

# 日本消化器病学会 関東支部第343回例会

## プログラム・抄録集



当番会長：埼玉医科大学総合医療センター 副院長 屋嘉比 康治  
平成29年2月4日(土)  
海運クラブ

# 日本消化器病学会関東支部第343回例会

## プログラム・抄録集

当番会長：埼玉医科大学総合医療センター 副院長 屋嘉比 康治  
〒350-8550 埼玉県川越市鴨田1981  
TEL 049-228-3564/FAX 049-225-6649

会 期：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  
<http://kaiunclub.org/>

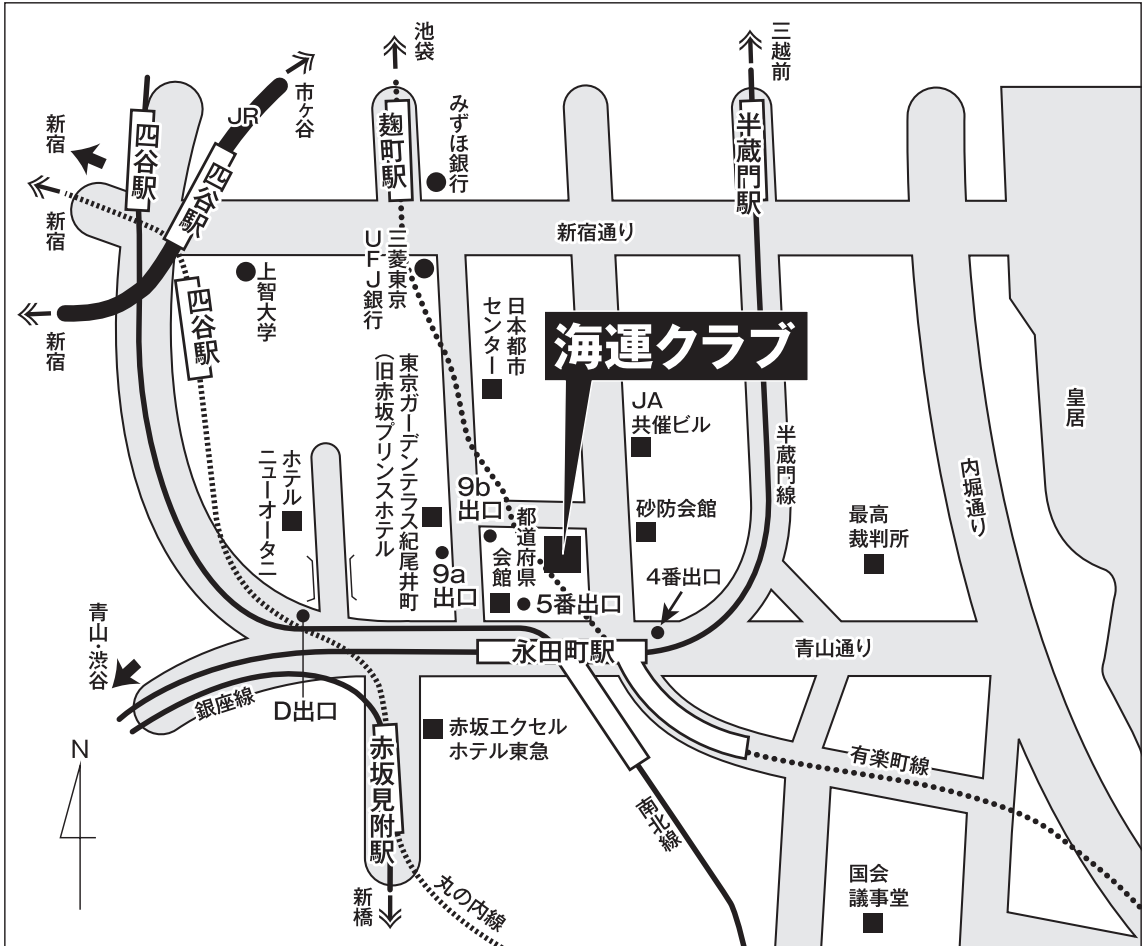
### <発表者，参加者の皆様へ>

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働はトラブルの原因となるため、外部電源用アダプタを必ずお持ちください。
  - 3) 音声出力には対応いたしません。
  - 4) 発表は枚数ではなく時間で制限させていただきます。
  - 5) 発表時は、演台に置かれたモニターを見ながらご自身で操作して画面を進めていただきます。なお、発表者ツールの使用はできませんのでご注意ください。
3. 発表に際しては、患者さんのプライバシーの保護（日付の記載は年月までとする、等）に十分配慮してください。
4. 演題発表時には、利益相反状態の開示が必要になります。開示基準・規定の書式に従って利益相反の有無を必ず開示してください。
5. 演者は前演者の口演開始後、直ちに「次演者席」へご着席ください。
6. 専修医セッション、研修医セッション及び一般演題は、1題口演4分、追加討論2分です。時間厳守をお願いします。
7. 質問される方は、所属と氏名を明らかにしてからお願いします。
8. 専修医・研修医セッションの発表者あるいは同施設の方は、奨励賞表彰式に出席してください。(第1会場 12:50～)
9. 当日の参加費は2,000円です。
10. 当日はこのプログラム・抄録集をご持参ください。なお当日ご希望の場合は、1部1,000円にて販売いたします。(数に限りがございますので予めご了承ください)
11. 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. ハンズオンセミナー参加者、専門医セミナー出場選手の先生方には、当日の集合時間・場所について、会期1週間前までに運営事務局より、メールにてご案内申し上げます。なお、見学は自由となりますので、奮ってご参加ください。
13. 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343回例会**  
**平成29年2月4日(土)**

8:25～8:30 開会の辞(第1会場)					
第1会場(午前の部)			第2会場(午前の部)		
演 題	時 間	座 長	演 題	時 間	座 長
(1) 専修医Ⅰ(食道・胃 <small>その他</small> ) 1～3	8:30～8:48	小野山温那	(14) 研修医Ⅰ(食道・胃 <small>十二指腸</small> ) 51～55	8:30～9:00	岩本 真帆
(2) 専修医Ⅱ(胃 <small>十二指腸</small> ) 4～7	8:48～9:12	緒方 杏一	(15) 研修医Ⅱ(胃 <small>十二指腸</small> ) 56～59	9:00～9:24	鶴見 賢直
(3) 専修医Ⅲ(小腸) 8～10	9:12～9:30	岡村 喬之	(16) 研修医Ⅲ(胃 <small>十二指腸</small> ) 60～63	9:24～9:48	藤井 庸平
(4) 専修医Ⅳ(大腸Ⅰ) 11～14	9:30～9:54	馬來康太郎	(17) 研修医Ⅳ(小腸・大腸) 64～67	9:48～10:12	植松 淳一
9:54～10:04 休憩			10:12～10:17 休憩		
(5) 専修医Ⅴ(大腸Ⅱ) 15～18	10:04～10:28	富永 圭一	(18) 研修医Ⅴ(空腸 <small>その他</small> ) 68～71	10:17～10:41	古橋 廣崇
(6) 専修医Ⅵ(肝) 19～22	10:28～10:52	留野 渉	(19) 研修医Ⅵ(肝・その他) 72～75	10:41～11:05	吉田 茂正
(7) 専修医Ⅶ(肝・胆・膵) 23～26	10:52～11:16	武智千津子	(20) 研修医Ⅶ(胆) 76～79	11:05～11:29	宮城 直也
(8) 専修医Ⅷ(膵) 27～30	11:16～11:40	松原 三郎	(21) 研修医Ⅷ(膵) 80～82	11:29～11:47	藤田 祐司
			12:10～12:40 評議員会		
12:05～12:50 ランチョンセミナー(第1会場)					
<b>「グレリンシグナルと消化器疾患～グレリンエンハンサー六君子湯の役割～」</b>					
北海道大学大学院薬学研究科医療薬学分野臨床病態解析学 教授 <b>武田 宏司</b> 先生					
司会 埼玉県済生会川口総合病院 院長 <b>原澤 茂</b> 先生					
共催：株式会社ツムラ					
12:50～13:05 専修医・研修医奨励賞表彰式(第1会場)					
13:05～14:00 特別講演(第1会場)					
<b>「消化器がん領域におけるゲノム医療の実現に向けて」</b>					
国立研究開発法人 国立がん研究センター 理事長 <b>中釜 齊</b> 先生					
司会 埼玉医科大学総合医療センター 副院長 <b>屋嘉比康治</b>					
第1会場(午後の部)			第2会場(午後の部)		
演 題	時 間	座 長	演 題	時 間	座 長
(9) 食道・胃 31～34	14:05～14:29	石畝 亨	(22) 胆 83～86	14:05～14:29	福原誠一郎
(10) 十二指腸・小腸 35～38	14:29～14:53	可児 和仁	(23) 胆・膵 87～90	14:29～14:53	牧 章
(11) 大腸 39～42	14:53～15:17	岩佐 亮太	(24) 膵・その他 91～94	14:53～15:17	青山 徹
(12) 大腸・その他 43～46	15:17～15:41	野中 康一			
(13) 肝 47～50	15:41～16:05	滝澤 大地			
16:05～16:10 閉会の辞(第1会場)					
16:10～18:10 第12回専門医セミナー(第2会場)★日本消化器病学会3単位取得できます					
<b>「ドクターガストロ～臨床推論からの消化器病学～」</b>					
司会 杏林大学医学部医学教育学 <b>矢島 知治</b> 先生					

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

特別講演(第1会場 13:05~14:00)

## 「消化器がん領域におけるゲノム医療の実現に向けて」

国立研究開発法人 国立がん研究センター 理事長 **中釜 齊** 先生  
司会 埼玉医科大学総合医療センター 副院長 **屋嘉比康治**

……演者の先生ご紹介……

なかがま ひとし  
**中釜 齊** 先生

国立研究開発法人 国立がん研究センター 理事長

### 略歴

1982年東京大学医学部卒業。1990年同大学医学部第三内科助手。1991年から米国マサチューセッツ工科大学がん研究センター・リサーチフェロー。1995年以降国立がんセンター研究所がん研究部室長、生化学部長、副所長、所長を歴任。2016年4月より国立がん研究センター理事長・総長。ヒト発がんの環境要因、及び遺伝的要因の解析とその分子機構に関する研究に従事してきた。専門分野は、分子腫瘍学、がんゲノム、環境発がん。

ランチオンセミナー (第1会場 12:05~12:50)

## 「グレリンシグナルと消化器疾患 ～グレリンエンハンサー六君子湯の役割～」

北海道大学大学院薬学研究院医療薬学分野臨床病態解析学 教授 **武田 宏司** 先生

司会 埼玉県済生会川口総合病院 院長 **原澤 茂** 先生

共催：株式会社ツムラ

……演者の先生ご紹介……

ただ ひろし  
**武田 宏司** 先生

北海道大学大学院薬学研究院医療薬学分野臨床病態解析学 教授

### 略歴

昭和55年	北海道大学医学部医学科卒業
昭和55年	北海道大学医学部附属病院医員 (第三内科)
昭和56年	北海道社会事業協会函館病院勤務
昭和58年	釧路労災病院勤務
平成3年	米国ミシガン大学メディカルセンター内科研究員 (T.Yamada教授)
平成6年	北海道大学医学部附属病院第三内科助手
平成7年	北海道大学医学部附属病院第三内科講師
平成16年	北海道大学大学院医学研究科第三内科助教授
平成19年	北海道大学大学院医学研究科第三内科准教授
平成20年	北海道大学大学院薬学研究院医療薬学分野臨床病態解析学教授
平成22年4月	北海道大学病院栄養管理部長 (兼任)
現在に至る	

## 第7回ハンズオンセミナー

(ホワイエ 10:00~12:00)

### インストラクター

埼玉医科大学総合医療センター 消化器・肝臓内科 名越 澄子  
埼玉医科大学総合医療センター 消化器・肝臓内科 青山 徹  
埼玉医科大学総合医療センター 消化器・肝臓内科 山口菜緒美

### <ご案内>

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。

受講希望者は以下の【お申込み時の必須情報】をご確認のうえ、メールにてお申込みください。

定員になり次第締切といたします。

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。

なお、どなた様にも見学は自由になりますので、奮ってご参加ください。

### 【お問合せ・お申込先】

関東支部第343回例会 運営事務局：jsge2016\_343@sunpla-mcv.com

### 【お申込み時の必須情報】

1. 所属機関名 2. 氏名（ふりがな）

3. 希望する時間帯（第3希望まで）

①10:00～ ②10:20～ ③10:40～

④11:00～ ⑤11:20～ ⑥11:40～

※10:00～12:00を予定しております。

参加費：無料

共 催：富士ファイルムメディカル株式会社

受講の時間帯、当日の集合時間、会場については決定次第ご連絡いたします。

## 第12回専門医セミナー

(第2会場 16:10～18:10)

# 「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。

司 会：矢島 知治 先生（杏林大学医学部医学教育学）

担 当：今枝 博之 先生（埼玉医科大学病院 消化管内科）  
後藤田卓志 先生（日本大学医学部 消化器肝臓内科）  
岸野真衣子 先生（東京女子医科大学 消化器内視鏡科）  
松本 健史 先生（順天堂大学 消化器内科）  
土岐 真朗 先生（杏林大学医学部 第三内科）  
新後閑弘章 先生（東邦大学医療センター大橋病院 消化器内科）  
小澤俊一郎 先生（聖マリアンナ医科大学 消化器・肝臓内科）

出場選手：今井 崇紀 先生（秩父市立病院 内科）  
嘉島 賢 先生（獨協医科大学 消化器内科）  
佐々木 優 先生（東京女子医科大学 卒後臨床研修センター）  
藤川 秀爾 先生（東京女子医科大学 卒後臨床研修センター）  
島田紗也葵 先生（立正佼成会附属佼成病院）  
高橋 幸大 先生（神奈川県立足柄上病院）  
堀 裕太郎 先生（埼玉医科大学総合医療センター 消化器・肝臓内科）  
笠巻 敬太 先生（日本大学病院）  
斎藤 優樹 先生（聖路加国際病院）  
西成田 悠 先生（公立昭和病院 消化器内科）  
原 真太郎 先生（大船中央病院 消化器・IBDセンター）  
中山 敬太 先生（深谷赤十字病院）



## 第1会場（午前の部）

8：25～8：30

—開会の辞—

—専修医セッション評価者—

自治医科大学附属さいたま医療センター	消化器内科	宮谷 博幸
日本医科大学付属病院	消化器・肝臓内科	二神 生爾
帝京大学ちば総合医療センター	消化器内科	道田 知樹

(1) 専修医Ⅰ(食道・その他) 8：30～8：48 座長 東京大学大学院医学系研究科 小野山 温 那

1. アルコール性肝硬変に合併した食道壁内偽憩室症の一例

日本医科大学 消化器内科学 ○片岡 宏章, 川見 典之, 福田 健, 星野慎太郎  
梅澤まり子, 花田優理子, 星川 吉正, 竹之内菜葉  
星原 芳雄, 岩切 勝彦

2. CT 検査にて悪性リンパ腫を疑った腹腔内腫瘍が myeloid sarcoma であった一例

国立国際医療研究センター病院 消化器内科 ○松下 祐紀, 木平 英里, 小島 康志, 小林 桜子  
下村 暁, 飯田 龍洋, 泉 敦子, 濱田麻梨子  
柳澤 直宏, 忌部 航, 柳瀬 幹雄, 秋山 純一  
同 中央検査科 黒田 亮平, 額賀 明子  
同 放射線診断科 志多 由孝  
同 血液内科 関根理恵子  
同 外科 相馬 大介

3. 肝表面の播種結節に対し超音波ガイド下針生検にて診断しえた悪性腹膜中皮腫の1例

立正佼成会附属佼成病院 消化器内科 ○八谷 隆仁, 徳永創太郎, 太田 博崇, 高橋 信一  
杏林大学病院 第三内科  
立正佼成会附属佼成病院 消化器内科 田部井弘一, 小山 元一  
立正佼成会附属杏林大学病院 第三内科 久松 理一  
立正佼成会附属佼成病院 外科 白山 才人, 山口 高史, 柳田 修  
同 病理診断科 二階堂 孝

(2) 専修医Ⅱ(胃・十二指腸) 8：48～9：12 座長 群馬大学 病態総合外科学 緒 方 杏 一

4. AFP 産生胃癌隣頭部浸潤に対し術前化学療法後に隣頭十二指腸切除を行った1症例

JR 東京総合病院 消化器外科 ○三田 英明, 竹村 信行, 隈本 力, 三木 健司  
小菅 智男

5. 当院で経験した Inflammatory fibroid polyp の2例

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

6. A型胃炎に合併した胃サルコイドーシスの一例

湘南鎌倉総合病院 消化器病センター ○鎌田 渉, 佐々木亜希子, 江頭 秀人, 所 晋之助  
市田 親正, 田澤 智彦, 成 志弦, 増田 作栄  
滝沢 聡, 魚嶋 晴紀, 小泉 一也, 金原 猛  
賀古 眞  
同 病理診断部 工藤まどか, 武田宏太郎, 手島 伸一

7. 全身性エリテマトーデスに発症した限局性胃蜂窩織炎の1例

聖マリアンナ医科大学 消化器・肝臓内科 ○中本 悠輔, 小澤俊一郎, 加藤 正樹, 小澤 碧  
服部 美紀, 佐藤 義典, 池田 佳子, 松尾 康正  
山下 真幸, 山本 博之, 安田 宏, 伊東 文生

(3) 専修医Ⅲ(小腸) 9:12~9:30 座長 帝京大学医学部附属病院 内科 岡村 喬之

8. 既往歴、開腹歴のない腹腔内デスマイドの1例

総合病院 厚生中央病院 ○田中 貴志, 新後閑弘章, 木村 晴, 中村 文彦  
松浦 良徳, 根本夕夏子, 剛崎 寛徳, 河北 英明  
代田 智樹, 田村 和彦, 齊藤 準, 逢坂 由昭  
東京医科大学 黒田 雅彦

9. 腸閉塞を契機に診断されたT細胞リンパ腫の一例

杏林大学医学部附属病院 第3内科 ○佐藤 太龍, 三浦 みき, 斎藤 大祐, 池崎 修  
三井 達也, 櫻庭 彰人, 林田 真理, 森 秀明  
久松 理一  
同 病理学教室 千葉 宏和, 望月 眞, 菅間 博  
同 第2内科 高山 信之  
同 消化器・一般外科 正木 忠彦

10. 診断に苦慮した空腸異所性腺の1例

横浜労災病院 消化器内科 ○白鳥 航, 内山 詩織, 辻川真太郎, 尾崎 杏奈  
鈴木 雅人, 小林 貴, 高柳 卓矢, 永鷲 裕樹  
野上 麻子, 佐藤 晋二, 金沢 憲由, 関野 雄典  
永瀬 肇  
同 内視鏡部 梅村 隆輔, 川名 憲一

(4) 専修医Ⅳ(大腸1) 9:30~9:54 座長 日本医科大学 消化器内科学 馬 来 康太郎

11. Serrated polyposis syndrome (SPS)を背景に急速発育したと考えられる interval cancer の1例

順天堂大学医学部 消化器内科 ○菅野那々子, 松本 健史, 小森 寛之, 村上 敬  
小谷 知弘, 坂本 直人, 渡辺 純夫

12. 虫垂粘液癌のS状結腸への直接浸潤の一例

東海大学医学部附属東京病院 ○吉原 四方, 佐野 正弥, 中村 淳, 仁品 玲子  
塩澤 宏和, 青木 純, 鈴木 孝良  
東海大学医学部内科学系 消化器内科学 峯 徹哉

13. 当院で経験した大腸神経鞘腫の2例

東京慈恵会医科大学附属病院 ○石川 将史, 宮崎 亮佑, 澤田 亮一, 水野 雄介  
光永 真人, 松岡 美佳, 猿田 雅之

14. 劇症型アメーバ腸炎の1例

昭和大学藤が丘病院 消化器内科 ○宮尾 直樹, 中西 徹, 岩橋 健太, 小澁 尚子  
田淵 晃大, 東畑美幸子, 林 将史, 上原なつみ  
花村祥太郎, 山村 詠一, 高野 祐一, 五味 邦代  
黒木優一郎, 井上 和明, 長濱 正亞  
同 消化器外科 梅本 岳宏, 田中 淳一

(5) 専修医V(大腸2) 10:04~10:28 座長 獨協医科大学 消化器内科 富 永 圭 一

15. MRSA 腸炎を契機に潰瘍性大腸炎を発症した1例

戸田中央総合病院 ○根本 大樹, 山本 圭, 原田 容治, 堀部 俊哉  
藤田 充, 岸本 佳子, 阿部 正和, 富田 裕介  
香川 泰之

16. 長期経過の潰瘍性大腸炎に合併した大腸癌の1例

東京北医療センター 消化器内科 ○服部 大輔, 齊藤 博大, 間瀬 一壽, 長 竜彦  
吉田 見紀, 落合 香織, 三澤 綾子, 青柳 有司  
同 外科 天野 正弘

17. 高安動脈炎に合併した劇症型潰瘍性大腸炎の1例

横浜市立みなと赤十字病院 消化器内科 ○五十嵐 亮, 上妻 千明, 川井 麻央, 小澤 尚子  
池 真実, 安田 圭吾, 金城 美幸, 深見 裕一  
池宮城秀和, 吉野 耕平, 先田 信哉  
同 病理診断科 熊谷 二郎

18. クローン病による大腸狭窄に腸石を生じ、内視鏡下に回収しえた一例

那須赤十字病院 消化器内科 ○亀井 沙智, 加藤 陽平, 中田 洋介, 渡部 伊織  
室井 純子, 新井 由季, 吉田 徹, 佐藤 隆

(6) 専修医VI(肝) 10:28~10:52 座長 横浜市立大学附属病院 消化器内科 肝胆膵消化器病学 留 野 渉

19. 再燃をきたしたA型肝炎の一例

千葉大学医学部附属病院 消化器内科 ○丸田四季子, 安井 伸, 神田 達郎, 飯野陽太郎  
高橋 幸治, 芳賀 祐規, 中村 昌人, 新井 誠人  
横須賀 収

20. Sofosbuvir + Ledipasvir 療法の副作用と考えられる心房細動, うっ血性心不全を呈したC型慢性肝炎の1例

日立製作所日立総合病院 消化器内科 ○久保田 大, 宮嶋 望, 越智 正憲, 清宮 崇博  
松井 真希, 小玉 夏美, 綿引 隆久, 大河原 悠  
大河原 敦, 柿木 信重, 鴨志田敏郎, 平井 信二  
岡 裕爾  
筑波大学附属病院 日立社会連携教育研究センター 谷中 昭典

21. 肝生検後の家族への詳細な病歴聴取により診断された肝機能障害の1例

北里大学医学部 消化器内科 ○和田 尚久, 日高 央, 山根 敬子, 井上 智仁  
窪田 幸介, 魚嶋 晴紀, 田中 賢明, 中澤 貴秀  
渋谷 明隆, 小泉和二郎  
同 病理学 大部 誠

22. 横紋筋融解症、急性腎不全、門脈血栓症を認め診断・治療に難渋した肝膿瘍の一例

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

(7) 専修医Ⅶ(肝・胆・膵) 10:52~11:16

座長 自衛隊横須賀病院 内科 武智千津子

23. 側副血行路の圧迫で閉塞性黄疸を発症した肝外門脈閉塞症の1例

埼玉医科大学 消化器内科・肝臓内科 ○友利 勇大, 中山 伸朗, 濱田 大祐, 植村 隼人  
齊藤 陽一, 鈴木 隆信, 鷹野 雅史, 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, 富谷 智明, 持田 智  
同 消化器・一般外科 矢島 沙織, 篠塚 望

24. 長期経過を観察し得たCA19-9産生出血性肝嚢胞の1例

獨協医科大学越谷病院 消化器内科 ○行徳 芳則, 正岡 梨音, 須田 季晋, 金子真由子  
藤本 洋, 北川 智之, 大川 修, 徳富 治彦  
北濱 彰博, 草野 祐実, 小堀 郁博, 豊田 紘二  
林 和憲, 大浦 亮祐, 片山 裕視, 玉野 正也

25. 採血結果から推察し得なかった若年発症の結石性胆管炎の1例

東京都教職員互助会 三楽病院 消化器内科 ○佐藤 淳一, 与田 武徳, 大畑 健次, 趙 利奈  
佐久間信行, 永尾 清香, 加藤 礼子, 花尻 和幸  
和田 友則  
同 化学療法室 降籬 誠

26. 肝癌化学療法中に発症した腫瘍崩壊症候群の1剖検例

帝京大学溝口病院 消化器内科 ○足立 貴子, 馬淵 正敏, 恩田 毅, 梶山はな恵  
松本光太郎, 網島 弘道, 関根 一智, 辻川 尊之  
梶山 祐介, 土井 晋平, 佐藤浩一郎, 菊池健太郎  
安田 一朗  
同 病理診断科 川本 雅司, 高橋美紀子

(8) 専修医Ⅷ(膵) 11:16~11:40

座長 東京大学 消化器内科 松原三郎

27. 胃癌により診断に苦慮した膵腫瘍の一例

自治医科大学附属さいたま医療センター 消化器科 ○森野 美奈, 関根 匡成, 松本 吏弘, 松本 圭太  
賀嶋ひとみ, 小糸 雄大, 高橋 裕子, 石井 剛弘  
若尾 聡士, 上原 健志, 西川 剛史, 川村 晴水  
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

28. 20代で発見された若年発症浸潤性膵管癌の2例

筑波大学附属病院 消化器内科 ○山口 雄司, 山田 武史, 山本 祥之, 池田 貴文  
菅沼 大輔, 内田 優一, 佐藤 雅志, 田島 大樹  
長谷川直之, 石毛 和紀, 森脇 俊和, 金子 剛  
奈良坂俊明, 瀬尾恵美子, 福田 邦明, 鈴木 英雄  
松井 裕史, 安部井誠人, 溝上 裕士, 兵頭一之介

29. 術前診断が困難であった多発膵漿液性嚢胞腺腫の1例

東京医科大学 臨床医学系消化器内科学分野 ○一宮 匡, 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  
藤田 充, 山本健次郎, 朝井 靖二, 松波 幸寿  
糸井 隆夫

30. 術前診断に苦慮した膵原発デスマイド腫瘍の1例

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

同 肝胆膵・小児外科 宮田 陽一, 別宮 好文  
同 病理部 菊池 淳, 田丸 淳一

---

第1会場 (午後の部)

---

13:05~14:00

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

国立研究開発法人 国立がん研究センター 理事長 中釜 斉 先生

司会 埼玉医科大学総合医療センター 副院長 屋嘉比 康治

---

(9) 食道・胃 14:05~14:29 座長 埼玉医科大学総合医療センター 消化管外科・一般外科 石 畝 亨

31. 後期高齢者 GERD 患者における PPI 有効性と治療抵抗性の実態調査

総合川崎臨港病院  
聖マリアンナ医科大学 消化器・肝臓内科 ○渡邊 嘉行  
そめや内科クリニック 染谷 貴志

32. 非胸腔アプローチによる食道癌根治術の検討

東京医科歯科大学 消化管外科学 ○東海林 裕, 中島 康晃, 川田 研郎, 星野 明弘  
岡田 卓也, 中寫 雄高, 奥田 将史, 久米雄一郎  
松井 俊大, 川村 雄大, 山口 和哉, 永井 鑑  
河野 辰幸  
同 臨床解剖学 秋田 恵一

33. Nivolumab 使用後に出現した急性出血性胃炎の1例

埼玉医科大学国際医療センター 消化器内科 ○小林 正典, 良沢 昭銘, 谷坂 優樹, 原田 舞子  
小畑 力, 新井 晋, 真下 由美, 野中 康一

34. 腺窩上皮、頸部粘液腺への分化傾向を示した *Helicobacter pylori* 未感染分化型胃癌の1例

湘南藤沢徳洲会病院 肝胆膵消化器病センター ○永田 充

(10) 十二指腸・小腸 14:29~14:53 座長 埼玉医科大学総合医療センター 消化器・肝臓内科 可 児 和 仁

35. 小腸 Dieulafoy 潰瘍と思われた、小腸出血の1例

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

36. IgG4 関連疾患と考えられる多発小腸潰瘍の1例

高崎総合医療センター 消化器病センター ○椎名 啓介, 工藤 智洋, 關谷 真志, 善如寺 暖  
畑中 健, 安岡 秀敏, 星野 崇, 長沼 篤  
猿谷 真也, 石原 弘  
同 病理部 小川 晃, 田中 優子, 宮永 朋美

37. 経静脈的バルーン閉塞下に内視鏡的塞栓術を施行した十二指腸静脈瘤の一例

NTT 東日本関東病院 消化器内科 ○三角 宜嗣, 大圃 研, 中尾 友美, 瀧田麻衣子  
田島 知明, 酒井 英嗣, 村元 喬, 松山 恭士  
松橋 信行  
同 放射線科 赤羽 正章

38. von Recklinghausen 病に合併した十二指腸 GIST の 1 例

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

(11) 大腸 14:53~15:17 座長 東邦大学医療センター 佐倉病院 内科 岩 佐 亮 太

39. 不全型パーチェット病に生じた回盲部潰瘍の一例

東京女子医科大学 消化器内科 ○柏木 宏幸, 大森 鉄平, 神林 玄隆, 村杉 瞬  
原 敏文, 伊藤亜由美, 米沢麻利亚, 飯塚 文瑛  
徳重 克年

40. 腸管嚢胞性気腫症が原因となった腸重積の一例

練馬光が丘病院 ○帖地 健, 町田枝里華, 中嶋 秀治, 小野川 淳  
李 俊容, 米神 裕介, 吉田 卓義, 前田 徹  
長谷川俊二, 小西 文雄

41. 審査腹腔鏡が診断に有効であったバリウムによる大腸穿孔の 1 例

順天堂大学医学部附属練馬病院 総合外科 ○大杉 一平, 岩永 直紀, 高橋 敦, 山田衣里佳  
関根 悠貴, 秋本 瑛吾, 伊藤 謙, 北原 佳奈  
春山優里恵, 河合 雅也, 宮野 省三, 小坂泰二郎  
渡野邊郁雄, 町田 理夫, 北島 俊顕, 須郷 広之  
李 慶文, 児島 邦明

42. 肛門管 GIST の一切除例

獨協医科大学病院 ○蜂谷 裕之, 永田 仁, 石塚 満, 岩崎 喜実  
高木 和俊, 青木 琢, 窪田 敬一

(12) 大腸・その他 15:17~15:41 座長 埼玉医科大学国際医療センター 消化器内科 野 中 康 一

43. 大腸 ESD が腹部症状に与える影響に関する検討

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

44. 悪性所見を伴った Tailgut cyst が疑われた 1 例

群馬大学医学部附属病院 外科診療センター 消化管外科 ○小澤 直也, 小川 博臣, 堤 壮一, 茂木 陽子  
高田 考大, 加藤 隆二, 桑野 博行

45. 大腸に多発した顆粒細胞腫の1例

東邦大学医療センター大森病院 消化器内科 ○瀧之上和弘, 大塚 隆文, 團 宣博, 小林 俊介  
乾山 光子, 小野 真史, 木村 隆輔, 五十嵐良典  
住野 泰清  
同 病院病理科 根元 哲夫, 澁谷 和俊

46. 高CA125血症を示し癌性腹膜炎との鑑別を要した結核性腹膜炎の1例

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

(13) 肝 15:41~16:05

座長 前橋赤十字病院 消化器内科 滝澤大地

47. 難治性腹水を伴う肝硬変に対する腹腔静脈シャント(PVS)の治療成績

昭和大学医学部 内科学講座 消化器内科学部門 ○魚住祥二郎, 杉浦 育也, 梶原 敦, 荒井 潤  
下間 祐, 打越 学, 坂木 理, 吉田 仁  
昭和大学横浜市北部病院 消化器センター 馬場 俊之

48. アルコール性肝硬変に特発性細菌性腹膜炎と感染性臍嚢胞を合併した1例

昭和大学医学部 内科学部門 消化器内科学部門 ○打越 学, 山宮 知, 石井 優, 梶原 敦  
荒井 潤, 魚住祥二郎, 下間 祐, 野本 朋宏  
坂木 理, 北村 勝哉, 吉田 仁  
昭和大学江東豊洲病院 消化器センター 伊藤 敬義

49. 術前画像診断に苦慮した広範な門脈腫瘍栓を呈した肝細胞癌の一例

慶應義塾大学医学部 一般・消化器外科 ○竹村 裕介, 八木 洋, 板野 理, 篠田 昌宏  
北郷 実, 阿部 雄太, 日比 泰造, 北川 雄光  
同 病理学教室 紅林 泰, 尾島 英知, 坂元 亨宇

50. 転移性肝癌に対するラジオ波焼灼療法(RFA)3週間後に発症した肝動脈仮性動脈瘤破裂の1例

大森赤十字病院 消化器内科 ○河野 直哉, 西村 正基, 立川 準, 栗原 大典  
須藤 拓馬, 河合 恵美, 芦荊 圭一, 中岡 宙子  
関 志帆子, 千葉 秀幸, 井田 智則, 諸橋 大樹  
後藤 亨  
同 放射線科 宮地 樹里, 片山 貴, 山崎 悦夫

16:05~16:10

—閉会の辞—



## 第2会場（午前の部）

### 研修医セッション評価者

帝京大学 消化器内科	山本 貴嗣
国立病院機構 災害医療センター 消化器内科	上市 英雄
埼玉医科大学国際医療センター 消化器内科	野中 康一

(14) 研修医Ⅰ（食道・胃・十二指腸） 8:30~9:00 座長 日本大学医学部附属板橋病院 消化器肝臓内科 岩本 真帆

51. 胆嚢病変を併発した表層性食道粘膜剥離症合併類天疱瘡の1例

横須賀市立うわまち病院 ○三井 英央, 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  
同 病理検査科 飯田 真岐, 辻本 志朗

52. 異なる機序で発生した食道粘膜下血種の2例

前橋赤十字病院 消化器内科 ○糸井 祐貴, 滝澤 大地, 中野 佑哉, 湯浅絵里奈  
増田 智之, 佐藤 洋子, 大塚 修, 戸島 洋貴  
飯塚 賢一, 豊田 満夫, 新井 弘隆, 高山 尚  
群馬大学大学院医学系研究科 病態制御内科学 佐藤 賢, 柿崎 暁, 草野 元康, 山田 正信

53. 酸分泌抑制療法により改善が得られた好酸球性食道炎に合併した Jack Hammer 食道の一例

慶應義塾大学医学部 内科学（消化器） ○結城久美子, 亀山 尚子, 正岡 建洋, 玉川 空樹  
山根 剛, 金井 隆典

54. 出血性ショックをきたしたアナサキス症による胃潰瘍の一例

東京都済生会中央病院 消化器内科 ○加藤 英生, 上田 真裕, 垣内 大樹, 星野 舞  
阿部 善彦, 大原まみか, 林 智康, 小川 歩  
田沼 浩太, 三枝慶一郎, 岸野 竜平, 酒井 元  
船越 信介, 中澤 敦, 塚田 信廣

55. 膀胱転移による血尿が診断の契機となった胃印環細胞癌の一例

東京慈恵会医科大学附属第三病院 ○原田健太郎, 萩原 雅子, 柴田 恵子, 廣瀬 雄紀  
赤須 貴文, 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

(15) 研修医Ⅱ（胃・十二指腸） 9:00~9:24 座長 杏林大学医学部附属病院 消化器・一般外科 鶴見 賢直

56. 出血を契機に内視鏡的切除を行った分類不能型胃ポリープの一例

帝京大学医学部 内科 ○小松田章悟, 青柳 仁, 中村 直裕, 丸山 喬平  
三木 淳史, 八木みなみ, 岡村 喬之, 川島 悠  
磯野 朱里, 江波戸直久, 三浦 亮, 阿部浩一郎  
有住 俊彦, 相磯 光彦, 高森 頼雪, 山本 貴嗣  
喜多 宏人, 田中 篤, 滝川 一  
帝京大学医学部附属病院 病理部 齊藤 光次, 近藤 福雄

57. 出血をきたした胃粘膜下腫瘍の一例

埼玉医科大学病院 総合診療内科 ○飯塚 麻実, 芦谷 啓吾, 中山 智博, 大崎 篤史  
 草野 武, 白崎 文隆, 野口 哲, 山岡 稔  
 小林 威仁, 宮川 義隆, 橋本 正良, 山本 啓二  
 中元 秀友  
 同 消化器外科 菅野 優貴, 森岡 真悟, 深野 敬之, 篠塚 望  
 同 消化管内科 大庫 秀樹, 今枝 博之  
 同 病理部 石澤 圭介, 山田 健人

58. A型胃炎を背景とした多発胃 NET Grade2 の一例

虎の門病院 消化器内科 ○高橋 寿枝, 鳥羽 崇仁, 福馬有美子, 早坂淳之介  
 田中 匡実, 栗林 泰隆, 野村 浩介, 山下 聡  
 古畑 司, 菊池 大輔, 松井 啓, 三谷 年史  
 飯塚 敏郎, 布袋屋 修, 貝瀬 満

59. 化学療法が著効し6年間の経過が見られている進行胃癌の一例 —その形態変化と共に—

東京通信病院 外科 ○生島 弘彬, 織畑 光一, 寺下 勇祐, 長谷川智彦  
 下里あゆ子, 佐藤 兼俊, 村田祐二郎, 山澤 邦宏  
 奥田 純一, 津久井 元, 寺島 裕夫

(16) 研修医Ⅲ(胃・十二指腸・小腸) 9:24~9:48 座長 埼玉医科大学病院 消化器内科・肝臓内科 藤井 庸平

60. 若年男性に発症した胃内内分泌細胞癌の1例

順天堂大学医学部附属練馬病院 総合外科 ○安居真梨子, 岩永 直紀, 高橋 敦, 山田衣里佳  
 秋本 瑛吾, 伊藤 謙, 北原 佳奈, 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

61. 切除不能腭頭部癌はS-1で著効となったが,胃癌は進行し外科切除を要した同時重複癌の1例

国立病院機構 高崎総合医療センター 消化器内科 ○内田真太郎, 長沼 篤, 関谷 真志, 善如寺 暖  
 椎名 啓介, 上原 早苗, 畑中 健, 安岡 秀敏  
 星野 崇, 工藤 智洋, 石原 弘  
 同 外科 平井圭太郎, 小川 哲史  
 同 病理診断科 宮永 朋実, 小川 晃  
 群馬大学大学院医学系研究科 病態制御内科学 水出 雅文, 柿崎 暁, 草野 元康

62. 腸閉塞を契機に診断された悪性腹膜中皮腫の一例

JCHO 東京高輪病院 ○宇野 晃人, 原田 庸寛, 谷本芽弘理, 多胡 和馬  
 池田 真美, 小山 広人

63. 腹痛を契機に SLE の診断がついた Lupus 腸炎の 1 例  
 日本大学病院 消化器内科 ○笠巻 敬太  
 日本大学医学部内科学系 消化器肝臓内科分野 草野 央, 小川 眞広, 山本 敏樹, 中河原浩史  
 大久保理恵, 池原 久朝, 高橋 利美, 三浦 隆生  
 岩塚 邦夫, 平山みどり, 渡邊 幸信, 菊田大一朗  
 山川 俊, 林 香織, 後藤田卓志, 森山 光彦
- (17) 研修医Ⅳ(小腸・大腸) 9:48~10:12 座長 東京医科大学 消化器内視鏡学 植松 淳一
64. 後腹膜腔に嵌頓し絞扼性腸閉塞をきたした尿管全摘術後の 1 例  
 東京慈恵会医科大学 外科学講座 ○福島 蒼太, 三森 教雄, 志田 敦男, 高野 裕太  
 藤崎 宗春, 渡部 篤史, 矢永 勝彦
65. 保存的に治療し得た成人特発性腸重積の 1 例  
 杏林大学医学部 外科学教室 消化器・一般外科 ○呉 亜沙美, 正木 忠彦, 小嶋幸一郎, 渡邊 武志  
 高安 甲平, 橋本 佳和, 松岡 弘芳, 阿部 展次  
 森 俊幸, 杉山 政則
66. 上行結腸憩室炎に合併した上腸間膜静脈血栓症の 1 例  
 東京都保健医療公社 多摩北部医療センター 消化器内科 ○本間 丈博, 佐野 弘仁, 四宮 航, 宮本真由子  
 柴田 喜明  
 東京都保健医療公社 多摩北部医療センター 消化器内科  
 日本医科大学 消化器肝臓内科 星川 吉正  
 日本医科大学 消化器肝臓内科 岩切 勝彦
67. EUS-FNA により術前診断可能であった直腸神経鞘腫の 1 例  
 東京警察病院 消化器科 ○小崎 麻耶, 内田 麻美, 藤澤 剛太, 近藤 僚  
 徳山 信行, 芹澤多佳子, 八木岡 浩, 小椋 啓司
- (18) 研修医Ⅴ(大腸・その他) 10:17~10:41 座長 防衛医科大学校病院 消化器内科 古橋 廣崇
68. Periportal halo sign を伴ったカンピロバクター腸炎の一例  
 神奈川県立足柄上病院 消化器内科 ○野村 朋子, 國司 洋佑, 田中 聡, 柳橋 崇史  
 松林 真央, 羽尾 義輝, 加藤 佳央  
 同 総合診療科 吉江浩一郎, 太田 光泰
69. CT、内視鏡検査で比較的典型的な所見が得られた腸管出血性大腸菌 O157 感染の 1 例  
 群馬大学医学部附属病院 消化器・肝臓内科 ○須田 峻平, 田中 寛人, 深井 泰守, 中山 哲雄  
 星 恒輝, 小林 剛, 山田 俊哉, 高草木智史  
 栗林 志行, 水出 雅文, 堀口 昇男, 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
70. メサラジンによる薬剤性間質性腎炎が疑われた Crohn 病の一例  
 東京慈恵会医科大学 消化器肝臓内科 ○藤井 麻子, 横須賀 淳, 石井 彩子, 光永 眞人  
 猿田 雅之

71. 直腸・陰嚢瘻を来した不全型パーチェット病の1例

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

(19) 研修医Ⅵ(肝・その他) 10:41~11:05 座長 国立病院機構水戸医療センター 消化器科 吉田 茂正

72. 大腸癌肝転移術後、化学療法施行後に食道静脈瘤を発症した一例

東京通信病院 消化器科 ○福田 信彦, 橋本 直明, 光井 洋, 関川憲一郎  
小林 克也, 大久保政雄, 加藤 知爾, 古谷 建悟  
北村和貴子  
同 外科 寺島 裕夫  
同 病理科 田村 浩一, 岸田由起子

73. 原発切除から20年以上経過して認めた血管外皮腫肝転移の1例

東京医科歯科大学 消化器内科 ○森崎 晶子, 松本 太一, 大岡 真也, 東 正新  
仁部 洋一, 根本 康宏, 藤井 俊光, 大島 茂  
岡田英里子, 永石 宇司, 岡本 隆一, 土屋輝一郎  
長堀 正和, 中村 哲也, 渡辺 守  
同 光学医療診療部 福田 将義, 大塚 和朗  
東京医科歯科大学附属病院 長寿・健康医療人生推進センター 荒木 昭博  
東京医科歯科大学 病理診断科 富井 翔平, 明石 巧

74. 正中弓状靭帯圧迫症候群(MALS)に伴う仮性動脈瘤破裂により、十二指腸閉塞をきたした1例

国立病院機構 災害医療センター 消化器内科 ○御子柴晴樹, 佐々木善浩, 木谷 幸博, 上條 孟  
島田 祐輔, 林 昌武, 大野 志乃, 上市 英雄  
同 消化器外科 森田 晃彦, 若林 和彦, 伊藤 豊

75. 術前に診断し得た巨大脾類表皮嚢腫の一切除例

東京大学医学部附属病院 肝胆脾・移植外科 ○村上 文崇, 沖永 裕子, 小林 裕太, 谷 圭吾  
金子 順一, 赤松 延久, 阪本 良弘, 長谷川 潔  
有田 淳一, 國土 典宏

(20) 研修医Ⅶ(胆) 11:05~11:29 座長 埼玉医科大学総合医療センター 消化器・肝臓内科 宮城 直也

76. Mirizzi症候群による繰り返す胆管炎の加療中に胆嚢腸管瘻の存在による難治性の胆管炎を来した一例

防衛医科大学校病院 第2内科 ○吉留 佑太, 寺田 尚人, 飯田 怜一, 伊東 傑  
西井 慎, 溝口 明範, 白壁 和彦, 古橋 廣崇  
高城 健, 東山 正明, 渡辺知佳子, 穂苅 量太  
三浦総一郎  
同 光学診療部 高本 俊介, 永尾 重昭

77. 胆嚢仮性動脈瘤破裂を疑い緊急手術した一例

東京女子医科大学病院 卒後臨床研修センター  
社会福祉法人 恩賜財団 埼玉県済生会栗橋病院 消化器内科

同 消化器内科 ○小林真由美  
伊藤 泰斗, 佐川 孝臣, 味原 隆大, 八木 亜記  
奥牧 朋子, 成富 琢磨, 福屋 裕嗣, 長原 光  
同 外科 光星 翔太, 上原咲恵子, 佐野 恵美, 今泉 理枝  
宮野 裕, 浅香 晋一, 伊藤 嘉智, 吉松 和彦  
小池 太郎  
同 病理部 小田 秀明

78. 総胆管内に迷入した魚骨の1例

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

79. 急性胆管炎で発症し、急激な経過を辿った胆管癌の一例

横浜南共済病院 ○前田志緒乃, 鈴木 良優, 三井 智広, 佐野 裕亮  
高木 将, 中山 沙映, 飯塚 千乃, 桑島 拓史  
小串 勝昭, 福島 泰斗, 有馬 功, 濱中 潤  
金子 卓, 岡 裕之, 岡崎 博

(21) 研修医Ⅷ(睦) 11:29~11:47 座長 NTT 東日本関東病院 消化器内科 藤田 祐司

80. 潰瘍性大腸炎に合併した2型自己免疫性膵炎の一例

横浜市立大学附属市民総合医療センター 消化器病センター ○湯川 達, 三輪 治生, 三箇 克幸, 西尾 匡史  
合田 賢弘, 入江 邦泰, 三浦 雄輝, 杉森 一哉  
沼田 和司, 田中 克明  
横浜市立大学附属 炎症性腸疾患センター 大竹はるか, 小柏 剛  
横浜市立大学医学部 消化器内科学 前田 慎

81. 膵炎を繰り返し術前診断に苦慮した膵粘液癌の1例

東海大学医学部付属病院 消化器内科 ○山路 葉子, 川罵 洋平, 川西 彩, 小川 真実  
川口 義明, 峯 徹哉  
同 消化器外科 益子 太郎, 増岡 義人, 山田 美鈴, 藤城 健  
古川 大輔, 矢澤 直樹, 中郡 聡夫  
同 病理診断科 平林 健一

82. EUS-FNA で術前に確定診断が得られた、男性・18mm 大の充実性偽乳頭状腫瘍の1例

がん研有明病院 消化器内科 ○縣 千聖, 石垣 和祥, 佐々木 隆, 片岡 星太  
金田 遼, 山田 育弘, 尾阪 将人, 松山 真人  
高野 浩一, 笹平 直樹  
同 消化器外科 高橋 祐  
同 病理部 高橋 豊

## 第2会場 (午後の部)

(22) 胆 14:05~14:29

座長 慶應義塾大学医学部 内視鏡センター 福原 誠一郎

83. EUS-FNA が鑑別に有用であった IgG4 関連硬化性胆管炎の経過中に発症した黄色肉芽腫性胆管炎の 1 例

埼玉医科大学国際医療センター 消化器内科 ○谷坂 優樹, 良沢 昭銘, 原田 舞子, 小林 正典  
小畑 力, 新井 晋, 野中 康一, 真下 由美  
同 消化器外科 合川 公康

84. 進行食道癌に対して CDDP + 5-FU 療法導入中に気腫性胆管炎を併発した一例

株式会社日立製作所 日立総合病院 ○越智 正憲, 久保田 大, 宮嶋 望, 清宮 崇博  
松井 真希, 小玉 夏美, 綿引 隆久, 大河原 敦  
大河原 悠, 柿木 信重, 鴨志田敏郎, 平井 信二  
岡 裕爾  
筑波大学附属病院 日立社会連携教育研究センター 谷中 昭典

85. Biliary-uncoveredEMS が乳頭部より露出し胆管炎をくりかえしたが 3 年後に抜去しえた一例

上尾中央総合病院 ○明石 雅博, 西川 稿, 外處 真通, 山城 雄也  
近藤 春彦, 白井 告, 小林 倫子, 三科 友二  
渡邊 東, 笹本 貴広, 土屋 昭彦, 山中 正己

86. EUS-RV でガイドワイヤーの十二指腸下行脚穿通部と胆道の内瘻化が奏功した Lemmel 症候群の 1 例

千葉大学医学部 消化器腎臓内科 ○高橋 幸治, 露口 利夫, 杉山 晴俊, 熊谷純一郎  
大和 陸実, 妹尾 純一, 林 雅博, 中村 昌人  
日下部裕子, 安井 伸, 三方林太郎

(23) 胆・膵 14:29~14:53

座長 埼玉医科大学総合医療センター 肝胆膵外科 牧 章

87. 境界明瞭、膨張性発育を来した非典型的画像所見の若年発症膵癌

東京大学 消化器内科 ○川路 祐輝, 齋藤 圭, 松原 三郎, 中村 知香  
佐藤 達也, 武田 剛志, 梅舟 仰胤, 渡邊 健雄  
高木 馨, 齋藤 友隆, 内野 里枝, 高原 楠昊  
水野 卓, 木暮 宏史, 中井 陽介, 多田 稔  
伊佐山浩通, 小池 和彦  
同 病理部 田中麻理子  
同 肝胆膵外科 阪本 良弘, 國土 典宏

88. 診断に苦慮した medullary carcinoma of the pancreas の一例

横浜市立大学医学部 消化器・腫瘍外科 ○矢後 彰一, 森 隆太郎, 藪下 泰宏, 平谷 清吾  
澤田 雄, 熊本 宜文, 松山 隆生, 遠藤 格  
同 分子病理学 古屋 充子  
博慈会記念総合病院 病理診断センター 清水 道生

89. 急性膵炎によって発見され、鑑別が困難であった膵 MCN の一例

自治医科大学 消化器一般外科 ○齋藤 匠, 三木 厚, 笠原 直哉, 遠藤 和洋  
小泉 大, 笹沼 英紀, 佐久間康成, 堀江 久永  
細谷 好則, 北山 丈二, 佐田 尚宏

90. 完全内臓逆位症における腹腔鏡下胆嚢摘出術の一例

順天堂大学医学部附属練馬病院 総合外科 ○大岡 樹里, 高橋 敦, 岩永 直紀, 山田衣里佳  
北原 佳奈, 秋本 瑛吾, 伊藤 謙, 関根 悠貴  
春山優理恵, 河合 雅也, 宮野 省三, 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

(24) 膵・その他 14:53~15:17 座長 埼玉医科大学総合医療センター 消化器・肝臓内科 青山 徹

91. 自己免疫性膵炎からの膵仮性嚢胞に対する経胃ドレナージ術後に脾動脈瘤・脾膿瘍を形成した1例

千葉大学医学部 消化器腎臓内科 ○高橋 幸治, 三方林太郎, 安井 伸, 熊谷純一郎  
大和 睦実, 横山 昌幸, 妹尾 純一, 林 雅博  
中村 昌人, 日下部裕子, 杉山 晴俊, 露口 利夫

92. 膵管内乳頭粘液性腫瘍(IPMN)による反復性膵炎に門脈血栓症を合併した一例

虎の門病院 消化器内科 ○松林 泰毅, 鈴木 悠悟, 浦崎 裕二, 田村 哲男  
小泉 優子, 小山里香子, 今村 綱男

93. 膵頭部神経内分泌腫瘍(NET)に伴い膵液瘻を合併した1例

戸田中央総合病院 ○富田 裕介, 山本 圭, 原田 容治, 堀部 俊哉  
藤田 充, 岸本 佳子, 香川 泰之, 根本 大樹

94. スキルス胃癌が疑われるも腹腔鏡下生検により悪性腹膜中皮腫の診断に至った一例

日立製作所日立総合病院 消化器内科 ○宮嶋 望, 久保田 大, 越智 正憲, 清宮 崇博  
松井 真希, 小玉 夏美, 綿引 隆久, 大河原 悠  
大河原 敦, 柿木 信重, 鴨志田敏郎, 平井 信二  
岡 裕爾  
同 外科 大片 慎也  
筑波大学附属病院 日立社会連携教育研究センター 谷中 昭典



## 平成29・30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
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 消化器内科)	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
348	谷 中 昭 典 (筑波大学附属病院 日立社会連携教育研究センター)	平成30年 2月17日(土) 予定	東 京 海運クラブ	11月1日 ～12月6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)	6月25日(日)	東 京 シェンパツハ・サポー	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 シェンパツハ・サポー	未 定

### 次回(第344回)例会のお知らせ

期 日：平成29年5月27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：「肝胆膵外科における術前治療の現状と今後の展望」

演者：横浜市立大学医学部 消化器・腫瘍外科学講座 主任教授 遠藤 格  
司会：国家公務員共済組合連合会 横須賀共済病院 病院長 長堀 薫

ランチオンセミナー：「進行再発大腸癌における二次治療の今後の展開(仮)」

演者：国立がん研究センター東病院 消化管内科 科 長 吉野 孝之  
司会：横浜市立大学大学院医学研究科 がん総合医科学 主任教授 市川 靖史

当番会長：長堀 薫(国家公務員共済組合連合会 横須賀共済病院 病院長)

連絡先：第344回例会運営事務局 国島 美和

〒573-1116 大阪府枚方市船橋本町1-775 株式会社Atalacia内

Tel：072-808-8125 Fax：072-808-8126 Mail：jsge2017\_344@atalacia.com

#### ◆研修医・専修医セッションについて◆

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

#### お問い合わせについて

次回例会については、上記の当番会長の先生へ、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 アルコール性肝硬変に合併した食道壁内偽憩室症の一例

日本医科大学 消化器内科学

片岡宏章, 川見典之, 福田 健, 星野慎太郎, 梅澤まり子, 花田優理子, 星川吉正, 竹之内菜菜, 星原芳雄, 岩切勝彦

症例は52歳、男性。2年程前より当科にアルコール性肝硬変で外来通院しており腹水・下腿浮腫等の治療を行っていた。食道静脈瘤のスクリーニング目的で上部消化管内視鏡検査を施行したところ、下部食道にRC sign陰性、F2の食道静脈瘤を認めた以外に、食道全体に1、2mm大の多発する小陥凹を認めた。食道の狭窄やカンジダ症を疑う所見はなく、つかえ感の症状は認めなかった。食道造影検査を行ったところ食道全体、特に上部から中部食道に多発する小さなフラスコ様、カラーボタン様の突出像を認め、一部は架橋状であった。狭窄や食道壁の伸展不良は認めなかった。以上、上部消化管内視鏡検査・食道造影検査所見より食道壁内偽憩室症 (esophageal intramural pseudodiverticulosis : EIP) と診断した。EIPは1960年にMendlらにより最初に報告された稀な疾患である。EIPは慢性食道炎により導管周囲の線維化や炎症が生じ開口部が狭窄したり、剥離した食道上皮や炎症物質が食道導管を閉塞するなどして、食道粘液腺の分泌導管が嚢状に拡張したものである。主要症状は嚥下困難であるが、無症状の症例も存在し本症例も症状を認めなかった。基礎疾患としては糖尿病、アルコール性肝障害、食道カンジダ症などを有する症例が多く、アカラシアなどの食道運動障害との関連も報告されている。本症例はアルコール性肝硬変が基礎疾患に存在した。本症例はスクリーニング検査にて見つかることができたが、EIPは稀な疾患ゆえに見過ごされる可能性があり、特に嚥下困難を呈する症例では原因の一つとして念頭に入れておく必要がある。稀な疾患である食道壁内偽憩室症の一例を経験したので、文献的考察を加え報告する。

食道壁内偽憩室症, 嚥下困難

# 3 肝表面の播種結節に対し超音波ガイド下針生検にて診断した悪性腹膜中皮腫の1例

立正佼成会附属佼成病院 消化器内科<sup>1)</sup>,

杏林大学病院 第三内科<sup>2)</sup>, 立正佼成会附属佼成病院 外科<sup>3)</sup>, 同 病理診断科<sup>4)</sup>

八谷隆仁<sup>1,2)</sup>, 田部井弘一<sup>1)</sup>, 徳永創太郎<sup>1,2)</sup>, 太田博崇<sup>1,2)</sup>, 小山元一<sup>1)</sup>, 白山才人<sup>3)</sup>, 山口高史<sup>3)</sup>, 柳田 修<sup>3)</sup>, 二階堂孝<sup>4)</sup>, 久松理一<sup>2)</sup>, 高橋信一<sup>1,2)</sup>

症例は70歳代、男性。腹部膨満感、食欲不振、便秘を主訴に当院受診、精査加療目的にて入院。胸腹部CTでは胸膜ブランクおよび腹水、腹膜肥厚、大網のOmental cake、肝S8表面に接するような播種性病変を認めた。腹水細胞診ではclass2であったが、腹水中ヒアルロン酸は17100ng/mlと高値であり、原因精査目的に、肝に接した播種性病変に対し超音波ガイド下針生検を施行。組織診断、免疫染色で悪性腹膜中皮腫の播種結節と診断した。入院第13病日、突然の高熱を認め、血液検査上も炎症反応高値でありDICも併発し、腹部CTを施行。左下腹部に腸管穿孔によると考えられたfree airを認め、緊急手術となった。術中所見では、広範囲にわたり腹膜肥厚および腹膜と腸管が強固に癒着していたが、腹水は腸液、便汁様ではなかったため試験開腹のみとなった。一部腹膜より組織採取を行ったところ、前回の針生検と同様に悪性腹膜中皮腫の診断であった。その後、保存的加療にて全身状態は改善し、入院第30病日よりベメトレキセドとシスプラチンによる化学療法を開始。徐々に食欲も戻り、一旦退院も可能となったが、第5コース終了後、腸閉塞を発症したため化学療法を中止とし、入院第180病日死亡された。悪性中皮腫は近年増加傾向であり、石綿暴露との関連からも注目されている予後不良な疾患である。本症例では明らかな石綿暴露歴はなかった。悪性中皮腫の中でも悪性腹膜中皮腫は10~15%と頻度は低い。画像による確定診断は困難であることが多く、腹水細胞診の正診率も10%前後と低く、癌性腹膜炎との鑑別が困難である。腹腔鏡下生検の報告も散見するが、本症例では肝表面の腫瘍に対し針生検にて確定診断が可能であった稀な症例を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

悪性腹膜中皮腫, 針生検

# 2 CT検査にて悪性リンパ腫を疑った腹腔内腫瘍がmyeloid sarcomaであった一例

国立国際医療研究センター病院 消化器内科<sup>1)</sup>,

同 中央検査科<sup>2)</sup>, 同 放射線診断科<sup>3)</sup>, 同 血液内科<sup>4)</sup>, 同 外科<sup>5)</sup>

松下祐紀<sup>1)</sup>, 木平英里<sup>1)</sup>, 小島康志<sup>1)</sup>, 小林桜子<sup>1)</sup>, 下村 暁<sup>1)</sup>, 飯田龍洋<sup>1)</sup>, 泉 敦子<sup>1)</sup>, 濱田麻梨子<sup>1)</sup>, 柳澤直宏<sup>1)</sup>, 忌部 航<sup>1)</sup>, 柳瀬幹雄<sup>1)</sup>, 黒田亮平<sup>2)</sup>, 額賀明子<sup>2)</sup>, 志多由孝<sup>3)</sup>, 関根理恵子<sup>4)</sup>, 相馬大介<sup>5)</sup>, 秋山純一<sup>1)</sup>

【症例】75歳男性。発熱、心窩部痛を認めA病院に入院。CTで腸間膜の肥厚と上腸間膜動脈(SMA)周囲の腫瘍を認めた。悪性リンパ腫も疑われB病院血液内科を紹介されたが経過観察の方針となった。退院1ヶ月後、強い心窩部痛を認めたためA病院で造影CTを撮影。SMA周囲の腫瘍は増大を認め同日当院紹介受診した。CTでは内部に一部造影不領域を伴う軟部腫瘍影がSMAを挟み込むように発育する所見をみとめサンドイッチサインを呈していた。FDG-PETでは同腫瘍にFDG集積をみとめ、これらの所見から悪性リンパ腫を第一に疑った。腹腔内腫瘍に対して開腹下生検を施行したところ混濁した腹水を中等量認め、色調の不良な小腸をみとめた。腸間膜から後腹膜にかけて腫瘍が一塊となり一部の小腸は腫瘍に巻き込まれている所見であった。迅速病理所見で悪性リンパ腫を疑ったためstaging目的に骨髄穿刺を施行したところ急性骨髄性白血病(AML)M4と診断した。腹腔内腫瘍は開腹下生検の免疫染色等の結果からmyeloid sarcomaと診断した。低用量シタラビン療法を開始し腫瘍は縮小した。【考察】myeloid sarcomaはAMLに先行して発症する例が最も多く血算異常などの血液検査所見は乏しいことが多い。また好発部位は皮膚、骨、リンパ節とされており本症例のように腹腔内腫瘍で発症する例は稀である。病理組織学的にも悪性リンパ腫との鑑別が難しいことが知られている。本症例も開腹生検の迅速標本では悪性リンパ腫の診断で、骨髄穿刺からAMLが判明し、myeloid sarcomaの診断にいたった。【結語】悪性リンパ腫を疑う腹部腫瘍を認めた際はmyeloid sarcomaである可能性も念頭に置く必要がある。

myeloid sarcoma, 悪性リンパ腫

# 4 AFP産生胃癌臍頭部浸潤に対し術前化学療法後に臍頭十二指腸切除を行った1症例

JR 東京総合病院 消化器外科

三田英明, 竹村信行, 隈本 力, 三木健司, 小菅智男

【はじめに】臍頭部浸潤を伴う進行胃癌に対して、臍頭十二指腸切除を行うかどうかは、臍頭十二指腸切除の侵襲性と腫瘍の悪性度を鑑み、議論の分かれるところである。今回臍頭浸潤を伴う進行胃癌に対し術前化学療法施行の後臍頭十二指腸切除を行った1症例を経験したので報告する。【症例】症例は59歳男性、腹痛と嘔吐により当院受診。幽門狭窄と明らかな臍頭部浸潤を伴うAFP産生胃癌に対し、まず胃空腸バイパス手術を施行しG-SOX治療を5コース施行した。腫瘍は著明に縮小、腫瘍マーカーも著明に低下したため、十分な腫瘍のコントロールが行えていると考え臍頭十二指腸切除を施行した。手術時間5時間52分。術後GradeBの膀胱漏を認めたが35PODに退院となる。病理所見上は低分化腺癌、深達度ss、n1でStageIIB、化学療法治療効果はGradeIbであった。現在術後補助化学療法中である。【考察】進行胃癌に対する臍頭十二指腸切除を行うかどうかは、手術の侵襲性と腫瘍の悪性度を鑑み、現在でも依然議論の分かれるところである。一方で肝胆膵外科の領域では臍頭十二指腸切除は少し手術時間を要するものの、標準的な手術として認識されており、切除を断念する要因にはならない。今回、科内の意見を集約しprimaryの切除は過侵襲と判断されたため、臍頭十二指腸切除を考慮したバイパス術の後に術前化学療法を施行、根治手術としての臍頭十二指腸切除を行った。胃癌に対する臍頭十二指腸切除は、幽門を切らないまま幽門側胃切除のリンパ節廓清が必要であるため若干の工夫を要した。【結語】AFP産生胃癌臍頭部浸潤に対し術前化学療法が奏功、臍頭十二指腸切除を行った1症例を経験した。

臍頭十二指腸切除, AFP産生胃癌

東京労災病院 消化器内科

掛川達夫, 児島辰也, 西中川秀太, 大場信之, 平野直樹, 高亀道生, 武田悠希, 吉峰尚幸, 小嶋啓之

【症例1】65歳男性。黒色便を主訴に受診した。血液検査でHb 9.1g/dlと貧血を認めためたため上部消化管内視鏡検査を施行したところ、幽門前部に35mm大の表面平滑で頂部に円形の白苔とびらんを呈する腫瘍性病変を認めた。生検では粘膜に炎症細胞の浸潤を認めたが、悪性所見は認めなかった。6年前の内視鏡検査では、同部位の頂部にびらんと伴う粘膜下腫瘍様の平坦な隆起性病変を認めており、緩徐に増大したものと推測された。腫瘍が貧血の原因と考えられ、また十二指腸に嵌入することで、Ball valve症候群を惹起する可能性があったため、胃粘膜下腫瘍摘出術を施行した。切除標本の病理組織像はInflammatory fibroid polyp (以下IFP)であった。【症例2】64歳男性。平成27年12月に検診のMDLで異常を指摘され受診した。内視鏡検査を施行したところ胃角部大弯後壁より7mm大の粘膜下腫瘍様の隆起を認め、粘膜生検では炎症性変化のみで経過観察となった。2か月後に再検した際の生検で悪性が否定できず、EUSにて第4層への浸潤を認めないことからESDで一括切除をしたところ、病理組織像ではIFPと考えられた。【考察】IFPはHelwigらにより提唱された全消化管に発生する反応性炎症性ポリープである。胃の前庭部に好発し、その原因は機械的刺激や損傷に対する局所組織の過剰な修復反応が原因と考えられている。非腫瘍性病変であることから切除は不要であるが、消化器症状や貧血を合併し切除された症例も散見される。典型例を除き、腫瘍サイズが小さい場合には他の粘膜下腫瘍との鑑別は容易でない。生検による診断がつくことも少なく、近年では内視鏡的切除後に診断される症例が報告されている。今回、胃IFPの2例を経験したため報告する。

Inflammatory fibroid polyp, 胃粘膜下腫瘍

湘南鎌倉総合病院 消化器病センター<sup>1)</sup>, 同 病理診断部<sup>2)</sup>  
鎌田 渉<sup>1)</sup>, 佐々木亜希子<sup>1)</sup>, 江頭秀人<sup>1)</sup>, 所晋之助<sup>1)</sup>, 市田親正<sup>1)</sup>, 田澤智彦<sup>1)</sup>, 成 志弦<sup>1)</sup>, 増田作栄<sup>1)</sup>, 滝沢 聡<sup>1)</sup>, 魚嶋晴紀<sup>1)</sup>, 小泉一也<sup>1)</sup>, 金原 猛<sup>1)</sup>, 工藤まどか<sup>2)</sup>, 武田宏太郎<sup>2)</sup>, 手島伸一<sup>2)</sup>, 賀古 真<sup>1)</sup>

症例は82歳、女性。近医の上部消化管内視鏡検査で胃粘膜下腫瘍(SMT)を指摘され、当科を紹介された。自覚症状はなく、10年前にぶどう膜炎にて他院眼科で点眼加療の既往があった。精密内視鏡検査では、胃体部優位に高度の萎縮を認め、前庭部後壁、胃体下部大弯にそれぞれ10mm大の発赤調の立ち上がり呈し、境界不明瞭で浅い黄白色調の陥凹を有するSMTを認めた。A型胃炎を背景とした多発神経内分泌腫瘍(NET)が疑われたが、生検では多核巨細胞を含む非乾酪性小型類上皮細胞肉芽腫を認め、胃サルコイドーシスと診断された。翌年の内視鏡ではSMTが多発し発赤調の病変を新たに認め、翌々年には各々の所見が顕著になっていった。生検では既存の肉芽腫に加えて、SMT及び周囲粘膜にCD56(+), Chromogranin(+), Synaptophysin(+ )の類円型細胞の集塊があり、endocrine cell micronest(ECM)と診断された。血液生化学検査では、貧血は認めないもののガストリン値986 pg/ml, 抗胃壁細胞抗体40倍と高値であり、また他の肉芽腫性病変、感染症、悪性腫瘍は除外された。以上より、A型胃炎に併存した胃サルコイドーシスと診断した。A型胃炎を背景とした多発性のSMTでは、まずNETを考慮すべきであるが、稀ながら胃サルコイドーシスも鑑別に挙げられる。特徴的な内視鏡像を呈するとともに、両疾患の関連性について考察した。

A型胃炎, 胃サルコイドーシス

聖マリアンナ医科大学 消化器・肝臓内科

中本悠輔, 小澤俊一郎, 加藤正樹, 小澤 碧, 服部美紀, 佐藤義典, 池田佳子, 松尾康正, 山下真幸, 山本博之, 安田 宏, 伊東文生

症例は40歳代女性。全身性エリテマトーデス(SLE)に対してプレドニゾン12mgを内服している。蛋白尿、血尿の増悪を認めため腎生検施行目的に当院入院となった。入院中のスクリーニングの上部消化管内視鏡にて胃体上部前壁に、頂部に白苔の付着した陥凹を伴う15mm大の粘膜下隆起性病変を認めた。入院第16病日に行った造影CTでは病変辺縁は造影効果を認めるが内部は低吸収域として描出された。診断目的に陥凹部の生検を施行したところ内部から白色膿汁の排液を認めた。病変頂部から胆管造影用カニューレを挿入し細菌学検査に提出した。培養結果では $\alpha$ -Streptococcusが検出され胃蜂窩織炎と診断した。もともと発熱や消化器症状はなく偶発的に見つかった病変であり、抗生剤は使わずにドレナージによる排膿のみで経過観察とした。経過は良好であり第30病日に行った上部消化管内視鏡フォローでは病変内部は自壊し潰瘍化し、粘膜下隆起は消失していた。SLEに発症した限局性胃蜂窩織炎の1例を経験した。胃蜂窩織炎は重症化するとDICを引き起こし、致命的になる危険性のある疾患である。SLE等免疫抑制薬を使用する患者に対して胃蜂窩織炎の発症を念頭におき、本症例のよう上部消化管内視鏡にて早期診断をすることにより重症化を回避できると考えられた。胃蜂窩織炎の中でも今回のように炎症部位が限局的であり早期の発見された症例は少ないため文献的考察を含め報告する。

胃蜂窩織炎, 早期診断

総合病院 厚生中央病院<sup>1)</sup>, 東京医科大学<sup>2)</sup>  
田中貴志<sup>1)</sup>, 新後閑弘章<sup>1)</sup>, 木村 晴<sup>1)</sup>, 中村文彦<sup>1)</sup>, 松浦良徳<sup>1)</sup>, 根本夕夏子<sup>1)</sup>, 剛崎寛徳<sup>1)</sup>, 河北英明<sup>1)</sup>, 代田智樹<sup>1)</sup>, 田村和彦<sup>1)</sup>, 齊藤 準<sup>1)</sup>, 逢坂由昭<sup>1)</sup>, 黒田雅彦<sup>2)</sup>

【はじめに】デスマイドは線維性腫瘍の一種で組織学的特徴として線維芽細胞の増殖と著名な膠原繊維の増生がみられる。デスマイドはその発生部位から腹壁外、腹壁、腹腔内と3型に分類され、本例を含む腹腔内デスマイドの頻度は全デスマイド腫瘍の約8%と報告されている。発生頻度は人口100万人に対して年間2~4人と稀であり成因は不明だが遺伝子異常の関与と開腹手術などの刺激要因の関与が指摘されている。多くは家族性大腸腺腫症やGardner症候群に合併することが報告され本症例のように既往歴、開腹歴のない腹腔内デスマイドは過去の本邦の報告例をみても非常に稀である。デスマイドは臨床的には良性和悪性の中間群に分類され、遠隔転移は稀だが局所再発が多いとされる。治療は外科的切除が原則だが完全切除例の再発率は22.2%と報告されており、術後の慎重な経過観察を要する。【症例】50歳代男性。腹部手術歴なし、家族性大腸腺腫症なし、Gardner症候群合併なし。2016年5月に他院の人間ドックの腹部超音波で左後腹膜腫瘍を指摘され当科を受診した。小腸GISTを疑い同年7月に手術を施行した。病理組織検査で腹腔内デスマイドと診断された。【まとめ】既往歴、開腹歴のない腹腔内デスマイドは非常に稀であり本邦報告例の集計を行い若干の文献的考察とともに報告する。

デスマイド, 腹腔内腫瘍



杏林大学医学部付属病院 第3内科<sup>1)</sup>, 同 病理学教室<sup>2)</sup>,  
同 第2内科<sup>3)</sup>, 同 消化器・一般外科<sup>4)</sup>  
佐藤太龍<sup>1)</sup>, 三浦みき<sup>1)</sup>, 斎藤大祐<sup>1)</sup>, 池崎 修<sup>1)</sup>, 三井達也<sup>1)</sup>,  
櫻庭彰人<sup>1)</sup>, 林田真理<sup>1)</sup>, 千葉宏和<sup>2)</sup>, 望月 真<sup>2)</sup>, 菅岡 博<sup>2)</sup>,  
高山信之<sup>3)</sup>, 森 秀明<sup>1)</sup>, 正木忠彦<sup>4)</sup>, 久松理一<sup>1)</sup>

症例は70歳代男性。開腹手術歴はなし。嘔吐を主訴に前医を受診、CT検査で骨盤腔内の小腸の壁肥厚と口側の小腸拡張、腸液貯留を認めため、小腸精査目的に当院へ紹介受診となった。受診時にも腹痛と嘔吐があり腸閉塞の診断で緊急入院となった。絶食補液管理で腸閉塞症状は軽快を認めた。第7病日に経口的ダブルバルーン内視鏡検査を施行、上部小腸に周囲の粘膜が浮腫状の白色絨毛を呈する輪状狭窄を認め、腸閉塞の責任病変と考えられた。ガストログラフィン造影では約5mm長、7mm径の狭窄であり肛門側への流出は良好であった。同部位生検で異型リンパ球の増殖を認め、免疫染色でCD3陽性、CD5陰性、CD7陽性、CD4陽性、CD8陽性、CD30陰性、CD56陽性、ALK陰性、TCR-βF1陰性、TCR-γ陽性、bcl-2陽性、granzyme B陰性、CD20陰性、CD79a陰性、CD10陰性、bcl-6陰性、MUM-1陰性、cyclin D1陰性、EBER-ISH陰性であった。以上よりγδ型T細胞リンパ腫と診断された。CT検査では明らかなリンパ節の腫脹や肝脾腫は認めなかった。閉塞解除目的に第21病日に腹腔鏡補助下小腸部分切除術を施行し、現在はCHOP療法を行っている。腸管原発悪性リンパ腫はB細胞由来が多く、腸管症関連T細胞リンパ腫(Enteropathy Associated T-cell Lymphoma: EATL)は悪性リンパ腫全体の1%未満、消化管に発生する悪性リンパ腫の5%未満とされている。腸管穿孔や腸閉塞で診断されることが多いが、一般的の症状としては体重減少、腹痛などがある。今回、我々はT細胞性リンパ腫による腸閉塞の一例を経験したので若干の文献的考察を含めて報告する。

T細胞リンパ腫, 腸閉塞

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

【症例】47歳、女性【現病歴】2015年12月吐血を主訴に当院へ救急搬送となった。食道静脈瘤破裂の診断で緊急入院となった。【既往歴】アルコール性肝硬変【経過】食道静脈瘤は内視鏡的に止血し得たが、緊急入院時に施行した造影CTで偶発的に空腸に造影効果を伴う腫瘍性病変認め、GISTなどの粘膜下腫瘍を疑った。小腸内視鏡検査を施行したが、近位空腸には上皮性変化を伴わない易出血性の粘膜の引きつれのみしか認められなかった。生検も施行したが確定診断は得られず、診断的治療目的で腹腔鏡下小腸切除術を施行した。腹腔鏡では壁外発育型の黄色調腫瘍を認め、肉眼的には脂肪腫が疑われた。病変部位を含み5cm程度の腸管を切除し手術終了とした。摘出された検体は2cm大の粘膜下腫瘍で、組織学的には1型の異所性腺組織であり悪性所見は認められなかった。【結語】小腸粘膜下腫瘍に対する確定診断は困難なことが多く、診断的治療目的に手術を行う症例が散見される。今回我々は偶発的に発見された空腸の異所性腺組織を認める貴重な症例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。

小腸, 異所性腺

順天堂大学医学部 消化器内科  
菅野那々子, 松本健史, 小森寛之, 村上 敬, 小谷知弘, 坂本直人,  
渡辺純夫

【症例】73歳女性【主訴】無し【家族歴】無し【既往歴】高血圧症、子宮筋腫手術後【経過】他院より虫垂開口部および上行結腸に複数のsessile serrated adenoma/polyp (SSA/P)疑いの病変を指摘され、精査治療目的で当院紹介受診。当院で内視鏡検査を行い、虫垂開口部の16mm大のSSA/PをEMRにて一括切除した際には上行結腸の病変は確認できなかつたが前医の所見から経過観察可能と判断し、12ヶ月後にフォローアップの内視鏡検査を施行したところ肝彎曲部に15mm大の0-IIa+IIc病変を認めた。NBI拡大観察で陥凹部にJNET分類type3を認め、クリスタルバイオレット染色でVI高度不整の所見でありSM深部浸潤癌と診断し腹腔鏡下右半結腸切除術を施行した結果、25×12mm, tub1 > tub2, pT1b/SM2(2000 μm), int, INFb, ly2, v0, budding grade2, PM0, DM0であった。非癌部は開II型pit、陰窩の不規則分岐像、陰窩の拡張、腺底部の水平方向への変形像を認めSSA/P由来の大腸癌であることが示唆された。【考察】Interval cancerは人的要因である病変の見逃しと、急速発育という病変的要素の2つの要素を持つ。本症例は治療12か月後の観察時、すなわち他院で指摘されてから15か月後という短期間でSM浸潤を疑う病変に急速に変化したinterval cancerの症例であるが、最終的に計6か所のSSA/Pを認めSPS (serrated polyposis syndrome)とも診断された。SPS症例において大腸癌は30%程度存在するという報告もあるが、SSA/P特にSPSの発育伸展速度に関しては未だ解明されていない。SPSは5年間で7%程度の大腸癌のリスクがあると報告されているが、発癌頻度と成長速度は異なった因子であり今後interval cancerを検討していく上で、SPS及びSSA/Pが発癌してからの発育伸展速度を検討するにあたり、本症例は同一病変の経過も追えた貴重な症例であり、SPSのサーベイランス期間の検討を考えるうえでも重要な意義を持つ病変の可能性があると考えられる。【結語】SPSを背景に15ヶ月後の経過でSM深部浸潤癌に急速発育をしたと考えられるinterval cancerの症例を経験したため報告する。

SPS, interval cancer

東海大学医学部付属東京病院<sup>1)</sup>,  
東海大学医学部内科学系 消化器内科学<sup>2)</sup>  
吉原四方<sup>1)</sup>, 佐野正弥<sup>1)</sup>, 中村 淳<sup>1)</sup>, 仁品玲子<sup>1)</sup>, 塩澤宏和<sup>1)</sup>,  
青木 純<sup>1)</sup>, 鈴木孝良<sup>1)</sup>, 峯 徹哉<sup>2)</sup>

【症例】80歳 女性【既往歴】67歳時に胃癌にて幽門側胃切除術【現病歴】上下部消化管内視鏡の定期検査目的で当科に紹介された。下部消化管内視鏡にて、回盲部虫垂孔周囲に粘液の付着した発赤腫脹を認め、また、肛門より15cm付近のS状結腸にも同様の粘液の付着したsmall Type2様病変を認めた。生検では、S状結腸よりMucinos carcinoma, Group5の病理学的診断が得られ、虫垂からはGroup2の結果を得た。虫垂病変については粘膜上皮の一部に異型が見られ、腫瘍性病変(高分化型adenocarcinoma)の可能性も否定できない結果であった。CT・MRI・下部消化管造影検査などの画像診断も総合すると、虫垂粘液癌のS状結腸への直接浸潤が疑われた。比較的稀な症例と考えられ、今回多少の文献的考察を加えて報告する。

虫垂粘液癌, 直接浸潤

東京慈恵会医科大学附属病院

石川将史, 宮崎亮佑, 澤田亮一, 水野雄介, 光永真人, 松岡美佳, 猿田雅之

【症例1】70歳台女性、20XX年健診で便潜血陽性を指摘され、大腸内視鏡検査(CS)で右側横行結腸に20mm大の粘膜下腫瘍(SMT)を認めた。超音波内視鏡検査(EUS)にて平滑筋腫と考えられた。2年後に心窩部痛と赤褐色便を認め、再度CSを施行し右側横行結腸のSMTは30mm大に増大しており、消化管間質腫瘍(GIST)や悪性病変も考えられた。既往に僧房弁置換術と三尖弁形成術および洞不全症候群に対してペースメーカーが挿入されており、抗血小板薬と抗凝固薬を内服していたため、超音波内視鏡下穿刺吸引細胞診検査(EUS-FNA)は施行せず、診断的治療目的に腹腔鏡下右半結腸切除術を行なった。免疫組織化学的にc-kit(+), CD34(+), DOG1(+),  $\alpha$ -SMA(+), S-100(+), MIB1標識率10%未満であり神経鞘腫と診断した。【症例2】60歳台男性、20XX年他院でのCSで下行結腸に発赤を伴う粘膜下腫瘍様隆起性病変を認めた。生検標本において間質の異型細胞を認め、免疫組織化学的にc-kit(+), CD34(+), S-100(-)であったことからGISTや孤立性線維性腫瘍が疑われたため当科を紹介され受診した。EUS-FNAを施行し、免疫組織化学的にc-kit(+), CD34(+),  $\alpha$ -SMA(+), desmin(+), S-100(+), neuron specific antigen(+), epithelial membrane antigen(-)でありMIB1標識細胞は少数のみであったため神経鞘腫と診断し、当院消化器外科にて腹腔鏡下下行結腸切除術を行なった。【考察】神経鞘腫の好発部位は脳、脊髄、躯幹、四肢等であり消化管に発生する頻度は低く、特に大腸に発生する例は稀であり、形態は粘膜下腫瘍として認められるため肉眼的診断は困難であり、EUS-FNAや外科的切除術による病理検査にて診断される事が多い。【結語】大腸に発生した神経鞘腫に対し、FNA-EUSで診断した1例と腹腔鏡下手術で診断した1例を経験したので文献的考察を含め報告する。

神経鞘腫, 粘膜下腫瘍

昭和大学藤が丘病院 消化器内科<sup>1)</sup>, 同 消化器外科<sup>2)</sup>

宮尾直樹<sup>1)</sup>, 中西 徹<sup>1)</sup>, 岩橋健太<sup>1)</sup>, 小瀧尚子<sup>1)</sup>, 田淵晃大<sup>1)</sup>, 東畑美幸子<sup>1)</sup>, 林 将史<sup>1)</sup>, 上原なつみ<sup>1)</sup>, 花村祥太郎<sup>1)</sup>, 山根正一<sup>1)</sup>, 高野祐一<sup>1)</sup>, 五味邦代<sup>1)</sup>, 黒木優一郎<sup>1)</sup>, 井上和明<sup>1)</sup>, 長濱正亞<sup>1)</sup>, 梅本岳宏<sup>2)</sup>, 田中淳一<sup>2)</sup>

【症例】71歳、男性【主訴】腹痛、下痢、発熱【既往歴】右乳癌(平成20年抗癌剤治療)、高血圧、腎機能異常【現病歴】X年Y月Z日から感冒症状が出現した。Z+3日から主訴が出現し、下痢は1日2回程度(軟便)だった。Z+5日に近医受診し、ロベラミドとブチルスコボラミンを処方されたが軽快せず、Z+8日に当院受診となった。臍周囲に自発痛・圧痛認めるが筋性防御は認めなかった。血液検査でWBC28400/ $\mu$ L、CRP25mg/dlと高値を認めたため腹部造影CT検査を施行したところ、回腸末端から下行結腸にかけて非連続性の高度壁肥厚を認めたが、壁の造影効果は保たれており腹腔内遊離ガスは認めなかった。感染性腸炎の疑いで同日当科入院となった。【入院後経過】第0病日から抗生剤(MEPM2g/日)を投与し、補液と絶飲食で管理した。しかし血液検査で炎症が改善しないため、non-occlusive mesenteric ischemiaなどの血流障害の可能性も考えて第1病日からヘパリンナトリウムの持続投与を開始した。第5病日に血便が出現し、腹部膨満と腹痛の増悪を認めたため、腸管壊死も疑い緊急手術の方針となった。開腹すると横行結腸から盲腸の壁は菲薄し、横行結腸と虫垂に微小な穿孔を認めたため、右半結腸切除術および人工肛門造設を施行した。しかし術後も炎症反応の軽快は認めず第12病日にSIRSとなり、同日施行した腹部CTにて下行結腸穿孔および膿瘍を認め第13病日に緊急手術を施行した。開腹すると下行結腸は全層壊死して膿瘍形成を伴い、かつ小腸も非連続性に壊死しており、左半結腸切除および小腸大量切除術・小腸瘻造設を施行した。病理組織診断で壊死組織内にて多数のアメーバ封入体様所見を認め、第14病日からメトロニダゾール点滴静注(2000mg/日)を開始した。しかし第20病日に全身状態悪化し永眠となった。【結語】劇症型アメーバ腸炎の1例を経験した。文献的考察を含めて報告する。

アメーバ腸炎, 劇症型

戸田中央総合病院

根本大樹, 山本 圭, 原田容治, 堀部俊哉, 藤田 充, 岸本佳子, 阿部正和, 富田裕介, 香川泰之

【症例】50代、女性【主訴】腹痛【既往歴】くも膜下出血、脂質異常症【現病歴】2010年〇月〇月上旬、腹痛を伴う下痢・血便を主訴に近医で内服加療されていたが、3週間経過するも症状改善無く、当科紹介受診された。腹部所見は下腹部から右側腹部に圧痛を認めるも反跳痛・筋性防御は認めなかった。血液検査所見はWBC9300/ $\mu$ L、CRP9.5mg/dlと炎症反応上昇を認めた。腹骨盤部CT検査では上行結腸から下行結腸にかけて腸管浮腫を認めた。感染性腸炎と考え、禁食・輸液・抗生剤MEPM3g/dayにて入院加療とした。第5病日入院時の便培養からMRSA検出され、MRSA腸炎が疑われ、抗生剤をVCM2g/day内服加療へ変更した。第6病日大腸カメラ(CS)施行し、上行結腸に偽膜多発・浮腫状発赤粘膜、潰瘍・びらんが散見された。病理組織所見では潰瘍性大腸炎活動期の所見も否定できなかったが、内視鏡所見・便培養よりMRSA腸炎と診断し、治療継続した。徐々に腹痛と血便は消失、排便回数も減少し、血液検査所見も炎症反応の改善を認めた。第20病日再度CS施行したところ、易出血性の粗造粘膜、びらん・潰瘍の多発を認め、改善は認めなかった。便培養よりMRSAは陰性化、内視鏡所見では偽膜の消失より潰瘍性大腸炎の発症と考え、5-ASA製剤による内服加療を開始した。その後症状増悪無く第26病日に退院となった。退院2ヶ月後のCSでは上行結腸から下行結腸は粗造粘膜・潰瘍・びらん消失し、縦走潰瘍痕癩、pseudopolyposisを認め、寛解期と判断した。【考察】潰瘍性大腸炎と感染性腸炎では、鑑別に苦慮する例が多く報告されている。これらは稀に合併し、感染性腸炎が契機となって潰瘍性大腸炎が診断される例もある。今回の症例でも便培養と内視鏡所見よりMRSA腸炎と診断されたが、病理組織では潰瘍性大腸炎が疑われ、診断に苦慮した。最終的にはMRSA腸炎を契機に潰瘍性大腸炎へ移行したと考え、治療変更することで寛解に至った。感染性腸炎加療で難治するような症例においては潰瘍性大腸炎への移行・合併も鑑別に上げ治療が必要と考えた。貴重な症例を経験したので文献的考察を踏まえて報告する。

潰瘍性大腸炎, MRSA腸炎

東京北医療センター 消化器内科<sup>1)</sup>, 同 外科<sup>2)</sup>

服部大輔<sup>1)</sup>, 齊藤博大<sup>1)</sup>, 間瀬一壽<sup>1)</sup>, 長 竜彦<sup>1)</sup>, 吉田見紀<sup>1)</sup>, 落合香織<sup>1)</sup>, 三澤綾子<sup>1)</sup>, 青柳有司<sup>1)</sup>, 天野正弘<sup>2)</sup>

【背景】潰瘍性大腸炎の長期経過中に大腸癌が発症することはたびたび経験される。大腸癌合併は重要な予後規定因子でもあるため、下部消化管内視鏡検査によるサーベイランスが推奨されている。今回、潰瘍性大腸炎の診断後23年で発症した大腸癌の症例を経験したため、若干の文献的考察を加えて報告する。【症例】65歳女性。42歳で潰瘍性大腸炎を発症後、近医通院加療していた。60歳からは症状改善し受診を自己中断していたが、来院5ヶ月前に下痢・血便を認め前医を受診、直腸のみ観察し潰瘍性大腸炎の再燃と診断した。メサラジン内服にて症状改善し全大腸内視鏡検査を施行したところ、下行結腸に腫瘍性病変を認めたため当院紹介受診した。当院での全大腸内視鏡検査では、粘膜の血管透見像は比較的保たれ、また潰瘍痕癩が多発していたため潰瘍性大腸炎寛解期と判断した。脾彎曲よりの下行結腸に1/4周性の3型病変を認め、同部位から生検を施行、また盲腸・上行結腸・横行結腸・下行結腸・S状結腸・直腸からそれぞれ1ヶ所ずつ生検を施行した。腫瘍部からの生検では高分化型腺癌が同定され、下行結腸からの生検では腫瘍性変化の可能性を否定できない異型腺管を認めた。CTでは明らかにリンパ節腫大や遠隔転移は認めず、cT3N0M0 cStageIIの下行結腸癌と診断した。大腸全摘術を勧めたが、小腸バウチによる術後ADL低下への懸念から今後の再発リスクを承知の上で左半結腸切除術を行った。最終診断はD, type3, pT3, int, INfB, ly2, v1, PN1b, PM0, DM0, pN2, StageIIbであり、追加で化学療法を行う方針とした。【結語】潰瘍性大腸炎の長期経過例では定期的なサーベイランスが推奨されている。本症例では寛解期に定期受診が途絶え、その間に発症し進行癌に進展した。潰瘍性大腸炎の長期経過例では寛解期であっても定期的なサーベイランスが必要と考えられる。

潰瘍性大腸炎, 大腸癌



## 17 高安動脈炎に合併した劇症型潰瘍性大腸炎の1例

横浜市立みなと赤十字病院 消化器内科<sup>1)</sup>, 同 病理診断科<sup>2)</sup>  
五十嵐亮<sup>1)</sup>, 上妻千明<sup>1)</sup>, 川井麻央<sup>1)</sup>, 小澤尚子<sup>1)</sup>, 池 真実<sup>1)</sup>,  
安田圭吾<sup>1)</sup>, 金城美幸<sup>1)</sup>, 深見裕一<sup>1)</sup>, 池宮城秀和<sup>1)</sup>, 吉野耕平<sup>1)</sup>,  
先田信哉<sup>1)</sup>, 熊谷二朗<sup>2)</sup>

【症例】45歳女性。血便を主訴に来院した。【現病歴】1995年血便でCS施行され、潰瘍性大腸炎と診断されたが、その後内服加療もなく改善したため、経過観察となっていた。1997年血痰が出現し、肺動脈造影にて右肺動脈の閉塞と、造影CTにて右内頸動脈及び鎖骨下動脈の狭窄を認め、高安動脈炎が疑われた。ステロイドの投与にて寛解導入され、その後2010年にステロイド投与終了となった。2015年10月咯血が認められ、血便も認められるとのことで当科紹介となった。CS施行し、大腸に全周性で連続性のびらんがあり、潰瘍性大腸炎再燃と診断した。整腸剤の内服加療で、血便の症状は改善した。2016年8月腹痛、血便が強くなり、入院加療を行った。CSで、連続した発赤、浮腫性の粘膜変化と易出血性を認めMatts grade3と診断して0.5mg/kg/日でステロイドを導入した。しかし、症状の改善を認めないことから、入院8日目、タクロリムス投与とG-CAPを導入したが病勢は悪化した。入院18日目に、大量の血便と激しい疼痛を認め、保存的加療では改善が見込めないと判断し、緊急で、結腸全摘、回腸人工肛門造設、S状結腸粘液瘻造設術を施行した。摘出検体の病理所見では、広範囲に粘膜が脱落し、潰瘍は粘膜下層に達して、一部は筋層にも及んでいた。上皮がないので、潰瘍性大腸炎らしい所見は検証できなかったが、連続性の炎症が粘膜下層まで広がっており、極めて高度の活動性を示す潰瘍性大腸炎と判断された。今回、高安動脈炎に合併した劇症型潰瘍性大腸炎の1例を経験したので、若干の文献的考察を交えて報告する。

劇症型潰瘍性大腸炎, 高安動脈炎

## 19 再燃をきたしたA型肝炎の一例

千葉大学医学部附属病院 消化器内科  
丸田四季子, 安井 伸, 神田達郎, 飯野陽太郎, 高橋幸治,  
芳賀祐規, 中村昌人, 新井誠人, 横須賀 敦

【症例】28歳男性【主訴】発熱【既往歴】慢性蕁麻疹【現病歴】当院転科5日前に発熱を主訴に近医受診。当院転科1日前に前医受診し、急性肝炎と診断。重症化が懸念されたため、当院転科となる(第1病日)。第1回目入院時検査所見では、AST 3403 U/L, ALT 7654 U/L, LDH 2658 U/L, ALP 566 U/L,  $\gamma$ -GTP 529 U/Lと肝・胆道系酵素の上昇、T-Bil 3.2 mg/dL, PT 30%, PT-INR 1.83と黄疸・凝固異常をそれぞれ認めた。意識障害は認めず、非昏睡型急性肝不全と診断した。画像では肝萎縮はみられなかった。ステロイドパルス療法と肝庇護療法を行い、トランスアミナーゼ、PTは改善傾向となった。IgM-HA抗体陽性で、A型肝炎の診断となった。AST 36 U/L, ALT 153 U/L, LDH 129 U/L, ALP 574 U/L,  $\gamma$ -GTP 298 U/L, T-Bil 1.5 mg/dL, PT 126%, PT-INR 0.96まで改善し、第14病日、退院となった。第25病日に再診した際、自覚症状を欠くものの、AST 298 U/L, ALT 804 U/L, LDH 330 U/L, ALP 564 U/L,  $\gamma$ -GTP 315 U/L, T-Bil 1.1 mg/dL, PT 123%, PT-INR 0.97と肝障害の再燃を認め、第29病日よりようやくAST、ALTの改善傾向を認めた。【考察】今回、A型肝炎で治癒傾向と判断したのに肝障害の再燃をきたした症例を経験した。ステロイドパルス療法をはじめとした治療により改善傾向を認めたとしても、その後再燃する可能性を念頭において治療にあたる必要がある。再燃時には、肝生検を含む十分な検討が重要である。

A型肝炎, 再燃

## 18 クロウン病による大腸狭窄に腸石を生じ、内視鏡下に回収しえた一例

那須赤十字病院 消化器内科  
亀井沙智, 加藤陽平, 中田洋介, 渡部伊織, 室井純子, 新井由季,  
吉田 徹, 佐藤 隆

【症例】68歳・男性【主訴】自覚症状なし【既往歴】クロウン病(32歳～)、痔瘻術後、鉄欠乏性貧血【内服薬】サラゾスルファピリジン、メルカプトプリン【現病歴】当院でクロウン病に対して上記内服加療されており病状は安定していた。S状結腸に狭窄があることは以前から指摘されていたが、内視鏡検査は行われずにCT colonographyや消化管造影で経過観察されていた。本人と相談し、粘膜状態の評価および生検目的で2015年10月5日に下部消化管内視鏡検査を施行した。【血液検査】WBC 8900/ $\mu$ l, RBC 453万/ $\mu$ l, Hb 13.6 g/dl, Plt 11.6万/mm<sup>3</sup>, AST 28 IU/l, ALT 27 IU/l, BUN 13.4 mg/dl, Cre 0.84 mg/dl, CRP 0.45 mg/dl。【内視鏡所見】S状結腸に狭窄を認め、口側の腸管は拡張しており側面に巨大憩室を形成していた。内部に黒色の腸石を2個認め、胆道用のバスケットで約2cm大の腸石を回収した。結石分析ではリン酸マグネシウム・アンモニウムと脂質類が検出された。【考察】クロウン病で小腸に腸石をみとめた症例は本邦で4例報告されているが、大腸の腸石の報告はなされていない。また感染性尿管結石の成分として知られるリン酸マグネシウム・アンモニウムを含む腸石の報告は過去に1例のみであった。今回、クロウン病で大腸にリン酸マグネシウム・アンモニウム結石を生じた症例を経験し、非常にまれな病態と考えられたため、文献的考察を加えて報告する。

クロウン病, 腸石

## 20 Sofosbuvir+Ledipasvir療法の副作用と考えられる心房細動、うっ血性心不全を呈したC型慢性肝炎の1例

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

【緒言】C型慢性肝炎の治療は、ここ近年で大きな変化を遂げている。現在のgenotype 1に対する第一選択は、重度の腎障害がない場合、Sofosbuvir+Ledipasvir(以下、SOF+LDV)併用療法である。高い奏効率が特徴であり、当院でも116例中115例が中断なく投与可能であった。今回我々は治療開始後にうっ血性心不全を呈し、治療を中断せざるを得なかった1例を経験した。若干の文献的考察を含めて報告する。【症例】73歳、男性。健診で心電図異常を指摘されたことはない。X-11年健診でHCV抗体陽性を指摘。X-6年ペグインターフェロン+リバビリン併用療法を行うも奏効せず。X年インターフェロンフリー治療目的に当院紹介受診。SOF+LDV併用療法導入。投与開始後3日目で下腿浮腫出現。開始後24日目で体重7kg増加。循環器内科受診。心電図で心房細動を認め、うっ血性心不全の診断。薬剤の影響否定できず、SOF+LDV中止し、ループ利尿剤導入し治療開始。効果不十分であり、開始後27日目に入院。トルバプタンを導入。順調に除水得られ、退院。【考察】SOF+LDV併用療法の特徴として、中断に至るほど重篤な有害事象が少ない点があり、その影響もあって高い奏効率を呈している。今回我々はSOF+LDV併用療法によると考えられる、重篤なうっ血性心不全によって治療を中断せざるを得なかった1例を経験した。唆役に富むと考えられたため報告する。

C型慢性肝炎, 心不全

北里大学医学部 消化器内科<sup>1)</sup>, 同 病理学<sup>2)</sup>  
和田尚久<sup>1)</sup>, 日高 央<sup>1)</sup>, 山根敏子<sup>1)</sup>, 井上智仁<sup>1)</sup>, 窪田幸介<sup>1)</sup>,  
魚嶋晴紀<sup>1)</sup>, 田中賢明<sup>1)</sup>, 中澤貴秀<sup>1)</sup>, 渋谷明隆<sup>1)</sup>, 大部 誠<sup>2)</sup>,  
小泉和三郎<sup>1)</sup>

【症例】30歳代男性。20XX年頃より検診にて肝酵素の上昇を指摘され20XX+1年より完全に禁酒。適度の運動と厳格な生活習慣の改善を行うも肝機能のデータが改善しないため、20XX+2年5月に近医を受診。超音波検査にて脂肪肝を指摘されるも肝障害の原因が不明なため翌月に当院を紹介受診した。身長162.1cm, 体重50.15kg, 肝脾腫は認めず。AST 49 IU/L, ALT 78 IU/L, ALP 431 IU/L,  $\gamma$ -GTP 33 IU/L, T-Chol 145 mg/dL, TG 26 mg/dL, 空腹時血糖100mg/dL, 各種ウイルスマーカーや自己抗体及び腫瘍マーカーは陰性。【既往歴】輸血歴なし【生活歴】ビール1500ml/日を15年間、1年間に上禁酒。【経過】20XX+2年7月に肝生検を施行、肝細胞の細胞質は砂粒状で、細胞膜直下には裂隙が目立ち、ground-glass appearanceに相当する所見が観察された。またPAS染色で濃染され、ジアスターゼでの消化を認めた。肝細胞の脂肪滴変性は目立たず、肝細胞のballooningはごく一部に認められるのみであった。肝生検後の再度の病歴聴取により、患者の妻が禁酒前4年間に渡り断酒薬 cyanamideの投与を行っていたことが明らかになり、病理所見と併せてcyanamideによる薬物性肝障害であると診断した。【考察】ground-glass appearanceを認める疾患として、HBV感染、cyanamideなどの断酒剤、糖尿病が挙げられる。HBs抗原についてはVictoria blue染色(-)、HBs抗原免疫染色(-)であることから否定的であり、糖尿病に関しては遺伝子検査より否定された。cyanamideはアルデヒド脱水酵素を阻害することで体内にアルデヒドが蓄積し不快な症状を引き起こし禁酒を促すも、長期服用により肝障害の原因になることが知られている。【結語】禁酒後も継続する原因不明の肝機能障害の患者においては、cyanamideの内服歴も念頭において病歴を聴取すべきと考えられる。

シアナマイド, 薬物性肝障害

国会公務員共済組合連合会 横須賀共済病院 消化器内科  
高橋純一, 田中志尚, 三代博之, 森川 亮, 田代祥博, 鈴木 快,  
戸田晶子, 相川恵里花, 平沼衣梨, 小馬瀬一樹, 田邊陽子,  
野澤さやか, 新井勝春, 鈴木秀明, 渡邊秀徳

【症例】73歳、男性。【主訴】発熱、意識障害【既往歴】横行結腸癌【現病歴及び経過】20XX年9月9日に自宅で意識障害の状態を家族が発見当院に搬送となった。横紋筋融解症、急性腎不全、敗血症の診断にて全身管理目的に救急科に入院となった。急性腎不全のため腎代替療法を要した。単純CTが施行され、肝右葉に不整な低吸収域認められたが、以前のCTでも同部位に低吸収域を認め腹部超音波検査で液体貯留なく尿管浸潤を伴う肝門部胆管腫が疑われていた。敗血症に対し抗生剤投与がされていたが、感染巣は不明とされ9月16日に全身痙攣と頻脈、40℃の発熱を認め感染コントロール不良と考えられた。感染巣の再評価目的に造影CTが施行され、肝内に辺縁不整な造影不良域が多発し、内部に液体貯留と周囲に浮腫状変化を認め肝門部胆管腫よりも肝膿瘍が強く疑われた。また門脈後区域枝の造影不良を伴い、門脈血栓症の合併が疑われた。保存的治療に治療抵抗性を示す多発肝膿瘍に対する加療目的に同日当科に転科となった。経皮肝膿瘍ドレナージを施行しチヌズ臭を呈する黄白色混濁の膿汁が吸引され、細菌培養検査でBacteroides fragilis及びStreptococcus anginosusが検出された。レボフロキサシド及びメトロニダゾールを投与し感染コントロールは良好となった。門脈血栓症に対してヘパリン持続静注療法を行った。循環動態の改善に伴い腎機能は改善し腎代替療法から離脱できた。MRI検査で膿瘍の経時的な縮小を認め、また門脈後区域枝の炎症改善を認めた。11月11日に抗生剤は終了とし、その後再燃なく経過した。【考察】本症例の様が多発病変を認める場合や膿瘍径が大きい場合、ドレナージを要することが多い。肝膿瘍の診断には造影CTが有用であるが、本症例のように腎機能障害を呈している場合やアレルギーがある場合は造影剤が積極的に使用できず診断に遅れが生じる場合がある。肝腫瘍を伴う感染症の場合、典型的な画像所見がとらえられなくとも常に肝膿瘍の可能性は考慮し対処する必要があると考えられる。

肝膿瘍, 門脈血栓症

埼玉医科大学 消化器内科・肝臓内科<sup>1)</sup>,  
同 消化器・一般外科<sup>2)</sup>  
友利勇大<sup>1)</sup>, 中山伸朗<sup>1)</sup>, 濱田大祐<sup>1)</sup>, 植村隼人<sup>1)</sup>, 齋藤陽一<sup>1)</sup>,  
鈴木隆信<sup>1)</sup>, 鷹野雅史<sup>1)</sup>, 塩川慶典<sup>1)</sup>, 内田義人<sup>1)</sup>, 藤井庸平<sup>1)</sup>,  
打矢 紘<sup>1)</sup>, 中澤 学<sup>1)</sup>, 安藤さつき<sup>1)</sup>, 中尾将光<sup>1)</sup>, 本谷大介<sup>1)</sup>,  
稲生実枝<sup>1)</sup>, 今井幸紀<sup>1)</sup>, 富谷智明<sup>1)</sup>, 矢島沙織<sup>2)</sup>, 篠塚 望<sup>2)</sup>,  
福田 智<sup>1)</sup>

76歳の男。逆流性食道炎で通院中に血小板数が8.1万と減少し、上部消化管内視鏡検査では食道静脈瘤 (F2CbRC2Lg-cfF1RC0) が出現した。腹部造影CTで門脈本幹は閉塞し、膝頭部から肝門部にかけてcavernous transformation状の側副血行路が発達していた。また、胃体部の静脈が拡張し、胆嚢壁周囲に胆嚢静脈瘤が見られた。肝外門脈閉塞症と診断し、食道静脈瘤は内視鏡的硬化療法で治療した。4ヶ月前より尿の黄染を自覚するようになった。AST 108 IU/L, ALT 115 IU/L,  $\gamma$  GTP 573 IU/L, TB 4.8 mg/dL, DB 3.2 mg/dL, PT 72%。1週後に下痢が出現し、AST 61 IU/L, ALT 42 IU/L,  $\gamma$  GTP 110 IU/L, TB 29.6 mg/dL, DB 25.8 mg/dL, PT 78%。と黄疸が増悪した。腹部造影CTでは総胆管と肝内胆管が拡張しており、cavernous transformation状の側副血行路はさらに拡大し、その圧排性変化 (portal biliopathy) による閉塞性黄疸と診断した。大量の腹水貯留も認められた。翌日にENBDを施行し、1週後にはENBDチューブを抜去し、ダブルpig tailチューブステント (ダブルジェイ7Fr, 10 cm) を左肝内胆管から乳頭側に留置した。ステント挿入後、肝内胆管の拡張は速やかに改善し、TB値も徐々に低下して4ヶ月後には正常化した。腹水はスピロノラクトンとトルバプタンの併用によって消失した。肝外門脈閉塞に伴うportal biliopathyは稀な病態であり、閉塞性黄疸の鑑別診断に際して示唆に富む症例と考えて報告する。

portal biliopathy, 閉塞性黄疸

獨協医科大学越谷病院 消化器内科  
行徳芳則, 正岡梨音, 須田季晋, 金子真由子, 藤本 洋, 北川智之,  
大川 修, 徳富治彦, 北濱彰博, 草野祐実, 小堀郁博, 豊田紘二,  
林 和憲, 大浦亮祐, 片山裕視, 玉野正也

症例は60歳代の女性。既往歴に特記事項なし。検診の腹部超音波検査 (以下US) にて多発肝囊胞を指摘され2010年12月に当科を初診した。2011年8月の時点では最大の囊胞はS8に存在し、US上その径は10cm、囊胞内は無エコーであった。CA19-9が50.7 U/mlと軽度上昇していたため腹部造影CT、上下部消化管内視鏡検査を施行したが腫瘍性病変は認めなかった。2013年9月のUSではS8の囊胞径は不変であったが内部には点状エコーが充満し、囊胞壁には一部結節様の所見を認めた。CA19-9は89.2 U/mlであった。念のため再度腹部造影CT、上下部消化管内視鏡検査を施行したが腫瘍性病変は認めなかった。囊胞試験穿刺では黒茶色の内容物を吸引し、細胞診からは赤血球成分を認めるのみで腫瘍細胞は認めず、囊胞内出血と判断して経過観察となった。2014年4月のUSでは囊胞内に多数の隔壁様構造を認め、CA19-9は1014.0 U/mlとさらに上昇した。同年10月のUSでは囊胞内は大部分が充実エコーで占められたが、CA19-9は385.7 U/mlと低下傾向を呈した。2015年4月のUSでは囊胞内エコーに変化はないものの径は6cmに縮小し、CA19-9は57.0 U/mlとさらに低下した。以後、2016年9月までにUS所見、CA19-9に変化は認められない。単純性肝囊胞で高CA19-9を呈する症例が散見されるが、その原因としては出血や感染による囊胞上皮の刺激と囊胞内圧の上昇が主な原因とされる。本例は出血によって高CA19-9血症を呈し、その経過をUS所見とともに長期観察し得た興味深い症例と考え、文献的考察を加えて報告する。

肝囊胞, CA19-9



東京都教職員互助会 三楽病院 消化器内科<sup>1)</sup>,  
同 化学療法室<sup>2)</sup>  
佐藤淳一<sup>1)</sup>, 与田武徳<sup>1)</sup>, 大畑健次<sup>1)</sup>, 趙 利奈<sup>1)</sup>, 佐久間信行<sup>1)</sup>,  
永尾清香<sup>1)</sup>, 加藤礼子<sup>1)</sup>, 降旗 誠<sup>2)</sup>, 花尻和幸<sup>1)</sup>, 和田友則<sup>1)</sup>

【症例】23歳男性【主訴】上腹部痛、嘔吐【既往歴】虫垂炎、癒着性イレウス、髄膜炎【生活歴】アルコール:2-3合/日、ほぼ毎日ラーメンを食べている【現病歴】昼食にラーメンを食べたのち、上腹部痛が出現し、嘔吐も出現したため近医を受診した。抗コリン薬を処方されたが、痛みが増強したため、当院紹介受診された。初療は当院糖尿病代謝内分内分泌内科医により行われた。身体所見上、腹膜刺激症状は認めず、採血結果ではAST55U/L、 $\gamma$ -GTP69U/Lと高値である以外は肝胆道系酵素の上昇は認めなかった。また、炎症反応もWBC9700/mm<sup>3</sup>、CRP0.97mg/dLと軽度の上昇のみ認めた。飲酒による肝機能障害と、急性胃腸炎と診断され再度抗コリン薬の投与がなされたが、徐々に症状が増悪したため消化器内科紹介となった。診察時には心窩部に最強点をもつ圧痛があり、筋性防御を認めた。胆嚢炎を疑い腹部エコーを施行したが、明らかな胆嚢炎所見は得られなかった。穿通性胃潰瘍や上部消化管穿孔等も鑑別疾患に考え、腹部単純CTを施行したところ、下部胆管または十二指腸乳頭部に高吸収域として視認される結石を疑う所見がみられたため、結石性胆管炎が疑われた。同日緊急ERCPを施行し、総胆管内に7mm大の結石を認めたため確定診断に至り、結石除去術を施行した。翌日の採血結果では肝胆道系酵素の上昇を認めたが、腹部症状は著明に改善し、第3病日退院となった。【考察】本邦における20代前半における総胆管結石の報告はほとんどなく非常に稀な症例である。また、本症例においては採血結果から疾患を推察できず、診断に苦慮した症例であった。日常診療において腹痛を診る上で非常に貴重な1例であると考え、若干の文献的考察を加えて報告する。

総胆管結石, 若年

EUS-FNA, 胃癌

帝京大学溝口病院 消化器内科<sup>1)</sup>, 同 病理診断科<sup>2)</sup>  
足立貴子<sup>1)</sup>, 馬淵正敏<sup>1)</sup>, 恩田 毅<sup>1)</sup>, 梶山はな恵<sup>1)</sup>, 松本光太郎<sup>1)</sup>,  
綱島弘道<sup>1)</sup>, 関根一智<sup>1)</sup>, 辻川尊之<sup>1)</sup>, 梶山祐介<sup>1)</sup>, 土井晋平<sup>1)</sup>,  
佐藤浩一郎<sup>1)</sup>, 菊池健太郎<sup>1)</sup>, 安田一朗<sup>1)</sup>, 川本雅司<sup>2)</sup>,  
高橋美紀子<sup>2)</sup>

【症例】62歳、男性【主訴】黄疸、倦怠感【既往歴】拡張型心筋症、慢性心不全、慢性心房細動【生活歴】喫煙:20本/日×25年、飲酒歴:なし、アレルギー:ヨードアレルギー【家族歴】特記すべきことなし【現病歴】2016年3月、黄疸を指摘され当科を受診し、EUS-FNAで膵頭部腫瘍(Poorly diff. adenocarcinoma), T3N0M1, stage4bと診断された。化学療法導入目的で同年5月入院した。【入院時現症】身長170.0cm、体重49.5kg、眼結膜は軽度黄染を認め、皮膚黄染も認めた。腹部は心窩部に鶏卵大の腫瘍を触知した。【入院時血液検査所見】WBC6390/ $\mu$ L、RBC311万/ $\mu$ L、Hb10.6g/dL、Plt34.2万/ $\mu$ Lと軽度貧血を認めた。AST56IU/L、ALT61IU/L、LDH263IU/L、ALP507IU/L、BUN41.4mg/dL、Cre1.35mg/dL、UA3.5mg/dL、K4.6mEq/L、軽度の黄疸、肝胆道系酵素の上昇、軽度の腎障害を認めた。【経過】5月2日、GEM+nab-PTX療法を行った。治療後、尿量低下を認めたため、補液を行った。5月9日、2投目の投薬を行ったところ乏尿となり、5月11日から呼吸苦が出現、K6.3mEq/L、UA11.4mg/dLと高値を示し、腫瘍崩壊症候群と診断した。輸液負荷でも尿量は得られず、血液浄化療法を提案したが、本人、家族がそれ以上の治療を希望せず、5月14日高K血症による心室細動で死亡した。死後、病理解剖を行ったところ、広範囲に腫瘍細胞の崩壊した所見と尿管管間質にリンパ球浸潤を認めた。【考察】腫瘍崩壊症候群(以下、TLS)は、悪性腫瘍の治療時、腫瘍が急激に壊死し細胞内成分が血中に放出されることで起きる。抗腫瘍療法に対する感受性が高い場合に起こることが多く、従来の化学療法、放射線治療における奏効率が高くない腫瘍での報告は稀である。しかし、近年行われているFOLFIRINOX、GEM+nab-PTXでは、以前の治療と比較して奏効率の上昇が報告されており、腫瘍患者でもTLSの早期発見、早期治療に留意する必要がある。【結語】腫瘍では稀なTLSの症例を経験した。

腫瘍, 腫瘍崩壊症候群

浸潤性膵管癌, 若年発症

自治医科大学附属さいたま医療センター 消化器科  
森野美奈, 関根匡成, 松本吏弘, 松本圭太, 賀嶋ひとみ, 小糸雄大,  
高橋裕子, 石井剛弘, 若尾聡士, 上原健志, 西川剛史, 川村晴水,  
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

症例は73歳男性。既往歴は糖尿病、原発性アルドステロン症にて外来通院中。69歳で右乳癌に対して手術歴あり。20XX年6月にHbA1cが10.1%と糖尿病コントロールが急激に悪化したため、腹部造影CTを撮影された。膵尾部に限局性腫大と膵周囲にfluidを認め、自己免疫性膵炎が疑われた。血液生化学検査ではIgG1815mg/dl、IgG4 398mg/dlと上昇を認めた。CA19-9 31.1U/ml、CEA 1.7ng/mlと腫瘍マーカーの上昇は認めなかった。精査目的で同年8月に当科入院となった。膵尾部の限局性腫大に対してEUS-FNAとERCPを施行した。ERCPでは膵管の狭小は認めず、膵液細胞診はclassIIであった。EUSでは膵尾部の実質は低エコーで、低エコー部で膵管の狭小は認めるものの腫瘍性病変は認めず、膵管拡張は認めなかった。低エコーの実質に対してEUS-FNAを施行したところ、細胞診でclassV、adenocarcinomaの疑いであった。腹部造影CT、EUSともに膵臓にmassは認めおらず、病理結果と画像所見に解離があるため、EUS-FNAでの再検査が必要と考え、翌月に再度入院となった。入院後スクリーニング目的で行った上部消化管内視鏡検査で、胃体上部から前庭部の小彎後壁を占める約1/2周性の広範IIa病変を認めた。病理結果はadenocarcinoma (tub1-pap), group5であった。前回EUS-FNAを施行した際の穿刺ラインの部位は不明だが、膵尾部病変であることより、穿刺部が経腫瘍となる可能性が高く、胃癌混入の可能性が考えられたため、EUS-FNAの再検査は中止した。早期胃癌は、範囲が広くESD適応ではなく、外科的手術の方針とし、可能であれば、胃全摘除の際に発生検も施行する方針とした。本症例では当初自己免疫性膵炎を疑っていたが、EUS-FNAでの病理結果は腺癌であった。自己免疫性膵炎と腺癌の合併の報告もあるが、今回は病理結果と画像所見に解離があるため再検査を予定した。合致しないと考えられ得る場合には、すぐに治療を開始するのではなく、再検査も考慮すべきであると考えられた。今回胃癌により診断に苦慮した膵腫瘍の一例を経験したので、手術標本の病理結果に加え、若干の文献的考察を踏まえて報告する。

筑波大学附属病院 消化器内科  
山口雄司, 山田武史, 山本祥之, 池田貴文, 菅沼大輔, 内田優一,  
佐藤雅志, 田島大樹, 長谷川直之, 石毛和紀, 森脇俊和, 金子 剛,  
奈良坂俊明, 瀬尾恵美子, 福田邦明, 鈴木英雄, 松井裕史,  
安部井誠人, 溝上裕士, 兵頭一之介

今回我々は20代と若年で発症した浸潤性膵管癌を過去10年間に2例経験したので報告する。【症例1】25歳女性。既往歴や家族歴に特記事項なし。20XX年11月より全身倦怠感、食欲不振、黄疸を認め近医を受診した。CT検査で膵頭部部に50mm大の造影効果の乏しい境界不明瞭な腫瘍を認め、腹膜播種の所見も認めた。当院紹介後の20XX年12月に経皮的組織生検を行い低分化腺癌と病理診断した。膵癌T4N3M1cStageIVbと病期診断し、20XX+1年1月よりゲムシタピン単剤療法を開始し、全生存期間は7ヶ月であった。【症例2】27歳女性。既往歴や家族歴に特記事項なし。20YY年10月下旬より下腹部痛を認め、20YY年11月に近医を受診した。CT検査で膵体部に30mm大の造影効果の乏しい境界不明瞭な腫瘍を認め、遠隔リンパ節転移の所見も認めた。前医紹介後の20YY年12月にEUS-FNAを施行し浸潤性膵管癌と病理診断した。当院紹介後に膵癌T4N3M1StageIVbと病期診断し、20YY+1年1月よりゲムシタピン+ナブパクリタキセル併用療法を開始し、現在も継続中である。【考察】若年発症膵癌は極めて希であり、本邦では0%の10万人あたりの部位別年齢階級がん罹患率(2011年)は、20代では0%で、30-34歳では0.3%、35-39歳では1.0%と報告されている。日本膵臓学会の1981以降の膵癌登録データベースを用いた後向き研究では全膵癌登録患者36145例中、40歳未満の若年発症膵癌は526例(1.5%)であった。この研究では若年発症膵癌の特徴として、男性優位、腫瘍マーカー低値、腫瘍径が大きい、遠隔転移しやすい、発見時に症状を伴うことが多いとされており、本症例のように高度進行して見つかるケースが多い。全生存期間は40歳以上の膵癌症例と比較して有意に不良であり、その原因として高度進行してから発見されるために根治切除が不可能な症例が多いことや組織学的に低分化型が多いことなどが原因と考えられる。今回我々が経験した2例も同様の特徴を有しており、いかに早期発見が困難かを痛感する症例であった。若年であっても膵癌を念頭に置いた診療が肝要であると考えられたため、文献的考察を加えて報告する。

東京医科大学 臨床医学系消化器内科学分野

一宮 匡, 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, 藤田 充, 山本健次郎, 朝井靖二, 松波幸寿, 糸井隆夫

症例は60歳代、女性。2013年3月に腹痛を認め、前医を受診し急性膵炎の診断で保存的加療にて軽快した。膵炎軽快後のCTにて膵頭部から体部にかけて連続する30mm大の多房性嚢胞性病変を認め、尾側の主膵管は5mm大と拡張していた。造影MRIでは病変内部はほぼ均一なT1WI低信号、T2WI高信号であり、MRCPにて病変は主膵管との連続性が示唆された。以上より混合型IPMNと診断され、前医にて画像フォローが行われた。2016年3月に施行したMRIで嚢胞径が45mmと増大し、主膵管径も7mm大と増悪したため、精査加療目的に当院紹介受診となった。EUSでは膵頭部から体部にかけて長径45mm大の多房性嚢胞性病変を認め、嚢胞と主膵管は一部交通しているように描出され、尾側膵管は7mmと拡張を認めた。乳頭開口部の開大や粘液排出などの所見は認めなかった。造影EUSでは膵頭部の嚢胞壁に造影効果を示す充実性結節を認めた。以上より手術適応のある混合型IPMNと診断し、2016年6月に当院外科にて開腹下幽門輪温存膵頭十二指腸切除術を施行した。切除標本では肉眼的に膵頭部から体部にかけて3つの多房性病変を認め、いずれも漿液性の内容液であり、明らかな壁在結節は認めなかった。組織学的には複数の小型嚢胞から構成され、嚢胞内腔は小型の類円形核と、弱好酸性～淡明な細胞質を有する、異型の乏しい腫瘍細胞で裏打ちされていた。また、免疫組織化学染色ではPAS(+), D-PAS(-), MUC6(+ )であった。以上から漿液性嚢胞腺腫と確定診断した。病変の一部で嚢胞と主膵管の交通がみられたが、その原因としては、主膵管の固有上皮の多くが剥離し、壁の出血が目立つことより、主膵管近傍に存在した嚢胞壁の破綻に伴い、主膵管と腫瘍が二次的に交通し、また拡張した嚢胞により主膵管が圧排され尾側膵管が拡張していたものと推測された。偶発症を認めず、術後経過は良好で第13病日に退院となった。今回、術前診断が困難であった多発漿液性嚢胞腺腫の1例を経験したため報告する。

漿液性嚢胞腺腫, 膵管内乳頭粘液性腫瘍

総合川崎臨港病院<sup>1)</sup>

聖マリアンナ医科大学 消化器・肝臓内科<sup>2)</sup>

そめや内科クリニック<sup>3)</sup>

渡邊嘉行<sup>1,2)</sup>, 染谷貴志<sup>3)</sup>

【背景】GERDは近年食生活の変化ほか様々な要因により小児から後期高齢者にまで関連する疾患の一つとして消化器専門医だけでなく実地医療においても重要視されている。一方で代表的な治療薬であるプロトンポンプ阻害剤(PPI)に抵抗性のGERD症例が存在し、その要因としてPPI投与量の要因や機能的ディスペシアなど他疾患の可能性が検討されている。日本社会が抱える「超高齢化社会」において、後期高齢者と毎日直接向き合っている川崎市実地医療機関において、とくに高齢者に注目し検討を行うこととした。【目的】後期高齢者におけるPPI治療抵抗性GERD(胃食道逆流症)の特徴を非後期高齢者と比較し、単一治療群による非盲検化前向観察研究を行う。【方法】胸腹部症状を主訴に外来受診された患者においてGerdQ質問票を用いGERDを疑った症例で承諾の得られた患者に対して任意のPPIを投与後、治療抵抗性症例に対してesomeprazole 20mg/dayの投与を行った場合のGerdQの変化と拝啓因子における統計学的検討を行った。【結果】18施設(39症例)の登録症例において検討を行った。非後期高齢者に比較して、後期高齢者におけるPPI抵抗性症例に特徴のある傾向を認めた。【考察】超高齢化社会に向け、日常診療を行う際の一つの情報となると思われる。

GERD, 後期高齢者

埼玉医科大学総合医療センター 消化器・肝臓内科<sup>1)</sup>

同 肝胆膵・小兒外科<sup>2)</sup>, 同 病理部<sup>3)</sup>

内田克典<sup>1)</sup>, 山本龍一<sup>1)</sup>, 荒井亮士<sup>1)</sup>, 藤田徹郎<sup>1)</sup>, 大塚武史<sup>1)</sup>

杉浦香織<sup>1)</sup>, 細見英里子<sup>1)</sup>, 山口菜緒美<sup>1)</sup>, 林健次郎<sup>1)</sup>, 青山 徹<sup>1)</sup>

可児和仁<sup>2)</sup>, 宮城直也<sup>2)</sup>, 高林英日己<sup>2)</sup>, 宮田陽一<sup>2)</sup>, 菊池 淳<sup>2)</sup>

加藤真吾<sup>1)</sup>, 岡 政志<sup>1)</sup>, 名越澄子<sup>1)</sup>, 田丸淳一<sup>3)</sup>, 別宮好文<sup>2)</sup>

屋嘉比康治<sup>1)</sup>

デスモイド腫瘍は線維腫症の一種で、組織学的には良性腫瘍とされるが、浸潤性発育・局所再発を示すことから、良悪性中間の軟部腫瘍に位置づけられており、通常四肢・腹壁に発生し、腹腔内に発生することは稀とされている。今回われわれは、膵嚢胞性腫瘍と鑑別困難で膵体尾部切除を施行した膵原発デスモイド腫瘍の1例を経験したので報告する。症例は28歳 女性。他院にて急性膵炎、膵嚢胞の診断にて当科転院。腹部造影CTにて膵体尾部を主座とする径8cm大の嚢胞性腫瘍及び腹水を認めた。採血においてはWBC 11200/ $\mu$ l, CRP12.3mg/dlと炎症反応の上昇、P型アミラーゼ 4461U/Lと高値を認めた。腫瘍マーカーはCEA 1.7ng/ml, CA19-9 10U/mlであった。腹水穿刺にて腹水中のアミラーゼ27876U/Lと高値であり膵嚢胞破裂を疑い、禁食管理とし抗菌薬、膵酵素阻害薬投与と施行した。超音波内視鏡検査においては膵尾部に多房性嚢胞及び嚢胞内の充実性腫瘍が観察された。経過中に2回の嚢胞破裂を繰り返し、内科的対応不可であり膵体尾部切除を施行した。病理学的には膵腹側面を主座とした線維芽細胞様の紡錘形腫瘍細胞が増殖した像が認められ膵原発デスモイド腫瘍と考えられた。本症例の様に破裂を繰り返した膵原発のデスモイド腫瘍の切除例は非常に稀であり若干の文献的考察を加え報告する。

膵臓, デスモイド腫瘍

東京医科歯科大学 消化管外科学<sup>1)</sup>, 同 臨床解剖学<sup>2)</sup>

東海林裕<sup>1)</sup>, 中島康晃<sup>1)</sup>, 川田研郎<sup>1)</sup>, 星野明弘<sup>1)</sup>, 岡田卓也<sup>1)</sup>

中島雄高<sup>1)</sup>, 奥田将史<sup>1)</sup>, 久米雄一郎<sup>1)</sup>, 松井俊大<sup>1)</sup>, 川村雄大<sup>1)</sup>

山口和哉<sup>1)</sup>, 永井 鑑<sup>1)</sup>, 秋田恵一<sup>2)</sup>, 河野辰幸<sup>1)</sup>

【背景】当科では1994年より胸腔鏡下食道切除術を導入し2000年からは横隔膜右前方ルート(APMA)を補助的に用い頸部および腹部から縦隔操作を先行させ、できる限り胸腔操作を短縮することで食道癌手術の低侵襲化を図ってきた。一方、リンパ節郭清を伴う縦隔鏡下食道切除術は以前から提唱されているが106tL郭清ができなため根治術としては認められていなかった。そこで我々はThiel賦体を用いて経裂孔および頸部からの協調操作による106tL郭清手法を開発後に一部臨床応用しこれまで報告してきた。非胸腔アプローチによる新たな縦隔リンパ節郭清手法をここに報告する。【手術操作】最初に直視下に右頸部操作を開始して、右反回神経を露出した後に106ccRリンパ節郭清を施行する。単孔デバイスを用い気縦隔操作に移行、食道背側を胸管に注意しながら椎前葉から十分に剥離する。一層深く入ると疎な結合織の層となり下行大動脈前面を可及的に剥離できる。右側は縦隔胸膜沿いに剥離するが右迷走神経を固定してその背側を十分に郭清する。腹側は気管膜様部との間を可能な限り尾側まで剥離し、右主気管支からも剥離しておく。可能な場合には気管分岐部を露出して心嚢にまで到達し、107を郭清する。次に直視下に左頸部操作を開始、左反回神経の露出後に単孔デバイスを用い気縦隔操作に移行、106ccLを郭清する。左頸部から気管管上して視野を確保した状態で、右頸部から106tLを郭清する。また中下縦隔は腹部より経裂孔的に郭清する。縦隔鏡操作終了後の胸腔鏡観察では、縦隔リンパ節はほぼ郭清されていることが確認された。再建は腹腔鏡下に胃を授動後、小開腹し胃管を作成し胸骨後経路で頸部吻合としている。【結果】非胸腔アプローチでの食道癌根治術症例は7例で、手術時間の中央値は606分、縦隔鏡操作時間は330.5分、胸腔鏡は82.5分であった。術後在院日数は中央値で15日、肺炎および縫合不全は認めなかった。【考察】気縦隔を併用した左右頸部および経裂孔からの縦隔操作では精度の高い縦隔リンパ節郭清が施行可能であり、根治的食道癌手術となりえる可能性が示された。

食道癌, 縦隔鏡



埼玉医科大学国際医療センター 消化器内科  
小林正典, 良沢昭銘, 谷坂優樹, 原田舞子, 小畑 力, 新井 晋,  
真下由美, 野中康一

【諸言】近年, 免疫チェックポイント阻害薬と呼ばれる新機序の抗がん剤が開発され, 悪性黒色腫, 肺癌を始めとした様々な悪性腫瘍に効果が認められている。一方で免疫チェックポイント阻害薬は種々の免疫関連副作用が知られ, 消化器領域では大腸炎, 肝炎との関連が報告されているが, 胃炎の副作用の報告は乏しい。【症例】77歳男性。【既往歴】特記すべきものなし。【現病歴】2013年5月発症のEGFR変異陽性の肺腺癌に対してGefitinib, Erlotinib, Afatinibなどを使用されていた。さらに左股関節, 腰椎への骨転移に対して, 2016年2月からゾレドロン酸を開始された。2016年3月からNivolumab(3mg/kg)を開始されており, 7月15日まで10コースが行われた。10月6日に吐血したため緊急入院した。【経過】緊急の上部内視鏡検査で全胃広範に白苔の付着した易出血性のびらんを認めていた。生検では好中球浸潤を認めるのみで萎縮や非特異的炎症の所見は指摘できなかった。Helicobacter pyloriは抗体検査で陰性であった。経過から感染症や薬剤性胃炎を疑い, 休業, PPIの投与を行ったが, 10月15日の内視鏡でもほぼ変わらない所見であった。Nivolumabの影響を考慮し, PSLを開始し漸減した。11月14日の内視鏡で胃炎は改善し, 自覚症状も軽快していた。【考察】Nivolumab投与後に出現した急性出血性胃炎を経験した。病理検査で特異的な所見は指摘できないこと, 投与期間から間があること, さらにゾレドロン酸を含む他の薬剤の影響も考えられることなどから直接的な因果関係を証明することは困難であるが, 類を見ない内視鏡所見であること, 腸炎での副作用発現中央値が214日であることや, ゾレドロン酸単独での胃炎の報告がないこと, ステロイド投与で軽快していることなどからNivolumabが関与した可能性は十分にあると考えられる。Nivolumab使用は今後増えることが予想され, 今回, 文献的考察を加えて報告する。

Nivolumab, 胃炎

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

症例は40歳男性, 主訴は血便。2016年11月, 自宅で多量の鮮血の血便を3回認め, 意識の遠くような感覚が出現したため救急要請し, 精査加療目的に当院当科に入院となった。来院時は意識清明であり, 腹部理学所見に異常を認めなかった。血圧114/80mmHg, HR94/minであり, Hb12.5g/dlであった。腹部造影CTを施行したが, 消化管に明らかなextravasationの所見を認めなかった。第2病日に下部消化管内視鏡を施行したところ大腸内には明らかな出血点を指摘できず, 回腸から大腸内への凝血塊の流出を認めたため小腸出血を疑いバウヒン弁から口側に進むと, 回腸粘膜からの噴出性出血を認めた。クリッピングにより止血を行い, 近傍に点墨し検査を終了とした。その後は血便は認められず, 第7病日より食事摂取を開始し, 第11病日に退院となった。上部消化管内視鏡および下部消化管内視鏡を施行しても出血源が不明な消化管出血, obscure gastrointestinal bleeding(OGIB)の原因として小腸出血は最も疑われるものであり, 小腸出血をきたす病変としては血管性病変, びらん, 潰瘍, 腫瘍, ポリープ, 憩室などがある。本例はshock vitalではなくHb値も保たれ, 腹部造影CTで活動性出血の所見を認めない下部消化管出血として, 入院翌日に待機的に下部消化管内視鏡を施行しており, また検査前に小腸出血を疑う事は困難であったため, 通常下部消化管内視鏡スコープを用い検査を行い, 幸い到達可能な範囲に出血点を確認することができ止血が可能であった。病変は腫瘍やポリープ, 憩室ではなく, 病理組織学的な検索は行えないが動脈性の出血をきたし潰瘍底を確認できない事から, 小腸dieulafoy潰瘍と考えられた。通常大腸内視鏡で止血し得た小腸出血として示唆に富む症例と考えられ, 文献的考察を加えて報告する。

小腸出血, 下部消化管内視鏡

湘南藤沢徳洲会病院 肝胆膵消化器病センター  
永田 充

症例は30歳代, 男性。健診の上部消化管内視鏡検査で胃穹隆部大弯に10mm大の褪色调を呈する0-IIa病変を認めた。生検では当初, Group 3と診断されたが, 消化管病理専門医にコンサルテーションしたところ低異型度分化型胃癌と診断された。ESDにて病変を一括切除した。病理所見は腺窩上皮あるいは頸部粘液腺に類似した細胞からなる上皮性腫瘍で, N/C比は概ね50%以下であるが, 核は腫大し配列が乱れを認めた。免疫染色ではMUC5AC(+), MUC6(+), MUC2(-), CD10(-), Pepsinogen I染色不良, H+/K+-ATPase(-), Ki-67陽性細胞は不規則に分布していた。病理診断はGastric adenocarcinoma of the gastric phenotype(low grade), 0-IIa, 13×11 mm, tub1>pap, pT1a(M), UL(-), ly(-), v(-), pHM0, pVM0であり, 治癒切除であった。除菌療法を行ったことがないこと, 内視鏡的・病理学的にHelicobacter pylori感染の所見がないこと, 血中抗Hp-IgG抗体陰性, 尿素呼吸試験陰性であることから, Helicobacter pylori未感染胃癌と考えられた。免疫染色での検討では腺窩上皮, 頸部粘液腺への分化傾向は認めるものの, 胃底腺への分化は認めず, 胃型低異型度分化型胃癌と診断された。胃型低異型度分化型胃癌は腺窩上皮型, 胃底腺型, 胃底腺粘膜型への分類が提唱されているが, 本症例の様にいずれにも分類し難い病変が存在する。今後, このような症例をどのようにまとめていくのか, 症例を積み重ねて検討していく必要がある。

Helicobacter pylori未感染胃癌, 低異型度分化型胃癌

高崎総合医療センター 消化器病センター<sup>1)</sup>, 同 病理部<sup>2)</sup>  
椎名啓介<sup>1)</sup>, 工藤智洋<sup>1)</sup>, 關谷真志<sup>1)</sup>, 善如寺暖<sup>1)</sup>, 畑中 健<sup>1)</sup>,  
安岡秀敏<sup>1)</sup>, 星野 崇<sup>1)</sup>, 長沼 篤<sup>1)</sup>, 猿谷真也<sup>1)</sup>, 石原 弘<sup>1)</sup>,  
小川 晃<sup>2)</sup>, 田中優子<sup>2)</sup>, 宮永朋美<sup>2)</sup>

症例は67歳男性。X-2年に市の検診で便潜血陽性を指摘され, 近医で下部消化管内視鏡検査を行ったところ, 回腸末端に多発する潰瘍を認め, X-2年7月初旬に精査目的に当院紹介となった。内視鏡所見では, 回盲部の開大と, 終末回腸に多発する浅い不整形潰瘍と周囲粘膜のうっ血, 発赤などの炎症所見を認めた。病理組織検査では粘膜固有層にリンパ球, 形質細胞, 好酸球などの高度の炎症細胞浸潤を認めた。確定診断には至らないものの, クロウン病を疑い, 診断加療目的にメサラジン投与を行ったが, 潰瘍の改善なく経過。X-1年6月に両側の顎下腺腫脹を主訴に他院耳鼻科を受診され, 顎下腺生検を行ったところ, 慢性硬化性唾液腺炎の所見を認め, 免疫染色においてもIgG4陽性細胞が10個以上/HPF出現しており, キュートナー腫瘍と診断された。そのため, IgG4関連疾患を考慮し, 再度回腸末端の病理組織検査を提出したところ, 高度のIgG4陽性形質細胞の浸潤がみられた。また血液検査所見ではIgG4 1680mg/dlと異常高値を認めた。加えてPET-CTでは両側顎下腺, 肺門部リンパ節, 腹部大動脈周囲, 回腸末端に集積を認めた。上記より, IgG4関連の小腸病変と診断し, X年1月よりPSL30mg/day投与を開始した。投与後, 内視鏡所見も改善傾向であり, 2週間ごとにPSLを5mgずつ減量し, 5mg/dayまで減量したところで再度内視鏡を確認すると, 粘膜浮腫は改善が得られたままであったが, 潰瘍は初回検査と同程度となっていた。CTにおいては顎下腺腫脹, 腹部大動脈瘤ともに改善が得られていた。IgG4関連疾患は, 脾, 肝, 胆, 唾液腺, 涙腺, 腎, 後腹膜など多岐に渡り病変を認める全身性疾患である。前述の臓器に関しての報告は多数認めるが, 消化管の報告は極めて稀である。今回我々はIgG4関連疾患と考えられる多発小腸潰瘍の1例を経験したため若干の文献的考察も併せて報告する。

IgG4, 小腸潰瘍

NTT 東日本関東病院 消化器内科<sup>1)</sup>, 同 放射線科<sup>2)</sup>  
 三角宜嗣<sup>1)</sup>, 大圃 研<sup>1)</sup>, 中尾友美<sup>1)</sup>, 瀧田麻衣子<sup>1)</sup>, 田島知明<sup>1)</sup>,  
 酒井英嗣<sup>1)</sup>, 村元 喬<sup>1)</sup>, 松山恭士<sup>1)</sup>, 赤羽正章<sup>2)</sup>, 松橋信行<sup>1)</sup>

【症例】70歳女性。C型肝硬変、肝細胞癌に対する加療で定期通院をしていた。黒色便を主訴に外来を受診、採血で貧血の進行を認め上部消化管出血が疑われた。同日施行した緊急上部消化管内視鏡検査で十二指腸下行脚に白色栓を伴うF2相当の静脈瘤を認めた。同部を出血源と判断し一次止血として内視鏡的静脈瘤結紮術(EVL)を施行した。再出血のリスクは高いと判断し、B-RTOによる追加治療を施行した。標的血管の供血路は上腸間膜静脈の分枝で、排血路である卵巣静脈の分枝から静脈瘤までの経路が複雑に屈曲しておりカテーテルを先進させることが困難であった。そのため代替法として塞栓物質の大循環への逸脱リスクを低下させる目的でバルーンにて排血路を閉塞させ、その後ヒドロアクリルとリビオドールの1:1混合液を用いた内視鏡的塞栓術(CA-EIS)を施行した。術中合併症なく、静脈瘤内に良好な塞栓物質の分布を確認した。また術後再出血や肝不全、腹痛や呼吸苦など異所性塞栓を疑うような症状などなく経過した。内視鏡治療から33日後の上部消化管内視鏡検査では十二指腸静脈瘤の消退が確認され、経過は良好である。【考察】十二指腸静脈瘤は門脈圧亢進症に合併する比較的稀な異所性静脈瘤である。治療法としてB-RTO、TIPS、EVL、硬化療法や塞栓療法などの報告があるが確立された治療法はなく、特に内視鏡的塞栓術においては時に異所性塞栓症が問題となる。今回我々はB-RTO困難症例に対し経静脈的バルーン閉塞を併用することで異所性塞栓のリスクをより確実に回避し内視鏡的塞栓術をより安全に施行し得た一例を経験したので文献的考察を加えて報告する。

十二指腸静脈瘤, 内視鏡的塞栓術

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

症例は52歳女性。既往歴はvon Recklinghausen病。心窩部痛を主訴に近医を受診し、腹部単純CTで十二指腸腫瘍を指摘され当科外来を受診した。腹部造影CTでは十二指腸球部から下行脚の背側に85mm大の腫瘍を認め、辺縁主体に造影効果があり内部は広範な壊死や液貯留を疑う所見であった。上部消化管内視鏡では十二指腸球部に壁外圧迫を疑う半球状の隆起を認め、表面粘膜に悪性所見は認めず生検でも特記所見は得られなかった。診断確定のため、外科にて腹腔鏡下生検を施行した。C-kit(+), CD34(+))であり十二指腸gastrointestinal stromal tumor(以下、GISTと略記)疑いの診断となった。手術適応と考えたが、肝臓や脾臓へ圧排が強く腫瘍縮小を目的とした術前化学療法の方針となりグリベックの投与を開始した。一旦腫瘍の縮小を認めたとが副作用にて化学療法継続困難となり、外科にて亜胃温存脾頭十二指腸切除を施行し、現在まで無再発で経過している。von Recklinghausen病は多発性神経線維腫を特徴とする常染色体優性遺伝疾患であり、消化管には非上皮性腫瘍を合併することで知られているが近年ではGIST合併例の報告が増加している。今回我々は、von Recklinghausen病に合併した十二指腸GISTの1例を経験したので文献的考察を加えて報告する。

GIST, von Recklinghausen病

東京女子医科大学 消化器内科  
 柏木宏幸, 大森鉄平, 神林玄隆, 村杉 瞬, 原 敏文, 伊藤亜由美,  
 米沢麻利亜, 飯塚文瑛, 徳重克年

症例は30歳代男性。201X年3月より顔面や胸部のざ瘡の増加、頭痛と38度台の発熱を自覚した。さらに下肢の結節性紅斑と両下腿浮腫が出現し、両眼痛と視力低下、口腔内アフタ性潰瘍を認めた。主症状として口腔粘膜の再発性アフタ性潰瘍、皮膚症状、眼症状を満たし、不全型ペーチェット病の診断に至った。メチルプレドニゾロン(mPSL)1g/日点滴で治療導入後、PSL漸減によりシクロスボリン225mg/日、PSL3mg/日前後内服でコントロールされていた。201X年8月頭痛と38.5度の発熱を認めた後、腹痛と下痢を生じ、症状改善ないため、当院膠原病内科に入院となった。感染性腸炎を考へ経過観察されていたが、症状改善認められないため第6病日大腸内視鏡検査(CS)施行したところ、回盲部に比較的広範な浅い霜降り様びらんを認めた。腸管ペーチェット病と診断し、PSL100mg/日点滴で加療開始。PSL増量後に一時CRP低下を認めたが、経過中にCRPの再上昇とともに腹痛、鮮血便が認められたため第18病日当科へ転科となった。CS時に提出した生検培養でCampylobacter jejuniが検出されたため、細菌性腸炎に対して抗生剤(Subsactam/Cefoperazone)投与とPSL減量(100mg/日→80mg/日→60mg/日)を行い、症状の改善を認めた。今後の治療方針決定目的に第24病日CSを再検討したところ、回盲部に広範な深挿れの潰瘍を認め、回腸末端にも小円形潰瘍が散在していた。腸管ペーチェット病の増悪と診断し、第24病日よりInfliximab(IFX)5mg/kg/日を導入し、一時的に中心静脈栄養管理としPSL漸減とした。IFX2回目投与後、第41病日CS施行したところ、回盲部病変は治癒傾向であり流動食開始とした。食上げ後も症状再燃なく退院となった(退院時PSL20mg/日)。IFX3回目投与後の第83病日CS施行し、更なる粘膜治癒傾向を認めたため、外来にてPSL漸減を行い経過観察中である。本症例は細菌性腸炎を契機に増悪した腸管ペーチェット病の一例である。細菌性腸炎の治療後にIFXを導入し、臨床症状および内視鏡所見の改善を認め、回盲部潰瘍の粘膜治癒過程を追った腸管ペーチェット病の一例を経験したので報告する。

腸管ペーチェット, 回盲部潰瘍

練馬光が丘病院  
 帖地 健, 町田枝里華, 中嶋秀治, 小野川淳, 李 俊容, 米神裕介,  
 吉田卓義, 前田 徹, 長谷川俊二, 小西文雄

症例は特記すべき既往なく、海外渡航歴もない22歳女性。入院5日前より右下腹部痛が出現し近医を受診し、整腸剤等で内服加療されるも改善に乏しく、入院日に他の病院を受診し、右下腹部痛であったことから虫垂炎を疑われ当院へ紹介となった。当院受診時身体所見上、37.1度の微熱と右下腹部痛、右下腹部の腫瘍を認め腹部造影CT検査を施行したところ、横行結腸に腸管(回盲部～上行結腸)がはまり込んでいる所見を認め、腸重積の診断となった。またCT上腸管壁内と思われるのバルブ状、ブドウの房状のガスを認め、腸管気腫症が疑われた。血液検査上炎症所見は認めなかった。以上より腸管囊胞性気腫症による腸重積と考え、同日緊急内視鏡検査による整復を試みた。内視鏡所見では横行結腸内腔に先進する腸管の先端にブドウの房状に隆起した病変を認めた。腸管先進部を内視鏡で緩徐に圧迫することによって腸重積は解除可能であった。整復後の上結腸壁にはブドウの房状の膨隆や半球状の小膨隆が認められ、腸管囊胞性気腫症による腸重積と診断した。先進部や気腫部分の大きいもののみ可及的に内視鏡下で穿刺吸引し、囊胞の隆起が小さくなったことを確認し内視鏡検査を終了した。以後右下腹部の腫瘍、同部位の腹痛も消失した。食事開始後も症状再燃を認めず、3病日目に再検したCT検査では腸管気腫は不明瞭になっており、4病日目に自宅退院となった。今後も外来にて経過観察予定である。腸管囊胞性気腫症が原因である腸重積は稀な疾患であり、若干の文献的考察を加えて報告する。

腸管囊胞性気腫症, 腸重積



順天堂大学医学部附属練馬病院 総合外科  
大杉一平, 岩永直紀, 高橋 敦, 山田衣里佳, 関根悠貴, 秋本瑛吾,  
伊藤 謙, 北原佳奈, 春山優里恵, 河合雅也, 宮野省三,  
小坂泰二郎, 渡野邊郁雄, 町田理夫, 北島俊顕, 須郷広之,  
李 慶文, 児島邦明

【はじめに】上部消化管造影検査後にバリウム残留による大腸穿孔が起こる可能性は非常にまれである。今回バリウム製剤を使用した上部消化管造影検査後に発生した大腸穿孔に対して審査腹腔鏡が有用だった1例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。【症例】49歳、女性。生来健康である。健康診断でバリウムを用いた上部消化管造影検査を施行された。検査2日後、朝食摂取後に突然の腹痛と嘔吐を認め、当院救急外来受診をした。左上腹部痛と腹部CT検査にて下行結腸を中心としたバリウムの残留を認め、大腸穿孔が疑われたがfree airは認めなかったため審査腹腔鏡施行した。腹腔鏡所見では同部位に腸管気腫像と壊死像、また血性腹水を認め、大腸穿孔と診断。開腹結腸切除術(Hartmann手術)を施行した。【まとめ】自験例ではバリウム造影によるアーチファクトのため審査腹腔鏡が有用であった。

大腸穿孔, バリウム

大腸ESD, GSR

獨協医科大学病院  
蜂谷裕之, 永田 仁, 石塚 満, 岩崎喜実, 高木和俊, 青木 琢,  
窪田敬一

今回我々は、肛門管から発生したgastrointestinal stromal tumor (GIST)の1例を経験したので若干の文献的考察を加えて報告する。症例は80歳男性。4年前から左臀部の腫瘍を自覚していた。徐々に増大し疼痛も伴うようになったため当科受診となる。3時方向の左臀部皮下に手拳大の可動性のない腫瘍を触知。MRIでは、肛門管左側から発生する約10cmの辺縁平滑な分葉状の充実性腫瘍(T2高信号)を認め、肛門挙筋の一部に浸潤を疑う所見があった。PET検査では、腫瘍部位にFDG集積を認めた。(SUVmax=9.6)。術前に針生検を行いGISTの診断を得ることができた。肛門管を原発とするGISTに対して、経皮的腫瘍摘出術(手術時間1時間35分、出血50ml)を行った。肉眼所見は、11.5×10cmの灰白色の腫瘍で一部出血・壊死を伴っていた。病理結果は、紡錘形の腫瘍細胞が束状、不規則配列を示しながら増生していた。免疫染色において、CD34、c-kitは陽性であり、核分裂像は1-2/50HPF、MIB-1 indexは>10%であった。腫瘍径が10cm以上と再発高リスク群ではあるが患者の希望で術後補助化学療法は施行せず、術後9ヵ月経過した現在、再発徴候なく生存中である。

GIST, 肛門管GIST

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

【目的】大腸ESDは早期大腸癌に対する治療として非常に有用な治療であり急速に普及してきているが、処置後の腹部症状の変化に関しては現時点で不明である。胃ESDでは処置後にFD症状が出現するという報告があり、胃ESD後同様に大腸ESD後にも腹部違和感や排便習慣の変化などを起こす可能性があると考えられる。しかし、大腸ESDに伴う腹部症状の変化について検討された報告はない。大腸ESDが腹部症状に与える影響について検討することを目的として本研究を行った。【方法】2015年5月から2016年10月までに大腸ESDを施行した132例のうち、問診票記載の同意が得られた大腸ESD前後で回答を得られた84例を解析の対象とした。大腸ESDの適応病変の判断には、日本消化器内視鏡学会による大腸ESD/EMRガイドラインを用いた。ESD施行時の平均年齢は70.6(46~90)歳で、性別は男性49例、女性35例であった。これらの症例を対象として大腸ESD施行前と施行から1ヵ月後におけるGastrointestinal Symptom Rating Scale (GSR)の変化について検討した。【成績】ESD施行前後のGSR合計スコアで比較すると、22.5±6.79(16-49)→21.5±6.15(16-41)と大きな変化は認めなかった。また、ESD施行前後でGSRが悪化したのは15例(17.8%)であり、69例(82.1%)ではGSRは不変もしくは改善という結果であった。大腸ESDが直接影響を与えやすいと考えられる排便習慣に関する質問10~16においても同様に大きな変化を認めなかった。ESD検体径や施行時間で検討してみても同様に有意な変化は認めなかった。しかし、菌状線にかかった病変に対してESDを施行した2例に関しては、興味深いことにとどちらの症例でも10~16及び合計スコアの全てが悪化していた。【結論】大腸ESDの腹部症状に与える影響について検討した。大腸ESDにより腹部症状や排便習慣が変化することはほとんどなく、安全に行える処置であると考えられた。ただし、菌状線にかかる病変に関してはGSRを悪化させる可能性を残しており、今後更なる症例の蓄積が必要と考えられる。

群馬大学医学部附属病院 外科診療センター 消化管外科  
小澤直也, 小川博臣, 堤 壮一, 茂木陽子, 高田考大, 加藤隆二,  
桑野博行

【はじめに】Tailgut cystは、胎生期に一過性に存在するTailgutの遺残に由来する嚢胞性腫瘍であり、悪性化は極めて稀である。今回われわれは、悪性所見を伴ったTailgut cystが疑われた1例を経験したため報告する。【症例】71歳、男性。既往歴：高血圧、胸部大動脈瘤、12歳時に虫垂炎で虫垂切除、57歳時に直腸癌内視鏡的粘膜切除後の垂直断端不明に対し経肛門の切除(患者希望のため)。現病歴：左下腹部痛を主訴に前医を受診、CEAの上昇を認めたためCT検査を施行され、直腸背側に嚢胞性腫瘍を認めたため、治療目的に当科へ紹介となった。下部消化管内視鏡検査ではS状結腸に憩室が多発し、直腸Raに壁外性圧迫を認め、粘膜面に腫瘍性変化は認めなかった。MRI検査では骨盤内に嚢胞性腫瘍を認め周囲との境界は明瞭でT1強調像でlow、T2強調像でhighであった。FDG-PET検査ではS状結腸にSUVmax6.7の異常集積を認めたが、骨盤内腫瘍腫瘍に異常集積は認めなかった。S状結腸は憩室炎、骨盤内病変は嚢胞性奇形腫の悪性転化またはtailgut cystを疑い手術を施行した。腹腔鏡下に脾胃曲部を受動した後、開腹にて嚢胞性病変と直腸を一括に切除し、S状結腸を含めた低位前方切除・D3郭清術を施行した。術後経過は良好で術後9日目に退院となった。病理組織所見は腸管に悪性所見はなく、嚢胞を内腔から裏打ちするように癌に相当する異形を伴った腺上皮細胞を認め、悪性所見を伴ったTailgut cystが疑われた。【考察】Tailgut cystの臨床的特徴は、男女比は約1:3と女性に多く、約半数が無症状で画像診断にて偶然発見される。症状として、腫瘍の圧排による局所痛や排便障害などがある。治療は、感染の危険性や悪性化の報告があるため、原則手術による完全摘出が望まれる。骨盤内嚢胞性腫瘍の鑑別にTailgut cystを念頭に置き、悪性化の可能性を考慮して完全摘出を検討すべきである。

Tailgut cyst, 悪性

## 45 大腸に多発した顆粒細胞腫の1例

東邦大学医療センター大森病院 消化器内科<sup>1)</sup>,  
同 病院病理科<sup>2)</sup>,  
洲之上和弘<sup>1)</sup>, 大塚隆文<sup>1)</sup>, 團 宣博<sup>1)</sup>, 小林俊介<sup>1)</sup>, 乾山光子<sup>1)</sup>,  
小野真史<sup>1)</sup>, 木村隆輔<sup>1)</sup>, 五十嵐良典<sup>1)</sup>, 住野泰清<sup>1)</sup>, 根元哲夫<sup>2)</sup>,  
澁谷和俊<sup>2)</sup>

症例は基礎疾患のない58歳男性。健康診断で便潜血反応検査を受けたところ陽性であり、精査目的に当院を紹介受診した。下部消化管内視鏡を施行したところ右側結腸を中心に6つの粘膜下腫瘍 (submucosal tumor:SMT) を認めた。いずれもクッションサイン陰性で、delleや凹凸不整は認めない3mm~8mmのSMTであった。診断的治療目的にこれらを内視鏡的に一括切除したところ、病理組織診断ではいずれも粘膜下層が主座で、S100蛋白陽性の紡錘形の細胞をもつ腫瘍であり顆粒細胞腫の診断に至った。1年後にフォローアップしたところ、右側結腸に新たに3つのSMTを認め、内視鏡的切除を行った。これらの病理組織診断の結果もすべて顆粒細胞腫であった。顆粒細胞腫はSchwann細胞由来の良性腫瘍と言われており、皮膚・皮下・舌が好発部位であり、消化管では食道が最も多く、大腸に多発した顆粒細胞腫の症例報告は比較的稀である。今回、同時多発し異時多発した顆粒細胞腫の1例を経験したため、文献的考察を含めて報告する。

顆粒細胞腫, 粘膜下腫瘍

## 46 高CA125血症を示し癌性腹膜炎との鑑別を要した結核性腹膜炎の1例

埼玉医科大学総合医療センター 消化器・肝臓内科  
掘裕太郎, 加藤真吾, 大島成美, 内田党央, 石橋 朗, 須田健太郎,  
荒井亮士, 藤田徹郎, 大塚武史, 細見英里子, 山口奈緒美,  
杉浦香織, 林健次郎, 青山 轍, 可兒和仁, 宮城直也, 高林英日己,  
岡 政志, 名越澄子, 屋嘉比康治

【背景および目的】結核性腹膜炎は原因不明の腹水として発症し、その診断に苦慮する場合がある。今回、高CA125血症を伴い、癌性腹膜炎が疑われた結核性腹膜炎の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】67歳、女性。主訴：腹部膨満感。既往歴：52歳関節リウマチ・間質性肺炎。家族歴：父結核。薬歴：エタネルセプト50mg皮下注射/週・プレドニゾン3mg/日・メトトレキサート10mg/週。現病歴：関節リウマチにて当院リウマチ膠原病内科にて外来加療中。8年前よりエタネルセプト皮下注射が開始されている。20XX年X月に急激な腹部の膨満・膨隆を認め、X+1月当科外来に受診。理学的所見として、腹部の圧痛を認め、腹水の貯留を認めた。初診時採血にてCA19-9 95U/mL (<35), CA125 1479U/mL (<35), CEA2.9 ng/mL (<6.7) と著明なCA125高値を示し、癌性腹膜炎を疑い、腹部造影CT検査を施行。両側下肺野に不整陰影と著明な腹水および大網の不整な結節を認めた。癌性腹膜炎を疑い、婦人科にコンサルトしたが、婦人科臓器には異常なく、腹満感増強のため当科入院となる。入院後の腹水穿刺の結果、腹水リバルタン反応 (+) ADA 101.4U/L と陽性を認め、結核性腹膜炎が疑われた。喀痰結核菌PCR検査にて陽性となり、結核専門施設に転院し、3剤併用療法にて加療。加療後腹水は消失した。【考察】結核性腹膜炎はまれで、全結核症例の0.55%と報告されている。腹水の培養・PCRにより、結核菌が証明されることは少ない。過去の報告によれば腹水中のADAが結核性腹膜炎の診断に有用であるとの報告が見られ、本症例も腹水中のADA高値により、結核を疑い、喀痰中の結核菌のPCR陽性にて結核の診断が得られた。また、CA125糖タンパクの産生母体として、子宮・卵管上皮細胞が有名であるが、腹膜細胞もCA125を産生することが報告されている。【結語】結核性腹膜炎の診断に苦慮した高CA125血症を示した症例を経験した。高CA125血症を伴う腹水貯留患者を診断するに当たり、腹水中のADAの測定と結核性腹膜炎を鑑別に挙げることが重要である。

高125血症, 結核性腹膜炎

## 47 難治性腹水を伴う肝硬変に対する腹腔静脈シャント (PVS) の治療成績

昭和大学医学部 内科学講座 消化器内科学部門<sup>1)</sup>,  
昭和大学横浜市北部病院 消化器センター<sup>2)</sup>  
魚住祥二郎<sup>1)</sup>, 馬場俊之<sup>2)</sup>, 杉浦育也<sup>1)</sup>, 梶原 敦<sup>1)</sup>, 荒井 潤<sup>1)</sup>,  
下間 祐<sup>1)</sup>, 打越 学<sup>1)</sup>, 坂木 理<sup>1)</sup>, 吉田 仁<sup>1)</sup>

【目的】肝硬変による難治性腹水に対する治療として腹腔静脈シャント (peritoneovenous shunt : PVS) または経頸静脈の肝内門脈大循環短絡術 (transjugular intrahepatic portosystemic shunt : TIPS) が行われていたが、平成28年4月にTIPSは先進医療から取り消しとなった。そこで今回、難治性腹水を伴う肝硬変に対するPVSの有効性を検討した。【対象と方法】難治性腹水を伴う肝硬変18例を対象にPVS後の累積生存率、腹水消失率、合併症発生率について検討した。適応基準は肝硬変による難治性腹水が存在し、定期的な大量腹水穿刺排液 (週1回) が必要となったPerformance Status (PS) が0-2以上かつ十分なインフォームドコンセントが得られた症例とした。【結果】(1) 累積生存率: 1ヶ月89%, 6ヶ月53%, 12ヶ月40%, 24ヶ月20%。(2) 腹水消失率: 1ヶ月63%, 6ヶ月67%, 12ヶ月60%。(3) 合併症: 初回入院時には50% (9/18例) に認められた。シャント閉塞: 2例 (11%), DIC: 7例 (39%), 心房内血栓: 1例 (6%), 膈ヘルニア: 1例 (6%), 他。再入院時は43% (6/14例) に認められた。シャント閉塞・感染: 4例 (40%), DIC: 2例 (20%), SBP: 1例 (10%)。他。【考察および結論】非代償性肝硬変の予後は不良であり、生存期間 (中央値) は2年、食道静脈瘤出血を伴わない腹水症例の年間死亡率は20%とされている。PVSは良好な腹水消失率を認めるが、合併症に伴う入院期間の延長と再入院が多く、生命予後は改善しないことから、さらなる慎重な検討が必要である。

難治性腹水, 腹腔静脈シャント

## 48 アルコール性肝硬変に特発性細菌性腹膜炎と感染性膀胱嚢胞を合併した1例

昭和大学医学部 内科学部門 消化器内科学部門<sup>1)</sup>,  
昭和大学江東豊洲病院 消化器センター<sup>2)</sup>  
打越 学<sup>1)</sup>, 山宮 知<sup>1)</sup>, 石井 優<sup>1)</sup>, 梶原 敦<sup>1)</sup>, 荒井 潤<sup>1)</sup>,  
魚住祥二郎<sup>1)</sup>, 下間 祐<sup>1)</sup>, 野本朋宏<sup>1)</sup>, 坂木 理<sup>1)</sup>, 北村勝哉<sup>1)</sup>,  
伊藤敬義<sup>2)</sup>, 吉田 仁<sup>1)</sup>

症例は42歳男性。5年前よりアルコール性肝硬変で通院中であつた。約1週間前から持続する発熱 腹満感を主訴に当院の外来で受診した。39度台の発熱を認め臍周囲から左側腹部にかけて軽度の圧痛を認めた。精査目的に施行したCTで肝臓の凹凸不整および大量腹水を認めた。また臍尾部には隔壁を有する約10cmの嚢胞性腫瘍を認めた。また採血ではWBC 12,500/μl, CRP 17.3mg/dl, T-Bil 4.1mg/dl と炎症高値及び黄疸を認め、腹水のWBC 20,000/μl, 好中球数17,790/μl と著明な上昇を認めた。特発性細菌性腹膜炎と考えられ抗菌薬による加療を開始した。抗生剤投与2週間で炎症反応はCRP 2.45mg/dlまで改善したが38度前半の発熱が持続していた。前回腎障害にて造影が施行できなかったため再度CTを造影で施行したところ臍尾部の嚢胞の増大傾向が見られた。腹水よりも嚢胞の感染が疑われたため第17病日に経胃的な嚢胞ドレナージ (内瘻、外瘻) を施行した。ドレナージにて徐々に膿瘍腔は縮小し第24病日には外瘻チューブを抜去した。CRPは第28病日には0.16mg/dlまで改善し発熱や全身状態も安定したため退院となった。特発性細菌性腹膜炎および感染性膀胱嚢胞は発熱、腹痛と共通する症状があるがいずれも軽微なことがあり実際メインの感染源がどちらかは慎重に採血、CTや病態と照らし合わせ検討する必要がある。今回の症例では肝硬変がベースにあり出血傾向や胃近傍に側副血行路も多く経胃的な嚢胞ドレナージはリスクもあると考えたが十分な感染コントロールには必要があると判断し施行した。アルコール性肝硬変に特発性細菌性腹膜炎と感染性膀胱嚢胞を合併した1例を経験したため、文献的考察を加えて報告する。

特発性細菌性腹膜炎, 肝硬変



慶應義塾大学医学部 一般・消化器外科<sup>1)</sup>、同 病理学教室<sup>2)</sup>  
竹村裕介<sup>1)</sup>、八木 洋<sup>1)</sup>、板野 理<sup>1)</sup>、篠田昌宏<sup>1)</sup>、北郷 実<sup>1)</sup>、  
阿部雄太<sup>1)</sup>、日比泰造<sup>1)</sup>、紅林 泰<sup>2)</sup>、尾島高知<sup>2)</sup>、坂元亨字<sup>2)</sup>、  
北川雄光<sup>1)</sup>

症例は70代男性。背景肝は非B非Cで正常であり、既往歴として12年前に胃癌にて幽門側胃切除後定期的に通院中。2014年9月、CA-19-9の増加(114 U/mL)を認めたためPET検査を実施したが異常を指摘されず、その2か月後にCA19-9(257U/mL)、PIVKA-II(414mAU/mL)と上昇を示したため、ダイナミックCT検査を施行したところ肝S4を中心に、不整形で境界不明瞭な造影効果を伴う腫瘍および、門脈臍部に腫瘍栓を認めた。腫瘍は門脈相で高吸収、遅延相で等吸収を示し、EOB-MRIではDWIにて異常高信号、肝細胞相にて再取り込みの低下を認めた。PETを再検したところ肝S4を中心に強い集積を認めた。以上より急速に増大する肝細胞癌または肝内胆管癌と診断し、2015年1月、拡大肝左葉切除術を施行した。左葉内には明らかな主腫瘍を認めないが、門脈が広く末梢にわたって腫瘍に占拠され、中肝静脈主幹および一部の肝静脈末梢にも腫瘍浸潤を認めた。門脈内腫瘍栓の一部が肝実質内に進展し、胆嚢への転移を伴っていた。術後病理組織検査にて胆管、門脈断端、肝切離断端はすべて陰性が確認された。組織学的に分類不能型の肝細胞癌と診断された。経過良好にて第18病日に退院となったが、術後2ヶ月目に腫瘍マーカーの再上昇を認め、画像上右葉Glisson内腫瘍進展を伴う再発が疑われたため、速やかに肝動注療法を開始した。しかしながら、右葉に広汎な門脈腫瘍栓が急速に出現し、肝不全により術後6ヶ月で永眠された。本症例は術前画像で、腫瘍辺縁が不明瞭かつ不整な非典型像を呈し、肝細胞癌に特徴的な早期濃染やwash outを認めなかったため、診断に難渋した。術後急激な経過を辿った稀な症例であったため、若干の文献的考察を加えて報告する。

分類不能型肝細胞癌，門脈腫瘍栓

横須賀市立うわまち病院<sup>1)</sup>、同 病理検査科<sup>2)</sup>  
三井英央<sup>1)</sup>、小宮靖彦<sup>1)</sup>、大熊幹二<sup>1)</sup>、梅沢翔太郎<sup>1)</sup>、森川瑛一郎<sup>1)</sup>、  
秋間 崇<sup>1)</sup>、妹尾孝浩<sup>1)</sup>、池田隆明<sup>1)</sup>、飯田真岐<sup>2)</sup>、辻本志朗<sup>2)</sup>

【症例】88歳、男性。【主訴】食思不振、黒色下痢便。【現病歴】201X年9月下旬より特に誘因なく食思不振、黒色下痢便が出現した。症状が持続するため近医を受診し、貧血を指摘され当科に紹介入院した。【身体所見】眼瞼結膜の貧血、および体幹、上下肢皮膚に多発する水泡、びらんおよび痂皮形成を認めた。【検査成績】WBC 10200/ $\mu$ l、RBC 204x10<sup>10</sup>/ $\mu$ l、Hb 6.5g/dl、Hct 19.0%、Plt 15.4x10<sup>4</sup>/ $\mu$ l、CRP 2.09mg/dl、Alb 2.5g/dl、AST 51U/L、ALT 14U/L、LDH 289U/L、ALP 112U/L、 $\gamma$ -GTP 6U/L、T-Bil 0.95mg/dl、BUN 62.7mg/dl、Cr 1.37mg/dl、CEA 5.4ng/ml、CA19-9 19.9U/ml。【入院後経過】上部消化管出血として内視鏡を施行し、腹部〜胸部中部食道に約1/4周の食道粘膜剥離を確認した。また腹部CTスキャンで、胆嚢は腫大し、腹腔には結石を伴う高吸収の液状物が充満していた。皮膚病変につき精査を依頼した結果、血清抗BP180抗体が350.2U/mlと陽性であり、皮膚生検で表皮下裂隙形成を伴った好酸球浸潤の目立つ皮膚炎所見が確認され、水疱性類天疱瘡の診断を受けた。【その後の経過】皮膚病変については、入院後は新たな水泡形成なく経過した。このためステロイド投薬は施行せず局所治療のみで経過観察の方針となった。1週後に施行した上部消化管内視鏡では剥離した食道粘膜の良好な再生像を確認した。またCTスキャンで経過観察を行った胆嚢病変は、壁内に出血を思わせる高吸収域が出現し、約10日の経過で胆嚢腫大の改善とともにこの高吸収域も消失した。経過中に胆嚢炎を思わせる症状やCRPを含めた炎症性指標の変動なく推移した。胆嚢病変は摘出の適応と考え手術を勧めたが、認知症の存在などから同意が得られず経過観察の方針となった。【考察】水泡性類天疱瘡に合併した表層性食道粘膜剥離症が保存的治療のみで短期間で改善した1例を経験した。本例は同時期に胆嚢病変を併発しており、胆嚢病変と類天疱瘡との関連の有無を含めて示唆に富む症例と考え報告する。

水疱性類天疱瘡，表層性食道粘膜剥離症

大森赤十字病院 消化器内科<sup>1)</sup>、同 放射線科<sup>2)</sup>  
河野直哉<sup>1)</sup>、西村正基<sup>1)</sup>、立川 準<sup>1)</sup>、栗原大典<sup>1)</sup>、須藤拓馬<sup>1)</sup>、  
河合恵美<sup>1)</sup>、芦菰圭一<sup>1)</sup>、中岡宙子<sup>1)</sup>、関志帆子<sup>1)</sup>、千葉秀幸<sup>1)</sup>、  
井田智則<sup>1)</sup>、諸橋大樹<sup>1)</sup>、後藤 亨<sup>1)</sup>、宮地樹里<sup>2)</sup>、片山 貴<sup>2)</sup>、  
山崎悦夫<sup>2)</sup>

症例は91歳男性。既往歴として前立腺癌、転移性肝癌RFA後、総胆管結石内視鏡治療後、胆嚢摘出術がある。平成28年9月26日肝S4、S8の2ヶ所にRFA施行。術後合併症はなく9月30日退院。10月18日より発熱、上腹部痛を自覚し肝胆へ救急搬送され緊急入院となった。血液検査では炎症反応、肝胆道系酵素の上昇と軽度の貧血を認めた。腹部造影CTにて肝S4、S8にRFA後変化および総胆管内にhigh densityを認め胆道出血による胆管炎と診断。胆道ドレナージ目的に緊急でERCPを施行。十二指腸乳頭部より鮮血の流出を認め、胆管内は全体に凝血塊で充満している状態であった。胆管洗浄を施行するも持続的な活動性出血を認めたため、血管塞栓術の適応と判断した。同日、緊急で腹部血管造影検査を施行。S8領域に仮性動脈瘤を認め、塞栓術を行い止血し得た。RFAの合併症として、動脈損傷による出血はしばしば経験されるが、本症例のように直後に問題なく期間をおいて動脈瘤形成破裂によるものは稀であり、その疫学や発生機序、治療法について文献的考察を含め報告する。

RFA，仮性動脈瘤破裂

前橋赤十字病院 消化器内科<sup>1)</sup>、  
群馬大学大学院医学系研究科 病態制御内科学<sup>2)</sup>  
糸井祐貴<sup>1)</sup>、滝澤大地<sup>1)</sup>、中野佑哉<sup>1)</sup>、湯浅綾里奈<sup>1)</sup>、増田智之<sup>1)</sup>、  
佐藤洋子<sup>1)</sup>、大塚 修<sup>1)</sup>、戸島洋貴<sup>1)</sup>、飯塚賢一<sup>1)</sup>、豊田満夫<sup>2)</sup>、  
新井弘隆<sup>2)</sup>、高山 尚<sup>1)</sup>、佐藤 賢<sup>2)</sup>、柿崎 暁<sup>2)</sup>、草野元康<sup>2)</sup>、  
山田正信<sup>2)</sup>

【緒言】食道粘膜下血種は成因から特発性と外傷性に大別される。前者は食事や嘔吐などによる食道内圧上昇にともなう損傷や基礎疾患に伴う病態が誘因となるもので、後者は外傷や医療行為による機械的損傷が原因とされる。今回、それぞれの機序で発症した食道粘膜下血種を経験したため、報告する。【症例1】77歳女性。高血圧、糖尿病で近医に通院しており、虚血性心疾患を疑われバリエスピリンを内服していた。深夜に胸痛で覚醒し、救急車で前医を受診した。虚血性心疾患としてヘパリンの投与が開始されたが、心エコーや採血では特異的な異常所見は認めなかった。症状持続し、黒色吐物を認めたため当院に転送となり、胸部CTにて食道粘膜下血種の診断に至った。活動性の出血が疑われAGを行ったが、明らかな所見は認めなかった。以後の経過は良好で、禁食・補液にて症状改善し、第7病日の内視鏡で血種の消失と食道潰瘍を認めた。食事再開後も問題なく、虚血性心疾患精査後の第22病日に退院となった。【症例2】60歳男性。C型肝硬変で前医通院していたが、RCを有する食道静脈瘤を認め、治療目的に当院に紹介となった。入院となり、第2病日に内視鏡的食道静脈瘤硬化療法(EIS)を施行した。EIS後5時間より胸痛と嘔気を訴え、翌日も改善しないため胸部CTを施行し食道粘膜下血種の診断となった。貧血の進行はなく全身状態は落ち着いていたため、保存的に経過観察した。血種はCTで経時的に改善し、第12病日に内視鏡で血種の消失と食道潰瘍を確認した。経過良好で第16病日に退院となった。【結語】食道粘膜下血種は比較的稀な疾患であり、重篤な症状や所見を呈する。今回経験した2例はいずれも、それぞれの発症リスクを有していた。しかし、発症初期での診断は困難で、診断にはCTが有用であった。保存的治療が第一選択となるため、本疾患を鑑別における事が重要と考えられた。

食道粘膜下血種，診断

慶應義塾大学医学部 内科学 (消化器)

結城久美子, 亀山尚子, 正岡建洋, 玉川空樹, 山根 剛, 金井隆典

【目的】高解像度食道内圧測定 (High Resolution Manometry : HRM) によって食道運動機能の経時的な可視化が可能になり、HRMを用いた食道運動障害の分類がシカゴ分類として発表されている (Neurogastroenterol Motil. 27:160-174, 2015)。その中で下部食道括約筋の弛緩能は正常だが食道蠕動において強収縮を呈する一群はJack Hammer食道と定義されたが、本邦での報告は少ないのが現状である。今回、我々は好酸球性食道炎に合併したJack Hammer食道をHRMによって診断し、酸分泌抑制療法により軽快した一例を経験したので若干の文献的考察を加えて報告する。

【症例】42歳の男性。26歳頃より前胸部痛を自覚していたが、前医で逆流性食道炎の診断でラニチジン塩酸塩を処方され、症状改善を認めていた。約1年前から前胸部痛の増悪を認め、近医で上部消化管内視鏡検査を施行したところ、下部食道に白斑、また縦走溝を認め、生検では好酸球浸潤を指摘された。上記より好酸球性食道炎疑いとなり、当院に紹介受診となった。

【成績】当院では、食道造影、HRM、上部消化管内視鏡検査を施行した。食道造影では、胸郭食道の強い収縮を認め、HRMでは胃食道接合部の圧は正常であったが遠位収縮積算 (Distal contractile integral) は8000mmHg/s/cmを超え、シカゴ分類によるJack Hammer食道の定義を満たした。上部消化管内視鏡では、明らかな縦走溝は認めなかったものの中部食道に白苔を認め、同部位からの生検では70/HPFの好酸球浸潤を認め、好酸球性食道炎と診断した。好酸球性食道炎に対する治療としてエソメプラゾール20mg/日の投与を開始したところ、投与開始直後より臨床症状は速やかに改善した。

【結論】高解像度食道内圧測定によって好酸球性食道炎に合併したJack Hammer食道を診断し、酸分泌抑制療法により速やかな改善が得られた一例を経験した。

Jack Hammer食道, 好酸球性食道炎

東京都済生会中央病院 消化器内科

加藤英生, 上田真裕, 垣内大樹, 星野 舞, 阿部善彦, 大原まみか, 船 智康, 小川 歩, 田沼浩太, 三枝慶一郎, 岸野竜平, 酒井 元, 船越信介, 中澤 敦, 塚田信廣

【症例】43歳男性【現病歴】入院6か月前に胃毛細血管拡張症からの出血をきたし入院加療歴がある患者が、入院2日前にサバを生食し、入院前日に浮動性のめまいを認めた。入院当日に便秘っぽい黒色便を認め、入院後救急外来を受診し上部消化管出血と診断し緊急入院となった。【入院時現症】意識清明、血圧124/83mmHg、脈拍数115bpm、腹部は平坦、軟、明らかな圧痛は認めなかった。【血液検査】RBC  $475 \times 10^4 / \mu\text{L}$ 、Hb 14.1g/dL、BUN 40mg/dL、Cr 0.86mg/dL、CRP 1.54mg/dL【入院後経過】入院同日に緊急上部消化管内視鏡検査へ移動中に座位で失神、収縮期血圧80mmHg台、脈拍数135bpmとショック状態となったため大量補液、輸血を施行し、内視鏡検査を開始した。胃内は凝血塊が多量で、吸引およびネットで繰り返し凝血塊を除去した。ほぼ凝血塊を除去し終えた段階で、穹窿部後壁側に刺入したアニサキス虫体を1匹認め、その近傍にデュラフォイ潰瘍様の露出血管と集簇する多発小潰瘍を認めた。潰瘍周囲にはボリミン生食を局注し、露出血管にクリッピングを施行後、虫体を生検鉗子で除去した。第2病日には血圧、脈拍数は安定し、再検の内視鏡では露出血管および潰瘍は改善を認めて、止血を確認した。第4病日より食事を開始し第6病日に退院となった。血清 *H. pylori* 抗体は陰性であった。【考察】アニサキスによる胃潰瘍形成は少数例の報告にとどまり、出血性ショックの合併は稀な病態であると考えられ、若干の文献的考察を加えて報告する。

胃アニサキス症, 胃潰瘍

東京慈恵会医科大学附属第三病院

原田健太郎, 萩原雅子, 柴田恵子, 廣瀬雄紀, 赤須貴文, 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】61歳男性【主訴】残尿感, 血尿【既往歴】19歳: 虫垂切除術, 28歳・58歳: 体外式尿路結石衝撃波碎石術, 56歳: 高尿酸血症【家族歴】胃癌の家族歴なし【常用薬】ベンズプロマロン50mg分1, ファモチジン20mg分1【生活歴】ビール350ml/日, 喫煙歴なし【臨床経過】201X年12月健診で、上部消化管造影にて胃粘膜不整および血清H・Pyroli抗体陽性を指摘されたが、近医にてH・Pyroliの除菌を施行したのみで、上部消化管内視鏡検査は施行しなかった。201X+1年5月下旬残尿感、排尿時違和感を主訴に近医を受診したところ、右精巣上体炎の診断にて抗菌薬の内服が開始された。下腹部痛、残尿感は持続し、血尿を伴うようになったため、当院泌尿器科へ紹介となった。膀胱CTでは膀胱左側壁から下壁にかけて壁肥厚を認め、両側の水腎症を認めた。膀胱癌が疑われ、膀胱鏡を施行したが、粘膜発赤、粘膜下隆起を認めるのみで、粘膜面に腫瘍性病変を認めなかった。膀胱鏡下の生検にて、粘膜下層から固有筋層内にかけてsignet ring cell carcinomaが検出され、胃癌膀胱転移が疑われたため、当科へ紹介となった。上部消化管内視鏡検査では、胃壁の伸展は不良で、体中部後壁に大きな潰瘍性病変を認めた。潰瘍部からの生検病理でも、膀胱と同様なsignet ring cell carcinomaの所見であった。その後、各種画像検査を施行したが、膀胱以外に転移所見を認めなかった。T3N0M1 Stage4の胃印環細胞癌と診断し、TS-1 (80mg/m<sup>2</sup>) + CDDP (60mg/m<sup>2</sup>) を導入した。2コース終了時の上部消化管内視鏡検査では胃壁の伸展は良好となり、潰瘍性病変は縮小傾向であった。また腹部CTにて膀胱壁の菲薄化を認め、化学療法は奏功していると考えた。病理結果にてHER2陽性であったために、2コース目以降よりherceptinを追加したレジメンに変更し、現在も化学療法を継続している。【考察】膀胱転移が診断の契機となった胃印環細胞癌の一例を経験した。これまで同様の報告はあるが、CDDP, herceptinを使用した報告例はなく、治療法の確立はされていないため、文献的考察を加えて報告する。

胃がん, 膀胱転移

帝京大学医学部 内科<sup>1)</sup>, 帝京大学医学部附属病院 病理部<sup>2)</sup>小松田章悟<sup>1)</sup>, 青柳 仁<sup>1)</sup>, 中村直裕<sup>1)</sup>, 丸山喬平<sup>1)</sup>, 三木淳史<sup>1)</sup>, 八木みなみ<sup>1)</sup>, 岡村喬之<sup>1)</sup>, 川島 悠<sup>1)</sup>, 磯野朱里<sup>1)</sup>, 江波戸直久<sup>1)</sup>, 三浦 亮<sup>1)</sup>, 阿部浩一郎<sup>1)</sup>, 有住俊彦<sup>1)</sup>, 相模光彦<sup>1)</sup>, 高森頼雪<sup>1)</sup>, 山本貴嗣<sup>1)</sup>, 喜多宏人<sup>1)</sup>, 田中 篤<sup>1)</sup>, 滝川 一<sup>1)</sup>, 斉藤光次<sup>2)</sup>, 近藤福雄<sup>2)</sup>

症例は89歳男性。脂質異常症にて他院で内服加療中であり、脳梗塞予防のため低用量アスピリンを内服していた。また45年前より胃ポリープを指摘され経過観察されていた。2016年7月黒色便を認めたため、上部消化管出血の疑いのため当院を紹介受診。Hb8.5g/dLと貧血を認め、直腸診にて黒色便の付着を認めたため、精査目的に入院となった。腹部CTにて胃内に21mm大の結節を認め、辺縁部に造影効果を認めること、内部は造影不良であり、粘膜面は保たれていることからGISTが疑われた。上部消化管内視鏡検査を施行したところ、穹窿部に有形性のポリープを認め、ポリープの頭部に血液が付着していた。ポリープが上部消化管出血の原因と考えられたこと、GISTが疑われ組織診断が望ましい状態であったことから内視鏡的切除を施行、術後経過は良好で術後7日目に退院となった。病理では、ポリープの表層は腸上皮化性伴う円柱上皮細胞に被覆されており、内部に大小不同の囊状拡張を示す腺管と、幽門腺管の増生が菓状にみられ、間質には不規則な平滑筋の増生を伴っていた。分類不能型胃ポリープ (非腫瘍性病変) と診断した。今回、出血を契機に内視鏡的切除を行った分類不能型胃ポリープの一例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。

胃ポリープ, 内視鏡的切除



埼玉医科大学病院 総合診療内科<sup>1)</sup>、同 消化器外科<sup>2)</sup>、同 消化管内科<sup>3)</sup>、同 病理部<sup>4)</sup>、飯塚麻実<sup>1)</sup>、芦谷啓吾<sup>1)</sup>、中山智博<sup>1)</sup>、大崎篤史<sup>1)</sup>、草野武<sup>1)</sup>、白崎文隆<sup>1)</sup>、菅野優貴<sup>2)</sup>、野口哲<sup>1)</sup>、山岡稔<sup>1)</sup>、森岡真悟<sup>2)</sup>、小林成仁<sup>1)</sup>、大庫秀樹<sup>3)</sup>、深野敬之<sup>2)</sup>、石澤圭介<sup>4)</sup>、山田健人<sup>4)</sup>、宮川義隆<sup>3)</sup>、橋本正良<sup>1)</sup>、山本啓二<sup>1)</sup>、篠塚 望<sup>2)</sup>、中元秀友<sup>1)</sup>、今枝博之<sup>2)</sup>

症例は64歳女性。2016年7月ごろから腹痛があり、近医を受診した。上部消化管内視鏡検査を施行され、胃粘膜下腫瘍、バレット食道、ヘリコバクターピロリ胃炎を指摘された。ヘリコバクターピロリ胃炎に対して除菌療法を施行され、除菌成功したが腹痛が改善しないため、10月初旬に当科を紹介受診した。上部消化管内視鏡検査では、幽門前庭部大弯に2cm大の粘膜下腫瘍を認め、頂上部は発赤し、口側は粘膜で覆われた陥凹を認めた。また、肛門側に露出血管を伴うびらんを認め、湧出性出血をきたしていたため、クリップ止血とエピネフリン局注を行った。超音波内視鏡検査では、第3層に低エコーの腫瘍を認め、一部無エコー領域も認めた。その後、黒色便を認めたため、緊急内視鏡を施行したところ、腫瘍の頂上部に潰瘍を形成し、湧出性出血を認めたが、自然止血した。入院の上、絶食、点滴投与にて加療した。内視鏡検査の再検では出血はみられなかったため、潰瘍底から生検したが、腫瘍性病変を認めなかった。手術適応と考え、消化器外科で腹腔鏡補助下胃部分切除術を施行した。切除標本の病理組織所見では紡錘形の線維芽細胞と炎症細胞浸潤を多数認め、inflammatory fibroid polyp (IFP) と診断した。IFPは、粘膜下腫瘍の形態を呈する比較的稀な良性腫瘍で、機械的刺激により表面にびらんや潰瘍を形成し、出血例もみられる。本例では、術前の組織診断が確定されていなかったが、出血をきたしたため、腹腔鏡補助下胃部分切除術を施行した。今回、IFPによる出血を認めた一例を経験したので、文献的考察も含めて報告する。

粘膜下腫瘍, 超音波

虎の門病院 消化器内科  
高橋寿枝, 鳥羽崇仁, 福馬有美子, 早坂淳之介, 田中匡実, 栗林泰隆, 野村浩介, 山下 聡, 古畑 司, 菊池大輔, 松井 啓, 三谷年史, 飯塚敏郎, 布袋屋修, 貝瀬 満

症例は35歳女性。健診の上部消化管造影検査で胃粘膜下腫瘍を指摘された。前医の内視鏡検査で、胃体下部小弯に複数の胃粘膜下腫瘍を認め、生検の結果、神経内分泌腫瘍(NET)であり、精査加療目的に当院で紹介受診された。当院での内視鏡検査では、背景粘膜は前庭部に比して体部、穹窿部の萎縮が目立つ逆萎縮のパターンで、胃体下部小弯に径5mm程度の胃粘膜下腫瘍を4個認めた。超音波内視鏡検査ではいずれの腫瘍も比較的均一な低エコー領域として描出され、深達度SMのNETとして矛盾しない所見であった。血液検査結果では、抗壁細胞抗体40倍と高値、ガストリン6020pg/mlと上昇が見られ、A型胃炎を背景とした多発胃NETと診断した。造影CT、頭部MRIでは他部位に腫瘍性病変なく、MEN-1やZollinger-Ellison症候群は否定的であった。際・消化管NETガイドライン(2013)では、1cm未満、5個以下では内視鏡治療が推奨されており、ESDによる治療を行う方針とした。胃体中部から胃体下部にかけ多発するNETに対し一括で切除を行い、治療後経過は特に偶発症なく経過良好であった。病理学的検査では、それぞれの隆起に一致して粘膜下層に、円形核を有する異型細胞が胞果状に増生し、周囲に帯状の線維化を伴う像が見られ、免疫染色ではSynaptophysin陽性、Chromogranin陽性を示しNETに合致する所見であった。腫瘍径はそれぞれ8x6mm, 9x6mm, 4x3mm, 5x5mm、深達度SM850µm、明らかな脈管侵襲、リンパ管侵襲は認められなかったが、Ki-67 labeling index 3.2%であり、WHO分類NET Grade2と診断された。本症例は腫瘍径、個数から内視鏡治療の適応と考えられたが、NET G2であり、転移リスクが少なからず存在すると判断され、追加外科的切除が施行される方針となった。今回我々は、A型胃炎を背景とする多発胃NETに対し内視鏡治療を施行し、NET Grade2と診断された一例を経験した。A型胃炎を背景とした多発NET Grade2は検索上、報告例に乏しく、稀な疾患と考えられたため、当院での胃NET症例の臨床病理学的特徴および文献的考察をふまえて報告する。

胃NET, ESD

東京通信病院 外科  
寺島弘彬, 織如光一, 寺下勇祐, 長谷川智彦, 下里あゆ子, 佐藤兼俊, 村田祐二郎, 山澤邦宏, 奥田純一, 津久井元, 寺島裕夫

【緒言】根治切除可能な進行胃癌を化学療法のみで経過が追えることは非常に稀である。今回、6年間化学療法のみで形態変化を見ることのできた症例を経験したので報告する。  
【症例】75歳女性。嚥下時のつかえ感と貧血を主訴に近医受診し、上部消化管内視鏡検査にて噴門部胃癌が指摘され、当院紹介となった。病変は胃体上部小弯を中心とした長径10 cmを越える3型病変で、約3 cmの食道浸潤を認め、生検にてpor1を認めた。CT検査にて、深達度SE、No. 3aに3個のリンパ節転移を認め、cT4a(SE), cN2, cM0:cStage IIIBと診断された。術前評価では根治切除は十分に可能と考えられたが、本人の手術拒否の意志が非常に固く、化学療法での治療を行うこととなった。  
まず、TS-1 (80 mg) + CDDP (80 mg/body) による治療を7コース行った。その結果、粘膜の粗造と発赤は残存するものの、全体的に粘膜は平坦化し、伸展性の改善もみられ、食道浸潤もわずかに認めるのみとなった。また、No. 3aのリンパ節腫大の縮小もみられたため、PRと判断した。その後、TS-1 (80 mg) 単剤での治療を2クール行ったが、平坦部分の中に径約20 mmの隆起成分が出現し、さらに口側では陥凹が強くなっていったことからPDと判断し、TS-1 (80 mg) + PTX (60 mg/body) へと変更した。その結果、隆起成分は消失して病変は平坦化し、退色調の部分と発赤を一部認めるのみとなり、有意なリンパ節腫脹も認められなくなった。TS-1 + PTXを16コース終了後、TS-1 (80 mg) 単剤としたが、内視鏡上部発赤隆起が出現したため、weekly PTX (60 mg/body) へ変更した。その後、内視鏡上、小結節は残存するものの、悪化傾向はなかった。52コース (40ヶ月) 施行後の直近の内視鏡検査では小結節部は小潰瘍を形成していたものの、生検では癌陰性であった。現在も元気に外来にて化学療法継続中である。  
【まとめ】化学療法が著効した進行胃癌の形態変化を長期にわたり追うことができた。文献的考察も含めて報告する。

胃癌, 化学療法

順天堂大学医学部附属練馬病院 総合外科  
安居真梨子, 若永直紀, 高橋 敦, 山田衣里佳, 秋本瑛吾, 伊藤 謙, 北原佳奈, 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, 北昌俊顕, 須郷広之, 李 慶文, 児島邦明

【はじめに】胃内分泌細胞癌は全胃癌の0.1~0.95%とまれな疾患であり、進行が早く悪性度が高いとされている。今回、我々は35歳男性に発症した胃内分泌細胞癌の1例を経験したので報告する。【症例】35歳男性。心窩部痛を主訴に近医受診し、上部消化管内視鏡を施行され噴門部に腫瘍を認めたため当院紹介受診となる。術前検査では噴門部に潰瘍を伴った80x50mm大の3型進行胃癌を認め、下部食道への浸潤も疑われた。生検では低分化型腺癌 (por1) が疑われたが、免疫染色でクロモグラニン(-) シナプトフィジン(+), CD56(+) と神経内分泌癌の特徴をもつ所見も認められ、gastric adenocarcinoma (por1) with neuroendocrine featureの診断であった。左開胸開腹胃全摘、下部食道合併切除術を施行した。摘出検体の病理所見はクロモグラニンAが一部陽性、シナプトフィジンとCD56がびまん性に陽性、Ki-67 labeling index 80%と高値を示し、Gastric endocrine carcinoma, pT3, med, INFb, ly1, v3, n(+)=1/60と胃内分泌細胞癌の診断であった。現在、術後化学療法を施行しつつ外来経過観察中である。【まとめ】本症の術前診断率は30%と報告されているが、自験例の術前診断では鑑別診断の1つとしてあげることができた。また予後不良とされているが、報告例も少なく治療戦略も確立されていない。今後、慎重な経過観察が必要と思われた。

胃, 胃内分泌細胞癌

切除不能膵頭部癌はS-1で著効となったが、胃癌は進行し外科切除を要した同時重複癌の1例

国立病院機構 高崎総合医療センター 消化器内科<sup>1)</sup>、  
同 外科<sup>2)</sup>、同 病理診断科<sup>3)</sup>、

群馬大学大学院医学系研究科 病態制御内科学<sup>4)</sup>

内田真太郎<sup>1)</sup>、長沼 篤<sup>1)</sup>、関谷真志<sup>1)</sup>、善如寺暖<sup>1)</sup>、椎名啓介<sup>1)</sup>、  
上原早苗<sup>1)</sup>、畑中 健<sup>1)</sup>、安岡秀敏<sup>1)</sup>、星野 崇<sup>1)</sup>、工藤智洋<sup>1)</sup>、  
石原 弘<sup>1)</sup>、平井圭太郎<sup>2)</sup>、小川哲史<sup>2)</sup>、宮永朋実<sup>2)</sup>、小川 晃<sup>2)</sup>、  
水出雅文<sup>3)</sup>、柿崎 暁<sup>3)</sup>、草野元康<sup>4)</sup>

【症例】78歳、男性。【主訴】黄疸。【現病歴】糖尿病のため近医へ通院中、黄疸が出現し、平成X年9月当科を紹介受診した。【初診時検査所見】T-BIL 17.3mg/dl、D-BIL 12.7mg/dl、ALT 464IU/l、LDH 320IU/l、ALP 3346IU/l、gGTP1507IU/l、HbA1c 6%、CEA 4ng/ml、CA19-9 59.2U/ml【初診時画像所見】造影CT及び腹部エコーでは両側肝内胆管と総胆管及び主膵管の顕著な拡張を認めた。膵頭部には径30mmの造影効果の乏しい腫瘍性病変を認め、膵頭部癌が疑われた。【経過】ERCPでは、膵頭部主膵管及び下部胆管に各々2cmの狭窄所見を認めた。閉塞性黄疸を解除するためチューブステントを胆管内へ留置した。胆管狭窄部のプラン細胞診の結果はClass IV、adenocarcinoma疑いであった。ERCPの際、胃幽門前庭部に腫瘍性病変が疑われ、再度内視鏡検査を行った結果、幽門前庭部大弯及び小弯の2か所に0-IIc病変を認めた。同部位の生検は、中分化型腺癌であった。PET-CTでは膵頭部及び16b1preリンパ節にFDG集積を認め、膵頭部癌T3N3M0、cStage IV-b及び胃癌の同時重複癌と診断した。膵頭部癌は根治切除不能な状態であり、延命を目的とした化学療法として胃癌にも効果が期待できるS-1を開始した。S-1を2コース終了した時点で治療効果判定CTを施行した結果、膵頭部癌はほぼ消失しており完全奏功(CR)が得られていた。また胆管内へ留置していたステントは自然脱落していた。以後3年間S-1は継続していたが、膵頭部癌はCRを維持できていた。しかし平成X+3年9月、CTにて胃幽門前庭部の肥厚を指摘された。上部内視鏡検査では、幽門前庭部に2型胃癌を2カ所認め、胃癌に対するS-1は進行(PD)と診断した。膵頭部癌はCRであったことから、翌月胃癌に対して幽門側胃切除術を施行した。術後の経過は良好である。【考察】本症例では、当初膵頭部癌が予後を規定すると思われたが、S-1内服によりCRが得られた。その一方で胃癌がPDとなり、胃切除を要した。膵と胃の同時重複癌の報告は散見されるが、本症例の治療経過は興味深く、示唆に富む貴重な症例と考え今回報告する。

膵頭部癌、同時重複癌

腸閉塞を契機に診断された悪性腹膜中皮腫の一例

JCHO 東京高輪病院

宇野晃人、原田庸寛、谷本芽弘理、多胡和馬、池田真美、  
小山山大人

症例は59歳男性。1ヶ月前からの腹部膨満と水様下痢、体重減少を主訴に受診し、腹部造影CTで小腸閉塞と少量の腹水を指摘された。職業は消防署職員で明らかなアスベスト被曝歴はなし。小腸閉塞は保存的治療に抵抗性で、治療・診断目的に手術を施行した。手術は腹腔鏡補助下小腸部分切除術で、手術時間3時間45分、出血量10mLであった。腹膜・腸間膜には多数の白色小結節が附着していた。腹水の細胞診はClass IIだった。病理組織検査では腫瘍細胞が漿膜面に浸潤しており、小腸の狭窄部に一致して同様の腫瘍細胞による粘膜炎腫瘍を認めた。免疫染色でカルレチニン(+)、D2-40(+)、CEA(-)であり、悪性腹膜中皮腫と診断された。現在はペメトレキセド+シスプラチンによる化学療法を継続中である。悪性腹膜中皮腫は中皮腫全体の20%程度と稀な疾患であり、特異的な症状に乏しい。国内で腸閉塞を契機に診断されたのは本例が9例目となるが、細胞診検査の感度は不十分であり、診断のためには腹腔鏡下手術が不可欠であった。中皮腫の発症は2030年頃まで増加傾向が続くと言われており、今回の症例のように明らかなアスベスト被曝が無い場合でも、悪性腫瘍の鑑別として腹膜中皮腫を想起する必要があると考えられた。

悪性腹膜中皮腫、腸閉塞

腹痛を契機にSLEの診断がついたLupus腸炎の1例

日本大学病院 消化器内科<sup>1)</sup>、

日本大学医学部内科学系 消化器肝臓内科学分野<sup>2)</sup>

笠巻敬太<sup>1)</sup>、草野 央<sup>2)</sup>、小川真広<sup>2)</sup>、山本敏樹<sup>2)</sup>、中河原浩史<sup>2)</sup>、  
大久保理恵<sup>2)</sup>、池原久朝<sup>2)</sup>、高橋利美<sup>2)</sup>、三浦隆生<sup>2)</sup>、岩塚邦夫<sup>2)</sup>、  
平山みどり<sup>2)</sup>、渡邊幸信<sup>2)</sup>、菊田大朗<sup>2)</sup>、山川 俊<sup>2)</sup>、林 香織<sup>2)</sup>、  
後藤田卓志<sup>2)</sup>、森山光彦<sup>2)</sup>

【はじめに】lupus腸炎は小腸の血管炎ないし炎症と定義される、全身性エリテマトーデス(SLE)に伴う稀な病態である。今回、我々は腹痛を契機にSLEの診断がついたlupus腸炎の1例を経験したので報告する。【症例】46歳女性【主訴】嘔気【現病歴】中国出身の方。2015年〇月中旬より嘔気を自覚したため、当院消化器内科受診した。【現症】体温36.6℃、血圧105/75mmHg、脈拍82/分 皮疹・皮膚硬化・Raynaud症なし、腹部は全体に軽度の圧痛を認めたが反跳痛はなく、腸蠕動音は正常であった。【経過】上部消化管内視鏡検査を施行するも、萎縮性胃炎以外の所見は認めなかった。症状緩和目的に制酸剤の内服を開始し経過をみていたが、嘔気の増悪ならびに腹部膨満感、腹痛が出現したため、精査目的に腹部造影CTを施行した。CT上、中等量の腹水貯留、小腸の拡張ならびに壁肥厚(いわゆるtarget sign)を認めたためlupus腸炎を強く疑った。採血上、抗核抗体陽性であり、入院後の問診にて顔面紅斑、口腔内潰瘍、日光過敏の既往があったことからSLE分類基準の11項目中4項目を満たしSLE・lupus腸炎と診断した。メチルプレドニゾロン 500mgのバルス療法を行ったのち、60mg静注投与を開始した。その後腹部症状は改善し食事摂取も可能となってきたため、プレドニゾロン40mgの内服に切り替えた。治療を開始して4週経過後、腹部造影CTでtarget signの消退を確認したのちプレドニゾロンを30mgに減量し退院となった。【考察】SLEを疾患にもつ患者において、腹痛は頻繁な症状であり原因は様々である。腹部造影CTにて腹水貯留と腸管のtarget signを認めた場合にはループス腸炎を強く疑う必要がある。

Lupus腸炎, target sign

後腹膜腔に嵌頓し絞扼性腸閉塞をきたした尿管全摘術後の1例

東京慈恵会医科大学 外科学講座

福島蒼太、三森教雄、志田敦男、高野裕太、藤崎宗春、渡部篤史、  
矢永勝彦

症例は63歳男性。2016年8月、左腎癌に対する経腹的左尿管全摘術、膀胱部分切除術後、術後1日より経口摂取を再開したが、術後4日より腹痛が出現し、腹部単純CT検査を施行したところ、胃と上部小腸の拡張を認め腸閉塞と診断した。経鼻胃管を挿入し、保存的治療を開始したが、症状は速やかに改善し、術後7日より経口摂取を再開した。術後11日、腹痛が出現し、腹部単純CT検査で再び腸閉塞と診断しイレウス管を挿入、保存的治療を再開した。術後12日、症状が改善しないため腹部造影CT検査を行ったところ、腹水を認め、絞扼性腸閉塞の診断で緊急手術を行った。術中所見は左下腹部の後腹膜腔に約8cmのヘルニア門を認め、小腸が腹腔内から後腹膜腔に脱出し嵌頓していた。ヘルニア門を開放し、後腹膜腔に脱出した小腸周囲の癒着を剥離した。損傷した小腸を部分切除した後、腹腔内に還納し、ヘルニア門を閉鎖した。尿管全摘術により後腹膜腔に大きな空間が形成され、そこに小腸が脱出したと考えられた。再手術後の経過は良好で、再手術後6日、経口摂取を再開し、再手術後20日に退院となった。本症例では保存的治療で一時的に症状改善が得られたが、手術所見からはより早期の手術が望ましかったと考えられた。尿管全摘術後の後腹膜腔への嵌頓による腸閉塞についてはこれまで報告がなく、稀な症例を経験したので報告する。

尿管全摘術後、腸閉塞



杏林大学医学部 外科学教室 消化器・一般外科  
 呉亜沙美, 正木忠彦, 小嶋幸一郎, 渡邊武志, 高安甲平, 橋本佳和,  
 松岡弘芳, 阿部展次, 森 俊幸, 杉山政則

症例は29歳男性。急性虫垂炎疑いのため近医より紹介。来院時、体温37.7℃、右下腹部痛を認め、CT検査にて回盲部腸重積を疑わせるpseudo-kidney signを認め緊急入院。注腸検査にて回盲部にカニ爪陰影を認め腸重積と診断、検査中さらに加圧を行うとカニ爪陰影は消失した。下部消化管内視鏡検査では、回盲弁が浮腫状でびらんを伴っており、また虫垂開口部にも同様の所見を認めたが、いずれも生検結果炎症所見のみであった。退院後小腸内視鏡検査を行なったが、異常所見は観察されず、特発性腸重積と診断した。成人腸重積症は比較的に稀で、腸重積症の約5%であり、約90%に器質的疾患を有しており、特発性の頻度は極めて稀である。治療に関しては、近年では腹膜刺激症状がない場合に限り、整備後に精査を行い、診断をつけて過大手術を避けるべきとの意見が散見される。腹膜刺激症状がなく、画像所見にて明らかな腫瘍が認められない場合、まず整備を試みることで、本症例の様に手術を回避することが可能であると考えられた。

成人腸重積, 特発性腸重積

東京都保健医療公社 多摩北部医療センター 消化器内科<sup>1)</sup>,  
 日本医科大学 消化器肝臓内科<sup>2)</sup>  
 本間文博<sup>1)</sup>, 佐野弘仁<sup>1)</sup>, 四宮 航<sup>1)</sup>, 星川吉正<sup>1,2)</sup>, 宮本真由子<sup>1)</sup>,  
 柴田喜明<sup>1)</sup>, 岩切勝彦<sup>2)</sup>

症例は63歳、男性。発熱、悪寒、嘔吐を主訴に受診。初診時、39度の高熱と軽度の右下腹部痛を認め、腹部単純CTを施行したところ、上行結腸に憩室炎の所見を認めた。発熱、頻脈、白血球数値よりSIRSと診断され、また、急性期DIC診断基準7点を満たし、DICを合併しており緊急入院となった。D-dimerの異常高値(152.4 μg/ml)を認めたため、第三病日に胸部造影CTを施行したところ、上行結腸憩室炎の他、腸腰筋膿瘍の所見を認め、上腸間膜静脈から回結腸静脈内に血栓と思われる造影欠損を認めた。また、血液培養より腸内細菌含む複数の菌種が同定され、大腸憩室炎を背景とする上腸間膜静脈血栓症、敗血症、腸腰筋膿瘍、DICと診断した。抗菌薬投与に加え、第1病日から第7病日までトロンボモデュリンアルファ製剤の投与を行ったところDICスコア0点に改善し、SIRSからも離脱した。上腸間膜静脈血栓症に対しては、腹膜刺激症状や腸管壊死の所見を認めなかったため、保存的治療の適応と判断し、第8病日から抗凝固療法としてヘパリン経静脈投与を行った。第8病日に施行した腹部造影CTでは血栓が門脈右枝にまで増大していたが、第22病日の腹部造影CTでは血栓は縮小化していた。憩室炎、腸腰筋膿瘍とともに抗菌薬投与により改善を認めた。第33病日より抗凝固剤をエドキサパン内服に変更し、第39病日に退院となった。退院後約1か月後の腹部造影CTでは血栓は完全に消失していた。上腸間膜静脈血栓症は大腸憩室炎に稀に合併することがあり、早期診断には腹部造影CTが極めて有効である。早期に抗凝固療法を開始することで、手術を回避でき保存的治療で治癒する可能性が高まる。今回、上行結腸憩室炎に合併した上腸間膜静脈血栓症に保存的治療が奏功した1例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。

上腸間膜静脈血栓症, 大腸憩室炎

東京警察病院 消化器科  
 小崎麻耶, 内田麻美, 藤澤剛太, 近藤 僚, 徳山信行, 芹澤多佳子,  
 八木剛浩, 小椋啓司

症例は67歳、男性。主訴はなし。人間ドックにて便鮮血陽性を指摘されたため当院受診。精査目的で施行した大腸内視鏡検査で、直腸S状部に大きさ30mm、Cushion sign陰性の粘膜下腫瘍を認めた。胸腹骨盤部造影CTにて腫瘍は辺縁有意に増強効果を伴う腫瘍で、GISTを疑った。病理診断目的にて入院し、第2病日超音波内視鏡下穿刺吸引術(EUS-FNA)を施行した。EUS上最大径28mm、第4層に一部分葉状の形態をもつ粘膜下腫瘍を認め22G穿刺針にて計6回FNAを施行した。組織診にて紡錘形細胞腫瘍を認め、核分裂像は認めず、免疫染色でS-100蛋白が陽性、desmin, CD34, c-kitが陰性で、良性の直腸神経鞘腫(シュワンノーマ)と診断した。第4病日に退院し、手術は行わず外来にて経過観察の方針とした。神経鞘腫は脊髄・脳・頸部・四肢の軟部組織などから多く発生する腫瘍であり、消化管、中でも直腸原発はきわめて稀である。大腸神経鞘腫は粘膜下腫瘍の形態をとるため術前診断は困難であり以前はGIST疑いとして手術し確定診断がつけられていたが、本症例ではEUS-FNAにより術前診断が可能であった。極めて貴重な症例を経験したため、文献的考察を加えて報告する。

直腸神経鞘腫, シュワンノーマ

神奈川県立足柄上病院 消化器内科<sup>1)</sup>, 同 総合診療科<sup>2)</sup>  
 野村朋子<sup>1)</sup>, 國司洋佑<sup>1)</sup>, 吉江浩一郎<sup>2)</sup>, 田中 聡<sup>1)</sup>, 柳橋崇史<sup>1)</sup>,  
 松林真央<sup>1)</sup>, 羽尾義輝<sup>2)</sup>, 太田光泰<sup>2)</sup>, 加藤佳央<sup>1)</sup>

【症例】22歳の女性。1週間ほど前に飲食店で焼き鳥を食べた。来院4日前より下痢が出現。来院日の深夜、腹痛、嘔気・嘔吐が出現、症状増強傾向となり当院へ救急搬送となった。来院時、表情苦悶様で全身に発汗あり、心窩部に圧痛所見を認めた。CTで回盲部周囲のリンパ節腫脹、門脈に沿った低吸収域(Periportal halo sign)を認めた。上部消化管内視鏡検査で有意所見なく、下部消化管内視鏡検査でパウヒン弁直上に白苔を伴うびらんを認め、カンピロバクター腸炎を疑った。アジスロマイシン内服と補液で治療し速やかに症状は軽快した。後日、糞便からCampylobacter jejuniが検出された。【考察】CT画像において門脈周囲に沿って低吸収の帯状域を認めることをperiportal halo signまたはperiportal collar signと呼び、急性肝炎患者のCTにおいて認められることが知られている。組織学的には門脈域に生じた炎症性変化、リンパ浮腫を反映していると考えられており、急性肝炎の他に肝外傷、原発性胆汁性胆管炎、肝移植後拒絶反応、右心不全などで認められるとされる。本症例においては急性肝炎や右心不全などの徴候はなく、カンピロバクター腸炎がperiportal halo signの原因と考えられた。本症例においてperiportal halo signが出現した機序は不明であるが、カンピロバクター腸炎が腹腔内のリンパ流の鬱滞を引き起こし、門脈域のリンパ浮腫に繋がった可能性は否定できない。過去にカンピロバクター腸炎にperiportal halo signを伴った報告はなく、貴重であるため報告する。

periportal halo, periportal collar

群馬大学医学部附属病院 消化器・肝臓内科<sup>1)</sup>、  
同 光学医療診療部<sup>2)</sup>

須田峻平<sup>1)</sup>、田中寛人<sup>1)</sup>、深井泰守<sup>1)</sup>、中山哲雄<sup>1)</sup>、富澤 琢<sup>1,2)</sup>、  
星 恒輝<sup>1)</sup>、小林 剛<sup>1)</sup>、山田俊哉<sup>1)</sup>、高草木智史<sup>1)</sup>、栗林志行<sup>1)</sup>、  
水出雅文<sup>1)</sup>、堀口昇男<sup>1)</sup>、山崎勇一<sup>1)</sup>、下山康之<sup>1)</sup>、佐藤 賢<sup>1)</sup>、  
柿崎 暁<sup>1)</sup>、河村 修<sup>1,2)</sup>、草野元康<sup>1,2)</sup>

【症例】70歳代男性

【主訴】腹痛、血便、水様便

【現病歴】X年Y月、焼肉店で食事後帰宅後に腹部の違和感を自覚。市販の胃薬と整腸剤を内服し症状は改善した。2日後、腹痛が出現したため近医で鎮痛剤の点滴を受け、プロトンポンプ阻害薬と整腸剤を処方され帰宅したが、同日腹痛の増悪と血便を認め当院救急外来へ救急搬送された。腹部CTで上行から下行結腸に右側優位の浮腫を認め、感染性腸炎の診断で便培養を提出した後、LVFX500mg/dayと整腸剤を処方され帰宅した。その後も腹痛、血便が改善しないため症状発現2日後に当科紹介受診し入院となった。

【入院後経過】個室管理で標準予防策を講じつつ補液と整腸剤、抗生剤継続で加療した。第2病日に施行した下部消化管内視鏡検査では上行結腸に全周性の浮腫とびらん、横行結腸から下行結腸に縦走潰瘍を認め、CTと内視鏡所見からO-157感染の可能性が疑われた。第3病日、救急外来受診時の便培養から腸管出血性大腸菌O-157感染、Stx2陽性と診断した。症状は軽快傾向を認めたためLVFX投与は中止し、溶血性尿毒症候群(HUS)や脳症に注意しながら整腸剤と補液にて加療を続け、徐々に症状は改善。第11病日に退院となった。

【考察】O-157感染症では、他の感染性腸炎と比較してCTで上行結腸の全周性壁肥厚および骨盤腔内の腹水貯留が特徴的と報告されている。また、下部消化管内視鏡検査では右側結腸で炎症所見が最も強く、左側結腸に移行するにつれて炎症所見が漸減する炎症勾配と横行結腸や下行結腸の縦走潰瘍が特徴的であり、本症例は典型的なCT、内視鏡像を呈していた。便培養の結果が判明するまでには数日を要するが、過去の文献も考慮すると本症例のような特徴的な臨床症状や腹部CT、内視鏡検査所見が得られた場合には培養の結果が出る前にO-157感染と推定が可能であり、医療スタッフや家族への二次感染予防、HUSや脳症の発生に注意を払いながら治療を行うことができたと考えられた。

【結語】CT、内視鏡検査で比較的典型的な所見を呈した腸管出血性大腸菌O157の症例を経験した。若干の文献的考察を含め報告する。

腸管出血性大腸菌O-157, CT, 内視鏡

東京慈恵会医科大学 消化器肝臓内科

藤井麻子、横須賀淳、石井彩子、光永真人、猿田雅之

【症例】49歳、男性【主訴】発熱、下痢【現病歴】初診2か月前より便柱の狭小化、腹部膨満感を自覚し、近医より紹介受診され下部内視鏡検査を施行したところ、上行結腸に潰瘍の散在、横行結腸から下行結腸に縦走潰瘍を認めCrohn病が疑われ、メサラジンが開始された。下部内視鏡検査施行後より下痢症状の増悪と38℃台の発熱を認めたため、精査加療目的で入院となった。【経過】Crohn病の診断基準を満たし、CDAI 229より中等症のCrohn病と診断した。小腸造影で異常を認めず、病型は大腸型Crohn病であった。メサラジン3000mgに増量し、PSL40mgで治療を開始した。しかし、第12病日に施行した下部内視鏡検査では、縦走潰瘍は拡大、深掘り化を認め、ステロイドは無効と判断し、第13病日にインフリキシマブ(IFX)300mgを開始した。IFX投与後、発熱、炎症反応、便回数改善を認めたが、第20病日より再度発熱と炎症反応の上昇を認めたため、Crohn病の増悪と考へ、第23病日に2回目のIFX300mgを投与した。IFX投与後、解熱し、下部内視鏡検査では縦走潰瘍の改善を認めた。しかし、第26病日より再度発熱を認め、第32病日にCr:2.57mg/dLと腎機能の増悪を認めた。尿中β2-MGが高値であり、Gaシンチグラフィで両腎に集積を認め、間質性腎炎を示唆する所見を認めた。経過から薬剤性が疑われ、原因薬剤と考えられるメサラジンを中止したところ、翌日より解熱し、Crも改善を認めた。メサラジンのDLSTが陽性であり、メサラジンが被疑薬と考えられた。【考察】5-ASA製剤による腎障害の頻度は、0.26%とされている。一般的には、慢性間質性腎炎の報告が多い。本症例では、メサラジンによる急性薬剤性間質性腎炎が疑われたが、原因薬剤の中止で速やかに腎機能の改善を認めた。副作用の頻度としては低いが、メサラジンを投与する際には定期的に腎機能検査を行う必要があると考えられた。5-ASA製剤による腎障害は稀であり貴重な症例を経験したため、若干の文献的考察を含めて報告する。

Crohn病, 腎障害

埼玉医科大学総合医療センター 消化器・肝臓内科

大島成美、加藤真吾、堀裕太郎、内田党央、石橋 朗、須田健太郎、  
荒井亮士、藤田徹郎、大塚武史、細見英里子、山口奈緒美、  
杉浦香織、林健次郎、青山 敏、川和利仁、宮城直也、高林英日己、  
岡 政志、名越澄子、屋嘉比康治

【背景および目的】パーचेット病は原因不明の全身性の炎症性疾患であり、時に消化管に特徴的な打ち抜き潰瘍形成を来し、穿孔・出血などの症状を来す。今回われわれは不全型パーचेット病に対して、インフリキシマブ加療後に直腸陰嚢瘻を来した症例を経験したので若干の文献的考察を加えて報告する。【症例】73歳、男性。主訴：血便・口腔内アフタ・関節炎・肛門部痛。既往歴・家族歴：特記事項なし。現病歴：20XX年X-5月四肢に有痛性の皮疹・口腔内アフタ・手指関節の腫脹を認めた。その後、大量の血便を認めたため、当科紹介入院となる(第1回目入院)。皮膚生検の結果、結節性紅斑の診断となった。大腸内視鏡検査では回盲部の打ち抜き潰瘍と多発する大腸の潰瘍を認めた。ステロイド内服にて加療するも肺塞栓を発症。抗血栓療法にて加療後、インフリキシマブにて加療開始し、ステロイドは減量中止となり退院。その後、大腸病変の改善を認めたが、20XX年X月肛門痛が出現し、当院入院となる(第2回目入院)。入院時検査成績：WBC13800/mm<sup>3</sup>(Neu86.3%, Lym 3%), RBC 298X10<sup>4</sup>/mm<sup>3</sup>, Hb 9.4g/dL, Ht 29.5%, Plt 57.3x10<sup>4</sup>/mm<sup>3</sup>, Alb 2.3g/dL, AST 31 IU/L, ALT 35 IU/L, BUN 10mg/dL, Cr 0.47mg/dL, CRP 9.7mg/dL。入院後38度の発熱および肛門周囲膿瘍を認めためシトンドレナージを行った。その後も症状改善せず、X+1月陰嚢気腫を認めた。X+2月直腸よりガストログラフィン注腸後のCTにて直腸・陰嚢瘻を認めた。大腸内視鏡検査の結果、直腸の潰瘍以外は治療しており、横行結腸人工肛門増設術を行った。【考察】パーचेット病は典型的な回盲部の打ち抜き潰瘍を認めるが、まれに全大腸に多発性の潰瘍病変を認める。本症例も多発性の大腸病変症例であった。また、パーचेット病の痔瘻を含む肛門病変を認める頻度は低く、かつ本症例は直腸・陰嚢瘻も併発する珍しい症例であった。【結語】直腸・陰嚢瘻以外の部分は粘膜炎癒しており、インフリキシマブはパーचेット病の瘻孔には効果が少ないことが分かった。

不全型パーचेット病, 直腸・陰嚢瘻

東京通信病院 消化器科<sup>1)</sup>、同 外科<sup>2)</sup>、同 病理科<sup>3)</sup>

福田信彦<sup>1)</sup>、橋本直明<sup>1)</sup>、光井 洋<sup>1)</sup>、関川憲一郎<sup>1)</sup>、小林克也<sup>1)</sup>、  
大久保政雄<sup>1)</sup>、加藤知爾<sup>1)</sup>、古谷建悟<sup>1)</sup>、北村和貴子<sup>1)</sup>、寺島裕夫<sup>2)</sup>、  
田村浩一<sup>3)</sup>、岸田由起子<sup>3)</sup>

【目的】大腸癌肝転移に対して肝切除および化学療法を施行後、肝機能悪化を伴わず、食道静脈瘤が生じた理由を考察する。【方法】肝生検などの各種検査から肝硬変以外の静脈瘤の発生機序を検討する。【結果】症例：70歳代、男性。X年4月10日イレウス症状にて入院。精査の結果、S状結腸癌、肝転移、早期胃癌が認められたため手術する方針となった。4月16日にS状結腸切除術(D3郭清)+肝左葉切除術施行。5月16日よりmFOLFOX6を開始し、合計13クール施行した。その間6月に早期胃癌に対してESD施行。12月16日肺転移を認めたためTS-1を開始。X+1年1月26日よりイリノテカン+アパスタチン開始し合計13クール施行した。その間の3月11日に下腸間膜静脈の血栓が指摘された。4月20日に食道静脈瘤(F2-3, Cb, RC(-))を認めたため、9月26日にEIS, EVLを施行した。静脈瘤の経過は良好であったがその発生機序については不明であったため、10月12日に肝生検を施行。化学療法後に起こるとされる類洞閉塞症候群や中心静脈閉塞症を考へていたが、病理診断はFatty degeneration with hepatocyte injury & fibrosisであった。【考察】今回の症例は70代男性の大腸癌肝転移を契機にした食道静脈瘤を治療した1例である。疑問点は肝転移とはいえ肝機能悪化や肝合成能の低下がないにも関わらず静脈瘤が生じるほどの門脈圧亢進症が起きた点である。疑問の答えの一つとして類洞閉塞症候群あるいは中心静脈閉塞症が考へられる。抗腫瘍剤や骨髄移植後、放射線照射後に、小葉内の類洞の血管内皮の中毒性障害と脱落が生じる結果、肝臓の中心静脈が非血栓性に狭小化あるいは閉塞することが多いといわれている。また肝切除前に多剤併用療法を使用した例での検討によると5クールを境に薬剤の障害が生じる可能性が高くなるという報告もある。よって、今回の症例では10クール以上の化学療法を施行しているため、薬剤障害が生じて類洞あるいは中心静脈が閉塞し門脈圧亢進症が生じたとも考へられた。

食道静脈瘤, 門脈圧亢進



東京医科歯科大学 消化器内科<sup>1)</sup>, 同 光学医療診療部<sup>2)</sup>, 東京医科歯科大学附属病院 長寿・健康医療人生推進センター<sup>3)</sup>, 東京医科歯科大学 病理診断科<sup>4)</sup> 森崎晶子<sup>1)</sup>, 松本太一<sup>1)</sup>, 大岡真也<sup>1)</sup>, 東 正新<sup>1)</sup>, 仁部洋一<sup>1)</sup>, 福田将義<sup>2)</sup>, 根本康宏<sup>2)</sup>, 藤井俊光<sup>1)</sup>, 大島 茂<sup>1)</sup>, 岡田英里子<sup>1)</sup>, 水石宇司<sup>1)</sup>, 岡本隆一<sup>1)</sup>, 土屋輝一郎<sup>1)</sup>, 長堀正和<sup>1)</sup>, 中村哲也<sup>1)</sup>, 荒木昭博<sup>3)</sup>, 大塚和朗<sup>2)</sup>, 渡辺 守<sup>1)</sup>, 富井翔平<sup>2)</sup>, 明石 巧<sup>4)</sup>

【症例】70歳男性【現病歴】XX-26年に他院にて、直腸血管外皮腫の低位前方切除術を受けた。XX-10年9月頃より上腹部の違和感があり、精査のため同年10月に当科受診となり、腹部超音波検査にて肝S2に径39mmの低エコー帯を認めた。また、造影MRIでも早期相で著明な濃染と後期及び遅延相でも濃染の持続がみられ、画像所見及び背景肝がないことから肝細胞癌は否定的であった。確定診断の為、肝腫瘍生検施行を施行し、過去の直腸切除検体とも合わせて再評価したところ、直腸原発の血管外皮腫(hemangiopericytoma)並びに肝転移と診断された。同年12月に肝転移に対して肝左葉切除術を施行し、以降再発なく経過されていた。しかし、XX年8月30日に施行したMRIで、肝S5に7mm大の早期相で濃染され後期相では正常肝と同信号、かつEOB取り込み低下も認められる腫瘍が確認された。血管外皮腫肝転移の再発の可能性が考慮され、単発局所再発であることから同年10月にラジオ波焼灼療法を施行し、同日の腫瘍生検を施行し、病理学的に血管外皮腫肝転移の再発の診断に至った。【考察】血管外皮腫は1942年にStoutらにより提唱された血管基底膜外側に存在する血管外皮細胞(血管周皮細胞)由来のまれな肉腫であり、頭蓋内原発の報告が多いがその他にも全身の臓器で発症する。また悪性度・予後についても多様であり、その経過は短期間で多臓器転移をきたすものから、10年以上の経過で転移を認めるような比較的悪性度の低い症例もある。今回、我々は直腸原発切除から20年以上経過したのちに新たな肝転移を認め、また局所治療としてラジオ波焼灼療法を行った症例を経験したので、文献的考察も含めて報告する。

血管外皮腫, 肝転移

巨大脾腫瘍, 類表皮嚢腫

国立病院機構 災害医療センター 消化器内科<sup>1)</sup>, 同 消化器外科<sup>2)</sup> 御子柴晴樹<sup>1)</sup>, 佐々木善浩<sup>1)</sup>, 木谷幸博<sup>1)</sup>, 上條 孟<sup>1)</sup>, 島田祐輔<sup>1)</sup>, 林 昌武<sup>1)</sup>, 大野志乃<sup>1)</sup>, 上市英雄<sup>1)</sup>, 森田晃彦<sup>2)</sup>, 若林和彦<sup>2)</sup>, 伊藤 豊<sup>2)</sup>

【症例】50歳女性【主訴】嘔気・嘔吐・心窩部痛【現病歴】2016年6月、突然の上腹部痛と意識消失を認めた。その後も腹痛が持続し、頻回の嘔吐を認めたため、当院受診となった。腹部CTでは胃、十二指腸球部～下行脚に著明な拡張を認め、上部消化管の通過障害が疑われ、精査加療目的で入院となった。腹部造影CTでは、十二指腸近位に動脈瘤とその周囲に血腫が疑われ、十二指腸は圧排されていた。腹腔動脈根部に正中弓状韧带圧迫を認め、腹腔動脈を圧迫していたため、正中弓状韧带圧迫症候群(Median arcuate ligament syndrome: 以下MALS)による仮性動脈瘤を生じ、破裂したと考えた。動脈瘤が再破裂する可能性を考慮し、動脈瘤に対して塞栓術を施行した。術後は徐々に腹痛や嘔吐症状も改善し、術後7日目の造影CTにて血腫は消退傾向であり、12日目に嘔吐症状も消失し、消化管造影検査にて通過障害の解除を確認し、経口摂取を開始した。内視鏡検査にて通過障害を来す器質的疾患がないことを確認し、術後21日目に退院となった。【考察】正中弓状韧带は横隔膜の腰椎付着部で、左脚と右脚が椎体前面で結合したものである。MALSは、その中の一部で腹腔動脈幹が圧排され、腹部症状(血流異常と虚血症状)を起こす症候群であり、65~80%は破裂を契機に発見され、破裂例の致死率は約50%と高率で予後は不良である。今回我々は、MALSに伴う仮性動脈瘤破裂により、十二指腸閉塞をきたし、救命でき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。

正中弓状韧带压迫症候群, MALS

東京大学医学部附属病院 肝胆脾・移植外科 村上文崇, 沖永裕子, 小林裕太, 谷 圭吾, 金子順一, 赤松延久, 阪本良弘, 長谷川潔, 有田淳一, 國土典宏

【諸言】原発性脾腫瘍は比較的に稀な疾患である。リンパ腫、転移性腫瘍、血管肉腫、悪性線維組織球腫、平滑筋肉腫、線維肉腫、その他良性腫瘍などに分類されるが、特異的所見に乏しく診断に難渋することが少なくない。【症例】28歳女性。左側腹部痛を主訴に撮影したCT検査で巨大脾腫瘍を指摘された。壁の石灰化を伴い比較的大きな嚢胞が多発する長径15cmの多房性嚢胞性腫瘍であった。転移性脾腫瘍除外のため全身精査を行ったが、腫瘍は脾臓に局限し単発であった。北海道居住歴があったことからエキノコックス症が鑑別上がったが、hydatid typeの嚢胞性病変であったことから画像上否定的であった。脾類表皮嚢腫を第一に考え、病変が大きく症状を伴い、悪性腫瘍も鑑別に挙がることから、診断治療目的に一切の方針となった。左胸腹連続斜切開下に脾臓を摘出した。大きさ20.5×9.2×6.7cmで、表面は部分的に白色調を呈していたが概ね茶褐色であった。周囲臓器との癒着がなく比較的容易に切除可能であった。脾臓に割を入れたところ、多房性嚢胞を認め、嚢胞壁は石灰化を伴う線維性被膜によって構成されていた。嚢胞内はコロイド様物質で満たされていた。胃壁には径1mm・弾性軟の結節が10個ほど存在し、1個採取して脾臓と併せて組織学的診断を行った。脾臓はEpithelial cystとして合致する所見であり、胃壁結節に関しても同様であった。術後経過は良好で合併症なく軽快退院となった。術後3ヶ月経過した現在も再発なくお元気に外来通院中である。【考察】今回我々は比較的に稀な脾原発の嚢胞性腫瘍を経験した。また、良性腫瘍の播種と考えられる非典型的な一面を経験した。今症例における、術前・術中・病理所見について再検討し、若干の文献的考察を加えて報告する。

防衛医科大学校病院 第2内科<sup>1)</sup>, 同 光学診療部<sup>2)</sup> 吉留佑太<sup>1)</sup>, 寺田尚人<sup>1)</sup>, 飯田怜一<sup>1)</sup>, 伊東 傑<sup>1)</sup>, 西井 慎<sup>1)</sup>, 溝口明範<sup>1)</sup>, 白壁和彦<sup>1)</sup>, 古橋廣崇<sup>1)</sup>, 高城 健<sup>1)</sup>, 東山正明<sup>1)</sup>, 渡辺知佳子<sup>1)</sup>, 穂苅量太<sup>1)</sup>, 三浦総一郎<sup>1)</sup>, 高本俊介<sup>2)</sup>, 永尾重昭<sup>2)</sup>

【症例】80代男性【主訴】発熱【現病歴】平成2X年7月に黄疸が出現し、他院でMirizzi症候群の診断で胆管にEBDを留置された。その後、当院での治療を希望されたため平成28年8月に当科紹介受診となった。同年9月にステント閉塞による胆管炎のため入院となった。第1病日にERCを施行し、胆嚢頸部に嵌頓した結石により胆管狭窄を認めた。EBD、ENBDを留置のうえ抗生剤投与により軽快したため第27病日にENBDを抜去し、EBDを1本追加し第28病日に退院となった。10月下旬に発熱、黄疸が出現したため、ステント閉塞による急性胆管炎の診断で再入院となった。第1病日にERCを行い、EBDを抜去しENBDを留置した。SBT/CPZを2g2X投与、Tube洗浄を実施したが、炎症反応の改善乏しく、ドレナージ不十分と考えENBD tube造影を施行した。胆嚢への造影剤の侵入を認め、胆嚢頸部の結石の嵌頓が一部解除されていた。さらに、胆嚢から胆嚢外への造影剤の漏出を認めた。Tube造影後のCTでは、胆嚢から横行結腸への瘻孔を確認した。横行結腸から胆嚢を通じて胆管への腸液の浸入により難治性の胆管炎・胆管炎をきたしていると考えた。これ以上の内科的治療は厳しく、外科転科のうえ第32病日に腹腔鏡下胆嚢摘出術を施行した。【考察】以前より胆嚢腸管瘻の存在が指摘されており、胆嚢頸部に結石が嵌頓していたために胆管への腸液の浸入は免れていた。繰り返す内視鏡治療により結石の嵌頓が解除されたために難治性の胆管炎・胆管炎をきたしたと考える。【結語】高齢、慢性心不全、腎痛のために手術を回避してきたが、短期間のステント閉塞、胆嚢腸管瘻のため内科的治療は困難であり外科的治療を行う方針とした。今回我々はMirizzi症候群による繰り返す胆管炎の加療中に胆嚢腸管瘻の存在による難治性の胆管炎を来した一例を経験したので若干の文献的考察を加えて報告する。

Mirizzi症候群, 胆嚢腸管瘻

東京女子医科大学病院 卒後臨床研修センター<sup>1)</sup>、  
 社会福祉法人 恩賜財団 埼玉県済生会栗橋病院 消化器内科<sup>2)</sup>、  
 同 外科<sup>3)</sup>、同 病理部<sup>4)</sup>、  
 小林真由美<sup>1,2)</sup>、伊藤泰斗<sup>2)</sup>、佐川孝臣<sup>2)</sup>、味原隆大<sup>2)</sup>、八木重記<sup>2)</sup>、  
 奥牧朋子<sup>2)</sup>、成富琢磨<sup>2)</sup>、福屋裕嗣<sup>2)</sup>、長原 光<sup>2)</sup>、光星翔太<sup>3)</sup>、  
 上原咲志子<sup>3)</sup>、佐野恵美<sup>3)</sup>、今泉理枝<sup>3)</sup>、宮野 裕<sup>3)</sup>、浅香晋一<sup>3)</sup>、  
 伊藤嘉智<sup>3)</sup>、吉松和彦<sup>3)</sup>、小池太郎<sup>3)</sup>、小田秀明<sup>4)</sup>

症例は77歳男性。既往に心筋梗塞がありアスピリンを服用していた。2016年11月6日、心窩部痛を主訴に救急搬送され、T-Bil 1.44mg/dL、D-Bil 0.91mg/dL、AST 194U/L、ALT 388U/L、ALP 804U/L、 $\gamma$ -GTP 508U/Lと肝胆道系酵素の上昇を認めた。造影CTにて胆嚢内・総胆管のhigh density area、胆嚢の壁肥厚を認め、胆石性胆嚢炎、総胆管結石を疑う所見であった。MRCPで胆嚢内に20mm大の胆石5個が確認されたが総胆管結石は認めなかった。ERCPでは明らかな総胆管結石は確認されず、ENBDチューブを留置した。その後、胆道系酵素は改善傾向であり第5病日に食事摂取を再開したが、第6病日に再度肝胆道系酵素の増悪を認めた。腹部レントゲンにてENBDチューブの脱落が確認されたため同日再度ERCPを施行しENBDチューブ留置を施行した。その際血性胆汁の流出を認め、造影CT施行したところ胆嚢壁に8mm大の仮性動脈瘤を認めた。仮性動脈瘤よりの胆道出血と考え外科へ転科し第10病日に腹腔鏡下胆嚢摘出術を施行した。3cm大の結石が5個確認された。病理では慢性胆嚢炎の所見に加え、粘膜下層から漿膜まで比較的太い動脈様の血管が多数、蛇行して認められた。血管壁の高度に肥厚した所見も認められた。一般的に胆石による圧排や繰り返す胆嚢炎では動脈血栓による動脈閉塞を来し動脈瘤形成は少ないとされるが、本例のようにアスピリン服用者では血栓形成が阻害されるため、仮性動脈瘤が形成されやすいと考えられている。過去に胆嚢炎に伴う胆嚢仮性動脈瘤の報告は数十例あるが、病理所見を含めその機序について検討されているものは少なく、貴重な症例と考えここに報告する。

胆嚢仮性動脈瘤, 胆道出血

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

【症例】67歳 男性 【現病歴】 当院呼吸器内科で肺小細胞癌に対する化学療法施行中に発熱と肝胆道系酵素の上昇を認め、当科を紹介受診した。腹部単純CTで肝内胆管から総胆管が拡張しており、下部胆管内に線状の高吸収域を中心とし周囲に低吸収域を伴う異物があり、異物を核とした総胆管結石が疑われたためERCPを施行した。バスケット・カテーテルで採石し、長径約4.5cmの針状の異物を回収した。異物を病理検査に提出したところ緻密な層板骨組織であり、形状から魚骨と考えられた。過去に肺小細胞癌の経過観察目的で撮影されていたCTを評価したところ、胆管炎を発症する約6ヶ月前から同様の異物が総胆管内に存在しており、今回入院時のCTと比較すると周囲の低吸収域が増大していた。【考察】魚骨などの異物が総胆管内に迷入する要因として、十二指腸乳頭部の処置後を含む乳頭括約筋不全、胆道と消化管の瘻孔形成、胆道再建術後などが推察される。しかし本症例は、そういった要因がないにも関わらず、魚骨が経乳頭的に胆管内に迷入していた。「総胆管結石」、「魚骨」をkey wordとして医学中央雑誌で、かつ「common bile duct stone」「fish bone」をkey wordとしてPub Medでそれぞれ検索したところ本邦では11例の報告があり、かつ本症例のような明らかな要因がないにもかかわらず総胆管内に迷入した報告は6例あった。さらに本症例は、魚骨を核とした総胆管内の異物がわずかに増大している経過をCTで確認できた希な症例であり、若干の考察を加えて報告する。

総胆管結石, 魚骨

横浜南共済病院  
 前田志緒乃, 鈴木良優, 三井智広, 佐野裕亮, 高木 将, 中山沙映,  
 飯塚千乃, 桑島拓史, 小串勝昭, 福島泰斗, 有馬 功, 濱中 潤,  
 金子 卓, 岡 裕之, 岡崎 博

症例は87歳女性。2016年2月初旬に発熱、右季肋部痛を主訴に当院救急搬送となった。来院時ショックバイタルであり、眼球結膜の黄染を認めた。血液検査では肝胆道系酵素、炎症反応の著名な上昇を認めた。腹部単純CTで、肝内胆管拡張、胆嚢結石、総胆管拡張、また総胆管内に低吸収域を認め、総胆管結石性胆管炎による敗血症性ショックの診断で入院とした。入院後緊急ERCPを施行し、総胆管内にtube stentを留置した。入院8日目に胆管炎の改善を認めたため再度ERCP施行したところ、十二指腸下行脚から水平脚にかけて粘膜炎を認めた。tube stent抜去後の胆管造影では明らかな透亮像は認めなかった。11日目に炎症反応、肝胆道系酵素の再上昇を認め、15日目の造影CTで胸腹水の増加、左肝内胆管の拡張を認めた。穿刺を施行したところ胸腹水ともに血性であり、細胞診でClassV、低分化腺癌の診断であった。閉塞性黄疸の増悪を認めたため、16日目にERCPを試みたが十二指腸粘膜炎による狭窄のため経乳頭のアプローチ困難であり17日目に左肝内胆管にPTCDを施行した。胆管造影では肝内胆管のびまん性狭細像を認めたが、胆汁細胞診はClassIIであった。十二指腸狭窄のため食事摂取困難となり23日目に十二指腸ステントを留置した。その後も全身状態は悪化し29日目に死亡した。死因確定のため行った病理解剖で胆管周囲に中分化～低分化腺癌の浸潤を認め、肝内門脈、脾臓内、十二指腸壁内、腹膜、横膈膜にも広範囲に腫瘍細胞が広がっており胆管癌と診断し、また、副腎、腎臓、肺への転移を認めた。急激な経過を辿り、診断に難渋した症例を経験したため、若干の文献的考察を加えて報告する。

胆管癌, 急性胆管炎

横浜市立大学附属市民総合医療センター 消化器病センター<sup>1)</sup>、  
 横浜市立大学附属 炎症性腸疾患センター<sup>2)</sup>、  
 横浜市立大学医学部 消化器内科学<sup>3)</sup>  
 湯川 達<sup>1)</sup>、三輪治生<sup>1)</sup>、三箇克幸<sup>1)</sup>、西尾匡史<sup>1)</sup>、合田賢弘<sup>1)</sup>、  
 大竹はるか<sup>2)</sup>、入江邦泰<sup>2)</sup>、三浦雄輝<sup>2)</sup>、小柏 剛<sup>2)</sup>、杉森一哉<sup>2)</sup>、  
 沼田和司<sup>3)</sup>、田中克明<sup>3)</sup>、前田 慎<sup>3)</sup>

【症例】44歳 男性 【既往歴】39歳時：潰瘍性大腸炎を発症。アダリムマブにて治療中。【現病歴】201x年9月上腹部痛が出現。肝胆道系酵素上昇、膵酵素上昇を認めたため、精査加療目的に当科紹介受診。腹部CTでびまん性の膵腫大を認め、急性膵炎と診断し、緊急入院となった。血清IgG4は正常範囲内であった。絶食、補液により治療を開始したが、膵酵素は改善を認めず、第7病日ERCP施行。胆管造影にて膵頭部に限局性主膵管狭細像を認めた。また、下部胆管狭窄が疑われたため、胆管プラスチックステントを留置した。第8病日EUS-FNA施行。膵実質は比較的均一な低エコーを呈しており、22G FNA針を用いて膵尾部を穿刺。組織学的には膵腺房への好中球浸潤を認め、IgG4陽性細胞は認めなかった。国際コンセンサス診断基準(ICDC)に基づき、病理組織所見及び潰瘍性大腸炎の合併により、2型自己免疫性膵炎と診断。第15病日よりプレドニゾン40mg/日にて治療を開始したところ、腹痛、膵酵素上昇ともに速やかな改善を認め、第26病日に退院。その後も外来でプレドニゾンを漸減したが、症状再燃を認めず、第59病日に施行した腹部造影CTでは膵腫大の明らかな改善を認めた。現在、外来にてステロイド5mgによる維持療法を継続中である。【考察】2型自己免疫性膵炎は、本邦では自己免疫性膵炎全体の4%程度と報告されている極めて稀な疾患である。本例のように、潰瘍性大腸炎との合併や急性膵炎による発症が多い点が特徴とされており、組織学的に診断確定しえた症例を経験したため、若干の文献的考察を加えて報告する。

自己免疫性膵炎, EUS



## 81 肺炎を繰り返し術前診断に苦慮した膵粘液癌の1例

東海大学医学部付属病院 消化器内科<sup>1)</sup>, 同 消化器外科<sup>2)</sup>, 同 病理診断科<sup>3)</sup>  
山路葉子<sup>1)</sup>, 川島洋平<sup>1)</sup>, 川西 彩<sup>1)</sup>, 小川真実<sup>1)</sup>, 川口義明<sup>1)</sup>, 峯 徹哉<sup>1)</sup>, 益子太郎<sup>2)</sup>, 増岡義人<sup>2)</sup>, 山田美鈴<sup>2)</sup>, 藤城 健<sup>2)</sup>, 古川大輔<sup>2)</sup>, 矢澤直樹<sup>2)</sup>, 中郡聡夫<sup>2)</sup>, 平林健一<sup>3)</sup>

【症例】57歳、女性【主訴】左下腹部痛【現病歴】2016年7月23日より上記主訴出現。改善なく近医受診。血液生化学検査にてアミラーゼ並びにリパーゼ高値指摘され、精査加療目的に当科紹介となった。【既往歴】子宮筋腫【個人歴】飲酒・喫煙なし【服薬歴】なし【家族歴】なし【経過】当院受診時には症状は軽快していた。血液生化学検査では、アミラーゼ、リパーゼ、エラスターゼ1が高値を呈し、腫瘍マーカーはCA19-9が軽度高値を呈していたが、他特記すべき異常は認めなかった。腹部超音波検査では、膵体部に44×26×27mm大の高エコー腫瘍を認め、後方エコーの増強を伴っていた。腹部造影CT・MRI検査では、膵尾部に主膵管との交通が疑われる20mm強の多房性嚢胞性病変を認め、腫瘍の前後で主膵管の軽度拡張を伴っていた。また、膵尾部に貯留嚢胞と思われる嚢胞性病変が散見された。EUSでは、膵体部に40mm大の充実性腫瘍を認め、内部に多数嚢胞成分を含有し後方エコーの増強を伴っていた。主膵管との交通が疑われた。ERCPによる膵管造影では、膵体尾部に主膵管の狭窄像を認めたが、嚢胞は描出されなかった。膵管擦過細胞診はClass3であった。画像上はSCNを第一に疑っていたが、腫瘍に伴う主膵管狭窄により肺炎を繰り返していた背景もあり手術加療を検討していたところ、ERCP施行3週間後に腹痛で受診。再度肺炎を発症し緊急入院となった。ERCP施行し、膵管狭窄部に5Fr ENPDを留置した。その際、乳頭から粘液の排出を認め、膵液細胞診からAdenocarcinomaが検出されたことからIPMCまたはIPMN併存腫瘍などを疑い、膵尾部切除術並びに左副腎切除術を施行した。切除標本より膵粘液癌の診断に至った。【結語】肺炎を繰り返し、術前診断に苦慮した膵粘液癌の1例を経験したので文献的考察を加えて報告する。

膵腫瘍, 粘液癌

## 82 EUS-FNAで術前に確定診断が得られた、男性・18mm大の充実性偽乳頭状腫瘍の1例

がん研有明病院 消化器内科<sup>1)</sup>, 同 消化器外科<sup>2)</sup>, 同 病理部<sup>3)</sup>  
縣 千聖<sup>1)</sup>, 石垣和祥<sup>1)</sup>, 佐々木隆<sup>1)</sup>, 片岡星太<sup>1)</sup>, 金田 遼<sup>1)</sup>, 山田育弘<sup>1)</sup>, 尾阪将人<sup>1)</sup>, 松山真人<sup>1)</sup>, 高野浩一<sup>1)</sup>, 高橋 祐<sup>2)</sup>, 高橋 豊<sup>2)</sup>, 笹平直樹<sup>1)</sup>

症例は47歳男性。健診で施行した腹部超音波検査で膵体部に充実性腫瘍を指摘され、当院紹介となった。腹部超音波検査では膵体部に18mm大の比較的境界明瞭な類円形の低エコー腫瘍を認め、膵Dynamic CTでは膵体部の腫瘍は動脈相では乏血性であり、遅延性の造影効果を認めた。主膵管は腫瘍の近傍を走行していたものの、尾側膵管の拡張は認めなかった。腹部単純MRIでは同腫瘍はT1/T2強調画像で低/高信号となり、拡散強調画像では高信号を呈した。EUSでは境界明瞭な円形の低エコー腫瘍として描出され、内部に一部高エコー成分を伴っていたが、明らかな嚢胞や石灰化は認めなかった。また後方エコーの増強を認めた。以上より充実性偽乳頭状腫瘍(Solid-pseudopapillary neoplasm, SPN)/乏血性の神経内分泌腫瘍(Neuroendocrine tumor, NET)/尿管細胞癌などが鑑別として挙げられた。外科・画像診断部と協議の上で確定診断のためEUS-FNAを施行した。弱好酸性の胞体と類円核を持つ細胞の集塊を少量認め、細胞異形には乏しく、SPNを第一に疑う所見であった。NETとの鑑別のために免疫染色を追加し、Synaptophysin/Chromogranin A (focally+)であったことからNETは否定的であり、SPNと診断し、中央膵切除術を施行した。病理所見は類円形核と好酸性あるいは淡明な胞体を有する異形の乏しい細胞が充実性、また様々な太さの索状をなして増殖しており、一部で被膜の形成も認められた。免疫染色では、βカテニン+, CD10+, CD56+, Synaptophysin (focally+), Chromogranin A-であり、術前診断通りSPNの診断であった。術後はGrade 2の膵液漏を認めたものの、それ以外には概ね経過良好であり、37 PODに退院した。現在まで再発は認めない。SPNは腫瘍取り扱い規約では分化方向が不明な上皮性腫瘍に分類され、膵腫瘍全体の0.17-2.7%と比較的稀な腫瘍である。SPNに特徴的な被膜形成や嚢胞・石灰化の合併を認めない腫瘍径の小さい症例では診断に難渋することが多く、EUS-FNAが術前の確定診断に有用である。本症例のSPNに特徴的な画像所見を供覧し、文献的考察を加えて報告する。

充実性偽乳頭状腫瘍, EUS-FNA

## 83 EUS-FNAが鑑別に有用であったIgG4関連硬化性胆管炎の経過中に発症した黄色肉芽腫性胆管炎の1例

埼玉医科大学国際医療センター 消化器内科<sup>1)</sup>, 同 消化器外科<sup>2)</sup>  
谷坂優樹<sup>1)</sup>, 良沢昭銘<sup>1)</sup>, 原田舞子<sup>1)</sup>, 小林正典<sup>1)</sup>, 小畑 力<sup>1)</sup>, 新井 晋<sup>1)</sup>, 野中康一<sup>1)</sup>, 真下由美<sup>1)</sup>, 合川公康<sup>2)</sup>

症例は71歳、女性。肝胆道系酵素上昇ならびに肝門部狭窄を認め当科紹介受診した。精査の結果IgG4関連硬化性胆管炎と診断しステロイド加療を開始した。経過は良好で胆管狭窄も改善傾向であったが、ステロイド加療を開始して約10か月後に経過観察目的で腹部造影CT検査を施行したところ、4か月前のCT検査では認められなかった胆嚢底部の壁肥厚が出現した。壁外にかけて腫瘍形成も認め、内部は遷延性の造影効果を認めた。また、胆石も認められた。胆管は前ほど大きな変化はみられなかった。造影MRI検査では胆嚢体部から底部にかけて腫瘍状の壁肥厚を認めた。壁は強い造影効果がみられるが壁内には多数の低吸収域を認めた。画像所見、急速な経過からは黄色性肉芽腫性胆管炎を考えたが胆嚢炎を否定することは困難であり、診断、治療方針決定のため超音波内視鏡検査を施行した。壁肥厚部は比較的均一な低エコーであり、造影超音波では早期濃染を認めた。胆嚢壁肥厚部に対してEUS-FNAを施行した。EUS-FNAによる組織学的検査では悪性所見なく、泡沫状組織球を認めた。以上より黄色肉芽腫性胆管炎と術前診断し腹腔鏡下胆嚢摘出術を施行した。摘出標本は組織学的に上皮性腫瘍を考へる異型は見られず、泡沫状組織球が小結節状に集簇する像が認められ、黄色肉芽腫性胆管炎と診断した。IgG4関連硬化性胆管炎の経過中に発症した黄色肉芽腫性胆管炎に対してEUS-FNAが診断、治療方針の決定に有用であった症例を経験したため文献的考察を加えて報告する。

黄色肉芽腫性胆管炎, EUS-FNA

## 84 進行食道癌に対してCDDP+5-FU療法導入中に気腫性胆管炎を併発した一例

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

【緒言】進行食道癌に対する化学療法ではCDDP+5-FU(以下FP療法)が標準治療とされている。FP療法における合併症としてはADH不適合分泌症候群(以下SIADH)が知られているが、今回我々はFP療法導入中に気腫性胆管炎を併発した症例を経験したので、文献的考察を含めて報告する。【症例】既往歴のない80代女性で、認知症もなくADLは自立していた。201×年7月近医で施行された上部消化管内視鏡検査より胸部上部食道に進行3型病変を認め、病理で扁平上皮癌と診断されたため治療目的に同月当科紹介受診となった。画像検査等による精査の結果、cT2N1M0 cStage2と評価され外科的切除も考慮されたが手術は希望されず、放射線化学療法(以下CRT)の方針となり9月13日に当科入院となった。9月15日よりCRTが開始され著変なく経過したが、9月20日に意識障害および低Na血症(111 mEq/l)を認めSIADHと診断した。速やかに3%生食の投与が開始され、9月22日には血清Na値は123 mEq/lまで改善した。しかし同日より右季肋部痛と肝胆道系酵素値上昇を認め、腹部CTでは胆石はなく胆嚢壁周囲に気腫が確認された。気腫性胆管炎と診断し、緊急胆嚢摘出術が施行され経過良好のため10月4日に退院となった。【考察】本症例では電解質異常や胃切除後の既往、糖尿病や動脈硬化等の基礎疾患はなく、単独でSIADHや気腫性胆管炎を呈する所見はなかった。CDDP投与後にSIADHを呈した報告は散見されるが、気腫性胆管炎を併発した報告例は非常に少ない。既報によると機序は明らかではないがCDDP投与による低Mg血症、血管内皮障害、血小板凝集亢進等が挙げられる。低Mg血症はCDDPによる腎尿細管再吸収が減少することで血管収縮作用を持つと考えられている。本症例では低Mg血症(1.7 mg/dl)が認められ、CDDPによる血管障害から胆嚢が虚血状態となり気腫性胆管炎に至った可能性が示唆された。CDDP投与後も定期的な採血によるフォローが必要であり、本症例のような症例の蓄積が今後重要になると考えられた。

CDDP, 気腫性胆管炎

上尾中央総合病院

明石雅博, 西川 稿, 外處真通, 山城雄也, 近藤春彦, 白井 告, 小林倫子, 三科友二, 渡邊 東, 笹本貴広, 土屋昭彦, 山中正己

【症例】80才女性【既往歴】38才子宮筋腫手術, 60才胆嚢炎手術, 67才脳梗塞 認知症【経過】平成25年10月他院での大腿骨骨折術後に閉塞性黄疸を認め内視鏡的減黄術が施行された。その後, 十二指腸乳頭部の生検で高分化腺癌疑いであったが, 全身状態が悪く手術は行わずEMS (expandable metal stent) WallFlexBiliaryStent Bare 8×40mm) を留置し療養型病院へ転院となっていた。平成26年8月胆管炎を生じ当院初診紹介入院となった。ERCPを施行するとEMSの下端は十二指腸に露出し胆泥が高度に付着し挿管困難な状態であった。EMSの抜去を試みたが不可能でありstent内外の付着物をスネアで除去しERB (TTM stent7Fr) を留置し退院となった。その後当院で約2年半の経過中にEMSの露出部への胆泥付着とEMS内から肝門部胆管への胆泥堆積にて胆管炎を繰り返して, 予防的処置も含めて2~3ヶ月毎に入院を繰り返していた。計8回ERCPでERB留置, 逆流防止付付きEMS等の挿入, EMS内掃引等を行った。APCによるEMS露出部の切除も試みたが不可であった。前医で診断された乳頭部癌は経過中ほとんど変化は見られなかったが, EMS内にはMucosalHyperplasia生じており何回かEMSの抜去を試みたが不可能であった。2016年7月少しsizeの大きいFullcoveredEMS (WallFlex 10×60mm)をStent in Stentで留置したところ, 3ヶ月後に2つのEMSは容易に抜去可能であった。最初のEMS内の浸潤部が圧排壊死したため容易に抜去可能であったと考えられた。抜去後の乳頭部観察では腫瘍性変化は見られなかった。下部胆管末端の軽度狭窄が疑われ経口胆道鏡 (SpyglassDS)での直接観察, 同部の生検も施行したが炎症性変化のみであった。前医の診断から3年経過し現在問題なく経過観察中である。【考察】乳頭部癌へのEMS留置は狭窄範囲の短いことが多く逸脱も多く, 適応やEMS選択には注意が必要と考えられた。【結論】乳頭部癌疑い症例に対して挿入したEMSが胆管炎を繰り返していたが, 留置3年後にFullcoveredEMS挿入後に抜去し得た症例を経験した。

ステント抜去, 胆管ステント

腔, 画像

千葉大学医学部 消化器腎臓内科

高橋幸治, 露口利夫, 杉山晴俊, 熊谷純一郎, 大和陸実, 妹尾純一, 林 雅博, 中村昌人, 日下部裕子, 安井 伸, 三方林太郎

【緒言】Lemmel症候群に対する内視鏡治療としてESTの有用性の報告は散見されるが, EUSを用いた治療の報告は稀である。今回, EUSによるランデブー法での, 乳頭より口側の十二指腸下行脚と総胆管の内瘻化後に, ステントフリーで長期間の再燃なく経過しているLemmel症候群を経験した。【症例】69歳, 女性。【現病歴】右季肋部痛を主訴として前医を受診。胆管炎の診断で内視鏡的胆道ドレナージを試みたが十二指腸乳頭を確認できず, 当院を紹介受診した。CT検査・MRCP検査では膵頭部に腫瘤を認めず, 憩室による下部胆管圧迫と上流胆管の拡張を認めた。総胆管に結石や腫瘍を示唆する所見を認めず, Lemmel症候群と診断した。【経過】当院で側視鏡観察を行ったところ, 憩室内乳頭であり乳頭の口側隆起は確認できたが開口部は正面視できなかつた。needle knifeによるinfundibulotomyを行うも胆管挿管はできず, EUSによるランデブー法でのドレナージを行う方針とした。経胃的に肝内胆管B2を穿孔し挿入したガイドワイヤーが憩室圧迫による胆管狭窄部を突破できず, 乳頭より口側の十二指腸下降脚へ穿通した。そこへランデブー方式でチューブステントを留置し, 総胆管と十二指腸の穿通部を内瘻化した。5か月後にERCPを行ったところ, 乳頭口側隆起のinfundibulotomy部から胆汁流出が確認された。ステントは抜去し, 初回治療より3年になるが, 胆管炎再燃なく経過良好である。【考察】EUSによる胆管と十二指腸の内瘻形成術は十二指腸球部で行うことが一般的であるが, 本症例では十二指腸下行脚との内瘻形成を行い, 胆道ドレナージで炎症が鎮静化したことと憩室による胆管圧迫が緩和され, ステントフリーで長期間経過できていると考えられる。Lemmel症候群に対するEUSによる胆道ドレナージの有用性, また, ランデブー法によるガイドワイヤー穿通部の内瘻化が奏功しており, 示唆に富む症例と考えられた。

Lemmel症候群, EUS-RV

東京大学 消化器内科<sup>1)</sup>, 同 病理部<sup>2)</sup>, 同 肝胆膵外科<sup>3)</sup>川路祐輝<sup>1)</sup>, 齋藤 圭<sup>1)</sup>, 松原三郎<sup>1)</sup>, 中村知香<sup>1)</sup>, 佐藤達也<sup>1)</sup>, 武田剛志<sup>1)</sup>, 梅舟仰雄<sup>1)</sup>, 渡邊健雄<sup>1)</sup>, 高木 馨<sup>1)</sup>, 齋藤友隆<sup>1)</sup>, 内野里枝<sup>1)</sup>, 高原楠昊<sup>1)</sup>, 水野 卓<sup>1)</sup>, 木暮宏史<sup>1)</sup>, 中井陽介<sup>1)</sup>, 田中麻理子<sup>2)</sup>, 多田 稔<sup>1)</sup>, 阪本良弘<sup>3)</sup>, 伊佐山浩通<sup>1)</sup>, 國土典宏<sup>3)</sup>, 小池和彦<sup>1)</sup>

症例は生来健康な20歳女性。家族歴に特記事項なし。腹痛を主訴に他院を受診し, 膵酵素の上昇および造影CTで膵体部腫瘍と尾側膵管の拡張を指摘された。腫瘍形成性膵炎が疑われ, 保存加療の後に軽快したため退院となった。MRI及びEUSでSPN (solid pseudopapillary neoplasm) 疑いの診断となり手術の方針となったが, セカンドオピニオンを希望されたため当院を受診した。当院施行の造影CTでは, 径50mm程度の境界明瞭, 分葉状の膵体部腫瘍を認めた。造影効果は弱く, 中心部は一部囊胞変性を伴っており, 尾側膵管は拡張していた。EUSでは被膜様構造を伴う, 境界明瞭な腫瘍として認識できた。腫瘍内部は不均一で, 一部に囊胞変性を認めた。ソナゾイド造影で内部の造影効果を確認した。画像診断からPNET (pancreatic neuroendocrine tumor) やSPNが疑われ, 膵体尾部切除術を施行した。切除検体は肉眼的には膵表面に膨隆する弾性軟の腫瘍で, 断面では白色充実性を呈し, 境界は一部不明瞭であった。組織学的には不整腺管状ないし癒合腺管状を呈する中分化型を主体としていた。腫瘍細胞の核は中型~やや小型の類円形のものとし, 核小体明瞭で核形不整な大型のものが混在していた。免疫組織学的には, AE1/AE3(+), CK19(+), vimentin(+), CA19-9(+), MUC1(+), MUC2 (-), MUC5AC (-), MUC6 (-), synaptophysin (-), chromogranin A(-), CD56(-), trypsin(-), PgR(-)を示した。以上から, 病理診断は浸潤性膵管癌となった。画像的に非典型的所見を示した若年発症膵癌の1例である。若干の文献的考察を加えて報告する。

横浜市立大学医学部 消化器・腫瘍外科<sup>1)</sup>, 同 分子病理学<sup>2)</sup>,博慈会記念総合病院 病理診断センター<sup>3)</sup>  
志後彰一<sup>1)</sup>, 森隆太郎<sup>1)</sup>, 敷下泰宏<sup>1)</sup>, 平谷清吾<sup>1)</sup>, 澤田 雄<sup>1)</sup>, 熊本宜文<sup>1)</sup>, 松山隆生<sup>1)</sup>, 古屋充子<sup>2)</sup>, 清水道生<sup>2)</sup>, 遠藤 裕<sup>1)</sup>

症例は74歳, 女性。検診の腹部超音波検査で膵嚢胞を指摘され, 膵管内乳頭粘液性腫瘍として近医で経過観察されていた。経過中に急性膵炎を発症したため, 精査加療目的に当院消化器内科を受診した。EUSでは膵頭部から体部にかけて主膵管内に充実性に発育する腫瘍を認め, それより尾側の主膵管は径17mmと拡張していた。膵液細胞診はClassVであり, 膵管内に粘液成分は乏しかった。膵管内管状腺癌(ITC)を最も疑い, 通常型膵管癌や膵管内乳頭粘液性腺癌(IPMC)を鑑別診断として, 膵頭十二指腸切除術を施行した。術中に施行した臍断端迅速病理診断は陰性であった。切除標本の肉眼所見では膵管内に粘液は認めず, 膵管に沿って多結節状の腫瘍を認めた。病理組織学的検査所見では, 部分的に壊死を伴った腺管構造を認め, 低分化型膵管癌と考えられたが, 境界を伴う膨張性発育形態を認め, いわゆる通常型膵管癌とは異なる形態を擁していた。また, ITCやIPMCの併存は認められなかった。最終的にmedullary carcinoma of the pancreasと診断した。Medullary carcinoma of the pancreasは腫瘍取り扱い規約第7版では明記されておらず, WHO分類第4版の中で膵管癌の一つとして分類されている。その特徴は, 低分化構造を呈するにも関わらず, “pushing border”と称される腫瘍の膨張性発育や腫瘍細胞同士が融合した“syncytial growth pattern”が認められることとされ, 予後は比較的良好である。非常に稀な腫瘍であり, 文献的病理学的考察を加えて報告する。

膵癌, medullary carcinoma



自治医科大学 消化器一般外科

齋藤 匠, 三木 厚, 笠原直哉, 遠藤和洋, 小泉 大, 笹沼英紀, 佐久間康成, 堀江久永, 細谷好則, 北山丈二, 佐田尚宏

【症例】47歳女性【主訴】上腹部痛【病歴】X年5月, 上腹部を主訴に近医を受診, 急性肺炎の診断となり入院加療となった。入院時に膵嚢胞を認め, 膵仮性嚢胞として経過観察された。増大傾向認めるため精査加療目的にX年7月に当院消化器内科に紹介となり感染性膵仮性嚢胞の診断でEUS下に経胃で膵嚢胞にドレナージ施行した。その後上腹部痛及び炎症反応の再燃を繰り返し, X+1年に再度EUS-CD施行。その後も腹痛は改善せず, 内科的治療が奏効せず膵MCNも否定できないため外科的治療目的にX+3年8月当院消化器外科に紹介となった。【検査所見】CT: 膵尾部に40mm弱の内部に隔壁を伴う嚢胞性病変を認める。明らかな壁在結節は認めない。MRI: 膵嚢胞は明らかな充実部を認めず, 主膵管との明らかな交通を認めない。EUS: 膵尾部の嚢胞は多嚢性であり共通の被膜を有する。嚢胞と主膵管の交通は認めず。採血: CEA 1.3ng/ml, CA19-9 31 U/ml, DUPAN2 <25, SPAN1 14【治療経過】検査上, 膵MCNが否定できずX+3年9月に腹腔鏡補助下膵尾部切除術を行った。摘出標本からの嚢胞液は細胞診でclass2であり, AMY 31916 U/l, CEA 19378.0 ng/ml, CA19-9 17322100 U/mlと高値を認めた。術後経過は良好であり, 術後9日目に退院となった。病理結果はmucinous cyst adenoma(MCN)であった。【考察】膵MCNは膵管との交通は稀であり, 肺炎の合併は少ない。膵仮性嚢胞との鑑別が今回は問題となり診断に難渋した。若干の文献的考察を踏まえ報告する。

膵嚢胞性病変, 急性肺炎

順天堂大学医学部附属練馬病院 総合外科

大岡樹里, 高橋 敦, 岩永直紀, 山田衣里佳, 北原佳奈, 秋本瑛吾, 伊藤 謙, 関根悠貴, 春山優理恵, 河合雅也, 宮野省三, 小坂泰二郎, 渡野遼都雄, 町田理夫, 北島俊顕, 須郷広之, 李 慶文, 児島邦明

【はじめに】我が国において, 完全内臓逆位症は6000~8000人出生に1人の頻度で存在するまれな疾患である。今回, 完全内臓逆位症を背景に持つ胆石症に対し, 腹腔鏡下胆嚢摘出術を施行した1例を経験したので, 文献的考察を加えて報告する。【症例】43歳男性。以前から完全内臓逆位症を指摘されている。4-5年前から暴飲暴食後に左背部痛を自覚していたが放置していた。2016年の健康診断時, 胃透視検査で胆石を疑われ, 腹部単純CTで胆嚢結石症の疑いとなり, 精査加療目的で当科紹介受診となった。検査の結果, 胆嚢結石症の診断となり腹腔鏡下胆嚢摘出術を施行した。術後経過は良好で術後2日目に退院となった。【まとめ】術前の画像評価, 術者の立ち位置, 手術室の物品の配置, ポートの造設位置, 左右に把持する鉗子の種類などに留意することで, 特殊な解剖形態を呈する患者に対しても安全に手術を施行することが可能であった。

完全内臓逆位症, 腹腔鏡下胆嚢摘出術

千葉大学医学部 消化器腎臓内科

高橋幸治, 三方林太郎, 安井 伸, 熊谷純一郎, 大和陸実, 横山昌幸, 妹尾純一, 林 雅博, 中村昌人, 日下部裕子, 杉山晴俊, 露口利夫

【緒言】自己免疫性肺炎に膵仮性嚢胞が合併することは比較的稀で, その治療成績や長期予後については不明な点も多い。今回, 自己免疫性肺炎からの膵仮性嚢胞に対する経胃ドレナージ術後に脾動脈瘤・脾膿瘍を形成した1例を経験した。【症例】55歳, 女性。【現病歴】上腹部痛を主訴として前医を受診し, 腹部CT検査で膵尾部に径長11cmの嚢胞を認めた。血中IgG4 380mg/dlと高値であり, MRCPで膵管の多発性狭窄像を認め, 自己免疫性肺炎からの膵仮性嚢胞の疑いで当院を紹介受診した。Vater乳頭からの生検で著明なリンパ球浸潤あり, IgG4/IgG比は40%を超え, 最大でIgG4陽性細胞は30個/HPFみられた。膵尾部に限局性の腫大があり, 画像所見・血中IgG4高値・病理組織所見からIgG4関連疾患包括診断基準で確診であったため, 自己免疫性肺炎からの膵仮性嚢胞と診断し, 超音波内視鏡による経胃ドレナージ術を施行した。術後, 膵嚢胞は縮小し退院したが, 術後40日目より発熱と左季肋部痛が出現し当院を受診した。【経過】腹部造影CT検査で脾動脈瘤と脾膿瘍の形成を認め, 入院時の血液培養からは連鎖球菌が検出された。膵嚢胞の増大は認めなかった。脾膿瘍と菌血症に対しては抗生剤投与により沈静化をはかり, 全身状態の改善を待ってから, 第12病日にコイルを用いた経皮的脾動脈瘤塞栓術を施行した。術後経過は良好で術後10日目に独歩退院とした。【考察】自己免疫性肺炎に合併した仮性膵嚢胞に対する治療法は副腎皮質ステロイド投与, 経乳頭のドレナージ術, 経胃的ドレナージ術があるが, それぞれの治療成績や長期予後についての報告は少ない。本症例は自己免疫性肺炎からの膵仮性嚢胞に対するEUS下ドレナージ治療により臨床症状は軽快し, 膵嚢胞の増大も認めなかったが, 動脈瘤・脾膿瘍を形成した。自己免疫性肺炎からの膵仮性嚢胞に対するEUS下ドレナージ治療後の長期予後については不明な点も多く, 慎重なフォローアップが必要と考えられた。

自己免疫性肺炎, 脾動脈瘤

虎の門病院 消化器内科

松林泰毅, 鈴木悠悟, 浦崎裕二, 田村哲男, 小泉優子, 小山里香子, 今村綱男

症例は80歳代女性。5年前よりIPMNによる肺炎を反復していた。今回, 食後の心窩部痛を主訴に当院を受診。血液検査でアミラーゼ211 IU/lと上昇, CTで膵頭部周囲の脂肪織濃度の上昇を認め, 急性肺炎の診断で入院となった。また, 入院1ヵ月前のCTでは認めていなかった新規の門脈血栓が上腸間膜静脈と脾静脈の合流部から肝門部にかけて広範囲に認められたため, 急性肺炎の治療に加えヘパリンの持続点滴による血栓溶解療法を並行して行った。重篤な肝機能障害はみられず, 腹部超音波検査と造影CTで経時的に血栓の縮小傾向と cavernous transformation of the portal vein(CTPV)の形成を認めた。ヘパリンの持続点滴からエドキサパンへ変更し第52病日に退院となった。IPMNに急性肺炎を発症することはよく知られているが, 頻度は7-67%と報告によりかなり幅があり, 実際の臨床で経験することは比較的稀である。原因は粘液による閉塞性肺炎とされている。またIPMNと慢性肺炎について詳細に検討された報告は少ない。慢性肺炎, 特に門脈圧亢進症を伴う場合に門脈血栓を伴うとされる報告はみられるが, 急性肺炎に門脈血栓を伴うとされる報告は稀である。本症例はIPMNに伴う膵管閉塞による急性肺炎と考えられていたが, 門脈血栓発症後早期にCTPVの形成を認めたことから, 慢性肺炎が背景にあり門脈圧亢進症を合併していた可能性が示唆された。通常肺炎に合併する門脈血栓は, 膵臓に接する面積が多い脾静脈に炎症が波及することで血栓を形成し連続的に門脈血栓が形成される場合が多いとされている。今回我々は, 脾静脈に血栓を形成せず門脈のみに血栓形成を認めたIPMNによる反復性肺炎症例を経験し, 極めて稀な病態と考え報告する。

肺炎, 門脈血栓

戸田中央総合病院

富田裕介, 山本 圭, 原田容治, 堀部俊哉, 藤田 充, 岸本佳子, 香川泰之, 根本大樹

【症例】65歳、男性【主訴】眩暈【既往歴】冠攣縮性狭心症【現病歴】2016年10月、眩暈、心窩部痛、血便を認め、当科外来受診された。血液検査にてHb 7.2g/dlと著明な貧血を認めた。腹骨盤部単純CT検査では膵頭部に40mm大の腫瘍性病変、主膵管の拡張、膵実質の萎縮、膵尾部から脾臓にかけてeffusionを認め、膵頭部腫瘍、左横隔膜下膿瘍と診断した。また、S状結腸に著明なガス貯留、腸管拡張を認め、S状結腸軸捻転も合併しており、同日緊急入院となった。第2病日、透視下部消化管内視鏡を施行し、捻転解除を試みるも血便多量にてスコープ挿入が困難であり、S状結腸の癒着も強度で解除は困難であった。活動性出血はなく、腹部症状も軽度のため、S状結腸ガスを吸引して保存的加療にて軽快した。MRCPでは脾周囲のeffusionは膵尾部の膵管と交通しており、膵液瘻と診断した。膵頭部腫瘍はT2強調、拡散強調画像で高信号、腹部造影CT検査では早期相で腫瘍は濃染、後期相では造影は遷延しており、膵NET、または膵腺房細胞癌が疑われた。第9病日より38度台の発熱、血液検査で炎症反応の上昇を認め、膵液瘻感染と考へ、ウリナスタチン15万単位/day、オクトレオチド酢酸塩300 $\mu$ g/day、MEPM 3g/dayで加療開始とした。軽快した後、外科的治療の方針にて第21病日に膵全摘術を施行した。開腹所見で膵周囲、脾周囲の炎症性変化が強く、胆嚢も緊満していたため、胆嚢、脾臓も同時切除した。また、S状結腸の過長が著しく、脾臓周囲との癒着も認めため左半結腸切除も施行した。摘出標本の病理組織所見では膵腫瘍は充実性、ロゼット腺房様、索状に増殖する類円形核と中等量の胞体を有する細胞を認めた。免疫染色ではSynaptophysin(+), CD56(+), Chromogranin(+), Ki-67(3-5%)であり、NETの診断となった(NET:Grade2, T2N0M0, p-Stage Ib)。【考察】膵液瘻の原因は膵切除後、膵炎後、外傷、膵腫瘍性病変などがあるが、術後が最も多いと報告されている。膵腫瘍に伴う膵液瘻は非常に稀であり、今回我々は膵頭部NETに伴い膵液瘻を合併した貴重な症例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。

膵液瘻, 膵神経内分泌腫瘍

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

【目的】悪性腹膜中皮腫は、アスベスト暴露との強い関連性が示唆されている悪性中皮腫の約2割を占める疾患である。画像上は消化器癌の腹膜・大網播種と同様の所見を呈することが多く、確定診断には組織生検が必須とされる。今回我々は、腹腔鏡下生検により悪性腹膜中皮腫の診断に至った症例を経験したため、文献的考察を含めて報告する。【症例】症例は70代、男性。201X年6月の検診で施行された上部消化管造影にて胃の粘膜不整を指摘され、同年10月に珪肺および胸膜プラークにて通院中であったA病院にて上部消化管内視鏡施行されたが、萎縮性胃炎を認めるのみであった。徐々に食欲不振および体重減少が進行し、11月にB病院にて上部消化管内視鏡再検され、粘膜嚢腫大および送気による拡張不全を認め、スキルス胃癌が疑われ、12月に精査加療目的で当院紹介受診となった。上部消化管内視鏡では胃癌を疑わせる所見は明らかではなかった。血清CEAおよびCA19-9も正常範囲であった。造影CTでは胃前庭部から幽門部にかけて腫瘍状の壁肥厚が認められたほか、胃周囲、腸間膜、大網および腹膜に沿って結節構造が多発していた。腹水貯留を認めていたため、腹水穿刺施行したところ、中皮細胞由来の異型細胞を認めたほか、腹水中のヒアルロン酸が著明高値であった。この時点で再度職業歴を聴取したところ、高濃度のアスベスト暴露歴を確認した。悪性腹膜中皮腫が疑われたため、腹腔鏡下腹膜生検を施行、Calretinin, EMAおよびD2-40陽性の腫瘍細胞の増殖像を認め、悪性腹膜中皮腫の診断に至った。【考察】悪性腹膜中皮腫は比較的稀な疾患であるが、アスベスト暴露歴がある場合には検査前確率が上がるため、鑑別に挙げるのが重要である。本症例も、画像所見上はスキルス胃癌が疑われたが、高濃度のアスベスト暴露歴および腹水所見から悪性腹膜中皮腫を疑い、腹腔鏡下での組織生検にて確定診断に至った。

悪性腹膜中皮腫, アスベスト