

日本消化器病学会 関東支部第347回例会

プログラム・抄録集



当番会長：群馬大学大学院医学系研究科 総合外科学講座 肝胆膵外科学分野 教授 調 憲

平成29年12月2日(土)

海運クラブ

日本消化器病学会関東支部第347回例会

プログラム・抄録集

当番会長：群馬大学大学院医学系研究科 総合外科学講座 肝胆腸外科学分野 教授 調 憲
〒371-8511 群馬県前橋市昭和町3-39-22
TEL 027-220-8800/FAX 027-220-8802

会 期：平成29年12月2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>

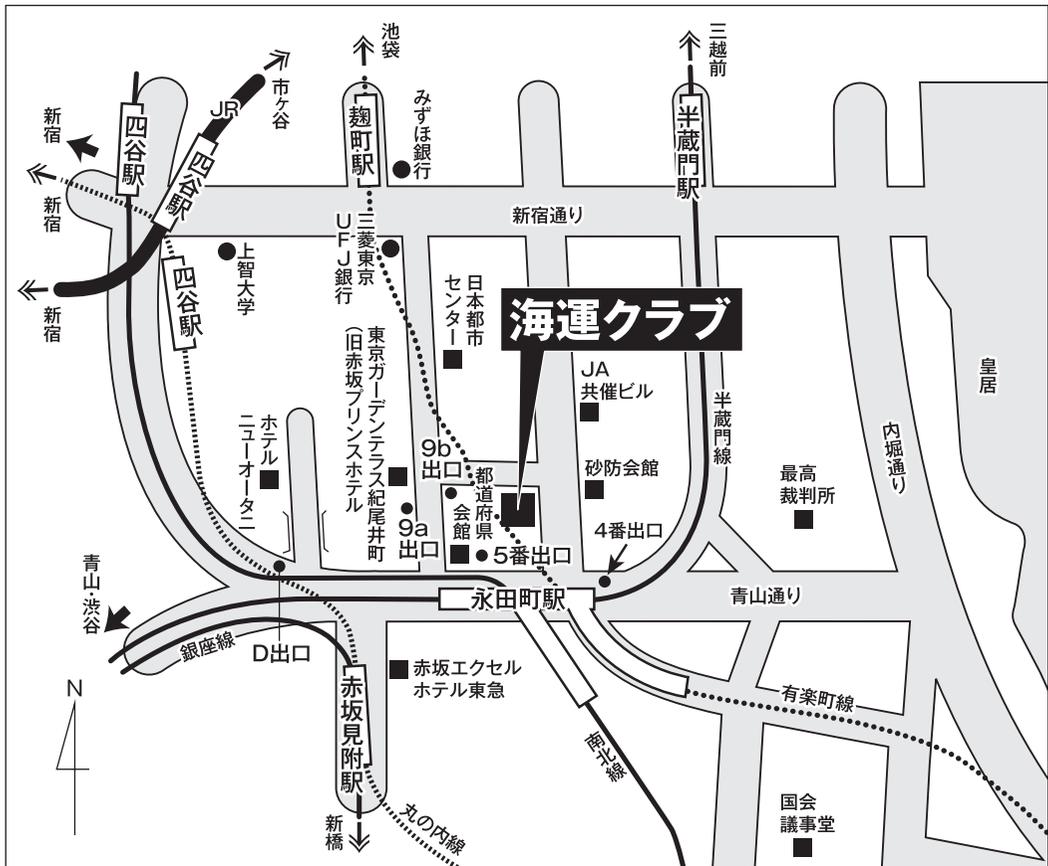
1. 発表者は日本消化器病学会の会員に限ります。
2. 発表はすべてPCでのプレゼンテーションとなります。
口演30分前までに、PC受付にてデータ登録・動作チェックを済ませてください。
 - 1) 会場に用意するPCのアプリケーションは、Microsoft PowerPoint 2007/2010/2013となります。発表データはUSBメモリにてお持ちください。また、事前に必ず、作成したPC以外のPCでも正常に動作することを確認してください。
※データ作成の際は、文字化けを防ぐため次の標準フォントをご使用ください。
日本語：MSゴシック，MS Pゴシック，MS明朝，MS P明朝
英語：Arial，Century，Century 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働はトラブルの原因となるため、外部電源用アダプタを必ずお持ちください。
 - 3) 音声出力には対応いたしません。
 - 4) 発表は枚数ではなく時間で制限させていただきます。
 - 5) 発表時は、演台に置かれたモニターを見ながらご自身で操作して画面を進めていただきます。なお、発表者ツールの使用はできませんのでご注意ください。
3. 発表に際しては、患者さんのプライバシーの保護（日付の記載は年月までとする、等）に十分配慮してください。
4. 演題発表時には、利益相反状態の開示が必要になります。開示基準・規定の書式に従って利益相反の有無を必ず開示してください。
5. 演者は前演者の口演開始後、直ちに「次演者席」へご着席ください。
6. 専修医セッション、研修医セッション及び一般演題は、1題口演4分、追加討論2分です。時間厳守をお願いします。
7. 質問される方は、所属と氏名を明らかにしてからお願いします。
8. 専修医・研修医セッションの発表者あるいは同施設の方は、奨励賞表彰式に出席してください。(第1会場 12:50～13:05)
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. 第9回ハンズオンセミナー、超音波ガイド下CVCトレーニングブース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〉〈丸の内線〉D(弁慶橋)出口より徒歩約8分

日本消化器病学会関東支部第347回例会

平成29年12月2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(食道・小腸) 1～3	8:05～8:23	宗田 真	(16) 研修医Ⅰ(その他) 53～54	8:05～8:17	菊川 利奈
(2) 専修医Ⅱ(胃・十二指腸) 4～7	8:23～8:47	中村 淳	(17) 研修医Ⅱ(胃・十二指腸) 55～57	8:17～8:35	中村 佳子
(3) 専修医Ⅲ(胃・十二指腸) 8～11	8:47～9:11	迎 美幸	(18) 研修医Ⅲ(胃・十二指腸) 58～59	8:35～8:47	中村理恵子
(4) 専修医Ⅳ(大腸1) 12～14	9:11～9:29	茂木 陽子	(19) 研修医Ⅳ(小腸) 60～63	8:47～9:11	山口 悟
(5) 専修医Ⅴ(大腸2) 15～17	9:29～9:47	箕輪慎太郎	(20) 研修医Ⅴ(大腸1) 64～66	9:11～9:29	辰巳 健志
(6) 専修医Ⅵ(大腸3) 18～20	9:47～10:05	吉本 恵理	(21) 研修医Ⅵ(大腸2) 67～68	9:29～9:41	関口 雅則
10:05～10:15 休憩			(22) 研修医Ⅶ(肝1) 69～72	9:41～10:05	細見英里子
(7) 専修医Ⅶ(肝) 21～24	10:15～10:39	播本 憲史	10:05～10:15 休憩		
(8) 専修医Ⅷ(胆・膵1) 25～28	10:39～11:03	佐藤 洋子	(23) 研修医Ⅷ(肝2) 73～76	10:15～10:39	渡辺 亮
(9) 専修医Ⅸ(胆・膵2) 29～33	11:03～11:33	久保 憲生	(24) 研修医Ⅸ(肝3) 77～80	10:39～11:03	戸島 洋貴
			(25) 研修医Ⅹ(胆・膵) 81～85	11:03～11:33	澤田 亮一
			12:00～12:30 評議員会		
12:05～12:50 ランチョンセミナー(第1会場)					
「ポスト肝炎ウイルス時代の新たな課題と今後の展望」					
東京医科歯科大学 消化器内科・肝臓病態制御学講座 教授 朝比奈靖浩 先生					
司会 長崎医療センター 臨床研究センター長 八橋 弘 先生					
共催：シスメックス株式会社					
12:50～13:05 専修医・研修医奨励賞表彰式(第1会場)					
13:05～14:00 特別講演(第1会場)					
「肝移植のベストアウトカムの鍵は肝臓内科医の手の中にある」					
東京女子医科大学 消化器病センター 外科 教授 江川 裕人 先生					
司会 群馬大学大学院医学系研究科 総合外科学講座 肝胆膵外科学分野 教授 調 憲					
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) 大腸1 34～36	14:10～14:28	加賀谷暁子	(26) 食道1 86～89	14:10～14:34	吉永 繁高
(11) 大腸2 37～39	14:28～14:46	山本 梓	(27) 食道2 90～94	14:34～15:04	酒井 真
(12) 肝1 40～43	14:46～15:10	松尾めぐみ	(28) 十二指腸 95～97	15:04～15:22	新美 恵子
(13) 肝2 44～46	15:10～15:28	長沼 篤	(29) 小腸・その他 98～100	15:22～15:40	小澤真由美
(14) 肝3 47～49	15:28～15:46	新木健一郎			
(15) 膵・その他 50～52	15:46～16:04	田中 成岳			
16:04～16:09 閉会の辞(第1会場)					

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

特別講演(第1会場 13:05~14:00)

「肝移植のベストアウトカムの鍵は 肝臓内科医の手の中にある」

東京女子医科大学 消化器病センター 外科 教授 江川 裕人 先生

司会 群馬大学大学院医学系研究科 総合外科学講座 肝胆膵外科学分野 教授 調 憲

……演者の先生ご紹介……

えがわ ひろと
江川 裕人 先生

東京女子医科大学 消化器病センター 外科 教授

略歴

学歴

昭和57年3月 京都大学医学部卒業
平成4年3月 京都大学大学院医学研究科博士課程終了

職歴

昭和57年4月 京都大学医学部外科入局、付属病院外科研修医
昭和58年3月 香川県坂出市回生病院外科医員
昭和61年1月 国家公務員等共済組合連合会長尾病院外科医員
昭和61年7月 国家公務員等共済組合連合会新香里病院外科医員
平成4年4月 カリフォルニアバシフィックメディカルセンター 移植外科研究員
平成6年6月 京都大学医学部第二外科医員
平成8年4月 京都大学医学部付属病院移植外科医員
平成9年5月 京都大学大学院医学研究科移植免疫医学講座助手
平成11年10月 京都大学医学部大学院移植免疫医学講座講師
平成14年5月 京都大学医学部付属病院臓器移植医療部助教授(准教授)
平成21年4月 朝日大学村上記念病院 外科教授
平成23年4月 東京女子医科大学 消化器病センター 外科 臨床教授
平成26年4月 東京女子医科大学 消化器病センター 外科 教授

国際学会会員：米国移植学会、米国肝臓病学会、国際移植学会、国際肝移植学会、国際肝癌研究会、国際肝胆膵外科学会

学会役職

日本移植学会 理事長
The Transplantation Society (TTS, 国際移植学会) Council, Science Committee
International Liver Transplant Society (ILTS, 国際肝移植学会) Council, Educational committee
Asian Transplantation Society Council

専門医・指導医

日本外科学会	指導医	専門医
日本消化器外科学会	指導医	専門医 評議員
肝胆膵外科学会	高度技能指導医	評議員
日本肝臓学会	専門医	評議員
日本移植学会	認定医	

その他

American Journal of Transplantation Associate Editor

ランチオンセミナー (第1会場 12:05~12:50)

「ポスト肝炎ウイルス時代の 新たなる課題と今後の展望」

東京医科歯科大学 消化器内科・肝臓病態制御学講座 教授 **朝比奈靖浩** 先生

司会 長崎医療センター 臨床研究センター長 **八橋 弘** 先生

共催：シスメックス株式会社

……演者の先生ご紹介……

あさひな やすひろ
朝比奈 靖浩 先生

東京医科歯科大学 消化器内科・肝臓病態制御学講座 教授

略歴

学歴および職歴

1988年3月 滋賀医科大学 医学部 卒業

1988年5月 東京医科歯科大学医学部 第二内科入局

1996年6月 米国コネチカット大学医学部 消化器科 留学 博士研究員

1998年12月 武蔵野赤十字病院 消化器科 副部長

2009年4月 武蔵野赤十字病院 消化器科 部長

2012年4月 東京医科歯科大学消化器内科・大学院分子肝炎制御学 教授

2013年4月 東京医科歯科大学消化器内科・大学院肝臓病態制御学 (名称変更) 教授

現在に至る。

併任

2010年9月～ 滋賀医科大学 客員教授 併任

2012年4月～ 山梨大学医学部 非常勤講師 併任

第9回ハンズオンセミナー

(ホワイエ 10:00～12:00)

「肝臓解析テクニックと 最新鋭超音波装置の機能体験」

インストラクター

群馬大学大学院医学系研究科	総合外科学講座	肝胆膵外科学分野	五十嵐隆通
群馬大学大学院医学系研究科	総合外科学講座	肝胆膵外科学分野	石井 範洋
群馬大学大学院医学系研究科	総合外科学講座	肝胆膵外科学分野	萩原 慶
群馬大学大学院医学系研究科	総合外科学講座	肝胆膵外科学分野	山中 崇弘

<ご案内>

研修医・エコー入門者向けに『超音波診断装置』を用いたハンズオンセミナーを開催いたします。

- * 参加費は無料です。
- * 本学会の会員でない研修医、子育て中の女性医師も受講できます。
- * 受講申込を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。

【募集案内お問合せ先】

関東支部第347回例会 運営事務局：jsge2017_347@sunpla-mcv.com

申込方法は下記URLよりご確認のうえ、お申し込みください。

http://www.jsge.or.jp/member/meeting/shibu/kanto#shibureikai_ditail

【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。

共 催：東芝メディカルシステムズ株式会社

超音波ガイド下CVCトレーニングブース

(ホワイエ 10:00～12:00)

「静脈確保の新たなスタンダード！」 ～医療者共通の「技」～

インストラクター

群馬大学医学部附属病院 先端医療開発センター センター長 浅尾 高行
群馬大学医学部附属病院 集中治療部 助教 金本 匡史
群馬大学大学院医学系研究科 医療の質・安全学講座 助教 田中 和美

<ご案内>

研修医・CVC入門者向けに超音波ガイドを用いたCVCトレーニングブースを開設いたします。

基本的な手技から、3D Printで作成した困難症例再現モデルを使って臨床に近い条件で穿刺手技を体験できます。

医療安全共同行動及び日本医療安全調査機構では中心静脈確保のため、超音波ガイド下穿刺を推奨しています。

この手技は各医療者共通の「技」です。是非、この技を体得しましょう！

- * 参加費は無料です。
- * 本学会の会員でない研修医、子育て中の女性医師も受講できます。
- * 受講申込を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。

【募集案内お問合せ先】

関東支部第347回例会 運営事務局：jsge2017_347@sunpla-mcv.com

申込方法は下記URLよりご確認のうえ、お申し込みください。

http://www.jsge.or.jp/member/meeting/shibu/kanto#shibureikai_ditail

【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。

共 催：日本医療研究開発機構（AMED）

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—

群馬大学大学院医学系研究科 総合外科学講座 消化管外科学	宮崎 達也
日本大学 医学部 内科学系消化器肝臓内科学分野	鈴木 翔
東芝病院 消化器内科	手島 一陽

(1) 専修医Ⅰ(食道・小腸) 8:05~8:23 座長 群馬大学大学院医学系研究科 総合外科学講座 消化管外科学 宗田 真

1. 診断に至るまでに長期間を要した好酸球性食道炎の一例

東邦大学医療センター大森病院 ○田角 怜子, 水谷 沙織, 辛島 遼, 毛利 州秀
藤井 紘大, 藤澤理沙人, 小林 輝, 渡邊 剛
木村 祐介, 團 宣博, 土方 一範, 新井 典岳
山本 慶郎, 山口 和久, 鳥羽 崇仁, 大塚 隆文
五十嵐良典, 栃木 直文, 根本 哲生, 澁谷 和俊

2. 急速に増大した早期食道癌の転移性リンパ節腫瘍の一例

草加市立病院 ○山崎 友裕, 松川 直樹, 岡田 理沙, 小橋健一郎
今城 真臣, 鎌田 和明, 矢内 常人
東京医科歯科大学病院 病理部 和田あかね, 明石 巧

3. 回腸末端の炎症性浮腫により亜イレウスを発症した2症例

東芝病院 消化器内科 ○鈴木 徳之, 田代 淳, 柿本 光, 大塩 香織
福本 剛, 新野 徹, 山本 夏代, 手島 一陽
三輪 純, 新井 雅裕

(2) 専修医Ⅱ(胃・十二指腸1) 8:23~8:47 座長 東海大学 消化器内科 中村 淳

4. 慢性骨髄性白血病に対するイマチニブ内服中に胃前庭部毛細血管拡張症をきたした一例

済生会中央病院 ○藤本裕太郎, 阿部 善彦, 林 智康, 小川 歩
田沼 浩太, 大原まみか, 星野 舞, 上田 真裕
岸野 竜平, 酒井 元, 船越 信介, 中澤 敦
塚田 信廣

5. 薬物相互作用によりボノプラザンの効果減弱が疑われたESD後潰瘍の一例

群馬大学医学部附属病院 消化器・肝臓内科 ○吉成夫希子, 田中 寛人, 糸井 祐貴, 福地 達
星 恒輝, 小林 剛, 入江 江美, 中山 哲雄
山田 俊哉, 戸島 洋貴, 栗林 志行, 堀口 昇男
山崎 勇一, 下山 康之, 佐藤 賢, 柿崎 暁
同 消化器・肝臓内科 富澤 琢, 河村 修, 草野 元康
同 光学医療診療部

6. 十二指腸潰瘍出血として治療に難渋した胃十二指腸動脈瘤破裂の1例

船橋市立医療センター ○金子 達哉, 小林 照宗, 古賀 邦林, 藤井 渚夕
石垣 飛鳥, 東郷 聖子, 関 厚佳, 安藤 健
水本 英明

7. 多量の水分摂取により胃拡張を来し急性胃粘膜壊死をきたした1例

国立国際医療研究センター 消化器内科 ○西家由里子, 柳瀬 幹雄, 秋山 純一, 小早川雅男
小島 康志, 横井 千寿, 永田 尚義, 三神信太郎
渡辺 一弘, 忌部 航, 大久保栄高, 櫻井 恵
木平 英里, 久田 裕也, 柳澤 直宏, 小林 桜子
飯田 龍洋, 下村 暁, 松下 祐紀, 濱田麻梨子
泉 敦子

(3) 専修医Ⅲ(胃・十二指腸2) 8:47~9:11 座長 北里大学 医学部 消化器内科学 迎 美 幸

8. 自己免疫性胃炎を背景に高分化腺癌を認めた一例

日本大学病院 消化器内科 ○奥野 宏晃, 草野 央, 鈴木 翔, 大木 庸子
大澤 朗太, 林 香里, 入江 彰, 武井 章矩
江崎 充, 渡邊 幸信, 岩塚 邦生, 三浦 隆生
高橋 利実, 中河原浩史, 小川 真広, 後藤田卓志
日本大学医学部付属板橋病院 消化器肝臓内科 今津 博雄, 松岡 俊一, 森山 光彦

9. 出血コントロール目的に切除した肝細胞癌胃転移の一例

群馬大学医学部附属病院 外科診療センター ○原口 祥恵
同 外科診療センター 消化管外科 生方 泰成, 木村 明春, 中澤 信博, 鈴木 雅貴
矢野間 透, 岩松 清人, 緒方 杏一, 桑野 博行
同 外科診療センター 肝胆膵外科 調 憲
渋川医療センター 消化器外科 高橋 研吾

10. 繰り返すS状結腸捻転症に併発した急性胃軸念転症の一例

桐生厚生総合病院 ○佐野 希望, 飯田 智広, 岡野 祐大, 甲賀 達也
松井 綾子, 椎名 啓介, 菅間 一乃, 竝川 昌司

11. 胃腫瘍に対する腹腔鏡・内視鏡合同手術の治療成績と検討

慶應義塾大学 医学部 一般・消化器外科 ○小澤 広輝, 川久保博文, 眞柳 修平, 福田 和正
中村理恵子, 須田 康一, 和田 則仁, 北川 雄光

(4) 専修医Ⅳ(大腸1) 9:11~9:29 座長 群馬大学大学院医学系研究科 総合外科学講座 消化管外科学 茂 木 陽 子

12. 遺残虫垂炎に対し回盲部切除術を施行した1例

杏林大学医学部付属病院 ○中山 快貴, 正木 忠彦, 吉敷 智知, 小嶋幸一郎
麻生 喜祥, 松岡 弘芳, 鈴木 裕, 阿部 展次
森 俊幸, 杉山 政則

13. 左下腹部痛で受診し、憩室炎と鑑別を要した腹膜垂炎の1例

武蔵野赤十字病院 ○岡田 真央, 黒崎 雅之, 安井 豊, 渡壁 慶也
王 婉, 清水 孝夫, 久保田洋平, 小宮山泰之
樋口 麻友, 高浦 健太, 高田ひとみ, 玉城 信治
中西 裕之, 土谷 薫, 板倉 潤, 高橋 有香
泉 並木

14. 内科治療抵抗性潰瘍性大腸炎における外科治療の検討

獨協医科大学 第一外科 ○渡邊 峻, 井原 啓佑, 山口 悟, 志田 陽介
尾形 英生, 中島 政信, 佐々木欣郎, 加藤 広行

(5) 専修医V(大腸2) 9:29~9:47 座長 杏林大学 医学部 第三内科学教室 箕輪 慎太郎

15. 寛解期の潰瘍性大腸炎に発症した気管支病変の一例

昭和大学 藤が丘病院 消化器内科 ○岩橋 健太, 浅見 哲史, 小渋 尚子, 新谷 史崇
吉田詠里加, 田淵 晃大, 小林 孝弘, 東畑美幸子
林 将史, 鈴木 伶佳, 遠藤 利行, 上原なつみ
花村祥太郎, 阿曾沼邦央, 山村 詠一, 五味 邦代
黒木優一郎, 山本 頼正, 井上 和明, 長浜 正亞

16. 当院における潰瘍性大腸炎へのタクロリムスの使用経験に対する検討

前橋赤十字病院 消化器内科 ○關谷 真志, 増田 邦彦, 中野 佑哉, 鈴木 悠平
山崎 節生, 深井 泰守, 佐藤 洋子, 大塚 修
滝澤 大地, 飯塚 賢一, 豊田 満夫, 新井 弘隆
高山 尚, 安倍 毅彦

17. 抗凝固療法中に盲腸粘膜下血腫を発症した一例

横須賀共済病院 ○小原 淳, 渡邊 秀樹, 鈴木 秀明, 新井 勝春
田邊 陽子, 古谷 晴子, 小馬瀬一樹, 野澤さやか
戸田 晶子, 田代 祥博, 田中 志尚, 三代 博之
松本 浩明, 慶徳 大誠

(6) 専修医VI(大腸3) 9:47~10:05 座長 杏林大学 消化器・一般外科 吉本 恵理

18. 小腸カプセル内視鏡が診断に有用であった結腸憩室出血の一例

東京慈恵会医科大学附属病院 消化器肝臓内科 ○千葉井紀人, 宮崎 亮佑, 澤田 亮一, 宮下 春菜
秋田 義博, 蜂谷 眞未, 丸山 友希, 永田 祐介
筒井 佳苗, 三戸部慈実, 櫻井 俊之, 光永 真人
及川 恒一, 加藤 智弘, 猿田 雅之

19. Bevacizumab 併用 SOX 療法にて多発動脈血栓症を生じた直腸癌肺転移の一例

群馬大学大学院医学系研究科 総合外科学講座 ○片山 千佳
群馬大学医学部附属病院 外科診療センター 大曾根勝也, 龍城 宏典
群馬大学大学院医学系研究科 総合外科学講座
群馬大学医学部附属病院 外科診療センター 高橋 遼, 加藤 隆二, 高田 孝大, 茂木 陽子
小川 博臣, 桑野 博行

20. リンパ節に内膜症組織を認めた腸子宮内膜症の1例

日本医科大学 医学部 消化器外科 ○岡本 浩和, 進士 誠一, 原 敬介, 山田 岳史
小泉 岐博, 横山 康行, 高橋 吾郎, 堀田 正啓
岩井 拓磨, 武田 幸樹, 内田 英二, 太田恵一郎
同 女性診療科・産科 市川 雅夫, 明楽 重夫

(7) 専修医Ⅶ(肝) 10:15~10:39 座長 群馬大学大学院医学系研究科 総合外科学講座 肝胆膵外科学分野 播本 憲史

21. C型肝硬変に発生した直接作用型抗ウイルス剤導入後の late relapse

北里大学 医学部 消化器内科 ○尾上 美恵, 魚嶋 晴紀, 日高 央, 窪田 幸介
田中 賢明, 小泉和三郎

22. 内視鏡的治療が困難な食道静脈瘤出血に対して傍臍静脈から PTO を施行したアルコール性肝硬変の1例

東海大学 医学部 消化器内科 ○新間 淑雅, 広瀬 俊治, 鶴谷 康太, 加川 建弘
峯 徹哉
同 画像診断学 小泉 淳

23. 肝予備能不良な門脈腫瘍栓合併肝細胞癌に対して左葉切除で切除しえた2症例 —EOB-MRI による機能的残肝容量測定の有用性—

群馬大学大学院医学系研究科 総合外科学講座 肝胆膵外科学分野 ○渡邊 隆嘉, 新木健一郎, 石井 範洋, 五十嵐隆通
渡辺 亮, 久保 憲生, 調 憲
同 総合外科学講座 桑野 博行

24. 造影超音波検査が診断に有用であった肝血管筋脂肪腫の1例

杏林大学 医学部 第三内科 ○大島 康太, 川村 直弘, 野坂 岳志, 清水 孝夫
關 里和, 櫻庭 彰人, 田中 昭文, 佐藤 悦久
西川かおり, 森 秀明, 久松 理一
杏林大学医学部付属病院 消化器・一般外科 小暮 正晴, 杉山 政則
杏林大学 医学部 病理学教室 岡部 直太, 菅間 博

(8) 専修医Ⅷ(胆・膵1) 10:39~11:03 座長 前橋赤十字病院 消化器内科 佐藤 洋子

25. 複数の治療を併用して内視鏡的治療に成功した総胆管結石の1例

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

26. 治療に難渋し、経口胆道内視鏡を用いた電気水圧衝撃波破碎術(EHL)にて碎石しえた総胆管結石症の1例

東京都立多摩総合医療センター ○片岡 史弥, 伊東 詩織, 関口 修平, 村田 彩
山田 大貴, 藤原 俊, 山形 亘, 前田 元
栗原 正道, 脇岡 悠子, 下地 耕平, 藤木 純子
中園 綾乃, 吉岡 篤史, 井上 大, 堀家 英之
小倉 祐紀, 並木 伸

27. 慢性膵炎に伴う下部胆管狭窄に対する胆管ステント長期留置中に胆道出血を認めた1例

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

28. 胆嚢内乳頭状腫瘍(ICPN)の1切除例

公立藤岡総合病院 外科 ○村主 遼, 斉藤 秀幸, 松本 明香, 加藤 寿英
田中 成岳, 中里 健二, 中村 卓郎, 森永 暢浩
設楽 芳範, 石崎 政利

(9) 専修医区(胆・膵2) 11:03~11:33 座長 群馬大学大学院医学系研究科 総合外科学講座 肝胆膵外科学分野 久保 憲生

29. 術前診断に苦慮した膵臓子宮内膜症の1例

東京西徳州会病院 外科 ○小長谷健介, 新藤あすみ, 久米 菜央, 山本 孝太
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, 橋本 真典, 川山 幹雄, 羽田 兼吾
須田 浩晃, 楠本 秀樹
湘南鎌倉総合病院 肝胆膵外科 柏木 宏之
湘南藤沢徳州会病院 消化器内科 森山 友章
武蔵野徳州会病院 肝臓内科 山田 真和
東京西徳州会病院 病理科 須田 耕一

30. 正中弓状靭帯圧迫症候群による腹腔動脈根部狭窄に起因した後上膵十二指腸動脈瘤破裂の一例

総合病院国保旭中央病院 消化器内科 ○藤吉 祐輔, 紫村 治久, 中村 朗, 糸林 詠
志村 謙次

31. 術前診断し得た、非機能性膵NETを合併した偽性Zollinger-Ellison症候群の一例

NTT 東日本関東病院 消化器内科 ○中尾 友美, 藤田 祐司, 石井 研, 久富勘太郎
松橋 信行

32. 膵管内乳頭粘液性腺癌と鑑別が困難であった膵漿液性嚢胞腫瘍の一例

東京女子医科大学 消化器内科 ○田中マリ子, 赤尾 潤一, 伊藤 泰斗, 木下普紀子
村杉 瞬, 大塚 奈央, 長尾 健太, 田原 純子
小木曾智美, 高山 敬子, 清水 京子, 徳重 克年

33. 原発性硬化性胆管炎(PSC)の経過観察中に肉腫様成分を含む胆管癌を合併した一例

さいたま赤十字病院 ○山内 陽平, 甲嶋 洋平, 渡邊 悠人, 大島 忠

第1会場 (午後の部)

13:05~14:00

特別講演

肝移植のベストアウトカムの鍵は肝臓内科医の手の中にある

東京女子医科大学 消化器病センター 外科 教授 江川 裕人 先生

司会 群馬大学大学院医学系研究科 総合外科学講座 肝胆膵外科学分野 教授 調 憲

(10) 大腸1 14:10~14:28 座長 千葉大学医学部附属病院 食道・胃腸外科 加賀谷 暁子

34. 潰瘍性大腸炎の経過中に亜急性甲状腺炎を認めた一例

日本大学附属板橋病院 消化器肝臓内科 ○岩本 真帆, 香川 敦宣, 野村 舟三, 矢ヶ部響子
金子 桂士, 松田 昌範, 中本 将秀, 酒井 康行
葉山 讓, 春田 明子, 永井晋太郎, 菊池 浩史
中島 典子, 今津 博雄, 森山 光彦
日本大学病院 消化器内科 後藤田卓志

35. 繰り返し内視鏡的止血術を要した難治性潰瘍性大腸炎の一例

東京慈恵会医科大学葛飾医療センター 内視鏡部 ○石井 彩子, 加藤 正之, 川原 洋輔, 阿部 孝広
有広 誠二, 板垣 宗徳, 上田 薫
東京慈恵会医科大学 内視鏡科 炭山 和毅

36. 上行結腸腺腫に対する内視鏡的粘膜切除術後に、コレステロール結晶塞栓症と診断された1例

自治医科大学附属さいたま医療センター 消化器内科 ○三浦 孝也, 浦吉 俊輔, 松本 圭太, 賀嶋ひとみ
小糸 雄大, 高橋 裕子, 坪井瑠美子, 石井 剛弘
藤原 純一, 関根 匡成, 上原 健志, 湯橋 一仁
浅野 岳春, 松本 吏弘, 鷺原 規喜, 宮谷 博幸
眞嶋 浩聡

(11) 大腸2 14:28~14:46 座長 埼玉医科大学総合医療センター 消化管外科・一般外科 山本 梓

37. 抗EGFR抗体薬によるストーマ周囲皮膚炎

群馬県立がんセンター 消化器外科 ○小澤 直也, 小澤 大悟, 小川 敦, 深井 康幸
持田 泰, 尾嶋 仁
群馬大学大学院医学系研究科 総合外科学講座 消化管外科 桑野 博行

38. 出血性ショックをきたした大腸癌の2例

秀和総合病院 外科 ○佐藤 拓, 桑原 博, 伊藤 佳史, 石井 武
岩崙 友視, 真田 貴弘, 中村 典明, 五関 謹秀

39. 潰瘍を伴う大腸炎を内視鏡で観察しえたサルモネラ腸炎の一例

帝京大学ちば総合医療センター 内科 ○福村 幸代, 矢原 良子, 佐藤 隆久, 小尾俊太郎
道田 知樹

(12) 肝1 14:46~15:10 座長 千葉大学大学院 医学研究院 臓器制御外科学教室 松尾 めぐみ

40. 脈管侵襲陽性肝細胞癌に対する手術成績

群馬大学 総合外科 ○五十嵐隆通, 新木健一郎, 山中 崇弘, 萩原 慶
石井 範洋, 塚越真梨子, 渡辺 亮, 久保 憲生
播本 憲史, 調 憲, 桑野 博行

41. 心機能低下患者の肝細胞癌診断において造影超音波検査が有用であった一例

横浜労災病院 消化器内科 ○野上 麻子, 森久保尚美, 尾崎 杏奈, 白鳥 航
辻川真太郎, 小林 貴, 鈴木 雅人, 高柳 卓也
内山 詩織, 金澤 憲由, 関野 雄典, 永瀬 肇
同 内視鏡部 梅村 隆輔, 川名 憲一
同 病理診断科 長谷川直樹, 角田 幸雄

42. 肝細胞癌に対するカテーテル治療の2週間後に肝動脈分枝の破綻による腹腔内出血を生じた1例

桐生厚生総合病院 内科 ○甲賀 達也, 竝川 昌司, 佐野 希望, 岡野 祐大
松井 綾子, 椎名 啓介, 菅間 一乃, 飯田 智広
群馬大学大学院医学系研究科 病態制御内科学 佐藤 賢, 柿崎 暁

43. 肝切除後肝不全の発生の正確な術前予測を目指した EOB-MRI による Functional remnant liver volumetry の有用性

群馬大学大学院医学系研究科 総合外科学講座 肝胆臓外科学分野 ○新木健一郎, 調 憲, 萩原 慶, 山中 崇弘
石井 範洋, 塚越真梨子, 五十嵐隆通, 渡辺 亮
久保 憲生, 播本 憲史
同 総合外科学講座 桑野 博行

(13) 肝2 15:10~15:28 座長 国立病院機構 高崎総合医療センター 消化器内科 長沼 篤

44. 大腸癌肝転移切除における FDG-PET に基づく治療戦略

群馬大学大学院医学系研究科 総合外科学講座 肝胆臓外科学分野
同 総合外科学講座 ○渡辺 亮, 新木健一郎, 久保 憲生, 五十嵐隆通
塚越真梨子, 石井 範洋, 山中 崇弘, 萩原 慶
播本 憲史, 調 憲
同 総合外科学講座 桑野 博行
九州大学大学院 消化器・総合外科 沖 英次, 前原 喜彦
熊本大学 消化器外科学 山下 洋市, 馬場 秀夫
群馬大学大学院 放射線診断核医学 樋口 徹也

45. 肝細胞癌切除患者における Controlling Nutritional Status score の意義

群馬大学大学院医学系研究科 総合外科学講座 肝胆膵外科学分野
九州大学大学院 消化器・総合外科 ○播本 憲史
群馬大学大学院医学系研究科 総合外科学講座 肝胆膵外科学分野 萩原 慶, 山中 崇弘, 石井 範洋, 五十嵐隆通
渡辺 亮, 久保 憲生, 新木健一郎, 調 憲
同 総合外科学講座 桑野 博行

46. Subgenotype D 1 による B 型急性肝炎の 1 例

自治医科大学 消化器・肝臓内科 ○橋元 幸星, 三浦 光一, 高岡 良成, 野本 弘章
渡邊 俊司, 津久井舞未子, 森本 直樹, 磯田 憲夫
山本 博徳
同 ウイルス学部門 岡本 宏明

(14) 肝3 15:28~15:46 座長 群馬大学大学院医学系研究科 総合外科学講座 肝胆膵外科学分野 新木 健一郎

47. 経皮経肝門脈塞栓術が有効であった反復出血性人工肛門部静脈瘤の一例

千葉大学医学部附属病院 ○丸田 享, 丸山 紀史, 小林 和史, 清野宗一郎
小笠原定久, 大岡 美彦, 鈴木英一郎, 千葉 哲博
安井 伸, 中村 昌人, 中本 晋吾, 加藤 直也

48. 希少な肝原発の粘液癌に対して肝切除を施行した一例

群馬大学大学院医学系研究科 総合外科学講座 肝胆膵外科学分野 ○萩原 慶, 播本 憲史, 新木健一郎, 久保 憲生
渡辺 亮, 五十嵐隆通, 石井 範洋, 山中 崇弘
調 憲
同 総合外科学講座 桑野 博行
同 病態病理学 信澤 純人, 吉田 由佳
佐賀大学 医学部 病因病態科学診断病理学 相島 慎一

49. B 型肝炎に重複感染した E 型肝炎の一例

社団法人三思会 くすの木病院 消化器・肝臓内科 ○高草木智史, 山口 泰子, 丸橋 恭子, 小曾根 隆
高木 均

(15) 膵・その他 15:46~16:04

座長 公立藤岡総合病院 外科 田中 成岳

50. 膵頭十二指腸切除術における合併症予防のための工夫

群馬大学医学部附属病院 外科診療センター 肝胆膵外科 ○久保 憲生, 新木健一郎, 萩原 慶, 山中 崇弘
石井 範洋, 五十嵐隆通, 渡辺 亮, 播本 憲史
桑野 博行, 調 憲

51. 超音波内視鏡下穿刺吸引法後に膵炎を発症したと考えられた異所性膵の 1 例

東芝病院 消化器内科 ○大塩 香織, 山本 夏代, 鈴木 徳之, 福本 剛
柿本 光, 新野 徹, 田代 淳, 手島 一陽
三輪 純, 新井 雅裕

52. 経直腸的超音波内視鏡下穿刺吸引法(EUS-FNA)によって診断された坐骨神経鞘腫の一例

帝京大学医学部附属溝口病院 消化器内科 ○関根 一智, 土井 晋平, 安田 一郎, 足立 貴子
國吉 宣行, 恩田 毅, 松本光太郎, 網島 弘道
辻川 尊之, 高野 祐一, 馬淵 正敏, 梶山 祐介
佐藤浩一郎, 菊池健太郎
同 病理診断科 高橋美紀子, 川本 雅司

第2会場（午前の部）

— 研修医セッション評価者 —

日本医科大学	消化器内科学	田中	周
獨協医科大学	第二外科学	石塚	満
東邦大学医療センター大森病院	消化器センター内科	伊藤	謙

(16) 研修医Ⅰ(その他) 8:05~8:17 座長 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 菊川 利奈

53. 増大傾向を示し、腹腔鏡下脾臓摘出術を行ったSANTの1例

東京慈恵会医科大学病院 消化器外科 ○久保 英祐, 安田 淳吾, 恒松 雅, 丸口 墨
 岩瀬 亮太, 春木孝一郎, 鈴木 文武, 恩田 真二
 畑 太悟, 後町 武志, 脇山 茂樹, 石田 祐一
 矢永 勝彦

54. SILS ポートを用いた単孔式腹腔鏡下に摘出した腹膜下異物の1例

獨協医科大学 第二外科 ○押久保岳人, 清水 崇行, 蜂谷 裕之, 岩崎 喜実
 高木 和俊, 永田 仁, 石塚 満, 青木 琢
 窪田 敬一

(17) 研修医Ⅱ(胃・十二指腸1) 8:17~8:35 座長 国立がん研究センター中央病院 内視鏡科 中村 佳子

55. 多岐にわたる合併症を有した高齢者に発症した再発性十二指腸潰瘍

帝京大学ちば総合医療センター ○矢原 良子, 福村 幸代, 佐藤 隆久, 小尾俊太郎
 道田 知樹

56. 幽門狭窄症発症1年後に胃癌と診断された一例

東邦大学医療センター大森病院 総合診療内科 ○神山 和久, 浜口 智美, 鹿嶋 直康, 小松 史哉
 貴島 祥, 竹本 育聖, 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
 同 消化器一般外科 吉野 優, 鈴子 隆

57. 胃癌肝転移切除後、下部胆管転移に対して臍頭十二指腸切除術を施行した一例

JCHO 東京高輪病院 外科 ○塚崎 祥平, 多胡 和馬, 原田 庸寛, 池田 真美
 小山 広人
 同 病理部 伊藤 文恵

(18) 研修医Ⅲ(胃・十二指腸2) 8:35~8:47 座長 慶應義塾大学病院 腫瘍センター 中村 理恵子

58. 十二指腸壁肥厚所見が診断の契機になったIgA血管炎の1例

横須賀市立うわまち病院 消化器内科 ○鈴木亜沙美, 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

59. AFP 産生早期胃癌に対して ESD を施行した一例

横浜市立大学附属病院 肝胆膵消化器病学教室 ○葛生 健人, 三澤 昇, 有本 純, 吉原 努
加藤 孝征, 鹿野島健二, 冬木 晶子, 日暮 琢磨
大久保秀則, 中島 淳

(19) 研修医Ⅳ(小腸) 8:47~9:11

座長 獨協医科大学 第一外科学 山口 悟

60. 小腸原発 T 細胞リンパ腫の一例

前橋赤十字病院 消化器内科 ○石渡 栞, 中野 佑哉, 増田 邦彦, 關谷 真志
鈴木 悠平, 山崎 節生, 深井 泰守, 佐藤 洋子
大塚 修, 滝澤 大地, 飯塚 賢一, 豊田 満夫
新井 弘隆, 高山 尚, 阿部 毅彦

61. シングルバルーン小腸内視鏡で診断し得た肺癌小腸転移の一例

がん・感染症センター都立駒込病院 消化器内科 ○吉川 優希, 柴田 理美, 千葉 和朗, 来間佐和子
大西 知子, 藤原 崇, 菊山 正隆, 小泉 浩一
同 内視鏡科 田畑 拓久, 藤原 純子, 荒川 丈夫, 門馬久美子
同 外科 松本 寛
同 病理科 比島 恒和

62. 経肛門のバルーンアシスト小腸内視鏡で診断し、緊急手術にて救命したメッケル憩室出血の一例

筑波記念病院 消化器内科 ○九原 利京, 岩井健太郎, 萩原 悠也, 小林真理子
越智 大介, 大塚公一朗, 添田 敦子, 池澤 和人
中原 朗
同 消化器外科 松井 聡
筑波大学附属病院 消化器内科 金子 剛

63. 腹腔鏡補助下に手術を施行した成人の小腸間膜リンパ管腫の1例

獨協医科大学病院 第一外科 ○井上 禎夫, 佐々木欣郎, 久保 僚, 高橋 雅一
藤田 純輝, 高柳 雅, 倉山 英豪, 中島 政信
山口 悟, 土岡 丘, 加藤 広行

(20) 研修医Ⅴ(大腸1) 9:11~9:29

座長 横浜市立市民病院 炎症性腸疾患科 辰 巳 健 志

64. ANCA 関連血管炎を合併した潰瘍性大腸炎(UC)の1例

東京医科歯科大学医学部附属病院 消化器内科 ○石橋 直樹, 藤井 崇, 鈴木 康平, 金子 俊
齊藤 詠子, 根本 康宏, 福田 将義, 松岡 克善
大島 茂, 岡本 隆一, 土屋輝一郎, 東 正新
永石 宇司, 中村 哲也, 荒木 昭博, 朝比奈靖浩
渡辺 守
同 皮膚科 豊田 智宏
同 病理部 秋田くらら, 小林 大輔

65. 大腸イレウスを来した高齢者腸回転異常症の1例

厚生中央病院 ○星 健介

66. 血清 O157LPS 抗体で診断し得た、HUS を発症した腸管出血性大腸菌感染症の一例

順天堂大学医学部附属順天堂医院 ○齋藤 里奈, 鈴木 真由, 松本 健史, 加藤 順子
山科 俊平, 立之 英明, 芳賀 慶一, 澁谷 智義
坂本 直人, 池嶋 健一, 渡辺 純夫

(21) 研修医Ⅵ(大腸2) 9:29~9:41

座長 伊勢崎市民病院 内科 関 口 雅 則

67. 成人発症の腸重積で発見された陳旧性腸結核症の1例

横浜市立市民病院 消化器内科 ○星野 薫, 諸星 雄一, 日比 則孝, 今村 諭
茅島 敦人, 東 佑香, 杉本 祐一, 辻野誠太郎
角田 裕也, 伊藤 剛, 長久保秀一, 小池 祐司
藤田由里子, 小松 弘一
同 感染症内科 宮田 順之

68. 虫垂出血に対して腹腔鏡下虫垂切除術を施行した一例

国立病院機構渋川医療センター 消化器外科 ○清水創一郎, 蒔田富士雄, 高橋 研吾, 吉成 大介
小林 光伸, 棚橋 美文
同 消化器内科 古谷 健介, 新井 洋佑, 長島 多聞
同 病理診断科 鈴木 司

(22) 研修医Ⅶ(肝1) 9:41~10:05 座長 埼玉医科大学総合医療センター 消化器・肝臓内科 細 見 英里子

69. C型慢性肝炎著効後にびまん性大細胞型B細胞性リンパ腫(DLBCL)を発症した一例

済生会前橋病院 消化器内科 ○市原 愛美, 畑中 健, 平 知尚, 齋藤 直人
中野 彩智, 加藤 幹那, 吉田佐知子, 田中 良樹
吉永 輝夫
同 血液内科 高田 覚
群馬大学医学部附属病院 内科診療センター 消化器・肝臓内科 柿崎 暁

70. 無治療肝癌に細菌性肝膿瘍の合併を認めた1例

大森赤十字病院 消化器内科 ○福井 諒, 阿南 秀征, 立川 準, 西村 正基
須藤 拓馬, 芦荻 圭一, 河合 恵美, 河野 直哉
新倉 利啓, 桑原 洋紀, 中岡 宙子, 千葉 秀幸
井田 智則, 諸橋 大樹, 後藤 享

71. HBc 抗体単独陽性で発症した HBV の再活性化後に、肝細胞がんを認めた一例

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

72. 原発性胆汁性胆管炎に自己免疫性肝炎が異時性に overlap した一例

東京通信病院 消化器科 ○池田 朱里, 本間 志功, 古谷 建悟, 加藤 知爾
大久保政雄, 小林 克也, 関川憲一郎, 光井 洋
橋本 直明
同 病理科 岸田由起子

(23) 研修医Ⅶ(肝2) 10:15~10:39 座長 群馬大学大学院医学系研究科 総合外科学講座 肝胆膵外科学分野 渡辺 亮

73. 免疫チェックポイント阻害剤が有効であった肺腺癌合併肝細胞癌の1例

群馬大学医学部附属病院 消化器・肝臓内科 ○荒巻 裕斗, 山崎 勇一, 小林 剛, 高草木智史
山田 俊哉, 戸島 洋貴, 堀口 昇男, 下山 康之
佐藤 賢, 柿崎 暁

同 消化器・肝臓内科
同 光学医療診療部 草野 元康

74. 扁平上皮組織が採取された多発肝腫瘍の1例

高崎総合医療センター 消化器内科 ○柴田 悟, 村上 立真, 佐藤 圭吾, 吉成夫希子
堀口 英, 柴崎絵理奈, 増田 智之, 安岡 秀敏
星野 崇, 長沼 篤, 工藤 智洋, 石原 弘

同 診断病理部 田中 優子
群馬大学 病態制御内科学 消化器・肝臓内科学 柿崎 暁

75. 肝細胞癌が短期間に繰り返し、異所性・異時性に破裂を繰り返した1例

虎の門病院 肝臓センター ○山田ありさ, 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, 鈴木 義之, 荒瀬 康司
池田 健次, 熊田 博光

76. 十全大補湯により抗腫瘍効果を認めた肝細胞癌の1例

東京慈恵会医科大学第三病院 消化器肝臓内科 ○松本 尚樹, 廣瀬 雄紀, 木下 勇次, 柴田 恵子
山口 るり, 赤須 貴文, 三浦由紀子, 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

(24) 研修医Ⅷ(肝3) 10:39~11:03 座長 群馬大学 消化器・肝臓内科 戸島 洋貴

77. 結腸静脈瘤からの出血をB-RTOで予防したアルコール性肝硬変の1例

埼玉医科大学 消化器内科・肝臓内科 ○松本 佳祐, 中山 伸朗, 戸叶美枝子, 鷹野 雅史
濱田 大祐, 山羽 晋平, 印藤 佳織, 浅見真衣子
瀧上 彰, 塩川 慶典, 内田 義人, 藤井 庸平
打矢 紘, 中澤 学, 安藤さつき, 菅原 通子
中尾 将光, 本谷 大介, 今井 幸紀, 富谷 智明
持田 智

78. 経皮的肝生検により診断しえた肝放線菌症の一例

昭和大学横浜市北部病院 消化器センター ○高階 祐輝, 工藤 進英, 奥村 大志, 三澤 将史
馬場 俊之, 望月 健一, 峯岸 洋介, 小倉 庸平
小川 正隆, 加賀 浩之, 倉田 知幸, 漆原 史彦
渡邊 剛志, 釋尾有樹子, 片岡 伸一, 山内 章裕
小川 悠史, 前田 康晴, 武田 健一, 一政 克朗
中村 大樹

79. 巨大腹膜播種を伴った肝エキノコックス症に対して外科的切除を行った一例

東京都立墨東病院 外科 ○横田 智子, 脊山 泰治, 鹿股 宏之, 森 一洋
那須 啓一, 稲田健太郎, 和田 郁雄
同 感染症科 鷲野 巧弥, 阪本 直也

80. 臨床的腫瘍崩壊症候群を来した胆嚢原発 small cell neuroendocrine carcinoma の一例

筑波大学 消化器内科 ○原田 拓也, 池田 貴文, 山田 武史, 菅沼 大輔
山口 雄司, 田島 大樹, 内田 優一, 佐藤 雅志
山本 祥之, 森脇 俊和, 兵頭一之介
同 病理診断科 坂下 麻衣

(25) 研修医Ⅹ(胆・膵) 11:03~11:33 座長 東京慈恵会医科大学 消化器・肝臓内科 澤田 亮一

81. 癌性腹膜炎、空腸壊死、穿孔を呈した膵尾部癌の一例

独立行政法人国立病院機構 災害医療センター 消化器内科 ○富田 良啓, 大野 志乃, 石坂 俊二, 上條 孟
木谷 幸博, 島田 祐輔, 中嶋 緑郎, 佐々木善浩
上市 英雄

82. 急速な進行の経過をたどった膵腺扁平上皮癌による肝転移再発の1例

伊勢崎市民病院 外科 ○山口 将邦, 鈴木 秀樹, 渡辺 裕, 塚越 律子
飯島 岬, 家田 敬輔, 諸原 浩二, 大澤 秀信
片山 和久, 保田 尚邦, 田中司玄文

83. 2個の結石が十二指腸と空腸にそれぞれ陥頓した胆石イレウスの1例

東海大学 消化器外科 ○栄枝三江子, 古川 大輔, 亀井佑太郎, 間室 奈々
迫田 直樹, 益子 太郎
同 消化器内科 山路 葉子, 川罵 洋平, 川西 彩, 小川 真実
峯 徹哉
同 消化器外科
同 消化器内科 小澤 壯治

84. 膵嚢胞性腫瘍との鑑別が困難であった膵内副脾に発生した類上皮嚢胞の一切除例

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

85. 診断に苦慮した膵膿瘍の一例

東京大学医学部附属病院 消化器内科 ○成田 丈格, 石垣 和祥, 水野 卓, 野口 賢作
鈴木 辰典, 中村 知香, 佐藤 達也, 武田 剛志
白田龍之介, 斎藤 圭, 内野 里枝, 高原 楠昊
小暮 宏史, 中井 陽介, 小池 和彦

第2会場（午後の部） 一般演題

(26) 食道1 14:10~14:34 座長 国立がん研究センター中央病院 内視鏡科 吉永 繁高

86. 多発筋炎症状を主訴に来院した Barrett 食道癌の1例

東邦大学医療センター大森病院 総合診療急病センター ○副島 宏美, 原 規子, 保坂 達明, 小松 史哉
鹿島 直康, 柏木 克仁, 貴島 祥, 竹本 育聖
佐々木陽典, 石井 孝政, 前田 正, 財 裕明
中嶋 均, 瓜田 純久
東邦大学 消化器一般外科 名波 竜規, 島田 英昭

87. 食道アカラシアの経過観察中に発症した早期食道癌に対し ESD を施行した1例

群馬大学大学院医学系研究科 総合外科学講座 消化管外科学分野 ○西川 達也, 宮崎 達也, 吉田 知典, 熊倉 裕二
横堀 武彦, 酒井 真, 宗田 真, 桑野 博行

88. 早期食道癌の合併を疑い ESD で一括切除を行った食道黄色腫の1例

独立行政法人国立病院機構 東京医療センター 消化器科 ○森 英毅, 伴野 繁雄, 砂田由紀恵, 平井悠一郎
窪澤 陽子, 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 慶應義塾大学 医学部 内科学 (消化器科) 加藤 元彦

89. 食道扁平上皮癌 R1 切除症例に対する追加治療の有効性

がん研究会がん研有明病院 ○山下公太郎, 渡邊 雅之, 峯 真司, 今村 裕
問端 輔, 福留 維行, 岡村 明彦, 湯田 匡美
速水 克

(27) 食道2 14:34~15:04 座長 群馬大学大学院医学系研究科 総合外科学講座 消化管外科学 酒井 真

90. 手術治療を施行した食道神経鞘腫の2例

群馬大学大学院医学系研究科 総合外科学講座 ○吉田 知典, 渡邊 隆嘉, 西川 達也, 栗山 健吾
熊倉 裕二, 酒井 真, 宗田 真, 宮崎 達也
桑野 博行

91. 胃内病変を併発した特発性食道破裂の2例

埼玉医科大学 総合医療センター 消化管・一般外科 ○福地 稔, 石畝 亨, 熊谷 洋一, 石橋敬一郎
持木 彫人, 石田 秀行

92. 食道癌気道狭窄に対して緊急照射治療施行した5症例の検討

群馬大学大学院医学系研究科 総合外科学講座 ○熊倉 裕二, 栗山 健吾, 吉田 知典, 酒井 真
宗田 真, 宮崎 達也, 桑野 博行

93. 広範な食道粘膜壊死を伴った食道穿孔の1例

獨協医科大学病院 第一外科 ○高柳 雅, 中島 政信, 室井 大人, 横山 悠
山口 悟, 土岡 丘, 加藤 広行

94. 胃切除後難治性逆流性食道炎に伴うカンジダ食道炎の治療経験

埼玉県立がんセンター 消化器外科 ○伊藤 謙, 川島 吉之, 石川 喜也, 新井 修
岡 大嗣, 山田 達也, 江原 一尚, 福田 俊
坂本 裕彦

(28) 十二指腸 15:04~15:22 座長 東京大学医学部附属病院 消化器内科 新美 恵子

95. 治療に難渋した十二指腸潰瘍出血を伴った Osler 病の 1 例

東邦大学医療センター大森病院 消化器病センター 内科 ○藤井 紘大, 新井 典岳, 小林 輝, 辛島 遼
水谷 沙織, 木村 祐介, 田角 怜子, 藤澤理沙人
毛利 州秀, 渡辺 剛, 松清 靖, 土方 一範
五十嵐良典, 吉峰 尚幸

96. 水平脚の十二指腸腺腫に対し十二指腸分節切除術、Roux-en Y 再建を施行した一例

JCHO 群馬中央病院 外科 ○小峯 知佳, 佐野 彰彦, 田部 雄一, 斎藤 加奈
深澤 孝晴, 山本 英輝, 谷 賢実, 内藤 浩

97. 腹部大動脈瘤に対するステントグラフト挿入にて治療しえた上腸間膜動脈症候群の一例

利根中央病院 ○星野 隼矢, 関原 正夫, 郡 隆之, 浦部 貴史
鹿野 颯太

(29) 小腸・その他 15:22~15:40 座長 横浜市立大学 消化器・腫瘍外科学 小澤 真由美

98. 腸閉塞を契機に発見された小腸カルチノイドの 1 例

帝京大学医学部附属溝口病院 消化器内科 ○綱島 弘道, 佐藤浩一郎, 恩田 毅, 國吉 宣行
松本光太郎, 関根 一智, 辻川 尊之, 高野 祐一
馬淵 正敏, 梶山 祐介, 土井 晋平, 菊池健太郎
安田 一朗
同 外科 平能 康光, 内藤 善久, 谷口 桂三
同 放射線科 小林 紀子, 林 貴菜, 南部 敦史, 多湖 正夫
同 病理診断科 川本 雅司

99. 広範囲な静脈血栓症・肺塞栓症を合併しイマチニブが著効した GIST の 1 例

がん研有明病院 肝胆膵内科 ○新垣 碧, 尾阪 将人, 金田 遼, 片桐 智子
秋山 大, 山田 育弘, 佐々木 隆, 松山 真人
高野 浩一, 笹平 直樹

100. 胃神経内分泌癌による肺転移再発の 1 切除例

神奈川県立がんセンター 消化管内科 ○高橋 亮, 井口 靖弘, 林 公博, 仲 ありさ
高畑 豪, 西村 賢, 中山 昇典, 本橋 修
同 病理診断科 横瀬 智之

平成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
348	谷 中 昭 典 (筑波大学 医学医療系 臨床医学域/ 筑波大学附属病院 日立社会連携教育研究センター(消化器内科))	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 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
351	金 井 隆 典 (慶應義塾大学医学部 内科学(消化器))	9月22日(土)	東 京 海運クラブ	6月13日 ～7月18日予定
352	遠 藤 格 (横浜市立大学大学院医学研究科 消化器・腫瘍外科学)	12月1日(土)	東 京 海運クラブ	8月22日 ～9月26日予定

演題の申込はインターネットにてお願いいたします。

詳細につきましては「URL:<http://jsge.or.jp/member/meeting/shibu/kanto>」をご覧ください。

平成30年度 日本消化器病学会関東支部教育講演会開催期日

講演回数	当 番 会 長	開 催 日	会 場	申込締切日
32	草 野 元 康 (群馬大学医学部附属病院 光学医療診療部)	平成30年 2月12日(祝・月)	東 京 シェンパッハ・サポー	1月31日
33	松 橋 信 行 (NTT東日本関東病院 消化器内科・内視鏡部)	6月24日(日)	東 京 シェンパッハ・サポー	未 定

次回(第348回)例会のお知らせ

期 日：平成30年2月17日(土)

会 場：海運クラブ 〒102-0093 東京都千代田区平河町2-6-4 TEL 03-3264-1825

【交通のご案内】地下鉄 有楽町線、半蔵門線、南北線：永田町駅4、5、9番出口 2分
銀座線、丸ノ内線：赤坂見附D(弁慶橋)出口 5分

特別講演：「新専門医制度の概要と将来への展望」-内科専門研修と消化器病専門研修との関連-

演者：国立国際医療研究センター病院 医療教育部門 部門長 村岡 亮

司会：筑波大学 医学医療系 日立社会連携教育研究センター 教授 谷中 昭典

ランチョンセミナー：「上部消化管のベストプラクティス」

演者：慶應義塾大学医学部 医学教育統轄センター 教授 鈴木 秀和

司会：筑波大学 医学医療系 消化器内科学 教授 兵頭一之介

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13回専門医セミナー(第346回例会 平成29年9月30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：谷中 昭典(筑波大学 医学医療系 臨床医学域 教授)

筑波大学附属病院 日立社会連携教育研究センター(消化器内科)

〒317-0077 茨城県日立市城南町2-1-1 日立総合病院内

TEL 0294-23-1111 FAX 0294-23-8767

◆研修医・専修医セッションについて◆

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

お問い合わせについて

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

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

日本消化器病学会関東支部 支部長 峯 徹哉

日本消化器病学会関東支部 第32回教育講演会ご案内
(日本消化器病学会専門医制度：18単位)

日時：2018年2月12日（祝・月） 8：55～16：50

会場：シェンバツハ・サボー（〒102-0093 東京都千代田区平河町2-7-4 TEL：03-3261-8386（代））

会長：草野 元康（群馬大学医学部附属病院 光学医療診療部）

主題：「消化器疾患、最新の病態・診断・治療」

プログラム（予定）

◆開会の辞◆ 草野 元康（第32回教育講演会会長）

◆モーニングセミナー1◆「逆流性食道炎の病態と治療」

講師：岩切 勝彦（日本医科大学 消化器内科学）

司会：草野 元康（群馬大学医学部附属病院 光学医療診療部）

◆モーニングセミナー2◆「機能性ディスペプシア」

講師：鈴木 秀和（慶應義塾大学医学部医学教育統轄センター）

司会：河合 隆（東京医科大学 消化器内視鏡学分野）

◆講演1◆「上部消化管癌に対する内視鏡治療」

講師：藤城 光弘（東京大学医学部附属病院 光学医療診療部）

司会：後藤田卓志（日本大学医学部 内科学系 消化器肝臓内科学分野）

◆講演2◆「IBD」

講師：国崎 玲子（横浜市立大学附属市民総合医療センター 炎症性腸疾患センター）

司会：鈴木 康夫（東邦大学医療センター佐倉病院 内科学講座 消化器内科学分野）

◆ランチョンセミナー◆「慢性便秘診療のこつ」

講師：中島 淳（横浜市立大学附属病院 肝胆膵消化器病学）

司会：藤本 一眞（佐賀大学医学部 内科学）

◆講演3◆「大腸ポリープのマネジメント」

講師：松田 尚久（国立がん研究センター中央病院 検診センター／内視鏡科）

司会：斎藤 豊（国立がん研究センター中央病院 内視鏡科）

◆アフタヌーンセミナー◆「ウイルス肝炎 最近の話題」

講師：四柳 宏（東京大学医科学研究所 先端医療研究センター感染症分野）

司会：松崎 靖司（東京医科大学茨城医療センター）

◆講演4◆「メタボリックシンドロームと肝臓病」

講師：池嶋 健一（順天堂大学医学部 消化器内科）

司会：徳重 克年（東京女子医科大学 消化器内科）

◆講演5◆「総胆管結石の内視鏡治療：基礎から応用まで」

講師：安田 一朗（帝京大学医学部附属溝口病院 消化器内科）

司会：良沢 昭銘（埼玉医科大学国際医療センター 消化器内科）

◆支部長挨拶◆ 峯 徹哉（東海大学医学部 内科学系 消化器内科学）

◆閉会の辞◆ 草野 元康（第32回教育講演会会長）

参加方法：事前登録制となりますので、2018年1月31日（水）までに関東支部ホームページの参加登録から、お申し込みください。

参加費（5,000円、テキスト代含む）は事前振込となります。

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

※定員になり次第、締め切らせていただきます。（定員500名）

更新単位：18単位

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

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

問合せ先：日本消化器病学会関東支部第32回教育講演会 運営事務局

株式会社サンプラネット内 担当：高橋

〒112-0012 東京都文京区大塚3-5-10 住友成泉小石川ビル6F

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

E-mail: kantok32@sunpla-mcv.com

1 診断に至るまでに長期間を要した好酸球性食道炎の一例

東邦大学医療センター大森病院

田角怜子, 水谷沙織, 辛島 遼, 毛利州秀, 藤井絃大, 藤澤理沙人, 小林 輝, 渡邊 剛, 木村祐介, 園 宣博, 土方一範, 新井典岳, 山本慶郎, 山口和久, 鳥羽崇仁, 大塚隆文, 五十嵐良典, 栃木直文, 根本哲生, 澁谷和俊

【はじめに】好酸球性食道炎は食道局所に生じる慢性アレルギー疾患である。本邦では2006年に始めて報告され、近年報告数は増加傾向にある。今回原因不明の心窩部痛、つかえ感、食思不振などを自覚し、胸部CTで全周性の食道壁肥厚を認めたことから好酸球性食道炎を疑い、診断した一例を経験した。【症例】58歳女性【主訴】心窩部痛、つかえ感、食思不振【既往歴】アレルギー性鼻炎【現病歴】2010年頃から心窩部痛やつかえ感などを自覚し、他院にて検査等行うも原因不明であった。2017年1月下旬から心窩部痛、嚥下時の違和感が増悪し改善しないため、2月中旬に当院を受診した。対症療法として内服処方されるも軽快せず、その後も嘔気と食思不振が持続するため精査加療目的で入院した。胸部CTでは胸部食道壁の全周性浮腫状肥厚と末梢血好酸球数14%と上昇していたことから好酸球性食道炎を疑った。上部消化管内視鏡では中部から下部食道にかけて縦走溝と白色顆粒状の病変を認めた。病変部より計11箇所を生検を行ったところ、すべての生検結果より好酸球浸潤を含む分葉核球浸潤を認めた。多い部位では32/HPFの好酸球浸潤を認め、好酸球性食道炎と診断した。重症度分類では重症型であり、PPI無効例としてステロイドの吸入400 μ g/日を開始した。治療開始3日後より症状改善傾向となり、7日目に退院、以降は外来経過観察とした。【考察】今回、胸部CTの所見を契機に好酸球性食道炎を疑い、診断した1例を経験した。心窩部痛、つかえ感、食思不振等の症状が持続する際は、内視鏡上の異常所見が不明瞭であっても胸部CTを施行し、生検を施行する事が重要であると考えられ報告する。

好酸球性食道炎, ステロイド

3 回腸末端の炎症性浮腫により重イレウスを発症した2症例

東芝病院 消化器内科

鈴木徳之, 田代 淳, 柿本 光, 大塩香織, 福本 剛, 新野 徹, 山本夏代, 手島一陽, 三輪 純, 新井雅裕

【はじめに】回盲部の炎症性浮腫によって重イレウスを生じ、自然軽快した2症例を経験した【症例1】38歳既往のない女性。前日からの心窩部痛と当日の嘔吐、下痢で当科初診。WAC14800/ μ L、Neut98.7%、CRP0.0mg/dL、腹部レントゲンでは小腸ガスを認めた。造影CTで回盲部の腸管浮腫と口側腸管の拡張、液体貯留、少量の腹水を認めた。便培養では菌は特定されなかった。下部消化管内視鏡検査では異常なく、感染性腸炎による一過性の浮腫が疑われた。受診時には症状は改善傾向であり、保存的加療のみで第11病日に退院となった。【症例2】50歳の腹部手術歴のない男性。4日前から持続する心窩部痛で当科受診。WBC15700/ μ L、Neut83.1%、CRP9.0mg/dL、腹部レントゲンでは軽度の小腸ガスを認めた。造影CTでは回腸終末～回盲部に浮腫上の腸管壁肥厚、口側の小腸の広範な拡張、中等量の腹水を認め、小腸炎によるイレウスが疑われた。保存的に加療を行い第2病日には排ガスを認め腹部症状も改善した。第12病日に退院。下部消化管内視鏡検査を以て回腸末端のリンパ濾胞が目立つが明らかな閉塞起点を確認できなかった。便培養から菌は特定できなかった【考察】イレウスの原因の50～80%は腸管の癒着が原因である。回盲部に炎症を引き起こす疾患としてはカンピロバクター腸炎、小腸アニサキス症、結核、クローン病、バーチエット病等がある。今回の症例では原因菌の特定はできなかったが、感染に伴う炎症性の腸管浮腫が原因で機械的な閉塞を起こし重イレウスを発症したと考えられた。感染性腸炎の経過において回盲部の炎症が閉塞性イレウスの原因となることがあり、文献的考察を加えて報告する。

イレウス, 腸炎

2 急速に増大した早期食道癌の転移性リンパ節腫瘍の一例

草加市立病院¹⁾, 東京医科歯科大学病院 病理部²⁾

山崎友裕¹⁾, 松川直樹¹⁾, 岡田理沙¹⁾, 小橋健一郎¹⁾, 今城眞臣¹⁾, 鎌田和明³⁾, 矢内常人¹⁾, 和田あかね²⁾, 明石 巧³⁾

65歳男性。心窩部痛、食思不振を主訴に前医を受診し、腹部超音波で巨大肝腫瘍を指摘され精査目的に当科を紹介受診した。腹部単純CT検査を施行し、肝門部に8cm大の巨大腫瘍と肝表面、ダグラス窩に少量の腹水貯留を認めた。同所見は約9カ月前に施行した腹部単純CT検査では認めなかった。急速に増大した非典型的な腫瘍であり診断的に同部位より腫瘍生検を施行し、病理学的にsquamous cell carcinomaであった。転移性腫瘍の可能性も考慮し、上部消化管内視鏡検査を施行した。切開32-35cm後壁に25mm大の0-IIa型食道癌を認めた。原発性肝腫瘍もしくは食道癌の転移性リンパ節腫瘍を鑑別に挙げたが、どちらも非典型的であった。食欲は減退し、PSも低下していたため患者の同意を得て、緩和治療の方針となった。初診2カ月後に永眠した。病変の診断を確定するために、病理解剖を施行した。剖検結果からは肝腫瘍は肝門部～傍大動脈領域を主体として、肝左葉や脾頭部、胃体部、横隔膜、右胸膜を巻き込む14×10×9cm大の腫瘍であり、食道癌と類似した組織学的所見であった。食道癌の壁深浸度はT1b-SM3であったが、肝腫瘍は食道癌の肝門部リンパ節転移が癒合・巨大化したものと診断に至った。早期食道癌が孤立性に巨大転移性リンパ節腫瘍を生じることは稀であり、若干の文献学的な考察をふまえて報告する。

早期食道癌, 巨大肝腫瘍

4 慢性骨髄性白血病に対するイマチニブ内服中に胃前庭部毛細血管拡張症をきたした一例

済生会中央病院

藤本裕太郎, 阿部善彦, 林 智康, 小川 歩, 田沼浩太, 大原まみか, 星野 舞, 上田真裕, 岸野竜平, 酒井 元, 船越信介, 中澤 敦, 塚田信廣

【症例】73歳男性【現病歴】X-5年に狭心症に対して、経皮的冠動脈形成術と冠動脈バイパス術を受け、以降は抗血小板薬2剤を内服していた。X-2年には慢性骨髄性白血病と診断され、分子標的薬イマチニブの内服が開始となった。X-1年から貧血と便潜血陽性を指摘され、当院消化器内科紹介受診となる。X年4月に施行した上下部消化管内視鏡検査、同年6月に施行した小腸内視鏡検査では、貧血の原因となるような明らかな出血源は認められなかった。以降も貧血が進行したため、X年9月に再び上部消化管内視鏡検査を施行したところ、胃前庭部粘膜にびまん性の多数の小発赤を認めたことから、胃前庭部毛細血管拡張症(Gastric Antral Vascular Ectasia: GAVE)の診断とした。後日、アルゴンプラズマ凝固法(argon plasma coagulation: APC)による粘膜焼灼術を施行し、さらにイマチニブ内服によるGAVEの可能性を考慮して、イマチニブからボスチニブに変更した。X年11月に施行した上部消化管内視鏡検査では、APC施行箇所には再生上皮が形成されており、APC施行箇所以外の血管拡張所見についても改善を得られていた。以降の外来フォローアップで貧血の進行は認めていない。【考察】GAVEは近年、上部消化管出血の要因として注目されている。肝硬変、慢性腎不全、強皮症等の自己免疫疾患、大動脈弁閉鎖症などの基礎疾患が関係するとの報告が多いが、今回経験した分子標的薬イマチニブによるGAVEの報告は、私達が検索し得た限り、本症例も含めて5件のみと非常に稀有といえる。今回、慢性骨髄性白血病に対するイマチニブ内服中にGAVEをきたした一例を経験したので、文献的考察を加えてここに報告する。

GAVE, 胃前庭部毛細血管拡張症

5

薬物相互作用によりポノプラザンの効果減弱が疑われたESD後潰瘍の一例

群馬大学医学部附属病院 消化器・肝臓内科¹⁾,
同 光学医療診療部²⁾
吉成夫希子¹⁾, 田中寛人¹⁾, 糸井祐貴¹⁾, 福地 達¹⁾, 星 恒輝¹⁾,
小林 剛¹⁾, 入江江美¹⁾, 中山哲雄¹⁾, 山田俊哉¹⁾, 富澤 琢^{1,2)},
戸島洋貴¹⁾, 栗林志行¹⁾, 堀口昇男¹⁾, 山崎勇一¹⁾, 下山康之¹⁾,
佐藤 賢¹⁾, 柿崎 暁¹⁾, 河村 修^{1,2)}, 草野元康^{1,2)}

【症例】60歳代、男性【主訴】検査異常【現病歴】20XX年5月、検査の上部消化管内視鏡検査（EGD）で胃体部後壁に褪色调の0-IIc病変を指摘され当院へ紹介となった。精査の結果、0-IIc、UL(-)、T1a(m)、18mm、未分化型癌と診断。内視鏡治療適応拡大病変であったが、ご本人の希望もあり内視鏡的粘膜下層剥離術（ESD）目的に入院となった。【既往歴】てんかん【内服薬】バルプロ酸ナトリウム、フェノバルビタール、クロバザム【経過】ESDは偶発症なく終了。術後1、2日目に黒色便を認めたとがBUN上昇やHb低下がないことから禁食、ポノプラザン20mg内服で経過観察とした。術後4日目にEGD再検査したところ潰瘍底に凝血塊と露出血管からの出血を認めため止血鉗子で止血し、術後5日目より食事を開始した。術後11日目、黒色便と血圧低下、Hb7.2と低下したためRCC4単位輸血し緊急内視鏡検査を施行。潰瘍底の出血が疑われる血管を止血鉗子で焼灼した。また、ガストリン値が67pg/mlと正常範囲内であったためポノプラザンをラベプラゾールに変更した。その後は貧血進行なく術後21日目に退院。ラベプラゾール内服中に外来で測定したガストリンは250pg/mlと上昇していた。【考察】ポノプラザンは主にCYP3A4で代謝されるが、ラベプラゾールの代謝はCYPなどの酵素を介さない代謝が主とされる。また、フェノバルビタールはCYP3A4を酵素誘導することが知られている。本症例ではポノプラザン内服中のガストリン値上昇がみられなかったことから、ポノプラザンの効果が減弱し後出血に影響した可能性が疑われた。抗てんかん薬を内服している患者に対する内視鏡治療では酸分泌抑制薬の選択に注意する必要がある。

ポノプラザン、薬物相互作用

6

十二指腸潰瘍出血として治療に難渋した胃十二指腸動脈瘤破裂の1例

船橋市立医療センター
金子達哉, 小林照宗, 古賀邦林, 藤井渚夕, 石垣飛鳥, 東郷聖子,
関 厚佳, 安藤 健, 水本英明

症例は64歳男性。脱力を主訴に前医受診し、Hb 4.4g/dL、BUN 77.8mg/dL、Cre 2.09mg/dLと上部消化管出血を疑う所見で緊急上部消化管内視鏡検査施行した。十二指腸に凝血塊付着を伴う十二指腸潰瘍を認め、高張食塩水エピネフリン（HSE）局所注入療法による止血を行うも再出血を繰り返し当院紹介となった。内視鏡的止血困難である要因として腫瘍性病変などの関連を疑い造影CT施行した。潰瘍部に一致した胃十二指腸動脈瘤の形成を認め出血の原因と考えられた。内視鏡的止血は困難として経カテーテル的動脈塞栓術を施行しコイル塞栓による止血を行った。後日の上部消化管内視鏡検査再検にて潰瘍底に止血時使用したコイルの露出を確認した。胃十二指腸動脈瘤は腹部の動脈瘤としては比較的稀な疾患であり、慢性脾炎や動脈硬化、血管治療後などが成因として挙げられている。本症例では多発する潰瘍の1か所に動脈瘤が合併しており、十二指腸潰瘍に関連した動脈瘤形成の可能性がある。動脈瘤破裂による出血ではクリッピングや局所注入療法などでの止血が非常に困難であり、診断および治療にしばしば難渋する。今回我々は十二指腸潰瘍として治療に難渋した胃十二指腸動脈瘤破裂の一例を経験した。十二指腸潰瘍症例ではしばしば単回処置での完全止血が得られず治療に難渋する症例を経験する。当院での十二指腸潰瘍出血症例、特に難治症例の検討とあわせて報告する。

胃十二指腸動脈瘤、十二指腸潰瘍出血

7

多量の水分摂取により胃拡張を来し急性胃粘膜壊死をきたした1例

国立国際医療研究センター 消化器内科
西家由里子, 柳瀬幹雄, 秋山純一, 小早川雅男, 小島康志,
横井千寿, 永田尚義, 三神信太郎, 渡辺一弘, 忌部 航,
大久保栄高, 櫻井 恵, 木平英里, 久田裕也, 柳澤直宏, 小林桜子,
飯田龍洋, 下村 暁, 松下祐紀, 濱田麻梨子, 泉 敦子

【症例】33歳女性【主訴】腹部膨満感【既往歴】摂食障害、うつ病【現病歴】201X年7月Y日過食、水分過量摂取により腹部膨満感、心窩部痛、食欲低下が出現し、排便と排ガスが停止したため当院に救急搬送となった。緊急CTを撮影したところ、上腹部から骨盤までの著明な胃拡張を認めた。また、胃拡張の影響で上腸間膜動脈との交差部で十二指腸が圧排されており通過障害を来していると考えられた。すぐに胃管を挿入し、計6000mlの内容物を吸引した。胃管減圧を継続していたが、第2病日になっても腹痛の改善が乏しいため再度CTを施行したところ、初回CTでは認められなかった、胃体上部から体下部大弯側を中心とした著明な胃壁肥厚を認めた。第4病日に胃壁肥厚の原因精査のために上部消化管内視鏡検査を施行したところ、穹隆部から体下部大弯にかけて広範な活動性潰瘍を認めた。潰瘍からの生検病理診断では著明な炎症細胞を含む壊死所見が認められた。特徴的な病歴、CT所見、および内視鏡所見から急性胃粘膜壊死と診断とした。胃管留置を継続し、プロトンポンプインヒビターの投与を開始したところ、第5病日目には症状が改善した。第25病日目の上部消化管内視鏡検査では、炎症所見は改善傾向であったが、潰瘍性病変は残存していた。第53病日目の上部消化管内視鏡では潰瘍の癒着化を認めた。【考察】本疾患は稀であるが、精神疾患や過食が背景にある場合には疑うべき疾患の一つである。潰瘍穿孔を来す可能性もあり、早急な治療が重要である。今回我々は胃管減圧と酸分泌抑制薬により保存的治療で改善した1例を経験したので文献的考察を踏まえて報告する。

胃粘膜壊死、胃拡張

8

自己免疫性胃炎を背景に高分化腺癌を認めた1例

日本大学病院 消化器内科¹⁾,
日本大学医学部付属板橋病院 消化器肝臓内科²⁾
奥野宏晃¹⁾, 草野 央¹⁾, 鈴木 翔¹⁾, 大木庸子¹⁾, 大澤朗太¹⁾,
林 香里¹⁾, 入江 彰¹⁾, 武井章矩¹⁾, 江崎 充¹⁾, 渡邊幸信¹⁾,
岩塚邦生¹⁾, 三浦隆生¹⁾, 高橋利実¹⁾, 中河原浩史¹⁾, 小川真広¹⁾,
今津博雄²⁾, 松岡俊一²⁾, 後藤田卓志¹⁾, 森山光彦²⁾

【症例】75歳女性【主訴】なし【現病歴】患者希望により他院で施行された上部消化管内視鏡検査で胃前庭部小弯側に10mm大の発赤調扁平隆起性病変を認めた。生検で高分化腺癌の診断となり、精査治療目的に紹介受診した。【既往歴】特記事項なし【家族歴】特記事項なし【嗜好歴】特記事項なし【臨床経過】当院で再検した上部消化管内視鏡検査でも前庭部小弯側と同様に10mm大の発赤調扁平隆起性病変を認めた。また同病変以外に前庭部に数か所、5mm大の発赤調の隆起性病変を散見した。患者の胃背景粘膜は、前庭部が正常粘膜であるのに比して、体下部から穹隆部で広範な高度萎縮性粘膜をみたことから逆萎縮が示唆された。血清学的Helicobacter pylori(以下H. pylori)抗体は3.0U/ml未満と陰性であり、抗胃壁細胞抗体価20倍、抗内因子抗体陽性であったことから、H. pylori陰性自己免疫性胃炎を背景に高分化腺癌が発生した可能性を考えた。今後、癌病変に対して内視鏡的治療を行う予定であるが、術前検査として現在では他の胃粘膜病変についての精査を行っているところである。【考察】自己免疫性胃炎は、抗胃壁細胞抗体や抗内因子抗体の存在により胃底腺粘膜の高度萎縮・腸上皮化生、および悪性貧血を来することが知られている。本邦での罹患率は0.003%と非常に稀であるとされていたが、近年ABC検診後の内視鏡検査受診者の0.77%で認めたという報告もあり、未だ疫学的背景は不明である。またH. pylori陰性自己免疫性胃炎患者の胃癌発症率も不明である。今回、稀とされる自己免疫性胃炎患者の内、高分化腺癌を認めた症例を経験したため若干の文献的考察を加え報告する。

自己免疫性胃炎、胃癌

群馬大学医学部附属病院 外科診療センター¹⁾,
同 外科診療センター 消化管外科²⁾, 同 外科診療センター 肝胆膵外科³⁾,
渋川医療センター 消化器外科⁴⁾
原口祥忠¹⁾, 生方泰成²⁾, 高橋研吾⁴⁾, 木村明春²⁾, 中澤信博²⁾,
鈴木雅貴²⁾, 矢野間透²⁾, 岩松清人²⁾, 緒方杏一²⁾, 調 憲²⁾,
桑野博行²⁾

症例は83歳男性、2013年1月肝細胞癌に対し初回手術施行、術後再発に対し2015年8月肝部分切除・胆嚢摘出術、2016年2月肝部分切除術を施行し外来フォローとなっていた。2016年9月に施行したフォローCTにて多発肝腫瘍と胃内に突出する腫瘍を認め、生検で肝細胞癌胃転移または胃浸潤の診断となり、腫瘍増大速度が急速であったため、出血予防目的に2016年10月胃部分切除を施行した。病理組織学的検査で腫瘍は壁全層性に増殖していたが、腫瘍部に肝との浸潤性癒着や漿膜面への露出はなく、また多数の脈管侵襲を認めたことから血行性転移が疑われた。術後多発肝細胞癌再発に対しTACEを行い、外来フォローを継続していたが、徐々に全身状態の低下あり、2017年3月より他院緩和ケア科へ紹介となっている。肝細胞癌の再発形式は残肝再発が最も多く、遠隔転移では肺転移が約40%で最多であり、胃転移は2.6%程度とされている。また肉眼的な腫瘍形態としては粘膜炎下腫瘍、あるいは1型、2型、3型いずれの形態もとりうると思われるが、臨床的にはBormann型での発見が最も多く、1型の形態をとっていた報告は少ない。治療に関しては非切除が最も多く、切除症例では多くの場合出血コントロール目的の姑息手術が行われている。本症例でも多発肝転移を認めたため、術後OOLの高い胃部分切除を行った。肝細胞癌胃転移と胃肝様腺癌肝転移は鑑別に苦慮することがあるが、本症例においては肝細胞癌の治療経過中に生じた胃腫瘍であり、病理組織像の比較からも肝細胞癌胃転移と診断された。報告症例はいずれも病勢コントロール不良であり、切除症例、非切除症例ともにほとんどが1年以内に死亡しているが、ごく少数の根治切除を行えた症例に関しては長期生存を認めている。肝細胞癌胃転移は比較的特異であり、若干の文献的考察を加えて報告する。

肝細胞癌胃転移、胃腫瘍

桐生厚生総合病院
佐野希望, 飯田智広, 岡野祐大, 甲賀達也, 松井綾子, 椎名啓介,
菅間一乃, 竝川昌司

症例は72歳男性。52歳で脳出血を発症し全介助の状態。5年前に腹部膨満を主訴とする初回のS状結腸捻転症を発症した。腹部単純X線検査では典型的なcoffee bean signを、腹部造影CTではS状結腸の拡張やS状結腸間膜の捻転を認めた。捻転に伴う血流障害は軽微であり内視鏡的整復にて軽快した。その後同様の経過を5回繰り返したため、待機的なHartmann手術の検討を開始した。5回目の退院から1週間後に上腹部膨満、呼吸困難感を主訴に再搬送となった。胸部単純X線検査では巨大な胃泡を、造影CT検査では胃前庭部が胃噴門部の前上方を交差走行する胃軸捻転（臓器軸性）を確認した。胃管挿入で症状は改善したが、捻転自体は解除されなかったため、透視下に内視鏡を使用した捻転解除を試みた。内視鏡を前庭部まで挿入したところ、くると回転した感覚とともに捻転が解除された。捻転解除後の胃固定術は手術侵襲を最小限に留めるためPEG（introducer変法）による胃壁腹壁固定で代替した。また、S状結腸捻転症に対しては当初の予定通りHartmann手術を行った。現在術後5ヶ月が経過しているが、胃、大腸ともに捻転症の再燃なく経過している。S状結腸捻転症はイレウス症例の2-3%程度を占める比較的多発な疾患で便秘を既往に持つ高齢男性に多い。本症例も好発群に含まれ、内視鏡による非観血的整復が有効だった。再発例においては初回よりも重症となる場合が多く、待機的な手術療法が推奨されているため、これを参考にした。胃軸捻転症は胃が生理的範囲を超えて回転した状態であり、比較的多発な病態である。経過は多彩であり治療方針に一定の見解はないが、症例報告として散見される。内視鏡を使用した整復術や胃瘻造設による固定術の有効性が今回改めて確認された。異なる臓器で短期間に捻転症を繰り返した示唆に富む1例を経験したため文献的考察を加えて報告する。

S状結腸捻転、胃軸捻転

慶應義塾大学 医学部 一般・消化器外科
小澤広輝, 川久保博文, 眞柳修平, 福田和正, 中村理恵子,
須田康一, 和田則仁, 北川雄光

【背景】5cm以下の大きさの胃粘膜下腫瘍に対して腹腔鏡下胃腸所切除術が広く行われている。適切な切除断端を確保しながら変形や狭窄を防ぐため、より低侵襲な手術を目指し腹腔鏡・内視鏡合同手術(Laparoscopy and Endoscopy Cooperative Surgery: LECS)が行われている。

【対象と方法】対象は2012年4月から2017年7月までに当院で胃粘膜下腫瘍、早期胃癌の診断でLECSを施行した症例76例とし、治療成績を検討した。胃粘膜下腫瘍の内、長径5cm未満かつ短径3cm未満の症例では非穿孔式内視鏡的胃壁内反切除術(Non-exposed Endoscopic Wall-inversion Surgery: NEWS)を、長径5cm未満かつ短径3cm以上の症例ではclassical LECSもしくは内視鏡補助下腹腔鏡的胃全層切除術(combination of laparoscopic approaches to neoplasia with non-exposure technique: CLEAN-NET)を施行した。

【結果】症例の年齢は59.0 ± 14.1歳、男女比は42:34、BMIは22.5 ± 3.7kg/m²、腫瘍局在は胃体上部:中部:下部で49例:20例:7例であった。手術時間は201.7 ± 66.2分、術中出血量は4.7 ± 12.8ml、腫瘍長径は28.6 ± 11.6mm、腫瘍組織型はGISTが38例、平滑筋腫が14例、神経鞘腫が6例、胃癌が8例であった。術式はclassical LECSが17例、CLEAN-NETが15例、NEWSが44例で、胃癌症例は全てNEWSが施行された。飲水再開時期は術後2.0 ± 0.9日、食事再開時期は術後3.3 ± 1.0日、術後在院日数は8.7 ± 3.9日、IPOD, 3PODのCRPは3.2 ± 1.9, 4.4 ± 3.4mg/dlであった。

術後合併症は、吻合部狭窄を1例、胃内容排泄遅延を4例、Clavien-Dindo分類Grade2以上の逆流性食道炎の増悪を3例、Clavien-Dindo分類Grade2以上の肺炎を1例認めた。

合併症を認めた症例の方が手術時間が長い傾向にあり(p = 0.076)、飲水開始時期が遅く(p = 0.04)、術後入院期間が長かった(p = 0.028)、腫瘍局在と合併症発生率には関連は認めなかった。

【結論】LECSはより低侵襲を追求することで胃の変形・狭窄や切除範囲を最小限にでき、合併症に関して腫瘍局在に関係なく施行可能である。

LECS, 胃粘膜下腫瘍

杏林大学医学部付属病院
中山快貴, 正木忠彦, 吉敷智知, 小嶋幸一郎, 麻生喜祥, 松岡弘芳,
鈴木 裕, 阿部展次, 森 俊幸, 杉山政則

症例は60代男性。45年前に急性虫垂炎に対し虫垂切除術が施行されている。今年になり断続的に右下腹部痛を自覚していた。徐々に頻度が増加して疼痛の増強を認めたため当院を受診した。受診時には右下腹部に反跳痛があり、採血検査で炎症反応の上昇を認めた。腹部CTで虫垂と思われる管腔構造と内部に高吸収域を認め、盲腸から上行結腸に造影効果を伴う全周性の壁肥厚とリンパ節腫大を認めた。遺残虫垂炎の診断で保存的治療を行ったが、1週間後のCTで改善に乏しく外科的治療を施行した。切除標本で虫垂根部は自壊して膿瘍を形成しており、病理組織検査では陰窩が消失した管腔構造を認めた。術後経過良好で12日に退院した。今回、我々は遺残虫垂炎を経験した。本邦での報告例に若干の文献的考察を加えて報告する。

遺残、虫垂炎

13 左下腹部痛で受診し、憩室炎と鑑別を要した腹膜垂炎の1例

武蔵野赤十字病院

岡田真史, 黒崎雅之, 安井 豊, 渡邊慶也, 王 婉, 清水孝夫, 久保田洋平, 小宮山泰之, 樋口麻友, 高浦健太, 高田ひとみ, 玉城信治, 中西裕之, 土谷 薫, 板倉 潤, 高橋有香, 泉 並木

症例は42歳男性。受診前日から出現した左下腹部痛を主訴に当院救急外来を受診した。来院時発熱はなく、左下腹部に限局した強い圧痛を認めたが、腹膜刺激徴候は認めなかった。血液検査では白血球 6,500 / μ L, CRP 0.78 mg / dL と炎症反応の軽度上昇以外には異常所見は認めなかった。造影CTでは下行結腸憩室を認めた。憩室周囲の脂肪織濃度の上昇は乏しかったが、付近の腸管壁から腹壁にかけての脂肪織濃度上昇があり、圧痛部位とも一致したため、下行結腸憩室炎の疑いで入院での抗菌薬加療を開始した。しかし腹部所見が強いにも関わらず入院時より発熱がないこと、入院後も血液検査での炎症反応上昇も認めなかったこと、入院翌日には腹部所見が改善したことなど、憩室炎の典型的な臨床像に当てはまらない点が目立った。そこで入院時CT画像を再構成し評価を行ったところ、下行結腸憩室は散見されたが、壁肥厚や脂肪織濃度上昇は認めなかった。下行結腸と腹壁との間に輪状の構造物、その周囲の脂肪織濃度上昇を認め、腹膜垂炎の診断に至った。腹膜垂炎は結腸のどの部位にも発症し得る疾患であり、憩室炎や虫垂炎と鑑別を要する場合が多い。憩室炎が疑われた症例の2.3-7.1%。虫垂炎が疑われた症例の0.3-1%に腹膜垂炎を認めたとの報告がある。腹膜垂炎の原因としては、憩室炎などからの炎症波及による続発性の場合もあるが、多くは腹膜垂の血行障害による。腹膜垂の捻転、栄養血管の血栓による閉塞、直接圧迫による循環障害が影響しているとされる。腹膜垂炎の多くは絶食・抗菌薬、入院加療は不要であり、鎮痛薬で軽快する疾患である。しかし稀ではあるが腸重積や腸閉塞、膿瘍形成をきたすと外科的治療を要する場合もある。したがって腹痛をきたす疾患の鑑別に腹膜垂炎を挙げ、正しく診断することが重要である。

腹膜垂炎, 憩室炎

15 寛解期の潰瘍性大腸炎に発症した気管支病変の一例

昭和大学 藤が丘病院 消化器内科

岩橋健太, 浅見哲史, 小浜尚子, 新谷史崇, 吉田詠里加, 田淵晃大, 小林孝弘, 東如美幸子, 林 将史, 鈴木侑佳, 遠藤利行, 上原なつみ, 花村祥太郎, 阿曾沼邦央, 山村詠一, 五味邦代, 黒木優一郎, 山本頼正, 井上和明, 長浜正亞

【症例】31歳女性【主訴】咳嗽、発熱【現病歴】2012年発症の左側結腸炎型の潰瘍性大腸炎で当科通院中であった。年1回程度の中重度再燃があり経口ステロイド内服でその都度寛解導入を得ていたが、基本的には経口5-ASA内服で寛解維持していた。2017年7月初旬より咽頭痛が出現。その後7月中旬からは乾性咳嗽も出現し、徐々に増悪した。耳鼻咽喉科受診し、数種類の経口抗生剤を使用した改善なく、その後は38度台の発熱も出現したため、8月初旬に当科受診となった。腸管症状は安定しており、施行された胸部CTにて中枢側気管支のびまん性壁肥厚を認めた。精査加療目的で同日当科入院となった。喘息や百日咳、各種膠原病を鑑別診断に肺機能検査や各種抗体、喀痰検査を施行した。その結果、感染症や他疾患が否定的であり、潰瘍性大腸炎に伴う気管支病変と考え治療を開始した。吸入ステロイドを開始したが反応乏しく、入院第9病日より経口ステロイド30mg / 日内服を開始した。その後は速やかに解熱し咳嗽も改善した。炎症反応も低下し、第14病日に軽快退院となった。【結語】潰瘍性大腸炎に伴う気管支合併症は少ない。文献的考察を交え報告する。

潰瘍性大腸炎, 腸管外合併症

14 内科治療抵抗性潰瘍性大腸炎における外科治療の検討

獨協医科大学 第一外科

渡邊 峻, 井原啓佑, 山口 悟, 志田陽介, 尾形英生, 中島政信, 佐々木欣郎, 加藤広行

【背景】潰瘍性大腸炎 (ulcerative colitis ; UC) は再燃と寛解を繰り返す腸管の慢性炎症性疾患であり、我が国においてその患者数は年々増加の一途をたどっている。内科的治療抵抗例には速やかな外科的治療への移行が必要とされる。【対象と方法】2006年から2017年までの間に当科において潰瘍性大腸炎の診断で手術が施行された41例のうち、癌・dysplasiaを理由に手術適応となった19例を除く、22例を対象とした。22例について、患者背景や罹患年数、内科的治療内容、手術方法や術後合併症について後方視的に検討を行った。【結果】手術適応は重症・劇症10例 (45.5%)、難治12例 (54.5%)であった。10例 (45.5%)にタクロリムス、4例 (18.2%)にインフリキシマブ治療が行われていた。手術状況は待機手術11例 (50%)、緊急手術11例 (50%)であった。2期分割手術群 (n=9)と3期分割手術群 (n=13)で比較検討をおこなった。3期分割手術群で術前血清アルブミン値、総リンパ球数、小野寺式栄養指標について有意に低値であり、栄養状態不良群で3期分割手術を施行されていた。2期分割群でClavien-Dindo分類IIIb以上の合併症を発症した症例は2例で、ともに上記栄養指標で栄養状態不良とされる症例であった。また、重症化し3期分割手術へ至った症例の大多数は罹患年数が1年以内であるが、数年の罹患歴がある症例も含まれている。これらの症例に関しては手術介入を早期に行うべきであった可能性がある。【結論】重症UC症例に対する手術のタイミング、方法の判断として、栄養状態の評価が重要と思われる。手術適応のある症例には時期を失せず、手術を行うことは重要であり、内科医との緊密な連携のもとに診療を行うべきである。

潰瘍性大腸炎, 栄養

16 当院における潰瘍性大腸炎へのタクロリムスの使用経験に対する検討

前橋赤十字病院 消化器内科

關谷真志, 増田邦彦, 中野佑哉, 鈴木悠平, 山崎節生, 深井泰守, 佐藤洋子, 大塚 修, 滝澤大地, 飯塚賢一, 豊田満夫, 新井弘隆, 高山 尚, 安倍義彦

【目的】当院でのタクロリムスの使用経験に関して患者背景や効果などを検討した。【方法】2009年4月～2017年3月までに当院で潰瘍性大腸炎に対してタクロリムスが投与された患者30人を対象とし、後ろ向きに検討した。背景因子は年齢、罹病期間、病型分類、導入場所、Mayoスコア、難治性、タクロリムス導入時の併用治療について調査し、タクロリムスを導入した患者の投与方法や経過、副作用に関して検討した。【結果】患者の平均年齢は39.3 (18-72)歳で平均罹病期間は5.54年、病型分類は全結腸型が26例 (87%)、左側結腸型が3例 (10%)、遠位結腸型が1例 (3%)であった。導入場所は入院が27例 (90%)で大多数を占めた。Mayoスコアは重症6例 (20%)、中等症22例 (63%)、軽症2例 (7%)であった。難治性ではPSL抵抗例が23例 (76%)、PSL依存例が5例 (17%)であった。タクロリムス導入時の併用治療としては28例 (3%)が5-ASA製剤を使用しており、28例 (93%)でPSL、12例 (40%)にCAP療法、3例 (10%)にアザリオプリン、2例 (7%)にシクロスポリンが併用されていた。投与方法として添付文書通りの投与方法 (4例)と急速飽和法 (25例)で2週間以内に高トラフ域 (10-15ng/ml)に到達する割合を比較したところ添付文書の投与方法は全例高トラフ域に到達しなかったが、急速飽和法では24例 (96%)が到達した。タクロリムスが導入された30例のうち20例 (67%)が寛解し、3例 (10%)が他治療にて寛解、7例 (23%)が内科的治療の限界にて手術となった。追跡調査したところ、寛解した20例の患者のうち3例がタクロリムス終了後再燃した。30症例中7例 (23%)に副作用が出現し、その内訳は薬剤性膀胱炎が2例、頭痛が2例、意識障害が1例、腎障害が1例、肝障害が1例であった。【結論】潰瘍性大腸炎の難治例の症例に対し、タクロリムスの投与は寛解導入に有用であることが示唆された。投与方法に関しては更なる検討が必要であるが、速やかに高トラフ域へ移行させるために急速飽和法が有効であることが示唆された。

潰瘍性大腸炎, タクロリムス

17 抗凝固療法中に盲腸粘膜下血腫を発症した一例

横須賀共済病院

小原 淳, 渡邊秀樹, 鈴木秀明, 新井勝春, 田邊陽子, 古谷晴子, 小馬瀬一樹, 野澤さやか, 戸田晶子, 田代祥博, 田中志高, 三代博之, 松本浩明, 慶徳大誠

【症例】65歳女性 【現病歴】200X年5月に弁膜症に対し機械弁置換術施行され、以後ワルファリンによる抗凝固療法を開始された。以後より鼻出血を繰り返し、200X+2年、200X+3年、200X+9年に小腸出血による下血で内視鏡的止血術を他院で施行されていた。200X+12年5月にも下血で他院入院され、小腸内視鏡を施行されたが、出血源不明であった。200X+10年8月5日に下血と出血性ショックのため当科に初回受診され、緊急入院となった。【経過】入院時の造影CTで盲腸にextravasationを認め8月5日緊急下部消化管内視鏡を行った。パウヒン弁体側に3cm大の赤褐色の出血を伴う隆起性病変を認め、出血源と考えられた。病変の表面にはpit様があり粘膜下血腫が疑われた。内視鏡的止血術は困難と判断し、動脈塞栓術を試みたが血管造影ではextravasationを認めず断念した。ワルファリンを中止とし、ヘパリン持続注に変更した。その後も血便は持続し、10日に血圧低下認め再度内視鏡検査を行った。前回同様、血腫は残存し、その近傍に粘膜裂傷を認めその部位からoozingを認めた。裂傷部位をクリップで縫縮した。その後血便は消失した。経過中、外傷性クモ膜下出血を合併したが保存的に改善を認めた。9月5日に内視鏡再検では血腫は消失し癒痕化しており、その後も血便の再燃なく経過している。【考察】ワルファリンによる抗凝固療法中に粘膜下血腫を来した症例を経験した。同様の症例は少ないながらも複数報告されている。治療は基本的には抗凝固療法中の中止とされている。しかし本症例は機械弁置換術後で抗凝固療法の中止は不可能であった。腸管切除を行った症例も報告されているが本症例ではも膜下出血も合併しており手術加療もリスクが有ると思われるため、内視鏡的に裂傷部にクリップ縫縮をするのみにとどめて保存的に経過観察とし、幸いにも自然止血が得られた。同様の症例についての若干の文献的考察を加えて報告する。

消化管出血, 大腸粘膜下血腫

Bevacizumab, 血栓

18 小腸カプセル内視鏡が診断に有用であった結腸憩室出血の一例

東京慈恵会医科大学附属病院 消化器肝臓内科

千葉紀人, 宮崎亮佑, 澤田亮一, 宮下春菜, 秋田義博, 蜂谷真未, 丸山友希, 永田祐介, 筒井佳苗, 三戸部慈実, 櫻井俊之, 光永真人, 及川恒一, 加藤智弘, 猿田雅之

【症例】50歳代男性 【主訴】血便 【現病歴】入院前日より、1日数回の血便が出た。入院当日にも血便を認め近医を受診した。下部消化管出血疑いにて精査加療目的で当院救急外来を紹介受診した。下部消化管出血が強く疑われ、同日緊急入院となった。【入院後経過】第1病日に腹部ダイナミックCT検査を施行するも、明らかなExtravasationを認めず、下部消化管内視鏡検査で上行結腸に血液付着を伴う憩室が見えられたため、これをクリップ法で止血した。その後も血便が散見されたため、原因検索のために第2病日に下部消化管内視鏡検査を施行し、露出血管を認め、同部位をクリップ法で止血した。その後も血便が続いたため、第5病日に腹部ダイナミックCT検査、血管造影検査を施行するも、明らかな出血源は不明だった。第10病日に、小腸からの出血を疑って施行した小腸カプセル内視鏡検査で、S状結腸に限局した鮮血を認め、同部からの出血が強く疑われた。第12病日に施行した下部消化管内視鏡検査で、S状結腸に凝結塊を含む憩室1個を認め、これをクリップ法で止血した。以降、血便の出現なく経過し、第17病日に自宅退院した。【考察】小腸カプセル内視鏡で偶発的に部位の特定ができた、S状結腸憩室出血の1例を経験した。本症例のように、小腸カプセル内視鏡が結腸憩室出血診断に有用であったとの報告は医中誌で1例のみであった。また、小腸カプセル内視鏡に先行して実施した下部消化管内視鏡検査では、上行結腸に憩室出血が疑われ、繰り返し止血している。この経過から上行結腸とS状結腸にそれぞれ出血点があった可能性も考えられた。過去、同時に複数の憩室から出血していたという報告は医中誌で1例のみであった。【結語】本症例は小腸カプセル内視鏡が結腸憩室出血の診断に有用だったこと、同時に複数の憩室から出血していた可能性があったことの2点が特筆すべき点と考え、過去の文献を踏まえ報告する。

結腸憩室出血, 小腸カプセル内視鏡

19 Bevacizumab併用SOX療法にて多発動脈血栓症を生じた直腸癌肺転移の一例

群馬大学大学院医学系研究科 総合外科学講座¹⁾

群馬大学医学部附属病院 外科診療センター²⁾
片山千佳¹⁾, 高橋 遼^{1,2)}, 大曾根勝也²⁾, 加藤隆二^{1,2)}, 龍城宏典²⁾, 高田孝大^{1,2)}, 茂木陽子^{1,2)}, 小川博臣^{1,2)}, 桑野博行^{1,2)}

【はじめに】切除不能再発進行大腸癌治療において用いられるBevacizumabは、稀ではあるが致死的な有害事象を生じることが知られている。今回我々は直腸癌肺転移に対し、Bevacizumab併用SOX療法を施行し、開始直後に多発動脈血栓症をきたした症例を経験したので報告する。【症例】68歳男性。便鮮血陽性にて精査の結果、直腸癌RbP, T4a (A) N1M1(肺)cStage4と診断された。全身化学療法導入の方針となり、Bevacizumab併用SOX療法が開始された。1コース目day7に腹痛を認め外来を受診した。特記すべき所見を認めず、帰宅経過観察となった。その後腹部症状の悪化を認め、day9に再度外来を受診した。腹部膨満著明で圧痛を認めるものの腹膜刺激症状は認めなかった。全身CTにて上行大動脈血栓、上腸間膜動脈血栓、右腎梗塞を認めた。腸管血流は保たれており、緊急血管造影の方針となった。血管造影にて、回結腸動脈および回腸枝内に複数の造影欠損を認めた。回結腸動脈の血栓付近にて血栓溶解療法および吸引療法を施行した。その後ウロキナーゼによる持続動注療法を施行し、翌日再度血管造影を行い造影欠損のないことを確認し動注療法を終了した。ヘパリンによる抗凝固療法も行い、全身状態改善後内服療法に切り替えてday23に退院した。退院後は化学療法を変更し、現在も治療継続中である。【考察】Bevacizumabは、血管内皮増殖因子(VEGF)に対するモノクローナル抗体で、切除不能進行再発大腸癌の全身化学療法において広く用いられている。循環器系の有害事象として高血圧、出血、血栓症などがあげられる。特に、心筋梗塞、閉塞性動脈硬化症の既往がある患者では動脈血栓塞栓症のリスクを念頭におくべきとされている。また、米国FDAの報告(2004年)では、65歳以上の年齢も動脈血栓塞栓症のリスクファクターとして挙げられている。今回の症例は心筋梗塞や閉塞性動脈硬化症の既往はなく、年齢のみがリスク因子に該当した。今後は、血栓症既往の確認、症状変化時の迅速かつ細心な診察を行うことが重要と考えられた。

20 リンパ節に内膜炎組織を認めた腸管子宮内膜炎の1例

日本医科大学 医学部 消化器外科¹⁾, 同 女性診療科・産科²⁾
岡本浩和¹⁾, 進士誠一¹⁾, 原 敬介¹⁾, 山田岳史¹⁾, 小泉岐博¹⁾, 横山康行¹⁾, 高橋吾郎¹⁾, 堀田正啓¹⁾, 岩井拓磨¹⁾, 武田幸樹¹⁾, 内田英二²⁾, 太田恵一郎²⁾, 市川雅夫²⁾, 明楽重夫²⁾

【はじめに】腸管内に子宮内膜が異所性に増殖する腸管子宮内膜炎では、生理周期とともに症状を呈し、ホルモン療法に治療抵抗性を示した場合、腸管切除が行われることが多い。また、内膜炎組織がリンパ節に認められることは稀である。今回、我々は慢性的な下血を機に診断された腸管内膜炎に対して低位前方切除術を施行した結果、リンパ節に内膜炎組織を認めた1例を経験したため、若干の文献的考察を加えて報告する。【症例】40代女性。元来より月経困難症を指摘されていた。4年前より生理周期に合わせた下血を自覚。下部消化管内視鏡検査で、直腸S状部に狭窄を指摘され、腸管子宮内膜炎が疑われ当院産婦人科へ紹介来院。MRIゼリー法で子宮内膜炎及び腸管子宮内膜炎と診断とされ、婦人科手術と同時に腸管切除を行う方針となった。腹腔鏡下子宮全摘術、両側付属器切除術及び低位前方切除術を施行した。術後経過良好で第11病日に退院。病理組織学的検査ではEndometriosisの診断となり#252のリンパ節に子宮内膜炎組織を認めた。現在、術後6ヶ月が経過し無再発生存中である。【考察】リンパ節に内膜炎組織を有した腸管子宮内膜炎の1例を経験した。良性疾患である腸管子宮内膜炎が悪性転化した報告や、リンパ節に内膜炎組織を認めることが予後因子とならないという報告もあり、その存在意義は不明であり、今後更なる検討が必要と考えられた。

稀少部位子宮内膜炎, リンパ節子宮内膜炎

北里大学 医学部 消化器内科
尾上美恵, 魚嶋晴紀, 日高 央, 窪田幸介, 田中賢明,
小泉和三郎

【緒言】直接作用型抗ウイルス療法(DAA)の登場により、C型肝炎治療は大きく進化した。大多数の症例でウイルスの排除が達成される一方で、長期間の経過報告は今後の検討が待たれている。今回我々は、肝硬変患者に対して使用したダクラタスビル、アスナプレビル併用療法(DCV+ASV)により、64週間ウイルスの陰性化が確認された後に、再燃した一例を経験したので報告する。【症例】60歳 女性。1997年子宮筋腫に対する術前検査時に、C型肝炎罹患を指摘。2015年1月にDAA導入目的に当院紹介された。来院時現症：黄疸なし、頸部にくも状血管腫を認める。腹部は平坦、軟。ウイルス学的検査：HCV-genotype 1b。HCV-RNA 6.1log10 IU/mL。NSSA-Y93, L31, P32, P58, NS3-D168 : wild-type。EOB-MRI検査：肝腫大、脾腎短絡路及び脾腫が認められた。肝生検：門脈域の線維性拡大、門脈周囲の小葉構築所見を認めた。以上より、C型肝炎変(代償期)と考えられたので、DCV+ASVを投与したところ、速やかにウイルスの陰性化が認められたが、投与4週間後に肝性脳症を発症したため、薬剤の投与を終了した。不十分な治療期間であったが、24週間持続したウイルスの陰性化が達成されたが、投与終了68週間後にウイルスの陽性化が認められた。再燃または再感染であるか判断するため、DCV+ASV投与前後の塩基配列を比較検討したところ、コア領域：99.6% (571/573)、NS3領域：99.2% (1786/1800)、NSSA領域：98.9% (1330/1345)と高い同性を示し、系統樹解析からも高い近似性が確認され、Late relapseと診断された。【考察】DAA治療後のlate relapseの報告例はほとんど認められず、関連する因子についても不明である。本症例では、明らかなRAVを認めないため、肝性脳症出現による不十分な投与期間が一要因であったと推測する。DCV+ASVは、肝代謝であるため、肝硬変例での有害事象の発生率も上昇することから、C型肝炎変患者に不十分な治療期間で得られたSVR例では、late relapseに注意する必要があると考えられた。

late relapse, DAA

東海大学 医学部 消化器内科¹⁾, 同 画像診断学²⁾
新聞淑雅¹⁾, 広瀬俊治¹⁾, 鶴谷康太¹⁾, 小泉 淳²⁾, 加川建弘¹⁾,
峯 徹哉¹⁾

【症例】40歳代、男性
【主訴】吐血
【既往歴】アルコール性肝硬変、食道静脈瘤
【現病歴】日中から飲酒をしており一度黒色便の排泄があったが更に飲酒を続けた。夜間になり吐血をしたため当院へ救急搬送された。
【現症】体温36.6℃、血圧100/57mmHg、脈拍150/分、眼瞼結膜貧血、眼球結膜黄染なし、顔面、前胸部にくも状血管腫あり、心音と呼吸音に異常なし、腹部平坦・軟で圧痛なし、肝辺縁鈍硬、脾臓を3横指触知する
【血液検査所見】WBC 9700 / μ L, Hb 10.6 g/dl, MCV 80.1 fl, PLT 14.6万 / μ L, PT% 60, AThI65%, AST57 IU/L, ALT33 IU/L, ALP 166 IU/L, γ GTP 221 IU/L, Cre 0.71mg/dl, BUN 35 mg/dl, T-Bil 1.2 mg/dl, 血中アルコール 256.5 mg/dl
【画像検査所見】造影CTで肝右葉の萎縮と脾腫、発達した傍静脈、胃冠状静脈がみられる。
【経過】緊急内視鏡により下部食道から噴出性出血を確認しO-ringで結紮して止血を得たが、翌朝に再度吐血をし出血性ショックとなった。再び内視鏡治療を試みたものの出血点の同定が困難で、IVRによる治療を選択した。事前のCTで経皮経門脈の治療が可能と判断、穿刺部として傍静脈を選択した。傍静脈は腹直筋内を走行していることがエコーで確認でき、4Fr 25cmシースを留置して門脈造影を行い、胃冠状静脈から食道静脈が描出され、主に左胃静脈からNBCAを静脈瘤内へ注入して塞栓を行った。傍静脈は塞栓せずにシースを抜去し、穿刺部の止血はガーゼでの圧迫で止血可能であった。
【考察】PTOは1973年に報告されてから食道静脈瘤に対する治療への応用が期待されたが、長期成績は必ずしも満足のものではなく、現在では内視鏡的硬化療法または結紮術が第一選択として普及している。しかし止血困難例も時に遭遇するため本治療法は現在でも重要な意義を有しているだろう。また、穿刺部の工夫によりカテーテル抜去後の出血リスクを減らすことも可能であった。

食道静脈瘤, PTO

群馬大学大学院医学系研究科 総合外科学講座 肝胆膵外科学分野¹⁾,
同 総合外科学²⁾
渡邊隆嘉¹⁾, 新木健一郎¹⁾, 石井範洋¹⁾, 五十嵐隆通¹⁾, 渡辺 亮¹⁾,
久保憲生¹⁾, 桑野博行²⁾, 調 憲¹⁾

【背景】近年、EOB-MRIを用いて肝予備能を評価する新たな分肝機能測定法が報告された。我々は術前に機能的残肝容積(FRLV)を用いて症例を選択し、予備能不良な門脈腫瘍栓合併肝細胞癌に対して切除しえた2例を経験した。【方法】MRIのGd-EOB-DTPA造影前と造影後20分のT1強調画像で予測肝領域の信号値平均を算出。これを脊柱起立筋の信号値で補正した値を機能的残肝スコアとし残肝容積との積をFRLVとした。我々の検討で術後合併症のFRLV cut off値は73mlであった(Itoh S, et al. Hepatol Res 2016)。【症例1】79歳男性。C型肝炎背景の肝細胞癌に対してTACE後、腫瘍栓合併で再発し紹介。Child-Pugh: A、肝障害度: B、ICG15分停滯率(ICG-R15): 28.5%。CTで肝外側区域に濃染腫瘍と左門脈(本幹まで進展する腫瘍栓(Vp4))を認めた。予測残肝容積: 898ml(76.5%)、FRLV: 1579mlで、肝左葉切除、門脈腫瘍栓摘出術を施行。術後maxT-Bil: 1.2mg/dlで12病日に退院。病理で背景肝はF3。【症例2】77歳男性。C型肝炎背景(SVR後)の肝細胞癌にTACE、RFAを繰り返し施行し、腫瘍栓で再発し紹介。Child-Pugh: A、肝障害度: A、ICG-R15: 20.9%。CTで肝S2濃染腫瘍と門脈左枝まで進展する腫瘍栓(Vp3)を認めた。門脈圧亢進に伴う食道静脈瘤(RC陽性)を認め、内視鏡治療後に肝切除に先行して腹腔鏡補助下脾臓摘出術を施行。脾摘後、門亢症は改善し予測残肝容積: 536ml(56.1%)、FRLV: 743mlで、肝左葉切除術を施行。術後maxT-Bil: 2.8mg/dlで14病日に退院。病理で背景肝はF4。【結語】門脈腫瘍栓合併肝細胞癌は腫瘍栓により門脈血流の途絶し切除側の肝機能は低下している。したがって左右葉それぞれの肝機能が評価できるFRLV評価は有用と考えられる。日常診療で汎用されているEOB-MRIを用いたFRLVは門脈腫瘍栓合併の残肝機能評価に有用な可能性がある。

肝細胞癌, 機能的残肝機能評価

杏林大学 医学部 第三内科¹⁾,
杏林大学医学部付属病院 消化器・一般外科²⁾,
杏林大学 医学部 病理学教室³⁾
大島康太¹⁾, 川村直弘¹⁾, 野坂岳志¹⁾, 清水孝夫¹⁾, 關 里和¹⁾,
櫻庭彰人¹⁾, 田中昭文¹⁾, 佐藤悦久¹⁾, 西川かおり¹⁾, 森 秀明¹⁾,
久松理一¹⁾, 小暮正晴²⁾, 杉山政則³⁾, 菅岡 博³⁾

【症例】20歳代の女性。心窩部痛を主訴に近医を受診した。上部消化管内視鏡検査で異常所見は認めず、腹部超音波検査にて肝右葉に腫瘤を指摘され当科を受診した。既往歴、家族歴に特記事項なし、飲酒歴、喫煙歴なし。5年前より低用量の経口避妊薬を内服している。身体所見 身長152cm、体重45kg、結膜に黄疸、貧血認めず。表在リンパ節触知せず。心肺異常所見なし。腹部は平坦、軟。腸蠕動音正常。圧痛なし。肝脾・腫瘤触知せず。腹水なし。血液・生化学検査では γ GTPが50 IU/Lと軽度高値である以外、腫瘍マーカーをはじめ異常値なし。HBs抗原、HCV抗体は陰性。腹部超音波検査では背景肝は正常で、肝右葉後区域に12×10cm大、輪郭やや不整で内部は高輝度で不均一な腫瘤を認めた。造影超音波検査では血管相で濃染し太い血管が腫瘤内に目立っていた。また血管相において中肝静脈が描出され腫瘤からの流出路と診断した。後血管相では周囲よりゆっくりとwash outした。MRI検査ではout of phaseで信号の低下を認め、T2WIで内部不均一な部分は筋組織と同等の信号の結節が混在していた。Dynamic studyでは不均一な増強効果が見られ筋組織と同等信号の結節は漸増性の増強効果を認めた。以上から肝血管筋脂肪腫と診断し当院消化器・一般外科で肝切除術を施行した。切除後の肉眼的所見は13×9.5×4.5cm大の灰白色から茶褐色の腫瘤で内部は広範囲に出血をきたしていた。組織学的には腫大した類円形核、淡好酸性の細胞質を有する腫瘍細胞が増殖しており、脂肪組織及び血管が豊富に介在している所見を得た。HMB-45(+), MART-1(+), SMA(+), CD34(-), CKAE/AE3(-), Hepatocyte(-), Ki-67 labeling index 5%より、Angiomyolipoma(PEC oma)と診断。術後経過良好。【結語】肝血管筋脂肪腫は比較的稀な疾患であるが、近年、画像診断の進歩により報告が散見されmalignant potentialを有し、転移や再発する症例が報告されている。今回我々は造影超音波検査をはじめとした画像診断が有用で、肝切除に至りHMB-45(+)より病理診断し得た1例を経験した。

肝血管筋脂肪腫, 造影超音波検査

横浜南共済病院 消化器内科

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

【症例】63歳男性【主訴】右上腹部痛【既往歴】胆嚢摘出後、脂質異常症、2型糖尿病【現病歴】一過性の右上腹部痛と尿濃染が出現し、前医の定期血液検査で肝胆道系酵素の上昇を認めた。腹部超音波検査で総胆管結石を認め、当院紹介受診となった。【臨床経過】CTで最大20×30mm大となる結石を複数認め、胆管ステントと一塊となりダンベル状になっていた。総胆管結石に対して内視鏡的結石除去術を行う方針とし、まずは胆管ステントの抜去を試みたが、ステントと結石の固着が強く、抜去が不可能であった。ステントと結石の分離と結石の破碎を目標として、体外衝撃波結石破碎術 (ESWL) を行った。3回ESWLを施行後、再度内視鏡的除去を試みたところ、ステント除去が可能となり、ステント抜去後に内視鏡的乳頭ラージバルーン拡張術を施行し、結石の除去を試みた。機械的結石破碎具を使用して結石の除去をおこなったが、一部が除去できたのみであり、大部分は胆管内で可動性を認めず、遺残結石は胆管と固着している状態と考えた。ESWLの追加を検討したが、3回施行後であり、これ以上の効果は期待できないと判断し、胆道鏡下電気水圧衝撃波結石破碎術 (EHL) を施行した。EHLを施行することで結石を破碎し、完全に排石することが可能であった。その後の経過は良好であり、その後の画像検査で遺残結石・結石再発は確認されていない。【考察】総胆管結石症は、大多数の症例でバスケットカテーテルやバルーンカテーテルを用いて排石が可能であるが、時に排石困難な症例を経験する。今回排石困難な総胆管結石に対し、体外衝撃波結石破碎術と胆道鏡下電気水圧衝撃波結石破碎術を併用して排石を行った症例を経験したため、若干の文献考察を加えて報告する。

総胆管結石, EHL

東京都立多摩総合医療センター

片岡史弥, 伊東詩織, 関口修平, 村田 彩, 山田大貴, 藤原 俊, 山形 弘, 前田 元, 栗原正道, 松岡悠子, 下地耕平, 藤木純子, 中園綾乃, 吉岡篤史, 井上 大, 堀家英之, 小倉祐紀, 並木 伸

【症例】66歳男性【入院目的】総胆管結石除去目的【現病歴】黄疸と全身の掻痒感を主訴に前医を受診した。血液検査にてビリルビンと肝酵素の上昇を認め、精査目的に施行したMRCPで総胆管結石を認めた。採石目的でERCPを2回施行されるも胆管上部の結石がバスケットカテーテルに入らず、胆管壁に結石が固着していることが予測され結石除去が困難であったため、経口胆管鏡を用いた結石除去目的で当院紹介となった。【入院後経過】当院でも通常の結石除去をまず施行した。総胆管の造影にて肝門部の10mm弱の透亮像を認めた。本例は胆管径が狭くバスケットカテーテルの十分な拡張が得られず、またオフセットバルーンで結石除去を試みるもデバイスによって肝門部の結石が左右の肝内胆管に動いてしまい通常の方法での結石除去は困難であった。2度目のERCPでも同部位に結石を認め、経口胆道内視鏡(SpyGlass DS)を挿入し、電気水圧衝撃波破碎術 (Electrohydraulic lithotripsy :EHL) で結石を目視し碎石した。碎石後、遺残結石がB4にはまり込み再度EHLで碎石を施行した。その後オフセットバルーンでの破碎結石を除去し、再びSpyGlass DSを挿入し胆管内に遺残結石がないことを確認して終了とした。ERCP翌日に38度の発熱と血液検査にて軽度炎症反応と肝胆道系酵素の上昇を認め処置後の胆管炎として抗生剤治療を開始し全身状態の改善をはかり、結石除去後8日目に退院となった。【考察】本例はERCPの症例数が年間500例を超える2施設でも結石除去が困難なdifficult stoneであり、最終的にSpyGlass DS下でのEHL施行により結石除去を行った。一般的なEHLを用いた経口胆道内視鏡下破碎術 (peroral cholangioscopic lithotripsy:POCLS) の適応としては、短径20mm以上の巨大結石やconfluence stone、嵌頓結石などであり、本例のように10mmに満たない総胆管結石に対して施行されることは稀と思われる。しかし今回、本例のように上記適応には満たさない総胆管結石に対してEHLが有用であった稀な1例を経験したことより、若干の文献的考察を加えて報告する。

総胆管結石, EHL

東京労災病院 消化器内科

篠原裕和, 大場信之, 山本友里恵, 掛川達矢, 武田悠希, 高亀道生, 原 精一, 西中川秀太, 児島辰也

症例は40歳代男性。6年前にアルコール性慢性膵炎に伴う下部胆管良性狭窄に対し胆管および膵管ステント(胆管: ガダリウス製7Fr5cm両端ビッグテール、左右胆管に2本 膵管: ガダリウス製5Fr5cm膵管カブステント)が留置され、以後半年毎に定期交換されていた。2017年5月、右季肋部痛、黒色便が出現し当院救急外来を受診した。受診時、右季肋部の圧痛を認め、血液検査でHb 5.9g/dlと貧血が進行しており、WBC22800/ μ l・CRP15.76mg/dlと炎症反応高値及び胆道系酵素の上昇がみられた。CTでは胆嚢の腫大・胆管壁の肥厚を認め緊急入院となった。上部消化管内視鏡検査では明らかな出血源はなかったが、胆管ステント周囲に血性成分の少量付着が認められた。続いてPTGBAを施行したところ凝血塊を含む胆汁が吸引できた。内視鏡下に既存の胆管ステントを抜去し、胆管造影を行ったと血腫による欠損像を認めた。バルーンにて血腫を除去し、ENBDを留置したが、乳頭開口部より血液の排出を認めた。来院時の造影CTを見直すと動脈相で肝外側部の胆管内に造影剤の血管外漏出が認められ胆道出血が疑われた。腹部血管造影を施行したところ、左肝動脈に3mm大の仮性動脈瘤と考えられる腫瘍様の造影効果があり、上部に塞栓術を行い止血し得た。胆道出血とは、何らかの原因で胆道と血管に交通が生じ、胆道内腔に出血をきたした状態である。比較的稀な病態であり、上部消化管出血に占める胆道出血の頻度は1から5%と報告されている。原因は2001年のGreenらの集計では医原性65%、炎症13%、腫瘍7%、外傷6%、その他9%である。近年では肝生検、RFA、PTCDなどの経皮的処置や、内視鏡的ステント留置術などの内視鏡的胆道処置による医原性胆道出血の報告例が増加している。本症例では長期間のステント留置と繰り返す胆管炎により仮性動脈瘤が形成され、出血をきたしたと推測された。慢性膵炎に伴う下部胆管狭窄に対する胆管ステント長期留置中に胆道出血を認めた1例を経験したので文献的考察を加えて報告する。

胆道出血, 胆管ステント

公立藤岡総合病院 外科

村主 遼, 齊藤幸幸, 松本明香, 加藤寿英, 田中成岳, 中里健二, 中村卓郎, 森永暢浩, 設楽芳範, 石崎政利

【緒言】胆嚢癌の前癌病変として、WHO分類2010では腺腫、胆道上皮内腫瘍(BilIN)、胆嚢内乳頭状腫瘍(ICPN)、粘液囊胞性腫瘍が定義されている。その中でICPNは、胆道癌における前癌病変および初期病変である胆管内乳頭状腫瘍(IPNB)の、胆嚢内病変として定義されている。今回胆嚢腫瘍に対して胆嚢摘出術を施行しICPNと診断した症例を経験した。【症例】72歳男性。検診で肝機能障害を指摘され前医受診。腹部エコーで胆嚢に8×7mmの充実性エコーを認め、手術的に当科紹介受診。CT、MRCPでは胆嚢底部に結節を認め、胆嚢癌の合併が否定できない所見であった。腹腔鏡下胆嚢摘出術、肝床部分切除術施行。肉眼的には胆嚢底部に15×10mmの粘膜下腫瘍を認めた。病理組織学的所見として、嚢胞を形成する乳頭状腫瘍と、中等度異型を示す上皮細胞を認め、ICPNと診断した。【考察】ICPNは新しい概念であり、また稀な疾患でもあるため、その概念は十分には確立されていない。本症例を元にICPNの臨床的、病理学的特徴を考察した。

ICPN, 前癌病変

東京西徳州会病院 外科¹⁾、同 消化器内科²⁾、
 湘南鎌倉総合病院 肝胆膵外科³⁾、湘南藤沢徳州会病院 消化器内科⁴⁾、
 武蔵野徳州会病院 肝臓内科⁵⁾、東京西徳州会病院 病理科⁶⁾、
 小長谷健介¹⁾、山本龍一²⁾、橋本真典²⁾、新藤あすみ¹⁾、久米菜央¹⁾、
 山本孝太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⁾、柏木宏之³⁾、森山友章⁴⁾、
 山田真和⁵⁾、須田耕一⁶⁾、渡部和巨¹⁾

子宮内膜症は、子宮筋層内に正常性内膜と連続性に浸潤していく内性子宮内膜症と、子宮外部または子宮以外の部分に発育する外性子宮内膜症に分類される。今回われわれは、術前診断に苦慮した膵臓子宮内膜症の1例を経験したので報告する。症例26歳 女性。左側腹部痛にて受診。腹部CTにて膵尾部に巨大な嚢胞性病変認め入院。入院時採血はWBC 12700/ μ l、CRP 0.69mg/dlと炎症所見認め。CEA、CA19-9、SPan-1、DUPAN-2の上昇は認めなかった。腹部造影CTにて 膵体尾部に主座を置く径6.1×5.7cm大の分葉状の嚢胞性腫瘍を認めた。腹部MRIでは、膵体尾部に嚢胞性病変および嚢胞壁に結節状の構造物を認めた。主膵管との交通ははっきりしなかった。超音波内視鏡検査では、膵尾部に径6.7×5.4cm大の単房性嚢胞性腫瘍として観察された。第一にMCNを考え症状も改善しないため腹腔鏡補助下膵体尾部脾合併切除術を施行した。病理組織学的所見では、嚢胞壁はやや扁平ないし円柱状の上皮で被覆され、腺の増生をみるころでは間質細胞にCD10の免疫染色で陽性を示し膵臓子宮内膜症の診断に至った。膵臓子宮内膜症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。

膵臓、子宮内膜症

NTT 東日本関東病院 消化器内科

中尾友美、藤田祐司、石井 研、久富勘太郎、松橋信行

症例は75歳男性。2009年頃から十二指腸潰瘍を繰り返していた。ピロリ菌は未感染であった。血清ガストリン値をフォローしていたところ、2016年11月血清ガストリン878pg/mlと高値になり、造影CTで膵尾部に径6mmの造影される結節を認め、ガストリノーマが疑われて精査目的に入院となった。オクトレオスキャンでは膵尾部の腫瘍を含め、集積はなかった。SASIテストでは胃十二指腸動脈領域の刺激でガストリン上昇を認めたが、膵尾部領域の刺激ではガストリン上昇を認めなかった。膵尾部腫瘍に対して上部超音波内視鏡下穿刺吸引法(EUS-FNA)を施行したところ、非機能性神経内分泌腫瘍(NET G1)の診断であった。免疫染色ではガストリンは染色されずグルカゴンが軽度染色されるのみでありガストリノーマは否定的であった。そのため、ガストリン高値の原因として偽性Zollinger-Ellison症候群を疑い胃前庭部からランダム生検を施行すると、ガストリン陽性細胞を多数認め、G cell hyperplasiaが疑われた。以上の検査結果より、G cell hyperplasiaによる偽性Zollinger-Ellison症候群を合併した膵グルカゴノーマと診断し、2017年6月広範囲胃切除術、膵体尾部切除術を施行した。病理検査では胃幽門性領域にガストリン陽性細胞が帯状に認められ、ガストリン陽性細胞数は1mm長あたり209個であり、G cell hyperplasiaに合致する所見であった。また膵尾部腫瘍は非機能性膵NETであり、術前診断と合致していた。術後ガストリン値は正常範囲内でも改善した。本症例は難治性十二指腸潰瘍をきたす高ガストリン血症、膵尾部腫瘍を認めたことから当初はガストリノーマが疑われたが、SASIテストでの局在診断やEUS-FNA、胃前庭部の生検による組織診断により術前に膵NETを合併した偽性Zollinger-Ellison症候群と診断し、拡大手術を避けることが出来た点で貴重であると考え、若干の文献的考察を加えて報告する。

偽性Zollinger-Ellison症候群、膵NET

総合病院国保旭中央病院 消化器内科

藤吉祐輔、紫村治久、中村 朗、糸林 詠、志村謙次

【背景】膵十二指腸動脈瘤は腹部動脈瘤の2%程度と稀な疾患であるが、今回我々は正中弓状韌帯圧迫症候群による腹腔動脈根部狭窄に起因した後上膵十二指腸動脈瘤破裂の一例を経験したため報告する。【症例】生来健康な52歳男性。2016年5月に、嘔吐と経口摂取困難で当院を受診した。上部消化管内視鏡検査・消化管造影検査では、十二指腸下行脚に狭窄を認めた。造影CT検査では膵頭部尾側から十二指腸周囲に血腫と思われる軟部陰影を認めた。また腹腔動脈根部で狭窄所見を認め、上腸間膜動脈から膵十二指腸アーケードを介した血流の発達、仮性動脈瘤の形成を認めた。正中弓状韌帯圧迫症候群による動脈瘤破裂を疑い、腹部血管造影検査を施行した。腹部血管造影検査では、腹腔動脈は起始部の狭窄が強く同定できず、拡張した下膵十二指腸動脈が前上膵十二指腸動脈を経由して胃十二指腸動脈とつながり腹腔動脈領域の主要な栄養血管となっており、後上膵十二指腸動脈に径10mm程度の仮性動脈瘤を認めた。正中弓状韌帯圧迫症候群による腹腔動脈根部狭窄に起因した後上膵十二指腸動脈瘤破裂と診断し、動脈瘤に対してコイル塞栓術を施行した。その後十二指腸周囲の血腫は縮小し、通過障害は改善したため、経口摂取可能となり退院となった。【考察】正中弓状韌帯は、横隔膜の左脚と右脚が椎体前面で結合したものであるが、この韌帯により腹腔動脈幹が圧迫され狭窄すると、肝臓や膵臓への血流が上腸間膜動脈から膵十二指腸アーケードを介して供給されるため、膵十二指腸動脈の血流が増大し、動脈に血行力学的ストレスが加わり動脈瘤が形成されるとされている。非破裂例では無症状のため発見が難しく、動脈瘤破裂で発見されることが多い。今回我々が経験した症例は、動脈瘤破裂後に血腫を形成し、自然止血したものと考えられた。腹部CT検査にて膵周囲に血腫を疑う所見を認めた際には、速やかに血管造影検査を行い、診断と塞栓治療を考慮すべきと考えられる。

正中弓状韌帯圧迫症候群、膵十二指腸動脈瘤

東京女子医科大学 消化器内科

田中マリ子、赤尾潤一、伊藤泰斗、木下普紀子、村杉 瞬、大塚奈央、長尾健太、田原純子、小木曾智美、高山敬子、清水京子、徳重克年

【症例】70代女性。主訴は特記すべきことなし。【現病歴】B型肝炎の既往にて当科かかりつけであった。201X年に腹部エコーで膵鉤部に13mmの嚢胞性病変を指摘され、以後定期的に腹部エコーにて経過観察されていた。201X+2年の腹部エコーにて同部位の嚢胞性病変の増大と内部に10mm程度の充実性部分が疑われ、精査治療目的に入院となった。【血液生化学検査所見】CA19-9 28(U/ml)、CEA 1.7(ng/ml)、DUPAN <25(U/ml)と上昇を認めず、その他特記すべき異常は認めなかった。【画像所見】腹部CTでは膵鉤部に23mmの嚢胞性病変を認め、内部に造影効果のある充実成分をみとめた。MRCPでは膵鉤部に2房性の20mmの嚢胞性病変を認めた。嚢胞と主膵管との明らかな交通は認めなかった。嚢胞内にT2強調像で低信号の10mm弱の小構造を疑う所見を認めた。内部はCTと同様、淡く造影効果を示す所見であった。EUSでは、膵鉤部に2mmの多房性嚢胞性病変を認めた。嚢胞内に隔壁を認め、9mmの壁を疑う所見を認めた。造影EUSでも同部位の造影効果を認め、壁に結節と考えられた。【経過】画像所見から膵管内乳頭粘液性腺瘤と診断し、幽門輪温存膵頭十二指腸切除術、門脈合併切除再建を施行した。【切除標本病理所見】腫瘍は径20mmの嚢胞性腫瘍で内部に蜂巣状の構造を認めた。SCNの亜分類としてはMixed typeと考えられた。【結語】膵嚢胞性腫瘍は画像所見からその鑑別診断に苦慮する症例を度々経験する。診断によってその治療法は異なる場合があるため正確な診断が必要となる。今回、われわれは膵管内乳頭粘液性腺瘤との鑑別に難渋した漿液性嚢胞性腫瘍の1切除例を経験したので、画像を振り返るとともに文献的考察を加えて報告する。

膵漿液性嚢胞腫瘍、上皮性膵腫瘍

さいたま赤十字病院

山内陽平, 甲嶋洋平, 渡邊悠人, 大島 忠

【症例】33歳男性。【既往歴】なし。【現病歴】19歳 (X年) で肝生検によりPSCと診断され、以降当院外来でフォローされていた。X+9年、胆石性胆管炎を発症し、内視鏡的に採石を行った。以降通院を自己中断していた。X+14年12月初頭に、一月ほど持続する心窩部痛、右季肋部痛を主訴に再診となった。ERCP施行、総胆管中部に長さ3cm程度の糸状の狭窄を認めた。肝内胆管の口径不動と枯れ枝様の狭窄などを認めた。総胆管の狭窄に対し、胆管ステントの留置を行った。スクリーニングのために造影CTを撮影したが、悪性所見は見られなかった。同月末に胆管ステント閉塞による胆管炎を来とし、胆管ステントの交換を行った。その際に胆汁細胞診を提出し、Class3であった。X+15年2月末にも胆管ステント閉塞による胆管炎が疑われ、胆管ステントの交換を行った。その際に撮影した造影CTで、上-中部胆管を中心に肝門部胆管、尾状葉に連続する長径71mm大の腫瘍を認め、腫瘍マーカーはCEA 1.8ng/ml, CA19-9 109.7U/mlであり、胆管癌が疑われた。腫瘍の門脈、総肝動脈、胃十二指腸動脈への浸潤が認められ、肝内には多発肝転移が認められた。同年3月初頭に肝腫瘍生検を行い、Carcinoma (低分化癌) の診断を得た。全身状態は急激に悪化し、同月末に永眠された。病理解剖施行し、肝内肝門部胆管癌 (肉腫様癌+低分化癌) の診断。多発肝転移、十二指腸球部-上行部への腫瘍浸潤、腹腔リンパ節多発転移、広範な腹膜播種が認められた。直接死因は、肝内肝門部胆管癌による肝不全と考えられた。PSCの経過観察中に肝悪性腫瘍を合併し、急激な経過をたどった一例を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

PSC, 胆管癌

東京慈恵会医科大学葛飾医療センター 内視鏡部¹⁾,東京慈恵会医科大学 内視鏡科²⁾石井彩子¹⁾, 加藤正之¹⁾, 川原洋輔¹⁾, 阿部孝広¹⁾, 有広誠二²⁾, 板垣宗徳¹⁾, 上田 薫²⁾, 炭山和毅²⁾

【症例】52歳、男性【主訴】下痢、血便、発熱【現病歴】2017年4月より排便時血便を認め、近医で下部消化管内視鏡検査 (CS) を施行したところ左半結腸型の潰瘍性大腸炎と診断された。8月16日よりメサラジン1500mgを開始しコントロールされていたが、8月27日出張中に下痢 (10回/日)、37℃台の発熱が出現した。出張先の病院でCSを施行したところ左半結腸にびらん、腸管浮腫を認め潰瘍性大腸炎再燃の診断で、メサラジン4000mgに増量した。帰京後も改善認めず、9月1日に再度近医を受診し、血液検査でCRP 29.13mg/dlと高値を認めたため、当院紹介受診となった。【経過】入院後 (9月4日) に施行したCSでは全大腸に潰瘍、膿性粘液付着、粘膜浮腫を認めた。潰瘍は小さいものの深堀れ様を呈していた。絶食、PSL60mg/日 (1mg/kg) 静注を開始したところ、CRPは5mg/dlまで改善するもその後下がりず、38℃台の弛張熱が続いた。9月13日のCSでは、腸管全体にコグクラ貯留と多発潰瘍を認めた。さらに、上行結腸の潰瘍の露出血管から拍動性出血を認めたため、クリップによる止血術を施行した。しかし、2日後に大量血便を認め、再度CSを施行したところ、新たに虫垂入口部付近の潰瘍の露出血管からの拍動性出血を認め、クリップによる止血術を施行した。ステロイド抵抗性と判断し、PSL漸減するとともに9月16日にIFX 400mg開始した。9月20日に再度血便があったためCSを施行したところ、活動性出血は認めなかったが新たに上行結腸に露出血管を認めたため、クリップによる止血術を施行した。多発潰瘍は改善傾向だった。その後は血便認められず、経過良好で9月26日にIFX2回目投与し退院となった。【考察】潰瘍性大腸炎は主として粘膜を侵し、しばしばびらんや潰瘍を形成する大腸のびまん性非特異性炎症である。深さに関しては粘膜下層や固有筋層以深へ進展せず粘膜の病変が浅いため、一般に潰瘍性大腸炎において大量出血をきたす頻度は1.1-4.5%と少ない。本症例のように多発する露出血管を伴う潰瘍を呈する潰瘍性大腸炎は稀であり、貴重な症例を経験したため、文献的考察を含めて報告する。

潰瘍性大腸炎, 露出血管

日本大学附属板橋病院 消化器肝臓内科¹⁾,日本大学病院 消化器内科²⁾岩本真帆¹⁾, 香川敦宣¹⁾, 野村舟三¹⁾, 矢ヶ部響子¹⁾, 金子桂士¹⁾, 松田昌範¹⁾, 中本将秀¹⁾, 酒井康行¹⁾, 葉山 謙¹⁾, 春田明子¹⁾, 永井晋太郎¹⁾, 菊池浩史¹⁾, 中島典子¹⁾, 今津博雄¹⁾, 後藤田卓志²⁾, 森山光彦¹⁾

【はじめに】亜急性甲状腺炎は高熱、頸部の疼痛を主訴とする甲状腺の非化膿性炎症性疾患であり、不明熱の鑑別疾患のひとつである。今回我々は、発熱の精査目的に入院し、亜急性甲状腺炎の診断に至った潰瘍性大腸炎の1例を経験したので報告する。【症例】44歳、男性【主訴】発熱、頭痛、全身倦怠感、体重減少【経過】11年前に潰瘍性大腸炎を発症。入院歴はなく、左側結腸型で5ASA内服のみで寛解維持され、外来通院中であった。18日前から38℃台の発熱が続き、頭痛、全身倦怠感、体重減少も認められるようになった。精査目的に入院となった。診察所見で、胸腹部に異常は認めず、甲状腺に軽度の圧痛を認めた。血液生化学検査では、WBC6300/μl, CRP8.7mg/dl, ESR (1h) 51mmと炎症反応高値、TSH 0.18 μIU/ml, F-T3 5.2pg/ml, F-T4 2.3ng/mlと甲状腺機能の亢進が認められた。抗マイクロゾーム抗体、抗TPO抗体、TSHレセプター抗体はすべて陰性であった。インフルエンザ・アデノウイルスの簡易検査は共に陰性、血液・痰・便・髄液の細菌培養も陰性、CMV antigenemia陰性、胸部・腹部レントゲン検査、胸部～骨盤のCT検査でも有意所見は認められなかった。下部消化管内視鏡検査で潰瘍性大腸炎の増悪は認められなかった。IFN-γ遊離試験 (T-SPOT) が陽性であったが、結核を疑う画像所見は認められず、喀痰・胃液等の抗酸菌塗抹培養はすべて陰性であった。甲状腺エコーでは右葉中心に腫大を呈しており、一部に低エコー所見が斑状に認められた。経過より亜急性甲状腺炎と診断。入院後10日間は夕方38℃の発熱を認めていたが、安静のみで徐々に解熱し、全身倦怠感も改善、退院となった。退院後は、甲状腺機能は正常化し、潰瘍性大腸炎も寛解を維持している。【考察】潰瘍性大腸炎で通院加療中に発症した発熱症状であり、当初は再燃や感染症の合併を強く疑ったが、頸部の診察を丁寧に行い診断に結び付けることができた。診断の専門化が進み、腹部を中心に鑑別疾患を考えてしまう事が多いが、常に基本に基づいた丁寧な診察、診断を行う事が大切であると考えられた。

亜急性甲状腺炎, 潰瘍性大腸炎

自治医科大学附属さいたま医療センター 消化器内科

三浦孝也, 浦吉俊輔, 松本圭太, 賀嶋ひとみ, 小糸雄大, 高橋裕子, 坪井瑠美子, 石井剛弘, 藤原純一, 関根匡成, 上原健志, 高橋一仁, 浅野岳春, 松本吏弘, 鷲原規喜, 宮谷博幸, 賀嶋浩聡

【はじめに】コレステロール結晶塞栓症 (CCE) は大血管の粥状硬化化から飛散したコレステロール結晶の微小塞栓により全身性の多臓器障害をきたす疾患で、予後不良との報告が多い。血管内カテーテル操作や抗凝固療法による大血管の機械的ないし化学的損傷が誘因と考えられている。CCEの塞栓は皮膚、筋肉、腎などに好発し、確定診断には皮膚・筋生検と腎生検が有用とされている。消化管病変の併発も報告されているが、生検組織における診断率は低率である。【症例】82歳、男性【既往歴】尿管結石症、好酸球増多症【現病歴】2017年1月、前医定期受診中に呼吸苦を訴えたため、当センターに転院搬送された。急性心不全と診断され、当センター循環器内科に入院となった。冠動脈造影検査では左前下行枝に99%の狭窄を認めた。保存的加療で症状は軽快したが、入院時に指摘された貧血の精査目的に、下部消化管内視鏡検査を施行された。盲腸に毛細血管拡張症を、結腸内に複数の大腸ポリープを認めた。貧血の進行は認めないものの、抗血小板2剤併用療法への導入にあたり、貧血の原因となりうる毛細血管拡張症と大腸ポリープに対する治療を行う方針となった。同年6月に当科入院した。毛細血管拡張症に対してはアルゴプラズマ凝固法を施行した。また、上行結腸のφ6mm大Ipポリープの一部が暗紫色に変化し、血液の付着を認めた。同病変を含む3病変に対してEMRを施行した。病理所見で色調変化の見られた上行結腸ポリープの微小血管内にコレステロール結晶を多数認めたため、CCEと診断した。【考察】本症例では、CCEに特徴的な皮膚所見や腎機能低下を認めなかったが、大腸ポリープの組織学的所見から確定診断に至った1例である。消化管組織から確定診断に至ったCCEは稀であるため、文献的考察も加えて報告する。

コレステロール結晶塞栓症, 内視鏡的粘膜切除術

37 抗EGFR抗体薬によるストーマ周囲皮膚炎

群馬県立がんセンター 消化器外科¹⁾、
群馬大学大学院医学系研究科 総合外科学講座 消化管外科²⁾
小澤直也¹⁾、小澤大悟¹⁾、小川 敦¹⁾、深井康幸¹⁾、持田 泰¹⁾、
尾嶋 仁¹⁾、桑野博行²⁾

近年切除不能大腸癌に対し使用されるようになった抗EGFR抗体薬は、高い腫瘍縮小効果を示すが、皮膚障害を生じることが知られている。人工肛門を有する患者に抗EGFR薬を投与した場合、ストーマ周囲炎の発生が懸念されるが、報告は少ない。今回抗EGFR投与中に発生したストーマ周囲炎を3例経験したため報告する。3症例いずれもS状結腸癌で、切除不能の遠隔転移があり(症例1は多発肝転移、肺転移、症例2、3は多発肝転移)原発巣による通過障害を認めたため、回腸双孔式人工肛門造設し、RAS野生型のためmFOLFOX6+Pmabを選択した。症例1. 71歳、女性、3コース終了後にストーマ周囲炎を発生したため、化学療法の休薬とストーマケアを行った。改善したため、80%に減量して化学療法を継続している。化学療法後の画像検査では腫瘍の縮小を認めた。症例2. 75歳、男性、8コース終了後にストーマ周囲炎を発生したため、化学療法の休薬とストーマケアを行った。休薬により改善したため化学療法を再開し継続している。化学療法後の画像検査では腫瘍の縮小を認めた。症例3. 78歳、男性、4コース終了後にストーマ周囲炎を発生した。化学療法開始後の画像検査では縮小を認めたが、ストーマ周囲炎のため化学療法継続が困難で、患者から原発巣切除の希望があったため、腹腔鏡補助下S状結腸切除、人工肛門閉鎖術を行った。術後創部感染を認めたが、退院可能で化学療法を予定したが、PS悪化あり、化学療法再開困難で、現病悪化により死亡した。考察. 3症例とも抗EGFR薬の休薬により、ストーマ周囲炎は軽快し、再開により悪化している。人工肛門を有する患者に抗EGFR薬を投与する場合は、ストーマ周囲炎の発生に注意し、重篤な場合は抗EGFR薬の休薬も考慮すべきと思われた。

人工肛門, 化学療法

38 出血性ショックをきたした大腸癌の2例

秀和総合病院 外科
佐藤 拓, 桑原 博, 伊藤佳史, 石井 武, 岩寄友視, 真田貴弘,
中村典明, 五関謹秀

進行大腸癌のoncological emergencyとして、イレウス、腸重積、消化管穿孔、出血などがあげられるが、出血性ショックをきたすことは稀である。今回、大腸癌による出血性ショックの2例を経験したので報告する。
症例1: 76歳男性。しばしば黒色便を自覚していたが様子を見ており、多量の血便を契機に出血性ショックをきたして救急搬送された。下部消化管内視鏡検査では回盲部に全周性、易出血性の2型病変を認め、盲腸癌からの出血と診断した。Hb: 3.7g/dLと高度の貧血を認めたものの、輸血のみでバイタルは安定化し、来院後7日目に予定手術で腹腔鏡下右結腸切除を施行した。
症例2: 73歳女性。半年前に直腸穿孔、腹膜炎、敗血症性ショックの診断にて他院でHartmann手術を施行されていた。術後、しばしば肛門からの出血を自覚していたが、転院および転居のために様子を見ていた。某日、肛門からの多量出血をきたし、近医より転院搬送となった。下部消化管内視鏡検査では直腸Rabに乳頭状腫瘍を認め、遺残した直腸癌からの湧出性出血と診断した。止血剤散布およびタンポン留置と輸血で一時はバイタル安定化したものの、翌日、多量出血でショックになった。初診時造影CTにて、SRAの末梢が腫瘍近傍で怒張していたことから、緊急でSRAに選択的コイル塞栓術を施行した。止血後はバイタルが安定して緊急手術を回避することができ、その2日後に遺残直腸切除を施行した。
大腸癌による出血性ショックは稀であるが、症例1は輸血のみで対応可能だった。一方で、症例2は、出血性ショックからの離脱が困難であり、IVRによる止血が有用であった。腫瘍からの多量出血は、太い動脈の近傍への浸潤が原因と考えられ、症例2のように造影CTで腫瘍近傍に怒張血管を認める場合は、IVRのよい適応と考えられた。

動脈塞栓術, 出血性ショック

39 潰瘍を伴う大腸炎を内視鏡で観察しえたサルモネラ腸炎の一例

帝京大学ちば総合医療センター 内科
福村幸代, 矢原良子, 佐藤隆久, 小尾俊太郎, 道田知樹

【はじめに】サルモネラは哺乳類、爬虫類、鳥類などに広く分布する。動物飼料から汚染して家畜や鶏の保菌が起り、食肉や卵が汚染される。汚染された原因食を摂取後8-48時間後で悪心、嘔吐、下痢、腹痛、高熱で発症する。今回、発症後11日経過しても水様性下痢が続き、急性腎不全を伴ったサルモネラ腸炎の一例を経験した。内視鏡所見も含めて示唆に富む症例と考へ報告する。

【症例】25歳男性 2017/8/12より下痢が出現、市内救急センター初診。ブチルスコボラミン、活性生菌製剤を処方された。8/14市内A病院受診し再度処方追加された。しかし症状が改善せず、8/21 A病院再受診した。その際、頻嘔と10日で8kgの体重減少、水様性下痢、WBC14170、CRP 3.39と炎症所見を認め、BUN 46.5、Cr 2.30と腎機能障害も認められたため、当院に紹介受診となった。既往歴なし。生活歴 ビール1L/日 たばこ20本/日 家族歴 祖父が大腸がん入院時意識清明 血圧112/50 mmHg 心拍数90/分 体温36.8℃ 腹部 平坦軟 下腹部に圧痛 WBC 13000、CRP 3.1、BUN 37.0、Cr 1.65、K 3.1 CDトキシゲンA/B (-)入院後、禁食、補液にて治療を開始した。8/23施行の大腸内視鏡でT/CからRbに非連続性の発赤、潰瘍を認めた。便培養からSalmonella typhimurium が検出された。8/25よりニューキノロン製剤を開始。8/28症状改善して8/30に退院した。

【考察】流通の国際化に伴い本邦でも1989年以降、サルモネラ食中毒は急増している。大腸内視鏡所見ではS/Cより口側に多彩な所見がみられ補助診断のとして位置づけられている。本症例は特に基礎疾患がない青年に発症し、長期化した水様性下痢のため急性腎不全を併発し重症化した。そのためニューキノロンによる抗菌薬治療を要した。サルモネラ症の治療上の問題点は症状が改善されても排菌が続くことである。今後の注意が必要と考えられた。

急性腸炎, サルモネラ症

40 尿管侵襲陽性肝細胞癌に対する手術成績

群馬大学大学院医学系研究科 総合外科学講座
五十嵐隆通, 新木健一郎, 山中崇弘, 萩原 慶, 石井範洋,
塚越真梨子, 渡辺 亮, 久保憲生, 播本憲史, 調 憲,
桑野博行

【緒言】尿管侵襲陽性肝細胞癌に対する肝切除は、切除後も高率に再発し予後不良とされる。【目的】当科における術前尿管侵襲陽性肝細胞癌に対する手術成績を明らかにする。【対象と方法】2016年6月から2017年8月に当科で切除した肝細胞癌43例を対象とした。全症例検討に加え術前診断でVp2以上またはVv2以上の症例(尿管侵襲陽性群)とそれ以外の症例(尿管侵襲陰性群)について手術成績を比較した。【結果】尿管侵襲陽性群:陰性群=5:38で、陽性群は全例HCV陽性、5例中術前にSVRが達成されていたのは3例(DAA 2例、IFN 1例)で、残る2例は術後DAAによりSVRとなった。陽性群5例の内訳は、Vp2: 1例、Vp3: 3例(うち1例Vv2併存)、Vv3: 1例で、病理学的にも尿管侵襲陽性を確認した。陽性群は全例葉切除以上が施行され、うち3例は腫瘍検出を併施し、術後合併症はなかった。2群間の比較では、陽性群は有意に葉切除以上が多く($p < 0.01$)、手術時間も長かった($p = 0.03$)。年齢、性別、出血量、術後在院日数、術後合併症、術後無再発生存期間(DFS)、術後全生存期間(OS)に有意差は認めなかった。陽性群の婦人は無再発生存1例(DFS:51日)、再発生存4例(DFS:184-349日、OS:270-424日)であった。再発生存4例の再発形式と治療は、(1)腹腔播種再発→切除、(2)後頭蓋窩転移→切除+サイバーナイフ→胸椎転移→放射線照射+ソラフェニブ投与、(3)残肝多発再発→TACE、(4)残肝単発再発→RFAで、症例(1)(2)は術後にDAAでSVRが達成された。症例(2)(3)(4)術後1年生存が得られている(5例中3例60%)。【まとめ】尿管侵襲陽性肝細胞癌に対する肝切除では、術前SVR未達成の症例は術後抗ウイルス治療を行い、再発後治療による肝機能低下を予防する。一方、抗ウイルス治療後3ヶ月以内に腫瘍の悪性転化が多いとする報告もあり、慎重に経過観察を行う。遠隔転移にはソラフェニブを積極的に投与し予後延長を図る。上記治療方針のもとと当科では3例の1年生存が得られており、さらなる症例の蓄積と検討を行っている。

肝細胞癌, 尿管侵襲

41 心機能低下患者の肝細胞癌診断において造影超音波検査が有用であった一例

横浜労災病院 消化器内科¹⁾, 同 内視鏡部²⁾, 同 病理診断科³⁾
野上麻子¹⁾, 森久保高美¹⁾, 尾崎杏奈¹⁾, 白鳥 航¹⁾, 辻川真太郎¹⁾,
小林 貴¹⁾, 鈴木雅人¹⁾, 高柳卓也¹⁾, 梅村隆輔²⁾, 内山詩織¹⁾,
金澤憲由¹⁾, 関野雄典¹⁾, 長谷川直樹³⁾, 角田幸雄³⁾, 川名憲一²⁾,
永瀬 肇¹⁾

症例は陳旧性心筋梗塞・僧帽弁不全症術後のため慢性心不全の低左室機能(EF40%程度)で抗血栓薬を2剤内服中の60歳男性。右季肋部違和感あり施行された腹部超音波検査で肝左葉S3に低エコーを呈する30mm大の腫瘍性病変を認め、当科紹介となった。背景肝はHBV既感染症例であり、dynamic CT検査・造影MRI検査を施行し、動脈相・門脈相と共に周囲に造影効果をもつ占拠性病変を認めた。転移性肝癌や肝内胆管癌、肝膿瘍が疑われ、検査を行うも明らかな原発を認めなかった。2-3か月毎の腹部超音波検査やCT検査で5か月経過するまでは著変ないものの8か月経過した時点で増大傾向を認め、右葉にも新規の病変を認めたため肝腫瘍生検施行し、中分化型肝細胞癌の診断に至った。同時期に撮像されたdynamic CT検査や造影MRI検査ではこれまでの所見とかわらないものの、ペルフルタン(以下PFb)を用いた造影超音波検査では造影後30-60秒後で右葉の病変で造影剤の取り込まれる様子および後血管相でのwash outが確認された。造影剤を用いた画像検査はいずれも静脈内投与後、肺の毛細血管を容易に通過し、全身を循環する。CT検査およびMRI検査においては、動脈相・門脈相撮像時に心機能の良し悪しに関わらず機械的に一定の時間が経過した時点で撮像される。心機能低下患者における造影剤の循環が不十分なタイミングで撮像されることがある。一方で造影超音波検査では医師が経静脈的に造影剤が取り込まれていく様子をリアルタイムで確認しながら施行していくため、どの時相を観察しているか、患者個人に合わせて確認できる。PFbはアレルギーが他の造影剤と比較し少なく、腎機能障害を認める患者においても使用可能であり、CTやMRIの造影検査を施行できない症例において有用とされることが多い。腎機能低下者以外にも心機能低下者において有用と考えられた一例を経験したため、文献的考察も含め、報告する。

造影超音波, 低心機能

42 肝細胞癌に対するカテーテル治療の2週間後に肝動脈分枝の破綻による腹腔内出血を生じた1例

桐生厚生総合病院 内科¹⁾,
群馬大学大学院医学系研究科 病態制御内科学²⁾
甲賀達也¹⁾, 並川昌司¹⁾, 佐野希望¹⁾, 岡野祐大¹⁾, 松井綾子¹⁾,
椎名啓介¹⁾, 菅岡一乃¹⁾, 飯田智広¹⁾, 佐藤 賢²⁾, 柿崎 暁²⁾

【症例】70歳代男性。【主訴】腹痛。【現病歴】慢性心不全などにつき前医循環器内科通院中。スクリーニングの腹部超音波検査にて最大2.9cmの肝細胞癌(HCC)が疑われ、当科紹介。腹部血管造影検査(AG)で肝動脈A6およびA7造影にて腫瘍濃染像を認め、経カテーテル的肝動脈化学塞栓療法(TACE)を施行した。描出範囲内に動脈瘤など血管異常は認めなかった。治療6日後にCTにて治療対象病変に良好なりビオドール沈着が得られていることを確認し退院となった。治療14日後、自宅にて就寝中に上腹部痛により覚醒し、体動困難もあり救急要請、前医に搬送された。収縮期血圧50~70mmHgで、単純CTにて腹水貯留あり、試験穿刺にて血性腹水が確認され、HCC破裂が疑われ、当院搬送、精査加療目的に入院となる。【既往歴】C型慢性肝炎、大動脈弁狭窄症に対し弁置換術後、慢性心不全(両心室ペーシング機能付植込型除細動器留置後)、慢性腎不全、幽門狭窄に対し手術後、腸閉塞。【来院後経過】造影CTを施行したところ、肝左葉背側・脾体部頭部に造影剤の腹腔内漏出像あり、MAP・FFP輸血を行いながら緊急AGを施行した。結果、左肝動脈の屈曲部から肝外に伸びる細い分枝から造影剤のextravasationを認め、コイル(A/B/CTM Embolization Microcoil コイル長1.2cm, COOK社)1本にて塞栓した。翌日の単純CTではコイルは肝外に位置しており、腹腔内血腫の増大は認めなかった。バイタルサインや血液検査結果、自覚症状(腹満感)も徐々に改善し、塞栓術後18日で退院となった。【考察】HCCの破綻による腹腔内出血は度々経験し、TACEの際に偶発症として血管損傷を来すこともあるが、TACE後数週間に肝動脈の破綻による腹腔内出血を生じた報告はみられない。また、左胃動脈瘤破綻を原因とした腹腔内出血の報告は散見するが、本症例ではTACEの際のAG所見にて動脈瘤は認めなかった。稀な症例であり、文献的考察を加え報告する。

腹腔内出血, 肝動脈

43 肝切除後肝不全の発生の正確な術前予測を目指したEOB-MRIによるFunctional remnant liver volumetryの有用性

群馬大学大学院医学系研究科 総合外科学講座 肝胆膵外科学分野¹⁾,
同 総合外科学²⁾
新木健一郎¹⁾, 調 憲¹⁾, 萩原 慶¹⁾, 山中崇弘¹⁾, 石井範洋¹⁾,
塚越真梨子¹⁾, 五十嵐隆通¹⁾, 渡辺 亮¹⁾, 久保憲生¹⁾, 播本憲史¹⁾,
桑野博行²⁾

【背景】適切な肝切除術式決定のために機能的残存容積の術前予測は極めて重要である。従来、99mTc-GSAによるSPECT検査の有用性が報告されていくが汎用性に欠ける。一方、EOB-MRIは肝腫瘍の高い診断能から広く用いられており、Gd-EOB取込能が肝細胞機能を反映することが報告されている。そこで我々はEOB-MRIを用いた機能的残存容積の測定の有用性を検討したので報告する。
【対象】外側区域を除く1区域以上の肝切除を施行した104例(2008年4月~2017年8月)。
【方法】術前MRIのGd-EOB-DTPA造影前と造影後20分のT1強調画像を用いて、切除後の予測残存領域にROIをおき信号値の平均を算出した。これを脊柱起立前の信号値比で補正した値を機能的残存スコア(FRL score)とした。ワークステーションによるVR画像で得た残存容積とFRL scoreとの積を機能的残存容積量(FRLV)とし、体表面積(BSA)で標準化したものを標準化FRLV(sFRLV)とした。術後合併症はClavien-Dindo(C-D)分類を、術後肝不全(PHLF)はISGLS基準を用いて手術成績との検討を行った。
【結果】術前解析の各中央値はFRL score: 1.66 (0.83-2.92), FRLV: 1189ml (465-2705), sFRLV: 790ml (292-1433)。手術成績はC-D Grade III以上の合併症11.5%(12例)、PHLFは9.6%(10例)、ISGLS Grade A: 5例, B: 3例, C: 2例、手術関連死亡1.0%(1例)。PHLFとの関連は単変量解析で手術時間(p=0.010)、出血量(p=0.013)、FRLV(p=0.021)、sFRLV(p=0.015)が、多変量解析でsFRLV(p=0.042)のみが有意な関連を認めた。C-D Grade III以上の合併症とFRLVには関連を認めず。ROC解析でsFRLVとPHLF(≥GradeB)のcut off値は599ml/m² (AUC: 0.913)。術前に門脈塞栓術を行った16例でsFRLVのcut offを超えた9例でPHLFは認めず、cut off以下の7例では57%(4例)がPHLFを発症していた(p=0.019)。
【結論】EOB-MRIを用いた機能的残存容積は術後肝不全を予測し、手術適応を決定する有用なツールとなることを示唆された。

肝予備能, Functional remnant liver volumetry

44 大腸癌肝転移切除におけるFDG-PETに基づく治療戦略

群馬大学大学院医学系研究科 総合外科学講座 肝胆膵外科学分野¹⁾,
同 総合外科学講座²⁾, 九州大学大学院 消化器・総合外科³⁾,
熊本大学 消化器外科⁴⁾,
群馬大学大学院 放射線診断核医学⁵⁾
渡辺 亮^{1,2)}, 新木健一郎^{1,2)}, 久保憲生^{1,2)}, 五十嵐隆通^{1,2)},
塚越真梨子^{1,2)}, 石井範洋^{1,2)}, 山中崇弘^{1,2)}, 萩原 慶^{1,2)},
播本憲史^{1,2)}, 沖 英次³⁾, 前原喜彦³⁾, 山下洋市⁴⁾, 馬場秀夫⁴⁾,
樋口徹也⁵⁾, 桑野博行²⁾, 調 憲^{1,2)}

【背景】大腸癌肝転移は切除により予後の改善が得られる。最近では、多発例に対しても肝切除や化学療法後のconversion surgeryが行われるようになってきたが、早期の再発例もみられ、肝切除の適応/タイミングの判断が難しい。今回の検討では、大腸癌肝転移においてFDG-PETの予後予測モダリティとしての有用性を検証し、多発肝転移の治療戦略に適応について検討した。【対象と方法】大腸癌肝転移切除例148例を対象とした。1. 術前化学療法未施行群107例(群馬大学36例、九州大学36例、熊本大学35例)。肝切除前の肝転移のSUV値を評価した。2. 術前化学療法施行群41例(群馬大学14例、九州大学13例、熊本大学14例)。化学療法前後のSUV値から、変化率(化学療法後SUV値/化学療法前SUV値)を算出した。【結果】1. 化学療法未施行例では再発群でSUV値が有意に高値で(P=0.0258)、SUV値のcut offは6.04以上で有意にRecurrence Free Survival(RFS)が不良で(P=0.0233)、多変量解析ではSUV値は独立予後因子(P=0.0423)となった。2. 化学療法施行例では、SUV変化率は腫瘍径変化率(P=0.000879)、CA19-9変化率(P=0.00204)、組織学的評価(P=0.0113)と相関した。SUV変化率のcut off値は0.293で、RFS(P=0.00615)、Cancer Specific Survival(P=0.00247)ともに有意に不良であった。RFSの多変量解析でSUV変化率は独立予後因子(P=0.0161)となった。【まとめ】大腸癌肝転移の肝切除に関して、化学療法未施行例では肝転移のSUV値で術後予後を予測でき、化学療法未施行例ではSUV変化率で術後予後を予測することができた。この結果をもとに、大腸癌肝転移に対する治療戦略をFDG-PETを用いて立てることが可能である。

大腸癌肝転移, FDG-PET

群馬大学大学院医学系研究科 総合外科学講座 肝胆膵外科学分野¹⁾, 九州大学大学院 消化器・総合外科²⁾, 群馬大学大学院医学系研究科 総合外科学講座³⁾, 播本憲史^{1,2)}, 萩原 慶¹⁾, 山中崇弘¹⁾, 石井範洋¹⁾, 五十嵐隆通¹⁾, 渡辺 亮¹⁾, 久保憲生¹⁾, 新木健一郎¹⁾, 調 憲¹⁾, 桑野博行³⁾

【目的】アルブミン、総リンパ球数、総コレステロールに着目したCONUT(controlling nutrition status) scoreが慢性疾患、癌の予後因子となりうる事が報告されており、今回、肝細胞癌におけるCONUTの意義を検討する。【対象】肝細胞癌初回治療切除357例(2004.1~2015.12)。【方法】ROC曲線から生存、死亡に関するcut-off値を検出し、CONUT high群とlow群に分け、臨床病理学的因子の比較、生存・再発に関する単変量、多変量解析を行った。【結果】ROC曲線にて全生存、疾患特異的生存、再発ともにCONUT3がcut-offであった。CONUT3以内のlow群(288名:80.7%)と4以上のhigh群(69名:19.3%)を比較するとhigh群はHCV陽性率が高く、肝機能(%PT, Child-Pugh)が低下、輸血率が高値であった。単変量解析では生存はCONUTHigh群、PIVKA-II \geq 300mAU/ml, AFP \geq 100ng/ml, 多発, 輸血あり, 腫瘍径, ChildB, im, 低分化, 合併症, 再発はCONUTHigh, ICGR15, StageIII以上, PIVKA-II \geq 300mAU/ml, AFP \geq 100ng/ml, 多発, 輸血あり, im, 低分化, mviであった。多変量解析では生存はCONUTHigh, 輸血あり, im, 低分化, 年齢が, 再発は腫瘍径, stageIII以上, 輸血あり, im, AFP \geq 100ng/mlが独立予後不良因子であった。StageIII以下の症例に限るとCONUT high群では合併症発生率が有意に高く、CONUT高値は予後不良因子であった。【結論】肝細胞癌切除患者においてCONUTは術前の肝機能と相関し生存の独立予後因子となりうる。特にstageI, IIにおけるCONUT高値の症例では術後合併症に留意する必要がある。

肝細胞癌, CONUT

自治医科大学 消化器・肝臓内科¹⁾, 同 ウイルス学部門²⁾, 橋元幸星¹⁾, 三浦光一¹⁾, 高岡良成¹⁾, 野本弘章¹⁾, 渡邊後司¹⁾, 津久井舞未子¹⁾, 森本直樹¹⁾, 磯田憲夫¹⁾, 岡本宏明²⁾, 山本博徳¹⁾

【はじめに】本邦におけるB型肝炎ウイルス(HBV)感染において、Genotype Dの占める割合はわずか0.2%とされる。その中でもSubgenotypeはD2に限られており、subgenotype D1の報告は見られない。今回、遺伝子解析の結果subgenotype D1であったB型急性肝炎の1例を経験したので、文献的考察を含め報告する。【症例】79歳女性。2017年X月Y日近医の定期採血で肝障害(AST 388 U/L, ALT 337 U/L)を認め、当院消化器内科に紹介。X月Y+9日の採血でAST 1134 U/L, ALT 804 U/Lと悪化したため、同日入院した。【既往歴】73歳:パセドウ病(内服治療中), 心房細動, 73歳:くも膜下出血【生活歴】夫と二人暮らし。海外渡航歴(-), 輸血歴(-), 飲酒歴(-), 鍼治療を毎週受けている。半年以内の歯科治療あり。2011年HBs抗原陰性。【入院時現症】軽度の倦怠感を認めるも、黄疸なし、肝性脳症なし、腹水なし。HBV-DNA 6.7 LogIU/ml, PT89%, HBs抗原(250 IU/ml以上)およびIgM-HBc抗体高力陽性(21.0 S/CO)よりB型急性肝炎と診断。【入院後経過】入院翌日, AST 1318 U/L, ALT 862 U/Lとピークに達した。肝機能は安静のみで順調に改善し, X月Y+21日退院した。HBVはCore promoterやpreC regionに変異を認めず, subgenotype解析でD1と判定された。現在外来フォロー中であるが, Y+40日AST 30 U/L, ALT 22 U/Lと正常化し, 発症後2ヶ月でHBs抗原やHBe抗原は陰性化し, HBV-DNAは検出感度以下となった。【考察】Genotype DはD1-D10まで分類されるが, 本邦では, 日露戦争時代にロシア兵の収容所があった愛媛県を中心にロシア由来のsubgenotype D2が見られる。一方D1はギリシャ, トルコ, 北アフリカおよびその周辺諸国に分布が見られる。genotype Aに比べると慢性化率は低いとされる。本例の感染経路として鍼治療や歯科治療が想定されるが, 現時点で感染ルートは特定できていない。検索の範囲内では本邦におけるsubgenotype D1感染の報告はなく, 本例が初めての報告と思われる。グローバル化により本邦でも希有なgenotype/subgenotypeによるHBV感染が起ると想定され, 今後注意が必要である。

B型急性肝炎, subgenotype D1

千葉大学医学部附属病院 丸田 亨, 丸山紀史, 小林和史, 清野宗一郎, 小笠原定久, 大岡美彦, 鈴木英一郎, 千葉哲博, 安井 伸, 中村昌人, 中本晋吾, 加藤直也

【諸言】人工肝門部の静脈瘤は門脈圧亢進症合併患者にみられる比較的稀な疾患であるが、難治性の出血を来し管理に難渋することがある。今回、経皮経肝門脈塞栓術が有効であった反復出血性人工肝門部静脈瘤の一例を経験したので報告する。【症例】58歳男性【主訴】人工肝門部静脈瘤からの出血【現病歴】2008年に潰瘍性大腸炎に対し大腸全摘術、2009年に直腸癌に対し直腸切断術と人工肝門造設術が施行され、肝硬変と2型糖尿病のため他院にて通院治療を受けていた。2017年6月より人工肝門部からの出血を繰り返すようになり、圧迫で止血されたものの徐々に出血の頻度が増えたため、当院へ紹介となった。【入院後経過】超音波ドブラによる血行動態評価では、上腸間膜静脈の回腸枝が遠心性に発達して人工肝門部静脈瘤の供血路となっていた。腹部CTでも同様の所見が確認され、さらに静脈瘤の血流は上腹壁皮下静脈・下腹壁皮下静脈とその他の側副路へ排血されていた。排血路が複数であるため、治療としてはバルン下逆行性経静脈的塞栓術でなく経皮経肝門脈塞栓術を選択し、静脈瘤内部へコイル塞栓術を施行した。施行後に腹部超音波ドブラにてストマ静脈瘤の血栓化を確認した。術後経過は良好で、人工肝門部からの再出血は認めず第16病日に退院した。現在も出血なく、当院外来への通院を継続中である。【結語】本症例はBMI32.87かつ肝表面の皮下厚が38mmと超音波映像下での経皮的穿刺には不利な症例であったが、手技は円滑に施行され良好な塞栓効果が得られた。経皮経肝門脈塞栓術は、人工肝門部静脈瘤の治療法として有用であることが示された。

人工肝門部静脈瘤, 経皮経肝門脈塞栓術

群馬大学大学院医学系研究科 総合外科学講座 肝胆膵外科学分野¹⁾, 同 総合外科学²⁾, 同 病態病理学³⁾, 佐賀大学 医学部 病因病態科学診断病理学⁴⁾, 萩原 慶¹⁾, 播本憲史¹⁾, 新木健一郎¹⁾, 久保憲生¹⁾, 渡辺 亮¹⁾, 五十嵐隆通¹⁾, 石井範洋¹⁾, 山中崇弘¹⁾, 信澤純人³⁾, 吉田由佳³⁾, 相島慎一⁴⁾, 桑野博行²⁾, 調 憲¹⁾

【はじめに】肝原発の粘液癌に対して肝切除を行った稀な症例を経験したので報告する。【症例】60代男性。CTにて肝左葉に13cmの乏血腫瘍を指摘され当科紹介となった。MRIではT1で低信号、T2で高信号の分葉状の腫瘍で、FDG-PETではMax SUV 4.9の集積を認めた。背景肝疾患を認めず、上部下部消化管には異常を認めなかった。肝内胆管癌と診断し、肝機能は良好(Child-Pugh A, Liver Damage A)であったことから肝左葉+尾葉切除を施行、出血量306mlで術後9日目退院となった。組織学的には腫瘍細胞内に粘液を認め、細胞外にも豊富な粘液を認めた。免疫組織染色ではCK7陽性、CK20陰性、MUC1、MUC2、MUC5AC、MUC6がすべて陽性で、肝内胆管癌の特殊型である粘液癌と診断した。術後6カ月再発なく生存中である。【考察】肝原発の粘液癌は、検索の範囲では11例が報告されている。粘液成分を含むことからIPNB由来の浸潤癌、転移性肝癌との鑑別を要する。本症例では胆管の拡張や乳頭状発育を認めずIPNB由来の浸潤癌は否定的と低した。消化管の原発癌を認めず肝原発の粘液癌と診断した。一方、既報の肝原発粘液癌のうち4例は腫瘍の一部に肝細胞癌の成分を認める混合癌で、多分化能を有するperibiliary ductに存在する胆管系幹細胞由来の可能性が指摘されている。本症例では肝細胞癌の成分は認めず、粘液癌単独型であると考えられた。既報の混合癌(肝細胞癌と粘液癌)4例中4例に背景肝疾患を認める一方で、単独型の粘液癌は7例中7例が正常肝生であった(P=0.0009)。背景肝疾患の違いから、単独型の粘液癌は混合癌の肝細胞成分が粘液癌成分にすべて置き換わったものというよりは、もともと別の発癌形式で発生したものである可能性も示唆される。本症例では腫瘍組織内部に肝細胞癌の成分は認めず、背景肝疾患も持たないことから粘液癌単独型であると考えられた。肝原発の粘液癌は1. IPNBの浸潤型、2. peribiliary ductの幹細胞由来の混合型肝癌、3. 単独型の粘液癌に分類され、本症例は単独型である可能性が高いと考えられた。

粘液癌, 混合癌

社団法人三思会 くすの木病院 消化器・肝臓内科
高草木智史, 山口泰子, 丸橋恭子, 小曾根隆, 高木 均

【背景及び目的】E型肝炎は動物の肉から感染するzoonosisとして4類感染症に分類され、急性肝障害の一因として鑑別すべき疾患であるが未だ認知度が低い。今回B型慢性肝炎の経過中E型肝炎を併発した患者を経験したので報告する。【症例】70代男性。他院にてB型慢性肝炎、膵仮性嚢胞、糖尿病の経過中、食欲不振、倦怠感を訴えて紹介された。それまではHBeAg(-), HBeAb(+), HBVDNA 3.8 LIU/ml, genotype B, ALTは50 IU/L前後で核酸アナログなどの治療は受けていなかったが、ALT 391と上昇し、同時にHBVDNAも5.5 LIU/mlと上昇しておりB型の急性増悪としてエンテカビル0.5mgが開始された。その後も肝機能は正常化せず、当院へ紹介。念のための急性肝炎マーカーでHEV IgG, IgA, IgM抗体いずれも陽性にてE型肝炎が重複感染したものと考えられた。HEVRNAは紹介時点では検出されなかったが猪肉の摂食歴があった。肝生検ではA2F3の慢性活動性肝炎で巣状壊死、小壊死巣などB型慢性活動性肝炎の急性増悪の組織像に合致していた。その後HEV抗体価は特にIgMが低下し急性感染に合致するものであった。患者はその後HBVDNAが陰性化しないためテノフォビルを追加しHBVDNAも感度以下となり肝機能も正常化して現在に至っている。【考察】海外では、特に中国などではB型のキャリアー多く、かつE型肝炎の感染率が高いため200例を超えるB+Eの重複感染例の報告があるが(Chen-C, et al. World J Gastroenterol, 2016)わが国での同重複例の報告は医中誌、PubMed検索でも見当たらない。重複例では重症化も報告されておりE型肝炎の増加に伴い今後増加する可能性があり注意を要する。【結語】B型肝炎にE型肝炎が重複感染した症例を報告した。B型の急性増悪と考えられる症例の中にも本例のごとき重複感染がある事を念頭に置くべきである。

E型肝炎, B型肝炎

群馬大学医学部附属病院 外科診療センター 肝胆膵外科
久保憲生, 新木健一郎, 萩原 慶, 山中崇弘, 石井範洋,
五十嵐隆通, 渡辺 亮, 播本憲史, 桑野博行, 調 憲

【背景/目的】膵頭十二指腸切除術は、消化器外科の手術の中では合併症の頻度が多く、これまでも様々な手術手技の工夫が行われてきた。当科ではBlumgart変法による膵腸吻合や、下腸間膜動脈(IPDA)の先行処理によるartery firstの術式を段階的に取り入れており、その手術成績に関してretrospectiveに検討した。【対象/方法】2013年1月から2017年8月までに亜全胃温存膵頭十二指腸切除術、Child変法再建を施行した93例を対象とした。平均年齢67歳、男57名、女36名、膵癌32例、胆管癌34例、膵嚢胞性腫瘍14例、神経内分泌腫瘍7例、十二指腸腫瘍等6例でsoft pancreasが66例、hard pancreasが27例であった。膵腸吻合は柿田式42例、Blumgart変法51例で、artery firstを施行したのが19例であった。手術成績と術後の合併症、ドレーンアミラーゼ値について比較検討した。【結果】柿田式: Blumgart変法との比較では、平均手術時間541: 594 (min) (p=0.008)、平均出血量1114: 558 (ml) (p<0.0001)、ウインスロー孔ドレーンアミラーゼ値(1POD) 2662: 960 (U/l) (p=0.04)、膵瘻 (International study group of postoperative pancreatic fistula (ISGPF) grade B/C) 13 (31%) : 7 (14%) (p=0.04)、DGE 7 (17%) : 5 (10%)、平均在院日数は30: 27 (日) (p=0.44)であった。Artery first法でのIPDA先行処理の導入前: 導入後で平均手術時間576: 565 (min) (p=0.65)、平均出血量907: 385 (ml) (p=0.0006)、膵瘻 (ISGPF grade B/C) 16 (22%) : 4 (21%) (p=0.96)、胃排出遅延 (DGE) 9 (12%) : 3 (16%) (p=0.67)、平均在院日数は28: 29 (日) (p=0.80)であった。【結語】Blumgart法とartery first法の導入により出血量を軽減し、合併症が少なく手術成績が改善されていた。術後の在院日数は変わりがなく、DGEの改善が今後の課題である。

膵頭十二指腸切除術, artery first

東芝病院 消化器内科
大塩香織, 山本夏代, 鈴木徳之, 福本 剛, 柿本 光, 新野 徹,
田代 淳, 手島一陽, 三輪 純, 新井雅裕

【症例】49歳女性【病歴】2012年の健診上部内視鏡で胃角部後壁に壁外圧排所見を指摘。2016年11月の内視鏡で増大傾向が疑われたため、精査目的に12月26日当科初診となった。【経過】通常観察では体上部小彎後壁に直径20mmのなだらかな半球状の隆起を認めた。表面は平滑で頂部に陥凹が疑われたが、色調変化は見られなかった。EUSでは直径29.3×12.3mm大の表面整、境界明瞭、内部均一な低エコーの扁平の病変として描出されたが、2層もしくは4層由来との区別が困難であった。層由来が同定できず、異所性膵としても非典型的な部位であったため、患者と相談の上、組織診断の方針となった。4月13日超音波内視鏡下穿刺吸引法 (EUS-FNA) 施行。22G針で3回穿刺し、組織診と細胞診を提出した。第2病日に心窩部痛を主訴に再診。血液生化学検査でWBC15200/μl, Amy254IU/Lと上昇を認めたが、CTでは出血や穿孔、液体貯留などの明らかな異常を認めず、症状は自然軽快した。その後病理で異所性膵と診断されたことから、異所性膵の肺炎を発症したと考えられた。【考察】異所性膵の発生頻度は剖検例の0.5-13%にみられる比較的頻度の高い疾患である。胃では幽門前庭部に多いが体部にもみられる。異所性膵の急性膵炎は膵分泌の持続と導管の一部閉塞により発症したという報告がある。保険取載され、胃粘膜下腫瘍に対するFNAも安全で一般的な手技となりつつある。非典型的な症例では異所性膵の可能性があるので、合併症としての肺炎の可能性も念頭に置き行う必要がある。

異所性膵, 超音波内視鏡下穿刺吸引法

帝京大学医学部附属溝口病院 消化器内科¹⁾, 同 病理診断科²⁾
関根一智¹⁾, 土井晋平¹⁾, 安田一郎¹⁾, 足立貴子¹⁾, 國吉宣行¹⁾,
恩田 毅¹⁾, 松本光太郎¹⁾, 綱島弘道¹⁾, 辻川尊之¹⁾, 高野祐一¹⁾,
馬淵正敏¹⁾, 梶山祐介¹⁾, 佐藤浩一郎¹⁾, 菊池健太郎¹⁾,
高橋美紀子²⁾, 川本雅司²⁾

【症例】86歳女性【主訴】食欲不振【現病歴】過敏性腸症候群で当院通院中であったが、スクリーニング目的で行った腹部CTにて骨盤内腫瘍を指摘されたため精査加療目的にて当科入院となった。【臨床経過】造影CTでは54mm大腫瘍が左坐骨孔、梨状筋腹側に存在し、不均一に濃染する厚い壁に覆われ、内部には多房性嚢胞様構造を認めた。MRI T1強調像では均一な低信号、T2強調像では全体に高信号で一部嚢胞変性を伴っており、神経鞘腫や悪性末梢神経鞘腫瘍(MPNST)などが疑われた。画像のみからでは鑑別診断が困難であり、また診断により治療方針が大きく異なることから、病理診断が必要と考えられたが、経皮的生検は穿刺経路が確保できないため経直腸的に19G針にてEUS-FNAを行った。病理組織学的所見では、紡錘形腫瘍細胞を認め、免疫染色ではS-100陽性でありMPNSTは肯定的で神経鞘腫の診断に至った。切除の必要なしと判断し保存的経過観察中であるが、1年後においても腫瘍の増大は認めていない。【考察】神経鞘腫の良悪性の鑑別は、画像検査では難しく術前に確定診断に至らず手術を施行される場合が多い。しかし、坐骨神経腫瘍の手術は歩行障害など重篤な神経麻痺合併症が起こる危険性があるため、適応は慎重に検討するべきである。本症例では、経直腸的EUS-FNAによって良性的な診断を下すことができ、無用な手術を避けることができた。【結語】経直腸的EUS-FNAによって手術が回避できた坐骨神経鞘腫の一例を経験した。

EUS-FNA, 神経鞘腫

東京慈恵会医科大学病院 消化器外科
久保英祐, 安田淳吾, 恒松 雅, 丸口 皇, 岩瀬亮太, 春木孝一郎,
鈴木文武, 恩田真二, 畑 太悟, 後町武志, 脇山茂樹, 石田祐一,
矢永勝彦

Sclerosing Angiomatoid Nodular Transformation (SANT) は脾臓に好発する非腫瘍性の腫瘍形成性血管性病変で、2004年にMartelらによって2004年に報告された疾患群である。組織学的に3種類の血管成分、すなわち類洞、毛細血管、小静脈の存在により血管腫とは区別されるが、その病因や病態は明確でないところも多く、一部IgG4関連疾患との関係性も指摘されるが、確定的ではない。本邦でもSANTの報告が徐々に増加しつつあるが、依然として稀な疾患で、その診療指針は定まっていない。今回、増大傾向を示し脾臓摘出術を行ったSANTの1例を経験したので以下に報告する。【症例】40歳男性。人間ドックの腹部超音波検査で脾腫瘍を指摘された。近医での腹部造影CT画像で40 mmの脾腫瘍を認め、精査加療目的に当院外科紹介となった。腹部造影CT画像で漸増性に濃染し、腹部MRI画像T1WI, T2WI, DWIで中央に低信号領域を認めるため画像上SANTと診断され、外来で定期的な経過観察を行っていた。腫瘍マーカーはCEA 1.0 ng/mL, CA19-9 8 U/mL, sIL-2r 283 U/mLといずれも陰性で、また、IgG 1379 mg/dL, IgG4 124 mg/dLと軽度高値であった。経過観察中に病変部の増大を認め、悪性の否定できず手術の方針となった。2017年6月に腹腔鏡下脾臓摘出術を施行し、合併症なく術後6日で退院した。【病理】摘出検体は、軽度腫大した脾臓で、内部に剖面上50×48×38 mmの境界明瞭な出血を伴う充実性の白色分葉状腫瘍を認めた。組織学的には、病変内に多数分葉状の線維性結節を認め、その内部に増殖する血管は、免疫組織染色によりCD34(+)/CD8(-)/CD31(+)の毛細血管の形質を示すもの、CD34(-)/CD8(+)/CD31(+)と類洞の形質を示すもの、CD34(-)/CD8(-)/CD31(+)と小静脈の形質を示すもの3成分の血管の混在が確認された。以上より本病変はSANTと診断された。【結語】健診によって発見された無症候性のSANTに対し、増大傾向から悪性が否定できず腹腔鏡下脾臓摘出術に至った1例を経験した。

SANT, 腹腔鏡

獨協医科大学 第二外科
押久保岳人, 清水崇行, 峰谷裕之, 岩崎喜実, 高木和俊, 永田 仁,
石塚 満, 青木 琢, 窪田敬一

症例は69歳、女性。自宅で転倒後、腰痛と下腹部痛を認め自宅で経過をみていたが症状改善認めず、尿路感染症の診断で前医入院となった。入院時の腹部単純X線で骨盤内に線状の異物を認めたため、精査加療目的で当科紹介となった。CT所見では膀胱子宮窩に縫い針と思われる約5cm長の異物を認めた。どのように誤って縫い針が入ってしまったのかは不明であった。異物による腸管損傷の可能性があるため、単孔式腹腔鏡下異物除去術を施行した。全身麻酔下に臍からSILSポート挿入し気腹観察下に頭低位とし、小腸を頭側へ移動させると、膀胱子宮窩腹膜に索状物を認めた。索状物直上の腹膜を切開すると縫針を認め、鉗子で針先と対側の針頭を把持し、ポート経路で針の回収を行った。さらに膀胱内に注水して、膀胱損傷がないことを確認後、手術を終了とした。術後経過は良好で、術翌日に前医へ転院となった。単孔式腹腔鏡下手術は低侵襲であるため、今回のような異物除去術においては第一に選択されるべき術式であると考えられた。

腹膜下異物, 単孔式腹腔鏡

帝京大学ちば総合医療センター
矢原良子, 福村幸代, 佐藤隆久, 小尾俊太郎, 道田知樹

【はじめに】高齢者では多数の疾患が共存することが多い。また使用する薬剤は多種に及ぶことが多く、これらの薬剤の相互作用が問題となる。さらに高齢者では疾患に対する典型的な症状が認められず、食欲不振やせん妄のみ認められることがあるので注意が必要である。今回、多岐にわたる合併症を有した86歳の高齢者に発症した再発性十二指腸潰瘍を経験したので報告する。

【症例】86歳、男性

【現病歴】慢性腎不全で維持透析中、2017/7/1から7/7まで大腸憩室炎と十二指腸潰瘍で入院していた。7/7朝より下血を認め来院した。

【既往歴】慢性腎不全、糖尿病、両下肢閉塞性動脈硬化症、前立腺がん、心房細動、僧帽弁閉鎖不全症

【家族歴】父 60歳 腹水で死亡。兄 赤痢で死亡、姉 60歳 リウマチで死亡

【生活歴】飲酒 焼酎お湯割り4-5杯、煙草 15-60歳 40本
【現症】意識清明 血圧132/68 脈拍数86/分 眼瞼結膜 貧血無し 胸部 呼吸音清 収縮期心雑音 Levine 3度、腹部 平坦 軟 圧痛なし 筋性防御なし 反跳痛なし、硬い浮腫なし
【検査所見】Hb 8.7, Hct 27.6, MCV 106.6, Plt 20.4万, PT 56.1%, PT-INR 1.26, BUN 23.9, Cr 4.84

【経過】入院時上部消化管内視鏡検査では十二指腸球部に広範な潰瘍を認めるところよりoozingを認めていた。下脚にはH2-S1の小潰瘍が多発していた。Oozing部を焼灼止血した。絶食、補液、プロトンポンプ阻害薬で治療した。時間を要したか症状は改善した。

【考察】本症例は多岐にわたる合併症を持つ高齢者であった。外科にて疼痛に対してセレコキシブが処方されていた。NSAIDsによる潰瘍が疑われた。高齢者の診療においては種々の注意が必要と思われた。

高齢者, 潰瘍

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⁾, 同 消化器一般外科³⁾
神山和久¹⁾, 浜口智美¹⁾, 鹿嶋直康¹⁾, 小松史哉¹⁾, 貴島 祥¹⁾,
竹本育聖¹⁾, 前田 正¹⁾, 渡邊利泰¹⁾, 財 裕明²⁾, 中嶋 均¹⁾,
瓜田純久¹⁾, 本田善子²⁾, 島田長人²⁾, 吉野 隆³⁾

【症例】80歳、女性。主訴:腹部膨満感既往歴:心窩部痛の主訴に1年前に受診歴有り。子宮脱 保存的に治療現病歴:一年前に心窩部の鈍痛を自覚し受診。上部消化管内視鏡検査を受け、前庭部小彎の潰瘍の診断で内服治療を受けた。この時のウレアゼテストは陽性であった。この病変の織検査を施行したが悪性所見無しとの結果に基づき、経過観察となっていたが、症状が改善したため、その後来院無し。一年経過後腹部膨満感を主訴に再受診した。身体所見で腹部全体が膨満状態であり、腹部CTでは食物で充満し著しく拡張した胃が描出された。食物が排出される時間を見計らって1年後の内視鏡施行となった。前回と同じ個所で陥凹性変化と幽門部の変形が観察されたが、十二指腸ヘスコープは通過できたものの、大量に食物残渣が認められた。この病変部からの生検でadenocarcinomaの診断が得られた。【まとめ】一年前に幽門近傍に陥凹性病変が指摘された。この時点で生検結果が悪性像無しであったため、胃潰瘍としての治療がなされ、症状が軽快したため来院せずそのままとなっていた。胃潰瘍のフォローアップの重要性を反省させられた。また、悪性の病変であったが幸いにも非常に緩やかな経過をとるレアな症例と思われたので考察を加えて報告する。

胃癌, 幽門狭窄

JCHO 東京高輪病院 外科¹⁾, 同 病理部²⁾
塚崎祥平¹⁾, 多胡和馬¹⁾, 原田庸寛¹⁾, 池田真美¹⁾, 伊藤文恵²⁾, 小山広人¹⁾

症例は62歳、男性。4年前、胃癌に対しESD施行後、開腹幽門側胃切除術・Roux-Y再建施行。病理結果は中分化管状腺癌でpT3(ss)N2(3/51)M0 ly2 v1にてTS-1を1年間術後補助化学療法として内服。1年前、胃癌の単発肝転移に対し開腹肝部分切除術施行。肝血流遮断の準備で肝十二指腸間膜を剥離した際にNo. 13リンパ節が腫大しておりサンプリングを施行したが病理結果は、転移であった。HER2陰性で化学療法としてXELOXを導入したが副作用が強く、約半年でレジメン変更を要した。分子標的薬は経済面で希望されず、TS-1とパクリタキセルを施行し、腫瘍マーカーも低下していたが、定期的血液検査にて肝胆道系酵素の上昇を認めた。CTにて造影される膵内胆管と、肝内胆管の拡張を認め下部胆管癌が疑われた。PTBDを施行し、胆汁細胞診にてClass5、PET検査では周囲リンパ節転移や遠隔転移を認めないため、胃癌は化学療法でコントロールされていると考え、下部胆管癌の術前診断で手術を施行することとした。膵頭十二指腸切除術を施行。2回の手術を経て癒着は高度であった。一部左腎静脈とIVCの間で腫瘍の浸潤が疑われる硬結があり、腎静脈壁を一部合併切除した。病理診断は免疫染色でCK7(-)、CK20(-)から胆管原発ではなく、胃癌胆管転移の診断となった。腎静脈に浸潤が疑われた部位はリンパ節転移であった。退院後、一旦腫瘍マーカーは低下したものの再上昇が認められたため、速やかな化学療法再開を要した。考察:医中誌「胃癌」「胆管転移」で検索すると、1992年から現在までに会議録を含め6例の報告があった。胃癌の転移は、多くの場合他臓器にも転移しており、切除に至る症例は少ない。報告では術前に胃癌の胆管転移と診断した症例は1例もない。今回、比較的珍しい胃癌の下部胆管転移に対して切除手術を経験したので文献的考察を加え報告する。

胃癌, 胆管転移

横浜市立大学附属病院 肝胆膵消化器病学教室
葛生健人, 三澤 昇, 有本 純, 吉原 努, 加藤孝征, 鹿野島健二, 冬木晶子, 日暮琢磨, 大久保秀則, 中島 淳

【緒言】AFP産生胃癌はしばしば認められるが、その多くは進行癌の状態で見つかることが多い。今回、早期胃癌に対してESDを施行したところAFP産生腫瘍であった一例を経験したので報告する。【症例】72歳女性。脂質異常症、骨粗鬆症、不眠症のために近医通院中であった。スクリーニング目的に前医でGF施行したところ、胃体下部小弯に10mm大の0-IIc病変を認めた。前医での生検結果はGroup 5、Adenocarcinomaの診断であり、加療目的に当科へ紹介となった。当科で施行したCTでは胃に明らかな腫瘍性病変を指摘できず、明らかな遠隔転移やリンパ節腫大を認めなかった。当科で施行した拡大内視鏡では胃体下部小弯に発赤調の15mm大の平坦陥凹性病変を認め、大小異なる腺管構造が密に増生していた。口径不同、走行不整を伴う異常血管が観察され、早期癌として矛盾しない所見であった。襲のひきつれなどSM浸潤を示唆する所見もなく、M癌と判断してESDを施行した。病理所見は15×9mm、0-IIc、Adenocarcinoma, tub2 > por, pT1a(M), UL(-), ly0, v0, pHM0, pVM0であった。適応拡大病変のR0切除であったが、AFP(+), Glypican3(+)であり脈管侵襲のハイリスク症例と考えられた。【結語】AFP産生腫瘍に対してESDを施行した一例を経験した。AFP産生胃癌に対してESDを施行した報告は今のところなく、通常の早期胃癌通りに扱って良いのか興味深い症例である。ESD後半年経過した現時点で再発はなく、採血でAFP上昇も認めていない。今後の経過も含めて大変興味深い症例であり、文献的考察を加えて報告する。

胃ESD, AFP産生胃癌

横須賀市立うわまち病院 消化器内科¹⁾, 同 病理検査科²⁾
鈴木重沙美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: 75歳、女性。主訴: 右季肋部痛。既往歴: 心房細動(ワーファリン服用中)、慢性心不全、腎機能障害にて近医通院中。現病歴: 201X年1月上旬、特に誘因なく右季肋部痛が出現し当科受診、胆道系酵素上昇にてCTスキャンを施行したところ十二指腸下行脚の壁肥厚、胆嚢腫大を指摘され入院となった。身体所見: 右季肋部に圧痛および足背部にわずかな紫斑が認められた。検査成績: WBC 19300/μl, RBC 350×10⁴/μl, Hb 10.3g/dl, Hct 30.8%, Plt 26.3×10⁴/μl, CRP28.9mg/dl, Alb 2.2g/dl, AST 28U/L, ALT 7U/L, LDH 233U/L, ALP 539U/L, γ-GTP 126U/L, T-Bil 0.58mg/dl, BUN 168.2mg/dl, Cr5.49mg/dl。臨床経過: 胆道感染として絶食、補液、抗生剤による治療を開始した。上部消化管内視鏡では十二指腸下行脚粘膜は浮腫状で暗赤色を呈していた。下肢の紫斑はワーファリンによるPT過延長の影響と考えていたが、補正後も紫斑は拡大した。このため、十二指腸病変と合わせてIgA血管炎を疑い皮膚生検を施行した。生検所見にて真皮上層から中層に血管壁にIgA沈着を認めた。小腸炎所見を認めたためIgA血管炎と診断した。IgAは497mg/dlと増加、血中第13因子活性は122%と低下は認められなかった。保存的治療のみにて腹痛、十二指腸壁肥厚は改善しなかった。紫斑も徐々に消失し、腎機能も発症前のレベルまで回復した。考察: 腹部症状を伴うIgA血管炎の超音波検査上の特徴として十二指腸壁肥厚が指摘されている。本例は十二指腸下行脚の壁肥厚所見が診断の契機となっており、臨床経過を含め示唆に富むと考え報告する。

十二指腸壁肥厚, IgA血管炎

前橋赤十字病院 消化器内科
石渡 栞, 中野佑哉, 増田邦彦, 關谷真志, 鈴木悠平, 山崎節生, 深井泰守, 佐藤洋子, 大塚 修, 滝澤大地, 飯塚賢一, 豊田満夫, 新井弘隆, 高山 尚, 阿部毅彦

【症例】60代、女性。【主訴】腹痛。【既往歴】関節リウマチ、高血圧、喘息、虫垂切除。【現病歴】20XX年2月頃より右下腹部痛が出現し、5月初旬から症状が増強してきたため5月中旬に近医を受診、当科紹介受診となった。CTや上下部消化管内視鏡検査にて異常を認めなかったため経過観察としたが、腹痛増悪にて5月22日前医に入院した。禁食・抗生剤治療が開始されたが症状改善なく、5月30日血便を認めたため同日当科紹介入院となった。【経過】血便の原因は抗生剤起因性出血性腸炎と考え抗生剤を中止し、改善した。しかし発熱と下腹部痛が続き、入院後のCTにて回腸の造影効果増強を認め、小腸潰瘍が疑われたため経肛門的ダブルバルーン小腸内視鏡検査を施行した。癒着のためか回腸深部挿入困難であり、観察できた終末回腸より肛門側に異常を認めず生検でも特記所見を認めなかった。その後PET-CTにて小腸の不均一集積増加と腸間膜リンパ節腫大を新たに認めたため、悪性リンパ腫を疑い血液内科紹介した。骨髄穿刺を施行したが確定診断に至らず、6月23日開腹リンパ節生検施行目的に手術となった。回腸に多発潰瘍と壁の非薄化を認めため、小腸切除術施行となった。病理結果にてT細胞リンパ腫(PTCL, NOS)との診断に至り、術後血液内科にてCHOP療法開始となった。【考察】小腸リンパ腫は消化管悪性腫瘍の中では約1~5%と低頻度だが、小腸原発悪性腫瘍の中では30~40%を占める。組織型はびまん性大細胞型リンパ腫が約40%を占め、濾胞性リンパ腫、MALTリンパ腫、T細胞リンパ腫と続く。小腸原発T細胞リンパ腫は比較的稀であり、予後不良である。今回小腸原発T細胞リンパ腫を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

小腸リンパ腫, lymphoma

がん・感染症センター都立駒込病院 消化器内科¹⁾, 同内視鏡科²⁾, 同外科³⁾, 同病理科⁴⁾, 吉川優希¹⁾, 田畑拓久²⁾, 柴田理美²⁾, 千葉和朗¹⁾, 来間佐和子¹⁾, 大西知子¹⁾, 藤原 崇¹⁾, 藤原純子²⁾, 荒川丈夫³⁾, 菊山正隆¹⁾, 門馬久美子³⁾, 松本 寛³⁾, 比島恒和⁴⁾, 小泉浩一¹⁾

症例は75歳、男性。食後の嘔吐を主訴に当院救急外来を受診。腹部単純X線で腸閉塞と診断され、同日緊急入院となった。CT検査では、上部空腸に狭窄前拡張を伴う限局性の壁肥厚と、右下肺野に3cm大の結節を認めた。経鼻イレウス管にて減圧後、小腸造影を施行したところ、上部空腸に約3cmにわたる全周性の狭窄を認めた。シングルバルーン内視鏡検査(SBE)では同部位に全周性狭窄を伴う潰瘍性病変を認めた。潰瘍辺縁は整で明らかな上皮性変化はなく、転移性小腸腫瘍が疑われた。生検では核小体明瞭の不整形核を有する腫瘍細胞が密に増殖した腺癌の所見であり、免疫染色ではCK20陰性、CK7陽性で、原発性小腸癌は否定的であった。一方、右肺結節に対して経気管支肺生検(TBLB)を施行したところ、小腸生検と同様の腫瘍細胞の増殖を認め、肺腺癌に特徴的とされるTTF-1、NapsinAがともに陰性であった。以上より肺腺癌の小腸転移と診断し、腸閉塞解除目的に第19病日、小腸部分切除を施行した。術中所見ではSBEで同定された以外に、口側および肛門側に狭窄を呈する腫瘍を認めた。いずれも病理組織学的に肺癌小腸転移に矛盾しない所見であった。術後に肺腺癌の化学療法を1コース施行するも、貧血の進行と全身状態の悪化で再入院となり、腫瘍の方針となった。転移性小腸腫瘍の原発として、肺癌の占める割合が高いことが知られている。肺癌の小腸転移は下血、腸閉塞、穿孔などを契機に見発されることが多く、一般に予後不良である。本症例も術後短期間のうちに全身状態の悪化を認め、予後不良であった。肺癌小腸転移に関して文献的考察を加えるとともに、当科で経験したSBEで診断し得た肺癌小腸転移の臨床病理学的特徴をまとめた。

肺癌小腸転移, 腸閉塞

筑波記念病院 消化器内科¹⁾, 同 消化器外科²⁾, 筑波大学附属病院 消化器内科³⁾, 大塚公一朗¹⁾, 岩井健太郎¹⁾, 萩原悠也¹⁾, 小林真理子¹⁾, 越智大介¹⁾, 九原利亨¹⁾, 添田敦子¹⁾, 池澤和人¹⁾, 中原 朗¹⁾, 松井 聡²⁾, 金子 剛³⁾

【緒言】メッケル憩室の罹患頻度は全人口の1-4%であり、稀に大量出血を伴いショックに至る報告も散見される。経肛門のバルーンアシスト内視鏡(BAE)にて同疾患と診断し、その後の迅速な治療により救命できた症例を経験したので報告する。【症例】症例は、血便を主訴に当院を初診した30歳代男性。受診時に軽度貧血(Hb10.1g/dl)を認めたがVital signは安定し、緊急腹部造影CTでは腸管内への血管外漏出像を認めなかった。精査加療目的で同日に入院(day1)となり、翌日(day2)に施行した下部消化管内視鏡(CS)では、結腸や回腸末端(パウヒン弁から20cm口側まで観察)に血液貯留は認められるものの出血源は同定不能であった。小腸出血を疑うも口側腸管からの新鮮血流出は認めず、待機的に経肛門的BAEを行う方針とした。しかしその後も血便が断続的に持続し、入院後2日(day3)には意識低下を伴う出血性ショック(収縮期血圧80mmHg、Hb7.3g/dl)に陥り同日準緊急的に経肛門的BAEを施行した。パウヒン弁から口側100cmに典型的なメッケル憩室を認め、観察時には一時止血を得ていたが憩室内に露出血管を確認した。BAE後すみやかに緊急回腸部分切除術を施行し、術後8日(day10)に食事摂取を再開、術後13日(day15)で軽快退院となった。【考察】これまで小腸からの出血源検索には、腹部造影CT・カプセル内視鏡・小腸内視鏡・出血シンチグラフィ・血管造影などが有用であると報告されている。本例は既往のない30代男性であり、CSにて小腸出血を積極的に疑い第一にメッケル憩室を鑑別し、BAEによって出血源を検索した。しかしBAE施行直前には一時ショックとなり致命的状況に陥るもBAEによる出血源確定が得られ、その後の円滑な治療によって救命し得た1例である。すみやかに造影CTおよびCSを行い、症例の臨床背景を把握したうえで出血源の確定のためのBAEを施行し得たことが、救命を導いた貴重な一例と考える。

メッケル憩室, メッケル憩室出血

獨協医科大学病院 第一外科
井上禎夫, 佐々木欣郎, 久保 僚, 高橋雅一, 藤田純輝, 高柳 雅, 倉山英豪, 中島政信, 山口 悟, 土岡 丘, 加藤広行

【はじめに】リンパ管腫症は小児の頭頸部や腋窩に好発する疾患であり、成人の腸間膜に発生するリンパ管腫の頻度は10万人に1人程度の割合であり、非常に稀である。今回、我々は成人の小腸間膜リンパ管腫に対し手術を施行した1例を経験したため報告する。【症例】27歳、男性。腹痛を主訴に前夜を受診し、CT検査で小腸間膜のリンパ節腫脹を指摘された。CTガイド下生検にて黄色透明の液体成分が採取され、嚢胞性疾患が疑われたため、精査目的に当院消化器内科に紹介。約半年間程、定期的画像検査にて外来フォローされていたが、徐々に左下腹部痛が増悪したため、手術目的に当科コンサルトとなる。腹腔鏡補助下に小腸部分切除術を施行し、切除標本で腸間膜に多嚢胞性変化・腸管粘膜に黄色顆粒状隆起を認め、病理組織学的には、D2-40陽性の拡張したリンパ管が増生しており、リンパ管腫の診断に至った。術後経過は良好であり、術後14日目に軽快退院となった。現在、術後1年以上経過しているが、腹痛の増悪なく経過している。【考察】腸間膜嚢腫は、腸間膜に発生する腫瘤の中で形態が嚢胞性のものを指し、その50%がリンパ管腫である。原因として、先天性ではリンパ管の発達過程の異常や形成不全によりリンパ管が増殖したこと、後天性では先天性にあってリンパ管腫が緩徐に発育したこと、それに加え外傷や妊娠・手術・感染などにより炎症を起し、刺激が加わることでリンパ管の閉塞や増殖・増大を引き起こすと考えられている。有症状や悪性化を疑われる腸間膜リンパ管腫に対する治療の第一選択は外科的切除であり、被膜も含めた嚢胞切除のみでは再発の可能性が高いため、腸管合併切除を行っている報告が多い。【結語】今回我々は、有症状の成人の小腸間膜リンパ管腫を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

小腸, リンパ管腫

東京医科歯科大学医学部附属病院 消化器内科¹⁾, 同 皮膚科²⁾, 同 病理部³⁾, 石橋直樹¹⁾, 藤井 崇¹⁾, 豊田智宏²⁾, 秋田くらは³⁾, 小林大輔³⁾, 鈴木康平¹⁾, 金子 俊¹⁾, 齊藤詠子¹⁾, 根本康宏¹⁾, 福田将義¹⁾, 松岡克善¹⁾, 大島 茂¹⁾, 岡本隆一¹⁾, 土屋輝一郎¹⁾, 東 正新¹⁾, 永石字司¹⁾, 中村哲也¹⁾, 荒木昭博¹⁾, 朝比奈靖浩¹⁾, 渡辺 守¹⁾

【症例】24歳、女性【主訴】血便、両下腿腫脹・紅斑【既往歴】特記事項なし【現病歴】2年前全大腸炎型の潰瘍性大腸炎と診断されメサラジンにて寛解維持されていた。1年前UCの再燃症状とともに両下腿の腫脹・紅斑が出現し、両下腿の症状は近医皮膚科を受診し蜂窩織炎の診断となり抗生剤内服されていたが明らかな治療効果を認めなかった。UCは経過観察されていた。2か月前よりUC、及び皮膚症状が増悪し、精査加療目的に当院当科入院となった。大腸内視鏡検査で全大腸にびまん性連続性の発赤・浮腫・不整形潰瘍を認めUCの再燃と判断された。また同日下腿の紅斑より生検を施行され、小血管を中心とした血管炎を認め、またMPO-ANCA 18.3 U/mlで陽性でありANCA関連血管炎と診断された。プレドニゾロンの投与を開始したがUC、及びANCA関連血管炎の改善認めず、インフリキシマブを導入したところ、いずれの臨床症状も改善を認め退院となった。以後外来にてインフリキシマブの投与を継続したが、1週間前よりUC、及びANCA関連血管炎の増悪にて、当科外来受診し加療目的に緊急入院となった。【臨床経過】入院後インフリキシマブの治療効果は不十分と考え、第7病日tacrolimusを導入したが改善はみられず、内科治療抵抗性と判断し、第21病日腹腔鏡補助下大腸全摘術を施行した。術後より皮膚症状の改善も認め、現在まで再燃無く経過している。【考察】本症例はUCの増悪と一致してANCA関連血管炎に伴う皮膚症状が増悪しており、UCの術後より皮膚症状も改善し、再燃が無いことからUCに関連したANCA関連血管炎が示唆された。UCと血管炎の合併報告は複数あるが、ANCA関連血管炎との合併は希とされ、医中誌では報告例は9例であった。【結語】ANCA関連血管炎合併した潰瘍性大腸炎の1例を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

潰瘍性大腸炎, ANCA関連血管炎

厚生中央病院
星 健介

症例は70歳代、男性。突然の右下腹部痛と腹部膨満感を自覚し、当院救急外来を受診した。腹部単純レントゲンで右側結腸のniveauを伴う腸管拡張所見を認め、CTでは横行結腸に6cm程度の細長い比較的辺縁がsmoothな腸管狭窄所見と、同部位を機転とした上行結腸および横行結腸右側の著明な拡張および肛門側の腸管虚脱を認め、大腸イレウスの診断にて当科へ緊急入院となった。原因検索および減圧目的に透視下で緊急大腸内視鏡検査を行ったが、脾曲部から横行結腸左側にかけての腸管伸展・たわみが強く、責任部位までの挿入が困難であった。ガストログラフィンによる造影でもCT同様に、横行結腸に高度狭窄が認められ、経肛門的イレウス管を留置する目的でガイドワイヤーの挿入も試みたが、同部位の通過が困難であった。強度の腹痛が持続していたことや画像所見より、絞扼性イレウスも否定できなかったため、診断的治療として緊急開腹術を施行した。術中所見で上行結腸は後腹膜に固定されておらず、これにより結腸の捻転を来していたことから、腸回転異常症による大腸イレウスと診断した。上行結腸は血流障害に基づく腸管壊死を伴っており、捻転解除に加えて右半結腸切除術も行い、手術を終了した。術後は小腸イレウスも併発したが、イレウス管の挿入による保存的治療にて改善し、第39病日に退院した。成人、特に高齢者における腸回転異常症に起因した大腸イレウスは稀であり、文献的考察を含めながら報告する。

大腸イレウス、腸回転異常症

順天堂大学医学部附属順天堂医院

齋藤里奈, 鈴木真由, 松本健史, 加藤順子, 山科俊平, 立之英明, 芳賀慶一, 澁谷智義, 坂本直人, 池嶋健一, 渡辺純夫

腸管出血性大腸菌(以下EHEC)感染症、溶血性尿毒症症候群(以下HUS)は小児に多い疾患とされている。今回、成人かつ便検体では診断がつかなかったが、O157LPS抗体により診断に至ることが出来た症例を経験したため報告する。症例は56歳女性。既往に関節リウマチがあり当院に通院されていた。入院前日より著明な腹痛・下痢を認め、翌日下血を認めたため当院を受診し入院となった。細菌性腸炎や虚血性腸炎が疑われ、絶食、補液、抗生剤にて治療開始となった。CTでは上行結腸から下行結腸にかけて著明な浮腫を認めたが、採血では明らかな炎症反応の上昇は認められなかった。第4病日より尿量となり、血小板の低下と間接Bil, LDHの上昇を認めため、HUSが疑われたが、入院時に採取した便培養ではEHECは陰性であったため、血清O157LPS抗体検査を行なった。第6病日に破壊赤血球を伴う貧血も認め、HUSの診断基準を満たした。第9病日に判明したO157LPS抗体は陰性であったが、EHECによるHUSが強く疑われ、第10病日に再度抗体検査を施行したところ、陽性所見であったため、EHEC・O157によるHUSの診断につき、感染症法に基づき保健所への届け出を行なった。EHECによる出血性大腸炎は菌の暴露3~5日後に下痢腹痛で発症する。その翌日から血便を認めることが多く、発症4~8日後に約10%の症例にHUSを発症するとされている。感染症法ではHUSを発症した例に限り便から菌が分離不能であっても、血清抗体で診断するとしている。O157LPS抗体はIgM抗体であり、発症4日目頃から上昇し6日で高値となり約1ヶ月持続するため、発症6日目以内に採取した検体が陰性であっても本疾患を疑う場合には第6病日以降に再検をする必要があると考える。本症例は保存的治療にて第30病日に軽快し退院となった。腸管出血性大腸菌はHUSを発症し、致命的な経過を辿ることが少なくなく、周囲への二次感染のリスクもあるため、診断を正確に行うためにO157LPS抗体の意義を理解しておくことは非常に重要であると考えられる。

O157LPS抗体, HUS

横浜市立市民病院 消化器内科¹⁾, 同 感染症内科²⁾
星野 薫¹⁾, 諸星雄一¹⁾, 日比則孝¹⁾, 今村 諭¹⁾, 宮田順之²⁾,
茅島敦人¹⁾, 東 佑香¹⁾, 杉本祐一¹⁾, 辻野誠太郎¹⁾, 角田裕也¹⁾,
伊藤 剛¹⁾, 長久保秀一¹⁾, 小池祐司¹⁾, 藤田由里子¹⁾,
小松弘一¹⁾

【症例】症例は44歳女性。突然発症の嘔吐と右下腹部痛を主訴に当院救急外来を受診。腹部単純CTで回盲部の狭小化と、盲腸に脱出しカニ爪状に拡張した回腸を認め、回盲部の腸重積と診断した。緊急手術も考慮されたが、高圧浣腸にて整復が得られ保存的治療の方針とし当科入院となった。即日、緊急下部内視鏡施行したところ、盲腸が多発する潰瘍瘢痕により狭小化しており、狭小化した盲腸に回盲弁が入り込んでいる所見が得られた。胸腹部造影CTでは、胸腹部に多発する石灰化リナ節、胸膜沿いに複数の石灰化結節を認めた。肺野には明らかな活動性結核を疑う陰影は認めなかった。喀痰・糞便抗酸菌塗抹検査、PCR法、培養は全て陰性であったがインターフェロンγ遊離試験強陽性であり、CT所見、内視鏡所見から陳旧性腸結核による潰瘍瘢痕に伴う腸重積症と診断した。腸重積自然解除後は腹痛・嘔吐症状は速やかに消失し、食事再開にても症状の再燃なく退院となった。退院後、再度下部内視鏡および生検を施行したが、同部位は潰瘍瘢痕のみの所見で陳旧性腸結核の所見であった。しかしながら潜在性結核が否定できずイソニアシド単剤投与を開始した。現在副作用なく経過良好である。【考察】成人発症の腸重積症は8割が悪性腫瘍を背景とする報告されており、術前診断も困難で外科的手術が必要となる症例が殆どである。腸結核に伴う腸重積症の報告は極めて稀であるが、術前に診断ができれば手術が回避できると考える。特に術前の内視鏡検査は診断面のみならず整復による治療も可能であり重要性は高いと考える。成人発症の腸重積症の診断・治療に関し示唆に富む症例と考え若干の文献的考察を加えて報告する。

腸重積, 腸結核

国立病院機構澁川医療センター 消化器外科¹⁾,

消化器内科²⁾, 同 病理診断科³⁾

清水創一郎¹⁾, 蒔田富士雄¹⁾, 高橋研吾¹⁾, 吉成大介¹⁾, 小林光伸¹⁾,
棚橋美文¹⁾, 古谷健介²⁾, 新井洋佑²⁾, 長島多聞²⁾, 鈴木 司³⁾

症例は49歳男性。平成29年X月Y日朝、下血を自覚し近医を受診した。バイタルに異常なく、Hb 13.5 g/dL(平成24年: Hb 15.0 g/dL)と軽度の貧血あり。直腸診で暗赤色の血液が付着するが、腫瘍は触知せず。腹部レントゲンにて優位な所見無く、精査加療目的に当科紹介となった。ダイナミックCTでは、上行結腸などの大腸憩室が認められるものの活動性出血は指摘できず。軽度の貧血あるため、経過観察目的に同日緊急入院とし、禁食、止血剤でフォロー。Y+1日、下部消化管内視鏡検査を施行したところ、上行結腸からS状結腸に憩室が散在していたが、活動性の出血は認めなかった。Y+2日、腹部症状は無かったが、突然の下血を認めた。緊急の下部消化管内視鏡検査を施行したところ、全結腸に血液が残存。回盲部まで観察し、虫垂開口部からの出血を認めたが、虫垂内腔は観察不可で出血点は同定できず、内視鏡的処置は行わずに終了。Hb 13.1 g/dLと貧血の進行もあり、同日に緊急の腹腔鏡下虫垂切除術を施行した。切除標本は、7×2 cm大で肉眼的に4個の憩室を認めた。虫垂内腔に血液を満たしていたことから虫垂出血と診断した。病理組織診では、いずれの憩室も仮性憩室と考えられ、後天性の虫垂憩室と診断された。漿膜下組織内の出血部位では周囲の炎症反応は乏しく悪性像は否定的であった。術後経過は良好で、下血を認めなくなった。貧血はHb 10.6 g/dLまで低下したが、退院前日にはHb 11.2 g/dLまで回復し改善傾向であったため退院、経過観察となった。虫垂出血は下部消化管出血の原因となることは非常に稀とされており、病因としては虫垂憩室、潰瘍、悪性疾患、血管奇形など多岐にわたる。治療は内視鏡的止血術は困難であることが多いため、手術による切除が推奨されている。今回、下血を主訴に発見された虫垂出血に対して、虫垂切除術を施行した一例を経験したので文献的考察を加えて報告する。

虫垂出血, 虫垂憩室

済生会前橋病院 消化器内科¹⁾, 同 血液内科²⁾, 群馬大学医学部附属病院 内科診療センター 消化器・肝臓内科³⁾, 市原愛美¹⁾, 畑中 健¹⁾, 平 知尚¹⁾, 齋藤直人¹⁾, 中野彩智¹⁾, 加藤幹那¹⁾, 吉田佐知子¹⁾, 田中良樹¹⁾, 高田 覚²⁾, 吉永輝夫¹⁾, 柿崎 暁³⁾

【症例】71歳、男性【主訴】なし(リンパ節腫大の精査治療目的)【現病歴】肝障害とC型慢性肝炎の治療目的に当科紹介受診。6ヶ月間インターフェロン(IFN)療法を実施したが、C型肝炎ウイルス(HCV)が再発したため、3ヶ月間のソホスビルとリバビリン内服を行い著効した。半年後の肝細胞癌のスクリーニング目的に実施した腹部エコーで、以前指摘されなかった脾臓と脾周囲に最大60mmの腫瘍を認め、造影CTでは頸部、脾門部、脾周囲、腹部大動脈周囲リンパ節の腫大を認めた。血液検査では可溶性IL-2受容体は2620 U/mlと上昇していた。当院入院し頸部リンパ節生検を施行した。リンパ節内全体を置換して大型円形細胞のびまん性増殖が認められ免疫染色ではCD20、CD79a、Cd10、bcl-2陽性であり、DLBCL(stage3A、IPI4点、ハイリスク)と診断した。【考察】HCV陽性患者では悪性リンパ腫の有病率が高いとされる。またIFNや経口抗ウイルス薬によるHCV排除で悪性リンパ腫が寛解した報告があるが、HCV感染と悪性リンパ腫発症とのメカニズムは明らかではない。HCV著効後はHCCのみならず悪性リンパ腫も含めた経過観察が重要である。

C型慢性肝炎, びまん性大細胞型B細胞性リンパ腫(DLBCL)

大森赤十字病院 消化器内科 福井 諒, 阿南秀征, 立川 準, 西村正基, 須藤拓馬, 芦荻圭一, 河合恵美, 河野直哉, 新倉利啓, 桑原洋紀, 中岡宙子, 千葉秀幸, 井田智則, 諸橋大樹, 後藤 享

症例は90歳女性。入院4年前にS状結腸癌による大腸イレウスに対して横行結腸双孔式人工肛門造設術が施行され、その後本人の希望により原発癌の治療は行わず経過観察となっていた。入院当日昼より38℃台の発熱を認め、嘔気も出現し、近医を受診。精査目的に当院救急外来受診となった。来院時発汗多量であり36.8℃と発熱認めなかったが、血圧 82/58 mmHg、脈拍 174 回/minと血圧低下と頻脈を認めた。血液検査ではWBC 24700 / μ l、CRP 26.63 mg/dl、Total ALP 19.9 ng/ml、L3分画 12.3%、PIVKA-2 16751 mAU/mlであった。CTにて肝S4/5/8に83mm大の内部不均一で低-高吸収な腫瘍性病変を認めた。肝癌に肝膿瘍合併、敗血症、感染性DICの診断で入院加療となった。入院時より急速輸液、MEPM、免疫グロブリン、トロンボモジュリン投与を開始。Day2にUS施行し、腫瘍の腹側尾側にlow echoicな液体貯留を認め、MRでも同部位がT2 high intensityとなっており、膿瘍部分と考えられた。同部位に対して経皮経肝膿瘍ドレナージ(以下PTAD)を施行。白色血性の膿排出を認めた。Day8にはWBC 7100 / μ l、CRP 2.22 mg/dlまで低下したが、PTADより排液継続したため、留置継続した。Day15には血液培養、肝膿瘍培養よりBacteroides fragilisが起原菌を判明し、ABPC/SBTに変更した。Day18にPTAD造影行なったところ、穿刺時に交通を認めなかった膿瘍腔が描出され、新たに交通したものと考えられた。その後徐々に排液が減少し、Day39にPTAD抜去。抜去後も発熱の再燃は認めず、Day45にAMPC/CVAに切り替え行い、経過良好でDay58に退院となった。超高齢であることから、肝癌の治療は行わない方針となり、現在も肝膿瘍はコントロール良好で、外来通院中である。肝癌に合併した細菌性肝膿瘍については、肝動脈塞栓術や経皮的局所療法といった肝膿瘍治療手技後の注意すべき合併症として報告が多い。無治療肝癌に肝膿瘍が合併した症例は、近年になり報告が散見される様になっているが、医学中央雑誌で調べ限り、本邦ではこれまで8例の報告のみであった。本症例も稀な症例であり、多少の文献的考察を含め報告する。

肝膿瘍, 肝癌

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

症例は75歳男性。他院で悪性リンパ腫に対してR-CHO療法を6コース施行され、寛解状態となった。治療開始前の採血では肝逸脱酵素の上昇はなく、HBs抗原・HBV-DNAは陰性で、HBc抗体のみ陽性であった。寛解確認後4ヶ月目にAST/ALT=44/50と上昇を認め、その翌月にはAST/ALT=256/371と増悪した。同時にHBs抗原も250 IU/mlと陽性化し、化学療法後に再活性化したB型肝炎が疑われ当院に紹介入院となった。入院時よりラミブジン・IFN- β で治療を開始し、ラミブジン・エンテカビルに変更しても肝機能検査値の増悪がみられなかった為、エンテカビル単剤投与にして退院となった。治療開始3ヶ月目にはHBs抗原・HBV-DNAが陰性化し、21ヶ月目にエンテカビルを終了したが、その後もHBs抗原・HBV-DNAは陰性の状態が持続している。退院56ヶ月目の造影CTで肝S7領域に早期濃染を伴う腫瘍性病変を認め、肝細胞がんと診断しその後複数回のTACEを施行中である。【考察】HBVの再活性化による de novo 肝炎は劇症化する例もあり、一般に予後不良とされている。本症例は救命し得たが、発症後約5年で発がんがみられたという事実は、HBVの再活性化との関連を考える上で興味深く文献的考察を加えて報告する。

HBV再活性, 肝細胞癌

東京通信病院 消化器科¹⁾, 同 病理科²⁾ 池田朱里¹⁾, 本間志功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¹⁾, 光井 洋¹⁾, 岸田由起子²⁾, 橋本直明¹⁾

【症例】56歳 女性【主訴】全身倦怠感、食思不振【現病歴】X-31年に健康診断で γ -GTP高値、脂肪肝を指摘されて以来、近医でウルソデオキシコール酸を処方されていた。X-6年8月強い皮膚掻痒感および易疲労感が生じ、肝障害の精査目的に当科を紹介初診され、同月当科初入院となった。抗ミトコンドリア抗体陽性で、肝生検で非化膿性破壊性胆管炎の所見を認め、原発性胆汁性胆管炎(PBC)と診断された。その後、X-5年1月よりトランスアミナーゼの上昇およびIgG高値を認めたため自己免疫性肝炎(AIH)のoverlapを疑い、入院の上プレドニゾロン(PSL)30 mgの投与を開始した。PSLは奏功し、その後2.5 mgまで漸減。ウルソデオキシコール酸、ベザフィブラートと併用投与した。しかし、X年5月より全身倦怠感、6月下旬より食思不振を自覚し、血液検査でもトランスアミナーゼ、抗核抗体、血沈の上昇からAIHの増悪を疑われ、X年7月3日に当科3回目の入院となった。【既往歴】19歳・橋本病【入院後経過】第2病日に2回目肝生検を施行。門脈域の胆管破壊像に加えてinterface hepatitis、小葉内炎症細胞浸潤、肝細胞の壊死脱落消失を認め、PBCとAIHのoverlapとして矛盾しない所見であった。scoring systemでは15点となり、AIHの合併・増悪として第4病日よりPSL 40 mgに増量したところトランスアミナーゼ、IgGは著明に改善した。その後PSLは漸減し、15 mgとしてもデータは悪化せず、第26病日に退院となった。【考察】PBCとAIHは異なる病態とされるが、免疫異常の体質をbaseに両者が併存することもありoverlapと呼ばれている。両疾患のoverlapの診断は難しい場合も多いが、本症例は6年前の肝生検でPBCと診断され、その後の経過でAIHの診断基準を満たした明らかなoverlap症例と考えられる。現在両者の治療を行い、病勢はコントロールされている。

自己免疫性肝炎患, overlap

群馬大学医学部附属病院 消化器・肝臓内科¹⁾,
同 光学医療診療部²⁾
荒巻裕斗¹⁾, 山崎勇一¹⁾, 小林 剛¹⁾, 高草木智史¹⁾, 山田俊哉¹⁾,
戸島洋貴¹⁾, 堀口昇男¹⁾, 下山康之¹⁾, 佐藤 賢¹⁾, 柿崎 暁¹⁾,
草野元康^{1,2)}

【症例】60歳代、男性【現病歴】高血圧症にて内服中であったが肝機能異常を指摘されたことはなかった。2016年5月より軽度の意識障害、右下肢不全麻痺が出現したため、近医受診した。MRIにて左前頭葉に脳腫瘍を認め、前医脳外科に紹介された。全身CTにて右上葉に肺癌、転移性脳腫瘍と診断され、同年6月脳腫瘍に対してガンマナイフを施行された。その後当院呼吸器内科紹介となり、超音波気管支鏡ガイド下針生検で肺腺癌と診断された。全身検索目的のFDG-PETにて肝右葉S6下端に膨隆する3cm程度の異常集積を認め、当科紹介となり、腫瘍マーカー、造影超音波、EOB-MRIにて肝細胞癌 (hepatocellular carcinoma, HCC) と診断された。【経過】同年7月より予後を規定する肺腺癌に対してシスプラチン・ペメトレキセド併用療法 (CCDDP+PEM) を先行して開始したHCCに対しては破裂予防としてCCDDP+PEM開始3週後に経カテテルの肝動脈塞栓術を施行した。その後は肺腺癌に対する化学療法を継続し、HCCについては経過観察していた。CCDDP+PEM開始6か月後のCTにて肺腺癌による多発肝転移が出現し、同時にHCCの局所再発も確認された。2017年1月より2次治療として免疫チェックポイント阻害剤のニボルマブが開始された。3コース施行後のCTにて原発巣、多発肝転移は増大し、肺腺癌については病勢進行と判断され、ドセタキセルによる3次治療、ゲムシタビンによる4次治療を行った。HCCについてはニボルマブ終了2か月後よりAFPが低下し、その後のCTでも4か月間明らかな増大なく治療効果は病勢安定と判断した。【考察・結語】肺腺癌に対して投与された免疫チェックポイント阻害剤のニボルマブが、肝動脈塞栓術後に局所再発したHCCに有効であった1例を経験した。本症例のごとく、ニボルマブが肺腺癌に無効であっても、HCCの病勢制御に有効な症例があり、HCCに対する新たな治療薬として早期の適応拡大が期待される。

免疫チェックポイント阻害剤, 肝細胞癌

高崎総合医療センター 消化器内科¹⁾, 同 診断病理部²⁾,
群馬大学 病態制御内科学 消化器・肝臓内科学³⁾
柴田 悟¹⁾, 村上立真¹⁾, 佐藤圭吾¹⁾, 吉成夫希子¹⁾, 堀口 英¹⁾,
柴崎絵理奈¹⁾, 増田智之¹⁾, 安岡秀敏¹⁾, 星野 崇¹⁾, 長沼 篤¹⁾,
工藤洋洋¹⁾, 石原 弘¹⁾, 田中優子²⁾, 柿崎 暁³⁾

【症例】73歳、男性【主訴】発熱【既往歴】腰椎椎間板ヘルニア【生活歴】飲酒：機会飲酒。喫煙：なし。常用薬：なし。【初診時血液検査所見】WBC 11700 μ /l, Hb 13.1g/dl, Plt 34.0 $\times 10^4$ / μ l, AST 30U/l, ALT 43U/l, LD 189U/l, ALP 582U/l, γ -GTP 170U/l, CRP 6.14mg/dl, CEA 7.5ng/ml, CA19-9 819.1U/ml, SCC 18.8ng/ml, CYFRA 3.2ng/ml, HbS Ag(-), HCV Ab(-)【画像検査所見】造影CT検査：肝両葉に淡い石灰化を伴う結節が散在。いずれも辺縁部に造影効果あり。総肝動脈領域・左胃動脈領域のリンパ節が腫脹。EOB-MRI：T1強調像の結節部は低信号が主体であり、一部内部にモザイク状の等信号域が散在。T2強調像では低信号の結節が主体で遅延濃染なし。肝細胞相では結節部にEOBの取り込みなし。【臨床経過】画像検査で転移性肝腫瘍を疑われ、上下部内視鏡検査やPET-CT検査などのスクリーニングを行うも、肝外に原発巣となるような異常を認めず。肝原発の悪性腫瘍を疑い肝生検を施行。エコーでは病変中心部は液体成分であり、生検では異型を伴う扁平上皮組織との結果であった。腺癌成分は採取されなかったが、臨床的に肝原発腺癌扁平上皮癌である可能性を考え、CCDDP+GEM併用療法を開始した。【考察】肝原発腺癌扁平上皮癌は、胆道癌取扱い規約では「腺癌成分と扁平上皮成分とが、一つの病巣内で相接して、または混在してみられる癌」と定義されている。本症例では確認のため2回生検したにも関わらず腺癌成分が採取されておらず、厳密には肝原発腺癌扁平上皮癌の定義は満たさない。しかし本症例では、肝原発腺癌扁平上皮癌の特徴である中心壊死傾向が強かった。評価可能な組織採取が困難なために、今回は腺癌成分が採取できなかった可能性がある。肝原発腺癌扁平上皮癌は比較的稀な疾患であり、文献的考察を加えて報告する。

肝腫瘍, 肝原発腺癌扁平上皮癌

虎の門病院 肝臓センター
山田ありさ, 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, 鈴木義之,
荒瀬康司, 池田健次, 熊田博光

症例はX+26年2月に死亡した60歳代女性。急性虫垂炎にて開腹手術歴あるもその他特記すべき既往なし。X年検診にてHCV陽性を指摘、以降当科外来フォロー、肝細胞癌を指摘されることなく経過していた。X+25年3月気分不快を自覚し前医受診し、CT上肝細胞癌破裂が疑われ同院入院となった。保存的加療で経過観察するも徐々にHb低下あり、6.4g/dlまで低下したため同年3月19日当院緊急搬送となった。当科にて緊急の腹部血管造影・術中CTを施行。肝S8にCT-APにてhypo enhancementを呈し、CT-HAにてhyper enhancementを呈する35mm大の単発の腫瘍を認め、画像診断上は肝細胞癌と診断した。同病変は横隔膜下へ突出しており、横隔膜下への造影剤流出が確認され、腹水貯留も認められた。以上より肝細胞癌破裂と診断、肝動脈化学塞栓療法(TACE)を施行。術後ヘモグロビン値の上昇認め、初回治療から1か月後根治的治療目的に肝S7/8部分切除を施行。術後病理は大部分壊死に陥っていたものの、残存腫瘍は高分化型成分に加え、一部異型性の強い中分化成分であった。初回治療から3ヶ月後に肝内多発再発及び腹膜播種を指摘され、初回治療より5か月後肝動注化学療法(TAI)を施行。以降初回治療から9ヶ月までに20mm大の腹膜播種結節、65mm大の肝門部近傍病変、十二指腸直接浸潤より破裂を認め、それぞれ止血目的にてTACEが施行された。なお初回治療後6ヶ月に局所コントロール目的に腹膜播種結節切除術を施行し、術後病理は中分化～低分化型肝細胞癌の所見であった。その後原病の増悪により初回治療から11ヶ月後のX+26年2月25日永眠となった。肝細胞癌破裂は肝細胞癌患者の5-15%に発生する。1回の破裂における死亡率は25-75%と報告されており、肝細胞癌の代表的な致死合併症である。肝細胞癌破裂を繰り返す率は22%で、直径50mm以上の病変での破裂が多いとされている。なお臨床床では同病変からの破裂再発を多く経験する。本症例は直径35mm以下の病変が異時性・異所性に破裂を繰り返しており、非常に稀な症例と考え、文献的考察を加えて報告する。

肝細胞癌破裂, 肝動脈化学塞栓術

東京慈恵会医科大学第三病院 消化器肝臓内科
松本尚樹, 廣瀬雄紀, 木下勇次, 柴田恵子, 山口りり, 赤須貴文,
三浦由紀子, 横田健晴, 今井那美, 若久 章, 小林 剛, 木下晃吉,
小林裕彦, 伏谷 直, 木島洋征, 小池和彦

【症例】84歳男性【経過】C型肝硬変で当科へ通院していた。201X年9月、S4の径19mmの肝細胞癌 (HCC) に対してRFAを施行した。201X+1年難治性腹水に対してTolvaptan投与を行った。同年6月、S4・S7の新規HCCに対しLip-TAIを、11月には、右葉の多発HCCに対しLip-TAIを施行した。201X+2年4月、肝両葉に多発HCC再発を認めたが、Cr 3.08mg/dlと経時的に腎機能が増悪したため、Lip-TAIの継続は困難と判断し、UFT内服を開始した。しかし、AFP・PIVKA-IIはさらに上昇し、同年6月に内服中止し、以降、年齢・腎機能障害を考慮し、best supportive care (BSC) の方針となっていた。経時的にHCCは増加・増大し、201X+4年10月にはS4の径7cmを含む多発肝内病変と多発肺転移を認め、AFP 3010ng/ml、PIVKA-II 57500 mAU/mlとさらに上昇した。免疫賦活作用を期待し、同年10月より十全大補湯の内服を開始したところ、同年12月にはAFP 405 ng/ml、PIVKA-II 710 mAU/mlと著明に低下した。201X+5年4月の画像検査で、肝内病変の縮小と肺転移の消失を認めた。体調は安定しており、現在も十全大補湯の投与を継続して、外来で経過観察している。【考察】癌治療の免疫応答修飾薬としての十全大補湯の効果は、動物実験では実証されているが、臨床での報告例は非常に少ない。標準治療の継続が難しい際の癌治療の選択肢として、十全大補湯の有用性が示唆される。

肝細胞癌, 十全大補湯

埼玉医科大学 消化器内科・肝臓内科

松本佳祐, 中山伸朗, 戸叶美枝子, 鷹野雅史, 濱田大祐, 山羽晋平, 伊藤佳織, 浅見真衣子, 洲上 彰, 塩川慶典, 内田義人, 藤井庸平, 打矢 紘, 中澤 学, 安藤さつき, 菅原通子, 中尾将光, 本谷大介, 今井幸紀, 富谷智明, 持田 智

44歳の男性, 食道静脈瘤からの出血で入院し, 内視鏡的結紮術で止血後, 硬化療法を行った。意識清明, 腹水は少量貯留, Hb 9.4 g/dL, 血小板数10.1万, PT 68%, Alb 2.6 g/dL, TB 3.0 mg/dL, AST 210 U/L, ALT 67 U/L, アンモニア 59 μ g/dL, HBs抗原陰性, HCV抗体陰性で, Child-Pughがgrade Bのアルコール性肝硬変と診断した。腹部骨盤CTでは上行結腸に数条の静脈瘤が認められ, その排血路は右精巣静脈であった。下部消化管内視鏡では回盲弁の対側の上行結腸にF3相当の静脈瘤を見られた。出血予防の目的で, 2か月後にB-RTOを実施した。右内頸静脈よりアブローチシ, 精巣静脈を経てシャント内で造影したところ, 他の側副血行路が描出されたため, マイクロバルーンカテーテルをシャント深部に進めて5% EOを注入した。4日後のCT上行結腸静脈瘤の血栓化を確認した。その後, 消化管出血は見られていない。結腸静脈瘤に対するB-RTOはAnanらが1例を報告しているのみである (Gastrointest Endosc 2006; 63: 880-884)。その血行動態は複雑であるが, マイクロバルーンカテーテルを用いるなど工夫することで, B-RTOは実施可能であった。極めて稀な異所性静脈瘤であるが, 肝硬変患者の併発症として念頭におき, 認められた場合はB-RTOのhigh volume施設で治療すべきと考えられた。

結腸静脈瘤, B-RTO

昭和大学横浜市北部病院 消化器センター

高階祐輝, 工藤進英, 奥村大志, 三澤将史, 馬場俊之, 望月健一, 峯岸洋介, 小倉庸平, 小川正隆, 加賀浩之, 倉田知幸, 漆原史彦, 渡邊剛志, 釋尾有樹子, 片岡伸一, 山内章裕, 小川悠史, 前田康晴, 武田健一, 一政克朗, 中村大樹

【症例】74歳男性。2008年4月に臍頭部IPMNに対して亜全胃温存臍頭十二指腸切除術が施行された。術後サーベイランス目的に施行した2017年3月のCTで, 肝S8に腫瘍影を認め, 発熱・下腿浮腫・右季肋部痛が出現しており2017年4月に精査加療目的に入院となった。【入院後経過】血液生化学検査ではCRP上昇, HB低値, 低アルブミン血症を認めた。HBV, HCVは陰性で腫瘍マーカーも正常範囲内であった。CTで肝右葉に多発する低吸収腫瘍があり, ring enhancement及び遅延相にかけてややwash outしていた。USでは内部不均一な高エコー腫瘍として認識され, 内部を植子する血管が認められた。造影超音波検査ではKupffer相での取り込み低下は認めなかった。MRIのT2画像では内部不均一な高信号, 拡散強調画像では拡散障害を呈した。PET/CTでは同部位に異常集積を認めた。以上から転移性肝腫瘍, 肝内胆管癌, 肝細胞癌, 肝悪性リンパ腫, 肝膿瘍などを鑑別としてあげた。画像所見では診断に至らず肝生検施行したところ, 放線菌の菌塊とその周囲に好中球を認め, 肝放線菌症の診断となった。抗菌薬治療はABPC4g/日開始し, 効果乏しくSBT/ABPC12g/日に変更, さらにCTRX2g/日を併用した。症状・データともに改善したところでAMPCG/日内服に変更し, 第42病日で退院となった。【考察】放線菌症とはグラム陰性桿菌であるAcinomyces israeliiによって引き起こされる慢性的な肉芽腫性疾患である。肝放線菌症は放線菌症全体の3%程度である。確定診断は生検による菌塊の検出もしくは培養による検出である。しかし, 検出率は低く肝内胆管癌や肝細胞癌, 転移性肝癌など悪性腫瘍と誤診されることも多々あり手術後の病理で診断されることが多い。治療はペニシリン系抗菌薬による長期大量投与である。最低でも8週間は投与を行い, ときに1年以上継続する必要があると報告されている。本症例では肝生検で菌塊を証明したことにより, 肝放線菌症と確定診断し, 速やかに治療を開始することができた。【結語】肝生検により診断し, 手術を回避し得た肝放線菌症を経験した。文献的考察を加えてここに報告する。

肝放線菌症, 経皮的肝生検

東京都立墨東病院 外科¹⁾, 同 感染症科²⁾

横田智子¹⁾, 春山泰治¹⁾, 鹿股宏之¹⁾, 森 一洋¹⁾, 那須啓一¹⁾, 稲田健太郎¹⁾, 和田郁雄¹⁾, 鷲野巧弥²⁾, 阪本直也²⁾

【緒言】多包性肝エキノコックス症は, 北海道に多く本州で遭遇する機会は少ない。肝エキノコックス症の非切除例は長期予後が不良なことが知られており, 可能な限り外科的切除が望まれるが, 腹膜播種を来した症例に対する治療法は確立していない。今回我々は, 巨大腹膜播種を合併した肝エキノコックス症に対する切除症例を経験したので, 文献的考察を加えて報告する。【症例】北海道在住歴のある26歳, 男性。3年前に腹痛を主訴に近医受診し, 肝嚢胞の診断で経過観察となっていた。今回, 再度左季肋部痛を自覚し, 画像検査と血清学的検査より, 肝エキノコックス症(多包虫)と診断され, 加療目的に当院紹介受診した。腹部造影CTでは, 肝S3に4cmの石灰化を伴う嚢胞性腫瘍を認めた。また肝前区域の腹側に石灰化を伴い隔壁を有する9.5cmの腹膜播種を認め, 一部肺実質への浸潤を認めた。右横膈膜下にも1.6cmの腹膜播種を認め, 肝実質(S8)への直接浸潤が疑われた。その他腹腔内には肝周囲を中心とし, 多数の微小な石灰化病変を認め播種が疑われた。薬物療法のみでの長期成績は不良と判断し, 上記3病変を外科的切除, 術後アルベンダゾール内服加療の方針となった。【結果】開腹時, 腹腔内には微小な播種結節が多数散見された。肝前区域を圧排する9.5cm大の腫瘍は肝外病変であり, 腹壁を一部合併切除した。横膈膜面の腫瘍も肝外病変であり, 肺実質を一部合併切除することで切除できた。肝S3腫瘍は肝門索との間に腫瘍を形成しており, S3区域切除を行った。その他の微小な播種結節は切除せず手術終了した。術後経過は良好で第7病日に退院した。病理所見は肝エキノコックス症(多包虫)であった。術後26病日よりアルベンダゾール内服を開始し, 半年後現在経過良好にて内服加療中である。【結語】北海道在住歴のある肝嚢胞性疾患では肝エキノコックス症の鑑別が重要である。巨大腹膜播種を伴った肝エキノコックス症でも, 外科的切除と抗包虫薬内服により長期生存の可能性がある。

肝エキノコックス症, 腹膜播種

筑波大学 消化器内科¹⁾, 同 病理診断科²⁾

原田拓也¹⁾, 池田貴文¹⁾, 山田武史¹⁾, 菅沼大輔¹⁾, 山口雄司¹⁾, 田島大樹¹⁾, 内田優一¹⁾, 佐藤雅志¹⁾, 山本祥之¹⁾, 森脇俊和¹⁾, 兵頭一之介¹⁾, 坂下麻衣²⁾

【症例】44歳男性【現病歴】20XX年11月に腰痛を自覚し12月22日に近医整形外科を受診した。CT, MRIで胆嚢癌, 多発肝転移, 腰椎転移を認め, 12月27日当科紹介受診し同日緊急入院となった。【経過】NSE 477.9ng/mlと高値であり, 急速に進行する臨床経過から胆嚢原発神経内分泌癌(GB-NEC)と判断した。入院翌日(day1)よりエトポシド+シスプラチン療法を開始した。肝障害のためエトポシドを減量し, フェキサソスタット予防内服を行っていたものの, day5に臨床的腫瘍崩壊症候群を来した。また, day8には発熱性好中球減少症から敗血症, DICを来し, 抗生剤, トロンボモジュリン, ユグロブリン, 輸血にて軽快した。day19には壊死性食道炎からの出血, day21, day25には横行結腸の多発潰瘍から動脈性出血を認め内視鏡的止血術を行い, いずれも軽快した。CT上腫瘍の造影効果は著しく減弱し, NSE値も55.4ng/mlまで低下した。しかし, その後肝障害, 腎障害あるいは骨髄腫腫症と思われる血小板減少が進行し, NSE 947.9ng/mlと再上昇した。全身状態の改善が得られずBSCの方針となり, day67に永眠された。剖検の結果, 腫瘍細胞の形態は小細胞癌であり, 神経内分泌マーカーの発現を認めた。胆嚢のみに上皮成分や腺癌成分を認め, GB-NECと診断された。高度の静脈侵襲を認め, 検索を行ったあらゆる臓器に転移を認めた。肝の腫瘍胞巣の一部に化学療法によると考えられる壊死を認めたものの, 肝臓は小結節状の腫瘍がびまん性に浸潤しており, 急速に再増悪を来したと考えられた。【考察】GB-NECは胆嚢に発生する悪性腫瘍の1-5%と稀な組織型であり, NECの0.2%と極めて稀である。医学中央雑誌・Pub Medで検索した範囲で, 臨床的腫瘍崩壊症候群を来したGB-NECの報告例はなく, 非常に貴重かつ示唆に富む症例であるため, 文献的考察を加えて報告する。

GB-NEC, 臨床的腫瘍崩壊症候群

81 痛性腹膜炎、空腸壊死、穿孔を呈した膵尾部癌の一例

独立行政法人国立病院機構 災害医療センター 消化器内科
富田良啓, 大野志乃, 石坂俊二, 上條 孟, 木谷幸博, 島田祐輔,
中嶋緑郎, 佐々木善浩, 上市英雄

【主訴】食後の心窩部痛・胃もたれ、左前胸部痛【現病歴】201X年5月に食後の心窩部痛、胃もたれ、左前胸部痛を認めたため近医受診。上部消化管内視鏡で進行胃癌が疑われ、胸部Xpで左胸水を認めたため当院紹介受診となった。腹部CTで胃体下部大彎に潰瘍形成と不整な壁肥厚、膵尾部に脾静脈を閉塞する3cm弱の腫瘍と、左肺底部の腫瘍、癌性胸膜炎が疑われた。当院での上部消化管内視鏡で胃体下部後壁～大弯側から前庭部全周にかけ内腔の変形・狭小を伴う皺壁肥厚を認めたが、生検でGroup1であった。膵尾部腫瘍に対しEUS-FNA施行し、組織診、細胞診でadenocarcinomaであったが、原発巣特定できず。胸水細胞診でclassVであったが、転移性肺癌の可能性が高いと判断された。その後食事摂取不可、心窩部痛、嘔吐も悪化したため7月に当科入院となった。【入院時現症】酸素飽和度94%（酸素2lit投与）、血圧測定不能、体温36.0度、胸部は左胸部呼吸音減弱、上腹部～臍部の圧痛を認めた。【入院後検査】WBC 57 × 100/μL, Hb 12.8 g/dL, Plt 23.9 万/μL, T-Bil 1.4 mg/dL, AST 24 IU/L, ALT 18 IU/L, γ-GTP 14 IU/L, Amy 105 IU/L, BUN 69.2 mg/dL, Cre 3.38 mg/dL, CRP 37.78 mg/dL【入院後経過】入院時の血圧測定不能。腎不全を呈しており著明な脱水と循環不全が存在していると思われる。全身状態悪く、対症療法方向となり7月Y日死亡した。剖検で膵尾部癌を認め、胃壁内腔の直接浸潤が軽度だが、胃壁と膵の癒着が強く、膵尾部癌の胃壁直接浸潤が考えられた。また小腸・大腸に癌性腹膜炎を認め、空腸の腸管壊死と数カ所の穿孔を認めた。診断に難渋し、示唆に富む症例と思われたため報告する。

膵癌, 癌性腹膜炎

83 2個の結石が十二指腸と空腸にそれぞれ陥頓した胆石イレウスの1例

東海大学 消化器外科¹⁾, 同 消化器内科²⁾
栄枝三江子¹⁾, 古川大輔¹⁾, 亀井佑太郎¹⁾, 間室奈々¹⁾, 迫田直樹¹⁾, 益子太郎¹⁾, 山路葉子²⁾, 川島洋平²⁾, 川西 彩²⁾, 小川真実²⁾, 峯 徹哉²⁾, 小澤壯治^{1,2)}

症例は81歳、男性。脳梗塞、心房細動（ワルファリン内服）、高血圧の既往がある。1年6ヶ月前に急性胆嚢炎にて保存的治療が行われた。手術リスクが高いため、胆嚢摘出術は行われずに経過観察されていた。今回、右季肋部痛を主訴に来院した。WBC 8200/μL, CRP 3.06mg/dl, ALP 842U/l, γ-GTP 325U/l, T-Bil 1.9mg/dl, D-Bil 0.9mg/dl, Amy 44U/lであった。CTでは胆嚢壁の肥厚があり、胆嚢内に30mm大の結石、さらに十二指腸内に23mmの結石が存在した。消化管の通過障害はなく抗生剤にて急性胆嚢炎の治療を行った。入院後2日目に嘔吐が出現した。WBC 13600/μL, CRP 6.22mg/dl, ALP 587U/l, γ-GTP 283U/l, T-Bil 2.9mg/dl, D-Bil 2.3mg/dl, Amy 805U/lであった。CTを撮影すると、入院時と異なる2個の結石が十二指腸下行脚に移動し、その口側には血腫と思われる高吸収域が十二指腸、胆嚢内に充満していた。入院時に十二指腸内にみられた結石は空腸に移動しており、結石の口側の腸管は拡張していた。胆嚢十二指腸瘻から十二指腸内に落下した結石が十二指腸下行脚・乳頭部に陥頓し、十二指腸閉塞、急性膵炎、閉塞性黄疸を来し、さらにもう一つの胆嚢結石により空腸の閉塞を来したものと診断した。緊急手術を施行した。胆嚢十二指腸瘻部より十二指腸内の結石を摘出し、瘻孔部を縫合閉鎖した。胆嚢は全層性に壊死が底部から胆嚢管の総胆管合流部にまで及んでいたため胆嚢管の処理ができず、胆嚢管合流部を縫合閉鎖し、別部位にT-tubeを留置した。空腸の結石は空腸を切開して摘出した。術後経過は良好であったがリハビリに時間がかかり術後28日目に退院となった。十二指腸内の結石のみであれば内視鏡的治療の報告もあり、高齢者、ハイリスク症例であることを考慮して、低侵襲の治療を選択したかったが、2個の結石がそれぞれ閉塞を起こした上に、十二指腸内の出血、急性膵炎の合併を認めたため緊急手術を施行した症例であった。

胆石イレウス, 十二指腸閉塞

82 急速な進行の経過をたどった膵腺扁平上皮癌による肝転移再発の1例

伊勢崎市民病院 外科
山口将邦, 鈴木秀樹, 渡辺 裕, 塚越律子, 飯島 岬, 家田敬輔,
諸原浩二, 大澤秀信, 片山和久, 保田尚邦, 田中司玄文

【症例】64歳、男性。既往歴として大脳髄膜腫にて手術及び糖尿病を認めていた。糖尿病のフォロー中に血糖コントロールが不良となり、造影CTを施行したところ膵体部に17mm大の乏血性腫瘍を認めた。腫瘍は不整形で境界明瞭であり、内部に腔実質より造影効果の弱い領域を認めた。腫瘍より尾側では主膵管拡張を認めた。CT、EOB-MRIでは明らかな肝転移を認めなかった。腫瘍マーカーではCA19-9が128.1 U/mlと上昇を認め、膵体部癌の診断にて膵体尾部兼脾臓合併切除術、リンパ節郭清術を施行した。術中所見において腫瘍は膵体部に3cm大の弾性硬に触知し、周囲への浸潤は認められなかった。【病理組織学的所見】クロマチンに富む腫大した不整形核と好酸性胞体を持つ腫瘍細胞が胞巣構造、索状構造、腺管構造を形成しながら浸潤性に増殖していた。腫瘍細胞がシート状に増殖している部分があり、免疫染色ではp40, CK5/6陽性だった。腺癌と扁平上皮癌が混在する膵腺扁平上皮癌と診断され、腫瘍摘取し規約ではTS3(55mm), pT3, pN0, cM0, Stage 2Aだった。また、切離断端は陰性だった。【術後経過】術後はTS-1による補助化学療法を施行し、術後7ヶ月の時点では臨床所見や画像上に明らかな再発は認めなかった。術後10ヶ月で突然の発熱、意識レベル低下を認め、造影CTを施行したところ肝S4に125mm大の辺縁不整の低濃度領域を認めた。腫瘍マーカーではCEA 64.8 U/ml, CA19-9 6919.9 U/mlと異常高値を認めたことから転移性肝癌と診断した。入院後に全身状態は急激に悪化した。入院後22日目に(術後11ヶ月)に永眠された。【まとめ】膵腺扁平上皮癌は通常型膵癌と比べ進行が非常に急速であるという特徴をもつ。発生頻度は膵原発悪性腫瘍全体の約2%と稀な疾患で、臨床的特徴や手術成績、治療法が確立していないため予後は不良とされている。今回、3ヶ月の間で画像上可視病変となった急速な進行の経過をたどった膵腺扁平上皮癌による肝転移再発の1例を経験したので、本邦報告例を検討した上で文献的考察を加えて報告する。

膵腺扁平上皮癌, 膵体尾部切除術

84 膵嚢胞性腫瘍との鑑別が困難であった膵内副脾に発生した類上皮嚢胞の一切除例

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

【症例】75歳女性。40年前に人間ドックの腹部超音波検査で27mmの膵嚢胞を指摘、翌年施行した腹部超音波検査では変化なく、以後フォローされていなかった。2年前の健康診断での腹部超音波検査で、膵尾部に嚢胞性病変を指摘され当院紹介受診。造影CT、MRI、EUSの結果、膵尾部の50mm大単房性嚢胞で、内部に結節の存在が疑われたが造影効果を認めなかった。1年後の造影CT、MRI、EUSでは変化なし。さらに1年後、造影CT、EUSで造影効果を伴う壁に結節が出現、嚢胞径の増大を認めた。嚢胞性病変はMRI、MRCPでT1強調画像、T2強調画像ともに高信号を呈し、膵管との交通は認めなかった。膵粘液嚢胞性病変をはじめとする悪性疾患の可能性を否定できず、腹腔鏡下膵体尾部切除術、脾臓合併切除術を施行した。病理組織学的検査において、膵尾部腫瘍は重層扁平上皮で裏打ちされた嚢胞で、嚢胞壁の一部に脾臓様構造を伴っていたことより、膵内副脾に発生した類上皮嚢胞と診断された。【考察】膵内副脾に発生した類上皮嚢胞の報告は約50例と少なく、多くは膵嚢胞性腫瘍の術前診断で切除され、病理組織学的検査で診断されている。【結語】膵嚢胞性腫瘍との鑑別が困難であった、比較的稀な膵内副脾に発生した類上皮嚢胞の一切除例を経験した。文献的考察を加えて報告する。

膵内副脾, 類上皮嚢胞

85 診断に苦慮した膵臓瘍の一例

東京大学医学部附属病院 消化器内科

成田丈格, 石垣和祥, 水野 卓, 野口賢作, 鈴木辰典, 中村知香, 佐藤達也, 武田剛志, 白田龍之介, 斎藤 圭, 内野里枝, 高原楠実, 小暮宏史, 中井陽介, 小池和彦

症例は69歳男性。検診で施行した血液検査・腹部超音波検査では異常を認めなかったものの、検診4日後に40℃の発熱と上腹部痛を認め、当院救急外来を受診された。採血では炎症反応・肝胆道系酵素の上昇を認め、腹部超音波検査では膵頭部に50mm大の低エコー腫瘍及び肝内胆管の軽度拡張を認めた。腫瘍マーカーはCA19-9が591 U/mlと高値であった。膵頭部腫瘍による胆管狭窄が原因の急性胆管炎の診断で内視鏡的ドレナージの方針とした。ERCでは胆管の途絶は認めず、中部胆管でなだらかに狭小化していた。ENBDによるドレナージ及び抗生剤加療により胆管炎は速やかに改善した。血液培養・胆汁培養からはKlebsiella pneumoniaeが検出された。膵腫瘍精査目的に施行した膵dynamic CTでは膵鉤部に50mm大の境界不明瞭で造影効果に乏しい腫瘍を認めたが、尾側の主膵管拡張は認めなかった。腫瘍の周囲には出血を伴う壊死性のリンパ節腫大を複数認めた。またring enhancementを伴う4-5mm大の多発肝腫瘍を認め、当初は膵頭部腫・多発肝転移が疑われていた。確定診断のために膵腫瘍に対しEUS-FNAを2回、肝腫瘍に対し経皮的生検を1回施行するも悪性所見は認めず、リンパ球・好中球など炎症細胞浸潤が目立つ所見であった。IgG4関連疾患を示唆する所見も認めなかった。入院1か月半後に施行したCTでは膵頭部腫瘍・多発肝腫瘍共に縮小しており、膵臓瘍・肝臓瘍が保存的治療で軽快しているものと思われた。現在も3か月毎の画像フォローを継続しているが、膵頭部腫瘍・多発肝腫瘍共に縮小傾向を維持している。膵臓瘍は急性膵炎や膵外傷後の合併症としてしばしば認められる。膵腫瘍との鑑別には難渋することも多く、術後の病理組織所見で膵臓瘍と診断される症例報告も散見する。本症例のように明らかな膵炎・膵外傷の既往がなく、また明らかな先行感染がない患者での膵臓瘍発症は稀である。今回我々は診断に苦慮した膵臓瘍の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。

膵臓瘍, 膵瘍

87 食道アカラシアの経過観察中に発症した早期食道癌に対しESDを施行した1例

群馬大学大学院医学系研究科 総合外科講座 消化管外科学分野

西川達也, 宮崎達也, 吉田知典, 熊倉裕二, 横堀武彦, 酒井 真, 宗田 真, 桑野博行

【背景】食道アカラシアの経過観察中に発症した早期食道癌に対しESDを施行した症例を経験したので報告する。【症例】症例は74歳女性。約10年前より当院消化器内科および近医内科にて、食道アカラシアに対し1年に1回のfollow-up EGDを行われていた。食道アカラシアは、Straight型、拡張度Grade I、Chicago分類type Iで、カルシウム拮抗薬のみで保存的加療が可能であった。3年前のEGDにて、切歯より18cmの食道後壁に発赤を認め、生検にてlow grade intraepithelial neoplasiaと診断された。以後、半年に1回のfollow-up EGDとし、嚴重経過観察とした。しかし、病変の拡大、ヨード不染帯、NBI拡大観察によるB1血管など、悪性を疑わせる所見は認められるものの、生検にて悪性診断は得られなかった。4か月前のEGDにて、同部位のNBI拡大観察にてB2血管が疑われ、生検にてSquamous cell carcinomaと判明。精査加療目的に当科紹介となった。精査の結果、切歯より18cmの食道後壁から右壁に、1/2周性の白苔の付着した発赤を伴う0-IIb病変を認めた。NBI拡大観察にてB1血管を認め、生検にてSquamous cell carcinomaと診断した。EUSおよび生検結果より深達度はLPM、CTおよびPETよりリンパ節転移なし、遠隔転移なしと判断した。食道癌 Ce, type0-IIb, cT1a (LPM) N0M0, cStage0と診断し、ESDを施行した。術後に大きな合併症なく、SPODに軽快退院となった。【考察】食道アカラシアは食道癌のhigh risk群であり、その頻度は健康者の7~33倍、食道癌発現までの期間は約20年と報告されている。長期間の唾液や食物残渣の停滞が慢性炎症を引き起こし、その修復過程において癌化が生じると考えられている。また、食道内貯留物のためEGDによる観察が不十分となりやすく、進行癌で発見される症例も少なくない。本症例は、食道アカラシア診断から約10年後に発癌が認められたが、その間、頻回および詳細な観察を続け、食道癌発症のうちに診断、治療することが可能であった。食道アカラシア症例では、食道癌合併を念頭に置き、長期間の詳細な観察を行うことが不可欠であると考えられた。

食道アカラシア, 食道癌

86 多発筋炎症状を主訴に来院したBarrett食道癌の一例

東邦大学医療センター大森病院 総合診療急病センター¹⁾,

東邦大学 消化器一般外科²⁾

副島宏美¹⁾, 原 規子¹⁾, 保坂達明¹⁾, 小松史哉¹⁾, 鹿島直康¹⁾, 柏木克仁¹⁾, 貴島 祥¹⁾, 竹本育聖¹⁾, 佐々木陽典¹⁾, 石井孝政¹⁾, 前田 正¹⁾, 財 裕明¹⁾, 中嶋 均¹⁾, 瓜田純久¹⁾, 名波竜規²⁾, 島田英昭²⁾

【症例】77歳、男性。【主訴】発熱を伴う両側大腿部痛。【現病歴】受診1週間前から両側大腿部痛、38℃台の発熱、倦怠感が出現。悪寒戦慄は伴っていない。前医でCRP高値を指摘されリウマチ性多発筋痛症の診断でステロイド治療が開始されたが発熱が持続。セフメタゾールを投与されたが改善しない為、当院紹介受診。【既往歴】2型糖尿病、逆流性食道炎、脂質代謝異常症【常用薬】ロキソプロフェン、レバミピド、グリメピリド、ランチジン【家族歴】兄：糖尿病【嗜好品】タバコ：20本/day (60年)、飲酒：ビール350ml/day【生活歴】特記すべきことなし【身体所見】血圧124/58mmHg、体温37.2℃、腹部平坦かつ軟、グロ音良好、圧痛・腫瘍なし、両側大腿把握痛(+)、関節痛(-)【経過】多発筋炎としての診断と治療を進めながら、他疾患の検索も進める目的で上部消化管内視鏡検査を施行し、食道癌の診断となった。【まとめ】腫瘍随伴症候群には種々の症状が知られている。本症例は受診時の主訴が大腿部痛と発熱という消化器疾患とは関連性が推測しにくい症例であった。膠原病筋痛と発熱に対して膠原病や感染を疑いつつ消化管の検索でBarrett食道癌が診断された。主訴症状はこの食道癌による腫瘍随伴症候群に起因したものであった。

Barrett 食道癌, 腫瘍随伴症候群

88 早期食道癌の合併を疑いESDで一括切除を行った食道黄色腫の1例

独立行政法人国立病院機構 東京医療センター 消化器科¹⁾,

慶應義塾大学 医学部 内科学 (消化器) ²⁾

森 英毅¹⁾, 加藤元彦^{1,2)}, 伴野繁雄¹⁾, 砂田由紀恵¹⁾, 平井悠一郎¹⁾, 窪澤陽子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⁾, 浦岡俊夫¹⁾

【症例】70歳代、女性
【主訴】なし (腫瘍マーカー高値)
【現病歴】健診で血清SCC抗原高値を指摘され、当科を受診した。上部消化管内視鏡検査で胸部食道に5mm大黄色調の扁平隆起病変を認めた。拡大NBI観察で上皮乳頭内ループ状毛細血管 (IPCL) の拡張・蛇行・口径不同を認め、形状不均一は認めなかった。同病変の生検病理で粘膜固有層にマクロファージの集簇を認め、粘膜基底層に核腫大とクロマチン増加を認めた。さらに同部位はp53陽性であり、食道黄色腫に上皮内腫瘍を合併した可能性を考慮し、同病変に対して診断的粘膜下層剥離術 (ESD) を行った。ESD標本では、粘膜基底層に大型の細胞や核腫大、クロマチン増加を認めたが、細胞の形態および分布は均一であり、最終的に上皮に炎症性変化を伴った食道黄色腫と診断した。【考察】食道黄色腫はまれな疾患であり、本疾患における拡大NBI所見の報告は検索し得た範囲内で認めなかった。本症例における拡大NBI観察におけるIPCLの所見は黄色腫に伴う反応性炎症性変化を反映していると考えられ、IPCLの特徴的な形状は食道黄色腫特有の所見である事が示唆された。これらは重要な所見と考え、文献的考察を加えて報告する。

食道黄色腫, 早期食道癌

がん研究会がん研有明病院
山下公太郎, 渡邊雅之, 峯 真司, 今村 裕, 間端 輔, 福留維行,
岡村明彦, 湯田匡美, 速水 克

【背景】食道切除は食道癌治療の中心的役割を担うが、術前に切除可能と判断した症例においても他臓器浸潤等により剥離断端陽性となる症例を経験することがある。このような症例に対して放射線治療を中心とした追加治療を行うことが多いが、その有効性については未だ明らかでない。【対象と方法】2005～2016年の食道扁平上皮癌R1切除例(剥離断端陽性)のうち、salvage surgery症例を除く29例を対象とした。臨床病理学的因子および断端遺残に対する治療が予後に及ぼす影響について検討した。【結果】年齢中央値は65歳、男/女:26/3、Charlson comorbidity index: 0, 1/2- 22/7, cStage II/III/IV: 8/17/4、術前治療はNAC9例、CRT2例。手術時間中央値は527分、出血量中央値は320ml。術後合併症はClavien-Dindo分類grade I/II/III/IV: 3/8/6/3例に認めた。病理学的進行度はpT3/4: 18/11例、pN: 0/1/2/3: 1/6/10/12例。T4臓器は気管3例、心嚢3例、大動脈2例、反回神経2例、肺・横隔膜・下肺静脈・胸膜がそれぞれ1例ずつ。遺残に対する術後治療は18例(62.1%)に施行されており、内訳は化学療法3例、放射線療法13例、化学放射線療法2例だった。治療開始までの期間中央値は59日。無増悪生存期間中央値は追加治療の有/無で204/144日(p=0.14)と差を認めなかったが、術後全生存期間は追加治療実施症例で有意に長かった(生存期間中央値: 640 vs. 359日, p=0.010)。追加治療開始までの期間による検討では、術後59日以内/60日以上症例において全生存期間中央値: 943/373日と早期治療開始症例で長い傾向にあるが、有意差は認めなかった(p=0.80)。【結語】食道癌R1切除症例において、遺残腫瘍に対して早期に追加治療を施行できた症例では全生存期間が延長することが示唆された。

食道切除, 剥離断端陽性

群馬大学大学院医学系研究科 総合外科学講座
吉田知典, 渡邊隆嘉, 西川達也, 栗山健吾, 熊倉裕二, 酒井 真,
宗田 真, 宮崎達也, 桑野博行

【目的】手術治療を施行した食道神経鞘腫の2例を経験したため報告する。【症例1】39歳女性。主訴は心窩部痛と嚥下困難。上部消化管内視鏡で切歯より19-24cm左壁にSMTを認め、EUSで筋層由来の所見であった。生検、EUS-FNAを施行したが、確定診断には至らなかった。CTでU1に直径約40mmの内部不均一な腫瘍性病変を認め、FDG-PETでMax SUV=5.5とFDGの高度集積を認めたが、リンパ節、遠隔ともに転移は認めなかった。MRIではT1で骨格筋と等～低信号、T2で軽度高信号を呈し、平滑筋腫を疑う所見であった。確定診断には至らなかったが食道原発粘膜下腫瘍の術前診断で切除適応と判断し、胸腔鏡下腫瘍切除術を施行した。術中に腫瘍は核出困難と判断し、胸腔鏡下胸部食道亜全摘、後縦隔胃管再建術を施行した。切除標本では粘膜下に55×45×24mmの境界明瞭な白色充実性腫瘍として認め、組織学的には固有筋層内に紡錘形の腫瘍細胞が不規則な束状、渦巻状に増殖しており、免疫染色でc-kit(-), CD34(-), SMA(-), s-100(+), であり食道原発神経鞘腫と診断された。【症例2】37歳女性。主訴は嚥下困難。上部消化管内視鏡で切歯より31-36cmにSMTを認め、EUSで筋層由来の所見。ボーリング生検で紡錘形細胞が確認され、免疫染色でc-kit(-), SMA(-), desmin(-), s-100(+), vimentin(+)であり、神経鞘腫と診断された。CTではL1に直径約50mm大の均一な造影効果を伴う腫瘍性病変を認め、FDG-PETでMax SUV=9.1とFDGの高度集積を認めたが、リンパ節、遠隔ともに転移は認めず、胸腔鏡下腫瘍切除術を施行した。切除標本では粘膜下に54×50×37mmの境界明瞭な黄白色充実性腫瘍を認め、組織学的に紡錘形細胞の束状の増殖を認め、免疫染色では生検と同様に食道原発神経鞘腫の診断であった。【考察】神経鞘腫の多くは良性腫瘍として知られているが、PET-CTでの異常集積を認めることも多い。症例1のように術前診断が困難で悪性腫瘍が除外できない場合は診断的治療も選択肢として提示され得ると考えられる。また神経鞘腫をはじめとする食道粘膜下腫瘍に対する術式としては胸腔鏡手術が低侵襲であり有用である。

食道, 粘膜下腫瘍

埼玉医科大学 総合医療センター 消化管・一般外科
福地 稔, 石畝 亨, 熊谷洋一, 石橋敬一郎, 持木彫人,
石田秀行

【はじめに】特発性食道破裂は嘔吐などによる急激な食道内圧上昇により、健常な食道が破裂する重篤な疾患である。今回、胃内病変を併発した特発性食道破裂の2例を経験したので報告する。【症例】64歳、男性。吐血3回後に呼吸困難となり、当科に緊急搬送された。CT検査で著明な縦隔・皮下気腫を認め、食道透視で下部食道左側から造影剤の漏出を認めた。特発性食道破裂の診断にて発症後約8時間後に緊急手術となった。左第6間で開胸開腹して下部食道左側に約4cmの破裂とともに胃角部小彎膜に出血性胃潰瘍を確認した。食道破裂部縫合閉鎖・胃底部漿膜パッチ術、胃部分切除術を施行した。術後に肺炎を併発したが気管切開術を行って改善し、第40日目に退院となった。本症例は胃潰瘍による吐血を契機に発症した食道破裂と考えられ、本邦4例目の報告であった。【症例】74歳、男性。嘔吐後に前胸部痛が出現し、緊急搬送された。CT検査で下縦隔気腫と左胸水および著明な胃拡張を認め、食道透視で下部食道左側から造影剤の漏出を認めた。特発性食道破裂の診断にて発症後約19時間後に緊急手術となった。左第6間で開胸開腹して下部食道左側に約2cmの破裂および幽門狭窄、脾臓浸潤と腹膜播種を伴った進行胃癌を認めた。食道破裂部縫合閉鎖・胃底部漿膜パッチ術、腸壁増設術および胃空腸バイパス術を施行した。術後、破裂部の縫合不全を併発したがドレナージで改善し、第73日目に退院となった。本症例は進行胃癌の幽門狭窄による嘔吐が誘因となった食道破裂と考えられ、本邦11例目の報告であった。【考察】今回の症例検討から、特発性食道破裂は胃内病変が催吐因子となり発症することがあり、特発性食道破裂に対しては迅速かつ適切な診断・治療とともに、催吐因子となる病変の有無を検索する必要があると考えられた。

特発性食道破裂, 胃内病変

群馬大学大学院医学系研究科 総合外科学講座
熊倉裕二, 栗山健吾, 吉田知典, 酒井 真, 宗田 真, 宮崎達也,
桑野博行

【背景】気管狭窄をきたす進行食道癌は緊急での処置が必要であり、気道ステントを留置することが多いが、その後根治照射が困難となるため、教室では緊急での放射線照射治療を行ってきた。【対象と方法】2007年から2016年に気道狭窄を理由に緊急放射線照射治療を施行した5症例について詳細に検証し、緊急照射治療の意義について検討した。【結果】緊急照射施行症例は5症例中全例が男性、年齢は平均67.6歳(57-77歳)、症状は4症例が呼吸苦であり、そのうち1例は、呼吸状態が悪く当院初診当日に緊急気管内挿管による呼吸管理を施行した。また、呼吸可能であり、Docetaxel, Cisplatin, 5-FUによる3剤併用療法を施行した。術前の進行度は全例T4でリンパ節転移を認め、2症例で肺への遠隔転移を認めた。治療効果判定はPR:SD=4:1例、照射後conversion surgeryもしくはsalvage手術を施行可能な症例は存在しなかったが、全例で呼吸器症状は消失した。1症例で腫瘍増大による気管の再狭窄を認め、照射開始後173日に気管ステント留置を行い、1症例で気管支食道瘻によりBSCとなった症例があったものの、残りの3症例は呼吸器系の症状の再燃は認めなかった。照射開始後生存期間は緊急照射施行群で平均190.2日、緊急照射例5症例のうち1症例が自宅退院不可能であったものの、平均で81.6日の在宅で過ごす時間を確保できていた。【考察】気道狭窄に対する食道癌緊急照射が必要な症例は予後不良であったものの、速やかな治療介入により早期に死亡の可能性があった症例に対する延命効果、QOL改善効果は高いと思われる。

食道癌, 緊急照射

獨協医科大学病院 第一外科

高柳 雅, 中島政信, 室井大人, 横山 悠, 山口 悟, 土岡 丘, 加藤広行

【はじめに】食道粘膜壊死は、虚血や胃排泄能の低下、低栄養状態などが原因となり得るといわれている。【症例】44歳、男性。10日ほど前から発熱、咽頭痛を認めていたが、医療機関を受診せず経過をみていた。一旦は症状の改善を認めたが、その後咽頭痛の増悪を認め、前医を受診。CTにて縦隔気腫の診断となり、当院呼吸器外科に紹介となった。当院で再度CT検査を施行したところ、食道損傷と縦隔炎が疑われたため当科紹介となった。緊急の内視鏡検査で、梨状陥凹部に粘膜損傷を認め、食道内には広範な粘膜壊死を認めた。生化学所見では、著明な脱水と高ナトリウム血症、炎症反応の上昇を認めたが、血液ガス分析では、アシドーシスなどの所見は認めなかった。食道穿孔の診断にて緊急手術の方針となり、右開胸胸部食道全摘・縦郭ドレナージ・食道皮膚瘻造設術・胃瘻造設術を施行した。病理組織検査では悪性所見は認めず、広範な粘膜壊死と粘膜下の血管拡張から循環不全が考えられたが、責任血管の同定は困難であった。術後は胃瘻より経管栄養剤の投与を行い、全身状態良好であったため、術後23日目に一旦自宅退院となった。その後再入院の上、一期目の術後46日目に二期目の手術として、胸骨後経路頸部食道胃管吻合・胃管瘻造設術を施行した。【考察】食道粘膜壊死や壊死性食道炎に関しては、術後に生じた症例報告や、糖尿病や脳梗塞などの基礎疾患を有し、虚血や低栄養状態といった要因が複合的に関与するとする報告がある。しかし、本症例では既往歴はなく、服薬歴や生活歴にも特記事項は認めなかった。【結語】今回我々は、広範な食道粘膜壊死を伴った原因不明の食道穿孔の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。

食道穿孔, 食道粘膜壊死

埼玉県立がんセンター 消化器外科

伊藤 謙, 川島吉之, 石川喜也, 新井 修, 岡 大嗣, 山田達也, 江原一尚, 福田 俊, 坂本裕彦

【はじめに】早期胃癌で幽門保存胃切除（以下PPG）を施行後、難治性カンジダ食道炎を発症した患者に手術を施行し改善を経験したので報告する。【症例と経過】71歳男性、StageIAの早期胃癌でPPG施行、術後経過問題なく退院となった。ステロイド、免疫抑制薬の使用はなかった。術後定期に外来通院、6カ月毎に再発チェックを受けていた。術後6カ月の上部内視鏡で逆流性食道炎と診断されたが症状は軽かった。その後、胸痛と胸やけの増悪あり、内視鏡ではさらにカンジダ食道炎と診断された。当初ミコナゾール含有ゼリー、その後フルコナゾール経口で改善、しかし、ともに服用中止で容易に再燃した。症状の改善および菌血症発症リスクを考慮し、酸逆流防止目的に幽門側胃切除、Roux-en-Y吻合（以下DG-RY）を施行した。術後は著明に逆流症状、カンジダ食道炎の改善を認めた。【考察】カンジダ食道炎はステロイドや免疫抑制薬投与例、HIV感染例などのコンプロモイドホストで多くみられる。その他のリスクとして、胃切除後、逆流性食道炎、酸分泌抑制薬、悪性腫瘍、糖尿病などがある。通常PPGはDG、BillrothI吻合と比較し逆流性食道炎およびダンピング症状の発症は少ないとされる。しかし、本症例は郭清に伴う噴門機能低下と幽門輪の温存による胃内容停滞、PPI投与が逆流性食道炎の発症と症状の増悪原因と思われる。そのため手術介入、DG-RY吻合で食道炎とその症状が改善、PPIも中止することができカンジダ食道炎を改善しえたと考えられた。

カンジダ食道炎, 胃切除

東邦大学医療センター大森病院 消化器病センター 内科

藤井絛大, 新井典岳, 小林 輝, 辛島 遼, 水谷沙織, 木村祐介, 田角恰子, 藤澤理沙人, 毛利州秀, 渡辺 剛, 松清 靖, 土方一範, 五十嵐良典, 吉峰尚幸

症例は70歳代の女性。吐血を主訴に来院した。10年以上前に十二指腸からの出血で他院に搬送され、内視鏡的止血が困難であり、血管塞栓術で止血された。その際にOsler病と診断された。その後、消化管出血はなく経過していたが、2017年7月に吐血したため当院を受診した。来院時、血圧：132/80mmHg、脈拍：85回/分とvital signは安定していたが、Hb：5.8g/dlと低下しており上部消化管内視鏡を施行した。十二指腸球部後壁に潰瘍を認め、露出血管および観血的な出血を認めなかったがクリップによる縫縮を行った。止血処置により、動脈性の出血を認めたため、クリップを追加することで出血は抑制された。しかし、輸血の反応が乏しいため2日後に再度、上部消化管内視鏡を施行し、洗浄のみで動脈性の出血をきたしクリップや止血鉗子による凝固止血でも止血困難であったため、同日に経カテーテルの動脈塞栓術を施行した。既に前医によるコイル塞栓を行われていた血管の一部が再開通しており追加でコイル塞栓を行い再出血がないことを確認し退院した。しかし、8月中旬に再出血をきたし、再度血管塞栓を行い、多数の新生血管を認めた。内視鏡治療後の粘膜障害を考慮して胃十二指腸動脈の完全塞栓は避け、可能な範囲で責任血管末梢の塞栓を行った。今後、再出血をした場合は、胃十二指腸動脈の完全塞栓または外科的治療が望ましいと考えられた。Osler病は、常染色体優性遺伝で発症し皮膚・粘膜および内臓の多発性末梢血管拡張を認め、それらの部位からの反復する出血を主徴とする疾患であり、動脈奇形を合併する。今回、Osler病に合併した十二指腸潰瘍からの出血に対し経カテーテルの動脈塞栓術を施行した1例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。

Osler病, 十二指腸潰瘍

JCHO 群馬中央病院 外科

小峯知佳, 佐野彰彦, 田部雄一, 斎藤加奈, 深澤孝晴, 山本英輝, 谷 賢実, 内藤 浩

【はじめに】十二指腸に病変がある場合、解剖学的特殊性のため、腫瘍の局在や大きさによって選択する術式が異なる。今回、十二指腸水平脚の隣臓側の病変に対し十二指腸分節切除を行いRoux-en-Y法に準じた再建を行なった症例を経験したので、報告する。【症例】56歳、女性。上腹部不快感を主訴に前医にて上部消化管内視鏡検査を施行したところ、十二指腸下行脚に憩室を認め、その肛門側の水平脚に20-25mm大の扁平白色調隆起を認めた。生検ではgroup3の診断であったが、細胞密度はやや高い所見であった。当院にて内視鏡的治療も視野に上部消化管内視鏡を施行したところ、腫瘍は中心部に厚みがあり、また蠕動が止まらず内視鏡的切除はリスクが高く、手術適応と判断した。手術では、病変は十二指腸水平脚の隣臓側に位置する半月性腫瘍であり、楔状切除は困難であると判断し、分節切除を行う方針とした。隣臓の損傷に注意しつつ十二指腸腸間膜を処理し、十二指腸分節切除を施行した。再建はroux-en-Y法に準じて行う方針とし、treitz韧带より約30cmの空腸を切離し、結腸後経路に牽上し十二指腸口側断端と逆蠕動に機能的吻合を施行。Y脚吻合部は側々吻合した。術後は大きな合併症なく、術後の消化管透視でも通過障害は認めず、術後20日目に退院した。病理検査結果では、Tubular and tubulo-villous adenomaの診断であり、術後再発なく経過している。【考察】十二指腸に悪性腫瘍がある場合は隣臓十二指腸切除など大きな侵襲を伴う術式が基本となるが、病変の悪性度、大きさ、局在次第では結果的に過大な侵襲となる可能性もある。今回は縮小手術として十二指腸分節切除を施行したが、定型的な手術としては確立されていないため、適応、再建方法などについては症例ごとに検討が必要である。

十二指腸分節切除, 縮小手術

97 腹部大動脈瘤に対するステントグラフト挿入にて治療しえた上腸間膜動脈症候群の一例

利根中央病院
星野隼矢, 関原正夫, 郡 隆之, 浦部貴史, 鹿野颯大

【症例】87歳男性。主訴は腹部膨満と嘔吐。来院当日夕食後に嘔気が出た。徐々に症状増悪あり嘔吐したため救急要請し、当院総合診療科受診した。腹部造影CT検査にて、胃から十二指腸水平脚の著明な拡張を認めた。また、直径50mmの紡錘状腹部大動脈瘤を認めた。十二指腸水平脚は上腸間膜動脈と腹部大動脈瘤に挟まれ狭窄しており、上腸間膜動脈症候群(SMA症候群)の診断となった。保存的加療にて改善したため数日間の入院で退院となったが、その後3ヶ月間で3回同様の経過を認めた。ご本人は手術加療に拒否されていたが、手術加療目的に当科紹介された。腹部大動脈瘤がSMA症候群の原因と考え、県内の循環器外科病院へ紹介した。その後腹部大動脈瘤に対しステントグラフト挿入治療が行われ、大動脈瘤の縮小を認めた。以降SMA症候群の再発なく6ヶ月経過している。SMA症候群難治例・再発例では外科的手術が施行されることがある。本症例では、原因として腹部大動脈瘤の存在が考えられた。ステントグラフト挿入にて腹部大動脈瘤の治療を行うことでSMA症候群の再発を認めなくなり、外科的手術を回避することができた。原因に対して適切な治療を選択することで、患者にとってより低侵襲な治療を行うことができると考えられた。

上腸間膜動脈症候群, 腹部大動脈瘤

99 広範囲な静脈血栓症・肺塞栓症を合併しイマチニブが著効したGISTの1例

がん研有明病院 肝胆膵内科
新垣 碧, 尾阪将人, 金田 遼, 片桐智子, 秋山 大, 山田育弘, 佐々木隆, 松山真人, 高野浩一, 笹平直樹

【症例】61歳、女性。腹痛精査で施行された造影CTで多発する腹膜腫瘍を指摘された。開腹生検にてGastrointestinal stromal tumor (以下, GIST)を疑われ当院へ紹介となった。当院初診時、著明な右下腿浮腫を認め、下肢超音波検査ならびに全身造影CTにて右大腿静脈から下大静脈まで広がる血栓と腹腔内をほぼ占拠する多結節癒合性腫瘍を認めた。左肺静脈の一部にも血栓を認めた。下大静脈フィルター留置後、ヘパリンによる抗凝固治療を開始すると同時に、イマチニブの投与を開始した。治療開始後、高アンモニア血症による意識障害や出血性胃潰瘍による消化管出血を認めたが、いずれも保存的治療にて軽快した。腫瘍による消化管蠕動障害も認められたが、絶食による消化管安静を繰り返しながらイマチニブは継続続けた。治療経過とともに腹部症状は改善しイマチニブ開始33日目のCTにて腫瘍縮小を認め、37日目に外来にて継続加療の方針となり自宅退院となった。治療開始63日目に施行したPET-CTでは著明な腫瘍縮小を確認し現在もイマチニブ継続中である。【結語】広範囲な静脈血栓症を合併した腹腔内を占拠するGISTに対し、イマチニブ投与より著効した症例を経験したので、文献的考察および当院のGISTに対する治療成績を含めて報告する。

GIST, イマチニブ

98 腸閉塞を契機に発見された小腸カルチノイドの1例

帝京大学医学部附属溝口病院 消化器内科¹⁾, 同 外科²⁾, 同 放射線科³⁾, 同 病理診断科⁴⁾
網島弘道¹⁾, 佐藤浩一郎¹⁾, 恩田 毅¹⁾, 國吉宣行¹⁾, 松本光太郎¹⁾, 関根一智¹⁾, 辻川尊之¹⁾, 高野祐一¹⁾, 馬淵正敏¹⁾, 梶山祐介¹⁾, 土井晋平¹⁾, 菊池健太郎¹⁾, 安田一朗¹⁾, 平能康光²⁾, 内藤善久²⁾, 谷口桂三²⁾, 小林紀子³⁾, 林 貴葉³⁾, 南部敦史³⁾, 多湖正夫³⁾, 川本雅司⁴⁾

78歳、男性。嘔吐を主訴に当科受診し、CT検査で、腸間膜の線維化を伴う腫瘍と腸閉塞を認め、腸閉塞と診断し当科入院となった。触診にて、腹部圧痛、反跳痛は認めず、腫瘍の触知はなかった。入院時の採血で、Hb9.6g/dlと軽度貧血を認め、腫瘍マーカーCEA, CA19-9とともに正常範囲であった。腸閉塞に対し透視下経鼻イレウス管を挿入とした。閉塞起点同定目的に透視下に下部消化管内視鏡検査施行し、回盲弁からの造影し同定とした。その後、小腸部分切除術を予定された。後腹膜腔の腫瘍は周囲組織と強固に癒着しており、摘出は困難であった。回腸-S状結腸吻合に変更した。病理組織学検査にて腸間膜リンパ節への転移を認め、腹腔内結節性病変にも同様の腫瘍細胞を認めた。腫瘍細胞は、類円形核と好酸性の細胞質でChromogranin A・Synaptophysinが陽性で、神経内分泌腫瘍(NET)の悪性度の指標である核分裂像は3/10 HPFであったため、NET(G2)と診断された。今回我々は、イレウスを契機に発見された、小腸カルチノイドの1例を経験したため、若干の文献的考察を加え報告する。

腸間膜カルチノイド, 神経内分泌腫瘍

100 胃神経内分泌腫瘍による肺転移再発の1切除例

神奈川県立がんセンター 消化器内科¹⁾, 同 病理診断科²⁾
高橋 亮¹⁾, 井口靖弘¹⁾, 林 公博¹⁾, 仲ありさ¹⁾, 高畑 豪¹⁾, 西村 賢¹⁾, 中山昇典¹⁾, 横瀬智之²⁾, 本橋 修¹⁾

【背景】胃の神経内分泌腫瘍(NEC)は全胃癌の約0.1%を占め、通常胃癌と比較し、早期よりリンパ節転移や他臓器転移を来し、急速に進展することから極めて予後不良とされている。胃NECの術後に孤立性肺転移再発をきたし、複数回の肺切除術を施行した1例を経験した。【症例】69歳男性。61歳時に胃癌pap-tub, p-stageIAに対して幽門側胃切除術の既往あり。65歳時に胃NECに対し残胃全摘術を施行し、p-stageIIA(Neuroendocrine carcinoma, Type2, T3, n0, ly0, v3)との結果を得た。術後の化学療法は行わず、経過観察としていた。残胃全摘後2年経過し左肺に結節影が出現した。経過観察にて増大傾向を示した為、左肺上葉部分切除術を行い、胃NEC肺転移の確定診断を得た。追加治療として、Carboplatin/Etoposideによる治療を6コース行った。残胃全摘後2年10ヶ月経過後に右肺に結節影が出現し、右肺上葉切除術を行い胃NEC肺転移の確定診断を得た。残胃全摘後4年経過し無再発生存中である。【考察】胃NECは約7割が腺癌との混在型であり腺癌からNECへの組織学的連続移行が報告され、腺癌細胞の異分化によりNECが出現し、腫瘍の増大に伴い表層の腺癌成分が脱落し純粋なNECになると考えられている。諸家の報告では、胃NECの発症年齢は通常胃癌と差は無く、男性に多く、早期より肝転移・リンパ節転移・腹膜播種を認め、全生存期間の中央値は約1年である。胃NECの治療は、肺小細胞癌に準じた抗腫瘍剤または外科的切除であるが、既に多発性の他臓器転移を示すことが多く、外科的切除の適応となることは稀である。本邦において本症例のように肝転移を認めず、孤立性の肺転移のみを認める報告は少なく、複数回の肺切除術を行った報告は無い。転移を伴う消化管NECに対する手術は侵襲が大きく、5年生存は困難であることから手術の意義は低いとされてきた。しかし、近年では消化管NECの孤立性肺転移では、生命予後延長の可能性があるとの報告があり、診断および治療目的に外科的切除を再検討するべきであると考えられる。胃NEC孤立性肺転移では、外科的切除により良好な予後を得られる可能性がある。

神経内分泌腫瘍, 肺転移