日本消化器病学会
関東支部第342回例会

プログラム・抄録集

当番会長：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

平成28年12月3日（土）

海運クラブ

日本消化器病学会関東支部第342回例会
プログラム・抄録集

当番会長：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
〒105-8470　東京都港区虎ノ門2-2-2
TEL 03-3588-1111/FAX 03-3582-7068

会　　期：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
http://kaiunclub.org/

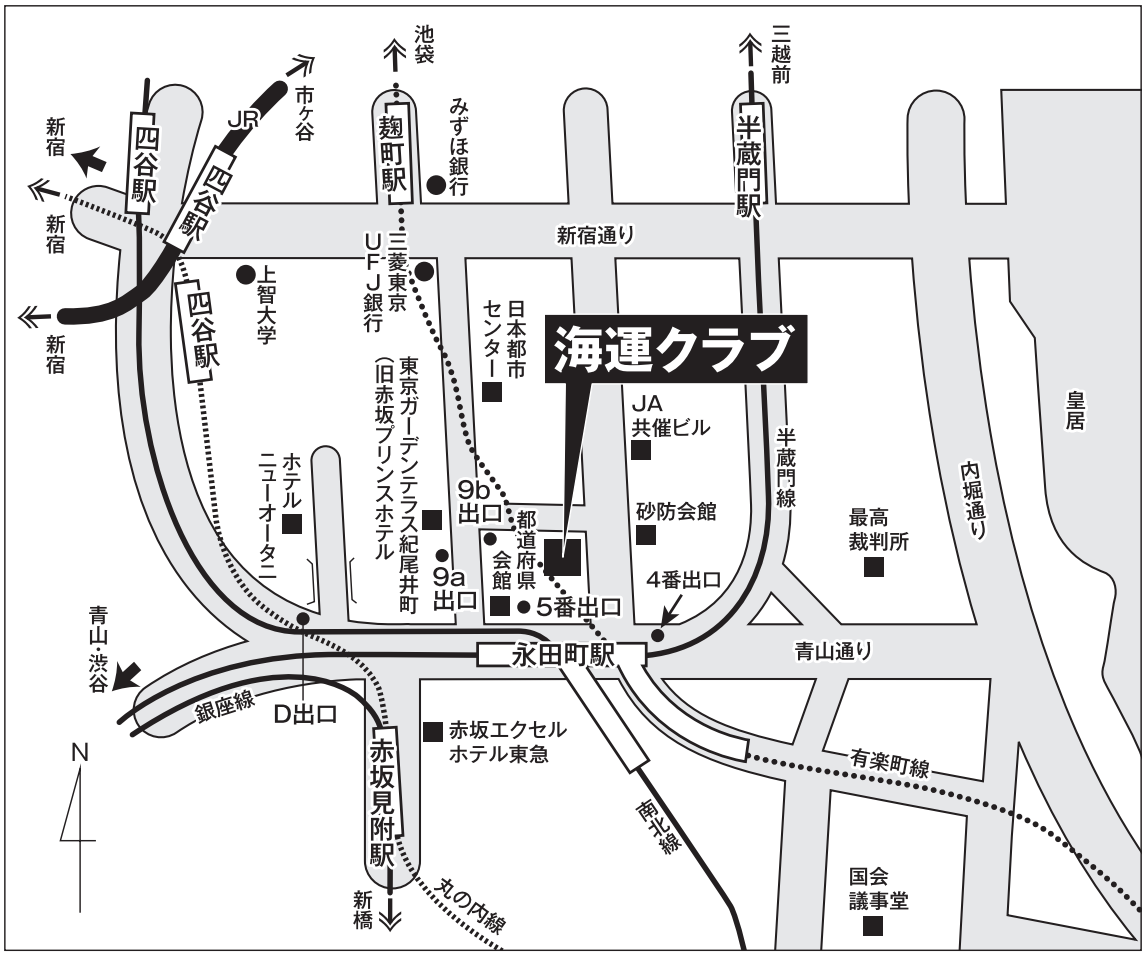
＜発表者，参加者の皆様へ＞

1．発表者は日本消化器病学会の会員に限ります。
2．**発表はすべてPCでのプレゼンテーションとなります。**
口演30分前までに，PC受付にてデータ登録・動作チェックを済ませてください。
　1）会場に用意するPCのアプリケーションは，Microsoft PowerPoint 2007/2010/2013となります。発表データはUSBメモリにてお持ちください。また，事前に必ず，作成したPC以外のPCでも正常に動作することを確認してください。
　　※データ作成の際は，文字化けを防ぐため次の標準フォントをご使用ください。
　　日本語：MSゴシック，MS Pゴシック，MS明朝，MS P明朝
　　英語：Arial，Century，Century Gothic，Times New Roman
　　※スライド作成時の画面サイズはXGA（1024×768）であることをご確認の上，作成してください。
　2）Macintosh使用，及びWindowsでも動画を含む場合は，必ずPC本体をお持込みください。データでのお持込みには対応いたしかねますのでご注意ください。なお，液晶プロジェクタへの接続はMini D-SUB 15pinにて行います。変換コネクタを必要とする場合は必ずご自身でお持込みください。また，バッテリーのみでの稼動はトラブルの原因となるため，外部電源用アダプタを必ずお持ちください。
　3）音声出力には対応いたしません。
　4）発表は枚数ではなく時間で制限させていただきます。
　5）発表時は，演台に置かれたモニタを見ながらご自身で操作して画面を進めていただきます。なお，発表者ツールの使用はできませんのでご注意ください。
3．発表に際しては，患者さんのプライバシーの保護（日付の記載は年月までとする，等）に十分配慮してください。
4．演題発表時には，利益相反状態の開示が必要になります。開示基準・規定の書式に従って利益相反の有無を必ず開示してください。
5．演者は前演者の口演開始後，直ちに「次演者席」へご着席ください。
6．**専修医セッション，研修医セッション及び一般演題は，１題口演４分，追加討論２分です。時間厳守でお願いします。**
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342回例会
平成28年12月３日（土）

8：00～8：05　**開　会　の　辞（第１会場）**

第１会場（午前の部）

演　　題	時　間	座　長
(1) 研修医Ⅰ（胃） 1～3	8：05～8：23	池谷　敬
(2) 研修医Ⅱ（十二指腸） 4～6	8：23～8：41	内田　哲史
(3) 研修医Ⅲ（胃・十二指腸） 7～9	8：41～8：59	須江聡一郎
(4) 研修医Ⅳ（小腸） 10～12	8：59～9：17	鈴木　将大
(5) 研修医Ⅴ（小腸・大腸） 13～15	9：17～9：35	大谷　友彦
9：35～9：40　**休憩**		
(6) 研修医Ⅵ（大腸１） 16～18	9：40～9：58	豊永　貴彦
(7) 研修医Ⅶ（大腸２） 19～21	9：58～10：16	渡辺　一弘
(8) 研修医Ⅷ（肝） 22～25	10：16～10：40	褚　柏松
(9) 研修医Ⅸ（肝・その他） 26～29	10：40～11：04	田部井弘一
(10) 研修医Ⅹ（胆・膵） 30～33	11：04～11：28	齋藤　倫寛
(11) 研修医ⅩⅠ（膵） 34～37	11：28～11：52	松原　三郎

第２会場（午前の部）

演　　題	時　間	座　長
(16) 専修医Ⅰ（食道・胃・十二指腸） 53～56	8：05～8：29	石戸　謙次
(17) 専修医Ⅱ（小腸） 57～60	8：29～8：53	中尾　裕
(18) 専修医Ⅲ（大腸） 61～64	8：53～9：17	高林　馨
(19) 専修医Ⅳ（大腸・ヘルニア） 65～68	9：17～9：41	佐々木善浩
9：41～9：51　**休憩**		
(20) 専修医Ⅴ（肝１） 69～72	9：51～10：15	打越　学
(21) 専修医Ⅵ（肝２） 73～76	10：15～10：39	野登はるか
(22) 専修医Ⅶ（肝３） 77～79	10：39～10：57	佐々木美奈
(23) 専修医Ⅷ（胆・膵） 80～82	10：57～11：15	伊藤　謙
(24) 専修医Ⅸ（膵） 83～85	11：15～11：33	本定　三季
12：10～12：40　**評議員会**		

12：05～12：50　**ランチョンセミナー**（第１会場）

「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」

慶應義塾大学医学部内科学教室（消化器）　教授　**金井　隆典** 先生

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** 先生

共催：ミヤリサン製薬株式会社

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）

「ピロリ菌感染を基盤とする胃癌発症機構」

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** 先生

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**

第１会場（午後の部）

演　　題	時　間	座　長
(12) 食道　38～40	14：10～14：28	菊池　大輔
(13) 胃・十二指腸　41～43	14：28～14：46	中野　正和
(14) 大腸１　44～47	14：46～15：10	富澤　琢
(15) 大腸２　48～52	15：10～15：34	川原　洋輔

第２会場（午後の部）

演　　題	時　間	座　長
(25) 肝　86～89	14：05～14：29	岩塚　邦生
(26) 膵１　90～92	14：29～14：47	吉田佐知子
(27) 膵２　93～95	14：47～15：05	今村　綱男
(28) 小腸　96～99	15：05～15：29	田代　淳

15：34～15：39　**閉　会　の　辞（第１会場）**

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

特別講演（第１会場　13:05～14:00）

「ピロリ菌感染を基盤とする胃癌発症機構」

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** 先生

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**

……演者の先生ご紹介……

畠山（はたけやま）　昌則（まさのり）　先生

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

略歴

1981年北海道大学医学部・医学科卒業。北大医学部附属病院内科研修医を経て、1982年同大学院医学研究科博士課程内科系進学。1986年、医学博士。1986から大阪大学細胞工学センター・助手。1991年米国マサチューセッツ工科大学（MIT）ホワイトヘッド生物科学研究所留学。1995年帰国し、（財）癌研究会癌研究所・ウイルス腫瘍部・部長。1999年より北海道大学免疫科学研究所・化学部門・教授。2000年、研究所改組により同大遺伝子病制御研究所・分子腫瘍分野・教授。2009年から東京大学大学院医学系研究科・微生物学分野・教授、現在に至る。日本癌学会理事・評議員。日本生化学会評議員。日本癌学会奨励賞（1991）。JCA-Mauvernay Award（2006）。佐川特別賞（2011）。日本医師会医学賞（2014）。野口英世記念医学賞（2016）。

ランチョンセミナー　（第１会場　12:05～12:50）

「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」

慶應義塾大学医学部内科学教室（消化器）教授　**金井　隆典** 先生

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** 先生

共催：ミヤリサン製薬株式会社

……演者の先生ご紹介……

金井（かない）　隆典（たかのり）　先生

慶應義塾大学医学部内科学教室（消化器）教授

学歴

1988年３月　慶應義塾大学医学部　卒業

職歴

1992年４月　慶應義塾大学医学部助手（内科学）
1992年６月　清水市立総合病院内科（医員）
1995年４月　清水市立総合病院内科（医長）
1995年９月　ハーバード大学Beth Israel Medical Center, Division of Viral Pathogenesis留学
1997年９月　（財）慶応がんセンター内科助手
2000年８月　東京医科歯科大学医学部付属病院助手（内科学）
2002年４月　東京医科歯科大学医学部付属病院助手（光学医療センター兼任）
2004年６月　東京医科歯科大学医学部附属病院講師（消化器内科学）
2008年４月　慶應義塾大学医学部准教授（内科学）
　　東京医科歯科大学医学部臨床教授
2013年８月　慶應義塾大学医学部教授（内科学［消化器］）（現職）
2013年10月　慶應義塾大学病院免疫統括医療センター長（現職）
2016年８月　IBD（炎症性腸疾患）センター（センター長、兼任）

第１会場（午前の部）

8：00～8：05　　―開会の辞―

研修医セッション評価者

がん研有明病院　消化器内科上部消化管内科　石山晃世志
昭和大学藤が丘病院　消化器内科　黒木優一郎
北里大学北里研究所病院　炎症性腸疾患先進治療センター　小林　拓

（1）研修医Ⅰ（胃）　8：05～8：23　　座長　聖路加国際病院　消化器内科　池谷　敬

1．EUS-FNA による術前診断が有用であった粘膜下腫瘍様胃癌の一例

順天堂大学附属順天堂医院　消化器内科　○亀津　翼，福嶋　浩文，石塚　敬，赤澤　陽一
金澤　亮，橋本　崇，上山　浩也，石川　大
芹沢　信子，澁谷　智義，山科　俊平，渡辺　純夫
同　消化器内科
同　人体病理病態学講座　八尾　隆史

2．悪性リンパ腫との鑑別に苦慮した Lymphomatoid gastropathy の１例

東京都立大塚病院　内科　○松永　麻美，木村　昌倫，北澤　優美，久保田　翼
渡部　衛，田中　啓，倉田　仁，檀　直彰
藤木　和彦

3．診断に苦慮したカンジダ感染を伴った悪性胃潰瘍の一例

東京慈恵医科大学附属柏病院　消化器肝臓内科　○山田　萌，金井　友哉，小田原俊一，沖　沙佑美
鈴木　静香，高見信一郎，伊藤　善翔，斎藤　恵介
小山　誠太，松本　喜弘，内山　幹，梶原　幹生
小井戸薫雄，大草　敏史

（2）研修医Ⅱ（十二指腸）　8：23～8：41　　座長　東海大学病院　消化器内科　内田　哲史

4．腹痛精査にて Segmental arterial mediolysis（SAM）の関与が疑われた２症例

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

5．経皮的動脈塞栓術により止血し得た十二指腸傍乳頭部憩室出血の１例

済生会川口総合病院　消化器内科　○相原　瑞穂，小田切啓之，松井　茂
同　放射線科　伊藤　直記

6．内視鏡的乳頭切開後に血腫による十二指腸閉塞をきたした一例

自治医科大学附属さいたま医療センター　消化器内科　○村上　　司，上原　健志，松本　吏弘，森野　美奈
松本　圭太，賀嶋ひとみ，小糸　雄大，高橋　裕子
若尾　聡士，石井　剛弘，関根　匡成，川村　晴水
西川　剛史，浦吉　俊輔，山中　健一，浅野　岳晴
鷲原　規喜，浅部　伸一，宮谷　博幸，眞嶋　浩聡

（3）研修医Ⅲ（胃・十二指腸）　8：41～8：59　　座長　横浜市立大学附属病院　消化器内科学　須　江　聡一郎

7．肝細胞癌に対しソラフェニブの内服を開始後に多発十二指腸潰瘍，胃潰瘍を認めた一例

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

8．胃幽門前庭部毛細血管拡張症から診断しえた限局型全身性強皮症の一例

埼玉医科大学　総合診療内科　○岡元　啓太，山岡　　稔，芦谷　啓吾，草野　　武
白崎　文隆，野口　　哲，菅野　　龍，木下　俊介
井上　清彰，小林　威仁，廣岡　伸隆，宮川　義隆
橋本　正良，山本　啓二，中元　秀友
同　総合診療内科
同　消化管内科　大庫　秀樹，今枝　博之
同　皮膚科　中村晃一郎
同　リウマチ膠原病内科　梶山　　浩
同　総合診療内科
同　病理診断科　李　　治平
同　病理診断科　茅野　秀一

9．特発性血小板減少性紫斑病（ITP）合併胃癌に対して幽門側胃切除と脾摘術を施行した１例

自治医科大学附属病院　消化器・一般外科　○鈴木　貴大，斎藤　　心，高橋大二郎，宇井　　崇
倉科憲太郎，佐久間康成，堀江　久永，細谷　好則
北山　丈二，佐田　尚宏

（4）研修医Ⅳ（小腸）　8：59～9：17　　座長　日本医科大学　消化器内科学　鈴　木　将　大

10．繰り返す周期的な腹部症状から診断された虚血性腸炎型ループス腸炎の一例

JCHO東京新宿メディカルセンター　○勝倉　真一，山川　元太，浅井　玄樹，岡崎　明佳
木原　俊裕，吉良　文孝，藤江　　肇，森下　慎二
松本　政雄，新村　和平

11．慢性下痢を契機に診断に至った米国人セリアック病の一例

杏林大学医学部　総合研修センター　○和田　晴香
同　第三内科　林田　真理，佐藤　太龍，箕輪慎太郎，池崎　　修
三井　達也，三浦　みき，齋藤　大祐，櫻庭　彰人
徳永　健吾，森　　秀明，久松　理一
同　病理部　大森　嘉彦，望月　　眞
国立病院機構災害医療センター　消化器内科　上市　英雄

12. 先行する皮膚症状をきっかけとしてクインケ浮腫による胃腸炎の診断に至った１例

東京医科歯科大学　消化器内科　○持田　知洋，松本　太一，中田　　徹，日比谷秀爾
鬼澤　道夫，村野　竜朗，野崎　賢吾，北畑富貴子
村川美也子，新田沙百梨，井津井康浩，中川　美奈
柿沼　　晴，東　　正新，大岡　真也，中村　哲也
朝比奈靖浩，渡辺　　守
同　　光学医療診療部　　竹中　健人，勝倉　暢洋

（５）研修医Ⅴ（小腸・大腸）　９：17～９：35　　座長　東京慈恵会医科大学　内視鏡科　大　谷　友　彦

13. 慢性偽性腸閉塞の経過中に発症した門脈ガス血症の一例

茅ヶ崎市立病院　消化器内科　○大久保直紀，田邉　浩紹，高津　智弘，石川裕太郎
岩瀬　麻衣，三澤　　昇，内田　苗利，松浦　瑞恵
村田　依子，栗山　　仁，秦　　康夫
横浜市立大学附属病院　肝胆膵消化器病学　　大久保秀則，中島　　淳

14. 特発性腸間膜静脈硬化症の一例

群馬県済生会前橋病院　消化器内科　○小沼　亮介，吉田佐知子，松井　綾子，加藤　幹那
加藤恵理子，大山　達也，田中　良樹，蜂巣　陽子
吉永　輝夫，樋口　次男
群馬大学医学部附属病院　光学医療診療部　　草野　元康

15. 急激な経過を辿った大腸印鑑細胞癌の一例

国立病院機構東京医療センター　消化器科　○下村　育史，高林　　馨，阿部圭一朗，砂田由紀恵
窪澤　陽子，平井悠一郎，高田　祐明，平田　　哲
和田　道子，高取　祐作，伴野　繁雄，木下　　聡
森　　英毅，加藤　元彦，菊池　美穂，菊池　真大
浦岡　俊夫
同　　臨床検査科　　村田　有也，白石　淳一

（６）研修医Ⅵ（大腸１）　９：40～９：58　座長　北里大学北里研究所病院　炎症性腸疾患先進治療センター　豊　永　貴　彦

16. 繰り返す大腸憩室炎により、回腸-下行結腸瘻をきたした１例

東京歯科大学市川総合病院　消化器内科　○千田　彰彦，岸川　　浩，荒畑　恭子，伊藤　麻子
財部紗基子，木村佳代子，貝田　将郷，西田　次郎

17. 感染性腸炎を契機に重症化し診断に至った潰瘍性大腸炎の一例

日本大学医学部　内科学系消化器内科肝臓内科学分野　○西郡真理奈，池原　久朝，堤　康志郎，大内　琴世
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

18. 診断に難渋した移動盲腸を伴う虫垂炎の１例

日本医科大学多摩永山病院　消化器外科・乳腺外科・一般外科　○納富　嗣人，吉田　寛，的場　秀亮，上田　純志
高田　英志，上田　康二，吉岡　将史，菊池　友太
関　奈紀，宮下　哲平，浅見　敬一，篠塚恵理子
平方　敦史，丸山　弘，横山　正，牧野　浩司
日本医科大学付属病院　消化器外科　内田　英二

（７）研修医Ⅶ（大腸２）　9：58～10：16　座長　国立国際医療研究センター　消化器内科　渡　辺　一　弘

19. 右結腸動脈瘤破裂による上行結腸狭窄で腸閉塞をきたした一例

日本大学医学部　○大角　彰仁
同　内科学系消化器肝臓内科学分野　中河原浩史，増田　あい，岩塚　邦生，高橋　利実
山本　敏樹，小川　眞広，後藤田卓志，森山　光彦

20. Cronkhite-Canada 症候群の１例

群馬大学医学部附属病院　消化器・肝臓内科　○佐々木夢佳，星　恒輝，深井　泰守，山田　俊哉
中山　哲雄，田中　寛人，栗林　志行，水出　雅文
山崎　勇一，下山　康之，佐藤　賢，柿崎　暁
同　消化器・肝臓内科
同　光学医療診療部　富澤　琢，河村　修，草野　元康

21. 慢性便秘症に対するルビプロストンの有用性の検討　―当院での使用経験から―

虎の門病院　消化器内科（胃腸）　○小笠原暢彦，鳥羽　崇仁，野村　浩介，栗林　泰隆
山下　聡，古畑　司，松井　啓，菊池　大輔
三谷　年史，飯塚　敏郎，布袋屋　修，貝瀬　満

（８）研修医Ⅷ（肝）　10：16～10：40　　座長　慶應義塾大学病院　消化器内科　猪　　柏　松

22. エコーガイド下針生検にて診断し得た inflammatory Hepatocellular adenoma の１例

済生会横浜市東部病院　消化器内科　○蜂須賀誠人，大久保雄介，清水　良，山田　悠人
渡辺　浩二，米田　将隆，岸本　有為，建持　岳史
馬場　毅，中野　茂，牧野　博之

23. 肝血管筋脂肪腫の１例

虎の門病院肝臓センター　○藤澤　顕徳，鈴木　文孝，大沢　光毅，藤山俊一郎
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，斎藤　聡
鈴木　義之，荒瀬　康司，池田　健次，熊田　博光

24. 上部消化管出血を契機に診断された巨大肝細胞癌の十二指腸浸潤の一例

東京都済生会中央病院　消化器内科　○河野　恵，星野　舞，林　智康，田沼　浩太
小川　歩，西井まみか，阿部　善彦，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　消化器外科　山本　立真
同　病理診断科　加藤　優子，向井　清

25. 原発巣術後 mFOLFOX + bevacizumab、mFOLFIRINOX + bevacizumab 療法にて組織学的 CR が得られた大腸癌同時性多発肝転移の 1 例

東京慈恵会医科大学　肝胆膵外科　○渡邉　久貴，後町　武志，島田　淳一，中瀬古裕一
春木孝一郎，高野　裕樹，鈴木　文武，恩田　真二
松本　倫典，坂本　太郎，脇山　茂樹，石田　祐一
東急病院　外科　共田　光裕
東京慈恵会医科大学　消化器外科　矢永　勝彦

（9）研修医Ⅸ（肝・その他）　10：40〜11：04　　座長　立正佼成会附属佼成病院　田部井　弘　一

26. 内因性眼内炎、敗血症性肺塞栓症、膿胸を併発した *Klebsiella pneumoniae* による Invasive liver abscess syndrome の 1 例

聖マリアンナ医科大学　消化器・肝臓内科　○喜多　洋平，重福　隆太，渡邊　綱正，近江　亮介
加藤　正樹，池田　裕喜，中野　弘康，服部　伸洋
松永光太郎，松本　伸行，伊東　文生
同　眼科　塩野　陽，畑　真由美
同　消化器・肝臓内科
川崎市立多摩病院　消化器・肝臓内科　奥瀬　千晃，鈴木　通博

27. 胆道系酵素上昇、肝腫大を契機に診断した AL アミロイドーシスの 1 例

東芝病院　○石川　由規，新野　徹，手島　一陽，石井　鈴人
花岡　友梨，福本　剛，中山千恵美，田代　淳
山本　夏代，三輪　純，青山　慧，鈴木　謙
新井　雅裕

28. エタノール焼灼後の巨大感染性肝嚢胞の一例

独立行政法人国立病院機構災害医療センター　消化器内科　○加藤三咲子，大野　志乃，上條　孟，木谷　幸博
外川菜々子，島田　祐輔，林　昌武，佐々木善浩
上市　英雄
同　消化器乳腺外科　山岸　俊介，末松　友樹，伊藤　豊

29. 血液培養にて α -streptococcus を検出した化膿性門脈炎の一例

筑波記念病院　○垣野内　航，添田　敦子，大塚公一朗，黒江　崇史
池田　貴文，岩井健太郎，小林真理子，越智　大介
中原　朗，池澤　和人

(10) 研修医X(胆・膵) 11：04～11：28 座長 東邦大学医療センター大橋病院 消化器内科 齋 藤 倫 寛

30. Trousseau 症候群を発症した胆嚢扁平上皮癌の１例

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

31. 高齢者に発生したセフトリアキソンに伴う偽胆石の一例

日本大学医学部附属板橋病院 消化器肝臓内科 ○芳賀 大生，熊川まり子，山川 俊，松本 直樹
中村 仁美，松岡 俊一，森山 光彦

32. 超音波内視鏡下肝胃吻合術が有効であった胆管癌の１例

横須賀市立うわまち病院 消化器内科 ○西條 晴貴，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
横浜市立大学 肝胆膵消化器病 細野 邦広

33. 乳癌術前の PET-CT を契機に発見された膵管 Squamoid cyst の１例

虎の門病院 消化器内科（胆膵） ○色川 正峻，今村 綱男，浦崎 裕二，田村 哲男
小泉 優子，小山里香子，竹内 和男
同 消化器外科 橋本 雅司

(11) 研修医XI(膵) 11：28～11：52 座長 東京大学 消化器内科 松 原 三 郎

34. 術後 19 年目に重症急性膵炎を発症し SSPPD を施行した腎細胞癌異時性膵転移の１例

東邦大学医療センター大橋病院 消化器内科 ○馬場 隆成，権 勉成，山本 修平，成木良瑛子
徳久 順也，齋藤 倫寛，前谷 容
同 外科 富 義明，齋藤 智明，松清 大，浅井 浩司
渡邉 学
同 病理診断科 榎本 泰典

35. 膵癌肺転移２病変に対し肺切除を施行し長期生存している１例

東海大学 消化器外科 ○室谷 奈那，古川 大輔，矢澤 直樹，藤城 健
山田 美鈴，増岡 義人，中郡 聡夫，小澤 壯治

36. 総胆管結石摘出手術後に留置した内外瘻用カテーテルにより重症急性膵炎を呈した一例

東京都立多摩総合医療センター 消化器内科 ○熊田 純子，渡邊 彩子，藤原 俊，山田 大貴
前田 元，津川 直也，伊東 詩織，三浦 夏希
下地 耕平，谷口 未樹，藤木 純子，中園 綾乃
井上 大，堀家 英之，小倉 祐紀，並木 伸
同 外科 谷河 篤，林 達也，森田 泰弘，高西喜重郎

37. 膵管不完全癒合による再発性急性膵炎に対し主膵管内へステント留置を行い軽快した１例

JCHO埼玉メディカルセンター 内科 ○矢崎 夏美，井田 陽介，米野 和明，金子 文彦
吉田 武史
さいたま赤十字病院 第一消化器内科 大島 忠
埼玉協同病院 消化器内科 辻 忠男

13：05〜14：00

特別講演

ピロリ菌感染を基盤とする胃癌発症機構

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** 先生

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**

(12) 食道　14：10〜14：28　　**座長　虎の門病院　消化器内科　菊　池　大　輔**

38. 円形紙製ケーキトッパーを誤飲し食道深掘れ潰瘍を呈した一例

茅ヶ崎市立病院　○白石　七彩
同　消化器内科　松浦　瑞惠，高津　智弘，田邉　浩紹，三澤　　昇
石川裕太郎，岩瀬　麻衣，内田　苗利，村田　依子
栗山　　仁，秦　　康夫

39. GIST 併存食道表在癌に対して ESD による同時一括切除を施行した 1 例

群馬大学大学院　病態総合外科学　○西川　達也，酒井　　真，栗山　健吾，吉田　知典
熊倉　裕二，本城　裕章，宗田　　真，宮崎　達也
桑野　博行

40. 上部消化管内視鏡検査を機に診断された尋常性天疱瘡の 1 例

日本大学附属板橋病院　消化器　肝臓内科　○香川　敦宜，岩本　真帆，入江　　彰，野村　舟三
矢ヶ部響子，中本　將秀，葉山　　譲，春田　明子
永井晋太郎，堀内　祐太，菊池　浩史，原澤　尚登
中島　典子，森山　光彦
日本大学病院　消化器科　後藤田卓志

(13) 胃・十二指腸　14：28〜14：46　　**座長　獨協医科大学　消化器内科　中　野　正　和**

41. 出血性胃十二指腸潰瘍止血困難例から得た教訓　〜露出血管の見逃し・過小評価の罪悪〜

東金九十九里地域医療センター　東千葉メディカルセンター　消化器内科　○亀崎　秀宏，今井　雄史，坂本　　大，大山　　広
同　外科　青木　　優，内　玲往那，岡村　大樹，中川　宏治

42. 腹部超音波検査が診断契機となった急性胃粘膜病変の 1 例

東海大学東京病院　消化器内科　○吉原　四方，中村　　淳，仁品　玲子，塩澤　宏和
青木　　純，鈴木　孝良
東海大学医学部　消化器内科　峯　　徹哉

43. TS-１＋CDDP 療法により Conversion therapy が可能となった多発肝転移を伴った胃癌の１例

横浜新緑総合病院　消化器センター　消化器内科　○進藤　幸人，桑本　信綱，福田慎一郎，片岡　涼子
藤田　力也
同　外科　高石　瞳，三浦　康誠，平山　亮一，大塚　亮
齋藤　修治

(14) 大腸１　14：46～15：10　座長　群馬大学医学部附属病院　光学医療診療部　富　澤　　琢

44. 腸管出血性大腸菌 O-157 による溶血性尿毒症症候群を合併した１例

東邦大学医療センター大橋病院　消化器内科　○堀江　義政，富永　健司，森　麻紀子，吉田　有輝
牧野　敏之，日原　大輔，前谷　容
同　腎臓内科　林　俊秀，松金　愛

45. 敗血症性ショックからの壊死性虚血性腸炎を救命し得た一例

東邦大学医療センター大森病院　消化器内科　○木村　隆輔，馬越　智子，團　宣博，渕之上和弘
乾山　光子，山本　慶郎，岡本　陽祐，小野　真史
大塚　隆文，佐藤　真司，五十嵐良典

46. 急速な血栓形成を認めた原因不明の上腸間膜静脈血栓症の一例

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

47. 診断が困難であり急変した上腸間膜静脈血栓症の１例

JA とりで総合医療センター　○飯塚　泰弘，杉山　勇太，小原　淳，浅川　剛人
遠藤　南，橋口　真子，後藤　文男，河村　貴弘

(15) 大腸２　15：10～15：34　座長　東京慈恵会医科大学葛飾医療センター　内視鏡部　川　原　洋　輔

48. 内視鏡的に整復し得た上行結腸軸捻転症の１例

国立病院機構東京医療センター　消化器科　○窪澤　陽子，阿部圭一朗，加藤　元彦，砂田由紀恵
平井悠一郎，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

49. 大腸内視鏡検査が診断に有用であった放射線性腸炎早期障害の１例

杏林大学医学部　第三内科　○箕輪慎太郎，齋藤　大祐，佐藤　太龍，池崎　修
三井　達也，三浦　みき，櫻庭　彰人，林田　真理
徳永　健吾，森　秀明，久松　理一
同　病理学教室　岡部　直太，望月　眞，柴原　純二
同　放射線科　戸成　綾子

50. 直腸癌術後の吻合部に嵌頓した糞石を電気水圧衝撃波結石破砕術(EHL)で治療した１例

東京ベイ・浦安市川医療センター　○宮崎　岳大，本村　廉明，木下　順二，山田　徹
佐々木昭典，宮垣　亜紀

51. （演題取り下げ）

52. アミロイドーシスが原因と考えられた腸重積症の一例

青梅市立総合病院　○末松　聡史，武市　瑛子，土屋　　淳，田村　晧子
柴田　　勇，伊藤　ゆみ，濱野　耕靖，野口　　修

15：34〜15：39　　**―閉会の辞―**

第２会場（午前の部）

専修医セッション評価者

群馬大学医学部附属病院　消化器・肝臓内科　栗林　志行
虎の門病院　消化器外科　春田周宇介
横浜市立大学附属市民総合医療センター　内視鏡部　平澤　欣吾

(16) 専修医Ⅰ(食道・胃・十二指腸)　8：05～8：29　座長　北里大学医学部　消化器内科　石　戸　謙　次

53. 腸管糞線虫症にて止血困難となった十二指腸潰瘍の１例

国立国際医療センター　消化器内科　○下村　暁，久田　裕也，柳澤　直宏，飯田　龍洋
泉　敦子，小林　桜子，濱田麻梨子，松下　裕紀
渡辺　一弘，永田　尚義，櫻井　俊之，横井　千寿
小早川雅男，秋山　純一
同　膠原病科　山下　裕之
同　総合感染症コース　坪井　基行
同　中央検査部臨床検査室　猪狩　亨

54. 内視鏡による深達度診断に苦慮した胃癌腹膜播種の一例

昭和大学医学部　内科学講座　消化器内科学部門　○中谷　真也，柳澤　文人，坂木　理，林　栄一
久保田祐太郎，吉田　仁
同　消化器・一般外科学部門　五藤　哲，村上　雅彦
昭和大学　臨床病理学診断学講座　塩沢　英輔，瀧本　雅文

55. 過形成ポリープと鑑別に難渋したまれな同時多発胃癌の１例

順天堂大学医学部附属練馬病院　総合外科　○北原　佳奈，高橋　敦，岩永　直紀，山田衣里佳
秋本　瑛吾，伊藤　譲，関根　悠貴，春山優理恵
河合　雅也，宮野　省三，小坂泰二郎，渡野邊郁雄
町田　理夫，北畠　俊顕，須郷　広之，李　慶文
児島　邦明

56. 食道顆粒細胞腫表層に併存した食道表在癌に対して ESD を施行した一例

平塚市民病院　消化器内科　○友成　悠邦，川村　允力，田村　哲哉，後藤　駿吾
谷口　礼央，斯波　忠彦，坂口　隆，厚川　和裕
横浜市立大学附属病院　肝胆膵消化器病学　有本　純，日暮　琢磨，中島　淳
大森赤十字病院　千葉　秀幸

(17) 専修医Ⅱ(小腸) 8：29～8：53　　座長　東京慈恵会医科大学　消化器・肝臓内科　中　尾　　裕

57. 貧血、便潜血陽性を契機に発見された小腸 MALT リンパ腫の一例

茅ヶ崎市立病院　消化器内科　○高津　智弘，村田　依子，田邉　浩紹，石川裕太郎
岩瀬　麻衣，三澤　昇，内田　苗利，松浦　瑞恵
栗山　仁，秦　康夫

58. 腸管狭窄症状にて発症した segmental arterial mediolysis(SAM)の 1 例

自治医科大学附属さいたま医療センター　消化器内科　○高橋　裕子，上原　健志，森野　美奈，松本　圭太
賀嶋ひとみ，小糸　雄大，石井　剛弘，関根　匡成
川村　晴水，西川　剛史，浦吉　俊輔，山中　健一
浅野　岳晴，鷺原　規喜，松本　吏弘，宮谷　博幸
眞嶋　浩聡
同　病理診断科・病理部　山田　茂樹，野首　光弘
同　一般・消化器外科　石岡　大輔，力山　敏樹

59. 消化管出血を契機に診断された腸重積を伴う小腸脂肪腫の 1 例

国立病院機構千葉医療センター　消化器内科　○興梠　慧輔，金子　達哉，西村　光司，田村　　玲
伊藤　健治，阿部　朝美，金田　暁
同　内科　斉藤　正明，杉浦　信之
同　外科　榊原　舞
同　臨床検査科　永井雄一郎

60. 腸閉塞を呈した小腸アミロイドーシスの一例

千葉大学医学部附属病院　消化器内科　○石川賢太郎，濱中　紳策，太田　佑樹，對田　　尚
中川　倫夫，勝野　達郎
同　血液内科　武内　正博，中世古知昭
同　病理診断科　太田　聡

(18) 専修医Ⅲ(大腸) 8：53～9：17　座長　独立行政法人国立病院機構　東京医療センター　消化器科　高　林　　馨

61. 中毒性巨大結腸症を合併した劇症型潰瘍性大腸炎に対してタクロリムス持続点滴静注療法が著効した 1 例

国家公務員共済組合連合会　虎の門病院　消化器内科　○緒方　文大，松井　　啓，和田有美子，田中　匡実
野村　浩介，栗林　泰隆，古畑　　司，山下　　聡
菊池　大輔，小川　　修，三谷　年史，飯塚　敏郎
布袋屋　修，貝瀬　　満

62. *Clostridium difficile*(CD)腸炎との鑑別を要した腸結核の一例

東芝病院　内科　○花岡　友梨，中山千恵美，松本　誉史，山崎　允宏
福本　剛，石井　鈴人，新野　徹，田代　淳
山本　夏代，手島　一陽，三輪　純，新井　雅裕

63. 敗血症を合併した *Campylobacter jejuni* 腸炎の 1 例

平塚共済病院　消化器科　○石橋　侑，西山　竜，北川　博之，河西顕太郎
菊地　秀彦，里道　哲彦，山崎　好喜，野登　誠

64. ALTA 療法後に生じた難治性出血性直腸潰瘍に対して内視鏡的に PGA シートを貼付し改善を認めた一例

新東京病院　消化器内科　○中原良太郎，原田　英明，早坂　健司，勝山　泰志
末廣　聡士，清水　貴徳，村上　大輔

(19) 専修医Ⅳ(大腸・ヘルニア)　9：17〜9：41　座長　国立病院機構 災害医療センター　消化器内科　佐々木　善　浩

65. 食道癌術後の外傷性横隔膜ヘルニアの１例

横浜市立大学附属市民総合医療センター　消化器病センター　○平井　公也，諏訪　宏和，井口　健太，中川　和也
菅野　伸洋，虫明　寛行，湯川　寛夫，大田　貢由
國崎　主税

66. 直腸診が診断に有用であった坐骨ヘルニアの１例

日本医科大学　消化器外科　○大野　崇，菅野　仁士，古木　裕康，松谷　毅
萩原　信敏，野村　務，藤田　逸郎，金沢　義一
柿沼　大輔，松野　邦彦，新井　洋紀，下田　朋宏
太田惠一朗，内田　英二

67. mFOLFOX6 が著効した Paget 病変を伴う肛門管原発 MANEC の一例

筑波大学附属病院　消化器内科　○山浦　正道，山田　武史，廣瀬　優，菅沼　大輔
田島　大樹，佐藤　雅志，内田　優一，江南ちあき
山本　祥之，森脇　俊和，兵頭一之介

68. 妊娠を契機に発症した成人 Bochdalek 孔ヘルニアの１例

獨協医科大学　第一外科　○松寺翔太郎，中島　政信，室井　大人，菊池真維子
高橋　雅一，渡邊　峻，伊藤　淳，山口　悟
佐々木欣郎，加藤　広行

(20) 専修医Ⅴ(肝１)　9：51〜10：15　座長　昭和大学医学部内科学講座　消化器内科学部門　打　越　　学

69. 不顕性の自己免疫性肝炎に合併した急性Ｅ型肝炎の一例

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

70. Ｂ型急性肝炎に対して、エンテカビルを投与し早期改善に至った一例

土浦協同病院　消化器内科　○磯崎　岳，市田　崇，佐野　慎哉，米本　勇輝
木下　隼人，栗原　正道，吉行　綾子，渡邉　剛志
上山　俊介，江頭　徹哉，草野　史彦，酒井　義法

71. 好酸球性胃腸症および好酸球性胆管炎を呈した１例

埼玉医科大学　消化器内科・肝臓内科　○濱田　大祐，中山　伸朗，印藤　佳織，塩川　慶典
内田　義人，藤井　庸平，打矢　紘，中澤　学
安藤さつき，中尾　将光，本谷　大介，稲生　実枝
今井　幸紀，岡　政志，富谷　智明，持田　智
同　血液内科　中村　裕一
同　病理学・中央病理診断科　本間　琢，市村　隆也，茅野　秀一

72. 当初肝原発神経内分泌腫瘍と診断したものの，ソマトスタチン受容体シンチグラフィで原発巣が判明した１例

国立病院機構高崎総合医療センター　消化器科
群馬大学大学院医学系研究科　病態制御内科学　○植原　大介
国立病院機構高崎総合医療センター　消化器科　長沼　篤，関谷　真志，善如寺　暖，椎名　啓介
畑中　健，上原　早苗，安岡　秀敏，星野　崇
工藤　智洋，石原　弘
群馬大学大学院医学系研究科　病態制御内科学　柿崎　暁
医療法人社団三思会　くすの木病院　消化器・肝臓内科　鈴木　悠平，高木　均
国立病院機構高崎総合医療センター　外科　宮前　洋平，小川　哲史
同　病理診断科　小川　晃

(21) 専修医Ⅵ(肝２)　10：15～10：39　座長　独立行政法人国立病院機構　横浜医療センター　消化器内科　野　登　はるか

73. 肝動脈化学塞栓療法(TACE)および肝動注化学療法(HAIC)の併用により著効しえた多発肝細胞癌(HCC)cStageIII の症例

独立行政法人国立病院機構　東京医療センター　○砂田由紀恵，菊池　真大，平井悠一郎，窪澤　陽子
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，加藤　元彦，菊池　美穂，浦岡　俊夫

74. 肺転移で発見され、肝動注＋球状塞栓物質による肝動脈化学塞栓療法が著効した肝細胞癌の一例

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

75. 肝細胞癌切迫破裂に対して１回のバルーン閉塞下肝動脈化学塞栓療法で病理学的完全奏功が得られた１例

横浜市立みなと赤十字病院　消化器内科　○上妻　千明，池宮城秀和，五十嵐　亮，川井　麻央
小澤　尚子，池　真美，安田　圭吾，金城　美幸
深見　裕一，吉野　耕平，先田　信哉
同　外科　柿添　学，小野　秀高，杉田　光隆
同　病理診断科　熊谷　二朗

76. 脾症と診断した１例

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

(22) 専修医Ⅶ(肝３)　10：39～10：57　座長　東京都健康長寿医療センター　消化器内科　佐々木　美　奈

77. ステロイド治療と血漿交換が有効であった重症型アルコール性肝炎の一例

東京慈恵会医科大学第三病院　○桐生　幸苗，廣瀬　雄紀，柴田　恵子，赤須　貴文
萩原　雅子，横田　健晴，好川　謙一，今井　那美
岩久　　章，小林　　剛，小林　裕彦，木下　晃吉
伏谷　　直，木島　洋征，小池　和彦

78. 繰り返す術後異時性再発に対して５回のサイバーナイフ治療を行い局所制御を得ている肝細胞癌の一例

済生会横浜市東部病院　○山田　悠人，大久保雄介，清水　　良，渡辺　浩二
米田　将隆，岸本　有為，建持　岳史，馬場　　毅
中野　　茂，牧野　博之

79. 日本住血吸虫症による肝細胞癌の胸壁転移に対しソラフェニブが著効した一例

日本医科大学　消化器肝臓内科　○橋野　史彦，三木　洋子，吉田　祐士，大久保知美
新井　泰央，岩下　　愛，葉山　惟信，糸川　典夫
福田　　健，張本　滉智，厚川　正則，金子　恵子
中塚　雄久，川本　智章，岩切　勝彦

(23) 専修医Ⅶ(胆・膵)　10：57～11：15　座長　東邦大学医療センター大森病院　消化器内科　伊　藤　　謙

80. 経口胆道鏡にて診断し得た胆管癌の一例

東京医科大学病院　消化器内科学分野　○篠原　裕和，糸井　隆夫，祖父尼　淳，土屋　貴愛
辻　修二郎，鎌田健太郎，田中　麗奈，殿塚　亮祐
本定　三季，向井俊太郎，藤田　　充，山本健治郎
朝井　靖二，松波　幸寿，黒澤　貴志，内田久美子
一宮　　匡

81. 胆嚢癌との鑑別に EUS-FNA が有効であった壊死性胆嚢炎の一例

伊勢崎市民病院　内科　○阿部　貴紘，清水　雄大，高橋　和宏，増田　　淳
群馬大学医学部附属病院　消化器肝臓内科　星　　恒輝，山田　俊哉，水出　雅文，河村　　修
草野　元康
伊勢崎市民病院　外科　中澤　信博，鈴木　秀樹

82. 膵腫瘤を契機に診断され自家末梢血幹細胞移植が著効した悪性リンパ腫の１例

埼玉医科大学総合医療センター　消化器・肝臓内科　○須田健太郎，山本　龍一，荒井　亮士，藤田　徹郎
大塚　武史，杉浦　香織，細見英里子，山口菜緒美
林　健次郎，青山　　徹，可児　和仁，宮城　直也
高林英日己，加藤　真吾，岡　　正志，名越　澄子
屋嘉比康治
同　病理部　田丸　淳一
同　肝胆膵・小児外科　別宮　好文
同　血液内科　得平　道英，木崎　昌弘

(24) 専修医Ⅸ(膵) 11：15〜11：33　　座長 東京医科大学 消化器内科 本 定 三 季

83. 上部消化管造影検査後に急性膵炎を発症した１例

東京女子医科大学 消化器内科 ○安廣 和志，赤尾 潤一，木下普紀子，奥野 奈央
長尾 健太，田原 純子，高山 敬子，清水 京子
徳重 克年
同 消化器内視鏡科 岸野真衣子

84. 膵管ステント留置による保存的加療が奏功した小児３ｂ型外傷性膵損傷の１例

東京都立多摩総合医療センター 消化器内科 ○藤原 俊，藤木 純子，山田 大貴，前田 元
津川 直也，伊東 詩織，渡邊 彩子，三浦 夏希
肱岡 悠子，谷口 未樹，下地 耕平，中園 綾乃
井上 大，堀家 英之，吉岡 篤史，小倉 裕紀
並木 伸
東京都立小児総合医療センター 外科 小森 広嗣

85. ESWL にて改善を認めた皮下結節性脂肪壊死症の１例

東京慈恵会医科大学葛飾医療センター 消化器肝臓内科 ○佐藤 優子，中田 正裕，木下 千夏，中田 達也
菅原 一朗，富田 陽一，上田 薫，永野 智久
板垣 宗徳，松平 浩，有広 誠二，穂刈 厚史
同 内視鏡科 ○小林 寛子，阿部 孝広，川原 洋輔，加藤 正之

第２会場（午後の部）　一般演題

(25) 肝　14：05～14：29　　**座長　日本大学　消化器内科　岩　塚　邦　生**

86. 大腸癌肝転移に対しラジオ波焼灼療法(RFA)を中心とした集学的治療の１例

NTT 東日本関東病院　消化器内科　○金崎　峰雄，寺谷　卓馬，松橋　信行

87. 肝生検により診断しえた粟粒結核の一例

東京大学医学部附属病院　消化器内科　○和気泰次郎，西畠　瑞希，中込　　良，藤原　直人
中塚　拓馬，南　　達也，佐藤　雅哉，中川　勇人
浅岡　良成，田中　康雄，近藤　祐嗣，榎奥健一郎
小池　和彦
同　　腎臓・内分泌内科　　吉田　　唯，真中　勝則，南学　正臣

88. IgG４関連硬化性胆管炎にみられた肝内胆管周囲の帯状の低エコー域について

黒沢病院附属ヘルスパーククリニック　内科　○矢島　義昭，太田　英孝，三浦　章寛，錦戸　　崇
浅香　有紀
済生会前橋病院　消化器内科　　吉田佐知子，田中　良樹

89. 肝部下大静脈背側に発生した巨大褐色細胞腫の一切除例

横浜市立大学附属病院　消化器肝移植外科　○押　　正徳，熊本　宣文，森　隆太郎，松山　隆生
後藤　晃紀，原田　　郁，平谷　清吾，薮下　泰宏
澤田　　雄，遠藤　　格

(26) 膵１　14：29～14：47　　**座長　群馬県済生会　前橋病院　消化器内科　吉　田　佐知子**

90. 小型生検鉗子と胆管拡張用カテーテルを用いて迷入膵管ステントを内視鏡的に摘出し得た１例

東京医科大学病院　消化器内科学分野　○内田久美子，糸井　隆夫，祖父尼　淳，土屋　貴愛
辻　修二郎，鎌田健太郎，田中　麗奈，殿塚　亮祐
本定　三季，向井俊太郎，藤田　　充，朝井　靖二
松波　幸寿，山本健治郎，黒澤　貴志，篠原　裕和
一宮　　匡

91. 脾被膜下出血を伴った反復膵炎を契機に診断に至った膵癌の１例

杏林大学医学部付属病院　第三内科学教室　○深澤　友里，土岐　真朗，吉田　　翼，太田　博崇
落合　一成，権藤　興一，渡邉　俊介，倉田　　勇
森　　秀明，久松　理一
同　　腫瘍内科　　岡野　尚弘，古瀬　純司
同　　外科　　小暮　正晴，鈴木　　裕，杉山　政則
同　　放射線科　　立石　秀勝，仲村　明恒
同　　病理学教室　　望月　　眞

92. 当院における急性膵炎診療の現状

虎の門病院　○田村　哲男，小泉　優子，浦崎　裕二，小山里香子
今村　綱男

(27) 膵２　14：47～15：05　　**座長　虎の門病院　消化器内科　今　村　綱　男**

93. EUS ガイド下膵管ドレナージ専用プラスチックステントの使用経験

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

94. IgG４関連胆管炎が疑われ自然軽快した肝門部胆管閉塞の一例

東芝病院　消化器内科　○福本　　剛，山本　夏代，石井　鈴人，花岡　友梨
中山千恵美，新野　　徹，田代　　淳，手島　一陽
三輪　　純，新井　雅裕
東京大学　消化器内科　　水野　　卓

95. 膵腫瘍に非機能性膵内分泌腫瘍と副脾に鑑別を要した一例

昭和大学医学部内科学部門　消化器内科　○三井　佑太，本間　　直，山宮　　知，石井　　優
野本　朋宏，北村　勝哉，吉田　　仁

(28) 小腸　15：05～15：29　　**座長　東芝病院　消化器内科　田　代　　淳**

96. 当院で経験した好酸球性胃腸炎の検討

町田市民病院　○河村　　篤，谷田恵美子，門松雄一朗，岩城　慶大
目黒　公輝，荒井麻衣子，宮下　春菜，加藤　由理
益井　芳文，和泉　元喜，金崎　　章

97. 好酸球性胃腸炎に対して *d*-クロルフェニラミンマレイン酸塩が有効であった１例

国立病院機構西埼玉中央病院　消化器科　○蜂谷　眞未，大瀧雄一朗，楊　　英毅，石本　詩子
吉田　幸永，根岸　道子，二上　敏樹
東京慈恵会医科大学　消化器・肝臓内科　　猿田　雅之

98. メサラジンによる薬剤性好酸球性肺炎の一例

虎の門病院分院　消化器内科　○柳内　綾子，小西　未央，藤澤　顕徳，尾関雄一郎
若林真理子
虎の門病院　消化器内科　　松井　　啓

99. 回腸脂肪腫による成人腸重積症に対して単孔式腹腔鏡下手術を施行した１例

慶應義塾大学医学部　一般・消化器外科　○森田　　覚，石田　　隆，長谷川博俊，岡林　剛史
鶴田　雅士，浅田　祐介，杉浦　清昭，鈴木　佳透
田島　佑樹，中太　淳平，安藤　智史，岩間　　望
鈴村　博史，徳田　敏樹，豊田　尚潔，池端　昭慶
山高　　謙，北川　雄光

平成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
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
３４７	調　　憲 (群馬大学医学系研究科病態腫瘍制御学講座肝胆膵外科学分野)	12月２日（土）	東　京 海運クラブ	８月23日 ～９月27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
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 シェーンバッハ・サボー	未　定
３１	杉　田　　明 (横浜市立市民病院　炎症性腸疾患センター)	11月３日(祝・金)	東　京 シェーンバッハ・サボー	未　定

次回（第343回）例会のお知らせ

期　　日：平成29年２月４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：「消化器がん領域におけるゲノム医療の実現に向けて」
演者：国立研究開発法人　国立がん研究センター　理事長　　中釜　　斉
司会：埼玉医科大学総合医療センター　　副院長　　屋嘉比康治

ランチョンセミナー：「六君子湯の作用メカニズム（仮）」
演者：北海道大学大学院薬学研究院　臨床病態解析学　教　授　　武田　宏司
司会：埼玉県済生会川口総合病院　　院　長　　原澤　　茂

専門医セミナー：『ドクターガストロ～臨床推論からの消化器病学～』
第11回専門医セミナー（第341回例会　平成28年９月24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。
＊なお、専門医セミナー出場選手は、一部公募を予定しております。詳しくは、日本消化器病学会ホームページにてご案内させていただきます。

第７回ハンズオンセミナー：研修医向けにタブレット型超音波画像診断装置SonoSite iVizを用いたハンズオンセミナーを開催いたします。
＊10：00 ～ 12：00を予定しております。①10：00 ～②10：20 ～③10：40 ～④11：00 ～⑤11：20 ～⑥11：40 ～
＊希望者は、【所属･氏名･希望する時間帯(第３希望まで)】をご記入の上、例会運営事務局jsge2016_343@sunpla-mcv.com迄メールにてお申込ください。定員になり次第〆切といたします。
＊本学会の会員でない研修医も受講できます。
＊子育て中の女性医師も受講できます。

当番会長：**屋嘉比 康治**（埼玉医科大学総合医療センター　副院長）
〒350-8550　埼玉県川越市鴨田1981　　TEL 049-228-3564/FAX 049-225-6649
連絡先:加藤　真吾／前沢　皓亮（埼玉医科大学総合医療センター　消化器・肝臓内科）

◆研修医・専修医セッションについて◆
研修医（例会発表時に卒後2年迄）および専修医（例会発表時に卒後３～５年迄）セッションを設け，優秀演題を表彰する予定です。演題申込時，講演形態は【研修医セッション】または【専修医セッション】から選び，会員番号は，学会未入会の場合は，番号（99）で登録して下さい。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。**

お問い合せについて

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

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

日本消化器病学会関東支部　支部長　峯　徹哉

1 EUS-FNAによる術前診断が有用であった粘膜下腫瘍様胃癌の一例

順天堂大学附属順天堂医院　消化器内科[1)],
同　人体病理病態学講座[2)]
亀津　翼[1)], 福嶋浩文[1)], 石塚　敬[1)], 赤澤陽一[1)], 金澤　亮[1)],
橋本　崇[1)], 上山浩也[1)], 石川　大[1)], 芹沢信子[1)], 澁谷智義[1)],
山科俊平[1)], 八尾隆史[1,2)], 渡辺純夫[1)]

【症例】38歳男性。【臨床経過】健診の上部消化管造影で胃前庭部大弯に隆起病変を認め、当院紹介となった。上部内視鏡検査で健常粘膜におおわれた20mm大の粘膜下腫瘍として描出された。病変頂部に陥凹を有したが、粘膜下組織の露出は認めなかった。造影CT検査で早期濃染を呈し、超音波内視鏡検査では第2、3層に連続する高低混在のエコー域であった。形態より異所性膵、カルチノイド腫瘍、非典型的ではあるが粘膜筋板由来の筋原性腫瘍が鑑別に考えられたが診断に苦慮した。診断目的でEUS-FNAを行った結果、Adenocarcinomaであった。PET-CTでは集積は同部位のみであり、粘膜下腫瘍の形態を呈した原発性胃癌と診断した。幽門側胃切除+リンパ節郭清術施行した。切除病理所見はAdenocarcinoma、tub2pap、L、type1、23×22mm、MP、LN0/15、H0P0M0、cStage1Bであった。【考察】粘膜下腫瘍様の形態を呈した胃癌の報告は散見されるが、多くは病変発見時に潰瘍、びらんなど腫瘍の露出を示唆する所見を有し、術前に生検で確定診断に至る。本症例は従来の画像検査で原発性胃癌を示唆する所見は指摘できず、他の粘膜下隆起を呈する疾患との鑑別は困難であり、EUS-FNAが適切な治療を行う上で非常に有用であった。本邦の粘膜下腫瘍診療は基本的にGIST診断ガイドラインに沿って行う。組織未採取例の多くは局所切除による治療を行うが過去、術後に癌と判明し追加切除を要した報告例もある。本症例はEUSで非典型的な病変像であり、EUS-FNAによる術前診断を行った結果、胃癌取扱い規約に沿った適切な治療を行うことができた。本症例の肉眼型に至った発育形式は明らかにできなかったが、切除検体の筋層内に円柱上皮を伴う膵導管由来の組織を認め、免疫染色も含めた所見から、異所性膵組織由来の原発性胃癌の可能性が考えられた。【結語】極めて稀な肉眼型を呈した原発性胃癌の一例を経験した。画像診断のみでの鑑別が困難な粘膜下腫瘍病変における術前組織診断は適切な治療を行ううえで重要である。

胃粘膜下腫瘍，EUS-FNA

2 悪性リンパ腫との鑑別に苦慮したLymphomatoid gastropathyの1例

東京都立大塚病院　内科
松永麻美, 木村昌倫, 北澤優美, 久保田翼, 渡部　衛, 田中　啓,
倉田　仁, 檀　直彰, 藤木和彦

【症例】74歳、男性【既往歴】胃潰瘍、膀胱癌、2型糖尿病【現病歴】検診で上部消化管造影検査施行され、慢性胃炎が指摘されたため、精査目的で当院を紹介受診した。上部消化管内視鏡検査では、胃前庭部に発赤びらんを2箇所認め、生検を施行した。HE染色では、1箇所は粘膜びらんの診断であったが、もう1箇所は核にくびれがあり、明るい細胞質をもつ小型異型細胞の充実性の増殖、細胞質内には好酸性顆粒が少量みられたことから、当初悪性リンパ腫疑いと診断された。悪性リンパ腫が疑われた検体の免疫染色の結果は、陽性：CD56、CD3、CD45、Bcl-2、陰性：CD20、CD79、CD10、CyclineD1、Bcl-6、CD30、CD5、CD45RO、Alk-1、EBNA、CD68、AE1/AE3であった。以上より、NK/T細胞の増殖が考えられ、細胞質内に好酸性顆粒がみられたこともあり、Lymphomatoid gastropathy（LyGa）と診断した。1ヶ月後に行った上部消化管内視鏡検査では発赤びらんは消失しており、前回びらんがみられた部位から生検を行ったが、病理検査では再生上皮のみでLyGaを疑う所見は認めなかった。更に2ヶ月後に上部消化管内視鏡検査を施行したが、同様の所見であった。【考察】LyGaは胃に生じる原因不明のNK細胞増殖症であり、悪性腫瘍、特にリンパ腫と間違えられやすい。しかし、LyGaは自然消退をきたす良性疾患であり、予後が良い。したがって、LyGaの存在を知らなければ、より悪性度の高い病変と診断して不要な治療を行ってしまう可能性があるため、疾患概念の周知が必要である。

Lyphomatoid gastropathy，リンパ腫様胃症

3 診断に苦慮したカンジダ感染を伴った悪性胃潰瘍の一例

東京慈恵医科大学附属柏病院　消化器肝臓内科
山田　萌，金井友哉，小田原俊一，沖沙佑美，鈴木静香，
高見信一郎, 伊藤善翔, 斎藤恵介, 小山誠太, 松本喜弘, 内山　幹,
梶原幹生，小井戸薫雄，大草敏史

65歳女性。発熱のため受診した近医で肝機能障害が指摘され、精査加療目的で当院を紹介受診。精査の結果C型肝炎ウイルス(HCV)とアルコール性の肝硬変と診断された。スクリーニング目的の上部消化管内視鏡検査で、胃前庭部前壁に約10mm大のA2潰瘍が認められた。プロトンポンプ阻害薬(PPI)が開始され、Helicobacter pylori(H. pylori)感染も認められため除菌療法も行われた。組織診断では悪性細胞は指摘されず、潰瘍底にカンジダ菌が確認された。1ヵ月後、潰瘍は隆起性に増大し悪性胃潰瘍が疑われたが、組織診断では悪性所見は確認されず、再度カンジダ菌が認められた。カンジダ感染に起因する胃潰瘍が考えられ、PPIの中止と抗真菌薬の投与が開始された。2週間の抗真菌薬投与の結果、隆起性潰瘍はさらに増悪し、出血を伴っていた。3度目の胃粘膜組織検査でB細胞性悪性リンパ腫の診断となり、現在化学療法中である。カンジダ感染は日和見感染症として知られ、食道ではしばしば遭遇するが胃病変は稀である。カンジダ菌は胃においてびらんや潰瘍などを形成すると言われているが、胃および十二指腸潰瘍に一定の割合で存在するとの報告もあり、潰瘍の原因としてカンジダ菌の関与を積極的に疑う事は少ない。胃内のカンジダ菌の増殖にはPPI投与や高度の胃粘膜萎縮などのpH高値が関与すると言われており、穿孔や大量出血に伴う死亡例の報告もある。本症例ではPPI治療、除菌療法にも関わらず胃潰瘍が増悪傾向であったこと、潰瘍底から複数回カンジダ菌が検出されたこと、組織診断で悪性所見が得られていなかったことなどから、カンジダ潰瘍を疑いPPIを中止して抗真菌薬の投与を行った。しかしその効果は乏しく潰瘍は増悪し、悪性リンパ腫の進行により悪性胃潰瘍の診断がされ、結果的にはPPI投与は必要な病態であったと考えられた。難治性胃潰瘍の原因としてカンジダ胃潰瘍を鑑別する必要はあるが、カンジダの治療適応判断は慎重に行う必要があると思われた。診断に苦慮したカンジダ感染を伴った悪性胃潰瘍の一例を経験したので多少の文献的考察を加えて報告する。

カンジダ潰瘍，難治性胃潰瘍

4 腹痛精査にてSegmental arterial mediolysis(SAM)の関与が疑われた2症例

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

【症例1】49歳男性。朝から徐々に増悪する心窩部痛と腰背部痛を主訴に救急外来を受診。痛みは食事摂取で増悪した。来院時、上腹部に自発痛を認めたが、圧痛は明瞭でなかった。単純CTで明らかな腹痛の原因は指摘できず、ニトログリセリンの処方にて帰宅した。その後、心窩部痛が再燃し、右下腹部痛も出現し当院再受診。白血球数が10200と上昇し、単純CTでは左上腹部の脂肪織に不均一な濃度異常が新たに出現していた。腹痛の精査・加療目的に消化器内科に入院した。造影CTで上腸間膜動脈解離を認め、解離動脈の遠位で横行結腸間膜を走行する動脈に径不整がみられ、その周囲で出血を疑う脂肪織濃度上昇を認めた。これらの原因を一元的に説明しうる病態としてSAMが考えられた。保存的加療にて自覚症状は消失し、腸管虚血を来すことなく第4病日に退院した。【症例2】70歳男性。上腹部痛を主訴に前医受診しドンペリドンを処方されたが内服後も腹痛が改善せず、同日救急外来を受診。周期的な鈍痛を認め、座位で痛みが増強した。来院時はやや頻脈で、心窩部に圧痛を認めた。白血球数が13400と上昇し、単純CTで胃小弯側に血腫を疑う高濃度領域を認め、周囲脂肪織濃度が上昇していた。また腹腔内には通常より濃度の高い血性腹水を疑う所見も認めた。腹痛の精査・加療目的に消化器内科に入院した。腹部Dynamic CTでは左胃動脈末梢に強い径不整を複数認め、腹水増加もみられた。左胃動脈に発生したSAMが原因で腹腔内出血し、血腫形成と血性腹水貯留を来したものと推察された。その後自覚症状は消失し、CTでは腹水の改善と血腫の縮小がみられたため、保存的加療にて第16病日に退院した。上記2症例は比較的速やかに自覚症状や画像所見が改善したため血管造影検査を施行しなかったが、経過ならびに造影CT所見から保存的に経過したSAMと判断した。腹痛を主訴とする患者ではSAMによる血管病変に起因した病態が存在し、さらにそれは単純CTでは診断困難であることが教訓的であったため貴重な症例と考え報告する。

SAM，腹痛

5　経皮的動脈塞栓術により止血し得た十二指腸傍乳頭部憩室出血の1例

済生会川口総合病院　消化器内科[1]，同　放射線科[2]
相原瑞穂[1]，小田切啓之[1]，松井　茂[1]，伊藤直記[2]

【諸言】多くの十二指腸憩室は無症状に経過し，臨床上問題となることはない．しかし，ときに憩室内から出血を生じることがあり，その診断および治療には難渋することがある．
【症例】79歳女性．2016年1月，狭心症に対し経皮的冠動脈形成術が施行され，薬剤溶出性ステントが留置された．以後，抗血小板薬2剤併用療法が開始され当院循環器科で経過観察されていた．同年4月，腹痛，黒色便を主訴に当院救急外来を受診した．入院後の上部消化管内視鏡検査では十二指腸下降脚に多量の鮮血が認められた．出血は十二指腸乳頭部口側近傍の憩室由来と考えられた．出血量が非常に多く，側視鏡を使用しても出血部位の視認ができないため，内視鏡的止血術は困難であった．このため，緊急で血管塞栓術を施行した．造影により出血の責任血管は後上膵十二指腸動脈と考えられ，コイルとゼラチンスポンジによって塞栓した．血管造影中に内視鏡検査を施行し，塞栓に伴い止血が得られていること，さらには十二指腸憩室内の潰瘍が出血源であったことを確認した．塞栓術に伴う合併症はなく，入院第18病日に軽快退院した．現在まで出血の再発は認められていない．
【考察】十二指腸憩室出血は上部消化管出血の中で0. 14%と報告されている．稀な病態であるため，診断および治療方針はいまだに不明確である．近年，抗血栓薬使用者における十二指腸憩室出血の報告例が散見され，自験例においても抗血栓薬が出血の一因となった可能性は否定できない．憩室そのものが見逃されやすいこと，また憩室からの出血が間欠的に生じることなどから初回の内視鏡検査では十二指腸憩室出血と診断できないことがあることも念頭に置くべき事項である．十二指腸憩室出血では内視鏡で十分な視野を確保できないことが多く，内視鏡的止血術が困難となりやすい．血管塞栓術は外科手術に比べて低侵襲であり，また自験例のように術中内視鏡を併用することによって確実で安全な止血術が可能になるものと考えられた．

十二指腸傍乳頭部憩室，出血

6　内視鏡的乳頭切開後に血腫による十二指腸閉塞をきたした一例

自治医科大学附属さいたま医療センター　消化器内科
村上　司, 上原健志, 松本吏弘, 森野美奈, 松本圭太, 賀嶋ひとみ, 小糸雄大, 高橋裕子, 若尾聡士, 石井剛弘, 関根匡成, 川村晴水, 西川剛史, 浦吉俊輔, 山中健一, 浅野岳晴, 鷺原規喜, 浅部伸一, 宮谷博幸, 眞嶋浩聡

症例は78歳女性。2016年2月に総胆管結石性胆管炎により、前医へ救急搬送。敗血症性ショックとDIC状態であり、抗菌薬とトロンボモデュリンアルファ投与による初期治療および内視鏡的胆道ドレナージ術を施行され、第4病日に十二指腸乳頭切開(中切開)、砕石術を施行された。その後嘔吐と貧血の進行あり。CTで十二指腸内の巨大血腫による十二指腸閉塞を認め、乳頭切開後の出血が原因と考えられ、第10病日に当院へ転院となった。
転院直後のCTにおいても同様に十二指腸下行部内に広範に占拠する血腫による十二指腸閉塞に加えて、血腫による胆道閉塞、門脈血栓症が確認された。転院同日に血管造影を施行し乳頭部から活動性の出血がないことを確認し、胃管留置による減圧を行いながら血腫の自然排泄を待ったが、第12病日のCTでは改善がみられず、胆道閉塞による黄疸も悪化した。そのため、同日ダブルバルーン小腸内視鏡を用いて血腫の除去を試みた。乳頭部を中心に血腫が固着しており、スコープによる鈍的剥離では血腫が破砕されず、スネアによる血腫の切断を繰り返し行うことで血腫の破砕に成功した。その後再出血は認めず、CTで血腫の消失を確認した。
乳頭切開後に血腫をきたし十二指腸閉塞を発症したとする報告はまれであり、若干の文献的考察を加えて報告する。

十二指腸内血腫，乳頭切開

7　肝細胞癌に対しソラフェニブの内服を開始後に多発十二指腸潰瘍, 胃潰瘍を認めた一例

草加市立病院　消化器内科
内館　梢, 松川直樹, 岡田理沙, 小橋健一郎, 今城眞臣, 鎌田和明, 吉田玲子，矢内常人

症例は75歳男性。非アルコール性脂肪性肝炎による肝硬変を背景とした肝細胞癌に対して肝左葉区域切除術, ラジオ波熱凝固療法, 肝動脈化学塞栓術(TACE) など集学的治療を施行していた。5回目のTACE後肝細胞癌の多発再発を認めたため, ソラフェニブ800mg/ 日による治療を開始した。治療開始6日目に発熱, 食欲不振, 全身倦怠感が出現し7日目に外来を受診した。血液検査では炎症反応高値, 肝胆道系酵素の上昇を認め, ソラフェニブの影響と考え, 休薬し同日より入院した。入院後症状・所見は改善したが, 嘔気・嘔吐のため食事摂取は困難であった。第10病日に上部消化管内視鏡検査(EGD) を施行し, 胃噴門部後壁、前庭部小弯にA2stageの胃潰瘍, 十二指腸下行部以深には多発する不整形なA1stageの潰瘍を認めた。絶食・補液・PPI投与による加療を開始したが, 第13病日に黒色便が出現し、貧血が進行したためEGDを施行した。十二指腸潰瘍からの活動性出血を認め, 止血術を施行した。経過良好にて第29病日退院した。ソラフェニブは複数のキナーゼ活性を阻害することで腫瘍増殖, 血管新生を抑制する分子標的薬である。消化管の有害事象として出血、穿孔が報告されている。本邦でのソラフェニブ投与後上部消化管の潰瘍をきたした報告例は医学中央雑誌での検索する限り胃潰瘍, 十二指腸潰瘍の各1例ずつ報告されているのみである。その発症機序としては血管新生阻害作用など微小血栓形成による十二指腸虚血の可能性が考察されていた。本症例ではソラフェニブ開始4ヵ月前のEGDでは潰瘍がなかったこと、他の薬剤性潰瘍をきたすような服用歴は認めなかったことからソラフェニブが原因と考えた。ソラフェニブの影響と考える十二指腸潰瘍, 胃潰瘍を認めた一例を経験したので, 若干の文献学的考察を加え報告する。

ソラフェニブ，十二指腸潰瘍

8　胃幽門前庭部毛細血管拡張症から診断しえた限局型全身性強皮症の一例

埼玉医科大学　総合診療内科[1]，同　消化管内科[2]，
同　皮膚科[3]，同　リウマチ膠原病内科[4]，同　病理診断科[5]
岡元啓太[1]，山岡　稔[1]，芦谷啓吾[1]，大庫秀樹[1,2]，草野　武[1]，白崎文隆[1]，野口　哲[1]，菅野　龍[1]，木下俊介[1]，井上清彰[1]，小林威仁[1]，廣岡伸隆[1]，宮川義隆[1]，橋本正良[1]，山本啓二[1]，中村晃一郎[3]，梶山　浩[4]，李　治平[1,5]，茅野秀一[5]，中元秀友[1]，今枝博之[1,2]

症例は69歳女性。4年前に右乳癌術後、放射線療法を施行され、化学療法を継続していた。2年前より両下腿に5cm大の圧痛のある紅斑が出現し、当院皮膚科受診。生検結果でうっ滞性脂肪織炎の所見であった。膠原病などを疑い、抗核抗体などを検査したが陰性であった。クリオグロブリン陽性であった。下肢血流障害を考え、リマプロスト、サルポグレラートなど投与され、皮膚症状は改善していた。入院日20日前にHb 5. 8と貧血を認めたため、当科紹介となった。上部消化管内視鏡検査で胃幽門前庭部毛細血管拡張症(GAVE) を認めたが、活動性出血はみられず、精査加療目的で入院となった。入院後1日目にRBC4単位、2日目にRBC2単位輸血した。クリオグロブリンは入院後採血では陰転化していた。抗核抗体は1280倍で陽性で抗セントロメア抗体が陽性。サーモグラフィーで冷水負荷で下肢の温度低下を認めた。手指に皮膚硬化を認め、左手指、左前腕からの生検で真皮深層から皮下脂肪織にかけて膠原線維の入り込みが見られ、限局型全身性強皮症と診断した。第5病日にカプセル内視鏡を施行したところ、小腸多発びらん、潰瘍を認めたが、GAVEから活動性出血を認めていたため、第15病日、22病日、29病日にアルゴンプラズマ焼灼術(APC) を施行した。その後貧血の進行がみられないため、第30病日に退院した。GAVEは肝硬変、慢性腎不全のみならず他の全身疾患に合併することがあり、本症例ではGAVEから全身疾患を疑い、強皮症を診断することが可能となった。また、GAVEと強皮症の合併は比較的まれであり、文献的考察を加えてここに報告する。

胃幽門前庭部毛細血管拡張症，強皮症

9 特発性血小板減少性紫斑病（ITP）合併胃癌に対して幽門側胃切除と脾摘術を施行した1例

自治医科大学附属病院　消化器・一般外科
鈴木貴大，斎藤　心，高橋大二郎，宇井　崇，倉科憲太郎，
佐久間康成，堀江久永，細谷好則，北山丈二，佐田尚宏

症例は82歳女性。ITPの既往があるが、年齢から経過観察されていた。2011、2014年に早期胃癌に対してESD治療歴あったが、外来は自己中断されていた。2016年3月よりHb値低下を認め、上部内視鏡検査を施行したところ前庭部に易出血性の進行胃癌を認めた。当科紹介され、狭窄症状のため即入院となった。入院時はHb9. 2g/ dl、血小板4. 8万/ μ1であった。腫瘍からの出血で、Hb、血小板とも徐々に減少した。手術を計画し、血小板輸血を施行したが反応なく血小板は2万まで低下した。部分的脾動脈塞栓術（PSE）を施行した。血小板はPSEに反応して上昇したため、癌と脾臓摘出を同時に行うこととした。γ-グロブリン大量療法（IVIG）を5日間施行した。血小板は術前5. 6万/ μ1まで改善し、幽門側胃切除+脾臓摘出術を施行した。左胃動脈上行枝、後胃動脈を温存し、術中超音波で残胃血流を確認した。術後は明らかな合併症なく経過し、術後5病日より経口摂取開始、術後18病日に退院となった。病理：Adenocarcinoma(tub2＞tub1) pT4a(SE) int INFb ly1 v1 pN3a(8/ 17) pPM0(2. 5cm) pDM0(1. 5cm)　　pStage3c　ITP合併胃癌で脾臓摘出を同時に行った報告はあるが、本例は出血と血小板減少が急速に増悪して周術期管理に苦労した。

胃癌，ITP

10 繰り返す周期的な腹部症状から診断された虚血性腸炎型ループス腸炎の一例

JCHO東京新宿メディカルセンター
勝倉真一，山川元太，浅井玄樹，岡崎明佳，木原俊裕，吉良文孝，
藤江　肇，森下慎二，松本政雄，新村和平

【症例】50歳女性【主訴】嘔吐、下痢、腹痛【既往歴】バセドウ病、甲状腺機能低下症、特発性血小板減少性紫斑病【現病歴】2015年12月に下痢を主訴に前医受診、急性胃腸炎が疑われ対症療法にて軽快した。翌年1月中旬に生サバ摂取後に激しい嘔吐、下痢、腹痛を認めたためアニサキス症が疑われ前医入院となったが、上部消化管内視鏡検査にて虫体認めず、腹部CTでは小腸壁肥厚と腹水を認めた。保存的加療にて下痢症状は残存したもののその他の症状の改善認め退院となるが、2月中旬に症状再燃したため再入院となった。再度撮影した腹部CTでは更に広範囲な小腸壁の肥厚と腹水を認め、下部消化管内視鏡検査施行したが、粘膜浮腫のみで病理検査で異常を認めず、粘膜培養や便培養でも原因は特定できなかった。徐々に症状改善し退院となったが、その後も周期的に症状再燃するため当院消化器内科を受診、精査加療目的で入院となった。【経過】入院時の腹部CTでは全小腸から左半結腸にかけて壁肥厚強く、粘膜面および漿膜面に特徴的な強い造影効果（target sign）を認めた。また蝶形紅斑、抗核抗体320倍（homogeneous）、抗ds-DNA抗体陽性、補体低下などからループス腸炎が強く疑われたため、第2病日より点滴のプレドニゾロン（PSL）30mg/ 日で治療開始した。症状の改善乏しく第7病日にはPSL80mg/ 日まで増量、またループス腸炎に効果ありとされる桂枝加芍薬湯の内服を開始した。その後症状の改善認めたため第11病日からPSLを漸減、30mg/ 日となった5月中旬に退院した。現在は8mg/ 日にて再燃なく経過、画像上での改善も認めている。【考察】全身性エリテマトーデス（SLE）患者の約半数に何らかの消化器症状を伴うとされているが、ループス腸炎が原因になる割合は数%と低く、剖検時に初めて明らかになる場合も多い。ステロイド薬が著効する例も多く、正しい診断と治療選択のためにも、周期的な腹部症状を繰り返す患者では本疾患も念頭に入れるべきであり、それがSLEの診断契機にもなる。今回典型的な虚血性腸炎型ループス腸炎を経験したため、文献的考察を加え報告する。

ループス腸炎，全身性エリテマトーデス

11 慢性下痢を契機に診断に至った米国人セリアック病の一例

杏林大学医学部　総合研修センター[1]，同　第三内科[2]，
同　病理部[3]，国立病院機構災害医療センター　消化器内科[4]
和田晴香[1]，林田真理[2]，佐藤太龍[2]，箕輪慎太郎[2]，池崎　修[2]，
三井達也[2]，三浦みき[2]，大森嘉彦[3]，齋藤大祐[2]，櫻庭彰人[2]，
上市英雄[4]，徳永健吾[2]，望月　眞[3]，森　秀明[2]，久松理一[2]

【症例】30歳代、男性、米国人【既往歴】特記事項なし【主訴】慢性下痢、体重減少【現病歴】半年前より、1日5－6行の水様性下痢、10Kgの体重減少を主訴に前医を受診。血液検査では、貧血や炎症反応の上昇は認められなかったが、総蛋白5. 8g/ dl、アルブミン3. 4g/ dl、総コレステロール111mg/ dlと低蛋白血症と低コレステロール血症を認めた。脂肪便は陽性であった。腹部CT検査では小腸全体の壁肥厚を認めた。大腸内視鏡検査では、回腸末端まで粘膜の異常は指摘されなかったが、回腸末端で1か所生検を行ったところ、好酸球が1視野中20個以上認める部位も存在したことより、好酸球性胃腸炎の可能性も原因として考えられ、精査・加療目的で当科を紹介受診となった。【経過】米国人であること、経過よりセリアック病も考慮し、まず血清学的検査と上部消化管内視鏡検査を施行した。血清学的検査では、抗トランスグルタミナーゼ抗体IgA陽性、抗グリアジン抗体IgG・IgM陽性であった。上部消化管内視鏡検査では、通常観察で十二指腸球部から下行部の粘膜は萎縮した網目状で、インンジゴカルミン色素散布にてより所見が鮮明に観察され、scallopingの所見を呈していた。病理組織学的検査では、絨毛の萎縮と上皮間のリンパ球浸潤を認め、好酸球の浸潤はわずかであり、セリアック病として矛盾しなかった。米国人であること、臨床経過、血清学的検査、内視鏡所見、病理組織学的検査よりセリアック病と診断し、グルテン除去食を開始したところ、下痢は改善し、血液検査にて低蛋白血症は改善した。【考察】セリアック病は、麦類などに含まれるグルテンに対するhypersensitivityに起因する慢性炎症性腸疾患である。欧米では有病率は1%であるが、本邦では稀な疾患である。今回グルテン除去食の摂取前後の臨床経過、血清学的検査や内視鏡所見を含め報告する。

セリアック病，小腸

12 先行する皮膚症状をきっかけとしてクインケ浮腫による胃腸炎の診断に至った1例

東京医科歯科大学　消化器内科[1]，同　光学医療診療部[2]
持田知洋[1]，松本太一[1]，竹中健人[2]，勝倉暢洋[2]，中田　徹[1]，
日比谷秀爾[1]，鬼澤道夫[1]，村野竜朗[1]，野崎賢吾[1]，北畑富貴子[1]，
村川美也子[1]，新田沙百梨[1]，井津井康浩[1]，中川美奈[1]，
柿沼　晴[1]，東　正新[1]，大岡真也[1]，中村哲也[1]，朝比奈靖浩[1]，
渡辺　守[1]

【症例】54歳女性【主訴】腹痛、下痢【既往歴】3年前にクインケ浮腫【現病歴】3年前より腹痛を主訴に頻回に救急外来を受診していたが、原因不明の胃腸炎として加療されていた。今回、来院する3日前より左眼瞼の浮腫を自覚し、2日前より上腹部痛と下痢を認めXX年8月に当院を受診した。来院時、上腹部の圧痛と左眼瞼周囲の腫脹を認めていた。血液検査ではCRP 1. 82mg/ dlと炎症反応を認め、腹部造影CTでは、胃及び上部空腸の一部に浮腫性の壁肥厚を認めた為、急性胃腸炎の診断で入院となった。前駆症状としてクインケ浮腫に特徴的な皮膚症状を認め、さらに他の感染症や血管炎、膠原病といった全身性疾患についても各種検査で否定的であったことから、クインケ浮腫性の胃腸炎の診断に至った。また、過去の腹痛発作時のCT画像を再確認すると、異なる箇所で浮腫性の腸管壁肥厚を認めたことから、これまで診断に苦慮した胃腸炎が同疾患によるものであることが初めて確認された。入院後、ヒスタミンH1受容体拮抗薬およびヒスタミンH2受容体拮抗薬による加療を開始したところ、皮膚症状および腹部症状は速やかに改善した。第5病日のCTでも胃小腸の浮腫性壁肥厚の改善を認め、第7病日に退院となった。【考察】クインケ浮腫は、血管性浮腫とも呼ばれ、皮膚や皮下組織・咽喉頭・腸管など全身あらゆる部位での微小血管において血管透過性亢進に伴う浮腫性変化を認める疾患群である。またクインケ浮腫の原因としては、ACE阻害薬による薬剤性、C4の低下やC1インヒビターの欠損による遺伝性、機械的刺激やストレスがあるが、原因不明の特発性も報告されている。今回我々は、前駆症状として皮膚病変を契機に、繰り返す腹痛、異なる部位での腸管壁の浮腫性肥厚所見より診断し得たクインケ浮腫性胃腸炎を経験したので文献的考察を加えて報告する。

クインケ浮腫，胃腸炎

13 慢性偽性腸閉塞の経過中に発症した門脈ガス血症の一例

茅ヶ崎市立病院　消化器内科[1)]，
横浜市立大学附属病院　肝胆膵消化器病学[2)]
大久保直紀[1)]，田邉浩紹[1)]，高津智弘[1)]，石川裕太郎[1)]，岩瀬麻衣[1)]，
三澤　昇[1)]，内田苗利[1)]，松浦瑞惠[1)]，村田依子[1)]，栗山　仁[1)]，
秦　康夫[1)]，大久保秀則[2)]，中島　淳[2)]

【目的】慢性偽性腸閉塞(以下CIPO)は，器質的閉塞が存在しないにもかかわらず，長期にわたり腸閉塞症状をきたす原因不明の難治性疾患である．CIPOでは，絞扼性イレウスや穿孔を来すような場合を除き，手術侵襲は症状増悪の危険因子とされており，手術適応か否かの判断は重要である．また，門脈ガス血症は腸管壊死を疑う所見として知られ，緊急手術が行われることも多い．今回われわれはCIPOの経過中に著明な門脈ガス血症，腸管気腫を認めたが，保存的加療ですみやかに改善した一例を経験したので報告する．【症例】27歳男性．既往に下垂体性甲状腺機能低下症，下垂体性副腎機能低下症がある．2011年より腹部膨満感を自覚し，2012年CIPOと診断された。以降，寛解と増悪を繰り返したため2013年腸管減圧目的に経胃瘻的空腸カテーテル(以下PEG-J)を造設し，自宅で経皮的自己減圧を行っていた．寛解時は排便がありPEG-Jからの排液は少量であったが，増悪時は便秘となり排液過多による脱水症を呈し入退院を繰り返していた．今回，2016年7月に一過性の意識消失，発熱，腹痛を主訴に救急外来を受診した．CTでは著明な小腸拡張，門脈ガス血症，腸管気腫を認めたが，腸管壊死は否定的と判断し保存的加療を行った．12時間後に施行したCTでは，門脈ガス血症と腸管気腫はいずれも消失していた．その後症状再燃なく経過し，第7病日退院となった．【考察】CIPOでは便秘に伴う腸管内圧上昇により門脈ガス血症，腸管気腫が認められることが報告されているが，腸管壊死を否定できず手術が行われることも多い．門脈ガス血症は腸管壊死を疑う所見として知られるためであるが，腸管内圧上昇，腸管粘膜損傷やガス産生菌による敗血症などが原因となることもある．本症例では，排便コントロール悪化が契機となり腸管内圧が上昇し，腸管気腫，門脈ガス血症が生じたと考えられたが，保存的加療ですみやかに軽快した一例を経験したので，若干の文献的考察を加え報告する．

慢性偽性腸閉塞，門脈ガス血症

14 特発性腸間膜静脈硬化症の一例

群馬県済生会前橋病院　消化器内科[1)]，
群馬大学医学部附属病院　光学医療診療部[2)]
小沼亮介[1)]，吉田佐知子[1)]，松井綾子[1)]，加藤幹那[1)]，加藤恵理子[1)]，
大山達也[1)]，田中良樹[1)]，蜂巣陽子[1)]，吉永輝夫[1)]，樋口次男[1)]，
草野元康[2)]

症例は50代女性、受診日より3週間ぐらい前から労作時の腰痛あり、その後下腹部痛が出現したため近医受診したが改善しないため腹痛を主訴に2015年12月○日に当院内科外来を受診した。既往としてはアルコール性肝障害、虫垂切除術がある。普段から便秘があり市販の下剤を多用していた。身体所見は下腹部に軽度の圧痛を認めたが筋性防御や反跳痛は認めなかった。血液検査では特記すべき異常は認めなかった。原因精査のため各種検査を行った。腹部レントゲン検査では右腹部に線状石灰化を認めたため腸間膜静脈硬化症を疑った。腹部エコー検査では大動脈、腸間膜動脈の血流は保たれていたが大腸壁は瀰漫性に壁肥厚を来していた。腹部CT検査では上行・横行結腸静脈壁の石灰化、これらの結腸と結腸間膜の慢性虚血による浮腫が認められた。下部消化管内視鏡検査では盲腸から下行結腸まで浮腫様で血管透見低下した暗紫色の粘膜の連続を認めた。大腸粘膜生検施行し特発性腸間膜静脈硬化症の生検組織の所見に合致する所見が認められた。以上より特発性腸間膜静脈硬化症の診断となり、症状に対し整腸剤などの内服による対症療法行い現在外来で経過を診ている。本疾患の原因としては、当院初診の約1年前から市販のサンシシ配合の漢方薬を内服しており、近年の報告からも漢方薬が原因と考えられた。特発性腸間膜静脈硬化症は静脈の石灰化に起因した血流障害による慢性的な虚血性大腸炎とされている疾患である。日本人を中心としたアジア人のみが罹患して60代女性にやや多く認められる。診断は腹部レントゲン、腹部CTで右側結腸領域に腸管の走行に一致して分布する多数の点状、網目状、線状の石灰化が特徴とされている。症状としては腹痛が最も多く他に下痢、嘔吐、イレウス、下血がある本症例でも腹痛が主訴であった。今回比較的まれな特発性腸管膜静脈硬化症で、漢方薬が原因と考えられ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。

特発性腸間膜静脈硬化症，静脈炎

15 急激な経過を辿った大腸印鑑細胞癌の一例

国立病院機構東京医療センター　消化器科[1)]，
同　臨床検査科[2)]
下村育史[1)]，高林　馨[1)]，阿部圭一朗[1)]，砂田由紀恵[1)]，窪澤陽子[1)]，
平井悠一郎[1)]，高田祐明[1)]，平田　哲[1)]，和田道子[1)]，高取祐作[1)]，
伴野繁雄[1)]，木下　聡[1)]，森　英毅[1)]，加藤元彦[1)]，菊池美穂[1)]，
菊池真大[1)]，村田有也[2)]，白石淳一[2)]，浦岡俊夫[1)]

【症例】60歳台、男性。2016年7月初旬から微熱が出現し、中旬には腰背部痛も認めたため近医を受診した。消炎鎮痛剤の処方のみで経過観察とされたが、同月下旬には39℃を超える発熱の持続およびの腰背部痛の増悪を認めたため当院を受診した。CTにて多発性リンパ節腫大を指摘され、精査加療目的に入院となった。【経過】入院時の上部消化管内視鏡検査では異常は認められなかったが、下部消化管内視鏡検査では横行結腸に20mm大のType 2病変が認められ、生検にて印鑑細胞癌と診断された。第3病日に腹部傍大動脈リンパ節に対してCTガイド下リンパ節生検を施行した。結果、低分化～印鑑細胞型の腺癌の転移と考えられる腫瘍細胞を認め、同細胞はCK7:−/ CK20: +/ CDX−2: +/ AgR:−/ NKX3. 1:−/ GATA3:−/ p40:−/ TTF−1:−/ NapsinA:−の形質を示し、前述の大腸癌の生検検体とほぼ同じ染色パターンを呈していた。また入院中にも進行する貧血を認め、骨シンチグラフィーにて多発性骨転移が示唆されたため骨髄生検を施行した。印鑑細胞癌の骨髄浸潤が認められ、これに伴う溶血性貧血と診断された。以上よりcT2N3M1(LYM, MAR) stage IVの大腸癌と診断した。輸血を行いながら第17病日よりmFOLFOX6による化学療法を開始したが第20病日にはDICを併発し、DICに対する治療の併用も開始したが、全身状態の急激な増悪を認め第24病日に永眠となった。【結語】大腸印鑑細胞癌は全大腸癌の約1%程度と非常に稀とされており、診断時には腹膜播種や遠隔転移を来していることが多く、極めて予後不良と考えられている。今回我々は急激な経過を辿った大腸印鑑細胞癌を経験し、早期治療介入の重要性を検討する上で非常に貴重な症例と考え報告する。

大腸印環細胞癌，骨髄浸潤

16 繰り返す大腸憩室炎により、回腸-下行結腸瘻をきたした1例

東京歯科大学市川総合病院　消化器内科
千田彰彦，岸川　浩，荒畑恭子，伊藤麻子，財部紗基子，
木村佳代子，貝田将郷，西田次郎

症例は45歳代男性。既往歴として心房細動、高血圧と睡眠時無呼吸症候群があり、リバロキサバン、降圧剤等を内服中であった。2015年12月に便秘・嘔気を主訴に当科を受診した。CTにて下行結腸とS状結腸に限局した壁肥厚と狭窄及びその口側腸管の拡張を認めた。憩室炎又は虚血性腸炎に伴う炎症性の狭窄によりイレウスを呈したと考え経肛門的イレウス管にて減圧し、保存的に経過を観察したところ軽快し退院となった。このとき施行した大腸内視鏡では狭窄部より肛門側に多発する憩室と一部に潰瘍形成を伴う発赤が散在していた。生検では非特異的な炎症を認めるのみであり憩室炎による炎症性の狭窄であると考えた。2016年2月にも左側腹部痛と同様のCT所見にて入院するも禁食、抗菌剤の投与にて保存的に軽快。3月にも症状再燃にて入院し、狭窄による閉塞症状が強く経肛門的イレウス管の挿入を要したが、抗菌剤の投与など保存的な加療にて軽快した。大腸内視鏡と造影検査では狭窄は前回よりも明らかに進行し狭窄長は3cm程度ではあるがファイバーの通過は可能であった。4月には頻回の血便と腹痛を主訴に救急搬送され、緊急入院となった。ガストログラフィンにて注腸造影を施行したところ、回腸に造影剤の漏出を認め、回腸-下行結腸瘻と考えられた。短期間に繰り返す大腸憩室炎により小腸との瘻孔を形成したと考え、保存的加療は困難と判断、外科に転科となり第20病日に結腸左半切除術・回腸部分切除術が施行された。切除検体の病理学的検討では憩室炎に伴う回腸との瘻孔形成および膿瘍形成が認められた。左側結腸の憩室炎では、膀胱、膣、小腸、子宮等の周囲臓器との瘻孔形成が報告されているが小腸瘻の合併頻度は低く、本邦では4例が報告されているにすぎない。今回、憩室炎と心房細動・高血圧など動脈硬化性の素因を背景に繰り返す憩室炎にて炎症性狭窄と回腸-下行結腸に瘻孔形成をきたしたまれな1例を経験したため、若干の文献的考察を加えて報告する。

回腸-下行結腸瘻，憩室炎

17 感染性腸炎を契機に重症化し診断に至った潰瘍性大腸炎の一例

日本大学医学部　内科学系消化器内科肝臓内科学分野
西郡真理奈，池原久朝，堤康志郎，大内琴世，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代女性【主訴】発熱、下痢【現病歴】持続する発熱，食思不振，腹痛を主訴に近医し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 19500 / μl、CRP 23. 45 mg/ dl）と、CTで全結腸に壁肥厚を認め，同日入院となった。大腸内視鏡検査（TCS）で直腸からS状結腸から横行結腸にかけて血管透見の消失と斑点状の多発びランを認め、感染性大腸炎と潰瘍性大腸炎（UC）の両方が疑われた。第1病日よりメサラジン3600 mg/ 日とCMZで加療開始したが，解熱認めず、第4病日にCMZをLVFXに変更した。第6病日に症状および内視鏡所見の改善をみとめ第10病日に退院となった。しかし，退院翌日から症状の再燃を認め再受診し，同日再入院となった。【臨床経過】感染性腸炎の増悪を考えメサラジン3600 mg/ 日に加え、MEPMの投与を開始したが症状改善を認めず，　第4病日に施行したTCSで直腸から右横行結腸にかけて易出血性の浮腫状の粗造粘膜と多発潰瘍を認めた。生検病理では、高度炎症細胞浸潤と陰窩膿瘍をみとめ、UC活動期と合致する所見であった。CAI(Clinical Activity Index: Lichtiger Index) 12点であり重症UCと診断し，第10病日よりPSL60 mg/ 日の静注投与を開始した。治療開始後は症状改善をみとめ、PSLは10 mg/ 週で漸減し，40 mg/ 日まで漸減後に外来治療へ移行した。【考察】初回の入院時には血便は認めず明らかにUCと診断する所見に乏しかった。二度目の入院ではプロカルシトニンは高値をみとめ，TCS及び生検病理にて典型的UCの所見を呈しており、細菌感染を契機にUCが重症化したものと考えられた。【結語】感染性腸炎により増悪し診断に苦慮したUC症例を経験した。注意深い経過観察が有用であった。

潰瘍性大腸炎，感染性腸炎

18 診断に難渋した移動盲腸を伴う虫垂炎の1例

日本医科大学多摩永山病院　消化器外科・乳腺外科・一般外科[1)]，
日本医科大学付属病院　消化器外科[2)]
納富嗣人[1)]，吉田　寛[1)]，的場秀亮[1)]，上田純志[1)]，高田英志[1)]，
上田康二[1)]，吉岡将史[1)]，菊池友太[1)]，関　奈紀[1)]，宮下哲平[1)]，
浅見敬一[1)]，篠塚恵理子[1)]，平方敦史[1)]，丸山　弘[1)]，横山　正[1)]，
牧野浩司[1)]，内田英二[2)]

症例は特記すべき既往のない22歳の女性。突然の右季肋部痛、嘔吐を認め近医を受診し胆嚢結石症の疑いで当科外来を紹介受診となった。これまでも数ヶ月に1度右季肋部痛が出現していた。腹部単純CTでは少量の腹水を認めたものの明らかな胆嚢結石は認めず、胆嚢の腫大も認めなかった。腹部超音波検査、及び、MRCPでは胆嚢の軽度の萎縮が疑われたのみでその他異常所見は認めなかったため終診とした。7ヶ月後に右下腹部痛を主訴に近医を受診した。Mcburney点に圧痛、及び、反跳痛を認め、血液検査で軽度の炎症反応高値(WBC 10300/ μl、CRP 2. 5mg/ dl) を認めた。腹部単純CTでは、明らかな虫垂の腫大は指摘できずダグラス窩に少量の腹水を認めるのみであった。虫垂炎が疑われたが，結腸憩室炎、PIDなど他疾患の鑑別も必要と考えられLVFX内服の後に当科に紹介受診となった。当科受診時には症状は改善し発熱はなくWBC 4300/ μl、CRP 1. 52mg/ dlと炎症反応も改善していたが，症状を繰り返しており慢性虫垂炎の疑いで診断的治療目的に審査腹腔鏡の方針となった。術中に移動盲腸に伴い胆嚢の近傍の肝下面まで移動し同部に癒着した腫大した虫垂を認めたため可及的に癒着を剥離し腹腔鏡下に虫垂切除術を施行した。術後経過良好であり術後3病日に退院となった。病理組織診断はphlegmonous appendicitisであった。術前の虫垂炎の診断はしばしば難渋することから診断を確定する点からも腹腔鏡下手術が第一選択と考えられた。移動盲腸を伴う虫垂炎の本邦報告例は会議録も含めて21例と少なく(医中誌にて「移動盲腸、虫垂炎」のkey wordで検索)、腹腔鏡下に治療し得た症例も4例と少ない(医中誌にて「移動盲腸、虫垂炎、腹腔鏡」のkey wordで検索)。今回我々は術前の診断に難渋した移動盲腸を伴う虫垂炎を腹腔鏡下に診断し治療し得たため若干の文献的考察を加えて報告する。

虫垂炎，移動網胃

19 右結腸動脈瘤破裂による上行結腸狭窄で腸閉塞をきたした一例

日本大学医学部[1)]，同　内科学系消化器肝臓内科学分野[2)]
大角彰仁[1)]，中河原浩史[2)]，増田あい[2)]，岩塚邦生[2)]，高橋利実[2)]，
山本敏樹[2)]，小川眞広[2)]，後藤田卓志[2)]，森山光彦[2)]

【はじめに】内臓動脈瘤破裂は稀な疾患ではあるが、発症すると致死的な疾患である。今回我々は右結腸動脈瘤が破裂し、上行結腸狭窄で腸閉塞をきたした症例を経験したので報告する。【症例】58歳女性。高血圧症、脂質異常症のため近医通院していた。7/ 23右季肋部痛がみられ前医を受診しCT施行したが、痛みの原因となる所見はみられず、7/ 25に当院へ紹介となった。さらに7/ 29大腸内視鏡検査を行い、肝弯曲部の発赤を認めたが狭窄はみられなかった。しかし同日咳が強く、総合診療科受診したところ肺炎のため緊急入院となった。肺炎球菌による肺炎の診断で抗菌薬を投与し肺炎は改善した。右季肋部痛は一時改善していたが、8/ 5になり下腹部痛、嘔吐がみられるようになり、腹部CTで右結腸動脈に約10mm大の仮性動脈瘤と、右下腹部に約60mm大の腹腔内血腫とその周辺の脂肪組織への炎症の波及がみられた。また、上行結腸狭窄に伴う腸閉塞を認めた。絶食で加療し腸閉塞が改善した後、大腸内視鏡を施行したところ肝弯曲部に全周性の狭窄を認めた。生検で悪性所見はみられなかった。動脈瘤破裂に伴う炎症の波及による腸管狭窄と診断し、腹腔内血腫除去術および結腸右半切除術が施行された。病理組織学的所見では、狭窄部は漿膜を主体とする強い線維化がみられた。右結腸動脈瘤も切除範囲内であったため、同時に切除した。術後経過は良好で術後第10病日に軽快退院した。【考察】内臓動脈瘤破裂は急激な腹痛、血圧低下で発症する疾患であるが、本症例のように急性期には気が付かないこともあり注意が必要であると考えられた。動脈瘤破裂に伴う炎症波及による腸管狭窄では、漿膜の線維化に起因した場合は狭窄部の外科的切除が必要であると考えられた。

内臓動脈瘤破裂，腸閉塞

20 Cronkhite−Canada症候群の1例

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)]
佐々木夢佳[1)]，富澤　琢[1, 2)]，星　恒輝[1)]，深井泰守[1)]，山田俊哉[1)]，
中山哲雄[1)]，田中寛人[1)]，栗林志行[1)]，水出雅文[1)]，山崎勇一[1)]，
下山康之[1)]，佐藤　賢[1)]，柿崎　暁[1)]，河村　修[1, 2)]，草野元康[1, 2)]

【症例】55歳女性。X年3月中旬頃から心窩部痛、嘔吐、味覚異常を自覚、その後に爪の萎縮や下腿浮腫が出現し近医受診。血液検査で総蛋白4. 9g/ dl、アルブミン3. 4g/ dlと低蛋白・低アルブミン血症を認めた。また上部消化管内視鏡検査(EGD) で胃と十二指腸にびまん性に無茎〜亜有茎性のポリポーシスを認め、当院紹介。視診上、体幹や四肢に褐色斑を認めた。大腸内視鏡検査(CS) では大腸に大小多数のポリープを認めた。小腸カプセル内視鏡検査では浮腫状粘膜、白色絨毛、小腸の広範囲にポリープを認めた。EGDとCSでの生検では腺の拡張、粘膜の浮腫と間質の炎症細胞浸潤を認めた。身体所見、内視鏡所見、病理所見、臨床経過からCronkhite−Canada症候群(CCS) と診断。トラネキサム酸投与にて経過をみていたが自覚症状の改善なく、心窩部痛、味覚異常、食欲不振による体調不良のため8月に当科入院。プレドニゾロン40mg/ 日を開始したところ、第7病日頃から腹部症状、皮膚所見、爪の所見は改善傾向となった。ステロイドは漸減したが，その後の経過も良好で第23病日に退院。現在は外来にてフォローアップ中である。【考察】CCSは消化管ポリポーシスに脱毛、皮膚色素沈着、爪甲萎縮といった外胚葉系の異常を伴う非遺伝性の疾患である。本症例では脱毛は認めなかったが，それ以外は本疾患に矛盾しない所見であった。本疾患を完治させる根本的な治療法は現段階では確立されていない。原則として内科的治療，多くはステロイド治療が選択される。本症例はステロイドに対する反応は良好で、腹部症状、皮膚所見は速やかに改善がみられた。CCSに関して若干の文献的考察を加えて報告する。

Cronkhite−Canada症候群，ポリポーシス

21 慢性便秘症に対するルビプロストンの有用性の検討 ―当院での使用経験から―

虎の門病院　消化器内科（胃腸）
小笠原暢彦, 鳥羽崇仁, 野村浩介, 栗林泰隆, 山下　聡, 古畑　司, 松井　啓, 菊池大輔, 三谷年史, 飯塚敏郎, 布袋屋修, 貝瀬　満

【緒言】近年、高齢化に伴い慢性便秘症の有病率は増加し今後さらなる増加が予想される。これまで本邦における慢性便秘症に対する薬物治療は、マグネシウム(Mg)製剤などを中心として行われてきた。しかし、2015年10月に医薬品医療機器総合機構(PMDA)からMg製剤の適正使用に関する注意喚起が促され、漫然としたMg製剤の投与による高Mg血症の危険性が提起された。そのような状況の中、約30年ぶりの新薬であるルビプロストンの有用性に関心が高まっている。
【目的】慢性便秘症に対するルビプロストンの有用性につき検討する。
【方法】2015年10月から2016年3月まで当院当科で慢性便秘症に対しルビプロストンを使用した患者47例を対象として、患者背景、有用性などにつきretrospectiveに検討を行った。また前治療としてMg製剤を使用していた症例のうちルビプロストン投与前後で血清Mg値、eGFRを追跡することができた7例につきその推移についても検討を行った。
【結果】47例の内訳は男性19例、女性28例で平均年齢は70. 6(20−92)歳であった。34例(72. 3%)で継続処方が行われ、有効と判断された。7例(14. 9%)で副作用が認められ、そのうち5例(71. 4%)が女性であった。症状としては嘔気、嘔吐が3例、ふらつきが2例、下痢が2例に認められた。前治療として緩下剤が導入されていた症例は47例中35例で、うち29例(82. 9%)においてMg製剤が使用されていた。また、全患者のeGFR平均値は65. 74(5. 4−106. 6) ml/ min/ 1. 73m2で、eGFR＜60の慢性腎不全患者が15例含まれていた。ルビプロストン導入前後で血清Mg値の推移を確認し得た7例では、ルビプロストン導入によりMg製剤の中止または減量が可能となり、血清Mg値も前値平均2. 7から後値平均2. 3mg/ dlまで低下が認められた。さらに慢性腎不全を伴う4症例全てで、ルビプロストン導入によりeGFRが、前値平均36. 6から後値平均45. 2 ml/ min/ 1. 73m2まで上昇した。
【結語】ルビプロストンは慢性便秘症に有用であると考えられ、高齢者や慢性腎不全患者にも安全に使用できることが示唆された。

ルビプロストン，慢性便秘症

22 エコーガイド下針生検にて診断し得たinflammatory Hepatocellular adenomaの1例

済生会横浜市東部病院　消化器内科
蜂須賀誠人，大久保雄介，清水　良，山田悠人，渡辺浩二，米田将隆，岸本有為，建持岳史，馬場　毅，中野　茂，牧野博之

【症例】45歳、男性。【主訴】心窩部痛、下痢。【現病歴】下痢を主訴に近医受診し、腹部エコーにて肝S6に径30mm大の境界明瞭な高エコー腫瘤性病変を認め、精査目的に当院紹介受診した。アルコール多飲歴はなく、血液検査ではHBs抗原陰性、HCV抗体陰性、トランスアミナーゼ軽度上昇を認め、腫瘍マーカーはCEAの軽度上昇を認めるのみであった。エコー所見からは血管腫が疑われたが、dynamic CTにて早期濃染、平衡相で淡いwash outを示しており、血管腫としては非典型的であった。EOB−MRIを施行したところ、早期濃染、肝細胞相で低信号を示した。画像上は肝細胞癌が否定できない所見であったが、背景肝は正常であり、多血性良性結節も疑われたため、十分なICを行った上でエコーガイド下肝腫瘍生検を施行した。HE染色では細胞異型に乏しく、悪性は否定的であったため、各種免疫染色を行い、inflammatory Hepatocellular adenoma（I−HCA）に特異的な所見を得た。画像所見と合わせてI−HCAと診断し、悪性が否定されたため、外来フォローアップの方針となった。【考察】肝細胞腺腫（Hepatocellular adenoma：HCA）は稀な多血性良性腫瘍であり、FNHなど他の良性結節や肝細胞癌との鑑別には免疫組織化学的診断が有用であるが、診断に苦慮することが多いとされている。本症例ではエコーガイド下肝腫瘍生検で新WHO分類（2010年）に基づきI−HCAの診断を得た。良性肝細胞性結節の鑑別診断には臨床的背景のみならず、分子生物学的知見を導入することが重要である。診断にエコーガイド下肝腫瘍生検を選択することで、外科的切除に伴う過大侵襲を回避できる。肝細胞腺腫は良性結節とされているが、新WHO分類で診断されたI−HCAの長期予後については経過観察症例を蓄積し、検討する必要があるだろう。

inflammatory Hepatocellular adenoma，肝細胞腺腫

23 肝血管筋脂肪腫の1例

虎の門病院肝臓センター
藤澤顕徳, 鈴木文孝, 大沢光毅, 藤山俊一郎, 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, 斎藤　聡, 鈴木義之, 荒瀬康司, 池田健次, 熊田博光

【症例】50歳、女性。既往歴として30歳時乳がんにて手術＋化学療法を施行された。現病歴は、2016年4月に近医受診時に、検診目的で施行した腹部超音波検査で肝左葉に22x20mmの低エコー腫瘤を認め、当院紹介受診、精査目的で入院となった。MRI検査では、肝臓S3に径20mm大の腫瘍を認め、T1WI低信号、T2WI高信号、DWI高信号、ダイナミックMRIにてearly phaseはリング状hyper−enhancement、late phaseはhypo−enhancement area、肝細胞相低信号結節であった。超音波検査では、腫瘍は内部に高エコーが混在する低エコー結節であり、ハンプサイン陽性、haloは認めなかった。造影超音波検査（ソナゾイド）では、腫瘍は血管相にて均一に濃染し、その後はdefectにならなかった。PET−CTでは、肝S3病変にFDG異常集積を認めなかった。またその他の臓器に遠隔転移を疑う異常集積を指摘できなかった。(CT検査は造影剤アレルギーがあるため施行せず）腫瘍生検は、腫瘍が肝表面にあるため施行できなかった。以上より、多血性腫瘍、脂肪原性腫瘍を考えたが、低分化型肝癌や混合型肝癌の可能性を否定できず、手術を施行した。病理所見では、比較的境界明瞭な黄色調充実性腫瘤(1. 7x1. 1x2. 0cm大)であり、好酸性〜淡好酸性の比較的豊かな細胞質を有する異型細胞が増殖し、大小多数の血管増生を伴っていた。腫瘍細胞は多角形ないし紡錘形で、索構造は不明瞭化し、核の偏在する多核細胞が散見された。また一部領域性に脂肪細胞の増殖が見られ、リンパ球浸潤を伴っていた。腫瘍は周囲肝組織と境界が明瞭に認められるが線維性隔壁は認めなかった。以上よりAngiomyolipoma(AML)と診断した。背景肝は正常肝であった。【考察】AMLは、間葉系細胞から発生した過誤腫と考えられている。肝臓のAMLは、本邦での報告例は比較的少ないが、女性に多く，好発年齢は平均48. 8±14. 5歳で，右葉に多いとされている。画像診断での悪性腫瘍との鑑別が難しい症例も多く、またAMLの腫瘤増大，腹腔内破裂・出血，悪性化や再発・転移症例も少数であるが報告されており、今後の症例の集積が重要である。

肝血管筋脂肪腫，過誤腫

24 上部消化管出血を契機に診断された巨大肝細胞癌の十二指腸浸潤の一例

東京都済生会中央病院　消化器内科[1)]，同　消化器外科[2)]，同　病理診断科[3)]
河野　恵[1)]，星野　舞[1)]，林　智康[1)]，田沼浩太[1)]，小川　歩[1)]，西井まみか[1)]，阿部善彦[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)]，山本立真[2)]，加藤優子[3)]，向井　清[3)]

症例は69歳の男性。20年前に慢性C型肝炎を指摘されていたが、血液検査で肝機能障害を認めず、画像検査は施行されてなかった。黒色便を主訴に当院を受診し、緊急上部消化管内視鏡検査を施行したところ、十二指腸球部前壁に粘膜下腫瘍様の隆起を認め、その頂部の露出血管から湧出性出血が確認され止血術を施行した。十二指腸の隆起性病変の精査のため施行した腹部エコー検査で巨大な肝腫瘤を認め、dynamic造影CT検査で肝臓S4に早期濃染し、wash outされる8cm大の腫瘤を認め、肝細胞癌の十二指腸浸潤の診断となった。上部消化管内視鏡検査の再検で潰瘍底に出血を認めたため、経口摂取再開による再出血のリスクが高いと判断し、第14病日に肝細胞癌に対する肝動脈塞栓術(TAE)を施行した。十二指腸の潰瘍の栄養動脈に対して塞栓術施行したが、血管造影で胆嚢動脈および膵十二指腸動脈の枝からも潰瘍が栄養を受けており、腸管壊死のリスクがあるため、これらの動脈の塞栓術は施行不可能であった。TAE後に施行した上部消化管内視鏡検査では潰瘍は止血されていたものの再出血の恐れあり、外科的切除術を行った。第29病日に肝左葉切除術、開腹胆嚢摘出術、幽門側胃切除術R−Y再建を施行した。病理結果は肝細胞癌であり、T4(duo)N0M0 Stag4aと診断した。術後経過は良好であり術後20病日に退院となった。肝細胞癌の十二指腸浸潤の報告例は少なく、手術を施行した症例は非非常に稀である。消化管出血の鑑別のひとつとして念頭に置く必要があり，文献的考察を加えて報告する。

肝細胞癌，十二指腸浸潤

25

原発巣術後mFOLFOX＋bevacizumab、mFOLFIRINOX＋bevacizumab療法にて組織学的CRが得られた大腸癌同時性多発肝転移の1例

東京慈恵会医科大学　肝胆膵外科[1)]，東急病院　外科[2)]，
東京慈恵会医科大学　消化器外科[3)]
渡邉久貴[1)]，後町武志[1)]，共田光裕[2)]，島田淳一[1)]，中瀬古裕一[1)]，
春木孝一郎[1)]，高野裕樹[1)]，鈴木文武[1)]，恩田真二[1)]，松本倫典[1)]，
坂本太郎[1)]，脇山茂樹[1)]，石田祐一[1)]，矢永勝彦[3)]

症例は56歳男性。既往に高血圧、脂質異常症に対し内服、2型糖尿病に対し食事療法中。2015年3月腹痛主訴に近医受診、精査目的に前医紹介された。下部消化管内視鏡検査でS状結腸、直腸（Rs）に重複癌を認め、腹部造影CTで同時多発性肝転移を指摘された。肝転移は肝右葉に限局して11カ所存在し、最大径45 mm大であった。本人が肝切除を希望されず、2015年4月高位前方切除術のみ施行した。病理組織検査ではS状結腸癌（pT3（SS）N0）、直腸癌（Rs、pT2N0）、Stage IV。術後2015年6月よりmFOLFOX6＋bavacizumab（Bmab）療法を開始。9コース施行後、Grade 3の末梢神経障害を認めたため2015年11月よりFOLFIRI＋Bev療法に変更した。FOLFIRI＋Bmab 10コース施行時点でGrade 3の好中球減少が持続し化学療法継続困難と判断した。腹部造影CTで描出される腫瘍は4カ所となり壊死傾向を認め最大37 mmまで縮小しており肝切除の承諾が得られた。ICG15分値は12%であり、画像上消失した腫瘍の残存も考慮しFOLFIRI＋Bev10コース目投与後3週間で肝右葉切除術を予定した。術中所見では4カ所の肝転移巣を認め、予定通り肝右葉切除＋胆嚢摘出術を施行した。手術時間は7時間16分、出血量1,100 mL。術後経過は良好で術後第14病日に退院した。病理組織学的検査では肝右葉の4病変は全割標本で全て完全壊死しており、その他の部位にも腫瘍の残存は認めず組織学的CRの所見であった。文献的には大腸癌肝転移に対する化学療法により組織学的CRとなった症例の報告は見られるが、本症例では同時多発性で腫瘍径が大きいことが特徴であった。文献的考察を加えて報告する。

転移性肝癌，化学療法

26

内因性眼内炎、敗血症性肺塞栓症、膿胸を併発した*Klebsiella pneumoniae*によるInvasive liver abscess syndromeの1例

聖マリアンナ医科大学　消化器・肝臓内科[1)]，同　眼科[2)]，
川崎市立多摩病院　消化器・肝臓内科[3)]
喜多洋平[1)]，重福隆太[1)]，渡邊綱正[1)]，近江亮介[1)]，加藤正樹[1)]，
池田裕喜[1)]，塩野　陽[2)]，畑真由美[2)]，中野弘康[1)]，服部伸洋[1)]，
松永光太郎[1)]，松本伸行[1)]，奥瀬千晃[1,3)]，鈴木通博[1,3)]，
伊東文生[1)]

【症例】74歳，女性．【現病歴】2016年7月初旬より持続する倦怠感を主訴に前医受診．肝膿瘍，播種性血管内凝固の診断で入院加療（MEPM 3g/3×，膿瘍ドレナージ）したが，第2病日に右眼視力低下が生じ内因性眼内炎を疑い当院紹介となった．【既往歴】甲状腺機能異常，糖尿病なし．【個人歴】常用薬なし，飲酒歴・喫煙歴なし．【入院時現症】意識清明，体温37℃，脈拍数72/分，血圧106/54 mmHg，腹部に圧痛は認めなかった．【検査所見】肝胆道系酵素上昇，WBC 18,500/μl（Neut 94%），CRP 22 mg/dlと炎症反応高値，血小板数9万/μlおよび低蛋白血症を認めた．【経過】CT上肝S8に低吸収域と左腸腰筋膿瘍，仙骨部低吸収域，両側肺野に多発する結節影を認め化膿性肝膿瘍，左腸腰筋膿瘍，仙骨部膿瘍，敗血症性肺塞栓症と診断した．また両側膝関節痛を認め穿刺排液した．右眼の急激な視力低下に対し転院後翌日（第3病日）に緊急手術を施行した．転院後に膿瘍培養および血液培養採取し，MEPM 3g/3×を継続したが，膿瘍培養，膝穿刺液から*Klebsiella pneumoniae*が分離され，感受性と中枢神経（右眼）への移行性を考慮してCTRX 4g/2×へ変更した．経過中，知覚異常が出現したためLVFX 500mg/1×に変更した．また右膿胸を合併し胸腔ドレーンも追加した．CTにて各病巣の縮小を確認し，さらに関節痛や炎症反応も改善したため，膿瘍ドレーンを抜去した．各検査で肝膿瘍の感染経路は同定できなかった．肝膿瘍は治癒したが，右眼の視力予後は不良であった．【考察】内因性眼内炎は眼内炎の1割と頻度は低いが視力予後不良で，その背景では*Klebsiella pneumoniae*の肝膿瘍が最多で多発感染巣を合併するInvasive liver abscess syndromeとして報告されている（Arch Intern Med. 1986）．特に莢膜を有する*Klebsiella*菌種の関連が報告されており（Lancet Infect Dis. 2012），本例の分子生物学的解析による*Klebsiella*菌種同定を追加した．【結語】*Klebsiella pneumoniae*によるInvasive liver abscess syndromeの1例を経験した．

Invasive liver abscess syndrome，内因性眼内炎

27

胆道系酵素上昇、肝腫大を契機に診断したALアミロイドーシスの1例

東芝病院
石川由規，新野　徹，手島一陽，石井鈴人，花岡友梨，福本　剛，
中山千恵美，田代　淳，山本夏代，三輪　純，青山　慧，鈴木　謙，
新井雅裕

【症例】70歳代男性【主訴】食思不振、体重減少、ふらつき【現病歴】狭心症、心筋梗塞ステント留置後、2型糖尿病、早期胃がん術後にて当院通院中の方。X−3年より胆道系酵素上昇を認め、食思不振、易疲労感があり徐々に体重が減少した。X−1年頃より腎機能低下を認めていた。X年3月に入り上記症状は増悪、6月には心窩部痛が出現したため、胸腹部骨盤CTを施行したところ肝腫大を認めたため全身精査のため入院となった。【既往歴】労作性狭心症、脂質異常症、2型糖尿病、早期胃癌、慢性腎臓病【臨床経過】入院までの経過と検査所見より、ウイルス性肝炎（HBV, HCV）、自己免疫性肝疾患などは否定的で薬剤性胆汁うっ滞が最も疑われた。被疑薬としてランソプラゾールやクロピトグレルの後発品などを疑い内服を中止ないし変更をしたが、胆道系酵素上昇が改善しなかったため肝生検を行った。また食欲低下、体重減少CEA、CA19−9高値と体重減少より悪性腫瘍を疑い大腸内視鏡を施行しS状結腸にやや浮腫状の点状発赤病変を認めたためS状結腸生検を行った。いずれの生検でもコンゴレッド染色で血管壁にアミロイドの沈着を認めアミロイドーシスと診断した。その後、免疫電気泳動検査、骨髄検査を経て、非分泌型多発性骨髄腫によるALアミロイドーシスの診断となり、化学療法を施行したが1コース11日目に全身状態が悪化し死去した。【結語】胆道系酵素上昇、肝腫大を契機にALアミロイドーシスの診断に至った。食思不振、体重減少および起立性調節障害、腎機能障害などの全身症状を伴い、上記検査結果を認める場合はアミロイドーシスを鑑別に挙げる必要がある。

アミロイドーシス，肝腫大

28

エタノール焼灼後の巨大感染性肝嚢胞の一例

独立行政法人国立病院機構災害医療センター　消化器内科[1)]，
同　消化器乳腺外科[2)]
加藤三咲子[1)]，大野志乃[1)]，上條　孟[1)]，木谷幸博[1)]，外川菜々子[1)]，
島田祐輔[1)]，林　昌武[1)]，佐々木善浩[1)]，上市英雄[1)]，山岸俊介[2)]，
末松友樹[2)]，伊藤　豊[2)]

【症例】71歳女性【主訴】発熱【既往歴】巨大肝嚢胞、胆嚢炎、高血圧、高脂血症【現病歴】2015年10月に巨大肝嚢胞に対して当院でエタノール焼灼し、その後は近医に通院していた。2016年2月より発熱持続するため巨大肝嚢胞の感染が疑われ精査加療目的に消化器内科入院となった。【経過】入院時の腹部造影CTでは10月と比べ著変はなかった。エコーガイド下に肝嚢胞穿刺施行したところ、嚢胞内に多数の隔壁が認められ、また穿刺液からklebsiella oxytocaが検出されたことから、巨大感染性肝嚢胞と診断した。第1病日よりMEPM投与、第2病日に肝嚢胞ドレナージ術施行、第6病日よりCTRX投与で解熱し、炎症反応低下を認めた。隔壁の存在から今後も感染を繰り返す可能性があり、3月に肝右葉切除施行し退院した。現在は症状なく経過している。【考察】単肝嚢胞は成人の1%にあるが、巨大化するものは大変少なく、その中でも症状をきたすものはさらに少ない。エタノール焼灼後に嚢胞内の変成が起こり感染と関連した可能性がある。【結語】今回我々は巨大感染性肝嚢胞の一例を経験したので若干の文献的考察を加えて報告する。

巨大感染性肝嚢胞，エタノール焼灼

29 血液培養にてα-streptococcusを検出した化膿性門脈炎の一例

筑波記念病院
垣野内航，添田敦子，大塚公一朗，黒江崇史，池田貴文，
岩井健太郎，小林真理子，越智大介，中原　朗，池澤和人

【背景】化膿性門脈炎は主に先行する腹腔内感染が門脈に波及し、門脈に血栓形成を伴う血栓性静脈炎である。既報では68%～98%において腹腔内感染の先行が確認されている。しかし今回我々は、腹腔内感染の併発を診断しえなかったα-streptococcusによる化膿性門脈炎例を経験したので報告する。【症例】50歳代男性【主訴】腹痛、発熱【現病歴】以前より糖尿病を指摘されるも無治療であった。4日前に腹部全体に強い疼痛が出現し、食思不振もみられ、2日前からは37℃～40℃の発熱を認めた。その後も発熱・腹痛は改善せず当院外来を受診した。血液データで炎症反応高値、肝酵素上昇を認め、精査加療目的に入院となった。【入院後経過】腹部造影CTでは門脈右後区域枝に血栓を認めたが、腹腔内には感染巣を認めなかった。肝臓造影MRIでは胆石・総胆管結石・胆道拡張を認めず、細胆管炎の所見であった。自己免疫・凝固系に異常はなかった。メロペネムおよびヘパリンにて治療を開始したところ、速やかに発熱・腹痛・炎症反応高値は改善した。入院時の血液培養でα-streptococcusを検出した。なおヘパリンは治療域に到達せず，9病日からワーファリンを併用するも入院中には治療域に達さなかった。19病日に再検した腹部造影CTでは門脈血栓は本幹にまで拡大するも症状および炎症反応が著明に改善したため、外来で治療継続する方針として20病日に退院となった。【考察】無治療の糖尿病による易感染状態が背景にあり、α-streptococcusによる菌血症から化膿性門脈炎を発症したと考えられた。化膿性門脈炎の起因菌は、Bacteroides fragilisやEscherichia coliが一般的であるが、近年の報告ではα-streptococcusによるものも増加している。化膿性門脈炎に対する抗血栓・抗凝固療法の意義は未だ一定の見解が確立されておらず、文献的考察を含めて報告する。

化膿性門脈炎，　α-streptococcus

30 Trousseau症候群を発症した胆嚢扁平上皮癌の1例

横浜市立大学附属病院
井徳　愛, 石井寛裕, 杉森　慎, 山田博昭, 佐藤　健, 須江聡一郎, 金子裕明, 亀田英里, 佐々木智彦, 田村寿英, 近藤正晃, 芝田　渉, 前田　愼

【症例】74歳　女性【主訴】右季肋部痛【現病歴】2016年7月頃より右季肋部痛を認めていた。同年8月に複視、足のふらつきを認め近医脳神経外科へ救急搬送。脳梗塞と診断され入院となった。入院中、右季肋部痛精査目的に腹部単純CTを施行され肝腫瘍を指摘された。退院後、肝腫瘍精査目的に当院紹介受診となった。当院で施行した造影CTで肝腫瘍とともに肺塞栓を認めたため精査加療目的に当科入院となった。【入院後経過】肺塞栓はnon-massiveでアピキサバンを投与開始した。腹部造影エコーでは動脈相で不均一に淡く染まり、門脈相でwashoutする10cmの肝腫瘍を認めた。腫瘍は胆嚢と連続し境界は不明瞭であった。またCTでは膵臓と隣接する腫瘤も認め、膵癌鑑別目的でEUSを施行した。EUSでは膵臓と腫瘤は連続しており、リンパ節転移と診断した。EUS施行時に経胃的に肝腫瘍を生検し扁平上皮癌と診断された。他部位からの転移も考え、PET-CTを施行したが、肝腫瘍、リンパ節に一致するFDG集積のみであった。婦人科疾患、耳鼻科疾患も除外されたため、胆嚢扁平上皮癌、肝転移、リンパ節転移の診断に至った。肺塞栓は2週間後に施行したフォローアップの造影CTでは消失していた。ループスアンチコアグラント、プロテインC、Sなどの血栓誘発因子に異常値は認められず、脳梗塞、肺塞栓の原因は原疾患に伴うTrousseau症候群と診断した。胆嚢癌に対してはGEM+CDDP療法を開始した。【考察】胆嚢癌のうち扁平上皮癌は1-5%程度と非常に少ないと報告されている。また、Trousseau症候群は、卵巣癌、膵癌などに見られるが、胆嚢癌に合併することは非常に稀である。本症例はTrousseau症候群を発症した胆嚢扁平上皮癌という非常に稀な症例のため若干の文献的考察を加え報告する。

胆嚢癌，　Trousseau症候群

31 高齢者に発生したセフトリアキソンに伴う偽胆石の一例

日本大学医学部附属板橋病院　消化器肝臓内科
芳賀大生, 熊川まり子, 山川　俊, 松本直樹, 中村仁美, 松岡俊一, 森山光彦

【症例】87歳、男性【主訴】血便、食思不振【既往歴】陳旧性脳梗塞、2型糖尿病、潰瘍性大腸炎【現病歴】当院当科に潰瘍性大腸炎で通院中であった。1週間前からの血便の増加と食思不振があり、外来を受診し、潰瘍性大腸炎の増悪で入院となった。【入院後経過】入院時の血液検査では軽度の炎症と貧血があり、入院時の腹部骨盤CTで下行結腸から直腸まで腸管壁が著明に肥厚していた。胆嚢および肝外胆管内には結石は見られなかった。入院当日より、重複感染の予防目的にセフトリアキソン（CTRX）2g/日の投与を開始した。第2病日に下部消化管内視鏡検査を施行し、潰瘍性大腸炎の増悪と判断して、第6病日よりプレドニゾロン30mgの投与を行った。炎症反応は軽快し、第9病日にCTRXの投与を終了した。第13病日に発熱を認め、血液検査で炎症反応高値と肝胆道系酵素の上昇がみられた。腹部超音波で、胆嚢および肝外胆管内に強い音響陰影を伴うストロングエコーの細かな胆砂を認め、腹部CTでも胆嚢内に高吸収の胆砂を認めた。直前までCTRXの投与があったことと超音波像の特徴から、CTRXに伴う偽胆石と判断した。第17病日と第23病日に腹部超音波で観察したところ、経時的に偽胆石の減少を認めた。潰瘍性大腸炎の経過は良好で第23病日より経口摂取を再開し、その際、偽胆石の残存があったため、ウルソデオキシコール酸300mgの内服を開始した。その後、胆石発作の再燃はなく、第35病日に行った腹部超音波で偽胆石の消失を確認した。第37病日に下部消化管内視鏡検査で潰瘍性大腸炎の改善を認め、第44病日に退院となった。【考察】既報によると、CTRXに伴う偽胆石は、腹部超音波で細かな結石あるいは胆砂状で、強い音響陰影を伴うストロングエコーとして描出されることが多く、それらは超音波における特徴的所見と考えられた。【結語】今回われわれは、高齢者におけるCTRXに伴う偽胆石の一例を経験した。その消失までの経過を腹部超音波で観察しえたので、若干の文献的考察を加えて報告する。

セフトリアキソン，　偽胆石

32 超音波内視鏡下肝胃吻合術が有効であった胆管癌の1例

横須賀市立うわまち病院　消化器内科[1)]，
横浜市立大学　肝胆膵消化器病[2)]
西條晴貴[1)]，小宮靖彦[1)]，大熊幹二[1)]，梅沢翔太郎[1)]，森川瑛一郎[1)]，
秋間　崇[1)]，妹尾孝浩[1)]，池田隆明[1)]，細野邦広[2)]

【症例】84歳、男性。【主訴】黄疸、発熱。【現病歴】201X年7月に黄疸にて初回入院、stage2B(cT2N1M0)の中部胆管癌と診断、認知症の存在などから外科手術の希望なく、メタリックステント留置にて退院した。11月に肝管浸潤による黄疸、胆管炎にて再入院、partial stent-in-stentにて減黄後退院、比較的安定した状態を維持していた。しかし、翌年2月に黄疸、発熱にて再入院となった。【入院時検査成績】WBC 13400/μl、CRP 19. 7mg/dl、AST 101U/L、ALT 105U/L、ALP 2850U/L、γ-GTP 834U/L、T-Bil 7. 73mg/dl。【入院後経過】閉塞性胆管炎として内視鏡下でのステント留置を試みたが、前回留置したステントより深部への通過が困難であり、経皮経肝ドレナージを施行した。しかし、せん妄状態にてドレナージチューブを自己抜去した。胆汁性腹膜炎症状の安定後に再度の経皮経肝ドレナージを提案したが、再抜去を考えて同意が得られなかった。その後、黄疸が増強し全身状態は悪化したため、超音波内視鏡下肝胃吻合術(EUS-HGS:EUS-guided hepaticogastrostomy)の施行を提案した。充分のインフォームド・コンセントにて同意が得られたため、EUS-HGSを施行し、左肝管にメタリックステントを留置した。以降、全身状態および検査データは順調に改善し、2ヵ月後には黄疸も消失した。その後も半年以上の経過で外来通院治療が可能であった。【考察】胆管癌による閉塞性黄疸の減黄治療困難例においてEUS-HGSの有効例を経験し、胆道閉塞の治療を考える上において示唆に富む症例と考え報告する。

超音波内視鏡，　肝胃吻合術

33 乳癌術前のPET-CTを契機に発見された膵管Squamoid cystの1例

虎の門病院　消化器内科（胆膵）[1]，同　消化器外科[2]
色川正峻[1]，今村綱男[1]，浦崎裕二[1]，田村哲男[1]，小泉優子[1]，
小山里香子[1]，竹内和男[1]，橋本雅司[2]

症例は75歳女性。検診にて異常を指摘されて当院乳腺外科を受診。左乳癌（cT1aN0M0 Stage1A）と診断され手術の方針となった。術前のPET-CTで膵体部に石灰化を伴うFDGの異常集積を指摘された。膵悪性腫瘍が鑑別に挙げられ当科を受診。特記すべき自覚症状・身体所見はなく、血液検査では腫瘍マーカーの上昇は認めなかった。画像検査では腹部エコーで膵体部に11mmの嚢胞性病変を認め石灰化を伴い内部に充実部分を認めた。膵管の拡張は認めなかった。腹部造影CTで膵体部・尾部に石灰化を認め、膵体部の石灰化の周囲には分葉状の低濃度域を認めた。膵管拡張は認めなかった。MRCPでは膵体部に多房性嚢胞を認めた。超音波内視鏡では膵体部に表面に一部石灰化を伴い内部に充実成分のある径12mmの多房性嚢胞性病変を認めた。以上より、分枝型IPMNまたはSolid pseudopapillary neoplasmが考えられたが質的診断は困難でPET-CTから悪性腫瘍が否定できず、乳癌治癒切除術を施行後に膵体尾脾合併切除術を施行した。病理学的に、拡張した末梢膵管域に数層の重層扁平上皮に裏打ちされた嚢胞を認め、非腫瘍性の膵管Squamoid cystと診断された。膵管Squamoid cystは2007年に初めて報告された新しい概念の膵嚢胞性病変で本邦での報告はわずか3例であり、各国からの報告が散見されるにとどまっている。本症例は過去の文献と比較すると腫瘍径の小さい多房性嚢胞性病変でありPET-CTにてFGD集積を伴う等、既報と異なる所見が多く貴重な症例であると考えられたため報告する。

膵臓，水嚢胞

34 術後19年目に重症急性膵炎を発症しSSPPDを施行した腎細胞癌異時性膵転移の1例

東邦大学医療センター大橋病院　消化器内科[1]，同　外科[2]，
同　病理診断科[3]
馬場隆成[1]，権　勉成[1]，富　義明[2]，山本修平[1]，成木良瑛子[1]，
徳久順也[1]，齋藤倫寛[1]，齋藤智明[2]，榎本泰典[3]，松清　大[2]，
浅井浩司[2]，渡邉　学[2]，前谷　容[1]

【症例】73才、女性【主訴】心窩部痛、嘔吐【既往歴】19年前に他院で左腎細胞癌(RCC)に対して左腎摘出術施行(Renal cell carcinoma, alveolar type, clear cell subtype, G2, pT1, pN0, pV0)【飲酒歴】なし【現病歴】201×年2月下旬、心窩部痛および嘔吐を認め前医へ救急搬送された。腹部CTより重症急性膵炎と診断され、精査加療目的で同日当院へ転院となった。【入院時検査所見】採血ではWBC 18500、AMY 1446、CRP 3.78と炎症反応、膵酵素の上昇を認めた。腹部造影CTでは膵体部に造影不領域を伴うびまん性の膵腫大、腎下極以遠まで達する炎症の波及を認め、膵鉤部に40mm大の腫瘤像を認めた。【入院後経過】予後因子3点、CT grade2の重症急性膵炎と診断した。大量補液による保存的加療のみで膵炎は鎮静化し、第15病日に撮像したdynamic造影CTでは膵鉤部に動脈相より著明に濃染され、膨張性発育を呈する腫瘤像を認めた。MRIではT1WI低信号、T2WI淡い高信号、DWIで拡散低下を呈していた。EUS所見としては皮膜を有し境界明瞭、内部不均一でfeederを有するhypervascularな腫瘤であった。一部主膵管への進展を呈しており、尾側膵管の拡張を認めた。FNA検体は淡明な細胞質を有する軽度核腫大、濃染を示す異型細胞を認め、免疫染色はCD10(+)、Vimentin(+)、Synaptophysin(−)、ChromograninA(−)であり、RCC膵転移で矛盾しない所見であった。以上よりRCC膵転移による膵液うっ滞が急性膵炎を惹起したこと、PS良好であり膵以外に明らかな他臓器転移を認めないことから根治的切除目的でSSPPD-4B-2を施行した。最終病理診断でRCC膵転移の確定診断に至った。【考察】膵転移をきたす悪性腫瘍は多岐にわたるが、RCCは治癒切除後、長期間を経て膵転移することが良く知られている。RCC guidelineではPS良好例に対しては積極的な転移巣切除を行うことにより生存率延長に寄与すると述べている。今回、術後19年目に膵転移を来し、転移巣の主膵管進展により重症膵炎を発症し、SSPPDを施行した示唆に富む症例を経験したので文献的考察とともに報告する。

腎細胞癌膵転移，重症急性膵炎

35 膵癌肺転移2病変に対し肺切除を施行し長期生存している1例

東海大学　消化器外科
室谷奈那，古川大輔，矢澤直樹，藤城　健，山田美鈴，増岡義人，
中郡聡夫，小澤壯治

【背景】膵癌の肺転移は化学療法の適応であるが、晩期発症の孤立性肺転移に対し切除が有効であった症例が散見される。今回術後1年2ヶ月と比較的早期に発症した2ヶ所の肺転移を切除し長期生存を得ている症例を経験したので報告する。【症例】81歳、男性。高アミラーゼ血症を主訴に近医を受診し精査目的に当院に紹介となった。既往歴に慢性腎不全、糖尿病、高血圧がある。膵頭部癌の診断にて幽門輪温存膵頭十二指腸切除術を施行した。病理はtub2，ly2，v1，ne1，T3N0M0 StageIII R0であった。腎機能障害のため術後補助化学療法は行わなかった。術後1年2ヶ月に右S2、左S6にそれぞれ3mm肺転移が出現した。化学療法は行わずに経過観察としていたところ術後2年のCTではそれぞれ15mm、8mmと増大した。経気管支的肺生検でCK7（+）、CK20（+）、TTF-1（−）であり膵癌肺転移と診断した。術後3年目には30mm、22mmとさらに増大したが、新規病変の出現はなかった。慢性腎不全、狭心症があり手術リスクは高かったが、約2年の経過で新規病変の出現がなかったため肺切除を施行した。肺切除後は血液透析の導入を余儀なくされた。肺切除後も化学療法は行わなかった。肺切除後5年9ヶ月現在、無再発生存中である。【結語】膵癌肺転移の中には多数の転移とならず比較的限局している症例では手術も選択肢の一つと考える。

膵癌，肺転移

36 総胆管結石摘出手術後に留置した内外瘻用カテーテルにより重症急性膵炎を呈した一例

東京都立多摩総合医療センター　消化器内科[1]，同　外科[2]
熊田純子[1]，渡邊彩子[1]，藤原　俊[1]，山田大貴[1]，前田　元[1]，
津川直也[1]，伊東詩織[1]，三浦夏希[1]，下地耕平[1]，谷口未樹[1]，
藤木純子[1]，中園綾乃[1]，井上　大[1]，堀家英之[1]，小倉祐紀[1]，
並木　伸[1]，谷河　篤[2]，林　達也[2]，森田泰弘[2]，高西喜重郎[2]

【症例】77歳　女性【現病歴】腹痛を主訴に当院ERを受診し、総胆管結石性胆管炎で緊急入院となった。内視鏡的に採石を試みたが、結石と胆管壁が強固に癒着しており、採石困難であったため内視鏡的逆行性胆道ドレナージステントを留置し、手術の方針となった。開腹胆嚢摘出術、胆管切開結石摘出術を行い、総胆管にT-tubeを留置した。術後15日目に造影を行った際にT-tubeが抜けかかっており、経皮的に12Fr内外瘻用カテーテルに入れ替えたところ、翌日に腹痛、背部痛が出現した。AMY著明高値であり、腹部CT施行し、重症急性膵炎と診断した。
【経過】膵炎発症の原因は内外瘻用カテーテルの先端が十二指腸内に達しており、乳頭を圧迫した事による膵管内圧の上昇と考え、カテーテルの先端が総胆管内になるように位置を調節した。造影CT grade 2点、予後因子1点（年齢）の重症膵炎と診断した。絶食、大量補液、蛋白分解酵素阻害薬、抗菌薬で治療を開始した。徐々に症状は改善し、発症4日目に経腸栄養を開始、9日目より食事開始となった。その後も腹部症状再発なく、21日目にカテーテルを抜去し、経過良好で退院となった。【考察】総胆管結石摘出術後にT-tubeから内外瘻用カテーテルに入れ替えた後に重症膵炎を呈した一例を経験した。膵炎の原因は、カテーテル径が太く直接膵管を圧排した事や、内外瘻用カテーテル挿入により膵管と胆管の位置関係がかわり、膵液の流出が悪くなった事が考えられる。内外瘻用カテーテル入れ替えによる膵炎の報告例は稀であり、文献的考察をふまえて報告する。

重症急性膵炎，内外瘻用カテーテル

37 膵管不完全癒合による再発性急性膵炎に対し主膵管内へステント留置を行い軽快した1例

JCHO埼玉メディカルセンター　内科[1)]，
さいたま赤十字病院　第一消化器内科[2)]，
埼玉協同病院　消化器内科[3)]
矢崎夏美[1)]，井田陽介[1)]，米野和明[1)]，金子文彦[1)]，大島　忠[2)]，
辻　忠男[3)]，吉田武史[1)]

【症例】38歳男性【既往歴】なし【生活歴】飲酒；週5回×缶ビール2本+焼酎1杯、喫煙；15本/日【現症】身長 171cm、体重 88.3kg、BMI=30.2【現病歴】生来健康であったが、某日カレー摂取後より腹痛、嘔吐を認め当院救急外来受診、急性膵炎と診断され入院となった。禁食、補液、抗生剤および蛋白分解酵素阻害剤を投与し保存的に加療を開始、軽快傾向であったが、第3病日深夜に急激な腹痛を認め急性膵炎の再燃を認めた。原因精査のためMRCP施行したが有意な所見は指摘されず食事指導などで経過観察となった。3ヶ月後に再度腹痛出現、急性膵炎の再発と診断され入院となったが保存的に加療し改善した。その後、脂肪摂取、アルコール摂取は控えていたがさらに1ヶ月後に少量飲酒したところ腹痛出現し急性膵炎再発と診断された。再び保存的に加療を行い症状は改善したが、アルコール、脂肪摂取が原因と考えられるも入院中も再発を認めたため画像を再評価したところ膵管癒合不全の可能性が示唆された。ERPを施行した結果、膵管不完全癒合が疑われた。加療のため他院紹介、同院にて副乳頭からの膵管ステント留置を試みたが副乳頭が小さく困難であったため、主乳頭に対し内視鏡的膵管口切開(EPST)後、頭部主膵管内へステントを留置した。以降症状なく経過している。【考察】特発性再発性急性膵炎のうち20%前後に膵管癒合不全を認めると報告されている。今回、我々は膵管不完全癒合による再発性急性膵炎症例を経験、内視鏡治療を試みたが、副乳頭が小さく経副乳頭治療は困難であったためWirsung管への膵液流出改善とSantorini管及び尾側膵管減圧目的に主乳頭EPST後に主膵管内へステント留置を行い加療した。膵管癒合不全による再発性急性膵炎に対しては通常内視鏡的副乳頭拡張術・切開術およびステント留置が行われるが、膵管不完全癒合の症例においては経主乳頭アプローチも奏功することがある。

膵管癒合不全，EPS

38 円形紙製ケーキトッパーを誤飲し食道深掘れ潰瘍を呈した一例

茅ヶ崎市立病院[1)]，同　消化器内科[2)]
白石七彩[1)]，松浦瑞惠[2)]，高津智弘[2)]，田邉浩紹[2)]，三澤　昇[2)]，
石川裕太郎[2)]，岩瀬麻衣[2)]，内田苗利[2)]，村田依子[2)]，栗山　仁[2)]，
秦　康夫[2)]

【背景】消化管異物は性状によって消化管の閉塞、出血、穿孔や膿瘍形成など重篤な合併症を引き起こす。高齢者の誤飲はPTPや魚骨、義歯などが多い。今回、我々は円形紙製ケーキトッパーを無自覚に誤飲し、胸痛を訴え受診し上部消化管内視鏡検査で食道深掘れ潰瘍を呈した症例を経験したので報告する。【症例】83歳男性、既往歴に高血圧症がある。前日夜にケーキを食べ、翌日の起床後から胸痛を自覚した。胸痛を自覚した翌日に外来を受診した。胸痛を訴えていたため、同日循環器内科も受診している。【経過】受診から5日後に上部消化管内視鏡検査を施行した。上部食道に円形の異物が認められた。異物が食道粘膜に刺さっており、深い潰瘍を呈していた。鉗子により異物を摘出し、摘出後に食道を観察すると深掘れ潰瘍を呈していた。異物摘出後は、本人の自覚症状は改善した。CT検査では縦隔気腫などは認められなかったが、食道粘膜が浮腫状肥厚し、周囲の脂肪織濃度の上昇が見られた。明らかな穿孔は認められなかったが、採血検査で炎症反応軽度上昇と深掘れ潰瘍だったことより入院管理とした。異物摘出3日後にフォロー上部消化管内視鏡検査を施行し、潰瘍が改善傾向であることを確認し、食事開始とした。食事開始後も症状悪化なく、入院10日目で退院となった。【考察】鋭利な異物や細長い異物は、内腔の細い食道で停滞することが多い。しかし今回は円形の紙製ケーキトッパーであったが、食道に停滞し深い潰瘍を呈した。血流障害が起きると、潰瘍から穿孔・縦隔炎・膿瘍形成を発症する危険がある。異物誤飲を患者自身が自覚していると診断は容易だが、誤飲の自覚に乏しい高齢者では、診断は困難となることが多い。本人のみならず周囲も異物誤飲を予防することが大切である。

誤飲，食道潰瘍

39 GIST併存食道表在癌に対してESDによる同時一括切除を施行した1例

群馬大学大学院　病態総合外科学
西川達也，酒井　真，栗山健吾，吉田知典，熊倉裕二，本城裕章，
宗田　真，宮崎達也，桑野博行

【症例】74歳女性、主訴なし。近医で食道に腫瘤性病変を指摘され当科紹介となる。上部消化管内視鏡では、EGJ口側前壁左側に1/3周性のSMTを認め、切歯より32cmからSMT表面まで左壁中心に舌状の0−IIb病変を認めた。0−IIb病変は生検でSCCの診断であった。また食道SMTはEUSで粘膜筋板由来と推定されたが、EUS−FNAでは組織学的診断に至らなかった。CTでは食道局所病変は指摘できず、明らかなリンパ節転移、遠隔転移は認められなかった。FDG−PETでは食道胃接合部にmax SUV 2.6の軽度集積を認めた。またMRIでは食道胃接合部にT1W/T2WIで低信号を呈する約8mmの小結節を認めた。SMTは平滑筋腫を疑ったが、GISTの可能性も否定できず、食道癌、Ae、type 0−IIb、cT1aN0M0、cStage0および食道平滑筋腫疑いの診断で、ESDを施行した。SMTは局注で挙上可能で、0－IIb病変とともに一括切除した。病理診断は食道癌、scc、Ae、pT1a、ly0、v0およびGISTであった。GISTは12×12×7mmで完全切除、c−kit(＋)、CD34(＋)、SMA(−)、s−100が少数の腫瘍細胞に陽性であり、核分裂像は0個/50HPFでFletcher分類では超低リスクに該当した。【まとめ】食道原発GISTは稀であり、粘膜下腫瘍様の形態をとるため、生検診断および悪性度診断にしばしば苦慮する。GIST治療の第一選択は外科的切除とされているが、近年ではESDによる切除症例の報告も散見される。本症例は、治療前に確定診断は得られなかったが、粘膜筋板由来であることから表面の表在癌に対する根治術およびSMTに対する診断的治療も兼ねて内視鏡的に一括切除を施行した。GIST併存食道表在癌に対してESDによる同時一括切除を施行した1例を経験したので文献的考察を加え報告する。

食道GIST，ESD

40 上部消化管内視鏡検査を機に診断された尋常性天疱瘡の1例

日本大学附属板橋病院　消化器・肝臓内科[1)]，
日本大学病院　消化器科[2)]
香川敦宜[1)]，岩本真帆[1)]，入江　彰[1)]，野村舟三[1)]，矢ヶ部響子[1)]，
中本將秀[1)]，葉山　譲[1)]，春田明子[1)]，永井晋太郎[1)]，堀内祐太[1)]，
菊池浩史[1)]，原澤尚登[1)]，中島典子[1)]，後藤田卓志[2)]，森山光彦[1)]

【はじめに】天疱瘡は、皮膚・粘膜に水疱を生じる自己免疫疾患であり、経過中に食道病変が認められる事が報告されてきた。今回我々は、貧血精査目的に施行した上部消化管内視鏡検査中に食道粘膜剥離を生じ、天疱瘡の診断に結びついた、ヘルペス感染合併の尋常性天疱瘡の1例を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。【症例】72歳、女性。高血圧、高脂血症にて当院内分泌内科通院中であった。自覚症状はなく定期的な血液検査でHb11g/dlと軽度の貧血が認められたため、精査目的に内視鏡検査が施行された。挿入後最初の観察時に、中部食道に約5mmの血疱が認められたが、水洗では出血をきたさなかったため、胃十二指腸の観察を続けた。抜去時に再度食道の観察を行うと、ほぼ全食道にわたり上皮が剥離した状態であり、出血が認められた。剥離性食道炎と考え、検査を終了し入院となった。検査後は咽頭違和感などの症状を認めたが、保存的に改善した。血中デスモグレイン（以下Dsg）3抗体 は765 indexと高値を示し、頬粘膜血疱、舌のびらんが認められ同部位の生検組織検査で上皮間裂隙形成、棘融解像、蛍光抗体法で表皮間のIgG沈着が認められたことから尋常性天疱瘡と診断した。1週間後の再検内視鏡では食道粘膜は修復されていたが、生検を行うと周囲上皮の剥離が認められた。病理組織検査では、上皮の剥離の他、核内封入体細胞が認められ、免疫染色でHSV 1・2ともに陽性であり、ヘルペスウィルス感染の合併が示唆された。ステロイド加療等も検討したが、皮膚所見や自覚症状がなく、貧血の進行も認められず、保存的に軽快したため退院となり現在外来で経過観察中である。【考察】尋常性天疱瘡に伴う剥離性食道炎は、皮膚症状をはじめ、何らかの自覚症状を有していることが多いと報告されているが、今回の症例は自覚症状がなく内視鏡検査時の食道所見より診断に至るという非典型的な経過であった。尋常性天疱瘡は日常診療で遭遇しうる疾患であり、今後も症例の蓄積が必要であると考えられた。

尋常性天疱瘡，剥離性食道炎

41 出血性胃十二指腸潰瘍止血困難例から得た教訓 ～露出血管の見逃し・過小評価の罪悪～

東金九十九里地域医療センター　東千葉メディカルセンター　消化器内科[1)]，
同　外科[2)]
亀崎秀宏[1)]，今井雄史[1)]，坂本　大[1)]，大山　広[1)]，青木　優[2)]，
内玲往那[2)]，岡村大樹[2)]，中川宏治[2)]

【目的】当院は、平成26年4月に開院した救急医療、急性期医療に軸足を置いた地域中核病院であり、第三次救急医療機関に指定されている。当院で経験した胃十二指腸潰瘍止血困難例を検討することで、内視鏡レベルの更なる向上を目指す。【方法】平成26年4月から平成28年9月までの2年6カ月の間に、当科で上部消化管内視鏡検査（EGD）は2873件施行している。このうち、治療目的にEGDを施行したのは282件（9. 8%）であった。止血目的の治療は138件で、このうち、胃十二指腸潰瘍止血術78件を対象に、止血困難例を抽出し検討した。【成績】止血困難例は3例（3. 8%）であった。いずれも速やかに緊急手術に移行することで救命を得ている。症例1は43歳男性。吐血にてEGDが施行された。胃角部小弯に潰瘍を指摘され、潰瘍底に露出血管を認めたが、活動性出血は無かった。クリップ法にて露出血管を処理した。Second lookのEGDではクリップは脱落し、露出血管は消失したものと判断したが、後日、吐血、出血性ショックを来した。EGDを再検したところ、露出血管は残存していた。症例2は66歳女性。吐血にてEGDが施行された。胃角部小弯に潰瘍を指摘され、潰瘍底に露出血管を認めたが、活動性出血は無かった。クリップ法にて露出血管を処理した。後日、タール便、出血性ショックを来したため、EGDを再検したところ、潰瘍底の別の部位にも露出血管が確認された。症例3は42歳男性。吐血にてEGDが施行された。体上部小弯後壁寄りに潰瘍を指摘されたが、露出血管は無いものと判断した。後日、吐血、出血性ショックを来したため、EGDを再検したところ、露出血管が確認された。いずれの症例も後方視的に画像を見直すと、出血性ショックを来す以前のEGDにて原因となる露出血管を指摘し得た。【結論】露出血管の見逃し・過小評価の罪悪を痛感した。露出血管の詳細な観察と積極的な治療が治療成績の向上につながると考えられた。画像を供覧する。

出血性胃潰瘍，露出血管

42 腹部超音波検査が診断契機となった急性胃粘膜病変の1例

東海大学東京病院　消化器内科[1)]，
東海大学医学部　消化器内科[2)]
吉原四方[1)]，中村　淳[1)]，仁品玲子[1)]，塩澤宏和[1)]，青木　純[1)]，
鈴木孝良[1)]，峯　徹哉[2)]

【症例】24歳、男性【既往歴】特記すべきことなし【現病歴】201X年4月1日に大量飲酒し、翌日より上腹部異和感出現。翌々日になり悪心・嘔吐および心窩部痛も出現し、徐々に症状が増悪するために4月5日当院初診となる。【経過】採血検査にてWBC10300/ ulと軽度の上昇を認めた。腹部超音波では、胃前庭部に粘膜下層優位の全周性肥厚（ 最大径11mm ）を認め、肥厚部より口側では胃内容物の停滞が描出され、AGML(acute gastric mucosal lesion) が疑われた。患者は、はじめ上部消化管内視鏡検査に消極的であったが、超音波所見を伝えることで内視鏡の必要性を理解し同意した。内視鏡所見は前庭部を中心に黒苔を伴う不整形びらんと浅い潰瘍が多発しておりAGMLと診断しproton pump inhibitor（PPI) にて加療を開始した。【考察】典型的な経過と特徴的な超音波所見よりAGMLを疑うことは可能で、内視鏡検査による確定診断前の絞り込みに腹部超音波検査は極めて有効であると思われた。

AGML，腹部超音波

43 TS−1+CDDP療法によりConversion therapyが可能となった多発肝転移を伴った胃癌の1例

横浜新緑総合病院　消化器センター　消化器内科[1)]，
同　外科[2)]
進藤幸人[1)]，桑本信綱[1)]，福田慎一郎[1)]，片岡涼子[1)]，高石　瞳[2)]，
三浦康誠[2)]，平山亮一[2)]，大塚　亮[2)]，齋藤修治[2)]，藤田力也[1)]

【症例】57歳男性【主訴】心窩部痛【既往歴】心房細動　慢性心不全【現病歴】2015年7月に心窩部痛を訴え近医で受けた上部消化管内視鏡検査で胃癌が指摘され、当院を受診。幽門部から胃角部小弯の2型進行胃癌であり、病理所見はadenocarcinoma (tub2/ por1) であった。造影CTでは小弯及び固有肝動脈近傍にリンパ節腫大、多発肝転移が疑われ、cT4a, N3, M1 HEP cStage IVa と診断された。同月よりTS−1　120mg/ body とCDDP 80mg/ m2（Day8）による、TS−1+CDDP療法（以下SP療法）を1クール35日で治療を開始。1コース目でGrade 3の水様便が生じたため、TS−1内服を14日へ変更。2コース目からTS−1 100mg、CDDP 70mgへ減量し、その後は消化器症状なく経過し、化学療法継続可能であった。CTによる効果判定では原発巣および多発肝転移は縮小傾向を認め、2コース目終了時にPRとなり、SP療法を継続した。内視鏡・病理所見は10コース終了後にS1 stage潰瘍・生検はGroup 1となった。PET−CTは胃・肝およびリンパ節に異常集積を認めなかったが、CEA 28. 5(初診時67. 2) であった。化学療法著効によりR0切除が可能と判断し、2016年7月に幽門側胃切除術+D2郭清+肝部分切除術（S3、S4、S5、S6）+胆嚢摘出術を行った。手術検体の胃・肝およびリンパ節いずれからも腫瘍細胞は検出されず、化学療法効果はGrade 3と判定した。今後は進行胃癌の術後療法に準じてTS−1 80mg単剤1クール42日で開始し、PS考慮しながらCDDP併用予定である。【考察】今回、我々はSP療法によりconversion therapyに至った症例を体験したが、進行胃癌に対するconversion therapyでの手術適応は確立されていない。conversion therapyについて文献的に報告する。

進行胃癌，conversion therapy

44 腸管出血性大腸菌O−157による溶血性尿毒症症候群を合併した1例

東邦大学医療センター大橋病院　消化器内科[1)]，
同　腎臓内科[2)]
堀江義政[1)]，富永健司[1)]，森麻紀子[1)]，吉田有輝[1)]，牧野敏之[1)]，
日原大輔[1)]，前谷　容[1)]，林　俊秀[2)]，松金　愛[2)]

症例22歳、女性。2014年7月20日に牛の生肉を摂取し、7月24日に発熱と下痢、腹痛が出現した。血便も認めたため7月25日に近医を受診し、感染性腸炎の診断で緊急入院した。絶食補液、レボフロキサシン500mg内服で加療された。しかし、7月28日の採血でWBC 22000 / μlと炎症反応上昇、Cre 3. 86 mg/ dlと急性腎障害もあり、精査加療目的に7月29日当院当科へ転院した。前医の便培養で腸管出血性大腸菌O157 H7型が検出され、7月30日にHb 8. 0 g/ dl、Plt 2. 6×10^4 / μl、Cre 5. 48 mg/ dl、血液像で破砕赤血球を認め、溶血性尿毒症症候群と診断した。急性腎障害の増悪により体液管理困難となり、血液透析を開始した。転院後から尿量100ml前後と急性腎障害持続しており、溶血所見の改善も認められないため、8月5日から溶血性尿毒症症候群に対して血漿交換療法（PE）を開始した。8月10日には尿量得られ体液管理がつき、急性腎障害は徐々に改善し8月11日を最後に血液透析から離脱できた。腸炎の経過も良好で腹部症状は消失し、8月22日に退院した。
腸管出血性大腸菌感染による溶血性尿毒症症候群は、有効な治療がなく体液管理など支持療法が中心とされてきた。PEに関する有効性は確立していないが、近年PEが有効であったとする症例報告が増えてきている。今回腸管出血性大腸菌O−157による溶血性尿毒症症候群に対し、PEが有効だった1例を経験したので文献的考察を加えて報告する。

腸管出血性大腸菌，溶血性尿毒症症候群

45 敗血症性ショックからの壊死性虚血性腸炎を救命し得た一例

東邦大学医療センター大森病院　消化器内科
木村隆輔, 馬越智子, 團　宣博, 渕之上和弘, 乾山光子, 山本慶郎, 岡本陽祐, 小野真史, 大塚隆文, 佐藤真司, 五十嵐良典

症例は59歳女性。うつ病にて向精神病薬を内服しており普段から便秘傾向であった。2016年2月下剤を内服した翌日に1～2行の下痢と嘔吐を認めた。その後徐々に全身状態が悪化し、会話も困難となったため当院に救急搬送された。来院時敗血症性ショック、DIC、AKIを呈しており、救命救急管理、人工呼吸器管理のうえ、抗生剤、全身ステロイド投与、CHDFなどを施行した。来院時腹部レントゲンにて拡張した結腸を認め、腹部造影CTでは上行結腸の腸管浮腫と肛門側結腸の拡張、壁の菲薄化を認めた。虚血性腸炎と診断したが、血流は何とか保たれており来院時の全身状態を考慮し手術を行わず経過をみたところ、徐々に全身状態は安定した。炎症の改善後に施行した大腸内視鏡では、全結腸にわたりほぼ全周性の粘膜脱落を認め直腸は一部筋層が露出するほどの深ぼれ潰瘍を認めた。入院1ヵ月後に一般病棟へ転棟したが、粘膜治癒に伴い横行結腸からS状結腸にかけて広範に狭窄を認め食事にて血便と下痢を繰り返し栄養状態の改善をみないため、外科的に人工肛門形成術を施行した。以後血便、下痢は認めず入院より約4ヵ月後に退院した。便秘による直腸潰瘍からbacterial translocationを来たし敗血症性ショックとなり、2次性に重度の虚血性腸炎を起こしたと考えられた。壊死性虚血性腸炎は時に致死的症例であり、今回、保存的に加療し救命し得た1例を経験したので報告する。

壊死性虚血性腸炎，直腸潰瘍

46 急速な血栓形成を認めた原因不明の上腸間膜静脈血栓症の一例

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

【緒言】上腸間膜静脈血栓症(SMV血栓症)は重症化する疾患でありながら急性腹症の原因としては稀であり、症状は非特異的である。加えて、上腸間膜動脈血栓症(SMA血栓症)とは異なり経過が比較的緩徐であることから診断が難しい。今回、初回のCTで認めなかったSMV血栓を2度目のCTで同定でき、急速な血栓形成を認めたSMV血栓症の一例を経験したので文献的考察を加えて報告する。【症例】67歳女性。2016年7月、咽頭痛を主訴に近医を受診し感冒薬を処方された。咽頭痛は改善したものの、近医受診の3日後に発熱出現し当院救急外来を受診された。このときは採血で炎症反応上昇は認めず、全身CTでも特に異常所見を認めなかったため帰宅となっていた。さらにその3日後に腹痛出現したために再度救急外来を受診。採血で炎症反応上昇しており、造影CTでは門脈～SMVにかけて血栓と考えられる透亮像を認め、腸間膜脂肪織濃度の上昇を伴っていた。3日間の短期間で急速に血栓が形成されたことによるSMV血栓症と診断し、緊急入院とした。凝固系採血提出後にヘパリン投与開始したが、入院後本人の腹痛がより強くなり、腹腔鏡の方針となった。明らかな腸管壊死はなく腸管切除は不要であったが、虫垂の軽度腫大を認めたため虫垂切除を行った。その後は抗凝固薬投与継続し、SMV血栓の縮小及び症状の改善を認めたため退院に至った。入院時に提出した凝固系採血項目はいずれも正常であり、特記すべき家族歴もなく凝固系基礎疾患はないと考えられた。【結語】比較的急速に血栓形成されたと考えられるSMV血栓症の一例を経験した。虫垂炎や憩室炎に続発するSMV血栓症の報告は散見されるが、本症例では虫垂は軽度腫大を認めたもののSMV血栓症の原因と断定はできない状況であった。凝固異常などの基礎疾患もなく、原因不明のSMV血栓症と判断している。急性腹症の鑑別において、血栓素因のない患者においてもSMA血栓症のみならずSMV血栓症も念頭に置く必要があると考えられた。

上腸間膜静脈血栓症，原因不明

47 診断が困難であり急変した上腸間膜静脈血栓症の1例

JA とりで総合医療センター
飯塚泰弘, 杉山勇太, 小原　淳, 浅川剛人, 遠藤　南, 橋口真子, 後藤文男, 河村貴弘

【症例】68歳男性。既往歴は慢性胆嚢炎、高尿酸血症、糖尿病、脂質異常症、赤血球増多症(精査加療未施行)。飲酒・喫煙なし。X月初旬より胸焼けがあり市販薬で改善。X月22日より腹痛あり同市販薬を内服も改善せず23日当院受診。診察待機中に4回嘔吐(非血液)、6回水様便あり。採血で炎症反応上昇、腎障害(eGFR40. 3)あり。慢性胆嚢炎の既往あり、腎障害のため単純CTとエコーを施行も、急性胆嚢炎や総胆管結石はなく、小腸の腸間膜脂肪織の軽度濃度上昇あるが特異的な所見なし。症状や検査所見より急性胃腸炎と考えたが頻回嘔吐、経口摂取困難のため入院とした。入院後は頻回嘔吐に伴いコーヒー残渣様吐物ありマロリーワイス症候群・逆流性食道炎と考えPPI点滴投与を開始、水様便に血液が混じ細菌性腸炎も考えられた。嘔吐は制吐剤投与にて消失し、腹痛も改善した。24日未明に唸り声を発した後にCPAとなり、蘇生処置を施行したが蘇生できず永眠された。病理解剖では、門脈から上腸間膜静脈に新鮮血栓による閉塞あり。上腸間膜動脈や他の大動脈系に異常所見なし。空腸・回腸から横行結腸は静脈うっ血が目立ち、粘膜上皮の軽度凝固壊死はあるが壁構造は保たれていた。左右肺動脈内部に新鮮血栓があり両肺下葉で肺梗塞を認めた。血液培養は陰性であった。以上より腹部症状は上腸間膜静脈血栓症、急変・死亡は肺血栓塞栓症によるものと考えられた。【考察】本症例では赤血球増多症が原因である可能性が考えられた。非特異的症状であり、また腎障害で造影CTを撮影できなかったため診断できず、赤血球増多症に加え経口摂取不良・消化管出血による血液凝固亢進状態のため肺血栓塞栓症となり死亡したと考えられた。外来での赤血球増多症の精査加療が必要であったことや、通常の胃腸炎としては嘔吐が頻回であったことや血便を認めたことより腎障害はあったが造影CTを施行すべきであったことなどが反省点として挙げられた。文献的考察を加え報告する。

上腸間膜静脈血栓症，赤血球増多症

48 内視鏡的に整復し得た上行結腸軸捻転症の1例

国立病院機構東京医療センター　消化器科
窪澤陽子，阿部圭一朗，加藤元彦，砂田由紀恵，平井悠一郎，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70歳台女性。房室ブロックに対するペースメーカー留置術後、陳旧性心筋梗塞、大動脈弁狭窄症で循環器科通院中であった。嘔吐を伴う右上腹部痛が突然出現し、間欠的な腹痛が持続したため当科外来を受診した。受診時の現症において腹部は膨満し、腸蠕動音が低下していた。触診上全体に軟らかく、右上腹部に圧痛を認めたが反跳痛は認めなかった。血液検査ではBUN 24. 9 mg/ dl、クレアチニン 0. 75mg/ dlと軽度の脱水を認めたが、炎症反応の上昇は認めなかった。腹部単純レントゲンでは正中から右上腹部に鏡面像を伴う著明に拡張した大腸ガス像を認めた。腹部造影CTでは遠位回腸から上行結腸の拡張および上行結腸のwhirl sign様の渦巻状の回転を伴う口径変化を認めた。以上より上行結腸軸捻転症と診断した。腸管の造影効果は保たれていたことから、心疾患既往も考慮して初期治療として内視鏡的整復を試みた。スコープを上行結腸まで挿入したところ、締めつけ様の狭窄を認めた。更に口側まで挿入すると、開大したバウヒン弁と著明に拡張した終末回腸を認めた。回腸および盲腸の粘膜に血流障害を疑う所見を認めなかった。スコープは閉塞部より口側に挿入できたと判断し、十分に脱気して終了した。内視鏡終了後腹部膨満は消失し、腹部レントゲンでも腸管拡張像は消失していた。その後症状再燃を認めず、第3病日に経口摂取を再開し、第6病日に退院となった。退院30日後まで再発は認めていない。上行結腸軸捻転症は結腸軸捻転症の約6%と稀な疾患である。前処置不良での深部結腸への挿入が困難であること、腸管壊死の合併も多いことなどから初期治療として外科治療を選択されることが多く、医学中央雑誌で我々が検索し得た範囲で内視鏡的整復が成功した上行結腸軸捻転症の症例報告は認めなかった。自験例では理学所見および検査所見より腸管の血流障害はないと考えられたことと、心疾患既往を理由に内視鏡的整復をまずは試みて改善が得られた。今後再発の可能性は残るが、本症例のような手術リスクの高い上行結腸軸捻転症例に対して内視鏡的整復は選択肢の1つになり得ると考えられる。

上行結腸軸捻転症，イレウス

49 大腸内視鏡検査が診断に有用であった放射線性腸炎早期障害の1例

杏林大学医学部　第三内科[1)]，同　病理学教室[2)]，
同　放射線科[3)]
箕輪慎太郎[1)]，齋藤大祐[1)]，岡部直太[2)]，佐藤太龍[1)]，池崎　修[1)]，
三井達也[1)]，三浦みき[1)]，櫻庭彰人[1)]，林田真理[1)]，徳永健吾[1)]，
戸成綾子[3)]，望月　眞[2)]，柴原純二[2)]，森　秀明[1)]，久松理一[1)]

【緒言】放射線性腸炎は骨盤内臓器に対する放射線照射により生じる有害事象であり，病理学的所見と経過により早期障害と晩期障害に分類される．早期障害は通常頻便や下痢のような軽微な便通異常を主体とし，QOLを低下させる症状を来すことは稀である．有症状時の内視鏡所見に関する報告も乏しく，今回われわれは大腸内視鏡検査が診断に有用であった放射線性腸炎早期障害を経験したので文献的考察を加え報告する．【症例】60歳代男性．前立腺癌の診断でホルモン療法を開始されていたが，骨シンチグラフィー検査で骨盤部への転移を認めたため放射線治療を開始した．治療開始4日後から水様下痢を認め日常生活にも支障を来すようになり当科に紹介受診となった．便培養検査からは有意菌は検出されなかった．原因検索目的に施行した大腸内視鏡検査ではS状結腸に限局した炎症を認め，同部位の病理組織学所見では陰窩の萎縮や脱落を認めた．臨床症状，内視鏡所見，病理組織所見より放射線性腸炎早期障害と診断した．放射線照射終了後2週間程度で症状は改善を認めた．【考察】放射線性腸炎早期障害は放射線照射中に発症する腸管上皮細胞に作用する直接作用で，浮腫による局所還流障害を起こす為可逆性変化であるが，内視鏡像に関して典型像は明らかではなく，自験例では臨床経過に加え病理組織検査が診断に有用であった．放射線性腸炎早期障害は一般的に軽微な症状が多いが日常生活に支障をきたす症例もある．診断には大腸内視鏡検査および病理組織検査が有用であり，有症状時は内視鏡検査を施行の上，早期に診断をつける事が重要である．【結語】放射線性腸炎早期障害に対して内視鏡検査および病理組織学的検査が診断に有用であった1例を経験した．

放射線性腸炎，早期障害

50 直腸癌術後の吻合部に嵌頓した糞石を電気水圧衝撃波結石破砕術(EHL)で治療した1例

東京ベイ・浦安市川医療センター
宮崎岳大，本村廉明，木下順二，山田　徹，佐々木昭典，
宮垣亜紀

直腸癌術後の吻合部に嵌頓した糞石を電気水圧衝撃波結石破砕術で治療した1例を経験したので報告する．
症例は84歳，女性．10年以上前に直腸癌に対して低位前方切除術を施行された既往がある．
来院7日前より左下腹部痛を自覚し，当院救急外来を受診した．造影CT検査で，直腸吻合の口側に糞石を認め，便塊が貯留していた．来院後に排便があり，症状が改善し帰宅となった．数日後に，再び左下腹部痛が再燃し症状が改善しないために入院となった．
入院後に再検した造影CT検査では，直腸吻合部に糞石が嵌頓し，大腸閉塞を来していた．経肛門イレウスチューブを挿入し症状が改善した後に，下部消化管内視鏡検査を施行した．直腸吻合部に巨大な糞石を数個認め，処置用スコープ（EG-580RD外径9. 8mm(FUJIFILM社)）で通過困難であり，上部消化管用経鼻内視鏡（EG-580NW外径5. 8mm(FUJIFILM社)）に変更し回盲部まで到達した．S状結腸～下行結腸に閉塞性腸炎の所見を認めた．再び，処置用スコープに変更し糞石に対して，トラペゾイドやリソクラッシュを使用して破砕を試みたが，糞石が硬くデバイスが破壊されたために治療を断念した．
待機的に2回目の治療を行った．処置用スコープで視認下に、EHLオートリス用電極1. 9Fr375cmを用いてEHLを施行したが，糞石の一部のみ破砕されたのみであった．そこで，処置用スコープの脇にネラトンカテーテルを装着した．ネラトンカテーテル中に、EHLオートリス電極9Fr54cmを通して内視鏡画面で視認できるようにした．糞石は破砕され，すべて回収した．その後の経過は良好であり退院となった．
糞石の治療として，鉗子，砕石具，留置スネアなどで破砕が困難な場合は，手術以外に、EHLも治療の選択肢であると考える．その際には内視鏡スコープに工夫が必要となる点を含めて考察する．

糞石，電気水圧衝撃波結石破砕術

51 （演題取り下げ）

52 アミロイドーシスが原因と考えられた腸重積症の一例

青梅市立総合病院
末松聡史，武市瑛子，土屋　淳，田村晧子，柴田　勇，伊藤ゆみ，
濱野耕靖，野口　修

【症例】70歳代男性【主訴】腹痛、血便【既往歴】完全房室ブロック(2012年ペースメーカー留置)、狭心症(2015年経皮的冠動脈形成術)、慢性心不全、胃癌（2002年内視鏡的粘膜切除術)、胆嚢切除術【現病歴】2015年9月16日より少量の粘血便と左側腹部痛が出現し、翌17日に粘血便継続と腹痛増悪あり当科受診となった。【経 過】強い左側腹部圧痛あり、胸腹骨盤造影CTにて下行結腸にtarget sighを認め、腸重積と考えられた。腸重積周囲に明らかな腫瘍性病変を認めなかった。手術適応と考えられたが慢性心不全・呼吸状態不良であり、全身管理・待機手術の方針となり保存的加療とした。第4病日のCTでは腸重積は自然解除されていたが、周囲の上行結腸と横行結腸浮腫は著明であった。第6病日に血圧低下・意識障害出現を認め、同日に死亡確認となり剖検へと至った。剖検の結果にて、胃角部前後壁に露出血管を伴う胃潰瘍と多量の血性内容液が確認され、直接死因と考えられた。また、全身臓器にはアミロイド沈着があり、横行結腸から下行結腸に壊死・高度浮腫を認め、粘膜下層主体に塊状のアミロイド沈着を認めていた。沈着したアミロイドはプレアルブミン陽性で老人性アミロイドーシスと考えられた。【考察】結腸に腫瘍性病変は確認できず、アミロイドーシスによる腸管蠕動不全・腸管拡張をきたし腸重積に至ったと考えられた。腸重積の原因としては、成人の90％以上が器質的異常により発症する。医中誌、PubMedの検索したが結腸でのアミロイドーシスによる腸重積の報告例はない。今回、アミロイドーシスによる腸重積の稀な一例を経験したので報告する。

アミロイドーシス，腸重積

53 腸管糞線虫症にて止血困難となった十二指腸潰瘍の1例

国立国際医療センター　消化器内科[1]，同　膠原病科[2]，
同　総合感染症コース[3]，同　中央検査部臨床検査室[4]
下村　暁[1]，久田裕也[1]，柳澤直宏[1]，飯田龍洋[1]，泉　敦子[1]，
小林桜子[1]，濱田麻梨子[1]，松下裕紀[1]，渡辺一弘[1]，永田尚義[1]，
櫻井俊之[1]，横井千寿[1]，小早川雅男[1]，山下裕之[2]，坪井基行[3]，
猪狩　亨[4]，秋山純一[1]

【症例】78歳男性【主訴】黒色嘔吐【経過】201X年2月頃より筋力低下症状を認め，精査の結果，多発性筋炎の診断となり，同年3月26日より当院で入院加療となった．第7病日よりプレドニゾロン(1mg/kg/day)による治療を開始され，筋炎のコントロールは良好であったため，プレドニゾロンは漸減中であった．第40病日頃より水様便が出現し，改善ないためCTを撮像したところ，肺塞栓症，深部静脈血栓症を認め，第58病日より抗凝固療法開始となった．第61病日，突然の黒色嘔吐と血圧の低下を認めたため，同日上部消化管内視鏡検査(EGD)を施行した．EGDでは十二指腸球部から下行脚にかけて連続性に広範に全周性の潰瘍を認め，接触により容易に潰瘍底からoozingを認めたため，トロンビン散布で処置終了となった．2日後のEGD再検時に採取した生検検体では，粘膜は広範に壊死しており，腺管内腔に小型線虫様の虫体を多数認め，糞線虫感染症に伴う十二指腸潰瘍の診断となった．第70病日よりイベルメクチン内服を開始した．その後顕性出血なく経過していたが，第74病日より再び血性嘔吐を認めたため，同日再度EGDを施行した．依然として十二指腸の広範な潰瘍を認め，易出血性の所見であった．外科的治療や血管内治療なども検討されたが，全身状態が不良であること，原因が糞線虫感染症であることを鑑み，先ずは保存的加療を優先する方針となった．以降持続的な出血が止まらず，連日輸血での対応となったため，第79病日イベルメクチンの増量，第85病日よりアルベンダゾール併用開始とした．第85病日以降は便検体からの糞線虫虫卵は検出されなくなったがその後も出血は止まらず，第90病日より血圧低下を認め，出血性ショックのため第92病日永眠された．病理解剖の結果，十二指腸潰瘍が消化管出血の原因と考えられ，十二指腸粘膜下層から固有筋層かけて糞線虫の虫体を多数認めた．死因は糞線虫感染による潰瘍病変からの出血性ショックによるものと考えられた．【考察】腸管糞線虫により止血困難となった1例を経験したため，若干の文献的考察を加えて報告する．

十二指腸潰瘍，腸管糞線虫症

54 内視鏡による深達度診断に苦慮した胃癌腹膜播種の一例

昭和大学医学部　内科学講座　消化器内科学部門[1]，
同　消化器・一般外科学部門[2]，
昭和大学　臨床病理学診断学講座[3]
中谷真也[1]，柳澤文人[1]，坂木　理[1]，林　栄一[1]，久保田祐太郎[1]，
吉田　仁[1]，五藤　哲[2]，村上雅彦[2]，塩沢英輔[3]，瀧本雅文[3]

【症例】62歳女性。【主訴】腹部膨満感【家族歴】特記事項なし【既往歴】特記事項なし【現病歴】腹部膨満感を主訴に近医受診し腹部骨盤単純CTを施行した。腹水、腹膜播種結節、両側水腎症を認められ癌性腹膜炎を疑われたが明らかな原発巣を認めず、精査加療目的で当院当科紹介となった。【経過】原発巣精査のため上部消化管内視鏡検査を施行したところ体上部大弯に5mm大の褪色調陥凹性病変を認めadenocarcinoma(por, sig)，Group5の診断を得た。血液検査でCEA 35. 8 ng/ml、CA125 395. 7 U/mlと腫瘍マーカーの上昇を認め、腹水からadenocarcinomaが検出され、胃癌の腹膜播種を疑わせた。しかし、内視鏡所見で病変が小さく伸展も良好で、雛壁の肥厚も認めず、胃癌原発と判断するのは困難と考えられた。原発不明癌との鑑別が必要と判断し、PET-CTを施行するも明らかな異常集積を認めなかった。確定診断を得るために腹腔鏡検査を施行した。肉眼的には胃壁の発赤・播種結節の付着を認め、結節の生検結果からもadenocarcinoma(por, sig)であり、胃癌・腹膜播種の診断となった。今回、内視鏡による深達度診断に苦慮した一例を経験したので報告する。

胃癌，腹膜播種

55 過形成ポリープと鑑別に難渋したまれな同時多発胃癌の1例

順天堂大学医学部附属練馬病院　総合外科
北原佳奈, 高橋　敦, 岩永直紀, 山田衣里佳, 秋本瑛吾, 伊藤　譲，
関根悠貴，春山優理恵，河合雅也，宮野省三，小坂泰二郎，
渡野邊郁雄，町田理夫，北畠俊顕，須郷広之，李　慶文，
児島邦明

胃過形成ポリープは胃良性上皮性腫瘍のなかで最も頻度が高く、癌化は非常にまれで2. 1～4. 8％とされている。今回過形成ポリープと鑑別に難渋した特殊な形態を有する同時多発胃癌を認めたため報告する。症例は81歳男性。1年前の健康診断で貧血を指摘され近医を受診。精査目的の上部消化管内視鏡検査で多発するポリープを認めた。生検の結果、group5の診断で当科紹介受診となった。当院で再検された上部消化管内視鏡検査所見では、ECJ直下より胃体下部に粘膜の発赤を伴う隆起性病変の多発、大弯側には乳頭状の過形成ポリープの集簇を認めた。乳頭状隆起より生検を施行、結果はpapillary adenocarcinomaであった。PET－CT所見では、胃体部小彎側の同部位にSUV max 18. 49の高濃度集積を認めたが、その他明らかな集積は認めなかった。以上の所見から特殊な形態を示す胃癌として胃全摘出術を施行した。病理所見では、多発する過形成ポリープを背景とし、胃小彎側に約25mm大を始めとした多発するカリフラワー様の隆起性病変を90mm×80mm の範囲に認めた。また、同部位5か所に多発する早期胃癌(pap＋tub) pT1aN0M0 pStageIA，ly0, v0, n0)を認めた。術後経過問題なく第13病日に退院となった。

過形成ポリープ，早期胃癌

56 食道顆粒細胞腫表層に併存した食道表在癌に対してESDを施行した一例

平塚市民病院　消化器内科[1]，
横浜市立大学附属病院　肝胆膵消化器病学[2]，
大森赤十字病院[3]
友成悠邦[1]，有本　純[2]，川村允力[1]，田村哲哉[1]，後藤駿吾[1]，
谷口礼央[1]，日暮琢磨[2]，千葉秀幸[3]，斯波忠彦[1]，坂口　隆[1]，
厚川和裕[1]，中島　淳[2]

【緒言】食道顆粒細胞腫は比較的稀な疾患であるが、その標準治療は未だ確立されていない。今回、長期間の経過観察中、顆粒細胞腫表層に食道扁平上皮癌を合併した一例を経験し、ESDを施行したので報告する。【症例】78歳男性。20年以上前に前医でSMTを指摘、上部内視鏡フォローされていたが著変なく2004年に終診となった。2015年1月、上腹部痛を主訴に当院紹介受診、上部内視鏡検査を施行した際、切歯列より30-33cmにかけてSMTを認めたが、生検で上皮細胞に異形成は認めず経過観察となった。2016年の内視鏡再検時、SMT頂部の軽度に陥凹した発赤調不整粘膜からの生検で扁平上皮癌が検出された。同部位は食道学会分類のTypeB1血管が主体であった。EUSでは第2層を主座とする10mm大の境界明瞭均一な低エコー腫瘤で明らかな悪性所見を認めなかった。以上の所見より同病変はSMT頂部にIncidentalに発生した表在癌の可能性が高く、筋層への浸潤は認めなかったことより診断的ESD方針とした。病理所見は、上皮病変がSquamous cell carcinoma, pT1a-LPM, ly0, v0, pHM0, pVM0、SMTがPAS、S-100陽性であり顆粒細胞腫の診断であり、術前診断と合致していた。【結語】食道顆粒細胞腫表層に扁平上皮癌を合併した一例を経験した。腫瘍の主座は粘膜下層由来であり、ESDを施行し、偶発症なく一括切除することができた。9ヶ月経過した現時点で再発は認めていない。顆粒細胞腫に対する内視鏡切除の報告は数例散見されるが、顆粒細胞腫と表層食道癌合併例に対してESDを施行した報告はない。今回、術前に内視鏡診断とEUS診断を組み合わせて食道癌と顆粒細胞腫それぞれの深達度診断をもとにESDで両病変治癒切除に成功した世界初の症例を経験したので文献的考察を加えて報告する。

食道顆粒細胞腫，ESD

57 貧血、便潜血陽性を契機に発見された小腸MALTリンパ腫の一例

茅ヶ崎市立病院　消化器内科
高津智弘, 村田依子, 田邉浩紹, 石川裕太郎, 岩瀬麻衣, 三澤　昇, 内田苗利, 松浦瑞惠, 栗山　仁, 秦　康夫

【目的】貧血、便潜血陽性を契機に小腸MALTリンパ腫が発見され、特徴的な内視鏡所見であったため報告する。【症例】86歳女性。2016年6月、当院循環器内科で慢性心不全、心房細動、狭心症（冠動脈ステント留置後）に対しフォロー中の本患者が動悸を主訴に救急搬送された。循環器内科的異常は認められなかったが、便潜血陽性およびHb 7. 6 g/ dLの貧血（半年前はHb 10. 6 g/ dL）を認めたため、消化管出血疑いで当科紹介となった。入院の上精査施行し、CTおよび上部消化管内視鏡検査では、出血を示唆する所見は認められなかったが、下部消化管内視鏡検査では回腸末端から10～15cm口側に発赤を伴う亀甲様平坦隆起性病変を2箇所認め、生検したところMALTリンパ腫であった。また小腸カプセル内視鏡検査では小腸内にびらんを認めたが、明らかな腫瘍や出血は認められなかった。退院後、外来で経過観察を行なっているが、貧血の進行はない。本症例は血清ピロリ菌IgG抗体が陽性であり、ピロリ菌除菌が小腸MALTリンパ腫に有効であったとの報告もあることから、7月にボノプラザン20mg2T2x、アモキシシリン水和物250mg6C2x、クラリスロマイシン200mg2T2xの7日間内服による除菌治療を施行した。除菌8週間後に便中ピロリ菌抗原の陰性化を認めたが、下部消化管内視鏡検査施行したところ、内視鏡的所見上明らかな変化は認められなかった。【考察】小腸MALTリンパ腫は比較的稀な疾患で、治療法はピロリ菌除菌、放射線治療、手術、化学療法などがあるが、確立したものはない。本症例では出血源の可能性も考えられたため、治療を行う方針となった。86歳と高齢であり、慢性心不全などの疾患もあることから、比較的侵襲の少ないピロリ菌除菌を試みたが、病変に著変はなかった。文献によると除菌治療から病変が消失するまでに数か月～数年の期間がかかるとのことで、今後改善が得られる可能性が期待される。

MALTリンパ腫，小腸腫瘍

58 腸管狭窄症状にて発症したsegmental arterial mediolysis(SAM) の1例

自治医科大学附属さいたま医療センター　消化器内科[1)]，
同　病理診断科・病理部[2)]，同　一般・消化器外科[3)]
高橋裕子[1)]，上原健志[1)]，山田茂樹[2)]，野首光弘[2)]，石岡大輔[3)]，力山敏樹[3)]，森野美奈[1)]，松本圭太[1)]，賀嶋ひとみ[1)]，小糸雄大[1)]，石井剛弘[1)]，関根匡成[1)]，川村晴水[1)]，西川剛史[1)]，浦吉俊輔[1)]，山中健一[1)]，浅野岳晴[1)]，鷺原規喜[1)]，松本吏弘[1)]，宮谷博幸[1)]，眞嶋浩聡[1)]

SAMとは非炎症性・非動脈硬化性の動脈変性疾患で、腹部内臓動脈の中膜溶解により動脈瘤を形成し、その多くが腹腔内出血にて発症するとされている。今回、腸間狭窄症状にて発症した若年女性のSAMの1例を経験したので報告する。症例は32歳女性、2013年頃からしばしば腹痛発作があった。過敏性腸症候群との診断で他院通院中であったが、腹痛の頻度は徐々に増加し、2016年4月に強い腹痛・嘔吐にて前医受診した。小腸イレウスとの診断で、精査加療目的に当院転院となった。CTでは骨盤腔内回腸に限局した壁肥厚と、口側腸管拡張を認めた。小腸内視鏡では、回腸に約3cm長の強い狭窄を認めるものの、同部位以外には異常所見なく、狭窄部の生検でも有意な所見は得られなかった。各種検査からは炎症性腸疾患や膠原病、他臓器疾患など、原因疾患の特定に足る所見は得られなかったが、狭窄症状を繰り返していた事から同年5月に小腸部分切除を施行した。病理所見より病変部腸管膜動脈の構造異常を認め、SAMと診断した。腸管狭窄症状にて発症するSAMは稀であり、若干の文献的考察を加えて報告する。

SAM，腸管狭窄

59 消化管出血を契機に診断された腸重積を伴う小腸脂肪腫の1例

国立病院機構千葉医療センター　消化器内科[1)]，同　内科[2)]，
同　外科[3)]，同　臨床検査科[4)]
興梠慧輔[1)]，金子達哉[1)]，西村光司[1)]，田村　玲[1)]，伊藤健治[1)]，阿部朝美[1)]，金田　暁[1)]，斉藤正明[2)]，杉浦信之[2)]，榊原　舞[3)]，永井雄一郎[4)]

【はじめに】成人の腸重積は比較的稀な疾患であり、そのほとんどは腫瘍が原因である。今回、消化管出血を契機に診断された腸重積を呈した小腸脂肪腫を経験したので報告する。【症例】70代女性。胆嚢ポリープと胆嚢結石で経過観察中、胆管炎のエピソードや腹痛を訴えることが多く、平成X年に腹腔鏡にて胆嚢摘出を施行した。その後、腹痛の症状は完全には軽快しなかった。手術後5ヶ月後に黒色便がみられ、息切れを主訴として来院、Hb5. 5と著明な貧血がみられ入院となった。上部、下部消化管内視鏡検査では著変なく、貧血改善後、小腸精査を外来で施行予定とし退院となった。翌月の造影CTで小腸に腸重積の所見と先進部と思われるところに脂肪濃度様の腫瘤が観察された。イレウスの所見はなく、絶食とし治療後、外科にて腹腔鏡補助下小腸部分切除術を施行した。術中所見では回腸末端から80cm口側に先進部が存在する腸重積があり、重積距離は20cmであった。病理所見では7x1. 5cm大の有茎性病変を認め、その内部に2x1. 5cm大の黄色腫瘤を認め、黄色腫瘤は漿膜領域の脂肪腫であった。平成X年の発症1年前の単純CTを再見したが、腸重積の存在なしでは診断は困難であった。【考案と結語】腸重積症の成人例の占める割合は5－6％とされ比較的少なく、そのほとんどが器質的疾患を伴っている。脂肪腫は比較的稀であり、小腸では回腸末端から60cmぐらいの口側に多く、腫瘍径が2cmを超えると症状が出現し、高頻度に腸重積を合併する。本例もこれまでの報告と同様の性状であり、軽度の腹痛を繰り返していたが、消化管出血をきたしてはじめて診断に至った。腸重積を合併した場合はCTでの診断は容易となるが、腹痛の鑑別には念頭に置くべき疾患と考えられた。

小腸脂肪腫，腸重積

60 腸閉塞を呈した小腸アミロイドーシスの一例

千葉大学医学部附属病院　消化器内科[1)]，同　血液内科[2)]，
同　病理診断科[3)]
石川賢太郎[1)]，濱中紳策[1)]，太田佑樹[1)]，對田　尚[1)]，中川倫夫[1)]，勝野達郎[1)]，武内正博[2)]，中世古知昭[2)]，太田　聡[3)]

【症例】56歳、男性。【主訴】下痢、食思不振。【現病歴】X年12月より1日に4–5回の下痢と体重減少を認めた。翌年近医で上部・下部消化管内視鏡検査が施行されるも明らかな異常所見は認められなかったが、造影CTでは小腸壁の肥厚が認められた。バルーン小腸内視鏡検査では回腸に小潰瘍が散見されたが、同部からの生検では明確な診断には至らなかった。同年7月に当科を受診、悪心・嘔吐などは認めなかったが腹部単純撮影にて鏡面像を伴う著明な腸管ガスを認め、腸閉塞の診断で入院となった。【経過】入院後の造影CTでは明らかなcaliber changeや消化管の造影不良域は認めなかった。経鼻イレウス管を留置するも自覚症状や腸管ガスの貯留は著変なかったため後に抜去、経腸栄養を開始した。バルーン小腸内視鏡検査を施行し、得られた小腸検体にDFS染色を行った結果、アミロイドーシスと診断された。当院血液内科にコンサルトの上、血清・尿中免疫固定法を施行し血清M蛋白(＋)、尿中Bence Jones蛋白(＋) を認め、ALアミロイドーシスと診断した。骨髄生検では形質細胞性腫瘍を認め多発性骨髄腫合併全身性ALアミロイドーシスと診断、血液内科転科の上で化学療法導入の方針となった。【考察】腸閉塞を合併したALアミロイドーシスは過去に複数の報告例があるがいずれも予後は不良であり、1年以上の生存例は小腸切除を施行した症例のみであった。本症例において外科的治療は施行されておらず、現在はデキサメタゾン大量投与にて経過観察されているが腹部症状の改善と増悪を繰り返しており病態のコントロールは不良である。【結語】多発性骨髄腫の病態は様々な臨床症状の表現型が存在するが、小腸粘膜に広範囲にALアミロイドが沈着したことで消化器症状が先行した本症例は下痢、食思不振といった臨床症状の鑑別疾患として考察すべき、示唆に富む疾患であった。

アミロイドーシス，腸閉塞

61 中毒性巨大結腸症を合併した劇症型潰瘍性大腸炎に対してタクロリムス持続点滴静注療法が著効した1例

国家公務員共済組合連合会　虎の門病院　消化器内科
緒方文大, 松井　啓, 和田有美子, 田中匡実, 野村浩介, 栗林泰隆, 古畑　司, 山下　聡, 菊池大輔, 小川　修, 三谷年史, 飯塚敏郎, 布袋屋修, 貝瀬　満

【はじめに】潰瘍性大腸炎に中毒性巨大結腸症を合併した場合は、外科手術が第1選択である。今回我々は、タクロリムスの持続点滴静注を行い、早急に有効トラフ濃度を得る事で寛解導入が得られた症例を経験したため報告する。【症例】41歳男性。20行/日の水様性下痢と顕血便を主訴に前医受診され、中等症潰瘍性大腸炎の診断にてペンタサ1500mg/日にて加療開始されたが、軽快せず症状悪化したため重症潰瘍性大腸炎の診断にてペンタサ4000mg/日に増量、プレドニゾロン60mgdiv開始されたが寛解導入出来ず当科転院となった。転院時 体温39.1℃ 脈拍数125回/分 排便回数20行/日 水様性顕血便 赤血球沈降速度64mm/h WBC22500/μl Hb8.8g/dl 強い腹痛 内視鏡にてmayo内視鏡subscore3の粘膜障害を認め劇症型潰瘍性大腸炎と診断された。またCTで上行結腸径7cmと拡張しており、Na129mmol/l K5.3mmol/l電解質異常を認め中毒性巨大結腸症と診断された。手術適応と考えられましたが、御本人・御家族への十分な説明と同意、及び消化器外科併診のもと、目標トラフ値15μg/lに設定しタクロリムス持続点滴静注療法を開始。速やかに症状改善しだが、カテーテル感染があり開始8日目で経口投与に変更した。内視鏡にて改善を認めたため開始12日目より食事開始、開始14日目より目標トラフ値5-10μg/lに下げアザチオプリン25mg ペンタサ4000mg併用とした。その後再度発熱 消化器症状再燃を認めたため、絶食としてタクロリムス点滴に変更、高トラフ値でコントロールした。症状改善し、また腎機能障害も認めたためトラフ値を下げたが再燃を認めなかった。開始40日目内視鏡検査でmayo内視鏡subscore1の粘膜治癒を確認したため、経口投与に戻し食事再開、開始68日目に退院となった。その後もタクロリムス継続投与としているが、1年6カ月経った現在まで寛解維持している。【結論】トラフ値を速やかに治療域まで上げる事が出来るため、特に劇症潰瘍性大腸炎にはタクロリムス持続点滴静注療法は有効であると考える。

中毒性巨大結腸症，タクロリムス持続点滴静注

62 *Clostridium difficile*(CD)腸炎との鑑別を要した腸結核の一例

東芝病院　内科
花岡友梨, 中山千恵美, 松本誉史, 山崎允宏, 福本　剛, 石井鈴人, 新野　徹, 田代　淳, 山本夏代, 手島一陽, 三輪　純, 新井雅裕

【症例】62歳女性。2015年8月中旬、尿管結石・尿路感染症にて抗生剤投与を受けた。2週間後に頻回の下痢に伴う脱水のため再入院となった。CD抗原陽性、CD toxin陰性、大腸内視鏡検査(TCS)にて全大腸に斑状発赤、終末回腸に小びらんをみとめた。びらん部の病理組織は非特異的腸炎であり、バンコマイシン投与にて症状軽快したため*Clostridium difficile*(CD)腸炎と考えた。2016年5月発熱、右胸水のため入院。胸水中リンパ球上昇、胸水中ADA高値、インターフェロンγ遊離試験陽性より結核性胸膜炎と診断された。CTにて回結腸リンパ節腫大の新出も認めたため、TCS再検し、全大腸の発赤は消失も終末回腸のびらんはやや増大傾向であった。びらん部の病理組織結果はgranulomatosisであり、後日同粘膜培養より結核が同定された。抗結核薬4剤併用療法にて軽快退院し、現在外来通院中である。【考察】CD腸炎を契機に初期の腸結核像を捉えることができた一例である。内視鏡所見として典型的な輪状潰瘍や狭窄所見を伴わなくても、終末回腸のびらんを認める症例は、腸結核も疑い病理組織検査のみならず粘膜抗酸菌培養を含めた結核検査を積極的に考慮すべきと考えた。

腸結核，CD腸炎

63 敗血症を合併した*Campylobacter jejuni*腸炎の1例

平塚共済病院　消化器科
石橋　侑, 西山　竜, 北川博之, 河西顕太郎, 菊地秀彦, 里道哲彦, 山崎好喜, 野登　誠

*Campylobacter*腸炎は腸管感染症の中でも頻度の多い腸炎であるが、血液培養から*Campylobacter jejuni*が分離された報告は少ない。今回我々は敗血症を合併した*Campylobacter jejuni*腸炎の1例を経験したので報告する。【症例】73歳、女性。既往歴:肺塞栓症、肺高血圧症、胃潰瘍、虫垂炎術後。水溶性下痢(15行/日)、間欠的右下腹部痛、発熱を主訴に救急受診され、急性腸炎の診断で補液、整腸剤、解熱剤の処方を行い、翌日消化器科外来受診を指示し、いったん帰宅となった。救急外来受診時39.0℃の発熱を認めたため血液培養をおこなった。翌々日も再び39℃の発熱、腹痛の持続を認め、症状が改善しないため外来再診し同日入院となった。入院時の腹部CT検査では回盲部から回腸に腸管の浮腫、腸液貯留を認めた。この時点で血液培養から*Campylobacter*が検出されたと報告があり、敗血症を合併した*Campylobacter*腸炎と診断した。入院後は絶食、補液、抗生剤(ホスホマイシンの点滴、レボフロキサシンの経口)投与を行った。発熱、下痢回数減少したため第7病日より食事再開、血液検査では炎症反応の改善を認めた。第8病日大腸内視鏡検査を施行し、盲腸、上行、下行から直腸にかけて広範囲に散在性の発赤所見を認めた。第11病日軽快退院となった。入院前に外来で行った血液培養、入院時に行った便培養から*Campylobacter jejuni*が分離された。今回血液培養を早期の段階で行い、迅速な結果が得られたことにより、感受性のある抗菌剤を選択し適切な治療が行われ、病態の重症化を招かず治癒に至ったと考えられた。初療における培養検査の重要性を再認識させられた症例であった。

Campylobacter jejuni，敗血症

64 ALTA療法後に生じた難治性出血性直腸潰瘍に対して内視鏡的にPGAシートを貼付し改善を認めた一例

新東京病院　消化器内科
中原良太郎, 原田英明, 早坂健司, 勝山泰志, 末廣聡士, 清水貴徳, 村上大輔

【症例】26歳, 男性. 【主訴】肛門部痛, 発熱, 下痢【現病歴】受診1週間前に他院で内痔核に対して硫酸アルミニウム・タンニン酸注射液（ALTA療法）を施行された。某日、39度の発熱と下痢、肛門痛を主訴に当院を受診した。来院時に腹部CT検査で直腸の浮腫を認めたため直腸炎と診断し、絶食補液、抗生剤で入院加療を開始した。経過良好であったが第8病日に38度台の発熱および骨盤部CTで直腸膿瘍を認めたため、用手的排膿を施行した。第14病日に血便、およびHb 6.6 g/dlと高度な貧血を認めたため、輸血および下部消化管内視鏡検査を施行した。下部消化管内視鏡検査では直腸内に多量のCoagulaおよび血液貯留を認めた。Coagulaを除去したところ深掘の膿瘍腔およびその潰瘍底に露出血管を認めたため､内視鏡的止血術を施行した。第16, 17, 18病日にも血便を認め、連日輸血および内視鏡的止血術を施行した。第19病日、出血のコントロールが困難であったため、クリッピングでの止血後に内視鏡的にポリグリコール酸（PGA）シートを貼付しフィブリン糊を被覆した。その後出血を認めず、第22病日に下部消化管内視鏡を施行したところ、PGAシートの生着は良好であり、潰瘍底はH1に改善を認めた。その後出血は認めず第31病日に退院となった。【考察】ALTA使用後の直腸潰瘍に関する報告はあるが、難治例が多く人工肛門造設となった報告もある。今回我々は難治性の出血性直腸潰瘍に対して内視鏡的にPGAシートを貼付し軽快を認めた一例を経験した。従来、外科領域で使用されてきたPGAシートを内視鏡的に直腸潰瘍に用いた文献的報告は希少であり若干の文献的考察を加えて報告する。

ポリグリコール酸，出血性消化管潰瘍

65 食道癌術後の外傷性横隔膜ヘルニアの1例

横浜市立大学附属市民総合医療センター　消化器病センター
平井公也，諏訪宏和，井口健太，中川和也，菅野伸洋，虫明寛行，湯川寛夫，大田貢由，國崎主税

食道癌術後に外傷性横隔膜ヘルニア嵌頓をきたした1例を経験したので報告する。症例は62歳、男性。5ヶ月前に胸部下部食道癌(Lt. circ. 48mm. type3. T3N2M0 StageIII) に対して腹腔鏡補助下胸部食道切除 2領域(D2) 郭清、亜全胃管再建(後縦隔経路) を施行した。15時頃から突如下腹部痛が出現し、経過を見ていたが症状改善しないため救急外来を受診。受診時、側臥位にて苦悶様の表情であった。発熱はなくvital signも安定していたが、腹部は板状硬で臍部周囲を中心に強い自発痛があり、腹膜刺激症状を認めた。血液検査ではWBC8020、CRP0. 059と炎症所見の上昇は認めなかったが、CT検査で胸腔内に横行結腸の嵌入、左胸水貯留を認めた。外傷性横隔膜ヘルニア嵌頓と診断し緊急手術を施行した。上中腹部正中切開で開腹し腹腔内を観察すると、横行結腸が食道裂孔から胸腔側に脱出し、口側腸管の拡張を認めた。腸管を用手的に牽引し嵌頓を解除。ヘルニア門は2. 5横指であった。嵌頓腸管の色調異常は認めず、腸管は非切除とした。横隔膜と挙上胃管を2−0proline3針で結紮縫合し、ヘルニア門を閉鎖した。閉創後、左胸腔ドレーンを留置し終了とした。術後15日目に左下葉の気胸に対し胸腔鏡下左肺下葉部分切除術施行。術後経過良好でありイレウス解除術後20日で退院となった。結語食道癌術後の外傷性横隔膜ヘルニア嵌頓は比較的稀な疾患であり、横隔膜ヘルニア嵌頓は診断が遅れ重症化する例も少なくないため、迅速な診断による早期治療が重要である。

外傷性横隔膜ヘルニア，嵌頓

66 直腸診が診断に有用であった坐骨ヘルニアの1例

日本医科大学　消化器外科
大野　崇，菅野仁士，古木裕康，松谷　毅，萩原信敏，野村　務，藤田逸郎，金沢義一，柿沼大輔，松野邦彦，新井洋紀，下田朋宏，太田惠一朗，内田英二

【症例】49歳、女性。【主訴】下腹部痛、右下肢痛。【既往歴】10年前に坐骨神経痛と診断された以外特記事項なし。【現病歴】10年前より自然軽快する右下肢痛を伴う下腹部痛を年に1、2回程度認めていたが、半日程度で症状は自然に消失しており、坐骨神経痛と診断されていた。今回も同様の症状が出現し、改善しないため当科受診となった。【入院時現症】身長163cm、体重52kg、体温37. 1度、血圧152/ 93mmHg、脈拍64回/ 分。腹部は平坦・軟で、右下腹部に圧痛を認めた。歩行は可能であるが、坐骨神経領域に一致した右下肢外側にしびれるような痛みを認めた。直腸診では肛門縁より40mm口側の直腸右側壁に20mm大の壁外性腫瘤を触知し、圧迫にて同部位の疼痛と右下肢のしびれの増強を認めた。【血液検査】特記すべき異常所見を認めなかった。【画像検査】腹部造影CT検査で右坐骨孔より脱出した小腸を認め、口側の腸管は拡張していた。腸管壁の造影効果は良好で、腹水は認めなかった。【入院後経過】直腸診で圧迫によって右坐骨神経痛を生じる壁外性腫瘤を触知し、CTで右骨盤底より脱出した小腸を認めたことより、右坐骨ヘルニア嵌頓による腸閉塞と診断し、緊急手術を施行した。開腹すると右坐骨孔にRichter型に嵌頓した回腸を認め、用手的に嵌頓を解除した。嵌頓した回腸は壊死所見なく、腸管切除は不要であった。ヘルニア門は径15mm程度と小さかったため、右卵巣で被覆して手術を終了した。術後3日目に経口摂取を開始し、6日目に退院となった。術後1年7ヵ月が経過し、再発を認めていない。
【結語】今回われわれは、直腸診が診断に有用であった坐骨ヘルニアの1例を経験した。坐骨神経痛を伴う原因不明の慢性下腹部痛は、坐骨ヘルニアを鑑別診断として挙げ現病歴・既往歴の十分な聴取をした上での、直腸診が有用であると考えられた。

坐骨ヘルニア，直腸診

67 mFOLFOX6が著効したPaget病変を伴う肛門管原発MANECの一例

筑波大学附属病院　消化器内科
山浦正道，山田武史，廣瀬　優，菅沼大輔，田島大樹，佐藤雅志，内田優一，江南ちあき，山本祥之，森脇俊和，兵頭一之介

【はじめに】肛門管癌は続発性乳房外Paget病を生じることが知られている。原発性乳房外Paget病との鑑別には、免疫組織学的検索と隣接臓器癌の精査が推奨されている。我々は稀な組織型を呈した続発性乳房外Paget病に対して、適切な治療選択に結びつけることができた一例を経験したので報告する。【症例】76歳、男性。12ヶ月前に肛門周囲にかゆみを自覚し、前医を受診。ステロイド外用薬を処方されたが改善せず、2ヶ月前に再度同院を受診し下部消化管内視鏡検査を施行されたが明らかな腫瘍性病変は指摘されず経過観察となった。1ヶ月前に前立腺肥大の経過観察目的の腹部超音波検査で偶然多発肝腫瘍を指摘された。PET−CTで肝臓と右鼠径リンパ節にFDG集積を認め、右鼠径リンパ節および肛門周囲皮膚より生検が施行された。結果、神経内分泌分化を示す低分化腺癌および乳房外Paget病と診断され、精査加療目的に当院紹介となった。内視鏡検査で肛門管を詳細に観察したところ、肛門管に粘膜下腫瘍様の隆起を認め、一部腫瘍が露出していた。同部位の生検組織はリンパ節とPaget病変と酷似していた。最終的に肛門管原発MANECに伴う続発性乳房外Paget病、多発肝転移・リンパ節転移の診断に至り、mFOLFOX6を導入した。計4コース施行後、原発巣とリンパ節巣は縮小が得られ、肝転移はいずれも嚢胞化し、Paget病変は消失した。【考察】肛門管癌に伴う続発性乳房外Paget病の過去の報告は腺癌が多く、その他粘液癌やNEC、印鑑細胞癌の報告がある。一方、検索し得た範囲では肛門管原発MANECは自験例のみであった。大腸NECに対しては小細胞肺癌や大腸癌に準じた化学療法が行われているが、肛門管MANECに確立したものは存在しない。本症はKRAS変異例であったが、これまでに様々な遺伝子変異が乳房外Paget病で同定されている。稀な組織型と特異な進展を来した転移性肛門管癌に対し高い治療効果が得られた貴重な一例と考え、文献的考察を加え報告する。

MANEC，続発性乳房外Paget病

68 妊娠を契機に発症した成人Bochdalek孔ヘルニアの1例

獨協医科大学　第一外科
松寺翔太郎，中島政信，室井大人，菊池真維子，高橋雅一，渡邊　峻，伊藤　淳，山口　悟，佐々木欣郎，加藤広行

【症例】26歳女性。【主訴】腹痛、呼吸困難感。【現病歴】妊娠8ヶ月頃より左側腹部痛が出現したが、増悪傾向を認めないため医療機関を受診しなかった。出産後も左側腹部痛は改善せず、次第に食欲減退も認められるようになった。出産から約2ヶ月後、運動会で走った際に腹痛の増悪を自覚したが自然に軽快した。その1週間後に再度腹痛が増悪し、呼吸困難感も伴うため当科を受診した。胸部レントゲンで左胸腔内に胃泡を認め、CTで左胸腔内への胃、脾臓、結腸の脱出を認めたため、横隔膜ヘルニアの診断で手術の方針となった。手術所見では左横隔膜部に向かって消化管全体が偏位し、左横隔膜のやや背側にヘルニア門を認め、胸腔に向かって腹部臓器が嵌入していた。逆Trendelenburg体位で胃・結腸・小腸・脾臓を腹腔内に引き戻すと、ヘルニア嚢を欠く直径約7cmの孔が確認され、Bochdalek孔ヘルニアと診断した。Bochdalek孔を縫縮し、メッシュで縫縮部を被覆し、エンドユニバーサルで横隔膜に縫着した。術後1日目に経口摂取を開始し、経過良好で術後4日目には退院となった。現在術後11か月目で、再発を認めていない。【考察】Bockdalek孔ヘルニアは胸腔膜と横中隔が癒合する際に、左右の胸腹膜孔の閉鎖不全によって発生する横隔膜ヘルニアである。成人型Bochdalek孔ヘルニアの発生は、主に腹腔内圧の急激な上昇が原因であると報告されている。自験例では妊娠後期に左側腹部痛を自覚していたことから、その時点で横隔膜ヘルニアが存在し、運動時に腹腔内圧の急激な上昇が生じ症状が増悪したと推測される。手術方法に関しては経胸的、経腹的、経胸腹的なアプローチがある。近年は内視鏡下手術が報告されているが、自験例では完全腹腔鏡下で低侵襲かつ安全に手術を遂行でき、良好な術後経過を辿ることが出来た。【結語】比較的稀な成人Bochdalek孔ヘルニアの一例を経験した。若干の文献的考察を交えて報告する。

成人Bochdalek孔ヘルニア，腹腔鏡下手術

69 不顕性の自己免疫性肝炎に合併した急性E型肝炎の一例

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

【症例】76歳、女性。201○年9月に倦怠感を主訴に当院を受診した。血液検査でAST 1254 U/ L、ALT 1075 U/ L、LDH 1349 U/ Lの肝障害を認めたため、当科へ紹介となり入院した。飲酒歴や海外渡航歴、摂食歴に特記すべき事項は認めなかった。腹部造影CTでは、びまん性の肝実質濃度の低下と軽度の脾腫を認め、腹部超音波検査でも同様の所見を得た。炎症所見や腹部所見は乏しく、原因不明の急性肝障害として、安静・補液を開始した。AST・ALTは入院4日目をピークに漸減し自然軽快した。抗核抗体 1280倍と高値を認め、A・B・C型肝炎ウィルスが陰性であり、自己免疫性肝炎（AIH）スコアリングシステムで、肝生検を除き13点と高値であったため、AIHが最も疑われた。しかし、その後IgA−HEV抗体陽性が判明し、急性E型肝炎の診断に至った。画像所見からは慢性肝障害も疑われたため、肝生検を施行した。肝生検ではAIHの国際診断基準のInterface hepatitis：＋3、形質細胞浸潤：＋1、ロゼット形成：＋1を満たし、AIHスコアリングシステムは18点に至り確定診断を得た。病理組織上は肝炎の活動性はA3、線維化はF3相当であった。慢性的な炎症がうかがえたが、血液検査所見上は、トランスアミナーゼやアルカリフォスファターゼの上昇を認めることなく、肝炎は小康状態となったため、ステロイドの導入は行わず、UDCA 600mg/ day内服で経過観察中である。【考察】急性肝障害の原因は多岐にわたる。本症例ではAIHを第一に疑っていたが、検査の結果からは急性E型肝炎も診断の一つとなり、臨床像から今回の肝障害の原因はHEVが最も考えられた。今回われわれは自己免疫性肝炎に合併した急性E型肝炎の一例を経験したので報告する。

急性E型肝炎，自己免疫性肝炎

70 B型急性肝炎に対して、エンテカビルを投与し早期改善に至った一例

土浦協同病院　消化器内科
磯崎　岳, 市田　崇, 佐野慎哉, 米本勇輝, 木下隼人, 栗原正道, 吉行綾子, 渡邉剛志, 上山俊介, 江頭徹哉, 草野史彦, 酒井義法

【症例】19歳 女性 【主訴】悪心、嘔吐 【現病歴】X年3月下旬から悪心、嘔吐を認め近医を受診した。肝酵素の上昇と黄疸、HBs抗原陽性を指摘されB型急性肝炎の診断で当院当科紹介となった。【既往歴】なし【生活歴】不特定多数の性交歴あり、舌・前胸部に16Gピアス 【家族歴】なし 【臨床経過】当院紹介時、AST:1678IU/ L、ALT:2942IU/ L、T−Bil:5. 1mg/ d lと肝機能障害を認めた。PT活性95%と保たれていたが、前医受診時より増悪を認めたこと、genotype Aによる慢性化の可能性を考慮し、エンテカビル0. 5mg/ day投与開始とした。第2病日から肝機能改善傾向を示し、第7病日 にはHBe抗原陰性、HBe抗体陽性が確認されたため外来で経過観察する方針となった。【考察】急性B型肝炎は自然治癒傾向が強く、無治療のままでも肝不全や慢性肝炎に移行することなく軽快することが多い。ただし、急性肝不全あるいは急性肝不全に陥る可能性が高い症例では、積極的に核酸アナログ製剤を投与することが推奨されている。一方で、早期に導入することによって抗体産生を遅延させる可能性が指摘されている。本邦ではエンテカビルを急性B型肝炎に投与した症例は報告が少ない。今回、genotype Aによる感染が考慮され、黄疸を伴う肝機能障害を認めた症例に対し、エンテカビルを投与し早期にウイルス量減少と抗体産生に至った一例を報告するとともに、若干の文献的考察を行う。

B型肝炎，エンテカビル

71 好酸球性胃腸症および好酸球性胆管炎を呈した1例

埼玉医科大学　消化器内科・肝臓内科[1)]，同　血液内科[2)]，同　病理学・中央病理診断科[3)]
濱田大祐[1)]，中山伸朗[1)]，印藤佳織[1)]，塩川慶典[1)]，内田義人[1)]，藤井庸平[1)]，打矢　紘[1)]，中澤　学[1)]，安藤さつき[1)]，中尾将光[1)]，本谷大介[1)]，稲生実枝[1)]，今井幸紀[1)]，岡　政志[1)]，富谷智明[1)]，中村裕一[2)]，本間　琢[3)]，市村隆也[3)]，茅野秀一[3)]，持田　智[1)]

22歳，男性。7か月前に1日数行の水様性下痢が出現し，1週間持続するため，前医を受診した。白血球数25, 080，好酸球58. 7%，AST 87 U/ L，ALT 162 U/ L，γGTP 517 U/ L，ALP　1, 716 U/ L。上部消化管内視鏡の観察では，胃前庭部から幽門輪にかけてびらん性の発赤腫脹が散在していた。下部消化管内視鏡検査では，盲腸からS状結腸まで粘膜に中等度の浮腫性変化と軽度の発赤を認めた。上下部内視鏡時の生検検体の間質には，リンパ球や形質細胞浸潤とともに好酸球の浸潤が観察された。精査のため，当院に紹介された。骨髄生検では有核細胞の約40%を好酸球系細胞が占めていたが，成熟傾向は保たれており，好酸球性白血病やリンパ増殖性疾患は否定された。腹部超音波およびCTでは肝左葉外側区優位に肝両葉で肝内胆管の拡張の所見であった。MRCPでは，肝内胆管の拡張および左右の肝管，総胆管の上下2か所に狭窄を認め，PSCに類似した胆管像であった。6ヶ月前にPSL 30 mg/ 日で副腎皮質ステロイドの経口投与を開始したところ，2週間で下痢症状は消失し，白血球数35, 280，好酸球67. 8%が，4週で白血球数9, 690，好酸球14. 3%まで低下した。5ヶ月前にPSL 10 mg/ 日まで減量したが，患者が自己判断で服薬を中止したところ，下痢症状が再燃し，白血球数29, 070，好酸球63. 6%まで再上昇した。PSL 30 mg/ 日に戻して，再び2週間で消化器症状は落ち着いた。2ヶ月前の内視鏡検査で，胃のびらん性病変も消失していた。1ヶ月前の腹部CTでは，肝内胆管の拡張に改善を認めた。IgG4 16. 8 mg/ dLと正常ながら，AST 100 U/ L，ALT 229 U/ L，γGTP 599 U/ L，ALP 1, 149 U/ Lと肝胆道系酵素異常の遷延を認め，肝生検を実施した。門脈域にリンパ球を主体とした炎症細胞浸潤がみられたが，線維化は軽度で，胆管病変や好酸球の浸潤は明らかではなかった（F1，A1相当）。
肝組織検査所見からは確定診断に至らなかったが，治療経過より好酸球性胃腸症に好酸球性胆管炎が合併した示唆に富む貴重な症例と考えられ，報告する。

好酸球性胃腸症，好酸球性胆管炎

72 当初肝原発神経内分泌腫瘍と診断したものの，ソマトスタチン受容体シンチグラフィで原発巣が判明した1例

国立病院機構高崎総合医療センター　消化器科[1)]，群馬大学大学院医学系研究科　病態制御内科学[2)]，医療法人社団三思会　くすの木病院　消化器・肝臓内科[3)]，国立病院機構　高崎総合医療センター　外科[4)]，同　病理診断科[5)]
植原大介[1, 2)]，長沼　篤[1)]，鈴木悠平[3)]，宮前洋平[4)]，小川哲史[4)]，関谷真志[1)]，善如寺暖[1)]，椎名啓介[1)]，畑中　健[1)]，上原早苗[1)]，安岡秀敏[1)]，星野　崇[1)]，工藤智洋[1)]，石原　弘[1)]，小川　晃[5)]，柿崎　暁[2)]，高木　均[3)]

【症例】68歳，男性.【主訴】特になし.【現病歴】近医にC型慢性肝炎のため通院中，定期的な画像検査を行った．平成X年腹部エコーにて肝S8に17mmの腫瘍性病変を指摘され，当科紹介受診となった.【経過】血液検査で明らかな異常所見は認めず，αFP，PIVKA−II，CEA，CA19−9等の腫瘍マーカーも正常範囲であった．造影CTでは肝S8に動脈相で淡い造影効果を認め，平衡相では染まり抜けする10mm大の結節性病変を認めた．EOB MRIでは，肝S8の結節は動脈相で明瞭な濃染は認めなかったが，肝細胞相では明瞭な低信号を示した．臨床的に肝細胞癌と判断し経皮的ラジオ波焼灼術を試みたが，結節が固く針を貫通できなかった．腫瘍生検のみ施行したが，当初は中分化型肝細胞癌と診断されたため，肝部分切除術を行った．手術標本病理像では，比較的均一な円形の核を有する腫瘍細胞が規則正しく配列・増殖しており，免疫染色にてクロモグラニンA及びシナプトフィジン陽性で，Ki−67 index 3%であり，非機能性神経内分泌腫瘍（NET−G2）と診断した．上部・下部内視鏡検査，カプセル内視鏡検査，FDG−PETで明らかな肝外病変を認めず，手術後は肝原発NET−G2と結論づけた．術後経過は良好であったが，平成X+4年に新たに保険適用となったソマトスタチン受容体シンチグラフィを行った．その結果，右下腹部付近の空腸腸間膜内に20mm大の結節性病変が同定された．術前CT・MRIを見直すと，腸間膜内の病変は既に存在していた．消化器内科主治医，放射線科読影医及び外科執刀医の3者共に，原発巣を術前に特定できなかった．今後は原発巣と考えられる結節を，外科的切除する予定である.【考察】本症例は当初肝原発NET−G2と考えられたが，ソマトスタチン受容体シンチグラフィによって原発巣を同定した．過去肝原発NETと報告された症例の中には，本症例のような症例も混じっている可能性がある．ソマトスタチン受容体シンチグラフィはNET病巣の広がりを把握する上で極めて有用であり，教訓的な症例を経験したので今回報告する.

ソマトスタチン受容体シンチグラフィ，神経内分泌腫瘍

73 肝動脈化学塞栓療法(TACE)および肝動注化学療法(HAIC)の併用により著効しえた多発肝細胞癌(HCC)cStageIIIの症例

独立行政法人国立病院機構　東京医療センター
砂田由紀恵，菊池真大，平井悠一郎，窪澤陽子，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，加藤元彦，菊池美穂，浦岡俊夫

症例は高血圧、高脂血症で近医定期通院していた66歳男性。2015年10月に肝機能障害を指摘され、腹部超音波検査でS5に主病変を有する多発腫瘤性病変を認めた為精査加療目的で当科紹介受診となった。初診時、AST/ ALT 33/ 27 IU/ L、ALP 272 IU/ L、LDH 180 IU/ Lと正常で、γ-GTP 93mg/ dlと軽度上昇していた。AFP 4125ng/ ml、PIVKA-II 9500mAU/ mlは異常高値であった。腹部造影CTで肝内に不均一な早期濃染とwashoutを伴う最大径70mm大の多発腫瘤を認めた。以上から肝障害度A、Child-Pugh A(5点)、腫瘍数は4個以上で、非ウィルス性であり過去の多飲歴よりアルコール性のHCC(cStageIII(T3N0M0))と診断した。S5の70mm大に及ぶ巨大HCCに対してTACEを行い、それ以外の多発するHCCに対しては動注リザーバー留置下にHAIC(Low-dose FP：5-FU 250mg，CDDP 10mg)の併用療法を同年11月より開始した。病勢の制御に2016年9月までにTACEとHAICを3回ずつ行ったところ、AFP 245ng/ ml、PIVKA-II 79mAU/ mlまで低下し、S5のHCCは30mm大に縮小し、他病変も治療効果を認めた。病勢コントロールが困難な多発HCCに対し、加療開始時よりTACEとHAICを併用することで病勢コントロールを試みた報告は稀である。今回、集学的治療により肝予備能の低下を来たすことなく、現在も病勢コントロール良好となったHCCの一例を経験したので報告する。

肝細胞癌，HAIC

74 肺転移で発見され、肝動注＋球状塞栓物質による肝動脈化学塞栓療法が著効した肝細胞癌の一例

獨協医科大学病院　消化器内科
島田紘爾, 飯島　誠, 嘉島　賢, 金澤美真理, 近藤真之, 佐久間文,
福士　耕，田中孝尚，有阪高洋，室久俊光，平石秀幸

【症例】80代男性。
【主訴】食思不振。
【既往歴】糖尿病、高血圧、陳旧性心筋梗塞、逆流性食道炎、腰痛症。
【現病歴】上記既往で近医通院中、食欲不振と2ヶ月で5kgの体重減少があり、胸部X線にて両側全肺野に多発する小結節影を認めたため当院を紹介受診した。胸腹部CTにて肝S4/ 8を中心とした15cm大の多血性肝腫瘍と両肺に多数の結節を認め、AFPとPIVKA-IIの異常高値より肝細胞癌および肺転移と診断し、加療目的で入院した。
【身体所見】特記所見を認めなかった。
【入院後経過】B型肝炎キャリアを背景に発生した肝細胞癌と思われ、Child Aであったが高血圧と心筋梗塞の既往から標準治療のsorafenibは断念された。多発肺転移を伴い、さらに肝腫瘍が広範囲に肝表面に露出しており破裂出血の危険があることからCDDP動注と肝動脈塞栓術（TAE）の併用を施行した。TAEには、塞栓後の有害事象が少ないとされる球状塞栓物質を用いた。施行後特記すべき有害事象を認めず、腫瘍マーカーの低下を認めたため約5週後同治療を追加した。以後肺転移の縮小と肝細胞癌の血流消失を認め、腫瘍マーカーはさらに低下した。約4ヶ月後AFPがわずかに再上昇した時点で肝細胞癌の一部に再発を認めたためCDDP動注と球状塞栓物質による選択的TAEを追加した。さらに9ヶ月後、AFP上昇傾向を認め、リピオドールを用いた選択的TAEを施行し、以後再発を認めていない。

肝細胞癌，肺転移

75 肝細胞癌切迫破裂に対して1回のバルーン閉塞下肝動脈化学塞栓療法で病理学的完全奏功が得られた1例

横浜市立みなと赤十字病院　消化器内科[1)]，同　外科[2)]，
同　病理診断科[3)]
上妻千明[1)]，池宮城秀和[1)]，五十嵐亮[1)]，川井麻央[1)]，小澤尚子[1)]，
池　真美[1)]，安田圭吾[1)]，金城美幸[1)]，深見裕一[1)]，吉野耕平[1)]，
先田信哉[1)]，柿添　学[2)]，小野秀高[2)]，杉田光隆[2)]，熊谷二朗[3)]

【症例】70代. 男性【主訴】腹痛【飲酒歴】純アルコール66g/ day×40年【現病歴】2014年7月腹痛を自覚し近医受診. 腹部単純CTで肝S4にφ7cmの占拠性病変を認めたため当科紹介受診となった. AFP, PIVKAの著明な上昇を認め, DynamicCT, EOB-MRI検査の所見より肝細胞癌と診断した. 待機手術の方針としたが腹痛が自制困難となり切迫破裂を呈したため同年8月当科緊急入院となった. 【臨床経過】肝細胞癌切迫破裂に対し2014年8月緊急バルーン閉塞下肝動脈化学塞栓療法(Balloon-occluded transcatheter arterial chemoembolization: B-TACE)施行. 腹痛は消失し経過良好であるため退院となった. 同年11月フォローアップのdynamic CTで腫瘍は著明な縮小とviabilityの消失を認めていた. 2015年2月血管造影を行ったがS4の腫瘤にviabilityは認めなかったため経過観察となった. 同年6月フォローアップのEOB-MRIでも腫瘤にviabilityはなかったため画像上CRと考えられた. 2016年1月フォローアップのEOB-MRIでS5に新たにφ1cmの肝細胞癌の出現を認めた. 腫瘤は胆嚢近傍にありB-TACE, 経皮的ラジオ波焼灼療法(radiofrequency ablation:RFA)は困難であったためS5の区域切除をする方針となった. その際B-TACE後に画像上CRとなっている腫瘤の再発を考慮しB-TACE後の腫瘤も合併切除する事とした. 2016年4月拡大肝S4区域切除術を施行したところ病理所見でB-TACE後の腫瘤はB-TACE終了から22ヶ月が経過しCRが確認された. 【考察】本邦では肝細胞癌の切迫破裂に対する明確な治療ガイドラインは存在せず, 施設によって肝動脈塞栓術(transcatheter arterial chemo embolization:TAE)もしくは緊急手術が選択されている. 本症例は肝細胞癌の切迫破裂にB-TACEを施行したところCRが得られた. 今後検討を重ねる必要はあるが肝細胞癌の切迫破裂に対しB-TACEは有効な治療である可能性があると考えられた. 【結語】φ7cmの切迫破裂の肝細胞癌が1回のB-TACEで病理学的完全奏功に至った1例を経験した. 1回のB-TACEでφ7cmの肝細胞癌がCRに至るのは非常に稀であると考えられるため報告する.

肝細胞癌，完全奏功

76 脾症と診断した1例

東邦大学医療センター大橋病院　消化器内科
島田長怜，松井貴史，宮内倫沙，三枝善伯，前谷　容

【症例】48歳、男性【現病歴】当院整形外科より右変形性股関節症の術前血液検査にて肝機能障害を指摘され当科紹介。腹部超音波検査を施行し、肝表面の凹凸不整、腹水貯留、肝臓と腎臓の間に腫瘤性病変を認めた。HBV、HCV陰性、多量飲酒歴があり、アルコール性肝硬変（Child pugh C）と診断した。また、腫瘤性病変について腹部造影CTを施行し、多量の腹水貯留と腹腔内や骨盤内に多発腫瘤像を認め、副腎腫瘍、腹膜癌、悪性リンパ腫、肝細胞癌の鑑別のため当科入院となった。腹水試験穿刺では漏出性腹水であり、腹水培養や細胞診では異常所見は認めず、腫瘍マーカー等も陰性であった。交通外傷による脾破裂の既往があり、第6病日にSPIO MRI施行した。腹腔内の腫瘤像は脾臓成分であり、脾症とアルコール性肝硬変による腹水貯留と診断した。腹部症状はなく、明らかな悪性所見も認めず経過観察の方針となった。腹水に対しては、整形外科で手術予定であり、利尿剤投与にて加療開始した。順調に経過し体重増加などなく経過良好と考え第11病日に退院となった。【考察】脾症とは外傷や外科手術による脾損傷が原因で脾臓組織や脾臓細胞が異所性に発育する病態である。腹腔内では腸間膜・大網・肝下面などに生じ、横隔膜を同時に損傷した際には胸腔内に発症する。腹腔内脾症は脾臓摘出患者の32～66％に認めるとの報告があり、大きさは数ミリから大きいもので7cmまでと様々な報告がある。多くは無症状だが、腸閉塞や腹腔内出血、消化管出血、尿管の圧排による水腎症、腹痛などの臨床症状を呈する。画像診断としては、99mTc スズコロイド肝脾シンチグラフィや99mTc―変性赤血球を用いたシンチグラフィ、SPIO MRIを行うことが有用とされる。経過観察が可能であるが、悪性疾患の鑑別が必要な場合や臨床症状がある場合は外科的治療の検討も必要である。本症例では臨床症状は認めず、各種検査にて悪性所見は認めず経過観察とした。【結語】脾症は多くの場合は無症状であり検査により偶然発見されることが多い。脾臓摘出の既往のある患者の腹部超音波検査にて腹腔内に腫瘤を認めた場合は、本症を鑑別診断の1つとすべきである。

脾症，交通外傷

77 ステロイド治療と血漿交換が有効であった重症型アルコール性肝炎の一例

東京慈恵会医科大学第三病院
桐生幸苗, 廣瀬雄紀, 柴田恵子, 赤須貴文, 萩原雅子, 横田健晴, 好川謙一, 今井那美, 岩久　章, 小林　剛, 小林裕彦, 木下晃吉, 伏谷　直, 木島洋征, 小池和彦

【症例】34歳女性【現病歴】201X年6月、内痔核からの出血を認め、当院救急受診した。内痔核出血は止まっていたが、血液検査上、総ビリルビン（T-Bil）20. 9mg/ dl、プロトロンビン時間（PT）25％と著明な黄疸と凝固障害を認めたため、同日入院となった。【既往歴】28歳時、アルコール性肝炎で他院に入院。【常用薬】鉄分、ミドリムシのサプリメント使用（詳細不明）。【出身】鹿児島県。【アルコール歴】20歳時から毎日ウイスキー350ml/ 日。33歳時よりウイスキー毎日700ml/ 日に増量。積算飲酒量は約57kg。【身体所見】意識清明。全身に著明な黄疸あり。眼球結膜は黄染。右季肋部に肝1横指触知。【臨床経過】腹部CT上、肝腫大を認めたが腹水は認めなかった。著明な黄疸と凝固障害より重症型アルコール性肝炎と考え、禁酒で経過観察した。第6病日にはT-Bil 21. mg/ dl、PT 24％と改善なく、WBC 20, 000/ μLと著明な上昇を認めたが、感染徴候は認めなかった。禁酒のみで肝機能は改善しないため、同日よりメチルプレドニゾロン1, 00mgによるステロイドパルス療法を開始した。また第7病日に血漿交換も施行した。その後T-Bilは低下傾向となり、PTも40前後を維持したため、ステロイドは減量し、血漿交換は1回のみで終了した。今後の継続断酒のため、アルコール専門外来を紹介し、第35病日に退院となった。【考察】重症型アルコール性肝炎に対し、ステロイドパルス療法と血漿交換が有効であった一例を経験した。重症型アルコール性肝炎に対する治療方法は確立されていないため、文献学的考察を加えて報告する。

重症型アルコール性肝炎，ステロイド

78 繰り返す術後異時性再発に対して5回のサイバーナイフ治療を行い局所制御を得ている肝細胞癌の一例

済生会横浜市東部病院
山田悠人, 大久保雄介, 清水　良, 渡辺浩二, 米田将隆, 岸本有為, 建持岳史，馬場　毅，中野　茂，牧野博之

症例は70歳代男性。201X年3月肝細胞癌(HCC)加療目的で当院紹介。同年5月拡大左葉切除術を施行した。術後1年の造影CTでS7に20mm大の再発病変を認め、ICGR15 39%と高値であり腹部超音波で描出不良であることから手術、RFA困難でありサイバーナイフにて加療した。その翌年S5/ 8に9mm大の再発病変認め、肝辺縁のため再度サイバーナイフを施行した。同年内頚動脈狭窄症に対し内頸動脈ステント留置、狭心症にPCIを施行し、DAPTが開始された。その後現在に至る3年の間で3回の再発を認め、全てが単発だったため局所治療が選択されたが、DAPT中止できずRFA困難であり、いずれもサイバーナイフを施行し、これまで有害事象なく、tumor freeで経過観察中である。単発の肝細胞癌の標準的な治療法は手術であり、3 cm 以下の比較的限局した肝細胞癌ではRFAも手術に匹敵する局所制御率が報告されている。一方で、放射線治療は十分なevidenceはないものの、その有効性についてはこれまで報告されてきた。しかし、従来の定位放射線治療は非癌部への照射量が比較的高いため、複数回の照射を行った症例は比較的稀である。サイバーナイフは病変部へのピンポイント照射が可能であり、従来の定位放射線治療に比較し、局所制御能が向上し、照射後の肝機能低下のリスクが軽減された新しい治療法である。本症例は、肝細胞癌の術後異時性再発に対し、サイバーナイフによる計5回の定位放射線治療を行い、有害事象なく局所制御を得ており、放射線治療の有効性、安全性を示唆する貴重な症例と考えられたため、若干の文献的考察を加え報告する。

肝細胞癌，サイバーナイフ

79 日本住血吸虫症による肝細胞癌の胸壁転移に対しソラフェニブが著効した一例

日本医科大学　消化器肝臓内科
橋野史彦, 三木洋子, 吉田祐士, 大久保知美, 新井泰央, 岩下　愛, 葉山惟信, 糸川典夫, 福田　健, 張本滉智, 厚川正則, 金子恵子, 中塚雄久，川本智章，岩切勝彦

【背景】日本国内での日本住血吸虫症は過去数十年間新規発症なく、すでに終息した疾患と考えられているが、慢性日本住血吸虫症に伴う肝硬変患者は少なからず存在する。慢性日本住血吸虫症に肝細胞癌が高頻度に合併することは知られているが実際には稀である。【症例】75歳女性【現病歴】日本住血吸虫症による肝細胞癌に対し2010年3月に肝右葉切除術施行し当院消化器外科通院中であった。2013年11月に右肺転移に対し右肺下葉切除術施行。2015年8月に気管分岐部直上の転移に対し気管内腫瘍焼灼術施行。気管内腫瘍は残存しており、さらに胸部CTで右胸壁に36×18mm大の腫瘤影が出現し転移が疑われ、消化器肝臓内科紹介、ソラフェニブ導入目的で入院となった。【入院時現症】身体所見に特記すべき異常なし。【血液生化学検査】WBC 4600/ μL、Hb 12. 5g/ dl、AST 24IU/ l、ALT 15IU/ l、T-Bil 0. 5mg/ dl、TP 6. 9g/ dl、Alb 3. 8g/ dl、PT 94. 0%、AFP 4. 4ng/ ml、PIVKA-2 13. 3mAU/ ml、Child-pugh score 5A【画像検査】胸部CT検査：右胸壁に36×18mm大の腫瘤影を認める。気管分岐部直上、気管右側10×7mm大の腫瘤を認める。腹部造影CT検査：肝右葉切除後で残肝は肝硬変様。肝細胞癌再発はなし。【経過】肝細胞癌の胸壁転移と考え10月6日よりソラフェニブ400mg/ 日を開始した。明らかな副作用なく投与7日後から800mg/ 日に増量した。増量に伴いGrade1の皮膚症状（手足症候群）を認めたためステロイドの外用を併用し継続、皮膚症状はコントロール可能であった。投与10日目の胸部CTにて腫瘤は9×17mmに縮小、投与18日目に退院し、現在外来フォロー中である。【考察】肝細胞癌の転移には肺、副腎、骨等が多く、胸壁転移は稀である。胸壁転移にラジオ波焼灼術や化学療法などを行っている施設が散見される。今回日本住血吸虫症による肝細胞癌の胸壁転移という稀な症例に対しソラフェニブが著効した貴重な一例を経験したため文献的考察を加え報告する。

肝細胞癌，ソラフェニブ

80 経口胆道鏡にて診断し得た胆管癌の一例

東京医科大学病院　消化器内科学分野
篠原裕和, 糸井隆夫, 祖父尼淳, 土屋貴愛, 辻修二郎, 鎌田健太郎, 田中麗奈，殿塚亮祐，本定三季，向井俊太郎，藤田　充，山本健治郎，朝井靖二，松波幸寿，黒澤貴志，内田久美子，一宮　匡

症例は70代女性。発熱を主訴に前医受診となった。採血にて炎症反応上昇と肝機能障害を認め，単純CTにて肝内胆管の拡張と総胆管内に結石を認めた。同日，総胆管結石による急性胆管炎と診断し，内視鏡的経鼻胆道ドレナージ術（ENBD）施行した。その後，胆管炎も改善したため内視鏡的結石除去術を施行した。胆管造影にて胆管内に結石を認めたため内視鏡的乳頭括約筋切開術（EST）後，結石を除去しバルーンにて残石確認にて胆管造影を行うと上部胆管左側に欠損像を認め，胆管結石に合併した腫瘤性病変と考え生検，細胞診施行するも診断に至らず，精査目的にて当院紹介受診となった。当院にて造影CT施行したところ，上部胆管左側の壁肥厚と同部の造影効果を認めた。内視鏡的逆行性胆管膵管造影（ERCP）施行し胆管造影では前医同様に上部胆管左側に欠損像を認め，IDUSでは欠損像に一致し壁肥厚を認めた。前医での透視下生検では診断に至らなかったため，経口胆道鏡挿入し胆管内を観察した。上部胆管に腫瘍血管を伴う乳頭状隆起性病変を認め，その近傍にも丈の低い乳頭状隆起認めスキップ病変と考えられた。そのため，主病変より直視下に生検と行ったところadenocarcinomaの診断となった。また，同時に施行した肝門部，膵内胆管の生検は陰性であったため，当院外科にて肝外胆管切除＋胆道再建術施行となった。切除標本肉眼所見では上部胆管に5mm大，10mm大の黄色調隆起性病変を認め，連続性は認めなかった。組織学的所見では中分化管状腺癌に乳頭腺癌や非充型低分化腺癌が混在した所見を認め，肝側胆管断端には上皮内癌を認めた。断端陽性ではあったが，術後化学療法は拒否されたため現在も外来にて経過観察中で再発なく経過良好である。今回，経口胆道鏡が有効であった胆管癌の一例を経験したので文献的考察を加えて報告する。

胆管癌，胆道鏡

81 胆嚢癌との鑑別にEUS-FNAが有効であった壊死性胆嚢炎の一例

伊勢崎市民病院　内科[1]，
群馬大学医学部附属病院　消化器肝臓内科[2]，伊勢崎市民病院　外科[3]
阿部貴紘[1]，星　恒輝[2]，清水雄大[1]，高橋和宏[1]，増田　淳[1]，
中澤信博[3]，鈴木秀樹[3]，山田俊哉[2]，水出雅文[2]，河村　修[2]，
草野元康[2]

【症例】60代，男性【主訴】嘔吐，吃逆【既往歴】十二指腸潰瘍，急性胆嚢炎【現病歴】200X年5月，心窩部不快感を主訴に前医受診，CTの所見より急性胆嚢炎と診断され入院となった．入院後，嘔吐および吃逆症状が出現し，施行した上部消化管内視鏡検査で胃幽門部に狭窄所見を認めたとして，精査加療目的に同月下旬に当院転院となった．【転院後経過】造影CTでは，内部に胆嚢結石を伴う胆嚢腫大，および胆嚢全体の不整な壁肥厚を認めた．病変の肝床および胃前庭部，十二指腸球部との連続性は不明瞭であり，胆嚢癌，黄色肉芽腫性胆嚢炎(XGC)，壊死性胆嚢炎が鑑別に挙げられた．超音波内視鏡所見では，CT同様の所見を認めたが，画像所見による良悪性の鑑別は困難であった．病変の状態から，悪性であった場合の外科的根治切除は困難と考えられ，超音波内視鏡下穿刺吸引生検（EUS-FNA）による検体採取を選択した．病理診断では好中球を中心とした炎症細胞浸潤を伴う腺上皮を認め，悪性所見は認めないとの結果を得，壊死性胆嚢炎の診断で待機的に開腹胆嚢摘出術を施行する方針となった．経過観察中に貧血の進行および黒色便を認め，上下部内視鏡検査で出血源を同定できず，造影CTで胆嚢内に高吸収域出現を認め，胆嚢からの出血を疑い血管造影を施行した．同検査で胆嚢仮性動脈瘤破綻を疑う所見を認め，胆嚢動脈起始部の塞栓を行い止血を得た．その後予定通り開腹胆嚢摘出術を施行，マクロ所見ではXGCを強く疑う所見を認めたが，ミクロ所見では炎症の影響が強く，壊死性胆嚢炎と診断された．悪性成分は認めなかった．【考察】主として膵に対するEUS-FNAの比較的高い診断能と安全性は認知されつつある．一方，胆嚢に対するEUS-FNAは胆汁漏出による腹膜炎や播種等のリスクが懸念され，積極的には行われていない．しかし，ERCP関連手技による診断は，手技成功率が安定しない，通常，組織診は施行することができない，細胞診による診断能も高くはないなどの問題がある．EUS-FNAの診断能の高さを考慮すると，症例によっては，迅速な診断確定のために考慮可能な手技であると考えられる．

EUS-FNA，胆嚢炎

82 膵腫瘤を契機に診断され自家末梢血幹細胞移植が著効した悪性リンパ腫の1例

埼玉医科大学総合医療センター　消化器・肝臓内科[1]，
同　病理部[2]，同　肝胆膵・小児外科[3]，同　血液内科[4]
須田健太郎[1]，山本龍一[1]，荒井亮士[1]，藤田徹郎[1]，大塚武史[1]，
杉浦香織[1]，細見英里子[1]，山口菜緒美[1]，林健次郎[1]，青山　徹[1]，
可児和仁[1]，宮城直也[1]，高林英日己[1]，加藤真吾[1]，岡　正志[1]，
名越澄子[1]，田丸淳一[2]，別宮好文[3]，得平道英[4]，木崎昌弘[4]，
屋嘉比康治[1]

膵原発悪性リンパ腫は節外性悪性リンパ腫の1. 6～2. 2%，膵悪性腫瘍の0. 16～4. 6%とまれな疾患である。今回われわれは、超音波内視鏡下吸引細胞診(EUS-FNA) にて悪性リンパ腫を疑い、腹腔内リンパ節生検によりびまん性大細胞性B細胞性リンパ腫（DLBCL）と診断した膵原発悪性リンパ腫の1例を経験したので報告する。症例は65歳、男性。体重減少、心窩部痛にて当科受診。腹部造影CTにて膵体尾部を主座とする径13cm大の血流豊富な腫瘤と15cm大の嚢胞性病変、傍大動脈リンパ節腫大を認めた。膵体部よりEUS-FNA（22G針で3回穿刺）を施行するも確定診断に至らず、腹腔内リンパ節を開腹生検施行しDLBCL、GCB typeと診断した。R-CHOP 療法5コース施行するも骨盤内に再発しESHAP療法2コース、自家末梢血幹細胞移植にて完全寛解に至った。本症例は、診断時に1cm未満の縦隔リンパ節と脾内に最大2. 8cmの複数のSOLsを認めたが、病変の主座は膵であり膵原発悪性リンパ腫と診断した。自家移植前は膵腫瘤増大と傍大動脈リンパ節腫大を認めたが移植後は縮小し、2年間再発していない。

膵悪性リンパ腫，EUS-FNA

83 上部消化管造影検査後に急性膵炎を発症した1例

東京女子医科大学　消化器内科[1]，同　消化器内視鏡科[2]
安廣和志[1]，赤尾潤一[1]，木下普紀子[1]，奥野奈央[1]，長尾健太[1]，
田原純子[1]，高山敬子[1]，清水京子[1]，岸野真衣子[2]，徳重克年[1]

【症例】60代、男性【現病歴】201X年7月に検診で上部消化管造影検査を施行された。検査後6時間後より上腹部痛を自覚し当院救急外来を受診した。【検査】血液生化学検査では肝胆道系酵素、膵酵素の上昇を認めた。CTにて膵周囲の脂肪織濃度上昇を認めた。胃から十二指腸下行部にかけてバリウムが著明に貯留しており、胆管結石の評価は困難であった。【経過】急性膵炎と診断し、採血結果などから胆石性の可能性を否定できず、同日ERCPを行う方針とした。ERCP前に上部消化管内視鏡検査を施行し、十二指腸下行部にはバリウムが多量に残存していたが洗浄にて十二指腸乳頭部を確認した。乳頭部に発赤や腫大は認めず、傍乳頭憩室を認めた。続いてERCP施行し、胆管造影では明らかな結石は確認できず、内視鏡的経鼻胆管ドレナージ、膵管ドレナージを留置した。検査中にバリウムの停滞は解除され、翌日には結腸への到達が確認できた。ドレナージ留置後腹部症状は改善し、肝胆道系酵素、膵酵素も改善を認め経過良好で退院となった。【考察】医中誌、PubMedで「上部消化管透視造影検査」と「急性膵炎」について検索したが同様の報告は確認できなかった。バリウムの停滞による十二指腸内圧の上昇などが原因となっていた可能性やLemmel症候群の可能性などが考えられた。上部消化管造影検査後に急性膵炎を発症した1例を経験したので、臨床経過、画像所見を振り返り、報告する。

急性膵炎，上部消化管造影検査

84 膵管ステント留置による保存的加療が奏功した小児3b型外傷性膵損傷の1例

東京都立多摩総合医療センター　消化器内科[1]，
東京都立小児総合医療センター　外科[2]
藤原　俊[1]，藤本純子[1]，山田大貴[1]，前田　元[1]，津川直也[1]，
伊東詩織[1]，渡邊彩子[1]，三浦夏希[1]，肱岡悠子[1]，谷口未樹[1]，
下地耕平[1]，中園綾乃[1]，井上　大[1]，堀家英之[1]，吉岡篤史[1]，
小倉裕紀[1]，小森広嗣[2]，並木　伸[1]

【症例】10歳男児。自転車乗車中に水たまりで滑って転倒し、ハンドルで上腹部を強打した。同日深夜より徐々に増悪する腹痛が生じ、前医を受診した。CTで膵体部の断裂を認め、当院へ転院搬送された。心窩部に強い圧痛を認めるものの、全身状態が安定していたため、膵管損傷の評価とステントの挿入目的に同日、内視鏡的逆行性膵管造影(ERP)を施行した。造影剤が膵体部の主膵管から後腹膜腔に達し、3b型膵損傷と診断した。膵管破綻部より尾側へガイドワイヤーが誘導可能であり、内視鏡的経鼻膵管ドレナージ(ENPD)チューブを留置した。その後、保存的加療で軽快し、第21病日より経口摂取を開始し、ENPDを内瘻ステントに変更後、第37病日に退院となった。2カ月後のERPでは膵管損傷部の狭窄と尾側の膵管拡張を認めたため、ステントを再留置した。その後、2カ月毎に膵管ステント交換していたが、受傷1年後の定期外来時にステント逸脱が明らかとなった。ステントフリーで経過観察の方針とし、1年経過した現在も腹痛や膵逸脱酵素上昇など認めず、順調な経過を辿っている。【考察】外傷性膵損傷は腹部外傷の2-16%と比較的少なく、主膵管損傷例はこのうち5. 7%と非常に稀である。一方で、主膵管損傷例の死亡率は34. 8%と高く、主膵管の評価は治療方針を決定する上で重要である。3b型膵損傷は外科手術の適応であったが、内視鏡的治療の進歩に伴い、近年では膵管ステント治療の有用性が報告されている。ただ小児ではERPは全身麻酔下で行う必要があり、難易度も高く、施行例はまだ少ない。本症例は受傷後早期にERPを施行し、膵管ステントを留置したことで外科的手術を回避することができた。小児3b型外傷性膵損傷で保存的加療が奏功した症例は稀有であり、膵管ステント留置期間や適応、離脱後の長期経過など解明されておらず、今後も更なる症例の蓄積が期待される。【結語】小児3b型外傷性膵損傷に対して、膵管ステント留置により保存的加療が奏功した貴重な症例を経験したので、若干の文献的考察を加え報告する。

外傷性膵損傷，膵管ステント

85 ESWLにて改善を認めた皮下結節性脂肪壊死症の1例

東京慈恵会医科大学葛飾医療センター　消化器肝臓内科[1)]，
同　内視鏡科[2)]
佐藤優子[1)]，中田正裕[1)]，木下千夏[1)]，中田達也[1)]，菅原一朗[1)]，
富田陽一[1)]，上田　薫[1)]，永野智久[1)]，板垣宗徳[1)]，松平　浩[1)]，
有広誠二[1)]，小林寛子[2)]，阿部孝広[2)]，川原洋輔[2)]，加藤正之[2)]，
穂刈厚史[1)]

61歳男性，3月31日に左足背の発赤，腫脹，熱感が出現，翌日には右足背にも同様の症状が出現．徐々に症状増悪し，歩行困難となったため当院救急受診となった．既往歴・アレルギー歴：なし．飲酒：焼酎500ml/日．入院時現症：BT 38.1度，BP 128/81 mmHg，HR 125bpm，左足背，右足背，右膝部，左手背に，腫脹，疼痛，熱感を伴う紅斑を認める．腹部に圧痛認めず．腹部CT：膵頭部に10mm大の膵石を認め，その尾側膵管の拡張を認める．膵周囲の脂肪識の混濁は認めず．脂肪肝を伴う慢性肝障害の状態．入院時採血：WBC 10800，RBC 345, Hb 14.1，Plt 16，PT 83%，AST 35，ALT 13，LDH 272，TB 1.6，ALP 274，γGTP 60，Amy 3459(S0%，P 100%)，尿Amy 39424，lipase 8258，UN14，Cr 0.7，Ca 8.1 FBS 148，CRP 22膵酵素の上昇を認めるが，腹痛なく、CT所見からも急性膵炎は否定的であった．上下肢の紅斑が炎症の原因と考えられ，同部位の生検施行し，高Amy血症による皮下結節性脂肪壊死症と診断した．高Amy血症是正のため絶食とし，ガベキサートメシル塩酸塩・パンクレリパーゼの投与，大量補液を行ったところ，4000から一時2000程度まで改善もそれ以上の低下はなく，増減を繰り返した．膵頭部膵石による膵管途絶が高Amy血症の原因と考え，ERCP施行するも，膵石の影響でガイドワイヤーが膵頭部を通過せず断念した．EUS下経胃的ドレナージを検討も膵石を通過できないことが考えられ断念，外科的加療も高度な炎症が持続しており，全身状態悪く施行できなかった．その後も血清Amyの増減とそれに伴う炎症，発熱を繰り返した．膵石による膵管閉塞改善のため，5月26日膵頭部結石に対しESWL施行（Dormier Med Tech社DeltaII 3000発）したところ，翌日にはAmy7000→2000，術後3日にはAmy 200まで改善した．それに伴い発熱炎症の改善も認められた．今後再度ESWL行い，ERPBを再度検討していく．今回，膵頭部膵石の膵管閉塞による高Amy血症によって発症した皮下結節性脂肪融解壊死症という非常に稀な症例を経験した．また同疾患に対しESWLにて加療した報告は過去になく，文献的考察を加え報告していく．

膵石，ESWL

86 大腸癌肝転移に対しラジオ波焼灼療法(RFA)を中心とした集学的治療の1例

NTT東日本関東病院　消化器内科
金崎峰雄，寺谷卓馬，松橋信行

【症例】67歳、女性【主訴】左下腹部痛
【現病歴・経過】左下腹部痛で当科受診され、下部内視鏡検査施行にて横行結腸に3型進行癌(中分化型腺癌)を認めた。画像評価でも転移病変認めないため、結腸切除施行。術後以降もCEA上昇を継続したため、CT施行にて肝右葉後区に10×15mmの転移性肝癌単発を指摘。本人都合で2ヵ月後に肝切除予定とした。しかし術前CTで4か所へ増加・増大を認め、FOLFOX＋Bmab投与となり、縮小傾向にあったが、9クール施行前の評価画像で5か所の再発を認めPDと判断。更に副作用の蓄積により、本人から積極的な化学療法を拒否することとなり、以降は3年11ヵ月間で18病変(10セッション)のRFA単独で局所制御を行っていた。しかし、その約1か月後にCTで小腸転移認め、5日後にガンマナイフ治療(2分割照射野2回)施行することで、2か月後のCTで縮小を認めた。その後も脳転移病変が原因となる症状は現れなかった。亡くなる3ヵ月前に胸痛の訴えにより胸骨・肺転移も認め、胸骨病変に放射線治療行い症状緩和を行った。癌性胸水増加に伴い胸腔ドレーン留置し呼吸状態の維持に努めたが、徐々に全身状態の低下を認め、大腸癌肝転移の診断から5年9ヵ月で亡くなられたが、本症例では集学的治療で予後の延長がみられた。
【考察】大腸癌肝転移は大腸癌の転移部位で最も頻度が高く、局所治療の第一選択は肝切除が一般的に行われている。転移性肝癌にRFAの有効性に関しては議論されてきてはいるが、いまだ一般的な治療として確立されてはいない。しかし、複数回肝切除が行われた患者・高齢者、手術拒否症例に対しては、局所治療に苦慮することが多い。特に化学療法無効症例には緩和療法・BSC(best supportive care)となることが多い。こうした転移性肝癌の患者が、低侵襲を特徴とし回数を制限しないRFAへの期待は大きく、治療選択としての需要も多くなってきている。今後更なる大腸癌肝転移に対するRFA治療成績の蓄積と、予後のQOLのために転移病変に対し必要に応じた集学的治療を行うことが必要であると考えられた。

大腸癌肝転移，ラジオ波焼灼療法(RFA)

87 肝生検により診断しえた粟粒結核の一例

東京大学医学部附属病院　消化器内科[1)]，
同　腎臓・内分泌内科[2)]
和気泰次郎[1)]，吉田　唯[2)]，西畠瑞希[1)]，中込　良[1)]，藤原直人[1)]，
中塚拓馬[1)]，南　達也[1)]，佐藤雅哉[1)]，中川勇人[1)]，浅岡良成[1)]，
田中康雄[1)]，近藤祐嗣[1)]，真中勝則[2)]，榎奥健一郎[1)]，南学正臣[2)]，
小池和彦[1)]

【緒言】粟粒結核とは結核菌が血行性に散布し、少なくとも2臓器以上に病変が生じた結核と定義される。今回我々は糖尿病、腎不全を基礎疾患に有し、肺野にびまん性粒状影を呈した患者に対し、肝生検にて粟粒結核と診断した一例を経験したので報告する。【症例】47歳男性【現病歴】20XX年4月より視力低下を自覚し近医眼科受診。糖尿病性網膜症と診断され、7月、当院糖尿病代謝内科紹介初診となった。30歳代からの原因不明の難聴を伴っており、また家族歴も伴っていたことからミトコンドリア糖尿病が疑われた。初診時、咳嗽、呼吸困難、浮腫を認め、検査でも胸水貯留、腎機能低下を伴っていたことから精査加療目的に入院となった。【既往歴】30歳感音難聴【家族歴】母:糖尿病【経過】入院時のCTでは両側胸水貯留および肺門部のすりガラス状影を認めた。eGFR　12.2 ml/分/1.73m2の腎不全を伴っていたため、これによる肺うっ血と判断された。また入院前日より38度の発熱を認めたため、肺炎の合併の可能性を否定できず、抗生剤及び利尿剤の投与が行われた。このときT-SPOTは陽性であったが、喀痰抗酸菌染色は陰性であった。2週間の加療を行ったが症状の改善は乏しく、CTを再検したところ、右肺に結節影及び多発小粒状陰影の出現を認めた。粟粒結核を疑い気管支鏡を施行したがBALも含めて明らかな所見は認めず、胃液培養は陰性であった。入院後、肝胆道系酵素上昇を認めていたが画像上明らかな所見は認めず当初抗生剤による薬剤性の可能性を疑っていた。しかし抗生剤中止後も改善が乏しく結核性肝障害も考慮され、肝生検を施行した。中心部に壊死を伴った類上皮肉芽腫及びLanghans型多核巨細胞を認めたため、粟粒結核の診断に至り、専門病床に転院となった。【考察】粟粒結核の診断において肝生検は感度が高く有用な検査とされている。本症例においても経過中結核が強く疑われたが、喀痰や胃液培養検査、気管支鏡検査では診断することができず、肝生検によって診断が可能であった。

粟粒結核，肝生検

88 IgG4関連硬化性胆管炎にみられた肝内胆管周囲の帯状の低エコー域について

黒沢病院附属ヘルスパーククリニック　内科[1)]，
済生会前橋病院　消化器内科[2)]
矢島義昭[1)]，太田英孝[1)]，三浦章寛[1)]，錦戸　崇[1)]，浅香有紀[1)]，
吉田佐知子[2)]，田中良樹[2)]

42才男性が食欲不振を主訴として当院外来を受診した。初診時の採血ではTB　0.5 mg/dL、GOT 77 U/L、GPT 178 U/L、LDH 221 U/dL、ALP 385 U/L、GGT 676 U/Lと胆道系酵素優位の肝障害が認められた。末梢血ではWBC　8400 / μL、Hb 16.4 g/dL、PLT 29.7万/μLであった。腹部超音波検査（US）を施行したところ、高度の脂肪肝を背景に、不規則な形状の低エコー域が散在していた。この病変はスキャン方向を変えると帯状に連続しており、中心部に拡張した胆管が描出された。造影CTでは拡張した肝内胆管の周囲に動脈相で早期に濃染する帯状の領域が認められ、USで検出された低エコー域に一致していた。冠状断では拡張した総胆管下部に狭窄と壁肥厚が認められた。MRCPでは総胆管下部の狭窄以外にも左右肝管の起始部付近に限局性の狭窄が認められた。原発性硬化性胆管炎を疑って、IgG4を調べたところ、314mg/dLと上昇していた（＞135mg/dL）。IgG4関連硬化性胆管炎疑診例としてプレドニンを開始したところ速やかに改善がみられた。軽度の肝障害は残っているが脂肪肝のためと考えられた。本例はステロイド治療に反応したことより、IgG4関連硬化性胆管炎の準確診例と考えられた。肝内胆管周囲の低エコー帯については、脂肪化免れ域であったと考えられた。びまん性にグリソン鞘に炎症が及んだ結果、その周囲が動脈血優位となり、相対的に門脈血の流入低下をきたしたことが原因として推定された。

IgG4関連硬化性胆管炎，低エコー域

89 肝部下大静脈背側に発生した巨大褐色細胞腫の一切除例

横浜市立大学附属病院　消化器肝移植外科
押　正徳，熊本宣文，森隆太郎，松山隆生，後藤晃紀，原田　郁，平谷清吾，薮下泰宏，澤田　雄，遠藤　格

【はじめに】褐色細胞腫はカテコラミン分泌性の後腹膜腫瘍であり、外科的切除が第一選択である。今回我々は肝部下大静脈背側に発生した巨大褐色細胞腫の一切除例を経験したので文献的考察を含め報告する。【症例】症例は45歳の男性で、健診で後腹膜腫瘍を指摘され当科紹介となった。腹部CT画像では肝部下大静脈の背側から左側を主座とする長径90mm大の分葉状の腫瘍を認めた。腫瘍と肝部下大静脈、右副腎、左尾状葉との境界は不明瞭であり浸潤が疑われた。腫瘍マーカーはいずれも正常範囲であったが、血中・尿中カテコラミンは異常高値であった。副腎髄質シンチグラフィーでは同部位に一致し強い集積を認めたため右副腎原発性褐色細胞腫の診断で手術の方針とした。【手術】肝冷却保存液や、大腿静脈－鎖骨下静脈バイパスを準備の上、手術を行った。開腹すると腫瘍は周囲臓器への浸潤は認めないものの高度な癒着を伴っており、腫瘍から周囲組織へdrainage veinが発達していた。drainage veinから出血した血液は高濃度のカテコラミンを含んでいるため、出血がおこるとカテコラミンが再吸収され発作的高血圧を認めた。このため、右副腎動脈からの栄養血管を先行処理し、腫瘍の緊満が消失したところで周囲との癒着を剥離した。下大静脈と腫瘍の癒着は高度であったため、下大静脈を一部合併切除し腫瘍を摘出した。【結語】肝部下大静脈背側の巨大褐色細胞腫に対する手術は発作的高血圧など困難を極めるため、他科との綿密な連携、ante-situm法、ex situ手術まで視野に入れた手術計画が重要であると考えられた。

褐色細胞腫，後腹膜腫瘍

90 小型生検鉗子と胆管拡張用カテーテルを用いて迷入膵管ステントを内視鏡的に摘出し得た1例

東京医科大学病院　消化器内科学分野
内田久美子，糸井隆夫，祖父尼淳，土屋貴愛，辻修二郎，鎌田健太郎，田中麗奈，殿塚亮祐，本定三季，向井俊太郎，藤田　充，朝井靖二，松波幸寿，山本健治郎，黒澤貴志，篠原裕和，一宮　匡

症例は30代、男性。腹痛を主訴に前医を受診し、総胆管結石と診断され内視鏡的乳頭括約筋切開術および結石除去術が施行された。ERCP後膵炎予防のため、5Fr 3cmストレート型の自然脱落型膵管ステントの留置を試みたが、膵尾部方向へ迷入してしまった。膵管は非常に細く、バルーンカテーテルやソーヘンドラステントレトリーバーを用いてステント回収を試みられたが、いずれも不成功であった。よって今後の加療目的に当院へ紹介入院となった。まずERCPを施行すると、膵管造影では主膵管径は0. 8mmと非常に細く、狭窄や拡張は認められなかった。よって膵管鏡による直視下での生検鉗子を用いた抜去は困難と考え、透視下に小型生検鉗子にて把持することを試みた。まず、ガイドワイヤーを迷入した膵管ステントを越えて十分に尾側まで留置した。生検鉗子は最小のSpy Biteを用いることとし、安全にステント手前まで挿入するため、7Frのソーヘンドラ胆管拡張用カテーテルをガイドワイヤー下にステント直前まで進めた。ガイドワイヤーを抜去した後に生検鉗子をカテーテル内を通じてステント近位端まで進め、透視下に把持し慎重に鉗子とカテーテルを同時に引き抜くことで摘出に成功した。ERCP後膵炎など明らかな偶発症は認めず、術後5日目に退院した。今回デバイスの工夫によって、安全、確実に迷入した膵管ステントを抜去し得た症例を経験したので報告する。

総胆管結石，膵管ステント

91 脾被膜下出血を伴った反復膵炎を契機に診断に至った膵癌の1例

杏林大学医学部付属病院　第三内科学教室[1]，同　腫瘍内科[2]，同　外科[3]，同　放射線科[4]，同　病理学教室[5]
深澤友里[1]，土岐真朗[1]，吉田　翼[1]，太田博崇[1]，落合一成[1]，権藤興一[1]，渡邉俊介[1]，岡野尚弘[2]，倉田　勇[1]，小暮正晴[3]，立石秀勝[4]，鈴木　裕[3]，仲村明恒[4]，望月　眞[5]，森　秀明[1]，古瀬純司[2]，杉山政則[3]，久松理一[1]

症例は50歳代男性．201X年12月，咳嗽を主訴に近医を受診し，マイコプラズマ肺炎の診断で加療中，突然の左側腹部痛が出現したため，当院外来紹介受診となり，CT検査にて，咳嗽が原因と考えられる特発性脾被膜下出血が認められたため緊急入院となった．保存的加療で脾被膜下血腫は改善傾向を認めたが，退院後も間欠的な左側腹部痛は残存していた．1か月後のCT検査にて，脾被膜下出血後の膿瘍形成および膵体尾部の造影不良域とその尾側の炎症所見が認められ，脾被膜下膿瘍および急性膵炎の診断で再入院となった．膿瘍に対しては経皮的被膜下膿瘍ドレナージ術を施行し，膵炎に対しては禁食，補液，抗菌薬，蛋白分解酵素阻害薬の投与を行い，いずれも軽快した．さらに1ヶ月後，急性膵炎の再発にて再入院となり，造影CT，MRI検査で，これまで明らかでなかった膵体尾部の乏血性腫瘤影を認め，超音波内視鏡下穿刺吸引法（EUS-FNA）を施行した．病理所見は，adenocarcinoma でcT3N2M0 stage 4aの膵体尾部癌の診断となり，膵体尾部脾合併切除を施行した．一般的に，急性膵炎の原因のうち膵癌によるものは1～2％とされているが，過去37年において医学中央雑誌で，key wordを「膵癌」,「反復膵炎」で検索したところ，10例の報告のみと少なく，また，急性膵炎を契機に膵癌の診断に至った症例は，早期発見により，手術適応ありとの報告が散見されることから，原因不明の急性膵炎症例で，さらに反復するような症例では膵癌の合併を念頭に，様々なmodalityを用いて迅速な精査を行う必要があると考えられた．

膵癌，膵炎

92 当院における急性膵炎診療の現状

虎の門病院
田村哲男，小泉優子，浦崎裕二，小山里香子，今村綱男

急性膵炎診療ガイドライン(ガイドライン)は昨年改訂されて、第4版となったが、重症度判定基準は変更がなく、確立したものとなりつつある。重症度の判定はCT所見と予後因子の2つから行われているが、予後因子スコアとCTグレードのいずれも重症の基準を満たしたものは、死亡率が上昇するとされている。今回我々は、当院で診療を行った重症急性膵炎の臨床経過を、予後因子とCTグレードに分けて検討を行った。【対象と方法】2011年1月から2016年8月まで、当院で診療を行った重症急性膵炎30例。男性18例　女性12例、26歳から81歳（中央値56歳）であった。成因はアルコール性13例、胆石膵炎11例、その他6例であった。ガイドラインに沿って診療を行い、重症度の判定は診断時と診断後72時間以内に2回目以降の判定を施行した。そのいずれかで重症と判定されたものを対象とした。CT グレードのみで重症と判定された群(CT群)と、予後因子が3点以上のもの(予後因子群)の2群に分けて、経口摂取開始までの期間で臨床経過を評価した。【結果】CT群は16例で、予後因子群は14例であった。両群とも死亡例はなく、持続動注療法や透析を必要とした例はなかった。経口摂取開始までの時期は、CT群で平均9. 9日（5-20）に対して、予後因子群で22. 1日(7-68)と有意に延長していた(P=0. 03)　予後因子の点数別では、2点以下で約10日、3点で19日、4点で37日と、予後因子スコアの上昇と経口摂取開始のタイミングが相関する傾向が認められた。【結論】予後因子群ではCT群と比較して経口摂取開始のタイミングが遅い傾向があり、スコアの上昇と重症度が比例すると考えられた。ガイドラインの重症度判定基準は臨床経過を予測する上で、妥当なものと考えられた。

急性膵炎，ガイドライン

93 EUSガイド下膵管ドレナージ専用プラスチックステントの使用経験

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

【背景】近年、膵管閉塞や消化管膵吻合部閉塞に基づく膵管内圧上昇に対して、通常の内視鏡治療が困難な症例にEUSを用いたRendezvous法またはEUSガイド下膵管ドレナージ（EUS-PD）が新たなアプローチ法として注目されている。また、その有用性や安全性の報告が散見されるようになったが、専用デバイスの開発は進んでいないのが現状である。そこで我々はEUS-PD専用プラスチックステントを開発し、今回その有用性を検討した。【方法】これまでに専用ステントを用いてEUS-PDを行った27例を対象とした。手技成功率、治療奏効率、偶発症率とその種類を検討した。新型ステントは挿入し易いように先端がテーパリングされており、胃側は迷入防止目的にpigtail型となっている。【結果】対象の年齢中央値は59歳（26-93歳）で男女比は12:15であった。原因疾患の内訳は、膵管空腸吻合部狭窄19例、慢性膵炎4例、膵管癒合不全2例、膵癌1例、急性膵炎後膵管狭窄1例であった。最大主膵管径の中央値は4. 3mm(1～13mm)、穿刺部位の主膵管径中央値は3. 4mm(1～8mm)であった。手技成功率、治療奏効率はいずれも100%(27/27)であった。偶発症は自制内の腹痛4例、軽症膵炎1例、出血1例であり、出血の症例ではTAEによる止血術を要した。術後の膵液瘻やステント迷入はなかった。【結語】EUS-PDは有用な方法であり、開発した専用膵管ステントは安全に留置可能であった。しかし、本手技は保険適応となっていない、手技の難易度が高い、専用のデバイスが少ないなど課題も多く、現在はハイボリュームセンターでの施行が望ましいと考える。

EUS-PD，膵管ドレナージ

94 IgG4関連胆管炎が疑われ自然軽快した肝門部胆管閉塞の一例

東芝病院　消化器内科[1)]，東京大学　消化器内科[2)]
福本　剛[1)]，山本夏代[1)]，水野　卓[2)]，石井鈴人[1)]，花岡友梨[1)]，中山千恵美[1)]，新野　徹[1)]，田代　淳[1)]，手島一陽[1)]，三輪　純[1)]，新井雅裕[1)]

症例は63歳女性。黄疸を主訴に当院を紹介受診。閉塞性黄疸の診断で入院精査となった。血液生化学所見で肝胆道系酵素上昇、ビリルビン高値の他、IgGサブクラス4分画(IgG4)が199mg/dlと軽度高値であった。造影CTでは肝門部に造影効果を伴う胆管狭窄を認め、非狭窄部にも広範な総胆管壁肥厚、肝門部リンパ節腫大がみられた。胆管病変以外の明らかな所見はみられなかった。広範囲胆管癌を疑い、鑑別診断としてIgG4関連硬化性胆管炎、原発性硬化性胆管炎も念頭に置き、精査を行った。内視鏡的逆行性胆管造影検査(ERC)では肝門部に約2cmの狭窄を認め、左右肝管が泣き別れていた。胆管癌であった場合に拡大右葉切除となる可能性を考慮し、左葉のみの胆管ドレナージを行った。同時に施行した胆管擦過細胞診ではclass3であり、胆管生検では異型は見られたが悪性の確定診断は得られなかった。超音波内視鏡下吸引細胞組織診(EUS-FNAB)で胆管狭窄部および肝門部リンパ節の組織採取を行ったが、組織および細胞診でも悪性所見はみられず、IgG4の免疫染色も陰性であった。初診より約1か月後に他院に再精査を依頼。ERC下の細胞診と生検、EUS-FNABの再検を行ったがやはり確定診断は得られなかった。この際、胆管狭窄が改善傾向を認め、胆管ステントは不要となった。以上から胆管ステントは不要となった。以上の経過からIgG4関連硬化性胆管炎の自然軽快を疑った。症状が消失したため、肝生検など追加の検査は行わず経過観察の方針となった。その後、IgG4の軽度高値は持続しているが、CTでの胆管壁肥厚の所見は消失しており、胆管閉塞の再燃や胆管外病変は見られていない。本症例ではIgG4高値を認め、胆管狭窄が自然軽快したことからType4のIgG4関連硬化性胆管炎が疑われたが、診断基準では疑診であった。現在の診断基準においては、胆管外病変の併発がない場合、病理学的診断が必要であり、時に診断に難渋することがある。IgG4硬化性胆管炎の診断において有用な症例と考え報告する。

IgG4関連硬化性胆管炎，胆管狭窄

95 膵腫瘍に非機能性膵内分泌腫瘍と副脾に鑑別を要した一例

昭和大学医学部内科学部門　消化器内科
三井佑太, 本間　直, 山宮　知, 石井　優, 野本朋宏, 北村勝哉, 吉田　仁

【症例】35歳女性. 【既往歴】特記事項なし. 【現病歴】生来健康であり, 医療機関受診歴なし. 2013年秋に健康診断を受診し, 腹部エコーで膵腫瘍を指摘された。他院を受診し, 2014年春にCT施行したところ, 膵尾部に12×9mm大の腫瘤性病変を認めた. 精査のため, 当科に紹介となった. 【嗜好】飲酒歴:ビール3本（週1回), 喫煙歴, なし. 【経過】血液検査所見上は腫瘍マーカーや膵酵素の異常は認めなかった。2014年春に造影CT施行したところ, 遅延相で造影される境界明瞭な腫瘤性病変が認められた. EUSを施行したところ, 膵尾部内に境界明瞭で辺縁整, 内部均一な低エコー領域を認め, 膵神経内分泌腫瘍や膵内副脾が鑑別に考えられた. 上記の鑑別のため, EUS-FNAを施行し, 病理診断上は細胞診Class2, 組織診では膵外分泌腺房に加え, 少量の粘液産生性の高円柱上皮を認めるのみであり, 診断には至らなかった. 2014年夏SPIO-MRI施行したところ, T1強調像では低信号, T2強調像では膵実質と等信号, SPIO投与後にT2強調画像にて低信号で描出され, 脾臓と同様の信号を呈していることから, 膵内副脾と考慮した. 2015年冬に造影超音波施行するが, 早期相から遅延相まで造影効果はみられなかった. 2016年冬に再度SPIO-MRI施行し, 大きさや性状に変化なく経過している. 【考察】副脾は臨床上しばし目にするが, 画像検査で指摘される大きさの膵内副脾は比較的稀である. 膵悪性腫瘍は予後不良となる場合が多いため, 早期発見と治療が求められるが, 組織診断が困難なケースもあり, 診断方法としては画像所見によることも多い. 膵内副脾の診断はCT・EUS・SPIO-MRI・造影超音波などが有用とされているが, 本症例では造影CT・MRI上は副脾に矛盾無い所見であったが, 造影超音波では造影効果を得ることが出来なかった. 画像評価については複数の検査から総合的に判断することが望ましいと考えられる.

膵腫瘍，膵内副脾

96 当院で経験した好酸球性胃腸炎の検討

町田市民病院
河村　篤，谷田恵美子，門松雄一朗，岩城慶大，目黒公輝，荒井麻衣子，宮下春菜，加藤由理，益井芳文，和泉元喜，金崎　章

【はじめに】好酸球性胃腸炎（Eosinophilic gastroenteritis;EGE）は一般的に予後良好の疾患と考えられているが、再発、再燃を繰り返したり、全身状態の高度悪化を伴うこともある。今回我々は自施設において経験したEGE症例において臨床像や治療について検討した。【方法】2014年4月から2016年9月の期間においてEGEと診断された7例（平均年齢72. 1歳。男性5例、女性2例）において、臨床像、治療を対象とした。【結果】初発症状は下痢が最も多く、腹痛、嘔吐、発熱、食指不振を認めた。アレルギー疾患の既往を5例で認めた。末梢血中好酸球が高値を3例で認めた。アルブミン値は初診時0. 8-4. 6 mg/dl（平均2. 9 mg/dl）であったが経過中に急激な低下を認めた。成人EGIDs（eosinophilic gastrointestinal disorders:EGIDs）の重症度分類において軽症1例、中等症6例であった。全症例にプレドニゾロンを20mg-40mg/日（0. 5mg/kg/日）で加療を開始した。プレドニゾロン漸減中に症状の悪化した症例は2例存在した。入院加療中に栄養状態の悪化のため嚥下障害が出てPEGまたはPTEGを造設した症例が2例であった。いずれも栄養状態の改善に伴い抜去することができた。重症度分類でのスコアとステロイドの奏功率には相関性がなかった。ステロイド治療で改善を認めるが劇的ではなく、成分栄養や5-ASA製剤や抗アレルギー薬などを併用し加療を行う必要があった。4例ではADLの低下に対してリハビリテーションを要した。【考察】ステロイド治療に対して全症例で反応があり、第一選択薬になると考えられた。しかし、ステロイドの減量中に症状が悪化した症例やアルブミンの改善を認めない症例では他剤を併用することが有意義であったと考えられた。高齢者では栄養状態悪化に伴い嚥下障害やADLの低下を認めるため、リハビリテーションを含めた総合的な治療が必要と考えられた。

好酸球性胃腸炎，再燃

97 好酸球性胃腸炎に対して*d*-クロルフェニラミンマレイン酸塩が有効であった1例

国立病院機構西埼玉中央病院　消化器科[1)]，
東京慈恵会医科大学　消化器・肝臓内科[2)]
蜂谷眞未[1)]，大瀧雄一朗[1)]，楊　英毅[1)]，石本詩子[1)]，吉田幸永[1)]，
根岸道子[1)]，二上敏樹[1)]，猿田雅之[2)]

【症例】36歳女性【主訴】腹痛、下痢【既往歴】スギ・ヒノキアレルギー【現病歴】17歳時、下腹部痛を主訴に当科受診。末梢血中好酸球増多、腹部CTで食道から小腸にかけての壁肥厚と骨盤内腹水、上部消化管内視鏡検査にて前庭部から胃体下部に斑状発赤がみられ生検組織で好酸球浸潤が確認された。整腸剤と消化酵素配合剤投与のみで改善した。26歳時にも腹痛と下痢を契機に入院、好酸球性胃腸炎と診断された。その際、*d*-クロルフェニラミンマレイン酸塩の投与により改善した。今回は、2週間前からの腹痛・背部痛・水様性下痢を主訴として当科入院。血液検査で白血球15200/ μl（好酸球48％）、腹部CTにて十二指腸から空腸の高度な浮腫性壁肥厚、ダグラス窩に中等量の腹水が認められた。上部消化管内視鏡検査では胃前庭部にびらん、十二指腸球後部から下行脚粘膜に浮腫と点状発赤がみられた。下部消化管内視鏡検査では盲腸・下行結腸・直腸粘膜に点状発赤が存在し生検組織で好酸球浸潤が認められた。腹水検査で白血球20600/ μl (好酸球99％) と好酸球が著増していた。これらの結果より好酸球性胃腸炎と診断した。以前にステロイドを投与せず改善した経緯から、*d*-クロルフェニラミンマレイン酸塩5mg/ 日点滴投与で加療を行った。その後腹部症状は改善、末梢血中好酸球は著減、腹水も消失し、投与開始から14日目で退院となった。症状の再燃なく外来通院中である。
【考察】好酸球性胃腸炎の診断には、腹痛・下痢などの症状に加え、内視鏡下生検による高度な好酸球浸潤もしくは腹水検査による好酸球浸潤の確認が必須となる。治療としてはステロイドがほぼ全例に有効とされているが、ロイコトリエン受容体拮抗薬、ヒスタミンH1受容体拮抗薬などの抗アレルギー薬のみで改善した例も少数報告されている。今回、我々はステロイドを投与せず改善した好酸球性胃腸炎の1例を経験した。ステロイドよりも先に抗アレルギー薬の投与から治療開始する意義があると考え、報告する。

好酸球性胃腸炎，抗アレルギー薬

98 メサラジンによる薬剤性好酸球性肺炎の一例

虎の門病院分院　消化器内科[1)]，虎の門病院　消化器内科[2)]
柳内綾子[1)]，小西未央[1)]，藤澤顕徳[1)]，尾関雄一郎[1)]，若林真理子[1)]，
松井　啓[2)]

症例は20代女性。3ヶ月前から下痢・血便が出現し次第に息切れや倦怠感が増悪したため近医受診。Hb 6. 0g/ dLと高度貧血を呈していたため当科紹介受診となった。下部内視鏡検査を施行したところ全結腸に粗造粘膜、多発びらん、発赤浮腫、易出血性を認め、病理組織で陰窩膿瘍を伴う活動性炎症を認めたため中等症の潰瘍性大腸炎と診断した。メサラジン3600mg/ 日による内服加療を開始したところ下痢･血便は軽快傾向となった。しかし内服開始約1ヶ月後より、咳嗽、深吸気時の呼吸苦、胸痛が出現し徐々に増悪したため救急外来受診。胸部CTで両肺野に多発する浸潤影を認めたため急性肺炎の診断で精査加療目的に入院となった。入院時WBC 7700/ μL、CRP 4. 7mg/ dLと炎症反応の上昇を認め、血液像は好酸球 6. 1％であった。抗菌薬投与による加療を開始するとともに、薬剤性肺炎の可能性を考えメサラジンを中止した。確定診断のため経気管支肺生検を施行したところ肺胞上皮は泡沫状に腫大し、肺胞間質は好酸球浸潤を伴って拡大していた。またDLST陽性であったためメサラジンによる薬剤性好酸球性肺炎と診断した。メサラジン中止後より呼吸苦、胸痛、咳嗽はいずれも改善傾向となり、胸部CTで陰影の縮小傾向が見られた。しかし依然多くの肺陰影が残存していたこと、潰瘍性大腸炎が寛解に至らないことからステロイド治療の適応と判断し、PSL 30mgによる治療を開始した。その後肺陰影は速やかに消失し潰瘍性大腸炎も寛解を得られた。炎症性腸疾患に併発する肺疾患としては、付随病変としての肺病変の他に、治療目的に投与されるメサラジンによる薬剤性肺炎が鑑別に挙げられる。前者が腸炎の活動度に合わせて増悪するのに対し、後者は腸炎の活動性と無関係に発症・増悪するとされ、本症例の経過も同様であったと考える。薬剤性肺炎はときに急速に進行し呼吸不全を伴うこともあるため、速やかな診断および原因薬剤の中止が必要である。

薬剤性好酸球性肺炎，潰瘍性大腸炎

99 回腸脂肪腫による成人腸重積症に対して単孔式腹腔鏡下手術を施行した1例

慶應義塾大学医学部　一般・消化器外科
森田　覚, 石田　隆, 長谷川博俊, 岡林剛史, 鶴田雅士, 浅田祐介,
杉浦清昭, 鈴木佳透, 田島佑樹, 中太淳平, 安藤智史, 岩間　望,
鈴村博史, 徳田敏樹, 豊田尚潔, 池端昭慶, 山高　謙,
北川雄光

症例は48歳男性，約1週間前から持続する腹痛・血便を主訴に当院救急外来を受診した．右下腹部に最強点をもつ腹部全体の圧痛を認めた．精査目的に施行した造影CTで回腸末端に壁肥厚と陥入する腸管像 (target sign) を認め，先進部には約35㎜大の脂肪濃度を含んだ充実性腫瘍を認めた．以上より，回腸腫瘍による成人腸重積症と診断し，緊急下部消化管内視鏡検査を施行したところ，重積は送気のみで容易に解除された．後日精査目的に施行した小腸内視鏡では回盲弁から約50㎝口側の回腸に，腸管内腔を占拠する粘膜下腫瘍を認めた．同時に行った超音波内視鏡観察では，腫瘍内に脂肪成分と思われる高エコーと一部モザイク様エコー域を認めた．同病変が重積の先進部と考えられ，重積を繰り返す可能性があること，腫瘍そのものがmalignant potentialを有する可能性があることなどを鑑み，待機的に手術の方針とした．術前耐術能評価を十分に施行した上で，回腸粘膜下腫瘍に対して単孔式腹腔鏡補助下回腸部分切除術を施行した．鏡視下に回盲部を十分授動し膵部より牽引，体外操作にて腫瘍を含むように回腸を部分切除し機能的端々吻合で再建した．術後経過は良好で術後第10病日には退院可能となった．病理組織学的検査結果は脂肪腫で，悪性所見は認めなかった．
成人腸重積症は比較的稀な疾患であり，多くが腫瘍性病変に起因するとされている．術前整復後に待機的手術を行うことを推奨する報告もあるが，治療戦略について統一された見解はないのが現状である．本症例は術前に整復が可能であったため，手術時に腸管を引き出す際の余分な創の延長が避けられ，単孔式腹腔鏡手術の利点である整容性が生かされたと考える．回腸脂肪腫による腸重積症に対して単孔式腹腔鏡下手術を施行した1例を経験したため若干の文献的考察を加えて報告する．

成人腸重積症，腹腔鏡下手術