

日本消化器病学会 関東支部第341回例会

プログラム・抄録集



当番会長：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
平成28年9月24日(土)
海運クラブ

日本消化器病学会関東支部第341回例会

プログラム・抄録集

当番会長：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
〒329-0498 栃木県下野市薬師寺3311-1
TEL：0285-58-7348/FAX：0285-44-8297

会 期：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
<http://kaiunclub.org/>

<発表者、参加者の皆様へ>

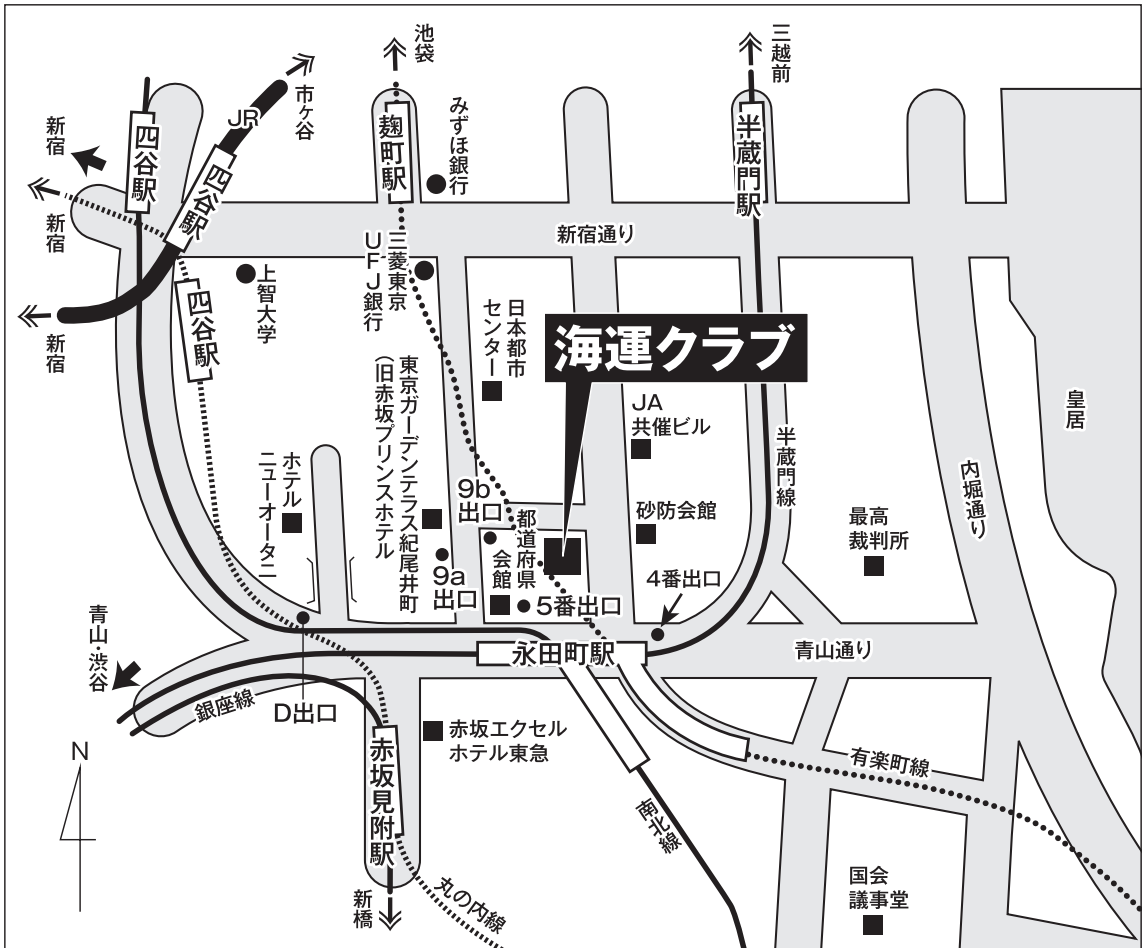
1. 発表者は日本消化器病学会の会員に限ります。
2. 発表はすべてPCでのプレゼンテーションとなります。
口演30分前までに、PC受付にてデータ登録・動作チェックを済ませてください。
 - 1) 会場に用意するPCのアプリケーションは、Microsoft PowerPoint 2007/2010/2013となります。発表データはUSBメモリにてお持ちください。また、事前に必ず、作成したPC以外のPCでも正常に動作することを確認してください。
※データ作成の際は、文字化けを防ぐため次の標準フォントをご使用ください。
日本語：MSゴシック、MS Pゴシック、MS明朝、MS P明朝
英語：Arial, Century, Century Gothic, Times New Roman
※スライド作成時の画面サイズはXGA (1024×768) であることをご確認の上、作成してください。
 - 2) Macintosh使用、及びWindowsでも動画を含む場合は、必ずPC本体をお持込みください。データでのお持込みには対応いたしかねますのでご注意ください。なお、液晶プロジェクタへの接続はMini D-SUB 15pinにて行います。変換コネクタを必要とする場合は必ずご自身でお持込みください。また、バッテリーのみでの稼動はトラブルの原因となるため、外部電源用アダプタを必ずお持ちください。
 - 3) 音声出力には対応いたしません。
 - 4) 発表は枚数ではなく時間で制限させていただきます。
 - 5) 発表時は、演台に置かれたモニタ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. 座長・評価者の方は、セッション開始15分前までに総合受付にお立ち寄りください。
12. 会場1階ロビーにAED（自動体外式除細動器）を設置しております。緊急の際はご利用ください。

会場案内図

海運クラブ

〒102-0093 東京都千代田区平河町2-6-4 海運ビル

TEL 03-3264-1825



[交通のご案内]

地下鉄 永田町駅〈有楽町線〉〈半蔵門線〉4番・5番出口より徒歩2分

〈南北線〉9番出口より徒歩1分

地下鉄 赤坂見附駅〈銀座線〉〈丸の内線〉D(弁慶橋)出口より徒歩約8分

日本消化器病学会関東支部第341回例会

平成28年9月24日(土)

8:15～8:20 開 会 の 辞 (第1会場)					
第1会場 (午前の部)			第2会場 (午前の部)		
演 題	時 間	座 長	演 題	時 間	座 長
(1)専修医Ⅰ (食道・胃) 1～3	8:20～8:38	阿部清一郎	(12)研修医Ⅰ (肝) 44～48	8:20～8:50	松平 浩
(2)専修医Ⅱ (十二指腸・小腸) 4～6	8:38～8:56	辻 雄一郎	(13)研修医Ⅱ (膵1) 49～52	8:50～9:14	高林英日己
(3)専修医Ⅲ (小腸・大腸) 7～10	8:56～9:20	神保 陽子	(14)研修医Ⅲ (膵2) 53～56	9:14～9:38	小俣富美雄
9:20～9:30 休憩			(15)研修医Ⅳ (胆・その他) 57～61	9:38～10:08	田島 知明
(4)専修医Ⅳ (肝1) 11～14	9:30～9:54	鬼澤 道夫	10:08～10:13 休憩		
(5)専修医Ⅴ (肝2) 15～17	9:54～10:12	高城 健	(16)研修医Ⅴ (食道・小腸) 62～65	10:13～10:37	愛甲 丞
(6)専修医Ⅵ (膵) 18～23	10:12～10:48	松本 吏弘	(17)研修医Ⅵ (小腸) 66～69	10:37～11:01	藤井 庸平
(7)専修医Ⅶ (胆・その他) 24～27	10:48～11:12	池原 久朝	(18)研修医Ⅶ (大腸1) 70～73	11:01～11:25	川島 悠
			(19)研修医Ⅷ (大腸2) 74～76	11:25～11:43	石田 隆
			12:00～12:30 評議員会		
12:05～12:50 ランチョンセミナー (第1会場)					
「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～」 関西医科大学内科学第三講座 島谷 昌明 先生 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 共催：富士フイルムメディカル株式会社					
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)					
「非特異性多発性小腸潰瘍症の原因遺伝子同定から学んだこと 若手消化器内科Dr.へのメッセージ」 杏林大学医学部第三内科学 教授 久松 理一 先生 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					
第1会場 (午後の部)			第2会場 (午後の部)		
演 題	時 間	座 長	演 題	時 間	座 長
(8)胃 28～31	14:05～14:29	平田 賢郎	(20)肝 77～81	14:05～14:35	鶴谷 康太
(9)胃・十二指腸 32～35	14:29～14:53	東 瑞智	(21)膵・その他 82～87	14:35～15:11	三木 厚
(10)小腸・大腸 36～39	14:53～15:17	菅谷 武史			
(11)大腸 40～43	15:17～15:41	安藤 勝祥			
15:41～15:45 閉 会 の 辞 (第1会場)					
15:45～17:45 第11回専門医セミナー(第2会場)★日本消化器病学会3単位取得できます					
「ドクターガストロ～臨床推論からの消化器病学～」 司会 杏林大学医学部 医学教育学 矢島 知治 先生					

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)

「非特異性多発性小腸潰瘍症の原因遺伝子同定から学んだこと 若手消化器内科Dr.へのメッセージ」

杏林大学医学部第三内科学 教授 **久松 理一** 先生

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**

……演者の先生ご紹介……

ひさまつ ただかず

久松 理一 先生

杏林大学医学部第三内科学 教授

略歴

平成3年 慶應義塾大学医学部卒業
慶應義塾大学病院内科、伊勢慶應病院内科、社会保険埼玉中央病院内科で研修
平成7年 慶應義塾大学病院内科専修医（消化器内科）
平成9年 東京歯科大学市川総合病院内科 助手
平成12～15年 米国ハーバード大学マサチューセッツ総合病院消化器科研究員
帰国後、慶應義塾大学医学部内科学（消化器）助手（現助教）、専任講師、准教授を経て
平成27年4月 杏林大学医学部第三内科学（消化器内科）教授
平成28年4月 杏林大学医学部付属病院診療科長、内視鏡室長
現在に至る

学位

医学博士 慶應義塾大学
原著論文 Interferon-inducible gene family 1-8U expression in colitis-associated colon cancer and severely inflamed mucosa in ulcerative colitis. Cancer Res. 1999 Dec 1; 59(23):5927-31.

研究テーマ

炎症性腸疾患の病態解明、炎症性腸疾患の診断と治療
非特異性多発性小腸潰瘍症の責任遺伝子同定と病態解明

ランチョンセミナー (第1会場 12:05～12:50)

「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～」

関西医科大学内科学第三講座 島谷 昌明 先生

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

共催：富士フイルムメディカル株式会社

………演者の先生ご紹介………

しまたに まさあき
島谷 昌明 先生

関西医科大学内科学第三講座

略歴

平成7年3月 関西医科大学 卒業
平成9年4月 関西医科大学内科学第三講座 入局
平成10年4月 関西医科大学大学院医学研究科博士課程 入学
平成10年4月 静岡県立総合病院 消化器内科 出向
平成16年4月 関西医科大学内科学第三講座 助手
平成18年1月 関西医科大学大学院医学研究科 学位取得
平成19年10月 日本消化器内視鏡学会 近畿支部会 評議員
平成20年4月 関西医科大学附属枚方病院 病院講師
平成21年1月 日本消化器病学会 近畿支部 評議員
平成22年5月 日本消化器内視鏡学会 学会評議員
平成22年7月 関西医科大学内科学第三講座 講師
平成24年2月 日本消化管学会 代議員
平成26年1月 日本消化器病学会 学会評議員
平成26年3月 日本内科学会 近畿支部評議員
平成27年3月 日本腹部救急医学会 評議員
平成28年3月 日本カプセル内視鏡学会 評議員
平成28年7月 日本胆道学会 評議員

第11回専門医セミナー

(第2会場 15:45～17:45)

「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。

司 会：矢島 知治 先生（杏林大学医学部 医学教育学）

担 当：今枝 博之 先生（埼玉医科大学病院 消化管内科）
後藤田卓志 先生（日本大学医学部 内科学系消化器肝臓内科学分野）
岸野真衣子 先生（東京女子医科大学 消化器内科）
松本 健史 先生（順天堂大学 消化器内科）
土岐 真朗 先生（杏林大学医学部 第三内科）
新後閑弘章 先生（総合病院厚生中央病院 消化器内科）
小澤俊一郎 先生（聖マリアンナ医科大学 消化器・肝臓内科）

出場選手：日比 則孝 先生（横浜市立市民病院 後期レジデント）
山本 和輝 先生（聖路加国際病院 初期臨床研修医）
福士 耕 先生（獨協医科大学病院 後期臨床研修医）
石渡 彰 先生（自治医科大学附属病院 初期研修医）
江藤 宏幸 先生（深谷赤十字病院 内科）
戸ヶ崎和博 先生（佐野厚生総合病院 後期レジデント）
飯田 龍洋 先生（国立国際医療研究センター 後期レジデント）
河野 太郎 先生（東京共済病院 初期臨床研修医）
渡辺 大地 先生（江東病院 後期レジデント）
慶徳 大誠 先生（東京医科歯科大学医学部附属病院 初期臨床研修医）
窪谷祐太郎 先生（横浜医療センター 初期臨床研修医）
須藤 大輔 先生（太田記念病院 後期レジデント）

第1会場（午前の部）

8:15~8:20

—開会の辞—

—専修医セッション評価者—

自治医科大学附属さいたま医療センター 消化器科	浅部 伸一
東京医科歯科大学 消化器内科／長寿・健康人生推進センター	荒木 昭博
杏林大学医学部 第三内科	土岐 真朗

（1）専修医Ⅰ（食道・胃） 8:20~8:38 座長 国立がん研究センター中央病院 内視鏡科 阿部 清一郎

1. SOX療法および内視鏡治療による集学的治療が奏効した切除不能胃癌の一例

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

2. 心房細動に対するアブレーション治療後に胃排出障害・消化管穿孔を生じた一例

昭和大学藤が丘病院 消化器内科 ○吉田詠里加, 五味 邦代, 中西 徹, 岩橋 健太
小林 孝弘, 田淵 晃大, 宮尾 直樹, 東畑美幸子
上原なつみ, 花村祥太郎, 高野 祐一, 山村 詠一
黒木優一郎, 井上 和明, 長浜 正亞

3. プロトンポンプ阻害薬とC型肝炎に対する経口抗ウイルス薬内服中に胃蜂窩織炎を発症した一例

自治医科大学附属病院 消化器肝臓内科
独立行政法人地域医療機能推進機構 うつのみや病院 消化器内科 ○荒井 道
自治医科大学附属病院 消化器肝臓内科 岩下ちひろ, 竹澤 敬人, 石渡 彰, 小黑 邦彦
岡田 昌浩, 福田 久, 高橋 治夫, 井野 裕治
坂本 博次, 三浦 義正, 林 芳和, 矢野 智則
砂田圭二郎, 大澤 博之, 磯田 憲夫, 山本 博徳
同 感染免疫学 岡部 太郎, 笹原 鉄平

（2）専修医Ⅱ（十二指腸・小腸） 8:38~8:56 座長 東京医科大学 消化器内科 辻 雄一郎

4. 腓腫瘍との鑑別が困難であった十二指腸 Gastrointestinal stromal tumor の一例

順天堂大学附属順天堂医院 消化器内科 ○竹内 友朗, 芳賀 慶一, 赤澤 陽一, 横井 一徳
石井 重登, 泉 健太郎, 立之 英明, 藤澤 聡郎
内山 明, 松本 健史, 加藤 順子, 澁谷 智義
山科 俊平, 渡辺 純夫

5. 壮年期発症の上腸間膜動脈症候群に対して六君子湯投与により再発を認めていない1症例

練馬総合病院 外科 ○大野 昌利, 栗原 直人, 筒井 りな, 松浦 芳文
飯田 修平
同 内科 佐々木康裕, 加藤 昊, 松田 英士

6. 小腸憩室に対するダブルバルーン内視鏡の有用性について

日本医科大学付属病院 消化器・肝臓内科 ○小泉英里子, 江原 彰仁, 重松 秀, 高木 信介
西本 嵩良, 大森 順, 秋元 直彦, 佐藤 航
小杉 友紀, 鈴木 将大, 馬来康太郎, 三井 啓吾
米澤 真興, 田中 周, 辰口 篤志, 藤森 俊二
岩切 勝彦

(3) 専修医Ⅲ(小腸・大腸) 8:56~9:20 座長 杏林大学医学部 第三内科学 神 保 陽 子

7. 粘膜筋板の消失を認めた大腸 mucosal polyp の1例

とちぎメディカルセンター しもつが ○大森 彩子, 砂田富美子, 倉田 秀一, 岩下ちひろ
自治医科大学内科学講座 消化器内科部門 津久井舞未子, 坂本 博次, 森本 直樹

8. 大動脈瘤を背景とした慢性 DIC により消化管出血をきたした一例

国家公務員共済組合連合会 横須賀共済病院 消化器内科 ○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

9. 潰瘍性大腸炎と鑑別を要したうっ血性大腸炎の1例

筑波大学附属病院 消化器内科 ○山浦 正道, 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
同 光学医療診療部 金子 剛, 奈良坂俊明, 鈴木 英雄, 松井 裕史
溝上 裕士

10. 高齢発症のロタウイルス腸炎から急性腎不全を呈した一例

佐野厚生総合病院 消化器内科 ○松永 崇宏, 白石 貴久, 戸ヶ崎和博, 上岡 直史
上原 淳, 寺元 研, 東澤 俊彦, 関根 忠一
岡村 幸重

(4) 専修医Ⅳ(肝1) 9:30~9:54 座長 東京医科歯科大学 消化器内科 鬼 澤 道 夫

11. 肝膿瘍治療3年4か月後に発見された肝細胞癌の1例

東京労災病院 消化器内科 ○掛川 達矢, 西中川秀太, 小嶋 啓之, 吉峰 尚之
武田 悠希, 高亀 道生, 平野 直樹, 大場 信之
児島 辰也

12. 神経性食思不振症に合併した多発肝細胞腺腫の1例

群馬大学医学部附属病院 消化器・肝臓内科 ○堀口 英, 小林 剛, 植原 大介, 高草木智史
堀口 昇男, 山崎 勇一, 佐藤 賢, 柿崎 暁
同 光学医療診療部 草野 元康

13. 非昏睡型急性肝不全後に汎血球減少を呈した一例

慶應義塾大学医学部 消化器内科 ○鳥光 拓人, 町田雄二郎, 宇賀村 文, チョハクシヨウ
尾城 啓輔, 中本 伸宏, 金井 隆典

14. IVR 治療が奏功した門脈―肝静脈短絡による肝性脳症の1例

獨協医科大学 消化器内科 ○佐久間 文, 飯島 誠, 嘉島 賢, 金澤美真理
近藤 真之, 福士 耕, 永島 一憲, 島田 紘爾
田中 孝尚, 有阪 高洋, 室久 俊光, 平石 秀幸

(5) 専修医Ⅴ(肝2) 9:54~10:12

座長 防衛医科大学校 消化器内科 高 城 健

15. 肝膿瘍、髄膜炎、眼内炎を発症した侵襲性 Klebsiella 感染症の1例

東京都立多摩総合医療センター ○山田 大貴, 下地 耕平, 藤原 俊, 津川 直也
伊藤 詩織, 渡邊 彩子, 三浦 夏希, 舩岡 悠子
藤木 純子, 谷口 美樹, 中園 綾乃, 井上 大
堀家 英之, 吉岡 篤史, 小倉 祐紀, 並木 伸

16. パートナーの男女に約1ヶ月の間隔で発症したA型急性肝炎の2例

東京通信病院 ○震明あすか, 加藤 知爾, 北村和貴子, 古谷 建悟
大久保政雄, 小林 克也, 関川憲一郎, 光井 洋
橋本 直明
同 内視鏡センター 山口 肇

17. 一過性に抗リン脂質抗体陽性を認めたEBウイルスによる伝染性単核球症の1例

国立病院機構東京医療センター 消化器科 ○平井悠一郎, 加藤 元彦, 窪澤 陽子, 砂田由紀恵
阿部圭一朗, 高田 祐明, 平田 哲, 高取 祐作
伴野 繁雄, 和田 道子, 木下 聡, 森 英毅
高林 馨, 菊池 美穂, 菊池 真大, 浦岡 俊夫

(6) 専修医Ⅵ(脾) 10:12~10:48 座長 自治医科大学附属さいたま医療センター 消化器内科 松 本 吏 弘

18. 慢性脾炎の経過中に認めた脾扁平上皮癌の1例

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

19. 黄疸を契機に診断に至った脾内神経鞘腫の1例

帝京大学医学部 内科 ○中村 直裕, 丸山 喬平, 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
相磯 光彦, 高森 頼雪, 山本 貴嗣, 田中 篤
喜多 宏人, 滝川 一
帝京大学医学部附属病院 病理診断部 東海林琢男, 近藤 福雄

20. 胆道ステント留置後に合併した胆嚢炎により門脈血栓症をきたした脾頭部癌の1例

国立国際医療研究センター病院 ○小林 桜子, 守安 志織, 小島 康志, 飯田 龍洋
下村 暁, 松下 祐紀, 濱田麻梨子, 泉 敦子
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, 秋山 純一
柳瀬 幹雄

21. EUS-FNA 後に重篤な感染症を生じた膵癌および GIST の 2 例

北里大学医学部 消化器内科学 ○上原 一帆, 岩井 知久, 金子 亨, 山内 浩史
奥脇 興介, 今泉 弘, 木田 光弘, 小泉和二郎

22. 高トリグリセリド血症を伴う急性膵炎の 3 例

東京ベイ浦安市川医療センター 消化器内科 ○佐々木昭典, 宮垣 亜紀, 宮崎 岳大, 岡本 梨沙
山田 徹, 木下 順二, 本村 康明

23. 無治療経過観察中の自己免疫性膵炎が自然増悪を来し、ステロイド治療が奏功した一例

がん・感染症センター都立駒込病院 消化器内科 ○梶原 有史, 千葉 和朗, 清水口涼子, 門阪真知子
池田 重人, 大和 彩乃, 高雄 暁成, 柴田 里美
来間佐和子, 桑田 剛, 大西 知子, 藤原 崇
田畑 拓久, 藤原 純子, 荒川 丈夫, 門馬久美子
小泉 浩一, 神澤 輝実

(7) 専修医Ⅶ(胆・その他) 10:48~11:12 座長 日本大学医学部 消化器肝臓内科 池 原 久 朝

24. 長期生存が得られた胆嚢扁平上皮癌の 1 例

日本医科大学付属病院 消化器外科 ○高橋 宏一, 神田 知洋, 水口 義昭, 真々田裕宏
谷合 信彦, 中村 慶春, 松下 晃, 吉岡 正人
清水 哲也, 勝野 暁, 近藤 亮太, 金谷 洋平
古木 裕康, 青木 悠人, 内田 英二

25. 肝門部肝嚢胞により閉塞性黄疸をきたした一例

東邦大学医療センター大森病院 消化器内科 ○北條 紋, 岡野 直樹, 吉本 憲介, 岩崎 将
宅間 健介, 原 精一, 伊藤 謙, 五十嵐良典

26. 癌性腹膜炎が疑われ、病理解剖で腹膜中皮腫と診断し得た一例

杏林大学 第三内科学 ○宮本 尚彦, 池崎 修, 箕輪慎太郎, 三井 達也
三浦 みき, 齋藤 大祐, 櫻庭 彰人, 林田 真理
徳永 健吾, 森 秀明, 久松 理一
杏林大学医学部付属病院 病理部 望月 眞

27. ALS に対するステロイドパルス療法後に生じた門脈ガス血症(Hepatic portal venous gas: HPVG)の一例

大森赤十字病院 ○西村 正基, 立川 準, 栗原 大典, 須藤 拓馬
芦刈 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

13：05～14：00

特別講演

非特異性多発性小腸潰瘍症の原因遺伝子同定から学んだこと 若手消化器内科 Dr.へのメッセージ

杏林大学医学部第三内科学 教授 久松 理一 先生

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

(8) 胃 14：05～14：29

座長 慶應義塾大学医学部 消化器内科 平 田 賢 郎

28. p53 蛋白の過剰発現を認めた胃底腺型胃癌の1例

東京医科大学 消化器内科 ○小山 洋平, 河野 真, 青木 勇樹, 佐藤 丈征
桑田 直子, 辻 雄一郎, 八木 健二, 糸井 隆夫
同 内視鏡センター 河合 隆

29. 造血器悪性腫瘍の重複癌として発見された胃癌の7例

慶應義塾大学医学部 一般・消化器外科 ○天田 塩, 竹内 祐也, 須田 康一, 中村理恵子
川久保博文, 和田 則仁, 北川 雄光
同 血液内科 岡本真一郎

30. 食道胃接合部癌に対して術前化学療法 DTX/CDDP/S-1 を行い、Pathological CR が得られた1例

北里大学病院 消化器内科 ○和田 尚久, 東 瑞智, 和田 拓也, 矢野 貴史
石戸 謙次, 堅田 親利, 小泉和二郎
北里大学新世紀医療開発センター先端医療領域開発部門 田邊 聡

31. 新規抗 *H.pylori* 抗体検査試薬の有用性の検討

東京大学医学部附属病院 消化器内科 ○権頭 健太, 高橋 悠, 山道 信毅, 水谷 浩哉
柿本 光, 小池 和彦
亀田総合病院附属幕張クリニック 和田 亮一, 光島 徹

(9) 胃・十二指腸 14:29~14:53

座長 北里大学医学部 消化器内科学 東 瑞 智

32. 腭炎発症より診断された十二指腸 Gangliocytic Paraganglioma の1例

国立病院機構東京医療センター 消化器科 ○阿部圭一朗, 加藤 元彦, 平井悠一郎, 窪澤 陽子
砂田由紀恵, 高田 祐明, 平田 哲, 高取 祐作
伴野 繁雄, 和田 道子, 木下 聡, 森 英毅
高林 馨, 菊池 美穂, 菊池 真大, 浦岡 俊夫

33. アルゴンプラズマ凝固法 (APC) 後も出血を繰り返すびまん性胃前庭部毛細血管拡張症 (DAVE) に対し内視鏡的バンド結紮術 (EBL) が奏功した1例

自治医科大学附属病院 消化器肝臓内科 ○長井 洋樹, 福田 久, 岡田 昌浩, 高橋 治夫
永山 学, 井野 裕治, 竹澤 敬人, 坂本 博次
三浦 義正, 林 芳和, 矢野 智則, 砂田圭二郎
大澤 博之, 山本 博徳

34. 部分的脾動脈塞栓術が有効であった胃前庭部毛細血管拡張症による貧血の1例

足利赤十字病院 内科 ○小池 健郎, 金子 仁人, 竹中 一央, 金森 瑛
水口 貴仁, 菅谷 仁, 小松本 悟
同 放射線診断科 潮田 隆一, 謝 毅宏, 長谷 学, 川田 一成
獨協医科大学 消化器内科 平石 秀幸

35. 胃拡張による虚血性潰瘍、急性腭炎を合併し著明な胃体上部狭窄をきたした上腸間膜動脈症候群の1例

自治医科大学附属病院 消化器肝臓内科 ○馬込 省吾, 竹澤 敬人, 周東 美和, 藤倉佐和子
岡田 昌浩, 福田 久, 廣澤 拓也, 高橋 治夫
井野 裕治, 坂本 博次, 三浦 義正, 林 芳和
矢野 智則, 砂田圭二郎, 大澤 博之, 山本 博徳
新小山病院 消化器内科 渡邊 俊司

(10) 小腸・大腸 14:53~15:17

座長 獨協医科大学 消化器内科 菅 谷 武 史

36. 診断に苦慮した、経カテーテル的動脈塞栓術で止血し得た十二指腸憩室の1例

新百合ヶ丘総合病院 ○星岡 賢英, 椎名 正明, 新倉 利啓, 中田 高央
平山 雄一, 川村 雄剛, 高野 幸司, 牧山 裕顕
石井 成明, 袴田 拓, 広石 和正, 國分 茂博
井廻 道夫

37. クロウン病による小腸狭窄に対してダブルバルーン内視鏡で部位診断し、手術治療が有効であった1例

自治医科大学 消化器・一般外科 ○齋藤 匠, 井上 賢之, 扇原 香澄, 直井 大志
田原真紀子, 鯉沼 広治, 堀江 久永, 佐久間康成
細谷 好則, 北山 丈二, 佐田 尚宏
同 消化器内科 宮原 晶子, 坂本 博次, 矢野 智則, 山本 博徳

38. インフリキシマブ投与中にIgA 血管炎を発症した大腸型クローン病の一例

自治医科大学附属さいたま医療センター ○若尾 聡士, 川村 晴水, 松本 吏弘, 森野 美奈
 松本 圭太, 賀嶋ひとみ, 高橋 裕子, 石井 剛弘
 関根 匡成, 西川 剛史, 上原 健志, 浦吉 俊輔
 山中 健一, 浅野 岳晴, 鷺原 規喜, 宮谷 博幸
 眞嶋 浩聡

39. 非結核性抗酸菌症治療薬投与後に発症した大腸炎の1例

独立行政法人国立病院機構宇都宮病院 消化器内科
 獨協医科大学 消化器内科 ○前田 光徳
 独立行政法人国立病院機構宇都宮病院 消化器内科 菅谷 洋子
 同 外科 増田 典弘, 芳賀 紀裕
 獨協医科大学 消化器内科 平石 秀幸

(11) 大腸 15:17~15:41 座長 国際医療福祉大学病院 消化器内科 安 藤 勝 祥

40. 虫垂原発の Mixed Adenoneuroendocrine Carcinoma (MANEC) の一例

日本医科大学 消化器内科学 ○桐田久美子, 鈴木 将大, 高木 信介, 重松 秀
 西本 崇良, 秋元 直彦, 大森 順, 佐藤 航
 小杉 友紀, 馬來康太朗, 江原 彰仁, 三井 啓吾
 米澤 真興, 田中 周, 辰口 篤志, 藤森 俊二
 岩切 勝彦

41. 虫垂炎で発症した虫垂 neuroendocrine tumor (NET) の1例

順天堂大学医学部附属練馬病院 総合外科 ○芦澤かりん, 高橋 敦, 岩永 直紀, 山田衣里佳
 北原 佳奈, 秋本 瑛吾, 伊藤 謙, 関根 悠貴
 春山優理恵, 河合 雅也, 宮野 省三, 渡野遼郁雄
 町田 理夫, 須郷 広之, 李 慶文, 児島 邦明
 同 病理診断科 小倉加奈子, 松本 俊治

42. 子宮内膜症を背景として同時発生した直腸, 卵巣腫瘍の一例

茨城県立中央病院 消化器内科 ○山岡 正治, 大関 瑞治, 五頭 三秀, 遠藤 壮登
 藤枝 真司, 荒木 眞裕, 天貝 賢二
 同 外科 佐々木和人, 吉見 富洋
 同 病理診断科 斉藤 仁昭, 飯嶋 達生

43. 93歳の超高齢者に対する腹腔鏡下結腸切除の一例

順天堂大学医学部附属練馬病院 総合外科 ○足立 啓介, 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
 渡野遼郁雄, 町田 理夫, 北畠 俊顕, 須郷 広之
 李 慶文, 児島 邦明

15:41~15:45

—閉会の辞—

第2会場（午前の部）

研修医セッション評価者

東京大学 消化器内科	木暮 宏史
東京都健康長寿医療センター 内視鏡科	西村 誠
獨協医科大学 消化器内科	室久 俊光

(12) 研修医 I (肝) 8:20~8:50 座長 厚木市立病院 消化器・肝臓内科 松 平 浩

44. 骨髄移植、免疫抑制療法後長期の経過で de novo B 型肝炎を発症した一例

虎の門病院 肝臓内科 ○福山 真史, 鈴木 義之, 福永 篤志, 小南 陽子
川村 祐介, 瀬崎ひとみ, 保坂 哲也, 芥田 憲夫
小林 正宏, 鈴木 文孝, 斉藤 聡, 荒瀬 康司
池田 健次, 熊田 博光

45. エンテカビル投与中止後再燃し、再投与後に耐性変異をきたした B 型急性肝炎の一例

東京女子医科大学病院 卒後臨床研修センター ○今井 美成
東京女子医科大学病院 消化器内科 五十嵐悠一, 小林 睦季, 山本 国子, 児玉 和久
小木曾智美, 谷合麻紀子, 鳥居 信之, 橋本 悦子
徳重 克年

46. 血小板減少症、貧血を合併したオメプラゾールが原因と考えられる薬物性肝機能障害の一例

国際医療福祉大学病院 ○人見 俊一, 田邊 裕貴, 太田 勝久, 安藤 勝祥
一石英一郎, 佐藤 貴一, 大竹 孝明, 高後 裕

47. ステロイドパルスが有効であった重症型アルコール性肝炎の 1 症例

筑波大学附属病院 消化器内科 ○竹内 直人, 内田 優一, 長谷川直之, 廣瀬 優
山浦 正道, 菅沼 大輔, 田島 大樹, 佐藤 雅志
江南ちあき, 石毛 和紀, 瀬尾恵美子, 福田 邦明
安部井誠人, 兵頭一之介

48. TAE によって救命できた特発性肝仮性動脈瘤破裂の一例

国立病院機構災害医療センター 消化器内科 ○浅見 桃子, 佐々木善浩, 上條 孟, 木谷 幸博
島田 祐輔, 林 昌武, 大野 志乃, 上市 英雄

(13) 研修医Ⅱ(腓1) 8:50~9:14 座長 埼玉医科大学総合医療センター 消化器・肝臓内科 高 林 英日己

49. 術前診断に苦慮した solid-pseudopapillary neoplasm の1例

獨協医科大学病院臨床研修センター ○横井 公一, 櫻岡 佑樹, 松本 尊嗣, 鈴木 隆志
清水 崇行, 田中 元樹, 朴 景華, 白木 孝之
小菅 崇之, 森 昭三, 加藤 正人, 青木 琢
窪田 敬一

50. 集学的治療により長期生存を得ている膵癌術後再発の1例

東海大学 消化器外科 ○山内 麻由, 古川 大輔, 矢澤 直樹, 藤城 健
山田 美鈴, 増岡 義人, 益子 太郎, 中郡 聡夫
小澤 壯治
放射線医学総合研究所重粒子医科学センター病院 山田 滋

51. 当初異時性多重癌の肝・臀部転移と考えられた膵癌術後再発の一例

獨協医科大学 第二外科 ○西 雄介, 白木 孝之, 田中 元樹, 朴 景華
小菅 崇之, 森 昭三, 青木 琢, 窪田 敬一
同 整形外科 玉井 和成
同 病理学 山岸 秀嗣, 黒田 一

52. 腹腔内出血を合併したアルコール性急性膵炎の1例

横須賀市立うわまち病院 ○山本 敦史, 小宮 靖彦, 大熊 幹二, 梅沢翔太郎
森川瑛一郎, 秋間 崇, 妹尾 孝浩, 池田 隆明

(14) 研修医Ⅲ(腓2) 9:14~9:38

座長 聖路加国際病院 消化器内科 小 俣 富美雄

53. 血管塞栓術を先行し、内視鏡的ネクロセクトミーを施行した walled-off necrosis の一例

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 ○高橋 宏太, 三輪 治生, 三箇 克幸, 合田 賢弘
入江 邦泰, 三浦 雄輝, 杉森 一哉, 沼田 和司
田中 克明
同 放射線部 山本 統, 関川善二郎, 竹林 茂生
横浜市立大学医学部 消化器内科学 前田 慎

54. 後下膵十二指腸動脈の仮性動脈瘤破裂の一例

板橋中央総合病院 ○奥田 俊, 町田 展章

55. 動脈塞栓術が奏功した出血性膵仮性動脈瘤の1例

東京慈恵会医科大学 消化器・肝臓内科 ○白石めぐみ, 千葉 允文, 野口 正朗, 光永 真人
猿田 雅之
同 放射線科 本橋 健司, 和田 紘幸, 蘆田 浩一

56. hemosuccus pancreaticus を合併した膵仮性嚢胞の経過観察中に、急性膵炎再発を契機とした脾動脈仮性動脈瘤の急激な増大に対して動脈塞栓術が奏功した一例

東京都済生会中央病院 消化器内科 ○鈴木 絢子, 阿部 善彦, 林 智康, 小川 歩
田沼 浩太, 西井まみか, 星野 舞, 上田 真裕
三枝慶一郎, 岸野 竜平, 酒井 元, 船越 信介
中澤 敦, 塚田 信廣
同 放射線科 塩見 英佑

(15) 研修医Ⅳ(胆・その他) 9:38~10:08 座長 NTT 東日本関東病院 消化器内科 田 島 知 明

57. 急性胆管炎を反復し、病理解剖で胆管癌の診断に至った一例

横浜南共済病院 消化器内科 ○浅野 史織, 鈴木 良優, 三井 智広, 佐野 裕亮
高木 将, 飯塚 千乃, 中山 沙映, 小串 勝昭
桑島 拓史, 福島 泰斗, 小林 楓, 有馬 功
濱中 潤, 金子 卓, 岡 裕之, 岡崎 博

58. 黄色肉芽腫性胆嚢炎に合併した表層進展型胆嚢癌の一切除例

東京都立墨東病院 外科 ○森重 健, 脊山 泰治, 鹿股 宏之, 小関 孝佳
遠藤 俊宏, 和田 郁雄, 宮本 幸雄, 梅北 信孝
同 検査科 蕨 雅大, 谷澤 徹

59. 治療に難渋し肝移植が必要となった、自己免疫性肝炎を合併する原発性硬化性胆管炎の一例

自治医科大学附属さいたま医療センター 消化器内科 ○吉野 望, 西川 剛史, 浅野 岳晴, 浅部 伸一
賀嶋ひとみ, 小糸 雄大, 高橋 裕子, 石井 剛弘
坪井瑠美子, 若尾 聡士, 大竹はるか, 上原 健志
川村 晴水, 浦吉 俊輔, 山中 健一, 松本 吏弘
鷺原 規喜, 宮谷 博幸, 眞嶋 浩聡

60. 腹腔内出血が発見の契機となった脾臓原発血管肉腫の1例

横浜市立大学医学部 肝胆膵消化器病学 ○福井 諒, 小川 祐二, 留野 渉, 今城 健人
米田 正人, 中島 淳, 斉藤 聡
横浜市立大学附属病院 臨床検査部 桐越 博之
同 病理部 山中 正二, 大橋 健一

61. メトトレキサート関連リンパ増殖性疾患が疑われた巨大脾腫の1例

自治医科大学附属さいたま医療センター 一般消化器外科 ○降旗 宏, 渡部 文昭, 町田枝里華, 遠藤 裕平
兼田 裕司, 野田 弘志, 力山 敏樹

(16) 研修医Ⅴ(食道・小腸) 10:13~10:37 座長 東京大学大学院 医学系研究科 消化管外科 愛 甲 丞

62. 診断に苦慮した食道多発悪性黒色腫の1例

東京女子医科大学 消化器一般外科 ○渡邊 亮, 成宮 孝祐, 工藤 健司, 矢川 陽介
前田 新介, 太田 正穂, 大杉 治司, 山本 雅一

63. まれな肺癌小腸転移の1例

順天堂大学医学部附属練馬病院 総合外科 ○奥田 玲奈, 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
渡野遼郁雄, 町田 理夫, 北畠 俊顕, 須郷 広之
李 慶文, 児島 邦明
同 病理診断科 小倉加奈子, 松本 俊治

64. クオンティフェロン陽性、内視鏡所見から臨床的に診断し治療奏功した腸結核の一例

聖マリアンナ医科大学 消化器・肝臓内科 ○神山 昌也, 小澤俊一郎, 近江 亮介, 白勢 大門
小澤 碧, 服部 美紀, 佐藤 義典, 池田 佳子
松尾 康正, 山下 真幸, 山本 博幸, 安田 宏
伊東 文生

65. OS-1 注入下での観察で出血点を特定し内視鏡的止血を得た小腸出血の一例

東京医科歯科大学 消化器内科 ○黄野 雅恵, 矢内 真人, 大谷 賢志, 仁部 洋一
 根本 康宏, 藤井 俊光, 大島 茂, 岡田英里子
 松岡 克善, 永石 宇司, 岡本 隆一, 土屋輝一郎
 長堀 正和, 中村 哲也, 渡辺 守
 同 光学医療診療部 竹中 健人, 木村麻衣子, 福田 将義, 大塚 和朗
 東京医科歯科大学医学部附属病院 長寿・健康医療人生推進センター 荒木 昭博

(17) 研修医Ⅵ(小腸) 10:37~11:01 座長 埼玉医科大学病院 消化管内科 藤井 庸平

66. 消化管出血および偽性腸閉塞を呈した原発性腸管アミロイドーシスの1例

聖路加国際病院 消化器内科 ○深川 恵理, 白鳥 安利, 本田 寛和, 岡本 武士
 池谷 敬, 中村 健二, 高木 浩一, 石井 直樹
 福田 勝之, 小俣富美雄, 藤田 善幸

67. 治療方針の決定に3D-CTが有用であった異物誤飲による閉塞性イレウスの1例

佐野厚生総合病院 ○深澤 義輝
 同 消化器内科 上岡 直史, 赤坂 茉莉, 戸ヶ崎和博, 松永 崇宏
 白石 貴久, 上原 淳, 寺元 研, 東澤 俊彦
 関根 忠一, 岡村 幸重

68. 妊娠中に発症した切迫早産を伴う癒着性イレウスの1例

横浜市立大学附属病院 消化器内科 ○渡部 衛, 金子 裕明, 杉森 慎, 佐藤 健
 山田 博昭, 須江聡一郎, 亀田 英里, 佐々木智彦
 田村 寿英, 石井 寛裕, 芝田 渉, 近藤 正晃
 前田 慎

69. 胸管閉塞に伴い発症した腹膜炎の一例

横浜市民立市民病院 消化器内科 ○松田 康平, 角田 裕也, 日比 則孝, 市川 将隆
 杉本 祐一, 辻野誠太郎, 新見 真央, 伊藤 剛
 今村 諭, 長久保秀一, 諸星 雄一, 小池 祐司
 藤田由里子, 小松 弘一

(18) 研修医Ⅶ(大腸1) 11:01~11:25 座長 帝京大学 内科 川島 悠

70. 肺扁平上皮癌の多発大腸転移の一例

とちぎメディカルセンターしもつが 消化器内科 ○小川 和紀, 岩下ちひろ, 大森 彩子, 倉田 秀一
 同 呼吸器内科 中村 理
 同 病理 山口 岳彦

71. HIV感染症に合併した肛門管扁平上皮癌の一例

杏林大学医学部 外科学教室(消化器・一般) ○服部 健人, 下山 勇人, 飯岡 愛子, 高安 甲平
 渡辺 武志, 小嶋幸一郎, 松岡 弘芳, 正木 忠彦
 杉山 政則

72. 直腸 S 状結腸部癌に併発した閉塞性大腸炎の一例

東京慈恵会医科大学 外科学講座 ○原 菜津子, 根木 快, 佐々木茂真, 橋爪 良輔
宇野 能子, 大熊 誠尚, 野秋 朗多, 小菅 誠
衛藤 謙, 矢永 勝彦

73. 全大腸に多発する非特異的なびらん性病変を認めた大腸 MALT リンパ腫の 1 例

草加市立病院 消化器内科 ○松本 浩明, 岡田 理沙, 松川 直樹, 小橋健一郎
今城 眞臣, 鎌田 和明, 吉田 玲子, 矢内 常人

(19) 研修医Ⅷ(大腸 2) 11:25~11:43

座長 慶應義塾大学医学部 外科学 石 田 隆

74. 肛門周囲膿瘍を併発した潰瘍性大腸炎の 1 例

日本大学医学部附属板橋病院 ○川本 俊輔, 池原 久朝, 堤 康志郎, 大内 琴世
増田 あい, 岩塚 邦生, 中川 太一, 高橋 利実
中河原浩史, 大久保理恵, 山本 敏樹, 今武 和弘
小川 眞広, 松岡 俊一, 後藤田卓志, 森山 光彦

75. 十二指腸乳頭癌による急性胆管炎を契機に診断できた家族性大腸腺腫症の 1 例

防衛医科大学校 内科学 2 ○小野 晋治, 溝口 明範, 西井 慎, 寺田 尚人
白壁 和彦, 杉原 奈央, 塙 芳典, 和田 晃典
古橋 廣崇, 高城 健, 安武 優一, 東山 正明
渡辺知佳子, 富田 謙吾, 穂刈 量太, 三浦総一郎

同 外科学

瀧端 康博, 野呂 拓史, 上野 秀樹

防衛医科大学校病院 光学医療診療部

高本 俊介, 永尾 重昭

76. 直腸巨大糞石を契機に発見された Tailgut cyst の一例

横浜市立大学 消化器・腫瘍外科 ○池田 孝秀, 諏訪 雄亮, 石部 敦士, 樫山 将士
秋山 浩利, 遠藤 格

横浜市立大学附属市民総合医療センター 消化器病センター 中川 和也, 諏訪 宏和, 大田 貢由

横浜市立大学 がん総合医療学 市川 靖史

第2会場（午後の部） 一般演題

(20) 肝 14:05~14:35 座長 東海大学医学部 消化器内科学 鶴谷 康太

77. ソラフェニブ増量により著明な腫瘍縮小効果を認めた肝細胞癌の一例

東海大学医学部附属病院 消化器内科 ○安斎 和也, 鶴谷 康太, 広瀬 俊治, 加川 建弘
峯 徹哉

78. 慢性C型肝炎に合併した肝細胞癌の無治療経過観察中にAFPとPIVKA-2の著明な自然乖離を認めた一例

日本海員救済会 横浜救済会病院 ○木本 華織, 齋藤 紀文, 石井ゆには, 伊藤ちひろ
二本松宏美

79. ミリプラチンを使用した肝動脈化学塞栓療法後に発症した薬剤性肺障害の一例

日本大学医学部 内科学系消化器肝臓内科 ○高橋 利実, 中河原浩史, 渡邊 幸信, 平山みどり
三浦 隆生, 松本 直樹, 山本 敏樹, 小川 眞広
松岡 俊一, 後藤田卓志, 森山 光彦

80. 早期から脾腎短絡路の発達を認めたAMA・M2抗体陰性非硬変性PBCの一例

千葉大学医学部附属病院 消化器内科 ○清野宗一郎, 丸山 紀史, 小林 和史, 神田 達郎
横須賀 収

81. 成人発症したサイトメガロウイルス肝炎の一例

東邦大学医療センター大森病院 ○團 宣博, 和久井紀貴, 松清 靖, 岩崎 沙季
萩野 悠, 松井 太吾, 向津 隆規, 宅間 健介
塩沢 一恵, 篠原 美恵, 池原 孝, 永井 英成
渡辺 学, 五十嵐良典, 住野 泰清

(21) 膵・その他 14:35~15:11 座長 自治医科大学 消化器・一般外科 三 木 厚

82. 術前診断に苦慮した若年性膵癌の一例

順天堂大学附属練馬病院 総合外科 ○鈴木 信之, 岩永 直紀, 高橋 敦, 山田衣里佳
北原 佳奈, 秋本 瑛吾, 伊藤 譲, 関根 悠貴
春山優理恵, 河合 雅也, 宮野 省三, 小坂泰次郎
渡野邊郁雄, 町田 理夫, 北畠 俊顕, 須郷 広之
李 慶文, 児島 邦明
同 病理診断科 小倉加奈子, 松本 俊治

83. 咽頭部NECから転移した膵腫瘍の一例

獨協医科大学日光医療センター 消化器内科
獨協医科大学 消化器内科 ○井澤 直哉, 小松原利典
獨協医科大学日光医療センター 消化器内科 永島 一憲, 岩崎 茉莉, 陣内 秀仁, 櫻井 紘子
眞島 雄一
獨協医科大学 消化器内科 常見美佐子, 土田 幸平, 平石 秀幸

84. 分枝型 IPMN の長期経過観察中に浸潤型膵管癌が発生した2切除例

NTT 東日本関東病院 消化器内科 ○石井 研, 藤田 祐司, 松橋 信行
同 外科 長尾 厚樹, 針原 康
同 病理診断部 名城 珠希, 堀内 啓

85. IP 療法にて CR が得られた膵神経内分泌癌の一例

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 和広, 山田 育弘, 佐々木 隆, 松山 真人
高野 浩一, 笹平 直樹

86. 急性膵炎経過中に仮性動脈瘤からの後腹膜出血を合併した一例

東海大学八王子病院 消化器内科 ○伊藤 裕幸, 今井 仁, 築根 陽子, 羽田野敦子
市川 仁志, 永田 順子, 小嶋清一郎, 高清水眞二
白井 孝之, 渡辺 勲史
同 放射線診断科 嶺 貴彦, 松本 智博, 長谷部光泉

87. 肝部分切除後、総胆管にヘモクリップが迷入した一例

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 外科 ○末松 秀明, 南 裕太, 川口 大輔, 佐藤 渉
小坂 隆司, 湯川 寛夫, 大田 貢由, 國崎 主税
横浜市立大学 外科治療学 利野 靖, 益田 宗孝

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
342	貝 瀬 満 (国家公務員共済組合連合会 虎の門病院)	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
346	緒 方 晴 彦 (慶應義塾大学医学部 内視鏡センター)	9月30日(土)	東 京 海運クラブ	6月21日 ～7月26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

講演会回数	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	11月4日(金)
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342回) 例会のお知らせ

期 日：平成28年12月3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D(弁慶橋)出口 5分

特別講演：「ピロリ菌感染を基盤とする胃癌発症機構」

演者：東京大学大学院医学系研究科・医学部 病因・病理学専攻

微生物学講座 微生物学教室 教授 畠山 昌則

司会：国家公務員共済組合連合会 虎の門病院 消化器内科 内視鏡部 部長 貝瀬 満

ランチョンセミナー：「腸内細菌関連インドール化合物、潰瘍性大腸炎新規治療薬としての可能性」

演者：慶應義塾大学医学部内科学(消化器) 教授 金井 隆典

司会：東京慈恵会医科大学 消化器・肝臓内科 主任教授 猿田 雅之

当番会長：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 内視鏡部 部長)

【運営事務局】

株式会社サンプラネット メディカルコンベンション事業部

担当：広瀬

〒112-0012 東京都文京区大塚3-5-10 住友成泉小石川ビル6F

TEL 03-5940-2614 FAX 03-3942-6396

E-mail: jsge2016_342@sunpla-mcv.com

◆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、上記の運営事務局へ、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

日本消化器病学会関東支部 第29回教育講演会ご案内
(日本消化器病学会専門医制度：18単位)

日 時：2016年11月20日（日） 9：00～17：10

会 場：シェーンバッハ・サボー（〒102-0093 東京都千代田区平河町2-7-5 電話：03-3261-8386）

会 長：正田 純一（筑波大学医学医療系 医療科学 教授）

主 題：「一歩進んだ消化器病学—診断と治療—」

◆開会の辞◆正田 純一（第29回教育講演会会長）

◆モーニングセミナー◆「肝疾患の超音波診断」

講師：田中 弘教（宝塚市立病院 消化器内科 部長）

司会：仁平 武（水戸済生会総合病院 副院長 消化器内科）

◆講演1◆「食道良性疾患の病態・診断・治療」

講師：岩切 勝彦（日本医科大学 消化器内科 教授）

司会：溝上 裕士（筑波大学医学医療系 光学医療診療部 病院教授）

◆講演2◆「胃疾患の診断と内視鏡治療」

講師：河合 隆（東京医科大学病院 内視鏡センター 教授）

司会：寺島 秀夫（筑波大学ひたちなか社会連携教育研究センター 部長 教授）

◆講演3◆「炎症性腸疾患」

講師：鈴木 康夫（東邦大学医療センター佐倉病院 内科 教授）

司会：平井 信二（日立総合病院 副院長 消化器内科）

◆ランチョンセミナー◆「C型肝炎」

講師：徳重 克年（東京女子医科大学 消化器内科 教授）

司会：横須賀 収（船橋中央病院 院長）

◆講演4◆「生活習慣病と肝疾患」

講師：荒瀬 康司（虎の門病院附属健康管理センター・画像診断センター 統括センター長）

司会：橋本 悦子（東京女子医科大学 消化器内科 教授）

◆講演5◆「肝硬変の栄養療法」

講師：川口 巧（久留米大学医学部 消化器内科 講師）

司会：山本 雅一（東京女子医科大学 消化器外科 教授）

◆アフタヌーンセミナー◆「消化器癌の化学療法」

講師：倉持 英和（東京女子医科大学八千代医療センター 化学療法部 講師 診療部長）

司会：鈴木 英雄（筑波大学医学医療系 消化器内科 准教授）

◆講演6◆「胆道疾患の内視鏡治療」

講師：露口 利夫（千葉大学大学院医学研究院 消化器・腎臓内科学 講師）

司会：峯 徹哉（東海大学医学部 消化器内科 教授）

◆講演7◆「IPMNと膵がん」

講師：真口 宏介（手稲溪仁会病院 消化器病センター長）

司会：窪田 敬一（獨協医科大学 第二外科 教授）

◆支部長挨拶◆峯 徹哉（東海大学医学部 消化器内科 教授）

◆閉会の辞◆正田 純一（第29回教育講演会会長）

参加方法：事前登録制となりますので、2016年11月4日（金）までに関東支部ホームページの参加登録から、お申し込み下さい。

参加費（5,000円、テキスト代含む）は事前振込となります。

なお一度お振込いただいた参加費は原則的にはご返金いたしませんので予めご了承ください。

※定員になり次第、締め切らせて頂きます。（定員500名）

更新単位：18単位

※専門医更新単位登録票への確認印の押印は、開会の辞から閉会の辞までご参加いただいた方に限ります。

なお、専門医更新単位登録票確認印の受付は、閉会の辞終了後から開始いたします。

問合せ先：日本消化器病学会関東支部第29回教育講演会 運営事務局

（株）サンプラネット内 担当：高橋

〒112-0012 東京都文京区大塚3-5-10 住友成泉小石川ビル6F

TEL 03-5940-2614 FAX 03-3942-6396

E-mail：s3-takahashi-sun@hhc.eisai.co.jp

1

SOX療法および内視鏡治療による集学的治療が奏効した切除不能胃癌の一例

日本大学医学部 内科学系消化器肝臓内科学分野

堤康志郎, 池原久朝, 大内琴生, 増田あい, 若塚邦生, 中川太一, 高橋利実, 中河原浩史, 大久保理恵, 山本敏樹, 今武和弘, 小川眞広, 松岡俊一, 後藤田卓志, 森山光彦

【症例】80歳代、男性【主訴】嚥下時つかえ感【既往歴】20歳時肺結核、85歳時腹部大動脈瘤【現病歴】201X年8月、嚥下時のつかえ感を主訴に近医を受診。上部消化管内視鏡検査を施行され、噴門部前壁に0-I型腫瘍（生検にてtub2）を認め、同年12月にESD施行目的に当院紹介となった。しかし、術前精査で行った腹部エコーおよび造影CTにて転移性肝腫瘍の所見を認め、切除不能胃癌と判断した。翌年1月よりSOX療法（Oxaliplatin 70mg/m² on day 1, TS-1 100mg/body/day for 2 weeks）を開始した。Grade 1の末梢神経障害を認めたが、その後は増悪なく、4コースを終了後の効果判定では造影CTにて肝転移巣の消失を認めた。上部消化管内視鏡検査においても噴門部腫瘍は著明な縮小を認めた（生検Group 1）。同年4月から外来にてTS-1単剤療法を2コース施行し、その後投薬フリーとした。6月上旬に再度内視鏡、CTで精査を行ったが、原発巣からの生検はGroup 1で肝転移巣も消失した状態を維持していた。遺残腫瘍の存在も疑われたため原発巣に対して同年7月にESDを施行した。病理結果はWell differentiated tubular adenocarcinoma (tub1), type 0-IIc, 1.0mm, pT1b(SM), ly0, v0, pHM(-), pVM(-)であり、断端陰性切除が施行し得た。【考察】切除不能胃癌に対するSOX療法は国内第III相試験（G-SOX試験）においてSP療法に対する非劣性が証明された。これに伴いHER2陰性胃癌に対するfirst line chemotherapyとして注目されている。また、早期胃癌の肝転移は0.2~0.3%と稀である。今回、化学療法後にサルベージ治療として内視鏡治療を施行しCRを得た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。

切除不能胃癌, SOX療法

2

心房細動に対するアブレーション治療後に胃排出障害・消化管穿孔を生じた一例

昭和大学藤が丘病院 消化器内科

吉田詠里加, 五味邦代, 中西 徹, 若橋健太, 小林孝弘, 田淵晃大, 宮尾直樹, 東畑美幸子, 上原なつみ, 花村祥太郎, 高野祐一, 山村詠一, 黒木優一郎, 井上和明, 長浜正亞

【症例】70歳代男性【主訴】腹部膨満感、心窩部不快感【既往歴】なし【現病歴】20XX年Y月Z-6日に当院循環器内科で発作性心房細動に対しアブレーション治療を行った。Y月Z-5日に食道潰瘍の有無を評価するために上部消化管内視鏡を施行するも特記すべき所見はなく、術後経過問題なくY月Z-1日に退院となった。同日より腹部膨満、嘔気、心窩部不快感が出現した。Y月Z日当院循環器内科を受診した際に胸部X線写真にて腹腔内遊離ガスを認め、同日消化器内科に緊急入院となった。【入院後経過】第1病日より経鼻胃管を挿入し、絶飲食、補液、PPI・抗生剤を投与開始した。胃管からの排液は1日200-300ml程度であり、食物残渣の混入した胃液様の性状であった。第2病日の血液検査でのCRP10.0mg/dlをピークに、第8病日の血液検査でCRPは1.98mg/dlまで低下したため、経鼻胃管よりガストログラフィンによる上部消化管造影検査を施行した。明らかな消化管外への造影剤の漏出は認めず、胃管をクランプした。第9病日の腹部X線写真では、胃内に造影剤の残存を認めるものの、大腸まで造影剤が流出していることを確認したため、胃管を抜去した。第11病日より半消化態栄養の経口摂取を開始したが、症状の再燃はなく、第13病日に上部消化管内視鏡検査を施行した。二酸化炭素送気で咽頭から十二指腸下行脚まで観察し、胃穹隆部・体部にびらんを認めるものの、潰瘍や明らかな穿孔部は認めなかった。13日間の絶食にもかかわらず、胃内には食物残渣が多量に残存しており、観察中胃蠕動が低下していたため、蠕動低下が胃排出障害の原因と考えられた。第14病日よりモサプリドクエン酸塩、大建中湯エキスを顆粒の内服を開始し、第18病日のX線写真にて胃内の液体貯留が改善傾向にあったため、第19病日より食事を再開した。その後、症状の再燃を認めず、第28病日退院となった。【考察】心房細動アブレーション後6日後に発症した消化管穿孔・胃排出障害の症例を経験した。心房細動アブレーション後の食道周囲迷走神経損傷の報告も散見され、若干の文献的考察を加えて報告する。

アブレーション, 胃排出障害

3

プロトンポンプ阻害薬とC型肝炎に対する経口抗ウイルス薬内服中に胃蜂窩織炎を発症した一例

自治医科大学附属病院 消化器肝臓内科¹⁾

独立行政法人地域医療機能推進機構 うつのみや病院 消化器内科²⁾

自治医科大学附属病院 感染免疫学³⁾

荒井 道^{1,2)}, 岩下ちひろ¹⁾, 竹澤敬人¹⁾, 石渡 彰¹⁾, 小黒邦彦¹⁾, 岡田昌浩¹⁾, 福田 久¹⁾, 高橋治夫¹⁾, 井野裕治¹⁾, 坂本博次¹⁾, 三浦義正¹⁾, 林 芳和¹⁾, 矢野智則¹⁾, 砂田圭二郎¹⁾, 大澤博之¹⁾, 磯田憲夫¹⁾, 山本博徳¹⁾, 岡部太郎³⁾, 笹原鉄平³⁾

【序文】胃蜂窩織炎は、胃壁の粘膜下層を中心に全層性に滲出性変化と炎症細胞浸潤、浮腫を来す比較的稀な疾患である。可急的に診断、治療を施行しないと予後不良である。今回C型肝炎に対してダクラタスビル、アスナプレビルを内服中に胃蜂窩織炎になり、保存的治療で加療し得た症例を経験したので報告する。

【症例】78歳、女性。慢性C型肝炎と1998年発症の胃潰瘍の既往に対してフォローしていた。2014年のEGDにて胃潰瘍は治癒していたがランソプラゾールの内服を継続していた。抗ウイルス療法開始21週間より発熱・心窩部痛が出現。22週の来院時も同様の症状と炎症反応高値を認め、精査加療目的に入院となった。

【経過】腹部造影CTで胃壁のびまん性肥厚を認め、EGDでは前庭部大弯後壁に深掘り潰瘍を認めた。血液培養でA群連鎖球菌が検出され、胃蜂窩織炎と診断した。ピペラシリン/タゾバクタム、クリンダマイシンの併用投与を中心とした保存的治療を行った。その後症状、血液検査所見共に改善し、入院10日目の腹部CTでも胃壁の炎症は改善していた。EGDで萎縮性胃炎があり、*Helicobacter pylori*の検索を行ったが血清IgG抗体、便中抗原ともに陰性であった。経口摂取開始後も増悪なく、入院35日目に退院となった。

【考察】以前は外科的な治療が中心であったが、本症例と同様に早期の適切な抗菌薬の使用により保存的治療で治癒する症例も散見される。背景因子として糖尿病などの基礎疾患、飲酒、胃内pHの上昇、ESD後などがある。本症例では、ランソプラゾール内服による胃内pHの上昇も要因の一つと考えられた。またダクラタスビルとアスナプレビルの副作用に消化管出血の報告はあるが胃潰瘍の報告はなく、現段階では胃潰瘍、胃蜂窩織炎との因果関係は不明である。

胃蜂窩織炎, 経口抗ウイルス薬

4

脾腫瘍との鑑別が困難であった十二指腸Gastrointestinal stromal tumorの一例

順天堂大学附属順天堂医院 消化器内科

竹内友朗, 芳賀慶一, 赤澤陽一, 横井一徳, 石井重登, 泉健太郎, 立之英明, 藤澤聡郎, 内山 明, 松本健史, 加藤順子, 澁谷智義, 山科俊平, 渡辺純夫

【症例】56歳、男性【主訴】特になし【既往歴】特記事項なし【経過】健康診断の腹部超音波検査で脾頭部腫瘍を指摘され、当院紹介受診となった。腹部造影CT及びMRI検査で脾頭部に辺縁優位に濃染する30 mm大の内部不均一な腫瘍を認めた。超音波内視鏡検査（EUS）では、十二指腸-脾頭部領域に境界明瞭な低エコー腫瘍を認めたが、由来臓器の同定は困難であった。以上の所見より、十二指腸粘膜下腫瘍および脾神経内分泌腫瘍（P-NET）の鑑別のためEUS-FNAを施行した。病理結果よりGastrointestinal stromal tumor（GIST）と診断され、十二指腸部分切除術を行った。腫瘍は薄い被膜で覆われており、十二指腸水平脚に漿膜面へ突出し、一部脾鉤部と軽度癒着を認めた。また、十二指腸粘膜下で固有筋層と連続しており、腸管粘膜面への進展は認めなかった。免疫組織染色ではc-kit(+), CD34(-), S-100(-), SMA(-), MIB-1 index<5%で、十二指腸より発生した管外発育型のlow risk GISTと診断された。術後経過は良好であり、現在経過観察中である。【考察】十二指腸GISTは、脾臓側に壁外発育した場合、通常の画像診断では由来臓器の同定が難しいことが多く、特に脾頭部領域のP-NETとの鑑別に難渋し、脾頭部十二指腸切除術が施行された報告が散見されている。本症例はEUS-FNAを施行することで術前に十二指腸GISTと診断でき、低侵襲な術式で治療することが可能であった。【結語】脾腫瘍との鑑別が困難であった十二指腸GISTの一例を経験したので文献的考察を加えて報告する。

十二指腸, GIST

5 壮年期発症の上腸間膜動脈症候群に対して六君子湯投与により再発を認めていない1症例

練馬総合病院 外科¹⁾、同 内科²⁾
大野昌利¹⁾、栗原直人¹⁾、佐々木康裕²⁾、加藤 昊²⁾、松田英士²⁾、
筒井なり¹⁾、松浦芳文¹⁾、飯田修平¹⁾

上腸間膜動脈症候群（以下、SMA症候群）は十二指腸水平脚がSMAを含む腸間膜根部と大動脈や脊椎との間に挟まれ通過障害をきたす比較的稀な病態である。今回、壮年期に発症したSMA症候群に対して六君子湯により長期間再発をみとめていない症例を経験した。症例は41歳、男性。主訴は嘔吐。食後に30分から1時間毎に嘔吐を繰り返して近医受診した。急性胃腸炎の診断にて帰宅するも、症状持続するため、再度受診し施行した腹部CTにて上腹部イレウスが疑われ、当院紹介受診した。腹部CTを再読影し、胃の拡張及び大動脈とSMA交叉部までの十二指腸の拡張を認め、大動脈とSMAの間は5mm程度しかなく、SMAによる腸閉塞と診断した。禁食、胃管挿入による減圧、補液による保存的治療にて軽快した。上部消化管内視鏡では十二指腸水平脚まで観察したが粗大病変は認めなかった。解剖学的狭窄は認めるため、食事療法および六君子湯の食前投与を開始した。以後、経過観察で施行した腹部CTでは大動脈とSMAの間は7mmであったが通過障害はなく、症状の再発は認めていない。SMA症候群は解剖学的要因以外に食事摂取困難や吸収障害による衰弱によって腸間膜や十二指腸周囲の脂肪減少などが誘因となり大動脈とSMAの間が狭くなることや、脊柱側弯症に対する手術や大腸癌術後などSMAが大動脈から分岐する角度を狭まったことなどが挙げられる。本症例ではBMI18と痩せ型ではあるが食事摂取に問題はなく、手術既往歴もみとめず、先天的な解剖学的異常が原因と考えられる。治療は保存的治療により改善しない場合や再発を繰り返す場合は、外科的治療の適応となる。六君子湯は運動不全型の上腹部愁訴に有効な薬剤である。薬理作用に消化管運動亢進作用や胃粘膜保護作用が認められ、臨床的に胃排出能促進作用が報告されている。解剖学的な原因のSMA症候群に対して六君子湯が著効した症例を若干の文献的考察を加え報告する。

SMA症候群、六君子湯

6 小腸憩室に対するダブルバルーン内視鏡の有用性について

日本医科大学付属病院 消化器・肝臓内科
小泉英里子、江原彰仁、重松 秀、高木信介、西本嵩良、大森 順、
秋元直彦、佐藤 航、小杉友紀、鈴木将大、馬来康太郎、三井啓吾、
米澤真興、田中 周、辰口篤志、藤森俊二、岩切勝彦

【背景・目的】小腸憩室は内視鏡診断が困難であったが、ダブルバルーン内視鏡(DBE)やカプセル内視鏡(CE)の登場で内視鏡診断や治療が可能となった。今回我々は小腸憩室に対するDBEの有用性について検討した。【方法】DBEで診断した小腸憩室15例を解剖学的な位置から先天性憩室(メッケル憩室)12例と後天性憩室3例に分類し、患者背景、検査動機、内視鏡所見、治療方法、異所性胃粘膜シンチやCEとの比較、異所性胃粘膜の有無などを検討した。【結果】メッケル憩室12例は平均41.3歳、男女比7:5。検査動機は原因不明消化管出血(OGIB)10例と腸閉塞2例だった。DBEの内視鏡所見は10例で潰瘍、潰瘍瘢痕、ポリープ様隆起、狭窄など様々な所見を示し、8例をOGIB、2例を腸閉塞の原因と診断し手術を行った。一方2例はDBEで粘膜面の異常を認めず偶発的に発見されたと判断し経過観察とした。OGIBの原因と診断した8症例のうちCE陽性率は4/7例(57.1%)。異所性胃粘膜シンチ陽性率は5/7例(71.4%)だった。また異所性胃粘膜は手術標本では全例陽性だったが、生検では3/5例(60%)だった。なおNSAID内服は1例のみ、H. Pyloriも1例のみ陽性だった。後天性憩室は平均85.7歳、男性3例。検査動機はいずれもOGIBだった。3例とも憩室内に血管性病変を認め内視鏡的止血術(スネア先端で焼灼1例とクリップ2例)を行ったが、スネア先端で焼灼した1例は再出血し手術を行った。なおCEは2例施行し陽性率1/2例(50%)だった。【考察】DBEはCEや異所性胃粘膜シンチが陰性でも小腸憩室を診断でき、また血管性病変を伴う場合には治療も可能であり有用であった。症状を有するメッケル憩室の多くに異所性胃粘膜を認めたが、異所性胃粘膜シンチや生検では偽陰性となる症例があった。

小腸憩室、ダブルバルーン内視鏡

7 粘膜筋板の消失を認めた大腸mucosal polypの1例

とちぎメディカルセンター しもつが¹⁾、
自治医科大学内科学講座 消化器内科部門²⁾
大森彩子¹⁾、砂田富美子¹⁾、倉田秀一¹⁾、岩下ちひろ¹⁾、
津久井舞未子²⁾、坂本博次²⁾、森本直樹²⁾

今回我々は、大腸mucosal polypの1例を経験したので、報告する。症例は71歳男性。左下腹部痛精査のため、当科受診。近医にて慢性関節リウマチにて治療を受けている。腹部CTでは異常所見を認めなかった。大腸内視鏡を希望されたため、施行。S状結腸には憩室が散在していた。さらにS状結腸に径8mm大の棍棒様の隆起性病変を認めた。粘膜は正常粘膜で覆われていた。ポリペクトミーを希望されたためEMRを施行した。病理所見では正常粘膜に覆われ、粘膜下層を主体とするmucosal polypと診断した。また本症例では粘膜筋板の消失を認めた。これまでの報告によると大腸mucosal polypの発生については何らかの粘膜隆起が腸管運動によって引き延ばされた結果と示唆されている。粘膜筋板の消失ないしは非薄化についての検討は少なく、本症例は大腸mucosal polypの成因を考える上で示唆に富む症例であることから、報告する。

mucosal polyp、大腸

8 大動脈瘤を背景とした慢性DICにより消化管出血をきたした1例

国家公務員共済組合連合会 横須賀共済病院 消化器内科
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】81歳、女性。【主訴】血便、倦怠感。【既往歴】胸腹部大動脈瘤、偽腔開存型大動脈解離、高血圧症、脂質異常症【現病歴】胸腹部大動脈瘤を有しているが、高齢であり手術は施行されず経過観察となっていた。20×年4月初旬より黒色便及び少量の鮮血便を自覚していた。5月12日に全身倦怠感を自覚し前医を受診した。高度貧血を認め消化管出血が疑われ当科紹介となり精査加療目的に入院となった。【経過】来院時、Hb 6.1 g/dlと高度貧血を呈しており赤血球輸血を要した。血小板(6.7万/μl)とフィブリノゲン(113 mg/dl)は低値であり、FDP(83.8 μg/ml)、D-dimer(18.4 μg/ml)、PIC(10.7 μg/ml)、TAT(60 μg/ml以上)で高値であり、DICスコアは8点であった。上下部内視鏡検査では出血を来しうる病変は認められなかった。造影CTでは40 mmの大動脈弓部瘤と56 mmの胸腹部大動脈瘤が認められた。胸腹部大動脈瘤の壁に血栓内には高濃度成分を伴っており同部位での血栓形成の活性化が疑われた。局所の凝固活性化による凝固因子消費が慢性的なDICを来していることが示唆された(local DIC)。消化管出血の原因として、DICによる易出血状態を背景とした腸管粘膜からの機械的刺激による間欠的な出血が疑われた。Local DICに対し抗線溶療法としてトナネキサム酸 750 mg/dayの内服投与を開始したところDICの改善を認め投与開始7日目に鮮血便は消失した。投与開始1ヶ月後の血液検査ではHbは11.7 g/dlまで改善していた。【考察】大動脈瘤壁や大動脈解離腔内での局所的な凝固活性化は慢性的なDICを来し臓器出血症状を来しうる。本症例のようにLocal DICに対し抗線溶療法が有効であった症例が散見される。消化管出血を来した報告例は少なく、occult gastrointestinal bleedingの原因として見逃されやすい病態であると考えられるため、文献的考察を加え報告する。

消化管出血、DIC

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

【症例】75歳、男性。【主訴】粘液便と左側下腹部腫痛（3cm×10cm）
【現病歴】5年前に左後腹腫痛の診断で左後腹膜腫瘍・左腎・脾合併切除が施行された。この2年後、左後腹膜脂肪肉腫の再発に対して腫瘍摘出術が施行された。本年X月より10日/日以上の水様便、2月前より左下腹部腫痛を自覚するようになった。これと同時に粘液便も認められるため、前医にて入院加療となった。【臨床経過】CS所見から潰瘍性大腸炎を疑い、PSL+5-ASA製剤にて加療が開始された。しかしながら改善に乏しく、精査加療目的にて転院となった。当院にて再検査されたCSでは下行結腸よりS状結腸にかけて区域性の全周性浮腫状粘膜を認め、造影CTでは同区域の棍棒状肥大を認めるほか、IMVの指摘が困難であった。IMV狭窄・閉塞によるうっ血性大腸炎を疑い、血管造影検査を施行したところ、選択的造影を行ってもIMVは描出されず、同領域の血流は一時的にS状結腸にうっ滞し、後に主に左内腸骨静脈から体循環に還流していた。以上より慢性うっ血性大腸炎の診断に至った。消化管安静にて症状緩和し、外来にて観察中であるが下痢・粘液便は認められないもの、左側下腹部腫痛に著変はなく経過している。【考察】IMVは左結腸、S状結腸、上部直腸からの血流を集め、門脈系へと合流する血管であり、狭窄・閉塞することにより静脈還流異常に伴ううっ血が生じ、領域性に虚血に至る。本症においてIMVが造影されない理由は定かではないが、脂肪肉腫に対する手術操作にてIMV切除の可能性もしくはIMV血栓症が疑われた。成書によると腸間膜静脈血栓症の臨床症状は腹痛・嘔気・下痢・血便など多彩であり、本症例に一致する。治療法は未だ確立しておらず、発症早期の症例に対してはIVRを用いた抗凝固・線溶療法が有用であるとの報告が散見されるが、早期診断は困難であり、8割の症例で壊死腸管切除などの外科的治療が行われている。術後再発率は2-3割と高く、抗凝固療法が推奨されている。【結語】潰瘍性大腸炎との鑑別に難渋するもの、造影CTや血管造影にて診断したうっ血性大腸炎の1例を経験した。

うっ血性大腸炎、下腸間膜静脈

佐野厚生総合病院 消化器内科
松永崇宏、白石貴久、戸ヶ崎和博、上岡直史、上原 淳、寺元 研、
東澤俊彦、関根忠一、岡村幸重

【症例】60代、男性。【主訴】下痢、嘔吐。【現病歴】X年1月18日夜から発熱、悪寒とともに下痢、嘔吐を認めた。下痢は水様であり、トイレから離れられない状態であった。嘔吐は1日5-6回程度認め胃液様であった。自宅経過を見ていたが、症状の改善がないため1月20日に当院救急センターを受診した。最終食は1月18日の夕食であり、以降は何も食べられておらず、飲水も嘔吐のため、ほとんど摂れていない状態であった。救急外来での血液検査で著明な脱水所見と急性腎前性腎不全を疑う所見を認め入院加療の方針とした。なお、同居する孫2人（3歳、1歳）がロタウイルス腸炎と診断されていた。【入院後経過】感染性腸炎および高度脱水に伴う急性腎前性腎不全として加療を開始した。入院後も下痢は頻回であり、1日11行程度の水様下痢を認め、入院1日目には1度のみであるが血便を認めた。入院2日目には血清Cre 9.13 mg/dlまで増悪を認め、一時は無尿状態となるも、連日の大量補液で入院3日目より利尿を認め、入院4日目には便回数も1日2行と改善を認めた。入院6日目には血清Cre 1.00 mg/dlまで改善を認め、腎代替療法が必要となるような肺水腫や電解質異常等の腎不全症状は認めず経過した。入院時の便検査よりロタウイルス抗原陽性であり、便培養では正常細菌叢であった。以上より、ロタウイルス腸炎および脱水に伴う急性腎前性腎不全と合併と診断した。【考察】ロタウイルス感染症は従来、小児好発の感染症と考えられてきたが、近年、高齢者施設内での集団感染の報告や、成人での虚血性腸炎の原因として注目されている。一方で、成人でのロタウイルス腸炎の重症例の報告はほとんどないのが現状である。今回、高齢発症のロタウイルス腸炎から急性腎不全を呈した一例を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

感染性腸炎、ロタウイルス

東京労災病院 消化器内科
掛川達矢、西中川秀太、小嶋啓之、吉峰尚之、武田悠希、高亀道生、
平野直樹、大場信之、児島辰也

症例は73歳、男性。2009年5月に右大腿骨頸部骨折のため当院整形外科へ入院した。入院中に発熱、炎症反応の上昇を認め、腹部造影CTでは肝S7領域に辺縁が造影される60mm大の低濃度腫瘍を認めた。肝内結石や肝内胆管の拡張は認めなかった。肝膿瘍と診断され、抗菌薬投与で軽快したため、大腿骨頸部骨折の術後に自宅退院した。1年後に肺炎で入院した際のCT検査では腫瘍は24mmと縮小していた。2012年8月にかかりつけ医で腹部超音波検査が施行され、肝臓に腫瘍が認められたため当科を受診した。腹部造影CTでは前回と同部位に40mm大の腫瘍が認められた。腫瘍辺縁は造影され内部の造影は乏しかった。腫瘍マーカーの上昇は認めなかった。EOB-MRIでは腫瘍は動脈相で造影され、肝細胞相でDefectを呈し、Sonazoid造影超音波検査では、腫瘍は血管相で造影され、後期血管相でDefectを呈したため、悪性腫瘍が疑われた。腫瘍生検を提案したが、患者の希望で経過観察となった。6か月後のCT検査で腫瘍は60mm大へ増大しており、同意を得て肝膿瘍生検を施行した。生検結果は腺癌であったため、肝内胆管癌と診断し、肝切除術を施行した。腫瘍は多結節癒合型の肝細胞癌で、組織型は索状型および偽腺管型であった。近年、肝膿瘍を契機に発見される肝細胞癌の報告例が散見される。発症機序として1.肝膿瘍発症前から腫瘍が存在する可能性や、2.肝内結石などに伴う胆汁うっ滞、3.膿瘍による慢性炎症により二次的に発癌する可能性などが考えられている。「肝膿瘍」と「肝細胞癌」をキーワードとして1983年から2015年まで医学中央雑誌にて検索したところ、肝膿瘍と肝細胞癌が併存した症例報告は、肝細胞癌の治療経過中に続発した肝膿瘍の報告を除くと8例であった。多くが肝膿瘍治療中もしくは治療後1年以内に発見されており、1年以上の期間を経て肝細胞癌が確認された症例は自験例を含めて2例と稀であった。肝膿瘍の治療後も肝細胞癌の潜在的な合併を考慮し、定期的な経過観察が必要と考えられた。

肝膿瘍、肝細胞癌

群馬大学医学部附属病院 消化器・肝臓内科¹⁾、
同 光学医療診療部²⁾
堀口 英¹⁾、小林 剛¹⁾、植原大介¹⁾、高草木智史¹⁾、堀口昇男¹⁾、
山崎勇一¹⁾、佐藤 賢²⁾、柿崎 暁¹⁾、草野元康²⁾

【症例】29歳女性【現病歴】13歳発症の神経性食思不振症で、201X-10年より当院精神科に紹介され通院していた。腹水や貧血の加療で複数回入院したが、不適切な食事は改善されず、201X年3月の外来受診時には著明な肝機能障害を認めた。医療保護入院となり、肝機能障害は徐々に軽快した。4か月前より単純CTで指摘されていた肝内の増大傾向にある低濃度結節が、入院中に施行した腹部造影CTでは不明瞭となっており、精査目的で当科紹介された。【生活歴】経口避妊薬服用や飲酒歴はなし。【既往歴】なし。【入院時現症】体温36.8℃、血圧113/74mmHg、脈拍78回/分、身長146.0cm、体重31.2kg、(BMI 14.6)。腹部は軽度膨隆、圧痛は認めない。【入院時検査所見】血小板6.5万/μL、T-Bil 0.4mg/dl、AST 57IU/L、ALT 188IU/L、LDH 286IU/L、ALP 712IU/L、γ-GTP 408IU/L、PT-INR 0.95、CRP 0.35mg/dl。造影CT動脈相では肝内に結節状に造影される多発病変を認め、周囲が淡く染まる病変も認めた。Gd-EOB-MRIでは全てT1WIで淡い高信号を呈し、動脈相、門脈相、肝細胞相で高信号を呈し、ADCで拡散制限はなかった。腹部超音波検査では多発する低エコー結節を認め、ソナゾイド造影動脈早期相で強い造影効果を認めた。Kupffer相で造影欠損は認めなかった。【経過】神経性食思不振症に伴う慢性肝障害を背景としたFNH(focal nodular hyperplasia)-like lesionやβ-catenin活性化型肝細胞腺腫などが疑われた。血小板減少のためルストロンボパグ投与後、肝生検を施行した。画像上明瞭な腫瘍部からは肝細胞腺腫、非腫瘍部からはFNH様やNRH(nodular regenerative hyperplasia)様、肝細胞腺腫様の所見の混在を認めた。【考察】肝細胞腺腫発症に関連する背景因子がない多発肝細胞腺腫の症例は、本邦では本例を含め5例であり、若干の文献的考察を加えて報告する。

肝細胞腺腫、神経性食思不振症

慶應義塾大学医学部 消化器内科

島光拓人, 町田雄二郎, 宇賀村文, チョハクシヨウ, 尾城啓輔, 中本伸宏, 金井隆典

【症例】16歳男性【主訴】黄疸、全身倦怠感【現病歴】眼球黄染を学校検診で指摘され、翌日に前医受診した際、AST 1428IU/L、ALT 1942IU/L、TB 14.1mg/dl、PT 53%を指摘され急性肝炎と診断された。原因不明の肝機能障害が遷延し、PT<40%と非昏睡型急性肝不全の診断となり、肝移植も見据え精査加療目的に当院転院となった。【入院時現症】身体所見、画像所見上は肝脾腫を認めた。検査上は、急性肝炎相当の所見を認めたが、自己免疫性・ウイルス性(EB, CMV, HSV, HTLV-1, 麻疹, ヒトパピローマウイルスB19)・腫瘍性・代謝性疾患はいずれも否定的であった。【経過】肝生検を施行したが、CD8陽性T細胞リンパ球を主体とする炎症性細胞浸潤を認めるのみで原因不明であった。保存的加療で、肝機能は徐々に改善したが、それに伴い汎血球減少を認めるようになった。骨髓検査を施行したところ、腫瘍性病変は認めず低形成髄、リンパ球比率の上昇、有核細胞及び巨核球の減少を認めた。また、CD4/CD8の著明な低下を認め、CD8陽性の細胞障害性T細胞と考えられ、肝炎後再生不良性貧血と診断した。本症例は、最重症の再生不良性貧血と考えられ、血球減少が進行もしくは遷延した場合には、骨髓同種移植を視野に血液内科で経過観察されている。【考察】原因不明の肝炎後に汎血球減少を呈した一例を経験した。肝炎後再生不良性貧血は原因となる肝炎ウイルスは同定されておらず、CD8陽性細胞の活性化が関係していると推測されている。今回骨髓検査でもそれに矛盾しない所見を認め、低形成髄やCD4/CD8の著明な低下など血球貧食症候群には合致しない所見であったため肝炎後再生不良性貧血と診断した。若年者の原因不明の急性肝炎は、再生不良性貧血を念頭に診療する必要がある。

急性肝不全, 再生不良性貧血

獨協医科大学 消化器内科

佐久間文, 飯島 誠, 嘉島 賢, 金澤美真理, 近藤真之, 福士 耕, 平島一憲, 島田紘爾, 田中孝尚, 有阪高洋, 室久俊光, 平石秀幸

【症例】80歳 男性【主訴】意識障害【既往歴】胃潰瘍手術 鼠径ヘルニア手術【飲酒歴】飲酒:ビール350ml+清酒1合(定年前は週2,3日大酒)【現病歴】2015年11月下旬から物を落としたり性格がきつくなったりした。同年12月異常行動が出現した。当院受診し高アンモニア血症を認めたため肝性脳症が疑われた。造影CTで肝内門脈-肝静脈シャントを認め2016年1月精査加療目的に入院。【身体所見】162.5cm 53.2kg意識清明 羽ばたき振戦なし、胸部異常なし、腹部異常なし【血液検査成績】肝胆道系酵素上昇や腎機能障害を認めず、血中アンモニア値は125μg/dlと上昇を認めた。血球減少はなく、HBs抗原陰性、HCV抗体陰性。【経過】画像診断では、門脈左枝が拡張し外側区で瘤状を呈し、左肝静脈と粗大なシャントを形成していた。門脈右枝は軽度狭小化し、肝硬変所見を認めなかった。左肝静脈から逆行性にコイルを用いて短絡路の塞栓を施行した。短絡路の閉塞は不完全であったが、血中アンモニア値は低下した。【考察】肝内門脈-肝静脈シャントはシャント脳症の原因としてはまれであり、成因は先天的機序と後天的要因による両説がある。本例では複数の短絡路を有したことから塞栓は不完全であったが、血中アンモニア値の良好なコントロールが得られたため、若干の文献的考察を加えて報告する。

シャント脳症, IVR治療

東京都立多摩総合医療センター

山田大貴, 下地耕平, 藤原 純, 津川直也, 伊藤詩織, 渡邊彩子, 三浦夏希, 脇岡悠子, 藤木純子, 谷口美樹, 中国綾乃, 井上 大, 堀家英之, 吉岡篤史, 小倉祐紀, 並木 伸

症例は糖尿病と陳旧性心筋梗塞を既往に持つ81歳女性。入院4日前より心窩部痛が発生し、徐々に増強したため入院2日前に近医を受診した。肝胆道系酵素と炎症反応の上昇をきたしていたため当院紹介受診となり、造影CTで肝S4の肝膿瘍が疑われたため当科入院となった。入院時、38.3℃の発熱があり、血液検査ではWBC 22400/μl、CRP 27.04mg/dlと炎症反応が上昇し、AST 89U/L、ALT 127U/L、γ-GTP 250U/Lと肝胆道系酵素の上昇も認めていた。また、Glu 431mg/dL、HbA1c 8.9%と糖尿病のコントロールは不良であった。膿瘍を疑った部位は腹部エコーで不均一な高エコー像を呈しており、穿刺で排膿できる可能性は低いと考えられた。また、抗血小板薬の内服中でもあったため穿刺は行わず、ABPC/ SBTの点滴で加療を行った。血液培養からはKlebsiella pneumoniae、Escherichia coliが検出されたがABPC/ SBTに対して感受性良好であり、入院4日目には臨床的に軽快を認めていた。しかし、その後再び発熱と炎症反応の上昇を認め、入院7日目にはEIV2M4程度の意識障害、左眼球の著明な充血と腫脹をきたした。髄液検査で細胞数 379/mm³、糖 14mg/dLであったことから細菌性髄膜炎と診断し、左眼に関しては眼科診察で内因性眼内炎の診断となった。抗菌薬をCTRXとMNZに変更するも同日に敗血症性ショックから心停止となった。CPRを施行して心拍再開するも重度の蘇生後脳症となり、入院14日目に死亡した。Klebsiella pneumoniaeは口腔や腸管の常在菌であり、その多くは弱毒株であるものの、近年になって肝膿瘍から眼内炎、髄膜炎、膿胸、壊死性筋膜炎などの重篤な血行性播種性病変を引き起こす症例が報告され、侵襲性Klebsiella感染症として感染症専門医の間では広く知られている。このような侵襲性Klebsiella感染症に対しては、抗菌薬投与の他に膿瘍ドレナージ、眼内注射、筋膜切開など、合併症に応じた処置が早期に必要とされる。日常臨床においてしばしば感染症の起因菌となるKlebsiella pneumoniaeによる侵襲性感染症の1例を経験したため、若干の文献的考察も含めて報告する。

肝膿瘍, 侵襲性Klebsiella感染症

東京通信病院¹⁾, 同 内視鏡センター²⁾震明あすか¹⁾, 加藤知爾¹⁾, 北村和貴子¹⁾, 古谷建悟¹⁾, 大久保政雄¹⁾, 小林克也¹⁾, 関川憲一郎¹⁾, 光井 洋¹⁾, 橋本直明¹⁾, 山口 肇²⁾

【はじめに】パートナーの男女に約1ヶ月の間隔で発症したA型急性肝炎の2例を経験したので報告する。【症例1】33歳、女性【主訴】発熱、倦怠感【現病歴】某月20日に発熱、倦怠感が出現。近医の解熱鎮痛剤と抗菌薬内服で経過観察していたが、23日に発症後初めての検査でGOT 6040 IU/L、GPT 3910 IU/Lと肝酵素(T/A)の著明高値を認めた。24日に当院に紹介、入院した。【臨床経過】入院時38.6℃の発熱があり、発熱は5/20から5/25まで6日間続き、21日の40℃を最高とした。T/Aは入院時、GOT 11980 IU/L/うちmGOT 3365 IU/L、GPT 7760 IU/Lとさらに上昇し、25日にPT%は33.8%と重症急性肝炎の病像を呈した。同日夕方にT/Aのpeak outを確認し、PT%も改善傾向となった。T. Bilは6/1に10.1mg/dL、CRPは入院日に3.68mg/dLをpeakとして改善した。全身状態改善して第18病日に退院した。なお、第3病日に異型リンパ球が33%まで上昇した。【症例2】32歳、男性【主訴】発熱、倦怠感【現病歴】症例1と同居している男性。翌月21日から発熱が出現し、23日に当院を受診した。GOT 844 IU/L、GPT 502 IU/Lと高値のため、入院した。【臨床経過】入院時39.8℃の発熱があり、発熱は21日から25日まで5日間続き、入院時の39.8℃を最高とした。T/Aは26日のGOT 3340 IU/L、GPT 3840 IU/Lをpeakに改善傾向となった。PT%は26日に67.2%と最低値をとり、T. Bilは27日に5.6mg/dL、CRPは入院時に5.16mg/dLをpeakとして改善傾向となり、全身状態も安定したため、第15病日に退院した。なお、第4病日に異型リンパ球は38%まで上昇した。【考察】A型肝炎は水や食物による経口感染であり、容易に家族内感染を起こすことが知られている。潜伏期は2~4週間と言われている。今回、よく似た臨床経過(発熱様式、異型リンパ球、T/AとT. Bilのpeakの間隔が6~7日)のパートナーの男女2症例が約1ヶ月の間隔で相次いで発症した。潜伏期と臨床経過の類似性から症例1から症例2へいわゆる家族内感染が起こったものと考えた。興味深い2症例と考え、報告する。

A型急性肝炎, パートナー

17 一過性に抗リン脂質抗体陽性を認めたEBウイルスによる伝染性単核球症の一例

国立病院機構東京医療センター 消化器科

平井悠一郎, 加藤元彦, 窪澤陽子, 砂田由紀恵, 阿部圭一朗, 高田祐明, 平田 哲, 高取祐作, 伴野繁雄, 和田道子, 木下 聡, 森 英毅, 高林 馨, 菊池美穂, 菊池真大, 浦岡俊夫

症例は19歳女性。38度台の発熱を主訴に受診した。左後頸部に小指頭大のリンパ節腫脹を認め、肝を右季肋下に3横指触知した。末梢血中に異型リンパ球が出現 (13.0%) しており、AST/ALT 90/217 U/L, T-Bil 4.72 mg/dl, ALP 447 U/L, LDH 794 U/Lと肝機能障害を認めた。プロトロンビン時間1.12秒と正常であったが、活性化部分トロンボプラスチン時間 (APTT) 75.1秒と延長していた。HBs抗原及びHCV抗体は陰性であった。腹部超音波検査では肝腫大と肝門部リンパ節腫脹を認めたが、肝内胆管、総胆管の拡張を認めなかった。以上より伝染性単核球症 (IM) を第一に疑った。内因系と外因系の凝固因子機能に乖離が見られたため、抗リン脂質抗体 (APL) を測定したところ、ループスアンチコアグulant 1.38 (<1.3)、抗カルジオリビンIgM抗体 17 U/ml (<10 U/ml) いずれも陽性であった。入院の上、安静のみで肝機能障害は速やかに改善があり、入院5日目に退院として、6週間後にはAPTTの正常化、APLの陰性化を認めた。なお、受診時のEBウイルスVCA-IgM抗体20倍 (基準値<10倍)、EBNA抗体<10倍であったため、EBウイルスの初感染によるIMであると考えられた。1985年～2016年の期間に医学中央雑誌で (抗リン脂質抗体/TH or 抗リン脂質抗体/AL) and ((ヘルペスウイルス科感染症/TH or ヘルペス/AL)) (会議録除く) で検索した所、ヘルペスウイルスの初感染にAPSを合併した報告例は全身性エリテマトーデスを合併していた症例を除くと3例のみと極めて少数であった。自験例ではAPLの産生および凝固異常は一過性に認められたものの、血栓症を合併することなく自然軽快しており、報告例は少ないが、実際にはIMに同様の病態を合併する症例が潜んでいる可能性が唆される。一過性のAPL陽性患者にも血栓症を合併した症例が報告されており、注意すべき病態であると考えられたので報告する。

伝染性単核球症, 抗リン脂質抗体症候群

18 慢性膵炎の経過中に認めた膵扁平上皮癌の一例

亀田総合病院

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

膵腺扁平上皮癌は比較的稀な疾患であり、その頻度は膵原発悪性腫瘍の2.1%と報告されている。現在扁平上皮癌成分のみを認める場合も便宜上腺扁平上皮癌として扱われている。今回当院で腺癌成分を認めない膵腺扁平上皮癌を経験したので報告する。【症例】79歳、男性。アルコール性肝障害、アルコール性慢性膵炎にて1988年から当院通院。経過中に撮像した造影CTにて膵頭部腫瘍を指摘され、精査となった。造影CTでは膵頭部に55mm大の充実性・膨張性発育・軽度造影効果・内部壊死を伴う腫瘍を認め、MRIでは比較的境界明瞭で、浸潤所見の乏しい腫瘍であり、T2WIで内部は不均一で、壊死性変化を示唆する高信号域も認めた。EUSでは境界明瞭な内部不均一で石灰化伴うの低エコー腫瘍として描出された。EUS-FNABにてSCCと診断し亜全胃温存膵頭十二指腸切除術を施行した。病理組織学的には腫瘍は扁平上皮癌のみにより占められており、膵腺扁平上皮癌stage3と最終診断された。

膵扁平上皮癌, 慢性膵炎

19 黄疸を契機に診断に至った膵内神経鞘腫の1例

帝京大学医学部 内科¹⁾

帝京大学医学部附属病院 病理診断部²⁾

中村直裕¹⁾, 丸山喬平¹⁾, 三木淳史¹⁾, 八木みなみ¹⁾, 岡村喬之¹⁾, 川島 悠¹⁾, 青柳 仁¹⁾, 磯野朱里¹⁾, 江波戸直久¹⁾, 三浦 亮¹⁾, 阿部浩一郎¹⁾, 有住俊彦¹⁾, 相磯光彦¹⁾, 高森頼雪¹⁾, 山本貴嗣¹⁾, 田中 篤¹⁾, 喜多宏人¹⁾, 滝川 一¹⁾, 東海林琢男²⁾, 近藤福雄²⁾

【症例】61歳、女性。【主訴】全身倦怠感、黄疸。【現病歴】2015年3月頃から全身倦怠感が出現し徐々に増強したため、同年6月近医を受診。黄疸を認めたため当院紹介受診となった。【既往歴】51歳時痔核 (手術)、56歳時胆嚢結石 (腹腔鏡下胆嚢摘出術)。【生活歴】飲酒歴なし、喫煙歴なし。アレルギーなし。【家族歴】父：直腸癌、胃癌。母：認知症。【入院時現症】身長 150cm、体重 5kg、血圧 126/76 mmHg、脈拍 106 回/分、体温 36.6℃。眼球結膜に黄染あり、腹部は平坦・軟、腫瘍なし、圧痛・反跳痛なし。【血液検査】T-bil 7.47 mg/dl、D-bil 4.7 mg/dl、AST 164 U/L、ALT 275 U/L、LDH 270 U/L、ALP 2302 U/L、 γ -GTP 1396 U/L、AMY 48 U/L、BS 166 mg/dl、Hb-A1c 6.9%、CRP 0.39 mg/dl、IgG4 52.3 mg/dl、CEA 0.9 ng/ml、CA19-9 43.8 U/ml、エラスターゼ1 106 ng/dl、DUPAN-2 25 U/ml。【画像検査】膵頭部に径約40mmの腫瘍性病変を認め、超音波では低エコー、CTでは低吸収で造影剤により不均一に染まり、MRIではT2強調画像で不均一な高信号を示す。PET-CTで同部に集積を認める。総胆管拡張あり。【臨床経過】画像所見より膵頭部腫瘍による閉塞性黄疸と考えられた。内視鏡的ドレナージを施行し黄疸を改善した後、幽門輪温存膵頭十二指腸切除術を行った。病理検査では紡錘形の細胞密度が高い部と低い部があり、所々に核の柵状配列が見られており、免疫染色ではS-100が陽性であったことから神経鞘腫と診断した。【考察・結語】神経鞘腫の多くは脊髄、脳神経などに発生するが、本症例は膵臓に発生したものである。過去の膵神経鞘腫の報告例によると、画像検査のみでは他の腫瘍性病変との鑑別は難しく、最終的には組織学的な所見を見て診断に至ることが多い。比較的稀な疾患であり文献的考察を加えて報告する。

神経鞘腫, 膵臓

20 胆道ステント留置後に合併した胆嚢炎により門脈血栓症をきたした膵頭部癌の1例

国立国際医療研究センター病院

小林桜子, 守安志織, 小島康志, 飯田龍洋, 下村 暁, 松下祐紀, 濱田麻梨子, 泉 敦子, 忌部 航, 渡辺一弘, 三信恒太郎, 櫻井俊之, 永田尚義, 横井千寿, 小早川雅男, 秋山純一, 柳瀬幹雄

【症例】78歳女性【既往歴】クローン病 (寛解期) 【現病歴】201X年3月、腹痛を主訴に前医を受診し、腹部造影CT検査で膵頭部腫瘍、肝内胆管拡張、腹水を指摘され、4月に当科に紹介、入院となった。【経過】膵頭部腫瘍による閉塞性黄疸に対し、第2病日に総胆管内へ内視鏡的胆道ステント留置術 (10mm径、6cm長、Full covered metal stent) を施行した。膵炎などの偶発症は発生せず、減黄良好であったが、ステントは三管合流部より末梢側におよび、腹部単純X線検査で胆嚢内の造影剤貯留像が遷延した。腹痛や発熱、炎症反応の上昇を認めなかったため第10病日に退院した。退院2日後より腹痛を生じたが受診せず、9日後の予定外来受診時に血液検査で炎症反応上昇を認めた。腹部造影CT検査で胆嚢の腫大、壁肥厚、また門脈左枝に低吸収構造を認め、急性胆嚢炎と門脈血栓症の診断で再入院した。第1病日に急性胆嚢炎に対して経皮経肝胆嚢ドレナージ術 (PTGBD) を施行し、アンピシリン・スルバクタムを開始した。第3病日に門脈血栓症に対してヘパリンによる抗凝固療法を開始した。第11病日にPTGBD造影を行い、造影剤が胆嚢から総胆管に速やかに流出することを確認した。抗生剤は11日間で終了し、第13病日にチューブを抜去し、胆嚢炎の再燃はなかった。ワルファリンカリウムによる抗凝固療法に変更し、第29病日に退院した。退院後の腹部造影CT検査で血栓の縮小と門脈の部分開通を確認した。膵腫瘍は生検の結果、中分化型管状腺癌で、膵頭部癌cT4N1M1 cStageIV (UICC第7版) と診断しゲムシタピン療法を施行した。【考察】門脈血栓症の原因は肝硬変、脾摘術後、肝細胞癌、胆道癌、腹腔内感染症、炎症性腸疾患等がある。急性胆嚢炎に伴う門脈血栓症は比較的稀で、本症例は腹痛発症後から受診までの経過が長く、胆嚢炎により門脈血栓症をきたしたと考える。門脈血栓症は急性肝不全や腸管壊死など重症化リスクがあるため、抗凝固療法を施行し改善した。胆道ステント留置後の胆嚢内に造影剤が残存する症例では、急性胆嚢炎と門脈血栓症のリスクを念頭に置く必要がある。

門脈血栓症, 急性胆嚢炎

北里大学医学部 消化器内科学

上原一帆, 若井知久, 金子 亨, 山内浩史, 奥脇興介, 今泉 弘, 木田光弘, 小泉和三郎

【背景】近年、病理診断目的のEUS-FNAは広く施行されている。その偶発症は、出血、感染、膵炎など合わせて1.0-2.0%と比較的低いと報告されているものの、偶発症が生じた際には重篤となる可能性がある。【症例】症例1: 77歳男性。心窩部痛を主訴に前医を受診し、腹部超音波で膵腫瘍を指摘され、精査・加療目的に当院を紹介受診した。腹部CTでは膵体尾部癌が疑われ、膵尾部に嚢胞性病変を認めた。EUS-FNAにてadenocarcinomaと確定診断後、ゲムシタピン単剤による化学療法を導入した。1週間後、外来にて発熱および血液検査での炎症反応高値を認め、抗菌薬を処方し経過観察をしていたが、改善を認めず精査・加療目的に入院となった。腹部CTにて膵尾部嚢胞の破裂および骨盤内膿瘍が疑われた。EUS-FNAの際に感染し嚢胞内圧力が上昇した末に破裂したと考えられた。膿瘍腔にドレーナージュチューブを留置し改善した。症例2: 83歳女性。心窩部を主訴に前医を受診し上部消化管内視鏡検査にて胃体中部後壁に圧排像を認めた。CTでは14cm大の腹部腫瘍を指摘され、精査目的に当院を紹介受診した。EUSでは胃壁と連続し、内部に広範な壊死領域を伴う粘膜下腫瘍が疑われ、術前検査としてEUS-FNAを施行した。施行後当日夜間から発熱を認め、翌日の血液検査では炎症反応の上昇を認めた。抗菌薬の投与にてある程度改善したが、発熱、腹痛が持続したためCTを撮影したところ腫瘍内部にniveau像を認めガス産生菌感染が疑われた。保存的な治療ではコントロールが困難であったため腫瘍、感染巣除去目的に膵体尾部脾合併切除、胃体中部後壁部分切除術を行ったところ速やかに炎症反応の改善を認めた。【考察】EUS-FNA後の感染頻度は高くはないが、留意すべき合併症の一つである。重篤な感染症例を経験したため文献的考察を加えて報告する。

EUS-FNA, 偶発症

がん・感染症センター都立駒込病院 消化器内科

梶原有史, 千葉和朗, 清水口涼子, 門阪真知子, 池田重人, 大和彩乃, 高雄曉成, 柴田里美, 来間佐和子, 桑田 剛, 大西知子, 藤原 崇, 田畑拓久, 藤原純子, 荒川丈夫, 門馬久美子, 小泉浩一, 神澤輝史

【症例】70歳台、女性【主訴】倦怠感【現病歴・経過】2015年2月の人間ドックにて主膵管の拡張を指摘され4月に他院を受診した。その後自己免疫性膵炎が疑われたために7月に当科紹介受診した。入院精査を行い膵体尾部の自己免疫性膵炎と診断された。無症状であることから無治療で経過観察としていた。2016年6月の定期外来の採血で肝胆道系酵素の上昇と腹部MRIで膵のびまん性腫大、下部胆管狭窄を認めたために加療目的に入院した。血中IgG4値は295 mg/dlであった。入院後の腹部CT検査では膵全体がCapsule like rimを伴うソーセージ様腫大を認めた。自己免疫性膵炎の自然増悪と考え胆道ドレーナージュを行いその後、プレドニゾロン30 mg/日より開始とした。内服3週間後の画像評価では膵腫大および胆管・膵管所見の改善を認めたために胆管ステントを抜去し退院した。【結語】自己免疫性膵炎の自然増悪した一例を経験した。当院で経験した自己免疫性膵炎の自然経過観察例を含めて若干の文献的考察を加えて報告する。

自己免疫性膵炎, 自然増悪

東京ベイ浦安市川医療センター 消化器内科

佐々木昭典, 宮垣亜紀, 宮崎岳大, 岡本梨沙, 山田 徹, 木下順二, 本村康明

【症例1】顕著なアルコール多飲歴がある26歳女性。入院前日からの心窩部痛を主訴に当院に救急搬送となった。血液検査で血清リパーゼ値:2032U/Lと上昇を認め、腹部CTにおいて膵及びその周囲の炎症所見があることから急性膵炎と診断した。追加の血液検査で血清トリグリセリド値:8845mg/dLと著明な上昇を認めた。アフエーシス施行後、トリグリセリド値は低下し、膵炎症状も改善し退院となった。【症例2】不妊に対してホルモン治療を行っている38歳女性。入院当日からの心窩部痛で当院を受診した。血液検査および画像検査から急性膵炎の診断に至った。血液検査で血清トリグリセリド値:1999mg/dLと上昇を認めたことから、高トリグリセリド血症による急性膵炎と診断した。高トリグリセリド血症の原因としては、ホルモン療法に用いられたエストロゲン製剤が鑑別に挙がった。薬剤の中止および保存的治療によって軽快し、退院となっている。【症例3】アルコール多飲歴のある31歳男性。入院当日からの心窩部痛で当院を受診した。検査結果より重症膵炎の診断とされ、また血清トリグリセリド値:11260mg/dLと著明な上昇を認めた。ICUに入室となり、全身管理および、アフエーシスによる治療が行われた。その後、状態が改善し退院となっている。【考察】急性膵炎の原因として、高トリグリセリド血症によるものは1-4%を占めると言われている。また、高トリグリセリド血症を生じる原因としては、遺伝的な脂代謝異常による原発性と糖尿病やアルコール摂取などによる続発性が挙げられる。アルコール摂取によって高トリグリセリド血症を併発することがあるが、血清トリグリセリド高値自体が膵炎を悪化させることが分かっており、治療適応であればアフエーシス等の治療を考慮する必要がある。急性膵炎の患者を見た場合、鑑別として高トリグリセリド血症を挙げ、治療適応の有無や原因の検索を考える必要がある。

急性膵炎, 高トリグリセリド血症

日本医科大学付属病院 消化器外科

高橋宏一, 神田知洋, 水口義昭, 真々田裕宏, 谷谷信彦, 中村慶春, 松下 晃, 吉岡正人, 清水哲也, 勝野 暁, 近藤亮太, 金谷洋平, 古木裕康, 青木悠人, 内田英二

症例は77歳男性。既往歴に本態性血小板減少症があり、当院の血液内科に通院中であった。突然の右季肋部痛を主訴に当院受診。腹部造影CTにて胆嚢底部に33×25mm大の不規則な造影効果を伴う不整腫瘍とリンパ節腫大を認めた。MRIにおいて胆嚢内腔を充填するように発育する不整腫瘍を認めた。超音波内視鏡検査においても胆嚢内腔を充填する不均一なエコー輝度の腫瘍を認め、肝床部側の漿膜は不整であった。以上より胆嚢癌SS以深の診断となった。腫瘍マーカーはCEA 3.5ng/ml, CA19-9 20.7U/lと正常値であった。肝S4a+5切除術+肝外胆管切除+リンパ節郭清+胆管空腸吻合を施行。病理診断ではSquamous cell carcinoma, med, INF α, ly0, v0, nc0, pT2N0M0であった。補助化学療法は施行していない。現在、5年を経過したが無再発生存中である。胆嚢の扁平上皮癌は比較的稀な疾患であり、若干の文献的考察を加えて報告する。

胆嚢癌, 扁平上皮癌

東邦大学医療センター大森病院 消化器内科
北條 紋, 岡野直樹, 吉本憲介, 岩崎 将, 宅間健介, 原 精一,
伊藤 謙, 五十嵐良典

閉塞性黄疸をきたす原因には胆管結石によるもの、悪性疾患によるものなど様々であるが今回、肝嚢胞による閉塞性黄疸をきたした症例を経験したので報告する。症例は70歳代女性。腹部違和感と背部痛を主訴とし前医受診。その際に黄疸を指摘され精査入院となった。肝門部に嚢胞性腫瘍と胆管圧排所見があり、経鼻胆管ドレナージを行い胆汁細胞診など行うも原因が不明とのことで当院紹介となった。入院時血液検査では肝胆道系酵素および直接型優位のビリルビン上昇があり、USおよびCTでは肝門部胆管脇にφ14mmの内部均一な単房性嚢胞を認めた。第2病日にERCPを施行したところ、肝門部胆管に壁外性圧排所見を認め、肝門部の嚢胞による胆管圧排が疑われた。そのためENBDを行い減黄が得られた後、第15病日に経皮的肝嚢胞穿刺吸引術を施行した。嚢胞液は白色粘調で、培養は陰性、病理細胞診は炎症性変化のみであった。嚢胞穿刺後のENBD造影では胆管狭窄の改善が確認され、穿刺後は嚢胞の再増大は認めなかった。ENBDチューブ抜去後も黄疸再燃なく経過、第28病日に退院となった。嚢胞液の培養は陰性であったが、性状からは感染を伴った嚢胞と考えられ、感染により増大した肝嚢胞が胆管を圧排し閉塞性黄疸をきたしたと考えられた。今回肝門部肝嚢胞による閉塞性黄疸に対し、経皮的肝嚢胞穿刺吸引術が奏効した1例を経験したので文献的考察を加え報告する。

肝嚢胞, 閉塞性黄疸

大森赤十字病院
西村正基, 立川 準, 栗原大典, 須藤拓馬, 芦刈圭一, 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69歳男性。201X年7月発症のALSにて当院神経内科通院中であった。ALSに対する治療として、これまでにエタラボンを3クール施行していたが、改善ないため201X+1年5月17日よりステロイドパルス療法(メチルプレドニゾロン1000mg×3日)を開始。翌18日ステロイドパルス2回目の投与2時間後より、急激な腹痛が出現した。1時間後には症状は軽快、また触診にて腹膜刺激症状は認められなかった。単純CTを施行したところ、門脈ガス血症(Hepatic portal venous gas : HPVG)を認めたが、他に特記すべき所見を認めなかった。採血上白血球16600/ μ lと上昇を認めたが、アシドーシスなど腸管壊死を示唆する所見には乏しく、続いて施行した造影CTにおいても腸管壁の造影不良や腸管壁気腫は認めなかった。腸管壊死等の緊急手術が必要な病態を示唆する所見に乏しかったため、絶食、補液、抗生剤および整腸剤投与による保存的加療を行った。なおステロイドパルスは中止した。腹部症状はその後増悪なく経過し、発症2日後のCTではHPVGの所見は改善されており、エレンタール内服から食事を再開し、発症7日後に退院された。ステロイドがHPVGの原因となることは知られているが、本症例のようにステロイドパルスをきっかけに一過性にHPVGを来した症例は非常に稀である。また保存的に短期間で軽快されており、若干の文献的考察を加え報告する。

門脈ガス, ステロイド

杏林大学 第三内科学¹⁾, 杏林大学医学部付属病院 病理部²⁾
宮本尚彦¹⁾, 池崎 修¹⁾, 箕輪慎太郎¹⁾, 三井達也¹⁾, 三浦みき¹⁾,
齋藤大祐¹⁾, 櫻庭彰人¹⁾, 林田真理¹⁾, 徳永健吾¹⁾, 望月 眞²⁾,
森 秀明¹⁾, 久松理一¹⁾

【症例】80歳代女性【既往歴】急性冠症候群(ACS)【現病歴】×年×月より胸部圧迫感、腹部膨満感を主訴に当院救急外来を受診した。心電図や血液検査でACSは否定的であり、腹部単純CT検査で肝表面の腹水貯留と左側腹部腹膜の肥厚および皮下脂肪識濃度の上昇を指摘され癌性腹膜炎の疑いで当科へ入院した。入院後に施行した腹水穿刺の性状は滲出性で、細胞診で核形不整・核クロマチンの増量を認める異型細胞が検出され腺癌由来と診断した。血清CA125の上昇を認めたため婦人科および消化器の悪性腫瘍を考え超音波検査や上・下部消化管内視鏡検査での精査を検討したが、全身状態を考慮しBSC (best supportive care)の方針となり入院第10病日に永眠された。病理解剖の内眼的所見では、腹腔内に多発性に白色小結節を伴った腹膜肥厚病変を認め、病理組織学的所見では、腹膜表面を覆うように腫瘍の増生を認めたが、乳頭状増生や腺管形成は認めなかった。免疫組織化学検査では、cytokeratin(AE1/AE3, CK7)陽性、calretinin一部陽性、D2-40一部陽性、CA19-9陰性であり、卵巣・卵管・消化管に明らかな腫瘍性病変を認めなかったことより腹膜中皮腫の肉腫型と診断した。【考察】腹膜中皮腫は漿液腔を被う中皮細胞に由来する悪性腫瘍で、全悪性腫瘍の約0.2%。中皮腫の7-9%に認められアスベストとの関連が指摘されている。本症例では、アスベストの曝露歴は認めなかった。病理組織学的にも希少な組織像を呈しており、文献的考察を加え報告する。

腹膜中皮腫, 肉腫型

東京医科大学 消化器内科¹⁾, 同 内視鏡センター²⁾
小山洋平¹⁾, 河野 真¹⁾, 青木勇樹¹⁾, 佐藤丈征¹⁾, 桑田直子¹⁾,
辻雄一郎¹⁾, 八木健二¹⁾, 河合 隆²⁾, 糸井隆夫¹⁾

近年、従来のHelicobacter pylori(H. pylori)関連胃癌とは異なり、胃底腺への分化を示す胃底腺型胃癌の報告例が増加している。この特徴は、萎縮のない胃底腺領域に発生し、細胞増殖能が低く、長期経過でも大きな進展がなく、脈管侵襲や転移を来たしにくい低異型度分化型癌とされている。しかし、今回我々は、組織学的に細胞増殖能及び悪性度の高いことが示唆された胃底腺型胃癌の一例を経験したので報告する。【症例】69歳男性。検診で施行された上部消化管内視鏡検査(EGD)で早期胃癌を指摘され当科紹介となった。当科で施行したEGDでは、体上前壁大弯寄りに8mm大の退色調平坦病変を認め、粘膜表層血管拡張を伴っていた。また、背景胃粘膜は内視鏡的萎縮を認めずH. pylori未感染と考えられた。病変部位からの生検では異型上皮を認めたものの、Group4の診断にとどまり、診断的治療目的にストリップバイオプシーを施行した。切除検体による病理組織学的評価では好酸性微細顆粒状の胞体を有する異型上皮が不規則に屈曲・癒合する腺管を密に増生しており主細胞や壁細胞に類似した細胞も混在していた。免疫組織化学染色では、MUC6は腺体部から腺底部で強陽性、MUC5ACは粘膜表層の腺窩上皮で陽性であった。以上より、最終診断はAdenocarcinoma of fundic gland type, 0-IIb+IIc, 8×6mm, pT1b(150 μ m), ly(-), v(-), pHM0, pVM0であった。また癌はp53蛋白の過剰発現を認め、Ki-67標識率が高かった。【考察】従来、胃底腺型胃癌はp53蛋白の過剰発現は僅かで、悪性度は低いとされており、欧米では胃底腺ポリプの亜型や腺腫と主張する意見もある。本症例は、内視鏡的及び病理学的所見がこれまで報告されてきた胃底腺型胃癌の臨床的特徴と合致していたが、Ki-67標識率が高く、p53蛋白が過剰発現していたことから細胞増殖能及び悪性度の高さが示唆された。我々が医学中央雑誌で検索し得た限り、p53蛋白が過剰発現した胃底腺型胃癌の報告はなく、本例は稀な示唆に富む症例と考えられた。

胃底腺型胃癌, p53蛋白

慶應義塾大学医学部 一般・消化器外科¹⁾、同 血液内科²⁾
天田 塩¹⁾、竹内祐也¹⁾、須田康一¹⁾、中村理恵子¹⁾、川久保博文¹⁾、
和田則仁¹⁾、岡本真一郎²⁾、北川雄光¹⁾

【背景、目的】胃癌手術患者の重複癌合併は15%と報告されており、造血器悪性腫瘍(Hematological Malignancies; HM)の合併は0.4%と稀であると報告されている。これに対して、HM患者において最も発症する重複癌が胃癌(30%)であるという報告もある。今回我々は当院の胃癌手術患者におけるHMの合併について検討した。【方法】2012年1月から2016年3月に当院で施行された胃癌手術患者486例を対象とし、患者背景、HMの有無と治療経過、胃癌に対する術式および病理組織学的所見に関して後方視的に調査した。【結果】HMの合併例は7例(1.4%)であった。平均観察期間は21ヶ月で胃癌による死亡を1例、骨髄異形成症候群(MDS)の急性骨髄性白血病への悪化による死亡を1例に認めた。手術時の平均年齢は76歳、性別は男性3例、女性4例であった。MDSが2例、慢性骨髄性白血病(CML)が2例、濾胞性リンパ腫が2例、濾胞性リンパ腫が1例であった。HM発症から5年以内に胃癌が発見された症例は3例であった。胃癌発見時のHMの状態は、全寛解が3例、部分奏効ないし安定は3例であった。発見契機は定期健康診断が3例、上腹部不快感精査が2例、貧血精査が2例であった。初発胃癌は5例、そのうち4例で2群リンパ節郭清が行われていた。病理組織診断は3例が高分化腺癌、2例が低分化腺癌、2例が印環細胞癌であった。HER2スコアは測定した4例中4例で陰性であった。定期健康診断にて発見された症例の病期はStage Iであり、その他の4例はStage II以上であった。術後のHM再発を1例に認めた。CMLが寛解していた患者の1名は初発胃癌pT1aN3M0 pStage IIBで術後補助化学療法としてテガフル、ゲマシル、オテラシルカリウム(S-1)の内服を2週投与2週休薬で開始したが、胃癌術後6ヶ月でCMLの再発を認め、イマチニブ内服再開とともにS-1を休薬中である。【考察】HM患者は二次的な免疫不全状態おかれているため重複癌発症リスクが高いとの報告もあり、その経過観察において細やかな全身精査が必要と考えられた。

胃癌、造血器悪性腫瘍

東京大学医学部附属病院 消化器内科¹⁾、
亀田総合病院附属幕張クリニック²⁾
権頭健太¹⁾、高橋 悠¹⁾、山道信義¹⁾、水谷浩哉¹⁾、柿本 光¹⁾、
和田亮一²⁾、光島 徹²⁾、小池和彦¹⁾

【目的】*H.pylori*(以下HP)感染診断の血清抗体検査試薬は従来Eプレート・栄研[®]H、ピロリ抗体II(栄研) (以下E-plate)が広く使用されているが、今回新たに開発されたH.ピロリIgG「生研」(以下Denka EIA)、H.ピロリ-ラテックス「生研」(デンカ生研)(以下Denka Ltx)の有用性を検討した。【方法】単一医療機関の人間ドック受診者のうち、胃切除・除菌歴・制酸薬常用がなく、1年以内に上部内視鏡・胃X線の両検査を受けた健康成人902人(48.4±8.6歳、男:515人、女:387人)を解析対象とした。内視鏡的HP感染基準として木村竹本分類C-2以上を陽性、C-0を陰性とし、胃X線のHP感染基準として胃小区模様で萎縮ありを陽性、萎縮なしを陰性とした。抗HP抗体検査はE-plate、Denka EIA、Denka Ltxの3種の血清抗体検査試薬を用い、画像的感染診断に対する感度・特異度・一致率を測定し、E-plateを標準として試薬間での感度・特異度はMcNemar検定で解析した。【成績】内視鏡的HP感染基準で陽性と診断されたのは258名、陰性は608名であった。血清抗体検査による感度・特異度・一致率は、E-plateが83.3%・96.2%・92.4%、Denka EIAが86.8%・94.7%・92.4%、Denka Ltxが87.6%・93.8%・91.9%であった。Denka EIA、Denka Ltx共にE-plateに対し感度が高く($P=0.0126$, $P=0.0076$)、特異度が低かった($P=0.0047$, $P=0.0001$)。更に内視鏡と胃X線検査の両方のHP感染基準で陽性と診断されたのは237名、共に陰性は567名であった。血清抗体検査による感度・特異度・一致率は、E-plateが89.5%・99.8%・96.8%、Denka EIAが92.8%・98.4%・96.8%、Denka Ltxが93.7%・97.3%・96.3%であった。Denka EIA、Denka Ltx共にE-plateに対し感度が高く($P=0.0209$, $P=0.0124$)、特異度が低かった($P=0.0126$, $P=0.0002$)。【結論】画像判定に基づくHP感染診断との比較解析において、Denka EIA、Denka Ltxは従来最もよく用いられているE-plateと比較し有意に感度が高く、HP感染診断のスクリーニングでの有用性が示唆された。

ヘリコバクターピロリ、抗体検査

食道胃接合部癌に対して術前化学療法DTX/CDDP/S-1を行い、Pathological CRが得られた1例

北里大学病院 消化器内科¹⁾、
北里大学新世紀医療開発センター先端医療領域開発部²⁾
和田尚久¹⁾、東 瑞智¹⁾、和田拓也¹⁾、矢野貴史¹⁾、石戸謙次¹⁾、
堅田親利¹⁾、田邊 聡²⁾、小泉和三郎¹⁾

【症例】38歳、男性。【主訴】のどのつかえ感。【病歴】のどのつかえ感を自覚し近医を受診、上部消化管内視鏡検査(EGD)において食道胃接合部に潰瘍性病変を認めた。当院を紹介受診し、EGDにおいて食道胃接合部に2型進行癌を認め、病理所見はadenocarcinoma(tub2)、HER2 陰性であった。審査腹腔鏡を施行し、P0、CY0であり、CTにおいて胃小弯リンパ節の腫大を認め、cT3N1M0、Stage II Bの診断となった。術前化学療法(NAC)の方針となり、投与はDTX 40 mg/m² (Day1)、CDDP 60 mg/m² (Day1)、S-1 120 mg/day (Day1-14)を1コース28日間に行なった。4コース施行後のEGDにおいて潰瘍は縮小、周堤の平坦化を認め、nonCR/nonPDの効果判定であった。CTにおいて化学療法施行前に認めた胃小弯リンパ節腫大は縮小しリンパ節転移はPR、総合的な効果判定はPRであった。また、DCS4コース施行中に吐き気、食欲低下をGrade 1と認めた。4コース施行後に噴門側胃切除およびリンパ節郭清(D1+)を施行した。病理所見は肉眼的な周堤様の隆起領域を含め原発癌、リンパ節ともに腫瘍成分はなく治療効果判定はGrade 3であり、Pathological CRが得られた。現在、S-1内服にて術後補助化学療法を行っている。【考察】切除不能胃癌に対する化学療法はS-1/CDDPが標準療法であるがDTXを加えたDCS療法は良好な治療成績が示されている。一方でStage II、IIIの胃癌に対する術前化学療法は現在様々な臨床試験が行われ検証がなされているが、食道胃接合部癌に対する有効性はほとんど検討されていない。今回の症例は食道胃接合部癌に対して術前にDCS療法を行い、術後病理所見においてPathological CRが得られた。食道胃接合部癌に対する術前化学療法の有用性が示されると考え、文献的考察を含め報告する。

化学療法、食道胃接合部癌

膝炎発症より診断された十二指腸 Gangliocytic Paragangliomaの1例

国立病院機構東京医療センター 消化器科
阿部圭一郎、加藤元彦、平井悠一郎、窪澤陽子、砂田由紀恵、
高田祐明、平田 哲、高取祐作、伴野繁雄、和田道子、木下 聡、
森 英毅、高林 馨、菊池美穂、菊池真大、田岡俊夫

症例は20歳代女性。半年程より食後に15分程度持続する胸部違和感が出現した。その後頻度が週1回程度に増加し、心窩部痛を伴うようになったため当科を受診。外来精査の予定であったが再び強い上腹部痛が出現し救急受診となった。受診時の身体所見で心窩部に自発痛と圧痛を認め、反跳痛を伴っていた。血液検査ではアミラーゼ1396U/L、リパーゼ1235 U/Lと上昇を認めた。腹部造影CTでは脾の腫大と上腸間膜内および結腸間膜内に液体貯留あり、右腎下極に遠まで及んでいた。また、十二指腸水平部に30mm大の軟部腫瘍を認めた。重症急性膵炎と診断し、補液と蛋白分解酵素阻害剤の投与を行ったところ保存的に改善を認めた。第7病日にEGDを施行したところ、十二指腸下行部に30mm大の有茎性の粘膜下腫瘍を認めた。病変の基部に開口部があり、同部から胆汁の排出が認められた。低緊張性十二指腸造影では75×30×18mmの乳頭部に基部をもつ可動性良好な粘膜下腫瘍を認めた。同病変が繰り返す腹痛や膵炎の原因と考えられ、ESDにて一括切除した。切除標本の病理では、上皮様細胞が胞巣状に増生しており、その間に紡錘形細胞や神経節様細胞が混在していた。免疫組織化学では紡錘形細胞はS-100、Chromogranin A、Synaptophysin、CD56が陽性であり、上皮様細胞はCytokeratin (AE1/AE3) 陽性であった。以上より、Gangliocytic Paragangliomaと診断した。治療後症候は消失し、術後3ヶ月後まで膵炎の再燃も認めていない。医学中央雑誌で「Gangliocytic Paraganglioma」で検索した所、1986年から39例の報告があった。膵炎を契機に診断された報告は自験例を含め3例で、いずれも乳頭部に発生した有茎性病変であった。治療は自験例のみ内視鏡的切除を施行した。病変の牽引による膵液の流出障害が膵炎の原因と考えられた。まれではあるが膵炎の原因として重要と考えられたため、報告する。

Gangliocytic Paraganglioma、急性膵炎

アルゴンプラズマ凝固法（APC）後も出血を繰り返すびまん性胃前庭部毛細血管拡張症（DAVE）に対し内視鏡的バンド結紮術（EBL）が奏功した1例

自治医科大学附属病院 消化器肝臓内科

長井洋樹¹⁾, 福田 久¹⁾, 岡田昌浩¹⁾, 高橋治夫¹⁾, 永山 学¹⁾, 井野裕治¹⁾, 竹澤敬人¹⁾, 坂本博次¹⁾, 三浦義正¹⁾, 林 芳和¹⁾, 矢野智則¹⁾, 砂田圭二郎¹⁾, 大澤博之¹⁾, 山本博徳¹⁾

【症例】80歳代女性。基礎疾患としてC型肝硬変あり。70歳代よりDAVEによる出血に伴う貧血で入院を2回繰り返しており、いずれもAPCで治療されていた。2015年12月に貧血の進行を指摘され、上部消化管内視鏡検査でGAVEからの出血の診断となり、APCで止血された。2016年1月、失神、貧血で緊急入院となり、上部消化管内視鏡検査でDAVEからの出血の診断となり、APCで再度止血された。2016年3月に動悸、前失神状態、貧血で緊急入院となった。上部消化管内視鏡検査でDAVEからの出血の診断となり、APC治療で再出血を繰り返すDAVEに対して、EBLを施行し完全止血を得た。その後、現在に至るまでDAVEによる出血は再発せず経過している。【考察】本症例は1-2カ月おきにDAVEによる出血を3回繰り返していたが、3回目の出血でEBLを施行し、以降は再発せずに経過している。長期の効果については症例の蓄積が望まれるが、APC治療で再出血を繰り返すDAVEに対して、EBLが有効である可能性が示唆された。今回我々はAPC後も出血を繰り返すDAVEに対しEBLが奏功した症例を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

DAVE, EBL

胃拡張による虚血性潰瘍、急性脾炎を合併し著明な胃体上部狭窄をきたした上腸間膜動脈症候群の一例

自治医科大学附属病院 消化器肝臓内科¹⁾,

新小山病院 消化器内科²⁾

馬込省吾¹⁾, 竹澤敬人¹⁾, 周東美和¹⁾, 藤倉佐和子¹⁾, 岡田昌浩¹⁾, 福田 久¹⁾, 廣澤拓也¹⁾, 高橋治夫¹⁾, 井野裕治¹⁾, 坂本博次¹⁾, 渡邊俊司²⁾, 三浦義正¹⁾, 林 芳和¹⁾, 矢野智則¹⁾, 砂田圭二郎¹⁾, 大澤博之¹⁾, 山本博徳¹⁾

【症例】生来健康な16歳女性。BMI 19kg/m²。遠足中に腹部膨満感と腹痛が生じ、次第に増強したが我慢していた。症状が改善せず翌日、近医に救急搬送となった。腹部CTでは胃と十二指腸水平部の一部までが著明に拡張し、脾は腫大していた。また脾アミラーゼが1423U/Lと高値を示した。SMA症候群に合併した急性脾炎と診断され、経鼻胃管による胃内減圧と脾炎に対する治療が行われアミラーゼは次第に低下した。第31病日の上部消化管内視鏡検査（EGD）で胃体部に潰瘍を認めたが原因がはっきりしなかった。さらなる精査のため当院に転院となった。転院後、経口栄養に移行したが、症状の悪化はなかった。第41病日のEGDでは、残渣のため胃内の観察は困難であったが、十二指腸造影で十二指腸水平部通過を確認した。第45病日のEGDで胃体上部に7cm長の全周性潰瘍を認め、潰瘍内には不良肉芽と一部組織壊死後の変化と考えられる部位がみられた。胃拡張に伴う虚血性潰瘍と考えた。流動食は摂取できるも、狭窄症状が持続した。第70病日のEGDでも極細径内視鏡がかるうじて通過できる程度に管腔は狭小化しており、潰瘍の上化も進んでいなかった。著明な狭窄が遷延しており、外科的手術を考慮に入れながら、年齢も考慮して経過観察中である。【考察】SMA症候群は十二指腸水平部が上腸間膜動脈と大動脈あるいは椎ととの間に挟まれ、同部の通過障害をきたす疾患である。急性胃拡張に伴う胃虚血により、胃壊死・穿孔・破裂をきたした報告も散見されている。胃壊死・穿孔・破裂は致死的な経過をたどる場合もあり早期診断、早期胃内減圧を行う必要がある。本症例では胃拡張に伴う虚血性潰瘍に対する治療法選択に苦慮した。今回の脾炎の原因として、胃十二指腸の拡張に伴う脾管内圧上昇も一因と考えられた。【結語】SMA症候群では胃拡張に伴う胃壊死・穿孔・破裂、急性脾炎を生じうることを認識する必要がある。

SMA症候群, 虚血性潰瘍

部分的脾動脈塞栓術が有効であった胃前庭部毛細血管拡張症による貧血の1例

足利赤十字病院 内科¹⁾, 同 放射線診断科²⁾,

獨協医科大学 消化器内科³⁾

小池健郎¹⁾, 金子仁人¹⁾, 竹中一央¹⁾, 金森 瑛¹⁾, 水口貴仁¹⁾, 菅谷 仁¹⁾, 潮田隆一²⁾, 謝 毅宏²⁾, 長谷 学²⁾, 川田一成²⁾, 小松本悟¹⁾, 平石秀幸³⁾

症例は87歳、女性。C型肝硬変があり、門脈圧亢進症をきたしていた。2014年9月には胃前庭部毛細血管拡張（gastric antral vascular ectasia：GAVE）を確認されていた。2015年6月に肝細胞癌に対してTACE（transcatheter arterial chemo embolization）を施行された。2015年11月定期外来にてHb 5.4 g/dlまで低下しており輸血し8.6 g/dlまで改善した。12月の外来にてHb 6.0 g/dlまで低下していた。上部消化管内視鏡にてGAVEの増悪を確認した。GAVEからの出血を疑い、治療目的に12月下旬に入院した。第3病日にGAVEに対するアルゴンプラズマ凝固止血法（argon plasma coagulation：APC）を施行した。第12病日に再度APCを施行した。Hbも10 g/dlまで上昇し退院となった。退院後の2016年2月の再診でHb 5.1 g/dlと低下していた。GAVEによる出血を疑ったがAPCでの出血コントロール困難と判断し、門脈圧亢進症の改善を目的に2016年3月に部分的脾動脈塞栓術（partial splenic embolization：PSE）を施行した。退院後2016年4月上旬にHb4.5 g/dlまで低下し、1回の輸血が必要であったが、その後輸血は必要としない。GAVEにおいてAPCでの出血コントロール困難であるもPSEが有効であった一例を経験したため、文献的考察も踏まえ報告する。

GAVE, PSE

診断に苦慮した、経カテーテルの動脈塞栓術で止血し得た十二指腸憩室の1例

新百合ヶ丘総合病院

星岡賢英, 椎名正明, 新倉利啓, 中田高央, 平山雄一, 川村雄剛, 高野幸司, 牧山裕顕, 石井成明, 袴田 拓, 広石和正, 國分茂博, 井廻道夫

【症例】88歳 女性。吐血を主訴に救急搬送された。初診時は意識清明、血圧92/70mmHg、脈拍92/分、眼瞼結膜に貧血を認めた。検査所見はWBC 11500/ μ l RBC 294万/ μ l Hb 9.3g/dl PLT 15.4万/ μ l PT-INR 1.02 BUN 33.1mg/dl Cr 0.5mg/dl。上部消化管出血が疑われ緊急内視鏡を施行した。胃内にはコーヒー残渣様血腫を認めたが、その他十二指腸下降脚までの観察範囲内に活動性出血や痕跡を確認できず、出血源を同定できずに終了した。経過観察のため入院とし、翌日の2nd lookの内視鏡検査を行った際も出血所見を認めなかった。第3病日に大量の激しい吐血を認め出血性ショックとなった。緊急処置を施行しつつ、造影CTを施行したところ、十二指腸憩室にextravasationを認めた。緊急血管造影検査を施行し、経カテーテル的に脾十二指腸動脈をマイクロコイルにて塞栓した。第5病日に出血源の確認のため、細径大腸内視鏡を用いた上部内視鏡検査を施行したところ、十二指腸憩室内に露出血管を認め、クリップにて追加処置を行った。その後出血なく経過し第12病日退院した。【考察】吐血はトライツ靱帯より口側の消化管出血が原因と考えられる。十二指腸においては、球部の潰瘍以外に、腫瘍、動脈瘤、憩室、vascular ectasiaなどが鑑別となるが、比較的にまれである。十二指腸には血腫が停滞しにくく、本症例のように内視鏡検査時に活動性出血を来していない場合には、出血源と疑わない傾向がある。出血部位の検索には、内視鏡のほか、造影CT、出血シンチグラフィ、カプセル内視鏡などが有用だが、とりわけ造影CTは重要であり、設備が普及したことから、緊急内視鏡前に施行することが勧められている。本例は良好な治療経過をたどったが、初診時の造影CT施行や初回内視鏡時の観察点など今後の教訓となる1例と考えられた。

十二指腸憩室出血, 消化管止血術

自治医科大学 消化器・一般外科¹⁾、同 消化器内科²⁾
 齋藤 匠¹⁾、井上賢之¹⁾、扇原香澄¹⁾、直井大志¹⁾、田原真紀子¹⁾、
 鯉沼広治¹⁾、堀江久永¹⁾、佐久間康成¹⁾、細谷好則¹⁾、北山丈二²⁾、
 佐田尚宏¹⁾、宮原晶子²⁾、坂本博次²⁾、矢野智則³⁾、山本博徳²⁾

症例は31歳男性。25歳時にクローン病と診断され、内科的加療により腹部症状は落ち着いていた。腹痛、嘔吐を主訴に当院を受診。CT検査にて回腸末端の狭窄が疑われ、経肛門ダブルバルーン内視鏡を施行。選択的造影検査にて回腸末端から15cmの部位から10cm程度にわたり連続する少なくとも3カ所の狭窄を認めた。内視鏡的バルーン拡張術の適応外として当院消化器外科に紹介、腹腔鏡下にて手術施行。回腸末端に高度の狭窄を認め、回盲部切除となり、kono-S吻合にて再建を行った。術後は腹痛、嘔吐などの狭窄症状はなく経過した。エレンタールを併用し、食事の調整を行い、術後20日目に退院となった。ダブルバルーン内視鏡の普及により、クローン病の診断および治療への有用性が報告されている。小腸狭窄に対して内視鏡的バルーン拡張術も行われているが、穿孔のリスクもあり、永山らが内視鏡的バルーン拡張術の適応・除外基準を示している。本症例では狭窄が長く、高度の屈曲を伴っているためバルーン拡張術ではなく外科的治療が選択された。クローン病患者では狭窄を繰り返し、外科的手術を複数回行われる患者も存在する。その際は腹腔内の癒着も懸念され、腹腔鏡下での手術が望ましい。本症例ではダブルバルーン内視鏡による術前検査により部位及び性状の正確な評価を行うことができ、腹腔鏡による侵襲の少ない外科的治療が可能であった。

クローン病、ダブルバルーン内視鏡

独立行政法人国立病院機構宇都宮病院 消化器内科¹⁾、
 獨協医科大学 消化器内科²⁾、
 独立行政法人国立病院機構宇都宮病院 外科³⁾
 前田光徳^{1,2)}、菅谷洋子¹⁾、増田典弘³⁾、芳賀紀裕³⁾、平石秀幸²⁾

症例は50歳代男性。持続性の咳嗽を認めるため近医受診、肺非結核性抗酸菌症(NTM)疑いにて当院紹介された。喀痰培養でNTMが検出され、EB、RFP、CAMの投与を開始した。投与後1週間前後より下痢、腹痛を認め、薬剤性腸炎の疑いにて入院加療となった。薬剤を中止、禁食、点滴管理を行ったが1か月以上経過しても症状の改善を認めなかった。便培養では常在菌のみであり、腹部CTでは全結腸の浮腫状の肥厚、CSでは血管透見像消失、びらん、潰瘍、易出血性、膿性分泌物附着等を認め、全結腸型中等症の潰瘍性大腸炎(UC)が疑われた。しかしNTMの薬剤の関与も否定できないため、薬剤の再投与を行わず、アミノサリチル酸塩剤投与による治療を行った。投与後から症状が改善し、その後食事を再開しても再発しないため退院となった。最終病理診断は、潰瘍性大腸炎であった。UCの診断基準として薬剤性腸炎の除外が必要である。本症例では、薬剤を契機に発症しており、またUC類似の薬剤性腸炎の報告もあるため、早期にUCの治療の介入が難しかった。本症例では薬剤性腸炎、NTM、UCについて文献的考察も踏まえて報告する。

非結核性抗酸菌症、潰瘍性大腸炎

自治医科大学附属さいたま医療センター

若尾聡士、川村晴水、松本吏弘、森野美奈、松本圭太、賀嶋ひとみ、
 高橋裕子、石井剛弘、関根匡成、西川剛史、上原健志、浦吉俊輔、
 山中健一、浅野岳晴、鷲原規喜、宮谷博幸、真嶋浩聰

【症例】38歳男性。大腸型クローン病に対し前医でインフリキシマブ 4.6mg/kg導入され寛解状態が維持されていた。2015年4月上旬より咽頭痛、感冒症状を自覚した後、下腿皮下出血斑と四肢の関節痛が出現した。4月中旬より腹痛、嘔吐が出現し、前医での上部内視鏡検査にて壊死性十二指腸潰瘍が疑われ精査目的に当院へ転院となった。入院時には四肢の軽度腫脹と神経痛、下腿から足関節にかけて点状皮下出血斑を認めた。白血球、炎症反応上昇を認め血清IgAは正常範囲であったが、第13因子は21%と低下していた。上部内視鏡検査にて、十二指腸下行脚から水平脚にかけて全周性の発赤と浅く広い縦走潰瘍を認めた。前医での皮膚生検結果で白血球破砕性血管炎と血管壁のIgA沈着が確認され、IgA血管炎と診断した。自然軽快を期待し保存的加療にて経過観察したが、腹痛の増悪とともに下血が出現し、低alb血症と炎症反応の増悪を認めたため第8病日にプレドニゾン30mg/日の投与を開始した。ステロイド治療開始後は臨床症状の改善を認め、第21病日退院した。外来にてステロイドを漸減中止したが、再発無く経過している。【考察】IgA血管炎は原因不明の全身性、無菌性血管炎で、50%以上の患者で腹痛や消化管出血などの消化器症状を伴う。また、抗TNF-α製剤は炎症性腸疾患治療におけるキードラッグであるが、自己免疫反応の誘導により血管炎や自己免疫性疾患を合併することがある。今回、大腸型クローン病に対してインフリキシマブにて加療中、IgA血管炎を合併した患者を経験したため文献的考察を交え報告する。

IgA血管炎、十二指腸潰瘍

日本医科大学 消化器内科学

桐田久美子、鈴木将大、高木信介、重松 秀、西本崇良、秋元直彦、
 大森 順、佐藤 航、小杉友紀、馬來康太朗、江原彰仁、三井啓吾、
 米澤真興、田中 周、辰口篤志、藤森俊二、若切勝彦

症例は47歳女性。11か月前より下腹部痛を自覚され、前医で腹部CTを施行したところ終末回腸と盲腸の壁肥厚を認めた。大腸内視鏡で明らかな病変は指摘されず、症状は自然に改善した。1か月前より再度下腹部痛が出現し、2日前に前医で腹部CTを施行され、回腸末端の腫瘍影と口側腸管の拡張と液体貯留を認めた。亜イレウスの治療、回盲部病変の精査目的に当院紹介入院となった。ダブルバルーン内視鏡を施行し、バウシン弁と上行結腸の粘膜に発赤・浮腫を認めた。それぞれ生検し、HE染色で陰窩底部付近から筋板内に異型性の目立たないgoblet cell様の細胞の胞果増生及び、淡好酸性細胞質を有し軽度の核異型を有する細胞の陰窩状の増生部を認めた。免疫染色ではgoblet cell様の細胞はアルシアンブルー-PAS染色で細胞質が陽性を示した。ケラチン染色ではCK7は陰性、CK20は部分的に細胞質や細胞膜に陽性であった。Ki67は一部陽性細胞の増加が見られた。P53は陽性細胞を認めず。神経内分泌系染色でChromogranin A、Synaptophysin、CD56は全て陰性であった。goblet cell carcinomaが最も疑われた。ソマトスタチン受容体シンチグラフィを施行し、回腸末端に腫瘍に集積を認めた。第30病日に当院消化器外科で開腹虫垂切除術を施行した。虫垂は硬結し、回盲部背側に癒着しており回盲部閉塞の原因と考えられた。また、大網とダグラス窩に播種結節を触れ、病理へ提出した。手術検体の病理結果では、虫垂にgoblet cell様の粘液を含んだ異型細胞が小集塊、策状に増生し、一部por2様の組織像を示していた。免疫染色ではChromogranin A 40%陽性、Synaptophysin 10-20%陽性、Ki67 60-70%陽性であり、病理診断はmixed adenoneuroendocrine carcinoma、pT4aN1M1(大網)とした。術後経過は良好であり第42病日に退院した。術後化学療法FOLFOX+Bevで加療した。今回虫垂におけるmixed adenoneuroendocrine carcinomaを経験したため、ここに報告する。

虫垂、MANEC

41 虫垂炎で発症した虫垂neuroendocrine tumor (NET)の1例

順天堂大学医学部附属練馬病院 総合外科¹⁾,
同 病理診断科²⁾

芦澤かりん¹⁾, 高橋 敦¹⁾, 岩永直紀¹⁾, 山田衣里佳¹⁾, 北原佳奈¹⁾, 秋本瑛吾¹⁾, 伊藤 謙¹⁾, 関根悠貴¹⁾, 春山優理恵¹⁾, 河合雅也¹⁾, 宮野省三¹⁾, 渡野遼郁雄¹⁾, 町田理夫¹⁾, 須郷広之¹⁾, 李 慶文¹⁾, 児島邦明¹⁾, 小倉加奈子²⁾, 松本俊治²⁾

【はじめに】消化管内分泌細胞腫瘍は2010年WHO分類でNET G1 (Carcinoid) / G2, NEC (neuroendocrine carcinoma), MANEC (mixed adenoneuroendocrine carcinoma) に分類された。今回、我々は虫垂炎で発症、術後の病理検査で虫垂neuroendocrine tumor (NET) が明らかとなった1例を経験したので、文献的考察を加え報告する。【症例】39歳男性。3日前からの右下腹部痛を認め、近医を受診。急性虫垂炎を疑われ入院、保存的に加療されるが、CRP33.5mg/dlと上昇、発熱と症状の増悪を認めたため救急車で当院へ転院となる。腹部造影CT検査では虫垂が径1.5cmに腫大し周囲の脂肪組織濃度の上昇を認め、緊急虫垂切除およびドレナージ術を施行した。提出検体の虫垂には12mm大の結節が認められ、病理組織検査で蜂窩織炎性虫垂炎と、結節はNET, G2, リンパ管侵襲陽性、静脈侵襲陽性の結果であった。今後、二期的に追加切除 (リンパ節郭清) の予定である。

NET, 消化管内分泌腫瘍

42 子宮内膜症を背景として同時発生した直腸、卵巣腫瘍の一例

茨城県立中央病院 消化器内科¹⁾, 同 外科²⁾,
同 病理診断科³⁾

山岡正治¹⁾, 大関瑞治¹⁾, 五頭三秀¹⁾, 遠藤壮登¹⁾, 藤枝真司¹⁾, 荒木真裕¹⁾, 天貝賢二¹⁾, 佐々木和人²⁾, 吉見富洋³⁾, 斉藤仁昭³⁾, 飯嶋達生³⁾

【症例】60代、女性【主訴】腹部膨満感【既往歴】子宮筋腫(子宮全摘術)【現病歴】腹部膨満感を認め、近医で卵巣腫瘍を指摘され、当院に紹介された。画像検索では、左卵巣に20cm大の嚢胞性腫瘍を認め、隔壁と充実性病変を伴っていた。また、それとは離れた直腸Rsに腫瘍性病変を認め、多発肝転移も認めた。大腸内視鏡検査では肛門縁より15cmのRsに40mm大の腫瘍性病変を認め、生検では扁平上皮癌であった。精査中に大量の下血をきたし出血性ショックに至ったため緊急手術となり、術式はHartmann手術、両側付属器切除、大網部分切除、肝S3部分切除術を施行した。病理診断は、左卵巣腫瘍は類内膜腺癌であり、一方、直腸腫瘍はCK(cytokeratin) 7(+), CK20(-), CDX2(-), villin(-), ER(+), 腸管子宮内膜症より発生した扁平上皮化生を伴う類内膜腺癌と考えられ、Endometriosis-associated intestinal tumor(EAIT)と診断した。直腸および卵巣腫瘍はそれぞれ分化度が異なり、同時性二重癌と考えられた。残存する肝転移に対し、11月10日よりTC療法(Paclitaxel, Carboplatin) + Bevacizumabを開始した。1コース後の治療評価でPRが得られた。8ヶ月生存、外来通院中である。【考察】EAITの報告は稀であり、さらに腸管子宮内膜症と卵巣子宮内膜症の同時発症という貴重な症例を経験した。EAITの本邦報告は自験例も含めて14例であった。治療は手術が第一選択として全例になされていた。術後は自験例を含む8例に化学療法(TC療法)、1例に高用量黄体ホルモン療法がなされていた。EAITの予後は比較的良好との報告もあるが、池田らはリンパ節転移例は予後不良を示唆する因子と推測されると報告している。【結語】子宮内膜症を背景として同時発生した直腸・卵巣の類内膜腺癌を認め、術後化学療法が奏功した貴重な一例を経験した。

腸管子宮内膜症の癌化、EAIT

43 93歳の超高齢者に対する腹腔鏡下結腸切除の一例

順天堂大学医学部附属練馬病院 総合外科

足立啓介, 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, 渡野遼郁雄, 町田理夫, 北島俊顕, 須郷広之, 李 慶文, 児島邦明

【症例】93歳女性。来院2ヵ月前から血便を認め当院紹介受診となった。

【検査所見】入院後の大腸内視鏡検査では直腸に10mm大の粘膜下腫瘍とS状結腸に1/4周性のIIa+IIc病変を認め、生検でそれぞれneuroendocrine tumor, 腺癌の診断となった。術前検査では93歳と高齢で心臓弁膜症の既往と呼吸機能(1秒率)の低下を認めるものの、耐術可能であり腹腔鏡下S状結腸切除術、経肛門腫瘍切除術を施行した。術後の経過は良好であり、合併症なく術後9日目に退院となった。

【まとめ】超高齢化社会に伴い、今後超高齢者に対する手術の重要性は高まってくると考えられる。教室で過去に行われた超高齢者の手術例と併せ、文献的考察を加えて報告する。

大腸癌, 超高齢者

44 骨髄移植、免疫抑制療法後長期の経過でde novo B型肝炎を発症した一例

虎の門病院 肝臓内科

福山真史, 鈴木義之, 福永篤志, 小南陽子, 川村祐介, 瀬崎ひとみ, 坂哲也, 芥田憲夫, 小林正宏, 鈴木文孝, 斉藤 聡, 荒瀬康司, 池田健次, 熊田博光

【症例】69歳男性【主訴】なし【現病歴】急性混合性白血病に対して同種臍帯血移植(3回、3回目は2010年4月下旬)を当院血液内科で施行し経過観察中であった。2009年にはHBs抗原(-)、HBs抗体>1000、HBV-DNA(-)、HBe抗体1.39とHBV既往感染を示しており、臍帯血移植後、Tacrolimus、PSLの内服を行っていたが、2013年6月中旬で内服を終了している。HBVのvirus markerを最終確認された2012年12月下旬ではHBs抗原(-)、HBV-DNA(-)、HBs抗体19.8と既往感染を示すのみであった。2013年6月以降肝酵素はAST優位のまま基準値内を推移していたが、2016年3月初めの定期受診の採血でAST 184 IU/L、ALT 226 IU/Lと肝酵素の上昇を認めた。肝障害のスクリーニングで測定したHBs抗原(CLEIA)検出感度以上となり、B型肝炎の再活性化と考え、de novo B型肝炎の疑いで翌日よりEntecavirの内服を開始し、劇症化が懸念された為その6日後より入院となった。第9病日にはAST586IU/L、ALT 714IU/Lまで上昇したため肝庇護療法も追加し、第11病日にはAST 344IU/L、ALT 552IU/Lと低下を認め、HBV-DNAも6.8から5.5へと低下した。しかし、その後、肝酵素の再上昇(AST628IU/L、ALT 904IU/L)と総ビリルビンの上昇(5.0mg/dl)を認め、第20病日からPSL 40mg/dayより開始した。肝酵素の低下を確認しPSL漸減し5月下旬にはAST/ALT正常化を確認し6月初めに退院となった。なお経過中PT%の低下や肝性脳症の出現は認められなかった。【考察】HBs抗原陰性でHBe抗体陽性ないしHBs抗体陽性のような臨床的には治癒の状態と考えられる既往感染例には本例のように造血幹細胞移植時など強力な免疫抑制時にHBVが再活性化されるde novo B型肝炎を発症する事があり注意を要する。de novo B型肝炎はひとたび発症すると劇症化率が高くひとたび劇症化した際の救命率は極めて低い。しかしながら本症例のように免疫抑制療法後約2年という長期の経過でde novo B型肝炎を発症するケースは稀であり臨床に興味深く、また経時的変化を詳細に観察した症例を経験したので文献的考察を加えて報告する。

B型肝炎, de novo肝炎

東京女子医科大学大学院 卒後臨床研修センター¹⁾、同 消化器内科²⁾
 今井美成¹⁾、五十嵐悠一²⁾、小林睦季²⁾、山本国子²⁾、児玉和久²⁾、小本曾智美²⁾、谷合麻紀子²⁾、鳥居信之²⁾、橋本悦子²⁾、徳重克年²⁾

【症例】48歳、男性【経過】生来健康。症状認めなかったが健診でAST 730 U/l、ALT 1935 U/l、T-Bil 1.0 mg/dlと肝障害を指摘され当院紹介となった。HBs抗原陽性、IgM HBe抗体陽性、HBe抗原陽性、HBV-DNA量8.2 log copies/ml、genotype AでありB型急性肝炎と診断をし入院後、安静にて加療開始したがAST 898 U/l、ALT 2351 U/l、T-Bil 1.6 mg/dlと肝機能改善がなかったため、重症化を危惧し入院第4病日よりエンテカビル (ETV) 導入を行った。特記すべき合併症なく、速やかに肝機能は軽快し第32病日に退院となり、ETV投与継続し、投与開始13か月後にHBs抗原陰性、HBV DNA量 2.1 log copies/ml未満となりETVを中止した。ETV中止8ヶ月後にAST/ALT再上昇とともにHBV-DNA量 9.0 log copies/mlまで上昇ありETVを再開。AST/ALT改善とともにETV再投与6ヶ月後にHBV-DNA量 5.5 log copies/mlまで低下したが、その後はHBV-DNA量低下なくETV再投与10ヶ月後にAST/ALTの再上昇を認めた。ETVに対する耐性変異をきたしたと判断しラミブジン (LAM) + テノホビル (TDF) に変更を行った (その後の検討でM204IとM250LのETV耐性変異を確認)。LAM+TDF継続し肝機能は正常化し今日までHBV-DNA陰性化を継続している。【考察】B型急性肝炎に対してETV投与中止後再燃し、再投与後ETV耐性変異を来した症例を経験した。ETVによるgenotype AのB型急性肝炎治療は劇症肝炎への移行を阻止し得る有効な治療法である。HBs抗原陰性化とHBV-DNA量の陰性化が中止の条件とされるが、本症例はHBs抗原消失までに13ヶ月と長期を要しており、既に慢性化していたと考えられる。このような症例では慢性肝炎に準じた対応が必要でETV中止に際し、HBs抗原とHBV-DNA量の持続陰性化を確認する必要がある。またETV中止後の注意深い経過観察が必要である。また本症例ではETV再投与後、比較的早期に耐性変異を生じたことについては今後の検討課題である。

B型急性肝炎、耐性変異

筑波大学附属病院 消化器内科
 竹内直人、内田優一、長谷川直之、廣瀬 優、山浦正道、菅沼大輔、田島大樹、佐藤雅志、江南ちあき、石毛和紀、瀬尾恵美子、福田邦明、安部井誠人、兵頭一之介

30歳代の男性。6年前から焼酎を1日3-5合飲酒していた。20XX年4月中旬から全身倦怠感、尿黄染が出現し、4月21日に本院入院となった。意識は清明だったが、血液検査で白血球上昇、AST優位のトランスアミナーゼ上昇、 γ -GTP上昇、T-Bil 27.9 mg/dlと著明な黄疸が認められ、PT 44.6%と肝合成能の低下も認められた。腹部CTでは著明な肝脾腫が認められた。重症型アルコール性肝炎と診断し、禁酒と肝庇護療法開始した。しかし、肝障害は遷延し、ビリルビンは30 mg/dlまで上昇したため、第5病日よりメチルプレドニゾン1g3日間のステロイドパルス療法を開始した。その後、ビリルビンは緩徐に低下し、ステロイドは漸減した。経過中、第24病日に敗血症、DICを合併したが、抗生剤、トロンボモジュリン投与により改善した。その後も黄疸、PT活性は徐々に改善したため、第59病日に退院となった。重症型アルコール性肝炎に対するステロイド治療の報告は散見されるが、ステロイドパルスの報告は少ない。今回、我々はステロイドパルスが有効であった重症型アルコール性肝炎の1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。

アルコール性肝炎、ステロイドパルス

国際医療福祉大学病院
 人見俊一、田邊裕貴、太田勝久、安藤勝祥、一石英一郎、佐藤貴一、大竹孝明、高後 裕

【症例】60歳代男性【現病歴】NSAIDsが右副腎皮質腺腫に対する腹腔鏡下右副腎摘除術後の疼痛コントロールのため処方されていたが、本人のコンプライアンス不良でNSAIDsの二重服用があった。本年某月にタール便があり、Hb 6.6 g/dlで緊急入院となった。【現症】血圧102/60 mmHg、眼瞼貧血あり、胃体中部小弯に出血性胃潰瘍が見られ【臨床経過】緊急EGD検査を行い、胃体中部小弯に出血性胃潰瘍が確認され、内視鏡的止血術を行った。その後再出血が複数回あり止血に難渋した。その間絶食期間が14日に及び、オメプラゾール20 mgを2iv/日使用していた。第16病日に肝胆道系酵素の悪化が見られ、ピークでAST 1119 IU/l、ALT 925 IU/l、ALP 2250 IU/l、 γ -GTP 336 IU/l、T-Bil 4.6 mg/dlまで上昇した。同時期に血小板の減少も始まり、第30病日には血小板数8,000 /マイクロリットルまで低下した。輸血後に回復したHbも再び15.9 g/dlから6.3 g/dlまで低下した。肝障害に対し、肝炎ウイルス、EBV、CMV、自己免疫の各種マーカーを測定し、CTで画像評価をしたが、原因の特定には至らなかった。肝障害、血小板減少症、貧血の原因として薬物性の可能性を考え、被疑薬であるオメプラゾールを第29病日に中止した。その際にDLSTは行わなかった。中止後、肝機能酵素は翌日から、血小板数は4日後から、Hbは11日後から回復を見せた。15日後には肝胆道系酵素・血小板数・Hbともにオメプラゾール投与前の水準に回復した。【考察】DDW-J 2004薬物性肝障害ワークショップのスコアリングに基づき、オメプラゾールを被疑薬としてスコアリングを行ったところ、合計スコア7点で可能性が高いとされた。本例は発熱・発疹が見られず好酸球増多も見られなかったが、アレルギー性特異体質型であると考えている。推定している機序は、オメプラゾールまたはその代謝産物が不完全抗原 (ハプテン) となって抗原として働き、肝細胞、血小板、赤血球の3つの異なる細胞でアレルギー反応を引き起こしたと考える。近年PPIの使用頻度が高いため、注意が必要と考えられた。

薬剤性肝機能障害、オメプラゾール

国立病院機構災害医療センター 消化器内科
 浅見桃子、佐々木善浩、上條 孟、木谷幸博、島田祐輔、林 昌武、大野志乃、上市英雄

【症例】39歳男性【既往歴】高血圧【現病歴】2016年3月、突然の腹痛のため近医を受診し、腹部造影CTで腹腔内出血を認めた。外傷や腹部打撲等の受傷起点はなかったが、肝損傷の診断で入院となった。入院後に腹腔内にドレーン留置し、保存的加療がなされたが、腹痛症状が持続し、加療目的で当院に転院となった。転院時の身体所見では右季肋部痛、38度の発熱を認め、採血検査では貧血と炎症反応の上昇を認めた。前医の腹部造影CTから、腹腔内出血以外に肝動脈 (A5) に動脈瘤を認め、同部の破裂による出血が強く疑われた。腹痛症状遷延していたため、出血の持続や再出血予防のために、第2病日に血管造影を施行した。肝動脈 (A5) に動脈瘤を認めたため、同部にコイル塞栓による肝動脈塞栓術 (以下、TAE) を施行した。第9病日の腹部造影CTでは、新規の出血もなく、治療効果良好であり、第12病日に退院となった。治療後4ヶ月現在、外来で経過フォローしているが、動脈瘤の再発も認めず、経過は良好である。【考察】肝動脈瘤は内臓動脈瘤の約20%であり、比較的特異な疾患である。原因は動脈硬化、外傷、医原性、炎症性など様々であり、本症例では破裂の明らかな原因はなく、特発性肝動脈瘤破裂と診断した。肝動脈瘤破裂の死亡率は20-50%との報告もあり、破裂した場合は予後不良な疾患である。治療法に関しては、以前は外科的加療が行なわれてきたが、近年は外科的加療に比べて低侵襲なTAEの有用性が報告されている。TAEは血管造影に続いて、原因となった動脈瘤に対してそのまま塞栓術が施行可能であり、良好な治療成績が近年報告されている。今回我々は、TAEによって救命できた特発性肝仮性動脈瘤破裂の一例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。

肝動脈瘤、TAE

獨協医科大学病院臨床研修センター

横井公一、櫻岡佑樹、松本尊嗣、鈴木隆志、清水崇行、田中元樹、朴 景華、白木孝之、小菅崇之、森 昭三、加藤正人、青木 琢、窪田敬一

症例は36歳男性。食後の心窩部痛を主訴に近医受診し、腹部超音波検査で脾尾部腫瘍が確認され、精査加療目的に紹介となった。既往歴に高血圧を認める以外に特記事項なく、腫瘍マーカーの上昇を認めなかった。当院で施行した造影CTでは境界明瞭な長径16mmの病変を脾体尾部に認め、腫瘍内部には充実部と囊胞部が混在し、特に充実部には淡い造影増強効果を認め、囊胞壁には石灰化を認めていたことからsolid-pseudopapillary neoplasm (SPN)を示唆するCT所見であった。しかし、PET所見では腫瘍内部にFDGの集積を認め、MRI拡散強調にて高信号を呈していたことから、退形性膵管癌が鑑別に挙がった。各種画像検査で診断に至らなかったため、脾体尾部病変に対しEUS-FNAを施行検討したが、悪性所見を否定できない上に、胃体部後壁からの穿刺経路で囊胞内容物の腹腔内漏出が予見されたために回避した。高血圧症の既往がある事と、腫瘍原発が左副腎の可能性もある事から、褐色細胞腫も鑑別に挙がったが、シンチグラムでの集積陰性と血液尿検査結果から、除外された。術前診断としては、いずれも典型所見ではないが、退形成性膵癌、SPNなどを疑い、悪性所見に準じて、脾体尾部切除、脾臓合併切除、D2リンパ節廓清を行った。手術標本の病理組織学的所見は、腫瘍は乳頭状増殖を呈しており、SPNと考えられる像であった。また、免疫染色で α 1-ACTも陽性像を呈す染色態度からも、SPNの最終診断に至った。術前診断に苦慮する神経内分泌腫瘍の1切除例を経験し、若干の文献的考察を加えて報告する。

脾腫瘍, SPN

獨協医科大学 第二外科¹⁾、同 整形外科²⁾、同 病理学³⁾

西 雄介¹⁾、白木孝之¹⁾、田中元樹¹⁾、朴 景華¹⁾、小菅崇之¹⁾、森 昭三¹⁾、玉井和成²⁾、山岸秀嗣³⁾、黒田 一³⁾、青木 琢¹⁾、窪田敬一¹⁾

【症例】72歳女性、2010年×月に膵頭部癌に対して膵頭十二指腸切除を施行。病理は膵癌(中分化管状腺癌)p Stage I (UICC)の診断。術後補助化学療法はTS-1を施行、外来経過観察中であった。術後1年2ヶ月後、CEAの上昇を認めPET検査を施行。右殿部と肝に著明なFDGの集積を認め、膵癌再発と考え化学療法の方針となった。しかし、CTで多血性腫瘍であったことなどから外来で右殿部の腫瘍生検を施行。その結果、扁平上皮癌の診断となった。肝生検も行い、右殿部同様扁平上皮癌の結果であった。膵癌の病理も再検討したが扁平上皮癌の成分は存在しなかった。他臓器の精査も行ったが原発不明であり、原発不明癌の診断となった。腎部痛を認めており、腫瘍減量の意義はあると考えられたこと、またより正確な病理診断を目的として、右殿部と肝の腫瘍切除を施行する方針となった。【手術】肝部分切除、右殿部腫瘍切除の同時切除を施行。手術時間6時間30分、出血量1905ml。術後経過は良好で、合併症なく術後8日目退院となった。【病理】病理結果は、両腫瘍共に腺癌と扁平上皮癌が混在している腺扁平上皮癌の診断となった。そのため原発不明癌ではなく、転移先で腺癌から扁平上皮癌に分化した可能性が考えられた。SCCが肝・腎部転移ともに全体の大部分を占めていた。【考察】膵癌の腺扁平上皮癌はまれな病理形態ではあるものの報告は散見される。本症例において、原発巣の診断は中分化管状腺癌で有り、転移巣が扁平上皮癌と診断された際にも再検討を行ったが、扁平上皮の成分は認められなかった。今回、転移巣の生検を行った際に、偶然殿部、肝両腫瘍の扁平上皮癌成分のみを生検したため、鑑別診断に難渋した結果となった。また、原発に扁平上皮の成分が認められなかったことから、転移先で扁平上皮癌へ分化した可能性があり、示唆に富む症例と考えられたため報告する。

腺扁平上皮癌, 膵癌術後

東海大学 消化器外科¹⁾

放射線医学総合研究所重粒子医学科学センター病院²⁾

山内麻由¹⁾、古川大輔¹⁾、矢澤直樹¹⁾、藤城 健¹⁾、山田美鈴¹⁾、増岡義人¹⁾、益子太郎¹⁾、中郡聡夫¹⁾、小澤壮治¹⁾、山田 滋²⁾

【はじめに】化学療法や放射線治療の選択肢が増えた現在でも膵癌の予後は不良である。今回我々は術後再発に対し化学療法に加え、重粒子線治療、手術を加えた集学的治療により長期生存を得ている症例を経験したので報告する。【症例】症例は60歳、男性。皮膚黄染を主訴に近医を受診した。切除可能膵頭部癌と診断され、当院にてGEM+S-1の術前補助化学療法を2コース行ったうえで治療開始後2か月後に重全胃膵頭十二指腸切除術を施行した。高分化管状腺癌、ly1、v1、ne3、TS2、T3(CH⁺、DU⁺、S⁻、RP⁺、PV⁻、A⁻、PL⁻、OO⁻) NO M0 R0 Stage IIIであった。術後6ヶ月間GEMによる術後補助化学療法を施行した。治療開始後25か月目にPET-CTでSUV max 5.8の集積を示す局所再発認め、55.2GyEの重粒子線治療(GEM併用)を行った。その後S-1を1年間投与し、その後有害事象のためGEMに変更し化学療法を継続した。治療開始後51ヶ月目に単発の肺転移を認め、肺部分切除を行った。治療開始後58ヶ月現在、局所再発の増大やPET-CTでの集積はなく、また新規の転移性病変の出現なく生存中である。【結語】膵癌の再発病変に対しては化学療法が第一選択となるが、本症例のように比較的晩期に発見された限局した病変に対しては放射線治療や手術といった局所療法を組み合わせても有効と思われる。

膵癌, 集学的治療

横須賀市立うわまち病院

山本敦史、小宮靖彦、大熊幹二、梅沢翔太郎、森川瑛一郎、

秋間 崇、妹尾孝浩、池田隆明

【症例】57歳、男性。【飲酒歴】焼酎3合/日。【現病歴】201X年4月下旬、飲酒後に上腹部痛が出現、改善が認められないため当院救急外来を受診し精査・治療目的で入院した。【身体所見】心窩部から右季肋部に自発痛および圧痛を認めた。【検査成績】WBC 8200/ μ l、RBC 418x10⁴/ μ l、Hb 13.3g/dl、Hct 37.6%、Plt 12.4x10⁴/ μ l、AST 17U/L、ALT 11U/L、 γ -GTP 35U/L、T-Bil 0.79mg/dl、TG 67mg/dl、BUN 14.2mg/dl、Cr 0.74mg/dl、Ca 9.1mg/dl、Amylase 35U/L、Lipase 76U/L。【臨床経過】CTスキャンでは膵頭部腫大と造影不良、右腎下極に至る炎症性液体貯留および後膵十二指腸動脈、第一空腸動脈起始部に微小な仮性動脈瘤形成が疑われた。アルコール性急性膵炎の診断で治療を開始したが、頻脈・血圧低下を伴う急速な貧血の進行が認められた。CTスキャン上で高吸収値の腹水が出現、腹水穿刺で血性腹水であることが確認された。輸血により状態の安定が得られた後、仮性動脈瘤破裂による腹腔内出血を考えて止血目的での腹部血管造影を施行する方針とした。血管造影上は第一空腸動脈の異常な血管拡張以外は仮性動脈瘤形成や活動性出血を示す所見は認められなかった。このため、保存的治療にて慎重に経過を観察する方針とした。その後は貧血の進行はなく、腹部症状も改善し2週間の経過で退院となった。【考察】保存的治療により救命されたアルコール性急性膵炎の腹腔内出血合併例を経験した。急性膵炎発症時の腹腔内出血例は稀であり、示唆に富む症例と考え報告する。

急性膵炎, 腹腔内出血

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¹⁾、
同 放射線部²⁾、横浜市立大学医学部 消化器内科学³⁾
高橋宏太¹⁾、三輪治生¹⁾、三箇克幸¹⁾、合田賢弘¹⁾、入江邦泰¹⁾、
三浦雄輝¹⁾、杉森一哉¹⁾、沼田和司¹⁾、山本 統²⁾、関川善二郎²⁾、
竹林茂生²⁾、田中克明¹⁾、前田 慎³⁾

【はじめに】内視鏡的ネクロセクトミーは、外科的ネクロセクトミーと比較して低侵襲であり、急性膵炎後のwalled-off necrosis (WON)に対する有効な治療法として報告されている。しかしながら、出血や空気塞栓などの重篤な偶発症や治療関連死亡も報告されており、それらに対する予防策は確立されていない。【症例】60歳代 男性【病歴】201x年1月腹痛を主訴に近医を受診し、胆石性重症膵炎と診断された。保存的治療により改善し退院となったが、2月に施行した造影CTで膵頭部周囲に9cm大のWONを認め、精査加療目的に当科紹介受診となった。初診時には感染徴候を認めず、外来にて経過観察としていたが、WONの消失が期待できないため、5月中旬ドレナージュ目的に入院となった。超音波内視鏡下嚢胞ドレナージュ術を施行したが、WON内部の壊死物質は排出されず、炎症反応の上昇を認めたため、内視鏡的ネクロセクトミーの適応と考えられた。造影CTではWON内部を貫通する動脈を認め、処置に伴う致死的な出血が危惧されたため、5月下旬腹部血管造影を施行。右胃動脈および右胃大網動脈に対してマイクロコイルを用いた血管塞栓術を施行した。造影CTで血流の消失を確認したのち、5月末より内視鏡的ネクロセクトミーを施行。計4回の治療期間中に明らかに偶発症を認めず、嚢胞腔の消失を確認したのち、6月中旬に退院となった【結語】WON内部を走行する動脈に対して予防的血管塞栓術を先行し、内視鏡的ネクロセクトミーを施行した一例を経験したため、文献的考察を加えて報告する。

内視鏡的ネクロセクトミー，walled-off necrosis

板橋中央総合病院
奥田 俊、町田展章

69歳男性。既往歴に扁桃炎切除、ネフローゼ症候群がある。2016年4月に他院泌尿器科で尿路結石、左急性腎盂腎炎の加療しており、左尿管にステントが留置されていた。5月上旬に腹痛、発熱をきたし、病日1日、当院消化器内科に転院となった。同日、腹部造影CTを施行したところ、膵頭部付近に10mmに仮性瘤と膵頭部周囲に血腫を認め、仮性動脈瘤破裂と診断した。病日2日目血管造影検査を施行したところ、後下膵十二指腸動脈の末梢に10mmの仮性動脈瘤を認め、その先が前上膵十二指腸動脈へ繋がるアーケードの形成を認めた。また、前下膵十二指腸動脈にも8mmの仮性動脈瘤を認めた。血腫の存在範囲から、後下膵十二指腸動脈の仮性動脈瘤が破裂したと考え、同動脈瘤にコイルを7個留置し、血流遮断を確認した。前下膵十二指腸動脈へはカテーテルが挿入できなかったため、塞栓術は施行しなかった。その後、再出血は認めず、病日9日目退院した。退院1か月後の腹部造影CTでは、後下膵十二指腸動脈の動脈瘤内にコイルの残存を認め、血流は認めなかった。前下膵十二指腸動脈の仮性動脈瘤は残存していたが、血流は認めず、瘤内の血栓形成を認めた。仮性動脈瘤破裂は比較的低頻であるため報告する。

後下膵十二指腸動脈，仮性動脈瘤

東京慈恵会医科大学 消化器・肝臓内科¹⁾、同 放射線科²⁾
白石めぐみ¹⁾、千葉允文¹⁾、野口正朗¹⁾、光永真人¹⁾、本橋健司²⁾、
和田紘幸²⁾、蘆田浩一²⁾、猿田雅之¹⁾

【症例】75歳、男性。50年来の大酒家である。2015年12月、心窩部・背部痛のため近医を受診し、慢性膵炎と診断された。腹部CT上、石灰化を伴う膵実質の萎縮と膵頭部背側に12mm大の膵仮性嚢胞を認めた。また、膵頭部主膵管に膵石が嵌頓し膵液流出障害が考慮された。体外衝撃波破碎療法(ESWL)を念頭に、内視鏡的逆行性胆管膵管造影(ERCP)を施行した。膵管造影では、膵頭部主膵管への膵石嵌頓と、既知の膵仮性嚢胞との交通も認めた。ERCP施行中、十二指腸穿孔を来し緊急閉鎖術を施行した。2016年6月、諸事情のため当院当科へ紹介受診となった。その後の外来通院中、慢性膵炎の急性増悪を認め入院加療となった。腹部CTでは、軽度増大傾向(22mm)の膵仮性嚢胞内にhigh density lesionを伴い、嚢胞内出血が疑われた。入院後は膵酵素の低下と腹痛の消失を認め外来通院となった。その後も腹痛の再発は持続し、腹部MRI T1強調画像では内部が高信号と低信号が混在し、時期の違う出血が示唆された。2016年7月の外来受診時、膵酵素の上昇を伴わない、腹痛と膵仮性嚢胞のさらなる増大傾向(33mm)を認めたため、精査加療目的で再入院となった。入院後の腹部造影CTでは、嚢胞は自然止血と縮小傾向を認めたが、背側膵動脈から嚢胞内に突出する3mm大の仮性動脈瘤を認めた。以上より再出血のリスクを考慮し、仮性動脈瘤に対し動脈塞栓術を施行した。現在まで、腹痛や嚢胞の増大、再出血は認めない。

【考察】本症は、慢性膵炎に伴う膵仮性嚢胞が先行し、仮性動脈瘤からの小出血と自然止血が繰り返されたが、動脈塞栓術が奏功した。一般的に、出血性膵仮性嚢胞は、仮性動脈瘤が先行する事が多いと言われ、ひとたび仮性動脈瘤が破裂すれば死亡率は高い。嚢胞出血が疑われた時点での治療マネジメントも踏まえ、文献的考察を加えて報告したい。

膵仮性動脈瘤，慢性膵炎

hemosuccus pancreaticusを合併した膵仮性嚢胞の経過観察中に、急性膵炎再発を契機とした脾動脈仮性動脈瘤の急激な増大に対して動脈塞栓術が奏功した一例

東京都済生会中央病院 消化器内科¹⁾、同 放射線科²⁾
鈴木絢子¹⁾、阿部善彦¹⁾、林 智康¹⁾、小川 歩¹⁾、田沼浩太¹⁾、
西井まみか¹⁾、星野 舞¹⁾、上田真裕¹⁾、三枝慶一郎¹⁾、岸野竜平¹⁾、
酒井 元¹⁾、船越信介¹⁾、中澤 敦¹⁾、塚田信廣¹⁾、塩見英佑²⁾

【症例】58歳男性【現病歴】膵仮性嚢胞、hemosuccus pancreaticusにて当院消化器内科外来通院中の常習飲酒家の男性。来院日当日から出現した上腹部痛にて当院救急外来受診。血液検査にてAMY 539 U/l, p-AMY 456 U/lと高値、腹部造影CTにて膵腫大および膵周囲の脂肪織混濁と結腸間膜根部まで及ぶ炎症所見を認め、急性膵炎の診断で緊急入院となった。大量補液およびペントゾンによる疼痛コントロールにて加療開始した。急性膵炎の経過は良好であったが、第9病日に施行した造影CTにて長径12mmの膵動脈本幹の仮性動脈瘤を認めた。入院時に施行した造影CTと比べて急激に増大しており、第10病日放射線科と協議の上破裂のリスクが高いとの判断にて、同日緊急脾動脈塞栓術施行した。第15病日造影dynamic CTにて仮性動脈瘤が消散されていること、脾臓の造影効果が保たれていること、塞栓が改善傾向にあることを確認し、退院とした。【考察】脾仮性動脈瘤を含む腹部内臓動脈瘤は稀な疾患ではあるが、破裂すると死亡率は高い。腹部内臓動脈瘤の中で脾仮性動脈瘤が最も頻度が高く、その成因としては本症例のように膵炎などの炎症によるものの他に外傷、手術後、肝臓の経皮的穿刺後が知られている。近年、血管内治療の進歩により未破裂動脈瘤に対する動脈塞栓術の症例報告も増えている。今回、短期間に急激に増大した脾仮性動脈瘤を経験したので報告する。

hemosuccus pancreaticus，脾動脈仮性動脈瘤

57 急性胆管炎を反復し、病理解剖で胆管癌の診断に至った一例

横浜南共済病院 消化器内科

浅野史織, 鈴木良優, 三井智広, 佐野裕亮, 高木 将, 飯塚千乃, 小川沙織, 小串勝昭, 桑島拓史, 福島泰斗, 小林 横, 有馬 功, 濱中 潤, 金子 卓, 岡 裕之, 岡崎 博

【症例】52歳男性【主訴】発熱【現病歴】2013年5月より右側腹部痛が出現し当院受診。造影CTで下部胆管狭窄と肝内胆管の拡張、腹腔内脂肪組織濃度の上昇、門脈血栓を認めた。超音波内視鏡検査では総胆管下部の狭窄と慢性膵炎の所見、脾静脈周囲副血行路の発達を認め、下部胆管の狭窄部位に対し内視鏡的逆行性胆道ドレナージを施行した。胆管組織診・胆管ブラシ細胞診・胆汁細胞診では悪性所見を認めず、IgG・自己抗体の上昇はみられなかった。以上より慢性膵炎と炎症の波及による良性総胆管狭窄、門脈血栓症、門脈圧亢進症・食道胃静脈瘤と診断した。以降胆管ステントの閉塞による急性化膿性胆管炎のため入院を繰り返し、内視鏡的逆行性胆道ドレナージによる治療を行った。下部胆管に局限していた胆管狭窄は次第に肝門側へと進展し、肝内胆管末梢まで及んだ。悪性疾患を疑い細胞診、組織診を複数回施行したが、悪性所見を認めなかった。他院で施行した胆道鏡でも肉眼的悪性所見を認めず、胆道鏡下での細胞診・組織診・IgG4染色はいずれも陰性であった。腫瘍マーカー測定ではCEAの上昇を認めたが、経過を通じて上昇傾向・低下傾向はみられなかった。2015年9月発熱を主訴に受診し、急性化膿性胆管炎の診断で入院となった。【入院後経過】急性化膿性胆管炎に対し抗菌加療、内視鏡的胆管ドレナージによる治療を開始した。治療後胆管炎は再燃しないものの、著明な腹水貯留とそれによる疼痛のコントロールに難渋し、徐々にADLが低下した。2015年11月意識レベル低下し、吸引にて血性内容物を採取した。胃食道静脈瘤破裂が疑われたが保存的に経過観察し死亡確認となった。病理解剖で肝外肝内胆管壁に高度の線維化を認め、線維化巣内に中分化～高分化腺癌を認めた。周囲臓器・腹膜にも腫瘍細胞の浸潤がみられたが、胆管腔内には腫瘍性病変を認めなかった。【結語】治療抵抗性の急性胆管炎を反復し、死亡後の病理診で胆管がんの診断に至った一例を経験した。経過中組織診・細胞診を複数回行ったが悪性所見は得られず、病理解剖では臨床経過に矛盾しない所見を得た。

胆管癌, 病理解剖

58 黄色肉芽腫性胆嚢炎に合併した表層進展型胆嚢癌の一切除例

東京都立墨東病院 外科¹⁾, 同 検査科²⁾

森重 健¹⁾, 脊山泰治¹⁾, 鹿股宏之¹⁾, 小関孝佳¹⁾, 遠藤俊宏¹⁾, 蔵 雅大²⁾, 谷澤 徹²⁾, 和田郁雄¹⁾, 宮本幸雄¹⁾, 梅北信孝¹⁾

【緒言】黄色肉芽腫性胆嚢炎(Xantgranulomatous cholecystitis: 以下XGC)は画像上胆嚢癌との鑑別が困難であり、至適手術術式が問題となる。今回我々は、胆嚢癌が表層進展した。XGCの一例を経験したので、診断手順、術式選択について検討する。【症例】71歳、男性。食欲不振を主訴に近医を受診、精査目的に当院内科に紹介となった。8年前に結腸癌切除歴があった。エコー、CTで胆石、胆嚢壁肥厚があり、MRIも施行したが胆石が頸部に嵌頓しており、XGCを第一に考える所見であった。腫瘍マーカーも正常値であったが、壁肥厚は以前の3年前のCTでは見られず、悪性も否定できないことから切除の方針となった。【結果】手術1. 腹腔鏡下で胆摘を試みたが、胆嚢頸部は肝十二指腸間膜、十二指腸も含め一塊となっており、炎症性変化が強いため開腹施行した。底部から胆摘をして頸部付近で内腔を開け肥厚した胆嚢壁を迅速組織診に提出した。壁肥厚はXGCの所見であったが、粘膜面は胆嚢癌が広範囲に表層進展していた。頸部に嵌頓していた結石を摘出し、胆嚢壁を可及的に追加切除後、縫合閉鎖した。病理1. 永久標本でもXGCに表層進展型の胆嚢癌であり、一か所のみRASから漿膜下層に僅かに進展しており、T2, Nx, Stage2の結果であった。垂直断端は陰性であったが、胆嚢管方向の表層進展は断端陽性であったため、追加切除の方針とした。手術2. 炎症性に肥厚し一塊となった肝十二指腸間膜を剥離し肝動脈、門脈確保してリンパ節郭清を施行した。胆管もテーピングし、癒着した十二指腸を剥離した後、肝外胆管切除、胆管空腸吻合を施行した。病理2. 遺残した胆嚢頸部には表層進展の胆嚢癌があり、胆嚢管開口部から一部総胆管まで広がっていた。リンパ節転移は陰性であった。【結語】XGCに表層進展型の胆嚢癌が合併した症例では、迅速組織診を活用した慎重な術式選択が必要である。

胆嚢癌, 黄色肉芽腫性胆嚢炎

59 治療に難渋し肝移植が必要となった、自己免疫性肝炎を合併する原発性硬化性胆管炎の一例

自治医科大学附属さいたま医療センター 消化器内科

吉野 望, 西川剛史, 浅野岳晴, 浅部伸一, 賀嶋ひとみ, 小糸雄大, 高橋裕子, 石井剛弘, 坪井瑠美子, 若尾聡士, 大竹はるか, 上原健志, 川村晴水, 浦吉俊輔, 山中健一, 松本吏弘, 鷲原規喜, 宮谷博幸, 眞嶋浩聡

【症例】36歳 男性 【主訴】黄疸, 心窩部痛 【現病歴】13歳時に黄疸で入院。肝生検で原発性硬化性胆管炎(PSC)の診断となり、ステロイドやウルソで治療。21歳まで外来通院も自己中断。2010年(30才時)検診で肝機能異常を指摘され、2010/3月当科初診。MRCPでは既に総胆管下部および上部に著明な狭小化、肝内胆管の壁不整を認め、ウルソ再開。2014/8月肝生検で自己免疫性肝炎の合併所見を認めステロイド開始。2015年4月左葉の肝内胆管炎で入院。今回2016年4月閉塞性黄疸、胆管炎にて当科入院。【既往歴】13歳時 潰瘍性大腸炎(治療せず自然軽快) 【家族歴】母に潰瘍性大腸炎 【生活歴】飲酒: なし アレルギー: なし 【入院時血液検査】T-BIL 5.6 mg/dl, D-BIL 4.7 mg/dl, AST 130 IU/l, ALT 227 IU/l, ALP 657 IU/l, γ -GTP 556 IU/l, WBC 8450/ μ l 【CT】肝左葉を中心とした肝内胆管拡張の増悪、総胆管の狭窄進行 【US】拡張した左葉の肝内胆管に結石やdebrisあり。【入院後経過】ERCPを施行しまずENBDの先端を、拡張した左肝管に留置。ERCP後瘻の影響で一過性にT-BIL 10まで上昇するも6台まで改善。一旦は左肝内胆管拡張が改善したが、それ以上減黄されず、CTフォローしたところ左肝内胆管拡張が再燃。チューブ交換の方針とし、B2と拡張したB2, 3分岐部付近にそれぞれERBDを留置。チューブ先端の位置は適切と考えられたがその後も減黄効果に乏しく、胆管炎のコントロールも困難な状況であり、肝移植の適応に関して他院に紹介、転院となった。【結語】本症例では、原発性硬化性胆管炎による肝内胆管狭窄へのアプローチに難渋し、最終的には胆管炎のコントロールも困難となり肝移植へと至った。より早期に適切な介入が可能であったか検討を要する症例と考えられた。

原発性硬化性胆管炎, 肝移植

60 腹腔内出血が発見の契機となった脾臓原発血管肉腫の1例

横浜市立大学医学部 肝胆脾消化器病学¹⁾,

横浜市立大学附属病院 臨床検査部²⁾, 同 病理部³⁾

福井 諒¹⁾, 小川祐二¹⁾, 留野 渉¹⁾, 今城健人¹⁾, 米田正人¹⁾, 桐越博之²⁾, 中島 淳¹⁾, 山中正二³⁾, 大橋健一³⁾, 斉藤 聡³⁾

症例は75歳の男性。腹痛、ふらつきを主訴に当院を受診した。身体所見では眼瞼結膜に貧血、左下腹部に圧痛を認め、血液検査では貧血、肝胆道系酵素の上昇を認めた。腹腔穿刺では血性腹水を認め、CT上では脾臓下極からの出血が疑われた。同日、緊急血管造影検査を施行し、脾臓からの出血部位を同定し同部位を灌流する血管に対してマイクロコイルを用いて塞栓術を行った。第14病日に再度腹痛とともに貧血の進行を認めたため、2度目の血管造影を施行した。前回明らかではなかったが、脾臓下極に多血性の腫瘍影を認め同部位より出血が確認されたためマイクロコイルを用いて止血を行った。第30病日、脾臓からの再出血があり、塞栓術では止血が困難と考えられ消化器外科にて開腹脾臓摘出術を行った。組織診では脾臓血管肉腫と診断された。脾臓摘出後は再出血なく推移していたが後日施行した造影CTで腹腔内に多数の播種結節を認めた。第81病日に血管肉腫の播種性病変からの出血が疑われ3回目の血管造影検査を施行した。左下横隔膜動脈から多数の血管肉腫の播種性病変と思われる濃染像を認め、左下横隔膜動脈に対しコイル塞栓術を施行した。治療後は下血と腹痛が出現し、輸血及び疼痛に対しオピオイドを用い対症療法を行っていたが、第93病日に永眠された。病理解剖では脾臓原発血管肉腫の肝転移、腹膜播種、腹腔内播種、肺転移、腸管浸潤を認めた。今回腹腔内出血が発見の契機となった脾臓原発血管肉腫を経験した。脾臓原発血管肉腫は稀な疾患であり、頻度は全肉腫の1%以下とされる。文献的考察と詳細な病理学的検討を加えて報告する。

脾臓原発血管肉腫, 腹腔内出血

61 メトトレキサート関連リンパ増殖性疾患が疑われた巨大脾腫の1例

自治医科大学附属さいたま医療センター 一般消化器外科
降旗 宏, 渡部文昭, 町田枝里華, 遠藤裕平, 兼田裕司, 野田弘志,
力山敏樹

【はじめに】メトトレキサートは約60年前に開発された葉酸代謝拮抗剤に分類される抗がん剤であるが、現在では関節リウマチ予後不良薬に対して第一選択薬として広く用いられている。今回我々は関節リウマチに対してメトトレキサートが投与され、メトトレキサート関連リンパ増殖性疾患が疑われた症例を経験したので報告する。

【症例】80代女性。1980年より関節リウマチと診断され、1990年からメトトレキサートの内服が開始されていた。2016年に食欲低下や心窩部痛、炎症反応の上昇、貧血を認め当院紹介。精査で巨大な脾腫が認められメトトレキサート関連リンパ増殖性疾患が疑われ、メトトレキサートを一旦中止されたが、症状やデータ所見に改善を認めなかったため診断目的に今回手術の方針となった。CTでは左上腹部を占めるような17cm大の脾腫を認めた。周囲への明らかな浸潤は認めなかった。(手術所見)開腹すると左上腹部に巨大な腫瘍を認めた。脾尾部とはリンパ節を介して接していたため剥離不能と判断し脾体尾部切除として脾臓を摘出した。術後経過は良好であった。病理所見は悪性リンパ腫であり、メトトレキサート関連リンパ増殖性疾患と考えられた。

【結語】メトトレキサート関連リンパ増殖性疾患ではメトトレキサートの中止で約30%腫瘍が縮小すると言われている。しかし本症例では腫瘍の縮小や症状の改善は認められず診断目的に手術を行った。また、本疾患の約半数が節外病変であるが、巨大脾腫瘍を契機に診断された症例はまれであり、若干の考察を含め報告する。

メトトレキサート関連リンパ増殖性疾患, 脾腫

63 まれな肺癌小腸転移の1例

順天堂大学医学部附属練馬病院 総合外科¹⁾,
同 病理診断科²⁾
奥田玲奈¹⁾, 秋本瑛吾¹⁾, 伊藤 謙¹⁾, 関根悠貴¹⁾, 春山優理恵¹⁾,
河合雅也¹⁾, 宮野省三¹⁾, 小坂泰二郎¹⁾, 渡野遼郎雄¹⁾, 町田理夫¹⁾,
北畠俊顕¹⁾, 須郷広之¹⁾, 李 慶文¹⁾, 児島邦明¹⁾, 小倉加奈子²⁾,
松本俊治²⁾

【症例】61歳男性。息切れを主訴に近医を受診し、胸部異常陰影と高度貧血(Hb5.5g/dl)を認めたため当院へ紹介、緊急入院となる。【経過】CT検査で7cm大の縦隔腫瘤影と腹部に7cm大の小腸腫瘍を認めた。上下部内視鏡検査では明らかな出血源を認めず、小腸腫瘍からの出血が疑われたため、小腸部分切除術を施行した。病理組織検査では当初、小腸癌肉腫が疑われたが、続いて施行された縦隔腫瘍に対する気管支鏡検査では、小腸腫瘍と類似する組織像を認め、本症例は肺癌の小腸転移と考えられた。【まとめ】肺癌の転移臓器としては肝臓・副腎・骨・脳などが多く、自験例のような孤立性の小腸転移は非常にまれであり、文献的考察を加え報告する。

小腸転移, 肺癌

62 診断に苦慮した食道多発悪性黒色腫の1例

東京女子医科大学 消化器一般外科
渡邊 亮, 成宮孝祐, 工藤健司, 矢川陽介, 前田新介, 太田正穂,
大杉治司, 山本雅一

食道原発悪性黒色腫はきわめてまれな疾患である。食道GISTと診断され、経過観察3か月で多発病変の出現にて悪性黒色腫と診断された1例につき若干の考察を加え報告する。症例は72歳男性、上部消化管内視鏡検査にて上切歯より40cmにSMT指摘。食道全体にはメラノシスを認めるが、病理検査ではspindle-shapeで免疫染色にてc-kit陽性であることよりGISTとして3か月間経過観察とした。3か月後の上部内視鏡検査にてSMT下縁に黒色の0-Ip病変とSMTより10cm上縁に新たに0-Ip病変を認めた。免染にて新病変の免疫染色HMB45は強陽性で、はじめからある病変は弱陽性であったが食道原発悪性黒色腫と診断し、右開胸開腹食道亜全摘胸腔内吻合とした。病理では食道内に4病変認め、始めにGISTと診断されていた病変のみ深達度sm3であったが残り3はm2以下浅の病変であった。郭清リンパ節は#1と#3に転移を認め免疫染色により悪性黒色腫からの転移と診断した。【考察】食道原発悪性黒色腫の頻度は少なく、わが国では食道悪性腫瘍の0.1~0.9%程度と言われている。当施設においては1968年度から悪性黒色腫と診断され手術に至ったケースはわずか3例と非常にまれな疾患であり、中でも食道メラノシスを認めたものの他病変として経過観察中に食道悪性黒色腫と診断されたケースは本症例がはじめてである。今回の診断に苦慮した内視鏡的に採取された病理組織を供覧し診断にいたる経過を含め報告する。

食道悪性黒色腫, 食道メラノシス

64 クオンティフェロン陽性、内視鏡所見から臨床的に診断し治療奏功した腸結核の1例

聖マリアンナ医科大学 消化器・肝臓内科
神山昌也, 小澤俊一郎, 近江亮介, 白勢大門, 小澤 碧, 服部美紀,
佐藤義典, 池田佳子, 松尾康正, 山下真幸, 山本博幸, 安田 宏,
伊東文生

【症例】76歳 男性【主訴】腹痛、下痢【現病歴】腹痛、下痢を主訴に近医を受診した。炎症反応高値、腹部単純CTにて小腸壁の肥厚を認めたため感染性腸炎の診断で入院となる。抗生剤による加療を開始されたが、症状は改善されず、精査・加療目的で当院に紹介となった。【既往歴】アルコール性肝障害【経過】当院の腹部造影CTにて小腸の広範な浮腫性肥厚を認めた。原因精査のため透視下上部消化管内視鏡を施行したところ、十二指腸下行脚肛門側より全周性の粘膜発赤、輪状潰瘍を認めた。その後、腸管安静で炎症反応は軽減されたが、腹部症状は改善されないため小腸検査の目的で経口的バルーン内視鏡を施行した。トライツ靱帯より肛門側粘膜に輪状潰瘍は多発していた。腸粘膜検体の結核菌PCR陰性、乾酪性肉芽腫は認めなかったが、クオンティフェロン検査結果は陽性であったため腸結核の可能性が高いと判断し、診断的治療として抗結核薬4剤(リファンピシン、エサンブトール、イソニアジド、ピラジナミド)開始した。反応性は良好であり、開始後3日目の採血では炎症反応の陰転化を確認し、バルーン内視鏡で輪状潰瘍の消失を認めた。食事摂取開始後も腹痛、下痢の再発はなく退院となる。外来で内服加療を継続している。【考察】腸結核の好発部位はリンパ節の豊富な回盲部であり、75%の症例で回盲部に病変が出現する。今回の症例は小腸発症であり、低頻度な症例といえる。確定診断は乾酪性肉芽腫の証明、病変部位からの結核菌の証明によってなされるが、生検培養での結核菌陽性率は22.6%程度、乾酪性肉芽腫の検出は10%以下、喀痰塗抹標本陰性例でのPCR法感度は50-60%程度のため、実際の診断では確定診断に至らない場合も多い。抗結核薬を開始し診断的治療が可能であった症例を経験したため報告する。

腸結核, 抗結核薬

東京医科歯科大学 消化器内科¹⁾、同 光学医療診療部²⁾、東京医科歯科大学医学部附属病院 長寿・健康医療人生推進センター³⁾、黄野雅恵¹⁾、矢内真人¹⁾、大谷賢志¹⁾、仁部洋一¹⁾、竹中健人²⁾、木村麻衣子²⁾、福田将義²⁾、根本康宏²⁾、藤井俊光¹⁾、大島 茂¹⁾、岡田英里子¹⁾、松岡克善¹⁾、永石宇司¹⁾、岡本隆一¹⁾、土屋輝一郎¹⁾、長堀正和¹⁾、中村哲也¹⁾、荒木昭博³⁾、大塚和朗³⁾、渡辺 守¹⁾

【症例】44歳男性。【現病歴】2014年6月より黒色便が出現し、前医でHb7.1g/dlと貧血を指摘された。上下部消化管内視鏡検査、腹部骨盤造影CTが施行されたが出血源の特定には至らなかった。小腸出血が疑われ精査目的に当科へ紹介となった。カプセル内視鏡検査(CE)、小腸ダブルバルーン内視鏡検査(DBE)を施行し、上部小腸のangioectasiaからの出血を認め、APCとクリッピングにより止血を得た。その後も小腸出血をたびたび繰り返し、その度毎にCEやDBEを施行したが、出血源の特定が困難であった。2016年3月にとも血便を認め精査加療目的に入院となった。CEで小腸内に活動性出血を認めたため経口的DBEを施行し、上部小腸に血液貯留を認めた。活動性に出血しており水洗しても観察困難であったが、OS-1を鉗子口より注入し管腔に満たした状態で観察したところ、angiodysplasiaを認め同部位が出血源と診断し、クリッピングでの止血を行うことができた。【考察】消化管出血時の内視鏡検査では食物残渣や血液により視野確保が困難な場合がある。これまではフードやバルーンといった内視鏡先端に装着するアタッチメントによる視野確保の工夫の報告があるが、最近ではゼリー注入下での内視鏡検査で良好な視野が得られるという報告もなされている。ゼリーはその粘性によって注入した部位に留まり出血の勢いを弱め、血液や残渣と混和しにくい性質を持つ。本症例ではOS-1注入により視野確保を行い、観察困難例での内視鏡的止血を得ることができ、本法の有用性を示す症例と考え報告する。

ゼリー注入下内視鏡, gel immersion endoscopy

聖路加国際病院 消化器内科

深川恵理, 白鳥安利, 本田寛和, 岡本武士, 池谷 敬, 中村健二, 高木浩一, 石井直樹, 福田勝之, 小俣富美雄, 藤田善幸

【背景・目的】アミロイドーシスは、線維状のアミロイド蛋白が全身の諸臓器に沈着し、機能障害を引き起こす症候群である。今回、比較的稀な消化管出血および腸閉塞から診断に至った、原発性腸管アミロイドーシスを経験したので報告する。【症例】87歳女性【主訴】嘔吐、黒色便【現病歴】2014年6月、食後の嘔吐、黒色便、一過性意識消失を主訴に当院救急外来を受診。精査加療目的に当科入院となった。【既往歴】高血圧、糖尿病、狭心症、虫垂炎術後、子宮筋腫術後、肺過誤腫術後【経過】絶食、胃管による減圧管理で治療を開始した。入院時の腹部CTで十二指腸水平脚から空腸にかけて瀰漫性の腸管壁肥厚及び、近位空腸の著明な腸管拡張(最大径7.5cm)を認めた。明らかな閉塞機転は確認されず、偽性腸閉塞の診断とした。特徴的なCT所見から、腸管アミロイドーシスを鑑別に考え、上部消化管内視鏡検査を施行した。内視鏡所見では、十二指腸水平脚の粘膜浮腫および空腸の腸管拡張所見、びらん形成が認められた。ランダム生検を行い、病理検索からnonAA型アミロイドーシスの診断に至った。入院後は、対症的加療で病状軽快が得られ、食事再開後も症状再燃なく経過した。【結語】今回われわれは、特徴的なCT所見をもとに、消化管出血および偽性腸閉塞を呈した原発性腸管アミロイドーシスの診断に至った。若干の文献的考察を加えて報告する。

原発性アミロイドーシス, 偽性腸閉塞

佐野厚生総合病院¹⁾、同 消化器内科²⁾

深澤義輝¹⁾、上岡直史²⁾、赤坂茉莉²⁾、戸ヶ崎和博²⁾、松永崇宏²⁾、白石貴久²⁾、上原 淳²⁾、寺元 研²⁾、東澤俊彦²⁾、関根忠一²⁾、岡村幸重²⁾

【症例】32歳 男性【主訴】下痢、腹痛【既往歴】0歳 新生児仮死、脳性麻痺 19歳 高血圧 28歳 頸椎骨折【現病歴】精神発達遅滞のため施設入所中。X年7月4日朝から下痢が出現し腹痛と思われる姿勢を取っていたが施設で様子を見ていた。翌5日には顔色不良を認めたため、当院救急外来を受診した。腹部単純X線検査で著名な小腸ガスを認めたため、腹部造影CT検査を施行したところ、回腸に空洞を伴う球型の高吸収域を認め同部位を閉塞機転とする腸閉塞の所見を認めた。異物の構造を確認するために3D-CTを施行したところ、動物の人の頭部と思われる異物が明瞭に認識された。異物誤飲による閉塞性イレウスの診断で入院となった。緊急手術も検討されたが、人形は柔軟で穿孔や有毒物質の産生リスクが低いこと、絞扼性イレウスを疑う所見を認めなかったことから、外科医と連携の上で保存的加療の方針とした。禁食管理の上でイレウス管を挿入し、腸管の減圧を図った。イレウス管挿入2日後の7月8日に排便を認め、異物も同時に排出された。異物は直径約3cmの動物人形の頭部、洋服、および布であった。異物排出後は順調に排便を認め、食事開始後も経過は良好であったため第15病日に軽快退院となった。【考察】異物による閉塞性イレウスは、イレウス全体の約2-4%の頻度とされている。原因は異物誤飲の他に、昆布や餅、骨などの食餌性のもの、医療器具による医原性のもの、胆石や黄石といった生体由来のものなど多岐にわたる。画像検査により異物による閉塞性イレウスと診断された場合、多くは保存的加療で軽快するため手術を要する例は稀である。しかし保存的加療抵抗例、穿孔や有毒物質を産生する可能性が高い異物の場合などは手術適応となる。異物誤飲による閉塞性イレウスの症例において、3D-CTが治療方針の決定にとっても有用であった一例を経験したのでここに報告する。

3D-CT, 異物

横浜市立大学附属病院 消化器内科

渡部 衛, 金子裕明, 杉森 慎, 佐藤 健, 山田博昭, 須江聡一郎, 奥田英里, 佐々木智彦, 田村寿英, 石井寛裕, 芝田 渉, 近藤正見, 前田 慎

【症例】39歳、女性【現病歴】他院で子宮筋腫に対し腹腔鏡下子宮筋腫核出術施行後、不妊治療を経て妊娠。妊娠5週で妊婦検診及び帝王切開術目的に当院産婦人科に紹介された。妊娠24週0日より心窩部痛と嘔吐を認め翌日には当院を受診、切迫早産の診断で緊急入院となった。経腹エコー上小腸の著しい拡張を認め、精査目的に当科紹介となった。MRIで一部閉塞機転と考えられる箇所とその口側の著しい腸管拡張を認め腸閉塞と診断、切迫早産は腸閉塞に続発したものと考えられた。腸閉塞の原因として絞扼性を示唆する所見に乏しく癒着性が疑われ、胎児への影響も考慮し胃管留置にて経過観察の方針となり補液および抗菌薬、子宮収縮抑制薬の投与が開始された。しかし症状の改善に乏しく第3病日に放射線被爆を最小限にトライツ靱帯を越えた空腸にイレウス管を留置。第24病日には腸閉塞の解除が確認されていたが、胎児への被爆を考えイレウス管留置のまま経口摂取を開始。その後次第に嘔頭痛が出現・増悪し経口摂取も困難で母体の体重減少を認めたため、イレウス管造影で有意狭窄がないことを確認し第26病日イレウス管を抜去した。抜去後嘔頭痛は速やかに改善し腸閉塞再燃兆候もなく母児共に経過良好にて第49病日に退院。その後は外来で順調に妊娠継続でき妊娠37週6日に予定通り選択的帝王切開術施行。その際小腸漿膜面と腸間膜の一部に既に剥離されたような癒着痕を認め、別の小腸漿膜面に付着する紐状構造物とそれが巻き付いていたのと思われるくびれを伴った腸管を認めたがいずれも解除された痕のみであったため、残存した紐状構造物を切離し手術終了となった。術後経過も母児共に良好であり術後8日目に退院となった。【考察】妊婦に合併するイレウスは稀であり、本邦では3,000~10,000分娩に1例程度とされるが母体死亡率6%、胎児死亡率26%とも報告され、救命には早期診断と的確な治療方針の決定が重要となる。今回保存的加療にて母子共に無事出産に至った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。

妊娠, イレウス

横浜市立市民病院 消化器内科

松田康平, 角田裕也, 日比則孝, 市川将隆, 杉本祐一, 辻野誠太郎, 新見真央, 伊藤 剛, 今村 諭, 長久保秀一, 諸星雄一, 小池祐司, 藤田由里子, 小松弘一

症例は48歳女性。就寝時に腹部全体に痛みが出現し、翌日近医を受診した。診察所見で腹膜刺激症状があり急性腹症として同日当科紹介となった。来院時は体温37.0℃、下腹部に圧痛および反跳痛を認め、歩行で腹部に疼痛を認めた。血液検査ではWBC 11700/ μ L、CRP 0.1mg/dLであった。造影CTでは、後腹膜腔、縦隔に液体貯留を認め、左静脈角でリンパ管の拡張を認めた。原因不明の腹膜炎の診断で、同日緊急入院し、絶食補液、抗菌薬投与で治療を開始した。その後のリンパシンチグラフィでは、腰リンパ管から乳糜槽、胸管にかけてリンパ管の拡張とリンパ流のうっ滞を認め、腹腔内への漏出も認めたことから胸管閉塞が疑われた。MRIでは、左鎖骨上窩の静脈角付近でリンパ管の拡張を認め、内部に陰影欠損を認めたことから胸管内の異物や結石が疑われた。このことから胸管内異物による胸管閉塞で腹膜炎をきたしたと考えられた。保存的治療を継続したところ、入院第8病日に撮影したCTでは後腹膜腔、縦隔に認めていた液体貯留は改善を認め、血液検査でもWBC 5960/ μ L、CRP 0.1mg/dLと炎症反応の改善を認めた。腹部症状も消失したため、入院第10病日に退院とした。胸管閉塞を原因とした腹膜炎の症例は本邦では報告がなく、貴重な症例を経験したため報告する。

腹膜炎, 胸管閉塞

杏林大学医学部 外科学教室 (消化器・一般)

服部健人, 下山勇人, 飯岡愛子, 高安甲平, 渡辺武志, 小嶋幸一郎, 松岡弘芳, 正木忠彦, 杉山政則

【症例】40歳代男性。便潜血陽性を主訴に前医で大腸内視鏡検査施行、多発ポリープを認め加療目的に当院消化器内科紹介受診。多発ポリープに対してEMRを施行した際に、肛門管上縁付近に20mm大のLST様病変を認めた。生検にて異型扁平上皮を認め、肛門管癌疑いで当科コンサルトとなった。既往に梅毒があり、術前精査でHIV感染症を認めた。感染症科にコンサルトしたところ、ウイルス量36copy/mlと少なく、CD4 414/mlと基準値内で、肛門病変の治療を先行することとなった。入院の上、腰椎麻酔下に経肛門的腫瘍切除術が施行され、術後経過は良好で2POD退院となった。病理検査で扁平上皮癌と診断され、間質浸潤は明らかではないが側方断端陽性であった。追加治療を強く勧めたが、本人の希望で外来経過観察となっている。HIVに対する薬物療法の進歩によりHIV感染症患者の予後は劇的に改善し、指標悪性腫瘍であるカポジ肉腫や非ホジキンリンパ腫は減少した。しかし感染者では肛門癌、ホジキンリンパ腫、原発性肺癌などの非AIDS指標悪性腫瘍の発症リスクも高く、非感染者の約2倍との報告もあり、予後を左右する重要な問題となってきている。若干の文献的考察を加え報告する。

肛門管癌, HIV

とちぎメディカルセンターしもつが 消化器内科¹⁾,

同 呼吸器内科²⁾, 同 病理³⁾

小川和紀¹⁾, 岩下ちひろ¹⁾, 大森彩子¹⁾, 倉田秀一¹⁾, 中村 理²⁾, 山口岳彦³⁾

【症例】84歳男性【主訴】立ちくらみ、黒色便【現病歴】約11か月前から血痰が出現した。10か月前にラクナ梗塞を発症し当院神経内科に入院した際、スクリーニングで施行した胸部レントゲンにて左肺門陰影の増強を認めた。当院呼吸器内科で精査し、左肺上区扁平上皮癌T3N2M0 c-Stage IIIAと診断した。放射線照射単独治療(40Gy)を施行したが治療効果判定はPRであり、呼吸器内科外来通院中だった。2週間前から立ちくらみが出現し、血液検査でHb 5.6 g/dlと貧血の進行を認めた。上部消化管内視鏡検査では出血源となる病変は認めず、輸血にて経過観察を行っていたが症状の増悪と黒色便を認めたため当院救急外来受診し、精査加療目的に当科入院となった。【入院後経過】貧血に対しては濃厚赤血球液の輸血で対応した。出血源精査目的に施行した下部消化管内視鏡検査にて、横行結腸肝曲部に20mm、右側横行結腸に15mm、左側横行結腸に15mm、S状結腸近位側に20mmの粘膜下腫瘍が自壊している所見を認めた。またS状結腸遠位側にも1/3周性の40mm大の腫瘍を認めたが、こちらも粘膜下腫瘍が自壊しているような所見だった。生検にて全ての腫瘍から扁平上皮癌を認め、肺扁平上皮癌の多発大腸転移と診断し、これが貧血の原因と考えた。輸血により貧血の改善を認めたため入院9日目に当科退院したが、16日後に永眠された。【考察】肺癌は組織型に関わらず、食道を含む消化管への転移は珍しく、転移をきたした症例のうちの4.3%程度と言われている。大腸転移は終末期の病態の一つとされ、0.2~11%で合併するとの報告がある。しかし、出血や閉塞・穿孔などの症状を伴う大腸転移は0.2~0.5%と非常に稀であるため大腸転移を生前に診断することは非常に珍しく、PubMedで検索したところ症例報告は12件のみだった。大腸転移を来した場合の予後は非常に悪く、平均130日程度と言われている。肺癌患者は経過中に消化器症状を来すことも多いが、それらの中に大腸転移を合併している可能性も考慮し、消化管スクリーニングも検討すべきである。

肺扁平上皮癌, 転移性大腸癌

東京慈恵会医科大学 外科学講座

原菜津子, 根木 快, 佐々木茂真, 橋爪良輔, 宇野能子, 大熊誠尚, 野秋朗多, 小菅 誠, 衛藤 謙, 矢水勝彦

【症例】70歳代、男性【主訴】便秘、便の狭小化【既往歴】高血圧【現病歴】二ヶ月前より便の狭小化、便秘を認め近医を受診。注腸検査にて直腸S状結腸部にapple core signを認め、直腸S状結腸部癌疑いにて、当院紹介受診となった。下部消化管内視鏡検査にてAV18cmの直腸S状部に全周性の2型腫瘍を認め、fiberは通過不可であった。病理検査にてmoderately diff. adenoca.の診断となった。胸腹部CT検査では明らかな転移を認めず、手術の方針となった。予定術式は腹腔鏡下高位前方切除術とした。術中、病変部切除後、吻合部口側となる腸管に閉塞性大腸炎によると思われる潰瘍を認め、一期的吻合は危険と判断し、ハルトマン手術へ変更した。術後経過は特に問題なく、第9病日に軽快退院となった。病理結果はpT3N1M0 pStageIIaであった。今後、補助化学療法を行い、終了後に人工肛門閉鎖術を予定する方針とした。【考察】閉塞性大腸炎は何らかの原因で狭窄、閉塞を起こした口側腸管に潰瘍、びらん、壊死などを起こす非特異的炎症性病変である。特徴として閉塞部の口側に炎症及び潰瘍が存在し、閉塞部と潰瘍性病変の間に正常粘膜が存在する。発症機序としては閉塞、狭窄による口側腸管の内圧上昇に起因する粘膜血流障害、腸内細菌増殖、腸管の平滑筋の痙攣性収縮、血管障害などの様々な要因が関与していると報告されている。本症例では腫瘍による高度狭窄、高血圧の既往、術前の下剤内服で腸管内圧が上昇したことなどが発症に関与したと考えられる。今回の症例では、術前に病変口側の観察が不可能であったこともあり、閉塞性大腸炎を診断することは困難であった。大腸癌中、閉塞性大腸炎の併発は0.3%~3%と報告されている。うち術前に本症と診断されるのは25%程度で、多くは術中に発見される。口側腸管の評価困難な高度狭窄を伴う大腸癌を診察治療する場合、本疾患を念頭に置き、術前にストーマの可能性の説明やストーマサイトマーキングを行うておくべきと考えられた。

閉塞性大腸炎, 大腸癌

草加市立病院 消化器内科

松本浩明, 岡田理沙, 松川直樹, 小橋健一郎, 今城眞臣, 鎌田和明, 吉田玲子, 矢内常人

【症例】31歳 女性【現病歴】1日10回以上の排便と間欠的な腹痛を主訴に当院を受診した。下部消化管内視鏡検査(以下CS)で全大腸に多発するびらんを認めた。非特異的な所見であり大腸の各部位から生検を行った。病理学的所見では小型のB細胞リンパ球の浸潤が見られた。免疫染色でCD21(+), bcl-2(+), CD10(-)であり, lymphoepithelial lesionの形成は見られなかったがfollicular colonization像を呈しておりMALTリンパ腫と診断した。上部消化管内視鏡検査(以下GS), 胸腹部造影CT検査, Gaシンチグラフィで異常所見を認めず, 11;18転座によるAPI2/MALT1遺伝子は陰性であった。GSでの生検組織中にHelicobacter pylori桿菌(以下Hp)を認めず迅速ウレアーゼ試験, Hp抗体も陰性であったが患者と相談し除菌治療を行った。除菌の約3ヶ月後のCSではびらは消退傾向であったが生検組織ではリンパ球浸潤は改善していなかった。約6ヶ月後のCSでは盲腸にわずかにびらんが残存していた。生検組織でもリンパ球浸潤は改善傾向であった。除菌の約1年後のCSでは結腸全体に多発する小びらんが再発していたが生検組織からはMALTリンパ腫の再発とは診断できなかった。今後も厳重なフォローを継続していく。【考察】大腸原発の悪性リンパ腫は消化管原発の3-10%とされ, MALTリンパ腫はそのうち30-40%を占める。リンパ装置の多い盲腸と直腸に好発し肉眼的分類は隆起型が多い。本症例のように盲腸から直腸にかけて全大腸に非特異的なびらんを呈したMALTリンパ腫は極めてまれであり若干の考察を加えて報告する。

大腸MALTリンパ腫, びらん性病変

防衛医科大学 内科学²⁾, 同 外科学²⁾,防衛医科大学病院 光学医療診療部³⁾小野晋治¹⁾, 溝口明範¹⁾, 西井 慎¹⁾, 寺田尚人¹⁾, 白壁和彦¹⁾, 杉原奈央¹⁾, 堀 芳典¹⁾, 和田晃典¹⁾, 古橋廣崇¹⁾, 高城 健¹⁾, 安武優一¹⁾, 東山正明¹⁾, 渡辺知佳子¹⁾, 富田謙吾¹⁾, 穂苅量太¹⁾, 三浦総一郎¹⁾, 瀧端康博²⁾, 野呂拓史²⁾, 上野秀樹²⁾, 高本俊介³⁾, 永尾重昭³⁾

症例は30代の女性。1週間前より発熱を認め、心窩部痛が出現し近医に緊急搬送され、急性膵炎の疑いで当科に転院搬送された。血液学的所見で閉塞性黄疸と膵酵素の上昇および炎症反応の高値を認めた。造影CTでは十二指腸乳頭に早期から濃染される腫瘍性病変を認め、総胆管および主膵管の拡張を認めた。急性胆管炎および急性膵炎と診断し緊急ドレナージの適応と考え、ERCPを実施したところ、乳頭は著明に腫大しており、腫瘍による閉塞が示唆された。乳頭から生検を実施した後にEBD tubeおよびENBD tubeを留置した。乳頭生検の病理学的所見ではPapillary adenocarcinomaであった。ERCP実施時に多数の胃底腺ポリープを認め、ポリポーシスを疑い全身状態が改善した後にCSを実施し、全結腸におよそ100個以上の腺腫を多数認めたもの、十二指腸乳頭以外に悪性を疑う所見は認めなかった。甲状腺、頭蓋内および小腸には病変を認めなかった。家族性大腸腺腫症(familial adenomatous polyposis: FAP)に伴う十二指腸乳頭癌および上行結腸癌と診断し、当院肝胆脾外科および下部消化管外科合同で結腸全摘術+亜全胃温存膵頭十二指腸切除術を実施し、術後28日で退院となった。今回我々は急性胆管炎を契機にFAPと診断できた貴重な症例を経験したため若干の文献的考察を加えて報告する。

家族性大腸腺腫症, 十二指腸乳頭癌

日本大学医学部附属板橋病院

川本俊輔, 池原久朝, 堤康志郎, 大内琴世, 増田あい, 岩塚邦生, 中川太一, 高橋利実, 中河原浩史, 大久保理恵, 山本敏樹, 今武和弘, 小川眞広, 松岡俊一, 後藤田卓志, 森山光彦

【症例】30歳代男性【主訴】下痢、腹痛【現病歴】持続する腹痛と1日約10回の下痢・血便を主訴に近医受診。症状改善認めず発熱も出現してきたため精査加療目的に当科紹介となった。血液生化学検査で著明な炎症反応(WBC 11200 /L, CRP 21.02 mg/dL)とCTにて全結腸の壁肥厚を認め同日入院となった。【臨床経過】第1病日に大腸内視鏡検査(TCS)を施行、潰瘍性大腸炎(UC)の所見を認め、生検病理でもUC活動期に合致する所見を認めた。CAI (Clinical Activity Index: Lichtiger Index)は13点であり重症の全結腸型潰瘍性大腸炎と診断した。第2病日よりメサラジン 3600mg/日内服、第4病日よりプレドニゾロン(PSL) 70mg/日の静注投与を開始した。治療開始後1週間で症状の改善を認め、第8病日より経口摂取を開始。PSLは10mg/weekで漸減とした。しかし、第16病日に臀部に疼痛を自覚。第17病日には肛門4時方向に疼痛・腫脹が顕著となったためCTを施行したところ肛門周囲膿瘍を認めた。抗生剤(CMZ: 2g/日)投与を開始し、第18病日に切開排膿とドレーン留置による洗浄を連日施行した。切開排膿後は良好に経過し第23病日ドレーン抜去、第26病日にCMZは終了とした。PSL 30mg/日へ漸減時にはCAIは2点、CTでは腸管浮腫は消失し、TCSでは粘膜所見の著明な改善を認めた(Matts grade 2)。30mg/日まで漸減後に外来治療へ移行した。【考察】クローン病と異なり、UCでは腸管表層の炎症を主体とするため瘻孔や肛門周囲膿瘍を併発することは稀とされている。本例が肛門周囲膿瘍を発症した原因としては高容量ステロイド投与による易感染状態に加え、長期入院のため臥床時間が長くなったことが肛門部に細菌感染を惹起したことが考えられる。【結語】高容量ステロイドによるUC寛解導入中に肛門周囲の疼痛を認めた場合、肛門周囲膿瘍も疑いCT検査等による検索を行うことが重要と考える。

潰瘍性大腸炎, 肛門周囲膿瘍

横浜市立大学 消化器・腫瘍外科¹⁾,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²⁾,横浜市立大学 がん総合医療部³⁾池田孝秀¹⁾, 諏訪雄亮¹⁾, 石部敦士¹⁾, 中川和也²⁾, 諏訪宏和²⁾, 樺山将士¹⁾, 大田貢由²⁾, 秋山浩利¹⁾, 市川靖史³⁾, 遠藤 格¹⁾

【緒言】仙骨前面の嚢胞性腫瘍は4万人に1人に認め、多くは先天性腫瘍が発生する比較的小な腫瘍である。【症例】32歳、女性。既往に鎖肛を認め乳児期に手術歴あり。便秘を主訴に前医受診し直腸に巨大糞石及び仙骨前面の嚢胞性腫瘍を認めたため当院紹介受診した。巨大糞石は複数回の内視鏡的処置によって摘出した。CT検査では仙骨前面に最大径68mm大の辺縁整、境界明瞭で内部均一なLow densityの腫瘍を認めた。MRI検査ではT1強調画像でLow intensity、T2強調画像でHigh intensityな腫瘍であった。CEA 0.4ng/ml, CA19-9 6.0U/mlと上昇を認めなかった。糞石発生の原因および悪性の可能性も考慮し経仙骨的に腫瘍摘出術を施行した。組織学的病理検査では70×64×20mm大の重層扁平上皮で覆われた嚢胞性腫瘍でTailgut cystの診断となった。悪性所見は認めなかった。術後5か月無再発経過中である。【考察】Tailgut cystは胎生期の遺残物から仙骨前面に発生した嚢胞性腫瘍である。悪性例も散見されるため手術による一括切除が推奨されており、本症例は経仙骨的にアプローチすることで安全に一括切除可能であった。悪性例の危険因子は高齢および高CEA血症と報告されている。今回便秘を主訴に直腸巨大糞石を認め、その原因が仙骨前面のTailgut cystと考えられた一例を経験したため若干の文献的考察を含め報告する。

仙骨前面腫瘍, Tailgut cyst

東海大学医学部附属病院 消化器内科
安斎和也, 鶴谷康太, 広瀬俊治, 加川建弘, 峯 徹哉

【症例】81歳 男性【既往歴】異型狭心症、脳梗塞【現病歴および経過】2007年に健診を契機に肝細胞癌を指摘され、2007年10月に肝S7亜区域切除施行。その後2013年3月に肝S5に再発認め、2013年4月・12月とRFA施行した。RFA後の再発はなかったがAFP上昇認めたため精査施行したところ、C7とTh2への骨転移と両側多発肺転移を認めた。肝機能は保たれていたため、2014年1月よりソラフェニブを800mg/日で開始した。この時のAFPは4542であった。800mg/日内服中ではAFPはほぼ横ばいで経過したが副作用の手足症候群の出現により内服が不安定となると徐々にAFPは増加傾向を示した。2014年10月より400mg/日に減量するとAFPは上昇を続け、2015年7月にはAFPは81817、画像上肝内再発・肺転移・副腎転移の増大と下大静脈への腫瘍進展を認めた。ここで副作用のコントロールもついてきたため、2015年7月よりソラフェニブを600mg/日に増量したところ、増量後3カ月後から腫瘍マーカーは低下傾向を示した。2015年12月には肺転移は画像上著明に改善し、副腎転移も縮小を認め、AFPは41717まで減少した。その後も抗腫瘍効果は継続し2016年6月にはAFP 16と正常値にまで低下、画像上肝内再発・肺転移・下大静脈への進展も改善を認めており、現在も外来通院されている。【まとめ】ソラフェニブは副作用出現の観点から低用量の400mg/日から開始する例も少なからず存在するが、本症例のように増量をすることで抗腫瘍効果を示す例も存在するため、忍容性をみながら増量することは肝細胞癌治療の重要な選択肢の一つとなりうると考える。

肝細胞癌, ソラフェニブ

日本海員協会 横浜協会病院
木本華織, 齋藤紀文, 石井ゆには, 伊藤ちひろ, 二本松宏美

慢性C型肝炎に合併した肝細胞癌の無治療経過観察中にAFPとPIVKA-2の著明な自然乖離を認めた一例を経験したのでここに報告する。【症例】81歳男性【主訴】全身倦怠感【既往歴】20歳：虫垂炎【生活歴】飲酒：機会飲酒、喫煙：なし、輸血歴なし、刺青なし【現病歴】元来健康診断や医療機関を受診したことはない。2015年2月初旬から倦怠感を自覚され近医受診。腹部超音波検査で肝腫瘍を認めたため大学病院紹介され、検査でC型肝炎及び両葉多発肝細胞癌の診断となった。その後高齢であることを理由に患者様は治療を希望されず2015年3月より当院で経過観察中である。【経過】2015年3月の採血データはAST/ALT 75/95U/L, AFP387.4 ng/mL, PIVKA-2 32309 mAU/mL, HCV-RNA6.2LogIU/mLであった。ダイナミックCTは、肝S7/8に98×82mmのenhancement&delayed wash outを呈する境界明瞭な母結節を認め、肝両葉に複数の娘結節を認めた。当院通院後に肝庇護薬の内服加療を開始。2015年11月の採血データでPIVKA-2は84360mAU/mLと高値のままであったがAFPは1174ng/mLから9.2ng/mLと突然陰性化した。Vit-K0.22 ng/mLであり抗菌薬の使用はない。画像所見ではS7/8の肝細胞癌の中心壊死を認め母結節の自然自壊によりAFPが低下したと考えられる。現時点でも画像上母結節の再発と思われる所見は認めるもののAFP15.7ng/mL, PIVKA-2 220400mAU/mLと腫瘍マーカーは乖離したままであり、自覚症状の悪化は認めていない。【考察】肝細胞癌治療後のAFPとPIVKA-2の乖離の報告は認めるが、本例のように無治療でもAFPとPIVKA-2が腫瘍の自然自壊により乖離する例はあまり経験がなく腫瘍活動性を確認するためには腫瘍マーカーの同時測定が有用と考えられた。【結語】今回我々は無治療にも関わらず経過中突然AFPの低下をきたしPIVKA-2と乖離を認めた珍しい症例を経験したのでここに若干の文献的考察を加えて報告する。

肝細胞癌, 腫瘍マーカー

日本大学医学部 内科学系消化器肝臓内科
高橋利実, 中河原浩史, 渡邊幸信, 平山みどり, 三浦隆生, 松本直樹, 山本敏樹, 小川真広, 松岡俊一, 後藤田卓志, 森山光彦

【症例】症例は60代男性。C型肝硬変、肝癌のため外来通院を行っており、8年前、5年前に肝癌に対して肝動脈動注療法、経皮的エタノール注入療法を行っている。平成26年に腹部超音波検査で肝S5.7に再発が疑われ、治療目的に入院となった。第3病日に腹部血管造影を施行し、肝S5.7.8に多発する腫瘍を認め、前区域枝と後区域枝よりミリプラチン、多孔性ゼラチン粒を用いてバルーン閉塞下肝動脈化学塞栓療法を施行した。術後に38度台の発熱、顔面と下腿の浮腫が見られたが、胸部レントゲンで肺炎像、胸水なく、抗生剤の投与を開始した。低アルブミン血症もあるため第9病日よりアルブミン、利尿剤を使用した。第10病日に胸部レントゲンで両側胸水の増加が認められ、利尿剤を増量、第11病日に呼吸状態が増悪し、胸部CTで両側胸水と両側上葉にconsolidationを認めた。心不全と感染の合併を疑い、抗生剤とカルベリチドの投与を開始した。翌日には胸部CTで両側上葉にすりガラス状陰影とair bronchogramを認め、胸膜肥厚を伴うことより間質性肺炎と診断し、ステロイドを使用した。間質性肺炎の原因としてミリプラチンによる薬剤性のものが疑われた。ステロイド開始後、呼吸状態、画像所見は改善し、ステロイドの漸減を行ったが、その後も呼吸状態の増悪はなく、47病日に退院となる。退院後7日後に食欲不振、全身倦怠感で緊急入院となった。入院時の画像検査では間質性肺炎の悪化はなく、血液検査より肝不全と考えられた。入院後肝不全に対する治療を行うも改善せず、第19病日に永眠された。【考察】この症例では、カテーテル治療後に重度の呼吸不全を呈し、画像所見等よりミリプラチンによる薬剤性間質性肺炎と診断し、早期にステロイド治療を開始したことで改善を認めた。ミリプラチンによる間質性肺炎の報告は10数例認めており文献的考察を含めて報告する。

肝細胞癌, 肝動脈塞栓術

千葉大学医学部附属病院 消化器内科
清野宗一郎, 丸山紀史, 小林和史, 神田達郎, 横須賀稔

原発性胆汁性胆管炎(PBC)は、非硬変期においても門亢症を呈することが知られている。今回、病初期から脾腎短絡路を認めたAMA陰性かつM2抗体陰性のPBC例を経験したので報告する。【症例】67歳、女性。55歳の頃からシェーグレン症候群で近医に通院していた。平成17年(57歳時)に全身スクリーニング目的で撮影されたCTで脾臓付近の異常血管を指摘され、当科に紹介となった。超音波検査で遠肝性の脾腎短絡路(流量250mL/min)を認めたが、門脈本幹と脾静脈は順流で腹水や脾腫を認めなかった。また、肝辺縁は鋭、内部エコーも均一で慢性肝疾患の所見に乏しかった。肝酵素値と血清アンモニア値、IgMは正常範囲内、AMAとM2抗体も共に陰性であったため、血行異常症として経過観察することとなった。その後、肝酵素値・血清アンモニア値には著変を認めず、最大でAST 38U/L、ALT 19U/L、ALP 402U/Lであった。自覚所見にも異常を認めなかったが、平成24年(64歳時)頃から脾静脈血流に逆流成分がみられるようになり、同時期に血清アンモニア値が軽度の異常を呈するようになった。顕性脳症は認められなかったが精査を要すると判断し、平成27年8月に肝静脈造影および肝生検目的で入院となった。入院時の血液検査ではAST 39U/L、ALT 16U/L、ALP 471U/L、アンモニア97μg/dLであった。超音波およびCT上、肝縁は鋭で肝表面の凹凸を認めず、腹水・脾腫もみられなかった。肝静脈造影では逆行性の肝内門脈造影と複数の肝静脈間短絡が描出され、肝静脈圧差は4.8mmHgであった。経皮的肝生検による肝組織所見では、慢性非化膿性破壊性胆管炎と細胆管増生、単核球やリンパ球浸潤を認めPBC(Scheuer II, F1)と診断された。【結語】AMAとM2抗体が共に陰性のPBCはわずか10%程度と報告されているが、門脈血行異常が先行する非硬変例では本疾患も鑑別して挙げるべきと考えられた。

PBC, 脾腎短絡路

東邦大学医療センター大森病院
團 宣博, 和久井紀貴, 松清 靖, 岩崎沙季, 荻野 悠, 松井太吾,
向津隆規, 宅間健介, 塩沢一恵, 篠原美恵, 池原 孝, 永井英成,
渡辺 学, 五十嵐良典, 住野泰清

症例は20歳の女性。3月に東南アジアへ旅行した。帰国してから約1か月後に発熱と下痢、全身倦怠感が出現したため近医を受診。急性胃腸炎の診断のもと整腸剤を処方されるも症状が改善しないため採血を施行したところ肝障害を認めたため当院へ紹介となった。既往歴はなし。常用薬なし。来院時身体所見は、意識は清明で37.9度の発熱、左下腹部に軽度の圧痛を認めた。来院時に行った採血ではCRP 2.4 mg/dl、WBC 23000、AST 171U/L、ALT 204 U/L、LDL 825 U/L、ALP 337 U/L、異型リンパ球 58.5であり、炎症反応の上昇と肝酵素、異型リンパ球の上昇を認めた。各種肝炎ウイルスマーカーは陰性であった。腹部USでは肝門部リンパ節腫脹と、脾腫をみとめた。その後の採血の結果、サイトメガロウイルスIgMが陽性であることからサイトメガロウイルス感染由来の肝炎と診断した。サイトメガロウイルス感染症は、通常、乳幼児期に不顕性感染の形で感染し、生涯その宿主に潜伏感染し、成人の90%以上は本ウイルスに対する抗体陽性といわれている。しかし妊婦や、ステロイド、臓器移植後の免疫抑制剤の使用、AIDS患者などの免疫抑制状況下ではウイルスが再活性し重篤な病態を引き起こす場合が知られている。今回、サイトメガロウイルスの潜伏期から東南アジアでの感染が推察されたサイトメガロウイルス肝炎の一例を経験したので、その臨床像について報告する。

サイトメガロウイルス、成人発症

獨協医科大学日光医療センター 消化器内科¹⁾,
獨協医科大学 消化器内科²⁾,
井澤直哉^{1,2)}, 小松原利典^{1,2)}, 永島一憲¹⁾, 岩崎茉莉¹⁾, 陣内秀仁¹⁾,
常見美佐子²⁾, 櫻井紘子¹⁾, 土田幸平²⁾, 眞島雄一¹⁾, 平石秀幸²⁾

【はじめに】神経内分泌腫瘍(Neuroendocrine tumor: NET)は神経内分泌細胞に由来する腫瘍である。この神経内分泌細胞の特徴が明らかになるにつれて、内分泌臓器のみではなく全身に分布するdiffuse neuroendocrine system (DNES)に存在し、神経内分泌腫瘍も全身臓器に発生することが明らかとなった。原発巣としては肺や消化管が主とされており、診断としては病理学的には核分裂像・Ki67指数によってG1, G2, NECに分類されている。今回非常に稀な咽頭部NECからの転移性腭神経内分泌腫瘍の一例を経験したため報告する。【症例】60歳女性。当院耳鼻咽喉科にて中咽頭部癌切除術を行い、NECの診断で定期的にフォローされていた。術後3年後に施行したPET-CTで腭頭体部、縦隔リンパ節にFDG集積を認めたため腭腫瘍の疑いで当科紹介となった。造影CTでは、腫瘍を疑う所見は認められなかった。EUSにて腭体上部に20×10mmの内部均一な低エコーの腫瘍性病変を認められ、FNAを行いNECの診断となった。病理診断により腭腫瘍および縦隔リンパ節は咽頭部NECからの転移と判断した。咽頭部癌の再発と考えられ小細胞肺癌に順じた化学療法を開始した。【考察】文献で本症例のような咽頭部NECからの転移性腭神経内分泌腫瘍の報告はなく、非常に稀な症例を経験した。一般的に神経内分泌性腫瘍は肺や消化管に多いといわれているが、今回の症例のような稀な部位に発症することもあるため全身の経過観察が重要と思われる。本症例はCTで腭腫瘍を確認することが出来なかったため、経過観察にはPET, US, MRIを合わせて定期的に行うことが大切である。咽頭部原発NECについて治療報告はないが、小細胞肺癌の治療に準じた白銀製剤をベースとする併用療法を行っている。

NEC, 転移性腭腫瘍

順天堂大学附属練馬病院 総合外科¹⁾, 同 病理診断科²⁾
鈴木信之¹⁾, 若永直紀¹⁾, 高橋 敦¹⁾, 山田衣里佳¹⁾, 北原佳奈¹⁾,
秋本瑛吾¹⁾, 伊藤 譲¹⁾, 関根悠貴¹⁾, 春山優理恵¹⁾, 河合雅也¹⁾,
宮野省三¹⁾, 小坂泰次郎¹⁾, 渡野邊郁雄¹⁾, 町田理夫¹⁾, 北島俊顕¹⁾,
須郷広之¹⁾, 李 慶文¹⁾, 児島邦明¹⁾, 小倉加奈子²⁾, 松本俊治²⁾

【はじめに】40歳未満の腭癌は非常にまれであるが、今回われわれは嚢胞性変化を主体として術前診断に苦慮した若年性腭癌の1例を経験したので文献的考察を加え報告する。【症例】症例は37歳男性。約1年前に大量飲酒による急性腭炎のため他院に入院歴があり、この際、腭嚢胞を指摘され、急性腭炎に伴う仮性腭嚢胞と診断された。今回、腹部CT検査で嚢胞の増大傾向を認め、精査目的で当院紹介となる。常習飲酒歴、腭癌の家族歴は認めない。当院でのCT、MRI検査でも6.3×5.0cmの嚢胞を認めるが、内部結節や腭管拡張、嚢胞増大は認めず、引き続き経過観察となった。4か月後の再検MRI検査では嚢胞は5.0×3.0cmと明らかに縮小したが、内容液の信号が不均一となり、さらに3か月後のCT検査で嚢胞内結節の顕著化とその尾側に径2.9cmの造影される結節を認め、腭腫瘍の診断で手術となった。開腹腭体尾部腭合併切除術を施行した。術後病理検査では腫瘍部は組織学的に腭管内乳頭粘液性腺癌であり、周囲組織への広範な浸潤を認めstage IVaの診断であった。今後、追加化学療法を予定している。

腭癌, 若年性

NTT 東日本関東病院 消化器内科¹⁾, 同 外科²⁾,
同 病理診断部³⁾
石井 研¹⁾, 藤田祐司¹⁾, 長尾厚樹²⁾, 針原 康²⁾, 名城珠希³⁾,
堀内 啓³⁾, 松橋信行¹⁾

【諸言】IPMNと膵癌は合併することが知られている。近年膵臓学会からIPMN由来膵管癌の定義が出され、その分類が可能となった。今回当院で長期間経過観察中に発生したIPMN併存膵癌とIPMN由来浸潤癌の2例を報告する。【症例1】60歳代男性【経過】腭体部15mm大の分枝型IPMNを2012年より当科でフォローされていた。2016年X月のMRCPで腭尾部に27mm大の腫瘍が認められた。腭体部のIPMNは以前の検査から著変なかった。同腫瘍は腭dynamic CTで低吸収な腫瘍として描出された。通常型膵癌の合併を疑い、EUS-FNAを施行しadenocarcinomaと診断された。cStage4aであり、当院外科で腭体尾部腫瘍切除術が施行された。切除標本でIPMNとの移行像は確認できず、IPMN併存膵癌と診断した。【症例2】80歳代女性【経過】腭頭部35mm大の分枝型IPMNを2009年より当科でフォローされていた。国際ガイドラインではworrisome featureであったため注意深く経過観察していたが、長期間変化は見られなかった。2016年X月のMRCPでIPMNより尾側の主膵管の拡張が出現した。腭dynamic CTで同部位に腫瘍は明らかでなかったがEUSで膵管狭窄部近傍に低エコー領域が認められ、膵癌が疑われた。ERPの腭液細胞診ではclass3であったがEUS所見から膵癌が強く疑われたため当院外科で腭頭十二指腸切除術が施行された。切除標本ではEUSで低エコーに見えた部位に20mm大の黄白色腫瘍を認めた。病理で低分化～高分化管状腺癌でありIPMNとの移行像が見られ、IPMN由来浸潤癌と診断した。

IPMN, 膵癌

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, 松島和広, 山田育弘, 佐々木隆, 松山真人, 高野浩一, 笹平直樹

【症例】 56歳男性。黄疸を主訴に受診し、膵頭部領域腫瘍による閉塞性黄疸及び多発肝転移と診断。ERCP時に主乳頭への腫瘍浸潤を認め、生検で神経内分泌癌(Ki-67>80%)と診断した。化学療法開始前に胆管plastic stentを留置し、IP療法(cisplatin 60mg/m² day1 + irinotecan 60mg/m² day1、8、15、q4wks)を導入した。2コース終了後のCTでpartial responseを確認すると共に、plastic stentの自然逸脱を認めた。8コース終了後のCTにてcomplete responseを認め、またNSEが91ng/mlから7.4ng/mlと正常化したため、IP療法を終了とした。その後定期follow upをしているが、1年5か月の間、無再発経過中である。【考察】膵神経内分泌癌は稀な腫瘍であり、現在肺小細胞癌に準じてIP療法、EP療法が選択されている。しかしこれまでにまとまった報告は少ないのが現状である。今回、IP療法により著効した症例を経験したのでここに報告する。

膵神経内分泌癌, IP療法

横浜市立大学附属市民総合医療センター消化器病センター 外科¹⁾, 横浜市立大学 外科治療室²⁾, 末松秀明¹⁾, 南 裕太¹⁾, 川口大輔¹⁾, 佐藤 渉¹⁾, 小坂隆司¹⁾, 湯川寛夫¹⁾, 大田貢由¹⁾, 利野 靖²⁾, 益田宗孝²⁾, 國崎主税¹⁾

80歳男性。直腸癌に対して腹腔鏡補助下超低位前方切除術、D3郭清、回腸人工肛門造設術を施行した。病理最終診断はT3N1M0 stageIIIaの診断で、術後補助化学療法としてmFOLFOX6を6コース施行した。術後6ヶ月目の人工肛門閉鎖術前のCTで肝S4、S6に肝転移を認めた。初回手術後7ヶ月に拡大内側区域切除、S6部分切除、胆嚢摘出術、回腸人工肛門閉鎖術を施行した。肝内胆管の処理でヘモクリップを5個使用した。術後、内側区域の肝切除面に膿瘍形成を認め、抗生剤とドレナージで保存的に改善した。肝切除後3ヶ月のCTで総胆管に高濃度域を認め総胆管へのヘモクリップの迷入が疑われたが、症状なく経過観察した。術後2年に再度S3に肝転移を認め手術の方針となったが、術前にクリップの迷入の有無を明らかにするためにERCPを施行した。ERCPでは内視鏡的乳頭切開術を施行し、クリップと総胆管結石を截石した。その後、肝部分切除を施行した。腹腔鏡下胆嚢摘出術後のクリップに伴う総胆管結石の報告は文献で散見されるが、肝切除後の切離面からのクリップの迷入は報告が少ない。肝部分切除術後の切離面からのクリップ迷入と、それに伴う総胆管結石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。

クリップ迷入, 肝切除

東海大学八王子病院 消化器内科¹⁾, 同 放射線診断科²⁾

伊藤裕幸¹⁾, 今井 仁¹⁾, 築根陽子¹⁾, 羽田野敦子¹⁾, 市川仁志¹⁾, 永田順子¹⁾, 小嶋清一郎¹⁾, 清水真二¹⁾, 白井孝之¹⁾, 渡辺勲史¹⁾, 嶺 貴彦²⁾, 松本智博²⁾, 長谷部光景²⁾

症例は76歳、男性。2015年12月に上腹部痛を主訴に当院救急受診。急性閉塞性化膿性胆管炎、胆石性膵炎の診断で緊急入院となった。画像上は結石嵌頓所見を認めず、落石後が考えられERBD、ERPDを留置した後に膵炎に準じた全身管理を行っていた。入院後第6病日に突然の血圧低下、意識混濁を認めた。腹部単純CTでは膵頭部周囲後腹膜に血腫所見を認め、追加で施行した造影CTにて動脈瘤所見を認めており、同部の破裂による後腹膜出血を考えた。緊急で施行した血管造影では後上膵十二指腸動脈、前上膵十二指腸動脈、背側膵動脈の一部瘤化を認めていた。血管造影時に活動性の出血所見は認めなかったが、いずれの瘤からの出血が考えられたため、coil塞栓術を施行した。その後再出血や膵炎の再増悪なく経過し、第52病日に退院となった。膵炎後仮性動脈瘤は膵炎の3.5~10%程度に発生し、発生部位としては脾動脈、胃十二指腸動脈由来が多く、膵十二指腸動脈由来動脈瘤は8.5%程度と報告されている。症状は多量の出血によるショック症状、出血責任動脈により急な腹痛、背部痛を来すとされており、死亡率は28.3%と高いため、早期での迅速な診断、治療が重要となる。膵炎後の仮性動脈瘤合併は稀ではないものの、本症例のように破裂により急な状態悪化をきたすこともあり、診療経過中に留意しておく必要があるものと考えた。

急性膵炎, 後腹膜出血