

日本消化器病学会 関東支部第344回例会

プログラム・抄録集



当番会長：国家公務員共済組合連合会 横須賀共済病院 病院長 長 堀 薫
平成29年5月27日(土)
海運クラブ

日本消化器病学会関東支部第344回例会

プログラム・抄録集

当番会長：国家公務員共済組合連合会 横須賀共済病院 病院長 長 堀 薫
〒238-8558 神奈川県横須賀市米が浜通1-16
TEL 046-822-2710/FAX 046-825-2103

会 期：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
<http://kaiunclub.org/>

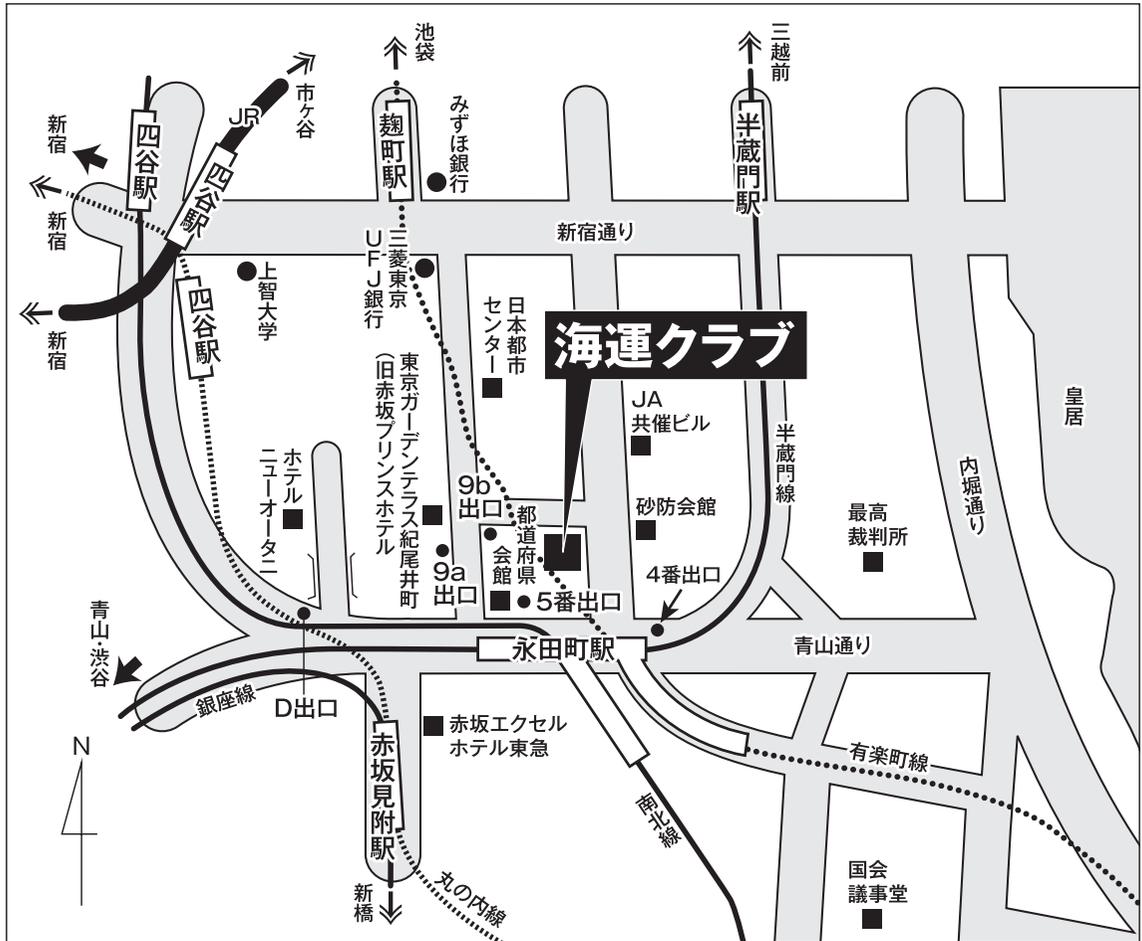
<発表者，参加者の皆様へ>

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. 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344回例会
平成29年5月27日(土)

| | | | | | |
|---|-------------|-------|--------------------------|-------------|-------|
| 8:00～8:05 開会の辞(第1会場) | | | | | |
| 第1会場(午前の部) | | | 第2会場(午前の部) | | |
| 演 題 | 時 間 | 座 長 | 演 題 | 時 間 | 座 長 |
| (1) 専修医Ⅰ(大腸Ⅰ) 1～4 | 8:05～8:29 | 野澤さやか | (17) 研修医Ⅰ(食道・十二指腸) 55～58 | 8:05～8:29 | 鎌田 和明 |
| (2) 専修医Ⅱ(大腸Ⅱ) 5～7 | 8:29～8:47 | 渡邊 一輝 | (18) 研修医Ⅱ(胃) 59～62 | 8:29～8:53 | 所知加子 |
| (3) 専修医Ⅲ(大腸Ⅲ) 8～10 | 8:47～9:05 | 山形 寿文 | (19) 研修医Ⅲ(小腸) 63～66 | 8:53～9:17 | 渡邊 純 |
| (4) 専修医Ⅳ(小腸) 11～13 | 9:05～9:23 | 知花 洋子 | (20) 研修医Ⅳ(大腸1) 67～69 | 9:17～9:35 | 山岸 茂 |
| 9:23～9:28 休憩 | | | 9:35～9:45 休憩 | | |
| (5) 専修医Ⅴ(食道・胃) 14～16 | 9:28～9:46 | 上里 昌也 | (21) 研修医Ⅴ(大腸2) 70～73 | 9:45～10:09 | 水上 創 |
| (6) 専修医Ⅵ(十二指腸) 17～19 | 9:46～10:04 | 國司 洋祐 | (22) 研修医Ⅵ(肝) 74～78 | 10:09～10:39 | 河村 貴広 |
| (7) 専修医Ⅶ(十二指腸) 20～22 | 10:04～10:22 | 山口菜緒美 | (23) 研修医Ⅶ(胆) 79～81 | 10:39～10:57 | 関戸 仁 |
| (8) 専修医Ⅷ(肝1) 23～26 | 10:22～10:46 | 北畑富貴子 | (24) 研修医Ⅷ(胆・膵) 82～85 | 10:57～11:21 | 大塚 征爾 |
| (9) 専修医Ⅸ(肝2) 27～30 | 10:46～11:10 | 野尻 和典 | (25) 研修医Ⅸ(膵・その他) 86～88 | 11:21～11:39 | 中野 茂 |
| (10) 専修医Ⅹ(胆・その他) 31～34 | 11:10～11:34 | 杉田 光隆 | 12:10～12:40 評議員会 | | |
| (11) 専修医Ⅺ(胆・膵) 35～37 | 11:34～11:52 | 今村 論 | | | |
| 12:05～12:50 ランチョンセミナー(第1会場) | | | | | |
| 「大腸癌薬物療法の最新知見」 | | | | | |
| 国立研究開発法人 国立がん研究センター東病院 消化管内科 科長 吉野 孝之 先生 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 先生 共催：日本イーライリリー株式会社 | | | | | |
| 12:50～13:05 専修医・研修医奨励賞表彰式(第1会場) | | | | | |
| 13:05～14:00 特別講演(第1会場) | | | | | |
| 「肝胆膵外科における術前治療の現状と今後の展望」 | | | | | |
| 横浜市立大学 消化器・腫瘍外科学 主任教授 遠藤 格 先生 司会 横須賀共済病院 病院長 長堀 薫 | | | | | |
| 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 |
| (12) 食道・胃 38～40 | 14:10～14:28 | 渡邊 秀樹 | (26) 肝1 89～92 | 14:10～14:34 | 塚越真梨子 |
| (13) 胃・十二指腸1 41～43 | 14:28～14:46 | 片山 真史 | (27) 肝2 93～96 | 14:34～14:58 | 神田 知洋 |
| (14) 胃・十二指腸2 44～47 | 14:46～15:10 | 村田 依子 | (28) 胆 97～100 | 14:58～15:22 | 出雲 渉 |
| (15) 小腸・大腸 48～51 | 15:10～15:34 | 深野 雅彦 | (29) 膵 101～103 | 15:22～15:40 | 萩原 英之 |
| (16) 大腸・その他 52～54 | 15:34～15:52 | 筒井 敦子 | 15:52～15:57 閉会の辞(第1会場) | | |
| 15:52～15:57 閉会の辞(第1会場) | | | | | |
| 専修医・研修医セッションの発表者あるいは同施設の方は、奨励賞表彰式に出席してください。 (第1会場 12:50～) | | | | | |

特別講演(第1会場 13:05~14:00)

「肝胆膵外科における術前治療の現状と今後の展望」

横浜市立大学 消化器・腫瘍外科学 主任教授 遠藤 格 先生
司会 横須賀共済病院 病院長 長堀 薫

……演者の先生ご紹介……

えんどう 遠藤 いたる 格 先生
横浜市立大学医学部 消化器・腫瘍外科学 主任教授

略歴

昭和60年3月 横浜市立大学医学部卒業
昭和62年6月 藤沢市民病院 外科医員
昭和63年6月 帝京大学溝口病院 外科助手
平成3年4月 横浜市立大学付属病院 外科学第2講座 助手
平成6年8月 米国カリフォルニア大学ロスアンゼルス校 肝移植センター 留学
平成14年5月 横浜市立大学付属病院 外科学第2講座 講師
平成18年3月 米国Memorial Sloan-Kettering Cancer Center 留学
平成21年8月 横浜市立大学大学院 医学研究科 消化器病態外科学 主任教授
平成28年6月 横浜市立大学附属病院副病院長

ランチオンセミナー (第1会場 12:05~12:50)

「大腸癌薬物療法の最新知見」

国立研究開発法人 国立がん研究センター東病院 消化管内科 科長 **吉野 孝之** 先生
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** 先生

共催：日本イーライリリー株式会社

……演者の先生ご紹介……

よしの たかゆき
吉野 孝之 先生

国立研究開発法人 国立がん研究センター東病院 消化管内科 科長

略歴

| | |
|----------------|---|
| 1989-1995 | 防衛医科大学校 |
| 1995-1997 | 防衛医科大学校病院 研修医 |
| 1997-1999 | 国立がんセンター中央病院 臨床検査部・病理部 研修医 |
| 1999-2001 | 国立がんセンター東病院 内視鏡部消化器内科 研修医 |
| 2001-2002 | 国立がんセンター東病院 内視鏡部消化器内科 非常勤医師 |
| 2002-2007.7 | 静岡県立静岡がんセンター 消化器内科 副医長 |
| 2007.8-2010.3 | 国立がんセンター東病院 内視鏡部消化器内科 医員 |
| 2010.4-2014.10 | 国立がん研究センター東病院 消化管内科 外来・病棟医長 |
| 2016.3-2016.12 | 国立がん研究センター東病院 治験管理室室長 併任 |
| 2014.11-現在 | 国立がん研究センター東病院 消化管内科 科長 |
| 2013.4-現在 | 国立がん研究センター先端医療開発センタートランスレーショナルリサーチ分野 併任 |
| 2017.1-現在 | 国立がん研究センター東病院 臨床研究支援部門研究実施管理部長 併任 |

第1会場（午前の部）

8:00~8:05

—開会の辞—

—専修医セッション評価者—

| | |
|-------------------------|-------|
| 帝京大学ちば総合医療センター 外科 | 田中 邦哉 |
| 横須賀市立うわまち病院 消化器病センター内科 | 池田 隆明 |
| がん・感染症センター 都立駒込病院 消化器内科 | 門馬久美子 |

(1) 専修医Ⅰ(大腸Ⅰ) 8:05~8:29 座長 横須賀共済病院 消化器病センター内科 野澤 さやか

1. CT colonography、CT angiography にて診断し得た結腸動静脈奇形の1例

順天堂大学 医学部 消化器内科 ○高橋 翔, 青山 友則, 高田 勇登, 稲見 義宏
富嶋 亨, 竹田 努, 斉藤 紘昭, 加藤 順子
山科 俊平, 澁谷 智義, 坂本 直人, 渡辺 純夫
順天堂大学附属江東高齢者医療センター 消化器内科 浅岡 大介

2. 内視鏡的整復が可能であった盲腸捻転の1例

国立国際医療研究センター病院 消化器内科 ○飯田 龍洋, 大久保栄高, 小林 桜子, 下村 暁
泉 敦子, 濱田麻梨子, 松下 祐紀, 岡原 昂輝
柳瀬 幹雄, 秋山 純一
同 放射線診断科 志多 由孝
同 外科 山田 玲央

3. 診断に難渋したループス腸炎の1例

東京慈恵会医科大学附属病院 消化器・肝臓内科 ○三国 隼人, 野口 正朗, 千葉 允文, 光永 真人
猿田 雅之

4. 中毒性巨大結腸症を合併し、保存的加療で改善した劇症型 Clostridium difficile 関連腸炎の1例

東京労災病院 消化器内科 ○掛川 達矢, 西中川秀太, 小嶋 啓之, 吉峰 尚幸
武田 悠希, 高亀 道生, 原 精一, 大場 信之
児島 辰也

(2) 専修医Ⅱ(大腸Ⅱ) 8:29~8:47

座長 NTT 東日本関東病院 外科 渡邊 一輝

5. 当院における大腸神経内分泌腫瘍 11 例の検討

藤沢市民病院 外科 ○堀内 真樹, 山岸 茂, 酒井 淳, 木村 安希
山田 淳貴, 阿部 有佳, 中堤 啓太, 峯岸 裕蔵
山本 晋也, 牧野 洋知, 上田 倫夫, 仲野 明

6. 上腸間膜動脈より下腸間膜動脈が分岐する直腸癌に対して腹腔鏡下手術を施行した1例

横浜市立大学附属市民総合医療センター 消化器病センター外科 ○南澤 恵佑, 諏訪 宏和, 平井 公也, 國崎 主税
横浜市立大学医学部 消化器・腫瘍外科学 中川 和也, 菅野 伸洋, 虫明 寛行, 湯川 寛夫
大田 貢由, 遠藤 格

7. Key drug の rechallenge 治療が有効であった切除不能大腸癌の1例

日本医科大学 消化器内科学 ○大野 弘貴, 河越 哲郎, 池田 剛, 阿川 周平
樋口 和寿, 野田 啓人, 山脇 博士, 小高 康裕
名児耶浩幸, 植木 信江, 辰口 篤志, 二神 生爾
岩切 勝彦

(3) 専修医Ⅲ(大腸Ⅲ) 8:47~9:05 座長 横須賀市立市民病院 消化器内科 山形 寿文

8. *Listeria monocytogenes* 感染による潰瘍性大腸炎増悪を認めた1例

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

9. 潰瘍性大腸炎治療中に mesalazine による薬剤性好酸球形肺炎を発症し azathioprine により寛解維持を得られた一例

湘南鎌倉総合病院 消化器病センター ○河東 堤子, 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
小泉 一也, 金原 猛, 賀古 眞
同 病理診断科 工藤まどか, 武田宏太郎, 手島 伸一
同 呼吸器内科 杉本 栄康

10. 潰瘍性大腸炎治療中にアザチオプリンによる EB ウイルス関連血球貪食症候群をきたした1例

埼玉医科大学 総合診療内科 ○宮口 和也, 山岡 稔, 芦谷 啓吾, 大庫 秀樹
青柳龍太郎, 疋田 航, 中山 智博, 大崎 篤史
草野 武, 白崎 文隆, 野口 哲, 菅野 龍
小林 威仁, 飯田慎一郎, 廣岡 伸隆, 都築 義和
宮川 義隆, 中元 秀友, 今枝 博之
同 中央病理診断部 石澤 圭介, 芽野 秀一

(4) 専修医Ⅳ(小腸) 9:05~9:23 座長 獨協医科大学 消化器内科 健康管理科 知花 洋子

11. 特発性小腸穿孔との鑑別が困難であった、悪性リンパ腫空腸穿孔の一例

大船中央病院 消化器・IBDセンター ○原 真太郎, 遠藤 豊, 鹿野島健二, 白井真如紀
森川 吉英, 吉田 篤史, 上野 文昭
同 外科 真船 健一
横須賀市立市民病院 血液内科 田邊 寿一

12. 穿孔を来した転移性小腸腫瘍の1例

東海大学 消化器外科 ○陳 凌風, 古川 大輔, 上畠 篤, 藤城 健
植谷 忠通, 室谷 奈那, 貞廣莊太郎, 小澤 壯治

13. O-157 が検出されなかった播種性血管内凝固を伴った腸管出血性大腸菌感染症の1例

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

(5) 専修医Ⅴ(食道・胃) 9:28~9:46 座長 千葉大学大学院医学研究院 先端応用外科 上里 昌也

14. 食道横隔膜上憩室に対し腹腔鏡下食道憩室切除術が有用であった1症例

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

15. 複数回の内視鏡下生検で診断困難で, 5年間の経過中に陥凹型から3型病変へ発育進展した胃癌の一例

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

16. 上腸間膜動脈症候群により急性胃拡張・門脈気腫をきたし保存的加療で軽快した一例

昭和大学藤が丘病院 内科学講座 消化器内科部門 ○田淵 晃大, 山村 詠一, 岩橋 健太, 小澁 尚子
宮尾 直樹, 東畑美幸子, 林 将史, 上原なつみ
中西 徹, 花村祥太郎, 高野 祐一, 五味 邦代
黒木優一郎, 井上 和明, 長浜 正亞

(6) 専修医Ⅵ(胃・十二指腸1) 9:46~10:04 座長 神奈川県立足柄上病院 消化器内科 國司 洋祐

17. *Candida albicans*による多発胃潰瘍の一例

東京女子医科大学 麻酔科 ○小島 宏幸
済生会栗橋病院 消化器内科 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

18. 重症筋無力症の治療中に発生したサイトメガロウイルス感染による多発性胃潰瘍の1例

東邦大学医療センター 消化器内科 ○山本友里恵, 伊藤 謙, 團 宣博, 測ノ上和弘
小林 智子, 小林 俊介, 乾山 光子, 岡本 陽祐
木村 隆輔, 小野 真史, 大塚 隆文, 佐藤 真司
五十嵐良典

19. 治療に難渋した十二指腸潰瘍穿孔の一例

聖マリアンナ医科大学 消化器・一般外科 ○勝又 健太, 小泉 哲, 天野 優希, 土屋 淳一
小野 龍宣, 瀬上 航平, 星野 博之, 片山 真史
小林慎二郎, 大坪 毅人

(7) 専修医Ⅶ(胃・十二指腸2) 10:04~10:22 座長 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

20. 一度に7病変に対して内視鏡治療を行ったA型胃炎を背景とした多発性胃神経内分泌腫瘍の1例

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

同 病理部 田中 亨

21. S 1 + CDDP が奏功した胃神経内分泌細胞癌の一例

総合病院 厚生中央病院 消化器病センター内科 ○里井 新, 松浦 良徳, 井出 志穂, 山本 修平
木村 晴, 中村 文彦, 権 勉成, 根本夕夏子
剛崎 寛徳
東京医科大学 分子病理学講座 黒田 雅彦

22. 臍頭十二指腸切除術を施行した十二指腸 Vater 乳頭部 NET の 1 例

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

(8) 専修医Ⅷ(肝1) 10:22~10:46 座長 東京医科歯科大学 消化器内科 北 畑 富貴子

23. 漢方製剤によると考えられる薬物性肝障害に対し生別のDLSTを行った一例

国家公務員共済組合連合会 東京共済病院 消化器内科 ○榊 一臣, 永山 和宜, 沖永 康一, 鈴木雄一朗
松田 浩紀, 宍戸 華子, 三島 果子
東京医科歯科大学 消化器内科 渡辺 守

24. インターフェロン・フリー治療でSVRとなりHBV-DNAも陰性化したHCV/HBV重複感染の1例

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

25. 急性肝炎の経過で発見されIgG4高値を示した自己免疫性肝炎の1例

国際医療福祉大学病院 消化器内科 ○須藤 大輔, 大竹 孝明, 一石英一郎, 佐藤 貴一
高後 裕

26. 自己免疫性肝炎の経過中に出現した多発肝腫瘍の1例

東海大学 医学部 消化器内科学 ○茂木英里香, 鶴谷 康太, 安斎 和也, 広瀬 俊治
加川 建弘, 峯 徹哉

(9) 専修医Ⅸ(肝2) 10:46~11:10 座長 横須賀共済病院 消化器病センター外科 野 尻 和 典

27. 腹腔内出血、胆道出血を繰り返した肝血管肉腫の1剖検例

神奈川県立足柄上病院 消化器内科 ○大石梨津子, 羽尾 義輝, 國司 洋佑, 日下恵里子
田中 聡, 柳橋 崇史, 松林 真央, 加藤 佳央
同 総合診療科 太田 光泰, 吉江浩一郎

28. ヘパリン起因性血小板減少症を発症した進行肝細胞癌の1例

千葉大学大学院医学研究院 消化器・腎臓内科学 ○前田 隆宏, 千葉 哲博, 大岡 美彦, 横山 昌幸
若松 徹, 井上 将法, 齋藤 朋子, 日下部裕子
小笠原定久, 鈴木英一郎, 太和田暁之, 横須賀 収

29. エリスロポエチン過剰産生を伴った赤血球増多症を合併した肝細胞癌の一切除例

群馬大学大学院 肝胆膵外科学 ○村主 遼, 渡辺 亮, 新木健一郎, 久保 憲生
五十嵐隆通, 塚越真梨子, 石井 範洋, 山中 崇弘
調 憲
同 病態総合外科学 桑野 博行
誠和会 正田病院 外科 児嶋 高寛

30. 薬剤溶出性球状塞栓物質 (DEB: drug-eluting beads) を使用した肝動脈化学塞栓療法 (DEB-TACE) 後に細菌性肝膿瘍を併発した転移性肝癌の一例

三井記念病院 消化器内科 ○船戸 和義, 戸田 信夫, 新井 絢也, 黒川 憲
柴田智華子, 黒崎 滋之, 川村 聡, 唐澤 祐輝
近藤真由子, 小島健太郎, 大木 隆正, 関 道治
田川 一海

(10) 専修医Ⅹ(胆・その他) 11:10~11:34 座長 横浜市立みなと赤十字病院 外科 杉 田 光 隆

31. 気管支肺カルチノイド術後多発肝転移に対し二期的肝切除を施行した1例

東京慈恵会医科大学 外科学講座 肝胆膵外科 ○鎌田 哲平, 高野 裕樹, 堀内 堯, 春木孝一郎
島田 淳一, 恩田 真二, 鈴木 文武, 畑 太悟
松本 倫典, 坂本 太郎, 後町 武志, 脇山 茂樹
宇和川 匡, 石田 祐一
同 消化器外科 矢永 勝彦

32. 免疫組織化学が診断に有用であった大腸癌胆管転移の一例

筑波大学 医学医療系 消化器内科 ○池田 貴文, 石毛 和紀, 山口 雄司, 菅沼 大輔
佐藤 雅志, 田島 大樹, 内田 優一, 長谷川直之
福田 邦明, 安部井誠人, 兵頭一之介

33. 胆嚢癌との鑑別が困難であったメトトレキサート関連リンパ腫の1例

国立病院機構 横浜医療センター 消化器外科 ○井上 栞, 武田 和永, 関戸 仁, 松田 悟宏
清水 哲也, 渡部 顕, 久保 博一, 山本 悠史
豊田 純哉
同 病理検査科 新野 史

34. 胆管癌術後に発症した後天性血友病の一例

がん・感染症センター都立駒込病院 肝胆膵外科 ○中守 咲子, 本間 祐樹, 本庄 真彦, 土井 愛美
平田 義弘, 本田 五郎

(11) 専修医Ⅹ(胆・膵) 11:34~11:52 座長 横浜市立市民病院 消化器内科 今 村 諭

35. 良性胆管狭窄による巨大胆管結石に対し経皮経肝的胆道内視鏡下電気水圧式衝撃波が有用であった一例

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

36. 十二指腸狭窄を伴う膵頭部癌の透析合併例に対しEUS-HGSを施行した1例

北里大学病院 消化器内科 ○安達 快, 金子 亨, 宮田 英治, 山内 浩史
奥脇 興介, 岩井 知久, 今泉 弘, 木田 光広
小泉和二郎

37. 胃静脈瘤のため体外ドレナージを行った膵仮性嚢胞からの後腹膜膿瘍の一例

帝京大学医学部 内科 ○柳澤 大輔, 高森 頼雪, 大隅 瞬, 櫻井美代子
松本 康佑, 大和 洸, 中村 直裕, 丸山 喬平
三木 淳史, 八木みなみ, 岡村 喬之, 青柳 仁
磯野 朱里, 三浦 亮, 有住 俊彦, 阿部浩一郎
相磯 光彦, 山本 貴嗣, 喜多 宏人, 田中 篤
滝川 一

第1会場 (午後の部)

13:05~14:00

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

横浜市立大学 消化器・腫瘍外科学 主任教授 遠藤 格 先生

司会 横須賀共済病院 病院長 長 堀 薫

(12) 一般演題(食道・胃) 14:10~14:28 座長 横須賀共済病院 消化器病センター内科 渡 邊 秀 樹

38. 全身麻酔下十二指腸 ESD 術後に発生した縦郭上部膿瘍の一例

千葉大学 大学院 医学研究院 先端応用外科 ○武藤 靖英, 上里 昌也, 加賀谷暁子, 天海 博之
荒澤 孝裕, 玉地 智英, 相川 瑞穂, 中野 明
武藤 頼彦, 松原 久裕

39. 表層拡大型食道癌に対する陽子線治療後に食道運動障害をきたした1例

群馬大学医学部附属病院 消化器・肝臓内科 ○下山 康之, 保坂 浩子, 栗林 志行, 星 恒輝
深井 泰守, 小林 剛, 入江 江美, 山田 俊哉
中山 哲雄, 田中 寛人, 高草木智史, 富澤 琢
水出 雅文, 堀口 昇男, 山崎 勇一, 佐藤 賢
柿崎 暁
同 消化管外科 宮崎 達也, 桑野 博行
同 消化器・肝臓内科
同 光学医療診療部 河村 修, 草野 元康

40. 食道浸潤胃癌のアプローチ法別手術成績 - 高齢者も含まれる一般病院での成績

三鷹中央病院 外科 ○片山 原子, 関 誠, 吉田 正一
同 内科 山中晃一郎
JR 東京総合病院 外科 平田 勝

(13) 一般演題(胃・十二指腸1) 14:28~14:46 座長 聖マリアンナ医科大学 消化器・一般外科 片 山 真 史

41. 胃全摘後の挙上空腸狭窄に対し、挙上空腸側々吻合バイパスにより経口摂取可能となった1例

横須賀共済病院 消化器病センター 外科 ○山口 敬史, 木村 準, 大矢 浩貴, 藤本 章博
久保 俊裕, 武井 将伍, 中崎 佑介, 小川 薫
田村 裕子, 田中 淑恵, 朴 峻, 小笠原康夫
渡邊 純, 野尻 和典, 茂垣 雅俊, 舛井 秀宣
長堀 薫

42. S-1 + Trastuzumab 併用療法が著効した後期高齢者切除不能進行胃癌の一例

三浦市立病院 外科 ○川邊 泰一, 小澤 幸弘, 和田 博雄, 木谷 勇一

43. CapeOX 療法で CR が得られた胃癌術後腹膜播種の 1 例

埼玉医科大学総合医療センター 消化管・一般外科 ○石川 葵, 福地 稔, 石畝 亨, 持木 彫人
石田 秀行

(14) 一般演題(胃・十二指腸 2) 14:46~15:10 座長 茅ヶ崎市立病院 消化器内科 村田 依子

44. 腹部超音波検査を契機に発見され術前診断に難渋した消化管異物の一例

大森赤十字病院 消化器内科 ○須藤 拓馬, 西村 正基, 立川 準, 栗原 大典
河合 恵美, 河野 直哉, 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

45. アスピリン喘息患者に発症した好酸球性十二指腸炎の 1 例

東京女子医科大学 消化器内科 ○小林亜也子, 久礼 里江, 日向有紀子, 山本 浩隆
山本 果奈, 徳重 克年
同 消化器内視鏡科 岸野真衣子, 中村 真一

46. CT が診断にきわめて有効であった十二指腸水平脚憩室出血の一例

菊名記念病院 消化器内科 ○中村 仁紀, 西本 史哉, 佐藤 知己, 庄司 達弘

47. 短期間に形成し破裂に至った膵十二指腸動脈瘤の 1 例

独立行政法人国立病院機構 東京医療センター 消化器科 ○高取 祐作, 窪澤 陽子, 平井悠一郎, 砂田由紀恵
阿部圭一朗, 平田 哲, 高田 祐明, 伴野 繁雄
和田 道子, 木下 聡, 森 英毅, 高林 馨
加藤 元彦, 菊池 真大, 浦岡 俊夫
同 外科 大住 幸司, 磯部 陽

(15) 一般演題(小腸・大腸) 15:10~15:34 座長 松島クリニック 深野 雅彦

48. カプセル内視鏡、ダブルバルーン小腸内視鏡が診断に有用であった出血性 Meckel 憩室の一例

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

49. 虫垂原発 GIST の 1 例

横須賀市立市民病院 外科 ○山田 淳貴, 長嶺弘太郎, 高橋 弘毅, 亀田久仁郎
山本 淳, 泉澤 祐介, 杉浦 浩朗, 峯岸 裕蔵
久保 章
同 病理診断科 竹川 義則

50. プロテインアレイを用いた新規大腸癌腫瘍マーカーの検索

千葉大学大学院 医学研究院 先端応用外科学 ○荒澤 孝裕, 加賀谷暁子, 松原 久裕
同 遺伝子生化学 日和佐隆樹, 瀧口 正樹

51. 閉塞性大腸癌に対する大腸ステントの有用性

藤沢市民病院 消化器外科 ○阿部 有佳, 山岸 茂, 木村 安希, 山田 淳貴
中堤 啓太, 峯岸 裕蔵, 山本 晋也, 牧野 洋知
上田 倫夫, 仲野 明

(16) 一般演題(大腸・その他) 15:34~15:52

座長 北里大学医学部 外科 筒井 敦子

52. アメーバ性大腸炎 53 例の検討

松島クリニック ○深野 雅彦, 高橋 敬二, 野澤 博, 西野 晴夫

53. 蛋白尿を契機に発見された腹腔内デスマイオイド腫瘍とネフローゼ症候群を合併した 1 例

獨協医科大学病院 健康管理科 ○大谷津まり子, 知花 洋子, 渡邊菜穂美, 大類 方巳
獨協医科大学 循環器・腎臓内科 石光 俊彦
同 第一外科 山口 悟, 佐々木欣郎, 加藤 広行
同 消化器内科 土田 幸平, 富永 圭一, 平石 秀幸

54. 腹腔鏡下手術を施行した仙骨前面骨髄脂肪種の 1 例

横浜市立大学 消化器・腫瘍外科学 ○小暮 悠, 石部 敦士, 諏訪 雄亮, 佐藤 圭
縦山 将士, 秋山 浩利, 遠藤 格

第2会場（午前の部）

研修医セッション評価者

| | | | |
|---------|------------|----|----|
| 横浜市立大学 | 消化器・腫瘍外科学 | 熊本 | 宜文 |
| 大森赤十字病院 | 消化器内科 | 後藤 | 亨 |
| 横須賀共済病院 | 消化器病センター外科 | 舛井 | 秀宣 |

(17) 研修医Ⅰ（食道・十二指腸） 8:05~8:29 座長 草加市立病院 消化器内科 鎌田 和明

55. 集学的治療に成功した頸部食道癌の一例

慶應義塾大学 医学部 ○豊田 佑美
同 消化器内科 石川 景子, 平田 賢郎, 鈴木 健, 川崎 健太
須河 恭敬, 高石 官均, 浜本 康夫, 金井 隆典

56. 食道 web を伴った Plummer-Vinson 症候群の1例

横須賀市立うわまち病院 消化器内科 ○鈴木 優也, 小宮 靖彦, 大熊 幹二, 梅沢翔太郎
森川瑛一郎, 秋間 崇, 池田 隆明

57. 十二指腸に病変を認めて、内視鏡で追跡しえた IgA 血管炎の2例

東京都済生会中央病院 内科 ○久保 創, 岸野 竜平, 林 智康, 小川 歩
田沼 浩太, 大原まみか, 星野 舞, 阿部 善彦
上田 真裕, 三枝慶一郎, 酒井 元, 船越 信介
中澤 敦, 塚田 信廣
同 病理科 廣瀬 茂道

58. 術前診断が困難であった十二指腸神経内分泌腫瘍の1例

東京通信病院 第一外科 ○植草 茉弓, 寺島 裕夫, 津久井 元, 奥田 純一
村田祐二郎, 山澤 邦弘, 佐藤 兼俊, 下里あゆ子
長谷川智彦, 寺下 勇祐, 福田 雄三, 織畑 光一
同 病理診断科 田村 浩一, 岸田由起子
同 消化器内科 小林 克也

(18) 研修医Ⅱ（胃） 8:29~8:53 座長 済生会横浜市南部病院 消化器内科 所 知加子

59. Helicobacter pylori 陰性分化型早期胃癌の1例

日本大学病院 ○野牛 聖那
日本大学医学部 内科学系消化器肝臓内科学分野 草野 央, 池原 久朝, 林 香里, 渡邊 幸信
岩塚 邦生, 三浦 隆生, 高橋 利実, 中河原浩史
後藤田卓志, 森山 光彦

60. CronKHITE-Canada 症候群に早期胃癌を合併した一例

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

61. 集学的治療が奏功した HER 2 陽性胃癌脳転移の一例

新松戸中央総合病院 消化器・肝臓内科 ○竹入 彩乃, 遠藤 慎治, 塙 紀子, 米澤 健
佐藤 祥之, 井家麻紀子, 安部 宏, 清水 晶平
加藤 慶三

62. 経口内視鏡の併用が有用であった腹腔鏡下に切除しえた胃 GIST の 1 例

汐田総合病院 消化器外科 ○粟井 章博, 松本 悠, 皆川 輝彦, 長谷部行健
矢持 淑子

(19) 研修医Ⅲ(小腸) 8:53~9:17 座長 横浜市立大学附属市民総合医療センター 消化器病センター外科 渡 遣 純

63. メッケル憩室による絞扼性イレウスの一例

済生会横浜市南部病院 消化器内科 ○鈴木 紗弥, 池田 礼, 中森 義典, 三村 秀樹
張 優美, 近藤 新平, 金田 義弘, 稲垣 尚子
山田 英司, 渡邊誠太郎, 京 里佳, 所 知加子
菱木 智, 川名 一朗
同 外科 古波蔵かおり, 村上 仁志, 福島 忠男

64. 軽微な腹部症状から急激な経過を辿った上腸間膜動脈血栓塞栓症の一部検例

東京医科大学 茨城医療センター 卒後臨床研修部 ○山下真里奈
同 消化器内科 上田 元, 平山 剛, 屋良昭一郎, 小西 直樹
門馬 匡邦, 村上 昌, 岩本 淳一, 本多 彰
池上 正, 松崎 靖司
同 病理診断部 松本 暢彦, 洪 健偉, 森下由紀雄

65. 冠動脈バイパス術後、リハビリ入院中に血便で発症した collagenous colitis の一例

東京通信病院 消化器内科 ○沖元 斉正, 関川憲一郎, 北村和貴子, 古谷 健悟
加藤 知爾, 大久保政雄, 小林 克也, 光井 洋
橋本 直明, 山口 肇
同 病理科 岸田由起子, 田村 浩一

66. 肺癌小腸転移の穿孔により緊急手術を要した 1 例

北里大学医学部 外科 ○斎藤 公哉, 三浦 啓寿, 筒井 敦子, 山梨 高広
中村 隆俊, 佐藤 武郎, 渡邊 昌彦

(20) 研修医Ⅳ(大腸 1) 9:17~9:35 座長 藤沢市民病院 消化器外科 山 岸 茂

67. 腸重積を来した横行結腸巨大脂肪腫に対し、ダブルバルーン内視鏡(DBE)で整復し留置スネアで根治し得た 1 例

自治医科大学附属病院 卒後臨床研修センター ○千葉 幸菜
自治医科大学 内科学講座 消化器内科学部門 岡田 昌浩, 坂本 博次, 矢野 智則, 高橋 治夫
林 芳和, 井野 裕治, 砂田圭二郎, 山本 博徳

68. 大腸癌異時性卵巣転移の 2 切除例の検討

東京高輪病院 外科 ○三崎 誠, 多胡 和馬, 谷本芽弘理, 原田 庸寛
池田 真美, 小山 広人

69. ウィルス性腸炎を契機に発見された大腸がんの1例

東邦大学医療センター 大森病院 ○竹下 智史
同 総合診療科 竹本 育聖, 貴島 祥, 前田 正, 渡邊 利泰
財 裕明, 中嶋 均, 瓜田 純久

(21) 研修医Ⅴ(大腸2) 9:45~10:09 座長 東海大学医学部 消化器内科 水上 創

70. 直腸肛門病変に対して人工肛門を造設後、空置した結腸に癌を生じたクローン病の一例

横浜市立市民病院 炎症性腸疾患科 ○今村 友美, 小金井一隆, 黒木 博介, 二木 了
辰巳 健志, 杉田 昭
同 病理診断科 林 宏行

71. 潰瘍性大腸炎に合併した急性膵炎の2例

東京医科歯科大学 消化器内科 ○保志ゆりか, 矢内 真人, 松岡 克善, 日比谷秀爾
勝倉 暢洋, 鬼澤 道夫, 北畑富貴子, 村川美也子
新田沙由梨, 藤井 俊光, 岡田英理子, 井津井康浩
中川 美奈, 柿沼 晴, 東 正新, 長堀 正和
朝比奈靖浩, 渡辺 守
同 光学医療診療部 竹中 健人, 大塚 和朗

72. サイトメガロウイルス腸炎の合併が疑われたステロイド投与歴のない潰瘍性大腸炎の一例

がん・感染症センター都立駒込病院 消化器内科 ○三橋 惇志, 清水口涼子, 柴田 理美, 千葉 和朗
来間佐和子, 大西 知子, 藤原 崇, 剛崎 有加
菊山 正隆, 小泉 浩一
同 内視鏡科 田畑 拓久, 藤原 純子, 荒川 丈夫, 門馬久美子

73. 潰瘍性大腸炎術後難治性直腸膿瘍に対して残存直腸および回腸嚢切除、回腸嚢肛門吻合を施行した1例

東京女子医科大学 卒後臨床研修センター ○吉田 傑
同 消化器・一般外科 板橋 道朗, 小川 真平, 大木 岳志, 松尾 夏来
谷 公孝, 前田 文, 井上 雄志, 山本 雅一

(22) 研修医Ⅵ(肝) 10:09~10:39 座長 JAとりで総合医療センター 消化器内科 河村 貴広

74. ALTA療法後に急性肝障害を発症し薬物性肝障害が疑われた1例

東京慈恵会医科大学第三病院 消化器・肝臓内科 ○川島れい美, 廣瀬 雄紀, 柴田 恵子, 赤須 貴文
横田 健晴, 今井 那美, 岩久 章, 小林 剛
木下 晃吉, 小林 裕彦, 伏谷 直, 木島 洋征
小池 和彦

75. DCV/ASV が無効で SOF/RBV で再治療したが再び Virologic Failure となった Genotype 1 b/2 b リコンビナント HCV による C 型慢性肝炎の 1 例

埼玉医科大学 消化器内科・肝臓内科 ○倉田 隼斗, 内田 義人, 神山 淳一, 内木佳代子
中山 伸朗, 相馬 直人, 山羽 晋平, 斎藤 陽一
塩川 慶典, 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, 持田 智

76. 潰瘍性大腸炎を合併した原発性硬化性胆管炎の 1 例

東京慈恵会医科大学内科学講座 消化器・肝臓内科 ○川角 祐樹, 石田 仁也, 佐伯 千里, 天野 克之
上竹慎一郎, 石川 智久, 加藤 智弘, 猿田 雅之

77. 原発性胆汁性胆管炎に伴う難治性肝性胸水に対し胸腔腹腔シャントが著効した 1 例

昭和大学 医学部 内科学講座 消化器内科学部門 ○音山 裕美, 魚住祥二郎, 中島 陽子, 杉浦 育也
梶原 敦, 荒井 潤, 下間 祐, 打越 学
野本 朋宏, 坂木 理, 吉田 仁

78. シャント脳症治療により DAAs 治療が行えた維持透析中の C 型肝硬変の一例

東京都保健医療公社大久保病院 消化器内科 ○仲西里奈子, 鈴木 智彦, 窪田 剛実, 成富 里穂
篠崎 幸子, 梅澤 正美, 林 星舟

(23) 研修医Ⅶ(胆) 10:39~10:57 座長 国立病院機構横浜医療センター 外科 関 戸 仁

79. セフトリアキソンによる偽胆石から急性重症膵炎を来した一症例

済生会横浜市東部病院 消化器内科 ○富田 宜孝, 大久保雄介, 清水 良, 山田 悠人
渡辺 浩二, 鈴木 雄太, 米田 将隆, 岸本 有為
馬場 毅, 中野 茂, 牧野 博之

80. *Vibrio parahaemolyticus* による胆道感染の一例

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

81. 肝動脈化学塞栓療法後に壞疽性胆嚢炎をきたし緊急胆嚢摘出術を施行した 1 例

横浜市立みなと赤十字病院 外科 ○北田悠一郎, 藤原 大樹, 大石 裕佳, 鳥谷建一郎
前橋 学, 杉政奈津子, 高橋 直行, 柿添 学
中畷 雅之, 小野 秀高, 馬場 裕之, 阿部 哲夫
杉田 光隆
同 消化器内科 吉野 耕平

(24) 研修医Ⅷ(胆・膵) 10:57~11:21 座長 日本鋼管病院 消化器肝臓病センター 大 塚 征 爾

82. 胆管ステント依存状態の慢性膵炎経過観察中にバリウム剤による胆管炎を発症した一例

NTT 東日本関東病院 ○吉本雄太郎, 石井 研, 藤田 祐司, 松橋 信行

83. 造影 EUS が診断に有用だった膵胆管合流異常症の 1 例

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

84. 膵管癒合不全が原因と考えられた再発性急性膵炎の一例

横浜旭中央総合病院 消化器内科 ○平泉 恵, 浅井 亮平, 志村 裕人, 竹中 弘二
高田 康裕, 木村 佑, 橋本 洋, 保阪 政樹
山中 太郎

85. 複雑な合併症を有する Walled-off necrosis に対し EUS ガイド下嚢胞ドレナージ術後の長期保存的治療にて完治した 1 例

横浜市立大学附属病院 肝胆膵消化器病学 ○栗田 大輔, 佐藤 高光, 岩崎 暁人, 栗田 裕介
香川 幸一, 細野 邦広, 中島 敦, 窪田 賢輔

(25) 研修医区(膵・その他) 11:21~11:39 座長 済生会横浜市東部病院 消化器内科 中野 茂

86. 膵体部癌の術前診断で切除を行った自己免疫性膵炎の 1 例

ジャパンメディカルアライアンス 海老名総合病院 ○岡本 陸, 小泉 正樹, 針金 幸平, 鎌田 順道
去川 秀樹, 宮前 拓, 萩原 英之

87. 好酸球性多発血管炎性肉芽腫症の 1 例

昭和大学 横浜市北部病院 消化器センター ○山岡大志郎, 大宮 俊啓, 林 武雅, 工藤 進英
佐藤 雄太, 神山 勇太, 桜井 達也, 武田 健一
石垣 智之, 藤井 崇, 三澤 将史, 若村 邦彦
石田 文生
昭和大学病院 リウマチ膠原病内科 三輪 裕介, 前岡 愛里
同 消化器一般外科 伊達 博三, 五島 哲, 村上 雅彦
同 リウマチ膠原病内科
同 消化器一般外科 古屋 秀和

88. 診断に難渋した家族性地中海熱の一例

佐野厚生総合病院 ○江崎 諒, 岡村 幸重, 猪口 和美, 下嵯啓太郎
赤坂 茉莉, 上岡 直史, 上原 淳, 寺元 研
東澤 俊彦, 関根 忠一

第2会場（午後の部） 一般演題

(26) 一般演題(肝1) 14:10~14:34 座長 群馬大学医学部附属病院 肝胆膵外科学 塚 越 真梨子

89. C型肝炎IFNフリー治療における門脈圧の検討

日本鋼管病院 消化器肝臓病センター ○中村 篤志, 長田 俊佑, 細川 悠栄, 神崎 拓磨
染矢 剛, 大塚 征爾, 奥山 啓二, 吉岡 政洋

90. 血小板増多症とProtein C低下を背景とした門脈・上腸間膜静脈血栓症の一例

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

91. 経皮的腫瘍生検で診断した単発性肝類上皮血管内皮腫の1切除例

けいゆう病院 外科 ○関 博章, 石井賢二郎, 安井 信隆, 坂田 道生
嶋田 昌彦, 松本 秀年

92. 孤立性肝結核腫と考えられる肝腫瘍に対して右肝切除を施行した1例

東海大学医学部付属八王子病院 消化器外科 ○阿部 凛, 和泉 秀樹, 吉井 久倫, 小池 卓也
宇田 周司, 横山 大樹, 庫本 達, 町田 隆志
茅野 新, 向井 正哉, 野村 栄治, 幕内 博康

(27) 一般演題(肝2) 14:34~14:58 座長 日本医科大学付属病院 消化器外科 神 田 知 洋

93. 当科の多発肝嚢胞に対する肝切除+残存嚢胞開窓術の成績

横浜掖済会病院 外科 ○堀井 伸利, 森岡 大介, 大山 倫男, 高倉 秀樹
佐藤 芳樹, 渡會 伸治

94. 高度静脈浸潤を認め、腫瘍組織内に合胞体様の多核巨細胞を多数認めた再発肝細胞癌の一例

帝京大学ちば総合医療センター 外科 ○笠原 康平, 笠原 康平, 廣島 幸彦, 川口 大輔
平野 敦史, 森 幹人, 小杉 千弘, 松尾 憲一
首藤 潔彦, 幸田 圭史, 田中 邦哉
同 病理部 山崎 一人

95. 混合型肝癌と術前診断した細胆管細胞癌の1例

済生会横浜市南部病院 外科 ○有坂 早香, 高川 亮, 瀬上 顕貴, 菅原 裕子
横井 英人, 橋本 至, 古波蔵かおり, 須藤 友奈
嶋田 和博, 林 勉, 村上 仁志, 平川 昭平
長谷川誠司, 池 秀之, 中山 崇

同 外科 病理診断科 福島 忠男

96. 細胆管細胞癌の肝内再発に対し再切除を施行した一例

横浜市立大学医学部 消化器腫瘍外科学 ○矢後 彰一, 澤田 雄, 熊本 宜文, 清水 康博
押 正徳, 高橋 智昭, 堀井 伸利, 藪下 泰宏
平谷 清吾, 森 隆太郎, 松山 隆生, 遠藤 格
横浜市立大学付属病院 病理部 日比谷孝志, 山中 正二

(28) 一般演題(胆) 14:58~15:22 座長 東京女子医科大学 消化器外科 出雲 渉

97. ランブル鞭毛虫症に合併した胆管癌の1例

JCHO 横浜保土ヶ谷中央病院 外科 ○朴 峻, 上向 伸幸, 高畑 太輔, 有坂 早香
小澤真由美, 谷口 浩一, 齋藤 健人

98. 浸潤部の組織型が腺癌を主体としていた胆管原発腺扁平上皮癌の一例

横浜市立みなと赤十字病院 外科 ○杉田 光隆, 大石 裕佳, 鳥谷建一郎, 前橋 学
藤原 大樹, 杉政奈津子, 高橋 直行, 柿添 学
中畠 雅之, 小野 秀高, 馬場 裕之, 阿部 哲夫
同 病理部 熊谷 二郎

99. 経乳頭の胆嚢生検が治療方針決定に寄与した悪性黒色腫多臓器転移の一例

がん研有明病院 肝胆膵内科 ○金田 遼, 山田 育弘, 片岡 星太, 石垣 和祥
佐々木 隆, 松山 真人, 尾阪 将人, 高野 浩一
笹平 直樹

100. 右側肝門索を伴う肝内結石症に対して腹腔鏡下肝切除を行った一例

北里大学 医学部 外科 ○藤山 芳樹, 隈元 雄介, 海津 貴史, 田島 弘
西澤 伸恭, 永 慈教, 渡邊 昌彦

(29) 一般演題(膵) 15:22~15:40 座長 ジャパンメディカルアライアンス海老名総合病院 外科 萩原 英之

101. 消化管通過障害を契機に発見された破骨型多核巨細胞を伴う退形成膵癌の1例

横須賀共済病院 消化器病センター 外科 ○大矢 浩貴, 野尻 和典, 舛井 秀宣, 小笠原康夫
木村 準, 渡邊 純, 茂垣 雅俊, 長堀 薫
同 病理診断科 津浦 幸夫
東海大学医学部 病理診断学 平林 健一

102. 膵癌と乳頭部癌の同時性重複癌の1例

国立病院機構 横浜医療センター 外科 ○山本 悠史, 関戸 仁, 武田 和永, 松田 悟郎
清水 哲也, 渡部 顕, 久保 博一, 豊田 純哉
同 臨床検査科 新野 史

103. FOLFIRINOX 療法を含む集学的治療で4年6か月の長期生存を得た転移性膵癌の一例

東京大学大学院 医学系研究科 消化器内科学 ○佐藤 達也, 松原 三郎, 中村 知香, 武田 剛志
梅舟 仰胤, 齋藤 圭, 齋藤 友隆, 高木 馨
渡邊 健雄, 内野 里枝, 高原 楠昊, 水野 卓
木暮 宏史, 中井 陽介
順天堂大学 医学部附属順天堂医院 消化器内科 伊佐山浩通, 小池 和彦

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 |
|------|--------------------------------------|-------------------|-------------|-------------------|
| 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腸外科学分野) | 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 日立社会連携教育センター) | 平成30年 2月17日(土) | 東京 海運クラブ | 11月1日 ～12月6日予定 |
| 349 | 青 木 琢 (獨協医科大学 第二外科) | 4月28日(土) | 東京 海運クラブ | 1月17日 ～2月21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 | 6月2日(金) |
| 31 | 杉 田 昭 (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345回)例会のお知らせ

期 日：平成29年7月15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：「新しい時代に入った炎症性腸疾患治療を考え直す！」

演者：東京医科歯科大学 消化器内科 教授 渡辺 守
司会：東邦大学医療センター佐倉病院 消化器内科 教授 鈴木 康夫

ランチオンセミナー：「今なぜIBDか」

演者：北里大学北里研究所病院 炎症性腸疾患先進治療センター 副センター長 小林 拓
司会：東京慈恵会医科大学附属病院 消化器・肝臓内科 主任教授 猿田 雅之

第8回ハンズオンセミナー：研修医向けに『汎用超音波診断装置』を用いたハンズオンセミナーを開催いたします。

*10:00～12:00を予定しております。①10:00～②10:20～③10:40～④11:00～

⑤11:20～⑥11:40～

*詳しくは、日本消化器病学会ホームページにてご案内させていただきます。

希望者はホームページご案内に従って、お申込みください。定員になり次第切といたします。

*本学会の会員でない研修医も受講できます。

*子育て中の女性医師も受講できます。

当番会長：鈴木 康夫(東邦大学医療センター佐倉病院 消化器内科 教授)

〒285-8741 千葉県佐倉市下志津564-1

TEL 043-462-7370 FAX 043-462-7370

連絡先：事務局長 高田 伸夫/事務担当 菊池 幸子(東邦大学医療センター佐倉病院 消化器内科)

◆研修医・専修医セッションについて◆

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

お問い合わせについて

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

日本消化器病学会関東支部 第30回教育講演会ご案内
(日本消化器病学会専門医制度：18単位)

日時：2017年6月25日(日) 9:30～17:00

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

会長：齋藤 英胤 (慶應義塾大学薬学部薬物治療学講座)

主題：「進化する消化器病診療」

◆開会の辞◆齋藤 英胤 (第30回教育講演会会長)

◆モーニングセミナー◆「病態生理に基づくGERD診療」

講師：正岡 建洋 (慶應義塾大学医学部内科学 (消化器))

司会：平田 喜裕 (東京大学医学部附属病院消化器内科)

◆講演1◆「生活習慣と肝疾患」

講師：徳重 克年 (東京女子医科大学消化器病センター消化器内科)

司会：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)

◆講演2◆「食道がん 集学的治療の現況と今後の展開」

講師：北川 雄光 (慶應義塾大学医学部外科学)

司会：小澤 壯治 (東海大学医学部消化器外科)

◆ランチョンセミナー◆「C型肝炎の最新治療と新たな課題」

講師：朝比奈靖浩 (東京医科歯科大学消化器内科肝臓病態制御学)

司会：森山 光彦 (日本大学医学部内科学系消化器肝臓内科学分野)

◆講演3◆「機能性ディスぺプシア 診療の進歩」

講師：永原 章仁 (順天堂大学医学部附属静岡病院消化器内科)

司会：平石 秀幸 (獨協医科大学消化器内科)

◆講演4◆「炎症性腸疾患治療の現在と今後の展望」

講師：久松 理一 (杏林大学医学部第三内科学教室)

司会：金井 隆典 (慶應義塾大学医学部内科学 (消化器))

◆アフタヌーンセミナー◆「肝硬変腹水治療の進歩」

講師：川本 智章 (日本医科大学消化器・肝臓センター)

司会：松崎 靖司 (東京医科大学茨城医療センター)

◆講演5◆「膵疾患における内視鏡診療の進歩」

講師：糸井 隆夫 (東京医科大学消化器内科)

司会：吉田 仁 (昭和大学医学部内科学講座消化器内科学部門)

◆支部長挨拶◆峯 徹哉 (東海大学医学部消化器内科)

◆閉会の辞◆齋藤 英胤 (第30回教育講演会会長)

参加方法：事前登録制となりますので、2017年6月2日(金)までに関東支部ホームページの参加登録から、お申し込み下さい。

参加費 (5,000円、テキスト代含む) は事前振込となります。

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

※定員になり次第、締め切らせて頂きます。(定員500名)

更新単位：18単位

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

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

問合せ先：日本消化器病学会関東支部第30回教育講演会 運営事務局

(株) サンプラネット内 担当：高橋

〒112-0012 東京都文京区大塚3-5-10 住友成泉小石川ビル6F

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

E-mail: kantok30@sunpla-mcv.com

1 CT colonography, CT angiographyにて診断し得た結腸動脈奇形の1例

順天堂大学 医学部 消化器内科¹⁾、
順天堂大学附属江東高齢者医療センター 消化器内科²⁾
高橋 翔¹⁾、青山友明¹⁾、高田勇登¹⁾、稲見義宏¹⁾、富嶋 亨¹⁾、
竹田 努¹⁾、斉藤紘昭¹⁾、浅岡大介²⁾、加藤順子¹⁾、山科俊平¹⁾、
澁谷智義¹⁾、坂本直人¹⁾、渡辺純夫¹⁾

【症例】63才女性【主訴】貧血【現病歴】2型糖尿病にて外来通院中、1か月でHb 10.4 g/dlから7.8g/dl低下を認めた。明らかな黒色便や鮮血便はなく、血液疾患は否定的であった。上下部消化管内視鏡では明らかな出血性病変は認めなかったが、上行結腸に毛細血管拡張を認めた。鉄剤の内服で経過観察となった。しかし、約1か月後の外来受診時にHb:6.0g/dlと低下進行を認めた。同日腹部造影CTを施行したところ動脈相にて上行結腸内に造影剤の漏出を疑わせる所見を認め、消化管出血疑いに緊急入院となった。【経過】入院後の下部消化管内視鏡にて上行結腸だけではなく回盲弁下唇・盲腸にも毛細血管拡張を認め、さらに前回指摘された上行結腸毛細血管拡張部位の一部はSMT様に隆起していた。またこの病変は拍動性であったことから、動脈奇形が第一に疑われた。小腸カプセル内視鏡では回盲部付近で活動性出血を認め、血管拡張部位からの出血が考えられた。APCによる治療も検討されたが、サイズの大い拍動性病変であったためAPCは行わなかった。質的診断目的にCT colonography(CTC)・CT angiography(CTA)を施行したところ、上行結腸のSMT付近の粘膜下層に流入する動脈性の血管を認めた。また、回盲部に複数の異常血管の拡張、集簇像を認めた。さらに、超音波内視鏡では第3層内に均一な無エコーと低エコー域の一部交通があり、腸管外血管との連続性も確認できた。以上の所見より結腸動脈奇形と診断した。その後、責任血管に対しコイル塞栓術を施行した。術後3か月後のCTC、CTAにてSMT様隆起および回盲部付近の異常血管の消失を確認した。【考察】平坦病変や小病変、前処置不良例は他検査による診断が必要となるが、本症例の動脈奇形は隆起を伴いまた血管径も比較的大かったことからCTC・CTAによる質的診断および経過観察が可能であった。結腸動脈奇形の診断にCTC・CTAが有用であることが示唆された。

動脈奇形, CT

3 診断に難渋したループス腸炎の1例

東京慈恵会医科大学附属病院 消化器・肝臓内科
三国隼人, 野口正明, 千葉允文, 光永真人, 猿田雅之

症例は37歳、生来健康な女性。
20XX年6月頃より腹痛、水様性下痢、嘔吐が出現し、当科外来を受診した。上部消化管内視鏡検査、腹部CTを施行したが確定診断には至らず、対症療法を行ったが症状の再燃と寛解を繰り返した。8月26日の便検査でCD toxinが検出されたため、9月6日よりメトロニダゾールの内服を開始したものの改善を認めなかった。水様性下痢、嘔吐が頻回となり経口摂取が困難なため、9月27日精査加療目的で入院となった。
入院時施行した便検査ではCD toxinは陰性であった。腹部造影CTでは下行結腸から直腸を中心に全大腸の腸管壁が浮腫性に肥厚し、胃前庭部および十二指腸や一部小腸にも浮腫が認められた。また肝表および骨盤内に少量の腹水貯留と膀胱壁の不整な肥厚も認められた。上部内視鏡検査では異常を認めず、下部内視鏡検査では、右側結腸を中心に全大腸全体の浮腫を認めたが、びらん、潰瘍などの粘膜病変は指摘されなかった。胃、十二指腸、大腸の粘膜生検でも特異的な所見は認めなかった。血液検査では白血球減少および軽度の貧血を認め、抗核抗体が320倍と高値、またC4 8mg/dLと補体の低下を認めた。また尿蛋白0.58g/dayと蛋白漏出が確認されたことよりSLEと診断され、消化管病変はループス腸炎との診断に至った。
10月26日よりプレドニゾン60mg/day内服での加療を開始したが症状の改善乏しく、10月31日よりプレドニゾン80mg/dayに増量した。その後症状の改善を認めたためプレドニゾンの漸減を行い、症状の再燃を認めなかった。

ループス腸炎, SLE

2 内視鏡的整復が可能であった盲腸捻転の1例

国立国際医療研究センター病院 消化器内科¹⁾、同 放射線診断科²⁾、
同 外科³⁾
飯田龍洋¹⁾、大久保栄高¹⁾、小林桜子¹⁾、下村 暁¹⁾、泉 敦子¹⁾、
濱田麻梨子¹⁾、松下祐紀¹⁾、岡原昂輝¹⁾、柳瀬幹雄¹⁾、秋山純一¹⁾、
志多由孝²⁾、山田玲央³⁾

【症例】46歳男性【主訴】腹部膨満感【既往歴】鼠径ヘルニア術後、便秘症【現病歴】200X年1月Y日に腹部膨満感で近医受診した。便秘の診断で下剤を内服したが、腹痛と嘔気が出現し、排便も得られずY+3日に当院紹介となった。来院時、腹部は膨満していたが軟で、全体に軽度の圧痛を認めた。腹部X線写真では左上腹部にcoffee bean sign様に拡張した大腸とniveau像を認めた。腹部造影CTでは回結腸動脈の周囲にwhirl signを認め、拡張腸管からは虫垂が起始しており盲腸捻転が疑われた。少量の腹水を認めたが明らかな腸管壊死所見はなく、透視下での内視鏡的整復を試みる方針とした。上行結腸から盲腸にかけて捻転しており、加えて、上行結腸から回腸末端にかけて粘膜浮腫、結腸は発赤、輪状潰瘍を伴い、虚血性変化が認められた。粘膜の性状から壊死には陥っていないと判断し、拡張した盲腸で減圧・便の吸引を行った。透視下で腸管ガスの減少、腹部症状の軽快を確認し、終了した。経過は良好で、第3病日に排便を認め経口摂取を開始した。保存的な加療のみでは再発が高率のため、待機的手術の方針とし、第7病日に退院とした。【考察】盲腸捻転は比較的稀な疾患であり、本国では腸閉塞全体の0.4%、結腸軸捻転の5.9%を占める。また、S状結腸捻転と比べて若年者に多く、原因は盲腸・上行結腸の後腹膜への固定不全による移動盲腸である。内視鏡的整復の成功率は30%前後と低く、再発も13~75%と高率であるため、手術に先行して行うべきかについて見解は一定しない。今回、内視鏡的整復が可能であった比較的稀な盲腸捻転の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。

内視鏡的整復, 移動盲腸

4 中毒性巨大結腸症を合併し、保存的加療で改善した劇症型Clostridium difficile関連腸炎の1例

東京労災病院 消化器内科
掛川達矢, 西中川秀太, 小嶋啓之, 吉峰尚幸, 武田悠希, 高亀道生,
原 精一, 大場信之, 児島辰也

症例は80歳男性。糖尿病性腎症、COPD、狭心症、大動脈弁狭窄症にて近医受診中であった。2016年12月中旬より微熱があり、感冒の診断で近医より抗生剤(Garenoxacin)を4日間内服した。その後発熱が続くため12月下旬に当院を受診した。血液検査でWBC26300/μl, CRP 22.69 mg/dlと炎症反応は上昇し、BUN 74 mg/dl, Cr 4.89 mg/dlと腎機能障害を認め腎臓内科に入院となり抗生剤の投与が開始された。入院後より右下腹部痛を認め、第2病日の腹部CTにて脾彎曲部を中心とした腸管壁の肥厚を認めたため急性腸炎の疑いで当科に転科となった。しかし、第3病日も炎症反応の改善を認めず、ショックバイタルを呈した。腹部CTでは結腸内に多量のガス貯留を認め、中毒性巨大結腸症様の腸管拡張像を呈し、劇症型Clostridium difficile(以下CD)関連腸炎が疑われた。同日よりVancomycinの内服、Metronidazolの点滴静注を開始し、Polymyxin B immobilized fiber column direct hemoperfusion(以下PMX-DHP)を計2日間、第4病日よりAN69ST膜によるContinuous Hemodiafiltration(以下CHDF)を計4日間施行した。第10病日に昇圧剤、CHDFを離脱し一般病床へと転科した。同日に排便を認め、便中CD toxin簡易抗原検査を施行したところ、第11病日にCD抗原/毒素ともに陽性であった。第16病日に下部消化管内視鏡検査を施行したところ、全結腸に粘膜の発赤と浮腫状変化を認めたが偽膜の形成は認めなかった。第17病日より経口栄養を開始し、第28病日経過良好にて退院した。複数の併存疾患を有する高齢者に発症した、劇中毒性結腸症を合併する劇症型CD関連腸炎を経験した。劇症型CD関連腸炎は死亡率が高く、早期手術が推奨されるが、術後死亡率は高く予後不良な場合が多い。今回我々はPMX-DHPとAN69ST膜によるCHDFを用い、保存的加療で改善した症例を経験したため報告する。

CD腸炎, AN69ST膜

藤沢市民病院 外科

堀内真樹, 山岸 茂, 酒井 淳, 木村安希, 山田淳貴, 阿部有佳, 中堤啓太, 峯岸裕蔵, 山本晋也, 牧野洋知, 上田倫夫, 仲野 明

【背景】大腸神経内分泌腫瘍は比較的稀な疾患であり、補助化学療法や集学的治療の有効性等、いまだ検討すべき点は多い。【対象と方法】2007年1月から2016年4月までに当院で経験した大腸神経内分泌腫瘍11例を対象とした。【目的】大腸神経内分泌腫瘍の自験例11例について、治療と予後をretrospectiveに解析した。【結果】年齢の中央値は67(53-81)歳、男性6例、女性5例であった。腫瘍局在は、Rb 6例、Ra 1例、Rs 1例、A 2例、T 1例であり、2010年WHO分類では、NET G1 6例、NEC 5例であった。NET G1症例では腫瘍径は中央値6(3-10)mmで、いずれも内視鏡的粘膜切除術が施行された(根治度EA)。1例はリンパ管侵襲陽性であり外科的追加切除が施行された。NET G1の6例は全例無再発生存中である(観察期間中央値7年0ヶ月)。NEC症例では、腫瘍径は中央値44.1(20-60)mmで、初診時のTNM cStageはII:1例、III:1例(IV:3例、肝:1例、大動脈周囲リンパ節:1例、鼠径リンパ節:1例、卵巣:1例、腹膜播種:1例、重複あり)であった。StageII症例は根治切除後に術後補助化学療法(FOLFOX 7kur)を施行し、3年4ヶ月無再発生存中である。StageIII症例は治療切除を行ったが、術後4ヶ月で他病死亡した。StageIV症例は3例中2例で原発巣切除を施行した。原発巣切除の1例は二期的に肝切除を施行しR0を得た。他の1例は術後早期の全身転移により術後3ヶ月で死亡した。StageIV症例に対して化学療法の内訳は、ZELOX+Bevが1例、FOLFOX+Bevが2例だった。StageIV症例の平均生存期間は306日と不良であった。【結語】NETG1症例では内視鏡治療などの局所治療が有効であり、尿管侵襲陽性症例でも追加切除により良好な予後を得られる可能性がある。NECは、治療切除症例では比較的長期の予後ができるが、非治療切除例は極めて予後不良であり、有効な化学療法レジメンの確立が必要であると考えられた。

大腸神経内分泌腫瘍, NET

日本医科大学 消化器内科学

大野弘貴, 河越哲郎, 池田 剛, 阿川周平, 樋口和寿, 野田啓人, 山脇博士, 小高康裕, 名取耶浩幸, 植木信江, 辰口篤志, 二神生爾, 岩切勝彦

(背景)大腸癌の化学療法は5-FU, CPT-11, L-OHP, 抗VEGF抗体, 抗EGFR抗体といったkey drugを使い切ることが延命に重要だと言われている。key drugを使い切ったあとは緩和治療のみになることが多い。今回、我々はkey drugを使い切ったあとに5-FU系のS-1と抗EGFR抗体の再導入が有効であった1例を経験したので報告する。(症例)症例は63歳女性。既往に脳梗塞がある。2012年10月に腹痛出現し当院受診。腸管穿孔による腹膜炎の診断で緊急手術を受けた後、盲腸癌・肝肺転移と最終診断された。術後より化学療法を開始した。脳梗塞の既往があり抗VEGF抗体とregorafenibは使用を控えた。化学療法は1次治療:mFOLFOX6+cetuximab, 2次治療:FOLFIRI, 3次治療:TAS102で行い治療開始18.5か月経過したところでkey drugを使い切った状況となった。その時点で患者のperformance status(PS)(ECOG)は1点であり本人の希望もあったため4次治療として再び5-FU系のS-1を投与したところ、7か月間progression free survival(PFS)を保つことができた。S-1治療不応後、本人の同意を得て再び抗EGFR抗体であるpanitumumabで治療開始したところ7.5か月のPFSを保つことが出来、最期は肺炎を併発し治療開始39か月で永眠となった。rechallenge治療中はgrade3以上の有害事象は発現なく、PSも1で保つことが出来た。(結論)我々はkey drugを使い切ったあとにS-1と抗EGFR抗体の再導入が有効であった切除不能大腸癌の1例を経験した。今後、薬剤rechallenge治療の有効性の検証が期待される。

rechallenge治療, 切除不能大腸癌

上腸間膜動脈より下腸間膜動脈が分岐する直腸癌に対して腹腔鏡下手術を施行した1例

横浜市立大学附属市民総合医療センター 消化器病センター外科¹⁾, 横浜市立大学医学部 消化器・腫瘍外科学²⁾, 南澤忠佑¹⁾, 諏訪宏和¹⁾, 平井公也¹⁾, 中川和也²⁾, 菅野伸洋²⁾, 虫明寛行²⁾, 湯川寛夫²⁾, 大田貞由²⁾, 國崎主税¹⁾, 遠藤 格²⁾

症例は66歳女性。下血を主訴に前医受診。直腸癌と診断され、手術目的で当院紹介となった。術前の腹部造影CT検査で、下腸間膜動脈は上腸間膜動脈より分岐し、下腸間膜静脈沿いに下行していた。直腸癌RaRb, cT2N0M0, cStageIの術前診断で、腹腔鏡下超低位前方切除術、一時的回腸人工肛門造設術の方針とした。術中所見では術前の画像診断同様、下腸間膜動脈は上腸間膜動脈から分岐していた。通常下腸間膜動脈が大動脈から分岐する十二指腸尾側レベルから左結腸動脈分岐部までに存在する脂肪織をNo.253として郭清し、下腸間膜動脈本幹と左結腸動脈は温存し、上直腸動脈を切離した。術後は乳糜漏を認めたが、保存的治療で改善し、術後10日目に退院となった。下腸間膜動脈の分岐異常は少なく、本邦報告例は4例である。うち、直腸癌3例、絞扼性イレウス1例の手術例で報告されており、非常に稀な症例であるので文献的報告を加え、報告する。

下腸間膜動脈, 分岐異常

Listeria monocytogenes感染による潰瘍性大腸炎増悪を認めた1例

新東京病院 消化器内科

村上大輔, 勝山泰志, 中原良太郎, 清水貴徳, 末廣聡士, 早坂健司, 原田英明

症例は85歳、男性。2013年から潰瘍性大腸炎の経過観察中であったが、血便の増悪を認めたため、ステロイドの増量およびアザチオプリン内服が開始となっていた。41℃台の高熱、血便および意識障害のため当院救急搬送され、原因不明の重症感染症が疑われたため、入院のうえ広域抗菌薬を開始とした。入院後の下部消化管内視鏡所見では、易出血性で広範な潰瘍を伴っており、潰瘍性大腸炎の増悪を認めた。入院後4日目は解熱し、全身状態および意識障害も改善した。血液培養からはListeria monocytogenesが検出されたため、アンピシリンへ変更した。その後の血液培養は陰性であった。原因菌と来院時の意識障害から髄膜炎が疑われたため、腰椎穿刺および頭部MRI検査を施行したが、特記すべき異常所見は認めなかった。潰瘍性大腸炎の治療には、メサラジン注腸、ステロイド静注および白血球除去療法を併用し、炎症に伴う貧血や低アルブミン血症に対しては適宜輸血製剤を使用した。また、コントロール不良のため長期の入院治療となった。また、髄膜炎によると考えられる後遺症に加え廃用症候群に伴う嚥下機能低下から誤嚥を繰り返し、経口摂取は断念し中心静脈ポートを造設とした。その後、発熱や血便は落ち着いたので、年齢や予後も考慮し、積極的治療介入はせず現状維持の方針となった。Listeria症は、乳製品や食肉加工品などの食品を媒介とする感染症であり、本症例では、治療に伴う易感染状態および炎症による大腸粘膜の破綻が、感染の契機となったことが予想された。Listeria感染では、TNFがその感染防御の中心的役割を果たすことが知られており、炎症性腸疾患治療による免疫抑制が感染リスクとして懸念されている。今回、Listeria感染を契機に潰瘍性大腸炎増悪を認め、免疫力低下状態から重症感染症を呈した1例を経験したため報告する。

潰瘍性大腸炎, Listeria

潰瘍性大腸炎治療中にmesalazineによる薬剤性好酸球性肺炎を発症しazathioprineにより寛解維持を得られた一例

湘南鎌倉総合病院 消化器病センター¹⁾, 同 病理診断科²⁾, 同 呼吸器内科³⁾
河東堤子¹⁾, 佐々木亜希子¹⁾, 江頭秀人¹⁾, 所晋之助¹⁾, 市田親正¹⁾, 田澤智彦¹⁾, 成 志弦¹⁾, 増田作栄¹⁾, 小泉一也¹⁾, 金原 猛¹⁾, 工藤まどか²⁾, 武田宏太郎²⁾, 手島伸一²⁾, 杉本栄康³⁾, 賀古 真¹⁾

症例は45歳、女性。2016年3月、便潜血陽性のため施行した下部消化管内視鏡検査で潰瘍性大腸炎 (ulcerative colitis: UC) 全大腸炎型と診断し、mesalazine 3000mg/日の内服を開始した。症状は消失し寛解が得られたが、3ヵ月後より左胸痛と咳嗽、発熱が出現した。胸部CTで左上葉を中心とした非区域性のすりガラス影を認めたため、精査目的に気管支肺胞洗浄 (bronchoalveolar lavage: BAL)、経気管支肺生検 (transbronchial lung biopsy: TBLB) を施行した。BALでは78%と著明な好酸球増多を認め、TBLBでは肺胞上皮、肺胞壁への好酸球浸潤がみられ、臨床経過と合わせてmesalazineによる好酸球性肺炎と診断した。Mesalazineの中止と共にPrednisolone (PSL) 20mg/日を開始したところ、症状ならびに胸部レントゲン上の左上肺野浸潤影も著明に改善した。PSLを漸減中止した5ヵ月後にUCが再燃したが、計8回の顆粒球吸着療法 (GCAP) により寛解導入し、azathioprine 50mg/日により現在も寛解を維持している。Mesalazine内服中のUC患者に肺障害が見られた場合、UCの腸管外病変や薬剤性肺障害などの可能性が考えられる。前者は肺合併症全て合わせても約1.7%と稀であり、後者も国内での報告は40%程度に留まる。本症例はBAL、TBLB、ステロイド反応性や他に原因、被疑薬が指摘できないことから、mesalazine内服に伴う薬剤性好酸球性肺炎と診断した。Mesalazineが副作用等により使用困難となった場合、寛解維持にはMesalazineの減感作療法による再導入や免疫調整剤の使用が選択肢として挙げられる。本症例では、入院を要するほどの重篤な副作用が生じたため、減感作療法ではなく免疫調整剤を治療として選択し、良好な経過を得られたので報告する。

好酸球性肺炎, メサラジン不耐

潰瘍性大腸炎治療中にアザチオプリンによるEBウイルス関連血球貪食症候群をきたした1例

埼玉医科大学 総合診療内科¹⁾, 同 中央病理診断部²⁾
宮口和也¹⁾, 山岡 稔¹⁾, 芦谷啓吾¹⁾, 大庫秀樹¹⁾, 青柳龍太郎¹⁾, 正田 航¹⁾, 中山智博¹⁾, 大崎篤史¹⁾, 草野 武¹⁾, 白崎文隆¹⁾, 野口 哲¹⁾, 菅野 龍¹⁾, 小林威仁¹⁾, 飯田慎一郎¹⁾, 廣岡伸隆¹⁾, 都築義和¹⁾, 宮川義隆¹⁾, 石澤圭介²⁾, 芽野秀一²⁾, 中元秀友¹⁾, 今枝博之¹⁾

19歳、女性。4年前に繰り返す血便で当科受診し、大腸内視鏡で全大腸炎型潰瘍性大腸炎と診断され、5-ASA 3,600mg/日の服用で改善した。2年前より血便あり、アザチオプリン(AZA) 50mg/日開始。その後も時折血便があり、PSLの投与を繰り返していた。1年前AZA100mg/日に増量し、PSLを中止した。入院5日前より発熱、眼痛、寒気、咳嗽を認め、当科受診。血液検査で白血球940/ μ L、好中球589/ μ L、Hb 11.1g/dL、Plt 13万/ μ Lと発熱性好中球減少症を疑い入院した。AZAを中止し、G-CSF製剤と抗菌薬を投与して、白血球が2,000前後まで上昇したが解熱なく、肝機能障害と造影CTで脾臓の腫大と脾梗塞を認めた。その後、異型リンパ球を認め、EB-VCAIgM陽性、EB-VCAIgG陽性、EBNA陰性、EB-DNA陽性であり、LDH上昇、WBC 2,650/ μ L、Hb 9.4g/dL、Plt 8万/ μ Lと汎血球減少を認め、骨髄穿刺で血球貪食像を呈したことからEBウイルス関連血球貪食症候群と診断した。ステロイドパルス療法により改善したため、ステロイドを漸減し退院した。AZAに伴うEBウイルス関連血球貪食症候群は、本邦でもきわめてまれで、示唆に富む症例と考え、文献の考察を加えて報告する。

血球貪食症候群, 潰瘍性大腸炎

特発性小腸穿孔との鑑別が困難であった、悪性リンパ腫空腸穿孔の一例

大船中央病院 消化器・IBDセンター¹⁾, 同 外科²⁾, 横須賀市立市民病院 血液内科³⁾
原真太郎¹⁾, 遠藤 豊¹⁾, 鹿野烏健二¹⁾, 白井真如紀¹⁾, 森川吉英¹⁾, 吉田篤史¹⁾, 上野文昭¹⁾, 真船健一²⁾, 田邊寿一³⁾

【症例】73歳男性【主訴】腹痛、嘔吐【既往歴】副腎不全、高尿酸血症。【家族歴】特記すべきことなし。【現病歴】X-1年1月に当院にて両側副腎原発のびまん性大細胞性B細胞リンパ腫 (DLBCL) の診断でR-CHOP療法を施行した。同年7月にはPET-CTで異常集積はなく、CRと診断、以後寛解が持続していた。X年10月突然の腹痛、嘔吐にて当院救急外来を受診した。【来院時現症】腹部所見で腹部は平坦・硬。腸蠕動音は減弱していた。腹膜刺激徴候を認めなかったが、強い圧痛を腹部全体に認めた。【血液検査】WBC 9920/ μ L、Hb 14.2 g/dL、CRP 1.58mg/dL【経過】消化管穿孔を疑い、緊急腹部CTを施行し、腹腔内遊離ガスと近位空腸の拡張・壁肥厚、周囲の脂肪織炎を認めた。空腸穿孔、腹膜炎と診断し緊急手術を施行した。術中所見ではTreitz靭帯から25cmの空腸に穿孔を認めた。漿膜側はpin-hole様、粘膜側はlip様で周囲に潰瘍・腫瘤は認めなかった。穿孔部から口側30cmに渡って浮腫状に拡張した空腸を認めた。肛門側には狭窄部位を認めなかった。肉眼所見では悪性リンパ腫を疑う所見はなく特発性小腸穿孔と診断した。術後経過は順調で26病日に退院となった。【外科病理組織学所見】穿孔部周囲にリンパ腫細胞の浸潤を認め、DLBCLの再発と診断された。術後1ヵ月後にPET-CTを施行したが、小腸には散在性のFDG集積を認めるのみで、リンパ腫浸潤を疑う高集積はなかった。【考察】本症例のように肉眼所見で悪性所見を欠く悪性リンパ腫の小腸穿孔例は稀である。文献の考察を加えて報告する。

小腸穿孔, DLBCL

穿孔を来した転移性小腸腫瘍の1例

東海大学 消化器外科
陳 凌風, 古川大輔, 上島 篤, 藤城 健, 植谷忠通, 室谷奈那, 貞廣莊太郎, 小澤壯治

【背景】非外傷性小腸穿孔は胃・十二指腸や結腸穿孔と比較し比較稀な疾患である。肺癌の小腸転移は剖検例の検討でも4.6%程度と低い。今回肺癌治療中に小腸穿孔をおこした小腸穿孔の1例を経験したので報告する。【症例】45歳、女性。右肺尖部の肺癌、脾転移に対しニボルマブ投与中であった。2017年3月に突然の上腹部痛が出現したため、救急搬送となった。来院時身体所見は意識清明、血圧142/80mmHg、HR 69回/min、SpO2 98%(room air)、腹部は全体的に圧痛、反跳痛、筋性防御を認めた。血液生化学検査はWBC 25900/mm³、CRP 6.76mg/dlであった。腹部造影CTでは胃、横行結腸周囲にfree airがあり、骨盤内に少量の腹水が存在した。Free airがあることから消化管穿孔と考えたが、画像所見からは穿孔部位の同定はできなかった。同日緊急手術を施行した。まず臍上に小切開をおき、腹腔鏡下に腹腔内を観察したところ小腸穿孔と診断された。小切開創を10cmまで延長して小腸の部分切除・吻合を行い、再度気腹してドレーンを留置した。術後は創感染を合併したが、術後10日目に軽快退院となった。切除標本では周堤を伴う潰瘍性病変があり、その中心部でpinhole状に穿孔していた。病理組織所見では索状、管状、乳頭状に増殖する異型の強い腫瘍細胞が全層にわたって増殖していた。腫瘍の主座は粘膜下層から漿膜下層にあるため小腸への転移と診断した。【結語】画像診断で穿孔部がはっきりしない症例に対して腹腔鏡下の観察は有用であった。悪性腫瘍治療中の消化管穿孔では小腸転移の可能性を念頭に置いた検査、治療計画を立てることが重要であると考えられた。

転移性小腸腫瘍, 穿孔

O-157が検出されなかった播種性血管内凝固を伴った腸管出血性大腸菌感染症の1例

平塚共済病院 消化器科

北原 言, 山崎好喜, 石橋 侑, 北川博之, 寺田昌弘, 河西頭太郎, 西山 竜, 菊地彦彦, 里道哲彦, 野登 誠

【はじめに】201X年11月、神奈川県西湘地域で冷凍食品が原因の大腸菌O157による集団食中毒が発生した。当院でも溶血性尿毒症症候群(HUS)1例を含む計4例のO157による腸管出血性大腸菌(EHEC)感染症が入院となったが、同時期にO157が検出されなかった播種性血管内凝固(DIC)を伴った腸管出血性大腸菌感染症の1例を経験したので報告する。【症例】51歳女性。【主訴】腹痛・下血・嘔吐【現病歴】2日前からの下痢と徐々に増悪する腹痛、嘔気で当院救急外来を受診、精査加療目的で入院となった。【既往歴】特記すべきとなし。【入院時現症】BT37.0℃、BP126/75mmHg、HR85整、臍部から右側腹部に自発痛・反跳痛、筋性防御あり。【検査所見】WBC 27500、Plt 21.3、BUN 28.1、Cr 0.75、CRP 1.18。腹部CT：上行結腸から直腸にかけて強い粘膜浮腫と腹水貯留を認めた。遊離ガスなくSMA・IMAの血流は保たれていた。【入院後経過】入院後禁食・補液・抗菌薬投与を開始したが少量の下血が出現、徐々に回数が増えた。便培養は陰性でWBCは徐々に低下も入院3病日に急性期DICスコア8点のDICを併発、トロンボモジュリン製剤を開始した。5病日にはPltは下げ止まり、反跳痛も消失、血便の回数も減少した。8病日DICから離脱し大腸鏡を施行。広範囲に高度な発赤、血管透見像の消失、粘膜浮腫を認めた。組織の培養も陰性。入院11病日より食事を開始し自覚症状の増悪なく経過、退院となった。尚、経過中の問診で集団食中毒の原因となった冷凍食品を摂取していた。【考察】O157によるEHECは汚染された水や食物を経口的に摂取することで感染し、ヒトにおける感染は食品中に100個内外の菌数であったり腸管粘膜へ付着・増殖し、出血性腸炎を起こし、時にHUSを統発することが知られており糞便中の大腸菌O157を迅速に検出することは重要であるが、検出感度は菌数が 5×10^5 CFU/mlであるため水様性下痢の場合、治療中であるとき、例え検出されたとしても、死菌で培養しても陰性となることがあるので注意する。O157によるEHEC感染症に関し文献的考察を含め報告する。

O157, 腸管出血性大腸菌感染症

食道横膈膜上憩室に対し腹腔鏡下食道憩室切除術が有用であった1症例

横須賀共済病院 消化器科センター内科

田中志尚, 高橋純一, 三代博之, 森川 亮, 田代祥博, 戸田晶子, 新川恵里花, 平昭衣梨, 渡澤さやか, 小馬瀬一樹, 田邊陽子, 新井勝春, 鈴木秀明, 渡邊秀樹

【症例】74歳男性【主訴】食後嘔吐、吐血【現病歴】20XX-6年の上部消化管内視鏡検査で食道横膈膜上憩室を指摘されていたが、自覚症状はなく経過観察となっていた。20XX年8月に感染性心内膜炎に対し当院心臓血管外科で動脈弁置換術が施行された。術後胸骨下血腫による食道胃接合部の圧排により通過障害が出現し、食事摂取困難となった。血腫の消退と共に軟飯の摂取が可能となり退院となった。しかし外来経過観察中に再度食事摂取不能となり、吐血も伴ったため8月27日に当科に紹介となった。【経過】入院時Hb 7.5 g/dlと貧血の進行がみられ、PT-INR 2.83と凝固異常を認めた。緊急上部消化管内視鏡検査を施行したところ、露出血管を伴う高度食道炎と横膈膜上憩室により食道胃接合部は狭窄していた。横膈膜上憩室による食道胃接合部の圧排が通過障害による食後嘔吐を来し、慢性的な食残刺激による食道炎が繰り返す出血の原因と考えられた。入院中に吐血を繰り返し頻回な止血処置を要したことから、経口摂取困難による栄養状態の悪化も認められたことから、横膈膜上憩室の外科的切除の適応と判断し、10月29日に当院外科にて腹腔鏡下食道憩室切除術が施行された。術後経口摂取は可能となり、上部消化管内視鏡検査で食道炎は治癒が得られ、QOLは著しく改善された。【考察】横膈膜憩室は食道憩室の中で稀であり、その多くが無症状で治療を要さない。本症例のように外科的切除を要した報告例は少なく示唆に富むと考えられ文献的考察を含め報告する。

食道憩室, 外科的切除

複数回の内視鏡下生検で診断困難で、5年間の経過中に陥凹型から3型病変へ発育進展した胃癌の一例

茅ヶ崎市立病院 消化器内科

内邊浩紹, 村田依子, 高津智弘, 石川裕太郎, 岩瀬麻衣, 三澤 昇, 内田苗利, 松浦瑞恵, 栗山 仁, 秦 康夫

【緒言】一般に胃癌は、微小胃癌やスキルス胃癌などを除き、病理診断に苦慮する症例は少ない。今回、5年間に複数回の内視鏡下生検を行うも癌細胞が証明されず、経過中に腫瘍増大による幽門狭窄を呈した症例を経験した。幽門側胃切除術を施行した結果、粘膜下浸潤優位の中分化型腺癌であった一例を、5年間の経過と合わせて報告する。【症例】88歳男性。既往にCOPD、総胆管結石性胆管炎がある。2011年11月総胆管結石性胆管炎で当院入院となり、その際行った上部消化管内視鏡検査(以下GF)で幽門前庭部後壁に白苔を伴う比較的辺縁整の潰瘍性病変を認めた。H. pylori陰性で、ステロイドやNSAIDsは内服していなかった。生検ではGroup1であり原因不明の胃潰瘍の診断で、PPI内服を開始した。2か月後のGFで潰瘍病変の癒着は認められなかったが、治癒傾向であった。再度生検を施行したが初回と同様であった。2014年5月胆管炎併発し施行したGFでは、前庭部後壁の病変は、潰瘍周囲に発赤調の浮腫状変化が出現しており、生検はGroup1であった。初回検査時より約5年経過した2016年10月嘔吐を主訴に当院受診し、GFで前庭部後壁中心の3型病変による幽門狭窄所見を認めた。胃癌を疑い3回GF施行し、毎回腫瘍より多数生検を行うも癌細胞を証明できなかったが、CTで前庭部後壁に3cmの不整形な高濃度腫瘍を認め、悪性腫瘍が強く疑われたため、11月幽門側胃切除術を施行した。病理診断は中分化型腺癌主体の胃癌であり、38×35mm、pT4a, ly2, v1, pN2, pStage IIIBであった。腫瘍は粘膜下浸潤優位で、粘膜上皮への露出部は約7mmとごく小範囲にとどまっており、大部分は非腫瘍性粘膜により被覆されていた。【考察】本症例は、粘膜上皮への露出部が小さく、粘膜下浸潤優位の胃癌であったことから、生検診断困難であったと考えられた。生検で悪性所見が認められなくても、定期的な経過観察を行い、少なくとも経時的な形態変化を来した2014年時点で強く胃癌を疑って、超音波内視鏡の併用等を検討すべきであったと考えられた。若干の文献的考察を加え報告する。

胃癌, 診断困難

上腸間膜動脈症候群により急性胃拡張・門脈気腫をきたし保存的加療で軽快した一例

昭和大学藤が丘病院 内科学講座 消化器内科部門

田淵晃大, 山村詠一, 岩橋健太, 小嶋尚子, 宮尾直樹, 東畑美幸子, 林 将史, 上原なつみ, 中西 徹, 花村祥太郎, 高野祐一, 五味邦代, 黒木優一郎, 井上和明, 長浜正亞

症例は40歳台男性、身長163cm 体重41Kg BMI 15.4で既往にMELAS(ミトコンドリア脳筋症・乳酸アシドーシス・脳卒中用発作症候群)があり知的障害・てんかん・2型糖尿病がある。3日間の下痢が続いたのち黒色嘔吐が出現し救急搬送された。近医総合病院にて急性腎不全、高カリウム血症、ならびにショックバイタルであったことから、当院救急医学科に転院搬送された。腹部超音波検査にて門脈ガスを指摘、動脈血液ガス分析にて高乳酸血症を認め、造影CTを施行した。大動脈と上腸間膜動脈により十二指腸水水平脚が閉塞されており、口側で著明な腸管・胃拡張と十二指腸壁に気腫、門脈気腫を認めた。腹腔動脈や上腸間膜動脈・下腸間膜動脈の造影効果は保たれ、腸管壊死を疑う所見は認めなかった。これらの所見から上腸間膜動脈症候群により胃・十二指腸内圧上昇をきたし門脈気腫を発症、ならびに循環血液量減少性のショックを起こしたと考えられ救急医学科にて集学的治療が開始された。経鼻胃管より胃内容物を吸引し、初療時2200ml、以降24時間で1000mlの食液・胃液・胆汁を排出、また大量補液により血行動態・腎機能の改善が見られた。第4病日に単純CTにて評価を行い、門脈気腫の消失を確認した。第7病日に排便を認め、内視鏡併用で十二指腸造影を行い、腸管の閉塞が解除されていることと腫瘍や狭窄がないことを確認し、翌日より食事を再開した。経過良好であったため第9病日に一般病棟へ転床した。今回、保存的治療にて軽快した上腸間膜動脈症候群による急性胃拡張ならびに門脈気腫症を経験したため、若干の文献的考察を加え報告する。

門脈ガス血症, 上腸間膜動脈症候群

17 Candida albicansによる多発胃潰瘍の一例

東京女子医科大学 麻酔科¹⁾, 済生会栗橋病院 消化器内科²⁾
小島宏幸¹⁾, 伊藤泰斗²⁾, 佐川孝臣²⁾, 味原隆大²⁾, 八木亜記²⁾,
奥牧朋子²⁾, 成富琢磨²⁾, 福屋裕嗣²⁾, 長原 光²⁾

【症例】58歳女性胃癌検診の上部消化管造影検査で胃体中部大弯に陥凹性病変を指摘されたため、上部消化管内視鏡検査目的に紹介となった。上部消化管内視鏡検査では胃体中部大弯に白苔の付着を伴う潰瘍性病変を認めた。同部位を生検したところ胃粘膜にCandida albicans感染が認められた。侵襲性カンジダ症も考慮に入れ腹部骨盤CTを施行したが侵襲性カンジダ症を示唆する所見は認められなかった。fluconazole 400mg/日 14日間の内服終了後の上部消化管内視鏡検査では白苔を伴う潰瘍性病変の著明な改善を認めた。プロトンポンプ阻害薬やH2受容体拮抗薬を投与せず、抗真菌薬で改善が得られたことからCandida albicansによる多発胃潰瘍と考えられた。Candida albicansによる胃潰瘍は担癌患者やステロイド内服者などのcompromised hostに発症することが多いが、一方で健常者でも発症しうることが報告されている。本症例も免疫抑制状態にはないが、Candida albicansによる胃潰瘍を発症した一例であり、文献的考察を含め報告する。

胃潰瘍, Candida albicans

18 重症筋無力症の治療中に発生したサイトメガロウイルス感染による多発性胃潰瘍の1例

東邦大学医療センター 消化器内科
山本友里恵, 伊藤 謙, 園 宣博, 瀧ノ上和弘, 小林智子,
小林俊介, 乾山光子, 岡本陽祐, 木村隆輔, 小野真史, 大塚隆文,
佐藤真司, 五十嵐良典

症例は77歳男性。2009年に重症筋無力症を発症し、当院神経内科にてプレドニゾロン2mg/日、サイクロスポリン5mg/日での治療中であった。2016年12月より心窩部痛と黒色便を認め近医受診した。上部消化管内視鏡検査で胃前庭部から幽門輪に多発する抜き打ち潰瘍を認めておりサイトメガロウイルス(CMV)感染による胃潰瘍を疑われ、2017年1月下旬当科紹介入院となった。当院にて上部消化管内視鏡検査再検したところ、既知の病変を認め、生検検査を施行した。病理組織学検査では核内封入体は認められなかったが、免疫染色にて間質細胞や上皮細胞の一部でCMVが陽性となり、CMVアンチゲネミア陽性細胞数が766であった。そのため、CMV感染による多発性胃潰瘍と診断し、ガンシクロビル150mg/日投与を開始した。神経内科からはプレドニゾロンの減量を行った。入院後第2病日に大腸内視鏡検査では回盲部にびらんを認めたため、生検検査を施行したところ、核内封入体を疑う所見を認め、CMV感染が示唆された。第4病日より食事再開したが、心窩部痛や黒色便の再燃は認めず、第18病日に施行した上部消化管内視鏡検査では胃潰瘍は改善傾向を認めた。CMVアンチゲネミアは治療21日目は陽性細胞数は1まで改善を認めた。3週間加療後、以降バルガンシクロビル内服へ変更し、第23病日に退院となり現在外来にて経過観察中である。CMV感染に関連した上部消化管病変は、潰瘍形成、多発性びらん、散在性結節など多彩であり、特徴的な内視鏡像はないとされているが、広範な地図上の多発びらんや不整形の潰瘍、深掘れ潰瘍を生じることが多く、分布は胃角部から前庭部に発生することが多いとされる。重症筋無力症の治療中に発生した臨床経過、内視鏡所見など示唆に富むサイトメガロウイルス感染による多発性胃潰瘍の1例を経験したので、文献的考察を含め報告する。

サイトメガロウイルス, 胃潰瘍

19 治療に難渋した十二指腸潰瘍穿孔の一例

聖マリアンナ医科大学 消化器・一般外科
勝又健太, 小泉 哲, 天野優希, 土屋淳一, 小野龍宣, 瀬上航平,
星野博之, 片山真史, 小林慎二郎, 大坪毅人

症例は67歳男性。3年前から仕事でミャンマーに滞在しており、X-8日に黒色便と37℃台の発熱を認めミャンマーの病院を受診し、止血剤処方され経過を見られていた。黒色便は改善を認め、X日にミャンマーより帰国された。帰国後の夕方より安静時の右側腹部痛を生じ、徐々に症状が悪化する事から救急要請し、当院へ救急搬送となった。検査の結果、十二指腸後壁の穿孔の診断となり、当科へ依頼があり、緊急手術となった。手術は腹腔鏡で開始したが、十二指腸球部後壁から小彎側にかけて約1/3周性の穿孔であったため、開腹移行とした。栄養チューブを経胃的にTreitz韧带より30cm肛門側まで進め留置し、穿孔部は短軸方向に単純閉鎖を行い、大網被覆を追加した。腹腔内を洗浄し手術を終了した。術後第2病日より飲水を開始したが、その後から徐々に腹部膨満が出現し、第5病日には腹膜炎刺激症状を呈していたため、CT検査を行うと十二指腸後壁に欠損孔を認め、縫合不全による汎発性腹膜炎と判断し緊急での再手術となった。上腹部臍下までの正中切開で開腹し、腹腔内を洗浄した。前回手術部を探索すると、十二指腸球部後壁側に縫合不全を認め、欠損孔が大きかったため、同部位で十二指腸を離断した。断端は連続縫合で閉鎖し胆のうを摘出、Cチューブを総胆管まで挿入した。Treitz韧带から約30cm肛門側の空腸と胃を吻合し、Braun吻合を付加し、手術を終了した。術後は絶食にて経過を見ていたが、術後第6病日に行ったCT検査で十二指腸離断部近傍での造影剤の血管外漏出像を認め、緊急での動脈塞栓術を行った。血管造影を行うと胃十二指腸動脈の分枝の末梢側に血管外漏出像を認めcoilingを行った。その後、ドレーンの除去に時間を要したが、大きな合併症なく経過し、術後第78病日で軽快退院となった。近年、消化性潰瘍は制酸剤の登場や上部消化管内視鏡検査の普及により減少傾向にあり、それに伴い十二指腸穿孔も減少傾向にある。本症例のように巨大な欠損孔を呈する穿孔に遭遇する割合も減少傾向と考えられるが、単純閉鎖で不十分と考えられる場合は十二指腸離断も考慮する必要があると考えられた。

十二指腸潰瘍穿孔, 十二指腸離断

20 一度に7病変に対して内視鏡治療を行ったA型胃炎を背景とした多発性胃神経内分泌腫瘍の1例

自治医科大学附属さいたま医療センター 消化器内科¹⁾,
同 病理部²⁾
松本圭太¹⁾, 松本史弘¹⁾, 西川剛史¹⁾, 森野美奈¹⁾, 賀嶋ひとみ¹⁾,
小糸雄大¹⁾, 高橋裕子¹⁾, 石井剛弘¹⁾, 若尾聡士¹⁾, 関根匡成¹⁾,
上原健志¹⁾, 川村晴水¹⁾, 浦吉俊輔¹⁾, 山中健一¹⁾, 浅野岳晴¹⁾,
鷲原規喜¹⁾, 浅部伸一¹⁾, 宮谷博幸¹⁾, 眞嶋浩聡¹⁾, 田中 亨²⁾

今回我々は、胃に同時多発した神経内分泌腫瘍(NET)に対して単回の内視鏡治療で切除しえた1例を経験したので報告する。症例は58歳、男性。既往歴、家族歴に特記すべきことなし。検診目的の胃透視検査で胃ポリープを指摘され、前医で内視鏡検査を施行。胃体下部大弯に1cmの粘膜下腫瘍を認め、生検でNETと診断され当院に紹介となった。当院で施行された上部内視鏡検査では、前医で指摘された粘膜下腫瘍の他に体部に3mm程度の粘膜下腫瘍が数ヶ所多発していた。うち2病変から採取された生検でNET G1が検出され、視認された粘膜下腫瘍はすべてNETであると考えられた。血清ガストリン値は>3000 pg/mLと高値であり、抗胃壁細胞抗体は陽性、抗Helicobacter pylori抗体は陰性であった。CTでは他に有意な異常所見を認めないことからA型胃炎を背景とした多発性胃NETと診断し、内視鏡治療を行う方針とした。胃体下部大弯の1cm大のNETに対してはESDを施行し、体部に視認しえた2-3mmの粘膜下腫瘍6病変に対しては内視鏡的バンド結紮術を併用したEMRを施行した。切除標本では全腫瘍がsynaptophysin陽性、chromogranin陽性であり、NET G1と診断された。一度に短時間で複数病変の内視鏡治療を行うにあたり、内視鏡的バンド結紮術を併用したEMRは極めて有用であった。また、粘膜下腫瘍が胃に多発している場合には本疾患の多発病変を念頭に置き、術前に丁寧な観察を心がける必要がある。

胃神経内分泌腫瘍, A型胃炎

総合病院 厚生中央病院 消化器病センター内科¹⁾、
東京医科大学 分子病理学講座²⁾、
里井 新¹⁾、松浦良徳¹⁾、黒田雅彦²⁾、井出志穂¹⁾、山本修平¹⁾、
木村 晴¹⁾、中村文彦¹⁾、権 勉成¹⁾、根本夕夏子¹⁾、剛崎寛徳¹⁾

【症例】70歳台、男性【主訴】腹部膨満、食思不振【既往歴】糖尿、脂質代謝異常症【内服薬】メトグルコ、グラクティブ、ロトリガ【嗜好歴】喫煙：20本/日、飲酒：機会飲酒程度【現病歴】2型糖尿病にて通院加療中、定期血液検査で急激な肝機能障害を指摘され、精査目的で消化器内科紹介となった。【来院時現症】vital sign異常なし、眼球結膜黄疸なし、腹部正中に肝2横指触知。【血液検査】WBC 12600/IU、T-BIL 0.6mg/dl、AST 97IU/l、ALT 75IU/l、ALP 947IU/l、G-GTP 489IU/l、CRP 1.3mg/dl、HBs-Ag (-)、HCV-Ab (-)【造影CT検査】肝内に大小多数のring enhancementを伴う腫瘍性病変を認めた。胃壁小弯側に造影効果を伴う壁肥厚を認め、#3リンパ節の腫大を認めた。【上部消化管内視鏡検査】胃体中部小弯を主体とした、周堤様隆起を伴う辺縁不整な潰瘍性病変を認めた。【病理検査】HE染色では大型の異型細胞の胞巣状の増生がみられた。免疫染色ではCD56陽性、シナプトフィジン陽性、クロモグラニン陰性、Ki-67指数は80%であり、大細胞型神経内分泌癌の診断となった。【臨床経過】病期分類はT3N1M1 (cStage IV)であり、化学療法S-1:120mg/m² (3週投与2週休薬)、CDDP:100mg/m² (day8投与)の方針とした。S1+CDDPを5クール施行後、造影CT検査を再検し、肝内に多発する腫瘍はそれぞれ縮小傾向にあり、肝腫大も軽減していた。胃壁肥厚も軽減しており、#3リンパ節も有意な縮小傾向を認めた。上部消化管内視鏡検査では主病巣の著名な縮小を認めた。高値であったNSE、CEAともに著名な低下を認めた。以上より治療効果判定は部分奏功と判断した。【結語】胃神経内分泌細胞癌は確立した化学療法はないが、標準的胃癌化学療法 (S1+CDDP) も有効だと考えられた。

神経内分泌癌, S1+CDDP

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

【はじめに】消化器に発生する神経内分泌腫瘍 (neuroendocrine tumor; 以下NET) は、ガイドライン上年間人口10万人に3~5人の新規患者が発生する比較的稀な腫瘍である。今回我々は、黒色便を主訴に発見された十二指腸NETに対し、膵頭十二指腸切除術を施行した1例を経験したので報告する。【症例】60歳の男性。黒色便を主訴に他院で上部消化管内視鏡を施行され十二指腸乳頭部に腫瘍を認め、当院紹介受診となった。当院で施行した内視鏡ではVater乳頭部門側に20mm大の病変を認めた。消化管造影検査では、Vater乳頭部門側に20mm大の病変を認めたが、描出不良により壁深達度は不明であった。CTでは十二指腸下行脚、乳頭部尾側に径14mm大の濃染する結節を認め、近傍の膵頭部背側リンパ節に軽度腫大を認めた。明らかな壁外進展・遠隔転移は認めなかった。生検の結果NET G2であり、免疫染色の結果はChromograninA、Synaptophysin、CD56が強陽性、e-kit、CD34、SMAは陰性、Ki-67 labeling indexは10%程度であった。治療法としては、リンパ節転移を行う事も考慮し膵頭十二指腸切除術を選択した。摘出検体では剖面で十二指腸粘膜下に18×13mm大の境界明瞭な黄白色の腫瘍であった。組織学的にはVater乳頭から3mmの十二指腸粘膜下層から漿膜層に向かって圧排性の、また腫瘍細胞は類円形の核を有し、索状またはロゼット状に増生していた。免疫染色ではChromograninA、Synaptophysin、CD56が陽性、Ki-67 labeling indexは1%程度で、以上よりNET G1の診断であった。またリンパ節転移はなく、切除断端は陰性、静脈浸潤やリンパ管浸潤も認めなかった。【考察】NETは比較的稀な腫瘍ではあるが、十二指腸NETは消化管NETのうち16%を占めている。しかし、十二指腸NETは非機能性でホルモン関連症状が出現しないことが多く、早期診断が困難である場合が少なくない。今回手術により切除可能であった十二指腸Vater乳頭部NETを経験したので報告する。

十二指腸, NET

国家公務員共済組合連合会 東京共済病院 消化器内科¹⁾、
東京医科歯科大学 消化器内科²⁾、
柳 一臣¹⁾、永山和宜¹⁾、沖永康一¹⁾、鈴木雄一郎¹⁾、松田浩紀¹⁾、
宍戸華子¹⁾、三島果子¹⁾、渡辺 守²⁾

症例は60歳台女性。全身の掻痒感、倦怠感を主訴に前医を受診し肝障害を指摘されたため、当科で精査された。AST 175U/L、ALT 366U/L、ALP 836U/L、γ-GTP 90U/Lと混合型の肝障害がみられた。PTの延長あるいは黄疸は認めなかった。画像所見より閉塞性黄疸は否定された。また、肝炎ウイルスマーカーは陰性であり、病歴聴取からアルコール性肝障害は否定的であった。また、抗ミトコンドリア抗体も陰性であったため、自己免疫性肝炎、原発性胆汁性肝硬変も否定的であった。以上の所見から発症2週間前より開始した黄連解毒湯による薬物性肝障害を疑った。肝生検の結果では、門脈域に特記所見はなく、肝小葉内に胆汁の鬱滞があるが、極めて軽度な肝細胞変性と壊死がみられるのみで、毛細胆管レベルでの胆汁鬱滞型薬物性肝障害に矛盾しない所見であった。A社・B社の2種類の黄連解毒湯を内服していたため、両剤を対象にリンパ球幼若化試験 (DLST) を行なったところ、後に内服したB社の黄連解毒湯だけが陽性であり (A社 SI 104%、B社 SI 183%)、被疑薬と推定された。本人より、今後の判断材料に用いたいとの希望があり、B社から生薬成分の提供を受け、黄柏、黄芩、黄連、山梔子、添加物、乳頭水和水物に対するDLSTを施行した。その結果、黄芩 (SI 337%)、黄ごん (SI 300%) が陽性であり、山梔子 (SI 116%)、黄連 (SI 155%)、乳糖水和水物 (SI 131%) は陰性、添加物に SI 183% ほぼ境界上であった。漢方製剤による薬物性肝障害は散見されるが、生薬ごとにDLSTを施行しえた症例は稀であり報告する。

薬物性肝障害, DLST

埼玉医科大学総合医療センター 消化器・肝臓内科
須田健太郎、青山 徹、内田党央、石橋 朗、荒井亮士、藤田徹郎、
大塚武史、杉浦香織、細見絵里子、山口菜緒美、林健次郎、
可见和仁、宮城直也、高林英日己、山本龍一、加藤真吾、岡 政志、
名越澄子、屋嘉比康治

【症例】77歳、女性【現病歴】C型慢性肝炎にて近医通院中の201X年11月に肝内側区域に13mm大の肝細胞癌を認めた。12月当院肝胆膵外科受診し、HBsAg陽性と判明。1月に肝内側区域切除術施行、F2 A1/2。2月にC型慢性肝炎の治療目的で当科紹介受診。抗ウイルス治療歴なし。【既往歴】糖尿病、左腎結核、腎摘出時に輸血あり【喫煙歴】30本/日【飲酒歴】なし【家族歴】父、兄：肝細胞癌【身体所見】身長:143cm、体重:47、意識清明、血圧:130/80、脈拍:70回/分、体温:36.4℃、眼球結膜黄染なし、腹部：平坦、軟、圧痛なし、肝脾触知せず【検査所見】TP/Alb 7.7/3.3、AST/ALT 32/9、γ-GTP/ALP 48/399、T-Bil 0.3、BUN/Cr 17/0.7、PT% 99%、CRP 0.6、AFP 10.8、PIVKA-210、WBC/Hb 8100/11.1、Plt 15.8万、HBsAg 7.724 IU/ml、HBsAb 12.0 mIU/ml、HBeAg 0.1 COI、HBeAb 41.4%、HBeAb 69.0 COI、HBV-DNA 2.6 Logcopy/ml、HCV-RNA 6.3 LogIU/ml、genotype 1b、Y93H変異71% (Invader法)、L31変異なし【経過】肝細胞癌の再発なく201X+2年1月ソホブビル/レジバシル投与開始。4週目にHCV-RNAは陰性化しSVR2に至った。治療開始2週目以降のAST/ALTは正常値を維持している。HBV-DNAは治療開始後8週で3.7、終了後2ヵ月では2.6、3ヵ月<2.1検出、6ヵ月で未検出となり現在も陰性のままである。一方、HBsAb価は漸減し陰性化しHBeAgはseroconversionとなった。【考察】インターフェロン・フリー治療によりHBVが再活性化し得ることは知られているが、治療終了後にHBV-DNAが陰性化したとの報告はみられなかった。HCV/HBV重複感染はウイルス排除作用のあるサイトカインや免疫機構を抑制するとの報告もあり、ウイルス間の間接的な相互作用を検討するうえで興味ある症例と考えられる。

C型肝炎, 重複感染

国際医療福祉大学病院 消化器内科

須藤大輔, 大竹孝明, 一石英一郎, 佐藤貴一, 高後 裕

【症例】40歳代女性、倦怠感と嘔気を認め近医受診、腸炎疑いで帰宅するも、症状持続、肝機能障害異常があり、急性肝炎疑いで当院紹介入院となった。入院時T-Bil 4.4 mg/dl, AST 868 IU/l, ALT 1205 IU/lでA, B, C, E型肝炎ウイルスは陰性、サイトメガロウイルス及びEBウイルスは既感染を示した。IgG1538 mg/dl、抗核抗体40倍、抗平滑筋抗体陰性、HLA DR1陽性、HLA DR15陽性、肝生検で門脈域にリンパ球と形質細胞の浸潤とPiecemeal necrosisを認めたが自己免疫性肝炎に特徴的な所見に乏しかった。そのため原因不明の急性肝障害と考えUDCA600 mg/日の内服にて経過観察とした。UDCA内服でもT-Bil 3.9 mg/dl, AST245 mg/dl, ALT311 mg/dlと肝機能障害は遷延し、IgG 2202 mg/dl, IgG4 669 mg/dlと高値を認めた。病理所見は急性肝炎であり、特徴的な自己抗体を認めなかった。しかし血清IgGとIgG4高値で自己免疫性肝炎の国際診断基準スコアが治療前12点で自己免疫性肝炎 (definite) と考えられ、プレドニン30 mg/日で治療開始した。治療開始6週間後にはT-Bil 1.2 mg/dl, AST27 IU/l, ALT37 IU/l, IgG1330 mg/dlと肝機能は正常化した。現在、プレドニン20mg/日で経過観察中である。治療後の国際診断基準スコアは14点で、自己免疫性肝炎 (definite) の診断を確認した。【考察】我が国で急性発症型の自己免疫性肝炎の中に、本例のようなIgG4高値の稀な病態が報告されている。本病態の明確な診断基準はないが、ステロイド治療が奏功する。しかし急性肝炎期の症例では診断困難で治療開始が遅れることがある。劇症化を予防するため、適切な診断・治療が重要である。

自己免疫, プレドニン

東海大学 医学部 消化器内科学

茂木英里香, 鶴谷康太, 安斎和也, 広瀬俊治, 加川建弘, 峯 徹哉

【症例】78歳男性。【現病歴】2009年12月に肝逸脱酵素上昇 (AST 87 U/L, ALT 117 U/L) を指摘され、当院紹介受診。抗核抗体陽性とIgG高値を認め、自己免疫性肝炎 (AIH) が疑われ精査目的に2010年1月に肝生検を施行。AIHスコアリングで15点であり、AIH疑診例と診断した。UDCAの内服のみで、肝逸脱酵素は改善がみられ、増悪なく経過していた。2014年9月に肝S3-S4に10mm大の乏血性腫瘍を認めたが、肝悪性腫瘍としては非典型であり、増大なく経過していた。今回、2016年6月の画像検査にて肝内に腫瘍性病変が両葉に多発・増大しており、精査目的に肝腫瘍生検目的に入院となった。【既往歴】高血圧、糖尿病、脂質異常症、子宮筋腫術後。【生活歴】飲酒なし、喫煙なし。【輸血歴】なし。【家族歴】肝疾患の家族歴なし。【経過】EOB-MRI検査においては、肝両葉に肝細胞相にて低信号を呈する結節が散在していた。Dynamic studyでは動脈相で淡く辺縁が造影されるのみで、乏血性腫瘍と考えられた。CT検査では、多発する肝腫瘍と両側肺門や胸腹部大動脈周囲に扁平から類円形の多発リンパ節腫大を認めた。肝腫瘍生検では、多核巨細胞と類上皮細胞よりなる肉芽腫性病変を認めた。乾酪壊死像は認めなかった。ガリウムシンチグラフィでは、縦郭リンパ節や心室中隔に集積を認めた。ACE (32.2 U/L) やIL-2R (1120 U/ml) の上昇があり、サルコイドーシスの診断に至った。【考察】サルコイドーシスは稀な病態であるが、全身症状の一つとして多発肝腫瘍を呈することがあり、肝腫瘍の鑑別に挙げることが重要であると考えられた。

肝腫瘍, サルコイドーシス

神奈川県立足柄上病院 消化器内科¹⁾, 同 総合診療科²⁾大石梨津子¹⁾, 羽尾義輝¹⁾, 國司洋佑¹⁾, 日下恵里子¹⁾, 田中 聡¹⁾, 柳橋崇史¹⁾, 松林真央¹⁾, 太田光泰²⁾, 吉江浩一郎²⁾, 加藤佳史¹⁾

【症例】アルコール性肝硬変を持つ64歳男性。2016年9月フォークリフト運転中に、意識消失発作をおこしA病院に救急搬送された。CT所見から肝腫瘍腹腔内破裂と診断され、B病院に搬送され緊急血管造影、肝動脈コイル塞栓術が施行された。退院後にフォローアップ目的で当院を紹介受診した。腹部造影CTでは早期相で部分的に濃染し後期相でwash outする腫瘍が肝内に多発していた。肝腫瘍の診断目的で、リスクを説明の上、肝腫瘍生検を施行する方針となったが、入院前日 (当院受診30日後) に腹痛発作で救急外来を受診した。造影CTで肝多発腫瘍は急速に増大していたため肝腫瘍生検は中止した。翌日に再度腹痛発作を認め、腹部単純CTで胆管内のCT値上昇を認めたため胆道出血を疑った。緊急内視鏡的逆行性胆管造影を行ったところ、総胆管内に血餅が充満し、B5末梢に胆管外造影剤漏出像を認めた。肝腫瘍からの胆道出血と診断し、チューブステントを留置し終了とした。翌日に腹部血管造影を施行し、肝A5, A8から血管外漏出像を認め、コイル塞栓術を施行した。その後、肝腫瘍は急速に増大し、腫瘍出血を疑わせる腹痛発作を繰り返した。当院受診70日後に肝腫瘍腹腔内破裂で急変し永眠された。全経過は3か月であった。病理解剖が施行された。【病理解剖所見】肝右葉を主体に肝全体に分布する出血性壊死性結節を認め、肝血管肉腫と診断された。腹腔播種結節、肝腫瘍破裂による大量腹腔内出血を認めた。【まとめ】急速な経過を辿った肝血管肉腫の稀少な一例を経験した。

肝血管肉腫, 腹腔内出血

千葉大学大学院医学研究院 消化器・腎臓内科学

前田隆宏, 千葉哲博, 大岡美彦, 横山昌幸, 若松 徹, 井上将法, 齋藤朋子, 日下裕子, 小笠原定久, 鈴木英一郎, 太和田暁之, 橋須賢収

【はじめに】リザーバーを用いた肝動注化学療法 (HAIC) は進行肝細胞癌 (HCC) に対して行われ、一部の症例では高い効腫瘍効果が認められる。今回われわれは、門脈本幹腫瘍塞栓 (Vp4) を伴ったHCCに対して、リザーバー留置後に肝動注化学療法を開始したところ、極めて高度な血小板減少を認めた症例を経験したので報告する。【症例】72歳男性。以前からHCV陽性を指摘されていたが放置していた。2016年8月に腹痛と体重減少が出現したために、当院を紹介受診した。腹部ダイナミックCTにて、多発性の多血性腫瘍を認め、その一部は門脈本幹へと連続していた。肝予備能はChild-Pugh B7点、PSは1であり、血算は正常であった。十分なインフォームドコンセントの下、大腿動脈アプローチでリザーバーを留置した後に速やかにlow dose FP療法を開始した。5日間の初回治療終了後に退院となったが、全身化学療法開始後16日目の外来受診時に血小板数が $0.6 \times 10^4 / \mu\text{L}$ と著明な減少を認めたために緊急入院となった。赤血球数、白血球数は正常であり、骨髄穿刺所見も正常であった。播種性血管内凝固症候群との鑑別が問題となったが、ヘパリン起因性血小板減少症 (HIT) 抗体が陽性であったために、臨床経過からHIT II型の診断に至った。ヘパリンの投与中止およびアルゴトロパン20mg/日の投与を開始したが、血小板数の回復は緩徐であり、リザーバー留置時に用いたヘパリン化親水性カテーテルもHITの増悪因子と考えて速やかに抜去した。その後血小板数の上昇を認めたが、HCCの病勢進行のために初回治療開始後39日目に永眠された。【考察】HITはヘパリンが誘引となり、免疫学的機序により血小板の減少と全身の動脈に血栓症を合併するのが特徴であるが、その疾患概念の認知度はあまり高くない。リザーバーを用いた肝動注化学療法では度々ヘパリンが投与され、またリザーバーシステム自体にもヘパリンコーティングカテーテルが用いられることが多い。肝動注化学療法の際に高度な血小板減少が認められた場合は、鑑別診断としてHITを念頭に置く必要があるものと考えられた。

HCC, HIT

群馬大学大学院 肝胆膵外科学¹⁾, 同 病態総合外科学²⁾, 誠和会 正田病院 外科³⁾, 村主 遼¹⁾, 渡辺 亮¹⁾, 新木健一郎¹⁾, 久保憲生¹⁾, 五十嵐隆通¹⁾, 塚越真梨子¹⁾, 石井範洋¹⁾, 山中崇弘¹⁾, 兒嶋高寛²⁾, 桑野博行²⁾, 調 憲¹⁾

【はじめに】肝細胞癌における腫瘍随伴症候群は、高カルシウム血症、低血糖、高コレステロール血症、多血症などが報告されている。今回、エリスロポエチン過剰産生による多血症を呈した肝細胞癌の1切除例を経験したので報告する。【症例】81歳男性。前医でS状結腸癌にてS状結腸切除後、術後11年で施行した経過観察目的のCTにて肝左葉を占める多血性の腫瘍を指摘、動脈相で早期濃染、門脈相でwash outを示し、肝細胞癌の診断で当科紹介となった。病変は長径10cmを示す巨大な肝腫瘍で、S4に衛星結節を3か所認めた。FDG-PETではMax SUV 5.0の軽度異常集積を認めた。腫瘍のdoubling timeは103日であった。血液生化学検査では、Hb 19.3g/dlと著明な上昇を認め、血中エリスロポエチン濃度は62.9 U/mlと著明に上昇していた。腫瘍マーカーはAFP 37524ng/ml, AFP-L3 86.2 ng/ml, PIVKA-II 92030mAU/mlと異常高値を示していた。肝機能は良好であり、濁血800mlを施行後に、エリスロポエチン産生肝細胞癌の術前診断で外科的方針とした。肝左葉切除を施行(腫瘍長径13cm、切除肝重量659g、手術時間7時間46分出血量387mL)。術後は合併症なく、12日目に退院となった。病理診断は低分化肝細胞癌であった。術後12日目に評価した血中エリスロポエチン濃度は10.4U/mlと著明に低下を認めた。術後、1ヶ月のCTでは明らかな再発所見は認めない。本症例は、赤血球増多症、腫瘍摘出による赤血球増加の消失、血中エリスロポエチンの増加と摘出後の正常化、赤血球・エリスロポエチン増加の他の原因が無い、といったエリスロポエチン産生腫瘍の診断基準を満たしていた。【まとめ】肝細胞癌においてエリスロポエチン過剰産生による多血症は現在まで23例報告されており、いずれも10cm以上の腫瘍径、AFPの異常高値を示していた。ほとんどの症例が術後1年以内に再発を示しており、術後再発に対して慎重な経過観察が必要である。

肝細胞癌, エリスロポエチン産生腫瘍

東京慈恵会医科大学 外科学講座 肝胆膵外科¹⁾, 同 消化器外科²⁾ 鎌田哲平¹⁾, 高野裕樹¹⁾, 堀内 堯¹⁾, 春木孝一郎¹⁾, 島田淳一¹⁾, 恩田真二¹⁾, 鈴木文武¹⁾, 畑 太悟¹⁾, 松本倫典¹⁾, 坂本太郎¹⁾, 後町武志¹⁾, 脇山茂樹¹⁾, 宇和川匡¹⁾, 石田祐一¹⁾, 矢永勝彦²⁾

症例は48歳の男性。健診の胸部X線で異常影を指摘され、他院を紹介された。CTでB3気管支内に3cm大の腫瘍を認め、経気管支肺生検で非定型的カルチノイドと診断された。当院を紹介され、2014年1月胸腔鏡下右肺上葉切除+リンパ節郭清術を施行した。病理組織像は、右上葉気管支原発で一部肺実質内に進展する腫瘍で、類円形の異型細胞が索状、リボン状、腺管状に増殖し、免疫染色では、Synaptophysin陽性、Chromogranin A陽性、CD56陽性、核分裂像は2/10HPFであり、非定型的カルチノイドと診断され、T2aN0M0、Stage IBであった。術後補助療法は施行せず。2年経過後のCTで多発肝転移を認めた。PET-CT、オクトレオスキャンで肝以外に転移を認めず、肝転移は外側区域に3個、S5/8に1個、右肝静脈還流領域に7個、計11個認めた。外側区域切除+右肝静脈還流領域切除+S5/8部分切除の肝切除シミュレーションでは残肝容量が340ml(35%)、肝予備能は良好であったが、安全性を考慮し二期的肝切除を予定した。一期目の切除は、外側区域切除+S5/8部分切除を行い、残肝肥大目的で経回腸腸静脈的に門脈後区域枝の塞栓術を施行した。14日後のCTで残肝容量は430ml(一期目肝切除前の44%)まで増大し、一期目手術の21日後に二期目の右肝静脈還流領域切除を施行した。術後胆汁漏を起こしたが、保存的加療で軽快退院した。病理組織診断は、非定型的カルチノイドの転移像であり、免疫染色、核分裂像は気管支肺の組織像と同様であった。術後11ヶ月経過した現在、再発なく経過観察中である。

気管支肺カルチノイド, 二期的肝切除

薬剤溶出性球状塞栓物質 (DEB : drug-eluting beads) を使用した肝動脈化学塞栓療法(DEB-TACE)後に細菌性肝膿瘍を併発した転移性肝癌の一例

三井記念病院 消化器内科 船村和義, 戸田信夫, 新井絢也, 黒川 憲, 柴田智華子, 黒崎滋之, 川村 聡, 唐澤祐輝, 近藤真由子, 小島健太郎, 大木隆正, 関 道治, 田川一海

症例は53歳の男性。2013年2月、閉塞性黄疸を契機に膵頭部癌と診断され、他院で亜全胃温存膵頭十二指腸切除術を施行した。その後間もなく肝転移が判明したことから化学療法導入となり、標準治療とされているレジメンを全て施行したものの、肝転移は増大傾向であった。肝転移に対する積極的治療を希望されたことから当院消化器内科へ紹介となった。多発病変であり肝動脈化学塞栓療法(TACE : Transcatheter Arterial ChemoEmbolization)で治療を行う方針とし、2016年10月および11月に薬剤溶出性球状塞栓物質 (DEB : drug-eluting beads) を使用した肝動脈化学塞栓療法(DEB-TACE)をそれぞれ施行した。3回目のDEB-TACEを今回施行したところ、術後発熱および腹痛が遷延した。第7病日に造影CTの評価を行ったところ、多量のカス貯留を伴う造影不良域を認め、肝膿瘍の合併が疑われた。実際血液培養からEnterobacterが検出され、起炎菌と考えられた。第8病日に経皮経肝膿瘍ドレーナージを施行したところ、発熱および炎症反応の改善が多少得られたものの、その後も排液は持続しており、ドレーンは抜去困難であった。悪性腫瘍を背景とした肝膿瘍であり、十分な治癒が得られない状況であると考えられた。感染症のコントロールは横ばいで推移していたが、その間に肝転移は増大を認め、全身状態は徐々に低下した。感染症の併存もあり、今後の腫瘍への積極的治療は困難な状況と考えられた。本人の希望を踏まえドレーン留置下での退院を目指すこととし、入院調整を行い第50病日に自宅退院となった。肝膿瘍はTACE後の注意すべき合併症のひとつとして知られているが、本患者のように胆道再建を行った患者では特にそのリスクが高いと考えられている。今回治療に難渋したTACE後肝膿瘍の一例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。

転移性肝癌, 肝膿瘍

免疫組織化学が診断に有用であった大腸癌胆管転移の一例

筑波大学 医学医療系 消化器内科 池田貴文, 石毛和紀, 山口雄司, 菅沼大輔, 佐藤雅志, 田島大樹, 内田優一, 長谷川直之, 福田邦明, 安部井誠人, 兵頭一之介

【背景】大腸癌の同時性、異時性遠隔転移は肝転移が最多であるが、少数ながら胆管へ転移をきたし、胆管内進展を主体とする転移様式が報告されている。大腸癌胆管転移の臨床症状や血液検査所見、画像所見は、肝内胆管癌との鑑別に有用な所見が乏しく、鑑別が困難であることが多いが、内視鏡的胆管腫瘍生検による、免疫組織化学が鑑別に有用であった1例を経験したので報告する。【症例】60歳代男性。S状結腸癌に対してS状結腸切除術の既往がある(well differentiated adenocarcinoma, type2, SE, lv1, v1, n0 Stage2)。術後6か月で肝S5, S6, S8に転移再発を認め、肝右葉切除術。術後1年3か月で肝S2に転移再発を認め、肝S2部分切除術。術後3年7か月で肝S2に転移再発を認め、肝S2部分切除術をそれぞれ施行された。術後4年1か月頃より黄疸と肝胆道系酵素上昇が出現し、残肝左葉の胆管拡張と左肝管に軟部組織陰影を認め、加療目的に当院へ紹介転院となった。CTで肝門部の胆管・門脈周囲に軟部組織が見られ原発性胆管癌としても矛盾しなかった。MRIではB2の基部近くに乳頭状腫瘍が疑われた。PTBD造影で総胆管、左肝管根部に結石、胆泥と考えられる可動性のある陰影欠損を多数認め、左肝管頂部に胆管内を充滿する腫瘍影を認めた。内視鏡的乳頭切開と結石除去用バルーンを用いて経乳頭の大量の胆泥と小結石を除去した後、左肝管の腫瘍性病変から、生検鉗子で経乳頭の生検を行った。生検組織は、形態上、原発巣および切除された肝転移に類似した腺癌であった。また、過去の切除検体とともに、CK7, CK20, CDX2について免疫組織化学を行い、染色パターンからS状結腸癌の胆管転移と診断した。【考察】本症例のごとく、胆管内腫瘍を主体とし、胆管外への腫瘍を形成しない大腸癌の転移様式は、3.7%との報告がある。この転移病巣は、各種画像検査では肝内胆管癌との鑑別が困難で、切除検体で診断されることが多い。過去の報告では、大腸癌既往の有無が重要な術前判断材料であるとされている。本症例は術前の経乳頭の生検と免疫組織化学から、S状結腸癌の胆管転移と診断に至ったまれな症例であり、文献的考察を加えて報告する。

大腸癌胆管転移, 免疫組織化学

33 胆嚢癌との鑑別が困難であったメトトレキサート関連リンパ腫の1例

国立病院機構 横浜医療センター 消化器外科¹⁾, 同 病理検査科²⁾
井上 菜¹⁾, 武田和永¹⁾, 関戸 仁¹⁾, 松田悟郎¹⁾, 清水哲也¹⁾,
渡部 顕¹⁾, 久保博一¹⁾, 山本悠史¹⁾, 豊田純哉¹⁾, 新野 史²⁾

症例は69歳、女性。65歳より慢性関節リウマチに対してメトトレキサートを内服していた。近医で施行された腹部超音波検査にて胆嚢周囲の結節性病変を指摘され、当院消化器内科を受診した。腹部超音波検査では胆嚢内に胆泥が充満し胆嚢壁の詳細な観察は困難であったが、CT、MRIで胆嚢周囲のリンパ節腫大と胆嚢床近傍の腫瘍性病変を認めたため、胆嚢癌clinical stageIIIb(T3aN1M0)の診断で当科紹介となった。手術は、胆嚢摘出、肝床切除、所属リンパ節郭清を施行した。胆嚢管断端の術中迅速病理診断は陰性であったが、12cリンパ節が肝門に浸潤していたため肝動脈前区域枝切離と総肝管部分切除も施行し、C-tubeを留置した。術後の病理検査は、Diffuse large B-cell lymphomaの診断であった。メトトレキサートは免疫抑制剤として関節リウマチや悪性腫瘍に対して広く使用されている薬剤である。メトトレキサートを長期に使用した患者あるいは他の抗悪性腫瘍剤を併用した患者に、悪性リンパ腫や急性白血病、骨髄異形成症候群等の2次発癌が発生したとの報告もある。本症例は胆嚢周囲のリンパ節に悪性リンパ腫が発生し、胆嚢癌との鑑別が困難であった示唆に富む症例と考え、文献的考察を加えて報告する。

リンパ腫, 胆嚢癌

35 良性胆管狭窄による巨大胆管結石に対し経皮経肝的胆道内視鏡下電気水圧式衝撃波が有用であった一例

日本医科大学付属病院 消化器外科
鈴木幹人, 神田知洋, 古木裕康, 真々田裕宏, 谷谷信彦, 中村慶春,
松下 晃, 吉岡正人, 清水哲也, 近藤亮太, 金谷洋平, 青木悠人,
内田英二

症例は75歳女性。他院で16年前に直腸癌に対し低位前方切除術、13年前に転移性肝腫瘍に対し肝右葉切除術、肝動注化学療法施行。1年前より黄疸を認め、肝動注リザーバーを除去した。その後、黄疸は改善するも胆管炎症状繰り返すため当院紹介となった。腹部CTにて著明な肝内胆管の拡張を認め、肝門部胆管に巨大な結石を認めた。手術による胆道再建を提示するも患者自身が手術を拒否された。内視鏡的逆行性膵胆管造影検査施行したが胆管カニューレション困難であった。B3胆管より経皮経肝胆道ドレナージ術施行した。ドレナージチューブより造影すると総胆管は狭窄しており、胆管十二指腸瘻を認めた。また、肝門部胆管に約28mm大の結石を認めた。巨大結石でありバスケット鉗子では除去不可能と判断し、経皮経肝的胆道内視鏡(PTCS)下に電気水圧式衝撃波(EHL)を使用することとした。B3よりPTCSを用いてEHL挿入。巨大結石を砕石した。ドレナージチューブをB3より瘻孔を通して十二指腸内に留置し内瘻化した。その後、胆管内瘻化チューブを留置し、現在まで胆管炎発症せず経過良好である。PTCS下でのEHLは巨大結石に対する手術以外の治療として有用な選択肢となりうると考えられた。

胆管結石, EHL

34 胆管癌術後に発症した後天性血友病の一例

がん・感染症センター都立駒込病院 肝胆脾外科
中守咲子, 本間祐樹, 本庄真彦, 土井愛美, 平田義弘,
本田五郎

【はじめに】後天性血友病は、何らかの理由によって、後天的に凝固因子に対する自己抗体が産生されるか、欠損する稀な疾患である。特発性の場合や、悪性腫瘍や自己免疫疾患などの基礎疾患、手術、抗菌薬等の薬剤投与によって発症することが知られているが、出血などの臨床症状を伴わないことも多く治療方針も定まっていないのが現状である。今回我々は、遠位胆管癌の術後に発症した後天性第V因子インヒビターによる後天性血友病の一例を経験したため報告する。

【症例】症例は70歳代、男性。急性胆管炎を契機に診断された遠位胆管癌 Bdp, circ, flat-expanding type, T1b, N0, M0, cStageIA に対し、幽門輪温存瘻頭十二指腸切除術、リンパ節郭清を施行した。手術前の検査で凝固能異常は指摘されていなかったが、術後4日目にプロトロンビン時間(PT)の延長(69.6秒, PT-INR 5.79)と、活性化トロンボプラスチン時間(APTT)の延長(118.0秒)を認めた。APTTクロスミキシングテスト陽性と併せて共通系凝固因子インヒビターの存在が明らかとなり、第V因子活性の低下(3%未満)と第V因子インヒビターの検出(4ベセスダ単位/ml)をもって後天性第V因子インヒビターと診断した。翌日にはPT, APTTは更に延長し測定不能となるも、出血傾向は認めなかった。同日よりステロイドパルス療法を開始し、術後21病日にPT, APTTが共に正常化した。術後29日目に第V因子活性の正常化と、第V因子インヒビターの消失を認めた。現在もステロイド投与量を漸減しているが、出血性合併症や凝固能異常の再燃は認めず、術後50日目に退院した。

【まとめ】遠位胆管癌術後に発症した後天性第V因子インヒビター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。

後天性血友病, 瘻頭十二指腸切除

36 十二指腸狭窄を伴う膵頭部癌の透析合併例に対しEUS-HGSを施行した1例

北里大学病院 消化器内科
安達 快, 金子 亨, 宮田英治, 山内浩史, 奥脇興介, 岩井知久,
今泉 弘, 木田光広, 小泉和二郎

【背景】膵頭部癌は閉塞性黄疸と同時に十二指腸狭窄を来すことがある。閉塞性黄疸に対しEBDを施行する事が一般的だが、十二指腸狭窄を合併しているとEBDが行えないことがあり、このような症例にはEUS下胆道ドレナージの有用性が報告されている。今回透析症例のEUS下胆道ドレナージを経験したため報告する。症例は69歳男性。糖尿病性腎症で他院で維持透析中であった。腹部膨満感、食思不振を認め、維持透析を行っている病院でCT、EGD施行したところ膵腫瘍、肝転移、腹膜播種、腹水を認め、十二指腸は膵腫瘍の浸潤でEGDの通過は不能であった。そのため当院へ紹介受診となった。まずはEUS-FNA施行し、病理学的診断を行い、adenocarcinomaを検出し膵癌と診断した。その後閉塞性黄疸に対する治療を行った。十二指腸浸潤を伴い、内視鏡が通過不能であったため、経乳頭の処置は困難と考えEUS-HGSを施行した。施行後大きな偶発症なく経過し、減黄された。永眠するまでステントトラブルなく経過した。今回透析症例にEUS-HGSを施行した症例を経験したため報告する。

閉塞性黄疸, EUS-HGS

帝京大学医学部 内科

柳澤直輔, 高森頼雪, 大隅 瞬, 櫻井美代子, 松本康佑, 大和 洗, 中村寛裕, 丸山喬平, 三木淳史, 八木みなみ, 岡村喬之, 青柳 仁, 磯野朱里, 三浦 亮, 有住俊彦, 阿部浩一郎, 相磯光彦, 山本貴嗣, 喜多宏人, 田中 篤, 滝川 一

【症例】56歳、男性【現病歴】平成2年頃よりアルコール慢性膵炎で入院歴があった。平成19年より当科followとなるが既に臍尾部に仮性嚢胞がみられていた。平成28年4月に仮性嚢胞感染で入院。平成29年1月下旬より発熱と左単径から大腿にかけての疼痛出現。2月上旬外来受診時にWBC、CRP高値のため仮性嚢胞感染疑い入院動も仕事の都合で本人同意せず。LVFX処方したが1W後の再診時でも解熱傾向なく入院となる。【入院時身体所見】意識清明, 172cm, 60.3kg, 血圧108/60, 脈拍66/分・整, 体温37.9℃, 眼瞼結膜貧血なし, 眼球結膜黄疸なし, 胸部異常なし, 腹部平坦・軟・圧痛なし, 左単径から大腿にかけての疼痛あるも発赤・腫脹なし。【入院時検査所見】WBC 11800, Hb 10.6, Plt. 25.5万, AST 16, ALT 16, LDH 128, ALP 219, γ -GTP 26, AMY 47, P-AMY 33, リパーゼ 34, トリプシン 452, エラスターゼ 1184, CEA 5.4, CA19-9 6.0, DUPAN2 25, CRP 13.04, BS 180, HbA1c 11.2, 腹部CT: 胃背側から左骨盤部の後腹膜に広がる低吸収域を認める。【経過】仮性嚢胞感染からの後腹膜膿瘍と診断。EUSによる経胃的ドレナージの適応と考えられたが、以前より慢性膵炎に伴う血流異常が原因と思われる胃静脈瘤が胃体上部大彎側にあり穿刺は危険と判断。禁食, TAZ/PIPC投与し体外ドレナージを左側背部より2本留置した。留置直後よりやや緑色調の膿汁をILひけた。連日生食にて洗浄を行ない3月上旬には後腹膜膿瘍はほぼ消失しドレナージ1本を抜去。さらに3月中旬に残り1本のドレナージを抜去した。抗生剤をLVFXに変更し食事開始するも再燃みられず。3月中旬に退院となった。【考察】臍仮性嚢胞に対する処置として現在はEUSによる経胃的ドレナージが主流と思われるが、諸事情によりその施行が困難な場合もある。今回胃静脈瘤のため経胃的ドレナージは危険と判断し体外ドレナージを選択したが、良好な結果を得られたので文献的考察を加え報告する。

臍仮性嚢胞, 体外ドレナージ

千葉大学 大学院 医学研究院 先端応用外科

武藤靖英, 上里昌也, 加賀谷暁子, 天海博之, 荒澤孝裕, 玉地智英, 相川瑞穂, 中野 明, 武藤頼彦, 松原久裕

症例は50歳代、女性。心窩部違和感を主訴に前医受診、上部消化管内視鏡検査を施行し十二指腸乳頭部対側に40mm大の平坦隆起性病変を認め、生検で腺腫であった。当科紹介受診し、内径7.0mmの気管内チューブを用いた全身麻酔下のESDにより一括切除施行した。終了時の頸部食道に挫滅創を認めた。腹部所見なく経過し術後第10病日に食事摂取開始となったが、第12病日に37.5度の発熱および頸部違和感を自覚。採血でWBC13800, CRP2.0と炎症反応上昇、CTで頸部食道背側に9×8×2cm大の縦郭上部膿瘍を認めた。十二指腸ESDの内視鏡操作中に生じた医原性器械的食道穿孔による上縦隔膿瘍の診断となった。上部消化管内視鏡検査で、下咽頭から食道内に黄色調の膿汁を認めた。頸部食道は背側からの外圧迫で軽度狭窄あり。外圧迫の口側端である食道入口部17cmの6時方向に5mm程度の裂創を認め同部からの排膿を確認した。透視下に、同部から0.035インチのガイドワイヤーを挿入した後に8FrEDチューブを留置しドレナージ施行した。その後、排膿を認め膿瘍腔の消失を認めチューブ抜去。経口摂取再開し、その後は問題なく経過し、第38病日に軽快退院となった。全身麻酔下ESD中の頸部食道挫滅創から縦郭上部膿瘍を発生した一例を経験したので、若干の文献的考察を含めて報告する。

全身麻酔下ESD中の頸部食道挫滅, 縦郭上部膿瘍

群馬大学医学部附属病院 消化器・肝臓内科¹⁾, 同 光学医療診療部²⁾, 同 消化管外科³⁾

下山康之¹⁾, 保坂浩子¹⁾, 栗林志行¹⁾, 河村 修^{1,2)}, 星 恒輝¹⁾, 深井泰守¹⁾, 小林 剛¹⁾, 入江江美¹⁾, 山田俊哉¹⁾, 中山哲雄¹⁾, 田中寛人¹⁾, 高草木智史¹⁾, 富澤 琢¹⁾, 水出雅文¹⁾, 堀口昇男¹⁾, 山崎勇一¹⁾, 佐藤 賢¹⁾, 柿崎 暁¹⁾, 草野元康^{1,2)}, 宮崎達也³⁾, 桑野博行³⁾

【症例】60歳代、男性【主訴】嚥下障害【現病歴】拡張型心筋症、心房細動にて他院通院中に、上部消化管内視鏡検査施行され35-40cmに全周性の食道癌(0-IIc)を認め、当院消化管外科紹介。上部消化管内視鏡検査、超音波内視鏡、腹部CT、FDG-PET/CTによる精査にてT1bN0M0(cStage)と診断した。本人・家族が心臓への影響が少ない陽子線治療を希望したため他院にて陽子線治療64Gyと化学療法をFP療法(1コース目は5FU 700mg/m², CDDP 70mg/m²、2コース目は腎機能障害のため50%減量)にて行い、complete responseとなった。その後は当院消化管外科にて6か月ごとに上部消化管内視鏡検査、腹部CT、FDG-PET/CTにて経過観察を行ったが食道癌の再発や転移を疑わせる所見は認めなかった。陽子線治療中より固形物の嚥下障害を認めたが、上部消化管内視鏡にて食道狭窄は認めず経過観察していた。陽子線治療2年9か月経過しても嚥下障害は改善せず、食道運動障害に関する精査目的に当科紹介となった。【経過】陽子線治療2年9か月後高解像度食道内圧検査にてDCI平均3309mmHg-cm-s、最高4351.6mmHg-cm-st(正常:450~800mmHg-cm-s)、IRP 9.6mmHg(正常<15mmHg)とシカゴ分類のパラメーターの異常は認めなかったが中部~下部食道で蠕動波の減弱や同期性収縮を認めた。食道バリウム造影にて下部食道の蠕動は弱く途絶することもあり、食道内に少量のバリウムが停滞した。陽子線治療による二次性食道運動障害と診断した。【考察・結語】食道癌が全周性の場合、放射線や陽子線照射後に腫瘍組織の壊死線維化のために狭窄を起し、嚥下障害をきたすことはあるが本症例のように狭窄とならずに食道運動障害により嚥下障害をきたした報告はない。本症例では陽子線照射により神経または筋層が障害され、食道運動障害をきたした可能性が示唆された。今後放射線や陽子線照射後に狭窄をきたさずに嚥下障害を認めたら食道運動障害の可能性を考えて食道内圧や食道造影による食道運動の評価を行うことが重要と思われる。大変示唆に富む症例と考え報告する。

食道運動障害, 陽子線治療

三鷹中央病院 外科¹⁾, 同 内科²⁾, JR 東京総合病院 外科³⁾, 片山原子¹⁾, 関 誠¹⁾, 山中晃一郎²⁾, 平田 勝³⁾, 吉田正一¹⁾

【背景】食道浸潤胃癌の食道浸潤は、粘膜下浸潤が主体のことも多く、浸潤の程度については内視鏡所見や造影所見で判断を行うものの、術前の正確な評価が難しい。食道浸潤胃癌の一形態である噴門癌については、JCOG9502において、Stewart Type IIおよびIII型では、食道浸潤長3cm以内の場合、標準術式は経腹的横隔膜縦切開(TH)の手術と示唆する結果である。しかし、粘膜下浸潤を伴う食道浸潤は浸潤長についての術前評価が難しく、術前評価と、手術標本での病理組織診との間に乖離が発生しやすい。市中一般病院においては、症例が高齢者に偏る傾向があり、根治性だけでなく耐術能も含めた術式選択が重要である。【方法】2003年4月-2016年6月までの筆頭演者の前動務先-現動務先在籍期間中に手術が行われた症例のうち、術前診断、病理組織診断のいずれかで食道浸潤を認めた症例は25例あった。年齢70.5±13.0年(45-90)、性別は男12例、女13例、観察期間763±692日(21-3156)であった。それらの臨床病理学的所見を分析した。【結果】全25例での術前正診率(食道浸潤長30cm未満か以上)は64%で、肉眼型0-3型で85%(11/13)、4型で42%(5/12)と有意差(P=0.025)を認めた。術中所見でP1にて非治癒切除だった3例を除いた、P0の22例におけるアプローチ法別断端陰性率はLTで100%(14/14)、THで50%(4/8)と有意差(P=0.0034)を認め、肉眼型別断端陰性率は0-3型で8.3%(1/12)、4型で30%(3/10)と4型で多い傾向(P=0.19)を認めた。THの局所再発4例(比較的初期症例)中3例では追加切除が行われ、残り1例はCY1であった。手術関連死亡例、在院死亡例はなかった。【結語】食道浸潤胃癌の浸潤長は、内視鏡および造影検査で慎重な評価を行う必要があるが、特に粘膜下浸潤するタイプで術前の食道浸潤長の正確な診断が難しく過小評価されやすい傾向を認めることを念頭におく必要がある。局所コントロールは左開胸開腹アプローチにおいて良好であり、根治切除を目指す症例においてのアプローチ法選択において、肉眼型、年齢、全身状態も加味しつつ検討する必要がある。

食道浸潤胃癌, 手術法

横須賀共済病院 消化器病センター 外科
山口敬史, 木村 準, 大矢浩貴, 藤本孝博, 久保俊裕, 武井将伍,
中崎佑介, 小川 薫, 田村裕子, 田中淑恵, 朴 峻, 小笠原康夫,
渡邊 純, 野尻和典, 茂垣雅俊, 舛井秀宣, 長堀 薫

症例は70歳女性。胸背部痛を自覚し上部消化管内視鏡を施行、胃体上部小弯後壁に3型病変を、胃角部小弯前壁に0-IIc病変を認め、精査にて胃体上部小弯後壁進行癌 (U, Less/Post, Type3, tub1/muc, T3(SS)N2HOP0M0 cStageIIIA)、胃角部小弯前壁早期癌 (M, Less/Ant, 0-IIa + IIc, tub1, T1b (SS) MOHOP0M0 cStageIA) の診断で、開腹胃全摘術、D2郭清、胆嚢摘出、Roux-en-Y再建術を施行した。術後経過は良好で第11病日に退院となった。術後35日目よりAdjuvantとしてTS-1 (100mg)を開始したが、術後49日目より嘔下困難感が出現した。上部消化管内視鏡検査にて挙上空腸吻合部の輸出脚の狭窄所見を認めバルーンジューを施行するも改善を認めなかった。症状及び狭窄の改善なく再手術の方針とした。開腹し挙上空腸を同定、挙上空腸のステッキ断端と肛門側挙上空腸の腸間膜対側をAlbert-Lembert縫合で側々吻合バイパスとした。再手術後5日目に吻合部造影を施行し造影剤の流れが良好であることを確認した上で第6病日に飲水開始、第7病日より流動食を開始し、第16病日に5分粥摂取良好にて退院となった。以降症状なく経過しTS-1を再開、現在も外来フォローアップ中である。挙上空腸の狭窄に対しバイパス術を施行し経口摂取が可能となった1例を経験したので、文献的考察を交えて報告する。

挙上空腸狭窄, 挙上空腸バイパス

三浦市立病院 外科
川邊泰一, 小澤幸弘, 和田博雄, 木谷勇一

【背景】高齢社会の進行に伴い、高齢者胃癌の症例は増加している。一般に高齢者では主要臓器機能の低下や併存疾患の存在から治療リスクが高くなるが、特に75歳以上の後期高齢者では治療方針の決定には慎重にならざるを得ない。【症例】症例は80歳男性。食後のつかえ感による摂食不良と体重減少を主訴に当科を受診した。上部消化管内視鏡検査で胃UⅠ領域に亜全周性の大型3型腫瘍を認め、造影CT検査では原発巣の脾臓浸潤と胃領域リンパ節転移(#3, #4sb, #4d)に加え、骨盤内腹水とDouglas窩結節を認めた。内視鏡下の生検結果は中分化腺癌であり、根治切除不能なcStageIV期胃癌と診断した。軽度の貧血や摂食不良は認めるものの、主要臓器機能やPerformance Statusは良好に保たれており、本人の治療意欲や家族のサポート体制も整っていると判断されたため全身化学療法を行う方針とした。HER2陽性であったため、S-1 + Trastuzumab併用療法を導入し、1コース目でS-1の忍容性が確認できたために2コース目からL-OHPを上乗せする方針としたが、患者の同意が得られなかったためS-1 + Trastuzumab療法を継続した。治療導入早期から原発巣の縮小が得られ経口摂取量が増加し、3コース終了時点で標的病変(#4sbリンパ節転移(短径15mm)、Douglas窩結節(15mm))は消失した。6コース終了時点でCT上は非標的病変(原発巣・領域リンパ節転移・腹水)も消失しCRが得られている。治療導入早期に肺炎による数日の入院治療を要したが、以降はCTCAE grade2以上の有害事象は発現することなく、高齢者に外来化学療法を継続できている。【まとめ】今回、後期高齢者の切除不能進行胃癌に対しS-1 + Trastuzumab併用療法を行い、十分な抗腫瘍効果が得られ、副作用も安全に管理可能であった1例を経験したので報告する。

高齢者胃癌, 化学療法

埼玉医科大学総合医療センター 消化管・一般外科
石川 葵, 福地 稔, 石畝 亨, 持木彫人, 石田秀行

【目的】StageIV胃癌に対する標準的治療は化学療法である一方、出血や狭窄などの切迫症状を改善するための緩和手術は日常診療としての選択肢の一つになっている。現在、わが国において推奨される一次治療はS-1/cisplatin療法であるが、2014年9月からCapeOX療法が実地臨床で使用可能となった。今回、腹膜播種を伴った胃癌に対して手術を先行し、術後CapeOX療法でCRが得られた1例を経験したので報告する。【症例】66歳男性。主訴は1か月前からの嘔吐。近医の上部消化管内視鏡検査で胃体上部を中心に亜全周性、易出血性の5型の腫瘍を認め、生検結果はtub2(HER2陰性)であった。進行胃癌の精査、加療目的に当科紹介となった。CT検査で小網と大網の脂肪組織の濃度上昇を認め、腹膜播種と診断した。通過障害と出血を認めたために緩和的胃全摘術(D1+)を先行した。術後の病理学的進行度診断はUME, circ, Type4, tub2, pT4aN3bP1CY1HOM0-pStageIVであった。術後1月後にCapeOX療法を導入し、3コース後のCT検査で小網と大網の脂肪組織の濃度上昇は消失し腫瘍マーカー(CEA)は正常化した。CapeOX療法は計8コース施行し、有害事象としてGrade1の末梢神経障害を認めた。現在、CRを約13か月間維持している。【考察】StageIV胃癌のなかには術後に診断された、出血や狭窄のために緩和手術を行ったりする症例も含まれる。このようなStageIV胃癌症例に対して、術後S-1/cisplatin療法はGrade3以上の好中球減少症や食思不振の頻度が高く、導入および継続困難な場合が多いと報告されている。CLASSIC試験の結果から、StageII/III胃癌に対する術後補助としてCapeOX療法(8コース)の効果と安全性は示されているが、本症例はStageIV胃癌であり、術後CapeOX療法が効果的かつ認容可能であった。【結語】今後、CapeOX療法は進行胃癌に対する新たな治療の選択肢のひとつになり得ることが示唆された。

胃癌, CapeOX療法

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

誤飲による消化管異物はしばしば内視鏡鏡が遭遇する病態であるが、その発見の契機はさまざまであり、また内視鏡にて摘出する前に異物の内容について大まかな見当つけることは、摘出の手段や緊急性などを判断するうえで重要である。今回我々は、腹部超音波検査を契機に発見され、術前診断に難渋した消化管異物の一例を経験した。貴重な症例と考え、考察を交えて報告する。症例は、46歳女性の在日アジア系外国人。空腹時に増強する心窩部痛を主訴に近医受診し、制酸剤を処方され内服したが、1週間経過後も症状改善しないため、当科紹介受診となった。腹部超音波検査にて精査したところ、胃幽門部近傍に30mm程度の棒状のstrong echoを認め、さらにそれが胃壁に刺さっていることが疑われたため、腹部単純CTを追加で施行。幽門前庭部に内部が空洞で紡錘状の異物が胃壁に刺さっていることを確認した。本人に確認したが、心当たりのないというものであり、またCTで認めた異物の形状からも異物の具体的な内容の見当がつかなかったが、腹腔内に明らかな遊離ガス像は認めなかったため、内視鏡によって摘出することとした。内視鏡を挿入し胃内を観察すると、幽門前庭部の前壁と後壁に挟まって、両側の胃壁に突き刺さっているような状態で異物が確認された。まず前壁から異物を取り出し、続いて後壁から引き抜くような形で摘出した。摘出前後で取り外しの出血は認めなかった。摘出した異物は、なつめ(果実は食用とされる)の種子ということがこの時点で初めて判明した。摘出後は経過観察目的に入院したが、以降は腹痛なく経過し第3病日に退院となった。摘出した種子はなつめの種子としては比較的大きい部類であり、紡錘状の形状の両端は棘状に突出し硬く、胃壁に突き刺さり、穿孔に危惧されるものであった。医学中央雑誌にて検索をしたところ、魚骨による消化管穿孔や、梅干しの種のような大きな種子による食餌性イレウスの報告はあるものの、種子が胃壁に突き刺さり、穿孔に危惧されたような報告は見当たらず、貴重な症例として報告した。

消化管異物, 種子

東京女子医科大学 消化器内科¹⁾, 同 消化器内視鏡科²⁾
小林亜也子¹⁾, 岸野真衣子²⁾, 久礼里江¹⁾, 日向有紀子¹⁾,
山本浩隆¹⁾, 山本果奈¹⁾, 中村真一²⁾, 徳重克年¹⁾

アスピリン喘息患者に発症し診断に難渋した好酸球性十二指腸炎を経験したので報告する。【症例】46歳、男性。40歳時に気管支喘息、副鼻腔炎を発症。当院への転院2か月前から心窩部痛を自覚し、前医で上部消化管内視鏡検査を施行され十二指腸球部から下行部にびらん・浮腫状肥厚を指摘された。PPI投与が行われたが十分な効果なく軽快と再燃を繰り返していた。再び激しい心窩部痛を自覚したため前医へ入院し保存的加療が開始された。鎮痛目的のNSAIDs投与を契機に第2病日に喘息重発作が出現、アスピリン喘息と診断され、ステロイド治療が開始された。約2か月間の反復する難治性腹痛の原因精査目的に第10病日に当院へ転院となったが、転院時すでに心窩部痛は消失していた。当院で施行したCTでは十二指腸下行部の全周性壁肥厚を認め、内視鏡では十二指腸球部から上十二指腸角に打ち抜き様潰瘍・浮腫状肥厚を認めた。血液データ、経過と画像所見から好酸球性十二指腸炎を疑った。当院での十二指腸生検では好酸球浸潤は認めなかったが、前医の病理結果を確認したところ十二指腸粘膜に好酸球優位(30/HPF以上)の炎症細胞浸潤を認めた。以上から好酸球性十二指腸炎と診断した。これまで腹痛の発症前にアスピリン使用歴があることから、アスピリンによる好酸球の増多が本疾患発症に関与している可能性を考えた。転院時よりステロイド治療は中止していたが、症状再燃することなく第24病日に退院した。約1ヶ月後に内視鏡再検したところ十二指腸潰瘍は癒痕化し周囲の浮腫状肥厚も改善していた。【考察】本症例はアスピリン喘息の重発作に対して投与したステロイドが好酸球性十二指腸炎にも著効し症状と内視鏡所見の改善が得られたと考える。アスピリン喘息の気道外病変として好酸球性胃腸炎、とくに十二指腸炎を多く合併することが知られている。しかしながら内視鏡所見が非特異的であることから診断に難渋することがある。アスピリン喘息患者に腹痛などの消化器症状が生じた際には本症も考慮し積極的に精査を行う必要がある。

好酸球性胃腸炎, アスピリン喘息

菊名記念病院 消化器内科

中村仁紀, 西本史哉, 佐藤知己, 庄司達弘

症例: 80歳代女性、主訴: 吐血下血、既往歴: 狭心症でバイアスピリン内服、糖尿病、高血圧症、大腸癌手術歴あり 現病歴: 17年1月5日就寝中、朝4時に心窩部不快感あり、その後吐血・下血を繰り返すため当院に救急車にて来院となった。身体所見: 意識清明、血圧103/46、心拍数86、体温36.5度、貧血あり、黄疸なし、腹部にope scarあるも、その他特記すべき所見なし。採血検査: Hb 9.1g/dl、BUN/Cre 38.2/0.77 来院後経過: 内視鏡検査前に腹部単純CTを施行。十二指腸水平脚に血腫と思われるhigh density areaを伴う憩室を認めた。緊急上部消化管内視鏡検査を施行。胃内に血液の貯留を認めるも、食道から十二指腸下行脚までには明らかな出血源なし。強いスコープのpush、体位変換、用手腹部圧迫を駆使し、十二指腸水平脚まで何とか挿入したところ、血餅で満たされた憩室を認めた。血餅を慎重に除去したところ、露出血管を認め、クリップにて処置した。入院管理とし、加療を行うも、再出血なく、経過順調にて退院となった。結語: 十二指腸水平脚の憩室出血は稀であり、かつCTが診断・治療に有効であった大変稀な症例を経験したので、ここに報告する

十二指腸, 出血

独立行政法人国立病院機構 東京医療センター 消化器科¹⁾,
同 外科²⁾

高取祐作¹⁾, 窪澤陽子¹⁾, 平井悠一郎¹⁾, 砂田由紀恵¹⁾,
阿部圭一郎¹⁾, 平田 哲¹⁾, 高田祐明¹⁾, 伴野繁雄¹⁾, 和田道子¹⁾,
木下 聡¹⁾, 森 英毅¹⁾, 高林 馨¹⁾, 加藤元彦¹⁾, 菊池真大¹⁾,
大住幸司²⁾, 磯部 陽²⁾, 浦岡俊夫¹⁾

症例は50歳代男性。主訴は腹痛。来院2日前から腹痛を自覚し、症状改善しないため当院に救急搬送となった。来院時バイタルサインは安定していたが、上腹部を中心に腹膜刺激症状を伴った圧痛を認めた。腹部単純CTで降頭部と十二指腸の周囲に高吸収域を伴った脂肪織濃度上昇を認め、血腫が疑われた。腹部造影CTでは上前降十二指腸動脈および上後降十二指腸動脈に3か所の造影剤漏出所見を認めた。また正中弓状韌帯圧迫による腹腔動脈起始部の狭窄を認めた。以上から正中弓状韌帯圧迫症候群(MALS)による腹腔動脈起始部狭窄を原因とした降十二指腸動脈破裂を疑い、CTで指摘された3病変に対して同日緊急で経カテーテル的動脈塞栓術(TAE)を施行した。血管造影では腹腔動脈起始部から末梢は造影されず、総肝動脈および脾動脈は上腸間膜動脈(SMA)から栄養されていた。また、SMAと背側降動脈の分岐部にも動脈瘤を認めたが降血流保護のため、同病変はTAEを施行しなかった。TAE後は明らかな合併症なく第7病日より経口摂取再開とした。しかし、第12病日に腹部膨満を自覚し頻回嘔吐した。造影CTを施行したところ十二指腸下行脚から水平脚が血腫の内部を走行しており、口側の腸管拡張を認めたことから血腫の圧排による十二指腸の通過障害と判断し再度禁食とした。保存的加療で症状は改善し、第23病日から経口摂取を再開した。その後の経過は良好で第37病日に退院とした。入院3か月前に腹痛、下痢の検査目的に他院で施行された造影CTの見直しにて動脈瘤を認めていなかったことから比較的短期間で動脈瘤が形成されたと考えられたこと、SMAと背側降動脈分岐部の動脈瘤は未治療であることから動脈瘤破裂再発予防に正中弓状韌帯を切離する方針とした。後日当院外科で腹腔鏡下正中弓状韌帯切離術を施行し、術後経過は良好である。今回我々は比較的短期間に形成し、破裂に至った降十二指腸動脈瘤の1例を経験した。降十二指腸動脈瘤は腹部内臓動脈瘤のなかでも稀であるが、破裂した場合の死亡率は高いとされていることから、臨床医でも知っておくべき疾患の一つであると考えたため今回報告する。

降十二指腸動脈瘤, 正中弓状韌帯圧迫症候群

横須賀共済病院 消化器病センター 内科

田代祥博, 田中志高, 三代博之, 高橋純一, 森川 亮, 相川恵里花,
戸田晶子, 鈴木 快, 平沼衣梨, 野澤さやか, 小馬瀬一樹,
田邊陽子, 新井勝春, 鈴木秀明, 渡辺秀樹

【症例】40歳女性【主訴】血便【既往歴】橋本病、子宮筋腫、卵巣嚢腫【現病歴】2004年に血便で近医に入院歴あり。上下部消化管内視鏡検査施行するも出血源不明であった。その後2011年、2015年に血便が再発し、近医で入院加療、輸血療法を要した。その際も上下部消化管内視鏡、また腹部造影CT、カプセル内視鏡、ダブルバルーン小腸内視鏡を行うも出血源同定できず保存加療にて止血得られたため経過観察となっていた。2016年8月に血便再発し当院受診し、精査加療目的に入院となった。【経過】当院で造影CTや上下部内視鏡施行するも明らかな出血源は認めなかった。保存加療で血便消失し、貧血も改善を認め一時退院した。若年成人の原因不明消化管出血でありMeckel憩室シンチグラフィ施行したが異常集積を認めなかったが、カプセル内視鏡施行し回腸に浮腫粘膜を伴う憩室を認め出血の原因として疑われた。ダブルバルーン小腸内視鏡でパウヒン弁約100cmの遠位回腸に憩室を認め、憩室盲端部に小孔形成を認めた。Meckel憩室が疑われ同部位が出血源と考えられた。血便による入院繰り返ししており外科的加療適応と考えられ、当院外科で待機的に腹腔鏡下小腸部切除を施行した。【考察】Meckel憩室は卵黄腸管が遺残した先天性の真性憩室であり、出血、憩室炎、腸閉塞などを合併することがある。基礎疾患を持たない若年成人の消化管出血では原因がメッケル憩室であることが少なくない。99mTcを用いたMeckel憩室シンチグラフィは異所胃粘膜以外からの出血では診断が困難であり、確定診断に至らないことも知られている。今回、カプセル内視鏡及び小腸ダブルバルーン内視鏡が有用であった出血性Meckel憩室の一例を経験したので若干の文献的考察を加えて報告する。

メッケル憩室, ダブルバルーン小腸内視鏡

横須賀市立市民病院 外科¹⁾, 同 病理診断科²⁾
山田淳貴¹⁾, 長嶺弘太郎¹⁾, 高橋弘毅¹⁾, 亀田久仁郎¹⁾, 山本 淳¹⁾,
泉澤祐介¹⁾, 杉浦浩朗¹⁾, 峯岸裕蔵¹⁾, 竹川義則¹⁾, 久保 章¹⁾

症例は70歳, 男性. 肝機能障害の精査時に施行した腹部骨盤造影CT検査で, 虫垂の腫大と虫垂開口部周囲の盲腸に造影効果に伴う壁肥厚像を認めた. 下部消化管内視鏡検査では, 虫垂開口部に低隆起性病変を認め, 盲腸粘膜下腫瘍と診断した. 生検では確定診断には至らなかったが, 悪性腫瘍の可能性も否定出来ないため, それに準じた治療を行う方針とした. 回盲部切除術および回結腸動脈根までのリンパ節郭清術を施行した. 患者は術後第10病日に軽快退院された. 病理組織学的検査所見では, 紡錘形細胞が錯綜した病変を認め, 免疫染色ではc-kit陽性, Ki-67 1-2%であり, 再発低リスクのgastrointestinal stromal tumor (GIST) と診断した. さらに末梢側の虫垂に粘液嚢胞腺腫の所見も認めた. 虫垂GISTは, 全GISTのうち約0.1%と非常に稀な疾患である. また虫垂粘液嚢胞腺腫も虫垂腫瘍の中で比較的稀な疾患とされている. 今回, 非常に稀な両疾患の合併例を経験したので, 若干の文献的考察を加えて報告する.

GIST, 虫垂

50 プロテインアレイを用いた新規大腸癌腫瘍マーカーの検索

千葉大学大学院 医学研究院 先端応用外科学¹⁾, 同 遺伝子生化学²⁾
荒澤孝裕¹⁾, 加賀谷暁子¹⁾, 日和佐隆樹²⁾, 瀧口正樹²⁾,
松原久裕¹⁾

【背景】大腸癌の患者数は増加傾向にあり, 生命予後の改善には早期発見, 早期治療が重要となる. 検診における便潜血法, 血中CEA, CA19-9が臨床的に用いられてきたが, 早期大腸癌に対する感度には未だ発展の余地がある. 血中p53抗体検査では早期癌に対する感度が高いことが報告されており, 新規抗体マーカーの探索によりさらなる検査感度の向上が期待される. 【目的】大腸癌に対する新規抗体マーカーを検索する. 【方法】大腸癌患者血清中のIgG抗体が結合する抗原タンパク質を同定する方法として, 一次スクリーニングにはプロテインアレイを用いた. 二次スクリーニングではAlpha LISAによる血清抗体レベル測定を行った. 【結果】1次スクリーニングにて有意差のある39種の抗原タンパク質が同定された. そのうち4種を組換え, タンパク質を精製した. 2次スクリーニングで解析した結果, 抗ING1抗体は健康者血清と比べ大腸癌, 食道癌, 胃癌, 乳癌, 膵癌の患者血清において有意に高値であり, 特に大腸癌患者血清において大きな差を認めた. (ROC解析にて感度 66.8%, 特異度 72.7%, AUC 0.744) 【考察】抗ING1抗体は特に大腸癌を特異的に識別する腫瘍マーカーである可能性が示唆された.

大腸癌, 腫瘍マーカー

藤沢市民病院 消化器外科
阿部有佳, 山岸 茂, 木村安希, 山田淳貴, 中堤啓太, 峯岸裕蔵,
山本晋也, 牧野洋知, 上田倫夫, 仲野 明

【背景】閉塞性大腸癌に対するself-expandingメタリックステント(SEMS)は, 2012年に保険収載されて以降その有用性と安全性は数多く報告されているが, 長期予後への影響は未だ不明である. 【目的】当院における閉塞性大腸癌に対するSEMSの有用性と予後への影響を検討した. 【対象と方法】当院における, 2005年4月から2017年3月までの閉塞性大腸癌症例49例を対象とした. 術前に経肛門イレウス管で減圧した23例をI群, 大腸ステントで減圧した26例をS群とし, 患者背景, 腫瘍学的因子, 減圧効果, 手術成績, 予後についてretrospectiveに比較検討した. 平均観察期間はI群4.0年, S群1.6年だった. 【結果】2群間で年齢, 性別, 腫瘍部位, 臨床病期に差は認めなかった. 腫瘍径, 組織型, 深達度, リンパ節転移の程度に関しても差はなかった. リンパ管侵襲(ly0-1:ly2-3)はI群18:5例, S群22:4例であり(p=0.47). 静脈侵襲(v0-1:v2-3)は, I群21:2例, S群18:8例だった(p=0.07). 減圧期間の平均はI群10.0日, S群14.7日でS群で有意に長かった(p=0.003). 減圧後, 大腸閉塞スコア(CROSS)が4まで改善した例は, I群3例(13.0%), S群25例(96.1%)であり, S群で有意に多かった(p<0.001). S群でステント逸脱例や穿孔例は認めなかった. ストマ造設症例はI群5例(21.7%)だったが, S群では全例一期的吻合が可能だった(p=0.02). 縫合不全は各々1例ずつ認めた(p=0.74). Stage2-3症例の3年RFSはI群64.7%, S群61.7%であり差を認めなかった(p=0.93). 転移再発形式の内訳(血行性:リンパ行性:播種)は, I群7:1:2例, S群3:1:1例であり差を認めなかった(p=0.86). 全Stageでの3年生存率は, I群74.7%, S群78.8%だった(p=0.87). 【結語】閉塞性大腸癌に対するSEMSは, 安全で有効な腸管減圧法であり, 短期, 中期治療成績についても経肛門イレウス管と同等であった.

大腸癌, ステント

52 アメーバ性大腸炎53例の検討

松島クリニック
深野雅彦, 高橋敬二, 野澤 博, 西野晴夫

【対象と方法】2011年1月から2016年12月までの期間に, アメーバ性大腸炎と診断された53例を対象とし, 臨床的に検討した. 【結果】1) 男性46例(87%), 女性7例(13%)で男性に多かった. 年齢は平均54才(24~84才)であった. 2) 主訴は下血27例(51%), 便潜血陽性13例(25%), 大腸ポリープの定期検査が9例(17%), 下痢3例(6%), 人間ドック1例(2%)であった. 特に自覚症状のない症例を23例(43%)認めた. 3) 病変の部位は盲腸および上行結腸が23例(43%), 直腸17例(32%), 盲腸・上行結腸と直腸が9例(17%), 大腸全体に認めたものが4例(7%)あった. 自覚症状の有無と病変の部位をみると, 自覚症状の無い23例の病変の部位は盲腸および上行結腸が15例(65%), 直腸3例(13%), 盲腸・上行結腸と直腸が4例(17%), 大腸全体が1例(4%)であった. 自覚症状のある30例の病変の部位は盲腸および上行結腸が8例(27%), 直腸14例(47%), 盲腸・上行結腸と直腸が5例(17%), 大腸全体が3例(10%)であった. 自覚症状の無い症例では盲腸および上行結腸に病変を認めるものが多く, 自覚症状のあるものでは直腸に病変が多かった. 4) 感染経路は性感染症が疑われた症例が13例(24%), 渡航歴のあるものが2例(4%)認められたが, 感染経路が不明のものが38例(72%)で多数を占めた. 5) 確定診断を得た検査は病理検査が24例(45%), 病理検査と鏡検が14例(26%), 鏡検が13例(25%), アメーバ抗体検査が2例(4%)であった. 6) 経過をみると, 全例にmetronidazoleが投与された. 治療後に再検査されたものが34例(64%)あり, 経過を追えなかったものが19例(36%)あった. 再検査されたもののうち治癒が確認されたものが29例(85%)あり, 治癒を得られなかったものが5例(15%)あった. 【結語】アメーバ性大腸炎は男性に多く, 幅広い年齢にみられた. 自覚症状のない症例も多くみられた. 自覚症状のない症例では病変が盲腸・上行結腸に多くみられ, 大腸内視鏡検査が有効であると考えられた. 治療はmetronidazoleが有効であった. しかし, 経過を追えなかったものも多数みられ, この疾患の啓蒙が必要であると思われた.

アメーバ性大腸炎, 赤痢アメーバ

獨協医科大学病院 健康管理科¹⁾、
獨協医科大学 循環器・腎臓内科²⁾、同 第一外科³⁾、
同 消化器内科⁴⁾、
大谷津まり子¹⁾、知花洋子¹⁾、渡邊菜穂美¹⁾、大類方巳¹⁾、
石光俊彦²⁾、山口 悟³⁾、佐々木欣郎³⁾、加藤広行³⁾、土田幸平⁴⁾、
富永圭一⁴⁾、平石秀幸⁴⁾

【症 例】63歳 男性【主 訴】特記すべきことなし【家族歴】糖尿病：父、高血圧：母【既往歴】特記すべきことなし【現病歴】高血圧で近医にて加療中であった。2014年6月当院健康管理科にて人間ドックを受診し、尿蛋白(4+)、尿潜血(+)、脂肪円柱(+)、総コレステロール318mg/dlを指摘され、当院循環器・腎臓内科紹介となった。【診 断】同年9月の腎生検にて膜性腎症の診断であった。また、同年7月に腹部CT検査を施行。左側の腸間膜に長径約48mm大の軟部腫瘍が認められた。消化器内科などで精査を開始し、同年9月PET-CT検査施行。7月とは位置が異なり右側の腹間膜に同様の大きさの集積像を認めた。上部消化管内視鏡検査、下部消化管内視鏡検査とも特記すべき所見はなかった。【手 術】同年10月に第一外科にて手術施行。回腸粘膜炎下の45mm大腫瘍で、断面は白色線維性で周囲腸間膜との境界はやや不明瞭であった。病理組織学的にはデスマイド腫瘍と診断した。【経過観察】現在、2年6か月後も再発なく経過観察中である。【結 語】蛋白尿を契機に偶然発見された腹腔内デスマイド腫瘍とネフローゼ症候群を合併した1例を経験したので報告する。

デスマイド腫瘍, ネフローゼ症候群

慶應義塾大学 医学部¹⁾、同 消化器内科²⁾、
豊田佑美¹⁾、石川景子²⁾、平田賢郎²⁾、鈴木 健²⁾、川崎健太²⁾、
須河恭敬²⁾、高石官均²⁾、浜本康夫²⁾、金井隆典²⁾

【症例】57歳女性【主訴】嚥下困難【現病歴】2016年3月より嚥下時つかえ感を認め、前耳鼻科を受診するも異常を認めなかった。5月に嚥下困難が増悪し当院紹介となり、精査加療目的に入院となった。【既往歴】骨髄異形成症候群【入院時現症/検査】SpO₂ 98%(室内気)、嘔声なし、両側下肺野にrhonchiを聴取。Hb11.3g/dl, WBC 5100/ μ l, PLT 25万/ μ l, SCC11.2ng/ml。上部内視鏡では頸部食道から胸部上部食道に全周性狭窄、5型腫瘍を認め、病理ではsquamous cell carcinomaと診断された。造影CTでは同部位に腫瘍を認め、気管圧排、気管浸潤が疑われたが、有意なりンパ節腫大や遠隔転移は認めなかった(cT4bN0M0)。【経過】第3病日に嘔声、喘鳴が増悪し緊急気管挿管を施行し、同日より根治的放射線療法としてFP療法を開始、第15病日より放射線照射を開始した。FP療法2コース終了後のCTで原発巣の縮小を認めPRと判断した。その後、気管切開孔より唾液の流出を認め、第65病日に食道気管支瘻を確認したため禁食とし胃瘻を造設した。FP療法を3コース施行したが、その後の造影CTで頸部食道に腫瘍再発が疑われた。第131病日の上部内視鏡でも食道癌の再発を認め、狭窄によりスコープ通過が困難であった。外科と協議の上、咽喉頭食道全摘出、後縦隔胃管再建、永久気管孔造設術を施行し、術後経過良好である。【考察】根治的放射線療法は、切除不能局所進行食道癌において根治が期待できる治療選択の一つである。一方、重篤な合併症として食道気管瘻、腫瘍穿孔を来す症例も知られており、治療の奏功と合併症によるリスクを考慮し、治療方針を慎重に選択する必要がある。また、本例は根治的放射線療法を施行したが、腫瘍の再発を認めたため、救済手術に移行し成功した貴重な一例である。

食道癌, 救済手術

横浜市立大学 消化器・腫瘍外科学
小暮 悠、石部敦士、諏訪雄亮、佐藤 圭、樺山将士、秋山浩利、
遠藤 格

症例は69歳、男性。肝酵素上昇精査のために施行したCT検査で仙骨前面に腫瘍を認め、当院紹介受診となった。CT検査では仙骨前面に造影効果を伴う境界明瞭な4cm大の腫瘍を認めた。内部は不均一で、脂肪濃度を含んでいた。MRI検査ではT1WI, T2WIともに高信号であった。PET CT検査ではSUVmax1.5のごく軽度の集積を認めた。超音波内視鏡では肛門縁より10cmの直腸壁外に低エコー腫瘍を認め、内部には一部石灰化を認めた。脂肪肉腫を疑い、腹腔鏡下腫瘍摘出術を施行した。手術は5portで行った。腫瘍は腹腔内から観察できず、岬角付近で後腹膜を切開すると、被膜を有する腫瘍を認めた。腫瘍腹側は直腸と剥離可能であり、TMEの層で剥離を進め挙筋上腔まで直腸を剥離受動した。腫瘍背側は仙骨前面に強固に癒着しており、仙骨前面で鋭的に剥離した。仙骨への浸潤は認めなかった。腫瘍を全周性に剥離し、回収バッグに入れて臍部ポート創を延長して摘出した。手術時間は3時間23分、出血量は50mlであった。腫瘍は長径41mm、内部には脂肪様組織と出血を伴っていた。組織学的には、線維性被膜の内部に出血を伴う成熟した脂肪組織と、骨髄組織の混在を認めた。悪性所見は認めず、骨髄脂肪腫と診断した。骨髄脂肪腫は主に副腎に発生し、骨髄組織と脂肪組織からなる比較的稀な良性腫瘍である。副腎外骨髄脂肪腫は極めて稀であり、若干の文献的考察を加え報告する。

仙骨前面骨髄脂肪腫, 腹腔鏡

横須賀市立うわまち病院 消化器内科
鈴木優也、小宮靖彦、大熊幹二、梅沢翔太郎、森川瑛一郎、
秋間 崇、池田隆明

症例：67歳、女性。主訴：嚥下困難。既往歴：60歳時に乳がん手術。現病歴：10年前に嚥下困難感で精査を受け、鉄欠乏性貧血および頸部食道に膜様狭窄(web)を指摘された。鉄剤投与治療後には嚥下困難感は消失し、保存的に経過観察の方針となっていた。今回、固形物の嚥下困難にて当科を紹介受診し、高度の鉄欠乏性貧血を指摘され、精査・治療目的で入院した。身体所見：身長138.5cm、体重24.9kg、BMI12.9と低体重を認めた。検査成績：WBC 4000/ μ l、RBC 431x10⁷/ μ l、Hb 6.4g/dl、Hct 25.2%、Plt 28.7x10³/ μ l、Fe 6 μ g/dl、TIBC 409 μ g/dl、フェリチン 5.3ng/ml、CEA 2.1ng/ml。臨床経過：上部消化管内視鏡にて頸部食道に全周性のwebを認めた。下部消化管内視鏡は憩室を認めるのみであった。高度の鉄欠乏性貧血および食道webが原因の嚥下困難よりPlummer-Vinson症候群と診断した。入院後も固形物の摂取は困難であり、内視鏡的バルーン拡張術の適応と判断した。治療後は固形物の経口摂取が可能になり、外来で鉄補充療法を継続している。考察：Plummer-Vinson症候群は、鉄欠乏性貧血に嚥下困難と口唇・舌・食道の粘膜病変を合併する疾患である。嚥下困難の原因の一つとして、食道webの存在が指摘されている。近年、食生活の改善や鉄欠乏性貧血に関する知識の普及により、同症候群の診療機会は減少している。本例は嚥下困難感が鉄剤投与のみに改善後10年の経過で再出現し、内視鏡的治療を施行した症例であり、臨床経過を含め示唆に富むと考え報告する。

Plummer-Vinson症候群, 食道web

東京都済生会中央病院 内科¹⁾、同 病理科²⁾
 久保 創¹⁾、岸野竜平¹⁾、林 智康¹⁾、小川 孝¹⁾、田沼浩太¹⁾、
 大原まみか¹⁾、星野 舞¹⁾、阿部善彦¹⁾、上田真裕¹⁾、三枝慶一郎¹⁾、
 酒井 元¹⁾、船越信介¹⁾、中澤 敦¹⁾、塚田信廣¹⁾、廣瀬茂道²⁾

症例1は71歳女性。201X年1月13日より下腿に赤色の皮疹が出現し、徐々に拡大し頸部以外の全身に広がった。1月16日からは心窩部痛、1月18日には尿尿も出現した。翌日、1月19日に当院皮膚科を受診し、皮膚生検を施行した。肝障害、腎障害も併せて入院となった。1月21日に上部消化管内視鏡検査を施行したところ十二指腸にびらん性病変を認め、IgA血管炎に伴う十二指腸病変に矛盾しない所見であった。症例2は48歳男性。201X年3月24日から下肢に赤色の皮疹が出現し、心窩部痛も伴っていた。3月29日に37.5度の発熱があり、近医内科を受診し炎症反応高値を認めた。ミノマイシン、アセトアミノフェンを処方され、その後ミノマイシンはクラリスロマイシンに変更された。4月2日に他院皮膚科を受診し、IgA血管炎が疑われ同日当院皮膚科を紹介受診した。4月3日に入院し、同日皮膚生検を行った。心窩部痛も伴っていたため上部消化管内視鏡検査を施行したところ、十二指腸炎を認め、IgA血管炎に伴う十二指腸病変に矛盾しない所見であった。いずれの症例も治療後に内視鏡検査を施行して、十二指腸病変の改善を確認した。【考察】IgA血管炎は小児に多いが成人でも報告が散見される。皮膚症状、腹部症状、関節痛、腎症状を主な症状とし、今回我々は皮疹と腹痛がほぼ同時に出現し、内視鏡検査で十二指腸に病変を認められた2例を経験した。症状としては典型的であるが、十二指腸病変を内視鏡的に経過を追うことができたので、報告する。

IgA血管炎、十二指腸炎

日本大学病院¹⁾
 日本大学医学部 内科学系消化器肝臓内科学分野²⁾
 野牛聖那¹⁾、草野 央²⁾、池原久朝²⁾、林 香里²⁾、渡邊幸信²⁾、
 岩塚邦生²⁾、三浦隆生²⁾、高橋利実²⁾、中河原浩史²⁾、後藤田卓志²⁾、
 森山光彦²⁾

【症例】49歳男性【主訴】なし【既往】なし (H. pylori除菌治療歴なし)【現病歴】胃X線診にて異常を指摘されたため、前医で上部消化管内視鏡検査を施行。胃体中部大弯に隆起性病変を認めため、精査加療目的に当院紹介受診となった。【経過】血清H. pylori抗体は陰性 (<3.0U/mg)であった。再検査では、胃体中部大弯に10mm大の境界明瞭で発赤を呈する隆起性病変を認めた。NBI併用胃拡大内視鏡観察を行うと、demarcation lineは認識可能で、microvascular pattern、microsurface patternともにirregularであり痛を強く疑う所見であった。0-IIa, 10mm, cT1a-Mの術前診断のもと、ESDを施行した。切除検体の病理結果は、tub1, 0-IIa, 23mm, pT1b-SM2 (2000 μm), pHM0, pVM0であった。MUC5AC, MUC6が陽性であり胃型の粘液形質を有する高分化型腺癌であった。病理結果より非治癒切除と判断し、根治術目的に外科切除予定としている。【考察】胃癌はH. pylori菌感染が発生に大きく関与しているが、近年H. pylori陰性の胃癌が報告されており、その頻度は全胃癌のおおよそ1%前後と考えられている。H. pylori陰性胃癌は陽性胃癌と比較すると、性差がなく、若年発症で、未分化型の頻度が高いという特徴がある。一方、H. pylori陰性の分化型腺癌は胃底腺粘膜に発症し、胃型粘液形質を有意に発現する傾向が多いことも報告されている。本症例も胃型粘液形質を示していた。胃型腺癌は細胞・組織異型度は低いが、組織学的な形態でみた異型度よりも生物学的悪性度が高いことも示唆されている。本症例でも粘膜下層深部浸潤を認めており、追加外科切除予定としている。H. pylori陰性胃癌の発生はまれであるが、今後H. pylori感染率の低下とともにその頻度も増加する可能性がある。

ピロリ菌陰性胃癌、異型腺癌

東京通信病院 第一外科¹⁾、同 病理診断科²⁾、同 消化器内科³⁾
 植草茉莉¹⁾、寺島裕夫¹⁾、津久井元¹⁾、奥田純一¹⁾、村田祐二郎¹⁾、
 山澤邦弘¹⁾、佐藤兼俊¹⁾、下里あゆ子¹⁾、長谷川智彦¹⁾、寺下勇祐¹⁾、
 福田雄三¹⁾、織畑光一¹⁾、田村浩一²⁾、岸田由起子²⁾、小林克也³⁾

症例は44歳女性。39歳時に検診で十二指腸下降脚乳頭付近に20mm大の表面平滑な粘膜下腫瘍を指摘された。悪性を示唆する所見を認めず経過観察の方針としたが、自己判断で以降医療機関未受診であった。5年後貧血症状のため当院再受診し、上部消化管内視鏡検査を施行したところ、腫瘍表面の自壊・潰瘍形成などの肉眼的所見の変化が認められた。造影CTでは内部が不整に造影され、MRIではDWIで高信号域を呈する25mm大の腫瘍影が認められた。潰瘍部から生検を施行したところ空胞状変性を伴う上皮様細胞のシート状増殖が認められた。免疫染色にてc-kit, CD34は一部で陽性、SM-actin, Desmin, S-100, Keratinはいずれも陰性であった。DOG1陰性と非典型的ではあったものの、GISTを第1に考え、十二指腸部分切除術を予定術式とした。術中所見では腫瘍と乳頭部が隣接しており乳頭温存が困難と考えられ、また術前診断が確定していなかったこともあり、腫瘍完全切除を優先し、幽門輪温存隣頭十二指腸切除術に術式を変更した。切除標本の腫瘍径は3×3cm、びらんを伴うI型腫瘍性病変であり、剖面は白色調で周囲との境界やや不明瞭な多数の小葉状構造から成る結節が認められた。病理組織学的には胞体豊富な細胞がリボン状配列を示しており、免疫染色ではSynaptophysin, Chromogranin A, NCAMいずれも陽性、Ki-67指数は20%であった。以上の病理組織診断の結果から、神経内分泌腫瘍 (NET: Neuroendocrine tumor) G2 pT2N0M0 pStageIIA (ENETS TNM) と最終診断した。今回われわれは術前病変でGISTを疑い手術を行ったが、術中所見から術式を変更し完全切除が可能であったNETの手術症例を経験した。消化管粘膜下腫瘍様の病変を認め、生検で確定診断が得られなかった場合は、粘膜下腫瘍のほかNETも念頭に置き鑑別を行う必要があると考えられた。本症例に関して若干の文献的考察を加え報告する。

神経内分泌腫瘍、隣頭十二指腸切除

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

【症例】74歳 男性【現病歴】2015年12月より味覚障害、爪甲萎縮、下痢、食欲不振を自覚し、2016年1月より脱毛、1ヵ月で5kgの体重減少を認めたため同月当科を受診した。血液検査で総蛋白5.5g/dl、アルブミン3.6g/dlと低蛋白・低アルブミン血症を認めた。精査目的に施行した大腸内視鏡検査では回腸末端及び全大腸に、発赤調で境界明瞭な無茎性ポリープが多発しており、上部消化管内視鏡検査では胃前庭部から胃体部小弯にかけて同様のポリープが密生していた。生検病理所見では、大腸、胃共に腺管の囊胞状拡張と腺上皮の過形成、間質の浮腫や炎症細胞の浸潤が認められた。臨床経過、内視鏡所見、病理組織所見からCronkhite-Canada症候群 (CCS) と診断し、2016年2月よりブレドニゾロン30 mg/日を開始した。臨床症状は改善し、5月に施行した上部消化管内視鏡検査でポリープの縮小を認めたことから、ブレドニゾロンを漸減し9月に中止した。8月下旬に施行したフォローアップの上部消化管内視鏡検査で胃角小弯後壁に直径8mm大の正色調0-2a病変を認め、生検結果で高分化型腺癌と診断された。9月にESDを施行し、切除標本の病理所見は粘膜内癌であり治癒切除と判断した。また、病変は過形成粘膜と連続して認められたためCCS関連の粘膜病変から発生した癌と考えられた。【考察】CCSは組織学的に非遺伝性、非腫瘍性ポリープに分類され胃癌の合併は稀とされており、医学中央雑誌で検索した限り本邦では18症例の報告のみである。本症例は、ステロイド治療により内視鏡所見が改善することで胃癌の早期発見につながった貴重な症例であり、若干の文献的考察を加えて報告する。

CronKhitte-Canada症候群、胃癌

新松戸中央総合病院 消化器・肝臓内科
竹入彩乃, 遠藤慎治, 塙 紀子, 米澤 健, 佐藤祥之, 井家麻紀子,
安部 宏, 清水晶平, 加藤慶三

【症例】69歳男性。【主訴】歩行障害。【現病歴】20XX年Y月から歩行時右方向への傾きを自覚し、当院脳神経外科を受診。頭部単純CTにて、左前頭葉皮質下に右側への正中偏位を伴う径16mm大の単発性腫瘍を認め、転移性脳腫瘍や神経膠腫などが考えられた。歩行障害は進行性で、ほぼ寝たきりの状態であったため、症状緩和と病理組織学的精査目的に脳腫瘍切除の方針となった。【臨床経過】胸部CTにて肺野に異常は認められず、他原発巣の検索目的に、上下部消化管内視鏡検査並びに腹部CTを施行した。内視鏡検査上、胃体中部小彎前壁に径2cm大のIIa+IIc病変を認め、下部直腸では径5cm大の2型病変が認められた。生検では、胃・直腸ともに高分化型腺癌と診断され、胃癌病変はHER2 score 2でFISH法にて遺伝子増幅が確認され、HER2陽性胃癌と診断した。脳腫瘍切除標本も同様の所見であり、PET-CTにて胃周囲に多発するリンパ節転移が認められた事から、本症例は脳転移を来したHER2陽性胃癌と考えられた。脳転移に対し30Gyの全脳照射を行い、その後原発巣及びリンパ節転移巣に対して、カペシタビン+オキサリプラチン+トラスツマブの3剤併用による全身化学療法を開始した。化学療法5コース後、上部消化管内視鏡検査及び腹部CTを施行したところ、原発巣並びにリンパ節転移巣の著明な縮小が認められ、診断から15ヶ月経過した現在まで縮小効果は継続し、重篤な副作用や症状悪化なく経過している。【考察】転移性脳腫瘍の原発巣としては、肺癌が51.9%と最も多く、胃癌原発の脳転移は4.8%とされている。消化器癌原発の脳転移例の1年生存率は31.7%と報告され、中でも胃癌脳転移例は極めて予後不良と言われている。今回我々は、上記集学的治療により良好な経過が得られたHER2陽性胃癌脳転移の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。

HER2陽性胃癌, 集学的治療

経口内視鏡の併用が有用であった腹腔鏡下に切除した胃GISTの1例

汐田総合病院 消化器外科
粟井章博, 松本 悠, 皆川輝彦, 長谷部行健, 矢持淑子

【主訴】なし
【現病歴】71歳男性。他院の健診（胸部CT）にて胃に影を指摘され内科外来受診。胃GIST疑いで外科紹介となった。
【臨床経過】胃内視鏡検査で体上部前壁に表面平滑な胃粘膜下病変を認めた。造影CTで胃体上部粘膜下に不均一な濃度および造影増強効果を呈す5×4cmの腫瘍を認めた。一か月後のGFフォロにて大きな変化はなかった。ガイドライン上5cm以上の胃粘膜下腫瘍は手術適応となるので、本人と相談、10分ICの上、腹腔鏡下胃部分切除をした。経過良好で術後8病日に退院。【手術方法】全身麻酔、開脚位で手術開始。臍よりカメラポート、他のポートを4本挿入。腫瘍が、胃穹窿部・食道に隣接するように存在していることを確認。網嚢腔を開放し大網を処理、小網を開放した。食道壁が露出するように剥離を進め、胃を遊離し、腫瘍を全周性に切開できるような形とした。内視鏡を口より挿入、胃粘膜面より腫瘍の位置を確認し、漿膜面からマーキング、全層切除し、腫瘍を臍より摘出した。切開部は、短軸方向にEndGIAで縫合・閉鎖。内視鏡を併用し狭窄がないことを確認。洗浄後、出血ないことを確認し、ドレーンを肝下面に挿入。腹膜を閉鎖し、閉創。洗浄後に埋没縫合し手術終了となった。
【病理】腫瘍径は6x4.5x5cm大、病理所見は、CD34(+), C-kit(+), aSMA(+), Desmin(-), S-100(-)のGISTと診断された。破裂、被膜を超える浸潤なく断端陰性であった。Fretier分類で再発高リスクのGISTと診断し、イマチニブ400mg/日を3年間投与することとした。
【結語】食道胃接合部に近い胃粘膜下腫瘍に対する手術では、狭窄などのリスクがあるが、今回経口胃内視鏡を併用することで、合併症なく確実に腹腔鏡下に切除しえた。胃GISTの一症例を経験したので、若干の文献的考慮を加えて報告する。

胃GIST, 腹腔鏡下胃部分切除術

済生会横浜市南部病院 消化器内科¹⁾, 同 外科²⁾
鈴木紗弥¹⁾, 池田 礼¹⁾, 中森義典¹⁾, 三村秀樹¹⁾, 張 優美¹⁾,
近藤新平¹⁾, 金田義弘¹⁾, 稲垣尚子¹⁾, 山田英司¹⁾, 渡邊誠太郎¹⁾,
京里佳¹⁾, 所知加子¹⁾, 菱木 智¹⁾, 古波蔵かおり²⁾,
村上仁志²⁾, 福島忠男²⁾, 川名一朗²⁾

【症例】28歳女性。2016年10月、腹痛を主訴に当院救急外来を受診した。手術歴、家族歴に特記すべきことない。腹部全体で圧痛、打診痛を認めたが、血液検査、腹部エコー・腹部単純CTでは異常所見を認めなかった。急性胃腸炎を疑い絶食、補液目的に入院となった。入院6時間後に腹痛が増悪、嘔吐出現したため再度血液検査、腹部単純CTを施行。白血球14400/ μ l、乳酸44mg/dlと炎症反応、乳酸値の上昇を認めた。また、単純CTで右下腹部にbeak signと腸管壁肥厚を認めたため、腸管虚血の評価のため造影CTを施行。右下腹部腸管に造影不良域を認め、腸間膜にwhirl signが認められ、内ヘルニアによる絞扼性イレウスを疑い緊急手術の方針となった。腹腔鏡補助下で腹腔内を観察すると、血性腹水が有り右下腹部正中でメッケル憩室より索状物が突出し周囲小腸を巻き込んでバンドを形成しており、メッケル憩室を含め壊死小腸を約5cm切離吻合した。手術後は順調に経過し、術後9日目に退院となった。【考察】今回、メッケル憩室に関連する索状物による絞扼性イレウスになった1例を経験した。一般にメッケル憩室による腸閉塞の術前診断が得られることは稀であり、自験例も術前診断は原因不明の絞扼性イレウスとして手術加療が行われていた。若年発症例が多いメッケル憩室による合併症は術前診断が困難であるが、開腹歴のない若年における絞扼性イレウスの原因としてメッケル憩室も鑑別に挙げることが求められる。

メッケル憩室, 絞扼性イレウス

軽微な腹部症状から急激な経過を辿った上腸間膜動脈血栓塞栓症の一部例

東京医科大学 茨城医療センター 卒後臨床研修部¹⁾,
同 消化器内科²⁾, 同 病理診断部³⁾
山下真里奈¹⁾, 上田 元²⁾, 平山 剛²⁾, 屋良昭一郎²⁾, 小西直樹²⁾,
門馬匡邦²⁾, 村上 昌²⁾, 岩本淳一²⁾, 松本暢彦²⁾, 洪 健偉³⁾,
森下由紀雄³⁾, 本多 彰³⁾, 池上 正³⁾, 松崎靖司²⁾

【症例】69歳 男性【主訴】腹部膨満、嘔気【生活歴】身長：167cm、体重：75kg、BMI：26.9、喫煙：10~20本/日（20~30歳）、焼酎水割り500ml/日【現病歴】2016年7月X-1日より腹部膨満と嘔気が出現し、X日に消化器内科外来を受診。精査加療目的に2016年7月X日入院となった。【既往歴】2010年（63歳時）：高血圧、2015年（68歳時）：右上肢動脈血栓症（尺骨〜上腕動脈）、2016年（69歳時）：症候性てんかん【臨床経過】入院時の身体所見は、腹部に軽度膨満あり、自発痛・圧痛ともに認めなかった。血液所見上は、白血球51,900/ μ lと著明高値、CRP 5.70mg/dLと上昇を認めた。心電図は洞調律で異常所見を認めず、画像上も、腹部CTで胃の拡張、内容物貯留を認めるほかは、腫瘍性病変や炎症性病変は指摘されなかった。白血球異常高値の原因として、血液疾患、感染症が鑑別として考えられたが、幼若芽球は検鏡で確認されず、X+1日に施行した上部消化管内視鏡で十二指腸炎を指摘、これによる消化管運動の低下と内容物貯留が主訴の原因であると考え、LVFX500mg/日に治療開始したが、入院翌日、多量の黒色嘔吐とともに意識レベルの低下を認め、心停止、死亡確認に至った。【剖検所見】病理診断は上腸間膜動脈血栓塞栓症による広範囲の虚血性腸管壊死。また、既往と関連する右上肢動脈血栓症や、脳梗塞を含め、全身の複数臓器に梗塞の所見が認められた。剖検時には動脈硬化は軽度から一部中等度であり、本態は全身性血栓塞栓症、その血栓の起源として心房細動の可能性が推測された。【考察】本例では腹部症状が軽微であったことから診断が遅れ死に至ったが、他部位における塞栓症が既往として存在したことや入院時の単純CTにてsmaller SMV signが存在することなどからSMA血栓症を初期の鑑別診断にあげるべきであり、教訓的な剖検例と思われたので報告する。

上腸間膜動脈血栓症, 急性胆症

東京通信病院 消化器内科¹⁾、同 病理科²⁾

沖元斉正¹⁾、関川憲一郎¹⁾、北村和貴子¹⁾、古谷健悟¹⁾、加藤知爾¹⁾、大久保政雄¹⁾、小林克也¹⁾、光井 洋¹⁾、橋本直明¹⁾、山口 肇¹⁾、岸田由起子²⁾、田村浩一²⁾

【症例】82歳男性【主訴】血便【既往】慢性硬膜下血腫、心房細動(ワルファリン内服)、僧帽弁狭窄症【現病歴】患者は7年前に慢性的下痢を主訴に当科を受診。下部消化管内視鏡検査(CS)では非特異的な軽微な炎症所見のみであった。collagenous colitis(CC)も否定できなかったため内服中のランソプラゾールを中止し、軽快した既往がある。以後は便秘症、慢性胃炎で当科に通院した。X-1年12月12日に胸痛のため当院に救急搬送され、不安定狭心症と診断。冠動脈カテーテル検査で3枝病変を認め、A病院に転院し冠動脈バイパス術を施行。当院循環器内科に転院し状態安定後、2月7日B病院にリハビリ目的に転院となった。しかし転院翌日に腹痛を伴わない血便を認め、同院でCSを施行し虚血性腸炎の疑いと診断された。ワルファリンは中止となり、絶食および補液を開始のもと、2月10日当科に転院となった(第1病日)。転院時も腹痛は認めず、血便は軽減しており、採血ではHb 10.7と軽度の貧血を認めた。当院循環器内科でX-1年12月13日よりファモチジンがアスピリン・ランソプラゾール配合錠に変更されていたことが転院後に判明した。前医のCS所見を確認したところ、S状結腸に縦走潰瘍を認め虚血性腸炎に類似しているが、潰瘍辺縁に炎症所見が乏しく、線状潰瘍瘻痕の存在など、CCを否定できない所見であった。そのため同配合錠を第4病日から中止し、第7病日にCSを施行。S状結腸に辺縁粘膜の変化が乏しい裂傷様の縦走潰瘍を認め、またCCに比較的特徴的な線状潰瘍瘻痕がS状結腸から直腸に多発して認められた。生検病理結果から、粘膜下にcollagen bandの増生を確認でき、CCと診断した。血便後に続いてきた下痢は上記休薬のみで1週間程度で軽快した。【結語】CCの誘因となりうるプロトンポンプ阻害剤は、単剤以外に最近ではアスピリンとの配合錠もあり、消化器領域以外の科で処方されることも多くなっている。しかしCCはまだ他診療科では認知度が低い疾患であり、また今回のように虚血性腸炎に類似した経過で発症した症例の報告が他にもあり、今後注意が必要である。

下痢, collagenous colitis

北里大学医学部 外科

齋藤公哉、三浦啓寿、筒井敦子、山梨高広、中村隆俊、佐藤武郎、渡邊昌彦

肺癌小腸転移は比較的にまれな疾患であり、肺癌の剖検例の3%前後である。発見される場合の臨床症状は下血、腸重積、狭窄、穿孔で発見されることが多い。発見された時点で肺癌自体の病勢が進んでいることが多く予後不良であるとの報告がある。今回我々は化学療法中に小腸穿孔をきたし緊急手術にて小腸転移と診断した症例を経験したので報告する。症例は64歳男性。右上半の肺扁平上皮癌に対して化学療法を施行していたが、原発巣増大、肝転移を認め病勢コントロールに難渋していた。最終lineとしてTS-1内服開始し計14コース施行した所で、胸背部痛と腹痛を認め救急外来を受診した。腹部CTでfree airを認め、消化管穿孔、汎発性腹膜炎の診断で緊急手術を施行した。トライツ靭帯から約40cmの空腸に穿孔を認めた。穿孔部は硬く肥厚しており、腸間膜リンパ節は中樞側まで腫大していた。肺癌の小腸転移もしくは原発性小腸腫瘍と思われたが、肺癌の病勢コントロールが付いて無い事から、救命を優先し穿孔部のみ切除した。病理組織所見は扁平上皮癌を認め肺癌の小腸転移と診断した。術後経過は良好で術後16日に退院したが、術後2か月で脳転移を認め術後5か月で原病死亡した。肺癌小腸転移は比較的にまれな疾患であり、発見された場合はすでに病勢が進み予後不良の場合が多く、有症状で手術が必要な場合は、その適応を十分考慮する必要がある。

小腸転移, 小腸穿孔

自治医科大学附属病院 卒後臨床研修センター¹⁾、自治医科大学 内科学講座 消化器内科学部門²⁾、千葉幸菜¹⁾、岡田昌浩²⁾、坂本博次²⁾、矢野智則²⁾、高橋治夫²⁾、林 芳和²⁾、井野裕治²⁾、砂田圭二郎²⁾、山本博徳²⁾

【目的】腸重積を来した脂肪腫の治療法として、外科的切除を行った報告が多い。今回我々は巨大脂肪腫により腸重積を来した症例に対し、内視鏡的修復後に留置スネアを施行し手術を回避することができた症例を経験したため報告する。

【方法】腸重積に対してDBEを用いて修復術を施行し、長径約60mm大の巨大脂肪腫の頸部に留置スネアをかけ、阻血壊死にて自然脱落を図った。入院中の経過観察には腹部超音波検査(US)および大腸内視鏡検査(CS)を用いてサイズフォローアップおよび血流フォローアップを行った。

【成績】留置スネアを施行した翌日のCSでは、阻血され暗赤色に変化した脂肪腫を認めた。以後も腹痛が持続しUS上は僅かに重積傾向にあったが、経目的に腹痛および重積は改善された。一方でUS上は脂肪腫内に血流エコーが持続したため、6日目に再度CS施行し留置スネアを追加した。7日目に排便と共に形態が崩れた大量の暗赤色物を排出し、9日目のUSでは脂肪腫の消失を確認した。退院後約1ヶ月後のCSでは病変の残存はなく、治療部位は完全癒復していた。

【結論】腸重積を合併した巨大脂肪腫に対する治療法として、内視鏡的修復術後に留置スネアを施行するのも治療選択肢の一つと考えられる。

脂肪腫, 留置スネア

東京高輪病院 外科

三崎 誠、多胡和馬、谷本芽弘理、原田庸寛、池田真美、小山山大人

大腸癌の卵巣転移は比較的に稀で、予後不良であるが、積極的な治療で予後の延長を期待できるとの報告もある。今回我々は大腸癌異時性卵巣転移の2切除例について検討した。症例1は直腸癌(StageIIIb)に対して直腸ステント留置後に低位前方切除術を施行。術後補助化学療法(XELOX)を施行したが、術後16ヶ月にて直腸癌異時性卵巣転移の診断となり右卵巣摘出術を施行した。病理診断では、直腸癌と同じ中分化管状腺癌であった。術後補助化学療法(IRIS)を継続中であり、現在再発は認めない。症例2は上行結腸癌(StageIIa)に対して右半結腸癌切除術を施行し、術後補助化学療法(XELOX)を施行した。術後11ヶ月で大腸癌異時性卵巣転移の診断となり、両側卵巣摘出術を施行した。病理診断で高分化管状腺癌の右卵巣転移の診断となる。その後全身化学療法(XELOX + Bev → FOLFOX + Bev)を施行するも、6か月後にPET検査で直腸壁転移再発、腹膜播種の診断となり、直腸R_s切除術、子宮・膀胱合併切除、再建術、腹壁播種節切術、尿管ステント留置術を施行した。病理所見で高分化管状腺癌の転移所見を認めた。現在も入院加療中である。転移性卵巣腫瘍は卵巣悪性腫瘍の10%-15%で、大腸癌由来のものは1.6%-6.4%程度と報告され稀である。さらに、発見時には腹膜播種をきたしていることも多く、5年生存率は13%程度と言われ、肝転移と比較して予後不良である。孤立性単発転移に関しては、切除で有意に予後延長が得られた報告もあり切除が望ましいと考えられるが、術式選択や術後補助化学療法の意義についてはコンセンサスが得られていないのが現状である。今回、大腸癌異時性卵巣転移の2切除例を経験したので文獻的考察を加え報告する。

大腸癌卵巣転移, 卵巣悪性腫瘍

東邦大学医療センター 大森病院¹⁾, 同 総合診療科²⁾
竹下智史¹⁾, 竹本育聖²⁾, 貴島 祥²⁾, 前田 正²⁾, 渡邊利泰²⁾,
財 裕明²⁾, 中嶋 均²⁾, 瓜田純久²⁾

【症例】60歳代, 女性。主訴: 血性下痢現病歴: 1日数行に達する血液の混入した下痢が続くため受診。身体所見: 体温 37.4℃、血圧 160/80mmHg、左下腹部に軽度圧痛あり 感染検査: ノロウイルス陽性、アデノウイルス陽性、ロタウイルス陽性細菌 陰性経過: 感染性(ウイルス)として保存的に治療し、症状は改善した。その後再び血性下痢を訴え受診し、本人の了解を得て大腸検査を施行しS状結腸がんと診断された。治療は開腹の上S状結腸部分となった。【考案】血性下痢を主訴に受診した患者で感染が確認されたため、急性腸炎として対応した。症状はいったん改善したものの、再燃しS状結腸がんが診断された。進行大腸がんの症状として知られる偽性下痢との鑑別を踏まえて示唆に富む症例であり報告する。

ウイルス性腸炎, 出血性下痢

東京医科歯科大学 消化器内科¹⁾, 同 光学医療診療部²⁾
保志ゆりか¹⁾, 矢内真人¹⁾, 松岡克善¹⁾, 日比谷秀爾¹⁾, 勝倉暢洋¹⁾,
竹中健人²⁾, 鬼澤道夫¹⁾, 北畑富貴子¹⁾, 村川美也子¹⁾,
新田沙由梨¹⁾, 藤井俊光¹⁾, 岡田英理子¹⁾, 井津井康浩¹⁾,
中川美奈¹⁾, 柿沼 晴¹⁾, 東 正新¹⁾, 長堀正和¹⁾, 朝比奈浩浩¹⁾,
大塚和朗²⁾, 渡辺 守¹⁾

【緒言】潰瘍性大腸炎に合併した異なる原因による急性痔瘻の2例を経験したので報告する。【症例1】10歳代後半・男性。2年前に潰瘍性大腸炎・全大腸炎型と診断され、メサラジン製剤で加療されていた。1年前に再燃し、プレドニゾロンで加療された。プレドニゾロン投与終了1週間後より下痢回数の増加を認め、プレドニゾロンを再投与された。プレドニゾロンは7ヶ月前に漸減中止となった。3日前より強い腹痛を認めるようになり、経口摂取が困難になったため、入院となった。飲酒歴なし。腹部全体に圧痛を認め、血清AMY 290 IU/l, CRP 4.7 mg/dl と高値を認めた。血清IgG値、IgG4値は正常であった。腹部CTで膀胱大、MRCPで主腸管および肝内胆管の広狭不正を認めた。2型自己免疫性痔瘻と診断し、プレドニゾロンの投与を行い、症状および痔瘻素上昇は速やかに改善した。【症例2】30歳代・女性。入院1年半前から血便を認めていたが放置していた。入院3週間前に前医を受診し、潰瘍性大腸炎・全大腸炎型と診断された。メサラジン製剤の投与が開始されたが症状は改善せず、入院5日前にプレドニゾロン 40mg/日の投与を開始された。入院前日より強い上腹部痛を認め、当院救急外来を受診し、入院となった。近年は飲酒歴なし。血清AMY 349 IU/l, CRP 1.42 mg/dl と高値を認めたが、血清IgG値、IgG4値は正常であった。CTで膀胱大を認めたが、MRCPでは腸管に異常は認めなかった。メサラジン製剤による急性痔瘻と診断し、薬剤を中止したところ、症状および痔瘻素上昇は速やかに改善した。潰瘍性大腸炎に対してはインフリキシマブ投与で加療した。【考察】潰瘍性大腸炎に合併した急性痔瘻の2例を経験した。潰瘍性大腸炎に合併する急性痔瘻には様々な原因が考えられ、その鑑別は治療に直結するため重要である。鑑別診断のためには、詳細な問診に加え、MRCPが有用である可能性が示唆された。

潰瘍性大腸炎, 急性痔瘻

横浜市立市民病院 炎症性腸疾患科¹⁾, 同 病理診断科²⁾
今村友美¹⁾, 小金井一隆¹⁾, 黒木博介¹⁾, 二木 了¹⁾, 辰巳健志¹⁾,
林 宏行²⁾, 杉田 昭¹⁾

症例は42歳男性。1980年代に全大腸炎型潰瘍性大腸炎と診断され、加療されていたが、その後、肛門周囲膿瘍・痔瘻を契機にクローン病に診断が変更された。複雑痔瘻が改善せず、発症後19年目に当科に紹介され、シートン法を施行した。発症後26年目に、2次口が多発し、鼠径部まで至る広範な複雑痔瘻に対して再度シートン法を施行した。その8ヶ月後に体重減少、貧血、肛門痛、尿混濁のために再入院。改善しない複雑痔瘻、直腸狭窄、尿道瘻があり、回腸双孔式人工肛門造設術を行い、尿道瘻に対し、尿道バルーンを留置した。人工肛門造設術後1年で、繰り返すストーマ脱出に対し、回盲部切除・上行結腸部分切除・回腸人工肛門再造設を行った。直腸空置により痔瘻の分泌は減少し、多くが癒着化したものの、尿道瘻が残存し、肛門からの腸液漏出が続くため、発症後29年目に、残存大腸全摘、直腸切断術、尿道瘻閉鎖術を施行した。術中所見で横行結腸に硬化した壁肥厚を認め、迅速診断で横行結腸癌と診断し、リンパ節郭清を追加した。切除大腸の病理所見で横行結腸腫瘍は、42×20×17mm大の2型腫瘍で、組織学的には高分化腺癌、SE、PN1b、ly0、v1、pN0、H-、P-、EX-、pStage2Bであった。術後化学療法はご本人が希望しなかった。術後1ヶ月経過し陰陰は治癒し、肛門部の症状がなく、生活の幅が広がったものの、尿道瘻は未閉鎖で、尿道バルーン留置状態である。クローン病の直腸肛門病変に対する人工肛門造設術は肛門病変の症状や病変自体を改善し、有効な場合があり、本症例も痔瘻の癒着化によって直腸切断術時の陰陰に治癒遅延を生じなかった。一方で本症例の様に空置した病変腸管に癌を合併する場合がある。今後、クローン病人工肛門造設例で空置した腸管のサーベイランス法や難治性直腸肛門病変に対する術式的検討が必要であると考えられる。

クローン病, 大腸癌

がん・感染症センター都立駒込病院 消化器内科¹⁾, 同 内視鏡科²⁾
三橋惇志¹⁾, 田畑拓久²⁾, 清水口涼子²⁾, 柴田理美²⁾, 千葉和朗²⁾,
来間佐和子¹⁾, 大西知子¹⁾, 藤原 崇¹⁾, 藤原純子²⁾, 剛崎有加¹⁾,
荒川丈夫²⁾, 菊山正隆¹⁾, 門馬久美子²⁾, 小泉浩一¹⁾

症例は51歳、男性。2016年10月中旬より頻回の下痢が出現し、近医にて大腸内視鏡検査を施行した。S状結腸に血管透見消失、易出血性粘膜、びらん、潰瘍を認め、潰瘍性大腸炎が疑われた。メサラジンおよびレボフロキサシンを投与されたが改善なく、腹痛と下痢の増悪を認めたため、12月に精査・加療目的で当科紹介入院となった。入院時、発熱、頻脈、頻回の下痢、赤沈亢進を認め、生検病理所見としても矛盾無く、潰瘍性大腸炎(重症)と考えられた。大腸内視鏡検査では直腸～左側結腸にかけて連続するびまん性のびらん、潰瘍、粗造な粘膜を認め、潰瘍性大腸炎に矛盾しない所見であった。一方、上行結腸には境界明瞭で白苔に覆われた円形の潰瘍性病変が多数認められ、介在粘膜の血管透見は保たれていた。サイトメガロウイルス(CMV)抗原陽性であったことからCMV腸炎の合併が疑われた。第2病日よりステロイドとガンシクロビルの併用療法を開始したところ、炎症性も、臨床症状はともに改善した。第19病日に施行した大腸内視鏡検査では潰瘍性大腸炎、CMV腸炎ともに軽快傾向となり、CMV抗原も陰転化した。第23病日よりLCAP療法を開始したところさらなる症状の改善を認め、第30病日に退院となった。本症例のようにステロイド未治療の潰瘍性大腸炎症例におけるCMV腸炎の発症は極めて稀であり、その発症機序を含め示唆に富む症例である。CMV感染合併の潰瘍性大腸炎は再発率や大腸切除率が高いとされ、早期の診断・治療が重要である。潰瘍性大腸炎に合併するCMV腸炎の診断・治療に関する文献的考察を加えて報告する。

潰瘍性大腸炎, CMV腸炎

潰瘍性大腸炎術後難治性直腸陰瘻に対して残存直腸および回腸囊切除、回腸囊肛門吻合を施行した1例

東京女子医科大学 卒後臨床研修センター¹⁾、同 消化器一般外科²⁾
吉田 傑¹⁾、板橋道朗²⁾、小川真平²⁾、大木岳志²⁾、松尾夏来²⁾、
谷 公孝²⁾、前田 文²⁾、井上雄志²⁾、山本雅一²⁾

症例は48歳女性。1999年発症の全大腸炎型潰瘍性大腸炎(UC)の患者。2011年から壊疽性膿皮症、直腸陰瘻を併発するようになりPSL、5-ASAによる治療行が改善せずIFXを開始。2014年に一度瘻孔閉鎖が確認されたが2015年に壊疽性膿皮症とともに再燃。内科的治療の限界と判断され、2015年9月に前医にて、大腸全摘、直腸陰瘻切除、回腸囊肛門管吻合(IACA)、回腸人工肛門造設術が施行された。術13日目に腸管陰瘻となり、その後数回、経陰瘻の瘻孔閉鎖や大腿筋皮弁補填術が施行されたが瘻孔閉鎖せず加療目的にて当院紹介となった。下部消化管内視鏡では直腸粘膜は荒廃し、AVから約3cm前壁に瘻孔を認めた。CTでは小腸吻合部は膈と近接し、壁肥厚および濃染像を認め、瘻孔形成の可能性が考えられた。注腸では吻合部肛門側の残存直腸に膈への造影剤の漏出を認めた。UC術後難治性直腸陰瘻に対して残存直腸および回腸囊切除、回腸囊肛門吻合(IAA)を施行した。手術は、腹腔側から回腸囊および吻合部と癒着した周囲との剥離を行い、会陰側からの操作として、歯状線から開始した粘膜剥去を口側に進め、腹腔側の剥離層と連続させ腸管を摘出した。途中、残存直腸前壁側に瘻孔部分を認め同部を切除し、陰壁の欠損孔を縫合閉鎖した。再度作成した約15cm長の回腸囊と肛門吻合については、tensionが強く肛門まで届かないため、原因となっているSMAを末梢から約30cmの部分で切離しtensionを軽減させることにより吻合が可能となった。吻合部の口側に双口式回腸人工肛門を造設し手術終了とした。術後経過良好にて術後18日目に退院となった。UC術後の陰瘻については様々な治療が試みられているが、難治性であり再燃することが多い。今回我々はUC術後難治性直腸陰瘻に対して残存直腸および回腸囊切除、IAAを施行し得た症例を経験したので文献的考察を加え報告する。

潰瘍性大腸炎、直腸陰瘻

ALTA療法後に急性肝障害を発生し薬物性肝障害が疑われた1例

東京慈恵会医科大学第三病院 消化器・肝臓内科
川島いり美、廣瀬雄紀、柴田恵子、赤須貴文、横田健晴、今井那美、
若久 章、小林 剛、木下晃吉、小林裕彦、伏谷 直、木島洋征、
小池和彦

症例：41歳男性主訴：皮膚掻痒感、発熱、肝機能障害経過：近医にて内痔核に対してALTA療法を受けた。治療翌日から発熱、尿濃染、皮膚掻痒感を認めた。近医を受診し、肝機能障害を認めたため当院に紹介受診した。精査加療目的で治療後15日目に当科に入院となった。入院時の血液所見ではAST 432 IU/l、ALT 911 IU/l、LDH 327 IU/l、T-Bil 1.3 mg/dl、ALP 468 IU/l、 γ -GTP 271 IU/lと肝胆道系酵素の上昇を認めた。入院後は安静にて肝障害は改善傾向となった。原因として、各種ウイルス検査陰性、各種自己抗体なども陰性であった。原因となる薬物がいないため、ALTA療法で使用された硫酸アルミニウムカリウム水和物・タンニン酸注射液を疑った。DDW-J2004薬物性肝障害診断基準では6点であった。(DLSTで硫酸アルミニウムカリウム水和物・タンニン酸注射液は陰性。)薬物性肝障害を疑い肝生検を施行した。肝細胞の一部膨化、門脈域に軽度の炎症細胞、肝細胞内や類洞内に胆汁栓を認め、胆汁うっ滞型の薬物性肝障害と考えられた。臨床的には肝細胞障害型を疑ったが、病理学的には胆汁うっ滞型を呈した硫酸アルミニウムカリウム水和物・タンニン酸注射液による薬物性肝障害と診断した。考察：直腸粘膜投与時の薬物性肝障害の報告はなく、貴重な症例を経験したため、報告する。

薬物性肝障害、硫酸アルミニウムカリウム水和物・タンニン酸注射液

DCV/ASVが無効でSOF/RBVで再治療したが再びVirologic FailureとなったGenotype 1b/2bリコンビナントHCVによるC型慢性肝炎の1例

埼玉医科大学 消化器内科・肝臓内科
倉田隼斗、内田義人、神山淳一、内木佳代子、中山伸朗、相馬直人、
山羽晋平、斎藤陽一、塩川慶典、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、
持田 智

40歳、男。Serogroup 1のC型慢性肝炎。PEG-IFN/RBV併用治療が無効で、1年前にDCV/ASV併用治療を実施したが、やはり無効で紹介された。HCV-RNA 6.9 Log IU/mL、Genotype 2b。血小板数 7.7万、PT 64%、AST 103 IU/L、ALT 123 IU/L、アルブミン 3.6 g/dL、T-Bil 1.2 mg/dL。SOF/RBVで治療し、8週でHCV-RNAは検出感度未満となったが、治療終了11週で再燃した。SOF/RBV治療前の保存血清を用いてHCV-RNAのアミノ酸配列を解析したところ、5' UTR-CoreからNS2領域はgenotype 2b、NS3からNS5B領域はgenotype 1bのリコンビナントHCVと判明した。GenotypingにはCore領域、serotypingにはNS4A領域が用いられており、これがgenotypeとserogroupの解離の原因と考えられた。NS5A領域はサイクリープ法でY93H変異(100%)、direct sequence法でR30Q、L31M、Q54H、Y93H変異株であったことから、baselineはR30Q/L31M変異株で、R30Q/L31M/Y93Hのminor cloneが存在したためにDCV/ASVが無効となったと推定された(Othello現象)。一方、NS5B領域にはT11V、R98K、A218S、V235T、A252V、T262V、A/T300S、V499A、R531K、W574Lの変異を認め、SOF/RBV治療後にはV/I116 Tが出現した。パイオニンフォインフォマティクスと分子動力学シミュレーションによる解析では、NS5BポリメラーゼはA218S変異によって活性化SOFのNTPトンネルの通過が障害されており、これがSOF/RBVでもvirologic failureとなった原因と考えられた。以上の結果から、次の治療はPIB/GLEないしSOF/VEL/RBVの認可を待って実施することになった。臨床検査で矛盾した結果が得られ、また、各種DAA治療で十分な効果が得られない症例でも、HCVの全長アミノ酸配列を解析することで、その対策策が見いだされた貴重な症例として報告する。

C型慢性肝炎、recombinant HCV

潰瘍性大腸炎を合併した原発性硬化性胆管炎の1例

東京慈恵会医科大学内科学講座 消化器・肝臓内科
川角祐樹、石田仁也、佐伯千里、天野克之、上竹慎一郎、石川智久、
加藤智弘、猿田雅之

【緒言】原発性硬化性胆管炎(primary sclerosing cholangitis:PSC)は、慢性胆汁うっ滞をきたし肝硬変へ進行する、比較的稀な難治性疾患である。PSCは高率に炎症性腸疾患、特に潰瘍性大腸炎(ulcerative colitis:UC)を合併することが知られている。今回我々は、UCを合併したPSCの1例を経験したので報告する。【症例】症例は42歳女性。生来健康で、健診にて肝機能障害を指摘されたことはない。2016年7月に肺炎にて近医を受診、血液検査にて肝機能障害を指摘された。8月の健診にて肝機能障害の増悪を認めたため、精査加療目的にて10月に当院紹介受診、入院となった。血液検査ではAST 239 IU/L、ALT 251 IU/L、ALP 1442 IU/L、 γ -GTP 744 IU/Lと肝胆道系酵素の上昇を認めた。各種ウイルスマーカーは陰性であったが、IgG 1783 mg/dL、抗核抗体 80倍と高値であった。腹部超音波検査にて肝内胆管の拡張を認めたため、肝Dynamic CTおよびMRCPを施行したところ、総胆管、肝内胆管に多数の狭窄、拡張を認め、PSCが疑われた。肝生検では門脈域で細胆管増生、胆管周囲の不規則な線維化を認めたが、典型的なonion skin様変化は認めなかった。ERCPでは肝内胆管にびまん性の狭窄、枯れ枝状所見を認め、PSCと診断した。中下部胆管の狭窄が高度であり、プラスチックステントを留置した。下部消化管内視鏡検査では直腸および右側結腸に粗造粘膜、血管透見像消失、発赤、びらんを認めた。組織学的に炎症細胞浸潤、陰窩膿瘍を認め(Matts分類3)、UCと診断した。UDCA 600mg/day、5-ASA 3200mg/day投与を開始し、血液検査所見の改善を認め、現在外来にて経過観察中である。【考察】PSCに合併するUCは活動度が軽度で、病変は右側結腸優位などの特徴があり、PSCの確診が得られた場合、症状の有無にかかわらずUCの合併を念頭において積極的に大腸を精査する必要があると考えられる。PSCとUCの合併に関して、その正確な機序は不明であり、今後病態の解明が望まれる。【結語】UCを合併したPSCの1例を経験した。比較的稀な症例と考え報告した。

原発性硬化性胆管炎、潰瘍性大腸炎

昭和大学 医学部 内科学講座 消化器内科学部門
音山裕美, 魚住祥二郎, 中島陽子, 杉浦育也, 梶原 敦, 荒井 潤,
下間 祐, 打越 学, 野本朋宏, 坂木 理, 吉田 仁

今回、原発性胆汁性胆管炎(PBC)に伴う難治性肝性胸水に対して胸腔腹腔シャント留置により、胸水減少を認め呼吸苦が改善し在宅での生活が可能となった症例を経験したので報告する。症例はPBC(Child B)で通院中の89歳女性。食道静脈瘤、直腸静脈瘤に対して内視鏡的静脈瘤硬化療法(EIS)、脾腫に対して部分的脾動脈塞栓術(PSE)を施行した既往がある。2014年より肝性胸水に伴う呼吸苦にて5回の入院歴あり。胸水穿刺、利尿剤およびアルブミン投与でコントロールをしていたが、呼吸苦のため頻回の胸水穿刺が必要となり徐々にコントロールが困難となったため胸腔腹腔シャントを留置した。留置直後は疼痛のためポンプチャンパのポンピングが不可能であったが、1週間後からは可能となった。ポンピングにより腹水が増量したため月に数回の腹水穿刺が必要となったが、胸水が著明に減少したことによる呼吸苦が改善したため在宅での管理が可能となった。難治性胸水に対する胸腔腹腔シャントは症例数が少なく確立された方法ではないが、手技に伴う侵襲も少なく、QOLを著しく改善し、在宅での生活を可能にさせる有効な方法と考えられ、文献的考察を加えて報告する。

胸腔腹腔シャント, 難治性胸水

東京都保健医療公社大久保病院 消化器内科
仲西里奈子, 鈴木智彦, 窪田剛実, 成富里穂, 篠崎幸子, 梅澤正美,
林 星舟

症例は56歳男性。家族歴に父が肝硬変、慢性腎不全で82歳時に死亡している。2009年にC型肝硬変、クリオグロブリン血症による慢性腎不全と診断し、CT画像では脾腫、脾門部の側副血行路を認めた。2010年に慢性腎不全に対し維持透析導入した。2012年にHCV肝炎に対してPeg-IFN治療を試みるも血小板減少のため中止した。2014年8月透析中に意識障害をきたし当院に緊急搬送され、内科的治療を行い退院するも2週間後に肝性脳症で再入院した。血液検査では、Alb2.4g/dl, ChE 95IU/l, PT活性51%, Plt 19.6万/ μ l, NH3 153 μ g/dL, HCVAb(+), HCV genotype group1, HCV-RNA 6.0LogIU/mlであった。腹部CT検査では胃腎短絡路、脾腎短絡路のさらなる開大、脾腫大を認めた。肝性脳症に対しては内科的治療では長期コントロール困難であり、側副血行路の閉鎖が有効であると考え、PSE(部分的脾動脈塞栓術)、PTO(経皮経肝的静脈瘤塞栓術)を行い、NH3値の低下を認めた。また肝機能はchild-pugh gradeAへと改善した。2016年6月C型肝硬変に対してDAAs(ダクラタビル+アスナプレビル併用療法)治療を行い、現時点ではSVR12を得ている。維持透析下に肝性脳症をきたした肝硬変患者に対し、門脈-大循環シャント治療をおこない、DAAs治療を完遂できた症例は稀であり、文献的考察を加えて報告する。

肝性脳症, DAAs

済生会横浜市東部病院 消化器内科
富田宜孝, 大久保雄介, 清水 良, 山田悠人, 渡辺浩二, 鈴木雄太,
米田将隆, 岸本有為, 馬場 毅, 中野 茂, 牧野博之

【症例】75歳女性
【主訴】腹痛・背部痛
【既往歴】憩室穿孔手術歴あり、神経因性膀胱、腎盂腎炎
【現病歴】2016年2月頃に腎盂腎炎で入院し、セフトリアキソン(CTRX)で治療を行われていた。退院後より腹痛・背部痛を認めER受診。炎症反応の上昇と酵素系・肝胆道系酵素の上昇、また、腹部CTで肺炎・胆石を認めた為、CTG2、予後因子5点の胆石性重症肺炎の診断となり、同日緊急入院となった。
【入院後経過】胆石性の重症肺炎の診断となったが、前回腎盂腎炎で入院していたときのCTでは胆石は認められていなかった。入院中、腎盂腎炎に対してCTRXでの抗生剤加療が行われていたことから、CTRX投与に伴う偽胆石が原因の重症肺炎が疑われた。入院後は肺炎ガイドラインに従い治療を行った。治療経過としては炎症反応・酵素系・肝胆道系酵素共に改善傾向であったが、第8病日に肝胆道系酵素の上昇ありCTで下部胆管内に微小結石認め胆管炎合併と判断した。偽胆石が胆管内に落ちたことによる胆管炎が疑われたが、肺炎合併もあること、また、CTRXによる偽胆石であれば、投与中止によって自然消失することが予想された為、ERCPは行わず経過観察とした。その後肝胆道系酵素は改善傾向となり、第16病日のCTでは胆嚢内・胆管内の結石も消失していた。その後は肺炎について入院での加療継続している。
【考察】CTRXによる偽胆石が原因の重症肺炎の一例を経験した。偽胆石による重症肺炎合併は非常にまれであるが、さらに本症例ではCTRX投与前に胆石が無いことを確認でき、肺炎発症後からCTフォローを行うことでCTRXによる偽胆石について胆嚢内結石の発生、胆管内結石への移行、結石が消失するまでの過程を経時的に追うことが出来た貴重な一例として、文献的考察を含めて報告する。

偽胆石, 重症肺炎

横浜市立市民病院 消化器内科
上平真衣, 今村 諭, 市川将隆, 杉本祐一, 日比則孝, 辻野誠太郎,
新見真央, 伊藤 剛, 角田裕也, 長久保秀一, 諸星雄一, 小池祐司,
藤田由里子, 小松弘一

【症例】80代男性【主訴】心窩部痛【既往歴】糖尿病 高血圧 心筋梗塞【経過】2016年12月に緩徐に増悪する心窩部痛を主訴に当院受診。心窩部に圧痛を認め採血上肝胆道系酵素上昇と炎症反応軽度高値を認めた。軽症の胆のう炎の診断で帰宅となったが同日39.6度の発熱が出現したため再度受診。採血上直接ビリルビン優位の黄疸と炎症反応増悪を認めた。腹部骨盤単純CTを施行したところ、胆のう腫大、周囲脂肪織濃度上昇、頸部に結石を認めた。また総胆管内には明らかな結石は認めなかったが軽度拡張がみられた。急性胆のう炎、急性閉塞性化膿性胆管炎の疑いで同日入院。血液培養採取後SBT/CPZ1g \times 2回/dayを投与開始した。第2病日には黄疸と炎症反応の増悪と共に第一病日に採取した血液培養よりグラム陰性桿菌を認めた。ドレナージが必要と考え同日内視鏡的胆道ドレナージを施行。(7Fr.5cm plastic stent)術中中部胆管に小結石を認めた。翌日より自覚症状、採血所見は改善し第8病日には内視鏡的胆管結石除去術を施行。合併症なく第10病日退院となった。第1病日に採取した血液培養は2セット全てのボトルからVibrio parahaemolyticusを認めており閉塞性化膿性胆管炎の起原因と診断した。第2病日に採取した胆汁培養、第5病日に採取した便培養からは有意な菌は検出されなかったがこれは抗菌薬投与後であるためと考えられた。【考察】Vibrio parahaemolyticusは主に本菌に汚染された魚介類を摂取することで感染性胃腸炎の原因となり腹痛、下痢などを主症状とする。本症例では症状出現2日前に寿司の摂取があったものの下痢は認めずCT上も腸管の炎症は認めず明らかな感染性腸炎は認めなかった。一方で胆道感染の起原因は腸管由来であることが多く本例では寿司の摂取の際に腸管内に侵入したVibrio parahaemolyticusが胆管炎の起原因菌となったものと思われる。Vibrio parahaemolyticusによる胆管炎は報告が少なく興味深い症例と思われたため報告する。

胆道感染, 腸炎ビブリオ

横浜市立みなと赤十字病院 外科¹⁾、同 消化器内科²⁾
北田悠一郎¹⁾、藤原大樹¹⁾、大石裕佳¹⁾、鳥谷建一郎¹⁾、前橋 学¹⁾、
杉政奈津子¹⁾、高橋直行¹⁾、柿添 学¹⁾、中島雅之¹⁾、小野秀高¹⁾、
馬場裕之¹⁾、阿部哲夫¹⁾、吉野耕平²⁾、杉田光隆¹⁾

症例は87歳の女性。肝S6, 7にまたがる約7cm大の単発の肝細胞癌(T3, N0, M0, StageIII)に対し、当院消化器内科で治療中であった。2016年9月と11月に肝動脈化学塞栓療法(以下TACE)を施行され経過を見られていた。2017年1月、3回目のTACEで肝動脈前区域枝、後区域枝への塞栓術を施行した。施行中にリビオドール(一般名:ヨード化ケシ油脂肪酸エチルエステル)の胆嚢への沈着を認め、手技を終了した。施行直後より心窩部痛を認め、腹部単純CT検査では胆嚢壁がびまん性に高吸収を呈していた。TACE施行翌日の腹部単純CT検査では、胆嚢壁肥厚および周囲の脂肪織濃度上昇、腹水貯留を認め、リビオドールの胆嚢動脈流入による壞疽性胆嚢炎と診断し、開腹胆嚢摘出術を施行した。術中所見では反応性腹水を認め、胆嚢壁は黒色に変色しており壞疽性胆嚢炎の所見であった。病理学的所見では、胆嚢壁は全層性に壊死し、リビオドールの流入による壞疽性胆嚢炎と診断した。術後経過は良好で、術後12日目に退院し、現在、消化器内科外来通院中である。術前の造影CT画像で胆嚢動脈の走行を確認すると、肝動脈前区域枝と後区域枝の分岐部付近から分岐していた。胆嚢動脈が通常よりも末梢側で分岐する形であった為、リビオドールが胆嚢動脈へ流入したものと考えられた。TACEの際のリビオドールの胆嚢動脈流入による壞疽性胆嚢炎の報告は少なく、若干の文献的考察を加えて報告する。

TACE, 胆嚢炎

NTT東日本関東病院
吉本雄太郎, 石井 研, 藤田祐司, 松橋信行

NTT東日本関東病院・外科1)、消化器内科2) ○吉本雄太郎1)、石井研2)、藤田祐司2)、松橋信行2) 【症例】40歳代男性【主訴】発熱【既往歴】アルコール性慢性膵炎、2型糖尿病、急性胆嚢炎保存加療後【家族歴】特記なし【経過】アルコール性慢性膵炎による胆管狭窄に対して2015年7月からステント依存状態となっており定期的に交換を行っていた。2016年7月に健康診断で胃透視検査を行ない、検査中に胆管にバリウム剤の流入を認めた。同日は理学所見に変化なかったため帰宅となったが翌日に39度台の発熱を認め当院消化器内科外来受診した。理学所見上、39.3℃の発熱を認めたが腹痛は認めなかった。血液検査上は炎症反応の上昇と肝機能上昇を認めた。画像検査上は、腹部単純写真では胆管にプラスチックステントを認め肝門側の先端近傍中心にバリウム剤と思われる高吸収域を認め、末梢の胆管内のバリウム剤と思われる籐状の高吸収域を右上腹部に認めた。結腸内にもバリウム剤を認める高吸収域を認めた。CT検査でも同様に胆管内にびまん性にバリウム剤と思われる高吸収域を認めた。バリウム剤による急性胆管炎の診断で緊急入院とし同日ERCP施行した。ERCP施行し内瘻ステントとENBDチューブ挿入とした。ドレナージにより理学所見、血液検査は著明に改善した。ENBDチューブからの排泄は挿入直後は白濁した排泄であったが経時的に色調は淡黄色へと改善していった第5病日の腹部単純写真では胆管内のバリウム剤はほとんど消失していた。第7病日に再度ERCP施行した。胆管内にわずかに残ったバリウム剤は内視鏡挿入前のENBDチューブ抜去時に全て吸引できたため、内瘻ステント挿入のみで処置終了とした。その後の経過は良好で第9病日に退院とした。【考察】バリウムの胆管内への逆流による胆管炎を経験したがこのような報告は過去にない。本症例は非常に稀な例と考えるため文献的な考察を加えて報告する。

胆管炎, バリウム

横浜市立大学附属病院 消化器内科
吉村勇人, 石井寛裕, 杉森 慎, 山田博昭, 佐藤 健, 須江聡一郎,
金子裕明, 亀田英里, 佐々木智彦, 田村寿英, 近藤正見, 芝田 渉,
前田 慎

【症例】39歳 女性【主訴】なし【現病歴】2015年9月健診の腹部エコーで胆道拡張、胆嚢壁肥厚を指摘された。医療機関は受診せず経過をみていた。2016年9月健診の腹部エコーで再度胆管拡張、胆嚢壁肥厚を認めたため、精査目的に当院紹介受診となった。外来で施行したEUS、MRCPで胆道拡張は認められたが、膵胆管合流異常症の診断はできなかった。胆道拡張精査目的に12月13日当科入院となった。【既往歴】腎盂腎炎、十二指腸潰瘍【入院後経過】12月14日ERCP施行。胆管造影で膵内胆管と主膵管の一部が同時に描出されたが合流異常はわからなかった。総胆管は最大13mmと拡張し、胆管IDUSでは胆管壁の軽度肥厚を認めた。次に選択的に膵管造影を行うと主膵管は描出されたが合流異常はやはりわからなかった。胆汁中のAMY測定とENBD、膵管ステントを留置し検査終了とした。胆汁中のAMYは104170と著明であったため、再度膵胆管合流異常の存在を考え、EUS、ERCPの所見を検討した。EUSでは、通常B-modeではわからなかったが、ソナゾイド造影後に総胆管とsantorini管が膵内胆管でわずかに合流していることがわかった。ERCPの画像とあわせ、膵内胆管とsantorini管が合流している稀な膵胆管合流異常症(分類不能型)、先天性胆道拡張症(戸谷分類Ic型)と診断できた。【考察】先天性胆道拡張症の分類や膵胆管合流異常症の分類はいくつかあるが分類不能型の診断は難しい。今回、膵胆管合流異常症の診断にソナゾイド造影EUSが有用であった。稀な症例のため若干の文献的考察を加えて報告する。

造影EUS, 膵胆管合流異常症

横浜旭中央総合病院 消化器内科
平泉 恵, 浅井亮平, 志村裕人, 竹中弘二, 高田康裕, 木村 佑,
橋本 洋, 保阪政樹, 山中太郎

【はじめに】急性膵炎の原因はアルコール性、胆石性、特発性の順に多いということが知られている。今回、特発性膵炎のうち膵管癒合不全が原因と考えられた一例を経験したため報告する。【症例】79歳男性。2016年X月Y日昼食摂取後に腹痛を自覚し他院を受診した。膵酵素の逸脱を認め、急性膵炎の診断で当院紹介受診となった。【既往歴】急性膵炎5回【生活歴】飲酒歴：なし【来院時現症】左側腹部に圧痛あり【入院後経過】来院時に施行した造影CTでは、膵頭部の造影不良と萎縮、膵管の拡張が認められ、膵周囲の炎症は腎下極に遠まで波及していた。総胆管結石は認めなかった。厚生労働省の重症度判定基準を用いて病態を判定し、重症急性膵炎と診断した。肝胆道系酵素の逸脱はなく、CTで総胆管結石を認めないことから、胆石性の急性膵炎は否定的と考え第1病日から非胆石性の急性膵炎に対する治療を行った。その後施行したMRCPでも総胆管結石は認めず、明らかな膵管の合流異常も認めなかった。急性膵炎の原因はアルコール性、胆石性、特発性の順に多いことが報告されているが本症例では原因がはっきりせず、精査目的にERCPを施行した。膵管癒合不全と副乳頭の閉鎖を認め、治療として内視鏡的副乳頭切開術を行った。【考察】膵管癒合不全とは最も頻度の高い膵臓の形成異常であり、膵炎の原因となると報告されている。膵管癒合不全は膵管非癒合と膵管不完全癒合の2種類に分類される。膵管非癒合は腹側と背側の膵管がそれぞれ独立して十二指腸に開口しており、膵管不完全癒合は腹側と背側の膵管がそれらの分枝によってわずかに癒合を認める。膵管癒合不全を診断するには、ERCPを施行し膵管の走行を実際に造影することが最も有用である。治療として内視鏡的副乳頭切開術、ステント留置術、または外科的副乳頭形成術を行う。【結語】再発を繰り返す急性膵炎は対して膵管癒合不全の可能性も考慮しながら診察を行う必要がある。

膵管癒合不全, 急性膵炎

複雑な合併症を有するWalled-off necrosisに対しEUSガイド下嚢胞ドレナージ術後の長期保存的治療にて完治した1例

横浜市立大学附属病院 肝胆膵消化器病学
栗田大輔, 佐藤高光, 岩崎暁人, 栗田裕介, 香川幸一, 細野邦広, 中島 敦, 窪田賢輔

【症例】65歳男性【現病歴】重症肝炎で前医に入院中の20XX年2月X日に特発性重症急性膵炎を発症し、保存的に加療をしていたが、腹部CTにて膵周囲に2カ所の巨大仮性嚢胞、膵尾部に1カ所Walled-off necrosisを認めたため、EUSガイド下嚢胞ドレナージ術(EUS-CD)目的で当院当科へ転院となった。【既往歴】2型糖尿病、慢性腎臓病、高血圧、急性肝炎、急性膵炎、慢性心不全【入院後経過】転院後第5、15病日に2カ所の仮性嚢胞に対しEUS-CD(内外瘻)を施行しドレナージに成功したが、膵尾部の病変は胃壁から距離があったこと、穿刺ラインに脾動脈が存在したことから保存的に経過を見ることとなった。経過良好と考えられていた第46病日に急激な黒色便および吐血にてショックとなり、緊急で血管造影を施行したところ増大した膵尾部病変が脾動脈破裂を来しており、塞栓術が必要であった。この影響で病変は胃壁との癒着が認められ、第82病日にEUS-CDの追加を施行した。その際、造影にて嚢胞結腸瘻の合併も認められ、根治には外科的切除が必要と考えられたが、炎症が広範囲であったため第106病日にストマを造設し腸管安堵を先行する方針とした。以降、外瘻ドレナージの洗浄によって膵尾部病変は徐々に縮小傾向を認め、ほぼ消失したため第120病日に外瘻を抜去、外来にて経過観察の方針となり第131病日に自宅退院となった。その後も経過は良好で、手術適応はなくなり第300病日にストマを閉鎖した。【結語】膵嚢胞の脾動脈浸潤により脾動脈破裂後、膵結腸瘻まで発症し、外科的手術が必要と考えられた膵嚢胞に対して、EUS-CDおよび長期の保存的加療によって完治した一例を経験した。膵嚢胞の膵結腸瘻の合併例の報告は少なく、特に保存的治療にて完治に至った症例は極めて稀であると考えられ、若干の文献的考察を加えて報告する。

膵嚢胞, 膵結腸瘻

膵体部癌の術前診断で切除を行った自己免疫性膵炎の1例

ジャパンメディカルアライアンス 海老名総合病院
岡本 陸, 小泉正樹, 針金幸平, 鎌田順道, 去川秀樹, 宮前 拓, 萩原英之

自己免疫性膵炎は何らかの自己免疫の関与が示唆される膵炎であるが、画像上は膵癌との鑑別が困難である。今回、膵体部癌の術前診断で手術を施行し、術後の病理組織診断で自己免疫性膵炎が強く疑われた1例を経験したので報告する。症例は75歳、女性。長引く咳嗽を主訴に前医を受診し、偶然施行された胸部腹部単純CTで膵頭部の嚢胞性病変を指摘、精査のMRIで膵頭部の多房性腫瘍と、膵体部に内部の信号が膵実質に比べFat-sat T1WIで低信号、T2WIでは淡い高信号、DWIでは強い高信号を示す1cm大の腫瘍、および同部での主膵管の途絶が認められ、分枝型IPMNと膵体部癌の疑いで手術目的に当院へ紹介となった。既往歴は20年前に胃痛で幽門側胃切除術、またC型慢性膵炎に対して抗ウイルス薬治療中。膵頭部の分枝型IPMNと膵体部癌の術前診断で手術を施行した。術式に関しては当初膵頭部のIPMNを含んだ膵頭十二指腸切除術を予定していたが、残存膵の容積を考慮して脾臓摘出を伴う膵尾部切除、残胃全摘、Roux-Y再建とした。術後、左横膈膜下膿瘍を合併したが抗菌薬による保存的治療で軽快し、入院23日目に軽快退院となった。術後の病理組織診断では、リンパ球および形質細胞を主体とした高度の炎症細胞浸潤と膵管周囲を主体とした線維化が認められ、悪性を疑う明らかな異型細胞は認められなかった。免疫染色ではCD138陽性形質細胞とIgG4陽性形質細胞の増加が認められ、自己免疫性膵炎が強く疑われる所見であった。本症例では画像上は限局性の膵腫瘍として描出され、膵外病変も明らかでなかったために術前診断を膵癌として手術を施行し、術前精査でIgG4の測定なども行わなかった。自己免疫性膵炎は比較的新しい概念ではあるが、近年増加しているともされており、今後膵癌の診断を行う際に鑑別診断の1つとして挙げなければならないと考えた。

膵臓癌, 自己免疫性膵炎

好酸球性多発血管炎性肉芽腫症の1例

昭和大学 横浜市北部病院 消化器センター¹⁾、
昭和大学病院 リウマチ膠原病内科²⁾、同 消化器一般外科³⁾
山岡大志郎¹⁾、大宮俊啓¹⁾、林 武雅¹⁾、工藤進英¹⁾、佐藤雄太¹⁾、
神山勇太¹⁾、桜井達也¹⁾、武田健一¹⁾、石垣智之¹⁾、藤井 崇¹⁾、
三澤将史¹⁾、若村邦彦¹⁾、石田文生¹⁾、三輪裕介²⁾、前岡愛里²⁾、
古屋秀和^{2,3)}、伊達博三³⁾、五島 哲³⁾、村上雅彦³⁾

【症例】50代女性。15年前より喘息・副鼻腔炎の診断で加療していた。20XX年7月初旬に腹痛・下痢を自覚し、救急外来を受診した。血液検査、CT検査では有意な所見を認めず帰宅となった。1週間後に同症状に加え、両下肢のしびれが出現した。近医で対症療法を受けたが症状改善しないため8月中旬に当科紹介となった。発熱、腹痛、水様便、四肢の筋力低下を認め、WBC30060、好酸球51%と好酸球は著明に上昇していた。臨床症状、血液像より好酸球性多発血管炎性肉芽腫症を疑い、消化管精査を行う方針とした。上部消化管内視鏡検査では、特記すべき異常は認めなかった。下部消化管内視鏡検査では、回腸末端よりS状結腸に易出血性の浮腫状の粘膜を認め、不整形な地図状の潰瘍が散見された。病理組織学的所見で間質への多数の好酸球浸潤を認めたが、血管炎所見や血管外肉芽腫の存在は指摘できなかった。厚生労働省の診断基準より、好酸球性多発血管炎性肉芽腫症と診断した。入院後より徐々にニューロパチーが増悪傾向であったため、入院8日目に治療目的に専門施設に転院となった。ステロイドパルス、シクロホスファミド投与、血漿交換などの集学的治療が開始されたが、治療経過中に小腸穿孔が生じたため手術を施行した。その後は改善傾向であり、現在、外来通院中である。【結語】消化器症状を契機に確認した好酸球性多発血管炎性肉芽腫症の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。

好酸球性多発血管炎性肉芽腫症, 穿孔

診断に難渋した家族性地中海熱の一例

佐野厚生総合病院
江崎 諒, 岡村幸重, 猪口和美, 下畷啓太郎, 赤坂茉莉, 上岡直史,
上原 淳, 寺元 研, 東澤俊彦, 関根忠一

【症例】39歳男性【主訴】腹痛、発熱【既往歴】腰部椎間板ヘルニア【家族歴】特記事項なし
【現病歴】X-14日から下腹部痛を認め救急外来を受診、発熱・炎症反応高値を認めたため入院加療とした。絶食・補液による保存的加療で回復しX-10日に退院。しかし、X日に腹痛、発熱が再度出現し反跳痛も認めため再入院となった。CT上、明らかな異常所見なく、上下部消化管内視鏡でも急性腹症の原因となるような粗大病変を認めなかった。小腸病変の検索のためにカプセル内視鏡を実施したところ、非特異的な小腸潰瘍を認めた。NSAIDs潰瘍を疑い、NSAIDsを中止するも症状の改善なく、小腸潰瘍に対してプレドニゾロン50mg/日、メサラジン等の薬物療法を開始したが症状に変化は認めなかった。その後も発熱、腹痛を周期的に繰り返し、関節痛も出現したため家族性地中海熱を疑い診断的治療としてコルヒチンの内服を開始した。その後は腹痛・発熱等の自覚症状は認めず、X+65日に退院となった。尚、退院後のMEFV遺伝子検査でexon 10にM694Iのヘテロの変異を認めた。
【考察】家族性地中海熱は日本では稀な疾患であり診断に難渋することが多い。文献的な考察を含め、診断に難渋した家族性地中海熱の一例をここに報告する。

家族性地中海熱, 周期性発熱症

日本鋼管病院 消化器肝臓病センター

中村篤志, 長田俊佑, 細川悠栄, 神崎拓磨, 染矢 剛, 大塚征爾, 奥山啓二, 吉岡政洋

背景】門脈圧は慢性肝疾患の予後に影響するが測定は容易でない。最近、肝内血管抵抗 (APRI) と門脈血流量 (脾容積、脾静脈径) から門脈圧の予測式が報告された (Journal of Digestive Diseases 2016)。今回IFNフリー治療前後のCT画像から門脈圧の変化を予測した。【方法】対象はSVR12となり、治療前後のCT画像が得られたC型慢性肝疾患46例 (男/女: 26/20、平均64.8歳)。治療はdaclatasvir/asunaprevir 7例、sofosubvir/ledipasvir 27例、sofosubvir/ribavirin 12例、LC17例であった。予測門脈圧 (PVP: mmHg) はCT画像から脾静脈径 (mm)、脾容積 (SV/ BMI: $\times 10^4$ cm³/kg) を計測し既報の予測式から算出した ($= 1.572 \times$ 脾静脈径 + $0.231 \times$ 脾容積 + $3.44 \times$ APRI + 2.529)。【結果】1) 予測PVPの検討: 治療前PVPは平均 16.2 ± 4.5 mmHgでありLCとCH、静脈瘤合併と非合併に有意な差を認めた ($p < 0.05$)。肝機能データとの相関はM2BPGi ($r = 0.658$)、alb (-0.454)、T. Cho (-0.423)、PT% (-0.366) と各相関した ($P < 0.05$)。2) 治療後の変化: PVPは 13.9 ± 2.9 mmHgと約18%低下したが ($p < 0.001$)、静脈瘤合併例は高値 (> 15 mmHg) であった。【結語】CT画像データを用いたPVP予測式は、慢性肝疾患における門脈圧亢進症の指標となる可能性が示唆された。またDAAs治療後 (SVR12) もPVP高値が存在し注意が必要である。

DAAs, 門脈圧亢進症

肝, 類上皮血管内皮腫

血小板増多症とProtein C低下を背景とした門脈・上腸間膜静脈血栓症の一例

JA とりで総合医療センター 消化器内科

後藤文男, 杉山勇太, 小原 淳, 浅川剛人, 遠藤 南, 橋口真子, 飯塚泰弘, 河村貴広

症例は79歳男性、約20年近く本態性血小板増多症でfollowされておりヒドロキシカルバミド内服にて血小板数は70万前後で推移していた。33歳時に十二指腸潰瘍で手術歴はあるが他に開腹手術歴はなく肝疾患の既往もなかった。2016年11月中旬より38°C台の発熱と食欲低下を呈したが腹痛や下痢血便等の消化器症状は認めなかった。腹部骨盤単純CT検査と上部消化管内視鏡検査では特記すべき所見を認めず2週間経過しても症状改善乏しく採血にて炎症反応上昇 (WBC10770/ μ l、CRP6.72mg/dl) と軽度の凝固異常 (D-Dimer 3.92 μ g/ml、FDP11.0 μ g/ml) を認めたことから腹部骨盤造影CT検査を施行したところ門脈と上腸間膜静脈の広範囲に血栓を認めた。入院して抗凝固療法としてヘパリン持続点滴と血小板増多症に対してラニムスチン投与を開始した。その後解熱を認め食欲も回復し、2週間後の造影CT検査にて血栓は不変で門脈と上腸間膜静脈の血流も認めなかったが門脈周囲の側副路血管の形成を認め上腸間膜静脈末梢側の血栓の進展は見られなかったために抗凝固薬をワーファリンに変更し経過を追った。その2週間後に造影CT検査再施行したところ門脈と上腸間膜静脈の中核側の血栓が消失し門脈と中核側の上腸間膜静脈の血流の再開通を認め上腸間膜静脈末梢側の血栓進展も認めなかった。なお入院時の採血にてProtein C抗原量53%、Protein C活性55%と低値であったことから血小板増多症とProtein C低下による門脈・上腸間膜静脈血栓症と診断した。治療後3か月経過し、門脈、上腸間膜静脈血栓の増悪なくワーファリンとラニムスチン投与継続にて経過観察となっている。門脈・上腸間膜静脈血栓症は急性腸管血行不全症の中で10%前後といわれておりProtein C欠乏症等の先天的な凝固異常症を背景とする症例報告はあるものの本症例のように血小板増多症を背景とした症例は極めて稀であることから若干の文献考察を交えて報告する。

上腸間膜静脈血栓症, 本態性血小板増多症

経皮的腫瘍生検で診断した単発性肝類上皮血管内皮腫の1切除例

けいゆう病院 外科

関 博章, 石井賢二郎, 安井信隆, 坂田道生, 嶋田昌彦, 松本秀年

症例は41歳、男性。2012年7月に検診の腹部US検査で肝S5に9mmの腫瘍を指摘され、腹部CTを行い、肝血管腫として経過観察されていた。2014年6月に再度検診の腹部US検査にて15mmに増大したためCTとMRIを施行した。腫瘍径は15mmに増大していたが、画像診断で積極的に悪性を疑われなかったため、その後定期的にMRIで経過観察された。2015年10月のMRIで腫瘍径がわずかに増大していたため、治療方針決定のために経皮経肝エコーガイド下腫瘍生検を施行し、病理組織学的に類上皮血管内皮腫と診断された。肝S5亜区域切除を施行し、術後1年経過した現在、再発兆候を認めず外来通院中である。肝原発の類上皮血管内皮腫は血管内皮由来の緩徐に進行するまれな非上皮性腫瘍で、病理学的には血管腫と血管肉腫の中間の悪性度とされる。臨床症状に乏しく、発見時に多発していることが多い。今回、我々は3年間、画像で経過観察し緩徐に増大傾向を認めたため、経皮経肝エコーガイド下腫瘍生検で確定診断できた単発性の肝類上皮血管内皮腫の1切除例を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

孤立性肝結核腫と考えられる肝腫瘍に対して右肝切除を施行した1例

東海大学医学部付属八王子病院 消化器外科

阿部 凜, 和泉秀樹, 吉井久倫, 小池卓也, 宇田周司, 横山大樹, 庫本 達, 町田隆志, 茅野 新, 向井正哉, 野村栄治, 森内 達

孤立性肝結核腫と考えられた肝腫瘍に対して右肝切除を施行した1例を経験したので報告する。【症例】65歳女性。現病歴: 2007年より右甲状腺癌術後で経過観察となっていた。2012年12月にS7に肝腫瘍を疑われ抗生剤加療をされたが不応性であった。2014年消化器内科で精査され肝生検施行し乾酪性類上皮性肉芽腫の診断。結核や寄生虫、エキノコッカスも精査されたが全て陰性であった。2016年7月の造影CTで腫瘍は右肝静脈まで浸潤し増大傾向を認めたため右肝切除目的に入院となった。【既往歴】甲状腺癌、高血圧【個人歴】たばこ20本×45年、出身地: 山梨県、職業: 営業、結核暴露歴なし【家族歴】なし。採血結果では、包虫抗体陰性、胃液抗酸菌陰性、肝生検抗酸菌陰性、IFN- γ 陰性、その他感染症も陰性であった。2014年の腹部造影CTではS7に不均一な造影効果のある腫瘍を疑う腫瘍を認め、後区域枝や右肝静脈への浸潤は認めなかった。2016年ではS6-8まで増大する腫瘍となり前区域枝の一部、後区域枝、右肝静脈まで浸潤した。増大傾向を示す肝腫瘍であったため2016年8月右肝切除を施行。切除標本では黄色調の膿瘍がびまん性に多発していた。病理検査では乾酪壊死を伴う類上皮性肉芽腫が多発し、結核や非定型抗酸菌症などの感染が疑われた。PAS、Grocott、Ziehl-Neelsen染色は陰性であった。術後2日目食事開始。術後8日目肝切除面ドレーン交換したところ切除面に残存する血腫を認め排液多いため術後23日目ドレーン持ち帰りで独歩退院となった。【考察】肝結核の中で孤立性肝結核腫は非常に稀な疾患である。抗酸菌染色、抗酸菌培養、TB-PCRの陽性率は少なく結核菌の証明は困難である。診断に関しては切除標本や生検で乾酪壊死、類上皮肉芽腫の存在をみとめるか、抗結核薬により軽快したことから診断している。今回我々は肝切除の切除標本から乾酪壊死を伴う類上皮性肉芽腫を認め、孤立性肝結核腫と考えられた1例を経験したため若干の文献的考察交えて報告する。

肝臓, 結核

横浜経済会病院 外科

堀井伸利, 森岡大介, 大山倫男, 高倉秀樹, 佐藤芳樹, 渡會伸治

(背景)多発肝嚢胞(以下PLD)はしばしば有症状となり、時には生命予後にも関わるがその治療方針に一定のconsensusはない。当科ではMayo ClinicのScnellrdorferらが2009年に報告した治療方針が最も妥当であると考え、それに則り治療している。(目的)当科の多発肝嚢胞に対する肝切除+残存嚢胞閉塞術の成績を評価する。当科では閉塞部が癒着などで被覆されないよう多面的になるよう工夫し終刀前に肝臓全体を覆うように癒着防止シートを肝周囲に広範に敷いている。(対象・方法)2010年1月~2016年12月に当科で経験した5例(PLD群)の短期、長期成績を評価した。短期成績は同時期の他の疾患に対する初回肝切除95例(nPLD群)と比較し、長期成績は症状の再燃とCTによる全肝容積の推移で評価した。(結果)5例の内訳はGigot-Iが2例、-IIが3例、Scnellrdorfer-Bが2例、-Cが3例であった。術前全肝容積中央値2530ml(1488-3743)、標準肝容積との%比率中央値は242%(159-344%)であった。術式は部分切除3例、後区域切除1例、右肝切除1例(すべて残存嚢胞閉塞を併施)、手術時間、出血量はPLD群とnPLD群で差を認めなかった。周期においてPLD群でClavien-Dindo grade II以上の合併症が有意に多く(PLD群vs nPLD、100%vs28.4%)群在院日数が有意に長かった(PLD群vs nPLD、median 23日vs 14日)。長期成績においては観察期間中央値60か月(30~85か月)で症状の再燃は現状全例で認めず、全肝容積の推移は全例術後1年まで減少しつづき以後増加することなく推移し全例において術前の50%以下を保っている。(考察)PLDに対する外科治療の50%前後で症状の再燃を認めるとされている。症例が少ないため今後の症例集積が必要だが当科における多面的閉塞は有効な可能性がある。(結語)当科のPLDに対する外科治療の長期成績は現状良好と考えられるが短期成績においては術後合併症を減らす工夫が必要と考えられた。

多発肝嚢胞, 肝切除

帝京大学ちば総合医療センター 外科¹⁾, 同 病理部²⁾

笠原康平¹⁾, 笠原康平¹⁾, 廣島幸彦¹⁾, 山崎一人²⁾, 川口大輔¹⁾, 平野敦史¹⁾, 森 幹人¹⁾, 小杉千弘¹⁾, 松尾憲一¹⁾, 首藤潔彦¹⁾, 幸田圭史¹⁾, 田中邦哉¹⁾

症例は84歳男性、HCV陽性。検診腹部エコーでS5/8に6cm大の占拠性病変を指摘され当院を受診した。S5/8を中心とした原発性肝癌(単純結節型6.5cm)の診断で肝前区域切除、胆嚢摘出術施行し、術後合併症なく10病日で退院した。病理学的組織診断は、HCC, mod, St-A (S5/8) 6.5cm, simple nodular with mild extraglandular growth, fc(+), fc-inf(+), sf(+), s0, vp0, vv1, va0, b0, im0, sm(-), ch with lf (f1-2)であった。患者本人の希望で、術後補助化学療法を施行せず、近医で経過観察された。初回手術から3年後の腹部エコーで残肝後区域に高エコー領域が認められたため、再度当科へ紹介受診となった。EOB-MRIで同部位に7.5cm大の早期濃染、肝細胞相で低信号の単発病変を認め、右肝静脈内には腫瘍から下大静脈にまで達する腫瘍栓を認めた。再発肝細胞癌, H1, St-P, 7.5cm, 多結節癒合型, Eg, Fc+, Fc-inf+, Sf+, S1, N0, Vp1, Vv3, Va0, B0, P0, T3N0M0: cStageIIIと診断した。肝予備能が低かったため門脈塞栓術施行後、肝後区域部分切除術、右肝静脈内腫瘍栓摘出術を施行した。右肝静脈流入部を血管鉗子でSide clampするように把持し、右肝静脈を切開して腫瘍栓と切除肝とを一塊に摘出した。切除標本では、線維性被膜を持つ中小の多結節が癒合する腫瘍が形成され、肝門に向かって腫瘍塞栓を認めた。中分化型を主体とする肝細胞癌で尿管侵襲が著しく、特に肝静脈内に大型の腫瘍栓が発達し、その先端は肝静脈断端近傍まで達していた。門脈にも末梢を中心に腫瘍栓を認めたが、肝動脈、胆管への侵入は認めなかった。腫瘍細胞はクロマチンの増量した高度に腫大した核を持ち、部分的に合胞体様の多核巨細胞を多数認めた。肝臓に発生するgiant cell tumor (GCT)は非常に稀であり、また浸潤能が非常に高く、悪性度の高い腫瘍と報告されている。このような悪性度の高い性質と腫瘍組織内に認められた合胞体様の多核巨細胞との関連について若干の文献的考察を報告する。

Syncytial giant cell, Vv3, HCC

済生会横浜市南部病院 外科¹⁾, 同 病理診断科²⁾

有坂早香¹⁾, 高川 亮¹⁾, 瀬上顕貴¹⁾, 菅原裕子¹⁾, 横井英人¹⁾, 橋本 至¹⁾, 古波蔵かおり¹⁾, 須藤友奈¹⁾, 嶋田和博¹⁾, 林 勉¹⁾, 村上仁志¹⁾, 平川昭平¹⁾, 長谷川誠司¹⁾, 池 秀之¹⁾, 中山 崇¹⁾, 福島忠男^{1,2)}

細胆管細胞癌は稀な原発性肝癌の1つであり、2008年に発行された原発性肝癌取扱い規約第5版で初めて独立した疾患として分類されたが、WHO分類では混合型に分類されている。今回混合型肝癌に類似した画像所見を呈し、術前に混合型肝癌と診断した細胆管細胞癌の1切除例を経験した。症例は77歳の女性。高血圧、脂質異常症及び糖尿病で近医通院中に検診目的の腹部超音波検査で肝S3に腫瘍と末梢胆管の拡張を認め、肝内胆管癌の疑いで精査加療目的に当院に紹介された。肝炎ウイルス及び腫瘍マーカーはいずれも陰性だった。CT検査でB2, B3の分岐部から肝S3に連続する33mmの腫瘍を認め、末梢胆管の拡張を伴っていた。ダイナミックCTでは辺縁が早期に造影されて一部wash outされ、内部には壊死を疑う造影不良域を認め、肝細胞癌を疑う造影パターンだった。細胆管細胞癌に特徴的とされる門脈や肝静脈の腫瘍内への貫通所見は認めなかった。以上の所見より混合型肝癌を疑って肝左葉切除術を施行した。組織学的に腫瘍細胞は小型で、異型に乏しい類円形核を有し、増生細胆管様の小管腔構造を形成していた。免疫染色ではCK7陽性、CK19陽性、HSA陰性、AFP陰性であり、さらにpolyclonal CEAが胆管内腔に陽性で、ジスターゼ消化PAS染色及びAlucian blue染色で粘液産生が認められず、細胆管細胞癌と診断された。背景肝には線維化を認め、慢性肝障害を背景として発生することが多いとされる細胆管細胞癌に矛盾しない所見であった。細胆管細胞癌については未だ報告が少なく、若干の考察を加えて報告する。

細胆管細胞癌, 混合型肝癌

横浜市立大学医学部 消化器腫瘍外科学¹⁾

横浜市立大学付属病院 病理部²⁾

矢後彰一¹⁾, 澤田 雄¹⁾, 熊本宜文¹⁾, 清水康博¹⁾, 押 正徳¹⁾, 高橋智昭¹⁾, 堀井伸利¹⁾, 敷下泰宏¹⁾, 平谷清吾¹⁾, 森隆太郎¹⁾, 松山隆生¹⁾, 日比谷孝志²⁾, 山中正二²⁾, 遠藤 格¹⁾

症例は56歳、女性。肝右葉に存在する径75mm大の肝腫瘍に対し、肝右葉尾状葉切除術、門脈併切・再建術を施行した。腫瘍は比較的境界明瞭な黄白色病変であり、病理組織像では立目状で比較的小型の核、細胞質を有する異型細胞が不規則な網目状の管状胞巣を呈しており、細胆管細胞癌と診断した。術後化学療法は施行せず経過観察としていたが、2年後のCTで残肝S4に肝腫瘍を認めた。細胆管細胞癌の再発と診断し、半年間のG療法を施行した後、再肝切除を施行した。手術は肝内側区域切除、再胆道再建術を行った。病理診断は細胆管細胞癌の再発であった。細胆管細胞癌は比較的稀な腫瘍であり、2010年に提唱されたWHO分類では混合型肝癌の1亜型として分類され、組織学的に異型の乏しい類円形の腫瘍細胞から成る小腺管状腺癌であり、線維性間質を伴っていることが特徴とされている。根治切除が可能であれば比較的良好な予後が得られるとの報告もある。再発時の治療については定まったものはないが、今回我々は半年間の化学療法後に再切除を行ったので報告する。

細胆管細胞癌, 肝内再発

97 ランブル鞭毛虫症に合併した胆管癌の1例

JCHO 横浜保土ヶ谷中央病院 外科
朴 峻, 上向伸幸, 高畑太輔, 有坂早香, 小澤真由美, 谷口浩一,
齋藤健人

ランブル鞭毛虫症に合併した胆管癌の1例【はじめに】ランブル鞭毛虫症(ジアルジア症)は、原虫の一種であるランブル鞭毛虫による感染症である。熱帯地域など発展途上国では比較的高率にみられる疾患であるが、本邦ではまれな感染症である。本原虫は十二指腸と上部小腸および胆道系に吸着寄生することが知られており、胆汁中に本原虫を検出したとする報告は本邦でも散見される。今回、まれなランブル鞭毛虫症に合併した胆管癌を経験したので報告する。【症例】75歳、男性。肝機能障害の精査目的に当院紹介となった。腹部造影CTで肝内胆管の拡張と肝門部胆管に狭窄を認め肝門部胆管癌が疑われた。ERCPで肝門部胆管の狭窄が確認され、胆汁細胞診・擦過細胞診を施行し、ENBDを留置した。擦過細胞診では異型細胞が認められた。胆汁細胞診ではランブル鞭毛虫が検出された。ランブル鞭毛虫症に対しメトロニダゾールの内服を開始。2週間後に虫体は消失した。胆道造影で胆管狭窄の改善はなく、繰り返し施行した胆汁細胞診でClass IIIが得られた。Bithmuth分類Type IIIaの肝門部胆管癌と診断し肝右葉・尾状葉切除術を施行した。病理学的には結節浸潤型の中分化腺癌でT2aN0M0、Stage IIと診断された。【考察】本邦におけるランブル鞭毛虫症の臨床症状は右季肋部痛、黄疸、発熱、など胆道型が多く胆道系への寄生に特徴的ではこれまでも報告がなされている。しかし、悪性腫瘍との報告は極めてまれでありその因果関係は不明である。今回、まれなランブル鞭毛虫症に合併した胆管癌を経験したので文献的考察を加えて報告する。

ランブル鞭毛虫, 胆管癌

99 経乳頭の胆嚢生検が治療方針決定に寄与した悪性黒色腫多臓器転移の一例

がん研有明病院 肝胆膵内科
金田 遼, 山田育弘, 片岡星太, 石垣和祥, 佐々木隆, 松山真人,
尾阪将人, 高野浩一, 笹平直樹

【症例】71歳男性。20XX年、右内眼角(涙球部)7x5x4mmの悪性黒色腫に対し根治切除を施行。切除後の病理診断で断端陰性、脈管浸潤は認めずT4aN0M0(pStage IIB)であった。以後嚴重経過観察となっていたが、術後5年目の腹部超音波検査にて胆嚢に17mm大の腫瘍性病変を指摘され当科へ紹介となった。EUSでは胆嚢腫瘍は広基性であり、悪性を疑う所見であった。全身精査のCT及びMRIにて胆嚢腫瘍に加え、右内眼角から眼窩および鼻腔に広がる腫瘍性病変を認め、また多発脳腫瘍及び肺結節を認めた。鼻腔からの生検は悪性黒色腫の病理診断であった。以上より、胆嚢腫瘍も一元的に悪性黒色腫の転移と判断し、主科にてNivolumabによる加療を行った。しかし、14週後(Nivolumab 7コース投与後)に、主病巣及び脳病変・肺病変はSDを維持していたものの、胆嚢病変のみが明らかな増大傾向を呈し、重複癌の可能性について当科再紹介となった。経乳頭の胆嚢生検を目的にERCPを施行。ERCでは、胆嚢内に陰影欠損像が確認され、ワイヤーガイドに鉗子を胆嚢内へ誘導し生検を施行し、悪性黒色腫の病理診断が得られた。全体として、胆嚢病変はpseudoprogessionと判断し、Nivolumab継続の方針とした。【考察】悪性黒色腫の患者の15%に胆嚢転移を認めたとの報告もあるが、医学中央雑誌で「悪性黒色腫」、「転移性胆嚢腫瘍」で検索すると15例の報告にとどまり、実臨床上はまれな病態であるといえる。またその診断の多くは胆嚢摘出術に拠っているが、今回経乳頭の胆嚢生検を行うことでその診断がつき、治療方針の決定に寄与することができた。【結語】経乳頭の胆嚢生検により悪性黒色腫の胆嚢転移を診断し得た貴重な症例を経験したため文献的考察も含めて報告する。

悪性黒色腫, 経乳頭の胆嚢生検

98 浸潤部の組織型が腺癌を主体としていた胆管原発腺癌扁平上皮癌の一例

横浜市立みなと赤十字病院 外科¹⁾, 同 病理部²⁾
杉田光隆¹⁾, 大石裕佳¹⁾, 鳥谷建一郎¹⁾, 前橋 学¹⁾, 藤原大樹¹⁾,
杉政奈津子¹⁾, 高橋直行¹⁾, 柿添 学²⁾, 中馬雅之¹⁾, 小野秀高¹⁾,
馬場裕之¹⁾, 阿部哲夫¹⁾, 熊谷二朗²⁾

症例は67才男性。皮膚黄染を主訴に近医を受診、採血で閉塞性黄疸と診断され、精査加療目的に当院消化器内科に紹介受診となった。初診時、T-Bilが23.7mg/dlと著明に上昇していた。腹部造影CTで膵頭部背側寄りに23mm大の造影不良塊を認め、膵内胆管の狭窄、およびその肝側の胆管の拡張を認めた。主膵管拡張は認められなかった。門脈右側壁と腫瘍が近接し、浸潤が否定できなかった。主幹動脈への浸潤、および遠隔転移は認められなかった。ERCP上、下部胆管が全周性に狭窄している像が認められ、同部位の胆管擦過細胞診でclass4, adenocarcinoma疑い、また膵頭部腫瘍に対するEUS-FNAでclass4, malignancy(adenocarcinoma第一)疑いと診断された。以上より胆管浸潤を伴う膵頭部癌と診断、膵頭十二指腸切除術、SMA神経叢右半周合併切除術、D2リンパ節郭清を施行した。術中所見で門脈右側壁のごく一部が膵頭部に固着していたため、門脈にサイドクランプをかけて部分切除を行ったが、術中迅速病理診断で腫瘍の門脈壁への浸潤が認められず、縫合閉鎖した門脈の狭窄も認められなかったため、追加の門脈合併切除は施行しなかった。術後、腹腔内膿瘍を発症したが、保存的加療で軽快し、術後18日目に退院となった。肉眼上、腫瘍の主座は膵内胆管にあり、粘膜不整を伴う壁肥厚、全周性狭窄を来していた、それに連続して膵頭部実質に黄白色調の硬い腫瘍を認めた。浸潤は背側誌組織および膵外神経叢へ達していた。組織所見上、胆管の腫瘍は扁平上皮癌を主体とし、一部に腺癌が混在する所見であった。一方、膵浸潤部では中分化~低分化腺癌からなっていた。両者は連続する病変で腫瘍の局在の中心が胆管にあったことより胆管原発の腺扁平上皮癌が高度な膵浸潤を来したものと最終診断した。胆管原発腺癌扁平上皮癌は比較的稀な組織型で、通常の腺癌と比較して予後不良とされる。過去の報告例では浸潤部の組織型が扁平上皮癌が主であるとの報告が多く、本例のごとく腺癌が浸潤部の組織型であった報告は稀であるため、文献的考察を加えて報告する。

胆管癌, 腺扁平上皮癌

100 右側肝門索を伴う肝内結石症に対して腹腔鏡下肝切除を行った一例

北里大学 医学部 外科
藤山芳樹, 隈元雄介, 海津貴史, 田島 弘, 西澤伸恭, 永 慈教,
渡邊昌彦

今回、我々は、右側肝門索を伴う胆石症・肝内結石症に対して腹腔鏡下に肝切除術を施行した症例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。症例は68歳男性、発熱と腹痛を主訴に近医を受診。エコー検査にて胆石症、肝内結石症胆管炎と診断され、抗生剤による保存的に加療を受けた。症状が消退したのち、根治手術目的に当院紹介受診となった。当院で施行したダイナミックCT検査で肝門索が右前区域枝門脈に繋がる右側肝門索症例であることが判明し、B2の胆管根部に狭窄を認め、末梢胆管の拡張、肝内結石を認めていることがわかった。狭窄部に悪性所見がないか、FDG-PET検査及びERCPによる胆汁細胞診検査を行ったが悪性合併所見は得られなかったため、腹腔鏡下肝切除を予定した。手術は5ポートで行い、手術時間354分、出血量10mlで腹腔鏡下に手術を完遂した。術後合併症なく、第7病日に軽快退院となった。右側肝門索は従来左側胆嚢として報告されるものが多かったが、現在は、肝内の脈管構築と胆嚢の位置関係は正常であり、肝門索の位置異常であると認識されており、正確には右側肝門索であるとされる。造影CT検査で診断は容易ではあるが、今回の症例のように、門脈の破格の合併頻度は高いとされており、肝切除を行う場合には術前の画像検査を慎重に読影し、術式を決める必要がある。また、通常よりも右側の肝臓が肥大する傾向にあるため、ポートの位置は患者の左側に寄せることが腹腔鏡手術を行う上でポイントとなる。

肝切除, 右側肝門索

101 消化管通過障害を契機に発見された破骨型多核巨細胞を伴う退形成腺癌の1例

横須賀共済病院 消化器病センター 外科¹⁾、同 病理診断科²⁾、
東海大学医学部 病理診断学³⁾
大矢浩貴¹⁾、野尻和典¹⁾、舩井秀宣¹⁾、小笠原康夫¹⁾、木村 準¹⁾、
渡邊 純¹⁾、茂垣雅俊¹⁾、津浦幸夫²⁾、平林健一³⁾、長堀 薫¹⁾

症例は58歳男性。悪心・嘔吐を主訴に近医受診。上部消化管内視鏡検査にて十二指腸に狭窄を指摘され当科紹介。腹部CTにて十二指腸下降脚から膵頭部に腫瘍性病変を指摘。上部消化管内視鏡検査施行時の生検にて明らかな悪性所見を認めなかったものの、十二指腸の狭窄が強く、また精上皮腫の既往もあったことより進行性十二指腸癌や精上皮腫再発、膵頭部癌等を疑い膵頭十二指腸切除術施行。病理組織学的検査で破骨型多核巨細胞を伴う退形成癌と診断された(pT3N0M0 StageIIA)。術後補助化学療法にてテガフル・ギメラシル・オテラシルカリウム(S-1)を使用した。術後6ヶ月時点で嘔気の出現を認め中止。腹部CTにて多発肝転移再発、腹腔内リンパ節再発、癌性腹膜炎を認めた。全身状態の急速な悪化を認め術後210日目に死亡。破骨型多核巨細胞を伴う退形成癌は稀な腫瘍であり、治療法は未だ確立されていない。今回、破骨型多核巨細胞を伴う退形成癌に対して治癒的切除を施行し得たが、術後早期の再発を認め急速な転帰を辿った1例を経験したため若干の文献的考察を加えて報告する。

退形成腺癌、破骨型多核巨細胞

103 FOLFIRINOX療法を含む集学的治療で4年6か月の長期生存を得た転移性腺癌の一例

東京大学大学院 医学系研究科 消化器内科学¹⁾、
順天堂大学 医学部附属順天堂医院 消化器内科²⁾
佐藤達也¹⁾、松原三郎¹⁾、中村知香¹⁾、武田剛志¹⁾、梅舟仰胤¹⁾、
齋藤 圭¹⁾、齋藤友隆¹⁾、高木 馨¹⁾、渡邊健雄¹⁾、内野里枝²⁾、
高原楠昊¹⁾、水野 卓¹⁾、木暮宏史¹⁾、中井陽介¹⁾、伊佐山浩通²⁾、
小池和彦²⁾

【背景】腺癌は5年生存率5~10%と予後不良の疾患であり、本邦のがん死亡原因の臓器別第4位を占める。転移性腺癌の予後は特に不良であり、化学療法による生存期間中央値は6~11か月と決して満足のいく成績ではない。われわれは傍大動脈リンパ節転移を伴う進行膵体部癌に対し、FOLFIRINOX療法を含む集学的治療を行うことで4年6か月の長期生存を得た症例を経験したのでここに報告する。【症例】45歳男性。左側腹部痛、背部痛を契機に造影CTで多数の傍大動脈リンパ節転移を伴う22mm大の膵体部癌を疑われ当院紹介。EUS-FNAで腺癌の確定診断後にFOLFIRINOX(治験)を開始。7コース施行後に画像上CRとなり、9コース後に当院外科で膵体尾部脾合併切除術を施行した(診断後7か月)。病理検査では3mm大の範囲に少量の癌細胞がまばらに残存しているのみでR0切除が得られた。術後補助化学療法としてS-1を計5か月投与したが、術後7か月(診断後14か月)の時点で右前頭葉脳転移および膵頭部周囲リンパ節転移再発を生じた。脳転移は構音障害、左片麻痺を伴い、当院脳神経外科でγナイフを施行。転移巣はいったん縮小したが3か月後に再増大したため開頭腫瘍切除術を施行し、さらに再発予防的に全脳照射(30グレイ)を行った。術後12か月(診断後1年7か月)からFOLFIRINOXを再導入し、術後3年7か月(診断後4年2か月)に脳転移再発に対するγナイフを施行した以外は再発なく経過した。FOLFIRINOXは再開後計66コース投与した。術後3年9か月の時点では頭部MRI含め再発の所見は認めなかったが、その2か月後(診断後4年6か月)に癌性髄膜炎を発症し永眠した。【考察】化学療法、手術、再発に対する放射線療法・化学療法などの集学的治療により脅威的な長期生存を得た転移性腺癌の症例を経験した。若干の文献的考察を加えて報告する。

腺癌、化学療法

102 腺癌と乳頭部癌の同時性重複癌の1例

国立病院機構 横浜医療センター 外科¹⁾、同 臨床検査科²⁾
山本悠史¹⁾、関戸 仁¹⁾、武田和永¹⁾、松田悟郎¹⁾、清水哲也¹⁾、
渡部 顕¹⁾、久保博一¹⁾、豊田純哉¹⁾、新野 史²⁾

症例は68歳、男性。黄疸の精査目的に当院紹介初診となった。精査の腹部CT検査で肝内胆管から遠位胆管の拡張を認め、乳頭近傍の胆管の軽度造影効果を認めた。膵頭部分枝腺癌の拡張も認めたが、明らかな結節性病変を認めなかった。ERCPで細胞診を施行したが、癌細胞は検出されず、下部胆管の平滑な狭窄範囲が2週間で29mmから41mmと急速に増悪したことより、IgG4関連硬化性胆管炎と診断し、胆管ステントによる減黄及び、ステロイド治療等の内科的加療を行った。治療2ヶ月後のfollow upの腹部CT検査で、胆管の狭窄は残存していたものの、狭窄部位に一致する胆管の造影効果ははっきりせず、また胆管狭窄部位の膵実質のLDAも認めなかった。しかし、EUS-FNAによる細胞診でClass 3であったため、ステロイド治療後も胆管狭窄が残存している経過も考慮し、遠位胆管癌疑いと診断した。初診より5ヶ月後に開腹膵頭十二指腸切除術を施行した。病理組織診断ではmod>wel, pT3, pN0, sM0, fStageIIAの腺癌とpap>tub2, pT1b, pN0, sM0, fStageIAの乳頭部癌との連続性のない重複癌の診断となった。術後、膵液瘻と拳上空腸狭窄を認めたが、保存的に軽快、40日目に退院した。腺癌と乳頭部癌の同時性重複癌は稀であり、文献的考察を加えて報告する。

腺癌、乳頭部癌