

日本消化器病学会 関東支部第348回例会

プログラム・抄録集



当番会長：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

平成30年2月17日(土)

海運クラブ

日本消化器病学会関東支部第348回例会

プログラム・抄録集

当番会長：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
〒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

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

<発表者，参加者の皆様へ>

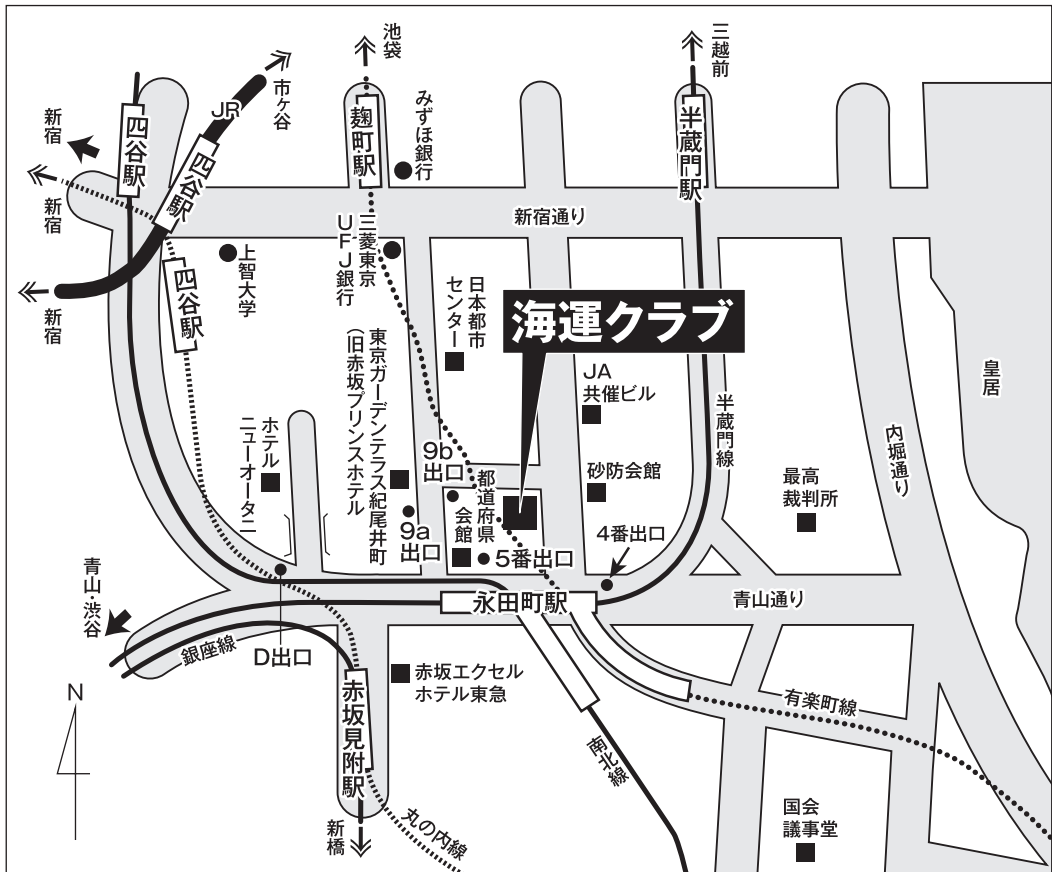
1. 発表者は日本消化器病学会の会員に限ります。
2. 発表はすべてPCでのプレゼンテーションとなります。
口演30分前までに、PC受付にてデータ登録・動作チェックを済ませてください。
 - 1) 会場に用意するPCのアプリケーションは、Microsoft PowerPoint 2007/2010/2013となります。発表データはUSBメモリにてお持ちください。また、事前に必ず、作成したPC以外のPCでも正常に動作することを確認してください。
※データ作成の際は、文字化けを防ぐため次の標準フォントをご使用ください。
日本語：MSゴシック，MS Pゴシック，MS明朝，MS P明朝
英語：Arial，Century，Century 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 13:10)
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. 専門医セミナー出場選手の先生方には、当日の集合時間・場所について、会期1週間前までに運営事務局より、メールにてご案内申し上げます。なお、見学は自由となりますので、奮ってご参加ください。
13. 会場1階ロビーにAED（自動体外式除細動器）を設置しております。

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348回例会
平成30年2月17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) 1～3	8:05～8:23	日下部涼子	(17) 研修医Ⅰ(胃・十二指腸) 56～59	8:05～8:29	岩本 真帆	
(2) 専修医Ⅱ(胃・十二指腸) 4～7	8:23～8:47	小林亜也子	(18) 研修医Ⅱ(小腸) 60～63	8:29～8:53	今井 那美	
(3) 専修医Ⅲ(胃・十二指腸) 8～11	8:47～9:11	上山 浩也	(19) 研修医Ⅲ(小腸・大腸) 64～67	8:53～9:17	山口 明香	
(4) 専修医Ⅳ(小腸) 12～14	9:11～9:29	内山 詩織	(20) 研修医Ⅳ(大腸1) 68～71	9:17～9:41	辰口 篤志	
(5) 専修医Ⅴ(大腸1) 15～18	9:29～9:53	大河原 悠	(21) 研修医Ⅴ(大腸2) 72～75	9:41～10:05	越智 大介	
(6) 専修医Ⅵ(大腸2) 19～21	9:53～10:11	村下 徹也	10:05～10:15 休憩			
10:11～10:21 休憩			(22) 研修医Ⅵ(肝1) 76～78	10:15～10:33	屋良昭一郎	
(7) 専修医Ⅶ(肝) 22～25	10:21～10:45	齊藤 朋子	(23) 研修医Ⅶ(肝2) 79～81	10:33～10:51	荒瀬 吉孝	
(8) 専修医Ⅷ(肝・胆) 26～29	10:45～11:09	清野 隆史	(24) 研修医Ⅷ(肝3) 82～84	10:51～11:09	榎奥健一郎	
(9) 専修医Ⅸ(膵1) 30～33	11:09～11:33	下村 治	(25) 研修医Ⅸ(膵1) 85～87	11:09～11:27	路川 陽介	
(10) 専修医Ⅹ(膵2) 34～37	11:33～11:57	田中 麗奈	(26) 研修医Ⅹ(膵2) 88～91	11:27～11:51	有賀 啓之	
(11) 専修医Ⅺ(その他) 38～40	11:57～12:15	塩川 慶典	(27) 研修医Ⅺ(その他) 92～93	11:51～12:03	松井 郁一	
			12:30～13:00 評議員会			
12:25～13:10 ランチョンセミナー(第1会場) 「上部消化管のベストプラクティス」 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 先生 司会 筑波大学 医学医療系 消化器内科学 教授 兵頭一之介 先生 共催：武田薬品工業株式会社						
13:10～13:25 専修医・研修医奨励賞表彰式(第1会場)						
13:25～14:20 特別講演(第1会場) 「新専門医制度の概要と将来展望」 -内科専門研修と消化器病専門研修のこれから- 国立国際医療研究センター病院 医療教育室長 村岡 亮 先生 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						
第1会場(午後の部)			第2会場(午後の部)			
演 題	時 間	座 長	演 題	時 間	座 長	
(12) 食道 41～43	14:25～14:43	堀内 和樹	(28) 肝 94～97	14:00～14:24	津久井舞未子	
(13) 胃・十二指腸・小腸 44～46	14:43～15:01	紀 仁	(29) 胆 98～100	14:24～14:42	篠原 美絵	
(14) 小腸 47～49	15:01～15:19	田中 和美	(30) 膵 101～102	14:42～14:54	廣島 良規	
(15) 大腸1 50～52	15:19～15:37	五頭 三秀	(31) その他 103～105	14:54～15:12	丸山 常彦	
(16) 大腸2 53～55	15:37～15:55	大森 敏秀				
15:55～16:00 閉会の辞(第1会場)						
16:05～18:05 第14回専門医セミナー(第2会場)★日本消化器病学会3単位取得できます 「ドクターガストロ～臨床推論からの消化器病学～」 司会 杏林大学医学部教育学 矢島 知治 先生						

専修医・研修医セッションの発表者あるいは同施設の方は、奨励賞表彰式に出席してください。
 (第1会場 13:10～)

特別講演(第1会場 13:25~14:20)

「新専門医制度の概要と将来展望」 -内科専門研修と消化器病専門研修のこれから-

国立国際医療研究センター病院 医療教育室長 **村岡 亮** 先生
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**

……演者の先生ご紹介……

むらおか あきら
村岡 亮 先生

国立国際医療研究センター病院 医療教育 室長

略歴

- 1980年 筑波大学医学専門学群卒業、国立病院医療センター内科研修医
- 1982年 国立病院医療センター消化器内科レジデント
- 1988年 米国ミシガン大学消化器内科リサーチフェロー (メンター: Tachi Yamada)
- 1993年 同分子生物学研究室faculty (job title: research investigator)
- 1998年 国立国際医療センター国際医療協力局 派遣協力専門官
- 2002年 国立国際医療センター 総長特任補佐
- 2003年 厚生労働省医政局医事課 医師臨床研修推進室 室長補佐
- 2005年 同臨床研修審査専門官
- 2010年 国立国際医療センター医療教育部副部長、厚労省医師臨床研修推進室調査員(～現在)
- 2016年 国立国際医療研究センター医療教育部 部門長
- 2017年 同医療教育室長 (専任)

学会役職

- 日本医学教育学会理事 (学会国際化委員会委員長)
- 日本内科学会評議員
- 日本消化器病学会学会評議員

ランチオンセミナー (第1会場 12:25~13:10)

「上部消化管のベストプラクティス」

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** 先生

司会 筑波大学 医学医療系 消化器内科学 教授 **兵頭一之介** 先生

共催：武田薬品工業株式会社

……演者の先生ご紹介……

すずき ひでかず
鈴木 秀和 先生

慶應義塾大学医学部 医学教育統轄センター 教授

略歴

1989年 慶應義塾大学医学部卒業
1993年 慶應義塾大学大学院医学研究科博士課程所定単位修了
1993年 米国カリフォルニア大学サンディエゴ校研究員
1994年 博士(医学)(慶應義塾大学甲 第1292号)
1996年 慶應義塾大学助手(医学部内科学)
2002年 慶應義塾大学医学部・信濃町キャンパス・リサーチパーク 研究計画責任者
2002年 財)山形県企業振興公社 生物ラジカル研究所外部研究員
2003年 東京歯科大学非常勤講師(内科学)
2003年 慶應義塾大学専任講師(学部内)(医学部内科学)
2005年 社)北里研究所 北里研究所病院 消化器科医長
2005年 慶應義塾大学信濃町キャンパスリサーチパーク研究代表者
2006年 慶應義塾大学専任講師(医学部内科学(消化器))
2011年 慶應義塾大学准教授(医学部内科学(消化器))
2012年 ワシントン大学医学部消化器内科学visiting professor
2013年 慶應義塾大学病院 消化器内科診療副部長
2015年 慶應義塾大学教授(医学部医学教育統轄センター)
2015年 慶應義塾大学 大学院医学研究科委員
2016年 東京歯科大学内科学講座 客員教授
2017年 慶應義塾大学大学院医学研究科 大学院検討委員

学会役員等

日本微小循環学会 理事長、日本ヘリコバクター学会 副理事長
日本臨床中薬学会 副理事長、日本潰瘍学会 理事、日本がん予防学会 理事
日本神経消化器病学会 理事、日本高齢消化器病学会 理事
日本消化器病学会 財団評議員、日本消化器内視鏡学会 評議員
日本消化管学会 代議員、日本胃痛学会 代議員、日本医学教育学会 代議員
日本酸化ストレス学会 評議員、日本自律神経学会 評議員
American Gastroenterological Association Fellow (AGAF), AGA国際委員
Fellow of American College of Gastroenterology (FACG)
Rome 委員会 Rome IV chapter委員, Rome Foundation Fellow (RFF)
日本専門医機構 専門医認定・更新委員会 常任委員

第14回専門医セミナー

(第2会場 16:05～18:05)

「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。

司 会：矢島 知治 (杏林大学医学部 医学教育学)
ミニレクチャー：葛西 豊高 (深谷赤十字病院 消化器科)

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

出場選手：

症例1.

チームA	神奈川県立足柄上病院	大石梨津子	・	久富 健介
チームB	埼玉医科大学病院	塩味 里恵	・	宮口 和也
チームC	川崎市立多摩病院	大槻 拓矢	・	藤井 高幸
チームD	東京都立墨東病院	大倉 幸和	・	土屋 杏平

症例2.

チームE	自治医科大学附属病院	後藤翔太郎	・	小野 友輔
チームF	深谷赤十字病院	田中 健丈	・	藤野 健人
チームG	東京医科歯科大学医学部附属病院	河上 和輝	・	山下 萌
チームH	佐野厚生病院	岩田賢太郎	・	星 健太

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—

龍ヶ崎済生会病院	消化器内科	間宮 孝
国立国際医療研究センター	消化器内科	秋山 純一
東京都立墨東病院	内科	浅野 徹

(1) 専修医Ⅰ（食道） 8:05~8:23 座長 筑波大学 消化器内科 日下部 涼子

1. 食道アカラシアの診断に難渋した一例

東京ベイ・浦安市川医療センター 消化器内科/総合内科 ○吉岡 翼, 山田 徹, 宮垣 亜紀, 宮崎 岳大
平岡 栄治, 本村 康明
昭和大学江東豊洲病院 消化器センター 井上 晴洋

2. 食道癌、胃癌、肝細胞癌を同時性重複した一例

独立行政法人 国立病院機構 水戸医療センター 消化器科 ○池田 貴文, 石田 博保, 菅沼 大輔, 下山田雅大
伊藤 有香, 吉田 茂正, 山口 高史

3. 高度食道狭窄に対しボーリング生検で乳癌の食道転移と診断し得た一例

日本医科大学付属病院 消化器・肝臓内科 ○石川裕美子, 川見 典之, 星野慎太郎, 竹之内菜菜
梅澤まり子, 花田優理子, 星川 吉正, 河越 哲郎
貝瀬 満, 岩切 勝彦
同 乳腺科 武井 寛幸

(2) 専修医Ⅱ（胃・十二指腸1） 8:23~8:47 座長 東京女子医科大学病院 消化器内科 小林 亜也子

4. 術後17年目で再発し骨髄癌腫症で死亡した早期胃癌の一例

日立製作所日立総合病院 消化器内科 ○宮嶋 望, 水谷 悟, 久保田 大, 永淵 美帆
越智 正憲, 綿引 隆久, 大河原 悠, 大河原 敦
柿木 信重, 鴨志田敏郎, 平井 信二
同 呼吸器内科 清水 圭
同 病理診断科 坂田 晃子
筑波大学附属病院 日立社会連携教育研究センター 谷中 昭典

5. 十二指腸潰瘍に対する動脈塞栓術施行後に虚血性胃炎を併発し保存的に加療しえた1例

菊名記念病院 消化器内科 ○宮尾 直樹, 西元 史哉, 中村 仁紀, 佐藤 知己

6. 十二指腸狭窄を契機に発見された膵十二指腸動脈瘤破裂の1例

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

7. 胃 GIST に随伴した傍腫瘍性神経症候群 (paraneoplastic neurologic syndrome: PNS) の一例

順天堂大学附属順天堂医院 消化器内科 ○黒澤 太郎, 福嶋 浩文, 岡原 昂輝, 清水 基規
上山 浩也, 石川 大, 今 一義, 澁谷 智義
山科 俊平, 坂本 直人, 北條麻理子, 伊佐山浩通
池嶋 健一, 椎名秀一郎, 永原 章仁
同 神経内科 森 聡生

(3) 専修医Ⅲ(胃・十二指腸2) 8:47~9:11 座長 順天堂大学 消化器内科 上山 浩也

8. 食道胃接合部癌の両眼脈絡膜転移を認めた1例

独立行政法人国立病院機構 西埼玉中央病院 消化器科 ○杉山 悦郎, 出口 雅彦, 楊 英毅, 石本 詩子
吉田 幸永, 根岸 道子, 二上 敏樹
同 眼科 岡 奈々
同 研究検査科 島田 哲也
東京慈恵会医科大学 消化器・肝臓内科 猿田 雅之
埼玉医科大学総合医療センター 眼科 小幡 博人

9. 両側乳糜胸水で発症した0-IIc型進行胃癌の一例

国立国際医療研究センター 消化器内科 ○住田 純子, 忌部 航, 小林 桜子, 飯田 龍洋
泉 敦子, 下村 暁, 濱田麻梨子, 松下 祐紀
木村 花菜, 西家由里子, 柳澤 直宏, 守安 志織
久田 裕也, 木平 英里, 櫻井 恵, 大久保栄高
渡邊 一弘, 永田 尚義, 横井 千寿, 小島 康志
秋山 純一

10. 感染性臍嚢胞と鑑別を要した十二指腸憩室炎の一例

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

11. 経過中に過形成性変化および増大傾向を呈し, 悪性所見が疑われた胃異所性腺の1例

新東京病院 消化器内科 ○村上 大輔, 原田 英明, 氏原 哲郎, 中原良太郎
清水 貴徳, 末廣 聡士, 勝山 泰志, 早坂 健司
天野 祐二
同 内視鏡外科 山田 英夫

(4) 専修医Ⅳ(小腸) 9:11~9:29 座長 横浜労災病院 消化器内科 内山 詩織

12. 腸重積にて発見された回腸原発炎症性筋線維芽細胞性腫瘍の一切除例

筑波大学附属病院 消化器内科 ○廣瀬 優, 金子 剛, 水井 恒夫, 山浦 正道
小松 義希, 永瀬 将臣, 佐藤 雅志, 服部 純治
兵頭一之介
同 光学医療診療部 溝上 裕士

13. 診断に苦慮した腸石を伴う Meckel 憩室の一例

東京医科大学病院 消化器内科
戸田中央総合病院 消化器内科 ○鈴木 由華, 山本 圭, 鎌田健太郎, 岸本 佳子
香川 泰之, 富田 裕介, 本間 俊裕, 堀部 俊哉
原田 容治
東京医科大学病院 消化器内科 糸井 隆夫

14. 短期間での再発を認めた稀な小腸平滑筋肉腫の1例

戸田中央総合病院 消化器内科 ○本間 俊裕, 山本 圭, 鎌田健太郎, 岸本 佳子
香川 泰之, 富田 裕介, 鈴木 由華, 堀部 俊哉
原田 容治
同 外科 久田 将之

(5) 専修医Ⅴ(大腸1) 9:29~9:53 座長 日立総合病院 消化器内科 大河原 悠

15. Cronkhite-Canada 症候群に早期胃癌・早期大腸癌を合併しESDにて治癒切除した一例

草加市立病院 消化器内科 ○松川 直樹, 山崎 友裕, 岡田 理沙, 小橋健一郎
今城 真臣, 鎌田 和明, 矢内 常人
東京医科歯科大学医学部附属病院 病理部 桐村 進, 天野 与稔, 出雲 俊之, 明石 巧

16. S状結腸癌に合併した壊死性筋膜炎の一例

済生会横浜市南部病院 消化器内科 ○遠藤 和樹, 川名 一朗, 菱木 智, 所知加子
石井 寛裕, 亀田 英里, 石井 泰明, 池田 礼
張 優美, 近藤 新平, 三村 秀樹, 中森 義典
金丸 雄志

17. 虫垂炎と診断され保存的加療後に手術施行された虫垂癌の2例

日本医科大学 消化器外科 ○久保田友紀, 原 敬介, 山田 岳史, 小泉 岐博
進士 誠一, 横山 康行, 高橋 吾郎, 堀田 正啓
岩井 拓磨, 武田 幸樹, 太田恵一朗, 内田 英二

18. 腸重積をきたした巨大結腸脂肪腫の1例

小山記念病院 消化器内科 ○杉山雄太郎, 池田 和穂, 若山真理子, 長嶺 寿秋
東海 俊史, 山口 雄司, 田中 直見

(6) 専修医Ⅵ(大腸2) 9:53~10:11 座長 筑波学園病院 消化器内科 村下 徹也

19. 妊娠中に発症しステロイドが奏効した腸管病変を伴う不全型ベーチェット病の一例

けいゆう病院 消化器内科 ○葛西 祐樹, 岡田 直也, 北村 英俊, 関 由喜
川崎 由華, 伊藤 高章, 香川 幸一, 中下 学
岡沢 啓, 水城 啓, 永田 博司

20. 細菌性腸炎による腸重積に対して保存的加療で軽快した1例

日立製作所総合病院 消化器外科 ○前野 竜平, 松井 郁一, 羽生 匠, 村井 伸
横溝悠里子, 箱田 浩之, 稲垣 勇紀, 丸山 岳人
青木 茂雄, 三島 英行, 酒向 晃弘, 奥村 稔

21. binary toxin 陽性株による市中感染重症型の *Clostridium difficile* 感染症の一例

杏林大学医学部 第三内科 ○小栗 典明, 桜庭 彰人, 森久保 拓, 佐藤 太龍
菊池 翁輝, 徳永創太郎, 箕輪慎太郎, 池崎 修
三井 達也, 三浦 みき, 齋藤 大祐, 林田 真理
森 秀明, 久松 理一
同 微生物学教室 大崎 敬子, 神谷 茂
同 病理学教室 岡部 直太, 大窪 泰弘, 柴原 純二

(7) 専修医Ⅶ(肝) 10:21~10:45 座長 千葉大学 総合安全衛生管理機構 齊藤 朋子

22. 横隔膜を穿破し、肺膿瘍を合併したアメーバ性肝膿瘍の1例

東邦大学医療センター大森病院 消化器内科 ○毛利 州秀, 吉本 憲介, 辛島 遼, 小林 輝
田角 怜子, 藤井 紘大, 藤澤理沙人, 水谷 沙織
渡辺 剛, 吉峰 尚幸, 岩崎 将, 山口 和久
和久井紀貴, 岡野 直樹, 永井 英成, 五十嵐良典

23. C型肝炎に対するインターフェロン治療著効10年後に進行肝細胞癌を発生した1例

東京北医療センター 消化器内科 ○光定 聖弥, 服部 大輔, 齋藤 博大, 岩田 朋之
間濑 一壽, 吉田 見紀, 三澤 綾子, 青柳 有司

24. 膨潤抑制を用いたDEB-TACEにより著効が得られた巨大肝細胞癌の一例

東邦大学医療センター大森病院 消化器内科 ○辛島 遼, 松井 太吾, 天沼 誠, 吉峰 尚幸
荻野 悠, 向津 隆規, 松清 靖, 大道 泰子
和久井紀貴, 篠原 美絵, 池原 孝, 初山 浩一
永井 英成, 五十嵐良典

25. 肝門部胆管癌門脈浸潤に伴う門脈狭窄に対して経皮経肝門脈ステント留置術が著効した2例

昭和大学病院 消化器内科 ○杉浦 育也, 魚住祥二郎, 中島 陽子, 梶原 敦
荒井 潤, 下間 祐, 打越 学, 野本 朋宏
坂木 理, 吉田 仁

(8) 専修医Ⅷ(肝・胆) 10:45~11:09 座長 慶應義塾大学医学部 内科学(消化器) 清野 隆史

26. メトトレキサート中止により自然退縮を示した肝悪性リンパ腫の一例

帝京大学医学部 内科 ○松本 謙介, 高森 頼雪, 大隅 瞬, 櫻井美代子
柳澤 大輔, 大和 洸, 中村 直裕, 丸山 喬平
三木 淳史, 八木みなみ, 岡村 喬之, 青柳 仁
磯野 朱里, 三浦 亮, 阿部浩一郎, 小田島慎也
同 病理 大田 泰徳

27. 胆管非拡張型膵・胆管合流異常と膵管非癒合を合併した1例

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

28. 診断に超音波内視鏡検査が有用であった乳頭括約筋機能不全の1例

昭和大学藤が丘病院 消化器内科 ○浅見 哲史, 山村 詠一, 新谷 文崇, 小林 孝弘
長濱 正亞, 岩橋 健太, 吉田詠里加, 小澁 尚子
東畑美幸子, 鈴木 怜佳, 遠藤 利行, 上原なつみ
花村祥太郎, 阿曾沼邦夫, 五味 邦代, 黒木優一郎
山本 頼正, 井上 和明

29. 下部胆管転移を来した乳癌の一例

大和市立病院 消化器内科 ○林 慧, 亀田 亮, 浅見 昌樹, 柳田 直毅
山本 和寿

(9) 専修医区(腓1) 11:09~11:33 座長 筑波大学 医学医療系 消化器外科 下村 治

30. 主膵管拡張を契機に発見された StageI 膵癌に対し腹腔鏡下膵体尾部切除術を施行した1例

東京女子医科大学 消化器・一般外科 ○小川 杏平, 出雲 渉, 樋口 亮太, 谷澤 武久
植村修一郎, 山本 雅一

31. GEM + nab-PTX 治療にて根治手術に至った肝転移を伴う膵頭部癌の一例

東海大学医学部付属病院 消化器内科 ○杉山 悟, 川寫 洋平, 吉原 四方, 川西 彩
小川 真実, 峯 徹哉
同 消化器外科 益子 太郎, 増岡 義人, 山田 美鈴, 古川 大輔
矢澤 直樹, 中郡 聡夫
同 病理診断科 平林 健一

32. 局所進行切除不能膵癌に対して Gemcitabine 療法と重粒子線治療の併用で長期生存が得られた1例

東京都立墨東病院 内科 ○早川 優香, 小林 克誠, 土屋 杏平, 町田 智世
大倉 幸和, 新見 真央, 松岡 愛菜, 野坂 崇仁
三角 宜嗣, 加藤 理恵, 三浦 夏希, 松本 太一
古本 洋平, 浅野 徹, 佐崎なほ子, 忠願寺義通
同 内視鏡科 堀内 亮郎

33. 膵臓癌術後に Trousseau 症候群を発症し治療に難渋した一例

茨城県立中央病院・茨城県地域がんセンター 消化器内科 ○飯島 一飛, 大関 瑞治, 瀬山 侑亮, 本多 寛之
石橋 肇, 山岡 正治, 藤枝 真司, 五頭 三秀
荒木 真裕, 天貝 賢二
同 神経内科 小國 英一
茨城県立中央病院・茨城県地域がんセンター 消化器内科 堀川 諭
同 神経内科 初期研修医 稲葉 康記

(10) 専修医Ⅹ(膝2) 11:33~11:57 座長 東京医科大学医学部 消化器内科 田中麗奈

34. 術前診断に苦慮した膵内副脾に発生した類上皮嚢胞(Epidermoid Cyst in an Intrapaneatic Accessory Spleen: ECIAS)の一切除例

横浜市立大学医学部 消化器・腫瘍外科学 ○大矢 浩貴, 土屋 伸広, 豊田 純哉, 中崎 佑介
田中 淑恵, 佐原 康太, 荒木謙太郎, 村上 崇
藪下 泰宏, 澤田 雄, 熊本 宜文, 松山 隆生
遠藤 格
横浜市立大学附属病院 病理診断科・病理部 松村 舞依

35. 意識障害を契機に発見されたインスリノーマの一例

筑波大学附属病院水戸地域医療教育センター 水戸協同病院 ○小野田 翼, 熊倉 有里, 有賀 啓之, 鹿志村純也

36. 経過観察中に慢性膵炎に至った自己免疫性膵炎の1例

東京都立多摩総合医療センター 消化器内科 ○関口 修平, 藤木 純子, 村田 彩, 山田 大貴
藤原 俊, 山形 亘, 前田 元, 栗原 正道
伊東 詩織, 脇岡 悠子, 下地 耕平, 中園 綾乃
吉岡 篤史, 井上 大, 堀家 英之, 小倉 祐紀
並木 伸
同 病理・検査科 霧生 孝弘

37. 陰嚢まで炎症が波及した重症急性膵炎の一例

獨協医科大学 消化器内科 ○福士 耕, 富永 圭一, 竹中 一央, 高橋 史成
土田 幸平, 平石 秀幸

(11) 専修医Ⅺ(その他) 11:57~12:15 座長 埼玉医科大学医学部 消化器内科・肝臓内科 塩川慶典

38. EUS-FNAにより診断に至った結核菌感染の一例

群馬大学医学部附属病院 消化器・肝臓内科 ○吉成夫希子, 星 恒輝, 小林 剛, 入江 江美
中山 哲雄, 山田 俊哉, 田中 寛人, 富澤 琢
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, 河村 修
草野 元康, 浦岡 俊夫

39. 非切除的に診断・加療しえた分節性動脈中膜融解症の2例

小山記念病院 内科 ○山口 雄司, 田中 直見
筑波大学附属病院 消化器内科 金子 剛, 兵頭一之介

40. 診断に難渋した正中弓状靱帯圧迫症候群

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

第1会場 (午後の部)

13:25~14:20

特別講演

「新専門医制度の概要と将来展望」

—内科専門研修と消化器病専門研修のこれから—

国立国際医療研究センター病院 医療教育室長 村岡 亮 先生

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

(12) 食道 14:25~14:43 座長 防衛医科大学校病院 消化器内科 堀内 和樹

41. 食道バイパス術を施行し、経口が可能となった食道穿孔を伴う縦隔型肺癌の1例

東京医科大学茨城医療センター 消化器外科 ○丸山 常彦, 鈴木 和臣, 田子 友也, 西田 清孝
島崎 二郎, 下田 貢, 鈴木 修司

42. 強皮症に合併した表在型食道扁平上皮癌の一例

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

43. 高齢者の進行食道癌に対して放射線単独療法を施行し,CR維持可能であった一例

帝京大学医学部附属溝口病院 消化器内科 ○松本光太郎, 佐藤浩一郎, 足立 貴子, 梶山はな恵
恩田 毅, 國吉 宣行, 綱島 弘道, 関根 一智
辻川 尊之, 梶山 祐介, 高野 祐一, 馬淵 正敏
土井 晋平, 安田 一朗

同 第四内科 菊池健太郎

同 放射線科 南部 敦史, 多湖 正夫

(13) 胃・十二指腸・小腸 14:43~15:01 座長 獨協医科大学病院 消化器内科 紀 仁

44. 胃ESD後に頻回の後出血をきたしカモスタットメシル酸の投与が有用であった一例

東京医科大学 消化器内科 ○森瀬 貴之, 八木 健二, 辻 雄一郎, 青木 勇樹
杉本 暁彦, 内田久美子, 小山 洋平, 班目 明
糸井 隆夫

45. カプセル内視鏡検査で小腸粘膜の改善を確認し得た、オルメサルタン関連スプルー様腸疾患の1例

深谷赤十字病院 消化器科 ○葛西 豊高, 川辺 晃一, 村松 誠司, 宮原 庸介
福田 裕昭, 江藤 宏幸, 今井 崇紀, 田中 健文
同 外科 石川 文彦, 新田 宙, 藤田 昌久, 釜田 茂幸
山田 千寿, 伊藤 博

46. 再発を繰り返す小腸イレウスの臨床経過から、内科的に小腸クローン病の診断に至った一例

慶應義塾大学 医学部 消化器内科 ○高田 祐明, 戸ヶ崎和博, 南木 康作, 水野 慎大
長沼 誠, 金井 隆典
同 内視鏡センター 木村佳代子, 高林 馨, 細江 直樹, 緒方 晴彦

(14) 小腸 15:01~15:19 座長 群馬大学大学院医学系研究科 医療の質・安全学 田 中 和 美

47. 消化管出血を契機に発見された平滑筋種の一例

日本大学病院 消化器内科 ○入江 彰, 草野 央, 鈴木 翔, 大木 庸子
大澤 朗太, 林 香里, 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
日本大学板橋病院 消化器肝臓内科 今津 博雄, 松岡 俊一, 森山 光彦

48. 術前診断しえた左傍十二指腸ヘルニアに対し、完全腹腔鏡下に修復した2例

慶應義塾大学 一般・消化器外科 ○牧野 暁嗣, 石田 隆, 長谷川博俊, 岡林 剛史
鶴田 雅士, 安藤 知史, 岩間 望, 鈴木 博史
徳田 敏樹, 豊田 尚潔, 池端 昭慶, 森田 寛
山高 謙, 足立 陽子, 松岡 信成, 北川 雄光
荻窪病院 外科 田島 佑樹

49. 上腸間膜動脈閉塞症の検討

茨城県立中央病院・茨城県地域がんセンター 消化器内科 ○大関 瑞治, 飯島 一飛, 瀬山 侑亮, 本多 寛之
石橋 肇, 山岡 正治, 藤枝 真司, 荒木 眞裕
五頭 三秀, 天貝 賢二

(15) 大腸 1 15:19~15:37 座長 茨城県立中央病院 消化器内科 五 頭 三 秀

50. 大腸憩室炎を疑われた腹膜垂炎の一例

昭和大学横浜市北部病院 消化器センター ○望月 健一, 工藤 進英, 武田 健一, 峯岸 洋介
小倉 庸平, 加賀 浩之, 小川 正隆, 奥村 大志
倉田 知幸, 漆原 史彦, 三澤 将史, 森 悠一
小形 典之, 工藤 豊樹, 久行 友和, 林 武雅
若村 邦彦, 馬場 俊之, 日高 英二, 石田 文生

51. 維持透析患者に対し mFOLFOX + Bevacizumab, FOLFIRI + Bevacizumab 併用療法を施行した直腸癌・多発肝転移の1例

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

52. 抗結核薬治療後の癒痕狭窄を懸念し、外科的切除を行った腫瘍型腸結核の1例

東京臨海病院 消化器内科 ○谷口源太郎, 野村 亮介, 李 世容, 金野 朗
櫻井 則男, 山田 俊夫

(16) 大腸2 15:37~15:55

座長 大森敏秀胃腸科クリニック 大森敏秀

53. 下部消化管内視鏡検査前処置薬が誘因と考えられた再発性虚血性大腸炎の一例

龍ヶ崎済生会病院 消化器内科 ○俣野 大介, 鈴木 宏清, 江南ちあき, 間宮 孝
佐藤巳喜夫, 海老原次男

54. 成人の O157 感染により溶血性尿毒症候群、脳症、そして心肺停止へと至った1例

湘南藤沢徳洲会病院 肝胆膵消化器センター ○清水 実, 宗像 博美, 岩淵 省吾, 永田 充

55. クロウン病術後に潰瘍性大腸炎併発との鑑別を要したメサラジンアレルギーの1例

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

第2会場（午前の部）

研修医セッション評価者

日立総合病院 消化器内科	柿木 信重
筑波大学 医学医療系 消化器内科学	長谷川直之
東京医科大学茨城医療センター 消化器内科	村上 昌

(17) 研修医Ⅰ（胃・十二指腸） 8:05~8:29 座長 日本大学医学部附属板橋病院 消化器・肝臓内科 岩本 真帆

56. EUS-FNA で診断しえた胃神経内分泌癌(NEC)の1例

東京警察病院 消化器科 ○富田梨華子, 内田 麻美, 千葉 薫, 藤澤 剛太
徳山 信行, 芹澤多佳子, 八木岡 浩, 小椋 啓司

57. Epstein-Barr virus 関連早期胃癌の3例

東京慈恵会医科大学附属柏病院 内視鏡部 ○西村英理香, 番 大和, 小山 誠太, 安達 世
荒川 廣志
同 消化器肝臓内科 伊藤 善翔, 松本 喜弘, 内山 幹, 梶原 幹生
小井戸薫雄
東京慈恵会医科大学 内視鏡科 炭山 和毅

58. 当院での H.pylori 除菌率についての検討

千葉労災病院 消化器内科 ○芹澤 奏, 田中 武継, 菰田 文武, 榊谷 佳生
久我 明司, 石神 秀昭, 吉田 直樹, 徳長 鎮
笹部真亜沙, 林 卓哉

59. 十二指腸原発 Gangliocytic paraganglioma の一例

横浜市立大学 センター病院 消化器病センター ○廣瀬 知文, 小坂 隆司, 須藤 友奈, 佐藤 涉
末松 秀明, 田中 優作, 宮本 洋, 湯川 寛夫
國崎 主税, 遠藤 格

(18) 研修医Ⅱ（小腸） 8:29~8:53 座長 東京慈恵会医科大学医学部 消化器・肝臓内科 今井 那美

60. 胃アニサキス症に小腸アニサキス症を合併した一例

筑波学園病院 消化器内科 ○久保田翔太, 新里 悠輔, 村下 徹也, 松田 健二
川西 宣裕, 西 雅明

61. IgA 血管炎に類似した臨床症状を示した皮膚小血管性血管炎の一例

日立製作所 日立総合病院 ○伏野 拓也, 越智 正憲, 水谷 悟, 永渕 美帆
久保田 大, 宮嶋 望, 綿引 隆久, 大河原 悠
大河原 敦, 柿木 信重, 鴨志田敏郎, 平井 信二
筑波大学附属病院 日立社会連携教育研究センター 谷中 昭典

62. IgG 4 関連硬化性胆管炎の経過中に非閉塞性腸間膜虚血症を発症した一例

筑波記念病院 消化器内科 ○ヘリチエカマテイナ, 添田 敦子, 大塚公一朗, 萩原 悠也
岩井健太郎, 小林真理子, 越智 大介, 池澤 和人
中原 朗

63. ステロイド長期投与中に腹腔内遊離ガスを伴う腸管気腫症を発症し、保存的加療を行った一例
 国家公務員共済組合連合会 横浜南共済病院 臨床研修医 ○角田翔太郎
 同 消化器内科 石田 彩花, 船岡 昭宏, 鈴木 良優, 髙原小百合
 三井 智広, 天野 仁至, 中山 沙映, 飯塚 千乃
 小串 勝昭, 中野 間, 有馬 功, 金子 卓
 岡 浩之, 岡崎 博
- (19) 研修医Ⅲ(小腸・大腸) 8:53~9:17 座長 昭和大学医学部内科学講座 消化器内科学部門 山口 明 香
64. 誤飲したPTPに起因する腸閉塞により腹壁瘻痕ヘルニア修復に使用したメッシュが腸管穿孔を引き起こした1例
 東京慈恵会医科大学 消化器外科 ○佐藤 和秀, 松本 晶, 田中雄二郎, 志田 敦男
 三森 教雄, 矢永 勝彦
65. CTで疑われた大腸アニサキス症の一例
 茨城厚生連 総合病院 水戸協同病院 初期研修医 ○茂又 章徳
 同 消化器内科 有賀 啓之, 小野田 翼, 熊倉 有里, 鹿志村純也
66. 回腸双孔式人工肛門閉鎖術にて改善した難治性壊疽性膿皮症の一例
 東京医科歯科大学附属病院 消化器内科 ○周東万里恵, 渡邊 彩子, 渡部 太郎, 勝倉 暢洋
 竹中 健人, 仁部 洋一, 北畑富貴子, 新田沙友梨
 村川美也子, 藤井 俊光, 岡田英理子, 鬼澤 道夫
 中川 美奈, 柿沼 晴, 長堀 正和, 大塚 和朗
 渡辺 守
 同 外科 松山 貴俊
 同 皮膚科 西田真紀子
 同 病理科 加藤 亮子, 大西威一郎
67. 大腸ポリペクトミー施行10日後に骨盤腔出血を発症した1例
 横須賀市立うわまち病院 消化器内科 ○案納 忠誠, 小宮 靖彦, 森川瑛一郎, 秋間 崇
 池田 隆明
 藤沢湘南台病院 消化器内科 大熊 幹二
- (20) 研修医Ⅳ(大腸1) 9:17~9:41 座長 日本医科大学付属病院 消化器・肝臓内科 辰 口 篤 志
68. 進行大腸癌に悪性リンパ腫を併発した1剖検例
 厚生中央病院 消化器病センター内科 ○菌部 光汰, 中村 文彦, 木村 晴, 権 勉成
 松浦 良徳, 剛崎 寛徳, 根本夕夏子
 同 放射線科 若林ゆかり
 東京医科大学 分子病理学講座 黒田 雅彦
69. FOLFIRI + Bmab 施行中に出現した5-FU脳症の一例
 東京慈恵会医科大学附属病院 内科学講座消化器・肝臓内科 ○野上 諒, 宮崎 亮佑, 澤田 亮一, 宮下 春菜
 蜂谷 眞未, 永田 祐介, 三戸部慈実, 及川 恒一
 猿田 雅之

70. それぞれ異なる治療法で完治した直腸 MALT リンパ腫の3例

東京通信病院 消化器内科 ○鈴木 祥代, 加藤 知爾, 古谷 建悟, 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, 田村 浩一
同 放射線科 鈴木 丈夫

71. 局所進行S状結腸癌に対して術前化学療法を経た後に根治手術を施行した1例

自治医科大学附属さいたま医療センター 一般消化器外科 ○月橋 一創, 辻仲 眞康, 高橋 洵, 柿澤 奈緒
高山 法也, 伊瀬谷和輝, 町田枝里華, 菊地 望
染谷 崇徳, 長谷川美美, 菊川 利奈, 宮倉 安幸
力山 敏樹

(21) 研修医V(大腸2) 9:41~10:05 座長 筑波記念病院 消化器内科 越 智 大 介

72. 診断に難渋した好酸球性胃腸炎の一例

東京慈恵会医科大学第三病院 消化器肝臓内科 ○渡辺 健太, 岩久 章, 木下 勇次, 廣瀬 雄紀
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, 木下 晃吉, 木島 洋征
小池 和彦

73. 慢性好酸球性白血病との鑑別を要した好酸球性胃腸炎の一例

筑波大学附属病院 消化器内科 ○城山真美子, 山浦 正道, 金子 剛, 廣瀬 優
永瀬 正臣, 小松 義希, 服部 純治, 佐藤 雅志
兵頭一之介
同 血液内科 小原 直
同 病理診断科 坂本 規彰

74. 多発結腸憩室例に生じた盲腸表在潰瘍出血の一例

東京共済病院 消化器内科 ○小宅 桃子, 榊 一臣, 佐野 自由, 沖永 康一
鈴木雄一朗, 矢内 真人, 宍戸 華子, 永山 和宜
東京医科歯科大学医学部附属病院 消化器内科 渡辺 守

75. 大腸憩室炎との鑑別に苦慮した高齢発症の家族性地中海熱の1例

防衛医科大学校病院 内科学2講座 ○高橋 駿, 伊東 傑, 村原 なみ, 露木 和彬
中山 花奈, 富岡 明, 西村 弘之, 白壁 和彦
古橋 廣崇, 高城 健, 東山 正明, 渡辺知佳子
富田 謙吾, 穂苅 量太
同 光学医療診療部 高本 俊介

(22) 研修医VI(肝1) 10:15~10:33 座長 東京医科大学茨城医療センター 消化器内科 屋 良 昭一郎

76. 妊娠初期にヒトパルボウイルス B19 肝炎を発症した一例

東邦大学医療センター大橋病院 消化器内科 ○中村 允人, 塩澤 一恵, 山本 修平, 松井 貴史
木村 隆輔, 新後閑弘章, 富永 健司, 渡邊 学
前谷 容

77. 急性発症した後期高齢者自己免疫性肝炎の一例

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

78. 集学的治療を行い救命し得た白血球数6万以上の重症アルコール性肝炎の一例

横浜市立大学附属病院 肝胆膵消化器病学 ○海老澤 佑, 本多 靖, 小川 祐二, 留野 涉
今城 健人, 米田 正人, 中島 淳, 斉藤 聡

(23) 研修医Ⅶ(肝2) 10:33~10:51 座長 東海大学医学部付属大磯病院 消化器内科 荒瀬 吉孝

79. 総胆管結石治療後に高度な黄疸を呈し、診断に難渋した胆汁うっ滞型薬物性肝障害(DILI)の1例

日本医科大学武蔵小杉病院 消化器内科 ○菅原 望央, 阿川 周平, 山脇 博士, 小高 康裕
張本 滉智, 二神 生爾
日本医科大学付属病院 消化器内科 岩切 勝彦

80. 肝多発腫瘍影を契機に診断したMTX関連リンパ増殖性疾患の1例

湘南鎌倉総合病院 総合内科 ○小野 亮平, 熊谷 知博, 北川 泉
同 消化器病センター 魚嶋 晴紀
同 リウマチ科 吉澤 和希

81. 診断に苦慮した十二指腸神経内分泌癌多発肝転移の一例

横浜市立大学附属病院 消化器内科 ○大野 恵理子, 入江 邦泰, 桑島 拓史, 佐藤 健
山田 博昭, 金子 裕明, 須江聡一郎, 佐々木智彦
桐越 博之, 近藤 正晃, 前田 慎

(24) 研修医Ⅷ(肝3) 10:51~11:09 座長 東京大学医学部附属病院 消化器内科 榎 奥 健一郎

82. 遷延する黄疸を呈した肝嚢胞の1例

東京慈恵会医科大学附属柏病院 消化器肝臓内科 ○益子 峻典, 沖 沙佑美, 鈴木 静香, 大瀧雄一郎
金井 友哉, 高見信一郎, 齋藤 恵介, 伊藤 善翔
星野 優, 松本 喜弘, 内山 幹, 梶原 幹生
小井戸薫雄
同 内視鏡部 小山 誠太, 月永真太郎, 荒川 廣志
東京慈恵会医科大学附属病院 消化器肝臓内科 猿田 雅之

83. 免疫抑制療法中に発症した感染契機不明のアメーバ性肝膿瘍の1症例

聖マリアンナ医科大学 臨床研修センター ○高野 冴子
同 消化器・肝臓内科 重福 隆太, 池田 裕喜, 加藤 正樹, 服部 伸洋
渡邊 綱正, 松永光太郎, 松本 伸行, 伊東 文生

84. オクトレオチドが有効であった肝硬変乳び腹水の1例

昭和大学 医学部 内科学講座 消化器内科学部門 ○加藤 久貴, 魚住祥二郎, 中谷 真也, 杉浦 育也
中島 陽子, 柳澤 文人, 山口 明香, 梶原 敦
荒井 潤, 下間 祐, 打越 学, 野本 朋宏
坂木 理, 吉田 仁

- (25) 研修医Ⅹ(腓1) 11:09~11:27 座長 聖マリアンナ医科大学病院 消化器・肝臓内科 路川 陽介
85. インスリノーマが疑われた膵腫瘍に対して腹腔鏡下に切除を行った一例
 東京通信病院 外科 ○山本 大基, 奥田 純一, 石井 俊, 織畑 光一
 寺下 勇祐, 福田 雄三, 長谷川智彦, 下里あゆ子
 山澤 邦弘, 村田祐二郎, 津久井 元, 寺島 裕夫
 同 内分泌代謝内科 小林 有紗, 勝田 秀紀
 虎の門病院 病理診断科 井下 尚子
86. 若年男性に発症し, 術前に診断し得た Solid pseudopapillary neoplasm の一例
 横浜市立大学附属病院 内視鏡センター ○林 佑穂, 岩崎 暁人, 高木 由里, 佐藤 高光
 細野 邦広, 中島 淳, 窪田 賢輔
 同 消化器腫瘍外科学 遠藤 格
 同 病理診断科・病理部 加藤 正真, 山中 正二
87. 膵・胆管合流異常症に対する分流手術 25年後に膵癌を認めて切除した1例
 埼玉医科大学 消化器内科・肝臓内科 ○辻 翔平, 中山 伸朗, 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
 埼玉医科大学国際医療センター 消化器内科 藤田 曜, 谷坂 優樹, 小林 正典, 小畑 力
 良沢 昭銘
 同 消化器外科 上野 陽介, 高瀬健一郎, 岡田 克也, 相川 公康
 岡本 光順
 同 病理診断部 榊 美佳, 永田 耕治
- (26) 研修医Ⅹ(腓2) 11:27~11:51 座長 水戸協同病院 消化器内科 有賀 啓之
88. 超音波内視鏡下穿刺吸引法にて診断し得た肺小細胞癌の転移性膵腫瘍
 東京医科大学茨城医療センター 消化器内科 ○鷺坂 誠宏, 村上 昌, 上田 元, 門馬 匡邦
 岩本 淳一, 池上 正, 松崎 靖司
 同 呼吸器内科 岩井 悠希, 青芝 和徹, 中村 博幸
89. 急速に進行したが EUS-FNA で迅速に診断し救命出来た膵リンパ腫の1例
 NTT 東日本関東病院 消化器内科 ○丹下 主一, 藤田 祐司, 小山 裕司, 石井 研
 松橋 信行
90. 原発性副甲状腺機能亢進症が一因と推定された慢性膵炎の一例
 JCHO 東京新宿メディカルセンター 消化器内科 ○福満 紅実, 岡崎 明佳, 原口 紘, 浅井 玄樹
 木原 俊裕, 山川 元太, 吉良 文孝, 藤江 肇
 森下 慎二, 松本 政雄, 新村 和平
91. 膵嚢胞を合併した2型自己免疫性膵炎の一例
 横浜市立大学附属市民総合医療センター 消化器病センター ○中山 慶俊, 廣谷あかね, 三箇 克幸, 手塚 瞬
 合田 賢弘, 三輪 治生, 杉森 一哉, 沼田 和司
 同 炎症性腸疾患センター 橋本 悠, 西尾 匡文, 大竹はるか, 小柏 剛
 国崎 玲子
 横浜市立大学医学部 消化器内科学 前田 慎

(27) 研修医Ⅱ(その他) 11:51~12:03

座長 日立総合病院 外科 松井 郁一

92. 急性肝炎の疑いとして紹介されたツツガムシ病の1例

神奈川県立足柄上病院	初期臨床研修医	○山本 浩世							
同	消化器内科	羽尾 義輝,	國司 洋佑,	大石梨津子,	日下恵理子				
		田中 聡,	柳橋 崇史						
横浜市立大学医学部	総合診療医学	太田 光泰							
神奈川県立足柄上病院	総合診療科	吉江浩一郎							
同	消化器内科								
	総合診療科	加藤 佳央							

93. 歯科処置器具を誤飲した2例

東京都済生会中央病院	消化器内科	○上村 翔,	上田 真裕,	阿部 善彦,	石塚 隆浩				
		小川 歩,	田沼 浩太,	大原まみか,	岸野 竜平				
		中澤 敦,	塚田 信廣						
同	腫瘍内科	星野 舞,	酒井 元,	船越 信介					

第2会場（午後の部） 一般演題

(28) 肝 14:00~14:24 座長 自治医科大学附属病院 消化器内科 津久井 舞未子

94. 感染性肝嚢胞に対する手術加療後、残存嚢胞に再感染を来した1例

東京北医療センター 消化器内科 ○服部 大輔, 光定 聖弥, 齊藤 博大, 間瀬 一壽
岩田 朋之, 吉田 見紀, 三澤 綾子, 青柳 有司
同 外科 竹下 隼人, 桑原 悠一, 細井 則人, 宮崎 国久
同 消化器内科
練馬光が丘病院 消化器内科 長 竜彦

95. 一時的な退縮傾向を認め肝膿瘍との鑑別を要した胸腺癌肝転移の一例

東京大学医学部附属病院 消化器内科 ○奥新 和也, 門 輝, 和気泰次郎, 中込 良
中塚 拓馬, 南 達也, 佐藤 雅哉, 内野 康志
榎奥健一郎, 中川 勇人, 藤永 秀剛, 泉谷 昌志
浅岡 良成, 西川 尚子, 田中 康雄, 建石 良介
大塚 基之, 小池 和彦
同 病理部 阿部 浩幸, 池村 雅子
同 放射線科 渡谷 岳行

96. 肝細胞癌の心外膜浸潤から心タンポナーデを合併した一例

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

97. カルチノイドクリーゼに対しオクトレオチド投与及び肝動脈塞栓術が有効であった肺異型カルチノイド肝転移の一例

JA とりで総合医療センター 消化器内科 ○志水 太郎, 福田 啓太, 杉山 勇太, 遠藤 南
飯塚 泰弘, 後藤 文男, 河村 貴広

(29) 胆 14:24~14:42 座長 東邦大学医学部 消化器内科学 篠原 美絵

98. 3管合流部結石嵌頓による急性胆管炎からの門脈本幹血栓による肝外門脈閉塞を生じた1例

千葉大学医学部附属病院 消化器内科 ○高橋 幸治, 露口 利夫, 杉山 晴俊, 飯野陽太郎
新行内綾子, 熊谷純一郎, 大和 睦実, 中村 昌人
大山 広, 日下部裕子, 安井 伸, 三方林太郎
加藤 直也

99. 総胆管結石、急性胆管炎に併発した肝被膜下 Biloma の一例

筑波大学附属病院 土浦市地域臨床教育センター ○廣瀬 充明
独立行政法人 国立病院機構 霞ヶ浦医療センター 消化器内科 高木 薫子, 菅谷 明徳

100. 肝門部胆管癌に伴った難治性胆管炎にたいし、無水エタノールでの ablation が有効であった一例

日立製作所 ひたちなか総合病院 ○廣島 良規, 池田 貴文, 小玉 夏美, 田島 大樹
町島 雄一

(30) 膝 14:42~14:54 座長 筑波大学附属病院 ひたちなか社会連携教育研究センター 消化器内科 廣島良規

101. 6か月間で急速に増大を認めた膝尾部腫瘍の一切除例

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

同 外科 片平誠一郎, 竹田 泰

同 病理診断科 塩野さおり

102. 腸腰筋、胸腔に広がった腓液瘻に対して内視鏡的腓管ドレナージが奏功した1例

筑波大学附属病院 消化器内科 ○服部 純治, 長谷川直之, 石毛 和紀, 福田 邦明
安部井誠人, 兵頭一之介

同 光学医療診療部 溝上 裕士

(31) その他 14:54~15:12 座長 東京医科大学茨城医療センター 消化器外科 丸山常彦

103. 原因不明小腸潰瘍・大腸狭窄症を呈する患者に生じた腹痛の原因が胸髄腫瘍であった一切除例

筑波大学附属病院 消化器内科 ○永瀬 将臣, 金子 剛, 廣瀬 優, 山浦 正道
水井 恒夫, 小松 義希, 佐藤 雅志, 服部 純治
山田 武史, 山本 祥之, 長谷川直之, 石毛 和紀
奈良坂俊明, 福田 邦明, 森脇 俊和, 鈴木 英雄
安部井誠人, 溝上 裕士, 兵頭一之介

104. 原発臓器の特定に苦慮した胃原発 GIST の1例

東京西徳洲会病院 外科 ○山本 孝太, 飯島 広和, 新藤あすみ, 佐々木佑樹
数納 祐馬, 高木 陸郎, 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

湘南藤沢病院 消化器内科 森山 友章

武蔵野徳洲会病院 肝臓内科 山田 真和

東京西徳洲会病院 病理科 須田 耕一

105. 正中弓状韧带症候群(MALS)を合併した分節性動脈中膜融解(SAM)による腹腔内出血の一例

東京都立広尾病院 消化器内科 ○梅村 佳世, 金子 朋浩, 糸日谷瑠奈, 渡部 衛
小島 直紀, 岡本 英子, 鈴木 伸治, 江川 直人

同 放射線科 森 なお子, 竹田 利明

平成30・31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
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
353	後藤田 卓志 (日本大学病院 消化器内科)	平成31年 2月23日(土)予定	東京 海運クラブ	10月31日 ～11月5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・31年度 日本消化器病学会関東支部教育講演会開催期日

講演会回数	当 番 会 長	開 催 日	会 場	申込締切日
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 シェンパツハ・サポー	未 定
34	川本 智章 (日本医科大学 消化器内科学)	平成31年 6月30日(日)予定	東京 シェンパツハ・サポー	未 定

次回(第349回) 例会のお知らせ

期 日：平成30年4月28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：「臨床外科医は何をしなければならないか？」

演者：医療法人社団 大坪会 東和病院 院長
東京大学 名誉教授

日本赤十字社医療センター 名誉院長

幕内 雅敏

司会：獨協医科大学 第二外科 学内教授

青木 琢

ランチョンセミナー：「進行再発大腸癌化学療法の現況」

演者：慶應義塾大学医学部 腫瘍センター 専任講師

浜本 康夫

司会：獨協医科大学 第二外科 教授

窪田 敬一

第10回ハンズオンセミナー：「EUS体験セミナー」

研修医向けに『超音波内視鏡』を用いたハンズオンセミナーを開催いたします。

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

④11:00～⑤11:20～⑥11:40～

*詳しくは、日本消化器病学会ホームページにてご案内させていただきます。

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

*本学会の会員でない研修医も受講できます。

*子育て中の女性医師も受講できます。

当番会長：青木 琢 (獨協医科大学 第二外科 学内教授)

お問い合わせ先：日本消化器病学会関東支部第349回例会 運営事務局

株式会社 コンベンションリンケージ

〒102-0075 東京都千代田区三番町2

TEL: 03-3263-8688 / FAX: 03-3263-8693

Mail: jsge2018_349@c-linkage.co.jp

◆研修医・専修医セッションについて◆

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

お問い合わせについて

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

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

日本消化器病学会関東支部 支部長 峯 徹哉

1 食道アカラシアの診断に難渋した一例

東京ベイ・浦安市川医療センター 消化器内科/総合内科¹⁾,
昭和大学江東豊洲病院 消化器センター²⁾,
吉岡 翼¹⁾, 山田 徹¹⁾, 宮垣亜紀¹⁾, 宮崎岳大¹⁾, 平岡栄治¹⁾,
本村康明¹⁾, 井上晴洋²⁾

症例は既往のない70歳女性 10kg/年の体重減少 3ヶ月前からの咳、嘔気、嘔吐と食後の逆流症状のために当科を受診し精査目的に入院となった。血液検査で軽度の白血球上昇と、慢性的な嘔吐に伴うと思われる低K血症、代謝性アルカローシスを認めた。胸部レントゲン写真で両側下肺野の浸潤影があり肺炎が疑われた。慢性経過で体重減少を伴っており、喀痰検査も行ったが抗酸菌染色、PCRともに陰性であった。悪性腫瘍除外目的に施行した造影CT検査、下部消化管内視鏡検査では明らかな腫瘍性病変は認めず、上部消化管内視鏡検査では重度の食道カンジダ症を認めた。尚、食道拡張や噴門部反転像での異常は認めなかった。以上より、誤嚥性肺炎とカンジダ食道炎の診断で抗真菌薬・抗真菌薬治療を開始 症状・全身状態は改善傾向 食事摂取も安定して可能となり、一旦退院となった。尚、重度の食道カンジダ症の原因となりうる免疫能低下の原因疾患は認めなかった。その後外来通院の約1ヶ月間で咳嗽・嘔気・嘔吐が再燃したため 上部消化管内視鏡検査の再検を行った。食道カンジダ症の所見は改善傾向ではあったものの 再燃を疑い、フルコナゾールを再投与したが、上記症状は大きく変化せず、経口摂取困難な状況となったため再入院した。再入院時に撮像した胸部レントゲン写真で食道の拡張が疑われたため 胸部単純CTを施行したところ 明らかな食道の拡張を認め、食道アカラシアを疑い食道造影を施行したところ、下部食道の拡張とその肛門側の狭窄があり 食道アカラシアの診断に至った。内視鏡的治療目的に他院へ紹介し、Per-Oral Endoscopic Myotomy (POEM) を施行され 症状は速やかに改善した。免疫正常者の食道カンジダ症の原因として、食道アカラシアの併存は想起すべき病態である。本症例に文献的考察を加えて報告する。

食道アカラシア, POEM

3 高度食道狭窄に対しボーリング生検で乳癌の食道転移と診断し得た一例

日本医科大学付属病院 消化器・肝臓内科¹⁾, 同 乳腺科²⁾
石川裕美子¹⁾, 川見典之¹⁾, 星野慎太郎¹⁾, 竹之内業菜¹⁾,
梅澤まり子¹⁾, 花田優理子¹⁾, 星川吉正¹⁾, 河越哲郎¹⁾, 貝瀬 満¹⁾,
岩切勝彦¹⁾, 武井寛幸²⁾

症例は59歳、女性。201X年に他院で右乳癌と診断後ホルモン治療を行い、201X年より当院乳腺科で治療を継続していた。当院転院時は乳房以外に腋窩・鎖骨上・頸部リンパ節転移、腫瘍の浸潤による右上腕神経麻痺を認めていた。201X年7月よりつかえ感を自覚するようになり、CTでは食道壁の軽度肥厚を認めるのみであったが、上部消化管内視鏡検査 (EGD) を施行したところ食道切歯35~38cmは経口スコープが通過せず高度狭窄し、食物残渣の貯留を認めた。狭窄部は粘膜の全周性浮腫を認めたが、粘膜面の異常はなくルゴール散布で不染域は認めなかった。食道の生検では炎症像のみであり、PET-CTを追加したが食道にFDGの異常集積を認めなかった。抗癌剤を追加投与し経過フォローしていたが徐々につかえ感が増悪し、201X年6月、8月にCT、PETを再度施行するも前回と同様な所見であった。201X年8月にボーリング生検目的で再度EGD施行したところ、切歯35~40cmに前回同様な全周性の高度狭窄像を認め、切歯20cmの食道入口部にも狭窄があり、胃噴門部から胃体中部にも壁肥厚像を認めた。下部食道からボーリング生検を施行したところ、重層扁平上皮近傍に異型細胞の増殖を認め、adenocarcinoma, ER(+), PgR(+), Mammaglobin(+))で乳癌の転移に矛盾しない病理所見であった。乳癌の食道転移はまれであり、さらに内視鏡による生検で診断ができる症例はわずかである。本症例はボーリング生検で乳癌の食道転移が診断し得た貴重な症例であり、文献的考察を加えて報告する。

食道転移, 乳癌

2 食道癌、胃癌、肝細胞癌を同時性重複した一例

独立行政法人 国立病院機構 水戸医療センター 消化器科
池田貴文, 石田博保, 菅沼大輔, 下山田雅大, 伊藤有香, 吉田茂正,
山口高史

【背景】食道癌は多臓器癌と重複が多いことが知られている。同時性重複は頭頸部領域と胃癌が多く、次いで大腸癌、肺癌、肝細胞癌が多いとの報告がある。重複した各がんの進行度に合わせた治療選択がされている。【症例】50歳代、男性。当院入院1か月前から食欲不振と便秘、体重減少を認めていた。近医受診し、腹部単純CTで腹腔リンパ節腫大を指摘され、血液検査では高カルシウム血症を認めた。精査加療目的に当院へ転院となった。造影CTで胸部中部食道の全周性壁肥厚、胸部下部食道の粘膜肥厚、縦隔や腹腔内、後腹膜のリンパ節腫大を複数認めた。加えて、肝S1に結節を認め肝細胞癌が疑われた。EGDで胸部中部食道と胸部下部食道の食道癌 (SCC)、胃体部癌 (tub2) と診断した。転院時より、意識障害を認めたが高カルシウムの補正で改善を認めた。食道癌が予後に影響を与えると考え、FP療法を開始した。FP療法1コース開始後、day17で高カルシウム血症が再燃した。経口摂取困難となりday24にEGD施行し胸部下部食道癌は不変、噴門部の壁外圧迫増悪を認めた。一方、胸部中部食道癌は縮小し、胃癌は肉眼的に消失していた。day25の造影CTでリンパ節転移増大を認め、PS低下もあり、BSCの選択となった。day63に永眠され剖検となった。剖検結果では食道に肉眼的に不連続な2病変を認め中分化扁平上皮癌と診断した。食道癌転移は胃、肝、リンパ節に認められた。生前の胃生検で指摘された胃腺癌は確認されなかった。また肝S1に境界明瞭な12mm大の結節性病変を認め、肝細胞癌と診断された。【考察】臨床所見と病理組織学的に食道癌と胃癌、肝細胞癌の同時性重複と考えられた。腫瘍進展のため全身状態不安定であり、化学療法単独の選択とした。FP療法は腫瘍壊死傾向が強かった点、一旦PSが改善した点から一定の臨床的効果はあったと考えられたが、腫瘍進行は早く化学療法継続が困難となった。一方、胃癌に対してFP療法は若効し肝細胞癌は予後に関与しなかったと考えられた。多臓器の重複癌であったが、食道癌が予後を決定した。食道癌の重複癌症例では食道癌の早期発見が予後延長に寄与すると示唆される。食道癌の重複癌に関する文献的考察も加えて報告する。

重複癌, 食道癌

4 術後17年目で再発し骨髄癌腫症で死亡した早期胃癌の一例

日立製作所日立総合病院 消化器内科¹⁾, 同 呼吸器内科²⁾,
同 病理診断科³⁾,
筑波大学附属病院 日立社会連携教育研究センター⁴⁾
宮嶋 望¹⁾, 水谷 悟¹⁾, 久保田大¹⁾, 永瀬美帆¹⁾, 越智正憲¹⁾,
綿引隆久¹⁾, 大河原悠¹⁾, 大河原敦¹⁾, 柿木信重¹⁾, 鴨志田俊郎¹⁾,
平井信二²⁾, 清水 圭³⁾, 坂田晃子³⁾, 谷中昭典⁴⁾

【目的】胃癌術後再発は5年以内に認められることが多く、術後のフォロー期間は5年が一区切りとなるのが一般的である。今回我々は、術後17年目で再発し、骨髄癌腫症で死亡した早期胃癌の一例を経験したため、文献的考察を含めて報告する。【症例】症例は70代、女性。X-17年に胃癌に対して幽門側胃切除術が施行された (sig. pT1aN1M0, pStage IB)。術後5年間、再発所見なく経過し、当院でのフォローは一旦終了していた。X年11月、左側腹部痛を契機に近医にて左水腎症が指摘され、当院泌尿器科紹介受診となった。単純CTでは左水腎症に加え、多発造骨性骨腫瘍を示唆する所見を認めた。FDG-PETでは前述の骨に加え、左肺上葉・下葉ならびに両側胸膜に異常集積増加部位を認め、原発性肺癌および多発骨転移が疑われた。肺病変に対して当院呼吸器内科にて超音波気管支鏡ガイド下針生検施行されたが、病理では上部消化管原発の転移性腺癌の像が認められた。免疫組織化学的にX-17年の病理検体との類似性を有すること、上部消化管内視鏡では新規病変の出現を認めなかったことから、17年前の胃癌の晩期再発と診断した。診断時には骨髄癌腫症ならびに播種性血管内血液凝固症候群を併発しており、SFUならびにメソトレキセートを用いた化学療法を試みるも、奏功せず、診断から3ヶ月で死亡した。【考察】術後5年を超えての再発は少なく、とりわけ10年を超えての再発は極めて稀とされる。再発形式として、局所再発は少なく、腹膜播種や血行転移が多いため、検診や定期的な上部消化管内視鏡レベルでのフォローでは、晩期再発の早期診断は困難である。本症例も診断時には骨髄癌腫症を呈しており、極めて不良な転帰をとった。

晩期再発, 骨髄癌腫症

5 十二指腸潰瘍に対する動脈塞栓術施行後に虚血性胃炎を併発し保存的に加療した1例

菊名記念病院 消化器内科
宮尾直樹, 西元史哉, 中村仁紀, 佐藤知己

症例は、既往に脳梗塞でバイアスピリン内服中の70歳代男性。意識障害で当院搬送された。黒色便と貧血認め、腹部単純CTで胃内に多量の高吸収域認め、緊急上部消化管内視鏡施行した。十二指腸球部の潰瘍認め、Forrest分類IIaで露出血管をクリッピング止血した。しかし、第14病日に再出血認め、再出血繰り返しているため、腹部血管造影検査施行し、責任血管であった胃大網動脈から胃十二指腸動脈にかけて、コイルを用いて動脈塞栓術施行した。しかし、翌日に再吐血し緊急内視鏡施行すると、十二指腸球部に多発びらん潰瘍、胃体部大弯にも縦走潰瘍と多発びらんを認めた。CTでは胃全体に著大な壁肥厚、浮腫状変化、血液データも白血球18300 / ulとCRP 11.57 mg/dlと炎症反応高値を認め、動脈塞栓術による虚血と蜂窩織炎と診断した。胃管吸入、CTRX2g/day、赤血球輸血、アルブミン投与した。その後、胃梗塞への進展や腹膜炎なども併発せず保存的に加療した。今回十二指腸潰瘍出血に対し動脈塞栓術施行し、虚血性胃炎を併発した1例を経験した。比較的まれな病態と思われる、若干の文献的考察を踏まえ報告する。

十二指腸潰瘍, 動脈塞栓術

6 十二指腸狭窄を契機に見えられた臍十二指腸動脈瘤破裂の1例

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

【症例】80歳女性。20XX年9月に嘔吐を繰り返し、前医を受診。腹部単純CTで十二指腸に狭窄が疑われ上部内視鏡検査を施行し、十二指腸に壁外性の圧排による狭窄を認めたため、精査加療目的に10月に当院に紹介された。透視下にて上部内視鏡検査を施行したところ、十二指腸球部から下行脚への造影剤流出は良好であり粘膜面は正常であったが、前医同様に狭窄のためファイバーの挿入不能であった。同日にダイナミックCTを施行したところ、後上臍十二指腸動脈に4mm大の動脈瘤を認め、十二指腸下行脚に全周性の血腫を認めていた。第5病日に治療目的に血管造影を施行し、後上臍十二指腸動脈瘤に対しコイル塞栓術を施行した。腹腔動脈は高度に狭窄し、正中弓状韧带症候群が今回の動脈瘤の主要因と考えられた。第6病日より食事開始し、第7病日に造影CTにて出血がなく壁内血腫が改善していることを確認して、第11病日に退院となった。【考察】臍十二指腸動脈瘤は腹部内臓動脈瘤全体の2%と比較的稀な疾患である一方で、破裂率は50%と他の腹部内臓動脈瘤と比較して高率であり、致死率も高く大きさに関わらず血管内治療又は外科的治療の適応となる。主訴は腹痛が最も多いが、本症例のように嘔吐を認める報告も少数例であるものの報告されており注意すべきである。臍十二指腸動脈瘤は比較的稀な疾患ではあるものの、適切な加療により救命できる可能性が高い病態である。高齢者の急性発症の腹痛および嘔吐において鑑別すべき疾患であり、若干の文献的考察を加え発表する。

十二指腸狭窄, 臍十二指腸動脈瘤

7 胃GISTに随伴した傍腫瘍性神経症候群 (paraneoplastic neurologic syndrome: PNS) の一例

順天堂大学附属順天堂医院 消化器内科¹⁾, 同 神経内科²⁾
黒澤太郎¹⁾, 福岡浩文¹⁾, 岡原昂輝¹⁾, 清水基規¹⁾, 上山浩也¹⁾, 石川 大¹⁾, 森 聡生²⁾, 今 一義¹⁾, 澁谷智義¹⁾, 山科俊平¹⁾, 坂本直人¹⁾, 北條麻理子¹⁾, 伊佐山浩通¹⁾, 池嶋健一¹⁾, 椎名秀一郎¹⁾, 永原章仁¹⁾

【症例】77歳男性【主訴】物忘れ、妄想言動【臨床経過】20XX年9月より物忘れが出現した。10月より頻度が増え、11月には不明言動、妄想言動を認めた。12月〇日、精査目的で、当院神経内科、メンタルクリニックを受診した。その2日後、自宅にて入浴を何度も繰り返し、意味不明な言動や妻への暴言を認め、救急要請となった。当院搬送後、メンタルクリニックへ医療保護入院となった。入院後、長谷川式簡易知能評価スケール(HDS-R)で17/30と低下を認めた。また、線条体におけるドパミントランスポーター(DAT)分布を可視化するDATscanで左被殻の集積の低下、さらに血清抗神経抗体検査でCV2.0の陽性を認めた。以上の所見、臨床像よりPNSの傍腫瘍性辺縁性脳炎(PLE)が考えられた。腫瘍病変検索のため全身精査を行った結果、胃体部後壁および前立腺に腫瘍病変を認めた。前立腺生検では悪性所見は認めなかった。上部超音波内視鏡検査で胃体部後壁に20mm大の第4層に連続する内部不均一な筋原性腫瘍を認めた。超音波内視鏡下穿刺吸引術(EUS-FNAB)を行った結果、GISTと診断した。同病変に対し、腹腔鏡下胃部分切除術を施行し、切除病理でもGIST(中リスク分類)であった。術後、神経症状は改善を認め、入院前後に認めた認知症状や感情失禁も消失した。1ヵ月後に行ったHDS-Rは29/30点に改善。さらに、CV2抗体の陰転化、およびDat scanでも左被殻の集積低下の改善が得られた。現在、神経症状は改善を維持し、問題なく日常生活を過ごしている。【結語】PNSは悪性腫瘍患者の0.01~1%に生じる稀な病態である。潜在病変は肺癌が最多とされている。本例は胃GISTに随伴した、CV2.0陽性のPNS希少例と考えた。

PNS, GIST

8 食道胃接合部癌の両眼脈絡膜転移を認めた1例

独立行政法人国立病院機構 西埼玉中央病院 消化器科¹⁾, 同 眼科²⁾, 同 研究検査科³⁾, 東京慈恵会医科大学 消化器・肝臓内科⁴⁾, 埼玉医科大学総合医療センター 眼科⁵⁾
杉山悦郎¹⁾, 出口雅彦¹⁾, 楊 英毅¹⁾, 石本詩子¹⁾, 吉田幸永¹⁾, 根岸道子¹⁾, 二上敏樹¹⁾, 岡 奈々²⁾, 島田哲也³⁾, 猿田雅之⁴⁾, 小幡博人⁵⁾

【症例】52歳, 男性【主訴】背部痛【現病歴】20XX年7月背部痛が出現し近医を受診。胸腹部CT検査にて肺・肝臓に腫瘤影が認められ、当院へ紹介となった。上部消化管内視鏡検査で食道胃接合部を中心として約5cmにわたり全周性高度狭窄病変を認め、高分化型相当の腺癌の病理診断。HER2は陽性であった。食道胃接合部癌, 多発肝・肺転移と診断し、化学療法目的で8月に入院となった。Capecitabine/ Cisplatin + Trastuzumab (XP-HER)療法を導入予定であったが、入院前から左視力低下を自覚していたため、CT検査を行い眼科受診したところ、両眼脈絡膜転移と左網膜剥離の診断に至った。失明の危険性を考慮し転院のうえで眼病変に対して放射線治療を行った。その後、眼症状は増悪しなかった。XP-HER療法1コース目を開始し、10月当院に再入院後、原発増大により内服が困難となった。2nd lineとしてWeekly Paclitaxel療法を施行したが、徐々に全身状態悪化し、第32病日に永眠された。【考察】胃癌の脈絡膜転移は極めてまれである。医中誌にて“胃癌”“脈絡膜転移”で検索する限り1969年から会議録を除き5例の報告例を認めるのみであった。眼転移は網膜剥離をきっかけに見られることがあり、その予後は不良である。胃癌患者に眼症状がみられた場合、眼転移も念頭におく必要がある。【結語】食道胃接合部癌の両眼脈絡膜転移を認めた症例を経験し、若干の文献的考察を加えて報告する。

胃癌, 脈絡膜転移

国立国際医療研究センター 消化器内科

住田純子, 忌部 航, 小林桜子, 飯田龍洋, 泉 敦子, 下村 暁, 濱田麻子, 松下祐紀, 木村花菜, 西家由里子, 柳澤直宏, 守安志織, 久田裕也, 木平英里, 櫻井 恵, 大久保栄高, 渡邊一弘, 永田尚義, 横井千寿, 小島康志, 秋山純一

【症例】45歳女性【主訴】呼吸困難【現病歴】201X-1年、両下肢特発性リンパ浮腫に対しリンパ管静脈吻合術を施行した。201X年5月末より左膝の浮腫、6月からの呼吸困難を主訴に近医を受診したところ両側胸水貯留を認めた。胸水は白濁し胸水中の中性脂肪502 mg/dLの乳糜胸水であった。胸管破綻による胸水貯留と考えられ当院形成外科へ紹介となった。リンパ管造影検査を施行し胸部領域内側にリビドール集積を認め胸管破綻と診断した。造影CT検査で両側腋窩・第5-6胸椎レベルの縦隔リンパ節腫大を認め、FDG-PET検査で同部位にSUVmax 4.5の集積を認めた。全身のリンパ浮腫が増悪し、悪性腫瘍に起因した胸水を疑ったが、CT検査上は原発巣を同定できず、また胸水細胞診はClass IIであった。入院第25病日に左腋窩リンパ節生検を施行し印環細胞様の腫瘍細胞を認めたため消化器内科を受診した。第35病日に上部消化管内視鏡検査を施行したところ、胃体上部後壁に15mm大の0-IIc病変を認め、生検はsig>porで、左腋窩リンパ節の組織所見と類似していた。下部消化管内視鏡検査、乳房超音波検査、経膈超音波検査を施行し原発巣となる腫瘍を認めなかった。その後3回目の胸水細胞診および腹水細胞診でClass Vを検出した。経過中出现した皮疹も腺癌の所見であった。以上より、胃癌、皮膚転移、リンパ節転移、胸膜播種、腹膜播種cT1aN0M1cStage IVと診断し、カベシタピン+オキサリプラチン療法を開始した。適宜胸水の排液を行いながら外来で化学療法継続の方針となり第89病日に退院となった。【考察】本症例では縦隔リンパ節転移により第5-6胸椎より上位の胸管が破綻し、両側乳糜胸水をきたしたものと考えた。乳糜胸水で発症する胃癌は非常に稀ではあるが少数例の報告があり、胸水細胞診が陰性であっても原因として上部消化管を含めた全身の悪性腫瘍の検索が必要である。

胃癌, 乳糜胸水

異所性腺, LECS

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⁾

田畑宏樹¹⁾, 千葉和朗¹⁾, 来問佐和子¹⁾, 柴田理美¹⁾, 大西知子¹⁾, 藤原 崇¹⁾, 小泉浩一¹⁾, 長沼有加²⁾, 田畑拓久²⁾, 藤原純子²⁾, 荒川丈夫²⁾, 門馬久美子²⁾

【症例】39歳の女性。大酒家で、腺疾患の既往はない。朝3時頃に右季肋部痛が出現し様子をみたが改善せず。17時頃に当院救急外来を受診した。発熱なく、右季肋部に圧痛を認めた。血液検査所見で、白血球と肝胆道系酵素の上昇、腺型Amyの上昇を認めた。単純CTを施行し、腺頭部は腫大しており、同部位に26mm大の占拠性病変を認め、内部は高吸収域とガスを認めた。腺周囲に脂肪織混濁は認めなかった。感染性腺嚢胞の可能性を考え、禁食補液管理で入院とし、抗菌薬加療を開始した。入院後38度前後の発熱が出現した。翌日の造影CTで、腺頭部の単房性嚢胞性病変を認め、腺管の拡張は見られなかった。内部のガスから十二指腸との交通が考えられ、十二指腸憩室炎を疑ったことから、上部消化管内視鏡検査を施行した。十二指腸粘膜は著明に浮腫状であり乳頭は視認できなかったが、下部で腫大した壁の間から造影チューブを挿入し造影したところ、30mm大の造影される領域を認め、挿入部より多量の血性胆汁の流出を認めた。十二指腸憩室炎と考え、経鼻ドレナージチューブを留置して終了した。挿入後より腹痛が消失し、翌日から解熱、外痂からは数mlの暗赤色の排液があった。第7病日にチューブより造影を行い憩室の縮小を認め、上部消化管内視鏡検査で十二指腸憩室を確認した。症状と血液検査所見の改善を認め退院した。【考察】十二指腸憩室は結腸憩室に次いで多いとされ、剖検例では22%にみられたと報告されている。大部分は加齢とともに後天的に形成される仮性憩室である。憩室内内容物により胆汁・膵液の流出障害を来し、胆管炎・膵炎を合併するLemmel症候群がよく知られており、また過去の報告では憩室炎から穿孔しきたり腹膜炎を合併した症例が多い。今回のように明らかな胆管炎・膵炎の合併なく、また腺頭部が圧排されており感染性腺嚢胞との鑑別を要した例は少ない。画像所見より十二指腸憩室炎を鑑別として挙げ、十二指腸から内視鏡的にアプローチしドレナージできた症例として、文献的考察を加えて報告する。

十二指腸憩室炎, 感染性腺嚢胞

新東京病院 消化器内科¹⁾, 同 内視鏡外科²⁾
村上大輔¹⁾, 原田英明¹⁾, 山田英夫²⁾, 氏原哲郎¹⁾, 中原良太郎¹⁾, 清水貴徳¹⁾, 末廣聡士¹⁾, 勝山泰志¹⁾, 早坂健司¹⁾, 天野祐二¹⁾

症例は40歳、男性。特記すべき自覚症状なく、検診の間接胃X線造影検査で前庭部に粘膜炎下腫瘍(SMT)が疑われたため当科紹介受診となった。上部消化管内視鏡検査(EGD)を施行したところ、胃体下部大弯に正常粘膜に覆われた10mm大のなだらかな隆起性病変を認め、弾性軟、可動性良好であったため良性胃SMTと診断され、約7ヶ月後にEGDを再度施行したが腫瘍に大きな変化は認めなかった。その約17ヶ月後のEGDで、胃SMTの腫瘍径は軽度増大し、急峻な立ち上がりを伴った緊満感のある隆起となり、粘膜表面構造は発赤調の過形成性変化を呈していた。また胃SMTは、弾性硬で、可動性不良と変化していた。生検結果からは、血管増生を伴う過形成性変化と考えられ、上皮および上皮下成分に明らかな悪性所見は認めなかった。造影CT検査を施行したところ、胃SMTは18mm大の全体的に造影効果に乏しいが、早期相で線状の造影効果認める嚢胞変性の強い病変で、消化管間質性腫瘍(GIST)が鑑別と考えられた。超音波内視鏡検査(EUS)では、27×20mm大の第3層より連続する多房性嚢胞性病変として認識され、嚢胞辺縁はややhigh echoicで血流に乏しい印象で、GISTやリンパ管腫・嚢胞が疑われた。診断的治療を目的に、腹腔鏡・内視鏡共同胃切除術(LECS)を施行した。検体内容物は白色粘濁であり、細胞診で炎症性細胞および組織球が多数認められ、異型細胞は認めなかった。病理組織学的検査で、粘膜炎下にLangerhans島、腺房細胞、炎症を伴う導管・平滑筋繊維を有する腺組織認め、Heinrich型異所性腺と診断した。本症例で明らかな導管開口部は確認できず、経過中に局所的な炎症および膵液の排出不全を呈したために、増大傾向や粘膜表面構造の変化を伴ったと推測された。自覚症状や血液検査の異常はなく、内視鏡フォロー中に稀な形態変化を認め、悪性が疑われた胃異所性腺の1例を経験したため、報告する。

筑波大学附属病院 消化器内科¹⁾, 同 光学医療診療部²⁾

廣瀬 優¹⁾, 金子 剛¹⁾, 水井恒夫¹⁾, 山浦正道¹⁾, 小松義希¹⁾, 永瀬将臣¹⁾, 佐藤雅志¹⁾, 服部純治¹⁾, 溝上裕士²⁾, 兵頭一之介¹⁾

【背景】炎症性筋線維芽細胞性腫瘍(Inflammatory myofibroblastic tumor: IMT)は良悪性中間群に分類される腫瘍性病変で消化管原発IMTの報告は稀である。今回、我々は成人腸重積症にて発見されたIMTを経験したので報告する。【症例】62歳・男性。201X年6月に間歇的な下腹部痛にて近医を受診。腹部造影CT検査にて腸重積症を疑われ紹介となる。病変部は回腸を嵌入口とし、境界明瞭な50mm大の腫瘍が嵌入口となる形で遠位回腸に認められた。嵌入口は体超音波検査で境界明瞭な類円形の低エコー腫瘍として確認され、内部に低い血流信号を認めた。経肛門の小腸内視鏡検査では終末回腸より90cm口側に弾性・硬、可動性良好な粘膜炎下腫瘍様の隆起性病変を認めた。頂部には潰瘍性病変を伴っており同部およびその周囲から生検を施行した。生検結果はGranulation tissue and abscessであり非腫瘍性であった。また血液検査では腫瘍マーカーやsIL-2R、IgG4は低値であった。術前診断は確定し得なかったが、上皮性腫瘍<GIST<悪性リンパ腫を鑑別に挙げ、重積解除・確定診断目的に小腸部分切除術を施行した。術中所見では終末回腸から90cm口側に重積を生じた回腸を認め、同部位には粘膜炎より腹腔に突出する有茎性病変を認めた。病理組織学的検査では腫瘍性病変は認められず、免疫組織学的検査にてα-SMA(+), c-kit(+), ALK(+), ALK(+)でありIMTと確定診断された。術後経過は良好で外来にて定期的に経過観察中である。【考察】IMTは筋線維芽細胞の特徴を示す紡錘形細胞の増殖を主体とした、遠隔転移をきたす良悪性中間群腫瘍である。身体のあるあらゆる部位に発生するが、消化管での発生は稀であり、本邦における腸管原発IMTの報告例は13例のみである。診断・治療に関しては悪性腫瘍との鑑別が困難であり、手術が施行されることが多いとされる。本症例も既報通り各種検査にて術前診断が得られなかったが、本報告は腸管原発IMTに対する超音波所見を提示する初報であり、今後の診断の一助となりうる示唆深い症例であると考えられた。

炎症性筋線維芽細胞性腫瘍, 腸重積

13 診断に苦慮した腸石を伴うMeckel憩室の一例

東京医科大学病院 消化器内科¹⁾、
戸田中央総合病院 消化器内科²⁾
鈴木由華^{1,2)}、山本 圭^{1,2)}、鎌田健太郎^{1,2)}、岸本佳子^{1,2)}、
香川泰之^{1,2)}、富田裕介^{1,2)}、本間俊裕^{1,2)}、堀部俊哉^{1,2)}、原田容治^{1,2)}、
糸井隆夫¹⁾

【症例】70歳代男性【主訴】腹痛【既往歴】逆流性食道炎、糖尿病、狭心症【現病歴】食後の腹部膨満感、腹痛を自覚し、腹痛は臍左側から右側へと移動した。一旦症状改善したが、発症3日後に疼痛再燃を認めため外来を受診した。診察時は自発痛なく、臍上部と右下腹部に軽度の圧痛を認めた。便通異常や嘔気嘔吐は認めなかった。腹部単純レントゲンで疼痛部に一致した右下腹部に20mm大の高吸収像を認めた。腹部単純CTを撮像したところ、回腸内に長径20mm大楕円形の高吸収像を認めた。PTPを誤飲した可能性があり、小腸異物と診断した。穿孔や腸閉塞は認めず、自覚症状も軽度であることから自然排泄を期待して経過観察する方針とした。数日毎にCTでフォローを行ったが、小腸異物はほとんど移動を認めなかった。自然排泄は困難と考えられ、また停滞することによる合併症のリスクを考え、異物除去目的に経肛門のシングルバルーン小腸内視鏡検査を施行した。回腸終末部より1.5mに憩室を認め、内部には2個の扁平な腸石を伴っていた。当初小腸異物と考えていた病変は腸石を伴ったMeckel憩室であった。内視鏡的に結石除去は困難であり、また外科的治療も希望なく、経過観察となった。【考察】Meckel憩室は、先天性の消化管形態異常の中でも頻度の高い疾患である。腸閉塞、憩室炎、出血、穿孔等の合併症をきたすことが知られているが、多くは無症状で経過する。本疾患を念頭におかないと誤診することがあり、今回我々は診断に苦慮したMeckel憩室の1例を経験したので報告する。

Meckel憩室, 腸石

15 Cronkhite-Canada症候群に早期胃癌・早期大腸癌を合併しESDにて治癒切除した一例

草加市立病院 消化器内科¹⁾、
東京医科歯科大学医学部附属病院 病理部²⁾
松川直樹¹⁾、山崎友裕¹⁾、岡田理沙¹⁾、小橋健一郎¹⁾、今城眞臣¹⁾、
鎌田和明¹⁾、矢内常人¹⁾、桐村 進²⁾、天野与稔²⁾、出雲俊之²⁾、
明石 巧²⁾

症例は75歳男性。201X年12月頃より下痢、食欲不振、味覚異常、脱毛、爪甲萎縮が出現し、1カ月で5kgの体重減少を認めたため201X年1月当科を受診した。上部消化管内視鏡検査では胃前庭部から胃体部小弯にかけて発赤調、浮腫状の無茎性ポリープの多発を認め、大腸内視鏡検査では回腸末端および全大腸に同様のポリープが多発していた。生検病理所見では胃・大腸ともに腺管の嚢胞状拡張、腺上皮の過形成、間質の浮腫や炎症細胞浸潤を認め、臨床経過・内視鏡所見を併せてCronkhite-Canada症候群(CCS)と診断した。同年2月よりブレドニゾロンによる加療(30mg/dayから漸減し計8か月間)を行い、臨床症状は改善し、内視鏡的にも胃・大腸のポリープの消退・縮小を認めた。同年8月に上部消化管内視鏡検査を再評価し、胃小弯後壁に8mm大の0-2a型早期胃癌を認め、生検では高分化型腺癌の所見であった。同病変にESDを施行し治癒切除であった。201X年5月に大腸内視鏡検査を再評価し、上行結腸に約70mm大のLST-G、早期大腸癌を認めた。同病変にESDを施行し治癒切除であった。CCSは消化管ポリープ・下痢・脱毛・爪甲萎縮・皮膚色素沈着を呈する原因不明の非遺伝性疾患である。消化管癌の合併例が多く報告されているが、その発癌経路に関しては明らかではない。医学中央雑誌での検索において、CCS合併症に対するESDでの治癒切除報告例は胃癌では2例、大腸癌では確認できなかった。また同一症例での胃・大腸重複癌に対する内視鏡治療報告例は本症例以外には確認できなかった。本症例はステロイド加療によりCCSの炎症が消退し、早期胃癌・早期大腸癌の診断に寄与し、両病変いずれもESDにて治癒切除に至った一例であり、若干の文献的考察を踏まえ報告する。

Cronkhite-Canada症候群, 早期大腸癌

14 短期間での再発を認めた稀な小腸平滑筋肉腫の1例

戸田中央総合病院 消化器内科¹⁾、同 外科²⁾
本間俊裕¹⁾、山本 圭¹⁾、鎌田健太郎¹⁾、岸本佳子¹⁾、香川泰之¹⁾、
富田裕介¹⁾、鈴木由華¹⁾、堀部俊哉¹⁾、原田容治¹⁾、久田将之²⁾

【症例】70歳代、男性。発熱、体動困難にて当院救急搬送された。全身造影CT検査を施行すると小腸内に造影効果を認める腫瘍影を認め、腫瘍による閉塞性イレウス、閉塞性腸炎による発熱、炎症反応上昇と診断した。イレウス管挿入の際の造影にて小腸内に類円形の巨大腫瘍を認め、腸管内の腫瘍の存在を確認できた。診断確定目的に小腸内視鏡検査を施行したところ、小腸内に40mm大の1型腫瘍を認めた。腫瘍による閉塞性イレウスをきたしており、腫瘍切除目的に腹腔鏡下小腸切除術を施行した。切除は病変より両側約20cmの位置で行い、十分なマージンを確保した。術中所見でも他臓器への浸潤や病理学的にも切除断端に腫瘍の浸潤は認められなかった。摘出標本の病理検査では異型核、多核、核分裂像などが多く、多彩な肉腫様組織であり、免疫染色ではKIT(-)、CD34(-)、DOG1(-)、AE1/AE3(-)、S-100(-)、Desmin(-)、 α -SMA(focal+), vimentin(+), CD56(focal+), D2-40(-), calponin(-), MIB-1 index 80%であった。Desminとcalponinは陰性であったが、 α -SMAが部分的に陽性であり、非典型的ではあるが組織形態学的に平滑筋肉腫の診断となった。術後1か月半後に貧血、血便が認められ、上部消化管内視鏡検査、大腸内視鏡検査では出血源は認められず、腹部造影CT検査にて吻合部付近の腸壁厚を認めたことから、平滑筋肉腫の再発や同部位からの出血を考え小腸内視鏡検査を施行した。内視鏡上は吻合部に50mm大の腫瘍性病変を認め、前回所見とも類似しており平滑筋肉腫の再発と考えた。同部位に潰瘍形成もあり、腫瘍からの出血による貧血と診断し、再度小腸切除術を施行した。術中所見では吻合部に巨大な腫瘍を認め、周囲回腸と下行結腸も巻き込んでいたため、周囲腸管も合併切除、腸管の再建を行った。病理学的には共に切除した腸管やリンパ節にも腫瘍細胞の進展が認められていた。摘出標本の病理検査では典型的な平滑筋肉腫の所見とは異なるものの、免疫染色を含め前回所見と類似しており、経過も含め平滑筋肉腫の再発と診断した。【結語】短期間に再発を認めた稀な小腸平滑筋肉腫の1例を経験した。

平滑筋肉腫, 小腸内視鏡

16 S状結腸癌に合併した壊死性筋膜炎の一例

済生会横浜市南部病院 消化器内科
遠藤和樹、川名一朗、菱木 智、所知加子、石井寛裕、亀田英里、
石井泰明、池田 礼、張 優美、近藤新平、三村秀樹、中森義典、
金丸雄志

症例は83歳女性。意識障害を主訴に夜間当院救急外来に搬送された。搬送1ヶ月前から左下肢痛を認めており、診察時は、左大腿部に握雪感を認めた。CTを施行し、壊死性筋膜炎と診断され、同時に左下腹部に腫瘍も認めていた。デブリードマンなどの外科的加療を家族が希望されず、抗菌薬投与で加療を開始したが、来院後6時間で死亡するに至った。病理解剖の結果、CT指摘の腫瘍はS状結腸癌であり、癌が壊死・感染し、左鼠径管を通して左大腿部まで感染が波及し、壊死性筋膜炎に至ったと考えられた。壊死性筋膜炎は皮膚軟部組織に生じる致死的な感染症である。主として整形外科や泌尿器科領域における炎症の合併症として発症することが多く、消化器疾患との合併は極めて稀である。今回、我々はS状結腸癌に合併した壊死性筋膜炎により、急激な転機を迎えた一例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。

S状結腸癌, 壊死性筋膜炎

17 虫垂炎と診断され保存的加療後に手術施行された虫垂癌の2例

日本医科大学 消化器外科

久保田友紀, 原 敬介, 山田岳史, 小泉岐博, 進士誠一, 横山康行, 高橋吾郎, 堀田正啓, 岩井拓磨, 武田幸樹, 太田恵一朗, 内田英二

【背景】原発性虫垂癌は結腸癌の中でも頻度が低いため術前診断が困難で、発見時に進行癌であることが多い。我々は虫垂炎と診断され保存的加療を施行された後に手術を施行した虫垂癌を2例経験したので報告する。【症例】症例1: 60代男性。腹痛を自覚し当科受診。身体所見上右下腹部を中心とした圧痛を認めたが、理学的所見や炎症所見に乏しく経過観察のみとなっていた。その後症状は消失したが、虫垂炎診断約2年後に腹痛と腹満感を認め再度受診。画像所見上虫垂腫大と回盲部に閉塞起点のある腸閉塞を認め手術施行となった。術中所見にて腫瘤を形成した虫垂が回盲部に癒着し閉塞起点となっており、さらに腸間膜と骨盤内に播種結節を認めたため虫垂癌及び腹膜播種と診断し回盲部切除を施行した。症例2: 50代男性。腹痛を自覚し当科受診。身体所見上右下腹部を中心とした圧痛を認め、画像所見上虫垂の腫大を認めたため、腫瘤形成性虫垂炎と診断し保存的加療とした。症状は軽快し待機的手術の予定であったが、保存的加療約4ヶ月後から症状の再燃と増悪があり再度当科受診。画像所見上虫垂腫大の増悪と肝内に多発するLDAを認めたため虫垂癌及び肝転移と診断し手術施行となった。術中所見で腹膜翻転部を中心に腸間膜に腹膜播種を認めたため、回盲部切除+低位前方切除を施行した。【結語】虫垂癌は虫垂炎に類似した臨床像を呈することがある。近年、複雑性虫垂炎に対しての待機的虫垂切除術が普及しつつあるが、本症例のように虫垂癌の可能性を念頭に置いて経過観察、治療に当たることが不可欠である。

原発性虫垂癌, 虫垂炎保存的加療

19 妊娠中に発症しステロイドが奏効した腸管病変を伴う不全型パーチェット病の一例

けいゆう病院 消化器内科

葛西祐樹, 岡田直也, 北村英俊, 関 由喜, 川崎由華, 伊藤高章, 香川幸一, 中下 学, 岡沢 啓, 水城 啓, 永田博司

症例は42歳女性。第二子妊娠中8週頃より口腔内アフタ、外陰部潰瘍、関節痛、結節性紅斑様皮疹が相次いで出現し、当院皮膚科にて不全型パーチェット病と診断された。妊娠18週より1日数回の軟便、血便を認めるようになり、精査目的に入院した。入院後、エコーにて横行結腸の壁肥厚、上部消化管内視鏡にて縦走傾向のある多発食道潰瘍、S状結腸内視鏡にて直腸肛門潰瘍を認めた。食道および直腸潰瘍の病理組織検査にて非乾酪性類上皮細胞肉芽腫を認めた。以上より腸管病変に関しては、組織学的に肉芽腫を認める腸管パーチェット病あるいは多彩な腸管外病変を伴うクローン病と考えた。妊娠21週よりPSL40mg/日を開始したところ、腹部症状、腸管外症状とも改善し、PSLは漸減した。PSL10mg/日投与中の妊娠32週に子宮内胎児死亡を認めたが原因は不明であった。その後、PSL5mg/日を継続し経過観察とした。内視鏡検査にて食道潰瘍、直腸肛門潰瘍は改善し癒着化していたが、回腸末端に比較的小さな類円形潰瘍の散在を認めた。病理組織では類上皮細胞肉芽腫は認めなかった。軽度の関節炎も持続していたことからアザチオプリンの併用を開始したところ、関節炎、回腸病変とも改善した。今回、妊娠中発症の腸管病変を伴う不全型パーチェット病の一例を経験した。腸管、腸管外症状ともステロイドが奏効し病状は落ち着いたが、妊娠中で回盲部に関して治療前の検査が十分行えなかったため、クローン病あるいは腸管パーチェット病の診断確定は困難であった。両疾患の鑑別に関して、腸管病変、腸管外病変、病理組織の面から若干の文献的考察を行い報告する。

パーチェット病, クローン病

18 腸重積をきたした巨大結腸脂肪腫の1例

小山記念病院 消化器内科

杉山雄太郎, 池田和穂, 若山真理子, 長嶺寿秋, 東海俊史, 山口雄司, 田中直見

症例は65歳女性。既往歴に特記事項はない。1ヶ月前からの下痢、血便を主訴に近医を受診した。画像検査で大腸腫瘍が疑われ当院に紹介され、精査加療目的で入院した。腹部CTでは下行結腸にtarget signを認め、先進部に脂肪濃度の腫瘤を認めた。下部消化管内視鏡検査では下行結腸の内腔を占拠する腫瘤様病変を認めた。表面は浮腫状粘膜に覆われ、一部に白色粘液様の構造物を伴っていた。悪性腫瘍の可能性が否定できず、下行結腸腫瘍、腸重積の診断で腹腔鏡下左半結腸切除術を施行した。術中、腸重積を解除後、内視鏡で腫瘤部を観察したところ下行結腸に先端部に潰瘍を伴う有茎性の粘膜下腫瘍を認めた。切除標本は肉眼では最大径100mm大の有茎性ポリープで先端部は広く潰瘍化していた。剖面は黄色、均一の境界明瞭な粘膜下腫瘍であった。病理組織学的には成熟脂肪細胞の増殖による、境界明瞭な結節形成が見られ悪性所見は認めず、脂肪腫と診断した。術後経過良好で退院となった。脂肪腫は成熟した脂肪細胞が限局性に増殖する良性腫瘍であり、消化管全体では大腸の発生頻度が最も多い。40~60歳代の女性に多く、右側結腸に好発するとされている。大腸脂肪腫の多くは無症状だが、腫瘍の大きさと症状発現率に密接な関係があり、腫瘍が大きくなるほど腸重積の頻度が上がり、また繰り返す慢性的機械刺激により表面粘膜の循環障害、脱落をきたし、びらんや潰瘍、炎症性肉芽腫が形成され、典型的内視鏡所見を呈さず診断が困難となる場合がある。腸重積をきたした下行結腸巨大脂肪腫に対して手術を行った1例を経験した。10cm大の巨大脂肪腫は比較的可能であり、文献的考察を加えて報告する。

脂肪腫, 腸重積

20 細菌性腸炎による腸重積に対して保存的加療で軽快した1例

日立製作所総合病院 消化器外科

日野竜平, 松井郁一, 羽生 匠, 村井 伸, 横溝悠里子, 箱田浩之, 稲垣勇紀, 丸山岳人, 青木茂雄, 三島英行, 酒向晃弘, 櫻村 稔

症例は、20歳女性で、急激な右下腹部痛を主訴に救急要請し、当院に搬送となった。身体所見上、右下から右側腹部にかけて腫瘤を触知し、同部位に圧痛を認めた。CTで回腸末端部が横行結腸まで重積しており、腸重積の診断となった。発症24時間以内であることから、手術に優先して注腸整復を施行したところ、重積した腸管は整復され、症状は軽快した。原因精査目的に下部消化管内視鏡を施行したところ、明らかな腫瘍性病変なく、盲腸パウヒン弁対側に白苔を伴う発赤・浮腫状の粘膜肥厚を認め、結腸全体にびらんが散見された。所見上は、原因として腫瘍よりも感染症によるものが疑われた。保存的加療で改善を認め、入院15日目に退院した。今回、我々は細菌性腸炎による腸重積という稀な症例を経験した。本症例では手術を行わずに、注腸整復のみの保存的加療で軽快したため、若干の文献的考察をふまえて報告する。

腸重積, 腸炎

杏林大学医学部 第三内科¹⁾, 同 微生物学教室²⁾, 同 病理学教室³⁾, 小栗典明¹⁾, 桜庭彰人¹⁾, 森久保拓¹⁾, 佐藤太龍¹⁾, 菊池翁輝¹⁾, 徳永創太郎¹⁾, 箕輪慎太郎¹⁾, 池崎 修¹⁾, 三井達也¹⁾, 三浦みき¹⁾, 齋藤大祐¹⁾, 林田真理¹⁾, 森 秀明¹⁾, 久松理一¹⁾, 大崎敬子²⁾, 神谷 茂²⁾, 岡部直太³⁾, 大窪泰弘³⁾, 柴原純二³⁾

【緒言】 binary toxinは*Clostridium difficile*(CD)の産生する第3の毒素とされる。2002年より北米、欧州で、致死率の高いbinary toxin産生型027型、078型の強毒株の流行を認め問題となっている。本邦ではbinary toxin陽性株のアウトブレイクは報告されておらず、少数の散発例の報告のみみられる。また市中感染型*Clostridium difficile*感染症(CDI)についても報告は少数に限られている。【症例】直近に抗菌薬の使用歴を認めない40歳の女性。X年8月20日に発熱、嘔吐、下痢を認め、8月21日に前医を受診しWBC13300/ μ l、CRP17.55mg/dlの著明な上昇、CT検査で全大腸に腸管拡張像と腸液の貯留を認め感染性腸炎の診断で入院となった。炎症反応の改善は乏しく、8月28日に入院時の便培養検査でCD toxin A/B陽性だったためCDIの診断でVCM内服が開始された。しかし呼吸不全の悪化により8月29日に当院へ転院。著明な胸腹水貯留、中毒性巨大結腸症、血圧低下、低酸素血症を呈しており、ICU入室として、人工呼吸器、昇圧剤投与による全身管理、CDIに対してVCM内服とMNZ静注を行った。徐々に全身状態は改善を認め9月22日にICUを離脱した。9月25日に全大腸内視鏡検査を施行し、横行結腸を中心に浮腫状の粗造粘膜炎と多発性の潰瘍性病変を認めた。組織診では形質細胞を中心に炎症細胞浸潤を中等度に認め、陰窩炎および一部陰窩の萎縮や配列の乱れも認めた。その後10月7日に軽快退院した。【考察】当院で行われた便検査でbinary toxin陽性を認めたため、国立感染症研究所に遺伝学的型別解析を依頼した。PCR ribotypingは北米流行株の強毒性027型や078型、本邦の市中感染重症例で認めた019型とは異なるパターンを呈していた。また、*slpA* sequence typingではsubtype ts0592-01に同定された。本邦で報告された*slpA* sequence subtype ts0592-02の2例は、同一病棟で発症した重症例である。本邦でのbinary toxin陽性株CDIおよび市中感染型CDIの報告は少数に限られており、遺伝学的型別とこの相関について症例の集積が必要である。

binary toxin, *Clostridium difficile*感染症

東邦大学医療センター大森病院 消化器内科
毛利川秀, 吉本憲介, 辛島 遼, 小林 輝, 田角 怜子, 藤井絃大,
藤澤理沙人, 水谷沙織, 渡辺 剛, 吉峰尚幸, 岩崎 将, 山口和久,
和久井紀貴, 岡野直樹, 永井英成, 五十嵐良典

症例は60歳代男性。平成2X年9月下旬から発熱をきたし近医を受診したが、症状は改善しなかった。その3日後に眼前暗黒感が出現し、体動困難となったため当院に救急搬送された。入院時検査では炎症反応高値を認め、腹部造影CTで肝S7ドーム直下に単発する巨大なRing enhancementを伴う腫瘍性病変を認めた。また胸部造影CT検査では右下葉にスリガラス影と肝臓に連続する低吸収域を認めた。肝膿瘍が疑われたため、同日入院となり、CTX6gとMNZ1500mgの併用で加療開始となったが、第2病日に腹部超音波検査を施行したところ肝膿瘍が横隔膜を穿破し、肺膿瘍を合併したと考えられた。第3病日に肝膿瘍に対して経皮的にドレーナージュチューブを留置した。肝膿瘍検体の培養では、原因菌は検出されなかったが、血液検査で血清アメーバ抗体が陽性であったことから、アメーバ性肝膿瘍と診断した。第12病日の腹部CT検査で肝膿瘍の縮小を認め、第13病日にドレーナージュチューブ造影を行ったところ、肝膿瘍腔と肺膿瘍の交通は確認されなかった。そのため第14病日に肝膿瘍ドレーナージュチューブのクランプテストを行い、症状は増悪しなかったため、第18病日にドレーナージュチューブを抜去した。その後、第20病日に肺膿瘍に対する加療を継続するため、呼吸器内科に転科し軽快して第29病日に退院した。今回、アメーバ性肝膿瘍が横隔膜を穿破して、肺膿瘍を形成した1例を経験したため、文献的考察を加え報告する。

アメーバ、肝膿瘍

東京北医療センター 消化器内科
光定聖弥, 服部大輔, 齋藤博夫, 岩田朋之, 岡渕一壽, 吉田見紀,
三澤綾子, 青柳有司

症例は59歳、男性。10年前にC型慢性肝炎の診断で、ペグインターフェロン+リバビリン併用療法を当院で施行され、以後ウイルス学的著効(sustained virological response, SVR)が得られていた。当院での経過観察を終了した後、近医でウイルスの陰転化継続の確認と、肝機能検査及び腹部超音波検査を定期的に行っていた。10年経過後の定期検査では腹部超音波検査上、肝腫瘍はなく、肝機能障害も認められず、SVRも継続していた。その半年後にAFP上昇と肝機能障害を指摘され、当院に紹介受診となった。腹部超音波検査で、肝右葉前上区域(S8)に約40mm大の腫瘍と肝門部から大動脈周囲に多発腫瘍を指摘された。腹部Dynamic CTでは肝腫瘍は造影早期で辺縁主体にやや強い染まりを認め、内部には壊死を疑う造影不領域を認めた。また、胆管に沿った進展が疑われ胆嚢への浸潤も疑われた。壊死を伴う肝細胞癌または胆管細胞癌や混合型肝細胞癌が疑われた。転移性肝腫瘍の除外のために施行した上下部内視鏡検査では異常は認めなかった。経皮的肝門部リンパ節生検を行い、免疫染色を含めた病理学的診断で肝細胞癌のリンパ節転移と診断した。C型慢性肝炎に対するインターフェロン療法SVR後に発症する肝癌の報告は散見される。SVR後も定期的に画像検査や血液検査で経過観察を行っていたにも関わらず、進行肝癌で発見された症例を経験した。SVRの継続が得られていても、本症例のように進行肝癌で発見されることもあるため、定期的な経過観察が必要であると考えられた。

肝癌, SVR後

東邦大学医療センター大森病院 消化器内科
辛島 遼, 松井太吾, 天沼 誠, 吉峰尚幸, 荻野 悠, 向津隆規,
松清 靖, 大道泰子, 和久井紀貴, 篠原美絵, 池原 孝, 村山浩一,
永井英成, 五十嵐良典

症例は83歳、女性。入院契機は肝腫瘍精査。【現病歴】糖尿病で近医通院中。腹部超音波にて肝内腫瘍を指摘され当科紹介となった。腹部造影超音波検査及び造影CT検査で、肝左葉に62×64×55mmの肝細胞癌(HCC)と診断し、加療のため入院した。【身体所見】身長140cm、体重51kg、体温36.4℃、血圧130/68mmHg、脈拍64回/min。眼瞼結膜貧血なし、眼球結膜黄染なし。表在リンパ節触知せず。胸部：心音純、呼吸音清。腹部：心窩部に硬い鶏卵大の腫瘍を触知する圧痛なし、液動なし。下肢浮腫なし。【検査所見】血清Alb3.8g/dl、T-Bil0.8mg/dl、D-Bil0.2mg/dl、AST190IU/L、ALT57IU/L、 γ -GTP68U/L、BUN10g/dl、Cre0.57mg/dl、PT87%、NH₃15 μ g/dl、PLT241000/ μ l【入院後経過】本症例は外科的切除も考慮したが、Child-Pugh score 7点で、ICG15分値24%で、肝予備能の低下を認め、肝動注化学塞栓療法(TACE)の方針となった。腹部血管造影検査にて、A2から栄養される腫瘍濃染像を認めた。腫瘍血管へ10%NaClを用いて膨潤抑制したdrug-eluting beads (DEB)-TACEを行った。一か月後の腹部造影CT検査にて残存腫瘍が確認できたため、再度同手法にてDEB-TACEを追加した。その結果、さらに一か月後の腹部造影CTで腫瘍の残存なく、著効と判定した。【考察】DEBの一つであるMicrospheresは、混合する分散媒により膨潤率は異なり、イオン性造影剤、生理食塩水、そして非イオン性造影剤でそれぞれ乾燥粒子径の2倍、4倍および6倍に膨らむとされる。今回、10%NaClを用いてMicrospheresの膨潤を抑制することで、腫瘍の栄養血管における近位塞栓を予防した。腫瘍内部への確実な集積を達成する事で、腫瘍の完全壊死を得ることに成功したと考えた。【結語】今回、高齢者に合併した巨大HCCに対して、10%NaClを用いてMicrosphereの膨潤を抑制し、確実に腫瘍血管へ充填することで著効が得られた1例を経験した。切除不能HCCに対しての同手法は、腫瘍栄養血管の近位塞栓を予防し、確実に腫瘍への充填を達成すると共に十分な阻血効果を得るために重要であると考え報告する。

肝細胞癌, DEB-TACE

昭和大学病院 消化器内科

杉浦育也, 魚住祥二郎, 中島陽子, 梶原 敦, 荒井 潤, 下間 祐, 打越 学, 野本朋宏, 坂木 理, 吉田 仁

【症例】30歳代, 男性。肝門部胆管癌 (stage3) に対して胆管切除術及び胆管空腸吻合術を施行した。病理組織学的に切除断端陽性であり, 放射線療法 (60Gy/30回) を行い, ゲムシタピンとシスプラチン併用療法 (GC療法) を8コース施行しSD判定であった。骨髄抑制のためテガフル・ギメラシル・オテラシルカリウム (TS-1) 内服に変更して6コース施行したが, 徐々に腫瘍マーカーの上昇を認め術後25か月後のPET-CTで肝門部に再発を疑う異常集積を認め, 容量を減量してGC療法を再開した。造影CTでは門脈左枝から本幹合流部に腫瘍浸潤による狭窄を認め, 側副血行路の発達による食道静脈瘤破裂を繰り返し, 徐々に腹水貯留も認められるようになった。部分的脾動脈塞栓術を施行したところ血小板は上昇したが, 食道静脈瘤, 腹水は十分な改善が認められなかった。その後も食道静脈瘤破裂を繰り返したため, 経皮経肝門脈ステント挿入術を行った。門脈左枝から本幹にかけてEpic vascular stent (4cm長, 10mm径) を留置した。合併症は認められず, 食道静脈瘤の改善が得られ, 腹水は減少したため外来通院が可能となった。【症例2】70歳代, 男性。肝門部胆管癌 (stage2) に対して左肝切除術及び右肝管空腸吻合術を施行した。切除断端陽性であり, 外部照射 (30Gy/15回) 施行後に腔内照射 (HDR-Ir192RALS) を行い, ゲムシタピン療法を6コース施行し再発所見は認めていなかった。術後5年後の造影CTで術部肝門部門脈に沿って軟部陰影を認め, 術後6年後の造影CTで肝門部門脈の狭窄を認めていた。術後7年4か月後の上部消化管内視鏡で著明に発達した食道静脈瘤を認めており, 経皮経肝門脈ステント挿入術を行った。門脈右枝から本幹にかけてEpic vascular stent (4cm長, 10mm径) を2本留置した。合併症は認められず, 食道静脈瘤の改善が得られた。悪性腫瘍による門脈狭窄・閉塞では門脈圧亢進症をきたし, 難治性消化管静脈瘤や腹水が認められ治療に難渋する場合がある。今回, 肝門部胆管癌による門脈狭窄に対し, 門脈ステントが極めて有効であった2例を経験したので報告する。

食道静脈瘤, 門脈ステント

帝京大学医学部 内科¹⁾, 同 病理²⁾松本謙介¹⁾, 高森頼雪¹⁾, 大隅 瞬¹⁾, 櫻井美代子¹⁾, 柳澤大輔¹⁾, 大和 洸¹⁾, 中村直裕¹⁾, 丸山喬平¹⁾, 三木淳史¹⁾, 八木みなみ¹⁾, 岡村喬之¹⁾, 青柳 仁¹⁾, 磯野朱里¹⁾, 三浦 亮¹⁾, 阿部浩一郎¹⁾, 小田高慎也¹⁾, 大田泰徳²⁾

【症例】68歳, 女性【現病歴】平成1X年より関節リウマチに対し当院膠原病科でメトトレキサート (MTX) を投与されていた。平成2X年11月に右季肋部痛出現し近医受診したが1月ほどで自然軽快した。平成2X年2月に再度右季肋部痛出現し徐々に増悪認めた。4月上旬に当科にて腹部超音波施行したところ 肝右葉を占拠する14cm大の腫瘍を認め, 4月下旬に肝腫瘍生検目的にて入院となった。【既往歴】平成1X年 胃潰瘍, 平成2X年 高血圧【入院時身体所見】意識清明, 150cm, 53.4kg, 血圧104/62, 脈拍100/分・整, 体温37.1℃, 眼瞼結膜軽度貧血あり, 眼球結膜黄疸なし, 胸部異常なし, 腹部右季肋下に肝を4横指ほど触れる・圧痛あり。【入院時検査所見】WBC 6000, Hb 100, CEA 1.7, CA19-9 78.9, AFP 7.6, PIVKA 23, S. IL-2R 6996, TK 90.8, 腹部CT: 肝右葉全体に遷延性に斑状に造影される14cm大の分葉上の腫瘍を認める。中心部は壊死成分を疑う。【経過】腹部US下にて肝腫瘍生検を施行。病理の結果はdiffuse large B-cell lymphomaであった。MTX関連リンパ増殖性疾患と考え同月よりMTXを中止した。その後8月の腹部CTで肝腫瘍は7cm大にまで退縮した。【考察】MTX関連リンパ増殖性疾患 (MTX-LPD) は, MTX投与中の患者に発生するリンパ増殖性疾患である。関節リウマチ治療においてMTXの重篤な副作用の一つとしてあげられており, 中でも悪性リンパ腫が臨床的に問題となる。MTX-LPDで特徴的なのは, MTXの投与中止により腫瘍の退縮がおこり, 寛解を得られる症例が存在することである。本症例も同様の経過を辿っており, 貴重な一例として文献的考察を加え報告する。

メトトレキサート, 肝悪性リンパ腫

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

【症例】27歳, 女性【主訴】心窩部痛【現病歴】当院受診前日21時頃より突然の心窩部痛を認め, 当院受診した。採血, CT, MRCPを施行し, 軽症急性膵炎, 総胆管結石の診断で入院となった。【既往歴】なし【嗜好歴】飲酒なし, 常用薬なし【入院後経過】予後因子0点, CT grade1の軽症膵炎として入院初日より絶食, 補液, UTI 15万U/day投与を行うとともに, 総胆管結石に対して第1病日に胆道ドレナージ目的にERCPを施行した。胆管造影を行ったところ, 総胆管結石および胆管非拡張型膵・胆管合流異常を認めた。第12病日にEUSを施行し胆管非拡張型膵・胆管合流異常と膵管非癒合の合併を確認した。第13病日にERCP再検し, 内視鏡的総胆管結石除去術を行った。排出した結石の主成分は蛋白であった。有害事象なく第16病日に退院となった。今後は, 胆管非拡張型膵・胆管合流異常のガイドラインに沿って胆嚢摘出術を行う方針である。【考察】胆管非拡張型膵・胆管合流異常と膵管非癒合を合併する症例は非常に稀であり, そのほとんどが胆管拡張型膵・胆管合流異常症例であった。今回, 総胆管結石により偶発的に診断された胆管非拡張型膵・胆管合流異常と膵管非癒合を合併した1例を経験した。非常に稀な症例であるため, 若干の文献的考察を加えて報告する。

膵管胆管合流異常, 膵管非癒合

昭和大学藤が丘病院 消化器内科

浅見哲史, 山村詠一, 新谷文崇, 小林孝弘, 長濱正亞, 岩橋健太, 吉田詠里加, 小澁尚子, 東畑美幸子, 鈴木怜佳, 遠藤利行, 上原なつみ, 花村祥太郎, 阿曾沼邦夫, 五味邦代, 黒木優一郎, 山本頼正, 井上和明

症例は56歳女性。主訴は心窩部痛。胆石性胆嚢炎にて胆嚢摘出術後7日目に心窩部痛を自覚し前医を受診した。血液検査所見では黄疸, 肝胆道系酵素上昇を認め, 腹部CTで総胆管拡張を認めるも総胆管結石は明らかではなかった。術後の総胆管結石症による急性胆管炎の疑いとして当院に転院となった。術前のMRIでは総胆管の拡張は認めておらず, 微小結石による急性胆管炎を疑い超音波内視鏡検査 (EUS) を施行した。乳頭部胆管から最大径11mmと総胆管拡張を認めたものの総胆管結石や腫瘍性病変は明らかでなく, 総胆管結石の通過後 (いわゆるPassing) を疑った。ERCPは施行せず, 保存的治療にて症状は一時的に改善したが入院中に症状が再燃し肝胆道系酵素が再上昇したことから, Rome III criteria, modified Milwaukee classificationでそれぞれbiliary type II, Iの乳頭括約筋機能不全 (SOD) と診断した。biliary type IIの場合, 内視鏡的乳頭括約筋切断術 (EST) の適応を判断するためには乳頭括約筋圧測定 (SOM) が推奨されている。しかし短期間に症状を繰り返している事とEUSにて他の疾患が除外できていることからSODと診断しESTを施行することとした。内視鏡的逆行性胆管膵管造影 (ERCP) を施行, 胆管造影や管腔内超音波 (IDUS) でも総胆管結石や腫瘍性病変がないことを確認したうえでESTを行った。以後は症状再燃なく経過し退院となった。今回, SODの診断にEUSが有効であっ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。

乳頭括約筋機能不全, 胆嚢摘出後症候群

大和市長立病院 消化器内科

林 慧, 亀田 亮, 浅見昌樹, 柳田直毅, 山本和寿

症例 74歳、女性。20XX年5月右胸部の潰瘍性腫瘍を主訴に当院外科受診。精査にて右乳癌多発骨転移T4bN2M1 stage4の診断となった。病理診断は浸潤性小葉癌、エストロゲンレセプター強陽性、プロゲステロンレセプター強陽性、HER2タンパク陰性であった。同年6月より化学療法を開始、局所コントロールが得られたため、20XX+1年3月に右乳房切除術施行。術後は放射線療法と内分泌療法を施行し、病勢はコントロールされていた。肝機能障害が20XX+4年1月11日出現し、同月16日当科へ併診となった。同日撮影した腹部エコーでは総胆管拡張を認め、下部胆管に閉塞性に充実エコーが認められ、Dynamic CTを撮影した。結果、下部胆管に造影効果を認める壁肥厚・同部位狭窄・上流胆管拡張が出現しているのを認めた。下部胆管癌や乳癌の胆管周囲のリンパ節への転移などによる閉塞性肝障害が疑われ同月17日ERCPを施行した。胆管造影を行うと下部胆管にU字型の狭窄が認められたため、胆管チューブステントを留置。その後、肝・胆道系逸脱酵素の著明な改善を認めた。ERCP時に施行した胆管生検では胆管壁内に小型の異型細胞が孤立性に浸潤性増殖をする像を認め、これは以前の乳癌の所見に極めて類似する所見であった。また、Eカドヘリン陰性、CK7陰性、CK20陽性、エストロゲンレセプター強陽性、プロゲステロンレセプター強陽性であり、乳癌の胆管転移と考えられた。乳癌の胆管転移は稀な病態であるため、経験した一例を文献的考察をまじえてここに報告する。

下部胆管, 乳癌

東海大学医学部付属病院 消化器内科¹⁾, 同 消化器外科²⁾, 同 病理診断科³⁾杉山 悟¹⁾, 川島洋平¹⁾, 吉原四方¹⁾, 川西 彩¹⁾, 小川真実¹⁾, 峯 徹哉¹⁾, 益子太郎²⁾, 増岡義人²⁾, 山田美鈴²⁾, 古川大輔²⁾, 矢澤直樹²⁾, 中郡聡夫²⁾, 平林健一³⁾

【症例】66歳、女性。【主訴】右側腹部痛、白色便、体重減少【現病歴】上記にて201X年4月年近医受診。腫瘍マーカー高値、US/CTで膵頭部に30mm大の充実性腫瘍指摘され当院紹介受診となった。ERCP/EUS-FNA施行し膵頭部癌の確定診断が得られた。手術加療を検討していたが、EOB-MRIにて多発肝転移を指摘。GEM + nab-PTXによる化学療法を開始した。1クール目にGrade2相当の好中球減少症を認めたため中止。その際にMetalic Stentの挿入を行なった。2クール目より80%に減量し再開した。抗がん剤投与直後の倦怠感や食欲低下の訴えが強く、4クール目より2投1体に変更。奏功しそのまま継続、変更後は休薬・減量を必要とせずに経過した。腫瘍マーカーも速やかに低下し、10クール目より正常範囲内で推移していた。22クール目に施行したPET-CT検査ならびにEOB-MRI検査にて肝転移の消失を確認。膵頭部病変に関しては根治切除可能と判断し、消化器外科依頼としSSPPDを施行した。現在術後2ヶ月経過し、経過良好である。【結語】GEM + nab-PTX長期投与にて根治手術に移行できた肝転移を伴う膵頭部癌を経験したので報告した。

膵頭部癌, 化学療法

東京女子医科大学 消化器・一般外科

小川杏平, 出雲 渉, 樋口亮太, 谷澤武久, 植村修一郎, 山本雅一

背景：膵癌は診断時に進行癌であることが多く、StageIで手術を施行された症例は少ない。今回我々は膵体尾部主膵管拡張を契機に診断し得たStageI膵癌に対し腹腔鏡下膵体尾部切除術を施行した1例を経験したので報告する。症例は62歳男性、59歳時に上行結腸癌に対し腹腔鏡補助下結腸右半切除術を施行し、経過観察中の腹部超音波検査で主膵管の拡張を認めた。MRCPでは膵体部の主膵管狭窄を認め、その尾側主膵管は最大27mmに拡張していた。超音波内視鏡検査では体部から尾部にかけて7mmの主膵管拡張を認め、その頭側の主膵管は一部狭窄が見られた。また尾部に複数の分枝膵管拡張が認められた。造影CTでは膵体部に14mmの辺縁不整な乏血性腫瘍があり、9mmの不整な尾側主膵管拡張と尾部末端に29mmの主膵管拡張と思われる嚢胞性病変を認めた。嚢胞内に壁在結節、充実成分は認めなかった。以上より、膵体部癌 cT1a cN0 cM0 cStageIAの術前診断に対し、腹腔鏡下膵体尾部切除術を施行した。病理診断は Invasive ductal carcinoma, mod, P, T1 (15mm), infiltrative type, sci, INFb, ly1, v1, nel, mpd(-), pT1c, pS0, pRP0, pPV0, pA0, pPL0, pOO0, pPCM0, pDPM0, R0, pN0, M0, TNM分類(JPS 7th) : pT1 pN0 M0 pStageIAであった。結語：術前診断が可能であったStageI膵癌に対し腹腔鏡下膵体尾部切除を施行した1例を経験したため、若干の文献的考察を含めて報告とする。

StageI膵癌, 腹腔鏡

東京都立墨東病院 内科¹⁾, 同 内視鏡科²⁾早川優香¹⁾, 小林克誠¹⁾, 土屋杏平¹⁾, 町田智世¹⁾, 大倉幸和¹⁾, 新見真央¹⁾, 松岡愛菜¹⁾, 野坂崇仁¹⁾, 三角宜嗣¹⁾, 加藤理恵¹⁾, 三浦夏希¹⁾, 松本太一¹⁾, 古本洋平¹⁾, 堀内亮郎²⁾, 浅野 徹¹⁾, 佐崎なほ子¹⁾, 忠願寺義通¹⁾

【症例】76歳女性。20XX年2月上旬から背部痛が出現し、近医のCTで膵腫瘍を指摘され、当院へ紹介受診となった。造影CTでは膵体部に3cmの腫瘍と、腹動脈などへ動脈浸潤を認めた。典型的な画像所見や腫瘍マーカー上昇により膵体部癌 cT4N0M0 cStageIII膵癌取扱い規約第7版)と診断した。局所進行切除不能 (UR-LA)と判断し、2月下旬よりGemcitabine (GEM) 療法を開始した。5月のCTで原発巣はわずかに縮小したものの stable disease (SD)であり、更なる局所制御を期待して、7月より重粒子線治療 (55.2Gy/12回)を併用した。Grade 3の骨髄抑制がみられたが、適宜減量しながらGEM療法を継続し、治療効果はSDを維持した。20XX+1年10月から腫瘍マーカーは緩徐に上昇し、PET-CTで膵頭部に淡い集積が出現した。CTでも同部位で造影効果がやや上昇しており再発を疑った。20XX+2年1月下旬より再発巣に対して重粒子線治療 (52.8Gy/12回)を追加した。5月のPET-CTで再発巣の集積は消失した。20XX+3年初旬から全身の浮腫、胸腹水が出現したため利尿剤を調整した。画像上はSDを維持しておりGEM療法を継続したが、腫瘍マーカーは上昇した。10月より水分貯留が更に悪化した。重度の大動脈弁狭窄症を併存しており、11月に経カテーテル大動脈弁植込術を施行したのちも、大量腹水は残存し癌性腹水を疑った。12月のPET-CTでは膵鉤部に新たな集積が出現していた。水分貯留に伴い腎機能が悪化し、化学療法は中止した。20XX+4年1月上旬、大量の血便を契機に多臓器不全が急激に進行し、1月中旬に永眠された。

【考察】局所進行切除不能膵癌の予後は、現在化学療法と化学放射線療法のいずれにおいても2年に満たず不良である。化学放射線療法では併用レジメンや照射方法などがまだ確立されていない。重粒子線治療は現在保険未収載で先進医療として扱われるが、その有効性が期待される。自験ではGEM療法と重粒子線治療の併用により、約4年間の長期生存を得られた。重粒子線治療は今後の膵癌治療の一端を担う可能性がある。

膵癌, 重粒子線治療

茨城県立中央病院・茨城県地域がんセンター 消化器内科¹⁾、
同 神経内科²⁾、同 初期研修医³⁾
飯島一飛¹⁾、堀川 諭^{1,3)}、大関瑞治¹⁾、稲葉康記^{2,3)}、小國英一²⁾、
瀬山佑亮¹⁾、本多寛之¹⁾、石橋 肇¹⁾、山岡正治¹⁾、藤枝真司¹⁾、
五頭三秀¹⁾、荒木真裕¹⁾、天貝賢二¹⁾

症例は76歳女性。200X年Y月、黄疸と肝障害で近医より当院紹介となった。精査で膵頭部癌の診断となりY+1月1日に全幽門輪温存膵頭十二指腸切除術が施行(pT3N1bM0 pStage2b)、Y+1月13日に退院となった。Y+1月29日に歩行障害、意思疎通困難を主訴に当院を受診しMRIで多発脳梗塞の診断となり入院となった。当初は周術期脳梗塞の可能性も示唆されたため、入院後ヘパリン10000単位/日の持続点滴静注を開始した後、血栓傾向が落ち着きワーファリン内服へ切り替えた。Y+2月27日にMRIで1回目の多発脳梗塞の再発を認めたため再度ヘパリンの持続点滴静注へ切り替えた。その後症状が落ち着き、Y+3月6日よりダビガトラン内服へ切り替えた。Y+3月10日にMRIで2回目の多発脳梗塞の再発を認めたため、ヘパリン持続点滴静注へ再度切り替えた。この時点で腫瘍マーカーやCTより膵臓癌の病勢増悪とTrousseau症候群の関係性を考慮しY+3月19日に化学療法導入(GEM+nabPTX)に踏み切ったが骨髄抑制のため初日のみの投与となり、Y+4月13日にGEM単剤での投与に切り替えたものの同じく骨髄抑制で投与継続が困難となった。CTでは肝転移やリンパ節転移が増大傾向であったため、本人、家族と相談し、以降は症状緩和と治療が主体の治療方針となった。血栓傾向も落ち着き自宅退院を目指す目的でヘパリン皮下注射へ切り替えたところ、Y+4月25日に3回目の多発脳梗塞の再発を認め、再度ヘパリンの持続点滴静注へ切り替えた上で、自宅近くの病院へ転院となった。Trousseau症候群は傍腫瘍癌候群の一つとされ、悪性腫瘍の遠隔効果により脳梗塞や肺塞栓を引き起こす病態と定義されている。Trousseau症候群を発生した際の生存期間の中央値は4.5か月と報告されており予後不良である。原疾患が根治困難な進行癌である場合も多く、梗塞症状がQOL低下へ直結する為、血栓症のコントロールは治療上重要な課題となり得る。今回、我々は膵臓癌術後に脳梗塞症状を呈し、Trousseau症候群の診断のもと可能な範囲での治療を試みるも難渋した症例を経験したので、若干の文献的考察を加え報告する。

膵臓癌, Trousseau症候群

横浜市立大学医学部 消化器・腫瘍外科学¹⁾、
横浜市立大学附属病院 病理診断科・病理部²⁾
大矢浩貴¹⁾、土屋伸広¹⁾、松村舞依²⁾、豊田純哉¹⁾、中崎佑介¹⁾、
田中淑恵¹⁾、佐原康太¹⁾、荒木謙太郎¹⁾、村上 崇¹⁾、藪下泰宏¹⁾、
澤田 雄¹⁾、熊本直文¹⁾、松山隆生¹⁾、遠藤 格¹⁾

症例は37歳女性。健診の腹部超音波検査で膵尾部に嚢胞性病変を認め、前医受診された。腹部造影CT検査では膵尾部に壁の造影効果を伴う嚢胞性病変を認め、嚢胞内には隔壁を伴っていた。超音波内視鏡(Endoscopic ultrasonography: EUS)では膵尾部に脾外へ突出するφ30mm大の多嚢性病変を認めた。嚢胞は内部に一部充実成分を有し、非対称性の壁肥厚像を認めた。膵粘液性嚢胞腫瘍(Mucinous cystic neoplasm: MCN)が疑われ、精査・治療目的に当科紹介受診となった。PET-CT検査では病変部に明らかなFDG集積を認めず、腫瘍マーカーの上昇は認めなかった。鑑別疾患として、MCN、類上皮性腫瘍、壊死を伴う神経内分泌腫瘍等が挙げられ、悪性疾患の除外が困難であったため切除の方針とした。腫瘍は画像上、脾静脈浸潤が否定できなかったため、脾合併膵脾切除術を施行した。手術検体の肉眼所見では膵内に多嚢性嚢胞を有する暗赤色腫瘍を認めた。暗赤色腫瘍は組織学的に脾洞構造とリンパ濾胞を認め、嚢胞は非薄化した扁平上皮様の上皮に覆われていた。以上の所見より、膵内副脾に発生した類上皮嚢胞(Epidermoid Cyst in an Intrapaneatic Accessory Spleen: ECIAS)と診断した。今回我々は術前鑑別疾患に苦慮したECIASの1症例を経験した。ECIASは比較的稀な疾患であり、本症例の様に副脾実質が非薄化した際に他の膵嚢胞性病変との鑑別が問題となる。ECIASは稀な疾患ではあるが、膵尾部嚢胞性病変の鑑別として念頭に置くことが重要と考えられた。

膵内副脾, 類上皮嚢胞

筑波大学附属病院水戸地域医療教育センター 水戸協同病院
小野田翼, 熊倉有里, 有賀啓之, 鹿志村純也

【はじめに】インスリノーマは機能的膵神経内分泌腫瘍(pNET)の中で最も高頻度な腫瘍であり、本邦では全体の20.9%を占める。インスリンの自立的過剰分泌により低血糖をきたすが、その症状は非特異的であり、他の疾患との鑑別が不可欠である。今回、意識障害を契機に発見されたインスリノーマの一例を経験したので報告する。【症例】78歳、女性(主訴)意識障害(既往歴)大腿骨頸部骨折、認知症(生活歴)飲酒:なし、喫煙:なし(現病歴)X年3/30朝に意識障害あり、当院へ搬送となった。搬送時、血糖42mg/dlと低値であり、ブドウ糖の急速静注により意識状態は改善した。CTで膵体尾部に造影される腫瘍を認め、精査目的に入院となった。(来院時現症) 36.5℃、BP 173/70mmHg、HR 70/分、SpO2 97%(室内空気)。腹部:平坦・軟。心窩部に軽度圧痛あり。(検査成績) 低血糖時にインスリン分泌上昇あり:血糖31mg/dl IRI 14.1 μU/mL CPR 2.05ng/mL。Fajans index 0.45。(CT)膵体尾部に石灰化を伴う5cm大の腫瘍を認めた。動脈相では造影効果に乏しいが、徐々に造影された。(MRI)DWIで膵体尾部の腫瘍は拡散強調が低下し、同部位で瘻管は閉塞していた。(上部消化管内視鏡)異常所見なし。(超音波内視鏡)膵体尾部に境界明瞭な低エコー性腫瘍あり、内部には壊死を疑う低エコー性変化を認めた。(ERCP)主膵管は体部でカーニク状の変化を認め、瘻管内腫瘍による閉塞が考えられた。(選択的動脈内カルシウム注入試験:SACI)脾動脈でインスリンとstep upであった。以上より膵体尾部に限局したインスリノーマと診断し、手術を行った。病理でSynaptophysin(+), Chromogranin(+), Insulin(focal+), Ki-67 4%でありpNET G2(WHO分類)と診断した。【まとめ】自件例は5cmと大きい腫瘍であったが、インスリノーマは腫瘍が小さいことが多い。インスリノーマの鑑別診断は多岐にわたるため、本件でも各種負荷試験、内視鏡による評価を行い、正確な存在診断を行い治療に至った。局在診断の際にはSACIを用いた機能的な評価を組み合わせ、総合的に評価することが必須である。

インスリノーマ, 膵神経内分泌腫瘍

東京都立多摩総合医療センター 消化器内科¹⁾、
同 病理・検査科²⁾
関口修平¹⁾、藤木純子¹⁾、村田 彩¹⁾、山田大貴¹⁾、藤原 俊¹⁾、
山形 亘¹⁾、前田 元¹⁾、栗原正道¹⁾、伊東詩織¹⁾、脇岡悠子¹⁾、
下地耕平¹⁾、中園綾乃¹⁾、吉岡篤史¹⁾、井上 大¹⁾、堀家英之¹⁾、
小倉祐紀¹⁾、霧生孝弘²⁾、並木 伸¹⁾

【症例】44歳男性。【現病歴】膵酵素上昇の精査目的に201X年1月に当科紹介となった。血清IgG4は226mg/dlと高値であり、CTで膵全体のびまん性腫大と膵辺縁の被膜様構造を認め、また、超音波内視鏡下穿刺吸引法での病理所見では、IgG4陽性の形質細胞浸潤があり、自己免疫性膵炎(AIP)と診断した。自覚症状がなく、閉塞性黄疸もないため、本人と相談の結果、治療介入はせずに慎重に経過観察する方針とした。以後、3ヶ月毎の血液検査と半年から1年毎のMRIでフォローしたが、その間腹部症状や黄疸の出現はなく、また、MRIでも膵腫大を認めるのみで著変なく経過していた。201X年7月のMRIでは遠位胆管に狭窄が生じると共に、膵管にも拡張が出現しており、CTでは膵石灰化、膵石が生じていた。内視鏡的逆行性胆管造影(ERCP)では、膵内胆管に自然な狭窄像を認め、AIPによる胆管狭窄と診断した。狭窄部に胆管ステントを留置した後、閉塞性黄疸と慢性膵炎出現に対し、プレドニゾン(PSL)30mg/日での治療を開始した。開始後、血清IgG4は低下し、外来でPSLの漸減を行った。PSL開始後、約2ヶ月後のERCPでは胆管狭窄は改善しており、胆管ステントを抜去し、またCTでは膵腫大も改善傾向を認めた。現在、PSL5mgの維持投与を継続しており、依然、無症状ではあるが、膵石や膵石灰化、膵管の拡張は変化なく経過している。【考察】AIPはステロイド治療が奏功し、予後良好な経過を辿ることが多い。腹部症状を伴う例や胆管狭窄による閉塞性黄疸例、膵外病変合併例ではステロイド治療の絶対的適応と考えられるが、これらの症状を呈さない場合の治療介入タイミングについては、一定のコンセンサスは得られていない。また、長期的な転機についても、膵機能面、悪性腫瘍併発など未だ不明点が多い。今回、我々は、自覚症状や血液検査異常の出現なく経過中に、比較的短期間で慢性膵炎像を呈したAIP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。

自己免疫性膵炎, 慢性膵炎

37 陰嚢まで炎症が波及した重症急性膀胱炎の一例

獨協医科大学 消化器内科

福土 耕, 富永圭一, 竹中一央, 高橋史成, 土田幸平, 平石秀幸

【症例】74歳男性。元々アルコール多飲歴があり、左側腹部痛を主訴に近医を受診。血液検査にて血中アミラーゼ1068U/lと高値であり、CTにて膀胱大と膀胱周囲への炎症の波及を認め急性膀胱炎の診断で入院となった。翌日血液検査データの悪化と乏尿を認め、当院へ転院搬送となった。急性膀胱炎の予後因子は5点、CT grade3であり重症急性膀胱炎と診断した。大量補液にて加療したが、呼吸状態の悪化を認め第2病日にICU入室、挿管管理となった。第4病日に陰嚢腫大、陰嚢部潰瘍を認めた。CTでは後腹膜から左陰嚢周囲に炎症の波及を認めた。第6病日に陰嚢切開を行ったところ漿液性の排液と内部に黄色壊死組織を認めた。陰嚢自体に壊死は認めなかった。急性膀胱炎に伴う炎症により、壊死性物質が貯留したと判断し、壊死組織のdebridementを行った。さらにCTで後腹膜膿瘍を認め、第7病日に経皮的に超音波下で穿刺、持続ドレナージを行った。その後尿量や呼吸状態は改善し、第13病日に一般病棟へ転棟となったが、その後発熱、血液検査で炎症反応の悪化を認めた。CTにて後腹膜膿瘍は徐々に増大傾向となり第65病日に死亡退院となった。【考察】今回我々は陰嚢まで炎症が波及した重症急性膀胱炎を経験した。急性膀胱炎後の陰嚢腫脹は稀な合併症であり、若干の文献的考察を加えて報告する。

重症急性膀胱炎, 陰嚢

39 非切除的に診断・加療しえた分節性動脈中膜融解症の2例

小山記念病院 内科¹⁾, 筑波大学附属病院 消化器内科²⁾
山口雄司¹⁾, 金子 剛²⁾, 田中直見¹⁾, 兵頭一之介²⁾

【はじめに】分節性動脈中膜融解 (Segmental arterial mediolysis: SAM) は動脈中膜の分節性融解にて解離性動脈瘤を形成する疾患で、瘤破裂後切除検体にて病理学的に確定診断される。今回我々是非切除に診断・加療できた2症例を経験したので報告する。【症例1】48歳男性。既往歴に特記事項なし。水様便を主訴に近医受診。血液検査異常は軽度の貧血のみであったが、自覚症状強く急性腸炎疑いで入院。Day3: 突然腹痛を訴え、画像検査を施行。入院時認められなかった著明な腸管拡張と腹腔内血腫 (最大径1cm) および中結腸動脈瘤を指摘。嚴重な血圧コントロールと腸管安静にて経過観察。Day19: CTにて血腫増大傾向を疑われたため当院転院し保存的加療を継続。Day33: 血腫縮小を確認、食事再開。貧血進行や腹部症状再燃なし。Day41: 退院。Day180: CTにて血腫縮小と責任動脈瘤消失を確認。【症例2】64歳男性。既往歴に特記事項なし。移動に伴う腹痛 (上腹部から右下腹部) を主訴に近医受診。血液検査では炎症反応上昇以外異常なく、虫垂炎疑いで入院。Day1: 腹部造影CTにて回腸末端から上行結腸における腸間膜内血腫 (最大径3cm) を指摘、当院転院後緊急IVR。回結腸動脈瘤破裂と診断、コイル塞栓術施行。Day3: 食事再開も症状再燃なし。Day8 & Day15: CTにて血腫縮小傾向を確認。Day16: 退院。Day365: CTにて血腫消失を確認。新たな動脈瘤の出現も認めていない。【考察】SAMは1976年にSlavinが提唱した概念で、腹部大動脈臓器分枝の動脈瘤と特徴的病理像を示す。近年では我々が経験したような、(1) 中高齢者に発症する (2) 突然の腹腔内出血に (3) 腹部内蔵動脈の数珠状拡張と狭窄を伴うものを臨床的SAMと診断することが提案されている。SAMの特徴として腹痛を主訴とすることが多いとされ、単なる腹痛と思える症例においても、SAMを念頭に置いた鑑別診断および迅速な対応が肝要であると考えられる。

分節性動脈中膜融解, 診断

38 EUS-FNAにより診断に至った結核菌感染の一例

群馬大学医学部附属病院 消化器・肝臓内科

吉成夫希子, 星 恒輝, 小林 剛, 入江江美, 中山哲雄, 山田俊哉, 田中寛人, 富澤 琢, 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, 河村 修, 草野元康, 浦岡俊夫

症例は50代女性。20XX-1年11月、町の検診で施行された腹部超音波検査 (US) で膀胱頭部に膀胱胞を疑う所見を認め、翌20XX年3月のUS再検で増大傾向を認めたとして前医受診、施行されたMRIで充実性腫瘍が疑われ、当院外科に紹介となった。当院でUS, CT, MRIが施行された。各々の検査で首座が膀胱とは断定したい所見を認めており、超音波内視鏡検査 (EUS) での精査を目的として、当科紹介となった。EUSでは、膀胱頭移行部頭側に32mm×1mmのhypoechoic massとして描出された。境界は比較的明瞭、内部は不均一で、一部無echo所見を認めた。膀胱からの圧排を疑う所見であり、病変の首座は、膀胱周囲腫大リンパ節である可能性が考えられた。背景膀胱実質、主膀胱管に明らかな異常所見は認めなかった。診断確定を目的として、超音波内視鏡下穿刺吸引生検 (EUS-FNA) を施行。On-site細胞診では肉芽腫疑い、組織でも同様の結果であった。一部に乾酪壊死を示唆する所見を認め、鑑別として結核感染が挙げられたが、Ziehl-Neelsen染色では抗酸菌は確認されなかった。その後の検査でクオアンティフェロン陽性の結果を得たが、胃液の塗抹・培養・PCRはすべて陰性であった。胸部も含めた全身の画像検査は、当該膀胱周囲病変以外の異常所見を認めなかった。病変からの直接培養提出目的に、EUS-FNAを再検、採取検体を病理および培養に提出した。病理結果は前回同様。培養では、塗抹土、PCRでTB+の結果であった。結核感染の診断に至り、当院呼吸器科にてINH, REF, EB, PZAによる抗結核療法が開始された。腹腔の腫大リンパ節からのFNAにより診断に至った結核感染を経験したため、文献的考察を加味し報告した。

EUS-FNA, 結核

40 診断に難渋した正中弓状韧带圧迫症候群

横須賀共済病院 消化器内科

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

【症例】43歳男性【主訴】上腹部痛【既往歴】虫垂炎術後【経過および考察】20XX年11月13日昼食後より突然の上腹部痛を自覚し、症状の改善がないため当院救急外来を受診した。アルコール多飲歴あり、上腹部骨盤造影CTにて膀胱周囲の脂肪織濃度上昇を認め、血性腹水も出現していたため出血性膀胱炎を疑い当科入院加療の方針となった。急性膀胱炎の加療を行っていたが、入院後貧血の進行あり (Hb 12.3→9.7)、ダイナミックCTを施行したところ腹腔動脈起始部の狭窄を認めた。血管造影検査を行い、膀胱十二指腸動脈に微小な解離を認め出血源と考えられたため、正中弓状韧带圧迫症候群と診断した。活動性の出血はなかったため治療は行わなかったが、その後は貧血の進行もなく腹部症状も改善し第16病日で退院となった。正中弓状韧带圧迫症候群とは、韧带による圧迫で腹腔動脈起始部が狭窄し血流が低下するため、相対的に上腸間膜動脈動脈の血流が増加し、膀胱十二指腸動脈に動脈瘤や解離が起こることがある疾患である。本症例では急性膀胱炎との鑑別に難渋したが、治療方針が全く異なることから診断を行うことが重要であり、文献的考察を加えて報告する。

正中弓状韧带圧迫症候群, 急性膀胱炎

41 食道バイパス術を施行し、経口が可能となった食道穿孔を伴う縦隔型肺癌の1例

東京医科大学茨城医療センター 消化器外科
丸山常彦, 鈴木和臣, 田子友也, 西田清孝, 島崎二郎, 下田 貢,
鈴木修司

症例は59歳女性。20XX年2月より嚥下障害を認め近医受診。上部消化管内視鏡検査で食道の狭窄を認めたが、食道粘膜に異常所見を認めず、縦隔疾患が疑われ当院呼吸器外科に紹介となった。胸部CT、超音波気管支鏡ガイド下針生検で縦隔型の右上葉肺腺癌と診断した。4月よりカルボプラチン、パクリタキセルを併用した化学放射線療法(66Gy)を施行し、腫瘍の縮小を認め、嚥下障害は改善した。8月より嚥下時の胸痛と咳嗽反射が出現。胸部CTで上部胸部食道の縦隔への穿孔とその周囲の炎症所見を認めた。上部消化管内視鏡検査では門歯より25cmの上部胸部食道に全長3cmの穿孔を認めた。経口可能のため、食道ステント挿入も考慮したが、食道入口部にステントがかかる可能性があり、食道バイパス術を選択した。左頸部切開で頸部食道が十分に剥離でき吻合が可能であると判断した後に開腹により胃管を作成し、胸骨後経路で頸部食道胃管吻合術を施行した。術後肺炎を合併したが抗生物質投与により軽快。手術後7日目より経口を開始し、常食摂取も可能となり、術後30日目に退院となった。現在外来にて経過観察中である。食道バイパス術は全身状態を考慮し適応を慎重に判断すれば、QOL維持に有用な治療法である。

食道バイパス術, 縦隔型肺癌

42 強皮症に合併した表在型食道扁平上皮癌の一例

東京女子医科大学 消化器内科¹⁾, 同 消化管内視鏡科²⁾
久礼里江¹⁾, 岸野真衣子²⁾, 新田裕樹¹⁾, 日向有紀子¹⁾,
小林重也子¹⁾, 山本浩隆¹⁾, 山本果奈¹⁾, 谷合麻紀子¹⁾, 中村真一²⁾,
徳重克年¹⁾

【症例】71歳、女性【主訴】黒色便【生活歴】飲酒なし、喫煙なし【現病歴】強皮症、原発性胆汁性胆管炎のため当院通院中であった。黒色便が出現したため当科外来を受診し、緊急上部消化管内視鏡検査を行った。上部食道に噴出性の静脈瘤出血を認め内視鏡的硬化療法を行った。1週間後の内視鏡再検で止血効果を確認した。食道粘膜は全体に白濁を呈していたが、中部から下部にかけて粗造な発赤領域が散在していた。NBI観察で粗造な発赤はBrownish areaを呈しており、ルゴールによる色素内視鏡検査でまだら食道の所見を認めた。また15mm台の不染帯を2カ所認めた。不染帯からの生検で扁平上皮基底層主体にhigh grade intraepithelial neoplasiaを認めたことから、内視鏡所見を合わせ、表在型食道扁平上皮癌と診断した。High resolution manometry (HRM)による食道内圧測定ではシカゴ分類のAbsent peristalsisに相当する所見を認めた。この結果より、食道扁平上皮癌が発生した背景として、強皮症による食道運動機能障害の関与を考えた。肝硬変、食道静脈瘤の合併というこより放射線治療を選択し現在治療中である。【考察】強皮症患者の約50%以上に食道病変の合併を認めると報告されている。発癌は、線維化による蠕動運動の低下と下部食道括約筋の機能低下により食餌や胃酸の停滞、逆流が起きた結果、慢性炎症引き起こし粘膜破壊と修復、上皮の過形成の過程で生じると考えられている。本症例は自覚症状を有してはいなかったがHRMで明らかな食道運動機能障害が確認できた。飲酒歴、喫煙歴のない女性症例に食道扁平上皮癌が発生した背景として強皮症の関与が考えられた一例を報告する。

食道扁平上皮癌, 食道運動機能障害

43 高齢者の進行食道癌に対して放射線単独療法を施行し、CR維持可能であった一例

帝京大学医学部附属溝口病院 消化器内科¹⁾, 同 第四内科²⁾,
同 放射線科³⁾
松本光太郎¹⁾, 佐藤浩一郎¹⁾, 足立貴子¹⁾, 梶山はな恵¹⁾,
恩田 毅¹⁾, 國吉宣行¹⁾, 網島弘道¹⁾, 関根一智¹⁾, 辻川尊之¹⁾,
梶山祐介¹⁾, 高野祐一¹⁾, 馬淵正敏¹⁾, 土井晋平¹⁾, 南部敦史²⁾,
菊池健太郎²⁾, 多湖正夫³⁾, 安田一朗¹⁾

【症例】85歳、女性。嚥下困難、体重減少を主訴に当科を受診された。上部消化管内視鏡検査を施行したところ、胸部中部食道に隆起性腫瘍を認めた。腫瘍により内腔は著明に狭窄しおり、スコープは通過困難であった。生検病理組織診断は扁平上皮癌であった。食道造影検査では35mmにわたる壁不整を伴う狭窄を認めた。CT所見から臨床病期(UICC7)はcT4aN2M0のStageIIICと診断した。高齢でPS不良のため放射線単独療法を選択した。経過中に明らかな合併症を認めることなく計59.4Gy完遂し、complete response(以下、CR)を得た。治療終了後24ヶ月経過した現在においても再発なく経過中である。【考察】近年、癌患者の高齢化とともにガイドラインに沿った標準治療を行うことが困難な症例に直面することがしばしばある。進行食道癌に対する放射線単独療法は局所治療による嚥下症状の軽減およびQOLの改善が主な目的であるが、本例のように高齢者で明らかな遠隔転移を伴わない進行食道癌においては放射線単独療法でも十分な腫瘍縮小効果が得られることが少数ではあるものの報告されており、治療選択肢の一つとなりうると考えられた。【結語】高齢者進行食道癌に対し放射線単独療法が奏功し、長期CRを得ている1例を経験した。

進行食道癌, 放射線単独療法

44 胃ESD後に頻回の後出血をきたしカモスタットメシル酸の投与が有用であった一例

東京医科大学 消化器内科
森瀬貴之, 八木健二, 辻雄一郎, 青木勇樹, 杉本暁彦, 内田久美子,
小山洋平, 班日 明, 糸井隆夫

症例は86歳、男性。20XX年11月、貧血精査目的にEGDを施行し幽門前庭小彎から幽門輪を超えて十二指腸球部にまで進展する30mm大のIIa病変を認めESD施行目的に当院へ紹介となった。ラクナ梗塞の既往に対してクロピドグレルを内服していたため2月15日より中止し20XX年2月21日ESDを施行した。術中、術後に明らかな合併症を認めず翌日よりポノプラザンフル酸塩の投与を開始し2月26日退院となったが、2月27日早朝より黒色便を認めため同日再入院の上EGDを施行した。活動性出血は認めなかったがESD後潰瘍底に露出血管を認め高周波止血鉗子を用いて止血術を施行した。翌日のフォローアップEGDでは前日処置した部位の他に露出血管を認め追加止血術を施行し禁食での加療を継続した。適宜赤血球製剤の投与を行ったがHbは低下傾向であり、3月4日再度黒色便を認めEGDを行い潰瘍底に血餅の付着及びoozingを認め止血術を施行した。その後も禁食による加療を継続するも同様に黒色便のエピソードを2度認め3月6日及び12日に止血術を行い合計5回の止血術を施行した。頻回の後出血をきたした原因として胃酸、蠕動による影響の他、病変が幽門輪を超えて十二指腸球部にまで進展していたため胆汁や脾液の逆流が関与している可能性を考え3月14日よりカモスタットメシル酸の投与を開始した。以後、食事を開始するも後出血を認めず経過良好と判断し3月24日退院となった。早期胃痛に対してESDが多くなる施設に普及し、高齢化に伴い抗血栓薬が広く使用されている現在、ESD後の偶発症として後出血をきたす場面に遭遇することがある。今回、胃ESD後に頻回の後出血をきたしカモスタットメシル酸の投与が有用であった一例を経験したため報告する。

ESD後出血, カモスタットメシル酸

深谷赤十字病院 消化器科¹⁾、同 外科²⁾

葛西豊高¹⁾、川辺晃一¹⁾、村松誠司¹⁾、宮原庸介¹⁾、福田裕昭¹⁾、江藤宏幸¹⁾、今井崇紀¹⁾、田中健文¹⁾、石川文彦²⁾、新田 宙²⁾、藤田昌久²⁾、釜田茂幸²⁾、山田千寿²⁾、伊藤 博²⁾

【症例】64歳男性。201X年3月から食欲不振・水様性下痢が出現した。上下部内視鏡検査・胸腹骨盤部造影CT検査・腹部超音波検査を施行したが、原因を同定できなかった。6月から食欲不振はさらに増悪した。脱水による腎前性腎不全も認めため、緊急入院。点滴で脱水は改善し、ある程度の食事摂取は可能だったため退院した。その後も食欲不振・水様性下痢は持続した。体重は半年間で23kg減少した。9月に小腸カプセル内視鏡検査を施行し、小腸全域に絨毛の萎縮を認めた。十二指腸粘膜生検では、絨毛の萎縮・炎症細胞浸潤を認めた。膠原繊維の肥厚は認めなかった。オルメサルタン関連スブルー様腸疾患を疑い、オルメサルタンを中止した。以降は食欲不振・水様性下痢は改善し、体重は16kg増加した。201X年1月に小腸カプセル内視鏡検査を再施行し、小腸全域の絨毛萎縮の改善を確認した。201X年4月の十二指腸粘膜生検では、絨毛萎縮の改善を認めた。以上の経過から、オルメサルタン関連スブルー様腸疾患と診断した。【考察】2012年にRubio Tapiaらにより、オルメサルタン関連スブルー様腸疾患が提唱された。内視鏡所見の特徴として、小腸絨毛の萎縮・白色顆粒状隆起の集簇・粗造粘膜が挙げられている。病理所見の特徴として、小腸絨毛の萎縮・上皮内リンパ球細胞の増加・上皮下の膠原繊維の肥厚が挙げられている。自験例は小腸カプセル内視鏡検査を用いて、治療前後の小腸粘膜を観察し得た点において貴重な症例であると考えられた。医学中央雑誌で「オルメサルタン+副作用」で検索したところ、オルメサルタンによる下痢を発症した症例を本邦では7例認めた。オルメサルタン開始から腸疾患発症までは数年を要するため、オルメサルタンによる副作用を想起し難く、診断に至るまで長期間を要する傾向があった。慢性下痢の鑑別の際に、オルメサルタン関連スブルー様腸疾患は常に念頭におくべき疾患であると考えられた。

オルメサルタン, 下痢

日本大学病院 消化器内科¹⁾、

日本大学板橋病院 消化器肝臓内科²⁾

入江 彰¹⁾、草野 央¹⁾、鈴木 翔¹⁾、大木庸子¹⁾、大澤朗太¹⁾、林 香里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²⁾、森山光彦²⁾

症例41歳女性、左卵巣チョコレート嚢胞の既往がある。201X年5月初旬から下血し、同時期よりふらつきや倦怠感も出現したため当院を受診し、消化管出血のため入院となった。上部および下部消化管内視鏡検査も行ったが異常は認められなかった。このため小腸カプセル内視鏡、経口および経肛門的小腸内視鏡を行ったが出血源を同定できなかった。メッケルシムチも陰性であった。しかし、入院中に下血を繰り返したため2度目の下部消化管内視鏡検査を行ったが出血源は認められず、下血時の血管造影でも血管漏出は認められなかった。2度目の小腸カプセル内視鏡検査で下部空腸に活動性出血を認め、同部の頂部にびらんを伴う粘膜下腫瘍が認められた。出血源と考え、2度目の経口的な小腸内視鏡検査を行い、病変にクリップでの止血を行った。その後、単孔式腹腔鏡下小腸部分切除術を施行した。病理診断では紡錘形細胞からなる腫瘍細胞で、免疫染色所見では α -SMA(+), Desmin(+), c-kit(-), CD34(-)であり、以上の結果から平滑筋腫と診断された。今回われわれは、小腸原発の平滑筋腫を経験したため、若干の文献的考察を加えて報告する。

小腸カプセル内視鏡, 平滑筋種

慶應義塾大学 医学部 消化器内科¹⁾、同 内視鏡センター²⁾

高田祐明¹⁾、木村佳代子²⁾、戸ヶ崎和博¹⁾、南木康作¹⁾、水野慎大¹⁾、高林 馨²⁾、細江直樹²⁾、長沼 誠¹⁾、緒方晴彦²⁾、金井隆典¹⁾

【症例】34歳 男性【主訴】心窩部痛【現病歴】201X年10月、12月に小腸イレウスを発症したが保存的加療で軽快した。いずれも消化管精査は行われず、その後は自覚症状なく経過していた。201X+1年7月に心窩部痛が出現し、嘔気も伴うようになり当院初診した。腹部骨盤造影CT検査で、小腸イレウス再発と診断されて同日入院した。【既往歴】2回の小腸イレウスの他、特記事項無し。腹部手術歴なし。【入院後経過】禁食・胃管留置によって症状改善傾向となったが、小腸イレウスを反復している経過から消化管精査を行う方針とされた。小腸造影検査にて空腸回腸接合部に粘膜集中と縦走潰瘍、回腸に狭窄と縦走潰瘍を指摘され、小腸型クローン病による小腸狭窄と診断された。画像および血液検査もあわせ、小腸に多発する活動性病変を伴う高リスク群と判断され、生物学的製剤導入の方針となり、インフリキシマブを投与され退院した。現在は、外来でインフリキシマブ投与継続と経腸栄養併用を継続しており、CRP低下とAlb上昇を認めるものの、間欠的なイレウス症状が持続している。【考察】本例は、再発を繰り返す小腸イレウスの原因検索により小腸型クローン病と診断しえた一例である。医学中央雑誌で「クローン病」と「イレウス」をキーワードとして、会議録を除いて検索したところ、1981~2017年の期間での報告は14例で、小腸イレウスを契機として外科的加療を介さず内科的にクローン病の診断に至った症例は5例のみ、と極めて少なかった。クローン病の初発症状として下痢・腹痛・血便が知られるが、狭窄病変の合併も多いため、本例のように開腹歴を有さず小腸イレウスを反復する場合には鑑別診断に挙げることが望ましい。本例では過去2回の入院の際に消化管精査を行われていなかったが、再燃・寛解を繰り返す間に狭窄の進行を来とし、腸管の機能障害につながることもあるため、早期の診断および治療介入が行われることが望ましい。本例は原因不明のイレウスを反復する症例の診断において警鐘となり得る症例と考えたため、報告する。

クローン病, イレウス

慶應義塾大学 一般・消化器外科¹⁾、荻窪病院 外科²⁾

牧野曉嗣¹⁾、石田 隆¹⁾、長谷川博俊¹⁾、岡林剛史¹⁾、鶴田雅士¹⁾、田島佑樹²⁾、安藤知史²⁾、岩間 望¹⁾、鈴木博史¹⁾、徳田敏樹¹⁾、豊田尚潔¹⁾、池端昭慶¹⁾、森田 寛¹⁾、山高 謙¹⁾、足立陽子¹⁾、松岡信成¹⁾、北川雄光¹⁾

症例1は64歳女性。当日朝からの腹痛を主訴に当院受診、造影CT検査を施行し左傍十二指腸ヘルニアと診断した。緊急手術として腹腔鏡下ヘルニア根治術を施行した。大量小腸がTreitz靭帯左側に嵌頓しており、小腸を牽引、整復後、約3cm大のヘルニア門を体内結紮により閉鎖した。症例2は67歳女性。腹痛を主訴に当院受診、造影CT検査を施行し左傍十二指腸ヘルニアが疑われた。臨床症状、検査所見ともに虚血所見に乏しく、胃管留置による保存的加療を行った後、入院後3日目に小腸内視鏡下に小腸造影検査を行ったところ、近位空腸は拡張、蛇行しており、腸管の嵌頓と判断した。準緊急で腹腔鏡下ヘルニア根治術を施行した。Treitz靭帯左側の腸間膜間隙に嵌頓していた小腸50cmを牽引、整復し、3cm大のヘルニア門を体内結紮により閉鎖した。術前診断しえた左傍十二指腸ヘルニアに対して、完全腹腔鏡下に手術を遂行した2例を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

傍十二指腸ヘルニア, 腹腔鏡下手術

49 上腸間膜動脈閉塞症の検討

茨城県立中央病院・茨城県地域がんセンター 消化器内科
大関瑞治, 飯島一飛, 瀬山侑亮, 本多寛之, 石橋 肇, 山岡正治,
藤枝真司, 荒木真裕, 五頭三秀, 天貝賢二

【はじめに】上腸間膜動脈閉塞症は比較のまれで予後不良な疾患である。当院で経験した上腸間膜動脈閉塞症について検討した。【方法】2011年から2016年まで当院受診した上腸間膜動脈閉塞症12例の平均年齢、男女比、ショックの有無、CT所見、手術率、発症から受診、手術までの時間、経過、予後因子について後方視的に検討した。【結果】平均年齢は83歳。男女比は10:2(男性:女性)であった。25%の症例が入院後ショックに陥った。CTで特徴的とされるsmaller SMVは1例のみで確認された。手術率は91%であった。発症から受診、手術までの時間はそれぞれ平均12時間、26時間であった。術後28日以内の死亡率は36%であった。術後短腸症候群や全身状態の悪化などで転院となった患者は4例、自宅退院可能であった患者は4例であった。生存症例は死亡症例と比較し発症から受診までの時間が短かった。乳酸値についても生存例が3.7mg/dlと死亡症例の7.6mg/dlと比較し低値であった。【考察】今回の我々の検討では上腸間膜動脈閉塞症は高齢の男性に多かった。smaller SMVなどの典型的な画像所見に乏しく診断までに時間を要し状態悪化後に診断に至ることが多く予後不良であった。原因不明の急性腹症に対しては本症例も念頭におき慎重に対応する必要があると考えられた。

上腸間膜動脈閉塞症, smaller SMV

50 大腸憩室炎を疑われた腹膜垂炎の一例

昭和大学横浜市北部病院 消化器センター
望月健一, 工藤進英, 武田健一, 峯岸洋介, 小倉庸平, 加賀浩之,
小川正隆, 奥村大志, 倉田知幸, 漆原史彦, 三澤将史, 森 悠一,
小形典之, 工藤豊樹, 久行友和, 林 武雅, 若村邦彦, 馬場俊之,
日高英二, 石田文生

【症例】33歳, 男性【主訴】左側腹部痛【既往歴】特記事項なし【現病歴】201X年8月, 左側腹部痛を自覚し前医を受診。左側腹部の圧痛, tapping painを認め, 憩室炎の疑いで当院紹介受診となった。受診時の体温は35.9℃, 身体所見では左下腹部に圧痛を認めたものの腹膜刺激徴候は認めなかった。血液検査では白血球6520/ μ L, CRP 0.72 mg/dLと軽度の炎症所見を認めた他に異常所見は無かった。腹部造影CT検査では下行結腸腹側に脂肪成分主体の結節を認め, 周囲脂肪織濃度は上昇していた。大腸に連続する脂肪成分主体の卵円形結節を認め, その周囲に炎症が認められることから, 腹膜垂炎と診断した。全身状態が安定していることから, LVFX 500mg/日を7日間処方し帰宅の方針とした。腹膜垂炎は比較的稀な疾患であり, 大腸憩室炎や急性虫垂炎と臨床経過が類似するため診断に苦慮することがある。腹部造影CTで腹膜垂炎と診断することができた一例を経験したため, 若干の文献的考察を加え報告する。

腹痛, 腹膜垂炎

51 維持透析患者に対しmFOLFOX+Bevacizumab, FOLFIRI+Bevacizumab併用療法を施行した直腸癌・多発肝転移の1例

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

【目的】維持透析患者に対する大腸癌化学療法は症例報告が少なく、未だに有効性・安全性に関するコンセンサスは得られていない。今回、当院において維持透析患者に対しmFOLFOX+Bevacizumab, FOLFIRI+Bevacizumab併用療法を施行し、1st-lineは安全に継続しえたものの、2nd-line移行後にFNを合併した症例を経験したため、若干の文献的考察も含めて報告する。【症例】症例はIgA腎症による慢性腎臓病にて透析導入をされている50代男性。直腸癌・多発肝転移にて腹腔鏡下ハルトマン手術施行後、肝転移に対する化学療法としてmFOLFOX療法開始。2コース目よりBevacizumabを追加した。初回投与量はoxaliplatin60mg/m², 5FU急速静注280 mg/m², 持続静注1,680 mg/m²に設定、その後各薬剤投与量や透析日程を調整しながら3週間毎での化学療法を継続。好中球減少(Grade3)、食欲不振(Grade1)と吃逆(Grade1)を認めた以外は重篤な有害事象もなく、8コースを終了時点でPR、12コース終了時点でPDとなった。2nd-lineとしてFOLFIRI+Bevacizumabを導入、初回投与量はCPT-11 50mg/m², その他変更なく施行したが、Grade4の好中球減少と発熱などFNの合併を認め、化学療法を中断するに至った。【考察】維持透析患者に対する進行・再発大腸癌の標準療法は確立されておらず、積極的に治療が進められていないのが現状である。FN合併後の化学療法再開についても安全性は確立されておらず、本症例も治療は中断となった。今後さらに症例を蓄積することにより透析患者の化学療法が確立することが必要である。

維持透析, 化学療法

52 抗結核薬治療後の癒痕狭窄を懸念し、外科的切除を行った腫瘍型腸結核の1例

東京臨海病院 消化器内科
谷口源太郎, 野村亮介, 李 世容, 金野 朗, 櫻井則男,
山田俊夫

【症例】54歳女性【現病歴】3か月間続く食欲不振、腹痛、水様便を主訴に当科外来を受診し腹部CTにて回盲部の腫瘍性病変を指摘された。CTでは腫瘍の口側に腸管拡張認めず明らかな通過障害はなかったが、大腸内視鏡を施行したところ盲腸に腫瘍性病変を認め管腔の認識も困難なほど強い狭窄を来していた。また横行結腸に輪状潰瘍を認めており同部の生検で類上皮細胞性肉芽腫を認め、ツ反強陽性であったこと、胸腹部CTでその他の部位に結核性病変を指摘できないことから孤立性腫瘍型腸結核と診断した。抗結核薬治療に先行して回盲部切除術を施行したところ、手術検体でチールネルゼン染色陽性が確認されて腸結核の診断が確定し、術後に横行結腸の腸結核病変に対する抗結核薬治療を開始した。6ヶ月間内服加療後に大腸内視鏡再検行ったところ、輪状潰瘍は消失しており腸結核の癒痕が確認できた。【考察】腸結核の治療は抗結核薬による保存的治療が第1選択であり、膿瘍、狭窄、閉塞、瘻孔形成、穿孔例などでは手術が検討される。抗結核薬治療によって病巣部で増殖性の線維化が促進され癒痕狭窄を来してイレウスを生じる症例が報告されており、そのような懸念から本症例では回盲部の結核病変に対して外科的切除を行い抗結核薬治療後の狭窄を回避することができた。腫瘍型腸結核は特に狭窄が強い比較稀な腸結核症例であり、文献的考察を加えて報告する。

腸結核, 腫瘍型

龍ヶ崎済生会病院 消化器内科

俣野大介, 鈴木宏清, 江南ちあき, 間宮 孝, 佐藤巳喜夫, 海老原次男

【はじめに】虚血性大腸炎の治療後、経過観察を目的として下部消化管内視鏡検査を施行することは比較的多いと思われる。今回、虚血性腸炎発症後2か月において予定した下部消化管内視鏡検査の前処置薬として、ピコスルファートナトリウムとクエン酸マグネシウムの合剤を内服後に虚血性大腸炎を再発した症例を経験したので報告する。【症例】66歳、女性。2か月前に虚血性大腸炎を発症し、保存的加療により改善した。内視鏡前日にピコスルファートナトリウムとクエン酸マグネシウムの合剤を内服3時間後より腹痛、嘔吐、血便が出現した。血液検査でWBC 19810/ μ l、CRP 0.54mg/dlと軽度の炎症反応上昇、腹部造影CTで左側横行結腸から下行結腸にわたる全周性の壁肥厚を認め、虚血性大腸炎と診断した。急性腎障害を併発したが、保存的加療で改善し、第13病日に退院した。【考察】内視鏡前処置薬による考えられる虚血性大腸炎はこれまでにいくつか報告されている。虚血性大腸炎の発症機序としては、動脈硬化や高齢・高血圧・糖尿病・高脂血症などの血管側因子と、脱水による腸管血流不足や腸管内圧上昇、腸管蠕動運動亢進による粘膜の血流不足などの腸管側因子が考えられており、前処置薬による場合は後者の影響が大きいと考えられている。また、これまでの報告例で最も多い薬剤はピコスルファートナトリウムであった。腸管癒着や狭窄が疑われる場合や、便秘症の場合は刺激性下剤により腸管側因子が増強されやすいため、前処置薬による虚血性大腸炎を発症するリスクが高く特に注意が必要と考えられ、前処置における使用薬剤や方法につき工夫が必要であると思われた。

虚血性大腸炎, 内視鏡前処置薬

湘南藤沢徳洲会病院 肝胆膵消化器センター

清水 実, 宗像博美, 岩瀧省吾, 永田 充

症例は24歳女性。特に既往歴なし。腹部全体の疼痛、頻回の鮮血便にて救急要請。腹部エコーにて上行結腸壁の著明な浮腫様肥厚を認め、O157感染の可能性も考え、便培養を採取の上、経過観察目的に入院。入院後、1時間に2-3回の血便が持続。腹痛、嘔気・嘔吐も持続し絶食・補液を継続した。入院3日目、入院時は28万/ μ lであった血小板が、朝の採血では2.7万/ μ lと著明に低下。AST、LDH、間接ビリルビンの上昇、急性腎障害を認め、O157感染からの溶血性尿毒症症候群と判断。絶食・補液の保存的加療にて急激な悪化傾向を認めていたため、抗生剤投与による積極的加療の方が有用と考え、アジスロマイシン500mg/日の投与を開始。同日深夜より胸水貯留による酸素化低下が徐々に進行し、酸素投与を開始。第4病日には閉眼時間が増え、会話はゆっくりと単語を話す程度となり、溶血性尿毒症症候群からの脳症と判断し、緊急で人工透析を施行。同日深夜より、奇声をあげ始め、視点も合わなくなり、頭部CTを施行するも異常所見を認めず。第5病日に髄膜炎の否定目的に腰椎穿刺を施行した。その後、強直性痙攣が1分程度生じた後、心肺停止状態となり、心肺蘇生を開始。自己心拍は再開したものの、自発呼吸はなく気管挿管を施行。全血漿交換を開始し、またステロイドパルスを3日間施行した。その後、採血にて溶血性尿毒症症候群は徐々に改善したため、全血漿交換は第11病日(7日間施行)で終了し、急性腎障害の改善に伴い、人工透析は第13病日で終了とした。その後、自発呼吸は再開したものの、意識レベルの改善は認めない状況が持続。O157感染による溶血性尿毒症症候群及び脳症の発症は小児及び高齢者が多く、成人発症の報告は少ない。また痙攣からの心肺停止に至る症例は更に稀であり、症例の集積からの今後の治療法確立のため、抗生剤投与や全血漿交換、ステロイドパルス等の積極的加療について、文献的考察を含めて報告する。

O157, 溶血性尿毒症症候群

自治医科大学附属さいたま医療センター 消化器内科

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

症例は18歳男性。4か月前からの腹痛、下痢、血便のため近医で下部消化管内視鏡検査(CS)を施行。回盲部、上行結腸にびらん、潰瘍を認め、クローン病が疑われ精査加療目的に当院を紹介受診した。当院でのCSでは上行結腸に縦走潰瘍、スコープ不通過の全周性の狭窄を認めたが、横行結腸より肛門側は正常粘膜だった。小腸大腸型クローン病を疑い、時間依存型メサラジン3gと経腸栄養剤内服を開始し、待機的に腹腔鏡補助下右半結腸切除術を行った。手術検体では全層に炎症細胞浸潤を認め、粘膜～粘膜下層に非壊死性の肉芽腫が散在し、クローン病と診断した。術後よりアタリムマブ40mg2週ごとの投与を開始した。術後9か月でCRPの上昇があり、CSを施行したところ、回腸末端および吻合部は異常なかったが、横行結腸～直腸は全周性、連続性に顆粒状粘膜を呈しており、生検ではcrypt abscessを認め、潰瘍性大腸炎全結腸炎型の併発が疑われた。メサラジンを4gに増量したが、半年後のCSでは大腸の炎症所見がやや増悪し下痢も出現したため、内服薬をpH依存型メサラジン3.6gに変更した。その半年後のCSでは大腸所見は著変なかったが、回腸末端にびらんが出現し、Rutgeerts i2であった。クローン病の悪化と考え、アタリムマブ40mgを1週ごとの投与に増量し、メサラジンを時間依存型4gに変更、経腸栄養剤を再開した。その半年後のCSでは炎症所見はやや軽快したが、下痢、CRPの上昇は持続していた。これまでクローン病に併発した潰瘍性大腸炎もしくはIndeterminate colitisを疑っていたが、メサラジンアレルギーの可能性を考慮しDLSTを提出したところ、メサラジンに対し陽性となった。メサラジンを中止後、症状、炎症反応、CS所見は改善傾向となり、術後の炎症所見の悪化はメサラジンアレルギーによるものと判断した。クローン病術後に潰瘍性大腸炎併発との鑑別を要したメサラジンアレルギーの1例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。

メサラジンアレルギー, クローン病

東京警察病院 消化器科

富田梨華子, 内田麻美, 千葉 薫, 藤澤剛太, 徳山信行, 芹澤多佳子, 八木剛浩, 小椋啓司

症例は87歳男性。食欲低下と嘔吐を主訴に来院。腹部骨盤部単純CTにて胃幽門部から十二指腸球部にかけての軟部腫瘍影及びび内腔狭小化、胃の拡張所見、傍大動脈リンパ節腫大を認めため胃痛によるGastric outlet obstruction(GOO)を疑い精査目的に入院した。胃管挿入により可及的に減圧後、上部消化管内視鏡検査を施行。幽門輪に潰瘍形成を伴う粘膜内隆起性病変を認め、粘膜粗雑な潰瘍辺縁より生検を施行したが病理結果はgroup1であった。再検査を行ったものの同様にgroup1の結果であり確定診断が付かず、超音波内視鏡下穿刺吸引術EUS-FNAによる生検を行った。結果は神経内分沁系マーカーであるCD56、chromogranin A、Synaptophysinがいずれも陽性、MIB-1 labelling indexは64.7%であり、神経内分沁癌(NEC)と診断した。患者は高齢であり手術・化学療法は希望せずBSCの方針となり、対症療法としてGOOに対し消化管ステント留置し食事摂取可能となったため退院した。NECは胃悪性腫瘍全体の約0.6%と稀な胃癌の一種で高度のリンパ節転移および肝転移を認める予後不良な疾患であり、病態や治療に関してはまだ確立されていない部分も多い。肉眼型では進行癌が粘膜下腫瘍の要素を有する2型が多く、生検での本疾患の診断は困難であり、術前診断率は30%と報告されている。本症例においても病変は粘膜下腫瘍様の立ち上がりを示しており、狭窄を形成していることもあり、通常の鉗子生検での診断は困難であった。また、本症例ではEUS-FNAにより診断確定した上で、手術は施行せずに消化管ステント留置の方針を決定でき、結果としてADL低下なく食事摂取可能となり退院を目指すことができた。神経内分沁癌の診断にEUS-FNAが有用であったため報告する。

胃神経内分沁癌, EUS-FNA

東京慈恵会医科大学附属柏病院 内視鏡科¹⁾,
同 消化器肝臓内科²⁾, 東京慈恵会医科大学 内視鏡科³⁾
西村英理香¹⁾, 番 大和¹⁾, 小山誠太¹⁾, 安達 世¹⁾,
伊藤善翔²⁾, 松本喜弘²⁾, 内山 幹²⁾, 梶原幹生²⁾, 小井戸薫雄²⁾,
炭山和毅³⁾

【症例1】80歳代男性。他院で上部消化管内視鏡検査(EGD)を施行し早期胃癌を認め当科紹介となる。H. pylori除菌後。胃体部小弯に60ミリ大の境界不明瞭な発赤した地図状IIC病変があり陥凹内部や辺縁には小隆起を伴っていた。生検で低分化型腺癌と診断され外科手術となった。【症例2】40歳代男性。健診バリウム造影で粘膜異常を指摘され当院紹介となる。H. pylori陰性。当院EGDでは胃体中部後壁に20ミリ大のIIa+IIC病変を認めEUSで深達度SMと診断された。生検でEBV陽性胃癌疑いと診断され外科手術となった。【症例3】70歳代男性。除菌後慢性胃炎の経過観察中に胃体上部大弯に6ミリ大のIIC病変を認めた。生検でEBV関連胃癌と診断されESDとなる。【切除標本病理診断】3症例ともに中分化から低分化型腺癌であり、癌胞巢のlace patternと著明なリンパ球浸潤を認め、リンパ球浸潤早期胃癌と診断された。EBER ISH法では腫瘍細胞陽性、リンパ球陰性であった。症例1, 2はpT1b, pN0, Stage IA、症例3はpT1a, ly(-), v(-)であった。【考察】EBV関連胃癌は低分化型腺癌と著明なリンパ球浸潤が特徴である。今回の症例は腫瘍量とリンパ球浸潤量との相対的關係により多彩な肉眼形態態を呈していた。今後ピロリ菌感染者の減少に伴い相対的に増えると思われるEBV関連胃癌について若干の文献的考察を加え報告する。

EBV, 早期胃癌

横浜市立大学 センター病院 消化器病センター
廣瀬知文, 小坂隆司, 須藤友奈, 佐藤 渉, 末松秀明, 田中優作,
宮本 洋, 湯川寛夫, 國崎主税, 遠藤 格

症例は70歳代, 女性。心窩部不快感の精査目的で施行した上部消化管内視鏡検査(GF)で, 十二指腸下降脚乳頭部近傍に頂部にびらんを伴うcmの粘膜下腫瘍を認めた。粘膜側からの生検では診断がつかず, EUS-FNAを施行し病理所見によりGangliocytic paragangliomaと診断した。腫瘍が乳頭部近傍で乳頭を温存しての十二指腸部分切除の施行が困難と考えられたこと。同疾患の悪性度について統一した見解がなくリンパ節転移を伴うとの報告も散見されたことから, 十二指腸周囲リンパ節の郭清が必要と判断し降頭十二指腸切除術とリンパ節郭清を施行した。病理組織学的所見では束状構造を形成する紡錘形細胞の増殖を認め, 免疫染色にてCD56, ChromograninA, Synaptophysin, NSE, S-100が陽性であり, Gangliocytic paragangliomaと診断した。1か所でリンパ管侵襲を疑う所見があったものの静脈侵襲はなく, リンパ節転移も認めなかった。現在無再発で生存中である。まれな腫瘍である十二指腸Gangliocytic paragangliomaの1例を経験したので, 文献的考察を加えて報告する。

paraganglioma, 十二指腸

千葉労災病院 消化器内科
芹澤 奏, 田中武継, 菰田文武, 榎谷佳生, 久我明司, 石神秀昭,
吉田直樹, 徳長 鎮, 笹部真亜沙, 林 卓哉

【目的】ヘリコバクター・ピロリ(H. pylori)は大きさ5 μ mほどのグラム陰性桿菌である。ピロリ菌は幼少期に感染し慢性胃炎や胃潰瘍・十二指腸潰瘍、胃癌など様々な疾患の原因となる。国内でのH. pylori感染者は人口の約35%と依然多く、予防としても除菌治療は重要である。当院でのカリウムイオン競合型アシッドブロッカーをベースとしたH. pylori除菌率を検討した。【方法】当院で平成28年4月1日～平成29年8月25日の期間でカリウムイオン競合型アシッドブロッカー(P-CAB)+アモキシシリン(AMPC)+クラリスロマイシン(CAM)またはメトロニダゾール(MNZ)で1次除菌を行った症例のうち除菌判定を行っている280例を対象とした。【結果】1次除菌では244例が除菌成功(87.14%)し、失敗した36例中26例が2次除菌を行った。2次除菌では20例が除菌成功(76.92%)した。年代別で見ると除菌治療を行ったのは60歳代が105例(36.5%)と最も多く、70歳代が66例(22.9%)、50歳代が49例(17.0%)であった。【結論】P-CABベースでの1次除菌は従来の当院におけるプロトンポンプ阻害剤(PPI)ベースの除菌療法より高い除菌率が得られた。2次除菌についてはPPIベースの除菌治療と比較して高い除菌率は得られなかった。また、除菌治療を行っている年代は60-70歳代と中年者が多かった。

ヘリコバクター・ピロリ, 除菌

筑波学園病院 消化器内科
久保田翔太, 新里悠輔, 村下徹也, 松田健二, 川西宣裕,
西 雅明

【緒言】胃アニサキス症は近年増加しており、複数のアニサキス虫体を認める症例もある。一方、小腸アニサキス症は比較的稀な疾患であり、消化管穿孔や絞扼性イレウスを来し外科治療を要する症例もある。今回、胃アニサキス症と診断し、虫体を摘出した後に症状が再燃し、小腸アニサキス症の診断に至っ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。【症例】鮭を生食した4時間後に上腹部痛を来して受診した。緊急上部消化管内視鏡で胃穹隆部に3体のアニサキス幼虫を認め鉗子で摘出したが、胃内の観察は残渣のため不十分であった。その後、経過観察を目的に入院したが、第2病日に腹部正中の間歇痛が増悪し、腹部造影CTで限局性の小腸壁肥厚と、それより口側の小腸の拡張、少量の腹水貯留を認めた。経過とCT所見から小腸アニサキス症と診断し、絞扼性イレウスや腸管穿孔は来していないため保存加療の方針とした。第5病日には症状は軽快し、第7病日に自宅退院した。【考察】小腸アニサキス症は、アニサキスが胃を通過して小腸に侵入する事により、強い腹痛および炎症所見を呈する疾患である。本症例では、上部消化管内視鏡時に胃内に認めた残渣にアニサキス虫体が含まれていたか、それ以前に小腸内にアニサキスが流入していたと考えられる。また、小腸アニサキス症の診断に小腸内視鏡を用いた症例の報告もあるが、簡便ではなく、早期診断においては臨床経過と腹部の理学所見、腹部超音波検査や造影CTの特徴的な所見が有用とされている。今回、胃アニサキス症に小腸アニサキス症を合併した稀な一例を経験し、アニサキスによる急性腹症を疑う症例においては、内視鏡の前にCTで胃以外も含めた検索をするべきであり、内視鏡で胃内に複数のアニサキス虫体や多量の残渣を認める場合には、小腸アニサキス症の合併を考慮して慎重に経過観察をする必要があると考えられた。

アニサキス, 胃小腸

日立製作所 日立総合病院¹⁾、筑波大学附属病院 日立社会連携教育研究センター²⁾、伏野拓也³⁾、越智正憲⁴⁾、水谷 悟⁵⁾、永湖美帆⁶⁾、久保田大⁷⁾、宮嶋 望⁸⁾、綿引隆久⁹⁾、大河原悠¹⁰⁾、大河原敦¹¹⁾、柿木信重¹²⁾、鴨志田敏郎¹³⁾、平井信二¹⁴⁾、谷中昭典¹⁵⁾

【緒言】消化管症状に紫斑病変を合併した場合、IgA血管炎が鑑別の上位に挙がる。今回、IgA血管炎に類似した臨床症状を認めたが病理診断で皮膚小血管性血管炎(以下CSVV)と診断された一例を経験したので報告する。【症例】既往歴のない20代男性。201×年8月上旬より心窩部痛と両側下腿伸側に多発する紫斑が生じ、近医を受診した。上部消化管内視鏡検査が行われ、十二指腸下行脚に斑状発赤、多発びらんを認めたためIgA血管炎が疑われ、8月下旬に当科紹介受診となった。確定診断に至らず症状軽快のため、退院後経過観察となったが血便を伴う腹部症状のため10月上旬に当科再入院となった。上部消化管内視鏡検査は異常なかったが、下部消化管内視鏡検査では回腸末端部に易出血性びらんを認めた。腹部CTでは広範な小腸壁肥厚がskipして認められた。紫斑部から皮膚生検を行ったところ、血管壁のフィブリノイド変性、真皮網状層の小血管周囲に好中球を含む炎症細胞浸潤を認め、白血球核破砕性血管炎の所見であった。蛍光抗体法ではIgA陽性像は確認できなかった。関節炎や腎炎の合併は無く、先行感染の病歴もなかった。NSAIDsを含め薬剤内服歴も無く、膠原病や炎症性腸疾患も否定的であることを総合しCSVVと診断した。腹部症状が強く、血便を併発していたことからグルココルチコイド40mgを導入したところ、症状は速やかに消失し10月中旬に退院となった。【考察】一般的にCSVVは皮膚症状のみであり、全身症状はまれである。一方、IgA血管炎は皮膚症状のほか関節炎や腹部症状、腎臓を主徴とする疾患である。主に十二指腸を含む広範な小腸壁肥厚がskipして認められることが特徴である。治療に関してはCSVVは保存的加療が一般的であり、IgA血管炎では治療に難渋する際はグルココルチコイド投与が多い。本例のようにグルココルチコイドで寛解に至ったCSVV症例は報告例がなく、今後症例の蓄積による治療法の確立が必要である。

皮膚小血管性血管炎, 紫斑

筑波記念病院 消化器内科

ヘアリチケマティーナ綺香, 添田敦子, 大塚公一郎, 萩原悠也, 岩井健太郎, 小林真理子, 越智大介, 池澤和人, 中原 朗

【背景】非閉塞性腸間膜虚血症NOMI(non-occlusive mesenteric ischemia)は、腸間膜血管に器質的閉塞がないにもかかわらず、一過性あるいは持続性に血流が減少し、腸管の虚血・壊死を生じる予後不良の疾患である。今回IgG4関連硬化性胆管炎の経過中に、NOMIを生じた症例を経験した。【症例】80歳代男性【主訴】意識消失【既往歴】虫垂炎手術、脳梗塞、総胆管結石、胆のう摘出術 突発性心房細動【現病歴】IgG4関連硬化性胆管炎にてプレドニゾン(PSL)10mgを内服中であった。2日前より食欲不振が出現、一時改善するものの、腹痛・下痢が出現するようになった。夜間に意識消失・ショック状態となり、当院へ救急搬送された。【入院後経過】来院時、意識JCS II-10、HR 105 bpm、BP 69/31mmHg、腹部全体に圧痛・筋性防御を認めた。採血ではWBC 15100/ μ l、PLT 7.0万/ μ l、FDP 18.1 μ g/ml、AST 938IU/l、ALT 434IU/l、LDH 1100IU/l、Cr 4.14mg/dl、CRP17.32mg/dl。血液ガス分析では著明な代謝性アシドーシスを認めた。腹部造影CTでは、上腸間膜動脈及び下腸間膜動脈は狭小化、腸管壁は肥厚しかつ壁の造影効果が低下していることからNOMIと診断した。来院時より既に多臓器不全・DICとなっており、全身状態不良で開腹手術は困難と判断された。塩酸パバペリンによる動注療法を施行したが、2日後永眠された。【考察】NOMIは高齢の基礎疾患を有する患者で心拍出量の低下と循環血漿量の減少に加えて様々な要因が加わり、腸間膜血管の攣縮により発生すると考えられている。これまでIgG4関連疾患に合併した報告例はなく、文献的考察を含め報告する。

非閉塞性腸間膜虚血症, IgG4関連疾患

国家公務員共済組合連合会 横浜南共済病院 臨床研修医¹⁾、同 消化器内科²⁾角田翔太郎¹⁾、石田彩花²⁾、船岡昭宏²⁾、鈴木良優²⁾、高原小百合²⁾、三井智広²⁾、天野仁至²⁾、中山沙映²⁾、飯塚千乃²⁾、小串勝昭²⁾、中野 問²⁾、有馬 功²⁾、金子 卓²⁾、岡 浩之²⁾、岡崎 博²⁾

【症例】80歳女性。既往歴としては高血圧、全身性エリテマトーデス(SLE)、腰椎椎間板ヘルニア、骨粗鬆症、多発胸腰椎圧迫骨折、左腎細胞癌の外科的切除歴あり。SLEで当院膠原病リウマチ内科にかりつけの患者。当科紹介前はプレドニゾン(PSL)5mg/日とタクロリムス(TAC)1.5mg/日の投与で病勢は落ち着いていた。20XX年10月2日に定期外来受診目的に当院膠原病リウマチ内科外来を受診。以前の胸部Xpにて右肺門部陰影の増強を認め、精査目的に撮影した胸部CTにおいて腹腔内遊離ガス像を認めた。追加で施行した腹部CTでは腸管壁内気腫像を認め、当科紹介受診。腸管気腫症の疑いとなり、精査及び加療を目的に当科入院となった。入院時現症：Vital sign 心拍数 94 bpm、血圧 164/94 mmHg、SpO₂ 97%(RA)、体温 37.0℃。腹部所見 視診上は平坦・軟、聴診上は腸蠕動音亢進認める。打診上は鼓音認めず。触診上は圧痛なし、反跳痛なし、筋性防御なし。

【経過】自覚症状・腹部身体所見には乏しいが、腹腔内遊離ガスおよび腸管壁内気腫像を認め、腸管穿孔か疑われるため絶食管理とし、腸管安静を保った。入院後の血液検査及び腹部身体所見で腹膜炎および腸管虚血を疑わせる所見なく、レントゲンでも腹腔内遊離ガスの増加なく経過した。入院3日目に食事開始し、4日目に体幹部CT検査施行。腹腔内遊離ガスの消失と腸管壁内気腫の減少を認めた。入院5日目に腹部自覚症状の出現ないことを確認し、退院となった。その後、退院30日後の外来受診時まで腹部自覚症状の出現を認めていない。

【考察】今回、我々は膠原病に対し長期ステロイド投与施行中に発症した腹腔内遊離ガスを伴う腸管気腫症の一例を経験した。腹部CT検査上は腸管壊死を疑う所見なく、門脈内ガス像及び腹部自覚症状も認めないため、既報に準じて保存的加療を行ったが、治療方針に関しては未だに明確化されておらず、自覚症状・各種検査所見を総合的に判断して症例ごとに対応する必要性を強く感じた。

腸管気腫症

東京慈恵会医科大学 消化器外科

佐藤和秀, 松本 晶, 田中雄二郎, 志田敦男, 三森教雄, 矢永勝彦

異物が原因で腸閉塞になる頻度は少なく、診断に問診や画像診断が重要である。また、腹壁癒痕ヘルニア修復術で腹腔内にメッシュを挿入する術式は腸閉塞や腹膜炎などの急性腹症の際に病態を複雑化させる。今回、腹腔鏡下腹壁癒痕ヘルニア修復術後に異物誤飲による腸閉塞から、拡張腸管がメッシュとの接触部位で穿孔し腹膜炎となった稀有な症例を経験したので若干の文献的考察を加えて報告する。70代の男性。既往に上部消化管穿孔による腹膜炎手術時の上腹部正中切開痕と開腹胆のう摘出術施行時の右傍腹直筋切開痕があり、一年前に正中創の腹壁癒痕ヘルニアに対して腹腔鏡下にメッシュを使用したヘルニア修復術を施行していた。今回は前日に発症した急性腹症で、腸管穿孔による腹膜炎と診断され治療目的で当院に搬送された。並存疾患に糖尿病性腎症があり人工透析を施行している。来院時は汎発性腹膜炎から異物性ショックの状態にあり、意識もやや混濁していたため、肺物の誤飲などについての問診は出来なかった。同日に開腹緊急手術を施行した。腹壁癒痕ヘルニアに使用したメッシュを同時切開しつつ、上下腹部正中切開で開腹した。腹腔内は中等度の癒着がありこれを剥離すると右上腹部でメッシュと接触している腸管の穿孔を認めた。穿孔部はトライト韌帯から約3mの部位にあり、穿孔部の約30cm門側にキャリパーチェーンがあったため、その部位から穿孔部を含めた小腸部分切除とメッシュ除去を施行した。手術終了後、検体を切開するとキャリパーチェーンの部位にはPTPを認め、これが今回の急性腹症の原因と診断した。術後経過は良好で術後5日目に経口摂取を開始し、17日目に退院した。

PTP誤飲, 腸管穿孔

茨城厚生連 総合病院 水戸協同病院 初期研修医¹⁾、
同 消化器内科²⁾
茂又章徳¹⁾、有賀啓之²⁾、小野田翼²⁾、熊倉有里²⁾、鹿志村純也²⁾

【はじめに】海産魚類の生食習慣のある本邦では消化管アニサキス症は急性腹症の一つとして重要である。消化管の全ての部位に起こり得るが、報告例のほとんどは胃であり、腸アニサキス症、特に大腸アニサキス症は極めて稀である。臨床症状として腹痛や下痢などの消化管症状を呈す症例が多く、慢性化するや肉芽形成をきたし粘膜下腫瘍やカルチノイド腫瘍などの診断で切除されたとの報告もある。今回、胃、上行結腸にCTで画像変化を認めた大腸アニサキス症の一例を経験したので報告する。

【症例】32歳、男性。(主訴)心窩部痛。(既往歴)19歳、前十字靭帯損傷。(生活歴)飲酒:ビール350ml/日、喫煙:20本/日。(家族歴)特記すべきものなし。(現病歴)X年9/20午前中にカツオ、イカを摂取し、9/20 23時頃から心窩部痛が突然に出現した。安静にしていたが、痛みが改善しないため、9/21近医を受診した。著明な白血球上昇あり、精査のため当院へ紹介となった。(来院時現症)37.3度。BP132/81。HR99回/分。SpO2 95%(room air)。腹部:平坦・軟。心窩部に軽度圧痛あり。反跳痛、筋性防御なし。(検査成績)WBC、CRP上昇を認めた。血球分画で好酸球の上昇はなかった。(CT:入院時)胃壁全体と上行結腸に浮腫状変化を認め、両病変の壁周囲の脂肪織濃度の上昇を認めた。(上部消化管内視鏡検査:入院当日)胃体中部前壁に浮腫性変化を認めるがアニサキス虫体は認めず、脱落したと考えられた。(下部消化管内視鏡検査:入院後2日)上行結腸の粘膜に刺入したアニサキスを認め鉗子にて摘出した。

【まとめ】本邦での大腸アニサキス症は、1983年に唐沢らにより初めて報告され、以後、医学中央雑誌で検索しえた範囲では自験例以外で102例の報告があり、約半数が上行結腸に認められた。アニサキス症は全消化管に起こり得るが、ほとんどが胃であり大腸アニサキス症は0.1-0.9%と稀な疾患である。CTで画像変化を認めた大腸アニサキス症の一例を経験したので若干の文献的考察も含め報告する。

大腸, アニサキス

東京医科歯科大学附属病院 消化器内科¹⁾、同 外科²⁾、
同 皮膚科³⁾、同 病理科⁴⁾
周東万里恵¹⁾、渡邊彩子¹⁾、渡部太郎¹⁾、勝倉暢洋¹⁾、竹中健人¹⁾、仁部洋一¹⁾、北畑富貴子¹⁾、新田沙友梨¹⁾、村川美也子¹⁾、
藤井俊光¹⁾、岡田英理子¹⁾、鬼澤道夫¹⁾、中川美奈¹⁾、柿沼 晴¹⁾、
長堀正和¹⁾、大塚和朗¹⁾、渡辺 守¹⁾、松山貴俊²⁾、西田真紀子²⁾、
加藤亮子³⁾、大西威一郎⁴⁾

【症例】34歳、女性【現病歴】31歳時に妊娠を契機に腹痛、下痢、血便が出現しその後、全大腸炎型の潰瘍性大腸炎と診断された。メサラジン(5-ASA)内服にて経過をみていたが、症状増悪し、プレドニゾロン(PSL)、アザチオプリン(AZA)の内服が開始となった。その後も再燃を繰り返し、アダリムマブが導入され、症状は軽快していたが、33歳時に治療自己を中断し再燃した。インフリキシマブ(IFX)、AZAによる加療が開始となったが、寛解になった後も再燃を繰り返していた。内科的治療は困難と判断され、当院外科にて腹腔鏡下大腸全摘術・回腸囊肛門吻合術・回腸双孔式人工肛門増設術が施行された。術後2ヶ月経過した頃より回腸人工肛門周囲に潰瘍を認め壊疽性膿皮症が疑われ、当院外科入院となった。PSL50mg/day静注にて経過をみられていたが、改善が認められなかったため、当科転科となった。【臨床経過】壊疽性膿皮症に対して0.1週にIFX5mg/kg投与し、潰瘍部は経過縮小傾向であった。PSL外用薬を使用しつつ、連日回腸人工肛門周囲の潰瘍部の処置を施行し、5週目に再度IFXを投与した。また疼痛も強く、フェンタニル持続静注にて疼痛コントロールを施行した。緩徐に潰瘍は縮小傾向であったが、完治には至らず、内科的治療は困難と判断し、回腸双孔式人工肛門閉鎖術を施行し、潰瘍は改善した。【考察】壊疽性膿皮症は潰瘍性大腸炎の腸管外合併症として一定頻度で認められるが、術後の人工肛門周囲の壊疽性膿皮症は報告例が少ない。治療法としてはステロイド、抗TNF α 抗体製剤、カルシニューリン阻害薬などの内科治療が一般的に行われている。欧米では人工肛門閉鎖による根治の報告もあり、本症例のように内科的治療が困難である場合は、人工肛門の閉鎖も有効な手段として考えられた。

壊疽性膿皮症, 潰瘍性大腸炎

横須賀市立うわまち病院 消化器内科¹⁾、
藤沢湘南台病院 消化器内科²⁾
案納忠識¹⁾、小宮靖彦¹⁾、森川瑛一郎¹⁾、秋間 崇¹⁾、池田隆明¹⁾、
大熊幹二²⁾

症例:72歳、女性。主訴:新鮮血下血 既往歴:子宮筋腫手術(45歳)、心房中隔欠損手術(60歳)、術後心房細動にてワーファリン、アスピリン服用中。現病歴:201X年10月上旬、誘因なく新鮮血下血が出現、当科受診した。身体所見:眼結膜に軽度貧血、胸・腹部に術後瘢痕、直腸診で血液付着を認めた。検査成績:WBC 3100/ μ l、RBC 323 $\times 10^4$ / μ l、Hb 9.6g/dl、Hct 30.3%、Plt 12.7 $\times 10^4$ / μ l、PT-INR 2.38、APTT 55.1秒。臨床経過:入院時よりワーファリン、アスピリンは休止し、ヘパリン置換の方針とした。下部消化管内視鏡検査にて盲腸部までの観察で、S状結腸に血餅付着を認める小ポリープが認められたため出血源と判断、ポリペクトミーを施行した。以降下血は認められず、第3病日よりワーファリンへの移行を開始した。第9病日にはPT-INR 1.66と治療域になったためヘパリンを中止予定とした。第10病日早朝より、下腹部痛、血圧低下、頻脈が出現した。Hb6.2g/dlと急速な貧血の進行が認められ、CTスキャンにて骨盤腔に高吸収の液体貯留が確認され骨盤腔出血と診断、膀胱近傍血管からの出血が考えられた。輸血後に状態が安定したため、止血を目的として緊急血管造影を施行した。血管造影上、左上膀胱動脈からの出血が確認できたため、ブラチナコイルおよびゼラチンスポンジを用いた塞栓術を施行した。以降、臨床症状は安定、貧血の改善およびワーファリン投薬による抗凝固療法の治療域維持を確認し退院となった。考察:大腸ポリペクトミー施行10日後に骨盤腔出血を発生し、緊急動脈塞栓による止血術で救命した症例を経験した。本症例では大腸内視鏡検査、子宮筋腫術後の癒着性変化、抗凝固療法が相互に関連して骨盤腔出血を来したと考えられる稀な病態であり、示唆に富む症例と考え報告する。

大腸ポリペクトミー, 骨盤腔出血

厚生中央病院 消化器病センター内科¹⁾、同 放射線科²⁾、
東京医科大学 分子病理学講座³⁾
菌部光汰¹⁾、中村文彦¹⁾、木村 晴¹⁾、権 勉成¹⁾、松浦良徳¹⁾、
若林ゆかり²⁾、黒田雅彦³⁾、剛崎寛徳³⁾、根本夕夏子¹⁾

症例は100歳代、女性。血便と共に下腹部痛を認めたため、当院救急外来へ搬送となった。腹部単純レントゲンで小腸全体にニボを伴う拡張した腸管ガス像を認めた。腹部CTでは上行結腸近位側に長径5cm大の辺縁不整な腫瘤像を認め、同病変部より口側の腸管はびまん性に拡張を来していた。これらの所見に加え、傍大動脈および右尿管周囲に多発リンパ節腫大の所見を認めた。以上より、多発リンパ節転移を来した進行大腸癌による大腸イレウスが考えられ、当科へ緊急入院となった。緊急大腸内視鏡では、CTで指摘した上行結腸近位側に高度狭窄を来した全周性のType2病変を認め、腸管減圧目的に大腸ステント留置術を行った。生検結果は高分化型腺癌であった。大腸ステント留置術後は経過良好で経口摂取も開始したが、やがて38℃台の中等熱が持続するようになった。抗生剤加療にて奏功しない経過であったことから、腫瘍に伴う炎症も鑑別に入れてステロイド投与を開始した。ステロイド導入後、炎症反応の悪化を伴うようになり、最終的には呼吸不全も併発して第50病日に永眠された。ご遺族に承諾を得て病理解剖および検索を行ったところ、多発性に腫大したリンパ節病変はDiffuse Large B-Cell Lymphomaであり、進行大腸癌とは独立した病変であった。進行大腸癌と原発性節性リンパ腫の併発は稀であり、若干の文献的考察を含めながら報告する。

進行大腸癌, DLBCL

東京慈恵会医科大学附属病院 内科学講座消化器・肝臓内科
野上 諒, 宮崎亮佑, 澤田亮一, 宮下春菜, 蜂谷真未, 永田祐介,
三戸部慈実, 及川恒一, 猿田雅之

【症例】70歳代, 男性【主訴】化学療法施行目的【現病歴】201X-1年12月に2型進行上行結腸癌, 肝, 肺, 腹膜転移(stage4)と診断された。同年12月より1次治療としてmFOLFOX6を施行した。201X年6月までに12コース施行したが, 新規病変の出現を認めPD判定となり7月より2次治療としてFOLFIRI+Bmabを開始した。今回9月FOLFIRI+Bmab 6コース目的で入院となった。【入院後経過】入院初日よりFOLFIRI+Bmab(6コース目)を施行した。第3病日に意識レベルの低下がみられた。頭部MRIにて頭蓋内に異常所見を認めなかった。血液検査上意識障害をきたす所見はなく, 神経内科依頼し, てんかんの可能性も考えられ, 第4病日よりレベチラセタム1000mgを内服開始した。第4病日に脳波検査を行い棘波は見られず, てんかんは否定的であり全般性の除電化を認め, SFU脳症が考えられた。第5病日には意識清明になった。第5病日より38.0℃の発熱, 炎症反応高値を認め, 誤嚥性肺炎を発症し, 抗生剤加療を開始した。全身状態良好と判断し第20病日にIRI+Bmabを開始した。開始後, 意識障害の出現なく経過した。第25病日に全身状態良好のため退院となった。【考察】血液検査上, 意識障害の原因は同定できず, 頭部画像検査上, 5-FU脳症の典型的な画像所見は認められなかった。脳波検査では徐波が認められ, てんかんに示唆する所見はなく, てんかんは否定的であり, 5-FU脳症では徐波が認められることから5-FU脳症と診断した。抗腫瘍化学療法投与中の患者の意識障害を鑑別するには, 脳波検査が有用であると考えられる。【結語】FOLFIRI+Bmab施行中に5-FU脳症を生じた一例を経験した。稀ではあるが5-FUの副作用に急性脳症があることを念頭に置き, 5-FU投与中に生じた意識障害には, 早急に5-FUの中止することが重要である。5-FU脳症に関して, 過去の文献を踏まえ報告する。

5-FU脳症, 意識障害

大腸癌, 術前化学療法

それぞれ異なる治療法で完治した直腸MALTリンパ腫の3例

東京通信病院 消化器内科¹⁾, 同 病理科²⁾, 同 放射線科³⁾
鈴木祥代¹⁾, 加藤知爾¹⁾, 古谷建悟¹⁾, 大久保政雄¹⁾, 小林克也¹⁾,
岡川憲一郎¹⁾, 光井 洋¹⁾, 岸田由起子²⁾, 田村浩一²⁾, 鈴木丈夫³⁾,
橋本直明¹⁾

【緒言】直腸MALTリンパ腫は稀な疾患であり, その病因, 診断, 治療法について更なる検討を要する。今回当院で10年間(2006年-2015年)に3例を経験したので報告する。【症例】症例1: 65歳, 女性, 血便を主訴に200X年8月当科を受診し, 9月大腸内視鏡検査(以下CS)で直腸Rbに30mm大の易出血性腫瘍を認め, 生検でMALTリンパ腫と診断された。各種検査よりLugano国際分類Stage1と診断した。H. pylori陽性にて, まずは除菌を施行した。除菌後3ヶ月で腫瘍は表面が5つに分割されたような形態へ変化した。8ヶ月では再び連なった形を呈した。1年4か月後までは30mm大のまま経過していたが, 2年7ヶ月後に腫瘍の消失を確認した。除菌後5年の時点で再発は認めなかった。症例2: 82歳, 女性, 下痢, 腹部膨満感を主訴に200X年7月当科を受診し, CSで直腸Rbに20mm大の隆起性病変を認めた。EMR施行し, 病理組織診でMALTリンパ腫と診断された。各種検査よりLugano国際分類Stage1と診断した。H. pylori陰性であったため, 除菌は施行せず。半年後にCSフォローの方針であったが, ご本人が来院されず。4年後のフォローアップにて明らかな再発は認めなかった。症例3: 62歳, 女性, 血便を主訴に201X年5月前医を受診した。CSで直腸Rbに15mm大の1sp型腫瘍を認め, 生検にてMALTリンパ腫が疑われた。7月精査加療目的に当科を受診した。各種検査よりLugano国際分類Stage1と診断した。H. pylori陰性であり除菌療法は不確実なこと, 病変部位が直腸前壁で切除困難な位置にあること等から, 放射線治療をご希望され, 総線量40Gy/20Fで放射線治療を施行した。治療終了3か月後に施行したCS, CTにて腫瘍の消失を確認した。【考按】H. pylori陽性は3例中1例であった。CS所見で粘膜下腫瘍様, 表面に樹状血管を認め, カルチノイドや良性リンパ濾胞性ポリープとの鑑別が困難であり, 病理診断が必須であった。治療法は多様だが, いずれも完治した。【結語】直腸MALTリンパ腫の貴重な3例を経験したため報告した。

MALTリンパ腫, 直腸

好酸球性胃腸炎, 大腸

局所進行S状結腸癌に対して術前化学療法を経た後に根治手術を施行した1例

自治医科大学附属さいたま医療センター 一般消化器外科
月橋一創, 辻仲真康, 高橋 洵, 柿澤奈緒, 高山法也, 伊瀬谷和輝,
町田枝里華, 菊地 望, 染谷崇徳, 長谷川美美, 菊川利奈,
宮倉安幸, 力山敏樹

【目的】局所進行S状結腸癌に対して術前化学療法を経た後に根治手術を施行し, 病理学的完全奏効(pCR)が得られた1例を経験したので報告する。【症例】70歳代男性。拡張型心筋症と糖尿病(未治療)の既往がある。201X年12月, 便秘および下腹部腫瘍を主訴に近医を受診。大腸内視鏡検査において, 肛門縁から28cmの部位に全周性の腫瘍性病変がみとめられ, スコープは不通過であった。S状結腸癌と診断され, 同月, 精査加療目的で当科を紹介受診。体重減少と食欲低下を伴っていたため早期に入院治療の方針となった。胸腹部骨盤造影CT検査において, 明らかな遠隔転移はみとめられなかったが, S状結腸と膀胱壁との境界が不明瞭で, 周囲の脂肪濃度上昇を伴い, 広範囲に及ぶ直接浸潤が疑われた。入院後, 腸管安静を行い, 心機能評価および糖尿病に対する治療導入後に, 201X年1月にループ式横行結腸ストーマ造設術を施行。術前化学療法を経て原発巣切除を行う方針とし, 同年2月より, 外来ベースでCapeOX療法(capecitabine+oxaliplatin)を計5コース, capecitabine単独療法を1コース施行。有害事象として, Grade 1の末梢性感覚ニューロパシー, 手足症候群, 倦怠感をみとめた。治療後にCT検査を行い, 原発巣の顕著な縮小と膀胱浸潤の改善をみとめた。同年8月に再入院, 根治手術を施行。S状結腸原発巣は硬く触知され, 炎症性変化が腹壁, 膀胱, 後腹膜に及んでいたが切除可能と判断。最終術式は, S状結腸切除術・膀胱部分切除術・ループ式回腸ストーマ造設術となった。術後経過に問題なく退院。病理組織学的に, 癌は消失し線維化巣で置換されており, 治療効果Grade 3, pCRと判定された。リンパ節転移はみられなかった。術後補助化学療法として, CapeOX療法を既に3コース施行, 計6コース施行後に回腸ストーマ閉鎖術を施行する予定である。同年11月のCT検査において, 明らかな癌再発をみとめていない。【結語】局所進行大腸癌に対する術前化学療法を経て根治手術が可能となり, 病理学的完全奏効が得られた症例を経験した。文献的考察を加え, 報告する。

診断に難渋した好酸球性胃腸炎の一例

東京慈恵会医科大学第三病院 消化器肝臓内科
渡辺健太, 若久 章, 木下勇次, 廣瀬雄紀, 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, 木下晃吉, 木島洋征,
小池和彦

【症例】66歳女性【経過】摂食障害, 脱水, 慢性下痢・嘔吐を認め, 10年以上, 前医と当院で入院退院を繰り返していた。慢性下痢に対して頻回に内視鏡検査を施行していたが, 原因不明であった。201X年10月, 意識障害で前医に救急搬送され, 高カリウム血症による心室細動のため蘇生された後, 当院に転送された。感染症および脱水に伴う急性腎不全のため, 点滴加療し, 全身状態は安定した。既往歴にアレルギー性皮膚炎があり, ヒスタミンH1受容体拮抗薬やロイコトリエン受容体拮抗薬を内服していたが, 入院後は内服を中断していた。入院中, 1日数回の下痢を認めており, 原因検索を行った。腹部CTでは骨盤内に少量の腹水を認め, 腸管は軽度浮腫様であった。上部消化管内視鏡検査では食道, 胃, 十二指腸下行脚までに有意な所見は認めなかった。下部消化管内視鏡検査では大腸粘膜はやや浮腫状であり, 大腸粘膜からランダムに生検施行した。病理結果で大腸粘膜より好酸球を30個/HPF認めた。以上より好酸球性胃腸炎と診断した。ステロイド剤を開始し, ヒスタミンH1受容体拮抗薬とロイコトリエン受容体拮抗薬を再開したところ, 下痢回数の減少や嘔吐改善を認めた。【まとめ】頻回の内視鏡検査にも関わらず, 確定診断に至らなかった慢性下痢の一例を経験したので, 報告する。

筑波大学附属病院 消化器内科¹⁾, 同 血液内科²⁾, 同 病理診断科³⁾, 城山真美子¹⁾, 山浦正道¹⁾, 金子 剛¹⁾, 廣瀬 優¹⁾, 永瀬正臣¹⁾, 小松義希¹⁾, 服部純治¹⁾, 佐藤雅志¹⁾, 兵頭一之介¹⁾, 小原 直²⁾, 坂本規彰³⁾

【症例】46歳, 女性。既往に気管支喘息がある。腹痛・下痢及び呼吸困難を主訴に入院となった。血液検査所見でWBC 30, 900/ μ l (好酸球74.5%)と好酸球の著明な増加を呈しており、慢性好酸球性白血症を鑑別に精査を施行した。上部消化管内視鏡検査では中部食道から下部食道にかけて絨色調粘膜を認めた。下部消化管内視鏡検査では腸管壁が浮腫状に肥厚しており、発赤粘膜が多発していた。いずれの生検においても好酸球主体の炎症細胞浸潤(>20/HPF)が認められた。一方、骨髄穿刺では幼稚な芽球を認めず、遺伝子検査にて慢性好酸球性白血症を除外した。そのほか寄生虫感染症、慢性皮膚疾患、膠原病などの基礎疾患は認めなかった。心電図や胸部レントゲンでは特記所見なく、心筋逸脱酵素の上昇は認めなかった。非特異的IgEは5331IU/mlと著明に上昇しており、View39ではハウスダストがclass4、ダニがclass5、スギがclass5であった。好酸球性胃腸炎(粘膜炎位型)の診断にてPSL 60mg/dayの全身投与を開始したところ速やかに症状は改善し、好酸球数も低下した。ロイコトリエン受容体拮抗薬を開始しつつPSLを減量したところ、好酸球数は再上昇することなく500/ μ l以下にまで低下した。現在PSL 20mg/dayの経口内服にて外来管理中であるが、再燃なく経過している。【考察】好酸球性胃腸炎は末梢血好酸球増多と胃腸管壁への好酸球浸潤を特徴とする比較的稀な疾患である。40歳頃を発症ピークとし、男女共にほぼ同様に発症するが、気管支喘息などのアレルギー歴を有する例が多い。時に心筋障害などの他臓器障害を伴い、重篤な経過をたどる。今回我々は慢性好酸球性白血症との鑑別を要したが、重症化することなく比較的速やかに診断・治療を行った好酸球性胃腸炎の1例を経験したので、若干の考察を加えて報告する。

好酸球, 胃腸炎

東京共済病院 消化器内科¹⁾, 東京医科歯科大学医学部附属病院 消化器内科²⁾, 小宅桃子¹⁾, 榊 一臣¹⁾, 佐野自由¹⁾, 沖永康一¹⁾, 鈴木雄一郎¹⁾, 矢内真人¹⁾, 穴戸華子¹⁾, 永山和宜¹⁾, 渡辺 守²⁾

【症例】80代後半男性 【既往歴】深部静脈血栓症 【常用薬】ワーファリンカリウム 3 mg/day, アスピリン 81 mg/day, シロスタゾール 100 mg/day 【現病歴】X年10月に血便・立ちくらみが生じ、当院を受診したところ、血液検査でHb 7.7 g/dL(同年9月 Hb 11.6 g/dL)と高度な貧血を認めた。下部消化管出血を疑い、濃厚赤血球4単位を投与した後、準緊急的に下部消化管内視鏡検査を施行した。前処置不良であったため観察不良域が若干あったものの、痔核・腫瘍・潰瘍はなく、多発する憩室を認めた。しかし、憩室内に明らかな出血や露出血管を認めず、出血源を特定できなかった。2日後に再度血便を認め、再度下部消化管内視鏡検査を施行したところ、パウヒン弁のすぐ肛門側、背側に憩室があり、その憩室外の憩室近傍に露出血管があり、そこから湧出性出血が認められたため、クリップ1本で止血した。明らかな動静脈奇形はみられなかった。その後は再出血なく退院した。【考察】多発憩室に伴う下部消化管出血の症例では、出血源が憩室内にあることが一般的である。本症例では一度目の下部消化管内視鏡検査では憩室内を中心に観察を行ったが出血源を同定できなかった。しかし、二度目の内視鏡検査で露出血管を認めたため、一度目の検査を振り返ってみると、表在性の潰瘍の形成が認められた。憩室出血以外の大腸出血の様式として結腸Dieulafoy潰瘍の報告があるが、本症例も表在性の潰瘍病変であり、類似の病態の可能性も考えられる。【結論】多発憩室に伴う下部消化管出血では、本症例のように必ずしも憩室からの出血を認めるわけではないため、憩室内だけでなく憩室外も含めて入念に観察し、出血源を検索することが重要である。

大腸憩室, 出血

防衛医科大学校病院 内科学2講座¹⁾, 同 光学医療診療部²⁾ 高橋 駿¹⁾, 伊東 傑¹⁾, 村原なみ¹⁾, 露木和彬¹⁾, 中山花奈¹⁾, 富岡 明¹⁾, 西村弘之¹⁾, 白壁和彦¹⁾, 古橋廣崇¹⁾, 高城 健¹⁾, 東山正明¹⁾, 渡辺知佳子¹⁾, 高本俊介²⁾, 富田謙吾¹⁾, 穂苺量太¹⁾

【症例】60歳代男性【主訴】発熱、腹痛【現病歴】30歳の頃から発熱・腹痛を繰り返しており大腸憩室炎と診断され、禁食・抗菌薬で保存的に治療されていた。201X年10月、腹痛を主訴に前医を受診し、大腸憩室炎が疑われ、禁食、抗菌薬で加療された。発熱・腹痛は軽快したが炎症反応高値が遷延し、加療目的に当科に紹介され入院となった。【家族歴】特記事項なし【経過】入院後は禁食・補液・抗菌薬で保存的に加療し、炎症反応、腹部症状は改善した。第3病日より経管栄養を開始したが、その後再度腹痛、発熱、炎症反応の上昇を認めた。再度禁食・抗菌薬で保存的に加療すると、腹部症状、炎症反応は改善するが食事を開始すると症状が再燃するというエピソードを繰り返した。CTでは結腸周囲の脂肪織濃度上昇と胸膜炎の所見を認め、全大腸内視鏡検査では憩室を認めるものの炎症所見に乏しかった。繰り返す発熱、腹部症状から家族性地中海熱(Familial Mediterranean fever: FMF)が疑われ、診断的治療目的に第47病日よりコルヒチンの投与を開始した。その後炎症反応は改善し、食事開始後も腹部症状を認めず経過し、第55病日に退院となった。【考察】FMFは周期性発熱と無菌性の漿膜炎を主徴とする単一遺伝性自己炎症性疾患である。本症例は、高齢発症で非典型的な症状ではあったがコルヒチンが奏効しておりFMF非典型例と考えられ、今後MEFV遺伝子検査を予定している。本症例のように周期性のある症状や不明熱などの症例では、FMFの可能性も念頭に置く必要がある。今回、大腸憩室炎との鑑別に苦慮した高齢発症の家族性地中海熱の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。

家族性地中海熱, 大腸憩室炎

東邦大学医療センター大橋病院 消化器内科 中村允人, 塩澤一恵, 山本修平, 松井貴史, 木村隆輔, 新後閑弘章, 富永健司, 渡邊 学, 前谷 容

【症例】38歳女性【主訴】発熱、咽頭痛【現病歴】201×年9月末から38℃台の発熱と咽頭痛が出現した。経過をみていたが改善せず、症状発症8日後に近医を受診したところ肝障害を指摘され、当科紹介入院となった。入院時身体所見で咽頭発赤を認め、血液検査所見ではAST209IU/L, ALT215IU/L, LDH1252IU/L, ALP559IU/Lと上昇し、急性肝炎を疑い精査加療を行った。B型肝炎・C型肝炎などの各種肝炎ウイルス、EB・サイトメガロ・風疹・単純ヘルペスウイルスは陰性、抗核抗体、抗ミトコンドリアM2抗体も陰性であり、肝障害の原因は不明であった。症状出現時は第二子妊娠3週であったが、当科受診数日前に産科で胎児発育不全による早期流産を指摘されていた。このことからヒトパルボウイルスB19(PVB19)感染を疑い、抗PVB19IgM抗体を測定したところ3.35と陽性であり、PVB19感染による急性肝炎が考えられた。入院12日目に発熱・咽頭痛は消失し、AST93IU/L, ALT109IU/Lも低下したため退院した。症状発症約1ヶ月後にはAST/ALTは正常化し、抗PVB19IgM抗体も1.36と低下した。【考察】PVB19は小児の伝染性紅斑の原因ウイルスとして知られており、一般的に血球食食症候群、胎児貧血などの血液異常を認めることが多く、肝障害の関与も指摘されている。PVB19による肝炎は小児や免疫不全患者においての報告は散見されるが、正常の免疫能を有する成人での発症は稀である。一方、妊婦では妊娠に伴う免疫学的寛容状態を反映して、感染防御能が低下すると言われている。本例は伝染性紅斑患者との接触歴はなかったが、妊娠中で症状発症数日後に流産しており、PVB19感染を疑うことができた。PVB19は妊婦が感染すると胎児水腫をきたし流産することがある。原因不明の急性肝炎例においてはPVB19感染も念頭におき診療にあたる必要があると思われた。【結語】今回、われわれは妊娠初期にPVB19感染による急性肝炎の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。

急性肝炎, ヒトパルボウイルスB19

77 急性発症した後期高齢者自己免疫性肝炎の一例

大森赤十字病院 消化器内科

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

症例は80歳女性。以前に肝機能障害を指摘されたことはなかった。20XX年10月上旬、全身倦怠感、嘔吐を主訴に近医を受診、肝障害を指摘され当院紹介となった。受診時、AST1054IU/l、ALT631IU/l、T-Bil4.9mg/dlと黄疸を伴う肝障害を認めた。画像にて胆道の閉塞はなく、肝炎のウイルスマーカーや抗ミトコンドリアM2抗体などは全て陰性であり、薬剤性を考え内服薬を全て中止とし、肝庇護薬の投与を開始したが、肝障害の改善を認めなかった。その後、血清IgG2488mg/dl、抗核抗体160倍と上昇が明らかとなり、自己免疫性肝炎の簡易型国際診断基準では暫定で6点となり疑診となった。その後行った肝生検の病理所見では、グリソン鞘の線維化など、慢性肝炎を示唆する所見に乏しく、形質細胞の浸潤が目立ち、Interface hepatitisの所見を認め、簡易型スコアリングでは8点となり自己免疫性肝炎の確診とした。また重症度は臨床症状と併せて中等症と判断した。第10病日より0.8mg/kg/日以上となるようプレドニゾン50mg/日の内服を開始した。ステロイド導入後、肝機能は徐々に改善し、その後1週間ごとに5mgずつ漸減するも、経過良好であり、プレドニゾンを25mg/日まで減量し退院となった。以降は外来で診察を継続する方針とした。本邦では好発年齢は50歳代といわれているが、本症例は80歳と高齢初発であり、このような症例は稀と考えられたため、文献的考察を交えて報告する。

自己免疫性肝炎, 高齢

78 集学的治療を行い救命し得た白血球数6万以上の重症アルコール性肝炎の一例

横浜市立大学附属病院 肝胆膵消化器病学

海老澤浩, 本多 靖, 小川祐二, 留野 渉, 今城健人, 米田正人, 中島 淳, 斉藤 聡

症例は55歳、女性。大酒家。3年前より肝障害を指摘されていたが、医療機関を受診していなかった。2週間前からの食思不振と褐色尿を主訴に前医を受診し、肝障害および肝腫大を認めたため、精査加療目的に当院へ転院となった。入院時の意識は清明であったが、Japan Alcoholic Hepatitis Score (JAS)で11点(白血球35800/ μ L, Cr0.59mg/dL, PT-INR1.93, TB16.7mg/dL, 消化管出血・DICの合併なし、50歳以上)の重症アルコール性肝炎と診断した。入院後より新鮮凍結血漿輸血を行ったが軽快せず、第3病日よりICUに入室し血漿交換、顆粒球除去療法を開始。第4病日よりステロイドパルス療法、血液濾過透析を開始した。第10病日には白血球64900/ μ Lまで上昇したが、集学的治療(ステロイドパルス療法1000mg/日を3日間、血漿交換2回、顆粒球除去療法6回、血液濾過透析3回)を施行し、軽快傾向となった。第18病日に一般病棟に転室、第61病日に自宅退院となった(白血球20000/ μ L, Cr0.60mg/dL, PT-INR1.36, TB10.6mg/dL)。第74病日の退院後初回の外来では白血球数が8700/ μ Lに改善していた。重症アルコール性肝炎の病態は未だに不明な点も多いが、過剰飲酒による肝網内系の機能低下や各種サイトカインの産生増加により引き起こされる全身性炎症反応や微小循環障害が惹起され、肝不全だけでなく多臓器障害に進展すると考えられている。重症アルコール性肝炎に対する標準的な治療法は確立しておらず、JAS10点以上の場合には死亡率が52%と報告されている。本症例はJASが11点かつ白血球数が6万以上と著明高値であったが救命可能であった症例であり、本邦の報告において類のない症例と考え報告した。今後重症アルコール性肝炎症例の症例を蓄積し、病態解明や治療方法の確立が早急に望まれる。

重症アルコール性肝炎, 白血球

79 総胆管結石治療後に高度な黄疸を呈し、診断に難渋した胆汁うっ滞型薬物性肝障害(DILI)の1例

日本医科大学武蔵小杉病院 消化器内科¹⁾

日本医科大学付属病院 消化器内科²⁾

菅原望央¹⁾, 阿川周平¹⁾, 山脇博士¹⁾, 小高康裕¹⁾, 張本晃智¹⁾, 二神生爾¹⁾, 岩切勝彦²⁾

59歳女性。元来健康で飲酒歴もなかった。右季肋部痛を主訴に当院救急外来を受診し、血液検査にて炎症反応上昇と肝胆道系酵素上昇、腹部単純CTにて胆嚢壁の肥厚を認め、急性胆嚢炎・胆管炎と診断され入院となった。第1病日にMRCPを行い総胆管結石の存在を確認後、第3病日に内視鏡的胆管結石除去術(EST+EPLBD(12mm大))を施行した。処置後もT-bilが5.0台へ増悪するため、残石を疑い第8病日に再度ERCを施行したが残石を認めず観察のみで終了した。その後もT-Bilはさらに13.4へ上昇したため、閉塞性黄疸否定目的で第18病日に3度目のERCを施行しPSを留置したがT-Bil値はさらに増悪した。高度な黄疸に比してALP上昇とトランスアミナーゼ上昇は軽度である事、肝炎各種抗体に異常を認めない事、各種画像検査から閉塞性黄疸を認めない事から、胆汁うっ滞性DILIを疑い第28病日に肝生検を施行したが、示唆する病理所見を得られなかった。ウルソデオキシコール酸を投与後も第31病日にT-Bilは22.22まで上昇したため、薬剤誘発性リンパ球刺激試験(DLST)を提出後、PSL55mg(1mg/kg)で開始するとT-Bil値は速やかに改善傾向を示し、PSLを5-7日毎に30→25→20→15→10mgと漸減しても増悪せずT-Bilは2.90で第65病日に退院となった。病理ではDILIの所見を得られなかったが、DLSTで抗生剤CTRXが強陽性である事、DDW-J2004のWSスコアが7点である事、PSL投与で改善した事から高度な黄疸はDILIによると診断した。【考察】DILIの診断は難しく、現状ではDDW-J2004のWSスコアを参考にして他の疾患を除外する事、また原因薬剤を中止することで診断がなされる。今回、総胆管結石治療直後に発症したため診断に難渋したが、高度な黄疸に対してALP、トランスアミナーゼ上昇が軽度であることが胆汁うっ滞型DILIに特徴的であるためこれを疑う手がかりとなった。胆汁うっ滞型DILIはステロイドに反応しないことも多いため、本例ではステロイドの有効性を判別するために当初高用量で使用したことで、診断の手がかりを得ると共にステロイド投与の必要性を確認できたと思われた。

高ビリルビン血症, 薬剤性肝障害

80 肝多発腫瘍影を契機に診断したMTX関連リンパ増殖性疾患の1例

湘南鎌倉総合病院 総合内科¹⁾, 同 消化器病センター²⁾,

同 リウマチ科³⁾

小野亮平¹⁾, 熊谷知博¹⁾, 魚嶋晴紀²⁾, 北川 泉¹⁾, 吉澤和希³⁾

【症例】82歳、男性【主訴】発熱【既往歴】関節リウマチ、前立腺肥大症、痛風【現病歴】10年前に両手首関節腫脹、両手第1手根中手骨関節腫脹、リウマトイド因子陽性、抗CCP抗体陽性より関節リウマチと当院で診断された。9年6月前よりメトトレキサート(MTX)を導入され、MTX12mg/週、プレドニゾン2.5mg/日、ブシラム100mg/日、鎮痛薬で加療されていた。来院日当日に39℃台の発熱を認めて当院救急外来を受診し、熱源精査目的で撮影した胸部腹部単純CTにおいて、肝多発腫瘍影、肝多発腫瘍影、腹部リンパ節腫脹を指摘された。精査加療目的に入院となった。【臨床経過】入院時意識清明であり、体温39.2℃である以外バイタルサインは安定していた。身体所見で表在リンパ節腫脹はなく、両手首関節腫脹、両手第1手根中手骨関節腫脹、尺側偏位変形が見られた。入院時採血検査では肝胆道系酵素とCRPは上昇し、可溶性IL-2Rは4.090U/mlと異常高値であった。腫瘍マーカーはCA19-9、SLX、NSEは陽性、CEA、SCC、CYFRAは陰性であった。入院時の胸部腹部単純CTでは右肺S6、S10、左肺S9に数個の辺縁不整な類円形低濃度結節と、肝両葉に境界不明瞭な淡い低濃度域及び上腹部大動脈周囲に多発リンパ節が見られた。悪性リンパ腫、悪性腫瘍多発転移、MTX関連リンパ増殖性疾患(MTX-LPD)を鑑別に挙げ、入院時よりMTXは中止した。上部下部内視鏡を施行したが悪性所見はなく、超音波内視鏡下穿刺吸引生検を肝腫瘍に対して施行し、壊死組織であり腫瘍細胞は存在しなかった。退院3ヶ月後の外来フォローで、可溶性IL-2Rは680U/mlまで改善し、CTで腫瘍影はいずれも縮小傾向にあることからMTX-LPDと最終診断した。【考察】MTXの重篤な副作用の1つに悪性リンパ腫があり、WHO分類では医原性免疫不全関連リンパ腫に含まれるMTX-LPDとして記載されている。肝腫瘍のうち悪性リンパ腫は稀な疾患であり、肝悪性リンパ腫は特徴的な画像所見に乏しく、鑑別は難しい。肝臓に腫瘍影を呈したMTX-LPDは、検査し得た限りでは医学中央雑誌で12例、PubMedで9例のみ(うち2例重複)であり、稀少な1例であることから報告する。

MTX関連リンパ増殖性疾患, 肝腫瘍

横浜市立大学附属病院 消化器内科
大野恵理子, 入江邦泰, 桑島拓史, 佐藤 健, 山田博昭, 金子裕明,
須江聡一郎, 佐々木智彦, 桐越博之, 近藤正晃, 前田 慎

症例は75歳男性。約1ヶ月間持続する両側側腹部痛を主訴に当院泌尿器科を紹介受診、単純CT上多発する肝占拠性病変を指摘されたため当科に紹介受診された。採血上肝胆系酵素および軽度炎症反応上昇を認め、CTでは辺縁に造影効果を有し、内部は一部液面形成を呈する低吸収域の占拠性病変を肝両葉に認め、さらに肝門部および肝十二指腸間膜内に多発するリンパ節腫大を認めた。上部消化管内視鏡検査では、十二指腸に多発する潰瘍性病変を認めており、球部前面の病変は粘膜下腫瘍が自壊したような形態であったが、生検では悪性所見は認められなかった。下部消化管内視鏡検査は特に問題なく、腫瘍マーカーはNSEが軽度上昇を認めるのみであった。PET-CTでもFDGの異常集積は認めなかった。膿瘍等感染性病変も否定できなかったが、転移性肝腫瘍を第1に疑い、肝生検目的で入院とした。肝生検上、シート状あるいは柵状に増殖する腫瘍細胞を認め、免疫染色ではCK7、CK19、CD56、synaptophysin陽性であり、CK20、chromogranin A陰性、Ki-67指数は25%であったため、神経内分泌瘤と診断した。十二指腸潰瘍性病変経過観察目的で、上部消化管内視鏡検査を再検したところ、潰瘍底部の生検より肝腫瘍と同様の診断となり、十二指腸原発神経内分泌瘤、多発肝転移、リンパ節転移と診断した。全身化学療法としてVP-16+CDDP併用療法を開始したが、奏効せず急激な病勢の増悪を認め、BSCの方針となった。今回、我々は多彩な画像所見を呈し、診断に苦慮した神経内分泌瘤を経験した。比較的まれな症例と思われたため、若干の考察を加えて報告する。

神経内分泌瘤, 転移性肝癌

東京慈恵会医科大学附属柏病院 消化器肝臓内科¹⁾,
同 内視鏡部²⁾,
東京慈恵会医科大学附属病院 消化器肝臓内科³⁾
益子峻典¹⁾, 沖沙佑美¹⁾, 鈴木静香¹⁾, 大瀧雄一郎¹⁾, 金井友哉¹⁾,
高見信一郎¹⁾, 齋藤善介¹⁾, 伊藤善翔¹⁾, 星野 優¹⁾, 松本喜弘¹⁾,
内山 幹¹⁾, 梶原幹生¹⁾, 小井戸薫雄¹⁾, 小山誠太²⁾, 月永真太郎²⁾,
荒川廣志²⁾, 猿田雅之³⁾

【症例】66歳女性【主訴】全身の皮膚黄染【現病歴】1~2週間前からの全身の皮膚黄染と倦怠感を主訴に当科外来を受診した。採血で閉塞性黄疸を指摘され、腹部単純CTで肝臓に多発する最大で14cm大の囊胞を複数認めた。これらの囊胞が閉塞性黄疸の原因と考えられ入院加療となった。【既往歴】13年前にも肝囊胞に伴う閉塞性黄疸に対し他院でPTCDと経皮経肝囊胞ドレナージによる治療歴があった。【臨床経過】入院時総ビリルビン29.2mg/dl、直接ビリルビン26.4mg/dlと著明な黄疸を呈していたが胆管炎の兆候は認めなかった。ERCP所見で総胆管に囊胞によるものと思われる狭窄部位を認め左肝内胆管から囊胞のひとつに交通が認められた。狭窄部位から擦過細胞診を採取し左肝内胆管にドレナージチューブを留置し囊胞の縮小と軽度の減黄効果が得られるも減黄が不十分であった。病変は胆管と交通する肝囊胞であり悪性腫瘍との鑑別に苦慮したが排液の細胞診や胆管の擦過細胞診からも悪性細胞は検出されなかったため最大径の囊胞に対し経皮経肝囊胞ドレナージを施行した。排液は黄色透明な漿液性であった。ドレナージ後に閉鎖腔であることを確認し硬化療法を追加した。残存する別の囊胞が胆管を圧排している可能性があり同様に経皮経肝囊胞ドレナージを施行した。排液は胆汁様であり排液中のビリルビンが高値であったことからこちらの囊胞も胆管との交通が示唆された。ドレナージ後総ビリルビン値は2mg/dl台まで低下し退院となった。【考察】本邦で閉塞性黄疸を呈した肝囊胞の症例は少なく各症例の治療法について検討した。【結語】閉塞性黄疸を伴う肝囊胞の1例を経験したので報告する。

肝囊胞, 黄疸

聖マリヤンナ医科大学 臨床研修センター¹⁾,
同 消化器・肝臓内科²⁾
高野芽子¹⁾, 重福隆太²⁾, 池田裕喜²⁾, 加藤正樹²⁾, 服部伸洋²⁾,
渡邊綱正²⁾, 松永光太郎²⁾, 松本伸行²⁾, 伊東文生²⁾

【症例】75歳、男性。主訴は倦怠感。特発性肺線維症 (IPF) に対し副腎皮質ステロイドと免疫抑制剤の併用治療中であった。来院2カ月前にはIPFの急性増悪に対して高容量の副腎皮質ステロイドが開始となり初診時は漸減中 (25 mg/日) であった。外来精査にて肝膿瘍を疑い入院加療となった。入院時所見は、意識清明、体温 36.5℃、血圧 164/97 mmHg、脈拍数 105回/分、右側腹部に強い圧痛を認めた。血液生化学所見では、WBC 12,100/μL、CRP 21.56 mg/dLと炎症反応上昇および胆道系酵素上昇を認めた。またHbA1c 7.3%、HIV抗原・抗体陰性であった。造影CTで肝S8を中心に約6cm大の低吸収域を認め、門脈血栓および上行結腸と肝彎曲部の壁肥厚を認めた。膿瘍に対して経皮経肝ドレナージ (PTAD) を施行し、乳白色と暗赤色の混在する膿を採取した。化膿性肝膿瘍と考えMEPM 3g/3×を開始したが、炎症反応の改善が乏しかった。膿の鏡検を行ったところ、動くアメーバ栄養体を確認しアメーバ性肝膿瘍 (ALA) と診断した。メトロニダゾール点滴を開始し、速やかに全身状態、炎症反応の改善と同時に腸炎所見の改善を認めた。大腸内視鏡検査では上行結腸と肝彎曲部に潰瘍性病変を確認した。今後は免疫抑制療法を継続するため、アメーバ性腸炎の再発予防としてパロモマイシンの内服加療を行い、第40病日に退院した。【考察】本症例では免疫抑制療法下でアメーバ性腸炎が発症し、経門脈的に肝膿瘍を形成したと考えられた。また東南アジアへの海外渡航歴や同性愛者など、アメーバ感染の契機を認めず、診断に難渋した要因であった。免疫能低下に合併し肝膿瘍などの腸管外アメーバ症が急激に増悪する病態は劇症型アメーバ症と診断され、致死的な経過を辿る場合もある。免疫抑制療法下では、結核、真菌感染症、ニューモシスチス肺炎、サイトメガロウイルス感染症などの発症に注意がなされるが、原虫であるアメーバ感染症の発症誘因となる可能性を念頭に置く必要がある。【結語】免疫抑制療法下ではアメーバ性肝膿瘍が発症する可能性も念頭におく必要がある。

アメーバ性肝膿瘍, 免疫抑制療法

昭和大学 医学部 内科学講座 消化器内科学部門
加藤久貴, 魚住祥二, 中谷真也, 杉浦育也, 中島陽子, 柳澤文人,
山口明香, 梶原 敦, 荒井 潤, 下間 祐, 打越 学, 野本朋宏,
坂木 理, 吉田 仁

症例は57歳、女性。C型肝硬変にてフォローをされていた。歳時にダクタスビル・アスナプレビルによる抗ウイルス治療 DAA (direct-acting antiviral) 治療を行ったがfailureであり、経過観察となっていた。肝機能はChildAで良好であったものの、急速な腹水の増悪に伴う腹部膨満感が出現した。腹水は乳び様であり、腹水中のTGが178mg/dlと上昇しており乳び腹水と診断した。利尿剤内服にて改善をしないため入院とし、脂肪制限食に加え、オクトレオチドの持続皮下注射療法 (300 μg/day) を開始した。腹部膨満感は徐々に軽減。腹水穿刺が不可能となるほどの減少を認めたため退院となった。乳び腹水は肝硬変症において、0.5~1.0%に合併すると報告されており、比較的稀な病態である。乳び腹水に対してオクトレオチド投与への適用や有効性に関する見解は定まっていない。オクトレオチドによる保存的治療が有効な症例を経験したので若干の文献的考察を交えて報告する。

乳び腹水, オクトレオチド

東京通信病院 外科¹⁾、同 内分泌代謝内科²⁾、虎の門病院 病理診断科³⁾、山本大雄¹⁾、奥田純一¹⁾、石井 俊¹⁾、織川光一¹⁾、寺下勇祐¹⁾、福田雄三¹⁾、長谷川智彦¹⁾、下里あゆ子¹⁾、山澤邦弘¹⁾、村田祐二郎¹⁾、津久井元¹⁾、寺島裕夫¹⁾、小林有紗²⁾、勝田秀紀²⁾、井下尚子³⁾

【症例】43歳 女性

【主訴】脱力感

【現病歴】数年前から食前に脱力感、複視、応答不良、異常行動などを認めていた。有症状時に前医受診したところ、低血糖症状・血糖値50 mg/dL以下の低血糖・ブドウ糖の投与にて速やかな症状の改善がみられた。以上よりWhippleの3徴を満たし、インスリノーマの疑いで当院内分泌代謝内科受診した。甲状腺や下垂体に明らかな病変が指摘できなかったことから多発性内分泌腫瘍症型(MEN1)は否定された。手術目的に当科紹介となった。

【入院後経過】入院後、局在診断のためSelective arterial calcium injection (SACI) testを施行した。動脈の腫瘍より中枢部にグルコン酸Caを投与した場合、腫瘍より末梢部に投与した場合に比較して肝静脈でのインスリン値の軽度上昇がみられたが、有意な所見ではなかった。確定診断には至らなかったものの、臨床症状からインスリノーマが強く疑われたため、外科的治療を行う方針となった。また、CTで主病変近傍に副腎と思われる腫瘍を認めため、SPIO・MRIで確認を行った。

入院後第14病日に膵腫瘍を含む腹腔鏡下膵部分切除術を施行した。術中、上腸間膜静脈よりカニューレーションをして肝静脈、門脈合流部から門脈採血を行い、腫瘍の切除後に門脈血中インスリン値の有意な減少を確認した。術前は頻繫に70 mg/dLを下回っていた血糖値も術後は120 mg/dL程度で安定した。術前は糖負荷やソフトスタチン皮下注を併用していたが、術後は不要となり経過し、術後16病日に退院となった。

当科退院後1ヶ月後に当院内分泌代謝内科に精査目的に再入院した。内分泌負荷試験を施行し、血糖の高値に反応したインスリン値の上昇を認め、寛解が確認された。【病理所見】手術検体の病理学的診断において、Grade1のNETに矛盾しなかった。他施設にコンサルトInsulin染色、SSTR2A染色を施行したところ、インスリノーマに矛盾しない所見であった。

【結語】臨床経過からインスリノーマが強く疑われた症例に対し、腹腔鏡下に切除した一例を経験した。若干の文献的考察を加え報告する。

インスリノーマ、腹腔鏡下膵部分切除術

横浜市立大学附属病院 内視鏡センター¹⁾、同 消化器腫瘍外科²⁾、同 病理診断科・病理部³⁾、林 佑徳¹⁾、岩崎暁人¹⁾、高木由里¹⁾、佐藤高光¹⁾、細野邦広¹⁾、中島 淳¹⁾、窪田賢輔¹⁾、遠藤 裕²⁾、加藤正真³⁾、山中正二³⁾

【症例】30歳男性

【主訴】なし

【現病歴】20XX年6月健康診断で行った腹部超音波検査で膵腫瘍を指摘され、当院紹介受診した。画像検査の結果、Solid pseudopapillary neoplasm (SPN)や漿液性嚢胞性腫瘍(SCN)が鑑別にあげられた。超音波内視鏡下穿刺吸引術(EUS-FNA)による精査のため、当科入院とした。EUS-FNAの結果、SPNと診断され、後日膵頭十二指腸切除術を施行した。

【既往歴】特記すべきことなし

【家族歴】祖父：膵癌 祖母：胃癌 叔母：胃癌

【嗜好歴】喫煙歴：15本/日×8年(28歳から禁煙) 飲酒歴：機会飲酒

【入院時現症】身長162cm、体重57kg、体温36.2℃、血圧116/71mmHg、脈拍69回/min 眼結膜：黄疸(-)、眼瞼結膜：貧血(-) 腹部：平坦、軟、自発痛や圧痛は認めない。

【入院時検査所見】採血検査では特記すべき異常はみられなかった。

【画像診断】MDCTでは膵頭部に2.5cm大で遷延性の増強効果を示す腫瘍性病変を認めた。膵管拡張は明らかではなかった。腫瘍は門脈に接しているが、浸潤はみられなかった。MRIでは拡散制限を示す楕円形の腫瘍としてみられた。FDG-PET検査では、膵頭部の病変にSUV4.4の集積がみられた。その他の臓器に異常集積は指摘できなかった。EUSでは、膵頭部の病変は31mm大の辺縁不整で不明瞭な腫瘍として描出された。全体的には低エコーだが、一部壊死を思わせる高エコーな領域が散在していた。

【病理所見】EUS-FNAの検体では、類円形核と淡明な細胞質を持つ腫瘍細胞がみられた。免疫染色ではCD10陽性、vimentin陽性、βcateninは核と細胞質に陽性であり、SPNと診断された。Synaptophysin、chromogranin Aはそれぞれ陰性であった。手術検体は膵頭部に2.8×2.1×2.1cm大の灰白色充実性腫瘍として認めた。組織学的、免疫組織学的にはFNA検体と同様であり、SPNとして矛盾しなかった。

【考察】SPNは若年女性に好発する、低悪性度の腫瘍として知られている。本症例では男性発症の比較的稀な症例だが、画像検査とEUS-FNAで術前に診断することができた。今回若干の文献的考察をふまえて報告する。

膵腫瘍、SPN

埼玉医科大学 消化器内科・肝臓内科¹⁾、埼玉医科大学国際医療センター 消化器内科²⁾、同 消化器外科³⁾、同 病理診断部⁴⁾、辻 翔平¹⁾、中山伸朗¹⁾、安藤さつき¹⁾、菅原通子¹⁾、中尾将光¹⁾、本谷大介¹⁾、今井幸紀¹⁾、富谷智明¹⁾、藤田 曜²⁾、谷坂優樹²⁾、小林正典²⁾、小畑 力²⁾、良沢昭銘²⁾、上野陽介³⁾、高瀬健一郎³⁾、岡田克也³⁾、相川公康³⁾、岡本光順³⁾、榎 美佳³⁾、永田耕治⁴⁾、持田 智⁴⁾

70歳の女性。25年前に膵・胆管合流異常症に対して分流手術(胆管空腸吻合)と胆嚢摘出術を受けた。8年前に転居に伴い、当科に紹介された。上部総胆管と空腸吻合が行われており、主膵管拡張はないが、下部総胆管に嚢状の最大20mmの拡張が認められた。年に1回のMRCPのないCTで経過観察を行った。定期受診時に3カ月前から続く鈍い下腹部痛の訴えがあり、腹部触診では平坦、軟で圧痛の所見はなかったが、腹部造影CTで、膵頭部の腹側および足側に軽度の脂肪織濃度の上昇を認めた。白血球数5,390、血清アミラーゼ115 U/L、リパーゼ189 U/L、トリプシン1,868 U/L、AST 15 U/L、ALT 10 U/L、γGTP 13 U/L、ALP 267 U/L、CEA 2.8 ng/mL、CA19-9 16.9 U/mL。画像所見と酵素系異常値より膵炎を疑い、カモスタットメシル酸塩600 mg/日の経口投与を開始した。7カ月の経過で膵酵素は正常化した。同日の腹部エコーで主膵管径6 mmと拡張し、膵頭部に20 mmの低エコー腫瘍の所見あり、造影CTで膵頭部に19 mmの境界不明瞭な乏欠性低吸収腫瘍を認めた。血清アミラーゼ24 U/L、リパーゼ37 U/L、トリプシン321 U/L、AST 15 U/L、ALT 11 U/L、γGTP 14 U/L、ALP 277 U/L、CEA 4.3 ng/mL、CA19-9 5.3 U/mL。腫瘍形成性膵炎との鑑別のため、超音波内視鏡下の吸引針生検(EUS-FNA)を実施したところ、Class V、adenocarcinomaの病理細胞診断であった。膵腫瘍径21 mm。主要な血管への浸潤なし、リンパ節、他臓器への転移なく、通常型膵癌T3N0M0xStage IIAの術前診断であった。亜全胃温存膵頭十二指腸切除、胃腸吻合、リンパ節郭清を行った。切除断端は陰性で、拡張した膵内胆管一部で粘膜内癌を認めた(Phb, sup, ant: pT2, nodular type, med, IFNa, Iy1, v0, ne0, mpd(+))。膵・胆管合流異常症において胆道癌のリスクが高いことは周知の事実であるが、膵癌のリスクに関しては明らかなエビデンスがない。術後も長期に亘る定期的な胆膵系の画像診断が必要であることを示す教訓的症例として報告する。

膵・胆管合流異常症、膵癌

東京医科大学茨城医療センター 消化器内科¹⁾、同 呼吸器内科²⁾、驚坂誠宏¹⁾、村上 昌¹⁾、上田 元¹⁾、門馬匡邦¹⁾、岩本淳一¹⁾、池上 正¹⁾、松崎靖司¹⁾、岩井悠希²⁾、青芝和徹²⁾、中村博幸²⁾

【症例】70歳、男性。【現病歴】平成X年10月気分不快感を主訴に近医受診、血液検査で貧血確認され当科紹介受診された。緊急上部内視鏡実施し体部に潰瘍を伴う隆起性病変を複数確認。転移性胃腫瘍に伴う出血と診断し入院管理とした。【現症】身長165 cm、体重57.0 kg、体温36.8℃、血圧119/68 mmHg、脈拍134回/min。意識清明、眼瞼結膜に貧血あり、黄疸なし、右下肺でfine crackles聴取、腹部は平坦、軟、直腸診で黒色便の付着あり。【経過】血液検査はCEA・CA19-9・SCCはいずれも基準値内であったが、Pro-GRP 662 pg/mlと著増していた。CTでは右肺門部に分葉状腫瘍あり、膵にも造影不良の腫瘍が複数認め、右下腹部小腸に接して充実性腫瘍を確認した。腫瘍が存在する部位は肺・胃・小腸・膵臓と複数箇所にまたがり、原発巣として肺癌を強く疑ったが各々に対して追加検査を行った。TBLBではTTF-1陽性、CD56陽性、synaptophysin弱陽性の小型異形細胞を確認し、胃の隆起性病変からはAE1/AE3陽性、CD45陰性、TTF-1陽性、CD56陽性、synaptophysin弱陽性の異形細胞が採取され、肺小細胞癌および転移性胃腫瘍と診断した。小腸に関して小腸カプセル内視鏡実施したが転移性病変はみられなかった。膵に対しては超音波内視鏡(EUS)及び穿刺吸引(FNA)を行った。EUSで膵体部に膵管に近接する10mm大腫瘍を確認。体部にも低Echoc域あり、20G針を用いてFNA実施。AE1/AE3陽性、CD56陽性の異形細胞の集積を認め転移性膵腫瘍と診断した。現在呼吸器内科でCBDCA+VP-16継続中である。【考察】肺癌の膵転移は稀ではないが、EUS-FNAを行い確定診断を得た報告は少ない。転移性が重複癌かの判断は適切な治療方針の決定に必要であり、EUS-FNAにより診断し得た一例を経験したので文献的考察を含めて報告する。

超音波内視鏡下穿刺吸引法、転移性膵腫瘍

NTT 東日本関東病院 消化器内科

丹下圭一, 藤田祐司, 小山裕司, 石井 研, 松橋信行

【はじめに】膵リンパ腫は一般に膵原発の非ホジキンリンパ腫のことを指すが、膵腫瘍の0.5%を占める極めて稀な疾患であり浸潤性膵管癌との鑑別を要する。今回我々は画像所見が非典型であり膵癌・膵膿瘍合併との鑑別が困難であった膵リンパ腫の1例を経験したため報告する。【症例】62歳女性。食思不振と倦怠感、LDHの異常高値を認めたため20XX年10月当科を紹介受診した。CTで尾部主膵管の拡張を伴う膵体尾部乏血性腫瘍と膵周囲・傍大動脈周囲・右腋窩リンパ節の腫大、脾臓の低吸収領域を複数認め、膵癌の脾浸潤・脾梗塞・膵膿瘍と悪性リンパ腫の合併が疑われた。採血で炎症反応高値であり膵膿瘍によるものと考えられDRPMを投与した。感染症の治療と並行してEUS-FNAを施行した所、膵からはROSEで弱い異型を伴う細胞を認め、リンパ節検体からは悪性リンパ腫を疑う細胞を認めた。DRPM投与でもデータが改善しないため膵膿瘍疑いに対してEUS-ADを試みたが、膿は吸引できず、造影剤のpoolingも確認できなかったため膿瘍ではないと判断しFNAを施行すると細胞診で異型リンパ球を認めたため脾病変も悪性リンパ腫と考えられた。入院後7日目には呼吸状態・意識状態の悪化が進行し会話困難になった。同日にFNAの組織診でDLBCLとの結果が出たため、血液内科で緊急骨髄検査を施行し骨髄塗抹標本でリンパ腫様細胞を認めたことから膵リンパ腫(DLBCL)と暫定診断し緊急CHOP療法を施行した。CHOP療法開始後急速に全身状態は改善し、後にCD20陽性が確認できたためにRituximabも追加投与し入院後20日目に退院となった。現在はメソトレキセト錠注し施行し、血液内科外来にてフォロー中である。【結語】膵リンパ腫は非常に稀な腫瘍であり診断は容易ではない。今回、入院から7日で意識障害になる程の急激な経過をたどり、画像所見も非典型的ではあったがEUS-FNAで迅速に診断することでCHOP療法により救命できた膵リンパ腫の1例を経験したため若干の文献的考察を加え報告する。

膵リンパ腫, EUS-FNA

JCHO 東京新宿メディカルセンター 消化器内科

福満紅実, 岡崎明佳, 原口 紘, 浅井玄樹, 木原俊裕, 山川元太, 吉良文孝, 藤江 肇, 森下慎二, 松本政雄, 新村和平

【症例】66歳男性【現病歴】慢性膵炎で通院中の患者。突然の上腹部痛にて緊急受診。【既往歴】慢性膵炎急性増悪、高血圧、糖尿病、脂質異常症【生活歴】1年前より禁煙20年/日【身体所見】上腹部圧痛、腸蠕動低下【経過】血液検査にてCa 12.5mg/dl、ALP 388 U/L、AMY 955 U/L、リパーゼ 3095.0 U/Lと高値、造影CTにて主膵管の拡張、膵頭部主膵管内の膵石、膵周囲の脂肪織濃度の上昇を認め、慢性膵炎急性増悪と診断。原因は膵頭部主膵管膵石による閉塞性膵炎と推定された。絶食、大量輸液、蛋白分解酵素阻害薬にて加療し、膵炎改善後待機的に経乳頭の膵石除去術を施行した。初診時より高Ca血症を認めており、サイアザイド系利尿薬を中止したが改善せず。追加血液検査ではPTH 59.9 pg/ml、INTACT-PTH 116 pg/ml、1.25-(OH)2ビタミンD 145 pg/mlと高値、MIBIシンチグラフィにて甲状腺右葉に集積上昇を認め、原発性副甲状腺機能亢進症と診断した。一方カテコラミン3分画、レニン/アルドステロン、ACTH/コルチゾールは正常値であり、MEN2の合併はないと考えた。右副甲状腺腫瘍を強く疑い、手術加療を施行し、病理結果より右上副甲状腺腫と診断。右副甲状腺摘出後、血清Ca、INTACT-PTHは低下した。【結語】原発性副甲状腺機能亢進症が一因と推定された慢性膵炎の一例を経験したので、文献的考察を加え報告する。

慢性膵炎, 原発性副甲状腺機能亢進

横浜市立大学附属市民総合医療センター 消化器病センター¹⁾, 同 炎症性腸疾患センター²⁾, 横浜市立大学医学部 消化器内科学³⁾, 中山慶俊¹⁾, 廣谷あかね¹⁾, 橋本 悠²⁾, 三箇克幸¹⁾, 西尾匡文²⁾, 手塚 瞬¹⁾, 合田賢弘¹⁾, 大竹はるか²⁾, 三輪治生¹⁾, 小柏 剛²⁾, 杉森一哉¹⁾, 国崎玲子²⁾, 沼田和司¹⁾, 前田 慎³⁾

【症例】18歳 男性。【既往歴】15歳時：てんかん(ラモトリギン維持治療中)【現病歴】201X年Y月下痢、血便、上腹部痛が出現。Y+1月に前医で大腸内視鏡を施行し、潰瘍性大腸炎の診断でメサラジンの内服加療開始。下痢は改善傾向となったが、その後も上腹部痛が持続し、血清アミラーゼ値上昇を認めたためY+2月に当センター紹介受診。造影CTで遅延濃染を伴うびまん性膵腫大、及び膵体尾部・膵臓周囲に8cm大の多発性嚢胞性病変を認め、急性膵炎の診断で緊急入院となった。炎症反応上昇は認めず、血清IgG4は基準値内であった。急性膵炎の原因として、メサラジンによる薬剤性膵炎または潰瘍性大腸炎に伴う2型自己免疫性膵炎が疑われた。メサラジン投与中止し、絶食、補液により症状は改善傾向であったが、第4病日より経口摂取を再開したところ、上腹部痛の増悪、嚢胞性病変の増大を認めた。第2病日に施行した超音波内視鏡検査では、膵体尾部の膵実質は粗造であった。膵体尾部より超音波内視鏡下穿刺術を施行し、病理結果ではIgG4陽性形細胞や好中球浸潤などは認めなかった。MRCPでは膵頭部の主膵管狭細化を認めた。画像所見及び潰瘍性大腸炎の合併より2型自己免疫性膵炎を疑い、第9病日よりプレドニゾロン30mg/日内服を開始したところ、腹痛、膵酵素上昇ともに速やかに改善を認め、第23病日に退院。外来にてプレドニゾロンを漸減したが、症状再燃は認めず、第48病日のMRCPでは膵腫大の改善と嚢胞性病変の著明な縮小を認め、国際コンセンサス診断基準により2型自己免疫性膵炎(準確診)と診断した。【考察】膵嚢胞を合併した2型自己免疫性膵炎は極めて稀な症例であり、文献的考察を加えて報告する。

2型自己免疫性膵炎, 膵嚢胞

神奈川県立足柄上病院 初期臨床研修医¹⁾, 同 消化器内科²⁾, 横浜市立大学医学部 総合診療医学³⁾, 神奈川県立足柄上病院 総合診療科⁴⁾, 山本浩世¹⁾, 羽尾義輝²⁾, 國司洋佑²⁾, 大石梨津子²⁾, 日下恵理子²⁾, 田中 聡²⁾, 柳橋崇史²⁾, 太田光泰³⁾, 吉江浩一郎⁴⁾, 加藤佳央²⁾

【症例】糖尿病で近医かかりつけの78歳男性。20XX年11月、日中より倦怠感を自覚し、夜間に38.9℃の発熱を認めた。翌日、かかりつけクリニックを受診し、血液検査にて白血球上昇、肝障害、腎機能障害を認めた。細胞外液500ml、CTRX1g/day点滴にて外来経過観察の方針となったが、その後も夕方になると38℃台の発熱を認めた。症状改善認められず、前医で施行された血液検査にてサイトメガロウイルスIgM陽性が判明し、サイトメガロウイルスによる急性肝炎の疑いにて、当院外来を紹介受診された(前医受診6日後)。前医の血液検査では、AST211mU/ml、ALT120mU/ml、LDH1075mU/ml、Plt8.5万/μl、異型リンパ球445/μlと、肝遊脱酵素に比べLDH上昇がめだち、急性肝炎としては矛盾する結果であった。全身診察にて、右肩に周囲に発赤をともなう黒色の痂皮のついた特徴的な刺し口を認め、ツツガムシ病が強く疑われた。再度病歴聴取にて、山に好んで入れ、発熱で前医を受診する10日前にも山に行かれたことが判明した。また、初診時の当院の血液検査結果では、フェリチン6080と著明高値あり、血球貪食症候群が示唆される所見であった。入院加療をお勧めしたが、比較的全身状態は良好で、ご本人の希望で外来にて経過観察の方針となった。DOXY内服にて加療し、翌日より発熱、倦怠感が改善し、血液検査結果でも異常値の改善が確認された。初診時血液検査にてツツガムシ抗体価を測定しており、現在結果報告を待っている。急性肝炎が疑われた際の血液検査結果の評価の重要性、肝炎以外の鑑別としてツツガムシ病を挙げることで、全身診察の重要性を再認識させられた。【まとめ】急性肝炎の疑いで紹介受診され、ツツガムシ病と診断した一例を経験した。

肝障害, ツツガムシ病

東京都済生会中央病院 消化器内科¹⁾, 同 腫瘍内科²⁾
上村 翔¹⁾, 上田真裕¹⁾, 阿部善彦¹⁾, 石塚隆浩¹⁾, 小川 歩¹⁾,
田沼浩太¹⁾, 大原まみか¹⁾, 星野 舞²⁾, 岸野竜平¹⁾, 酒井 元²⁾,
船越信介²⁾, 中澤 敦¹⁾, 塚田信廣¹⁾

【症例1】60代女性。【現病歴】近医歯科クリニックで処置中にインプラント用のドライバー（約3cm）を誤飲したため、同日当院救急外来を受診した。呼吸状態に異常なく、腹部CTで胃内に異物を認めた。Free airは認めなかった。【経過】誤飲後およそ2時間後に上部消化管内視鏡検査を施行した。胃内の食残中にドライバーを認め、把持鉗子でつかみ回収した。合併症は認めず、入院せず帰宅とした。【症例2】30代女性。【現病歴】歯科クリニックで処置中に針状の器具を誤飲した可能性があり、一旦は経過観察を指示されたが、他院で施行した単純レントゲンで器具が確認されたため、同日当院救急外来を受診した。呼吸状態に異常なく、腹部CTで十二指腸水平脚に異物を認めた。Free airは認めなかった。【経過】誤飲後およそ7時間後に上部消化管内視鏡検査を施行したが十二指腸内に器具は確認されなかった。患者に説明した上で腹痛など消化管穿孔の所見が表れた場合は緊急手術の方針とし、入院後禁食、点滴管理で自然排泄を待つこととした。症状、レントゲン所見、血液検査などで、経過中に穿孔を疑う所見は認めなかった。入院4日目の腹部レントゲンで器具が直腸内まで移動していたため、同日下部消化管内視鏡検査を施行し、器具を把持鉗子でつかみ回収した。内視鏡施行後に退院した。【考察】歯科治療時の誤嚥、誤飲発生率は本邦の歯科大学病院の報告では0.004%前後とされる。異物を誤飲の多くは自然排泄が期待できるとされるが、当然ながら鏡利物による穿孔での手術例の報告もあり、初回の画像検査での正確な評価、および内視鏡的除去が困難な場合は慎重な画像検査フォローが必要である。誤嚥、誤飲に対する各種予防策はあるものの、術者の経験年数や注意力によることもあり、発生をゼロにすることは難しいのが現状とされるため、治療にあたっては歯科、内科、外科の連携が重要である。【結語】歯科処置器具を誤飲した2例を経験したため文献的考察を交えて報告する。

異物誤飲, 歯科器具

東京大学医学部附属病院 消化器内科¹⁾, 同 病理部²⁾,
同 放射線科³⁾
奥新和也¹⁾, 門 輝¹⁾, 和気泰次郎¹⁾, 中込 良¹⁾, 中塚拓馬¹⁾,
南 達也¹⁾, 佐藤雅哉¹⁾, 内野康志¹⁾, 榎奥健一郎¹⁾, 中川勇人¹⁾,
藤永秀剛¹⁾, 泉谷昌志¹⁾, 浅岡良成¹⁾, 西川尚子²⁾, 田中康雄²⁾,
建石良介¹⁾, 大塚基之¹⁾, 阿部浩幸²⁾, 池村雅子²⁾, 渡谷岳守³⁾,
小池和彦³⁾

症例は72才女性、当院にCOPDや強皮症で通院中であった。201X年Y月に膈上部痛が出現し、当院救急外来を受診。造影CTでS4・S6に肝腫瘍、上行結腸炎、胃底部壁肥厚を指摘され、精査加療目的に当科第一回入院となった。炎症反応上昇と画像所見から肝膿瘍を疑い抗菌薬投与にて加療開始。肝腫瘍縮小傾向を認め、保存的加療で退院となった。経口抗菌薬を継続し、Y+1月に造影CT再検。S6腫瘍の明らかな縮小を認め、炎症反応も陰性化しており抗菌薬内服終了した。さらにY+2、Y+3月に行った腹部エコー、造影CTでS4腫瘍は軽度増大があるものの、S6腫瘍の変化は明らかでなかった。Y+6月の腹部エコー、造影CTでS8に新出病変が明らかとなり、S4・S6腫瘍も軽度増大を認めた。同時に傍大動脈リンパ節腫大も疑われ、肝内胆管癌など悪性腫瘍が強く疑われた。同月肝生検目的に当科第二回入院。組織診断で低分化癌が認められた。免疫染色では、p63がびまん性に陽性であり低分化扁平上皮癌や尿路上皮癌が疑われたが、尿路系の精査で悪性腫瘍を認めなかった。原発精査のためPET-CTを撮影したところ、前縦隔に1cm大の異常集積を認め、胸腺癌肝転移・傍大動脈リンパ節転移の可能性を考え、免疫染色を追加。胸腺原発扁平上皮癌の特異的マーカーCD5が陽性であり、胸腺癌の診断となった。現在、胸腺癌に対して化学療法を継続中である。胸腺癌自体が稀な腫瘍であるが、肝転移を診断の契機としたものはさらに報告が少なく貴重な症例と考え報告する。

胸腺癌, 肝転移

東京北医療センター 消化器内科¹⁾,
練馬光が丘病院 消化器内科²⁾, 東京北医療センター 外科³⁾
長田大輔¹⁾, 光定聖純¹⁾, 齊藤博大¹⁾, 間濤一壽¹⁾, 岩田朋之¹⁾,
服 竜彦^{1,2)}, 吉田見紀¹⁾, 三澤綾子¹⁾, 青柳有司¹⁾, 竹下隼人³⁾,
桑原悠一³⁾, 細井則人³⁾, 宮崎国久³⁾

【症例】80歳 女性。入院5日前から悪寒と38℃台の発熱、上腹部痛が出現。次第に上腹部痛の悪化を認めたため近医を受診し、左葉の巨大嚢胞への感染が疑われ当院紹介受診となった。当院での腹部造影CT検査では肝両葉に多発嚢胞を認め、特に左葉外側区を占拠する約11cmの嚢胞は内部に一部高吸収域を伴い、嚢胞壁は肥厚し、壁に造影効果を認めたことより、嚢胞への感染が疑われた。抗菌薬投与で経過観察を行う方針としたが、保存的加療では効果に乏しく、第5病日に経皮経肝嚢胞ドレナージを行った。徐々に症状および炎症反応は改善傾向となり、ミノマイシンを嚢胞内に注入後、第16病日にドレナージチューブを抜去した。その後、一時的に改善を認めるも第22病日より発熱が再燃し、炎症反応も再上昇した。腹部造影CT検査では前回治療した嚢胞が増大傾向であり、抗菌薬のみでの感染コントロールは困難と判断し、ドレナの再留置とした。その後炎症反応は改善傾向となったものの、ドレナージによる再増悪の可能性が考えられ、抗菌薬継続・ドレナージ留置としたまま一旦退院し、第82病日に肝外側区区域切除術を施行した。切除後の経過は良好で退院となっている。しかし、肝外側区切除後、約3ヶ月で発熱が再燃した。この際の腹部造影CT検査では肝右葉後区域に約80mmの巨大嚢胞を認め、増大傾向を認めた。右葉の感染性肝嚢胞と診断し、ドレナージ留置、抗菌薬投与を行い全身状態は改善したが、嚢胞と胆管との交通を認めた。ドレナージによる再燃のリスクが高いことから、ドレナージ留置としたまま一旦退院した後に肝後区域切除術を行った。術後も発熱遷延したため、抗菌薬継続し経過観察を行ったが、改善し退院。その後は再燃なく経過している。【結語】今回、我々は感染性肝嚢胞に対して手術加療を行ったものの、約3ヶ月後に残存肝の嚢胞に再度感染を起し、再手術を要した症例を経験した。感染性肝嚢胞の再発は少ないが、術後短期間に別の部位に感染を起すこともあるため、手術加療の後も慎重なフォローアップが必要と考えられた。

感染性肝嚢胞, 再発

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

【背景】肝細胞癌(HCC)は他の癌と比較し遠隔転移が少なく、肝内転移が多いのが特徴である。遠隔転移する場合でも肺転移が最も多く、次いで骨や脳、腹膜、胃などに転移を認める。肝細胞がんの心膜転移は非常にまれで経過中に診断・治療が行われた症例の報告はほとんどない。【症例】68歳男性。199X年にC型肝炎を指摘。200X年にIFN+RBV治療を受けSVRとなった。200X年HCCを指摘されラジオ波焼灼療法(RFA)施行。その後HCC再発、RFAによる治療を繰り返していた。201X年入院5週間前から体重増加を認め、4週間前から呼吸苦・浮腫増加。入院当日腹部膨満による食事摂取困難、呼吸苦により入院となる。胸部レントゲン・CT検査から心嚢液を認め心臓直下のHCC心膜浸潤によるものと診断。第3病日止血剤にてTAE施行。その後状態は安定していた。第15病日SpO₂の低下と呼吸苦が出現。画像検査から心タンポナーデと診断。呼吸状態が悪化、人工呼吸器管理としICU入室。その後血圧低下を認め補液・カテコラミン投与でも循環維持できず心嚢穿刺施行。輸血を投与し状態は徐々に安定。第20病日人工呼吸器から離脱。第23病日に再度TAEを施行。その後心嚢液の貯留なく第33病日退院となる。【考察】有症状の癌性心嚢液は男性では肺癌で、女性では乳癌でも多く他にリンパ腫、メラノーマなどでみられる。HCCでの報告例はほとんどない。担癌患者が呼吸苦を訴える場合はそのほとんどが癌性リンパ管性癌性胸水の症状であるが、癌性心嚢液・心タンポナーデによる心不全症状の可能性もある。HCC患者が呼吸苦を訴える場合も癌性心嚢液の可能性を考慮すべきである。また癌性心嚢液・心タンポナーデは緊急性の高い病態であるため常に念頭において診療的鑑別が重要である。【結語】今回我々は呼吸苦・腹部膨満を主訴に受診。HCCの心膜転移、心嚢液貯留と診断。入院経過中に心タンポナーデとなったが心嚢穿刺、行動脈塞栓療法(TAE)施行し改善した一例を経験したので報告する。

肝細胞癌, 心タンポナーデ

カルチノイドクリーゼに対しオクトレオチド投与及び肝動脈塞栓術が有効であった肺異型カルチノイド肝転移の一例

JAとりで総合医療センター 消化器内科
志水太郎, 福田啓太, 杉山勇太, 遠藤 南, 飯塚泰弘, 後藤文男, 河村貴広

【症例】69歳男性【主訴】顔面紅潮、下痢、動悸、発熱【現病歴】X-2年8月に健康診断で胸部異常影を指摘、気管支鏡検査で右肺S6の肺定型カルチノイドの診断となった。積極的な治療希望なく経過観察し、X-1年8月に肝S4、S7に腫瘤が出現した。肝腫瘍生検を施行し肺異型カルチノイド肝転移と診断、再度治療を勧めたが経過観察の面針となった。X年2月よりカルチノイド症候群と考えられる顔面紅潮、下痢、動悸、発熱が間欠的に出現、重症化し同年4月に当科入院となった。【臨床経過】オクトレオチド徐放性製剤30mg/月と皮下注射300 μ g/日の併用投与により症状消失し、腫瘍制御目的にエベロリムスも導入した。しかし徐放性製剤のみとすると症状が再燃するため、原発巣と比し増大の目立つ肝転移巣に対し同年6月に肝動脈塞栓術を行った。侵襲によるカルチノイドクリーゼのリスクを考慮し、オクトレオチドは皮下注射から持続静注1200 μ g/日に術前日より増量し安全に施行できた。術後症状再燃なく、オクトレオチドは漸減可能となり徐放性製剤30mg/月のみで自宅退院となった。経過観察中の同年10月に著明な顔面紅潮、下痢、発熱に加えて頻脈、急性腎障害、高Ca血症も認めカルチノイドクリーゼの診断で再入院した。症状制御のためにオクトレオチド持続静注1500 μ g/日の大量追加投与を要した。前回治療部位の肝局所再発を認め、クリーゼ改善後に再度肝動脈塞栓術を行った。術後症状再燃なく、オクトレオチドは漸減し徐放性製剤30mg/月の投与のみで自宅退院となった。【考察】本邦標準量のオクトレオチド投与に不応となったカルチノイド症候群にオクトレオチド増量投与及び肝動脈塞栓術が有効であった一例を経験した。稀な疾患で確立された治療がないため文献的考察を加えて報告する。

神経内分沁腫瘍, カルチノイド症候群

3管合流部結石嵌頓による急性胆管炎からの門脈本幹血栓による肝外門脈閉塞を生じた1例

千葉大学医学部附属病院 消化器内科
高橋幸治, 露口利夫, 杉山晴俊, 飯野陽太郎, 新行内綾子, 熊谷純一郎, 大和陸史, 中村直人, 大山 広, 日下部裕子, 安井 伸, 三方林太郎, 加藤直也

【背景】急性胆管炎に起因した門脈血栓は、1983年から2016年までの期間での医学中央雑誌による検索では10例の報告を認めるのみである。今回、我々は3管合流部結石嵌頓による急性胆管炎からの門脈本幹血栓による肝外門脈閉塞を生じた1例を経験した。【症例】51歳、男性。【現病歴】3管合流部結石嵌頓による急性胆管炎で前医にてERCPを施行するも結石除去困難であり、胆管にチューブステントを留置し当院へ紹介となった。【経過】当院で造影CT検査を施行すると、前医での治療前造影CT検査では認めなかった門脈本幹血栓と胆管周囲に側副血管路である海綿状血管の増生を認めた。ERCPを施行すると径18mmの結石が3管合流部に嵌頓しており、ガイドワイヤーを胆嚢管に誘導したうえで、機械式碎石器具で嵌頓結石の端を削るよう部分的に碎石し、嵌頓を解除した後結石を総肝管に移動させて機械式碎石バスケットカテーテルで把持・碎石して結石除去を行った。門脈血栓に対しては、ワーファリンの内服を薦めたが、御本人が多忙で用量調節のための頻回の通院困難とのことであり、十分なインフォームド・コンセントのもとにアピキサパンの内服を1か月間行ったが、門脈血栓の縮小は得られなかった。【考察】門脈血栓は、急速な血栓形成による門脈本幹の閉塞がショックおよび肝不全などの重篤な合併症を併発する可能性があり、また、上腸間膜静脈への血栓進展による腸管壊死が生ずれば致死率が50%以上と高率とされるが、本例では、前医での早急胆道ドレナージが行われたことで、血栓の増大が抑制されたと考えられ、側副血管路が十分に発達したこともあり、患者本人には自覚症状を認めなかった。今後は、門脈圧亢進症による変化の発生・進展に注意しながら経過観察していく方針である。急性胆管炎は日常診療で頻回に遭遇する疾患であるが、門脈血栓を生じる可能性があることを念頭において診療にあたる必要がある。

ERCP, portal vein thrombosis

総胆管結石、急性胆管炎に併発した肝被膜下Bilomaの一例

筑波大学附属病院 土浦市地域臨床教育センター¹⁾、
独立行政法人 国立病院機構 霞ヶ浦医療センター 消化器内科²⁾
廣瀬充明¹⁾、高木薫子²⁾、菅谷明德²⁾

【背景】Bilomaは胆汁性仮性嚢胞とも称され、被包化された胆道系外胆汁性貯留と定義されている。多くは医療行為や腹部外傷に起因する胆道損傷により発生するが、胆道系疾患に随伴して生じるBiloma (spontaneous biloma) は稀な病態である。【症例】79歳、男性【主訴】心窩部痛【現病歴】前日からの心窩部痛を主訴に当院受診し、血液検査で肝胆道系酵素上昇、黄疸、炎症反応上昇を認めた。CT検査で総胆管結石、および肝左葉被膜下に液体貯留を認めた。急性胆管炎の診断で入院となり、同日緊急ERCP施行し、胆管造影にて胆管結石を認めた。胆管深部挿管が困難であったが、脳梗塞既往に対して抗血栓薬(チクロピジン塩酸塩)内服中であったためプレカットは施行できなかった。胆管結石はfloatingしており、胆汁流出も良好で結石嵌頓はないと判断し、保存的に加療する方針とした。絶食、抗生剤投与にて血液データは改善傾向をとった。第7病日のCT検査で肝左葉被膜下液体貯留が著明に増大しており、同日経皮的ドレナージ術を施行したところ、膿性胆汁の吸引を確認し、Bilomaと診断した。第9病日にERCP施行し、プレカットにより深部挿管を行い、胆管造影にて左胆管からの胆管外胆汁漏出を確認し、総胆管結石によるBilomaと診断した。胆管結石に対しては採石術を施行した。その後、胆管炎は軽快し、第17病日、CT検査にてBilomaの著明な縮小を確認し、ドレナージチューブを抜去した。その後Bilomaの再発なく経過している。【考察】spontaneous bilomaの成因は、胆道内圧上昇に起因するとされており、その診断には嚢胞と胆道との交通を確認するあるいは嚢胞穿刺にて胆汁成分を確認することが必要である。今回、我々はERCPにて胆管との交通を確認し、内視鏡的治療とドレナージ術のみにて軽快した総胆管結石に起因するspontaneous bilomaの一例を経験したため、若干の文献的考察を加えて報告する。

Biloma, 総胆管結石

肝門部胆管癌に伴った難治性胆管炎にたいし、無水エタノールでのablationが有効であった一例

日立製作所 ひたちなか総合病院
廣島良規, 池田貴文, 小玉夏美, 田島大樹, 町島雄一

【症例】82歳女性【現病歴】20XX年2月からの全身掻痒感を主訴に当院を3月に受診した。血液検査所見でt-bil 7.8 mg/dl, ALP 1727 U/l, γ -GTP 208 U/lと胆道系酵素の上昇を認め、CTおよびMRI所見で三管合流部から肝門部の胆管狭窄を認めた。肝門部胆管癌に伴う閉塞性黄疸と診断し、ERCPにて狭窄部の生検および両葉にERBD tube留置を行った。生検ではadenocarcinomaが認められた。ERBD tube留置により胆管閉塞の改善を認めたために退院とし、5月に両葉にuncovered metal stentの留置を行った。6月に胆嚢炎を発症したため、入院の上でPTGBAおよび抗生剤での加療を行い改善を認めたが、慢性的な炎症は持続している状態であった。7月に胆嚢炎の増悪を認めため、再度PTGBAおよび抗生剤加療を行ったが胆嚢炎の改善が認められなかった。そのため後日PTGBDの留置を行い胆嚢炎の改善を認めた。癌性の胆嚢管狭窄に伴う難治性の胆嚢炎であり、今後再発の可能性が高いと考えられたため、PTGBDからの無水エタノールでのablationを行う方針とした。PTGBDより無水エタノール10mlを注入し、30分クランプの後に開放を5日間行う予定としたが、3日目より胆嚢容積の縮小に伴い無水エタノールの注入中に抵抗が出現するようになったため5mlに減量して注入を行った。5日間の無水エタノール注入後のPTGBD造影で胆嚢容積の縮小が確認できたことからPTGBDの抜去を行った。その後TS-1での抗癌剤加療を行っているが、胆嚢炎の再発を認めず現在まで経過している。【結語】胆嚢炎後の再発予防目的での無水エタノール注入は本邦でも少数の報告があるのみである。今回我々は、無水エタノールによるablationにより胆嚢炎の再発なく経過している一例を経験したため、ここに報告する。

胆嚢炎, 無水エタノール

101 6か月間で急速に増大を認めた腓尾部腫瘍の一切除例

東京労災病院 消化器内科¹⁾, 同 外科²⁾, 同 病理診断科³⁾
原 精一¹⁾, 西中川秀太¹⁾, 高亀道生¹⁾, 山本友里恵¹⁾, 篠原博和¹⁾,
掛川達矢¹⁾, 武田悠希¹⁾, 大場信之¹⁾, 片平誠一郎²⁾, 竹田 泰²⁾,
塩野さおり³⁾, 児島辰也¹⁾

症例は81歳 男性。3年前に胃全摘術(Rou-en-Y再建)を受け、術後定期的に腹部造影CTでフォローを受けていた。今回、腓尾部に約7cm大の分葉状の乏血流性腫瘍が認められたため、当科に紹介となった。腫瘍の内部は壊死成分を伴い、腫瘍辺縁に造影効果が認められた。また、この腫瘍は半年前に約2cm弱の乏血流性腫瘍として認められており、約6か月間で急速および膨脹性に増大した腫瘍であった。MRIでは、T2強調画像で高信号と低信号が混在し、一部で拡散能の低下を認めた。以上より、高齢者に発生した急速および膨脹性に増大した腓尾部で、通常型の浸潤性膵管癌とは異なる画像所見から、退形成膵癌と診断とした。EUS-FNAなどの術前組織学的診断は困難であったため、患者および御家族とよく相談したのちに、外科手術の方針とした。外科的手術は、腓体尾部+脾摘+横行結腸部分切除を施行した。腫瘍は、組織学的に大型で明瞭な核小体を伴い、強い核異型を示す大型異型細胞の増殖を認めた。また、多核細胞や明らかな分化方向の示さない低分化な腫瘍であった。特殊免疫組織学的染色では、cytokeratinやCAM5.2の上皮性マーカー陽性で、間葉系マーカーやリンパ球系マーカーなども陰性であることから退形成膵癌、多形細胞型と診断した。退形成膵癌は本邦における膵癌全国登録調査においても約0.31%と極めて稀な腫瘍であるが、さらなる高齢化社会において遭遇する機会が増加すると考えられ、貴重な症例を経験したので報告する。

退形成性膵癌, 急速増大

103 原因不明小腸潰瘍・大腸狭窄症を呈する患者に生じた腹痛の原因が胸髄腫瘍であった一切除例

筑波大学附属病院 消化器内科
永瀬雅臣, 金子 剛, 廣瀬 優, 山浦正道, 水井恒夫, 小松義希,
佐藤雅志, 服部純治, 山田武史, 山本祥之, 長谷川直之, 石毛和紀,
奈良坂俊明, 福田邦明, 森脇俊和, 鈴木英雄, 安部井誠人,
溝上裕士, 兵頭一之介

【はじめに】胸髄腫瘍は多彩な症状を呈し、診断に苦慮することも少なくない。今回われわれは、原因不明小腸潰瘍・大腸狭窄症を呈する患者に生じた腹痛が、胸髄腫瘍由来であった一例を経験したので報告する。【症例】82歳の女性。3年来腹痛を自覚し、近医での消化管精査では異常を認めていなかった。2年前腹痛・発熱および下痢にて精査入院。終末回腸と下行結腸に潰瘍+狭窄を認めるものの確定診断に至らず、炎症性腸疾患として加療・経過観察となった。外来経過では炎症等の所見に変化はなかったが、左側下腹部と同側の背部の刺すような痛みを訴え、精査加療目的にて入院。内視鏡検査では消化管粘膜面は改善していたが、針で刺すような腹痛に変化なく、同部粘膜下の炎症波及に伴う痛みと考え時にステロイドなどを投与し経過観察を行った。しかし症状増悪傾向のため、プレガバリンを追加。その結果、脱力のため歩行困難を呈した。プレガバリンの副作用と判断し、器質的な疾患を除外する目的で腰椎MRIを施行したところ、Th10-11のレベルで硬膜内髄外腫瘍を認めた。整形外科的手術が施行され、術中所見では腫瘍背側表面にTh11の後根になる根糸が張り付いており強く牽引がかかっていたことからこれが疼痛の原因と考えられた。病理診断は髄膜腫であった。術前に認められていた激しい腹痛や両側Th10以下の温痛覚、振動覚低下、腱反射亢進所見は、手術後すべて消失した。【考察】消化管病変により引き起こされていると誤解していた腹痛は胸髄腫瘍由来であった一例を経験した。腹痛の鑑別にはこうした稀な疾患も含まれるという示唆深い症例であるため報告する。

腹痛, 胸髄腫瘍

102 腸腰筋、胸腔に広がった腓液瘻に対して内視鏡的膵管ドレナージが奏功した1例

筑波大学附属病院 消化器内科¹⁾, 同 光学医療診療部²⁾
服部純治¹⁾, 長谷川直之¹⁾, 石毛和紀¹⁾, 福田邦明¹⁾, 安部井誠人¹⁾,
溝上裕士²⁾, 兵頭一之介¹⁾

【症例】50歳男性【現病歴】腰痛、左股関節痛を自覚し、近医を受診した。MRIで大腰筋内に液体貯溜が認められ、穿刺ドレナージが施行された。その後、症状は改善したが、1ヶ月後に左側腹部痛が出現した。胸腹部CTで腓腫大および腓尾部に接する左腸腰筋内の液体貯溜、左胸水が認められた。左胸水穿刺し、胸水中アミラーゼ4528U/lと高値であり、腓液瘻に伴う胸水、および腸腰筋内液体貯溜が疑われた。精査のため本院に転院した。【既往歴】20年前に交通外傷のため左腎臓摘出術、脾臓摘出術【飲酒歴】機会飲酒【経過】左胸水多量であり、胸腔ドレナージを留置した。また、腓液瘻の診断・治療のためERPを施行した。膵管造影では明らかな腓液瘻は認められなかったが、膵頭部および膵尾部で主膵管の狭細像が認められた。狭くなった主膵管が腓液瘻を助長している可能性を考え、経鼻膵管ドレナージを施行した。血清IgG4 320U/mlと高値であり、膵管像と合わせて自己免疫性膵炎の可能性も考えられた。膵管ドレナージ後、左胸腔ドレナージからの排液は消失し、胸腔ドレナージは抜去した。CTで左胸水および左腸腰筋内液体貯溜は著明に改善した。経鼻膵管ドレナージを膵管ステントに交換し、退院した。退院後2ヶ月経過し、胸水や腸腰筋内液体貯溜の再発は認めていない。【考察】腸腰筋、胸腔に広がった腓液瘻に対して内視鏡的膵管ドレナージが奏功した1例を経験した。背景に交通外傷の既往や自己免疫性膵炎の合併も疑われた。若干の文献的考察を加えて報告する。

腓液瘻, ドレナージ

104 原発臓器の特定に苦慮した胃原発GISTの1例

東京西徳洲会病院 外科¹⁾, 同 消化器内科²⁾,
湘南藤沢病院 消化器内科³⁾, 武蔵野徳洲会病院 肝臓内科⁴⁾,
東京西徳洲会病院 病理科⁵⁾
山本孝太¹⁾, 山本龍一²⁾, 飯島広和¹⁾, 新藤あすみ¹⁾, 橋本真典²⁾,
佐々木佑樹¹⁾, 数納祐馬¹⁾, 川山幹雄²⁾, 羽田兼吾²⁾, 須田浩晃²⁾,
楠本秀樹²⁾, 高木陸郎²⁾, 森山友章³⁾, 山田真和⁴⁾, 須田耕一⁵⁾,
渡部和巨¹⁾

GISTはしばしば原発臓器の特定に苦慮することが知られている。今回われわれは、原発臓器の特定に苦慮した胃原発GISTの1切除例を経験したので若干の文献的考察を加え報告する。症例は50歳 男性。検診の腹部超音波で腹腔内腫瘍指摘され当院紹介受診。腹部造影CTにて胃壁外に発育する嚢胞成分を含み不均一な造影効果を呈する腫瘍性病変を認めた。上部消化管内視鏡では体上部後壁から穹窿部にかけて粘膜変化のない壁外性圧排の所見であった。超音波内視鏡検査(EUS)においては胃と連続し嚢胞を伴う不整な腫瘍を認めた。elastographyにてstrain比は79.3と比較的硬い腫瘍であり、造影EUSでは不均一に造影された。EUS下FNAにてC-kit陽性、CD34陽性でありGastrointestinal stromal tumor (GIST)と診断された。PET CTでは腹腔鏡補助下腫瘍摘出術、脾臓切除、左副腎切除、肝腫瘍切除、腸間膜結節切除術施行した。腫瘍は径13cm大であり、胃とは連続するものの原発臓器の特定に苦慮した。若干の文献的考察を加え報告する。

胃, GIST

東京都立広尾病院 消化器内科¹⁾, 同 放射線科²⁾
梅村佳世¹⁾, 金子朋浩¹⁾, 糸日谷瑠奈¹⁾, 渡部 衛¹⁾, 小島直紀¹⁾,
岡本英子¹⁾, 鈴木伸治¹⁾, 森なお子²⁾, 竹田利明²⁾, 江川直人¹⁾

【症例】59歳男性。夕食6時間後より腹痛が出現、2時間以上持続するため受診した。来院時収縮期血圧190mmHg、下腹部痛を認めた。腹部CTで高度な胃拡張と胆石を認め、急性胃拡張による腹痛の診断で入院した。入院後に多量の食残嘔吐がみられた。嘔吐2時間後に血圧70mmHg台まで低下した。輸液負荷で血圧は回復、バイタルサイン安定した。第2病日に血液検査でHb入院時15g/dLが9g/dLまで低下していた。黒色便など見られず、上部消化管内視鏡でも食道びらんのみであった。第3病日に胆石評価目的でMRI施行、胃結腸間膜から小腸間膜に血腫と血性腹水を認めた。造影CTで活動性出血はみられなかったが、腹腔動脈起始部に狭窄と狭窄後拡張を認め、正中弓状韧带症候群 (median arcuate ligament syndrome以下MALS) が疑われた。状態安定しており保存的加療を継続した。第13病日に血管造影を施行し腹腔動脈起始部の狭窄後拡張および上腸間膜動脈優位に供給される肝動脈血流を認め、MALSに矛盾しない所見であったが、仮性動脈瘤はみられなかった。上腸間膜動脈造影にて膝頭部アーケードを介して描出された右胃大網動脈から右側へ分岐する動脈に口径不整がみられ、分節性動脈中膜融解 (segmental arterial mediolysis以下SAM) の合併が疑われた。血腫の位置より同血管から出血したと考えられたが、活動性出血や動脈瘤は明らかでなかったため観察のみで終了した。第14病日の腹部CTで血腫の縮小を確認、貧血進行もなかったため第15病日に退院した。【考察】MALSはその血行動態から降十二指腸アーケードに動脈瘤が発生し破裂するとされている。診断は造影CT、血管造影が有用とされており、本症例もCTで診断された。SAMは動脈瘤破裂の原因となり、血管造影で数珠状の不整な拡張と狭窄が特徴的な所見とされている。動脈瘤の原因となるこの2つの疾患の関連については不明であり、合併例についての報告は少ない。【結語】入院中に発症した腹腔内出血の原因精査をおこない、MALSを合併したSAMを診断しえた1症例を経験したため、若干の文献的考察を加え報告する。

分節性動脈中膜融解SAM, 正中弓状韧带症候群MALS