

日本消化器病学会関東支部第338回例会

プログラム・抄録集

当番会長：東海大学医学部八王子病院 消化器内科 教授 渡 辺 勲 史
〒192-0032 東京都八王子市石川町1838
TEL 042-639-1111/FAX 042-639-1127

会 期：平成28年 2 月 6 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 2007/2010/2013となります。発表データはUSBメモリにてお持ちください。また、事前に必ず、作成したPC以外のPCでも正常に動作することを確認してください。
※データ作成の際は、文字化けを防ぐため次の標準フォントをご使用ください。
日本語：MSゴシック、MS Pゴシック、MS明朝、MS P明朝
英語：Arial, Century, Century Gothic, Times New Roman
※スライド作成時の画面サイズはXGA (1024×768) であることをご確認の上、作成してください。
 - 2) Macintosh使用、及びWindowsでも動画を含む場合は、必ずPC本体をお持込みください。データでのお持込みには対応いたしかねますのでご注意ください。なお、液晶プロジェクタへの接続はMini D-SUB 15pinにて行います。変換コネクタを必要とする場合は必ずご自身でお持込みください。また、バッテリーのみでの稼動はトラブルの原因となるため、外部電源用アダプタを必ずお持ちください。
 - 3) 音声出力には対応いたしません。
 - 4) 発表は枚数ではなく時間で制限させていただきます。
 - 5) 発表時は、演台に置かれたモニタを見ながらご自身で操作して画面を進めていただきます。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. 座長・評価者の方は、セッション開始15分前までに総合受付にお立ち寄りください。
12. 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。

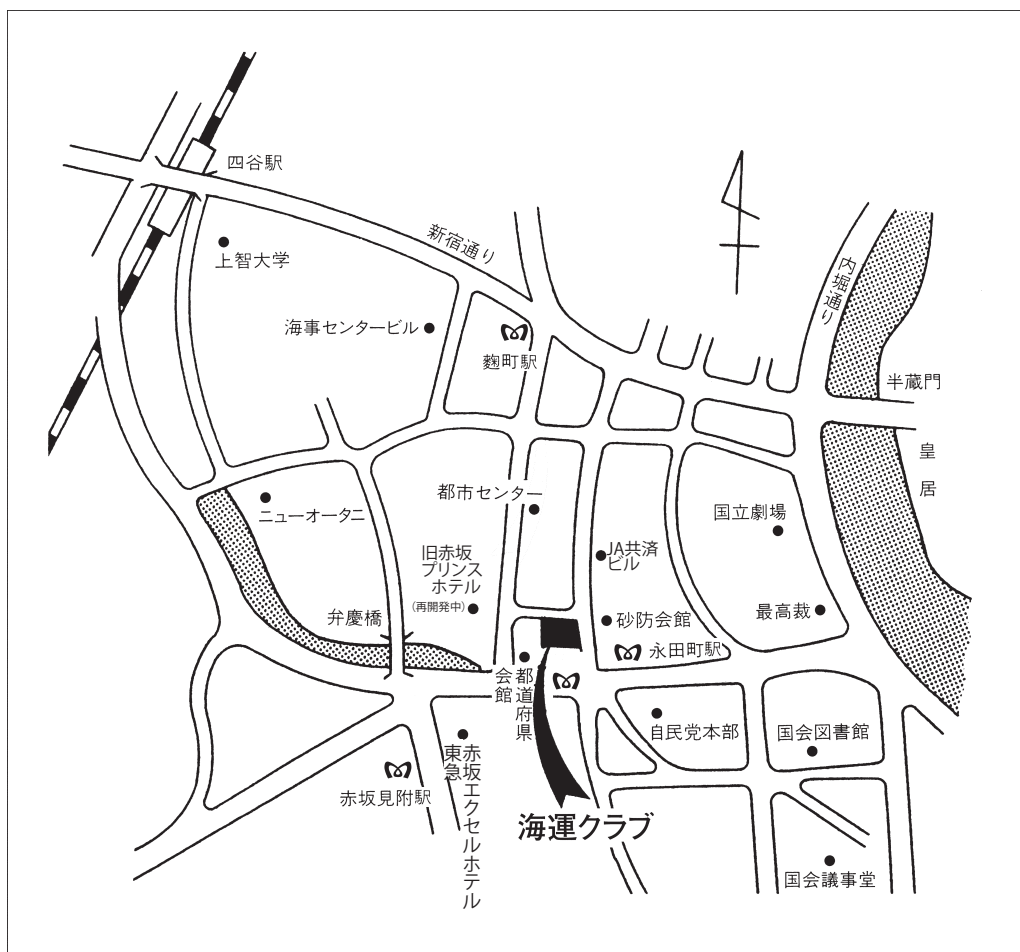
会場案内図

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338回例会

平成28年2月6日(土)

8：25～8：30			開 会 の 辞（第1会場）		
第1会場（午前の部）			第2会場（午前の部）		
演 題	時 間	座 長	演 題	時 間	座 長
(1)専修医Ⅰ（胃）1～4	8：30～8：54	水野 慎大	(14)研修医Ⅰ（食道・胃・ 十二指腸 ）55～59	8：30～9：00	酒井 元
(2)専修医Ⅱ（ 十二指腸・小腸 ）5～7	8：54～9：12	岸川 浩	(15)研修医Ⅱ（小腸）60～64	9：00～9：30	名児耶浩幸
(3)専修医Ⅲ（小腸）8～11	9：12～9：36	平山 泰丈	(16)研修医Ⅲ（大腸）65～69	9：30～10：00	伊藤亜由美
(4)専修医Ⅳ（大腸1）12～14	9：36～9：54	三浦 みき	(17)研修医Ⅳ（肝1）70～74	10：00～10：30	松清 靖
(5)専修医Ⅴ（大腸2）15～18	9：54～10：18	諸星 雄一	(18)研修医Ⅴ（肝2）75～79	10：30～11：00	高浦 健太
(6)専修医Ⅵ（肝）19～22	10：18～10：42	鈴木 智彦	(19)研修医Ⅵ（膵）80～83	11：00～11：24	伊藤 裕幸
(7)専修医Ⅶ（肝・胆）23～26	10：42～11：06	井草 裕樹	(20)研修医Ⅶ（ 胆・膵・後腹膜 ）84～87	11：24～11：48	和泉 秀樹
(8)専修医Ⅷ（胆・膵）27～31	11：06～11：30	広瀬 俊治	12：10～12：40	評議員会	
12：05～12：50 ランチョンセミナー（第1会場）					
『C型肝炎治療の現状と今後の展望』					
国家公務員共済組合連合会虎の門病院 肝臓センター 部長 鈴木 文孝 先生					
司会 新百合ヶ丘総合病院 消化器・肝臓病研究所 所長 井廻 道夫 先生					
共催：プリストル・マイヤーズ株式会社					
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）					
『腸内イノベーションは炎症性腸疾患を根治できるか？』					
慶應義塾大学医学部 内科学（消化器） 教授 金井 隆典 先生					
司会 東海大学医学部八王子病院 消化器内科 教授 渡辺 勲史					
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
(9)食道・胃 32～36	14：05～14：35	大久保理恵	(21)肝1 88～92	14：05～14：35	荒瀬 吉孝
(10)十二指腸・小腸 37～41	14：35～15：05	福田 将義	(22)肝2 93～96	14：35～14：59	魚嶋 晴紀
(11)大腸1 42～45	15：05～15：29	中里 圭宏			
(12)大腸2 46～49	15：29～15：53	東山 正明			
(13)胆・膵 50～54	15：53～16：23	中嶋 緑郎			
16：25～16：30			閉 会 の 辞（第1会場）		
15：30～17：30 第10回専門医セミナー（第2会場）★日本消化器病学会3単位取得できます					
「ドクターガストロ～臨床推論からの消化器病学～」					
司会 杏林大学医学部 医学教育学 准教授 矢島 知治					

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)

「腸内イノベーションは炎症性腸疾患を 根治できるか？」

慶應義塾大学医学部 内科学（消化器） 教授 **金井 隆典** 先生
司会 東海大学医学部八王子病院 消化器内科 教授 **渡辺 勲史**

……演者の先生ご紹介……

かない たかのり
金井 隆典 先生

略歴

1988年 3月 慶應義塾大学医学部 卒業
1988年 4月 慶應義塾大学大学院医学研究科博士課程 入学
1992年 4月 慶應義塾大学医学部助手（内科学）
1995年 9月 ハーバード大学Beth Israel Medical Center,
Division of Viral Pathogenesis留学
2000年 8月 東京医科歯科大学医学部附属病院助手（第一内科学）
2004年 6月 東京医科歯科大学医学部附属病院講師（消化器内科学）
2008年 4月 慶應義塾大学医学部准教授（内科学）
東京医科歯科大学医学部臨床教授
2013年 8月 慶應義塾大学医学部教授（内科学〔消化器〕）
2013年10月 慶應義塾大学病院免疫統括医療センター長 現在に至る

学会，等

日本内科学会 関東支部幹事
日本消化器病学会 関東地方会評議員，学会評議員，財団評議員，ICD-11委員，国際委員
日本消化器免疫学会 評議員，理事
日中医学協会 評議員
日本臨床腸内微生物学会 評議員
日本無菌生物ノートバイオロジー学会 理事
日本門脈圧亢進症学会 評議員
Americal Journal Physiology - Gastrointestinal & Liver Physiology
(Editorial Board Member)
Inflammatory Bowel Diseases (Section Editor)
Journal of Gastroenterology (Associate Editor)
World Journal of Gastroenterology (Associate Editor)

公的・学術機関委員

日本学術振興会科学研究費審査委員（2008年-現在）
日本消化器病学会
Research Fellowship Program Award選考委員（2010年-現在）
International Topic Conference実行委員会委員（2011年-現在）
日本消化器病学会 ガイドライン委員会
「炎症性腸疾患・クローン病」評価委員会 副委員長（2012年-現在）
日本炎症性腸疾患研究会海外派遣プログラム審査委員（2011年-現在）
厚生労働省特定疾患事業
「腸管希少難病群の疫学，病態，診断，治療の相同性と相違性から見た包括的研究」（日比班）事務局運営，
研究分担班員（2012年-現在）
「神経難病治療薬OCH-NCNPの炎症性腸疾患を対象とした医師主導治験へ向けた製剤確保，治験プロト
コール作成，治験相談の実施」（2014年）

ランチオンセミナー (第1会場 12:05~12:50)

「C型肝炎治療の現状と今後の展望」

国家公務員共済組合連合会 虎の門病院 肝臓センター 部長 **鈴木 文孝** 先生
司会 新百合ヶ丘総合病院 消化器・肝臓病研究所 所長 **井廻 道夫** 先生

共催：ブリストル・マイヤーズ株式会社

……演者の先生ご紹介……

すず き ふみたか
鈴木 文孝 先生

略歴

1988年3月 (昭和63年) 弘前大学医学部卒業
1988年6月 (昭和63年) 浜松医大第二内科入局 研修医
1989年6月 (平成元年) 県西部浜松医療センター 消化器科 研修医、医員
1992年6月 (平成4年) 浜松医大第二内科 医員
1993年6月 (平成5年) 虎の門病院 消化器科 医員
1994年6月 (平成6年) 浜松医大第二内科 医員
1998年7月 (平成10年) 県西部浜松医療センター 消化器科 副医長
1999年4月 (平成11年) 虎の門病院 消化器科 医員
2007年2月 (平成19年) 虎の門病院 肝臓センター 医長
2011年4月 (平成23年) 虎の門病院 肝臓センター 肝臓内科部長

学会、等

日本消化器病学会専門医・指導医
日本肝臓学会専門医・指導医
日本消化器内視鏡学会指導医
日本内科学会専門医・指導医

日本消化器病学会評議員
日本消化器病学会関東支部評議員
日本肝臓学会評議員
日本肝臓学会東部会評議員

厚生労働省研究班

平成27年厚生労働科学研究 肝炎等克服緊急対策研究事業 (肝炎分野)
「C型肝炎の抗ウイルス治療法選択を目的とした新規検査系に関する研究」
主任研究員
「科学的根拠に基づくウイルス肝炎診療ガイドラインの構築に関する研究」分担研究員
「次世代シーケンズ技術を駆使したウイルスゲノム解析によるC型肝炎の病態解明と臨床応用」分担研究員

第10回専門医セミナー

(第2会場 15:30～17:30)

「ドクターガストロ～臨床推論 からの消化器病学～」

今回専門医セミナーを新しい試みで行います。問診や身体診察で得られた情報をもとに、どのように診断を進めていくべきなのかをディスカッションを展開します。

司 会：矢島 知治（杏林大学医学部医学教育学）

担 当：後藤田卓志（日本大学医学部消化器肝臓内科）
岸野真衣子（東京女子医科大学消化器内視鏡科）
松本 健史（順天堂大学医学部消化器内科）
新後閑弘章（厚生中央病院消化器病センター内科）
土岐 真朗（杏林大学医学部第三内科）
小澤俊一郎（聖マリアンナ医科大学消化器・肝臓内科）
今枝 博之（埼玉医科大学総合診療内科）

出場選手：池田恵理子（自治医科大学附属病院初期臨床研修医）
大島 康太（杏林大学医学部付属病院総合研修センター）
尾崎 敦子（東京女子医科大学卒後臨床研修センター）
篠崎 太郎（佐野厚生総合病院初期臨床研修医）
下村 暁（国立研究開発法人国立国際医療研究センター
内科系初期研修医）
菅 孝臣（埼玉医科大学国際医療センター臨床研修センター）
菅野那々子（順天堂大学医学部臨床研修センター）
菅原 大樹（日本大学病院初期臨床研修医）
高橋 翔（順天堂大学医学部臨床研修センター）
田中マリ子（東京女子医科大学卒後臨床研修センター）
土井 駿一（聖マリアンナ医科大学初期臨床研修センター）
中川 秀紀（JR東京総合病院初期臨床研修医）

第1会場（午前の部）

8:25~8:30

—開会の辞—

—専修医セッション評価者—

順天堂大学医学部	消化器内科	今	一義
慶應義塾大学医学部	内科学（消化器）	長沼	誠
東京都保健医療公社大久保病院	消化器内科	林	星舟

（1）専修医Ⅰ（胃） 8:30~8:54 座長 慶應義塾大学医学部 内科学（消化器） 水野 慎 大

1. 食道裂孔ヘルニアに伴う胃軸捻転を来した1例

慶應義塾大学医学部	内視鏡センター	○福田	知広	平田	賢郎
同	内科学（消化器）				
同	内視鏡センター	細江	直樹	緒方	晴彦
同	内科学（消化器）	正岡	建洋	金井	隆典
同	一般・消化器外科	川久保博文	北川	雄光	

2. ボノプラザン，アモキシシリン，クラリスロマイシン3剤による *H. pylori* 一次除菌の成績

公立学校共済組合関東中央病院 ○大山 博生，磯村 好洋，小畑 美穂，宮川 佑
大澤由紀子，佐藤 太龍，鈴木 辰典，後藤絵理子
瀬戸 元子，外川 修，小池 幸宏

3. 胃粘膜下腫瘍として長期経過観察された胃動静脈奇形の1例

順天堂大学医学部 消化器内科 ○多田 昌弘，加藤 順子，小森 寛之，富嶋 享
橋本 崇，伊藤 智康，竹田 努，村上 敬
松本 紘平，上山 浩也，小谷 知弘，内山 明
松本 健史，浅岡 大介，山科 俊平，長田 太郎
渡辺 純夫

4. 胃サルコイドーシスが疑われた1例

東京慈恵会医科大学葛飾医療センター 消化器肝臓内科 ○遠藤 大輔，横須賀真梨子，富田 陽一，永野 智久
關 伸嘉，杉田 知典，会田 雄太，板垣 宗徳
佐藤 憲一，安部 宏，須藤 訓，相澤 良夫

（2）専修医Ⅱ（十二指腸・小腸） 8:54~9:12 座長 東京歯科大学市川総合病院 消化器内科 岸 川 浩

5. 急性腭炎を契機に発見された十二指腸乳頭部腺腫の1例

杏林大学医学部 第三内科 ○嶋田 隆介，権藤 興一，倉田 勇，太田 博崇
落合 一成，新井 健介，渡邊 俊介，神保 陽子
大野亜希子，畑 英行，土岐 真朗，山口 康晴
森 秀明，久松 理一，高橋 信一

6. 下血を契機にカプセル内視鏡にて発見された空腸真性憩室における多発平滑筋腫の1例

筑波大学 消化器内科 ○丹下 善隆, 金子 剛, 菅沼 大輔, 永瀬 将臣
高木 薫子, 俣野 大介, 岩井健太郎, 江南ちあき
兵頭一之介

筑波大学附属病院 光学診療部 奈良坂俊明, 鈴木 英雄, 溝上 裕士

7. 血便を契機に診断に至った成人小腸重積症の1例

東京慈恵会医科大学 消化器・肝臓内科 ○秋田 義博, 澤田 亮一, 筒井 佳苗, 岩崎 哲良
菰池 信彦, 三戸部慈実, 光永 真人, 天野 克之
有廣 誠二, 加藤 智弘

同 消化器外科 高野 裕太, 志田 敦男, 三森 教雄

同 病理学講座 朝倉久美子

同 病院病理部 福田由美子, 廣岡 信一, 清川 貴子

(3) 専修医Ⅲ(小腸) 9:12~9:36 座長 東京医科大学八王子医療センター 消化器内科 平 山 泰 丈

8. イレウスの画像所見を呈した腸管囊胞様気腫症の1例

神奈川県立足柄上病院 内科 ○植田 晋介, 國司 洋佑, 岩淵 敬介, 久保井頼子
神野 正智, 松林 真央, 太田 光泰, 吉江浩一郎
加藤 佳央

9. メッケル憩室穿孔に対して腹腔鏡補助下小腸部分切除術を施行した1例

日本医科大学多摩永山病院 外科 ○浅見 敬一, 吉田 寛, 牧野 浩司, 横山 正
丸山 弘, 平方 敦史, 赤城 一郎, 上田 純志
関 奈紀, 若林 秀幸, 篠塚恵理子, 上田 康二
宮下 哲平, 宮坂 俊光, 吉岡 将史

日本医科大学 消化器外科 内田 英二

10. 下腹部痛の診断に苦慮した上腸間膜動脈血栓症の1例

埼玉県厚生連熊谷総合病院 ○村上 規子, 斎藤 雅彦, 松井真理子, 門野源一郎
石川 武志, 野村 祐介, 小山田 新, 遠藤 正人
北 順二, 平山 信男, 赤井 崇, 白石 匡
木村 道雄, 五月女直樹

11. 回腸憩室穿孔, 後腹膜膿瘍で門脈・上腸間膜静脈血栓症を来し, 保存的に加療し得た1例

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

(4) 専修医Ⅳ(大腸1) 9:36~9:54

座長 杏林大学医学部 第三内科 三 浦 み き

12. 好酸球性胃腸炎と診断後グルココルチコイド非導入で食物抗原除去療法により寛解に至った1例

株式会社日立製作所日立総合病院 消化器内科 ○越智 正憲, 山口 雄司, 清宮 崇博, 松井 真希
佐々木翔一, 小野 公平, 綿引 隆久, 大河原 悠
大河原 敦, 柿木 信重, 鴨志田敏郎, 平井 信二
岡 裕爾

筑波大学附属病院 日立社会連携教育研究センター 谷中 昭典

13. まれな虫垂真性憩室炎の1例

順天堂大学医学部練馬病院 総合外科 ○伊藤 謙, 秋本 瑛吾, 雨宮 浩太, 関根 悠貴
春山優理恵, 辻 未来, 河合 雅也, 宮野 省三
小坂泰二郎, 渡野邊郁雄, 町田 理夫, 北畠 俊顕
須郷 広之, 李 慶文, 児島 邦明

14. 上行結腸壊死を来し結腸右半切除に至った特発性腸間膜静脈硬化症の1例

東海大学医学部八王子病院 消化器外科 ○庫本 達, 町田 隆志, 谷田部健太郎, 横山 大樹
宇田 周司, 茅野 新, 福光 寛, 向井 正哉
野村 栄治, 幕内 博康

(5) 専修医Ⅴ(大腸2) 9:54~10:18 座長 横浜市立市民病院 消化器内科 諸 星 雄 一

15. 直腸型潰瘍性大腸炎に合併した虫垂腫瘍の1例

国立病院機構東京医療センター 消化器科 ○坂口 恵美, 加藤 元彦, 高田 祐明, 阿部圭一郎
平田 哲, 高取 祐作, 和田 道子, 木下 聡
高林 馨, 菊池 美穂, 菊池 真大, 藤山 洋一
鈴木 雅之, 浦岡 俊夫
同 外科 菊池 弘人, 大石 崇
同 臨床検査科 白石 淳一

16. 薬剤アレルギーにより治療に苦慮したステロイド抵抗性潰瘍性大腸炎の1例

国立国際医療研究センター 消化器内科 ○柳澤 直宏, 木平 英里, 永田 尚義, 忌部 航
横田 悦子, 渡辺 一弘, 櫻井 俊之, 横井 千寿
小早川雅男, 秋山 純一

17. 寛解期潰瘍性大腸炎にサイトメガロウイルス感染を合併した1例

北里大学北里研究所病院 総合内科 ○平本 尚子
同 炎症性腸疾患先進治療センター 小林 拓, 日比 紀文
同 消化器内科 梅田 智子, 中野 雅, 樋口 肇, 常松 令
芹沢 宏, 渡辺 憲明, 土本 寛二
同 病理診断科 森永正二郎
同 炎症性腸疾患先進治療センター
同 消化器内科 豊永 貴彦, 齊藤 詠子

18. 肺小細胞癌の大腸転移の1例

東邦大学医療センター大森病院 消化器内科 ○清水 良, 佐藤 真司, 山下 沙季, 榎本 有里
團 宣博, 菊池 由宣, 五十嵐良典, 住野 泰清
同 呼吸器内科 関谷 宗之, 卜部 尚久, 鍋木 教平
同 病理部 深澤 由里, 赤坂 喜清, 渋谷 和俊

(6) 専修医Ⅵ(肝) 10:18~10:42 座長 東京都保健医療公社大久保病院 消化器内科 鈴木 智 彦

19. C型慢性肝炎のIFNフリー内服2剤治療経過中に発症した急性上腸間膜動脈解離の1例

佐野厚生総合病院 消化器内科 ○青木 優, 福原誠一郎, 伊倉 顕彦, 白石 貴久
上岡 直史, 寺元 研, 東澤 俊彦, 岡村 幸重

20. 胃空腸横行結腸瘻を治療したことにより steatohepatitis が改善した 1 例

東京女子医科大学 消化器内科 ○木下普紀子, 大森 鉄平, 小木曾智美, 谷合麻紀子
中村 真一, 橋本 悦子, 徳重 克年
さいたま市立病院 加藤まゆみ
東京女子医科大学 第2外科 板橋 道朗

21. 黄疸、血小板減少、急性腎不全を呈したレプトスピラ症の 1 例

武蔵野赤十字病院 消化器科 ○小宮山泰之, 安井 豊, 吉田 翼, 樋口 麻友
桑原小の実, 高浦 健太, 林 倫留, 上田 真子
高田ひとみ, 中嶋奈津子, 玉城 信治, 鈴木 祥子
中西 裕之, 板倉 潤, 黒崎 雅之, 泉 並木

22. 繰り返す腹痛発作と肝不全を呈した骨髄性プロトポルフィリン症の 2 症例

慶應義塾大学医学部 消化器内科 ○宇賀村 文, 海老沼浩利, 楢 伯松, 尾城 啓輔
中本 伸宏, 金井 隆則
独立行政法人国立病院機構埼玉病院 碓井 真吾
慶應義塾大学医学部 一般・消化器外科 日比 泰造, 篠田 昌宏, 尾原 秀明, 板野 理
北川 雄光

(7) 専修医Ⅶ(肝・胆) 10:42~11:06 座長 順天堂大学医学部練馬病院 消化器内科 井 草 裕 樹

23. 高ビリルビン血症を伴う肝予備能低下症例に生じた肝細胞癌に対し分割 DEB-TACE が奏功した 1 例

日本大学医学部 消化器肝臓内科 ○金子 朋弘, 松岡 俊一, 上村 慎也, 秋山 響子
石井 大雄, 林田まり子, 宮澤 祥一, 水谷 卓
永井晋太郎, 松本 直樹, 中村 仁美, 楡井 和重
山上 裕晃, 森山 光彦
駿河台日本大学病院 後藤田卓志

24. 吐血を契機として診断された肝細胞癌の直接胃浸潤の 1 例

獨協医科大学越谷病院 消化器内科 ○須藤 梨音, 北濱 彰博, 片山 裕視, 玉野 正也

25. 胸膜播種を伴った fibrolamellar hepatocellular carcinoma の 1 例

公立昭和病院 消化器内科 ○田代 祥博, 田中 志尚, 田村 皓子, 矢内 真人
細川 貴範, 山地 統, 浦牛原幸治, 小野 圭一
小島 茂, 野内 俊彦
同 内視鏡科 箕輪慎太郎, 武田 雄一
同 予防・健診科 川口 淳
同 放射線科 海野 俊之
同 病理診断科 清水誠一郎
同 外科 上西 紀夫
東京医科歯科大学 消化器内科 渡辺 守

26. 超高齢者進行胆嚢癌および胃癌の重複癌に対して姑息的手術後に TS-1 内服により長期予後が得られた症例

練馬総合病院 外科 ○牧野 暁嗣, 栗原 直人, 筒井 りな, 市原 明子
松浦 芳文, 井上 聡, 飯田 修平

(8) 専修医Ⅷ(胆・膵) 11:06~11:30 座長 東海大学医学部 消化器内科 広瀬 俊治

27. 門脈内への経乳頭のドレナージが奏効した膵管門脈瘻を伴う好酸球性膵炎の1例

前橋赤十字病院 消化器病センター 消化器内科 ○村上 立真, 山田 俊哉, 春日 健吾, 橋本 悠
長坂 昌子, 増田 智之, 大塚 修, 戸島 洋貴
飯塚 賢一, 豊田 満夫, 新井 弘隆, 高山 尚
阿部 毅彦
埼玉医科大学国際医療センター 消化器内科 佐藤 洋子
群馬大学医学部 消化器・肝臓内科 安岡 秀敏, 水出 雅文

28. 内視鏡的治療にて改善を得た Hemosuccus Pancreaticus の1例

独立行政法人労働者健康福祉機構東京労災病院 ○小嶋 啓之, 西中川秀太, 伊藤 謙, 吉峰 尚幸
小山 洋平, 武田 悠希, 植木 紳夫, 平野 直樹
大場 信之, 児島 辰也

29. 肺癌の精査時に偶然発見された膵腫瘍との鑑別に苦慮した膵尾部仮性嚢胞の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, 石垣 飛鳥, 嶋 由紀子
東郷 聖子, 関 厚佳, 安藤 健, 水本 英明
同 外科 仙波 義秀, 丸山 尚嗣
同 臨床病理 清水辰一郎

30. (演題取り下げ)

31. 自己免疫性膵炎の経過中に肺小細胞癌および膵頭部癌の合併を認めた1例

一般財団法人神奈川県警友会けいゆう病院 内科 ○松永 崇宏, 伊藤 高章, 吉本 憲史, 岡田 直也
北村 英俊, 関 由喜, 中嶋 緑郎, 川崎 由華
中下 学, 岡沢 啓, 水城 啓, 永田 博司
同 病理診断科 里 梯子

第1会場（午後の部）

13：05～14：00

特別講演

腸内イノベーションは炎症性腸疾患を根治できるか？

慶應義塾大学医学部 内科学（消化器） 教授 **金井 隆典** 先生

司会 東海大学医学部八王子病院 消化器内科 教授 **渡辺 勲史**

（9）一般（食道・胃） 14：05～14：35 座長 日本大学医学部 消化器肝臓内科学 大久保 理 恵

32. 診断に苦慮した食道狭窄を呈した腫瘍の1例

東海大学医学部東京病院 消化器内科 ○中村 淳, 梅田瑠美子, 塩澤 宏和, 青木 純
西崎 泰弘, 松嶋 成志

33. Potassium-Competitive Acid Blocker (P-CAB) を用いたヘリコバクター・ピロリ一次除菌治療において Clarithromycin (CAM) による薬疹が生じた1例

日本大学医学部 消化器肝臓内科 ○林 香里, 後藤田卓志, 渡邊 幸信, 宮田 隆
中川 太一, 高橋 利実, 中河原浩史, 小川 眞広
松岡 俊一, 田中 直英, 森山 光彦
JA 秋田厚生連由利組合総合病院 消化器内科 草野 央

34. 消化管出血を来した胃脂肪腫の1例

東京医科大学八王子医療センター 消化器内科 ○山内 芳也, 福澤 誠克, 黒澤 貴志, 松江 右武
高橋 佑輔, 辻 雄一郎, 平山 泰丈, 奴田原大輔
池内 信人, 平良 淳一, 中村 洋典, 高垣 信一
片上 利生, 今井 康晴

35. 胃穿孔、吐血で発症した脾動脈瘤の1例

順天堂大学医学部練馬病院 ○秋本 瑛吾, 児島 邦明, 李 慶文, 須郷 広之
北畠 俊顕, 町田 理夫, 渡野邊郁雄, 小坂泰二郎
宮野 省三, 河合 雅也, 雨宮 浩太, 伊藤 謙
関根 悠貴, 辻 未来, 春山優理恵

36. 噴門側胃切除術後の残胃機能評価法としての患者アンケートを併用した上部消化管造影検査に関する検討

慶應義塾大学医学部 一般・消化器外科 ○気賀澤 悠, 和田 則仁, 中村理恵子, 高橋 常浩
川久保博文, 竹内 裕也, 北川 雄光
同 中央放射線技術室 中村祐二郎

(10) 一般(十二指腸・小腸) 14:35~15:05 座長 東京医科歯科大学 光学医療診療部 福田 将 義

37. 十二指腸潰瘍による総胆管十二指腸瘻が自然閉鎖した1例

杏林大学医学部 第3内科 ○新井 健介, 大野亜希子, 尾崎 良, 太田 博崇
落合 一成, 権藤 興一, 渡邊 俊介, 神保 陽子
倉田 勇, 畑 英行, 土岐 真朗, 林田 真理
山口 康晴, 森 秀明, 久松 理一, 高橋 信一

38. 魚骨による消化管穿通で腹腔内腫瘍を形成した1例

上尾中央総合病院 消化器内科 ○山城 雄也, 和久津亜紀子, 水野 敬宏, 大舘 幸太
外處 真道, 近藤 春彦, 白井 告, 三科 友二
三科 雅子, 明石 雅博, 尾股 佑, 渡邊 東
笹本 貴広, 土屋 昭彦, 西川 稿, 山中 正己

39. 小腸部分切除を要した小腸孤立性静脈瘤破裂の1例

日本大学医学部 消化器肝臓内科 ○中河原浩史, 渡邊 幸信, 高安賢太郎, 平山みどり
三浦 隆生, 高橋 利実, 山本 敏樹, 小川 眞広
後藤田卓志, 森山 光彦

40. 偶発的に発見された小腸間膜 solitary fibrous tumor の1例

自治医科大学さいたま医療センター ○安田 友佳, 長谷川美美, 菊川 利奈, 辻仲 眞康
宮倉 安幸, 力山 敏樹

41. 原発性小腸癌術後に大腸癌に準じた多剤併用化学療法が奏功した1例

日立総合病院 消化器内科 ○綿引 隆久, 山口 雄司, 越智 正憲, 清宮 崇博
松井 真希, 佐々木翔一, 小野 公平, 大河原 悠
大河原 敦, 柿木 信重, 鴨志田敏郎, 平井 信二
岡 裕爾
筑波大学附属病院 日立社会連携教育研究センター 谷中 明典

(11) 一般(大腸1) 15:05~15:29 座長 慶應義塾大学医学部 内視鏡センター 中 里 圭 宏

42. インフリキシマブで粘膜治癒が得られたSLE合併Crohn病の1例

自治医科大学 消化器内科 ○加賀谷結華, 坂本 博次, 竹澤 敬人, 林 芳和
矢野 智則, 砂田圭二郎, 山本 博徳
同 アレルギー膠原病 室崎 貴勝
同 腎臓センター内科 秋元 哲

43. 薬剤アレルギーにより治療に難渋した潰瘍性大腸炎の1例

国際医療福祉大学三田病院 外科・消化器センター 消化器内科 ○安斎 翔, 片岡 幹統, 沖永 康一, 穴戸 華子
藤井 崇, 間瀬 一壽, 鈴木 伸治
同 消化器外科 松井 信平, 田中 求, 出口 倫明, 加藤 亜裕
似鳥 修弘, 首村 智久, 吉田 昌, 羽鳥 隆
池田 佳史
東京医科歯科大学 消化器内科 渡辺 守

44. 特発性血小板減少性紫斑病を合併した難治性潰瘍性大腸炎の1例

国立病院機構高崎総合医療センター ○椎名 啓介, 工藤 智洋, 植原 大介, 綿貫 雄太
吉田はるか, 林 絵理, 宮前 直美, 星野 崇
長沼 篤, 猿谷 真也, 石原 弘

45. H pylori 除菌後に発症した偽膜性腸炎の1例

日本大学医学部 消化器肝臓内科 ○菊田大一郎, 後藤田卓志, 平山みどり, 高橋 利実
中河原浩史, 西山 竜, 今武 和弘, 中島 典子
松岡 俊一, 田中 直英, 森山 光彦
JA 秋田厚生連由利組合総合病院 消化器内科 草野 央

(12) 一般(大腸2) 15:29~15:53

座長 防衛医科大学校 消化器内科 東山 正明

46. 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

日本大学医学部 消化器肝臓内科 ○大内 琴世, 後藤田卓志, 増田 あい, 高橋 利実
中河原浩史, 大久保理恵, 山本 敏樹, 小川 眞広
松岡 俊一, 田中 直英, 森山 光彦
JA 秋田厚生連由利組合総合病院 消化器内科 草野 央

47. 繰り返す上行結腸憩室出血に選択的動脈塞栓術が有効であった1例

東海大学医学部八王子病院 消化器外科 ○横山 大樹, 宇田 周司, 庫本 達, 谷田部健太郎
町田 隆志, 茅野 新, 福光 寛, 長谷川小百合
向井 正哉, 野村 栄治, 幕内 博康
同 消化器内科 永田 順子, 清水真二, 渡辺 勲史
同 画像診断科 橋田 和靖, 嶺 貴彦, 松本 知博, 長谷部光泉

48. An example of a dialysis amyloidosis that showed a polypoid lesion in the ascending colon

埼玉医科大学総合医療センター 消化器・肝臓内科 ○可児 和仁, 加藤 真吾, 岡 政志, 名越 澄子
屋嘉比康治

49. 前仙骨部嚢胞性腫瘍切除後に扁平上皮癌の腹膜播種をきたした1例

自治医科大学 消化器・一般外科 ○丸山 博行, 堀江 久永, 利府 一馬, 岡田 憲樹
田原真紀子, 荻野 佳彦, 森本 光昭, 鯉沼 広治
佐久間康成, 細谷 好則, 北山 丈二, 佐田 尚宏

(13) 一般(胆・膵) 15:53~16:23

座長 けいゆう病院 消化器内科 中嶋 緑郎

50. 診断に苦慮した肝内胆管癌の1例

東京都健康長寿医療センター ○上垣佐登子, 藤井 悠子, 細矢さやか, 剛崎 有加
松岡 順子, 中嶋研一郎, 潮 靖子, 佐々木美奈
同 内視鏡科 松川 美保, 西村 誠
同 外科 齊藤 未央, 金澤 伸郎
同 病理診断科 相田 順子, 新井 富生

51. 形成過程を観察し得た膵内副脾に発生した epidermoid cyst の1例

湘南鎌倉総合病院 消化器病センター ○増田 作栄, 小泉 一也, 成 志弦, 市田 親正
 所 晋之助, 滝沢 聡, 魚嶋 晴紀, 佐々木亜希子
 江頭 秀人, 金原 猛, 賀古 眞
 同 外科 柏木 宏之
 同 病理部 武田宏太郎, 手島 伸一

52. 自然破裂のため緊急手術となった膵粘液性嚢胞性腫瘍の1例

東京大学医学部 消化器内科 ○和気泰次郎, 梅舟 仰胤, 水野 卓, 松原 三郎
 石垣 和祥, 秋山 大, 渡邊 健雄, 高木 馨
 内野 里枝, 高原 楠晃, 木暮 宏史, 山本 夏代
 中井 陽介, 多田 稔, 伊佐山浩通, 小池 和彦
 同 肝胆膵外科 阪本 良弘, 國土 典宏

53. 頻回なる低血糖症の経過中、肝腫瘍の発見を契機に診断に至った膵 solid-pseudopapillary tumor 術後の再発例

聖隷佐倉市民病院 消化器内科 ○住吉 良太, 坂本 大, 川嶋 八也, 佐藤 慎一
 同 病理診断科 河上 牧夫

54. TS-単剤内服にて長期生存が得られた膵臓癌の1例

日本大学医学部 消化器肝臓内科 ○濱名 傑, 後藤田卓志, 田村めぐみ, 野村 舟三
 塩澤 克彦, 高橋 利実, 中河原浩史, 小川 眞広
 森山 光彦
 JA 秋田厚生連由里総合病院 草野 央

第2会場（午前の部）

研修医セッション評価者

東京女子医科大学	消化器内科	鳥居 信之
東京医科歯科大学	消化器内科	松岡 克善
東京慈恵医科大学第三病院	消化器・肝臓内科	小池 和彦

(14) 研修医Ⅰ（食道・胃・十二指腸） 8：30～9：00 座長 済生会中央病院 消化器内科 酒 井 元

55. Bee venom 療法により好酸球性食道炎が発症したと考えられた1例

埼玉医科大学総合医療センター 消化器・肝臓内科 ○大島 成美, 加藤 真吾, 石橋 朗, 須田健太郎
寺井 悠二, 藤田 徹郎, 荒井 亮士, 細見英里子
山口菜緒美, 高橋 正朋, 小林 泰輔, 林 健次郎
青山 徹, 知念 克哉, 可児 和仁, 長船 靖代
岡 政志, 名越 澄子, 屋嘉比康治

川越三井病院 天野 美美

56. 術前化学療法が奏功し治癒切除後長期生存が得られた頸部リンパ節転移を伴った進行胃癌の1例

横浜市大附属市民総合医療センター 消化器病センター外科 ○阿南 秀征, 泉澤 祐介, 高橋 弘毅, 佐藤 圭
宮本 洋, 山口 直孝, 大田 貢由, 円谷 彰
國崎 主税

横浜市立大学医学研究科 消化器・腫瘍外科 小坂 隆司, 秋山 浩利, 遠藤 格

57. 胃内に残存したバンパー型胃瘻カテーテルを内視鏡的に回収した1例

杏林大学医学部 外科 消化器・一般 ○田中 佑也, 竹内 弘久, 近藤 恵里, 橋本 佳和
長尾 玄, 阿部 展次, 正木 忠彦, 森 俊幸
杉山 政則

58. 未破裂胃十二指腸動脈瘤に対しコイル塞栓術を施行した1例

相模原協同病院 消化器病センター内科 ○唐澤 由香, 村田 東, 和田 尚久, 三島 孝仁
吉澤奈津子, 迎 美幸, 石黒 康浩, 中目 哲平
荒木 正雄

同 放射線科 岡本 英明

59. EUS-FNA で診断された転移性十二指腸癌の1例

自警会 東京警察病院 ○吉原 糸美, 内田 麻美, 徳山 信行, 八木岡 浩
芹澤多佳子, 須山 由紀, 小椋 啓司

(15) 研修医Ⅱ（小腸） 9：00～9：30 座長 日本医科大学多摩永山病院 消化器科 名児耶 浩 幸

60. SMA 血栓症により空腸の全周性狭窄を来とし、手術加療を要した1例

順天堂大学医学部浦安病院 ○中村 聡, 竹村 勇治, 大川 博基, 中津 洋一
西 慎二郎, 深見久美子, 野元 勇佑, 川上 智寛
鈴木 真由, 荻原 伸悟, 須山 正幸, 北沢 尚子
岩本 志穂, 北村 庸雄, 須山 正文

61. 絞扼性イレウスにおける腸管壊死と臨床検査所見の検討

東海大学医学部 消化器外科 ○間室 奈々, 古川 大輔, 中郡 聡夫, 小澤 壯治
貞廣莊太郎, 安田 聖栄

62. 保存的に治療し得た食餌性イレウスの1例

北里大学北里研究所病院 消化器内科 ○前 ゆうき, 梅田 智子, 豊永 貴彦, 齊藤 詠子
小林 拓, 中野 雅, 樋口 肇, 常松 令
芹澤 宏, 渡辺 憲明, 土本 寛二

63. 当院で経験した孤立性上腸間膜動脈解離の3例

JCHO 東京高輪病院 ○上田 晃史, 沖永 裕子, 谷本芽弘理, 蜂谷 裕之
池田 真美, 小山 広人

64. サイトメガロウイルス腸炎による腸管穿孔を来した全身性ループスエリテマトーデスの1例

東京歯科大学市川総合病院 消化器内科 ○大友有紀子, 木村佳代子, 財部紗基子, 荒畑 恭子
伊藤 麻子, 貝田 将郷, 岸川 浩, 西田 次郎
同 内科 島本 雅紀, 瀬田 範行
同 外科 竹村 裕介, 松井 淳一

(16) 研修医Ⅲ(大腸) 9:30~10:00

座長 東京女子医科大学 消化器内科 伊 藤 亜由美

65. 水腎症をきたした Crohn 病の1例

日本大学医学部 消化器肝臓内科 ○花島 美緒, 西山 竜, 林 香里, 菊田大一郎
大内 琴世, 増田 あい, 宮田 隆, 中川 太一
高橋 利美, 中河原浩史, 大久保理恵, 中島 典子
小川 真広, 後藤田卓志, 森山 光彦

66. 当院における高齢の難治性潰瘍性大腸炎患者に対するタクロリムスの使用経験

自治医科大学付属さいたま医療センター ○中村 宜由, 川村 晴水, 松本 吏弘, 賀嶋ひとみ
小糸 雄大, 石井 剛弘, 田村 洋行, 大竹はるか
上原 健志, 新藤 雄司, 西川 剛志, 浦吉 俊輔
大滝 雄造, 山中 健一, 牛丸 信也, 浅野 岳晴
岩城 孝明, 鷲原 規喜, 浅部 伸一, 宮谷 博幸
眞嶋 浩聡

67. 右下腹部痛で発症し虫垂炎との鑑別を要した Mondor 病の1例

草加市立病院 ○大山 文子, 青沼 映美, 鈴木 快, 鎌田 和明
山本 満千, 吉田 玲子, 矢内 常人

68. 高度の蛋白漏出を伴った薬剤誘発性 collagenous colitis の1例

防衛医科大学校病院 内科学2 ○池山 桂輔, 溝口 明範, 東山 正明, 田原 寛之
寺田 尚人, 西井 慎, 杉原 奈央, 塙 芳典
和田 晃典, 好川 謙一, 古橋 廣崇, 高城 健
丸田 紘史, 安武 優一, 渡辺知佳子, 富田 謙吾
三浦総一郎, 穂苅 量太
同 光学医療診療部 高本 俊介, 永尾 重昭

69. 赤痢症状を認めなかった赤痢アメーバ症の2例ー虫垂炎症状、腹部腫瘍による腹部膨満感ー

東海大学医学部八王子病院	消化器内科	○夏山 雄揮, 市川 仁志, 水上 創, 伊藤 裕幸
		永田 順子, 小嶋清一郎, 高清水眞二, 白井 孝之
		渡辺 勲史
同	救急センター	日上 滋雄
同	消化器外科	宇田 周司, 長谷川小百合, 向井 正哉, 野村 栄治
		幕内 博康
同	病理診断科	田尻 琢磨

(17) 研修医Ⅳ(肝1) 10:00~10:30 座長 東邦大学医療センター大森病院 消化器内科 松 清 靖

70. 水痘帯状疱疹ウイルス再感染による急性肝炎の1例

日本大学医学部	消化器肝臓内科	○黒沢 雄介, 松岡 俊一, 金子 真大, 館脇 李絵
		宮澤 祥一, 永井晋太郎, 松本 直樹, 荒川 泰雄
		中村 仁美, 楡井 和重, 後藤田卓志, 森山 光彦

71. Direct-Acting Antivirals による抗ウイルス療法が奏功し、続発性クリオグロブリン血症が改善した1例

東京医科歯科大学	消化器内科	○篠原 元, 小橋健一郎, 柿沼 晴, 東 正新
		村川美也子, 北畑富貴子, 水谷 知裕, 櫻井 幸
		新田沙由梨, 井津井康浩, 大島 茂, 中川 美奈
		永石 宇司, 大岡 真也, 土屋輝一郎, 岡本 隆一
		荒木 昭博, 中村 哲也, 朝比奈靖浩, 渡辺 守

72. 高齢者の IFN フリー内服2剤治療経過中に、腎機能低下をきたし治療中止となった1例

佐野厚生総合病院	初期臨床研修医	○山田 剛
同	消化器内科	岡村 幸重, 青木 優, 伊倉 顕彦, 上岡 直史
		白石 貴久, 福原誠一郎, 寺元 研, 東澤 俊彦

73. 多発性硬化症に対するインターフェロンβ1a療法による劇症肝炎の1剖検例

群馬大学医学部	消化器・肝臓内科	○植原 良太, 山崎 勇一, 小林 剛, 大山 達也
		堀口 昇男, 佐藤 賢, 柿崎 暁
群馬大学大学院	病態制御内科	山田 正信
群馬大学医学部	消化器・肝臓内科, 光学医療診療部	草野 元康

74. 血漿シトルリン値が変動した成人発症シトルリン血症(CTLN2)の1例

国家公務員共済組合連合会虎の門病院	肝臓センター	○河野 加奈, 國本 英雄, 池田 健次, 宗林 祐史
		藤山俊一郎, 川村 祐介, 瀬崎ひとみ, 保坂 哲也
		芥田 憲夫, 小林 正宏, 鈴木 文孝, 鈴木 義之
		斎藤 聡, 荒瀬 康司, 熊田 博光

(18) 研修医Ⅴ(肝2) 10:30~11:00 座長 武蔵野赤十字病院 消化器科 高 浦 健 太

75. 下腸間膜静脈-左腎静脈シャントに対してコイル塞栓術を施行した肝性脳症の1例

順天堂大学医学部練馬病院	消化器内科	○日比野浩之, 中寺 英介, 大久保裕直, 深田 浩大
		佐川 絵理, 井草 祐樹, 宮崎 招久

76. ソラフェニブ投与にて4年超生存し得た肝細胞癌肺転移の1例

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

77. 非アルコール性脂肪肝炎に発生した肝細胞癌と肝内胆管癌の同時性重複癌の1例

東海大学医学部 消化器内科 ○小坂 正成, 鶴谷 康太, 広瀬 俊治, 加川 建弘
峯 徹哉
同 消化器外科 益子 太郎, 和泉 秀樹, 古川 大輔, 矢澤 直樹
中郡 聡夫

78. 5年間の経過観察中に自然破裂した肝血管筋脂肪腫の1例

茅ヶ崎市立病院 消化器内科 ○永井 里奈, 村田 依子, 田邊 浩昭, 岩瀬 麻衣
石川裕太郎, 三澤 昇, 岩崎 綾, 内田 苗利
谷口 礼央, 栗山 仁, 秦 康夫
独立行政法人国立病院機構横浜医療センター 新野 史

79. 感染性肝嚢胞に伴う Platypnea-orthodeoxia 症候群の1例

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

(19) 研修医Ⅵ(膝) 11:00~11:24 座長 東海大学医学部八王子病院 消化器内科 伊藤 裕 幸

80. SpyGlass DS を用いた胆道鏡検査が診断に有用であった乳頭型肝内胆管癌の1例

がん研有明病院 消化器内科 ○青山祐里香, 齋藤 圭, 佐々木 隆, 金田 遼
山田 育弘, 松山 真人, 尾阪 将人, 高野 浩一
笹平 直樹
同 消化器外科 三瀬 祥弘, 齋浦 明夫

81. 好酸球性胃腸症による十二指腸潰瘍により Groove pancreatitis を併発した1例

横浜市民立市民病院 消化器内科 ○新屋 貴章, 諸星 雄一, 新見 真央, 辻野誠太郎
久武 祐太, 伊藤 剛, 角田 裕也, 今村 諭
長久保秀一, 小池 祐司, 藤田百合子, 小松 弘一

82. 興味深い臨床経過および画像を呈した膵管内腫瘍の1切除例

NTT 東日本関東病院 消化器内科 ○美野 名波, 香川 幸一, 藤澤 聡郎, 久富勘太郎
松橋 信行
同 外科 長尾 厚樹, 針原 康
同 病理診断科 橋本 浩次, 堀内 啓
横浜市立大学医学部 肝胆膵消化器病学 窪田 賢輔

83. 30年間の自然経過を追い EUS-FNA にて診断した膵神経内分泌腫瘍の1例

横浜市立大学医学部 肝胆膵消化器病学 ○竹内晋次郎, 佐藤 高光, 長谷川 翔, 岩崎 暁人
藤田 裕司, 加藤 真吾, 細野 邦弘, 小林 規俊
窪田 賢輔

(20) 研修医Ⅶ(胆・膵・後腹膜) 11:24~11:48 座長 東海大学医学部 消化器外科 和 泉 秀 樹

84. 総胆管内へ流出・貯留した石灰乳胆汁症の1例

日本医科大学 消化器外科 ○吉田 圭志, 水口 義昭, 神田 知洋, 古木 裕康
真々田裕宏, 谷合 信彦, 中村 慶春, 吉岡 正人
松下 晃, 勝野 暁, 清水 哲也, 内田 英二

85. 膵神経内分泌腫瘍切除後の再発性多発肝転移に対し、ストレプトゾシンで病勢コントロールがついた1例

東京都済生会中央病院 臨床研修室 ○河野 恵, 林 智康
同 消化器内科 船越 信介, 小川 歩, 田沼 浩太, 町田雄二郎
西井まみか, 星野 舞, 阿部 善彦, 三枝慶一郎
岸野 竜平, 酒井 元, 中澤 敦, 塚田 信廣
同 一般消化器外科 鳥海 史樹, 下山 豊
同 放射線科 金田 智
同 病理診断科 廣瀬 茂道

86. 仰臥位時の左下腹部痛を契機に診断された後腹膜線維症の1例

埼玉医科大学 総合診療内科 ○坂本 真希, 芦谷 啓吾, 山岡 稔, 大庫 秀樹
大崎 篤史, 草野 武, 白崎 文隆, 野口 哲
菅野 龍, 小林 威仁, 木下 俊介, 井上 清彰
宮川 義隆, 橋本 正良, 山本 啓二, 中元 秀友
今枝 博之

87. 後腹膜原発の非機能性神経内分泌腫瘍の1例

総合病院土浦協同病院 ○渡辺研太郎, 江頭 徹哉, 木下 隼人, 栗原 正道
久保田洋平, 吉行 綾子, 渡邊 剛志, 上山 俊介
市田 崇, 鈴木 雅博, 草野 史彦, 酒井 義法

第2会場（午後の部） 一般演題

(21) 一般(肝1) 14:05~14:35 座長 東海大学医学部大磯病院 消化器内科 荒瀬 吉孝

88. SVR後に多発性硬化症治療薬フィンゴリド治療によってHCV再活性化が疑われた1例

国際医療福祉大学病院 消化器内科 ○安藤 勝祥, 大竹 孝明, 田邊 裕貴, 須藤 大輔
太田 勝久, 一石英一郎, 佐藤 貴一, 高後 裕
同 神経内科 田川 朝子

89. NASHに対する食事療法中に神経性食思不振症を来した1例

東京女子医科大学病院 消化器内科 ○山本 国子, 谷合麻紀子, 橋本 悦子

90. 自然経過で改善したIgE高値を伴う硬化性胆管炎の1例

日本大学医学部板橋病院 消化器肝臓内科 ○山名陽一郎, 水谷 卓, 永井晋太郎, 松本 直樹
荒川 泰雄, 中村 仁美, 楡井 和重, 原澤 尚登
松村 寛, 松岡 俊一, 後藤田卓司, 森山 光彦

91. C型肝硬変に合併した結核性腹膜炎の1例

東京都保健医療公社大久保病院 内科 ○佐野 義洋, 成富 里穂, 篠崎 幸子, 鈴木 智彦
梅澤 正美, 林 星舟

92. Sorafenib内服中に肝動静脈瘻を形成した肝細胞癌の1例

千葉大学医学部 消化器腎臓内科 ○高橋 幸治, 千葉 哲博, 小笠原定久, 鈴木英一郎
大岡 美彦, 若松 徹, 井上 将法, 太和田暁之
横須賀 収

(22) 一般(肝2) 14:35~14:59 座長 湘南鎌倉総合病院 消化器病センター 魚嶋 晴紀

93. 著しい萎縮肝・予備能不良例に対し分割DEB-TACEによりCRが得られた1例

日本大学医学部板橋病院 消化器肝臓内科 ○香川 敦宣, 松岡 俊一, 牧野 加織, 本田 真之
石井 大雄, 林田まり子, 宮澤 祥一, 水谷 卓
上村 慎也, 永井晋太郎, 松本 直樹, 中村 仁美
楡井 和重, 山上 裕晃, 後藤田卓志, 森山 光彦

94. 小細胞癌が疑われた多発肝腫瘤に対してシスプラチン・トポテシン併用療法が著効した1例

東海大学医学部大磯病院 消化器内科 ○出来田牧子, 荒瀬 吉孝, 出口 隆造, 白石 光一
峯 徹哉
同 病理診断科 佐藤 慎吉
丹羽病院 消化器外科 山本壮一郎

95. 細菌性肝膿瘍に難治性眼内炎・腹腔内膿瘍を合併した1例

がん・感染症センター都立駒込病院 肝臓内科 ○今村 潤, 大澤 陽介, 木村 公則

96. 内視鏡的切石術を施行し得た肝内結石症の1例

池上総合病院 ○加持順一郎, 岡野 荘, 安藤 道崇, 植田 充
柴山 泰久, 高安 博之

平成28・29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
339	國 崎 主 税 (横浜市立大学附属市民総合医療センター)	5月21日(土)	東 京 海運クラブ	2月17日 ～3月16日予定
340	溝 上 裕 士 (筑波大学附属病院 光学医療診療部)	7月16日(土)	東 京 海運クラブ	4月13日 ～5月11日予定
341	山 本 博 徳 (自治医科大学内科学講座 消化器内科学)	9月24日(土)	東 京 海運クラブ	6月15日 ～7月20日予定
342	貝 瀬 満 (KKR虎の門病院 消化器内科)	12月3日(土)	東 京 海運クラブ	8月24日 ～9月28日予定
343	屋嘉比 康 治 (埼玉医科大学総合医療センター消化器・肝臓内科)	平成29年 2月4日(土)予定	東 京 海運クラブ	10月26日 ～11月30日予定

演題の申込はインターネットにてお願いいたします。

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

平成28年度 日本消化器病学会関東支部教育講演会開催期日

講演会回数	当 番 会 長	開 催 日	会 場	申込締切日
28	永 尾 重 昭 (防衛医科大学校 光学医療診療部)	6月26日(日)	東 京 シェンパツハ・サボー	6月3日(金)
29	正 田 純 一 (筑波大学医学医療系 医療科学)	11月20日(日)	東 京 シェンパツハ・サボー	未 定

次回(第339回) 例会のお知らせ

期 日:平成28年5月21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

特別講演:「胃悪性腫瘍の現状と展望」

演者:浜松医科大学外科学第二講座

主任教授 今野 弘之

司会:横浜市立大学附属市民総合医療センター 消化器病センター 副病院長 國崎 主税

ランチョンセミナー:「糖尿病外科治療の現状と展望」(仮題)

演者:四谷メディカルキューブ 減量・糖尿病外科

センター長 笠間 和典

司会:横浜市立大学附属病院消化器・腫瘍外科学講座

主任教授 遠藤 格

当番会長:國崎 主税(横浜市立大学附属市民総合医療センター 消化器病センター 副病院長)

〒232-0024 神奈川県横浜市南区浦舟町4-57

TEL 045-261-5656 FAX 045-261-9492

連絡先:富樫 志保(横浜市立大学附属市民総合医療センター 消化器病センター)

◆研修医・専修医セッションについて◆

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

お問い合わせについて

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

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

日本消化器病学会関東支部 支部長 峯 徹哉

慶應義塾大学医学部 内視鏡センター¹⁾、同 内科学(消化器)²⁾、同 一般・消化器外科³⁾
 福田知広^{1,2)}、平田賢郎^{1,2)}、正岡建洋²⁾、細江直樹¹⁾、川久保博文²⁾、
 緒方晴彦¹⁾、北川雄光³⁾、金井隆典²⁾

症例は84歳男性、X-6年よりパーキンソン病で当院神経内科に通院中であった。パーキンソン病は軽度の手指の振戦を認めるものの、病状は安定していた。X年8月頃より、外来受診時に歩行時の息切れを訴えていた。入院1日前に嘔吐を繰り返し、次第に黒色嘔吐と強い心窩部痛を認めたため、同日夜間に当院救急外来を受診した。胸部レントゲン画像では、縦隔内臓器が右側に偏位していた。造影CTでは、胃体部は縦隔内に脱出し、著明に拡張していた。また、胃前庭部から十二指腸は挙上しつつ螺旋状に走行しており、食道裂孔ヘルニアに伴う胃軸捻転が疑われた。胃壁及び十二指腸壁の造影効果は保たれており、腸管壊死は否定的と考えられたため、胃管留置の上、保存的加療目的に入院した。入院第1病日に上部消化管内視鏡検査を施行した。胃内腔は狭窄し、胃粘膜は一部虚血性変化を伴っていた。内視鏡的に胃軸捻転の整復を試みたが、捻転解除は不可能であった。胃管による減圧と禁食で症状は軽快したものの、内科的治療では捻転の根治は困難と考え、第14病日に食道裂孔縫縮術およびToupet手術を施行した。その後、食道裂孔ヘルニアや胃軸捻転の再燃なく、入院第43病日に退院した。成人の胃軸捻転は比較的稀な疾患であるが、腸管壊死や絞扼を伴うと緊急手術を要する。適切な診断、治療を行うことが重要であるため、若干の文献的考察を加えて報告する。

胃軸捻転, 食道裂孔ヘルニア

公立学校共済組合関東中央病院
 大山博生、磯村好洋、小畑美穂、宮川 佑、大澤由紀子、佐藤太龍、
 鈴木辰典、後藤絵理子、瀬戸元子、外川 修、小池幸宏

【目的】従来のプロトンポンプ・インヒビターとは異なる、カリウムイオン競合型のプロトンポンプ・インヒビターであるボノブラザンが2015年に認可された。ボノブラザン、アモキシシリン、クラリスロマイシン3剤による*H. pylori*一次除菌が新たに保険適用となったため、従来のプロトンポンプ・インヒビターを用いた*H. pylori*一次除菌との比較を報告する。

【方法】当院で萎縮性胃炎、胃潰瘍、十二指腸潰瘍、特発性血小板減少性紫斑病のいずれかと診断され、ピロリ菌感染陽性と判定された患者を対象とした。*H. pylori*の除菌薬としてランソプラゾール60mg、アモキシシリン1500mg、クラリスロマイシン400mgを7日間内服した群(ランソプラゾール群)と、ボノブラザン40mg、アモキシシリン1500mg、クラリスロマイシン400mgを7日間内服した群(ボノブラザン群)とで比較を行った。ランソプラゾール群は2014年1月から12月にかけて当院で上記の除菌薬を処方された374名、ボノブラザン群は2015年4月以降に当院で除菌判定を受けた125名からなる。ピロリ菌感染診断は*H. pylori*-IgG抗体、尿素呼吸試験、迅速ウレアーゼ試験、胃粘膜の鏡検、便中*H. pylori*抗原のいずれかで行い、除菌判定は除菌薬内服終了4週以降の尿素呼吸試験、便中*H. pylori*抗原、*H. pylori*-IgG抗体のいずれかで行った。

【結果】ランソプラゾール群374名のうち除菌判定を行った344名で除菌に成功したのは261名(除菌成功率 75.9%)であり、ボノブラザン群125名で除菌に成功したのは104名(除菌成功率 83.2%)であった($p=0.091$)。有害事象として、下痢、悪心、皮膚症状などを両群に少数認めた。

【結語】ボノブラザンを用いた一次除菌は、ランソプラゾールを用いた一次除菌よりも除菌率が高い傾向であったが、さらに症例数を増やすことで、除菌率や有害事象などに関して両群間に有意な差が生じる可能性があり、さらなる症例の蓄積が望まれる。

ボノブラザン, ピロリ菌

順天堂大学医学部 消化器内科

多田昌弘、加藤順子、小森寛之、富嶋 享、橋本 崇、伊藤智康、
 竹田 努、村上 敬、松本紘平、上山浩也、小谷知弘、内山 明、
 松本健史、浅岡大介、山科俊平、長田太郎、渡辺純夫

【症例】63歳 女性【主訴】吐血、黒色便【既往歴】1992年子宮筋腫(摘出術)【現病歴】2004年より健診の上部消化管内視鏡検査(GS)で胃ポリープを指摘されていた。2007年6月に当院でGSを施行し胃体下部後壁に過形成性ポリープを認めた。10月に吐血を認めGSを施行し明らかな出血部位は同定できなかったが、超音波内視鏡検査(EUS)にて胃粘膜下腫瘍(SMT)と診断された。その後定期的にGSまたはEUSで経過観察を行っていたが、大きさや性状に変化は認めなかった。2015年4月に吐血、黒色便を認め、出血性ショックの状態で近医救急病院に入院となった。同日のGSにてSMTの頂部に露出血管を伴う潰瘍形成を認めたが活動性の出血は認められず、翌日当院転院となった。【入院後経過】GSにて胃体下部後壁に15mm大の有茎様のSMTを認め、頂部の露出血管が出血源と考え、ポリペクトミーを施行しクリップにて縫縮を行った。病理結果はArteriovenous malformation (AVM)であった。術後経過良好であり、切除2ヶ月後のGSでは潰瘍痕の所見であった。【考察】消化管のAVMは大腸や小腸に多く、胃AVMの頻度は低いとされており、本邦における胃AVMの報告は本例を含め25例であった。そのうち内視鏡所見で胃AVMと診断されたのは1例のみであり、SMTと診断されていたのは4例あったが、本症例のように長期経過観察できた報告はなかった。【結語】SMTとして長期経過観察され、出血を契機に胃AVMと診断できた1例を経験したので文献的考察を加えて報告する。

胃動静脈奇形, 胃粘膜下腫瘍

東京慈恵会医科大学葛飾医療センター 消化器肝臓内科

遠藤大輔、横須賀真梨子、富田陽一、永野智久、關 伸嘉、
 杉田知典、会田雄太、板垣宗徳、佐藤憲一、安部 宏、須藤 訓、
 相澤良夫

【症例】73歳、女性【主訴】心窩部痛【既往歴・家族歴】特記事項なし【飲酒歴・喫煙歴】なし【現病歴】2014年11月に食後に心窩部痛出現し、近医受診し、上部内視鏡検査(以下EGD)施行したところ、体上部小彎、体上部後壁に粘膜下隆起を認め、生検も施行したが、確定診断に至らず、2015年3月に当院紹介受診となった。【入院時身体所見】血圧:139/85mmHg、脈拍:89/分、体温:36.5℃、表在リンパ節触知なし、胸部:異常呼吸音なし、心雑音なし、腹部:軟、圧痛なし【受診時検査所見】WBC 7300/ μ l、Hb 13.7 g/dL、Plt 26.1万/ μ L、Ca 9.5 mg/dL、CRP 0.1 mg/dL、S-IL2R 367 U/mL、アンギオテンシンⅠ変換酵素 10.8(8.3-21.4) U/L、結核菌特異的IFN- γ 陰性【経過】超音波内視鏡(以下EUS)を施行し、白色光観察では体上部小彎前壁に10mm大、体上部大彎後壁に7mm大の嚢の集中を伴う白色調の粘膜下隆起を認めた。EUS観察では病変は腫瘍として描出されず、EUS下穿刺吸引術は困難であったため、boring biopsyを施行したところ、非乾酪性肉芽腫を認め、サルコイドーシスが疑われた。胸部Xp、心電図、心エコー、全身Gaシンチグラフィー、眼底検査など全身精査を行ったが、有意な所見は認めなかった。胸部CTでは右肺門、左上葉に細かに嚢胞構造、小結節認め、サルコイドーシスの慢性経過による線維化変化の可能性も疑われた。無症状で経過し、半年後のEGD、胸部CTでは変化なく、現在、無治療で経過観察中である。【考察】本症例ではサルコイドーシスに特徴的な呼吸器、眼、心臓の臓器障害に乏しく、検査所見でも有意な所見は認めないが、肉芽腫病変を来すクローン病や結核は否定的であり、特徴的な内視鏡所見と組織結果から胃サルコイドーシスが強く疑われた。サルコイドーシスの消化管病変は1-10%以下と稀であり、若干の文献的考察を加えて報告する。

胃サルコイドーシス, サルコイドーシス

杏林大学医学部 第三内科

嶋田隆介, 榎藤典一, 倉田 勇, 太田博崇, 落合一成, 新井健介, 渡邊俊介, 神保陽子, 大野亜希子, 畑 英行, 土岐真朗, 山口康晴, 森 秀明, 久松理一, 高橋信一

症例は、70歳代女性で201X年6月中旬の昼食後より心窩部・背部痛が出現し、当院を受診し急性肺炎の診断で緊急入院となった。造影CTではCTgrade1の軽症急性肺炎であり、十二指腸乳頭部に造影効果を認める20mm大の腫瘍性病変も認めた。総胆管拡張や主膵管拡張は認めず、急性肺炎予後因子0点であった。MRCPでも総胆管・主膵管拡張は認めず、また総胆管や主膵管の陰影欠損も認めず、膵胆管合流異常も認めなかった。非飲酒者である事や他に明らかな肺炎発症要因がない事より急性肺炎の原因として十二指腸乳頭部腫瘍を第一に疑い、保存的加療による肺炎改善後に上部消化管内視鏡を行った。十二指腸下降脚に、境界明瞭な20mm大の絨毛状の腫瘍性病変を認めた。病変は発赤や出血はなく、陥凹や潰瘍形成を伴わなかった。病変部より生検し結果はAtypical tubular glandsであった。内視鏡所見からも十二指腸乳頭部絨毛腺腫を疑った。胆管・膵管への進展度評価目的にERCPを行った。膵管造影では、膵管への腫瘍進展は明らかではなかった。胆管へはカニューレション困難でありIDUS・胆管進展度評価はできなかった。十二指腸乳頭部腫瘍に対してパピロクトミーも考慮したが、患者の希望もあり経十二指腸の乳頭切除術を施行した。病理組織検査ではTubulovillous adenomaであり、腫瘍は粘膜面に留まり脈管侵襲も認めず、胆管切除断端及び剥離面にも腫瘍は認めなかった。その後は肺炎再発なく経過している。急性肺炎を契機に発見された十二指腸乳頭部腺腫は稀であり、文献的考察を含め報告する。

肺炎, 十二指腸乳頭部腺腫

筑波大学 消化器内科¹⁾, 筑波大学附属病院 光学診療部²⁾
丹下善隆¹⁾, 金子 剛¹⁾, 菅沼大輔¹⁾, 永瀬将臣¹⁾, 高木薫子¹⁾,
俣野大介¹⁾, 若井健太郎¹⁾, 江南ちあき¹⁾, 奈良坂俊明³⁾,
鈴木英雄²⁾, 溝上裕士²⁾, 兵頭一之介¹⁾

【はじめに】空腸真性憩室はそれ自体稀な疾患であり、同憩室内に発症した多発平滑筋腫の報告はない。今回我々は術前診断が困難であった同症に対し、腹腔鏡下小腸部分切除術にて根治が得られた稀な症例を経験したので報告する。【症例】75歳、女性。2015年2月頃から下血を自覚、近医受診した。貧血を呈しており、精査目的に上・下部内視鏡検査を施行するも出血性病変を認めなかった。小腸病変除外目的の腹部CTにて腫瘍性病変を認めたため、精査目的に当院紹介となる。4月に施行した経口・経肛門の小腸バルーン内視鏡および小腸カプセル内視鏡検査(CE)では、前医にて指摘された小腸病変の同定には至らず、CTによるclose observationとした。1か月後の腹部CTでは腫瘍径に増大なく、貧血は改善傾向であったが、8月に再度下血が出現したため、精査加療目的に入院となった。緊急造影CTでは腸管内への造影剤漏出を認め、引き続き施行したCEでは空腸に血液の貯留とその近傍に憩室様に変形した腸管、粘膜下腫瘍様隆起および潰瘍性病変を認めた。このことから、同部からの出血と判断し、止血および病理診断目的にバルーン内視鏡検査を施行したが、癒着に伴う疼痛により深部挿入は困難であり、診断的治療目的にて外科的小腸部分切除の方針となった。病変部は空腸から発生した多結節状の壁外性充実性腫瘍であり、切除検体を腸管長軸方向に切開すると空腸憩室内に粘膜下腫瘍が5個認められた。病理組織診断では、憩室は固有筋層を伴った真性憩室であり、異所性組織も認められず、存在部位からは非Meckel真性憩室と考えられた。また、腫瘍成分はいずれも平滑筋腫であった。術後下血や貧血を認めず、経過は良好である。【考察】下血を契機にカプセル内視鏡検査で発見した空腸非Meckel真性憩室内に発症した多発平滑筋腫を経験した。現在までに同憩室における多発平滑筋腫の報告は全く初症例と考えられた。海外での報告も稀であり文献的考察も含めて報告する。

空腸平滑筋腫, 真性憩室

東京慈恵会医科大学 消化器・肝臓内科¹⁾, 同 消化器外科²⁾, 同 病理学講座³⁾, 同 病院病理部⁴⁾
秋田義博¹⁾, 澤田亮一¹⁾, 筒井佳苗¹⁾, 岩崎哲良¹⁾, 菰田信彦¹⁾, 三戸部慈実¹⁾, 光永真一¹⁾, 天野克之¹⁾, 有廣誠二¹⁾, 加藤智弘¹⁾, 高野裕太²⁾, 志田敦男²⁾, 三森教雄³⁾, 朝倉久美子³⁾, 福田由美子⁴⁾, 廣岡信一⁴⁾, 清川貴子⁴⁾

【症例】28歳男性 【主訴】血便 【現病歴】2年前に健康診断にて貧血および便潜血陽性を指摘され、上下部消化管内視鏡検査を施行されたが、異常所見を指摘されず経過観察されていた。2015年9月3日より血便を認め、9月11日に近医より当院へ紹介となった。来院時、腹部症状はなく、Hb 13.2 g/dlと貧血の進行も認めなかったことから、待機的に精査を行う方針となった。9月16日に腹部造影CTを施行したところ小腸重積所見を認めたため、同日緊急入院となった。【既往歴】高血圧症 【経過】緊急手術を必要とする所見に乏しかったため、絶食・補液による保存的加療を開始した。原因検索目的に9月18日に腹部造影MRIを施行したが、重積の原因となる腫瘍性病変や炎症性変化などの所見も認めなかった。連日の腹部単純レントゲン検査では、小腸重積の自然整復を認めず、9月24日に選択的小腸造影を施行した。上部空腸に口側小腸の著明な拡張を伴った重積部位を認めたが、原因となりうる病変は指摘できなかった。9月28日に経口的小腸内視鏡検査を施行し、トライポ鞘帯より約100cmの空腸に35mm大の亜有茎性ポリープを認めた。同病変が蠕動に伴い肛門側に牽引され、重積を起こしていることが確認された。生検結果はinflamed intestinal mucosaであり、原因解除目的に10月9日に腹腔鏡下小腸部分切除術が施行された。術後結果は良好であり10月17日に退院となった。切除標本の最終病理診断はPeutz-Jeghers polypであった。引き続き、当院にて経過観察中である。【考察】血便を契機に診断に至った成人小腸重積症の一例を経験した。成人小腸重積症は非常に稀な病態である。何らかの器質的疾患が原因となることが多いと報告されており、積極的な原因検索が重要であると考えられる。文献的考察を加えて報告する。

腸重積, Peutz-Jeghers polyp

神奈川県立足柄上病院 内科

植田晋介, 國司洋佑, 岩淵敬介, 久保井頼子, 神野正智, 松林真史, 太田光泰, 吉江浩一郎, 加藤佳史

【症例】84歳 男性。若年時に急性虫垂炎に対する開腹手術歴を有する。来院1週間前から食欲が低下し、来院4日前と3日前に嘔吐し、来院前日から食事が摂れなくなったため当院を受診した。来院時、血液検査では炎症反応の上昇(CRP 7.11 mg/dl)を認めた。腹部単純X線(臥位)では著明な小腸ガスを、腹部単純CTでは小腸拡張とniveau像を認め、イレウスが疑われた。しかし経過が緩やかで腹痛を認めず、排便・排ガスもわずかながら認めていたことが非典型的であった。CTを見直すとして小腸の一部で全周性の壁内ガスが疑われ、肺野条件では広範囲にわたる小腸壁内ガスの所見を認めた。また単純X線でも小腸壁内ガスを疑う低吸収域を認め、腸管囊胞様気腫症を疑った。胃管を挿入し、糖尿病治療薬のボグリボースを中止して保存的に観察したところ、翌日のCTではniveauは消失し、小腸壁内ガスも減少した。第4病日から食事を再開し、第8病日のCTで壁内ガス消失を確認し、第9病日に軽快退院した。【考察】腸管囊胞様気腫症は消化管壁の粘膜下層に多発性の含気性気腫性病変を形成する疾患である。誘因としてはα-GIの内服が知られており、本症例においても内服歴があり、中止によって速やかに改善した。本疾患はCTで腸管壁内囊状・線状ガスを認めるが、腹腔内遊離ガスや門脈・腸間膜静脈内にガスを認めることもある。本症例では小腸管壁内のガス像を認め、肺野条件では更に広範囲の均一な壁内ガス像が明らかとなった。本疾患の診断に肺野条件のCT画像が有用である可能性が示唆された。また本症例はCT上ではイレウスの所見を認めた。この機序としては、壁内ガスの貯留により腸管内腔が狭窄したことによって通過障害をきたしたという可能性がある。本疾患はCT上で腸管壁内ガスや腹腔内遊離ガス像を示すため、腸管壊死や腸管穿孔との鑑別を要するという報告が多いが、本症例のようにイレウスと鑑別を要した報告は検索範囲で認めなかった。経過が非典型的なイレウスを認めた際は腸管囊胞様気腫症を疑う必要があると示唆されたため報告する。

小腸, 形態

日本医科大学多摩永山病院 外科¹⁾、
日本医科大学 消化器外科²⁾
浅見敬一¹⁾、吉田 寛¹⁾、牧野浩司¹⁾、横山 正¹⁾、丸山 弘¹⁾、
平方敦史¹⁾、赤城一郎¹⁾、上田純志¹⁾、関 奈紀¹⁾、若林秀幸¹⁾、
篠塚恵理子¹⁾、上田康二²⁾、宮下哲平¹⁾、宮坂俊光¹⁾、吉岡将史¹⁾、
内田英二²⁾

症例は50歳、男性。下腹部痛を主訴に当科外来を受診した。血液検査で軽度の炎症反応の上昇を認め、腹部触診にて下腹部痛を認めた。腹部造影CTにて骨盤内に粗大な石灰化を有する小腸と連続する嚢胞状の病変を認めた。翌日、下腹部痛が増強し汎発性腹膜炎を呈したためメッケル憩室炎の診断にて緊急手術を施行した。腹腔鏡下に観察したところ、便汁様の腹水があり、回腸末端より約40cm口側にMeckel憩室の穿孔を認めた。周囲との癒着を剥離し、臍部までMeckel憩室を受動できることを確認し、小腸部分切除術を行った。術後経過は良好で、第11病日に退院となった。切除標本の病理組織検査では、正常の小腸粘膜を有するMeckel憩室の組織を確認し、憩室壁の肥厚している部分には異所性腺の組織が確認された。今回、比較的珍しいMeckel憩室穿孔に対して腹腔鏡補助下小腸部分切除術を施行した。文献的考察も踏まえて報告する。

メッケル憩室，腹腔鏡補助下小腸部分切除

埼玉県厚生連熊谷総合病院

村上規子，斎藤雅彦，松井真理子，門野源一郎，石川武志，
野村祐介，小山田雄，遠藤正人，北 順二，平山信男，赤井 崇，
白石 匡，木村道雄，五月女直樹

【症例】88歳 女性【既往歴】高血圧、心房細動(心臓ペースメーカー植込み術後)、子宮筋腫術後【主訴】下腹部痛【現病歴】就寝中に突然の下腹部痛、嘔吐あり、当院へ救急搬送された。下腹部に自発痛もあるも軽度圧痛のみ。血液検査はWBC 10,800 / μ l、CRP 0.14 mg/dlと軽度炎症反応上昇のみであった。腹部単純CTにてイレウスや穿孔を疑う所見を認めず、精査加療のため入院となった。【経過】絶食、補液、抗菌薬にて経過観察としたが、9時間後の血液検査にてWBC 23,390 / μ l、CRP 1.53 mg/dlと炎症反応増悪を認めた。絞扼性イレウス等急性腹症を疑い腹部造影CTを撮影したが、腹部単純CTと同様の所見であった。しかし著明な下腹部自発痛と炎症反応上昇から外科的疾患を疑い、外科へ相談。経過観察となった。第2病日、血液検査にてCRP 30.22 mg/dlと炎症反応は著しく増悪。腹膜刺激症状が出現し、尿量低下等循環動態不安定を疑う徴候を認めた。再度腹部単純CTを撮影したところ、小腸麻痺性イレウスと上腸間膜動脈内にhigh densityを認め、上腸間膜動脈血栓症と診断した。同日外科へ転科。広範囲小腸壊死を疑い開腹手術適応であったが、御家族は手術を希望しなかった。ヘパリンによる抗凝固療法を開始したが、徐々に全身状態増悪し第5病日死亡確認となった。【考察】上腸間膜動脈血栓症は、初期に重篤な所見を認めず診断が遅れる場合が少なくない。しかし時間の経過とともに急激に全身状態が増悪し致死率の高い状態となる。また、動脈硬化性疾患合併症例や壊死腸管切除を必要とする症例が多く、治療の予後は良くない。早期の診断が予後に影響すると考え、急性腹症を診察する際は、上腸間膜動脈血栓症を鑑別に挙げ診察や検査を進めることが重要と考える。【結語】今回、下腹部痛の診断に苦慮し腹部CTにて診断に至った上腸間膜動脈血栓症の症例を経験した。当院での過去の症例も含め報告する。

上腸間膜動脈血栓症，急性腹症

JCHO 東京新宿メディカルセンター 消化器内科

浅井玄樹，山川元太，吉良文孝，湯川明浩，森下慎二，松本政雄，
佐藤芳之，新村和乎

【症例】67歳、男性【主訴】発熱、倦怠感、食思不振【既往症】高血圧、脂質異常症、尿管結石【家族歴】父(脳梗塞)、母(脳出血)【現病歴】平成27年10月より39℃の発熱を認めたため近医を受診された。血液検査にて炎症反応、肝胆道系酵素の上昇を認めたためLVFX処方されたが、内服するも倦怠感、食思不振は改善しないため11月に当院外来を受診され、精査加療目的に入院となった。【身体所見】発熱は認めず、腹部に圧痛も認めなかった。【検査所見及び入院経過】血液検査にて炎症反応、肝胆道系酵素の上昇を認めたため腹部造影CTを施行したところ、回盲部近傍に異常陰影があり、門脈・上腸間膜静脈に塞栓を認めた。下部内視鏡検査では回腸終末部より口側5cmに憩室穿孔を疑う所見を認め、生検では悪性所見を認めなかった。以上より、回腸憩室穿孔による後腹膜膿瘍、炎症による門脈・上腸間膜静脈血栓症と診断した。腹膜刺激症状は無く、発熱以外のvitalは安定していたため、緊急手術は施行せず、絶食、補液、抗菌薬、抗凝固薬で加療を開始した。徐々に解熱、炎症反応の改善を認めたため食事を再開したが、症状の増悪は認めなかった。腹部造影CT、下部内視鏡検査の再検にて膿瘍腔・血栓の縮小を認めたため第32病日に退院となった。【考察】1983年～2015年の医中誌にて“回腸憩室穿孔”は43件の報告が見られた。我々の調べ得た範囲では大半の症例で手術が選択されており、保存的に加療された例は希少であると考えられたため、文献的考察を加えて報告する。

回腸憩室穿孔，門脈血栓症

株式会社日立製作所日立総合病院 消化器内科¹⁾、

筑波大学附属病院 日立社会連携教育研究センター²⁾
越智正憲¹⁾、山口雄司¹⁾、清宮崇博¹⁾、松井真希¹⁾、佐々木翔一¹⁾、
小野公平¹⁾、綿引隆久²⁾、大河原悠¹⁾、大河原敦²⁾、柿木信重²⁾、
鴨志田敏郎¹⁾、平井信二¹⁾、岡 裕爾¹⁾、谷中昭典²⁾

【緒言】好酸球性胃腸炎は胃から大腸のいずれかを含む消化管に好酸球を中心とした炎症細胞の浸潤が生じ、様々な腹部症状が出現するアレルギー性疾患である。急性・一過性の経過をとることもあるが、慢性再発性の経過をとることが多く、難治性でQOLの低下を伴いやすい。今回我々は好酸球性胃腸炎と診断後グルココルチコイド非導入で、食物抗原除去療法により寛解に至った症例を経験したので、文献的考察を含めて報告する。【症例】気管支喘息、アトピー性皮膚炎、多数の食物アレルギー歴のある30代、女性、201×年6月26日より誘引なく腹痛及び水様便がみられ7月7日当院を受診された。便培養や寄生虫検査は陰性で病歴より感染性腸炎や薬剤性腸炎は否定的であったが、末梢血中に好酸球増加(20%)を認めた。腹部造影CTでは消化管の壁肥厚や周囲脂肪組織濃度上昇はみられなかった。7月9日に下部消化管内視鏡検査を施行し、内視鏡的には正常であったが回腸末端から直腸にかけての生検で1視野あたり20個以上の好酸球浸潤を認め、好酸球性胃腸炎と診断された。絶食及び補液による加療の方針とし、症状再燃がないことを確認のうえ7月17日より成分栄養剤、7月27日より米を除く食物抗原除去療法が開始された。症状再燃なく経過し、末梢血中の好酸球増加なく寛解と判断された。7月31日より米飯通常食を開始したが症状再燃なく経過したため、8月4日退院となった。退院6か月後も再燃はみられていない。【考察】好酸球性胃腸炎の治療法は確立しておらず、現況はほとんどの症例に対してグルココルチコイド投与が行われている。小児では食物抗原除去療法や抗アレルギー薬の投与により寛解に至った報告例が散見されるが、本症例のように成人で食物抗原除去療法のみで寛解となった報告例は非常に少ない。全消化管において画像および内視鏡的所見がみられない好酸球性胃腸炎ではグルココルチコイド非導入でも食物抗原除去療法が有用である可能性が示唆された。好酸球性胃腸炎に対する有効な治療法が確立されていない現状では、本症例のような症例の蓄積が今後重要になると考えられた。

好酸球性胃腸炎，食物抗原除去療法

13 まれな虫垂真性憩室炎の1例

順天堂大学医学部練馬病院 総合外科

伊藤 謙, 秋本瑛吾, 雨宮浩太, 関根悠貴, 春山優理恵, 辻 未来, 河合雅也, 宮野省三, 小坂泰二郎, 渡野遼郎雄, 町田理夫, 北島俊顕, 須郷広之, 李 慶文, 児島邦明

【はじめに】虫垂憩室は比較的まれであり、Collinsの報告によると虫垂切除例および剖検例の1.5%に認められる。そのうち真性憩室はわずか0.02%ときわめてまれとされている。今回、腹腔鏡下虫垂切除術を施行した虫垂憩室炎を経験したので、若干の文献的考察を加え報告する。【症例】65歳男性。受診当日の昼より下腹部痛、嘔気を認め、徐々に疼痛の増悪あり当院救急外来を受診された。既往として1年前に胃痛に対して開腹胃全摘術を施行されており、外来で補助化学療法としてS-1内服中であった。【検査所見】受診時、体温37.2℃の微熱と下腹部全体に軽度圧痛を認めた。血液検査ではWBC 11800、CRP 9.28と炎症所見がみられ、腹部CT検査で腫大した虫垂を認めたため、急性虫垂炎の診断で緊急入院となった。【治療経過】入院後、抗生剤投与による保存的治療を開始したが、入院第2病日には症状と血液検査所見の増悪を認め、緊急腹腔鏡下虫垂切除術を施行した。術中所見では、回盲部周囲の膿性腹水と虫垂間膜の著明な肥厚を認めたものの、虫垂自体の腫大は軽度であった。摘出した虫垂の肉眼的所見は、糞石を認めず虫垂全体の壁肥厚も軽度であったが、根部近傍の壁の突出を認め、ここより虫垂間膜内へ炎症の波及を認めた。術後経過は良好で第8病日で退院となった。【病理所見】虫垂に粘膜、筋層、漿膜を有する真性憩室の多発を認め、周囲に好中球を含む多彩な炎症細胞浸潤が認められた。病理学的診断は虫垂真性憩室に伴う虫垂憩室炎であった。

虫垂憩室, 虫垂真性憩室

14 上行結腸壊死を来し結腸右半切除に至った特発性腸間膜静脈硬化症の1例

東海大学医学部八王子病院 消化器外科

庫本 達, 町田隆志, 谷田部健太郎, 横山大樹, 宇田周司, 茅野 新, 福光 寛, 向井正哉, 野村栄治, 幕内博康

症例は30歳代女性。2015年9月23日より右側腹部痛を認めていた。9月28日になり腹痛増強し、発熱を認めたため、前医受診。腹腔内膿瘍の疑いにて同日当院転院搬送。体温39.4度、右側腹部に圧痛認め、反跳痛、筋性防御も認めた。血液検査所見では白血球29100/ μ l、CRP29.52mg/dlと高値を認めた。その他異常値認めなかった。血液ガス所見ではアシドーシス認めなかった。腹部造影CT検査ではfree air認めず、著明な上行結腸の浮腫上変化と上行結腸壁に石灰化を疑わせる、high density area認め、更に上行結腸内側には膿瘍を形成していた。虫垂は同定でき、憩室が多発していることもなかった。以上より原因は同定できなかったが、腹腔内膿瘍の診断にて腹腔鏡下試験開腹術を施行した。術中所見では膿瘍を認め、上行結腸の壊死を認めたため、開腹移行し結腸右半切除を施行した。切除標本で上行結腸に全周性の壊死を認め、横行結腸肝湾曲部まで浮腫を認めた。組織標本で静脈の線維性肥厚と石灰化を認め、腸間膜静脈硬化症が疑われた。壊死部分では動脈も閉塞していた。現病歴や術中所見、組織所見より推測すると、腸間膜静脈硬化症による上行結腸の浮腫が起り、次第に浮腫により動脈をも閉塞するに至り上行結腸壊死に至ったと考えられる。

特発性腸間膜静脈硬化症, 結腸壊死

15 直腸型潰瘍性大腸炎に合併した虫垂腫瘍の1例

国立病院機構東京医療センター 消化器科¹⁾, 同 外科²⁾, 同 臨床検査科³⁾

坂口恵美¹⁾, 加藤元彦¹⁾, 高田祐明¹⁾, 阿部圭一朗¹⁾, 平田 哲¹⁾, 高取祐作¹⁾, 和田道子¹⁾, 木下 聡¹⁾, 高林 馨¹⁾, 菊池美穂¹⁾, 菊池真大¹⁾, 藤山洋一¹⁾, 鈴木雅之¹⁾, 白石淳一³⁾, 菊池弘人²⁾, 大石 崇²⁾, 浦岡俊夫¹⁾

【症例】50歳台、男性【主訴】なし【現病歴】便潜血検査陽性の精査目的で施行した当科での大腸内視鏡検査にて、虫垂開口部を中心とした10mm大の隆起性病変を認め、病変部の粘膜および直腸の粘膜には微細顆粒状の発赤および小びらんが散見された。隆起性病変に対してポリープ生検を施行したところ、炎症細胞浸潤とリンパ濾胞形成を認めた。直腸粘膜の生検では高度の炎症細胞浸潤を認め、潰瘍性大腸炎(UC)に矛盾しない像であった。隆起性病変はUCの炎症に伴って生じたものと考え、メサラジン3000mg/日の投与を開始した。47日後の内視鏡再検査では、盲腸および直腸粘膜の炎症所見は改善し寛解が得られたが、隆起性病変は残存していた。超音波内視鏡検査では、隆起性病変は虫垂根部の第2層に連続する均一な低エコー腫瘍として描出された。造影CTでは、虫垂根部に径10mm大の造影効果に乏しい腫瘍と虫垂の腫大を認めた。虫垂原発の粘膜下腫瘍を否定できないと考え、腹腔鏡下虫垂切除術を施行した。切除標本の病理組織学的診断では虫垂根部の粘膜固有層は著明なリンパ球浸潤とリンパ濾胞形成により肥厚し、腫瘍を形成していた。上皮および浸潤するリンパ球に細胞異型は認めなかった。盲腸粘膜のリンパ球浸潤と腺窩の形態の乱れは比較的軽度で、UCの寛解期に矛盾しない像であった。【考察】直腸炎型や左側結腸型UCに虫垂開口部病変を合併することが知られており、ulcerative appendicitisといわれる。自験例では虫垂根部の強いリンパ球浸潤により腫瘍を形成していたが、Pubmedで(appendix OR appendiceal) AND (mass OR tumor) AND "ulcerative colitis"で検索したところ、同様の報告は我々が検索し得た限りは認められなかった。UCの虫垂開口部病変の病態を考える上で貴重な経験であったと考えられたため報告する。

虫垂腫瘍, リンパ濾胞

16 薬剤アレルギーにより治療に苦慮したステロイド抵抗性潰瘍性大腸炎の1例

国立国際医療研究センター 消化器内科

柳澤直宏, 木平英里, 永田尚義, 忌部 航, 横田悦子, 渡辺一弘, 櫻井俊之, 横井千寿, 小早川雅男, 秋山純一

【症例】62歳男性【主訴】腹痛、下痢、血便【現病歴】1990年頃、潰瘍性大腸炎(全大腸炎型)と診断され、2011年6月、症状増悪で当科受診。プレドニゾロン(PSL)、5-アセチルサリチル酸製剤(5-ASA)、アザチオプリン(AZA)を開始したが、改善乏しくシクロスポリン(CyA)を開始し寛解状態となった。5-ASA 3600 mg/day, AZA 50 mg/day内服中、9月ニューモシスチカリニ肺炎(PCP)を発症。スルファメトキサゾール(SMX)で治療し改善した。2011年10月、SMX、AZAが被疑薬と考えられる薬剤アレルギーを発症し、PSL 60 mg/dayを開始。SMX、AZAを中止し、症状は改善した。2015年6月、血便が20回/日以上出現し、近医でAZA再開するもアレルギーによる皮疹が出現し、血便も改善しないため入院した。【経過】入院後下部消化管内視鏡検査施行し、重症の活動性潰瘍性大腸炎(左側結腸型)と診断。PSL開始後症状改善なく、第3病日にCMV抗原陽性となったためガンシクロビル投与開始。その後も症状改善なく、第11病日CyA開始し徐々に症状は改善。活動期の治療を継続するため、CyAよりタクロリムス(Tac)に変更。一旦症状は増悪するも、Tacの濃度が安定するとともに症状は改善。寛解維持目的のため、AZAの減感作療法を1 mgから開始し、同時にTacの減量を行った。その後腸管症状・内視鏡像は改善。第67病日、再度PCPを発症したためペンタミジン開始し、症状改善したため退院した。【考察】本症例は薬剤アレルギーが頻発する患者において、CyA、Tacで寛解導入を行った後、AZAの減感作療法が奏功した1例である。減感作療法についての報告は少ないが、薬剤アレルギーで治療選択に難渋した場合、1つの選択肢となり得る。また、PCPへの予防投与においても明確な指針はなく、学術的考察を含めて報告する。

潰瘍性大腸炎, ステロイド抵抗

17 寛解期潰瘍性大腸炎にサイトメガロウイルス感染を合併した1例

北里大学北里研究所病院 総合内科¹⁾,
同 炎症性腸疾患先進治療センター²⁾, 同 消化器内科³⁾,
同 病理診断科⁴⁾
平本尚子¹⁾, 小林 拓²⁾, 梅田智子³⁾, 豊永貴彦^{2,3)}, 齊藤詠子^{2,3)},
中野 雅³⁾, 樋口 肇³⁾, 常松 令³⁾, 芹沢 宏³⁾, 渡辺憲明³⁾,
土本寛二³⁾, 森永正二郎⁴⁾, 日比紀文²⁾

【症例】44歳、男性【主訴】発熱【既往歴】なし【経過】2000年発症の難治性潰瘍性大腸炎のため当院通院中。タクロリムスで寛解導入後、離脱目的でアザチオプリンを増量中であった。アザチオプリン100mg/日、メサラジン4800mg/日で寛解維持中、定期受診時に38度台の発熱を認め、抗菌薬の投与を行ったが奏功しなかった。白血球減少を認めたため、アザチオプリンを一時中止し、タクロリムスを減量するも39度台の発熱が持続し改善しないため、精査加療目的に入院した。入院時の血液検査でサイトメガロアンチゲネミア陽性を認めたため、入院第2病日よりタクロリムス、アザチオプリンを中止し、ガンシクロビル500mgの経静脈投与を開始した。入院第10病日に大腸内視鏡検査を施行したところ、背景粘膜の潰瘍性大腸炎は寛解期であるものの、横行結腸からS状結腸にわたり類円形の10mm大の孤立性潰瘍が多発していた。横行結腸の病変から生検を実施したところ、核内封入体を有するサイトメガロ感染細胞と考えられる孤立性の細胞を認め、サイトメガロウイルス腸炎と診断した。ガンシクロビル投与を継続し、サイトメガロアンチゲネミアの陰性化を確認したため、第18病日に投与を終了した。治療終了後も発熱なく経過良好であり、治療後の大腸内視鏡検査では粘膜治癒が得られ、粘膜生検でもサイトメガロウイルス感染細胞が消失していた。その後メルカプトリンを開始、18ヶ月間潰瘍性大腸炎は寛解を維持しており、サイトメガロウイルス腸炎の再発も認めていない。ステロイド抵抗性などの難治性潰瘍性大腸炎の炎症病態の増悪に、サイトメガロウイルス感染が関与することが知られている。多くの症例でステロイドが併用されていること、原病の炎症に伴う局所の免疫異常が関与していることが報告されている。しかし、本症例ではステロイドの併用はなく、潰瘍性大腸炎は寛解期であり、局所免疫異常の存在も否定的であった。潰瘍性大腸炎は免疫抑制剤のみで寛解を得られているにも関わらず、サイトメガロウイルス粘膜感染を併発した比較希な病態と考え、若干の考察を加え報告する。

サイトメガロ、潰瘍性大腸炎

19 C型慢性肝炎のIFNフリー内服2剤治療経過中に発症した急性上腸間膜動脈解離の1例

佐野厚生総合病院 消化器内科
青木 優、福原誠一郎、伊倉顕彦、白石貴久、上岡直史、寺元 研、東澤俊彦、岡村幸重

【症例】56歳女性【現病歴】C型慢性肝炎genotype1bに対し、以前にPEG-IFN+RBV療法を施行するもnull responderであった。その後もALTの変動があり、Y93H、L31M/Vに異変がないことを確認の上、ダクラタスビル/アスナプレビル（以下DCV/ASV）内服2剤療法を開始した。開始2週間後にはHCV-RNAの陰性化を認めた。投与開始18週後の平成27年11月某日、突然の心窩部痛を自覚し次第に嘔気も自覚したため、当院救急外来を受診し腹部造影CTにて上腸間膜動脈の解離をみとめたため、当日緊急入院とした。【入院後経過】造影CTにて腸管虚血や動脈瘤形成を認めないことから、外科的治療の適応ではないと判断し、禁食、ニカルジピンによる降圧、アルプロスタジル投与にて保存的治療を行った。腹痛が改善したことを確認し、第6病日から経口摂取を再開した。症状の再燃なく経過し、第10病日施行した腹部造影CTにて上腸間膜動脈周囲に側副血行路と思われる血流を認めたことから、第13病日に退院とした。【考察】急性上腸間膜動脈解離の原因としてはこれまで、動脈硬化、SAM (segmental arterial mediolysis)、線維筋性異形成、血管炎、医原性、外傷性、妊娠、先天的な結合織異常、感染性、特発性などが挙げられてきた。本症例では20歳×36年の喫煙歴があり、動脈硬化が原因の一つと考えられるが、その他には疑われる原因は有していなかった。DCV/ASV内服2剤療法は認可されたばかりであり、その副作用としてはまだ未知の部分が多いものの、国内臨床試験や発売開始後半年における市販後調査においても、主な副作用は肝障害、発熱、頭痛、多形紅斑、血小板減少、間質性肺炎などが報告されており、上腸間膜動脈解離を含めた血管関連の有害事象は報告されていない。高血圧の報告はあるが、本症例では治療開始後の外来診療にて血圧の上昇は認めていなかった。両者の関連性があるか否かは不明であるが、DCV/ASV内服2剤療法は新規の治療であることから、今後類似症例の蓄積が重要であると思われる。

IFNフリー内服2剤、急性上腸間膜動脈解離

18 肺小細胞癌の大腸転移の1例

東邦大学医療センター大森病院 消化器内科¹⁾,
同 呼吸器内科²⁾, 同 病理部³⁾
清水 良¹⁾, 佐藤真司¹⁾, 山下沙季¹⁾, 榎本有里¹⁾, 團 宣博¹⁾,
菊池由宣¹⁾, 五十嵐良典¹⁾, 住野泰清¹⁾, 関谷宗之²⁾, 卜部尚久²⁾,
菊木教平³⁾, 深澤由里³⁾, 赤坂喜清³⁾, 渋谷和俊³⁾

大腸癌からの肺転移、脳転移を疑っていたが、病理結果から原発性肺癌の大腸転移、脳転移を認めた症例を経験した。症例は68歳男性。20xx年6月上旬より下痢、頭痛を認め近医を受診した。経過を見ていたが症状改善せず精査した所、脳腫瘍を疑う画像所見あり、精査加療目的で当院紹介受診した。胸部CTで両側肺に腫瘍影認め、腹部CTでは腹水貯留、上行結腸に腫瘍影を認めた。また下部消化管内視鏡では上行結腸に隆起を伴う発赤した粘膜面を認め、表面模様はpit様構造が保たれているようであり、他臓器癌の壁外性圧排が疑われた。また、S状結腸に1型の進行癌が疑われる病変を認めた。共に病変部位から生検を施行した。また呼吸器内科にて、気管支鏡検査を施行し、病変部位からの生検組織診断では肺病変は小細胞癌であった。上行結腸、S状結腸からの生検組織診断は肺小細胞癌と同様の組織像を認め、肺小細胞癌の大腸転移と診断した。肺小細胞癌を原発とする大腸転移は非常に珍しく、若干の文献的考察を加え当日報告する。

肺小細胞癌、大腸転移

20 胃空腸横行結腸瘻を治療したことによりsteatohepatitisが改善した1例

東京女子医科大学 消化器内科¹⁾, さいたま市立病院²⁾,
東京女子医科大学 第2外科³⁾
木下晋紀子¹⁾, 大森鉄平¹⁾, 小木曾智美¹⁾, 谷合麻紀子¹⁾,
中村真一¹⁾, 橋本悦子¹⁾, 加藤まゆみ²⁾, 板橋道朗³⁾, 徳重克年¹⁾

胃空腸横行結腸瘻にsteatohepatitisを合併した一例を経験したので報告する。症例30歳代、男性。十二指腸潰瘍穿孔に対してBillrothII法再建後。2年間持続する原因不明の水様下痢と高度の脂肪肝を指摘され当院紹介受診となった。受診時、肝障害と低アルブミン血症が認められた。上下部消化管内視鏡検査では残渣が多く一部の詳細は不明であった。比較若い若年者の慢性下痢症であったことから、クローン病などを疑い小腸精査を検討した。しかしパテンシーカプセルによる開通性評価判定は不可判定となりバルーン小腸内視鏡検査を施行した。経口挿入時、BillrothII法再建吻合部に輸入脚と輸出脚以外に結腸への分岐を認めた。経肛門的挿入でも、横行結腸中途にBillrothII法再建吻合部への瘻孔を認め、瘻孔より胃内ヘスコープが到達した。順行路の腸管に明らかな異常を認めず、BillrothII法再建後の合併症である胃空腸横行結腸瘻と診断した。脂肪肝に関しては同時期に肝生検を施行したところsteatohepatitis[F2-3, A2, S3]であった。胃空腸横行結腸瘻による便塊の小腸への逆流が消化吸収不良と難治性的水様下痢を生じ、その結果として低栄養によるsteatohepatitisを発症していると考えられた。このため吻合部切除・横行結腸部分切除とRoux-Y再建による腸管再建を施行した。術後、経口摂取を再開したが水様下痢は消失し、通常便を認めるようになった。また肝障害・低たんぱく血症も改善し、腹部US検査でも肝腎コントラストは改善した。術後1年で施行した肝生検においても[F2, A1, S1]と著明に改善が得られていた。水様下痢を契機に診断に至った胃空腸横行結腸瘻を治療したことにより、栄養状態の改善とsteatohepatitisが短期間で改善した一例を経験したので若干の文献的考察を含めて報告する。

胃空腸横行結腸瘻、steatohepatitis

武蔵野赤十字病院 消化器科

小宮山泰之¹, 安井 豊, 吉田 翼, 樋口麻友, 桑原小の実, 高浦健太, 林 留留, 上田真子, 高田ひとみ, 中嶋奈津子, 玉城信治, 鈴木祥子, 中西裕之, 板倉 潤, 黒崎雅之, 泉 並木

患者は46歳男性。職業はマグロ卸業者。全身倦怠感、大腿前面と下肢の筋肉痛・関節痛、食思不振で発症。3日後に口渇、濃尿、尿量の減少も伴い近医受診。血液検査でT-Bil2.4mg/dl、WBC10800/mm³、CRP21.65mg/dlと上昇、Plt5.9万/mm³と低下を認め、DIC疑いで当院紹介となった。来院時sBP80台と低下を認め、T-Bil9.4mg/dl、D-Bil7.2mg/dlと黄疸優勢の肝障害、Plt2.6万/mm³の血小板減少、またCre7.02mg/dlと急性腎不全を認めた。腹腔内感染症による敗血症を考慮し、PIPC/TAZ投与を開始した。翌日採血では、T-Bilの上昇と腎機能増悪傾向がみられた。黄疸・血小板減少・急性腎不全よりレプトスピラ症を考え、抗菌薬をCTRXへ変更した。血液培養からはSalmonella sp. (O9)を検出。また後日入院時に提出した尿レプトスピラPCR陽性となり、レプトスピラとサルモネラの共感染と診断した。入院経過としては、入院第3病日より倦怠感や食思不振の改善あり、尿量も3000ml/dayと多量の排尿みられた。それに伴い血液データも徐々に改善。第15病日にはT-Bil3.3mg/dlと軽度の黄疸遷延していたものの全身状態良好であり、第16病日に退院となった。レプトスピラ症は野生動物や家畜、ペットなどの尿から排泄された病原性レプトスピラによって発症する感染症である。比較的新しいものであるが、日本でも年間数十例の報告がある。9割は比較的小規模であるが、1割は重症型であり、黄疸、出血、腎不全を呈し、死亡率は5-20%と報告されている。病態形成のメカニズムとして内皮障害が基本的な病態であるとされる。肝障害については、毛細血管の破壊による胆汁排泄障害と考えられ、肝細胞壊死はほとんど認めず、黄疸主体のパターンをとることが特徴である。今回、問診と症状から早期にレプトスピラ症を念頭に置き治療を行った。迅速な対応により重症例に対して良好な治療経過が得られたため文献的考察を含めて報告する。

黄疸、黄疸出血性レプトスピラ症

慶應義塾大学医学部 消化器内科¹⁾、独立行政法人国立病院機構埼玉病院²⁾、慶應義塾大学医学部 一般・消化器外科³⁾宇賀村文¹⁾、海老沼浩利¹⁾、楢 伯松¹⁾、尾城啓輔¹⁾、中本伸宏¹⁾、碓井真吾²⁾、日比泰造³⁾、篠田昌宏³⁾、尾原秀明³⁾、板野 理³⁾、北川雄光³⁾、金井隆則¹⁾

1例目は40歳男性。微熱・腹痛を契機にT. Bil 4.1 mg/dl, AST 135 IU/L, ALT 212 IU/L, ALP 412 IU/L, γ -GTP 187 IU/Lと肝障害を指摘され入院。家族歴などから骨髄性プロトボルフィリン症が疑われ血中プロトボルフィリン高値を認めたことから骨髄性プロトボルフィリン症と診断された。大量輸液、瀉血・赤血球輸血などで加療するも発作を繰り返して徐々に肝不全が進行。約1年の経過で死の転帰となった。

2例目は19歳男性。乳児期からの光線過敏を契機に6歳時に便中プロトボルフィリンの増加を認めたことから診断に至った。中学生頃から肝酵素上昇認めるようになり、16歳頃から腹痛発作出現。大量輸液・赤血球輸血・血漿交換で加療するも発作を繰り返した。発作を繰り返す毎に徐々に黄疸遷延し、T. Bil 10.1 mg/dl, AST 139 IU/L, ALT 86 IU/Lと肝不全に移行する可能性が出現してきたために、当院へ転院となった。本症はヘム合成経路の最終酵素であるフェロクテラーゼ活性低下に起因する遺伝疾患でヘムの前駆物質であるボルフィリンが肝沈着し肝不全を来す。血漿交換や赤血球輸血が有効との報告があるが現状確立された治療法は存在しない。赤芽球異常による病態であることから根本的治療として骨髓移植が検討されるが、すでに肝硬変・肝不全に移行した状況では骨髓移植は困難であった。将来の骨髓移植を踏まえ、現在脳死肝移植待機中である。

骨髄性プロトボルフィリン症、肝不全

日本大学医学部 消化器肝臓内科¹⁾、駿河台日本大学病院²⁾金子朋弘¹⁾、松岡俊一¹⁾、上村慎也¹⁾、秋山響子¹⁾、石井大雄¹⁾、林田まり子¹⁾、宮澤祥一¹⁾、水谷 卓¹⁾、永井晋太郎¹⁾、松本直樹¹⁾、中村仁美¹⁾、楢井和重¹⁾、山上裕晃¹⁾、後藤田卓志²⁾、森山光彦¹⁾

症例は81歳女性。C型肝炎変、胃静脈瘤に対するB-RTO治療後、肝発癌なく経過していたが、H27年7月の造影CTで、肝S7に脈管侵襲や遠隔転移を伴わない直径3cmを超える単発の肝細胞癌を合併した。T-Bil 3.82mg/dl、Alb 2.8g/dl、PT% 78%、腹水なし、脳症なし、ICG15分値 52.7%であり、Child-Pugh分類はB (8点)、肝傷害度はCであったため外科的切除や穿刺局所治療(RFA、PEIT)は適応外であった。肝動脈化学塞栓療法(TACE)は、T-Bil 3mg/dlを超える黄疸を伴う肝予備能低下症例にて実施が厳しと判断されたが、腫瘍の栄養血管への選択的治療が可能である場合のオプションとし、肝動脈化学療法(TAI)を予定した。血管造影の結果、腫瘍の栄養血管が明らかに同定されたため、同部位より薬剤溶出性ビーズ(drug-eluting beads; DEB)を用いたDEB-TACEを施行した。術後は肝不全徴候の出現や、合併症なく退院した。術後1ヶ月の造影CTで腫瘍部の造影効果の残存を認めたため、10月、12月に追加治療として残った栄養血管より選択的DEB-TACEを行った。いずれの治療においても肝不全徴候の出現や、合併症なく退院した。計3回の治療により、3回目の治療後に行った造影CTでは腫瘍部の造影効果は消失しCRと判断した。通常、T-Bil 3mg/dlを超える黄疸を伴う肝障害度Cの症例においてはTACEの治療適応と判断されない。しかしながら、本症例は腫瘍の栄養血管が明らかに同定され、分割による選択的DEB-TACEが可能と判断される病変であったため、肝予備能を損なわず高い治療効果を得ることができた。今後、分割による選択的DEB-TACEは高度肝予備能低下症例に合併した肝細胞癌治療の選択肢となる可能性があると考えられた。

選択的TACE, drug-eluting beads ; DEB

獨協医科大学越谷病院 消化器内科

須藤梨音、北濱彰博、片山裕視、玉野正也

症例は60歳男性で吐血を主訴に当院に救急搬送となった。緊急上部消化管内視鏡検査(EGD)では胃食道接合部直下に潰瘍性病変あり出血源と考えられた。また、20歳頃より肝障害を指摘されており、入院時の血液検査でも同様に肝障害を認めていたため腹部超音波検査を施行した所、肝内に多発腫瘍性病変を認めた。腹部造影CT検査では肝細胞癌の造影パターンを呈す多発肝腫瘍、肝左葉外側と連続する巨大腫瘤あり、胃噴門部と腫瘍の境界は不明瞭であった。EGDを再検討したところ胃体上部から噴門部にかけて胃粘膜下腫瘍様隆起を認め、GIST等も否定できなかったため、EUS-FNAを施行した。EUSでは噴門部直下後壁側中心に巨大な腫瘍性病変を認め、同部の胃壁の層構造は不明であった。同部位よりFNAを施行。病理結果は肝細胞癌であり、後日施行した肝腫瘍生検でも同様の所見であった。以上より、肝細胞癌の胃直接浸潤と診断した。肝予備能は不良であったが、患者の強い希望もあり血管内治療を施行した。腹部血管造影検査では肝両葉に多発する腫瘍濃染像を認め、本症までの高度門脈浸潤があったため、肝予備能も考慮し塞栓は行わずTAIのみの治療とした。術前より認めていた腹水は利尿剤でのコントロール困難であったため適宜腹腔穿刺での除水を行った。再吐血や血性腹水を認めるようになり、腫瘍の進行や腹腔内破裂が疑われ、血液検査では肝不全兆候を認めた。その後は緩和の方針となり、術後9日目に死亡確認となった。肝外発育型肝細胞癌は特殊な肉眼型をとる比較的稀な肝細胞癌であり、肝細胞癌全体の10.4%と言われている。さらに胃浸潤まで来した症例は非常に少なく、本症例と合わせて若干の文献的考察を加えて報告する。

肝細胞癌、胃浸潤

公立昭和病院 消化器内科¹⁾、同 内視鏡科²⁾、同 予防・健診科³⁾、同 放射線科⁴⁾、同 病理診断科⁵⁾、同 外科⁶⁾、東京医科歯科大学 消化器内科⁷⁾、田代祥博¹⁾、田中志尚¹⁾、田村皓子¹⁾、箕輪慎太郎²⁾、矢内真人¹⁾、細川貴範¹⁾、山地 統¹⁾、浦牛原幸治¹⁾、小野圭一¹⁾、小島 茂¹⁾、武田雄一²⁾、野内俊彦¹⁾、川口 淳³⁾、海野俊之⁴⁾、清水誠一郎⁵⁾、上西紀夫⁶⁾、渡辺 守⁷⁾

【症例】21歳男性【主訴】胸痛【既往歴】特記事項なし【内服薬】特記事項なし【生活歴】アルコール：機会飲酒【身体所見】女性化乳房認めた。他特記事項なし【現病歴】胸痛にて他院受診しCTで肝臓に腫瘍を認めるため当院紹介受診となった。造影CTでは肝右葉頭側に長径170mmに及ぶ境界明瞭で分葉状の辺縁を示す巨大な腫瘍を認め、内部には部分的な脂肪化とそれに隣接し石灰化が散在した。動脈相で不均一に濃染し、門脈相平衡相ではややlow densityとなった。腫瘍の中心部に造影効果の乏しい壊死様の所見を認めた。リンパ節腫大が多発し、右胸膜に沿った腫瘍や肥厚の多発、右胸水も認めた。EOB-MRIではT1、T2ともに低信号でdynamicではCTと同様の所見であり肝細胞造影相では低信号、Diffusionではやや高信号であった。造影エコーを行いBモードでは不均一な腫瘍として認識され動脈相ではhypervascular、後血管相では低信号であった。血液検査では各種腫瘍マーカーは正常でありγ-GTP115以外は特記すべき異常は認めなかった。エコー下肝生検を行ったところ背景肝の組織は特記すべき異常は認めず、腫瘍組織は細胞密度の低い高度の線維化が認められ、やや不分明ながら相互に平行に走行するような膠原線維からなっていた。腫瘍細胞は大型の肝細胞に類似し充実胞漿状に増生していた。細胞質内に好酸性顆粒を認め、一部に円形顆粒状のpale bodyを認めた。核は類円形から楕円形で、核小体は大型で核分裂像は目立たなかった。以上より正常肝を背景としたfibrolamellar hepatocellular carcinomaの胸膜播種、多発リンパ節転移と診断した。fibrolamellar hepatocellular carcinomaは本邦では稀でありリンパ節転移しやすいことは知られているが胸膜播種を伴う報告はなく貴重な症例と考えられ、文献的考察を加えてここに報告する。

fibrolamellar hepatocellular carcinoma, 胸膜播種

超高齢者進行胆嚢癌および胃癌の重複癌に対して姑息的手術後にTS-1内服により長期予後が得られた症例

練馬総合病院 外科
牧野曉剛、栗原直人、筒井りな、市原明子、松浦芳文、井上 聡、飯田修平

切除不能胆嚢癌の予後不良であり、超高齢者に対する治療は確立されていない。今回90歳超高齢者に内服抗がん剤の長期投与により、副作用なく長期生存がえられた症例を経験した。【症例】90歳、女性。【主訴】食欲低下【現病歴】施設入所中に食欲低下、体重減少を認め、当院紹介受診した。【既往歴】高血圧、認知症【治療経過】画像検査にて胆嚢癌の十二指腸浸潤、結腸浸潤および胃癌も認め重複癌と診断した。消化管通過障害を認めたため、胃空腸吻合術と回腸結腸吻合術による姑息的手術を施行した。術後経過は良好で、術後1か月よりTS-1を80mg/日内服開始した。副作用を考慮し2週間連日投与1週間休薬とした。食欲不振、体重減少などの副作用はみとめず、術前よりも食欲は改善した。肝機能障害、白血球減少、血小板減少などの副作用は認めなかった。約4年間内服継続し、腫瘍マーカーの上昇はなく、画像所見上も無増悪で経過した。95歳になり、誤嚥性肺炎を契機にTS-1内服困難となり、急速に腫瘍マーカーの上昇を認めた。【考察】切除不能進行胆嚢癌の5年生存率は約20%程度であり、標準治療は化学療法あるいはBSCである。超高齢者に対する治療は各臓器機能の低下を考慮し、副作用に十分配慮する必要がある。副作用が軽度である場合は、超高齢者に対しても化学療法は有用である可能性はある。進行・再発に対してTS-1奏効例の場合、投与中止により原疾患の急激な悪化が起こる可能性があるため、治療継続や中止については十分な配慮が必要である。今回、超高齢者の重複癌に対し、TS-1内服にて長期生存を得られた症例を経験したので、文献的考察を含めて報告する。

超高齢者、内服抗がん剤

門脈内への経乳頭のドレナージが奏効した膵管門脈瘻を伴う好酸球性肺炎の1例

前橋赤十字病院 消化器病センター 消化器内科¹⁾、埼玉医科大学国際医療センター 消化器内科²⁾、群馬大学医学部 消化器・肝臓内科³⁾、村上立真¹⁾、山田俊哉¹⁾、春日健吾¹⁾、橋本 悠¹⁾、長坂昌子¹⁾、増田智之¹⁾、大塚 修¹⁾、戸島洋貴¹⁾、飯塚賢一¹⁾、豊田満夫¹⁾、新井弘隆¹⁾、高山 尚¹⁾、阿部毅彦¹⁾、佐藤洋子²⁾、安岡秀敏³⁾、水出雅文³⁾

【症例】55歳男性【主訴】発熱、心窩部痛【現病歴】慢性的な発熱と心窩部痛にて近医を受診し、血液検査上、炎症反応・アミラーゼ・肝胆道系酵素上昇を認めたため当院を紹介され受診した。腹部造影CT検査では肝内に不整な多房性腫瘍性病変と門脈内血栓、慢性脾炎様所見を認めたため精査加療目的に入院となった。【入院後経過】当初は肝膿瘍や肝内悪性腫瘍などを考え、禁食・抗生剤で加療しつつ、肝生検を施行したが、好酸球の集簇のみで細菌感染や悪性所見を認めなかった。保存的加療で症状が改善したため退院となった。退院後に施行した腹部造影CT検査で肝内腫瘍性病変は消失していた。その後も外来で定期的に経過観察していたが、初回来院より約3ヵ月後に心窩部痛が再燃し外来受診。炎症反応の著増を認め、腹部造影CT検査では新たに腹腔内囊胞形成を認め、囊胞内感染と考えられた。再入院し、経皮的囊胞穿刺ドレナージを施行したが、その後も新たな囊胞形成や脾炎を繰り返し症状改善を認めなかった。膵管評価目的に施行したERPでは膵頭部で主膵管が完全に途絶していたが、膵管より門脈内にガイドワイヤーが挿入され、ENBDチューブを経乳頭の門脈内留置。同門脈内は器質性閉鎖腔となっていた。以後、脾炎再燃や新たな囊胞形成なく経過したためドレナージチューブを内瘻化して退院とした。【考察】本症例では、脾炎による炎症で膵管閉塞と門脈血栓症が生じ、膵管門脈瘻を形成して更に腹腔内に穿破して腹腔内囊胞を形成したものと考えられた。また、採血上は好酸球が上昇しており、他に原因と思われるものではなく、脾炎の原因は好酸球性肺炎の可能性が考えられた。本症例では、門脈内への経乳頭のドレナージで現在まで病状コントロールができています。今回我々は、膵管門脈瘻を伴う好酸球性肺炎と考えられ、門脈内への経乳頭のドレナージが奏効した1例を経験した。非常に稀な症例であり、文献的考察を加えて報告する。

膵管門脈瘻、好酸球性肺炎

内視鏡的治療にて改善を得たHemosuccus Pancreaticusの1例

独立行政法人労働者健康福祉機構東京労災病院
小嶋啓之、西中川秀太、伊藤 謙、吉峰尚幸、小山洋平、武田悠希、植木紳夫、平野直樹、大場信之、児島辰也

【症例】腰痛症、慢性脾炎にて当院通院中の82歳男性。9月下旬より心窩部痛と腰痛の増悪を認め、麻酔科ブロック治療による入院を予定していたが、下血を認めたため当院救急外来受診した。腹部造影CTを施行したところ、膵頭部から肝左葉にかけて10cm大の囊胞を認めた。早期相では囊胞内に出血を示唆する高吸収域像を認め、下血、出血性脾囊胞加療目的のため緊急入院となった。第4病日に上部消化管内視鏡検査を施行したところ、十二指腸球部から下行部にかけ黒色残渣を大量に認めた。乳頭出血が疑われ、十二指腸スコープを再挿入したところ主乳頭開口部より出血像が確認され、出血性脾囊胞によるHemosuccus Pancreaticusと診断した。血管塞栓術を考慮したが、貧血の進行もなく全身状態は安定しており、囊胞ドレナージ目的のため同日にERCPを施行した。膵管造影では主膵管より膵管外への造影剤の漏出を認め、脾囊胞との交通が確認された。囊胞内ヘガイドワイヤーを挿入し、5FrPigTail型経鼻膵管ドレナージチューブ（ENPD）を留置した。ENPDより血性脾液が排泄され、第7病日の腹部CTにて囊胞径の縮小効果を認め、以降腹痛や背部痛も改善した。第13病日のENPD造影では囊胞手前の頭部主膵管の狹窄と、囊胞末梢側の主膵管拡張を認めた。膵管狹窄による囊胞増大や出血再燃が危惧された為、同日ERCPにて頭部主膵管狹窄部を拡張し、尾部主膵管に5FrENPDを留置した。第16病日にはENPDより正常脾液が排泄されるようになり、腹痛も消失した。第20病日にERCPを施行し、内瘻化目的に膵管狹窄に対して7Fr10cm膵管ステントを留置し、第27病日に退院となった。第52病日のCTでは更なる囊胞の縮小を認め、今後膵管ステント抜去予定である。【考察】Hemosuccus Pancreaticusは、血液または血性脾液が膵管を通り主乳頭から出血をきたす稀な病態である。主乳頭からの出血を確認できる症例は30%程度との報告もあり、治療としてIVRや外科的治療が選択される事が多い。今回我々は内視鏡的治療により改善を得たHemosuccus Pancreaticusの1例を経験したので報告する。

Hemosuccus Pancreaticus, 出血性脾囊胞

船橋市立医療センター 消化器内科¹⁾、同 外科²⁾、同 臨床病理³⁾、
興相慧輔¹⁾、小林照宗¹⁾、石垣飛鳥¹⁾、嶋由紀子¹⁾、東郷聖子¹⁾、
関 厚佳¹⁾、安藤 健¹⁾、水本英明¹⁾、仙波義秀²⁾、丸山尚嗣²⁾、
清水辰一郎³⁾

【症例】74歳男性。近医で撮影した胸部レントゲン検査で左肺癌を疑われ、平成27年1月に当院受診。胸腹部CT検査で左肺腫瘍の他、腓頭部、腓尾部に腫瘍を指摘された。造影CTでは、腓頭部に20mm大の多房性嚢胞、腓尾部に35mm大の辺縁に石灰化を伴った厚い被膜を有する嚢胞性腫瘍を認めた。造影MRIでは腓頭部に20mm大の多房性嚢胞あり。腓尾部にT1WIで低信号、T2WIで低信号と高信号が混在する35mm大の腫瘍を認めた。辺縁は造影され内部は造影効果を認めなかった。左肺腫瘍に対し気管支鏡検査を施行。左肺腺癌の診断となった。原発性肺腺癌と判断し3月20日に手術施行。左下肺腺癌(p-T2aN1M0)の診断となった。その後腓病変に対し超音波内視鏡検査(EUS)施行。背景腓に早期慢性腓炎を疑う所見を認めた。腓頭部に20mm大の多房性嚢胞あり、内部にhoney comb構造を認めIPMN分枝型もしくはSCN mixed typeを疑った。腓尾部には35mm大の境界明瞭で厚い被膜を有する低エコー腫瘍を認めた。腫瘍の中心は隔壁を有する強い低エコーであり液体成分と判断した。腫瘍背側には音響陰影を伴う石灰化が見られた。Dopplerでは血流は見られなかった。FDG-PET/CT検査では腓尾部の病変の辺縁に遅延性集積亢進を認めた。画像所見で中心壊死をきたした腓内分泌腫瘍、仮性嚢胞、SPN、MCNを鑑別に挙げたが、既往歴(急性腓炎や慢性腓炎、腹部外傷歴が無い)、年齢、性別から腓内分泌腫瘍を第一に考えた。EUS-FNAも提示したがこの時点で腓尾部病変に対する手術を希望された。7月14日腓体尾部切除術施行。病理所見を示す。厚い線維性被膜で包まれた嚢胞様の病変であった。内部組織の殆どは壊死に陥り高度の出血を認めたが、腫瘍性病変は確認できなかった。免疫染色でも腓内分泌腫瘍、SPN、MCNは否定的で病理診断は腓仮性嚢胞となった。背景腓に急性腓炎や慢性腓炎の所見は明らかでなかった。【考察】腓仮性嚢胞は様々な形態をとり診断に難渋した報告例が散見される。本症例は術前検査で厚い被膜を認め、他の腓腫瘍との鑑別に難渋した。本症例について文献的考察を加えて報告する。

腓仮性嚢胞、腓腫瘍

一般財団法人神奈川県警友会けいゆう病院 内科¹⁾、同 病理診断科²⁾、
松永崇宏¹⁾、伊藤高章¹⁾、吉本憲史¹⁾、岡田直也¹⁾、北村英俊¹⁾、
関 由喜¹⁾、中嶋緑郎¹⁾、川崎由華¹⁾、中下 学¹⁾、岡沢 啓¹⁾、
水城 啓¹⁾、里 悌子²⁾、永田博司¹⁾

【症例】80代、男性。【主訴】腹部膨満感、食思不振。【現病歴】2010年8月、腹部エコーで腓体部腫瘍を指摘された。CT、MRI、ERCPを含めた精査の結果、腓癌が否定できず腓体尾部切除術が施行された。術後の病理結果からは悪性所見を認めず、IgG4陽性形質細胞の浸潤を認め、自己免疫性腓炎の診断となり、以降、糖尿病のため当科に定期通院されていた。2014年4月に背部痛、採血での肝胆道系酵素の上昇、CTでの腓頭部の腫大を認め、自己免疫性腓炎の再燃が疑われ、当科入院となった。PSL 30mg/dayで治療開始し、腓頭部の腫大および肝胆道系酵素の上昇は改善を認めた。その後、PSL 5mg/dayまで漸減し、全身状態良好となったことから、6月下旬に退院とした。退院後の7月上旬より嘔声を自覚し、耳鼻咽喉科を受診した。左声帯麻痺を指摘されたことからCTを撮像したところ、左肺門・縦隔リンパ節の腫脹および多発肝腫瘍を認めた。喀痰細胞診が追加され、外来再診の予定となっていたが、8月上旬に腹部膨満感、食思不振を認め、当科外来を緊急受診された。喀痰細胞診の結果から肺小細胞癌が判明し、精査加療目的に当科入院となった。【経過】当科入院後、肺小細胞癌に対しCBDCA+VP-16による化学療法を開始した。しかし、治療開始後9日目にGrade 3の好中球減少を認め、治療開始後12日目には呼吸状態および意識状態の悪化を認めた。その後、全身状態は急激に悪化し永眠された。ご家族の同意が得られたことから病理解剖を施行したところ、肺小細胞癌に加え腓頭部癌を合併していたことが判明した。【考察】近年、自己免疫性腓炎と悪性腫瘍の関連性が報告されている。今回、自己免疫性腓炎の経過中に肺小細胞癌および腓頭部癌の合併を認めた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。

自己免疫性腓炎、悪性腫瘍

東海大学医学部東京病院 消化器内科
中村 淳、梅田瑠美子、塩澤宏和、青木 純、西崎泰弘、
松嶋成志

【症例】57歳、男性【主訴】嚥下障害【現病歴】2014年12月中旬頃より嚥下時の違和感認めていた。12月20日より食後の嘔吐が出現した為、12月27日前医にて上部消化管内視鏡施行した。下部食道の拡張不良を認めたものの粘膜病変は見られずアカシア疑いとして紹介状作成されていた。2015年1月2日 水分も通過しなくなり、当院受診となった。【既往歴】上顎洞炎、顔面神経麻痺(15年前 ope)、手根管症候群(昨年 ope)、高血圧(内服)、痛風(内服)【個人歴】特記事項なし【理学所見】身長166.4cm、体重77.2kg、体温37.4℃、貧血なし、黄疸なし、肺野清、心音鈍、腹部平坦軟、腸蠕動音減弱亢進なし、圧痛なし、肝脾触知せず、下腿浮腫なし。【血液検査所見】WBC 10300/ μ l、Hb 16.7g/dl、Plt 22.7万/ μ l、AST 15 IU/L、ALT 14 IU/L、ALP 210 IU/L、 γ -GTP 41 IU/L、LDH 263 IU/L、T-Bil 1.1mg/dl、Alb 4.6g/dl、Cre 0.87mg/dl、BUN 19.7mg/dl、CRP 1.0 mg/dl、CEA 184.6 ng/ml【経過】入院後GFでは粘膜病変認めず、画像上は食道周囲に腫瘍性病変が疑われた。食道の切開生検にて得た検体からは肺原発を示唆する病理結果の一方、肺野病変に対して食道周囲の腫瘍量が圧倒的に多く、肺からの進展としては不自然であった。その他原発不明癌の転移なども考慮されたが明らかなものは認めなかった。診断に苦慮した症例であり最終的に食道癌に準じた化学療法を施行したが約7か月の経過にて死亡となった。

縦隔腫瘍、食道切開生検

Potassium-Competitive Acid Blocker(P-CAB)を用いたヘリコバクター・ピロリ一次除菌治療において Clarithromycin(CAM)による薬疹が生じた1例

日本大学医学部 消化器肝臓内科¹⁾,
JA 秋田厚生連利組合総合病院 消化器内科²⁾
林 香里¹⁾, 後藤田卓志¹⁾, 草野 央²⁾, 渡邊幸信¹⁾, 宮田 隆¹⁾,
中川太一¹⁾, 高橋利実¹⁾, 中河原浩史¹⁾, 小川真広¹⁾, 松岡俊一¹⁾,
田中直英¹⁾, 森山光彦¹⁾

【症例】67歳女性【主訴】四肢の掻痒感【現病歴】人間ドックでヘリコバクター・ピロリ(以下、ピロリ) IgG抗体が陽性となり、除菌目的に当科紹介となった。【臨床経過】Potassium-Competitive Acid Blocker (P-CAB) 40 mg / 日、Amoxicillin (AMPC) 1500 mg / 日、Clarithromycin (CAM) 400 mg / 日を7日間投与する一次除菌療法を施行した。内服終了3日後から顔面、躯幹、四肢に掻痒感を伴う隆起性紅斑が出現した。当院皮膚科を受診し薬剤による中毒疹が疑われ、Prednisolone (PSL) 10 mg / 日を1週間、その後PSL 7mg / 日を10日間、PSL 5mg / 日を4日間と漸減投与していき皮疹は軽快した。PSL による治療終了2日後に施行した薬剤リンパ球刺激試験にて、CAM に陽性であった。【考察】従来のピロリ除菌治療の副作用には皮疹があり、AMPCが原因であることが多い。2015年3月から新しい酸関連疾患治療薬であるP-CABが保険承認され、今後の除菌率の向上が期待される。しかしながら、薬物代謝の異なるP-CABを用いた除菌療法の副作用の報告は少ない。今回我々はP-CABを用いた一次除菌療法においてCAMによる薬疹を疑う症例を経験したので文献的考察を加え報告する。

ヘリコバクターピロリ, 薬疹

胃穿孔、吐血で発症した脾動脈瘤の1例

順天堂大学医学部練馬病院
秋本瑛吾, 児島邦明, 李 慶文, 須郷広之, 北畠俊顕, 町田理夫,
渡野遼郎雄, 小坂泰二郎, 宮野省三, 河合雅也, 雨宮浩太,
伊藤 謙, 関根悠貴, 辻 未来, 春山優理恵

【はじめに】脾動脈瘤の頻度は剖検例の0.004%とまれであるが、破裂後の死亡率は25%以上と致死的な疾患である。今回、我々は胃穿孔による吐血で発症した、脾動脈瘤の一例を経験したので報告する。【症例】39歳男性。2週間前からの心窩部痛を自覚するも放置していたが、突然の吐血、下血を認め当院救急外来受診。既往歴はないものの、飲酒歴はワイン750ml/日と大酒家であった。採血上はHb7.3と貧血を認め、vital上は脈拍76、血圧87/57とshockを呈していた。【検査結果】緊急上部消化管内視鏡では胃内に多量の黒色残渣は認め、胃体上部大彎に粘膜下腫瘍様の圧排像を認めたが明らかな出血点は同定できなかった。腹部CT検査では胃の背側に強い造影効果を伴う50mm大の嚢胞性腫瘍を認めた。以上の所見から巨大動脈瘤の胃穿孔、これによる消化管出血の診断で緊急手術となる。【治療経過】開腹時、遊離腹腔に出血は認めないものの、胃は凝血塊で著明に緊満していた。また胃背側、網膜内に50mm大の嚢胞性腫瘍が強く癒着していた。手術は脾動脈の結紮を先行させたのち、脾体尾部切除+脾摘出+胃部分切除術を施行した。術後脾液漏の合併もなく、経過良好で第11病日に退院となった。【病理所見】病理学的に脾尾部に破綻した動脈瘤を認め、嚢胞性腫瘍はこれに連続する血腫であった。背景には慢性炎症と動脈硬化像が認められた。上記より脾仮性動脈瘤胃穿孔の診断となった。

脾仮性動脈瘤, 手術

消化管出血を来した胃脂肪腫の1例

東京医科大学八王子医療センター 消化器内科
山内芳也, 福澤誠克, 黒澤貴志, 松江右武, 高橋佑輔, 辻雄一郎,
平山泰文, 奴田原大輔, 池内信人, 平良淳一, 中村洋典, 高垣信一,
片上利生, 今井康晴

症例は53歳女性。平成27年11月に自宅で吐血したため当院へ救急搬送となった。上部消化管出血と診断され同日に緊急上部消化管内視鏡検査が行われた。内視鏡所見では胃体上部後壁大彎寄りに30mm大の粘膜下腫瘍を認めた。粘膜下腫瘍の頂部には潰瘍があり、同部位からoozingを認めたため焼灼止血術が施行された。同日に行われた腹部造影CT検査では胃内部に突出する30mm大の低吸収腫瘍が認められ、脂肪成分から発生した粘膜下腫瘍が疑われた。また、腹部単純MRI検査では脂肪抑制T2で大部分信号が抑制されたことなどから脂肪腫が疑われた。第4病日に止血術後の再検目的に上部消化管内視鏡検査が行われたが、止血部位は出血しておらず、脂肪組織を疑う黄白色調の隆起が認められた。診断を確定する目的で同部位に対してポリーピング検査が行われた。病理組織所見では脂肪組織を認め、胃脂肪腫と診断された。今後、我々は同症例に対してLECS (Laparoscopy and Endoscopy Cooperative Surgery) を行う方針である。我々が医学中央雑誌で「胃脂肪腫」および「出血」をキーワードとし検索し得た限りでは1976年から2015年までに本邦では自験例を含め34例が報告されているのみである。出血例では腫瘍径は大きいものが多く、腫瘍の増大に伴う粘膜上皮の血管障害が出血の要因の一つとして考えられている。治療としてはTAE(Transcatheter Arterial Embolization)を行った1例、経過観察が行われた2例を除き内視鏡的または外科的切除術が選択されている。本症例では2008年に行われた腹部単純CT検査にて10mm大の粘膜下腫瘍が指摘されていたがその後の経過観察は行われていなかった。一般的に脂肪腫は良性疾患であり経過観察されることが多いが、時に出血を来したし得る可能性も念頭に置いて対応することが必要であると考えられた。

胃脂肪腫, 消化管出血

噴門側胃切除術後の残胃機能評価法としての患者アンケートを併用した上部消化管造影検査に関する検討

慶應義塾大学医学部 一般・消化器外科¹⁾,
同 中央放射線技術室²⁾
気賀澤悠¹⁾, 和田則仁¹⁾, 中村祐二郎²⁾, 中村理恵子¹⁾, 高橋浩浩¹⁾,
川久保博文¹⁾, 竹内裕也¹⁾, 北川雄光¹⁾

【背景】噴門側胃切除術は機能温存を目的とした縮小手術であり、残胃食道吻合、空腸間置、ダブルトラクト、近年では観音聞き吻合など再建方法は施設によって異なる。近年では患者アンケートによる術後の残胃機能に関する評価の報告など認めるが、当科では比較的施行が容易で広く普及が可能な上部消化管造影検査と患者アンケートによる残胃機能評価行っており、本研究では噴門側胃切除術後の上部消化管造影検査の結果に関し検討・報告する。【方法】2010年1月以降に噴門側胃切除術が施行され、当院の倫理委員会より承認を受けた臨床研究として上部消化管造影検査に関して同意が得られた10症例を対象とした。造影検査では残胃の大きさや形態、さらに蠕動機能の評価を行った。【結果】患者は男性5例、女性5例で平均年齢は64.3歳であった。疾患は胃癌9例、胃粘膜下腫瘍1例に対し全例で腹腔鏡補助下噴門側胃切除術、残胃食道吻合、噴門形成術が施行された。胃癌8例の郭清度はD2が2例、D1+が6例、D1が1例であった。手術から検査までの平均期間は49.4ヶ月で平均体重減少率は9.0%、平均アルブミン値は4.2mg/dl、平均ヘモグロビン値は12.7mg/dlであった。造影検査では造影剤内服後に時間経過と共に前庭部の蠕動が減弱する症例が4例認められた。形態に関しては胃癌術後の症例で残胃上部が比較的小さく噴門形成が不十分な症例では著明な食道逆流を認めた。また、胃粘膜下腫瘍の術後で残胃上部が大きく過ぎる症例では造影剤が残胃上部に貯留するため体位変換で食道逆流が容易に認められた。【考察】本検討より噴門側胃切除術では再建術後の残胃の大きさや噴門形成による残胃上部の大きさのバランスに関して再建方法の変更等の余地がある事が示唆された。更に単なる残胃機能評価だけでなく、検査時に患者が残胃機能に合わせた摂食・生活指導を受ける事で生活・食事習慣のコンプライアンス改善が可能となり、術後障害を緩和し得ると考えられた。

噴門側胃切除, 残胃機能評価

杏林大学医学部 第3内科

新井健介, 大野亜希子, 尾崎 良, 太田博崇, 落合一成, 権藤興一, 渡邊俊介, 神保陽子, 倉田 勇, 畑 英行, 土岐真朗, 林田真理, 山口康晴, 森 秀明, 久松理一, 高橋信一

症例は90歳代男性。併存疾患に脊柱管狭窄症があり他院に定期通院し、同疾患による疼痛に対してNSAIDsを定期内服していたが酸分泌抑制薬や胃粘膜保護薬は内服していなかった。2015年1月に背部痛を主訴に受診。血液学的検査でHb4.9g/dlと貧血の進行を認めたが肝胆道系酵素や炎症反応の上昇は認めなかった。貧血の原因精査目的で腹部CT検査を施行。結果、十二指腸球部の壁肥厚像・周囲の脂肪組織濃度の上昇及び胆道気腫を認め、十二指腸潰瘍および胆道への穿通が考えられた。腹腔内遊離ガス及び腹水は認めなかったことと黒色便を認めなかったことから、待機的に上部消化管内視鏡検査を施行した。内視鏡所見では十二指腸球部前壁にA1stage潰瘍を認め、潰瘍底より胆汁の流出を認めた。後日施行した内視鏡下での十二指腸造影検査では総胆管が描出され、交通が確認されたため、総胆管十二指腸瘻と診断した。経過中、胆管炎の発症はみられず、超高齢者であることから保存的加療の方針とし、エソメプラゾールの内服で経過観察とした。約10ヶ月後の2015年11月に施行した上部消化管内視鏡検査では、十二指腸潰瘍はS2stageとなり総胆管十二指腸瘻は完全に閉鎖していた。腹部超音波検査でも胆道気腫症は確認されず、胆道狭窄も確認されなかった。現在腹部症状なく経過良好である。一般に総胆管十二指腸瘻は胆道結石に合併することが多く、十二指腸潰瘍との合併例は少数である。また外科的切除による治療報告が多い中で、今回我々は瘻孔が保存的加療で自然閉鎖した1例を経験したため、若干の文献的考察を加えて報告する。

十二指腸潰瘍，総胆管十二指腸瘻

上尾中央総合病院 消化器内科

山城雄也, 和久津亜紀子, 水野敬宏, 大館幸太, 外處真道, 近藤春彦, 白井 告, 三科友二, 三科雅子, 明石雅博, 尾股 佑, 渡邊 東, 笹本貴広, 土屋昭彦, 西川 稿, 山中正己

症例は60歳男性。2015年7月、背部痛を主訴に近医を受診。腹部CTで腹腔内の腫瘍像を指摘され当院紹介受診、精査加療目的に入院となった。問史的な背部中央の鈍痛を訴えており、採血検査上WBC13000/ μ l、CRP18.4mg/dlと炎症反応の高値を認めた。腹部CT上、小腸腸間膜内に40mm大の腫瘍像を認め、周囲に脂肪識混濁を伴い、内部には線状の高吸収域を認めていた。異物周囲の肉芽などを伴った炎症性腫瘍を第一に考え、その他、腫瘍像を呈した腸間膜脂肪識炎、malignant lymphomaなどを鑑別とし、第三病日に当院外科で手術を行った。腹腔鏡下手術で開始としたが腹腔内の癒着が高度であり開腹手術となった。腹腔内には膿汁を認め、小腸腸間膜内に膿瘍が存在した。膿瘍を中心として小腸が一塊となっており、癒着を剥離し膿瘍を含む腸間膜が支配する小腸およそ80cmを切除した。検体を切り開くと、小腸腸管膜内の膿瘍内に3cm程の魚骨を認めた。機能的端々吻合で小腸再建を行い、ドレーン挿入し手術を終了とした。術後経過は良好であり、第7病日から食事摂取開始、第9病日にドレーン抜去、第12病日に退院となった。魚骨による穿通、穿孔は急激に発症して腹膜刺激症状を呈する急性炎症型と、徐々に炎症所見が出現し膿瘍、肉芽腫を形成する慢性炎症型に分かれ、本例は慢性炎症型に相当すると考えられる。また、本邦ではその食習慣から消化管異物の中では魚骨が最も多く、しばしば内視鏡的摘除の適応となる。異物が十二指腸以遠に及び内視鏡摘除が困難となった場合には慎重な経過観察を要するが、その後の病態を考える上で重要な症例であり、また腹腔内腫瘍の鑑別としても示唆に富むと考えられ、文献的考察を加えて報告する。

小腸，異物

日本大学医学部 消化器肝臓内科

中河原浩史, 渡邊幸信, 高安賢太郎, 平山みどり, 三浦隆生, 高橋利実, 山本敏樹, 小川真広, 後藤田卓志, 森山光彦

【緒言】今回我々は、小腸孤立性静脈瘤が破裂し、外科的切除が必要であった症例を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。【症例】70歳代男性。C型肝炎硬変、肝細胞癌、食道静脈瘤破裂の既往があり、肝細胞癌に対しては過去に4回の肝動脈化学塞栓療法を施行されている。今回、追加の肝動脈化学塞栓療法目的に入院したが、第2病日に多量の血便を認め、ショック状態となった。赤血球濃厚液8単位投与し、上下部消化管内視鏡を施行した。上部消化管内視鏡では明らかな出血源はなく、下部消化管内視鏡では全結腸に血液の付着はみられているものの出血源はなく、小腸からの出血と考えられた。腹部血管造影検査では明らかな異常所見は認めなかった。腹部造影CT検査では空腸に約2cm、円形の低吸収域を認め、造影動脈相では造影がみられないものの、静脈相で一部造影されていた。肝硬変に伴う門脈から連続した側副血行路は認めなかった。同病変が消化管出血の原因病変と考え、第8病日に経口の小腸内視鏡を施行したところ、トライツ靱帯から短縮して約20cmの空腸に約2cmの粘膜下腫瘍様隆起を認めた。隆起の頂部に血餅を伴った陥凹を認め、出血源と考えられたため、第10病日に開腹下小腸部分切除を行った。病理組織学的には固有筋層内の静脈が瘤状に拡張しており、小腸内腔と連続していたため、小腸孤立性静脈瘤と診断した。【考察】小腸孤立性静脈瘤は非常に稀な疾患であり、我々が検索した限りでは本邦での小腸孤立性静脈瘤の報告はない。Pub medで「solitary」、「isolet」、「varix」をキーワードにして検索すると、3件の症例報告を認めるのみであった。肝硬変症例であるため関連性は不明ではあるものの、側副血行路と連続していない小腸の孤立性静脈瘤破裂は稀であり報告した。

小腸，孤立性静脈瘤

自治医科大学さいたま医療センター

安田友佳, 長谷川美美, 菊川利奈, 辻仲真康, 宮倉安幸, 力山敏樹

症例は61歳女性、血便を主訴に近医を受診し、S状結腸癌を指摘され、精査・加療目的に当院紹介となった。大腸内視鏡検査でAV30cmに半周性の2型病変を認めた。造影CT検査では、S状結腸癌は指摘できなかったが、骨盤内に15×7cm大の内部不均一に造影される境界明瞭な腫瘍を認めた。またMRI検査では、T2で高信号となり、脈管のつながりから腸間膜由来の腫瘍が疑われた。S状結腸癌の手術の際に同時切除の方針となった。術中所見では、腫瘍は小腸腸間膜から発生しており、周囲への浸潤は認めなかったため、腫瘍摘出を行った。S状結腸癌に対しては、S状結腸切除術を行った。術後経過は良好で、術後11日目に退院となった。病理組織学的検査所見は、多様形から紡錘形の腫瘍細胞核を認め、免疫組織学的検査でCD34 (+)、BCL2 (+) であり、SFTと診断された。Solitary fibrous tumor (以下SFT) は、間葉系組織由来の稀な腫瘍であり、胸膜に発生することが多い。今回、S状結腸癌の術前検査で偶発的に発見された小腸腸間膜由来のSFTを経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

SFT，小腸腸間膜由来

41 原発性小腸腸癌後に大腸癌に準じた多剤併用化学療法が奏功した1例

日立総合病院 消化器内科¹⁾、筑波大学附属病院 日立社会連携教育研究センター²⁾、綿引隆久¹⁾、山口雄司¹⁾、越智正憲¹⁾、清宮崇博¹⁾、松井真希¹⁾、佐々木翔一¹⁾、小野公平¹⁾、大河原悠¹⁾、大河原敦¹⁾、柿木信重¹⁾、鴨志田敏郎¹⁾、平井信二¹⁾、岡 裕爾¹⁾、谷中明典²⁾

【緒言】小腸癌は消化管癌のなかでもまれな疾患である。治療の原則は外科的切除術であるが、進行・再発症例や術後補助化学療法についての標準治療は確立されていないのが現状である。今回われわれは、原発性小腸腸癌術後に1stlineとしてmFOLFOX療法、2ndlineとしてFOLFIRI療法による化学療法を施行し、奏功した症例を経験したので、文献的考察を含めて報告する。【症例】64歳、女性。2011年8月初旬頃から嘔吐、体重減少がみられ8月17日当院を受診された。腹部腫瘍を触知し、貧血もみられ腹部造影CTにて小腸に約5cm大の腫瘍および、周囲の腹腔内多発リンパ節腫大を認めた。CEA、CA19-9高値であることから小腸癌+腹腔内多発リンパ節転移が疑われた。診断とイレウス回避目的に外科で9月9日小腸部分切除+周囲リンパ節切除が施行された。病理組織から小腸癌 (poorly differentiated adenocarcinoma) pT4N1M1 (LYM) pstage4と診断された。腹腔内残存多発リンパ節転移に対して、mFOLFOX6を10月26日より導入した。8コース投与時にオキサリプラチンによるアレルギー反応がみられ、FOLFIRIにレジメンを変更した。FOLFIRIを9コース終了後、腹部造影CT検査にてCRと判断された。その後もCRを維持しFOLFIRIを計28コース施行した。化学療法施行後3年経過し、ご本人の希望もあり化学療法を一時中止とした。中止後1年3か月後の腹部CTでも再発所見はみられていない。【考察】小腸癌は外科的加療が原則であるが症状の出現が遅いことから進行例の発見が多く、手術時には44%がリンパ節転移、24%が腹膜播種を来していると考えられる。FOLFOX、FOLFIRIの小腸癌に対する報告例は非常に少ないが、本例ではFOLFOX、FOLFIRI施行後の腹部CT検査では明らかな病変の縮小を認めており、化学療法効果判定はCRであり、著増していた腫瘍マーカーも正常化した。原発性小腸癌に対しても大腸癌に準じた多剤併用化学療法が有用である可能性が示唆された。小腸癌に対する有効な化学療法が確立されていない現状では、本症例のような症例の蓄積が今後重要になると考えられる。

小腸癌, FOLFOX

42 インフリキシマブで粘膜治癒が得られたSLE合併Crohn病の1例

自治医科大学 消化器内科¹⁾、同 アレルギー膠原病²⁾、同 腎臓センター内科³⁾、加賀谷圭一¹⁾、坂本博次¹⁾、竹澤敬人¹⁾、林 芳和¹⁾、矢野智則¹⁾、砂田圭二郎¹⁾、山本博徳¹⁾、室崎貴勝²⁾、秋元 哲³⁾

【症例】22歳女性【既往歴】SLE【主訴】下痢、嘔吐、発熱【現病歴】2年前に前医でSLEと診断。プレドニゾロン(PSL)とシクロスポリン(CyA)の治療を継続し、症状の再燃は見られていなかった。約3か月前より下痢、嘔吐、発熱を認め、近医で下部消化管内視鏡を施行したところ、Crohn病が疑われた。このため精査加療目的に当科紹介され、入院となった。【入院後経過】下部消化管内視鏡では、S状結腸から下行結腸および下部回腸にびらん、浮腫、縦走潰瘍を非連続性に認めた。生検でも非乾酪性類上皮細胞肉芽腫を確認し、SLEに合併したCrohn病と診断した。すでにPSLとCyAを使用しており、感染リスクが高いこと、ループス様症候群発症の危険性を考慮してTNF α 阻害剤使用は見送り、完全経腸栄養療法とメサラジン製剤で加療した。下痢症状が軽減したことから退院となったが、退院後も腹痛が持続していた。退院から約1か月後に血便、発熱、炎症反応の遷延を認めたため再入院となった。アザチオプリン(AZA)の追加投与を開始したところ、炎症反応および症状の改善傾向を認めたことから退院となった。しかし、AZA開始から約3か月目の経肛門小腸内視鏡では依然として活動性の縦走潰瘍を認めていたため、インフリキシマブ(IFX)投与を開始した。その後自覚症状、炎症所見は改善した。IFX投与開始3ヶ月後に感染リスクを考慮してAZAは中止としたが症状再燃は認めなかった。IFX開始4か月目の経肛門小腸内視鏡ではすべての潰瘍が瘢痕化しており、IFXが非常に有用であった。この間SLEの病勢にも変化は見られなかった。【結語】SLEに合併したCrohn病に対して、TNF α 阻害剤で治療した報告は少ない。今回我々は安全にIFXを導入し粘膜治癒が得られた症例を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

Crohn病, SLE

43 薬剤アレルギーにより治療に難渋した潰瘍性大腸炎の1例

国際医療福祉大学三田病院 外科・消化器センター 消化器内科¹⁾、同 消化器外科²⁾、東京医科歯科大学 消化器内科³⁾、安斎 翔¹⁾、片岡幹統¹⁾、沖永康一¹⁾、六戸華子¹⁾、藤井 崇¹⁾、間瀬一壽¹⁾、鈴木伸治¹⁾、松井信平²⁾、田中 求²⁾、出口倫明²⁾、加藤亜裕²⁾、似鳥修弘²⁾、首村智久²⁾、吉田 昌²⁾、羽鳥 隆²⁾、池田佳史²⁾、渡辺 守³⁾

症例は22歳アメリカ人男性。既往歴なし。姉は潰瘍性大腸炎で手術歴があった。3月、アメリカで潰瘍性大腸炎と診断されブデソニドを開始された。その後、留学のため来日した。4月、自覚症状を認めないものの日本での定期診察を希望され当院を受診した。寛解維持療法としてpH非依存性徐放型メサラジンを開始したところ、その翌日には20日/日の下痢を発症したため中止した。ご本人の希望もあり、暫くはブデソニドを継続し臨床的寛解を得ていた。5月、下部消化管内視鏡を施行すると、全大腸炎型、Matts grade2だった。その後、サラゾスルファピリジンを試みたが、翌日には20日/日の下痢を発症した。この時、過去に母国でもpH依存性徐放型メサラジンに対して同様の症状を認めていたことが判明した。5-アミノサリチル酸に対するアレルギーと診断した。臨床的寛解を得ていたため、代替薬を導入することなくブデソニドの漸減を試みたが、ご本人の精神的不安が非常に強く、断固拒否していた。6月、アザチオプリン(AZA)を開始した。AZA開始14日目、心窩部痛を発症した。緊急入院とし全ての内服を休薬すると速やかに改善した。退院時よりAZAを再開した。AZA再開4日目、39.7度の発熱と心窩部痛と高アミラーゼ血症を認め、薬剤性肺炎と診断した。AZA中止翌日には速やかに改善傾向となった。その後、ブデソニドをプレドニゾロンに切り替えてステロイドを継続することで暫くは臨床的寛解を得ていたが、次第に下痢と血便を認めるようになった。9月、下部消化管内視鏡を再検するとMatts grade2であった。寛解導入及び維持療法のためにインフリキシマブ(IFX)を開始した。IFX開始2週後には臨床的寛解を得られた。IFX開始2ヶ月後、漸減していたプレドニゾロンを中止した。IFX開始6ヶ月後、粘膜治癒に至ったことを確認した。現在、IFX開始から14か月が経過したが、再燃なく外来治療を継続できている。IFXに対する副作用は認めていない。薬剤アレルギーにより治療に難渋した潰瘍性大腸炎の1例を経験したため、若干の文献的考察を加えて報告する。

潰瘍性大腸炎, アレルギー

44 特発性血小板減少性紫斑病を合併した難治性潰瘍性大腸炎の1例

国立病院機構高崎総合医療センター 椎名啓介、工藤智洋、植原大介、綿貫雄太、吉田はるか、林 絵理、宮前直美、星野 崇、長沼 篤、猿谷真也、石原 弘

症例は24歳男性。2013年8月に全大腸炎型潰瘍性大腸炎(UC)と診断され治療を開始したが、再燃寛解を繰り返していた。2014年2月に増悪したためプレドニゾロン(PSL)1mg/kg投与および、血球成分除去療法を併用したところ症状の改善傾向を認めた。しかし、3月末より血小板減少および紫斑を認めたため、精査加療目的に当院に紹介となった。精査の結果特発性血小板減少性紫斑病(ITP)の合併と診断した。治療によりUCの重症度は低下するも、血小板数の回復がみられないため、経口トロンボポエチン受容体(TPO-R)作動薬の投与を開始したところ血小板数が正常化した。Mayo内視鏡スコアが1で改善したため、PSL漸減中止を目標に7月初旬にアザチオプリン(AZA)を追加し、7月中旬にインフリキシマブ(IFX 5mg/kg)の投与を開始した。しかし2回目投与直後から症状が悪化した。急激に重症化したためIFXによる寛解導入は困難と判断してタクロリムス(Taq)を導入したが副作用のためすぐに中止。患者との十分なインフォームドコンセントのうえ、IFXを(10mg/kg)に増量して投与したが、症状は改善せず、シクロスポリン(CyA)を導入するも大量出血をきたしたため、8月下旬、緊急に大腸全摘、回腸囊肛門管吻合術を行った。なお術前の血小板数は10万以上に保たれていた。術後経過は良好で、術後から経口トロンボポエチン受容体(TPO-R)作動薬を休薬しているが現在まで血小板低下を認めない。UCにおけるITPの合併は0.5%程度と報告されている。本症例はUCが先行した後にITPを発症し、大腸全摘後にはITPも改善した。UCによる免疫学的な異常により産生された抗体がITPにおける抗体と交差反応を生じたために発症するという仮説を裏付けるのではないかと考えられた。また2011年に承認された抗TPO-R作動薬を投与することにより、血小板数を維持したまま緊急手術を行えることができた事は特筆すべきと思われる。

難治性潰瘍性大腸炎, 特発性血小板減少性紫斑病

日本大学医学部 消化器肝臓内科¹⁾、
JA 秋田厚生連由利組合総合病院 消化器内科²⁾
菊田大一郎¹⁾、後藤田卓志¹⁾、草野 央²⁾、平山みどり¹⁾、
高橋利実¹⁾、中河原浩史¹⁾、西山 竜¹⁾、今武和弘¹⁾、中島典子¹⁾、
松岡俊一¹⁾、田中直英¹⁾、森山光彦¹⁾

【考察】40代男性【主訴】下痢【現病歴】H pylori感染に対して一次除菌治療が施行された。一次除菌治療直後より下痢症状が出現し、連日7、8行の水様便を認めていた。その後も症状は持続したが、除菌後2ヶ月経過した頃より下痢症状の悪化を認め、1日20行程度の水様便となったため近医を受診となった。【臨床経過】前医にてS状結腸までの大腸内視鏡施行し、アフタ様びらんの散在を認めた。脱水所見も認められたため入院加療目的に当院紹介され入院となった。入院後、禁食及び補液にて脱水に対する加療を行い経過観察となったが、前医の検査結果にてCD toxin陽性と判明、偽膜性腸炎の診断となった。抗生剤治療も検討されたが、入院後より下痢症状改善傾向であり抗生剤内服は行わなかった。その後下痢症状消失のため第7病日退院、退院2週間後に施行された下部消化管内視鏡検査ではアフタ様びらんの消失を確認した。【考察】今回、H pylori除菌治療薬内服後に発症した偽膜性腸炎の1例を経験した。H pylori感染による慢性胃炎に対して新たに保険適応となったことから、今後除菌治療が広く行われると予想される。本例のような副作用についても十分留意しなくてはならず、示唆に富む症例であり文献的考察を含めて報告する。

H pylori, 除菌治療

東海大学医学部八王子病院 消化器外科¹⁾、同 消化器内科²⁾、
同 画像診断科³⁾
横山大樹¹⁾、宇田周司¹⁾、車本 達¹⁾、谷田部健太郎¹⁾、町田隆志¹⁾、
茅野 新¹⁾、福光 寛¹⁾、長谷川小百合¹⁾、永田順子²⁾、
清水真二²⁾、橋田和靖³⁾、嶺 貴彦³⁾、松本知博³⁾、長谷部光泉³⁾、
向井正哉¹⁾、野村栄治¹⁾、渡辺勲史²⁾、幕内博康¹⁾

大腸憩室出血は近年増加傾向にあり、上部消化管出血と異なりショックを来すほどの大量出血は稀とされている。保存的治療で自然止血する事が多い反面、再燃する危険性も高いとされる。現在多くの施設で大腸憩室出血の診断および治療へのアプローチとして腹部造影CT検査と下部消化管内視鏡検査(CS)が第一選択として施行されているが、出血源不明や止血困難例に対しては血管内治療(IVR)の有用性の報告が近年増加している。今回、われわれは内視鏡止血困難であった繰り返す上行憩室出血に対して選択的動脈塞栓術を行い、完全止血し得た一例を経験したので報告する。症例は88歳、男性。冠動脈バイパス術後で抗血小板薬を内服中。2015年8月下旬、血便を主訴に当院救急搬送となった。来院時出血源精査で施行した腹部造影CT検査で腸管内への造影剤漏出を認めなかった。CSでも全結腸に憩室が多発していたが出血源を同定出来なかった。ただし憩室出血は否定できず、緊急入院とし、抗血小板薬の休薬と禁食で経過観察を行った。入院後、下血を認めなかったため第5病日に食事を再開したところ第7病日に再度血便を認めたため、CSを再検するも盲腸・上行結腸周囲に凝血塊を認めるのみで活動性出血は認められず、更に盲腸・上行結腸の憩室を1つ1つ反転し出血源を検索したが明らかに出血点を同定出来なかった。疑わしい憩室数カ所にclip法を施行した。その後、第17病日、22病日に再度血便を認め、その度に内視鏡止血を試みたが完全止血は得られなかった。内視鏡止血は困難と判断し、4度目の下血の際は動脈塞栓術の方針とした。回結腸動脈造影では造影剤の漏出は認めなかったが、止血clip周囲の直動脈からの選択的造影で憩室内への造影剤漏出を確認したため、同血管にコイルを留置し止血術を行った。動脈塞栓術後は降下血する事なく経過し第40病日目に軽快退院となった。治療後約3ヶ月が経過するが、現在のところ下血の再燃なく、腸管壊死等の重篤な合併症も認めず、経過は良好である。内視鏡止血困難な憩室出血に対しては選択的塞栓術が選択肢の1つとなると考えられた。

憩室出血, 動脈塞栓術

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

日本大学医学部 消化器肝臓内科¹⁾、
JA 秋田厚生連由利組合総合病院 消化器内科²⁾
大内琴世¹⁾、後藤田卓志¹⁾、草野 央²⁾、増田あい¹⁾、高橋利実¹⁾、
中河原浩史¹⁾、大久保理恵¹⁾、山本敏樹¹⁾、小川真広¹⁾、松岡俊一¹⁾、
田中直英¹⁾、森山光彦¹⁾

【症例】70代女性【主訴】血便【現病歴】朝方より突然の血便を認めたため、当院救急外来を受診し、緊急入院となった。【服用歴】心房細動に対してアピキバン5mg/日を内服中。【臨床経過】入院時に行った大腸内視鏡検査では、上行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い出血の原因となる疾患は認めなかったが、その後も再出血を繰り返した。大腸内視鏡施行時に凝血塊が上行結腸に多く認められたことから、上行結腸憩室からの出血と判断し、バリウム充填術を行うこととした。バリウム充填術を行うにあたり、十分な効果を得るために今回考案した方法で行った。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てから内視鏡を抜き、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。バルーンの位置をずらすことで、憩室を直接圧迫することもできた。充填後は出血のコントロールが付き、食事摂取および抗凝固薬の内服を再開しても再出血は認めなかった。【考察】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、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。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。

大腸憩室出血, バリウム充填術

An example of a dialysis amyloidosis that showed a polypoid lesion in the ascending colon

埼玉医科大学総合医療センター 消化器・肝臓内科
可見和仁、加藤真吾、岡 政志、名越澄子、屋嘉比康治

65歳、男性主訴：腹痛、下痢現病歴：30年前から血液透析を施行、近医通院中であった。63歳時、咳嗽と下痢があり前医で精査、T-SPOT陽性で結核菌培養は陰性、下痢が継続し低ALBとなり前医入院となった。下部消化管内視鏡(CS)にて上行結腸に全周性のpolypoid病変を認めた。また上腹部痛あり、胆嚢炎と診断され当院に加療のため転院となった。経過：CTで胸腹部の貯留を認め、下部胆管に結石を疑う所見あり胆管炎と診断。上行結腸には壁肥厚あるもリンパ節の腫大は認めず。転院から2日目にERCPにてENBDを挿入した。11日目にCSを施行、上行結腸に前医と同様に病変を認めたが生検では悪性所見や肉芽腫は認めなかった。12日目に総胆管結石の碎石を施行。胆管炎は改善し食事摂取可能となった。胸部CTは肺野に異常なく、喀痰PCR陰性、前医で提出されていた結核菌培養も陰性であった。26日目腸結核を考え抗結核薬の投与を開始した。65日目経過観察のためCTを施行したところ、上行結腸の病変から背側にかけて膿瘍を疑う所見あり、後腹壁へと拡大し腸腰筋に小膿瘍が疑われた。腸腰筋膿瘍に対しては、抗菌薬投与を併用し悪化あればCTガイド下穿刺も考慮していた。75日目腹痛嘔吐あり。腸閉塞となりイレウス管挿入、81日目右半結腸切除術、回腸人工肛門造設術を施行され106日目退院となった。病理で結核は否定的、小血管壁にfibrinoid necrosisがあり腸管ペーチェットを疑った。退院から8か月後、内視鏡で人工肛門から30cmほど観察するも所見なく、直腸から下行結腸まで挿入するも異常なかった。11か月後人工肛門閉鎖術、1年4か月CSを施行するも吻合部やその他に炎症や潰瘍は認めなかった。その後、透析を続けていたが、ペーチェット病の症状は出現せず、腹部症状も安定していた。後日、長期透析例でありアミロイドーシスも考慮し手術検体の病理を免疫染色したところfibrinoid necrosisの所見と一致して、 β 2micro globulinの陽性像を確認。結語：長期透析例で、結腸にpolypoid病変を認めた場合、消化管アミロイドーシスを疑う必要がある。

消化管アミロイドーシス, 大腸

自治医科大学 消化器・一般外科

丸山博行, 堀江久永, 利府一馬, 岡田憲樹, 田原真紀子, 荻野佳彦, 森本光昭, 鯉沼広治, 佐久間康成, 細谷好則, 北山丈二, 佐田尚宏

症例は48歳, 男性。2014年6月, 肛門部痛を主訴に前医を受診。CT, MRIで直腸左側に11×7×10cmの嚢胞性病変を指摘された。骨盤内嚢胞性腫瘍の診断で9月, 腹腔鏡下骨盤内腫瘍摘出+直腸部分切除術(嚢胞壁を可及的に切除し, 嚢胞壁と直腸との高度の癒着に対し直腸壁を部分切除)が施行された。病理組織診断は, dermoid cystで悪性所見は認められなかった。10月のCTで直腸背側に嚢胞性病変を指摘された。2015年7月のCTで増大傾向があり, 腹腔内にも複数個の嚢胞性病変を認めた。PET/CTで直腸背側および腹腔内の嚢胞性病変にFDG集積を認め, dermoid cyst局所再発, 播種が疑われ9月, 当科外来を受診した。CT, MRIで仙骨前面に直径5cm大の嚢胞性病変と腹腔内に嚢胞性病変を複数認め, dermoid cystの悪性転化と考え10月, 開腹手術を行った。小腸に4箇所, 横行結腸に1箇所, 虫垂に1箇所, 直腸からS状結腸周囲に複数箇所病変を認め, 小腸部分切除+横行結腸部分切除+虫垂切除+腹会陰直腸切斷術を行った。病理組織診断は, すべての病変が高分化扁平上皮癌であった。

前仙骨部に発生する嚢胞性腫瘍はdermoid cyst, epidermoid cyst, tailgut cystなどが挙げられるが悪性腫瘍発生や悪性転化はまれであるため文献の考察を加え報告する。

dermoid cyst, 扁平上皮癌

湘南鎌倉総合病院 消化器病センター¹⁾, 同 外科²⁾,同 病理部³⁾増田作栄¹⁾, 小泉一也¹⁾, 柏木宏之²⁾, 成 志弦¹⁾, 市田親正¹⁾, 所晋之助¹⁾, 滝沢 聡¹⁾, 魚嶋晴紀¹⁾, 佐々木重希子¹⁾, 江頭秀人¹⁾, 金原 猛¹⁾, 賀古 眞¹⁾, 武田宏太郎³⁾, 手島伸一³⁾

70代女性。左背部痛と健診USにて尿管拡張を指摘され当院受診。腹部造影CTにて尿管拡張は明らかではなかったが, 脾尾部に多血性腫瘍を認め, 脾臓ならびに脾門部に存在する副脾と思われる構造物と同程度の造影効果を呈していた。腫瘍の辺縁にはわずかに低吸収域を認めたが, MRCPでは同部位に明らかな嚢胞成分を指摘できなかった。EUSでは, 脾尾部に8mmと12mm大の脾臓ならびに脾外副脾と類似する低エコー腫瘍が接する様に描出されたが, 同一病変かの鑑別は困難であった。小さい方の病変内に一部さらに低エコーに描出される部位を認めたが, 嚢胞成分ははっきりしなかった。以上より脾内副脾を第一に考えたが, 脾神経内分泌腫瘍などの鑑別が問題となった。組織学的診断目的で経胃的にEUS-FNAを施行したところ確定診断には至らなかったが, 総合的に脾内副脾を疑い経過観察とした。1年後の造影CTで全体の大さきに著変を認めなかったが, わずかに低吸収域が増大を認め, 2年後の造影CTではさらに低吸収域は増大し明瞭化していた。EUSでは, 初回に認めた小さな腫瘍側に嚢胞形成を認めていたが, 同部位はEUS-FNAを施行していない部位であった。副脾を疑い経過観察した病変であり頻発的にepidermoid cystを疑ったものの, 同様の期間で嚢胞形成を来した報告はなく, 腫瘍性病変の嚢胞変性を否定できないため腹腔鏡補助下脾体尾部切除術を施行した。肉眼所見では, 脾内に11mm大の腫瘍と, 近接する12mm大の嚢胞性病変を認めた。腫瘍部は組織学的に脾組織であり, 嚢胞性病変は内腔が重層扁平上皮で, 周囲を脾組織に裏打ちされていた。以上より脾内副脾に発生したepidermoid cystと診断した。脾内副脾から発生したepidermoid cystの報告は散見されるが, その多くが初回診断時に手術されており, 経過観察例はまれである。さらに, 本例のように嚢胞形成過程を確認し得た経過観察例はなく, その自然史を検討する上で重要であると考え報告する。

脾内副脾, 経過観察

東京都健康長寿医療センター¹⁾, 同 内視鏡科²⁾, 同 外科³⁾, 同 病理診断科⁴⁾上垣佐登子¹⁾, 藤井悠子¹⁾, 細矢やか¹⁾, 岡崎有加¹⁾, 松岡順子¹⁾, 松川美保²⁾, 中嶋研一朗¹⁾, 潮 靖子²⁾, 西村 誠²⁾, 佐々木美奈¹⁾, 齊藤未央³⁾, 金澤伸郎³⁾, 相田順子⁴⁾, 新井富生⁴⁾

今回我々は, 大腸癌の術前検査で発見され, 術前では転移性肝腫瘍か血管腫が疑われたものの, 術中の生検より肝内胆管癌と診断した症例を経験したので報告する。症例は81歳男性。H27年6月の健診で便潜血陽性を指摘され, 7月に当科紹介受診となった。自覚症状は特にみられなかった。50歳時に, 胆石症で胆嚢摘出術の既往があった。大腸内視鏡検査施行したところ, 上行結腸にひだ集中を伴った15mm大の隆起性病変あり, sm浸潤癌が疑われる腫瘍で, 生検で高分化型主体の管状腺癌であった。外科的加療の方向となり, CTで転移検索を行ったところ肝S8に漸増, 求心性のリング状増強効果を呈する約3cm大の腫瘍を認め, 血管腫が疑われるものの転移も否定できない所見であった。超音波検査では, 辺縁に低エコー帯をもつ高エコーな腫瘍で, 転移性の腫瘍が疑われた。術式に関わるため, 更にMRI, PETを追加検査し, 遅延相でも造影効果がみられ, PETでは取り込みがみられない所見から, 血管腫が考えやすい所見であった。術前診断としては血管腫を第一に考え, 9月10日に回盲部切除+術中迅速病理検査(針生検)を施行した。肝血管腫と考えられた病変は腺癌と診断された。切除後検討されたが術中エコーでS4に新出病変が疑われたために肝切除は行われなかった。その後術後の病理の結果では, 大腸癌と肝腫瘍はともにadenocarcinomaではあるものの, 組織学的形態及び免疫組織学的にも結果は異なり, 大腸癌の肝転移は否定的であった。他に原発となる病変は指摘されておらず, S8の腫瘍は肝内胆管癌と考えた。大腸癌の病期は, Stage1(pT1bN0)であった。その後, 当科でラジオ波焼灼療法での治療となり, 11月17日に造影エコー含め再評価後に治療を行った。術中に疑われたS4の病変は, エコーおよびCTではっきりしなかった。本症例は, 転移性肝腫瘍か血管腫か検査を重ねても診断が困難であった上に, その両者でもなく重複癌という結果で, 組織検査が有用であった貴重な一症例と考えられる。

肝腫瘍, 肝内胆管癌

東京大学医学部 消化器内科¹⁾, 同 肝胆脾外科²⁾和気泰次郎¹⁾, 梅舟仰凰¹⁾, 水野 卓¹⁾, 松原三郎¹⁾, 石垣和祥¹⁾, 秋山 大¹⁾, 渡邊健雄¹⁾, 高木 馨¹⁾, 内野里枝¹⁾, 高原楠真¹⁾, 木暮宏史¹⁾, 山本夏代¹⁾, 中井陽介¹⁾, 多田 稔¹⁾, 伊佐山浩通¹⁾, 小池和彦¹⁾, 阪本良弘²⁾, 國土典宏²⁾

【症例】57歳女性【主訴】上腹部痛【既往歴】なし【生活歴】喫煙・飲酒なし【現病歴】20XX年8月より腹部膨満感を自覚していた。翌年5月より2か月間で4kgの体重減少を認め, 7月に腹部膨満感が増悪したために近医受診し, CTで脾頭部に11cm大の嚢胞性病変を指摘された。翌日急激な腹痛を認め, CTで嚢胞の軽度縮小および周囲腹水を認めた。嚢胞破裂疑いにて前医緊急入院となった。腹水は滲出性で, 細胞診陰性, 腹水中Amy 295 U/l, CEA 2579 ng/ml, CA19-9 674282 U/mlであった。保存的加療により炎症軽快したため, 精査加療目的に当院転院となった。

【経過】転院時血液検査ではWBC 5500/ μ l, CRP 1.8 mg/dl, Amy 54 U/l, CEA 4.5 ng/ml, CA19-9 1564 U/ml。USでは単房性の嚢胞内にdebrisを認め, 尾側尿管の拡張を認めた。MRIでは嚢胞内に血液成分が疑われ, EUSでは嚢胞と尾側尿管の交通を認めた。脾炎のエピソードがなく仮性嚢胞は否定的で, 画像上は粘粒液性嚢胞性腫瘍(mucinous cystic neoplasm: MCN)を最も疑ったが脾頭部に存在すること及び主尿管との交通が典型的ではなかった。待期的手術の方針としていたが, 第10病日に急激な腹痛を認め, 嚢胞再破裂が疑われたため緊急手術となった。病変は脾体部に局在し, 脾中央切除術を施行。病理所見では, 嚢胞上皮下に卵巣様間質を認め, Estrogen・Progesterone Receptor陽性であり, MCNと診断した。嚢胞上皮は軽度異型相当であったが, 近傍の主尿管内に嚢胞からの進展と思われる上皮内癌を認めた。

【考察】MCNの自然破裂は稀であり, 本邦では自験例を含めて12例報告されているに過ぎない。腫瘍径が大きいもの, 妊娠中に合併するものを破裂のリスクとする報告もあるが症例数が少なく詳細は明らかでない。文献的考察を交えて報告する。

脾粘液性嚢胞性腫瘍, 破裂

頻回なる低血糖症の経過中、肝腫瘍の発見を契機に診断に至った脾solid-pseudopapillary tumor術後の再発例

聖隷佐倉市民病院 消化器内科¹⁾、同 病理診断科²⁾
住吉良太¹⁾、坂本 大¹⁾、川嶋八也¹⁾、佐藤慎一¹⁾、河上牧夫²⁾

【緒言】脾solid-pseudopapillary tumor(以下SPT)は若年女性に好発し、比較的前後の良好な腫瘍とされているが、他臓器転移や局所再発の報告例もあり外科的治療、経過観察が重要である。今回低血糖症の経過中、肝腫瘍の発見を契機に診断に至った脾SPT術後の再発例を経験したので報告する。【症例】81歳女性。当院内分泌代謝科で糖尿病に対して強化インスリン治療中。2015年1/6日夕食後に突然意識が消失したため、直ちに救急搬送。著明な低血糖を認め、ブドウ糖静注にて意識改善。以前より低血糖症が頻発、低血糖性昏睡による入院歴が数回あるため、経過観察目的に同日入院となる。1999年に腹部腫瘍のため、大病院で嚢胞腺癌(stage4a)が疑われ、脾体尾部切除と共に脾臓、胃、胆嚢を合併切除。2011年に当院CT検査で初めて肝腫瘍を指摘、手術を勧めるも拒否した経緯あり。【検査】造影CT検査では、脾頭部中心部に低吸収域があり、周囲に明らかな造影効果を認めない。肝左葉外側区域の腫瘍は、壁および内部の一部に造影を認めた。MRI(T2強調)検査では脾頭部は隔壁を伴う不均一な高信号域を呈し、肝左葉外側区域の腫瘍は内部に液体成分と共に、壁の一部に充実性部分を認めた。腫瘍生検で脾頭部腫瘍、肝腫瘍は共に胞体は弱好酸性、小血管を中心に結合性が低下した細胞の乳頭状配列を認めた。免疫組織学所見ではVimentin(2+)、 β -catenin(3+)、CD10(±)、Chromogranin A(-)、synaptophysin(1+)、Galectin-3(弱+)を示したことから、脾頭部腫瘍および肝腫瘍は共にSPTと確定、臨床的に脾SPT術後再発による肝転移と診断した。【結語】SPTの悪性度の予測は病理組織学的所見だけでは限界がある。Galectin-3は β -galactosidesに結合する蛋白で、癌細胞の増殖能や接着能、またアポトーシスの調節にも関わっていることが知られている。近年、Galectin-3の発現が少ないSPTは、転移をしやすく悪性度が高い可能性があることが報告されており、本例もGalectin-3が弱陽性であることから、転移しやすい状況にあったと考えられた。

solid-pseudopapillary tumor, 免疫組織化学

TS-単剤内服にて長期生存が得られた脾臓癌の1例

日本大学医学部 消化器肝臓内科¹⁾、
JA 秋田厚生連由里総合病院²⁾
濱名 傑¹⁾、後藤田卓志¹⁾、草野 央²⁾、田村めぐみ¹⁾、野村舟三¹⁾、
塩澤克彦¹⁾、高橋利実¹⁾、中河原浩史¹⁾、小川真広¹⁾、森山光彦¹⁾

【症例】80代女性【主訴】心窩部痛【現病歴】201■年●月頃より心窩部痛が出現し、近医での腹部CTにて脾体部に径3.5cm大の乏血性腫瘍を認めたため、当院紹介受診となった。【臨床経過】腹部CTにて腫瘍は脾動脈まで浸潤しており、手術適応外病変と診断した(cStageIVa T4N1M0)。S1単独療法(80mg/body; day1~28, 1コース42日。以下S1療法と略記)を選択したが、1コース終了後に発熱、下痢(grade2)を認めたため、S1療法(80mg/body; day1~14, 1コース28日)へ変更した。腫瘍は著明に縮小し、15コース終了後には脾内の腫瘍を同定し得なくなった。その後、長期投与による倦怠感を自覚されたため、S1療法49コース終了後に本人と相談して休薬とした。休薬後14ヶ月後の腹部CTにて脾体部に2.5cm大の腫瘍が認識された。EUS観察では同部位に3cm大の低エコー腫瘍を認め、EUS-FNAで得られた組織はadenocarcinomaであった。現在、本人の希望もありS1療法を再開している。【考察】切除不能脾癌は予後が極めて不良であるが、近年では様々な抗がん剤が導入されるようになった。GEST試験においてGEM単独療法に対するS1単独療法の非劣性が証明されてから、S1療法も標準一次化学療法の位置づけとなっている。最近では化学療法が奏功して切除可能となった症例も報告されている。今回、高齢のため切除には至らなかったが、切除不能脾癌に対しS1単独療法にて4年以上の長期生存が得られた症例を経験したので文献的考察を含めて報告する。

脾臓癌, TS-1

Bee venom 療法により好酸球性食道炎が発症したと考えられた1例

埼玉医科大学総合医療センター 消化器・肝臓内科¹⁾、
川越三井病院²⁾

大島成美¹⁾、加藤真吾¹⁾、石橋 朗¹⁾、須田健太郎¹⁾、寺井悠二¹⁾、
藤田徹郎¹⁾、荒井亮士¹⁾、細見英里子¹⁾、山口菜緒美¹⁾、高橋正朋¹⁾、
小林泰輔¹⁾、林健次郎¹⁾、青山 徹¹⁾、知念克哉¹⁾、可児和仁¹⁾、
長船靖代¹⁾、天野芙美²⁾、岡 政志¹⁾、名越澄子¹⁾、屋嘉比康治¹⁾

【目的】今回われわれは関節痛治療に対するBee venom 民間療法により好酸球性食道炎が発症したと考えられた1例を経験したので報告する。【症例】63歳、男性。主訴：胸骨後部痛・腹痛・体重減少。20XX年4月に右背骨～上腹部痛が出現し、7月には胸骨後部痛も出現し、食事摂取も困難となり体重も3か月で7kgの減少を認め受診。受診時の血液検査では、CRP 0.1mg/dLと正常ではあるが、WBC5,840/mm³(Neu 37.7%, Lym 27.9%, Eosino 28.8%, Baso 0.87%, Mono 4.75%)と好酸球の上昇を認めた。同年7月の内視鏡検査では中部食道から下部食道にかけて縦走溝、粘膜浮腫および白斑を認めた。逆流性食道炎とのことでエソメプラゾール20mg/dayの内服加療を開始、8月には症状は改善傾向を示した。生検の結果食道上皮に浸潤する好酸球を多数認め、好酸球性食道炎の診断となった(胃生検では好酸球浸潤を認めなかった)。抗原を同定するために病歴を確認したところ、3月より関節痛のため整形外科にて週2回ミツバチの毒を皮下注入していることが判明し、8月上旬まで継続していたとの病歴を聴取した。その後、エソメプラゾールの内服も中止としたが症状は消失した。8月中旬の経過観察での内視鏡でも食道病変の改善を認めた。血中IgE RISTも550 IU/mL(8月)、330 IU/mL(12月)と低下傾向で、Eosinoの比率も19.9%(8月)、2.9%(12月)と正常化した。蜂刺され・アトピー・花粉症の既往はなく、ミツバチの毒に対するIgE RAST検査は2.71 UA/mL(<0.70)(Phadia ImmunoCAP法)クラス2にて陽性を示した。今回の好酸球性食道炎の原因としてBee venomが抗原となり生じた可能性が示唆された。【結語】Bee venom 療法による好酸球性食道炎の報告はない。成人発症の好酸球性食道炎は特発性のことが多いが、今回のように病歴聴取により原因がわかる場合もあり、病歴聴取が重要であると思われる。

好酸球性食道炎, bee venom

術前化学療法が奏功し治癒切除後長期生存が得られた頸部リンパ節転移を伴った進行胃癌の1例

横浜市大附属市民総合医療センター 消化器病センター外科¹⁾、
横浜市立大学医学研究科 消化器・腫瘍外科²⁾
阿南秀征¹⁾、泉澤祐介¹⁾、高橋毅毅¹⁾、佐藤 圭¹⁾、宮本 洋¹⁾、
山口直孝¹⁾、小坂隆司²⁾、大田貢由¹⁾、秋山浩利²⁾、円谷 彰¹⁾、
國崎主税¹⁾、遠藤 格²⁾

症例は44歳男性。嚥下時違和感と背部痛を主訴に来院し、上部消化管内視鏡検査で、食道浸潤を伴う3型腫瘍を認め、生検で高分化腺癌の診断となった。腹部造影CT検査では、原発巣と領域リンパ節に加え、傍大動脈リンパ節、左鎖骨上リンパ節の腫大を認め、PET-CT検査では、同部位にFDGの集積を認めた。治療前診断は、UE, Circ, cType3, 75mm, tub1, cT4a(SE), cN3b, cM1(LYM), cP0, cStageIVの胃癌であった。術前化学療法としてS-1(120mg/body)+DOC(75mg/body)を6コース施行し、化学療法後のPET-CT検査では傍大動脈リンパ節、左鎖骨上リンパ節のFDGの集積は消失した。開腹胃全摘脾合併切除術、D3郭清を施行した。病理組織診断は、pT1a(M), ly0, v0, pN0(0/48), pPM0, pDM0, pStageIA, effect of therapy Grade2であった。術後補助化学療法として、S-1を1年間内服し、その後経過観察となった。現在、術後3年3か月経過したが無再発生存中である。今回、我々は術前補助化学療法が著効し、外科的切除後に長期生存しえた遠隔リンパ節転移を伴う胃癌の1例を経験したので報告する。

胃癌, 術前化学療法

杏林大学医学部 外科 消化器・一般

田中佑也, 竹内弘久, 近藤恵里, 橋本佳和, 長尾 玄, 阿部展次, 正木忠彦, 森 俊幸, 杉山政則

【症例】20歳、男性。16歳時の重症頭部外傷後遷延性意識障害で、他院にて胃瘻造設術（PEG）を施行され、19歳時から在宅介護へ移行していた（胃瘻はバンパー・ボタン型カテーテルへ変更）。今回、前医にて内視鏡観察下で胃瘻カテーテル交換が試みられたが、バンパー部半周が胃内で肉芽に覆われることによって固定されていたため抜去困難（不完全型バンパー埋没症候群）であった。前医では、体外部分のカテーテルを切断し、胃内にバンパー部を残存させ、別のバルーン型カテーテルを胃瘻部に挿入し、バンパー部は後日改めての回収が予定されたが、ご家族の希望で当科紹介となった。紹介時の上部内視鏡検査（前医処置から4日後）では、胃瘻カテーテルのバンパー部はすでに脱落・遊離しており、胃内前庭部に存在していた。バンパー部の尖っている先端を鉗子で把持し、カテーテルを直線状にすることで回収を試みたが、胃食道接合部の通過は困難であった。そこで、スコープ先端に内視鏡装着用カフ（内径9×40mm）を装着し、バルーンを膨らませた状態で同様の内視鏡的回収を行うと、食道損傷なく胃食道接合部を通過し、回収できた。【結語】残存胃瘻カテーテルは時として重篤な合併症（腸閉塞や消化管穿孔）を惹起するため、可能な限り早期の内視鏡的回収が望ましい。しかし、内視鏡的回収は技術的あるいは患者側因子により、時として困難を伴う。我々が行った内視鏡装着用カフを用いた回収法は、食道胃接合部や食道を損傷する可能性が少なく、安全性が高い方法として供覧に値すると思えたので報告する。

胃瘻カテーテル、内視鏡的回収

相模原協同病院 消化器病センター内科¹⁾, 同 放射線科²⁾
唐澤由香¹⁾, 村田 東¹⁾, 和田尚久¹⁾, 三島孝仁¹⁾, 吉澤奈津子¹⁾, 迎 美幸¹⁾, 石黒康浩¹⁾, 中目哲平¹⁾, 荒木正雄¹⁾, 岡本英明²⁾

【症例】37歳女性【既往歴】慢性副鼻腔炎、妊娠糖尿病【現病歴および経過】201X年X月人間ドックでの腹部エコーで脾頭部に嚢胞性性病変が疑われ、精査のため当院紹介受診された。特に自覚症状はなかった。腹部造影CT行ったところ、動脈瘤もしくは内分泌瘤などの多血性腫瘍が疑われ、両者鑑別のためdynamicCT、CTAngio、MRAを施行し、脾頭部腹側に存在する径17X17mmの胃十二指腸動脈瘤と診断された。脾頭十二指腸切除を含めた外科的治療、もしくはカテーテルによる塞栓術が検討されたが、ご本人と相談の結果、低侵襲なカテーテル治療を選択され、後日入院にて胃十二指腸動脈瘤に対し経カテーテル的コイル塞栓術を施行した。腹腔動脈造影にて胃十二指腸動脈に径20mmの動脈瘤が認められ、腹腔動脈よりカテーテルを進め治療開始し、動脈瘤遠位側、動脈瘤そのもの、動脈瘤近位側の順にコイル塞栓を行い、動脈瘤内への血流の消失を確認し終了とした。コイル塞栓術施行後、ごく軽度の腹部違和感、血液検査で軽度炎症反応上昇、トランスアミンアーゼ上昇認めたが、すぐに改善傾向となり、入院7日目に退院された。その後、通院にて経過観察したが腹部違和感など自覚症状はみられることなくまたコイル塞栓術から約1か月後の腹部造影CTで明らかなコイル逸脱は認められず、経過は良好と考えられた。胃十二指腸動脈瘤は腹部内臓動脈瘤でも非常に稀な疾患で、破裂した場合、致命的になることも多く、発見された場合でできるかぎり早期治療が望まれる。今回、稀な胃十二指腸動脈瘤の未破裂例にコイル塞栓術を行った症例を経験したため、若干の文献的考察を加え報告する。

胃十二指腸動脈瘤、コイル塞栓術

自警会 東京警察病院

吉原糸美, 内田麻美, 徳山信行, 八木岡浩, 芹澤多佳子, 須山由紀, 小椋啓司

【症例】72歳男性【主訴】腹痛、嘔吐【喫煙歴】30本/日 20歳～【現病歴】半年前から咳嗽が続いており2ヶ月前の健診で肺野異常陰影を指摘されたが放置していた。半年間で5kgの体重減少も認めていた。腹痛・嘔吐を主訴に当院救急外来受診された。CTにて十二指腸狭窄と左肺腫瘍、縦隔・肺門リンパ節腫脹、左肺胸水貯留を認め、悪性腫瘍の可能性も考えられ精査加療目的に入院となった。【入院後経過】入院後施行した左胸腔穿刺による胸水細胞診にてclassVを認め、癌性胸膜炎の診断はされたものの明らかな原発巣は特定できなかった。喀痰細胞診、胸膜生検も施行したが確定診断は得られなかった。十二指腸狭窄部の生検でも診断つかないため、EUS-FNAを行った。同日、十二指腸狭窄に対して十二指腸ステント留置、閉塞性黄疸に対して経皮的胆管ドレナージを行った。十二指腸狭窄部に対するFNAの結果、TTF-1陽性腺癌の診断であり、原発巣は肺腺癌と診断した。呼吸器科に転科のうえ治療方針を検討したが、全身状態の悪化が著しく、抗腫瘍療法は行えず、入院29日後に永眠された。【考察】肺癌の小腸転移は割合で数%認めることがあるが、生前に診断されることはまれである。本症例は初診時より画像上は十二指腸と肺に病変を認めたものの、病理診断および原発臓器診断に難渋した。EUS-FNAにより腫瘍組織が採取でき、組織診断に至った。残念ながら病状の進行が早く、効果的な治療は行えなかったが、FNAはこうした転移性腫瘍の診断にも有用であった。消化管転移を認めた段階で病期は進んでおり、治療困難なことも多いが、今後治療の選択肢が広がる中で、比較的低侵襲に診断を確定する方法としてFNAは有用であると考えた。今回、EUS-FNAにより組織診断に至った肺腺癌の十二指腸転移の症例を経験したため報告する。

EUS-FNA、十二指腸転移

順天堂大学医学部浦安病院

中村 聡, 竹村勇治, 大川博基, 中津洋一, 西慎二郎, 深見久美子, 野元勇佑, 川上智寛, 鈴木真由, 萩原伸博, 須山正幸, 北沢尚子, 岩本志穂, 北村庸雄, 須山正文

【症例】54歳女性【既往】2型糖尿病（40歳-）バセドウ病（53歳-）【現病歴】2015年 3月 腹痛、嘔気、食欲不振で入院し、SMA血栓症の診断で、ワルファリンカリウムを導入されたが、腸管精査は行われていなかった。退院後、左側腹部痛、食後2-3時間での嘔吐の反復、1-2か月で3-4kgの体重減少を主訴に、同年9月に当科外来を受診された。腹部CTを撮像したところ小腸に狭窄を疑う領域を認め、精査加療施行目的に入院とした。【入院後経過】経口シングルバルーン小腸内視鏡で、白苔を伴った境界明瞭な全周性の潰瘍性病変を空腸に認めた。狭窄が強くスコープの通過は困難で、造影検査では狭窄長が8cm程度であり、内視鏡的な狭窄解除は困難と判断した。原因検索のために、膠原病など各種抗体検査や感染症検索を行ったが、明らかな原因を同定できず、SMA血栓症に伴う虚血性腸炎と判断し、第23病日に外科手術を施行し、手術標本上も虚血に伴う狭窄として矛盾しなかった。術後の経過は良好であり、イレウス症状の再燃もなく退院とした。小腸潰瘍形成の原因疾患について文献的考察を加え、症例を報告する。

SMA血栓症、潰瘍

東海大学医学部 消化器外科

間室奈々, 古川大輔, 中郡聡夫, 小澤澤治, 貞廣莊太郎, 安田聖栄

【背景】絞扼性イレウスの診断・治療において重要なことは腸管壊死の有無である。当科でもイレウスに対しても腹腔鏡下手術が導入し、腸管壊死のない場合には可能であれば腹腔鏡のみで手術を完遂させている。腸管壊死を伴う場合は絞扼解除に先立ち腸間膜処理を先行させる必要があり開腹手術を原則としている。【目的】術前に腸管壊死の有無を推測するのに有用な臨床検査所見を明らかにする。【対象】2005年～2011年に術前に絞扼性イレウスと診断され手術を施行した症例のうち、術前に血液ガスが採取されていた29例。【方法】術中所見で壊死と診断された症例を壊死群、絞扼解除のみ腸管の色調が改善したものを非壊死群として、血液生化学所見（WBC、CRP、CK、LDH）、血液ガス所見（pH、PaCO₂、HCO₃⁻、BE）との関係を検討した。CRP以外の各因子のcut off値は正常上限値もしくは下限値を用いた。CRPは3.0mg/dlをcut off値とした。【結果】非壊死群8例、腸管壊死群21例であった。非壊死群、壊死群で異常値を示した症例はWBCで25%：90.4%、LDHは16.6%：84.2%、PaCO₂は42.8%：95.4%、HCO₃⁻は、BEは0%：54.5%、BEは0%：47.6%と壊死群で異常値を呈した症例が有意に多かった。CRP（12.5%：21.0%）、CK（14.2%：19.0%）、pH（0%：10%）は両群間で差はなかった。すべての因子で陽性的中率は80%以上であったが、陰性的中率が高い因子はWBC（66.6%）、PaCO₂（80%）であった。【結語】腸管壊死を示唆するLDH、CK、HCO₃⁻、BEが異常値であった場合は高率に腸管壊死を伴っていたが、正常値であっても腸管壊死を否定するものではなかった。腸管壊死の有無を推測するのはWBC、PaCO₂が有用であった。

絞扼性イレウス, 腸管壊死

北里大学北里研究所病院 消化器内科

前ゆうき, 梅田智子, 豊永貴彦, 齊藤詠子, 小林 拓, 中野 雅, 樋口 肇, 常松 令, 芹澤 宏, 渡辺憲明, 土本寛二

【症例】症例は57歳男性。3日前に義歯を外し餅を摂取したあとから上腹部違和感を自覚。入院前夜、上腹部痛となり嘔気・嘔吐も認めためたため当院消化器内科を受診した。腹部レントゲンにて小腸neveau像を認め、イレウスの診断で精査加療目的に入院した。腹部造影CTにて回腸内に空気成分を含むhigh density lesion (small bowel feces sign) を認め閉塞部位と考えられた。開腹手術の既往なく、病歴及びCT所見から餅による食餌性イレウスと診断した。経鼻胃管挿入の上、禁食と補液、抗生剤および消化酵素複合剤の内服で保存的に治療を開始した。その後、腹部症状は徐々に改善し小腸ガスも消失、第6病日に再度腹部CT検査を施行した。回腸の高吸収域の消失を確認し、食事を開始したがその後も再増悪なく第9病日に退院した。【考察】医学中央誌で2005年～2015年の過去10年間のうち食餌性イレウスは281例報告があった。全イレウスの中で食餌性イレウスの占める割合は0.3%～3.0%と比較的稀な疾患である。原因となる食餌は本症例の餅の他、昆布などの海藻類、柿・梅干しなどの植物性種子、こんにゃく、シタケなどの報告例がある。胃切除や腸切除などによる消化酵素分泌能の低下による食餌の消化不良、早食いや丸飲み、歯牙欠損や本症例のような義歯不使用による咀嚼能低下がイレウスの誘因となる。食餌性イレウスは原因の特定に難渋することが多く、また食餌の種類によっては保存的治療が無効なことも稀ではない。本症例は詳細な病歴聴取と画像診断で餅による食餌性イレウスと診断し保存的に治療し得たという点で示唆に富む症例であり、若干の文献的考察を加えて報告する。

イレウス, 食餌

JCHO 東京高輪病院

上田晃史, 沖永裕子, 谷本芽弘理, 蜂谷裕之, 池田真美, 小山広人

【はじめに】孤立性上腸間膜動脈（SMA）解離は比較的稀な疾患で、症状が多彩であることから診断困難な症例が多い。また、報告例が少なく治療方針につき明確なコンセンサスが確立されていないことから、診断後の治療についても苦慮することが多い。今回、我々は直近2年間に3例を経験したので報告する。【症例1】48歳男性、既往歴に高血圧症あり。突然の下腹部痛を自覚し、当院受診。造影CT検査で孤立性SMA解離を認め緊急入院とした。腸管血流が保たれていたため保存加療の方針とし、安静絶食の上、血圧管理及び抗凝固療法を行った。腹部症状は速やかに改善し解離の進行認めず、入院9日目で退院。【症例2】57歳男性、既往歴に高血圧症、虫垂炎あり。突然の上腹部痛を自覚し、当院受診。造影CT検査で、孤立性SMA解離を認め緊急入院とした。腸管血流が保たれていたため保存加療の方針とし、安静絶食の上、血圧管理及び抗凝固療法を行った。腹部症状は速やかに改善し解離の進行認めず、入院10日目で退院。【症例3】55歳男性。既往歴に高血圧症、痛風あり。突然の冷汗および上腹部痛を自覚し、当院受診。造影CT検査で、孤立性SMA解離を認め緊急入院とした。腸管血流が保たれていたため保存加療の方針とし、安静絶食の上、血圧管理及び抗凝固療法を行った。経過中、急性細菌性胆管炎に伴う敗血症を併発し抗生剤治療を要したが、SMA解離の進行はなく保存加療で治療し得た。第31病日に軽快退院。その後3例とも、血圧管理のため当院循環器内科で外来通院中だが、再発は認めていない。【考察】今回当院で経験した3例は、いずれも男性で、既往歴にコントロール不良の高血圧症があり、突然の腹痛で発症するという共通点を有していた。また手術を要した症例はなく全例が保存加療により軽快した。当院で経験した3例をもとに、孤立性SMA解離の診断・治療につき若干の文献的な考察を加え報告する。

孤立性上腸間膜動脈解離, 保存加療

東京歯科大学市川総合病院 消化器内科¹⁾, 同 内科²⁾, 同 外科³⁾大友有紀子¹⁾, 木村佳代子¹⁾, 財部紗基子¹⁾, 荒畑恭子¹⁾, 伊藤麻子¹⁾, 貝田将郷¹⁾, 岸川 浩¹⁾, 島本雅紀²⁾, 瀬田範行²⁾, 竹村裕介³⁾, 松井淳一³⁾, 西田次郎¹⁾

【症例】40歳代、女性【主訴】下血【現病歴】5年前より全身性エリテマトーデス（SLE）にて当院通院中であった。2年前にループス腎炎によるネフローゼ症候群を併発しパルス療法で改善。以後、各種免疫抑制剤による外来治療を行っていた。約1ヶ月前にSLEが増悪し、PSLを45mgまで増量し退院した。外来でPSL漸減したが、その10日後、下血、貧血進行を認めたため当科入院となった。【既往歴】20歳代 尋常性乾癬、40歳代 白内障、2年前ループス腎炎によるネフローゼ症候群、5ヶ月前ニューモシスチス肺炎【家族歴】特記なし【入院後経過】禁食管理とし、第4病日に下部消化管内視鏡検査を施行。回腸末端は正常であったが、回盲弁に浅い帯状の潰瘍を認め、出血源と考えられ、便培養、潰瘍部の生検のほかサイトメガロウイルスアンチゲネミア（CMV Ag）を提出した。さらに汎血球減少も認めていたためAZA、MTXを中止とし、第8病日に一旦退院とした。経過中視力低下があったため眼底検査施行したところ、左ウイルス性ぶどう膜炎が指摘された。後日CMV Ag強陽性と、内視鏡生検で核内封入体が認められたことから、網膜炎、腸炎を呈したCMV感染と判断し第11病日に再入院とした。PSL漸減と、ガンシクロビル（GCV）による抗ウイルス治療を開始したが、第17病日に腸管穿孔を来し、緊急手術となった。回腸にCMV腸炎によるビンホール大の穿孔と深掘れの多発潰瘍を認め、回腸部分切除術を施行した。術後経過は良好で、抗ウイルス治療を継続したところCMV Agは陰性化し第39病日にGCVの投与を中止し得たが、その後、再度陽転化し第45病日にGCV再開、第50病日にバルガンシクロビル内服へ移行のうえ第51病日に退院した。【考察】CMV腸炎は化学療法、ステロイド投与などの免疫不全患者などにおいて発症する日和見感染の一つで、本症例はCMV腸炎と確定診断され腸管穿孔を呈したまれな1例である。回盲弁に認められる潰瘍は感染性腸炎に非特異的に出現するが、免疫不全患者の場合にはCMV腸炎も念頭におき、穿孔などの重篤な合併症が生じる可能性も考慮すべきと考えた。

サイトメガロウイルス, 腸管穿孔

日本大学医学部 消化器肝臓内科
花島美緒, 西山 竜, 林 香里, 菊田 大, 内 琴世, 増田 あい,
宮田 隆, 中川 太一, 高橋 利美, 中河 原浩史, 大久 保理恵,
中島 典子, 小川 眞広, 後藤 田卓志, 森山 光彦

症例は20歳男性。入院1ヶ月前から血便が出現し、前医にて大腸内視鏡施行したところ、右側結腸に顆粒状粘膜、左側結腸に縦走潰瘍を認めた。Crohn病も考慮されたが、潰瘍性大腸炎の診断でpH依存型メサラジン放出調節製剤が開始され、当院紹介受診し、入院となった。絶食とし、症状改善傾向であったが、第11病日に食事再開後から発熱が持続した。第15病日にPSL投与開始、第19病日に顆粒球除去療法を導入したが発熱、腹部症状の増悪を認めた。第20病日にCT施行したところ右水腎症、尿管拡張、遠位回腸に浮腫状変化、右側結腸拡張、左側結腸の狭窄を認めた。回腸の炎症が右尿管に波及したと考え、第21病日にpH依存型メサラジン放出調節製剤から時間依存型メサラジン放出調節製剤に変更し、第22病日にインフリキシマブを導入した。その後、症状は改善傾向で腸管の所見も改善を認め、水腎も軽快した。水腎症はCrohn病の1~3.6%に合併するとされ、多くは本症例と同じく男性で、水腎は右側であり、Crohn病の病勢改善とともに水腎症も改善することが多いとされる。

Crohn病, 水腎症

草加市立病院
大山 文子, 青沼 映美, 鈴木 快, 鎌田 和明, 山本 満千, 吉田 玲子,
矢内 常人

【症例】37歳 男性【現病歴】5日前から持続する右下腹部痛を主訴に当科を受診した。発熱はなく、腹部所見では右下腹部に限局的軽度の圧痛を認めた。血液検査では炎症所見はなく、腹部造影CT検査では、虫垂の軽度腫大を認めたが周囲の炎症の波及や腹水はなかった。経過や臨床所見より初期の虫垂炎が否定できなかったため、抗菌薬の内服で経過観察した。診察後6日目頃より、患者本人が右下腹部の疼痛部位に一致して縦状に細長い索状物を触知することに気づいた。抗菌薬の投与を継続して経過観察していたが、右下腹部痛は改善せず持続していた。再診すると、右下腹部の皮下直下に全長20cm程度の細長い索状物が触れ、可動性はなく圧痛を認めた。精査目的に体表エコーを施行したところ、皮下脂肪内に直径約2mm大で、周囲に若干の低吸収領域のある脈管構造が描出された。カラードップラーで有意な血流信号は認めなかった。疼痛部位に一致しており腹痛の原因と考えた。以上の経過から右下腹部に発症したMondor病と診断した。鎮痛薬の内服で経過観察し索状物の消退を認め軽快した。【考察】Mondor病は乳房およびその周囲の前胸壁に多く認められる浅在性の血栓性静脈炎であり、その報告は圧倒的に女性に多い。しかし腹部にも発症する事は稀にあり、本症例のように発症する部位によっては様々な腹部疾患との鑑別を要する場合もあり注意が必要である。本疾患は一般的に、1~2か月の経過観察と対症療法で改善するといわれているが、確定診断には臨床経過が重要であり初診で診断できる事は難しい。今回、右下腹部痛で発症し虫垂炎との鑑別を要したMondor病の一例を経験したので、若干の考察を加え提示する。

Mondor病, 虫垂炎

自治医科大学付属さいたま医療センター

中村 宜由, 川村 晴水, 松本 吏弘, 賀嶋 ひとみ, 小糸 雄大, 石井 剛弘,
田村 洋行, 大竹 はるか, 土原 健志, 新藤 雄司, 西川 剛志, 浦吉 俊輔,
大滝 雄造, 山中 健一, 牛丸 信也, 浅野 岳晴, 岩城 孝明, 鷲原 規喜,
浅部 伸一, 宮谷 博幸, 眞嶋 浩聡

【目的】難治性潰瘍性大腸炎（UC）に対する寛解導入療法としてタクロリムス（TAC）の有効性が認められ、使用症例も増加し、高齢患者に対しての使用も経験するようになった。今回我々はTAC治療を行った高齢UC患者について検討した。【方法】2009年8月から2014年12月までに当科で難治性UCに対してTACによる寛解導入療法を行った25例のうち65歳以上の5例（男性3例、女性2例、発症時中央値年齢75歳）を対象とした。TAC導入後14日における臨床経過とTAC導入前後における内視鏡スコアを評価した。【成績】TAC導入時中央値年齢は75歳、罹病期間の中央値は3か月、病型は全大腸炎型4例、左側結腸炎型1例であった。導入時の併用薬はメサラジン5例（100%）、免疫調整剤1例（25%）であった。通常投与（0.025mg/kg）での導入は2例、急速飽和（0.05mg/kg）による導入は3例であった。CAI（Lichtiger score）はTAC導入前10.6、導入後14日は7.6であり、UCEISはそれぞれ7.3、4.5であった。しかし3例が手術となり、うち1例は術後感染により死亡した。有害事象に関しては、サイトメガロウイルス感染が1例、腎障害が1例にみられた。4例において、TAC導入後1週間の血中濃度が15ng/mL以上と目標値より高値となった。【結論】高齢の難治性UCに対するTAC投与は血中濃度が高値となりやすい可能性があり、より細かな用量設定を心がける必要がある。また、感染症の合併に特に注意を要し、十分な感染対策を講じる必要があると考える。

潰瘍性大腸炎, タクロリムス

防衛医科大学校病院 内科学²⁾, 同 光学医療診療部³⁾
池山 桂樹¹⁾, 溝口 明範¹⁾, 東山 正明¹⁾, 田原 寛之¹⁾, 寺田 尚人¹⁾,
西井 慎¹⁾, 杉原 奈央¹⁾, 塙 芳典¹⁾, 和田 晃典¹⁾, 好川 謙一¹⁾,
古橋 廣崇¹⁾, 高城 健¹⁾, 丸田 紘史¹⁾, 安武 優一¹⁾, 渡辺 知佳子¹⁾,
高本 俊介²⁾, 富田 謙吾¹⁾, 永尾 重昭²⁾, 三浦 総一郎¹⁾, 穂苅 量太¹⁾

症例は64歳男性。2014年11月頃から1日15行程度の下痢を認め、近医で内服加療を受けていた。症状改善せず、精査目的で2015年2月に当院紹介され、外来で精査を進めていたところ、同年3月にalb 2.0g/dlと低下を認めたため入院した。大腸内視鏡検査では全結腸に浮腫状変化を認めたものの、生検では炎症所見のみであった。またa-1-アンチトリプシン(以下a-1-AT)クリアランス(正常値27ml/日以下)は34ml/日と軽度上昇しており、蛋白漏出を認めたが、蛋白漏出シンチグラフィでは漏出部位が特定できるほどの異常集積は認めなかった。入院後より絶食およびサラズスルファピリジンを開始し、徐々に食上げを行ったところ、原因ははっきりしなかったものの下痢は改善傾向となった。第15病日にはalb 2.5g/dlとやや改善し、全身状態良好であり退院した。その後外来で経過観察していたところ、2015年7月頃より下痢が再燃し、次第に脱力感が強くなり当院へ救急搬送され、脱水およびalb 1.9g/dlと低下を認め緊急入院となった。a-1-ATクリアランスは99ml/日と上昇を認め、蛋白漏出が持続していた。MR enterocolonographyでは拡散強調画像で下行結腸から直腸まで高信号を認め、何らかの炎症があると考えられた。大腸内視鏡検査では、盲腸から横行結腸にかけて類円型の褐色扁平隆起が散在しており、生検では上皮基底膜部分の線維性肥厚を認め、collagenous colitisと診断された。内服歴を確認したところ、2014年8月に近医で冠動脈ステント留置術が行われ、以降ランソプラゾールが処方されていた。Proton pump inhibitor (以下PPI)であるランソプラゾールによるcollagenous colitisと考え、同剤を中止したところ、下痢症状は1日5行程度の有形便に改善し、第42病日に退院した。以降外来で経過観察し、2015年11月にはalb 3.8g/dlまで改善し、下痢は認めていない。PPIによるcollagenous colitisは下痢症の原因として有名であるが、蛋白漏出を伴い、著明な低アルブミン血症に至った報告は少ないので、若干の文献的考察を加えて報告する。

collagenous colitis, 蛋白漏出

東海大学医学部八王子病院 消化器内科¹⁾, 同 救急センター²⁾, 同 消化器外科³⁾, 同 病理診断科⁴⁾, 夏山雄揮¹⁾, 市川仁志¹⁾, 水上 創¹⁾, 伊藤裕幸¹⁾, 永田順子¹⁾, 小嶋清一郎¹⁾, 高清水真二²⁾, 白井孝之¹⁾, 日土滋雄²⁾, 宇田周司³⁾, 長谷川小百合³⁾, 向井正哉³⁾, 野村栄治³⁾, 幕内博康³⁾, 田尻琢磨⁴⁾, 渡辺勲史¹⁾

赤痢アメーバ症は従来、輸入感染症あるいは男性同性愛者の性感染症と考えられてきたが、現在は異性間性の接触による感染が増加している。国立感染症研究所の調査によると、赤痢アメーバ症の年間報告数は2000年に378例で、それ以降増加傾向で2013年には1,000例を超え1,047例であった。また、赤痢アメーバ症は検診など無症状で発見されたとの報告も散見されるが、その多くが下痢、粘血便、しぶりばらるを契機に診断されている。今回、典型的な赤痢症状の訴えはなく、右下腹部痛あるいは腹部膨満感を主訴に赤痢アメーバ症と診断された2例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。症例1は35歳、女性。約1ヶ月前からの腹部膨満感を主訴に受診した。腹部CTでは腹腔内左側、胃の大弯レベルから腸骨稜レベルまで長径27cm大の隔壁構造を伴う腫瘤を認めた。下部消化管内視鏡では盲腸に不整形で浅い潰瘍が多発し、生検からアメーバ性大腸炎と診断した。メトロニダゾールを10日間投与し、盲腸の病変は軽微化するが腹腔内の腫瘤はサイズの変化なく、大網由来の腫瘍を鑑別し、腫瘤を摘出した。腫瘤の重量は2,800gで腫瘤内にアメーバの栄養体が検出され、アメーバ感染による囊胞性病変と診断した。術後9日目に合併症なく退院となった。症例2は47歳、男性。前日からの右下腹部痛を主訴に受診した。白血球12,800/ μ l、CRP1.4mg/dlと軽度炎症を認め、腹部CTでは虫垂径が最大15mmと腫脹していた。糞石は認めなかった。急性虫垂炎で緊急手術した。術後5日目に虫垂切除組織におけるHE染色およびPAS染色でアメーバの栄養型が検出され、アメーバ性虫垂炎と判明した。その後の糞便検査ではアメーバ虫体は検出されず、メトロニダゾールは投与せず退院となった。提示した2例とも海外渡航歴はなく、国内感染と考えられるが、感染経路は不明であった。赤痢症状を訴えない赤痢アメーバ症の存在も知っておく必要があると思われる。

赤痢アメーバ症、赤痢症状

東京医科歯科大学 消化器内科
篠原 元, 小橋健一郎, 柿沼 晴, 東 正新, 村川美也子,
北畑富貴子, 水谷知裕, 櫻井 幸, 新田沙由梨, 井津井康浩,
大島 茂, 中川美奈, 永石宇司, 大岡真也, 土屋輝一郎, 岡本隆一,
荒木昭博, 中村哲也, 朝比奈靖浩, 渡辺 守

【症例】70歳代女性。【現病歴】1991年にC型慢性肝炎と診断され、1994年よりInterferon (IFN) monotherapyを開始されたがSVRは得られなかった。1998年に四肢末端の痺れ、知覚障害を認め、HCVによる続発性クリオグロブリン血症と診断された。続発性クリオグロブリン血症の症状コントロールのために種々のIFN based therapyを持続的に施行されたが、副作用により2010年にIFN based therapyは中止した。2015年3月に続発性クリオグロブリン血症による腎障害の増悪に伴う心不全を発症し当科入院となった。【入院後経過】入院時、BUN40 mg/dl, Cre1.34 mg/dl, 尿蛋白893mg/day, Alb2.3g/dlと腎機能障害及び蛋白尿に伴う低Alb血症により著明な全身浮腫と胸腹水貯留を認めたため、まずは体液コントロールとクリオグロブリン除去による蛋白尿改善を目的に血漿交換および血液透析を開始した。その後、全身浮腫の改善・胸腹水減少を認め、第38病日にはCre0.88 mg/dl, 尿蛋白284mg/dayと腎機能改善を認めた。原疾患であるC型慢性肝炎治療目的にDaclatasvir/Asunaprevir (DCV/ASV)併用療法を検討した。薬剤耐性変異はNS3、NS5Aともに野生型であり、二重濾過血漿交換を併用のもと、第42病日よりDCV/ASV内服を開始した。DCV/ASV開始2週間後にHCV-RNAは陰転化し、第64病日に二重濾過血漿交換を中止したが腎機能悪化、尿蛋白増加はなく退院となった。なお、退院時のクリオグロブリン半定量値は5%と低値で、その後も上昇を認めず、DCV/ASV投与完速後もHCV-RNAも陰性を維持している。【考察】IFN治療に抵抗性であったC型慢性肝炎、続発性クリオグロブリン血症に対しDAA療法を行うことで、病勢コントロールが可能となった一例を経験したため、文献的考察を加えて報告する。

Direct-Acting Antivirals, 続発性クリオグロブリン血症

日本大学医学部 消化器肝臓内科
黒沢雄介, 松岡俊一, 金子真大, 館脇李絵, 宮澤祥一, 永井晋太郎,
松本直樹, 荒川泰雄, 中村仁美, 楡井和重, 後藤田卓志,
森山光彦

【緒言】水痘帯状疱疹ウイルスの再感染は稀である。しかし、近年になり細胞性免疫の低下例のみでなく、健康成人にも再感染することが知られてきた。成人水痘は小児と比較し、より重篤化しやすいとされ抗ウイルス治療の適応である。今回我々は小児期に水痘に罹歴のある成人に発生し診断に苦慮した、水痘再感染による急性肝炎の一例を経験したので若干の文献的考察を加えて報告する。【症例】39歳、男性。【既往歴】アトピー性皮膚炎。15歳時に悪性リンパ腫に対して化学療法を施行し、寛解無再発。【現病歴】平成27年5月、心窩部痛が出現した。改善ないため第4病日に近医を受診し採血、腹部超音波が施行されたが特に異常所見を認めなかった。その後も症状が持続する為、第5病日に当科紹介初診した。AST 100 U/Lと肝酵素の上昇を認めた為、精査目的に同日入院加療した。第7病日に38℃台の発熱及びAST 698 U/L、ALT 359 U/Lと肝障害の悪化を認め、さらに末梢血液像に異型リンパ球が出現した。入院時には認めなかった小紅斑および小水疱が出現し、そう痒を伴った。第9病日には全身に散在性に広がり、水疱はびらんを形成した。既往に水痘、アトピー性皮膚炎があることよりカポジ水痘様発疹を想定し、バラシクロビル1000mg/日の内服を開始した。しかし、HSV IgMは0.21 (基準値0.8未満)と陰性であった。VZV IgMは2.53 (基準値0.8未満)であり、さらにVZV IgG 3390 (基準値2未満)が高値であった為、水痘再感染と診断した。バラシクロビルにより臨床症状は改善傾向であり、内服を継続し軽快した。【考察】再感染成人水痘の一例を経験した。本症例は悪性リンパ腫寛解例である事も再感染のリスクを高めた事が予測される。成人発症の水痘は重症化しやすく、水痘の既往がある症例においても皮疹の経過を注意深く観察し診断する必要があると考えられた。

水痘帯状疱疹ウイルス, 再感染

佐野厚生総合病院 初期臨床研修医¹⁾, 同 消化器内科²⁾
山田 剛¹⁾, 岡村幸重²⁾, 青木 優²⁾, 伊倉顕彦²⁾, 上岡直史²⁾,
白石貴久²⁾, 福原誠一郎²⁾, 寺元 研²⁾, 東澤俊彦²⁾

【症例】85歳 女性 【主訴】特になし
【現病歴】201X-2年からC型肝炎による代償性肝硬変および糖尿病性腎症を合併した2型糖尿病で当科通院中であった。ソホスブビル/リバビリン (以下、SOF/RBV) の導入目的にて201X年7月に入院となった。【入院後経過】代償性のC型肝炎変 (genotype 2a RNA 定量4.4LogIU/ml eGFR 31.2/分/1.73m²) に対して、7月13日よりSOF/RBVの内服2剤療法を開始した。第4病日には、HCV-RNA 定量の陰性化を確認した。第11病日に、嘔気・嘔吐の訴えとともに徐脈を認めたため心電図を施行し、テント上T波とwideQRSを認めた。血液検査でもカリウム7.7mEq/lと腎症の悪化 (eGFR 13.6/分/1.73m²) に伴う代謝性アシドーシスをきたしていた。内服薬の即時中止とともにグルコン酸カルシウムを迅速に投与し、GI療法を含めた保存的な加療にて翌日の第12病日には心電図・代謝性アシドーシスともに改善を認めた。SOF/RBVの中止により第25病日にはHCV-RNAは陽性化した。現在、腎機能も回復し外来通院中となっている。【考察】SOF/RBV併用療法は、高いSVR率を認め代償性肝硬変のgenotype2にも投与できる唯一のDAA製剤であり、IFNベースの治療対象外であった高齢者の線維化進展例の症例にも適応が広がっている。ただし、重度の腎機能障害 (eGFR<30ml/分/1.73m²) 患者への投与は禁忌とされている。今回、85歳の代償性肝硬変の糖尿病性腎症を合併した症例 (eGFR 31.2/分/1.73m²) にSOF/RBVを導入し、徐脈を契機に腎機能低下が判明し治療中止となった一例を経験した。今後の高齢者への導入に対して警笛を鳴らす症例と考えここに報告する。

C型代償性肝硬変, DAA製剤

群馬大学医学部 消化器・肝臓内科¹⁾、同 光学医療診療部²⁾、群馬大学大学院 病態制御内科³⁾、植原良太¹⁾、山崎勇一¹⁾、小林 剛¹⁾、大山達也¹⁾、堀口昇男¹⁾、佐藤 賢¹⁾、柿崎 暁¹⁾、草野元康^{1,2)}、山田正信³⁾

【症例】40代女性【主訴】嘔気、全身倦怠感【現病歴】2014年6月より反復性の左下肢脱力、脳脊髄MRIによる多発性脱髄病変により、精査・治療目的で当院神経内科紹介され、多発性硬化症（MS）と診断された。同年12月よりステロイドパルス療法と同時にインターフェロンβ1a自己注射を開始された。2015年2月より前医で治療継続中、投与後69日目に嘔気、全身倦怠感を主訴に近医受診し、レバミピド、柴胡桂枝湯を処方された。投与73日目にIFNβ1a最終投与、その翌日症状改善せず近医再診、黄疸指摘され、独歩にて前医受診となった。意識清明だが、全身黄疸、著明な肝障害を認め、緊急入院となった。中止3日後、意識障害、アンモニア高値を認め、肝性脳症Ⅲ度、劇症肝炎と診断。同年3月血漿交換を含めた高次医療目的で当院転院となった。転院時、頻脈、意識障害、著明な黄疸、羽ばたき振戦を認めた。T-Bil 18.1 mg/dl、D-Bil 11.8 mg/dl、AST 1069 U/L、ALT 1402 U/L、LDH 497 U/L、γ-GTP 264 U/L、ALP 661 U/L、NH₃ 214 μg/dl、PT活性<10%、肝細胞障害型の肝障害、肝不全を認め、ウイルス性肝炎、胆道疾患などは除外された。劇症肝炎（急性型）と診断し、血漿交換、持続性血液濾過透析など集中治療を開始した。MELDスコア36点、肝移植適応ガイドライン5点より肝移植の適応と判断、脳死肝移植登録の準備を進めていた。しかし、肺炎の合併、肝性脳症の増悪、全身状態の悪化を認め、転院後第7病日多臓器不全となり死亡した。病理解剖の結果、肉眼所見として肝重量740gと著明な肝萎縮、組織所見として広範な肝細胞の脱落、消失を認め、劇症肝炎の所見を認めた。【考察】MSの再発予防薬として広く使用されているIFNβ1aの投与初期にみられる軽度の肝障害は、よく知られた有害事象の一つであるが、重篤化して劇症肝炎に至る例は稀である。今回我々はMSに対してIFNβ1a療法中に発症した劇症肝炎としては国内初の症例であり、剖検も施行できたので併せて報告する。

インターフェロンβ1a、劇症肝炎

国家公務員共済組合連合会虎の門病院 肝臓センター
瀬野加奈、國本英雄、池田健次、宗林祐史、藤山俊一郎、川村祐介、瀬崎ひとみ、坂坂哲也、芥田憲夫、小林正宏、鈴木文孝、鈴木義之、斎藤 聡、荒瀬康司、熊田博光

【背景】成人発症2型シトルリン血症（CTLN2）は常染色体劣性の遺伝性の代謝疾患である。責任遺伝子SLC25A13の異常によりミトコンドリア内膜に局在する肝型アスパラギン酸・グルタミン酸輸送体であるシトルリンが欠損する。このたびシトルリン値の変動のために診断に苦慮した一例を経験したため、考察を加え報告する。【症例】62歳男性。意識障害で前医に救急搬送された。NH₃ 134 μmol/lと高値であり分岐鎖アミノ酸製剤投与のみで軽快した。血液学的所見ではAlb4.1 g/dl、T-Bil1.3 mg/dl、PT活性104%、血小板数17.9万/ulと肝不全の所見に乏しく、画像所見では腹部超音波検査にて脂肪肝の所見のみで造影CT検査でも明らかな門脈循環シャントを認めなかった。豆類の嗜好などの病歴より尿素サイクル系の異常を疑われ血漿および尿中のアミノ酸分画が測定された。尿中シトルリン311 μmol/gCreと高値であるものの血中シトルリン40.3 nmol/mlと基準値範囲内であった。外来で経過観察していたが、その後も意識レベルの低下と高NH₃血症を頻回に繰り返したため当院紹介となった。入院で精査を行うこととし入院食より蛋白制限食としたところ、羽ばたき振戦を伴う意識レベルの低下を頻回に繰り返した。再度血漿・尿中アミノ酸分画を測定すると血漿シトルリン332.4 nmol/ml、尿中シトルリン982.1 μmol/gCreといずれも高値であり、遺伝子検索の結果SLC25A13の異常を認めたことからCTLN2の診断に至った。肝生検による肝組織所見の検討では、炎症や線維化の進展はなく脂肪化60%であり本疾患に矛盾しなかった。高蛋白・低炭水化物食として食事療法を開始したところ意識障害の出現はなくなり、NH₃ 54 μg/dl、血漿シトルリン156.0 nmol/mlと低下を維持した。【考察】本疾患の患者は代償のため幼少時より蛋白質を好み、糖質・アルコールを嫌う特異な食物嗜好がみられる。今回食事療法を行うことで実際に血漿のアンモニアおよびシトルリン値の変動を観察することができた。唯一の根本治療は肝移植であるが侵襲が大きいため、病状のコントロールに食事療法は有効な手段であると考えられた。

高アンモニア血症、食事療法

順天堂大学医学部練馬病院 消化器内科
日比野浩之、中寺英介、大久保裕直、深田浩大、佐川絵理、井草祐樹、宮崎招久

【症例】60歳代 男性【主訴】不明言動・見当識障害・歩行緩慢【現病歴】2005年より肝障害を指摘されるも、飲酒継続していた。2015年1月から歩行緩慢、手指振戦、支離滅裂な言動が出現し始めた。同年6月に症状が増悪したため近医神経内科を受診し、高アンモニア血症（NH₃: 226 g/dL）を認めCTで門脈大循環シャントを認めた。アルコール性肝硬変（T-Bil: 0.84 mg/dL, ALB: 3.8 g/dL, PT: 66.6%）および肝性脳症の治療目的に当科紹介となった。【経過】2015年9月のCT・MRAで下腸間膜静脈-左腎静脈シャントと左胃静脈-左腎静脈シャントを認め、症状改善のためB-RTOを行う方針とし、10月当科入院した。第2病日、B-RTVで上記2つのシャントを認め、下腸間膜静脈-左腎静脈シャントの方が血流豊富であり、同部位を治療対象とした。シャント完全閉塞は避けるため、B-RTOではなくコイルリングでのシャント血流減少を目的とした治療方針を変更し、コイル塞栓術を施行した。その後の造影でシャント血流の残存を確認し終了。術後、血中NH₃値は術前の226 g/dLから73 g/dLまで減少し、不明言動・見当識障害などの症状は消失した。しかし、造影CTで下腸間膜静脈-左腎静脈シャントは全て血栓化をきたし、門脈本幹の一部に血栓が出現するも、本人の退院希望が強く第8病日に退院。第20病日のCTで門脈血栓は自然消失し、脳症再発も認めず経過は良好である。【考案・結語】肝性脳症が問題となる門脈大循環シャントは脾-腎シャントが最多で、胃-腎、上・下腸間膜静脈-下大静脈シャントでほとんどを占める。下腸間膜静脈-左腎静脈シャントによる肝性脳症はまれであり、コイルリングにより軽快した症例を経験し、IVR治療によって良好な結果を得ることができたので報告する。

肝性脳症、門脈大循環シャント

大森赤十字病院 消化器内科
安 基之、栗原大典、須藤拓馬、河合恵美、河野直哉、芦苺圭一、関志帆子、高橋昭裕、千葉秀幸、井田智則、諸橋大樹、後藤 亨

症例は75歳男性。既往歴に髄膜炎、鎖骨骨折あり。平成18年7月にアルコール性肝障害および肝腫瘍にて当科紹介。HCC S6 48mmと診断。手術は希望されなかったためTAI後RFAを施行。平成22年11月にS6 10mm局所再発、S7背側異所性再発を認めそれぞれにRFAを行った。平成23年2月に肺内に小結節が出現し、徐々に増大傾向を示したため肺転移と診断。平成23年8月よりソラフェニブ800mg投与を開始した。皮膚症状のため開始400mgへ減量、その後一部は縮小、他は不変であった。投与開始3年後の平成26年6月一旦中止してみたが転移増大したためソラフェニブが有効であったと判断し平成26年9月から再開した。平成27年6月肺転移巣は縮小し他にも転移は認めなかったが、腎障害増悪のためネキサバルを中止した（投与開始後4年）。その後肺転移は著変ないが肝内に再発を2ヶ所認めたため平成27年12月肝へのRFA目的で入院中である。肝細胞癌（HCC）で肝外転移をきたしたのに対しては有効な治療法に乏しく予後は著しく不良である。近年このような症例に対し分子標的薬ソラフェニブが使用可能となった。ソラフェニブは進行したHCCに対して有意な生存期間の延長が認められているが、投与後生存期間中央値は1年未満である。また肝外転移を有する症例に対しての有用性は明らかでない。今回肺転移合併例に対してソラフェニブを使用し4年以上の長期生存を達成し得たので報告する。

肝癌肺転移、ソラフェニブ

東海大学医学部 消化器内科¹⁾, 同 消化器外科²⁾
小坂正成³⁾, 鶴谷康太¹⁾, 広瀬俊治¹⁾, 加川建弘¹⁾, 益子太郎²⁾,
和泉秀樹²⁾, 古川大輔²⁾, 矢澤直樹²⁾, 中郡聡夫²⁾, 峯 徹哉¹⁾

【症例】66歳男性。【現病歴】30歳時より健診にて肝機能障害を指摘、脂肪肝による肝障害として経過観察されていた。48歳時に肝生検を施行され、脂肪変性と門脈域の線維化・リンパ球浸潤を認めた。56歳時頃より肝逸脱酵素は正常化し、59歳時に消化器内科での診療は終了となっていた。今回、腎代謝内分分泌内科が行った定期腹部超音波検査にて、肝S3、S8に腫瘍性病変を認め、当科紹介となった。【既往】高尿酸血症（32歳）、糖尿病（47歳）、慢性腎不全（65歳より維持血液透析）【生活歴】飲酒なし 【経過】腹部超音波検査では肝S3に33mm大の分葉状の低エコー腫瘍を、肝S8に21mm大の楕円形の等エコー腫瘍を認めた。AFP、PIVKA-2、CA19-9は基準範囲内であった。肝S3腫瘍に対し、針生検を行い、腺癌の診断となった。肝S8腫瘍は深部で、また脂肪肝があり腫瘍生検は施行しなかった。上部・消化管内視鏡で悪性所見は認めず。CT検査にて肝S8腫瘍の造影効果は典型的ではなかったが、多発肝内胆管癌と診断し、肝外側区域切除+肝S8部分切除を施行した。病理組織学的検査では肝S3腫瘍は腫瘍細胞が癒合傾向を示す腺管構造を形成しており、部分的に充実性の増殖巣もみられ、肝内胆管癌（中分化型腺癌）の所見であった。一方、肝S8腫瘍は単純結節病変であり、部分的に不明瞭な索状構造を形成しており、中分化型肝細胞癌の所見であった。背景肝は脂肪変性を呈し、線維性架橋形成と門脈域のリンパ球浸潤がみられた。術後合併症なく経過し、現在再発なく外来経過観察中である。48歳時の肝生検組織を見直したところ、Brunt分類にてGrade3、Stage3の非アルコール性脂肪肝炎と診断された。【考察】肝内で肝細胞癌と肝内胆管癌が離れて存在するものは重複癌と定義され、稀な病態とされている。B型、C型肝炎ウイルス感染例において重複癌は報告されているが、非アルコール性脂肪肝炎を背景とした重複癌はほとんど報告がなく、文献的考察を加えて報告する。

非アルコール性脂肪肝炎、重複癌

茅ヶ崎市立病院 消化器内科¹⁾,
独立行政法人国立病院機構横浜医療センター²⁾
永井里奈¹⁾, 村田依子¹⁾, 田邊浩昭¹⁾, 岩瀬麻衣¹⁾, 石川裕太郎¹⁾,
三澤 晃¹⁾, 三崎 綾¹⁾, 内田苗利¹⁾, 谷口礼央¹⁾, 栗山 仁¹⁾,
秦 康夫¹⁾, 新野 史²⁾

【はじめに】血管筋脂肪腫 (angiolipoma以下AML) は間葉系由来の腫瘍で、血管周囲の類上皮細胞から発生する腫瘍と考えられ、血管、平滑筋、成熟脂肪の3つの成分から構成される。AMLの好発臓器は腎臓90%、肝臓5%とされ、肝AMLは稀である。今回我々は5年間の経過観察中に自然破裂した肝AMLの症例を経験した。自然破裂した肝AMLの報告は我々が検索しえた範囲で、自験例を含めて本邦海外合わせて7例の報告しかなく非常に稀であるため、若干の文献的考察を加えて報告する。【症例】症例は67歳女性。2010年10月に健診の胸部レントゲン検査で肺野に異常陰影を指摘され、CT施行したところ、肺野は異常なく上腹部の脂肪組織度上昇を認めた。腹部超音波検査で、肝左葉背側や脾頭部腹側に接する77×22mmの不整形の高信号腫瘍が認められ、造影CTやMRI施行し、肝血管筋脂肪腫の診断となった。症状なく、増大傾向を認めないため、定期的に画像検査を行い、2014年11月も腹部超音波検査で著変ないことを確認した。初診時から約5年後の2015年8月に旅先で誘因なく急激な腹痛が出現し、近医へ救急搬送。肝AML破裂による腹腔内出血、出血性ショックの診断で緊急肝動脈塞栓術を施行された。一旦当院転院後、10月に他院で待機的に肝左葉切除・胆嚢摘出術施行され、病理学的にもメラノーマ特異抗体のHMB-45染色陽性で肝血管筋脂肪腫と確定診断された。悪性所見は認められなかった。【考察】組織学的に肝AMLと同一の腎AMLの治療方針は、一般に、無症状で腫瘍径4cmを超えるもので、出血、症状発現、破裂のリスクが高いと想定される場合は、予防的に選択的動脈塞栓術または手術が考慮されるが、明確な基準はないとされる。同様に肝AMLについても明確な治療適応基準はない。文献によると肝AMLの自然破裂7例の腫瘍径は5~10cmであった。自験例のように自然破裂による腹腔内出血の危険性もあり、またほとんどが良性腫瘍であるが、悪性化するという報告例もあるため、腫瘍径5cm以上や急速な増大傾向を示す肝AMLに対しては積極的な外科的切除の必要性が考えられた。

肝血管筋脂肪腫、破裂

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

【緒言】体位の変化に伴い血中酸素濃度に変化するPlatypnea-orthodeoxia syndrome (POS) は、比較的新な疾患である。今回われわれは、巨大な感染性肝囊胞を背景に発症したPOSの一例を経験したので報告する。【症例】83歳 男性。2015年5月上旬に発熱を伴う呼吸苦が出現したため、近医より紹介受診された。来院時現症：体温37.5℃、血圧170/60mmHg、呼吸数25回/分、心拍数102回/分。SpO2はリザーバマスク（酸素10L/min）下に臥位時80%、起立時90%を示した。来院時腹部造影CT検査は、右葉に15cm大の巨大肝囊胞に伴う下大静脈の圧迫と横隔膜挙上が認められた。巨大肝囊胞に伴うPOSが疑われ、原因となる大動脈肺動脈間短絡、心臓内短絡路、換気血流不均等を同定するために血管造影検査が行なわれた。結果は、明らかな短絡路を認めず、高度な下大静脈の狭小化と肺動脈の描出が不良であった。圧迫解除目的に経皮肝囊胞ドレーナージ術を施行したところ、膿性黄色排液が認められ、感染性肝囊胞と診断された。術直後の血管造影検査では下大静脈狭小化の消失、肺動脈の描出良好、酸素化の改善が確認された。術後は合併症なく経過し、感染性肝囊胞に対して囊胞閉塞術を追加の後に第32病日退院となった。【考察】POSは、Burchellが1949年に肺高血圧症に起因した報告例が最初であり、比較的新な疾患である。キーワードを「Platypnea-orthodeoxia syndrome」として1972年~2015年までpub-medで検索すると、報告は自験例を含め25例であった。平均年齢56.8歳、男性15例、女性10例。POSの原因は心臓内短絡路15例（60%） 大動脈肺動脈間短絡5例（20%） 換気血流不均等5例（20%）であった。本症例の病態は、心臓内短絡路及び大動脈肺動脈間短絡が認められず、巨大肝囊胞に伴う静脈還流量低下に発症した肺動脈血流の低下による換気血流不均等に伴い低酸素血症が生じたものと考えられた。さらに、起立時に静脈還流量低下は、肺尖部を中心に肺動脈血流量が低下するため、換気血流不均等の占める領域が増加したため、低酸素血症が増悪したものと考えられた。

Platypnea-orthodeoxia症候群、肝囊胞感染

がん研有明病院 消化器内科¹⁾, 同 消化器外科²⁾
青山祐里香¹⁾, 齋藤 圭¹⁾, 佐々木隆¹⁾, 金田 遼¹⁾, 山田育弘¹⁾,
三瀬祥弘²⁾, 松山真人¹⁾, 尾阪将人¹⁾, 高野浩一¹⁾, 齋浦明夫²⁾,
笹平直樹¹⁾

Spyglass DSは超細径ファイバースコープと4方向の先端アングル機能を持つディスプレイの細径経口胆管内視鏡である。従来の胆道鏡に比べ良好な病変観察と、直視下生検で検体採取が可能であり、その有用性はいつしか報告されている。今回我々はSpyglass DSが進展度診断及び術前病理診断に有用であった乳頭型肝内胆管癌の一例を経験したので報告する。症例は39歳男性。嗔声の精査目的で前医にて施行されたCTで肝S4腫瘍及び末梢の肝内胆管拡張を指摘され、肝内胆管癌疑いの診断となった。ERCPで胆管狭窄部から擦過細胞診を行ったが、class2の結果であり、精査・加療目的に当院紹介となった。初診時採血で肝胆道系酵素の上昇やCEA、CA19-9高値は認められなかった。当院造影CTでは左肝管からB4にかけて胆道内にφ28mm大の乳頭状隆起が見られた。病理診断及び進展度診断を目的にERCPを施行した。胆管造影では左肝管に乳頭状の透亮像を認め、IDUSでは拡張した左肝管内に充満する乳頭状腫瘍を認めた。肝門部以下の総肝管には壁不整は見られなかった。SpyGlass DSによる胆道鏡を施行すると、B4から左肝管にイクラ状の血管透見を伴う乳頭状隆起があり、SpyBiteで胆管内直視下生検を行ったところAdenocarcinomaの診断となった。以上を以て乳頭型肝内胆管癌と診断し、当院外科にて拡大左肝切除、肝外胆道切除再建術が施行された。今回我々はSpyGlass DSを用いての胆道鏡検査が治療方針の決定に有用であった肝内胆管癌の一症例を経験したので報告する。

肝内胆管癌、胆道鏡

81 好酸球性胃腸症による十二指腸潰瘍により Groove pancreatitis を併発した 1 例

横浜市立市民病院 消化器内科

新屋貴章, 諸星雄一, 新見真央, 辻野誠太郎, 久武祐太, 伊藤 剛, 角田裕也, 今村 諭, 長久保秀一, 小池祐司, 藤田百合子, 小松弘一

【症例】21歳、女性 【主訴】心窩部痛 嘔吐 【現病歴】数年前より心窩部痛を間欠的に認めていた。半年前に近医を受診され、上部内視鏡検査にて胃体部大弯を中心とする胃炎を認めた。H. pylori陽性が判明し、除菌療法を施行、尿素呼吸試験にて陰性が確認された。3週間前より再度心窩部痛と嘔吐を認め、症状が増悪し当院紹介初診となった。腹部造影CTを施行したところ、十二指腸球部～下行脚と膵頭部との間に境界不明瞭な腫瘍性病変を認め、Groove pancreatitisの診断にて入院となった。飲酒歴はない。禁食、補液等による急性肺炎の治療を開始した。上部内視鏡を施行したところ、前医で指摘されたのと同様の胃体部大弯の炎症性変化と上十二指腸角に潰瘍形成を認めた。病理組織学的検査では胃・十二指腸ともに好酸球の浸潤が判明し、好酸球性胃腸症の合併が判明した。ステロイドの全身投与（プレドニゾン30mg）を開始したところ、臨床症状の速やかな改善を認め退院となった。【考察】Groove pancreatitisはアルコール等により副膵管領域の膵液流出障害により生じるとされ、男性の大家酒家が大半を占める（9割以上）とされる。本症例は十二指腸潰瘍により副膵管領域の排出障害を来しGroove pancreatitisを併発したと推定されるが、十二指腸の潰瘍形成が好酸球性胃腸症が原因であることが判明した。好酸球性胃腸症とGroove pancreatitisの合併は現時点で報告がない。非常に稀な症例と考え若干の文献的検索を交えて報告する。

Groove pancreatitis, 好酸球性胃腸症

82 興味深い臨床経過および画像を呈した膵管内腫瘍の1切除例

NTT 東日本関東病院 消化器内科¹⁾, 同 外科²⁾, 同 病理診断科³⁾, 横浜市立大学医学部 肝胆膵消化器病学⁴⁾, 美野名康¹⁾, 香川幸一¹⁾, 藤澤聡郎¹⁾, 久富勘太郎¹⁾, 長尾厚樹²⁾, 針原 康²⁾, 橋本浩次³⁾, 堀内 啓³⁾, 窪田賢輔⁴⁾, 松橋信行¹⁾

膵管内管状乳頭腫瘍(ITPN)とは、2010年に膵管内乳頭粘液性腫瘍(IPMN)から分離される形でWHO分類に採用となった比較的新しい疾患概念であり、膵管内に管状乳頭状を呈して増殖し一様に異型性が強く、しばしば壊死を伴い粘液を認めない点が特徴とされる。今回、画像や肉眼所見からはITPNが疑われたが、病理組織学的には膵管内乳頭粘液性腺癌(IPMC)との鑑別が困難であった切除症例を経験したため、文献的考察を加えて報告する。症例は68歳男性。X年2月に上腹部痛を主訴に当科受診し、造影CTで膵周囲に脂肪組織混濁と液貯留を認め、多飲歴からアルコール性急性性肺炎(予後因子軽症、造影CT grade1)と診断し加療した。肺炎加療後のMRCPで膵頭部での主膵管狭窄と尾側の最大径5mmの拡張を認めたため、X年5月にERCPにてSFr ENPDを留置し膵液連続細胞診を行った。計4回膵液採取したものの悪性所見はみられなかったため、禁酒を徹底し半年毎にCT・MRCP・EUSによる画像followとした。以後、尾側主膵管は徐々に拡張傾向(5→9mm)であったが狭窄をきたすような明らかな腫瘍性病変は認めていなかった。X+3年8月(初診から3年6ヶ月後)の造影CTで拡張膵管内にわずかに造影される3cm大の充実成分を認め、EUSでも膵管内部に発育する充実成分を認めたが、膵管外浸潤は明らかでなかった。ERCPでは膵頭部に蟹爪様のdefectを認め膵液細胞診はclass V(adenocarcinoma)であった。十二指腸乳頭に開大や粘液流出はみられなかった。各画像検査よりITPNと診断しX+3年10月に膵頭十二指腸切除術を施行した。切除標本は、肉眼的には拡張した主膵管内に充満する3cm大の充実性腫瘍で粘液はみられず、組織学的には腺癌細胞が乳頭状に増殖し主膵管周囲にくわすかに浸潤を認めた。腺癌成分含め主膵管に沿った膵管上皮への進展はみられなかった。多くは粘液に乏しい一方で粘液の存在が疑われる領域もあり、免疫染色では一部でMUC5ACが陽性であることから、IPMC(主膵管型、微小浸潤癌)と考えられた。術前画像診断でITPNが疑われたが、病理学的にはIPMCとの判断になり診断に苦慮した膵管内充実性腫瘍であった。

ITPN, IPMN

83 30年間の自然経過を追いEUS-FNAにて診断した膵神経内分泌腫瘍の1例

横浜市立大学医学部 肝胆膵消化器病学

竹内晋次郎, 佐藤高光, 長谷川翔, 岩崎暁人, 藤田裕司, 加藤真吾, 細野邦弘, 小林規俊, 窪田賢輔

【症例】54歳女性【現病歴】1982年(23歳頃)に腹痛で前医を受診し、当時の画像検査により膵頭部嚢胞の診断と診断され、経過観察となっていた。2002年より当院の外科で1年に1回のCTと採血を行い経過観察されていた。当初、膵頭部腫瘍の大きさは43mm大であったが、2013年頃より膵頭部腫瘍の縮小傾向が出現し、2015年4月のCTでは20mm大と著明に縮小、また採血にてHbA1c7.4%と膵内分泌機能障害を認めたため、5月当科に併診となった。【所見】自覚症状は認めなかった。採血ではアミラーゼ42IU/L、リパーゼ4IU/Lと膵酵素の異常低値を認めた。肝障害や炎症所見は認めず腫瘍マーカーも正常値であった。EUSでは膵頭部腫瘍は境界明瞭な15～20mm大の低エコー結節様であり、内部には一部石灰化を伴っていた。また膵体尾部は萎縮し、ほぼ欠損していた状態であった。MRIにて膵頭部の結節性病変はT1WIにて等信号、T2WIにて高信号であり、腫瘍性を疑った。以上画像所見より、膵神経内分泌腫瘍(PNET)や充実性偽乳頭腫瘍(SPN)、膵体尾部欠損症等が鑑別診断となり、超音波内視鏡下吸引細胞診(EUS-FNA)による病理診断を施行した。病理では小型細胞が集簇し、免疫染色ではCD56(+), synaptophysin(+), chromogranin A(-), Ki-67 Labering Indexは2%以下であることからPNET(G1)の診断となった。比較悪性度の弱い腫瘍であること、また膵体尾部が萎縮しほぼ欠損しており、手術を選択した場合には膵全摘出術が必要となること等を踏まえて、慎重に経過観察の方針となった。【結語】初回指摘から30年後に、EUS-FNAにより診断されたPNETの1例を経験した。PNETは診断時点で原則手術が推奨されているが、G1の場合は悪性度が低くその手術適応は未だ議論の余地がある。本症例のように長期間経過観察され、FNAで確定診断を行った症例は珍しく、その場合に現れる変化の一つを観察することができた。

膵神経内分泌腫瘍, EUS-FNA

84 総胆管内へ流出・貯留した石灰乳胆汁症の1例

日本医科大学 消化器外科

吉田圭志, 水口義昭, 神田知洋, 古木裕康, 真々田裕宏, 谷谷信彦, 中村慶春, 吉岡正人, 松下 晃, 勝野 暁, 清水哲也, 内田英二

【はじめに】石灰乳胆汁症は慢性胆管炎に伴い胆嚢内に炭酸カルシウムを主体とするX線不透性のペースト状物質が貯留する稀な疾患である。今回我々は、石灰乳胆汁が総胆管内へ流出・貯留するとともに、右季肋部痛を呈した患者に対し腹腔鏡下胆嚢摘出術+総胆管切開切石術を施行したので報告する。【症例】症例は30代の男性。主訴は右上腹部痛。夜間右上腹部痛が出現し当院救急外来を受診、胆石症の診断にて同日入院となった。入院時の腹部超音波検査にて胆嚢内と総胆管下部に結石を疑う陰影を認めた。しかし、CT及びDIC-CTでは胆嚢内に充満する石灰乳胆汁を疑わせる高CT値の液体と胆管下部で同様の液体貯留も認めた。胆石症及び総胆管へ流出した結石と石灰乳胆汁の診断にて腹腔鏡下胆嚢摘出術を施行した。術中、胆嚢管及び総胆管側前面切開部より粘度の高い半透明なペースト状の液体が流出した。総胆管結石砕石後総胆管内を流水で洗浄し、胆道ファイバーにて遺残する物質のなきことを確認、さらにC-チューブを留置し手術を終了とした。病理検査では胆嚢は慢性胆管炎の所見であった。胆嚢内と胆管内のペースト状物質の成分分析では両者とも95%以上炭酸カルシウムを主体としており、胆嚢内の石灰乳胆汁が流出したものであることが確認された。術後のC-チューブ造影でも総胆管内の陰影欠損がないことを確認した。その他経過に問題なく、第7病日に退院となり、現在に至るまで問題なく経過している。【考察】胆管内流出を呈した石灰乳胆汁症を経験した。症例の蓄積がなく治療法など確立していない。我々は外科的治療を選択したが、病態生理を踏まえ他の治療法選択可能性も考慮する必要がある。

石灰乳胆汁, 腹腔鏡下胆嚢摘出術

脾神経内分分泌腫瘍切除後の再発性多発肝転移に対し、ストレプトゾシンで病勢コントロールがたった1例

東京都済生会中央病院 臨床研修室¹⁾、同 消化器内科²⁾、同 一般消化器外科³⁾、同 放射線科⁴⁾、同 病理診断科⁵⁾、河野 恵¹⁾、船越信介²⁾、林 智康¹⁾、小川 歩²⁾、田沼浩太²⁾、町田雄二郎²⁾、西井まみか²⁾、星野 舞²⁾、阿部善彦²⁾、三枝慶一郎²⁾、岸野竜平²⁾、酒井 元²⁾、島海史樹³⁾、中澤 敦²⁾、下山 豊³⁾、金田 智⁴⁾、塚田信廣²⁾、廣瀬茂道³⁾

【症例】81歳女性。**【現病歴】**11年前に脾神経内分分泌腫瘍に対し、脾体尾部切除を施行。病理学的所見は脾尾部に主座を置く6x6x5cm大の結節状腫瘍で、髄様型、INF β、Iy1、v0、N1、Chromogranin陽性、Synaptophysin陽性、Glucagon一部陽性、Ki-67散在性に陽性、核分裂像は目立たず、非機能性神経内分分泌腫瘍と診断された。7年前に造影CTで多血性の多発肝転移再発を認め、肝動脈化学塞栓療法を導入したが、治療効果は乏しかった。3年前に一次治療としてエベロリムスを施行したが、CINV G3、口内炎G3、手足症候群G2、肝障害G2の有害事象のため不耐中止となった。2年前に二次治療としてスニチニブを導入したが、CINV G3、手足症候群G2、肝障害G3、血小板減少G3のため不耐中止となった。以降、TACEを繰り返して、計9回施行した。しかしCTにて肝転移増大を認め、当科に紹介となった。三次治療としてストレプトゾシンを導入した。入院の上、75%用量で5日間連続投与法を開始した。有害事象として肝障害G3、倦怠感G1、食欲不振G1を認めた。肝炎ウイルスの関与はなく、脂肪肝もしくは薬剤性肝障害と判断しウルソデオキシコール酸を開始し、速やかに肝障害は正常化した。2サイクル終了後の造影CTでは肝転移の縮小率は16%で、RECISTはSDであった。2サイクル目の肝障害はG2に留まり、3サイクル目は91%用量に増量した。4サイクル目は100%用量に増量した。**【考察】**現在の本邦における切除不能脾神経内分分泌腫瘍への標準治療としては、mTOR阻害薬であるエベロリムスとマルチキナーゼ阻害薬であるスニチニブが挙げられる。欧米では標準治療として推奨されているストレプトゾシンは本邦では長らく未承認のままであったが、2014年9月に承認された。国内第I/II相試験における奏効率は9.5% (2/21例)、病勢コントロール率は100% (21/21例)であった。**【結論】**脾神経内分分泌腫瘍切除後の再発性多発肝転移に対し、TACEで不応、分子標的薬エベロリムスとスニチニブで不耐中止後、ストレプトゾシンで病勢コントロールがたった一例を経験した。

脾神経内分分泌腫瘍, スレプトゾシン

後腹膜原発の非機能性神経内分分泌腫瘍の1例

総合病院土浦協同病院 渡辺研太郎、江頭徹哉、木下隼人、栗原正道、久保田洋平、吉行綾子、渡邊剛志、上山俊介、市田 崇、鈴木雅博、草野史彦、酒井義法

41歳男性。20XX年に両下肢の腫脹と疼痛で来院した。血液検査ではLDHが高値であり、腹部造影CTでは後腹膜に位置する軟部影が認められ、下大静脈は浸潤を受けて閉塞していた。当院外科で試験開腹を行い、大網には腹膜播種と思われる白色結節を多数認めた。同部位を切除して病理に提出し、クロモグラニンA(+)、シナプトフィジン(+)、Ki-67陽性率79%、核分裂像3/10HPFであり神経内分分泌腫瘍G2と診断した。その他の免疫染色は全て陰性であり、また上下部内視鏡検査や画像による精査を施行したが後腹膜以外には明らかな原発巣は認めず、後腹膜原発の神経内分分泌腫瘍と診断した。日本と海外のガイドラインに基づき、治療としてオクトレオチドの筋注を開始した。後腹膜原発の神経内分分泌腫瘍はまれな病態であり文献的考察を加えて報告する。

神経内分分泌腫瘍, 後腹膜腫瘍

仰臥位時の左下腹部痛を契機に診断された後腹膜線維症の1例

埼玉医科大学 総合診療内科

坂本真希、荻谷啓吾、山岡 稔、大庫秀樹、大崎篤史、草野 武、白崎文隆、野口 哲、菅野 龍、小林威仁、木下俊介、井上清彰、宮川義隆、橋本正良、山本啓二、中元秀夫、今枝博之

69歳女性。58歳時に両側肺門部腫脹を認め、サルコイドーシスと診断された。ステロイドの投与により軽快し、その後ステロイドは中止されていた。5年前に両側水腎症を認め、近医泌尿器科に入院してステント留置を施行され、その後抜去されている。今年3月より仰臥位時の左下腹部痛が出現し、腹痛のため夜間就寝が困難であった。画像上水腎症は変化がみられなかったため、当科を受診した。既往歴として糖尿病、高血圧症、気管支喘息、高脂血症がみられた。腹部に圧痛はみられなかった。血液検査で炎症所見はなく、肝腎機能も異常はみられなかったが、IgG 2,190mg/dL、IgG4 273mg/dLと増加していた。大腸内視鏡検査では異常はみられなかったが、腰椎MRIでL4/5の軽度脊柱管狭窄とともに腹部大動脈から椎体前面の腫瘍と両側水腎症がみられた。腹部CT検査で後腹膜と腸間膜動静脈周囲の線維化、尿管狭窄による水腎症、上腸間膜静脈の狭窄と静脈瘤の形成、腹部大動脈周囲、縦隔、両側肺門部リンパ節腫大を認め、後腹膜線維症と診断した。骨盤MRIでは拡散強調像で高信号を認めたため、活動性ありと考えた。外来でセレコキシブを処方され、症状は幾分改善した。その後入院の上、ブレドニゾン30mg/日を投与開始したところ腹痛は消失し、夜間に十分な睡眠をとることが可能となった。他院後、ステロイドを漸減し、10mg/日まで減量して経過観察しているが、今のところ再発はみられていない。仰臥位時の下腹部痛を契機に後腹膜線維症と診断された1例を経験したため、文献的考察を加えて報告する。

後腹膜線維症, 仰臥位

SVR後に多発性硬化症治療薬フィンゴリモド治療によってHCV再活性化が疑われた1例

国際医療福祉大学病院 消化器内科¹⁾、同 神経内科²⁾、安藤勝洋¹⁾、大竹孝明¹⁾、田邊裕貴¹⁾、須藤大輔¹⁾、太田勝久¹⁾、一石英一郎¹⁾、佐藤貴一¹⁾、高後 裕¹⁾、田川朝子²⁾

症例は30歳代女性。平成17年にセログループ2型のHCV感染を初回指摘され、平成20年に他院でPEG-IFN+リバビリン24週投与にてSVRが得られ、経過フォローされていた。平成23年に多発性硬化症を発症し、当院神経内科にて、平成25年4月よりフィンゴシン-1-リン酸(SIP)受容体機能的アンタゴニストであるフィンゴリモドが開始された。開始前後の血中HCV-RNAはリアルタイムPCR法で検出感度未満であり、肝機能障害もなく、多発性硬化症も寛解維持されていたが、平成26年8月の採血で軽度の肝機能障害および、血中HCV-RNA 5.2 logIU/mlと上昇しており、当科紹介となった。セログループは前回同様2型であり、HCV再活性化が疑われた。フィンゴリモドはその薬理作用により末梢血中のリンパ球減少がみられ、副作用として感染症に注意することが報告されており、HCV再活性化の機序としてフィンゴリモドの関与が疑われたため、フィンゴリモドは中止となった。中止後も肝機能障害は遷延し、HCV-RNAも高ウイルス量のまま経過していた。平成27年8月より、リバビリン・ソフォスブビル療法を開始され、4週目にRVRが得られ、肝機能も正常化し、12週間の治療終了後もHCVウイルス検出感度未満が維持されている。一般的にRNAウイルスであるHCVに再活性化はないとされているものの、近年、免疫抑制療法や化学療法中のHCV再活性化が報告されている。今回、リンパ球減少作用を有するSIP受容体アンタゴニストであるフィンゴリモドの関与が疑われた、SVR後HCV再活性化に対してリバビリン・ソフォスブビル療法を施行し、ウイルス消失が得られた一例を経験したので報告する。

HCV再活性化, フィンゴリモド

東京女子医科大学大学院 消化器内科
山本国子, 谷合麻紀子, 橋本悦子

Non-alcoholic steatohepatitis; NASHは減量により肝病態の改善が期待される。一方、摂食障害の症例では過食を是正しようとして拒食へ移行する症例が散見される。今回、NASHに対する食事療法中に神経性食思不振症を来した症例を経験したので報告する。**【症例】**49歳女性。49歳より2型糖尿病、高血圧、48歳より統合失調症に対し加療中。飲酒歴なし。49歳時にHbA1c12%で当院糖尿病内科に教育入院中、血液検査にて肝酵素高値、腹部超音波にて脂肪肝を認め、当科へ紹介受診となった。身長160.0cm、体重76.2kg (BMI 30.0 kg/m²)、AST 68 U/L、ALT 131 U/L、 γ -GTP 99、ANA<x20、AMA<x20、IgG 1741、IgM 229。肝障害の原因確定に肝生検を施行し、steatohepatitis (F3A3S3)を確認し、NASHと診断した。糖尿病内科と当科外来で食事・運動療法による減量指導を行い、2年後には体重は63kg (BMI 24.6 kg/m²)まで減少し、肝酵素は基準域となり、肝生検にてF2A1S1まで改善した。その後も体重は減少し、6年後、体重47kg (BMI 18.4 kg/m²)、肝生検にてF1A1S1と改善し、腹部エコー上明らかな肝脂肪沈着は認めず、腹部CTでの内臓脂肪面積も100cm²未満となった。しかし、その後も減量指導を中止し体重維持を指導したにも関わらず、8年後に体重42kgとBMI 16.4 kg/m²まで減少を認めた。1年で-16kg、8年で-34kgの急激な体重減少、低体温・産毛密生・気分障害・摂食障害の否定を認め、神経性食思不振症合併と診断した。家族同席の面談・心理・行動療法が施行され、体重減少は止まり、直近2年間は体重44kgで維持され、肝酵素値も基準域で経過している。**【結語】**本症例では、NASHに対し外来で減量を行い、血液検査と画像・病理所見は改善を認めたが、神経性食思不振症を合併し、標準体重を下回る体重減少を認めた。当科では、比較的若年女性の肥満合併NASHでは、不安神経症や摂食障害など精神疾患を高率に合併することを報告してきた。本症例も統合失調症で治療中であり、このような精神疾患合併例での減量指導に際しては、精神科との併診を含め厳重な経過観察が重要と考える。

NASH, 神経性食思不振症

東京都保健医療公社大久保病院 内科
佐野義洋, 成富里穂, 篠崎幸子, 鈴木智彦, 梅澤正美, 林 星舟

今回我々はC型肝炎経過観察中に腹水増加を契機に診断した結核性腹膜炎の一例を経験した。症例は78歳男性。以前より肝機能障害を指摘されていたが放置していた。2014年6月腹部膨満から当院紹介入院。腹部超音波検査で萎縮した表面凹凸不整の肝臓と、大量の腹水貯留を認め、肝性腹水を伴ったC型肝炎と判断した。38℃台の発熱とCRP 3.0mg/dlから特発性細菌性腹膜炎の併発を疑い、SBT/CPZ 2g/日投与開始。腹水の性状は滲出性で細胞数986(単核球:多核球 98:2)、蛋白定量3.8g/dL、糖定量11mg/dL、CEA 0.5ng/ml、ADA 51.5IU/lであった。胸部レントゲン、胸部CTでは異常所見なく、腹水一般細菌培養、抗酸菌塗抹検査、抗酸菌PCR、抗酸菌培養は陰性であったが、血中T-SPOTが陽性であり、C型肝炎に結核性腹膜炎が合併したものと診断した。フロセミド20mg/日、カンレノ酸カリウム10mg/日投与とともに、INH 250mg/日、RFP 450mg/日、EB 750mg/日、PZA 1000mg/日の内服による4剤併用療法を開始した。薬剤性肝障害からEB、PZAを中止したが、INH、RFPの治療を継続したところ、腹水消失し解熱した。結核性腹膜炎は肺外結核の一種であり本邦の全結核患者のなかで0.4%から0.6%の頻度とされ、稀な疾患である。本症例では活動性肺結核病変は認めず、潜在的に存在していた結核菌がC型肝炎の進行、高齢化といった要素により再活性化され発症したと考えられた。C型肝炎経過観察中に腹水が増加した場合、利尿剤投与のみで経過観察される症例も多い。今後のC型肝炎患者の高齢化に伴い、本症と同様の症例が増えることも予測され、急に腹水の増加を認めた場合は腹水検査を怠らないことが重要である。

C型肝炎, 結核性腹膜炎

日本大学医学部板橋病院 消化器肝臓内科
山名陽一郎, 水谷 卓, 永井晋太郎, 松本直樹, 荒川泰雄, 中村仁美, 楡井和重, 原澤尚登, 松村 寛, 松岡俊一, 後藤田卓司, 森山光彦

【症例】68歳男性。掻痒感を主訴に近医受診した際に黄疸を指摘された。当院受診時、T-Bil/D-Bil13.2/10.6 mg/dl、AST/ALT/ALP29IU/L/61IU/L/1082IU/L、腹部CTで肝門部胆管の高度狭窄と著明な胆嚢壁肥厚を認めた。胆嚢の胆管浸潤や肝門部胆管癌などの悪性疾患が疑われたため、減黄と診断目的でERCPを施行した。胆管造影でも肝門部に強い狭窄像と左右肝内胆管拡張を認め、ENBD+ERBDを留置し胆管鏡診を提出した。胆汁・擦過細胞診はClass3bであった。血液検査でIgE7013IU/mlと著明高値、IgG4も153mg/dlと高値であり好酸球性やIgG4関連疾患などの良性疾患も考えられた。保存的加療のみで徐々に減黄され、第30病日に再度ERCPを施行した。胆管造影で肝門部の高度狭窄は残存しており左右両胆管にERBDを留置して内瘻化し、再度細胞診提出を行うとともに胆管生検・Varter乳頭生検も施行した。細胞診で悪性所見は得られず、生検結果も好酸球の浸潤やIgG4は陰性だった。第42病日の腹部CTでは肝内胆管拡張や胆嚢壁肥厚に改善を認めた。悪性疾患も完全に否定できないため手術も考慮したが、硬化性胆管炎の可能性があること、胆嚢壁肥厚は自然経過で改善傾向を認めていることから、厳重な経過観察とする方針となり第59病日に退院となった。外来で施行したPET-CTは慢性胆嚢炎のみで悪性を疑わせる所見を認めなかった。退院1か月後にERCPを施行したが、胆管造影で肝門部胆管狭窄は著明に改善していた。経過中IgEも4100IU/Lと改善傾向を認めている。現在、退院後3か月経過し外来通院中であるが、再発することなく経過している。**【考察】**この症例は、悪性疾患も完全に否定できなかったが、内視鏡的減黄術のみで胆嚢壁肥厚・肝門部胆管狭窄は改善を認めており、何らかの炎症性変化の可能性が高いと考えられた。病理学的な確定診断は得られなかったが、血清IgEが著明高値であり、好酸球性胆嚢胆管炎などの可能性が示唆された。このような症例では診断に難渋し悪性疾患を念頭に外科的手術となる場合もあるが、本症例は保存的加療のみで経過を追えた貴重な一例と考えられた。

硬化性胆管炎, IgE高値

千葉大学医学部 消化器腎臓内科
高橋幸治, 千葉哲博, 小笠原定久, 鈴木英一郎, 大岡美彦, 若松 徹, 井上将法, 太和田暁之, 横須賀収

症例は82歳男性。当院外科にて肝細胞癌に対する二度の肝切除術を施行され、外来フォローされていた。再切除から11か月後に肝内再発および肺転移が確認されたため、当科を紹介受診した。肝予備能はChild-Pugh A 5点と良好であり、肝癌治療アルゴリズムに従ってSorafenibの内服加療を開始した。しかし、Sorafenib投与18週目に急激な腹痛と嘔吐が出現したために緊急入院となった。血液検査では肝胆道系酵素の上昇を認め、腹部ダイナミックCTでは前区域の腫瘍の腫瘍内出血とその一部に造影剤の強いプリーングを認めた。同日緊急血管造影検査を施行したところ、肝内に動静脈瘻とその静脈側に瘤が形成されていた。造影剤の血管外漏出は認められなかったが、静脈瘤再破裂の予防目的でゼラチンスポンジを用いた肝動脈塞栓術を施行し、静脈瘤が造影されなくなることを確認して終了とした。術後経過は良好であり、肝胆道系酵素も低下傾向を示したことから、第11病日に退院となった。肝細胞癌の腫瘍内出血とSorafenibとの因果関係は不明であるが、腫瘍内出血に伴った動静脈瘻の形成および肝静脈瘤破裂を来した可能性が示唆された。Sorafenib内服中に肝静脈瘤破裂を起こした症例は極めて稀であり、文献的考察を加えて報告する。

肝動静脈瘻, Sorafenib

日本大学医学部板橋病院 消化器肝臓内科

香川敦宣, 松岡俊一, 牧野加織, 本田真之, 石井大雄, 林田まり子, 宮澤祥一, 水谷 卓, 上村慎也, 永井晋太郎, 松本直樹, 中村仁美, 楢井和重, 山上裕見, 後藤田卓志, 森山光彦

【緒言】肝動脈化学塞栓療法 (TACE) は切除不能肝細胞癌に対する治療法として確立している。2014年1月から薬物溶出性ビーズ (Drug Eluting Beads: DEB) を使用したDEB-TACEが導入され、肝毒性が低いという観点から期待されている。今回、55mm大の肝細胞癌に対し肝容量875mlのためDEB-TACEを選択し、治療による影響なくCRが得られた症例を報告する。【症例】65歳男性、アルコール性肝硬変。肝右葉後区域に55mm大の肝細胞癌と門脈本幹に欠損像を認めた。この時点での肝予備能はChild-Pugh C (10Pt)、ICG15 42.8%、Liver Damage Bであった。門脈欠損像は腫瘍塞栓が考えられたが、門脈血栓の可能性もありと考え、抗凝固剤の内服を開始した。その後、門脈内の血栓は消失し門脈血栓と考えられ肝予備能もChild-Pugh B (8Pt) まで改善した。Child-Pugh B、萎縮著明肝硬変に合併した比較的大きな肝細胞癌であったため、十分なインフォームド・コンセントのもとDEB-TACEによる治療を行う方針となった。治療時の血管造影で栄養血管はA5、A6、A8からの分枝であったため、3回に分けてそれぞれの血管からDEB-TACEを施行した。3回目治療後の画像検査では腫瘍濃染は消失し、肝容量871ml、Child-Pugh B (8Pt)、ICG 40.6%と肝予備能低下なく現在も外来経過観察中であり、現在は主に腹水に対して加療中である。【考察】著しい萎縮肝かつ肝予備能低下例であったが分割したDEB-TACEにより肝予備能の変化なく、安全に腫瘍制御が可能であった。肝予備能低下例に対する肝細胞癌治療に対し有効な治療法であることが示唆された。【結語】肝容量が少なく、肝予備能が低下した症例の肝細胞癌に対し分割したDEB-TACEにより肝予備能悪化を認めずCRが得られた症例を経験した。

萎縮肝, DEB-TACE

がん・感染症センター都立駒込病院 肝臓内科

今村 潤, 大澤陽介, 木村公則

症例は68歳女性。2014年11月、発熱・倦怠感のため前医を受信。感冒薬で経過を見るも改善せず。その後、CTで肝膿瘍と診断され同院に入院。入院後に左眼視力低下から左眼内炎が判明し、当院に転院となった。当院入院第2日、血圧低下に対してDOAを開始。凝固能低下に対して新鮮凍結血漿を輸血。肝膿瘍穿刺を施行したが少量の排液のみであった。その後Klebsiella pneumoniaeが培養された。種々の抗生剤で治療したが、第12日のCTで肝膿瘍は増大。左側腹部および骨盤腔にも膿瘍の出現を認めた。肝膿瘍からの穿破と考えられたが、全身状態が不良だったため外科的手術は困難と判断された。そこで肝膿瘍および2ヶ所の腹腔内膿瘍に超音波ガイド下にそれぞれ経皮的に7Frビグテイルカテーテルを留置し持続ドレナージを開始した。その後、炎症反応・肝機能障害・DIC傾向は徐々に改善した。第18日、8Frビグテイルカテーテルに交換。第24日、CTで肝膿瘍および左側腹部膿瘍は著明に縮小。骨盤腔膿瘍は縮小したがカテーテルの逸脱を認めた。左眼の視力は廃絶し右眼にも炎症が波及したため第25日に左眼球を摘出。第29日、骨盤腔膿瘍に再度カテーテルを留置。第50日に肝膿瘍および左側腹部膿瘍のカテーテルを抜去。第68日、CTで全ての膿瘍の消失を認め、骨盤腔膿瘍のカテーテルも抜去した。第73日、退院。右眼の視力は低下したが、失明は免れた。細菌性肝膿瘍に難治性眼内炎を合併し、穿破した腹腔内膿瘍も含め全ての膿瘍をドレナージすることによりようやく軽快するなど治療に難渋した一例である。若干の文献的考察を加えて報告する。

肝膿瘍, 眼内炎

東海大学医学部大磯病院 消化器内科¹⁾, 同 病理診断科²⁾,

丹羽牧子 消化器外科³⁾

出来田牧子¹⁾, 荒瀬吉孝¹⁾, 出口隆造¹⁾, 白石光一¹⁾, 佐藤慎吉²⁾, 山本壮一郎³⁾, 峯 徹哉¹⁾

【症例】73歳男性【主訴】食思不振・左側腹部痛【現病歴】2015年9月上旬から主訴が出現。2週間の経過で改善しないため前医受診。エコー、CTなどの検査で多発肝腫瘍の指摘あり、精査・加療目的に9月28日当院転院。【既往歴】甲状腺機能低下症、虫垂炎術後、急性肝炎 (55年前) 【内服薬】レボチロキシンナトリウム100μg【身体所見】体温36.4度、血圧113/56mmHg、脈拍104回/分、意識清明、眼球結膜黄染なし、胸腹部特記所見なし、表在リンパ節触知せず【検査所見】血液検査: WBC: 5900/μl、Hb: 11.4g/dl、plt: 13.1/μl、PT%: 77.9%、GOT/ GPT: 181/153 U/L、LDH: 1998 U/L、r-GTP: 973 U/L、T-Bil: 1.3mg/dl、ALP: 1103 U/L、腎機能障害なし、CEA・CA19-9: 正常値、NSE: 19ng/ml、ProGRP: 63.8pg/ml、IL2-R: 820 U/ml、肝炎ウイルス陰性。腹部エコー: 最大20mm大の類円形の低エコー腫瘍が肝内に無数に充滿。肝門部近傍に最大42mmのリンパ節腫大。胆嚢壁6mm全周性に肥厚。造影CT: 肺野明らかな異常なし。肝腫瘍は造影剤の濃染は認めず。腹部造影MRI: 肝細胞癌で多発肝腫瘍の造影効果は認めます。肝生検: 細胞診にて小型N/C比大、核形不整の腫瘍細胞の集塊。小細胞癌疑い。上下部内視鏡検査・前立腺・甲状腺エコー: 原発巣を疑う所見はなし。PET-CT: 多発リンパ節腫大・椎体・骨盤・大腿骨への転移。口外扁桃への集塊あり。(口腔外科受診し、中咽頭癌は否定的)【経過】肝生検結果、その他の検査結果を合わせて原発巣不明の小細胞癌の診断、10月7日からシスプラチン・トポテシン併用化学療法を開始した。1クール終了時点で肝逸脱酵素は正常化し、経過でLDH、r-GTP、ALPなども低下を認めた。画像上も肝腫瘍の縮小を認めており、現在も化学療法を継続している。【考察】肺外原発の小細胞癌は小細胞癌全体の2.5-5%に留まり、全身の様々な臓器から発生が報告されている。今回、多発肝腫瘍を呈し、肝組織検査から診断に至った原発巣不明の小細胞癌の一例を報告する。

小細胞癌, 多発肝腫瘍

池上総合病院

加持順一郎, 岡野 莊, 安藤道崇, 植田 充, 柴山泰久, 高安博之

44歳女性、腹痛のため2015年5月28日当院初診、理学所見で黄疸、右季肋部痛と血液検査で肝胆道系酵素の上昇を認め同日緊急入院となる。既往歴: 30歳 胆石、胆嚢摘出術 家族歴: 特記すべきことなし 嗜好歴: 喫煙、飲酒歴なし 身体所見 身長155cm、体重57.5kg、血圧100/45mmHg、検査所見 WBC 9900/μl Hb 12.8g/dl Ht 39.5% Plt 27.3万/μl AST 256IU/l ALT 539IU/l ALP 753IU/l γ-GTP 622IU/l T-Bil 7.4mg/dl D-Bil 4.7mg/dl Alb 4.4g/dl、腹部超音波およびCTで総胆管と右肝内胆管拡張がみられたが、明らかな石灰化像は認めなかった。5月29日にERCPを施行し、右肝内胆管に結石を複数認めたと総胆管に結石は確認されず、右葉肝内型肝内結石症と診断した。結石近位側に高度胆管狭窄が存在し、ENBDを一時留置後、6月5日に胆管拡張バルーン、バスケットカテーテルを用いた内視鏡的切石術を施行し結石を全て摘出した。胆管狭窄部については胆汁、擦過細胞診を行ったがいずれも悪性所見は認められなかった。採取された肝内結石は白色調で結石分析の結果、純コレステロール結石であった。肝内結石症は良性疾患でありながら繰り返す胆管炎、結石の治療後再発、胆管癌の発生など複雑な病態を示し、治療に難渋するケースも多いため厚生労働省肝内結石症調査研究班が設置され積極的に調査・研究が行われている。治療法は肝切除術や経皮経肝胆道鏡(PTCS)による治療の報告が多い。今回我々は内視鏡的切石術を施行し得た肝内結石症を経験したので報告する。

肝内結石, 内視鏡的切石術