

日本消化器病学会 関東支部第345回例会

プログラム・抄録集



当番会長：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
平成29年7月15日(土)
海運クラブ

日本消化器病学会関東支部第345回例会

プログラム・抄録集

当番会長：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
〒285-8741 千葉県佐倉市下志津564-1
TEL 043-462-7370

会 期：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 海運ビル
TEL 03-3264-1825
<http://kaiunclub.org/>

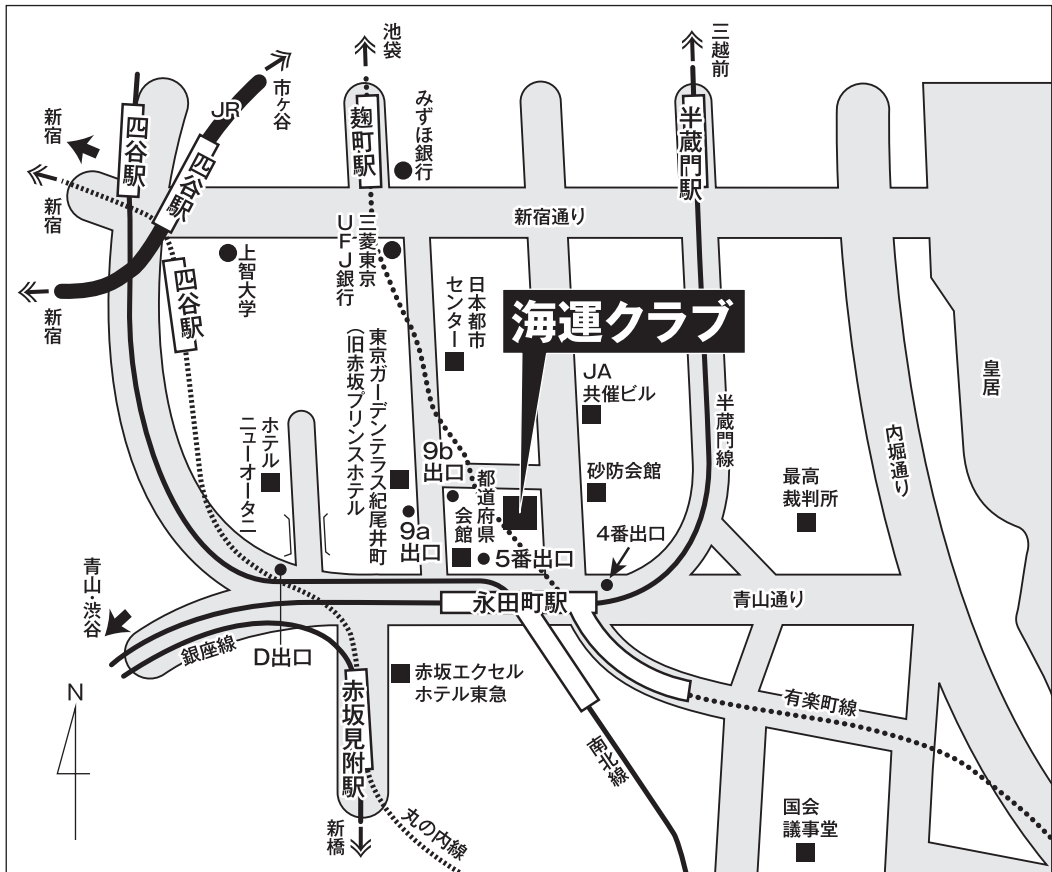
<発表者、参加者の皆様へ>

1. 発表者は日本消化器病学会の会員に限ります。
2. 発表はすべてPCでのプレゼンテーションとなります。
口演30分前までに、PC受付にてデータ登録・動作チェックを済ませてください。
 - 1) 会場に用意するPCのアプリケーションは、Microsoft PowerPoint 2007/2010/2013となります。発表データはUSBメモリにてお持ちください。また、事前に必ず、作成したPC以外のPCでも正常に動作することを確認してください。
※データ作成の際は、文字化けを防ぐため次の標準フォントをご使用ください。
日本語：MSゴシック，MS Pゴシック，MS明朝，MS P明朝
英語：Arial，Century，Century Gothic，Times New Roman
※スライド作成時の画面サイズはXGA（1024×768）であることをご確認の上、作成してください。
 - 2) Macintosh使用、及びWindowsでも動画を含む場合は、必ずPC本体をお持込みください。データでのお持込みには対応いたしかねますのでご注意ください。なお、液晶プロジェクタへの接続はMini D-SUB 15pinにて行います。変換コネクタを必要とする場合は必ずご自身でお持込みください。また、バッテリーのみでの稼動はトラブルの原因となるため、外部電源用アダプタを必ずお持ちください。
 - 3) 音声出力には対応いたしません。
 - 4) 発表は枚数ではなく時間で制限させていただきます。
 - 5) 発表時は、演台に置かれたモニタを見ながらご自身で操作して画面を進めていただきます。なお、発表者ツールの使用はできませんのでご注意ください。
3. 発表に際しては、患者さんのプライバシーの保護（日付の記載は年月までとする、等）に十分配慮してください。
4. 演題発表時には、利益相反状態の開示が必要になります。開示基準・規定の書式に従って利益相反の有無を必ず開示してください。
5. 演者は前演者の口演開始後、直ちに「次演者席」へご着席ください。
6. 専修医セッション、研修医セッション及び一般演題は、1題口演4分、追加討論2分です。時間厳守をお願いします。
7. 質問される方は、所属と氏名を明らかにしてからお願いします。
8. 専修医・研修医セッションの発表者あるいは同施設の方は、奨励賞表彰式に出席してください。(第1会場 12:50)
9. 当日の参加費は2,000円です。
10. 当日はこのプログラム・抄録集をご持参ください。なお当日ご希望の場合は、1部1,000円にて販売いたします。(数に限りがございますので予めご了承ください)
11. 座長・評価者の方は、セッション開始15分前までに総合受付にお立ち寄りください。
12. ハンズオンセミナーに参加される先生方には、当日の集合時間・場所について、会期1週間前までに運営事務局より、メールにてご案内申し上げます。なお、見学は自由となりますので、奮ってご参加ください。
13. 会場1階ロビーにAED（自動体外式除細動器）を設置しております。

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〉〈丸ノ内線〉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345回例会

平成29年7月15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 (小腸・大腸・その他) 1～4	8:05～8:29	岩本 志穂	(13) 研修医Ⅰ (食道・胃・十二指腸) 49～52	8:05～8:29	山脇 博士
(2) 専修医Ⅱ (大腸Ⅰ) 5～8	8:29～8:53	坂本 博次	(14) 研修医Ⅱ (胃・十二指腸・小腸・大腸) 53～56	8:29～8:53	貝田 将郷
(3) 専修医Ⅲ (大腸Ⅱ) 9～12	8:53～9:17	溝口 明範	(15) 研修医Ⅲ (大腸・その他) 57～60	8:53～9:17	瀧田麻衣子
(4) 専修医Ⅳ (胃・十二指腸) 13～16	9:17～9:41	新井 健介	(16) 研修医Ⅳ (大腸) 61～64	9:17～9:41	根本 泰宏
(5) 専修医Ⅴ (食道・胃・十二指腸) 17～20	9:41～10:05	首藤 潔彦	9:41～9:50 休憩		
10:05～10:15 休憩			(17) 研修医Ⅴ (肝1) 65～68	9:50～10:14	戸張 真紀
(6) 専修医Ⅵ (肝1) 21～24	10:15～10:39	佐久間 大	(18) 研修医Ⅵ (肝2) 69～71	10:14～10:32	瀬座 勝志
(7) 専修医Ⅶ (肝2) 25～28	10:39～11:03	石毛 和紀	(19) 研修医Ⅶ (肝3) 72～74	10:32～10:50	佐藤 真司
(8) 専修医Ⅷ (胆・膵) 29～32	11:03～11:27	小林 正佳			
(9) 専修医Ⅸ (膵・その他) 33～37	11:27～11:57	新後閑弘章			
			12:05～12:35 評議員会		
12:05～12:50 ランチョンセミナー (第1会場)					
「今なぜIBDか」					
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 先生 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 先生 共催：アッヴィ合同会社					
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)					
「新しい時代に入った炎症性腸疾患治療を考え直す！」					
東京医科歯科大学 消化器内科 教授 渡辺 守 先生 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					
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
(10) 肝1 38～41	14:05～14:29	中野 真範	(20) 食道・胃・十二指腸 75～78	14:05～14:29	野澤 宏彰
(11) 肝2 42～44	14:29～14:47	菊地 秀昌	(21) 胃・十二指腸 79～81	14:29～14:47	林 健次郎
(12) 胆・膵 45～48	14:47～15:11	宅間 健介	(22) 大腸 82～84	14:47～15:05	筋野 智久
15:11～15:16			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)

「新しい時代に入った炎症性腸疾患治療を考え直す！」

東京医科歯科大学 消化器内科 教授 **渡辺 守** 先生
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**

……演者の先生ご紹介……

わたなべ まもる
渡辺 守 先生
東京医科歯科大学 消化器内科 教授

略歴

1979年 慶應義塾大学医学部卒業
1985年 慶應義塾大学病院 助手
1987年 ハーバード大学医学部 留学
1996年 慶應がんセンター 診療部長
2000年 東京医科歯科大学 大学院消化器病態学／消化器内科 教授
2014年 東京医科歯科大学医学部附属病院 副病院長
2016年 東京医科歯科大学 副学長（研究・産学連携担当）
2017年 東京医科歯科大学 理事・副学長（産官学連携・研究展開担当）
日本消化器病学会（前副理事長）、日本炎症性腸疾患学会（理事長）、
日本消化器免疫学会（理事長）、日本小腸学会（理事長）、AOCC（Past President）
2005～2011年 JG編集委員長、2013年-JGH編集委員長
2007年～ 厚労省「難治性炎症性腸管障害に関する調査研究班」班長
2014年 The Marshall & Warren Lectureship Award
(Gastro 2013 WCOG / APDW)
2017年 第1回日本消化器病学会 学術賞（基礎部門）

ランチヨンセミナー (第1会場 12:05~12:50)

「今なぜIBDか」

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** 先生
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** 先生

共催：アッヴィ合同会社

………演者の先生ご紹介………

こばやし たく
小林 拓 先生

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

略歴

1998年3月	名古屋大学医学部卒業
1998年5月～2002年6月	豊橋市民病院研修医・内科専攻医
2002年7月～2004年3月	国家公務員共済組合連合会東海病院内科
2004年6月～2008年3月	慶應義塾大学消化器内科特別研究員（兼任）
2008年3月	名古屋大学大学院医学系研究科修了（兼任）
2008年4月～2009年5月	慶應義塾大学消化器内科助教（医学博士）
2009年6月～2012年6月	Post Doctoral Fellow, University of North Carolina
2012年7月～2013年3月	北里大学北里研究所病院消化器内科医長
2013年4月～	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
2014年4月～	北里大学大学院医療系研究科炎症性腸疾患臨床研究寄附講座 特任准教授（兼任）

第8回ハンズオンセミナー

(ホワイエ 10:00～12:00)

インストラクター

東邦大学医療センター大森病院	臨床生理機能検査部	丸山 憲一
東邦大学医療センター大森病院	臨床生理機能検査部	工藤 岳秀
東邦大学医療センター佐倉病院	臨床生理機能検査部	金 徳男
東邦大学医療センター佐倉病院	臨床生理機能検査部	佐々木 健

<ご案内>

研修医・エコー入門者向けに『汎用超音波画像診断装置』を用いたハンズオンセミナー（消化管描出テクニックを中心に）を開催いたします。

受講を申込みされていない場合も、見学は自由ですので、奮ってご参加ください。

【お問合せ先】

関東支部第345回例会 運営事務局：jsge2017_345@sunpla-mcv.com

【スケジュール】

①10:00～ ②10:20～ ③10:40～

④11:00～ ⑤11:20～ ⑥11:40～

※10:00～12:00を予定しております。

参加費：無料

共 催：東芝メディカルシステムズ株式会社

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—

東京歯科大学市川総合病院	消化器内科	岸川 浩
慶應義塾大学医学部内科学（消化器）		筋野 智久
東京慈恵会医科大学附属柏病院	消化器・肝臓内科	梶原 幹生

(1) 専修医Ⅰ（小腸・大腸・その他） 8:05~8:29 座長 順天堂大学医学部附属浦安病院 消化器内科 岩本 志穂

1. 初発の重症潰瘍性大腸炎に腎盂腎炎、敗血症性肺塞栓症を合併した若年男性の1例

国立国際医療研究センター病院 消化器内科 ○泉 敦子, 渡邊 一弘, 飯田 龍洋, 下村 暁
小林 桜子, 濱田麻梨子, 松下 祐紀, 大久保栄高
忌部 航, 永田 尚義, 横井 千寿, 秋山 純一

2. accelerated infliximab induction regimen が奏功した出血性ショックを伴ったステロイド抵抗性重症型潰瘍性大腸炎の1例

杏林大学 医学部 第三内科学 ○神林 孔明, 林田 真理, 北田 修一, 佐藤 太龍
箕輪慎太郎, 池崎 修, 三井 達也, 三浦 みき
齋藤 大祐, 櫻庭 彰人, 徳永 健吾, 森 秀明
久松 理一
同 消化器一般外科 正木 忠彦
複十字病院 消化器外科 生形 之男

3. 突然の大量血便を来したインフリキシマブ長期寛解維持療法中の小腸型クローン病の1例

埼玉医科大学総合医療センター 消化器・肝臓内科 ○安藤 渚, 加藤 真吾, 内田 党央, 須田健太郎
石橋 朗, 藤田 徹郎, 荒井 亮士, 大塚 武史
杉浦 香織, 細見英里子, 山口奈緒美, 林 健次郎
青山 徹, 可児 和仁, 宮城 直也, 高林英日己
松原 三郎, 岡 政志, 名越 澄子, 屋嘉比康治

4. 低アルブミン血症が改善した術後小腸長80cmのクローン病の1例

横浜市立市民病院 炎症性腸疾患科 ○小林侑華子, 小金井一隆, 辰巳 健志, 二木 了
黒木 博介, 今泉 研人

(2) 専修医Ⅱ（小腸・大腸Ⅰ） 8:29~8:53 座長 自治医科大学附属病院 消化器内科 坂本 博次

5. 多発肝転移を伴った大腸神経内分泌腫瘍の1例

日本医科大学千葉北総病院 消化器内科 ○星本 相理, 大森 順, 藤森 俊二, 肥田 舞
桐田久美子, 田邊 智英, 新井 泰央, 秋元 直彦
糸川 典夫, 米澤 真興
日本医科大学付属病院 消化器・肝臓内科 貝瀬 満, 岩切 勝彦

6. 椎茸による食餌性イレウスの一例

東海大学医学部付属病院 ○金子 元基, 水上 創, 中原 史雄, 中村 淳
内田 哲史, 小池 潤, 五十嵐宗喜, 松嶋 成志
鈴木 孝良, 峯 徹哉

7. 膀胱全摘術・尿管皮膚瘻造設術後に、再建尿管により絞扼性腸閉塞となった一例

東京慈恵会医科大学附属病院 外科学講座 ○力石健太郎, 大熊 誠尚, 山田真里江, 武田 泰裕
橋爪 良輔, 根木 快, 野秋 朗多, 小菅 誠
衛藤 謙, 矢永 勝彦

8. 胃癌術後に生じた横行結腸皮膚瘻に対し、内視鏡的に瘻孔閉鎖を施行した1例

横浜市立大学附属市民総合医療センター 内視鏡部 ○竹内 加奈, 平澤 欣吾, 尾関雄一郎, 澤田 敦史
池田 良輔, 福地 剛英, 小林 亮介, 佐藤 知子
横浜市立大学 消化器内科 前田 慎

(3) 専修医Ⅲ(小腸・大腸2) 8:53~9:17 座長 防衛医科大学校病院 消化器内科 溝口 明 範

9. Ramucirumab 併用療法によるネフローゼ症候群を呈した切除不能大腸癌の一例

筑波大学附属病院 消化器内科 ○新里 悠輔, 森脇 俊和, 山口 雄司, 広瀬 優
永瀬 正臣, 小松 義希, 佐藤 雅志, 山田 武
山本 祥之, 長谷川直之, 石毛 和紀, 福田 邦明
奈良坂俊明, 金子 剛, 安倍井誠人, 溝上 裕士
兵頭一之介

10. アキシチニブ投与中に腸管嚢胞様気腫症を発症した腎細胞癌の一例

杏林大学医学部付属病院 消化器一般外科 ○山崎 彩, 近藤 恵里, 松木 亮太, 大木亜津子
竹内 弘久, 阿部 展次, 松岡 弘芳, 正木 忠彦
森 俊之, 杉山 政則

11. IgA 血管炎に伴い出現した消化管出血の一例

東邦大学医療センター大森病院 総合診療内科 ○小松 史哉, 河越 尚幸, 竹本 育聖, 大塚 隆文
貴島 祥, 財 裕明, 中嶋 均, 瓜田 純久
同 皮膚科 石井 健
同 病理部 定元 聡太, 若山 恵

12. 回腸異所性腭による消化管出血をきたした1例

東邦大学医療センター佐倉病院 消化器内科 ○木村 道明, 勝俣 雅夫, 大内 祐香, 柴本 麻衣
岩下 裕明, 古川 潔人, 佐々木大樹, 宮村 美幸
菊地 秀昌, 岩佐 亮太, 長村 愛作, 中村健太郎
津田裕紀子, 竹内 健, 高田 伸夫, 鈴木 康夫
同 消化器外科 佐藤 礼美, 岡住 慎一
同 病院病理部 徳山 宣, 蛭田 啓之

(4) 専修医Ⅳ(胃・十二指腸) 9:17~9:41 座長 杏林大学 医学部 第三内科学 新 井 健 介

13. S-1 単剤療法が奏効し、根治的切除が可能になった切除不能進行胃癌の一例

順天堂大学医学部附属練馬病院 ○榊 重史, 井 祐樹, 河口 恵, 岩永 直紀
高橋 敦, 山田衣里佳, 関根 悠貴, 山本 剛史
市川 亮介, 宮野 省三, 小坂泰二郎, 渡野遼郁雄
町田 理夫, 北畠 俊顕, 須郷 広之, 李 慶文
児島 邦明

14. 4 型進行胃癌との鑑別が困難であったクローン病の 1 例

北里大学 医学部 消化器内科学 ○黒須 貴浩, 矢野 貴史, 河西奈津子, 山根早紀子
渡辺 晃識, 和田 拓也, 石戸 謙次, 東 瑞智
堅田 親利, 川岸 加奈, 横山 薫, 小泉和二郎
同 新世紀医療開発センター 田邊 聡
同 病院病理部 高橋 博之

15. 十二指腸神経内分泌癌の 1 例

東邦大学医療センター大橋病院 消化器内科 ○馬場 隆成, 吉田 有輝, 富永 健司, 森 麻紀子
牧野 敏之, 高橋 厚子, 里井 新, 村上 貴寛
前谷 容
同 病理診断科 横内 幸, 高橋 敬

16. 難治性十二指腸潰瘍に対してポリグリコール酸シート・フィブリン糊併用法を用いた瘻孔閉鎖術を行い、肝門部胆管癌による十二指腸閉塞に十二指腸ステントを留置した一例

日本大学 医学部 内科学系消化器肝臓内科学分野 ○大澤 朗太, 武井 章矩, 岩塚 邦生, 高橋 利実
中河原浩史, 小川 眞広, 松岡 俊一, 後藤田卓志
森山 光彦

(5) 専修医Ⅴ(食道・胃・十二指腸) 9:41~10:05 座長 帝京大学ちば総合医療センター 外科 首 藤 潔 彦

17. 発作性心房細動に対する心臓カテーテルアブレーション後に急性胃運動麻痺を来した 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 ○砂田由紀恵, 森 英毅, 中牟田爽史, 平井悠一郎
窪澤 陽子, 伴野 繁雄, 木下 聡, 松下美紗子
中里 圭宏, 西澤 俊宏, 菊池 真大, 浦岡 俊夫
同 循環器科 稲川 浩平

18. 手術にて救命しえた潰瘍底に露出した胃粘膜下左胃動脈瘤破裂の 1 例

JR 東京総合病院 ○三田 英明, 竹村 信行, 三原裕一郎, 隈本 力
三木 健司, 小菅 智男

19. バルサルバ法を用いた術前診断が有用であった食道入口部の早期癌の 1 例

聖路加国際病院 消化器内科 ○高須 綾香, 池谷 敬, 福田 勝之, 本田 寛和
岡本 武士, 白鳥 安利, 奥山 秀平, 高木 浩一
中村 健二

20. 人間ドックの上部消化管造影検査で指摘され、診断的治療により軽快したびまん性食道癌の一例

日立総合病院 消化器内科 ○湯通堂 悟, 宮嶋 望, 久保田 大, 永渕 美帆
越智 正憲, 清宮 崇博, 綿引 隆久, 大河原 悠
大河原 敦, 柿木 信重, 鴨志田敏郎, 平井 信二
筑波大学附属病院 日立社会連携教育研究センター 谷中 昭典

(6) 専修医Ⅵ(肝1) 10:15~10:39 座長 昭和大学 江東豊洲病院 消化器センター 佐久間 大

21. 感染性肝嚢胞に対して嚢胞ドレナージ及び嚢胞癒着術を行った一例

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

22. 短期間に増大傾向を呈した肝血管筋脂肪腫の1切除例

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

23. 肝動脈化学塞栓療法後に閉塞性黄疸を来した肝細胞癌の一例

獨協医科大学越谷病院 消化器内科 ○正岡 亮, 片山 裕視, 正岡 梨音, 行徳 芳則
金子真由子, 大浦 亮祐, 徳富 治彦, 藤本 洋
白橋 亮作, 豊田 紘二, 草野 祐実, 小堀 郁博
大川 修, 須田 季晋, 北川 智之, 玉野 正也
同 病理診断科 藤井 晶子

24. 多発する肝細胞癌に対してラジオ波焼灼術(RFA)を含む集学的治療により長期予後を得られた一例

NTT 東日本関東病院 消化器内科 ○小山 裕司, 寺谷 卓馬, 金崎 峰雄, 大西 俊彦
松橋 信行

(7) 専修医Ⅶ(肝2) 10:39~11:03 座長 筑波大学 医学医療系 消化器内科 石 毛 和 紀

25. ステロイドパルス療法後に増悪を繰り返した自己免疫性肝炎の1例

公立昭和病院 消化器内科 ○渡辺 諭, 大友有紀子, 勝田 景統, 西成田 悠
細川 貴範, 山地 統, 小野 圭一, 小島 茂
野内 俊彦
同 内視鏡科 北田 修一, 大野 一将, 鈴木 祥子, 浦牛原幸治
武田 雄一, 櫻井 さち
同 健診科 川口 淳
東京医科歯科大学 消化器内科 朝比奈靖浩, 渡辺 守
公立昭和病院 病理診断科 清水誠一郎

26. 経口避妊薬の関与が疑われた門脈血栓症の1例

群馬大学 医学部 消化器・肝臓内科 ○福地 達, 堀口 昇男, 小林 剛, 戸島 洋貴
山崎 勇一, 下山 康之, 栗林 志行, 水出 雅文
山田 俊哉, 星 恒輝, 富澤 琢, 田中 寛人
中山 哲雄, 佐藤 賢, 河村 修, 柿崎 暁
草野 元康

27. 肝硬変に合併した門脈血栓症が抗凝固療法にて改善を認めた1例

東京労災病院 ○篠原 裕和, 西中川秀太, 山本友里恵, 掛川 達矢
武田 悠希, 高亀 道生, 原 精一, 児島 辰也

28. 左側門脈圧亢進症による胃静脈瘤に対して、部分的脾動脈塞栓術が有効であった1例

東邦大学医療センター大森病院 ○藤澤理沙人, 松清 靖, 天沼 誠, 水谷 沙織
辛島 遼, 渡辺 剛, 毛利 州秀, 藤井 紘大
田角 怜子, 小林 輝, 木村 祐介, 荻野 悠
松井 太吾, 向津 隆規, 和久井紀貴, 岡野 直樹
菊池 由宣, 池原 孝, 永井 英成, 渡辺 学
五十嵐良典

(8) 専修医Ⅷ(胆・脾) 11:03~11:27

座長 亀田総合病院 消化器内科 小林 正 佳

29. 肝動脈瘤出血により形成された胆管内血腫により胆管炎を発症した2例

横浜南共済病院 消化器内科 ○船岡 昭宏, 石田 彩花, 三井 智広, 鈴木 良優
嵩原小百合, 飯塚 千乃, 中山 沙映, 小串 勝昭
天野 仁至, 中野間 紘, 有馬 功, 金子 卓
岡 裕之, 岡崎 博

30. 肝細胞癌胆道出血による閉塞性黄疸に対して3区域胆管ドレナージとTACEにより救命し得た1例

千葉大学医学部附属病院 消化器内科 ○黒杉 茜, 熊谷純一郎, 露口 利夫, 高橋 高治
中村 昌人, 小笠原定久, 杉山 晴俊, 酒井 裕司
加藤 直也

31. 閉塞性黄疸を来した脾仮性嚢胞の1例

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

32. 集学的治療により劇的な効果を認めた巨大脾仮性嚢胞の1例

東京慈恵会医科大学第三病院 ○田中 孝幸, 赤須 貴文, 柴田 恵子, 廣瀬 雄紀
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

(9) 専修医Ⅸ(脾・その他) 11:27~11:57 座長 東邦大学医療センター大橋病院 消化器内科 新後閑 弘 章

33. 混合性結合組織病(MCTD)に合併した特発性脾炎の1例

自治医科大学附属病院 消化器肝臓内科 ○池田恵理子, 牛尾 純, 横山 健介, 多田 大和
玉田 喜一, 山本 博徳
同 アレルギー・リウマチ科 島 菜月

34. 広範囲動脈浸潤を伴う Borderline resectable 膵癌に対し NAC 施行後、治癒切除術し得た一例

横浜市立大学医学部 消化器・腫瘍外科学 ○豊田 純哉, 藪下 泰宏, 大矢 浩貴, 中崎 佑介
松木 祐輝, 荒木謙太郎, 土屋 伸広, 村上 崇
澤田 雄, 熊本 宣文, 松山 隆生, 遠藤 格

35. 瀰漫型多発肝転移を伴う膵神経内分泌腫瘍に対して Streptozocin により生存加療中の1例

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

36. CT で偶発的に発見され、超音波内視鏡下吸引針生検(EUS-FNA)により診断に至った膵原発髄外性形質細胞腫の一例

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

37. 診断に難渋した後腹膜腫瘍の一例

千葉労災病院 内科 ○林 卓哉, 笹部真亜沙, 徳長 鎮, 吉田 直樹
石神 秀昭, 久我 明司, 榎谷 佳生, 菰田 文武
田中 武継
同 外科 鈴木 大
同 病理 尾崎 大介

第1会場（午後の部）

13：05～14：00

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！

東京医科歯科大学 消化器内科 教授 渡辺 守 先生

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

(10) 肝1 14：05～14：29

座長 東京慈恵会医科大学 消化器・肝臓内科 中野 真 範

38. 胸腔内に直接浸潤を認めたエキノコックス症の一例

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

39. 全身敗血疹と敗血症性肺塞栓症を併発した黄色ブドウ球菌性敗血症後、肝移植により救命し得た昏睡型急性肝不全の一例

東京女子医科大学 消化器内科 ○久礼 里江, 小木曾智美, 小林 睦季, 山本 国子
五十嵐悠一, 児玉 和久, 鳥居 信之, 谷合麻紀子
橋本 悦子, 徳重 克年
昭和大学藤が丘病院 消化器内科 上原なつみ, 井上 和明
東京女子医科大学 消化器外科 江川 裕人, 山本 雅一

40. 治療に難渋した短絡路型肝性脳症の一例

北里大学 医学部 消化器内科学 ○魚嶋 晴紀, 日高 央, 井上 智仁, 山根 敬子
窪田 幸介, 田中 賢明, 中澤 貴秀, 渋谷 明隆
小泉和三郎

41. 経皮経肝の胆道ドレナージ（PTCD）後に生じた肝動脈門脈シャント（AP シャント）による門脈圧亢進症に対しIVRが著効した一例

筑波記念病院 消化器内科 ○大塚公一郎, 添田 敦子, 大西真悠子, 山野 晃生
萩原 悠也, 岩井健太郎, 小林真理子, 越智 大介
池澤 和人, 中原 朗

(11) 肝2 14：29～14：47

座長 東邦大学医療センター佐倉病院 消化器内科 菊地 秀 昌

42. 診断に苦慮した自己免疫性肝炎非定型の1例

横須賀市民病院 消化器内科 ○山形 寿文
順天堂大学医学部附属練馬病院 病理診断科 松本 俊治

43. 急性の経過をたどった悪性リンパ腫の一例

東京大学医学部附属病院 消化器内科 ○和気泰次郎, 中塚 拓馬, 中込 良, 西畠 瑞希
佐藤 雅哉, 南 達也, 内野 康志, 中川 勇人
浅岡 良成, 田中 康雄, 建石 良介, 小池 和彦
同 血液・腫瘍内科 小倉 瑞生, 志村 有香, 荒井 俊也

44. B 型肝炎加療中に悪性リンパ腫を発症した一例

東邦大学医療センター佐倉病院 消化器内科 ○岩下 裕明, 高田 伸夫, 佐々木大樹, 勝俣 雅夫
宮村 美幸, 菊地 秀昌, 岩佐 亮太, 長村 愛作
中村健太郎, 竹内 健, 鈴木 康夫
同 糖尿病内分泌代謝内科 清水 直美
同 病院病理部 笹井 大督, 徳山 宣, 蛭田 啓之

(12) 胆・膵 14:47~15:11 座長 東邦大学医療センター大森病院 消化器内科 宅 間 健 介

45. 胆管腫瘍形成の原因として IgG 4 関連硬化性胆管炎が疑われた一例

亀田総合病院 消化器内科 ○川満菜津貴, 平田 信人, 原澤 尚登, 中路 聡
小林 正佳, 白鳥 俊康, 吉村 茂修, 神田 圭輔

46. 経胃瘻的に側視型内視鏡にて胆道処置を施行し得た 1 例

大森赤十字病院 ○須藤 拓馬, 阿南 秀征, 西村 正基, 立川 準
河合 恵美, 河野 直哉, 芦刈 圭一, 新倉 利裕
桑原 洋紀, 中岡 宙子, 関 志帆子, 千葉 秀幸
井田 智則, 諸橋 大樹, 後藤 亨

47. 当院における転移性膵腫瘍の検討

亀田総合病院 ○原澤 尚登, 中路 聡, 白鳥 俊康, 神田 圭輔
小林 正佳, 平田 信人

48. 100 歳の超高齢者に施行した内視鏡治療の 2 例

東京西徳州会病院 外科 ○久米 菜央, 橋本 真典, 小長谷健介, 数納 祐馬
飯島 広和, 高木 睦郎, 渡部 和巨
同 消化器内科 山本 龍一, 川山 幹雄, 羽田 兼吾, 須田 浩晃
楠本 秀樹, 森山 友章
同 消化器内科
武蔵野徳洲会病院 肝臓内科 山田 真和

第2会場（午前の部）

研修医セッション評価者

防衛医科大学校病院 消化器内科	富田 謙吾
東邦大学医療センター大森病院 消化器内科	和久井紀貴
東京医科歯科大学 消化器内科	齊藤 詠子

(13) 研修医Ⅰ（食道・胃・十二指腸） 8:05～8:29 座長 日本医科大学 消化器内科学 山 脇 博 士

49. 抗Hu抗体陽性を契機に発見された食道内分泌細胞癌の一例

順天堂大学医学部附属順天堂医院 消化器内科 ○齋川雄一郎, 芳賀 慶一, 松本 健史, 加藤 順子
内山 明, 立之 英明, 山科 俊平, 澁谷 智義
坂本 直人, 北條麻理子, 池嶋 健一

50. 食道ESD後狭窄予防のステロイド局注で遅発性穿孔、縦隔膿瘍を合併した一例

横浜市立大学医学部附属市民総合医療センター 消化器病センター ○武藤 智弘, 福地 剛英, 尾関雄一郎, 澤田 敦史
池田 良輔, 小林 亮介, 佐藤 知子, 平澤 欣吾
横浜市立大学附属病院 消化器内科 前田 慎

51. 大腸憩室出血の治療中に十二指腸粘膜下腫瘍に潰瘍を合併した1例

東京警察病院 ○原 由子, 藤澤 剛太, 能登谷元聡, 内田 麻美
徳山 信行, 芹澤多佳子, 八木岡 浩, 小椋 啓司

52. 化学療法が奏功し長期生存が得られた切除不能進行十二指腸癌の1例

東京歯科大学市川総合病院 消化器内科 ○千田 彰彦, 岸川 浩, 市川 将隆, 荒畑 恭子
財部紗基子, 尾城 啓輔, 貝田 将郷, 西田 次郎

(14) 研修医Ⅱ（胃・十二指腸・小腸・大腸） 8:29～8:53 座長 東京歯科大学市川総合病院 消化器内科 貝 田 将 郷

53. 内科的治療が奏功せず、バイパス手術を施行した上腸間膜動脈症候群の一例

東京通信病院 消化器内科 ○沖元 斉正, 古谷 建悟, 加藤 知爾, 大久保政雄
小林 克也, 橋本 直明
同 内視鏡センター 関川憲一郎
同 一般消化器外科 奥田 純一

54. 出血性ショックで救急搬送され、カプセル内視鏡および小腸内視鏡検査にて同定し得た小腸GISTの一例

昭和大学藤が丘病院 消化器内科 ○崎川 慶, 上原なつみ, 黒木優一郎, 山本 頼正
長濱 正亞
同 救急医学科/救命救急センター 宮本 和幸, 佐々木 純
同 消化器・一般外科 若林 哲司
同 消化器内科
同 救急医学科/救命救急センター 井上かずあき, 林 宗貴

55. 成人発症特発性腸閉塞の一例

千葉市立青葉病院 ○深田 義仁, 橘川 嘉夫, 宮本 禎浩, 畠山 一樹
新井 英二, 藤原希彩子

56. 急激に敗血症ショックを来したフルニエ症候群の1例

東京女子医科大学病院 卒後臨床研修センター ○原 由理子
同 消化器・一般外科 谷 公孝, 小川 真平, 板橋 道朗, 大木 岳志
松尾 夏来, 前田 文, 中尾紗由美, 時任 史聡
井上 雄志, 山本 雅一

(15) 研修医Ⅲ(大腸・その他) 8:53~9:17 座長 NTT 東日本関東病院 消化器内科 瀧 田 麻衣子

57. ビスフォスフォネート投与後に腸間膜脂肪織炎を発症した1例

東京医科歯科大学医学部附属病院 消化器内科 ○松永 史穂, 藤井 崇, 鈴木 康平, 松本 有加
渡部 太郎, 金子 俊, 本林麻衣子, 仁部 洋一
福田 将義, 根本 泰宏, 齊藤 詠子, 大島 茂
岡本 隆一, 土屋輝一郎, 東 正新, 永石 宇司
大岡 真也, 中村 哲也, 荒木 昭博, 朝比奈靖浩
渡辺 守

58. α -GI 投与中に腹腔内フリーエアが出現した一例

東邦大学医療センター大森病院 総合診療内科 ○古川 果林, 小林 史哉, 佐藤 高広, 貴島 祥
前田 正, 渡邊 利泰, 財 裕明, 中嶋 均
瓜田 純久
同 総合診療外科 本田 善子, 島田 長人

59. 5-FU による高アンモニア血症を来した大腸癌術後再発に対して mFOLFOX 6 , FOLFIRI 治療を継続し得た1例

東京都済生会中央病院 ○谷口 枝穂
同 消化器内科 林 智康, 小川 歩, 田沼 浩太, 大原まみか
阿部 義彦, 上田 真裕, 三枝慶一郎, 岸野 竜平
中澤 敦, 塚田 信廣
同 消化器外科 遠藤 高志, 原田 裕久
同 病理診断科 廣瀬 茂道
同 消化器内科
同 腫瘍内科 星野 舞, 酒井 元, 船越 信介

60. 術前診断しえた盲腸後窩ヘルニアの一例

自治医科大学附属さいたま医療センター 一般・消化器外科 ○大西 義彦, 笠原 尚哉, 遠藤 裕平, 渡部 文昭
加藤 高晴, 野田 弘志, 力山 敏樹

(16) 研修医Ⅳ(大腸) 9:17~9:41

座長 東京医科歯科大学 消化器内科 根本 泰宏

61. 原因不明の腹膜炎として発症し診断に難渋した漿膜下層主体型好酸球形胃腸炎の一例

慶應義塾大学病院 消化器内科 ○春日 良介, 青木 優, 南木 康作, 水野 慎大
長沼 誠, 金井 隆典
同 内視鏡センター 木村佳代子, 中里 圭宏, 高林 馨, 緒方 晴彦
同 予防医療センター 岩男 泰

62. HIV 感染症を併発した潰瘍性大腸炎の1例

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 ○渡辺 康博, 佐上晋太郎, 小林 拓, 尾崎 良
岡林 慎二, 豊永 貴彦, 中野 雅, 日比 紀文

63. IL-17A 抗体製剤で治療中の乾癬性関節炎に合併した潰瘍性大腸炎の一例

順天堂大学医学部附属浦安病院 ○西山 茉佑, 野元 勇佑, 川上 智寛, 岩本 志穂
磯野 峻輔, 大川 博基, 中津 洋一, 西 慎二郎
深見久美子, 竹村 勇治, 荻原 伸悟, 北沢 尚子
稲見 義宏, 北村 庸雄, 須山 正文, 長田 太郎

64. 直腸に Colitic cancer を合併した潰瘍性大腸炎の一例

草加市立病院 消化器内科 ○櫻井 祐輔, 松川 直樹, 山崎 友裕, 岡田 理沙
小橋健一郎, 今城 眞臣, 鎌田 和明, 矢内 常人
三重大学医学部附属病院 消化管・小児外科学 廣 純一郎, 問山 裕二, 荒木 俊光, 楠 正人
同 病理部 病理診断科 藤原 雅也, 福留 寿生

(17) 研修医Ⅴ(肝1) 9:50~10:14 座長 東京女子医科大学八千代医療センター 消化器内科 戸 張 真 紀

65. 結婚 35 年後に配偶者間性行為感染が疑われた C 型急性肝炎の一例

筑波記念病院 消化器内科 ○粕谷 英暢, 添田 敦子, 大塚公一郎, 大西真悠子
山野 晃生, 萩原 悠也, 岩井健太郎, 小林真理子
越智 大介, 池澤 和人, 中原 朗
同 病理部 臺 勇一

66. 急速に進行した肝障害を契機に診断に至った慢性活動性 EBV 感染症 (EBV - T / NK - LPD) ・ 節外性 NK / T 細胞リンパ腫鼻型 (ENKL) の一例

東京慈恵会医科大学附属病院 消化器肝臓内科 ○佐藤 和秀, 高野 啓子, 中尾 裕, 水野 雄介
石田 仁也, 中野 真範, 佐伯 千里, 光永 眞人
及川 恒一, 鳥巢 勇一, 天野 克之, 石川 智久
猿田 雅之

67. 自己免疫性肝炎と急性 E 型肝炎の鑑別に苦慮した急性肝障害の一例

防衛医科大学校病院 消化器内科 ○平田 大, 伊東 傑, 富田 謙吾, 西井 慎
溝口 明範, 寺田 尚人, 古橋 廣崇, 白壁 和彦
東山 正明, 渡辺知佳子, 穂刈 量太
同 光学医療診療部 高本 俊介, 永尾 重昭

68. 急性発症型の自己免疫性肝炎と診断し、免疫抑制療法が奏功した2症例

虎の門病院 医学教育部 前期研修医 ○藤原 秀臣
同 肝臓内科 鈴木 義之, 小南 陽子, 川村 祐介, 藤山俊一郎
瀬崎ひとみ, 保坂 哲也, 芥田 憲夫, 小林 正宏
齋藤 聡, 鈴木 文孝, 熊田 博光

(18) 研修医Ⅵ(肝2) 10:14~10:32

座長 千葉メディカルセンター 瀬 座 勝 志

69. 急激な経過をたどった *Clostridium perfringens* 感染に伴うガス産生性肝膿瘍の1例

関東労災病院 消化器内科 ○南澤 昌郁, 中崎奈都子, 中谷 真也, 大森 里紗
矢野雄一郎, 金子 麗奈, 小川 正純, 佐藤 譲
同 臨床感染症部 丹羽 一貴

70. 肺小細胞癌によるびまん性肝類洞内転移の1剖検例

横須賀市立うわまち病院 ○義井 真, 小宮 靖彦, 森川瑛一郎, 秋間 崇
池田 隆明
同 病理検査科 飯田 真岐, 辻本 志朗

71. 左肝を主座とする巨大肝腫瘍の一切除例

防衛医科大学校病院 外科学講座 ○大野 博貴, 永生 高広, 田代 恵太, 永田 博美
山崎 健司, 星川真由美, 西川 誠, 野呂 拓史
青笹 季文, 梶原 由規, 神藤 英二, 矢口 義久
平木 修一, 辻本 広紀, 長谷 和生, 上野 秀樹
山本 順司

(19) 研修医Ⅶ(肝3) 10:32~10:50

座長 東邦大学医療センター大森病院 消化器内科 佐 藤 真 司

72. パゾパニブによる重篤な薬剤性肝障害の1例

がん・感染症センター都立駒込病院 肝臓内科 ○北台 留衣, 木村 昌倫, 西川 晃司, 今村 潤
木村 公則

73. 当院で経験した成人発症2型シトルリン血症(CTLN 2)2症例

虎の門病院 肝臓センター ○松林 泰毅, 川村 祐介, 小南 陽子, 藤山俊一郎
瀬崎ひとみ, 保坂 哲也, 芥田 憲夫, 小林 正宏
斎藤 聡, 鈴木 文孝, 荒瀬 康司, 鈴木 義之
熊田 博光

74. 急性肝機能障害を呈した血球貪食症候群併発のデング熱の1例

埼玉医科大学 消化器内科・肝臓内科 ○古味 優季, 中山 伸朗, 印藤 香織, 測上 彰
齊藤 陽一, 浅見真衣子, 塩川 慶典, 内田 義人
藤井 庸平, 打矢 紘, 中澤 学, 安藤さつき
中尾 将光, 本谷 大介, 稲生 実枝, 今井 幸紀
富谷 智明, 持田 智
同 血液内科 阿久澤 有, 脇本 直樹, 中村 裕一

第2会場（午後の部） 一般演題

(20) 食道・胃・十二指腸 14:05~14:29

座長 東京大学 腫瘍外科 野澤 宏彰

75. 血液透析中の慢性腎不全患者に合併した食道癌に対して術後補助化学療法 FP (5-Fluorouracil + Cisplatin) を施行した1例

千葉大学 医学部 先端応用外科 ○天海 博之, 村上健太郎, 上里 昌也, 早野 康一
加野 将之, 藤城 健, 豊住 武司

76. 粘膜下層浸潤をきたした *Helicobacter pylori* 未感染未分化型胃癌の1例

湘南藤沢徳洲会病院 肝胆脾消化器病センター ○永田 充

77. 多発する Type 1 胃 NET に対して ESD を施行した一例

自治医科大学附属さいたま医療センター 消化器内科 ○石井 剛弘, 山中 健一, 松本 圭太, 森野 美奈
賀嶋ひとみ, 小糸 雄大, 高橋 裕子, 坪井瑠美子
関根 匡成, 上原 健志, 浦吉 俊輔, 浅野 岳春
松本 吏弘, 鷲原 規喜, 浅部 伸一, 宮谷 博幸
眞嶋 浩聡

同 病理部 山田 茂樹, 田中 亨

78. 十二指腸乳頭部神経内分泌腫瘍の一例

東邦大学医療センター大橋病院 ○田中 貴志, 新後閑弘章, 徳久 順也, 斎藤 倫寛
権 勉成, 斎藤 智明, 松清 大, 浅井 浩司
渡邊 学, 草地 信也, 佐藤 若菜, 前谷 容

(21) 胃・十二指腸 14:29~14:47 座長 埼玉医科大学総合医療センター 消化器・肝臓内科 林 健次郎

79. ボノプラザンまたはランソプラゾールを用いた *Helicobacter pylori* 一次除菌治療の除菌成績に関係する因子の検討

日本大学 医学部 内科学系消化器肝臓内科学分野 ○鈴木 翔, 後藤田卓志, 草野 央, 林 香里
江崎 充, 池原 久朝, 森山 光彦

80. 臓器収納袋 E・Z パースを用いて ESD 後巨大胃腫瘍を回収した1症例

東邦大学医療センター大森病院 消化器内科 ○木村 祐介, 山口 和久, 辛島 遼, 小林 輝
田角 怜子, 藤井 紘大, 藤沢理沙人, 水谷 沙織
毛利 州秀, 渡辺 剛, 團 宜博, 土方 一範
小林 俊, 岡本 陽祐, 木村 隆輔, 鳥羽 崇仁
大塚 隆文, 五十嵐良典

同 消化器外科 鈴木 隆, 大嶋 陽幸

81. 血管内塞栓術後、内視鏡下に色素動注法を用いて止血を確認した十二指腸びらん出血の一例

千葉中央メディカルセンター ○宮内 輝晃, 山田 俊儒, 高平 尚弘, 上原 広嗣
佐藤 恒信, 須永 雅彦

(22) 大腸 14:47~15:05

座長 慶應義塾大学医学部内科学（消化器） 筋 野 智 久

82. ボノプラザン起因性と考えられた collagenous colitis の一例

つくばセントラル病院 消化器内科 ○内田 優一, 浅岡 等, 田内 雅史, 上野 卓教
筑波大学附属病院 光学診療部 溝上 裕士

83. 上行結腸脂肪肉腫の1切除例

亀田総合病院 消化器内科 ○小林 正佳, 中路 聡, 原澤 尚登, 川満菜津貴
神田 圭輔, 吉村 茂修, 白鳥 俊康, 平田 信人

84. 若年および高齢者潰瘍性大腸炎に対する血球成分除去療法の有効性の検討

東邦大学医療センター佐倉病院 消化器内科 ○柴本 麻衣, 木村 道明, 大内 裕香, 古川 潔人
岩下 裕明, 佐々木大樹, 勝俣 雅夫, 菊地 秀昌
岩佐 亮太, 長村 愛作, 中村健太郎, 竹内 健
高田 伸夫, 鈴木 康夫

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
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 (群馬大学大学院医学研究科総合外科学講座肝胆膵科学分野)	12月2日(土)	東 京 海運クラブ	8月23日 ～9月27日予定
348	谷 中 昭 典 (筑波大学附属病院 日立社会連携教育研究センター)	平成30年 2月17日(土)	東 京 海運クラブ	10月25日 ～11月29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
350	岩 切 勝 彦 (日本医科大学大学院医学研究科 消化器内科学)	7月14日(土)	東 京 海運クラブ	3月28日 ～4月25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・30年度 日本消化器病学会関東支部教育講演会開催期日

講演会回数	当 番 会 長	開 催 日	会 場	申込締切日
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 シェンバツハ・サポー	未 定
32	草 野 元 康 (群馬大学医学部附属病院 光学医療診療部)	2月12日(祝・月)	東 京 シェンバツハ・サポー	未 定

次回(第346回)例会のお知らせ

期 日：平成29年9月30日(土)

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

特別講演：「幹細胞医学：再生医療とがん生物学への応用」

演者：慶應義塾大学医学部生理学教室

教 授 岡野 栄之

司会：慶應義塾大学医学部内視鏡センター

教 授 緒方 晴彦

ランチョンセミナー：「IBD治療のup to date」

演者：杏林大学医学部第三内科

教 授 久松 理一

司会：防衛医科大学校内科学講座

教 授 穂苅 量太

専門医セミナー：「ドクターガストロ～臨床推論からの消化器病学～」

第12回専門医セミナー(第343回例会 平成29年2月4日(土)開催)に続き、本例会でも、専門医セミナーを開催いたします。

問診や身体診察で得られた情報をもとに、どのように診断を進めていくべきなのか、ディスカッションを展開します。

*専門医セミナー参加費は無料です。どなたでもご参加いただけます。

*専門医更新単位3単位取得できます。

*なお、専門医セミナー出場選手は、公募を予定しております。詳しくは、日本消化器病学会ホームページにてご案内させていただきます。

当番会長：緒方 晴彦(慶應義塾大学医学部 内視鏡センター 教授)

連絡先：事務局 細江 直樹、高林 馨/事務担当 下山 倫子(慶應義塾大学医学部 内視鏡センター)

〒160-8582 東京都新宿区信濃町35

TEL 03-3353-1211(内線62224)/FAX 03-3353-3536

◆研修医・専修医セッションについて◆

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

お問い合わせについて

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

〒181-8611 東京都三鷹市新川6-20-2

杏林大学医学部外科学教室(消化器・一般外科)

日本消化器病学会関東支部事務局

TEL 0422(71)5288 FAX 0422(47)5523

E-mail: kanto@jsge.or.jp

日本消化器病学会関東支部 支部長 峯 徹哉

1 初発の重症潰瘍性大腸炎に腎盂腎炎、敗血症性肺塞栓症を合併した若年男性の1例

国立国際医療研究センター病院 消化器内科
松 敦子, 渡邊一弘, 飯田龍洋, 下村 暁, 小林桜子, 濱田麻梨子,
泉下祐紀, 大久保栄高, 忌部 航, 永田尚義, 横井千寿,
秋山純一

【症例】21歳、男性。【現病歴】1か月前からの腹痛、下痢、血便を主訴にA病院を受診。炎症反応の上昇、貧血を認め当院に紹介、緊急入院となった。【経過】下部消化管内視鏡検査（CS）で直腸から上行結腸まで連続するびまん性の粘膜浮腫、発赤、深掘れ潰瘍を認め、臨床症状や生検病理の結果ともあわせ、全大腸炎型の重症潰瘍性大腸炎（UC）と診断した。ステロイド治療の適応と判断したが、造影CTで両側肺野に末梢優位に分布する不均一な多発結節影を認め、敗血症性肺塞栓症が疑われた。また、両側腎臓に造影不領域を認め、尿中白血球が陽性であり、腎盂腎炎が感染源となった可能性が考えられた。そのため、重症UCではあったが、まずは感染症の治療を優先する方針とし、5-ASA製剤のみ使用しながら抗菌薬を開始した。その後も下痢、発熱の改善は乏しくステロイドの導入を再検討したが、第6病日のCTで肺の結節影は増大しており、感染症のコントロールが不十分と考えたためGCAP療法を行った。その後発熱、下痢、炎症反応は徐々に軽快し、第13病日のCTで肺の結節は縮小し、第18病日のCSでUCの活動性は軽症まで改善していた。第27病日に再度下痢の増悪を認めるもCSでは明らかな炎症増悪は認めなかった。計10回のGCAP療法と約5週間の抗菌薬投与を行い、UCは寛解に至り、敗血症性肺塞栓症や腎盂腎炎の治療も終了となったため、第41病日に退院とした。【考察】敗血症性肺塞栓症は敗血症に伴う塞栓子が肺動脈の閉塞を来す比較的にまれな疾患であり、腎盂腎炎に起因したとする報告は少数ながらももの、潰瘍性大腸炎と明確な関連を示した報告はない。しかし、本症例は尿路に明らかな解剖学的、機能的異常のない若年男性のため、腎盂腎炎は重症潰瘍性大腸炎の粘膜バリア破綻による血流感染に起因していた可能性があり、同様の病態で敗血症性肺塞栓症を発症したとも考えられた。希少な症例であり、若干の文献的考察を含めて報告する。

潰瘍性大腸炎、敗血症性肺塞栓症

2 accelerated infliximab induction regimenが奏功した出血性ショックを伴ったステロイド抵抗性重症型潰瘍性大腸炎の一例

杏林大学 医学部 第三内科学¹⁾, 同 消化器一般外科²⁾,
複十字病院 消化器外科³⁾
神林孔明¹⁾, 林田真理¹⁾, 北田修一¹⁾, 佐藤太龍¹⁾, 箕輪慎太郎¹⁾,
池崎 修¹⁾, 三井達也¹⁾, 三浦みき¹⁾, 齋藤大祐¹⁾, 櫻庭彰人¹⁾,
徳永健吾¹⁾, 生形之男³⁾, 森 秀明¹⁾, 正木忠彦²⁾, 久松理一¹⁾

【症例】30歳代、女性【既往歴】特記事項なし【主訴】血便、腹痛【現病歴】10日間持続する上記主訴の精査・加療目的で、近医へ入院。大腸内視鏡検査（CS）所見より、深掘れ潰瘍を伴う全大腸炎型潰瘍性大腸炎（UC）と診断された。メサラジン3.6g、ステロイド（PSL）60mgが開始され第10病日に20mgまで減量した時点でUCが再増悪し、60mgまで増量した。PSL増量後第4、9、10病日に輸血が必要な大量出血を認め、PSL治療抵抗性の重症UCと診断され、専門的治療目的で当科へ転院となった。完全静脈栄養療法、PSL（漸減）、輸血で治療を継続し、サイトメガロウイルスの合併症がないことを確認の上、第2病日にレスキュー治療目的で、インフリキシマブ（IFX）を投与した。投与後解熱、血便の回数も減少したが、第5病日に大量出血を来した。CTにて上行結腸に造影剤の血管外漏出を認め、血管造影検査を行ったが、血管外漏出は認めなかった。再出血は来したものの、IFX投与後の臨床症状、炎症の改善傾向を認め、IFXは有効と判断し、出血、低蛋白血症によりIFXの血中濃度が低下していることが予想されたため、第6病日に2回目のIFXを投与した。以後大量出血は認めず、臨床症状の改善と初回IFX投与後9日後のCSにおいて、Mayoサブスコア=1と内視鏡的改善傾向を認めた。第11病日よりメサラジン3.6gを再開し、アザチオプリン25mgの併用も開始した。第16病日には、経口摂取も開始するもUCの再燃を認めず、第25病日に退院となった。初回IFX投与後約20週の時点で、臨床症状のみならず、CSにおいて、Mayoサブスコア=0と完全粘膜治癒も得られている。【考察】PSL抵抗性の重症UCに対するIFXの投与レジメンについては投与間隔の短縮や増量投与などのaccelerated induction regimenが有効との報告がある。今回IFXで、accelerated induction regimenで緊急外科手術回避が可能であった大量出血を伴ったステロイド抵抗性重症UCの一例を経験したので、文献的考察を含め報告する。

accelerated infliximab induction regimen, ステロイド抵抗性重症潰瘍性大腸炎

3 突然の大量血便を来したインフリキシマブ長期寛解維持療法中の小腸型クローン病の1例

埼玉医科大学総合医療センター 消化器・肝臓内科
安藤 浩, 加藤真吾, 内田党央, 須田健太郎, 石橋 朗, 藤田徹郎,
荒井亮士, 大塚武史, 杉浦香織, 細見英里子, 山口奈緒美,
林健次郎, 青山 徹, 可見和仁, 宮城直也, 高林英日己, 松原三郎,
岡 政志, 名越澄子, 屋嘉比康治

【目的】抗TNF α 抗体によりクローン病患者の治療効果は格段に進歩した。クローン病の症状として、突然の消化管出血はまれであり、止血困難なクローン病に対して、インフリキシマブ（IFX）により止血が得られた報告も認められる。しかし、今回、我々はIFXより長期寛解維持が得られていたにも関わらず突然の大量出血を来した小腸型クローン病症例を経験したので報告する。【症例】54歳、男性。主訴：突然の血便。既往歴：18歳、44歳時小腸部分切除。現症：18歳時に消化管出血による手術にて小腸クローン病の診断。その後、腸閉塞を繰り返し、44歳時に再度、小腸部分切除。20XX-7年IFX 5mg/kgの寛解導入・維持療法を開始した。20XX-6年CDAI166と軽症再燃にてIFX 10mg/kg + AZP50mgにて加療し、再度寛解導入・維持療法を継続していた。その後、血液検査でも炎症反応もなく、無症状であったが20XX年4月突然鮮血便を認め、当院救急外来に受診。20XX年3月の血液検査ではHb 16.8g/dL, CRP 0.1mg/dLであったが、入院2日目の成績ではHb 9.6 g/dL, CRP 0.1mg/dLであった。入院後禁食・補液を行い、入院1日目の経肛門の小腸内視鏡検査では小腸部分切除の吻合部より口側に多発する縦走潰瘍とコアグラの付着を認めた。その後、アザリムマブに変更のちに、現在、寛解維持療法を継続中。【結語】抗TNF α 抗体療法にて寛解維持効果の得られている症例でも、小腸型クローン病は内視鏡検査による粘膜病変の把握が重要であることが示唆された。

クローン病、大量出血

4 低アルブミン血症が改善した術後小腸長80cmのクローン病の1例

横浜市立市民病院 炎症性腸疾患科
小林祐華子, 小金井一隆, 辰已健志, 二木 了, 黒木博介,
今泉研人

症例は72歳女性。43歳時に発症した小腸大腸型クローン病で、48歳時に前医で小腸部分切除術が施行された。61歳時、回腸に狭窄を伴う縦走潰瘍を認め、低栄養のため、成分栄養療法や中心静脈栄養療法で加療した。その後もイレウスを繰り返したため、63歳時、回腸回腸吻合部切除、Jabouley型狭窄形成術を施行し、残存小腸は約12cmとなった。術後、infliximabを導入したが副作用で中止し、5-aminosalicylic acid と elemental diet で寛解を維持、71歳時まで血清アルブミン値は3.5g/dl以上を保っていた。72歳時の本年3月に、両側下腿浮腫が出現、経口摂取困難で低アルブミン血症を認め、精査加療目的で入院した。小腸造影検査所見で回腸上行結腸吻合部に口側回腸の拡張を伴う高度の線維性狭窄を認め、回腸-回腸上行結腸吻合部切除術を施行した。術中所見では残存小腸長は約8cmで残存病変はなかった。切除標本の肉眼所見では吻合部の壁は1cmに肥厚し、内腔の幅は2cm狭小化し、回腸には幅11cmに拡張していた。術後7日目から経口摂取を再開し、低脂質低残渣全粥の摂取で、通過障害はなく、血清アルブミン値は術直前の2.0g/dlから3.6g/dlまで改善し、排便は水様便、1日3-4回で、脱水もなく、術後15日目に退院した。

クローン病では残存小腸長が150-160cm以下で小腸機能不全となり、静脈栄養療法を要する可能性があると考えられる。本症例は、残存小腸長が約80cmであったが、ほぼ通常の経口摂取のみで術前より栄養が改善した。残存小腸が短い症例でも、栄養摂取を障害する病変を切除することで栄養が改善する場合もあり、適応があれば、外科治療を考慮すべきと考えられた。

炎症性腸疾患、クローン病

日本医科大学千葉北総病院 消化器内科¹⁾、
日本医科大学付属病院 消化器・肝臓内科²⁾
星本相理¹⁾、大森 順¹⁾、藤森俊二¹⁾、肥田 舞¹⁾、桐田久美子¹⁾、
田邊智英¹⁾、新井泰史¹⁾、秋元直彦¹⁾、糸川典夫¹⁾、米澤真興¹⁾、
貝瀬 満²⁾、岩切勝彦²⁾

症例は69歳、男性。生来健康であったが、約1か月間の右側腹部痛を主訴に当院受診。CT検査の結果、肝両葉に多発するring enhancement伴う低濃度腫瘍像を認め、S状結腸に造影効果を伴う壁肥厚も認めたため、転移性肝腫瘍、S状結腸癌が疑われ、精査加療目的で当科入院となった。当科で施行した下部消化管内視鏡では、S状結腸に約5cm大の2型腫瘍を認めた。上部内視鏡では異常所見認めず、CTでも結腸以外に悪性所見を認めなかったため、転移性肝腫瘍の原発巣としてS状結腸癌が疑われた。その後、下部内視鏡の腫瘍生検の結果で、腺腔構造の不明瞭な異型細胞があり、免疫組織化学検査の結果、CD45(-)、CKAE1/3(+), シナプトフィジン(+), クロモグラニンA(+), CDX2(+), CEA(-)だったため、神経内分泌腫瘍が疑われた。肝腫瘍生検では、異型細胞の増殖を認め、免疫組織化学検査の結果、腫瘍細胞はシナプトフィジン(+), クロモグラニンA(+), CDX2(+), CD56(-), MIB-1 index30~40%で、神経内分泌腫瘍の転移が疑われた。採血検査では、グルカゴン値、空腹時インスリン値、ガストリン値、尿中5-HIAA値はいずれも正常範囲内であった。以上より非機能性的大腸神経内分泌腫瘍の多発肝転移と診断した。下部内視鏡による腫瘍生検では低分化腺癌に類似した像を示していたこと、肝腫瘍生検ではNETG2以上の結果であったことから、大腸原発の神経内分泌癌(NEC)と判断し、mFOLFOX6+bevacizumabによる全身化学療法を開始した。経過中に右胸骨付近の疼痛の訴えあり、胸部造影MRI検査および全身骨シンチ検査の結果、左胸骨転移が疑われたため、疼痛コントロール目的でNSAIDs+オピオイド開始した。現在当院外来にて有害事象なく全身化学療法継続しており、疼痛コントロールも自制内である。本邦での大腸原発の神経内分泌癌(NEC)は稀であり、文献的考察を含め報告する。

神経内分泌腫瘍、多発肝転移

東海大学医学部付属病院
金子元基、水上 創、中原史雄、中村 淳、内田哲史、小池 潤、
五十嵐宗喜、松嶋成志、鈴木孝良、峯 徹哉

【症例】69歳、男性。入院2日前より持続する腹痛が出現し、入院1日前に嘔気と嘔吐を認めたため当院救急外来を受診。画像所見より小腸イレウスと誤嚥性肺炎の診断にて緊急入院となった。【既往歴】胃潰瘍(58歳)、脳梗塞(61歳)、心房細動(61歳)、てんかん(61歳)、腹部手術歴なし【入院後経過】入院当日にイレウス管を挿入したところ、大量の排液を認め、その後すぐに腹部膨満感や腹痛は消失した。入院時のCTにて腸管拡張の先進部にairを内包する構造物が見られ、小腸内の異物が疑われたため入院第2病日にイレウス管造影を行なった。その際は小腸内に明らかな異物は認められず、造影剤は速やかに大腸まで到達した。入院第6病日に再度CTを施行したところ、イレウス像は改善しており、前回指摘された異物を疑う構造物は直腸に移動しているのを確認した。入院第7病日に異物除去目的に下部消化管内視鏡検査を行い、直腸内に3x5cm大の椎茸を認めたため、ネットにて回収した。食事を開始後イレウス症状はなく経過し、肺炎も改善したため入院第21病日に退院された。【考察】食餌イレウスは全イレウスの0.3~5.9%と報告されており、イレウスの原因となり得る食餌の原因はこんにゃく類や海藻、餅が多く、椎茸による食餌イレウスの報告は比較的稀である。必ずしも異物を描出できるとは限らず、癒着性イレウスとの鑑別が難いため手術が行われる症例も多い。食餌性イレウスの患者自身の要因として、咀嚼不良や歯牙欠損、認知症等が挙げられる。特に高齢者のイレウスでは食餌性イレウスを念頭に置く必要があり、詳細な問診が大切だと考えられた。若干の文献的考察を加えて報告する。

食餌イレウス、椎茸

東京慈恵会医科大学附属病院 外科学講座
力石健太郎、大熊誠尚、山田真里江、武田泰裕、橋爪良輔、
根木 快、野秋朗多、小菅 誠、衛藤 謙、矢永勝彦

症例は80代男性。2017年1月に膀胱癌と診断され、当院にて2017年3月腹腔鏡下膀胱全摘術・尿管皮膚瘻造設術施行した。2017年4月腹痛を訴え当院泌尿器科受診、絞扼性イレウスと診断されたため同日当科紹介となった。診察時バイタルサインに異常はなく、尿管皮膚瘻部位に圧痛を認めたがその他腹部に異常所見はなかった。血液検査ではWBC 14, 100/cmmと炎症反応を認め、また静脈血液ガスにてLac 3.1mol/lと上昇していた。腹部CTでは総腸骨動脈分岐部レベルの左下腹部で2か所のcaliber changeを認め、closed loopを呈していたため、絞扼性腸閉塞と診断し緊急手術となった。開腹したところ、左下腹部にS状結腸間膜を貫いて腹壁に達する再建尿管を認め、再建尿管と腹壁との間をヘルニア門として小腸が嵌頓し絞扼性腸閉塞となっていた。再建尿管と小腸を剥離したところ腸管壁の色調が改善し、蠕動運動も認められたため腸管壊死はないと判断し癒着剥離のみで手術を終了した。術後経過は良好であり、第18病日に退院となった。尿管皮膚瘻による尿路変更は、腸管操作を行わないため手術時間を短縮でき、かつ合併症が生じにくいことが大きな利点である。我々が調べた限りでは、尿管皮膚瘻造設後に再建尿管により絞扼性イレウスを生じた報告はない。今回尿管皮膚瘻を巻き込む絞扼性イレウスを経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

膀胱全摘、絞扼性

横浜市立大学附属市民総合医療センター 内視鏡部¹⁾、
横浜市立大学 消化器内科²⁾
竹内加奈¹⁾、平澤欣吾¹⁾、尾関雄一郎¹⁾、澤田敦史¹⁾、池田良輔¹⁾、
福田剛英¹⁾、小林亮介¹⁾、佐藤知子¹⁾、前田 慎²⁾

【症例】73歳男性。早期胃癌(生検: poorly, diff adenocarcinoma, signet-ring cell carcinoma), L. Less, 0-IIb, 70mm, cT1aN0M0, cstage II)に対し、2016年2月腹腔鏡下幽門側胃切除術が施行された。交通事故による開腹の既往があり、腹腔内の高度な癒着のため開腹に移行した。その際小腸を2か所損傷し小腸部分切除が追加された。術後10病日に上腹部正中創直下に小腸皮膚瘻と小腸癒着によるイレウスを合併し、イレウス管挿入による保存的加療を行ったが改善せず、3月に開腹癒着剥離+小腸部分切除を施行した。再手術時も高度な癒着のため横行結腸の一部を損傷し、結腸部分切除+側端吻合を施行した。術後6病日より皮膚切開創より腸液漏出を認め、再び腸管皮膚瘻と診断した。瘻孔は正中創と横行結腸吻合部の口側が交通しており、さらに吻合部狭窄を合併していたため、腸液漏出が持続し自然閉鎖は得られなかった。腹腔内膿瘍と高度な癒着から再手術は高リスクと判断し保存的加療を継続した。腸液漏出が吻合部狭窄による通過障害に起因すると考えられたため、内視鏡的バルーン拡張術(EBD)による狭窄解除を数回施行したが、狭窄は難治性であり瘻孔からの漏出は持続した。そのため狭窄部位に対しradial incision and cutting methodを行い、さらに腸管側から内視鏡下に瘻孔内へPGAシートを充填、OTSCによる瘻孔閉鎖を数回行い、皮膚側からは縫合による瘻孔閉鎖を施行した。その後数回のEBDの追加により腸液漏出は徐々に減少し、2017年2月以降、皮膚瘻からの排液は消失し、瘻孔閉鎖を確認した。今回、高度な癒着と腸管吻合部狭窄が原因で形成された腸管皮膚瘻に対し、内視鏡的に瘻孔閉鎖を施行し得たため、若干の文献的考察を加えて報告する。

腸管皮膚瘻、内視鏡的瘻孔閉鎖

筑波大学附属病院 消化器内科

新里悠輔, 森脇俊和, 山口雄司, 広瀬 優, 永瀬正臣, 小松義希, 佐藤雅志, 山田 武, 山本祥之, 長谷川直之, 石毛和紀, 福田邦明, 奈良坂俊明, 金子 剛, 安倍井誠人, 溝上裕士, 兵頭一之介

症例は62歳の女性。並存症に高血圧と脂質異常症があり内服をしている。大腸癌肺転移に対する一次治療として2015年3月からFOLFOX+bevacizumab療法が開始された。効果を認め、2016年9月までの1.5年間継続後に無効となった。その間、蛋白尿の出現はなかった。2016年10月から二次治療としてFOLFIRI+ramucirumab療法を開始したところ、投与開始から12日目より顔面と下腿に浮腫が出現した。15日目に尿蛋白3+を認めたため化学療法は延期し経過観察となった。21日目にはAlb 2.9g/dlと低下し、Cre悪化傾向、尿蛋白/Cr比 (UPC) 13.6g/gCrであったことからネフローゼ症候群と診断した。高血圧の悪化もあり、利尿剤の開始と降圧剤追加による治療を開始した。ネフローゼ症候群に対する治療開始15日目には浮腫が改善、23日目にはUPCは2.75まで改善し、蛋白尿の再増悪を認めなかった。本症例はbevacizumabによる一次治療を中止し、ramucirumabによる二次治療を開始した直後にネフローゼ症候群をきたした。血管新生阻害剤による蛋白尿は知られた有害事象であるが、ネフローゼ症候群に進展することは稀である。VEGF阻害薬であるbevacizumabは、糸球体足細胞由来のVEGFの作用を阻害することで、内皮細胞が障害されるため蛋白尿を来することが知られている。一方、VEGFR-2阻害薬であるramucirumabは、スリット膜の主要構成分子であるネフリンとの複合体を形成し濾過障壁となるVEGFR-2を阻害することが関連していると考えられる。本症例は1回のみ投与でネフローゼ症候群を来した。初回投与時から定期的な尿蛋白、腎機能のスクリーニングが重要であると考えられる。

大腸癌化学療法、ネフローゼ症候群

杏林大学医学部付属病院 消化器一般外科

山崎 彩, 近藤恵里, 松木亮太, 大木亜津子, 竹内弘久, 阿部展次, 松岡弘芳, 正木忠彦, 森 俊之, 杉山政則

【症例】72歳男性【主訴】腹痛、嘔吐、下痢【現病歴】右腎細胞癌、多発骨転移の診断で右腎摘出術施行、胸椎骨転移に対して放射線治療後にスニチニブを開始したが、骨転移増悪のためsecond lineとしてアキシチニブの投与を開始した。投与開始後より16日目に上腹部痛、嘔吐が出現し、対症療法で経過みていたが徐々に腹痛増悪、嘔吐を認め救急外来を受診した。【腹部所見】平坦軟、左上腹部から下腹部にかけて圧痛あり、反跳痛なし、筋性防御なし【CT】十二指腸、上行結腸から横行結腸の腸管周囲及び腸間膜にfree airを認める。腹水および腸管造影不良部位は認めなかった。【術前診断と手術】消化管穿孔による急性腹膜炎の診断で審査腹腔鏡を施行した。術中所見では腸管穿孔や腸管虚血はなく、回腸に腸間膜気腫を認め、腸管囊胞様気腫症と診断し、観察のみで手術を終了した。【術後経過】アキシチニブ投与の中止、禁食、酸素投与による保存的加療で軽快した。9日後のCTでは腸管囊胞様気腫症改善、free air消失しており第15病日で退院した。【考察】腸管囊胞様気腫症の背景疾患は複数報告されているが、最近では分子標的治療に伴うものも報告されている。本症例では、ガス産生菌による腸管感染性疾患や肺疾患、トリクロロエチレン等の化学物質暴露やステロイド長期投与歴などではなく、腸管囊胞様気腫症の原因は分子標的治療薬と考えられた。アキシチニブはVEGFRを選択的に阻害する分子標的治療薬であり、血管新生を抑制することで抗腫瘍効果を発揮するが、小腸絨毛などの毛細血管にも作用し、腸管壁内の微小穿孔を惹起し、腸管囊胞様気腫症を発症すると考えられている。【結語】今回我々はアキシチニブが関与したと考えられる腸管囊胞様気腫症を発症した腎細胞癌の一例を経験した。分子標的治療薬が投与される機会が多くなっている現在、供覧に値する興味深い症例と考えられたので文献的考察を加え報告する。

分子標的治療薬、腸管囊胞様気腫症

東邦大学医療センター大森病院 総合診療内科¹⁾,同 皮膚科²⁾, 同 病理部³⁾小松史哉¹⁾, 河越尚幸¹⁾, 竹本育聖¹⁾, 大塚隆文¹⁾, 貴島 祥¹⁾, 財 裕明¹⁾, 中嶋 均¹⁾, 瓜田純久¹⁾, 石井 健²⁾, 定元聡太³⁾, 若山 恵³⁾

【症例】50代 男性 主訴：血性下痢、腹痛現病歴：20xx年3月12日より上気道炎症状出現、近医を受診した。感冒として治療を受け一旦改善傾向にあった。3月22日咽頭痛が再燃したため他医耳鼻科を受診したが特記すべき所見無しとされた。3月25日になり四肢に皮疹・浮腫、関節痛が出現した。3月27日には心窩部痛、鮮血を伴う下痢症状が出現し、当科受診となった。既往歴：高血圧 職業：銀行員 身体所見：身長 170cm, 体重 65kg, 体温37.1℃, 血圧126/70mmHg眼瞼 貧血無し, 口腔内特記すべきことなし, 胸部 特記すべきことなし, 腹部 平坦・軟, 圧痛 (-), 軀幹部および四肢にびまん性に軽く盛り上がった暗赤色の皮疹多発【経過】皮膚科で臀部の皮疹から生検しleucoclastis vasculitisの病理診断となり、ステロイド治療を開始し、改善に至った。【考察】本症例は上気道炎症状を発端として皮膚から消化管まで多彩な症状を呈した一例である。皮膚組織生検ではIgA血管炎と診断されたが、消化管内視鏡検査では小腸に潰瘍病変が指摘されたものの、組織生検でも確定診断には至らなかった。文献的考察を加えて報告する。

IgA血管炎、消化管出血

東邦大学医療センター佐倉病院 消化器内科¹⁾,同 消化器外科²⁾, 同 病院病理部³⁾木村道明¹⁾, 勝俣雅夫¹⁾, 大内祐香¹⁾, 柴本麻衣¹⁾, 岩下裕明¹⁾, 古川潔人¹⁾, 佐々木大樹¹⁾, 宮村美幸¹⁾, 菊地秀昌¹⁾, 若佐亮太¹⁾, 長村愛作¹⁾, 中村健太郎¹⁾, 津田裕紀子¹⁾, 竹内 健¹⁾, 高田伸夫¹⁾, 鈴木康夫¹⁾, 佐藤礼美²⁾, 岡住慎一²⁾, 徳山 宣³⁾, 蛭田啓之³⁾

【背景】異所性腺は胃、十二指腸、空腸と十二指腸近傍に多いとされている。上部・下部消化管内視鏡や小腸内視鏡、小腸バリウム検査、小腸カプセル内視鏡などで診断するが、術前確定診断は困難とされている。【症例】87歳、男性。【主訴】下血。【既往歴】胸部・腹部大動脈瘤ステント留置手術。【現病歴】2016年10月頃から食欲不振、また下血もみられるようになり前医を受診。高度貧血(Hb 4.6 mg/dl)を指摘され、当院紹介となった。入院当初、腹部大動脈瘤が増大傾向にあり、心臓血管外科とも相談し、動脈瘤を優先に治療として大動脈ステントグラフト留置術施行とした。【入院後経過】大動脈ステント留置後も下血が続いており、腹部造影CTにて小腸内に造影効果を伴う腫瘍性病変を認めた。小腸カプセル内視鏡検査を施行したところ、回腸にoozingを伴う隆起性病変を認め、出血源と考えられた。絶食、補液にて加療継続とし、連日輸血も施行としたが下血が続き、内科的なコントロールが不良と判断し、術中上部・下部小腸内視鏡検査併用のもと、外科的小腸部分切除術行となった。トライツ韌帯より肛門側290 cmに腫瘤を触れたため同部位を含む回腸約60cmを切除した。最終診断はEctopic pancreasであった。【考察】回腸発生の異所性腺はこれまでに報告が少なく、稀であるが、小腸に腫瘍性病変を認めた場合には鑑別疾患のひとつとして挙げなければならないと考えられた。今回、回腸異所性腺による消化管出血をきたした1例を経験したので、文献的考察をふまえて報告する。

回腸異所性腺、消化管出血

順天堂大学医学部附属練馬病院

襦袢重史, 井 祐樹, 河口 恵, 岩永直紀, 高橋 敦, 山田衣里佳,
関根悠貴, 山本剛史, 市川亮介, 宮野省三, 小坂泰二郎,
渡野遼郁雄, 町田理夫, 北畠俊顕, 須郷広之, 李 慶文,
児島邦明

【はじめに】近年、化学療法の進歩に伴い、化学療法が奏功し根治的切除が可能になった切除不能進行胃癌症例が報告されるようになった。今回、我々は試験開腹となった切除不能進行胃癌に対し、術後S-1療法が奏効し3か月後に根治的切除が可能であった症例を経験したので報告する。【症例】77歳男性。1ヶ月前からの倦怠感と食思不振を主訴に受診。左上腹部に7cm大の腫瘍を触知し、上部消化管内視鏡検査で、胃体中部から体下部にかけ8cm大の2型病変を認め、生検結果はadenocarcinoma (tub2)であった。腹部造影CT検査では胃体上部から体下部にかけて13cm大の造影効果を伴った腫瘍を認め、腹壁浸潤と周囲リンパ節転移が疑われた。胃癌T4aN2M0 cStageIIIBの診断で胃全摘術を予定し手術を施行したが、術中所見で腫瘍は小児頭大で腹壁と横行結腸浸潤を認め切除不能と判断し単開腹となった。術後、SOX療法を開始したが、副作用のため中止となった。S-1単剤療法に変更した。2クール終了後のCT検査では腫瘍径が3cm大と腫瘍の縮小を認め、再度内視鏡検査では腫瘍の周堤隆起は消失しPRの診断となり、上部手術を施行した。術中所見は胃体中部に腫瘍を認め、周囲のリンパ節と一塊になっていたが、横行結腸浸潤や腹壁浸潤はなく、根治的胃全摘術が可能であった。病理診断はT2N0M0 ypStageIBであり、治療効果判定はgrade1bであった。術後経過は良好で第15病日退院となった。現在、術後1か月経過しているが再発なく、S-1療法再開としている。【結語】切除不能進行胃癌によるconversion therapyは症例報告を認めるのみで確立したエビデンスは確立されていないが、文献的考察を加え報告する。

胃癌, conversion therapy

北里大学 医学部 消化器内科学¹⁾,同 新世紀医療開発センター²⁾, 同 病院病理部³⁾黒須貴浩¹⁾, 矢野貴史¹⁾, 河西奈津子¹⁾, 山根早紀子¹⁾, 渡辺見識¹⁾,
和田拓也¹⁾, 石戸謙次¹⁾, 東 瑞智¹⁾, 堅田親利¹⁾, 川岸加奈¹⁾,
横山 薫¹⁾, 田邊 聡²⁾, 小泉和三郎¹⁾, 高橋博之³⁾

【症例】24歳男性。食事摂取後の嘔吐を主訴に近医を受診し上部消化管内視鏡 (EGD) 施行したところ幽門狭窄所見を認め、精査加療目的で当科へ紹介された。当科で施行したEGDでは幽門前庭部にひだ集中を伴う潰瘍性病変を認め周囲は浮腫状粘膜を呈していた。十二指腸球部にまでおよぶ浮腫状粘膜を認め幽門狭窄を伴っていたことから、4型進行胃癌に伴う幽門狭窄・十二指腸直接浸潤が疑われた。病変部の生検では慢性活動性炎症の所見であり、悪性像はみられなかった。以降、2度のEGD再検による多数の生検や上部EUS-FNA、審査腹腔鏡によるリンパ節生検・腹腔内洗浄細胞診を行うも組織学的に悪性所見は証明できなかった。また、CT・EOB-MRI・PET-CT検査では、進行胃癌による明かなリンパ節転移やその他遠隔転移を疑う所見は認められなかった。下部消化管スクリーニング目的で施行した大腸内視鏡検査にて、直腸から終末回腸にかけて多発するびらんや縦走潰瘍所見を認め、クローン病の可能性が考えられた。経口小腸造影検査でも小腸に多発するびらん・不整形潰瘍、狭窄所見が認められた。クローン病疑いに対する精査として施行した経肛門小腸鏡検査にて、中部回腸の複数カ所に狭窄を認め、白苔を伴う潰瘍も散見された。また縦走潰瘍も認め、内視鏡所見上はクローン病が最も考えられた。同検査にて行った生検では慢性活動性腸炎の所見であり、肉芽腫等のクローン病に特徴的な所見は認められなかったが、臨床経過・所見を総合的に判断し胃癌は否定的であると考えられ、クローン病と診断しアダリムマブ投与を開始した。アダリムマブ開始後、腹部膨満感等の自覚症状や、EGD・上部消化管造影検査所見の改善がみられた。4型進行胃癌との鑑別が困難であったクローン病の1例を経験したので、文献的な考察を加えて報告する。

クローン病, 上部消化管病変

東邦大学医療センター大橋病院 消化器内科¹⁾,同 病理診断科²⁾馬場隆成¹⁾, 吉田有輝¹⁾, 富永健司¹⁾, 森麻紀子¹⁾, 牧野敏之¹⁾,
高橋厚子¹⁾, 里井 新¹⁾, 村上貴寛¹⁾, 横内 幸²⁾, 高橋 敬²⁾,
前谷 容¹⁾

症例は70歳台女性。主訴は腹痛、腹部膨満感。近医の腹部超音波検査にて多発肝腫瘍を指摘された。前医にてCTで十二指腸後壁から膵頭部にかけて腫瘍をみとめ縦隔リンパ節腫大、多発肝腫瘍をみとめた。上部消化管内視鏡では十二指腸球部後面に発赤と前庭部に潰瘍性病変をみとめたが、病理組織検査ではgroup1であった。精査加療目的にて当院に紹介となった。当院にて上部消化管内視鏡再検し、十二指腸球部後面から発赤調の不整隆起、前庭部大弯に潰瘍性病変をみとめた。同部位より生検し濃染、腫大した核を有するN/C比の高い異形細胞をみとめた。異形細胞は組織学的に、NCAM(+), シナプトフィジン(+), クロモグラニンA (+), を示し、MIB-1は多数のtumor cellに陽性を示した。細胞形態、免疫染色の結果から、Neuroendocrine Carcinomaと診断した。多発肝転移、リンパ節転移を認めたため、手術不能と考え抗癌剤治療を開始した。First lineとしてCPT-11+CDDP療法を開始した。3コース終了後のCTでは原発、肝転移、リンパ節転移ともに縮小傾向であったが9コース施行後、CT評価で腫瘍増大傾向でありPDと判断し、second lineとしてTS-1単剤で治療開始したが副作用にて中止となった。その後、徐々に病状進行に伴う全身状態の悪化を認め発症から19か月後に永眠された。神経内分泌腫に対する化学療法については肺小細胞癌に準ずるとはされているが、症例は少なく確立されていない。今回、当施設で経験した神経内分泌腫の症例について文献的考察を加え報告する。

神経内分泌腫, 化学療法

日本大学 医学部 内科学系消化器肝臓内科学分野

大澤朗太, 武井章矩, 岩塚邦生, 高橋利実, 中河原浩史, 小川真広,
松岡俊一, 後藤田卓志, 森山光彦

症例は63歳、男性。胆嚢癌術後で当院へ定期通院していたが、血液検査で胆道系酵素の上昇が認められた。精査の結果、肝門部胆管癌の診断に至った。CT検査では十二指腸球部から下行部にかけて癌の浸潤による閉塞が認められた。乳頭部にも一部閉塞を認めた。第12病日、まずは胆管ステントを留置し減黄を行った (Nitis 10mm 8cmを2本)。その後、十二指腸ステント留置を予定していたが、第27病日に上腹部痛を訴えた。上部消化管内視鏡検査を施行したところ、十二指腸球部前壁に深掘れ潰瘍があり、穿孔が疑われた。水溶性造影剤を用いて透視下内視鏡を行い、造影剤の漏出を認めたため消化管穿孔と診断した。保存的治療を行ったが潰瘍は難治性であり、穿孔の自然閉鎖は得られなかった。そのため第40病日にポリグリコール酸シート・フィブリン糊併用法により瘻孔閉鎖術を行った。瘻孔の閉鎖を確認したのち、第47病日に十二指腸ステントを留置した (Nitis 22mm 8cm, Nitis 22mm 6cmの2本)。第55病日より常食の摂取が可能となり、栄養状態の改善にともないADLも向上し、第65病日に退院となった。原疾患の悪化により第77病日に永眠されるまで、経口摂取が可能であった。ポリグリコール酸シート・フィブリン糊併用法は十二指腸 ESD 後の遅発性穿孔の治療・予防に応用され、良好な結果を得られている。今回我々は難治性の十二指腸潰瘍穿孔に対してポリグリコール酸シート・フィブリン糊併用法を用いて瘻孔閉鎖を行い、その後消化管閉塞に対して十二指腸ステントを留置し得た1例を経験した。興味深い症例と思われたため若干の文献的考察を加えて報告する。

瘻孔閉鎖, 十二指腸潰瘍

17 発作性心房細動に対する心臓カテーテルアブレーション後に急性胃運動麻痺を来した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¹⁾, 同 循環器科²⁾
砂田由紀恵¹⁾, 森 英毅¹⁾, 中牟田爽史¹⁾, 平井悠一郎¹⁾, 窪澤陽子¹⁾, 伴野繁雄¹⁾, 木下 聡¹⁾, 松下美紗子¹⁾, 中里圭宏¹⁾, 西澤俊宏¹⁾, 菊池真大¹⁾, 稲川浩平²⁾, 浦岡俊夫¹⁾

【症例】70歳代、男性【主訴】腹部膨満感【現病歴】当院循環器内科で発作性心房細動に対してクライオアブレーションを施行、入院時に腹部症状の訴えはなく、単純腹部X線での異常は認められなかった。第3病日、腹部膨満感を初めて自覚した。その後、腹部膨満感精査目的に上部消化管内視鏡検査を施行したところ、胃内に大量の食物残渣を認めた。また下部消化管内視鏡精査を予定していたが、腹部膨満感のため腸管洗浄剤の内服が不可能となったことから検査を断念した。造影CTでは、胃の著明な拡張を認めるものの明らかな閉塞部位は認められなかった。上部消化管造影検査では、胃内に大量の食物残渣を認めた上に胃運動は消失していたが、体位変換により造影剤は幽門を通過可能であった。なお小腸、大腸の腸管蠕動は保たれていた。経過から心臓カテーテルアブレーションを契機とした胃運動麻痺を生じているものと考えられた。第17病日よりモサブリド、六君子湯内服による加療を行っている。第102病日現在、自覚症状は軽快傾向にあるものの、単純腹部X線にて胃内に大量残渣を認めており、胃蠕動運動麻痺は遷延していると考えられた。【考察】急性胃運動麻痺の原因として心臓カテーテルアブレーションの関与を強く疑う症例を経験した。胃運動麻痺の原因として、糖尿病や神経疾患、薬剤性などは広く知られているが、心臓カテーテルアブレーション手技に伴う偶発症としての報告は少なく、文献的考察を加えて報告する。

胃運動障害, 心房細動

18 手術にて救命しえた潰瘍底に露出した胃粘膜下左胃動脈瘤破裂の1例

JR 東京総合病院
三田英明, 竹村信行, 三原裕一郎, 隈本 力, 三木健司, 小菅智男

【はじめに】胃動脈瘤をはじめとした腹部内臓血管の動脈瘤はまれであり、特徴的な臨床症状にも乏しく診断が困難な疾患である。なかでも胃粘膜下動脈瘤破裂の報告は本邦で4例と極めて稀である。今回、潰瘍底に露出した胃粘膜下左胃動脈瘤破裂の1例を経験したため、文献的考察を加えてこれを報告する。【症例】81歳男性。感冒に伴う経口摂取不良のため前医入院。入院後は経口摂取回復したが腹部膨満感が出現、黒色便多量にて上部消化管内視鏡施行したところ、胃角部に活動性出血を認めたため当院消化器内科転院搬送。内視鏡治療、血管塞栓術を試みるも出血コントロールにつき外科紹介、緊急手術の入室時にショック状態となり、可及的速やかに開腹。胃は膨満、内腔に拍動性に出血しており、急ぎ十二指腸側口側を離断し、摘出することで止血を得た。術後経過は良好で療養目的に転院となった。【考察】胃粘膜下の動脈瘤の成因は不明だが、潰瘍形成/治癒を繰り返すなかで仮性動脈瘤が形成され、破綻したものと推測された。【結語】手術にて救命しえた潰瘍底に露出した胃粘膜下左胃動脈瘤破裂の1例を経験したため、文献的考察を加えてこれを報告する。

胃粘膜下動脈瘤, 出血性胃潰瘍

19 バルサルバ法を用いた術前診断が有用であった食道入口部の早期癌の1例

聖路加国際病院 消化器内科
高須綾香, 池谷 敬, 福田勝之, 本田寛和, 岡本武士, 白鳥安利, 奥山秀平, 高木浩一, 中村健二

【症例】55歳女性【現病歴】2016年12月胸部中部食道癌に対して内視鏡的粘膜下剥離術(ESD)を施行した。2ヶ月後のフォローアップ内視鏡で食道入口部切歯16cm後壁にbrownish areaを認めた。病変の全景は不明でありnarrow band image(NBI)拡大観察も行えなかったが生検で扁平上皮癌と診断された。治療方針の決定目的に経鼻内視鏡を用いたバルサルバ法で観察を行った。食道入口部、経鼻内視鏡18cm挿入部に1/5周性10mm程度の表面平坦型病変を確認し得た。NBI拡大観察ではないがtypeB1血管と考えられるdot様血管を認め、深達度EP/LPMの早期食道癌と考えられESDを施行した。全身麻酔下でのESDを施行し、最終病理診断は深達度(pT1a-LPM, INFa, ly0, v0, HM0, VM0, R0, CurA) LPM癌で脈管浸潤なく根治切除であった。【結語】術前診断でバルサルバ法を併用することで、食道入口部の病変範囲及び周在性を確認しESDを施行し得た。【考察】食道癌症例に対するバルサルバ法を用いた観察は下咽頭癌の診断に有用であるが、経口内視鏡での観察が難しい食道入口部の病変に対しても有用であることが示唆された。当院での食道癌に対するバルサルバ法での観察導入、経緯、成績についても触れ若干の文献的考察を加えて報告する。

バルサルバ法, 早期診断

20 人間ドックの上部消化管造影検査で指摘され、診断的治療により軽快したびまん性食道痙攣の一例

日立総合病院 消化器内科¹⁾, 筑波大学附属病院 日立社会連携教育研究センター²⁾
湯通堂悟¹⁾, 宮嶋 望¹⁾, 久保田大¹⁾, 永瀧美帆¹⁾, 越智正憲¹⁾, 清宮崇博¹⁾, 綿引隆久¹⁾, 大河原悠¹⁾, 大河原敦¹⁾, 柿木信重¹⁾, 鴨志田敏郎¹⁾, 平井信二¹⁾, 谷中昭典²⁾

【目的】びまん性食道痙攣(diffuse esophageal spasm; 以下DES)とナットクラッカー食道は、繰り返す非心臓性胸痛および嚥下時のつかえ感を主症状とする食道運動機能障害の1つであり、比較的まれな疾患群である。確定診断には食道内圧検査が必要とされ、臨床現場では診断に難渋する場合が多い。今回我々は、人間ドックの上部消化管造影検査によりDESが疑われ、診断的治療により軽快した症例を経験したため報告する。【症例】症例は60代、男性。201X年12月の検診で施行された上部消化管造影検査にて食道蠕動異常が指摘され、同月当院消化器内科を紹介受診された。上部消化管造影検査では、びまん性の収縮による数珠状所見がみられた。上部消化管内視鏡では、食道粘膜はやや浮腫状で血管透見は軽度低下していたものの、らせん状収縮や狭窄は認めなかった。好酸球性食道炎除外目的に生検を施行したが、好酸球浸潤の所見は見られなかった。以前から食道のつかえ感を自覚しており、上部消化管造影検査の所見からDESを疑い、カルシウムチャネルブロッカーを開始したところ症状は著明に改善した。【考察】びまん性食道痙攣の原因は不明とされ、またカルシウムチャネルブロッカーや硝酸薬がアカシア治療に準じて使用されるが、確立した治療法はない。今回カルシウムチャネルブロッカーによる診断的治療により軽快がえられた一例を経験した。胸痛や嚥下困難感を主訴に来院し、器質的異常が指摘されない場合には、本疾患を鑑別にあげることがある。

びまん性食道痙攣, ナットクラッカー食道

21 感染性肝嚢胞に対して嚢胞ドレナージ及び嚢胞癒着術を行った一例

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

症例は52歳男性。常染色体優性多発性嚢胞腎にて血液透析中であつた。発熱、炎症反応高値出現し画像検査にて直径17cm大の肝嚢胞認め、感染性肝嚢胞の診断となった。抗生剤投与にて保存的に加療されたが効果乏しく、経皮肝嚢胞ドレナージを行った。経過良好であつたが再発防止目的に塩酸ミノサイクリンの注入による嚢胞癒着術を合計3回行った。大きな合併症なく経過、8.5cm×2.6cm大まで嚢胞腔縮小を認めた。嚢胞癒着術は有症状の巨大肝嚢胞に対して施行され効果を認めたとの報告が散見されるが、感染性肝嚢胞に対して施行された例は稀である。文献的考察を交えて考察する。

常染色体優性多発性嚢胞腎, 感染性肝嚢胞

23 肝動脈化学塞栓療法後に閉塞性黄疸を来した肝細胞癌の一例

獨協医科大学越谷病院 消化器内科¹⁾, 同 病理診断科²⁾
正岡 亮¹⁾, 片山裕規¹⁾, 正岡梨音¹⁾, 行徳芳則¹⁾, 金子真由子¹⁾, 大浦亮祐¹⁾, 徳富治彦¹⁾, 藤本 洋¹⁾, 白橋亮作¹⁾, 豊田紘二²⁾, 草野祐実¹⁾, 小堀郁博¹⁾, 大川 修¹⁾, 須田季晋¹⁾, 北川智之¹⁾, 藤井晶子²⁾, 玉野正也¹⁾

症例は69歳男性。約3年前からB型慢性肝炎を当科でフォローされていた。2年前に複数の肝細胞癌(HCC)を指摘され、肝動脈化学塞栓療法(TACE)を施行された。その後、再発を繰り返し5度繰り返しTACEを施行された。20××年10月、フォローのCTで肝S2・S5に再発を認めたため、同年12月治療目的に入院した。血管造影検査では、CTA 1st phaseにてS2・S5の病変に淡い早期濃染を認め、2nd-3rd phaseではコロナ濃染・wash outを認め、HCC再発と判断しTACE施行した。7日後に腹痛を発症したため血液検査を施行したところ、肝胆系酵素の上昇が見られた。CTを施行したところ、左肝内胆管に高吸収域を認めた。TACE後の壊死組織の嵌頓が疑われたため内視鏡的逆行性胆管造影を施行したところ、下部胆管に陰影欠損を認めた。内視鏡的に十二指腸乳頭を小切開した後に、下部胆管の構造物をバスケットカテーテルで排出した。検体は明らかに結石と異なるため病理学的検査を施行したところ、腫瘍壊死物質であった。肝内胆管浸潤していたS2のHCCがTACEの影響で壊死し、肝内胆管に脱落して閉塞性黄疸を来したものと思われた。肝細胞癌はしばしば門脈や肝静脈に浸潤し腫瘍栓を形成するが、胆管内に浸潤・発育することはまれである。今回我々は、肝動脈化学塞栓療法後に閉塞性黄疸を来した肝細胞癌の一例を経験したので、若干の文献的検索をまじえて報告する。

肝細胞癌, 閉塞性黄疸

22 短期間に増大傾向を呈した肝血管筋脂肪腫の1切除例

日本医科大学付属病院 消化器外科
小森啓正, 清水哲也, 吉岡正人, 青木悠人, 金谷洋平, 近藤亮太, 場秀亮, 神田知洋, 松下 晃, 中村慶春, 谷合信彦, 真々田裕宏, 内田英二

【はじめに】肝血管筋脂肪腫(hepatic angiomyolipoma:肝AML)は比較的まれな肝良性腫瘍であり、多くは無症状で健康診断などの画像検査で偶然発見されるが、血管、筋、脂肪の構成成分の割合の違いから画像所見は多彩であり、術前診断が困難な場合も多い。今回我々は7ヶ月の経過観察中に増大傾向を認め、腹腔鏡下肝切除術を施行し肝AMLと診断された症例を経験したので報告する。【症例】47歳女性。検診の腹部超音波で肝腫瘍を指摘され、当院内科紹介となった。腹部超音波検査で肝S23領域に30mm大の辺縁低エコー帯を伴う内部エコーレベルが不均一な腫瘍を指摘された。腹部造影CTでは動脈相で軽度濃染し、門脈相でwash outを認め、造影MRIでは腫瘍の一部に脂肪成分を認めた。HBs抗原、HCV抗体はいずれも陰性、腫瘍マーカーは正常。以上より血管筋脂肪腫が疑われ経過観察していたが7ヶ月後に41mm大まで増大を認めた。短期間に増大傾向であり、悪性腫瘍を否定できなかつたため肝生検は施行せず、外科紹介され切除の方針となり腹腔鏡下肝外側区域切除術を施行した。手術時間158分、出血量10ml、術後合併症なく術後5日目に退院となった。病理では類上皮様の淡明な細胞質を有する細胞が浸潤性に増殖し、好酸性の紡錘形細胞や脂肪組織が増生している部分を認めた。免疫染色でHMB45が陽性であり、肝血管筋脂肪腫と診断された。【まとめ】肝AMLは一般的には良性と考えられており、診断が確定していれば経過観察でよいとされている。しかしながら悪性化の報告や増大による合併症の報告も散見される。今回短期間に増大し、腹腔鏡下肝切除で安全に切除しえた肝AMLを経験したので文献的考察を加えて報告する。

肝血管筋脂肪腫, 増大

24 多発する肝細胞癌に対してラジオ波焼灼術(RFA)を含む集学的治療により長期予後を得られた一例

NTT 東日本関東病院 消化器内科
小山裕司, 寺谷卓馬, 金崎峰雄, 大西俊彦, 松橋信行

【背景】現在のガイドラインでは、肝細胞癌におけるRFAの適応は大きさや個数によりその適応は制限されており、多発する肝細胞癌に対する有用性は未だ確立されていない。今回多発する肝細胞癌に対し、RFAを中心含めた集学的治療により長期予後を達成した一例を経験したので報告する。

【症例】82歳男性 2003年肝細胞癌の診断となり、前医にて肝動脈化学塞栓術(TACE)、経皮的エタノール注入療法(PEIT)等にて加療されていたが治療効果不良であったため2009年1月RFA目的に当科紹介となった。

【経過】当科紹介後、繰り返す肝細胞癌再発に対して2009年から2017年までの9年間にラジオ波治療計16回(全39病変)、TACE2回、動注化学療法2コース、また、転移性脳腫瘍に対し腫瘍摘出術、放射線全脳照射を1回施行した。当院にて加療中ADLは比較的保たれていたが平成29年5月敗血症により死亡となった。

【考察】多発する肝細胞癌に対するRFAを含めた熱凝固療法の有効性に関して、未だ十分な症例集積によって長期予後を検討した報告に乏しい。現在多発する肝細胞癌はガイドラインによると、【3個以下かつ腫瘍径3cm以下、1個かつ腫瘍径5cm以下】の治療適応を外れた時点で、外科的切除を含めた局所コントロール治療を行えないことが現状である。本邦におけるStage4の肝細胞癌における5年生存率は3.6%と極めて低い。本症例では、肝細胞癌発症後様々な治療により約14年の長期生存を得ることができた。このことは多発性の肝細胞癌であったとしても、mass reductionを目的にRFA等による加療を集学的に行うことにより、患者の予後を長期化する可能性が高いということを大いに示唆するものであり、同様に他臓器に転移する病変に関しても、局所コントロール目的にそれぞれの病変に対しての治療を積極的に行うことは長期予後をもたらすものと考えられる。今後さらなる症例を重ねることで多発する肝細胞癌の治療に関する新たなコンセンサスを見出すことができるのではないと思われる。

ラジオ波焼灼術, 肝細胞癌

公立昭和病院 消化器内科¹⁾, 同 内視鏡科²⁾, 同 健診科³⁾, 東京医科歯科大学 消化器内科⁴⁾, 公立昭和病院 病理診断科⁵⁾, 渡辺 諭¹⁾, 大友有紀子¹⁾, 勝田景統¹⁾, 西成田悠¹⁾, 細川貴範¹⁾, 山地 統¹⁾, 小野圭一¹⁾, 小島 茂¹⁾, 野内俊彦¹⁾, 北田修一²⁾, 大野一将²⁾, 鈴木祥子²⁾, 浦牛原幸治²⁾, 武田雄一²⁾, 川口 淳³⁾, 櫻井さち³⁾, 清水誠一郎⁵⁾, 朝比奈靖浩⁴⁾, 渡辺 守⁴⁾

自己免疫性肝炎(AIH)と診断したが、球後視神経炎の反復に対しステロイドパルス療法施行後に肝障害増悪を認め、メチルプレドニゾロンコハク酸エステル(mPSL)誘導性自己免疫性肝炎が疑われた症例を経験した。症例は50歳代、女性。1986年にSLE、シェーグレン症候群と診断されたのと同時期に肝障害があり、肝生検で自己免疫性肝炎(AIH)と診断された。1993年に球後視神経炎を発生し、ステロイドパルス療法施行後、プレドニゾロン(PSL)10mg/日の内服を6年間継続し中止した。2005年に球後視神経炎再発しステロイドパルス療法施行後にPSL 80 mg/日から漸減中止後したところ肝障害が出現した。T-Bil 2.7 mg/dl, ALT 417 U/L, IgG 1.374 mg/L, 抗核抗体 320倍でAIH再燃と考え、PSL 30mg/日内服にて肝機能正常化した。その後、PSL 10 mg/日維持投与にてALT<30 U/Lで経過していた。2016年12月に球後視神経炎再発しステロイドパルス療法施行後、PSL 40mg/日の内服開始となったがALT 65 U/Lと肝障害出現し、PSL 30mg/日に漸減したところALT 836 U/Lと増悪し入院となった。入院時T-Bil 1.8 mg/dl, ALT 476 U/L, IgG 1.291 mg/L, 抗核抗体 640倍、肝生検で軽度の線維化とグリソン鞘および小葉間の壊死炎症反応を認め、AIH再燃に合致する所見であった。PSL 60 mg/日開始後、肝障害は軽快しAIHスコアはPSL治療反応性を加え20点となりdefiniteとなった。当症例はステロイドパルス療法の度に増悪する点が特徴的で、文献検索を行うと欧米からは甲状腺眼症に対するステロイドパルス療法症例の0.8%に重篤な肝障害が出現したという報告があり、また本邦からも甲状腺眼症に対するステロイドパルス療法症例の10%にALT 100 U/L以上の肝障害が出現したとの報告がある。当症例のDDW-J 2004薬物性肝障害ワークショップのスコアリングは9点と高値となり、mPSL投与による薬物誘導性自己免疫性肝炎と考えられた。また元来肝疾患を有さない症例に対しmPSLステロイドパルス療法後、新たにAIH等の肝障害を生じるという報告もある。mPSLは薬物性肝障害起因薬として念頭に置くべき薬物である。

メチルプレドニゾロンコハク酸エステル、薬物性肝障害

群馬大学 医学部 消化器・肝臓内科
福地 達, 堀口昇男, 小林 剛, 戸島洋貴, 山崎勇一, 下山康之, 栗林志行, 水出雅文, 山田俊哉, 星 恒輝, 富澤 琢, 田中寛人, 中山哲雄, 佐藤 賢, 河村 修, 柿崎 暁, 草野元康

症例) 30歳代女性 フィリピン出身(主訴) 下腹部痛(現病歴) X年9月、下腹部痛より前医受診した。単純CTで明らかな異常なく帰宅となった。X年12月から同様の腹痛あり、前医を再診した。腹部造影CTで門脈本幹から肝内門脈二次分岐にかけて血栓が連続性にみられ、脾静脈・上腸間膜静脈にも血栓がみられた。同日当院へ転院搬送され、ICU入室となった。患者はX年6月ごろからフィリピンより取り寄せた経口避妊薬を内服しており、X年9月ごろから倦怠感を自覚していた。凝固系の異常はなく、血栓の原因として同薬剤の関与が疑われた。入院時AST 15, ALT 10, PT活性 90%と明らかな肝障害はなく、CTで側副血行路の発達も見られたことから、慢性的な血栓症であったと考えられた。入院日より、血栓に対してヘパリン 持続静注で治療を開始した。Day3にCTを撮影し、血栓の縮小を確認した。Day7にヘパリンを終了し、ダナパロイドに変更した。Day14のCTで血栓の改善見られたワーファリン内服に変更した。ワーファリンの容量を調節し、Day25に退院とした。【結語】抗リン脂質抗体症候群やプロテインC・S欠損症は検査により否定的であった。経口避妊薬の関与が疑われた門脈血栓症の一例を経験した。治療としてヘパリン、ダナパロイド、ワーファリンが有効である可能性が示唆された。

門脈血栓症, 経口避妊薬

東京労災病院
篠原裕和, 西中川秀太, 山本友里恵, 掛川達矢, 武田悠希, 高亀道生, 原 精一, 児島辰也

症例は80歳代女性。5年前から肝硬変および肝細胞癌のラジオ波焼灼療法後のため当院へ入院していた。約1ヶ月前から腹満が続くため当院を受診し、CT検査で腹水の出現を認めたため緊急入院した。造影腹部超音波検査ではわずかに門脈内辺縁に血流があり、門脈両枝内部に造影効果のない充実性高エコーを認めた。造影CTでも同様に門脈内に低吸収域があり、造影効果を認めなかった。血液検査では腫瘍マーカーに有意な上昇なく、全身精査では悪性腫瘍はなかった。FDP56.9 μ g/ml, Dダイマー25.4 μ g/mlと線溶系の亢進を認めたため、門脈血栓と診断した。プロテインC活性62%, プロテインS活性70%と基準値内で、抗カルジオリン抗体IgG 16.0U/mlは軽度上昇していた。抗凝固薬(ワーファリン、ヘパリン)の投与を開始したところ、門脈血栓は徐々に縮小し、腹部膨満感、腹水は改善したため1ヶ月後に退院した。外来にて抗凝固療法を継続したところ、門脈血栓はさらに縮小し、10ヶ月後の腹部超音波検査では血栓はほぼ消失した。門脈左枝の血流は良好で、門脈右枝は肝門部の側副血行路にて肝内へ流入していた。門脈血栓症の発症様式としてAbduらの分類が普及している。1: 腹痛、下血、腹膜刺激症状を認め、重症例では腸管壊死を伴う急性型2: 発熱、軽度の腹痛などを認め、数週間から数ヶ月の経過をとる亜急性型 3: 臨床症状を呈さず側副血行路の発達を認める慢性型に分類される。本症例は亜急性型であり、治療法として血栓溶解療法・抗凝固療法がある。本症例は、発症後1ヶ月程度経過しており、血栓溶解療法は行わなかった。また近年はダナパロリンナトリウムが有効との報告もあるが、保険適用外のため選択せず、食道静脈瘤からの出血のリスクはあるものの、ワーファリン・ヘパリンによる抗凝固療法を選択した。門脈血栓症に対する治療法は確立されておらず難渋する症例が多いとされる。本症例は約10ヶ月間と長期に及ぶ抗凝固療法で門脈血栓症に対して治療効果を認めた。

門脈血栓症, 抗凝固療法

東邦大学医療センター大森病院
藤澤理沙人, 松清 靖, 天沼 誠, 水谷沙織, 辛島 遼, 渡辺 剛, 毛利利秀, 藤井紘大, 田角怜子, 小林 輝, 木村祐介, 荻野 悠, 松井太吾, 向津隆規, 和久井紀貴, 岡野直樹, 菊池由宣, 池原 孝, 永井英成, 渡辺 学, 五十嵐良典

はじめに: 左側門脈圧亢進症は脾炎や脾腫瘍などの合併症として生じることが多い。その中で食道胃静脈瘤の破裂は致死的な状況になることも少なくはない。しかし、左側門脈圧亢進症に伴う消化管出血に対する治療方法は、原疾患の予後が不良であり治療を行わない症例も多く、いまだコンセンサスを得られた治療方法はない。今回、脾尾部原発カルチノイドに合併した胃静脈瘤に対して部分的脾動脈塞栓術(以下PSE)を施行することで静脈瘤の制御が有効であった1例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。症例: 70代 男性 主訴: 胃静脈瘤の治療現病歴: 平成11年に背部痛を主訴に他院を受診した。精密検査の結果、脾尾部原発カルチノイドおよび肝転移と診断された。肝転移に対してはTACEなどの治療を行ったが治療効果が乏しく、その後はBest Supportive Care (BSC) となっていた。平成25年には骨転移、脾臓転移、原発巣や転移巣の増大しており、非常に状態は厳しいと説明されていた。平成28年に心窩部痛があるということで上部消化管内視鏡検査を行ったところ、左側門脈圧亢進症による胃静脈瘤(F3 Lg-f, Lg-b)を認めた。治療として脾尾部切除や脾臓摘出であるが、治療は困難であると判断された。BSCではあったが、本人、家族は治療を希望され、当院消化器内科に紹介された。既往歴: 平成6年 心筋梗塞家族歴: 特記すべきものなし嗜好品: 喫煙 15本/日 30年 飲酒 Beer 350ml/週内服薬: アテニロー、シロスタゾール、ファモチジンアレルギー: なし血液検査: 血小板低下以外は特記すべき所見なし上部消化管内視鏡検査: 胃静脈瘤: F3 Lg-f Lg-b RC0 身体所見: 明らかな異常所見を認めない入院後経過: 平成28年7月にPSEを施行。PSEは中極、下極を塞栓し、合計8割強の塞栓効果を得た。その後、偶発症なく経過。同年10月、平成29年1月に上部消化管内視鏡検査を行い、F1のLg-cfを認めるまで改善し、再発なく経過している。

左側門脈圧亢進症, 部分的脾動脈塞栓

横浜南共済病院 消化器内科

船岡昭宏, 石田彩花, 三井智広, 鈴木良優, 嵩原小百合, 飯塚千乃, 中山沙映, 小串勝昭, 天野仁至, 中野間絃, 有馬 功, 金子 卓, 岡 裕之, 岡崎 博

【症例1】66歳、男性【主訴】心窩部痛【現病歴】X年8月16日午前5時半ごろ、突然背部に放散する心窩部痛が出現した。当院救急外来を受診し、血液検査で炎症反応の上昇、肝胆道系酵素の上昇を認め、腹部CTで総胆管の拡張と胆管内に高吸収域を認めたため総胆管結石性胆管炎と診断し、入院した。【臨床経過】ERCP施行しENBD留置した際に乳頭からの出血を確認した。施行後もENBD内には凝血塊を認めた。出血の原因検索のため造影CTを施行したところ、胆嚢内に突出する動脈瘤を認め、IVR適応として転院とした。【症例2】80歳、男性【主訴】心窩部痛【現病歴】X年11月18日から心窩部痛が出現。11月21日、近医を受診し肝胆道系酵素の上昇を認め、当院へ紹介となった。入院時の腹部CT検査で肝門部の胆管閉塞、高吸収域を認め、血液検査では肝胆道系酵素、炎症反応が高値であり胆管炎と診断し入院となった。【臨床経過】入院時より絶食、補液、抗生剤の点滴で加療した。11月22日に施行したMRCPで胆管の狭窄を認め、胆管癌の疑いとした。同日、胆管炎に対しERCPを施行し、胆管ステントを留置した。11月27日、吐血を認め、緊急上部消化管内視鏡検査を施行したところ、十二指腸乳頭部に凝血塊の付着を認めた。凝血塊を除去した際、活動性出血は認めず、胆汁の流出を確認した。原因検索のため造影CTを施行したところ胆嚢の近傍に動脈瘤を認め、動脈瘤から胆道内へ出血していると考えた。右肝動脈瘤塞栓術を施行し血流の消失を確認した。胆管の狭窄部に対しERCP施行したが悪性所見を認めず、抗生剤加療で改善を認めたため経過良好で12月17日に退院とした。【考察】肝動脈瘤の胆管内への出血により形成された血腫が原因となって胆管炎を発症した2例を経験した。肝動脈瘤は比較的稀な疾患であり、文献の考察を加え報告する。

肝動脈瘤, 胆管炎

キッコーマン総合病院 内科

大浦弘高, 三上 繁, 大西和彦, 清水史郎, 秋本政秀

【症例】71歳男性。【主訴】発熱。【飲酒歴】1日4合以上。【現病歴】39℃以上の高熱が約5日間持続し、食思不振も出現したため2016年9月当院受診。肝機能障害および肺炎像を認めたため入院となった。【入院後経過】腹部CTおよびMRIにて脾頭部から肝門部付近にかけて長径約12cmの巨大な嚢胞が認められ、総胆管は腹側に強く圧排されており肝内胆管の拡張がみられた。抗生剤にて炎症反応は改善傾向を認めたものの、肝機能は増悪し、入院1週後にはAST 99 U/L、ALT 168 U/L、ALP 1784 U/L、 γ -GTP 677 U/L、T-Bil 10.71、D-Bil 8.10まで上昇したためERCPを試みたが、嚢胞による圧排で乳頭および胆管の偏位がありカニューレシオンが困難でPTBDを留置した。ドレナージ留置時の造影では左右肝管が合流した総肝管は約2cmしか造影されず完全に閉塞していた。後日のチューブ造影では圧入により総胆管がわずかに造影され、その造影所見より巨大嚢胞による圧排が閉塞性黄疸の原因と診断した。経皮経肝的に嚢胞ドレナージを施行。嚢胞内液を800mL排液した。内容液中のアミラーゼ値は15048 U/Lであり、脾仮性嚢胞と診断した。ドレナージ留置後、胆管の狭窄は改善したものの排液量が多かったため嚢胞内に塩酸ミノサイクリン注入療法を施行。排液量の減少を認めドレナージを抜去し、同年10月退院となった。退院後7カ月経過したが、以後は肝機能正常であり、嚢胞は縮小したまま再増大は認められず経過良好である。脾仮性嚢胞により閉塞性黄疸を来した症例の報告は極めてまれであり若干の文献的考察を加えて報告する。

脾仮性嚢胞, 閉塞性黄疸

千葉大学医学部附属病院 消化器内科

黒杉 茜, 熊谷純一郎, 露口利夫, 高橋高治, 中村昌人, 小笠原定久, 杉山晴俊, 酒井裕司, 加藤直也

【症例】75歳男性【主訴】腹痛【既往歴】高血圧【現病歴】慢性肝障害、肝細胞癌リンパ節転移に対して8ヶ月前よりソラフェニブの内服で経過観察中であった。心窩部痛が出現し受診された。Vital signは安定しており、血液検査で肝胆道系酵素の上昇を認めた。腹部CTで肝細胞癌は軽度増大しており、肝内胆管の拡張と下部胆管内に高吸収域を認め、閉塞性黄疸で緊急入院となった（Child-Pugh 7点）。【経過】入院翌日のERCPで、十二指腸乳頭より持続的な出血と胆管造影で胆管内に透亮像を認めた。前区域の肝細胞癌胆管浸潤からの胆道出血と診断。ESTは施行せず左肝内胆管に6FrENBD留置。減黄を待ってTAEを予定したが、黄疸が進行（T-Bil 9.6 mg/dl）。腹部CTを再検討したところ、左右肝内胆管の拡張は改善しておらず凝血塊の残存、持続する出血による胆道閉塞増悪を認めた。減黄目的に、第6病日ESTに加え、左胆管・後区域に7FrのEBSをそれぞれ留置、前区域の非腫瘍部に7FrENBDを留置。計3区域に胆道ドレナージを施行した。第9病日にはENBDからの出血が消失、黄疸が改善したため第13病日にTACE施行した。貧血、黄疸の進行なく、第23病日にはENBD、EBSを抜去した。一時的な発熱を生じるも抗生剤投与で軽快し、全身状態安定し退院となった。【考察】胆道出血には止血術だけでなく黄疸のコントロールが重要である。減黄に失敗すると出血、胆管炎、肝不全等から死に至る病態である。本症例では肝細胞癌胆管浸潤からの出血が疑われ、止血には選択的なTACEが望ましいが減黄不十分な状態では術後肝不全のリスクが高い。本例は術前肝機能評価ではChild-Pugh 7点であったが健常側の左葉へのENBDのみでは減黄できなかった。3区域胆道ドレナージを施行することで減黄に成功、安全にTACEを施行し得た。【結語】肝機能が比較的保たれているようでも肝硬変例ではドレナージ領域のボリューム不足により減黄不良となる。安全にTACEを行うには如何に過不足ないドレナージを行うことが肝要である。

胆道出血, 胆道ドレナージ

東京慈恵会医科大学第三病院

田中孝幸, 赤須貴文, 柴田恵子, 廣瀬雄紀, 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

症例：65歳男性主訴：上腹部痛、左側腹部痛現病歴：もともと大酒家（積算飲酒量2t）であった。来院約8週間前から上腹部から左側腹部にかけての痛みを自覚し、徐々に増強するため近医を受診した。血液検査にて白血球 10600 / μ L、CRP 14.8 mg/dl、AMY 367 IU/lと上昇し、腹部単純CTにて脾の石灰化、胃背側に長径22cmの巨大な嚢胞性病変を認めた。慢性脾炎急性増悪、脾仮性嚢胞の疑いで当院当科に紹介となり、精査加療目的で入院となった。経過：入院後、保存加療では痛みは改善なく、白血球 14400 / μ L、CRP 29.8 mg/dlと炎症反応は上昇し続け、嚢胞感染を疑い、第6病日に経皮的ドレナージ術を施行した。嚢胞が巨大であったため、頭側と尾側に2本のカテーテルを留置し、第10病日には嚢胞はほぼ消失した。しかし経皮的ドレナージチューブをクランプするとAMY 1000 IU/1まで上昇し、腹痛を認め、嚢胞がやや増大するため、第36病日に内視鏡的逆行性胆管造影（ERP）を施行した。主脾管は脾体部で糸状狭窄しており、尾側の脾管の拡張、嚢胞内への造影剤の漏出を認めたため、主脾管に5Fr、13cmのプラスチックステントを留置し、脾管ドレナージを行った。嚢胞は増大しないため、経皮的ドレナージチューブは抜去して第48病日に退院とした。外来経過中、プラスチックステントがわずかに脱落すると、嚢胞が径10cmまで増大するため、待機的に経胃的脾嚢胞ドレナージを施行した。その後、経胃的に挿入したステントは自然脱落したが、嚢胞の増大は認めなかった。ERPでは主脾管の狭窄は残存しているため、脾管ステントを交換し、経過フォローしている。まとめ：近年、内視鏡的ドレナージが多く行われるようになり経皮的ドレナージの施行頻度は低下している。しかし、経皮的ドレナージは特別な器具や技術を必要とせず、通常の消化器専門施設で施行可能な手技であり、緊急避難的に実施せざるをえない症例が存在する以上、いまだ不可欠な手技と考えられる。今回集学的に治療して劇的な効果を認めた一例を経験したため報告する。

脾仮性嚢胞, ドレナージ

自治医科大学附属病院 消化器肝臓内科¹⁾,
同 アレルギー・リウマチ科²⁾
池田恵理子¹⁾, 牛尾 純¹⁾, 横山健介¹⁾, 多田大和¹⁾, 玉田喜一¹⁾,
山本博徳¹⁾, 島 菜月²⁾

症例は特記すべき既往や嗜好のない62歳、女性。2016年X月にMCTDと診断され、ステロイドを開始された。X+1月に肺炎を発症したため、造影CTを撮像したところ、膵体尾部の腹側面に被包化された液体貯留を認め、当科紹介となった。頭体移行部の実質は造影不良であり、液体貯留に連続していたため、膵管の破綻に伴う膵液漏と診断し、膵管ステントを留置した。膵液漏は診断された10日前の単純CTでも認めたが、2か月前の単純CTでは確認できなかったため、その間に何らかの急性炎症をきたしたものと推測された。X+7か月後には液体貯留は消失し、膵管ステントは抜去した。急性膵炎の原因としてSLEなどの膠原病が散見され、稀ではあるがMCTDの報告も認める。MCTDが膵炎をきたす原因は、SLEと同様に血管炎とされており、病勢がコントロールされていれば、膵炎はきたし難いものと考えられる。自験例は、経過中に腹部症状の訴えがなく、臨床経過からも膵炎の発症時期を特定することはできないが、膵液漏発見時の被包化の状態から推測すると、ステロイド開始前後に膵炎を発症し、ステロイドにより重症化せず偶発的に発見されたものと考えられる。他に膵炎の原因も明らかではなく、MCTDに合併したと考えられる特発性膵炎を経験したので、文献的考察を加え報告する。

特発性膵炎, MCTD

横浜市立大学医学部 消化器・腫瘍外科学
豊田純哉, 藪下泰宏, 大矢浩貴, 中崎佑介, 松木祐輝, 荒木謙太郎,
土屋伸広, 村上 崇, 澤田 雄, 熊本宣文, 松山隆生,
遠藤 格

当教室では、Borderline resectable (以下、BR) 膵癌に対してR0切除率の向上や予後の改善を目指して術前化学放射線療法施行した後に根治切除を行っている。今回、我々は広範囲動脈浸潤を伴ったBR-A膵癌に対し、術前化学療法 (neoadjuvant chemotherapy: 以下、NAC) としてGemcitabine+S-1併用療法 (以下、GS療法) 後、R0切除し得た症例を経験したので報告する。症例は69歳、男性。閉塞性黄疸を認め、近医を受診。CTで膵頭体部に径24mmの膵腫瘍を認め、腹腔動脈への浸潤はないものの総肝動脈から固有肝動脈、脾動脈にかけて広範囲の動脈浸潤、門脈浸潤を認めた。EUS-FNA施行し、Adenocarcinomaが疑われBR-A、PV膵癌と診断した。NACとしてGS療法 (gemcitabine: 1000mg/m², day8, 15, S-1: 60mg/m²/day, day1~14, 1コース21日) を施行した。左腎癌治療による放射線照射歴があり、放射線加療は施行せず、GS療法2コース施行後、腫瘍径の縮小 (24mm→20mm)、SUVmaxの低下 (10.7→7.3)、CA19-9の低下 (936U/ml→55U/ml) を認め、治療効果判定SDと判断し、手術方針とした。手術は膵全摘、門脈、肝動脈合併切除再建術 (総肝動脈-左肝動脈、空腸第1動脈-グラフト-右肝動脈) を施行した (手術時間1173分、出血量5549ml)。病理組織診断ではT3:CH (-), DU (+), S (-), RP (+), PV (-), A (-), PL (-), OO (-), BCM (-), DPM (-), NO, M0, ypStageIIAであり、R0切除であった。術後はインスリン自己注射による血糖コントロールを施行し、術後合併症を認めず22病日に軽快退院した。術後補助療法としてS-1療法を施行し、治療開始3年現在、無再発生存中である。

BR膵癌, R0切除

日本医科大学 消化器肝臓内科
河野惟道, 吉田祐士, 田邊智英, 大久保知美, 新井泰央, 葉山惟信,
岩下 愛, 糸川典夫, 三木洋子, 張本渥智, 福田 健, 金子恵子,
厚川正則, 河越哲郎, 川本智章, 岩切勝彦

【緒言】膵神経内分泌腫瘍 (Pancreatic neuroendocrine tumor: PNET) は他のNETと比べて悪性度、転移の頻度が高いとされ、全例で治療対象となり外科的切除が第一選択である。遠隔転移のある場合でも原発と転移巣のR0切除または減量切除が推奨されているが瀰漫型多発肝転移は切除不能であり、その予後は不良である。今回我々は切除不能のPNETの症例に対してStreptozocinにより長期予後が得られた症例を経験したため報告する。【症例】46歳男性。既往歴に特記事項なし。2014年7月運動時に冷汗と手指振戦、食事摂取による改善を自覚していた。8月意識障害のため前医に搬送、糖液静注により速やかに意識回復した。空腹時血糖低値とInsulin高値、腹部造影CTにより膵尾部に約40mmの腫瘍および肝臓全体に多発腫瘍、リンパ節転移を認めた。同月当院に転院しEUS-FNA、膵尾部腫瘍生検によりNET、G2 (WHO2010分類)、PNET Stage IV (ENETS) と診断した。SSTRの発現は認めなかった。瀰漫型多発肝転移のため手術適応ないと判断し、まず9月よりEverolimus 10mg、Diazoxide 300mg/日を開始し11月退院した。その後高熱と炎症反応上昇、低血糖発作を繰り返したため中止、糖液持続点滴を要し12月に再入院した。2015年1月Sunitinib 37.5mg/日を新たに導入したが嘔吐 (Grade3) のため食事摂取困難となり、12.5mg/日に減量するも倦怠感、口腔粘膜炎 (Grade3)、肝転移巣の増悪 (PD) を認め、中止した。3rd lineとして3月Streptozocinを開始したところ糖液持続点滴離脱、4月原発と転移巣の縮小を認めた。明らかな有害事象なく外来加療に移行し、計2年2ヶ月 (60クール) のStreptozocinの継続加療および、原発巣、肝転移巣に対してSDを得ながら発症後2年10ヶ月、現在も生存加療中である。【考察】PNET (stage IV) と切除不能例の5年生存率は、それぞれ57%と50%、StreptozocinのPFSは10.7ヵ月、OSは38.7ヵ月と不良であるがStreptozocinによりSDを保つ経過を得た。予後不良のPNETに対する治療のエビデンスは十分でないが、長期生存例を考慮した集学的治療と最近の知見をもとに考察した。

PNET, streptozocin

横浜労災病院 消化器内科¹⁾, 同 内視鏡部²⁾
尾崎杏奈¹⁾, 関野雄典¹⁾, 森久保尚美¹⁾, 白鳥 航¹⁾, 辻川真太郎¹⁾,
小林 貴¹⁾, 鈴木雅人¹⁾, 高柳卓矢¹⁾, 野上麻子¹⁾, 梅村隆輔²⁾,
内山詩織¹⁾, 金沢憲由¹⁾, 川名憲一²⁾, 永瀬 肇¹⁾

【症例】65歳、男性【現病歴】背部痛 (尿管結石によるものと診断) の原因検索目的に撮影したCTで膵鉤部に淡い造影効果を伴う長径80mm大の辺縁不整で内部不均一な腫瘍を認め、精査目的に当科紹介受診された。【経過】MRIではT1、T2強調像でともに低信号で軽度分葉状を呈し、拡散低下を認めた。EUSでは、境界明瞭、辺縁は被膜様の低エコー域を伴い、内部はモザイク状で一部乳頭状の高エコーを呈する腫瘍として描出された。膵腫瘍として非典型的な画像所見であったため、病理診断目的にEUS-FNAを施行した。類円形核の偏在核を有する異形細胞が膵腺房組織を巻き込みながら浸潤性に増殖しており、免疫染色の結果はAE1/AE3 (-), EMA (-), LCA (-), CD3 (weak), CD20 (-), VS38c (+), IgG (-), IgA (+), IgM (-), κ (+), λ (-) となり上皮性腫瘍は否定され、light chain restrictionが認められたことから形質細胞性の腫瘍と診断した。PET-CTで病変を含めた膵外病変を認めた。骨髄穿刺でもmyelomaが否定されたため、膵原発髄外性形質細胞腫と診断した。病変が門脈および上腸間膜動脈と約半周性に接していることから直接の外科手術困難との判断し、現在血液内科にてボルテゾミブによる化学療法を開始、継続治療中である。【考察】髄外性形質細胞腫は形質細胞性腫瘍の3-4%であり、80-90%は咽頭、扁桃腺、副鼻腔などの頭頸部に発生し、消化管病変は10%未満とされている。膵に発症する場合は多発性骨髄腫の髄外性病変として認めることが多い。文献検索しうる膵原発形質細胞腫の報告はこれまで1例のみであり、本症例は非常に貴重な症例と考えられるため、文献的考察を加え報告する。

膵臓, 形質細胞腫

37 診断に難渋した後腹膜腫瘍の一例

千葉労災病院 内科¹⁾, 同 外科²⁾, 同 病理³⁾
林 卓哉¹⁾, 笹部真亜沙¹⁾, 徳長 鎮¹⁾, 吉田直樹¹⁾, 石神秀昭¹⁾,
久我明司¹⁾, 榎谷佳生¹⁾, 菰田文武¹⁾, 田中武継²⁾, 鈴木 大³⁾,
尾崎大介³⁾

症例は57歳、女性。2016年10月に腎盂腎炎で加療。その際に施行した、腹部造影CT検査で脾体部腹側に動脈相、門脈相、平衡相ともに周囲実質より濃染する15mm大の腫瘍性病変を認めた。MRI検査では、T1強調画像で低信号、T2強調画像で高信号、拡散強調画像では拡散低下を呈した。EUSでは、境界明瞭、内部エコー均一な低エコー腫瘍として描出された。腹部血管造影検査では、脾動脈の動脈相で濃染像を認めた。血液検査では、血糖値、血中ガストリン濃度、血中グルカゴン濃度は正常だったが、画像所見より脾内分泌腫瘍（非機能性）の可能性は完全に否定できなかった。患者様に十分な説明を行い、当院外科で脾部分切除術を行った。切除検体の病理検査では、脾体部近傍の脂肪織に12mmの境界明瞭な腫瘍を認めた。脾臓との連続性はなかった。鏡検では、腫瘍内に中小の血管構造を密に認めた。免疫染色では、chomogranin A陰性、cynaptophysin陰性だった。以上の所見より、後腹膜脂肪織内の血管腫と診断した。後腹膜腫瘍は比較的新な疾患であり、全腫瘍の0.2%に過ぎず多くは悪性腫瘍である。中でも血管腫の占める割合は後腹膜腫瘍の中で1-3%に非常に少ない。また、本症例のように脾周囲発生の場合には脾腫瘍との鑑別も困難である。今回術前診断に苦慮した症例を経験したので若干の文献的考察を含め報告する。

後腹膜腫瘍, 血管腫

38 胸腔内に直接浸潤を認めたエキノコックス症の一例

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

症例は25歳、男性。3年前に原因不明の腹腔内膿瘍の診断で入院歴がある。その後は症状なく経過していたが、左上腹部痛を主訴に当院当科受診された。血液検査では特記事項は認めなかった。腹部超音波では肝周囲を中心に石灰化や多房性を伴う低エコー腫瘍を認め、腹部造影CTにて肝表・肝右葉・外側区に石灰化を伴う多房性嚢胞性病変、一部胸腔内に浸潤を認め、肝皮膜を中心に上腹部の腸間膜には無数の小さな石灰化がみられた。病変は前回入院時と比較して増大傾向であった。造影超音波では病変に造影効果は認めず、悪性腫瘍は否定的であった。22歳まで北海道在住であったことからエキノコックス症を疑い、専門機関（旭川医科大学寄生虫講座）へ血清を提出したところ、特異抗体が検出されエキノコックス症の最終診断となった。治療としては外科的切除が第一選択であるが、当院には感染症科がなく、対応困難であったため、診断から2ヶ月後に専門施設にて肝S3亜区域切除、腹膜播腫切除（+腹壁合併切除）、右横隔膜切除（+肺合併切除）を施行され、手術検体所見は多包虫症として矛盾ない結果であった。今後は長期抗虫薬投与を行う方針で切除を行った医療機関に通院中である。本症例は初診時に肝右葉に石灰化を伴う嚢胞性病変を認めており、3年の経過で横隔膜、肺への直接浸潤を来す程度増大を示した。既報では、病巣の増大により横隔膜浸潤、穿破による肝肺瘻は約4%に認められるとの報告がある。また、診断から無治療で5年の経過で肝肺瘻を認めたとの症例報告もある。本症例は肝肺瘻までは至っていなかったが、肺への直接浸潤を認めていた。また、別の報告では症状出現時から未治療の場合の死亡率は10年で90%、15年で100%と報告されている。本例は外科的切除が可能であり、抗虫薬加療継続で良好な経過を辿っているが、本症は予後不良な疾患であるため、初回入院時に石灰化を伴う嚢胞性病変を認めた段階でエキノコックス症を疑うべき症例であった。

エキノコックス, 肝嚢胞

39 全身敗血疹と敗血症性肺塞栓症を併発した黄色ブドウ球菌性敗血症後、肝移植により救命し得た昏睡型急性肝不全の一例

東京女子医科大学 消化器内科¹⁾,
昭和大学藤が丘病院 消化器内科²⁾,
東京女子医科大学 消化器外科³⁾
久礼里江¹⁾, 小木曾智美¹⁾, 小林睦季¹⁾, 山本国子¹⁾, 五十嵐悠一¹⁾,
児玉和久¹⁾, 鳥居信之¹⁾, 谷谷麻紀子¹⁾, 橋本悦子¹⁾, 上原なつみ²⁾,
井上和明²⁾, 江川裕人³⁾, 山本雅一³⁾, 橋重克年¹⁾

【症例】42歳、男性【主訴】倦怠感、食欲不振【現病歴】生来健康で肝機能異常を指摘されたことはなかった。倦怠感、食欲不振があり、近医で肝胆系酵素の上昇を指摘され、近医に入院となった。原因として、抗核抗体40倍、IgG 3219 mg/dL、肝生検でinterface hepatitisを認めたことから、自己免疫性肝炎が疑われた。第16病日よりprednisolone(PSL) 60 mg/日が開始され、肝酵素は一時的に軽快傾向となったがPTは30%台で推移した。その後、肝酵素が再上昇しPSLパルス療法を開始し、第33病日にPSL減量したが、同日より肝性昏睡2度以上の肝性脳症が出現した。昏睡型重急性型急性肝不全の診断で第34病日に前医転院搬送となった。転院時、肝性昏睡3度の肝性脳症を認め、血漿交換、血液濾過透析が連日施行された。しかし、全身に皮疹を認め、第34病日の血液培養より黄色ブドウ球菌が検出された。胸部CT所見では肺に多発する結節影を認め、敗血症、敗血疹、敗血症性肺塞栓症の診断で抗生剤の治療を開始した。腹部CT所見では著明な肝萎縮を認めており肝移植が必要と考えられ、第69病日に当院搬送となった。転院時、MELD-Na score 34点であり、転院直後に肝移植を考慮したが、炎症所見が持続していたため抗生剤治療・血液濾過透析を継続した。その後、皮疹の痂皮化と肺結節影の縮小を認め、第91病日に妻をドナーとして生体肝移植を行った。術後も感染症の再燃なく、移植後61日で退院となった。【考察】急性肝不全の中でも、亜急性型は内科的治療の救命率が低いため、肝移植の施行を念頭に置いて内科的治療に当たる必要がある。急性肝不全でのステロイド治療は易感染性を惹起するため使用の是非、期間、感染症の予防対策、感染を起こした場合の肝移植の時期が問題となる。本例では、ステロイド治療を約3週間にわたり施行したが効果に乏しく、その後、敗血症、敗血疹、敗血症性肺塞栓症を来した。しかし、8週間の抗生剤投与を行い、血液培養陰性後48日の時点で生体肝移植を施行し得た症例を経験したので報告する。

肝移植, 黄色ブドウ球菌性敗血症

40 治療に難渋した短絡路型肝性脳症の一例

北里大学 医学部 消化器内科学
魚嶋晴紀, 日高 央, 井上智仁, 山根敬子, 窪田幸介, 田中賢明,
中澤貴秀, 渋谷明隆, 小泉和二郎

【緒言】短絡路型肝性脳症は、側副血行路を遮断することで肝性脳症の改善が認められる。しかし、側副血行路は個人差が多いため、手技的アプローチに難渋する場合がある。この度われわれは、B型肝硬変を背景に巨大な側副血行路に伴う短絡路型肝性脳症患者に対して、短絡路閉塞術を施行した1例を経験したため報告する。【症例】60歳代、女性【主訴】意識障害【現病歴】B型肝炎にて当院消化器内科で外来加療を行っていた。5年前より肝硬変の進行を背景に、肝性脳症に伴う意識障害のため、当院に頻回の入院歴を認めていた。来意2日前より見当識障害が出現し、家族の呼びかけに対して反応を認めないため、当院に搬送された。入院時身体所見：意識JCS-20。眼球結膜黄染。腹部平坦軟。両側下腹浮腫著名。神経所見：羽ばたき震戦あり。血液検査所見：T-bil 2.7 mg/dL, NH₃ 297 μg/dL。腹部造影CT検査：左胃静脈を供血路とし、左下横膈静脈から左腎静脈へ排水する短絡路、傍膈静脈を供血路とし、右浅・下壁静脈から右大腿静脈へ排水する短絡路を認めた。門脈-腎静脈系の側副血行路に対してバルーン下逆行性経静脈的塞栓術を施行したところ、門脈-傍膈静脈系短絡路は閉塞したままであったが、血中アンモニア値は改善し、肝性脳症の改善が認められた。【考察】短絡路型肝性脳症に対して、側副血行路閉鎖術は有用であると考えられるが、治療後の長期経過についての報告は少ないため、当院で側副血行路閉鎖術を行った肝性脳症に対する治療成績を解析した。対象は2000年4月～2017年3月の期間に短絡路閉鎖術が行われた短絡路型肝性脳症20症例。術後5年間の脳症の再発率と合併症について検討した。平均年齢70.4±5.6歳、男女9:11、背景HBV/HCV/アルコール/その他：2:4:2:1。Child-Pughスコア9.4±1.3点。平均観察期間：923.5日(2-1825日)。脳症再発回数：0.4回/年。合併症：食道静脈瘤33.3%、肝性腹水20%、門脈血栓10%。【結語】短絡路型肝性脳症に対する短絡路閉塞術は、脳症の再発予防に有用と考えられたが、合併症発生例も少なくないため、適症例を選択する必要があると考えられた。

肝性脳症, 短絡路閉鎖術

経皮経肝の胆道ドレナージ (PTCD) 後に生じた 肝動脈門脈シャント (APシャント) による門脈圧亢進症に対しIVRが著効した一例

筑波記念病院 消化器内科

大塚公一朗, 添田敦子, 大西真悠子, 山野晃生, 萩原悠也, 岩井健太郎, 小林真理子, 越智大介, 池澤和人, 中原 朗

【背景】PTCDなどの医原性要因によって発症する後天性APシャントは、稀に経験する病態である。今回、10年前に施行したPTCDを原因とするAPシャントが門脈圧亢進症および胃静脈瘤破裂を惹起し、IVR治療が奏効した症例を経験したので報告する。【症例】60歳代女性【主訴】黒色物嘔吐【既往歴】十二指腸乳頭部痛【生活歴】飲酒歴なし、輸血歴不明【現病歴】10年前に十二指腸乳頭部痛に対してPTCDおよび外科的切除を施行した。2016年12月に腹部膨満が出現し、原因検索のための腹部エコーにて門脈右枝拡大を認めた。2017年1月施行の腹部造影CTでは門脈右枝中核側にAPシャントと胃食道静脈瘤、および多量腹水の所見を認めた。2月、食後の黒色吐物を主訴に救急外来を受診し、緊急で施行した上部消化管内視鏡検査(EGD)で胃静脈瘤破裂と診断され、内視鏡的止血後に緊急入院となった。【入院後経過】静脈瘤の止血を完全確認し速やかにAPシャント塞栓術を施行した。術後は肝機能値の改善および腹水の著明減少を認め、内視鏡的にも胃静脈瘤縮小を確認し退院となった。フォローのEGDで胃静脈瘤の消失を確認した。【考察】APシャントは肝類洞への動脈血供給過剰状態であり、慢性肝疾患ほか様々な原因で生ずる。低頻度ではあるが医原性も存在する。肝胆道の観血的な処置歴がある場合、後天性APシャントも念頭におき鑑別する必要がある。

APシャント, IVR

急性の経過をたどった悪性リンパ腫の一例

東京大学医学部附属病院 消化器内科¹⁾,

同 血液・腫瘍内科²⁾

和気泰次郎¹⁾, 中塚拓馬¹⁾, 中込 良¹⁾, 西島瑞希¹⁾, 小倉瑞生²⁾, 志村有香²⁾, 佐藤雅哉¹⁾, 南 達也¹⁾, 内野康志¹⁾, 中川勇人¹⁾, 浅岡良成¹⁾, 田中康雄¹⁾, 荒井俊也²⁾, 建石良介¹⁾, 小池和彦¹⁾

【緒言】悪性リンパ腫の診療においては、診断、病型分類を確定するための病理組織検査が必須である。肝生検にて悪性リンパ腫と診断した1例を経験したので報告する。【症例】70歳女性【現病歴】10年前より脂肪肝、自己免疫性肝炎疑いによる慢性肝疾患にて当科通院。1か月前より微熱、食欲不振あり受診。肝胆道系酵素上昇(AST 279U/L, ALT 179U/L, GGT 224U/L, ALP 837U/L, TB 1.9mg/dL)と腹部超音波にて肝内に多数の低エコー結節を認め、入院となった。【既往歴】65歳：肝細胞癌に対して肝S6部分切除、左乳癌切除【経過】入院時のCTでは肝全体にびまん性低吸収域、大動脈及び腹腔内リンパ節腫大、腹水を認めた。肝細胞癌や転移性肝腫瘍としては経過が急速すぎ、結核やサルコイドーシス、悪性リンパ腫などが鑑別として考えられた。第2病日、腹水細胞診および肝生検を施行し、いずれから悪性リンパ腫(high grade B cell lymphoma)の組織像が得られた。第3病日には肝胆道系酵素の大幅な上昇(AST 2826U/L, ALT 836U/L, GGT 296U/L, ALP 1435U/L, TB 6.6mg/dL)に加え、アシドーシスの進行、酸中毒の低下を認め、さらに意識レベルが低下したため気管挿管の上、ICU管理となった。第4病日には血清カリウム値、LDH、リンの上昇を認め悪性リンパ腫からの腫瘍崩壊症候群が疑われた。持続血尿濾過透析施行後に腫瘍減量目的にステロイド治療を開始したが病勢のコントロールが付かず、同日死亡退院となった。【考察】悪性リンパ腫はしばしば肝浸潤を来とし、腫瘍形成や肝機能障害を呈する。特に急性肝不全に類似した臨床経過をとるものは極めて予後が悪く、化学療法が唯一の治療法であることから早期診断が重要である。本症例は腹部エコーで新出の多発低吸収域を認めたことから躊躇なく肝生検を行うことができ、腫瘍検出から3日で高悪性度リンパ腫と確定診断された。残念ながら治療は奏功しなかったが、肝悪性リンパ腫を疑う場合は速やかに肝生検を行うべきとの教訓を得た。

悪性リンパ腫, 肝生検

診断に苦慮した自己免疫性肝炎非定型の1例

横須賀市民病院 消化器内科¹⁾,

順天堂大学医学部附属練馬病院 病理診断科²⁾

山形寿文¹⁾, 松本俊治²⁾

【目的】IgG4関連疾患は現在も多くの研究がなされているが、一般病院勤務医では症例経験数が不十分な事が多い。今回初診時にIgG4関連疾患を疑ったが、急性発症型自己免疫性肝炎と診断した症例を経験したため自戒の念を込めて報告する。【症例】80歳女性。主訴：全身倦怠感。内服薬：カルシウム拮抗薬、ARB、PPI。現病歴：上記主訴で近医から紹介された。外来で行った上部消化管内視鏡、下部消化管内視鏡、腹部造影CT、精神科診察では特記所見がなく、採血検査で血小板:23.8万/uL, PT:78.0%, AST:71 IU/L, ALT:44 IU/L, gGTP:19 IU/L, TP:7.0g/dl, alb:2.6g/dl, T-bil:0.49mg/dl IgG:2002mg/dl, 総IgG4:139mg/dl, 抗核抗体:40以下, AMAM2Ab-, ウイルス感染-, と免疫異常と肝障害が見られた。IgG4はIgGのサブクラス中2%を占めるが、本症例は総IgG4値の正常値より高く、全IgG中7.0%を占めるためIgG4関連疾患を疑った。画像検査所見：MRCP：特記所見なし。ERC：所見なし。胆汁細胞診：Class2。経過中に肝障害が増悪し、経口摂取困難になったため入院加療した。入院後更に肝機能障害が増悪したため、自己免疫性肝炎の急性増悪症例を疑い肝生検を行った。血液検査：血小板:12.7PT:49.6%, AST:815IU/L, ALT:461IU/L, T-Bil:1.76, IgG:2307。肝生検：interface hepatitis, confluent necrosis, portal and periportal fibrosis, bridging fibrosis, IgG4免疫染色：染色されない。国際診断基準スコア14点でAIH疑診と診断した。プレドニゾン0.6mg/Kgで治療開始したがサイコースによる異常行動が著明となり、3日目にアザチオプリン50mg, UDCA30mg, に変更した。経過順調で治療開始後22日で軽快退院した。【成績】治療開始後65日にIgG1857mg/dl, AST:27IU/L, ALT:9IU/Lに改善した。高齢者のため、UDCA300mgに変更して経過観察している。【結論】ANA、抗LKM-1抗体ともに陰性の急性発症型自己免疫性肝炎を経験した。誘因が不明で初診時に軽度肝障害並びにIgG4値以外の所見が得られなかったため診断に苦慮した。総IgG4値軽度上昇が見られたが、単独では病的意義が低い可能性が考えられた。

自己免疫性肝炎, IgG4

B型肝炎加療中に悪性リンパ腫を発症した一例

東邦大学医療センター佐倉病院 消化器内科¹⁾,

同 糖尿病内分泌代謝内科²⁾, 同 病院病理部³⁾

岩下裕明¹⁾, 高田伸夫¹⁾, 佐々木大樹¹⁾, 勝俣雅夫¹⁾, 宮村美幸¹⁾, 菊地秀昌¹⁾, 岩佐亮太¹⁾, 長村愛作¹⁾, 中村健太郎¹⁾, 竹内 健¹⁾, 鈴木康夫¹⁾, 清水直美²⁾, 笹井大智³⁾, 徳山 宣³⁾, 篠田啓之³⁾

【症例】72歳男性。慢性B型肝炎のため近医で内服加療されていたが状態は安定していた。2014年12月と2015年2月に38℃の発熱、肝障害をみとめ抗生剤投与で軽快していた。2015年5月にも同様の症状・所見が出現し当院紹介となった。CT検査を施行したところ、胆砂と脾腫を認めたが、抗生剤投与で5日後には解熱し採血データも正常化したため診療終了となった。しかし、7月にも同様の所見が見られ、再度紹介となった。採血データでは炎症上昇、肝胆道系酵素の上昇、また初回の時にも指摘された血小板低下、単球上昇も認められ、CT検査を再検したところ脾臓がさらに腫大し悪化していた。一方で胆道感染症をきたす疾患の有無を確認するためMRCPを施行したが、有意な所見は認められなかった。PET-CTにて腫大した脾臓を評価したところ高度・瀰漫性にPETの集積があり、さらに骨髄や肝臓内への浸潤を疑うHighSpotも同時に認められ、脾臓原発の悪性リンパ腫や血管内リンパ腫が疑われた。リンパ腫の分布、浸潤を調べるため骨髄生検、ランダム皮膚生検を行ったが、これらの検査では異常は認められず、脾臓生検を施行したところ、瀰漫性大細胞B細胞リンパ腫と診断がつき、集中的に血液疾患の治療ができる病院へ転院となった。転院後R-CHOP療法が施行され1クールで寛解となり、その後3-4クール治療継続され状態は安定した。

【まとめ】B型肝炎の加療中に比較的良好な疾患である脾臓原発性悪性リンパ腫を合併した一例を経験した。肝炎ウイルスと悪性リンパ腫の関連をしめす報告も数多く出されてきており、慢性肝疾患症例で不明熱を認めた場合は、肝臓・肝内胆管がんとともに、悪性リンパ腫の存在にも留意して診療にあたる必要があると考えられた。

B型肝炎, 悪性リンパ腫

亀田総合病院 消化器内科

川満津津貴, 平田信人, 原澤尚登, 中路 聡, 小林正佳, 白鳥俊康, 吉村茂修, 神田圭輔

【緒言】自己免疫性膵炎ではIgG4 関連硬化性胆管炎を合併し胆管狭窄を来すことがあり、胆管癌との鑑別を要するが、胆管内に腫瘍を形成する例は稀である。医中誌検索も自己免疫性膵炎の合併症としての胆管狭窄の報告は散見されるが胆管腫瘍形成に関しては2015年に報告された1例のみであった。今回、胆管腫瘍の原因がIgG4 関連硬化性胆管炎であると考えられる症例を経験したため報告する。【症例】症例は73歳の男性で腹痛を主訴に外来受診された。採血にて肝胆道系酵素の上昇と黄疸、腫瘍マーカー(CA19-9)の上昇を認め、精査・加療目的に入院となった。腹部超音波検査では、左肝管に13.1×8.3mmの結節と膵全体の低エコー化を認めていた。造影CTでは膵にcapsule-like rimを疑う所見を認め、膵内胆管は狭小化。血性IgG4も高値であり、自己免疫性膵炎の可能性を考えた。胆管内の腫瘍は、造影効果を呈しており胆管癌も考えられたが、自己免疫性膵炎の合併もありIgG4 関連硬化性胆管炎による胆管腫瘍形成も否定できなかった。そのため、内視鏡的胆道ドレーナージ施行時に胆管腫瘍の生検を行った。病理検査にてIgG4陽性の形質細胞が認められ、悪性腫瘍を疑う所見は得られなかった。以上より、膵病変・胆管病変共にIgG4 関連疾患と考え、ステロイド投与を開始。ステロイド開始後すみやかに血清IgG4は低下した。画像上も膵周囲のcapsule-like rimを疑う所見改善していた。胆管腫瘍は残存しているものの腫瘍の増大や周囲への浸潤など胆管癌を疑う所見は認められていないため定期的な画像フォローとしている。【結語】胆管癌の外科的切除は膵切除や肝葉切除を伴い侵襲が大きい。IgG4 関連硬化性胆管炎ではステロイド治療により改善が認められる。IgG4 関連硬化性胆管炎と胆管癌の鑑別は画像所見のみでは困難であり、胆管腫瘍形成の報告も少ない。今回この症例を経験したことによって、胆管癌を強く疑う症例でも不必要な手術を回避するために臨床所見、血液検査所見、病理所見などを加味し総合的に判断することが重要であると考えられた。

IgG4関連疾患, 胆管腫瘍

亀田総合病院

原澤尚登, 中路 聡, 白鳥俊康, 神田圭輔, 小林正佳, 平田信人

【はじめに】転移性膵腫瘍は剖検ではしばしば認められるが、転移性肝癌や転移性肺癌などと比較して経験することが少ない。今回我々は当院で診断された転移性膵腫瘍について検討し希少な乳がんの膵転移について若干の文献的考察を加え報告する。【対象】2010年1月から2017年4月までの期間に当院にて病理学的および臨床的に転移性膵腫瘍と診断された12例を対象とした。【結果】12例のうち男性9例、女性3例で男性が多かった。原発巣は、腎がん1例、肺がん5例、胃がん1例、大腸癌2例、乳がん1例であった。原発巣診断から膵転移発見までの平均期間は7.4年であった。【考察】生前に転移性膵腫瘍と診断されることは比較的まれであり、原発巣として腎がんとの報告が多い。当院では肺がんの頻度が高かった。原発巣の治療後、長期を経て膵転移する可能性があることを念頭に置き、5年以上が過ぎてもCT・MR・EUS等での厳重な経過観察が必要と考えられた。

転移性, 膵腫瘍

大森赤十字病院

須藤拓馬, 阿南秀征, 西村正基, 立川 準, 河合恵美, 河野直哉, 芦刈圭一, 新倉利裕, 桑原洋紀, 中岡宙子, 関志帆子, 千葉秀幸, 井田智則, 諸橋大樹, 後藤 亨

経胃瘻の内視鏡による処置をしばしば臨床で経験するが、側視型内視鏡は径が大きく、そのままでは胃瘻孔への挿入が不可能なことがある。今回、我々はEPLBD(Endoscopic papillary large balloon dilation)で使用するバルーンカテーテルで胃瘻孔を拡張した後に、側視型内視鏡を用いて経乳頭的処置を合併症なく完遂し得た症例を報告する。症例は、多系統萎縮症にて胃瘻を造設されている69歳女性。胃瘻造設の前に結石性胆嚢炎を繰り返しており、胆嚢炎の再発予防目的に胆嚢ステントを留置されていた。以降は、胆嚢炎の再発はないものの、胆嚢ステント留置をして18か月後から短期間のうちに胆管炎を繰り返した。当初、内視鏡は経口で挿入可能であったが、多系統萎縮症による開口障害をきたすようになり、経口的内視鏡処置が不可能となった。側視型内視鏡(JF260V)は、内視鏡の径(先端部外径12.6mm、最大径13.2mm)が胃瘻の瘻孔径(9mm程度)よりも太く、そのままでは胃瘻孔に挿入不可能であったため、まず胃瘻をguide wire下で抜き、EPLBDバルーンカテーテル(Giga, 13-15mm)にて瘻孔部を拡張(5atm, 14mmまで)した。すると側視型内視鏡の胃瘻孔への挿入が可能となり、経乳頭の胆道ドレーナージを行った。処置終了後も胆管拡張による合併症(栄養剤の漏出・瘻孔損傷・瘻孔感染など)は認めなかった。加えて、経口的内視鏡処置を行う咽頭麻酔や高度な鎮静を必要としないため、通常よりも気道閉塞の危険が高い多系統萎縮症の患者にも安全に行えるという利点もあった。このように、経胃瘻の内視鏡は胃瘻造設者の胆道処置に有用であると思われた。

経胃瘻の内視鏡, 経乳頭の処置

東京西徳州会病院 外科¹⁾, 同 消化器内科²⁾, 武蔵野徳州会病院 肝臓内科³⁾

久米栄史¹⁾, 山本龍一²⁾, 橋本真典¹⁾, 小長谷健介¹⁾, 数納祐馬¹⁾, 飯島広和¹⁾, 川山幹雄²⁾, 羽田兼吾²⁾, 須田浩晃²⁾, 楠本秀樹²⁾, 高木睦郎¹⁾, 森山友章²⁾, 山田真和^{2,3)}, 渡部和巨¹⁾

近年の高齢化社会の影響で100歳を超える超高齢者の消化器疾患も増加している。今回われわれは、内視鏡治療を施行した100歳の超高齢者症例を2例経験したので報告する。症例1 100歳 男性。他院にて総胆管結石性胆管炎の診断にて当院転院。腹部造影CTにて肝門部胆管に結石を示唆する所見及び採血にてT-Bil 5.9mg/dl, D-Bil 4.1mg/dl, AST 180 IU/l, ALT 120 IU/l, WBC 8400/ μ l, CRP 23.39mg/dlと胆管結石による閉塞性黄疸、胆管炎の所見を認めたため、同日緊急ERCP施行した。憩室内乳頭であり、胆管造影では上部胆管に径15mm大の結石認めた。全身状態を考慮し7Fr 10cm Plastic stent留置し第25病日 軽快退院した。症例2 100歳 女性。施設入所中に上腹部痛、嘔吐認め当院救急搬送。腹部単純CTにて結腸肝彎曲部に不整な壁肥厚認め、口側の腸管が拡張し液面形成しており大腸癌による腸閉塞が考えられた。全身状態を考慮し内視鏡的大腸ステントを留置する方針とした。肝彎曲部に全周性の2型腫瘍を認め、Niti-S 大腸用ステント(18mm径/8cm長)を留置した。留置後6日目より食事開始し第15病日軽快退院した。100歳以上の超高齢者内視鏡治療の報告は少なく若干の文献的考察を加え報告する。

超高齢者, 内視鏡治療

順天堂大学医学部附属順天堂医院 消化器内科
齋川雄一郎, 芳賀慶一, 松本健史, 加藤順子, 内山 明, 立之英明,
山科俊平, 澁谷智義, 坂本直人, 北條麻理子, 池嶋健一

【症例】75歳、男性【既往歴】高血圧、糖尿病、前立腺癌【経過】72歳時より徐々に右手の動かしづらさを自覚し、74歳時より右手のミオクロームス症状が亜急性に出現し、その後急速に症状が進行してきたため当院脳神経内科を受診した。抗Hu抗体陽性であったことから傍腫瘍神経症候群（PNS）の鑑別として全身精査を行ったところCTで大動脈周囲リンパ節の腫脹を認め、上部消化管内視鏡検査で食道胃接合部直上に隆起性病変を認めた。生検結果は免疫染色でSynaptophysin陽性、CD56陽性であり、食道内分泌細胞癌（NEC）と診断した。以上より食道内分泌細胞癌小細胞型の大動脈周囲リンパ節転移の診断となり、小細胞肺癌（SCLC）に準じてCPT-11+CDDP（IP療法）による化学療法導入の方針となった。現在2コース目の治療中である。【考察】食道NECは全食道癌の約1%と比較的稀な食道悪性腫瘍で、1年生存率は10%程度と進行例の予後は不良である。現時点で確立された標準治療はないものの、臨床像・病理像の類似性から一般的に小細胞肺癌に準じた治療が選択される。PNSにおいては小細胞癌の併発が多いとされているが、食道病変での報告は少ない。今後化学療法により神経症状の改善を認めれば、食道NECに抗Hu抗体陽性PNS合併の可能性が考えられる。抗Hu抗体陽性を契機に発見された食道内分泌細胞癌の一例を経験したので文献的考察を加え報告する。

食道内分泌細胞癌, 抗Hu抗体

横浜市立大学医学部附属市民総合医療センター 消化器病センター¹⁾,
横浜市立大学附属病院 消化器内科²⁾
武藤智弘¹⁾, 福地剛英¹⁾, 尾関雄一郎¹⁾, 澤田敦史¹⁾, 池田良輔¹⁾,
小林亮介¹⁾, 佐藤知子¹⁾, 平澤欣吾¹⁾, 前田 慎²⁾

【症例】70歳、男性【現病歴】平成28年7月20日、表在性食道癌（Lt, 0-IIc, 30mm, cT1a）に対し内視鏡的粘膜下層剥離術（ESD）を施行、潰瘍環周率が3/4周性となったため狭窄予防目的にTriamcinolone（100mg）局注を行った。ESD病理結果はsquamous cell carcinoma, pT1a-LPM, pM0, pVM0, ly0, v0と治癒切除であった。術中穿孔など偶発症なく、術直後の胸部レントゲンでも縦隔気腫や気胸などは認めなかった。POD1の内視鏡（EGD）でも穿孔はなかったが、38℃台の発熱と胸部レントゲンで左下肺野肺炎像を呈し、誤嚥性肺炎と診断し抗菌薬投与を行った。翌日には解熱しPOD6に退院となったが、POD7に突然の呼吸困難と胸痛を主訴に救急搬送された。造影CTで左胸水貯留とESD潰瘍部近傍に長径60mmの低吸収域を認め、遅発性穿孔に伴う縦隔膿瘍の診断でICUへ緊急入院となり、気管挿管、人工呼吸器管理を開始した。EGDでは、ESD後潰瘍底に微小穿孔と同部位からの黄色胆汁の流出を認めたため、内視鏡下に内腔から潰瘍底の瘻孔を介して12Frの経鼻ドレーナージュを膿瘍腔内に留置した。胆汁培養からはKlebsiella pneumoniaeが検出され、ドレーナージュと抗菌薬による保存的治療を継続しPOD10に抜管した。左胸水の増量に対しPOD11に胸腔ドレーンを留置したが、黄色透明漿液性で非感染性であった。POD30の膿瘍造影では、膿瘍は縮小し、縦隔内への造影剤流出がないためドレーナージュチューブを抜去、経管経腸栄養を開始しPOD34に退院となった。穿孔部が閉鎖したPOD43より経口摂取を再開し、その後再燃なく、現在経過観察継続中である。【考察】食道ESD後潰瘍に対するステロイド局注は、バルーン拡張術に代わる狭窄予防として行われているが、食道壁の脆弱化による穿孔を来しうる。今回ステロイド局注が原因と思われる遅発性穿孔、縦隔膿瘍に対し内視鏡的ドレーナージュで保存的に軽快した症例を経験したので文献的考察を加え報告する。

遅発性穿孔, 縦隔膿瘍

東京警察病院
原 由子, 藤澤剛太, 能登谷元聡, 内田麻美, 徳山信行,
芹澤多佳子, 八木岡浩, 小椋啓司

70歳男性。大腸憩室出血の既往があり、2017年4月血便を主訴に来院した。当日ニフレック服用後下部内視鏡検査施行し、出血を伴う憩室を認め、これにクリッピングにて止血を行った。大腸憩室止血処置2日後に下血があり、心窩部痛の訴えもあったため翌日上部内視鏡検査を行った。十二指腸下部乳頭より口側に粘膜下隆起とその表面に潰瘍がみられ、潰瘍周囲に多発性のびらんを認めた。活動性の出血はなかったため、止血処置は行わず、プロトンポンプ阻害薬にて保存的に治療を行った。その後、血便、心窩部痛、下血なく経口摂取を開始し、退院となった。本症例は2014年上部内視鏡検査にて十二指腸下部に粘膜下隆起を指摘されており、脂肪腫が疑われていた。今回腹部CTでも同部位に皮下脂肪と同程度のCT値を有する腫瘍がみとめられ、上部消化管内視鏡でもcushion sign陽性であったことから脂肪腫と考えられた。2014年の十二指腸脂肪腫指摘以降、脂肪腫に合併症は生じていなかったが、今回下部内視鏡検査の前処置としてニフレックを内服し、消化管内の圧が高まったため、十二指腸脂肪腫を先進部とした腸重積を起こした可能性が疑われた。消化管に発生する脂肪腫の報告例では、胃、小腸、大腸、十二指腸、食道の順に多く、十二指腸は3.3%という報告がある。今回われわれは大腸憩室出血を契機に発見された十二指腸脂肪腫の潰瘍の1例を経験したので若干の文献的考察を加えて報告する。

十二指腸脂肪腫, 十二指腸潰瘍

東京歯科大学市川総合病院 消化器内科
千田彰彦, 岸川 浩, 市川将隆, 荒畑恭子, 財部紗基子, 尾城啓輔,
貝田将郷, 西田次郎

症例は78歳、女性。10年来の下痢の増悪を主訴に20XX年11月当科を受診した。下部消化管内視鏡では明らかな所見を認めず、CEAの高値（42.8ng/ml）を認めたため精査のため施行した胸腹部骨盤部CT検査でも明らかな病変を認めなかった。腫瘍性病変の検索のためPET-CTを施行したところ十二指腸下行脚および肝臓に多発する異常集積認め、十二指腸癌の多発肝転移を疑われ精査加療目的に20XX+1年1月に入院となった。上部消化管内視鏡で十二指腸下行脚に2型の進行十二指腸癌を認め、生検では高分化～中分化腺癌であった。肝転移を伴う原発性進行十二指腸癌であり、手術適応はなく化学療法の適応と考えた。十二指腸癌に対する標準的治療は存在せず胃癌または大腸癌に準じた化学療法が行われることが多いが、本症例は大腸癌に準じた1次治療を行う方針となりmFOLFOX6療法を26クール施行した。なお、6クール目施行時に十二指腸の原発巣は肉眼的に消失し生検でも陰性となったため、治療効果判定は肝転移巣にて行った。その後、2次治療としてFOLFIRI療法を4クール施行した。また、3次治療としては副作用の少ない化学療法を希望され胃癌の化学療法に準じたweekly paclitaxel療法を選択し、4クール施行した。その後、末梢神経障害などの副作用も強くなってきたことなどから、化学療法の継続する希望なくBSC（Best Supportive Care）の方針となり初回入院時から29ヶ月の20XX+3年6月に永眠された。化学療法により、長期生存が得られた肝転移を有する進行十二指腸癌の1例を経験した。十二指腸乳頭部癌を除く原発性十二指腸癌は消化器悪性腫瘍の0.3から0.5%と稀であるため確立された化学療法の標準治療は存在せず、また長期生存例の報告も少ない。しかし、本症例は全身状態に配慮し適切な化学療法を選択することで高齢であっても長期生存を得ることができた。本邦での原発性十二指腸癌の化学療法に関する若干の文献的考察を加えて報告する。

切除不能進行十二指腸癌, 化学療法

東京通信病院 消化器内科¹⁾、同 内視鏡センター²⁾、同 一般消化器外科³⁾
 同元齊正¹⁾、古谷建悟¹⁾、加藤知爾¹⁾、大久保政雄¹⁾、小林克也¹⁾、関川憲一郎²⁾、奥田純一³⁾、橋本直明¹⁾

【症例】52歳 女性【主訴】腹部膨満・食思不振【既往】40歳：急性肺炎、以降慢性肺炎で他院通院。50歳：橋本病【現病歴】X-1年初旬から繰り返す腹部膨満感を自覚し、A病院で精査したが原因不明であった。X年7月から便秘・腹部膨満感および腹痛が増悪し、食事摂取困難となり、B病院入院となった。入院中、新たに尿閉、起立性低血圧が認められたため、当院神経内科に紹介転院となった。しかし各種検査で神経疾患は否定的であり、尿閉は薬剤性であった。腹部膨満感が改善せず当科に相談があり、下部消化管内視鏡を施行した。腸管癒着様の挿入困難はあったが、器質的な狭窄機転などは認められず、慢性偽性腸閉塞を疑われ、X年10月4日(第1病日)に当科転科となった。【入院後経過】転科後IVH管理を開始。XpやCTでイレウス所見は目立たないため、他疾患の可能性を考慮した。ガストログラフインによる経口の消化管造影では、胃内に造影剤が滞留し、十二指腸球部から下降脚で造影剤のto and fro movementを認め、水平脚で内腔の狭小化が確認された。その直後に撮影した腹部CTで十二指腸水平脚の狭小化とその口側の管腔拡張があり、大動脈からのSMA分枝角10°程度と非常に狭く、SMA症候群と診断した。IVHを併用しながら内科的治療を試みたが症状は改善せず、腹痛のためにほとんど経口摂取が不能となったため、第45病日に当院外科で胃空腸吻合術を施行した。術後32日目(第77病日)より重湯を開始したが、しばしば嘔吐、腹痛が出現し、食上げに難渋した。緩下剤の調整などで第99病日には全朝食を半程度摂取可能となり、第116病日に退院となった。【結語】今回我々は長期にわたる食思不振、腹部膨満感を呈し、複数の医療機関で精査を行うも診断に難渋し、かつ外科手術を要したSMA症候群の一例を経験し、比較的珍しく興味深い症例と思われたため報告した。

上腸間膜動脈症候群、バイパス術

出血性ショックで救急搬送され、カプセル内視鏡および小腸内視鏡検査にて同定し得た小腸GISTの一例

昭和大学藤が丘病院 消化器内科¹⁾、同 救急医学科/救命救急センター²⁾、同 消化器・一般外科³⁾
 崎川 慶¹⁾、上原なつみ¹⁾、若林哲司¹⁾、黒木優一郎¹⁾、宮本和幸²⁾、佐々木純²⁾、井上かずあき^{1,2)}、山本頼正¹⁾、長濱正亞¹⁾、林 宗貴^{1,2)}

【症例】75歳男性【現病歴】1年半前に高度貧血と血便を認め、近医上下部内視鏡検査で出血源同定できず、保存的加療で軽快した。X-3日より暗赤色便が遷延していた。X日、腹痛・背部痛を伴うようになり離床できなくなったため救急要請。ショックバイタルのため当院救命センターに搬送された。【経過】来院時血液検査にてHb5.2g/dlと高度貧血を認めた。緊急造影CTでは空腸に一部造影効果を伴う壁肥厚を認めたが、明らかな造影剤漏出像はなく出血源の断定はできず。上下部消化管内視鏡検査を施行したが、活動性出血を認めず、腸管安静にて経過観察とした。入院後、再度軽度の貧血の進行と新鮮血便を伴う顕性出血を認めた。腎不全の悪化のため造影CTは困難であり、バイタルも不安定であったため、輸血でバイタル安定を図りつつ、小腸カプセル内視鏡検査(CE)を先行した。CEにて上部空腸に新鮮血貯留を認め、緊急で経口バルーン小腸内視鏡(BAE)を施行したところ、上部空腸に4cm大の粘膜下腫瘍を認め、CEで同定した部位に矛盾しなかった。粘膜下腫瘍の表層には浅い潰瘍を認め、辺縁には発達した異常血管を伴っていたことから、小腸腫瘍が出血源と判断し、準緊急で小腸部分切除術を施行した。病理組織診断にて、小腸GIST、低悪性度と診断した。【考察】医中誌調べ、高度貧血と出血性ショックを来するような小腸GISTは、これまでに10例程度報告されているが、今回のように腫瘍径が5cm以下のものは4例のみであった。また、カプセル内視鏡で同定し得た小腸GISTの報告は12例あった。本症例は高齢者の小腸出血であり、循環動態不安定であったため、BAEにCEを併用することで、低侵襲で出血源を同定できたことが有益であったと考える。【結語】出血性ショックを伴う5cm以下の小腸GISTの症例を経験した。小腸内視鏡検査に、カプセル内視鏡検査を併用することで、低侵襲で出血源を同定し得た。

BAE、カプセル内視鏡

千葉市立青葉病院
 深田義仁、橋川嘉夫、宮本慎浩、畠山一樹、新井英二、藤原希彩子

症例は35才、女性。(主訴)上腹部痛 (現病歴)2016年12月中旬より上腹部を中心とした間欠的な痛みが出現していたが痛みは自制的で食事摂取は問題なくできていた。来院前日に普通便排便を認めた。12月X日早朝、痛みで覚醒、その後も1時間ほど続く激痛が間欠的に出現するため当院救急受診。(現症)血圧113/65mmHg 脈拍83回/分 体温36.8℃ 腹部平坦軟 右季肋部を中心に自発痛、tapping painを認めた。反跳痛、筋性防御は認めなかった。(検査所見)血液検査ではCRPの経度上昇を見るのみであった。緊急CT検査にて横行結腸でtarget signを認め結腸-結腸の腸重積と診断した。先進部に脂肪組織を認め脂肪腫の関与が示唆されたが確定診断には至らなかった。(経過)入院当日に注腸レントゲン検査を施行し腸重積の解除を試みたが、結腸内圧を上げると本人の疼痛強まり重積解除には至らなかった。腸重積嵌頓状態と診断したが自他覚所見から腸管の強い血流障害は生じていないものと判断し翌日準緊急手術を行った。開腹すると腸重積は既に解除されており先進部に特に腫瘍は触れなかった。術中に大腸内視鏡検査を施行したが、重積部分の粘膜にはびまん性の発赤や浮腫を認めるものの、腫瘍等重積の先進部となるような器質的疾患は認めなかった。発赤部分の生検所見では経度の出血と浮腫、炎症細胞のわずかな浸潤を認めたが特異的な所見は認めなかった。また術中所見で移動盲腸や上行結腸の後腹膜への固定不良等の腸重積発症のリスクとなる解剖学的要因は認めなかった。術後経過は良好で第7病日に退院され現在まで再発を認めていない。(考察)腸重積症は幼小児期に多く成人発症は全体の6%とされており、また成人発症腸重積はその8割が悪性腫瘍等の器質的疾患を先進部とするものと報告されている。器質的疾患を有さない特発性腸重積も多くは移動盲腸などの解剖学的要因に起因する回盲部型と報告されており本例のように誘因をもたない特発性の結腸-結腸の腸重積は極めて稀な症例と考えられ、文献的考察を加えて報告する。

特発性腸重積、成人発症

急激に敗血症ショックを来したフルニエ症候群の1例

東京女子医科大学病院 卒後臨床研修センター¹⁾、同 消化器・一般外科²⁾
 原由理子¹⁾、谷 公孝²⁾、小川真平²⁾、板橋道朗²⁾、大木岳志²⁾、松尾夏実²⁾、前田 文²⁾、中尾紗由美²⁾、時任史聡²⁾、井上雄志²⁾、山本雅一²⁾

フルニエ症候群は、陰部を中心とした皮下組織に発生し急激に進行する予後不良の疾患である。今回、我々はフルニエ症候群が急激に進行し敗血症ショックを来した1例を経験したので報告する。症例は68歳男性。糖尿病および慢性腎不全にて透析治療中であった。左臀部に疼痛を認め、疼痛、腫脹が増悪。近医で切開、排膿を施行されたが改善せず、当院紹介受診となった。来院時の血液検査ではWBC14,160/ μ L、CRP34,11mg/dLと著明な炎症反応の上昇を認めた。CT検査では、肛門左側に索状陰影と左臀部の皮下脂肪組織の腫脹、混濁があり、肛門周囲膿瘍と臀部蜂窩織炎が疑われた。翌日の血液検査では、WBC21,260/ μ L、CRP37,53mg/dLと前日より増悪し、さらに意識レベルと血圧の低下を認めた。再検したCTでは肛門左側の臀部皮下組織に中等量のair貯留を認め、フルニエ症候群、敗血症の診断で同日緊急手術となった。術中所見では左臀部の広範に硬結と暗赤色に変色した皮膚を認め、同部位を切開。炎症は坐骨直腸窩を中心として外側は坐骨付近まで及び、壊死性筋膜を認めたため、切開、排膿、デブリドメントを施行した。病理組織検査では、皮下脂肪組織および筋膜への高度な好中球浸潤と壊死を認めた。術後はICUで敗血症に対してPMX施行、および人工呼吸器管理とした。術後6日目に抜管し、翌日一般病棟に転棟となった。フルニエ症候群は、一般に予後不良で基礎疾患に糖尿病、透析施行患者が多いと報告されている。当院で去年経験した、フルニエ症候群6例のうち糖尿病合併症例は5例、透析症例4例であった。その他、直腸癌術後再発症例が1例であった。また、転帰は5例が生存、1例が死亡であった。

フルニエ症候群、敗血症

東京医科歯科大学医学部附属病院 消化器内科

松永史穂, 藤井 崇, 鈴木康平, 松本有加, 渡部太郎, 金子 俊, 本林麻衣子, 仁部洋一, 福田将義, 根本泰宏, 齊藤詠子, 大島 茂, 岡本隆一, 土屋輝一郎, 東 正新, 永石宇司, 大岡真也, 中村哲也, 荒木昭博, 朝比奈靖浩, 渡辺 守

【症例】68歳, 女性。【主訴】臍周囲痛【既往歴】高血圧, 高脂血症【現病歴】近医で骨粗鬆症と診断されたため, ビスフォスフォネート静注の初回投与を受けた。その後より一週間持続する臍周囲痛と38℃台の発熱を主訴に当院外来を受診された。臍部に強い圧痛を認め, 血液検査でWBC 12300/ μ l, CRP 15.72mg/dlと炎症反応の著明な上昇を認めたため, 造影CT検査を施行したところ圧痛部位に一致した腸間膜の脂肪織混濁を認め, 腸間膜脂肪織炎と診断し, 精査加療目的に入院となった。【臨床経過】入院後より腸管安静目的に絶食補液として, 経過観察を行った。その後, 腹部症状および血液検査でWBC 9100/ μ l, CRP 7.4mg/dlと炎症反応は速やかに改善したため, 第3病日より食事を再開した。食事再開後も症状の再燃を認めなかったため, 第6病日退院とした。【考察】腸間膜脂肪織炎は原因不明の非特異的炎症性疾患で比較的希望であり, 原因として, 外傷, 感染, 手術, 薬剤, アレルギー, 自己免疫反応などが挙げられる。本症例は外傷, 手術歴はなく, 血液検査で抗核抗体やIgG4などの自己抗体の検出は認めなかった。また, 造影CT検査より胆道感染, 腸管感染などの感染症は否定的であり, 明らかな腫瘍性病変も認めなかった。そのため, 最近変更した薬剤はなく, ビスフォスフォネートの注射後より症状の発現を認めたことと, 上述のように他の原因が否定的であることより, ビスフォスフォネートが原因として疑いが残った。医中誌でビスフォスフォネートなどの特定の薬剤が腸間膜脂肪織炎の原因となったという症例報告はなかった。【結語】ビスフォスフォネート投与後に発症した腸間膜脂肪織炎の1例を経験したので, 若干の文献的考察を加えて報告する。

腸間膜脂肪織炎, ビスフォスフォネート

東京都済生会中央病院¹⁾, 同 消化器内科²⁾, 同 腫瘍内科³⁾, 同 消化器外科⁴⁾, 同 病理診断科⁵⁾

谷口枝穂¹⁾, 星野 舞^{2,3)}, 林 智康²⁾, 小川 歩²⁾, 田沼浩太²⁾, 大原まみか²⁾, 阿部義彦²⁾, 上田真裕²⁾, 三枝慶一郎²⁾, 岸野竜平²⁾, 酒井 元^{2,3)}, 船越信介²⁾, 中澤 敦²⁾, 塚田信廣²⁾, 遠藤高志⁴⁾, 原田裕久⁴⁾, 廣瀬茂道⁵⁾

切除不能再発大腸癌における化学療法は高用量5-FUをkey drugとしたレジメンが標準療法として広く普及している。5-FUによる高アンモニア血症(HA)は稀ではあるが重篤な有害事象として報告されている。今回我々はmFOLFOX6投与中にHAによる意識障害を発症したものの, 適切な支持療法により5-FUを含むレジメンを継続し得た一例を経験したので報告する。【症例】73歳男性。盲腸癌に対して腹腔鏡下回盲部切除術施行後1年4ヶ月のCT検査で腹膜播種再発を認めた。ALL-RAS野生型の症例で, 一次治療としてSOX+Bmab治療を開始。一過性黒内障の出現で不耐中止。その後イレウスとなり, S-1の内服も困難と考え, mFOLFOX6治療に変更した。2コース目Day3に意識レベルがJCSIII-200に低下し, HAによる意識障害と診断した。これに対し分枝鎖アミノ酸製剤を点滴静注したところ, 意識レベルは改善した。次コースより5-FU投与中に分枝鎖アミノ酸製剤, ラクトコースを併用することで意識障害をきたすことなく化学療法が継続可能であった。末梢神経障害G2出現まで6コース投与し, 三次治療FOLFIRIに変更後もHAの発現はなく, 現在8コースまで投与中である。【考察】医学中央雑誌およびPubMedにて我々が検索し得た限り, 23編29例の報告を抽出した。自験例を含め解析した結果, 性別は男性が70%, 1コース目の発症が46%, 各コースDay3の発症が56.6%であった。HA発症後の後治療として5-FUの急速静注を含むレジメンを施行した症例は30例中9例であった。高用量の5-FUを含むレジメンを使用する際にはHAによる意識障害を念頭におくことが重要と考えられ, また本例のように使用できる抗悪性腫瘍薬が限られているケースでは適切な支持療法による便秘予防と血清NH₃値のモニタリングを行うことで比較的安全に5-FUを含むレジメンを継続することが可能であると考えられた。

5FU, 意識障害

東邦大学医療センター大森病院 総合診療内科¹⁾, 同 総合診療外科²⁾

古川果林¹⁾, 小林史哉¹⁾, 佐藤高広¹⁾, 貴島 祥¹⁾, 前田 正¹⁾, 渡邊利泰¹⁾, 財 裕明¹⁾, 中嶋 均¹⁾, 瓜田純久¹⁾, 本田善子²⁾, 島田長人²⁾

【症例】80歳代, 女性【現病歴】20△△年3月に喘息の悪化があり, 連日通院していた。3回目の来院日に腹部CTにて横隔膜下, 肝臓周囲にフリーエアが指摘され, 腸管穿孔を疑われて入院となった。【経過】腹腔内のフリーエアの分布から上部消化管の穿孔が疑われたため禁食の上保存的に経過を診ていたところ次第に減少傾向がみられ, 上部消化管内視鏡検査では穿孔をきたす病変は指摘できなかった。【考察】この患者は糖尿病, 高血圧, 気管支喘息の診断で治療中であり, 今回1週間ほど喘息の症状が持続していた。また糖尿病の治療は α -GIを中心に内服のみで行っていた。腹膜炎の所見がなく, 丁度喘息発作の時期に出現していることを踏まえ, α -GIに誘発された腸間膜気腫症の一部が穿破して腹腔内に遊離したものと推測された。文献的考察を加えて報告する。

α -GI, 腸管気腫症

自治医科大学附属さいたま医療センター 一般・消化器外科
大西義彦, 笠原尚哉, 遠藤裕平, 渡部文昭, 加藤高晴, 野田弘志, 力山敏樹

症例は84歳男性。開腹歴なし。腹痛と嘔吐を主訴に前医受診。腸閉塞の診断で当院に紹介受診。腹部単純レントゲン検査で小腸の著明な拡張と鏡面像形成をみとめた。イレウス管を挿入して緊急入院となった。腹痛, 嘔吐や腹部膨満は改善したがイレウス管からの造影検査では回腸で造影剤の停滞があり大腸まで到達しなかった。第3病日に当科紹介, 入院時の腹部造影CT検査で盲腸の背側に回腸が嵌入して同部位より口側の腸管拡張を認めた。嵌入した部位を含めて小腸壁の造影効果は保たれていた。盲腸周囲ヘルニア嵌頓の診断で第5病日に開腹手術施行。右傍結腸溝と盲腸外側の腹膜に約5cmの欠損がみられ, これをヘルニア門として回腸末端から口側100cmのところを回腸が盲腸背側に嵌入しており盲腸後窩ヘルニアと診断した。嵌頓していた腸管は手動的に容易に整復可能で, 色調不良はなく蠕動も問題がなかったため腸管切除は施行せずヘルニア門を縫合閉鎖して手術を終了した。今回, 我々は比較的に稀な盲腸後窩ヘルニアを術前診断し早期治療が可能だった一例を経験したので文献的考察を加えて報告する。

盲腸後窩ヘルニア, 内ヘルニア

慶應義塾大学病院 消化器内科¹⁾、同 内視鏡センター²⁾、同 予防医療センター³⁾
春日良介¹⁾、青木 優¹⁾、南木康作¹⁾、水野慎大¹⁾、木村佳代子²⁾、中里圭宏²⁾、高林 馨²⁾、長沼 誠¹⁾、緒方晴彦²⁾、岩男 泰³⁾、金井隆典¹⁾

【症例】45歳女性【主訴】発熱、腹痛【現病歴】201X年7月14日、発熱・腹痛を主訴に救急外来を受診した。腹部CTにて左卵巣奇形腫、腹膜肥厚、大網の脂肪組織濃度の上昇を認め、腹膜炎を併発した骨盤内感染症が疑われ同日緊急入院となった。入院後、抗菌薬投与にて症状の改善を得ず、7月19日緊急で左附屬器切除、右卵管切除術を行った。骨盤内には膿性腹水の貯留を認めた。術後症状は改善し、7月24日に退院した。しかし、退院翌日の7月25日に再度発熱と腹痛を認め、再入院となった。CTでは骨盤内の腹水貯留、腹膜肥厚、脂肪組織濃度の上昇を認めた。入院後、再度抗菌薬加療を行うも効果は乏しく、入院10日目での血液検査にて著明な好酸球の上昇を認めた。そのため、好酸球性胃腸炎による腹膜炎を疑い、手術時の腹膜病理組織所見について再検討した。腹膜には好酸球の高度集簇を認め、漿膜下層主体型の好酸球性胃腸炎に矛盾しない所見であり、好酸球性胃腸炎と診断した。9月2日よりPSL40mg/日による加療を開始し、翌日には症状の改善を認め、経過良好にて9月15日に退院した。【考察】好酸球性胃腸炎は末梢血の好酸球増多と消化管壁への好酸球浸潤を特徴とする比較的稀な疾患であり、好酸球の浸潤部位によって1.粘膜主体型2.筋層主体型3.漿膜下層主体型の3病型に分けられる。病型により症状が異なり、漿膜下層主体型では腹膜炎による腹痛や腹水貯留を認めることが多い。自験例では、初期には末梢血の好酸球上昇を認めず、卵巣奇形腫を合併していたことから、発症当初は好酸球性胃腸炎の診断に至らなかった。漿膜下層主体型では末梢血好酸球上昇をみとめる割合が75%と他の病型と比して低く、粘膜病変もみとめないことから内視鏡での診断が困難であることも多い。本疾患の多くの症例はステロイドなどの保存的加療で改善するが、漿膜主体型では診断に至らず外科的治療が行われる例が少なくない。原因不明な腹膜炎の診療にあたるには本疾患を鑑別に挙げ、腹水穿刺を含めた精査を行っていることが重要であると考えらる。

好酸球性胃腸炎、腹膜炎

順天堂大学医学部附属浦安病院
西山栄佑、野元勇佑、川上智寛、岩本志穂、磯野峻輔、大川博基、中津洋一、西慎二郎、深見久美子、竹村勇治、荻原伸悟、北沢尚子、稲見義宏、北村庸雄、須山正文、長田太郎

症例：57歳女性。31歳で乾癬、46歳で乾癬性関節炎を発症しメトトレキサート、インフリキシマブにて3年間加療した。本人の都合によりインフリキシマブからアダリムマブに変更し加療したが、投与6年目で症状の悪化を認めたためIL-17A抗体製剤であるセクキヌマブに変更した。投与1年目で下痢、血便症状を認めたため当院入院加療となった。造影CTで腸管全体の浮腫、下部消化管内視鏡検査では直腸から盲腸まで連続する易出血性の浮腫状の潰瘍性病変を認めた。腸管症状はセクキヌマブによる影響と考え投与を中止とした。その後、関節痛の出現したためブレドニゾロン40mgから投与を開始したところ関節症状、腸管症状は速やかに改善を認めた。ブレドニゾロンの減量、アザチオプリンの併用に加え、維持療法としてインフリキシマブを再導入し、寛解維持を持続している。抗IL-17Aモノクローナル抗体であるセクキヌマブは、乾癬の新規治療薬としてTNF- α 抗体製剤など既存治療で効果が乏しい場合に適応となっている。炎症性腸疾患の発症、増悪にもTh17細胞の関与が注目されているが、本症例はIL-17A抗体製剤投与下で潰瘍性大腸炎の発症が疑われたため若干の文献的考察を加えて報告する。

潰瘍性大腸炎、IL-17A抗体製剤

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
渡辺康博、佐上晋太郎、小林 拓、尾崎 良、岡林慎二、豊永貴彦、中野 雅、日比紀文

【症例】30歳代男性。既往歴、アトピー性皮膚炎。2012年3月に血便を認め、直腸炎型潰瘍性大腸炎(UC)の診断でメサラジン内服し加療開始したが、その後左側大腸炎型UCへと伸展した。メサラジンからサラゾスルファピリジン(SASP)内服へ変更し、さらにブレドニゾロン、アザチオプリン、白血球除去療法(L-CAP)、インフリキシマブ、タクロリムスを順次使用し寛解導入を図るも臨床的寛解および内視鏡的な寛解は得られなかった。2013年8月からアダリムマブ(ADA)と6-メルカプトプリン(6-MP)を導入し、6-MP70 mgまで増量されたことで改善を得た。2014年4月には白血球数減少および顔面から頸部、上肢にかけて掻痒を伴う鱗状紅斑を生じ、発熱や β -Dグルカンの上昇を認めたため、6-MPの減量とST合剤の内服を行い軽快した。11月にはUCも臨床的寛解となり内視鏡検査でも粘膜治癒が確認できていたが、2016年1月、自身が同性愛者であることから保健所のHIV街頭検査イベントに参加したところ、HIVスクリーニング検査で陽性であることが判明した(CD4陽性Tリンパ球数 $<50/\mu\text{L}$ 、HIV-RNA 42万copy/ μL)。4月より多剤併用HAART療法が開始され、5月にはCD4陽性Tリンパ球数203/ μL 、HIV-RNA 168 copy/ μL と著効した。7月に帯状疱疹を発症したため6-MPは中止し、現在メサラジン内服、ADAで寛解維持されHIV-RNAはウイルス検出限界以下で経過している。

【考察】潰瘍性大腸炎にHIV感染症を合併した症例の報告はPubMedで検索したところ12例である。HIV感染症はCD4陽性Tリンパ球の減少により免疫不全を来す疾患であり、一方UCは免疫抑制が治療の選択肢となる疾患である。本症例では、HIV陽性判明時に強力な免疫抑制治療が行われており、HIV感染症への影響並びに日和見感染リスクの増加が懸念されたと同時に難治であったUCが改善した背景にCD4陽性細胞数が減少した可能性、HAART療法によりCD4が回復しUCが再燃する可能性も考慮する必要がある。今回、UCとHIV感染症という相反する免疫機序からなる2疾患を併発し治療に苦慮した症例を経験したので報告する。

HIV、潰瘍性大腸炎

草加市立病院 消化器内科¹⁾、
三重大学医学部附属病院 消化管・小児外科学²⁾、
同 病理部 病理診断科³⁾
櫻井祐輔¹⁾、松川直樹¹⁾、山崎友裕¹⁾、岡田理沙¹⁾、小橋健一郎¹⁾、今城眞臣¹⁾、鎌田和明¹⁾、矢内常人¹⁾、廣純一郎²⁾、岡山裕二²⁾、荒木俊光²⁾、楠 正人²⁾、藤原雅也³⁾、福留寿生³⁾

症例は51歳女性。35歳時に左側大腸炎型潰瘍性大腸炎と診断され、5-ASA内服にて臨床的寛解を維持していた。51歳時のサーベイランス目的での下部消化管内視鏡検査(CS)にて直腸Rbに12mm大の発赤調の頂部に浅い陥凹を伴う不整な隆起性病変を認めた。sporadicな粘膜下層浸潤癌、あるいはDALMの可能性も否定できなかったが、診断的治療目的にEMRを施行した。病理では、tub1-tub2相当の分化型腺癌の所見であり、全体に異型が強くp53の過剰発現を伴っておりcolitic cancerの可能性が疑われた。1か月後に再検、周囲粘膜からも生検を施行したところdysplasiaを認めた。癌合併の潰瘍性大腸炎であり、他院にて腹腔鏡下大腸全摘・J字型回腸囊肛門吻合・回腸人工肛門閉鎖術を施行した。最終病理診断はpTisN0M0Stage0で、術後6ヶ月再発なく生存中である。直腸癌を合併した潰瘍性大腸炎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。

colitic cancer、潰瘍性大腸炎

筑波記念病院 消化器内科¹⁾、同 病理部²⁾
粕谷英暢¹⁾、添田敦子¹⁾、大塚一郎¹⁾、大西真悠子¹⁾、山野晃生¹⁾、
萩原悠也¹⁾、岩井健太郎¹⁾、小林真理子¹⁾、越智大介¹⁾、池澤和人¹⁾、
中原 朗¹⁾、臺 勇一²⁾

【背景】C型肝炎の主な感染経路は輸血や刺青、経静脈的薬物乱用であり、一般的に性行為感染は稀である。今回、結婚35年後の配偶者間性行為感染にて発症したと思われる急性C型肝炎を経験したので報告する。【症例】50歳代女性【主訴】全身倦怠感、上腹部痛【既往歴】高血圧で内服加療中【生活歴】飲酒歴なし【家族歴】夫は未治療のC型肝炎【現病歴】20歳代で結婚し、2回の出産歴がある。全身倦怠感および上腹部痛が約2週間持続したため近医を受診した。血液検査にて高度の肝機能障害を認め、精査加療目的に当院紹介受診となった。当院初診時に、右季肋部の軽度圧痛があり、血液検査ではT-Bil 3.8mg/dL、AST 1009U/L、ALT 1028U/Lと著明に肝胆道系酵素が上昇し、腹部超音波CTにて急性肝炎の所見を認めた。【入院後経過】安静による経過観察を行った。当初は各種ウイルス検査陰性、自己免疫系の異常所見も認めなかった。肝生検では門脈域はリンパ球主体の炎症、小葉内では肝細胞障害が高度で胆汁うっ滞を認め急性ウイルス肝炎と合致した所見を得た。入院当初にはHCV抗体は陰性であったが、夫がC型肝炎であり配偶者間性行為が1ヵ月前にあったことが判明し、HCV-RNA (RT-PCR)を検索したところ4.0L IU/mlと陽性を示した。第20病日の採血ではHCV抗体の陽転化を認めたためC型肝炎と診断した。安静のみで肝機能は改善し第28病日に退院となり、その後HCV-RNA陰性を確認した。【考察】C型肝炎肝臓報告例のうち高齢の配偶者間感染例がしばしばみられる。近年、抗ウイルス薬の進歩によりC型肝炎は治療可能な疾患である。性行為感染による新規患者の発症を防ぐためにも、C型肝炎肝炎への積極的な治療が望まれる。

C型肝炎、急性肝炎、性行為感染

防衛医科大学校病院 消化器内科¹⁾、同 光学医療診療部²⁾
平田 大¹⁾、高木俊介²⁾、伊東 傑¹⁾、富田謙吾¹⁾、西井 慎¹⁾、
溝口明範¹⁾、寺田尚人¹⁾、古橋廣崇¹⁾、白壁和彦¹⁾、東山正明¹⁾、
渡辺知佳子¹⁾、永尾重昭²⁾、穂苅量太¹⁾

【症例】50代、男性【主訴】全身倦怠感【現病歴】3年前から慢性関節リウマチ (RA) に対し、プレドニン10mg投与されていたが、入院時まで薬剤の変更はなく、肝障害は指摘されていなかった。2週間前より全身倦怠感が出現、1週間前の職場健診で肝障害を指摘され、近医を受診したところ、さらに肝障害が悪化していたため、当科紹介入院となった。【既往歴】RA加療中【生活歴】飲酒歴なし。10年以内の海外渡航歴なし。生肉摂取歴なし。【身体所見】体温37.1℃、血圧103/68mmHg、脈拍76/分、整。意識清明、眼球結膜黄染、腹部平坦、軟、圧痛なし、肝・脾触知せず。下腿浮腫なし。皮膚黄染あり。【検査所見】TB 7.91mg/dl DB 5.27mg/dl AST 1970U/L ALT 1891U/L LDH 393U/L ALP 393U/L G-GTP 125U/L TP 6.6g/dl ALB 3.2g/dl TC 129mg/dl BUN 14mg/dl Cr 0.70mg/dl CRP 1.0mg/dl IgG 1738mg/dl IgA 307mg/dl IgM 379mg/dl WBC 10300/μl RBC 457万/μl Hb 15.6g/dl PLT 19.4万/μl PT 63.5% PT-INR 1.21 ANA <40倍、抗ミトコンドリアM2抗体陰性、抗LKM-1抗体(±)、抗平滑筋抗体陰性、HCV抗体陰性、HBs抗原陰性、IgM-HBc抗体(+)、HBV-DNA陰性、IgA-HEV抗体(+)、HEV-RNA定性(+)【入院後経過】第2病日にTB 9.26 AST 2192 ALT 2030と上昇し、同日肝生検を施行した。小葉構造は保たれており、門脈域ではリンパ球・形質細胞浸潤が密にみられ、小葉間胆管は保たれている。Interface hepatitis、肝細胞ロゼット様の変化、肝細胞の胆汁うっ滞様の淡明化を認める。第5病日にTB 17.58まで上昇し、自己免疫性肝炎 (AIH) の国際スコアリングシステムは13点 (疑診) であり、ステロイドパルスを開始した。その後、プレドニン60mg内服から漸減し、HEV陽性が判明したがAIHとしての治療を続け、肝機能、黄疸の改善を認めたため第48病日に退院となった。【考察】AIHはウイルス感染や薬剤性肝障害を契機に発症することがあることは知られているが、HEV感染とAIHを合併した症例は報告が少なく、若干の文献的考察を加えて報告する。

自己免疫性肝炎、E型肝炎

急速に進行した肝障害を契機に診断に至った慢性活動性EBV感染症 (EBV-T/NK-LPD)・節外性NK/T細胞リンパ腫鼻型 (ENKL) の一例

東京慈恵会医科大学附属病院 消化器肝臓内科
佐藤和秀、高野啓子、中尾 裕、水野雄介、石田仁也、中野真範、
佐伯千星、水永真人、及川恒一、鳥巢勇一、天野克之、石川智久、
猿田雅之

EBV-T/NK-LPDはEpstein-Barr virus (EBV) が慢性的に活動し増殖を続ける稀な疾患であり、その本質はT細胞とNK細胞による白血球増殖性の病態である。我々は、肝障害と副鼻腔炎症状を首座とし、EBV-DNA定量と免疫染色からEBV持続感染が判明しEBV-T/NK-LPD・ENKLの診断に至っ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】36歳男性。2年前から鼻閉感を自覚。6ヵ月前に発疹と鼠径部リンパ節腫大を認めたが自然軽快した。以降、全身倦怠感、繰り返す発熱とリンパ節腫大を認めたが、医療介入なく経過した。鼻閉感悪化にて耳鼻咽喉科を受診し慢性副鼻腔炎の診断で手術を予定されたが、術前の血液検査にて肝障害を認め当科入院となった。血液抗体検査でEBV既感染パターンであったが、肝組織でEBV感染CD3+リンパ球とEBV感染CD56+リンパ球が検出され、EBV-DNA定量検査にてウイルス量増加を認め、EBV-T/NK-LPDと診断した。また、副鼻腔組織からEBV感染CD3陽性異形リンパ球集簇が、骨髄からはEBV感染CD3陽性リンパ球が検出され、ENKL stage4の診断に至った。ステロイドにて肝障害鎮静化後、SMILE療法を導入し、今後は自家移植を予定している。【考察】EBV-T/NK-LPDは数ヵ月～数十年の経過ではほぼ全例が続発する白血球増殖性疾患または日和見感染により死に至るため、早期の治療導入が肝要である。治療はEBVに感染し増殖したT細胞やNK細胞を早期に根絶することに尽きることが多い。肝障害を呈する症例において、繰り返す伝染性単核球症様症状が併存した際は、EBV-T/NK-LPDの可能性を念頭に、肝組織EBV免疫染色またはEBV-DNA定量検査を行うべきであると考えた。

肝障害、慢性活動性EBV感染症

急性発症型の自己免疫性肝炎と診断し、免疫抑制療法が奏功した2症例

虎の門病院 医学教育部 前期研修医¹⁾、同 肝臓内科²⁾
藤原秀臣¹⁾、鈴木義之²⁾、小南陽子²⁾、川村祐介²⁾、藤山俊一郎²⁾、
瀬崎ひとみ²⁾、保坂哲也²⁾、芥田憲夫²⁾、小林正宏²⁾、齋藤 聡²⁾、
鈴木文孝²⁾、熊田博光²⁾

【目的】急性発症型の自己免疫性肝炎 (AIH) は、IgG低値や抗核抗体陰性の症例も少なからず認め、AIH改訂版国際診断基準 (1999)・簡易型国際診断基準 (2008) では診断には至らない例も多い。しかし他の原因が否定された場合は、AIHを疑い、早期ステロイド導入が必要との報告がある。AIHスコアリングでは自己免疫性肝炎の確定診断には至らなかったが、病理像・臨床経過から急性発症型のAIHと診断し、早期の免疫抑制療法の導入が奏功した2症例を報告する。【対象】201X年に急性肝臓の肝機能障害で当院を受診し、血清学的に診断困難であった2症例に対し肝生検を施行。急性発症型のAIHと診断し速やかにステロイドを導入し、経過を観察した。【臨床経過】症例1: 65歳女性 201X年Y月他院ドックにてAST/ALT (831/1252 IU/L) 上昇を指摘され当院紹介受診となった。外来にて経過観察とされていたが、肝酵素改善認めず、アルコール性・ウイルス性・薬剤性・悪性腫瘍が否定された上、IgG低値かつ抗核抗体も陰性であった。改訂版国際診断基準 (1999) は1点・簡易型国際診断基準 (2008) は3点と低値であった。肝生検では、繊維化は認めないものの門脈域の繊維化拡大から急性肝臓のAIHと診断しY+1月PSL30mg導入。直後より速やかに肝酵素改善しY+3月にはAST/ALT (36/80 IU/L) と著明な改善を認め、臨床経過をふまえて最終的に急性発症型のAIHの診断に至った。症例2: 61歳男性 201X年Y月他診にてAST/ALT (288/405 IU/L) 上昇を指摘され当院紹介受診。無症状で経過観察となっていたがAST/ALT (852/1118 IU/L) まで上昇を認め肝生検施行。IgG低値であったが組織診にてAIHの典型的所見を認め、Y+1月PSL40mg開始となった。その後速やかに改善しY+2月AST/ALT (31/75 IU/mL) まで改善を認めた。【考察】AIH改訂版国際診断基準 (1999)・簡易型国際診断基準 (2008) では自己免疫性肝炎の確定診断には至らなくても、他の疾患が否定された場合には早期に組織を採取し、急性発症型のAIHを鑑別に入れた上でステロイド療法を施行することが肝要である。上記2症例を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

自己免疫性肝炎、急性発症型

関東労災病院 消化器内科¹⁾、同 臨床感染症部²⁾
南澤昌郎¹⁾、中崎奈都子¹⁾、中谷真也¹⁾、大森里紗¹⁾、矢野雄一郎¹⁾、金子麗奈¹⁾、小川正純¹⁾、佐藤 譲¹⁾、丹羽一貴²⁾

【症例】84歳男性【主訴】発熱【既往歴】糖尿病【現病歴】来院前日に心窩部痛を自覚し往診医の診察を受け内服薬にて経過観察していた。来院当日に自宅前の路上で倒れているところを発見され再度往診医による診察を受けた。その際に頻回の嘔吐および発熱、酸素化不良がみられたため誤嚥性肺炎の疑いで当院救急搬送となった。来院時39度の発熱を認めるも血圧、脈拍は安定しており酸素飽和度も酸素投与により安定していた。血液検査で白血球の上昇と肝機能障害を認め単純CTで肝右葉に2cm大の空気を含んだ低濃度腫瘍を2つ認め、ガス産生性肝膿瘍の診断で当科緊急入院となった。【入院後経過】PIPC/TAZにて加療を開始したが来院5時間後に突如心停止し、蘇生処置を施すも心拍再開を認めず死亡した。【考察】後日血液培養より*Clostridium perfringens*が検出され、同菌感染によるガス産生性肝膿瘍であったと考えられた。*Clostridium perfringens*感染による敗血症は菌の産生するα毒素により激しい溶血をきたし早期にDICを引き起こすため致死率が極めて高い感染症であるとされる。本症例も来院時と急変時の血液ガスを比較すると短時間で急激な貧血の進行、K値の上昇、アシドーシスの進行がみられた。溶血からK値の急激な上昇をきたし、致死的不整脈が出現し心停止に至ったと推測された。本感染症は過去の症例報告をみても急激な経過をたどっており、生前に診断がついても手遅れとなることが多い。ガス産生性肝膿瘍の画像をみた際は*Clostridium perfringens*感染の可能性を考え溶血所見に注意すること、急変する可能性があることを予め知っておく必要がある。

肝膿瘍, *Clostridium perfringens*

横須賀市立うわまち病院¹⁾、同 病理検査科²⁾
義井 真¹⁾、小宮靖彦¹⁾、森川瑛一郎¹⁾、秋間 崇¹⁾、池田隆明¹⁾、飯田真岐²⁾、辻本志朗²⁾

症例：56歳、男性。主訴：心窩部痛、腹部膨満感。既往歴・生活歴：糖尿病で投薬治療中、喫煙：20～43歳、40本/日。現病歴：201X年11月中旬より、特に誘因なく心窩部痛、腹部膨満感が出現した。近医を受診し黄疸、胸部異常陰影を指摘され精査・治療目的で当科に紹介入院した。身体所見：黄疸を認め、弾性硬の肝を右鎖骨中線上で5横指触知した。検査成績：WBC 17000/ μ l、RBC 487x10⁴/ μ l、Hb 14.5g/dl、Hct 42.3%、Plt 29.3x10⁴/ μ l、CRP 4.22mg/dl、AST 422U/L、ALT 373U/L、LDH 1403U/L、ALP 1426U/L、 γ -GTP 1059U/L、T-Bil 20.8mg/dl、P-Amy 566U/L、PT% 58.7%。入院後経過：心窩部痛、腹部膨満感を含めた全身状態は急速に悪化した。CTスキャンでは少量の胸腹水および右肺門部に腫瘍影を認めた。腫大した肝は不均一に造影され、内部の血管影は不明瞭化していた。画像上は肝内には明らかな腫瘍影は指摘できなかった。腫瘍マーカーでNSE 645.4ng/mlおよびproGRP 21000pg/mlと著明高値であり、小細胞癌の存在が疑われた。このため、臨床像から肺小細胞癌によるびまん性肝類洞内転移を疑った。意識レベルは徐々に低下し、転院後5日の経過で死亡した。剖検所見：右上葉に5x4.5cmの肺小細胞癌を認めた。リンパ節、副腎などに転移を伴っていた。肝は4070gと腫大し、肝類洞内転移所見が確認された。また、脾壊死所見が認められた。考察：肺小細胞癌によるびまん性肝類洞内転移を経験し、特異な画像所見を含めてその臨床像が示唆に富むと考え報告する。

びまん性肝類洞内転移, 肺小細胞癌

防衛医科大学校病院 外科学講座

大野博貴、永生高広、田代恵太、永田博美、山崎健司、星川真由美、西川 誠、野呂拓史、青笹季文、梶原由規、神藤英二、矢口義久、平木修一、辻本広紀、長谷和生、上野秀樹、山本順司

【はじめに】右肝の場合と比べ、左肝を主座とする巨大肝腫瘍の場合、隣接する臓器が多く切除に難渋することが多い。今回我々は左肝を主座とする巨大肝腫瘍の一切除例を経験したので報告する。【症例】70代男性。全身倦怠感、体重減少を主訴に近医受診。GIFで噴門直下小弯に隆起性病変を認め生検を施行したところsquamous cell carcinomaの診断。CT検査では左葉を中心とした約15cmの肝腫瘍を認めた。精査中に突然の腰痛を認め再度CT検査を施行。肝周囲に液体貯留と肝内air認め腫瘍破裂疑い前医緊急入院。その後手術目的のため当科紹介受診となった。【既往歴】B型肝炎。【身体所見】心窩部から左季肋部にかけて小児頭大の腫瘍を触知する。【画像所見】CT:左肝を主座とする約15cmの動脈層～静脈層で辺縁から濃染される腫瘍を認める。腫瘍内部にairがあり感染が疑われ、vascularityの評価は困難であった。また腫瘍は胃を外側に圧排し、脾体尾部との境界も不明瞭であり浸潤が疑われた。【術前診断】左葉を主座とするHuge HCC。【手術】逆T字切開で開腹。腫瘍は左肝を占めており胃と脾臓との境界は不明瞭であった。まず肝門部処理を施行し左肝の血流を遮断。胃を噴門部より口側で切離した。脾臓との境界は不明瞭であったため脾体尾部切除も追加し一塊として摘出した。左肝切除+胃全摘術+脾体尾部切除術。出血量:2579mL。手術時間:13時間6分。輸血量RCC10単位、FFP12単位であった。

肝細胞癌, HCC

がん・感染症センター都立駒込病院 肝臓内科
北台留衣、木村昌倫、西川晃司、今村 潤、木村公則

【症例】80歳女性【既往歴】特記事項なし【現病歴】20XX年11月に肺転移を伴う右腎癌 cT4N0M1と診断され、分子標的免疫療法(1-CCA療法)を開始され、20XX年3月には右腎摘出術を当院で施行。術後も分子標的免疫療法を継続されていたが、CT検査で肺転移病変の増大を認めたため、20XX年2月からパゾパニブ200mg/dayを開始された。しかし、20XX年3月に悪心嘔吐と肝機能障害(T-Bil 17.0 mg/dl、D-Bil 13.6mg/dl、AST 299 U/L、ALT 355 U/L、ALP 4052 U/L)が出現し、薬剤性肝障害が疑われてパゾパニブの投与を中止した。DDW-J2004ワークショップ薬物性肝障害診断基準では5点と薬剤性肝障害の可能性が高いことから、グリチルリチン製剤、ウルソデオキシコール酸、ベザフィブラート、フェノバルビタールなどの薬物治療を行い、治療開始2週間後から徐々に肝機能障害改善し、腎機能障害の増悪も認めなかった。【考察】パゾパニブの副作用として肝機能障害はよく知られているが、日本人における頻度や重症度については不明である。海外の報告では、パゾパニブによる薬剤性肝障害は投与開始後1、2か月後に発症することが多いとされており、我々は定期的に血液検査で肝機能の評価を行い、早期発見・早期治療により、当初は重篤な肝機能障害を認めたが、不可逆的な肝機能障害を回避することができた。パゾパニブ投与時には肝機能障害を念頭において定期的な肝機能評価を行い、肝機能障害出現時には早期に薬剤性肝障害の可能性を検討し、速やかな休薬及び早期治療が必要である。

薬剤性肝障害, パゾパニブ

虎の門病院 肝臓センター

松林泰毅, 川村祐介, 小南陽子, 藤山俊一郎, 瀬崎ひとみ, 保坂哲也, 芥田憲夫, 小林正宏, 斎藤 聡, 鈴木文孝, 荒瀬康司, 鈴木義之, 熊田博光

症例は70歳台女性。胃悪性リンパ腫にて胃全摘、脾摘の既往あるもその他特記すべき既往なし。X年5月に失禁を伴う意識障害を発症し、前医入院となった。採血上高アンモニア血症を認めたが、肝酵素の上昇はなく、腹部超音波検査、腹部CT、腹部MRIでも肝臓に特記すべき異常を認めなかった。肝生検を施行されるも、肝炎や肝硬変を示唆する所見は認めなかった。肝性脳症に順じ蛋白制限による食事療法、ラクツロース等の下剤による薬物療法を継続された。以降も意識障害を繰り返され、X+6年以降頻度が増悪した。前医にて施行されたアミノ酸分析にて血中のシトルリン419.5nmol/mlと高値認めたため代謝性疾患が疑われ同年当科紹介受診となった。当院にて施行された遺伝子検査にてSLC25A13 mutation2とmutation5との複合ヘテロ接合体を認めたため成人発症2型シトルリン血症(CTLN2)と確定診断された。当院にて低糖質、高蛋白、高脂質食の食事療法継続し、現在も外来フォロー中だが、意識障害出現なく良好に経過している。

CTLN2は、高アンモニア血症、高シトルリン血症により意識障害、失見当識、異常行動、痙攣などの精神神経症状、脂肪性肝疾患を主な症状とする常染色体劣性遺伝性疾患であり、本邦では約1/100000人の頻度で発症する。本症では豆類や卵など蛋白質や脂質の多い食事を好む食癖があり、本症例でも落花生やナッツ、チーズを好む食癖を認めた。原因不明や、蛋白制限にて意識障害が増悪する高アンモニア血症を経験した場合食癖を問診することが本症診断の契機となると考えられる。今回我々は上記症例を含めCTLN2の症例を2例経験したため文献的考察を加えて報告する。

高アンモニア血症, 高シトルリン血症

埼玉医科大学 消化器内科・肝臓内科¹⁾, 同 血液内科²⁾

古味優季¹⁾, 中山伸朗¹⁾, 印藤香織¹⁾, 測上 彰¹⁾, 齊藤陽一¹⁾, 浅見真衣子¹⁾, 塩川慶典¹⁾, 内田義人¹⁾, 藤井庸平¹⁾, 打矢 紘¹⁾, 中澤 学²⁾, 安藤さつき¹⁾, 中尾将光¹⁾, 本谷大介¹⁾, 稲生実枝¹⁾, 今井幸紀¹⁾, 富谷智明¹⁾, 阿久澤有²⁾, 脇本直樹²⁾, 中村裕一²⁾, 持田 智¹⁾

生来健康である30歳の男。ガーナから旅行目的に来日した。到着時より37℃台の発熱と倦怠感を自覚し、3日後から腹痛が出現して近医を受診した。AST 2, 154 IU, ALT 1, 074 IU, 血清Cr 3.60 mg/dL, 血小板3.9万。腹部CTで胆嚢壁の浮腫性肥厚、肝門部リンパ節腫脹と脾腫が見られ、当院を紹介された。入院時検査所見: AST 2, 594 IU, ALT 2, 372 IU, LDH 5, 026 IU, TB 3.0 mg/dL, 血清Cr 4.58 mg/dL, フェリチン109, 370 ng/mL, PT 78%, INR1.13, 白血球10, 450, 異型リンパ球2.0%, 赤芽球5/100, 赤血球580万, 血小板3.0万, FDP 38.9 μ g/mL, HBs抗原陰性, HCV抗体陰性, IgM-HA抗体陰性, IgA-HEV抗体陰性。マラリア原虫は検出されず、デングウイルスのNS1抗原と2型遺伝子が陽性。デングウイルス感染によってウイルス関連血球貪食症候群 (VAHS) を発症し、播種性血管内凝固症候群 (DIC) を呈していると診断した。メシル酸ガベキサート持続投与および血液持続透析 (CHDF) を開始した。さらにメチルプレドニゾロンによるステロイドパルス療法を3日間で実施し、引き続き、プレドニゾン70 mg/日静注に切り替えて副腎皮質ステロイド投与を継続した。血小板数と肝機能検査値は徐々に改善した。腎機能も回復して、入院第15病日に血液透析を終了した。全身状態の改善を待ち、第33病日で退院となった。海外からの旅行者が増加しており、熱帯地方からの渡航者における急性肝炎の病態と鑑別診断に際して示唆に富む症例と考えて報告する。

デング熱, 血球貪食症候群

千葉大学 医学部 先端応用外科

天海博之, 村上健太郎, 上里昌也, 早野康一, 加野将之, 藤城 健, 豊住武司

症例は血液透析中の57歳、男性。2016年食道癌 T1b-SM2N2 (5/26) M0 StageIIに対して右開胸開腹食道重全摘縦隔経路胃管再建+頸部リンパ節郭清を施行。術後補助化学療法としてFP(5-Fluorouracil+Cisplatin)を2コース施行した。5-Fluorouracil (800mg/m²)を1-5日目に、Cisplatin (80mg/m²)を1日目に投与し、5週間後に2コース目を施行した。化学療法施行日には、投与終了後に血液透析を開始した。重度の副作用は観察されなかった。補助化学療法は2コース施行したが、術後7か月再発兆候を認めていない。Cisplatinは腎排泄であるが、体内に投与されたCisplatin (遊離型) は短時間のうちに血液及び組織中のタンパク質と結合し (結合型) 透析されなくなる。そのため投与終了直後に血液透析を開始し、Cisplatin (遊離型) を除去した。維持血液透析患者におけるFP(5-Fluorouracil+Cisplatin)のまとまった報告はなく、本症例は食道癌術後であったが、安全に補助化学療法を施行可能であった。投与に際して血中濃度測定も行ったため、その結果と若干の考察を含めて報告する。

透析, 化学療法

湘南藤沢徳洲会病院 肝胆脾消化器病センター

永田 充

症例は41歳、男性。健診の上部消化管内視鏡にて前庭部に10mm大の陥凹性病変を指摘され、生検で未分化型胃癌と診断された。陥凹の周囲はSMT様隆起を呈しており、粘膜下層浸潤の可能性も疑われたことから外科手術を勧めた。しかし、患者より内視鏡治療を受け、病理結果によって外科手術を受けるかどうか検討したいとの希望があり、まずESDを行う方針とした。ESDにて病変を一括切除したところ、病理結果で粘膜下層への浸潤を認め非治癒切除であり、追加外科手術を施行した。内視鏡的・病理学的に*Helicobacter pylori*感染の所見がないこと、除菌療法を行ったことがないこと、血中抗*Helicobacter pylori*-IgG抗体陰性、尿素呼気試験陰性であることから、*Helicobacter pylori*未感染胃癌と考えられた。*Helicobacter pylori*未感染胃癌は胃癌全体の約1%と報告されており、稀な病態と考えられてきた。しかし、今後*Helicobacter pylori*未感染者の増加に伴い、*Helicobacter pylori*未感染胃癌も増加する可能性があり、注意が必要である。

*Helicobacter pylori*未感染未分化型胃癌, ESD

77 多発するType1胃NETに対してESDを施行した一例

自治医科大学附属さいたま医療センター 消化器内科¹⁾, 同 病理部²⁾

石井剛弘¹⁾, 山中健一¹⁾, 松本圭太¹⁾, 森野美奈¹⁾, 賀嶋ひとみ¹⁾, 小糸雄大¹⁾, 高橋裕子¹⁾, 坪井瑠美子¹⁾, 関根匡成¹⁾, 上原健志¹⁾, 浦吉俊輔¹⁾, 浅野岳春¹⁾, 松本吏弘¹⁾, 鷲原規喜¹⁾, 浅部伸一¹⁾, 宮谷博幸¹⁾, 眞嶋浩聡²⁾, 山田茂樹²⁾, 田中 亨²⁾

症例は33歳女性。心窩部痛を契機に上部内視鏡検査を行い、最大10mm程度の発赤調隆起を複数認め、生検でいずれも胃NETの診断であった。血液検査では血中*H.pylori*抗体陰性、抗胃壁細胞抗体16倍、高ガストリン血症(1800 pg/dl)を認め、A型胃炎を背景とするType1胃NETと考えられた。造影CT検査や腹部超音波検査で明らかな遠隔転移なく、最大10mm程度の病変が6個であり、治療として内視鏡的粘膜下層剥離術(ESD)を選択した。体上部前壁の10mm大の病変は核分裂像7/10HPF、Ki-67指数11.3%でありNET G2、その他5か所はいずれもNET G1の結果であり、全て断端陰性であった。NET G1病変のうち3mm大の病変は静脈侵襲を疑う部位が1か所あったが、サイズも小さく、造影CT検査で明らかな遠隔転移も指摘できないため、上部内視鏡検査や造影CT検査、腹部超音波検査等で定期的に経過観察している。胃NETは高ガストリン血症、背景疾患の有無によって3型に分類したRindi分類が汎用されている。Type1胃NETに関しては、無治療で経過観察した複数の報告で腫瘍の増大や遠隔転移を認めず、悪性度は比較的低いと考えられている。そのため腫瘍径1cm以下、明らかな筋層浸潤がなければ経過観察や内視鏡治療が考慮される。今回多発するType1胃NETに対してESDを施行し、その後経過観察している一例について報告する。

胃NET, ESD

78 十二指腸乳頭部神経内分泌腫瘍の一例

東邦大学医療センター大橋病院

田中貴志, 新後弘幸, 徳久順也, 斎藤倫寛, 権 勉成, 斎藤智明, 松清 大, 浅井浩司, 渡邊 学, 草地信也, 佐藤若菜, 前谷 容

症例: 60歳代男性。2017年4月に腹痛を契機に当院救急外来受診した。採血で軽度の肝障害を指摘され腹部CTで十二指腸乳頭部に腫瘍を認めたが当科紹介となった。上部消化管内視鏡では乳頭部の腫大を認めたため側視鏡に変更して観察すると、乳頭部は腫大していたが粘膜面の変化はなく粘膜下腫瘍様の形態を呈しており、隆起の一部に認めた陥凹部より生検した。造影CTでは乳頭部に20mm大の、境界明瞭で辺縁が整った造影効果に伴う腫瘍性病変を認め総胆管、主膵管の拡張を認めた。超音波内視鏡では、十二指腸乳頭部に24mmの内部がやや不均一な低エコー腫瘍を認め十二指腸筋層の不明瞭化を認めた。以上から十二指腸乳頭部NETを疑った。生検結果より十二指腸乳頭部NETの診断に至った。全身検索のCTでは肝S4に造影効果の乏しい腫瘍性病変を認め転移の可能性が否定できなかった。腹部造影エコーでは早期血管相での濃染、kupffer相でのwash outを認め肝転移が疑われたが、肝臓EOB-MRIではdynamic studyで造影増強効果なく肝細胞相では同定できなかったため転移の可能性は低いと考えられた。術前検索では肝転移の診断に難渋したが、肝転移と考えても手術は可能と判断し手術を施行した。膵・消化管神経内分泌腫瘍診療ガイドラインでは、十二指腸NETでの記載はあるが十二指腸乳頭部NETとしての記載はない。十二指腸乳頭部NETは比較的低頻度であり症例数の蓄積が必要である。今回、十二指腸乳頭部神経内分泌腫瘍を経験したので過去の報告を基に若干の文献的考察を加えて報告する。

十二指腸乳頭部NET, NET G1

79 ポノプラザンまたはランソプラゾールを用いた*Helicobacter pylori*一次除菌治療の除菌成績に関係する因子の検討

日本大学 医学部 内科学系消化器肝臓内科学分野

鈴木 翔, 後藤田卓志, 草野 央, 林 香里, 江崎 充, 池原久朝, 森山光彦

【目的】*Helicobacter pylori* (*H. pylori*) 除菌のためのポノプラザンを用いた3剤療法の有効性が報告されている。従来のプロトンポンプ阻害薬を使用した一次除菌治療では除菌成功に関係する因子が報告されているが、ポノプラザンを用いたレジメンではその因子は明らかになっていない。今回、ポノプラザンまたはランソプラゾールを用いた*H. pylori*一次除菌治療の除菌成績に関係する因子について比較検討した。【方法】2014年12月から2016年1月の期間に一次除菌治療を行った*H. pylori*陽性患者332例を対象として後方視的に検討した。除菌治療は、VPZ群がポノプラザン40mgとクラリスロマイシン(CAM)400mgとアモキシシリン(AMPC)1500mgの3剤7日間投与で、RPZ群がランソプラゾール40mgとCAM400mgとAMPC1500mgの3剤7日間投与であった。内服終了から少なくとも5週間後に尿素呼吸試験を行い、2.5%未満を除菌成功と判定した。年齢、性別、BMI、除菌治療の対象となった*H. pylori*関連疾患について除菌成績との関係を単変量および多変量解析を用いて検討した。【結果】対象はVPZ群が254例、RPZ群が78例であった。除菌率の比較では、VPZ群の除菌率はRPZ群よりも有意に良好であった(IT解析: 87.4% vs 74.4%, $p=0.008$) (PP解析: 89.9% vs 77.3%, $p=0.010$)。除菌成績と関連する因子の検討では、RPZ群では単変量解析で年齢($p=0.002$)、性別($p=0.005$)、BMI値($p=0.002$)が除菌成功と有意に関連していた。多変量解析では、年齢57歳以上(オッズ比56.0, $p<0.001$)、女性(オッズ比18.2, $p=0.002$)、BMI23.5未満(38.7, $p<0.001$)がRPZ群の除菌成功に関係する独立した因子であった。VPZ群では単変量および多変量解析で除菌成功と有意に関連した因子はなかった。【結論】ランソプラゾールを用いた一次除菌治療では、除菌成績は年齢、性別、BMIの影響を受けた。一方、ポノプラザンを用いた一次除菌療法では、除菌成績は患者の背景に影響を受けることはなく、どのような患者においても高い除菌率が示された。

Helicobacter pylori, 除菌

80 臓器収納袋 E・Zパースを用いてESD後巨大胃腫瘍を回収した1症例

東邦大学医療センター大森病院 消化器内科¹⁾, 同 消化器外科²⁾

木村祐介¹⁾, 山口和久¹⁾, 辛島 遼¹⁾, 小林 輝¹⁾, 田角怜子¹⁾, 藤井絛大¹⁾, 藤沢理沙¹⁾, 水谷沙織¹⁾, 毛利州秀¹⁾, 渡辺 剛¹⁾, 園 宣博¹⁾, 土方一範¹⁾, 小林 俊¹⁾, 岡本陽祐¹⁾, 木村隆輔²⁾, 鳥羽崇仁¹⁾, 大塚隆文¹⁾, 鈴木 隆²⁾, 大嶋陽幸²⁾, 五十嵐良典¹⁾

【症例】75歳男性。心窩部不快感を主訴に前医を受診し、血液検査で鉄欠乏性貧血を認めた。精査目的に施行した上部内視鏡検査で、胃内に隆起性病変を指摘され当院に紹介受診した。上部内視鏡検査にて、胃角部後壁から前庭部後壁を中心とした約8cm大の分葉状の巨大な0-I型病変を認め、NBI併用拡大観察では、微小血管構造はWOS (white opaque substance) 沈着のため視認困難であったが、表面微細構造は不均一な形態を呈していた。病変からの生検で腺癌 (Group 5) の診断であった。肉眼的に巨大な腫瘍であり、かつ広基性病変であったが、可動性は比較的良好のため、内視鏡的粘膜下層剥離術(ESD)を行う方針となった。ESDにて病変の一括切除に成功したが、検体が巨大であり回収に難渋した。腹腔鏡下手術の際に摘出した臓器の回収に用いるE・Zパースを2チャンネルスコープで胃内に誘導して使用すること、検体分割することなく回収しえた。回収時に病変の頂部が一部断裂したが剥離ラインに影響は認めなかった。病理組織学的検討は可能であり、Adenocarcinoma of the stomach; 0-I, 85×50×20 mm, tub1, pT1a (MM), ly(-), v(+), HM0, VM0であった。【結論】巨大腫瘍のESD後の検体回収は通常の方法では難渋することが多い。腹腔鏡下手術用のE・Zパースは、本症例のような巨大腫瘍のESD後の検体回収に有用であった。

ESD, 検体回収

千葉中央メディカルセンター

宮内輝晃, 山田俊儒, 高平尚弘, 上原広嗣, 佐藤恒信, 須永雅彦

症例は67歳、女性。2型糖尿病で治療を行っていたが認知症もあり、血糖コントロールは不良であった。糖尿病性ケトアシドーシスの診断で入院となり、インスリン治療などを行っていたものの、経過中に黒色便と貧血が見られたため、上部消化管内視鏡検査を行った。十二指腸下行脚の表層粘膜の広範な多発びらん・潰瘍性病変を認めた。露出血管も見られたためクリップによる内視鏡的止血術を行った。しかし、内視鏡的止血術後2日目の夜間に血圧低下を認め、同病変からの出血性ショックと判断した。内視鏡的治療は困難と考え、緊急血管造影検査及び塞栓術を行った。後降十二指腸動脈の分枝からの血管外漏出像を認め、コイル塞栓術を行った。また、後吻合枝からも血管外漏出像を認めたため、セラチンスポンジ細片による塞栓術を行った。この際、インジゴカルミン色素の動注を行い、内視鏡下の止血確認が可能であった。今回、血管造影検査及び塞栓術と上部消化管内視鏡検査を同時に実施することにより、確実な止血を得ることができた症例を経験したため、文献的考察を加えて報告する。

血管内塞栓術, 色素動注

つくばセントラル病院 消化器内科¹⁾,筑波大学附属病院 光学診療部²⁾内田優一¹⁾, 浅岡 等¹⁾, 田内雅史¹⁾, 上野卓教¹⁾, 溝上裕士²⁾

【症例】58歳男性【主訴】血便【既往歴】鬱病【生活歴】喫煙10本/day、飲酒なし【現病歴】20××年○月より心窩部痛が出現し持続するため、内科受診しファモチジンが処方された。その後も改善認めないため同年○+2月○日消化器内科受診した。上部消化管内視鏡では病変を認めず、functional dyspepsia (Epigastric pain syndrome)と診断しアコチアミドとPCABを処方した。PCAB開始3ヶ月後より一日四行程度の軟便が出現するため下部消化管内視鏡を勧めたが、希望されず、トリメブチンマレイン酸と整腸剤を処方し下痢は改善した。その後心窩部痛は改善したため外来は自己中断されていた。約1年後、再度心窩部痛が出現するため、アコチアミド、PCABを再開した。内服再開2ヶ月に二、三日一行程度の血便が出現し持続したため、下部消化管内視鏡を施行した。直腸に複数のmucosal tearを認め、同部の生検所見よりCCと診断した。PCABを中止しラベプラゾールに変更後、血便は消失した。【考察】本邦ではCCの原因として、プロトンポンプ阻害薬 (PPI) での報告が多いが、PCABでの報告はまれと思われ報告した。

collagenous colitis, ボノブラザン

亀田総合病院 消化器内科

小林正佳, 中路 聡, 原澤尚登, 川満菜津貴, 神田圭輔, 吉村茂修, 白鳥俊康, 平田信人

【症例】85歳女性。高血圧と鬱病の既往があり当院総合内科に通院中であったが、7kg/3ヶ月の体重減少があり、腹部CT検査を施行したところ上行結腸に腫瘍性病変を認め、精査加療目的に当科紹介受診となった。家族歴に特記すべきことなし、飲酒歴は機会飲酒、喫煙歴なし。身長143cm。体重52kg。身体所見は特記すべき所見なし。腹部CT検査では上行結腸内に4×5×8cm大の腫瘍を認め、腫瘍内部は脂肪成分を主体とし不均一であった。リンパ節転移や遠隔転移を疑う所見は認めず。大腸内視鏡検査では上行結腸に基部を有する黄色調の粘膜下腫瘍様の隆起性病変を認め、頂部では粘膜が欠損し、凹凸のある白色調の腫瘍が突出していた。同部位からの生検では肉芽組織という結果であった。PET-CTでは同部位に軽度の集積を認めていた。検査所見より上行結腸原発の脂肪肉腫を疑い、外科にて腹腔鏡下右側結腸切除術を施行した。切除標本では上行結腸内腔に突出する7×4cm大の腫瘍を認めた。病理組織学的には硝子様線維性成分と分化した脂肪組織よりなる腫瘍で、紡錘形ないし多形性の異型細胞を認め、分化型脂肪肉腫と診断した。術後経過は問題なく術後12日目に退院となった。術後4年経過するが再発は認めていない。【考察】一般的に脂肪肉腫の好発部位は下肢や後腹膜である。大腸では腸間膜原発の報告例は散見されるが、腸管原発の症例は検索した限りでは国内で6例、海外で10例の報告があるのみと非常に稀であり、文献的考察を加えて報告する。

大腸, 脂肪肉腫

東邦大学医療センター佐倉病院 消化器内科

柴本麻衣, 木村道明, 大内裕香, 古川潔人, 岩下裕明, 佐々木大樹, 勝俣秀夫, 菊地秀昌, 岩佐亮太, 長村愛作, 中村健太郎, 竹内 健, 高田伸夫, 鈴木康夫

<目的>血球成分除去療法(Cytapheresis:CAP)は活動期潰瘍性大腸炎(Ulcerative Colitis:UC)の寛解導入療法として本邦におけるUC寛解導入療法として今日ステロイド(PSL)投与減量目的に汎用されている。最近、若年者および高齢者UC症例が増加傾向にあり、特に副作用が少なく有効性の高い治療法が求められている。CAPは有効性と共に安全性の高い治療法とされているが、高齢者および若年者に対する有効性は明確ではない。そこで当科で過去3年間CAP治療が実施されたUC若年者(18歳未満)および高齢者(65歳以上)の有効性と安全性を検討した。<方法>若年UC 総数16例:平均年齢16.7±1.26歳、男女比11:5、partial mayo score平均5.6点、PSL naïve12例、PSL抵抗性3例、PSL依存性1例であった。高齢者UC総数14例:平均年齢69.3±2.81歳、男女比4:3、partial mayo score平均6.9点、PSL naïve9例、PSL抵抗性2例、PSL依存性3例であった。CAPの有効性としてGMA(Granule Monocyte Apheresis)施行症例を検討した。<結果>若年者UCにおける有効率は62.5%で副作用は頭痛が2例、発熱が1例、嘔気が1例であった。高齢者UCにおける有効率は35.7%で副作用は特に認めなかった。<考察>若年者UC症例に対するGMAの有効率は既報の有効性とほぼ同等以上の有効性と共に高い安全性を示した。高齢者UC症例における有効性は既報の成績に比べ低率であったが、安全性に問題はなかった。高齢者UCで有効率が高くないのは、PSL依存性・抵抗例の割合が高く比較的重症例が多いことが要因と思われる。また、各種合併症を有している症例が多いことも一因と考えられた。<結論>特に高い安全性が求められる若年・高齢UC症例に対する治療法として、CAPは適した治療法と思われるが高齢UC症例に対しては早期導入を図るなど運用法における工夫が必要と考えられた。

潰瘍性大腸炎, 血球除去療法