

# 日本消化器病学会関東支部第333回例会

## プログラム・抄録集

当番会長：千葉大学 総合安全衛生管理機構 教授・機構長 今 関 文 夫  
〒263-8522 千葉市稲毛区弥生町1-33  
TEL 043-290-2210/FAX 043-290-2211

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  
<http://kaiunclub.org/>

### <発表者，参加者の皆様へ>

1. 発表者は日本消化器病学会の会員に限ります。
2. 発表はすべてPCでのプレゼンテーションとなります。  
口演30分前までに，PC受付にてデータ登録・動作チェックを済ませてください。
  - 1) 会場に用意するPCのアプリケーションは，Microsoft PowerPoint 2003/2007/2010/2013となります。発表データはUSBメモリにてお持ちください。また，事前に必ず，作成したPC以外のPCでも正常に動作することを確認してください。  
※データ作成の際は，文字化けを防ぐため次の標準フォントをご使用ください。  
日本語：MSゴシック，MS Pゴシック，MS明朝，MS P明朝  
英語：Arial，Century，Century Gothic，Times New Roman  
※スライド作成時の画面サイズはXGA（1024×768）であることをご確認の上，作成してください。
  - 2) Macintosh使用，及びWindowsでも動画を含む場合は，必ずPC本体をお持込みください。データでのお持込みには対応いたしかねますのでご注意ください。なお，液晶プロジェクトへの接続は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 12：50～）
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）
11. 会場1階ロビーにAED（自動体外式除細動器）を設置しております。緊急の際はご利用ください。

# 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333回例会**  
平成27年2月28日(土)

8:00～8:05 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(食道・胃) 1～5	8:05～8:35	東原 良恵	(13)研修医Ⅰ(胃・腸) 57～60	8:05～8:29	久保田祐太郎	
(2)専修医Ⅱ(胃・十二指腸) 6～10	8:35～9:05	大久保政雄	(14)研修医Ⅱ(大腸) 61～64	8:29～8:53	大森 鉄平	
(3)専修医Ⅲ(小腸・大腸) 11～15	9:05～9:35	齋藤 大祐	(15)研修医Ⅲ(大腸・その他) 65～68	8:53～9:17	亀崎 秀宏	
(4)専修医Ⅳ(大腸) 16～20	9:35～10:05	玉井 尚人	9:17～9:22	休憩		
10:05～10:10	休憩		(16)研修医Ⅳ(肝1) 69～72	9:22～9:46	鈴木 祥子	
(5)専修医Ⅴ(肝1) 21～25	10:10～10:40	三神信太郎	(17)研修医Ⅴ(肝2) 73～76	9:46～10:10	大部 誠道	
(6)専修医Ⅵ(肝2) 26～30	10:40～11:10	重福 隆太	(18)研修医Ⅵ(肝3) 77～80	10:10～10:34	平山 剛	
(7)専修医Ⅶ(肝3) 31～35	11:10～11:40	中本 晋吾	(19)研修医Ⅶ(胆・膵) 81～84	10:34～10:58	中村 和貴	
			(20)専修医Ⅷ(胆・膵) 85～90	10:58～11:34	小林 照宗	
			12:00～12:30	評議員会		
12:05～12:50 ランチオンセミナー(第1会場)						
<b>新規糖鎖マーカー WFA<sup>+</sup>-M2BP値はC型肝炎の肝発癌リスクを予測する</b>						
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 山崎 一美 先生						
司会 千葉大学大学院医学研究院 消化器・腎臓内科学 横須賀 収 先生						
共催: シスメックス株式会社						
12:50～13:05 専修医・研修医奨励賞表彰式(第1会場)						
13:05～14:00 特別講演(第1会場)						
<b>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</b>						
地方独立行政法人山梨県立病院機構 理事長 小俣 政男 先生						
司会 千葉大学 総合安全衛生管理機構 今関 文夫						
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	
(8)食道・胃 36～39	14:05～14:29	峯村 荘子	(21)肝1 91～95	14:05～14:35	中澤 学	
(9)胃・十二指腸 40～44	14:29～14:59	芝田 渉	(22)肝2 96～100	14:35～15:05	高野 重紹	
(10)小腸・大腸 45～48	14:59～15:23	吉松 安嗣	(23)胆・膵 101～104	15:05～15:29	齋藤 博文	
(11)大腸 49～52	15:23～15:47	宮内 英聡	(24)胆・膵・その他 105～108	15:29～15:47	金田 暁	
(12)大腸・その他 53～56	15:47～16:11	渡辺 孝治				
16:11～16:16 閉会の辞(第1会場)						
16:25～17:55 第8回専門医セミナー(第1会場)★日本消化器病学会3単位取得できます						
<b>「肝・大腸症例検討」</b>						
1. 肝症例			千葉大学医学部附属病院 消化器内科	新井 誠人		
2. 大腸症例			千葉大学医学部附属病院 消化器内科	中川 倫夫		

専修医・研修医セッションの発表者あるいは同施設の方は、奨励賞表彰式に出席してください。  
(第1会場 12:50～)

特 別 講 演 (第1会場 13:05~14:00)

# 「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」

地方独立行政法人山梨県立病院機構 理事長 小俣 政男 先生  
司会 千葉大学 総合安全衛生管理機構 今関 文夫

……演者の先生ご紹介……

小俣 政男 先生

地方独立行政法人山梨県立病院機構  
(県立中央病院、県立北病院)  
理事長

昭和45年に千葉大を卒業後、米国6年、千葉大16年、東大18年、そして山梨に6年。その間、肝臓、消化器病を中心とした診療・研究・教育を行ってきた。アジア肝臓学会(APASL)を五千人超の学会にする下支えをし、Hepatology、Gastroenterologyに計111編、臨床を中心とした論文を発表した。

振り返ると、過去二十年は、癌早期診断、早期治療が最大の眼目で、それが成し遂げられた。

しかしながら、山梨に来て感じるのは、藁をも掴む進行癌の患者さんの集団である。

C型肝炎は、核酸アナログの出現によって完治に導かれた。それは、9000の塩基配列の研究から生み出された。今回の発表では、人間の三十億の遺伝子異常を解明することによって、藁をも掴む患者さんをいかに救い得るかという、当院のGAC (Genome Analysis Center) のデータをもとに発表を行いたい。

ランチオンセミナー (第1会場 12:05~12:50)

# 「新規糖鎖マーカー WFA<sup>+</sup>-M2BP値は C型肝炎の肝発癌リスクを予測する」

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 山崎 一美 先生

司会 千葉大学大学院医学研究院 消化器・腎臓内科学 横須賀 収 先生

共催：シスメックス株式会社

……演者の先生ご紹介……

山崎 一美 先生

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 臨床疫学研究室長

## 学歴・職歴

1990年 自治医科大学卒業  
1990年 国立長崎中央病院 (現 国立病院長崎医療センター) 初期研修  
1992年 上五島病院内科勤務 (五島列島)  
1995年 国立長崎中央病院・臨床研究部  
1997年 小値賀診療所勤務 (五島列島)  
1998年 上五島病院医局長 (五島列島)  
2005年 奈良尾病院院長 (五島列島)  
2012年 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  
臨床疫学研究室長

## 所属学会

肝臓学会、消化器病学会、病院総合診療医学会 (評議員)

## 賞

平成21年度へき地医療貢献者表彰 (全国自治体病院開設者協議会)

## 第8回専門医セミナー

(第1会場 16:25~17:55)

# 「肝・大腸症例検討」

## 1. 肝症例

演者 千葉大学医学部附属病院 消化器内科 新井 誠人  
司会 日本大学医学部 消化器・肝臓内科 松岡 俊一 先生

コメンテーター

群馬大学大学院医学系研究科 病態制御内科学 柿崎 暁 先生  
千葉大学大学院医学研究院 消化器・腎臓内科学 神田 達郎

## 2. 大腸症例

演者 千葉大学医学部附属病院 消化器内科 中川 倫夫  
司会 東邦大学医療センター佐倉病院内科 消化器内科学分野 竹内 健 先生

コメンテーター

東京慈恵会医科大学附属病院 消化器・肝臓内科 猿田 雅之 先生  
埼玉医科大学総合医療センター 消化器・肝臓内科 加藤 真吾 先生

肝症例/大腸症例 病理コメンテーター

千葉大学大学院医学研究院 診断病理学 中谷 行雄

## 第1会場（午前の部）

8:00~8:05

—開会の辞—

—評価者—

東京医科歯科大学医学部	消化器内科	長堀 正和
日本大学医学部内科学系	消化器肝臓内科学分野	原澤 尚登
千葉大学大学院医学研究院	消化器・腎臓内科学	丸山 紀史

(1) 専修医 I (食道・胃) 8:05~8:35 座長 順天堂大学 消化器内科 東原 良恵

1. PPI 抵抗性 GERD に対する半夏瀉心湯の有効性の検討

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

2. 家庭用洗剤誤飲による急性消化管粘膜障害の1例

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

3. ステロイド治療中に上部消化管病変を呈した Henoch Schönlein Purpura の1例

東京慈恵会医科大学 葛飾医療センター ○堀内 宏倫, 林 依里, 加藤 雅之, 板垣 宗徳  
永野 智久, 河原 洋輔, 阿部 孝広, 相澤 良夫  
東京慈恵会医科大学 葛飾医療センター  
東京慈恵会医科大学附属病院 田尻 久雄

4. 高度食道狭窄の一例

JA とりで総合医療センター ○小原 淳, 河村 貴広, 古谷 晴子, 藤木 純子  
三浦 夏希, 永井 瑞紀

5. ピロリ菌除菌と逆流性食道炎の増悪の検討

亀田総合病院 消化器内科 ○神田 圭輔, 森主 達夫, 平田 信人, 中路 聡  
平井 満, 小林 正佳, 白鳥 俊康, 鈴木 健一  
奥村 直己, 山内 健司, 吉村 茂修, 眞川 昌大  
山本 紘輝, 横山 雄也

(2) 専修医 II (胃・十二指腸) 8:35~9:05 座長 東京通信病院 消化器内科 大久保 政雄

6. Epstein-Barr Virus (EBV) 関連多発胃癌の一例

帝京大学医学部 内科 ○青柳 仁, 岡村 喬之, 川島 悠, 木村 聡  
安達 運, 三浦幸太郎, 磯野 朱里, 江波戸直久  
三浦 亮, 阿部浩一郎, 有住 俊彦, 相磯 光彦  
山本 貴嗣, 高森 頼雪, 喜多 宏人, 田中 篤  
久山 泰, 滝川 一  
同 病院病理 森田 茂樹, 近藤 福雄

7. *Helicobacter pylori* 除菌治療によって生じた小腸 angioedema の1例

東京女子医科大学 消化器内科 ○伊藤 泰斗, 山本 果奈, 小西 洋之, 山本 浩隆  
原 敏文, 味原 隆大, 大森 鉄平, 高山 敬子  
岸野真衣子, 白鳥 敬子

同 消化器内科  
同 内視鏡科 中村 真一

8. 当院における *Helicobacter pylori* 除菌療法の現況

東京女子医科大学東医療センター ○マーシャル祥子, 大野 秀樹, 岡部ゆう子, 入村 峰世  
高橋 彩, 木村 綾子, 斉藤 寿仁

9. タール便を契機に発見された、出血性胃潰瘍を形成した胃アニサキス症の一例

東金九十九里地域医療センター 東千葉メディカルセンター 消化器内科 ○石川賢太郎, 大山 広, 石原 武  
同 内科 亀崎 秀宏

10. 十二指腸乳頭部腫瘤を契機に再発が確認された非ホジキンリンパ腫の一例

佐野厚生総合病院 ○吉田 康祐, 福原誠一郎, 白石 貴久, 小林 真介  
上岡 直史, 吉野 雄大, 寺元 研, 東澤 俊彦  
岡村 幸重

(3) 専修医Ⅲ(小腸・大腸) 9:05~9:35 座長 杏林大学医学部 第三内科 齋藤 大祐

11. サイトメガロウイルス初感染により、伝染性単核球症、サイトメガロウイルス腸炎を発症した潰瘍性大腸炎患者の一例

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

同 総合診療部 山田 高広, 平本 淳

12. ARDSによる急速な転帰をたどった特発性巨大結腸症の一例

東邦大学医療センター大森病院 消化器センター内科 ○渡辺 浩二, 小野 真史, 山本 慶朗, 中野 茂  
佐藤 真司, 大塚 隆文, 熊倉 有里, 鳥羽 崇仁  
土方 一範, 乾山 光子, 馬越 智子, 五十嵐良典  
住野 泰清

13. 慢性関節リウマチ加療中に発症した偽膜性腸炎の一例

東京慈恵会医科大学葛飾医療センター 消化器肝臓内科 ○鈴木 静香, 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

14. 下部消化管内視鏡、3 DCTangio で回腸末端の出血源を同定し、動脈塞栓術で止血しえた回腸末端 Deulafoy's vascular malformation の1例

横須賀市立市民病院 消化器内科 ○諸井 厚樹, 有馬 功, 中山 沙映, 山形 寿文  
小松 和人

15. Streptococcus constellatus による菌血症を契機に診断された進行大腸癌の一例

獨協医科大学病院 消化器内科 ○井澤 直哉, 室久 俊光, 水口 貴仁, 有阪 高洋  
金子 仁人, 坪内美佐子, 土田知恵子, 小池 健郎  
笹井 貴子, 平石 秀幸

(4) 専修医Ⅳ(大腸) 9:35~10:05 座長 東京慈恵会医科大学 内視鏡科 玉井尚人

16. 最近経験した虫垂癌の2例

災害医療センター ○須田 寛士, 末松 友樹, 平塚美由起, 高橋 深幸  
齋藤 洋之, 真崎 純一, 大森 敬太, 石橋 雄次  
若林 和彦, 伊藤 豊

17. FOLFIRIにて間質性肺炎を発症した切除不能進行再発大腸癌に対してパニツムマブが奏功した一例

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

18. 感染性心内膜炎を合併した直腸癌の一例

東京都立広尾病院 消化器内科 ○鈴木 亮士, 城野 文武, 秋本 恵子, 三澤 昇  
石川裕太郎, 新倉 利啓, 藤井 徹朗, 北條裕美子  
同 内視鏡科 小山 茂

19. 再発腸重積を契機に外科切除された大腸リンパ管腫の1例

東京医科大学病院 消化器内科  
秋田厚生連 由利組合総合病院 消化器内科 ○山本健治郎, 後藤田卓志  
東京医科大学病院 消化器内科 河野 真, 草野 央, 糸井 隆夫, 森安 史典

20. 経肛門的に切除し得た直腸神経鞘腫の1例

東京女子医科大学病院 消化器外科 ○伊藤 俊一, 大木 岳志, 井上 雄志, 上小鶴弘孝  
中川 了輔, 山本 雅一

(5) 専修医Ⅴ(肝1) 10:10~10:40 座長 独立行政法人国立国際医療研究センター病院 消化器内科 三神信太郎

21. R-CHOP療法から3年8ヶ月後にHBV再活性化をきたした悪性リンパ腫の一例

東海大学医学部付属病院 消化器内科 ○川西 彩, 荒瀬 吉孝, 広瀬 俊治, 加川 建弘  
峯 徹哉

22. C型肝硬変に対するリバビリン、インターフェロン併用療法著効12年後に発症した肝細胞癌の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

23. 全身性強皮症、原発性胆汁性肝硬変の経過中に肝腫瘍を認め、肝生検でMALTリンパ腫と診断した1例

公立学校共済組合 関東中央病院 ○大山 博生  
東京大学医学部附属病院 藤原 直人, 中川 勇人, 建石 良介, 中込 良  
近藤真由子, 南 達也, 佐藤 雅哉, 内野 康志  
近藤 祐嗣, 浅岡 良成, 田中 康雄, 小池 和彦

24. 術前診断が困難であった肝硬化性血管腫の1切除例

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

25. Mikulicz 病で発症した自己免疫性膵炎の維持療法中に出現し、自然消退した肝炎性偽腫瘍の1例

横浜市立大学医学部 肝胆膵消化器病学 ○長谷川 翔, 藤田 祐司, 関野 雄典, 細野 邦広  
藤澤 信隆, 中島 淳, 窪田 賢輔

(6) 専修医Ⅵ(肝2) 10:40~11:10 座長 聖マリアンナ医科大学 消化器・肝臓内科 重 福 隆 太

26. 保存的に治癒しえたガス産生肝膿瘍の腹腔内穿破例

国立国際医療研究センター病院 消化器内科 ○島田 高幸, 三神信太郎, 木平 英里, 藤澤真理子  
青木 智則, 小島 康志, 秋山 純一, 柳瀬 幹雄

27. インスリン抵抗性は非 B 非 C 肝細胞癌治療後の増悪に関連する

千葉大学医学部附属病院 消化器内科 ○神崎 洋彰, 千葉 哲博, 鈴木英一郎, 大岡 美彦  
小笠原定久, 太和田暁之, 叶川 直哉, 齋藤 朋子  
横須賀 收

28. 脾腫瘍切除後9年に発生し診断に苦慮した肝腫瘍の一例

横浜労災病院 消化器内科 ○梅村 隆輔, 永畷 裕樹, 野上 麻子, 石井 研  
佐藤 晋二, 廣谷あかね, 池田 良輔, 小宮 靖彦  
江塚 明子, 高野 幸司, 酒井 英嗣, 川名 憲一  
永瀬 肇  
同 顎口腔病理診断科 長谷川直樹  
同 病理診断科 角田 幸雄

29. Daclatasvir・Asunaprevir 併用療法中に肝予備能低下、腎機能低下および皮疹を認めた1例

群馬大学大学院医学系研究科 病態制御内科学 ○須賀 孝慶, 佐藤 賢, 大山 達也, 堀口 昇男  
山崎 勇一, 柿崎 暁, 山田 正信

30. インドから帰国後に急性肝不全と大量血便を来した一例

筑波大学附属病院 消化器内科 ○瀬山 侑亮, 福田 邦明, 戒能 賢太, 小玉 夏美  
寺崎 正彦, 田島 大樹, 今西真実子, 江南ちあき  
遠藤 壮登, 長谷川直之, 石毛 和紀, 奈良坂俊明  
金子 剛, 山田 武, 山本 祥之, 遠藤 慎治  
森脇 俊和, 安部井誠人, 溝上 裕士, 兵頭一之介

(7) 専修医Ⅶ(肝3) 11:10~11:40 座長 千葉大学大学院医学研究院 分子ウイルス学 中本晋吾

31. 診断が困難であったC型非代償性肝硬変に合併した特発性細菌性胸膜炎の1剖検例

公立昭和病院 内視鏡科 ○池崎 修, 武田 雄一  
同 消化器内科 田代 祥博, 田村 皓子, 平昭 衣梨, 矢内 真人  
柴田 勇, 山地 統, 浦牛原幸治, 小野 圭一  
小島 茂, 野内 俊彦  
同 病理診断科 清水誠一郎  
杏林大学 第三内科 太田 博崇, 川村 直弘, 高橋 信一

32. 敗血症性肺塞栓症を伴ったKlebsiellaPneumoniaeによる気腫性肝膿瘍の一例

昭和大学藤が丘病院 消化器内科 ○林 将史, 高野 祐一, 東畑美幸子, 鈴木 伶佳  
花村祥太郎, 阿曾沼邦央, 山村 詠一, 長浜 正亞  
井上 和明, 高橋 寛

33. Budd-Chiari 症候群に対し Percutaneous transluminal angioplasty (PTA) を施行した1例

東京慈恵会医科大学 内科学講座 消化器・肝臓内科 ○山口 るり, 石田 仁也, 天野 克之, 上竹慎一郎  
有廣 誠二, 穂苅 厚史, 石川 智久, 田尻 久雄  
同 放射線医学講座 三間 康之, 蘆田 浩一, 成田 賢一  
東京慈恵会医科大学葛飾医療センター消化器・肝臓内科 富田 陽一, 杉田 知典

34. 妊娠中に胆管炎を発症した先天性胆道拡張症の一例

武蔵野赤十字病院 消化器科 ○樋口 麻友, 細川 貴範, 権藤 興一, 高田ひとみ  
中岫奈津子, 松田 秀哉, 浅野 侑, 玉城 信治  
鈴木 祥子, 安井 豊, 中西 裕之, 土谷 薫  
板倉 潤, 黒崎 雅之, 泉 並木  
同 外科 高松 督

35. 高度食道狭窄に併発し治療適応の判断に苦慮した孤立性胃静脈瘤出血の一例

国保旭中央病院 消化器内科 ○大木 大輔, 嶋田 太郎, 井出健太郎, 糸林 詠  
石川 景子, 金山 健剛, 鈴木 彬実, 永島 一憲  
三浦 裕子, 熱田 直己, 生津 圭祐, 高科 亜弓  
片桐 智子, 宮川 明祐, 西川 貴雄, 窪田 学  
中村 朗, 紫村 治久, 志村 謙次

13:05~14:00

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

地方独立行政法人山梨県立病院機構 理事長 小俣 政男 先生

司会 千葉大学総合安全衛生管理機構 今関 文夫

(8) 食道・胃 14:05~14:29

座長 千葉大学医学部 消化器内科 峯 村 荘 子

36. 食道内分泌細胞癌の一例

横須賀共済病院 ○森川 亮, 大坪 加奈, 三好 正人, 石井 玲子  
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, 渡辺 秀樹  
新井 勝春, 鈴木 秀明, 小林 史枝, 池田 隆明

37. サンポール<sup>®</sup>服用後に幽門狭窄を来した1例

東京都立松沢病院 内科 ○剛崎 有加, 長尾 知子  
同 外科 多田 雅典  
健康長寿医療センター 病理診断科 新井 富生  
東京都立大塚病院 内科 江川 直人

38. 当院 H. pylori 外来における除菌療法の現状 - 適応拡大前後の比較 -

国立国際医療研究センター 消化器内科 ○大久保栄高, 小早川雅男, 秋山 純一, 横井 千寿  
永田 尚義, 櫻井 俊之, 渡辺 一弘, 岡原 昂輝  
島田 高幸, 高崎 祐介, 木平 英里, 張 萌琳  
畑 昌宏, 守安 志織, 久田 裕也, 城間 翔

39. 食道裂孔ヘルニアによる成人胃軸捻転症の1例

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

(9) 胃・十二指腸 14:29~14:59 座長 横浜市立大学医学部 消化器内科 芝田 渉

40. ESD 後に生じた腹腔内膿瘍に対して、内視鏡超音波下に穿刺ドレナージした1例

茅ヶ崎市立病院 消化器内科 ○内山 崇, 栗山 仁, 岩瀬 麻衣, 岩崎 綾  
鈴木 章浩, 内田 苗利, 谷口 礼央, 村田 依子  
秦 康夫

41. 慢性骨髄性白血病に対するダサチニブにより生じたと考えられた出血性十二指腸潰瘍の一例

独立行政法人 労働者健康福祉機構 東京労災病院 消化器内科 ○武田 悠希, 小山 洋平, 朝井 靖二, 團 宣博  
植木 紳夫, 平野 直樹, 伊藤 謙, 大場 信之  
西中川秀太, 児島 辰也

42. 低分化腺癌との鑑別に苦慮した胃原発神経内分泌癌の一例

獨協医科大学越谷病院 消化器内科 ○徳富 治彦, 中元 明裕, 林 憲和, 大浦 亮祐  
市川 光沙, 小堀 郁博, 片山 裕視, 玉野 正也  
同 病理診断科 上田 善彦

43. 縦隔気腫を合併した十二指腸潰瘍穿孔の1例

東海大学 消化器外科 ○吉井 久倫, 古川 大輔, 岡田 和丈, 益子 太郎  
大宜見 崇, 中郡 聡夫, 小澤 壯治, 貞廣荘太郎  
安田 聖栄

44. 切除不能胃癌に対する化学療法施行後に根治切除が可能であった一例

順天堂大学医学部附属練馬病院 ○秋本 瑛吾, 児島 邦明, 北畠 俊顕, 町田 理夫  
渡野邊郁雄, 小坂泰二郎, 宮野 省三, 大森 聡  
川野 文裕, 藤田 翔平, 雨宮 浩太, 伊藤 謙  
関根 悠貴, 春山優理恵

(10) 小腸・大腸 14:59~15:23 座長 東邦大学医療センター佐倉病院 消化器内科 吉松 安嗣

45. 診断に苦慮した空腸狭窄の1例

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

46. 健常な空腸より摘出した放射線性腸炎に合併した梅の種子による食餌性イレウスの1例

横浜新緑総合病院 消化器センター ○大塚 亮, 斉藤 元伸, 平山 亮一, 高野 裕  
片岡 涼子, 福田慎一郎, 田内 優, 藤田 力也

47. Behçet 病の腸管病変にサイトメガロウイルス感染が合併した1例

JCHO 横浜保土ヶ谷中央病院 内科 ○井出野奈緒美, 内藤 実, 天野 仁至, 桑島 拓史  
河合 恵美, 川井 孝子

48. メロキシカムによる大腸潰瘍の一例

JA とりで総合医療センター ○河村 貴広, 小原 淳, 永井 瑞紀, 三浦 夏希  
藤木 純子, 古谷 晴子, 稲留 征典

(11) 大腸 15:23~15:47 座長 千葉大学医学部 食道胃腸外科 宮内 英 聡

49. Crohn 病の経過中に生じ腰椎麻酔下生検で診断し得た肛門管癌の 1 例

自治医科大学 消化器・一般外科 ○中尾 祐樹, 森本 光昭, 井上 賢之, 清水徹一郎  
巷野 佳彦, 田原真紀子, 直井 大志, 佐田友 藍  
森 和亮, 伊藤 誉, 鯉沼 広治, 堀江 久永  
佐田 尚宏, 安田 是和  
同 内科学講座消化器内科学部門 矢野 智則, 山本 博徳

50. 4 型浸潤増殖様式をとった大腸高分化腺癌の 1 例

国保直営総合病院君津中央病院 消化器内科 ○内藤 裕史, 畦元 亮作, 泉水美有紀, 菅原 徳瑛  
今井 雄史, 稲垣 千晶, 高橋 幸治, 西尾 匡史  
矢挽 眞士, 石井 清文, 藤本 竜也, 大部 誠道  
吉田 有, 藤森 基次, 駒 嘉宏, 鈴木 紀彰  
福山 悦男  
同 病理診断科 井上 泰

51. 異物誤飲による S 状結腸穿孔、穿通を来した 2 例

獨協医科大学 日光医療センター 消化器内科 ○陣内 秀仁, 前田 光徳, 中野 正和, 竹中 一央  
同 外科 宮地 和人  
獨協学園 寺野 彰  
獨協医科大学 消化器内科 平石 秀幸

52. 消化管悪性リンパ腫の診断に共焦点内視鏡が有用であった一例

NTT 東日本関東病院 消化器内科 ○瀧田麻衣子, 大圃 研, 野中 康一, 田島 知明  
港 洋平, 松山 恭士, 松橋 信行

(12) 大腸・その他 15:47~16:11 座長 水戸済生会総合病院 消化器内科 渡辺 孝 治

53. 当院でのレゴラフェニブの使用経験

慶應義塾大学病院 ○田島 佑樹, 鶴田 雅士, 長谷川博俊, 岡林 剛史  
浅田 祐介, 杉浦 清昭, 鈴木 佳透, 中太 淳平  
北川 雄光

54. 上行結腸憩室出血に対しシングルバルーン内視鏡およびオーバーチューブを用いてバリウム充填を行った 1 例

東京医科大学 消化器内科 ○古賀 幹教, 後藤田卓志, 草野 央, 佐藤 丈征  
鈴木 翔, 八木 健二, 辻 雄一郎, 植松 淳一  
山内 芳也, 森安 史典  
東京医科大学病院 内視鏡センター 福澤 誠克, 桑田 直子

55. 肛門管扁平上皮内癌に対して ESD を施行した 1 例

東京都立多摩総合医療センター 内視鏡科 ○竹縄 寛  
同 消化器内科 佐藤 優美, 戸田 晶子, 大川 修, 四宮 航  
中谷 行宏, 細谷 明德, 脇岡 悠子, 吉野 耕平  
堀家 英之, 唐鎌 優子, 並木 伸, 小倉 祐紀  
同 緩和ケア科 芝 祐信

56. 腹痛をきたした中年女性のSAMの1例

千葉市立海浜病院 ○薄井 正俊, 野本 裕正, 高城 秀幸, 太和田勝之  
齋藤 博文, 北 和彦

## 第2会場（午前の部）

### — 評価者 —

東海大学医学部内科学系	消化器内科学	五十嵐宗喜
帝京大学医学部	内科	高森 頼雪
慶應義塾大学医学部内視鏡センター		長沼 誠

(13) 研修医Ⅰ（胃・腸） 8:05～8:29 座長 昭和大学医学部内科学講座 消化器内科学部門・腫瘍内科学部門 久保田 祐太郎

57. CPT-11/CDDP が奏功した胃小細胞癌の1例

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

58. 胃癌に対する胃全摘術後の再発による経口摂取困難に対し、繰り返しステント留置を行い良好なQOLを得られた1症例

独立行政法人 国立国際医療研究センター病院 ○山田紗依子, 新里 陽, 山田 玲央, 寺田百合子  
望月 理玄, 三宅 大, 山田 和彦, 徳原 真  
枝元 良広, 安田 秀光, 山澤 邦宏, 橋本 政典  
矢野 秀朗

59. 小腸アニサキス症による小腸穿通の一例

茅ヶ崎市立病院 初期臨床研修医 ○沼田 恵美  
同 消化器内科 岩瀬 麻衣, 岩崎 綾, 鈴木 章浩, 内田 苗莉  
谷口 礼央, 内山 崇, 村田 依子, 栗山 仁  
秦 康夫  
同 一般・消化器外科 福井 梨沙, 桐谷 翔, 工藤 昌良, 秀野 泰隆  
竹上 智浩, 新海 宏, 小林 一博

60. 潰瘍性大腸炎に自己免疫性膵炎の合併が疑われた1例

北里大学病院 消化器内科 ○朱膳寺典子, 川岸 加奈, 横山 薫, 大友 勇樹  
大岡 正平, 佐田 美和, 小泉和二郎  
北里大学医学部新世紀医療センター 小林 清典

(14) 研修医Ⅱ（大腸） 8:29～8:53 座長 東京女子医科大学 消化器内科 大森 鉄平

61. 潰瘍性大腸炎に肺血栓塞栓症を合併した一例

東京医科歯科大学医学部附属病院 消化器内科 ○杉本 京子, 勝倉 暢洋, 藤井 俊光, 斎藤 詠子  
松岡 克善, 水谷 知裕, 藤田めぐみ, 岡田英里子  
土屋輝一郎, 柿沼 晴, 岡本 隆一, 東 正新  
大岡 真也, 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

62. 腹腔鏡下手術を行った直腸 GIST の 1 例  
 東京北医療センター ○震明あすか, 天野 正弘, 桑原 明菜, 桑原 悠一  
 岡村 淳, 頼木 領, 細井 則人, 首藤 介伸  
 住永 佳久
63. 急性出血性直腸潰瘍に似た発症様式を示したサイトメガロウイルス直腸炎の一例  
 横浜市立みなと赤十字病院 消化器内科 ○三井 智広, 金城 美幸, 永山 和宜, 安田 圭吾  
 渡辺 翔, 浅川 剛人, 高浦 健太, 鈴木雄一郎  
 小橋健一郎, 池宮城秀和, 深見 裕一, 先田 信哉  
 有村 明彦  
 東京医科歯科大学大学院 消化器病態学 渡辺 守  
 横浜市立みなと赤十字病院 病理部 熊谷 二郎
64. S 状結腸憩室穿孔後に形成された膿瘍が, 穿孔部からの自然排膿により著明に縮小した一例  
 草加市立病院 消化器内科 ○小野 浩弥, 青沼 映美, 末松 聡史, 鎌田 和明  
 山本 満千, 吉田 玲子, 矢内 常人  
 同 外科 小野 千尋
- (15) 研修医Ⅲ(大腸・その他) 8:53~9:17 座長 東金九十九里地域医療センター 東千葉メディカルセンター 内科 亀崎 秀宏
65. 大腸異物により腹膜炎、イレウスを併発し、内視鏡的異物摘出が有効であった一例  
 東京歯科大学市川総合病院 ○坂口 朝美, 木村佳代子, 荒畑 恭子, 伊藤 麻子  
 財部紗基子, 貝田 将郷, 岸川 浩, 西田 次郎
66. 尿道瘻と複雑痔瘻を合併したクローン病の一例  
 横浜市立市民病院 炎症性腸疾患科 ○小形亜也子, 小金井一隆, 辰巳 健志, 二木 了  
 黒木 博介, 杉田 昭
67. 分節性動脈中膜融解が原因として考えられた腹腔内出血の 1 例  
 杏林大学医学部付属病院 消化器・一般外科 ○吉岡 卓, 橋本 佳和, 阿部 展次, 吉本 恵里  
 麻生 喜祥, 大木亜津子, 竹内 弘久, 長尾 玄  
 鈴木 裕, 松岡 弘芳, 正木 忠彦, 森 俊幸  
 杉山 政則
68. 直腸肛門部悪性黒色腫の 1 例  
 自治医科大学 消化器一般外科 ○鈴木 知生, 伊藤 誉, 森本 光昭, 鯉沼 広治  
 宮倉 安幸, 佐田 尚宏, 安田 是和
- (16) 研修医Ⅳ(肝 1) 9:22~9:46 座長 武蔵野赤十字病院 消化器科 鈴木 祥子
69. 自己免疫性肝炎合併 C 型慢性肝炎に対してダクラタスビル+アスナプレビル治療中に DIC を発症した 1 症例  
 国際医療福祉大学病院 消化器内科 ○北濱圭一郎, 田邊 裕貴, 安藤 勝祥, 佐藤 貴一  
 一石英一郎  
 同 外科 屋代 祥子  
 同 病理部 黒田 一

70. 結節性再生性過形成及び食道静脈瘤を合併した混合性結合組織病の1例

国立病院機構 高崎総合医療センター 消化器内科 ○早野 駿佑, 長沼 篤, 岡野 祐大, 鈴木 悠平  
椎名 啓介, 吉田はるか, 林 絵理, 上原 早苗  
星野 崇, 宮前 直美, 工藤 智洋, 石原 弘  
同 病理診断科 小川 晃  
群馬大学大学院医学系研究科 病態制御内科 佐藤 賢, 柿崎 暁, 山田 正信

71. 同時性早期胃癌を併発し、診断に苦慮した肝内分泌細胞癌の1例

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

72. 自然退縮を2回繰り返した後切除した肝細胞癌の一例

東京都立墨東病院 外科 ○永田 啓人, 脊山 泰治, 谷 圭吾, 稲田健太郎  
和田 郁雄, 真栄城 剛, 宮本 幸雄, 梅北 信孝  
同 検査科 蔵 雅大, 谷澤 徹  
同 放射線科 高橋 正道, 松岡勇二郎  
同 内科 藤木 和彦

(17) 研修医Ⅴ(肝2) 9:46~10:10

座長 君津中央病院 消化器内科 大部 誠道

73. 若年男性の巨大肝腫瘍に対する1切除例

横須賀共済病院 ○北嶋 達也, 野尻 和典, 山田 淳貴, 川村 祐介  
矢後 彰一, 遠藤 千穂, 小暮 悠, 菊地祐太郎  
山口 直孝, 渡邊 純, 盛田 知幸, 茂垣 雅俊  
舩井 秀宣, 長堀 薫, 津浦 幸夫

74. インフリキシマブ(IFX)投与中のベーチェット病に発症した自己免疫性肝炎の一例

北里研究所病院 消化器内科 ○高橋 純子, 清水 清香, 梅田 智子, 小林 拓  
中野 雅, 樋口 肇, 常松 令, 芹澤 宏  
渡辺 憲明, 土本 寛二  
同 眼科 安藤 靖恭  
同 病理診断科 森永正二郎

75. ダクラタスビルとアスナプレビルによるC型慢性肝疾患の治療中に高度の肝機能障害を呈した2例

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

76. 食道静脈瘤を伴う肝硬変に合併した上腸間膜静脈血栓症に対しダナパロイドナトリウムが奏効した1例

東京通信病院 消化器科 ○赤司 純, 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 放射線科 鈴木 丈夫

(18) 研修医Ⅵ(肝3) 10:10~10:34 座長 東京医科大学茨城医療センター 消化器内科 平山 剛

77. 精巢絨毛癌による甲状腺機能亢進症と胆汁うっ滞型肝障害の1例

群馬大学医学部附属病院 病態制御内科 ○村上 立真, 山崎 勇一, 大山 達也, 堀口 昇男  
下山 康之, 佐藤 賢, 柿崎 暁, 草野 元康  
山田 正信

78. 早期胃癌の診断契機となった *Streptococcus intermedius* による化膿性肝膿瘍の1例 -*Streptococcus* と肝膿瘍、胃癌の関連性-

聖マリアンナ医科大学 臨床研修センター ○藤川 真世  
同 消化器肝臓内科 重福 隆太, 田村 知大, 野口 陽平, 服部 伸洋  
小澤俊一郎, 松尾 康正, 池田 裕喜, 松永光太郎  
松本 伸行, 奥瀬 千晃, 鈴木 通博, 伊東 文生

79. CTにて Rendu-Osler-Weber 病が疑われた1例

相模原協同病院 消化器病センター ○新村 智己, 中目 哲平, 上原 一帆, 矢野 貴史  
迎 美幸, 村田 東, 石黒 康浩, 荒木 正雄  
河野 悟

80. 長期生存が得られている、下大静脈内腫瘍栓を有する巨大肝細胞癌の1例

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 ○後明晃由美, 兼田 裕司, 渡部 文昭, 柿澤 奈緒  
齊藤 正昭, 辻仲 眞康, 高田 理, 宮倉 安幸  
清崎 浩一, 野田 弘志, 力山 敏樹

(19) 研修医Ⅶ(胆・脾) 10:34~10:58 座長 千葉県がんセンター 消化器内科 中村 和貴

81. 胆嚢癌化学療法中の胆嚢穿孔に対し内科的集学治療が奏功した1例

君津中央病院 消化器内科 ○橋本 啓代, 矢挽 眞士, 畦元 亮作, 菅原 徳瑛  
泉水美有紀, 今井 雄史, 西尾 匡史, 高橋 幸治  
稲垣 千晶, 内藤 裕史, 石井 清文, 藤本 竜也  
大部 誠道, 藤森 基次, 吉田 有, 駒 嘉宏  
鈴木 紀彰, 福山 悦男

82. 進行膀胱癌および大腸癌の重複癌に対し Gemcitabine, S-1 が有効であった1例

東京慈恵会医科大学第三病院 消化器・肝臓内科 ○小山 能徹, 田中 賢, 木下 晃吉, 上田 薫  
今井 那美, 岩久 章, 小林 剛, 小林 裕彦  
伏谷 直, 坂部 俊一, 木島 洋征, 小野田 泰  
宮川 佳成, 小池 和彦, 西野 博一

83. 原発性副甲状腺機能亢進症に合併した急性膵炎の1例

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

84. 腹痛を契機に発見された膵原発リンパ上皮嚢胞の一例

水戸済生会総合病院 消化器内科 ○中川 明香, 鹿志村純也, 浅野康治郎, 飯野陽太郎  
中村 琢也, 大川原 健, 渡辺 孝治, 柏村 浩  
仁平 武

---

(20) 専修医Ⅷ(胆・膵・その他) 10:58~11:34 座長 船橋市立医療センター 消化器内科 小林 照宗

85. 十二指腸ステント留置後に急性膵炎を来した下部胆管印環細胞癌十二指腸浸潤の1剖検例

大森赤十字病院 ○須藤 拓馬, 栗原 大典, 芦荻 圭一, 河野 直哉  
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

86. 腹腔鏡にて確定診断し得た先天性胆嚢欠損症の1例

日本医科大学 消化器外科 ○増田 寛喜, 水口 義昭, 真々田裕宏, 有馬 保生  
中村 慶春, 清水 哲也, 神田 知洋, 谷合 信彦  
吉岡 正人, 松下 晃, 勝野 暁, 住吉 宏樹  
高田 英志, 内田 英二

87. 5年の経過観察中に増大傾向となり、手術によりIPNBの診断が得られた一例

千葉県がんセンター 消化器内科 ○南金山理乃, 杉田 統, 新井 裕之, 喜多絵美里  
北川 善康, 辻本 彰子, 中村 奈海, 相馬 寧  
須藤研太郎, 中村 和貴, 傳田 忠道, 山口 武人  
同 内視鏡科 原 太郎, 鈴木 拓人  
同 臨床治験推進部 三梨 桂子, 廣中 秀一

88. 診断に難渋しBetamethasoneが著効したPSCの1例

日本医科大学千葉北総病院 消化器内科 ○大久保知美, 糸川 典夫, 新井 泰央, 中川 愛  
星野慎太郎, 小高 康裕, 鈴木 将大, 近藤 千紗  
厚川 正則, 米澤 真興, 岩切 勝彦  
日本医科大学付属病院 消化器肝臓内科 坂本 長逸

89. 急性膵炎後の感染性被包化壊死(WON)に対し、経皮アプローチによる内視鏡的ネクロセクトミーが奏功した1例

船橋市立医療センター 消化器内科 ○興梠 慧輔, 小林 照宗, 関 厚佳, 神崎 洋彰  
今関 洋, 東郷 聖子, 安藤 健, 水本 英明

90. 経口ダブルバルーン内視鏡にて完全排石しえた十二指腸憩室内結石の一例

順天堂大学医学部附属順天堂医院 消化器内科 ○多田 昌弘, 伊藤 智康, 加藤 順子, 田中 一平  
石塚 敬, 高橋 正倫, 亀井 将人, 富嶋 享  
野村 収, 松本 紘平, 小谷 知弘, 内山 明  
澁谷 智義, 長田 太郎, 渡辺 純夫

## 第2会場（午後の部） 一般演題

(21) 肝1 14:05~14:35 座長 埼玉医科大学病院 消化器内科・肝臓内科 中澤 学

91. PEG-IFN 少量長期投与でSVR が得られた進行肝細胞癌合併C型肝硬変症の一例

東邦大学医療センター大森病院 消化器内科 ○向津 隆規, 永井 英成, 松井 太吾, 荻野 悠  
高亀 道生, 和久井紀貴, 篠原 美絵, 五十嵐良典  
住野 泰清  
東京蒲田医療センター 内科 石井 耕司

92. 肝生検にて診断しえた肝血管肉腫の一例

慈恵会医科大学 消化器・肝臓内科 ○横田 健晴, 佐藤 憲一, 中田 達也, 萩原 雅子  
石田 仁也, 北原 拓也, 天野 克之, 石川 智久  
穂刈 厚史, 田尻 久雄  
同 病理学講座 牧島 玲, 鈴木 正章, 福永 真治

93. 自然壊死及び肝機能の改善後、残存病変にTACEを施行し得た多発性肝細胞癌の一例

日立製作所 日立総合病院 消化器内科 ○大河原 悠, 平井 信二, 清宮 崇博, 松井 真希  
佐々木翔一, 浜野由香子, 綿引 隆久, 大河原 敦  
柿木 信重, 鴨志田敏郎, 岡 裕爾  
筑波大学附属病院 日立社会連携教育研究センター 谷中 昭典  
日立製作所 日立総合病院 放射線診療科 入江 敏之

94. 急激な経過をたどった、原発性胆汁性肝硬変に自己免疫性肝炎様所見を併発した高齢女性の1例

横須賀市立市民病院 ○山形 寿文, 中山 沙映, 諸井 厚樹, 有馬 功  
小松 和人

95. BRTOの医師主導治験

国立国際医療研究センター病院 消化器内科 ○小早川雅男  
同 放射線診断科 田嶋 強

(22) 肝2 14:35~15:05 座長 千葉大学医学部附属病院 肝胆膵外科 高野 重紹

96. 保存的治療が奏効した上腸間膜静脈血栓症の一例

水戸済生会総合病院 消化器内科 ○飯野陽太郎, 仁平 武, 大川原 健, 中村 琢也  
渡辺 孝治, 柏村 浩, 鹿志村純也

97. 血管肉腫の肝転移に肝動注化学療法が有用と考えられた1例

さいたま赤十字病院 消化器内科 ○熊谷純一郎, 甲嶋 洋平, 大島 忠, 前田 隆宏  
高田 勇登, 大津威一郎, 土井 浩達, 高橋 正憲  
鎮西 亮, 笹島 圭太

98. 平滑筋肉腫肝転移に対して造影超音波ガイド下にラジオ波焼灼療法(RFA)を行った一例

茅ヶ崎市立病院 消化器内科 ○谷口 礼央, 栗山 仁, 岩瀬 麻衣, 岩崎 綾  
鈴木 章浩, 内田 苗利, 内山 崇, 村田 依子  
秦 康夫

99. 腹腔鏡下に摘出した肝臓内異物の経験

横浜市立大学附属病院 消化器・肝移植外科 ○浅野 史雄, 熊本 宜文, 澤田 雄, 大田 洋平  
本間 祐樹, 森 隆太郎, 松山 隆生, 武田 和永  
遠藤 格

100. 巨大肝のう胞に対して, 超音波下穿刺ドレナージ・注入療法を施行した(ミノマイシンにて再発したためエタノールを使用) 1例

茅ヶ崎市立病院 消化器内科 ○内山 崇, 岩瀬 麻衣, 岩崎 綾, 鈴木 章浩  
内田 苗利, 谷口 礼央, 村田 依子, 栗山 仁  
秦 康夫

(23) 胆・膵 15:05~15:29

座長 千葉市立海浜病院 消化器内科 齋 藤 博 文

101. シングルバルーンオーバーチュープ, EPLBD を併用したバルーン補助下経口胆道鏡の有用性

横浜市立大学附属病院 肝胆膵消化器病学 ○関野 雄典, 長谷川 翔, 藤田 祐司, 細野 邦広  
藤澤 信隆, 中島 淳, 窪田 賢輔

102. GC療法が奏功し切除し得た高度リンパ節転移を伴う局所進行胆嚢管癌の一例

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

103. 膵原発悪性リンパ腫の一例

神奈川県立がんセンター 消化器内科 ○入江 邦泰, 中園 綾乃, 合田 賢弘, 小林 智  
上野 誠, 大川 伸一, 森本 学

104. 多彩な膵外病変を併発した自己免疫性膵炎の3例

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

(24) 胆・膵・その他 15:29~15:47

座長 国立病院機構千葉医療センター 消化器内科 金 田 暁

105. EUS-FNAにて術前診断し得た膵腺扁平上皮癌の一例

千葉大学医学部 消化器腎臓内科学 ○林 雅博, 三方林太郎, 佐々木玲奈, 坂本 大  
中村 昌人, 渡邊 悠人, 杉山 晴俊, 露口 利夫  
横須賀 収

106. 膵管拡張を契機に発見され膵液細胞診が有用であった微小膵癌の1例

昭和大学医学部 内科学講座消化器内科学部門 ○野本 朋宏, 吉田 仁, 山宮 知, 石井 優  
佐藤 悦基, 岩田 朋之, 本間 直, 北村 勝哉  
同 臨床病理診断学講座 大池 信之  
同 外科学講座消化器一般外科学部門 松田 和弘, 草野 智一, 藤森 聡, 青木 武士  
村上 雅彦

107. (演題取り下げ)

108. 大網梗塞の2症例

東京慈恵会医科大学 外科学講座 ○岩崎 泰三, 志田 敦男, 川村 雅彦, 矢野 文章  
小村 伸朗, 三森 教雄, 矢永 勝彦

## 平成27・28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
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 輝実 (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
338	渡辺 勲史 (東海大学医学部付属八王子病院)	平成28年 2月6日(土)	東京 海運クラブ	10月28日 ～12月2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)	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334回)例会のお知らせ

期 日：平成27年5月23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：「C型肝炎の最新治療」

演者：山梨大学医学部 第一内科 教授 榎本 信幸  
 相澤 良夫  
 司会：東京慈恵会医科大学葛飾医療センター 消化器・肝臓内科 教授  
 ランチョンセミナー：「IBDの治療アルゴリズムを考える」  
 司会：慶應義塾大学医学部 内視鏡センター 教授 緒方 晴彦  
 ①「カプセル内視鏡を中心としたクローン病の診療アルゴリズム」  
 演者：東京女子医科大学 消化器内科 助教 大森 鉄平  
 ②「潰瘍性大腸炎の治療アルゴリズム」  
 演者：昭和大学医学部内科学講座 消化器内科学部門 准教授 竹内 義明

第6回ハンズオンセミナー：

研修医向けにシミュレータを用いた消化管内視鏡ハンズオンセミナーを開催いたします。

\*10:00～12:00を予定しております。

①10:00～ ②10:20～ ③10:40～ ④11:00～ ⑤11:20～ ⑥11:40～

\*希望者は、【所属・氏名・希望する時間帯(第3希望まで)】をご記入の上、関東支部事務局までメールにてお申してください。定員になり次第メ切いたします。

\*本学会の会員でない研修医も受講できます。

\*子育て中の女性医師も受講できます。

当番会長：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 教授)

〒125-8506 東京都葛飾区青戸6-41-2

TEL 03(3603)2111/FAX 03(3838)9944

E-mail: [hiroshiabe43222@gmail.com](mailto:hiroshiabe43222@gmail.com)

連絡先：安部 宏 (東京慈恵会医科大学葛飾医療センター 消化器・肝臓内科)

#### ◆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)で登録してください。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](mailto:kanto@jsge.or.jp)

日本消化器病学会関東支部 支部長 峯 徹哉

## 1 PPI抵抗性GERDに対する半夏瀉心湯の有効性の検討

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

【背景】漢方薬はPPI抵抗性GERD症例に対する治療選択肢の一つであり、なかでも六君子湯を用いた報告が散見される。一方、半夏瀉心湯は機能性ディスペプシアに対して用いられるが、GERDに対する有効性は六君子湯と比べてほとんど検討が成されていない。そこで、今回我々はPPI抵抗性GERDに対する半夏瀉心湯の有効性を検討した。【方法】内視鏡的に診断されたGERD症例のうち、PPIを2週間以上服用したにも関わらず胃食道逆流症状 (FSSGスコア8点以上) を有するものを対象とした。PPIを中止し、半夏瀉心湯(7.5g/day)に切り替え、2週間後にFSSGスコアにより評価を行った。【結果】10名(男性5名/女性5名)、平均年齢63.1歳、FSSGスコア(mean±SD)は半夏瀉心湯への切り替え前10-29(18.1±7.2)に対して切り替え後3-12(4.7±2.8)で有意差を認めた(P<0.01, Wilcoxon signed-rank test)。また、FSSG12スケールのうち、特に、胸やけ、のどのつかえ感、のどの違和感、げっぷに有効であった。【結語】半夏瀉心湯はPPI抵抗性GERD患者の消化器症状の改善に有効であった。

半夏瀉心湯, PPI抵抗性

## 3 ステロイド治療中に上部消化管病変を呈したHenoch Schönlein Purpuraの1例

東京慈恵会医科大学 葛飾医療センター<sup>1)</sup>、  
東京慈恵会医科大学附属病院<sup>2)</sup>  
堀内宏倫<sup>1)</sup>, 林 依里<sup>1)</sup>, 加藤雅之<sup>1)</sup>, 板垣宗徳<sup>1)</sup>, 永野智久<sup>1)</sup>,  
河原洋輔<sup>1)</sup>, 阿部孝広<sup>1)</sup>, 相澤良夫<sup>1)</sup>, 田尻久雄<sup>1,2)</sup>

【症例】90代女性【現病歴】2014年3月中旬より両下肢に少数の点状発赤が出現した。その後、徐々に四肢から体幹に広がり、皮膚所見の増悪を認めたため近医を受診した。皮疹の性状および血液検査で炎症反応の上昇を認めたことからアレルギー性紫斑病が疑われ、当院へ紹介受診となった。受診時、四肢および体幹の皮膚所見が増悪していたため、皮膚生検後にプレドニゾン15mgから内服治療を開始した。皮膚組織よりHenoch Schönlein Purpura (以下、HSP) と診断した。内服治療後から皮膚所見は消褪傾向であったが、第12病日にコーヒ一残渣様の吐物を認めたため、精査加療目的に入院となった。【入院後経過】入院時、腹部症状は認めなかったが、上部消化管出血の可能性を否定できないため、入院同日に緊急上部消化管内視鏡検査を行った。その際に、十二指腸下行脚に溢血点を伴う粘膜浮腫、多発性びらんと潰瘍を認めた。これらの所見からHPSに伴う消化管病変と考え、プレドニゾンを25mgに増量した。第22病日に再度上部消化管内視鏡検査を行い、十二指腸粘膜所見の改善を認めたため、食事の開始およびプレドニゾンを漸減した。以降、症状の悪化なく、第27病日に退院となった。退院後も、症状の増悪はなく退院4ヵ月後の上部消化管内視鏡検査では、十二指腸粘膜は潰瘍瘢痕を認め、経過は良好であった。【結語】今回我々はステロイド治療中に上部消化管病変を呈したHenoch Schönlein Purpuraの症例を経験した。HPSは、成人例での消化器症状合併率は30%であり、紫斑の出現から1週間後に発症することが多いとされているが、約10-20%に腹部症状が皮膚症状に先行する。本症例ではステロイド投与中にも関わらず、消化管病変を合併した1例であった。若干の文献的考察を加え報告す。

Henoch Schönlein Purpura, 十二指腸潰瘍

## 2 家庭用洗剤誤飲による急性消化管粘膜障害の1例

東京警察病院  
田村直樹, 徳山信行, 中田和智子, 八木岡浩, 須山由紀,  
小椋啓司

【目的】次亜塩素酸ナトリウムは市販の家庭用洗剤に含まれているが、本剤はアルカリ及び酸化作用による粘膜腐食作用を持つことが知られている。この度、次亜塩素酸ナトリウムを含有する家庭用洗剤(ドメスト)誤飲で特異的な内視鏡所見を示した症例を経験したので報告する。【症例】88歳女性。認知症があるもののADLは自立しているため独居であった。家庭用洗剤(ドメスト)を誤飲し嘔吐したため消化器科を受診した。摂取量は不明であったが、バイタルは安定しており、症状は嚥下痛のみで咽喉頭に明らかな所見なく、翌日上部消化管内視鏡検査目的に再受診としたが、炎症反応著増しており、内視鏡は中止し入院加療とした。入院時のCTで下部食道から胃噴門部主体に浮腫性壁肥厚を認めたため、絶食のうえ、PPI、抗生剤投与を行った。症状が改善し、炎症反応も改善してきた第7病日に上部消化管内視鏡検査施行したところ、胃粘膜全体に発赤、びらんが広がっており、胃体中部から前庭部にかけて多発する縦走潰瘍を認めた。その後の経過は良好で退院となった。【結語】症状の訴えが軽度であるものの、上部消化管内視鏡検査で腐食性胃炎を認めた1例を経験した。次亜塩素酸ナトリウムは通過する口腔、咽喉頭、喉頭や消化管に対し強い組織障害を引き起こすため、症状がはっきりしない高齢者に対しては慎重に対応し、重症度を評価することが必要と考えられた。

腐食性胃炎, 次亜塩素酸ナトリウム

## 4 高度食道狭窄の一例

JAとりで総合医療センター  
小原 淳, 河村貴広, 古谷晴子, 藤木純子, 三浦夏希,  
永井瑞紀

【症例】67歳男性【現病歴】2014年8月初旬より嚥下困難を自覚。嘔声や胸焼けはなく、これまで異物誤嚥や化学薬品の飲用はなかった。次第に嘔吐を伴うようになり、8月に当院受診。【経過】上部消化管内視鏡にて切歯よ25cmの中部食道にてpin hole状の全周性の高度狭窄を認め、スコープ通過は困難であった。食道造影では3cmにわたってスムーズな狭窄を呈していた。造影CTでは中部から下部の食道に軽度肥厚を認めたが、縦隔リンパ節の腫脹などの悪性疑う所見は認められなかった。EUSでも筋層をふくめた層構造は保たれていた。狭窄部からの生検では炎症性細胞浸潤のみられる扁平上皮細胞であった。以上から良性食道狭窄と考え内視鏡的バルーン拡張術を施行した。拡張後に肛門側を観察すると扁平上皮上に多発した瘢痕と全周性のビランを認めた。重症の逆流性食道炎による食道狭窄と診断し、PPIの内服を開始した。その後5回の内視鏡的バルーン拡張を繰り返し現在は経口摂取可能で外来通院している。【結語】本症例は胸焼けや呑酸などの前駆症状がないにもかかわらず、初診時に高位食道に逆流性食道炎による高度狭窄を認めた。比較的珍しい症例と思われる若干の文献的考察を加えて報告する。

良性食道狭窄, 逆流性食道炎

## 5 ピロリ菌除菌と逆流性食道炎の増悪の検討

亀田総合病院 消化器内科

神田主輔, 森主達夫, 平田信人, 中路 聡, 平井 満, 小林正佳, 白鳥俊康, 鈴木健一, 奥村直己, 山内健司, 吉村茂修, 眞川昌大, 山本紘輝, 横山雄也

【背景】ピロリ菌除菌によって逆流性食道炎が増悪するかどうかは一定の結論が得られていない。その要因の一つに、ピロリ菌感染による酸分泌への影響は症例ごとで違い、除菌することによる酸分泌の変化も違いがあることが関係していると考えられる。一般的にピロリ菌陽性十二指腸潰瘍症例では酸分泌は亢進しており、胃潰瘍症例では低下している。高度萎縮例ではさらに胃酸分泌が低下し、不可逆的となる。これら除菌前の酸分泌の状態によって、除菌後に逆流性食道炎が増悪するかどうか左右される。【目的】ピロリ菌除菌後に逆流性食道炎が増悪する要因を明らかにすること。【方法】ピロリ菌除菌に成功し、除菌前後に上部消化管内視鏡検査がなされており、PPI/H2 blockerを内服していない111例を対象とした。評価する上部消化管内視鏡検査は除菌の直前・直後の検査とし、除菌前後でLos Angeles分類を比較した。【結果】年齢の中央値は61歳(21-83歳)、男女比は70:41、食道裂孔ヘルニアは14例、肥満(BMI25以上)は30例、除菌後の内視鏡は除菌日から中央値10(1-69)ヶ月であった。除菌前では逆流性食道炎を3.6%(4/111)、LA grade A 3例、B 1例に認めた。除菌により逆流性食道炎が発症・増悪したのは17%(19/111)、LA grade A 11例、B 6例、C 2例だった。そのうち食道裂孔ヘルニア有りでは57%(8/14)、無しが11%(11/97)で、肥満有りでは32%(9/28)、無しが12%(9/70)で(体重不明13)、食道裂孔ヘルニア・肥満のある例で有意に高かった( $p < 0.01$ ,  $p = 0.04$ )。高度萎縮例(木村・竹本分類でO-2、O-3)では9.5%(4/42)で低かった。胃潰瘍の症例では25%(5/20)で高く、十二指腸潰瘍では0%(0/8)と低かった。【考察】食道裂孔ヘルニア・肥満・胃潰瘍が除菌後の逆流性食道炎の増悪のリスクと考えられた。高度の萎縮例では不可逆的に酸分泌が低下しており、十二指腸潰瘍では酸分泌が亢進している、除菌後に酸分泌がより亢進することはないため、逆流性食道炎の増悪のリスクは低いと考えられた。【結語】ピロリ菌除菌前の状態で、除菌後の逆流性食道炎の発症・増悪のリスクを予測しうる。

ピロリ菌除菌, 逆流性食道炎

## 7 *Helicobacter pylori* 除菌治療によって生じた小腸angioedemaの1例

東京女子医科大学 消化器内科<sup>1)</sup>, 同 内視鏡科<sup>2)</sup>  
伊藤泰斗<sup>1)</sup>, 山本果奈<sup>1)</sup>, 小西洋之<sup>1)</sup>, 山本浩隆<sup>1)</sup>, 原 敏文<sup>1)</sup>, 味原隆大<sup>1)</sup>, 大森鉄平<sup>1)</sup>, 高山敬子<sup>1)</sup>, 岸野真衣子<sup>1)</sup>, 中村真一<sup>1,2)</sup>, 白鳥敬子<sup>1)</sup>

症例は70歳、女性。心窩部痛と嘔吐を主訴に来院した。2014年にIIC型早期胃癌に対し、内視鏡的粘膜下層剥離術を施行されている。血清*H. pylori*抗体陽性であったため、近医で*H. pylori*除菌薬を処方された。服用初日の昼から嘔気があり、翌朝に心窩部痛と嘔吐が出現し、嘔気、倦怠感が増強したため近医を受診した。腹部に軽度の圧痛、腹部エコーでキーボードサインを認めたため、腸閉塞が疑われ当院を紹介受診した。血液検査で白血球8370、CRP10.4mg/dLと炎症反応の上昇、腹部骨盤造影CTで空腸から回腸にかけての腸管拡張と回腸の浮腫状肥厚を認め、腹腔に液体貯留を認め、angioedemaによる腸閉塞と診断した。入院後、薬剤を中止し、イレウス管を挿入し、絶食、補液で経過をみた。第3病日には排便が認められ、イレウス管造影を施行したところ、造影剤は大腸まですみやかに到達し、小腸の浮腫状変化も軽減していた。イレウス管抜去後も、腹痛や腸閉塞症状の再燃はなく退院した。本症例は腹部手術歴はなく、CTで回腸の限局性の浮腫とその口側の腸管拡張を認めた。血液検査で好酸球は700/ $\mu$ L程度で経過し、非特異的IgEは2690IU/mLと高値であった。好酸球の上昇、IgEの上昇、薬剤開始で発症、中止ですみやかに軽快した経過から、*H. pylori*除菌薬によるangioedemaと考えた。*H. pylori*除菌薬はプロトンポンプ阻害薬や抗菌薬を相当量で併用するため、薬剤服用歴やアレルギー歴の確認は必須で、様々な副作用や相互作用に配慮が必要である。

腸閉塞, *H. pylori*

## 6 Epstein-Barr Virus(EBV)関連多発胃癌の一例

帝京大学医学部 内科<sup>1)</sup>, 同 病院病理<sup>2)</sup>

青柳 仁<sup>1)</sup>, 岡村喬之<sup>1)</sup>, 川島 悠<sup>1)</sup>, 木村 聡<sup>1)</sup>, 安達 運<sup>1)</sup>, 三浦幸太郎<sup>1)</sup>, 磯野朱里<sup>1)</sup>, 江波戸直久<sup>1)</sup>, 三浦 亮<sup>1)</sup>, 阿部浩一郎<sup>1)</sup>, 有住彦彦<sup>1)</sup>, 相磯光彦<sup>1)</sup>, 山本貴嗣<sup>1)</sup>, 高森頼雪<sup>1)</sup>, 喜多宏人<sup>1)</sup>, 田中 篤<sup>1)</sup>, 久山 泰<sup>1)</sup>, 滝川 一<sup>1)</sup>, 森田茂樹<sup>2)</sup>, 近藤福雄<sup>2)</sup>

症例は86歳女性。2007年10月より胃体中部小弯に粘膜下腫瘍を認めており、内視鏡にて経過観察中であった。2014年3月、胃体中部後壁に陥凹病変を認め生検にてadenocarcinoma(tub2)と診断、ESDを施行し一括切除を行った。病理では中分化型腺癌が主体であるが粘膜下層への浸潤部では管腔形成性に乏しく、腫瘍細胞巢の周囲はリンパ球を主体とする炎症細胞浸潤の増加を認め、Epstein-Barr Virus(EBV)感染を示唆する所見であった。in situ hybridization法で腫瘍細胞核にびまん性のEB virus-encoded small RNA(EBER)陽性像を認めたことからEBV関連胃癌と診断した。深達度はSM2、浸潤距離1125 $\mu$ mであり、追加外科手術を勧めたが、本人が希望せず経過観察の方針とした。ESD施行3か月後に行った上部消化管内視鏡で、以前から認めていた粘膜下腫瘍に潰瘍を伴っており生検を施行。病理では高度のリンパ球浸潤と異型細胞の小胞巣状の増殖を認め、腫瘍細胞にEBERが陽性であったため、本病変もEBV感染を伴った胃癌と診断した。外科手術を勧めたが本人の希望で施行せず、化学療法も希望しなかったため経過観察の方針となった。今回我々は、経過の異なるEBV関連胃癌が多発した興味深い症例を経験したので報告する。

胃癌, Epstein-Barr Virus(EBV)

## 8 当院における*Helicobacter pylori*除菌療法の現況

東京女子医科大学東医療センター

マーシャル祥子, 大野秀樹, 岡部ゆう子, 入村峰世, 高橋 彩, 木村綾子, 斉藤寿仁

2013年*Helicobacter pylori*感染胃炎に対しての除菌療法が保険適応となり除菌者数が激増している。これに伴い本邦では以前よりランソプラゾールを含んだ除菌パック製剤が使用されていたが、2014年になりラベプラゾールを含んだパック製剤が発売となった。しかし、パック製剤間の差異については不明である。今回、当院における除菌療法の有効性と安全性について各パック製剤間で後ろ向きに検討を行った。1次除菌はアモキシシリン(A)、クラリスロマイシン(C)とランソプラゾール(L)を用いたLAC療法もしくはラベプラゾール(R)を用いたRAC療法について、2次除菌ではアモキシシリン(A)、メトロニダゾール(M)とランソプラゾール(LAM療法)、もしくはラベプラゾール(RAM療法)を行い、それぞれ除菌結果について比較した。なお、除菌判定は尿素呼吸試験もしくは便中ピロリ抗原法で行った。2014年1月から10月まで当院において1次除菌を施行した74例において、LAC療法とRAC療法の除菌率はそれぞれ76.7%(23例/30症例)と79.5%(35例/44例)であり、副作用の発現率は、LAC療法で30例中7例(23%)、RAC療法で44例中7例(16%)であり2群とも下痢が最も多かった。1次除菌失敗例に対しては2次除菌を行ったが、LAM療法(7例/7例)、RAM療法(10例/10例)とも除菌成功率は100%であった。有害事象に関しては、LAM療法で7例中1例(14%)、RAM療法で10例中3例(30%)に認められた。当院における除菌療法の製剤間の比較を行ったが、1次除菌、2次除菌とも有効性に有意差はなく、各製剤とも安全に除菌療法が施行できた。しかし、1次除菌成功率は80%以下となっており、耐性菌の存在が示唆された。今後とも引き続き有効な除菌療法についての検討が必要である。

*Helicobacter pylori*, 除菌療法

タール便を契機に発見された、出血性胃潰瘍を形成した胃アニサキス症の一例

東金九十九里地域医療センター 東千葉メディカルセンター 消化器内科<sup>1)</sup>,  
同 内科<sup>2)</sup>  
石川賢太郎<sup>1)</sup>, 亀崎秀宏<sup>2)</sup>, 大山 広<sup>1)</sup>, 石原 武<sup>1)</sup>

【症例】66歳男性。【主訴】タール便。【既往歴】胃潰瘍の既往がありH. pyloriを除菌されている。NSAIDsの内服歴はなかった。【現病歴】某年10月1日と3日に、サバ・イカ・アジ・サンマなどの魚介類を生食していた。10月9日からタール便を認め、10月10日、精査加療目的に当科を受診された。来院時の血液所見はHb11.7g/dlと軽度の貧血を認め、同日に上部消化管内視鏡検査を施行した。胃底部に辺縁が浮腫状に隆起し不整形な形状を呈する小潰瘍と、潰瘍底に刺入するアニサキス虫体を認め、生検鉗子にて虫体を摘出した。明らかな露出血管・血餅付着は認められなかったため、止血処置は行わずに終了とした。同日測定のアニサキスIgG・A抗体は2.15 (>1.50)であり、アニサキスが胃壁に刺入したことで出血性胃潰瘍を形成したものと推察された。【考察】アニサキス症は臨床的に、初回感染型である症状の弱い緩和型と、再感染型である症状の強い劇症型に分類される。また、我々は34例の胃アニサキス症の検討で、発見契機の約6割は急性腹症である一方で、スクリーニング検査で偶発的に発見される無症候性のももの約4割いることを報告している。本症例は、当初症状は乏しかつたものの、胃潰瘍を形成していることより初回感染型である緩和型のアニサキス症であるものと考えられた。また、出血性胃潰瘍を来す胃アニサキス症の頻度は0.5% (3/598)とも報告されており、頻度は低いものの注意が必要である。通常の良性胃潰瘍との内視鏡所見の相違としては、辺縁の浮腫状の隆起と不整形な形態が挙げられている。今回、我々は貴重な一例を経験したため報告する。

胃アニサキス症, 出血性胃潰瘍

十二指腸乳頭部腫瘍を契機に再発が確認された非ホジキンリンパ腫の一例

佐野厚生総合病院

吉田康祐, 福原誠一郎, 白石貴久, 小林真介, 上岡直史, 吉野雄大,  
寺元 研, 東澤俊彦, 岡村幸重

【症例】80歳男性【現病歴】平成21年9月上旬より乾性咳嗽を自覚し、胸部X線写真で左胸水と左肺門部リンパ節腫脹を認めた。精査目的での胸水穿刺ではClass Vであり、骨髄生検でDiffuse Large B-Cell Lymphoma (DLBCL)と診断されたため、同年10月から平成22年4月までR-CHOP療法が計8クール施行された。平成23年5月のPETでCRが確認され、以降は外来で定期的な血液検査が施行されるも、明らかな異常は指摘されず、自覚症状も安定していた。平成26年5月のPETでもCRは維持されていた。11月25日頃から皮膚の黄染を自覚し、28日に当院外来を受診した。血液検査で黄疸 (TB 4.53mg/dl) と炎症所見の上昇 (CRP 8.36mg/dl) を、腹部超音波検査で肝内胆管の拡張を認め、同日緊急入院した。CTでは肝内胆管と下部胆管までの総胆管に拡張を認め、MRCPでは膵頭部ないし十二指腸乳頭部に腫瘍が疑われた。同部位の器質的病変に伴う閉塞性黄疸と考えられ、12月1日にERCPを行ったところ、十二指腸乳頭部は易出血性で腫大しており、粘膜不整を伴っていた。総胆管造影では乳頭部付近に不整な狭窄像があり、閉塞性黄疸の原因と考えられたため、乳頭部の生検後、ENBDチューブにて減黄を図ることとした。病理組織検査の結果、大型リンパ球様細胞を認め、免疫染色を総合し、十二指腸乳頭部におけるDLBCLの再発と考えられた。【考察】十二指腸に発症する悪性リンパ腫はfollicular lymphomaやMALT lymphomaの報告が多い。本症例は数年前にCRが確認され、定期的な血液検査や画像検査で再発を示唆する所見を認めなかったにも関わらず、胸腔内原発のDLBCLが十二指腸乳頭部に再発し、黄疸を契機に発見された極めて稀な症例と考えられたため、文献的考察を含めて報告した。

十二指腸, 悪性リンパ腫

サイトメガロウイルス初感染により、伝染性単核球症、サイトメガロウイルス腸炎を発症した潰瘍性大腸炎患者の一例

東京慈恵会医科大学第三病院 消化器・肝臓内科<sup>1)</sup>,  
同 総合診療部<sup>2)</sup>

木下勇次<sup>1)</sup>, 木下晃吉<sup>1)</sup>, 上田 薫<sup>1)</sup>, 今井那美<sup>1)</sup>, 岩久 章<sup>1)</sup>,  
小林 剛<sup>1)</sup>, 田中 賢<sup>1)</sup>, 小林裕彦<sup>1)</sup>, 伏谷 直<sup>1)</sup>, 坂部俊一<sup>1)</sup>,  
木島洋征<sup>1)</sup>, 小野田泰<sup>1)</sup>, 宮川佳也<sup>1)</sup>, 小池和彦<sup>1)</sup>, 西野博一<sup>1)</sup>,  
山田高広<sup>2)</sup>, 平本 泰<sup>2)</sup>

【症例】29歳女性【主訴】発熱、倦怠感【既往歴】20歳：潰瘍性大腸炎 (UC) (全大腸型)【現病歴】2006年UCと診断され、ステロイド治療も含め種々の治療歴があるが、最近2-3年は無治療で経過観察されていた。2014年9月の前医受診の段階で腹部症状、炎症所見はなかった。9月中旬37.8度の発熱、咽頭痛を認め、抗菌薬で経過観察されていた。しかし、症状改善なく、腹痛、血性水様性下痢も出現したため、10月初旬当院を紹介受診した。血液検査でAST/ALT 41/44 IU/L, CRP 7.4mg/dlと上昇を認め、サイトメガロウイルス (CMV) IgM 5.16, C7-HRP 24/5万と陽性であった。臨床症状、血液検査よりCMV初感染に伴う伝染性単核球症と診断した。当初腹痛、下痢症状はCMV感染によるUC増悪と考えていたが、入院中施行した下部内視鏡検査 (CF) で不整地様様、打ち抜き様潰瘍を認め、CMV腸炎とUCの合併が疑われた。生検組織所見では核内抗酸性封入体、免疫染色では核内にCMV陽性を認め、UCの増悪を示すcrypt abscessやbasal plasmacytosisを認めなかった。以上より、CMV初感染による伝染性単核球症、CMV腸炎と診断した。絶食とし、2週間のganciclovir 500mg/dayの投与と、mesalazine 3600mg/dayの投与により、伝染性単核球症、腹部症状は速やかに改善した。食事開始後も経過良好のため、第31病日に退院した。外来のフォローCFで潰瘍所見の改善を認めた。【結語】ステロイドホルモンや免疫抑制薬を投与されていない、免疫能が保たれたUC患者のCMV初感染による伝染性単核球症、CMV腸炎を経験した。UC患者におけるCMV感染と症状増悪の関係については、一定の議論は得られていない。また本症例はganciclovir投与が著効したが、UC患者に合併したCMV腸炎に対するganciclovir投与の是非に関しても、未だ統一見解を得られていない。示唆に富む症例と考え、文献的考察を加え、報告する。

潰瘍性大腸炎, サイトメガロウイルス

ARDSによる急速な転帰をたどった特発性巨大結腸症の一例

東邦大学医療センター大森病院 消化器センター内科

渡辺浩二, 小野真史, 山本慶朗, 中野 茂, 佐藤真司, 大塚隆文,  
熊倉有里, 鳥羽崇仁, 土方一範, 乾山光子, 馬越智子, 五十嵐良典,  
住野泰清

【症例】87歳女性。20xx年1月頃から左下腹部の腫瘍を自覚し様子をみていた。6月頃には左下腹部の腫瘍の増大、8月には水様性の下痢、腹痛を認めた為、アクリニクを受診。腹部レントゲンや腹部超音波検査を受けるが原因が判明せず、腹部腫瘍の精査加療目的のため当院紹介受診となった。腹部単純CT検査にてRsからS状結腸にかけて著明な腸管の拡張と内部に巨大な便塊の貯留を認めた。外科的治療を検討したが、高齢であり外科的加療困難にて保存的に治療を行う方針とした。貯留した便塊は巨大であり、そのままでは排泄不可能と考えられたため、内視鏡的に水を注入し把持鉗子での破碎を試みることにした。第4病日から1-2日おきに計5回施行し、第13病日に計6回目の内視鏡を施行すると多量の排便が得られ、RsおよびS状結腸の便塊は減少を認めた。触診上も腹部腫瘍は縮小し、腹痛症状も改善を認めていた。第14病日に嘔吐を認め、第15病日に突然の呼吸苦と発熱、シバリングを認めた。胸部レントゲンおよび胸部単純CT検査では広範なすりガラス陰影の出現があり、誤嚥、胃液による化学性肺炎からのARDSもしくは、Bacterial translocationに伴う敗血症からのARDSが考えられた。その後、ARDSからの脱却が困難で徐々に呼吸状態は悪化し、第18病日に逝去された。

【考察】特発性巨大結腸症に対して多くは外科的治療が行われるが、高齢社会の中で本症例のように外科的加療が困難な場合がある。最終的にはARDSを生じ急速な転帰をたどったが、内視鏡的な破碎および薬物加療にて症状の改善を得た症例を経験したため報告する。

特発性巨大結腸症, ARDS

## 13 慢性関節リウマチ加療中に発症した偽膜性腸炎の一例

東京慈恵会医科大学葛飾医療センター 消化器肝臓内科  
鈴木静香, 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】60歳女性【主訴】発熱, 嘔気, 食欲不振, 腹痛【既往歴】53歳:慢性関節リウマチ(以下RA), 脂質異常症, 高血圧症【常用薬】メトトレキサート4mg, プレドニゾロン1mg, ミゾリピン, アトラスタチンカルシウム【現病歴】2014年4月上旬より悪寒, 嘔気認め, 近医受診, セフカベン(以下CFPN)処方されるも改善なく, 4月下旬には38度台の発熱, 食欲不振, 腹痛を認め, 5月上旬に同院を再診, 再度CFPNを処方されるも, 改善を認めず, 当院受診となった。【身体所見】血圧:94/58mmHg, 脈拍:84bpm, 体温:37.1℃, 胸部:呼吸音正常, 心雑音なし, 腹部:軟, 全体に圧痛認めるも腹膜刺激徴は認めず。【検査所見】WBC 13500/ $\mu$ l, Hb 12.8g/dL, Plt 54.1 $\times$ 10<sup>4</sup>/ $\mu$ l, AST 15 U/l, ALT 13 U/l, TP 5.1g/dl, Alb 2.3g/dl, UN 6mg/dL, Cr 0.46mg/dL, CRP 7.8mg/dl, RF 11.0IU/mL【腹部造影CT】全大腸に高度の浮腫性壁肥厚を認め, 血栓症を唆する所見は認めない。【入院後経過】受診時採血にて急性反応上昇に加え, 著明な低蛋白血症を認め, CT所見と併せて重症急性腸炎の診断で, 絶食, 補液, ホスホマイシン投与を開始した。原因検索のため便中Clostridium difficile(以下CD)毒素を含めた便培養検査施行したが, 陰性であり, 入院第2病日に前処置高圧浣腸のみでS状結腸までの内視鏡検査施行した。S状結腸に大小不同の黄白調の半球状隆起が多発しており, 生検で偽膜形成を確認, また, 便中のdifficile菌抗原のglutamate dehydrogenase(以下GDH)も陽性であり, 偽膜性腸炎の診断に至った。バンコマイシンの内服を開始し, 症状, データーともに速やかに改善し, 第10病日に退院となった。【考察】本症例の偽膜性腸炎発症の原因として, RAに対して免疫抑制剤投与中であること, 入院前に数日間の第3世代セフェム系抗生剤内服歴が挙げられる。便中CD毒素が陰性であっても, 免疫抑制剤投与中, 抗生剤投与歴のある患者では偽膜性腸炎も念頭に入れ, 早期診断, 治療のため, GDH迅速検査の実施と可能な限り速やかな内視鏡検査の実施が重要と考えた。本症例は示唆に富む症例と考え, 若干の文献的考察を加え報告する。

偽膜性腸炎, 慢性関節リウマチ

## 14 下部消化管内視鏡, 3DCTangioで回腸末端の出血源を同定し, 動脈塞栓術で止血しえた回腸末端Deulafoy's vascular malformationの1例

横須賀市立市民病院 消化器内科  
諸井厚樹, 有馬 功, 中山沙映, 山形寿文, 小松和人

【目的】以前より上下部内視鏡で出血源を同定できないObscure gastrointestinal bleedingの存在が示されていたが, 検査技術の向上により, それ等の多くが小腸病変であると認識されてきている。今回我々は繰り返す血便の原因が同定できずに憩室出血を疑われて外来経過観察されていた症例に対し, 活動性出血で来院された際に3DCTangioで回腸末端の動脈破綻による出血源を同定し止血しえた1例を経験したので報告する。【方法】症例84歳男性で, 鮮血便を主訴に受診された。既往歴に高血圧症, 2型糖尿病, ラクナ梗塞があり, クロピドグレル硫酸塩を内服されている。過去に数回血便を発症しているが, 原因は不明で自然治癒していた経緯がある。今回は腹痛を伴わない血便で来院されたため憩室出血を疑い下部内視鏡検査を施行したところ, 大量の鮮血を認めたが出血源は同定できなかった。活動性出血が持続していたため腹部造影CTを施行したところ回腸末端から腸管内への造影剤の流出が見られたため, 小腸出血と診断した。緊急腹部血管造影施行したところ, 回結腸動脈遠位端に細動脈の破綻に伴う噴出性出血を認めたためジェルパートを用いて塞栓術を施行した。【成績】その後再出血はなく, 経過良好なため第12病日に軽快退院された。退院後に施行した下部内視鏡検査では回腸の壊死等なく経過順調だった。【結語】今回我々は原因不明の繰り返す血便に対し3DCTangioで出血源を同定し, 動脈塞栓術で止血しえた1例を経験した。小腸出血に対する診断法と治療法について文献的考察を加え報告する。

小腸出血, 原因不明消化管出血

## 15 Streptococcus constellatusによる菌血症を契機に診断された進行大腸癌の一例

獨協医科大学病院 消化器内科  
井澤直哉, 室久俊光, 水口貴仁, 有阪高洋, 金子仁人, 坪内美佐子,  
土田知恵子, 小池健郎, 笹井貴子, 平石秀幸

【症例】74歳男性。【主訴】下痢, 発熱【現病歴】37℃台の発熱, 下痢, 倦怠感を認め当院外来受診。採血にてCRP24.18と炎症反応高値, CTにて横行結腸肝弯曲部に低吸収域を認め感染性腸炎の診断にて入院した。入院後突然ショック状態となったため敗血症を疑い抗菌薬(CTRX)の投与を開始, 血液培養にて消化管常在菌であるStreptococcus constellatusが検出された。原因病巣精査のため上下部消化管内視鏡施行し大腸, 肝弯曲部に10cmに渡る広範な全周性狭窄を伴った腫瘍性病変を認め, ガストロ造影にて同部はapple core signを呈した。組織診断にてadenocarcinomaを認め全身検索の上, cT4aN0M0Stage2Bの診断の上手術目的に外科紹介, 一時退院となった。退院後腹痛あり, CTにて腫瘍の一部に膿瘍形成を疑われ同日入院。緊急手術となり, 右半結腸切除術, 胃体部に一部浸潤を認め胃部分切除が行われた。手術検体にて腫瘍の一部に膿瘍の形成を認めた。【考察】今回血液培養で検出されたstreptococcus constellatusは口腔, 咽頭, 泌尿器生殖器などの粘膜の常在菌であり, 化膿性疾患の起原菌となりうるが, 今回CT上は膿瘍形成などは明らかでなかった。菌種より消化管が感染源である可能性を考慮し消化管精査を行ったところ大腸癌の診断に至った。消化管常在菌を原因とする菌血症では消化管のスクリーニングを行うべきであると思われた。【結論】今回は消化管常在菌による菌血症を契機に診断された進行大腸癌の一例を経験した。

大腸癌, 菌血症

## 16 最近経験した虫垂癌の2例

災害医療センター  
須田寛士, 末松友樹, 平塚美由起, 高橋深幸, 齋藤洋之, 真崎純一,  
大森敬太, 石橋雄次, 若林和彦, 伊藤 豊

最近, 2例の虫垂癌を経験した。1例目は66歳女性, 右下腹部痛, 38℃を超える発熱を主訴に来院。診察上, 右下腹部に腹膜刺激徴候を認めた。腹部造影CT検査で, 腫大した虫垂及び回盲部から上行結腸肝弯曲付近まで続く膿瘍を認めた。穿孔性虫垂炎及び腹膜炎の診断で, 回盲部切除術(D2)を施行した。腹腔内には隔壁を伴う膿瘍腔が, 回盲部から肝下面まで連続していた。病理結果は蜂窩織炎性虫垂炎を伴う虫垂癌で, 組織型はpap>tub1>musであった。組織学的病期はfSSN0M0, fStage2であった。2例目は25歳女性, 貧血精査で下部消化管内視鏡検査を施行され, 直腸S状部に腫瘍性病変を認めた。検査2日後に腹痛, 嘔気にて来院した。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ため, イレウス管を留置し保存的加療を行った。下部消化管内視鏡時の生検結果で管状腺癌を認めため, 直腸癌または虫垂癌, 小腸癌を鑑別にあげ, 手術の方針となった。開腹所見は, 腫瘍が腫大した虫垂を認め, 同部位に回腸と直腸Raが一塊となっていた。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)+高位前方切除(D3)+右側方リンパ節廓清を施行した。病理所見は原発性虫垂癌(muc>tub1>tub2)でありfSI(rectum)N0M0:fStage2であった。原発性虫垂癌は稀な疾患であり, 虫垂切除例の約0.1%でみとめられる。若年者での発症頻度は低く, 60歳代で最も多いとされる。遠隔転移をきたしやすく, 手術時には約40%で転移を認めるとする報告もあり, 一般に予後不良である。開院以来経験した上記以外の症例も含め, 若干の文献的考察を加えてこれを報告する。

虫垂癌, 虫垂炎

## 17 FOLFIRIにて間質性肺炎を発症した切除不能進行再発大腸癌に対してパニツムマブが奏功した一例

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

【症例】74歳男性【現病歴】便潜血陽性を指摘され2009年9月注腸検査を施行、脾彎曲部近傍の横行結腸に全周性の狭窄を認めた。下部消化管内視鏡検査で同部位に2型進行癌を認め、横行結腸癌と診断した。当院消化器外科にて同年10月腹腔鏡下横行結腸切除術(D2郭清)を施行、病理学的病期はTNMpStageIIIA(pSE, N1M0H0P0)、術後補助療法を施行した。2014年1月の造影CTで大腸癌術後肝・肺転移再発の診断となり、当科に紹介受診となった。同年2月より計4コースFOLFIRI(5FU+I-LV+CPT11)を施行し、SD(stable disease)で経過していたが、同年4月上旬より発熱と咳嗽が出現し、血液検査でKL-6とSP-D高値、胸部CTで網状影を認め、抗がん剤による薬剤性の間質性肺炎と診断した。FOLFIRIを中止し、PSL(プレドニゾロン)60mg/日の点滴加療を開始したところ、咳嗽は消失し、発熱を得られた。間質性肺炎は改善傾向にあり、外来でPSLを漸減し、PSL5mg/dayを維持量とした。同年6月造影CTで肝・肺転移のPD(progressive disease)と診断、間質性肺炎に対してPSL加療中のため、二次治療としてパニツムマブを選択した。治療効果判定のため5ヶ月後に造影CTを行い、RECIST PR(partial response)であった。【考察】近年の化学療法を進歩によって、切除不能と判断された進行再発大腸癌の生存期間中央値(MST)は延長してきたが、現状で治療を望むことは難しい。患者に応じて最適な個別化治療のため治療効果予測因子となるKRAS遺伝子変異の測定が必須となる。本症例では胸腹部大動脈瘤、内頸動脈狭窄によるステント留置など併存疾患のためVEGF中和抗体の分子標的薬が使用できなかつたこと、PSL治療中の間質性肺炎があり、二次治療の選択に熟慮が必要であった。FOLFIRIにて間質性肺炎を発症した切除不能進行再発大腸癌に対してパニツムマブが奏功した一例を経験したため、文献的考察を加えてここに報告する。

抗EGFR抗体, 間質性肺炎

## 18 感染性心内膜炎を合併した直腸癌の一例

東京都立広尾病院 消化器内科<sup>1)</sup>, 同 内視鏡科<sup>2)</sup>  
鈴木亮士<sup>1)</sup>, 城野文武<sup>1)</sup>, 秋本恵子<sup>1)</sup>, 小山 茂<sup>2)</sup>, 三澤 昇<sup>1)</sup>,  
石川裕太郎<sup>1)</sup>, 新倉利啓<sup>1)</sup>, 藤井徹朗<sup>1)</sup>, 北條裕美子<sup>1)</sup>

【症例】64歳男性【主訴】腹部不快感 便通異常 発熱【現病歴】2, 3ヶ月前からの排便習慣の変化、腹部不快感があり、近医受診した。腹部CTにて直腸Ra部に壁肥厚を認め、直腸癌が疑われ、当院消化器内科紹介受診となった。【既往歴】心疾患なし【入院後経過】入院後の大腸内視鏡検査では肛門縁から10cmの部位に2型病変および狭窄を認めた。生検でadenocarcinoma、直腸癌 T2(MP)N1M0 cStageIIIA と診断した。また、入院時に38.2℃の発熱及び血液検査でWBC 14300/μL CRP 10.4mg/dlと炎症反応の上昇を認め、同時に感染症の検索も行った。問診にて38℃の発熱が近医初診時から当院入院まで2週間以上継続していることが判明した。当初は直腸癌に起因した閉塞性腸炎の合併を疑い、腸内細菌をターゲットとし、各種培養を提出後、ampicillin/sulbactamを開始した。しかしながら入院時の血液培養よりα-streptococcusが検出され、入院時から心尖部でのLevine III/VIの収縮期雑音が持続して認められていたことから、感染性心内膜炎の合併を疑った。経胸壁エコーでは重度の僧帽弁閉鎖不全症を認めるも疣贅確認されず、経食道心エコーを施行し、僧帽弁前尖に疣贅認め、感染性心内膜炎の合併と診断した。外科転科後、まずは人工肛門造設し大腸イレウスを解除した。その後、感染性心内膜炎の治療を優先し、循環器内科にて感受性を確認後penicillin Gの投与と変更した。血液培養陰性であること、疣贅も器質化し感染性心内膜炎がコントロールできたことを確認した後に、再度外科へ転科した。低位前方切除術にて直腸癌を切除し、最終診断は、T4(SD)N0M0 pstage IIBであった。術後の経過良好であり、第80病日の術後22日目に退院となった。【考察】直腸癌に合併する感染性心内膜炎の起原菌としては本邦報告例の検討でもStreptococcus bovisの報告例が多い。Streptococcus bovisの敗血症が明らかし、消化管腫瘍の精査がなされ発見された報告は多いものの、直腸癌の精査目的に入院し、感染性心内膜炎の合併が診断された例は稀である。直腸癌と感染性心内膜炎の合併について、文献的考察を含め報告する。

直腸癌, 感染性心内膜炎

## 19 再発腸重積を契機に外科切除された大腸リンパ管腫の1例

東京医科大学病院 消化器内科<sup>1)</sup>,  
秋田厚生連 由利組合総合病院 消化器内科<sup>2)</sup>  
山本健治郎<sup>1,2)</sup>, 後藤田卓志<sup>1,2)</sup>, 河野 真<sup>1)</sup>, 草野 央<sup>1)</sup>,  
糸井隆夫<sup>1)</sup>, 森安史典<sup>1)</sup>

【症例】30歳代女性【主訴】腹痛【現病歴】腹痛を主訴に近医を受診し、腹部超音波検査で急性虫垂炎の疑いとなり、精査加療目的に当院紹介受診となった。【既往歴】特記事項なし【家族歴】特記事項なし【現症】意識清明、血圧118/62mmHg、心拍数58/分、整、体温36.0℃ 腹部は平坦軟で右側腹部に軽度圧痛を認めるものの反跳痛はなく、また腸蠕動音は正常であった。【経過】腹部単純CT検査では腫大した虫垂や糞石は認めず虫垂炎は否定的であったが、右側結腸に腸重積を認めた。内視鏡で腸重積を整復すると回盲部に30mm大の粘膜下腫瘍を認め、それが先進部となって腸重積を発症したと考えられた。粘膜下腫瘍は正常粘膜と比べてやや蒼白で透光性を有する表面平滑で柔らかい病変であった。Dual Knifeを用いて小切開を加えたところ透明な排液の流出を認め、腫瘍は虚脱した。生検結果はリンパ管腫疑いであった。その後、症状は消失したため待機的手術の方針となっていた。しかし、3ヶ月後に再度腹痛にて外来受診となった。腹部単純CT検査では、前回と同様に右側結腸の腸重積を認めた。再度内視鏡で整復すると、回盲部に前回観察時と同じ大きさの粘膜下腫瘍を認めた。腸重積の再発の可能性を考慮し開腹回盲部切除術を施行した。切除標本では盲腸から上行結腸にかけて連続する68×35mmの粘膜下腫瘍を認めた。組織学的には粘膜下組織に平滑筋の増生を伴う複数の腔構造を認め、免疫組織学的に腔構造内面にはCD31、D2-40陽性の扁平な細胞の被覆を認め、リンパ管腫と診断された。【考察】リンパ管腫は上肢や頸部に好発し、消化管での発生は少なく大腸リンパ管腫は比較的稀な疾患である。今回我々は再発腸重積を契機に外科切除された大腸リンパ管腫の1例を経験したので報告する。

大腸リンパ管腫, 腸重積

## 20 経肛門的に切除し得た直腸神経鞘腫の1例

東京女子医科大学病院 消化器外科  
伊藤俊一, 大木岳志, 井上雄志, 上小鶴弘孝, 中川了輔,  
山本雅一

【はじめに】神経鞘腫はSchwann細胞が発生母地である神経堤由来組織の良性腫瘍である。頭頸部、体幹、四肢の軟部組織などが好発部位であるが、消化管が原発となるものはまれである。その中でも大部分は胃、小腸から発生し、直腸が原発となるものは非常にまれであるため術前診断は困難であることが多い。今回、我々は経肛門的に切除し得た直腸神経鞘腫の1例を経験したので報告する。

【症例】79歳女性。便秘を主訴に前医にて下部消化管内視鏡を施行したところ、直腸の腫瘍を指摘されるも経過観察となっていた。その後徐々に増大していることから手術目的に当科紹介受診となった。直腸診では、可動性良好で弾性硬の腫瘍を触れた。下部消化管内視鏡では、歯状線から8cmの直腸後壁に立ち上りりの滑らかな径約3cmの粘膜下腫瘍を認めた。注腸X線検査では、直腸Rb領域後壁に境界明瞭で表面平滑な隆起性病変を認めた。造影CT検査では、同部位に造影効果を伴う径約3cmの腫瘍を認めた。以上の結果から粘膜下腫瘍の診断のもと、緩徐な増大傾向を示していることからおよび経肛門的切除の希望があることから、全生検目的に経肛門的直腸腫瘍切除術を施行した。病理組織検査の結果はAntoni A型の神経鞘腫であった。【考察】1983~2014年において、医学中央雑誌で「直腸」[神経鞘腫]をキーワードに検索したところ(会議録を除く)悪性を除いて自験例も含め12例あった。そのうち術前診断が可能であったのは2例で、その他は粘膜下腫瘍の診断で手術を施行した症例が多かった。経肛門的切除例は2例であった。下部消化管内視鏡で腫瘍の表面にびらんや潰瘍を認める症例では悪性を疑い手術の方針となっていた。【結語】正確な術前診断をすることで、過大な侵襲を事前に避けることが可能である。術前診断のため超音波内視鏡下穿刺吸引法(EUS-FNA)は非常に有用であると考えられる。今回、経肛門的に切除し得た非常にまれな直腸神経鞘腫を経験した。

直腸, 神経鞘腫

東海大学医学部付属病院 消化器内科  
川西 彩, 荒瀬吉孝, 広瀬俊治, 加川建弘, 峯 徹哉

症例は82歳、男性。2010年8月から2011年2月まで、当院血液内科で悪性リンパ腫 (marginal zone B cell lymphoma) に対して、計8回R-CHOP療法が施行された。その後、CRを維持し外来観察中であった。2014年10月、肝逸脱酵素値の上昇 (AST / ALT 542 / 915 IU/l) を認めたため、当科依頼となった。R-CHOP導入時にはHBs抗原 (-)、HBs抗体 (+)、HBc抗体 (+/-)、HBc抗原 (-)、HBc抗体 (-)、HBV-DNA (リアルタイムPCR) 検出せずであったが、HBs抗原は陽転化し、HBV-DNA 6.8 Logcopy / ml (Genotype C) と検出を認め、B型肝炎再活性化と診断した。入院の上エンテカビル0.5g / 日を開始した。肝逸脱酵素の高値は持続したが、蛋白合成能低下や黄疸増悪は認めず、意識障害もなかった。HBV-DNAは漸減し、第26病日より肝逸脱酵素も低下し、第33病日に軽快退院となった。第55病日現在、HBs抗原は陰性化し、HBV-DNA < 2.1まで低下している。HBV既往感染者に対する免疫抑制・化学療法では再活性化に留意しなければならないが、本症例では治療終了後3年8ヶ月後に肝炎発症を認めており、我々が検索した限りでは発症までの期間は最長であった。今後のB型肝炎再活性化診療に関して示唆に富む症例と考え、報告する。

B型肝炎再活性化, 悪性リンパ腫

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】81歳女性【主訴】特になし【既往歴】虫垂炎(1956年)。胆嚢結石により胆嚢摘出術(1997年)。右変形性膝関節症にて手術(2012年)【現病歴】1994年9月当院での内視鏡検査の際にC型肝炎と診断され、1995年1月に肝生検施行。肝硬変と診断された。同年1月から6月まで天然型インターフェロン $\alpha$ 単独療法施行されるも無効。以後UDCA内服にて経過観察。1999年7月腹部超音波検査にてS3に径11mmの低エコー腫瘤が認められ、同年9月生検にて高分化型の肝細胞癌と診断されたため経皮的エタノール注入療法を施行。以後は再び経過観察となっていた。2002年6月から12月までリバビリン、インターフェロン $\alpha$  2b併用療法を24週間施行。ウイルスの駆除(SVR)が得られた。以後は定期的に経過観察していたが、2014年11月のDynamic CTにてS8に動脈相で造影され、平衡相でwash outされる径22mmの腫瘤を認め肝細胞癌と診断した。外科的治療を希望しなかったためミリプラチン、リビオドールおよび多孔性ゼラチン粒(ジェルパート)にて肝動脈化学塞栓療法を施行。その1週間後の腹部CTにて腫瘤部に良好にリビオドールが貯留していることを確認し退院。現在通院にて経過観察中である。現時点でAFPは13.9ng/mLから6.5ng/mL、PIVKA-2は174mAU/mLから32mAU/mLまで低下している。今回我々はSVR達成12年後に肝細胞癌が出現した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。

C型肝炎変, SVR後発癌

公立学校共済組合 関東中央病院<sup>1)</sup>、  
東京大学医学部附属病院<sup>2)</sup>  
大山博生<sup>1)</sup>、藤原直人<sup>2)</sup>、中川勇人<sup>2)</sup>、建石良介<sup>2)</sup>、中込 良<sup>2)</sup>、  
近藤真由子<sup>2)</sup>、南 達也<sup>2)</sup>、佐藤雅哉<sup>2)</sup>、内野康志<sup>2)</sup>、近藤祐嗣<sup>2)</sup>、  
浅岡良成<sup>2)</sup>、田中康雄<sup>2)</sup>、小池和彦<sup>2)</sup>

【患者】76歳女性【既往歴】35歳：全身性強皮症、56歳：シェーグレン症候群、57歳：原発性胆汁性肝硬変、64歳：橋本病【生活歴】喫煙なし、飲酒なし【家族歴】妹：自己免疫性肝炎、原発性胆汁性肝硬変【現症】腹部は軽度膨満あり、圧痛なし、腸蠕動音はやや減弱。手指はソーセージ状で皮膚硬化あり。【血液検査所見】WBC 6700 /  $\mu$ L、Hb 9.9 g/dL、PLT 34.6万 /  $\mu$ L、Alb 3.6 g/dL、AST 35 U/L、ALT 27 U/L、LDH 213 U/L、ALP 533 U/L、 $\gamma$ -GTP 51 U/L、T-Bil 0.3 mg/dL、CRP 0.66 mg/dL、IgG 2065 mg/dL、IgM 244 mg/dL、抗ミトコンドリアM2抗体189 Index、AFP 7 ng/mL、PIVKA-II 120 mAU/mL、sIL-2R 766 U/mL【経過】定期的に当科外来通院中、72歳時に腹部超音波検査で肝S5に15mm、S4に5mmの辺縁不整な占拠性病変を認めた。腹部造影CTでは過形成性変化が疑われ、翌年の腹部超音波検査では同病変は不明瞭化した。しかし75歳時の腹部超音波検査では同様の辺縁不整な占拠性病変を再度認めるようになり、76歳時にはそれらの病変の増大傾向を認めた。腹部造影CTでは、動脈相で増強効果を認めず、単純・門脈相で低吸収の境界不明瞭な病変が多発しており、うち一つには門脈(P5)が貫通していた。また、EOB-MRIではT2WI高信号、DWI高信号、ADC低信号を認めた。以上の所見から、原疾患としては過形成性変化、高分化肝細胞癌、肝内胆管癌、悪性リンパ腫、炎症性変化などが考えられたが、それ以上の鑑別が困難であったことから、肝生検を施行した。N/C比の高い細胞が集簇し、免疫組織染色ではCD20およびBcl-2で陽性であることから、Low grade B-cell lymphomaの診断となった。組織型としてはMALTリンパ腫が疑われた。*H. pylori*抗体は陰性であった。肝原発のMALTリンパ腫は非常に稀であるが、予後は比較的良好とされる。全身性強皮症や原発性胆汁性肝硬変を背景とした症例の報告が散見され、危険因子である可能性が考えられる。

MALTリンパ腫, 原発性胆汁性肝硬変

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

術前診断が困難であった肝硬化性血管腫の1切除例を経験したので報告する。症例は65歳男性、糖尿病内科通院中であった。腹部超音波検査にて肝S3に18mm大の低エコー腫瘤を指摘され精査目的に消化器内科紹介となった。血液検査では、軽度のトランスアミナーゼの上昇を認めたが、AFP・PIVKA-2は正常範囲内で肝炎ウイルスは陰性であった。腹部造影CT検査を行ったところ、S3の腫瘍は肝表面の変形を伴っており、造影早期相で腫瘍辺縁が造影され、後期相でも内部は造影されなかった。また、肝左葉の別部位に典型的な造影パターンを呈する肝血管腫も同時に認めた。閉所恐怖症のためMRIが撮影できなかったため造影超音波検査・血管造影下CTを行ったが、確定診断には至らなかった。背景に慢性肝炎を認め悪性腫瘍が否定できず肝S3部分切除を行った。腫瘍は18mm×13mm大の白色充実性腫瘤で、病理組織学的所見は硝子様線維間質を有し、肝硬化性血管腫と診断された。線維成分に富む肝腫瘍を認めた場合、鑑別診断のひとつとして本症を念頭におく必要があると考えられた。

肝硬化性血管腫, NASH

横浜市立大学医学部 肝胆膵消化器病学

長谷川翔, 藤田祐司, 関野雄典, 細野邦広, 藤澤信隆, 中島 淳, 窪田賢輔

症例は61歳女性。52歳時にMikulicz病の診断でリウマチ科よりプレドニゾロン(PSL)を投与開始されていた。54歳時、PSL減量中に黄疸を認め、当科へ紹介となった。閉塞性黄疸・脾腫大を認め、2006年の日本膵臓学会の診断基準より、自己免疫性膵炎(AIP)と診断し、PSLを40mgに増量したところ、閉塞性黄疸も改善した。その後維持療法を行い、経過良好であった。61歳時、CTで肝内に1cm大の腫瘍性病変を3か所認め、PET-CTでも集積を認めたため、悪性も疑い、精査目的に肝腫瘍生検を行った。病理ではIgG4陽性形質細胞浸潤を伴った線維化を認め、炎症性偽腫瘍と診断した。PSL5mg投与のまま経過をみていたところ、3か月後に行ったCTでは肝腫瘍はすべて自然消退していた。今回、AIPの経過中に自然消退した肝炎症性偽腫瘍の症例を経験した。肝臓の炎症性偽腫瘍はまれな疾患であるが、AIPに併発することは知られており、本症例も関連があると考えられた。一般にステロイドに反応性がよいとされるが、AIP自体にも自然消退を認め、本症例ではステロイドの量は変更しないまま自然に消退した。文献的考察を含めて報告する。

炎症性偽腫瘍, IgG4関連自己免疫性膵炎

国立国際医療研究センター病院 消化器内科

島田高幸, 三神信太郎, 木平英里, 藤澤真理子, 青木智則, 小島康志, 秋山純一, 柳瀬幹雄

【症例】71歳男性【主訴】発熱【現病歴】2014年8月中旬より倦怠感や微熱を認め、8月下旬より38度の発熱が出現した。右側腹部痛が3日間持続し症状改善ないため9月に当院を受診した。受診時、発熱および肝叩打痛があり、血液検査にてCRP 43.8mg/dl、総ビリルビンや肝胆道系酵素の上昇を認めた。CT検査にて肝S6にガス像を伴う肝膿瘍を認め、肝周囲に腹水やfree airを伴っていることからガス産生肝膿瘍による腹腔内穿破と診断した。同日より、CTRXとMNZにて治療を開始し、第2病日よりγグロブリン製剤を併用した。第3病日に経皮的肝膿瘍および腹腔内膿瘍ドレナージを施行し、その後は炎症反応の改善を認めた。膿汁の培養からはCitrobacter amalonaticusが同定されたため、薬剤感受性や嫌気性菌の混合感染を考慮して抗生剤をABPC/SBTの単剤へ変更した。画像上明らかな膿瘍の縮小を認め、排液は極少量であったため第44病日にドレナージチューブを抜去した。抜去後も経過良好であったためAMPC+CVAの内服抗生剤へ切り替え、第59病日に退院となった。【考察】ガス産生肝膿瘍の腹腔内穿破例は比較的まれであり、外科的ドレナージを要することが多く予後不良とされている。本症例は適切な抗生剤投与および経皮的ドレナージにて治癒しえたので、若干の文献的考察を加え報告する。

ガス産生肝膿瘍, 腹腔内穿破

千葉大学医学部附属病院 消化器内科

神崎洋彰, 千葉哲博, 鈴木英一郎, 大岡美彦, 小笠原定久, 太和田暁之, 叶川直哉, 齋藤朋子, 横須賀収

【目的】本邦においても近年非B非C肝細胞癌(NBNC-HCC)が増加しているが、その背景は非アルコール性脂肪性肝炎など生活習慣病を背景としているものが多い。最近の研究でインスリン抵抗性が高い患者はHCCの発癌リスクが高いことが明らかになりつつあるが、発癌後のインスリン抵抗性の関与は明らかではない。そこで、本研究はNBNC-HCCとインスリン抵抗性との関連を明らかにする。【方法】HBs抗原陰性かつHCV抗体陰性のHCC患者のうち当院初回治療例を対象とした。無増悪生存期間および無増悪期間に関連した患者・腫瘍背景因子を用いて単変量・多変量解析を行い、独立予測因子を同定した。インスリン抵抗性の指標としてはHOMA指数を用いた。【成績】当科で2009年10月-2013年12月までに初回治療を行ったHCC患者のうち99例でHOMA指数が測定可能であった。患者背景は男性/女性; 65/34、年齢期間中央値; 68.3歳、Child-Pugh分類A/B; 73/26、TNM分類I/II/III/IV; 19/43/34/3、HOMA指数中央値; 2.9であり、治療法はラジオ波焼灼療法、肝動脈化学塞栓療法、肝動注療法および全身化学療法がそれぞれ42例、51例、2例および5例であった。HOMA指数3以上50例は3以下49例と比べ無増悪期間が短い傾向にあった(448日vs. 553日P=0.20)。患者背景、腫瘍背景など19項目で単変量解析、多変量解析を行ったところ、HOMA指数は 尿管侵襲とともに再発・増悪の独立予測因子となった(P<0.02)。【結論】インスリン抵抗性はHCC発がんリスクのみならず、発癌後の再発・病勢進行に寄与する可能性が示唆された。インスリン抵抗性のあるHCC患者は、再発率が高く慎重な経過観察を要する。

非B非C肝細胞癌, インスリン抵抗性

横浜労災病院 消化器内科<sup>1)</sup>, 同 顎口腔病理診断科<sup>2)</sup>,同 病理診断科<sup>3)</sup>梅村隆輔<sup>1)</sup>, 永島裕樹<sup>1)</sup>, 野上麻子<sup>1)</sup>, 石井 研<sup>1)</sup>, 佐藤晋二<sup>1)</sup>, 廣谷あかね<sup>1)</sup>, 池田良輔<sup>1)</sup>, 小宮靖彦<sup>1)</sup>, 江塚明子<sup>1)</sup>, 高野幸司<sup>1)</sup>, 酒井英嗣<sup>1)</sup>, 川名憲一<sup>1)</sup>, 永瀬 肇<sup>1)</sup>, 長谷川直樹<sup>2)</sup>, 角田幸雄<sup>3)</sup>

81歳女性。平成17年に脾腫瘍切除術後(病理学的診断: Inflammatory pseudotumor-like follicular dendritic cell tumor)経過観察中の平成26年4月に発熱を主訴に近医受診した。尿路感染症の可能性を考え抗生剤治療(LVFX)を行うも解熱を認めず、精査目的に当院来院した。画像精査にて肝膿瘍を認め、肝膿瘍や肝膿瘍の可能性が考えられた。同年6月に肝腫瘍生検、培養検査を施行したところ、培養結果は陰性であったものの肝膿瘍の病理学的診断であったことから、抗生剤治療(LVFX→CFPN-PI)を開始した。抗生剤治療開始後も解熱得られないため、抗生剤不応性肝膿瘍としてドレナージ術と抗生剤治療(MEPM)を開始した。治療開始後もドレナージ効果不良であり、継時的な腫瘍の増大と貧血の進行を認めたため腫瘍切除術を行った。肝膿瘍は9年前に切除した脾腫瘍と類似した組織像を呈しておりInflammatory pseudotumor-like follicular dendritic cell tumorの病理診断となった。病理学的診断が困難な脾腫瘍切除術後9年後に出現した肝膿瘍で、同様に臨床診断に苦慮する稀な1例を経験したため、若干の文献的考察を加え報告する。

肝膿瘍, 肝膿瘍

群馬大学大学院医学系研究科 病態制御内科学  
須賀孝慶, 佐藤 賢, 大山達也, 堀口昇男, 山崎勇一, 柿崎 暁,  
山田正信

【症例】66歳、男性。【主訴】なし。【現病歴】50歳時にC型慢性肝炎（HCV 遺伝子1型）と診断され肝底療法にて経過観察していたが、徐々に肝酵素上昇（ALT 57IU/L）が見られるようになり抗ウイルス療法を行う方針とした。初回治療例であったが、高血圧症および脳出血の既往があることからインターフェロン治療不適格と判断し、Daclatasvir・Asunaprevir併用療法を選択した。治療開始第14病日の血液検査で、自覚症状はないものの肝予備能低下（血清アルブミン 3.3g/dL、総ビリルビン 1.9mg/dL、PT活性 66.4%）および腎機能の低下（血清クレアチニン 1.4mg/dL）を認め、第18病日に頭痛、褐色尿および四肢・体幹の紅色皮疹（CTCAE Grade 2）が出現した。皮膚科専門医コンサルトのもと薬疹の可能性が疑われた。DaclatasvirおよびAsunaprevirによる治療は第18病日より中止し、同日より抗ヒスタミン薬の内服を1週間継続した。治療中止後に皮疹は徐々に消失し、血液検査異常も改善を認め、rapid virological response (RVR) が達成された。【考察】我々は治療開始後早期にトランスアミナーゼが正常化したにも関わらず、肝予備能低下、腎機能低下および皮疹を呈した非常に稀な1例を経験した。C型慢性肝炎に対するDaclatasvir・Asunaprevir併用療法中の肝機能異常に関しては、トランスアミナーゼの上昇が約16%と比較的頻度の高い有害事象として報告されている。また皮疹も約11%の頻度で報告があるものの、肝予備能低下および腎機能低下については非常に稀と考えられる。Daclatasvir・Asunaprevir併用療法中には肝機能のフォローアップに加えて肝予備能、腎機能および皮疹の出現にも十分留意する必要があると思われる。

direct acting antivirals (DAAs), ダクルインザ・スンベプラ

筑波大学附属病院 消化器内科

瀬山侑亮, 福田邦明, 戒能賢太, 小玉夏美, 寺崎正彦, 田島大樹,  
今西真実子, 江南ちあき, 遠藤壮史, 長谷川直之, 石毛和紀,  
奈良坂俊明, 金子 剛, 山田 武, 山本祥之, 遠藤慎治, 森脇俊和,  
安部井誠人, 溝上裕士, 兵頭一之介

【症例】64歳男性。20XX年5月の健診で便潜血を指摘されていたが、同年6月から3週間インドを旅行し、7月初旬に帰国した。帰国後、近医で大腸内視鏡を行い上行結腸にびらんを認めるも生検で炎症粘膜炎と診断され経過観察となった。7月24日より全身倦怠感が出現し、27日に近医受診したところ、血液検査でALT 4, 151 U/L, T-Bil 2.9 mg/dlと著明な肝障害および黄疸を指摘され同日緊急入院となった。入院後も肝不全は増悪し、プロトロンビン活性が17%まで低下したため7月30日に当院転院となった。転院時アンモニアの上昇と軽い羽ばたき振戦を認め、昏睡型急性肝不全と診断し、同日よりステロイドパルスを開始した。IgM-HA抗体陽性であり肝不全の原因は急性A型肝炎と判明した。治療開始後、肝不全は比較的速やかに改善傾向となったが、8月7日より右下腹部痛が出現し限局性の筋性防御も出現した。8日のCTにて上行結腸の壁肥厚と炎症所見を認め、同日より絶食、CMZ 2gを開始するもさらに症状は増悪した。11日よりMEPM 3gに変更しγグロブリン投与も行ったが12日より大量の血便（煉瓦色）が出現した。海外渡航歴があることからアメーバ赤痢を疑い、14日よりMNZ 1500mg/dayを開始したところ、症状は速やかに改善した。後日赤痢アメーバ抗体陽性と判明し、HAVと赤痢アメーバの重複感染の診断に至った。【考察】HAV, 赤痢アメーバともに海外渡航の際には注意を要する感染症である。今回、インド旅行後にHAVによる劇症肝炎を発症し、ステロイド投与中にアメーバ赤痢が増悪したと考えられる非常に稀な症例を経験した。我々の調べた限りでは同様の報告は見られなかった。若干の文献的考察を加え報告する。

A型肝炎, 赤痢アメーバ

公立昭和病院 内視鏡科<sup>1)</sup>, 同 消化器内科<sup>2)</sup>,  
同 病理診断科<sup>3)</sup>, 杏林大学 第三内科<sup>4)</sup>  
池崎 修<sup>1)</sup>, 武田雄一<sup>1)</sup>, 田代祥博<sup>2)</sup>, 田村皓子<sup>2)</sup>, 平昭衣梨<sup>2)</sup>,  
矢内真人<sup>2)</sup>, 柴田 勇<sup>2)</sup>, 山地 統<sup>2)</sup>, 浦牛原幸治<sup>2)</sup>, 小野圭一<sup>2)</sup>,  
小島 茂<sup>2)</sup>, 野内俊彦<sup>2)</sup>, 清水誠一郎<sup>2)</sup>, 太田博崇<sup>3)</sup>, 川村直弘<sup>4)</sup>,  
高橋信一<sup>4)</sup>

症例は61歳、男性。12歳時に右膝骨折で輸血歴があり、33歳時に肝障害を指摘されて紹介となった。38歳時にC型慢性肝炎（genotype 2b）と診断され、41歳時に肝生検施行後、42歳時にインターフェロンα（HLBI 9M 24W）治療を行うも無効であった。51歳時に肝硬変と診断され、51-56歳で4回入院して食道静脈瘤硬化術・結紮術を施行した。54歳時に門脈血栓を指摘された。56-58歳で肝性脳症で11回入院し、59-60歳で肝性脳症と肝性胸水で8回入院が必要となった。肝細胞癌で59歳時に肝動脈化学塞栓術を、60歳時に肝動脈注療法を施行した。以上、19年間に計27回の入退院を繰り返していたが、胸水は次第に治療抵抗性となり、呼吸苦緩和のため胸水穿刺が必要となった。9月20日に意識障害で来院し、アンモニア 437 μg/dlと著明高値で28回目の当科入院となった。入院後、肝性脳症は軽快し、胸水も利尿薬・アルブミン製剤投与によりほぼ消失していたが、10月1日に嘔吐が出現し、翌日の単純CTで右胸水とわずかな気胸を認めた。10月6日に37.9℃の発熱を認めたが、WBC 6,280/μl、CRP 0.98 mg/dlと上昇は軽度であった。10月8日朝より急に血圧が低下し、同日昼に永眠した。剖検の肉眼所見では右黄色胸水1,200 ml、左水性胸水200 ml、胸膜炎を認め、組織学的には両側胸膜炎に加えて肺胞毛細血管内にグラム陽性球菌の菌塊を認めた。左心室・腎臓・甲状腺周囲軟部組織にも微小膿瘍を認めた。肝内には2.5cmと1cmの肝細胞癌を認め、脾静脈と上腸間膜静脈合流部付近に門脈血栓を認めた。1976年にFlaumらは肝硬変患者に合併した特発性細菌性胸膜炎（spontaneous bacterial empyema, SBEM）を報告し、その後海外ではSBEMに関する前向き研究もある。本邦におけるSBEMの報告は稀であるが、胸水合併の非代償性肝硬変ではSBEMの合併は稀でない可能性がある。一般にSBEMでは持続的な胸水貯留と炎症所見を認めるが、本症例では胸水が軽快し、白血球増多・CRP上昇も軽度であったため診断に難渋した。

特発性細菌性胸膜炎, 非代償性肝硬変

昭和大学藤が丘病院 消化器内科

林 将史, 高野祐一, 東畑美幸子, 鈴木伶佳, 花村祥太郎,  
阿曾沼邦央, 山村詠一, 長浜正亞, 井上和明, 高橋 寛

【症例】69歳、男性【主訴】発熱、全身倦怠感【現病歴】2型糖尿病にて他院かかりつけだったが2011年から通院を自己中断していた。2014年7月某日より全身倦怠感出現し他院を受診。血糖576mg/dl, WBC18600/μl, CRP22.4mg/dlと高血糖、炎症反応高値を認めたが、内服加療にて経過観察とされていた。同日症状増悪し、発熱も認められたため当院ER受診。CTにて肝右葉に5cm大の低吸収域があり、肝膿瘍が疑われ入院を強くすすめたが、本人が加療希望せず帰宅された。しかし数日後に症状改善しないため再受診。CTにて肝右葉の低吸収域は10cm大に増大しており、内部に多量のガスが認められた。また末梢の門脈内にも少量のガスを認めた。両肺野には多発する一部空洞を伴った結節影がみられた。HbA1cは14.6%と血糖コントロールはきわめて不良と考えられた。気腫性肝膿瘍、敗血症性肺塞栓症、糖尿病の診断で集中治療室に緊急入院となった。同日緊急に経皮経肝ドレーナージ術を施行し集中治療を開始した。培養からはKlebsiella pneumoniaeが検出された。ドレーナージ後はショックからすみやかに離脱でき、第7病日のCTにて膿瘍腔、肺結節影の縮小がみられた。一般病棟へ転棟し第22病日にドレーナージチューブ抜去し経過良好で退院となった。肝膿瘍の原因として赤痢アメーバ抗体の提出、MRCP、上下部消化管内視鏡検査施行したが明らかな肝膿瘍の原因認めず、コントロール不良の糖尿病を基礎疾患としたK. pneumoniaeによるprimary liver abscessが疑われた。今回Klebsiella pneumoniaeによる敗血症性肺塞栓症を伴った肝膿瘍の一例を経験したので文献的考察を踏まえて報告する。

気腫性肝膿瘍, 敗血症性肺塞栓症

東京慈恵会医科大学 内科学講座 消化器・肝臓内科<sup>1)</sup>,  
同 放射線医学講座<sup>2)</sup>,  
東京慈恵会医科大学 胃腸医療センター 消化器・肝臓内科<sup>3)</sup>  
山口るり<sup>1)</sup>, 石田仁也<sup>1)</sup>, 三間康之<sup>2)</sup>, 蘆田浩一<sup>2)</sup>, 成田賢一<sup>2)</sup>,  
富田陽一<sup>3)</sup>, 杉田知典<sup>3)</sup>, 天野克之<sup>1)</sup>, 上竹慎一郎<sup>1)</sup>, 有廣誠二<sup>1)</sup>,  
穂莉厚史<sup>1)</sup>, 石川智久<sup>1)</sup>, 田尻久雄<sup>1)</sup>

【緒言】 Budd-Chiari 症候群 (Budd-Chiari syndrome: BCS) とは、肝静脈3主幹あるいは肝部下大静脈の閉塞や狭窄、もしくはこの両者の併存により門脈圧亢進症を引き起こす症候群で、肝後性の門脈圧亢進症として代表的な疾患である。今回我々は、BCS に対し経皮的血管形成術 (Percutaneous transluminal angioplasty: PTA) を施行した1例を経験したので報告する。【症例】 症例は62歳女性。2013年11月より下腿浮腫、労作時息切れが出現し、他院にて経過観察されていた。血液検査にて胆道系酵素の上昇を認めたため、精査加療目的にて2014年5月に前医紹介、入院となった。血液検査ではALP 675 U/L、 $\gamma$ -GTP 186 U/L、T-Bil 3.0 mg/dl と高値を認め、PT 59 秒と肝予備能の低下を認めたが、肝炎ウイルスマーカーは陰性であった。腹部Dynamic CT検査では肝の変形および脾腫を認め、肝は不均一に造影された。下大静脈は右肝静脈合流部以下で拡張し、その頭側での閉塞が疑われた。腹部血管造影検査では、肝部下大静脈の閉塞を認めた。右肝静脈は描出されたが、左・中肝静脈の閉塞を認め、膜様閉塞と考えられた。以上の所見よりBCS (1a型) と診断し、加療目的にて当院紹介受診。2014年8月PTAを施行した。経頸静脈的にガイドワイヤーにて閉塞部の貫通を試みるも困難であり、TIPS穿刺針にて閉塞部を貫通し、14mmのバルーンにて膜様部を拡張した。拡張後の造影で一部膜様部は残存していたが、血流の良好な開通が得られた。術後1ヶ月の腹部Dynamic CT検査にて再狭窄や閉塞の所見は認めず、現在ワーファリン投与にて経過観察中である。【考察】 BCS の治療法として、内科的治療 (PTA, Transjugular intrahepatic portosystemic shunt: TIPS)、外科的治療 (シャント手術, 肝移植) があるが、治療法選択の明確な基準はなく、個々の症例で検討する必要がある。本症例は肝部下大静脈の短い区域閉塞であり、PTAを選択し、良好な経過が得られた。【結語】 Budd-Chiari 症候群に対しPTAを施行した1例を経験した。比較的稀な症例と考え報告した。

Budd-Chiari 症候群, PTA

国保旭中央病院 消化器内科  
大木大輔, 嶋田太郎, 井出健太郎, 糸林 詠, 石川景子, 金山健剛,  
鈴木彬実, 永島一憲, 三浦裕子, 熱田直己, 生津圭祐, 高科亜弓,  
片桐智子, 宮川明祐, 西川貴雄, 窪田 学, 中村 朗, 紫村治久,  
志村謙次

【症例】 66歳、男性【経過】 58歳時に肝細胞癌初発 (C型+アルコール性肝疾患) にて肝切除術を施行。62歳時に食道癌 (Mt-Lt, cT3N2M0) 出現。放射線療法 (60Gy)・CDDP+5-FU療法1コース終了後に食道狭窄症状が出現、中部食道の高度狭窄を認めた。以後定期的な狭窄部バルーン拡張により症状改善を認めたが、内視鏡は通過しなかった。化学療法は再開しなかったが、食道癌は画像所見上寛解を維持した。63歳時に肝細胞癌再発を認め、以後肝動脈化学塞栓療法を5回施行するも病勢コントロール不良であり、65歳時にsorafenibを導入した。経過中、肝予備能はChild-Pugh Aが維持された。なお脾門部から胃底部に側副血行路発達を認め、孤立性胃静脈瘤の存在が示唆されたが経時的変化に乏しかった。平成26年8月某日、胸痛を主訴に当院を救急受診。虚血性心疾患が疑われたが、拒痛状態を考慮し抗血小板薬・抗凝固薬・硝酸薬による保存的治療の方針となった。第3病日に吐血し、経口内視鏡による観察を試みたが食道狭窄部を通過しなかった。経鼻内視鏡は狭窄部を通過するも胃内に凝血塊が貯留し観察不良であった。胃底部に静脈瘤様の軽度拡張血管を認めたが出血は明らかではなく、他の出血性病変も否定できなかったため経過観察としたが、第11病日に再吐血し出血性ショックに陥った。胃静脈瘤出血を考慮し、バルーン閉塞下逆行性経静脈的塞栓術 (B-RTO) を施行し、以後再出血なく、全身状態改善傾向となった。肝細胞癌、虚血性心疾患の積極的治療希望なく、第31病日に緩和治療目的に他院に転院となった。【考察・結語】 本症例では再吐血時のB-RTOが幸いにも奏功したが、出血性ショックによる致死の危険もあった。食道狭窄のため消化管出血に対する内視鏡診断・治療が困難であったことが、結果的には初回吐血時のB-RTOを躊躇する結果に繋がった。食道狭窄症における消化管出血では、内視鏡手法に固執せず、治療法の柔軟な選択が重要である。

胃静脈瘤, 食道狭窄

武蔵野赤十字病院 消化器科<sup>1)</sup>, 同 外科<sup>2)</sup>  
樋口麻友<sup>1)</sup>, 細川貴範<sup>1)</sup>, 権藤興一<sup>1)</sup>, 高田ひとみ<sup>1)</sup>, 中嶋奈津子<sup>1)</sup>,  
松田秀哉<sup>1)</sup>, 浅野 佑<sup>1)</sup>, 玉城信治<sup>1)</sup>, 鈴木祥子<sup>1)</sup>, 安井 豊<sup>1)</sup>,  
中西裕之<sup>1)</sup>, 土谷 薫<sup>1)</sup>, 板倉 潤<sup>1)</sup>, 黒崎雅之<sup>1)</sup>, 泉 並木<sup>1)</sup>,  
高松 裕<sup>2)</sup>

症例は28歳、女性。26週5日に上腹部痛と嘔吐を認めたが、血液検査にて異常がなく、近医にて経過観察となっていた。その後上腹部痛が持続するため、妊娠27週5日に当院の産婦人科に紹介となった。その際の腹部超音波にて著明に拡張した胆管像を認め、MRCPにて先天性胆道拡張症 (戸谷分IV-A) の診断となった。28週1日に再度、嘔吐と上腹部痛を認め当院の救急外来を受診し、急性胆管炎の診断で入院となった。保存的加療にてコントロールがつかず、外科的ドレナージや胆管切除と同時に帝王切開も検討されたが、妊娠28週であり帝王切開を行った場合の児に障害が残るリスクがあるため、入院4日目にPTCD (経皮経肝胆管ドレナージ) を施行した。PTCD後、胆管炎は改善したが、入院13日目 (妊娠30週) に再度胆管炎徴候を認めた。PTCD先端は左肝管に位置していたが、胆管は数珠状に拡張し胆道狭窄が高度のためドレナージ不良に陥ったと思われる。これ以上のPTCDによる管理は困難であり、また妊娠30週となり帝王切開により胎児に障害が残るリスクも低下したと考え緊急帝王切開を行った。術後は母児とも経過良好であった。その後PTCDでのドレナージが不良であったため、ERCP (内視鏡的逆行性胆管造影) で胆管にプラスチックステントを留置し、入院31日目に退院となった。拡張胆管は二次的に外科的切除する予定である。今回、妊娠中に先天性胆道拡張症に胆管炎を合併したがPTCDにて妊娠30週まで保存的に管理することで安全に帝王切開をしえた一例を経験したので文献的考察を加え報告する。

先天性胆道拡張症, PTCD

横須賀共済病院  
森川 亮, 大坪加奈, 三好正人, 石井玲子, 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,  
渡辺秀樹, 新井勝春, 鈴木秀明, 小林史枝, 池田隆明

食道内内分泌細胞癌は、内分泌細胞への分化傾向を示す細胞からなる腫瘍で、食道癌の1~2%を占める稀な疾患である。早期に血行・リンパ節転移を来し、予後不良とされてきたが、近年肺小細胞癌に準じた治療の有用性が示されている。今回、肺小細胞癌に準じてVP-16/CDDP療法を導入した食道内内分泌細胞癌の1例を経験したので報告する。【症例】 66歳、男性。【生活歴】 喫煙:20本/日、飲酒:ビール2L/日。【主訴】 嚥下困難、体重減少。【現病歴】 201X年7月中旬より特に誘因なく嚥下困難が出現。徐々に増強、1か月の経過で約10kgの体重減少が認められた。近医を受診し、内視鏡検査で食道低分化型扁平上皮癌と診断され当科紹介入院となった。【臨床経過】 腫瘍マーカーはCEA 3.4ng/ml, CA19-9 8.3ng/ml, SCC 0.8ng/ml と基準域内であった。内視鏡では切歯から30~38cmにかけ一部全周性の2型食道癌を認めた。CT所見にて、気管、両側気管支、胸部下行大動脈への浸潤および、両側鎖骨上窩リンパ節腫大が認められ、stageIVbの食道癌と診断し5FU/CDDP療法を開始した。しかし、当院で施行した生検組織所見で、クロマチン濃度の高い高度異型細胞が小充実性胞巣を形成する像が認められ、腫瘍細胞は免疫染色にてCD56およびシナプトフィジン陽性、クロモグリン陰性を示した。このため、内分泌細胞癌と診断、肺小細胞癌に準じてVP-16/CDDP療法を開始した。内分泌細胞癌の腫瘍マーカーとしてのNSE、およびProGRPは42ng/ml、407.8pg/mlと高値を示した。

食道神経内分泌癌, 化学療法

東京都立松沢病院 内科<sup>1)</sup>, 同 外科<sup>2)</sup>,  
健康長寿医療センター 病理診断科<sup>3)</sup>,  
東京都立大塚病院 内科<sup>4)</sup>  
剛崎有加<sup>1)</sup>, 長尾知子<sup>1)</sup>, 多田雅典<sup>2)</sup>, 新井富生<sup>3)</sup>, 江川直人<sup>4)</sup>

【症例】30歳代男性【主訴】嘔吐【現病歴】14歳からシンナー、18歳から覚醒剤や危険ドラッグ頻回に使用し2回の服役歴あり、当院精神科で入院除菌歴がある。2014年1月に危険ドラッグの再使用が発覚。2月に幻覚による自殺企図あり、サンポール®(9.5%塩酸)を250ml服用。その直後に少量嘔吐し、他院に救急搬送された。上部内視鏡検査で口腔内から十二指腸に広範にわたるびらん、潰瘍を認め、気管挿管、IVHで治療が行われた。通過障害がないことが確認され第17病日から食事摂取開始し、第28病日には常菜・米飯摂取まで食上げされた。3月に薬物依存症の治療目的に当院精神科に転院。当院入院第3病日に食後嘔吐が出現し、上部内視鏡検査を施行。前庭部に全周性の狭窄と多量の食残貯留を認めたため加療目的で内科転科。【経過】禁食、IVH管理を行い、胃管留置による胃内減圧をはかった。2回目の内視鏡検査では前庭部狭窄の増悪を認め、経鼻内視鏡でも幽門輪の通過は不可能であったため、外科と相談の上、当院入院第22病日に幽門側胃切除術を施行した。病理組織学的所見では、胃粘膜層に浅い潰瘍形成が散見され、粘膜下層には広範囲にわたる線維の増生を認め、一部は固有筋層に波及していた。【考察・結語】腐蝕性物質は自殺目的に服用されることが多く、酸性腐蝕性物質による上部消化管障害では胃(特に前庭部)に発症する頻度が高いと言われている。早期合併症ではショック、喉頭浮腫、消化管穿孔などであるが、本症例のように飲用1か月経過してから消化管狭窄が若年者で出現することがある。酸性腐蝕性物質の服用患者に対する内視鏡検査は、晩期合併症の可能性を見逃さないためにも食事開始後も厳重なフォローが必要と考えられる。

腐蝕性胃炎, 幽門狭窄

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

症例は90歳、女性。主訴は嘔吐、胸痛。既往歴は高血圧、慢性心不全。過去から年に数回の胸痛を繰り返していた。2013年11月に夕食を契機に上記主訴が出現し、当院救急外来を受診した。受診時には胸痛は消失していたが、臍部に自発痛・圧痛を認めた。腹部CT検査では著明な食道裂孔ヘルニア、胃の大部分と脾動脈などの縦隔内への脱出、胃内容の大量貯留を認め胃軸捻転による前庭部側の通過障害が疑われた。第2病日に軸捻転の整復目的に上部内視鏡検査を施行したが、胃粘膜には明らかな虚血性変化を認めず、胃内容は除去されており明らかな通過障害を認めず、短時間の内に捻転が自然整復され、通過障害が解除されたものと考えられた。その後は食事摂取開始後も増悪を認めず、90歳と高齢であることから外科治療を行わず経過観察の方針となり退院となった。食道裂孔ヘルニアは日常臨床でしばしば遭遇する疾患であるが、胃軸捻転症は胃が生理的範囲を超え捻転し閉塞を来すまれな病態であり、その多くは小児例である。高齢者においても報告が散見され、本症例のように高度の食道裂孔ヘルニアを中心とした横隔膜疾患や胃疾患、過食や強い腹圧などが誘因として報告されている。保存的に、あるいは内視鏡的に整復し得ない症例では血流障害や穿孔により致命的になりうると考えられ、適切な診断や治療時期の選択が肝要である。今回我々は食道裂孔ヘルニアによる成人胃軸捻転症の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。

胃軸捻転症, 食道裂孔ヘルニア

国立国際医療研究センター 消化器内科  
大久保栄高, 小早川雅男, 秋山純一, 横井千寿, 永田尚義,  
櫻井俊之, 渡辺一弘, 岡原昂輝, 島田高幸, 高崎祐介, 木平英里,  
張 萌琳, 畑 昌宏, 守安志織, 久田裕也, 城間 翔

【目的】2013年2月にH. pylori(HP)感染胃炎に対する除菌療法が保険診療で可能となり、多くの患者へ治療が行われている。当院HP外来では、公知申請承認前はHP感染胃炎に対して、自費診療を行っていたが、現在は3次除菌を中心に自費診療を継続している。HP外来患者の背景、成績を適応拡大前後で比較検討する。【方法】HP外来を受診した患者のうち、適応拡大前の2010年7月から2013年2月21日までの144例(A群)と適応拡大後の2013年2月22日から2014年11月までの93例(B群)の計237例を対象とした。年齢中央値は(A群64.5歳, B群61歳)、男性比(45%, 47.3%)、受診動機を1)紹介なし、2)当院内での紹介、3)他院からの紹介、4)人間ドックからの紹介に分けると、1)(17%, 19%)、2)(48%, 15%)、3)(10%, 17%)、4)(25%, 48%)であった。専門外来のため、除菌対象疾患は全例HP感染胃炎(消化性潰瘍の既往は問わず)であり、除菌判定は除菌後2-3ヶ月後に全例UBTで施行した。【成績】感染診断は1)尿素呼吸試験(UBT)、2)血清抗体法、3)その他(迅速ウレアーゼ試験、鏡検法、尿中・便中抗原法)に分けると1)(85%, 76%)、2)(8%, 12%)、3)(7%, 12%)であった。感染診断の結果、HP陽性例は(85%, 78%)であり、治療対象は1次除菌(104例, 59例)、2次除菌(45例, 21例)、3次除菌(9例, 7例)であった。1次除菌はPPI(RPZ, EPZ, OPZ)+AMPC+CAM。2次除菌はPPI(RPZ, EPZ)+AMPC+MNZ。3次除菌はPPI(RPZ, EPZ)+AMPC+STFXを使用した。除菌成功率は1次(67%, 64%)2次(81%, 84%)、3次(67%, 50%)であった。除菌判定未受診例は(6例, 2例)で、皮疹や下痢などの有害事象は(2例, 2例)であった。【結論】適応拡大に伴い、2次除菌不成功例の紹介数増加が予想されたが、大きな変化はなく、受診動機として、院内からの紹介が減り、人間ドックの内視鏡検査でHP感染胃炎が疑われた症例が多くなっていった。両群の除菌成績には差がなく、当院の3次除菌成功率は約60%と既報と同程度であった。

H. pylori, HP除菌

茅ヶ崎市立病院 消化器内科  
内山 崇, 栗山 仁, 岩瀬麻衣, 岩崎 綾, 鈴木章浩, 内田苗利,  
谷口礼央, 村田依子, 秦 康夫

【症例】70歳男性。2年前に胃体中部小弯の早期胃がんに対して、内視鏡的粘膜下層剥離術(ESD)を施行、術中穿孔などなく順調に手術を終え、病理組織学的に治癒切除していた。以後、定期的に胃内視鏡、CT検査にて経過観察をしていたが、術後2年目に無症状ではあったが、胃体部背側、膈体部頭側に40mm大の腫瘤を認め精密検査をおこなった。経過中、腫瘍マーカーや炎症反応の上昇は認めなかった。CT検査では環状増強効果を示し、MRIではT2強調画像で高信号域、拡散強調画像で高信号を示しており、膿瘍が示唆された。無症候性ではあったが、本人へ経過を説明し内視鏡超音波下に穿刺ドレナージをおこなうこととした。胃体中部後壁より腫瘤を穿刺、黄色の膿汁が吸引され、6Fr経鼻ドレナージtubeを挿入し終了とした。ドレナージtube挿入後の経過は良好であり、挿入1週間後のtube造影では膿瘍腔はほぼ消失しており、tubeを抜去した。経過観察のCTでは膿瘍の再燃は認めていない。【考察】内視鏡治療中の穿孔や報告されているが、術中、術後に穿孔を生じていない例での膿瘍形成の報告は認められない。本症例では術後2年目でのCT検査で指摘された膿瘍であり、ESDとの直接の関連がないことも考えられたが、ESD後、膿瘍を形成するような病態は生じておらず、ESDとの関連が否定しきれなかった。この症例は無症状であったが、内視鏡治療後に腹痛などの訴えなどあれば、積極的にCT検査をおこない、原因を検索することが必要であると考えられた。

ESD, 腹腔内膿瘍

独立行政法人 労働者健康福祉機構 東京労災病院 消化器内科  
武田悠希, 小山洋平, 朝井靖二, 園 宣博, 植木紳夫, 平野直樹,  
伊藤 謙, 大場信之, 西中川秀太, 児島辰也

症例は50歳男性。6年前から糖尿病性腎症のため維持透析が導入され、4年前に慢性骨髄性白血病と診断されイマチニブ400mgを内服していた。5か月前から両手指に潰瘍が出現し、計6指を切断された。その後も潰瘍は増大傾向で、イマチニブの副作用が疑われ中止された。しかし、BCR-ABL mRNA量が検出感度以下ではなく、チロシンキナーゼ活性阻害薬の再開継続が望まれ、中止から15日目にダサチニブ100mgの内服が開始された。内服開始から9日目に吐血し、Hb値が13.8g/dlから6.6g/dlに低下し、上部消化管内視鏡検査が施行された。結果、十二指腸球部から下降部にかけて露出血管を伴った多発性で地図状の潰瘍を認め、止血術が施行された。ダサチニブおよび抗血栓薬は中止された。内視鏡的止血術の効果は乏しく、別の露出血管から出血を繰り返し、最終的に後上降十二指腸動脈への塞栓術で止血された。潰瘍に関してはダサチニブの中止を継続し、保存的に加療し得た。潰瘍の原因として、ダサチニブの副作用が最も示唆された。第2世代チロシンキナーゼ阻害薬であるダサチニブは慢性骨髄性白血病やフィラデルフィア染色体陽性急性リンパ性白血病に対して高い有効性が示されているが、重篤な副作用の一つとして消化管出血が挙げられる。本邦での発現頻度は約4%と稀であり、本邦報告例も1998年から現在まで自験例を含め9例とわずかであった。ダサチニブは血小板凝集能を低下させ、血小板由来増殖因子(PDGF)受容体を阻害し、血管平滑筋細胞増生が抑制され、出血リスクが増加するとされる。投与開始から3か月以内、140mg以上の投与例、1日1回よりも2回投与例、加速期や急性転化期、血小板値が低下している例で多いと報告されている。出血部位は下部消化管に多く、十二指腸に発現した報告例は他になく、本症例は稀であると考えられた。

ダサチニブ, 消化管出血

獨協医科大学越谷病院 消化器内科<sup>1)</sup>, 同 病理診断科<sup>2)</sup>  
徳富治彦<sup>1)</sup>, 中元明裕<sup>1)</sup>, 林 憲和<sup>1)</sup>, 大浦亮祐<sup>1)</sup>, 市川光沙<sup>1)</sup>,  
小堀郁博<sup>1)</sup>, 片山裕視<sup>1)</sup>, 上田善彦<sup>2)</sup>, 玉野正也<sup>1)</sup>

症例は71歳、男性。平成25年12月に心窩部痛を主訴に近医を受診、上部消化管内視鏡検査にて胃角部大弯に0-IIa+Ic病変を認め、生検にて胃癌(中分化腺癌)の診断で当科を紹介受診した。当院で施行した再検査では、病理組織は低分化癌成分優勢であるも、2cm以下の粘膜内病変であり、適応拡大病変として平成26年1月にESDを施行した。病理診断では静脈浸潤、リンパ管浸潤を認めた事より平成26年3月に腹腔鏡補助下幽門側胃切除術を施行した。胃切除標本では癌成分は認めなかったが、郭清されたリンパ節の免疫染色にてChromogranin A(+), Synaptophysin(+), CD56(+), ki-67 index 80%を認めた事より神経内分泌癌(NEC, G3)と診断した。ESDによる切除標本も再度上記免疫染色を行い、同様の診断に訂正した。術後にPET検査などの画像検査を施行したものの、明らかな残存病変、遠隔転移を認めず、R0手術が施行されている事よりガイドラインに則ってシスプラチンをベースとした化学療法(CPT-11/CDDP)を施行した。計4コースの化学療法を終了し、2014年12月現在明らかな再発所見は認めない。消化器由来の神経内分泌腫瘍は年間人口10万に3-5人の新規患者が発生する比較的稀な疾患であり、特に神経内分泌癌は進行した状態で診断される事がほとんどである。病理診断においても臨床症状を有さない非機能性腫瘍の場合や、発生部位・悪性度によって多彩な組織形態を示す事より確定に難渋すると報告されている。本症例は比較的早期の状態と診断し集学的治療を完遂できた神経内分泌癌と思われ、文献的考察を含めて報告する。

神経内分泌癌, 低分化腺癌

東海大学 消化器外科  
吉井久倫, 古川大輔, 岡田和丈, 益子太郎, 大宜見崇, 中郡聡夫,  
小澤壯治, 貞廣莊太郎, 安田聖亮

【はじめに】十二指腸潰瘍穿孔は前壁に多く、肝周囲の遊離ガスと腹水貯留を呈することが多い。今回十二指腸球部後壁が穿孔し、網膜内の液体貯留と縦隔気腫を来した症例を経験したので報告する。【症例】75歳、男性。2日より発熱が出現し、その後呼吸困難を伴うようになり来院した。既往歴にS状結腸穿孔にて開腹歴があり、その他に腹部大動脈瘤、両側総腸骨動脈瘤の治療歴がある。来院時JCS2の意識障害があり、体温は38.7℃、血圧70/-mmHg、脈拍156/分、呼吸回数28回/minであった。呼吸音は清、心雑音もなかった。腹部は上腹部に圧痛と反跳痛、筋性防御を認めた。血液生化学所見はWBC 11000/ $\mu$ l、CRP 22.1mg/dl、プロカルシトニン23.1pg/mlであった。胸部単純レントゲンでは下縦隔に縦隔気腫があり、CTでは下縦隔の縦隔気腫と網膜内にfluid-air levelを形成する大量の液体貯留がみられた。肝表面には遊離ガスや液体貯留はなかった。ガストログラフィンによる上部消化管造影で十二指腸後壁の穿孔を確認した。開腹下に穿孔部閉鎖と大網被覆術を施行した。腹水培養でCandida albicansが検出された。術後経過は良好であった。【考察】当初縦隔気腫を伴うことから最初に食道破裂を疑った。上部消化管造影にて十二指腸穿孔の診断がついた。十二指腸潰瘍に縦隔気腫を伴うことは稀である。縦隔気腫は網膜内の後腹膜への穿通により縦隔に至った可能性もあるが、CTでは食道穿孔周囲以外に腹膜外ガスがないことから食道穿孔周囲で腹膜を通じ縦隔にしたものと考えた。また腹膜炎の既往があり上腹部にも癒着があったためにウィンスロー孔を通じて肝周囲に液体貯留や遊離ガスが出現することなく大半が網膜内に限局していたものと考えられた。

十二指腸潰瘍穿孔, 縦隔気腫

順天堂大学医学部附属練馬病院  
秋本瑛吾, 児島邦明, 北島俊顕, 町田理夫, 渡野邊郁雄,  
小坂泰二郎, 宮野省三, 大森 聡, 川野文裕, 藤田翔平, 兩宮浩太,  
伊藤 謙, 関根悠貴, 春山優理恵

【背景】現在、切除不能胃癌に対する化学療法施行後の外科的切除の有用性は確立されていない。今回化学療法施行後に根治切除可能であった1例を経験したので文献的考察を加えてこれを報告する。【症例】47歳女性、上腹部痛精査目的に上部消化管内視鏡施行し、精査の結果胃癌・リンパ節転移の診断で手術の方針。術中に癌性腹水・腹膜播種を認めたと為試験開腹となった(s-stage4)。術後TS-1+CDDP13コース施行後、1年半の時時点でPRの判定。審査腹腔鏡施行し、洗浄腹水細胞診陰性を確認、肉眼的にも播種結節を認めなかった為胃全摘術(D2郭清)施行し術後経過問題なくday11に退院。病理診断の結果、組織型por2、深達度MP、リンパ節転移は認めず(n=0/64)、p-stage1Bであった。腫瘍の2/3は消失していたが、粘膜下層を中心に癌の残存が認められた。現在術後9ヶ月、TS-1内服継続にて再発所見なし。【考察】切除不能胃癌に対して化学療法が著効した症例に対しては根治切除が可能であると判断されれば外科的切除も検討しうると考える。

切除不能胃癌, 外科的切除

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

症例は在日約20年の介護職につく外国籍の30歳代、女性。平成25年2月頃より食後の心窩部痛、嘔吐を認め、同年4月当科を受診した。上部消化管内視鏡ではびらん性胃炎を認めるのみであり、投薬により症状は改善した。5月より症状が増悪、CTで小腸拡張を認め小腸炎と診断され保存的加療にて症状は消失していた。しかし7月から再度激しい嘔吐も出現するようになりCTで空腸の部分的肥厚と拡張、および上行結腸壁の肥厚を認め緊急入院となった。入院後、小腸造影にて近位空腸に狭窄を認め、小腸内視鏡では同部位に輪状潰瘍形成とファイバーの通過が不可能な高度な狭窄を認めた。下部消化管内視鏡でも横行結腸に輪状の狭窄を認めファイバーの通過は困難であった。上記の内視鏡所見から腸結核の可能性を疑ったが、空腸、結腸からの生検で乾酪肉芽腫は認めず結核菌培養、結核菌PCR、Z-N染色でも陰性であった。胸部CTで活動性結核を疑う陰影像を認め、肺胞洗浄液・胃液にて結核菌培養、結核菌PCRも行うも陰性であった。以上より結核菌は検出されず、乾酪肉芽腫も認めなかったがT-SPOTTB陽性であり、画像、内視鏡所見から結核を強く疑われ抗結核療法を開始した。その後、小腸の潰瘍は瘢痕性の狭窄が悪化しイレウスを呈したためイレウス管にて減圧した後小腸内視鏡下でのバルーン拡張を施行し狭窄は軽快した。横行結腸の狭窄は結核薬開始後に改善し退院となった。抗結核薬終了後は炎症反応も低下、胸部CTにおいても肺野の陰影も改善している。腸結核では生検検体での陽性率はPCR法で70%前後、乾酪肉芽腫は22%と比較的低い。本症例ではこれらすべてが陰性であり確定診断に至らなかったが、腸結核を強く疑い加療にて軽快した。結核は近年、本邦で増加傾向にある。腸結核はまれではあるが腹痛の鑑別診断として重要であり、かつ本症例のように結核が検出されないが強く腸結核が疑われる例に対しては必ず確定診断に拘泥せず、抗結核薬治療を開始することも重要であり示唆に富む症例と考え報告した。

腸結核, 空腸狭窄

横浜新緑総合病院 消化器センター  
 大塚 亮, 斉藤元伸, 平山亮一, 高野 裕, 片岡涼子, 福田慎一郎,  
 田内 優, 藤田力也

症例は80歳女性、主訴は腹痛・嘔吐。子宮癌で放射線治療の既往あり、イレウスを数回繰り返していた。来院時のCTでは骨盤内の回腸に楕円形の異物を認め、口側の腸管の拡張を認めた。以前の入院時にも同様の所見を認めたことがあった。同日イレウス管を挿入し経過観察したが軽快せず、後日行ったイレウス管造影で異物の肛門側は造影されず、手術を施行した。骨盤内の回腸に広範な放射線性腸炎を認め、パウヒン弁近傍の狭窄部に異物が嵌頓しており、肛門側への誘導は不能であった。これを口側の健常な空腸まで押し戻し、同部を切開し異物を摘出した。異物は植物の種子であり、後日本人に確認すると梅の種子であることがわかった。放射性腸炎による狭窄に異物が嵌頓したイレウスの報告は散見するが、狭窄病変を含む腸管切除や狭窄形成術が施行されている報告が多い。放射性腸炎の晩期障害は進行性の疾患ではあるが、平常時は狭窄症状なく生活されている患者であり、健常な空腸を切開し異物摘出のみとする術式も安全な治療法の一つと考えられた。

種子, 放射性腸炎

JCHO 横浜保土ヶ谷中央病院 内科  
 井出野奈緒美, 内藤 実, 天野仁至, 桑島拓史, 河合恵美,  
 川井孝子

【症例】70歳男性。58歳時に多発口腔内アフタ、外陰部潰瘍、回盲部潰瘍を認め、当院で腸管Behçet病と診断され、サラゾルフアピリジンとプレドニゾロンによる加療を受けていた。腸管病変は増悪・寛解を繰り返していた。2014年1月頃から、サラゾルフアピリジン3g、プレドニゾロン20-3mgでも寛解維持が困難だった。8月にステロイド依存状態と判断。寛解維持目的でプレドニゾロン20mgに加え、アザチオプリン5mgの内服を開始。しかし、アザチオプリン内服後より一日数回の水様下痢を認めため、精査目的で入院となった。【入院時所見】右下腹部に軽度の圧痛を認めた。CRP8.8mg/dlと炎症反応の上昇を認めた。Hbは8.0g/dlと低下。便培養は異常なし。【経過】終末回腸に不整形や地図状など多彩な形態の潰瘍を認めた。腸管Behçet病の悪化も考えられたが、ステロイドが長期間投与され、さらに免疫抑制剤も加わり、患者が免疫抑制状態である事から、CMV感染の合併が疑われた。生検組織におけるCMV免疫染色で核内封入体を認めた。末梢血でのCMV-IgM抗体が陽性、CMVアンチゲネミアも陽性であった。腸管Behçet病にCMV感染腸炎が合併したものと診断し、プレドニゾロンの量は20mgのまま継続で、アザチオプリンを中止し、ガンシクロビル1日500mgの投与を開始した。下痢は消失し、ガンシクロビル投与開始14日目には、血中CMVアンチゲネミアは陰性化したため、ガンシクロビルの投与を中止した。その後症状の増悪は認めない。【まとめ】本邦においてBehçet病の腸管病変の悪化にCMV感染が関与した報告例は本症例を含め7例であった。腸管Behçet病患者の腸管病変の悪化の際にCMV感染を念頭におく必要があることを示唆する貴重な症例と考えられた。

ベーチェット病, サイトメガロウイルス感染

JAとりで総合医療センター  
 河村貴広, 小原 淳, 永井瑞紀, 三浦夏希, 藤木純子, 古谷晴子,  
 稲留征典

【症例】70歳男性。【経過】2007年4月から2008年5月まで背部痛及び肩痛でリウマチ性多発筋痛症が疑われプレドニゾロンを投与された。2008年5月からはCOX-2選択的阻害剤のメロキシカム10mg/日を投与され症状はコントロールされていた。2007年大腸内視鏡では2ヶ所の腺腫を認めEMRを施行されたが、潰瘍性病変は認めなかった。2014年3月から腹痛と便秘や軟便を繰り返す便通異常が出現し、当科を受診した。炎症反応の上昇や貧血は認めず、腹部CTでも特記所見を認めなかった。2014年5月下旬消化管内視鏡検査でS状結腸に多発潰瘍を認めた。輪状傾向を呈する境界明瞭な比較的浅い多発潰瘍で、介在粘膜は正常であった。直腸や深部大腸、回腸末端には異常所見を認めなかった。潰瘍部からの生検では好酸球や好中球を中心とした中等度の炎症細胞浸潤を認めるものの、肉芽腫や血管炎などの特異所見を認めず、アポトーシス小体の内見も認めなかった。結核菌PCRは陰性であった。併用薬はランソプラゾール、バルサルタン、アムロジピン、アルパスタチン、イミプラミン、エチゾラム、ズロフトロール貼付剤、モンテルカスト、プロテカロールエアゾール、ベクロメタゾンプロピオン酸エステルエアゾールであった。以上の所見からCOX-2選択的阻害剤メロキシカムによる多発大腸潰瘍を第一に疑い、メロキシカムのみを中止した。中止1ヶ月後には腹痛は消失し、便通異常も改善し普通便となった。中止3ヶ月後の大腸内視鏡ではS状結腸にわずかな瘢痕を残すのみで潰瘍はすべて治癒していた。メロキシカムによる大腸潰瘍と診断し、NSAIDは極力使用しない方針とした。現在外来フォロー中であるが、背部痛も軽度でNSAID投与は必要とせず、腹部症状も再燃なく経過している。【結語】COX-2選択的阻害剤は非選択性NSAIDに比較して消化管粘膜障害が少ないとされている。非選択性NSAIDでの小腸・大腸粘膜障害は良く知られた副作用であるが、COX-2選択的阻害剤による大腸潰瘍の報告はわずかである。今回我々はCOX-2選択的阻害剤による大腸潰瘍の一例を経験し、稀な症例と考えられたため報告する。

メロキシカム, 大腸潰瘍

自治医科大学 消化器・一般外科<sup>1)</sup>、  
同 内科学講座消化器内科学部門<sup>2)</sup>  
中尾祐樹<sup>1)</sup>、森本光昭<sup>1)</sup>、井上賢之<sup>1)</sup>、清水徹一郎<sup>1)</sup>、巷野佳彦<sup>1)</sup>、  
田原真紀子<sup>1)</sup>、直井大志<sup>1)</sup>、佐田友藍<sup>1)</sup>、森 和亮<sup>1)</sup>、伊藤 譽<sup>1)</sup>、  
鯉沼広治<sup>1)</sup>、堀江久永<sup>1)</sup>、佐田尚宏<sup>1)</sup>、安田是和<sup>1)</sup>、矢野智則<sup>2)</sup>、  
山本博徳<sup>2)</sup>

【初めに】Crohn病に伴う直腸・肛門管癌は諸家の報告では約0.5%と極めて稀である。今回我々はCrohn病発病18年後に発症した肛門管癌の1例を経験したので文献的考察を加え報告する。【症例】40歳女性【主訴】肛門痛【現病歴】1996年に大腸・小腸型Crohn病を発症。当院消化器内科にて治療を受けていたが、内科的治療に対するコンプライアンスが不良で、直腸肛門管と回腸末端に狭窄を認めていた。定期的内視鏡検査では狭窄部より生検施行され悪性所見は認められていなかった。2014年肛門痛の増悪、痔瘻の悪化を認め、近医を受診しS状結腸ストマ造設術または直腸切断術を検討されたが人工肛門造設は希望されず、オビオイドによる疼痛コントロールが行われた。2014年9月肛門痛が持続するため近医で腰椎麻酔下に肛門管より生検施行され腺癌と診断され当科紹介となった。MRIで肛門管の壁肥厚を認め一部腔壁との境界が不明瞭であり浸潤が疑われた。【手術】肛門管癌腔壁浸潤、小腸狭窄に対し腹会陰陰式直腸切断術、腔後壁合併切除、両側側方リンパ節郭清、小腸狭窄部拡張形成術(Kono-S吻合)を施行した。肛門周囲は多数の瘻孔形成のため炎症は非常に強く、下部直腸周囲のリンパ節は腫大していた。【経過】術後は合併症なくPOD22に退院した。病理結果はtype3, tub2>muc, tub1, pT4b(AI), ly2, v3, pN3(10/58)であった。術後補助化学療法を検討中である。【考察】Crohn病は長期の慢性炎症に伴い発症すると考えられているが、直腸・肛門管癌の発症は極めて稀である。炎症による狭窄、疼痛などにより十分な精査が困難な症例も少なくない。特に肛門症状の増悪の見られる症例では腰椎麻酔下での生検を含めた積極的検査が重要である。

肛門管癌, Crohn病

異物誤飲, 消化管穿孔

国保直管総合病院君津中央病院 消化器内科<sup>1)</sup>、  
同 病理診断科<sup>2)</sup>

内藤裕史<sup>1)</sup>、畦元亮作<sup>1)</sup>、井上 泰<sup>2)</sup>、泉水美有紀<sup>1)</sup>、菅原徳瑛<sup>1)</sup>、  
今井雄史<sup>1)</sup>、稲垣千晶<sup>1)</sup>、高橋幸治<sup>1)</sup>、西尾匡史<sup>1)</sup>、矢挽眞士<sup>1)</sup>、  
石井清文<sup>1)</sup>、藤本竜也<sup>1)</sup>、大部誠道<sup>1)</sup>、吉田 有<sup>1)</sup>、藤森基次<sup>1)</sup>、  
駒 嘉宏<sup>1)</sup>、鈴木紀彰<sup>1)</sup>、福山悦男<sup>1)</sup>

【症例】64歳、男性。【主訴】嘔気、腹痛。【家族歴】特記事項なし。【既往歴】高血圧、2型糖尿病、気管支喘息、膵管内乳頭状粘液性腫瘍。【現病歴】本年より便秘傾向あり近医で7月上旬及び下部消化管内視鏡を施行。上部消化管内視鏡で区域性の硬化性病変あり、下部消化管内視鏡では脾彎曲部に全周性狭窄病変を認めた。どちらも生検では悪性所見は得られず。大腸狭窄の精査目的に当院紹介。腫瘍マーカーではCEA 3.5ng/ml、CA19-9 11.4U/mlと上昇なし。注腸造影では脾彎曲部横行結腸に全周性狭窄あり。9月初旬下部消化管内視鏡は前医同様の所見でありスコープは通過せず、粘膜面は正常粘膜と腺管構造の様な発赤粘膜で構成され明らかな潰瘍や腫瘍露出は認めず。同日以降腹部膨満感、嘔気あり改善乏しいため9月中旬当院受診。腹部単純レントゲン写真で著明な大腸ガスを認め腹部単純CTでは脾彎曲部の狭窄より口側の著明な結腸拡張ならびに腸内容貯留認めことから大腸腸閉塞の診断で緊急入院とした。【入院後経過】閉塞形状と臨床経過から悪性狭窄を否定できないと考え同日緊急大腸ステント挿入。その後は合併症なく腸閉塞症状は改善を認めた。術前精査として下部消化管内視鏡施行、狭窄部は一部潰瘍面認められるもその他は前回同様であり生検では明らかな悪性の所見は得られず。腹部造影CTではダグラス窩に少量腹水あるも病変周囲のリンパ節腫脹は目立たず。その後手術施行、術中所見としてステント部で後腹膜に癒着、横行結腸腸間膜の短縮・肥厚・脂肪部の滴状硬化あり、外科見解では炎症性変化と考えられ横行結腸部分切除が施行された。術後合併症なく経過し10月初退院となったが病理結果は4型の浸潤様式をとるが組織型は高分化腺癌であった。このような稀な4型大腸癌を経験したため文献的考察を加えて報告する。

4型浸潤, 高分化腺癌

共焦点内視鏡, リンパ腫

獨協医科大学 日光医療センター 消化器内科<sup>1)</sup>、同 外科<sup>2)</sup>、  
獨協学園<sup>3)</sup>、獨協医科大学 消化器内科<sup>4)</sup>  
陣内秀仁<sup>1)</sup>、前田光徳<sup>1)</sup>、中野正和<sup>1)</sup>、竹中一央<sup>1)</sup>、宮地和人<sup>2)</sup>、  
寺野 彰<sup>3)</sup>、平石秀幸<sup>4)</sup>

魚骨などの異物誤飲は自然に排泄されることが多く、消化管穿孔、穿通をきたすことはまれである。今回我々は、異物誤飲によるS状結腸穿孔、穿通をきたした2例を経験したので報告する。症例1は70歳代女性。数日前からの下痢、腹痛を認めたため、当院受診。腹部CTにてfree airとS状結腸に針状の異物を認め、緊急手術を施行した。手術の結果、同部位には6cm大の魚骨を認め、魚骨によるS状結腸穿孔と診断された。症例2は60歳代男性。検診にて便潜血陽性を指摘され、精査目的に下部消化管内視鏡検査(CS)を施行したところ、S状結腸に全周性の高度狭窄を認め、同日緊急入院となった。入院後、再度CSを施行したところ、狭窄部位に食塊を巻き込んだ楊枝が腸管を貫通していた。楊枝は、鉗子でまったく動かなかった。腹部CTにてfree airを認めないものの、S状結腸に腸管壁の肥厚と炎症所見、腸管を貫く楊枝を認め、待期的にS状結腸切除術を施行した。両症例とも術後経過良好にて、無事退院した。文献的には異物誤飲による消化管穿孔、穿通が生じるのは1%以下であり、部位としては食道、回腸、横行結腸、S状結腸の順に多い。今回の両症例とも異物誤飲にて当初は患者からの話はなく、その後のCT検査、内視鏡検査、再度の問診にて異物誤飲が判明した。本症のような急性腹症や、症状が軽微な腸管狭窄の鑑別診断の1つとして、異物誤飲も念頭に置き、問診や診断を行うことが重要と考えられた。

NTT 東日本関東病院 消化器内科

瀧田麻衣子、大圃 研、野中康一、田島知明、港 洋平、松山恭士、  
松橋信行

【症例】52歳男性。便潜血陽性精査のため下部消化管内視鏡検査を施行したところ、回盲弁上に30mm大の潰瘍を伴う隆起性病変を認めた。悪性疾患を念頭に組織生検を行ったところ、著明なリンパ球浸潤を認め悪性リンパ腫の可能性が示唆されたが、診断には至らなかった。内視鏡検査を再施行し、再度組織生検をおこなったが、やはり確定診断には至らなかった。三度目の内視鏡検査で共焦点内視鏡を施行したところ、腺構造の消失と円形の細胞が密集する像が得られた。消化管リンパ腫の共焦点内視鏡像(Endoscopy, 2014 (in press))に酷似していたため強くリンパ増殖性疾患を疑い、診断のため一部をポリペクトミーしたところ、組織には間質に高度のリンパ球浸潤を認め、免疫染色の結果とあわせて悪性リンパ腫(びまん性大細胞型B細胞性リンパ腫)の診断となった。今後は血液内科にて化学療法を予定している。【考察】消化管悪性リンパ腫は多彩な内視鏡像を示すため診断に苦慮することも多く、組織生検で確定診断に至らないことも経験される。共焦点内視鏡はレーザー光を照射し、投与された蛍光物質から励起された蛍光を共焦点顕微鏡と同様の方法で画像化する技術であり、optical biopsyの有用な手段として期待されている。本邦ではいまだその有用性は認識されるに至っていないが、今後さらなる症例の蓄積と検討により診断基準が確立されれば、内視鏡診断学におけるあらたなモダリティになりうるかと考えている。本症例では腺腫や癌といった上皮性腫瘍とはあきらかに異なる共焦点内視鏡像を呈し、病理標本とも合致するような所見が得られた。診断のツールとしての共焦点内視鏡の可能性を再認識した症例であり、これまでも当院で経験した他の大腸疾患における共焦点内視鏡での所見とあわせて供覧する。

慶應義塾大学病院

田島佑樹, 鶴田雅士, 長谷川博俊, 岡林剛史, 浅田祐介, 杉浦清昭, 鈴木佳透, 中太淳平, 北川雄光

経口マルチターゲット阻害薬であるレゴラフェニブは、ランダム化二重盲検プラセボ対照国際共同第III相臨床試験(CORRECT試験)でその有効性と安全性が報告され、本邦でも2013年3月から、治癒切除不能な進行大腸癌に対し使用可能となった。経口薬でもあることから、比較的QOLの保たれる3次治療以降の新たなモダリティとして注目されている。われわれはこれまでに8例の使用症例を経験したのでここに報告する。平均年齢は66.5(53~77)歳で、性別はちょうど男女4名ずつであった。治療の対象となった症例は3rdラインで開始した1症例以外はすべて、4thライン以降であった。全治療において、全症例でCPT-11とおよびオキサリプラチンによる化学療法が行われていた。また、特有の皮膚障害が出現する、セツキシマブは4例(50%)にパニツマブは6例(75%)に使用されていた。治療開始後の累積全生存期間は中央値で149.5(21~308)日で、累積無増悪生存期間は77(21~173)日であった。初回治療効果判定ができた症例は3例(37.5%)で、内訳はSDが1例、残りの2例はPDであった。通常投与量の160mg/日で開始した症例は4例(50%)で、うち2例が最後まで同量で継続し、残りの2例は減量が必要であった。総投与コースは、中央値で2.85(1~7)コースであった。全症例でGrade2以上の手足症候群、皮疹、肝機能障害、血圧上昇、全身倦怠感、血小板減少と多彩な副作用が見られ、いずれも治療開始後、1か月以内の早期に起こっており、そのうち2例(25%)はGrade3の疲労・全身倦怠感のために治療中止となった。レゴラフェニブは、全身状態が良好でない症例や長期化学療法後の症例を対象とするケースも多く、様々な副作用が出現しうするため、十分な観察の下での投与が必要である。今後の症例の蓄積が待たれる。

レゴラフェニブ, 大腸癌

## 54 上行結腸憩室出血に対しシングルバルーン内視鏡およびオーバーチューブを用いてバリウム充填を行った1例

東京医科大学 消化器内科<sup>1)</sup>,  
東京医科大学病院 内視鏡センター<sup>2)</sup>

古賀幹教<sup>1)</sup>, 後藤田卓志<sup>1)</sup>, 草野 央<sup>1)</sup>, 福澤誠克<sup>2)</sup>, 佐藤丈征<sup>1)</sup>, 鈴木 翔<sup>1)</sup>, 八木健二<sup>1)</sup>, 辻雄一郎<sup>1)</sup>, 桑田直子<sup>2)</sup>, 植松淳一<sup>1)</sup>, 山内芳也<sup>1)</sup>, 森安史典<sup>1)</sup>

【背景】大腸憩室出血に対する治療法としては、内視鏡的止血術やバリウム充填術が知られている。しかし、内視鏡的止血術では出血点を同定できず止血に難渋することも多い。一方、バリウム充填術に関しても、右側結腸憩室からの出血の場合は十分な充填には技術を要する。今回、我々はシングルバルーン内視鏡およびオーバーチューブを用いたバリウム充填法を考案、施策したので報告する。【症例】80歳男性【主訴】血便【現病歴】前立腺癌に対するホルモン加療中に突然の血便を認め、当院救急搬送、緊急入院となった。【入院後経過】入院時に行った大腸内視鏡検査では、上行結腸ならびにS状結腸に憩室を散見するも観察時には自然止血しており出血点を同定することはできなかった。上部内視鏡検査を行うも出血の原因となる疾患は認めなかった。その後も再出血を繰り返し、緊急内視鏡を行うも出血点は同定できなかったが、凝血塊が上行結腸に多いことから上行結腸憩室からの出血と判断した。十分な効果を得るため、今回考案した方法でバリウム充填を行った。シングルバルーン内視鏡ならびにオーバーチューブを上行結腸まで進め内視鏡を抜去し、オーバーチューブを腸管内に留置した。オーバーチューブ肛門側端へバリウム自動注入器用チューブを接続し、オーバーチューブのバルーンを拡張させバリウムを注入することで、上行結腸に圧をかけながら、憩室内へ十分にバリウムを充填することが可能であった。バルーンを位置をずらすことで、バルーンにより憩室を直接圧迫することもできた。充填後は出血コントロールがつき良好な経過を得られた。【結語】本法は右側結腸憩室出血に対して効果的な止血を施すことが可能であると考えられた。今後症例を重ね検討を進める予定である。

憩室出血, バリウム充填

東京都立多摩総合医療センター 内視鏡科<sup>1)</sup>,

同 消化器内科<sup>2)</sup>, 同 緩和ケア科<sup>3)</sup>  
竹縄 寛<sup>1)</sup>, 佐藤優美<sup>2)</sup>, 戸田晶子<sup>2)</sup>, 大川 修<sup>2)</sup>, 四宮 航<sup>2)</sup>, 中谷行宏<sup>2)</sup>, 細谷明德<sup>2)</sup>, 脇岡悠子<sup>2)</sup>, 吉野耕平<sup>2)</sup>, 堀家英之<sup>2)</sup>, 唐鎌優子<sup>2)</sup>, 並木 伸<sup>2)</sup>, 小倉祐紀<sup>2)</sup>, 芝 祐信<sup>3)</sup>

症例は70歳台、女性。下血を主訴に当院を受診。大腸内視鏡検査にて裂肛による出血と診断されたが、肛門管に径2cmの扁平隆起性病変を認め、NBI拡大内視鏡にてType V-1ないしV-2のIPCLを伴い、生検にて扁平上皮癌と診断された。EPないしLPMまでの深達度と考えると、内視鏡的粘膜下層剥離術を施行した。病理診断は上皮内に限局する扁平上皮癌で脈管侵襲を認めず、深部断端は陰性であったが、剥離中に裂けた皮膚側断端に異型上皮を認めたため、水平断端陽性であった。経過観察の方針となったが、以後再発を認めていない。肛門管扁平上皮癌に対してESDを行った本邦報告例は少なく、本例を含めて4例である。上皮内癌に限ると本例で2例目と稀であるため、若干の文献的考察を含めて報告する。

肛門管癌, ESD

## 56 腹痛をきたした中年女性のSAMの1例

千葉県立海浜病院

薄井正俊, 野本裕正, 高城秀幸, 太和田勝之, 齋藤博文, 北 和彦

57歳の女性で激烈な心窩部痛で発症したSAMの1症例を経験した。腹部CTにて腹腔動脈拡張、その分岐の枝の広範な口径不同も見られ、SAMが原因と思われる動脈瘤と診断した。保存的治療で症状も改善傾向であったが、心臓血管外科へのコンサルトにても活動性の出血がなく一旦退院し、後日セカンドオペニオンの希望有り他院で腹腔動脈瘤切除・人工血管置換術が施行された。病理学的に血管内膜の肥厚、中膜の平滑筋細胞も配列の乱れがあったが、粥状硬化や血管炎の所見はなく、SAMと矛盾しない所見であった。SAMは1976年、Slavinらが提唱した病理概念であり、臨床的には、中高齢者、炎症や動脈硬化性変化などの基礎疾患がない、突然の腹腔内出血で発症、血管造影にて血管の数珠状の不整拡張と狭窄という診断基準が提唱されている。腹部内蔵動脈瘤そのものは救急受診での発生頻度は0.01~2%と言う報告がある。治療としてはカテーテル治療、開腹手術を受けた場合の救命率はそれなりに高いと言う報告も出ている。

SAM, 腹部動脈瘤

東京都立大塚病院 内科  
河野玄太, 田中 啓, 久保田翼, 榎本瑠奈, 橋本真紀子, 前野智子,  
和氣泰次郎, 山本健一郎, 倉田 仁, 檀 直彰

【緒言】胃小細胞癌は2010年WHO分類では、neuroendocrine neoplasms(NEN)に分類される疾患である。さらにNENは増殖能(核分裂像数、Ki-67指数)により、高分化型の神経内分泌腫瘍(neuroendocrine tumor;NET)と、低分化型の神経内分泌癌(neuroendocrine carcinoma;NEC)に区別される。遠隔転移を伴った胃NECに対しては化学療法が第1選択と考えられ、胃癌に準じた化学療法を行った文献も散見されるが、現在は肺小細胞癌に準じた化学療法を行うことが推奨されている。【症例】77歳男性。近医での血液検査で肝機能障害を指摘され、腹部造影CTを施行したところ、多発肝転移巣を指摘された。原発巣精査の上消化管内視鏡で胃体上部大弯にびらんを伴った壁進展不良を認め、生検ではGroup5(small cell carcinoma)が検出され、胃小細胞癌の診断で化学療法目的に入院した。CPT-11/CDDPで化学療法を開始し、2コース目終了時には腹部造影CTにて多発肝転移巣が著明な縮小を認めた。【結語】今回、CPT-11/CDDPが奏功した1例を経験したので若干の文献を交えて報告する。

胃小細胞癌, 化学療法

茅ヶ崎市立病院 初期臨床研修医<sup>1)</sup>, 同 消化器内科<sup>2)</sup>,  
同 一般・消化器外科<sup>3)</sup>  
沼田忠美<sup>1)</sup>, 岩瀬麻衣<sup>2)</sup>, 岩崎 綾<sup>2)</sup>, 鈴木章浩<sup>3)</sup>, 内田苗莉<sup>2)</sup>,  
谷口礼央<sup>2)</sup>, 内山 崇<sup>2)</sup>, 村田依子<sup>2)</sup>, 栗山 仁<sup>2)</sup>, 秦 康夫<sup>2)</sup>,  
福井梨沙<sup>3)</sup>, 桐谷 翔<sup>3)</sup>, 工藤昌良<sup>3)</sup>, 秀野泰隆<sup>3)</sup>, 竹上智浩<sup>3)</sup>,  
新海 宏<sup>3)</sup>, 小林一博<sup>3)</sup>

【症例】79歳の女性。サバを摂取した4日後に下腹部痛と嘔吐を主訴に当科を受診した。初診時は症状および炎症反応の上昇も軽度であったが、翌日、下腹部痛の増悪と反跳痛を認めた。腹部レントゲンでは小腸ガスと小腸の拡張を認め、腹部造影CTで小腸の一部に限局した腸管壁の浮腫、肥厚、さらに口側の腸管拡張を認めた。これらの所見から絞扼性イレウスの可能性を考え、当院外科にて緊急手術が施行された。開腹所見ではTreitz靱帯から約100cmの小腸に30cmにわたって発赤、浮腫、肥厚を認め、一部には硬結を触知した。近傍の腸間膜内にも軽度の出血をきたしており、小腸穿通と考え小腸部分切除が施行された。病理所見では切除腸管の粘膜下層にまでアニサキス虫体の刺入が確認され、周囲の漿膜や腸間膜にまで炎症が波及していた。小腸アニサキス症による小腸穿通と診断された。

【考察】小腸アニサキス症は消化管アニサキス症の約8%と比較的まれな疾患である。胃や大腸では虫体を内視鏡的に確認し摘出することが可能であるため診断や治療は比較的容易であるが、小腸アニサキス症は急性虫垂炎やイレウスを伴った急性腹症として手術される例が多く術前診断は困難とされている。本症例も術前には絞扼性イレウスとの鑑別が困難であり、術中所見で初めて小腸アニサキス症による小腸穿通と診断された。アニサキス症は確定診断がつけば保存的治療が優先されるという意見が一般的だが、穿孔や壊死を来すこともあるため、腹膜刺激症状や狭窄症状の強い症例では手術適応となる。急性腹症の鑑別としてアニサキス症を念頭においた病歴聴取や画像診断を行うとともに、手術適応についても十分に考慮するべきと思われる。

小腸アニサキス症, イレウス

胃癌に対する胃全摘術後の再発による経口摂取困難に対し、繰り返しステント留置を行い良好なQOLを得られた1症例

独立行政法人 国立国際医療研究センター病院  
山田紗依子, 新里 陽, 山田玲央, 寺田百合子, 望月理玄,  
三宅 大, 山田和彦, 徳原 真, 枝元良広, 安田秀光, 山澤邦宏,  
橋本政典, 矢野秀朗

【はじめに】一般に食道癌や治療後変化による食道狭窄のために経口摂取困難な症例に対し、QOL改善のための姑息的治療として食道ステント挿入術が普及してきている。今回、食道ステント留置を5回(計6本)繰り返し行うことで、QOLを保つことができた症例を報告する。

【症例】57歳男性。胃噴門部癌(pT3N1M0)および左腎癌に対し胃全摘術(D2郭清、Roux en-Y, 前結腸経路)および左腎摘出術を同時施行した。術後3年目に肺転移が確認され、細胞診で明細胞性腎癌の転移と確認。その3年後(術後6年目)に急速に経口摂取困難となり、食道空腸吻合部肛門側に腫瘍による狭窄を認め、病理および画像上縦隔に沿った胃癌の再発・浸潤と診断した。透視にて吻合部をまたいで約9cmにわたり狭窄を認めたためステント留置(1回目, 8cm長 18mm径, 2本)を行った。経口摂取良好となったが、その2か月後ステント内13cmにわたる再狭窄があり、ステント内にステント挿入(2回目, 15cm長 18mm径)を行い、QOLの改善を認めた。しかしその5か月後症状再発し嘔吐を伴うようになり、前回挿入ステント内口側に透視上腫瘍性狭窄を認めたため、ステント留置(3回目, 15cm長 18mm径)を行った。その2か月後症状再発し、前回のステントの口側にやはり腫瘍性狭窄を認め、ステント留置(4回目, 8cm長 20mm径)。その2か月後、食道空腸吻合部付近の狭窄に対しステント留置(5回目, 8cm長 18mm径)。本人の希望にて化学療法は施行しなかったが、以上計5回のステント留置により初回食道通過障害以降約1年間、死亡前夜まで自宅で普通食を食べることができた。その後最終ステント留置1か月後に、夕食摂取後就寝時が食後1時間半ほどで家族が呼吸停止に気付く救急搬送、死亡確認となった。

【結語】胃癌術後再発にて経口摂取困難となったが、複数ステント挿入によりQOLが劇的に改善した症例であった。

食道ステント, 胃噴門部癌

潰瘍性大腸炎に自己免疫性膵炎の合併が疑われた1例

北里大学病院 消化器内科<sup>1)</sup>,  
北里大学医学部新世紀医療センター<sup>2)</sup>  
土膳寺典子<sup>1)</sup>, 川岸加奈<sup>1)</sup>, 横山 薫<sup>1)</sup>, 大友勇樹<sup>1)</sup>, 大岡正平<sup>1)</sup>,  
佐田美和<sup>1)</sup>, 小林清典<sup>2)</sup>, 小泉和三郎<sup>2)</sup>

【背景】膵炎は炎症性腸疾患(IBD)の腸管外合併症として知られており、高アミラーゼ(Amy)血症を呈する症例も少なくない。潰瘍性大腸炎(UC)に2型自己免疫性膵炎(AIP)の合併が疑われた1例を経験したので報告する。

【症例】22歳女性。14歳発症のUC全大腸炎型。発症時から5-ASA製剤を内服している。内科治療抵抗性であり、2014年1月にAdalimumabが導入されたが、同年2月中旬に39℃台の発熱のため入院となった。腹部症状の増悪は認めず、CS所見も増悪は認めなかった。入院中に心窩部痛が出現し、血液検査にてAmy 565U/L、Lipase 1690 U/L、Elastase1 3320ng/dlと上昇を認めた。また、CT上膵頭部の腫大を、MRCPでは主膵管の拡張と口径不整を認め、AIPが疑われた。なお、抗核抗体80倍、IgG4は正常範囲内であった。急性膵炎と診断し、大量の輸液とナファモスタットメシル酸塩の投与にて数日で症状は改善した。膵炎の原因として薬剤性膵炎も考慮され、5-ASA製剤を一時的に中止したが、その後内服を再開するもAmyの変動は認めなかった。基礎疾患にUCがあるため2型自己免疫性膵炎を疑い、PSL40mg/日が開始された。Amyは高値(200U/L前後)で推移しているが、PSL開始1ヶ月後にLipaseは正常化した。また半年後のMRCPでは膵頭部腫大は改善し、主膵管の口径不整を認めるのみとなった。現在はPSL10mg/日まで減量し、経過観察中である。

【結語】IBDと2型自己免疫性膵炎の関連性が注目されている。本症例では侵襲性の高いEUS-FNAやERPは施行しておらず、病理組織学的診断には至っていない。UCに2型自己免疫性膵炎の合併が強く疑われた症例を経験したので報告した。

潰瘍性大腸炎, 自己免疫性膵炎

## 61 潰瘍性大腸炎に肺血栓塞栓症を合併した一例

東京医科歯科大学医学部附属病院 消化器内科  
杉本京子, 勝倉暢洋, 藤井俊光, 斎藤詠子, 松岡克善, 水谷知裕,  
藤田めぐみ, 岡田英里子, 土屋輝一郎, 柿沼 晴, 岡本隆一,  
東 正新, 大岡真也, 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

症例は17歳、女性。2014年7月初旬より10回以上の血便、下痢が出現し、8月6日前医を受診した。下部消化管内視鏡検査で直腸から連続性、びまん性、全周性に塑像な粘膜を認め潰瘍性大腸炎・全大腸炎と診断した。臨床的に重症、内視鏡的活動度は強度であった。同日前医入院し絶食・中心静脈栄養管理とし5-ASA4g及びブレドニン1mg/kg大量静注療法を開始した。しかし第9病日でも改善なく血便持続しステロイド抵抗性と判断した。右内頸静脈よりバスキュラーカテーテル挿入し血球成分除去療法(G-CAP)を追加したが、その後症状の悪化を認めたため、第21病日に当院に転院となった。転院時重症であったが、翌日突然の胸痛と呼吸困難が出現しSpO<sub>2</sub> 84%まで低下したため、胸部造影CT撮影したところ左肺動脈末梢に血栓を認め肺血栓塞栓症と診断した。症状は一過性であり心エコー所見では右心負荷も認めなかったが、ヘパリン静注、弾性ストッキング着用を開始した。またIVHは抜去した。以後維持療法としてワーファリン内服継続している。また潰瘍性大腸炎に対してはステロイド抵抗性と判断し転院翌日よりタクロリムス静注を開始した。以後、徐々に血便回数の減少を認めた。タクロリムス開始2週間後には臨床的に寛解し、下部消化管内視鏡では、広範な全周性の潰瘍は活動性が沈静化し再生上皮を認め明らかに改善していた。以後タクロリムス経口、アザチオプリン50mg、5-ASA 4.0gで寛解維持し、3ヶ月後の内視鏡でも著明な改善を認めている。本症例は血栓素因がない重症の潰瘍性大腸炎の若年女性が肺血栓塞栓症を合併した一例である。稀な一例と考えられ若干の文献的考察を加えて報告する

潰瘍性大腸炎, 肺血栓塞栓症

## 62 腹腔鏡下手術を行った直腸GISTの1例

東京北医療センター  
震明あすか, 天野正弘, 桑原明菜, 桑原悠一, 岡村 淳, 頼木 領,  
細井則人, 首藤介伸, 住永佳久

消化管に発生するGISTのうち直腸GISTは約5%程度といわれ、下部直腸に多く見られている。初発症状として血便、排便困難などがあるが、症状のないものも多い。今回、無症状で人間ドックの腹部エコーで発見された直腸GISTの症例を経験したので報告する。患者は50代、女性。2014年7月、人間ドックの腹部エコーで骨盤内腫瘍を指摘された。精査目的で行った腹部単純造影CTで下部直腸左側前壁の粘膜下に、臍や膀胱を前方に圧排する4cm大の充実性腫瘍を認めた。辺縁は平滑で周囲への浸潤を疑わせる所見はなかった。骨盤内造影MRIでも同様の所見で、肛門挙筋への浸潤は認めなかった。また、下部内視鏡検査では、下部直腸に潰瘍形成やdelleを伴わない粘膜下腫瘍を認めた。以上より、直腸粘膜下腫瘍(GISTまたは平滑筋腫)の診断となった。直腸指診で、腫瘤の可動性があり、肛門側の歯状線からの切離距離が確保できると判断した。肛門温存手術が可能であるため、術前補助化学療法は行わず、直腸低位前方切除術を行うこととした。【手術所見】腹腔鏡下にTMEの層で直腸を完全に受動し、内外括約筋を剥離、肛門指診で腫瘍肛門側のsurgical marginが確保されていることを確認しながら直腸を切離した。吻合は端側DST吻合で行い、回腸人工肛門造設を行った。【術後経過】術後合併症なく、術後15日目に退院となった。無症状で発見された直腸GISTに対し、腹腔鏡下手術で切除できた症例を経験したので、若干の文献的考察を含めて報告する。

直腸GIST, 腹腔鏡下手術

## 63 急性出血性直腸潰瘍に似た発症様式を示したサイトメガロウイルス直腸炎の一例

横浜市立みなと赤十字病院 消化器内科<sup>1)</sup>,  
東京医科歯科大学大学院 消化器病態学<sup>2)</sup>,  
横浜市立みなと赤十字病院 病理部<sup>3)</sup>  
三井智広<sup>1)</sup>, 金城美幸<sup>1)</sup>, 永山和宜<sup>1)</sup>, 安田吾吾<sup>1)</sup>, 渡辺 翔<sup>1)</sup>,  
浅川剛人<sup>1)</sup>, 高浦健太<sup>1)</sup>, 鈴木雄一郎<sup>1)</sup>, 小橋健一郎<sup>1)</sup>,  
池宮城秀和<sup>1)</sup>, 深見裕一<sup>1)</sup>, 先田信哉<sup>1)</sup>, 有村明彦<sup>1)</sup>, 渡辺 守<sup>2)</sup>,  
熊谷二郎<sup>3)</sup>

【症例】77歳、女性。【既往歴】C型肝炎(Child Bに相当)、左乳房切除後。高度の認知症が併存しており、自宅生活ではあったがADLは歩行不能で寝たきりに近い生活であった。【現病歴】2014年1月初旬より、便秘と泥状便を繰り返していた。左上腕骨骨折のため、2月初旬より当院整形外科に入院していたが、3月に入ってから便に少量の血液付着を呈することが頻回となり、精査治療目的のため当科紹介された。紹介時点でもADLの改善は充分でなく、ほぼ臥床していた。凝血塊を伴うような大量下血のエピソードは認めなかった。【紹介時身体所見】下腿浮腫軽度、腎部に広範なびらん形成を認める。直腸診では軽度の血液付着を認める。【同検査所見】CRP 0.7 mg/dl, TP 5.3 g/dl, Alb 2.4 g/dl, Hb 10.7 g/dl, PT 57%, T-Bil 2.5 mg/dl, 便培養・CDトキシン陰性【経過】大腸内視鏡検査で、直腸(Rb)に打ち抜き様潰瘍を2つ認め、うち一つは穿通も疑われた。深部大腸に異常所見を認めなかった。注腸造影で後壁側に潰瘍が明瞭に描出された。長期臥床に伴う出血性直腸潰瘍や宿便性潰瘍としては潰瘍が極端に深掘れであり、CMV感染の検索を行なった。血液検査ではCMV-IgG抗体強陽性、CMV-IgM抗体弱陽性、抗原血症(CTHRP)陰性であったが、直腸潰瘍辺縁の生検組織から免疫染色でCMV陽性となり、HE像も矛盾しない所見であった。以上より機械的刺激や循環障害の併存を否定しきれないもののCMVによる直腸潰瘍と診断しガンシクロビル500mg/dayを2週間投与した。粘膜所見の改善には時間を要したが、約1か月後の内視鏡所見で潰瘍の著明な縮小を確認した。この間ADLは徐々に改善し、寝たきりの状態を脱したがAlb 2.2 g/dlなど栄養指標に変化はみられなかった。【結語】ADL不良な高齢者の直腸病変においてCMV感染を鑑別に含めることの意義が示唆された。

サイトメガロウイルス感染症, 直腸潰瘍

## 64 S状結腸憩室穿孔後に形成された膿瘍が、穿孔部からの自然排膿により著明に縮小した一例

草加市立病院 消化器内科<sup>1)</sup>, 同 外科<sup>2)</sup>  
小野浩弥<sup>1)</sup>, 青沼映美<sup>1)</sup>, 末松聡史<sup>1)</sup>, 鎌田和明<sup>1)</sup>, 山本満千<sup>1)</sup>,  
吉田玲子<sup>1)</sup>, 矢内常人<sup>1)</sup>, 小野千尋<sup>2)</sup>

【症例】70歳男性【現病歴】2014年5月下旬に間欠的な下腹部痛を主訴に前医を受診し、細菌性腸炎の疑いで入院となった。絶食・補液と抗菌薬投与で加療されたが改善せず、精査治療目的に当院転院となった。腹部造影CT検査では、S状結腸に接して周囲に淡い造影効果を伴う内部が不均一な約5×4cm大の低吸収域があり、膿瘍を疑った。近傍に憩室が多発しており、S状結腸憩室が穿孔し膿瘍を形成したと考えた。多食・補液を継続、抗菌薬を変更して投与し、腹痛や血液検査上炎症所見は改善した。第9病日に再度腹部造影CT検査を施行したところ、前回の画像と比較し膿瘍の著明な縮小を認めた。第14病日に施行した下部消化管内視鏡検査では、病変周囲に瘻孔の形成はなくS状結腸憩室からの排膿を認めた。以上から、穿孔した憩室から排膿され膿瘍が縮小したと考えた。後に当院外科でS状結腸切除術を施行し、術後の病理検体からも病変周囲に瘻孔形成はなく穿孔した憩室より排膿されたことが裏付けられた。【考察】S状結腸憩室穿孔後に形成された膿瘍が、穿孔部位からの自然排膿により著明に縮小した一例を経験したため、若干の考察を加えて報告する。

腹腔内膿瘍, S状結腸憩室穿孔

東京歯科大学市川総合病院

坂口朝美, 木村佳代子, 荒畑恭子, 伊藤麻子, 財部紗基子, 貝田将郷, 岸川 浩, 西田次郎

70歳代 男性。主訴は下腹部痛。既往歴にネフローゼ症候群、直腸痛（46歳で手術）、高血圧、高尿酸血症がある。2014年10月に下腹部痛が出現し、近医での投薬にて経過を観察されていたが、3日後に歩行が困難なほどに増悪し当院へ紹介された。来院時、下腹部を中心とした強い圧痛と、CRP 17.53mg/dlと炎症反応の亢進を認めた。CTでは回腸に閉塞機転を伴う小腸の著明な拡張を認め、術後の癒着性イレウスと診断し、同日イレウス管を挿入した。禁食・抗生剤・イレウス管留置にて腹痛も改善傾向となり経過観察のCTでも小腸の拡張は改善傾向にあった。このときのCTにてS状結腸の浮腫性壁肥厚と周囲の脂肪織混濁を認め、同部に石灰化を伴わない索状の異物が疑われた。このS状結腸炎症部と回腸の閉塞部位が近接していたため、異物の穿通により腹膜炎が惹起され、その炎症が回腸に波及し腸閉塞を呈したものと考えられた。炎症の鎮静化、腸管拡張の改善を確認したのち、異物の除去については外科的な処置よりは非侵襲的な内視鏡的摘出を最初に試みるべきと考え、第12病日に下部消化管内視鏡検査を施行した。S状結腸遠位部に粘膜面より突出した異物を確認し、把持鉗子にて約3cmの異物を摘出し得た。異物刺入部の周囲粘膜は軽度浮腫状ではあったが摘出後は少量の出血を認めるのみであった。なお詳細に病歴を聴取したが異物誤飲の持核はなかった。その後、経口摂取を開始するも腹部症状の増悪なく軽快退院となった。大腸異物による穿通が腹膜炎を呈し、これが腸閉塞を併発、内視鏡的異物摘出が有効であった1例を経験した。小腸イレウスの原因として術後の癒着が原因である頻度が高いが、まれではあるが異物による穿通も鑑別すべきである。本症例のように小腸の拡張が比較的軽度にもかかわらず強い腹痛を呈している場合には特に、CTにて認識しにくい非石灰化異物の存在にも注意しつつ画像検索を行い、また詳細な病歴の聴取を行うべきと考えた。示唆にとむ症例であり若干の文献的考察を加え報告する。

大腸異物, イレウス

横浜市立市民病院 炎症性腸疾患科

小形亜也子, 小金井一隆, 辰巳健志, 二木 了, 黒木博介, 杉田 昭

症例は40歳男性。家族歴に特記事項なし。既往歴に原因不明の血小板減少症があり、cyclosporineによる治療を行っていた。14歳時にクローン病を発症し、5-ASA製剤で寛解を維持していた。2007年に坐骨直腸窩痔瘻が出現し、当科に紹介された。骨盤部MRIでは多発する瘻管を認め、疼痛が強く、発熱、炎症反応亢進があり、手術を行った。肛門管は狭窄し、肛門周囲には右陰囊付近を含め、7か所の2次口があり、膿皮症を合併していると考えられた。7本のsetonを留置した。その後、前医でプレドニゾロンで加療していた。2010年に自覚症状が改善し、setonを全て抜去したものの、肛門周囲の硬結が残存し、多数の2次口を認めた。2011年には再び2次口から排膿を認め、CRPが高値であったが、手術を拒否されていた。2014年、MRIで多発する痔瘻、膿瘍を認め、seton法を施行した。11月、自覚症状は変わらないものの、炎症反応の亢進、低栄養、貧血が著明であり、入院した。小腸造影では小腸に病変を認めず、注腸造影ではほぼ大腸全体に病変を認め、横行結腸とS状結腸、直腸は著しく狭小化、短縮していた。肛門管の前方、後方に瘻孔を認め、後者は恥骨上縁まで連続して皮膚瘻を形成していた。CT検査では肛門、直腸周囲に広範囲の膿瘍腔を認め、陰茎海綿体周囲、恥骨上縁の皮下まで連続していた。尿混濁が出現し、施行した尿道造影では陰茎根部付近の瘻孔に造影剤が流出し、会陰尿道瘻と診断して、尿道カテーテルを留置した。クローン病の再燃に伴う直腸瘻、直腸肛門周囲膿瘍、多発する痔瘻、皮膚瘻、会陰尿道瘻と診断し、直腸肛門周囲の炎症の消滅目的に回腸人工肛門造設術を施行した。術中所見では肛門管は狭窄し、肛門周囲皮膚から会陰、陰囊には多発する2次口があり、陰囊周囲の皮膚は欠損していた。クローン病には高率に直腸肛門病変を合併するものの、本症例のように尿道瘻と恥骨結合近傍に及ぶ複雑な多発痔瘻を合併する症例は稀である。複雑痔瘻では造影検査、CT検査あるいはMRIなどで病変全体を評価し、治療方針を決定することが重要である。

クローン病, 尿道瘻

杏林大学医学部付属病院 消化器・一般外科

吉岡 卓, 橋本佳和, 阿部展次, 吉本恵里, 麻生喜祥, 大木亜津子, 竹内弘久, 長尾 玄, 鈴木 裕, 松岡弘芳, 正木忠彦, 森 俊幸, 杉山政則

症例は腹腔内出血による出血性ショックの診断にて当院搬送となった58歳男性。既往には高血圧症、動脈硬化などの血管系基礎疾患および腹部外傷歴なし。当院搬送時、意識清明、血圧80台、顔面蒼白。腹部膨満を認め、腹部全体に圧痛を認めた。他院で行われた腹部造影CT検査では、脾動脈末梢に動脈瘤と考えられる造影剤のpoolingとextravasation、および腹腔内液体貯留を認めた。以上より、脾動脈系の動脈瘤破裂による腹腔内出血と診断。ただちに腹部血管造影検査を行った。血管造影では、脾動脈末梢2ヶ所と大降動脈末梢からの活動性出血を認めため、同3ヶ所にTAEを施行、止血し得た。また、脾動脈や肝動脈に数珠状の不整拡張と狭窄所見を認めていた。TAE後は再出血なく経過、第15病日に退院した。腹部外傷歴のない腹部内臓動脈瘤破裂の原因には種々のものがあるが、本症例では血管系基礎疾患がなく、ほぼ特徴的な血管造影像（脾動脈や肝動脈の数珠状の不整拡張と狭窄所見）を認めたことから、分節性動脈中膜融解（segmental arterial mediolysis: SAM）がその原因として考えられた。SAMは原因不明、非炎症性、非動脈硬化性で、動脈中膜が変性する疾患である。SAMは比較的まれであるが、腹部外傷歴のない腹腔内出血の原因として知っておく必要があり、供覧に値すると考えられたので報告する。

SAM, TAE

自治医科大学 消化器一般外科

鈴木知生, 伊藤 誉, 森本光昭, 鯉沼広治, 宮倉安幸, 佐田尚宏, 安田是和

症例は37歳、女性。排便時出血を主訴に近医を受診。大腸内視鏡検査で直腸に径20mm大の隆起性病変を指摘され当院へ紹介となった。当院の大腸内視鏡検査では下部直腸から歯状線前壁に可動性良好な亜型性腫瘍を認めた。腫瘍は表面不整で易出血性であり、一部わずかに黒色調の変化も認めた。生検では腫瘍細胞の密な増生を認め、HMB-45陽性、Melan-A陽性であり悪性黒色腫と診断された。胸腹部骨盤CTでは直腸腸管内に径8mmのリンパ節を認め転移が疑われた。両側鼠径部にも径3mmのリンパ節を認めた。肺、肝に遠隔転移は認めなかった。直腸MRIでは腫瘍の一部がT1でhigh intensity、T2でlow intensityに認められる部位があり悪性黒色腫に特徴的な所見であった。PET-CTでは原発巣にのみFDG集積を認めた。以上よりD3リンパ節郭清を伴う腹腔鏡下腹会陰陰式直腸切断術と鼠径部リンパ節サンプリングを行う方針とした。病理所見は深達度SM、領域リンパ節に2個の転移を認めN1であった。更にサンプリングした鼠径部リンパ節にも転移を認めM1と判断し最終病期はStageIVであった。術後経過は良好で術後18日目に退院した。直腸肛門部悪性黒色腫は稀であり、早期から血行性、リンパ行性に転移を来し予後不良な疾患である。これまでの報告では外科治療として80%以上にリンパ節郭清を伴う腹会陰陰式直腸切断術が選択されており、少数ではあるが長期生存例も報告されている。本症例では系統的な鼠径部リンパ節郭清の追加が予後改善に寄与する可能性は低く、今後集学的な化学療法を行う予定である。

直腸, 悪性黒色腫

自己免疫性肝炎合併C型慢性肝炎に対してダクラタスビル+アスナプレビル治療中にDICを発症した1症例

国際医療福祉大学病院 消化器内科<sup>1</sup>, 同 外科<sup>2</sup>, 同 病理部<sup>3</sup>  
北濱圭一郎<sup>1</sup>, 田邊裕貴<sup>1</sup>, 安藤勝祥<sup>1</sup>, 屋代祥子<sup>2</sup>, 黒田 一<sup>3</sup>, 佐藤貴一<sup>1</sup>, 一石英一郎<sup>1</sup>

【症例】65歳、女性。【主訴】発熱、脱力感。【現病歴】38歳時に肝機能障害、42歳時にHCV抗体陽性を指摘された。51歳時には自己免疫性肝炎(AIH)と診断されステロイド内服を開始した。63歳時、S7肝細胞癌の疑いで当院外科でS7亜区域切除術を施行され、病理結果は再生結節であった。術後、PEG-IFN少量投与を試みたが、肝機能の増悪を認めたため中止し、PSL内服を再開した。治療方針検討のため当科紹介となった。【臨床経過】血液生化学検査では、抗核抗体160倍、HCV 1b型6.6Log IU/ml、AST 121 IU/l、ALT 247 IU/l、Plt 10.6万/μlであり、肝生検では一部に偽小葉形成傾向のあるbridge fibrosisと小葉内炎症、interface hepatitisを認めA3+F3の病理診断であった。AIH合併C型慢性肝炎(CH-C)と診断した。ダクラタスビル+アスナプレビル(DCV/ASV)併用療法を開始し、HCV-RNAは1週後に2.8 Log IU/ml、2週後に1.8 Log IU/ml、4週後には検出しなくなった。しかし36日目、炎症反応上昇と肝機能異常が見られ、BCAAとSNMCの注射を行ったが、38日目に発熱と脱力感を主訴に救急搬送された。WBC 13200/μl、CRP 15.48 mg/dl、Plt 5.4万/μl、AST 156 IU/l、ALT 139 IU/lと炎症反応高値と肝機能障害を認め、FDP 73.3 μg/mlとDICが疑われ入院となった。急性期DIC診断基準8点とDICの診断に至り、薬剤の影響を考えDCV/ASVは中止し、rTMを投与した。休薬10日後にPltは10.9万/μlまで改善し、肝機能は正常化した。DCV/ASVに対するDLSTは陰性であった。【考察】DCV/ASV治療の副作用として国内第III相試験ではPlt減少3例、DIC1例が報告されている。本症例では、治療中止後に速やかにDICが改善したことから薬剤の影響を強く疑っている。AIH合併CH-Cに対しDCV/ASV治療中にDICを発症した1例を経験した。

DAA, C型慢性肝炎

結節性再生性過形成及び食道静脈瘤を合併した混合性結合組織病の1例

国立病院機構 高崎総合医療センター 消化器内科<sup>1</sup>, 同 病理診断科<sup>2</sup>, 群馬大学大学院医学系研究科 病態制御内科<sup>3</sup>  
早野駿佑<sup>1</sup>, 長沼 篤<sup>1</sup>, 岡野祐大<sup>1</sup>, 鈴木悠平<sup>1</sup>, 椎名啓介<sup>1</sup>, 吉田はるか<sup>1</sup>, 林 絵理<sup>1</sup>, 上原早苗<sup>1</sup>, 星野 崇<sup>1</sup>, 宮前直美<sup>1</sup>, 工藤洋洋<sup>1</sup>, 石原 弘<sup>1</sup>, 小川 晃<sup>2</sup>, 佐藤 賢<sup>2</sup>, 柿崎 暁<sup>3</sup>, 山田正信<sup>3</sup>

【症例】51歳、女性。【主訴】肝機能障害。【現病歴】4年前より混合性結合組織病(以下MCTD)、シェーグレン症候群を近因にて指摘され、関節痛に対してプレドニゾロン10mg/dayにて治療中であった。経過中、肝機能障害が出現し当科紹介受診となった。【家族歴】妹がSLE。【既往歴】24歳時に虫垂炎手術。臨床経過：初診時ALP469IU/l、gPT140IU/lと胆道系酵素上昇を認めた。肝炎ウイルスマーカーは陰性でAMA-M2(-)、ANA2560倍以上(speckled型)、抗RNP抗体550U/ml以上、抗Sm抗体56.1U/ml、抗SS-A抗体16.1U/ml、抗SS-B抗体(-)であった。腹部エコーでは肝表面は整で辺縁は鋭であったが、肝内に径10-40mmの多発する高エコー腫瘍を認めた。ダイナミックCTの動脈相では肝内多発腫瘍の中心部に増強効果あり、平衡相では腫瘍は不明瞭となった。EOB-MRIではT1強調像で淡い高信号の結節が多発し、結節中心部に低信号の血管構造を認めた。T2強調像では低信号で、肝細胞相では肝実質よりも高信号を呈していた。画像所見からは多発する限局性結節性過形成(以下FNH)が疑われたが、悪性病変を鑑別するため肝腫瘍生検を施行した。病理検査では腫瘍性変化は認めず、結節部は再生性内芽腫様変化、過形成性変化の所見であり、FNHのような異常血管を含む異常門脈域は認めず、結節性再生性過形成(以下NRH)に矛盾しない所見であった。免疫染色ではHSP70(-)、GPC3(-)で悪性を示唆する所見はなかった。またOATP8(+)であり、EOB-MRI肝細胞相で結節が高信号となった要因と思われた。上部消化管内視鏡検査ではLmF2CbRC(3+)の食道静脈瘤を認め、内視鏡的食道静脈瘤硬化術を施行した。【考察】自己免疫疾患では時にNRH及び門脈圧亢進症を合併することが報告されている。NRHでは3mm程度の小結節がびまん性に生じるとされるが、本症例では10-40mmの比較的大きな結節も認められた。NRHでは本症例のように大結節が併存することがあり、肝細胞腺腫やFNHとの鑑別が問題となる。MCTDにNRH及び食道静脈瘤を合併した報告は稀であり、若干の文献的考察を含め報告する。

混合性結合組織病, 結節性再生性過形成

同時性早期胃癌を併発し、診断に苦慮した肝内分泌細胞癌の1例

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

症例 70歳代男性。2年前に右肺癌にて右上葉切除術既往(Lung, rt. U, lobectomy; adenocarcinoma with mixed papillary and acinar subtype, T2N0M0, stage Ib)があり、スクリーニング目的にて上部消化管内視鏡検査を施行したところ、前庭部前壁に胃びらんを認めた。生検ではadenocarcinomaの診断であったが、再検査にて病変同定困難であり様子観察となった。その3か月後に健診にて腹部エコーを施行したところ、S5に3cm大の腫瘍性病変を認めたため再度当院にて精査が行われた。腹部造影CTでは中心壊死を伴う動脈相で造影効果の強い、門脈相で周囲とは造影効果の弱い腫瘍影を認めた。肝基礎疾患やウイルス性病変はなく、AFPやPIVKIIの上昇は認めなかったため、肝生検をおこなったところ胆管細胞癌が最も疑われた。(carcinoma, CCC, more likely) 肝部分切除術の運びとなったが、病理診断からは肝内分泌細胞癌の診断となった。(Liver, segmentectomy; neuroendocrine carcinoma, G3) 肺癌切除既往や早期胃癌も併存していたほか、臨床経過や画像所見も典型的でなく肝生検にても肝腫瘍の術前診断に難渋した肝内分泌細胞癌1例を経験したため、文献的考察も含めて報告する。

肝内分泌細胞癌, 同時性悪性腫瘍

自然退縮を2回繰り返した後切除した肝細胞癌の1例

東京都立墨東病院 外科<sup>1</sup>, 同 検査科<sup>2</sup>, 同 放射線科<sup>3</sup>, 同 内科<sup>4</sup>  
永田啓人<sup>1</sup>, 春山泰治<sup>1</sup>, 谷 圭吾<sup>1</sup>, 藤 雅大<sup>2</sup>, 谷澤 徹<sup>2</sup>, 高橋正道<sup>3</sup>, 松岡勇二郎<sup>3</sup>, 藤本和彦<sup>3</sup>, 稲田健太郎<sup>3</sup>, 和田郁雄<sup>4</sup>, 真栄城剛<sup>1</sup>, 宮本幸雄<sup>1</sup>, 梅北信孝<sup>1</sup>

【目的】悪性腫瘍の自然退縮は6-10万例に1例の割合で起こるとされており、肝細胞癌(HCC)においても報告は散見される。一方、自然退縮と再燃を繰り返す症例は非常に稀である。今回我々はHCCの自然退縮を2回繰り返した後再発を認め切除した症例を経験したので報告する。【症例】75歳、男性。C型慢性肝炎で2002年より当院内科通院中であった。2009年10月に肝S8のHCCに対して肝S8部分切除を施行した(2.2cm、高分化型HCC)。2010年8月に肝S5のHCC再発に対してS5部分切除を施行した(1.5cm、高分化型HCC)。その後2011年1月に造影CTで肝S8に早期濃染を認め、門脈相で染まり抜ける1.0cm大の腫瘍が描出されHCC再発と診断した。経過観察したところ、同年4月の造影CTで早期濃染はなくなり腫瘍は縮小し自然退縮と診断した。2012年8月の造影CTで同部位に再度1.0cmの早期濃染を認め再燃と診断したが、経過観察したところ2013年1月のCTでは同様の自然退縮の所見であった。2014年9月のCTでS6に3.0cm、S7に1.5cmの古典的肝腫瘍の所見が出現し、切除の方針となった。自然退縮を繰り返したS8腫瘍に早期濃染は認めなかった。肝S6亜区域切除、S7部分切除、S8部分切除施行した。手術時間は5時間41分、出血837g。術後経過良好で、第10病日に退院した。【病理結果】S6腫瘍は3.2cmの単純結節型腫瘍、中分化型HCCの所見であった。S7、S8腫瘍はそれぞれ1.2cmの多結節癒合型腫瘍を示した。S8腫瘍は広範囲の壊死成分を認め、自然退縮を反映した所見と考えられた。周囲の多結節部には高~低分化HCCの組織型が混在していた。S7腫瘍も一部壊死領域を認め、周囲に高~中分化型HCCの成分を認めた。S7、S8腫瘍の壊死領域には凝固壊死の所見があり、自然退縮の機序として血流障害が示唆された。【結語】HCCの自然退縮後も再燃、別部位の再発があるため、慎重に経過を見るべきである。

肝細胞癌, 自然退縮

## 73 若年男性の巨大肝腫瘍に対する1切除例

横須賀共済病院

北嶋達也, 野尻和典, 山田淳貴, 川村祐介, 矢後彰一, 遠藤千穂, 小暮 悠, 菊地祐太郎, 山口直孝, 渡邊 純, 盛田知幸, 茂垣雅俊, 舛井秀宣, 長堀 薫, 津浦幸夫

症例は28歳の男性。左前胸部痛を主訴に近医を受診し、肝巨大腫瘍を指摘され当院紹介となった。血液生化学検査では肝機能は正常、HBs抗原・HCV抗体陰性、腫瘍マーカーの上昇は認めなかった。腹部造影CTで肝右葉に113mm大の腫瘍を認めた。造影早期相で腫瘍は濃染し、後期相で淡い造影効果を認めた。腫瘍内部は中心瘢痕様の複数の隔壁構造を伴っていた。MRI所見は造影前の脂肪抑制T1強調像でやや高信号で明らかな中心瘢痕は認められなかった。SPIO造影後は不均一な信号低下を認めた。以上より限局性結節性過形成、腺腫等の良性巨大肝腫瘍の診断で、2014年4月、肝右葉切除術を施行した。術後経過は良好であり8日目に退院となった。切除標本の肉眼所見で腫瘍は薄い被膜形成を認め、赤褐色を呈し、内部は索状に血管の流入を認めた。病理組織学的には異型に乏しい肝細胞が密な肝細胞索を形成し、ごく一部で小型の充実性胞巣を形成していた。胞巣内では所々で偽胆管様の細胞の増生を認めた。腫瘍内部ではグリソン鞘の形成がはっきりせず、奇形様の血管拡張がみられた。典型的な壁肥厚を伴う動脈は殆ど見られなかった。免疫染色ではKi67、p53陽性細胞は認められず、良性を疑う所見であった。以上より限局性結節性過形成と診断された。肝限局性結節性過形成は若年女性に発生する頻度が高く、男性に発生する場合は結節が小さいことが多いとされている。また単発の頻度が高く、大きさは2-5cm程度であり、中心性瘢痕を有する病変で、画像上被膜形成のない均一に早期濃染される境界明瞭な腫瘍が特徴的とされる。巨大腫瘍、増大傾向を認める症例や有茎性、肝外突出性のものは、出血や梗塞のリスクを考慮して切除が考慮される。今回我々は若年男性に発生した典型的画像所見に乏しい肝の巨大限局性結節性過形成の1切除例を経験したので報告する。

巨大肝腫瘍, 若年男性

## 74 インフリキシマブ(IFX)投与中のパーチェット病に発症した自己免疫性肝炎の一例

北里研究所病院 消化器内科<sup>1)</sup>, 同 眼科<sup>2)</sup>, 同 病理診断科<sup>3)</sup>  
高橋純子<sup>1)</sup>, 清水清香<sup>1)</sup>, 安藤靖恭<sup>2)</sup>, 梅田智子<sup>1)</sup>, 小林 拓<sup>1)</sup>,  
中野 雅<sup>1)</sup>, 樋口 肇<sup>1)</sup>, 常松 令<sup>1)</sup>, 芹澤 宏<sup>1)</sup>, 渡辺憲明<sup>1)</sup>,  
森永正二郎<sup>3)</sup>, 土本寛二<sup>1)</sup>

【症例】42歳男性。25歳時にパーチェット病と診断され、シクロスポリンで加療されるも眼病変のコントロールが不良なため、37歳時にIFXを導入され症状軽快した。IFX投与5年7ヶ月後(40回投与後)の採血でAST 684U/L, ALT 819U/L, LDH 647U/L, ALP 470U/L,  $\gamma$ -GTP 220U/Lの肝障害が出現した。血清学的検査及び生活歴よりウイルス性肝炎、アルコール性肝障害とも否定的であった。薬物性肝障害を疑いIFX投与を延期し肝生検施行したところ、形質細胞浸潤の目立つ炎症像を示し自己免疫性肝炎(AIH)に典型的な組織像であった。IgG値は1863mg/dL、抗核抗体は160倍で、簡易型国際診断基準スコアではAIH疑診であった。ウルソデオキシコール酸投与のみでトランスアミンナーゼが正常化したため、ステロイド投与は行わなかった。また発症後2週間でIFX投与を再開したが、再燃は認めず経過観察中である。【考察・結語】パーチェット病とAIHの合併の報告はまれだが、一方IFXによる薬剤起因性自己免疫性肝炎の報告は散見される。FDAによるとIFX使用例の0.12%に自己免疫性肝炎の発症が報告されている。投与1か月以内の発症が多い(60%)が、投与開始から5-10年経過した発症(4%)も報告されている。IFX投与中に肝障害が生じた場合、原疾患の合併症、薬物性肝障害だけでなく、薬剤起因性自己免疫性肝炎も念頭に置くべきであり、示唆に富む一例と考えられ報告する。

自己免疫性肝炎, インフリキシマブ

## 75 ダクラタスビルとアスナプレビルによるC型慢性肝炎の治療中に高度の肝機能障害を呈した2例

埼玉医科大学 消化器内科・肝臓内科

岡田真理子, 中山伸朗, 長谷川早紀, 齋藤陽一, 塩川慶典, 内田義人, 藤井庸平, 平原和紀, 繁田貴博, 打矢 紘, 中澤 学, 近山 琢, 安藤さつき, 中尾将光, 本谷大介, 菅原通子, 稲生実枝, 今井幸紀, 岡 政志, 持田 智

我々はダクラタスビルとアスナプレビルの臨床試験中にimmunoallergicな肝障害を併発して、副腎皮質ステロイドによる治療を要した症例を報告したが(Hepatology 2015)、市販後も同様に高度の肝障害を呈する症例を経験したので報告する。【症例1】73歳、男。3年前には肝細胞癌に対してラジオ波焼灼治療を施行したChild-Pughが5点のC型代償性肝硬変のIFN未治療例。HCV-RNA 4.7 Log IU/mL, Genotype 1b, NS5AはY93野生(100%), L31野生型。血小板数6.3万, PT 80%, AST 46 IU/L, ALT 57 IU/L, アルブミン3.4 g/dL, T-Bil. 0.8 mg/dL, PT 80%。経口2剤の治療開始2週でAST 25 IU/L, ALT 19 IU/Lと低下、4週でHCV-RNAは陰性化した。6週でAST 1,312 IU/L, ALT 1,082 IU/L, ALP 764 IU/L, rGTP 59 IU/L, T-Bil 3.2 mg/dL, PT 44%と高度の肝障害を併発し2剤とも中止した。その後、1週間経過してもAST, ALT値は低下せず、好酸球数増多(580/mm<sup>3</sup>)が見られたことから、mPSL 500 mg/日を3日間連日したところ肝機能異常は改善し、その後PSL 30mg内服に切替えて漸減した。【症例2】82歳、男。糖尿病、高血圧を合併したC型慢性肝炎のIFN未治療例。HCV-RNA 5.1 Log IU/ml, Genotype 1b, Y93(100%)野生, L31野生型。AST 39 IU/L, ALT 31 IU/Lで経口2剤の治療を開始し、2週でAST 28 IU/L, ALT 12 IU/Lと低下、4週でHCV-RNAは陰性化した。AST 1,797 IU/L, ALT 700 IU/Lと高度の肝機能異常が見られた。その2日前の糖尿病受診時にはAST 50 IU/L, ALT 21 IU/Lであった。2剤を中止した後、肝機能異常は速やかに改善した。好酸球増多などの免疫学的異常は見られなかった。経口2剤の副作用として肝機能異常が重要であるが、症例1は臨床試験中に報告された症例と同様にimmunoallergicな機序によるのに対して症例2は中毒性と推定され、異なる対応が必要と考えられた。

C型慢性肝炎, プロテアーゼ阻害薬

## 76 食道静脈瘤を伴う肝硬変に合併した上腸間膜静脈血栓症に対しダナパロイドナトリウムが奏効した1例

東京通信病院 消化器科<sup>1)</sup>, 同 放射線科<sup>2)</sup>  
赤司 純<sup>1)</sup>, 田顔夫佑樹<sup>1)</sup>, 水谷浩哉<sup>1)</sup>, 大久保政雄<sup>1)</sup>, 小林克也<sup>1)</sup>,  
関川憲一郎<sup>1)</sup>, 光井 洋<sup>1)</sup>, 橋本直明<sup>1)</sup>, 鈴木丈夫<sup>2)</sup>

【症例】76歳女性【入院目的】上腸間膜静脈血栓症治療【臨床経過】24年前に自己免疫性肝炎によると考えられる劇症肝炎で当科に入院し、4ヶ月間の治療にて回復。以後、画像上馬鈴薯肝様の著明な変形が残存。肝硬変としてフォローされていたが、特に肝機能は著変なく経過していた。ところが、本年10月にフォローアップ目的に施行された造影CTにおいて、上腸間膜静脈に管腔の1/2程度の造影欠損を指摘され、上腸間膜静脈血栓症の診断となった。腹水増加など肝機能悪化の徴候も認められたことから、血栓溶解治療目的に同月当科入院となった。しかし、第2病日に施行した上部消化管内視鏡検査にてred color sign陽性の食道静脈瘤を認めた。血栓溶解治療により静脈瘤破裂のリスクが上昇すると思われたため、まず第9病日に予防的に内視鏡的食道静脈瘤結紮術を施行。治療経過は良好であり、続いて第20病日より、アンチトロンビンIII補充の上、ヘパリンoidであるダナパロイドナトリウムの静脈内投与による血栓溶解治療を2週間行った。消化管出血や紫斑などの副作用を認めることなく経過し、第34病日に施行した造影CTにて上腸間膜静脈血栓はほぼ消失していた。本症例は肝硬変による血小板減少に加え、red color sign陽性の食道静脈瘤を合併しており、ヘパリンoidやワーファリンよりも出血のリスクが低いとされるダナパロイドナトリウムを使用した。最近、同薬剤による門脈系の血栓症治療の症例が報告されるようになってきており、それらの文献的考察を加えて、本症例の特徴・経過を報告する。

上腸間膜静脈血栓, ヘパリンoid

群馬大学医学部附属病院 病態制御内科  
村上立真, 山崎勇一, 大山達也, 堀口昇男, 下山康之, 佐藤 賢, 柿崎 暁, 草野元康, 山田正信

【症例】19歳男性【主訴】労作時息切れ、全身倦怠感【現病歴】1年前より左陰囊の腫大を自覚。2014年6月より咳嗽、労作時息切れ、全身倦怠感、頭部の皮下結節が出現し近医皮膚科受診。皮下結節の病理診断ではヒト絨毛性ゴナドトロピン (hCG) 陽性の絨毛癌と診断。頭部～腹部造影MRIにて脳、肝、肺、腎に多発する腫瘍とリンパ節の腫大を認め、集学的治療のため、同年7月当院泌尿器科紹介受診。38℃台の発熱、125回/分の頻脈、左陰囊腫大を認め、hCG 255、131IU/Lと異常高値であった。左精巣絨毛癌、TXN3M1b、stageIIICと診断され、シスプラチン、エトポシド、プレオマイシンによる化学療法(PEB療法)を開始した。治療開始より肝障害を認めていたが、治療開始後7日より肝障害、黄疸が増悪し当科紹介となった。T-Bil 4.9mg/dl、D-Bil 3.7mg/dl、AST 67U/L、ALT 44U/L、LDH 3090U/L、 $\gamma$ -GTP 221U/L、ALP 542U/Lと胆汁うっ滞型肝障害を認め、ウイルス性肝炎、自己免疫性肝炎、原発性胆汁性肝硬変、胆道疾患などは除外された。眼球突出、甲状腺腫大は認めず、頻脈、手指振戦を認め、甲状腺刺激ホルモン (TSH) <0.05  $\mu$ IU/ml、FT3 4.13 ng/ml、FT4 3.43pg/mlと甲状腺機能亢進症を認めた。肝庇療療法と $\beta$ 遮断薬にて治療を行い、PEB療法を継続したところ、hCGの低下とともに肝障害、黄疸、甲状腺機能亢進症は改善した。各種甲状腺自己抗体は陰性であり、治療経過より高hCG血症による甲状腺機能亢進症とそれに続発する胆汁うっ滞型肝障害が考えられた。【考察】TSHとhCGはその交差性により、hCGが10万mIU/mlを超えるような絨毛性疾患や妊娠時に甲状腺機能亢進症を呈することが知られている。また、未治療の甲状腺機能亢進症の45-90%で無症候性あるいは軽度の肝障害を合併することが知られているが、まれに著明な黄疸や劇症肝炎への移行も報告されている。高hCGを呈するような精巣絨毛癌の治療に際しては甲状腺機能精査を行い、甲状腺機能亢進が認められた場合は肝障害や黄疸の出現に注意する必要がある。

hCG, 肝障害

tep, tomo

聖マリヤンナ医科大学 臨床研修センター<sup>1)</sup>,  
同 消化器肝臓内科<sup>2)</sup>  
藤川真史<sup>1)</sup>, 重福隆太<sup>2)</sup>, 田村知大<sup>2)</sup>, 野口陽平<sup>2)</sup>, 服部伸洋<sup>2)</sup>,  
小澤俊一郎<sup>2)</sup>, 松尾康正<sup>2)</sup>, 池田裕喜<sup>2)</sup>, 松永光太郎<sup>2)</sup>, 松本伸行<sup>2)</sup>,  
奥瀬千晃<sup>2)</sup>, 鈴木通博<sup>2)</sup>, 伊東文生<sup>2)</sup>

【症例】85歳、女性【現病歴】2014年5月初旬より倦怠感を主訴に受診。血液検査で炎症反応上昇と腹部単純CTにて肝S6に7cmの低吸収域を認め、肝膿瘍疑いで緊急入院となった。【既往歴】慢性腎臓病、大動脈弁狭窄症、糖尿病、間質性肺炎、脳梗塞【内服薬】アスピリン、フェブキソスタット、ラベプラゾール、ニフェジピン【飲酒歴・喫煙歴】なし【入院時現症】意識清明、体温37.2℃、脈拍数90/分、血圧99/52mmHg、収縮期雑音を聴取し、右側腹部に圧痛を認めた。【検査所見】肝胆道系酵素上昇、WBC 13200/ $\mu$ l、CRP 20.25mg/dlと炎症反応高値を認めた。【経過】高熱、炎症反応高値の経過から肝膿瘍を考慮し、血液培養採取後、TAZ/PIPC 13.5g/3 $\times$ を開始したが、第4病日に増悪を認め、膿瘍ドレナージを追加した。抗菌薬をMEPM 2g/4 $\times$ へ変更し、第5病日より解熱がみられた。血液、膿瘍培養からStreptococcus intermediusが分離され、感受性からABPC 2g/2 $\times$ へde-escalationし、第7病日に膿瘍ドレナージを抜去した。肝膿瘍の感染経路検索のため行った歯科診察、MRCPで異常なく、心臓超音波では抗贅を認めなかった。CSでS状結腸憩室を認めた。またEGDで胃体下部前壁側に8mm大の0-IIc病変を認め、生検でTubular adenocarcinomaと診断された。肝膿瘍は経過良好で第21病日にABPC/MCIPC 1g/4 $\times$ の内服を継続しと退院となった。2か月後に再入院し、早期胃癌をESDにて一括切除した。切除検体は肉眼分類0-IIc、膿瘍径2 $\times$ 6mm、組織型Tubular adenocarcinoma (tub2)、深達度pT1a (M)、尿管侵襲なし、断端侵襲なかった。【考察】近年、胃癌と関連する肝膿瘍が報告されており、その起因菌にStreptococcusなどの口腔内常在菌が多く関与する。本例では早期胃癌と肝膿瘍の関連は低いと考えられるが、肝膿瘍からStreptococcus intermediusが分離されたことで積極的に上部消化管悪性疾患の検索を行った結果、早期胃癌を診断し得た。【結語】肝膿瘍からStreptococcusが分離された際、上部消化管悪性疾患の検索が必須である。

Streptococcus intermedius肝膿瘍, 胃癌

相模原協同病院 消化器病センター  
新村智己, 中目哲平, 上原一帆, 矢野貴史, 迎 美幸, 村田 東, 石黒康浩, 荒木正雄, 河野 悟

【症例】40歳の女性で、主訴は乾性咳嗽。2013年12月末から乾性咳嗽を認めており、2014年4月、近医を受診。胸部レントゲン右上肺野に異常陰影を認めたため、当院呼吸器内科紹介受診。胸部CTにて右上肺野にair bronchogramを伴う浸潤影を認め、また肝内に多発low density area認め、当院消化器内科紹介となる。既往歴は特記事項なく、家族歴は母親が肝臓病(詳細不明)、父親が脳梗塞。身体所見は聴診上、右肺野にfine crackleを認めたが、他、有意所見は認めなかった。腹部超音波では肝動脈の拡張及び著明な蛇行を認め、肝内は部分的にrough patternを伴っていたが、AVシャントやAPシャントは確認出来なかった。造影CTでは腹部超音波同様、肝内動脈の拡張蛇行が認められ、また肝内に多発する動静脈瘻 (AVM)、動脈瘤、AVシャント、APシャントが疑われた。画像上、Rendu-Osler-Weber病が疑われたため、改めて問診・視診を確認したところ、鼻出血が週1回の頻度で生じるとのことで、また母親も頻回に鼻出血を生じるとのことであった。皮膚には毛細血管拡張を示唆する所見は認めなかった。頭部MRIを施行したが、AVMや動脈瘤等は認めず、上部内視鏡検査では毛細血管拡張の確認も行ったが、有意所見は認めなかった。腹部血管造影検査は考慮したが、本人が希望しなかったため、施行していない。以上の結果から、繰り返す鼻出血、肝内の多発する血管拡張、家族歴よりRendu-Osler-Weber病が疑われ、現在経過観察中である。なお肺病変に関しては、器質性肺炎が疑われ、経過観察にて改善した。【考察】Rendu-Osler-Weber病は常染色体優性遺伝であり、家族歴や繰り返す鼻出血、皮膚や粘膜の毛細血管拡張にて疑われる疾患である。本症例は繰り返す鼻出血、肝内動静脈瘻を認めたものの、家族歴が不明なため疑診であるが、腹部CTにてRendu-Osler-Weber病が疑われた症例であり報告する。

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  
後明晃由美, 兼田裕司, 渡部文昭, 柿澤奈緒, 齊藤正昭, 辻伸真康,  
高田 理, 宮倉安幸, 清崎浩一, 野田弘志, 力山敏樹

【緒言】肝細胞癌 (HCC) は、その進展過程において脈管内に腫瘍栓を形成することが多く、肉眼的な腫瘍栓の存在は予後不良因子である。今回我々は、下大静脈腫瘍栓を有するHCCに対して拡大肝右葉切除術、下大静脈内腫瘍栓除去術を施行し、長期予後を得られている症例を経験したので報告する。【症例】71歳、男性。高血圧症で通院中の医療機関で行われた血液検査でAST、ALTの上昇を認め、腹部超音波・腹部CTで肝右葉の巨大腫瘍を認めたため、精査加療目的で当院紹介受診となった。血液検査でAST 118 IU/l、ALT 37 IU/lと肝逸脱酵素上昇を認め、AFP 1221 ng/ml、PIVKA II 5368 mAU/mlと腫瘍マーカーの上昇を認めた。腹部CTでは肝右葉全体を占める径172 $\times$ 117 $\times$ 148 mmの巨大腫瘍を認め、動脈相で濃染し平衡相でwash outされていることからHCCと診断した。右肝静脈根部から下大静脈内腔にかけて腫瘍像を認め、HCCの腫瘍栓と判断した。肝左葉には腫瘍像を認めず、他臓器転移を疑わせる所見も無かったため、外科的切除の方針とし、拡大肝右葉切除術、下大静脈内腫瘍栓除去術を施行した。術後経過良好で第14病日に退院。病理学的所見はmoderately differentiated hepatocellular carcinoma, H2, St-PA, 17cm, Eg, Fe(+), Fc-Inff(+), Sfl(+), S0, Vp2, Vv3, Va0, B0, SM(-), 32mm, CHで、T3, N0, M0, pStage IIIであった。術後11か月目にAFP、PIVKA IIの再上昇を認め、CTで肺の両葉に腫瘍影を認めたためHCCの肺転移と判断し、術後13か月目に胸腔鏡下右葉切除術、術後15か月目に胸腔鏡下左葉切除術、下葉部分切除術を施行した。術後31か月目にAFPの再上昇を認め、胸部CTで左葉S6に腫瘍影を認めたため、開胸下に左S6区域切除術を施行。病理学的所見はいずれもHCCの転移であった。初回手術より74か月が経過しているが、現在のところ明かな再発を認めず、腫瘍マーカーの再上昇も認めない。【考察】下大静脈内腫瘍栓を有するHCC症例でもR(-)の肝切除を行い、術後の再発に対して外科的切除を追加することによって長期生存が得られる可能性が示唆された。

肝細胞癌, 腫瘍栓

君津中央病院 消化器内科

橋本啓代, 矢挽眞士, 畦元亮作, 菅原徳瑛, 泉水美有紀, 今井雄史, 西尾匡史, 高橋幸治, 稲垣千晶, 内藤裕史, 石井清文, 藤本竜也, 大部誠道, 藤森基次, 吉田 有, 駒 嘉宏, 鈴木紀彰, 福山悦男

【症例】77歳, 女性。【主訴】右季肋部痛。【現病歴】20XX年3月右季肋部痛を自覚, 同年4月近医より肝腫瘍疑いにて当科紹介となった。胆嚢癌Stage4b(肝浸潤, 腹膜播種)と診断, 同年5月より化学療法(GEM+CCDP, 2投1休)を開始した。同年6月下旬, 3コース目day8の投与後から右季肋部を中心に腹部全体に強い痛みが出現した。CTにて肝右葉被膜下にbiloma(胆汁性嚢胞)を認め緊急入院となった。【入院経過】入院当初はbilomaの自然吸収を期待し抗菌薬投与等で経過観察としていたが, 第8病日のCTでbilomaの肝左葉被膜下にまでの増大を認め, 第9病日に経皮的肝被膜下嚢胞ドレナージを施行した。その際bilomaから胆嚢へ造影剤の流出を認め, 瘻孔の存在が疑われた。外瘻チューブ留置後は, bilomaは縮小傾向となったが, biloma内容液は無菌的でチューブ造影所見と考え併せて内瘻化によるドレナージ効果が期待できると判断。第16病日にERGBDを試みたが, 胆嚢管へのガイドワイヤー挿入は困難であった。Bilomaへの胆汁の流出を防ぐ目的でERBDチューブを留置したところ, 外瘻チューブへの排液は見られなくなり, CT上肝右葉被膜下のbilomaもほぼ消失。第24病日には外瘻チューブ抜去に至った。第33病日のCTでは肝左葉被膜下のbilomaも著明に縮小し第53病日に退院となった。【考察】胆嚢癌による胆嚢穿孔は比較的稀である。また胆嚢穿孔における穿孔臓器として十二指腸や横行結腸の報告が多く, 肝への穿通は稀である。穿孔の原因として腫瘍の増大や化学療法の影響が考えられるが, 病理学的な評価が出来ず推測の域を出ない結果となった。本症例は既知の報告からも非常に稀であり, 文献的考察を踏まえ報告する。

胆嚢穿孔, 胆嚢癌

東京慈恵会医科大学第三病院 消化器・肝臓内科

小山能徹, 田中 賢, 木下晃吉, 上田 薫, 今井那美, 岩久 章, 小林 剛, 小林裕彦, 伏谷 直, 坂部俊一, 木島洋征, 小野田泰, 宮川佳成, 小池和彦, 西野博一

【症例】74歳 男性【家族歴】母: 大腸癌, 叔父: 胃癌【飲酒・喫煙歴】飲酒はなし, 喫煙は2~3本/日を5年間(25~30歳)【現病歴】2013年健康診断で耐糖能異常を指摘されていた。2014年5月より約3カ月で体重が13kg減少し, 近医受診にて糖尿病と診断され, 10月に当院糖尿病・代謝・内分泌内科に精査・加療目的で入院となった。入院後の検索の結果, 膵頭部癌及び上行結腸癌の重複癌と診断されたため, 当科に転科となった。【入院後経過】腫瘍マーカーは, CEA 172.7 ng/ml, CA19-9 1706 U/mlと上昇していた。腹部造影CTでは, 膵頭~体部にかけて遅延相で濃染される低濃度腫瘍性病変を認め, 腹腔動脈, 総肝動脈, 脾動脈は腫瘍によるencasementを認めた。また, 上行結腸壁は高度に肥厚し, 腸管傍リンパ節の腫大を認めた。下部消化管内視鏡検査(CF)では, 上行結腸に4/5周性のタイプ5の隆起性病変を認めた。病理診断では中分化型腺癌であった。以上より, 膵癌stage IVa, 上行結腸癌stage IIIbの重複癌と診断した。治療は予後規定因子と考え, Gemcitabine+S-1併用化学療法(GS療法)を選択した。2クール目まで100%量で終了し, 有害事象もGrade1の食思不振を認めたのみであった。2クール施行後の効果判定では, 腫瘍マーカーの著明な低下を認め, 腹部造影CT上, 膵癌は不変であったが, 上行結腸癌は, 腫瘍及びリンパ節転移の縮小を認めた。CFでは著明な腫瘍の縮小効果を認めた。【考察】一般的に重複癌の頻度は1~2%であり, 膵癌と他臓器癌との重複癌の頻度は11.5%である。本症例では重複癌・年齢等の患者背景を示すS-1によるGS療法を選択し, 安全かつ有効に高い奏効率を示すS-1によるGS療法を選択し, 安全かつ有効に高い奏効率を示す。文献的考察を加え報告する。

膵臓癌, 重複癌

湘南鎌倉総合病院 消化器病センター

柴 康弘, 増田作栄, 小泉一也, 魚嶋晴紀, 市田親正, 所晋之介, 佐々木亜希子, 江頭秀人, 金原 猛, 賀古 眞

症例は70代女性。3か月前からの断続的な腹痛を主訴に近医受診。外来にて制酸薬や消化酵素剤などで経過観察していたが改善はみられず, 味覚障害, 食思不振も認めため精査目的で当院紹介受診となった。当院受診時の血液検査では, AMYの上昇と腎機能障害を認めたほか, 高度な高カルシウム血症を伴っていた。腹部CTにて膵周囲に脂肪濃度上昇を認め急性膵炎と診断したが, 胆石, 膵石などは認めなかった。追加検査にてPTH-intactが高値であり, 頸部CTにて副甲状腺に腫瘍を認めたため, 原発性副甲状腺機能亢進症と診断した。急性膵炎の原因としては, 問診よりアルコール, 外傷, 薬剤などは否定的であり, 画像検査にて器質的疾患も指摘できず, 原発性副甲状腺機能亢進症による高カルシウム血症の関与が疑われた。入院後補液や利尿剤の使用にて膵炎, 高カルシウム血症は改善傾向を認めしたが, 副甲状腺機能亢進症に対する根治術として腫大した副甲状腺の切除を行った。病理学的には腺腫であった。その後血清カルシウムは正常化し, 膵炎の再発を認めていない。副甲状腺機能亢進症は高カルシウム血症を引き起こし, その結果膵炎に関連するとの報告が否定されている。一方で副甲状腺機能亢進症と膵炎の因果関係を否定する報告も近年なされており, 現在のところ関連性は明確でない。本症例においては副甲状腺機能亢進症の治療による高Ca血症の改善にて膵炎も改善しており, 両者の関連性が疑われる示唆に富む症例と考えられたため報告する。

急性膵炎, 原発性副甲状腺機能亢進症

水戸済生会総合病院 消化器内科

中川明香, 鹿志村純也, 浅野康治郎, 飯野陽太郎, 中村琢也, 大川原健, 渡辺孝治, 柏村 浩, 仁平 武

【はじめに】膵原発のリンパ上皮嚢胞(lymphoepithelial cyst: LEC)は稀な疾患であり無症状で偶然に発見されることが多い。【症例】48歳, 男性(主訴)上腹部痛(既往歴)特になし(生活歴)飲酒はしない(家族歴)特になし(現病歴)2011年10月に上腹部痛あり, 近医の採血検査で炎症反応と腫瘍マーカーの異常を認めて当院へ紹介となった。(入院時時現症)上腹部痛を自覚するのみで腫瘍の触知なし。(検査成績)軽度の炎症反応, CA19-9 1869.2, SPAN-1 591.2と腫瘍マーカー高値を認めた。(腹部エコー)膵尾部に径9cmの多房性嚢胞性病変を認め, 嚢胞内容はそれぞれのcomponentにより性状が異なっていた。(Dynamic CT)病変は膵臓を腹側から圧排するように存在し, 病変の壁は造影されるが隔壁や内部に造影される成分は認めなかった。(MRI)T1でわずかに高信号, T2で高信号であり, 病変内の信号強度は不均一であった。(MRCP)膵管系の拡張なく, 病変との交通も明らかでなかった。(ERCP)乳頭の開大なく, 主膵管は尾部で圧排されていた。(超音波内視鏡)嚢胞内部のエコーパターンは著しく不均一であり, 高エコー成分や低エコー, 無エコー成分が混在していた。以上から膵尾部に発生したLECと診断して膵尾部切除術を施行した。(病理所見)膵尾部に大きな単房性嚢胞性病変を認め, 内部には壊死物質様の濁った液体を認めた。内腔は重層扁平上皮で裏打ちされ, 壁にリンパ濾胞の増生を認めた。内部には角質も認めてLECと診断された。【考察】膵に発生するLECは中高年の男性に多い傾向を認める。CA19-9などの腫瘍マーカーが高値を示すことが多く, 悪性疾患を否定できずに切除されることもある。また, 無症状で偶然に発見されることも多く, 良性疾患であることから積極的に手術を行う必要はないとも考えられる。しかし, 嚢胞内腔から扁平上皮癌が発生したとの報告もあり注意が必要である。本症例は腹痛という症状があったことから術前にLECと診断したものの手術適応と考えた。膵嚢胞性病変を診断する際の特異的な画像所見を示すLECも念頭に置く必要があると考えて報告する。

リンパ上皮嚢胞, 膵嚢胞性病変

大森赤十字病院

須藤拓馬, 栗原大典, 芦苺圭一, 河野直哉, 関志帆子, 鶴田晋佑, 高橋昭裕, 千葉幸幸, 井田智則, 諸橋大樹, 後藤 亨

症例は94歳女性。2014年5月に食不振・嘔吐・黄疸を主訴に当科受診。造影CTでGroove領域に造影不良な腫瘍陰影と下部胆管の閉塞を認め、腫瘍の十二指腸浸潤による腸管の狭窄所見を伴っており、また上部消化管内視鏡では、腫瘍浸潤による上十二指腸角肛門側の狭窄を認め、進行膵癌十二指腸浸潤と診断した。入院後、T-BIL5mg/dl台であったため、減黄目的に内視鏡的胆管ドレナージ術を試みたが、上十二指腸角の狭窄が強く側視鏡は通過不可であった。経皮経肝的胆道ドレナージ術(PTBD)も検討したが、超音波画像上は肝内胆管の拡張に乏しく処置を断念した。第6病日頃から上十二指腸閉塞による嘔吐症状が増悪したため、緩和的目的で十二指腸ステントを第21病日に留置した。その際、ステントの主乳頭圧迫による閉塞性黄疸の増悪が懸念されたが、その場合は肝内胆管が十分拡張した後、PTBDを施行する方針とした。十二指腸ステントは、遠位端を狭窄部肛門側かつ乳頭口側に、近位端を幽門輪口側に留置する予定であったが、展開後にステントが肛門側に引き込まれ、乳頭部をまたいだ状態での留置となった。処置後翌日に発熱・上腹部痛・血性アミラーゼの著明な上昇を来し、腹部単純CTでも膵腫大を認め、急性膵炎に準じた治療を開始した。その後、閉塞性黄疸が増悪したためPTBDを施行したが、全身状態の改善が得られず敗血症・DICを発症し、ステント留置後11日目に死亡した。病理解剖を施行したところ、下部胆管原発の印環細胞癌による十二指腸浸潤であることが判明した。主膵管への腫瘍浸潤は認められず、処置後の膵炎は、乳頭部を越えるステント留置による主膵管の流出障害が誘因と考えられた。胆管原発の印環細胞癌は本邦では報告が稀である。また、悪性腫瘍による十二指腸狭窄に対しての十二指腸ステント留置術において、特にステントを乳頭部近傍に留置する場合は、ステントの乳頭部圧排による膵管閉塞のリスクに注意すべきと考えられ報告する。

下部胆管印環細胞癌, 十二指腸ステント

千葉県がんセンター 消化器内科<sup>1)</sup>, 同 内視鏡科<sup>2)</sup>,同 臨床治験推進部<sup>3)</sup>南金山理乃<sup>1)</sup>, 原 太郎<sup>2)</sup>, 杉田 統<sup>1)</sup>, 新井裕之<sup>1)</sup>, 喜多絵美里<sup>1)</sup>, 北川善康<sup>1)</sup>, 辻本彰子<sup>1)</sup>, 中村奈海<sup>1)</sup>, 相馬 寧<sup>1)</sup>, 鈴木拓人<sup>2)</sup>, 須藤研太郎<sup>1)</sup>, 中村和貴<sup>1)</sup>, 三梨桂子<sup>3)</sup>, 廣中秀一<sup>3)</sup>, 傳田忠道<sup>1)</sup>, 山口武人<sup>1)</sup>

【症例】70代男性【現病歴】早期胃癌に対する内視鏡的治療目的のため2009年当科紹介となった。術前精査の腹部CTにて肝S5-6に境界明瞭な50mm病変(単独で肝実質と同濃度、造影後相対実質と比して低吸収)を認めるも出血を伴う嚢胞と判断し経過観察していた。2012年には嚢胞の増大を認めたが、明らかな結節や悪性を示唆する所見はなくその後も経過観察を継続した。しかし、2014年には嚢胞は更に増大し末梢胆管拡張を伴い、またMRIでは嚢胞内に壁に結節様所見も認め、胆管嚢胞性腫瘍が疑われた。画像上、悪性の可能性が高いと判断し、当院消化器外科にて拡大肝右葉切除術を施行した。【病理診断】切除検体では肝右葉に灰白色で粘調性の内容物を含む多房性嚢胞を認める。免疫染色でovarian type stromaを確認出来ないこと、肝内胆管部で腫瘍細胞が乳頭状構造を示すこと等からIPNBと診断された。また、肝内一部にcarcinomaの浸潤像も見られたためIPNB with associated invasive intrahepatic cholangiocellular carcinomaの診断となった。腫瘍細胞はMUC1/MUC-5AC/MUC-6陽性、MUC-2陰性であった。【考察】2010年のWHO消化器腫瘍組織学分類の改訂で、肝胆道系嚢胞性腫瘍性病変として胆管内乳頭状腫瘍(IPNB)と肝結核性嚢胞性腫瘍(MCN)の疾患概念が新たに記載された。IPNB・MCNは共に、本症例の様に肝嚢胞の診断で経過観察されている例も少なくなく、これらの疾患の可能性も念頭に置くことが重要と思われた。【結語】肝嚢胞経過観察中に増大傾向・結節様病変の出現を認め、外科的切除によりIPNB with associated ICCと診断された一例を経験したので文献的考察を含めて報告する。

IPNB, 肝嚢胞

日本医科大学 消化器外科

増田寛喜, 水口義昭, 真々田裕宏, 有馬保生, 中村慶春, 清水哲也, 神田知洋, 谷合信彦, 吉岡正人, 松下 晃, 勝野 暁, 住吉宏樹, 高田英志, 内田英二

先天性胆嚢欠損症は比較的稀な胆道奇形の一つである。我々は腹腔鏡により確定診断し得た先天性胆嚢欠損症の1例を経験したので報告する。症例は27歳、男性。主訴は心窩部痛。腹部超音波検査およびCTで胆嚢は描出されず、DIC, ERCP, MRCPでは胆嚢と胆嚢管が全く描出されなかった。先天性胆嚢欠損症を疑ったが高度の胆嚢萎縮を否定できず、腹腔鏡下胆嚢摘出術の準備を整え、腹腔鏡による検索を行った。腹腔鏡所見は胆嚢窩に相当すると考えられる肝表面には胆嚢はもちろんその痕跡も認められず、胆嚢管も認められなかった。腹腔鏡にて胆嚢欠損症と診断し得たのは、本症を含め9例である。腹腔鏡による診断は低侵襲であり、開腹術を必要とする併存疾患を認めない症例に対して有用な手段であると考えられる。

胆嚢, 腹腔鏡

日本医科大学千葉北総病院 消化器内科<sup>1)</sup>,日本医科大学付属病院 消化器肝臓内科<sup>2)</sup>大久保知美<sup>1)</sup>, 糸川典夫<sup>1)</sup>, 新井泰央<sup>1)</sup>, 中川 愛<sup>1)</sup>, 星野慎太郎<sup>1)</sup>, 小高康裕<sup>1)</sup>, 鈴木将大<sup>1)</sup>, 近藤千紗<sup>1)</sup>, 厚川正則<sup>1)</sup>, 米澤真興<sup>1)</sup>, 岩切勝彦<sup>1)</sup>, 坂本長逸<sup>2)</sup>

【背景】原発性硬化性胆管炎(PSC)は、胆管狭窄・胆汁うっ滞をきたす原因不明の慢性炎症性病変でありその予後は不良である。一方、PSCと類似した胆管像をきたす疾患として、ステロイド治療が奏功するIgG4関連硬化性胆管炎(IgG4SC)という疾患概念が近年、提唱されて両疾患の鑑別に苦慮することもある。今回、診断に難渋しBetamethasoneが著効したPSCの1例を経験したので報告する。【症例】76歳、女性。2週間前より黄疸、褐色尿、白色便を認め近医受診した。腹部超音波検査上で肝内胆管拡張を認め精査目的で当院紹介となった。【血液検査所見】T-Bil 21.6mg/dl、D-Bil 16.0mg/dl、AST 102U/I、ALT 59U/I、ALP 1333U/I、γGTP 184U/I、IgG4 40mg/dl、P-ANCA陰性、抗核抗体 40倍未満、CRP 2.69mg/dl【画像検査所見】造影CTでは左右肝内胆管の壁肥厚、内腔の狭小化を認め総胆管は全体的に壁肥厚を認めた。ERCPでは肝内胆管の数珠状所見、帯状狭窄を認め、総胆管は全体的に狭小化していた。主膵管の狭細像は認めなかった。肝針生検では胆管周囲に炎症細胞の浸潤を認めるが胆管周囲の線維化や胆管消失は認めなかった。またIgG4陽性形質細胞の浸潤も認めなかった。【臨床経過】病理所見は乏しかったがPSCに特徴的な画像所見を呈し、IgG4上昇を認めなかったためPSCと診断した。大腸内視鏡検査ではIBD合併は認めなかった。肝不全を呈しており緩和目的も含めて同意の上でBetamethasoneを開始した。Betamethasone投与後3カ月で黄疸は消失し、投与6カ月後の血液検査では、T-Bil 0.6mg/dl、AST 63U/I、ALT 72U/I、ALP 852U/I、γGTP 330U/Iと改善を認めたがMRCPでは胆管像に明らかな変化を認めなかった。【考察】PSCは自己免疫機序の関与が疑われるが、免疫抑制剤の有効性に関してはエビデンスがなく肝移植が唯一の治療方法とされている。今回ステロイド治療が著効したが、肝内胆管の画像変化を認めなかったことからステロイドによる胆汁排泄促進作用が胆汁うっ滞改善に寄与した可能性が考えられる。長期予後も含めて今後注意深く経過を追っていく必要がある。

硬化性胆管炎, IgG4SC

急性膵炎後の感染性被包化壊死 (WON) に対し、経皮アプローチによる内視鏡的ネクロセクトミーが奏功した1例

船橋市立医療センター 消化器内科  
興梠慧輔, 小林照宗, 関 厚佳, 神崎洋彰, 今関 洋, 東郷聖子, 安藤 健, 水本英明

【目的】急性膵炎後の局所合併症に関して、改訂アトランタ分類によれば、急性膵炎発症後4週以降の、被包化された液化壊死群組織あるいは脾周囲組織は、被包化壊死 (walled-off necrosis: WON) と呼ばれる。とくに感染性WONにおいては、ドレナージのみでは治療として不十分であり、ネクロセクトミーが必要となる。近年では、開腹での(外科的)ネクロセクトミーに代わり内視鏡的ネクロセクトミーなどの低侵襲治療による良好な治療成績が報告されている。今回、急性膵炎後の感染性WONに対し、経皮アプローチによる内視鏡的ネクロセクトミーが奏功した1例を経験したので報告する。【方法】症例は69歳男性。急性膵炎を発症し、3週間後に当院外来を受診。血液検査、腹部造影CT検査の結果、急性膵炎後の急性壊死性貯留と診断した。抗菌薬による治療を開始し、壊死巣が被包化した状態 (WON) となったところでネクロセクトミーを行う方針とした。WONの範囲が上腹部から胃盤腔までと広く、経胃的な治療のみでは奏功しないと考えたこと、脾周囲から脾尾部、左腎周囲の膿瘍腔は経皮アプローチが容易であることを考慮し、経皮的ドレナージ、ネクロセクトミーを選択した。まず8Frのドレナージチューブを留置し、徐々にチューブの径を太くしていき、最終的に28Frとなったところで、経口内視鏡 (Olympus GIF Q260) を経皮的に挿入した。把持鉗子・回収ネット等を用いて、壊死組織除去を試みた。病巣は十二指腸、小腸、大腸と複数の瘻孔を形成している状態であった。【成績】複数回の内視鏡操作により多量の壊死組織除去に成功した。CT上、壊死組織の減少、WONの縮小を認めた。ネクロセクトミー後は、大腸にできた瘻孔が閉鎖するまで長期の経過観察を要したが、血液検査値も改善し、経口摂取可能となり、第148病日に退院となった。【結論】内視鏡を用いた低侵襲治療が、WONによる死亡率改善につながるかと考えられる。外科手術を含めた総合的な戦略で治療方針を検討することが必要である。

WON, 急性膵炎

PEG-IFN少量長期投与でSVRが得られた進行肝細胞癌合併C型肝炎症の一例

東邦大学医療センター大森病院 消化器内科<sup>1)</sup>,  
東京蒲田医療センター 内科<sup>2)</sup>  
向津隆規<sup>1)</sup>, 永井英成<sup>1)</sup>, 松井太吾<sup>1)</sup>, 荻野 悠<sup>1)</sup>, 高亀道生<sup>1)</sup>,  
和久井紀貴<sup>1)</sup>, 篠原美絵<sup>2)</sup>, 石井耕司<sup>2)</sup>, 五十嵐良典<sup>1)</sup>,  
住野泰清<sup>1)</sup>

【症例】71歳男性【主訴】なし【現病歴】近医へ高血圧で通院中、2004年5月に肝障害を指摘されC型肝炎と診断。肝庇護療法で肝炎の抑制難しく、IFN導入目的で当科へ紹介となったが、本人の希望で肝庇護療法のみでの経過観察としていた。2007年2月に肝細胞癌合併が判明し、TACE・RFAの治療を繰り返し行っていたが、2009年12月には門脈浸潤 (VP4) を認めるまで増悪。このため、リザーブ留置による持続肝動注化学療法 (HAIC) を2クール施行し、CRを得ることに成功した。これにより、C型肝炎の悪化および発癌予防を考慮して、HCVに対して抗ウイルス療法を行うこととした。【その後の経過】2010年7よりIFN-β 600万単位を隔週投与で開始。47か月施行したところで、2012年6月にHCCの再発あり。RFAによる加療でCRが得られ、再度抗ウイルス療法を行う方針とした。2012年10月よりPEG-IFN a 2a 90 μg による加療を24か月施行することによって、SVRを得ることに成功した。現在、HCVの再燃および発癌に対して慎重に経過を観察している。【結語】我々は、脈管浸潤を伴う進行肝細胞癌をHAICによって完全治癒を得ることに成功し、さらにIFN少量長期投与にてSVRが得られたHCV serotype1高ウイルス肝硬変症の稀有な症例を経験したため、若干の文献的考察を踏まえて報告する。

SVR, 進行肝細胞癌

経口ダブルバルーン内視鏡にて完全排石しえた十二指腸憩室内結石の一例

順天堂大学医学部附属順天堂医院 消化器内科  
多田昌弘, 伊藤智康, 加藤順子, 田中一平, 石塚 敬, 高橋正倫,  
亀井将人, 富嶋 亨, 野村 収, 松本紘平, 小谷知弘, 内山 明,  
滝谷智義, 長田太郎, 渡辺純夫

【症例】82歳女性。【主訴】右季肋部痛。  
【既往歴】20数年前に胃癌に対し胃全摘術、Roux-Y再建施行。2年前胆石症に対し胆嚢摘出術施行。  
【病歴】今回体動時の右季肋部痛が出現し腹部CTを施行したところ約5cm大の層状構造を伴う石灰化像を胆管近傍に認めた。昨年行った腹部CTでも同部位に石灰化像を認めていたが急激な増大を認めたため精査加療目的で入院となった。身体所見に特記すべき所見なく、血液検査では軽度の貧血を認めるのみであった。CT、DIC-CTでは石灰化像は腸管内にあるものと思われたが、消化管造影および上部消化管内視鏡検査では石灰化像を指摘できなかった。存在部位の確認のため経口ダブルバルーン内視鏡検査 (以下DBE) を施行したところ、輸入脚盲端の傍乳頭憩室内に約5cm大の茶色の硬い結石が嵌頓しており、十二指腸憩室内の腸石と診断した。腹部症状の原因と考えられたため、結石除去の方法として経口DBEでの結石除去術を選択した。経口DBEにて各種処置器具を用いて結石除去術を施行した。一部残石あるため翌月に2回目の結石除去術を予定していたが、傍乳頭憩室内の結石は消失しており観察のみで終了となった。結石除去後腹痛は消失しており、現在外来にて経過観察を行っている。  
【考察】腸石は十二指腸以下の腸管に結石が生じる病態であり、比較的稀な疾患である。なかでも十二指腸憩室内結石は本症例を含め本邦での報告は22例と少ない。多くは憩室穿孔やイレウス、Lemmel症候群など比較的軽篤な病態で発見されることが多く、本症例のように腹痛のみで発見される症例は少ない。またほとんどの症例が外科的切除での治療となっており、内視鏡的に完全排石しえた症例は本症例のみであった。  
【結語】経口DBEにて完全排石しえた十二指腸憩室内結石の一例を経験したので文献的考察を加えて報告する。

十二指腸憩室内結石, ダブルバルーン内視鏡

肝生検にて診断しえた肝血管肉腫の一例

慈恵会医科大学 消化器・肝臓内科<sup>1)</sup>, 同 病理学講座<sup>2)</sup>  
横田健晴<sup>1)</sup>, 佐藤憲一<sup>1)</sup>, 中田達也<sup>1)</sup>, 荻原雅子<sup>1)</sup>, 石田仁也<sup>1)</sup>,  
北原拓也<sup>1)</sup>, 天野克之<sup>1)</sup>, 石川智久<sup>1)</sup>, 穂川厚史<sup>1)</sup>, 牧島 玲<sup>2)</sup>,  
鈴木正章<sup>2)</sup>, 福永真治<sup>2)</sup>, 田尻久雄<sup>1)</sup>

【目的】肝血管肉腫は肝原発非上皮性悪性腫瘍では最も頻度が高いとされているが、全肝原発腫瘍の中では比較的にまれな疾患である。また、生前確定診断に至らない症例も多く報告されている。今回我々は肝生検にて診断され、剖検した進行肝血管肉腫の一例を経験したため報告する。【症例】42歳女性。飲酒歴ビール約1500ml/日(積算飲酒量約500kg)、喫煙歴15本/日約20年。20歳時発症のSLEにてステロイド内服中であった。入院約2ヵ月前より上腹部痛、腹部膨満感自覚していた。当院外来受診時肝機能障害、貧血指摘され精査目的に消化器内科に受診となった。WBC10900/μl、Hb9.2g/dl、Plt90000/μl、AST58IU/l、ALT42IU/l、T-Bil0.3mg/dl、CEA1.3ng/ml、CA19-9 11U/ml、AFP2.2ng/ml、PIVKAII20mAU/ml、SIL2R 942U/ml、腹部造影CT検査で著明な肝脾腫を認める。肝実質は全体に血管の口径不整と無数の結節状造影効果を認め、脾臓は出血と造影不良域の混在を認めた。Gd-EOB-DTPA造影MRIにて肝実質は全体に多数の結節性病変に置換されていた。結節性病変の信号多彩であり腫瘍性病変のほか、血管炎等も疑う所見であった。肝多発結節影診断目的に入院第12病日にエコーガイド下肝生検を施行した。病理標本では海綿状の血管内皮が認められ、一部血管内皮は細胞密度が高く、高クロマチン性の核を有していた。増生血管壁の内皮細胞はCD31、CD34、第7因子関連抗原が陽性であったことから肝血管肉腫と診断した。画像上脾臓癌移が強く疑われことからcT2N0M1 stage4と診断した。化学療法およびTACEも検討したが緩和医療導入となり、徐々に全身状態悪化し入院第51病日に永眠された。【考察】肝血管肉腫は画像所見にて様々な所見を示し、本症例のような肝全体にびまん性に浸潤を認める症例では、境界不明瞭となり診断に苦慮する症例が報告されている。特異的な所見が乏しい症例であったが、確定診断にあたり肝生検が有用であったと考えられた。【結語】肝血管肉腫は稀な疾患であり、貴重な症例であることから剖検所見に加え、若干の文献的考察を加えて報告する。

肝血管肉腫, 肝脾腫

日立製作所 日立総合病院 消化器内科<sup>1)</sup>、筑波大学附属病院 日立社会連携教育研究センター<sup>2)</sup>、日立製作所 日立総合病院 放射線診療科<sup>3)</sup>、大河原悠<sup>1)</sup>、平井信二<sup>1)</sup>、清宮崇博<sup>1)</sup>、松井真希<sup>1)</sup>、佐々木翔一<sup>1)</sup>、浜野由香子<sup>1)</sup>、綿引隆久<sup>1)</sup>、大河原敦<sup>1)</sup>、柿木信重<sup>1)</sup>、鴨志田敏郎<sup>1)</sup>、岡 裕爾<sup>1)</sup>、谷中昭典<sup>2)</sup>、入江敏之<sup>3)</sup>

【症例】60歳代男性  
【主訴】腹部膨満感、下腿浮腫  
【現病歴】以前から慢性C型肝炎を指摘されるも、未治療であった。201X年4月、多量腹水と下腿浮腫、肝臓の巨大腫瘍にて当院当科紹介。腫瘍マーカーはAFP 26576mg/dl、PIVKA-II 13400mAU/mlと著明に上昇、CTで肝S1に15cm大、S8に2cm大、左葉に多発する1-2cm大の肝細胞癌を疑う腫瘍を認めた。Child-Pugh C(10点)でありTACE等の適応は無く、UDCA、スピロノラクトン、フロセミド投与及び禁酒で経過観察していた。6月AFP 80.6mg/dl、PIVKA-II 148mAU/mlと著明に減少し、7月のCTではS1の巨大腫瘍および左葉の多発性の腫瘍は消滅し、S8の腫瘍は24mmに増大を認めた。Child-Pugh B(8点)まで改善しており、8月TACE施行目的に入院した。  
【既往歴】幼少時：鼠経ヘルニア手術  
【生活歴】飲酒歴：焼酎3合/日、喫煙歴：1package×46year、輸血歴：なし、IFN：治療なし、25歳：刺青  
【入院後の経過】CT angioからの3D再構成でLHAはLGAから分岐、RHAはSMAから分岐していた。S8の24mmの結節にTAI及びTACEを施行。術後一過性の肝障害の増悪を認めたが、BCAA製剤を開始し第5病日退院した。  
【考察】肝細胞癌は高度壊死症例が全体の約2%に見られると報告されており、原因としては腫瘍増殖因子の欠乏、禁酒・禁煙による健康状態の改善、腫瘍の急速な増大による腫瘍への酸素欠乏、外傷・血栓・腫瘍の伸展による腫瘍あるいは肝動脈からの供血の低下や途絶、感染などに続いているおこる腫瘍免疫応答、輸血、漢方薬の服用などが挙げられている。今回我々は、自然壊死及び肝機能の改善後、残存病変にTACEを施行し得た多発性肝細胞癌の一例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。

肝細胞癌, 自然壊死

国立国際医療研究センター病院 消化器内科<sup>1)</sup>、同 放射線診断科<sup>2)</sup>、小早川雅男<sup>1)</sup>、田嶋 強<sup>2)</sup>

【目的】バルーン閉塞下逆行性静脈閉塞術 (BRTO) は本邦の金川が開発した治療法であり、国内で発展してきた胃静脈瘤に対する優れた医療技術である。しかし、本邦ではBRTOは保険収載されておらず、日常診療に様々な支障を来している。これまで関連学会は、厚生労働省に保険適用の要望を行ってきたものの、使用するオレイン酸モノエタノールアミノオレイン酸塩 (EO) に薬事承認がない (適応外使用) ということからBRTOの保険収載も見送られてきた。平成24年に日本医師会より、医師主導治験の治験薬候補を推薦するよう学会へ依頼があったことから、日本消化器病学会はEOを治験薬候補として推薦した。その結果、EOは治験薬候補として認定された。我々は、平成25年度の医師主導治験の計画に関する研究 (A研究) に応募し、獲得したグラントで、試験実施計画書の作成や研究体制の構築を行なった。更に平成26年度の医師主導治験の調整管理に関する研究 (B研究) に応募しグラントを獲得し当院を中心に治験を実施中であり、EOの薬事承認とBRTOの保険収載を目的としている。【方法】多施設共同盲検単群試験。主な適格基準: (1) 内視鏡で胃静脈瘤が確認できる。(2) CTにて胃腎シャントあり。(3) Child-Pugh分類A及びB、(4) 門脈血栓なし。(5) AI b 2. 8g/dL以上。BRTOの方法: オーバーナイト法。5%EO 0. 4ml/kgをバルーンカテーテルより投与。翌日の追加投与も可能。主要評価項目: BRTO実施90日後の内視鏡による胃静脈瘤の消失割合。登録期間: 平成26年8月～平成27年4月。目標症例数: 45例。【結果】全国8施設、関東では新百合ヶ丘総合病院、北里大学病院、東海大学付属病院、埼玉医科大学附属病院、および当院の5施設で実行中である。【結論】BRTOの保険適応に向けて、わが国から前向き試験としてのエビデンスの創出のために適格症例のご紹介をお願いしたい。

BRTO, オレイン酸モノエタノールアミノオレイン酸塩

横須賀市立市民病院  
山形寿文, 中山沙映, 諸井厚樹, 有馬 功, 小松和人

【目的】高齢社会の到来と診断指針・診断基準の確立により、原発性胆汁性肝硬変 (以下PBC) と診断される高齢者が増加傾向にある。今回我々は症候性PBCと自己免疫性肝炎 (以下AIH) 疑診を併発した83歳の女性にウルソデオキシコール酸とステロイドを投与したところ、ステロイド投与開始から約6週間後に真菌とサイトメガロによる日和見感染で死亡した1例を経験した。【方法】症例は83歳の女性で、顕性黄疸を主訴に受診された。血液検査でAST:919, ALT:556, LDH:506, ALP:1449, gGTP:418, T-Bil:14. 55, alb:2. 9, Plt:10. 5万, PTH:13. 9秒, 両下腿浮腫著明、と肝胆道系酵素の上昇と肝予備能低下を認め、抗ミトコンドリアM2抗体22. 0, ANA:640倍, HOMO:40, 抗平滑筋抗体20倍, IgG2002よりいわゆるオーバーラップ症候群と診断した。PBCに関する改良版Mayo予後予測式で3ヵ月後の生存率が40%、6ヶ月後の生存率が16%であった。肝移植はレシビエントが希望されない為行わず、ウルソデオキシコール酸を内服する方針とした。【成績】ウルソデオキシコール酸を900mg内服したところ開始2ヶ月でAST:88, ALT:65, LDH:308, ALP:726, gGTP:85, T-bil:1. 78, と治療に反応し肝障害が改善した。しかし4ヶ月でAST:474, ALT:327, LDH:393, ALP:1136, gGTP:121, T-Bil:3. 31, と再度肝機能障害が悪化した。高齢だがPS:0であり、厚労省研究班のオーバーラップ症候群・ステロイド投与のための診断指針の基準を満たす為プレドニンを40mgから投与開始した。開始後AST:66, ALT:92, LDH:558, ALP:657, gGTP:36, T-bil:2. 02まで改善したが、診断時から7ヶ月、ステロイド開始から6週後にサイトメガロウイルスと真菌による敗血症を発症し、集学的治療に反応せず肺炎で死亡した。【結論】高齢者のPBCにAIH様所見を併発した症例に対しステロイドを使用することで肝機能障害が改善し、予測予後より生存期間が延長できたものの感染症で死亡した1例を経験した。高齢者に対するステロイド投与には適応を慎重に検討する必要がある。

原発性胆汁性肝硬変, 自己免疫性肝炎

水戸済生会総合病院 消化器内科  
飯野陽太郎, 仁平 武, 大川原健, 中村琢也, 渡辺孝治, 柏村 浩, 鹿志村純也

【はじめに】上腸間膜静脈血栓症は特異的な症状を示さず診断は比較的困難で、救命しえた報告例の多くは外科的治療を行った症例である。今回我々は腹痛により発症し、比較的早期に診断し、保存的治療により軽快した上腸間膜静脈血栓症の一例を経験したため報告する。【症例】症例は65歳男性で、近医で高血圧、閉塞性動脈硬化症で投薬治療を受けていた。既往歴に脳梗塞 (35歳) でバイパス手術がある。入院前日夜より、軽度の腹痛出現し、翌日に腹痛の増悪を認めたため、かかりつけ医を受診した。鎮痛剤投与を行ったが、改善がみとめられず、当院紹介入院となった。身体所見では右上腹部の圧痛を認めたが、筋性防御はなかった。静体重 (身長167cm体重81kg, BMI29) をみとめた。血液検査所見では白血球上昇、CRP上昇、HbA1c軽度上昇を認めた。腹部造影CTでは肝内から続く上腸間膜静脈内の血栓を認めた。原因を示唆する局所の炎症所見などの異常は検出されなかった。広範囲に血栓が認められたが、腹痛はあるものの筋性防御はなく、CTで腸管浮腫は目立たず、CPK上昇なく、腸管壊死に基づく所見はないものと判断され、まず保存的治療を行う方針とした。抗生物質投与およびヘパリン・ウロキナーゼ持続投与にて保存的治療を開始した。症状、検査所見は徐々に改善し、CTでの経過観察で血栓縮小が認められた。その後投薬をワーファリンに変更し、症状軽快のため入院より3週間後退院とした。その後の経過観察で発症1年後の現在症状なく外来経過観察中である。【結語】1. 保存的治療が奏効した、広範囲の上腸間膜静脈血栓症を経験した。2. 明確な原因は不明であった。既往歴に脳梗塞・閉塞性動脈硬化症があり、耐糖能異常・過体重が認められた。

上腸間膜静脈血栓症, 保存的治療

さいたま赤十字病院 消化器内科

熊谷純一郎, 甲嶋洋平, 大島 忠, 前田隆宏, 高田勇登, 大津威一郎, 土井浩達, 高橋正憲, 鎮西 亮, 笹島圭太

症例は76歳の女性。間質性肺炎で当院呼吸器内科、心房細動で循環器内科に入院中であった。2013年1月に顔面血管肉腫とその頸部リンパ節転移と診断された。電子線72Gy照射が施行された。本人の希望で追加治療施行されなかった。12月経過観察のCTで肝に腫瘍が指摘され当科に紹介された。腹部エコー検査で肝腫瘍は肝S7にあり、径32mmで周囲低エコーで内部が高エコーであった。造影CTでは周囲が濃染するような低吸収腫瘍として認められた。EOB-MRIではT1強調画像で全体に低信号、T2強調画像で全体に高信号、動脈相で周囲に造影効果と認め、核散強調画像で高信号を呈した。肝細胞相で造影欠損として描出された。他部位にも造影欠損が数個存在した。PET-CTで同部はSUVmax3.76であり、肝臓以外に異常集積を認めなかった。2014年1月に同部より肝腫瘍生検施行し血管肉腫の肝転移と診断した。間質性肺炎のために手術や全身化学療法は困難であった。同年2月より肝動注化学療法施行した。血管造影で肝右葉に淡い多発濃染像を認めた。パクリタキセルとシスプラチントリビオドールを動脈から投与した。同年3月に施行したCTでは腫瘍は縮小傾向であった。4月、7月にも同様に肝動注化学療法を施行し7月のCTでは明らかな腫瘍を認めなくなった。9月に再度肝動注化学療法を施行し経過観察中であったが呼吸状態が不良となり永眠された。9月に緊急入院されるまではQOLを保ちながら外来通院されていた。血管肉腫は予後不良な疾患でさまざまな治療に抵抗性である。本症例では間質性肺炎という背景があるなかで肝動注化学療法を施行することで併発症が少なくQOLを保ちながら約1年の期間、肝転移のコントロールが可能であった。血管肉腫の肝転移に対して肝動注化学療法が有用な可能性が示唆される症例を経験したので文献的考察を加え報告する

血管肉腫肝転移、肝動注化学療法

肝臓、異物

茅ヶ崎市立病院 消化器内科

谷口礼央, 栗山 仁, 岩瀬麻衣, 岩崎 綾, 鈴木章浩, 内田苗利, 内山 崇, 村田依子, 秦 康夫

【緒言】肝細胞癌に対するRFAは一般的な治療である。一方、転移性肝癌に対するRFAの効果はまだ確立されていない。今回、RFAにて良好な局所制御を得た平滑筋肉腫肝転移の一例を経験したのでこれを報告する。【症例】65歳女性。2009年7月左後腹膜腫瘍に対して左後腹膜腫瘍切除+左腎摘出手術を施行した。病理は、leiomyosarcoma, pT2bN0M0 Stage1であった。2010年8月肝S3/S4径12mm, S8径15mmの腫瘍が出現した。肝生検では平滑筋肉腫であった。RFAを施行した。2011年2月に肺転移が出現し、胸腔鏡下切除、2011年6月に腰椎転移が出現し、椎弓切除を実施したが、肝転移に関しては局所制御を得ており、再発所見はなかった。しかしRFA実施13ヶ月後(2011年9月)に、肝S4に径30mmの新規病変と、S3/S4の既治療部位に隣接して径13mmの病変が出現した。これらに関して追加RFAを実施した。更に12ヶ月間、再発なく経過していたが、2012年9月のCTで多発肝転移の出現を認めた。以後はBest Supportive Careが行われ、2013年9月に死亡した。2回のRFAでは腫瘍の描出が不明瞭であったが、造影超音波ガイド下に実施することで明瞭にこれらの病変を描出することができた。【考察】多発他臓器転移を認める中、1回のRFA治療で1年間の無再発、RFAの追加により更に1年間の無再発という経過を得ることができた。大腸癌では肝転移切除による予後延長のエビデンスがあるが、平滑筋肉腫に対してはその様な報告はない。本症例は、多発他臓器転移もあり、侵襲の大きい肝切除がためらわれる状態であった。このような症例に対して、RFAによる低侵襲な治療により、長期の局所制御を得ることができた。また、通常の腹部超音波では転移巣の描出が不良であったが、造影超音波を用いることで病変の同定が可能となった。正確にRFA針を腫瘍中心に穿刺し、焼灼範囲内に腫瘍体積を含めることが重要である本手術において、造影超音波の有用性は非常に高いと考えられた。

造影超音波、RFA

横浜市立大学附属病院 消化器・肝移植外科

浅野史雄, 熊本宣文, 澤田 雄, 大田洋平, 本間祐樹, 森隆太郎, 松山隆生, 武田和永, 遠藤 格

症例は49歳の女性で、幼少期に窓の工事の飛散したガラスで右側腹部を受傷した既往があった。1年前より運動時に右季肋部の激痛を認め、その後も運動により誘発されたため精査された。採血で異常値はなく、上下部内視鏡検査でも異常は認めなかったが、腹部CTで肝S6に異物を認めたため当院に紹介された。異物は1.5cm大で肝S6に表面から埋没するように認められた。疼痛の原因が異物である可能性を否定しきれなかったため、腹腔鏡下に異物を摘出した。肝S6にガラス片を認め、被膜に覆われていたが先端は肝表面からわずかに突出していた。Pringle法を行いながら超音波切開凝固装置とクリップを用いて肝S6部分切除術を施行し、ガラス片を摘出した。術後経過は良好で、術後6日目に退院し、運動時の右季肋部痛も消失した。腹腔鏡下肝切除術では開腹手術と比較して不意の出血に対する迅速な止血や太い脈管の処理が困難な場合があるが、本症例は異物が肝浅層にあり脈管から離れていたため、安全に腹腔鏡で摘出できると判断した。肝異物の症例において、特に症状の原因と確信しがたい場合には、より低侵襲な腹腔鏡での摘出は選択肢の1つとなると考えられた。

茅ヶ崎市立病院 消化器内科

内山 崇, 岩瀬麻衣, 岩崎 綾, 鈴木章浩, 内田苗利, 谷口礼央, 村田依子, 栗山 仁, 秦 康夫

【症例】67歳男性。以前より9cm大の巨大肝のう胞を指摘されており、増大傾向あれば穿刺ドレーナージ・注入療法をおこなう予定としていたが、通院を自己中断していた。自己中断3年後、腹満感を主訴に当科再診した。来院時、肝のう胞は最大径15cmと増大しており、穿刺ドレーナージ・注入療法をおこなうこととした。当初、エタノール使用による副作用を考慮しミノマイシンを用いることとした。超音波下でのう胞を穿刺、そのう胞液を排液しミノマイシン200mgをのう胞内に投与、これを2回おこなった。治療後のう胞は徐々に増大、3ヶ月後には腹満感が再現した。外科的治療も検討したが、エタノールを用いて、穿刺ドレーナージ・注入療法を再度おこなうこととした。同様の処置をおこなない、無水エタノール100mlをのう胞内に投与、これを2回おこなった。以後、半年間の経過で、のう胞は徐々に縮小し、腹満感も消失している。【考察】肝のう胞は良性疾患であり治療の対象とならない場合が多いが、腹痛などの症状や、著明な増大傾向を示した症例では、治療の対象となる。治療法としては、外科的治療に比して簡便かつ副作用の少ない経皮的ドレーナージ・注入療法が注目されている。嚢胞内皮の変性壊死を目的とした注入療法では純エタノールまたはミノマイシンが報告されているが、純エタノールでは注入時の疼痛、灼熱感、醜酩感のほかに意識混濁、アルコール中毒など重篤な副作用も報告されており、ミノマイシン注入療法を推奨する報告も多く認められる。本症例でも、当初、純エタノール注入による副作用を危惧し、ミノマイシン注入を選択したが、効果なく、本人に説明した上で、純エタノールを再注入し効果を得た。注入療法で十分な効果が得られない症例でも、注入薬剤を変更し再治療をおこなうことを選択肢のひとつにいれ、治療法を検討すべきであると考えた。

巨大肝のう胞、エタノール

横浜市立大学附属病院 肝胆膵消化器病学

関野雄典, 長谷川翔, 藤田祐司, 細野邦広, 藤澤信隆, 中島 淳, 窪田賢輔

【目的】巨大結石や積み上げ結石、3管合流部結石など、未だに内視鏡治療に抵抗性を示す症例に少なからず遭遇することがある。今回我々は、通常の透視下での処置では切石困難であった困難結石症例に対して、シングルバルーンオーバーチューブ(SBOT)およびEPLBDを併用したバルーン補助下経口胆道鏡(Peroral direct cholangioscopy: PDCS)の有用性について報告する。【方法】バルーン補助下PDCSの概要は以下の通りである。SBOT併用小腸鏡を用いて乳頭に到達した後、EPLBDを施行する。EPLBDをアンカー代わりに切石用を直接総胆管内に挿入する。結石を視認しつつ、通常の切石用デバイスにて切石を行う。【成績】症例1, 77歳男性, 幽門側胃切除術, B-II再建後, 初回ERCではSBOT併用小腸鏡で乳頭に到達, EPLBD施行後, 透視下にてEMLおよびトリローバルバルーンでの切石を行ったが困難であった。2期的にPDCSを施行, 内視鏡直視下にてEMLおよび5Fにて総胆管結石の除去を達成した。症例2, 88歳女性, 初回ERCでは9年間放置されていたPSを巻き込む形で肝門部に50mm大の巨大結石を確認した。PS除去には成功したものの, 透視下での結石把持が不可能であった。2期的にPDCSを施行, 内視鏡直視下にてEMLおよびトリローバルバルーンにて総胆管結石の除去に成功した。【結論】通常の透視下での処置では治療困難な困難結石症例に対して, SBOTとEPLBDを併用して小腸鏡を直接胆道に挿管するバルーン補助下PDCSを用いることで, 結石を直接視認しながらの切石処置が可能であり, 検査関連の合併症も認めなかった。EHLが使用困難な現状では, 胆道鏡下の切石においても他のデバイスを利用しざるを得ないが, 本法では広径チャンネルが利用可能であることも有利な点である。バルーン補助下PDCSは困難結石例に対する新たな治療戦略の一つとして, 術後腸管であるかどうかに関わらず施行可能な, 安全かつ確実な治療法として期待できる。

総胆管結石, 経口胆道鏡

千葉大学大学院医学研究院 臓器制御外科学

岡田実菜, 渡邊善寛, 高屋敷史, 清水宏明, 大塚将之, 加藤 厚, 吉富幸幸, 古川勝規, 久保木知, 高野重紹, 岡村大樹, 鈴木大亮, 酒井 望, 賀川真吾, 宮崎 勝

胆道癌に対する根治的治療は外科切除のみであることから, 近年では局所進行によりinitially unresectable biliary cancerと診断された症例に対しても積極的に化学療法を導入することによりその切除率向上が図られている。今回我々はGEM+CCDP併用化学療法(以下GC療法)が奏功したことをより切除し得た高度リンパ節転移を伴う局所進行胆嚢管癌の一例を経験したので報告する。

症例は55歳男性。皮膚黄染を主訴に前医を受診し, 切除不能胆嚢管癌と診断され当院紹介となった。当院精査では胆嚢管に25mm大の腫瘤を認め, #8, #12, #13リンパ節は腫大して一塊となり, 総胆管には高度狭窄像を認めた。門脈はこれら腫瘍と接しており一部浸潤が疑われたが, 動脈浸潤は明らかではなかった。また, #16b1リンパ節にも転移も認め, FDG-PETでは胆嚢管と肝門部リンパ節, 大動脈周囲リンパ節に一致して集積を認めた。以上より高度リンパ節転移を伴う局所進行胆嚢管癌と判断し, initially unresectableとしてGC療法(GEM 1000mg/m<sup>2</sup>, CCDP 25mg/m<sup>2</sup>, day1, 8投与)3コース施行したところ, 原発巣は著明に縮小し, 腫大していたリンパ節も同定困難となり, 更にはPETでの集積も消失した。これらの所見から, 切除可能と判断し膵頭十二指腸切除術, D2+#16リンパ節郭清を施行した。術中所見では胆嚢管にわずかに腫瘤を認めたのみで, 転移を疑うリンパ節腫脹は認めなかった。病理組織検査所見でも腫瘍は胆嚢管根部のわずか4mm内に限局されており, 郭清したリンパ節全てにおいて転移は認めず, 病理診断はpT1b, pN0, pM0, fStageIであった。術後合併症無く第51病日に退院し, 術後補助化学療法としてGEM(1000mg/m<sup>2</sup>, day1, 8, 15投与)6コース施行した。術後9カ月現在, 無再発生存中である。

胆道癌, GC療法

神奈川県立がんセンター 消化器内科

入江邦泰, 中園綾乃, 合田賢弘, 小林 智, 上野 誠, 大川伸一, 森本 学

【症例】66歳・男性【現病歴】心窩部痛および発熱を認め、近医を受診するも症状改善せず、前医を紹介受診。精査の結果、脾頭部腫瘍に伴う脾管閉塞に起因する脾炎の診断で当科を紹介受診された。【既往歴】慢性中耳炎【嗜好歴】機会飲酒のみ【血液検査所見】黄疸と肝胆道系酵素および血清アマラーゼの上昇を認めた。腫瘍マーカーはCA19-9、DUPAN-2、SPAN-1の軽度上昇およびsIL-2R高値を認めた。IgG4は上昇を認めなかった。【画像検査所見】Dynamic CT: 脾頭部に50mm大の腫瘍性病変を認め、内部に一部嚢胞様変性を伴っていた。造影早期には造影効果を認めず、後期相では尾側脾よりやや濃染され、尾側主脾管は軽度拡張を認めるが、脾実質の委縮は明らかではなかった。MRI: 病変はT1WIで一般的な低信号、T2WIでも病変は主に低信号を呈しており、嚢胞様変性と思われる部位は高信号であった。【経過】血液・画像所見から脾頭部腫瘍に伴う閉塞性黄疸が考慮されたため、ERCPを施行した。十二指腸腸頭部は浮腫状で下部胆管および頭部主脾管に狭窄を認め、壁外性圧排が疑われ、PSによるドレナージを施行した。その後、組織診断目的にEUS-FNAを予定していたが、PS閉塞による胆管炎を来したため再度ERCPを施行したところ、十二指腸の狭窄を認め、経乳頭のなアプローチは困難であり、PTBDによる減黄処置を施行した。胆管炎改善後、EUSを施行し脾頭部に境界がやや不明瞭な高エコー病変を認め、FNAを行った。確定診断後の治療を検討していたが、急激な十二指腸の狭窄症状を来しており、腫瘍形成性脾炎を考慮しステロイドによる診断的治療を行ったが奏功せず、著明な腹水貯留を認めるなど急激な病状の悪化を認めた。FNA検体からはsmall round cell tumorの病理診断であり、追加で腹水中の細胞からセルブロックを作成した結果、悪性リンパ腫の確定診断を得た。脾以外のリンパ節腫大は指摘されず、免疫染色を追加し脾原発Burkittリンパ腫と診断した。R-Hyper-CVAD療法を開始、著明な改善を認め、現在も治療継続中である。【結語】脾原発悪性リンパ腫は比較的稀な疾患であり報告する。

脾悪性リンパ腫, セルブロック法

東京都立多摩総合医療センター 消化器内科

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

【症例1】63歳、男性。アルコール性肝硬変にて当科通院中に両側尿管結石を認め、泌尿器科にて加療。経過観察のCTにて多発する傍大動脈リンパ節腫大、後腹膜の脂肪織濃度上昇、血液検査にて血清IgG4の上昇を認めた。FDG-PETでは後腹膜と脾臓に異常集積を認めた。自己免疫性脾炎、後腹膜線維症と診断した。ステロイド投与により臨床所見は概ね改善傾向である。

【症例2】66歳、男性。血液検査にて肝胆道系酵素および血清IgG4の上昇を認め、画像検査で下部胆管の狭窄、びまん性の脾腫大、腎臓に多発造影不良域を認めた。尿検査異常や腎機能低下は認めなかった。自己免疫性脾炎と診断、腎病変はIgG4関連腎症が疑われた。ステロイド投与により臨床所見は改善傾向である。

【症例3】86歳、男性。血液検査にて肝胆道系酵素および血清IgG4の上昇を認め、画像検査で上部胆管・下部胆管の狭窄、びまん性の脾腫大を認めた。自己免疫性脾炎、IgG4関連硬化性胆管炎と診断。自然経過にて胆管の狭窄が増悪し、肝門部まで及んだ。ステロイド投与により臨床所見は改善傾向である。今回経験した3症例は自己免疫性脾炎の確診例であり、すべて脾外病変を伴っていた。自己免疫性脾炎は脾腫と鑑別診断において困難例も存在するが、脾外病変の存在は診断および治療効果判定において有用な特徴であると思われる。

自己免疫性脾炎, IgG4関連疾患

## 105 EUS-FNAにて術前診断し得た膵腺扁平上皮癌の一例

千葉大学医学部 消化器腎臓内科  
林 雅博, 三方林太郎, 佐々木玲奈, 坂本 大, 中村昌人,  
渡邊悠人, 杉山晴俊, 露口利夫, 横須賀 収

症例は78歳の男性。2008年に左眼のMALTリンパ腫に対して手術および放射線照射を施行され、以後完全寛解を維持されていた。2011年9月のFDG-PETでは異常集積は指摘されていなかった。2014年4月のFDG-PETにて上腹部にSUVmax 7程度のFDG異常集積を指摘され、造影CTにて膵尾部に径30mm大の造影効果不良な腫瘤を認めため、精査目的に当科紹介となった。EUSでは膵尾部に径33mm大の膨張性発育形態を示す、境界明瞭な類円形の低エコー腫瘤を認めた。脾臓との境界は不明瞭で、腫瘤内部には壊死を疑う径12mm程の嚢胞性領域を認めた。後日EUS-FNAを施行、中心部の嚢胞性病変を避けて辺縁より25G針にて穿刺を行い、病理組織にて扁平上皮癌の診断となった。血清腫瘍マーカーではCEA、CA19-9、DUPAN-2、SPAN-1は正常範囲だったが、SCC 2.2 ng/mlとわずかな上昇を認めた。遠隔転移を認めず手術の方針となり、脾合併膵尾部切除術を施行された。手術標本の病理所見では、ほとんどの領域は中分化型ないし高分化型の扁平上皮癌であった。PAS染色では胞体内粘液を有する腺癌細胞が少数だが胞巣内に散見され、腺系分化や扁平上皮系分化の不明瞭な小型腫瘍細胞からなる胞巣もみられた。腫瘍中央部は空洞化しており、内部には角化物や壊死物が認められた。また脾臓実質内への直接浸潤を認めた。脾動脈周囲リンパ節#11、脾門部リンパ節#10に転移を認めた。最終病理診断は、膵腺扁平上皮癌、T4N1M0 Stage IVaであった。術後補助化学療法としてTS-1内服を開始し、術後5ヶ月が経過しているが再発は認めていない。膵腺扁平上皮癌は比較的稀な疾患であり、EUS-FNAで術前に組織診断をし得たことから、若干の文献的考察を含め報告する。

膵腺扁平上皮癌, EUS-FNA

## 106 膵管拡張を契機に発見され膵液細胞診が有用であった微小膵癌の1例

昭和大学医学部 内科学講座消化器内科学部門<sup>1)</sup>,  
同 臨床病理診断学講座<sup>2)</sup>,  
同 外科学講座消化器一般外科学部門<sup>3)</sup>  
野本朋宏<sup>1)</sup>, 吉田 仁<sup>1)</sup>, 山宮 知<sup>1)</sup>, 石井 優<sup>1)</sup>, 佐藤悦基<sup>1)</sup>,  
岩田朋之<sup>1)</sup>, 本間 直<sup>1)</sup>, 北村勝哉<sup>1)</sup>, 大池信之<sup>2)</sup>, 松田和弘<sup>3)</sup>,  
草野智一<sup>3)</sup>, 藤森 聰<sup>3)</sup>, 青木武士<sup>3)</sup>, 村上雅彦<sup>3)</sup>

症例は70歳の女性。【現病歴】2014年冬、右下腹部痛を自覚し、当院受診。腹痛は、自然軽快したが、精査目的に施行した造影CTにて、尾側膵管の拡張を認めた。膵酵素の軽度上昇を認めており、精査目的で超音波内視鏡を施行。尾側膵管の拡張を認めたが、明らかな腫瘍性病変は認めなかった。外来にて経過観察としたが、3ヶ月後に施行したMRCPにて膵管拡張が増強しており、ERCP目的で入院。【既往歴】子宮筋腫術後。【血液検査成績】Amylase 199 IU/l, Lypase 232 U/l, Elastase 769 ng/dl, CEA 0.6 ng/ml, CA19-9 3.2 U/ml。【経過】入院後、ERCP施行。膵管造影では、膵体部に軽度の膵管狭窄および尾側膵管の軽度拡張を認めた。ENPDを留置し、膵液を採取。膵液細胞診は、Class V adenocarcinomaであり、膵癌Stage Iと診断した。術前に再度造影CTを施行したが、明らかな腫瘍性病変は認めなかった。その後、膵尾部脾合併切除術を施行。病理組織診では、大きさ5mm、主膵管に低乳頭状のCIS病変を認め、分枝膵管への進展を少量伴っていた。また、一部に限局的な浸潤成分を認めた。【結語】膵管拡張を契機に発見され、画像診断では腫瘤形成を認めず、膵液細胞診が有用であった微小膵癌の1例を経験したので若干の文献的考察を加え報告する。

微小膵癌, 膵液細胞診

## 107 (演題取り下げ)

## 108 大網梗塞の2症例

東京慈恵会医科大学 外科学講座  
岩崎泰三, 志田敦男, 川村雅彦, 矢野文章, 小村伸朗, 三森教雄,  
矢永勝彦

今回われわれは、比較的まれである大網捻転の2症例を経験し、それぞれ腹腔鏡手術で治癒し得たので報告する。症例1は25歳、男性。右側腹部痛を訴え、当院を受診した。急性腹膜炎と診断し、入院後保存的加療を開始した。しかし、次第に腹部症状が増悪し、第3病日に撮影した腹部造影CTにて大網梗塞が疑われたため、緊急手術を行った。手術所見としては右側腹部腹膜に変色した大網が癒着しており、大網捻転と判断した。腹腔鏡下にて大網部分切除術を行った。術後経過は良好で、術後第7病日退院した。病理組織学的所見は大網脂肪織に好中球浸潤、血管内の充血、鬱血、脂肪細胞の変性を認めた。症例2は37歳、男性。右側腹部痛を訴え、当院を受診した。腹部造影CTにて大網梗塞が疑われ、当科入院となった。腹部所見が乏しかったため、保存的加療を開始した。しかし、第2病日腹部症状の増悪を認め、緊急手術を行った。手術所見としては症例1と同様、右側腹部腹膜に変色した大網が癒着しており、腹腔鏡下にて大網部分切除術を行った。術後経過は良好で、術後第4病日で退院となった。病理組織学的所見は好中球浸潤、血管鬱血、脂肪細胞の変性、壊死を認めた。大網捻転は急性腹症を呈する比較的稀な疾患であり、若干の文献的考察を加えて報告する。

大網梗塞, 大網捻転