

# 日本消化器病学会 関東支部第340回例会

## プログラム・抄録集



当番会長：筑波大学附属病院 光学医療診療部 病院教授 溝上裕士

平成28年7月16日(土)

海運クラブ

# 日本消化器病学会関東支部第340回例会

## プログラム・抄録集

当番会長：筑波大学附属病院 光学医療診療部 病院教授 溝 上 裕 士  
〒305-8575 茨城県つくば市天王台1-1-1  
TEL 029-853-3218/FAX 029-853-3218

会 期：平成28年7月16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本体をお持ちください。データでのお持込みには対応いたしかねますのでご注意ください。なお、液晶プロジェクトへの接続はMini D-SUB 15pinにて行います。変換コネクタを必要とする場合は必ずご自身でお持込みください。また、バッテリーのみでの稼働はトラブルの原因となるため、外部電源用アダプタを必ずお持ちください。
  - 3) 音声出力には対応いたしません。
  - 4) 発表は枚数ではなく時間で制限させていただきます。
  - 5) 発表時は、演台に置かれたモニターを見ながらご自身で操作して画面を進めていただきます。なお、発表者ツールの使用はできませんのでご注意ください。
3. 発表に際しては、患者さんのプライバシーの保護（日付の記載は年月までとする、等）に十分配慮してください。
4. 演題発表時には、利益相反状態の開示が必要になります。開示基準・規定の書式に従って利益相反の有無を必ず開示してください。
5. 演者は前演者の口演開始後、直ちに「次演者席」へご着席ください。
6. 専修医セッション、研修医セッション及び一般演題は、1題口演4分、追加討論2分です。時間厳守をお願いします。
7. 質問される方は、所属と氏名を明らかにしてからお願いします。
8. 専修医・研修医セッションの発表者あるいは同施設の方は、奨励賞表彰式に出席してください。(第1会場 12:50～)
9. 当日の参加費は2,000円です。
10. 当日はこのプログラム・抄録集をご持参ください。なお当日ご希望の場合は、1部1,000円にて販売いたします。(数に限りがございますので予めご了承ください)
11. 会場1階ロビーにAED(自動体外式除細動器)を設置しております。緊急の際はご利用ください。

# 会場案内図

## 海運クラブ

〒102-0093 東京都千代田区平河町2-6-4

海運ビル

TEL 03-3264-1825



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

# 日本消化器病学会関東支部第340回例会

## 平成28年7月16日(土)

8:00～8:05 開会の辞(第1会場)					
第1会場(午前の部)			第2会場(午前の部)		
演 題	時 間	座 長	演 題	時 間	座 長
(1)専修医Ⅰ(食道、胃、十二指腸1) 1～5	8:05～8:35	中村 淳	(16)専修医Ⅸ(腎臓) 65～68	8:05～8:29	竹村 晃
(2)専修医Ⅱ(胃、十二指腸2) 6～10	8:35～9:05	東 瑞智	(17)研修医Ⅰ(食道、胃、十二指腸1) 69～73	8:29～8:59	青柳 仁
(3)専修医Ⅲ(胃、十二指腸1) 11～15	9:05～9:35	打矢 紘	(18)研修医Ⅱ(胃、十二指腸) 74～78	8:59～9:29	長村 愛作
(4)専修医Ⅳ(大腸2) 16～20	9:35～10:05	大久保秀則	(19)研修医Ⅲ(大腸1) 79～83	9:29～9:59	内山 幹
(5)専修医Ⅴ(大腸2) 21～25	10:05～10:35	小澤俊一郎	(20)研修医Ⅳ(大腸2) 84～87	9:59～10:23	奈良坂俊明
(6)専修医Ⅵ(肝) 26～30	10:35～11:05	児玉 和久	(21)研修医Ⅴ(肝) 88～92	10:23～10:53	戸張 真紀
(7)専修医Ⅶ(胆) 31～34	11:05～11:29	糸川 典夫	(22)研修医Ⅵ(膵1) 93～97	10:53～11:23	大森亜紀子
(8)専修医Ⅷ(膵1) 35～38	11:29～11:53	権 勉成	(23)研修医Ⅶ(腎臓) 98～102	11:23～11:53	渡邊 俊介
			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)					
<b>『早期胃癌に対する内視鏡治療の現状と今後の展望』</b>					
北里大学医学部 新世紀医療開発センター 低侵襲光学治療学 教授 田邊 聡 先生					
司会 筑波大学 医学医療系 臨床医学域 消化器内科学 教授 兵頭一之介 先生					
共催：武田薬品工業株式会社					
12:50～13:05 専修医・研修医奨励賞表彰式(第1会場)					
13:05～14:00 特別講演(第1会場)					
<b>『革新的サイバニックシステム～サイボーグ型ロボットHAL最前線～』</b>					
筑波大学大学院 システム情報工学研究科 教授					
筑波大学 サイバニクス研究センター センター長					
内閣府ImPACT革新的研究開発推進プログラム プログラムマネージャー					
CYBERDYNE株式会社 代表取締役社長/CEO 山海 嘉之 先生					
司会 筑波大学附属病院 光学医療診療部 病院教授 溝上 裕士					
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、十二指腸1 39～42	14:05～14:29	安武 優一	(24)肝2 103～106	14:05～14:29	高橋 利実
(10)胃・十二指腸2 43～46	14:29～14:53	倉田 昌直	(25)胆 107～111	14:29～14:59	土田 幸平
(11)胃・十二指腸3 47～49	14:53～15:11	若山真理子	(26)膵1 112～116	14:59～15:29	廣瀬 充明
(12)小腸 50～53	15:11～15:35	林 芳和	(27)膵2、その他 117～121	15:29～15:59	山本 祥之
(13)大腸1 54～57	15:35～15:59	中山 哲雄			
(14)大腸2 58～61	15:59～16:23	大河原 敦			
(15)肝1 62～64	16:23～16:41	瀬尾恵美子			
16:41～16:45 閉会の辞(第1会場)					

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

特 別 講 演 (第1会場 13:05~14:00)

## 「革新的サイバニックシステム ～サイボーグ型ロボットHAL最前線～」

筑波大学大学院 システム情報工学研究科 教授  
筑波大学 サイバニクス研究センター センター長  
内閣府ImPACT革新的研究開発推進プログラム プログラムマネージャー  
CYBERDYNE株式会社 代表取締役社長／CEO **山海 嘉之** 先生

司会 筑波大学附属病院 光学医療診療部 病院教授 **溝上 裕士**

………演者の先生ご紹介………

さんかい よしゆき  
山海 嘉之 先生

筑波大学大学院 システム情報工学研究科 教授  
筑波大学 サイバニクス研究センター センター長  
内閣府ImPACT革新的研究開発推進プログラム プログラムマネージャー  
CYBERDYNE株式会社 代表取締役社長／CEO

#### 略歴

1987年3月 筑波大学大学院工学研究科博士課程修了  
学位：工学博士（筑波大学）

日本学術振興会特別研究員、筑波大学機能工学系助手、講師、助教授、米国Baylor医科大学客員教授、筑波大学機能工学系教授を経て現在、筑波大学大学院システム情報工学研究科教授、筑波大学サイバニクス研究センター センター長。CYBERDYNE（株）代表取締役社長／CEO。内閣府 FIRST：最先端サイバニクス研究プログラム研究統括、日本ロボット学会理事、評議員、欧文誌Advanced Robotics理事、委員長、世界経済フォーラム（ダボス会議）Global Agenda Council Member等を歴任。日本ロボット学会フェロー、計測自動制御学会フェロー、内閣府ImPACT：革新的研究開発推進プログラム プログラムマネージャーを担当。

Cybernetics, Mechatronics, Informaticsを中心として、脳・神経科学、行動科学、ロボット工学、IT、システム統合技術、生理学、心理学、哲学、倫理、法学などを融合複合した人・ロボット・情報系の新学術領域【Cybernetics（サイバニクス）】を創成。サイバニクスを駆使することにより、未来開拓型人材育成の国際教育研究基盤整備を実現し、先進諸国が直面する超高齢社会の課題解決のための革新技術創生・新産業創出・人材育成を同時展開している。主な研究業績として、装着することによって人の身体機能を改善・補助・拡張・再生する世界初のサイボーグ型ロボット「ロボットスーツHAL<sup>®</sup>（Hybrid Assistive Limb）」を開発し、2004年6月には、研究成果で社会貢献すべく医療・福祉・生活・労働・生産等の分野における最先端ロボットやサービス等の研究開発・製造・販売を行う未来開拓型企业「CYBERDYNE（サイバードイン）」を設立。HALのような革新的ロボット医療機器・医療技術の実用化・製品化・社会実装を力強く推進するとともに、次世代ネットワーク医療システムや重介護ゼロ<sup>®</sup>社会を実現するためのサイバニクスシステム等の研究開発にも力を注いでいる。欧州ではHAL医療用が2013年8月に医療機器として認証（CE 0197）され、ドイツでは公的労災保険がすでに適用されている。また、日本においても2015年11月にHAL医療用下肢タイプが新医療機器として事業承認され、2016年1月には、進行性の神経筋難病疾患を対象とした進行抑制治療処置への保険適用が決定している。HALは世界初のロボット治療機器として、機能改善治療に利用されるなど国内外において「人支援産業」というこれまで存在しなかった新産業を創出する革新技術として熱い視線が注がれている。2014年3月には、日本初の複数議決権を発行する企業として株式上場を達成し、高い技術力と成長性から2013年度「IPO of the year」に選出され、2014年12月には、海外公募と転換社債の組み合わせで414億円の資金調達を実現し新たなエクイティファイナンス手法として高く評価されたことから2014年度「Innovative Equity Deal of the Year」に選出されるなど、トムソン・ロイター社のDEALWATCH AWARDSを史上初の2年連続で受賞している。

#### 受賞等

2005年 「The 2005 World Technology Award大賞」  
2006年 総合科学技術本会議での首相・関係閣僚へのレクチャ（計3回）、関係大臣・官僚への～2016年 レクチャ、100名以上の国会議員への推進内容の説明を行うなど情報還元活動多数  
2006年 「グッドデザイン賞金賞」「日本イノベーター大賞優秀賞」  
2007年 「経済産業大臣賞」  
2009年 「平成21年度全国発明表彰 “サイボーグ型ロボット技術の発明” 21世紀発明賞」  
2011年 「NetExplorateurs of The Year 2011」（フランス ユネスコ本部）  
2012年 「Capek Award」（INNOROBO）  
2013年 「The 2014 Technology Pioneer」（World Economic Forum：ダボス会議）  
2014年 「2014 Edison Awards 金賞」「DealWatch Awards 2013, IPO of the Year（トムソン・ロイター）」  
2015年 「文部科学大臣表彰（科学技術振興）」「DealWatch Awards 2014, Innovative Equity Deal of the Year（トムソン・ロイター）」「経済産業大臣賞」「経営者賞」

他多数

ランチョンセミナー (第1会場 12:05~12:50)

## 「早期胃癌に対する内視鏡治療の現状と今後の展望」

北里大学医学部 新世紀医療開発センター 低侵襲光学治療学 教授 **田邊 聡** 先生  
司会 筑波大学 医学医療系 臨床医学域 消化器内科学 教授 **兵頭一之介** 先生

共催：武田薬品工業株式会社

……演者の先生ご紹介……

たなべ さとし  
**田邊 聡** 先生

北里大学 医学部 新世紀医療開発センター  
先端医療領域開発部門 低侵襲光学治療学 教授  
(内視鏡治療)

北里大学病院 消化器センター長  
トータルサポートセンター長

### 略歴

昭和58年3月 三重大学医学部卒業  
昭和58年6月 北里大学内科(消化器)入局 研修医  
平成元年4月 北里大学救命救急センター 研究員  
平成2年10月 北里大学医学部消化器内科学 研究員  
平成4年4月 北里大学医学部消化器内科学 講師  
平成21年4月 北里大学東病院副院長(診療担当)  
平成23年2月 北里大学医学部消化器内科学 准教授  
平成25年10月 北里大学病院 消化器センター長  
平成26年4月 北里大学医学部新世紀医療開発センター  
先端医療領域開発部門 低侵襲光学治療学教授

### 資格

日本内科学会総合内科専門医  
日本消化器内視鏡学会認定指導医  
日本消化器病学会専門医  
日本臨床腫瘍学会暫定指導医  
日本がん治療認定医機構暫定教育医  
食道科認定医  
胃腸科指導医  
H.pylori(ピロリ菌)感染症認定医

### 学会活動

日本消化器内視鏡学会総会評議員  
日本胃癌学会評議員  
日本食道学会評議員  
Gastrointestinal Endoscopy International Editorial Board

### 専門

消化器癌の内視鏡治療  
消化管出血の内視鏡的治療  
消化器癌化学療法  
消化管運動機能

## 第1会場（午前の部）

8:00~8:05

—開会の辞—

—評価者—

東京医科大学茨城医療センター	消化器内科	岩本 淳一
龍ヶ崎済生会病院	消化器内科	佐藤巳喜夫
埼玉医科大学総合医療センター	消化器・肝臓内科	加藤 真吾

(1) 専修医I(食道、胃・十二指腸1) 8:05~8:35 座長 東海大学医学部付属東京病院 消化器内科 中村 淳

1. 食道筋層の著明な肥厚を認め外科的筋層切開術で改善した Jackhammer esophagus の一例

日本医科大学 消化器内科学 ○片岡 宏章, 川見 典之, 星川 吉正, 花田優理子  
星野慎太郎, 竹之内菜菜, 梅澤まり子, 佐野 弘仁  
星原 芳雄, 岩切 勝彦  
同 消化器外科学 野村 務, 内田 英二

2. Barrett 食道癌術後、心臓転移再発に対して腫瘍摘出術を施行した1例

がん・感染症センター 都立駒込病院 食道外科 ○柳 新太郎, 松井 俊大, 山道 堯, 鈴木 邦士  
千葉 哲磨, 三浦 昭順  
都立広尾病院 心臓血管外科 伊藤 聡彦, 渡邊 正純

3. 生検で診断困難であったリンパ球浸潤型と一般型の重複胃癌の一例

日本大学医学部 内科学系 消化器肝臓内科学分野 ○小椋加奈子, 中村 仁美, 金子 真大, 舘脇 李絵  
熊川まり子, 牧野 加織, 永井晋太郎, 原澤 尚登  
中島 典子, 後藤田卓志  
同 外科学系 消化器外科学分野 河合 隆治, 松野 順敬, 渡辺 愛, 東風 貢  
高山 忠利  
同 内科学系 消化器肝臓内科学分野  
同 外科学系 消化器外科学分野 森山 光彦

4. クロウン病との鑑別を要した好酸球性胃腸症の一例

国家公務員共済組合連合会 横須賀共済病院 消化器病センター 内科 ○高橋 純一, 田中 志尚, 三代 博之, 森川 亮  
田代 祥博, 鈴木 快, 戸田 晶子, 相川恵里花  
平昭 衣梨, 野澤さやか, 小馬瀬一樹, 田邊 陽子  
新井 勝春, 鈴木 秀明, 渡邊 秀樹

5. 内視鏡的に肝表面を観察できた十二指腸潰瘍穿通の一例

草加市立病院 消化器内科 ○岡田 理沙, 裕川 直樹, 小橋健一郎, 今城 眞臣  
鎌田 和明, 吉田 玲子, 矢内 常人  
東京医科歯科大学 消化器内科 渡辺 守

(2) 専修医Ⅱ(胃・十二指腸2) 8:35~9:05 座長 北里大学医学部 消化器内科学 東 瑞 智

6. 皮膚筋炎を合併した食道胃接合部癌の一例

東京都済生会中央病院 消化器内科 ○安田 聖一, 西井まみか, 阿部 善彦, 星野 舞  
林 智康, 小川 歩, 田沼 浩太, 上田 真裕  
三枝慶一郎, 岸野 竜平, 中澤 敦, 塚田 信廣  
同 皮膚科 松崎ひとみ  
同 病理診断科 向井 清  
慶應義塾大学病院 リウマチ内科 安岡 秀剛  
東京都済生会中央病院 消化器内科  
同 腫瘍内科 酒井 元, 船越 信介

7. 胃過形成性ポリープの経過観察中に同病変内に発生した胃癌と胃腺腫の1例

東京警察病院 消化器科 ○内田 麻美, 徳山 信行, 藤澤 剛太, 近藤 僚  
芹澤多佳子, 八木岡 浩, 小椋 啓司

8. 胃十二指腸ステント留置後の動脈出血性ショックに対して血管塞栓術で救命し得た一例

筑波記念病院 消化器内科 ○池田 貴文, 小林真理子, 岩井健太郎, 越智 大介  
大塚公一郎, 添田 敦子, 本橋 歩, 設楽佐代子  
池澤 和人, 中原 朗  
筑波大学 医学医療系 消化器内科 兵頭一之介

9. 急速な進行を認めた *Helicobacter pylori* 除菌後発見胃癌の一例

帝京大学ちば総合医療センター 消化器内科 ○正木 宏明, 深澤 弘行, 東納 重隆

10. 術前に範囲診断に苦慮した未分化癌の一例

茨城県厚生連 総合病院土浦協同病院 消化器内科 ○渡邊 剛志, 上山 俊介, 江頭 徹哉, 市田 崇  
鈴木 雅博, 草野 史彦, 酒井 義法  
同 外科 田代 雅紀, 薄井 信介  
同 病理診断科 井上 和成

(3) 専修医Ⅲ(胃・十二指腸3、小腸1) 9:05~9:35 座長 埼玉医科大学病院 消化器内科・肝臓内科 打 矢 紘

11. 虫体7体を同時に認め、CRP 高値を示した胃アニサキス症の1例

大森赤十字病院 消化器内科 ○栗原 大典, 立川 準, 西村 正基, 須藤 拓馬  
芦荊 圭一, 河合 恵美, 河野 直哉, 関 志帆子  
千葉 秀幸, 井田 智則, 諸橋 大樹, 後藤 亨

12. ボノプラザンを用いた H. Pylori 除菌治療の検討

日本医科大学千葉北総病院 消化器内科  
日本医科大学 消化器内科学 ○野田 啓人, 西本 崇良, 藤森 俊二, 大久保知美  
大森 順, 新井 泰央, 秋元 直彦, 厚川 正則  
米澤 正興, 小高 康裕, 岩切 勝彦

13. 消化管金属ステントが断裂し再留置後に消化管穿孔を来した悪性十二指腸狭窄の1例

聖マリアンナ医科大学 消化器・肝臓内科 ○佐藤 純也, 中原 一有, 路川 陽介, 森田 亮  
得平 卓也, 伊東 文生

14. 小腸出血を契機に肺小細胞癌小腸転移の診断に至った一例

NTT 東日本関東病院 ○中尾 友美, 三角 宜嗣, 網島 弘道, 瀧田麻衣子  
酒井 英嗣, 田島 知明, 村元 喬, 松山 恭士  
野中 康一, 大圃 研, 松橋 信行

15. 腎性貧血にて長期経過観察中にカプセル内視鏡で発見された小腸癌の一例

筑波大学 医学医療系 消化器内科 ○山浦 正道, 金子 剛, 廣瀬 優, 菅沼 大輔  
佐藤 雅志, 田島 大樹, 内田 優一, 江南ちあき  
兵頭一之介  
筑波大学附属病院 光学医療診療部 奈良坂俊明, 鈴木 英雄, 松井 裕史, 溝上 裕士

(4) 専修医Ⅳ(小腸2、大腸1) 9:35~10:05 座長 横浜市立大学附属病院 肝胆膵消化器病学 大久保 秀 則

16. 繰り返す消化管出血を契機に診断された小腸原発性アミロイドーシスの一例

茨城県立中央病院 消化器内科 ○小松 義希

17. インフリキシマブ投与後に遅発性の嚥下困難, 意識障害および低ナトリウム血症を呈したクローン病の1例

埼玉医科大学 消化器内科・肝臓内科 ○相馬 直人, 中山 伸朗, 浅見真衣子, 齊藤 陽一  
測上 彰, 鷹野 雅史, 塩川 慶典, 内田 義人  
藤井 庸平, 平原 和紀, 打矢 紘, 中澤 学  
近山 琢, 安藤さつき, 中尾 将光, 本谷 大介  
菅原 通子, 稲生 実枝, 今井 幸紀, 持田 智  
同 教職員・学生健康推進センター 富谷 智明

18. 大腸アニサキス症の一例

大船中央病院 消化器・IBDセンター ○原 真太郎, 遠藤 豊, 鹿野島健二, 白井真如紀  
森川 吉英, 吉田 篤史, 上野 文昭  
昭和大学藤が丘病院 消化器内科 黒木優一郎

19. 微小Ⅱa + Ⅱc 様形態を呈した大腸転移をきたした胃癌の1例

戸田中央総合病院 消化器内科 ○阿部 正和, 山本 圭, 岸本 佳子, 藤田 充  
香川 泰之, 富田 裕介, 根本 大樹, 堀部 俊哉  
原田 容治  
同 病理科 木口 英子, 工藤 玄恵

20. ランダム生検が診断に有用であった好酸球性胃腸炎の一例

川崎協同病院 消化器内科 ○藤原 敬久, 佐藤 悦基  
同 総合診療科 吉田絵理子

(5) 専修医V(大腸2) 10:05~10:35 座長 聖マリアンナ医科大学病院 消化器・肝臓内科 小澤俊一郎

21. Regorafenib で可逆性後部白質脳症症候群を呈した大腸癌の一例

国立国際医療研究センター病院 消化器内科 ○岡原 昂輝, 小島 康志, 木村 花菜, 島田 高幸  
高崎 祐介, 木平 英里, 忌部 航, 渡邊 一弘  
三神信太郎, 櫻井 俊之, 永田 尚義, 横井 千寿  
小早川雅男, 柳瀬 幹雄, 秋山 純一  
同 神経内科 新井 憲俊

22. 金属ステントにより Bride to Surgery (BTS) が可能であった横行結腸癌の一例

筑波大学附属病院水戸地域医療教育センター 水戸協同病院 消化器内科 ○佐久間崇文, 有賀 啓之, 熊倉 有里, 鹿志村純也  
佐藤 匡美  
同 外科 塚本俊太郎, 松村 英樹, 石橋 保, 近藤 匡  
渡辺 宗章

23. インフリキシマブ投与中に infusion reaction を生じ、アダリムマブに変更して症状の改善が認められた1例

群馬大学医学部附属病院 消化器・肝臓内科  
独立行政法人国立病院機構沼田病院 消化器内科 ○春日 健吾  
群馬大学医学部附属病院 消化器・肝臓内科 栗林 志行, 下山 康之, 星 恒輝, 深井 泰守  
小林 剛, 入江 江美, 山田 俊哉, 中山 哲雄  
田中 寛人, 高草木智史, 保坂 浩子, 水出 雅文  
堀口 昇男, 山崎 勇一, 佐藤 賢, 柿崎 暁  
同 消化器・肝臓内科  
同 光学医療診療部 富澤 琢, 河村 修, 草野 元康

24. 抗 TNF  $\alpha$  抗体製剤およびアザチオプリン投与中に悪性リンパ腫を発症したクローン病の1例

帝京大学 医学部附属 溝口病院 ○恩田 毅, 小澤 範高, 足立 貴子, 梶山はな恵  
松本光太郎, 関根 一智, 辻川 尊之, 馬淵 正敏  
梶山 祐介, 土井 晋平, 佐藤浩一郎, 安田 一朗

25. 内視鏡的摘出が困難であった硫酸バリウムから成る強固な巨大糞石の一例

東京慈恵会医科大学 外科学講座 ○宮國 憲昭, 橋爪 良輔, 宇野 能子, 武田 光正  
平本 悠樹, 根木 快, 大熊 誠尚, 小菅 誠  
衛藤 謙, 矢永 勝彦

(6) 専修医VI(肝) 10:35~11:05 座長 東京女子医科大学病院 消化器内科 児玉和久

26. 術後出現した肺転移が自然退縮した肝細胞癌の一例

帝京大学 医学部 内科 ○丸山 喬平, 高森 頼雪, 中村 直裕, 三木 淳史  
八木みなみ, 岡村 喬之, 川島 悠, 青柳 仁  
磯野 朱里, 江波戸直久, 三浦 亮, 阿部浩一郎  
有住 俊彦, 立澤 直子, 相磯 光彦, 山本 貴嗣  
喜多 宏人, 田中 篤, 滝川 一

27. 保存的加療で改善を認めた被膜下への破裂を伴うアメーバ性肝膿瘍の一例

東邦大学医療センター大橋病院 消化器内科 ○山本 修平, 宮内 倫沙, 島田 長怜, 堀江 義政  
松井 貴史, 三枝 善伯, 前谷 容

28. ダクラタスビル/アスナプレビル治療による持続的ウイルス排除 24 週以降に診断された C 型肝炎細胞癌の 1 例

獨協医科大学 越谷病院 消化器内科 ○藤本 洋, 草野 祐実, 北川 智之, 金子真由子  
大川 修, 中元 明裕, 片山 裕視, 玉野 正也  
秀和総合病院 外科 中村 典明  
獨協医科大学 越谷病院 消化器内科  
秀和総合病院 外科 須田 季晋

29. 胸腔内に穿破したアメーバ性肝膿瘍の 1 例

日立製作所 日立総合病院 消化器内科 ○清宮 崇博, 久保田 大, 宮嶋 望, 越智 正憲  
松井 真希, 小玉 夏美, 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

30. 慢性肉芽腫症に発症した肝膿瘍に対して肝切除により治癒を得た 1 例

群馬大学大学院 肝胆膵外科 ○村主 遼  
同 病態総合外科学  
同 肝胆膵外科 新木健一郎, 渡辺 亮, 久保 憲生, 五十嵐隆通  
塚越真梨子, 石井 範洋, 山中 崇弘, 調 憲  
同 病態総合外科学 桑野 博行  
群馬大学附属病院 小児外科 鈴木 信, 大竹紗弥香

(7) 専修医Ⅶ(胆) 11:05~11:29 座長 日本医科大学千葉北総病院 消化器内科学 糸川 典夫

31. 腹腔鏡下胆嚢摘出術後に総胆管内クリップ迷入をきたした 1 例

JCHO 東京新宿メディカルセンター ○原口 紘, 山川 元太, 浅井 玄樹, 岡崎 明佳  
木原 俊裕, 吉良 文孝, 藤江 肇, 森下 慎二  
松本 政雄, 新村 和平

32. 急性閉塞性化膿性胆管炎救急紹介受診時の簡易バスの運用

龍ヶ崎済生会病院 ○新里 悠輔, 岡本 千尋, 間宮 孝, 佐藤巳喜夫  
海老原次男

33. Mirizzi 症候群による胆道出血を来した稀な 1 例

杏林大学 医学部 第三内科 ○小栗 典明, 倉田 勇, 野坂 岳士, 尾崎 良  
深澤 友里, 落合 一成, 太田 博崇, 権藤 興一  
渡邊 俊介, 蓮江 智彦, 中村 健二, 土岐 真朗  
山口 康晴, 森 秀明, 高橋 信一, 久松 理一

34. 経口胆道鏡にて経過を追えた IgG 4 関連硬化性胆管炎の 1 例

東京労災病院 ○小嶋 啓之, 西中川秀太, 掛川 達矢, 吉峰 尚幸  
武田 悠希, 平野 直樹, 伊藤 謙, 大場 信之  
児島 辰也

(8) 専修医Ⅷ(膝1) 11:29~11:53 座長 東邦大学医療センター大橋病院 消化器内科 権 勉 成

35. 重症急性膵炎に伴う門脈血栓症に対しロキナーゼを使用した1例

足利赤十字病院 内科 ○金森 瑛, 近藤 慶子, 横倉 創一, 小松本 悟  
獨協医科大学病院 消化器内科 平石 秀幸  
足利赤十字病院 内科  
獨協医科大学病院 消化器内科 水口 貴仁, 竹中 一央, 金子 仁人, 小池 健郎

36. 心窩部痛で発見された中年男性のSPN(Solid-Pseudopapillary-Neoplasm)の一例

獨協医科大学病院 消化器内科 ○福士 耕, 陣内 秀仁, 土田 幸平, 佐久間 文  
永島 一憲, 水口 貴仁, 井澤 直哉, 岩崎 茉莉  
村岡 信二, 小松原利典, 中野 正和, 富永 圭一  
笹井 貴子, 平石 秀幸

37. 主膵管内発育を呈した乏血性神経内分泌腫瘍(NET)の一例

自治医科大学附属病院 消化器肝臓内科 ○池田恵理子, 沼尾 規且, 横山 健介, 三村 享彦  
牛尾 純, 玉田 喜一, 山本 博徳  
同 消化器外科 三木 厚  
自治医科大学 病理診断部 森田 剛平, 福嶋 敬宜  
自治医科大学附属病院 消化器外科  
自治医科大学 病理診断部 佐田 尚宏

38. 原発性胆汁性肝硬変に自己免疫性膵炎を合併した一例

昭和大学藤が丘病院 内科学講座 消化器内科部門 ○田淵 晃大, 高野 祐一, 岩橋 健太, 吉田詠里加  
宮尾 直樹, 小林 孝弘, 上原なつみ, 中西 徹  
花村祥太郎, 山村 詠一, 五味 邦代, 黒木優一郎  
井上 和明, 長浜 正亞  
国際親善病院 消化器内科 林 将史, 日引 太郎

13:05~14:00

特別講演

革新的サイバニックシステム

～ サイボーグ型ロボット HAL 最前線 ～

筑波大学大学院 システム情報工学研究科 教授

筑波大学 サイバニクス研究センター センター長

内閣府 ImPACT 革新的研究開発推進プログラム プログラムマネージャー

CYBERDYNE 株式会社 代表取締役社長／CEO 山海嘉之先生

司会 筑波大学附属病院 光学医療診療部 病院教授 溝上裕士

(9) 食道、胃・十二指腸 14:05~14:29 座長 防衛医科大学校病院 消化器内科 安武優一

39. クリップ止血術が有効であった、内視鏡的食道静脈瘤結紮術・ポリドカノール局注術無効な食道静脈瘤破裂の一例

龍ヶ崎済生会病院 ○佐藤巳喜夫, 間宮 孝, 新里 悠輔, 岡本 千尋  
海老原次男

40. 十二指腸腫瘍における術前生検の正診率の検討

慶應義塾大学 低侵襲センター ○木下 聡, 落合 康利, 鮑本 哲平, 後藤 修  
藤本 愛, 前畑 忠輝, 中村理恵子, 矢作 直久

慶應義塾大学 低侵襲センター  
慶應義塾大学医学部 消化器内科 西澤 俊宏

慶應義塾大学 低侵襲センター  
独立行政法人国立病院機構東京医療センター 浦岡 俊夫

41. 保存的加療で改善した気腫性胃炎の一例

上尾中央総合病院 消化器内科 ○山城 雄也, 土屋 昭彦, 外處 真道, 近藤 春彦  
白井 告, 三科 友二, 渡邊 東, 明石 雅博  
笹本 貴広, 西川 稿, 山中 正己

42. イマチニブによる5年間の術後補助化学療法中止後に再発した消化管間質腫瘍(GIST)の1例

筑波記念病院 ○越智 大介, 池田 貴文, 岩井健太郎, 小林真理子  
大塚公一朗, 添田 敦子, 本橋 歩, 設楽佐代子  
池澤 和人, 中原 朗

筑波大学附属病院 光学医療診療部 溝上 裕士  
筑波大学 医学医療系 消化器内科 兵頭一之介

- (10) 胃・十二指腸2 14:29~14:53 座長 筑波大学附属病院 消化器外科 倉田昌直
43. *H. pylori* 陰性、同時多発早期胃癌に対しESDを施行した家族性大腸腺腫症の1例  
 横浜市立大学 医学部 医学科 ○谷口 勝城  
 横浜市立大学附属市民総合医療センター 内視鏡部 眞一まこも, 平澤 欣吾  
 横浜市立大学 大学院医学研究科 消化器内科学 前田 慎
44. *Helicobacter pylori* 除菌後10年目に根治不能の進行胃癌として発見された1例  
 東京女子医科大学病院 消化器内科 ○日向有紀子, 栗山 朋子, 久礼 里江, 小林亜也子  
 山本 浩隆, 官方 千春, 山本 果奈, 徳重 克年  
 同 消化器内視鏡科 岸野真衣子, 中村 真一
45. 腹水貯留・多発リンパ節腫大を契機に診断した腸結核、結核性腹膜炎、結核性リンパ節炎の一例  
 国立病院機構 霞ヶ浦医療センター ○俣野 大介, 廣瀬 充明, 高木 薫子, 永瀬 将臣
46. 胃へ波及しType 4胃癌との鑑別を要した脾炎の一例  
 国立がん研究センター中央病院 内視鏡科 ○吉永 繁高, 野中 哲, 小田 一郎, 鈴木 晴久  
 阿部清一郎, 斎藤 豊  
 同 病理科 関根 茂樹
- (11) 胃・十二指腸3 14:53~15:11 座長 小山記念病院 消化器内科 若山真理子
47. 良悪性の鑑別に苦慮した粘膜下異所性胃腺の一例  
 獨協医科大学病院 消化器内科 ○近藤 真之, 紀 仁, 福士 耕, 田中 孝尚  
 鈴木 統裕, 高橋 史成, 中野 正和, 土田知恵子  
 土田 幸平, 富永 圭一, 笹井 貴子, 平石 秀幸  
 同 病理診断科 山岸 秀嗣, 今井 康雄
48. 良性十二指腸狭窄に対しダブルバルーンイレウスチューブを用いた超音波内視鏡下胃空腸吻合術が有用であった一例  
 東京医科大学病院 消化器内科学分野 ○朝井 靖二, 糸井 隆夫, 祖父尼 淳, 土屋 貴愛  
 辻 修二郎, 鎌田健太郎, 田中 麗奈, 本定 三季  
 向井俊太郎, 山本健治郎, 松波 幸寿
49. 左開胸開腹連続斜切開による胃全摘出術10例の検討  
 順天堂大学 医学部附属練馬病院 総合外科 ○北原 佳奈, 高橋 敦, 岩永 直紀, 山田衣里佳  
 秋本 瑛吾, 伊藤 譲, 関根 悠貴, 春山優理恵  
 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
- (12) 小腸 15:11~15:35 座長 自治医科大学附属病院 消化器内科 林 芳和
50. 消化管穿孔がないにもかかわらず腹腔内遊離ガスを呈した慢性偽性腸閉塞症の2例  
 横浜市立大学附属病院 肝胆膵消化器病学 ○大久保秀則, 冬木 晶子, 有本 純, 日暮 琢磨  
 野中 敬, 中島 淳

51. 腸重積を繰り返した小腸リポマトーシスの1例

横浜市立大学附属 市民総合医療センター ○重藤 千尋, 平澤 欣吾, 池田 良輔, 福地 剛英  
石井 泰明, 小林 亮介, 眞一まこも, 佐藤 知子  
横浜市立大学 消化器内科 前田 慎

52. 術後空腸切除検体で節外性NK/T細胞リンパ腫・鼻型と診断しえた1例

東邦大学医療センター佐倉病院 消化器内科 ○勝俣 雅夫, 竹内 健, 柴本 麻衣, 古川 潔人  
岩下 裕明, 佐々木大樹, 菊地 秀昌, 岩佐 亮太  
山田 哲弘, 長村 愛作, 中村健太郎, 吉松 安嗣  
津田裕紀子, 高田 伸夫, 鈴木 康夫  
同 消化器外科 門屋 健吾, 岡住 慎一  
千葉県がんセンター 腫瘍血液内科 辻村 秀樹  
同 臨床病理部 杉山 孝弘, 伊丹真紀子

53. 腹腔鏡手術が可能であったMeckel憩室による腸閉塞の1例

日立製作所 日立総合病院 消化器内科 ○小玉 夏美, 久保田 大, 宮嶋 望, 越智 正憲  
清宮 崇博, 松井 真希, 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  
同 外科 酒向 晃弘  
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) 大腸 1 15:35~15:59 座長 群馬大学医学部附属病院 消化器・肝臓内科 中山 哲雄

54. Regorafenib投与により膵炎を発症した横行結腸癌の一例

東京大学医学部附属病院 消化器内科 ○小西 満, 吉田俊太郎, 成田 明子, 太田 弓子  
神宝 隆行, 吉川 剛史, 石橋 嶺, 青木 智則  
中田 史子, 新倉 量太, 井原聡三郎, 木下 裕人  
早河 翼, 山田 篤生, 平田 喜裕, 小池 和彦

55. 直腸MALTリンパ腫の1例

国立がん研究センター中央病院 内視鏡科 ○田川 徹平, 吉永 繁高, 居軒 和也, 山田 真善  
坂本 琢, 中島 健, 斎藤 豊  
同 病理診断科 谷口 浩和, 前島亜希子  
同 内視鏡科  
同 検診センター 高丸 博之, 関口 正宇, 松田 尚久

56. 内視鏡的粘膜下層剥離術にて診断しえた結腸ganglioneuromaの1例

筑波大学附属病院 ひたちなか社会連携教育研究センター ひたちなか総合病院 ○廣島 良規  
日立製作所 ひたちなか総合病院 町島 雄一, 長瀬 将臣, 永淵 美帆  
筑波大学附属病院 光学医療診療部 奈良坂俊明

57. 血便を来たしたS状結腸脂肪腫の1例

東京医科大学八王子医療センター ○松江 右武, 福澤 誠克, 村松 孝洋, 土方 美穂  
杉本 暁彦, 山内 芳也, 高橋 祐輔, 平山 泰丈  
奴田原大輔, 平良 淳一, 中村 洋典, 今井 康晴

(14) 大腸2 15:59~16:23 座長 株式会社日立製作所 日立総合病院 消化器内科 大河原 敦

58. 盲腸を先進部とした成人特発性腸重積の1例

東邦大学医療センター大橋病院 消化器内科 ○牧野 敏之, 森 麻紀子, 吉田 有輝, 小山 圭穂  
日原 大輔, 島田 長怜, 富永 健司, 前谷 容  
同 第3外科 鯨岡 学, 桐林 孝治, 西牟田浩伸, 榎本 俊行  
斉田 芳久

59. dental floss clip 法を滑車様に使用し、内視鏡的粘膜下層剥離術により一括切除しえた盲腸側方発育型腫瘍の1例

日本大学医学部 内科学系消化器肝臓内科学分野 ○大内 琴世, 池原 久朝, 堤 康士郎, 増田 あい  
中川 太一, 高橋 利美, 中河原浩史, 大久保理恵  
今武 和弘, 山本 敏樹, 小川 真広, 松岡 俊一  
後藤田卓志, 森山 光彦

60. 卵巣転移のみ化学療法が無効であった pseudo-Meigs 症候群を来したS状結腸癌の1例

筑波大学 医学医療系 消化器内科 ○田島 大樹, 森脇 俊和, 廣瀬 優, 山浦 正道  
菅沼 大輔, 佐藤 雅志, 内田 優一, 江南ちあき  
山本 祥之, 長谷川直之, 石毛 和紀, 金子 剛  
福田 邦明, 安部井誠人, 兵頭一之介  
筑波大学附属病院 光学医療診療部 山田 武史, 奈良坂俊明, 鈴木 英雄, 溝上 裕士

61. 悪性ストマ閉塞に対して大腸ステント留置を行った1例

亀田総合病院 消化器内科 ○白鳥 俊康, 平田 信人, 中路 聡, 小林 正佳  
鈴木 健一, 森主 達夫, 吉村 茂修, 神田 圭輔  
山本 紘輝, 横山 雄也, 川満菜津貴

(15) 肝1 16:23~16:41 座長 筑波大学附属病院 茨城県地域臨床教育センター 瀬尾 恵美子

62. ステロイドパルス療法によってC型肝炎急性増悪をきたした一例

水戸済生会総合病院 消化器内科 ○弓田 冴, 叶川 直哉, 金野 直言, 宗像 紅里  
櫻井 健洋, 大川原 健, 青木 洋平, 渡辺 孝治  
柏村 浩, 仁平 武  
同 腎臓内科 国府田 恵, 佐藤ちひろ, 海老原 至  
同 臨床病理部 大谷 明夫

63. 肝原発神経内分泌腫瘍と診断した1例

筑波大学 医学医療系 消化器内科 ○広瀬 優, 山本 祥之, 山浦 正道, 菅沼 大輔  
内田 優一, 佐藤 雅志, 田島 大樹, 江南ちあき  
山田 武史, 森脇 俊和, 兵頭一之介

64. 集学的治療で9年間コントロールされている肝癌の一例

筑波学園病院 消化器内科 ○岡村 純子, 西 雅明, 山口 雄司, 村下 徹也  
松田 健二, 川西 宣裕, 松木 康彦

## 第2会場（午前の部）

### — 評価者 —

新松戸中央総合病院	消化器・肝臓内科	遠藤 慎治
東京医科大学	消化器内科	土屋 貴愛
筑波記念病院	消化器内科	池澤 和人

(16) 専修医Ⅱ(痔2、その他) 8:05~8:29 座長 東京医科大学茨城医療センター 消化器外科 竹 村 晃

65. ネフローゼ症候群を合併した、自己免疫性膵炎の1例

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 ○西村 正基, 杉森 一哉, 石井 寛裕, 入江 邦泰  
合田 賢弘

66. 門脈内穿破を併発し、腹腔から頸部まで及んだ感染性膵仮性嚢胞に対して超音波内視鏡ガイド下膵嚢胞ドレナージが著効した1例

横浜労災病院 消化器内科 ○高柳 卓矢, 関野 雄典, 尾崎 杏奈, 白鳥 航  
辻川真太郎, 小林 貴, 鈴木 雅人, 野上 麻子  
永畷 裕樹, 佐藤 晋二, 金沢 憲由, 内山 詩織  
永瀬 肇

同 内視鏡部 梅村 隆輔, 川名 憲一  
NTT 東日本関東病院 消化器内科 石井 研

67. 膵炎を繰り返す膵管非癒合に対して内視鏡的副乳頭バルーン拡張術が有用であった1例

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

68. 脾摘後重症感染症の1例

杏林大学 消化器・一般外科 ○吉田 智幸, 竹内 弘久, 近藤 恵理, 鶴見 賢直  
橋本 佳和, 大木亜津子, 長尾 玄, 阿部 展次  
正木 忠彦, 森 俊幸, 杉山 政則

(17) 研修医Ⅰ(食道、胃・十二指腸1) 8:29~8:59 座長 帝京大学附属病院 内科 青 柳 仁

69. 潰瘍性大腸炎の増悪期に認められたサイトメガロウイルス食道炎の1例

済生会川口総合病院 消化器内科 ○松永 宜子, 小田切啓之, 稲本 林, 白橋 亮作  
高杉 秀明, 三輪 佳雅, 尾股 佑, 目時 亮  
濱田 清誠, 小柳 佳成, 松井 茂, 原澤 茂  
同 病理診断科 佐藤 英章

70. 限局型食道神経内分癌に対して化学放射線療法が著効した1例

筑波大学 医学医療系 消化器内科 ○秦 嶺美, 山浦 正道, 山本 祥之, 廣瀬 優  
菅沼 大輔, 佐藤 雅志, 田島 大樹, 内田 優一  
江南ちあき, 山田 武史, 森脇 俊和, 兵頭一之助

71. 出血を繰り返した胃限局性アミロイドーシスの一切除例

東京慈恵会医科大学 消化器・肝臓内科 ○宮島慶一郎, 齋藤 恵介, 沖 沙佑美, 金井 友哉  
高見信一郎, 伊藤 善翔, 松本 喜弘, 小田原俊一  
梶原 幹夫, 内山 幹, 小井戸薫雄, 高橋 直人  
中野 雅貴, 鈴木 正章, 大草 敏史  
東京慈恵会医科大学附属葛飾医療センター 小林 寛子  
東京慈恵会医科大学附属病院 猿田 雅之

72. 貧血を契機に診断された高齢発症の Peutz-Jeghers 症候群の 1 例

順天堂大学医学部附属順天堂医院 臨床研修センター ○緒方 綾子  
同 消化器内科 竹田 努, 浅岡 大介, 高田 勇登, 横井 一徳  
富嶋 亨, 斉藤 紘昭, 中島 章人, 稲見 義宏  
松本 健史, 澁谷 智義, 山科 俊平, 長田 太郎  
渡辺 純夫

73. 十二指腸異所性腺の 1 例

東海大学 消化器外科 ○宮尾 洋輔, 古川 大輔, 山田 美鈴, 矢澤 直樹  
藤城 健, 益子 太郎, 中郡 聡夫  
同 消化器内科 川畷 洋平, 小川 真実, 川口 義明, 峯 徹哉

(18) 研修医Ⅱ(胃・十二指腸2、小腸) 8:59~9:29 座長 東邦大学医療センター佐倉病院 消化器内科 長 村 愛 作

74. 十二指腸 High grade sarcoma の一例

自治医科大学 消化器・一般外科 ○藤原 正貴, 三木 厚, 笠原 尚哉, 遠藤 和洋  
小泉 大, 笹沼 英紀, 佐久間康成, 堀江 久永  
細谷 好則, 佐田 尚宏, 北山 丈二

75. 直腸癌化学療法中に食道静脈瘤破裂を来した一例

東京医科歯科大学 消化器内科 ○山本 竜也, 桑原小の実, 大岡 真也, 東 正新  
仁部 洋一, 野崎 賢吾, 小林 正典, 勝倉 暢洋  
福田 将義, 北畑富貴子, 村川美也子, 新田沙由梨  
村野 竜朗, 鬼澤 道夫, 井津井康浩, 中川 美奈  
柿沼 晴, 朝比奈靖浩, 渡辺 守  
同 腫瘍化学療法外科 石川 敏昭

76. 小腸内視鏡にて診断し得た好酸球性胃腸炎の 1 例

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 ○鈴木 英祐, 平澤 欣吾, 池田 良輔, 福地 剛英  
石井 泰明, 小林 亮介, 眞一まこも, 佐藤 知子  
横浜市立大学 消化器内科 前田 慎

77. 高度貧血による心不全症状を契機に診断した若年女性の原発性小腸癌の 1 例

東京都立墨東病院 内科 ○源川 結, 小林 克誠, 町田 智世, 大倉 幸和  
南館 愛, 松岡 愛菜, 野坂 崇仁, 青沼 映美  
加藤 理恵, 古本 洋平, 浅野 徹, 佐崎なほ子  
忠願寺義通  
同 内視鏡科 堀内 亮郎

78. 造影 CT で小腸出血を診断し得た成人 Meckel 憩室出血の一例

船橋市立医療センター ○桑山 直樹, 東郷 聖子, 石垣 飛鳥, 徳長 鎮  
関 厚佳, 小林 照宗, 安藤 健, 水本 英明  
野手 洋雅, 丸山 尚嗣

(19) 研修医Ⅲ(大腸1) 9:29~9:59 座長 東京慈恵会医科大学附属柏病院 消化器・肝臓内科 内山 幹

79. 治療中に CMV 感染を合併したステロイド抵抗性潰瘍性大腸炎

日本大学医学部 内科学系消化器肝臓内科学分野 ○原野 英, 池原 久朝, 堤 康士郎, 大内 琴世  
中川 太一, 高橋 利実, 中川原浩史, 大久保理恵  
山本 俊樹, 今武 和弘, 小川 眞広, 松岡 俊一  
後藤田卓志, 森山 光彦

80. 血球貪食症候群を合併し潰瘍性大腸炎類似の病理組織像を認めたサルモネラ腸炎の一例

医療法人社団 筑波記念会 筑波記念病院 消化器内科 ○横山 昌平, 小林真理子, 池田 貴文, 岩井健太郎  
越智 大介, 大塚公一朗, 添田 敦子, 本橋 歩  
設楽佐代子, 池澤 和人, 中原 朗  
筑波大学 医学医療系 消化器内科 兵頭一之介

81. 治療に難渋した腸管バッチェットの1例

埼玉医科大学総合医療センター消化器・肝臓内科 ○石山 美咲, 可児 和仁, 内田 党央, 須田健太郎  
石橋 朗, 藤田 徹郎, 荒井 亮士, 大塚 武史  
杉浦 香織, 細見英里子, 山口奈緒美, 林 健次郎  
青山 徹, 高林英日己, 宮城 直也, 山本 龍一  
加藤 真吾, 岡 正志, 名越 澄子, 屋嘉比康治

82. 出血性ショックをきたしたクローン病の1例

東京医科大学茨城医療センター 消化器内科 ○落合 徹也, 岩本 淳一, 村上 昌, 門馬 匡邦  
小西 直樹, 上田 元, 屋良昭一郎, 平山 剛  
池上 正, 本多 彰, 松崎 靖司  
同 消化器外科 島崎 二郎, 鈴木 修司

83. 尿膜管膿瘍を契機に発見されたクローン病の一例

国立国際医療研究センター病院 ○吉井 史歩, 松永 理絵, 片岡 温子, 佐藤 雄  
秀野 泰隆, 合田 良政, 矢野 秀朗

(20) 研修医Ⅳ(大腸2) 9:59~10:23 座長 筑波大学附属病院 光学医療診療部 奈良坂 俊明

84. 非閉塞性腸管虚血(NOMI)が疑われた急性腹症の1例

横浜市立大学附属病院 内視鏡センター ○石田 彩花, 佐藤 高光, 鈴木 英祐, 栗田 裕介  
岩崎 暁人, 香川 幸一, 藤田 祐司, 細野 邦広  
窪田 賢輔, 中島 淳, 澤住 知枝, 青木 一郎

85. 低分化型腺癌を主体としたS状結腸癌によってS状結腸膀胱瘻をきたした一例

東海大学 医学部付属東京病院 ○佐藤 博彦, 小玉 敏生, 中村 淳, 塩澤 宏和  
青木 純, 鈴木 孝良, 峯 徹哉

86. 難治性の大腸憩室出血に対し内視鏡的バンド結紮（Endoscopic band ligation：EBL）が有効であった一例  
 国家公務員共済組合連合会 虎の門病院 消化器内科 ○貫井 友貴, 鈴木 悠悟, 和田有美子, 早坂淳之介  
 田中 匡実, 鳥羽 崇仁, 古畑 司, 野村 浩介  
 栗林 泰隆, 山下 聡, 菊池 大輔, 松井 啓  
 三谷 年史, 飯塚 敏郎, 布袋屋 修, 貝瀬 満
87. 混合性結合組織病に生じた糞石を内視鏡的に除去した1例  
 聖マリアンナ医科大学 消化器・肝臓内科 ○樋渡 正樹, 松尾 康正, 小澤 碧, 服部 美紀  
 佐藤 義典, 池田 佳子, 小澤俊一郎, 山下 真幸  
 山本 博幸, 安田 宏, 伊東 文生
- (21) 研修医Ⅴ(肝) 10:23~10:53 座長 東京女子医科大学八千代医療センター 消化器内科 戸 張 真 紀
88. 若年より門脈圧亢進症と診断され急速に肝不全が進行した一症例  
 横浜市立大学附属病院 肝胆膵消化器病学 ○金丸 雄志, 川村 允力, 留野 渉, 小川 祐二  
 今城 健人, 米田 正人, 中島 淳, 齊藤 聡  
 同 病理診断科・病理部 岩下 広道, 日比谷孝志, 山中 正二
89. 多発巨大肝細胞癌に対しTACE施行後に胃・腹腔内穿通をきたした一例  
 独立行政法人国立病院機構 災害医療センター ○児玉 裕章, 木谷 幸博, 島田 祐輔, 上條 孟  
 外川菜々子, 林 昌武, 佐々木善浩, 大野 志乃  
 上市 英雄
90. タルクによる胸膜癒着術が奏効した特発性細菌性胸膜炎後の難治性肝性胸水の1例  
 防衛医科大学校病院 内科学2講座 ○千谷 菜花, 西井 慎, 濱川 侑介, 溝口 明範  
 白壁 和彦, 寺田 尚人, 杉原 奈央, 埜 芳典  
 和田 晃典, 古橋 廣崇, 高城 健, 丸田 紘史  
 安武 優一, 東山 正明, 渡辺知佳子, 富田 謙吾  
 穂苅 量太, 三浦総一郎  
 同 光学医療診療部 高本 俊介, 永尾 重昭
91. 1穿刺で2本のドレナージチューブを留置し持続灌流を行った肝膿瘍の一例  
 龍ヶ崎済生会病院 ○岡本 千尋, 佐藤巳喜夫, 間宮 孝, 新里 悠輔  
 海老原次男
92. 10年の経過で肝不全に至った多発性肝嚢胞の1例  
 東京通信病院 消化器科 ○伊藤 大樹, 大久保政雄, 光井 洋, 関川憲一郎  
 小林 克也, 加藤 知爾, 古谷 建悟, 北村和貴子  
 橋本 直明
- (22) 研修医Ⅵ(膵1) 10:53~11:23 座長 東京女子医科大学病院 消化器外科 大 森 亜 紀 子
93. 胆管と膵管に狭窄を呈したGroove領域の膵炎の一例  
 筑波学園病院 筑波メディカルセンター病院 ○佐野 啓介  
 筑波学園病院 西 雅明, 松田 健二, 川西 宣裕, 村下 徹也  
 山口 雄司, 松木 康彦

94. 急速な増大を示し、腺扁平上皮癌と考えられた腭頭部腫瘍の一例

新松戸中央総合病院 消化器肝臓科 ○栗原 里佳, 遠藤 慎治, 塙 紀子, 米澤 健  
佐藤 祥之, 安部 宏, 井家麻紀子, 清水 晶平  
加藤 慶三

95. 腭腺扁平上皮癌の一例

順天堂大学附属練馬病院 消化器内科 ○小川 まゆ, 福生 有華, 宗林 祐史, 佐藤 寿史  
小沼 宏徳, 森本 崇, 中寺 英介, 深田 浩大  
東原 良恵, 井草 祐樹, 大久保裕直, 川邊 正人  
宮崎 招久

96. 閉塞性黄疸を契機に発見され EUS-FNA で診断し得た転移性腭腫瘍の一例

慶應義塾大学 医学部 消化器内科 ○和田 未来, 玉川 空樹, 瀧本 洋一, 片山 正  
南 一洋, 川崎慎太郎, 清野 隆史, 松下美紗子  
堀部 昌靖, 岩崎 栄典, 金井 隆典  
慶應義塾大学病院 内視鏡センター 福原誠一郎, 緒方 晴彦

97. 肝腫瘍針生検により腭腺房細胞癌と診断し、化学療法後の剖検で広範な癌肉腫を認めた一症例

国立研究開発法人 国立国際医療研究センター病院 消化器内科 ○金 蒼美, 小島 康志, 木平 英里, 久田 裕也  
忌部 航, 渡辺 一弘, 三神信太郎, 櫻井 俊之  
永田 尚義, 横井 千寿, 小早川雅男, 柳瀬 幹雄  
秋山 純一  
同 中央検査部 猪狩 亨

(23) 研修医Ⅶ(腭2、その他) 11:23~11:53 座長 杏林大学医学部 第三内科学教室 消化器内科 渡 邊 俊 介

98. 腭・胆管合流異常が原因と考えられた急性腭炎の一例

水戸協同病院 総合診療科 ○田村 祐規, 島田 薫, 梶 有貴, 鈴木 智治  
同 消化器内科 有賀 啓之, 熊倉 有里, 鹿志村純也, 佐藤 匡美

99. 診断に難渋した壊死性遊走性紅斑の一例

順天堂大学附属練馬病院 総合外科 ○長瀬 駿介, 高橋 敦, 岩永 直紀, 山田衣里佳  
秋本 英吾, 伊藤 譲, 春山優里恵, 関根 悠貴  
宮野 省三, 小坂泰二郎, 渡野邊郁雄, 町田 理夫  
北島 俊顕, 須郷 広之, 李 慶文, 児島 邦明

100. インフリキシマブ治療中に硬膜外膿瘍を来したクローン病の治療経過

水戸済生会総合病院 消化器内科 ○仲野 晃司, 柏村 浩, 宗像 紅里, 金野 直言  
櫻井 健洋, 叶川 直哉, 大川原 健, 青木 洋平  
渡辺 孝治, 仁平 武

101. 急激な転機をたどった Trousseau 症候群の1剖検例

JCHO 東京高輪病院 消化器内科 ○中牟田爽史, 田上 靖, 毛利 大, 平野 賢二  
前川 久登

102. プロテイン C 欠乏症に起因した上腸間膜静脈・門脈血栓症の一例

埼玉医科大学病院 総合診療内科 ○堀越 匠, 芦谷 啓吾, 大崎 篤史, 草野 武  
白崎 文隆, 野口 哲, 山岡 稔, 菅野 龍  
小林 威仁, 井上 清彰, 木下 俊介, 宮川 義隆  
橋本 正良, 山本 啓二, 中元 秀友  
熊谷総合病院 消化器外科 白石 匡  
埼玉医科大学病院 総合診療内科  
同 消化管内科 大庫 秀樹, 今枝 博之

---

## 第2会場（午後の部） 一般演題

---

(24) 肝2 14:05~14:29 座長 日本大学医学部 内科学系 消化器肝臓内科 高橋 利実

103. エコーガイド下生検で印環細胞癌であった胆管細胞癌の一例

水戸済生会総合病院 消化器内科 ○照屋 浩実, 仁平 武, 金野 直言, 宗像 紅里  
櫻井 健洋, 叶川 直哉, 大川原 健, 青木 洋平  
渡辺 孝治, 柏村 浩  
同 病理科 大谷 明夫

104. 胆管細胞診で診断された肝内胆管浸潤肝癌の一例

筑波学園病院 消化器内科 ○福本あすか, 西 雅明, 松田 健二, 川西 宣裕  
村下 徹也, 山口 雄司, 松木 康彦

105. 成人肝移植後の門脈血栓症に対する meso-Rex シヤント術

慶應義塾大学 医学部 外科 ○伊吹 省, 日比 泰造, 篠田 昌宏, 板野 理  
北郷 実, 阿部 雄太, 八木 洋, 北川 雄光

106. 肝外に突出する発育を認めた肝細胞癌へ TACE、RFA を行った一例

筑波学園病院 消化器内科 ○猪股 兼人, 西 雅明, 松田 健二, 川西 宣裕  
村下 徹也, 山口 雄司, 松木 康彦

(25) 胆 14:29~14:59 座長 獨協医科大学病院 消化器内科 土田 幸平

107. 経口胆道鏡によって経過観察しえた胆管腫瘍の1例

千葉県がんセンター 消化器内科 ○中村 和貴, 菅原 徳瑛, 高城 秀幸, 南金山理乃  
今関 洋, 杉田 統, 喜多絵美里, 辻本 彰子  
須藤研太郎, 傳田 忠道, 山口 武人  
同 内視鏡科 北川 善康, 鈴木 拓人  
同 臨床試験推進部 三梨 桂子, 廣中 秀一

108. 乳頭の同定が困難であった肝原発 GIST による総胆管圧迫に対して、ランデブー法により経乳頭的胆道ドレナージを行い得た1例

千葉大学 医学部 消化器・腎臓内科学 ○高橋 幸治, 露口 利夫, 杉山 晴俊, 鈴木英一郎  
井上 将法, 若松 徹, 小笠原定久, 大岡 美彦  
熊谷純一郎, 中村 昌人, 横須賀 収

109. 肝右葉切除術後の胆汁漏および左肝管狭窄に対し EUS 下ランデブー法により治療し得た1例

東京医科大学 消化器内科学分野 ○松波 幸寿, 祖父尼 淳, 土屋 貴愛, 辻 修二郎  
鎌田健太郎, 田中 麗奈, 殿塚 亮祐, 本定 三季  
向井俊太郎, 藤田 充, 山本健治郎, 朝井 靖二  
糸井 隆夫

110. 止血に難渋した胆道出血の1例

日本大学医学部 内科学系消化器肝臓内科学分野 ○岩塚 邦生, 中河原浩史, 増田 あい, 中川 太一  
高橋 利実, 大久保理恵, 山本 俊樹, 今武 和弘  
小川 眞広, 松岡 俊一, 後藤田卓志, 森山 光彦

111. 腹水を認める非代償性肝硬変の急性胆嚢炎症例に対して内視鏡的経乳頭の胆嚢ドレナージ術により良好な治療効果を得た1例

千葉大学 医学部 消化器腎臓内科 ○高橋 幸治, 露口 利夫, 杉山 晴俊, 安井 伸  
熊谷純一郎, 中村 昌人, 大岡 美彦, 横須賀 収

(26) 膝1 14:59~15:29 座長 国立病院機構霞ヶ浦医療センター 消化器内科 廣瀬 充明

112. 脾動脈塞栓術後に急性膵炎が合併した1例

日本医科大学多摩永山病院 消化器科 ○重松 秀, 高木 信介, 佐藤 航, 丸木 雄太  
馬来康太郎, 名児耶浩幸, 津久井 拓  
日本医科大学 消化器肝臓内科 岩切 勝彦  
日本医科大学多摩永山病院 外科 横山 正, 牧野 浩司, 吉田 寛, 上田 達夫  
同 放射線科 山本 彰  
同 循環器内科 中込 明裕, 草間 芳樹

113. 癌性腹膜炎で発症した膵尾部小膵癌(TS1)の1剖検例

横須賀市立うわまち病院 消化器内科 ○森川瑛一郎, 小宮 靖彦, 大熊 幹二, 梅沢翔太郎  
秋間 崇, 妹尾 孝浩, 池田 隆明  
同 病理検査科 飯田 真岐, 辻本 志朗

114. mFOLFIRINOX療法で縮小が得られた膵腺房細胞癌の一例

がん研有明病院 消化器内科 ○片岡 星太, 尾阪 将人, 石垣 和祥, 金田 遼  
松島 知宏, 山田 育弘, 佐々木 隆, 松山 真人  
高野 浩一, 笹平 直樹

115. 非典型的な形態を呈した膵管内腫瘍の一切除例

横浜市立大学医学部付属病院 消化器腫瘍外科学 ○矢後 彰一, 森 隆太郎, 藪下 泰宏, 高橋 智昭  
山口 和哉, 清水 康博, 堀井 伸利, 平谷 清吾  
澤田 雄, 熊本 宜文, 松山 隆生, 遠藤 格  
同 分子病理学 古屋 充子

116. 急性膵炎の成因別検討

筑波大学附属病院水戸地域医療センター 茨城県厚生連総合病院 ○有賀 啓之, 鹿志村純也, 熊倉 有里, 佐藤 匡美

(27) 膝2、その他 15:29~15:59 座長 筑波大学医学医療系 消化器内科 山本 祥之

117. EUS-FNAで術前診断し得たpancreatic granular cell tumorの1切除例

北里大学 医学部 消化器内科 ○川野 壽宙, 奥脇 興介, 今泉 弘, 宮田 英治  
金子 亨, 山内 浩史, 岩井 知久, 木田 光広  
小泉和三郎

118. 術後膵管吻合部狭窄に対し EUS 下経胃膵管ドレナージを施行した一例

千葉大学医学部附属病院 消化器内科 ○大和 睦実, 三方林太郎, 安井 伸, 高橋 幸治  
熊谷純一郎, 妹尾 純一, 林 雅博, 日下部裕子  
中村 昌人, 杉山 晴俊, 酒井 裕司  
同 肝胆膵外科 露口 利夫, 清水 宏明, 大塚 将之, 吉富 秀幸

119. 集学的治療を要した高トリグリセリド血症が原因の重症急性膵炎の1例

国立病院機構水戸医療センター 消化器内科 ○下山田雅大, 石田 博保, 吉原 なこ, 鈴木 宏清  
瀬山 侑亮, 伊藤 有香, 吉田 茂正, 山口 高史

120. 肝腫瘍との鑑別に苦慮した adrenal cortical adenoma の一例

東邦大学医療センター 大森病院 消化器内科 ○中川 皓貴, 篠原 美絵, 荻野 悠, 松井 大吾  
向津 隆規, 松清 靖, 高亀 道生, 塩澤 一恵  
和久井紀貴, 池原 孝, 篠原 正夫, 永井 英成  
渡邊 学, 五十嵐良典, 住野 泰清  
同 病院病理部 根本 哲生

121. 腹腔鏡下腹膜生検が診断に有用であった大量腹水を伴った結核性腹膜炎の一例

東京都立墨東病院 内科 ○町田 智世, 小林 克誠, 大倉 幸和, 南舘 愛  
松岡 愛菜, 野坂 崇仁, 青沼 映美, 加藤 理恵  
古本 洋平, 浅野 徹, 佐崎なほこ, 忠願寺義通  
同 内視鏡科 堀内 亮郎

## 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
341	山本博徳 (自治医科大学内科学講座 消化器内科学部門)	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 (国家公務員共済組合連合会 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)	東京 海運クラブ	10月26日 ～11月30日予定
344	長堀薫 (国家公務員共済組合連合会 横須賀共済病院)	5月27日(土)	東京 海運クラブ	2月15日 ～3月22日予定
345	鈴木康夫 (東邦大学医療センター 佐倉病院 内科)	7月15日(土)	東京 海運クラブ	4月5日 ～5月10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・29年度 日本消化器病学会関東支部教育講演会開催期日

講演回数	当 番 会 長	開 催 日	会 場	申込締切日
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・サポー	未定
30	齋藤英胤 (慶應義塾大学薬学部 薬物治療学講座)	平成29年 6月25日(日)	東京 シェンパツハ・サポー	未定

### 次回(第341回)例会のお知らせ

期 日：平成28年9月24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：「日本のIBD診療の功績と課題」

演者：北里大学北里研究所病院 炎症性腸疾患先進治療センター センター長 日比 紀文  
司会：自治医科大学内科学講座 消化器内科学部門 主任教授 山本 博徳

ランチョンセミナー：「新しく開発されたshort type DBEを用いたERCPの有用性～胆膵内視鏡治療の新たな挑戦～」

演者：関西医科大学内科学第三講座 島谷 昌明  
司会：自治医科大学内科学講座 消化器内科学部門 砂田圭二郎

専門医セミナー：「ドクター・ガストロ～臨床推論からの消化器病学～」

第10回専門医セミナー(第338回例会 平成28年2月6日(土)開催)に続き、本例会でも、専門医セミナーを開催いたします。

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、ディスカッションを展開します。

\*専門医セミナー参加費は無料です。どなたでもご参加いただけます。

\*専門医更新単位3単位取得できます。

当番会長：山本 博徳 (自治医科大学内科学講座 消化器内科学部門 主任教授)

〒329-0498 栃木県下野市薬師寺3311-1

TEL 0285-58-7348 FAX 0285-44-8297

連絡先：砂田圭二郎 (自治医科大学内科学講座 消化器内科学部門)

#### ◆研修医・専修医セッションについて◆

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

#### お問い合わせについて

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

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

日本消化器病学会関東支部 支部長 峯 徹哉

# 1 食道筋層の著明な肥厚を認め外科的筋層切開術で改善したJackhammer esophagusの一例

日本医科大学 消化器内科学<sup>1)</sup>、同 消化器外科学<sup>2)</sup>  
片岡宏章<sup>1)</sup>、川見典之<sup>1)</sup>、星川吉正<sup>1)</sup>、花田優理子<sup>1)</sup>、星野慎太郎<sup>1)</sup>、  
竹之内菜葉<sup>1)</sup>、梅澤まり子<sup>1)</sup>、佐野弘仁<sup>1)</sup>、星原芳雄<sup>1)</sup>、野村 務<sup>2)</sup>、  
内田英二<sup>2)</sup>、岩切勝彦<sup>2)</sup>

症例は67歳、男性。5年程前よりつかえ感、嘔吐あり徐々に増悪、食事摂取が困難な状況となったため近医受診後精査目的で当科紹介となった。当科で施行した上部消化管内視鏡検査では食道にらせん状の収縮、下部食道で強収縮がみられ、スコープの肛門側への挿入が困難であった。食道造影検査ではコクスクリー像を認め、食道内においてバリウムが上下移動するエレベーター現象が観察された。超音波内視鏡検査では食道筋層の著明な肥厚(筋層全体で4mm)を認めた。食道粘膜、筋層からそれぞれ生検を施行したが好酸球浸潤等特異的な所見は認めなかった。食道内圧検査(スターメディカル社製high resolution manometry, startletを使用)を施行したところ、食道蠕動波の収縮力の指標であるdistal contractile integral (DCI)が平均で18400mmHg・s・cm、最大で48600mmHg・s・cmと異常高値を認めた。下部食道括約筋の弛緩の指標であるintegrated relaxation pressure (IRP)は12.6mmHgと正常であった。以上よりhigh resolution manometryによる食道運動障害分類-シカゴ分類v3.0におけるJackhammer esophagusと診断した。治療はCa拮抗薬や亜硝酸薬による薬物療法が無効であり、外科にて胸腔鏡下食道筋層切開術(long myotomy)を施行した。術後の検査では上部消化管内視鏡検査や食道造影検査でみられた異常収縮は消失し、食道内圧検査でもDCIの低下を認めた。つかえ感や嘔吐は改善し食事摂取が可能となった。食道筋層の著明な肥厚を認め、外科的筋層切開術で改善したJackhammer esophagusの一例を経験したので、文献的考察を加え報告する。

Jackhammer esophagus, シカゴ分類

# 2 Barrett食道癌術後、心臓転移再発に対して腫瘍摘出術を施行した1例

がん・感染症センター 都立駒込病院 食道外科<sup>1)</sup>、  
都立広尾病院 心臓血管外科<sup>2)</sup>  
柳新太郎<sup>1)</sup>、松井俊大<sup>1)</sup>、山道 亮<sup>1)</sup>、鈴木邦士<sup>1)</sup>、千葉哲磨<sup>1)</sup>、  
伊藤聡彦<sup>2)</sup>、渡邊正純<sup>2)</sup>、三浦昭順<sup>1)</sup>

【症例】62歳女性。既往歴、癌家族歴に特記すべき事項なく、生活歴は教会飲酒、非喫煙であった。2015年9月頃より通過障害が出現し、徐々に増悪を認めたため、近医受診。食道病変を指摘され、当院初診となった。食道造影検査では病変はL1M(領域)に存在、造影剤の通過は不能であった。上部消化管内視鏡検査では胸部下部食道に壁内転移を伴う2型病変を認め、深達度はT3と診断した。CTでは108、109R、110リンパ節転移を認め、遠隔転移は認めなかった。耐術能に問題なく、腫瘍マーカーの上昇は認めなかった。胸部食道癌、L1M1、type2、cT3、cN2、cM0、cStageIIIと診断し、2015年10月に右開胸開腹食道亜全摘、胸骨後胃管再建、3領域郭清術を施行した。病理組織学的診断は、Barrett食道癌 pT3、pN0、ly0、v2、R0、pStage IIであった。術後経過は良好で第23病日に自宅退院となった。その後は外来にて経過観察を続けていたが、2016年4月のCTで左肺静脈から左房内に陰影欠損を認めたため、心臓腫瘍を疑い、緊急入院となった。同月、心臓血管外科で右前側方開胸アプローチにて左房腫瘍摘出術を施行した。術中迅速病理診断では、腺癌の診断であり、食道癌の心臓転移と考えた。2016年5月現在、入院治療中である。医中誌にて「食道癌」「心臓腫瘍」をキーワードに検索すると、我々が調べた限りでは11例の報告があった。化学療法や放射線療法による治療の報告もあるが、本症例で手術による治療が選択された。手術は根治的な意味よりも腫瘍肺塞栓の予防や、転移性心臓腫瘍に伴う突然死を予防するために効果的であると考えられた。腫瘍の心転移の多くは無症状であるため、剖検例以外でその報告は少ない。なかでも食道癌の転移性心臓腫瘍は稀な疾患であり、若干の文献的考察を加え報告する。

食道癌, 心臓転移

# 3 生検で診断困難であったリンパ球浸潤型と一般型の重複胃痛の一例

日本大学医学部 内科学系 消化器肝臓内科学分野<sup>1)</sup>、  
同 外科学系 消化器外科学分野<sup>2)</sup>  
小椋加奈子<sup>1)</sup>、中村仁美<sup>1)</sup>、金子真大<sup>1)</sup>、館脇李絵<sup>1)</sup>、熊川まり子<sup>1)</sup>、  
牧野加織<sup>1)</sup>、永井晋太郎<sup>1)</sup>、原澤尚登<sup>1)</sup>、中島典子<sup>1)</sup>、後藤田卓志<sup>1)</sup>、  
森山光彦<sup>1,2)</sup>、河合隆治<sup>2)</sup>、松野順敬<sup>2)</sup>、渡辺 愛<sup>2)</sup>、東風 貢<sup>2)</sup>、  
高山忠利<sup>2)</sup>

【症例】65歳男性。【主訴】タール便。【現病歴】ヘルペス脳炎後器質性精神障害のため精神科に通院中に黒色便をきたし上部消化管出血の精査加療目的に入院となった。【入院時現症】血圧132/67mmHg、脈拍117/分、腹部平坦・軟・圧痛なし。【入院時検査所見】Hgb 14.0 g/dL、UN 20.7 mg/dL、Cr 0.76 mg/dL。【入院時内視鏡検査】胃前庭部小弯後壁より2型病変を認め、Group 5 adenocarcinomaが確認された。前庭部大弯にO-IIa+IIc病変を認めGroup1であった。【入院後経過】PPI内服にて治療を開始し、出血の徴候は認めなかった。初回内視鏡から10日後に再検し、IIa+IIc病変の4箇所から生検を施行したがGroup1であった。前庭部小弯後壁の2型病変はMDLで深達度はMPでありStage IIa(T2N1M0)と診断し消化器外科で幽門側胃切除(D2)を施行した。【病理組織】前庭部後壁病変: Moderately differentiated tubular adenocarcinoma (tub2) of stomach. 前庭部大弯病変: Carcinoma with lymphoid stroma. 【考察】本症例は通常の管状腺癌とリンパ球浸潤癌(GCLS)の重複癌である。GCLSは通常腫瘍成分が小胞巣となり表面に露出するため、陥凹面や発赤部等から生検すれば診断可能であるとされているが、手術検体の最表層には癌の腺管構造は無かった。生検7検体中5検体は粘膜表層しか採取されておらず、粘膜下層を主体とするリンパ球浸潤型の診断には検体が不十分だったと考えられる。リンパ球浸潤型は積極的な外科治療により進行胃痛のなかでは良好な予後を得られており、近年ではESD治療例も報告されていることから、治療方針決定のために正確な生検診断が求められる。症例のように癌を疑いながらGroup5が出ない場合は、まずNBIを利用した狙撃生検すること、粘膜筋板の深さまで意識して採取する必要があると考えられた。【結語】一般型胃痛と、診断困難であったリンパ球浸潤胃痛を重複した貴重な症例を経験したので報告した。

リンパ球浸潤型, 重複癌

# 4 クロウン病との鑑別を要した好酸球性胃腸症の一例

国家公務員共済組合連合会 横須賀共済病院 消化器病センター 内科  
高橋純一、田中志尚、三代博之、森川 亮、田代祥博、鈴木 快、  
戸田晶子、相川恵里花、平昭衣梨、野澤さやか、小馬瀬一樹、  
田邊陽子、新井勝春、鈴木秀明、渡邊秀樹

【症例】18歳、男性。【主訴】腹痛、下痢。【既往歴】アレルギー疾患なし【アレルギー歴】花粉、食物・薬物アレルギーなし。【現病歴】入院40日前より腹痛と1日5回程度の水様便が出現した。近医を受診し整腸剤が処方されたが改善せず入院14日前から血便が出現した。症状強く当院の救急外来を受診し精査加療目的に入院となった。検査成績: WBC 11300/μL, Eo 3.7%, Hb 15.7 g/dL, 血小板 45万/μL, Alb 3.9 g/dL, CRP 1.79 mg/dL, 血沈 8 mm(1時間値), IgE 134.9 IU/mL。上部及び下部消化管内視鏡検査にて胃・十二指腸・大腸にアフタの散在を認めた。それぞれの部位より生検を行うと好酸球の著しい浸潤(20/hpf以上)を認めた。小腸造影では明らかな狭窄や潰瘍は認められなかった。便培養は陰性であった。腹部CTでは明らかな腸管浮腫や腹水は認めなかった。【経過】入院2日目よりランソプラゾール 15 mg/dayを開始したが症状は持続した。上記検査所見より好酸球性胃腸症の診断に至り、入院8日目よりプレドニゾン 30 mg/dayを投与開始としたところ腹痛と下痢は速やかに改善し、入院9日目には消失した。入院14日目にプレドニゾンを20 mg/dayに減量しスプラストシル 300 mg/dayを開始し症状再燃なく外来でプレドニゾンを漸減する方針となり入院20日目に退院となった。退院1ヶ月後に上部消化管内視鏡検査を再検したところ、胃と十二指腸のアフタは消失しており、ランソプラゾール生検を施行したところ好酸球の浸潤は認めず、また症状の再燃もなく臨床的寛解を維持できている。【考察】好酸球性胃腸症はわが国では1959年に初めて報告された。2004年から2009年の間での報告例は144例に止まり頻度は低い疾患である。クロウン病をはじめとした炎症性腸疾患との鑑別が問題となる。本症例は上部・下部病変の存在から当初クロウン病が鑑別上がったが、病理学的検討により好酸球性胃腸症と診断されステロイドが著効した。本症例を文献的考察を加え報告する。

好酸球性胃腸症, 慢性下痢症

## 5 内視鏡的に肝表面を観察できた十二指腸潰瘍穿通の一例

草加市立病院 消化器内科<sup>1)</sup>、  
東京医科歯科大学 消化器内科<sup>2)</sup>  
岡田理沙<sup>1)</sup>、 松川直樹<sup>1)</sup>、 小橋健一郎<sup>1)</sup>、 今城眞臣<sup>1)</sup>、 鎌田和明<sup>1)</sup>、  
吉田玲子<sup>1)</sup>、 矢内常人<sup>1)</sup>、 渡辺 守<sup>2)</sup>

【症例】65歳、男性。【現病歴】約1か月前からの間欠的な上腹部痛を主訴に約1週間前に近医を受診した。胃薬を処方され症状は改善傾向となったが、約3日前から腹痛が増悪し、嘔気、食思不振を認めたため当院へ救急搬送された。心窩部に圧痛があり筋性防御や反跳痛はなかった。黒色便はなかった。腹部造影CTでは、十二指腸壁の不整な肥厚があり、腹水やfree airは認めなかった。十二指腸を中心とした炎症、悪性腫瘍の可能性を考慮して入院し、絶食・補液・PPIの投与を開始した。第4病日に上部消化管内視鏡検査を施行した。十二指腸球部前壁～下行脚に消化性潰瘍があり、潰瘍底から肝表面が確認でき、十二指腸潰瘍の肝表面への穿通と診断した。再度腹部造影CTを撮影すると十二指腸から肝表にかけて限局的なfree airはあるものの腹水はなく、腹部症状は軽快傾向であり、外科と協議して保存的治療で経過観察する方針とした。その後、消化管造影で潰瘍からの造影剤漏出がないことを確認した。再度内視鏡で観察すると、潰瘍底は均一な白苔で覆われており、食事を開始し、退院した。【考察】十二指腸潰瘍の最も多い部位である球部は解剖学的に胆嚢や大腸と近接していることが多く、それらの周囲臓器と穿通した報告は散見される。肝臓との穿通を内視鏡的に観察できた報告は、本邦では胃潰瘍穿通症例で2例報告がある。一般的に消化性潰瘍の穿通は腹膜炎をきたし手術が必要となる可能性が高いが、本症例のように保存的治療で軽快した例も散見されている。胆嚢や大腸のような管腔臓器との交通は感染や瘻孔形成が生じるため、腹膜炎症状がなくても一般的には手術は必要となるであろう。本症例は実質臓器との交通であったことが手術を回避できた要因のひとつと考えた。しかし穿通後に膿瘍を形成した症例、肝臓から腹腔内に穿破した症例の報告もあり、治療については症例ごとに慎重に検討していく必要があると考える。

十二指腸潰瘍、穿通

## 7 胃過形成性ポリープの経過観察中に同病変内に発生した胃癌と胃腺腫の1例

東京警察病院 消化器科  
内田麻美、徳山信行、藤澤剛太、近藤 僚、芹澤多佳子、八木岡浩、小椋啓司

【症例】75歳男性。【主訴】労作時呼吸困難、胸部圧迫感。【経過】2009年横行結腸癌に対し当院外科で右半結腸切除施行。サーベイランス目的で毎年上部消化管内視鏡検査GSを施行されていた。2009年のGSでは正常胃粘膜であり異常所見は認めなかったが、2011年胃角部に過形成性ポリープの新出を認めた。2011、2012年の生検では過形成性ポリープの病理診断であり、迅速ウレアーゼ試験も陰性であった。2013年より過形成性ポリープの増大と出血およびHb9g/dl台の貧血を認めていたが切除は行わず経過観察されていた。2015年労作時呼吸困難、胸部絞扼感が出現し当院内科受診。血液検査でHb5.1g/dlと貧血の進行を認めため精査加療目的で入院した。全身状態改善後に出血源精査のためGS施行したところ、出血は認めなかったが既知の過形成性ポリープのさらなる増大及び白色調の新出病変を認めた。白色病変からの生検結果で高分化管状腺癌tub1を認めため、後日内視鏡的粘膜剥離切開術を施行。病理所見は、腺窩上皮型過形成性ポリープの病変内に高分化管状腺癌と腸型管状腺癌の合併を認めたものであった。病変は治癒切除であり、現在まで局所再発、転移所見は認めていない。切除後はHb13g/dlまで貧血の改善を認めた。【考察】過形成性ポリープが癌化した際の形態変化を追えた症例は極めて少ない。過形成性ポリープの診断がついていても内視鏡所見での変化を認めた際は、癌化の可能性を考慮し生検すべきであると考える。また本症例のように過形成性ポリープ内に独立して癌、腺腫を合併した症例の報告例はなく、いまだ発生過程が不明である過形成性ポリープからの癌化の機序の考察において示唆にとむ症例と考え報告する。

過形成性ポリープ、胃癌

## 6 皮膚筋炎を合併した食道胃接合部癌の一例

東京都済生会中央病院 消化器内科<sup>1)</sup>、同 腫瘍内科<sup>2)</sup>、  
同 皮膚科<sup>3)</sup>、同 病理診断科<sup>4)</sup>、  
慶應義塾大学病院 リウマチ内科<sup>5)</sup>  
安田聖一<sup>1)</sup>、西井 元<sup>1)</sup>、西井まみか<sup>1)</sup>、阿部善彦<sup>1)</sup>、星野 舞<sup>1)</sup>、  
林 智康<sup>1)</sup>、小川 歩<sup>1)</sup>、田沼浩太<sup>1)</sup>、上田真裕<sup>1)</sup>、三枝慶一郎<sup>1)</sup>、  
岸野竜平<sup>1)</sup>、船越信介<sup>1,2)</sup>、中澤 敦<sup>1)</sup>、松崎ひとみ<sup>3)</sup>、安岡秀剛<sup>3)</sup>、  
向井 清<sup>4)</sup>、塚田信廣<sup>5)</sup>

症例は63歳男性。201X-1年8月健診上部消化管造影検査にて下部食道粘膜異常を指摘され、同年12月に近医で上部消化管内視鏡検査を施行され食道胃接合部に2型進行癌(腺癌)と診断された。201X年1月に前医紹介受診となり精査の結果、臨床進行度T3N1M0(Stage2B)と診断され同月手術療法を施行された。しかし術中に多発肝転移を認めため、リンパ節郭清は行わず食道切除術および胸骨後胃管再建術のみ施行された。同年2月中旬より全身化学療法S-1+シスプラチン併用療法を開始されたが口腔粘膜炎症(CTCAEv4.0 Grade3)を認めたため化学療法開始8日目にS-1内服中止となった。化学療法を開始する前の2月初旬より上下肢皮膚に皮疹が出現しその後体幹部にも拡大、2月下旬には左右対称性の上下肢筋力低下と筋肉痛が出現、血清CK値は12000U/mlと異常高値を認め皮膚筋炎が疑われた。3月初旬に当院入院時には歩行困難となっており、両側手背にGottron丘疹および前胸部にVネック型皮疹を認め皮膚筋炎が強く疑われ、確定診断目的に皮膚生検を施行した。生検所見、上肢筋MRIおよび筋電図の結果より皮膚筋炎確実例と診断した。高度嚥下障害を伴う皮膚筋炎に対し、水溶性プレドニン60mg/日を開始後、切除不能食道胃接合部癌に対する緩和的化学療法としてパクリタキセル+ラムシルマ併用療法を開始した。治療開始2コース後のCT検査上、病勢評価は安定で、皮膚筋炎に関してもステロイド治療に反応し上下肢の筋力は著明に改善、全身の皮疹もほぼ消失した。しかし高度嚥下障害は改善せず中心静脈栄養管理が長期化し低栄養状態が遷延、免疫抑制状態でもあり経過中に尿路感染症や腸管感染症を合併した。既報では皮膚筋炎の予後規定因子として悪性腫瘍の合併、嚥下障害の存在が指摘されている。今回高度嚥下障害を伴う皮膚筋炎合併により治療に難渋した食道胃接合部癌を経験したので報告する。

嚥下障害、ラムシルマ

## 8 胃十二指腸ステント留置後の動脈出血性ショックに対して血管塞栓術で救命し得た一例

筑波記念病院 消化器内科<sup>1)</sup>、筑波大学 医学医療系 消化器内科<sup>2)</sup>  
池田貴文<sup>1)</sup>、小林真理子<sup>1)</sup>、岩井健太郎<sup>1)</sup>、越智大介<sup>1)</sup>、  
大塚公一朗<sup>1)</sup>、添田敦子<sup>1)</sup>、本橋 歩<sup>1)</sup>、設楽佐代子<sup>1)</sup>、池澤和人<sup>1)</sup>、  
中原 朗<sup>1)</sup>、兵頭一之介<sup>2)</sup>

【背景】悪性胃十二指腸閉塞に対する自己拡張型金属ステント(Self Expandable Metallic Stent:SEMS)挿入は、手技的および臨床的成功率ともに良好でQOL改善に有効と考えられる。偶発症はステント閉塞や逸脱など軽微なことが多く、重篤な偶発症は稀である。今回、進行胃癌による幽門狭窄へのSEMS留置後に発生した動脈出血に対して、血管塞栓術にて救命し得た一例を経験したので報告する。【症例】80歳代男性。十二指腸球部浸潤を伴う切除不能進行胃癌に対してS-1の内服加療を開始したが、3ヶ月後には腫瘍増大に伴う幽門部狭窄が進行し食事摂取不能となった。本人および家族の同意を得てSEMS(Niti-S胃十二指腸ステント(R))を挿入した。2日後に食事を開始したところ挿入8日後には貧血が進行し腹痛も出現した。赤血球輸血を行うも貧血の急激な進行を認めたため、挿入10日後に上部消化管内視鏡検査を施行した。胃内に大量の新鮮血貯留を認め、ステント口側近傍の腫瘍には深掘れ潰瘍が形成されていた。噴出性出血は確認できなかったが動脈の露出を疑う所見であった。内視鏡検査直後に出血性ショックとなり、緊急血管造影検査を施行した。胃大網動脈の瘤形成と胃内への造影剤漏出の所見を認めたため、ヒストアクリルを用いた塞栓術によって止血した。その後は再出血なく経過し、経口摂取も可能となり自宅退院となった。【考察】胆管ステントでは肝動脈瘤からの出血例が報告されているが、胃十二指腸ステント出血は腫瘍表層からの軽微なものが多く、動脈性出血の報告は少ない。本症例では出血性ショックにまで至ったが、その原因はSEMSによる物理的圧迫が脆弱な腫瘍組織の壊死と仮性動脈瘤の形成を惹起したためと推察された。動脈出血の部位診断と速やかな治療が可能なることから血管造影検査が第一選択となり、本症例では高齢担癌患者でショックを併発したにもかかわらず塞栓術によって救命が得られた。胃十二指腸ステント留置後の動脈出血に対して血管塞栓術で救命した既報がなく、極めて貴重な経験であり報告する。

胃十二指腸ステント、血管塞栓術

帝京大学ちば総合医療センター 消化器内科  
正木宏明, 深澤弘行, 東納重隆

症例: 70代男性 主訴: なし 既往歴: 胃潰瘍にて18年前に*Helicobacter pylori*の除菌治療を実施して成功している。2010年より毎年当院で人間ドックを受験し、上部消化管内視鏡検査を受けていた。現病歴: 2016年2月に当院で人間ドックを受験。上部消化管内視鏡検査にて胃角小彎にtype2病変を認めた。経過: 生検病理で低分化腺癌と診断。追加で実施した造影CTにて多発肝転移およびリンパ節転移を認め、腹膜転移の可能性も示唆された。ご本人、ご家族に上記所見を説明し化学療法をお勧めしたが積極的治療は希望されず緩和治療を希望されたため、緩和治療の専門病院を紹介し、転院された。考察: *Helicobacter pylori*除菌後に発生する胃癌と除菌前から存在する微小胃癌の増大との鑑別は困難であり、除菌後10年以上を経過して発見された胃癌は除菌後新規に発生したものと推測されている。今回の症例は除菌治療終了後10年以上を経過して発見されているため除菌後に新規発生した胃癌と思われる。*Helicobacter pylori*除菌後に発生する胃癌では表面が非癌上皮に被覆されることもあり、早期発見が困難な場合があることが報告されている。今回の症例の内視鏡所見を見直すと、1年前の内視鏡所見では胃癌の発生した部位に粘膜下腫瘍様のわずかな隆起とびらんを認めるが強く示唆する粘膜不整所見はなく、通常内視鏡検査では胃癌と診断することは困難であった。しかしながら臨床経過からは1年前に既に胃癌組織が存在していたと思われ、拡大内視鏡観察の追加と粘膜下層を採取するような深めの生検、慎重なフォローアップなどが望まれる所見であったと反省される。今後、*Helicobacter pylori*除菌後の患者が増加するため本症例のような早期発見が困難な胃癌症例も増加すると思われ、注意深い観察が必要である。

*Helicobacter pylori* 除菌, 胃癌

茨城県厚生連 総合病院土浦協同病院 消化器内科<sup>1)</sup>,  
同 外科<sup>2)</sup>, 同 病理診断科<sup>3)</sup>  
渡邊剛志<sup>1)</sup>, 上山俊介<sup>1)</sup>, 江頭徹哉<sup>1)</sup>, 市田 崇<sup>1)</sup>, 鈴木雅博<sup>1)</sup>,  
草野史彦<sup>1)</sup>, 酒井義法<sup>1)</sup>, 田代雅紀<sup>2)</sup>, 薄井信介<sup>2)</sup>, 井上和成<sup>3)</sup>

【症例】79歳、女性【主訴】貧血【現病歴】20xx年10月より貧血、胃部不快感あり。1年後、貧血進行あり当科へ上部消化管内視鏡施行依頼となった。【臨床経過】体中部大彎に非萎縮性粘膜を背景として15mm大の襲の途絶・癒合を伴った急峻な陥凹性病変を認め、未分化癌が疑われる内視鏡所見であった。その他の周囲粘膜に襲の変形から伸展不良の所見はなかった。生検病理診断ではsig-por>tub2の結果であり、粘膜下層深層への浸潤を予想し外科的切除の方針とした。T1b癌として内視鏡診断から30日後に同施設で腹腔鏡下噴門側胃切除術(LPG)+D2が施行された。術中内視鏡で十分なmarginをとり切離ラインを決定したが、術中迅速診断は提出されなかった。術後病理診断は、SS, ly0, v0であり、粘膜下層から漿膜下層に広範囲に進展しており、肛門側断端が陽性の結果だった。初回手術から80日後に、追加胃全摘・Roux-en-Y再建法が施行された。追加検体でもSS, ly0, v0であり、胃中部大彎から後壁および小彎の範囲で粘膜下層から漿膜下層にまで広範囲に癌細胞がみられたものの、切除断端は陰性であった。【考察】未分化癌は粘膜下層に広範囲に進展することが知られており、その範囲診断に苦慮することがある。本症例では、内視鏡所見から病理像が全く予見できない結果であり追加手術となった。病理学的にも粘膜表層への変化は乏しく少なくとも側方進展の正確な予想は困難だったと考える。LP型胃癌の場合、このような症例を経験する可能性は十分に考えられ、文献的考察も含め報告する。

LP型胃癌, 未分化癌

大森赤十字病院 消化器内科  
栗原大典, 立川 準, 西村正基, 須藤拓馬, 芦荻圭一, 河合恵美,  
河野直哉, 関志帆子, 千葉秀幸, 井田智則, 諸橋大樹,  
後藤 亨

症例は40歳男性。既往歴特記事項なし。2014年10月下旬昼に刺身摂取した。同日夕方より38度台の発熱と下痢、上腹部から背部にかけて間欠的な鈍痛を認めた。上腹部の痛みの間隔は長くなってきているが疼痛は改善認めないため近医受診。血液検査上WBCは正常範囲内だが(9100/ $\mu$ l)だがCRP著明高値(22.6mg/dl)を認め当院紹介受診となった。造影CTにて胃前庭部の浮腫が高度にみられ、刺身摂取後に腹痛を来した病歴と造影CT所見より胃アニサキス症を疑い、同日緊急上部内視鏡検査を施行。胃前庭部大彎後壁に限局して7体のアニサキス虫体を認め、全て胃粘膜内に頭部を刺入しておりそれに一致して粘膜の浮腫、発赤、びらんを認めた。生検鉗子により虫体頭部を丁寧除去し虫体全て回収し終了とした。腹痛はその後速やかに消失し、翌日の血液検査でもCRPの低下を確認した。アニサキスは食品衛生法において保健所への届け出が必要とされており、年間2000-3000例の報告がある。その90%以上は胃アニサキスである。臨床症状は、上腹部痛、悪心、嘔吐が多く、吐・下血での発症は稀である。上部内視鏡所見として発赤、浮腫、びらんを認めることが多いが、中には急性胃粘膜病変や出血性潰瘍を認める報告もある。即時型過敏反応の有無に伴い、緩和型・劇症型に分類されるが本症例は刺身摂取後2-8h以内に腹痛・悪心等を伴っており、劇症型に分類される。1匹のみの発見が多いが、20%程度は本症例のように同時に複数匹発見されることもあるが多くは5体以下である。またアニサキス症におけるCRP値の報告はないが、多くの例で軽度の上昇にとどまっており、本症例のように著明高値となる症例は稀と考えられ、報告する。

アニサキス, CRP高値

日本医科大学千葉北総病院 消化器内科<sup>1)</sup>,  
日本医科大学 消化器内科学<sup>2)</sup>  
野田啓人<sup>1,2)</sup>, 西本崇良<sup>1,2)</sup>, 藤森俊二<sup>1,2)</sup>, 大久保知美<sup>1,2)</sup>,  
大森 順<sup>1,2)</sup>, 新井泰央<sup>1,2)</sup>, 藤元直彦<sup>1,2)</sup>, 厚川正則<sup>1,2)</sup>, 米澤正興<sup>1,2)</sup>,  
小高康裕<sup>1,2)</sup>, 岩切勝彦<sup>1,2)</sup>

#### 【目的】

ポノブラザン(P-CAB)を用いたH. Pylori (HP) 除菌治療の除菌率、経過を調査するとともに、従来法と比較してその有効性について検討した。

#### 【方法】

2015年4月から2016年3月の日本医科大学千葉北総病院における除菌治療を週及的に検討した。HP感染患者に対してP-CABを用いて1次、2次、加えて従来法で2次除菌に失敗した患者に対してP-CABを使用した再除菌を3次除菌として行い、その除菌経過および同期間の従来法との除菌率の比較を行った。

#### 【結果】

検討期間中に除菌治療は493例に行われ、その中で抄録提出時に除菌結果が判明している276(他院で1, 2次除菌を受けている例を加える)例について解析を行った。2, 3次除菌症例には前段で先行除菌治療を行った症例が加えられている。1次除菌において、P-CABを用いて除菌を行った群(P-CAB群)185例の除菌率は91.4%(成功159例, 失敗15例, 中止3例)であった。従来の除菌治療を行った群(PPI群91例)の1次除菌率は83.1%(成功74例, 失敗15例, 中止2例)で、中止例を除いて解析した場合にP-CAB群で有意に除菌率が高かった(P=0.047)。中止症例の主な理由は嘔吐、下痢、発熱であった。2次除菌ではPPI群が94.1%(成功16例, 失敗1例)に対し、P-CAB群は97.3%(成功36例, 失敗1例)であった。3次除菌はP-CAB群は100%(成功3例, 失敗0例)であった。

#### 【結論】

P-CABを用いた除菌治療は従来の除菌治療と比較して良好な結果が得られていた。

ポノブラザン, 除菌

## 13 消化管金属ステントが断裂し再留置後に消化管穿孔を来した悪性十二指腸狭窄の1例

聖マリアンナ医科大学 消化器・肝臓内科  
佐藤純也, 中原一有, 路川陽介, 森田 亮, 得平卓也,  
伊東文生

症例は57歳男性。肝門部胆管癌 (stage IVb) による肝門部胆管狭窄、閉塞性黄疸に対し、左右肝管に胆管金属ステントを留置後、化学療法を施行していた。化学療法開始16ヶ月後、肝門部胆管癌の直接浸潤により十二指腸球部に悪性消化管狭窄を来した。そこで、悪性十二指腸狭窄に対し、ステントの口側端を胃前庭部、肛側端を十二指腸下行脚に位置する状態でnon-coveredの消化管金属ステントを留置した。その後、食事摂取が可能となり化学療法を継続していたが、消化管金属ステント留置6ヶ月後の腹部CTにてステントの一部の断裂が確認され、留置10ヶ月後にはほぼ完全断裂した。ステント断裂後も食事摂取は可能であり、腹痛、出血、穿孔などはみられなかったため経過観察としていたが、留置22ヶ月後に食事摂取困難、嘔吐を主訴に受診した。腹部CTでは、胃幽門部から十二指腸球部の狭窄および胃内容物の貯留を認めた。なお、その際のCTでは断裂したステントの口側部分は確認されなかった。ステント再留置に伴う出血や穿孔などの危険性を十分に説明し、納得された上で希望されたため、狭窄部に対してstent-in-stentにて消化管金属ステントを再留置した。その後、食事摂取が可能となり退院したが、再留置2ヶ月後に腹痛を主訴に受診した。腹部CTにて、ステント留置部の近傍を中心として腹腔内に遊離ガス像を認め、ステント留置部近傍の消化管穿孔と診断した。terminal stageのためbest supportive careの方針となり、穿孔の診断翌日に死亡した。消化管金属ステント断裂は稀な偶発症であり、断裂に伴う再狭窄への対処法は明らかではない。今回われわれは、消化管金属ステント断裂の過程を継続的にCTにて観察しえ、断裂後の再狭窄に対して消化管金属ステント再留置後に消化管穿孔を来した1例を経験したので報告する。

悪性胃十二指腸狭窄、消化管ステント

## 14 小腸出血を契機に肺小細胞癌小腸転移の診断に至った1例

NTT 東日本関東病院  
中尾友美, 三角宜嗣, 綱島弘道, 瀧田麻衣子, 酒井英嗣, 田島知明,  
村元 喬, 松山恭士, 野中康一, 大園 研, 松橋信行

【症例】85歳女性。労作時の呼吸苦と黒色便を主訴に2015年11月に当院を受診した。著明な鉄欠乏性貧血を認めたため、消化管出血を疑って上下部内視鏡検査を施行したが、出血源となるような病変を認めなかった。腹部CT検査にて回腸に壁肥厚と周囲リンパ節腫大を認めたため、小腸腫瘍からの出血を疑い、経肛門ダブルバルーン内視鏡検査を施行した。バウヒン弁から80cm口側の回腸にSMT様の立ち上がり有する腫瘍性病変を認め、病理組織診断にてN/C比の大きな異型細胞を認め、小細胞癌と診断された。転移性小腸腫瘍と診断し、全身検索を行ったところ、右肺門部の腫瘍を指摘し、気管支鏡検査の結果、肺小細胞癌に伴う小腸転移 (T2aN1M1b Stage IV) と診断した。腸閉塞症状はなく、CarboplatinとEtoposideによる化学療法を開始したが、発見から165病日に原病死亡した。【考察】肺癌の小腸転移は稀であり、特に肺小細胞癌からの転移は報告が少ない。また、穿孔や腸閉塞に対する緊急手術時や剖検時に診断されることが多い。本症例は、小腸転移からの出血を契機に確定診断に至った点で貴重と考えられる。ダブルバルーン内視鏡やカプセル内視鏡といった小腸内視鏡検査の普及に伴い、小腸転移の早期発見例が増加することが期待される。

小腸転移, 肺小細胞癌

## 15 腎性貧血にて長期経過観察中にカプセル内視鏡で発見された小腸癌の一例

筑波大学 医学医療系 消化器内科<sup>1)</sup>, 筑波大学附属病院 光学医療診療部<sup>2)</sup>  
山浦正道<sup>1)</sup>, 金子 剛<sup>1)</sup>, 廣瀬 優<sup>1)</sup>, 菅沼大輔<sup>1)</sup>, 佐藤雅志<sup>1)</sup>,  
田島大樹<sup>1)</sup>, 内田優一<sup>1)</sup>, 江南ちあき<sup>1)</sup>, 奈良坂俊明<sup>2)</sup>,  
鈴木英雄<sup>2)</sup>, 松井裕史<sup>2)</sup>, 溝上裕士<sup>2)</sup>, 兵頭一之介<sup>1)</sup>

【はじめに】今回我々は長期間腎性貧血として経過観察されていた患者に対し、カプセル内視鏡 (CE)・バルーン内視鏡 (BAE)にて診断、空腸部分切除術にて治療した小腸癌の一例を経験したので報告する。【症例】68歳、女性。8年以上前より貧血を指摘されていたが、近医にて慢性腎不全として経過観察されていた。下血を認めた為、上下部消化管内視鏡検査および造影CT検査を施行されたが、責任病変は指摘されず、精査目的に当院を紹介受診した。OGIB精査目的にCE及び経口のBAEを施行したところ、トライツ靱帯より50cm程度肛門側に全周性の3型病変を認めた。同部位が貧血の原因と判断し、腹腔鏡下小腸部分切除術を施行した。漿膜面にはひきつれが認められるものの、露出は認めず、治癒的切除となった。病理組織学的にはAdenocarcinoma, jejunum, pT3N0MX, pStageIIA (UICC第7版、小腸)と診断された。術後は貧血等を認めず、経過は良好である。【考察】剖検における原発性小腸癌の頻度は1,000例当り1.2例と低く、全消化管癌の0.1~0.3%と報告される希少疾患である。本症例はCEを施行してみれば典型的な小腸癌症例であったが、どのような症例にCEを施行するかは難しい。このため、本症を含めた本学におけるCE検査650例中393例のOGIBを後方視的に解析すると有所見率は69%であり、このうち腫瘍性病変は8% (31/393例)であった。OGIB別に有所見率を検討するとprevious・occult OGIB例 (各々203例・133例)における腫瘍性病変は各々16例・14例 (8%・11%)と無視できない頻度であることがわかった。本症においてもoccult OGIBとしてCEが施行されていた場合、より早期の治療介入ができた可能性もあるため、持続する貧血を呈する患者には早期のCE検査が望ましい。【結語】慢性貧血に対するCEが診断に有用であった小腸癌の一例を経験した。

小腸, カプセル内視鏡

## 16 繰り返す消化管出血を契機に診断された小腸原発性アミロイドーシスの一例

茨城県立中央病院 消化器内科  
小松義希

【背景】原発性アミロイドーシスはアミロイド物質が全身諸臓器の細胞外に沈着することにより機能障害を来す疾患である。今回、繰り返す消化管出血で発症した小腸原発性アミロイドーシスのまれな1例を経験した。【症例】慢性腎不全、心房細動、陳旧性脳梗塞で当院通院中であった76歳女性で、上部・下部消化管内視鏡検査で出血源を特定できない消化管出血を繰り返していた。201X年9月にめまいを自覚し、症状が悪化したため9月22日に当院を受診した。血液検査ではHb6.8g/dlと貧血を認めた。内服していたワーファリン、バイスピリンを休薬として、上部消化管内視鏡検査を施行したが出血源は明らかでなかったが、カプセル内視鏡検査にて小腸に潰瘍の散在を認めた。経口的小腸内視鏡を施行し、十二指腸水平脚から空腸にかけてびらん・潰瘍が散在し粘膜は脆弱であり粘膜下血腫を伴った。潰瘍と正常粘膜から生検を施行したところアミロイドの沈着が認められた。さらに尿中BJ蛋白 (λ型) が陽性であり小腸原発性アミロイドーシスと診断した。なお、多発性骨髄腫や心アミロイドーシスを疑う所見は見られなかった。原発性ALアミロイドーシスと考え、MP療法を開始し現在外来にて治療中である。【結語】本症例のように消化管出血を契機に診断された小腸原発性アミロイドーシスはまれであり、若干の文献的考察を加え報告する。

小腸アミロイドーシス, ALアミロイドーシス

インフリキシマブ投与後に遅発性の嚥下困難、意識障害および低ナトリウム血症を呈したクローン病の1例

埼玉医科大学 消化器内科・肝臓内科<sup>1)</sup>,  
同 教職員・学生健康推進センター<sup>2)</sup>  
相馬直人<sup>1)</sup>, 中山伸朗<sup>1)</sup>, 浅見真衣子<sup>1)</sup>, 齊藤陽一<sup>1)</sup>, 測上 彰<sup>1)</sup>,  
鷹野雅史<sup>1)</sup>, 塩川慶典<sup>1)</sup>, 内田義人<sup>1)</sup>, 藤井庸平<sup>1)</sup>, 平原和紀<sup>1)</sup>,  
打矢 紘<sup>1)</sup>, 中澤 学<sup>1)</sup>, 近山 琢<sup>1)</sup>, 安藤さつき<sup>1)</sup>, 中尾将光<sup>1)</sup>,  
本谷大介<sup>1)</sup>, 菅原通子<sup>1)</sup>, 稲生実枝<sup>1)</sup>, 今井幸紀<sup>1)</sup>, 富谷智明<sup>2)</sup>,  
持田 智<sup>1)</sup>

64歳、男性。20年前の血便症状を契機にクローン病と診断され、小腸切除術を受けた。15年前にC型肝炎の合併が判明した。血便症状はその後も持続した。内視鏡検査では、小腸に多発潰瘍と狭窄の所見と認められたが、出血の所見なく、PSL5 mg/日とメサラジン1,000 mg/日の投与で、4年前より血便症状は一旦、終息した。1年前に大量の血便が出現してショック状態に陥ったが、出血源は特定できず、腸管安静で症状は改善した。2ヶ月前と1ヶ月前にも血便症状が再発し、その都度、入院で精査したが、出血源は不明であった。退院からちょうど1ヶ月が経過したが、未明より3回の血便があり、救急搬送されて、入院とした。Hb 7.6 g/dL、白血球数4,460、CRP 0.54 mg/dL、血清Alb 1.9 g/dL、Na 138 mEq/L、Cl 109 mEq/L、K 4.1 mEq/L。小腸内視鏡では、術後吻合部小腸に粘膜脆弱と出血の所見あり、内視鏡的止血術を施行した。クローン病は、小腸型で、CDAIスコア197点、IOIBDスコア1点。入院第11病日より、小腸病変コントロールの目的で、インフリキシマブ投与238 mg (5 mg/kg体重)を開始した。第14病日より嚥下困難の訴えあり、Na 123 mEq/Lと低Na血症を認めた。第16病日には意識障害が出現して、翌第17病日には意思疎通ができない状態となった。頭部CTおよびMRIでは異常所見を認めなかった。四肢の運動麻痺なく、脱髄疾患は否定的であった。第18病日に副腎皮質ステロイド500mg/日のセミバルス投与を3日間行い、意識清明に回復し、嚥下障害も消失した。PSL5 mg/日とメサラジン1,500 mg/日の投与で、クローン病はCDAIスコア149点に改善した。しかし、ADLの低下は遷延し、第88病日にリハビリ科へ転科とした。インフリキシマブの添付文書には、再投与の場合、3日以上経過後に出現する遅発性過敏症の重篤な副作用に、嚥下障害が警告欄に記載されている。しかし、本症例は初回投与で遅発性に嚥下障害、さらに意識障害、低Na血症など多彩な症状が出現しており、示唆に富む教訓的な症例と考え、報告する。

クローン病、インフリキシマブ

大腸アニサキス症の一例

大船中央病院 消化器・IBDセンター<sup>1)</sup>,  
昭和大学藤が丘病院 消化器内科<sup>2)</sup>  
原真太郎<sup>1)</sup>, 遠藤 豊<sup>1)</sup>, 鹿野島健二<sup>1)</sup>, 白井真如紀<sup>1)</sup>, 森川吉英<sup>1)</sup>,  
吉田篤史<sup>1)</sup>, 黒木優一郎<sup>2)</sup>, 上野文昭<sup>1)</sup>

主訴：便潜血反応陽性

症例：65歳 女性

既往歴：虫垂炎

経過：大腸癌検診で便潜血反応陽性を指摘され初診。4日後通常の前処置で大腸内視鏡検査施行。肝弯曲部に白色の線状虫体が粘膜に刺入、アニサキス症と診断し鉗子で摘出した。病変部の粘膜は正常粘膜であった。詳細に病歴聴取すると、数日前にサバを生食で摂取していたことが判明した。摂取後に腹痛やアレルギー症状は認めなかった。

考察：本邦におけるアニサキス症の原因で最も多いのはサバである。胃アニサキス症が最も多く大腸アニサキス症は<1%と稀である。1986～2015年の医中誌検索では自験例を含め101例の報告があった。男性79例(78.2%)、女性21例(20.8%)と男性に多く、平均年齢は54.8歳(42～85)だった。感染部位は上行結腸46例(45.1%)、横行結腸27例(26.4%)、盲腸13例(12.7%)と右側結腸優位(84.3%)であった。大腸アニサキス症の症状は腹痛が64例(63.4%)と最も多く、次いで無症状が26例(25.7%)と2番目に多く近年報告例が増加傾向にある。2005～2015年の内視鏡的所見が検討可能であった32例のうち、発赤腫脹(53.1%)が最も多かったが、正常も5例(15.6%)見られた。29例(90.6%)が内視鏡的に治療されていた。

結語：稀な無症候性大腸アニサキス症を経験した。

アニサキス、大腸

微小Ila+Ihc様態を呈した大腸転移をきたした胃癌の1例

戸田中央総合病院 消化器内科<sup>1)</sup>, 同 病理科<sup>2)</sup>  
阿部正和<sup>1)</sup>, 山本 圭<sup>1)</sup>, 岸本佳子<sup>1)</sup>, 藤田 充<sup>1)</sup>, 香川泰之<sup>1)</sup>,  
富田裕介<sup>1)</sup>, 根本大樹<sup>1)</sup>, 堀部俊哉<sup>1)</sup>, 原田容治<sup>1)</sup>, 木口英子<sup>2)</sup>,  
工藤玄恵<sup>2)</sup>

【症例】72歳女性【主訴】心窩部痛【既往歴】高血圧 胆嚢摘出術【現病歴】201X年0月より心窩部不快感、嘔気を認めていた。近医受診され、循環器疾患を否定されたため当科に紹介受診された。当院で上部消化管内視鏡(EGD)を施行したところ、胃角部小弯に4mm大の3型腫瘍性病変を認めた。また以前から健診で便鮮血陽性も指摘されていたため下部消化管内視鏡(CS)施行した。虫垂開口部近傍に5mm大のIla+Ihc様病変を認め、内視鏡的粘膜切除術(EMR)を施行した。なお、その他に明らかな腫瘍性病変は認めなかった。病理結果では胃腫瘍に関してはadenocarcinoma(por>sig)であり、大腸腫瘍はadenocarcinoma SM, int, INFC, ly2, v0, HMX, VM1で、胃腫瘍と同様の印環細胞癌を伴う低分化型腺癌を認めた。病理結果・臨床経過から胃癌の大腸転移と診断したが、造影CT検査では明らかな肝転移、肺転移、腹膜播種を認めなかったことから幽門側胃切除+回盲部切除の方針となった。審査腹腔鏡を施行後、試験開腹としたが上腸間膜動脈から大動脈にかけてリンパ節の多発転移を認めため、根治的治療は断念し、化学療法へ移行となった。転移性大腸癌は比較的に稀な疾患であり、胃癌原発が最も多い。しかし本症例のように単発で5mm大の微小なIla+Ihc様病変と考えられるような所見からEMRを施行し、病理結果から転移性大腸癌を疑った症例は極めて稀である。本症例においてさらに特殊染色を施行し、若干の文献的考察を加えて発表する。

転移性大腸癌、胃癌

ランダム生検が診断に有用であった好酸球性胃腸炎の一例

川崎協同病院 消化器内科<sup>1)</sup>, 同 総合診療科<sup>2)</sup>  
藤原敬久<sup>1)</sup>, 佐藤悦基<sup>1)</sup>, 吉田絵理子<sup>2)</sup>

【症例】49歳女性【主訴】心窩部痛、嘔気、下痢【現病歴】7か月前にアナフィラキシーショックにて入院しステロイドの吸入を開始した。その後NSAIDs内服で呼吸苦出現したためアスピリン喘息にて加療中であった。2ヶ月前に心窩部痛、嘔吐、下痢が出現したため外来を受診し、投薬を受け2週間程度で症状は改善した。20日前より症状再燃し内服にて改善を認めないため救急外来を受診した。CTにて胃前庭部から十二指腸下行脚にかけて腸管の浮腫状壁肥厚像を認め、精査加療目的に入院となった。【入院後経過】入院時の血液検査にて白血球6500/ $\mu$ l、好酸球25.2% (1638/ $\mu$ l)と増多を認めた。上部消化管内視鏡検査では異常所見を認めず、前庭部、体部粘膜よりランダム生検を行ったが有意所見は認めなかった。下部消化管内視鏡検査でも異常所見を認めなかったが、盲腸から直腸にかけて複数箇所ランダム生検を行ったところ、全部位で好酸球数20個/HPF以上と有意な好酸球浸潤を認めた。末梢血の好酸球増多およびアレルギー疾患の既往と併せ、好酸球性胃腸炎と診断し、まずフェキシフェナジン塩酸塩の経口投与を開始した。一旦は症状改善したが、しばらくして再燃したためプレドニゾン40mg/日の経口投与を追加したところ速やかに症状は改善し、その後プレドニゾロンは漸減投与し、現在は5mg/日で外来管理としているが再燃なく経過している。【考察】好酸球性胃腸炎は消化管壁に好酸球が浸潤し様々な消化器症状を呈する稀な疾患であり、アレルギー性と考えられているがその病態は明らかとはなっていない。特異的な症状や画像所見はなく、診断に苦慮することも多いが、消化管粘膜への好酸球浸潤や腹水中の好酸球数増多等が診断の一助となる。本症例は内視鏡所見上は正常と認識された粘膜からのランダム生検が診断に有用であった。好酸球性胃腸炎を疑う症例においては正常の消化管粘膜からのランダム生検を考慮すべきと考えられた。

好酸球性胃腸炎、アスピリン喘息

国立国際医療研究センター病院 消化器内科<sup>1)</sup>,  
同 神経内科<sup>2)</sup>

岡原昂輝<sup>1)</sup>, 小島康志<sup>1)</sup>, 木村花菜<sup>1)</sup>, 島田高幸<sup>1)</sup>, 高崎祐介<sup>1)</sup>,  
木平英里<sup>1)</sup>, 忌部 航<sup>1)</sup>, 渡邊一弘<sup>1)</sup>, 三神信太郎<sup>1)</sup>, 櫻井俊之<sup>1)</sup>,  
永田尚義<sup>1)</sup>, 横井千寿<sup>1)</sup>, 小早川雅男<sup>1)</sup>, 新井憲俊<sup>2)</sup>, 柳瀬幹雄<sup>1)</sup>,  
秋山純一<sup>1)</sup>

【症例】40歳代女性【現病歴】201X年、前医で横行結腸癌に対して腹腔鏡下右半結腸切除+D3郭清施行しpT4aN1M0StageIIb (tub2, RAS野生型)であった。術後補助化学療法CapeOX施行中に腹部膨満感を自覚しCTで左卵巢転移が判明し左付属器切除術が施行された。当院外科紹介受診しFOLFIRI+Fmab+腹腔内化学療法 (PTX) 施行。1ヶ月後のCTで右卵巢転移が出現し、右付属器切除術施行された後、同様の化学療法を2ヶ月継続し姑息的減量切除術を行った。術後、FOLFIRI+BVを10コースした時点のCTで多発肺転移、腹膜播種増悪を認め、2次治療としてRegorafenibを入院で導入とした。【経過】Regorafenib 開始前の血圧は141/85mmHg。Day1内服開始6時間後より高血圧G3 (198/128mmHg)を認め、Day2から頭痛を自覚した。Day3午後に幻視を認めるようになり、その後全身強直間代性痙攣発作を生じた。共同偏視は認めず、痙攣発作は自然消失したが、不随意運動が持続したためジアゼパム計10mg投与し改善した。CTで両側後頭頭頂葉皮質下白質に低吸収域を認め可逆性後部白質脳症症候群を疑い、速やかにニカルジピン、ホスフェニトイン、ナトリウムを持続投与、またRegorafenibを中止した。翌日、脳波で棘波、鋭波は観察されず、MRIで同部位のT2延長像、ADC mapの上昇を認め、可逆性後部白質脳症症候群の診断となった。翌日以降血圧は130mmHg台を推移し症状は速やかに改善し、発症1週間後のMRIで画像上の改善も認め、後遺症も認めなかった。その後、TAS102へ化学療法を変更した。【考察】可逆性後部白質脳症症候群の原因は高血圧、免疫抑制剤、膠原病、抗悪性腫瘍薬、分子標的薬など多岐に渡り、Regorafenibでの発症は稀なため報告する。

大腸癌, 化学療法

筑波大学附属病院水戸地域医療教育センター 水戸協同病院 消化器内科<sup>1)</sup>,  
同 外科<sup>2)</sup>

佐久間崇文<sup>1)</sup>, 有賀啓之<sup>1)</sup>, 熊倉有里<sup>1)</sup>, 鹿志村純也<sup>1)</sup>, 佐藤匡美<sup>1)</sup>,  
塚本俊太郎<sup>2)</sup>, 松村英樹<sup>2)</sup>, 石橋 保<sup>2)</sup>, 近藤 匡<sup>2)</sup>, 渡辺宗章<sup>2)</sup>

【はじめに】2012年に大腸悪性狭窄に対する金属ステント (SEMS : self-expandable metallic stent) が保険収載され、悪性大腸狭窄に対する外科切除までの減圧 (BTS : bridge to surgery) や緩和治療目的のステント挿入が行われている。特に経肛門イレウス管の留置が困難な右側結腸狭窄症例でもSEMS留置は可能である。今回、金属ステントによりBTSが可能であった右側横行結腸癌の一例を経験したので報告する。【症例】84歳、女性。(主訴) 腹痛。(既往歴) 高脂血症。(生活歴) 飲酒：なし、喫煙：なし。(現病歴) X年Y月上旬から下腹部を中心とした腹痛あり近医を受診。内服処方されるも改善なく、中旬より貧血、下旬から腹部膨満も生じ当院へ紹介となった。来院三日より排ガス、排便を認めなかった。(来院時現症) 腹部は全体に膨隆し圧痛を認めたが筋性防御、反跳痛は認めなかった。(検査成績) 血算でHb10.3g/dlと軽度低下、CEA19.7ng/mlと上昇していた。(腹部CT) 横行結腸肝彎曲近傍に造影効果を伴う長径3cmの腫瘤認め、口側の腸管は拡張していた。他臓器の転移を認めなかった。(大腸内視鏡) 横行結腸に全周性の狭窄を認める。スコープから造影剤を注入すると横行結腸右側に約40mmの狭窄を認める。以上より横行結腸癌による大腸イレウスと診断し、外科と相談の上、狭窄部にNiti-S 80×1mmを留置。留置後、排便、排ガスは改善し、食事摂取も可能となり大腸閉塞スコア (CROSS : The ColoRectal Obstruction Scoring System) も0から4に改善。生検から高分化型管状腺癌と診断し、ステント留置2週間後に手術を行い経過良好である。【まとめ】これまで右側結腸の悪性狭窄では緊急手術または経口イレウス管で対応していたがSEMS留置により速やかな減圧が可能で早期に経口摂取可能となる。ステント留置は本邦の報告では技術的成功率が高く、欧米と比較し合併症は少なかった。患者のQOLを考慮すると、悪性大腸狭窄に対して大腸ステント留置術は有用であると考えられ、今回、金属ステントによりBTSが可能であった癌の一例を経験したので報告した。

大腸癌, 大腸ステント

群馬大学医学部附属病院 消化器・肝臓内科<sup>1)</sup>,  
独立行政法人国立病院機構沼田病院 消化器内科<sup>2)</sup>,  
群馬大学医学部附属病院 光学医療診療部<sup>3)</sup>

春日健吾<sup>1,2)</sup>, 栗林志行<sup>1)</sup>, 下山康之<sup>1)</sup>, 星 恒輝<sup>1)</sup>, 深井泰守<sup>1)</sup>,  
小林 剛<sup>1)</sup>, 入江江美<sup>1)</sup>, 山田俊哉<sup>1)</sup>, 中山哲雄<sup>1)</sup>, 田中寛人<sup>1)</sup>,  
高草木智史<sup>1)</sup>, 富澤 琢<sup>1)</sup>, 保坂浩子<sup>1)</sup>, 水出雅文<sup>1)</sup>, 堀口昇男<sup>1)</sup>,  
山崎勇一<sup>1)</sup>, 佐藤 賢<sup>1)</sup>, 柿崎 暁<sup>1)</sup>, 河村 修<sup>1,3)</sup>, 草野元康<sup>1,3)</sup>

【症例】20歳代、男性【主訴】インフリキシマブ (IFX) 投与時の悪寒戦慄及び発熱【現病歴】17歳時に痔瘻が認められた。術前に施行した大腸内視鏡検査にて結腸に潰瘍性病変が認められ、クローン病と診断された。痔瘻に対して手術が施行され、クローン病に対しては5-ASAの内服が開始された。しかし、5-ASA内服では病勢をコントロールすることができず、20歳時にIFXが5mg/kgで導入された。IFX導入後は内視鏡検査では潰瘍の残存が認められ、粘膜治癒は得られなかったものの、症状は改善していた。抗アレルギー薬の前投与でinfusion reactionを認めずに維持投与を行っていたが、25歳時に前投薬の内服を忘れてしまい、十分な前投薬を投与せずにIFXを投与したところ、投与終了時に悪寒・戦慄、発熱が認められた。【経過】IFXの投与終了後は、症状の改善が認められたため、infusion reactionと考えた。抗アレルギー薬の前投与を行わなかったことによるinfusion reactionと考え、それ以降は十分な前投薬を投与してIFXを投与したが、投与の流速を増加させるとinfusion reactionが出現するようになった。成長に伴い相対的な投与量不足になっていたことから、十分前投与に加えてIFXの投与量を10mg/kgに増量したが、投与速度を上げるとinfusion reactionが出現してしまう状況には変化がなかった。投与速度を上げずに投与を行うことで全量投与可能であったが、徐々に炎症反応の上昇とアルブミン値の低下が認められ、自覚症状の増悪も認められるようになった。さらに、投与初期からinfusion reactionが認められるようになったことから、infusion reaction出現1年後よりアダリムマブ (ADA) に変更した。ADAにスイッチした後に、自覚症状及び炎症反応、アルブミン値の改善が認められ、現在維持投与を行っている。【考察・結語】抗TNF製剤のスイッチについては安易に行うべきではないが、本症例のようにスイッチが有効な症例もあり、infusion reactionが継続して認められる場合にはADAへ変更すべきと思われる。

infusion reaction, インフリキシマブ

帝京大学 医学部附属 溝口病院

恩田 毅, 小澤範高, 足立貴子, 梶山はな恵, 松本光太郎,  
関根一智, 辻川尊之, 馬淵正敏, 梶山祐介, 土井晋平, 佐藤浩一郎,  
安田 一郎

【症例】40歳代女性、既往歴特記なし。2009年2月に腹痛、血便にて近医受診、下部消化管内視鏡検査にて炎症性腸疾患が疑われ、精査加療目的に当科に紹介受診となった。下部消化管内視鏡検査にて上行結腸に散石状隆起、狭窄を認め、全結腸に非連続性にアフタ様びらんを認めた。回腸末端は正常であった。大腸型クローン病と診断し、治療を開始した。5ASA製剤、経口ステロイド、顆粒球除去療法にて寛解導入、2010年9月からアザチオプリン (AZA) を併用するも寛解維持できず、2013年11月にインフリキシマブ (IFX) を導入した。IFXが二次無効となり2014年11月にアダリムマブへ変更、その後寛解を維持していた。2016年3月、左鼠径部のしこりを認めたため造影CTを施行したところ、左鼠径部から大腿にかけて最大で40mm程度の造影効果を伴う低濃度腫瘤を複数認めた。生検にて悪性リンパ腫 (DLBCL) と診断、その他領域にはリンパ腫病変を認めず、AnnArbor分類1期と病期診断した。同年4月化学療法 (R-CHOP療法) 開始、病変は縮小傾向を認め、現在も化学療法継続中である。【考察】炎症性腸疾患の患者において、抗TNF α 抗体製剤、免疫調整剤の投与により悪性リンパ腫のリスクが上昇するという報告が散見されるが、明確なエビデンスがないため今後の症例の蓄積が必要である。抗TNF α 抗体製剤およびAZA投与中に悪性リンパ腫を発症した1例を経験したため、若干の文献的考察を加え報告する。

クローン病, 悪性リンパ腫

東京慈恵会医科大学 外科学講座  
宮國憲昭, 橋爪良輔, 宇野能子, 武田光正, 平本悠樹, 根木 快,  
大熊誠尚, 小菅 誠, 衛藤 謙, 矢水勝彦

【序文】消化管造影に使用されるバリウムの腸管内遺残は日常診療でしばしば認められるが、多くの場合症状は無く、自然に排泄される。しかし、遺残バリウムは腸閉塞、虫垂炎、憩室炎などの症状を引き起こすことが知られており、その報告も散見される。今回私たちは遺残バリウムが原因と考えられる直腸内糞石の症例を経験したので報告する。【症例】79歳女性。7年前から排便時違和感、便秘、食思不振の症状が続いており、前医受診。前医にて下部内視鏡検査を施行したところ直腸に約3mm大の巨大糞石を認め、摘出を試みるも困難であり、糞石摘出目的で当院消化器内科を紹介受診となった。当院で再度下部消化管内視鏡検査を施行し、にて糞石の破碎を試みたが、破碎用のバスケット鉗子が破損するほど糞石は固く内視鏡的摘出は不可能であった。当初、全身麻酔下で経肛門用手的摘出が困難であった場合、小切開し直腸を圧排しての摘出を考慮していたが、小切開することなく、経肛門用手的に摘出することができた。摘出した糞石を成分分析したところ、硫酸バリウム成分が含まれており、バリウム検査が一因となって糞石が形成されていたことが判明した。【結語】内視鏡的摘出が不可能であった硫酸バリウムから成る強固な巨大糞石を全身麻酔下で摘出した症例を若干の文献的考察を加えて報告する。

直腸異物, 糞石

東邦大学医療センター大橋病院 消化器内科  
山本修平, 宮内倫沙, 島田長裕, 堀江義政, 松井貴史, 三枝善伯,  
前谷 容

症例は64歳、男性。1週間前より続く37℃台の発熱、右側腹部痛にて近院を受診。血液検査で炎症反応上昇を認め、腹部超音波検査で肝膿瘍を疑われ、当院紹介受診。既往歴に慢性心房細動があり、リバーロキサパンを内服していた。同姓と性交渉歴があった。体温は37.7度と上昇、右側腹部に圧痛を認めた。血液検査ではWBC 18000 /  $\mu$ l、CRP 20 mg/dlと炎症反応高値、AST 89 IU、ALT 94 IU、LDH 592 IU、ALP 475 IUと肝胆道系酵素の上昇を認めた。腹部超音波検査では、肝S6に50×49mm大の内部不均一な低エコー腫瘍を認め、一部肝外へ突出していた。腹部造影CT検査では、肝S6にリング状に造影効果を示す境界不明瞭なlow density areaを認め、連続する形で肝被膜下にもlow density areaを認めた。腹水貯留・腹腔内腫瘍は認めなかった。以上より、肝被膜下破裂を伴うアメーバ性肝膿瘍と診断。メトロニダゾール 2250mg/day 内服、メロベネム 3g/day 静脈投与を開始し、ドレナージは行わず、保存的加療の方針とした。以後、右側腹部痛、炎症反応は改善傾向であった。第3病日に大腸内視鏡検査を行い、盲腸から上行結腸にかけて周囲に発赤を有する楕円形の浅い潰瘍が散在しており、アメーバ性腸炎に矛盾しない所見であった。抗体検査にて、赤痢アメーバ抗体の上昇を認め、赤痢アメーバ感染症と診断。腹膜炎を併発することなく、膿瘍は縮小傾向となり、第11病日に退院とした。退院後現在まで再燃はみられていない。アメーバ性肝膿瘍の場合、ドレナージは腹腔内への膿の漏出を招来し腹膜炎を併発する可能性があるため、一般的には推奨されていないが、破裂の危険性が高い場合は、破裂の前にドレナージの適応となるとの報告もある。本例では、肝被膜下への破裂を認め、ドレナージを検討したが、抗凝固剤を内服していたため施行しなかった。幸い、保存的加療のみで改善したが、改善しなければ腹腔内への破裂をきたし腹膜炎へ移行する可能性高く、速やかにドレナージをすべきであったと考える。保存的に加療した被膜下への破裂を伴うアメーバ性肝膿瘍を経験したため報告する。

アメーバ性肝膿瘍, 被膜下穿孔

帝京大学 医学部 内科  
丸山喬平, 高森頼雪, 中村直裕, 三木淳史, 八木みなみ, 岡村喬之,  
川島 悠, 青柳 仁, 磯野朱里, 江波戸直久, 三浦 亮,  
阿部浩一郎, 有住俊彦, 立澤直子, 相磯光彦, 山本貴剛, 喜多宏人,  
田中 篤, 滝川 一

【症例】74歳、男性【現病歴】平成26年1月当院外科での鼠径ヘルニア手術の際にHBV指摘され当科紹介となった。軽度肝酵素上昇を認めるも肝機能は保たれており、本人希望にて抗ウイルス療法は行なわず経過観察としていた。同年6月にPIVKA2の上昇みられ、7月のUS、CTでS6に単発する5cm程の肝細胞癌を認めた。8月に当院外科にて腹腔鏡下肝部分切除術施行。今後の再発抑制も兼ね9月よりentecavir 0.5mg/dayを当科より開始した。平成27年2月のCTで切除近傍に再発認めたため、3月に2回目の肝部分切除術を行った。同年6月のCTで肝内の再発は認めなかったが、両肺底部に7mm前後の結節を認め肺転移が疑われた。8月のCTでは両肺の結節はサイズ、数共に増大を認め、AFP 225.0 ng/ml、PIVKA2 2100 mAU/mlと腫瘍マーカーも上昇していた。肝細胞癌の肺転移と考えsorafeniv投与を検討するも本人が希望せず。自覚症状も乏しい為無治療のままとなっていた。【経過】同年12月のfollow CTで両肺結節は縮小傾向を示し、平成28年3月のCTでも結節癆痕を認めるものの増大はみられなかった。同時にAFP、PIVKA2も正常化した。この間sorafenivを継続している以外新規薬剤は全く使用しておらず、特に民間療法の施行もない。【考察】肝細胞癌の自然退縮は報告は少ないが散見される。しかし肺転移の自然退縮は極めて稀であり、貴重な一例と考えられ文献的考察を加えて報告する。

肝細胞癌, 肺転移

獨協医科大学 越谷病院 消化器内科<sup>1)</sup>,  
秀和総合病院 外科<sup>2)</sup>,  
藤本 洋<sup>1)</sup>, 草野祐実<sup>1)</sup>, 中村典明<sup>3)</sup>, 須田季晋<sup>1,2)</sup>, 北川智之<sup>1)</sup>,  
金子真由子<sup>1)</sup>, 大川 修<sup>1)</sup>, 中元明裕<sup>1)</sup>, 片山裕視<sup>1)</sup>, 玉野正也<sup>1)</sup>

症例は65歳、女性。151cm、44kg、飲酒歴なし。C型慢性肝炎に対して2003年にインターフェロン単独療法を受けたがウイルス排除には至らず。2014年11月からダクラタスビル/アスナプレビルによる経口抗ウイルス療法が開始された。治療開始時のHCV Genotypeは1b、RNA量は5.6LogIU/ml、Y93は野生型、ALT 53 U/L、T-Bil 0.9mg/dl、Alb 4.0 g/dl、WBC 4800 /  $\mu$ l、Hb 13.5 g/dl、Plt 7.9万 /  $\mu$ l、PT活性 117.0%、AFP 6.3 ng/ml。治療開始前の腹部超音波検査では肝に腫瘍性病変を認めなかった。治療開始4週後にはHCV RNAは陰性化し、2015年5月に副作用なく24週の治療を終了した。2015年11月には持続的ウイルス排除24週を確認して経過観察となった。2016年2月の腹部超音波検査にて肝S4に1.2cmの淡い高エコー腫瘍を認めた。EOB-MRIでは同腫瘍は早期濃染を認め、肝細胞相でdefectを呈したため肝細胞癌と診断した。肝細胞癌診断時のHCV RNAは陰性、ALT 24U/L、Plt 9.5万 /  $\mu$ l、AFP 9.8 ng/ml、PIVKAII 19 IU/mlであった。同年3月に肝部分切除が施行され、切除標本では同腫瘍は高分化型肝細胞癌であり、非腫瘍部の肝組織は肝硬変であった。本例は経口抗ウイルス治療により持続的ウイルス排除24週を達成後に発症した肝細胞癌と考えられ興味深い。若干の文献的考察を加えて報告したい。

C型慢性肝炎, 肝細胞癌

## 29 胸腔内に穿破したアメーバ性肝膿瘍の1例

日立製作所 日立総合病院 消化器内科<sup>1)</sup>、  
筑波大学附属病院日立社会連携教育研究センター<sup>2)</sup>、  
清宮崇博<sup>3)</sup>、久保田大<sup>1)</sup>、宮嶋 望<sup>1)</sup>、越智正憲<sup>1)</sup>、松井真希<sup>1)</sup>、  
小玉夏美<sup>1)</sup>、綿引隆久<sup>1)</sup>、大河原悠<sup>1)</sup>、大河原敦<sup>1)</sup>、柿木信重<sup>1)</sup>、  
鴨志田敏郎<sup>1)</sup>、平井信二<sup>1)</sup>、谷中昭典<sup>2)</sup>、岡 裕爾<sup>1)</sup>

【症例】55歳男性。【主訴】食欲不振、右胸痛。【既往歴】小学生時、鼠径ヘルニア。海外渡航歴なし。【生活歴】同性愛否定。【現病歴】食欲不振、右胸痛を主訴に近医を受診した。胸部レントゲンで右胸水を認め、胸膜炎疑いで同日前医へ紹介入院となった。胸腹部単純CTで右膿瘍、及び、肝左葉に径18cm大の巨大膿瘍を認め、肝膿瘍が疑われたため精査加療目的に翌日当院転院となった。胸腹部造影CTでは、右膿瘍は1日前のCT所見より急速に増悪し、逆に肝膿瘍は径11cm大に縮小していた。膿瘍と肝膿瘍の連続性を認め、肝膿瘍が胸腔内に穿破したと判断し、肝膿瘍に対して経皮的ドレナージを施行した。右膿瘍に対しては、膿瘍腔に隔壁が形成され多房化しており胸腔ドレナージは無効と予測されたため、胸腔鏡下右胸腔洗浄ドレナージを施行した。排液は暗赤色を呈し、細菌培養は陰性であった。膿瘍中には赤痢アメーバ原虫を認めなかったが、血清アメーバ抗体価が200倍と高値であったことからアメーバ性肝膿瘍と診断した。血清HIV抗体は陰性であった。下部消化管内視鏡検査ではアメーバ性大腸炎に特徴的な所見は認めなかった。メトロニダゾールを17日間投与し、全身状態改善し自宅退院となった。治療2ヵ月後の時点で全身状態は良好であり、CTで再発は認めなかった。【考察】胸水貯留を契機にアメーバ性肝膿瘍の胸腔内穿破と診断し、ドレナージにより改善した症例を経験した。細菌性肝膿瘍のうち胸腔内に穿破し膿胸をきたすものは0.6%とまれであるのに対し、アメーバ性肝膿瘍の場合は7-20%と高頻度である。肝膿瘍を伴う膿胸を認めた場合には本症の可能性を考慮する必要があると考えられた。

アメーバ性肝膿瘍, 胸腔内穿破

## 31 腹腔鏡下胆嚢摘出術後に総胆管内クリップ迷入をきたした1例

JCHO 東京新宿メディカルセンター  
原口 紘, 山川元太, 浅井玄樹, 岡崎明佳, 木原俊裕, 吉良文孝,  
藤江 肇, 森下慎二, 松本政雄, 新村和平

症例は74歳男性。胆嚢結石症に対して腹腔鏡下胆嚢摘出術を施行された。1年後近医にて軽度肝機能障害、腎のう胞指摘され紹介となった。精査目的にCT施行したところ総胆管内に異物を疑うhigh densityを認めた。DIC-CT、MRIでも総胆管内に0.3×1cm大の桿状のhigh density認め、腹部単純X線撮影では胆嚢摘出術後に右季肋部に認めた2つのクリップの内1つのクリップの位置が移動していたことから、クリップが総胆管内に迷入していることが疑われた。ERCPにて総胆管内のクリップを確認、バスケット鉗子にて除去した。腹腔鏡下胆嚢摘出術後、総胆管内へのクリップの迷入は比較的稀な合併症であるが、近年報告が散見されている。文献の考察を交えて考察する。

腹腔鏡下胆嚢摘出術, クリップ迷入

## 30 慢性肉芽腫症に発症した肝膿瘍に対して肝切除により治癒を得た1例

群馬大学大学院 肝胆膵外科<sup>1)</sup>、同 病態総合外科<sup>2)</sup>、  
群馬大学附属病院 小児外科<sup>3)</sup>、  
村主 遼<sup>1,2)</sup>、新木健一郎<sup>1)</sup>、鈴木 信<sup>3)</sup>、渡辺 亮<sup>1)</sup>、久保憲生<sup>1)</sup>、  
五十嵐隆通<sup>1)</sup>、塚越真梨子<sup>1)</sup>、石井範洋<sup>1)</sup>、山中崇弘<sup>1)</sup>、  
大竹紗弥香<sup>3)</sup>、桑野博行<sup>2)</sup>、調 憲<sup>1)</sup>

症例は10歳代男性。反復する肺炎の精査にて慢性肉芽腫症と診断され、経過観察されていた。39℃の発熱、CRP 15.52単位と異常高値を認め当院入院、CTにて肝S4の肝膿瘍を指摘され、抗生剤(MEPM、VCM)、抗真菌剤(L-AMB)にて加療を行っていたが改善に乏しく、γグロブリンも追加投与したが、膿瘍部が増大し内科的治療が困難と判断された。外科的治療の適応に関して小児外科、肝胆膵外科にコンサルトとなった。外科、内科、放射線科による合同カンファレンスにて、内科的治療は限界の状態、膿瘍部は蜂巣状の所見を呈しており経皮的ドレナージも困難と判断された。肝予備能は保たれており根治性からも外科的治療が適切と臨床倫理委員会の承認を得て手術の方針となった。手術は肝S4a+5亜区域切除を施行した(手術時間7時間36分、出血量261ml)。膿瘍はS4aからS5に7.5cmの硬い腫瘤として触知され、S4a+5亜区域切除にて遺残なく摘出された。術後は炎症所見の改善が認められ、創感染を認めたが、その他に合併症なく経過、術後62日目に施行したCTでも膿瘍の再燃無く骨髄移植の待機中である。慢性肉芽腫症は食細胞の活性酸素産生障害に起因した遺伝性免疫不全症の疾患であり、肝膿瘍の合併は時折認められる。肝膿瘍に対しては、外科的切除、抗生剤治療、ドレナージ、ステロイド治療の報告がある。症例報告や数十例の後方視的検討があるのみで、治療法は確立されておらず、症例ごとに最適な治療法を検討するのが現状である。外科的切除は根治性に優れているが、免疫不全のある同疾患においては侵襲面でもリスクを伴う。本症例においては、抗生剤加療で改善が得られなかった外科的切除を選択したが、重篤な合併症を起こさなく膿瘍に対する治療を行うことができた。慢性肉芽腫に合併した肝膿瘍に対して外科的切除が有効であった貴重な症例を経験したため報告する。

慢性肉芽腫症, 肝膿瘍

## 32 急性閉塞性化膿性胆管炎救急紹介受診時の簡易パスの運用

龍ヶ崎済生会病院  
新里悠輔, 岡本千尋, 間宮 孝, 佐藤巳喜夫, 海老原次男

【背景】「急性胆管炎・胆嚢炎診療ガイドライン」では重症胆管炎に対する緊急胆道ドレナージが推奨されている。ドレナージまでの明確な時間は提示されていないが、意識障害やショックを伴う重症な急性閉塞性化膿性胆管炎(AOSC)では一刻を争う対応が求められる。医師数の充足している病院では重症AOSC来院時に1名以上の医師が患者についてオーダーを出すことが多いと思われる。一方、一般病院である本院は常勤消化器内科医4名で通常業務に加え救急対応を行っているため、必ずしも患者につきっきりで指示を出すことができず、重症AOSC患者の来院からERCP実施までに時間がかることがあった。

【目的】AOSC疑いの紹介患者を対象としたERCP開始までの時間短縮を目的とし簡易バスを作成したので報告する。

【対象・方法】AOSC疑いで紹介・受診(救急受診を含む)する患者を対象に、受診時からERCP開始までの検査・処置・点滴の指示、施行手順、目標時間を示した簡易バスを作成し2016年4月から運用を開始した。簡易バス導入前後のERCP開始までの時間と問題点について検討した。

【結果】本院には年間10名前後の緊急処置を要するAOSC患者が来院する。簡易バス導入前に受診した73歳女性では来院からERCP開始まで93分を要した。一方、簡易バス導入後の84歳女性では来院からERCP開始までに65分であった。

【考察】施設によっては少ない医師・スタッフで検査・外来・入院業務に平行してAOSC等の重症患者に対応することが求められることがある。また、緊急で対応が必要なAOSCは心筋梗塞等に比し症例数が少なく、スタッフが習熟しにくい疾患である。そこで本院ではAOSC疑い患者に対する簡易バスを導入した。簡易バスによってERCPまでの検査・処置の標準化・短縮化が図れる可能性が示唆された。重症AOSCの受診からERCP開始までに特化したバスの運用についての報告は少なく、今後の症例の蓄積と検討が必要と考えられた。【結語】医師数の少ない救急病院でのAOSCに対する簡易バスはERCP開始時間までの短縮に有用である。

ERCP, 総胆管結石症

杏林大学 医学部 第三内科

小栗典明, 倉田 勇, 野坂岳士, 尾崎 良, 深澤友里, 落合一成, 太田博崇, 榎藤興一, 渡邊俊介, 蓮江智彦, 中村健二, 土岐真朗, 山口康晴, 森 秀明, 高橋信一, 久松理一

症例は60歳代男性。発熱、上腹部痛を主訴に当院救急外来を受診した。血液検査でWBC $8100 \times 103/\mu\text{l}$ , CRP $9.25\text{mg/dl}$ と炎症反応の上昇、T-bil $9.5\text{mg/dl}$ , ALP $529\text{IU/l}$ ,  $\gamma\text{-GTP}647\text{IU/l}$ , AST $102\text{IU/l}$ , ALT $99\text{IU/l}$ と胆道系酵素の上昇、腹部CTにおいて肝外胆管の拡張を認めたため、閉塞性黄疸、急性胆管炎の診断にて緊急入院となった。腹部CTでは、肝外胆管を鑄型とした連続する高吸収域、さらに、胆嚢頸部に嵌頓する $16\text{mm}$ 大の結石が肝外胆管を圧排する所見を認めた。緊急で内視鏡的逆行性胆管造影検査を施行したところ、十二指腸乳頭部からの出血が認められ、内視鏡的経鼻胆管ドレナージ術(ENBD)を施行した。造影CTおよび造影MRI検査にて胆道内に腫瘍性病変を示唆する所見は明らかではなく、Mirizzi症候群による胆道出血が考えられた。待機的に、開腹での胆嚢摘出術および肝外胆管切除および胆管空腸切除術を施行し、術後経過良好にて退院となった。術後検体において、胆嚢頸部でうっ血や出血、さらには壊死を認めMirizzi症候群であったと考えられた。医学中央雑誌で過去10年間、キーワードを「Mirizzi症候群」と「胆道出血」で検索したところ2件あり、非常に稀な症例であると考えられ、文献的考察を含め報告する。

Mirizzi症候群, 胆道出血

経口胆道鏡にて経過を追えたIgG4関連硬化性胆管炎の1例

東京労災病院

小嶋啓之, 西中川秀太, 掛川達矢, 吉峰尚幸, 武田悠希, 平野直樹, 伊藤 謙, 大場信之, 児島辰也

【症例】症例は80歳女性、20年前に胆嚢摘出術を施行されている。2015年8月に38度の発熱を主訴に近医を受診した。血液検査で肝胆道系酵素の上昇を認めたため当科を紹介受診し入院となった。来院時の造影CTで肝内胆管、総胆管の拡張、右肝内胆管から上部総胆管に造影効果を伴う壁肥厚を認めた。MRCPでは胆嚢管合流部狭窄と左肝内胆管の数珠状拡張および総胆管から左右肝管根部に結石が疑われる透亮像を認めたため第6病日にERCPを施行した。胆管結石と肝内結石を認めたため、EST後に内視鏡的結石除去を施行した。偶発症なく第10病日に退院したが、その際施行した胆汁細胞診がclass3でありIgG4が $210\text{mg/dl}$ であったため、悪性腫瘍、IgG4関連硬化性胆管炎(IgG4-SC)のいずれも否定できず、再度精査を行った。ERCPにて前回とははっきりしなかった胆嚢管合流部から左右肝管根部にかけての狭窄を認めた。右肝管根部狭窄部の擦過細胞診を施行したところClass3bの判定であり、さらに経口胆道鏡(POCS)による観察を行った。総胆管は炎症によると思われる不整な血管像を認めるも、胆嚢管合流部レベルでの狭窄は炎症性ポリープ像として確認された。胆管生検で悪性所見は認めなかったことと併せて、IgG4-SCと診断しプレドニン( $0.6\text{mg/kg}$ )を開始した。3ヵ月後IgG4は $133\text{mg/dl}$ に低下していた。再度POCSを施行したところ、胆管壁の血管不整は改善しており、胆管生検でも悪性は認めなかったためステロイド治療を継続した。6ヵ月後のERCPでは胆嚢管合流部から左右肝内胆管にかけての不整な狭窄像は著明な改善を認め、その後に施行したPOCSでも同様に改善が確認され、現在ステロイド漸減中である。【考察】胆道結石を合併した胆道狭窄の診断には苦慮することが多い。IgG4-SCによる胆管狭窄と悪性腫瘍との鑑別は難しく治療法も大きく異なる。今回経口胆道鏡にて内視鏡的診断を行い、肝内胆管痛と鑑別し経過を追えたIgG4-SCの1例を経験したので報告する。

IgG4関連硬化性胆管炎, 経口胆道鏡

重症急性膵炎に伴う門脈血栓症に対しウロキナーゼを使用した1例

足利赤十字病院 内科<sup>1)</sup>, 獨協医科大学病院 消化器内科<sup>2)</sup>

金森 瑛<sup>1)</sup>, 近藤慶子<sup>1)</sup>, 横倉創一<sup>1)</sup>, 水口貴仁<sup>1,2)</sup>, 竹中一央<sup>1,2)</sup>, 金子仁人<sup>1,2)</sup>, 小池健郎<sup>1,2)</sup>, 小松本悟<sup>1)</sup>, 平石秀幸<sup>2)</sup>

【症例】55歳、男性【主訴】腹痛【現病歴】2016年5月に左下腹部痛、腹部膨満感を認め、翌日に近医受診し精査目的に当院紹介受診となった。尿中アミラーゼ上昇、CT検査で膵尾部の造影不良、周囲脂肪織上昇を認め、重症急性膵炎、門脈血栓症、脾静脈血栓症の診断で入院となった。【既往歴】痔核【嗜好歴】アルコール $100\text{g/日}$ (焼酎 $3\text{合/日}$ )【入院後経過】腹痛前のアルコール飲酒歴あり、膵炎の原因としてアルコール性が考えられた。急性膵炎の重症度判定では、予後因子2点、CT grade2と基準を満たした。絶食、補液、蛋白分解酵素阻害剤、抗菌薬を投与し、腹部症状は速やかに改善を認めた。また、血栓症に対しヘパリンを投与したが第5病日の造影CTでは門脈血栓、脾静脈血栓は増大傾向であり、第6病日よりウロキナーゼの併用を開始した。7日間投与後、第13病日の造影CTでは門脈血栓の消失、脾静脈血栓の縮小傾向を認めた。考察：門脈血栓症は敗血症、外傷、外科手術、腹腔内臓器の炎症に続発する門脈炎、肝硬変、悪性腫瘍による圧排・浸潤などが原因となり形成されると考えられている。急性膵炎に伴う門脈血栓症の報告は複数見られるが、原疾患の治療のみで対応した症例や抗血栓療法を行った症例など、血栓症に対する治療方針は現在確立はされていない。本症例はヘパリンにウロキナーゼを併用し血栓症の改善を認めた。若干の文献的考察を加え、報告する。

急性膵炎, 門脈血栓症

心窩部痛で発見された中年男性のSPN(Solid-Pseudopapillary-Neoplasm)の1例

獨協医科大学病院 消化器内科

福土 耕, 陣内秀仁, 土田幸平, 佐久間文, 永島一憲, 水口貴仁, 井澤直哉, 岩崎茉莉, 村岡信二, 小松原利典, 中野正和, 富永圭一, 笹井貴子, 平石秀幸

【症例】南米出身の40代男性。【既往歴】特記事項なし。【生活歴】特記事項なし。【現病歴】繰り返す心窩部痛を主訴に当院を受診した。当初、胆嚢結石があり軽度の肝酵素上昇を伴っていたことより胆石発作と診断された。胆嚢摘術の方針となり精査したところ腹部CTで膵頭部に $2\text{cm}$ 大の腫瘍性病変を認め当科コンサルトとなった。膵頭部腫瘍はCTで造影効果を認めMRI拡散強調画像で異常高信号、PETでFDG集積の亢進を呈していた。画像所見では診断に至らず膵腫瘍の精査のためEUS-FNAを施行した。病理組織診断の結果、SPN(Solid-Pseudopapillary-Neoplasm)と診断した。今後手術療法の方針となっている。SPNは一般には若年女性に好発する低悪性度腫瘍で多くは無症状である。部位は膵尾部に多いとされる。当症例は男性であり比較的まれとされているが悪性度が高いことが多く手術療法の方針となった。今回我々は、中年男性で有症状とまれなSPNの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。

EUSFNA, 膵腫瘍

## 37 主膵管内発育を呈した乏血性神経内分泌腫瘍(NET)の一例

自治医科大学附属病院 消化器肝臓内科<sup>1)</sup>、同 消化器外科<sup>2)</sup>、自治医科大学 病理診断部<sup>3)</sup>  
池田恵理子<sup>1)</sup>、沼尾規且<sup>1)</sup>、横山健介<sup>1)</sup>、三村享彦<sup>1)</sup>、牛尾 純<sup>1)</sup>、玉田喜一<sup>1)</sup>、山本博徳<sup>1)</sup>、三木 厚<sup>2)</sup>、佐田尚宏<sup>2,3)</sup>、森田剛平<sup>2)</sup>、福嶋敬宣<sup>3)</sup>

【症例】62歳、男性。59歳時に、胆嚢結石症に対して腹腔鏡下胆嚢摘出術を施行された。術後の経過観察を目的として施行した腹部超音波検査で主膵管拡張を指摘され、精査目的で当院紹介となった。腹部dynamic CTでは、体部主膵管内で発育する造影効果の乏しい10mm大の充実性腫瘍を認め、尾側膵管は拡張していた。超音波内視鏡検査では、体部主膵管を中心に膨脹性発育を示す腫瘍を認めた。膵管造影では、体部主膵管内に境界明瞭なカニの爪状の透瞭像を呈していた。以上の所見から、主膵管内発育を呈する腫瘍性病変として、神経内分泌腫瘍(NET)、退形成性膵癌、腺房細胞癌を鑑別診断に挙げた。境界明瞭な類円形腫瘍であることからNETを第一に考え、全胃幽門輪温存膵頭十二指腸切除術を施行した。病理組織学的にはNET G2 (pT2N1M0)であり、膵管侵襲を伴っていた。これまでのところ、術後8ヶ月経過して、無再発生存中である。【考察】膵NETは造影早期の濃染像を特徴とする多血性の充実性腫瘍で、基本的には膨脹性発育を示す。一方で、乏血性の症例や嚢胞変性をきたす症例、主膵管への浸潤を来す症例など、非典型的な症例も報告されている。自験例は、膵体部主膵管内を中心に発育した造影効果の乏しい病変であり、非典型的な症例と言える。文献的には、膵管内進展を呈するNETは、悪性度が高い傾向があるとされている。しかし、NETの分類が現状のものになってからの、画像所見と悪性度に関するまとまった報告はなく、蓄積された症例の解析が急務であると考えられる。【結語】膵NETは多血性腫瘍のみでなく、自験例のような非典型例も存在するため、診断の際に注意が必要である。

NET, 膵管内発育

## 39 クリップ止血術が有効であった、内視鏡的食道静脈瘤結紮術・ポリドカノール局注術無効な食道静脈瘤破裂の一例

龍ヶ崎済生会病院  
佐藤巳喜夫、間宮 孝、新里悠輔、岡本千尋、海老原次男

【背景】食道静脈瘤破裂の緊急止血術には内視鏡的食道静脈瘤結紮術(EVL)や1%ポリドカノール局注を用いた食道静脈瘤硬化療法(EIS-P)等が行われている。しかし、食道静脈瘤破裂時には食道静脈瘤の虚脱や、過去の治療による線維化のためEVL・EIS-Pが困難な症例を経験することがある。食道静脈瘤に対するクリッピング止血術(EVL-C)は1990年に報告されたが、現在あまり施行されていない。今回我々はEVL・EIS-P無効な食道静脈瘤破裂例に対しEVL-Cが有効であった一例を経験したので報告する。

【症例】54歳、男性。アルコール性肝硬変、食道静脈瘤のため本院入院中。過去に食道静脈瘤硬化療法・EVL、地固め療法の既往があった。大量吐血、ショック、意識障害のため本院救急外来受診。ただちに緊急内視鏡を行った。下部食道に噴出性出血を伴う食道静脈瘤を認めた。出血部位近傍にはEVL後潰瘍瘢痕があり、EVLが困難であった。そのため出血部より肛門側にEVLを行った。出血部位より口側にEVLを行おうとするも食道の線維化のため不能だった。また、EIS-Pも食道線維化のため有効な注入ができなかった。そこで、オリンパス・クリップ(HX-610-135)を用いて止血することができた。

【考察】EVL-Cは三吉らによって提案された。しかし、食道静脈瘤の待機的治療では治療効果の面からEVL、EISが一般的となった。一方、食道静脈瘤の緊急出血例ではEVL-Cの方がEVLに比べて有効だったという報告も見られる。以上より食道の線維化例やFO症例など、EVLやEISが困難な症例の緊急止血にはEVL-Cも入れるように準備しておくことが肝要と考えられた。【結語】EVL、EIS-Pで止血困難で、EVL-Cが有効であった食道静脈瘤破裂の一例を経験した。

食道静脈瘤, クリップ

## 38 原発性胆汁性肝硬変に自己免疫性膵炎を合併した一例

昭和大学藤が丘病院 内科学講座 消化器内科部門<sup>1)</sup>、国際親善病院 消化器内科<sup>2)</sup>  
田淵見大<sup>1)</sup>、高野祐一<sup>1)</sup>、林 将史<sup>2)</sup>、日引太郎<sup>3)</sup>、岩橋健太<sup>1)</sup>、吉田詠里加<sup>1)</sup>、宮尾直樹<sup>1)</sup>、小林孝弘<sup>1)</sup>、上原なつみ<sup>1)</sup>、中西 徹<sup>1)</sup>、花村祥太郎<sup>1)</sup>、山村詠一<sup>1)</sup>、五味邦代<sup>1)</sup>、黒木優一郎<sup>1)</sup>、井上和明<sup>1)</sup>、長浜正亞<sup>1)</sup>

症例は49歳男性。健診で肝機能異常(AST 99U/l、ALT 97U/l、 $\gamma$ -GTP1214)を指摘され前医を受診した。CTおよびMRIで膵臓のびまん性腫大を認め、閉塞性黄疸の所見はなかった。抗ミトコンドリア抗体640倍であり、原発性胆汁性肝硬変(PBC)が疑われ肝生検を施行した。病理学的に非化膿性破壊性胆管炎の所見があり、PBCに矛盾しない所見であった。ウルソデオキシコール酸、ベザフィブラートの内服を開始した。膵病変の精査のため、当院に紹介となった。受診時に黄疸を認めておりMRCPで下部胆管狭窄を認めた。ERCでは下部胆管狭窄および胆管の硬化像を認めた。内視鏡的胆管ステント留置術を行い、黄疸は改善した。膵管造影ではびまん性の狭細像を認め、自己免疫性膵炎(AIP)が疑われた。EUSでは膵実質は低エコーを呈し腫大しており、点状高エコーが散見された。膵頭部より22GにてEUS-FNAを施行した。膵実質に線維化とリンパ球浸潤がみられ、IgG4陽性細胞はみられなかった。血清IgG4は17.5mg/dlと正常であった。下部消化管内視鏡検査で炎症性腸疾患はみられなかった。AIP疑診としてステロイド加療を開始した。PBCとAIP合併の報告は少なく、文献的考察を加え報告する。

原発性胆汁性肝硬変, 自己免疫性膵炎

## 40 十二指腸腫瘍における術前生検の正診率の検討

慶應義塾大学 低侵襲センター<sup>1)</sup>、慶應義塾大学医学部 消化器内科<sup>2)</sup>、独立行政法人国立病院機構東京医療センター<sup>3)</sup>  
木下 聡<sup>1)</sup>、西澤俊宏<sup>1,2)</sup>、落合康利<sup>1)</sup>、鮑本哲平<sup>1)</sup>、後藤 修<sup>1)</sup>、藤本 愛<sup>1)</sup>、前畑忠輝<sup>1)</sup>、中村理恵子<sup>1)</sup>、浦岡俊夫<sup>1,3)</sup>、矢作直久<sup>1)</sup>

【背景】非乳頭部十二指腸腫瘍は早期に発見される症例が増加傾向にある。診断における生検の有用性については不明な点が多い。【目的】当院における非乳頭部十二指腸腫瘍に対する治療症例において、術前生検と内視鏡的切除後の病理結果の一致率について検討する。【対象と方法】2014年1月～2016年2月の期間に十二指腸内視鏡治療を行った123症例の中で、術前に生検がなされていた98症例を対象として術前生検の有意性を検討した。【結果】生検で癌と診断された21症例において術後病理で非癌と判定が変わったものが12症例、非癌と診断されていた77症例中で癌と判定が変わったものが15症例であった。十二指腸腫瘍における癌の生検診断は、感度37.5% (9/24)、特異度83.7% (62/74)、陽性的中率42.9% (9/21)、陰性的中率80.5% (62/77)、正診率72.4% (71/98)であった。【結論】十二指腸腫瘍における生検の正診率は高くはなかった。生検による瘢痕でnon-lifting signを呈し内視鏡治療が困難になる症例もあり、内視鏡治療を考慮する十二指腸腫瘍に対しての安易な生検は慎まれるべきである。

十二指腸腫瘍, 正診率

上尾中央総合病院 消化器内科  
山城雄也, 土屋昭彦, 外處真道, 近藤春彦, 白井 告, 三科友二,  
渡邊 東, 明石雅博, 笹本貴広, 西川 稿, 山中正己

症例は68歳男性。脳出血の既往があり左半身麻痺で、胃瘻による経管栄養を行っており、またネフローゼ症候群に対しPSL25mg/day、救急ホリソンを内服中であった。2016年4月に腹痛、嘔吐で救急搬送。精査加療目的に入院となった。入院時、BT38.1℃の発熱を認め腹部全体に自発痛を訴えており、上腹部を中心とする圧痛を認めた。反跳痛は認められなかった。採血検査上軽度の炎症反応の上昇を認めた。入院時腹部造影CT上、穹窿部から前庭部にかけての広範囲に渡って胃壁内にガス像を認め、気腫性胃炎と診断した。胃壁の造影効果は良好であり、また腹部理学所見上も消化管壊死を積極的に疑う所見を認めなかった事から、経管栄養の中止、抗生剤(MEPM 3g/day)による保存的加療を開始した。第二病日には解熱し、腹痛は消失した。第五病日に上部消化管内視鏡を施行したところ、胃穹窿部から前庭部にかけての広範囲に粘膜の強い発赤を認めたが、粘膜の脱落や潰瘍、出血は認めなかった。同日の腹部単純CT上胃壁内のガス像は改善していた。第六病日から経管栄養を再開し、第十三病日に退院となった。気腫性胃炎は、ガス産生菌による胃蜂窩織炎で胃壁内に気腫を認める疾患であり、薬物誤飲、アルコール多飲、糖尿病、免疫不全、胃手術、NSAIDsの使用などが発症危険因子と報告されている。本症例では、ステロイドや免疫抑制剤の内服を背景とし、胃瘻の存在や交換手技といった外的要因が加わり発症したものと考えられた。死亡率が41~60%と予後不良な疾患と報告されているが、本症例では広域抗菌薬による保存的加療で軽快しており、稀な症例と考えられ、文献的考察を加え報告する。

感染症, 胃

横浜市立大学 医学部 医学科<sup>1)</sup>,  
横浜市立大学附属市民総合医療センター 内視鏡科<sup>2)</sup>,  
横浜市立大学 大学院医学研究科 消化器内科学<sup>3)</sup>  
谷口勝城<sup>1)</sup>, 眞一まこ<sup>2)</sup>, 平澤欣吾<sup>2)</sup>, 前田 慎<sup>3)</sup>

【はじめに】家族性大腸腺腫症(Familial adenomatous polyposis; FAP)は主に大腸に多発し、高率に癌化する腺腫を認める常染色体優性遺伝性疾患である。FAPで胃癌を発症することは比較的稀であるとされ、H. pylori感染がその危険因子とされる。今回我々はH. pylori陰性、同時多発早期胃癌に対しESDを施行したFAPの1例を経験したので報告する。【症例】患者は64歳、女性。24歳時にFAPと診断され、大腸全摘術を施行された。2009年(57歳)、検診バリウム造影で幽門部ニッシエを指摘された。当院で精査し、幽門前部後壁の陥凹性病変に対しESDを施行した。病理結果は一部に高分化腺癌の含有が疑われる腺腫であった。その他にも幽門前庭部前壁に0-IIa+IIc様の病変が散在しており、定期的の内視鏡観察を行った。血清抗H. pylori IgG抗体は陰性であり、背景粘膜に発赤や萎縮を認めないためH. pylori陰性と診断した。2014年の内視鏡で幽門前庭部の0-IIa+IIc病変の軽度増大を認め、生検でGroup4の診断であった。さらに拡大NBI観察で幽門前庭部前壁から大弯にかけて、近接して存在する6か所の0-IIc病変を認めた。幽門前庭部小弯および後壁にもタコイボびらん様の病変を認め、生検でGroup5, adenocarcinoma, tub1の診断であった。2015年、これらの8病変と、幽門輪大弯の小隆起の計9病変に対し、近接した6病変を一括で、残り3か所をそれぞれ一括でESDを施行した。病理結果は6病変と診断したESD検体内にもう1つ微小0-IIc、他3個のESD検体のうち2個も癌の診断であった。いずれも0-IIc, tub1, UL(-), pT1a(M), ly0, v0, HM0, VM0で治癒切除であった。幽門輪大弯の小隆起は充ちっ血組織で悪性所見はなかった。幽門部を全周性に取り囲むESDであり、縦痕狭窄予防目的でESD直後の潰瘍底にトリアムシノロンA錠20日50mgを局注した。また翌日からブレドニゾロン30mg/日内服を開始し、漸減して3か月で終了した。6か月後にはほとんど狭窄なく治癒した。【結論】H. pylori陰性のFAP患者で多発早期胃癌に対しESDを施行した一例を経験したので、文献的考察を加え報告する。

家族性大腸腺腫症, ESD

筑波記念病院<sup>1)</sup>, 筑波大学附属病院 光学医療診療部<sup>2)</sup>,  
筑波大学 医学医療系 消化器内科<sup>3)</sup>  
越智大介<sup>1)</sup>, 池田貴文<sup>1)</sup>, 岩井健太郎<sup>1)</sup>, 小林真理子<sup>1)</sup>,  
大塚公一朗<sup>1)</sup>, 添田敦子<sup>1)</sup>, 本橋 歩<sup>1)</sup>, 設楽佐代子<sup>1)</sup>, 池澤和人<sup>1)</sup>,  
中原 朗<sup>1)</sup>, 溝上裕士<sup>2)</sup>, 兵頭一之介<sup>3)</sup>

【症例】70歳代 男性  
【現病歴】2007年の胃癌検診異常で近医にて内視鏡検査を受け、胃粘膜下腫瘍と診断された。その後は経過観察されていたが、2009年に同医での内視鏡検査にて増大傾向を認めたため、同年10月に当科へ紹介となった。

【既往歴】気管支喘息  
【経過】2009年12月、当院消化器外科にて胃全摘術・脾合併切除術および胆嚢摘出術を施行した。病変長径は12cmであり、リンパ節転移・遠隔転移は認めなかった。病理組織検査では、GIST high risk groupとの診断であった。術後補助化学療法としてイマチニブ400mg/日の投与を開始したが、好中球減少・全身倦怠感が出現したため同剤を100mg/日へ減量した上で継続し、術後5年間の投与後に中止した。その9ヵ月後のCT検査で、リンパ節転移および腹膜播種を認め、再発と診断した。イマチニブを再導入したところ病変は縮小し、現在でも治療を継続している。

【考察】Fletcher分類の高リスク群あるいは腫瘍破裂を認めた治癒切除GIST症例に対しては、3年間のイマチニブ治療が推奨されている。しかし今回、術後5年を経過しイマチニブによる術後補助化学療法終了後に再発した症例を経験した。また、イマチニブの投与量は400mg/日が推奨されており、300mg/日までの有効性が確認されている。本症例は忍容性の観点から十分なインフォームドコンセントに基づいて余儀なく100mg/日まで減量せざるを得なかったが、投与中の再発は認めずかつ再投与後の腫瘍縮小効果も確認された。GISTの術後補助化学療法の期間・投与量を検討する上で、極めて示唆に富む症例であり報告する。

GIST, イマチニブ

東京女子医科大学病院 消化器内科<sup>1)</sup>, 同 消化器内視鏡科<sup>2)</sup>  
日向有紀子<sup>1)</sup>, 岸野真衣子<sup>2)</sup>, 栗山朋子<sup>1)</sup>, 久礼里江<sup>1)</sup>,  
小林亜也子<sup>1)</sup>, 山本浩隆<sup>1)</sup>, 宮方千春<sup>1)</sup>, 山本果奈<sup>1)</sup>, 中村真一<sup>2)</sup>,  
徳重克年<sup>1)</sup>

【症例】50歳台、男性。【主訴】腹部膨満感、食思不振。【既往歴】10年前、十二指腸潰瘍を認めHelicobacter pylori(以下、H.pylori)陽性であったため除菌治療を施行した。除菌治療成功確認後、4年間は上部消化管内視鏡検査(以下、EGDs)を受診していたが、その後は検査を受けていなかった。【現病歴】20XX年9月頃より腹部膨満感、食思不振を自覚し同年11月近医を受診した。同院でEGDs、CTで胃癌が疑われたため同年12月当科へ紹介となった。当科で施行したEGDsでは胃穹窿部から胃角部の小弯側に粘膜下腫瘍様の粘膜肥厚像とその内側に不整な潰瘍を認め、4型進行胃癌と診断した。生検では印環細胞を含む低分化型腺癌であった。腹部造影CTでは胃体上部から下部にかけ小弯側後壁を中心に高度の壁肥厚と異常造影効果を認め、漿膜側は一部不明瞭であり漿膜外への進展が疑われた。また大網が塊状に肥厚し、一部腹膜の肥厚もみられ腹膜播種と診断した。以上よりcT4a cN1 cM1(P1) cStageIVと診断した。化学療法の方針となりSP療法を開始し現在まで継続している。3コース終了後の判定では腫瘍の縮小効果を認めている。【考察】消化性潰瘍患者において除菌成功によりその後の胃癌発生率が約1/3に抑制されるという報告がある。また、とくに未分化型胃癌では除菌による胃癌の予防効果が少ない可能性が指摘されていることから、除菌後も発癌のリスクが継続することを十分に理解し、患者に定期フォローの必要性を説明することが大切である。【結語】H.pylori除菌後10年目に根治不能の進行胃癌として発見された症例を経験した。除菌後も、EGDsでの定期的なフォローアップが必要であると考えられる。

H. pylori除菌治療後, 進行胃癌

国立病院機構 霞ヶ浦医療センター  
侯野大介, 廣瀬充明, 高木薫子, 永瀬将臣

【はじめに】腸結核、結核性腹膜炎は全結核の0.6~1.2%とまれな疾患であり、その診断には苦慮することが多いとされている。今回我々は腹水貯留・多発リンパ節腫大を契機に診断した腸結核、結核性腹膜炎、結核性リンパ節炎の一例を経験したので報告する。【症例】74歳男性。2015年11月より腹部膨満が出現し、当院を受診した。CTで腹水貯留、多発リンパ節腫大、陈旧性肺結核の所見を認めた。頸部腫大リンパ節の生検で乾酪性肉芽腫を認めた。下部消化管内視鏡検査で回腸末端に潰瘍を認め、生検で結核菌の同定は出来なかったものの、乾酪性類上皮細胞肉芽腫を認めた。鎖骨下腫大リンパ節の生検でも同様に乾酪性肉芽腫を認めた。気管支鏡検査では細胞診、培養ともに陰性であった。腹水中のADA 56.0IU/lと高値であり、クオンティフェロン検査が陽性であったことから、腸結核、結核性腹膜炎、結核性リンパ節炎と診断し2016年1月15日よりIsoniazid 300mg + Rifampicin 600mg + Ethambutol 750mg + Pyrazinamide 1.2gによる治療を開始した。治療開始後より徐々に腹部膨満は改善傾向となり、CT上もリンパ節の縮小傾向を認めた。現在も抗結核薬による加療を継続中である。【まとめ】本症例では結核菌の同定は出来なかったものの、生検での乾酪性類上皮細胞肉芽腫を認めたことから腸結核、結核性リンパ節炎の診断に至った。結核性腹膜炎の診断には難渋したが、腹水中のADA高値が診断の一助となった。原因不明の腹水貯留の鑑別として、結核性腹膜炎を考慮する必要があると思われる。

腸結核, 結核性腹膜炎

国立がん研究センター中央病院 内視鏡科<sup>1)</sup>, 同 病理科<sup>2)</sup>  
吉永繁高<sup>1)</sup>, 野中 哲<sup>1)</sup>, 小田一郎<sup>1)</sup>, 鈴木晴久<sup>1)</sup>, 阿部清一郎<sup>1)</sup>, 関根茂樹<sup>2)</sup>, 斎藤 豊<sup>1)</sup>

症例は40歳代、男性。1日にビール500mlを3-4本の飲酒歴、20歳より1日20本の喫煙歴があった。嚥下時違和感あり前医受診、上部消化管内視鏡検査(EGD)を施行したところ体上部大弯にType 4胃癌を疑う病変を指摘された。生検にてGroup 1であったが精査を勧められ当科受診となった。EGDにて、体上部大弯に発赤、びらんを伴う襲の腫大を認め、伸展性はやや不良であったが、粘膜面の不整や陥凹面などの上皮性変化に乏しく、生検にて腫瘍細胞は認めなかった。超音波内視鏡(EUS)上、第2層に変化は乏しく、第4層中心に低エコー域を認め、一部嚢胞と思われる無エコー域を認めた。また第4層の低エコー域は脾尾部の低エコー域と連続しており、連続する部分にも瘦孔様の無エコー域を認めた。以上より脾炎の波及、もしくは脾癌の胃浸潤を疑い、胃と脾臓が連続する部分を狙って超音波内視鏡下穿刺吸引術(EUS-FNA)を施行するも明らかな腫瘍細胞は認めなかった。そのため脾炎により仮性脾嚢胞とその胃壁への穿破と診断、経過観察の方針となったが、約2ヶ月後のEUSにて胃壁の肥厚、粘膜浮腫、発赤が増悪しており、再度EUS-FNAを施行する方針となった。さらに1ヶ月後のEUS-FNA施行時のEGDで粘膜浮腫、発赤は改善傾向にあり、EUSにて壁肥厚も改善しており、EUS-FNA施行も肉芽組織を認めるのみであった。この1ヶ月間の禁酒の影響と考えられたため、その後も禁酒を励行したところ3ヶ月後には粘膜浮腫、発赤はほぼ改善していた。EUSでは脾尾部に嚢胞成分の拡大を認め、炎症後の仮性嚢胞の形成が考えられた。Type 4胃癌との鑑別を要する疾患としてメネトリエ病、悪性リンパ腫、転移性胃癌、胃梅毒などの特殊な胃炎、脾癌・急性脾炎の波及などがあるが、本症例では内視鏡像の詳細な観察、EUS像などが鑑別に有用であり文献的に考察し報告する。

胃癌, 脾炎

獨協医科大学病院 消化器内科<sup>1)</sup>, 同 病理診断科<sup>2)</sup>  
近藤真之<sup>1)</sup>, 紀 仁<sup>1)</sup>, 福士 耕<sup>1)</sup>, 田中孝尚<sup>1)</sup>, 鈴木統裕<sup>1)</sup>, 高橋史成<sup>1)</sup>, 中野正和<sup>1)</sup>, 土田知恵子<sup>1)</sup>, 土田幸平<sup>1)</sup>, 富永圭一<sup>1)</sup>, 笹井貴子<sup>1)</sup>, 平石秀幸<sup>1)</sup>, 山岸秀嗣<sup>2)</sup>, 今井康雄<sup>2)</sup>

症例は60歳男性。2013年12月に近医にて上部消化管内視鏡(EGD)施行されたところ、胃体中部大弯に10mm大粘膜下腫瘍を指摘され、同院で年1回EGDフォローされていたが2015年12月のEGDにて病変頂点部にびらんと有するようになり精査目的に当院紹介となる。当院EGDでは10mm垂有茎性SMT様隆起として観察され頂点部に発赤を伴っていた。超音波内視鏡(EUS)では第2層を主座とする不均一な無〜低エコーとして描出された。同病変に対しboring biopsyしたところ病変が微小であるため断定はできなかったがadenocarcinomaを疑う所見があり2016年3月ESMR-L(endoscopic submucosal resection with aligation device)にて一括切除した。病理検査では粘膜固有層深部を主体に幽門腺、胃底腺及び腺窩上皮が吻合状、分枝状ないし嚢胞構造を呈しながら増生しており、異所性胃腺と考えられ、異型細胞は認めなかった。異所性胃腺は胃粘膜固有層に存在すべき胃腺組織が消化管粘膜下組織等に異所性に存在する本邦では比較的稀な疾患であり胃癌の合併も報告されている。今回我々は術前に良悪性の鑑別に苦慮した粘膜下異所性胃腺の一例を経験したため、文献的考察を加えて報告する。

粘膜下異所性胃腺, ESMR-L

東京医科大学病院 消化器内科学分野  
朝井靖二, 糸井隆夫, 祖父尼淳, 土屋貴愛, 辻修二郎, 鎌田健太郎, 田中麗奈, 本定三季, 向井俊太郎, 山本健治郎, 松波幸寿

症例は49歳男性。現病歴は平成26年4月に食後の嘔吐を認め、前医を受診。CTにて胃幽門部から十二指腸周囲にかけて約80mm大の脾仮性嚢胞を認め、それにより十二指腸狭窄をきたしていた。前医では加療困難であったため当院を紹介受診。嚢胞に対し超音波内視鏡下脾嚢胞ドレナージ術を施行した。しかし、その後も症状は継続しコントロール不良であったため、平成26年5月にダブルバルーンイレウスチューブを用いた超音波内視鏡下胃空腸吻合術が施行された。その後は経過良好であり、約2年が経過した現在も経口摂取は問題なく可能となっている。これまで、十二指腸狭窄に対しては外科的な胃空腸吻合術や狭窄部に対して金属ステントの内視鏡的留置が行われていた。近年、内視鏡治療技術の向上によりEUS-FNAのテクニックを応用し、内視鏡的胃空腸吻合術が試みられるようになった。当施設ではより安全により正確に手技が遂行できるようなダブルバルーンイレウスチューブを用いた方法で内視鏡的胃空腸吻合術を行っている。今回、この方法を用いて治療をし、ステントの長期開存が得られている症例を経験したので報告する。

超音波内視鏡下胃空腸吻合術, 良性十二指腸狭窄

## 49 左開胸開腹連続斜切開による胃全摘出術10例の検討

順天堂大学 医学部附属練馬病院 総合外科  
北原佳奈, 高橋 敦, 岩永直紀, 山田衣里佳, 秋本瑛吾, 伊藤 謙,  
関根悠貴, 春山優理恵, 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

【目的】噴門部胃癌症例では、食道浸潤や縦隔内のリンパ節郭清のため開胸操作が必要となる場合がある。これまで当科で経験した左開胸開腹連続斜切開による胃全摘出術10例の臨床背景と治療成績を検討した。【対象と方法】2005年から2016年3月までに当科で経験した左開胸開腹胃全摘出術10例を対象に手術時間や出血量、短期間での合併症の有無について検討した。【結果】対象10例の平均年齢は65歳、男性7例、女性3例であった。術前診断は残胃癌1例、噴門部癌9例であり、早期癌2例、進行癌8例であった。開胸の適応は、食道浸潤が8例、リンパ節転移が1例、術野展開のためが1例であった。10例のうちRoux-en Y法による再建が9例に、空腸置術が1例に行われており、平均出血量は410ml、平均手術時間は7時間25分であった。術後病理検査で口側断端は全例陰性であった。術後合併症(Clavien-Dindo分類grade III以上)は、2例(縫合不全、胸水貯留)に認められたが、いずれも保存的に軽快した。10例の術後平均入院期間は18.5日であった。【結語】開腹開胸による胃全摘術は、開腹例に比べ手術侵襲は大きくなると思われるが、治療成績は比較的良好であり、症例に応じて有用なオプションになるものと考えられた。

左開胸開腹胃全摘術、噴門部癌

## 50 消化管穿孔がないにもかかわらず腹腔内遊離ガスを呈した慢性偽性腸閉塞症の2例

横浜市立大学附属病院 肝胆膵消化器病学  
大久保秀則, 冬木晶子, 有本 純, 日暮琢磨, 野中 敬,  
中島 淳

【背景】慢性偽性腸閉塞症(CIPO)は器質的疾患がないにもかかわらず小腸閉塞症を呈する難治性疾患であり、下部消化管機能異常の中で最も重篤である。しかし疾患認知度が低く、有用な診断モダリティがないことなどから確定診断に数年以上を要することが問題であった。この現状を憂慮し、我々は世界初の明確な診断基準を確立、さらに小腸蠕動を直接評価できるシネMRIを開発してきた。今回我々は、シネMRIで確定診断し、消化管穿孔がないにもかかわらず腹腔内遊離ガスを来したCIPO症例を2例経験したので文献的考察も交えて報告する。【症例】症例1:34歳女性。幼少期から便秘症であったがそれ以外は大きな既往なし。30歳時、出産以降から腹部膨満が悪化し前医から紹介。慢性的な腹部膨満及び小腸の病的拡張、シネMRIでの蠕動低下からCIPOと診断した。外来経過中に腹部膨満が増悪し、CT、腹部単純X線で腹腔内遊離ガスが認められたため緊急入院。しかし腹膜刺激症状や炎症所見は認めなかった。消化管穿孔は否定的と考え、消化管安静とメトロニダゾールによる腸内滅菌による保存的加療にて1週間程度で遊離ガスは消失し、退院となった。症例2:65歳女性。甲状腺機能低下症の既往あり。62歳頃から腹部膨満が強くなり、CTにて小腸のびまん性拡張及び鏡面形成像を認めるようになった。器質的な原因がないにもかかわらず慢性的に症状が持続し、シネMRIで小腸蠕動の低下が認められたためCIPOと診断した。外来経過中に腹部膨満が増悪し、腹腔内遊離ガスを認めるようになったため緊急入院。理学所見及び血液データから消化管穿孔は否定的であり、本症例も保存的治療で改善した。【考察】CIPOに対して、小腸切除やその他安易な外科的手術は症状増悪の最大のリスクである。本2症例は理学所見と採血データから急性腹症は否定的と考え安易な手術を回避し得た教訓的な症例である。小腸内圧の著しい上昇が腸管気腫を併発し、ひいては腹腔内遊離ガスを呈するものと考えられた。

慢性偽性腸閉塞、腹腔内遊離ガス

## 51 腸重積を繰り返した小腸リポマトーシスの1例

横浜市立大学附属 市民総合医療センター<sup>1)</sup>,  
横浜市立大学 消化器内科<sup>2)</sup>  
重藤千尋<sup>1)</sup>, 平澤欣吾<sup>1)</sup>, 池田良輔<sup>1)</sup>, 福地剛英<sup>1)</sup>, 石井泰明<sup>1)</sup>,  
小林亮介<sup>1)</sup>, 眞一まこも<sup>1)</sup>, 佐藤知子<sup>1)</sup>, 前田 慎<sup>2)</sup>

【背景】小腸リポマトーシスは非常に稀な疾患でその多くは無症候性に経過するとされている。今回、ほぼ全小腸にわたるリポマトーシスにより、腸重積、腸閉塞を繰り返した。診断後7年の経過で死亡した剖検例を経験したので報告する。【症例】49歳女性。腹部膨満感、腹痛を主訴に近医を受診し腹部CTで小腸拡張を指摘され、精査目的に当院紹介受診となった。腹部CT、MRIで腹腔内に広範かつびまん性の脂肪組織を認め、上下部消化管内視鏡検査では異常を指摘できなかったが、小腸造影で回腸の著明な拡張と広範囲にわたる壁外圧排の所見を認めた。小腸鏡検査では回腸の内腔拡張と黄白色の3cm程度の多発するSMTを認め、生検結果はlipomaで、小腸リポマトーシスと診断された。全小腸にわたって粘膜下層に脂肪組織増生を認めていた為に切除不能と判断され、対症療法を行いつつながら外来フォローとなった。以後、腸重積、腸閉塞を繰り返すものの、入院、保存的加療で軽快していた。発症6年目に絞扼性腸閉塞を発症し、150cmにわたる小腸部分切除術を施行された。術後経過は良好であったが、残存小腸の腸重積、腸閉塞により腹痛を時折認め、摂食量低下、吸収不良による低栄養状態となり、IVHによる栄養管理、オピオイドによる疼痛コントロールを開始した。IVHによる栄養管理が長期間にわたり、MRSAによるカテーテル関連血流感染症を発症し入院となった際に低栄養状態で長期臥床が続いた事から肺動脈塞栓症を併発し永眠された。本症例のような小腸広範囲にわたるリポマトーシスは非常に稀であり、文献的考察を含め報告する。

リポマトーシス、腸重積

## 52 術後空腸切除検体で節外性NK/T細胞リンパ腫・鼻型と診断した1例

東邦大学医療センター佐倉病院 消化器内科<sup>1)</sup>,  
同 消化器外科<sup>2)</sup>, 千葉県がんセンター 腫瘍血液内科<sup>3)</sup>,  
同 臨床病理部<sup>4)</sup>  
勝俣雅夫<sup>1)</sup>, 竹内 健<sup>1)</sup>, 柴本麻衣<sup>1)</sup>, 古川潔人<sup>1)</sup>, 岩下裕明<sup>1)</sup>,  
佐々木大樹<sup>1)</sup>, 菊地秀昌<sup>1)</sup>, 岩佐亮太<sup>1)</sup>, 山田哲弘<sup>1)</sup>, 長村愛作<sup>1)</sup>,  
中村健太郎<sup>1)</sup>, 吉松安嗣<sup>1)</sup>, 津田裕紀子<sup>1)</sup>, 高田伸夫<sup>1)</sup>, 鈴木康夫<sup>1)</sup>,  
門屋健吾<sup>2)</sup>, 岡住慎一<sup>2)</sup>, 辻村秀樹<sup>3)</sup>, 杉山孝弘<sup>3)</sup>, 伊丹真紀子<sup>4)</sup>

【症例】61歳男性【主訴】血便精査【現病歴】2016年2月上旬頃より下痢、発熱を生じるようになったが様子をみていた。その後血便も生じるようになったため前医を受診、精査加療目的で入院となった。上部・下部消化管内視鏡検査では血便の原因となる粗大病変はなく、CT検査にて上部小腸壁肥厚指摘あり、クローン病などの炎症性腸疾患が疑われたため小腸精査目的で2016年3月中旬に当院紹介となった。【既往歴】特になし【経過】当院入院後、CT enterographyでは上部小腸の壁肥厚、周囲リンパ節腫大を認めた。下部小腸シングルバルーン内視鏡検査では粗大病変は認めず、上部小腸ダブルバルーン内視鏡検査を施行したところ、空腸に多発する輪状潰瘍を認め、血便の原因と考えられた。その後、大量下血による出血性ショックを呈したため、出血コントロール目的で緊急小腸部分切除術+リンパ節切除術を施行した。切除検体での病理組織所見や追加施行としたPET-CT検査からは小腸悪性リンパ腫が疑われたが、確定診断には至らず、専門医療機関へ検査依頼としたところ、空腸切除検体の免疫染色にてCD56+, CD3+, CD3 ε+, EBER+を認めNK/T細胞リンパ腫・鼻型の診断となった。【考察】手術検体にて節外性NK/T細胞リンパ腫・鼻型と診断した1例を経験した。希少型病変であり、確定診断には組織学的免疫染色を必要とするが、診断に苦慮することが多いことや、鼻頭原発が多いが、本症例のように消化管に発生することもあるため、悪性リンパ腫が疑わしい場合には常に念頭においておかなければならない疾患であると思われた。

血便、小腸悪性リンパ腫

日立製作所 日立総合病院 消化器内科<sup>1)</sup>、同 外科<sup>2)</sup>、筑波大学附属病院 日立社会連携教育研究センター<sup>3)</sup>、小玉夏美<sup>1)</sup>、久保田大<sup>1)</sup>、宮嶋 望<sup>1)</sup>、越智正憲<sup>1)</sup>、清宮崇博<sup>1)</sup>、松井真希<sup>1)</sup>、綿引隆久<sup>1)</sup>、大河原悠<sup>1)</sup>、大河原敦<sup>1)</sup>、柿木信重<sup>1)</sup>、鴨志田敏郎<sup>1)</sup>、平井信二<sup>1)</sup>、岡 裕爾<sup>1)</sup>、酒向晃弘<sup>2)</sup>、谷中昭典<sup>3)</sup>

【症例】16歳男性。【既往歴】開腹歴なし。【現病歴】20XX年7月X日突然の腹痛を主訴にX+2日当院救急外来を受診した。CTで小腸の拡張を認め、腸閉塞と診断した。閉塞部位が明確ではないものの、明らかな絞扼を疑う所見は認められず、イレウス管を留置し保存的加療を行った。しかしイレウス管留置後も腹部所見の改善は認められず、外科的加療が必要と考えられ、X+4日外科転科した。CTでは回腸に口径変化が疑われ、回腸の炎症性変化が原因として疑われた。腹腔鏡下で閉塞部位を検索する方針となり、同日手術が施行された。術中所見では、回腸末端より約50cm口側の腸間膜対側に憩室を認め、その先端の索状物が回盲部の腹膜垂に癒着しており、同部より口側腸管が約50cm程度、肛門側に陷入していた。憩室が炎症を繰り返したことでの炎症性癒着、それに伴う腸閉塞と考えられ、憩室部位を含めた回腸切除術を施行した。憩室は回腸末端にあること、腸間膜対側に認められたことからMeckel憩室と考えられた。術後経過は順調であり、X+16日退院した。病理学的には憩室は真性憩室であり、異所性胃粘膜の存在も認められMeckel憩室と診断した。【考察】Meckel憩室は胎生期の卵黄腸管の遺残によって生じる真性憩室であり、多くは無症状に経過するが合併症により症状を呈することもある。合併症としては、腸閉塞症の頻度をもっとも多い。Meckel憩室による腸閉塞の機序としては、Rutherford、Amourらにより8つの機序があげられているが、本症例ではMeckel憩室の炎症性癒着が原因と考えられた。Meckel憩室による腸閉塞症では術前診断が困難である場合もあり、開腹歴のない腸閉塞の鑑別疾患として考慮すべき疾患であると考えられた。

メッケル憩室、腸閉塞

国立がん研究センター中央病院 内視鏡科<sup>1)</sup>、同 検診センター<sup>2)</sup>、同 病理診断科<sup>3)</sup>、田川徹平<sup>1)</sup>、高丸博之<sup>1,2)</sup>、吉永繁高<sup>1)</sup>、居軒和也<sup>1)</sup>、関口正宇<sup>1,2)</sup>、山田真善<sup>1)</sup>、坂本 琢<sup>1)</sup>、中島 健<sup>1)</sup>、松田尚久<sup>1,2)</sup>、谷口浩和<sup>3)</sup>、前島亜希子<sup>3)</sup>、斎藤 豊<sup>1)</sup>

【背景】消化管原発mucosa-associated lymphoid tissue (MALT) リンパ腫の多くは胃原発であり、直腸MALTリンパ腫は比較的稀である。直腸MALTリンパ腫の1例を経験したので報告する。【症例】70歳代、女性。上行結腸に20mm大の0-IIa (LST-NG) 病変を認め内視鏡的粘膜下層剥離術(ESD)を施行、治療切除であった。1年後の下部消化管内視鏡検査(CS)ではESD後再発を認めなかったが、2年後の検査で頂部および基部にびらんを伴う凹凸不整な最大15mm大の粘膜下腫瘍様隆起を下部直腸後壁に複数認めた。NBI拡大観察では表面は拡張・蛇行した樹枝状血管を認めるも、インジゴカルミン散布による拡大内視鏡観察ではやや拡張したI型pitを認めるのみであった。EUSでは、第2層深層から第3層に主座を置く比較的均一な低エコー域を認め、一部では第4層の肥厚を認めた。以上の結果より悪性リンパ腫を第一に考え生検を施行。病理結果はMALTリンパ腫であった。PET-CTでは直腸病変部以外に異常集積はなくLugano国際会議分類I期と診断した。Helicobacter pylori陽性であったため、除菌後慎重に経過観察をしていた。MALTリンパ腫診断3ヵ月後のCSで直腸病変に著変はなく、盲腸にびらんを認めるも生検結果は炎症であった。診断10ヵ月後のCSで直腸病変はわずかに増大傾向、盲腸びらんからの生検でMALTリンパ腫を認めた。ご本人の希望もあり慎重に経過観察していたが、その後治療を希望されたため診断から1年5ヵ月後にRituximab単剤療法を開始し、現在加療継続中(6/8回)である。【結語】直腸原発MALTリンパ腫は比較的稀ではあるが、直腸粘膜下腫瘍の鑑別診断のひとつとして念頭に置く必要がある。文献的考察を加え報告する。

MALTリンパ腫、直腸粘膜下腫瘍

東京大学医学部附属病院 消化器内科、小西 満、吉田俊太郎、成田明子、太田弓子、神宝隆行、吉川剛史、石橋 嶺、青木智則、中田史子、新倉量太、井原聡三郎、木下裕人、早河 翼、山田篤生、平田喜裕、小池和彦

【背景】Regorafenibは血管新生、腫瘍微小環境、腫瘍形成に関わるシグナルを阻害するmulti-kinase inhibitorであり、治療切除不能な進行・再発大腸癌に対する三次治療以降の化学療法として有用性が確立されている。手足症候群、高血圧、出血、肝障害などの有害事象が知られているが、今回、Regorafenib開始直後に瘰癧を発生した症例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。【症例】60歳女性。2012年10月に便潜血陽性に対する精査で横行結腸癌、肝転移を指摘された。腹腔鏡補助下横行結腸切除術および肝部分切除術が施行されたが、2013年1月のCTで肝転移再発を指摘された。その後、mFOLFOX6+bevacizumabが導入され、腫瘍縮小得られたため、肝部分切除術が施行されたが、肝転移再発を認めた。2014年2月、2nd-lineの化学療法としてCPT-11+Cetuximabが導入された。2015年3月、新たな肝転移が出現し、3rd-lineの化学療法としてRegorafenib導入目的に入院となった。【経過】第1病日にRegorafenib導入後、第3病日に左側腹部痛が出現し、第4病日に増悪を認めた。血液検査でamylase、lipaseの値の著明な上昇を認め、腹部造影CTでは軽度の瘰癧質腫大と左前腎傍腔の脂肪織濃度上昇を認めた。軽症急性性瘰癧(予後因子0点、CT grade 1)と診断し、絶食補液による保存的加療を開始した。Regorafenibの内服は中止とした。その後、症状は速やかに改善し、第8病日より食事再開とした。その後も瘰癧の再燃は認めなかった。【考察】安全性情報によると、国内ではRegorafenibによると思われる重篤な瘰癧が5例報告されている。本薬剤を含め様々なVEGFRを対象としたmulti-kinase inhibitorが臨床の現場に登場している現状、VEGFR tyrosine kinase inhibitorを投与中の症例における腹痛では、瘰癧も鑑別として考える必要がある。

Regorafenib, 瘰癧

筑波大学附属病院 ひたちなか社会連携教育研究センター ひたちなか総合病院<sup>1)</sup>、日立製作所 ひたちなか総合病院<sup>2)</sup>、筑波大学附属病院 光学医療診療部<sup>3)</sup>、廣島良規<sup>1)</sup>、町島雄一<sup>2)</sup>、長瀬将臣<sup>2)</sup>、永淵美帆<sup>3)</sup>、奈良坂俊明<sup>3)</sup>

症例は59歳男性。2014年10月に便潜血陽性のため当院外来を受診した。精査目的で2014年11月に行った下部消化管内視鏡では小顆粒状の境界明瞭な3cm大の粘膜隆起性病変を認めた。内視鏡上で腫瘍性pitは認めず、生検の結果で神経節細胞腫(ganglioneuroma)と診断した。相談のうえで経過観察としていたが、患者より診断確定および治療目的での内視鏡的切除の希望があり、2016年4月11日に内視鏡的粘膜下層剥離術を行った。病変はHE染色にて、粘膜層内に神経腫様の小結節を複数認め、そこから伸びだすようにして神経線維束が粘膜下層および剥離面に露出していた。S-100 Proteinが陽性を示し、生検結果と同様にganglioneuromaと診断した。腹部CT・頸部超音波などで併存病変を認めず、神経線維腫(NF-1)や多発性内分泌腫瘍症候群(MEN)の合併はないと判断した。臨床的に良性腫瘍であることから、出血や腸重積などの合併症をきたさない限りは、経過観察が妥当と考えている。ganglioneuromaが消化管に発生することはまれであり、なかでも大腸発生は更にまれとされている。今回、われわれはNF-1やMENを伴わない大腸発生ganglioneuromaを経験したため、ここに報告する。

ganglioneuroma, 内視鏡的粘膜下層剥離術

東京医科大学八王子医療センター

松江右武, 福澤誠克, 村松孝洋, 土方美穂, 杉本彦彦, 山内芳也, 高橋祐輔, 平山泰丈, 奴田原大輔, 平良淳一, 中村洋典, 今井康晴

症例は78歳女性。平成27年9月に血便を主訴に当院を紹介受診した。大腸内視鏡にてS状結腸に正色調の40mm大の粘膜下腫瘍を認めた。通常の大腸内視鏡では全体像の観察が困難であり、上部スコープに交換し内視鏡反転で観察を行ったところ腫瘍の頂部には潰瘍を認めたが、露出血管は認めなかった。頂部から生検を行ったが、腫瘍性病変は認めずgroup1だった。CT colonography検査ではS状結腸に40mm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T2強調画像で高信号域を呈し、T2脂肪抑制画像で信号低下を認めたことから脂肪腫が疑われた。腹部症状は認めず、画像上は脂肪腫が最も考えられ、経過観察とされたが、6ヶ月後のCTにて一部腸重積様の所見が認められたため、腹腔鏡下S状結腸切除術が行われた。病理組織所見は粘膜下層に径38mmx27mmの腫瘍を認め、粘膜下組織と内輪筋の間に異型性のない脂肪細胞の増生を認めS状結腸脂肪腫と診断された。脂肪腫は消化管良性腫瘍の4-5%を占め、そのうち大腸脂肪腫は約60%程度と言われている。症状として特徴的なものではなく、腫瘍径の増大とともに腹痛、嘔気、便秘、血便などの症状が出現する。これらは腫瘍による重積や閉塞による症状と考えられるが、径30mm以上で約80%が腸重積をきたしていたとの報告もある。本症例では閉塞症状は認めなかったが、内視鏡上、腫瘍の頂部にはびらんを呈し、今後出血の危険性や画像上、腸重積を誘発する所見を認めたため外科切除が選択された。過去の文献的考察を含め報告する。

大腸脂肪腫, 血便

東邦大学医療センター大橋病院 消化器内科<sup>1)</sup>, 同 第3外科<sup>2)</sup>

牧野敏之<sup>1)</sup>, 森麻紀子<sup>1)</sup>, 吉田有輝<sup>1)</sup>, 小山圭穂<sup>1)</sup>, 日原大輔<sup>1)</sup>, 島田長怜<sup>1)</sup>, 富永健司<sup>1)</sup>, 鯨岡 学<sup>2)</sup>, 桐林孝治<sup>2)</sup>, 西牟田浩伸<sup>2)</sup>, 榎本俊行<sup>2)</sup>, 斉田芳久<sup>2)</sup>, 前谷 容<sup>1)</sup>

症例は30歳代男性。受診前日から右下腹部痛があり、徐々に増強してきたため受診した。発熱、嘔気、嘔吐、下痢、便秘、血便は認められなかった。腹部診察では右下腹部に圧痛が認められた。WBC 7300/μl, CRP 0.01 mg/dl, CPK 90 IU。CTで回盲部に腸重積が認められたが、その原因となるような明らかな器質的病変は認められなかった。整復、器質的病変の有無の確認のため大腸内視鏡を施行した。上行結腸に腸重積先進部が認められたが、器質的病変は存在しなかった。スコープを口側に進めることにより、腸重積の完全整復に成功した。腸重積先進部は反転した盲腸であった。盲腸粘膜には発赤、びらん、腫脹が認められた。同部からの生検結果はびらん性大腸炎の所見であった。回腸及び回盲弁が重積した所見はなく、器質的病変を伴わない特発性盲腸上行結腸型腸重積と診断した。腸管洗浄液培養では炎症の原因となるような有意な細菌は検出されなかった。内視鏡的整復4日後に施行した内視鏡で腸重積はなく、盲腸にわずかに発赤を認めるのみであった。以後、再発は認められていない。盲腸を先進部とした成人特発性腸重積は稀であり、内視鏡的整復が可能であった貴重な症例と考えられたため報告する。

腸重積, 特発性

日本大学医学部 内科学系消化器肝臓内科学分野

大内琴世, 池原久朝, 堤康士郎, 増田あい, 中川太一, 高橋利美, 中河原浩史, 大久保理恵, 今武和弘, 山本敏樹, 小川真広, 松岡俊一, 後藤田卓志, 森山光彦

(症例) 80歳代男性。大腸ポリープの定期検査目的で施行した大腸内視鏡検査で盲腸に35mm大の側方発育型腫瘍を認めた。腫瘍は一部に結節を伴っており、LST-G(結節混在型)と診断した。拡大観察では主にIII型pit patternを呈していたが、一部にV-I軽度不整pitを認めた。粘膜内~粘膜下層微小浸潤癌と診断し、ESDによる内視鏡治療を選択した。本症例は筋層と垂直に対峙した部位であり、線維化も伴っていた。体位変換により重力を利用しようとするも、粘膜下層の視認性の保持が困難であったため、粘膜周囲切開後にdental floss clip法(DFC法)を選択した。良好な視野を確保するため、病変対側に滑車様にクリップを追加し、dental flossを固定した。これにより、粘膜下層の描出が良好となり、偶発症なく切開時間100分にて治療を完了した。病理組織検査の結果はwell differentiated tubular adenocarcinoma in adenoma, tub1, Tis(M), ly0, v0, PNO, HMO(2mm), VM0であり、内視鏡的治療切除と判断した。(考察) ESDを行う際、安全かつ効率的な粘膜下層剥離を行うためには如何にしてトラクションを得るかが重要である。DFC法は胃ESDにおけるトラクションを得る方法として広く普及している。内視鏡を一旦抜去し再挿入する必要があるが、本症例の様な筋層と垂直に対峙し、技術的難易度の高い盲腸病変では、DFC法を応用することにより、良好な視野が確保でき安全にESDを施行することが可能と考える。特に重力によるトラクションのみでは不十分な症例では試みてみるべきである。(結語) DFC法を滑車様に使用し、安全に一括切除した側方発育型腫瘍の1例を経験した。

dental floss clip法, 内視鏡的粘膜下層剥離術

筑波大学 医学医療系 消化器内科<sup>1)</sup>,

筑波大学附属病院 光学医療診療部<sup>2)</sup>

田島大樹<sup>1)</sup>, 森脇俊和<sup>1)</sup>, 廣瀬 優<sup>1)</sup>, 山浦正道<sup>1)</sup>, 菅沼大輔<sup>1)</sup>, 佐藤雅志<sup>1)</sup>, 内田優一<sup>1)</sup>, 江南ちあき<sup>1)</sup>, 山田武史<sup>2)</sup>, 山本祥之<sup>2)</sup>, 長谷川直之<sup>1)</sup>, 石毛和紀<sup>1)</sup>, 金子 剛<sup>1)</sup>, 鈴木英雄<sup>2)</sup>, 奈良坂俊明<sup>2)</sup>, 福田邦明<sup>1)</sup>, 安部井誠人<sup>1)</sup>, 溝上裕士<sup>2)</sup>, 兵頭一之介<sup>1)</sup>

【背景】悪性腫瘍の卵巣転移によって胸腹水が出現するpseudo-*Meigs*症候群をときに経験する。我々はpseudo-*Meigs*症候群と診断されたS状結腸癌の化学療法無効な卵巣転移に対する摘出術により、長期の病勢コントロールが可能であった1例を経験したので報告する。【症例】200X年12月に横行結腸癌、腹膜播種、両側卵巣転移と診断された63歳女性。卵巣転移は右286mm、左100mmと骨盤腔を超え、胸腹水を伴っていた。早期の化学療法が必要と判断し、1次化学療法としてFOLFOX+Bevacizumab療法を開始した。原発巣および腹膜播種は縮小したが、両側卵巣転移は増大を認めたため、200X+1年3月に卵巣転移に対して両側子宮付属器切除術を施行した。術中腹水細胞診はClass Iであった。術後に胸腹水が消失したことから、pseudo-*Meigs*症候群と診断した。FOLFOX+Bevacizumab療法の再開により他病変の悪化を認めず、36ヶ月の無増悪生存期間が得られた。【考察】化学療法が無効なpseudo-*Meigs*症候群が疑われる卵巣転移に対する摘出術が有効であった症例を経験した。pseudo-*Meigs*症候群をきたした結腸癌に対しては、転移性卵巣腫瘍摘出術後に臨床症状が改善した報告が散見される。本症例のように化学療法が効果不十分であっても、転移性卵巣腫瘍のみが増悪傾向でそれ以外の標的病変が効果不十分でなければその時点でのレジメン変更を行わず、手術後に再評価を行う必要があると考えられる。稀な疾患であることから再現性を検討することは困難であるが、予後不良な疾患であるため適切な治療戦略を用いる事が必要であると考えられ、今後症例の集積が必要である。

S状結腸癌, *Meigs*症候群

## 61 悪性ストマ閉塞に対して大腸ステント留置を行った1例

亀田総合病院 消化器内科

白鳥俊康, 平田信人, 中路 聡, 小林正佳, 鈴木健一, 森主達夫, 吉村茂修, 神田圭輔, 山本紘輝, 横山雄也, 川満菜津貴

【緒言】悪性消化管狭窄に対するステント留置は安全・簡便な方法であり、有効性も評価されている。今回、腫瘍によるストマ閉塞に対して大腸ステントを留置し、食事摂取が可能となった症例を経験したために報告する。【症例】症例は59歳の女性で、卵巣癌術後の方。56歳の時に、進行胃癌の腹膜播種による大腸閉塞を来した為に他院で人工肛門を造設され、当院にて化学療法を行っている。化学療法開始後は、病勢は落ち着いていたが、治療開始から3年後に腹膜播種の増悪に伴う横行結腸閉塞を認めために入院となる。入院後、狭窄部に対して大腸ステントを留置し、その後は食事摂取・排便良好であったため退院となる。しかし、ステント留置後1ヵ月程で播種に伴うストマ狭窄による排便障害を認めためて再度入院となる。外科にてストマのプリーを行っていたが効果がなく、同部位に対して大腸ステントを留置した。ステント留置後は、腹部症状が改善し、食事摂取も可能となったために退院となる。【結語】悪性消化管狭窄に対するステント留置は、外科的治療と比較して短期成績は同等だと言われている。そのため、全身状態が悪く、予後の短い症例ではステント留置を第一選択とする施設も多い。本症例のように人工肛門造設後の播種に伴うストマ狭窄の場合、再手術は困難であり、このような症例に対してもステント留置が有用だと考えられる。

ストマ閉塞, 大腸ステント

## 62 ステロイドパルス療法によってC型肝炎急性増悪をきたした一例

水戸済生会総合病院 消化器内科<sup>1)</sup>, 同 腎臓内科<sup>2)</sup>, 同 臨床病理部<sup>3)</sup>

弓田 牙<sup>1)</sup>, 叶川直哉<sup>1)</sup>, 金野直言<sup>1)</sup>, 宗像紅里<sup>1)</sup>, 櫻井健洋<sup>1)</sup>, 大川原健<sup>1)</sup>, 青木洋平<sup>1)</sup>, 渡辺孝治<sup>1)</sup>, 柏村 浩<sup>1)</sup>, 国府田恵<sup>2)</sup>, 佐藤ちひろ<sup>2)</sup>, 海老原至<sup>2)</sup>, 大谷明夫<sup>3)</sup>, 仁平 武<sup>3)</sup>

症例は72歳女性。2015年11月に顕微鏡的多発血管炎を発症した。ステロイドパルス、エンドキサンパルス療法を行うにあたり、HCV-Abが陽性であったために当科へコンサルトされた。高容量ステロイド治療によるHCVの急性増悪は稀であるため、治療可能と判断した。2016年1月に当科再来され、ステロイド治療開始直後からトランスアミナーゼが上昇していたことが判明した。原因検索のためHCV RNAを含む各種ウイルスマーカー、肝炎マーカーを提出した上で、薬剤性肝障害を除外するためにプレドニゾン以外を休業とした。しかし肝障害は改善なく、血液検査の結果やAIH scoreなどから、薬剤性・HAV・HBV・HEV・AIHは否定的であった。再来時のHCV RNAはステロイド治療開始前の値から有意に上昇しており、肝障害も並行していることから、高容量ステロイドによるHCVの急性増悪と診断した。2型高ウイルス量であったが、直接作用型抗ウイルス薬やリビリンは腎障害のために使用できず、Peg-IFN $\alpha$ -2a(ベガシス®)単独投与を開始した。強力ネオミノファーゲンC 100ml/day投与により肝障害は速やかに改善がみられた。ベガシス2投目投与後からALB、PT、コリンエステラーゼなどの肝機能を反映するデータの改善もみられた。しかし経過中の胸部CTにて両葉にスリガラス陰影を認め、プレドニゾン15mg/day投与中であること、 $\beta$ -Dグルカン・KL-6が上昇していたことから、カリニ肺炎を疑い、バクトラン 30ml/dayの投与を開始した。しかし効果判定のCTでは両肺の間質影は更に悪化傾向であり、画像所見からベガシスによる薬剤性間質性肺炎と考へ、第37病日よりステロイドパルス療法を開始した。しかし、翌日朝方より急激に呼吸不全が進行し、第38病日に永眠された。病理解剖では肝臓の萎縮あり、強い肝障害を想定させるものの原因の特定には至らず、死因は薬剤性間質性肺炎として矛盾ない所見であった。C型肝炎は慢性的経過をとることが多く、劇症化や急性増悪は稀とされる。今回、ステロイドパルス療法によりHCVの急性増悪をきたした症例を経験したので文献的考察を加え報告する。

C型肝炎急性増悪, ステロイドパルス療法

## 63 肝原発神経内分泌腫瘍と診断した1例

筑波大学 医学医療系 消化器内科

広瀬 優, 山本祥之, 山浦正道, 菅沼大輔, 内田優一, 佐藤雅志, 田島大樹, 江南ちあき, 山田武史, 森脇俊和, 兵頭一之介

【背景】神経内分泌腫瘍(NET)は希少腫瘍に属する。NETは、細胞分裂数やKi67指数によって悪性度からNET G1、NET G2、神経内分泌腫瘍(NEC)等に分類される(WHO分類2010改訂)。原発部位は膵や消化管に比較的多いとされ、肝原発NECの報告は世界中で過去150例程度と極めて稀である。【症例】61歳女性。2015年6月より倦怠感、7月初旬より腹痛を自覚していた。近医での採血検査で肝機能障害、腹部超音波検査で多発肝腫瘍を指摘され、CTでびまん性多発肝腫瘍、多発骨腫瘍、多発肺腫瘍の診断に至るも原発巣が明らかではなかった。原発不明腫瘍として精査加療目的に当科へ転院となり、肝腫瘍生検を施行され、NECの所見を認めた。病理検体の免疫組織化学的検討および各画像検査から肝以外の原発巣は否定的であり肝原発NECと診断された。切除不能であり化学療法の方針となり1st lineとしてETO+CCDDP療法を開始した。3コース施行後の効果判定CTではPRであった。計6コース施行したが、2016年2月のCTでPDと判断(無増悪生存期間6.4ヶ月)、2次治療としてAMR療法を開始した。【考察】神経内分泌腫瘍は稀で診断に苦慮する 경우가多く、治療法についても未だエビデンスに乏しい部分が多い。本症例は当初原発不明腫瘍と診断されたが、肝腫瘍生検の病理学的検討で組織像、免疫染色(CD56(+), SNP(+), CgA(+))、核分裂像から神経内分泌腫瘍と診断、TTF-1(-), HNF4a(+))の免疫染色の結果および各画像検査(CT, EGD/TCS)から原発巣は肝と診断した。現在まで切除不能NECに対する確固たる標準治療は確立しておらず、特に肝原発NECに関しては治療報告すら乏しい。消化管・膵・肝・胆道原発の化学療法はNECと類似した特徴を有する小細胞肺癌に準じて行われることが多いが、治療成績に関する後ろ向き検討報告では全生存期間は約6-19ヶ月と予後は不良である。本症例は診断時から広範な腫瘍浸潤による肝機能障害を伴い、各抗癌剤を至適用量に過量減量し治療を継続、比較的良好な有害事象コントロールのもと、一定の治療効果を得ている。【結語】肝原発NECと診断され、全身化学療法が有効であった一例を経験した。

神経内分泌腫瘍, 神経内分泌癌

## 64 集学的治療で9年間コントロールされている肝癌の一例

筑波学園病院 消化器内科

岡村純子, 西 雅明, 山口雄司, 村下徹也, 松田健二, 川西宣裕, 松本康彦

【背景】肝細胞癌はその大半がウイルス性肝炎を母地として肝硬変を経て発生し、しばしば発癌リスクの高い肝臓に多発する。肝臓の位置、大きさ、個数や肝予備能によっては、手術やRFAの選択が難しくなり、TACEや分子標的薬と併用したり、緩和療法となることもある。今回我々は、手術、RFA、TACE、陽子線療法を併用した集学的治療により9年間HCCがコントロールされている症例を経験したので報告する。

【症例】76歳女性。慢性C型肝炎、肝硬変を背景とするS8の5cm大の単発性肝細胞癌が発見され2008年に手術を施行、C型肝炎に対してIFNを試みたが副作用が強く断念した。その後再発肝細胞癌に対して2014年3月にRFAを施行するも、肝細胞癌は再発を繰り返すためTACEを試みた。しかし巨大なspleno-renal shuntの存在により肝性脳症を来すようになったこと、IPMNで胆管拡張を来したTACEにより胆管炎が惹起される可能性が高いこと、さらにvascularityが低くリビオドールの腫瘍内集積が悪いことからTACEは困難となった。またchild-pugh Bの肝機能低下のためソラフェニブでの加療も困難であり、肝動注を施行する方針となった。2015年6月、7月、9月にone shot CDDP肝動注を施行した。術後大部分のHCCに壊死性変化が認められ各種腫瘍マーカーも改善した。しかしS4の腫瘍のみ肝動注後も増大をみとめ、2015年12月の肝動注でコントロール不良となったため、2016年2月より72.6Gy/22Frでの陽子線照射を施行、以後今日まで増大をみとめず、肝不全症状もなく通院中である。

【考察】本症例では、9年にわたり手術、RFA、TAI、陽子線照射を組み合わせた集学的治療を施すことにより腫瘍をコントロールした。IPMNによるCBDの拡張や巨大なspleno-renal shuntを伴う乏血性の腫瘍でも集学的治療を行うことでコントロール可能となったため、若干の文献的考察を加えて報告する。

肝細胞癌, 集学的治療

## 65 ネフローゼ症候群を合併した、自己免疫性膵炎の1例

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  
西村正基, 杉森一哉, 石井寛裕, 入江邦泰, 合田賢弘

症例は63歳男性。毎年健康診断にて、腹部USを施行されていたが、2015年10月のUSにて膵頭部に腫瘤性病変を認め、精査目的に12月24日当院紹介受診。その後12月28日EUS-FNA、2016年1月19日ERCP、1月21日EUS-FNA施行するも、いずれも病理から悪性所見は認められず。当初膵痛を疑い精査を行っていたが、EUS上、慢性膵炎の所見あり、IgG4 134と軽度高値を認めていたことから、IgG4関連疾患による自己免疫性膵炎である可能性が高いと考えられた。またAlb1点台および、高度蛋白尿を認めており、ネフローゼ症候群の合併が示唆された。当院腎臓内科に入院のうえ、2月3日よりPSL40mg内服開始。2月9日腎生検施行し、Minor glomerular abnormalitiesとの結果であった。2月17日に撮影された造影CTでは、膵頭部の腫瘤は縮小傾向にあり、自己免疫性膵炎の診断で矛盾しないと考えられた。ネフローゼ症候群に関しては、ステロイド抵抗性であり、2月13日からシクロスポリン内服開始している。本例のように自己免疫性膵炎による腫瘤形成性膵炎は膵癌との鑑別が問題となることが多い。また自己免疫性膵炎に間質性腎炎が合併することは報告されているが、本例のように糸球体疾患との合併の報告は少なく、文献的考察を加え、症例報告する。

自己免疫性膵炎, ネフローゼ症候群

## 66 門脈内穿破を併発し、腹腔から頸部まで及んだ感染性膵仮性嚢胞に対して超音波内視鏡ガイド下膵嚢胞ドレナージが著効した1例

横浜労災病院 消化器内科<sup>1)</sup>, 同 内視鏡部<sup>2)</sup>,  
NTT 東日本関東病院 消化器内科<sup>3)</sup>  
高柳卓矢<sup>1)</sup>, 関野雄典<sup>1)</sup>, 尾崎杏奈<sup>1)</sup>, 白鳥 航<sup>1)</sup>, 辻川真太郎<sup>1)</sup>,  
小林 貴<sup>1)</sup>, 鈴木雅人<sup>1)</sup>, 野上麻子<sup>1)</sup>, 永島裕樹<sup>1)</sup>, 石井 研<sup>2)</sup>,  
佐藤晋二<sup>1)</sup>, 梅村隆輔<sup>2)</sup>, 金沢憲由<sup>1)</sup>, 内山詩織<sup>1)</sup>, 川名憲一<sup>3)</sup>,  
永瀬 肇<sup>1)</sup>

症例は53歳、男性。頸部痛と呼吸困難感、炎症反応高値の精査目的で施行した造影CTで、腹腔内から頸部に及ぶ嚢胞性病変を認めた。腹腔内では腹腔動脈を取り囲む嚢胞性病変と、門脈本幹の途絶と側副血行路の発達、門脈走行に一致した造影効果のない低吸収域を認めた。アルコール性膵炎の既往から、急性膵炎後の膵仮性嚢胞の縦隔進展および門脈穿破と診断した。長期の経過が推測されること、嚢胞径および感染併発が疑われたことから、ドレナージ適応と判断した。ドレナージ対象およびルートとしては、手技成功率の高さや期待されるドレナージ効果を考慮し、腹腔動脈を囲む最も膵近傍の嚢胞性病変に対する経消化管(胃)的ドレナージ術を選択した。超音波内視鏡ガイド下膵嚢胞ドレナージ(EUS-CD)を施行、経胃的に内瘻ステントと外瘻ステントを留置したところ、胃内に多量の嚢胞内容物の排出を認めた。治療後のCTでは腹腔内、縦隔および門脈内の嚢胞の大部分の縮小が確認され、炎症反応の改善を認めた。二期的にERPを施行したところ、膵頭体移行部での主膵管の狭窄像を認めたが、主膵管と嚢胞の明らかな交通は確認されなかった。主膵管狭窄部の拡張目的に、経乳頭的に膵管プラスチックステントを留置した。炎症増悪などの有害事象なく、軽快退院した。EUS-CDは手技成功率が高く、膵炎局所合併症に対する治療としての地位を確立しつつある。特に、感染性被包化膵壊死に対するstep-up approach法の1st stepとして有用である。今回我々は門脈内穿破を伴い、頸部まで進展した膵仮性嚢胞に対してEUS-CDが極めて有効であった1例を経験した。ドレナージルートを選択など、文献的考察を加えて報告する。

膵仮性嚢胞, 超音波内視鏡ガイド下膵嚢胞ドレナージ(EUS-CD)

## 67 膵炎を繰り返す膵管非癒合に対して内視鏡的副乳頭バルーン拡張術が有用であった1例

キッコーマン総合病院 内科  
兒島隆太, 三上 繁, 大西和彦, 清水史郎, 秋本政秀

【症例】58歳女性【主訴】腹痛【既往歴】濾胞性リンパ腫(2013年)【現病歴】濾胞性リンパ腫にて国立がん研究センター東病院通院中であったが、腹痛にて2015年10月同院入院。膵炎と診断され、精査加療目的で紹介にて翌日当院転院となった。入院時、血清アミラーゼは541 U/L、エラスターゼ1は1310 ng/dL、リパーゼは494 U/Lと著明な膵酵素の上昇を認めた。明らかな膵炎の原因が認められず、前医で使用されていたアシクロビルによる膵炎が疑われた。膵炎は保存的治療にて軽快し2週間の入院で退院となったが、退院後すぐに再度腹痛出現。膵炎の再発と診断され退院2日後に当院再入院。MRCPにて膵管非癒合が疑われる所見があり、これが膵炎の原因と考えられたため保存的治療にて膵炎が改善した後、ERCPを施行し副乳頭バルーン拡張術を施行した。術後経過良好にて2015年12月退院。退院後5か月経過したが、以後膵炎の再発を認めず経過良好である。内視鏡的副乳頭バルーン拡張術が有用であった膵管非癒合の1例を経験したので若干の文献的考察を加えて報告する。

膵管非癒合, 内視鏡的副乳頭バルーン拡張術

## 68 脾摘後重症感染症の1例

杏林大学 消化器・一般外科  
吉田智幸, 竹内弘久, 近藤惠理, 鶴見賢直, 橋本佳和, 大木亜津子,  
長尾 玄, 阿部展次, 正木忠彦, 森 俊幸, 杉山政則

症例は36歳男性。膵神経内分沁腫瘍に対して腹腔鏡下脾体尾部脾臓合併切除術を施行し、術後肺炎球菌ワクチンの接種を行っていた。ワクチン接種から約4年、夜間に寒気・倦怠感が出現し、翌日には38℃台の発熱を認めたため近医受診し、経口抗菌薬が処方された。しかし、同日夜間に悪寒戦慄が出現し当院緊急搬送された。受診時には収縮期血圧が80台と低下し、身体所見では口腔内および両下肢に出血斑と疼痛を認めた。CT検査では、右腎盂の腫大と周囲に液体貯留を認めた。血液検査ではプロカルシトニン(73.10 ng/ml)と炎症反応の上昇(WBC 16,300、CRP 25.8 mg/dl)、肝(GOT 386 IU/l、GPT 201 IU/l、LDH 1578 IU/l)・腎機能障害(BUN 30 mg/dl、Cr 1.22 mg/dl、成人eGFR(1.73) 55.8 ml/min)を認めた。さらに、血液検査と両下肢痛から横紋筋融解症(CK 2834 IU/l、ミオグロビン6011 ng/ml、アルドラーゼ66.5 U/l)も認めた。急性期DICスコアは11点(血小板4.3万、FDP 364.6 μg/ml)であった。以上から、右腎盂腎炎による敗血症性ショック、DICと診断し内科的治療(腎臓内科にて:MEPM、トロンボモジュリン製剤、補液)を開始した。後日、静脈血液培養検査において肺炎球菌が検出されたことより、今回の病態は脾摘後重症感染症(Overwhelming postsplenectomy infection: OPSI)であると診断された。入院後7日目にはDICを離脱し、17日目には炎症反応の改善を認め、22日目に退院した。OPSIは急激な経過をたどる致死率が極めて高い(50~80%)病態である。予防として肺炎球菌ワクチン接種が推奨されているが、本例はワクチン接種後約4年(5年以内)でOPSIを発症した。OPSIはワクチン接種後複数年経過すれば発症する可能性があり、ワクチン再接種に関しての考察が必要であると思われる。肺炎球菌ワクチン接種後のOPSIに関する症例の報告は少なく、供覧に値すると考えられたので報告する。

脾摘後重症感染症, 肺炎球菌ワクチン

済生会川口総合病院 消化器内科<sup>1)</sup>、同 病理診断科<sup>2)</sup>

松永直子<sup>1)</sup>、小田切啓之<sup>1)</sup>、稲本 林<sup>1)</sup>、白橋亮作<sup>1)</sup>、高杉秀明<sup>1)</sup>、三輪佳雅<sup>1)</sup>、尾股 佑<sup>1)</sup>、目時 亮<sup>1)</sup>、濱田清誠<sup>1)</sup>、小柳佳成<sup>1)</sup>、松井 茂<sup>1)</sup>、原澤 茂<sup>1)</sup>、佐藤英章<sup>2)</sup>

【緒言】サイトメガロウイルス (CMV) 食道炎は稀な疾患であり、その多くはエイズや長期のステロイド使用といった免疫不全状態の患者に生じている。【症例】81歳女性。77歳時、直腸型の潰瘍性大腸炎 (UC) と診断され加療が行われたが、継続的な治療は中断されていた。2016年1月、血便を主訴に再受診し、UCの増悪と診断された。このため5ASA製剤とステロイド注腸剤による治療が行われた。同年2月、自宅で体動困難となり、意識レベルが低下している状態を家人が発見し当院へ救急搬送された。炎症反応の高値と肺炎の所見から感染症を契機とした全身状態の増悪と考えられた。抗菌薬により意識状態、炎症反応は軽快するものの、入院第4病日頃から頻回の血便を認めるようになった。このため下部消化管内視鏡検査を施行したところ、直腸からS状結腸にかけて多発する広範な潰瘍の形成が認められた。粘膜の炎症は高度であり、UCの急激な増悪と判断してインフリキシマブ (IFX) による治療を開始した。また同時期より薬の内服が困難であるという嚥下困難の訴えが始まっていたため、入院第7病日に上部消化管内視鏡検査を行った。その結果、中部から下部食道にかけて粗造な粘膜の広がりが認められた。直腸および食道の生検組織にはどちらも核内封入体が認められ、免疫染色でCMV感染が確認された。このため、UCの治療に加えてガンシクロビルを開始した。その後、血便は消失し、嚥下困難も改善した。IFX開始後7週目の内視鏡検査で食道および大腸の炎症所見の改善を確認した。入院第72病日に軽快退院となった。【考察】自験例はUCの増悪期にCMV腸炎のみならずCMV食道炎を併発した珍しい1例であった。UCの増悪とCMV食道炎との関連性についての報告は乏しい。しかしながら、免疫抑制剤を使用中のUCにおいてはCMV食道炎の発症も念頭に置くことが必要であるのかもしれない。また、UCの増悪期には禁食となることが多く、嚥下困難、嚥下痛などのCMV食道炎を疑う症状に乏しくなることも診断を遅らせる要因になる可能性があると考えられた。

サイトメガロウイルス食道炎、潰瘍性大腸炎

東京慈恵会医科大学 消化器・肝臓内科<sup>1)</sup>、東京慈恵会医科大学附属葛飾医療センター<sup>2)</sup>、東京慈恵会医科大学附属病院<sup>3)</sup>

宮島慶一郎<sup>1)</sup>、齋藤恵介<sup>1)</sup>、小林寛子<sup>2)</sup>、沖沙佑美<sup>1)</sup>、金井友哉<sup>1)</sup>、高見信一郎<sup>1)</sup>、伊藤善翔<sup>1)</sup>、松本喜弘<sup>1)</sup>、小田原俊一<sup>1)</sup>、梶原幹夫<sup>1)</sup>、内山 幹<sup>1)</sup>、小井戸薫雄<sup>1)</sup>、高橋直人<sup>2)</sup>、中野雅貴<sup>1)</sup>、鈴木正章<sup>1)</sup>、大草敏史<sup>1)</sup>、猿田雅之<sup>3)</sup>

東京慈恵会医科大学附属柏病院 消化器肝臓内科<sup>1)</sup>、東京慈恵会医科大学附属柏病院 外科<sup>2)</sup>、東京慈恵会医科大学附属柏病院 病院病理部<sup>3)</sup>、東京慈恵会医科大学附属葛飾医療センター 消化器肝臓内科<sup>4)</sup>、東京慈恵会医科大学附属病院 消化器肝臓内科<sup>5)</sup>、○宮島慶一郎<sup>1)</sup>、齋藤恵介<sup>1)</sup>、小林寛子<sup>2)</sup>、沖沙佑美<sup>1)</sup>、鈴木正章<sup>1)</sup>、金井友哉<sup>1)</sup>、高見信一郎<sup>1)</sup>、伊藤善翔<sup>1)</sup>、松本喜弘<sup>1)</sup>、小田原俊一<sup>1)</sup>、梶原幹夫<sup>1)</sup>、内山 幹<sup>1)</sup>、小井戸薫雄<sup>1)</sup>、高橋直人<sup>2)</sup>、中野雅貴<sup>3)</sup>、鈴木正章<sup>4)</sup>、大草敏史<sup>5)</sup>、猿田雅之<sup>5)</sup> 【症例】48歳男性。二次検診の上部消化管内視鏡検査で胃体上部の組織検体よりアミロイド沈着が確認され、専門施設での精査の結果、胃限局性アミロイドーシスと診断された。プレドニゾン30mgでの内服加療中に急性肺炎を合併し、入院加療目的で当院へ転院となった。上部消化管内視鏡検査で胃体部に多発する出血性潰瘍を認め、背景粘膜は浮腫状で肥厚し送水のみで出血する状況であった。内科的治療で急性肺炎は軽快傾向であったが、数週間の内科的治療と絶食管理の後に開始した流動食摂取でも胃からの出血が認められた。止血管理目的で胃全摘術を検討したが、仮性脾嚢胞を伴う急性肺炎治療直後のため困難と判断され、その後も中心静脈栄養、経管栄養等の内科的治療で出血管理を更に数週間行なった。その後も胃粘膜の易出血性は変わらず、流動食以上の食事摂取ができなくなった状況が続いた。その後脾嚢胞の縮小など肺炎による手術合併症率が低下したため、入院約3か月後に待機的に胃全摘術を施行した。術中、通常操作で胃内からの出血が持続し、また肥厚した胃壁は把持のみで破れる状態であった。病理結果より、胃壁全層の間質や血管壁にアミロイド沈着が著明で、出血は漿膜下層にまで及んでいた。術後経過は良好で、現在外来経過観察中である。胃限局性アミロイドーシスはまれな疾患で、多彩な病変を呈し易出血性である報告は散見されるが消化管出血に対して胃切除が行われた症例は特に少ないため、若干の文献的考察を加えて報告する。

胃限局性アミロイドーシス、胃全摘術

筑波大学 医学医療系 消化器内科

秦 嶺美、山浦正道、山本祥之、廣瀬 優、菅沼大輔、佐藤雅志、田島大樹、内田優一、江南ちあき、山田武史、森脇俊和、兵頭一之助

【症例】73歳、男性。2015年10月、嚥下時の胸部違和感を主訴に近医を受診。上部消化管内視鏡検査で中部食道に長径60mm大の1/2周性の2型病変が認められ、腫瘍生検による病理組織検査ではN/C比が高く細胞質の乏しい腫瘍細胞がシート状に増殖する組織像を呈し、免疫組織化学的検討ではChromogranin A陽性、Synaptophysin陽性、Ki-67陽性率90%の結果であった。CT検査で原発巣以外に、上部食道に多発する壁内転移所見のほか所属リンパ節の多発腫大が認められた。血清NSE値は18.4ng/mlと高値であった。以上より限局型食道神経内分泌腫瘍 (NEC) (小細胞癌)、cT3N2M0、cStageIII (食道癌取り扱い規約第11版) と診断した。左肺癌術後のため左開胸アプローチでの手術は困難であり、化学放射線療法を行う方針となり当院消化器内科を紹介され、12月17日よりエトポシド+シスプラチン併用療法 (EP療法) による化学療法を計4コース、陽子線による同時性放射線照射を計60Gy施行した。治療完了後の画像評価で完全奏功を得、現在も維持している。【考察】消化管神経内分泌腫瘍の割合は全消化管癌の1%以下であり、発症部位は大腸、胃、食道、小腸の順に多い。食道NECは食道癌全体の約1.6%と稀な疾患であり、多くは小細胞癌で中下部食道に好発する。男性に多く、好発年齢は50-70歳と報告されている。予後不良因子として下部食道原発、腫瘍径5cm以上、リンパ節転移、血清NSE値高値などが挙げられる。食道NECに対する確立された標準治療はないが、化学療法としては小細胞肺癌に準じて白金製剤をベースとした併用化学療法が行われている。また、cStageIIB, IIIの症例では、手術と化学療法の併用療法に比較して、化学放射線療法が有意に予後を延長したとの報告がある。一方で、限局型食道NECに対して陽子線を用いて化学放射線療法を施行した治療報告は検索しえた範囲ではなかった。本症例は腫瘍径が6cmと大きく、リンパ節転移を有し、血清NSE値も高値であるなど、予後不良因子を多く有していたにもかかわらずEP療法と陽子線を用いた化学放射線療法が著効した1例であった。文献的考察を加えて報告する。

NEC、化学放射線療法

順天堂大学医学部附属順天堂医院 臨床研修センター<sup>1)</sup>、

同 消化器内科<sup>2)</sup>

緒方綾子<sup>1)</sup>、竹田 努<sup>2)</sup>、浅岡大介<sup>2)</sup>、高田勇登<sup>2)</sup>、横井一徳<sup>2)</sup>、富嶋 亨<sup>2)</sup>、齊藤紘昭<sup>2)</sup>、中島章人<sup>2)</sup>、稲見義宏<sup>2)</sup>、松本健史<sup>2)</sup>、澁谷智義<sup>2)</sup>、山科俊平<sup>2)</sup>、長田太郎<sup>2)</sup>、渡辺純夫<sup>2)</sup>

【症例】76歳、女性。【家族歴】姉・息子：脳腫瘍、ポリポースの家族歴は不詳。【現病歴】幼少時から手足指先、口唇に色素沈着を認めていたが、加齢と共に消退傾向であった。39歳に他院で乳癌に対し手術され、その際に大腸ポリプを指摘されていた。65歳から当院にて便秘で外来通院され、2009年からは、上部内視鏡検査 (EGD) で胃ポリプを認めていた。2015年7月の定期採血でHb6.2と貧血を認めたため、同年8月にEGD・下部内視鏡検査 (CS) を施行した。EGDでは食道は異常なく、胃穹隆部から体部の、また十二指腸にかけて易出血性の白色から赤色調で無茎性～有茎性の様々なポリプが前回 (2012年) に比べ増大・多発しポリポースと考えられた。またCSでも下行結腸から直腸にかけてポリプ多発していた。同年10月に施行したカプセル内視鏡検査 (CE) で十二指腸から上部小腸優位にポリプの多発を認めていたため、今回ポリプ切除目的に入院となった。身体所見では眼瞼結膜貧血、手足指先、口唇に色素沈着を軽度認めた。血液検査ではHb10.8g/dl、Fe12μg/dl、TIBC411μg/dl、ferritin17ng/mlと鉄欠乏性貧血を認めた。入院第2病日に十二指腸ポリプ2個、胃ポリプ6個切除し、第6病日に胃ポリプ10個切除し、食事開始後も明らかな貧血の進行を認めず、第10病日退院となった。病理所見では平滑筋細胞が樹枝状に増生を認め、過形成性の腺窩上皮を認め、手足指先・口唇に色素沈着を認めていたことからPeutz-Jeghers症候群が考えられた。【考察・結語】本症例は不全型Peutz-Jeghers症候群と考えられたが、多くは若年発症であり、発症の経過を追った稀な高齢発症の1例と考えられた。家族歴がある場合は診断が比較的容易だが、家族歴が明らかでない場合は色素斑の指摘など詳細な診察が重要である。Peutz-Jeghers症候群に伴うポリプは大きさと癌化率に正の相関を認めることが報告されており、今後はNCCNのサーベイランスガイドラインを参考に定期的な血液検査、CEやEGD・CSを行い、増大傾向や出血を認めるポリプは切除を検討し、悪性腫瘍の合併にも注意すべきと考えられた。

ポリポース、Peutz-Jeghers症候群

東海大学 消化器外科<sup>1)</sup>, 同 消化器内科<sup>2)</sup>  
宮尾洋輔<sup>1)</sup>, 古川大輔<sup>1)</sup>, 山田美鈴<sup>1)</sup>, 矢澤直樹<sup>1)</sup>, 藤城 健<sup>1)</sup>,  
益子太郎<sup>1)</sup>, 川島洋平<sup>2)</sup>, 小川真実<sup>2)</sup>, 川口義明<sup>2)</sup>, 中郡聡夫<sup>1)</sup>,  
峯 徹哉<sup>2)</sup>

(背景) 十二指腸腫瘍のうち悪性腫瘍はまれであるが、神経内  
分泌腫瘍やGISTなどmalignant potentialを有する疾患もあり、適  
切な診断と治療が必要である。GISTや神経内分泌腫瘍の術前  
診断で切除を行った十二指腸異所性腺の1例を経験したので報  
告する。(症例) 43歳、男性。健診の上部消化管内視鏡検査にて  
十二指腸下行脚の粘膜下腫瘍を指摘され当院に紹介となった。  
既往歴は高血圧のみ。血液生化学検査には特記すべき所見はな  
かった。上部消化管内視鏡検査では十二指腸下行脚内側の乳頭  
の口側に15mm大の軽度の中心陥凹を有する粘膜下腫瘍があり、  
超音波内視鏡では第4層由来の境界明瞭な低エコー腫瘍の  
所見であった。副乳頭は確認できず、副乳頭由来の腫瘍との鑑  
別は困難であった。CTでは動脈相から淡く濃染し、腺とはほ  
ぼ同等の造影増強効果を示した。MRIではT1、T2強調画像では腺  
と同等の信号強度を呈し、dynamic studyではCT同様に動脈相  
では腺と同等、平衡相では腺よりも軽度高信号を呈した。十二  
指腸神経内分泌腫瘍、GISTを考え手術を行った。手術は開腹下  
に腫瘍側で十二指腸を切開し、腫瘍摘出術を行った。病理組織  
検査では腺房、ラシ島、導管構造を有する腺組織の所見であり、  
異所性腺と診断した。(結語) 十二指腸異所性腺は良性疾患で  
あり診断がつけば切除の必要はない。本症例では術前にGIST  
や神経内分泌腫瘍を考えたため切除を行った。EUS-FNAを施  
行するか、MRI/CTで腺との類似性に着目すれば術前診断でき  
た可能性があると考えた。

異所性腺, 十二指腸粘膜下腫瘍

東京医科歯科大学 消化器内科<sup>1)</sup>, 同 腫瘍化学療法外科<sup>2)</sup>  
山本竜也<sup>1)</sup>, 桑原小の実<sup>1)</sup>, 石川敏昭<sup>2)</sup>, 大岡真也<sup>1)</sup>, 東 正新<sup>1)</sup>,  
仁畑洋一<sup>1)</sup>, 野崎賢吾<sup>1)</sup>, 小林正典<sup>1)</sup>, 勝倉暢洋<sup>1)</sup>, 福田将義<sup>1)</sup>,  
北畑富貴子<sup>1)</sup>, 村川美也子<sup>1)</sup>, 新田沙由梨<sup>1)</sup>, 村野竜朗<sup>1)</sup>,  
鬼澤道夫<sup>1)</sup>, 井津井康浩<sup>1)</sup>, 中川美奈<sup>1)</sup>, 柿沼 晴<sup>1)</sup>, 朝比奈浩浩<sup>1)</sup>,  
渡辺 守<sup>1)</sup>

症例は59歳女性、2014年5月に近医で直腸癌・多発肝転移・肺転  
移の診断を受け、大腸ステント挿入後に同年6月から  
mFOLFOX6(体表面積あたり、5-FU 400mg+2400mg, LV 200mg,  
L-OHP 85mg)+Panitumumab(6mg/kg)を開始し、同年11月まで  
計10コースを施行した。体幹に広がる皮膚疹が出現したため  
L-OHPは中止しsLV5FU2+Panitumumabへの変更を行った。  
2014年8月に施行した造影CTにて肝内の転移巣は著明な縮小を  
認めたが、施行前と比較し脾臓の増大を認め、2015年5月末に施  
行した上部消化管内視鏡にて、Ls, F2, Cb, RC-の食道静脈瘤の  
発達を認めた。その後レジメンを変更し化学療法を継続的に  
行っていたところ、2016年3月に大量吐血し救急搬送された。  
同日施行した上部消化管内視鏡にてLs, F3, Cb, RC++の静脈瘤  
と赤色栓を認め、EVLを2カ所施行後、第21病日に追加EISを施  
行した。1週間後の内視鏡でLs, F1, RC-へと静脈瘤の退縮を認  
め、再出血なく経過良好にて第30病日に退院となった。診断時  
より門脈内に腫瘍栓、血栓無く、背景肝は正常で血小板数低下  
もなく化学療法施行後に脾臓増大を認めた経過より、L-OHPに  
よる門脈圧亢進症に起因する食道静脈瘤と考えられた。  
L-OHPによる類洞内皮障害、門脈圧亢進は以前より報告されて  
おり、一部症例では投与中止後に静脈瘤の退縮を認め可逆的で  
あるともされている一方で、不可逆とされる症例も報告されて  
いる。本症例では半年間の投与で静脈瘤が発達しその後増大傾  
向を保ちL-OHP中止後一年半の経過で静脈瘤破裂へと至った、  
L-OHP使用症例では内視鏡フォローを定期的に行い出血防止策  
を講じる必要があると考えられた。文献的考察を加え報告す  
る。

オキサリプラチン, 食道静脈瘤

自治医科大学 消化器・一般外科  
藤原正貴, 三木 厚, 笠原尚哉, 遠藤和洋, 小泉 大, 笹沼英紀,  
佐久間康成, 堀江久永, 細谷好則, 佐田尚宏, 北山丈二

症例は44歳男性。糖尿病で近医に通院中であった。貧血の精  
査で施行した上部消化管内視鏡(EGD)で易出血性の潰瘍性病  
変を認めた。また造影CTで、十二指腸に下大静脈(IVC)を圧  
迫する約6cm大の腫瘍を認め、精査加療目的で当院当科紹介と  
なった。EGD下生検の病理所見ではSpindle cell sarcomaの診断  
であった。造影CTでは腫瘍はIVC・右尿管・上行結腸と近接し、  
径は11cmと急速な増大を認め、手術施行した。開腹すると右上  
腹部に巨大な腫瘍を認め、強固に後腹膜側へ浸潤していた。幽  
門輪温存腺頭十二指腸切除術、横行結腸部分切除、IVC合併切  
除再建術を施行した。術後経過は良好で術後16日目に施行した  
造影CTでは再発を疑う病変は認めず術後23日目に退院とな  
った。術後の病理所見では細胞分化がはっきりしないHigh grade  
sarcomaの像を認め、Undifferentiated sarcoma(MFH)の診断で  
あった。退院後39日目(術後62日目)、嘔吐・右背部痛で受診  
した。造影CTで肝下面・腎前面・IVC背側にかけて約16cm大の  
腫瘍、肝後区域に約4cm大の転移性病変を認め、入院となり、緩  
和治療の方針となった。入院17日目の単純CTでは右腹部全体  
に広がる最大径約30cm大の腫瘍、肝後区域に約9cm大と腫瘍の  
急速な増大を認め、徐々に全身状態が悪化し入院24日目に死亡  
した。今回我々は十二指腸に発生し急速な経過をたどった  
sarcomaの1例を経験したので文献的考察を含めて報告する。

肉腫, 予後

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<sup>1)</sup>,  
横浜市立大学 消化器内科<sup>2)</sup>  
鈴木英祐<sup>1)</sup>, 平澤欣吾<sup>1)</sup>, 池田良輔<sup>1)</sup>, 福地剛英<sup>1)</sup>, 石井泰明<sup>1)</sup>,  
小林亮介<sup>1)</sup>, 眞一まこも<sup>1)</sup>, 佐藤知子<sup>1)</sup>, 前田 慎<sup>2)</sup>

【症例】66歳男性【主訴】腹痛、体重減少【既往歴】気管支喘息、アレ  
ルギー性鼻炎、糖尿病【現病歴】3ヶ月前からの食後の腹痛および体  
重減少を主訴に精査加療目的に当院紹介受診となった。上部消化管内  
視鏡検査で明らかな異常を認めなかったが、血液生化学検査で著明な  
白血球、好酸球の増多(WBC 22230/μl, Eosino. 13400/μl(60.3%)と  
IgE高値を認めた。CT検査では空腸を中心とした小腸壁の肥厚が認め  
られた他、両下肺野に胸膜と平行する帯状の網状からスリガラス状影  
が認められた。また消化管エコーでは空腸を主体に血流の増多を伴う  
壁肥厚と周囲脂肪織濃度の上昇を認めた。なお明らかな腹水は認めら  
れなかった。以上より好酸球性胃腸炎および好酸球性肺炎が疑われ、  
小腸精査のためダブルバルーン内視鏡を施行したところ、Treitz靱帯  
から近位空腸にわたってびまん性の浮腫状の壁肥厚と多発する発赤小  
びらんを認め、同部位からの生検で慢性炎症所見の一部に好酸球の集  
簇所見を認めた。以上より好酸球性胃腸炎と診断し、プレドニゾロン  
30mg/dayの内服を開始したところ、速やかに腹部症状の改善を認め、  
血液生化学検査でも白血球、好酸球(WBC 6090/μl, Eosino. 48/μl(0.  
8%))と著明な改善傾向を示した。また治療前に見られた両下肺野の  
網状影も治療に伴い徐々に消失し、ステロイド治療が奏功している  
と考えられた。現在、プレドニゾロンを漸減中であるが、症状の再燃  
なく経過良好である。【考察】好酸球性胃腸炎は消化管壁への好酸球浸  
潤により起こる炎症にて組織が傷害され様々な症状を起こす疾患であ  
る。原因は食物抗原によるアレルギーの関与などが考えられているが  
明確な証拠はなく不明であるが、ステロイドが有効であることが知ら  
れている。診断には消化管壁内での好酸球浸潤所見が必須項目とされて  
おり、本症例では上下部内視鏡検査での消化管粘膜からの生検では好  
酸球の浸潤は確認できなかったが、小腸内視鏡検査による空腸粘膜の  
生検で好酸球浸潤を認めた。今回、小腸内視鏡による生検にて診断し  
得た好酸球性胃腸炎の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。

好酸球性胃腸炎, 小腸内視鏡

東京都立墨東病院 内科<sup>1)</sup>, 同 内視鏡科<sup>2)</sup>  
 松川 結<sup>1)</sup>, 小林克誠<sup>1)</sup>, 町田智世<sup>1)</sup>, 大倉幸和<sup>1)</sup>, 南館 愛<sup>1)</sup>,  
 源岡愛菜<sup>1)</sup>, 野坂崇仁<sup>1)</sup>, 青沼映美<sup>1)</sup>, 加藤理恵<sup>1)</sup>, 古本洋平<sup>1)</sup>,  
 堀内亮郎<sup>2)</sup>, 浅野 徹<sup>1)</sup>, 西崎なほ子<sup>1)</sup>, 志願寺義通<sup>1)</sup>

【症例】29歳女性。BMI35と高度肥満。既往歴、家族歴に特記事項なし。4か月前から倦怠感が出現し、徐々に全身の浮腫が悪化した。嘔吐で食事摂取量が減少した。受診7日前より労作時呼吸困難で歩行不能となり、当院を受診した。来院時、高度貧血(Hb 2.7g/dl)による高拍出性心不全を呈しており、精査加療目的に緊急入院となった。CTで上部空腸に壁肥厚があり、上部消化管内視鏡(スコープはPCF-Q260AIを使用)でTreitz靱帯を越えた空腸に全周性の腫瘍性病変を認め、生検でadenocarcinoma(中～高分化型)と診断された。腫瘍により内腔は狭窄し、通過障害を来しており、輸血、利尿剤の調整などで心不全症状が改善のち、空腸部分切除術を施行した。最終的に原発性小腸癌pT4(SE)N0M0, StageIIB(TNM分類)と診断した。術後経過は順調で、術後8日目に退院となった。下部消化管内視鏡、小腸カプセル内視鏡で、消化管に他の腫瘍性病変を認めなかった。術後補助化学療法は施行せず、術後10ヶ月の時点で再発を認めていない。【考察】小腸癌は全消化管癌の1%未満と頻度が少なく、平均年齢65歳、男女比1.5:1であり、29歳女性の発症は非常に稀である。小腸癌は輪状、全周性に発育することが多く腸管狭窄や閉塞症状が特徴的とされる。嘔吐、腹痛、腹部膨満感、下血を契機に診断されることが多いが、自験では浮腫や呼吸困難などの心不全症状が主で非典型的であった。小腸癌は進行するまで症状に乏しく、これまで早期発見が困難であったが、近年小腸内視鏡の進歩により状況は変化している。当院では小腸内視鏡が導入されていないものの、幸いにして従来のスコープで病変への到達が可能であり、術前診断に至った。いまだ小腸癌の取扱いは確立しておらず、長期予後も不明で切除後の再発例も散見される。自験は切除後10ヶ月間再発なく経過しているが、今後も慎重な経過観察を要する。また、今回は家族歴のない単発の小腸癌で他の消化管慢性腫瘍を認めず、遺伝子検査は施行していない。

小腸癌, 心不全

船橋市立医療センター  
 桑山直樹, 東郷聖子, 石垣飛鳥, 徳長 鎮, 関 厚佳, 小林照宗,  
 安藤 健, 水本英明, 野手洋雅, 丸山尚嗣

【症例】58歳、男性。繰り返す新鮮血の下血のため入院となった。入院後にも下血を認め上下部消化管内視鏡検査や腹部造影CTを施行したが明らかな出血点は同定されず、内視鏡検査で散見された大腸憩室や小腸病変からの出血の可能性が疑われた。入院中に再度大量の下血があり、当日に緊急で行った造影CTで回腸腔内に血管外漏出を認め同部位からの出血が考えられた。繰り返す活動性の出血のため切除手術を行う方針となり、出血範囲を同定するために腹部血管造影を行うも出血点と推定された血管外漏出を同定することは出来なかった。腹腔鏡補助下で小腸部分切除を施行し、回腸憩室と、憩室基部小腸粘膜に露出血管を伴う潰瘍を2か所に認め、今回の下血の出血源と推測された。組織検査では、憩室壁に結節様の病変を認め、また憩室壁を形成する粘膜下にランゲルハンス島を含む異所性膵組織を認め切除された憩室はMeckel憩室であると考えられた。切除手術後は、下血や貧血の進行はなく経過良好にて退院となった。【考察】Meckel憩室内は胎生期の卵黄腸管の近位端で遺残した先天性の真性憩室で、異所性組織が認められる症例は多数報告されているが膵組織の迷入頻度は比較的低い。また、症候性Meckel憩室は半数以上が20歳未満に発症し、出血例は全体の11%という報告もある。Meckel憩室出血の診断には、造影CT、腹部血管造影、小腸内視鏡等が有用とされているが、本症例では1度目の造影CT・腹部血管造影では出血源を特定出来ず、下血時にタイミングよく造影CTをとる必要があると考えられた。成人のMeckel憩室出血について、若干の文献の考察を加えて報告する。

メッケル憩室, 小腸出血

日本大学医学部 内科学系消化器肝臓内科学分野  
 原野 英, 池原久朝, 堤康士郎, 大内琴生, 中川 太一, 高橋利実,  
 中川 英浩, 大久保理恵, 山本俊樹, 今武和弘, 小川真広,  
 松岡俊一, 後藤田卓志, 森山光彦

【症例】40歳台男性【主訴】下痢、腹痛、血便【現病歴】全結腸型潰瘍性大腸炎(UC)にて近医通院中に下痢と腹痛の増悪を認めた。UCの再燃と判断しプレドニン30mgによる点滴加療を行うも症状の改善を認めず、3週間で約8kgの体重減少を認めたため、当院入院となった。入院時37.6℃の発熱と血便・下痢を10回以上認め、血液検査にて赤沈46mm/hと亢進していた。CTにて全結腸に浮腫を認めた。前医施行のTCSでの内視鏡所見でMATTIS grade 3であった。以上の検査結果よりUCの再燃と診断した。【経過】約1週間におよぶステロイド静注療法にて加療でも症状の改善を認めず、ステロイド抵抗性UCと考え入院10病日よりタクロリムスによる加療を開始した。入院25病日よりアザチオプリンを併用とした。タクロリムス開始後に粘血便の改善を認めたが、腹痛が継続しており入院16病日にCSを施行したところ左側横行結腸から下行結腸にかけて多発する打ち抜き様潰瘍を認めた。直腸からS状結腸の粘膜病変は改善を認めておりCMV腸炎と考え入院20病日よりデノシン投与を開始した。CMV抗原血症検査(C7-HRP)は14/50000WBCでありデノシンの投与継続とした。上記加療にて腹痛の軽快を認め、入院29病日のCSでは粘膜所見の改善も認められた。【考察】内科的治療に対する反応が乏しい難治性UCの場合、CMV感染の合併を疑う必要がある。本例においては入院時のC7-HRPが陰性であったが、高用量ステロイド療法に伴いCMV腸炎を発症したと考えられ、その診断にCSが有用であった。本例のようにタクロリムスによる寛解療法中に腹痛の増悪が認められた場合、内視鏡による粘膜の評価が有用であると考えられる。

潰瘍性大腸炎, サイトメガロウイルス腸炎

医療法人社団 筑波記念会 筑波記念病院 消化器内科<sup>1)</sup>,  
 筑波大学 医学医療系 消化器内科<sup>2)</sup>  
 横山昌平<sup>1)</sup>, 小林真理子<sup>1)</sup>, 池田貴文<sup>1)</sup>, 岩井健太郎<sup>1)</sup>, 越智大介<sup>1)</sup>,  
 大塚公一朗<sup>1)</sup>, 添田敦子<sup>1)</sup>, 本橋 歩<sup>1)</sup>, 設楽佐代子<sup>1)</sup>, 池澤和人<sup>1)</sup>,  
 中原 朗<sup>1)</sup>, 兵頭一之介<sup>2)</sup>

【症例】30歳台男性。躁鬱病の治療を自己中断していた。2週間前から持続する激しい水様下痢、39度台の発熱を主訴に救急搬送された。生もの摂取や海外渡航歴なし。興奮状態で見当識障害を伴った。腹部膨満、腸蠕動音亢進を認めたが圧痛はなかった。白血球数5300/ $\mu$ L, CRP 17.93mg/dl。CTでは盲腸から横行結腸に及ぶ壁肥厚があり、腸間膜リンパ節が多数腫大していた。下部消化管内視鏡では盲腸から横行結腸までびまん性に発赤を伴う浮腫状粘膜、および多発びらんを認めた。S状結腸から直腸にも散在性のびらんを認めた。組織検査では高度好中球浸潤、陰窩膿瘍、杯細胞の減少を認め潰瘍性大腸炎も疑われる所見であった。感染性腸炎を第一に疑い、抗菌剤による治療を開始した。しかし第4病日まで39度台の発熱、せん妄が持続し、汎血球減少、LDHの上昇をきたした。骨髄像にて血球貧血症候群と診断したが、感染兆候の改善とともに血球は徐々に上昇し、せん妄も改善した。便からサルモネラO4群を検出しサルモネラ腸炎と診断した。原因食品は特定できなかった。【考察】サルモネラ腸炎の内視鏡像・病理組織像は多彩で潰瘍性大腸炎に類似することもあり鑑別が問題となる。また本症例で認めた血球貧血症候群は、腸炎の軽快に伴い改善したことからサルモネラ腸炎が原因であったと推察する。サルモネラ腸炎と血球貧血症候群の合併は稀で貴重な症例と考える。

サルモネラ腸炎, 血球貧血症候群

埼玉医科大学総合医療センター消化器・肝臓内科  
石山美咲, 可児和仁, 内田党央, 須田健太郎, 石橋 朗, 藤田徹郎,  
荒井亮士, 大塚武史, 杉浦香織, 細見英里子, 山口奈緒美,  
林健次郎, 青山 徹, 高林英己, 宮城直也, 山本龍一, 加藤真吾,  
岡 正志, 名越澄子, 屋嘉比康治

【症例】17歳、男性【主訴】腹痛、発熱【現病歴】4歳児、繰り返す口内炎出現、5歳時、右下腹部痛で虫垂炎と診断され腹腔鏡下虫垂切除術、6歳時回盲部に深掘れ潰瘍あり、腸管ペーチェットと診断され、プレドニン(PSL)投与された。8歳時に骨粗しょう症、成長障害あり、シクロスポリン、コルヒチン投与されるも増悪を繰り返した。サリドマイド投与し、PSLは中止できていた。12歳時、症状悪化あり、プレドニンとサリドマイド増量で対応するも改善せず、13歳時、インフリキシマブ(IFX)0週2週と投与開始したが腹痛悪化あり、IFXは以後投与せず。PSL25mgから減量できずアザチオプリン100mg導入するもPSL減量できず。17歳時PSL10mgまで漸減したところ、回盲部狭小化あり、腹腔鏡下回盲部切除施行した。脱毛ありアザチオプリンは中止となった。術後PSL15mg投与されていたが吻合部の潰瘍が悪化し、アダリムマブ(ADA)投与となった。潰瘍縮小傾向であったが再燃あり、PSL40mgに増量、メソトレキセート(MTX)投与され改善し退院、転居のため当院紹介受診となった。【経過】下痢あり、CDTOXIN陽性でバンコマイシン内服でやや改善した。PSL30mgへ減量したところ1か月で悪化発熱し入院となった。PSL40mgと増量、MTXは中止とした。採血でβDグルカン上昇ありアスペルギルス抗原陽性、CTにて副鼻腔真菌感染と診断、ポリコナゾール投与した。その後、感染コントロールされたと判断しIFX投与、6週目3回投与するも改善なく、MTXを開始し、11週目で3回目投与するも改善なくステロイドパルス施行。その後血便多量にあり、下部消化管内視鏡(CS)にて潰瘍改善なく、周囲から出血あり。内科的治療困難で手術、結腸右半切除術を施行した。その後、腹部症状改善するも、癒着性イレウスとなり再手術した。吻合部潰瘍が落ち着いていることをCSで確認し、IFX再導入しPSL40mg併用で退院となった。【退院後経過】IFX4回目からは10mg/kgに増量し、PSLは漸減して20mgとしており腹部症状とCRP正常のまま治療継続中である。【結語】治療に難渋した若年発症の腸管ペーチェットを経験したので報告する。

腸管ペーチェット, 潰瘍

国立国際医療研究センター病院  
吉井史歩, 松永理絵, 片岡温子, 佐藤 雄, 秀野泰隆, 合田良政,  
矢野秀朗

症例は29歳男性、1週間前から次第に増強する下腹部痛を主訴に当院救急外来を受診した。既往歴はなかったが、6か月前から下痢が続き20 kgの体重減少があった。来院時の身体所見では、下腹部正中に発赤、腫脹を伴う約7 cmの膨隆を認め、血液検査では、WBC 21,580 /  $\mu$ l、CRP 15.46 mg/dlと炎症反応が上昇していた。造影CT検査では臍部から膀胱につらなる管腔内のガスと液体貯留、壁の造影効果を認めたことから尿管管膿瘍が疑われた。また回盲部から横行結腸右側に著明な壁肥厚や周囲の脂肪織濃度の上昇、臍上に上行結腸と横行結腸に瘻孔形成を認めた。これらは尿管管膿瘍と近接し、結腸と膿瘍腔との瘻孔形成が疑われた。尿管管膿瘍に対し切開排膿を行い、約300 mlの膿性排液を認め、ドレーンを留置した。禁食および抗生剤(cefmetazole)投与で加療を開始し、身体所見および血液検査所見は次第に改善した。腸管の精査目的に入院10日目に下部消化管内視鏡検査を施行し、上行結腸を中心に多発する瘻孔形成を認め、内視鏡的にクローン病と矛盾しない所見であった。入院13日目に尿管管膿瘍腔からの排液はほぼ消失し、造影検査では膿瘍腔が約20 ml大に縮小、腸管との交通は確認できなかった。尿管管膿瘍を合併したクローン病であり、腸管と尿管管膿瘍腔の交通の可能性を懸念していたが、透視検査で両者の交通がないことを確認できた。そのため内科的治療でクローン病が軽快した時点で尿管管を切除する方針となり、5-ASA製剤および抗TNA- $\alpha$ 抗体を導入した。なお、来院時Alb 1.7g/dlと低栄養状態であった。入院6日目よりPICCカテーテルで全静脈栄養を行い、入院12日目に成分栄養剤の併用を開始した。適宜摂取量を漸増し入院17日目にAlb 2.9g/dlまで改善を認めた。尿管管膿瘍を契機にクローン病が発見された1例を経験したので報告する。

尿管管膿瘍, クローン病

東京医科大学茨城医療センター 消化器内科<sup>1)</sup>,  
同 消化器外科<sup>2)</sup>  
落合徹也<sup>1)</sup>, 岩本淳一<sup>1)</sup>, 村上 昌<sup>1)</sup>, 門馬匡邦<sup>1)</sup>, 小西直樹<sup>1)</sup>,  
上田 元<sup>1)</sup>, 屋良昭一郎<sup>1)</sup>, 平山 剛<sup>2)</sup>, 池上 正<sup>1)</sup>, 本多 彰<sup>1)</sup>,  
島崎二郎<sup>2)</sup>, 鈴木修司<sup>2)</sup>, 松崎靖司<sup>1)</sup>

症例は31歳男性。27歳時に他院にてクローン病と診断され近医にて内服加療中であったが、下痢、下血および腹痛が増悪し精査加療目的で近医から当院へ紹介入院となった。入院時現症として、vital signは正常範囲内、眼瞼結膜の貧血、腹部所見として下腹部に圧痛を認めていた。入院時検査所見では、Hb8.1g/dl、Alb2.8g/dl、CRP12.24mgEq/lと高度な貧血と炎症反応高値を認めた。内視鏡検査では大腸全体にクローン病による潰瘍性病変を認め特にS状結腸で炎症を強く認めた。小腸造影では回腸に軽度の縦走潰瘍が疑われた。入院後、5-ASA高用量、PSL40mg/day、絶食、輸液、輸血治療を開始。これらの治療を開始するも下血と腹痛持続するため、入院11日目にInfliximab(5mg/body)を開始。入院14日目には大量の下血による出血性ショック状態となった。緊急大腸内視鏡検査ではS状結腸の縦走潰瘍から活動性出血を認めた。出血が強く、内視鏡的止血術は困難と判断し、IVRや外科的切除を検討したが、本人の希望も考慮して外科的治療を選択した。手術はS状結腸切除術を施行した。切除標本所見では、深い潰瘍性病変が認められ、潰瘍部位に露出血管が疑われた。術後は再出血は認めず、Infliximabは継続し、臨床経過は良好であった。出血性ショックをきたしたクローン病の報告例は少なく、また報告例のほとんどが小腸出血であり、本症例は大腸病変が原因となり出血性ショックを来した稀な症例であり、文献的考察を加えて報告する。

クローン病, 出血性ショック

横浜市立大学附属病院 内視鏡センター  
石田彩花, 佐藤高光, 鈴木美祐, 栗田裕介, 岩崎暁人, 香川幸一,  
藤田祐司, 細野邦広, 窪田賢輔, 中島 淳, 澤住知枝, 青木一郎

【はじめに】非閉塞性腸管虚血(NOMI)は広範囲の腸管虚血を呈す致死的な急性疾患である。【症例】79歳女性【現病歴】原発性胆汁性肝硬変のため、外来で経過観察中であった。2016年1月X日昼食後より腹痛、嘔吐が出現し、当科を緊急受診した。単純CTで腹水の出現を認め急性腹症の診断で入院となった。【既往歴】慢性腎臓病、脳出血、脳動静脈奇形術後、心房細動(ワーファリン内服)、シェーグレン症候群【臨床経過】来院時、腹部全体に圧痛を認め、血液データでWBC14800、血液ガス分析ではpH7.265 BE-8.0 Lac0.9と、炎症を伴うアシドーシスの状態を呈していた。腹痛の原因は特定不能であったが、保存的治療を開始した。入院9時間後に突然CPAとなり、CPR後に自己心拍を再開したが、pH6.7 BE-32.4 Lac12.7と更にアシドーシスは増悪した。急性の心血管イベントを疑い、冠動脈造影検査を施行するも異常所見は得られず、造影CTを施行すると、腸管ガスと腹水の増加を認め、広範囲な腸管壊死が疑われた。その後ICU治療行っても、入院16時間後に不幸の転帰となった。病理解剖を施行し、上行結腸から横行結腸を中心とした腸管壁暗赤色調変化と斑状出血を認め腸管虚血の所見があり、大動脈に石灰化は認められるも上腸間膜動脈の器質的閉塞はなくNOMIに矛盾しないと診断された。【結語】急な転帰をたどった急性腹症の一症例を経験した。NOMIは主幹動脈や腸間膜動脈に器質的な閉塞を認めない腸管虚血で、致死率が高く、診断に難渋する。背景疾患として動脈硬化が強い高齢者が、高度の腹痛と著明なアシドーシスを呈し、画像で腸管拡張の所見を認めた場合、NOMIを疑うことが肝要である。文献的考察を加えて報告する。

非閉塞性腸管虚血(NOMI), 急性腹症

東海大学 医学部付属東京病院  
佐藤博彦, 小玉敏生, 中村 淳, 塩澤宏和, 青木 純, 鈴木孝良, 峯 徹哉

【症例】71歳 男性【主訴】排尿障害、発熱【現病歴】2016年2月12日に排尿障害と発熱にて当院泌尿器科受診。前立腺炎として加療開始するも膿尿継続を認め、膀胱・前立腺エコー検査では、膀胱内にデブリとairを認め、下行結腸に憩室炎を疑う所見を認めたため、精査加療目的に入院となった。【既往歴】脳梗塞【生活歴】喫煙15本/day 飲酒3合/day アレルギーなし【血液検査所見】WBC 6410/ $\mu$ l, Hb 11.8g/dl, Plt 31.5万/ $\mu$ l, AST 13 IU/L, ALT 11 IU/L, LDH 107 IU/L, T-Bil 0.9mg/dl, Alb 3.6g/dl, Cre 0.92mg/dl, BUN 10.1mg/dl, CRP 0.3mg/dl, CEA 2.5ng/ml【画像】腹部エコー：膀胱壁は肥厚しており、S状結腸壁の不整肥厚を認めた。また、腸管壁と膀胱壁との境界はやや不明瞭となって描出された。腹部CT：膀胱壁の全周性肥厚が認められ、膀胱内に含気が認められた。またS状結腸の壁肥厚と憩室が見られ周囲脂肪織濃度上昇を認めた。膀胱とS状結腸との境界ははっきりせず、同部から連続し膀胱粘膜面の不正な浸染を認めた。【入院時現病歴】眼瞼結膜異常なし、頸部リンパ節腫脹なし・圧痛なし、胸部：心音純・整 呼吸音清・左右差なし、腹部：平坦・やや硬圧痛なし腸蠕動音良好、下腿浮腫なし上下肢麻痺なし・筋力低下なし【入院後経過】入院後、透視下下部消化管内視鏡施行したところS状結腸に発赤し周堤を伴う潰瘍性病変を認め、内部は狭小化していた。膀胱内にインジゴカルミン液を混注した生理食塩水を注入したところ、明らかな瘻孔からの流出は認めなかった。病変部からのガストロ造影でも膀胱は造影されず、結腸と膀胱との連続性ははっきりしなかった。内視鏡の病変部生検より、低分化主体のAdenocarcinomaが検出された。S状結腸癌によるS状結腸膀胱瘻と診断し、S状結腸部分切除術+膀胱瘻閉鎖術を施行した。術中の所見では、腫瘍の潰瘍底に示指大の膀胱瘻を認めた。病理診断では中～低分化主体のAdenocarcinomaと診断された。今回、低分化主体のS状結腸癌によるS状結腸膀胱瘻の一例を経験したため、若干の文献的考察を加えて報告する。

膀胱直腸瘻, 大腸癌

聖マリアンナ医科大学 消化器・肝臓内科  
樋渡正樹, 松尾康正, 小澤 碧, 服部美紀, 佐藤義典, 池田佳子, 小澤俊一郎, 山下真幸, 山本博幸, 安田 宏, 伊東文生

症例は59歳の女性。3か月間持続する嘔気と上腹部痛を主訴に来院した。既往として52歳時に混合性結合組織病(MCTD)と診断された。強皮症様症状として消化管運動の低下による腹部膨満感があった。55歳時には消化管運動が極度に低下したため、プロトンポンプ阻害薬やブレドニゾロンなどの薬剤と少量の水分のみを経口的に摂取し、中心静脈ポートからの高カロリー輸液で栄養を得ていた。来院時、身長159cm、体重41kgであった。腹部CTで横行結腸に球形で層状の構造をした7cm大の高吸収物質を認め、糞石と診断した。下部消化管内視鏡では、大腸の内腔全体が拡張し、横行結腸に内腔を占拠する茶色調の巨大な糞石を認めた。糞石近傍の大腸粘膜には白苔に覆われた2cmの潰瘍を形成していた。糞石側にも白苔の付着を認め、糞石が潰瘍形成の原因と考えられた。入院中に大腸潰瘍の原因とする菌血症を生じた。糞石が大腸の内腔を占拠していたためポリエチレングリコールなどの下剤の内服は腸閉塞を生じる可能性が高いと判断し、内視鏡的な除去を試みた。4年間の絶食期間中に形成された糞石の表面は非常に硬く、通常径の生検鉗子やESD用の針状メス、EMR用のスネアなどを使用したのが破砕できなかった。ジャンボコールドポリペクトミー鉗子(Boston Scientific)を用いて糞石表面のbiteを繰り返すことで表面が削れ、糞石の内部に鉗子を進めることができた。同様の処置を数回繰り返すことで糞石は徐々に破砕されていた。2日にわたり合計6時間を要し、肛門を通過するサイズまで破砕し、その後腸管洗浄液を用い糞石を除去した。MCTDや強皮症などの消化管運動が低下する疾患は糞石を生じる原因となる。外科手術以外の糞石除去方法としてジャンボ鉗子による碎石は有効な手段の一つであると考えられる。

糞石, ジャンボ鉗子

国家公務員共済組合連合会 虎の門病院 消化器内科  
貫井友貴, 鈴木悠悟, 和田有美子, 早坂淳之介, 田中匡実, 鳥羽崇仁, 古畑 司, 野村浩介, 栗林泰隆, 山下 聡, 菊池大輔, 松井 啓, 三谷年史, 飯塚敏郎, 布袋屋修, 山瀬 満

症例は84歳男性。鮮紅色の血便とめまいを主訴に、当院を受診した。造影CTで上行結腸に造影剤の漏出が認められ、上行結腸憩室出血を疑い精査加療目的に当科入院となった。入院後、下部消化管内視鏡検査を施行した所、回盲部より僅かに口側の上行結腸に深部から出血を伴う憩室が認められた。憩室出血と診断し、出血部と推定された憩室内と憩室周囲にクリッピングを施行した。しかしその後も貧血は進行し、第3病日に血便がみられた。下部消化管内視鏡検査を再検すると、施行したクリッピング近傍から多量の出血が認められた。憩室を閉鎖するように憩室周囲に複数のクリッピングを追加した。一旦血便が改善するも、輸血で改善しない貧血が持続したため、難治性の憩室出血と判断した。手術やInterventional Radiologyによる治療も検討されたが、認知症のある高齢者であり全身麻酔のリスクを考慮し、家族へ十分な説明を行った上でEBLによる止血を行う方針とした。腸管洗浄を行い、これまでと同一の憩室からの出血を確認し、残存するクリッピングを抜去した上で、出血点の憩室を十分に反転させてEBLを行った。その後は血便症状・貧血の進行を認めず、第30病日に退院となった。現在大腸憩室出血に認可されたEBLデバイスはなく、EVLデバイスのoff-label useという問題はあるものの、EBLはクリッピングと比較して再出血率が低いと報告がされている。これまで当院で行ったEBL15例中の再出血は2例であり、難治性の憩室出血に対して有効な選択肢と考えられる。一方で、炎症のために壁が硬化した憩室では反転ができない場合や、不十分な反転のためEBLが早期に外れてしまうという課題があり、大腸憩室専用のEBLデバイスが望まれる。

EBL, 大腸憩室出血

横浜市立大学附属病院 肝胆膵消化器病学<sup>1)</sup>,  
同 病理診断科・病理部<sup>2)</sup>  
金丸雄志<sup>1)</sup>, 川村允力<sup>1)</sup>, 岩下広道<sup>2)</sup>, 留野 渉<sup>1)</sup>, 日比谷孝志<sup>2)</sup>, 小川祐二<sup>1)</sup>, 今城健人<sup>1)</sup>, 米田正人<sup>1)</sup>, 中島 淳<sup>1)</sup>, 山中正二<sup>2)</sup>, 齊藤 聡<sup>1)</sup>

症例は39歳の男性。幼少時から易疲労感、鼻出血が止まりにくい等の症状があった。食道静脈瘤、脾腫、血小板減少(7万程度)を認め、12歳時に他院で特発性門脈圧亢進症と診断され経過観察となっていた。血小板減少の増悪(3万程度)を認め37歳時に当院を紹介受診し、2回の部分的脾動脈塞栓術を施行されている。39歳時、入院4か月前より貧血の進行、ふらつきがあり輸血を頻回に繰り返す様になった。黄疸や凝固能低下等の肝不全徴候が比較的短期間で増悪し、また心拡大、肺うっ血も伴い呼吸苦が出現したため緊急入院となった。急性肝不全(acute on chronic)に対して、肝移植が望まれたが、心臓超音波検査等から重症の左室収縮不全と診断され利尿薬等の治療反応性が乏しかったことから、肝移植の施行は断念された。頻回の輸血と鉄代謝異常から二次性ヘモクロマトーシスの関与を疑って鉄キレート剤(デフェロキサミン)の投与を行った。また破砕赤血球の出現を伴う溶血性貧血、腎機能障害及びADAMTS13活性の低下から、血小板減少の一因として血栓性血小板減少性紫斑病の関与を考え血漿交換を行ったが、これら何れの治療も病勢のコントロールは困難であった。黄疸は悪化、肝性脳症も出現し肝不全は増悪の一途を辿り、心不全、腎不全も伴って全身状態が悪化し、入院第39病日に死亡した。若年より門脈圧亢進症と診断され、急速に肝不全が進行し診断及び治療に苦慮した症例を経験したため、文献的考察と病理学的検討結果を踏まえて報告する。

門脈圧亢進症, ヘモクロマトーシス

独立行政法人国立病院機構 災害医療センター  
児玉裕章, 木谷幸博, 島田祐輔, 上條 孟, 外川葉々子, 林 昌武,  
佐々木善浩, 大野志乃, 上市英雄

【症例】80歳、男性  
【既往歴】特記すべき疾患なし、大量飲酒歴あり  
【経過】腹部腫瘍と体重減少を主訴に当科を受診し、肝両葉にそれぞれ直径10cmの腫瘍を認め、造影CTで肝細胞癌と診断された。破裂切迫状態であり、2015年9月と11月にTACEを施行した。しかし2016年1月より吃逆が出現し遷延、CTで肝左葉病変の胃への圧迫と両葉の肝細胞癌の壊死による膿瘍化の可能性が指摘され、加療目的に入院となった。入院時の症状は吃逆のみであったが、入院9日目に吃逆は消失し、右側腹部痛が出現した。CTで肝両葉の病変の縮小と大量腹水の出現を認めたほか、上部消化管内視鏡検査で胃角部に瘻孔形成が認められた。肝右葉病変の腹腔内破裂および肝左葉病変の胃穿通が相次いで起こったと考えられた。全身状態不良で積極的治療も困難であり、入院12日目に永眠した。  
【考察】TACE後の肝細胞癌破裂に関しては症例も少なく、その機序は未だ解明されていない。ただ、TACEを行うことで腫瘍壊死や抗腫瘍薬による炎症、そして血管脆弱化により腫瘍内圧が上昇し、破裂の速因となっているという報告がある。本症例はTACE施行後3か月以上経過しており、10日以内に起きることが多いとされている一般的なTACE後の肝細胞癌破裂とは様式が異なる。施行した腹水穿刺・ネクロブシブ所見より、本症例は壊死した肝右葉病変の破裂によって汎発性腹膜炎を来したと考えられた。  
また、胃のような固定されていない臓器では同一部位との長期間の接触が起りにくく、肝腫瘍・壊死巣が胃に穿通を来した本症例は極めて稀なものと思われる。突出した肝左葉病変が胃を強く圧迫していたことが確認されており、胃への長期間の接触を経て穿通が起こったと考えられる。

TACE, 胃穿通

龍ヶ崎済生会病院  
岡本千尋, 佐藤巳喜夫, 間宮 孝, 新里悠輔, 海老原次男

【背景】従来、肝膿瘍は膿瘍ドレナージと抗菌薬投与で治療されてきた。しかし、1本のドレナージチューブによる持続ドレナージでは治療に難渋する症例を経験することがある。我々は発症当初から1穿刺で2本のドレナージチューブを留置し持続灌流を行うことで早期に軽快した肝膿瘍の症例を経験したので報告する。  
【症例】65歳、男性。発熱・肝機能障害を主訴に本院を紹介受診。腹部CTで胆嚢床から肝内に5cm大の多形性多房性構造の形成・被膜構造を認め、肝膿瘍と診断された。PIPC/TAZで症状改善せず、第3病日に肝膿瘍ドレナージを行った。右肋間より超音波下肝膿瘍穿刺後、2本のガイドワイヤーを膿瘍内に留置し、各々6Frトップ・PTCDカテーテル、7Frフラワーカテーテルを留置した。PTCDカテーテルから生理食塩水の持続注入、フラワーカテーテルより持続吸引を行った。膿汁からEnterococcus faecalisが検出された。持続灌流は第9病日まで施行した。第12病日に膿瘍ドレナージチューブ造影を行い、膿瘍腔の縮小を確認してクランプテストを施行。第15病日にドレナージチューブを抜去し第19病日に退院した。  
【考察】化膿性関節炎等の閉鎖腔の感染症に対するドレナージでは持続灌流が一般的な治療とされていることから肝膿瘍でも持続灌流は有効な治療と考えられる。楠本らは2本のドレナージチューブを留置し持続灌流が有用であった肝膿瘍症例を報告している(日本消化器病学会誌、2014)。しかし、肝損傷の危険性や同時に2本のチューブを留置する技術的困難さから肝膿瘍持続灌流の報告は少ない。また、1穿刺で2本のドレナージチューブを留置する方法の報告はない。本症例では1穿刺で2本のドレナージチューブを留置し持続灌流を行った。この方法は、手技は多少煩雑になるが、穿刺回数増加に伴う偶発症発生の危険性を低減させ、1本のドレナージチューブ留置より有効な治療と考えられた。  
【結語】1穿刺で2本のドレナージチューブを留置し、持続灌流することは肝膿瘍に対し有効である。

肝膿瘍, ドレナージ

防衛医科大学校病院 内科学2講座<sup>1)</sup>, 同 光学医療診療部<sup>2)</sup>  
千谷菜花<sup>1)</sup>, 西井 慎<sup>1)</sup>, 濱川佑介<sup>1)</sup>, 溝口明範<sup>1)</sup>, 白壁和彦<sup>1)</sup>,  
寺田尚人<sup>1)</sup>, 杉原奈央<sup>1)</sup>, 塙 芳典<sup>1)</sup>, 和田晃典<sup>1)</sup>, 古橋廣崇<sup>1)</sup>,  
高城 健<sup>1)</sup>, 丸田紘史<sup>1)</sup>, 安武優一<sup>1)</sup>, 東山正明<sup>1)</sup>, 渡辺知佳子<sup>1)</sup>,  
高本俊介<sup>2)</sup>, 富田謙吾<sup>1)</sup>, 穂苅量太<sup>1)</sup>, 永尾重昭<sup>2)</sup>, 三浦総一郎<sup>1)</sup>

症例は80歳代男性。慢性心不全のため経過観察されていたが、労作時呼吸困難が出現し、慢性心不全の急性増悪の疑いで入院となった。心機能増悪を認めず、右に限局した胸水貯留、アルコール多飲歴、CTで肝硬変を認めたことから、アルコール性非代償性肝硬変症に合併した肝性胸水(腹水貯留を伴わない)と考えられた。胸水穿刺を実施したところ、細菌培養は陰性であったが、好中球を多数認め、特発性細菌性胸膜炎の診断で抗菌薬(セフトリアキソン)治療を開始した。特発性細菌性胸膜炎の軽快後も右胸水の増悪傾向を認め、慢性心不全に対して内服していたフロセミド、スピロラクソンに加え、トルバプタンを開始したが、右胸水の改善が認められなかった。胸水穿刺を行っても速やかに右胸水の再貯留を認め、酸素投与を離脱できない状態であるとともに、特発性細菌性胸膜炎の再発を懸念して、チューストチューブを挿入して胸水を全て排液し、タルクを注入して胸膜癒着術を実施した。胸膜癒着術実施後は右胸水の増悪傾向を認めず、酸素投与を離脱することができ、特発性細菌性胸膜炎の再発を認めていない。今回、我々はタルクによる胸膜癒着術が奏効した特発性細菌性胸膜炎後の難治性肝性胸水の1例を経験したので若干の文献的考察を加え報告する。

肝性胸水, 特発性細菌性胸膜炎

東京通信病院 消化器科  
伊藤大樹, 大久保政雄, 光井 洋, 関川憲一郎, 小林克也,  
加藤知爾, 古谷建悟, 北村和貴子, 橋本直明

症例は73歳女性。10年前に、多発性嚢胞腎を合併しない遺伝性多嚢胞性肝疾患(AD-PLD: Polycystic liver disease)と診断され、当科外来にてフォローアップされていた。画像上は、当初より肝嚢胞は両葉にびまん性に分布し、正常肝は1区域未満の3型を呈していた。最初の数年はALPの漸増が見られたが、肝機能の悪化は認めなかった。その後、数年で徐々に血小板数の減少があったが、肝合成能や排泄能は保たれ、特に症状もなかった。しかし2015年になり、血清総ビリルビン値の急激な上昇が見られ、またアルブミン値の低下に伴って全身浮腫が出現し、入院となった。肝炎ウイルス罹患などはなく、肝機能低下はAD-PLDの自然経過によるものと思われた。浮腫に対し、塩分制限に加え、利尿剤やアルブミン製剤投与などを行ったが、改善に乏しかった。また、総ビリルビン値は13.8 mg/dLまで上昇し、ステロイド投与などにて一時低下したが、その後再上昇し、全身状態が悪化して入院第120病日に死亡された。多発性肝嚢胞は常染色体優性の遺伝性疾患で、多発性嚢胞腎に伴うものと、そうでないAD-PLDに分類される。一般的に肝機能の低下はまれとされるが、本症例は肝不全に至ったAD-PLD症例である。多発性肝嚢胞では、多発性嚢胞腎合併例での腎機能フォローアップとともに、肝機能のチェックも必要であると考えられた。

多発性肝嚢胞, 肝不全

筑波学園病院<sup>1)</sup>、筑波メディカルセンター病院<sup>2)</sup>  
佐野啓介<sup>1,2)</sup>、西 雅明<sup>1)</sup>、松田健二<sup>1)</sup>、川西宣裕<sup>1)</sup>、村下徹也<sup>1)</sup>、  
山口雄司<sup>1)</sup>、松木康彦<sup>1)</sup>

【症例】68歳男性【主訴】心窩部痛、食欲不振【現病歴】2015年7月頃から心窩部の違和感を自覚していた。8月13日に食後の心窩部痛が出現し、悪化したため当科受診。黄疸を認めたため入院となった。【既往歴】高血圧、48歳狭心症、65歳胆嚢炎にて胆嚢摘出【生活歴】喫煙歴60本/日27年間、飲酒歴週1回缶ビール1本【入院時所見】身長171cm、体重74kg、眼球黄染あり、腹部平坦軟、心窩部圧痛軽度、反跳痛を認めない【L/D】AST 278U/l、ALT 416U/l、 $\gamma$ -GTP 435U/l、ALP 816U/l、AMY 96U/l、T-bil 8.4mg/dl、D-bil 5.3mg/dl、T-Chol 92mg/dl、TG 72mg/dl、CRP 2.1mg/dl、エラストゼ1469ng/dl、CEA 1.4ng/ml、CA19-9 37U/ml、DUPAN-2 25U/ml【腹部CT, MRI】中部胆管の狭窄と上部胆管から肝内胆管の拡張、膵頭部に $\phi$ 10mmの分岐型IPMNと周囲の脂肪織濃度上昇を認めた【入院後経過】ERCP施行し、中部胆管に45mm長の狭窄を認め、減黄目的にENBDtubeを挿入した。擦過細胞診、胆汁細胞診では悪性所見は認めず、IgG4 33ml/dl、抗核抗体40末満と正常であった。精査の為、再度ERCP施行しENBDを入れ替えると同時に膵管造影を施行したところ、膵頭部の膵管も狭窄していたため擦過細胞診、膵液細胞診を施行したがやはり悪性所見は検出されなかった。腹部症状は軽快、減黄には成功し、肝胆道系酵素も改善したため退院となった。胆管癌や膵癌の発症に注意しつつ厳重に経過をフォローしている。【考察】膵管細胞診では細胞に粘液を持つ円柱上皮細胞集塊を認めIPMNと合致する所見であり、IPMNの粘液による膵液鬱滞がGroove領域の膵炎を来とし、炎症性に膵管と胆管に狭窄を来した可能性が疑われた。

IPMN, 膵炎

順天堂大学附属練馬病院 消化器内科  
小川まゆ、福生有華、宗林祐史、佐藤寿史、小沼宏徳、森本 崇、  
中寺英介、深田浩大、東原良恵、井草祐樹、大久保裕直、川邊正人、  
宮崎久久

【症例】60歳代女性。心窩部痛と食欲不振が出現し、3ヶ月で5kgの体重減少とHbA1c 10%、BS 285mg/dlと急激な血糖コントロールの悪化を認め当院糖尿病内科に入院。腫瘍マーカーがCA19-9 910U/ml、CEA 17.4U/ml、DUPAN 350U/ml、Span-1 400U/mlと上昇。腹部造影CTにて膵体尾部に60×80mm大の辺縁に造影効果を伴い、中心部は壊死を伴う腫瘍を認めた。腫瘍は胃後壁および脾動脈、腹腔動脈に直接浸潤し、肝S3に24mm大の転移を認められた。上部消化管内視鏡検査にて胃体上部後壁に中心部の自壊した粘膜下腫瘍様病変を認め、同部位からの生検で扁平上皮癌を認めた。血清SCCは25.8ng/mlと上昇を認められていた。腺癌は生検部位からは得られなかったが、CA19-9の上昇と腺癌の腫瘍マーカーの上昇も見られており、臨床的に膵腺扁平上皮癌Stage4bと診断した。扁平上皮癌成分も考慮してGEM1000mg/mm<sup>2</sup>-S-1を併用し加療を開始した。【考察】膵腺扁平上皮癌は膵原発性腫瘍の中でも2%と稀な組織型である。CTの画像的特徴としては、腫瘍辺縁の造影効果および、出血、壊死部を反映する内部不均一な低吸収域があげられている。自験例を含め、本邦の報告例の53症例を検討したところ約半数以上にこれらの所見がみられており、この場合には積極的に膵腺扁平上皮癌を考えSCCを測定することで診断を行える可能性がある。扁平上皮癌は腺癌よりも発育が早く、予後も切除例で5~7ヶ月、非切除例で1.5~4.8ヶ月と不良である。一方で放射線治療等の集学的治療による長期予後の報告も散見されているが、稀な疾患であることから化学療法のリジメンは確立されていない。画像所見より早期に疾患を鑑別することで今後の治療検討を行えると考えられた。今回膵腺扁平上皮癌の診断が得られた貴重な症例を経験したので文献的考察を含めて報告する。

膵腺扁平上皮癌, 画像

新松戸中央総合病院 消化器肝臓科  
栗原里佳、遠藤慎治、塙 紀子、米澤 健、佐藤祥之、安部 宏、  
井家麻紀子、清水晶平、加藤慶三

膵原発悪性腫瘍では、膵管上皮由来の膵管癌がその80%以上を占めており、腺扁平上皮癌は、その頻度が全体の約1~4%と比較的稀な腫瘍と報告されている。また、膵腺扁平上皮癌は、膵管癌との比較にて、高い増殖能と化学療法抵抗性を示し、予後不良とされている。今回我々は急速な増大を示し腺扁平上皮癌と考えられた膵頭部腫瘍の1例を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。症例は79歳男性。主訴は腹痛、黄疸、食欲不振。血液検査にてT-bil: 13.2 mg/dl、ALP: 3801 IU/L、 $\gamma$ -GTP: 780 IU/Lと黄疸及び肝胆道系酵素異常を示し、CTにて肝内胆管拡張ならびに膵頭部に径4cm大の腫瘍が認められた。超音波内視鏡下穿刺吸引法(EUS-FNA)による病理組織診にて膵腺扁平上皮癌の診断に至ったが、外科的切除の適応はなく、腎機能障害も認めため、塩酸ゲムシタピン(GEM)単剤による化学療法を2コース施行した。しかし、その後も腫瘍は急速に増大し、腹水貯留も認め、初診より約4か月で永眠された。膵腺扁平上皮癌は、膵癌取り扱い規約(第6版)にて「腫瘍成分と扁平上皮癌成分が相接した、あるいは混在してみられるもので、扁平上皮癌成分が腫瘍全体の30%以上を占めるもの」と定義されている。本症例では、外科的切除や剖検はできなかったものの、EUS-FNAにて得られた病理組織のほとんどが膵腺扁平上皮癌の組織型を示し、画像所見や臨床経過、免疫染色などを考慮すると膵腺扁平上皮癌であった可能性が考えられた。一般に、膵腺扁平上皮癌の治療は、通常の膵癌に準じて選択され、切除可能であれば外科切除が第一選択となる。しかし、診断時には遠隔転移を来していることが多く、化学療法に関しても未だ確立された治療レジメンは存在しない。本症例においては、診断時に肝転移を来しており、通常型膵癌に準じGEM単剤療法を選択した。既報では、扁平上皮癌に準じた治療レジメンが奏効したとの報告もあり、今後は多数例での治療レジメン検討が必要であると思われる。

膵腫瘍, 腺扁平上皮癌

慶應義塾大学 医学部 消化器内科<sup>1)</sup>、  
慶應義塾大学病院 内視鏡センター<sup>2)</sup>  
和田未来<sup>1)</sup>、玉川空樹<sup>1)</sup>、瀧本洋一<sup>1)</sup>、片山 正<sup>1)</sup>、南 一洋<sup>1)</sup>、  
川崎慎太郎<sup>1)</sup>、清野隆史<sup>1)</sup>、松下美紗子<sup>1)</sup>、堀部昌晴<sup>1)</sup>、  
福原誠一郎<sup>2)</sup>、岩崎栄典<sup>1)</sup>、緒方晴彦<sup>2)</sup>、金井隆典<sup>1)</sup>

【症例】53歳男性【主訴】心窩部痛【現病歴】X年11月に当院整形外科で背部傍脊椎のsolitary fibrous tumor (SFT)を切除され、切除断端陽性であったためX+1年2月より放射線照射を開始する予定であった。X+1年1月中旬より心窩部痛が出現し前医を受診、肝胆道系酵素・膵酵素上昇を認めたことから胆石性膵炎を疑われ外来で経過観察されていたが改善を認めないため、放射線照射開始日に精査治療目的に当科紹介となった。血液検査では胆道系優位の肝胆道系酵素上昇と高ビリルビン血症を認め、MRCPで下部胆管閉塞および膵頭部に20mm大のT2強調画像と拡散強調画像で高信号を呈する腫瘍性病変を認め精査治療目的に同日入院となった。【経過】第1病日にERCPを施行、下部胆管に狭窄像を認め胆道ドレナージ(EBS)と膵頭部腫瘍から生検鉗子を用いて経胆道的に生検を行ったが組織学的には明らかな悪性所見を認めなかった。しかし、造影CTで膵鉤部背側に境界明瞭な漸減性の造影効果を伴う低吸収腫瘍を認め、MRI所見も背部SFTの画像所見と類似していたことからSFTの膵転移が強く疑われたため、第3病日にEUS-FNAを施行した。病理組織所見はHE染色ではN/C比が高く核分裂像の多い細胞塊が認められ、免疫染色ではSTAT6、CD34が陽性であり、Ki67、P53も高率に陽性であった。切除された傍脊椎SFTでも同様にN/C比の高い紡錘形細胞を認め、STAT6、CD34も陽性であった。またKi67が高率に陽性な悪性部分と良性部分に分かれていたことから、悪性部分のSFTの膵転移と診断した。ステント留置後は心窩部痛および血液検査所見の改善を認め第7病日に退院となった。【考察】solitary fibrous tumor (SFT)は結合組織間葉系細胞に由来する腫瘍で年齢調整罹患率が100万人あたり1.4人、WHO腫瘍分類では中間悪性度で分類され低頻度転移群(2%以下)とされる。SFT膵転移は転移性膵腫瘍のSFTは0.3%程度と非常にまれであり、多少の文献的考察を加えて報告する。

転移性膵腫瘍, EUS-FNA

国立研究開発法人 国立国際医療研究センター病院 消化器内科<sup>1)</sup>、  
同 中央検査部<sup>2)</sup>

金 蒼美<sup>1)</sup>、小島康志<sup>1)</sup>、木平英里<sup>1)</sup>、久田裕也<sup>1)</sup>、忌部 航<sup>1)</sup>、  
渡辺一弘<sup>1)</sup>、三神信太郎<sup>1)</sup>、櫻井俊之<sup>1)</sup>、永田尚義<sup>1)</sup>、横井千寿<sup>1)</sup>、  
小早川雅男<sup>1)</sup>、柳瀬幹雄<sup>1)</sup>、猪狩 亨<sup>2)</sup>、秋山純一<sup>1)</sup>

【背景】癌肉腫は稀な病態で、特に膵原発の報告は極めて少ない。また、癌肉腫の診断は切除検体により判明することが多い。今回、肝腫瘍経皮的針生検により膵臓房細胞癌と診断し化学療法を施行した後、剖検の結果、癌肉腫への変化が判明した一例を経験したため報告する。  
【症例】77歳男性。慢性膵炎の既往があり糖尿病で他院通院中の腹部超音波検査で膵頭部腫瘍・多発肝腫瘍を認め紹介受診。経皮的肝腫瘍針生検の結果、膵臓房細胞癌・多発肝転移であった（当初は膵神経内分泌腫瘍と診断）。FOLFOX療法施行し、肝転移果の著明な縮小を認めたが、5コース終了後に原発果が増大したためPDと判断した。その後、FOLFIRI療法、エベロリムス療法、GEM+nab-PTX療法へと変更したが、治療効果を認めず、原発果・肝転移果ともに増大し、約11ヶ月の経過で死亡した。剖検の結果、巨大な膵腫瘍が肝門部から肝・十二指腸に浸潤し一塊となり、多数の肝転移を認めた。組織学的には膵腫瘍の大部分がAE1/AE3陰性で特定の分化を示さない紡錘形細胞で未分化な肉腫であった。また膵腫瘍の一部に肝腫瘍針生検時の膵臓房細胞癌と類似したAE1/AE3陽性の上皮系腫瘍成分が混在し癌肉腫と診断した。膵腫瘍内の上皮成分と肉腫成分の移行像は認めなかった。また、肝転移は上皮成分を認めず肉腫成分のみであった。  
【考察】癌肉腫の病態として、もともと膵臓房細胞癌と肉腫が混在していた可能性と、膵臓房細胞癌が、化学療法中に肉腫化した可能性が考えられる。肝腫瘍針生検で診断した膵臓房細胞癌がFOLFOX療法で著効し、その後、治療抵抗性の膵原発果が増大し、あらためて肝転移が出現した経過と、剖検時には肉腫が大部分で、膵臓房細胞癌の成分が膵原発果のみに残存している経過から、化学療法中に膵原発果の膵臓房細胞癌が肉腫に変化し、肉腫成分が肝転移をきたした可能性が示唆された。今回のように膵臓房細胞癌が肉腫へ変化をきたしたと考えられる症例は稀なため報告する。

膵腫瘍, 癌肉腫

水戸協同病院 総合診療科<sup>1)</sup>、同 消化器内科<sup>2)</sup>

田村祐規<sup>1)</sup>、有賀啓之<sup>2)</sup>、島田 薫<sup>1)</sup>、梶 有貴<sup>1)</sup>、鈴木智治<sup>1)</sup>、  
熊倉有里<sup>2)</sup>、鹿志村純也<sup>2)</sup>、佐藤匡美<sup>2)</sup>

【はじめに】膵・胆管合流異常は日本膵・胆管合流異常研究会の診断基準で「解剖学的に膵管と胆管が十二指腸壁外で合流する先天性の奇形」と定義されている。急性膵炎の主な成因はアルコール性と胆石性だが膵・胆管合流異常などの膵胆管の形成異常は、頻度は高くないが急性膵炎の原因になり、急性膵炎の再発率が高い。今回、膵・胆管合流異常が原因と考えられた急性膵炎の一例を経験したので報告する。【症例】62歳、女性。（主訴）腹痛。（既往歴）大腸ポリープ。（生活歴）飲酒：なし、喫煙：現在なし（10年/日×10年）。（家族歴）父：糖尿病、母：高血圧、子宮癌。（現病歴）X年Y月9日夕から突然心窩部痛が出現。一時軽快するも翌日に増悪し背部痛も出現。安静にするも改善しないため近医を受診し、血液検査でWBC、アミラーゼの上昇あり急性膵炎が疑われ当院へ紹介となった。（来院時現症）腹部は心窩部痛と上腹部に圧痛あり。腰背部に鈍痛あり。（検査成績）WBC11000、CRP.79と炎症反応上昇、AST91、ALT176、ALP365、LDH204、 $\gamma$ GTP197と肝胆系酵素の上昇を認めた。（腹部CT）胆嚢内に3-5mm程度の結石を多数認めたが総胆管内には明らかな結石を認めなかった。膵実質には造影不良なく、膵頭部周囲に脂肪織濃度の上昇を認めた。（経過）以上より急性膵炎（予後因子0点、造影CT grade I）と診断し入院加療。同日、緊急でMRCPを施行したが総胆管内に明らかな結石を認めず、膵・胆管合流異常が疑われた。保存的治療を行い膵炎改善後、ERCPを施行。膵・胆管合流異常と診断した。病状を説明し、胆管非拡張型では高頻度に胆嚢痛を生じるため十分な説明を行い胆嚢摘出手術を施行。経過は良好である。【まとめ】膵・胆管合流異常では共通管を介し膵液、胆汁の相互逆流を生じ、胆道痛、胆管炎、胆石形成など種々の病態を生じやすく膵炎の原因ともなる。膵胆管の形成異常は診断後には適切な治療が必要と考えられる。今回、膵・胆管合流異常が原因と考えられた急性膵炎の一例を経験したので報告した。

膵胆管合流異常, 急性膵炎

順天堂大学附属練馬病院 総合外科

長瀬駿介、高橋 敦、岩永直紀、山田衣里佳、秋本英吾、伊藤 謙、  
春山優里恵、関根悠貴、宮野省三、小坂泰二郎、渡野邊郁雄、  
町田理夫、北島俊顕、須郷広之、李 慶文、児島邦明

63歳女性。7年前に右乳癌診断時に腹部CTで膵腫瘍を指摘、右乳房部分切除、腋窩リンパ節郭清および腓体尾部切除術が施行された。乳がんは、invasive ductal carcinoma, NG2, HG II, n(+) =4/10, pT3, ER=7, PgR=0, HER2=score 1+, FISH(+), Grade IIa, 膵腫瘍はEndocrine tumour, ChromograninA(+), Synaptophysin(+), CD56(+), v(+))であった。乳癌に対して術後化学療法（CE #4, DOC#4, 抗ホルモン治療（レトロゾール））を施行したが、5年前に多発肝転移および腹腔内リンパ節転移、3年前に骨転移を認め乳癌再発の診断のもと抗ホルモン治療を継続していた。経過中肝転移果の増大とともに湿疹、陥入爪、搔痒感などの皮膚所見、1年前より徐々にHbの低下を認めるようになった。5ヶ月前に再発性乳癌に対してトラスツマブを投与したところ、全身性の皮疹増悪を認め近医受診し薬疹の診断のもと入院となった。プレドニゾロン投与により症状は改善したものの3ヶ月前に皮疹が悪化し当院に再入院、皮膚科と連携し亜鉛欠乏性皮膚炎の診断となるも改善は認めなかった。入院40日後、グルカゴノーマの再発を疑い、血中グルカゴン測定したところ494pg/mL(70-174 pg/mL)と高値であり、グルカゴノーマ再発の確定診断となった。その後、アミノ酸製剤を投与し皮膚所見の著明な改善を認め、オクトレオチド投与を開始しNME及び自覚症状の改善を認めている。

グルカゴノーマ, 遊走性壊死性紅斑

水戸済生会総合病院 消化器内科

仲野晃司、柏村 浩、宗像紅里、金野直言、櫻井健洋、叶川直哉、  
大川原健、青木洋平、渡辺孝治、仁平 武

【緒言】インフリキシマブ(IFX)は、クローン病やリウマチ関連疾患に一般的に用いられるTNF- $\alpha$ 阻害薬であり、定期的モニタリングで安全に用いられは極めて有用な薬剤だが、時に重篤な感染症を発症しうる点に注意が必要である。今回我々はIFX使用中に硬膜外膿瘍を来したクローン病の治療経過を報告する。【症例】63歳女性。【既往歴】45歳で痔の手術（硬膜外麻酔）、抗菌薬MEPMで肝障害。【現病歴】45歳時に小腸大腸型クローン病に罹患し他院でIFX 5mg/kgと5ASA, AZA, EDで治療され、58歳時に当院に転院。腹痛下痢と関節痛に対し平成26年からIFXを10mg/kgに増量しCRP陰性化と自覚症状改善が得られていた。平成27年6月に残尿感と微熱がありアセトアミノフェンを処方されたが10日後から左腰痛と悪寒が現れ12日目に入院した。【経過】入院時下痢と嘔吐が数回あり、感染性腸炎や腎盂腎炎の合併を疑ったが画像検査や尿検査等は陰性所見であった。原因が特定できない段階のsepsisとしてSTFX 100mgを2日間使用し効果なく、入院3日目に血液培養でメチシリン感受性黄色ブドウ球菌が検出され抗菌薬をCCL 1.5g/dayに変更したが、情緒不安定となり急遽退院し抗菌薬の内服を継続した。幸い退院4日目の再診時に情緒の安定と炎症反応の改善がみられ血液培養も後日陰性化を確認した。左下肢にも痛みが現れており退院2週間後に造影CTを撮影した所、L4から仙骨にかけて硬膜外膿瘍が判明した。8週間の抗菌薬継続により左下肢の僅かな感覚鈍麻を除き全快した。【考察】硬膜外膿瘍は稀な深部感染症だが、敗血症や不可逆な神経障害を来す事があり、迅速な診断治療が必要である。本症例は血液培養を基にした抗生剤治療が奏功し、幸いに神経学的にも予後が良好であったが、診断が遅れた事例である。【結語】IFX治療を受ける患者は、硬膜外膿瘍をはじめとする脊髄神経系の感染症を来し得るという事を、常に認識しておく必要があると考えられる。

硬膜外膿瘍, インフリキシマブ

## 101 急激な転機をたどったTrousseau症候群の1例検例

JCHO 東京高輪病院 消化器内科  
中牟田爽史, 田上 靖, 毛利 大, 平野賢二, 前川久登

担癌患者の脳梗塞の成因の多くはDICに併発した非細菌性血栓性心内膜炎による心原性脳塞栓症と考えられ、原因となる悪性腫瘍は固形癌が多く、特に婦人科腫瘍が最多とされる。一方、悪性腫瘍に伴う血液凝固能亢進状態により脳梗塞をきたす病態はTrousseau症候群として知られている。今回、高齢者の原発不明癌に多発脳梗塞をきたし、急激な転機をたどった1例を経験したので報告する。  
症例は86歳女性。10日前からの全身倦怠感、食思不振を主訴に独歩で当院整形外科を受診した。入院希望が強く、補液目的に同科入院となった。その後も症状が改善しないため第3病日に内科コンサルトあり、精査目的に転科となった。同日右半身の麻痺が出現した。頭部MRI上、MRAにおいて良好に動脈分枝が描出されたが、diffusionでは両側頭頂葉の大脳皮質領域に多発高信号を認め、多発脳梗塞と診断した。さらに全身検索目的に胸部腹部単純CTを施行（既往に気管支喘息あり）、肺、肝臓に多発結節、腹腔内リンパ節の腫大を認めた。またCA19-9、CA125の上昇を認め、原発巣としては卵巣癌、膀胱癌、胆道癌、大腸癌などが疑われたが不明であった。DIC診断基準を満たし、原発不明癌によるTrousseau症候群と考えられた。DICに対しトロンボモジュリン $\alpha$ 製剤を投与したが、第4病日より左半身麻痺も出現、JCSIII-200と急激に意識レベルが低下して同日死亡した。  
病理解剖により、低分化型直腸癌の肝臓・肺・横隔膜・空腸・全身リンパ節転移、癌性リンパ管症、並びに大脳、小脳の皮質・皮質下の多発出血性脳梗塞の診断となった。死因は脳ヘルニアに伴う呼吸抑制が考えられた。脳以外の心臓含め他臓器に血栓は認められず、Trousseau症候群として矛盾しない所見であった。  
一般的に脳内はトロンボプラスチンが豊富であり、一方トロンビンの拮抗因子であるトロンボモジュリンは乏しい(Blood 67:362-365, 1986.)。DICガイドライン上グレードB1として推奨されているトロンボモジュリン $\alpha$ 製剤を投与したために脳内において凝固系亢進から線溶系亢進に傾き、脳梗塞巣から出血した可能性もあると考えられた。

Trousseau症候群, トロンボモジュリン

## 102 プロテインC欠乏症に起因した上腸間膜静脈・門脈血栓症の一例

埼玉医科大学病院 総合診療内科<sup>1)</sup>, 同 消化器内科<sup>2)</sup>,  
熊谷総合病院 消化器外科<sup>3)</sup>  
堀越 匠<sup>1)</sup>, 芦谷啓吾<sup>1)</sup>, 白石 匡<sup>3)</sup>, 大崎篤史<sup>1)</sup>, 草野 武<sup>1)</sup>,  
白崎文隆<sup>1)</sup>, 野口 哲<sup>1)</sup>, 山岡 稔<sup>1)</sup>, 菅野 龍<sup>1)</sup>, 小林威仁<sup>1)</sup>,  
井上清彰<sup>1)</sup>, 木下俊介<sup>1)</sup>, 大庫秀樹<sup>1,2)</sup>, 宮川義隆<sup>1)</sup>, 橋本正良<sup>1)</sup>,  
山本啓二<sup>1)</sup>, 中元秀友<sup>1)</sup>, 今枝博之<sup>1,2)</sup>

症例は47歳、男性。2015年7月に、心窩部痛を主訴に他院救急外来を受診した。内ヘルニアの疑いで緊急開腹術を施行され、トライツ靱帯から20cmの空腸に嚢血所見がみられ、一部に壊死を伴っており、変色小腸を含めて約40cmの小腸切除術を施行された。術中に上腸間膜静脈血栓がみとめられたため、血栓の加療目的でクレカサンを投与されるも血栓の改善なく、術後5病日からはヘパリンナトリウム持続静注に変更されたが、門脈本幹から上腸間膜静脈と末梢側にかけて、血栓の拡大がみられた。術後12日からはワルファリンカリウムも開始されたが改善せず、精査加療目的で当科に転院した。血液検査では、PT時間 17.2sec, APTT 42.1secと軽度延長し、D-dimer 7.86  $\mu\text{g/ml}$ と上昇していた。プロテインC活性が32%と低下しており、プロテインS活性は85%であり、アンチトロンビンIII活性は83%と軽度低下を認めた。腹部造影CTでは、門脈、脾静脈、上腸間膜静脈に血栓を認め、ヘテロ型プロテインC欠乏症を起因とした門脈、脾静脈、上腸間膜静脈血栓症と診断した。ヘパリンナトリウムの持続投与を開始したところ、D-dimer 1.28  $\mu\text{g/ml}$ と低下し、腹部造影CTにて血栓の縮小を認めたので、18病日にワルファリンを再開し、30病日で退院した。プロテインC欠乏症に起因して門脈血栓症が発症することは稀であり、文献的考察を加えて報告する。

プロテインC, 門脈血栓

## 103 エコーガイド下生検で印環細胞癌であった胆管細胞癌の一例

水戸済生会総合病院 消化器内科<sup>1)</sup>, 同 病理科<sup>2)</sup>  
照屋浩実<sup>1)</sup>, 仁平 武<sup>1)</sup>, 金野直言<sup>1)</sup>, 宗像紅里<sup>1)</sup>, 櫻井健洋<sup>1)</sup>,  
叶川直哉<sup>1)</sup>, 大川原健<sup>1)</sup>, 青木洋平<sup>1)</sup>, 渡辺孝治<sup>1)</sup>, 柏村 浩<sup>1)</sup>,  
大谷明夫<sup>2)</sup>

【症例】74歳 女性。【現病歴】胃がん検診異常を契機に近医受診、上部消化管内視鏡では萎縮性胃炎のみであったが、超音波エコーを施行し肝内胆管の軽度の拡張と肝十二指腸間膜内および肝門部中心としたリンパ節腫大が認められ当院紹介受診された。上部消化管内視鏡では胃内に腫瘍は認められなかった。CTではリンパ節は肝S1に連続して存在し、S1との境界は不明瞭であった。胃壁肥厚は認められなかった。血液検査では胆道系酵素上昇 (ALP 570U/l,  $\gamma$ -GTP 145U/l) が認められたが、黄疸は無かった。腫瘍マーカーはCEA 313ng/ml, CA19-9 31576U/mlと上昇していた。この時点で、腫瘍の存在部位と腫瘍マーカーより肝S1から発生した肝内胆管癌で、進展によりリンパ節転移が増大したものと診断した。組織学的な確定をするために、エコーガイド下の針生検を行い、肝S1腫瘍から組織を採取した。病理組織では印環細胞癌がえられた。稀ではあるが胆管細胞癌に印環細胞癌が認められた症例報告があり、肝S1から発生した印環細胞癌を呈する肝内胆管癌でStage4bと診断した。治療としては抗癌剤S1投与を行ったがPD、2nd lineとしてGEM投与を行ったがPDであった。その後の経過で閉塞性黄疸を認めた。内視鏡的経乳頭のドレナージを試みたが腫瘍により肝十二指腸靱帯の硬化が強くドレナージ不能であった。軽度の腹水があり経皮的ドレナージも断念し、緩和的治療を行った。全経過7ヵ月で在宅死亡された。【考察】肝内胆管癌は原発性肝腫瘍全体の4%を占め、組織学的には腺癌が多い。印環細胞癌は悪性度が高く胆管細胞癌ではきわめて稀である。胆管原発の印環細胞癌を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

胆管細胞癌, 印環細胞癌

## 104 胆管細胞診で診断された肝内胆管浸潤肝癌の一例

筑波学園病院 消化器内科  
福本あすか, 西 雅明, 松田健二, 川西宣裕, 村下徹也, 山口雄司,  
松本康彦

【症例】69歳男性【主訴】肝癌の治療【既往歴】高血圧、アルコール性肝硬変、肝細胞癌(HCC)【現病歴】2011年からアルコール性肝硬変でfollow up中、2012年にS4、S5に肝細胞癌が出現し、RFAを施行した。S1、S2、S4に再発し、2013年にS1、S4にTACE、RFAを施行した。2014年CTで肝左葉に多発肝細胞癌が再発し、左肝内胆管拡張も出現した。HCCの胆管浸潤が疑われ、精査加療目的に入院となった。【経過】入院翌日ERCP施行。胆汁細胞診、擦過細胞診を施行し7Fr15cmプラスチックチューブステントの挿入を行った。胆管癌も疑われたが、胆汁は淡血性であり、細胞診の結果はHepatocellular carcinomaであり、既存のHCCの胆管浸潤と考えられた。肝予備能からopex不能にてS3、S5に対しTACE施行し胆管浸潤に対し放射線療法を施行した。その後狭窄評価目的にステント抜去し、ERCP施行した。B2、B3ともに狭窄残存するとともに、多数の肝細胞癌が残存しており、ソラフェニブ内服を開始するも効果不十分でHCCの増大を認めため、2015年にTACEを施行した。その後左葉のIBDが閉塞気味となりTACE困難となったため、PTCD施行し内瘻化を行った。3か月後、肝左葉umbilical portionの部位で門脈の締め付けを伴う胆管浸潤があり肝内胆管の部分的な閉塞が出現してTACE施行困難であり、肝動注を繰り返して行ったが、2016年に肝不全で死亡となった。【考察】肝細胞癌の胆管浸潤の診断は画像的には疑われるものの、確定は手術でされることが多い。今回経十二指腸乳頭的な診断を行い、集学的治療を行った一例を経験したので、若干の考察を含めて報告する。

肝内胆管浸潤肝癌, 胆管細胞診

## 105 成人肝移植後の門脈血栓症に対するmeso-Rexシャント術

慶應義塾大学 医学部 外科  
伊吹 省, 日比泰造, 篠田昌宏, 板野 理, 北郷 実, 阿部雄太,  
八木 洋, 北川雄光

背景:肝移植術後の門脈血栓症の頻度は決して高くはないものの、発症すれば門脈圧亢進症の進行に伴ってグラフト不全を来し致命的な転帰となりうる。対策として抗凝固療法や血管内治療が挙げられるが、治療抵抗例では門脈-体循環シャント手術や再移植も検討される。本症例では小児肝移植後の肝外門脈閉塞に対する有効性が示されているmeso-Rexシャント術を施行し良好な結果を得たため文献的考察を含めて報告する。【症例】症例は49歳男性で、34歳時に非代償性B型肝炎変に対して米国で脳死肝移植術を受け、その後日本に帰国し外来通院中であった。48歳時に中等度の腹水、黒色便を認め精査の結果、門脈血栓に伴う門脈圧亢進症及び挙上空腸静脈瘤からの消化管出血と診断された。薬物療法(抗凝固薬、β blocker)を選択したが症状改善なく、内視鏡下の止血も困難と考えられた。また血栓範囲が広く血管内治療も難しいと判断し手術の方針となった。術前に血管解剖を詳細に検討した結果、meso-Rex シャント術を選択した。右浅大腿静脈を間置静脈グラフトとして用いて、胃結腸静脈幹及び門脈臍部の間にシャントを作成した。術後、残存する門脈圧亢進症のため一過性の消化管出血、腹水貯留を認めたが経過観察のみで改善を認めた。現在、術後約2年が経過したが、造影CTと超音波上もシャントは開存しており経過良好である。【考察】成人肝移植術後の門脈血栓症に対する治療としてもmeso-Rexシャント術は有用な選択肢と考えられる。

肝移植, 門脈血栓症

## 106 肝外に突出する発育を認めた肝細胞癌へTACE、RFAを行った一例

筑波学園病院 消化器内科  
猪股兼人, 西 雅明, 松田健二, 川西宣裕, 村下徹也, 山口雄司,  
松木康彦

【はじめに】血管と腸管に囲まれ、肝外に突出した肝細胞癌(HCC)に対して肝動脈化学塞栓療法(TACE)と経皮的ラジオ波焼灼療法(RFA)での治療を行うことで病変縮小が得られた一例を経験したので報告する。【症例】78歳男性【既往歴】糖尿病、白内障、胃癌(71歳時手術)、腹壁瘢痕ヘルニア(72歳時手術)、大腿骨頸部骨折【現病歴】他院にてC型肝硬変(LC(C))、HCCと診断され、手術(S5)、TACE、RFAを行い、2009年7月より当院でフォローアップされていた。今回、HCCの新規病変に対して治療目的に入院となった。【経過】S1とS5の病変に対しTACEを施行したが、リビオドール注入が不完全な部位(S1)が残存した。全身状態から手術は困難であった。また病変が腸管の近傍に存在するため陽子線治療も困難であり、RFAを行う方針となった。残存病変は左側に十二指腸、右側に下大静脈(IVC)、腹側に門脈があるためCTガイド下にRFAを慎重に施行した。RFA後にHCCの焼灼部の周囲に造影効果のあるring状の残存病変が疑われたものの、follow upにて同部位は造影効果の減少が得られ、縮小を認めた。その後もS5/8内側に1か所、外側区に2か所など肝内転移が出現し、TACEを繰り返し行ったが、S1の肝外に突出した部位は2016年4月に肝不全で死亡するまでコントロールされていた。【まとめ】手術が困難であり、TACEでもリビオドールの詰まりが悪く、周囲を十二指腸、IVC、門脈等の臓器で囲まれているため陽子線治療も不可能であったS1領域の病変に対して、CTガイド下に慎重にRFAを行うことで、side effectを回避し、かつ病勢コントロールを得ることが可能であった。RFAはエコーガイド下や腹腔鏡下、人工腹水下で施行することもあるが、CTガイド下RFAが有効と思われる一例を経験した。

肝細胞がん, CTガイド下RFA

## 107 経口胆道鏡によって経過観察しえた胆管腫瘍の1例

千葉県がんセンター 消化器内科<sup>1)</sup>, 同 内視鏡科<sup>2)</sup>,  
同 臨床試験推進部<sup>3)</sup>  
中村和貴<sup>1)</sup>, 菅原徳瑛<sup>1)</sup>, 高城秀幸<sup>1)</sup>, 南金山理乃<sup>1)</sup>, 今関 洋<sup>1)</sup>,  
杉田 研<sup>1)</sup>, 喜多絵美里<sup>1)</sup>, 北川善康<sup>2)</sup>, 辻本彰子<sup>1)</sup>, 鈴木拓人<sup>2)</sup>,  
須藤研太郎<sup>1)</sup>, 三梨桂子<sup>3)</sup>, 廣中秀一<sup>3)</sup>, 傳田忠道<sup>1)</sup>, 山口武人<sup>1)</sup>

【症例】70代男性、イレウス疑いにて入院となった際に造影CTにて胆管拡張を指摘され、精査となった。超音波内視鏡(EUS)にて、下部胆管に腫瘍を認めため、ERCPを施行した。ERCPでは下部胆管にてブラシ細胞診と透視下の直接胆管生検を行ったところ、前者にてGroup 4(腺癌疑い)、後者は炎症細胞浸潤、軽度びらんを伴う胆管粘膜と異なる診断結果になった。そのため経口胆道鏡(Spyglass)下に胆管腫瘍を生検したところ、リンパ球浸潤を伴う異形に乏しい腺上皮との病理診断にて、経過観察となった。2年後、総胆管結石を合併し、治療を行った際に腫瘍マーカーが高値であり、PET/CTを施行したところ、下部胆管に集積を認めた。再度胆管精査となり、経口胆道鏡(Spyglass DS)下に胆管腫瘍の生検を施行した。異形は乏しく、過形成性の変化を認める腺上皮との病理診断にて再度経過観察となった。【考察】総胆管過形成性腫瘍はまれな疾患であり、画像診断のみでは悪性腫瘍との鑑別は困難である。過大な手術侵襲を避けるためにも、胆道鏡下の直視下生検による病理診断は有用と考えられた。また従来の胆道鏡と異なり、改良されたSpyglass DSでは直視下での生検が容易であるため、これまで以上に、診断の困難な胆管腫瘍に対して積極的に施行してもよい検査と考えられた。

胆道鏡, 胆管腫瘍

## 108 乳頭の同定が困難であった肝原発GISTによる総胆管圧迫に対して、ランデブー法により経乳頭の胆道ドレナージを行い得た1例

千葉大学 医学部 消化器・腎臓内科学  
高橋幸治, 露口利夫, 杉山晴俊, 鈴木英一郎, 井上将法, 若松 徹,  
小笠原定久, 大岡美彦, 熊谷純一郎, 中村昌人, 横須賀 誠

(症例)症例は71歳の男性。腹部膨満感を主訴として前医を受診したところ、腹部超音波検査で肝腫瘍を認め、精査目的で当院を紹介受診した。腹部造影CT検査では肝内に多発する腫瘍を認め、腹腔内の多数のリンパ節が腫大していた。肝腫瘍に対する経皮的針生検を行うと、異型細胞が充実性に増殖し、c-kit陽性・CD34陰性であり、GISTの病理診断となった。核分裂像は6-7個/10HPF程度認められ、Fletcher分類より高リスクと考えられた。上部消化管内視鏡検査・大腸内視鏡検査で原発となりうる病変はなく、PET-CT検査では肝内病変と腹腔内の腫大リンパ節以外にFDGの異常集積を認めなかったため、肝原発GIST・多発リンパ節転移の診断とした。全身化学療法の適応であり、イマチニブを開始すると一旦は治療効果判定でPRを得たが、その後PDとなり、2nd lineとしてスニチニブを使用したのがPDとなった。その後、頸頭部の転移リンパ節の増大により総胆管を圧迫し、肝内胆管の拡張と胆汁う滞による血中肝胆道系酵素の上昇を認めため、内視鏡的胆道ドレナージ目的で入院とした。側視鏡で乳頭の観察を試みたが、腫瘍が十二指腸下部に浸潤しており、乳頭を同定できなかった。経皮経肝胆道穿刺により透視下にガイドワイヤーを十二指腸まで誘導すると、腫瘍の肛門側縁部に隠れていた胆管開口部にガイドワイヤーを認め、ランデブー法で内視鏡的胆管メタリックスステント留置に成功した。肝胆道系酵素は改善し術後6日目に退院とした。(考察)当院において2012年1月から2016年4月までの期間で経皮経肝胆道ルートでのランデブー法によるERCPを行ったものは15症例であった。そのうち、ランデブー法を用いた理由として乳頭が同定困難であったものは3症例であり、その全例で経乳頭のドレナージに成功している。ERCPによる胆道ドレナージを試みる際に、腫瘍本体や転移リンパ節の十二指腸下部への浸潤により乳頭が同定困難であった場合、ランデブー法は有効な治療選択肢と考えられた。

ランデブー法, ERCP

東京医科大学 消化器内科学分野

松波幸寿, 祖父尼淳, 土屋貴愛, 辻修二郎, 鎌田健太郎, 田中麗奈, 殿塚亮祐, 本定三季, 向井俊太郎, 藤田 充, 山本健治郎, 朝井靖二, 糸井隆夫

症例は60歳代、男性。2015年11月に上行結腸癌の多発肝転移に対し前医にて開腹下肝右葉切除術が施行された。術後、切離端からの胆汁漏とそれに伴う左肝管狭窄を来とし、前医にてERCP下での左肝管seekingを試みたが、困難であり2015年12月当院紹介となった。ERCPでの胆管造影にて左肝管は描出されず、次に直接胆道鏡下で観察するも左肝管の同定は困難であった。そこでEUS下にB3を穿刺しガイドワイヤーを左肝管から胆汁漏の内腔を経由させ順行性に胆管内から十二指腸内へ進め、次に十二指腸鏡を用い経乳頭的にランデブー法で左肝管内に7Fr15cmのプラスチックステントを留置した。その後の経過は良好で胆汁漏の縮小が得られたため、2016年2月に同プラスチックステントを抜去したところ、胆汁漏の再増悪および左肝管狭窄による胆管炎を発症し2016年4月に再度当院紹介となった。まずEUS下にB2肝管を穿刺し、ガイドワイヤーで総胆管への突破を試みたが困難であった。よって、ガイドワイヤーを左肝管から胆汁漏の内腔へ留置し、EUSを抜去後、十二指腸鏡を挿入し、経乳頭的にバスケッ卜鉗子を用いてEUS-HGSルートから挿入されているガイドワイヤーを掴みスコープ内に引き込み、ランデブー法で経乳頭的に胆汁瘻と狭窄を超えて、B2に7Fr 16cmのプラスチックステントを留置した。術中および術後の偶発症を認めず、以降胆汁漏の増悪や胆管炎の再発なく経過している。術後胆汁漏などの症例では、しばしば胆管狭窄や癒着のためERCP下治療に難渋することも少なくない。今回、肝右葉切除術後の胆汁漏および左肝管狭窄に対してEUS下ランデブー法が有用であった1例を経験したことで報告する。

EUS下ランデブー法, interventional EUS

日本大学医学部 内科学系消化器肝臓内科学分野

岩塚邦生, 中河原浩史, 増田あい, 中川太一, 高橋利実, 大久保理恵, 山本俊樹, 今武和弘, 小川眞広, 松岡俊一, 後藤田卓志, 森山光彦

【主訴】心窩部痛【既往歴】急性心筋梗塞(クロビドグレル内服中)、うっ血性心不全、糖尿病、慢性腎障害【臨床経過】昼食後より心窩部痛を自覚し当院へ救急搬送され、胆石性閉塞性胆管炎の診断で入院となる。第2病日にERCPを施行したところ、十二指腸主乳頭より血性胆汁の流出がみられた。炎症反応が高値であったため、一期的には結石除去はせず、まずはドレナージ目的にENBDチューブを留置した。なお同日、腹部ダイナミック造影CTを撮像するも、出血源となり得る病変はみられなかった。第8病日に再度結石除去目的にERCを施行した際には、胆道出血はみられなかったため、下部胆管の数個の結石に対して、EST中切開を置き、BMLの後にリトリーバルバルーンで除去した。その後、血液検査で貧血が認められたため、第14病日にEGDを行なうと、十二指腸主乳頭よりozing bleedingがみられた。出血源として、総胆管結石による胆管損傷もしくはEST後出血を考え、下部胆管をAPCで焼灼したが止血できず、付近を10mmのEPBDバルーンで圧迫止血を行った。しかし出血は止まず、造影CTで血管外漏出が認められなかったことより、静脈性出血を疑い、第17病日に圧迫止血目的に下部胆管にSEMS(covered type, 10mm径, 50mm長)を留置した。その後、貧血の進行は緩徐になったものの、時折ENBDチューブからの血性排液が認められたため出血は持続していると考えられた。貧血に対して適宜輸血を行って対処していたが、うっ血性心不全、多臓器不全をきたし第32病日に亡くなった。【考察】胆道出血は、動脈性出血以外は自然止血する症例が多いとされる。しかし、本症例は静脈性出血と考えられたが出血が遷延し、かつ正確な出血点を特定できなかったために治療に難渋した。【結語】止血に難渋した胆道出血の症例を経験したため、若干の文献的考察を加えて報告する。

胆道出血, 胆管炎

千葉大学 医学部 消化器腎臓内科

高橋幸治, 露口利夫, 杉山晴俊, 安井 伸, 熊谷純一郎, 中村昌人, 大岡美彦, 横須賀収

【症例】68歳、男性【主訴】右季肋部痛【現病歴】B型肝硬変と肝細胞癌・副腎転移があり、当院に通院していた。右季肋部痛があり、症状が改善しないため当院を受診し、腹部CT検査で胆嚢腫大・壁肥厚と頸部に嵌頓する結石を認められたため、急性胆管炎の診断で緊急入院とした。入院時、Tokyo Guidelines 2013では軽症であり、絶食・抗生剤投与により保存的に経過をみていたが、入院同日に血液検査を再検査すると、血清Cre値が0.69mg/dl上昇しており、急性腎障害が出現していた。臓器障害が出現しており、重症に準じて、緊急ドレナージが必要と考えられた。入院時、腹水も認め、肝予備能はChild-Pugh 10点Cであった。また、慢性閉塞性肺疾患があり、1秒率は23%と著明な閉塞性換気障害を認めていた。肝予備能や呼吸機能から全身麻酔下での胆嚢摘出術は困難であり、腹水があることから経皮経肝胆嚢ドレナージ術(PTGBD)も困難と考えられた。経皮経肝胆嚢穿刺術も考慮されたが、PT活性が45%まで低下しており、出血の危険性があることと、繰り返しの手技施行が必要になる可能性があることから、内視鏡的経乳頭的胆嚢ドレナージ術(ETGBD)を行った。血液培養検査でStreptococcus anginosusが検出され、敗血症による急性腎障害と矛盾しないと考えられた。第19病日に軽快退院とした。【考察】急性胆管炎はドレナージがされなかった場合、入院後も状態が悪化して重症度が上がる可能性があり、重症度評価を繰り返す必要がある。Tokyo Guidelines 2013では、重症急性胆管炎の治療としては、臓器サポートを行いながらの胆嚢ドレナージを推奨している。胆嚢ドレナージの方法は、比較的主義が容易で効果的なPTGBDが推奨されている。本症例は拒痛状態であり、肝予備能や呼吸機能も良好でなく、腹水もあるため、胆嚢摘出術や経皮的なドレナージチューブの留置は困難であったが、ETGBDにより病状を改善することができた。胆嚢摘出術が困難で腹水のある急性胆管炎の症例では、ETGBDも検討すべきと考えられた。

急性胆管炎, 内視鏡的経乳頭的胆嚢ドレナージ術

日本医科大学多摩永山病院 消化器科<sup>1)</sup>,

日本医科大学 消化器肝臓内科<sup>2)</sup>,

日本医科大学多摩永山病院 外科<sup>3)</sup>, 同 放射線科<sup>4)</sup>,

同 循環器内科<sup>5)</sup>

重松 秀<sup>1)</sup>, 高木信介<sup>1)</sup>, 佐藤 航<sup>1)</sup>, 丸本雄太<sup>1)</sup>, 馬来康太郎<sup>1)</sup>, 名見耶浩幸<sup>1)</sup>, 津久井拓<sup>1)</sup>, 岩切勝彦<sup>2)</sup>, 横山 正<sup>3)</sup>, 牧野浩司<sup>3)</sup>, 吉田 寛<sup>3)</sup>, 上田達夫<sup>3)</sup>, 山本 彰<sup>4)</sup>, 中込明裕<sup>4)</sup>, 草間芳樹<sup>5)</sup>

70歳男性。主訴なし。既往歴は43歳時胆石症のため胆嚢摘術。喫煙歴は20歳から55歳までタバコ1日20本。高血圧のため当院循環器内科通院中、脾動脈瘤(約22mm大)を認めため脾動脈塞栓術を施行。術後心窩部痛持続したため第11病日に造影CTを行い膵尾部の腫大、造影不良域、周囲の脂肪織濃度の上昇を認めためたためCT grade2の急性膵炎と診断され当科に転科となった。転科後禁食とし抗生物質、蛋白分解酵素阻害薬の投与を行い、自覚症状、炎症所見ともに改善。食事摂取も可能となったため、第45病日に退院。外来にて経過観察していたが、術後約3か月後のCTで、膵尾部仮性嚢胞の増大を認めためたため再入院となり、EUS-FNA下に経胃膵嚢胞のドレナージ術を施行。膵嚢胞の縮小をみた時点で、ENPDチューブを挿入し、合併した感染症には抗生物質にて対処したところ症状所見ともに改善したため、ERPドレナージ術に入れ替え退院。術後約8か月後にERPも抜去した。現在外来にて経過観察中である。脾動脈瘤塞栓術後に出現した急性膵炎に関して比較的稀な合併症と考え文献的考察を加えて報告する。

急性膵炎, 脾動脈塞栓術

## 113 癌性腹膜炎で発症した膵尾部小膵癌 (TS1) の1剖検例

横須賀市立うわまち病院 消化器内科<sup>1)</sup>, 同 病理検査科<sup>2)</sup>  
森川瑛一郎<sup>1)</sup>, 小宮靖彦<sup>1)</sup>, 大熊幹二<sup>1)</sup>, 梅沢翔太郎<sup>1)</sup>, 秋間 崇<sup>1)</sup>,  
妹尾孝浩<sup>1)</sup>, 池田隆明<sup>1)</sup>, 飯田真岐<sup>2)</sup>, 辻本志朗<sup>2)</sup>

症例: 85歳、男性。既往歴: 83歳時に膀胱癌で経尿道的腫瘍切除を受けた。現病歴: 201X年3月頃より特に誘因なく腹部膨満感が出現した。4月に入り心窩部不快感および食欲低下を自覚したため当院を受診、腹水を指摘され入院となった。検査成績: WBC 9000/ $\mu$ l, RBC 472 $\times 10^3$ / $\mu$ l, Hb 14.2g/dl, Hct 43.2%, Plt 36.9 $\times 10^3$ / $\mu$ l, Alb 4.3g/dl, AST 19U/L, ALT 33U/L, T-Bil 1.33mg/dl, BUN 18.0mg/dl, Cr 0.95mg/dl, CEA 2.2ng/ml, CA19-9 3028.4U/ml。腹水穿刺液は浸出液で細胞診はClass 4 (腺癌疑い)であった。臨床経過: 癌性腹膜炎として原発巣の検索を行った。上下部消化管内視鏡検査では原発病変は認められなかった。腹部CTでは広範な腹膜播種および腫瘍塞栓に合併した血栓によると考えられる門脈右枝水腫狭窄、左枝臍部閉塞を認めた。また、膵尾部に17 $\times$ 10mmの造影不良域を認め、腫瘍を否定できない所見であった。門脈内血栓に対する抗凝固療法を施行しつつ、確定には至らなかったがstage 4bの膵癌として化学療法を予定した。しかし、全身状態が急速に悪化、誤嚥性肺炎を合併し発症より約2ヵ月の経過で死亡した。剖検所見: 6500mlの乳白色の腹水を伴う癌性腹膜炎および門脈内腫瘍塞栓を認め、膵尾部に20 $\times$ 10mmの充実性腫瘍が確認された。組織学的には低分化型管状腺癌であった。膀胱癌の再発所見は認められなかった。考察: 本例は癌性腹膜炎で発症したTS1 (TS  $\leq$  2cm)の小膵癌例であり、腫瘍診療の困難さを示す症例として示唆に富むと考え報告する。

TS1膵癌, 癌性腹膜炎

## 115 非典型的な形態を呈した膵管内腫瘍の一切除例

横浜市立大学医学部付属病院 消化器腫瘍外科<sup>1)</sup>,  
同 分子病理学<sup>2)</sup>  
矢後彰一<sup>1)</sup>, 森隆太郎<sup>1)</sup>, 戴下泰宏<sup>1)</sup>, 高橋智昭<sup>1)</sup>, 山口和哉<sup>1)</sup>,  
清水康博<sup>1)</sup>, 堀井伸利<sup>1)</sup>, 平谷清吾<sup>1)</sup>, 澤田 雄<sup>1)</sup>, 熊本宜文<sup>1)</sup>,  
松山隆生<sup>1)</sup>, 古屋充子<sup>2)</sup>, 遠藤 格<sup>2)</sup>

症例は74歳、男性。10年前から膵体尾部嚢胞のフォロー中に増大傾向を認めたことから前医を紹介され膵管内乳頭粘液性腫瘍 (intraductal papillary-mucinous neoplasm: IPMN) として3年間フォローされた。その後、精査を希望され当院消化器内科を受診した。EUS及びIDUSでは膵頭部から体部にかけて主膵管内に充実性に発育する腫瘍を認め、尾側膵管は径17mmと拡張していた。ERCPでは膵体部から尾部の主膵管拡張を認めたが、膵管内に粘液貯留を疑わせる所見に乏しく、膵液の粘稠度も低かった。膵液細胞診はClass Vだった。腫瘍マーカーはCEA, CA19-9, DUPAN-2, SPAN-1すべて陰性であった。以上より、膵管内乳頭粘液性腺癌 (intraductal papillary-mucinous carcinoma: IPMC) や膵管内管状腺癌 (intraductal tubular carcinoma: ITC) などの可能性を考え、膵頭十二指腸切除術、D2リンパ節郭清を施行した。切除標本の肉眼所見では膵管内に粘液は認めず、膵管に沿って癒合結節状の腫瘍を認めた。病理組織学的所見では、部分的に壊死を伴った管状腺管構造を認め腺癌と診断した。明らかな粘液産生は認めず、通常型膵癌とは異なる形態を呈しており、非典型的な膵管内腫瘍であった。ITCの可能性を考え現在病理学的検討中である。非典型的な形態を呈した膵管内腫瘍の切除例を経験した。文献的病理学的考察を加えて報告する。

膵管内管状腫瘍, ITC

## 114 mFOLFIRINOX療法で縮小が得られた膵腺房細胞癌の一例

がん研有明病院 消化器内科  
片岡星大, 尾阪将人, 石垣和祥, 金田 遼, 松島知宏, 山田育弘,  
佐々木隆, 松山真人, 高野浩一, 笹平直樹

【症例】62歳女性。食欲不振の精査で施行した腹部CTで膵頭部腫瘍を認め、当院紹介となった。腫瘍の消化管圧排により経口摂取量は健常時の8割程度、PS1の状態であった。腫瘍マーカーは正常範囲で、ダイナミックCT上、膵頭部に径60mmの乏血性の腫瘍を認めた。上腸間膜静脈、膵前方・後方組織、膵内胆管への浸潤を認め、上腸間膜動脈に半周を超えていたため、切除不能局所進行腫瘍と診断し、EUS-FNAにて、膵腺房細胞癌の確定診断を得た。切除不能膵腺房細胞癌に対する化学療法の標準治療は確立されていないため、十分なinformed consentの上、膵管癌に準じてGEM+nabPTX療法を開始した。最良効果はSD (径60mm, 増大/縮小なし)であったが、4ヶ月後のCTでPD (径70mm, 16%増大)となったため、二次治療として、mFOLFIRINOX療法を開始したところ、2ヶ月後の初回評価判定のCTで、径47mm (33%縮小)と明らかなPRが得られた。二次治療開始後4ヶ月の現時点でも重篤な有害事象はなく、mFOLFIRINOX療法を継続中である。【考察】膵腺房細胞癌の発生頻度は膵腫瘍全体の0.2%-1%と比較的稀な腫瘍であり、切除不能・再発症例に対する化学療法の標準治療は未だ確立されていない。FOLFIRINOX療法が日本で承認された2013年12月以降で、医学中央雑誌で膵腺房細胞癌をkey wordに検索したところ、膵腺房細胞癌に対する化学療法の報告はmFOLFIRINOXが有効であった1症例、GEM+TS1が有効であった1症例、TS-1が有効であった1症例の3例の報告が見られた。また、PubMedで膵腺房細胞癌におけるFOLFIRINOXに関する報告は症例報告2例のみであり、GEM+nabPTXについては報告が見られなかった。本例は膵腺房細胞癌に対しFOLFIRINOX療法が有効である可能性を示唆する症例であり、若干の文献的考察を加えて報告する。

膵腺房細胞癌, FOLFIRINOX

## 116 急性膵炎の成因別検討

筑波大学附属病院水戸地域医療センター 茨城県厚生連総合病院  
有賀啓之, 鹿志村純也, 熊倉有里, 佐藤匡美

【目的】2011年の全国調査で、急性膵炎患者数は推計約6.3万人 (男女比は1.9:1)と増加している。成因では男性アルコール、女性胆石が多く占め、重症急性膵炎は19.7%を占める。膵炎治療には疾患の疫学を理解し個々の患者の診療にあたるのが非常に重要である。今回、岩手県立中部病院にて、開院後5年間に経験した急性膵炎症例について検討し全国調査の結果と比較し臨床的意義を検討した。【方法】岩手県立中部病院が開院した2009年4月から2013年3月までの5年間に急性膵炎の診断で入院治療を行った187症例 (ERCP後膵炎は除く)を対象として検討を行い、2011年度の全国調査と比較検討した。【結果】性別は男性123例 (平均年齢56.7 $\pm$ 15.9)、女性64例 (平均年齢69.1 $\pm$ 19.2)であった。成因はアルコール性87例 (平均年齢53.4 $\pm$ 13.1)、胆石性55例 (平均年齢71.0 $\pm$ 15.1)、特発性31例 (平均年齢57.3 $\pm$ 26.5)、その他14例であった。全体でアルコール性が最多であり、胆石性は高齢者での発症がより高い傾向を示し、全国調査と同様の結果だった。男性はアルコール性が最多で、40-60代において半数以上を占めており、全国調査と比較高い傾向を示していた ( $p < 0.05$ )。女性では胆石性の割合が高く、65歳以上では女性全体の42% (全体における胆石性の49%)と高く、高齢者で高い割合を占めていた ( $p < 0.05$ )。【結論】ガイドライン改訂後当院で経験した急性膵炎187症例の成因について検討した。全体として成因別ではアルコール性が高いが、高齢女性では胆石性の率が高く膵炎治療には疾患の疫学を理解し個々の患者の診療にあたるのが非常に重要であると考えられた。

急性膵炎, 成因

## 117 EUS-FNAで術前診断し得たpancreatic granular cell tumorの1切除例

北里大学 医学部 消化器内科  
川野壽宙, 奥脇典介, 今泉 弘, 宮田英治, 金子 亨, 山内浩史,  
岩井知久, 木田光広, 小泉和三郎

【症例】32歳女性。胆嚢ポリープの経過観察中に撮影されたMRIで膵体部腫瘍を指摘され、当院を紹介受診した。自覚症状は無く、身体所見および各種腫瘍マーカーを含めた血液検査所見に有意な異常は認められなかった。CTでは遅延性に軽度濃染される膵腫瘍が認められ、尾側膵管の拡張は無かった。MRIでは分葉状の境界明瞭な腫瘍として描出され、T2WIで軽度高信号を呈した。造影MRIでは内部に隔壁様の構造が造影され、嚢胞の集簇像が疑われた。FDG/PET-CTでは膵腫瘍へのFDGの集積増加は認められなかった。EUSでは境界明瞭・内部均一な卵円形の低エコー腫瘍で、腫瘍内部にはDuct penetration signが確認され、わずかに後方エコーの増強が認められた。以上より、各種画像検査からはPNETやSCN (microcystic type)が疑われ、病理診断のためにEUS-FNAを施行した。経胃的に25G針および22G針を用いて得られた病理組織像では、小型核で好酸性の豊富な細胞質を有するPAS陽性の異型細胞がシート状に増生し、細胞質内は顆粒状であった。免疫化学染色はAE1/AE3(-)、Vimentin (+), S-100 (+), NSE (+), Chromogranin A (-), Synaptophysin(-), Ki-67 2%であり、Granular cell tumorと診断された。後日、腹腔鏡下膵体尾部切除術が施行され、術後病理診断もEUS-FNAと同様であった。

【考察】Granular cell tumorはSchwann細胞由来の腫瘍とされ、その多くは胸壁、乳房、腹壁などの真皮・皮下や、舌、肺、食道、胃、膀胱、子宮などに発生する。膵に発生したGranular cell tumorは我々の調べ得る限りではこれまでに7例の報告しかなく極めて稀である。またEUS-FNAで術前診断し得た初の症例であり、文献的考察を加え、報告する。

Granular cell tumor, Pancreatic granular cell tumor

## 118 術後膵管吻合部狭窄に対しEUS下経胃膵管ドレーナージを施行した一例

千葉大学医学部附属病院 消化器内科<sup>1)</sup>, 同 肝胆膵外科<sup>2)</sup>  
大和陸実<sup>1)</sup>, 三方林太郎<sup>1)</sup>, 安井 伸<sup>1)</sup>, 高橋幸治<sup>1)</sup>, 熊谷純一郎<sup>1)</sup>, 大尾純一<sup>1)</sup>, 林 雅博<sup>1)</sup>, 日下部裕子<sup>1)</sup>, 中村昌人<sup>1)</sup>, 杉山晴俊<sup>1)</sup>, 酒井裕司<sup>1)</sup>, 露口利夫<sup>2)</sup>, 清水宏明<sup>2)</sup>, 大塚将之<sup>2)</sup>, 吉富秀幸<sup>2)</sup>

【症例】66歳、女性。【主訴】腹痛。【現病歴】2006年に十二指腸乳頭部癌に対し幽門輪温存膵頭十二指腸切除、Child変法再建を行った。2013年より反復性急性膵炎を発症。2015年に膵炎が頻回となり、膵管吻合部狭窄を疑い吻合部へのステント留置を試みたが、吻合部の同定が困難であった。そのため、超音波内視鏡下膵管穿刺ドレーナージ術 (EUS-PD) を行う方針で入院となった。【入院後経過】2015年5月、EUS下で経胃的に膵管を穿刺し7Fr5cm Through-Passを留置した。初回治療から4週後、ステントの自然逸脱が確認されたが、膵管拡張の増悪はなかったため経過観察となった。初回治療から3か月後、膵炎再発をきたしたため、同年10月に2回目のEUS-PDを施行した。膵管造影で吻合部から空腸へ造影剤流出が確認されたが、穿刺部の拡張に難渋し空腸へのガイドワイヤー誘導が困難であったため胃-膵管吻合の方針とした。穿刺ルートの拡張は通電針とES dilatorを併用した。ステント自然逸脱の経緯があり、ステントは7Fr×9cm Cotton-Leung, Amsterdamを使用した。しかし術後経過でステント自然逸脱傾向がみられた。2回目のEUS-PDから17日後、胃-膵管ステント脇から膵管造影施行し、ガイドワイヤーの吻合部突破に成功。ランデブー法で吻合部に拡張術を行い、7Fr膵管ステントを留置した。2回目のEUS-PDから5か月後にステント交換を行う予定だったが、吻合部ステントは自然逸脱していた。その後も膵炎再発なく経過している。【考察】膵消化管吻合部狭窄は膵頭十二指腸切除後の晚期合併症であり、反復性の急性膵炎は2%程度と報告されている。膵空腸吻合部の同定が可能だったのは40%という報告があり、ERCPによる治療が困難な場合にはEUS-PDが選択肢となる。EUS-PDの成功率は48%~100%と報告されている。本症例では胃-膵管ステント、逆行性吻合部ステントの両方で、ステント自然逸脱をきたしたが、吻合部拡張術の効果により膵炎は予防されている。長期的な効果に関しては症例の経過観察が必要と考えられる。

膵空腸吻合部狭窄, 超音波内視鏡

## 119 集学的治療を要した高トリグリセリド血症が原因の重症急性膵炎の1例

国立病院機構水戸医療センター 消化器内科  
下山田雅大, 石田博保, 吉原なこ, 鈴木宏清, 瀬山侑亮, 伊藤有香,  
吉田茂正, 山口高史

今回我々は高トリグリセリド血症 (以下高TG血症) が原因となり発症し集学的治療を要した重症急性膵炎の1例を経験したのでこれを報告する。患者は40歳男性。既往に糖尿病、高脂血症を認めた。平成28年4月腹痛、背部痛を主訴に近医受診。急性膵炎の疑いにて当院救急搬送された。来院時の血液検査ではTG 7841mg/dl, Tchol 796mg/dlと高TG血症を認めた。CTでは膵頭部主体とし腎下極まで広がる炎症の波及を認め造影不良域は認めなかった。来院時は予後因子0点CT grade2であった。CT, エコーでは明らかな胆石、総胆管結石を認めず高TG血症に伴う急性膵炎と判断した。絶食大量輸液加療を開始したが翌日疼痛改善乏しく呼吸苦も出現、再評価を行うと予後因子4点CT grade2と悪化を認めた。膵造影不良域は明らかなものはなかったがやや造影効果不良な部位を膵頭部に認めたため膵動注療法を行った。また前日の輸液療法、インスリン投与にもかかわらずTG 6514mg/dlと高値が持続していた。状態悪化し膵炎の誘因除去が望ましいと判断し同日血漿交換を行った。また合わせて気管内挿管、CHDFを導入し体液管理、サイトカイン吸着に努めた。血漿交換後はTG 656mg/dlと低下を認め現在輸液加療中である。急性膵炎の原因として高脂血症の頻度は本邦では1.8%程度と比較的稀な原因である。他の原因による膵炎と比較し重症化しやすいとの報告があり治療については大量輸液の他インスリン投与、血漿交換などにより速やかに原因の改善を図ることが望ましいとされている。しかしガイドライン上では高TG血症が原因の膵炎に対して特殊な治療方針は示されていない。そのため若干の文献的考察を含めこれを報告する。

急性膵炎, 高トリグリセリド血症

## 120 肝腫瘍との鑑別に苦慮したadrenal cortical adenomaの一例

東邦大学医療センター 大森病院 消化器内科<sup>1)</sup>,  
同 病院病理部<sup>2)</sup>  
中川皓貴<sup>1)</sup>, 篠原美絵<sup>1)</sup>, 荻野 悠<sup>1)</sup>, 松井大吾<sup>1)</sup>, 向津隆規<sup>1)</sup>,  
松浦 靖<sup>1)</sup>, 高亀道生<sup>1)</sup>, 塩澤一恵<sup>1)</sup>, 和久井紀貴<sup>1)</sup>, 池原 孝<sup>1)</sup>,  
篠原正夫<sup>1)</sup>, 永井英成<sup>1)</sup>, 渡邊 学<sup>1)</sup>, 五十嵐良典<sup>1)</sup>, 住野泰清<sup>1)</sup>,  
根本哲生<sup>2)</sup>

症例: 54歳男性、受診契機: 咳嗽のため施行した胸部CTで肝S7に腫瘍を指摘され精査目的で入院となった。入院時現症: 身長163cm、体重54.2Kg、体温36.5℃、血圧120/70mmHg、脈拍70回/分、整、貧血・黄疸なく表在リンパ節触知せず。胸部異常所見なく腹部は平坦かつ軟で肝脾腫や腫瘍は触知せず。下肢浮腫なし。入院時検査所見: 中性脂肪は201mg/dlと高値であったが血算、生化学検査では異常は認めなかった。肝炎ウイルスマーカーは陰性でAFP、PIVKA2、CA19-9、CEAの上昇は認めなかった。腹部US: 肝S7、IVC脇に20×16mmの淡い低エコー腫瘍をみとめ、造影では早期動脈相で造影し後血相でwashoutがみられた。腹部CT: 下大静脈右背側の肝S7に右副腎に近接する20mmの腫瘍性病変を認め、単純では低吸収、造影では早期から濃染した。EOB-MRI: 腫瘍の内部は均一で肝実質と比しT1で低信号、T2でやや高信号、拡散強調で高信号であった。EOBの取り込みは認めなかった。out of phase T1強調画像にはin phaseと比較して高度の信号低下がみられ、内部に脂肪成分が豊富に含まれることが示唆された。以上の画像所見から肝細胞腺腫、高分化肝細胞癌などが鑑別に挙げられ腫瘍の粗針生検を施行した。針生検病理所見では類洞様間隙を伴う細胞の胞巣状から索状増殖を認め、肝細胞癌としては非典型的な像であり確定診断に至らなかった。肝予備能も問題なく高分化型肝細胞癌も否定できなかったため、拡大後区域切除、右副腎合併切除を施行した。切除病理所見: 肉眼所見では境界明瞭な黄色腫瘍で肝臓上に存在し副腎と連続していた。病理組織学的には副腎皮質類似の淡明な胞体と好酸性胞体を有する細胞が包巣状に増殖し、核異型や核分裂像を認めなかったことからadrenal cortical adenomaと診断した。肝臓に接するadrenal cortical adenomaは画像所見が脂肪含有を伴う高分化肝細胞癌や肝細胞腺腫との鑑別が困難であり診断に苦慮した一例を経験したため文献的考察を加えて報告する。

副腎腺腫, adrenal cortical adenoma

東京都立墨東病院 内科<sup>1)</sup>、同 内視鏡科<sup>2)</sup>  
町田智世<sup>1)</sup>、小林克誠<sup>1)</sup>、大倉幸和<sup>1)</sup>、南館 愛<sup>1)</sup>、松岡愛菜<sup>1)</sup>、  
野坂崇仁<sup>1)</sup>、青沼映美<sup>1)</sup>、加藤理恵<sup>1)</sup>、古本洋平<sup>1)</sup>、堀内亮郎<sup>2)</sup>、  
浅野 徹<sup>1)</sup>、佐崎なほこ<sup>1)</sup>、忠願寺義通<sup>1)</sup>

【症例】30歳女性。特記すべき既往なし。受診2週間前から腹部膨満感が出現し、徐々に増悪したため近医を受診した。38度の発熱もみられ、精査加療目的で当院へ紹介、緊急入院となった。CTで大量腹水と腹腔内多発リンパ節腫脹を認めた。肺野に異常はなかった。痛性腹膜炎を疑ったが、CT、上下部消化管内視鏡検査、婦人科診察では原発巣を指摘できなかった。腫瘍マーカーはCA125 616、9U/mlのみ高値であった。腹水は淡黄色透明、滲出性で2度の細胞診はClassIであった。腹水中ADA 114.7U/lと高値であり結核性腹膜炎を強く疑ったが、腹水の培養、抗酸菌塗抹およびPCRは陰性で確定診断には至らなかった。その間も38度の弛張熱が持続し、頻回の腹水穿刺を要した。診断に難渋したため全身麻酔下の腹腔鏡検査を施行したところ、腹膜や大網など腹腔内全体にびまん性の米粒状白色小隆起を認めた。腹膜生検による病理組織学的検査では腹膜表面に乾酪壊死とラングハンス巨細胞を伴う類上皮細胞肉芽腫を多数認めた。結核菌の証明はできなかったが、以上より結核性腹膜炎と診断し、抗結核薬INH/RFP/EB/PZAの4剤併用療法を開始した。後日判明したT-SPOTは陽性だった。治療開始後、速やかに腹水は減少し、開始2ヶ月の現在まで外来治療を継続しているが経過は良好である。【考察】結核性腹膜炎は全結核患者の0.04-0.5%と稀であるが、原因不明の腹水では鑑別する必要がある。腹水塗抹の結核菌陽性率は3%、培養による検出率は20-50%で低率で、腹水による結核菌証明は困難なことが多い。腹腔鏡下腹膜生検は侵襲的だが感度、特異度ともに高く、診断困難例では有用とされる。自験では腹水中ADA高値により結核性腹膜炎を強く疑い、全身麻酔下の腹腔鏡検査に踏みきり診断に至った。活動性の肺結核はなく、潜在性結核の再活性化であったと考えられる。自験のように確定診断が困難な腹水例は腹腔鏡検査で診断できる可能性があり、機を逸さずに早い段階で適切な治療へ移行できた。腹腔鏡検査の特に結核性腹膜炎における診断的意義は非常に大きい。

結核性腹膜炎, 腹腔鏡検査