 1.7、AST/ALT 899/856、ALP/ $\gamma$ -GTP 2466/902)したためERCP下にERBD施行。また入院前より頭頂部と心窩部にそれぞれ20mm大の、徐々に増大する発赤を伴う硬い腫瘍を認めたため、皮膚生検を施行した。病理組織診断では低分化腺癌の所見で骨生検と同様の組織像を示していた。また免疫染色ではCK7陽性、CK20陽性、TTF-1陰性、サーファクタント蛋白AおよびB陰性であり、膀胱癌転移(T3N2M1 cStage IVB)と診断した。インフォームドコンセントの上、gemcitabineによる全身化学療法を2コース施行後、頸部～骨盤部造影CT検査にて評価した結果、脛体部の原発腫瘍、皮膚転移、右腸骨転移いずれも増大傾向で病勢増悪と診断した。全身状態も悪化しており、患者本人と相談の上、化学療法は中止としBest supportive careとした。膀胱癌の診断より約5ヶ月後、原病悪化により永眠された。固形癌の皮膚転移は比較的低頻度であり、特に膀胱癌から頭部皮膚への転移は極めて稀である。我々は骨転移を伴う膀胱癌皮膚転移の症例を経験したので、文献的考察を加え報告する。

皮膚転移, gemcitabine

東京慈恵会医科大学内科学講座 消化器・肝臓内科

白壁和彦、石田仁也、天野克之、上竹慎一郎、有廣誠二、穂町厚史、  
石川智久、田尻久雄

【緒言】Hemosuccus pancreaticusとは、膵管を経由し十二指腸乳頭からの消化管出血を呈する比較的稀な病態であり、原因疾患としては膀胱性嚢胞内出血が最も多いとされる。今回我々は、出血源の同定に苦慮したHemosuccus pancreaticusの1例を経験したので報告する。【症例】症例は83歳男性、42歳時に十二指腸潰瘍にて幽門側胃切除術(Billroth 2法再建)を施行されている。また、飲酒歴あり、アルコール性肝障害を指摘されている。2009年より吐血、貧血にて当院にて5回入院加療を行うも、内視鏡検査にて出血源を同定できず、経過観察されていた。2014年3月、下血を主訴に当院受診。血液検査にてHb 5.6 g/dlと著明な貧血を認めたため、精査加療目的にて入院となった。入院時の腹部Dynamic CT検査では膵尾部の仮性嚢胞内に仮性動脈瘤の形成が疑われたが、上下部消化管内視鏡検査、小腸カプセル内視鏡検査では明らかな出血源を認めなかった。消化管出血シンチグラフィーにて空腸からの出血が疑われたため、経口の小腸内視鏡検査を施行したが出血源を同定できなかった。下血が遷延するため再度腹部Dynamic CT検査を施行したところ、膵尾部仮性嚢胞内に出血が疑われた。脾動脈瘤の破綻による嚢胞内出血と考え、腹部血管造影検査を施行、脾動脈下極枝に仮性動脈瘤を認め、造影にて主膵管との交通が確認された。以上の所見よりHemosuccus pancreaticusと診断し、脾動脈下極枝に対してコイル塞栓を施行した。【考察】Hemosuccus pancreaticusの診断は上部消化管内視鏡検査による十二指腸乳頭からの出血の確認が重要であるが、本症例はBillroth 2法再建後のため内視鏡検査での十二指腸乳頭の確認が困難であり、診断に苦慮した。原因不明の消化管出血を認め、CTにて膀胱性嚢胞が確認された場合、Hemosuccus pancreaticusを念頭におく必要があると考えられた。【結語】Hemosuccus pancreaticusを呈した膀胱性嚢胞内出血の1例を経験した。比較的稀な症例と考え報告した。

膀胱性嚢胞, 消化管出血

国立がん研究センター東病院

梅本久美子, 光永修一, 大野 泉, 渡邊一雄, 奥山浩之, 高橋秀明,  
清水 怜, 池田公史

【症例】60歳女性【既往歴】虫垂炎(12歳時、手術)【経過】全身倦怠感・股関節痛のため近医を受診し、膀胱癌を疑われたため当院を紹介受診した。血液検査所見では、血中ゼリルビン値の上昇を認めないが、アルカリフォスファターゼ(ALP)上昇を認めた。造影CT検査では膀胱尾部に長径70mmの乏血性腫瘍と肝両葉にリング状に造影される多発腫瘍を認め、膀胱尾部癌、多発肝転移と診断した。股関節単純X線検査にて腸骨および大腿骨に骨濃度の上昇および透亮像を認め、同部位のCT画像は骨硬化と微細虫食い像が混在していた。骨シンチグラフィ検査では肩甲骨、肋骨、肋骨、椎体骨、腸骨、大腿骨にびまん性の集積を認め、いわゆるsuper bone scanの所見であり、播種性骨髄癌と診断した。経皮的肝生検にて腺癌との病理診断を得たため、膀胱尾部癌・肝転移・骨転移と確定診断した。抗腫瘍治療としてゲムシタビン塩酸塩を標準投与法にて開始したが、4ヶ月後に腫瘍増悪のため中止となった。治療開始から5ヶ月後に原病増悪による全身状態低下のため死亡した。【考察】Super bone scanは骨シンチグラフィにて体幹骨にびまん性集積を呈する播種性骨髄癌症に特徴的な画像所見であり、前立腺癌、乳癌、胃癌の骨転移で認められることが多い。予後不良な経過を辿ることが多いため、単純X線やCT検査で造骨性変化と溶骨性変化が混在する所見を見逃さないことが重要とされる。【結語】膀胱癌において比較的稀と考えられるSuper bone scanを呈した膀胱癌骨転移の1例を経験した。膀胱癌であっても、播種性骨髄癌症に伴うsuper bone scanの所見を念頭におき診療を行う必要がある。

super bone scan, 膀胱癌

東京慈恵会医科大学葛飾医療センター消化器肝臓内科

堀内宏倫, 木下千夏, 富田陽一, 永野智久, 関 伸嘉, 杉田知典,  
会田雄太, 板垣宗徳, 石黒晴哉, 安部 宏, 須藤 訓,  
相澤良夫

【症例】65歳男性【現病歴】2014年1月上旬より続く上腹部痛・食思不振・体重減少を主訴に3月上旬に前医受診。上部消化管内視鏡で胃体上部後壁に巨大SMT様病変を認め精査目的で当科紹介。胸腹部造影CTは、膀胱鉤部の不整腫瘍、多発肝腫瘍、多発リンパ節腫大、門脈主幹の狭小化・脾腫を認めた。また、胃体部を圧排する9cm大の巨大膀胱嚢胞が認められ、胃のSMT様病変は壁外性圧迫と考えられた。膀胱鉤部腫瘍の精査並びに膀胱嚢胞ドレーナージ目的で3月下旬入院。【入院時検査所見】WBC 1500/ $\mu$ l, Hb 12.3g/dL, Plt 14.3 $\times$ 10<sup>4</sup>/ $\mu$ l, AST 19 IU/l, ALT 17 IU/l, T-Bil 0.4mg/dl, Amy 107U/l, CRP 1.4mg/dL, IgG 2876mg/dl, IgG4 451mg/dl, ANA 160倍, DUPAN-2 760U/ml, Span-1 700 U/ml【経過】上腹部痛・食思不振の原因と思われる巨大膀胱嚢胞の経胃的なドレーナージが考慮されたが、第6病日に施行した腹部MRCPで膀胱嚢胞が著明に縮小していたため嚢胞ドレーナージは施行せず経過観察となった。膀胱嚢胞の縮小に伴い入院後食思不振・上腹部痛は徐々に改善した。第8病日には膀胱腫瘍の精査目的でEUS-FNAを施行した。画像所見では膀胱のびまん性腫大を認め、自己免疫性膀胱炎の存在も示唆された。膀胱FNAの病理結果は悪性所見を認めなかったが、悪性の可能性を否定しきれなかったため、第13病日に肝腫瘍に対し腫瘍生検を施行した。病理では中分化から低分化型の管状腺癌を認め、画像所見・腫瘍マーカーの上昇と合わせ、膀胱癌と診断した。また、採血でIgG, IgG4, ANAの上昇を認めたこと、CT上肝内胆管・総胆管の拡張が乏しく且つ胆管全体の不整な狭小化を認めたこと、さらにEUS所見も合わせ自己免疫性膀胱炎と診断した。自己免疫性膀胱炎に併発したIgG4関連硬化的胆管炎による胆管狭窄の改善を期待して入院中にPSLを30mg/dayから開始。膀胱癌に対しては根治的な手術の適応なく、脾腫によると思われる血球減少も認めたため化学療法の施行も困難と考えられ、緩和治療のみ施行する方針とした。【考察】自己免疫性膀胱炎と膀胱癌の鑑別はしばしば問題になるが、両者の同時合併例は稀であるため、文献的考察を加え報告する。

自己免疫性膀胱炎, 膀胱癌

NTT 東日本関東病院 消化器内科<sup>1)</sup>,

横浜市立大学医学部 消化器内科<sup>2)</sup>

落合一成<sup>1)</sup>, 藤澤聡郎<sup>1)</sup>, 香川幸一<sup>1)</sup>, 久富勘太郎<sup>1)</sup>, 窪田賢輔<sup>2)</sup>, 松橋信行<sup>1)</sup>

【目的】当院では2013年6月よりEUS-FNA施行時に細胞検査士が同伴して手技を行っている。今回後ろ向きに検討によりEUS-FNAにおけるon-site cytopathologist (OSC) の有用性を検討した。【方法】2011年1月から2014年4月までに施行されたEUS-FNA症例72例(男性41例, 女性31例)を対象とし、OSCの有無により患者背景、診断成績、偶発症等を比較した。【結果】全患者の解析では患者背景に有意な差は認められなかったが、OSC群でリンパ節穿刺が少なく胃粘膜炎腫瘍が増加していた。診断成績に関しては両群で細胞診または組織診における診断可能な検体の採取率、FNAにより診断が確定した確率、正診率等に差は認めなかったがOSC群で穿刺回数、検査時間の有意な減少が見られた。偶発症に関して統計的に有意ではなかったが、非OSC群で2例高Amy血症が見られたもののOSC群では明らかな偶発症は認めなかった。施行前後でのHb減少率、Amy増加率に差は認めなかった。対象をもっとも頻度の高い脾性腫瘍(49症例)に限って検討すると患者背景、病変の部位、に差は認めなかったが、全患者の検討と同様にOSC群で穿刺回数、施行時間の有意な減少が見られたが、偶発症に有意な差は認めなかった。最後に脾臓の病変を脾頭部と脾体尾部の2部位に分けて検討を行ったが、男性で脾頭部病変が多く、体尾部病変で腫瘍径が大きくなっていった。診断成績の比較では診断可能な組織採取率が体尾部で有意に採取率が高く、腫瘍径は体尾部の方が有意に大きく、施行時間が短くなっていった。【考察】EUS-FNAにおけるon-site cytopathologistは明らかな診断率の改善には繋がらなかったが、穿刺回数を減らし、施行時間を短縮することで、より安全にかつ患者の負担を軽減し得ると考えられた。

EUS-FNA, on-site cytopathologist

東京慈恵会医科大学付属病院 消化器・肝臓内科

古屋佳子, 菰池信彦, 五味優子, 菅原一朗, 西村 尚, 澤田亮一,  
水野雄介, 猿田雅之, 天野克之, 上竹慎一郎, 有廣誠二,  
田尻久雄

【症例】50歳台男性。1ヶ月前より腹部膨満感を自覚し徐々に増強するため近医を受診したところ大量腹水貯留を指摘され、精査加療目的に当院当科紹介入院となった。腹水細胞診で低分化型腺癌が検出され各種画像検査所見と併せて脾体部癌および癌性腹膜炎と診断した。腹水貯留による腹部膨満感と食思不振が強く、腹水軽減目的に、ループ利尿薬、カリウム保持性利尿薬、サイアザイド系利尿薬などを投与したが治療抵抗性であり血清ナトリウム値の低下も認められたため、症状緩和目的での頻回な腹腔穿刺ドレーナージを要した。頻回なドレーナージが生活の質(quality of life; QOL)の低下の一因と判断し、デンプレーション装置や腹水濾過濃縮再静注法なども治療選択肢として検討したが、患者の薬物治療希望も強いこと、適応疾患外のトルバプタンの使用に同意を得て、フロセミドとスピロノラクトンに加えトルバプタンを3.75mgから併用した。数日後より尿量は増加し腹部膨満感の自覚も軽減され経口摂取量も安定した。以後は腹腔穿刺ドレーナージを行うことなく、3ヶ月間外来経過観察し得ていた。また、同時期より切除不能進行膀胱癌としてS-1による全身化学療法を開始しているが、腫瘍マーカーは増加傾向であり現時点で奏功している印象は乏しく、癌性腹膜炎による症状緩和因子は化学療法よりも利尿薬と考えられた。【考察】トルバプタンは新しい利尿薬であり、その作用機序はバズプレニンV2受容体拮抗薬で水利尿を惹起させる。塩類利尿を伴わないため本症例でも低ナトリウム血症を悪化させることなく充分な利尿が得られたものと考えられる。この薬剤は、現在、癌性浮腫を対象として、有効性、薬物動態、薬力学的作用および安全性を検討する多施設共同非盲検用量検討試験(第2相試験)が運用されている段階である。癌性腹膜炎に対して新しい作用機序の利尿薬を使用することにより腹腔穿刺ドレーナージの回数や入院加療の頻度を低下させ、限られた予後の中でQOLを低下させず外来経過観察し得ている症例を経験し、今後の実地臨床に寄与する可能性があると考え報告する。

癌性腹膜炎, トルバプタン



## 17 HIV感染患者に発症した糞線虫症の1例

東海大学 医学部 内科学系 消化器内科  
中江浩彦, 五十嵐宗喜, 中村 淳, 築根陽子, 澤本佳奈,  
木嶋麻衣子, 内田哲史, 湯原宏樹, 小池 潤, 鈴木孝良,  
峯 徹哉

症例は56歳男性、カンボジア出身であり30歳頃日本に移住、40代の頃に日本へ帰化した。200X年よりHIV感染症に対し抗ウイルス療法が導入され、当院の総合内科に通院していた。201X年2月下旬に肺炎、喘息の診断で入院、抗菌薬治療などで改善し退院していた。2日後に再び呼吸困難を主訴に来院し、胸部CT検査にて肺野に結節影認め深在真菌症の診断で再入院となった。入院2週間後に心窩部痛、嘔吐を認め、腹部CT検査にて胃、十二指腸と上部小腸の拡張と液体貯留を認めたため当科紹介となった。麻痺性イレウスと診断し、イレウス管の挿入を行い保存的に治療し改善が認められた。しかし、心窩部痛が持続していたため上部消化管内視鏡を施行したところ、十二指腸球部はびまん性に浮腫状粘膜を呈し、上十二指腸角から下降部にかけて連続性に易出血性の潰瘍性病変による狭窄が認められた。十二指腸の生検検体より多量の虫卵を認め、糞線虫症と診断しイベルメクチンにて治療し軽快退院された。本邦における糞線虫症は沖縄など一部地域での報告例はあるが、その他の地域では稀であり、若干の文献的考察を加えて報告する。

糞線虫症, 内視鏡

## 18 診断に苦慮した腹膜中皮腫の一例

日本医科大学 武蔵小杉病院 消化器病センター<sup>1)</sup>,  
日本医科大学 消化器外科<sup>2)</sup>  
助川 誠<sup>1)</sup>, 鈴木英之<sup>1)</sup>, 前島顕太郎<sup>1)</sup>, 塙 秀曉<sup>1)</sup>, 坊 英樹<sup>1)</sup>,  
内田英二<sup>2)</sup>

症例は74歳の男性。2014年2月、夕方から夜間にかけての38度台の発熱を主訴に当院外来を受診した。血液検査上、著明な炎症反応上昇、ヒアルロン酸高値があり、腹部CTにて胃前面に長径80mm大の腫瘍性病変を認めた。上部消化管内視鏡検査では胃前庭部前壁に径14mmの粘膜下腫瘍様の壁外性圧排があり、悪性腫瘍の可能性も考えPET-CTを行ったところ、同部位でSUVmax=15.2と強いFDG集積を伴っていた。GISTもしくは悪性リンパ腫を疑い3月に腫瘍摘出術を施行した。腫瘍は胃小網に包まれるように存在しており、肝鎌状間膜、胃十二指腸小弯と癒着していた。腫瘍表面に播種と思われる結節が多数あり、また左上腹部腹壁にも結節を認めた。摘出腫瘍は病理検査にて悪性腹膜中皮腫と診断された。術後経過は良好で10日目に退院となった。現在まで明らかな再発所見等を認めていない。悪性中皮腫は体腔内面を広く覆う中皮細胞に発生する悪性腫瘍で、胸膜中皮腫が80%を占め、腹膜中皮腫は10~20%と報告されており比較的に稀な疾患である。腹膜中皮腫では、胸膜中皮腫に比べアスベスト曝露歴を有する比率は少ないが、高濃度曝露での発生が多いとされている。腹膜中皮腫では根治的手術は困難であり化学療法を施行されることが多いが、治療法は確立されておらず予後不良である。今回我々は発熱を主訴とした悪性腹膜中皮腫の一例を経験したので若干の文献的考察を交えて報告する。

腹膜中皮腫, 中皮腫

## 19 全身性エリテマトーデスに対するステロイドパルス療法後に発症した腸管気腫症の一例

日本医科大学消化器内科学  
恩田 毅, 江原彰仁, 鮑本哲兵, 秋元直彦, 大森 順, 小杉友紀,  
鈴木将大, 馬東康太郎, 遠坂由紀子, 春日裕介, 三井啓吾,  
米澤真興, 田中 周, 辰口篤志, 藤森俊二, 坂本長逸

【症例】16歳、女性【主訴】腹痛、腹部膨満感、嘔気【現病歴】全身性エリテマトーデス(SLE: systemic lupus erythematosus)の精査加療目的で当院小児科に入院となり、3回のステロイドパルス療法後に退院。退院3日後に腹痛、腹部膨満感、嘔気が出現し再入院となり、当科に紹介受診となった。【既往歴】SLE、過敏性腸症候群、逆流性食道炎【入院時現症】意識清明、血圧98/48mmHg、脈拍64/分、体温36.2℃、眼結膜:貧血・黄疸無し、胸部:ラ音・心雑音無し、腹部:腸蠕動音減弱、平坦・軟、軽度圧痛あり、反跳痛なし、筋性防御なし【検査所見】腹部X線・CTで腸管の拡張と腸管壁に沿った気腫像あり、血液データは軽度貧血(Hb10.9g/dl)以外に特記すべき所見なし。【経過】X線・CTより腸管気腫症(PCI: pneumatosis cystoides intestinalis)と診断し、禁食とMetronidazole(MNZ)1500mg/日とKanamycin(KM)1200mg/日による治療を開始したところ、腹部症状は数日にて著明に改善し、腹部X線で腸管の気腫像が消失した。SLEに対しその後もプレドニゾロン5mgの継続投与が必要であったためKMを併用したところ、約7か月経過しているがPCIの再燃は認めていない。【考察】PCIは腸管壁内の粘膜下層や漿膜下層を中心に多発性の含気性気腫を形成する疾患で、原因は諸説あり膠原病やステロイドもPCIを誘発させるといわれている。治療は原因薬剤の中止や高圧酸素療法、MNZ投与などが一般的である。本来ならばステロイド中止が望ましいのだが、本症例ではSLEに対しステロイド少量持続が必要であった。今回我々はSLEに対するステロイドパルス療法後に発症したPCIに対しMNZとKMで加療を行い、さらにステロイド継続投与に対しKMを併用することでPCIが再発なく良好な経過が得られている稀少な症例を経験したので報告する。

腸管気腫症, 全身性エリテマトーデス

## 20 CA19-9産生性中咽頭扁平上皮癌が腹膜播種をきたした一例

関東労災病院 消化器内科  
中崎余都子, 林 栄一, 嘉戸慎一, 金子麗奈, 原 浩二, 金 民日,  
草柳 聡, 小川正純, 佐藤 譲

症例は71歳男性。左頸部腫脹を主訴に他院受診。中咽頭癌が疑われ当院耳鼻科初診となった。左頸部はリンパ節が一塊となって腫脹しており、同部位のリンパ節吸引細胞診より中咽頭扁平上皮癌と診断し、加療目的に入院となった。初診時より頻回の嘔吐を認め、腹部CTで腹膜播種および十二指腸水平脚での狭窄と著明な胃拡張を認めた。血中CEA 370ng/ml, CA19-9 31939.4U/mlと腺癌マーカーが異常高値を示していたため重複癌による腹膜播種の可能性が疑われ、精査加療目的に当科転科となった。上部消化管内視鏡検査では閉塞部の十二指腸粘膜面は保たれており、腸管外からの圧排による閉塞が示唆された。腸閉塞からの大量嘔吐による誤嚥性肺炎を併発し、全身状態は急速に悪化した。入院15日目に死亡し、病理解剖となった。剖検の結果、十二指腸閉塞の原因は癌性腹膜炎に伴うTreitz靱帯の肥厚によるものと診断した。腹膜播種病変からは中咽頭より発生した扁平上皮癌細胞と同様の扁平上皮癌が確認された。免疫染色でCA19-9陽性を呈し、CA19-9産生性扁平上皮癌と診断した。中咽頭癌から腹膜播種をきたした報告例は非常に少なく、転移経路も不明である。また、CA19-9産生性扁平上皮癌の報告例は極めて珍しく、食道扁平上皮癌や喉頭扁平上皮癌で過去に数例の報告を認める程度である。今回、貴重な一例を経験したため若干の文献的考察を加えて報告する。

扁平上皮癌, CA19-9

## 21 腹部食道腸管の1例

順天堂大学医学部附属練馬病院総合外科  
春山優理恵, 伊藤 謙, 関根悠貴, 秋本瑛吾, 雨宮浩太, 村田 舞, 藤田翔平, 川野文裕, 大森 聡, 宮野省三, 町田理夫, 北昌俊明, 児島邦明

症例は50歳男性。嚥下時の違和感、心窩部の圧迫感を主訴に当院受診。以前より人間ドックで縦隔腫瘍を指摘されていたが、来院3週間前より上記症状が出現した。上部消化管内視鏡検査にて、下部食道と胃穹窿部に壁外性の圧排所見が認められたが、粘膜面には異常所見は認められなかった。胃透視検査にても同様の所見が認められた。胸腹部CT検査にて、下部食道後壁と胃穹窿部小弯側に、食道裂孔を通じて連続性のある約7cm大のダンセル型の腫瘍が認められた。造影MRIでは腫瘍は筋層もしくはそれよりも外側に位置しているように見えた。超音波内視鏡検査を行い、食道壁から発生する病変と診断し、食道嚢胞の診断に対して手術の方針となった。いずれの画像検査においても食道との交通を示唆する所見は認めなかった。腹腔鏡下で手術を施行し、まず腹腔内側の胃穹窿部にある嚢胞を、一部胃壁を合併切除する形で摘出した。次に腹腔側から食道裂孔を通して縦隔内へアプローチし、下部食道の嚢胞を切除。腹腔内で胃壁を縫合した後、術中内視鏡を施行して粘膜面から損傷のないことを確認し、さらに漿膜筋層の修復を加えた。術中迅速診断では腫瘍も悪性所見は認めなかった。術後経過は良好で、術後9日目に退院となった。病理組織診断で、嚢胞壁は2層の平滑筋繊維で構成され、内腔は多列線毛上皮で覆われており、硝子軟骨を有していないことから、食道重複嚢胞の診断となった。嚢胞の内容物は、粘調度の高い濃緑色の液体で粘液と診断した。嚢胞壁の一部に出血とヘモジリン析出があり、何らかの要因で嚢胞内に出血が起こり、症状が出現したと考えられた。今回、我々は稀な食道重複嚢胞を経験し、切除し得たため、若干の文献的考察を加え報告する。

重複腸管, 胸部圧迫感

## 22 食道壁内偽憩室症の経過中に食道カンジダ感染を伴い食道癌を発症した1例

筑波大学消化器内科<sup>1)</sup>, 同 光学医療診療部<sup>2)</sup>  
小玉夏美<sup>1)</sup>, 金子 剛<sup>1)</sup>, 俣野大介<sup>1)</sup>, 田島大樹<sup>1)</sup>, 瀬山佑亮<sup>1)</sup>, 江南ちあき<sup>1)</sup>, 遠藤杜登<sup>1)</sup>, 今西真実子<sup>1)</sup>, 寺崎正彦<sup>1)</sup>, 山田武史<sup>1)</sup>, 山本祥之<sup>1)</sup>, 奈良坂俊明<sup>3)</sup>, 鈴木英雄<sup>3)</sup>, 松井裕史<sup>3)</sup>, 溝上裕士<sup>2)</sup>, 兵頭一之介<sup>1)</sup>

症例は78歳女性。1999年頃より嚥下困難感が出現し、次第に増悪した。精査目的に2000年当院紹介受診した。食道造影では憩室様の突出像を認めた。上部消化管内視鏡検査では食道狭窄を認め、食道壁内偽憩室症、食道カンジダ感染と診断され抗真菌薬内服で症状軽快し外来経過観察されていた。1年ごとに内視鏡検査施行され狭窄部位より組織生検施行されていたが炎症所見を認めるのみであった。2014年1月頃より嚥下困難感の増悪を認めたため上部消化管内視鏡検査施行したところ頸部食道から上部食道にかけての狭窄部位の悪化、食道カンジダ感染を認めた。組織生検を施行したところ、食道癌と診断された。胸部造影CTでは頸部食道から上部食道にかけてびまん性に不整な壁肥厚、気管食道瘻、リンパ節腫大を認めたが、食道癌による変化あるいは慢性炎症による変化なのか判断出来なかった。上部消化管内視鏡検査でも病変の広がりには不明であり、狭窄部位や気管食道瘻を形成している部位からの組織生検を繰り返したが炎症所見を認めるのみであり、外科的加療・放射線加療は困難と考えられた。食道ステント・気管ステント等の姑息的治療も困難であり、肥厚した食道壁による気管の後方からの圧排の進行により徐々に呼吸状態悪化し死亡した。食道壁内偽憩室症は、1960年Mendらによって報告された稀な疾患で、食道に憩室様病変が多発し狭窄症状を来することが多い疾患である。病因は不明だが、化学的刺激や感染に伴う慢性炎症との関連も報告されている。本例のように長期間にわたる経過観察中に食道癌を発症した例は稀であり、若干の文献的考察を交えて報告する。

食道壁内偽憩室症, 食道癌

## 23 胃癌術後11年目に全身の著明なリンパ行性転移が明らかとなった一例

独立行政法人 国立病院機構 水戸医療センター  
佐藤大幹, 石田博保, 山口高史, 吉田茂正, 伊藤有香, 下山田雅弘, 佐藤雅志

症例は46歳、男性。2001年10月に胃角部iic病変に対して幽門側胃切除術(D1郭清)を施行した。病理では0-iic, 23x12mm, por2>tub2, T1b(SM), ly2, v0, N2, H0, P0でStageIIAであった。術後よりMTX+5-FU療法を行い、術後6年まで経過をみていたが再発を認めなかった。2011年秋頃から下腹部膨隆と左側頭部腫瘍を自覚、2012年春頃から両下腿浮腫を認めていたが放置していた。2012年7月左側頭部皮下腫瘍を近医で摘出したところsignet ring cell carcinomaの診断となり当科へ紹介となった。残胃底部から体部前後壁に連続性のないiia+iic病変を3カ所認め、同部生検診断はいずれもadenocarcinoma(sig-por)であった。CTでは頭部の皮下軟部組織に多発転移を疑う病変を認めた。また後腹膜転移を認め、これが下腿のリンパ流の鬱滞を招くことで下腿浮腫及び下腹部膨隆をきたしていたと考えられた。TS-1+CDDP療法を開始し12ヶ月間はRECIST評価は治療効果判定SDを維持していたが、CA19-9の上昇とともに後腹膜病変の増大を認め治療効果判定PDとなった。2013年12月には癌性髄膜炎を発症、髄腔内化学療法(MTX+Ara-C)を施行したが、2014年1月播種性血管内凝固症候群を合併し死亡した。剖検では印環細胞癌を伴う低分化腺癌の全身へのリンパ行性転移が著明であり、原発巣はpor2を主体とした2001年の胃癌が考えられた。残胃に散在する早期胃癌病変についても、胃癌の壁内転移を第一に疑った。文献的考察も加味し報告する。

胃癌, 再発

## 24 範囲診断に苦慮したH.pylori除菌後早期胃癌の2例

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<sup>1)</sup>, 日本医科大学消化器内科学<sup>2)</sup>, 慶應義塾大学医学部病理学教室<sup>3)</sup>, 慶應義塾大学病院内視鏡センター<sup>4)</sup>  
鮑本哲兵<sup>1,2)</sup>, 後藤 修<sup>1)</sup>, 木下 聡<sup>1)</sup>, 相良誠二<sup>1)</sup>, 藤本 愛<sup>1)</sup>, 落合康利<sup>1)</sup>, 西澤俊宏<sup>1)</sup>, 中村理恵子<sup>1)</sup>, 浦岡俊夫<sup>1)</sup>, 大森 泰<sup>1)</sup>, 緒方晴彦<sup>4)</sup>, 亀山香織<sup>3)</sup>, 坂本長逸<sup>2)</sup>, 矢作直久<sup>1)</sup>

【背景】慢性胃炎に対するH.pylori(HP)除菌の保険収載に伴って異時多発癌の減少が期待される一方、除菌により背景粘膜の環境が変化する結果、腫瘍の検出が困難になる可能性も危惧されている。今回我々は、HP除菌後早期胃癌に対するESDに際して範囲診断に苦慮した2例を経験したので報告する。【症例1】十二指腸潰瘍に対してHP除菌後の66歳男性、胃体下部小弯に約25mm大の0-IIa(tub1)を指摘された。NBI拡大観察では病変境界が不明瞭であったため、酢酸+インジゴカルミンによる色素観察を参考に切除範囲を広めに設定してESDを行った。病変は切除範囲内に含まれ治癒切除が得られたが、実際の腫瘍の範囲は想定されたものと大きく乖離していた。【症例2】慢性胃炎に対してHP除菌後の87歳男性、胃角部後壁に約7mm大の0-IIc(tub1)を認めた。NBI拡大観察で腫瘍は陥凹部のみと判断されたが、酢酸+インジゴカルミンによる色素観察では陥凹部を含む20mm大の染まりぬけを認めたため、それを切除範囲に設定しESDを行った。治癒切除であったが、陥凹部を大きく超えて腫瘍を認め、NBI拡大観察にて非腫瘍、色素観察で染まりぬけを認めた部位に広く進展していた。【結語】除菌に伴って胃粘膜の炎症が改善されることで、腫瘍境界が不明瞭化する可能性が示唆された。HP除菌後に診断された早期胃癌においては複数の診断法を組み合わせ慎重に範囲診断を行う必要があると思われた。

早期胃癌, 除菌後



東邦大学医療センター大森病院消化器内科

天沼 誠, 廣瀬元彦, 土方一範, 佐藤 綾, 乾山光子, 松清 靖, 小野真史, 土門 薫, 宅間健介, 平野直樹, 岡野直樹, 五十嵐良典, 住野泰清

【背景】十二指腸憩室は消化管憩室のうち大腸憩室について頻度が高く、消化管造影検査で約1~10%、剖検例では約20~37%で認められる。十二指腸憩室は筋層を持たない仮性憩室がほとんどであり、存在部位としては約70~80%が下行部内側に存在している。一般に十二指腸憩室は臨床的意義が小さいと言われており、出血、穿孔は稀である。しかし、出血や穿孔が起こると治療に難渋することが少なくない。今回、十二指腸憩室出血に対してクリッピング術にて止血し得た症例を経験したので報告する。【症例】83歳女性。10年以上前から非ホジキンリンパ腫が寛解状態となっている。発作性心房細動に対してリバーロキサパンを内服している。2014年5月11~12日にかけて水様の黒色便を認めた。腹痛などのその他の随伴症状は認めなかった。5月14日に当院血液内科定期受診した際にHb 6.9と低値であったことから上部消化管出血が疑われて当科紹介受診した。緊急上部消化管検査を施行したところ、主乳頭より肛門側に、辺縁に凝血を伴う約15mm大の憩室を認めた。付着した凝血を剥がすと噴出性の出血を認め、クリッピング術を施行し、止血をえた。その後全身状態は改善し、内視鏡的に完全に止血されていた。【結論】十二指腸憩室出血に対しては本邦では内視鏡的治療が最も多いが、内視鏡的に止血が困難であった場合にはIVRや外科的切除などを行うことがある。今回はクリッピング術にて止血を得られた1例を経験したので報告する。

十二指腸憩室出血, クリッピング術

東京警察病院

丹下徹彦, 中田和智子, 田村直樹, 徳山信行, 八木岡浩, 須山由紀, 小椋啓司

【症例】S状結腸癌術後、膀胱癌放射線治療後、早期胃癌 (tub1) 内視鏡的粘膜下層剥離術 (治癒切除) 後の86歳男性。200X年に黒色便を主訴に当院救急外来を受診し、加療目的に入院となった。入院後初回の上部消化管内視鏡検査 (以下GF) で胃体下部前壁および胃体中部小彎後壁側にstageA2の潰瘍性病変を認め、胃内に血液はなく、潰瘍底に明らかな露出血管は認められなかったため内視鏡的止血術は行わず、絶食とPPI製剤の経静脈的投与にて保存的加療を行った。尚、*Helicobacter pylori* 除菌成功後であり、明らかなNSAIDs服用歴は聴取されなかった。第5病日に行ったフォローアップのGFで潰瘍の治癒傾向を確認し、第6病日から流動食を開始した。その後経過良好であり第10病日に退院となった。第55病日に行ったGFではいずれの潰瘍も瘢痕化していた。潰瘍瘢痕部位の病理組織検査の結果はいずれもgroup2であり、adenomaを否定できないとの所見であった。本症例は胃癌内視鏡後、胃腺腫を2病変指摘されており、今回出血した潰瘍性病変は以前から指摘されていた腺腫と同部位に位置しているため、胃腺腫に潰瘍性病変が発生した可能性が考えられた。【考察】胃腺腫が経過観察される際、大きさや形態、色調の変化についてはしばしば注目されるが、潰瘍性病変の合併については報告も少なく、成因や意義は不明である。今回の症例は2つの腺腫と同時に潰瘍を合併したものと思われ、その機序に興味を持たれる。また、潰瘍性病変は急性発症し出血を合併する場合は時に致命的ともなり得るため、病態の解明が望まれる。今後同様の症例の集積ならびに研究の進展が必要である。【結語】胃腺腫に胃潰瘍を合併した稀少かつ示唆に富む一例を経験した。

胃腺腫, 胃潰瘍

大森赤十字病院 消化器内科

須藤拓馬, 後藤 亨, 諸橋大樹, 井田智則, 千葉秀幸, 高橋昭裕, 鶴田晋祐, 関志帆子, 芦荻圭一, 河野直哉, 栗原大典

腹部内臓動脈瘤は比較稀な疾患であるが、近年の画像診断の発達に伴い報告例は増加している。今回我々は、腹腔動脈瘤を合併した右胃動脈瘤の破裂に対して、コイル塞栓術を施行した症例を経験したので報告する。症例は57歳の男性。2014年2月中旬に意識消失と上腹部痛を主訴に当院へ救急搬送された。血液検査所見では、Hgb11.9mg/dlと軽度の貧血を認めた以外は特記すべき所見は認めなかった。単純CTでは胃背側に腫瘍性病変を認め、腹腔内にやや高輝度の腹水を認めた。第3病日に施行した造影CTでは、右胃動脈に6mm大の動脈瘤を認め、これが破裂したことによる胃背側の血腫と血性腹水であることが疑われ、また腹腔動脈にも瘤および瘤の前後の動脈の狭窄を認めた。瘤からの造影剤の流出は認めなかったが、再破裂予防的に第3病日にコイル塞栓術を施行した。腹腔動脈から血管造影を行ったところ、腹腔動脈及び、右胃動脈遠位に動脈瘤を認めた。総肝動脈からの造影では右胃動脈が描出されず、右胃動脈への血流は左胃動脈から逆向性に流れていると考えられた。これは、腹腔動脈瘤から出ている総肝動脈と脾動脈へと続く動脈の狭窄による血流異常に起因する可能性が疑われた。右胃動脈の動脈瘤より遠位までマイクロカテーテルを進め、瘤の遠位から近位にかけてコイル塞栓を行った。コイル塞栓後の腹腔動脈からの血管造影では、瘤は描出されなかった。コイル塞栓以降は貧血改善し、CTでも血腫の減少を認め、第8病日に退院となった。以降も再破裂は認めていない。右胃動脈瘤形成の原因は、腹腔動脈瘤から出ている動脈の狭窄による血流異常に起因する可能性の他に、過去に転落事故で腹部を強打したことがあることから外傷性の可能性も考えられたが、明らかな原因は不明であった。腹腔動脈瘤を合併した右胃動脈瘤の破裂の症例は医中誌でも報告例がなく、大変貴重な症例と考え報告した。

腹部内臓動脈瘤, 右胃動脈瘤破裂

横浜市立みなと赤十字病院 消化器内科<sup>1)</sup>, 同 外科<sup>2)</sup>,同 病理部<sup>3)</sup>, 東京医科歯科大学大学院 消化器内科<sup>4)</sup>金城美幸<sup>1)</sup>, 永山和宜<sup>1)</sup>, 安田圭吾<sup>1)</sup>, 渡辺 翔<sup>1)</sup>, 浅川剛人<sup>1)</sup>,高浦健太<sup>1)</sup>, 小橋健一郎<sup>1)</sup>, 池宮城秀和<sup>1)</sup>, 深見裕一<sup>1)</sup>, 先田信哉<sup>1)</sup>,有村明彦<sup>1)</sup>, 杉田光隆<sup>2)</sup>, 熊谷二郎<sup>3)</sup>, 渡辺 守<sup>4)</sup>

【背景】消化管間葉系腫瘍 (gastrointestinal stromal tumor: GIST) は消化管粘膜下腫瘍で最も多い。肝転移をきたすが、肝膿瘍を合併した症例は少ない。今回、肝膿瘍を契機に空腸GISTを診断した1例を経験した。【症例】診断時65歳の男性。X年9月に全身倦怠感と発熱を主訴に他院を受診し、肝膿瘍と診断され経口抗菌薬が投与された。この際、小腸に腫瘍性病変が疑われたが症状が改善したため精査に至らず、中断していた。症状が再燃しX年12月に同施設を経て当院に紹介された。既往に陳旧性心筋梗塞があるが心不全はない。【入院時所見】身体所見では体温38.3℃の他、腹部も圧痛・腫痛などの異常を認めなかった。検査所見ではCRP 22.9mg/dl、WBC 17200/μl、AST 43 IU/l、ALT 48 IU/l、ALP 414 IU/l、γ-GTP 128 IU/l、赤痢アメーバ抗体陰性、各種腫瘍マーカー陰性であった。画像では肝右葉に7cm大と6cm大の内部に隔壁を有する辺縁早期造影効果を呈する氈環型の腫瘍影を認め、交通していると判断した。MRCPで胆道との交通はないと判断した。また左下腹部に7cm大の濃染する腫瘍を認め、内部に空気像を呈していた。膿瘍の細胞診は陰性、培養ではS. milleriが検出された。以上より肝膿瘍と小腸腫瘍と診断し、抗菌薬とドレナージによる肝膿瘍の治療を先行し速やかに解熱、第33病日に膿瘍ドレナージを抜去した。その後外科により小腸部分切除が行われた。Treitz靱帯から130cmの空腸に潰瘍面を有し、壁外発育傾向の強い7cm大の腫瘍を認め切除、c-kitおよびCD34陽性で小腸GIST (intermediate risk) と診断した。現在まで5年以上経過観察中だが、PET/CTを含め再発所見はない。【考案】小腸GISTが肝膿瘍を伴った国内報告例は本例を含めて15例と僅少であった。本例では口腔内常在菌が空腸の潰瘍面から経門脈的に肝膿瘍を形成したと考えられた。肝膿瘍と消化管病変の併存を念頭に置いた診療が肝要と考えられた。

小腸消化管間葉系腫瘍, 肝膿瘍

河北総合病院 内科<sup>1)</sup>, 同 消化器内科<sup>2)</sup>  
 島田高幸<sup>1)</sup>, 五十嵐裕章<sup>2)</sup>, 林田憲正<sup>1)</sup>, 中村 浩<sup>2)</sup>, 土家 清<sup>2)</sup>,  
 山下浩子<sup>2)</sup>, 尾形逸郎<sup>2)</sup>

【目的】当院における急性出血性直腸潰瘍 (acute hemorrhagic rectal ulcer: AHRU) の臨床的特徴および再出血のリスクについて検討した。【対象と方法】2009年1月～2013年12月に内視鏡的に診断された38例のAHRUを対象とした。炎症性腸疾患や放射性直腸炎など他の腸疾患合併例は除外し、患者背景、発症時期、再出血のリスクについて検討した。【結果】平均年齢は81.2歳で男女差はなく、9割以上がPerformance Status 3, 4のADL低下例であった。また、発症時の血清アルブミン値の平均は3.0g/dlで低栄養状態の症例が多かった。血流障害や低栄養など発症機序が似ている褥瘡の併発例は6例であった。原疾患は大腿骨頸部骨折などの整形外科疾患や脳血管障害が多く、併存疾患では慢性腎不全が15%と比較的多かった。AHRUの発症時期は入院後平均15日であり、中央値13日であった。再出血リスクについて検討したところ、血小板数やINRについては止血例と再出血例で有意差は認めなかったが、血清アルブミン値について再出血例は止血例と比較して有意に低値であった。【結語】AHRUは重篤な基礎疾患を有するADL低下した高齢者に多く認められ、褥瘡との関連も示唆される。低アルブミン血症は再出血の予測因子になりうるため、低栄養状態である患者に対しては特に栄養状態の改善を図り、また体位変換を心がけていく必要がある。

急性出血性直腸潰瘍, 再出血

東京女子医科大学八千代医療センター 消化器内科<sup>1)</sup>,  
 同 内視鏡科<sup>2)</sup>  
 韓 内希<sup>1)</sup>, 白戸 泉<sup>1)</sup>, 光永 豊<sup>1)</sup>, 吉田周平<sup>1)</sup>, 戸張真紀<sup>1)</sup>,  
 島田昌彦<sup>1)</sup>, 西野隆義<sup>1)</sup>, 田形倫子<sup>2)</sup>, 濱野徹也<sup>2)</sup>, 光永 篤<sup>2)</sup>

【症例】71歳女性【現病歴】2011年4月血便を主訴に当院を紹介受診し、下部消化管内視鏡検査で全結腸に血管透視の消失を認め、病理学的所見と併せて全大腸炎型潰瘍性大腸炎と診断した。同年6月より経口5-ASA製剤、ステロイド内服による寛解導入を行い、症状は改善したがステロイドの漸減により再燃したため、2012年12月より血球成分除去療法 (CAP) を開始した。またこの時サイトメガロウイルス抗原が陽性であったためガンシクロビルの点滴静注も行い軽快した。ステロイド依存例として寛解維持のためアザチオプリンの内服も開始した。2013年1月再度再燃ありタクロリムスを導入したが、寛解には至らず、腎機能障害も出現したため3月に中止した。この時点で手術の選択肢も示しながらインフリキシマブを開始した。1回目の投与の後、1日15回以上の血便と39度の発熱を認め、ほぼ劇症型に準じたところまで症状の悪化があり手術も考慮したが、本人と相談し2回目の投与後に効果判定をする方針となった。絶食、高カロリー輸液として2週間目の第2回投与を迎えた。投与後3日目には解熱、排便回数の改善がありその後寛解に至り、現在まで8週間隔での定期投与にて寛解を維持している。【考察】本症例では初診時の臨床的重症度は中等症であったが、ステロイドの減量で容易に再燃するステロイド依存例であり、CAPやアザチオプリン、タクロリムスなどの免疫調整剤を使用するも容易に再燃する寛解維持が困難な難治症例と考えられた。インフリキシマブは2010年6月から潰瘍性大腸炎にも保険適応となり、ステロイド抵抗・依存例の中等症～重症例に使われるようになり、寛解導入に加えて寛解維持の効果も期待されている。一方、劇症例についてはシクロスポリンの持続静注あるいは外科的治療が選択されることが多いが、今回劇症型に準じた潰瘍性大腸炎症例でインフリキシマブが効果を示した。重症難治症例の潰瘍性大腸炎にインフリキシマブが著効し手術を回避できた症例を経験したので報告する。

潰瘍性大腸炎, インフリキシマブ

埼玉医科大学病院 消化器内科・肝臓内科  
 齊藤陽一, 中山伸朗, 岡 政志, 塩川慶典, 内田義人, 藤井庸平,  
 繁田貴博, 打矢 紘, 平原和紀, 近山 琢, 中澤 学, 安藤さつき,  
 菅原通子, 中尾将光, 本谷大介, 稲生実枝, 今井幸紀,  
 持田 智

46歳, 男性。クローン病に対して4年前よりブレドニゾロン10mg/日とメサラジン3,000mg/日の投与を開始したが、イレウスと穿孔を併発して小腸部分切除術が施行された。術後にブレドニゾロンは中止し、QFT陰性、ツベルクリン反応陰性、胸部単純撮影で活動性結核を否定してアダリムマブを開始した。排便は1日2行程度で微熱も消失し、CDAIは73点で非活動期となった。しかし、開始6ヶ月後には咳嗽が出現し、37℃台の微熱は再燃した。胸部単純撮影で右上肺野に空洞病変を伴う浸潤影が観察され、ガフキー陰性、PCRと培養検査でM. intracellulare陽性が検出され、非結核性抗酸菌肺炎と診断した。クラリスロマイシン800mg/日、エサンブトール750mg/日、リファンピシン450mg/日の併用療法で右上肺野の陰影は縮小した。アダリムマブの市販後全例調査では1,700例中1例で結核が認められたが、非結核性抗酸菌症の報告はない。しかし、リウマチ領域では結核検査が陰性で非結核性抗酸菌が陽性の症例が報告されており、炎症性腸疾患の領域でも注意すべきと考えられた。

アダリムマブ, 非結核性抗酸菌症

埼玉医科大学総合医療センター 消化器肝臓内科  
 寺井悠二, 加藤真吾, 藤田徹郎, 荒井亮士, 大塚武史, 細見英里子,  
 高橋正朋, 小林泰輔, 林健次郎, 青山 徹, 長船靖代, 可見和仁,  
 知念克也, 宮城直也, 山本龍一, 大野志乃, 名越澄子,  
 屋嘉比康治

【目的】潰瘍性大腸炎患者は自己免疫性膵炎の合併も多く、膵酵素異常をきたした場合にはその診断には苦慮する場合がある。今回、われわれは高アミラーゼ血症をきたし、膵酵素異常の鑑別に苦慮した1例を経験したので報告する。【症例】74歳、男性。主訴：血便。既往歴：40歳バセドウ病、71歳脳梗塞。現病歴：2013年1月より血便を認め、大腸内視鏡検査にて全大腸炎型の潰瘍性大腸炎との診断となり、pH依存型メサラジン、アザチオプリン、ブレドニゾン (PSL) 5mgによる加療にて一時改善するも、4月より労作時呼吸困難を自覚し、pH依存型メサラジンによる薬剤性間質性肺炎にて中止とし、肺炎は改善。その後、当院に紹介となった。潰瘍性大腸炎も寛解導入となり、PSLを減量するも、8月の採血にてアミラーゼ672IU/L (p-アミラーゼ407IU/L) と高値を認め、アザチオプリンによる膵酵素異常の疑いにて中止するも膵アミラーゼは減少せず。CT・MRIにて膵炎の所見なく、腹痛もなかった。その後、PSL中止とともに再燃入院となる。入院後、intensive GCAP療法にて寛解導入にいたるも、血清アミラーゼ値は低下せず、アミラーゼアイソザイム検査にてマクロアミラーゼ血症の診断を得た。その後、GCAP終了後から再燃し、タクロリムス導入するも腎機能異常にて継続困難となり、現在、アダリムマブにて寛解導入療法を行っている。【結語】高アミラーゼ血症をきたした場合には、薬剤性の膵酵素異常も考えられ、薬剤投与で苦慮した症例を経験したので若干の文献的考察も加え報告する。

高アミラーゼ血症, 潰瘍性大腸炎



聖マリアンナ医科大学病院 消化器・肝臓内科<sup>1)</sup>,  
同 消化器・一般外科<sup>2)</sup>  
五十嵐洋介<sup>1)</sup>, 松尾康正<sup>1)</sup>, 川島重貴<sup>世1)</sup>, 佐藤義典<sup>1)</sup>, 池田佳子<sup>1)</sup>,  
石郷岡晋也<sup>1)</sup>, 小澤俊一郎<sup>1)</sup>, 細谷浩介<sup>1)</sup>, 山下真幸<sup>1)</sup>, 前畑忠輝<sup>1)</sup>,  
山本博幸<sup>1)</sup>, 安田 宏<sup>1)</sup>, 伊東文生<sup>1)</sup>, 大坪毅人<sup>2)</sup>

【症例】80歳女性【主訴】胸部違和感【現病歴】2014年4月某日夕食時にふり大根を摂取後に胸部違和感を自覚したため近医循環器内科を受診したが心電図等に異常を認めなかった。5日間症状が持続するため総合病院消化器内科を受診し、上部消化管内視鏡を施行したところ胸部食道に深く刺入している魚骨を確認した。CT所見上魚骨の腹側は心臓近傍、背側は大動脈近傍に先端が位置していた。同院では内視鏡的除去が困難と判断され当院に緊急搬送となった。【入院後経過】魚骨の両端は鋭であり周囲臓器に隣接しており穿孔や動脈損傷をきたす可能性があると考えられたため、全身麻酔下で外科待機の下に内視鏡的異物除去の方針となった。内視鏡先端に透明フードを装着し食道へ挿入すると切歯27cmに魚骨の両端が左前壁、右後壁の食道壁にそれぞれ深く刺入され、周囲粘膜は浮腫状に隆起していた。魚骨中央を鉗口型把持鉗子で把持し前壁方向へスライドさせると後壁方向の刺入部から魚骨が外れた。魚骨の端を把持しなおし慎重にフード内へ引き込んだ状態でスコープを抜去し魚骨を回収した。摘出後は刺入部に潰瘍を認めるのみで穿孔の所見はなかった。絶食、経鼻胃管を挿入、PPI、抗菌薬の投与で保存的に治療した。入院後第3病日の食道造影検査で穿孔を認めず飲水を開始した。第5病日の上部消化管内視鏡では魚骨の刺入部は浅い潰瘍、びらんになっていた。同日施行した造影CTでは魚骨刺入部周囲に膿瘍形成などは見られなかったため流動食を開始した。経過良好にて第12病日に退院となった。【考察】本症例においては魚骨刺入部位が心臓と大動脈の近傍であり、魚骨の先端が鋭利であったため動脈損傷の危険性があった。このような危険性が高い症例における異物除去は、外科医の立会いと慎重な内視鏡的操作が必要であると考えた。若干の文献的考察を加えて報告する。

食道, 異物

東海大学 医学部 消化器外科  
矢々崎秀彦, 富奥美藤, 中村健司, 宮北寛士, 鍋島一仁, 中郡聡夫,  
小澤壮治, 貞廣莊太郎, 安田聖崇

CDDPが低Na血症を引き起こす病態にはSIADHが代表的であるが、稀な病態として塩類喪失症候群 (Renal Salt wasting Syndrome: RSWS) がある。この2つの病態は治療法が異なるため鑑別が重要である。今回CDDP投与後に、RSWSにより低Na血症を来した症例を経験したので報告する。症例は60歳女性。傍大動脈リンパ節転移を伴う胃癌であったが、出血コントロール目的に胃全摘術D1郭清を行った。術後はS-1を開始し、その後S-1+CDDPへ変更した。CDDP投与日の前日より維持液による補液を行った。CDDPを投与した翌日に、痙攣、意識障害、四肢の脱力、右共同偏視が出現した。入院時は血清Na146mEq/L、Alb3.5g/dl、Hb9.6g/dl、Ht29.6%であったが、痙攣出現時は血清Na126mEq/L、Alb4.3g/dl、Hb11.8g/dl、Ht32.7%、FENa1.1%、 $\beta$ 2ミクログロブリン2.8ml/Lであり、循環血漿量低下を伴う低Na血症を呈していた。また、MRI FLAIR画像では両側後頭葉・頭頂葉皮質下白質を中心に高信号を認めた。これはCDDPによる薬剤性白質脳症と診断した。Na補充と細胞外液を中心とした補液を開始したところ、意識レベルは当日のうちに速やかに改善した。CDDPによる低Na血症の原因は、RSWSまたはSIADHが鑑別に挙がる。本症例では脱水があったこと、Na補充と補液により速やかに症状の改善を認めたこと、低Na血症が存在するにもかかわらず尿中Na排泄が亢進していたこと、 $\beta$ 2ミクログロブリン高値で尿細管障害があったことなどにより、RSWSによる低Na血症と診断した。

胃癌, 塩類喪失症候群

杏林大学 外科(消化器・一般)  
山岸夢希, 橋本佳和, 小島洋平, 近藤恵里, 横山政明, 大木亜津子,  
竹内弘久, 長尾 玄, 鈴木 裕, 松岡弘芳, 阿部展次, 正木忠彦,  
森 俊幸, 杉山政則

症例は72歳女性。頻回の嘔吐を主訴に来院した。腹部は平坦軟、圧痛なし。胸部単純写真で右横隔膜上に消化管ガスを認め、以前より指摘されている食道裂孔ヘルニアが嘔吐に関与している状況が考えられた。腹部CTでは胃体部から前庭部および横行結腸が縦隔側に脱出し、胃穹隆部の著明な拡張を認めた。胃の虚血性変化は否定されたが、胃の短軸性捻転を疑い、経鼻胃管減圧による保存的治療を行った。本減圧治療が症状改善に奏功するも、内視鏡的にもヘルニア内容の解剖学的整復は困難であったため、腹腔鏡下手術の方針とした。腹腔鏡下に観察すると、左側優位に食道裂孔が開大し、横行結腸および全胃が縦隔側に脱出していた。これらヘルニア内容とヘルニア嚢との強固な癒着はなく、比較的容易にヘルニア内容を腹腔内へ還納することが可能であった。ヘルニア内容還納後、食道裂孔の縫縮およびNissenの噴門形成術を行った。術後、胃排泄遅延症状が遷延したが、常食摂取可能となった。本症例は、比較的良好な間膜軸性(短軸性)捻転を伴った混合型食道裂孔ヘルニアの症例であり、診断と治療に関して興味深いと考えられたので文献的考察を加えて報告する。

混合型食道裂孔ヘルニア, 腹腔鏡下手術

千葉中央メディカルセンター 初期研修医<sup>1)</sup>, 同 外科<sup>2)</sup>,  
同 泌尿器科<sup>3)</sup>, 同 形成外科<sup>4)</sup>  
山田俊儒<sup>1)</sup>, 渡邊陽太郎<sup>2)</sup>, 三岡智裕<sup>3)</sup>, 和田邦夫<sup>4)</sup>, 松田宏充<sup>2)</sup>,  
飛田浩司<sup>2)</sup>, 松井郁一<sup>2)</sup>, 鈴木洋一<sup>2)</sup>, 松葉芳郎<sup>2)</sup>

我々は虫垂周囲膿瘍から前腹壁に穿破した稀な虫垂炎症例を経験したので報告する。症例は50歳男性。右下腹部腹壁の発赤と疼痛を主訴に受診された。既往歴としてVogt-小柳-原田病。家族歴に特記事項なし。12年前に同部位を腹壁膿瘍の診断で切開排膿行っている。初診時CTにて、虫垂、回腸末端、および盲腸が一塊となった腫瘍像を呈していた。病変は膀胱壁を圧排し、前腹壁に連続している像を認めた。血液検査所見ではWBC20300/ $\mu$ l、CRP18.21mg/dlと高度の炎症反応を呈していた。画像上、虫垂炎に伴う周囲膿瘍が最も疑われたが、大きさおよび形状から虫垂膿瘍も否定できず一括切除の方針とした。第2病日、39℃の発熱および抗生剤投与下にて炎症反応の上昇を認め緊急手術を施行した。開腹所見でも虫垂炎に伴う周囲膿瘍と考えられたが確定診断には至らず、回盲部切除、リンパ節郭清、腹壁および膀胱壁部分切除を行った。病理診断は、いずれも悪性所見はなく虫垂を主体とした高度の炎症像であった。腹水の培養では*Eikenella corrodens*, *Bacteroides fragilis*が検出された。術後は有害事象なく、第14病日に退院となった。腹壁膿瘍は術後創感染によるもの以外では比較的稀な病態であり、膿瘍を形成した原因を検索することが重要である。

腹壁膿瘍, 虫垂炎



大森赤十字病院 外科<sup>1)</sup>, 同 消化器内科<sup>2)</sup>, 同 検査部<sup>3)</sup>  
室生 暁<sup>1)</sup>, 佐々木 慎<sup>1)</sup>, 原田真悠水<sup>1)</sup>, 中山 洋<sup>1)</sup>, 渡辺俊之<sup>1)</sup>,  
諸橋大樹<sup>2)</sup>, 坂本穆彦<sup>3)</sup>

大腸脂肪腫は比較稀な大腸良性疾病であり、近年、内視鏡検査の進歩や普及に伴い発見頻度が増加している。腫瘍径が小さいものでは症状を発現することなく経過するが、大きくなると腸重積による閉塞症状や下血などを呈する。今回われわれは、S状結腸脂肪腫により腸重積を来した1例を経験した。症例は64男性。既往歴として脳良性腫瘍手術（53歳）、肺結核（23歳）、高血圧がある。2週前からの下血、左下腹部の膨満感を主訴に当院を紹介受診した。腹部CT検査にてS状結腸に45mm大の腫瘤を先進部とする 重積所見を認め、S状結腸腫瘍による腸重積症と診断した。画像上は脂肪腫の診断であった。血液検査では異常を認めず、腸重積との診断ではあったが明らかな消化管閉塞症状を認めなかったため、入院にて注意深く前処置を行った上で待機的手術を施行した。開腹するとS状結腸中ごろに50mm大の腫瘤が存在し、順行性の重積している状態であった。Hutchinson手技で重積を解除し、腫瘤を含め約10cmのS状結腸を切除した。重積していた腸管には血流障害を認めなかった。病理組織学的には粘膜筋板に発生した脂肪腫であった。術後経過は良好で、術後9日目に退院した。S状結腸脂肪腫による成人腸重積症は比較稀なものであり、それに対処的手術で治療し得た1例を経験したので、若干の文献的考察を加え報告する。

S状結腸脂肪腫, 腸重積症

東邦大学医療センター佐倉病院 内科<sup>1)</sup>, 同 病院病理部<sup>2)</sup>  
大内佑香<sup>1)</sup>, 山田哲弘<sup>1)</sup>, 岩下裕明<sup>1)</sup>, 佐々木大樹<sup>1)</sup>, 勝俣雅夫<sup>1)</sup>,  
宮村美幸<sup>1)</sup>, 新井典岳<sup>1)</sup>, 菊地秀昌<sup>1)</sup>, 岩佐亮太<sup>1)</sup>, 古川竜一<sup>1)</sup>,  
曾野浩治<sup>1)</sup>, 長村愛作<sup>1)</sup>, 中村健太郎<sup>1)</sup>, 青木 博<sup>1)</sup>, 吉松安嗣<sup>1)</sup>,  
津田裕紀子<sup>1)</sup>, 竹内 健<sup>1)</sup>, 高田伸夫<sup>1)</sup>, 鈴木康夫<sup>1)</sup>, 徳山 宣<sup>2)</sup>,  
蛭田啓之<sup>2)</sup>

症例は60歳代男性で、狭心症にて冠動脈ステント挿入の既往があり、糖尿病、高血圧等で当院にて通院中であった。1か月前よりめまいと頭痛が出現し、改善しないため当院救急外来を受診された。頭部CTにて左小脳半球に4cm大のlow density areaを認め、小脳梗塞の診断で入院となった。しかしながら、入院翌日に施行した頭部MRIでは小脳半球の同部位にring enhanceを伴う腫瘍影として同定され、転移性脳腫瘍が疑われた。原発精査のために行った全身造影CTでは腹部リンパ節腫大の散見は認められるものの、原発巣の同定には至らなかった。入院経過で頭蓋内圧亢進症状が進行したため、転移性脳腫瘍の診断ではあったが、単発であり開頭腫瘍切除術が施行された。3cm大の切除検体からはadenocarcinomaが検出され、免疫染色でCK7(-)、CK20(+)であり、消化器原発腫瘍の可能性が示唆された。上部内視鏡検査では粗大病変は認めなかったが、下部内視鏡検査を施行したところ肝彎曲部にtype2病変を認め、生検からはadenocarcinomaの診断であった。転移性肺腫瘍および肝腫瘍の合併は明らかではなかった。今回我々は同時性孤発性脳転移と思われる進行大腸癌を経験した。肺転移や肝転移を伴わない転移性脳腫瘍合併大腸癌はまれであり、その転移経路や文献的考察も含めて報告する。

同時性孤発性脳転移, 大腸癌

中毒性巨大結腸症に多発小腸潰瘍を合併した高齢潰瘍性大腸炎の1例

横浜市立市民病院

松島小百合, 小金井一隆, 辰巳健志, 二木 了, 黒木博介,  
杉田 昭

症例は88歳女性。60歳頃に潰瘍性大腸炎を発症。2013年12月、前医で心筋梗塞治療中に再燃し、5-ASA製剤、プレドニゾン内服、血球成分除去療法を施行したが、貧血が進行し重症化と診断された。ステロイド強力静注療法に変更したが、腹痛が増強、中毒性巨大結腸症を併発したため当院に転院搬送となり、同日緊急手術を施行した。術中所見では盲腸から横行結腸にかけて壁の非薄化と腸管の著明な拡張を認めた。また回腸末端から口側へ約115cmに渡り、深い潰瘍に伴う壁の非薄化が多発していた。潰瘍部を全て切除すると短腸症候群を併発する可能性を考慮し、潰瘍が集簇している回腸末端から25cmのみを合併切除するよう結腸全摘、回腸人工肛門造設、S状結腸粘液瘻造設術を施行した。切除標本の肉眼像では大腸の粘膜はほぼ脱落し、所々島状に残存するのみで、壁は非薄化していた。また、回腸末端には広汎な筋層が露出する深い潰瘍を認め、壁の一部は壊死していた。大腸の病理組織学的検査で広汎な粘膜壊死と全層性の炎症を認め、重症の潰瘍性大腸炎として矛盾しない所見であった。小腸の病理検査では毛細血管内の血栓を認め、虚血性の変化による潰瘍と考えられた。術後25日目に持続性の下血を認めた。内視鏡検査下にクリッピングを施行し止血したが、消化管穿孔をきたしたため緊急手術を施行した。術中所見では、回腸人工肛門から4cm口側、クリッピングを施行した部位、トライツ靱帯から240cmの回腸に穿孔部を認め、小腸部分切除(40cm)、回腸人工肛門再造設、開腹ドレナージ、腸瘻造設術を施行した。切除標本の肉眼所見では多発潰瘍による筋層の露出、壁の非薄化認め、4か所の穿孔部を認めた。病理組織学的検査では初回手術同様、虚血性潰瘍による穿孔と診断された。再手術後20日目に急性呼吸促進症候群をきたし、45日目に脳梗塞を併発し、47日目に死亡退院となった。高齢者で手術を要する潰瘍性大腸炎では術後の合併症に注意が必要である。また、原因不明の小腸多発潰瘍を合併することがあり、穿孔の可能性があるので十分に注意が必要である。

潰瘍性大腸炎, 小腸潰瘍

術後門脈・上腸間膜静脈血栓症を合併したものの、傍膈静脈結紮術が有効であったシャント型肝性脳症の1例

国立病院機構 高崎総合医療センター 消化器病センター<sup>1)</sup>,  
医療法人社団三思会 くすの木病院 消化器内科<sup>2)</sup>,  
群馬大学大学院 医学系研究科 病態制御内科<sup>3)</sup>  
高橋伸哉<sup>1)</sup>, 長沼 篤<sup>1)</sup>, 岡野祐大<sup>1)</sup>, 鈴木悠平<sup>1)</sup>, 椎名啓介<sup>1)</sup>,  
吉田はるか<sup>1)</sup>, 林 絵理<sup>1)</sup>, 上原早苗<sup>1)</sup>, 星野 崇<sup>1)</sup>, 工藤智洋<sup>1)</sup>,  
宮前洋平<sup>1)</sup>, 小川哲史<sup>1)</sup>, 石原 弘<sup>1)</sup>, 高木 均<sup>2)</sup>, 佐藤 賢<sup>3)</sup>,  
柿崎 暁<sup>3)</sup>, 山田正信<sup>3)</sup>

【症例】62歳、男性。【既往歴】17歳時に食道静脈瘤破裂による吐血あり、特発性門脈圧亢進症(IPH)と診断され、Hassab手術及び脾摘施行。20歳時にHBV感染を指摘されたが、放置していた。【飲酒歴】なし。【現病歴】平成22年5月意識障害にて当院へ救急搬送入院となった。諸検査の結果、B型肝炎変性による肝性脳症と診断され、BCAA製剤点滴及び内服・排便コントロールを中心とする内科的治療にて軽快した。しかし以後頻回に肝性脳症の発作を生じ、外来でのBCAA製剤の点滴や入院退院を繰り返していた。造影CTでは肝表面は凹凸不整で肝硬変の所見であり、傍膈静脈が著明に発達しており、右大腿静脈へ流入する門脈体循環シャントを形成していた。従来の内科的治療では脳症のコントロールが不良であったため、シャント閉鎖術による治療を行う方針とした。傍膈静脈を経皮的に穿刺してバルーンカテーテルを挿入し、バルーン閉塞圧を測定したが、閉塞前後で著しい門脈圧の上昇は認めなかった。この結果から、傍膈静脈の塞栓後に門脈圧亢進による難治性腹水が出現するリスクは少ないと判断し、経皮的に傍膈静脈を穿刺して挿入したバルーンカテーテル閉塞下に5%EOIを注入し、静脈塞栓術を施行した。しかしシャント静脈の血管径が大きく、IVR治療での血栓化は得られなかった。そこで外科へ依頼し、開腹下に傍膈静脈結紮術を施行した。術後門脈・上腸間膜静脈血栓症を合併し、著しい腸管浮腫と腹水増悪を認めたが、ダパロイドナトリウム及びAT-III製剤による抗血栓療法を施行したところ、徐々に血栓は溶解し、腸管浮腫及び腹水は改善した。術後アンモニア値は速やかに低下し、肝性脳症は良好にコントロールされた。BCAA製剤の定期的な点滴からも離脱できた。【考察】今回傍膈静脈結紮術が肝性脳症のコントロールに有用であった症例を経験した。しかし本症例のように傍膈静脈を結紮する際には、門脈・上腸間膜静脈血栓の出現に留意する必要がある。術後速やかに抗血栓療法を併用すべきであると思われる。

傍膈静脈, 肝性脳症

Hepatocyte nuclear factor 1  $\alpha$  (HNF1  $\alpha$ ) 不活化型の多発肝細胞腺腫を発症した Maturity-Onset Diabetes of the Young (MODY) の一例

北里大学 北里研究所病院 消化器内科<sup>1)</sup>,  
同 糖尿病センター<sup>2)</sup>, 同 病理診断科<sup>3)</sup>,  
古山恵理<sup>1)</sup>, 清水清香<sup>1)</sup>, 山田 悟<sup>2)</sup>, 加藤裕佳子<sup>1)</sup>, 小林 拓<sup>1)</sup>,  
中野 雅<sup>1)</sup>, 樋口 肇<sup>1)</sup>, 芹澤 宏<sup>1)</sup>, 渡辺憲明<sup>1)</sup>, 土本寛二<sup>1)</sup>,  
森永正二郎<sup>3)</sup>, 常松 令<sup>1)</sup>

【症例】19歳女性。9歳時の学校検尿をきっかけに糖尿病と診断された。18歳時、転居に伴い当院糖尿病センターを受診した。初診時、食事療法のみでHbA1c 9.5%とコントロール不良だった。二卵性双生児の妹、姉、父、父方の祖父も糖尿病と、遺伝性素因が極めて強いため遺伝子相談外来を受診を勧め、MODY3と診断された。スクリーニング目的で行った腹部超音波検査で肝内に多発する高エコー腫瘍性病変を認めた。EOB造影MRI検査で、EOB取り込みがなく、豊富な脂肪含有を示す多血性結節を多数認め、肝細胞腺腫症が疑われた。経口避妊薬の内服や飲酒歴はない。HBs抗原陰性、HCV抗体陰性であった。入院の上、肝腫瘍生検を施行した。腫瘍部の細胞は大滴性脂肪変性が強く異型性に乏しく、Liver fatty acid binding protein (L-FABP) 陰性で、HNF1  $\alpha$  不活化型の肝細胞腺腫と診断された。【考察】MODY3はHNF1  $\alpha$  遺伝子異常による常染色体優性遺伝の若年性成人発症型糖尿病である。肝細胞腺腫症との合併は、生殖細胞突然変異に体細胞突然変異が加わり、HNF1  $\alpha$  の対立遺伝子が両方とも不活性化されて生じると考えられている。本症例の腫瘍部でも、HNF1  $\alpha$  遺伝子の標的遺伝子であるL-FABPの蛋白発現が減弱しており、HNF1  $\alpha$  遺伝子が両アレルで変異していることが示唆された。文献上、MODY3に合併した肝細胞腺腫症の予後は、腫瘍内出血で死亡あるいは肝切除を要した症例から無症候の症例まで様々で、定期的な画像検査と慎重な経過観察が必要と考えられた。また、同一家系のMODY3症例でも表現型は様々で、本症例でも二卵性双生児の妹は血糖コントロールも良好で肝細胞腺腫症の発症もない。MODY3に合併した肝細胞腺腫症の報告例は、海外では散見されるが、本邦では検索しえた限り過去の報告例はなく、非常に貴重な症例であるため報告する。

肝細胞腺腫, MODY

C型慢性肝炎に高IgM血症を合併した1例

横浜市立大学附属病院 肝胆膵消化器病学<sup>1)</sup>, 同 薬剤部<sup>2)</sup>,  
岩城慶大<sup>1)</sup>, 長谷川翔<sup>1)</sup>, 加藤由理<sup>1)</sup>, 本多 靖<sup>1)</sup>, 結束貴臣<sup>1)</sup>,  
留野 渉<sup>1)</sup>, 小川祐二<sup>1)</sup>, 今城健人<sup>1)</sup>, 馬渡弘典<sup>1)</sup>, 中島 淳<sup>1)</sup>,  
齊藤 聡<sup>1)</sup>, 松井周一<sup>2)</sup>, 渡辺真理恵<sup>2)</sup>

症例は69歳、男性。10年前に、検査を契機に近医にてC型慢性肝炎と診断された。8年前に精査および抗ウイルス療法の検討を目的に当科紹介受診となった。HCV遺伝子型1b、高ウイルス量であった。このためペグインターフェロン (Peg-IFN)・リバビリン (RBV) の2剤併用療法を72週施行したが、治療終了後に再燃している。その後の6年間は、肝庇護療法によってALTは30 IU/l以下にコントロールされていたが1年前よりIgMの異常高値とともにALTの上昇を認めたため、肝生検目的で入院となった。肝生検では原発性胆汁性肝硬変や自己免疫性肝炎の所見に乏しく、新犬山の分類A2F3であった。この時にIgMは4078 mg/dLであり高IgM血症について血液内科にて精査を行った。免疫電気泳動検査ではIgM- $\lambda$ 型の単クローン性蛋白(M蛋白)を検出したが、クリオグロブリン定性試験は陰性であった。また骨髄穿刺の結果では、正形成性骨髄、M/E比正常で中型のリンパ球様細胞である、腫瘍細胞が認められたことからマクログロブリン血症と診断した。本症例はC型慢性肝炎に続発したマクログロブリン血症である可能性が高いと考えられた。患者のIL28Bはメジャーホモ接合でHCVコアのアミノ酸は野生型、HCV-NS5Aのアミノ酸変異数は2-3個であり、さらに先行したPeg-IFN・RBVの再燃例であったため治療効果が期待できるため、まず原疾患治療を行う目的でPeg-IFN・RBV・テラプレビル (TVR) の3剤併用療法を導入した。治療導入後よりIgMは速やかに低下を開始した。3剤併用療法によりウイルス学的著効が得られたが、IgMの値も有意に減少を認めた。C型慢性肝炎に合併する単クローン性蛋白血症にはクリオグロブリン血症合併の報告が多々あるが、マクログロブリン血症の合併については本邦では報告が少なく、示唆に富む症例と考え文献的考察を含めて報告する。

C型慢性肝炎, マクログロブリン血症

陽子線照射・ラジオ波焼灼治療後再発肝細胞癌に対する肝切除の1例

東京大学医学部附属病院肝胆膵外科・人工臓器移植外科  
澤野由季, 山下 俊, 山本訓史, 白田 力, 赤松延久, 金子順一,  
青木 琢, 阪本良弘, 菅原寧彦, 長谷川潔, 國土典宏

【症例】72歳男性。1992年にC型肝炎を指摘され、インターフェロン治療が行われたが、ウイルス学的著効は得られなかった。以後、定期的に血液・画像検査でフォローされていた。2010年10月、門脈左右分岐部に生じた径2.5cmの肝細胞癌(以下、HCC)を認め、グリソンに近いためラジオ波焼灼術(以下、RFA)は困難と判断し手術を考慮したが、患者の強い希望で陽子線治療となった。その後、肝S6・S7・S8の再発HCCに対し、RFAが施行された。2014年1月、肝S8に径2cmの再発HCCを指摘されたが造影超音波検査で門脈内腫瘍栓(以下、PVTT)が疑われたため、選択的肝動脈化学塞栓術(以下、TACE)が施行された。効果判定のCTで腫瘍の残存が疑われたため、当科紹介となり、2014年4月に手術目的に入院とした。【検査所見】TACE後のCTで肝S8/4に一部早期濃染を伴う径5cmの病変とP8に沿って肝門方向に延びるリビオドールの集積を認めた。【術式と経過】拡大S8切除術・胆嚢摘出術を施行した。陽子線照射とRFAのため横隔膜との癒着があり、肝門領域も線維化・瘢痕化が高度であり、操作に難渋した。また予定残肝のグリソンを損傷しないように慎重な操作を要した。腫瘍栓を含むグリソン鞘は、門脈・胆管壁を切開し内腔壁から腫瘍栓を剥離・摘出すPeeling off法で腫瘍栓を肉眼的に完全に摘出した後に切除した。手術時間8時間41分、出血量1170ml、輸血はなしであった。術後経過は良好で、合併症を認めず、術後13日目に退院した。【病理】腫瘍近傍の門脈と胆管に腫瘍の浸潤を認めたが、viableな腫瘍細胞の肝切離断端への露出はなかった。【考察】陽子線治療後の再発HCCに対する肝切除の報告は極めて少ないが、患者の希望や集学的治療の一環として、陽子線とRFAによる治療後の再発HCCに対する肝切除の機会は増えてくる可能性がある。症例の蓄積・報告により手技上の問題点や工夫、短期・長期成績を明らかにしていくことが重要と考えられる。

陽子線, 肝細胞癌

MRCPとMD-CTで脾・胆管合流異常と先天性胆道拡張症が疑われた1例

がん・感染症センター 都立駒込病院<sup>1)</sup>, 同 消化器内科<sup>2)</sup>,  
同 内視鏡科<sup>3)</sup>,  
川井沙記<sup>1)</sup>, 岩崎 将<sup>2)</sup>, 千葉和郎<sup>2)</sup>, 田畑拓久<sup>2)</sup>, 来間佐和子<sup>2)</sup>,  
遠藤佑香<sup>2)</sup>, 小泉理美<sup>2)</sup>, 森麻紀子<sup>2)</sup>, 桑田 剛<sup>2)</sup>, 藤原 崇<sup>2)</sup>,  
藤原純子<sup>3)</sup>, 荒川丈夫<sup>3)</sup>, 小泉浩一<sup>2)</sup>, 門馬久美子<sup>3)</sup>, 神澤輝美<sup>2)</sup>

症例は生来健康であった55歳女性。吐血を主訴に近医受診し、逆流性食道炎と胆道系酵素の著明な上昇が認められた。腹部CTで著しい胆管拡張が指摘され、当院を紹介された。当院受診時には症状なく、血液検査上も異常を認めなかった。MRCPおよびMD-CTのMPR像では、最大径25mmまでに紡錘形に拡張した総胆管と肝内胆管の拡張を認めた。総胆管末端部のくびれの上端に主脾管が流入しているように見え、共通管長12mmの脾・胆管合流異常を伴う戸谷ic型の先天性胆道拡張症と診断した。手術前に、脾胆管の合流様式を確認するためにERCPを施行した。主乳頭は軽度腫大し、単一の開口部から脾管と胆管が別個に造影され明らかな共通管形成はなく、脾・胆管合流異常は認められなかった。本例は、肝門部の相対的狭窄を認めず、乳頭狭窄による総胆管拡張と診断し、ESTと下部胆管のブラッシング細胞診を施行した。(考察)脾・胆管合流異常診断基準2013では、長い共通管所見を呈するMRCPやMD-CT像のみから脾・胆管合流異常が診断可能となった。しかし、脾・胆管合流異常の診断においては、本例のようなPitfallとなる症例も存在し、典型例以外ではERCPによる確定診断が必要と考える。

脾胆管合流異常症, 胆管拡張症



労働者健康福祉機構 東京労災病院 消化器内科  
 広瀬 優, 大場信之, 小山洋平, 朝井靖二, 團 宣博, 武田悠希,  
 植木紳夫, 大塚隆文, 和久井紀貴, 西中川秀太, 児島辰也

症例は61歳男性。全身倦怠感と嘔気を主訴に救急外来を受診し、肝硬変とアルコール性ケトアシドーシスが疑われ緊急入院した。経過中腹部超音波検査で肝臓S8に11mm大の高分化型肝癌が疑われ、第23病日午後にも同部位と背景肝に対してそれぞれ19G針での吸引生検と16G針でのコア生検が施行された。しかし第27病日夜に突然右季肋部痛が出現し血圧も86/42mmHgに低下した。単純CTでは胆嚢内と肝管及び総胆管に高吸収域を指摘され胆道出血による胆嚢内血腫と診断された。翌日には高熱とWBC増多、黄疸および肝胆道系酵素値の上昇が認められ、胆道出血による胆嚢胆管炎と診断され禁食と抗生剤が投与された。炎症所見が軽快した第32病日に経口摂取を再開したが、第34病日に再度腹痛が出現した。単純CTでは胆嚢内の高吸収域は減少し胆管は下部総胆管のみ高吸収域であり、再出血は無く凝血塊の消化管への排泄による痛みと考えられ、禁食による保存的治療で翌日には軽快した。肝生検時の胆道出血の頻度は0.05%と比較的稀であり、それに伴う急性胆嚢炎はその中の12~21%とさらに稀である。肝生検後の胆道出血の多くは動脈壁損傷により形成された仮性動脈瘤が隣接する肝内胆管内へ穿破するためであり、胆道出血を起こすまでに数日の期間を要すると考えられている。胆嚢内血腫の生成機序は不明であるが、はminor hemobiliaに続いて形成される2次性胆嚢内血腫とされている。治療として輸血や肝動脈塞栓術および胆嚢摘出術などを行われる事も多いが、本症例は積極的な止血操作を行わずに保存的に軽快した。肝生検による合併症のほとんどが術直後に発生するが、術後数日以上経過して発症する後期合併症についても念頭に置いて経過観察する必要がある。

肝生検, 胆嚢内血腫

自治医科大学 消化器一般外科  
 天海裕至, 森嶋 計, 黒澤 明, 笠原尚哉, 三木 厚, 笹沼英紀,  
 佐久間康成, 佐田尚宏, 安田是和

症例は74歳男性。上腹部痛、嘔吐を主訴に近医受診し、精査で胆管癌が疑われ当院へ紹介となった。来院時、T. bil 5.14mg/dl, AST 724mU/ml, ALT 493 mU/ml, ALP 440 mU/ml, AMY 2915 mU/mlおよびリパーゼ6527U/Lと上昇を認めた。腹部造影CTでは肝内胆管の拡張、総胆管内に造影効果のある腫瘤が存在し、膵周囲に炎症所見を認めた。胆管癌による閉塞性黄疸及び膵炎と診断した。ERCPでは胆道出血を認め、腫瘍は左肝管分岐部から膵内胆管までおよんでおり、内腔に乳頭状に隆起していた。Intraductal papillary neoplasm of the bile duct (IPNB) と診断した。画像上、浸潤傾向は乏しく、根治切除可能と判断し、肝左葉切除、膵頭十二指腸切除を施行した。術中所見では周囲への浸潤は認めなかった。病理検査では乳頭状、樹枝状に増殖する中〜高異型度の腫瘍であり、間質への浸潤像は認めなかった。肝管切離断端は陰性であった。免疫染色ではMUC1(+), MUC2(+), MUC5AC(+), MUC6(+, focal) であり、pancreatobiliary type に合致する所見であった。術後に縫合不全による胆汁漏、膵液漏を認めたがいずれもドレナージ良好であり保存的治療にて軽快した。術後39日目に退院となり、現在外来通院中である。上部胆管から下部胆管まで及び広範なIPNBを経験したので文献的考察を加え報告する。

IPNB, HPD

自治医科大学附属さいたま医療センター 一般消化器外科<sup>1)</sup>,  
 同 病理科<sup>2)</sup>  
 河野妙子<sup>1)</sup>, 渡部文昭<sup>1)</sup>, 吉沢あゆは<sup>1)</sup>, 野田弘志<sup>1)</sup>, 蛭田昌宏<sup>2)</sup>,  
 山田茂樹<sup>2)</sup>, 力山敏樹<sup>1)</sup>

(症例) 80歳代女性。検診の腹部超音波検査で肝門部に腫瘤を指摘され、精査加療目的に当院に紹介となった。既往は特になく、ウイルス肝炎の既往もなし。血液検査ではCEAが5.3ng/mlであり、他に異常値はなかった。腹部超音波検査では肝右葉肝門部に18×19mmの境界不明瞭、内部不均一、辺縁に低エコー伴う等エコー腫瘤を認めた。腹部造影CT検査ではグリソン前後区域の分岐部に接する2cm大の動脈相で不均一に濃染し、門脈相でwash outされる腫瘤を認めた。腫瘤より末梢側の胆管拡張所見はなかった。MRI検査ではT2強調画像と拡散強調画像で同部位に2cm大の高信号腫瘤を認め、プリモビスト造影MRI検査では淡く造影される腫瘤を認めたが、wash outは明瞭でなく、肝細胞相では低信号腫瘤として描出された。DIC-CT検査では特に所見はなかった。以上から肝細胞癌の診断で肝右葉切除術を施行した。病理組織学的検査では拡張した胆管内に充滿する乳頭状造成病変を認め、部分的に異形核形態もみられるが全体は腺腫病変でありIntraductal papillary neoplasm of bile duct (IPNB) と診断された。(考察) 本症例は画像検査上、典型的な肝細胞癌の所見ではなかったが、非粘液産生型IPNBと診断することも困難であった。若干の文献的考察を含めて本症例を報告する。

IPNB, 肝細胞癌

東京通信病院 消化器内科<sup>1)</sup>, 同 内視鏡センター<sup>2)</sup>  
 加門辰也<sup>1)</sup>, 小林克也<sup>1)</sup>, 水谷浩哉<sup>1)</sup>, 田顔夫佑樹<sup>1)</sup>, 大久保政雄<sup>1)</sup>,  
 関川憲一郎<sup>1)</sup>, 光井 洋<sup>1)</sup>, 橋本直明<sup>1)</sup>, 山口 肇<sup>2)</sup>

症例: 39歳男性。現病歴: 入院9日前より発熱、頭痛、倦怠感、下痢、6日前より褐色尿を自覚。4日前より腹痛を認め、入院同日に同僚に黄疸を指摘されて当院受診。採血上、黄疸と肝胆道系酵素及び腫瘍素上昇を認め、造影CTにて閉塞性黄疸と診断し、当科入院となった。既往歴、アレルギー歴、家族歴: 特記事項なし。入院時現症: 眼結膜黄疸、皮膚黄染あり。腹部平坦、軟で圧痛なし。入院時検査所見: ALP 1567 IU/L, γ-GTP 1723 IU/L, AST 239 IU/L, ALT 611 IU/L, T. Bil 4.9 mg/dl, D. Bil 4.0 mg/dl, Amy 362 IU/L, Lip 553 IU/L。腹部造影CTでは総胆管と肝内胆管の拡張及び下部総胆管で急激な途絶像あり、狭小部で増強効果あり。入院後経過: 第5病日のMRCPでは、膵管の拡張や途絶はないものの、下部総胆管に12mmにわたる狭小化を認め、同日施行したERCPでもMRCPと同様の所見。擦過細胞診施行の上で、ERBD tubeを留置した。細胞診はclass Iで、腫瘍マーカーの上昇もなかったため、悪性腫瘍の可能性は低いと考えた。第6病日の採血でIgG4 187 mg/dlと高値であり、IgG4関連硬化性胆管炎が疑われた。IgG4関連疾患包括診断基準2011において、「臨床的に単一または複数臓器に特徴的なびまん性あるいは限局性腫大、腫瘍、結節、肥厚性病変を認める。2血液学的に高IgG4血症 (135mg/dl以上) を認める」を満たし、IgG4関連硬化性胆管炎疑診と診断。硬化性胆管炎以外のIgG4関連疾患の合併は認めず。第22病日より診断的治療としてPSL 45mg/day (0.54mg/kg) 内服開始、1週間毎に漸減した。第39病日MRCPにて下部総胆管狭窄の増悪なく、肝胆道系酵素は改善傾向であった。第55病日に施行したERCPでは下部総胆管の狭窄は改善傾向だが、依然として残存していた。細胞診と生検施行し、IgG4陽性細胞はごく少数のみで悪性所見も認めなかった。第60病日にPSL 22.5mg/dayに減量して退院した。下部総胆管狭窄を契機に発見され、ステロイドが有効であったIgG4関連硬化性胆管炎の1例を経験したので文献的考察をふまえて報告する。

IgG4, 硬化性胆管炎

## 49 自然破裂をきたした胆管囊胞腺癌の一例

湘南鎌倉総合病院 消化器病センター

熊谷知博, 魚嶋晴紀, 金原 猛, 市田親正, 所晋之助, 増田作栄, 小泉一也, 佐々木亜希子, 江頭秀人, 賀古 真

【緒言】胆管囊胞腺癌は、原発性肝癌の0.1%と非常にまれな、胆管上皮を起源とする腫瘍性病変である。この度我々は、囊胞の自然破裂を来した胆管囊胞腺癌の1例を経験したため報告する。【症例】症例は84歳、男性、数ヶ月前より持続する腹部膨満感により当院総合診療部を受診したところ、画像検査により肝囊胞性病変が認められたため、精査加療目的に当科を紹介された。造影CT検査は、肝左葉外側区域に最大径12cm大の囊胞性腫瘍が認められ、腹腔に一部増強効果を認める乳頭状隆起を認めた。肝原発囊胞性腫瘍が疑われ、手術を前提とした精査目的に入院したところ、腹部造影超音波検査で既知の囊胞性腫瘍の縮小と右横隔膜下に液体貯留が認められた。腹膜炎を示唆する所見を認めなかったが、肝原発囊胞性腫瘍の破裂と判断し、囊胞内液の性状を確認するために、経皮的ドレナージ術を施行した。粘稠度の高い暗赤調の内容物が採取され、細胞診ではclass3を示した。確定診断に至らなかったが、悪性腫瘍である可能性が考慮されたため、当院外科に肝外側区域切除術を施行した。病理結果は、囊胞内面に軽度異型円柱状上皮細胞が被い小乳頭状を呈し、連続した形で腫瘍の上皮内進展と細胞異型が高度となり悪性所見が認められ、明らかな間葉系間質は認められなかったが、胆管囊胞腺癌の診断となった。術後出血が認められ、経皮的動脈的塞栓術を行なったが、止血後は良好な経過にて第37病日退院された。【考察】本邦において胆管囊胞腺癌は、ムチン産生性胆管内発育肝内胆管癌とともに肝原発囊胞性悪性腫瘍の一つとして区分される。時に両疾患の鑑別が困難となるが、ムチン産生性胆管内発育胆管癌の囊胞状変化は、腫瘍の産生する粘液により拡張した胆管が変化し、胆管と明らかな交通をもつことが多いため、胆管囊胞腺癌に比べて、囊胞内圧の上昇しにくく、破裂のリスクが低いものと考えられた。医学中央雑誌で検索したところ、過去30年間で6例の肝原発囊胞性腫瘍の破裂が報告され、全例胆管囊胞腺癌の破裂として報告されている。両疾患を、囊胞内圧及び破裂のリスクの観点より、考察を行ったので報告する。

胆管囊胞腺癌、囊胞破裂

## 50 腫瘍形成性肺炎の形態を呈し肺癌との鑑別を要した自己免疫性肺炎の1例

東京慈恵会医科大学附属柏病院 消化器・肝臓内科<sup>1)</sup>

同 内視鏡部<sup>2)</sup>

東京慈恵会医科大学 内科学講座 消化器・肝臓内科<sup>3)</sup>

福島啓介<sup>1)</sup>, 小林寛子<sup>1)</sup>, 月永真太郎<sup>1)</sup>, 高見信一郎<sup>1)</sup>, 伊藤善翔<sup>1)</sup>, 松本喜弘<sup>1)</sup>, 高倉一樹<sup>1)</sup>, 湯川豊一<sup>1)</sup>, 小田原俊一<sup>1)</sup>, 梶原幹生<sup>1)</sup>, 内山 幹<sup>1)</sup>, 斎藤恵介<sup>2)</sup>, 小山誠太<sup>2)</sup>, 安達 世<sup>2)</sup>, 荒川廣志<sup>3)</sup>, 小井戸薫雄<sup>1)</sup>, 大草敏史<sup>1)</sup>, 田尻久雄<sup>1)</sup>

【緒言】腫瘍形成性肺炎は一つの疾患概念ではなく、一般的には画像診断にて形態上腫瘍を形成する慢性肺炎と解釈される。臨床上腺癌との鑑別が問題となる。今回我々は肺頭部腫瘍との鑑別に苦慮した腫瘍形成性自己免疫性肺炎の1例を経験した。【症例】76歳、女性。5年前の人間ドックで肺腫大を指摘されて当科を紹介受診、入院となり、内視鏡的逆行性胆管膵管造影(ERCP)を施行、肺頭部主膵管の狭小化が認められ、また血清IgG4の高値も指摘されて自己免疫性肺炎と考えられたが、自覚症状に乏しく本人の副腎皮質ステロイド治療に対する忌避傾向が強かったため、特に投薬などは行われずに外来にて慎重に経過観察されていた。今回施行された画像検査にて肺頭部に腫瘍性病変の出現、増大を認めたため再入院となった。入院時Amy 124 U/L, CRP 0.2 mg/dLと腫瘍素の上昇や炎症反応を認めず、腫瘍マーカーも正常範囲内であったが、一方IgG4は245.0 mg/dLと高値を示した。造影CTやMRI、ERCPでは肺頭部に限局する腫瘍影と肺頭部主膵管の限局性狭小化、脾体尾部主膵管の数珠状の拡張、蛇行、さらに下部胆管の狭小化を認めた。胆汁細胞診はclass IIであった。肺頭部腫瘍の可能性も考慮し腫瘍に対して超音波内視鏡下吸引細胞診を施行したが、結果はclass IIであった。悪性腫瘍は否定的であり、腫瘍形成性の自己免疫性肺炎と判断、内視鏡的逆行性胆管ドレナージを行った上で本人の同意の下でステロイド治療を開始、IgG4値の著明な低下と肺頭部腫瘍の経時的な縮小を認めた。その後もステロイドを漸減しながら外来にて慎重に経過観察中である。【考察】腫瘍形成性肺炎は一つの疾患概念ではなく、一般的には画像診断にて形態上腫瘍を形成する慢性肺炎と解釈されるが、時として肺癌との鑑別が困難な症例があり、肺癌の悪性度や手術治療の侵襲度を考慮すると慎重な判断が必要と考えられる。今回我々は、肺癌との鑑別を要した唆に富む1例を経験した。

自己免疫性肺炎、腫瘍形成性肺炎

## 51 後腹膜血腫にて十二指腸狭窄をきたした膵十二指腸動脈瘤破裂の1例

横浜市立市民病院 消化器内科

相子直人, 伊藤 剛, 長久保秀一, 福田知広, 角田裕也, 今村 諭, 田村寿英, 諸星雄一, 小池祐司, 藤田由里子, 小松弘一

膵十二指腸動脈瘤の腹部内臓動脈瘤に占める割合は2%と非常にまれである。しかし破裂をきたすと重篤な状態に陥ることがあり診断・治療が重要な疾患である。今回、後腹膜血腫を形成し十二指腸の通過障害を来した膵十二指腸動脈瘤破裂の1例を経験した。経カテーテル動脈塞栓術にて良好な経過が得られたので若干の文献的考察を加えて報告する。【症例】78歳、男性。2014年1月、前日より続く胸痛、頻回の嘔吐を主訴に救急受診。来院時現症、BP140/84mmHg、HR88/min、RR18/minと安定しており、来院時検査にて貧血(Hb10.7g/dl)を認めるがその他のデータ、心電図からは急性冠症候群は否定的であった。腹部造影CTにて十二指腸下行脚に接する径cm大の血腫を認め、壁在性のガスの存在も疑われ、十二指腸内腔は狭窄し胃の拡張を認めた。血腫とは離れた膵頭部には動脈相にて高吸収の領域を認め動脈瘤が疑われた。また腹腔動脈の起始部は細く屈曲を認め弓状靱帯による圧迫が疑われた。十二指腸穿孔、動脈瘤破裂の可能性を考え抗凝固剤、抗血小板薬の中止、PPI、胃管の留置にて経過観察を行い、第7病日の造影CTにおいて動脈瘤と思われる膵頭部の高吸収領域は縮小傾向を認めた。第22病日より抗凝固剤、抗血小板薬を再開。第32病日の造影CTにて膵頭部の動脈瘤は増大傾向を認めたため経カテーテル動脈塞栓術の方針となった。上腸間膜動脈からの造影にて前上十二指腸動脈の末梢に約6mmの動脈瘤を3個認めた。上腸間膜動脈、腹腔動脈よりプラチナコイルを留置、処置後の造影にてpoolingを認めないことを確認した。第40病日には経口摂取可能となり、第47病日退院となる。以後、外来にて経過観察中であるがCTにて再発所見は認めず、血腫は消滅傾向を認めている。【考察】膵十二指腸動脈瘤の原因は動脈硬化、腹腔動脈起始部閉塞、肺炎、外傷、感染、膠原病などが指摘されている。本症例はCTにて弓状靱帯による腹腔動脈起始部の圧迫が疑われており腹腔動脈起始部閉塞、また常習的な飲酒歴があり肺炎も原因として考えられた。

膵十二指腸動脈瘤、後腹膜血腫

## 52 好酸球性胃腸炎漿膜浸潤優位型と考えられる1例

国家公務員共済組合連合会 横須賀共済病院 消化器内科

田尻久直, 大坪加奈, 森川 亮, 石井玲子, 三好正人, 松田浩紀, 小島直紀, 山本奈穂子, 小馬瀬一樹, 幾世橋佳, 上野春菜, 田邊陽子, 渡邊秀樹, 新井勝春, 鈴木秀明, 小林史枝, 池田隆明

症例: 40歳、女性。主訴: 水様下痢、腹痛。既往歴: 花粉症。現病歴: 201X年3月下旬に筋腫にて子宮全摘術を受けた。退院直後より誘因なく軟便、排便回数の増加を認め、その後10回/日以上の水様下痢、腹痛が出現、精査・治療目的で当科入院となった。入院時身体所見: 腹水および腹部全体に圧痛を認めた。検査成績: WBC 6600/ $\mu$ lで好酸球が31.1%と増加、IgEは89.4IU/mlと基準域内であった。入院後経過: 腹部CTスキャン上は中等量の腹水および小腸・結腸壁の浮腫性肥厚が認められた。腹水穿刺検査ではWBC 600/ $\mu$ lで好酸球78.5%の浸出液であった。末梢血および腹水の好酸球増多に関しては、他の好酸球増多をきたす疾患は否定的であった。このため、好酸球性胃腸炎の存在を考え上部・下部消化管内視鏡検査を施行した。胃・十二指腸粘膜および大腸粘膜はやや浮腫状であったが、生検組織には明らかな好酸球浸潤所見は認められなかった。以上の結果から好酸球性胃腸炎漿膜浸潤優位型による消化器症状、腹水を考えプレドニゾン30mg投与による治療を開始した。約2週間の経過でWBC7900/ $\mu$ l(好酸球0.3%)と正常化し、腹水も急速に消失した。考察: 好酸球性胃腸炎の中で漿膜浸潤優位型は5%程度と稀である。本症例は、開腹手術直後に発症した漿膜浸潤優位型の症例であり、その経過が示唆に富むと考え報告する。

好酸球性胃腸炎、漿膜浸潤優位型



東京医科歯科大学消化器内科

堤 大樹, 竹中健人, 長堀正和, 大塚和朗, 藤井俊光, 荒木昭博, 永石宇司, 東 正新, 大島 茂, 齊藤詠子, 朝比奈靖浩, 柿沼 晴, 中村哲也, 土屋輝一郎, 岡本隆一, 大岡真也, 中川美奈, 井津井康浩, 岡田英理子, 渡辺 守

症例は28歳男性で、幼少期に特発性慢性偽性腸閉塞症と診断されていた。25歳時からウイルス感染を契機に小腸イレウスを繰り返していた。症状改善が無く入院回数も多いため、腸液のドレナージのため経皮的胃十二指腸チューブ (PEGJ) 造設目的に、2013年7月当院紹介受診。8月にPEGF増設し腸液ドレナージは良好であったが、原因不明の発熱および消化管出血が持続したため、消化器内科に転科となった。絶食中心とした保存加療で症状改善後、腸管の精査のため小腸カプセル内視鏡および経肛門シングルバルーン内視鏡を施行した。小腸カプセルは空腸に滞留し、残渣多く、十分な評価は困難であった。バルーン内視鏡では回盲弁から100cm以深に多発潰瘍を伴う発赤、絨毛の腫大がびまん性に見られた。また100cmの空腸にカプセル認め回収した。内視鏡所見から小腸の細菌増殖症に伴う粘膜の炎症と診断した。治療としてメトロニダゾールおよびサンドスタチンを導入したところ、腹部膨満およびPEGJ排液量は著明に改善し、経口摂取可能となり退院となった。慢性偽性腸閉塞症において炎症性腸疾患様のびまん性の炎症を認める報告はあるが、バルーン内視鏡でそれを観察したのは本症例が初である。若干の文献的考察を加え発表する。

慢性偽性腸閉塞症, バルーン内視鏡

埼玉医科大学 総合診療内科<sup>1)</sup>,

埼玉医科大学病院 放射線科<sup>2)</sup>

貫井麻未<sup>1)</sup>, 山岡 稔<sup>1)</sup>, 米野和明<sup>1)</sup>, 大庫秀樹<sup>1)</sup>, 岡野奈々美<sup>2)</sup>, 田中淳司<sup>2)</sup>, 村田宏子<sup>1)</sup>, 草野 武<sup>1)</sup>, 芦谷啓吾<sup>1)</sup>, 野口 哲<sup>1)</sup>, 菅野 龍<sup>1)</sup>, 小林威仁<sup>1)</sup>, 木下俊介<sup>1)</sup>, 飯田慎一郎<sup>1)</sup>, 大庫秀樹<sup>1)</sup>, 宮川義隆<sup>1)</sup>, 山本啓二<sup>1)</sup>, 中元秀友<sup>1)</sup>, 今枝博之<sup>1)</sup>

80歳台、女性。6日前より胃部不快感が出現し増悪し、その2日後の深夜に当院救急外来を受診。来院時、腹痛は無いものの腹部膨満あり、血液検査では貧血なく、WBC 11,000/ $\mu$ l、CRP 0.38mg/dlと軽度の炎症所見を認めるのみであった。腹部CTで左横隔膜下に腹水を認め、胃や腸管の拡張もみられた。経過観察で排便・排ガスあり、腹部膨満の改善を認めたため、帰宅した。しかし、4日後に嘔吐が出現したため近医に救急搬送され、当科に紹介入院となった。来院時血圧90台と低下を認め、血液検査でHb 8.8g/dlと貧血の進行を認めた。補液にて血圧は100台まで改善。第2病日の腹部造影CTで脾臓の楔状の欠損の出現と腹水の増加を認め、脾破裂による出血と診断した。第3病日にHb 7.1g/dlまで貧血が進行したため、RCC4単輸血を施行し、第5病日にHb 9.4g/dlまで上昇。バイタルサインは安定していたが、出血が持続している可能性が否定できず、脾動脈塞栓術を施行。Extravasationと思われる濃染像がみられたため、コイルによる塞栓療法を施行した。術後貧血の進行なく経過し、腹部症状も改善したため、第7病日より食事開始し、34病日に退院した。外傷歴が定かでなく、EBウイルス感染症なども否定的、血管異常や悪性腫瘍などなく、特発性脾破裂と考えられた。特発性脾破裂に対して脾動脈塞栓術で救命しえた症例は非常に稀であるため、文献的考察を加えて報告する。

脾破裂, 脾動脈塞栓術

昭和大学病院 臨床研修医<sup>1)</sup>,

昭和大学 医学部 内科学講座 消化器内科学部門<sup>2)</sup>

菊池一生<sup>1)</sup>, 打越 学<sup>2)</sup>, 大森里紗<sup>2)</sup>, 石井 優<sup>2)</sup>, 牛腸俊彦<sup>2)</sup>, 竹内義明<sup>2)</sup>, 吉田 仁<sup>2)</sup>

今回、我々は腹痛で発症し自然寛解した好酸球性胃腸炎の1例を経験したので報告する。症例は56歳男性。下腹部痛を主訴に他院を受診し、CTで下行結腸に壁肥厚を認め、虚血性腸炎の診断で入院となった。入院後、絶食・補液にて加療を行ったが、腹痛の改善なく、感染性腸炎の可能性を考え、抗菌薬投与を行った。しかし、腹痛は徐々に増悪し、第9病日に再度CTを施行し、全結腸に壁肥厚を認め、精査目的で当院に転院となった。入院時、発熱はなく、上腹部に自発痛と圧痛を認めた。血液検査では、好酸球の増加とCRPの軽度上昇、IgEの高値を認めた。原因不明の腸炎として、絶食、補液にて加療を開始したが、症状改善せず、炎症性腸疾患の可能性を考え、下部消化管内視鏡検査を施行した。大腸には明らかな異常は認めず、回腸末端に軽度の点状発赤を認めた。上部消化管内視鏡検査では表層性胃炎、十二指腸炎を認めた。第14病日に喘息発作があり、ヒドロコルチゾン点滴静注した。その後より腹痛も徐々に改善傾向となった。第18病日にCTを施行し、腸管壁肥厚の改善を認めた。食事開始後も腹痛の増悪はなく経過した。入院時より好酸球の増加を認め、また、食道・胃・十二指腸・小腸・大腸の病理組織所見では、好酸球を主体とした炎症細胞浸潤を認めたため、好酸球性胃腸炎と診断した。好酸球性消化管障害は、原因や病態は十分には明らかになっていないが、好酸球を中心としたアレルギー疾患であると考えられており全消化管に生じうるが、小腸、大腸、胃、食道の順に頻度が高い。ステロイドの投与で、症状が軽快するとされているが、投与経路、投与量、期間、減量法などにまだ一定の見解はない。好酸球性胃腸炎は、現在患者数が増えてきているが、明確な診断基準はなく、診断指針が示されているに留まっている。好酸球増多および腹痛を認めた際には好酸球性胃腸炎も念頭に置き、鑑別することが重要と考え示唆に富む症例として報告する。

好酸球胃腸炎, 好酸球増多

東京慈恵会医科大学 外科学講座<sup>1)</sup>, 同 肝胆脾外科<sup>2)</sup>

羽村凌雅<sup>1)</sup>, 柴 浩明<sup>2)</sup>, 二川康郎<sup>2)</sup>, 坂本太郎<sup>2)</sup>, 畑 太悟<sup>2)</sup>,

奥井紀光<sup>2)</sup>, 春木孝一郎<sup>2)</sup>, 阿部恭平<sup>2)</sup>, 岩瀬亮太<sup>2)</sup>, 松本倫典<sup>2)</sup>, 遠山洋一<sup>2)</sup>, 石田祐一<sup>2)</sup>, 矢永勝彦<sup>1)</sup>

症例は41歳の男性。8年前より特発性血小板減少性紫斑病の診断で、prednisoloneによる治療が行われていたが血小板数の改善は不良であった。エルトロンボパグ内服による血栓症の既往あり。統合失調症に対して内服治療を行っている。今回、脾臓摘出術を目的として当科受診した。血小板数は18x10<sup>3</sup>/ $\mu$ lであった。腹部造影CTでは軽度の脾腫を認めた。副脾は認めなかった。術前の $\gamma$ -グロブリン製剤の大量療法にて血小板数は130x10<sup>3</sup>/ $\mu$ lに上昇した。腹腔鏡下脾臓摘出術を施行、摘出脾臓重量は300gであった。病理診断はidiopathic thrombocytopenic purpura, splenic marginal zone lymphomaであった。術後経過は良好で術後第7病日に軽快退院、血小板数も内服加療なしで264x10<sup>3</sup>/ $\mu$ lである。splenic marginal zone lymphomaは非ホジキンリンパ腫の1%未満を占める稀な疾患であり、自己免疫性疾患の合併例が報告されている。今回、特発性血小板減少性紫斑病に対する脾臓摘出術の病理診断で偶発的に診断されたsplenic marginal zone lymphomaを経験したので文献的考察を加えて報告する。

splenic marginal zone lymphoma, 特発性血小板減少性紫斑病

日本医科大学多摩永山病院 外科<sup>1)</sup>、  
日本医科大学 消化器外科<sup>2)</sup>  
浅見敬一<sup>1)</sup>、吉田 寛<sup>1)</sup>、平方敦史<sup>1)</sup>、牧野浩司<sup>1)</sup>、横山 正<sup>1)</sup>、  
丸山 弘<sup>1)</sup>、赤城一郎<sup>1)</sup>、上田純志<sup>1)</sup>、関 奈紀<sup>1)</sup>、高 和英<sup>1)</sup>、  
金丸里奈<sup>1)</sup>、篠塚恵理子<sup>1)</sup>、上田康二<sup>1)</sup>、宮下哲平<sup>1)</sup>、宮坂俊光<sup>1)</sup>、  
内田英二<sup>2)</sup>

脾臓は網内系組織という特徴から免疫学的に悪性腫瘍が発育することが困難といわれている。脾悪性腫瘍の多くは血液悪性疾患で占められており、他の悪性疾患の孤立性脾転移の報告は稀である。悪性腫瘍の脾転移を認める場合、癌終末像の全身転移の一部分として存在していることがほとんどである。今回卵巣癌術後に発症した孤立性転移性脾腫瘍に対して、腹腔鏡下脾臓摘出術を施行したので報告する。患者は67歳、女性。2012年2月に卵巣癌の診断で両側付属器切除ならびに大網部分切除を施行した。その後は術後化学療法を施行されていたが、2013年8月の腹部CT検査にて脾臓に径15mmの腫瘍性病変を認めた。化学療法を継続していたが、2014年1月のCT検査では腫瘍は径24mmと増大傾向を認めた。このため脾門部孤立性脾臓転移の診断の下、手術目的にて当科紹介となった。同年2月に腹腔鏡下脾臓摘出術を施行。経過は良好で、術後第5病日に退院となった。病理診断は漿液性腺癌であり、卵巣癌の脾臓転移によるものとの診断であった。現在再発は認められず、経過観察中である。卵巣癌術後による稀な孤立性転移性脾転移に対し、腹腔鏡下脾臓摘出術を施行したので報告した。

転移性脾腫瘍, 卵巣癌

さいたま市立病院  
相馬雄輔, 桂 英之, 松波幸寿, 三浦邦治, 水谷友美, 篠崎博志,  
柿本年春, 金田浩幸, 加藤まゆみ

症例は63歳、男性。前医にてアルコール性肝硬変と診断され、当院受診までに2回の食道静脈瘤破裂の既往がある。2002年12月、2003年4月、2005年3月、2007年11月に食道静脈瘤破裂に対して当院でEVLを施行された。2010年12月、2011年2月には増加する腹水のコントロール目的で入院となった。2013年2月～5月には特発性細菌性腹膜炎のため入院となった。入院中にサブイレウスを発症したが、経鼻胃管による減圧と抗生剤投与にて軽快した。2013年9月、自宅室内で転倒、左股関節に疼痛を認め、近医に救急搬送された。左大腿骨頸部骨折の診断で、当院へ転院となった。術前検査を進め、手術に向けて全身状態の改善を目指していくこととなった。アルコール性肝硬変はChild-Pugh 10点、Grade Cであった。入院13日目、吐血を認めたため、上部消化管内視鏡検査を施行した。胃噴門部の静脈瘤から出血を認めたため、ヒストアクリル局注にて止血した。同日、上腹部痛が出現、触診にて上腹部は硬く膨隆していた。腹部単純CTを施行したところ、空腸回腸が上腹部に一塊となっており、被囊性腹膜炎と疑われるイレウスが疑われた。全身状態を考えると手術適応はないと判断し、イレウス管を留置して保存的に治療することとした。入院16日目、誤嚥によると思われる肺炎を併発した。入院18日目、肝機能、腎機能の急激な悪化を認め、永眠された。病理解剖にて小腸は線維性被膜により袋状に包まれており、被囊性腹膜炎と診断した。被囊性腹膜炎は腹膜透析患者に発症することが知られており、本症例のような肝硬変患者での発症は稀である。腸管癒着部には線維化と好中球浸潤を認め、本症例の被囊性腹膜炎の発症機序として繰り返す特発性細菌性腹膜炎が示唆された。腹水の増悪を繰り返す重症肝硬変の患者がイレウスを発症した場合には被囊性腹膜炎も念頭におき診察を行うことが重要であると思われる。

被囊性腹膜炎, 肝硬変

筑波記念病院 外科<sup>1)</sup>、同 消化器内科<sup>2)</sup>  
松井 聡<sup>1)</sup>、坂本俊樹<sup>1)</sup>、佐々木量矢<sup>1)</sup>、池澤和人<sup>2)</sup>、添田敦子<sup>2)</sup>、  
杉山弘明<sup>2)</sup>、斎藤 節<sup>1)</sup>

止血に難渋した十二指腸GISTを経験したので、若干の文献の考察を加えて報告する。症例は68歳、男性。タール便・意識障害を主訴に救急車で搬送され、2012年10月18日に当院を受診した。上部消化管内視鏡検査を施行し、十二指腸球部から下行脚への移行部に付着部を有する2cm大の粘膜下腫瘍を認めた。頂部に2カ所の潰瘍および露出血管が認められ、クリップにて止血した。大量のタール便・血圧低下のため翌日に再度内視鏡検査を行ったところ、昨日のクリップは脱落していた。露出血管に再度クリッピングを行ったが止血できず、コアグラスパーを用いて止血した。輸血を行い全身状態は安定していたが、ヘモグロビン値が8g/dL前後と貧血の改善乏しく、同22日に再度内視鏡検査を施行した。頂部付近は粘膜が脱落して腫瘍が露出しており、多数の蛇行した血管が認められ易出血性で滲むような出血を認めた。アルゴンプラズマ凝固止血法(APC)にて焼灼し止血した。以降は貧血も改善し安定して経過していた。再出血の危険性を考慮し、血管造影下に選択的動脈塞栓術を試みたが責任血管を同定できず、手術の方針となった。同27日、全身麻酔下に開腹手術を施行した。十二指腸下行脚上部の漿膜下に腫瘍を同定し、Vater乳頭部が温存されていることを確認しながら、十二指腸部分切除術を施行して腫瘍を摘出した。腫瘍は25 x 24 x 22mm大で、頂部より腫瘍高の中央付近まで粘膜は脱落し腫瘍表面が露出していた。術中には腫瘍よりの出血は認めなかった。病理組織検査結果はGIST, low risk groupで、露出した腫瘍頂部付近の細血管が出血に関与していたと考えられた。術後経過良好にて退院され、現在外来通院加療中である。

十二指腸GIST, 手術

日本医科大学 千葉北総病院 外科<sup>1)</sup>、  
日本医科大学附属病院 消化器外科<sup>2)</sup>  
原田潤一郎<sup>1)</sup>、櫻澤信行<sup>1)</sup>、山初和也<sup>1)</sup>、菊池友太<sup>1)</sup>、宮下正夫<sup>1)</sup>、  
内田英二<sup>2)</sup>

【はじめに】輸入脚症候群は胃切除後のBillroth-2法や胃切除・胃全摘後Roux-en Y (以下R-Y) 法などの再建後に輸入脚の機械的な閉塞による病態のことを差し、肺炎や腸壊死などの重篤な合併症を引き起こす。今回、われわれは胃全摘・R-Y再建後1年半後に発症した輸入脚症候群に対し、内視鏡的なドレナージおよび拡張を施した1例を経験した。【症例】2011年10月、cStage 3Cの進行胃癌に対して術前化学療法(TS-1 + CDDP)を2コース施行していたが、胃癌からの出血によりショックとなり、緊急で胃全摘術(D1) + R-Y再建を行った。最終病理診断はtub2-por2, pSS, pN2, pH0, pP0, pPM0, pDM0, cM0, fStage 3A。TS-1による術後補助化学療法を3か月行い、外来で経過観察されていた。2013年5月、上腹部の膨満、圧痛を認め当科受診。腹部CTにて輸入脚の著明な拡張を認め、Y脚部の狭窄もしくは腹膜播種再発による輸入脚症候群と診断し、緊急手術の可能性も念頭に置きつつ、同日緊急上部消化管内視鏡検査を施行した。フード付きスコープでY脚の狭窄および残渣による閉塞を認め、鉗子で残渣を除去したところ消化液の排出を認め、ドレナージとしてイレウス管を輸入脚内に留置した。腹部症状の改善を認め、第6病日にY脚吻合部の内視鏡的バルーン拡張を行い、第9病日に退院となった。現在も外来通院中であるが、胃癌の再発転移や輸入脚症候群の再燃は認めない。【考察】胃全摘R-Y再建後のY脚閉塞は0.68%に起こるとされている。輸入脚症候群に対しては従来、外科的治療が行われていたが、最近では本例のような内視鏡治療や、経皮経肝的ドレナージ、経皮経腸的ドレナージなどの低侵襲治療も報告されている。【結語】今回、胃全摘R-Y再建後の輸入脚症候群に対して内視鏡的治療が奏功した1例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。

胃全摘後, 輸入脚症候群



群馬大学 医学部 附属病院 光学医療診療部<sup>1)</sup>、  
群馬大学 大学院 医学系研究科 病態制御内科学<sup>2)</sup>、  
埼玉県中央病院 内科<sup>3)</sup>、  
富澤 琢<sup>1,2)</sup>、佐川俊彦<sup>3)</sup>、中山哲雄<sup>2)</sup>、野中真知<sup>2)</sup>、安岡秀敏<sup>2)</sup>、  
栗林志行<sup>2)</sup>、水出雅文<sup>2)</sup>、下山康之<sup>2)</sup>、河村 修<sup>1,2)</sup>、草野元康<sup>1,2)</sup>

【症例】62歳男性。X-2年に腰部脊柱管狭窄症に対して手術施行。術後疼痛のため非ステロイド性抗炎症薬を常用していた。X年10月中旬頃から空腹時を中心に心窩部痛が出現。11月下旬に近医で上部消化管内視鏡検査(以下EGD)施行。十二指腸に潰瘍性病変を認め、薬物治療が開始となるも症状改善なく当科紹介受診。当院で施行したEGDで十二指腸下行部に狭窄を認め、内視鏡が通過しなかった。同日、十二指腸・小腸造影を行ったが、狭窄長は短く、狭窄部位はこの1か所のみであった。後日経鼻内視鏡での再検では狭窄をスムーズに通過し、狭窄部から生検を行ったが悪性所見は認めなかった。十二指腸下行部の狭窄に対し、後日待機的に内視鏡的バルーン拡張術(以下EBD)を施行。初回EBDの1か月後のEGDで再狭窄を認め、同日緊急でEBDを施行した。その後、定期的に内視鏡検査を行っているが再狭窄は認めない。【考察】十二指腸下行部狭窄に対し内視鏡的バルーン拡張術を行った1例を経験した。若干の文献的考察を含め報告する。

十二指腸狭窄，内視鏡的バルーン拡張術

日本医科大学千葉北総病院 外科<sup>1)</sup>、  
日本医科大学 消化器外科<sup>2)</sup>、  
栗山 翔<sup>1)</sup>、櫻澤信行<sup>1)</sup>、横室茂樹<sup>1)</sup>、堀場光二<sup>1)</sup>、瀬谷知子<sup>1)</sup>、  
鶴田宏之<sup>1)</sup>、松本智司<sup>1)</sup>、松田明久<sup>1)</sup>、山初和也<sup>1)</sup>、高橋吾郎<sup>1)</sup>、  
金谷洋平<sup>1)</sup>、菊池友太<sup>1)</sup>、原絵津子<sup>1)</sup>、原田潤一郎<sup>1)</sup>、下田朋宏<sup>1)</sup>、  
宮下正夫<sup>1)</sup>、内田英二<sup>2)</sup>

症例は70歳男性。平成X-6年に前医で胃前庭部の胃腺腫を指摘され、平成X-5年11月前医にてEMRを施行した。その後毎年内視鏡を施行し経過を観察していた。毎年形態変化は認めなかったものの、平成X年の生検で一部癌も疑われたため平成X年2月ESD目的に当院に紹介となった。当院初診時身体所見に明らかな異常なく、また血液生化学的検査でも明らかな異常を認めなかった。紹介時の内視鏡では胃前庭部小彎に幽門輪に接する辺縁が粘膜下腫瘍様の0-IIa病変を認めた。平成X年3月同病変に対しESDを施行した。ESDの術中所見であるが粘膜下腫瘍も含め0-IIa病変から15mmのマージンを取って粘膜下層を剥離した。粘膜下腫瘍は筋層への浸潤は認めなかった。病理検査ではadenocarcinoma (carcinoma in adenoma), m, ly (-), v (-)、断端は陰性であった。粘膜下腫瘍の部位には粘液を貯留した嚢胞を認め異型のない腺上皮で覆われていた。ESDの術後は出血等の明らかな合併症なく第7病日に退院となった。その後当院で一度内視鏡のフォローを行ったが、明らかな再発所見なく経過しており現在は前医での経過観察を行っている。胃粘膜下腫瘍の多くは充実性腫瘍でありGISTや平滑筋腫、迷入腺などがあげられる。非充実性腫瘍である胃嚢胞は比較的まれである。胃嚢胞は上皮性のものとしては多発性びまん性嚢胞症、胃重複症、ポリープに共存する嚢胞状腺管があり、非上皮性のものとしてはリンパ管腫がある。また胃嚢胞の症例で胃瘻を合併した症例を23.3%に認め胃嚢胞が前癌病変であるとする報告もあるが、胃痛と嚢胞の関連は結論がみられていない。本症例では嚢胞の周囲が異型のない腺上皮で覆われており嚢胞状の腺管であったと考えられ、またcarcinoma in adenomaとの関連は乏しいと考えられた。今回我々は胃腺腫のEMR後の粘膜下腫瘍様の局所再発に対してESDを施行した1例を経験したため若干の文献的考察を含め報告する。

ESD，早期胃癌

神栖済生会病院外科<sup>1)</sup>、日本医科大学千葉北総病院外科<sup>2)</sup>、  
日本医科大学付属病院<sup>3)</sup>、  
関口久美子<sup>1)</sup>、佐々木順平<sup>1)</sup>、坂田義則<sup>1)</sup>、高崎秀明<sup>1)</sup>、宮下正夫<sup>2)</sup>、  
内田英二<sup>3)</sup>

症例(1)77歳女性。糖尿病・高脂血症で内科通院中。3日前から上腹部痛を自覚、徐々に増悪したため救急搬送された。左下腹部から心窩部にかけて圧痛を認めるも筋性防御は認めなかった。血液検査でCRP36.03と高度炎症を認め、CT検査では腹腔内遊離ガス像、右前腎傍腔から仙骨前面にかけての後腹膜気腫、腰部椎体前面に漏出した残渣様の膿瘍形成を認めた。以上より十二指腸下行脚から水平脚での穿孔による後腹膜膿瘍とそれに伴う腹膜炎と判断し、緊急手術施行とした。術中所見で仙骨前面の後腹膜腔から腹腔内へ漏出する消化液を認めた。膿瘍を解放し右側結腸を授動・脱転した上で十二指腸を授動すると、水平脚後面に穿孔に伴う憩室を認め、十二指腸憩室穿孔と診断した。穿孔に伴い壊死した憩室部位をトリミング後、十二指腸を単純閉鎖し、十二指腸減圧目的の胃瘻と経管栄養目的の小腸瘻を造設した。術後創部SSIを認めたものの経過良好で、術後50病日で退院となった。症例(2)73歳男性。5年前に胃癌にて噴門側胃切除術の既往あり。2日前からの腹痛・嘔吐を主訴に外来受診された。腹部に圧痛と反跳痛を認め、血液検査でWBC12540、CRP26.07と高度の炎症を認めた。CT検査で、十二指腸水平脚背側の後腹膜腔に被包化された気腫像と液体貯留像および十二指腸水平脚の壁非薄化を認めた。以上より十二指腸水平脚の憩室穿孔による後腹膜膿瘍と診断し、緊急手術を行った。手術所見は、十二指腸を脱転して膿瘍腔を開放後、十二指腸下行脚から水平脚にかけての後面に憩室穿孔を認めた。穿孔部をトリミングし十二指腸を単純閉鎖後、ドレーンを挿入し手術終了とした。術後経過良好で、特に合併症なく術後10病日で退院となった。十二指腸憩室穿孔による後腹膜膿瘍は比較的多い病態ではあるが、近年CTの普及や診断能力の向上に伴い術前診断が可能であることが多い。早期の治療と適切な治療方法の選択が必要と疾患であり、急性腹症の診療に当たり常に念頭に置くべきであると考えた。

十二指腸憩室穿孔，急性腹症

横浜市立大学 消化器・腫瘍外科学<sup>1)</sup>、  
横浜市立大学附属市民総合医療センター消化器病センター外科<sup>2)</sup>、  
堀井伸利<sup>1)</sup>、小坂隆司<sup>1)</sup>、秋山浩利<sup>1)</sup>、樺山将士<sup>1)</sup>、石部敦士<sup>1)</sup>、  
高川 亮<sup>2)</sup>、木村 準<sup>2)</sup>、牧野洋知<sup>2)</sup>、國崎主税<sup>2)</sup>、遠藤 格<sup>1)</sup>

症例1:73歳男性。当院で腹腔鏡補助下胃全摘術(LATG)施行後1年3か月。突然の腹痛を認め、当院に救急搬送された。腹部全体に自発痛があり、左上腹部に圧痛、反跳痛を認めた。血液検査で炎症反応の上昇は認めなかったが、血液ガス分析で代謝性アシドーシスと呼吸性アルカローシスを認めた。腹部レントゲンで左上腹部に小腸ガスを認めた。CTでは左上腹部に拡張腸管を認め、周囲に腹水を認めた。拡張腸管の造影効果が腸管と比べ減弱していたため、絞扼性イレウスを疑い開腹緊急手術を施行した。Petersen's defectに肛門側の小腸が陥入し内ヘルニアを起こしていたことを確認。腸管の壊死は認めなかった。内ヘルニアを解除し、ヘルニア門を閉鎖して手術を終了した。術後経過は良好であり、術後12日目に退院された。症例2:68歳男性。LATG施行後1年5か月。腹部の急激な痛みを認め、軽快しないため当院を受診。心窩部左側に強い圧痛と筋性防御を認めた。血液検査で炎症反応の上昇は認めなかったが、血液ガス分析で代謝性アシドーシスと代償性の呼吸性アルカローシスを認めた。腹部レントゲンでは左上腹部にニボー像を認め、CTではSMAを中心としたwhirl signと拡張腸管の造影効果の減弱を認めたため絞扼性イレウスを疑い腹腔鏡下に緊急手術を行った。Petersen's defectに肛門側の小腸が陥入し内ヘルニアを起こしていることを確認。腸管の壊死は認めなかったため、内ヘルニアを解除してPetersen's defectを縫合閉鎖して手術を終了した。術後経過は良好であった。胃や胆道系手術でのRoux-en-Y(以下R-Y)再建を行った場合の内ヘルニア発生頻度は0.1~0.3%とされ、比較的稀な病態である。今回我々は腹腔鏡補助下胃全摘R-Y再建術後にPetersen's hernia をきたした2例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。

R-再建，Petersen's hernia



東京女子医科大学大学院 消化器内科<sup>1)</sup>、同 消化器内視鏡科<sup>2)</sup>、同 第2外科<sup>3)</sup>  
 栗山朋子<sup>1)</sup>、大森鉄平<sup>1)</sup>、伊藤亜由美<sup>1)</sup>、高橋麻依<sup>1)</sup>、米沢麻利亜<sup>1)</sup>、飯塚文瑛<sup>1)</sup>、中村真一<sup>1,2)</sup>、板橋道明<sup>3)</sup>

症例は40歳代、男性、18年前に小腸大腸型クローン病と診断され、小腸部分切除術を3回施行されている患者。PSL2.5mg、AZA10mgの治療でCDAI80と臨床的寛解が得られていたが、CRP1.9mg/dLであり、小腸精査を検討した。小腸カプセル施行前にPillCamパテンシーカプセルで開通性評価をしたところ、吻合部で停滞しており開通性不可と判断した。このため小腸カプセルは施行せず、明らかな自覚症状もないため外来で経過観察となっていた。しかし約1年後に左側腹部痛を頻回に認めるようになり、CRP2.0mg/dLと炎症反応の持続的の上昇および腹部単純X線検査で小腸ガスを認め、精査加療目的に入院となった。腹部骨盤造影CTを施行したところ回腸吻合部と下行結腸に狭窄像を認め、回腸吻合部口側には高輝度の異物を認めた。狭窄部の精査目的で経肛門的小腸鏡を施行したところ、下行結腸の高度狭窄はスコープ通過不可であった。下行結腸の狭窄部が左側腹部痛の原因と考え、バルーン拡張術を施行した。拡張後に口側挿入が可能となり、回腸吻合部まで挿入したところ同部位にもスコープ通過が困難な程度の狭窄を認め、口側にパテンシーカプセルのコーティング膜の残存が確認された。コーティング膜は腸管内にフローティングしている状態であり左側腹部痛の原因とは考えにくかった。しかし腸管内異物の長期残存の危険性を考慮し、バルーン拡張術を施行したうえでコーティング膜の回収を行ない終了とした。下行結腸狭窄部の拡張後より腹痛症状は改善し、経過良好であり退院となった。パテンシーカプセルは一定の時間が経つと溶解が始まりコーティング膜を残して消失し、コーティング膜は通常自然排泄される。しかし本症例のように長期間、無症状で経過していたにもかかわらずコーティング膜が残存しており、内視鏡で回収をした報告はほとんどない。示唆に富む1例を経験したので報告した。

クローン病、パテンシーカプセル

横浜労災病院 消化器内科  
 池田良輔、永嶋裕樹、野上麻子、石井 研、佐藤晋二、廣谷あかね、梅村隆輔、小宮靖彦、江塚明子、高野幸司、谷 理恵、大谷節哉、川名憲一、永瀬 肇

潰瘍性大腸炎（UC）は主に厚労省研究班の治療指針に基づいて治療され、軽症および中等症のUCにおいて5-ASA製剤は中心的な治療薬剤であり、50～80%程度の症例では5-ASA製剤のみで寛解導入が可能である。しかし一方で5-ASA製剤によるアレルギーも報告されており、今回5-ASAアレルギーによる症状の増悪を認めた3例のUCを経験したので報告する。[症例1]16歳女性、近医で中等症の左側結腸型UCと診断され5ASA製剤1200mgとブドニゾロン（PSL）内服加療を開始したところ、14日目より増悪を認めたため当院紹介。CSにて肝彎曲部までMattsgrade2相当の粗造粘膜を認めたが、全身状態は安定しており絶食補液で改善を認めた。なお5-ASAに対するDLSTは陽性であった。[症例2]50歳男性、5年前からの血便を主訴に当院受診し、軽症の全結腸型UCと診断され、5-ASA製剤3600mgを開始した。23日目より症状の増悪を認め緊急入院となり再度CSを施行したところMattsgrade3相当の増悪を認めたためPSL大量静注療法を開始し症状の改善を認めた。経過中DLST陽性が判明したため内服加療なく経過観察中である。[症例3]18歳女性、4ヶ月前からの微熱と血便を主訴に当院受診した。CSにてMattsgrade2相当の全結腸炎型のUCと診断し5-ASA製剤3600mgを開始した。一旦血便は改善したものの12日目より腹痛と排便回数の増悪を認め、緊急入院となった。CSでは、Mattsgrade3相当の増悪を認めPSL大量静注療法を開始したが、22日目にCTで巨大結腸炎を認め専門施設に転院搬送となった。後に本症例でもDLSTの結果が陽性と判明した。今回、5-ASA製剤アレルギーにより増悪したUCの症例3例を経験した。DLST陽性に判明した3症例で共通して見られた傾向として治療開始直後は症状が改善するものの、2週間程度で症状の増悪を来している点があった。5-ASA製剤を導入した初発のUCの増悪には常に5-ASA製剤アレルギーの可能性を念頭に置く必要があり、若干の文献的考察を加え報告する。

潰瘍性大腸炎、アレルギー

千葉中央メディカルセンター 外科  
 渡邊陽太郎、松田充宏、飛田浩司、松井郁一、鈴木洋一、松菜芳郎

症例は84歳の男性。腹痛、腹部膨満を主訴に近医受診。腸閉塞の診断にて当院救急搬送された。受診時、著明な腹部膨満および腹部全体に圧痛を認めた。腹部CT検査で、S状結腸に腫瘍像およびその口側腸管に便塊を伴う著明な拡張を認めた。また、下行結腸周囲脂肪織に炎症波及による液体貯留を認め、S状結腸癌に伴う閉塞性大腸炎の診断にて緊急手術を施行した。術前のAPACHEII score 16、SOFA score 2であった。開腹すると、腹腔内に悪臭伴う汚染腹水を認めたが培養は陰性であった。S状結腸に腫瘍を認め、S状結腸から下行結腸脾彎部までの腸管は拡張し暗緑色調に壊死していた。左半結腸切除後、横行結腸にて人工肛門造設を施行した。術後、PMX等の集学的治療は要さなかった。有害事象なく経過し、第17病日に退院となった。病理診断は、S状結腸の高分化型腺癌であった。穿孔は認めなかったが、S状結腸から下行結腸まで広範囲に壊死していた。壊死の原因として、非特異的炎症による循環障害性変化であり閉塞性大腸炎の所見として矛盾しないものであった。口側腸管の拡張が著明な症例においては壊死型閉塞性大腸炎を呈する可能性がある。壊死型症例では、初期治療として減圧チューブによる保存的治療を選択した場合、劇症化し予後不良となる症例が報告されている。本症例では、時期を逸さずに早期手術により安定を図ったことが術後経過に有効であったと考えられた。

閉塞性大腸炎、大腸癌イレウス

土浦協同病院 消化器内科  
 江頭徹哉、酒井義法、久保田洋平、吉行綾子、渡邊剛志、河本亜美、柴田 勇、市田 崇、鈴木雅博、草野史彦、田沢潤一

潰瘍性大腸炎に合併した進行大腸癌の家族内発症例を経験した。[症例1]43歳、女性（妹）。2005年（34歳時）発症の潰瘍性大腸炎で通院中であった。メサラジン内服で通院加療を行っていた。2008年の下部消化管内視鏡検査を最後に、御本人の希望により、内視鏡検査はされていなかった。2013年2月頃より血便を認め、下部消化管内視鏡検査を施行したところ、横行結腸にBorr2型の進行大腸癌を認め、当院外科で手術の方針となった。大腸全摘術を施行し、病理結果でpStageIIaであった。術後化学療法を行い、再発はなく、現在も外来通院中である。[症例2]45歳、女性（姉）。1988年（19歳時）発症の潰瘍性大腸炎であったが、21歳以降は通院していなかった。2012年10月に腹部膨満感を主訴に受診され、両側の卵巣腫瘍を認めた。Krukenberg腫瘍が疑われ、精査中であったが、腹痛が強く、婦人科にて両側卵巣予防的切除（BPO）が施行された。術中所見にて、腹水多量、腹腔内全体に播種結節、上行結腸・下行結腸・横行結腸に固い腫瘤を疑う所見を認めた。術後の下部消化管内視鏡検査では、S状結腸に全周性の腫瘤を認め、それより口側への内視鏡の通過は困難であった。生検にてadenocarcinomaの所見であり、卵巣腫瘍と同じ組織であった（免疫染色も施行）。潰瘍性大腸炎を背景に発症した大腸癌原発、卵巣転移、腹膜播種と診断した。多量の腹水、腹膜播種も認めていたため、人工肛門造設は困難と考えられ、化学療法の方針となった。Third lineまで化学療法を施行し、腹水のコントロールが困難となり、現在Best Supportive Careにて外来通院中である。医学中央雑誌で検索し得た範囲では、潰瘍性大腸炎の家族内発症の報告はあるが、潰瘍性大腸炎に合併した進行大腸癌の家族内発症例の報告はなく、稀有な症例であり、文献的考察を加え報告する。

潰瘍性大腸炎、姉妹例

東京慈恵会医科大学外科学講座 消化器外科  
友利賢太, 中島紳太郎, 宇野能子, 北川和男, 大熊誠尚, 阿南 匡,  
小菅 誠, 衛藤 謙, 小村伸朗, 矢永勝彦

【はじめに】今回、われわれは大腸癌肝転移に対する化学療法中に続発性硬化性胆管炎を発症した症例を経験したので、文献的考察加え報告する。【症例】48歳の男性、直腸癌・多発肝転移に対して2012年8月にハルトマン手術が施行（pA, pN2, sH3, sP1, M0, fStageIV）。同10月よりSOX + Cetuximabを開始したが、2013年5月、7コース目の化学療法施行中に顕性黄疸が出現した。腹部造影CTで左肝内胆管の拡張を伴い、ERCPで中部胆管から肝内胆管に立ち枯れ状のびまん性狭窄を認めた。ENBDチューブを留置し、細胞診を行ったが、悪性細胞は確認できず、血液検査上、自己免疫疾患は否定であったため、化学療法による続発性硬化性胆管炎と診断した。ステロイドの投与を行ったが改善を認めず、発症より1か月後に肝不全で死亡した。【考察】硬化性胆管炎は肝内外の胆管に限局性もしくはびまん性に狭窄を来す慢性炎症疾患である。化学療法による続発性胆管炎をきたした症例としては本邦では5-FU肝動注後の発症例が複数報告されているが、静脈内投与や経口投与で症例での発症の報告は極めてまれであり、予後は極めて不良である。

薬剤性硬化性胆管炎, 大腸癌

東金九十九里地域医療センター 東千葉メディカルセンター 内科<sup>1)</sup>,  
同 消化器内科<sup>2)</sup>, 同 外科<sup>3)</sup>,  
大網白里市立国保大網病院 内科<sup>4)</sup>, 同 外科<sup>5)</sup>,  
亀崎秀宏<sup>1)</sup>, 大山 広<sup>2)</sup>, 黒澤 浄<sup>3)</sup>, 石原 武<sup>2)</sup>, 中村祐介<sup>3)</sup>,  
林 達也<sup>3)</sup>, 中川宏治<sup>3)</sup>, 吉村智士<sup>4)</sup>, 服部祐爾<sup>4)</sup>, 高梨秀樹<sup>4)</sup>,  
板橋輝美<sup>5)</sup>, 古谷成慈<sup>5)</sup>, 中村俊太<sup>5)</sup>, 安蒜 聡<sup>5)</sup>, 志村賢範<sup>5)</sup>

【症例】87歳、男性、身長165.9cm、体重78.3kg、BMI 28.4【主訴】腹部膨満感【既往歴】胆嚢結石症（33年前、開腹胆嚢摘出術）、大腸ポリープ（3年前、経過観察）【現病歴】1か月前より腹部膨満感を自覚するようになったため、大腸内視鏡検査が予定された。S状結腸が過長なことはなく、スコープはループを形成せずに短縮しながら挿入可能であった。しかし、SD junctionが急峻であり、同部位の通過に難渋し、ある程度の腹痛を伴った。アップアングル全開の状態でもプッシュにて同部位を通過したところで、スコープが固定され動かなくなった。その後、多少の抵抗を感じつつもスコープが解除されたため、肛門側の観察を行い検査終了とした。検査終了後も腹痛が持続したため、緊急で腹部CT検査を施行したところ、左鼠径ヘルニアを認め、S状結腸が脱出していることが判明した。用手的に環鎖したところ、症状は速やかに軽快した。後日、待機的に手術（tension free repair）が施行された。【考察】大腸内視鏡検査中にS状結腸が脱出した鼠径ヘルニアの英文での報告は、十数例のみと稀ではあるが、共同演者の中にも同様な症例を経験したことのある者がおり、ある一定の頻度で誰しもが遭遇し得る合併症と考えられる。挿入に難渋する症例においては、漫然と挿入にこだわらずに、その場で体表から鼠径部を観察することが重要である。また、ヘルニア門の広い症例においては、挿入時には抵抗がなく引き抜き時に抜取困難となることもあると報告されている。引き抜き時の動作で、ヘルニア囊内でループを描いたシャフトが、の形状のままヘルニア門より腹腔に戻ろうとするために抜取困難になると考えられる。シャフトがループごと引っ張られないように用手的にサポートすることで、スコープを抜去できた症例も報告されている。スコープの抜去不能な症例や脱出したS状結腸が嵌頓した症例においては、緊急手術の適応と考えられる。いずれにせよ、大腸内視鏡検査前の問診・診察においては、鼠径ヘルニアの有無を確認しておくことが重要と反省させられた。

鼠径ヘルニア, 大腸内視鏡

博慈会記念総合病院 外科  
杉田久記, 吉村和泰, 沖野哲也, 勝田美和子

(はじめに) 従来癌の再発による大腸閉塞には人工肛門造設を要していたが、2012年1月より大腸用Self-Expandable Metallic Stent (SEMS) が保険適応となりこのような症例に福音となる可能性がある。今回我々は大腸癌再発による左側大腸閉塞に対し経肛門的イレウス管留置にて口側大腸の減圧を得た後Self-Expandable Metallic Stent (SEMS) 留置により良好な経過を得た2症例を経験したので報告する。(症例1) 76歳、女性。2009年9月8日直腸癌にて低位前方切除術施行。2011年3月頃よりCEA上昇あり、PET、CTにてリンパ節及び腹膜再発を認めmFOLFOX-6、FOLFIRI、BEVにて化学療法行ったが2014年3月頃より大腸イレウス状態となった。上部直腸に外方から圧排される狭窄認め、経肛門的イレウス管にて減圧を計ったのちSEMSを留置、軽快退院となっている。(症例2) 84歳、男性。2008年10月21日S状結腸癌にて高位前方切除術施行。吻合部再発にて2010年9月低位前方切除術施行。mFOLFOX-6、BEVにて化学療法行ったが2014年1月頃より亜腸閉塞にて数回入院。腹膜再発を疑った。5月頃より大腸イレウス状態となり入院。大腸内視鏡で局所再発による狭窄を認め同様に経肛門的イレウス管にて減圧を計ったのちSEMSを留置、軽快退院となっている。(まとめ) 癌再発による大腸閉塞に対する治療法においてSEMS使用と従来の治療法を比較検討した。

大腸閉塞, 大腸ステント

塩田病院外科 塩田記念病院 サイバーナイフセンター<sup>1)</sup>,  
日本医科大学消化器外科<sup>2)</sup>, 三井記念病院 消化器内科<sup>3)</sup>,  
千葉大学 放射線科<sup>4)</sup>  
塩田吉宣<sup>1)</sup>, 内田英二<sup>2)</sup>, 住吉宏樹<sup>2)</sup>, 佐久間隆<sup>1)</sup>, 大木隆正<sup>3)</sup>,  
宇野 隆<sup>4)</sup>

サイバーナイフは超精度ミサイル及びロボット工学を応用して開発された放射線治療機器でその誤差は1mm以内であるとされている。あらゆる方向から正確な部位への照射が可能のため、周囲正常組織への損傷を最小限に抑えることが出来る。そのため高齢者や全身状態不良な患者、またはガンマーナイフなどの治療困難な症例に対しても追加治療が可能な場合がある。当初頭頸部の治療より始まったが、最近では体幹部の癌に対しても応用されるに至っている。これまでに我々は21例の転移、再発大腸癌に対しサイバーナイフを使用し治療を行った。対象は大腸癌21例（直腸癌9例）で脳転移11例、骨盤内局所再発5例、骨転移2例、肺転移3例であった。20例でサイバーナイフ治療前に化学療法またはガンマーナイフなどの治療を受けていた。照射は3回から10回の分割照射により行った。治療により疼痛の軽減が見られたもの7例、脳転移による神経症状の軽減がみられたもの5例、脳転移が消失し、源発巣の手術を行い生存中であるもの1例であるが、他は全身状態不良のためその後の評価ができなかったものや、治療の中止を余儀なくされたものなどが含まれる。今回の検討で、まだ生存率に有意差が出るまでには至っていないが、局所の腫瘍の縮小や疼痛の緩和に対しては有効で、特に他に治療法の選択がない高齢者や体力のない末期がん患者に対しても考慮できる治療法であると思われた。今後適応を厳格にさらなる経験を積み、詳細な検討望まれる。

サイバーナイフ, 転移、再発大腸癌



## 73 自然消退した肝細胞癌の1例

総合守谷第一病院  
村越直人, 杉本浩一, 原 健

【症例】85歳, 女性。【既往歴】2001年に乳癌で乳房扇状部分切除術+腋窩リンパ節郭清(T2N0M0)。2010年に胆石胆嚢炎で胆嚢摘出術, 術中に肝生検を行い肝硬変と診断されたが, 肝硬変の原因疾患は特定できなかった(いずれの手術も他院)。(現病歴)胆嚢摘出術後は老人ホームに入居し, 高血圧などで近医に通院していた。特別な症状はなかったが, 当院への通院を希望され, 2011年12月に紹介受診した。2012年5月の採血で異常値(AST 121 U/L, ALT 69 U/L)を認めたため, 腹部超音波検査を行い, 肝右葉に枯れ枝状の豊富な血流シグナルを有する60mmと20mmの腫瘍を認めた。腹部造影CTでは造影早期濃染, 後期wash outを伴い, 転移性腫瘍ではなく肝細胞癌と診断した。本人へ病名を告知したが, 一切の治療を希望されなかったため, 月1回の通院で採血のみ行い自然経過に任せる方針となった。診断時にAFP 214.6 ng/mL(L3分画とPIVKAIIは未測定)であったが, 徐々に低下(2012年11月39.7 ng/mL, 2013年1月3.7 ng/mL)したため, 2013年1月に腹部超音波検査を再検し, 2つの腫瘍の縮小を認め, 血流シグナルも乏しくなっていた。その後も自覚症状は見られず, 診断から1年経過した2013年7月に腹部造影CTを再検した。腫瘍内にviableな部分は認められなくなっており, 肝細胞癌は自然消退したものと考えられた。腹部超音波検査でも同様の所見であった。【考察】肝細胞癌が自然消退した症例報告は数少なく, その機序として, 肝動脈の血栓, A-Pシャント, 貧血や血圧低下などによる腫瘍内の虚血によるものが考えられている。大量の輸血の後に腫瘍が消失した症例, 細菌感染を契機に腫瘍が消失した症例, 標準的治療を希望せず代替療法(機能性食品)で腫瘍が消失した症例の報告もある。本症例では画像上, 動脈硬化が目立つことから, 肝動脈の虚血性変化により腫瘍の消滅を生じた可能性がある。肝細胞癌が無治療で自然消退した症例は貴重であると考え報告した。

肝細胞癌, 自然消退

## 74 Acute-on-chronic liver failureに対して生体肝移植療法を施行し救命し得た一例

千葉大学大学院 医学研究院 消化器腎臓内科学<sup>1)</sup>, 同 臓器制御外科学<sup>2)</sup>, 千葉大学 総合安全衛生管理機構<sup>3)</sup>, 小関寛隆<sup>1)</sup>, 安井 伸<sup>1)</sup>, 中村昌人<sup>1)</sup>, 新井誠人<sup>1)</sup>, 神田達郎<sup>1)</sup>, 今関文夫<sup>3)</sup>, 大塚将之<sup>2)</sup>, 宮崎 勝<sup>2)</sup>, 横須賀収<sup>1)</sup>

【緒言】Acute-on-chronic liver failure (ACLF) は「先行する慢性肝疾患患者に発症した黄疸, 凝固異常を伴った急性肝障害で, 4週間以内に腹水または肝性脳症を合併するもの」と定義され, 致死率の高い疾患群である。今回我々はACLFに対して生体肝移植療法を施行し救命し得た一例を経験したので若干の文献的考察を加え報告する。【症例】症例は46歳女性, 発症12年前に肝機能異常の指摘があり, 発症5年前より健診にて肥満(BMI 35~39), 肝機能異常, 脂肪肝, 脾腫を指摘されていたが精査加療は行われていなかった。発症2年前より飲酒量が増加(約50g/day), 入院3週間前より全身倦怠感, 微熱が出現し経過で黄疸, 食欲不振を認め前医入院となる。高度の黄疸, 凝固異常, 腹水を認め急性肝不全の診断で当院に転院となった。転院時の身体所見は意識清明で身長153cm, 体重76kg, BMI 32.5, 血液検査所見はAST 119U/L, ALT 46U/L, LDH 570U/L, T-Bil 22.7mg/dL, PT 24%(INR 2.02)であり, 腹部超音波検査は肝硬変の所見で, CTでは肝腫大(CTLV/SLV 1.68)および腹水が認められ, ACLFと診断した。各種ウイルスマーカーは陰性で, AIIH scoring systemは疑診, 有意な薬剤歴は認めず, 病歴よりAcute insultはアルコール性肝障害を考えたが, 先行する慢性肝疾患に関しては成因の特定はできなかった。転院後, 抗凝固療法, 肝底保護療法, 輸血療法による加療を開始し, 肝腫大の改善, 腹水の減少は得られたが肝機能の回復は得られず, 第31病日に夫をドナーとした生体肝移植療法を施行し, 第150病日に軽快退院となった。摘出肝の病理所見は肝硬変を背景としたsub-massive necrosisの所見であった。

急性肝不全, 生体肝移植

## 75 抑鬱状態に対して投与された柴胡加竜骨牡蛎湯により発症した薬物性急性肝炎の1例

関東労災病院  
林 栄一, 原 浩二, 中崎奈都子, 嘉戸慎一, 金子麗奈, 金 民日, 草柳 聡, 小川まさずみ, 佐藤 譲

【はじめに】漢方薬は, 近年その効果が科学的に解明されてきており, 臨床で使用する頻度が増えている。一方, サプリメントや漢方薬による薬物性肝障害の報告も近年増加している。われわれは, 柴胡加竜骨牡蛎湯による重篤な薬物性急性肝炎を来した1例を経験したのでこれを報告する。【症例】51歳, 男性。数ヶ月続く抑うつを主訴に前医を受診した。前医より処方された柴胡加竜骨牡蛎湯と六味丸および, 薦められた4種類のサプリメントを内服したところ, 抑うつ症は改善傾向であった。2ヶ月後に再度, 全身倦怠感を認め, 近医で採血施行し, AST1467IU/L, ALT2395IU/L,  $\gamma$ -GTP454mg/dlと高度肝障害を認めたため, 当院紹介受診となった。来院時, 腹部エコーで肝内脈管輝度亢進, 胆嚢壁肥厚を認め, 急性肝障害の所見と合致した。CTで閉塞性黄疸・血流異常は認めず, 急性肝炎の診断で精査および加療目的で入院となった。各種ウイルス検査および自己抗体検査は全て陰性であった。内服歴としては, 上記漢方薬とサプリメントのみであり, 来院2日前より休業されていた。薬物性肝障害スコアは肝細胞障害型6点であり, 薬物性肝障害が強く疑われ, 漢方薬2剤に対してリンパ球動弱試験(DLST)を行った。柴胡加竜骨牡蛎湯が陽性であり原因薬剤と考えられた。内服中止後は, 肝炎は速やかに改善し再燃なく経過している。【考察】漢方薬は生薬成分により肝障害を起こすことが報告されている。21例の漢方薬による薬剤性肝障害症例のうち19例がオウゴンを含む薬剤であったとの報告もある。本症例の原因薬剤である柴胡加竜骨牡蛎湯にもオウゴンが含まれており, 高度肝機能障害を呈したことから, オウゴンを含む漢方薬を使用する際には, 肝機能障害を念頭におくべきであると考えられる。

薬物性肝障害, 漢方薬

## 76 胆嚢壁肥厚を伴う胆嚢癌疑診例に対する当科の治療方針とその妥当性

千葉大学 大学院医学研究院 臓器制御外科学  
小西孝宜, 大塚将之, 久保本知, 清水宏明, 加藤 厚, 吉富秀幸, 古川勝規, 高屋敷重, 高野重昭, 岡村大樹, 鈴木大亮, 酒井 望, 賀川真吾, 宮崎 勝

【目的】近年の画像診断の向上にもかかわらず, 術前に良悪の鑑別が困難な胆嚢壁肥厚性病変をしばしば経験する。今回, 我々の胆嚢壁肥厚を伴う胆嚢癌疑診例に対する治療成績とその術式選択の妥当性を検討した。【方法】2004年1月~2014年3月に当科で手術した胆嚢壁肥厚性病変のうち, 術前に良悪の鑑別が困難であった45例をretrospectiveに検討した。当科では胆嚢癌疑診例には開腹胆嚢全層切除術+術中迅速組織診を施行し, pT1胆嚢癌には#12b・cリンパ節サンプリングを, pT2以上には肝中央下区域切除+肝外胆管切除+所属リンパ節郭清を追加している。【成績】男性29例, 女性16例, 平均年齢64.3歳であった。術前診断は慢性胆嚢炎30例, 胆嚢腺筋腫症13例, T1胆嚢癌疑い2例。術中迅速組織診で胆嚢癌と診断されたのは5例だった。そのうちpT1胆嚢癌は1例(20%, 術前診断は胆嚢腺筋腫症)で, #12b・cリンパ節サンプリングが追加された。pT2胆嚢癌は4例(80%, 術前診断はT1胆嚢癌疑い2例・慢性胆嚢炎1例・胆嚢腺筋腫症1例)で, 肝中央下区域切除+肝外胆管切除+所属リンパ節郭清が追加された。その他40例は術中迅速組織診で悪性所見を認めなかった。胆嚢全層切除で終了した症例では明らかに術後合併症は認めなかった。また, 肝中央下区域症例でもClavien-Dindo分類class IIIa以上の合併症の発生は認めず, 安全に施行可能であった。術中迅速組織診は良悪性・深達度ともに永久標準の評価と全例で一致した。【結論】術中迅速組織診で胆嚢癌と診断された壁肥厚性病変のうちpT2胆嚢癌は80%と多く, 術中迅速組織診を施行することにより, 一期的な根治的追加切除が施行可能となった。迅速組織診の正診率も極めて高く, 胆嚢壁肥厚を伴う胆嚢癌疑診例に対する胆嚢全層切除+術中迅速組織診は有用であると考えられた。

胆嚢壁肥厚, 胆嚢癌

北里大学東病院 消化器内科<sup>1)</sup>, 同 消化器外科<sup>2)</sup>, 同 病院病理部<sup>3)</sup>

松本高明<sup>1)</sup>, 奥脇興介<sup>1)</sup>, 木田光広<sup>1)</sup>, 山内浩史<sup>1)</sup>, 宮澤志朗<sup>1)</sup>, 岩井知久<sup>1)</sup>, 今泉 弘<sup>1)</sup>, 田島 弘<sup>2)</sup>, 蔣 世旭<sup>3)</sup>, 小泉和三郎<sup>1)</sup>

症例は74歳男性。健康診断で行われた腹部超音波検査にて、脾体尾部の主脾管の拡張を指摘された。精査のため腹部造影CTを施行したところ脾頭部に12mm大の腫瘤を認め、脾頭部癌の疑いとして当院を紹介受診した。既往歴、家族歴は特になく、生活歴は喫煙：20本/日34年間、飲酒：アルコール44g/日54年間であった。血液検査では明らかな異常所見は認めず、腫瘍マーカーはCEA、CA19-9、DUPAN-2、SPan-1はいずれも陰性であった。腹部造影CTでは脾頭部に平衡相で弱い造影効果を伴う境界不明瞭な領域と、尾側脾管の軽度拡張を認めた。EUSでは脾頭部に15mm大のやや境界不明瞭な低エコー腫瘤を認め、内部は不均一で、同部より尾側の脾管は4mmと拡張していた。ERPでは主脾管は脾頭部で高度の狭窄を認め、尾側脾管の軽度拡張を認めたが、ガイドワイヤのみが狭窄部の突破が可能であった。画像所見からは脾頭部癌が最も疑われたが、脾液細胞診は陰性であった。EUS-FNAによる確定診断を患者に勧めるも、播種リスクがあることを説明すると、患者は診断的治療のための手術を希望した。幽門輪温存脾頭十二指腸切除術、PD-II再建、D2郭清を施行した。肉眼像では脾頭部に灰白色調、境界不明瞭な15mm大の結節性病変を認めた。組織像では病変は異型に乏しいリンパ組織より構成されており、リンパ組織が主脾管とその主分枝を囲むように増生していた。また胚中心が散在性に分布しており、その内部には軽度の硝子化を示す小血管が増加していた。以上より良性的リンパ増殖性病変と考えられ、脾臓原発のCastleman病と病理診断された。今回我々は極めて稀である脾臓原発のCastleman病を経験したため、若干の文献的考察を加え報告する。

Castleman病, 脾腫瘍

東京慈恵会医科大学 肝胆脾外科<sup>1)</sup>, 同 外科学講座<sup>2)</sup>

柴 浩明<sup>1)</sup>, 二川康郎<sup>1)</sup>, 飯田智憲<sup>1)</sup>, 坂本太郎<sup>1)</sup>, 畑 太悟<sup>1)</sup>, 島田淳<sup>1)</sup>, 奥井紀光<sup>1)</sup>, 松本倫典<sup>1)</sup>, 春木孝一郎<sup>1)</sup>, 阿部恭平<sup>1)</sup>, 岩瀬亮太<sup>1)</sup>, 遠山洋一<sup>1)</sup>, 石田祐一<sup>1)</sup>, 矢永勝彦<sup>2)</sup>

症例は78歳男性。特発性血小板減少性紫斑病治療のため通院中であったが、腫瘍マーカー高値を指摘され、精査加療目的で当科受診した。入院時、CEA 10.3ng/ml、CA19-9 88IU/mlと上昇を認めた。特発性血小板減少性紫斑病治療に関しては、エルトロンボパグ12.5mg内服で、血小板34x10<sup>3</sup>/μlであった。腹部造影CT、MRI検査では、脾頭部に直径4cmのhypovascular tumorを認め、門脈浸潤が疑われた。また、腫瘍は上腸間膜動脈と腹部大動脈の一部接していた。明らかな肝転移、肺転移は認めなかった。上部消化管内視鏡検査で胃体部に広範囲にわたるMALTリンパ腫を指摘されたが、諸検査にてHelicobacter pylori陰性であった。脾頭部癌は切除可能と判断、MALTリンパ腫に関しては脾頭部癌治療を優先と考え、胃亜温存脾頭十二指腸切除術、脾臓摘出術を予定した。手術は脾臓摘出術を先行し、胃亜温存脾頭十二指腸切除術、門脈合併切除再建術、2群リンパ節郭清を行った。病理組織診断は、invasive ductal carcinoma、pT4 (PV)、pN2、M0、pStageIVb、R0であった。術後、血小板数は一過性の上昇を認めたものの再び低値となり、prednisolone 20mg/日の内服を開始した。術後経過は良好で、血小板低下に対する治療を要したものの術後第29病日に軽快退院した。血小板数低下のため、術後補助化学療法は断念した。特発性血小板減少性紫斑病合併例に対する脾頭十二指腸切除術の報告は比較的多いため、文献的考察を加えて報告する。

脾頭部癌, 特発性血小板減少性紫斑病

帝京大学 医学部 内科

安達 運, 高森頼雪, 川嶋 悠, 青柳 仁, 木村 聡, 三浦幸太郎, 磯野朱里, 江波戸直久, 三浦 篤, 阿部浩一郎, 相模光彦, 山本貴嗣, 喜多宏人, 田中 亮, 久山 泰, 滝川 一

【症例】39歳、女性【現病歴】平成25年4月より左眼の充血が出現し、10月当院眼科にて両涙腺腫瘍の術前診断で手術を行った。病理の結果IgG4陽性形質細胞が多数認められ、IgG4関連涙腺炎と診断した。12月での腹部MRIにて脾腫大を認め、平成26年1月消化器科受診となった。【既往歴】16歳 バセドウ病(25歳に甲状腺摘出術)、20歳 統合失調症、36歳 糖尿病【血液所見】WBC 6100/ml、RBC 410万/μl、Plt. 35.1万/μl、CRP 0.03mg/dl、T-P 7.5g/dl、Alb. 4.1g/dl、T-bil. 0.3mg/dl、AST 17U/l、ALT 19U/l、LDH 187U/l、ALP 118U/l、γ-GTP 24U/l、Amy 163U/l、P-Amy 113U/l、BS 113 mg/dl、HbA1c 5.5%、トリプシン 2183ng/ml、リパーゼ 264U/l、ホスホリパーゼA2 843ng/dl、エラスターゼ1 1150ng/dl、CEA 1.6ng/ml、CA19-9 15.2U/ml、DUPAN2 25U/ml、IgG4 344mg/dl【画像所見】MRIで脾は全体に腫大し主脾管の一部に狭小が疑われた。CTでも同様にびまん性の脾腫大を認め明らかな腫瘍性病変は認めなかった。【経過】自己免疫性脾炎臨床診断基準2011に基づき、脾のびまん性腫大、高IgG4血症、脾外病変を認めることより自己免疫性脾炎のびまん型と確診した。悪性疾患を完全に否定するためERP施行を検討するも、眼病変が進行し2月に眼科入院となった。視力低下の進行が著しいため、腹部造影CTの結果で悪性疾患は否定的との判断で2月下旬よりステロイドパルス療法が開始された。視力は改善しその後ステロイドを内服に変更し退院となった。5月当科での受診で当初見られた脾酵素の上昇はほぼ正常化し、CT上の脾腫大も改善していた。【考察】IgG4関連涙腺炎の経過中に発見された自己免疫性脾炎を経験した。3年前より糖尿病は指摘されており当時から発症が疑われる。IgG4関連疾患を見た場合、当該臓器だけでなく全身検索を行い合併疾患の有無を確認することが重要と考える。

自己免疫性脾炎, IgG4関連疾患

順天堂大学 医学部

相羽千絵子, 浅岡大介, 廣本貴史, 大久保捷奇, 竹田 努, 田島 譲, 斉藤紘昭, 青山友則, 稲見義宏, 澁谷智義, 長田太郎, 永原章仁, 渡辺純夫

【症例】31歳、男性【既往歴】25才：伝染性単核球症【現病歴】生来健康。2014年4月4日より腹痛・嘔気を認め、4月8日近医受診し上部消化管内視鏡を施行したが明らかな異常を認めなかった。その後症状増悪し4月9日当院受診。採血にてWBC16600/μl、CRP5.0mg/dlと炎症反応上昇認め、CTにて一部小腸壁肥厚・腹水貯留を認め当科入院となった。入院後絶飲食、抗生剤で保存的に加療したが第5病日にWBC27200/μl、CRP4.9mg/dl、TP4.9g/dl、Alb2.2g/dlと炎症反応及び低蛋白血症の著明な進行を認め、CTで両側胸水の出現・腹水の増悪を認め、小腸全体に壁肥厚を認めた。第6病日より膝関節の疼痛が出現し、第7病日両側手掌に軽度隆起する紫斑の出現を認めた。上部消化管内視鏡を再検討したところ十二指腸下降脚〜水平脚を中心に瀰漫性発赤、潰瘍、びらんを認め、下部消化管内視鏡では回腸末端を中心に深い潰瘍とびらん・強い小腸壁浮腫を認めたが大腸には粗大病変は認めなかった。99mTc-HASでは小腸からの蛋白漏出を認めた。臨床所見から重症のシェーンライン・ヘノッホ紫斑病(HSP)を疑い第9病日よりステロイドパルス療法を開始した。その後十二指腸、回腸の生検にて腸管壁へのIgA沈着、紫斑部位の皮膚生検にてleukocytoclastic vasculitisを認めシェーンライン・ヘノッホ紫斑病と確定診断した。ステロイド投与後より腹痛、関節痛、紫斑ならびに、炎症反応・低蛋白血症の改善を認め現在ステロイド漸減中である。【考察】HSPは小児に多くみられる疾患で成人例は比較的稀である。なかでもHSPの腹部症状として蛋白漏出性胃腸症を合併することは非常に稀である。さらにHSPの一部では腹部症状や関節炎など紫斑以外の症状が先行するとも言われている。本例は腹部症状が先行し紫斑の出現が遅れたため診断に難渋した。診断に難渋する蛋白漏出性胃腸症の鑑別の一としてHSPも考慮する必要があると考えられた。

シェーンライン・ヘノッホ紫斑病, 蛋白漏出性胃腸症



慶應義塾大学医学部 外科学教室 一般・消化器外科  
浅田祐介, 鶴田雅士, 長谷川博俊, 岡林剛史, 清島 亮, 高橋秀奈,  
松井信平, 山田 暢, 近藤崇之, 島田岳人, 松田睦史, 矢作雅史,  
吉川祐輔, 杉浦清昭, 鈴木佳透, 田島佑樹, 中太淳平,  
北川雄光

【はじめに】前立腺癌や子宮頸癌といった骨盤内悪性腫瘍における放射線治療は、低侵襲かつ良好な成績からその適応を広げつつある。一方、その合併症である放射線性腸炎は比較的高頻度に見られ、しばしば難治性であり注意が必要である。今回我々は、子宮頸癌に対する放射線治療後に発症した広範囲の難治性放射線性小腸炎を経験したので報告する。【症例】74歳、女性。子宮頸癌に対して子宮頸部レーザー円錐切除後に、根治的放射線治療（外照射 50Gy、腔内照射 24Gy）を施行した。照射終了4ヶ月後より下血を認め、貧血が進行したため、消化管精査を行った。上部・下部消化管内視鏡検査では胃、十二指腸および大腸には出血源となるような病変は認めなかったが、小腸内視鏡では、広範囲の小腸粘膜に紅斑や毛細血管拡張を認め、放射線性小腸炎と診断された。禁食点滴による保存的治療を行い、症状は軽快した。しかし、3年後に再び下血、貧血の進行などの症状の再燃を認めた。再び、腸管安静による保存的治療を行い、さらに出血源と思われる毛細血管拡張部位に対し、内視鏡下にアルゴンプラズマ凝固法を行った。しかし、その後も血便、腹痛などの症状の再燃を繰り返し、また、内視鏡検査にて潰瘍や狭窄病変が指摘されたため、手術適応と判断し、腹腔鏡補助下小腸部分切除術を施行した（照射終了53ヶ月後）。術中内視鏡検査では、トライツ靱帯より70cmから広い範囲で小腸粘膜の絨毛の顆粒状増生変化・脱落といった炎症性変化を認め、すべてを切除した場合、残存小腸は1m程度となり短腸症候群が懸念されたため、明らかな潰瘍・狭窄を認める4ヶ所のみを切除吻合した。術後は目立った合併症なく軽快退院したが、1ヶ月後より再び下血を認めたため、メサラジン導入や高圧酸素療法を行った。一時的には症状の改善は見られるものの、術後2ヶ月より、頻回の輸血が必要となり、小腸内視鏡にても前回手術吻合部近傍に潰瘍や新たな狭窄病変を認めたため、再度術中内視鏡を併用しつつ小腸部分切除術を施行した。

放射線性小腸炎, 難治性

日本医科大学多摩永山病院 外科<sup>1)</sup>,  
日本医科大学付属病院 消化器外科<sup>2)</sup>  
上田康二<sup>1)</sup>, 吉田 寛<sup>1)</sup>, 平方敦史<sup>1)</sup>, 牧野浩司<sup>1)</sup>, 横山 正<sup>1)</sup>,  
丸山 弘<sup>1)</sup>, 赤城一郎<sup>1)</sup>, 上田純志<sup>1)</sup>, 関 奈紀<sup>1)</sup>, 金丸里奈<sup>1)</sup>,  
高 和英<sup>1)</sup>, 篠塚恵理子<sup>1)</sup>, 宮下哲平<sup>1)</sup>, 宮坂俊光<sup>1)</sup>, 内田英二<sup>2)</sup>

【はじめに】近年、より低侵襲手術が主流となってきており、急性虫垂炎に対しても腹腔鏡下手術が取り入れられている施設は多い。当科でも、2012年より急性虫垂炎に対して腹腔鏡下手術（laparoscopic appendectomy:LA）を導入し、年々その件数を増やしている。従来の小開腹手術（open appendectomy:OA）とLAにおける術後入院日数や合併症について比較検討を行うことでLAの有用性について検討した。【対象と方法】対象は当院にてLAを導入した2012年1月～2014年3月で、急性虫垂炎の診断の下手術を施行した147例とした。内訳はLA51例、OA96例で、開腹移行例は2例であり比較検討を行なった。【結果】患者背景：LA群は男性24例・女性27例、年齢 $36.2 \pm 15$ 歳（男性：女性 =  $38 \pm 16$ 歳 :  $36 \pm 18$ 歳）、OA群は男性56例・女性40例、年齢 $38.2 \pm 14$ 歳（男性：女性 =  $37 \pm 16$ 歳 :  $39 \pm 15$ 歳）で両群間に有意差を認めなかった。術前所見：WBC、CRPは両群間に有意差を認めなかった。手術時間：LA群は $68.7 \pm 25$ 分であるのに対しOA群は $48.3 \pm 15$ 分、LA群が有意に延長していた。出血量：OA群が $40 \pm 15$ mlであるのに対し、LA群は $5 \pm 2$ mlとLA群で有意に少なかった。合併症に関してはJCOG術後合併症規準（Clavien-Dindo分類）でGradeIがLA群23例、OA群48例、GradeIIがLA群2例、OA群5例、GradeIIIがLA群0例、OA群1例であった。GradeIV、Vに関しては両群ともに認めなかった。術後在院日数はOA群は $8 \pm 2$ 日、LA群は $5 \pm 2$ 日でLA群が有意に短かった。【まとめ】当科における急性虫垂炎に対して腹腔鏡下手術と小開腹手術において比較検討を行った。低侵襲手術である腹腔鏡手術を適応することで、術後入院日数の減少、合併症数の低下を認め、腹腔鏡下手術は有用であると考えられた。

急性虫垂炎, 腹腔鏡下手術

東京ベイ浦安市川医療センター 外科<sup>1)</sup>, ハワイ大学 外科<sup>2)</sup>  
西田和広<sup>1)</sup>, 片桐秀樹<sup>1)</sup>, 松本理沙<sup>1)</sup>, 坂本貴志<sup>1)</sup>, 坂田大三<sup>1)</sup>,  
国崎正造<sup>1)</sup>, 奥村賢治<sup>1)</sup>, 水田憲利<sup>1)</sup>, 嶋口万友<sup>1)</sup>, 窪田忠夫<sup>1)</sup>,  
溝上 賢<sup>1)</sup>, 岸田明博<sup>1)</sup>, 町 淳二<sup>2)</sup>

今回我々は、汎発性腹膜炎症状を呈したサルモネラ腸炎の症例を経験した。症例は特記すべき既往のない64歳男性。入院前日からの腹痛を訴え当院に救急搬送された。バイタルサインは安定しており、腹部所見では腹部全体の膨満と圧痛、軽度の反跳痛を認めた。造影CTで直腸に全周性の造影効果を伴う腫瘍性病変およびその口側の腸管拡張を認めたため、直腸癌による大腸閉塞と診断した。腹痛は大腸拡張によるものと考え、減圧目的に経肛門的にイレウス管を挿入した。その後大腸が減圧されたにも関わらず、翌日にも腹痛と反跳痛が残存していたため、大腸穿孔を疑い緊急開腹手術を施行した。術中所見では穿孔は無く、直腸癌に対してHartmann手術を施行した。摘出標本では直腸に2型の中分化型腺癌を認めた。集中治療室で全身管理を行ったが全身状態は改善せず、異臭を伴う緑色水様下痢が持続し、意識障害や腎機能障害が遷延した。術後13日目に下血が出現し、身体所見上板状硬と反跳痛を伴う汎発性腹膜炎の症状を呈したため試験開腹術を行った。しかしながら術中所見では腹腔内には穿孔や腸管壊死を示唆する所見は認めなかった。再手術後も下痢症状は遷延した。再術後8日目に尿培養および便培養より同一の非チフス性サルモネラ菌が検出されたため、非チフス性サルモネラによる敗血症と判断した。同菌はこの時点までに使用されたピペラシリン/タゾバクタムやバンコマイシンには感受性が無かった。シプロフロキサシンで治療開始したところ、下痢および全身症状は徐々に改善し、第45病日に退院となった。サルモネラ腸炎は様々な症状を呈し、腸チフスの穿孔例では腹膜炎を起こすことが知られている。本症例では穿孔はしていなかったものの、全層性の炎症が腹壁に波及したため汎発性腹膜炎様の症状を来したものと思われた。若干の文献的考察を加え報告する。

サルモネラ腸炎, 腹膜炎