

日本消化器病学会関東支部第332回例会

プログラム・抄録集

当番会長：自治医科大学 消化器・一般外科 鏡視下手術部 教授 佐田 尚 宏
〒329-0498 栃木県下野市薬師寺3311-1
TEL 0285-58-7371/FAX 0285-44-3234

期 日：平成26年12月13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本体をお持ちください。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、液晶プロジェクトへの接続は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ー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。なお、発表者ツールの使用はできませんのでご注意ください。
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 13:00～)
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332回例会
平成26年12月13日(土)

7:55～8:00 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(胃・十二指腸) 1～4	8:00～8:24	藤本 愛	(11)研修医Ⅰ(食道・胃) 41～43	8:00～8:18	細谷 好則
(2)専修医Ⅱ(小腸1) 5～8	8:24～8:48	日暮 琢磨	(12)研修医Ⅱ(胃・十二指腸) 44～47	8:18～8:42	根本夕夏子
(3)専修医Ⅲ(小腸2) 9～12	8:48～9:12	堤 莊一	(13)研修医Ⅲ(小腸1) 48～51	8:42～9:06	櫻井 幸
(4)専修医Ⅳ(大腸) 13～16	9:12～9:36	板垣 宗徳	(14)研修医Ⅳ(小腸2) 52～54	9:06～9:24	伊藤 ゆみ
(5)専修医Ⅴ(肝・胆1) 17～20	9:36～10:00	石橋 啓如	(15)研修医Ⅴ(大腸) 55～58	9:24～9:48	石戸 保典
(6)専修医Ⅵ(肝・胆2) 21～24	10:00～10:24	近藤 千紗	(16)研修医Ⅵ(肝・胆・膵1) 59～62	9:48～10:12	青木 孝彦
(7)専修医Ⅶ(肝・胆3) 25～28	10:24～10:48	上田 純志	(17)研修医Ⅶ(肝・胆・膵2) 63～66	10:12～10:36	塩澤 一恵
(8)専修医Ⅷ(膵・膵1) 29～32	10:48～11:12	上原 俊樹	(18)研修医Ⅷ(肝・胆・膵3) 67～70	10:36～11:00	岡本 英子
(9)専修医Ⅸ(膵・膵2) 33～36	11:12～11:36	山中 健一	(19)一般演題Ⅰ(膵・その他) 71～74	11:00～11:24	磯 幸博
(10)専修医Ⅹ(肝・胆・膵) 37～40	11:36～12:00	金子 恵子	12:10～12:40	評議員会	
12:10～13:00 ランチオンセミナー(第1会場)					
<p>「上部消化管傷害のリスクマネージメントについて」</p> <p>東京医科大学病院 内視鏡センター 河合 隆 先生</p> <p>司会 自治医科大学 消化器・一般外科 安田 是和 先生</p> <p style="text-align: right;">共催：エーザイ株式会社</p>					
13:00～13:15 専修医・研修医奨励賞表彰式(第1会場)					
13:15～14:05 特別講演(第1会場)					
<p>「膵切除術のUPDATE</p> <p>—臓器温存手術からロボット支援手術まで—</p> <p>藤田保健衛生大学医学部 総合外科・膵臓外科学講座 堀口 明彦 先生</p> <p>司会 自治医科大学 消化器・一般外科 鏡視下手術部 佐田 尚宏</p>					
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
(20)一般演題Ⅱ(膵・膵膵) 75～78	14:10～14:34	緒方 杏一	(24)一般演題Ⅵ(肝・脾) 91～94	14:10～14:34	堀口 昇男
(21)一般演題Ⅲ(膵・膵膵2) 79～82	14:34～14:58	田代 淳	(25)一般演題Ⅶ(肝・胆) 95～98	14:34～14:58	塚越真梨子
(22)一般演題Ⅳ(小腸・大腸1) 83～86	14:58～15:22	安田 幸嗣	(26)一般演題Ⅷ(膵1) 99～102	14:58～15:22	吉村 美保
(23)一般演題Ⅴ(小腸・大腸2) 87～90	15:22～15:46	草野 央	(27)一般演題Ⅷ(膵2) 103～106	15:22～15:46	松下 晃
15:46～15:50 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 13:00～)

特 別 講 演 (第1会場 13:15~14:05)

「膵切除術のUPDATE —臓器温存手術からロボット支援手術まで—

藤田保健衛生大学医学部 総合外科・膵臓外科学講座 堀口 明彦 先生
司会 自治医科大学 消化器・一般外科 鏡視下手術部 佐田 尚宏

ランチオンセミナー (第1会場 12:10~13:00)

「上部消化管傷害のリスクマネジメントについて」

東京医科大学病院 内視鏡センター 河合 隆 先生
司会 自治医科大学 消化器・一般外科 安田 是和 先生

共催：エーザイ株式会社

第1会場（午前の部） 専修医演題

7:55~8:00

—開会の辞—

—専修医セッション評価者—

自衛隊横須賀病院 内科	武智千津子
獨協医科大学 第二外科	青木 琢
日本大学医学部 消化器肝臓内科	中村 仁美

(1) 専修医Ⅰ(胃・十二指腸) 8:00~8:24 座長 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 藤本 愛

1. 大きさや形態から胃全摘を選択した1型早期胃癌の1例

横浜市立みなと赤十字病院消化器内科 ○浅川 剛人, 永山 和宜, 安田 圭吾, 渡辺 翔
金城 美幸, 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 小野 秀高, 杉田 光隆
同 病理 熊谷 二郎

2. 腹部膨満感で発見された embryonal sarcoma の一例

戸田中央総合病院 消化器内科 ○井手 直樹, 原田 容治, 堀部 俊哉, 山田 昌彦
羽山 弥毅, 竹内 眞美, 永谷 菜穂, 青木 勇樹
吉益 悠, 森瀬 貴之

3. CTにおいて著明な胃拡張を認めた1例

北里大学東病院消化器内科 ○和田 尚久, 東 瑞智, 石戸 謙次, 佐々木 徹
樋口 勝彦, 田邊 聡, 小泉和二郎
北里大学病院消化器内科 堅田 親利

4. 向精神薬が原因と考えられた急性胃拡張の1例

キッコーマン総合病院 内科 ○丸野 綾子, 三上 繁, 大西 和彦, 清水 史郎
秋本 政秀

(2) 専修医Ⅱ(小腸1) 8:24~8:48 座長 横浜市立大学大学院医学研究科 肝胆膵消化器病学 日暮 琢磨

5. 小腸イレウスを契機に診断した肝内胆管癌小腸転移の1例

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

6. 憩室穿孔を呈した多発小腸憩室症の1例

杏林大学 消化器・一般外科 ○新井 孝明, 吉敷 智和, 正木 忠彦, 小嶋幸一郎
高安 甲平, 鈴木 裕, 松岡 弘芳, 阿部 展次
森 俊幸, 杉山 政則

7. 巨大小腸 GIST 切除術後、5 年後に腹腔内再発して再切除した 1 例

東京歯科大学市川総合病院 ○石田 洋樹, 佐藤 道夫, 関本 康人, 河又 寛
小倉 正治, 浅原 史卓, 高山 伸, 瀧川 穰
原田 裕久, 松井 淳一

8. 腸管気腫症 20 例の検討

諏訪赤十字病院 消化器科 ○大野 和幸, 渡邊 一弘, 小林 正和, 太田 裕志
武川 建二
同 腫瘍内科 進士 明宏

(3) 専修医Ⅲ(小腸 2) 8:48~9:12 座長 群馬大学大学院医学系研究科 病態総合外科学 堤 莊 一

9. 内視鏡検査で早期診断し、ステントグラフト内挿術により救命しえた大動脈腸管瘻の 1 例

湘南鎌倉総合病院 消化器病センター ○市田 親正, 魚嶋 晴紀, 江頭 秀人, 所 晋之助
増田 作栄, 佐々木亜希子, 小泉 一也, 金原 猛
賀古 眞

10. Meckel 憩室による小腸イレウスに対し単孔式腹腔鏡手術を行った 1 例

日本医科大学 消化器外科 ○増田 有香, 進士 誠一, 菅 隼人, 山田 岳史
小泉 岐博, 山岸 杏彌, 横山 康行, 高橋 吾郎
岩井 拓磨, 内田 英二
日本医科大学大学付属病院 消化器・肝臓内科 江原 彰仁, 三井 啓吾, 坂本 長逸

11. ニードルデバイスをを用いた腹腔鏡下虫垂切除術の工夫

獨協医科大学 第一外科 ○大友 悠, 尾形 英生, 志田 陽介, 高橋 雅一
里村 仁志, 大塚 吉郎, 百目木 泰, 中島 政信
山口 悟, 佐々木欣郎, 加藤 広行

12. 健常成人におけるサイトメガロウイルス(CMV)小腸炎の 1 例

東京医科大学病院第 4 内科 ○班目 明, 糸川 文英, 山本 圭, 岸本 佳子
杉本 暁彦, 森安 史典
立正佼成会附属佼成病院内科 田部井弘一, 田邊 秀聡

(4) 専修医Ⅳ(大腸) 9:12~9:36 座長 東京慈恵会医科大学葛飾医療センター 消化器・肝臓内科 板 垣 宗 徳

13. 眼窩偽腫瘍を合併し、外眼筋麻痺と複視を認めた潰瘍性大腸炎の 1 例

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

14. 未成年のリンパ節転移を伴う進行大腸癌に術後補助化学療法を施行した一例

練馬総合病院 外科 ○竹内 優志, 栗原 直人, 市原 明子, 松浦 芳文
井上 聡, 飯田 修平

15. 大腸原発の rhabdoid carcinoma を認めた一例

独立行政法人国立病院機構水戸医療センター 消化器科 ○永瀬 将臣, 佐藤 雅志, 佐藤 大幹, 下山田雅大
伊藤 有香, 吉田 茂正, 石田 博保, 山口 高史

16. メサラジン投与により急性心筋炎および胸膜炎をきたした潰瘍性大腸炎の1例

国立病院機構 高崎総合医療センター ○岡野 祐大, 工藤 智洋, 鈴木 悠平, 椎名 啓介
吉田はるか, 林 絵理, 星野 崇, 長沼 篤
石原 弘

(5) 専修医Ⅴ(肝・胆 1) 9:36~10:00 座長 聖隷横浜病院 消化器内科 石橋 啓如

17. 肝細胞癌に伴った下大静脈血栓に対してダナパロイドナトリウムによる抗凝固療法が著効した1例

東芝病院 消化器内科 ○福本 剛, 手島 一陽, 新野 徹, 村川 綾
山崎 允宏, 石井 鈴人, 花岡 友梨, 水野 卓
田上 大祐, 田代 淳, 三輪 純, 新井 雅裕

18. ダナパロイドナトリウムが門脈内血栓の溶解に有効であった本態性血小板血症の1例

埼玉医科大学 消化器内科・肝臓内科 ○鈴木 隆信, 中山 伸朗, 平原 和紀, 中尾 嘉修
鷹野 雅史, 塩川 慶典, 内田 義人, 藤井 庸平
繁田 貴博, 打矢 紘, 中澤 学, 近山 琢
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, 岡 政志, 持田 智
同 血液内科 脇本 直樹

19. 薬物性肝障害疑診で治療開始後、臨床経過より診断に至った自己免疫性肝炎の一例

東京慈恵会医科大学葛飾医療センター 消化器肝臓内科 ○遠藤 大輔, 廣瀬 雄紀, 富田 陽一, 永野 智久
關 伸嘉, 杉田 知典, 会田 雄太, 板垣 宗徳
安部 宏, 須藤 訓, 相澤 良夫

20. 経頸静脈的肝生検にて診断しえた肝アミロイドーシスの1例

順天堂大学医学部附属順天堂医院 消化器内科 ○田中 一平, 内山 明, 亀井 将人, 富嶋 享
伊藤 智康, 松本 紘平, 小谷 知弘, 加藤 順子
今 一義, 澁谷 智義, 山科 俊平, 鈴木 聡子
池嶋 健一, 渡辺 純夫

(6) 専修医Ⅵ(肝・胆 2) 10:00~10:24 座長 日本医科大学千葉北総病院 消化器内科 近藤 千紗

21. トラニラストによる薬物性肝障害の6例

公立昭和病院 消化器内科 ○田代 祥博, 田村 皓子, 平昭 衣梨, 矢内 真人
山地 統, 浦牛原幸治, 小野 圭一, 小島 茂
野内 俊彦
同 内視鏡科 池崎 修, 武田 雄一
東都文京病院 内科 神保 りか
東京医科歯科大学 消化器内科 朝比奈靖浩, 渡辺 守

22. 劇症肝炎を疑う際の留意点～急性肝不全の診断基準を踏まえて～

国立国際医療研究センター病院 消化器内科 ○大武 優希, 青木 智則, 三神信太郎, 小森 寛之
三島 沙織, 藤澤真理子, 野崎 雄一, 小島 康志
柳瀬 幹雄

23. 骨転移との鑑別を要した Adefovir 長期内服により Fanconi 症候群を来した 1 例

獨協医科大学 消化器内科 ○鈴木 統裕, 吉竹 直人, 金森 瑛, 渡邊 詔子
水口 貴仁, 原 瑠以子, 岩崎 茉莉, 竹中 一央
井澤 直哉, 高橋 史成, 笹井 貴子, 室久 俊光
平石 秀幸

24. B 型慢性肝炎急性増悪による遅発性肝不全に対し侵襲性肺アスペルギルス症を合併するも抗ウイルス療法・免疫抑制療法の併用で救命した一例

慶應義塾大学医学部消化器内科 ○小池悠季子, 山本 悠太, 宮永 亮一, 上田 真裕
山口 晃弘, 中本 伸宏, 山岸 由幸, 海老沼浩利
金井 隆典
同 一般・消化器外科 永 滋教, 日比 泰造, 篠田 昌弘

(7) 専修医Ⅶ(肝・胆 3) 10:24~10:48 座長 日本医科大学多摩永山病院 外科 上 田 純 志

25. 肝腫瘍を伴わない異時性大腸癌肝内門脈転移の一切除例

東京都立墨東病院 外科 ○木村 祐太, 脊山 泰治, 谷 圭吾, 那須 啓一
稲田健太郎, 和田 郁雄, 真栄城 剛, 宮本 幸雄
梅北 信孝
同 放射線科 高橋 正道, 松岡勇二郎
同 検査科 蕨 雅大, 谷澤 徹

26. Inflammatory myofibroblastic tumor との鑑別が困難であった肝腫瘍性病変の 1 例

順天堂大学医学部附属 浦安病院 ○深見久美子, 北村 庸雄, 岩本 志穂, 岡村 庸介
北沢 尚子, 荻原 伸悟, 須山 正幸, 竹村 勇治
川上 智寛, 鈴木 真由, 野元 勇祐, 中津 洋一
西 慎二郎, 須山 正文

27. 剖検にて診断しえた原発性肝扁平上皮癌の 1 例

三楽病院 消化器内科 ○深川 一史, 藤江 肇, 佐久間信行, 永尾 清香
与田 武徳, 加藤 礼子, 和田 友則
同 外来化学療法室 降簇 誠

28. 肝未分化癌の 1 切除例

自治医科大学 ○森田 隆介, 三木 厚, 森嶋 計, 笠原 尚哉
青木 裕一, 笹沼 英紀, 佐久間康成, 佐田 尚宏
安田 是和

(8) 専修医Ⅷ(胆・膵 1) 10:48~11:12 座長 日本大学医学部 消化器肝臓内科 上 原 俊 樹

29. 血栓塞栓症で死亡した進行胆嚢癌の 1 例

千葉大学 医学部附属病院 消化器内科 ○神崎 洋彰, 露口 利夫, 丸野 綾子, 鈴木英一郎
杉山 晴俊, 横須賀 收

30. 保存的治療で閉塞が解除された胆石イレウスの2例

東京労災病院 消化器内科 ○朝井 靖二, 小山 洋平, 團 宣博, 武田 悠希
植木 紳夫, 平野 直樹, 伊藤 謙, 大場 信之
西中川秀太, 児島 辰也

31. 胆道出血を契機に診断され、根治切除しえた胆嚢癌の1例

公立学校共済組合 関東中央病院 消化器内科 ○鈴木 辰典, 渡邊 健雄, 外川 修, 大澤由紀子
大山 博生, 中村 知香, 西島 瑞希, 三井 達也
後藤絵理子, 磯村 好洋, 瀬戸 元子, 小池 幸宏

32. 高CA19-9血症を呈した肝嚢胞の1例

獨協医科大学 越谷病院 消化器内科 ○市川 光沙, 豊田 紘二, 國吉 徹, 大浦 亮祐
徳富 治彦, 林 和憲, 小堀 郁博, 中元 明裕
鈴木 一義, 片山 裕視, 玉野 正也
同 外科 多賀谷信美
同 泌尿診断科 小野 祐子

(9) 専修医区(胆・膵 2) 11:12~11:36 座長 自治医科大学附属さいたま医療センター 消化器科 山中 健一

33. 免疫能が正常な成人男性に発症した Gemella sp による多発肝膿瘍の1例

上都賀総合病院 内科 ○上野 貴, 吉住 博明, 沖津恒一郎, 近藤 裕子
海宝 雄太

34. 肝被膜下出血を伴った急性胆嚢炎の一例

東邦大学医療センター大森病院 消化器内科 ○吉峰 尚幸, 宅間 健介, 原 精一, 岸本 有為
松井 哲平, 岡野 直樹, 渡邊 学, 五十嵐良典
住野 泰清
同 消化器外科 田村 晃

35. 診断に苦慮した若年女性発症の IgG4 関連硬化性胆管炎の1例

東京慈恵会医科大学附属柏病院 内科 ○高橋 弘武
同 消化器・肝臓内科 小田原俊一, 伊藤 善翔, 小林 寛子, 齋藤 恵介
高見信一郎, 松本 善弘, 高倉 一樹, 湯川 豊一
梶原 幹生, 内山 幹, 小井戸薫雄, 大草 敏史
同 内視鏡部 小山 誠太, 月永真太郎, 荒川 廣志
東京慈恵会医科大学 消化器・肝臓内科 田尻 久雄

36. 経過中腹膜炎を来した膵性腹水の一例

都立大塚病院 ○和気泰次郎, 山本健一郎, 前野 智子, 橋本真紀子
久保田 翼, 榎本 瑠奈, 田中 啓, 倉田 仁
檀 直彰

(10) 専修医Ⅹ(肝・胆・膵) 11:36~12:00 座長 日本医科大学 消化器内科学 金子 恵子

37. 門脈内腫瘍栓を認めた膵管内乳頭粘液性腺癌 (IPMC) の1例

埼玉県済生会川口総合病院 消化器内科 ○伊藤 康雄, 小柳 佳成, 白橋 亮作, 高杉 秀明
平田 嘉幸, 日時 亮, 濱田 清誠, 松井 茂
関根 忠一, 原澤 茂
同 病理診断科 伴 慎一

38. 膵十二指腸動脈瘤破裂に対してコイル塞栓を施行した1例

けいゆう病院 消化器内科 ○冬野 光未, 伊藤 高章, 関 由喜, 中嶋 緑郎
川崎 由華, 中下 学, 岡沢 啓, 水城 啓
永田 博司

39. 手術不能進行膵癌に対し化学療法にて down staging が得られ手術可能となった1例

川崎市立多摩病院 消化器肝臓内科 ○近江 亮介, 大石 嘉恭, 佐藤 望, 鈴木 碧
平石 哲也, 福田 安伸, 馬場 哲, 奥瀬 千晃
鈴木 通博

40. 胆道系重複癌、多発癌の4例

日立製作所日立総合病院 外科 ○永井 健, 上田 和光, 平 哲郎, 中田 頌子
柳谷 昌弘, 青木 茂雄, 安田 幸嗣, 三島 英行
酒向 晃弘, 丸山 常彦, 奥村 稔

第2会場（午前の部） 研修医演題

研修医セッション評価者

戸田中央総合病院	消化器内科	山田 昌彦
横浜市立市民病院	炎症性腸疾患科	辰巳 健志
東京警察病院	消化器科	須山 由紀

(11) 研修医Ⅰ（食道・胃） 8：00～8：18 座長 自治医科大学 消化器外科 細谷 好則

41. 食道裂孔ヘルニア、逆流性食道炎に合併したヘルペス食道炎の1例

横浜市立大学附属病院 消化器内科学教室 ○露木 翔, 守屋 聡, 稲垣 尚子, 三輪 治生
佐々木智彦, 芝田 渉, 前田 慎

42. 集学的治療により症状緩和を得られた乳癌食道転移の一例

東京歯科大学市川総合病院 外科 ○三瓶百合愛, 高山 伸, 石田 洋樹, 河又 寛
小倉 正治, 関本 康人, 浅原 史卓, 瀧川 穰
原田 裕久, 佐藤 道夫, 松井 淳一

43. 重篤な食道気管支瘻に対し食道ステント留置術が有効であった食道癌の一例

筑波大学附属病院 消化器内科 ○戒能 賢太, 今西真実子, 山本 祥之, 小玉 夏美
瀬山 侑亮, 田島 大樹, 江南ちあき, 遠藤 壮登
寺崎 正彦, 山田 武史, 遠藤 慎治, 森脇 俊和
奈良坂俊明, 金子 剛, 溝上 裕士, 兵頭一之介

(12) 研修医Ⅱ（胃・十二指腸） 8：18～8：42 座長 東邦大学医療センター大橋病院 消化器内科 根本 夕夏子

44. 下血を契機に発覚した十二指腸 GIST の一例

東京通信病院 消化器内科 ○久保田 大, 田顔夫佑樹, 水谷 浩哉, 大久保政雄
小林 克也, 関川憲一郎, 光井 洋, 橋本 直明
同 内視鏡センター 山口 肇
同 第一外科 長谷川智彦, 奥田 純一, 寺島 裕夫
同 病理科 岸田由起子, 田村 浩一

45. 皮膚転移が契機となって発見された食道胃接合部癌の1例

東京歯科大学市川総合病院 消化器内科 ○浅岡 雅人, 財部紗基子, 荒畑 恭子, 伊藤 麻子
木村佳代子, 貝田 将郷, 岸川 浩, 西田 次郎

46. 神経内分泌細胞癌と高分化型腺癌の同時多発胃癌の1例

千葉中央メディカルセンター 初期研修医 ○徳山 天之
同 外科 渡邊陽太郎, 松田 充宏, 松井 郁一, 鈴木 洋一
松葉 芳郎
千葉メディカルセンター 外科 仲本 嘉彦

47. 胃アニサキス症による胃壁膿瘍が疑われた1例

東海大学医学部付属病院 内科系消化器内科 ○茂木英里香, 中村 淳, 渡邊 友絵, 川西 彩
築根 陽子, 内田 哲史, 五十嵐宗喜, 小池 潤
鈴木 孝良, 峯 徹哉

(13) 研修医Ⅲ(小腸 1) 8:42~9:06 座長 東京医科歯科大学 検査部/消化器内科 櫻 井 幸

48. 小腸 Dieulafoy 潰瘍の一例

自治医科大学附属さいたま医療センター 消化器科 ○網谷 静香, 山中 健一, 宮谷 博幸, 小林瑠美子
大竹はるか, 田村 洋行, 上原 健志, 新藤 雄司
川村 晴水, 浦吉 俊輔, 大滝 雄造, 池田 正俊
牛丸 信也, 浅野 岳晴, 松本 吏弘, 岩城 孝明
福西 昌徳, 鷲原 規喜, 浅部 伸一, 吉田 行雄

49. 空腸ストーマからの腸液を肛門側腸管に再投与することは有用か? ~小腸大量切除術後に適用した一例を経験して~

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 ○中張 裕史, 辻仲 眞康, 福田臨太郎, 柿澤 奈緒
宮倉 安幸, 田中 宏幸, 長谷川美美, 井本 博文
兼田 裕司, 谷山 裕亮, 渡部 文昭, 高田 理
野田 弘志, 清崎 浩一, 齊藤 正昭, 力山 敏樹

50. 保存的加療によって軽快した回腸憩室穿通の1例

帝京大学医学部附属溝口病院 消化器内科 ○足立 貴子, 小澤 範高, 松本光太郎, 山田はな恵
網島 弘道, 馬淵 正敏, 梶山 祐介, 土井 晋平
菊池健太郎, 安田 一朗

51. 小腸原発 Malignant Gastrointestinal Neuroectodermal Tumor 切除後の肝再発に対して肝切除を施行した1例

東京慈恵会医科大学 外科学講座 消化器外科 ○河合 裕成, 畑 太悟, 岩瀬 亮太, 阿部 恭平
奥井 紀光, 古川 賢英, 恩田 真二, 坂本 太郎
柴 浩明, 二川 康郎, 遠山 洋一, 石田 祐一
志田 敦男, 三森 教雄, 矢永 勝彦
同 病理学講座 病院病理部 野村 浩一

(14) 研修医Ⅳ(小腸 2) 9:06~9:24 座長 青梅市立総合病院 消化器内科 伊 藤 ゆ み

52. 直腸癌術後20年後に小腸癌を発症した一例

東京女子医科大学病院 消化器内科 ○安田 学, 伊藤亜由美, 小林亜也子, 佐川 孝臣
栗山 朋子, 五十嵐悠一, 貝瀬 智子, 大森 鉄平
米沢麻利亚, 小木曾智美, 飯塚 文瑛, 白鳥 敬子

53. 十二指腸潰瘍を契機に診断された好酸球性腸炎 (EGE) の一例

獨協医科大学病院 臨床研修センター ○田中 孝尚
同 消化器内科 坪内美佐子, 土田 幸平, 水口 貴仁, 岩崎 茉莉
鈴木 統裕, 吉竹 直人, 真島 雄一, 笹井 貴子
飯島 誠, 平石 秀幸

54. 発熱、意識障害で発症した重症サルモネラ腸炎の一例

川崎協同病院 消化器内科 ○藤原 敬久, 佐藤 悦基
同 総合内科 吉田絵理子, 安西 光洋
同 総合内科/腎透析内科 平田 真一

(15) 研修医Ⅴ(大腸) 9:24~9:48 座長 埼玉県済生会川口総合病院 外科 石戸 保典

55. 緊急内視鏡治療にて劇的に改善した重篤な糞便性イレウスの一例

日本赤十字社東京都支部 大森赤十字病院 消化器内科 ○室生 暁, 栗原 大典, 須藤 拓馬, 河野 直哉
芦苺 圭一, 関 志帆子, 鶴田 晋佑, 高橋 昭裕
千葉 秀幸, 井田 智則, 諸橋 大樹, 後藤 亨

56. 大腸アニサキス症の1例

横須賀共済病院 ○中田 智明, 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

57. ColiticCancer による大腸イレウスの1例

東邦大学医療センター 佐倉病院 ○岩川 幹弘, 山田 哲弘, 菊地 秀昌, 岩下 裕明
佐々木大樹, 宮村 美幸, 勝俣 雅夫, 新井 典岳
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, 竹内 健
高田 伸夫, 鈴木 康夫

58. 直腸癌術後に孤発性の右拇指中手骨転移を来した1例

自治医科大学 消化器一般外科 ○篠原 翔一, 伊藤 誉, 堀江 久永, 直井 大志
森本 光昭, 鯉沼 広治, 宮倉 安幸, 佐田 尚宏
安田 是和

(16) 研修医Ⅵ(肝・胆・膵1) 9:48~10:12 座長 国立国際医療研究センター国府台病院 消化器・肝臓内科 青木 孝彦

59. 鶏骨の大腸穿通により発症したと考えられた肝膿瘍の一例

草加市立病院 消化器内科 ○建石 奈緒, 青沼 映美, 末松 聡史, 鎌田 和明
吉田 玲子, 矢内 常人

60. 難治性肝性脳症を発症したアルコール性肝不全の患者に対して卵巣静脈系短絡路塞栓術が奏功した1症例

筑波学園病院 消化器内科 ○宮内 大悟, 西 雅明, 俣野 大介, 内田 優一
松田 健二, 川西 宣裕, 松木 康彦

61. 自然退縮傾向を示した肝細胞癌の1切除例

東京大学医学部附属病院 ○西田 由衣, 西岡裕次郎, 山下 俊, 山本 訓史
有田 淳一, 赤松 延久, 金子 順一, 阪本 良弘
長谷川 潔, 菅原 寧彦, 國土 典宏

62. 経皮経肝的食道静脈瘤塞栓術、食道静脈瘤硬化療法で改善し得た巨木型食道静脈瘤の一例

帝京大学 医学部 附属病院 ○中村 直裕, 三浦幸太郎, 高森 頼雪, 岡村 喬之
川島 悠, 青柳 仁, 木村 聡, 安達 運
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, 田中 篤, 喜多 宏人
久山 泰, 滝川 一

(17) 研修医Ⅶ(肝・胆・膵 2) 10:12~10:36 座長 済生会横浜市東部病院 消化器内科 塩 澤 一 恵

63. 顎下部腫瘍の長期自然経過後に出現し、診断に苦慮した IgG4 関連硬化性胆管炎の 1 例

永寿総合病院消化器内科 ○野原 弘義, 栗田 聡, 一松 収, 吉田 英雄
同 消化器外科 大平 正典
同 耳鼻咽喉科 瀧口洋一郎

64. CA19-9 異常高値を示した総胆管結石に伴う急性胆管炎の一例

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

65. 結石の自然排石を認めた胆石イレウスの 2 例

横須賀共済病院 外科 ○石井 慧, 山口 直孝, 山田 淳貴, 矢後 彰一
川村 祐介, 小暮 悠, 菊地祐太郎, 門倉 俊明
渡邊 純, 野尻 和典, 盛田 知幸, 茂垣 雅俊
舛井 秀宣, 長堀 薫

66. 保存的治療で改善した超高齢者の胆石イレウスの一例

東海大学医学部附属病院 ○佐野 正弥, 数野 暁人, 谷田部健太郎, 中郡 聡夫
小澤 壯治, 貞廣荘太郎, 安田 聖栄

(18) 研修医Ⅷ(肝・胆・膵 3) 10:36~11:00 座長 豊島病院 消化器内科 岡 本 英 子

67. 門脈血栓・上腸間膜静脈血栓を伴う膵神経内分泌腫瘍に対し、血栓溶解療法と待機的手術で救命しえた一例

関東労災病院 消化器内科 ○小野寺 翔, 金子 麗奈, 中崎奈都子, 石井 優
嘉戸 慎一, 原 浩二, 金 民日, 草柳 聡
小川 正純, 佐藤 譲
昭和大学病院 消化器内科 北村 勝哉

68. 左胃大網仮性動脈瘤の膵仮性嚢胞内破裂により胃内への出血をきたした膵体部癌の一例

川崎市立川崎病院 消化器内科 ○有田 祐起, 有泉 健, 井上健太郎, 高木 英恵
玉井 博修
同 外科 星本 相淳
同 放射線科 鳥飼 秀幸, 成松 芳明

69. 腓尾部癌と胃 GIST の重複腫瘍を超音波内視鏡下穿刺吸引術で診断しえた一例

東京大学 医学部 消化器内科 ○松野 達哉, 秋山 大, 松原 三郎, 伊佐山浩通
武田 剛志, 石垣 和祥, 白田龍之介, 高木 馨
高原 楠晃, 濱田 毅, 宮林 弘至, 毛利 大
木暮 宏史, 山本 夏代, 中井 陽介, 伊地知秀明
多田 稔, 小池 和彦

70. 膵頭十二指腸切除術後の再建門脈狭窄に伴う胆管空腸吻合部出血に対して、小腸内視鏡を用いて止血した1例

JCHO 東京新宿メディカルセンター 消化器内科 ○小田原成彬, 湯川 明浩, 岡崎 明佳, 山川 元太
吉良 文孝, 森下 慎二, 佐藤 芳之, 松本 政雄
新村 和平

同 外科 萩原 哲, 東 久登, 山形 誠一, 志田 晴彦

第2会場 (午前の部) 一般演題

(19) 一般演題 I (膵・その他) 11:00~11:24 座長 獨協医科大学 第二外科 磯 幸 博

71. 動脈塞栓術で救命した脾仮性動脈瘤破裂の1例

済生会川口総合病院 消化器内科 ○濱田 清誠, 松井 茂, 小柳 佳成, 目時 亮
平田 嘉幸, 高杉 秀明, 伊藤 康雄, 関根 忠一
原澤 茂

72. 出血性ショックにて発症し、上部消化管内視鏡下に止血後、手術を施行した空腸 GIST の一例

芳賀赤十字病院 外科 ○佐藤 寛丈, 俵藤 正信, 岡田 真樹

73. 外科切除を要した直腸多発 mucosal prolapse syndrome の1例

古河赤十字病院 外科 ○金丸 理人, 黒河内 顕, 石黒 保直, 近藤 泰雄

74. 膵、肺、上顎洞の同時性3重複癌に対し治癒切除を施行した1例

横浜市立大学 医学部 消化器・腫瘍外科 ○大田 洋平, 森 隆太郎, 松山 隆生, 山本 淳
中山 岳龍, 浅野 史雄, 澤田 雄, 本間 祐樹
熊本 宜文, 武田 和永, 遠藤 格

膵切除術の UPDATE
—臓器温存手術からロボット支援手術まで—

藤田保健衛生大学医学部 総合外科・膵臓外科学講座 堀口 明彦 先生

司会 自治医科大学 消化器・一般外科 鏡視下手術部 佐田 尚宏

第 1 会場 (午後) 一般演題

(20) 一般演題Ⅱ (胃・食道・十二指腸 1) 14 : 10~14 : 34 座長 群馬大学大学院医学系研究科 病態総合外科学 緒方 杏一

75. 食道癌術後再建胃管癌 10 例 13 病変の治療法についての検討

慶應義塾大学 医学部 外科学 ○坊岡 英祐, 竹内 裕也, 内 雄介, 中村理恵子
大森 泰, 高橋 常浩, 和田 則仁, 川久保博文
才川 義朗, 北川 雄光

76. 義歯の誤飲による食道損傷に対し内視鏡下クリッピング術が奏功した一例

獨協医科大学 第一外科 ○黒川 耀貴, 百目木 泰, 中島 政信, 高橋 雅一
加藤 広行

77. 左横隔膜弛緩症による胃軸捻転症に対して腹腔鏡下胃瘻造設術が有効であった 1 例

自治医科大学 消化器・一般外科 ○風當ゆりえ, 安部 望, 松本 志郎, 春田 英律
倉科憲太郎, 齋藤 心, 細谷 好則, 佐田 尚宏
安田 是和

78. 乳頭部近傍の早期十二指腸癌を全層切除にて完全切除し得た一例

東京歯科大学 市川総合病院 外科 ○奥山 由美, 瀧川 穰, 石田 洋樹, 関本 康人
小倉 正治, 河又 寛, 浅原 史卓, 高山 伸
原田 裕久, 佐藤 道夫, 松井 淳一

(21) 一般演題Ⅲ (胃・食道・十二指腸 2) 14 : 34~14 : 58 座長 東芝病院 消化器内科 田代 淳

79. 内視鏡治療後に増大した胃過形成性ポリープの 1 例

自治医科大学附属さいたま医療センター 消化器科 ○山中 健一, 宮谷 博幸, 小林瑠美子, 大竹はるか
田村 洋行, 上原 健志, 新藤 雄司, 川村 晴水
浦吉 俊輔, 大滝 雄造, 池田 正俊, 牛丸 信也
浅野 岳晴, 松本 吏弘, 岩城 孝明, 福西 昌徳
鷲原 規喜, 浅部 伸一, 吉田 行雄

80. HER2 陽性胃癌・血性腹水を伴う多発肝転移に対し化学療法を施行し有効であった1例
 東京都立多摩総合医療センター ○四宮 航, 伊東 詩織, 佐藤 優美, 戸田 晶子
 大川 修, 中谷 行宏, 細谷 明德, 堀家 英之
 肱岡 悠子, 吉野 耕平, 唐鎌 優子, 並木 伸
 小倉 裕紀
81. H.pylori 陰性早期胃癌の特徴について
 がん研有明病院 内視鏡診療部 ○堀内 裕介, 藤崎 順子, 石山晃世志, 平澤 俊明
 由雄 敏之, 山本 頼正, 土田 知宏, 五十嵐正広
82. 早期胃癌に対する ESD 後の追加外科切除にて漿膜下層に浸潤を認めた一例
 獨協医科大学 第一外科 ○菊池真維子, 佐々木欣郎, 大塚 吉郎, 里村 仁志
 中島 政信, 山口 悟, 土岡 丘
 同 消化器内科 吉竹 直人, 平石 秀幸
 同 病理部 山岸 秀嗣, 加藤 広行
- (22) 一般演題Ⅳ(小腸・大腸 1) 14:58~15:22 座長 日立総合病院 外科 安田 幸嗣
83. シイタケによる食餌性イレウスの一例
 那須南病院 外科 ○川口 英之, 春田 英律, 下地 信, 木村 有希
 関口 忠司
84. 狭窄症状を認め腹腔鏡補助下回盲部切除術を施行した HIV 関連回盲部悪性リンパ腫の1例
 自治医科大学さいたま医療センター 一般消化器外科 ○桑原 明菜, 宮倉 安幸, 田中 宏幸, 田巻佐和子
 柿澤 奈緒, 福田臨太郎, 長谷川美美, 井本 博文
 渡部 文昭, 兼田 裕司, 谷山 裕亮, 斎藤 正昭
 辻仲 眞康, 高田 理, 鈴木 浩一, 野田 弘志
 清崎 浩一, 遠山 伸幸, 力山 敏樹
85. 25歳で発症し、イレウスを伴った原発性虫垂癌の1例
 災害医療センター 消化器・乳腺外科 ○真崎 純一, 大森 敬太, 末松 友樹, 須田 寛士
 高橋 深幸, 齋藤 洋之, 石橋 雄次, 若林 和彦
 伊藤 豊
 同 消化器内科 島田 祐輔, 原田 舞子, 林 昌武, 佐々木義浩
 上市 英雄
86. 虫垂重積症を来した虫垂子宮内膜症の一例
 自治医科大学 消化器・一般外科 ○宮原 悠三, 伊藤 誉, 直井 大志, 森本 光昭
 鯉沼 広治, 宮倉 安幸, 堀江 久永, 佐田 尚宏
 安田 是和
- (23) 一般演題Ⅴ(小腸・大腸 2) 15:22~15:46 座長 東京医科大学 消化器内科 草野 央
87. クロウン病に対して生物学的製剤と免疫調整剤を使用中に中枢神経原発悪性リンパ腫を発症した1例
 自治医科大学 内科学講座消化器内科学部門 ○佐藤 博之, 矢野 智則, 坂本 博次, 三浦 義正
 新畑 博英, 井野 裕治, 永山 学, 竹澤 敬人
 林 芳和, 砂田圭二郎, 山本 博徳

88. GLP-1 受容体作動薬が関与したと推測される腸管気腫症を発症した2型糖尿病の1例
公益財団法人東京都保健医療公社 豊島病院 内科 ○竹川 幸男, 渡邊 彩子, 早坂淳之介, 高木謙太郎
田村 睦, 岡本 栄子, 北詰 晶子
89. 腸重積症を合併した盲腸リンパ管腫の1例
独立行政法人地域医療機能推進機構うつのみや病院 外科 ○太白 健一, 小泉 大, 高橋大二郎, 丸山 博行
90. 慢性便秘症に伴う腹部膨満に対しラクツロースが有効であった2例
横浜市立大学医学部 肝胆膵消化器病学 ○冬木 晶子, 大久保秀則, 中島 淳

第2会場（午後の部） 一般演題

(24) 一般演題Ⅵ(肝・脾) 14:10~14:34 座長 群馬大学大学院医学系研究科 病態制御内科学 堀 口 昇 男

91. 当院における非代償性肝硬変14例に対するTolvaptanの治療経験

NTT 東日本関東病院 消化器内科 ○普久原朝史, 三角 宣嗣, 落合 一成, 瀧田麻衣子
田島 知明, 港 洋平, 香川 幸一, 野中 康一
松山 恭士, 藤澤 聡郎, 大圃 研, 寺谷 卓馬
松橋 信行

92. 副作用のためダクラタスビル・アスナプレビル併用療法を早期に中止したC型慢性肝炎の一例

国家公務員共済組合連合会 三宿病院 消化器科 ○尹 京華, 時田 元, 中山 聡, 村島 直哉

93. 当科で経験した細胆管細胞癌の一例—画像と病理の対比を中心に

東京医科大学 消化器内科学分野 ○岩塚 邦生, 杉本 勝俊, 竹内 啓人, 安藤 真弓
佐野 隆友, 森 俊文, 古市 好宏, 小林 功幸
中村 郁夫, 森安 史典
東京医科大学病院 病理診断部 大城 久, 長尾 俊孝
帝京大学 病理学講座 近藤 福雄

94. 左胸水貯留を契機に発見された巨大脾血管腫の一例

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

(25) 一般演題Ⅶ(肝・胆) 14:34~14:58 座長 群馬大学大学院医学系研究科 病態総合外科学 塚 越 真梨子

95. 造影EUSが術前診断に有用であったIPNBの1例

埼玉医科大学国際医療センター 消化器内科 ○谷坂 優樹, 岩野 博俊, 良沢 昭銘, 田場久美子
佐藤 洋子, 須藤 晃佑, 新井 晋, 真下 由美
同 消化器外科 合川 公康, 宮澤 光男
同 病理診断科 山口 浩

96. 若年性胆嚢結石症の1例

獨協医科大学越谷病院 外科 ○鈴木 麻未, 多賀谷信美

97. 術後胆管狭窄に対しメタルステントが有用であった一例

東京医科大学 消化器内科 ○本定 三季, 糸井 隆夫, 祖父尼 淳, 土屋 貴愛
石井健太郎, 池内 信人, 梅田 純子, 田中 麗奈
殿塚 亮祐, 向井俊太郎, 藤田 充, 森安 史典

98. 多発骨転移、腹膜播種、皮膚転移、副腎転移を呈した胆嚢 neuroendocrine cell carcinoma の一例

東京通信病院 外科 ○長谷川智彦, 奥田 純一, 織畑 光一, 和田由美恵
寺下 勇祐, 竹島 雅子, 下里あゆ子, 永吉実紀子
佐藤 兼俊, 村田祐二郎, 津久井 元, 寺島 裕夫
同 病理科 岸田由起子, 田村 浩一

(26) 一般演題Ⅷ(腩 1) 14:58~15:22 座長 順天堂大学医学部附属練馬病院 消化器内科 吉 村 美 保

99. 人間ドックを毎年受診していたにもかかわらず肺転移で発見された CA19-9 非産生の腩尾部癌の 1 例
黒沢病院附属ヘルスパーククリニック 内科 ○錦戸 崇, 矢島 義昭

済生会前橋病院 外科 細内 康男

100. 高度進行膵がんに対し modified FOLFIRINOX 療法が奏効した 3 例

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

101. 術前診断が困難であった膵頭部多発限局性自己免疫性膵炎の 1 例

東京女子医科大学 消化器内科 ○味原 隆大, 高山 敬子, 赤尾 潤一, 貝瀬 智子
塩賀 太郎, 長尾 健太, 伊藤 泰斗, 小林亜也子
山本 果奈, 岸野真衣子, 清水 京子, 白鳥 敬子
同 消化器外科 土井 愛美, 羽鳥 隆
同 統合医科学研究所 古川 徹

102. EUS-FNA が診断に有効であった膵神経内分泌腫瘍の 1 例

東京医科大学 消化器内科 ○鎌田健太郎, 糸井 隆夫, 祖父尼 淳, 石井健太郎
土屋 貴愛, 池内 信人, 梅田 純子, 田中 麗奈
殿塚 亮介, 藤田 充, 向井俊太郎, 森安 史典
立正佼成会附属佼成病院 消化器内科 井手 直樹
同 消化器外科 柳田 修

(27) 一般演題Ⅷ(膵 2) 15:22~15:46 座長 日本医科大学 消化器外科 松 下 晃

103. 内臓逆位症を伴った膵頭部癌の一切除例

東海大学 消化器外科 ○増岡 義人, 和泉 秀樹, 古川 大輔, 矢澤 直樹
中郡 聡夫
同 消化器内科 川島 洋平, 小川 真実, 川口 義明, 峯 徹也

104. 膵液瘻予防のため、挙上空腸への内ドレナージルートを 2 か所造設した膵中央切除の一例

筑波大学 消化器外科 ○橋本 真治, 小田 竜也, 下村 治, 高野 恵輔
大城 幸雄, 福永 潔, 大河内信弘

105. 膵体尾部切除に対して Rou-Y Blumgart 法 + IAD(inter-anastomosis drainage)を施行した 1 例

筑波大学 医学医療系 消化器外科 ○小田 竜也, 橋本 真治, 下村 治, 山田 圭一
大城 幸雄, 高野 恵輔, 福永 潔, 大河内信弘

106. 腺管内に乳頭状発育を認め浸潤癌成分を伴った Intraductal tubulopapillary neoplasm の 1 例

筑波大学 消化器外科 ○下村 治, 小田 竜也, 橋本 真治, 山田 圭一
大城 幸雄, 高野 恵輔, 福永 潔, 大河内信弘

平成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
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
336	小 泉 和 三 郎 (北里大学医学部 消化器内科学)	9月26日(土)	東 京 海運クラブ	6月17日 ～7月22日予定
337	神 澤 輝 美 (がん感染症センター都立駒込病院 内科)	12月5日(土)	東 京 海運クラブ	8月26日 ～9月30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

講演回数	当 番 会 長	開 催 日	会 場	申込締切日
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
27	山 本 雅 一 (東京女子医科大学 消化器外科)	11月1日(日)	東 京 シェンパツハ・サポー	未 定

次回(第333回)例会のお知らせ

期 日：平成27年2月28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：「次世代シーケンサー(NGS)情報に基づく消化器癌の病態理解と治療への展望」

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：千葉大学 総合安全衛生管理機構 教授・機構長 今関 文夫

ランチョンセミナー：

「新たに開発された糖鎖マーカー M2BPGIによる肝線維化進展の評価法とその臨床的意義、今後の展望」(仮題)

演者：独立行政法人国立病院機構長崎医療センター 臨床研究センター臨床疫学研究室 室長 山崎 一美
司会：千葉大学大学院医学研究院 消化器・腎臓内科学 教授 横須賀 収

専門医セミナー：肝・消化管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：今関 文夫(千葉大学 総合安全衛生管理機構 教授・機構長)

〒263-8522 千葉県千葉市稲毛区弥生町1-33

TEL 043(290)2210/FAX 043(290)2211

E-mail: hsc-jimukyoku@office.chiba-u.jp

連絡先：潤間 励子, 吉田 知彦(千葉大学 総合安全衛生管理機構 労働衛生部・学生保健部)

◆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 大きさと形態から胃全摘を選択した1型早期胃癌の1例

横浜市立みなと赤十字病院消化器内科¹⁾、同 外科²⁾、同 病理³⁾、
浅川剛人¹⁾、永山和宜¹⁾、安田圭吾¹⁾、渡辺 翔¹⁾、金城美幸¹⁾、
高浦健太¹⁾、小橋健一郎¹⁾、池宮城秀和¹⁾、深見裕一¹⁾、先田信哉¹⁾、
有村明彦¹⁾、小野秀高²⁾、杉田光隆²⁾、熊谷二郎³⁾

【症例】72才男性。主訴はふらつき。近医で鉄欠乏性貧血指摘され当科紹介となった。悪性腫瘍の家族歴はない。上部消化管内視鏡検査ではEGJ直下からFornixにかけて、有茎性と考えられる、巨大な境界明瞭・分葉状の隆起性病変を認めたが、そもそも内視鏡的に病変の全体を遠景で捉えることが不可能であり、従って茎の基部も同定できなかった。生検ではtubular adenocarcinoma tub1-2と診断され、胃癌であることを確認した。上部消化管造影検査ではEGJ直下からバリウムの付着と異常接線像を認め内部にバリウムの貯留像を認め腫瘍の大きさは約15cmと判断した。retrospectiveに検討すると、胃壁の辺縁に明らかな直線硬化像を認めなかった。CTでは不均一な造影効果に伴う胃内腔に充満する腫瘍を認めたが明らかな遠隔転移・リンパ節転移を認めなかった。腫瘍基部に内視鏡的アプローチが困難だったため術前EUSは施行しなかった。上部消化管造影所見で辺縁硬化はみなかったものの、腫瘍の大きさとことから術前進達度SSと診断して開腹胃全摘を選択した。最終診断はU, Ant, type1, 14×9×6cm, pap>tub1, pT1b (SM2), int, INF β, ly0, v0, pPM0(4cm), pDM0(25cm), pN0sH0sP0sCY0sM0, fstage IBであった。【考察】巨大な腫瘍形成を伴う0-I型早期胃癌の報告は少ないながらもみられ、基本的には進行癌に準じた開腹手術が選択されていることが多い。本症例は、ESDを施行する視野を確保することが不可能であり、また、仮にESDあるいは腹腔鏡下手術を選択したとしても腫瘍を体外に取り出す際に長い皮切と胃壁の切開を要すると考えられた。様々な縮小手術が模索されている現在、術式選択の上で示唆に富む症例と考えられた。

早期胃癌, 手術術式

3 CTにおいて著明な胃拡張を認めた1例

北里大学東病院消化器内科¹⁾、北里大学病院消化器内科²⁾、
和田尚久¹⁾、東 瑞智¹⁾、石戸謙次¹⁾、堅田親利²⁾、佐々木徹¹⁾、
樋口勝彦¹⁾、田邊 聡²⁾、小泉和三郎¹⁾

【症例】49歳女性【主訴】嘔吐【病歴】精神発達遅延があり更正施設に入所している。47歳のとき嘔吐を認め当院当科を受診した。上部消化管内視鏡検査において上十二指腸角に屈曲を認めたが、その他異常所見を認めず、症状安定し経過観察していた。今回、嘔吐を繰り返し水分摂取困難であり当院当科を再受診した。血液検査所見から脱水、腎機能障害を認め、精査加療のため同日緊急入院した。CTにおいて胃内腔が著明に拡張し液体貯留を認めた。胃幽門部が噴門部より左頭側に位置し胃軸捻転症が疑われた。入院後、胃管を挿入、1800 mL/日の排出を認め腹部膨満と嘔気は改善した。入院3日目に上部消化管造影を施行したが、胃軸捻転の所見はなく胃は正常位置に戻っていた。入院4日目に上部消化管内視鏡検査を施行、瀑状胃を認めたが、他に異常所見は認めなかった。同日より食事を開始、腹部症状なく経過した。脱水、腎機能障害は輸液にて改善を認め、経過良好であり入院8日目に退院した。【考察】今回の腸管拡張の鑑別診断として器質的幽門狭窄、上腸間膜動脈症候群、悪性腫瘍、腸回転異常症、胃軸捻転症が挙げられる。入院時に施行したCTにおいて胃幽門部が噴門部より左頭側に位置し腸間膜軸性の胃軸捻転症と考えた。瀑状胃の関与による特異性胃軸捻転症と考えた。胃軸捻転症は捻転軸により臓器軸性と腸間膜軸性に分類され、症例報告では臓器軸性が54%である。(26例中14例)胃軸捻転症を認めた際、状況が可能であれば胃管挿入し減圧を検討し、胃管挿入で整備されなければ内視鏡的整備を行うことが検討される。胃軸捻転症は稀な疾患と考えるが、上部消化管拡張をみた場合の鑑別疾患の1つであることを認識する必要がある。

胃軸捻転症, 嘔吐

2 腹部膨満感で発見されたembryonal sarcomaの一例

戸田中央総合病院 消化器内科
井手直樹, 原田容治, 堀部俊哉, 山田昌彦, 羽山毅哉, 竹内真美,
永谷菜穂, 青木勇樹, 吉益 悠, 森瀬貴之

症例: 30代女性。主訴: 心窩部痛 既往歴: 20歳 虫垂炎, 8歳 現病歴: 2014年4月中旬頃より心窩部痛, 左上腹部痛が出現、内服にて経過をみていたが改善なく6月より左上腹部が膨隆し同時に腹部圧迫感を認めるようになったため、同年7月当科受診。腹部CT検査にて腹腔内に占拠する20cm大巨大腫瘍を認められ、精査加療目的に入院となった。入院後経過: 血液検査上、貧血・肝機能障害等はなくWBC12040, CRP 9.2の炎症反応上昇を認めた。腫瘍マーカーはCA125の上昇が認められた。上部内視鏡検査施行したところ、胃穹窿部後壁に約15cm大、弾性硬・可動性のない巨大な粘膜炎下腫瘍を認めた。腹部造影CTでは左腹腔内に27×15cm大の腫瘍を認め、腫瘍内部は不均一に造影されていた。腫瘍は胃、脾、肝に接していたがその由来臓器はCT上は確定できなかった。腹部超音波検査では、腫瘍内部に高及び低エコー領域と無エコー領域が混在していた。造影超音波のvascular imageで低エコー領域には血流が認められたが高及び無エコー領域では血流が認められなかった。Kupper imageでは低エコー領域にソナゾイドの残存を見とめた。腹部血管造影を施行したところ、腫瘍は左肝動脈、左胃動脈、脾動脈より栄養されており、由来となる臓器の特定は困難であった。以上の画像所見より、急速増大傾向のある胃発生壁外発育型GISTを疑い、腫瘍摘出術及び、胃全摘術・脾尾部脾合併切除および肝部分切除術を施行した。腫瘍は小児頭大で、胃、肝外側区域下縁、横隔膜、脾尾部、脾と癒着を認めた。切除検体の肉眼型は、腫瘍径23×13×13cm、剖面は灰白色から黄白色を示し出内部には出血・壊死を認めた。組織学的には不整形の核を有する腫瘍細胞が充実性に増殖するmalignant pleomorphic tumorの像が認められた。また腫瘍細胞が増殖する中に、小型な肝細胞様細胞と胆汁産生像を認めた。免疫染色ではvimentin一部弱陽性を認め、CD3陰性、cytokeratin陰性であった。以上よりembryonal sarcomaと診断されたので今回文献的考察を含め報告する。

未分化肉腫, 腹部膨満感

4 向精神薬が原因と考えられた急性胃拡張の1例

キッコーマン総合病院 内科
丸野綾子, 三上 繁, 大西和彦, 清水史郎, 秋本政秀

【症例】65歳男性【主訴】上腹部痛【既往歴】35歳時より両極性障害にて近医精神科で加療中(自傷行為歴2回)【現病歴】2014年4月上腹部痛出現し、翌日も持続するため当院救急外来受診。BUN49.8mg/dL、クレアチニン3.95mg/dL、カリウム3.1mEq/L、クロール68mEq/L、WBC19900/μL、CRP2.3mg/dL等著明な脱水および腎不全、電解質異常、炎症反応の上昇等を認め、さらに腹部CTにて著明な胃拡張を認めたため精査加療目的に緊急入院となった。【入院後経過】胃管挿入し約6L排液、大量の輸液(最多で5L/日)および抗生物質等により改善傾向を認め、全身状態が改善した入院14日目に上部消化管内視鏡検査を施行。器質的な狭窄はなく、十二指腸下行脚まで挿入可能であった。同日より経口摂取を開始。当初は便秘傾向があり、各種下剤等にて対応していたが、便秘異常も徐々に改善し入院56日目に退院となった。【考察】急性胃拡張の原因としては、術後、中枢神経系障害、暴飲暴食後、外傷後などが多いとされているが、まれではあるものの向精神薬の投与によっても発症することが知られている。本症例は精神科で各種向精神薬を多量に処方されており、これにより急性胃拡張を来したと考えられた。今回我々は向精神薬が原因と考えられた急性胃拡張の1例を経験したので若干の文献的考察を加えて報告する。

胃拡張, 向精神薬

5 小腸イレウスを契機に診断した肝内胆管癌小腸転移の1例

東京医科歯科大学 消化器内科
秋山慎太郎, 大岡真也, 齊藤詠子, 和田祥城, 藤井俊光,
岡田英理子, 大島 茂, 井津井康浩, 中川美奈, 岡本隆一,
土屋輝一郎, 柿沼 晴, 東 正新, 永石宇司, 中村哲也, 長堀正和,
荒木昭博, 大塚和朗, 朝比奈靖浩, 渡辺 守

【背景】固形癌の小腸転移症例の頻度は1.1%から8.5%とされている。我々は、肝内胆管癌が小腸転移しイレウスを来した稀な症例を経験したので報告する。【症例】54歳、男性。主訴は、心窩部痛。来院時画像所見にて、小腸イレウスと診断、保存的治療を実施した。血液検査所見ではCA19-9 1151.6U/mlと高値であった。小腸狭窄を疑い、経肛門的ダブルバルーン内視鏡検査を施行した。回盲部より60cmの部位に約2cmの狭窄およびその口側回腸の著明な拡張を認めた。狭窄部位の表面は腫大した絨毛で覆われており、表層の生検検体では有意所見は認めなかった。腸壁もしくは腸壁外に主座を有する非上皮性小腸腫瘍を疑い腹腔鏡補助下回腸部分切除術を施行した。病理所見では、粘膜炎下層から小腸間膜を主体に増殖した管状腺癌を認め、リンパ管浸潤が目立っていた。免疫染色の結果(CK7陽性、CK20弱陽性、CDX-2陰性)より、胃、胆道、膵臓などを原発とした転移性小腸癌が疑われた。術後3か月の腹部CTにて、肝後区域に近接する右横隔膜肥厚、右横隔膜脚軟部影増大を認めた。小腸イレウス入院時CTにて、肝後区域の萎縮様変形、門脈後区域枝閉塞、右横隔膜脚軟部陰影を認めており、交通事故既往との関連から外傷所見と判断していたが、PET-CTにて同部位のFDG集積を認めた。肝後区域の生検をおこなったところ、術検体と同様の免疫染色パターンを示す管状腺癌を認めた。以上より肝内胆管癌の小腸、横隔膜転移と診断された。【考察】肝内胆管癌小腸転移の1例を経験した。この症例の新規事象は以下2点であると考えられた。(1)肝内胆管癌小腸転移症例は非常に稀であるが存在し、小腸狭窄形成には肝内胆管癌の腹膜播種またはリンパ管性転移の関与が示唆された。(2)肝区域性門脈閉塞所見は、肝内胆管癌と識別困難な可能性があり、詳細な評価が必要である。

転移性小腸腫瘍, 肝内胆管癌

6 憩室穿孔を呈した多発小腸憩室症の1例

杏林大学 消化器・一般外科
新井孝明, 吉敷智和, 正木忠彦, 小嶋幸一郎, 高安甲平, 鈴木 裕,
松岡弘芳, 阿部展次, 森 俊幸, 杉山政則

症例は56歳の女性。下肢の浮腫を主訴に救急外来を受診した。血液生化学検査にて低アルブミン血症(Alb, 1.7)を認め、CTにて小腸全体にわたって腸管壁の浮腫を認め、憩室が多発し、中等度腹水貯留を認めた。腸炎を疑い原因精査的に入院した。1年前にも同様の症状で入院し、禁食、アルブミン投与で改善した既往があった。入院時、軽度腹痛のみで下痢症状はなかった。入院3日後、腹痛が増強したため再度CTを施行したところ、右下腹部の小腸の壁肥厚と、腹腔内遊離ガスを認めた。消化管穿孔、腹膜炎の診断で開腹手術となった。手術所見は空腸から回腸までの小腸全体にわたって、腸間膜側に憩室が多発していた。憩室は小腸のみで大腸には認めなかった。虫垂先端に高度な炎症をみとめ、回腸末端に癒着していた。穿孔性虫垂炎と診断し、虫垂切除のみを行った。腹水を認めたが黄色透明で混濁はなかった。回腸末端にも発赤を認めたが、穿孔部は確認出来なかった。一旦、炎症反応も改善し、経口摂取を再開した。術後23日目、十二指腸潰瘍穿孔にて穿孔部閉鎖、大網被覆術、ドレナージ術を施行した。術後27日目ドレインより腸液流出を認めたため、消化管穿孔の診断で緊急手術を行った。回腸末端に穿孔部を認めたため、小腸憩室穿孔と診断した。回盲部切除を施行し、同部位を小腸瘻とした。術後低アルブミン血症は速やかに改善し、軽快退院となった。小腸多発憩室症の症状として、慢性的な消化不良、消化吸収障害や急性腹症が報告されている。本症例は同様な症状を反復した稀な症例であり、文献的考察を加え報告する。

小腸憩室症, 穿孔

7 巨大小腸GIST切除術後、5年後に腹腔内再発して再切除した1例

東京歯科大学市川総合病院
石田洋樹, 佐藤道夫, 関本康人, 河又 寛, 小倉正治, 浅原史卓,
高山 伸, 瀧川 穰, 原田裕久, 松井淳一

症例は59歳男性。主訴は下腹部痛。半年前より主訴が出現し徐々に増悪したため、2009年7月に当院を受診した。CT上、中下腹部を占拠する21×7×19cm大の内部に粗大な囊胞腔を伴う充実性腫瘍を認め、GISTと診断した。他臓器への浸潤や遠隔転移は認められず、8月に切除術を予定した。術直前に突然の腹痛と発熱が出現したため破裂が疑われ、緊急開腹術をしたところ腫瘍は破裂し腹腔内に大量の暗赤色の血液貯留を認めた。巨大な腫瘍は回盲部から約100cm口側の回腸壁より壁外性に発育しており、腫瘍を含めた回腸部分切除術を施行した。病理所見では、腫瘍は小腸固有筋層から発生したGISTで、強拡大で6-7個の核分裂像が認められ、免疫染色ではc-kit陽性、CD34+-、NSE+-、S100+-、desmin-, αSMA-であった。術後外来にて経過観察していたが、2010年に、後腹膜に結節が出現して再発が疑われ、イマチニブを開始した。その後、同病変は増大を示さなかったが、2014年より膀胱とS状結腸の間隙に新たな腫瘍が出現し、増大傾向を示した。増大を認めるGISTの再発と判断し、2014年8月に開腹術を施行した。腹腔内には播種病変と思われる5-6mmの小結節を多数認め、既知の腫瘍は4cm大でS状結腸間膜に付着していた。同腫瘍とその他の2箇所の小結節を切除した。病理組織学的に3病変はいずれもGISTであった。本症例は巨大囊胞発育型GISTであり、文献的には20cmを超える報告例は少ない。また、初回手術では病理学的にも臨床的にも高リスク症例であり、術後腹膜再発が疑われたためイマチニブを投与したところ再発は抑制されたと考えられたが、1病変のみが無効で増大が確認されたという示唆の富む症例であった。若干の文献的考察を含めて報告する。

小腸, GIST

8 腸管気腫症20例の検討

諏訪赤十字病院 消化器科¹⁾, 同 腫瘍内科²⁾
大野和幸¹⁾, 進士明宏²⁾, 渡邊一弘¹⁾, 小林正和¹⁾, 太田裕志¹⁾,
武川建二¹⁾

【緒言】今回当院におけるPCI(pneumatosis cystoides intestinalis: PCI)症例について検討したので文献的考察を加えて報告する。【対象・方法】2006年2月~2014年8月の間で当院を受診しPCIと診断された20症例を対象とした。年齢や性別、症状、リスク、施行された治療などについてRetrospectiveに検討を行った。【結果】男性:女性=12:8, 16歳~89歳で、平均年齢は62.2歳であった。腹痛、腹部膨満感などPCIに伴う自覚症状を認めた症例は6例であり、無症状のうち10例は便潜血陽性の精査として発見された。12例は基礎疾患はなかったが、そのうち5例で有機溶剤の使用歴があった。また、基礎疾患を有する中で1例は糖尿病でαグルコシダーゼ阻害薬の内服、1例は好酸球性胃腸症でステロイドの内服、また1例は腰痛でNSAIDsの内服があった。また、2例で肺腺癌の合併があり、うち1例は間質性肺炎の合併があった。診断は下部消化管内視鏡検査で診断した例が17件で、CTのみが3例であった。11例は経過観察で改善した。8例は酸素投与で改善し、そのうち5例に高圧酸素療法が選択された。腹膜炎刺激症状を有した1例のみ汎発性腹膜炎として緊急開腹術が施行された。【考察】2009年~2014年の範囲で医学中央誌にて“腸管気腫症”を検索したところ150症例の報告が見られ、そのうちリスク要因がないものは39%と多く、有症状例は軽いものも含めて82%であり、腹痛を主訴に受診する中に潜在的なPCIは多いのかもしれない。治療に関しては大部分が経過観察、もしくは酸素投与のみで改善を認めていた。当院で外科手術が施行された1例も腸管切除には及ばず、術後に高圧酸素療法を施行されていることから、保存的にも加療できた可能性があったと考えられる。【結語】PCIは自覚症状が乏しいことが多いが、疾患頻度は低くなく、待機的治療で改善するものが多く、CT、下部消化管内視鏡が診断に有効である。

腸管気腫症, PCI

湘南鎌倉総合病院 消化器病センター
市田親正, 魚嶋晴紀, 江頭秀人, 所晋之助, 増田作栄,
佐々木亜希子, 小泉一也, 金原 猛, 賀古 真

【緒言】消化管出血の原因疾患として大動脈腸管瘻は、内視鏡による出血部位の同定が困難であるため、診断に苦慮することがある。今回われわれは、内視鏡検査で早期に診断され、ステントグラフト内挿術により救命しえた大動脈腸管瘻の1例を経験したため報告する。【症例】76歳男性。2000年に腹部大動脈瘤に対して人工血管置換術が施行され、自覚症状なく経過していた。2013年6月に腹痛を伴う吐血を認めたため、当院を紹介受診された。腹部CT検査では、グラフト中樞側吻合部の腹部大動脈が最大径35mmと瘤化していたが、明らかな腸管穿孔及び出血を疑う所見が認められなかった。上部内視鏡検査では、十二指腸水平脚に凝血塊を伴う拍動性びらんが認められ、人工血管置換術後に発症した大動脈腸管瘻と診断した。治療は血圧低下と消化管出血が持続していたため、開腹手術は困難と判断し、ステントグラフト内挿術を施行した。術後は腹痛の消失と消化管出血が認められなかったが、第12病日に発熱が出現した。画像検査を行なったところ、仮性動脈瘤内感染が疑われたため、感染巣の組織除去と大動脈腸管瘻に対して大網充填術が施行された。再手術後は軽快され、再感染の兆候なく退院された。【考察】大動脈腸管瘻は、動脈硬化性動脈瘤等が原因で大動脈が腸管と交通をきたす一次性と人工血管置換後に発生する二次性に区分される。近年は血管内治療が増加傾向にあるため、二次性の大動脈腸管瘻は、消化管出血の原因疾患として留意すべき病態と考えられる。大動脈腸管瘻の好発部位は十二指腸水平脚部以下であるため、内視鏡による診断率は低く、本症例同様にCT検査で特徴的な所見を呈さない症例では、診断に苦慮することも少なくない。治療は治療奏効率と術後感染率より、開腹下感染創除去術、人工血管置換術、非解剖的バイパス術が第一選択であるが、ステントグラフト内挿術もバイタルサインの異常を来す症例に対して、一時止血目的では有用と考えられた。

大動脈腸管瘻, 消化管出血

日本医科大学 消化器外科¹⁾,
日本医科大学大学付属病院 消化器・肝臓内科²⁾
増田有香¹⁾, 進士誠一¹⁾, 江原彰仁²⁾, 菅 橋人¹⁾, 山田岳史¹⁾,
小泉岐博¹⁾, 山岸杏彌¹⁾, 横山康行²⁾, 高橋吾郎¹⁾, 岩井拓磨¹⁾,
三井啓吾²⁾, 坂本長逸²⁾, 内田英二¹⁾

【はじめに】開腹歴がなく、イレウスを繰り返す患者の診察をしばしば経験するが、術前に原因を同定することは困難である。今回我々は、術前にMeckel憩室による腸閉塞と診断し単孔式腹腔鏡手術を行った1例を経験したので報告する。【症例】開腹歴のない61歳男性。数日前より続く腹痛を主訴に、2014年5月中旬当院受診。腹部は全体的に膨隆し、右下腹部優位の間欠的腹痛を認めた。腹部レントゲンでは小腸ガスと小腸の著明な拡張を認め、イレウスの診断で緊急入院となった。第1病日に経鼻イレウス管を挿入し、第5病日にはイレウスは解除された。原因検索のため第8病日に経肛門の小腸鏡を施行。粘膜面に異常所見は認めなかったが、造影にて遠位回腸に2×5cm大の憩室を認め、同部位へ憩室の口側小腸が引きつれ狭窄をきたしていた。Tcシンチでは異常集積は認められなかった。第18病日に全身麻酔下で単孔式腹腔鏡補助下イレウス解除術(小腸部分切除)施行。回盲部末端より約40cmの回腸の腸間膜対側に憩室を認めた。憩室の約1cm口側の腸間膜に炎症性癒着とやや狭小化した回腸を認め、Meckel憩室に伴う癒着性イレウスと診断した。憩室と狭窄部を含めた約10cmの腸管を切除。機能的端々吻合にて再建した。術後10日目に退院となった。

Meckel憩室, イレウス

獨協医科大学 第一外科
大友 悠, 尾形英生, 志田陽介, 高橋雅一, 里村仁志, 大塚吉郎,
百目木泰, 中島政信, 山口 悟, 佐々木欣郎, 加藤広行

【背景と目的】近年、消化器外科領域では様々な疾患にTANKOやreduced port surgery (RPS) が導入されている。急性虫垂炎などの緊急手術に対しては同様の傾向が広まりつつあり、TANKOやRPSの習得が望まれる。当科ではニードルデバイスをを用いたRPSを行っている。そのなかで、急性虫垂炎に対する腹腔鏡下虫垂切除術の工夫についてビデオで供覧し、その妥当性について検討を行うことを目的とした。【対象と手術の方法】対象は2013年8月から2014年7月までの1年間でMini loop RetractorIIもしくはEndo Reliefを用いて手術を施行した急性虫垂炎症例11例を対象とした。術式は1ポート、1パンクチャーを基本とし、臍部を2cm縦切開し、5mmポートを2本挿入したEZアクセスを装着し、5mmの軟性鏡と右手用鉗子を挿入する。左手用鉗子として外径2.2mmのMini Loop RetractorIIもしくは外径2.4mmの細径鉗子Endo Reliefを恥骨左上から挿入する。軟性鏡を両手の鉗子の間に位置させて視野を確保する。虫垂を同定したのちMini Loop RetractorIIもしくはEndo Reliefで虫垂を把持・牽引する。虫垂間膜および虫垂血管はSonoSurgXを用いて切離する。虫垂根部の処理には主にエンドループを使用する。【結果】切除虫垂の組織学的所見は緊急例8例ではカタル性1例、化膿性3例、壊疽性4例で、予定例3例では慢性虫垂炎2例、虫垂腫瘍1例であった。手術時間は平均86分(32-143)で出血量は平均27ml(少量-120)であった。開腹移行例は認めなかった。経口摂取開始は術後平均1.7日目であり、退院は術後平均5.5日目であった。創感染は認めなかった。【考察】ニードルデバイスをを用いた腹腔鏡下虫垂切除は整容性に優れ、安全に行える手技である。今後は手術時間の短縮など、更なる技術の向上と低侵襲化が課題である。

虫垂炎, 腹腔鏡

東京医科大学病院第4内科¹⁾, 立正佼成会附属佼成病院内科²⁾
班目 明¹⁾, 糸川文英¹⁾, 山本 圭¹⁾, 田部井弘一²⁾, 岸本佳子¹⁾,
杉本曉彦¹⁾, 田邊秀聡²⁾, 森安史典¹⁾

【症例】74歳、女性【主訴】左側腹部痛【既往歴】特記事項なし【家族歴】特記事項なし【現病歴】3か月前より左側腹部痛を認めたが、放置していた。腹痛の増悪を認めたため平成26年7月当科外来を受診された。腹骨盤部単純CT検査では空腸壁の肥厚を認め、また採血上も炎症反応高値を認めたため、感染性腸炎の疑いにて緊急入院となった。入院後禁食・補液・抗生剤(LVPX500mg/day)にて左側腹部痛は軽快するも寛解には至らず、また炎症反応高値も続いた。第3病日に上部消化管内視鏡、第5病日に下部消化管内視鏡を施行するも明らかな異常は認めなかった。第10病日に小腸内視鏡を施行したところ、十二指腸水平脚から空腸にかけて粘膜は浮腫状で全周性の輪状潰瘍や地図状不整形潰瘍を認めた。潰瘍部より生検を施行したところCMV-DNAが検出された。また、第13病日の採血にて直接酵素抗体法でC7-HRPが検出された。臓器移植や透析、HIV、膠原病、悪性腫瘍などの所見はなく、健常者に発症したCMV腸炎と診断した。第15病日よりガンシクロビル400mg/dayを投与開始したが、症状の軽快を認めなかった。薬剤耐性CMVを疑い第23病日にホスカルネット4.8g/dayに変更したところ症状の軽快とC7-HRPの陰性化を認めた。第30病日に再度小腸内視鏡を施行したところ潰瘍の軽快を認め、第32病日に退院となった。【考察】CMV感染症は、健常者ではヘルペスウイルスに対する抗原情報を持つT細胞が、その活性化を阻止し不顕性に終わるが、compromised hostではT細胞機能の低下により再活性化をきたすと考えられている。CMV感染症は大多数が免疫不全をきたす何らかの誘因(悪性腫瘍、AIDS、臓器移植、化学療法、免疫抑制剤の使用など)によって引き起こされる。しかし、本症例では免疫不全を引き起こすような誘因は明らかには認めなかった。本邦における健常者でのCMV小腸炎も医学中央雑誌で検索したところ1例の報告を認めた。健常者でも腸炎の鑑別には健常成人におけるサイトメガロウイルス小腸炎の1例を経験した。希少な1例と考えられたため文献的考察を加えて報告する。

13 眼窩偽腫瘍を合併し、外眼筋麻痺と複視を認めた潰瘍性大腸炎の1例

東京都済生会中央病院 消化器内科
大原まみか、中澤 敦、星野 舞、阿部善彦、水野慎太、岸野竜平、酒井 元、泉谷幹子、船越信介、塚田信廣

【症例】56歳 男性。2003年11月に直腸炎型潰瘍性大腸炎（以下UC）と診断され、サラゾスルファピリジン（SASP）内服にて病状は比較的安定していた。SASPを自己中断していたが、X-5年8月、血便を認めて大腸内視鏡検査を施行されたところ盲腸～下行結腸にかけて非連続性の潰瘍性病変を認め、UCの口側進展と考えられた。SASPを再開されて血便・下痢は消失して、以後症状は安定していた。X年1月下旬より左眼瞼腫脹と左眼窩に自発痛を認めて精査のために入院となった。左外眼筋麻痺を認めて、眼窩MRIで左眼窩下方から下眼瞼にかけて脂肪織の腫大を認めて、脂肪織炎による眼窩偽腫瘍が疑われた。また、同時期に全身の関節痛と下腿の把握痛を認めた。軟便、腹痛もあり大腸内視鏡検査を施行したところ上行結腸から非連続性に炎症性ポリープを主体とする病変を認めて、右側優位のUCと診断した。UCに伴う腸管外合併症である眼窩偽腫瘍と考えて、PSL40mgを開始したところ、左眼瞼腫脹と外眼筋麻痺は著明な改善を認めた。MRIで左眼窩腫瘍はほぼ消失し、PSLを減量していたが、X年11月に12.5mgまで減量したところ、左眼瞼腫脹と眼窩痛が再度出現してPSL30mgまで増量した。増量後、速やかに左眼瞼腫脹は消失して、眼窩痛も軽快した。大腸内視鏡を再検したが、炎症性ポリープを認めた部位は瘢痕化しており、活動性はみられなかった。6MPを併用してPSLを漸減中であるが左眼瞼の症状の出現はみられていない。眼症状とUCの活動性に相関がないこと、またPSL減量にて再燃していることなどから、特発性眼窩炎症と考えた。【考察】UCに特発性眼窩炎症を合併した例はこれまで6例しか認めず、比較的まれである。本例の場合は特発性眼窩炎症と炎症性腸疾患の腸管外合併症の鑑別は困難であり、今後も腹部症状および眼症状の経過を追って行く必要があると思われる。

潰瘍性大腸炎、特発性眼窩炎症

14 未成年のリンパ節転移を伴う進行大腸癌に術後補助化学療法を施行した1例

練馬総合病院 外科
竹内優志、栗原直人、市原明子、松浦芳文、井上 聡、飯田修平

近年大腸癌の患者数が増加しており、その傾向は高齢者に著明である。一方、2-5%程度が39歳以下であると報告されている。一般的に若年発症の大腸癌はしばしば予後不良であると言われている。今回、リンパ節転移を伴う未成年の進行大腸癌を経験したので報告する。症例は19歳、男性。血便の精査目的で紹介され、下部消化管内視鏡検査にて、下行結腸に半周性の2型進行癌がみとめられ、病理診断はAdenocarcinomaであった。明らかな遠隔転移なく、左結腸切除術を施行した。手術診断D, type2, T3(SS), N1, H0P0M0 StageIIa、病理診断D, type2, tub1 > tub2, pSS, int, INFb, ly2, v1, pN2(9/14), pPM0, pDM0, pRM0 StageIIbであった。K-rasは変異型であった。若年であることを考慮し、本人、ご家族と相談して、CVポート挿入せず、また、金属を扱うためCPT-11ベースの術後補助化学療法としてIRIS療法6クールを施行した。脱毛、消化器症状ふくめて、大きな有害事象を認めなかった。本症例は19歳の未成年に発症したリンパ節転移を伴う進行大腸癌に対して手術、術後化学療法を施行した症例である。未成年者に対する大腸癌の治療は標準化されていないのが現状である。文献的考察を含めて報告する。

若年大腸癌、化学療法

15 大腸原発のrhabdoid carcinomaを認めた一例

独立行政法人国立病院機構水戸医療センター 消化器科
永瀬将臣、佐藤雅志、佐藤大幹、下山田雅大、伊藤有香、吉田茂正、石田博保、山口高史

大腸原発のrhabdoid carcinomaを認めた一例rhabdoid carcinoma（悪性横紋筋様腫瘍）は核の偏在化、好酸性豊かな胞体の特徴とし、横紋筋肉腫の様相を呈することからその名がついている。元々は悪性腎腫瘍の一つとして分類されているが、今回我々は極めて稀な大腸原発のrhabdoid carcinomaの一例を経験したため文献を用いた考察をふまえこれを報告する。症例は83歳男性。血便を主訴に来院となった。腫瘍マーカーはCEA、CA19-9ともに陰性であった。CT所見では上行結腸に不整な壁肥厚及び深ぼれ潰瘍を認め腹壁への浸潤も認めた。下部消化管内視鏡所見では上行結腸に全周性の2型病変を認め生検上adenocarcinoma、por1の診断であった。この病変に対して結腸右半切除術施行となった。腫瘍は潰瘍底が腹壁筋層まで浸潤しており、リンパ節転移、遠隔転移は認めなかったが腹腔洗浄細胞診はclassVで陽性であった。病変は組織学的に核の偏在・好酸性豊かな胞体を認めており、免疫染色でvimentin陽性であることから上皮性の性格をほとんど持たない間葉系細胞の様相を呈しておりrhabdoid carcinomaの診断となった。また病変には一部低分化充実性の腺癌成分も認めており、本例は元々腺癌であったものが大きく脱分化したことによりrhabdoid cellにいたったものという解釈ができた。現在患者は術後リハビリを開始し回復中である。rhabdoid carcinomaの報告例は少ない為有効な治療方法は確立されておらず、今後も症例及び文献に対して検討を重ねていく必要があると考えられる。

rhabdoid carcinoma、大腸癌

16 メサラジン投与により急性心筋炎および胸膜炎をきたした潰瘍性大腸炎の1例

国立病院機構 高崎総合医療センター
岡野祐大、工藤智洋、鈴木悠平、椎名啓介、吉田はるか、林 絵理、星野 崇、長沼 篤、石原 弘

症例は28歳男性。他院にて潰瘍性大腸炎と診断され、メサラジン2.4g/日が開始された。2週間経過しても症状の改善を認めず、新たに心窩部痛が出現したため当院紹介となった。中等症の潰瘍性大腸炎と診断してプレドニゾロン30mg/日を開始し、心窩部痛は副作用を疑いメサラジンを1.6g/日に減量した。その2週間後に心窩部痛の増悪、感冒症状を認めたため再び当院受診となった。体温37.5℃、WBC16600/ μ l、CRP14.97mg/dlと炎症反応の著明な上昇、心電図で広範なST変化、心エコーで左室駆出率は54%と低下し、心筋逸脱酵素の上昇を認めず、急性心筋炎と診断され当院循環器科に緊急入院となった。非ステロイド性抗炎症薬による対症療法で3週間後に軽快退院したが、急性心筋炎の原因は特定出来なかった。急性心筋炎で入院中、潰瘍性大腸炎の症状も改善したため、プレドニゾロンを減量しメサラジンを2.4g/日に戻したところ、2週間後に胸痛が出現した。胸膜摩擦音などの身体所見、炎症反応の上昇、心電図異常を伴わない胸水貯留から胸膜炎と診断した。薬剤誘発性リンパ球刺激試験は陰性であったが、一連の合併症はメサラジンの副作用と考え、投与を中止したところ、症状および所見は消失し、再発を認めない。メサラジンは比較的安全な薬剤であるが、稀ながら重大な副作用として心筋炎や胸膜炎などが報告されている。今回、短期間に心筋炎と胸膜炎を合併した潰瘍性大腸炎の1例を経験したので文献的考察を加えて報告する。

メサラジン、副作用

17 肝細胞癌に伴った下大静脈血栓に対してダナパロイドナトリウムによる抗凝固療法が著効した1例

東芝病院 消化器内科

福本 剛, 手島一陽, 新野 徹, 村川 綾, 山崎允宏, 石井鈴人, 花岡友梨, 水野 卓, 田上大祐, 田代 淳, 三輪 純, 新井雅裕

【症例】45歳男性。右側腹部痛を主訴に初診。HBs抗原陽性、画像上肝両葉に多発する多血性結節および両肺多発結節を認めた。B型肝炎ウイルス感染を背景に発症した進行肝細胞癌cT4N0M1 cStageIVBと診断した。Child Pugh分類6点と肝機能は保たれており、エンテカビルとソラフェニブ内服投与を開始した。血小板減少傾向に対して、ソラフェニブを調整しつつ、肝内病変に対して約2か月ごとに肝動脈化学塞栓療法を併用した。画像上初診時より右肝静脈に認めていた血栓が、治療開始から8か月経過した時点で、下大静脈の腎静脈合流部付近にまで進展している像を認めた。更に、血栓の頭部部については、直前に施行した肝動脈塞栓療法後のリポドール貯留を認め、腫瘍栓と考えた。下大静脈血栓に対してダナパロイドナトリウム(2500単位/日×14日間)による抗凝固療法を行った。下大静脈腫瘍栓部に対しては放射線外照射療法(計50Gy/5週間)を施行した。経過中消化管出血や肺塞栓等の有害事象は出現せず、抗凝固療法開始2週間後のCTで下大静脈血栓の縮小を認め、その後のCTで腫瘍栓の縮小も認められた。以後、肝内病変に対する治療を続け、初発から1年3か月現在も生存中である。【考察】ダナパロイドナトリウムはヘパリン類似物質であり、抗Xa/抗トロンピン活性比が高く、出血の副作用が少ないとされる。門脈血栓については、ダナパロイドナトリウムを用いて血栓の消失を得たとする論文が報告されている。一方で、進行肝細胞癌症例に合併した下大静脈血栓に対する抗凝固療法について検討した論文は報告されていない。本症例では進行肝細胞癌症例に合併した下大静脈血栓と腫瘍栓に対して、ダナパロイドナトリウムによる抗凝固療法および放射線外照射療法を併用して行ったことにより、有害事象なく血栓および腫瘍栓の縮小を認めた点で示唆に富む症例と考えたため報告する。

下大静脈血栓, ダナパロイドナトリウム

18 ダナパロイドナトリウムが門脈内血栓の溶解に有効であった本態性血小板血症の1例

埼玉医科大学 消化器内科・肝臓内科¹⁾, 同 血液内科²⁾

鈴木隆信¹⁾, 中山伸朗¹⁾, 平原和紀¹⁾, 中尾嘉修¹⁾, 鷹野雅史¹⁾, 塩川慶典¹⁾, 内田義人¹⁾, 藤井庸平¹⁾, 繁田貴博¹⁾, 打矢 紘¹⁾, 中澤 学²⁾, 近山 琢¹⁾, 安藤さつき¹⁾, 菅原通子¹⁾, 中尾将光¹⁾, 本谷大介¹⁾, 稲生実枝¹⁾, 今井幸紀¹⁾, 岡 政志¹⁾, 脇本直樹²⁾, 持田 智¹⁾

35歳の男性。20日前より右上腹部痛を自覚し、腹部CTで門脈内血栓が認められて入院となった。AST 31 IU/L, ALT 28 IU/L, γ -GTP 95 IU/L, CRP 10.7 mg/dL, 白血球数 13,000, 赤血球数 440万, Hb 14.0 g/dL, 血小板数 98.3万, PT 72%, フィブリノゲン 662 mg/dL, Dダイマー 3.47 μ g/mL, HBs抗原陰性, HCV抗体陰性。造影CTでは肝内門脈から門脈本幹、上腸間膜静脈に血栓を認め、完全閉塞であった。肺動脈血栓はなかった。超音波検査で下肢静脈に血栓は観察されなかった。Ga-67 citrateによるシンチグラフィでは、骨髄全体に集積亢進が認められた。アスピリン100 mg/dLの内服とともに、ダナパロイドナトリウム2,500単位/日の投与を開始した。骨髄生検では過密骨髄と巨核球増加が見られ、JAK2遺伝子検査ではV617F変異を認めた。本態性血小板血症と診断して、ドロキシカルミド500mg/日の投与を開始した。ダナパロイドナトリウム開始から14日目には血小板数は116万であったが、Dダイマーは0.53 μ g/mLと低下し、造影CTでは門脈内血栓は辺縁部から溶解していた。肝内門脈の灌流域は拡大したが、門脈本幹、脾静脈、上腸間膜静脈には血栓が残存していた。ダナパロイドナトリウムの投与をさらに7日継続したところ、血小板数は83.1万と低下傾向となり、Dダイマーは0.31 μ g/mLで門脈内血栓のさらに縮小した。本態性血小板血症に伴う門脈内血栓に対してダナパロイドナトリウムが有用であったとする報告はない。また、完全閉塞の門脈血栓が溶解したのも稀であり、示唆に富む症例と考えて報告する。

門脈内血栓, ダナパロイドナトリウム

19 薬物性肝障害疑診で治療開始後、臨床経過より診断に至った自己免疫性肝炎の一例

東京慈恵会医科大学葛飾医療センター 消化器肝臓内科

遠藤大輔, 廣瀬雄紀, 富田陽一, 永野智久, 關 伸嘉, 杉田知典, 会田雄太, 板垣宗徳, 安部 宏, 須藤 訓, 相澤良夫

【症例】45歳女性【主訴】全身倦怠感、黄疸【既往歴】43歳、尋常性乾癬【常用薬】2012年12月から五淋散【現病歴】2012年2月より全身倦怠感、黄疸を自覚し、採血にて肝胆道系酵素の上昇を認め、精査加療目的にて入院となった。【身体所見】バイタル:異常なし、身長:156cm、体重55.2kg、眼球結膜黄染あり、胸部:異常なし、腹部:異常なし。【検査所見】WBC 6000/ μ L, Hb 15.3g/dL, Plt 25.5 \times 10⁴/ μ L, PT 97%, AST 1208 IU/L, ALT 1730 IU/L, T-Bil 9.9mg/dl, D-Bil 8.2, ALP 844IU/L, γ -GTP 358IU/L, TP 7.4g/dl, Alb 4.3g/dl, γ -グロブリン 1.2g/dl, HBsAg(-), HCVAb(-), IgG 1138mg/dl, ANA (FA) 40倍 (Homogenous 40倍, Speckled 40倍), AMA M2 5Index【経過】入院時血液検査にて肝炎ウイルス、自己抗体に有意な所見なく、画像上も閉塞性黄疸などの所見は認めなかった。第9病日に肝生検施行し、肝細胞索構造は保たれ、Glisson鞘は軽度炎症細胞浸潤にとどまり、interface hepatitisや胆管所見は認めなかった。五淋散による薬物性肝障害(同薬物リンパ球幼若化試験は陰性)を最も疑い、入院後より同薬物を中止した。しかし、肝酵素の改善が乏しいため、入院第5病日よりプレドニン(以下PSL)30mgを開始したところ速やかな肝酵素の改善を認め、開始2週間後に退院となった。外来にてPSL漸減、投与4週間後には肝酵素の正常化を確認し、その後10mgまで減量したところで肝酵素の再上昇を認めたため、30mgまで再増量し、徐々に漸減した。その後も、PSL漸減により肝炎の再燃寛解を繰り返したが、現在はPSL5mgにて肝酵素は20ヶ月間正常値で推移している。なお、退院後の経過中に被疑薬として考えられるような薬物の投与はなかった。【考察】本症例は入院時自己免疫性肝炎(AIH)を唆する所見に乏しく(AIHスコア9点)、薬物性肝障害が最も疑われたが、ステロイド減量により肝炎の再燃寛解を繰り返した経過よりAIH(治療後AIH score 18点)の診断に至った。本症例のように疑わしい被疑薬が存在し、特徴的なAIH所見を有さない症例では薬物性肝障害とAIHの鑑別に苦慮することがあり、若干の文献的考察を加えて報告する。

自己免疫性肝炎, 薬物性肝障害

20 経頸静脈的肝生検にて診断しえた肝アミロイドーシスの1例

順天堂大学医学部附属順天堂医院 消化器内科

田中一平, 内山 明, 亀井将人, 富嶋 享, 伊藤智康, 松本紘平, 小谷知弘, 加藤順子, 今 一義, 澁谷智義, 山科俊平, 鈴木聡子, 池嶋健一, 渡辺純夫

【症例】50歳女性【主訴】黄疸【現病歴】高脂血症で当院循環器内科通院中であり肝機能は正常で経過していた。平成26年5月に肝障害(ALP 1540 IU/L, AST/ALT 51/45 IU/dL, γ -GTP 224 IU/L, T-bil/ D-bil 3.12/1.31 mg/dL)を指摘され当科紹介となった。血液検査上、各種ウイルス検査や自己抗体は陰性であり、薬物性肝障害を疑い全ての内服薬を中止したが改善を認めなかったため6月に精査加療目的に入院となった。【入院後経過】入院時の血液検査でWBC 5200/ μ L, Hb 13.5 g/dL, Plt 25.7/ μ L, PT% 57.0%, ALP 1186 IU/L, AST/ALT 44/35 IU/dL, γ -GTP 184 IU/L, T-bil/ D-bil 4.67/2.44 mg/dL, Alb 3.3 g/dLと胆道系優位の肝障害と黄疸を認めた。腹部US・CT検査では肝内外の胆管拡張は認めず、軽度肝腫大と門脈-臍静脈シャント、腹水貯留を認めた。腹水は黄色透明で漏出性腹水であった。黄疸は急速に進行し第15病日にはT-bil/D-bil 12.8/9.7 mg/dLまで上昇を認めた。原因不明の肝障害に対して第16病日に経頸静脈的肝生検を施行した。肝類洞内にコンゴレッドで橙赤色に染まる無構造な物質の沈着と小葉構造の破壊と肝細胞の萎縮を認め、肝アミロイドーシスの診断となった。骨髄検査を施行し多発性骨髄腫は否定されたことから、原発性アミロイドーシスと診断した。治療として第28病日より化学療法(Melphalan+Prednisolone療法)を行ったが肝不全の増悪を認め第40病日に永眠された。【考察】黄疸を合併した肝アミロイドーシスは稀かつ予後不良であり、診断には病理組織におけるアミロイド沈着の確認が必須である。急速に進行する原因不明の肝障害を来した症例では、肝アミロイドーシスを念頭に積極的に肝生検を行う必要がある、出血のリスクが高いと考えられる症例では、経頸静脈的肝生検が診断に有効な手段となり得ると考えられた。【結語】経頸静脈的肝生検にて診断しえた肝アミロイドーシスの1例を経験したため、若干の文献的考察を加えて報告する。

アミロイドーシス, 経頸静脈的肝生検

公立昭和病院 消化器内科¹⁾、同 内視鏡科²⁾、東都文京病院 内科³⁾、東京医科歯科大学 消化器内科⁴⁾、田代祥博¹⁾、田村皓子¹⁾、平昭衣梨¹⁾、矢内真人¹⁾、山地 統¹⁾、浦牛原幸治¹⁾、小野圭一¹⁾、小島 茂¹⁾、野内俊彦¹⁾、池崎 修²⁾、武田雄一²⁾、神保りか³⁾、朝比奈靖浩⁴⁾、渡辺 守⁴⁾

症例は67歳、男性。他院で6月に両膝人工関節置換術を施行され、ケロイド・肥厚性瘢痕予防目的に8月13日よりトラニラスト（リザベムTM）300mg/日を内服していた。9月中旬より褐色尿を自覚し、近医で黄疸を伴う肝障害を指摘されて紹介入院となった。T-Bil 4.3 mg/dl、ALP 1,898 U/l、 γ -GTP 797 U/l、AST 177 U/l、ALT 147 U/lと高度の肝障害を認め、腹部超音波検査・dynamic CT・MRCPでは胆嚢壁の肥厚と門脈域の早期濃染を認めた。肝炎ウイルスマーカー、抗核抗体、抗ミトコンドリアM2抗体は陰性で、薬物性肝障害を疑ってトラニラスト内服を中止した。肝生検では門脈域の炎症細胞浸潤と胆管炎を認め、小葉内にも軽度の壊死炎症反応と毛細胆管内の胆汁栓を認めた。トラニラスト内服中止後、肝機能は改善し、さらにウルソデオキシコール酸600mg/日を内服して肝障害は軽快した。当院ではトラニラスト内服後に生じた肝障害例を多数経験しており、本症例を含めて6例が黄疸を伴う肝障害で入院となった。肝障害の臨床病型分類では胆汁うっ滞型が3例、肝細胞障害型が2例、混合型が1例であった。肝生検では胆管とその周囲への炎症細胞浸潤、胆管上皮の水腫様変化など胆管炎の所見を多く認めた。薬物リハビリ試験（DLST）は、本例も含めて過去に当院で4例施行したがすべて陰性であり、他のトラニラストによる肝障害の報告でもDLSTが施行された13例のうち12例が陰性であった。トラニラストはアレルギー性疾患、ケロイド・肥厚性瘢痕の治療薬として使用されているが、DLST陰性のためか、あるいは薬物性肝障害に関心のない診療科で処方されることが多いためか、トラニラストによる薬物性肝障害の報告例は少ない。しかし、経皮的冠動脈形成術後の再狭窄に対するトラニラスト600mg/日の臨床試験でも高頻度の肝障害が認められており、トラニラスト投与時には必ず肝機能検査を定期的に施行するように周知する必要がある。

薬物性肝障害、トラニラスト

劇症肝炎を疑う際の留意点～急性肝不全の診断基準を踏まえて～

国立国際医療研究センター病院 消化器内科
大武優希、青木智則、三神信太郎、小森寛之、三島沙織、藤澤真理子、野崎雄一、小島康志、柳瀬幹雄

【背景】2011年に坪内班が作成した急性肝不全の診断基準では、肝臓に炎症を伴わない、つまり劇症肝炎に分類されない急性肝不全が新たに明記された。当院で経験した、このような肝臓を由来としない急性肝不全の一例を報告する。

【症例】79歳女性【主訴】意識消失【既往歴】高血圧【内服歴】アムロジピンベンジル酸塩、アテノロール、ペタヒスチンメシル酸塩【生活歴】喫煙・飲酒歴なし、輸血歴なし

【現病歴】2013年5月に腰椎圧迫骨折で近医通院。ADL低下認め、NSAIDs内服などを行っていた。同年6月、排便時に意識消失し近医受診の際、肝酵素の異常高値やPT延長を認め、劇症肝炎の疑いで当院に転送となった。来院時バイタルは安定していたが、意識レベルは軽度低下（JCS-I-2）、血液検査でT.B. 0.7mg/dl、AST 2966 U/L、ALT 1803 U/L、PT 31%、尿素窒素 71.4mg/dl、Cre 2.18mg/dlと肝酵素上昇や腎機能低下が著しく、凝固能異常、炎症反応高値、I型呼吸不全を認めた。腹部の画像検査では肝形態の異常は認めなかった。各肝炎ウイルス検査は陰性だった。胸部レントゲン写真でCTR 66%、肺門部の血管陰影が目立ち、心エコーで三尖弁閉鎖不全や右心拡大を認め、I型呼吸不全を認めた。腹部の画像検査では肝不全が疑われた。胸部単純CTで両側肺動脈内にもまだら高吸収域を認め、Dガーマー 23.1 μ g/mと高値であり、肺塞栓による右心不全と循環障害による急性肝不全と考えられた。絶食補液管理と保存的治療のみで肝酵素の改善を確認、第3病日よりヘパリン化を開始した。第5病日に腎機能は正常化し、造影CT施行により肺塞栓と右下肢深部静脈血栓症の診断となった。速やかに抗凝固療法を開始し、循環器内科に転科となった。

【考察】本症例の意識障害を肝性脳症と判断すると、急性肝不全昏睡型＝劇症肝炎と診断される。循環障害による急性肝不全は消化器医師にとって盲点となり、肝臓以外を由来とする病態も念頭に置く必要がある。血液検査の異常値や画像検査だけでなく、診察所見にもとづく肝性脳症の実直な診断を行うこと、そして急性肝不全の診断基準の普及こそが重要と考える。

急性肝不全、循環不全

骨転移との鑑別を要したAdefovir長期内服によりFanconi症候群を来した1例

獨協医科大学 消化器内科

鈴木統裕、吉竹直人、金森 瑛、渡邊詔子、水口貴仁、原瑠以子、岩崎茉莉、竹中一央、井澤直哉、高橋史成、笹井貴子、室久俊光、平石秀幸

症例は60歳男性。平成18年10月にB型慢性肝炎と診断され、同月より前医にてLamivudine内服加療開始した。平成20年1月よりLamivudine耐性のためAdefovir追加となった。平成25年8月より右股関節痛を認め、当院整形外科へ受診となり、骨シンチグラフィにて全身骨への集積が認められた。転移性骨腫瘍が疑われ全身検索目的に当科受診となった。CEA、CA19-9、PSA等の各種腫瘍マーカーは陰性であり、MRI・PET検査では多発骨折を認めるものの、骨転移を示唆する所見は認めなかった。上下部内視鏡検査でも明らかな腫瘍は見られず、骨転移は否定的であった。血清CRE高値、P低値、代謝性アシドーシスを呈しており、糖尿、蛋白尿、尿中 β 2mG高値、NAG高値、Ca、Pの排泄亢進が認められ、薬剤性Fanconi症候群と考えられた。以上からAdefovirの長期内服によるFanconi症候群に伴う多発骨折と診断した。活性型vitaminD製剤、ビスホスホネート製剤の投与、Adefovirの隔日投与に変更し現在も経過観察中である。Adefovirは長期に渡る投与を要し、かつ投与中止が困難な薬剤である。Fanconi症候群等の副作用に注意が必要と考えられ、若干の文献的考察を加え報告する。

Fanconi症候群、Adefovir

B型慢性肝炎急性増悪による遅発性肝不全に対し侵襲性肺アスペルギルス症を合併するも抗ウイルス療法・免疫抑制療法の併用で救命した一例

慶應義塾大学医学部消化器内科¹⁾、同 一般・消化器外科²⁾

小池悠季子¹⁾、山本悠太¹⁾、宮永亮一¹⁾、上田真裕¹⁾、山口晃弘¹⁾、中本伸宏¹⁾、山岸由幸¹⁾、海老沼浩利¹⁾、永 滋教²⁾、日比泰造²⁾、篠田昌弘²⁾、金井隆典¹⁾

【症例】30歳代、男性【主訴】黄疸、倦怠感【現病歴】入院2ヶ月前より倦怠感を自覚していた。他院を受診したところ、HBs抗原陽性、総ビリルビン値6.2 mg/dl、PT 43%、腹部超音波検査で多量の腹水を認めたため同日急性肝不全の疑いで当院紹介、緊急入院となった。【既往歴】特記すべき事項なし【家族歴】母：HBV陽性父：脳梗塞【生活歴】飲酒：なし、喫煙：20本/日20年間【入院後経過】入院時、明らかな肝性脳症を認めなかったがCT上肝萎縮と著明な腹水を認め、B型肝炎による遅発性肝不全と診断、脳死肝移植登録を進めながら保存的治療を開始する方針とした。すなわちentecavir 0.5mg/日、IFN β 300万単位/日に加えて第2病日よりステロイドパルス療法を開始、その後漸減した。ステロイド開始後もAST/ALT値の改善に乏しく、第11病日にはNH3値の上昇および肝性脳症I度が疑われたため、抗ウイルス療法を継続しつつ第15病日よりcyclosporin A (CyA)（目標血中濃度 200-400ng/mlを投与）を併用した。CyA投与後はAST/ALT値及びPT値は徐々に改善傾向になったが、第31病日に施行した胸部CT上左S6、右S3に結節影を認め、 β -D glucan値およびアスペルギルス抗原上昇より侵襲性肺アスペルギルス症と診断し、micafungin (MCFG) (200mg/H)の投与を開始した。真菌感染症合併のため脳死肝移植登録は一旦見送ったが、PSLの漸減に加えてCyAも漸減し中止するも肝予備能は徐々に回復し、また肺病変に関しても胸部CT上改善を認めため、第70病日退院。以後外来で加療を継続している。【結語】並発性あるいは遅発性の急性肝不全の予後は極めて厳しいが、抗ウイルス療法が進歩した現在免疫抑制療法と併用することにより肝移植を回避できる可能性があるが、真菌感染症をはじめとする日和見感染に対して早期発見と適切な治療が必要と考えられる。

B型肝炎、肝不全

東京都立墨東病院 外科¹⁾、同 放射線科²⁾、同 検査科³⁾
木村祐太¹⁾、香山泰治¹⁾、谷 吾吾¹⁾、那須啓一¹⁾、高橋正道²⁾、
松岡真二郎²⁾、藤 雅大³⁾、谷澤 徹³⁾、稲田健太郎¹⁾、和田郁雄¹⁾、
真栄城剛¹⁾、宮本幸雄¹⁾、梅北信孝¹⁾

【目的】大腸癌肝転移において、肝実質に腫瘍を形成せず門脈内のみ腫瘍を呈することは稀であり、その臨床病理学的特徴は明らかではない。今回我々は、門脈内のみに限局して進展した異時性大腸癌肝転移の一切除例を経験したため報告する。

【症例】68歳、女性。1986年に大腸癌に対して回盲部切除術を施行した。2006年、横行結腸癌とS状結腸癌に対して結腸右半切除術、S状結腸切除術を施行した。2011年、S状結腸癌術後の吻合部再発に対して低位前方切除術、D3リンパ節郭清を施行した。2013年4月、右半切除術後の吻合部再発に対して結腸部分切除術を施行した。その後、mFOLFOX6を12コース施行した。2014年6月、経過観察CTで肝内に低濃度腫瘍を認め肝転移を疑った。術直前の解析用CTでは、短期間に低濃度腫瘍は前区域グリソン鞘に沿って進展を示し、前後区域分岐部まで到達していた。腫瘍マーカーはCEA、CA19-9ともに正常範囲内であった。胆管の拡張は認めず、転移性肝癌の門脈内進展の診断で手術を行った。

【結果】術中エコーでも門脈内に腫瘍を認め、前後区域分岐部に進んでいたため、右肝切除術を行った。手術時間5時間33分、出血量426gであった。術後は順調に経過し7日退院となった。切除標本の肉眼所見では、門脈前・後区域分岐部から抹消にかけて、門脈内に充満する白色腫瘍がみられた。組織学的には粘液湖中に浮遊する低分化粘液癌で、印環細胞様の成分も混在していた。2013年の局所再発切除標本の腫瘍細胞と類似しており、大腸癌の肝転移再発と診断した。また、切除標本を検索しても腫瘍は門脈内に限局しており、肝実質内の腫瘍形成はみられなかった。大腸癌の門脈内腫瘍転移の報告は少なく、ほとんどが主腫瘍から連続した上腸間膜静脈、門脈本幹の腫瘍栓である。本症例のように肝内門脈内に限局した腫瘍栓の進展は医中誌で検索する限り、5例のみであった。

【結語】肝実質に腫瘍を形成せず門脈内腫瘍栓として発育した、非常に稀な転移形式と考えられた。

大腸癌肝転移、肝内門脈腫瘍栓

原発性肝扁平上皮癌、剖検

順天堂大学医学部附属 浦安病院

深見久美子、北村庸雄、若本志穂、岡村庸介、北沢尚子、荻原伸悟、須山正幸、竹村勇治、川上智寛、鈴木真由、野元勇祐、中津洋一、須横二郎、須山正文

症例は67歳、女性。38歳の発熱と全身倦怠感を主訴に当院を紹介受診となり、胸腹部CTにて肺結節と肝腫瘍を指摘された。左肺S1+2に胸膜陥凹を伴う径10mmの結節と肝S6に境界がやや不明瞭な径50mmの低吸収腫瘍を認め、画像上は炎症性偽腫瘍 (Inflammatory Pseudotumor; IPT) が疑われた。一方、胆道系酵素の上昇がみられるなど、胆管細胞癌の可能性も否定出来なかった為肝生検を施行した結果、腫瘍組織は炎症性細胞浸潤を有する壊死像が主体で、胆管細胞癌、肝細胞癌、リンパ腫等の悪性腫瘍を示唆する所見は得られなかった。しかし、肺の結節性病変を伴うことより臨床的には悪性疾患も除外出来ず、診断的治療の為肝右葉切除術も検討したが、経過中に撮影した腹部MRIにて若干の縮小傾向を認めたことから悪性の可能性は低いと判断し経過観察となった。実際、その後のCTでは肝腫瘍は著明に縮小していることが確認された。炎症性偽腫瘍 (IPT) は画像的特徴に乏しく、臨床的にしばしば診断に苦慮する原因不明の疾患であり、病理像も多彩であることから悪性も否定しきれず最終的に手術で診断に至る場合も多い。肺に発生頻度が高く、又、腹腔内、後腹膜ないし骨盤腔内に比較的多いとされる。肝の炎症性偽腫瘍はまれとされ、今回の症例では肺結節を同時に認めたことから、炎症性筋線維芽細胞性腫瘍 (Inflammatory Myofibroblastic Tumor; IMT) との鑑別が困難であった。IMTは以前 IPT と総称されていたが、2002年のWHO軟部腫瘍組織学分類では遠隔転移も来す良悪性中間型の腫瘍と位置付けられて居り、IPTとは区別すべきとの考え方が一般的なようである。IMTの診断には anaplastic lymphoma kinase (ALK) が有用ともされるが、今回の生検組織では ALK は陰性であった。一方、従来の IPT の疾患概念は依然曖昧であり、安易な診断は避けるべきとの考えも散見される。本症例では肝腫瘍は自然に縮小し、「炎症性偽腫瘍」の診断に矛盾しないと思われるが、原因不明の肝腫瘍性病変に遭遇した際には、IMTとの鑑別を念頭に置いた診断も必要と考えられた。

炎症性偽腫瘍、炎症性筋線維芽細胞性腫瘍

肝腫瘍、未分化癌

三楽病院 消化器内科¹⁾、同 外来化学療法室²⁾

深川一史¹⁾、藤江 肇¹⁾、佐久間信行¹⁾、永尾清香¹⁾、与田武徳¹⁾、加藤礼子¹⁾、降旗 誠²⁾、和田友則¹⁾

【症例】86歳男性【現病歴】検診エコーにて肝臓に異常を指摘された。転移性肝腫瘍が疑われ精査目的に入院となった。【入院後経過】CTで多発低吸収域が肝の左葉内側区と右葉前区を占拠し、腫瘍の辺縁で造影効果を認め内部で乏しく、壊死などを反映すると考え、転移性肝腫瘍をまず疑った。腫瘍マーカーはCA19-9とCEAがそれぞれ163U/ml、7.2ng/mlと上昇しCRP8.9mg/dlと炎症反応も認めた。HBs抗原とHCV抗体は陰性。上下部消化管は異常なく他の画像検査と腫瘍生検を考慮した。しかし第8病日にDIC score6点の凝固線溶異常を認めヘパリン持続静注を開始。さらに入院時10.4mg/dlと軽度高値であった血清Ca濃度が漸増し意識障害が出現した。PTHrP陽性で1.25-(OH)2vitD濃度が上昇しておりNa利尿薬とElcatonin、次いでzoledronateによりカルシウム濃度は低下したが、他の検査は行えなかった。肝不全が出現し第44病日に永眠された。病理所見で大小の充実性肉巣を形成し増殖する腫瘍を認めた。腫瘍細胞は核の大小不同が目立ち、強い角化傾向を示し、多数の角化巣を形成していた。偏在核を有する腫瘍細胞も認められたが粘液産生は認められなかった。免疫染色では肝細胞癌で上昇するHepp-1、Glypican-3、AFPは陰性、扁平上皮癌で特異的なp40は陽性であった。以上より肝扁平上皮癌と診断、さらに肝外に扁平上皮の原発巣を認めなかったことから原発性肝扁平上皮癌と診断した。【考察】肝原発腫瘍では肝細胞癌、胆管癌がそのほとんどを占め、原発性肝扁平上皮癌は非常に稀である。原発性肝扁平上皮癌では、一般的には肝細胞癌、胆管癌で見られる白血球増多、CRP上昇、発熱が見られたという報告が散見される。本症例でも同様の所見を認めた。また、CTでは辺縁の造影効果を伴う低濃度腫瘍とした報告も多い。こうした炎症所見高値やCTでの所見は原発性肝扁平上皮癌の増殖が速く、壊死傾向が強いという性質を示唆している。本症例のように予後が不良であることが多い。臨床側面から診断していくのは非常に困難ではあるが、このような非典型的な肝原発腫瘍では原発性肝扁平上皮癌も鑑別に入れる必要がある。

自治医科大学

森田隆介、三木 厚、森嶋 計、笠原尚哉、青木裕一、笹沼英紀、佐久間康成、佐田尚宏、安田是和

症例は72歳男性。33年前から慢性C型肝炎、7年前から肝硬変と診断され前医で経過観察されていた。定期検査のCTで肝S8に肝腫瘍影を認め精査加療目的に当院へ紹介受診となった。単純CTでは腫瘍は肝S8に境界不明瞭な低吸収域として、造影CTでは辺縁から徐々に造影される内部の造影効果は不均一な腫瘍性病変として描出された。MRIでは35mm大のT2DWIで低信号域として描出された。造影MRIの動脈相で腫瘍辺縁の被膜様構造が濃染し内部の造影は不均一であった。遅延相では病巣はwash outされ、肝細胞相では低信号であった。また、病変周囲にはEOBの集積不領域が認められた。エコーでは42mm大の低エコー域として描出され、辺縁に淡い高エコー帯を伴い、内部血流はほとんど認めなかった。術前検査中に急速な増大傾向を認めた。画像所見と臨床経過より、低分化な肝細胞癌と診断し、肝S8腫瘍に対し肝S8区域切除術を施行した。病理所見で、肝細胞、胆管細胞いずれにも分化を認めなかった。免疫染色でvimentin陽性で、CD10、Hepatoctyoc、CK7、CK19、AFP、CEA、CA19-9は陰性であることから肝未分化癌との診断となった。肝未分化癌の肉腫やカルチノイドを含む原発性肝悪性腫瘍で、未分化癌の発生頻度は約0.5%と言われ、まれな腫瘍である。今回我々は肝S8区域切除術を施行した肝未分化癌の1例を経験したので若干の文献的考察を加え報告する。

29 血栓塞栓症で死亡した進行胆嚢癌の1例

千葉大学 医学部附属病院 消化器内科
神崎洋彰, 露口利夫, 丸野綾子, 鈴木英一郎, 杉山晴俊,
横須賀 敬

【現病歴】1996年10月両側眼瞼腫脹出現、涙腺生検でMikulicz症候群の診断。腹部超音波検査で胆嚢腫大を指摘されたが、症状が全く精査未施行。2002年人間ドックで再度胆嚢腫大を指摘され、当院当科受診、胆嚢腺筋腫症の診断。2013年10月頃から背中と右肩に疼痛出現。12月MRCPで胆嚢癌による胆管閉塞・肝転移の診断で入院。

【入院後経過】肝腫瘍生検でadenocarcinomaの診断。入院4日 FDP・D-dimer上昇あり、造影CTで右下腿に静脈血栓右肺動脈に塞栓を認めヘパリン1万単位/日で投与を開始。以降2万単位で投与継続。入院9日 塩酸ジエムシタピン単剤(80% dose)投与。入院11日 発熱あり、SBPと診断し腹水穿刺、抗生剤投与。入院25日 発熱・腹痛・Bil上昇(4.5mg/dl)、化学療法は中止し急性胆管炎の診断で緊急ERCPを施行。ドレナージにより腹痛・黄疸は改善した。入院26日四肢筋力低下・ろれつのまわりにくさなどが出現、MRIで両側大脳半球・両側大脳皮質や皮質下白質に脳梗塞病変出現。入院31日未明呼吸停止、心肺蘇生施行したが回復せず、死亡確認。死因は脳幹梗塞・肺血栓塞栓症・心筋梗塞などが考えられたが病理解剖は家族の希望がなく施行せず。

【考察】Trousseauらが悪性腫瘍患者に静脈血栓塞栓症(venous thromboembolism: VTE)が多いことを報告して以来、悪性腫瘍と塞栓に関する検討がなされVTEの危険因子の一つに悪性腫瘍が挙げられるようになった。進行癌症例に多く、特に抗腫瘍治療により頻度が高くなることの報告がある。本邦では癌患者に対する確立されたVTE治療法はないが、海外でいくつかガイドラインが発表されており、血栓症発症から3-6か月の初期治療や担瘤患者の再発予防として低分子ヘパリンが推奨されている。本邦では低分子ヘパリンの保険適応が限られており日常診療ではヘパリンやワルファリンの投与が多い。本症例は、より強力なVTE治療を行うべきだったか、化学療法も行わずBSCとすべきだったか検討の余地がある。

胆嚢癌, 静脈血栓塞栓症

30 保存的治療で閉塞が解除された胆石イレウスの2例

東京労災病院 消化器内科
朝井靖二, 小山洋平, 團 宣博, 武田悠希, 植木紳夫, 平野直樹,
伊藤 謙, 大場信之, 西中川秀太, 児島辰也

症例1はB型肝硬変で通院中の80歳代女性。3年前に総胆管結石を指摘されていたが、乳頭が水平部に位置しており、結石が25mmと大きいことから処置が困難と判断され、EST後にプラスチックステント(PS)を留置し経過観察されていた。平成24年10月に当院整形外科に入院した際、ステント閉塞による胆管炎を発症し当科転科となった。転科後ERCPを施行し、バルーンカテーテルで総胆管内のクリーニングを行ったところ膿性胆汁とともに多量の結石や胆泥の排出を認めた。総胆管内に結石残存がないことを確認しPSを留置した。翌日、腹満感が出現したためCTを施行したところ、回腸末端に38mm大の結石を認め胆石性イレウスと診断した。同日、イレウスチューブを挿入し症状は改善した。外科手術も考慮したが、全身状態不良のため困難と判断した。内視鏡的除石を試みたが回腸末端に陥頓していた結石は発見できず、直後のCTで腸管内の結石は消失していたことから自然排石したと判断した。症例2は70歳代女性。平成25年4月、腹痛・嘔吐が出現し、当院救急外来を受診した。CTで小腸イレウス像と閉塞部先端に辺縁石灰化を示す結石があり、胆嚢内には空気が認められたことから、胆嚢十二指腸瘻孔を伴う胆石イレウスと診断した。絶食・補液による保存的加療を開始したが、症状の改善を認めないため、第6病日にイレウス管を挿入した。その際施行した上部消化管内視鏡では球部前壁に胆嚢十二指腸瘻孔が確認できた。イレウス管挿入後、症状は改善し第12病日に施行したCTでは、結石は直腸内に移動していた。第15病日に下部内視鏡検査を施行したところ、直腸内に40mm大の結石を認めネット鉗子で回収した。胆石イレウスは、全イレウス中の0.05~1%と報告され、比較的稀な疾患である。医学中央雑誌にて過去3年間で胆石イレウスを検索したところ、133症例の報告があった。治療は外科手術が大部分であり、保存的治療が奏効したのは20例であった。今回、保存的治療で閉塞が解除された胆石イレウス症例を2例経験したので報告する。

胆石, イレウス

31 胆道出血を契機に診断され、根治切除しえた胆嚢癌の1例

公立学校共済組合 関東中央病院 消化器内科
鈴木辰典, 渡邊健雄, 外川 修, 大澤由紀子, 大山博生, 中村知香,
西島瑞希, 三井達也, 後藤絵理子, 磯村好洋, 瀬戸元子,
小池幸宏

【症例】73歳男性【経過】3日前から持続する心窩部痛を主訴に当院救急外来を受診した。血液検査にて肝胆道系酵素・ビリルビン・炎症反応の上昇を認め、腹部超音波・腹部造影CT・MRCP施行。総胆管結石など明らかな胆管の閉塞機転は指摘できず、総胆管の拡張も認めなかったが、肝内胆管の軽度拡張を認め、急性胆管炎と診断した。また、CTで胆嚢底部に造影効果を伴う壁肥厚と胆嚢内腔の高吸収域を認め、胆嚢炎または胆嚢癌による出血の可能性も考えた。緊急内視鏡的逆行性胆管膵管造影検査を施行したところ、十二指腸乳頭からの血液の流出が見られ、総胆管からは血性の胆汁が吸引できたため、胆道出血による胆管炎と診断した。胆道ドレナージ目的で経鼻胆道ドレナージチューブを留置し、胆管炎は改善した。心房細動あり、ワルファリン内服していたため、ワルファリン中止し、ヘパリン化の後に胆嚢に対する待機的胆嚢摘出術を施行した。胆嚢底部に乳頭状の腫瘍を認め、病理組織学的診断は高分化型管状腺癌であり、術後診断は胆嚢癌;T2N0M0, Stage2と確定した。根治切除が得られたと思われる。【考察】胆道出血を契機に胆嚢癌と診断し、根治切除が得られた症例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。

胆道出血, 胆嚢癌

32 高CA19-9血症を呈した肝嚢胞の1例

獨協医科大学 越谷病院 消化器内科¹⁾, 同 外科²⁾,
同 泌尿診断科³⁾
市川光沙¹⁾, 豊田紘二¹⁾, 國吉 徹¹⁾, 大浦亮祐¹⁾, 徳富治彦¹⁾,
林 和憲¹⁾, 小堀郁博¹⁾, 中元明裕¹⁾, 多賀谷信美²⁾, 小野祐子³⁾,
鈴木一義¹⁾, 片山裕視¹⁾, 玉野正也¹⁾

症例は55歳、女性。2010年から糖尿病で当院内分泌内科に通院中、スクリーニングで施行した単純CTにて約10cm大の肝嚢胞を指摘された。自覚症状はなく、肝胆道系酵素が基準内であることから経過観察となった。2013年10月から右側腹部痛を自覚して当科を受診した。血液検査では、AST 34 U/L, ALT 52 U/L, ALP 1181 U/L, GGT 440 U/L, T-Bil 0.6 mg/dl, Alb 4.0 g/dl, WBC 8.1×10³/L, Hb 14.6 g/dl, Plt 23.9×10³/L, HBs抗原陰性, HCV抗体陰性, CEA 4.2 ng/ml, CA19-9 5020 U/mlと、胆道系酵素とCA19-9の上昇を認めた。CT上肝嚢胞は最大径で約18cmと増大していた。嚢胞の増大による胆道系圧排所見とこれに伴う腹痛と考えられた。一方でCA19-9が高値であることから、上下部内視鏡検査およびPET-CTが施行されたが腫瘍性病変は指摘し得なかった。腹痛は増強し、自制不可となったため肝嚢胞の治療適応と判断して2014年1月に開窓術を施行した。術中の観察にて嚢胞内に腫瘍性病変は認めず、内容液のCA19-9は70000 U/mlと著増していた。術後に腹痛は改善し、血液中のCA19-9は速やかに低下した。摘出された嚢胞壁の免疫組織染色ではCA19-9の強い発現を認めた。肝嚢胞ではCA19-9高値を呈する症例が散見され、悪性疾患との鑑別が問題となる。本症例は嚢胞の増大に伴う内圧上昇刺激によって嚢胞壁からCA19-9が発現したものと推測され、文献的考察を加えて報告する。

肝嚢胞, CA19-9

上都賀総合病院 内科
上野 貴, 吉住博明, 沖津恒一郎, 近藤裕子, 海宝雄太

【症例】58歳男性【主訴】発熱【現病歴】201X年6月2日より悪心、食欲不振が出現し、4日より発熱、呼吸困難感が出現した。6日に近医を受診し、全身倦怠感強く食事摂取も困難であり、精査加療目的に当院に紹介受診となった。【既往歴】原発性アルドステロン症、脂質代謝異常症【生活歴】喫煙なし、飲酒焼酎2合/日【入院後経過】来院時の血液検査では高度の炎症反応上昇、肝胆道系酵素の上昇、腎機能障害があり、エコー、CT上肝臓を中心に液面形成を伴った嚢胞性病変が多発していた。エコー下に同部位を穿刺したところ、漿液性の液体の後に灰白色の膿汁が吸引され、培養ではGemella spが検出された。血液培養2セットからも同菌が検出され、多発肝膿瘍、敗血症と診断した。MRCP、ERCPにて胆道感染症は否定的であった。上下部消化管内視鏡にて消化管感染症は否定的であった。歯科治療歴があり、Gemella spによる血流感染が示唆された。CTR+CLDMにて治療を開始したが、肝胆道系酵素上昇が遷延し、薬剤性も否定できないため第11病日にCMZに変更した。その後も肝障害は遷延し、第15病日にABPC/SBTに変更するも有効ではなく、第19病日にABPC+CLDMに変更した。徐々に炎症反応は改善し、第14病日に採取した血液培養は陰性であった。第32病日にCLDMを経口に切り替え、第35病日にABPCをAMPC経口に切り替え、第39病日に退院した。その後外来にて第47病日にLVFX経口に変更し、第97病日にCRPは陰性化した。【考察】Gemella spは口腔内や上気道、消化管、尿路等に常在する嫌気性グラム陽性球菌であるが、弱毒菌であり肝膿瘍を来することは稀である。今回は健康成人に発症した、Gemella spによる多発肝膿瘍の1例を経験したため、文献学的考察を加えて報告する。

Gemella sp, 肝膿瘍

東邦大学医療センター大森病院 消化器内科¹⁾,
同 消化器外科²⁾
吉峰尚幸¹⁾, 宅間健介¹⁾, 原 精一¹⁾, 岸本有為¹⁾, 松井哲平¹⁾,
岡野直樹¹⁾, 渡邊 学¹⁾, 五十嵐良典¹⁾, 住野泰清¹⁾, 田村 晃²⁾

74歳男性。悪寒、食欲不振、腹痛にて近医を受診し、内服薬にて経過を見ていた。しかし改善なく他病院を受診したところ、ショックバイタル、肝内血腫および腹水を認め、当院へ救急搬送された。来院時血圧85/55mmHg HR90回/minであり、右季肋部全体に自発痛および圧痛を認めた。血液検査では著明な炎症反応の上昇、Hb7.8g/dlと貧血を認め、腎障害も伴っていた。腹部CT検査では腫大した胆嚢と胆嚢内結石を認め、一部胆嚢壁の欠損と肝床への内容物波及を認め胆汁瘻の合併が疑われた。さらに同部位から連続して肝床全体の肝被膜下にやや高輝度の貯留物を認め、一部肝実質から造影剤の漏出を伴っており巨大血腫の形成を考えられた。腹部超音波検査でも血腫内の血管影が疑われた。急性胆嚢炎による胆汁瘻形成から肝床周囲へ炎症が波及し、肝被膜下の血管破綻を来し出血したものと考えた。輸血および輸液による全身状態の改善を確認し、経皮経肝胆嚢ドレーナージチューブ留置後に腹部血管造影を施行した。肝後区域分岐部の造影で血腫内へのわずかな造影剤流出が確認された。塞栓物質とコイルにより血管を閉塞した。その後保存的加療により全身状態が改善し、第21病日に退院した。今回急性胆嚢炎を契機に発症した肝被膜下出血を経験した。同疾患は急性胆嚢炎の合併症の一つと考えられ、文献的考察を含め報告する。

急性胆嚢炎, 肝被膜下出血

東京慈恵会医科大学附属柏病院 内科¹⁾,
同 消化器・肝臓内科²⁾, 同 内視鏡部³⁾,
東京慈恵会医科大学 消化器・肝臓内科⁴⁾
高橋弘武¹⁾, 小田原俊²⁾, 伊藤善翔²⁾, 小林寛子²⁾, 齋藤恵介²⁾,
高見信一郎²⁾, 松本善弘²⁾, 高倉一樹²⁾, 湯川豊一²⁾, 梶原幹生²⁾,
内山 幹²⁾, 小山誠太²⁾, 月永真太郎²⁾, 荒川廣志²⁾, 小井戸薫雄²⁾,
大草敏²⁾, 田尻久雄²⁾

症例は22歳、女性。18歳時、健康診断で肝胆道系酵素上昇を指摘され、他院で肝生検施行されたが確定診断には至らずウルソデオキシコール酸(UDCA)内服が開始された。20歳時、肝胆道系酵素上昇は改善せず再度精査が行われた。画像検査にて拡張と狭窄を伴う胆管不整と胆管壁の肥厚が認められ、原発性硬化性胆管炎(PSC)疑いで当院紹介受診された。IgG:2422mg/dl, IgG4:59.6mg/dl, IgM:325mg/dl。抗核抗体、抗ミトコンドリアM2抗体、MPO-ANCAはいずれも正常範囲内であった。2度目の肝生検や狭窄部の胆管生検の結果からも確定診断には至らず、胆管炎などの合併もないためUDCA内服継続で外来通院となった。その精査から約3ヶ月後に右季肋部痛と発熱が出現し、胆嚢炎・胆管炎の疑いで緊急入院となった。内科的治療で軽快傾向にあったが、入院第6病日に胆管炎の再発が疑われ内視鏡的胆道ドレーナージ術を施行した。その際の胆管造影では肝内胆管および総胆管に結石を疑わせる多数の造影欠損像を認めた。その後、胆道ステント自然脱落等の影響もあり計3度胆管炎を再発したが、その度に胆道ステント再留置で対応した。肝胆道系酵素上昇と肝内外胆管不整の原因精査目的で3度目の肝生検を施行した。その結果、以前と比べ門脈域の線維化が目立ち、IgG4染色陽性の形質細胞を含む高度の炎症細胞浸潤を認めた。血清IgG4はこの時点でも正常範囲であったが、Gaシンチでは涙腺と唾液腺への集積を認め、IgG4関連硬化性胆管炎、涙腺炎・唾液腺炎の疑いでプレドニゾン(PSL)による治療を開始した。PSL投与、肝内外胆管結石除去後は、肝胆道系酵素上昇や胆管不整は徐々に改善が得られ、以後胆道ステント非留置状態でも胆管炎の再発は認めない。遷延する肝胆道系酵素上昇、胆管不整の原因としてPSCや肝内外結石の影響を考えていたが、3度目の肝生検によりIgG4関連硬化性胆管炎の診断に至った1例を経験したので文献的考察を加えて報告する。

硬化性胆管炎, IgG4

都立大塚病院
和気泰次郎, 山本健一郎, 前野智子, 橋本真紀子, 久保田翼,
榎本瑠奈, 田中 啓, 倉田 仁, 檀 直彰

【はじめに】膀胱性腹水は膀胱から腹腔内に尿液が漏出することによるまれな病態である。今回内視鏡処置後に腹膜炎を来した膀胱性腹水に対し保存的療法により腹水が消失した症例を経験したので報告する。【症例】元来健康で日本酒4合/日以上飲酒歴のある64歳男性。2013年10月から徐々に腹部膨満感あり当院受診。精査にて大量の腹水を認めたため2014年1月入院となった。【経過】入院後腹水穿刺にて腹水中アミラーゼ5810U/Lと高値を認め腹水中細胞診及び培養陰性であり悪性、結核を唆す所見を認めず膀胱性腹水と診断された。入院第16病日に膀胱造影を施行したところ造影剤の漏出を認め膀胱管ステント(EPD 7Fr 7cm Geenen)を留置した。第23病日より38度発熱と炎症反応の上昇あり、腹水中多核白血球19040/ μ l、腹水培養でE. faecalis検出、CTで胸腹水の増悪と膀胱嚢胞を認め細菌性腹膜炎と診断された。抗生剤と利尿剤による保存的加療に加え胸腔ドレーン挿入及び適時腹腔穿刺にてドレーナージを図り徐々に軽快した。第31病日より肝酵素上昇ありCT上肝膿瘍を認め抗生剤にて軽快した。第35病日よりオクトレオチドを開始、第48病日より再度肝酵素上昇ありCT上胆嚢炎を認めたためPTGBDを施行して軽快した。その後ドレーン類を除去して第99病日に退院となった。退院前CTでは腹水はほぼ消失していた。2014年6月造影剤の漏出がないことを確認して膀胱管ステントを抜去した。現在再発なく外来継続中である。【考察】膀胱性腹水は良性疾病において反応性のものは除き直接尿液が腹腔内に流出すること起因する大量の腹腔内の液体貯留状態と定義される。膀胱の狭窄や閉塞により尿液がうっ滞して膀胱内圧が高まり膀胱が破綻して尿液が漏出することにより発生する。治療は膀胱管ステントにより膀胱内圧を下げることで軽快する。本症例は膀胱管ステント留置後に腹膜炎が併発したが保存的治療・内視鏡治療を組み合わせて腹水が消失した。過度飲酒歴のある患者に大量腹水を認めた場合は膀胱性腹水を念頭におく必要がある。

膀胱性腹水, 腹膜炎

埼玉県済生会川口総合病院 消化器内科¹⁾、同 病理診断科²⁾
伊藤康雄³⁾、小柳佳成¹⁾、白橋亮作¹⁾、高杉秀明¹⁾、平田嘉幸¹⁾、
目時 亮¹⁾、濱田清誠¹⁾、松井 茂¹⁾、関根忠一¹⁾、原澤 茂¹⁾、
伴 慎一²⁾

【はじめに】膵管内乳頭粘液性腺癌 (IPMC) は比較的予後の良い膵癌として近年注目されてきた膵疾患であり、浸潤・転移能の弱い低悪性度の腫瘍とされることが多く、門脈浸潤から門脈内腫瘍栓を形成することは極めて稀である。今回我々は、IPMCによる門脈および上下腸間膜静脈の広範な侵襲をきたし死に至った1症例を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。【症例】80歳男性。1ヶ月前からの食欲不振を主訴に当院糖尿病内科を定期受診。診察時黄疸を認めたため、消化器内科紹介となった。前立腺癌および転移性脊椎腫瘍術後、高血圧、脂質代謝異常症、糖尿病、慢性肺炎、アルツハイマー型認知症が既往にある。体温 35.5℃、脈拍 95/分、血圧 138/60 mmHg。眼瞼結膜に貧血はなく、眼球結膜に黄疸を認めず。腹部は平坦かつ軟、肝・脾は触知しない。T-bil 3.69 mg/dl、D-bil 2.09 mg/dl、AST 57 U/l、ALT 44 U/l、ALP 330 U/l、 γ -GTP 406 U/l、アミラーゼ 55 U/l、CEA 33.4 ng/ml、CA19-9 89295.3 U/ml。腹部CT：肝内門脈から本幹、上腸間膜静脈にかけて広範に血栓と思われる陰影を認める。胆道系に有意な拡張はなく、主膵管の広狭不整と嚢石を認めるが2年前のCTと変化なし。【入院後経過】腫瘍マーカー異常高値であり、悪性疾患を疑い精査したが、明らかな腫瘍性病変を指摘できず、門脈血栓症として血栓溶解療法を開始した。しかし、第19病日の腹部造影CTにて血栓溶解療法の効果は認められず、徐々に黄疸は進行し、肝不全にて第54病日に死亡した。本症例は病理解剖が行われ、膵管内乳頭粘液性腺癌 (IPMC) の診断であった。【まとめ】本症例は病理解剖の結果、比較的異型度の低いIPMCが、著明な浸潤性増殖をきたし、門脈および静脈内腔を癌細胞で置換するように広範に進展していた。粘液産生を伴う腫瘍により高度の静脈内腫瘍塞栓および粘液栓が形成されたと考えられた。肝不全に至った直接的な原因に関しては、肝は門脈枝末梢まで癌による広範な侵襲を呈していたため、それによる循環不全により肝障害を来し、肝不全へ移行したものと考えられた。

IPMC, 門脈内腫瘍栓

けいゆう病院 消化器内科

冬野光未、伊藤高章、関 由喜、中嶋緑郎、川崎由華、中下 学、岡沢 啓、水城 啓、永田博司

【症例】54歳女性【主訴】心窩部痛【現病歴】気管支喘息・脂質異常症・高血圧症の既往あるADL自立した54歳女性。来院前日から嘔吐が出現し、来院日より心窩部痛が出現したために救急外来を受診した。バイタルサインは安定しており、心窩部から左季肋部にかけて圧痛を認めた。血液検査では炎症反応上昇以外に特異的所見はなかったが、CTで膵周囲に液貯留を認めたため、急性膵炎疑いで同日緊急入院となった。入院後、ショックバイタルとなったが、急速補液で改善を認めた。膵酵素の上昇がない点、画像上も周囲の液貯留の割に主膵管・膵体尾部が保たれている点からは、急性膵炎と合致しないように思われた。また、血液検査でもHb低下を来しており、血腫形成の可能性が示唆された。第2病日にDynamicCTを施行し、後腹膜血腫の増大を認めた。緊急血管造影を施行し、上腸間膜動脈造影にて下膵十二指腸動脈に紡錘状の瘤様拡張を認め、下膵十二指腸動脈からの出血が疑われた。コイル塞栓術を施行し、その後バイタルサインは安定して経過した。第14病日に退院し、半年後のフォローCTでは血腫の消失を認めた。【考察】腹腔動脈基始部狭窄による膵十二指腸動脈瘤形成、動脈瘤破裂に対しコイル塞栓術で救命し得た症例を経験した。正中弓状韧带による腹腔動脈起始部の圧排により、膵十二指腸動脈瘤を形成したと思われる。内臓動脈瘤のうち、腹腔動脈狭窄が原因と推定される膵十二指腸動脈領域の動脈瘤はまれである。成因は、本症例のように正中弓状韧带圧迫症候群・segmental arterial mediolysis等が挙げられる。その治療方法は、主流であった動脈瘤切除や血行再建などの手術療法は減少し、経カテーテル動脈瘤塞栓が増加している。

膵十二指腸動脈瘤, コイル塞栓

川崎市立多摩病院 消化器肝臓内科

近江亮介、大石嘉恭、佐藤 望、鈴木 碧、平石哲也、福田安伸、馬場 哲、奥瀬千晃、鈴木通博

症例は75歳女性。2011年8月に心窩部痛を主訴に近医受診。黄疸・白色便を指摘され、精査目的に同年9月に当科紹介となった。精査の結果、膵頭部癌 (T4N0M0 Stage4a、十二指腸浸潤、総肝動脈浸潤) の診断であり、手術不能と判断し、十二指腸狭窄に対して同年11月に胃空腸バイパス術を施行。減黄処置として胆管狭窄部へメタリックステントを留置した。同年12月より化学療法 (S-1 100mg/日) を開始。その後、経過中数回胆管炎を繰り返していたが、ドレナージなどの対症療法にて軽快していた。2013年10月、S-1 17コース27日目に胆管炎を発症し、ERCPを施行したところ、以前認めていた十二指腸球部狭窄は改善しており内視鏡の通過が可能となっていた。また、同年12月、S-1計18コース終了時のCTにて主腫瘍および総肝動脈への浸潤は不明瞭となっており、明らかな遠隔転移象の出現も認めなかった。腫瘍縮小によるdown stagingが得られたため手術可能と判断し、2014年2月に膵頭十二指腸切除術を施行した。病理結果ではpT1N0M0, Stage1, R0の診断であった。今回、初診時において手術不能進行膵癌に対し、化学療法にてdown stagingが得られ手術可能となった1例を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

膵頭部癌, down staging

日立製作所日立総合病院 外科

永井 健、上田和光、平 哲郎、中田頌子、柳谷昌弘、青木茂雄、安田幸嗣、三島英行、酒向晃弘、丸山常彦、奥村 稔

膵胆管合流異常症 (以下、合流異常) に重複癌或多発癌が合併する頻度は5/30例 (16.7%) であるが、合流異常を伴わない場合は11/232例 (5%) と少ない (神澤ら、胆道、2000)。また肝外胆管同士の多発癌の報告は8例のみである。今回、胆道系重複癌、多発癌の4切除例を経験した。症例1、49歳、男性。9年前に先天性胆道拡張症の診断で肝外胆管切除され偶然胆管癌 (pap, fm) がみられた。その後経過に問題はなかったが右季肋部痛にて精査、膵頭部癌の診断で膵頭十二指腸切除術 (以下、PD) 施行。膵内遺残胆管癌 (pap, m) を認めたが膵癌 (Stage IVa) との連続性はなく、合流異常を伴う異時性多発胆管癌であった。術後1503日膵癌再発死亡。症例2、64歳、男性。黄疸にて精査、肝門部胆管癌の診断で拡大右肝切除術施行。病理所見は乳頭型、tub1, fm, N0。胆管断端は癌陰性、Stage Iであった。術後約1年、膵内胆管に腫瘍像を認めPD施行。結節浸潤型、tub1>2, ss, N1, Stage IIIB。この2病変が多発/転移性、異時性/同時性を判断するため、初回/2回目手術標本の免疫染色を行った。CEA: positive (p)/ negative (n), CA19-9: n/ n, MUC2: p/ p, MUC5AC: p/ p, MUC6: m/ n, p53: p/ p, Ki-67: 22/ 47%, KRAS mutant type: n/ n。CEAとKi-67に差を認め、肉眼形態上胆管内播種の可能性は低く、2回目標本の浸潤像が血行性転移とは考え難く、深遠度fmからの転移は稀であり、1年以内の早期に発生した事から同時性多発胆管癌と診断した。初回術後1148日再発生存中である。症例3、74歳、男性。腹部大動脈瘤の経過観察中に胆嚢癌と胆管内腫瘍を指摘されPD施行。病理所見は胆嚢癌 (pap>tub1, m)、遠位胆管癌 (pap>tub1, fm), N0, Stage I、合流異常のない胆道重複癌であった。術後300日無再発生存中である。症例4、74歳、男性。34歳時胃癌にて胃全摘。黄疸にて精査、遠位胆管癌と胆嚢癌の診断でPD (IVC合併切除) +胆嚢癌切除を施行した。病理所見は胆嚢癌 (tub2, T3a (肝実質), Stage IIIA)、遠位胆管癌 (tub2, T3b (IVC), N1, Stage IIIB、合流異常のない胆道重複癌であった。術後70日無再発生存中である。

多発胆管癌, 胆道重複癌

横浜市立大学附属病院 消化器内科学教室

露木 翔, 守屋 聡, 稲垣尚子, 三輪治生, 佐々木智彦, 芝田 涉, 前田 慎

【目的】ヘルペス食道炎はまれな感染性食道炎の一つである。今回我々は食道裂孔ヘルニア・逆流性食道炎に合併したヘルペス食道炎を経験したので、文献的考察を交えて報告する。

【症例】79歳 女性

【主訴】食欲不振・嘔気

【現病歴】パーキンソン病で当院通院中の患者。2か月前より食欲低下が出現し、嘔気・嘔吐も見られるようになったため救急要請、緊急入院となった。

【経過】上部消化管内視鏡検査を施行したところ噴門部・穹窿部が胸腔内に変移し、下部食道に線状のびらんと抜き打ち様の潰瘍を認め、潰瘍周囲は白色調で隆起していた。潰瘍からの生検では、核はすりガラス状で封入体構造があり、免疫組織学的検査でHSV陽性でありヘルペス食道炎、および食道裂孔ヘルニア、逆流性食道炎の診断となった。プロトンポンプ阻害薬とアシクロビルによる加療を開始し、治療開始後10日目の上部消化管内視鏡検査で食道潰瘍は消失し、びらんも改善していた。

【考察】一般的にヘルペス食道炎は免疫抑制状態の患者に好発する。また、免疫力低下以外に、経鼻胃管挿入などの機械的刺激が発症の誘引となることも報告されている。本症例では免疫抑制状態ではなかったものの、高齢・経口摂取不良による低栄養状態があり免疫低下状態であった可能性がある。また本例では著明な食道裂孔ヘルニアがあり、逆流性食道炎も認められた。逆流性食道炎による粘膜損傷がヘルペス食道炎の発症に寄与した可能性が考えられる。GERDを誘因するヘルペス食道炎は、今後増加が想定され、食道の潰瘍性病変を見た際には鑑別が必要な疾患になると思われる。

【結語】食道裂孔ヘルニア、逆流性食道炎に合併したヘルペス食道炎の1例を経験した。

感染性食道炎, ヘルペス

東京歯科大学市川総合病院 外科

三瓶百合愛, 高山 伸, 石田洋樹, 河又 寛, 小倉正治, 関本康人, 浅原史卓, 瀧川 稔, 原田裕久, 佐藤道夫, 松井淳一

症例は59歳、女性。前医にて右乳癌に対して、全乳房切除術＋腋窩リンパ節郭清施行。術後11年目に肺転移、縦隔リンパ節転移を認め、化学療法(AT療法)にて完全奏効。術後19年目に脳転移出現したが、ガンマナイフにて軽快。術後20年目に右錐体骨、側頭葉に転移を認めたため、局所照射を施行した。また、PET検査にて、縦隔リンパ節と下部食道のFDG集積を認めたため、ホルモン療法を継続していた。その後、前回局所照射を施行した脳転移病変の進行を認め、前回照射部位病変周囲の髄膜播種に対して追加の局所照射を施行するために、自宅に近い当院へ紹介となった。髄膜播種に対して局所照射施行後、病態は安定していたが、術後21年目の1月頃から、夕食時に食物のつかえ感を自覚。3月には症状進行したため、上部内視鏡検査施行したところ、下部食道に全周性の狭窄を認めた。粘膜には異常を認めず、壁外性病変が疑われた。生検施行したが、esophagitis, mildの診断で悪性所見は認められなかった。また、胸腹部CT検査にて下部食道壁の肥厚、内腔の消失を認め、その口側の食道内腔の拡張と液体貯留が認められた。縦隔リンパ節腫大は認められなかった。以上を臨床経過と検査結果から、乳癌食道転移を疑い、4月から下部食道狭窄部位に対して62Gyの放射線療法を行った。また、食道造影検査にて病変部位の縦径は短い、狭窄が強いことが判明したため、胃壁を造設し経腸栄養による栄養管理を行った。6月から筋肉注射によるホルモン療法へ変更。7月からプリンなどの摂取可能となり、8月には全粥が摂取可能となり、食道造影検査でも狭窄部位の改善が確認された。術後22年目の2月には胃壁を抜き、術後23年目10月現在、外来にて治療を継続している。今回、放射線治療を含む集学的治療により経口摂取可能となり、QOLの改善と延命を得られた稀な乳癌食道転移を経験したので、若干の文献的考察を加え報告する。

乳癌, 食道転移

筑波大学附属病院 消化器内科

戒能賢太, 今西真実子, 山本祥之, 小玉夏美, 瀬山侑亮, 田島大樹, 江南ちあき, 遠藤壮登, 寺崎正彦, 山田武史, 遠藤慎治, 森脇俊和, 奈良坂俊明, 金子 剛, 溝上裕士, 兵頭一之介

【症例】60歳、男性。20XX年3月に胸のつかえ感を主訴に近医を受診後、当院で胸部中部食道癌T4N3M0、cStageIVaと診断された。高度の食道狭窄のため経口摂取が困難であったため、腸瘻造設術後に化学放射線療法(5-FU+CDDP, RT total 60Gy)を開始した。治療開始第10病日より発熱を呈し、食道造影で食道気管支瘻形成に伴う誤嚥性肺炎と診断した。放射線照射は第26病日に30Gyで中止とした。CT上、壊死脱落したりリンパ節転移を介した食道気管支瘻の形成が確認された。当初、スビゴット充填術による瘻口閉鎖を試みたが短期脱落により、第54病日に食道ステント留置術を施行した。以降、経口摂取開始後も誤嚥性肺炎のコントロールは良好で、全身状態の改善後に化学療法のみを継続し外来フォローとなった。その後、画像上原病の進行を認めたため化学療法の2次治療へ移行したが、治療経過中に全身衰弱が進み肺炎の増悪により、初回治療開始から約5ヶ月後に永眠された。

【考察】局所進行食道癌において、原発巣が周囲臓器へ直接浸潤している場合(T4)や切除不能なリンパ節転移を有する場合(M1LYM)の手術では根治が困難な症例に対しては化学放射線療法が標準治療とされている。しかしながら、その合併症として起こりうる食道瘻は致死的な有害事象であり注意を要する。化学放射線療法を施行する上で、食道狭窄の存在は食道瘻発生の独立した危険因子として報告されており、本症例もそれに該当した。食道瘻に対する治療としては、食道ステント留置術あるいは食道バイパス術が選択されるが、本症例は前者を選択したことで食道気管支瘻に伴う誤嚥性肺炎の良好なコントロールを一定期間得ることができ、化学療法を継続することができた。食道瘻形成の危険因子を有する症例に対する化学放射線療法中の留意点および食道瘻に対する対応策について、文献的考察を加え報告する。

食道癌, 食道瘻

東京通信病院 消化器内科¹⁾, 同 内視鏡センター²⁾,

同 第一外科³⁾, 同 病理科⁴⁾

久保田大¹⁾, 田顔夫佑樹¹⁾, 水谷浩哉¹⁾, 大久保政雄¹⁾, 小林克也¹⁾,

関川憲一郎¹⁾, 光井 洋¹⁾, 橋本直明¹⁾, 山口 肇²⁾, 長谷川智彦³⁾,

奥田純一³⁾, 寺島裕夫³⁾, 岸田由起子³⁾, 田村浩一⁴⁾

【症例】56歳 男性 【臨床経過】入院3年前にもHb 3.5 g/dlと貧血を呈し輸血治療の既往あり。その際黒色便を認めていたものの特に内視鏡検査等を行わず。入院1か月前より黒色便および歩行困難感の増強あり貧血精査目的に当院血液内科紹介受診。血液検査にてHb 5.4 g/dlと著明な貧血を認め原因精査・加療目的に翌日同科入院となった。第1病日に施行した上部消化管内視鏡検査で胃内多発びらんの他に十二指腸頭頸門側に長径約30mm大のSMTあり。同日施行した造影CTで同病変は21×29mm大の境界明瞭な多血腫瘍として描出された。第4病日に下部消化管内視鏡検査を施行したが、貧血の原因となる器質的疾患は認めず。第7病日に当科転科。同日側視鏡により観察。SMTはcushion sign陽性の腫瘍で頂部に溝状の陥凹および陥凹内に出血点を疑わせる赤色点を認めた。第8病日に施行したMRIではSMTはT1WI low, T2WIでややhigh intensity, DWIで異常信号を呈していた。腫瘍マーカーは全て基準範囲内であった。第14病日に超音波内視鏡検査を施行し、SMTは第4層由来の内部に点状high echoを伴うlow echoic massとして描出され、以上よりGISTの可能性が高いと診断。貧血は同病変からの出血によるものと診断した。手術による根治術の適応と判断し、第15病日に外科転科。十二指腸部分切除術施行した。病理標本では筋層内から粘膜筋板直下まで達する結節性病変あり、HE染色で紡錘形細胞の錯綜性配列を認め、免疫染色はc-kit+であり、GISTの病理診断であった。術後は降血瘻を合併するも腸管安静と抗生剤投与で徐々に改善し、退院となった。本症例は十二指腸原発のGISTと比較的稀であり、MRIおよびEUS上は典型的な画像所見であったが、造影CTで多血の腫瘍として描出され、cushion sign陽性の軟性の腫瘍であること非典型的な点もあり、当初は鑑別に苦慮した。消化管出血の原因としてGISTは稀ならず報告されており、文献的考察を加え報告する。

GIST, 貧血

東京歯科大学市川総合病院 消化器内科
浅岡雅人, 財部紗基子, 荒畑恭子, 伊藤麻子, 木村佳代子,
貝田将郷, 岸川 浩, 西田次郎

症例は70歳代女性。2014年1月頃からの右前胸部の増大傾向にある腫瘍を主訴に6月に近医の皮膚科を受診した。腫瘍は胸壁、腹壁、下肢などにも認められ当院皮膚科に紹介され皮膚生検を施行したところ腺癌を認め転移性皮膚腫瘍を疑われた。免疫染色(CK7+, CK20-, CEA+, ER-, PgR-, TTF-1-, GCDFP-15-)の結果から胃、胆道系の腺癌が原発である可能性を示唆され腹部CTを施行したところ胃壁の肥厚を指摘され、7月当院消化器内科へ紹介された。消化器内科初診時に皮膚腫瘍以外に5kgの体重減少と食後の吐き気を訴えていた。上部消化管内視鏡を施行したところType2の食道胃接合部癌を認め生検にて低分化型腺癌を認め、胃癌の皮膚転移と考えられた。他臓器の転移を検索したところ画像上、胃の周囲の所属リンパ節転移と脾臓への直接浸潤が疑われるも、皮膚以外に遠隔転移を認めなかった。化学療法を予定していたが、当科初診時にすでに食後の嘔気を認めており、かつ腫瘍の局在から今後化学療法により噴門部の通過障害が増悪する可能性を考慮し胃癌増設を行った。全身状態を考慮しS-1単剤による化学療法を選択し、1クール終了時点で皮膚腫瘍は縮小しつつあり、化学療法は奏功していると考えられた。1クール後の上部消化管内視鏡では食道胃接合部は化学療法のため瘢痕性に狭窄しておりファイバーの通過は困難であった。現在化学療法を継続中である。胃癌の皮膚転移は全胃癌の約2%程度と報告されておりまれである。また本症例は胸壁の増大する皮膚腫瘍を初発症状とし、皮膚生検の免疫染色にて胃癌が疑われ、上部消化管内視鏡にて胃癌およびその皮膚転移と確定診断された。本邦では胃癌はいまだに発生頻度は高いが、本症例のように皮膚腫瘍を契機に発見されるものはきわめてまれであり、示唆に富む症例と考え報告する。

胃癌, 皮膚転移

東海大学医学部付属病院 内科系消化器内科
茂木英里香, 中村 淳, 渡邊友絵, 川西 彩, 築根陽子, 内田哲史,
五十嵐宗喜, 小池 潤, 鈴木孝良, 峯 徹哉

【症例】66歳, 男性。【主訴】心窩部痛【現病歴】大腸癌術後、胃アニサキス症を噴門部に数回既往のある66歳男性。今回、2013年5月頃より心窩部痛が出現し、2014年6月発熱と心窩部痛を主訴に前医受診。上部消化管内視鏡検査にて噴門部直下から大弯にかけてひだの集中を伴うSMT様隆起があり、病変のびらん部より黄色調粘液の流出を認めた。精査にて胃壁膿瘍が疑われたため、治療目的に当院紹介受診となった。当院での上部消化管内視鏡においても胃の穹隆部にSMT様隆起を認め、表面粘膜は発赤しており、陥凹部から白濁した膿汁の流出がみられた。EUSでは、第2層を中心に15×8mm大の低エコー領域を認め、その中心部には構造物を疑う高エコー域を認めた。ESDによる剥離を図ったが、粘膜下層は繰り返す炎症で癒着著明であり、オリエンテーションつかず、血管も豊富で出血のコントロールが困難なためESDは断念した。その後症状改善し、内視鏡検査フォローにて膿瘍は認めていない。【考察】胃壁膿瘍は比較的稀な疾患であり、原因としては局所発生と他臓器からの感染に分類される。本症例では胆嚢炎や肝膿瘍など他臓器に感染を疑う所見はみられなかった。大腸癌の胃浸潤による胃壁膿瘍の報告もあるが、本症例では大腸癌術後で再発所見は認めていない。局所感染の原因菌としては連鎖球菌と放線菌が多いと報告されている。また、胃アニサキス症による膿瘍形成でSMT様隆起を認める例も報告されており、本症例ではアニサキス症の既往があり、原因として十分に考えられた。

胃壁膿瘍, 胃アニサキス症

千葉中央メディカルセンター 初期研修医¹⁾, 同 外科²⁾,
千葉メディカルセンター 外科³⁾
徳山天之¹⁾, 渡邊陽太郎²⁾, 仲本嘉彦³⁾, 松田充宏²⁾, 松井郁一²⁾,
鈴木洋一²⁾, 松葉芳郎²⁾

胃原発の神経内分泌癌は胃悪性腫瘍全体の0.6%と稀な疾患であり、治療に関して確立されていない部分が多く予後不良とされている。また、同時性多発胃癌のほとんどは腺癌の重複であり組織型の異なるものは少なく、検索し得たかぎり本邦で2例目である。今回、内分泌細胞癌と腺癌の同時性多発胃癌症例を経験したので若干の文献的考察を加えて報告する。症例は77歳の男性。胃検診にて胃角部に壁不整を認め当院受診。上部消化管内視鏡検査を施行したところ胃角部～前庭部にかけてBorrmann3型の腫瘍が存在し、生検で高分化型腺癌と診断された。造影CT検査から、RESISTに相当する明らかなリンパ節転移は認めなかった。R0切除可能と判断し、手術は腹腔鏡下幽門側胃切除術を行った。病理診断において、胃角部に漿膜に達する境界不整な3型腫瘍と粘膜に限局する0-I型腫瘍を認めた。3型腫瘍はHeterogeneityを認めneuroendocrine cell carcinoma(以下、NEC)、0-I型腫瘍は高分化型腺癌と診断された。3個のリンパ節にNECに相当する組織型が検出された。術後補助化学療法勧めるが本人の希望により行っていない。現在、術後5カ月経つが無再発生存中であり外来にて経過観察中である。

神経内分泌癌, 胃癌

自治医科大学附属さいたま医療センター 消化器科
網谷静香, 山中健一, 宮谷博幸, 小林瑠美子, 大竹はるか,
田村洋行, 上原健志, 新藤雄司, 川村晴水, 浦吉俊輔, 大滝雄造,
池田正俊, 牛丸信也, 浅野岳晴, 根本吏弘, 岩城孝明, 福西昌徳,
鷲原規香, 浅部伸一, 吉田雅雄

【症例】73歳女性【主訴】ふらつき, 血便【現病歴】IPMNにて脾全摘術後で当院外科に定期通院中であった。2012年から2回消化管出血で入院歴あり。上下部内視鏡検査, ダブルバルーン小腸内視鏡検査, カプセル内視鏡検査など行ったが出血源不明でいずれも輸血と保存的加療で軽快していた。2014年7月某日起床後家事の最中にふらつきを自覚して転倒したため救急搬送となった。搬送後暗赤色便を認めた。【既往歴】64歳 IPMNに対して脾頭十二指腸切除術, 67歳 残脾IPMNに対して脾全摘術施行, 71歳～消化管出血で2回入院歴あり【身体所見】BP 97/58mmHg, HR 64/min, 結膜貧血あり, 腹部は平坦・軟で圧痛なし, 直腸診で暗赤色便付着あり【血液検査】RBC 238×10⁴/μl, Hb 7.8g/dl, Ht 24.3%, BUN 18mg/dl, Cre 0.37mg/dl【経過】第1病日輸血を行った後に緊急上部内視鏡検査を施行した。胃内には黒色の残渣が貯留しており、胃体部の粘膜から内視鏡の軽度の接触により容易に出血を認めたため、出血源と考えAPCにて焼灼を施行した。第2病日の上部内視鏡検査では、前日に止血処置を施行した部位から軽度の湧出性出血を認めたため再度APCにて焼灼術を施行した。第5病日に再び血圧低下と暗赤色便がみられたため精査目的に上部小腸内視鏡検査を施行した。Broun吻合部に血餅の付着したDieulafoy潰瘍を認め、血餅除去後に拍動性出血を呈した。今回の出血源と考えクリップで止血したところ、以後再出血無く第13病日に軽快退院した。【考察】Dieulafoy潰瘍は出血していない状態での診断は難しく、過去の検査で病変が発見されなくても繰り返し検索することが診断に有用であった。今回タイミング良く小腸内視鏡検査を行い出血源が同定できた小腸Dieulafoy潰瘍の1例に関して、若干の文献的考察を含めて報告する。

Dieulafoy潰瘍, 小腸出血

空腸ストーマからの腸液を肛門側腸管に再投与することは有用か? ~小腸大量切除術後に適用した一例を経験して~

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
中張裕史, 辻仲真康, 福田臨太郎, 柿澤奈緒, 宮倉安幸, 田中宏幸,
長谷川美美, 井本博文, 兼田裕司, 谷山裕亮, 渡部文昭, 高田 理,
野田弘志, 清崎浩一, 齊藤正昭, 力山敏樹

【目的】小腸大量切除後の症例において、口側ストーマから排泄された腸液を、肛門側腸管(粘液瘻)に再投与することで、水・電解質バランスと栄養状態が改善し、その後消化管再建術を施行しえた症例を経験したので報告する。【方法】症例は78歳女性。胸部大動脈瘤に対して弓部置換術が施行されたが、術後3日目に非閉塞性腸管虚血を併発し、Treitz靱帯より80cmの部位から、回盲部より70cm口側までの小腸が切除され、両側の断端を二連続式としたストーマ造設術が行われた。術後、集中治療室でTotal parenteral nutrition (以下TPN)管理の下、経腸栄養剤の胃管からの投与を開始したが、その増量に伴い、空腸ストーマより大量の腸液排出を認めるようになった。アルブミン喪失による膠浸透圧低下と高度の脱水を来した。循環血漿量を維持できなかったため、連日大量の補液を要した。循環動態および栄養状態の改善を目的に、空腸ストーマから排出された腸液を回収し、肛門側の回腸ストーマにチューブを挿入して再投与を行った。【結果】脱水が補正され、循環動態が安定し、低アルブミン血症が改善し、栄養状態の悪化を防止出来た。その後、TPNと経腸栄養剤投与を併用し、栄養状態の改善を待って、術後3か月後に消化管再建術(小腸小腸吻合術)を行った。その後、TPNを減量継続し、少量の食事摂取が可能な状況となった時点で転院となった。【考察及び結論】流失した腸液を肛門側腸管へ再投与することは、腸管粘膜の脱落を防ぎ、腸管本来の消化吸収の働きを維持することに加え、腸肝循環の維持、水・電解質喪失を防ぐ目的で有用である可能性がある。しかし、腸液の回収や再投与の際の清潔操作や汚染防止を含め、安全な手技および管理に関する課題は少なくない。なお、新生児の壊死性腸炎などの術後短腸症候群に対して、流失した腸液を肛門側腸管へ再投与した結果、栄養状態が改善した報告例は多数あり、一定の成果が得られている。一方で、成人の症例での報告例は少なく、今後症例を集積し改めて評価する必要がある。

経腸栄養, 小腸大量切除

保存的加療によって軽快した回腸憩室穿通の1例

帝京大学医学部附属溝口病院 消化器内科
足立貴子, 小澤範高, 松本光太郎, 山田はな恵, 網島弘道,
馬淵正敏, 梶山祐介, 土井晋平, 菊池健太郎, 安田一朗

【症例】58才女性、右下腹部痛を主訴に当院を受診。37.1℃の発熱、右下腹部に圧痛および反跳痛を認めた。腹部単純CTにて回腸末端に壁肥厚および憩室を認め、憩室に接して腸間膜側に腸管外ガスを伴う微小膿瘍形成を認めた。血液検査ではWBC9,620/ μ l、CRP11.6mg/dlと炎症反応高値であった。回腸憩室穿通と診断し手術を勧めたが、腹膜刺激症状は軽度で、また本人の強い希望もあり保存的加療の方針とした。治療開始後の経過は良好であり、第11病日に退院となった。後日、下部消化管内視鏡検査を施行したところ、Bauhin弁から10cm以内の回腸末端腸間膜側に多発する憩室(最大径20mm)を認め、そのうち一つの憩室周囲粘膜炎に軽度びらんを伴っていたことから、責任病変と考えられた。なお、Meckel憩室シンチは陰性であった。【考察】Meckel憩室を除く小腸憩室は非常にまれであり、その発生頻度は剖検例の0.006-1.3%と報告されている。なかでも小腸憩室穿通の報告は少なく、2000~2013年までの期間に医学中央雑誌で検索し得たのは16例であった。その全例で外科手術が選択されており、本症例のように保存的加療で改善したという報告はなく、まれな症例と考えられた。小腸憩室穿通は腸間膜側への穿通が多いとされており、また、腸間膜の被覆によって炎症が局限したことが、本症例が良好な経過をたどった理由と考えられた。【結語】保存的加療によって軽快した回腸憩室穿通の症例を報告した。

回腸憩室, 小腸憩室穿通

小腸原発 Malignant Gastrointestinal Neuroectodermal Tumor 切除後の肝再発に対して肝切除を施行した1例

東京慈恵会医科大学 外科学講座 消化器外科¹⁾,
同 病理学講座 病院病理部²⁾
河合裕成¹⁾, 畑 太悟¹⁾, 岩瀬亮太¹⁾, 阿部恭平¹⁾, 奥井紀光¹⁾,
古川賢英¹⁾, 恩田真二²⁾, 坂本太郎¹⁾, 柴 浩明¹⁾, 二川康郎²⁾,
遠山洋一¹⁾, 石田祐一¹⁾, 志田敦男¹⁾, 三森教雄¹⁾, 野村浩一²⁾,
矢永勝彦¹⁾

症例は30代男性。不明熱・著明な貧血・炎症反応高値にて来院。原因精査のため行われた小腸内視鏡にて、切歯より170cmの空腸に潰瘍を伴う腫瘍性病変を認めた。生検にて類円形腫瘍細胞の増殖が疑われたが、確定診断には至らなかった。診断・治療目的に2013年5月に小腸部分切除術を施行した。肉眼的に白色~黄白色充実性腫瘍であり、中心部に潰瘍形成を認めた。組織学的には小腸粘膜下層から漿膜下層にかけての小型均一な円形~卵円形細胞のびまん性増殖を主体とし、散在性に小嚢胞状構造と偽乳頭上構造を認めた。免疫組織化学的に、vimentin, S100蛋白およびSOX10陽性、HMB45, Melan-A, CD117(c-kit), CD34陰性であり Malignant Gastrointestinal Neuroectodermal Tumor (GNET) と診断された。術後外来にて経過観察されていたが、16か月後の画像検査にて多発肝転移(S2, S5, S7, S8)を認めた。ICG R15 6%と肝予備能良好であり、他臓器への転移を認めなかったため、肝切除の適応と判断し、右肝切除およびラジオ波焼灼術を施行した。術中・術後経過良好で術後8日目に軽快退院となった。GNETは2012年Stockmanらにより提唱された疾患概念である。以前は"clear cell sarcoma-like tumor of the gastrointestinal tract (CCSTGT)"と称されていたが、消化管壁に発生するこれらの腫瘍の病理学的特徴をStockmanらが再分類し、免疫組織化学的にS-100蛋白、SOX10陽性の類上皮細胞または錐細胞からなる悪性腫瘍であり、メラニン細胞性分化を欠くものをGNETと定義している。GNET並びにCCSTGTは非常に稀であり、医学中央雑誌およびPubMedで検索する限り、肝転移に対する肝切除の報告はない。今回、われわれはGNETの異時性多発肝転移に対する肝切除を経験したため、若干の文献的考察を加え報告する。

GNET, 肝切除

直腸癌術後20年後に小腸癌を発症した1例

東京女子医科大学病院 消化器内科
安田 学, 伊藤亜由美, 小林亜也子, 佐川孝臣, 栗山朋子,
五十嵐悠一, 貝瀬智子, 大森鉄平, 米沢麻利亜, 小木曾智美,
飯塚文瑛, 白鳥敬子

直腸癌術後、20年の経過の後に黒色便を契機に診断された小腸癌の1例を経験したので報告する。【症例】60歳代 男性【主訴】ふらつき、黒色便【既往歴】40歳2型糖尿病、43歳直腸癌、術後縫合不全により下行結腸人工肛門造設、65歳発作性心房細動(ワーファリン内服中)【家族歴】父 胃癌、兄 直腸癌【現病歴】2013年7月かかりつけの糖尿病内科の採血にて貧血を指摘され、貧血精査目的に上部消化管内視鏡検査及び人工肛門からの下部消化管内視鏡検査を施行されたが、明らかな貧血の原因となるような所見は認めなかった。このため鉄欠乏性貧血と診断とされ、鉄剤投与により経過観察されていた。2014年9月中旬より黒色便を認め、ふらつきも自覚したため、当院の救急外来を受診。血液検査所見においてHb7.9g/dlと貧血の進行を認めためたため、消化管出血による貧血を疑い、精査加療目的に当科入院となった。【入院後経過】入院時に腹部骨盤造影CTを施行したところ、小腸の一部に壁肥厚像を認めた。このため小腸出血を疑いパテンシーカプセルによる開通性評価を行った後にカプセル内視鏡検査(CE)を施行した。CEにおいて中部小腸に出血を伴う全周性隆起性病変を認めため、経口の胃内視鏡検査を施行した。十二指腸から約180cmの部位にCEで指摘しえた全周性隆起性病変を認め、生検を施行したところ小腸癌と診断した。軽度の狭窄は伴っていたが、明らかな閉塞はなかったため点墨を施行したうえで直機的な根治的手術をおこなった。【考察】本症例は異時性に直腸、小腸と消化管に重複する悪性腫瘍を発症し、また家族歴にも消化管悪性腫瘍発生が多く認められていた。消化管悪性腫瘍のハイリスク群のフォローアップを考えるうえで貴重な症例であり、若干の文献的考察を含め報告する。

小腸癌, 大腸癌術後

獨協医科大学病院 臨床研修センター¹⁾, 同 消化器内科²⁾
 田中孝尚³⁾, 坪内美佐子²⁾, 土田幸平²⁾, 水口貴仁²⁾, 岩崎茉莉²⁾,
 鈴木統裕²⁾, 吉竹直人²⁾, 真島雄一²⁾, 笹井貴子²⁾, 飯島 誠²⁾,
 平石秀幸²⁾

【症例】18歳男性【主訴】心窩部痛【既往歴】気管支喘息(幼児期)【現病歴】2010年貧血で前医小児科受診。内服加療で改善しない心窩部痛を認め、同年6月に前医にて上部消化管内視鏡(EGD)施行した。十二指腸球部前壁に活動性の潰瘍を認め、プロトンポンプ阻害薬(PPI)の内服を開始とした。内服後、症状軽快を認め内服を中止したが、2013年9月に再度心窩部痛が出現したため、EGD施行した。前回同様に球部前壁に潰瘍を認め、同年9月よりPPI、胃粘膜保護薬の内服を開始とした。しかし、改善を認めず2013年12月難治性十二指腸潰瘍の診断にて当科へ紹介受診となった。外来にてEGD施行したところ、十二指腸潰瘍の改善は認めず、2014年4月精査加療目的に入院となる。【経過】胃粘膜の萎縮は認めず、血液検査上もHplgG抗体は陰性であった。また、炎症性腸炎(IBD)の鑑別目的に小腸造影、下部消化管内視鏡検査を施行したがIBDを疑う所見は認めなかった。入院時の血液検査にて非特異的IgEの上昇を認め、また喘息の既往があることからChurg-Strauss症候群をはじめとした血管炎症候群も鑑別に挙げられたが、MPO-ANCAは陰性であり、紫斑や末梢神経症状を認めなかった。当院にて4月に施行したEGDにおいて胃粘膜の生検より64個/HPFの好酸球浸潤と十二指腸球部前壁の潰瘍周囲より48個/HPFの好酸球浸潤を認めた。以上の結果より好酸球性胃腸炎と診断し、プレドニゾン30mgの内服を開始とした。【考察】今回我々は難治性十二指腸潰瘍を契機に診断された好酸球性胃腸炎の1例を経験した。本邦における好酸球性胃腸炎の報告の大部分が胃内に多発する潰瘍を契機に診断に至ったケースが多く、本症例のように十二指腸のみに限局した潰瘍を呈する好酸球性胃腸炎は稀であるため、文献的考察を加え報告する。

十二指腸潰瘍, 好酸球性腸炎

川崎協同病院 消化器内科¹⁾, 同 総合内科²⁾,
 同 腎透析内科³⁾
 藤原敬久¹⁾, 佐藤悦基¹⁾, 吉田絵理子²⁾, 平田真一^{2,3)},
 安西光洋²⁾

【症例】76歳、男性【主訴】発熱、意識障害【現病歴】前日夜からの悪寒、発熱を主訴に2014年9月上旬に当院へ救急搬送された。発熱以外の症状を認めず、血液検査では炎症反応の軽度上昇(WBC12200、CRP1.3)を認めるのみだが、悪寒後の発熱であり菌血症も否定できなかった。全身状態が比較的良好であることから血液培養を施行した上で、解熱剤を処方し帰宅とした。帰宅後も高熱が持続し、意識障害も出現したため同日昼に再度当院内科外来を受診した。再受診時、JCS-3の意識障害があり、血液検査では炎症反応は前値より上昇(WBC11400、CRP13.15)しており、精査加療目的で緊急入院となった。【入院後経過】第1病日に施行したCTでは小腸、大腸に軽度の液体貯留および回盲部周囲脂肪織密度の軽度上昇を認める他に有意所見はなかった。下痢や腹痛などの消化器症状に乏しかったが、CT所見から感染性腸炎を第一に疑い、絶食管理とし、菌血症が否定できないことから抗菌薬(LVFX)の投与も開始した。第2病日より頻回の水様便が出現し、高熱もしばらく持続した。第3病日に初診時の血液培養からサルモネラ菌が検出され、入院後の便培養も同様でありサルモネラ腸炎と確定診断した。その後の経過は順調で、症状改善後の第11病日に退院となった。入院中に施行した下部消化管内視鏡検査では回盲部にびらん、粘膜浮腫を認めサルモネラ腸炎に矛盾しない所見であった。【考察】一般的にサルモネラ腸炎の経過は軽症であり下痢や腹痛といった消化器症状を伴うことが多いが、まれに腎障害や敗血症などの全身症状をきたし重症化する事がある。重症サルモネラ腸炎では消化器症状に乏しい報告例もあり、意識障害、高熱で発症した本症例も同様であった。重症サルモネラ腸炎の診断に際しては、詳細な病歴聴取と全身状態の観察、適切な血液培養の実施、画像所見などから総合的に判断し、早期に治療を開始することが必要と考えられた。

サルモネラ腸炎, 意識障害

日本赤十字社東京都支部 大森赤十字病院 消化器内科
 室田 晋也, 栗原大典, 須藤拓馬, 河野直哉, 芦刈圭一, 岡志帆子,
 鶴生 晁, 高橋昭裕, 千葉秀幸, 井田智則, 諸橋大樹,
 後藤 亨

大腸のイレウスは一般的に悪性腫瘍に起因する 경우가多いとされているが稀に便塊が原因となり発症する場合がある。今回我々は絞扼を疑われた糞便性イレウスに対し、緊急で内視鏡治療を施行し劇的に改善した一例を経験したので報告する。症例は84歳男性。既往歴に糖尿病、心不全、発作性心房細動、高血圧がある。元来便秘症であったが数日間続く下腹部痛と腹部膨満感を主訴に当院を紹介受診した。来院時、腹部所見で蠕動音の低下と反跳痛を認め、検査所見でWBC12900/ μ L、CRP19.31mg/dL、LDH227mg/dL、CK417IU/Lと高度な炎症所見を認めた。腹部CT検査ではS状結腸に50mm大の便塊を認め口側大腸は拡張し周囲に腹水を伴っていた。以上より糞便性イレウスと判断し、絞扼の可能性が否定できないと考え手術も検討したが、本人の希望もありまず内視鏡治療を施行した。肛門下35cmのSDJ近傍に消化管を完全に閉塞する便塊を認め肛門側には潰瘍を伴っていた。数種類の鉗子を使用して便塊を丁寧に破碎して、最終的に下行結腸まで内視鏡通過が可能となり大量の排ガスと便汁を確認でき腹部症状改善した。その後は緩下剤を使用しながら再発所見は認めず退院となった。糞便性イレウスで高度な炎症反応を伴う重篤なものはまれであり、かつ緊急の内視鏡的除去が奏効した例は報告が少ないため、若干の文献的判断を加え報告する。

イレウス, 内視鏡治療

横須賀共済病院
 中田智明, 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】61歳男性【既往歴】糖尿病性腎症で透析中、心筋梗塞【現病歴】3年前に便潜血陽性で当院紹介。下部消化管内視鏡検査でS状結腸に早期大腸癌を認めたため粘膜切除術を施行しそれ以降定期的に内視鏡でフォローを行っていた。201×年に定期フォローの内視鏡目的で受診した。【経過】経口腸管洗浄剤(ニフレックR)で前処置を行い通常通りに内視鏡を施行したところ、S状結腸に粘膜の発赤を伴った浮腫状変化が見られ同部位にアニサキスの虫体を認めたため鉗子で除去した。検査後に病歴を聴取すると検査前日の夕食にしめサバを食したとの情報が得られた。自覚症状は検査の前後において全く認められなかった。【考察】大腸アニサキス症は下部消化管内視鏡検査の発達に伴い報告数は増加していると言われていたが、それでも全アニサキス症の約1%程度と稀な疾患である。その発症に際しては本例と同様に経口腸管洗浄剤によってアニサキスの虫体が一気に腸管まで到達し発症した可能性を示す報告もある。胃アニサキス症と異なり無症状で発見契機が本例の様に定期的に予定された内視鏡、あるいは検診異常による検査施行時などで偶然に発見される症例も報告されている。術前診断が困難で、粘膜下腫瘍の形態から手術方針となった症例も報告されており、念頭に置く必要がある疾患と考え報告する。

大腸アニサキス症, 下部消化管内視鏡検査

東邦大学医療センター 佐倉病院

岩川幹弘, 山田哲弘, 菊地秀昌, 岩下裕明, 佐々木大樹, 宮村美幸, 勝侯雅夫, 新井典岳, 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, 竹内 健, 高田伸夫, 鈴木康夫

【背景】炎症性腸疾患は発症時期が若年であり、罹患期間が長期化すると慢性腸管炎症に伴う癌化が起ることが知られている。また2011年7月より狭窄を伴う大腸悪性腫瘍に対してステント(self-expandable metallic stent; SEMS)使用が保険認可されている。今回、ColiticCancerによる大腸イレウスに対して大腸ステント留置で緊急手術を回避した1例を経験したためここに報告する症例は50歳女性。2003年発症の潰瘍性大腸炎にて5ASA製剤、ステロイドでの治療歴があるが、寛解され以後10年ほど通院自己中断していた。腹満感を主訴に前医受診され、炎症反応増悪のため当院紹介となった。受診時の腹部レントゲンにて巨大結腸ガス像を認め、緊急腹部造影CT検査を施行した。直腸からRsまでの全周性肥厚と、SDJから口側に約7cm長の著明な狭窄を伴っており、さらに口側の結腸は最大で直径6cmまでの拡張を認めた。中毒性巨大結腸症ではなく腸管狭窄による大腸イレウスと判断し、緊急下部内視鏡下にて径肛門イレウス管を留置し減圧とした。第11病日に大腸ステント留置し流動食より食事再開することが出来た。S状結腸狭窄部よりadenocarcinomaの病理所見がえられたためColiticCancerと診断し、第18病日に腹腔鏡下大腸全摘および人工肛門造設術の運びとなった。手術検体ではS状結腸に狭窄をもたらしたtype5 tubular adenocarcinoma well differentiated typeと術前診断ができなかった横行結腸にもtubular adenocarcinoma, moderately differentiated typeを認めた。【結語】潰瘍性大腸炎にて病愴期間13年で詳細不明ではあるがそれほど活動性が高くなくとも発癌をきたした。初診時に中毒性巨大結腸症と見まがうようなCT画像所見であっても腸管を詳細に観察することで狭窄による大腸イレウスを発見できた。また径肛門的に減圧処置を行うことで緊急手術を回避し、ひいては腹腔鏡を用いてより低侵襲な術式を選択することが出来た。

大腸癌, 大腸ステント

草加市立病院 消化器内科

建石奈緒, 青沼映美, 末松聡史, 鎌田和明, 吉田玲子, 矢内常人

【症例】80歳女性【現病歴】2014年5月下旬に上腹部痛が出現し、翌日に37℃の発熱を認めたため当院を受診した。血液検査で炎症反応が上昇し、腹部造影CTでは肝左葉に径3.5cm程の内部に不整な増強効果をもつ単発の低吸収域腫瘍を認め、肝膿瘍を疑った。また下行結腸内に4cm大の線状の高吸収域が存在しており、大腸内異物と考えられた。腹水やfree airは認めなかった。入院以前に胆道系感染、腸管感染を疑う所見はなく、海外渡航歴もなかった。よって、異物の迷入・穿通によって経門脈的に感染し、肝膿瘍が形成されたと考え抗菌薬投与を開始した。また、患者に詳細な経過を聞いたところ、数ヶ月前に骨付きのフライドチキンを丸のみしたとのことであった。第3病日に下部消化管内視鏡検査を施行したところ、下行結腸内に鶏骨が存在した。一端が粘膜内に穿通しており、外科医との相談の上、内視鏡的に除去した。その後、腹痛や炎症所見は改善したため退院とした。【考察】一般的に肝膿瘍は経胆道的、経門脈的、直達性、外傷性によって生じるとされる。本症例では食物の丸呑みによって鶏骨が大腸壁に穿通し、経門脈的に肝膿瘍が形成されたと考えられる稀な一例であり、若干の考察を加えて報告する。

肝膿瘍, 腸管内異物

自治医科大学 消化器一般外科

篠原翔一, 伊藤 誉, 堀江久永, 直井大志, 森本光昭, 鯉沼広治, 宮倉安幸, 佐田尚宏, 安田是和

症例は54歳、女性。2009年8月直腸癌に対して術前化学放射線療法(総量40Gy/UFT/UZEL併用)後に腹会陰陰式直腸切断術を施行した。病理結果は深達度A、リンパ節転移は認めず最終病期StageIIであった。術後補助化学療法は施行せず経過観察を行っていた。2010年11月より右拇指の疼痛、腫脹を認め2011年1月単純X線検査で骨破壊像を指摘された。骨シンチグラム、PET-CT、MRIでも転移性骨腫瘍を疑う所見であった。2011年2月にOpen Biopsyを施行しadenocarcinomaの診断を得た後に、右拇指切断術を行った。病理結果は直腸癌の転移として矛盾しない所見であった。術後補助化学療法としてゼロラダ8コースを施行した。転移巣切除後3年半経過しているが、現在再発、転移を認めず生存中である。大腸癌術後の遠隔転移は肝、肺がほとんどであり、骨転移は1~7%と稀である。骨転移を来す症例では肝、肺など他臓器に転移がある事が多く、根治的治療の適応はほとんどない。肺肝転移を伴わず根治的手術が施行可能であった孤発性の中手骨転移の症例報告はなく、極めて貴重な1例と考えられたので報告する。

直腸癌, 中手骨転移

筑波大学病院 消化器内科

宮内大樹, 西 雅明, 俣野大介, 内田優一, 松田健二, 川西宣裕, 松木康彦

【症例】59歳女性【主訴】食欲不振、体重減少【既往歴】糖尿病【現病歴】アルコール性肝硬変で当院入院歴があり、その後当院でフォローアップされていた。2014年3月頃より食欲不振、体重減少が出現し、血糖300=400mg/dlと高血糖であり、HbA1c 10.5%と血糖コントロールの悪化を認めて5月1日に入院となった。【経過】入院時より羽ばたき振戦があり、JCS1-100の意識障害を認め、入院時アンモニア 106 μg/dlであった。意識障害によりインスリン注射が不定期になり高血糖状態が持続していた。便秘や脱水による肝性脳症の悪化を疑い、利尿剤を中止してルビプロストンを開始し、分枝鎖アミノ酸製剤輸液(BCAA)による治療を開始して意識障害は改善した。しかし、BCAAを隔日投与に減量すると肝性脳症が再び出現した。入院時評価では、昏睡あり、腹水なし、T-bil 4.4mg/dl、ALB 2.6mg/dl、PT% 55.8%、Child-Pugh 11点(Grade C)、アンモニア252 μg/dl(最高)と肝予備能の低下もあったが、CT検査にて上腸管膜静脈(SMV)と右卵巣静脈の太い短絡を認めたことから、難治性肝性脳症の一因として門脈大循環短絡の影響も考えられたため腹部血管造影検査を行った。腹腔動脈、下腸間膜動脈からの造影では脾静脈から逆流によりSMVと右卵巣静脈の太い短絡が描出された。上腸管膜動脈からの造影では下大静脈や腎静脈の描出とはほぼ同タイミングで骨盤内右側の拡張・蛇行したSMVと右卵巣静脈の短絡が描出され、排血路となっていると考えられた。SMVと右卵巣静脈の短絡に対するバルーン閉塞下逆行性経静脈塞栓術(B-RTO)の方針となり、6月25日にNBCAとコイルを使用したB-RTOを施行した。その後、アンモニア 200 μg/dlと若干の低下ではあったが明らかに肝性脳症の頻度は低下した。BCAA投与を週2回まで減らすことができ、退院となった。【考察】門脈大循環短絡を有する肝性脳症は内科的治療に難渋する症例が多い。しかし、卵巣静脈系からの短絡路に対して塞栓術を施行した報告は少ないため、若干の考察を含めて報告する。

肝性脳症, B-RTO

61 自然退縮傾向を示した肝細胞癌の1切除例

東京大学医学部附属病院

西田由衣, 西岡裕次郎, 山下 俊, 山本訓史, 有田淳一, 赤松延久, 金子順一, 阪本良弘, 長谷川潔, 菅原寧彦, 國土典宏

[はじめに] 悪性腫瘍の自然退縮は稀な現象で、癌罹患患者60000~100000人に1人と、報告例も限られている。また自然退縮が起きる機序についても明確には解明されていない。今回、診断後に著明な腫瘍縮小と腫瘍マーカーの低下を認めた肝細胞癌の1切除例を経験したため報告する。[症例] 72歳男性。アルコール性肝障害、高血圧、糖尿病のため30年程前から前医でフォローされていた。AFP/PIVKA-2の著明な上昇を認め、本年7月の造影CTでS2に18mm大の早期濃染及び後期相でwashoutを伴う腫瘍を認め、肝細胞癌疑いで当科紹介となった。当院で本年9月に施行したCTではS2に10mm大の腫瘍を認めたが、早期濃染は消失しており、前医施行のものに比べるとサイズも縮小していた。また、AFP/PIVKA-2も低下していた。しかしながら、過去の報告例から、自然退縮後も同部に再発する確率が高いことが知られていることより、腹腔鏡下肝S2部分切除術を施行した。病理結果は壊死組織のみでviableな部分を認めなかった。改めて問診を行ったが、術前変化したことは、揚げ物を食べない、お酒を控える等の生活習慣改善のみであった。[考察] 肝細胞癌の自然退縮はまれであり、医中誌で8例の報告があるのみである。その機序については幾つかの考察がなされており、1. 免疫応答の関与、2. 腫瘍への血流供給の低下、3. 肝細胞障害作用が認められているアンドロゲン、アルコール多飲などの中止、4. 漢方薬の使用などが原因として考えられている。特に、糖尿病罹患患者では液性免疫や細胞性免疫の免疫機能の低下が認められ、この改善により自然退縮を来した症例が報告されている。本症例でも生活習慣改善が免疫機能の賦活につながり、自然退縮傾向を示した可能性がある。[結語] 自然退縮傾向を示した肝細胞癌の1切除例を経験した。

肝細胞癌, 自然退縮

62 経皮経肝的食道静脈瘤塞栓術、食道静脈瘤硬化療法で改善し得た巨木型食道静脈瘤の一例

帝京大学 医学部 附属病院

中村直裕, 三浦幸太郎, 高森頼雪, 岡村喬之, 川島 悠, 青柳 仁, 木村 聡, 安達 運, 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, 田中 篤, 喜多宏人, 久山 泰, 滝川 一

【症例】 74歳男性【主訴】 心窩部不快感【現病歴】 平成25年5月に心窩部不快感を自覚し近医受診した。上部内視鏡検査でRCサイン陽性の巨木型食道静脈瘤を認めた。その後の血液検査、超音波検査でC型肝硬変を指摘され、食道静脈瘤治療目的にて6月当院紹介受診し入院となった。【既往歴】 20歳: 虫垂炎、57歳: 直腸癌、高血圧症【入院時身体所見】 意識清明、血圧132/72、脈拍数90(整)、体温36.7℃、眼球結膜黄染なし、胸部異常なし、腹部手術痕以外特記すべき所見なし【入院時検査所見】 血液検査所見: Hb 14g/dl, Plt 47000/mm³, WBC 2600/mm³, PT% 75%, Alb g/dl, T-bil 1.9mg/dl, AST 81U/L, ALT 50U/L, γ -GTP 44U/L, CT所見: 肝硬変・脾腫あり、脾静脈から分岐し奇静脈へ還流する食道静脈瘤あり、門脈塞栓なし、肝細胞癌なし【入院後経過】 巨木型食道静脈瘤に対し、経皮経肝的食道静脈瘤塞栓術を施行した。門脈前区域枝よりアプローチし門脈本幹、左胃静脈を造影すると発達した静脈瘤と奇静脈が描出され、左胃静脈からは右横隔膜下に走行する静脈が描出された。食道静脈瘤口側と左胃静脈にそれぞれバルーンを拡張させエタノールを少量ずつ注入しながらコイル塞栓を行った。術後3日後の上部内視鏡検査で静脈瘤が軽度縮小しており桃色から青白色へ変色していた。術後10日後の上部内視鏡も同様の所見で、同日のCTでは静脈瘤への血流は低下しているものの依然血流があるのが確認された。このため一旦退院後、2週間後に再入院LPTO術後19日目から3回かけて食道静脈瘤硬化療法を施行した。硬化療法は硬化剤注入後、そこを結紮する手法を用いた。硬化療法終了8日後の上部内視鏡では静脈瘤は潰瘍下しており、拡張は認めなかった。退院後1か月目に上部内視鏡で確認したところF1, Cb, RC-まで改善を認めた。【考察】 巨木型食道静脈瘤は内部血流が多量でなおかつ流れが速いため食道静脈瘤効果療法を行っても効果が不十分であることも多い。今回、PTO後EISを行うことで食道静脈瘤が改善し得た症例を経験したため若干の論文的考察を踏まえて報告する。

巨木型食道静脈瘤, 経皮経肝的食道静脈瘤塞栓術

63 顎下部腫瘍の長期自然経過後に出現し、診断に苦慮したIgG4関連硬化性胆管炎の1例

永寿総合病院消化器内科¹⁾, 同 消化器外科²⁾, 同 耳鼻咽喉科³⁾

野原弘義¹⁾, 大平正典²⁾, 栗田 聡¹⁾, 一松 収¹⁾, 瀧口洋一郎³⁾, 吉田英雄¹⁾

【症例】 70歳男性【主訴】 黄疸【現病歴】 2009年には既に右顎側下部腫瘍を自覚していたが、無痛性のため医療機関には受診しなかった。2013年11月の健康診断では肝機能異常は指摘されなかったが、2014年7月より褐色尿、皮膚や眼球黄染が出現し、近医を受診した。肝胆道系疾患が疑われ、当院消化器内科に紹介となり、精査加療目的で入院となった。【入院後経過】 T-Bil値が12.6mg/dlと高値を示し、腹部単純CT検査で下部胆管狭窄を認めた。ERCPにて胆管生検、胆管擦過細胞診を施行し、内視鏡的経鼻胆管ドレナージを留置した。ドレナージチューブからの胆管造影および胆汁を細胞診に提出後、経乳頭的にシリコステントに入れ替えた。当初は胆管瘤を疑ったが、黄疸軽減後の腹部造影CT検査では胆管にび慢性壁肥厚を認め、硬化性胆管炎の可能性も考えられた。血中IgG4値は817mg/dlと高値を認め、胆管生検ではIgG4陽性形質細胞浸潤を極軽度確認した。MRCPでは狭窄部以外にも肝内・肝外胆管にかけてび慢性壁肥厚を認めた。5年前よりの右顎下部腫瘍は耳鼻咽喉科の協力を得てリンパ節腫大と判明した。リンパ節腫大を合併する自己免疫性膵炎のないIgG4関連硬化性胆管炎と診断した。ステロイド治療を開始すると肝機能酵素は改善し、右顎下部始め他のリンパ節も縮小した。留置した胆管シリコステントを抜去し、再狭窄を来すかどうかを診てく予定である。【考察】 IgG4関連硬化性胆管炎の診断には胆管外病変の合併が非常に有益であり、特に自己免疫性膵炎の合併は参考となる。しかし当症例においては右顎下部腫瘍のみで自己免疫性膵炎や典型的な合併を確認できなかったため診断に苦慮した。また顎下部リンパ節腫脹が出現してから5年の無治療でようやく硬化性胆管炎が出現しているという点で本病態の自然経過に知見を与えるものと思われる。今回我々は貴重なIgG4関連硬化性胆管炎症例を経験したのでここに報告する。

IgG4関連硬化性胆管炎, リンパ節腫脹

64 CA19-9異常高値を示した総胆管結石に伴う急性胆管炎の一例

横浜市立市民病院 消化器内科

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

症例は60歳男性。2013年11月発熱が遷延し皮膚黄染も認めたため当院を紹介受診した。血液検査で総ビリルビン7.6mg/dl, CRP14.4mg/dl, AST74IU/L, ALT95IU/L, γ -GTP554IU/L, ALP663IU/L、腹部単純CT検査で総胆管結石と胆管拡張を認め、総胆管結石に伴う急性胆管炎と診断した。同日入院し胆管ステント留置術などで治療し軽快退院した。入院時にCA19-9値は高値で12000U/ml以上であったが、1か月後には14.6U/mlまで低下した。胆管造影検査にて下部胆管になだらかな隆起性病変を認め、病理組織検査や胆管内超音波検査で胆管を精査したが悪性所見を認めなかった。その後、血液検査や画像検査で経過観察しているが、10か月経過した時点でCA19-9の再増加や悪性腫瘍を疑う所見は認めない。【考察】 一般的に、CA19-9は悪性疾患以外に閉塞性黄疸や胆管炎などの良性疾患でも高値を示すことが知られている。しかし、良性疾患においてCA19-9が10000U/ml以上となる症例は稀であり、医学中央雑誌で「CA19-9」、「高値」、「胆管」をキーワードに検索した文献(会議録を除く)によると、1993年以降5例が報告されている。当院で過去2年半に内視鏡的逆行性胆道造影検査を施行した672例のうち、CA19-9が10000U/ml以上の高値を示した17症例についても検討し、考察を加えて報告する。

CA19-9, 胆管炎

横須賀共済病院 外科

石井 慧, 山口直孝, 山田淳貴, 矢後彰一, 川村祐介, 小暮 悠, 菊地祐太郎, 門倉俊明, 渡邊 純, 野尻和典, 盛田知幸, 茂垣雅俊, 舛井秀宣, 長堀 薫

胆道結石が消化管内に移入し、腸閉塞をきたす状態は胆石イレウスと呼称され、胆石症の比較的稀な病態であり、腸閉塞全体の0.05%と報告されている。なかでも、嵌頓結石が自然排石した例は非常に少ない。症例1は78歳女性。CT検査で24×31mmの胆石を腸管内に認め、胆石イレウスと診断した。イレウス管を挿入し保存的加療で第8病日に自然排石された。上部消化管内視鏡検査で瘻孔の閉鎖を確認し、約2ヶ月後に腹腔鏡下胆嚢摘出術、胆嚢十二指腸瘻切除術を施行し治療されている。症例2は72歳男性。CT検査で31×35mmの胆石を腸管内に認め、胆嚢内にairを認めたため、胆嚢十二指腸瘻、胆石イレウスと診断した。イレウス管を挿入し保存的加療で第10病日に自然排石された。今後、腹腔鏡下での手術の予定としている。今回われわれは腸管内の十分な減圧により保存的自然排石された2例を経験したので若干の文献的考察を加えて報告する。

胆石イレウス, 自然排石

東海大学医学部付属病院

佐野正弥, 数野暁人, 谷田部健太郎, 中郡聡夫, 小澤壯治, 貞廣荘太郎, 安田聖栄

【症例】90歳男性。【現病歴】腎硬化症で透折導入、大動脈閉鎖不全症、認知症の既往があり、嘔吐、腹痛で発症、近医で腸閉塞の診断で緊急入院となった。経鼻胃管チューブを挿入して保存的に加療されていたが改善乏しく、翌日当院へ搬送となった。【来院時身体所見】腹部軽度膨満あるが軟、筋性防御、圧痛は認めない。前医にて挿入されていた経鼻胃管チューブからの排液は緑色調。【血液生化学検査】白血球22500とCRP22.5で炎症所見を認めた。【腹部単純レントゲン】拡張した小腸ループを認めた。【経過】胆石イレウスと診断した。第1病日経鼻胃管チューブをイレウスチューブに入れ替え、まずは自然排石を期待し経過観察としていた。イレウスチューブにて減圧開始後全身状態は改善し、経過を見るも、1週間経過しても排石ないため、第9病日、排石目的に経肛門小腸内視鏡を施行した。回腸末端に表面の結石の回収を試みた。回盲弁に陥頓し通過困難。スネアにて表皮を削り、大きさを約2/3まで減少させ、再度回収を試みるも困難であった。保存的には治療困難と判断し、手術を行う方針となるが、手術を行うにはハイリスクな方のため、慎重に術前ワークアップ行っていたところ、第13病日自然排石を確認した。イレウス造影で遺残結石のないことを確認した。第14病日食事再開となった。その後、順調に経過し、特に問題なく退院となった。【考察】胆石イレウスは全イレウスの0.05%と報告され稀な疾患である。2000年代までは胆石イレウスの9割が手術により治療されていた。治療法として手術が選択されることの多い胆石イレウスであるが、小腸内視鏡など新しい手法を用いた保存的治療方針の選択肢が近年増えてきた。保存的治療で軽快した腸高齢者の胆石イレウスの一例について、文献的考察を加えて報告する。

胆石イレウス, 超高齢者

関東労災病院 消化器内科¹⁾, 昭和大学病院 消化器内科²⁾

小野翔嗣¹⁾, 金子麗奈¹⁾, 北村勝哉²⁾, 中崎奈都子¹⁾, 石井 優¹⁾, 嘉戸慎一¹⁾, 原 浩二¹⁾, 金 民日¹⁾, 草柳 聡¹⁾, 小川正純¹⁾, 佐藤 謙¹⁾

症例は51歳男性、強い心窩部痛を主訴に当院外来受診、精査加療目的で入院とした。来院時検査所見でWBC:9800/ μ l, Plt:14,6万/ μ l, CRP:22.14mg/dl, D-dimer:77.95 μ g/mlと炎症反応亢進、線溶系亢進を認めた。CTでは、門脈・上腸間膜静脈に血拴形成、腸管壁に浮腫と造影不良域、膵尾部に石灰化を伴う腫瘍と胸椎の一部に硬化像を認め、硬化像に関しては骨転移を疑った。膵尾部腫瘍による門脈圧迫に伴い、門脈・上腸間膜静脈に血拴が形成され、小腸に浮腫性変化が出現したと考えた。血拴溶解療法目的に、ウロキナーゼ24万単位ボース投与ののちに、ヘパリンナトリウム1.5万単位/日、ウロキナーゼ24万単位/日持続投与とした。治療開始10時間後のCTでは、血拴の明らかな改善は認めなかったが、腸管壁造影効果の改善を認めた。第5病日には、血拴は縮小傾向を呈し、腸管浮腫も改善を呈した。膵尾部腫瘍に対し、第21病日に超音波内視鏡下穿刺生検法を施行したところ、隣神経内分泌腫瘍(P-NET)(CKAE1/3(+), chromograninA(+), NSE(+), Synaptophysin(+), CD56(+))の診断となった。ヘパリンナトリウムをワーファリンカリウム経口投与にした後、第34病日に退院とした。第48病日、胸椎硬化像再評価目的でMRI施行、硬化像は血管腫が考えられ、転移の可能性は低いと判断した。第89病日に膵体尾部・脾摘出術施行した。以降経過は良好で、胸椎硬化像の増大や、新たな転移巣の指摘はない。門脈血拴・上腸間膜静脈血拴を伴う隣神経内分泌腫瘍を救命しえた稀な一例として、若干の文献的考察を交えて報告する。

門脈血拴, 隣神経内分泌腫瘍

川崎市立川崎病院 消化器内科¹⁾, 同 外科²⁾, 同 放射線科³⁾

有田祐起¹⁾, 有泉 健¹⁾, 井上健太郎¹⁾, 高木英恵¹⁾, 玉井博修¹⁾, 星本相淳²⁾, 鳥飼秀幸³⁾, 成松芳明³⁾

症例は61歳男性。2014年5月吐血し他院に搬送された。上部内視鏡で胃体上部大彎に粘膜下腫瘍様の隆起を認めたが、出血源は特定できなかった。精査で施行したCT、MRIで隣体部癌が疑われ隣体部に仮性嚢胞を認めた。一旦退院するも6月16日再度吐血し当院に搬送された。腹部CTで隣体部に径約2cmの、周囲の腔実質よりも造影効果の低い低吸収の腫瘍を認めた。また胃大彎側に接し、膵尾部から連続する内部が不均一な造影効果を有さない2cm大の腫瘍を認め隣仮性嚢胞内の血腫と考えた。血腫に接し径5mm程度の左胃大網仮性動脈瘤を認めた。隣体部癌による隣管狭窄に伴う慢性膵炎により隣仮性嚢胞と左胃大網仮性動脈瘤を形成し、隣仮性嚢胞内へ左胃大網仮性動脈が破裂し、それが胃内へ穿破し吐血したと考えた。緊急で腹部血管造影検査を施行し左胃大網仮性動脈瘤を確認し起始部にコイルを用いた塞栓術を施行した。6月18日造影CTで左胃大網仮性動脈が塞栓されていることを確認した。同日の上部消化管内視鏡で胃体上部大彎に粘膜下腫瘍様の隆起を認め、頂部にはびらんを形成していた。隣体部癌はT2N0M0stage2と診断し手術適応とした。7月7日隣体尾部、胃部分切除術を施行した。病理では腫瘍径は21×15mm中分化型腺癌であった。膵尾部には隣体部癌の隣管圧排による慢性膵炎の像を認めた。膵尾部から胃大彎に接し2cm大の隣仮性嚢胞内血腫、仮性嚢胞に接し左胃大網仮性動脈瘤の形成を認めた。術後の経過は良好で7月30日に退院した。慢性膵炎の合併症としての隣仮性動脈瘤形成の頻度は6-9%とされる。慢性膵炎に伴う隣仮性動脈瘤は脾動脈に多く、次いで胃十二指腸動脈や前上隣十二指腸動脈、背側隣動脈、下隣十二指腸動脈、隣尾動脈、肝動脈などに形成される。本例のように左胃大網動脈での形成は非常にまれである。慢性膵炎に伴う隣仮性動脈瘤による胃内出血例は散見される。しかし、本症例のように隣管による随伴性膵炎で隣仮性動脈瘤が生じ、胃内への出血をきたした症例は調べ得た限り報告が無く、貴重な症例と考え報告する。

左胃大網仮性動脈瘤破裂, 隣癌

東京大学 医学部 消化器内科

松野達哉, 秋山 大, 松原三郎, 伊佐山浩通, 武田剛志, 石垣和祥, 白田龍之介, 高木 馨, 高原楠晃, 濱田 毅, 宮林弘至, 毛利 大, 木暮宏史, 山本夏代, 中井陽介, 伊地知秀明, 多田 稔, 小池和彦

【現病歴】91歳女性。2014年8月、健診の腹部超音波検査にて膵尾部に腫瘍を指摘され、CT施行。膵尾部および胃小弯側に腫瘍を認めたため、当院紹介受診され、精査加療目的に入院となった。【既往歴】白内障【家族歴】妹:肺癌【入院時現症】体温36.0℃、脈拍64/分、血圧114/54mmHg、貧血なし、黄疸なし。心音呼吸音正常、腹部平坦軟で腫瘍触知せず。リンパ節触知せず。【検査所見】血算・生化学に特記すべき異常なし。CEA 2.2ng/ml, CA19-9 22U/ml。腹部超音波検査にて、膵尾部に2cm大、胃小弯側に3.7cm大の低エコー腫瘍を認めた。腫瘍はともに内部不均一で境界は比較的明瞭であった。造影CTでは胃小弯側の病変は胃壁に接しており、膵尾部の病変は、尾側の膵管拡張を伴っていた。共に境界明瞭で、造影効果は不良であった。放射線科の読影は膵尾部痛+胃小弯リンパ節転移であったが、胃小弯側の病変は胃壁に接しており、また膵病変より大きいことから、消化管間質性腫瘍(GIST)の可能性も考えられた。確定診断目的に超音波内視鏡下穿刺吸引術(EUS-FNA)を行った。【入院後経過】第3病日、2病変に対しEUS-FNAを施行した。EUSでは胃小弯側の病変は被膜を有しかつ胃壁の第4層と連続して描出され、消化管間質性腫瘍(GIST)として矛盾しない所見であった。FNAの結果、膵尾部の病変はadenocarcinomaであり、胃小弯側の病変はCD34陽性、c-kit陽性でGISTと診断された。なお、Ki-67 labeling indexは数%以下であった。膵尾部痛は画像上神経叢浸潤陽性のため手術不能であり、第11病日よりゲムシタピン単独療法を開始し、第26病日に退院となった。GISTは低リスクであり経過観察の方針となった。【考察】本症例では、膵尾部痛+リンパ節転移、膵尾部痛+胃GIST、胃と膵の多発GISTの3通りの可能性が考えられた。2病変の画像所見は比較的類似しており、鑑別困難であったが、EUS-FNAが確定診断および治療方針の決定に有用であった。膵癌とGISTの合併はまれであり、文献的考察を交えて報告する。

膵癌, EUS-FNA

JCHO 東京新宿メディカルセンター 消化器内科¹⁾, 同 外科²⁾
小田原成彬¹⁾, 湯川明浩¹⁾, 岡崎明佳¹⁾, 山川元太¹⁾, 吉良文孝¹⁾, 森下慎二¹⁾, 佐藤芳之¹⁾, 松本政雄¹⁾, 新村和乎¹⁾, 荻原 哲²⁾, 東 久登²⁾, 山形誠一²⁾, 志田晴彦²⁾

症例は45歳女性。膵神経内分泌腫瘍に対して平成25年5月に膵頭十二指腸切除術を行った。消化管再建はChild変法で行い、門脈再建には右外腸骨静脈グラフトを使用した。以後経過観察を行っていたが、平成26年9月16日よりふらつきを自覚。同日夕より腹痛が出現した後多量の鮮血便を認めたため当院救急外来受診となった。受診時、血圧78/54mmHg、Hb 3.4mg/dlとショック状態であり、輸血投与などで全身管理を行った。吻合部からの出血が疑われたため施行した緊急上部内視鏡検査にて、胃空腸吻合部に大量の凝血塊を認めたが、明らかな出血源は不明であった。その後経過観察としたが、同日多量の下血とともに再度ショック状態となったため、改めて上部消化管内視鏡検査を施行した。輸入脚から比較的新しい凝血塊を認めたため、胆管空腸吻合部の出血を疑った。内視鏡を小腸内視鏡に交換し、深部に挿入したところ、胆管空腸吻合部に露出血管を伴う潰瘍を認めた。活動性の出血を確認し、高周波凝固術にて露出血管を処理し、止血を得られた。以後、新たな出血は見られずに経過している。今回の出血部位を改めて受診時に施行した造影CTで確認したところ、胆管空腸吻合部に門脈側副血行路を認めたことから、今回の出血は同血管の破綻によるものと考えられた。門脈合併切除例における合併症について文献的考察を交えて報告する。

小腸内視鏡, 胆管空腸吻合部出血

済生会川口総合病院 消化器内科

濱田清誠, 松井 茂, 小柳佳成, 目時 亮, 平田嘉幸, 高杉秀明, 伊藤康雄, 関根忠一, 原澤 茂

【症例】72歳 男性【主訴】腹痛【既往歴】大腸腺腫、胃過形成ポリープ、心房細動、三尖弁閉鎖不全、COPD、高脂血症【現病歴】平成25年12月25日当院循環器再診時に臍周囲の疼痛を訴え、当科外来受診。Hgb10.4g/dlと低下認めた。造影CT検査施行し、腹腔内に血性腹水、脾仮性動脈瘤を認めたため、同日緊急入院となった。【入院時検査所見】体温:36.8℃、血圧:141/87mmHg、心拍:74/min 整腹部:平坦・軟 左側腹部に軽度圧痛あり。反跳痛なし。筋性防御なし。腸蠕動音亢進減弱なし。【入院後経過】造影CT検査で血性腹水、脾仮性動脈瘤破裂と診断し、緊急血管造影検査施行。脾動脈分枝動脈瘤からの出血を認め、コイルで塞栓術施行した。12月26日 造影CT検査を再検査し止血を確認した。その後経過良好で、1月15日退院となった。【結語】動脈塞栓術で救命した脾仮性動脈瘤破裂の1例を経験した。

脾仮性動脈瘤, 動脈即戦術

芳賀赤十字病院 外科
佐藤寛文, 依藤正信, 岡田真樹

症例は55歳男性。糖尿病にて当院内科通院中であった。外来で診察待ちをしていたところ意識レベルの低下あり、問診で昨日から黒色便出現との情報を得、緊急上部消化管内視鏡検査を施行した。胃、十二指腸球部には病変は認めなかったが、十二指腸水平脚に血液成分が認められ、さらに深部に挿入するとGISTと思われる腫瘍が存在し、隆起頂部に潰瘍を認め、噴出性出血が確認できた。クリップにて止血を得た。腹部CT検査では、トライツ靭帯から約10cm程度肛門側の空腸にクリップが確認された。以上の所見から上部空腸GISTと診断し、手術を施行した。約5cmの正中切開で開腹し、トライツ靭帯から20cmの部位に腫瘍を確認でき、空腸部分切除を施行した。病理ではintermediate riskのGISTと診断された。現在外来定期通院中である。小腸病変に対してはカプセル内視鏡や小腸鏡での診断が主流であり、通常の上部内視鏡での診断加療の報告は少ないが、上部空腸GISTの出血に対して上部消化管内視鏡下にクリッピング止血し、同部位を同定することで低侵襲に手術加療をし得た一例を経験したため報告する。

空腸GIST, 出血性ショック

73 外科切除を要した直腸多発 mucosal prolapse syndromeの1例

古河赤十字病院 外科
金丸理人, 黒河内顕, 石黒保直, 近藤泰雄

症例: 23歳、女性。主訴: 肛門痛。既往歴: うつ病。現病歴: 上記を主訴に、当科外来受診。いきみを伴う排便障害、肛門より脱出する肛門ポリープを認め、排便時の肛門痛・出血を認めた。下部消化管内視鏡では歯状腺にかかる位置に亜全周性に20mm大の小ポリープが多発していた。緩下剤の処方と、いきまないように排便指導による保存的治療を行ったが、改善を認めなかった。臨床経過と生検結果から、直腸MPS (mucosal prolapse syndrome)の術前診断のもと、経肛門の直腸腫瘍切除術を行った。術後経過は良好で、術後第2病日で退院した。外来にて引き続き、排便指導を行っているが、術後4カ月、再発は認めていない。本症例について文献の考察を加えて報告する。

MPS, 直腸

74 脾、肺、上顎洞の同時性3重複癌に対し治癒切除を施行した1例

横浜市立大学 医学部 消化器・腫瘍外科
大田洋平, 森隆太郎, 松山隆生, 山本 淳, 中山岳龍, 浅野史雄, 澤田 雄, 本間祐樹, 熊本宜文, 武田和永, 遠藤 格

症例は60歳男性。2013年5月 前医耳鼻咽喉科で副鼻腔炎に対し、右上顎洞篩骨洞根治術、鼻中隔矯正術、両鼻甲介粘膜切除術を施行。病理検査所見で右上顎洞粘膜より嚢胞様腺癌が検出され経過観察とされていた。2014年2月 follow up CTで左肺に空洞形成を伴う腫瘍と脾体部に乏血性腫瘍を認め、PET-CTで上顎洞、左肺、脾体部に集積があり消化器外科、呼吸器外科、耳鼻咽喉科をそれぞれ紹介受診した。脾腫瘍に対しEUS-FNAを施行しClass V、adenocarcinomaと診断した。脾動脈浸潤、副腎浸潤、#10リンパ節転移が疑われ脾体部腫瘍cT4N1M0 cStageIvaと診断した。教室の治療方針では術前化学放射線療法法の適応であったが重複癌であり転移性腫瘍を否定できないことから各診療科との協議で肺、脾、上顎洞の順で手術を施行する方針とした。原発性肺癌cStageIAに対し、胸腔鏡下左下葉切除術を施行した。合併症なく術後8日で退院。病理組織学検査はAdenocarcinoma, CK7(+), CK20(-), TTF-1(+), Napsin A(+)で原発性肺癌pT1bN1M0, pStageIIAと診断した。脾体部腫瘍に対し肺手術4週後に脾体尾部切除、左副腎合併切除を施行。Clavien-Dindo GradeIIの脾液瘻を認めたが保存的に改善し術後23日で退院した。病理組織学的検査はAdenocarcinoma, CK7(+), CK20(-), TTF-1(-), Napsin A(-)で通常型肺癌pT4N1M0, pStageIvaと診断した。上顎洞癌cStageIに対し脾切除後8週後に内視鏡下上顎内側部分切除術を施行。合併症なく術後5日で退院した。病理組織学的検査ではAdenoid cystic carcinoma, pT2N0M0, pStageIIと診断した。病理診断から予後規定因子は脾体部癌であり脾腫瘍切除10週目からTS-1による術後補助化学療法を施行中である。近年、腫瘍学の進歩に伴い悪性腫瘍に対する治療選択肢は原発臓器・進行度により多岐にわたるようになった。一方、高齢化や診断技術の進歩に伴い重複癌として複数の悪性腫瘍の同時発見率は増加傾向にある。重複癌の治療順序や治療法の選択について一定の見解はない。今回、3重複癌に対し順次切除を行いいずれも治癒切除を得た1例を経験したので文献的考察を加えて報告する。

重複癌, 治療順序

75 食道癌術後再建胃管痛10例13病変の治療法についての検討

慶應義塾大学 医学部 外科学
坊岡英祐, 竹内裕也, 内 雄介, 中村理恵子, 大森 泰, 高橋常浩, 和田則仁, 川久保博文, 才川義朗, 北川雄光

【背景】食道癌術後再建胃管痛は食道癌治療成績の向上に伴い増加しており、今後、胃管痛の診断、治療は重要性を増してくると考えられる。今回我々の施設で治療した胃管痛症例について、その臨床学的特徴・治療法と治療成績について検証した。【対象】2006年から2014年にかけて診断した胃管痛症例10例・13病変を対象とし、胃管痛発生時期、組織型、治療法、予後などについて検証した。【結果】胃管痛診断時年齢の中央値(範囲)は63歳(57歳-68歳)であり、食道癌術後胃管痛診断に至る期間の中央値(範囲)は7.9年(1.8年-13.3年)であった。組織型はtub1:5例, tub2:3例, por:2例, sig:2例, muc:1例であった。深達度はM:7例, SM:5例, MP:1例であった。13病変のうち9病変(69%)が内視鏡治療適応病変(適応拡大含む)と判断され、ESDを施行した。全て一括切除が行われ、6病変(67%)は治癒切除(適応拡大含む)と判断された。治癒切除された病変はその後再発を認めていない(観察期間中央値(範囲):18ヶ月(4ヶ月-50ヶ月))。非治癒切除の3病変のうち1病変に対してはTS-1+陽子線療法追加で26ヶ月再発を認めていない。水平断端/垂直断端が不明瞭で非治癒切除となった1病変は経過観察のみで46ヶ月無再発である。また水平断端が陽性で非治癒切除となった1病変は18ヶ月後に局所再発を認め、再度ESDを施行し、適応拡大治癒切除と判断された。内視鏡治療適応外の4病変(31%)に対しては、APC, CRT後に胃管部分切除術、胃管部分切除術+センチネルリンパ節生検, palliativeなESDと治療法が多岐に渡っている。PalliativeなESDは20ヶ月後に腹膜播種を認めているが、その他の3例についてはそれぞれ37ヶ月、91ヶ月、33ヶ月間再発を認めていない。【結論】これまで我々の施設では胃管痛に対して種々の治療法が選択され、それぞれの治療法で再発なく経過している例もみられた。しかし近年ではESDによる根治症例が増加してきており、食道癌術後は長期に渡り上部消化管内視鏡検査を定期的に施行し、早期発見することが重要と考えられる。

胃管痛, 食道癌術後

76 義歯の誤飲による食道損傷に対し内視鏡下クリッピング術が奏功した一例

獨協医科大学 第一外科
黒川耀貴, 百目木泰, 中島政信, 高橋雅一, 加藤広行

【背景】食道異物は穿孔をきたすと縦隔炎など重篤な病態を引き起こす可能性がある。食道異物の種類としては、義歯、葉剤のPTP包装、小児においてはボタン電池やおはじき等様々な物が挙げられる。今回、義歯による食道穿孔に対し内視鏡下摘出後クリッピング術が奏功し、手術を回避し得た一例を経験したので報告する。【症例】78歳男性。義歯誤飲で前医2病院を受診し、前医にて内視鏡下摘出を試みるも摘出困難で当院紹介受診となった。入院時には明らかな皮下気腫は認めなかった。CTでは胸部中部食道に義歯を認め、大動脈に接触するような所見であった。誤飲後約7時間経過した時点で上部消化管内視鏡にて切歯より29cmの部位に義歯を確認した。心房細動ならびに脳梗塞の既往があり、ワーファリン内服加療され、加えて来院時の採血ではPT-INRの延長を認めていたため、手術は高リスクと判断し内視鏡的治療を行う方針とした。義歯を鰐口鉗子にて体外へ摘出し、再度食道内を観察すると摘出部位に全層に渡る裂創を認めたため13発の内視鏡クリップで粘膜を縫縮した。摘出直後にCT検査を施行したところ、縦隔気腫を認めたが、第5病日にCT再検すると、気腫はほぼ消失していた。第11病日に内視鏡検査再検し創部が閉鎖されていることを確認して飲水開始した。第13病日からは経口摂食を再開し、以後特に問題なく経過し第19病日に軽快退院した。治療後4カ月での内視鏡観察でも狭窄の所見を認めず良好な状態であった。【まとめ】今回、誤飲による食道穿孔に対し内視鏡的治療が奏功し手術を回避し得た一例を経験したので若干の文献的考察を加えて報告する。

食道異物, 内視鏡治療

自治医科大学 消化器・一般外科

風當ゆりえ, 安部 望, 松本志郎, 春田英律, 倉科憲太郎, 齋藤 心, 細谷好則, 佐田尚宏, 安田是和

症例は56歳男性。脳性麻痺の既往があり、左横隔膜弛緩症・S状結腸軸捻転症の診断で当院内科初診。S状結腸軸捻転症と左横隔膜弛緩症による呼吸不全認め、緊急内視鏡で捻転整復後に当科にてS状結腸切除術を施行。S状結腸切除術後18日目に胃軸捻転症を発症し、内視鏡下に胃捻転解除・減圧術を施行し、症状改善後に内視鏡的胃腹壁固定術を行った。一時的に症状改善し、胃腹壁固定は有効と思われたが、固定糸が外れて症状再燃を認めた。再度内視鏡下に胃腹壁固定・胃瘻造設を試みたが、胃・腹壁間に多臓器の介在を認めたため、内視鏡下での施行を断念した。臓器介在を避けるために腹腔鏡併用下に胃瘻造設・胃腹壁固定術を施行し、安全かつ有効に行えたので、若干に文献的考察を加え報告する。

胃軸捻転症, 胃瘻造設術

東京歯科大学 市川総合病院 外科

奥山由美, 瀧川 稔, 石田洋樹, 関本康人, 小倉正治, 河又 寛, 浅原史卓, 高山 伸, 原田裕久, 佐藤道夫, 松井淳一

症例は67歳男性、高血圧、腎機能障害にて当院内科加療中に、心窩部不快感を認め上部消化管内視鏡検査を施行した。十二指腸下行脚下壁に2.5cm程の不整な顆粒集簇をみとめ、0-IIaの十二指腸癌と診断した。生検で分化型腺癌であった。側視鏡で観察したところ、下行脚下壁のIIa集簇病変はM癌と考えられたが、粗大結節がありSM浸潤の可能性は否定できなかった。腫瘍辺縁と乳頭部とは1.5cmほどと近接していたが、明らかな浸潤はなく、ERCPでは膵管胆管に問題を認めなかった。さらに治療前精査にて上行結腸癌 A 1型 cT2(MP) cN0 cM0 cStageI を認めた。このため十二指腸癌と上行結腸癌の二重癌の診断で開腹術を行った。十二指腸病変は術前にクリップにてマーキング、その前壁を切開し病変を肉眼的に視認しながら全層で切除した。乳頭部との間は1cmほど粘膜を温存することができ切開部分を縫合閉鎖した。迅速病理にて高分化型腺癌、深達度M、断端陰性と診断されたので、これ以上の追加切除を行わず、上行結腸癌に対して右半結腸切除D3郭清を行った。病理学的には十二指腸癌は高分化型管状腺癌、22mm tub1, int, INF α, pM, ly0, v0, HM0, VM0, #13aLNに転移を認めなかった。また上行結腸癌は高分化型管状腺癌、A, 1.9x1.8cm, Type2, tub1, int, INF β, pM, ly0, v0, pPM0, pDM0, n=0/31であった。術後2年ほど経過したが十二指腸癌、大腸癌ともに再発を認めていない。十二指腸癌に対する切除術式は進行癌であれば嚙頭十二指腸切除が付加されることが多いものの、比較的早期な癌に対する定まった術式はない。粘膜癌であれば内視鏡的粘膜下層剥離術(ESD)が可能であるが、下壁病変の場合は腸管穿孔を起した際に致命的になる可能性もある。今回我々は進行大腸癌も合併していたために開腹術を選択し全層切除にて根治を得た。十二指腸癌に対する一つの選択枝であると考え。文献的考察を加え報告する。

早期十二指腸癌, 全層切除術

自治医科大学附属さいたま医療センター 消化器科

山中健一, 宮谷博幸, 小林瑠美子, 大竹はるか, 田村洋行, 上原健志, 新藤雄司, 川村晴水, 浦吉俊輔, 大滝雄造, 池田正俊, 牛丸信也, 浅野岳晴, 松本吏弘, 岩城孝明, 福西昌徳, 鷲原規喜, 浅部伸一, 吉田行雄

【症例】73歳女性。【現病歴】胃前庭部後壁の20mm大の山田3型過形成性ポリープに対してEMRと周囲焼灼術後を施行した。EMR1年後の内視鏡検査で治療痕跡部に30mm大の広基性ポリープとして再発したため、同部に対してESDを施行した。ESD7か月後の内視鏡検査で、治療痕跡部にさらに増大した50mm大の広基性のポリープとして再発を認めた。【既往歴】50歳糖尿病(インスリン治療)、70歳糖尿病性腎症で維持透析【検体検査】HbA1c 6.5%, FBS 160mg/dl, Hb 11.3g/dl, MCV 88.1fl, MCH 28.7pg, ガストリン 3000pg/ml以上, 抗胃壁細胞抗体160倍, 抗内因子抗体陰性, ヘリコバクターIgG抗体3未満, 便中ヘリコバクター抗原陰性, PG1 17.9ng/ml, PG2 30ng/ml, PG1/2 0.6【内視鏡検査】胃体部を中心に前庭部を除いて広範な萎縮性変化を認めた。胃体中部大弯に2mm大, 胃体下部大弯に2mm大の山田2型ポリープを認めたが、これらは初回治療前と大きさ形状とも著変なかった。前庭部小弯には7か月前にESDを施行した部位に広基性の発赤調の隆起性病変を認め、生検ではgroupI過形成性胃粘膜であった。【考察】ガストリン高値の原因として、抗胃壁細胞抗体陽性、内視鏡的に体部の萎縮性変化が強いことからA型胃炎と診断した。20mmを超える胃過形成性ポリープは5%程度で癌の合併を伴うこともあるために切除が推奨されているが、過去2回の治療の際の病理検査で癌が認められていないことや、消化管出血や通過障害などの症状を呈しておらず、2回の内視鏡治療後痕跡上の再発で更なる内視鏡的切除は困難であると判断して経過観察の方針としている。今後いずれかの症状を来すようなら、G細胞のガストリン過剰分泌を正常化する目的も含めて幽門洞切除を行う方針としている。【結論】A型胃炎を背景とし、ESDで切除後に短期間で再発した極めてまれな胃過形成性ポリープの症例と考え、報告する。

胃過形成性ポリープ, A型胃炎

東京都立多摩総合医療センター

四宮 航, 伊東詩織, 佐藤優美, 戸田晶子, 大川 修, 中谷行宏, 細谷明徳, 堀家英之, 脇岡悠子, 吉野耕平, 唐鎌優子, 並木 伸, 小倉裕紀

症例は55歳男性。腹痛を主訴に近医受診し上部消化管内視鏡検査で胃癌の診断。腹痛持続しておりさらなる精査が必要と考えられ当科紹介受診。腹部CT検査で胃癌の多発肝転移と診断した。肝転移の一部が破裂し肝周囲には血性腹水が貯留していたが、明らかな活動性の出血の所見は指摘されず、循環動態も安定していた。前医の病理組織学的所見でHER2陽性であったため化学療法(カベシタピン+シスプラチン+トラスツズマブ)を施行した。4コース施行後の腹部CT検査で肝転移は著明に縮小しており血性腹水も消失していたためpartial response(PR)と判断し現在も化学療法継続中である。出血を有する肝転移で切除術が困難である場合は、化学療法も治療法の一つとなり得ると考えられる。

HER2陽性胃癌, 多発肝転移

がん研有明病院 内視鏡診療部

堀内裕介, 藤崎順子, 石山晃世志, 平澤俊明, 由雄敏之, 山本頼正, 土田知宏, 五十嵐正広

【背景】H. pylori (HP) 感染は大半の胃癌で陽性だが、HP陰性胃癌 (HP(-)GC) もわずかながら存在する。ただし症例数が少なくその特徴は明らかではない。よって今回当院で経験した23例のHP(-)GCの特徴について検討した。【方法】2005年8月-2011年4月に内視鏡治療されたHP(-)GC 23例 (全例20mm以下の印環細胞癌 (sig)、粘膜内癌) を対象とした。検討項目は症例背景、病理学的発育形式、Updated Sydney System (USS) による背景粘膜の炎症所見とした。【結果】男女比は12:11、年齢は52.6±8.4歳であった。病変はM領域に12例 (52.2%)、L領域に11例 (47.8%) であった。腫瘍径は5.4±3.3mm、内視鏡的な特徴は褪色であった。また全例でUL、脈管侵襲を認めなかった。発育形式は19例 (82.6%) が増殖帯に限局しており、3例 (13%) が表層まで、1例 (4.3%) が全層性発育であった。USSでは萎縮、腸上皮化生、好中球浸潤は全例normal~mildであり、単球浸潤は1例 (4.3%) のみmoderate-markedであった。【結論】HP(-)GCは背景粘膜の炎症が軽度であり、全例褪色調、粘膜内癌であり増殖帯に限局している例が多く、平均腫瘍径が小さかった。HP(-)GCは悪性度が低い可能性が示唆された。

H. pylori, 胃癌

早期胃癌に対するESD後の追加外科切除にて漿膜下層に浸潤を認めた一例

獨協医科大学 第一外科¹⁾, 同 消化器内科²⁾, 同 病理部³⁾
菊池真維子¹⁾, 佐々木欣郎¹⁾, 大塚吉郎¹⁾, 里村仁志¹⁾, 中島政信¹⁾, 山口 悟¹⁾, 土岡 丘¹⁾, 吉竹直人²⁾, 山岸秀嗣³⁾, 平石秀幸²⁾, 加藤広行³⁾

【はじめに】内視鏡的粘膜下層剥離術 (ESD) で非治癒切除の場合、原則として追加外科切除が行なわれる。pT1b (SM2) とly (+) の非治癒因子に対して腹腔鏡下胃切除を施行したところ、pT3 (SS) N1M0, pStage IIB と診断された症例を経験した。【症例】76歳、男性。検診で貧血を指摘され前医で早期胃癌を指摘された。当院消化器内科に紹介され、胃体上部小彎の0-IIa病変 (tub1) 深達度Mと胃体下部小彎に0-IIa+IIC病変 (tub1) 深達度SM1の2病変に対してESDが施行された。ESD検体は体上部病変U, Less, 31x24mm, Type0-IIa+IIC, 11x9mm, tub1 >> tub2, pT1a (M), UL(-), ly(-), v(-), pHM0, pVM0ガイドライン治療切除、体下部病変M, Less, 37x25mm, Type0-IIa+IIC, 21x8x1mm, tub1 > pap, pT1b2 (SM2), UL(-), ly(+), v(-), pHM0, pVM0ガイドライン適応外非治癒切除であり、追加治療目的に当科紹介となった。体上部病変は治療切除であったため、体下部病変に対する追加外科切除として腹腔鏡下幽門側胃切除術を施行した。肉眼的に腫瘍遺残を認めなかったが、組織学的には癒痕痕の肛門側の漿膜下層に長径約2mm大の高分化型管状腺癌の遺残を認め、LN No. 3aに転移を認めた。最終病理診断が、M, Less, 2mm, Type5 (Ulcer scar, post-ESD), tub1, pT3 (SS), int, INFb, ly0, v0, pN1 (1/36), pPM0 (35mm), pMD0 (115mm) であったため、術後補助化学療法としてTS-1を内服中である。【結語】早期胃癌の側方範囲や深達度の正確な術前診断には限界があると思われるが、pVM0のSM癌のESD後の追加胃切除でESD癒痕痕の漿膜下層に孤立性の癌の浸潤を認めた稀な症例を経験したので考察を加え報告する。

早期胃癌, 内視鏡的粘膜下層剥離術

那須南病院 外科

川口英之, 春田英律, 下地 信, 木村有希, 関口忠司

症例は65歳女性。

高血圧、高脂血症にて近医かかりつけであった。開腹手術の既往なし。

朝からの頻回の嘔吐、間欠的な腹痛を主訴に当院へ救急搬送となった。身体所見では上腹部正中に軽度の圧痛を認め、腸音は亢進していたが腹膜刺激症状は認めなかった。腹部レントゲン検査では異常ガス像は認めなかった。腹部エコー検査で拡張した小腸を認め、イレウスを疑い腹部造影CT検査を施行。小腸にtarget signを認め、腸重積によるイレウスと考え緊急手術をを行った。腹部正中切開で開腹し小腸を検索すると、明らかな腸重積の所見は認められなかったが、Treitz靭帯より約170cmの腸管内に可動性のある腸内容物を触知した。同部位が腸閉塞の原因と考え小切開を置き検索すると、約7cm大のシイタケが丸まった形で摘出された。小腸の切開部位を層々縫合で閉鎖し手術終了とした。覚醒後に患者に確認したところ、シイタケの煮物を誤って1個丸飲みしたとのことであった。術後経過は良好で術後8日目に退院となった。

開腹歴のないイレウス症例では食餌性イレウスを考慮する必要があり、詳細な病歴の聴取が重要となる。自験例の検討も踏まえ報告する。

食餌性イレウス, 椎茸

狭窄症状を認め腹腔鏡補助下回盲部切除術を施行したHIV関連回盲部悪性リンパ腫の1例

自治医科大学さいたま医療センター 一般消化器外科
桑原明葉, 宮倉安幸, 田中宏幸, 田巻佐和子, 柿澤奈緒,
谷田臨太郎, 長谷川美夫, 井本博文, 渡部文昭, 兼田裕司,
山本裕亮, 齋藤正昭, 辻伸真康, 高田 理, 鈴木浩一, 野田弘志,
清崎浩一, 遠山伸幸, 力山敏樹

症例は53歳男性で、1年半前よりHIV陽性を指摘されていた。当時消化管出血に対して施行した2回の下部消化管内視鏡検査で、回盲部に辺縁不整な潰瘍性病変を指摘されていたが確定診断には至っていなかった。同時期に指摘された舌根部の腫瘍性病変も生検困難のため確定診断は得られていなかったが、舌病変及び消化管病変ともカポジ肉腫の可能性を疑いART療法 (antiretroviral therapy) が開始となった。治療開始1年後、発熱及び右下腹部痛、腹部膨満感を認め、再度下部消化管内視鏡検査を施行したところ、同病変は増大し、狭窄を認めていた。外科的加療が必要と判断し腹腔鏡補助下回盲部切除術を施行した。病理組織学所見は、悪性リンパ腫 (diffuse large B cell) であった。経過良好で術後第8病日に退院となり、現在悪性リンパ腫に対する化学療法を施行している。本症例はHIV関連回盲部悪性リンパ腫の診断に難渋し、経過観察中消化管狭窄を認め、腹腔鏡補助下回盲部切除術を要した症例である。診断、治療において示唆に富む症例であり文献的考察を加え報告する。

HIV, 悪性リンパ腫

災害医療センター 消化器・乳腺外科¹⁾、同 消化器内科²⁾
真崎純一¹⁾、大森敬太¹⁾、末松友樹¹⁾、須田寛士¹⁾、高橋深幸¹⁾、
島田祐輔²⁾、齋藤洋之¹⁾、原田舞子²⁾、林 昌武²⁾、石橋雄次¹⁾、
佐々木義浩²⁾、上市英雄²⁾、若林和彦¹⁾、伊藤 豊¹⁾

症例は25歳女性。貧血にて来院され下部消化管内視鏡検査にて直腸S状部に腫瘍性病変を認め生検施行した。2日後に腹痛、嘔気にて来院されイレウスの診断となった。造影CTでは骨盤内右側の約4cm大の腫瘍とS状結腸、虫垂、小腸が一塊となっており、小腸イレウスを呈していた。絞扼所見は認めなかったことから、イレウス管を留置し、速やかにイレウスは改善した。その後生検結果にて管状腺癌 (tub1>tub2) を認めた。直腸癌または虫垂癌、小腸癌を鑑別し、第6病日に手術を施行した。術中所見は、虫垂先端が腫大し、その先端にて回腸と直腸Raと一塊となっていた。虫垂癌の直腸および小腸への浸潤と考えたが、直腸原発の可能性も否定できなかったため、浸潤小腸を含む回盲部切除+D3郭清を施行し、さらに高位前方切除+D3郭清+右側側方リンパ節郭清を施行した。病理所見は原発性虫垂癌 (muc>tub1>tub2) でありfSI (rectum) NOM0 : fStage2と診断した。術後経過は良好にて第19病日に退院となった。原発性虫垂癌の好発年齢は60歳代であり若年発症は稀である。今回われわれが「虫垂癌」「若年」をキーワードにて医学中央雑誌にて検索すると、7例の報告を認めるのみであった。若干の文献的考察を加えて報告する。

原発性虫垂癌, 若年性

自治医科大学 消化器・一般外科
宮原悠三、伊藤 誉、直井大志、森本光昭、鯉沼広治、宮倉安幸、
堀江久永、佐田尚宏、安田是和

症例は41歳女性。検診で便潜血陽性を指摘され、近医を受診した。大腸内視鏡検査で、盲腸に腫瘍性病変を認め精査加療目的で当院紹介となった。精査大腸内視鏡では虫垂開口部に径25mmの表面発赤調のポリープ様隆起を認めた。インジゴカルミン染色では表面平滑で生検鉗子で圧迫すると弾性、軟であった。腫瘍の表面はI型pit patternを呈していた。腹部CTでは腸管内腔に突出した隆起性病変として描出され、腹部超音波検査では筋層の偏向性の腫大を認めた。以上より虫垂粘膜下腫瘍の診断で腹腔鏡下回盲部切除術を行った。腹腔内を観察すると虫垂は盲腸内に反転しており虫垂重積を疑う所見であった。病理組織学的検査では剖面で虫垂粘膜の内反を認め、筋層内には円柱状の細胞からなる腺管が内膜様間質を伴って散見され、虫垂子宮内膜症に矛盾しない所見であった。虫垂子宮内膜症を原因とした虫垂重積症は稀であり、若干の文献的考察を加えて報告する。

虫垂子宮内膜症, 虫垂重積症

自治医科大学 内科学講座消化器内科学部門
佐藤博之、矢野智則、坂本博次、三浦義正、新畑博英、井野裕治、
永山 学、竹澤敬人、林 芳和、砂田圭二郎、山本博徳

【症例】29歳女性。【既往歴】8歳時にクローン病と診断。18歳時に痔瘻の切開排膿術、23歳時に右半結腸および回腸部分切除術。【現病歴】24歳時にクローン病加療目的に当科受診。栄養療法およびステロイド寛解導入を試みるが寛解に至らず。アザチオプリン(AZA)とインフリキシマブ(IFX)を併用して加療開始され寛解に至った。26歳時に挙児希望がありAZAを中止したところIFX投与時副反応が出現し、前投薬にステロイドなどを使用するも副反応症状は継続増悪し、AZA併用再開しても副反応症状は軽減されなかった。27歳時にAZA併用のもとIFXからアダリムマブ(ADA)にスイッチし加療を実施したところ寛解に至り、28歳時には母児ともに問題なく妊娠、出産を経験した。妊娠中はAZAの使用は継続としてADAを28週以後中止し、産後にADAの使用を再開していた。産後約10か月頃より言葉が出にくいと感じ、頭痛や悪心も自覚するようになった。この約1か月後には、会話のつじつまが合わないことを家族が自覚した。その5日後には更に会話の成立が困難となり、自分の名前も言えなくなったため、当院へ救急搬送となった。運動性失語と頭部CTで左前頭葉に浮腫を伴う腫瘍性病変を認め入院となった。定位脳腫瘍生検でDiffuse large B-cell lymphomaと診断されたが、実施可能な検査では脳以外にリンパ腫を疑う所見はなく、中枢神経原発悪性リンパ腫(PCNSL)の診断に至った。早急な化学療法が必要と判断され、高用量メトトレキサート+シタラビンにリツキシマブを併用する化学療法が開始されている。【考察】PCNSLは比較稀な疾患で、後天的免疫不全症候群の患者に発生することが多いとされている。また、クローン病患者に免疫調整剤と生物学的製剤の使用で悪性腫瘍の発生のリスクが高くなることは知られているが、医中誌でクローン病、PCNSL、IFX、ADAの検索用語を用いて検索しても1例も報告が無い。本邦では未報告と思われる症例を経験したので報告をする。

クローン病, 生物学的製剤

公益財団法人東京都保健医療公社 豊島病院 内科
竹川幸男、渡邊彩子、早坂淳之介、高木謙太郎、田村 睦、
岡本栄子、北詰晶子

症例は80歳、女性。生来より便秘がちで下剤を服用していた。61歳時に胆石症に対して腹腔鏡下胆嚢摘出術の既往がある。79歳より糖尿病に対してGLP-1受容体作動薬(リラグルチド)の投与を受けていた。GLP-1受容体作動薬はインスリン分泌促進、グルカゴン抑制以外に胃内容物排出遅延や胃酸、唾液分泌抑制など消化管に対する様々な薬理作用がある反面、便秘、嘔吐などの副作用も認められている。GLP-1受容体作動薬導入後は排便回数が減少し、下剤服用頻度が増加していた。2014年5月に腹痛、便秘、腹部膨満のため救急外来を受診し、腹部単純エックス線画像で多量の便貯留を認め虫垂イレウスの診断で入院となった。入院時のCT検査では腹腔内遊離ガスなど消化管穿孔を示す所見はなく、下行結腸からS状結腸にかけて腸管壁内ガスを認め腸管気腫症と診断した。原因検索のため下部消化管内視鏡検査を施行したが、大腸癌等の明らかな器質的な異常なかった。本症例はGLP-1受容体作動薬が関与した便秘による腸管内圧の上昇により続発的に腸管壁へガスが進入して気腫を形成したと推測され、投薬中止などの保存的治療を行い軽快した。本邦においてGLP-1受容体作動薬が関与したと思われる腸管気腫症の論文報告はなく、稀な症例を経験したため若干の文献的考察を加えて報告する。

腸管気腫症, 便秘症

独立行政法人地域医療機能推進機構うつのみや病院 外科
 太白健一, 小泉 大, 高橋大二郎, 丸山博行

症例は、35歳の男性。2014年7月、突然の間欠的腹痛で発症し、当院救急外来を受診した。受診時の腹部所見で、心窩部から右下腹部にかけて圧痛と反跳痛を認めた。血液検査では、WBC 13100 / μ l、CRP 0.1 mg/dlと軽度の炎症反応の上昇を認め、LDHとCPKはほぼ基準範囲内であった。腹部造影CT検査では、結腸にターゲットサインと腫瘍を認め、腹水貯留は認めなかった。以上より腫瘍性病変を先進部とした腸重積症と診断し、緊急開腹手術を施行した。正中切開で開腹すると、回腸-結腸腸の腸重積を認めた。Hutchinson手技で腸重積を整復すると、嵌頓していた腸管の血行状態は良好で、先進部となっていた盲腸に腫瘍を触知した。このため大腸癌に準じて回盲部切除術(D2郭清)を施行した。摘出標本では盲腸に15 mm大の隆起性病変を認め、病理組織検査で盲腸リンパ管腫と診断された。術後経過は良好で、第9病日に退院した。リンパ管腫は全身に発生するが、上肢・頭頸部・肩甲部・腋窩部に多く、消化管リンパ管腫はリンパ管腫全体の0.1%以下と極めてまれな疾患である。成人腸重積症も、腸重積症全体の5~10%と比較的まれで、成人では多くが腫瘍、憩室、炎症などの器質的疾患に起因し、悪性腫瘍が原因とされる症例が70%以上を占め、リンパ管腫などの良性疾患が原因となることは比較的少ない。今回、盲腸リンパ管腫が先進部となり発症した成人腸重積症の極めてまれな1例を経験したので、文献的考察を加え報告する。

リンパ管腫, 腸重積

慢性便秘症に伴う腹部膨満に対しラクツロースが有効であった2例

横浜市立大学医学部 肝胆腸消化器病学
 冬木晶子, 大久保秀則, 中島 淳

【背景】

慢性便秘症の治療では薬物療法が大きな役割を担うが、使用頻度の高い酸化Mgや刺激性下剤では、腹部症状のコントロールに難渋する症例も少なくない。海外では、ラクツロースやポリエチレングリコールなど浸透圧性下剤の有用性が報告されているが、本邦では成人の慢性便秘症に対する保険適応がなく、使用経験は少ない。今回我々は、慢性便秘症に伴う腹部膨満に対しラクツロースが有効であった2例を経験したので報告する。

【症例1】

33歳女性、7年前に誘因なく便秘、腹部膨満が出現。酸化Mg、モサブリド、大建中湯で便通は改善したが、腹部膨満改善なし。画像上、結腸ガス貯留は多いが、シネMRIでは小腸蠕動低下や病的拡張は認められず、X線不透過マーカーによる結腸通過時間(CTT)は正常範囲で、結腸通過正常型便秘症による腹部膨満が疑われた。ラクツロース開始後、症状改善傾向を認め、画像上もガス像の減少を認めた。

【症例2】

29歳女性、2年前にパーチェット病と診断され、食欲不振、腹部膨満、便秘が出現。器質的疾患は否定され、シネMRIも異常なかったが、CTT3.8日と延長を認めたことから、結腸通過遅延型便秘症が疑われた。酸化Mgや刺激性下剤で排便は得られるものの腹部膨満が改善せず、経口摂取が困難であった。ラクツロース開始後、食事摂取可能となり、画像上もガス像の減少を認めた。

【考察】

ラクツロースはヒト消化酵素では分解されない人工二糖類で、大半がそのまま大腸に達し便を膨化させる。また結腸内細菌の分解を受けて生じる有機酸により、腸管運動を緩やかに亢進させる。これらの有機酸は腸管内のpHを低下させ、Bacteroidesや大腸菌を減少させるとされているが、本症例においては、これらの嫌気性細菌の減少がガス産生抑制につながり、慢性便秘症に伴う腹部膨満の改善に寄与したと考えられた。今後さらに症例を集積し、検討する必要がある。

慢性便秘症, ラクツロース

当院における非代償性肝硬変14例に対するTolvaptanの治療経験

NTT 東日本関東病院 消化器内科

普久原朝史, 三角宣嗣, 落合一成, 瀧田麻衣子, 田島知明, 港 洋平, 香川幸一, 野中康一, 松山恭士, 藤澤聡郎, 大圃 研, 寺谷卓馬, 松橋信行

【目的】当院で非代償性肝硬変と診断された14例の難治性胸腹水に対して使用されたTolvaptanの治療経験を若干の文献的考察も含めて報告する。【対象】2013年6月から2014年9月までに当院で診断された非代償性肝硬変に伴う難治性胸腹水症の14症例【患者背景】年齢70.3 \pm 8.69 男女比9:5 【病因】HCV: 6例 HBV: 1例 alcohol: 4例 NBNC: 2例 IPH: 1例【Child-Pugh分類】B: 6例 C: 8例【検査所見】血中Alb値: 2.8 \pm 0.50 g/dl 血中Cre値: 1.38 \pm 0.66 mg/dl【結果】14例の平均体重推移は-0.635 \pm 1.27kgであり著効例が1例、有効例が10例、無効例が3例だった。Child-Pugh分類別ではB群の方がより体重減少を認めた(B群:-0.75kg C群:-0.55kg)。血中Alb値が2.8 g/dl以上の症例の方がより体重減少を得られた(>2.8g/dl群:-0.375kg \geq 2.8g/dl群:-0.983kg)。血中Cre値では1.0 mg/dl以下の症例の方がより体重減少を得られたが(<1.0mg/dl群:-0.666kg \geq 1.0mg/dl群:-0.61kg)両群に差はなくクレアチニン値に関わらずTolvaptanが有効であった可能性がある。【考察】非代償性肝硬変の合併症として体液貯留に伴う胸腹水があり、患者のQOLや予後を著しく低下させる。胸腹水の薬物治療として利尿薬を使用するが従来のループ利尿薬やK保持性利尿薬では腎機能障害や低Na血症を認めることが多く治療において問題になることが多い。非代償性肝硬変に伴う胸腹水の治療薬剤として、バゾプレシリンV2受容体拮抗薬であるTolvaptanは従来の利尿薬と違いNa利尿と違った作用機序で利尿効果をもたらす。当院におけるTolvaptanの使用経験を文献的考察を加えて検討し報告する。

難治性胸腹水, Tolvaptan

副作用のためダクラタスビル・アスナプレビル併用療法を早期に中止したC型慢性肝炎の1例

国家公務員共済組合連合会 三宿病院 消化器科
 尹 京華, 時田 元, 中山 聡, 村高直哉

【症例】68歳女性。アレルギー歴なし。AST 48、ALT 56、HCV genotype 1b型、HCV-RNA 6.5 Log IU/mlのため、2009年6月よりPeg-IFN α 1b+リバビリン24週治療を施行したが無効であった。今回、2014年9月27日からダクラタスビル・アスナプレビル併用療法(DA療法)を開始した。治療前HCV薬剤耐性変異検査でNS5A-Y93およびL31変異を認めなかった。治療開始8日目より感冒様症状、頭痛、発熱、筋肉痛が出現し、セレコキシブを服用。治療開始10日目より食欲低下、11日目より嘔気が出て食事摂取できなくなり、同日夕方より上肢に発疹出現。翌10月8日からDAも服用できなくなった。DA内服期間は11日間であった。10月9日(治療開始13日目)に発疹が全身に広がり当院を受診。来院時、体温38.1、脈拍75、血圧102/68、全身に発疹あり(Grade 2)。血液検査では、WBC 15360、Hb 12.8、Plt 14.6、好酸球1.0%、AST 16、ALT 14、LDH 219、T-Bil 0.5、Alb 3.1、BUN 26.7、CRN 1.0、CRP 5.81と、肝機能障害は認めないものの白血球数増加と炎症反応高値を認め、全身状態不良で即日入院となった。入院後ステロイドは投与せず、補液・抗アレルギー剤投与等の対症療法で症状は軽快し、6日間で退院した。発疹も入院時(DA中止後2日目)がピークで次第に消退した。

【考察および結語】DA療法の有害事象は、国内第2相+3相試験では、前治療無効患者98例のうち、鼻咽頭炎5例(5.1%)、頭痛17例(17.3%)、発熱14例(14.3%)、筋肉痛1例(1.0%)、悪心7例(7.1%)、食欲減退2例(2.0%)、発疹3例(3.1%)、CRP上昇1例(1.0%)、白血球数増加0例と報告されている。副作用の程度は、肝機能障害以外は軽微であり、国内第3相試験222例では投与中止に至った有害事象は11例(5.0%)で、うち10例はALT及びAST増加によるものであったと報告されている。本症例で出現した多彩な症状は、白血球数増加以外は国内臨床試験ですべてに報告されているが、程度が重篤で治療中止と入院加療を必要とした。DA療法は高齢者にも施行される可能性があり、副作用に関して肝機能障害以外にも十分な注意が必要である。

ダクラタスビル・アスナプレビル, 副作用

東京医科大学 消化器内科学分野¹⁾、
東京医科大学病院 病理診断部²⁾、帝京大学 病理学講座³⁾、
岩塚邦生¹⁾、杉本勝俊¹⁾、大城 久²⁾、長尾俊孝²⁾、竹内啓人¹⁾、
安藤真弓¹⁾、佐野隆友¹⁾、森 俊文¹⁾、古市好宏¹⁾、小林功幸¹⁾、
中村郁夫¹⁾、近藤福雄³⁾、森安史典¹⁾

症例は41歳の女性。平成22年9月の健康診断にて肝S1に17×18mmの肝腫瘍を指摘され、他院で血管腫の診断で経過観察されていた。平成24年9月に検診の腹部超音波検査において同病変は径70×50mmへ増大しており、精査加療目的で当院紹介となった。腫瘍マーカー（PIVKA-II、AFP、CEA、CA19-9）は正常範囲内であり、ウイルスマーカーにはHBc抗体が陽性であった。腹部超音波検査では腫瘍は内部が均一な低エコー域として描出され、一部嚢胞様の無エコー領域を認めた。ソナゾイド造影超音波検査では血管相で嚢胞様領域を除く腫瘍全体が造影し、造影1分後まで造影効果が遷延した。Kupffer相では腫瘍全体が欠損像を呈した。dynamic CT、動脈相では腫瘍全体が増強され、平衡相にかけて腫瘍内部に遷延性の造影効果を示した。なお腫瘍内部には右肝静脈管の貫通が示唆された。以上の所見より、肝細胞癌、混合型肝癌、細胆管細胞癌が疑われ、肝右3区域切除術が施行された。切除検体の肉眼像は周囲との境界が明瞭な乳白色調、単結節癒合型の腫瘍性病変であり中心部には壊死を伴っていた。病理学的には主として鹿の角状の吻合した異型腺管が豊富な線維性間質を伴い増殖していた。異型腺管は小葉間胆管よりもやや太いもの、通常の肝内胆管癌よりも細い腺管構造の形成からなる高分化型腺癌の所見を優位としつつ、より太い胆管からなる通常型肝内胆管癌に類似した部分も含まれていた。実質内には既存の右肝静脈を認め肝静脈末梢枝には腫瘍浸潤を認めた。免疫組織化学的検索では腫瘍はCK7（陽性）、CK19（ごく一部陽性）、EMA（管腔膜側に陽性）、CD56（一部陽性）、c-kit（陽性）、Trypsin（陽性）、Hep Par1（陰性）、mCEA（陰性）、Muc1（陰性）、p53（陰性）、Alcian blue（陰性）、D-PAS（陰性）であった。以上の形態学的所見と特殊染色・免疫組織化学的検索結果を併せて、細胆管細胞癌の診断に至る。今回我々はいわゆる「細胆管細胞癌」と分類される腫瘍の一例を経験した。しかし、本例の組織所見は、細胆管よりも小葉間胆管に類似しており、その発生母地についての考察が必要と考えらる

肝腫瘍, 細胆管細胞癌

上尾中央総合病院 消化器内科
柴田昌幸、明石雅博、大館幸太、和久津亜紀子、水野敬宏、
外處真道、片桐真矢、山城雄也、近藤春彦、白井 告、平井紗弥可、
三友友二、深水雅子、長澤邦隆、尾股 佑、渡邊 東、笹本貴広、
土屋昭彦、西川 稚、山中正己

【症例】78歳女性。主訴は体動時息切れ、腹部膨満感。【既往歴】子宮筋腫術後、大腸ポリープ内視鏡治療後。【現病歴】2012年3月頃から体動時の息切れ、腹部膨満感を自覚。症状改善ないため5月に当院消化器内科を受診。胸部XPで左胸水貯留を認め、造影CTでは脾臓に直径130mm大の境界明瞭で内部石灰化を伴う腫瘍を指摘された。脾腫瘍は辺縁から徐々に造影が増強されており血管腫が疑われた。その後左胸水が増悪し息切れ症状が強いため、6月当科入院となった。【経過】第1病日に左胸腔穿刺施行し淡血性胸水500mLを採取。細胞診ではClassIIであった。その後再び胸水の増悪傾向あり第5病日に左胸腔ドレーン留置した。脾腫瘍による胸水と考えられ、脾血管肉腫なども疑われ手術加療の方針となり、第8病日外科に転科し脾摘除術が施行された。病理結果はangiomatous tumor of spleenであり、悪性腫瘍は否定された。【考察】医学中央雑誌で「脾血管腫」で検索した所、症例報告は64件（1985-2014年、会議録除く）であった。若干の文献的考察を加え報告する。

胸水, 脾血管腫

埼玉医科大学国際医療センター 消化器内科¹⁾、
同 消化器外科²⁾、同 病理診断科³⁾、
谷坂優樹¹⁾、岩野博俊¹⁾、良沢昭銘¹⁾、田場久美子¹⁾、佐藤洋子¹⁾、
須藤晃佑¹⁾、新井 晋¹⁾、真下由美¹⁾、合川公康²⁾、宮澤光男²⁾、
山口 浩³⁾

症例は70歳代男性。褐色尿を主訴に前医受診し、黄疸と肝機能障害を認め当科紹介となった。造影CTでは総胆管、肝内胆管が拡張し、とくに尾状葉枝の拡張が目立ったが、明らかな閉塞起転は認めなかった。MRCPでも同様の拡張を認めた。尾状葉枝から総胆管内腔には、T2強調画像で信号強度がやや低く、拡散強調画像でもADCがやや低い液体を認め、粘液を疑った。ERCPでは、左肝内胆管から総胆管にかけて透亮像を認め、バルーンカテーターで搔把すると茶褐色ゼリー状の粘液が排出された。IDUSで観察しえた範囲には明らかな結節は指摘できなかった。経口胆道鏡では、粘液のため十分な観察は困難であったが、総胆管から左右胆管根部には、明らかな結節は指摘できなかった。尾状葉枝を主座とするIPNBを強く疑うも、これまでの画像検査では、結節状隆起を指摘できなかったため、造影超音波内視鏡検査を行った。尾状葉枝内部に造影効果を有する高エコー隆起を認め、結節の存在を確認した。尾状葉枝以外には明らかな結節は認めなかった。以上より尾状葉枝原発のIPNBと診断し、肝拡大左葉切除+尾状葉半切除、胆管空腸吻合を施行した。手術標本は肉眼的に尾状葉枝内に粘液を容れた多房性病変を認め、組織学的に粘液を有する異形上皮が乳頭状増殖しておりIPNBと診断した。病変は尾状葉枝に局限していた。今回、術前診断において造影EUSが病変率ならびに進展範囲の診断に有用であり興味深い症例と考えたため報告する。

IPNB, 造影EUS

獨協医科大学越谷病院 外科
鈴木麻未、多賀谷信美

これまで胆嚢結石症は中年・肥満女性に多く見られる疾患であった。しかし、食事の欧米化に伴い発症件数は年々増加傾向にあり、年齢層は拡大し若年者にも多くみられるようになってきた。また、20歳以下の若年発症の胆石症では溶血性貧血などの基礎疾患を有していることが多いが、近年は基礎疾患の無い若年性胆嚢結石症が増加している印象にある。今回、基礎疾患の無い若年性胆嚢結石症を経験したため報告する。症例は16歳・女性。以前より、時折、右季肋部痛を自覚し、14歳ですでに胆嚢内に胆石を指摘されていた。今回も心窩部痛が出現し、当院消化器内科を受診した。精査により胆嚢内に結石を認め、胆嚢結石による痛痛発作と診断。翌日、発熱・季肋部痛増悪を認め、急性胆嚢炎の診断で、当科へコンサルトとなった。同日、緊急にて単孔式腹腔鏡下胆嚢摘出術を施行。胆嚢内にはコレステロール結石を認めた。術後経過は良好であり、術後6日で退院となった。その半月後、心窩部痛が出現し外来を受診。肝胆道系酵素の上昇を認めたがMRCPでは総胆管結石などは認められなかった。その後も症状の増悪を認めたためERCPを施行したが、明らかな結石・合流異常は認められなかった。以降、症状は改善し退院となった。その後、心窩部痛や肝胆道系酵素の異常は認められていない。20歳以下での胆嚢内結石症・胆嚢炎は極めてまれであり、若干の文献的考察を加え報告する。

若年性, 胆嚢結石症

東京医科大学 消化器内科

本定三季, 糸井隆夫, 祖父尼淳, 土屋貴愛, 石井健太郎, 池内信人, 梅田純子, 田中麗奈, 殿塚亮祐, 向井俊太郎, 藤田 充, 森安史典

症例は40歳代男性。他院で腹腔鏡下胆嚢摘出術を施行され、その約4ヶ月後に胆管狭窄をきたし黄疸が出現したため、当院に紹介となりプラスチックステントを留置し経過観察していた。狭窄は三管合流部にあり、プラスチックステントを左右肝管に各1本ずつ留置した。約3ヶ月後のERCPにて狭窄が改善しないため、左右肝管にside by sideの形でメタルステントを留置した。メタルステントを留置して約4ヶ月後、内視鏡的にメタルステントを抜去し胆管造影を行ったところ、狭窄はほぼ消失していた。その後はステントを留置しないまま外来通院されているが経過は良好である。術後胆管狭窄に対しメタルステントを用いた拡張術が有用であったため、文献的考察を交え報告する。

術後胆管狭窄, ドレナージ

東京通信病院 外科¹⁾, 同 病理科²⁾長谷川智彦¹⁾, 奥田純一¹⁾, 織畑光一¹⁾, 和田由美恵¹⁾, 寺下勇祐¹⁾, 竹島雅子¹⁾, 下里あゆ子¹⁾, 永吉実紀子¹⁾, 佐藤兼俊¹⁾, 村田祐二郎¹⁾, 津久井元¹⁾, 寺島裕夫¹⁾, 岸田由起子²⁾, 田村浩一²⁾

症例は66歳女性。当院人間ドックにて胆嚢腫瘍を指摘。術前診断は胆嚢癌疑い(結節浸潤型, SS, Hinf2, H0, Binf0, PV0, A0, P0, N0, StageIV)であり、ERCPで明らかな胆管浸潤なく、胆汁細胞診はclass1。EUSでも明らかなSEの所見なし。20XX年に拡大胆嚢摘出術を施行。術後病理結果は、Neuroendocrine cell carcinoma, Si (大網), pn2, v(+). 術後補助療法として、ゲムシタピンを導入。術後8ヶ月頃より頸部痛が出現、頸椎C3, C7の骨転移転移に対してRT導入。レジメンをS-1に変更。その後も左大腿骨大転子、腰椎を含む多発骨転移、腹膜播種、皮膚転移、副腎転移、髄内転移疑いが出現、術後約2年4ヶ月後に永眠となった。今回、多発遠隔転移を呈した胆嚢neuroendocrine cell carcinomaという比較的稀な症例を経験したため、若干の文献的考察を交え報告する。

neuroendocrine, 神経内分泌腫瘍

黒沢病院附属ヘルスパーククリニック 内科¹⁾,済生会前橋病院 外科²⁾錦戸 崇¹⁾, 矢島義昭¹⁾, 細内康男²⁾

患者は61才、男性で2011年より毎年、当院で人間ドックを受診していた。既往歴としては5年前に早期胃癌のために腹腔鏡下に胃亜全摘をうけていた。今年のドック時に、胸部X線撮影で大動脈弓に接して小結節影を指摘されて胸部CTが施行された。同部に腫瘤を認めたのみならず、散布性の粒状影が両肺に認められた。同時に撮影された上腹部のスクリーンで膵尾部にφ30x40mmの腫瘤が認められ、肝内にも散布性の低吸収域が認められた。膵尾部癌の転移性病変が疑われて基幹病院へ紹介となり現在化学療法が行われている。採血データにはCA19-9を含めて全く異常が認められなかった。当院のドックでは2010年よりCA19-9が全例において測定されており切除可能な膵癌が5例発見されている (stage1 2例, stage 4a 3例)。発見の契機はCA19-9の上昇が4例、USが1例であった。本例は転移しているにもかかわらずCA19-9が陰性であり、日本人に10%存在するとされるCA19-9非産生の膵癌であったと考えられる。膵尾部癌はUSで検出が困難であり早期発見に今後の工夫が必要である。

人間ドック, 膵癌

国立がん研究センター東病院 肝胆膵内科

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

【背景】当院では切除不能進行・再発膵がん患者に対して5FU, オキサリプラチン, イリノテカンの3剤を併用するFOLFIRINOX療法を減量した(5-FU 急速静注なし, イリノテカン150mg/m²) modified FOLFIRINOX (mFFX) 療法の投与を積極的に行っている。そのなかでも、腹膜播種・がん性リンパ管症・高度凝固異常合併など、従来の抗がん剤治療では十分効果が期待できないような高度に進行した膵がん症例においてもmFFXが奏効した症例を認めたため、その3例を例示する。【症例1】72歳女性。Performance stats (PS) 0。上腹部痛を主訴に診断された膵尾部癌で、転移性肝腫瘍、高度の腹膜播種あり。初回治療としてmFFXの投与を行い2コース後にPR (部分奏効) となり、腹膜播種病変も著明に縮小した。現在9コース目を投与中である。【症例2】76歳男性。PS 1。黄疸を主訴に診断された膵頭部癌で、多発リンパ節転移、がん性リンパ管症、腹膜播種あり。減量後に初回治療としてmFFXの投与を行ったところ3コース後にPRとなり肺野病変はほぼ消失した。現在7コース目を投与中である。【症例3】54歳男性。PS1。膵頭部癌、転移性肝腫瘍に対し前医にてGemcitabine+S-1が投与されたが、PDとなったため当院紹介となった。病態の急速な進行のため高度凝固異常を合併しており、mFFXの導入を行った。1コース終了後には血小板や肝機能改善を認め、3コース終了後には肝転移は縮小してPRとなった。いずれの症例も忍容性は良好であった。なお、当院では2013年12月よりmFFX療法の導入を行っており、2014年5月末までに54例に投与された。そのうち、1次治療として投与された35例の治療効果に関する検討では、CR1例(2.9%), PR11例(31.4%), SD19例(54.3%), PD4例(11.4%)で奏効割合34.3%、病勢制御割合88.6%であった。【結論】高度進行膵がんに対してもmFFXは有効な治療法であることが示唆された。

膵癌, modifiedFOLFIRINOX

101 術前診断が困難であった膵頭部多発限局性自己免疫性膵炎の1例

東京女子医科大学 消化器内科¹⁾, 同 消化器外科²⁾, 同 統合医学研究所³⁾

味原隆大¹⁾, 高山敬子¹⁾, 赤尾潤一¹⁾, 貝瀬智子¹⁾, 塩賀太郎¹⁾, 長尾健太¹⁾, 伊藤泰斗¹⁾, 小林亜也子¹⁾, 山本果奈¹⁾, 岸野真衣子¹⁾, 清水京子¹⁾, 白鳥敬子¹⁾, 土井愛美²⁾, 羽鳥 隆²⁾, 古川 徹²⁾

症例：60歳代男性。主訴：なし。既往歴：糖尿病、アルコール性肝障害、HCC (RFA後)。家族歴：糖尿病・癌疾患なし。嗜好品：飲酒；積算飲酒量エタノール換算840kg、喫煙；20本/日x50年。現病歴：201X年HCCに対しRFA施行。2年後の定期観察の腹部造影CTで膵頭部にSOLを2ヶ指摘され、3ヶ月後のfollowのCTで増大傾向を認め、精査加療目的で入院となった。入院時血液生化学的検査：血算・生化学は概ね正常、HbA1c：7.6%、腫瘍マーカー：CEA・CA19-9・DUPAN-2・Span-1・Elastase-1はすべて正常。免疫：抗核抗体80倍・RF陰性・IgG4 130mg/dlと軽度上昇。膵内分泌：インスリン・グルカゴン正常、ガストリン260pg/mlと軽度上昇。腹部造影CTでは膵頭部に18x6mm・23x18mmの造影早期から均一に造影されるSOLを認め、内部に石灰化と嚢胞成分を有していた。造影MRIでは上記SOLは遅延性の造影効果を認め、拡散強調で淡い高信号を呈していた。MRCPでは主膵管には異常はなかった。EUSではSOLは境界明瞭・辺縁不整な低エコーを呈し、辺縁の一部に被膜を疑う低エコーを認めた。内部にはCT同様石灰化と嚢胞成分を認め、FNAを行ったが細胞診ではclass IIIaで質的診断は困難であった。鑑別疾患としてpNET、SPN、通常型膵管癌などを考え、増大傾向を認めることから切除適応と判断し、本人・家族へ病状説明の上同意を得て膵頭部腫瘍核出術を行った。病理学的には形質細胞・リンパ球の浸潤と閉塞性静脈炎、花筵状線維化を認め、IgG4陽性形質細胞も20-30/HPF程度認めたことから、自己免疫性膵炎と診断した。腫瘍を伴わずに腫瘍を形成する自己免疫性膵炎は画像的には他の腫瘍性病変との鑑別が難しく、生検でも診断困難であれば切除もやむを得ない場合がある。術前診断が困難であった膵頭部多発限局性の自己免疫性膵炎の症例を経験したので、文献的考察を含めて報告する。

自己免疫性膵炎、膵腫瘍

103 内臓逆位症を伴った膵頭部癌の一切除例

東海大学 消化器外科¹⁾, 同 消化器内科²⁾
増岡義人¹⁾, 和泉秀樹¹⁾, 古川大輔¹⁾, 矢澤直樹¹⁾, 中郡聡夫¹⁾, 川島洋平²⁾, 小川真実²⁾, 川口義明²⁾, 峯 徹也²⁾

症例は63歳女性、心窩部痛と左季肋部痛を主訴に前医を受診した。精査にて閉塞性黄疸、胆石と膵頭部腫瘍の診断で紹介となった。既往として内臓逆位症、卵巣嚢腫に対して子宮卵巣全摘後、糖尿病でインスリン導入、左乳癌術後があった。家族歴として叔母に胆管癌、母に子宮癌、兄に胃痛があった。腫瘍マーカーはCA19-9が46.6U/mlと上昇していた。腹部超音波検査では肝内胆管、総胆管の拡張を認め、主膵管は5mmまで拡張し、膵頭部に約16mm大の形状不整で境界不明瞭な低エコー腫瘍を認めた。腹部dynamic CTでは肝内胆管から中部胆管が拡張しており膵内胆管で狭窄を認めた。また膵体尾部で主膵管の拡張があった。胆管や膵内に腫瘍の描出はなかった。腹水はなく、明らかにリンパ節腫大や遠隔転移も認めなかった。腹部MRIではT1強調画像で膵頭部に低信号領域があったが、Dynamic studyでは明らかな腫瘍性病変として描出されなかった。ERCPを行うと下部胆管と膵体部膵管に狭窄像を認めた。胆汁細胞診はclassII、膵管擦過細胞診はclassIIIであった。EUSでは膵頭部に12mm大の低エコー腫瘍を認めた。膵頭部癌の診断で亜全胃温存膵頭十二指腸切除術を施行した。最終病理診断はADENOCARCINOMA, tub1, intermediate type, INFβ, ly0, v1, ne2, mpd(-), Ph, TS2: 30x20x25mm, infiltrative type, CH+, DU-, S-, RP+, PL-, OO-, DPM-, PCM-, BCM-, pT3N0M0 StageIIIであった。内臓逆位症を伴う膵頭部癌の切除例は稀と考え報告する。

内臓逆位症、膵頭十二指腸切除

102 EUS-FNAが診断に有効であった膵神経内分泌腫瘍の1例

東京医科大学 消化器内科¹⁾, 立正佼成会附属佼成病院 消化器内科²⁾, 同 消化器外科³⁾
鎌田健太郎¹⁾, 糸井隆夫¹⁾, 祖父尼淳¹⁾, 石井健太郎¹⁾, 土屋貴愛¹⁾, 池内信人¹⁾, 梅田純子¹⁾, 田中麗奈¹⁾, 殿塚亮介¹⁾, 藤田 充¹⁾, 向井俊太郎¹⁾, 井手直樹²⁾, 柳田 修³⁾, 森安史典¹⁾

【症例】76歳 男性 【既往歴】糖尿病 【現病歴】糖尿病のため外来通院加療中、平成25年3月血糖コントロール不良と肝機能障害を認め、腹部精査目的に当科紹介となった。【経過】腹部造影CTにて膵尾部に限局的な膵管拡張が疑われ、その頭側に実質の軽度濃染を認めた。超音波内視鏡検査 (Endoscopic ultrasound; EUS) では同部位に辺縁整、内部比較的均一な10mm大の低エコー腫瘍を認めた。膵内分泌腫瘍、膵癌、限局性腫瘍形成性膵炎などが鑑別に挙がり、超音波内視鏡下穿刺吸引細胞診 (Endoscopic ultrasound fine needle aspiration; EUS-FNA) を施行した。組織は膵神経内分泌腫瘍でグルカゴン陽性であった。以上より腹腔鏡下膵尾部切除術施行し、最終診断は膵神経内分泌腫瘍 (G1) であった。【結語】EUS-FNAが診断に有効であったグルカゴノーマの1例を経験したので、若干の文献的考察をふまえて報告する。

EUS-FNA、膵神経内分泌腫瘍

104 膵液瘻予防のため、挙上空腸への内ドレナーゼットを2か所造設した膵中央切除の一例

筑波大学 消化器外科
橋本真治, 小田竜也, 下村 治, 高野恵輔, 大城幸雄, 福永 潔, 大河内信弘

【背景】膵切除後膵液瘻は未だにその発生率は高く、克服すべき長年の課題である。我々は、膵液瘻発生の原因は、膵管空腸吻合そのものから(要因1)と膵切断面から浸みだすもの(要因2)からと考えている。そこで、当教室では要因2を克服すべき方法として、膵断面と挙上空腸密着吻合の間に持続吸引可能なドレナーゼットを造設し、最終的に浸みだした膵液を空腸内へ誘導する内ドレナーゼット法を施行している。本ドレナーゼットを残す膵頭部側と膵尾部側のそれぞれに造設した膵中央切除の一例について報告する。【症例】15歳女性。主訴：無症状。現病歴：転倒による腹部打撲の精査で膵損傷と膵腫瘍破裂疑いと前医で診断され、保存的加療後、当院紹介入院となった。入院時血液所見：特記事項なし。CT/MRI画像所見：膵体部に約3.5cmの内部が不均一に造影される腫瘍を認めた。以上から、術前診断はSolid pseudopapillary tumorであり、手術方針となった。【手術】膵中央切除後、挙上空腸の盲端側で膵頭部を被覆(DuVal変法)し、空腸と膵断面の間に持続吸引ドレナーゼット留置(10Fr Brake)、さらに尾側膵は同一の空腸を用いて膵管空腸吻合(不完全外瘻)後、膵空腸密着吻合(Blumgart)の間に持続吸引ドレナーゼットを留置した。膵空腸間のドレナーゼットは挙上空腸内を通して腹腔外へ固定している。【病理診断】Solid pseudopapillary tumor。【術後経過】術後腹腔内ドレナーゼット排液アミラーゼ値は術後1, 3, 5 病日で10510, 2120, 366 IU/Lであり、排液量は244, 180, 40mlであった。また、膵空腸の間の持続吸引ドレナーゼット排液量は膵頭部側・尾部側合わせて20ml程度が1~3病日で、それ以降は約10mlであった。それらのドレナーゼットアミラーゼ値は100000 IU/Lであり、pureな膵液に近いものであった。有効に膵断端からの浸みだした膵液をドレナーゼットしていることを観察した。術後乳糜腹水のため長期入院が必要となったが、術後膵液瘻はなく、退院となった。【考察】挙上空腸へ膵液を内ドレナーゼットする本術式は、膵液瘻克服に非常に有効であることが示唆された。

膵切除、膵液瘻

105 膵体尾部切除に対してRou-Y Blumgart法 + IAD (inter-anastomosis drainage)を施行した1例

筑波大学 医学医療系 消化器外科
小田竜也, 橋本真治, 下村 治, 山田圭一, 大城幸雄, 高野恵輔,
福永 潔, 大河内信弘

【背景】膵体尾部切除後の膵液漏は未だに解決されていない外科的な課題である。主膵管断端が確実に結紮処理された症例においても、10-30%と高率に膵液漏は発生し、また、その治癒に時間を要する事も特徴である。難治性膵液漏症例に対しては、2期的にRoux-Y脚と瘻孔を吻合する事による“内瘻化”により解決される事が多い。この問題を解決させる為に、初回手術時にRoux-Y脚を作製し、a)小腸面を膵断端に圧着させる、b)膵管-小腸吻合を行う、c)Invagination といった方法が試みられてきた。我々は、主膵管を結紮した上で、膵断端からのoozingを受け入れるルート作製すれば膵液漏は防止できると確信し、新たな術式を考案した。【術式】膵切除はメスで行い、主膵管は5-0非吸収糸で結紮。断端の小出血、分枝膵管の開口は可及的に結紮する。挙上空腸をRoux-Yで作製し、Blumgart法にて小腸切離端に密着。この膵-空腸吻合の間隙に10Frブレイクドレーンを挿入(active-IAD: active-Inter-Anastomosis Drainage)。盲端から体外に導出した対側端から低圧持続吸引を行う。【症例、結果】79歳女性。膵体尾部の局所進行膵癌に対して温熱+抗がん剤+放射線治療によりconversionされ、膵体尾部切除を行った。POD1のドレーンAmylaseは1551U/mL、POD3 144 U/mLでPOD4にドレーン抜去した。active-IADチューブからは7mL/dayの暗赤色の排液があり、そのAmylaseは3.7万U/mLであった。【結語】膵体尾部切除後の膵断端にRoux-Y挙上空腸を利用したBlumgart+ active-IAD法を行い、膵液漏を防止出来た1例を報告する。

膵体尾部切除, 膵液漏

106 膵管内に乳頭状発育を認め浸潤癌成分を伴った Intraductal tubulopapillary neoplasmの1例

筑波大学 消化器外科
下村 治, 小田竜也, 橋本真治, 山田圭一, 大城幸雄, 高野恵輔,
福永 潔, 大河内信弘

【症例】45歳女性【既往歴】特記事項なし【現病歴】3週間持続する心窩部の鈍痛を主訴に近医受診し、超音波で左上腹部に巨大な腫瘍を指摘され当院紹介となった。血液検査所見上、炎症反応、肝逸脱酵素の軽度上昇を認めたが、腫瘍マーカーは正常範囲内であった。CTでは膵と連続する長径10×8×6cm大の楕円形の腫瘍を呈し、胃を腹側に圧排し一部周囲への浸潤を疑う所見も認めた。腫瘍内出血を疑う高吸収液成分も認められた。肺門に1cm大の結節を認めたが、その他明らかな遠隔転移は否定的であった。入院後も腹痛が持続しており、画像所見からも神経内分泌腫瘍を第一に疑い、腫瘍切迫破裂の診断で準緊急手術の方針とした。【手術所見】腫瘍は広範囲に胃や周囲への炎症性癒着を伴い、一部で腫瘍が大網に覆われており、腫瘍出血を認めていた。門脈を含め脈管系への明らかな浸潤は認めなかった。年齢からも膵全摘は可能な限り回避する方針とし、膵脾を後腹膜から脱転後に膵頭部の一部を温存するように体尾部切除とした。拡張した膵管を切開すると十二指腸側に乳頭状に露出した腫瘍を引き抜くように摘出可能であった。術後に一時的にインスリンの投与を要したが、長期的には不要となった。腫瘍摘出に際し、胃の静脈系の温存が困難であり、術後に胃内容排泄遅延を認めたが、徐々に軽快し、術後経過良好にて術後35病日に退院となった。【病理所見】desmoplastic reactionに乏しい腫瘍で辺縁圧排性に増殖し、腫瘍の大部分は拡張した膵管腔内に充満するように発育していた。通常型膵癌と異なり密で間質の乏しい腺管状増殖を示し、一部に浸潤癌成分も認められWHO分類でintraductal tubulopapillary neoplasm with an associated adenocarcinomaと診断され、pT3N0pStage3であった。【考察】膵管内管状乳頭状腫瘍 (ITPN) は通常型膵癌と比較し予後が良く、Premalignant lesionsに含まれる腫瘍であるが、浸潤癌成分を含み腫瘍破裂を来した症例を経験した。適切なリンパ節郭清と術式選択が重要と考えられた。

膵管内管状乳頭状腫瘍, 膵体尾部切除