

日本消化器病学会 関東支部第349回例会

プログラム・抄録集



当番会長：獨協医科大学 第二外科 学内教授 青木 琢
平成30年4月28日(土)
海運クラブ

日本消化器病学会関東支部第349回例会

プログラム・抄録集

当番会長：獨協医科大学 第二外科 学内教授 青木 琢
〒321-0293 栃木県下都賀郡壬生町大字北小林880
TEL 0282-86-1111

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

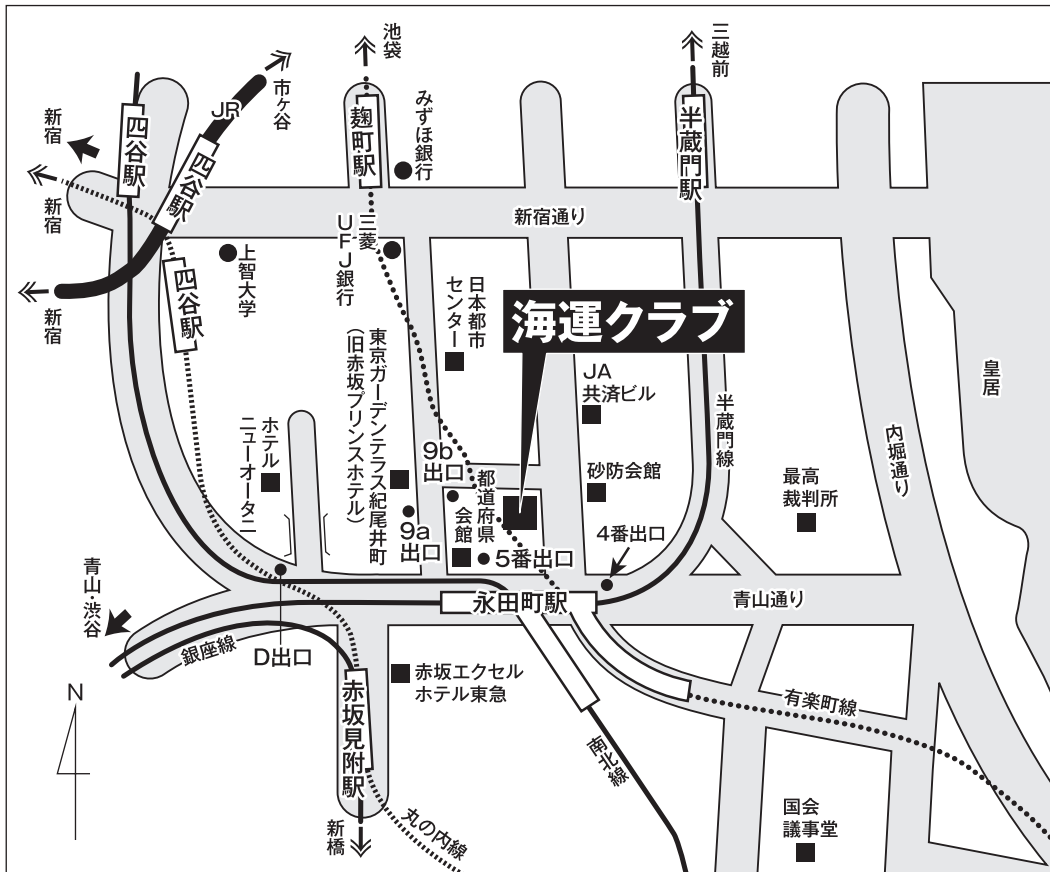
<発表者、参加者の皆様へ>

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 2010/2013/2016となります。発表データはUSBメモリにてお持ちください。また、事前に必ず、作成したPC以外のPCでも正常に動作することを確認してください。
※データ作成の際は、文字化けを防ぐため次の標準フォントをご使用ください。
日本語：MSゴシック，MS Pゴシック，MS明朝，MS P明朝
英語：Arial，Century，Century Gothic，Times New Roman
※スライド作成時の画面サイズはXGA（1024×768）であることをご確認の上、作成してください。
 - 2) Macintosh使用、及びWindowsでも動画を含む場合は、必ずPC本体をお持込みください。データでのお持込みには対応いたしかねますのでご注意ください。なお、液晶プロジェクタへの接続はMini D-SUB 15pinにて行います。変換コネクタを必要とする場合は必ずご自身でお持込みください。また、バッテリーのみでの稼動はトラブルの原因となるため、外部電源用アダプタを必ずお持ちください。
 - 3) 音声出力には対応いたしません。
 - 4) 発表は枚数ではなく時間で制限させていただきます。
 - 5) 発表時は、演台に置かれたモニターを見ながらご自身で操作して画面を進めていただきます。なお、発表者ツールの使用はできませんのでご注意ください。
3. 発表に際しては、患者さんのプライバシーの保護（日付の記載は年月までとする、等）に十分配慮してください。
4. 演題発表時には、利益相反状態の開示が必要になります。開示基準・規定の書式に従って利益相反の有無を必ず開示してください。
5. 演者は前演者の口演開始後、直ちに「次演者席」へご着席ください。
6. 専修医セッション、研修医セッション及び一般演題は、1題口演4分、追加討論2分です。時間厳守をお願いします。
7. 質問される方は、所属と氏名を明らかにしてからお願いします。
8. 専修医・研修医セッションの発表者あるいは同施設の方は、奨励賞表彰式に出席してください。(第1会場 12:50～)
9. 当日参加登録受付、PC受付は8時より開始いたします。
10. 当日の参加費は2,000円です。
11. 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)
12. 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。
13. ハンズオンセミナー参加者には、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。
14. 会場1階ロビーにAED（自動体外式除細動器）を設置しております。

会場案内図

海運クラブ

〒102-0093 東京都千代田区平河町2-6-4 海運ビル
TEL 03-3264-1825



[交通のご案内]

地下鉄 永田町駅〈有楽町線〉〈半蔵門線〉4番・5番出口より徒歩2分
〈南北線〉9番出口より徒歩1分

地下鉄 赤坂見附駅〈銀座線〉〈丸ノ内線〉D(弁慶橋)出口より徒歩約8分

日本消化器病学会関東支部第349回例会

平成30年4月28日(土)

8:40～8:45			開 会 の 辞 (第1会場)		
第1会場 (午前の部)			第2会場 (午前の部)		
演 題	時 間	座 長	演 題	時 間	座 長
(1) 専修医Ⅰ (食道・胃・十二指腸) 1～3	8:45～9:03	岩下 愛	(18) 研修医Ⅰ (食道) 55～56	8:45～8:57	勝田美和子
(2) 専修医Ⅱ (胃・十二指腸1) 4～6	9:03～9:21	草野 祐実	(19) 研修医Ⅱ (胃・十二指腸) 57～59	8:57～9:15	柿沼 大輔
(3) 専修医Ⅲ (胃・十二指腸2) 7～9	9:21～9:39	五味 邦代	(20) 研修医Ⅲ (小腸・大腸) 60～62	9:15～9:33	富澤 琢
(4) 専修医Ⅳ (小腸) 10～12	9:39～9:57	北沢 尚子	(21) 研修医Ⅳ (大腸) 63～64	9:33～9:45	羽田野敦子
(5) 専修医Ⅴ (大腸) 13～15	9:57～10:15	井出 大資	9:45～9:55	休憩	
10:15～10:25	休憩		(22) 研修医Ⅴ (肝1) 65～67	9:55～10:13	渡邊 俊司
(6) 専修医Ⅵ (大腸・その他) 16～17	10:25～10:37	二木 了	(23) 研修医Ⅵ (肝2) 68～70	10:13～10:31	大西 俊彦
(7) 専修医Ⅶ (肝) 18～21	10:37～11:01	新野 徹	(24) 研修医Ⅶ (膵) 71～73	10:31～10:49	斉藤 紘昭
(8) 専修医Ⅷ (肝・胆) 22～24	11:01～11:19	杉浦 香織	(25) 研修医Ⅷ (膵・その他) 74～76	10:49～11:07	早坂 英子
(9) 専修医Ⅸ (膵1) 25～27	11:19～11:37	高原 楠晃			
(10) 専修医Ⅹ (膵2) 28～30	11:37～11:55	森 昭三			
			12:00～12:30	評議員会	
12:05～12:50 ランチョンセミナー (第1会場)					
「進行再発大腸癌化学療法の現況」					
慶應義塾大学医学部 腫瘍センター 副センター長 浜本 康夫 先生					
司会 獨協医科大学 第二外科 主任教授 窪田 敬一 先生					
共催：中外製薬株式会社					
12:50～13:05 専修医・研修医奨励賞表彰式 (第1会場)					
13:05～14:00 特別講演 (第1会場)					
「臨床外科医は何をしなければならないか？」					
医療法人社団大坪会 東和病院院長 日本赤十字社医療センター名誉院長 東京大学名誉教授 幕内 雅敏 先生					
司会 獨協医科大学 第二外科 学内教授 青木 琢					
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
(11) 肝 1 31～33	14:10～14:28	五十嵐隆通	(26) 食道・胃・十二指腸 77～79	14:10～14:28	竹中 芳治
(12) 胆 1 34～36	14:28～14:46	有田 淳一	(27) 胃・十二指腸 80～82	14:28～14:46	佐々木亜希子
(13) 胆 2 37～39	14:46～15:04	坂本 康成	(28) 小腸 83～85	14:46～15:04	関根 一智
(14) 胆・その他 40～42	15:04～15:22	藤澤真理子	(29) 大腸 1 86～88	15:04～15:22	福生 有華
15:22～15:32	休憩		15:22～15:32	休憩	
(15) 膵 1 43～46	15:32～15:56	綿引 隆久	(30) 大腸 2 89～91	15:32～15:50	魚嶋 晴紀
(16) 膵 2 47～50	15:56～16:20	岸本 有為	(31) 大腸 3 92～95	15:50～16:14	小林真理子
(17) 膵 3 51～54	16:20～16:44	奥野 奈央	(32) 肝 2 96～98	16:14～16:32	下間 祐
16:44～16:49			閉 会 の 辞 (第1会場)		

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

特別講演(第1会場 13:05~14:00)

「臨床外科医は何をしなければならないか？」

医療法人社団大坪会 東和病院院長/日本赤十字社医療センター名誉院長/東京大学名誉教授 **幕内 雅敏** 先生

司会 獨協医科大学 第二外科 学内教授 **青木 琢**

………演者の先生ご紹介………

まくうち まさとし
幕内 雅敏 先生

医療法人社団大坪会 東和病院院長/日本赤十字社医療センター名誉院長/東京大学名誉教授

略歴

1946年 8月 東京都生まれ
1966年 3月 都立日比谷高校卒業
1973年 3月 東京大学医学部医学科卒業
1973年 4月 医師国家試験合格
1973年 6月 医師免許証交付(第219198号)
1973年 6月 東京大学医学部第二外科 研修医
1974年 6月 東京都立大塚病院外科 医員
1975年 9月 東京大学医学部附属病院第二外科 非常勤医員
1978年 3月 旭中央病院外科 主任
1978年 10月 東京大学医学部第二外科 助手
1979年 6月 国立がんセンター病院外来部外科 医員
1980年 9月 医学博士(東京大学)
1987年 4月 東京大学医科学研究所講師併任(～1990年3月)
1988年 4月 国立がんセンター病院外来部心臓血管外科医長
1989年 4月 国立がんセンター病院手術部 部長
1989年 10月 信州大学教授 医学部第一外科 併任(～1990年3月)
1990年 4月 信州大学教授 医学部第一外科 専任
1994年 4月 東京大学教授 医学部第二外科 併任(～1994年9月)
1994年 10月 東京大学教授 医学部第二外科 専任
1994年 10月 信州大学医学部講師 併任(～2015年3月)
1997年 4月 東京大学教授 大学院医学系研究科
2001年 4月 山形大学医学部講師 併任(～2015年3月)
2002年 4月 東京大学教授 大学院医学系研究科外科学専攻臓器病態学外科学講座
肝胆脾外科学・人工臓器・移植外科学分野
2003年 4月 東京大学医学部附属病院臓器移植医療部長 併任
2005年 11月 東京大学医学部附属病院手術部 部長 兼任
2007年 3月 定年により退官
2007年 4月 日本赤十字社医療センター 院長(～2017年3月)
2007年 6月 東京大学名誉教授
2017年 2月 東邦大学医学部医学科客員講師
2017年 4月 医療法人社団大坪会 東和病院 院長
2017年 4月 日本赤十字社医療センター 名誉院長
2017年 5月 東都医療大学 臨床教授

ランチオンセミナー (第1会場 12:05~12:50)

「進行再発大腸癌化学療法の実況」

慶應義塾大学医学部 腫瘍センター 副センター長 **浜本 康夫** 先生
司会 獨協医科大学 第二外科 主任教授 **窪田 敬一** 先生

共催：中外製薬株式会社

………演者の先生ご紹介………

はまもと やすお
浜本 康夫 先生

慶應義塾大学医学部 腫瘍センター 副センター長

学歴

平成元年 4月 札幌医科大学医学部 入学
平成 7年 3月 札幌医科大学医学部 卒業

学位

平成28年10月 慶應義塾大学医学研究科 学位取得 (第4856号)

職歴

平成 7年 4月 北海道公立大学法人 札幌医科大学付属病院 臨床研修医
平成 8年 7月 社会福祉法人 北海道社会事業協会小樽病院 内科医師
平成10年 6月 市立芦別病院 副医長 (内科)
平成11年 8月 国立研究開発法人 国立がん研究センター東病院 任意研修医師
平成13年 1月 北海道公立大学法人 札幌医科大学付属病院 医員 (研究生)
平成15年 6月 国立研究開発法人 国立がん研究センター東病院 非常勤医師
平成17年 6月 栃木県立がんセンター 医師
平成18年 4月 栃木県立がんセンター 医長
平成23年 7月 慶應義塾大学特任講師 (医学部大腸薬品工業臨床腫瘍研究学寄付講座)
平成25年 4月 慶應義塾大学特任講師 (医学部臨床腫瘍学寄付講座)
平成29年11月 慶應義塾大学専任講師、腫瘍センター 副センター長

現在に至る

資格

- ・日本内科学会認定内科医 (認定番号21125)、総合内科専門医 (21720号)、指導医
- ・日本臨床腫瘍学会がん薬物療法専門医 (0700027号)・指導医 (1400027号)
- ・日本がん治療認定医機構がん治療認定医 (07290021号)
- ・日本消化器病学会消化器病専門医 (31194号)
- ・日本消化器内視鏡学会専門医 (20040638号)
- ・がん治療認定医機構 認定医

主な所属学会

日本内科学会 (認定内科医、総合内科専門医)、日本消化器内視鏡学会 (専門医)、日本消化器病学会 (専門医)、日本臨床腫瘍学会 (専門医、評議員)、日本癌治療学会、American Society of Clinical Oncology、日本癌学会、日本大腸肛門病学会 (評議員)、日本神経内分泌腫瘍研究会、GIST研究会 (日本希少腫瘍研究会)、日本緩和医療学会、日本人類遺伝学会 (臨床遺伝専門医研修開始)

第10回ハンズオンセミナー

日時 4月28日（土）10：00～12：00

会場 2階ホワイエ

EUS体験セミナー

インストラクター

獨協医科大学 消化器内科 教授 入澤 篤志 先生
獨協医科大学 消化器内科 講師 土田 幸平 先生

<ご案内>

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。
受講希望者は以下の【お申し込み時の必須情報】をご確認のうえ、メールにてお申し込みください。
定員になり次第締切いたします。
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。
奮ってご参加ください。

【お問合せ・お申込み先】

関東支部第349回例会 運営事務局：jsge2018_349@c-linkage.co.jp

【お申し込み時の必須情報】

メール件名は、「ハンズオンセミナー事前申込」と明記してください。

1. 氏名（ふりがな）
2. 所属機関名
3. 当日ご連絡先

【申込締切日】

4月20日（金）正午

参加費：無料

共 催：オリンパスメディカルサイエンス販売株式会社

当日の集合時間、会場については決定後ご連絡いたします。

第1会場（午前の部）

8:40~8:45

—開会の辞—

—専修医セッション評価者—

地域医療機能推進機構	東京高輪病院	外科	池田	真美
埼玉医科大学	総合医療センター	消化器・肝臓内科	可児	和仁
杏林大学	医学部	第三内科学教室	櫻庭	彰人

(1) 専修医Ⅰ（食道・胃・十二指腸） 8:45~9:03 座長 日本医科大学付属病院 消化器・肝臓内科 岩 下 愛

1. 自己免疫性膵炎により食道静脈瘤をきたした一例

獨協医科大学日光医療センター ○島田 紘爾, 有阪 高洋, 陣内 秀仁, 紀 仁

2. 十二指腸癌術後、病理解剖で悪性リンパ腫の診断に至った1例

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

同 血液内科 吉永健太郎

同 第一病学第一講座 鬼塚 裕美, 山本 智子, 柴田 亮行

3. 吐血にて発症したアニサキス症による出血性胃潰瘍の1例

日本医科大学 付属病院 消化器外科 ○久保田友紀, 柿沼 大輔, 藤田 逸郎, 金沢 義一
松野 邦彦, 萩原 信敏, 松谷 毅, 野村 務
吉田 寛, 内田 英二

(2) 専修医Ⅱ（胃・十二指腸1） 9:03~9:21 座長 獨協医科大学埼玉医療センター 消化器内科 草 野 祐 実

4. 化学療法が著効した切除不能進行胃癌2例の特徴

日本医科大学 消化器内科学 ○早瀬 健人, 河越 哲郎, 池田 剛, 野田 啓人
樋口 和寿, 阿川 周平, 福永 真衣, 丸木 雄太
鮑本 哲兵, 山脇 博士, 小高 康裕, 新福 摩弓
植木 信江, 二神 生爾, 貝瀬 満, 岩切 勝彦

5. 胃原発びまん性大細胞性B細胞リンパ腫の寛解導入後に胃癌を発症した1症例

獨協医科大学 医学部 第一外科 ○滝瀬 修平, 佐々木欣郎, 倉山 英豪, 久保 僚
阿久津律人, 井上 昇, 河野 貴博, 中島 政信
山口 悟, 土岡 丘

6. 早期癌の段階で治療介入した胃原発MANECの一例

N T T 関東病院 消化器内科 ○木本 義明, 大圃 研, 石井 鈴人, 小西 隆文
小川さや香, 根岸 良充, 瀧田麻衣子, 酒井 英嗣
村元 喬

(3) 専修医Ⅲ(胃・十二指腸2) 9:21~9:39 座長 昭和大学藤が丘病院 消化器内科 五味 邦 代

7. 嚢胞との鑑別を要した胃原発DLBCLの一例

獨協医科大学 消化器内科 ○佐久間 文, 土田 幸平, 近藤 真之, 金森 瑛
村岡 信二, 小松原利典, 紀 仁, 常見美佐子
平石 秀幸, 入澤 篤志

8. S-1+白金製剤の化学療法中に可逆性後頭葉白質脳症(PRES)を発症した若年進行胃癌の1例

東海大学医学部付属八王子病院 ○横田 将, 白井 孝之, 佐野 正弥, 築根 陽子
伊藤 裕幸, 市川 仁志, 永田 順子, 小嶋清一郎
清水真二, 渡辺 勲史
東海大学医学部付属病院 峯 徹哉

9. グリホサートによる急性薬物中毒治療中に、広範囲十二指腸出血を来し緊急脾頭十二指腸切除術により救命し得た一例

自治医科大学 消化器・一般外科 ○塩澤 徹也, 遠藤 和洋, 田口 昌延, 三木 厚
小泉 大, 笹沼 英紀, 佐久間康成, 堀江 久永
細谷 好則, 北山 丈二, 佐田 尚宏

(4) 専修医Ⅳ(小腸) 9:39~9:57 座長 順天堂大学医学部附属浦安病院 消化器内科 北 沢 尚 子

10. 日和見感染を契機に診断された消化管T細胞性リンパ腫の1例

東京医科歯科大学 医学部附属病院 消化器内科 ○豊田 早織, 日比谷秀爾, 竹中 健人, 斉藤 詠子
福田 将義, 根本 泰宏, 永石 宇司, 井津井康浩
大島 茂, 東 正新, 松岡 克善, 土屋輝一郎
中村 哲也, 岡本 隆一, 大塚 和朗, 渡辺 守
同 血液内科 青山 慧, 坂下千瑞子
同 病理科 倉田 盛人, 江石 義信

11. Meckel憩室の異所性胃粘膜に発生した腺癌を術前にダブルバルーン内視鏡で診断しえた1例

自治医科大学附属病院 消化器・肝臓内科 ○船山 陽平, 小森健二郎, 竹澤 敬人, 平岡 友二
岡田 昌浩, 福田 久, 井野 裕治, 坂本 博次
三浦 義正, 林 芳和, 矢野 智則, 砂田圭二郎
大澤 博之, 山本 博徳
同 病理部 松原 大祐
同 消化器外科 金子 勇貴, 鯉沼 広治, 堀江 久永

12. 一過性の腸閉塞を発症した家族性地中海熱の一例

日本大学病院 消化器内科 ○奥野 宏晃, 草野 央, 鈴木 翔, 大木 庸子
大澤 朗太, 林 香里, 山川 俊, 入江 彰
武井 章矩, 江崎 充, 岩塚 邦生, 三浦 隆生
高橋 利実, 中河原浩史, 山本 敏樹, 小川 眞広
後藤田卓志

(5) 専修医Ⅴ(大腸) 9:57~10:15 座長 がん研究会有明病院 下部消化管内科 井出 大 資

13. 虫垂の巨大糞石除去により心窩部痛が改善したクローン病の一例

草加市立病院 ○山崎 友裕, 松川 直樹, 岡田 理沙, 小橋健一郎
今城 真臣, 鎌田 和明, 矢内 常人

14. 内視鏡下生検で診断された腸管子宮内膜症の一例

帝京大学 医学部 内科 ○大隅 瞬, 櫻井美代子, 松本 康佑, 柳澤 大輔
大和 洸, 青柳 仁, 磯野 朱里, 阿部浩一郎
小田島慎也, 山本 貴嗣, 喜多 宏人, 田中 篤
滝川 一
帝京大学 病院病理部 大島 康利, 笹島ゆう子

15. 麻痺性イレウスを呈した Clostridium difficile 関連腸炎の2例

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

(6) 専修医Ⅵ(大腸・その他) 10:25~10:37 座長 横浜市立市民病院 炎症性腸疾患科 二 木 了

16. 潰瘍性大腸炎の腸管外合併症に抗菌剤併用便秘植療法が奏功した1例

順天堂大学医学部附属順天堂医院 ○佐伯 至勇, 岡原 昂輝, 伊藤 翔子, 高橋 正倫
清水 基規, 福島 浩文, 上山 浩也, 石川 大
今 一義, 加藤 順子, 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
椎名秀一朗, 永原 章仁

17. 非閉塞性腸管膜虚血症を疑うも消化管広範に虚血性変化を認めた1例

東京都立広尾病院 ○山下 大和, 太田 俊介, 北村 圭, 石沢 遼太
増田 大機, 川上 雅代, 野口 典男, 横須賀哲哉
小林 宏寿

(7) 専修医Ⅶ(肝) 10:37~11:01 座長 同愛記念病院 消化器内科 新 野 徹

18. 顕微鏡的多発血管炎に対して免疫抑制療法中に発症した重症サイトメガロウイルス感染症の一例

群馬大学医学部附属病院 消化器・肝臓内科 ○平 知尚, 小林 剛, 佐藤 圭吾, 佐野 希望
星 恒輝, 入江 江美, 田中 寛人, 中山 哲雄
山田 俊哉, 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

19. DAA 治療により悪性リンパ腫の消失を認めたC型慢性肝炎の1例

東海大学 医学部 消化器内科学 ○山路 葉子, 鶴谷 康太, 吉原 四方, 広瀬 俊治
加川 建弘, 峯 徹哉
同 血液内科学 小川 吉明

20. 急性胆嚢炎、水頭症を合併した巨大肝嚢胞の1例

昭和大学 藤が丘病院 消化器内科 ○新谷 文崇, 山村 詠一, 長濱 正亞, 高野 祐一
遠藤 利之, 林 将史, 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

21. 多発性骨髄腫によるびまん性肝浸潤を認めた1例

獨協医科大学 第二外科 ○阿久津律人, 清水 崇行, 鈴木 隆志, 松本 尊嗣
森 昭三, 加藤 正人, 青木 琢, 窪田 敬一

(8) 専修医Ⅷ(肝・胆) 11:01~11:19 座長 埼玉医科大学 総合医療センター 杉 浦 香 織

22. 肝動脈化学塞栓療法後に、急性溶血で発生した Clostridium perfringens 敗血症の1例

北里大学病院 消化器内科学 ○尾上 美恵, 魚嶋 晴紀, 日高 央, 窪田 幸介
和田 尚久, 田中 賢明, 井上 智仁, 中澤 貴秀
渋谷 明隆, 小泉和三郎

23. 主3肝静脈に接する大腸癌肝転移に対し術前化学療法後に根治的切除を行った1例

東京大学医学部附属病院 肝胆膵外科・人工臓器移植外科 ○阿部健太郎, 桐谷 翔, 山下 俊, 金子 順一
赤松 延久, 有田 淳一, 阪本 良弘, 長谷川 潔
同 病理部 堂本裕加子

24. 胆嚢管分岐異常に対して腹腔鏡下胆嚢摘出術を施行した1例

独立行政法人 地域医療機能推進機構 東京高輪病院 ○中村 真衣, 池田 真美, 多胡 和馬, 原田 庸寛
渡邊 健雄, 平野 賢二, 小山 広人

(9) 専修医Ⅸ(膵1) 11:19~11:37 座長 東京大学 消化器内科 高 原 楠 晃

25. 自己免疫性膵炎に併発した膵頭部癌の1例

がん・感染症センター都立駒込病院 外科 ○小栗 洋平, 大目 祐介, 山本 淳, 土井 愛美
本間 祐樹, 本田 五郎

26. IgG 4関連自己免疫性膵炎に合併した膵頭部癌の1例

獨協医科大学 埼玉医療センター ○宮田有理恵, 吉岡 龍二, 高田 武蔵, 立岡 哲平
野家 環, 大矢 雅敏

27. 男性に発症した膵 Solid-pseudopapillary neoplasm の2例

防衛医科大学校 外科学講座 ○加藤 透, 青笹 季文, 恒成 崇純, 神津 慶多
西川 誠, 星川真有美, 永生 高広, 野呂 拓史
梶原 由規, 平木 修一, 神藤 英二, 辻本 広紀
長谷 和生, 上野 秀樹, 山本 順司
同 臨床検査医学講座 緒方 衝

(10) 専修医Ⅹ(腓Ⅱ) 11:37~11:55

座長 獨協医科大学 第二外科 森 昭 三

28. 術前診断に苦慮した腓腫瘍の一例

JR 東京総合病院 ○阿部 創平, 岩立 堂佑, 中川 秀紀, 小田原成彬
森山 慎, 吉川 剛史, 毛利 大, 大前 知也
岡本 真

29. 腓頭部癌の経過中に腓液漏を発症した1例

東邦大学医療センター大森病院 消化器内科 ○藤井 紘大, 山本 慶郎, 岸本 有為, 山田 悠人
渡辺 浩二, 吉本 憲介, 岩崎 将, 伊藤 謙
岡野 直樹, 五十嵐良典

30. 切除不能腓 NEC に対して7次治療まで薬物療法を使用した一例

杏林大学腫瘍内科 ○河合 桐男, 山内 芳也, 小林 敬明, 岡野 尚弘
成毛 大輔, 北村 浩, 長島 文夫, 古瀬 純司
杏林大学医学部病理学 柴原 純二

第1会場（午後の部）

13：05～14：00

特別講演

臨床外科医は何をしなければならないか？

医療法人社団大坪会 東和病院院長／日本赤十字社医療センター名誉院長／東京大学名誉教授 **幕内 雅敏** 先生

司会 獨協医科大学 第二外科 学内教授 **青 木 琢**

(11) 一般演題(肝1) 14：10～14：28

座長 群馬大学 肝胆膵外科 五十嵐 隆 通

31. 静脈管開存による先天性門脈体循環シャントに対し、ハイブリッドアンギオ室で一期的に静脈管を結紮し得た一例

東京大学医学部附属病院 肝胆膵外科、人工臓器・移植外科 ○谷本芽弘理, 阪本 良弘, 國土 貴嗣, 有田 淳一
赤松 延久, 金子 順一, 長谷川 潔

32. 総肝管に進展した胆管腫瘍栓を伴う大腸癌肝転移の一切除例

NCGM 国立国際医療研究センター病院 外科 ○竹村 信行, 稲垣 冬樹, 三原 史規, 黒川 敏昭
清松 知充, 山田 和彦, 國土 典宏

同 中央検査部門臨床病理室 猪狩 亨

33. 手術待機中に自然退縮を認めた肝細胞癌の1例

東京医科歯科大学 肝胆膵外科 ○赤須 雅文, 小川 康介, 加藤 智敬, 吉野 潤
渡邊 秀一, 千代延記道, 小倉 俊郎, 小野 宏晃
光法 雄介, 伴 大輔, 工藤 篤, 田邊 稔

同 病理部 山本 浩平, 明石 巧

同 分子腫瘍医学分野 田中 真二

(12) 一般演題(胆1) 14：28～14：46 座長 東京大学 肝胆膵外科・人工臓器移植外科 有 田 淳 一

34. IPNB と鑑別が困難であった胆管 MCN の一例

東京大学医学部附属病院 消化器内科 ○永尾 清香, 木暮 宏史, 鈴木 辰典, 佐藤 達也
白田龍之介, 武田 剛志, 石垣 和祥, 齋藤 圭
齋藤 友隆, 内野 里枝, 高原 楠晃, 水野 卓
中井 陽介, 多田 稔, 小池 和彦

公立学校共済組合 関東中央病院 消化器内科 黒沢 哲生, 外川 修

35. 胆嚢原発神経内分泌癌の診断に EUS-FNA が有用であった 1 例

杏林大学 医学部 第三内科 ○後藤 知之, 渡邊 俊介, 神林 孔明, 吉田 翼
太田 博崇, 落合 一成, 権藤 興一, 倉田 勇
土岐 真朗, 山口 康晴, 高橋 信一, 森 秀明
久松 理一
同 腫瘍内科 山内 芳也, 岡野 尚弘, 古瀬 純司
同 放射線科 立石 秀勝
同 病理学教室 千葉 知宏, 藤原 正親, 柴原 純二

36. 胆嚢原発神経内分泌癌の 1 切除例

横浜市大医学部付属病院 消化器腫瘍外科学講座 ○松木 裕輝, 土屋 伸広, 豊田 純哉, 大矢 浩貴
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

(13) 一般演題(胆 2) 14:46~15:04 座長 国立がん研究センター中央病院 肝胆膵内科 坂 本 康 成

37. EUS-FNA にて術前診断し得た十二指腸乳頭部癌の 1 例

国立がん研究センター中央病院 肝胆膵内科 ○永塩 美邦, 脇岡 範, 前原 耕介, 丸木 雄太
大場 彬博, 坂本 康成, 近藤 俊輔, 森実 千種
奥坂 拓志
同 肝胆膵外科 奈良 聡, 岸 庸二, 江崎 稔, 島田 和明

38. RFA 後の胆管損傷・完全断裂に対して胆管外ランデブー法で内瘻化しえた大腸癌肝転移の一例

順天堂大学附属順天堂医院 消化器内科 ○鈴木 彬実, 高橋 翔, 富嶋 亨, 金澤 亮
石井 重登, 斉藤 紘昭, 藤澤 聡郎, 椎名秀一朗
伊佐山浩通

39. 総胆管十二指腸吻合術後胆石性イレウスの 1 例

国立病院機構宇都宮病院 外科 ○芳賀 紀裕, 増田 典弘, 尾形 英生, 滝田 純子
柴崎 雄太
同 消化器内科 前田 光徳, 菅谷 洋子

(14) 一般演題(胆・その他) 15:04~15:22 座長 日本大学医学部附属板橋病院 藤 澤 真理子

40. 胆管空腸吻合術後の良性胆管狭窄に対し金属ステントを留置した 1 例

東京大学 消化器内科 ○永代 友理, 石垣 和祥, 水野 卓, 鈴木 辰典
佐藤 達也, 武田 剛志, 白田龍之介, 斎藤 圭
斎藤 友隆, 内野 里枝, 高原 楠晃, 木暮 宏史
中井 陽介, 多田 稔, 小池 和彦

41. 外傷性総胆管損傷に対する総胆管空腸吻合後に発症した胆嚢癌の 1 例

獨協医科大学 外科 ○井上 昇
同 第二外科 白木 孝之, 鈴木 隆志, 清水 崇行, 谷 圭吾
朴 景華, 松本 尊嗣, 森 昭三, 磯 幸博
加藤 正人, 青木 琢, 窪田 敬一

42. 正中弓状韧带压迫症候群による背側脾動脈瘤破裂の1例

獨協医科大学病院 消化器内科 ○阿部圭一郎, 飯島 誠, 増山 智史, 井澤 直哉
中野 正和, 眞島 雄一, 平石 秀幸, 入澤 篤志

(15) 一般演題(脾1) 15:32~15:56 座長 日立製作所日立総合病院 消化器内科 綿 引 隆 久

43. 診断に苦慮した groove 脾癌の1例

帝京大学医学部附属溝口病院 消化器内科 ○國吉 宣行, 高野 祐一, 足立 貴子, 恩田 毅
松本光太郎, 網島 弘道, 関根 一智, 辻川 尊之
馬淵 正敏, 梶山 祐介, 土井 晋平, 佐藤浩一郎
菊池健太郎, 安田 一朗
同 病理診断科 川本 雅司

44. 検診にて発見された小型 SPN の1例

国立がん研究センター中央病院 肝胆脾内科 ○前原 耕介, 脇岡 範, 丸木 雄太, 大場 彬博
永塩 美邦, 坂本 康成, 近藤 俊輔, 森実 千種
奥坂 拓志
同 肝胆脾外科 奈良 聡, 岸 庸二, 江崎 稔, 島田 和明

45. MCN との鑑別に苦慮した分枝型 IPMN の一例

独立行政法人 地域医療機能推進機構 東京高輪病院 消化器内科 ○渡邊 健雄, 平野 賢二, 前川 久登
同 外科 中村 真衣, 多胡 和馬, 原田 庸寛, 池田 真美
小山 広人
同 病理診断科 伊原 文恵

46. 糖尿病性ケトアシドーシスに合併した無痛性重症急性脾炎の一例

獨協医科大学 消化器内科 ○井澤 直哉, 土田 幸平, 増山 智史, 阿部圭一郎
中野 正和, 飯島 誠, 平石 秀幸, 入澤 篤志

(16) 一般演題(脾2) 15:56~16:20 座長 東邦大学医療センター大森病院 消化器内科 岸 本 有 為

47. 造影剤の種類による ERCP 後脾炎 (PEP) の検討

太田記念病院 消化器内科 ○永島 一憲, 伊島 正志, 木村浩一郎, 栗原 英心
落合 康雄, 川上 知孝, 大竹 陽介

48. 超音波内視鏡による術前診断が有効であった脾粘液性嚢胞腺腫による再発性脾炎の一例

埼玉医科大学 総合医療センター 消化器・肝臓内科 ○大塚 武史, 松原 三郎, 須田健太郎, 藤田 徹郎
原田 舞子, 加藤 真吾, 岡 政志, 名越 澄子
屋嘉比康治
同 肝胆脾小児外科 小暮 亮太, 宮田 洋一, 中沢 祥子, 三井 哲弥
二宮 理貴, 牧 章
同 病理部 高柳奈津子, 田丸 淳一
同 肝胆脾小児外科
同 病理部 別宮 好文

49. MRCP 検診にて診断された主膵管型 IPMN の 2 例

獨協医科大学	健康管理科	○大谷津まり子, 知花 洋子
同	消化器内科	
同	健康管理科	渡邊菜穂美, 大類 方巳
同	消化器内科	中野 悠, 岩崎 茉莉, 村岡 信二, 土田 幸平
		小池 健郎, 富永 圭一, 平石 秀幸
同	第二外科	森 昭三, 青木 琢, 窪田 敬一

50. 腺房細胞癌を component としてもつ膵原発 Mixed neuroendocrine-non-neuroendocrine neoplasm; MiNEN の一例

東京女子医科大学	消化器内科	○伊藤 泰斗, 高山 敬子, 木下普紀子, 大塚 奈央
		赤尾 潤一, 長尾 健大, 田原 純子, 清水 京子
		徳重 克年
同	消化器外科	樋口 亮太, 山本 雅一
東北大学大学院医学系研究科病理形態学分野		古川 徹

(17) 一般演題(膵3) 16:20~16:44 座長 東京女子医科大学 消化器内科 奥 野 奈 央

51. カルバペネム耐性腸内細菌感染症を合併した重症急性膵炎後 walled-off necrosis の 1 例

昭和大学 医学部 内科学講座 消化器内科学部門	○山宮 知, 北村 勝哉, 石井 優, 三井 佑太
	吉田 仁

52. 切除不能・再発膵腺扁平上皮癌に対する併用薬物療法施行例の検討

杏林大学 医学部 腫瘍内科	○山内 芳也, 西岡真理子, 前園 知宏, 河合 桐男
	小林 敬明, 岡野 尚弘, 長島 文夫, 古瀬 純司

53. 経乳頭的ドレナージが奏功した、胸腔内穿破を合併した急性膵炎後仮性嚢胞の一例

獨協医科大学 消化器内科	○福士 耕, 土田 幸平, 常見美佐子, 陣内 秀仁
	井澤 直哉, 水口 貴仁, 永島 一憲, 佐久間 文
	嘉島 賢, 平石 秀幸, 入澤 篤志

54. 膵癌との鑑別に苦慮した慢性膵炎の 1 例

埼玉医科大学総合医療センター 肝胆膵外科小児外科	○小暮 亮太, 二宮 理貴, 中沢 祥子, 三井 哲弥
	宮田 陽一, 駒込 昌彦, 牧 章, 別宮 好文

第2会場（午前の部）

研修医セッション評価者

横浜市立大学	消化器・腫瘍外科学	秋山 浩利
東京女子医科大学	消化器内視鏡外科	岸野真衣子
千葉大学大学院医学研究院	消化器内科学	齊藤 景子

(18) 研修医Ⅰ（食道） 8：45～8：57

座長 医療法人安東病院 外科 勝 田 美和子

55. ダビガトランによる薬剤性食道炎の一例

東京大学医学部附属病院	消化器内科	○平松 拓馬, 田村 直樹, 坂口 賀基, 皆月ちひろ
		辻 陽介, 新美 恵子, 小野 敏嗣, 山道 信毅
		藤城 光弘, 小池 和彦
同	循環器内科	稲島 司, 小室 一成

56. 食道癌術後胃管癌に対して胃管部分切除を行った1例

東京女子医科大学卒後臨床研修センター	○紀川 朋子
同	消化器一般外科 成宮 孝祐, 工藤 健司, 矢川 陽介, 前田 新介
	豊島 幸憲, 小川 杏平, 大杉 治司, 山本 雅一

(19) 研修医Ⅱ（胃・十二指腸） 8：57～9：15 座長 日本医科大学付属病院 消化器外科 柿 沼 大 輔

57. 大形有茎性胃過形成性ポリープを背景とし脱分化の過程とリンパ管浸潤を伴ったSM浸潤胃癌の一例

北里大メディカルセンター	消化器内科	○三澤 佑介, 渡邊 真彰, 大塚 俊和, 金澤 潤
		上原 一帆, 川口 佑輔, 田原久美子, 木田 光広

58. 胃癌の心膜転移による心嚢液貯留から心不全症状を呈した1例

慶應義塾大学 医学部 内科学（消化器）	○武藤百合子, 平田 賢郎, 松永 崇宏, 須河 恭敬
	金井 隆典
同	腫瘍センター 浜本 康夫, 高石 官均

59. EUS-FNAにより術前診断しLECSにより治療した胃神経鞘腫の一例

横浜労災病院	消化器内科	○今井友里加, 金沢 憲由, 森久保尚美, 尾崎 杏奈
		白鳥 航, 辻川真太郎, 小林 貴, 鈴木 雅人
		高柳 卓矢, 野上 麻子, 内山 詩織, 関野 雄典
		永瀬 肇
同	内視鏡部	梅村 隆輔, 川名 憲一
同	外科	岡崎 靖史
同	病理診断科	角田 幸雄

(20) 研修医Ⅲ(小腸・大腸) 9:15~9:33 座長 群馬大学医学部附属病院 光学医療診療部 富澤 琢

60. 腸閉塞をきたした小腸巨大 GIST の一例

都立駒込病院 ○高田 亮佑, 柴田 理美, 田畑 拓久, 小泉 浩一
夏目壮一郎, 高雄 美里, 中野 大輔, 山口 達郎
松本 寛, 高橋 慶一, 深井真奈美, 堀口慎一郎
比島 恒和

61. 5-ASA アレルギーが疑われ治療方針決定に苦渋した小腸大腸型 Crohn 病の一例

東京都済生会中央病院 消化器内科 ○飯塚 玄明, 三枝慶一郎, 林 智康, 大原まみか
田沼 浩太, 小川 歩, 阿部 善彦, 上田 真裕
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

62. 虫垂原発腹膜偽粘液腫の 1 例

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

(21) 研修医Ⅳ(大腸) 9:33~9:45

座長 東海大学病院 消化器内科 羽田野 敦子

63. 甲状腺乳頭癌を契機に家族性大腸腺腫症が診断された一例

横浜市長市民病院 ○皆川 結明, 小金井一隆, 辰巳 健志, 二木 了
黒木 博介, 林 宏幸, 杉田 昭

64. 直腸神経内分泌腫瘍多臓器転移に対して局所療法とソマトスタチンアナログ投与により 23 年間経過中の一例

がん有明病院 消化器内科 ○明石 倫子, 尾阪 将人, 山田 育弘, 野坂 崇仁
片桐 智子, 秋山 大, 金田 遼, 佐々木 隆
松山 真人, 高野 浩一, 笹平 直樹

(22) 研修医Ⅴ(肝 1) 9:55~10:13

座長 自治医科大学 消化器・肝臓内科 渡邊 俊司

65. 肝細胞癌として治療し 11 年経過後、細胆管細胞癌の診断に至った腫瘍の一例

関東労災病院 消化器内科 ○波多 咲甫, 金子 麗奈, 木村 祐介, 中崎奈都子
大森 里紗, 矢野雄一郎, 小川 正純, 佐藤 譲

66. 肝細胞癌を合併した自己免疫性肝炎の 1 例

東京通信病院 消化器科 ○匹田 祐樹, 光井 洋, 関川憲一郎, 小林 克也
大久保政雄, 加藤 知爾, 橋本 直明
同 放射線科 鈴木 丈夫
同 病理科 岸田由起子, 田村 浩一

67. 肝動脈の著明な拡張と多発肝内腫瘤を認めた遺伝性出血性毛細血管拡張症の1例

埼玉医科大学 消化器内科・肝臓内科 ○鈴木 誠也, 中山 伸朗, 鈴木 隆信, 印藤 佳織
浅見真衣子, 齊藤 陽一, 鷹野 雅史, 瀧上 彰
塩川 慶典, 内田 義人, 藤井 庸平, 打矢 紘
中澤 学, 安藤さつき, 菅原 通子, 中尾 将光
本谷 大介, 今井 幸紀, 富谷 智明, 持田 智

(23) 研修医Ⅵ(肝2) 10:13~10:31

座長 NTT 東日本関東病院 消化器内科 大 西 俊 彦

68. 転移性肝癌胆管内腫瘍栓に対し術中 ICG 蛍光法が有用であった一例

東京都立墨東病院 外科 ○横溝真央人, 脊山 泰治, 志水 祐介, 森 一洋
鹿股 宏之, 日吉 雅也, 那須 啓一, 稲田健太郎
和田 郁雄, 真栄城 剛, 宮本 幸雄

69. 無症候性の自然肝内出血により急速増大を認めた肝細胞癌の1例

東京医科歯科大学 肝胆膵外科 ○奈良 篤, 加藤 智敬, 赤須 雅文, 小倉 俊郎
小川 康介, 小野 宏晃, 光法 雄介, 伴 大輔
工藤 篤, 田邊 稔

70. 回虫罹患後に高度に萎縮した右肝に発生した胆管内乳頭状腫瘍の1例

東京大学医学部附属病院 肝胆膵外科・人工臓器移植外科 ○佐藤 駿一, 早阪 誠, 有田 淳一, 赤松 延久
金子 順一, 阪本 良弘, 長谷川 潔
同 病理部 牛久 綾

(24) 研修医Ⅶ(膵) 10:31~10:49

座長 順天堂医院 消化器内科 斉 藤 紘 昭

71. 若年女性の十二指腸乳頭括約筋機能異常の一例

東京慈恵会医科大学第三病院 ○石黒 瑞稀, 今井 那美, 廣瀬 雄紀, 柴田 恵子
山口 るり, 三浦由紀子, 横田 健晴, 岩久 章
木下 晃吉, 木島 洋征, 小池 和彦

72. 亜全胃温存膵頭十二指腸切除術後、吻合部潰瘍穿孔に対し緊急手術を施行した1例

東京慈恵会医科大学 肝胆膵外科 ○原 慧一郎, 畑 太悟, 後町 武志, 恒松 雅
丸口 壘, 岩瀬 亮太, 春木孝一郎, 安田 淳吾
塩崎 弘憲, 恩田 真二, 柴 浩明, 石田 祐一
同 外科学講座 矢永 勝彦

73. グルカゴン陽性膵神経内分泌腫瘍(pNET)と膵管内乳頭粘液性癌(IPMC)混合型膵腫瘍の1切除例

群馬大学 医学部 肝胆膵外科学 ○前原 龍郎, 五十嵐隆通, 新木健一郎, 山中 崇弘
萩原 慶, 石井 範洋, 塚越真梨子, 渡辺 亮
久保 憲生, 播本 憲史, 調 憲
同 病態病理学 吉田 由佳, 信澤 純人
同 消化管外科学 桑野 博行

(25) 研修医Ⅷ(膝・その他) 10:49~11:07

座長 都立広尾病院 消化器内科 早坂英子

74. 10年間の内視鏡的治療の後に外科的治療を施行した慢性膵炎の一例

独立行政法人 地域医療推進機構 東京高輪病院 ○岩切 由季, 中村 真衣, 多胡 和馬, 原田 庸寛
池田 真美, 渡邊 健雄, 笹平 直樹, 平野 賢二
小山 広人

75. 消化管病変を伴う成人IgA血管炎の一例

東京慈恵会医科大学附属病院 消化器・肝臓内科 ○山住 諭史, 齋藤 知子, 水野 雄介, 澤田 亮一
及川 恒一, 猿田 雅之
同 病院病理部 中村 麻予, 池上 雅博

76. Segmental arterial mediolysis (SAM) による中結腸動脈瘤破裂で腹腔内出血を来した血友病患者の1例

東京北医療センター ○矢口 千尋, 首藤 介伸, 天野 正弘, 木山 貴陽

第2会場（午後の部） 一般演題

(26) 一般演題(食道・胃・十二指腸) 14:10~14:28 座長 青梅市立総合病院 外科 竹 中 芳 治

77. 異所性胃粘膜に発生した胃過形成性ポリープの一例

自治医科大学附属さいたま医療センター ○賀嶋ひとみ, 森野 美奈, 松本 圭太, 小糸 雄大
高橋 裕子, 三浦 孝也, 坪井瑠美子, 石井 剛弘
大竹はるか, 藤原 純一, 関根 匠成, 上原 健志
山中 健一, 湯橋 一仁, 浅野 岳晴, 松本 吏弘
宮谷 博幸, 眞嶋 浩聡

78. 大動脈浸潤食道癌に対して TEVAR 後に大動脈合併切除術を施行した4例の検討

獨協医科大学 第一外科 ○高柳 雅, 中島 政信, 室井 大人, 横山 悠
志田 陽介, 山口 悟, 佐々木欣郎, 土岡 丘

79. 胃中部に認められた MUC 6 陽性、MN cell / PG type 胃癌の一例

獨協医科大学日光医療センター 外科 ○宮地 和人, 高橋 雅一, 尾形 英生, 滝瀬 修平

(27) 一般演題(胃・十二指腸) 14:28~14:46 座長 湘南鎌倉総合病院 消化器病センター 佐々木 亜希子

80. 早期胃癌と大腸腺腫を合併した Cronkhite-Canada 症候群の1例

獨協医科大学埼玉医療センター 消化器内科 ○小堀 郁博, 片山 裕視, 行徳 芳則, 正岡 梨音
正岡 亮, 北濱 彰博, 草野 祐実, 豊田 紘二
大川 修, 須田 季晋, 金子真由子, 北川 智之
玉野 正也

81. 品川区胃がんリスク検診5年間の結果

荏原医師会胃がんリスク検診検討委員会 ○西川 順一, 瀬底 正彦
品川区医師会 櫻井 幸弘

82. 後腹膜リンパ節郭清後に留置した下大静脈フィルターの十二指腸穿通の1例

獨協医科大学 第二外科 ○西 雄介, 清水 崇之, 鈴木 隆志, 松本 尊嗣
森 昭三, 加藤 正人, 青木 琢, 窪田 敬一

(28) 一般演題(小腸) 14:46~15:04 座長 帝京大学医学部附属溝口病院 消化器内科 関 根 一 智

83. 便秘を契機に発見された巨大小腸間膜嚢胞の1例

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

84. 存在診断に苦慮した十二指腸球後部 GIST 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, 中原 守康, 今井 崇紀
田中 健丈
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

85. 診断に難渋した柿胃石イレウスの一例

立正佼成会附属佼成病院 ○嶋田 隆介, 田部井弘一, 宮本 尚彦, 権藤 興一
小山 元一, 高橋 信一

(29) 一般演題(大腸 1) 15:04~15:22 座長 順天堂大学医学部附属練馬病院 福 生 有 華

86. 低リン血症を来した難治性潰瘍性大腸炎の1例

千葉大学医学部附属病院 ○永畠 裕樹, 濱中 紳策, 李 記イ, 中川 倫夫
丸田 享, 明杖 直樹, 石川賢太郎, 太田 佑樹
對田 尚, 沖元謙一郎, 斎藤 景子, 丸岡 大介
松村 倫明, 新井 誠人, 浅沼 克彦, 加藤 直也

87. 横行結腸-下行結腸間の瘻孔形成を伴った狭窄型虚血性大腸炎の1例

国保直営総合病院 君津中央病院 消化器内科 ○三根 毅士, 堀川 彩夏, 石毛 克拓, 佐久間崇文
三浦 義史, 叶川 直哉, 石井 清文, 藤本 竜也
大部 誠道, 吉田 有, 駒 嘉宏, 藤森 基次
畦元 亮作

88. S状結腸膀胱瘻に対して腹腔鏡下手術を施行した1例

東京女子医科大学 消化器・一般外科 ○谷 公孝, 小川 真平, 板橋 道朗, 井上 雄志
大木 岳志, 番場 嘉子, 松尾 夏来, 中尾紗由美
前田 文, 青山 翔太, 山本 雅一

(30) 一般演題(大腸 2) 15:32~15:50 座長 北里大学医学部 消化器内科 魚 嶋 晴 紀

89. 虫垂原発印環細胞癌の1例

昭和大学医学部内科学講座消化器内科学部門 ○中島 陽子, 梶原 敦, 鈴木 統大, 宇佐美智乃
坂木 理, 吉田 仁

90. Cetuximab の抗腫瘍効果を認めるも薬剤性間質性肺炎を来した直腸がんの一例

とちぎメディカルセンター しもつが ○中元 明裕, 小川 和紀, 相良 裕一, 岩下ちひろ
砂田富美子, 倉田 秀一

91. 両側下肢動脈閉塞症を合併した潰瘍性大腸炎の1例

獨協医科大学 消化器内科 ○金澤美真理, 菅谷 武史, 高橋 史成, 竹中 一央
富永 圭一, 平石 秀幸, 入澤 篤志

(31) 一般演題(大腸 3) 15:50~16:14 座長 筑波記念病院 消化器内科 小 林 真理子

92. 骨盤内に発生した Peritoneal inclusion cyst の一例

獨協医科大学 第一外科 ○河野 貴博, 志田 陽介, 山口 悟, 井原 啓佑
高柳 雅, 室井 大人, 中島 政信, 佐々木欣郎
土岡 丘

93. 当院での潰瘍性大腸炎に対する golimumab の治療成績

獨協医科大学 消化器内科 ○阿部圭一朗, 菅谷 武史, 高橋 史成, 竹中 一央
富永 圭一, 平石 秀幸, 入澤 篤志

94. 内視鏡的に整復した成人特発性腸重積の1例

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

95. クロウン病の治療中に腫瘍マーカー上昇を契機にみつかった横行結腸癌の1例

杏林大学病院 消化器一般外科 ○新井 孝明, 正木 忠彦, 中山 快貴, 百瀬 博一
吉本 恵理, 小嶋幸一郎, 吉敷 智和, 橋本 佳和
鈴木 裕, 松岡 弘芳, 阿部 展次, 森 俊幸
杉山 政則

(32) 一般演題(肝2) 16:14~16:32 座長 昭和大学医学部 内科学講座 消化器内科学部門 下 間 祐

96. 肝細胞癌との鑑別が困難であった限局性結節性過形成の1切除例

東京大学 医学部附属病院 肝胆脾外科・人工臓器移植外科 ○千代田武大, 山下 俊, 金子 順一, 富樫 順一
赤松 延久, 有田 淳一, 阪本 良弘, 長谷川 潔

97. 肝動脈化学塞栓術後に可逆性後部白質脳症を発症した肝細胞癌の一例

獨協医科大学 埼玉医療センター 消化器内科 ○正岡 亮, 北川 智之, 行徳 芳則, 正岡 梨音
金子真由子, 大浦 亮祐, 徳富 治彦, 藤本 洋
白橋 亮作, 豊田 紘二, 草野 祐実, 小堀 郁弘
大川 修, 須田 季晋, 片山 裕視, 玉野 正也

98. Shear Wave Elastography に着目した Sofosbuvir/Ledipasvir 治療後肝細胞癌の1例

獨協医科大学 埼玉医療センター 消化器内科 ○行徳 芳則, 須田 季晋, 大川 修, 白橋 亮作
徳富 治彦, 金子真由子, 正岡 亮, 正岡 梨音
嶋田 智樹, 菅井 裕之, 玉野 正也

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
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
354	長 谷 和 生 (防 衛 医 科 大 学 校)	4月13日(土)予定	東 京 海運クラブ	1月9日 ～2月13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 シェンバツハ・サポー	6月5日(火)
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 シェンバツハ・サポー	未 定

次回(第350回) 例会のお知らせ

期 日:平成30年7月14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:「膠原病における上部消化管病変の最新トピックス」

演者:日本医科大学大学院医学研究科アレルギー膠原病内科学分野 大学院教授 桑名 正隆
司会:日本医科大学 消化器内科学 教 授 岩切 勝彦

ランチョンセミナー:「胸やけ患者に対する最適な治療法とは一難治性GERDを含めて」

演者:川崎医科大学 内視鏡・超音波センター 准教授 眞部 紀明
司会:群馬大学 光学医療診療部 診療教授 草野 元康

第11回ハンズオンセミナー:「腹部エコーの基本手技」

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

*10:00～12:00(2時間一枠)を予定しております。

*詳しくは、日本消化器病学会ホームページにてご案内させていただきます。

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。定員になり次第メ切いたします。

*参加費は無料です。

*本学会の会員でない研修医、子育て中の女性医師も受講できます。

当番会長:岩切 勝彦(日本医科大学 消化器内科学 教授)

〒113-8603 東京都文京区千駄木1-1-5

TEL: 03-3822-2131(内線27607) / FAX: 03-3815-3051

連絡先: 田中 周/事務担当 西村 聡子(日本医科大学 消化器内科学)

◆研修医・専修医セッションについて◆

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

お問い合わせについて

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

〒181-8611 東京都三鷹市新川6-20-2

杏林大学医学部外科学教室(消化器・一般外科)

日本消化器病学会関東支部事務局

TEL 0422-71-5288 FAX 0422-47-5523

E-mail: kanto@jsge.or.jp

日本消化器病学会関東支部 支部長 峯 徹哉

日本消化器病学会関東支部 第33回教育講演会ご案内
(日本消化器病学会専門医制度：18単位)

日 時：2018年6月24日(日)9:05～16:20

会 場：シェーンバッハ・サボー (〒102-0093 東京都千代田区平河町2-7-4 電話：03-3261-8386)

会 長：松橋 信行 (NTT東日本関東病院 消化器内科)

主 題：「消化器専門医のための最新の知見」

◆開会の辞◆松橋 信行 (第33回教育講演会会長)

◆モーニングセミナー◆

「慢性便秘症 一腸管上皮機能からもたらされる福音」

講師：中島 淳 (横浜市立大学大学院医学研究科 肝胆膵消化器病学教室)

司会：二神 生爾 (日本医科大学武蔵小杉病院 消化器内科)

◆講演1◆「*H.pylori*除菌による胃癌の予防」

講師：菅野健太郎 (自治医科大学)

司会：上西 紀夫 (公立昭和病院)

◆講演2◆「胆膵診療の現況 (胆嚢結石、総胆管結石)」

講師：前谷 容 (東邦大学医療センター大橋病院 消化器内科)

司会：峯 徹哉 (東海大学医学部内科学系消化器内科学)

◆ランチョンセミナー◆

「肝悪性腫瘍に対する経皮的局所療法」

講師：寺谷 卓馬 (NTT東日本関東病院 消化器内科)

司会：椎名秀一朗 (順天堂大学大学院医学研究科 画像診断・治療学)

◆講演3◆「ウイルス性肝炎 最近の話題」

講師：新井 雅裕 (東芝病院 消化器内科)

司会：小池 和彦 (東京大学医学部消化器内科)

◆講演4◆「胃がんのゲノム多様性」

講師：油谷 浩幸 (東京大学先端科学技術研究センター)

司会：中釜 齊 (国立研究開発法人国立がん研究センター)

◆アフタヌーンセミナー◆

「炎症性腸疾患の治療最前線」

講師：猿田 雅之 (東京慈恵会医科大学 内科学講座消化器・肝臓内科)

司会：日比 紀文 (北里大学北里研究所病院 炎症性腸疾患先進治療センター)

◆講演5◆「NSAIDs起因性消化管粘膜傷害」

講師：藤森 俊二 (日本医科大学千葉北総病院 消化器内科)

司会：平石 秀幸 (獨協医科大学 消化器内科)

◆支部長挨拶◆峯 徹哉 (東海大学医学部内科学系消化器内科学)

◆閉会の辞◆松橋 信行 (第33回教育講演会会長)

参加方法：事前登録制となりますので、2018年6月5日(火)までに関東支部ホームページの参加登録から、お申し込み下さい。

参加費 (5,000円、テキスト代含む) は事前振込となります。

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

※定員になり次第、締め切らせて頂きます。(定員500名)

更新単位：18単位

※専門医更新単位登録に必要な参加証は、開会の辞から閉会の辞までご参加いただいた方に限りお渡しいたします。

問合せ先 (参加登録窓口)

メディア・プロモーション・サービス (株) 内

〒110-0015 東京都台東区東上野1-6-10 ARTビル4F

TEL：03-5816-1055 (代表) FAX：03-5816-1056

E-mail：jsge@media-ps.jp

運営事務局：日本消化器病学会関東支部第33回教育講演会 運営事務局

(株) サンプラネット内 担当：高橋、広瀬

〒112-0012 東京都文京区大塚3-5-10 住友成泉小石川ビル6F

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

E-mail: kantok33@sunpla-mcv.com

1 自己免疫性肺炎により食道静脈瘤をきたした一例

獨協医科大学日光医療センター

島田紘爾, 有阪高洋, 陣内秀仁, 紀 仁

【症例】66歳男性【主訴】息切れ、黒色便【既往歴】高血圧、高脂血症、糖尿病、胃潰瘍【現病歴】数日前から動悸、息切れ症状が出現し当院受診。腹部超音波検査にて軽度脾腫、脾腫、脾静脈の狭窄、脾腫大を認めた。造影CT・MRI検査でも脾辺縁に帯状の被膜様構造および脾静脈を脾実質で圧迫するような狭窄所見を認めた。MRCPでは脾体部の脾管の狭小・不明瞭化を認めた。また黒色便精査のための上部消化管内視鏡検査施行したところ胃潰瘍癒着とLmF2CbRC+の静脈瘤を認めた。自己免疫性肺炎疑いにて精査加療目的に入院となった。【入院時現症】BT 36.6℃、HR 95/分、BP 108/65mmHg。眼球・皮膚の黄染は認めず。腹部は平坦軟で圧痛なし、自発痛なし。【検査所見】AST 32IU/l、ALT 29IU/l、T-bil 0.5mg/dl、D-bil 0.1mg/dl、ALP 318IU/l、脾AMY 31U/l、IgG 1888mg/dl、IgG4 345mg/dl、抗核抗体160倍、HbA1c 7.7%【入院後経過】各種検査からIgG4関連自己免疫性肺炎とそれによる脾静脈の圧排による門脈圧亢進症と診断し、経口プレドニゾン（PSL）50mg/日投与にて加療開始した。一か月後のMRI検査にて脾静脈の狭窄の改善を認め、外来にてPSL減量しつつ経過観察をした。しかし経過観察中に上部消化管内視鏡検査で食道静脈瘤の悪化を認め、FIB-4 indexを計算したところ肝線維化の進行を認めた。自己免疫性肺炎の治療目的で使用するPSLによりNASHが進行したと考えた。【結語】IgG4関連自己免疫性肺炎による脾静脈狭小化と食道静脈瘤の出現を認め、PSL導入により脾静脈血流の改善は得られたが食道静脈瘤は悪化した一例を経験し、ここに報告する。

食道静脈瘤, 自己免疫性肺炎

2 十二指腸癌術後、病理解剖で悪性リンパ腫の診断に至った1例

東京女子医科大学病院 消化器・一般外科¹⁾, 同 血液内科²⁾, 同 第一病学第一講座³⁾
相原永子¹⁾, 出雲 涉¹⁾, 樋口亮太¹⁾, 谷澤武久¹⁾, 植村修一郎¹⁾, 吉永健太郎²⁾, 鬼塚裕美³⁾, 山本智子³⁾, 柴田亮行³⁾, 山本雅一¹⁾

症例は82歳男性。十二指腸乳頭部癌に対し幽門輪温存脾腫十二指腸切除術後、10年無再発で経過していた。1週間程度続く食欲不振と心窩部痛を主訴に外来受診。血液・生化学検査では白血球減少、T-Bil、AST、ALP、D-dimer、CRPの上昇を認め、CTで脾梗塞、傍大動脈リンパ節腫大、動脈相で肝胆管周囲の肝実質の造影効果増強を認めた。入院後胆管炎の診断に対して抗生剤、脾梗塞に対してヘパリン投与を開始したが、徐々に血小板の減少、DICを発症し、第15病日に死亡した。病理解剖をご家族に提示し、ご承諾をいただいたため実施とした。病理解剖では腹腔内に腫大したリンパ節が多数認められ、びまん性大細胞型B細胞性悪性リンパ腫の診断となった。十二指腸乳頭部癌の再発は見られなかった。脾梗塞に関しては明らかな血栓は認められず、血管内の異形リンパ球による血管閉塞が原因であった。また、びまん性大細胞型B細胞性悪性リンパ腫により骨髄は異形リンパ球に置換されており、その他周囲結合組織脂肪や腸腰筋への浸潤、脾転移、肝転移が認められた。以上のことから直接死因はびまん性大細胞型B細胞性悪性リンパ腫であることが診断された。今回、十二指腸乳頭部癌術後、長期間無再発で経過し病理解剖によりびまん性大細胞型B細胞性悪性リンパ腫の診断に至った1例を経験したため、文献的考察を加え報告する。

十二指腸乳頭部癌, 悪性リンパ腫

3 吐血にて発症したアニサキス症による出血性胃潰瘍の1例

日本医科大学 付属病院 消化器外科

久保田友紀, 柿沼大輔, 藤田逸郎, 金沢義一, 松野邦彦, 萩原信敏, 松谷 毅, 野村 務, 吉田 寛, 内田英二

【症例】55歳男性【主訴】吐血【既往歴】脂質異常症にて内服加療中。NSAIDs内服なし。【嗜好】喫煙20本/日、アルコールビール500ml/日【現病歴】2017年12月24日サバを食した。その後軽い心窩部痛認め12月26日近医受診、胃腸炎として内服加療をうけた。12月27日吐血あり、紹介医受診。上部消化管内視鏡にて粘膜下腫瘍様の隆起から出血を認め、同日精査加療目的に当科紹介となった。【入院時現症】意識清明、血圧110/60mmHg、脈拍108回/分、整、体温37.0℃。眼瞼結膜貧血あり。眼球結膜黄疸なし。腹部は平坦軟で、心窩部に軽度の圧痛を認めた。【入院時検査所見】Hb 9.6と、貧血を認めた。【入院後経過】緊急で上部消化管内視鏡施行したところ、胃内には中等量の凝血塊貯留を認めた。病変は穹窿部大弯に粘膜下腫瘍様の隆起として存在し、その頂部には潰瘍を伴っていた。洗浄し観察すると潰瘍底にアニサキス虫体が刺入していたため、把持鉗子にて注意深く摘出したのちに露出血管にクリッピングを施行した。その後は出血徴候なく、処置後3日より食事開始、4日目退院。1か月後の上部消化管内視鏡では粘膜下腫瘍様隆起は消失していた。アニサキス症においては、アニサキス虫体が胃壁に刺入して強い心窩部痛などの腹部症状で発症し、吐血での発症は少ないといわれている。上部消化管内視鏡では粘膜面の浮腫・発赤、びらんと虫体の刺入を確認して診断される場合が多く、出血性の潰瘍性病変を呈するものは稀である。唆役に富む症例と考えられ、多少の文献的考察を踏まえ報告する。

アニサキス, 出血性胃潰瘍

4 化学療法が著効した切除不能進行胃癌2例の特徴

日本医科大学 消化器内科学

早瀬健人, 河越哲郎, 池田 剛, 野田啓人, 樋口和寿, 阿川周平, 福永真衣, 丸木雄太, 鮑本哲兵, 山脇博士, 小高康裕, 新福摩弓, 植木信江, 二神生爾, 貝瀬 満, 岩切勝彦

切除不能進行胃癌の化学療法後の生存期間中央値は13か月程度と報告されているが、まれに治療が著効し長期生存する例を経験する。今回我々は2例の化学療法著効例を経験した。この2例から著効例の特徴を考察した。症例1は61歳男性。食欲低下を主訴に2011年2月に当院受診。精査の結果、前庭部に潰瘍形成する原発巣を持ち総肝動脈に沿ってBulkyなリンパ節転移を含む多発リンパ節転移を有する胃癌（L, Less, type3, tub2, cT3, cN3a, cM1(LYM), cStageIVB）と診断された。2011年3月からS-1+CDDP療法開始し2コース後には著明な縮小を認めた。その後PDとなり2012年2月からCPT-11開始、再びリンパ節は縮小したが原発巣増大により狭窄症状が出現したため2013年7月幽門側胃切除+D1郭清術施行。病理はL, Less, type3, pap>tub2, ypT3, ypN0であった。その後無治療で経過観察しているが2018年2月現在（診断後7年）無再発生存中である。症例2は76歳女性。2016年9月腹部膨満を主訴に精査したところ前庭部に潰瘍形成する原発巣を持ち総肝動脈に沿ってBulkyなリンパ節転移を含む多発リンパ節転移を有する胃癌（L, post, type2, tub1, cT3, cN3a, cM1(LYM), cStageIVB）と診断された。2016年11月からS-1+LOHP療法開始。2コース後には著明に縮小し、2018年2月現在（診断後17か月）原発巣は肉眼的に瘢痕化しリンパ節転移も軟部影の肥厚として認識できる程度となっている。以上、化学療法著効例2例を経験した。いずれも前庭部に潰瘍形成する原発巣を持ち転移巣は総肝動脈に沿ったBulkyなリンパ節を含む多発リンパ節のみの胃癌であり治療早期に急速に縮小するのが共通の特徴と考えられた。このような発現、進展形式をとる胃癌は化学療法感受性が高いのかもしれない。今後、さらなる検討が望まれる。

胃癌, 化学療法

胃原発びまん性大細胞性B細胞リンパ腫の寛解導入後に胃癌を発症した1症例

獨協医科大学 医学部 第一外科
瀧瀬伸一, 佐々木欣郎, 倉山英豪, 久保 僚, 阿久津律人,
井上 昇, 河野貴博, 中島政信, 山口 悟, 土岡 丘

【はじめに】胃悪性リンパ腫の約半分は胃原発びまん性大細胞性B細胞リンパ腫（以下DLBCL）が占めている。化学療法や化学放射線療法が推奨され、良好な治療成績が報告されているが、一方で治療後の胃癌発生も報告されている。今回我々はDLBCL寛解後に胃癌を発症した1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】82歳男性。

【主訴】腹部膨満。

【既往歴】高血圧、間質性肺炎、虫垂炎で手術施行。

【現病歴】80歳時にDLBCLに対してR-THP-COP療法（リツキシマブ、ビンクリスチン、ピラルビシン、シクロホスファミド、ブレドニン）を施行し、寛解を得られた。上部消化管内視鏡検査にて約半年ごとにフォローされていたが、寛解導入から1年半後までは特に異常所見は認められていなかった。食欲不振と嘔吐が出現したため、上部消化管内視鏡検査を施行したところ、前庭部に全周性狭窄があり、生検で低分化腺癌と診断された。残渣のため超音波内視鏡は施行できず、深達度はCT所見からSEと判断した。明らかなリンパ節転移や遠隔転移は認められず、術前診断は胃癌 L Circ cType3 cT4a (SE) N0M0 cStageIIBであった。本症例では原発性肺癌を併発しており、年齢や術後のQOL等を考慮し、術式は幽門側胃切除術とR-Y再建術を選択した。術中所見では、明らかな腹膜播種は認めず、術中腹腔洗浄細胞診は陰性、口側・肛門側断端も陰性であった。

【考察】文献検索では治療法は手術を選択した症例が最も多かったが、EMRや化学療法を選択した症例も見られた。術式についてはリンパ腫の根治性を考慮し胃全摘を選択した症例が多かったが、年齢や術後のQOLも考慮に入れた選択をしていくべきである。

胃悪性リンパ腫, 胃癌

早期癌の段階で治療介入した胃原発MANECの一例

N T T 関東病院 消化器内科
木本義明, 大園 研, 石井鈴人, 小西隆文, 小川さや香, 根岸良充,
瀧田麻衣子, 酒井英嗣, 村元 喬

【緒言】消化管神経内分泌腫瘍のWHO分類にて、腺癌とNEC (Neuroendocrine carcinoma: NEC) の両成分がそれぞれ30%以上存在する腫瘍を混合型腺神経内分泌癌(Mixed adenoneuroendocrine carcinoma: MANEC)と定義している。MANECは早期よりリンパ節転移や遠隔転移を来しやすく予後不良とされており、大部分が進行癌として発見される。今回我々は早期癌の段階で診断しえた胃原発MANECの一例を経験したので報告する。

【症例】81歳女性

【経過】前医での上部消化管内視鏡検査にて、早期胃癌の診断(生検 tub1-2)となり、内視鏡目的で当院紹介となった。当院で再検した内視鏡検査では白色光観察で体下部後壁大弯よりに25mm大の同色調の不整な陥凹性病変を認めた。NBI拡大観察ではdemarcation lineを有し、表面構造は不明瞭、血管構造は一部で崩れたnetwork構造が見られた。粘膜内の分化型癌と診断し、内視鏡的粘膜下層剥離術(ESD)を施行した。ESD病理結果はMANEC(tub2 60%, NEC 40%), 0-IIc, 28x28mm, pT1b(SM 900 μm), UL(-), ly(+), v(-), pHM0, pVM0、免疫染色はクロモグラニンA一部陽性、シナプトフィジン陽性、CD56陽性であった。追加切除適応と判断し腹腔鏡下幽門側胃切除術を施行したところ、切除検体では組織学的に癌の遺残はなく、廓清リンパ節全てで転移を認めなかった。

【考察】MANECの組織発生としては分化型腺癌が先行して、そこから増殖能の高い内分泌細胞癌が急速に塊状増殖するため、初めは腺癌と同じ肉眼型であり、内分泌細胞癌が増えるに伴い粘膜下腫瘍様の隆起や、中心陥凹を有する隆起、あるいは潰瘍限局型を呈する。粘膜下伸展が優位な事が特徴で、表層部は腺癌類似の組織形態を示すことがあるため、生検での診断での診断率が低い事が知られており、積極的な免疫染色が診断に寄与するとされている。

【結語】今回、胃原発MANECを早期癌の段階で治療介入出来た一例を経験したため、文献的考察を合わせて報告する。

MANEC, ESD

嚢胞との鑑別を要した胃原発DLBCLの一例

獨協医科大学 消化器内科
佐久間文, 土田幸平, 近藤真之, 金森 瑛, 村岡信二, 小松原利典,
紀 仁, 常見美佐子, 平石秀幸, 入澤篤志

【症例】52歳、女性。【現病歴】2次検診目的に診断した上部消化管内視鏡で噴門部に15mm大の粘膜下腫瘍(SMT)様の隆起を指摘された。経過観察となっていたが精査を希望され当院を受診した。【初診時現症】身長:160cm、体重:59kg。眼瞼結膜貧血なし、眼球黄染なし。腹部は平坦・軟で自発痛と圧痛なし。肝・脾触知せず。表在リンパ節は触知せず。【血液検査所見】LDH上昇はなく、その他特記所見なし。【内視鏡所見】精査目的に超音波内視鏡(EUS)を施行したところ噴門部に第2層由来の17mmのSMTを認めた。境界は明瞭で内部は無エコー、血流はなく嚢胞の診断となり経過観察となった。9カ月後経過観察目的にEGDを施行したところ嚢胞は25mmへ増大しており生検を施行したがGroup1であった。EUSを再検すると層構造は明確な判断が不能であったが25mm大の境界明瞭で内部に一部点状高エコーを認める比較的血流が豊富な低エコー腫瘍を認めた。同病変に対し、後日EUS-FNAを施行しdiffuse large B-cell lymphoma (DLBCL)の診断となった。【経過】確定診断後は血液内科へ転科となった。骨髄穿刺ではリンパ腫の浸潤は認めなかったがFDG-PET/CTでは膈壁への播種を認め胃原発DLBCL(Lugano分類:IV)の最終診断となった。化学療法目的に他院へ紹介となった。【考察】胃粘膜下腫瘍の診断には内視鏡検査、CT検査、EUS等の画像検査が行われるが、診断に苦慮することもない。本症例ではEUS所見で経時的な変化を認めており、文献的考察を加えて報告する。

胃粘膜下腫瘍, EUS

S-1+白金製剤の化学療法中に可逆性後頭葉白質脳症(PRES)を発症した若年進行胃癌の1例

東海大学医学部付属八王子病院¹⁾, 東海大学医学部付属病院²⁾
横田 将¹⁾, 白井孝之¹⁾, 佐野正弥¹⁾, 築根陽子¹⁾, 伊藤裕幸¹⁾,
市川仁志¹⁾, 永田順子¹⁾, 小嶋清一郎¹⁾, 高清水真二¹⁾, 渡辺勲史¹⁾,
峯 徹哉²⁾

【症例】23歳女性【現病歴】2017年10月に腹部膨満感と食欲不振にて近医受診し、CTにて巨大肝腫瘍、卵巣腫瘍、腹水を指摘され当院紹介受診となった。【既往歴】特記事項無し【個人歴】飲酒、喫煙なし【家族歴】特記事項無し【経過】上部消化管内視鏡にてtype4の胃癌が疑われ、生検にて印環細胞癌が検出されcStageIVの胃癌と診断した。HER2陰性であったため胃癌治療ガイドラインに基づきS-1+CDDP療法を選択。計2コース施行したところで消化器症状が強くSOX療法に変更し1コース施行した。その8日後に全身痙攣が出現、MRIではT2強調画像にて左頭頂葉に直径15mm大の楕円形の高信号を認め脳転移が疑われ、入院の上、抗痙攣薬の投与を行った。その後痙攣の再発は抑えられたが第9病日より意識障害が出現。CTでは異常なく、第12病日にMRIを施行したところT2強調画像にて後頭葉を中心に両側大脳深部白質に高信号を認めた。S-1による白質脳症が疑われSOX療法を中止し抗痙攣薬の継続投与、また高血圧、低Na血症も認められたためNa補正、降圧剤などの対症療法を行った。数日の経過で意識障害は改善し、第20病日のMRIでも障害領域の著明な改善が認められた。PRESは頭痛、意識障害、痙攣、視力障害などの神経症状を来した画像上、頭頂後頭葉領域を中心とした梗塞を伴わない皮質および皮質下の浮腫を来す病態と報告されている。また投与期間や投与量が影響する一方、本症例のように投与回数が少ない例の報告も見られる。テガフルによる発症頻度は0.026%とされているがS-1+CDDPないしS-1+OHPによる報告は稀なため報告する。

可逆性後部白質脳症, 化学療法

グリホサートによる急性薬物中毒治療中に、広範囲十二指腸出血を来し緊急脾頭十二指腸切除術により救命し得た一例

自治医科大学 消化器・一般外科

塩澤徹也, 遠藤和洋, 田口昌延, 三木 厚, 小泉 大, 笹沼英紀, 佐久間康成, 堀江久永, 細谷好則, 北山丈二, 佐田尚宏

症例は、双極性障害で通院治療中であった53才男性。グリホサートを誤飲し、その後自家用車にて当院救急外来受診。緊急入院し、ICUにて多臓器不全に対してECMOや人工透析を行った。長期人工呼吸器管理を必要とし気管切開術および右大腿部筋内膿瘍に対してドレナージ術を施行した。その後状態は改善し、経口摂取の開始を検討していた。緊急入院後約一ヶ月から吐血を認めた。上部消化管内視鏡を施行して十二指腸下行脚に広範な潰瘍を認めた。内視鏡の止血を試みたが、止血は困難であった。そのためIVRを施行したが、完全な止血は得られなかった。その後ショックバイタルを呈したため、緊急での外科的介入が必要と判断された。入院後35日目に、緊急手術を施行した。手術所見としては、腹腔内は、腸管や腸間膜の浮腫を認めた。重全胃温存脾頭十二指腸切除術を施行した。胆道再建はチューブによる不完全外瘻をおいた胆管空腸吻合とした。脾臓は、胃脾吻合として、脾管は脾管チューブによる完全外瘻として胃を経由して完全外瘻とした。長期の栄養管理が必要と予想されたために腸瘻造設も行った。術後は、明らかな合併症は認めなかった。脾管チューブを内視鏡的に離断し、内瘻化して抜去した。嚥下機能の低下が認められたために、腸瘻による栄養の上で、リハビリ目的に緊急手術後36日目に転院となった。本症例における十二指腸からの出血の原因としては、グリホサートによる腸管粘膜傷害の可能性が考えられる。しかし、グリホサート誤飲後約一ヶ月を経てからの広範な粘膜傷害であり、まれな症例と考えられた。文献的な考察を含めて報告する。

グリホサート, 消化管出血

日和見感染を契機に診断された消化管T細胞性リンパ腫の1例

東京医科歯科大学 医学部附属病院 消化器内科¹⁾, 同 血液内科²⁾, 同 病理科³⁾

豊田早織¹⁾, 日比谷秀爾¹⁾, 竹中健人¹⁾, 斉藤詠子¹⁾, 福田将義¹⁾, 根本泰宏²⁾, 永石智子³⁾, 井津井康浩³⁾, 大島 茂³⁾, 東 正新³⁾, 松岡克善¹⁾, 土屋輝一郎¹⁾, 中村哲也¹⁾, 岡本隆一¹⁾, 大塚和朗¹⁾, 渡辺 守¹⁾, 青山 慧²⁾, 坂下千瑞子²⁾, 倉田盛人³⁾, 江石義信³⁾

【症例】67歳、男性【既往歴】2型糖尿病、その他既往なし【現病歴】X年7月より下痢が出現し持続した。X+1年1月に脱力 came した。活動困難になり前医救急外来を受診。下痢に伴う高度脱水と腎機能障害の診断で緊急入院した。大腸内視鏡で回腸末端・盲腸に潰瘍を認め、サイトメガロウイルス(CMV)アンチジェン陽性であり、CMV腸炎の診断で14日間ガングリコロビルを投与された。しかし下痢症状に変化がないため、ガングリコロビル投与終了後にCF再検したところ、潰瘍の改善を認めず小腸疾患が疑われた。X+1年1月26日に当院を紹介受診となり、精査目的に同日入院となった。【臨床経過】入院時採血にてβDグルカンを陽性としたため、真菌感染症を疑い胸部CT施行したところ両肺野に多発すりガラス影を認めた。気管支内視鏡施行し洗浄液のPCR検査にてニューモシスチス陽性を認め、ニューモシスチス肺炎の診断となった。腸管病変精査目的にシングルバルーン小腸内視鏡を施行したところ、回盲弁から50cmまでの回腸に多発潰瘍を認め、回盲部には全周性の潰瘍を認めた。小腸潰瘍の生検でT細胞リンパ腫の診断となった。ニューモシスチス肺炎に対してスルファメトキサゾールリメトプリム内服加療を開始し、血液内科に転科となった。ニューモシスチス肺炎の加療終了後に化学療法を施行する方針とした。【考察】消化管悪性リンパ腫の多くがB細胞性であり、T細胞性の報告例は少ない。T細胞性リンパ腫は、細胞性免疫能の低下を来し、ニューモシスチス肺炎やCMVなどの日和見感染を来すことが多いことが報告されている。免疫不全を来す病態の既往のない患者の日和見感染症を背景とした消化管病変では、悪性リンパ腫を鑑別に考える必要があると考えられた。

消化管T細胞性リンパ腫, 小腸潰瘍

Meckel憩室の異所性胃粘膜に発生した腺癌を術前にダブルバルーン内視鏡で診断しえた1例

自治医科大学附属病院 消化器・肝臓内科¹⁾, 同 病理部²⁾, 同 消化器外科³⁾

船山陽平¹⁾, 小森健二郎¹⁾, 竹澤敬人¹⁾, 平岡友二¹⁾, 岡田昌浩¹⁾, 福田 久¹⁾, 井野裕治¹⁾, 坂本博次¹⁾, 三浦義正¹⁾, 林 芳和¹⁾, 矢野智則¹⁾, 砂田圭二郎¹⁾, 松原大祐²⁾, 金子勇貴³⁾, 鯉沼広治³⁾, 堀江久永³⁾, 大澤博之¹⁾, 山本博徳¹⁾

【背景】胎生期の卵黄腸管の遺残であるMeckel憩室は、腹部症状や貧血の原因精査の過程で偶発的に見つかる事がある。Meckel憩室内に癌が発生することは非常に稀であり、術前診断が困難で、進行した状態で見つかることが多い。今回Meckel憩室に発生した腺癌を術前に内視鏡で診断しえた症例を経験したので報告する。【症例】症例は46歳、女性。当院来院1年前から原因不明の発熱・嘔吐・下腹部痛を不定期に繰り返し、4ヶ月前から貧血も見られていたが、上下部内視鏡で異常なく、経過観察されていた。腹痛・嘔吐のため前医に入院し、腹部CTで中部回腸に造影効果に伴う壁肥厚とcaliber changeを認め、精査加療目的で当院へ転院となった。経肛門のダブルバルーン内視鏡で中部回腸に潰瘍を伴う狭窄部位あり、その口側に大きな憩室を認め、Meckel憩室と考えた。潰瘍から生検を施行し、腺癌の診断に至った。他臓器への転移のないことを確認し、小腸部分切除術を当院外科で施行した。病変は回盲弁より約100 cm、Treitz帯から320 cmの部位に存在し、腹腔内の播種・癒着所見は認めなかった。摘出検体の肉眼所見では管腔内にそれぞれ約3 cm大の近接する2型様病変を2病変認めており、各腫瘍の連続性は不明瞭であった。顕微鏡所見では異所性胃粘膜を背景とした高-中分化型腺癌が確認された。漿膜弾性板を越えて浸潤し、血管侵襲像、リンパ管侵襲像を認めたが、リンパ節転移は認めなかった。最終病理診断は胃癌取り扱い規約に準ずるとpT4a(SE), N0, M0, stage IIBであり、術後化学療法としてカベシタビンを投与している。術後11ヶ月たった現在も再発なく経過している。【考察】Meckel憩室に発生した癌は診断が困難であり、手術後に診断されることがほとんどである。更に転移を伴い進行した状態で見つかることが多く、予後は不良である。本症例は術前に内視鏡、生検組織で診断することができ、手術を行うことのできた貴重な症例であり、小腸疾患に対するダブルバルーン内視鏡の有用性が改めて示唆された。

Meckel憩室, 腺癌

一過性の腸閉塞を発症した家族性地中海熱の一例

日本大学病院 消化器内科

奥野宏晃, 草野 央, 鈴木 翔, 大木庸子, 大澤朗太, 林 香里, 山川 俊, 入江 彰, 武井章矩, 江崎 充, 岩塚邦生, 三浦隆生, 高橋利実, 中河原浩史, 山本敏樹, 小川真広, 後藤田卓志

【症例】30歳台男性【主訴】腹痛、発熱【現病歴】2年前から腹痛、発熱を繰り返していた。下痢や血便は認めなかった。他院で各種検査を受けたが原因は不明であった。しかし、3か月前から腹痛の出現頻度が月1回に増加し周期的に症状が出現するようになった。2日前から腹痛、発熱が再発し抗生剤治療で改善せず、当院救急外来に紹介となった。【既往歴】特記事項なし【家族歴】特記事項なし【嗜好歴】特記事項なし【臨床経過】受診時、37度台の発熱と臍周囲の持続痛を認めた。腹部造影CT検査で一部回腸の壁肥厚と口側の腸管拡張を認めており腸閉塞と診断し入院とした。禁食、補液で腸閉塞は改善したため、回腸の壁肥厚の精査を目的にカプセル内視鏡検査を予定した。しかし、崩壊性カプセルを投与したところ、腸閉塞を再発しイレウス管にて治療した。イレウス管からの小腸造影検査では、一部回腸になだらかな内腔狭小を認めたが、潰瘍像や癒着像は認めなかった。留置6日後の小腸造影検査では回腸内腔の狭小が消失し、造影剤も大腸へ円滑に流出していた。再度問診を行い、経過を検討したところ家族性地中海熱(FMF)が疑われた。コルヒチンの試験投与を行ったところ、その後9日間、腹部症状の再燃がなかったため退院した。外来でMEFV遺伝子 exon3 (P369-S-R408Q)の変異があり、“不完全型FMF”と診断した。【考察】FMFは、持続期間が比較的短い周期性発熱と漿膜炎を主徴とする遺伝性自己免疫疾患である。FMFは不明熱の原因として診断に難渋する可能性があるが、詳細な病歴聴取により絞り込むことが出来る疾患である。今回、病歴の再検討から診断に至った稀な疾患を経験したため、若干の文献的考察を加え報告する。

家族性地中海熱, 小腸

草加市立病院

山崎友裕, 松川直樹, 岡田理沙, 小橋健一郎, 今城眞臣, 鎌田和明, 矢内常人

37歳男性。2006年3月にクローン病の診断を受け同年当科紹介となった。5-ASA製剤やステロイド治療行っても著効せず、2010年には下行結腸の狭窄部を切除した。現在は抗TNF- α 抗体製剤による維持療法を行っている。2017年5月に心窩部に間欠痛を自覚し、当科外来を受診した。吐き気や嘔吐はなく、発熱もなかった。同日、上部消化管内視鏡検査を施行したが明らかな器質的異常はなく、胃粘膜保護薬を処方し帰宅した。その後も症状持続したため5日後に当科外来を再診した。血液検査では白血球9000/ μ L、CRP0.78と軽度の炎症を認めた。腹部単純CTでは遠位回腸が軽度拡張し、液体の貯留を認めた。また、虫垂の拡張とその内部に46mm大の糞石は認めたが、虫垂壁の肥厚や周囲の脂肪組織濃度の上昇はなかった。糞石は2010年のCTでは22mm大であり増大していた。そのため心窩部痛の原因として糞石の関与を疑った。糞石除去目的に下部消化管内視鏡検査を施行した。虫垂入口部にびらんがあり、虫垂は嚢状に拡張し、糞石が貯留していた。スネアや鉗子を用いて2回に分けて糞石粉碎術を施行したところ、心窩部痛は消失した。心窩部痛の原因として虫垂内の糞石が増大し、回腸末端が圧排されたことによるサブイレウス、もしくは虫垂内圧の上昇による関連痛が鑑別に挙げられた。内視鏡糞石除去で症状の改善を認めた稀な一例を経験したため、若干の文献学的な考察を踏まえて報告する。

糞石, クローン病

帝京大学 医学部 内科¹⁾, 帝京大学 病院病理部²⁾
大隅 瞬¹⁾, 櫻井美代子¹⁾, 松本康佑¹⁾, 柳澤大輔¹⁾, 大和 洸¹⁾,
青柳 仁¹⁾, 磯野朱里¹⁾, 阿部浩一郎¹⁾, 小田島慎也¹⁾, 山本貴嗣¹⁾,
喜多宏人¹⁾, 田中 篤¹⁾, 滝川 一¹⁾, 大島康利³⁾, 笹島ゆう子²⁾

【症例】49歳女性。左卵巣の内膜症性嚢胞を指摘されていたが経過観察となっていた。健診で初めて便潜血陽性を指摘されたため、他医で大腸内視鏡検査を施行され、S状結腸狭窄を指摘。生検ではGroup1のみであった。自覚症状はないものの、精査目的に紹介となった。血液検査では小球形貧血を認めるも自覚症状は見られなかった。腹部造影CTではS状結腸の子宮広間膜付近での癒着による狭窄が疑われたが、腫瘍性病変は指摘されなかった。自覚症状がないため、通常の大腸内視鏡検査の前処置後に検査を実施した。AV10~15cmに半周ほどの粘膜下隆起を認め凹凸は目立つも隆起部には潰瘍は見られなかった。粘膜下隆起の口側に発赤やびらん、小潰瘍を認めるのみで、ほか異常所見は認めなかった。粘膜下隆起部に対し超音波内視鏡検査で観察したところ、第4層より発生する紡錘状の低エコー域を認め、腸管子宮内膜症が疑われた。粘膜下隆起部より生検を施行したところ、粘膜組織の深層の一部に異型に乏しい異所性子宮内膜組織を認めた。免疫組織化学的検索ではER陽性の腺上皮と間質細胞、CD10陽性の間質細胞が構成されていることから、子宮内膜症として矛盾しないとの結果であったため、腸管子宮内膜症と診断した。自覚症状はないため、現在外来で経過観察中である。【考察】腸管子宮内膜症は比較的稀な疾患とされており、報告されているものは自覚症状を伴うものが多く、内視鏡所見を認めるものの内視鏡下生検で確定診断できた症例は少ないとの報告が多い。今回内視鏡下生検で診断しえた症例を経験したので報告する。

腸管子宮内膜症, 内視鏡下生検

東京労災病院

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

症例1は46歳女性。20XX年1月4日からの腹痛、嘔吐を主訴に近医を受診し、補液を受けたが改善せず、13日当科を受診した。血液検査でWBC 23200/ μ L、CRP 25.9mg/dlと著明な炎症反応の上昇がみられ、腹部CTで上行から横行結腸の壁肥厚、内腔の拡張及び腹水を認めたため中毒性巨大結腸症を疑われ入院となった。大腸内視鏡検査では直腸に潰瘍性大腸炎を示唆する所見はなかった。便迅速検査でClostridium difficile(以下CD)毒素/抗原が陽性であったため、CD関連腸炎と診断しMetronidazole(MNZ)の内服を開始した。外科手術も考慮されたが保存的治療で炎症反応と結腸ガス像は改善したため、第17病日に食事を再開し第29病日に退院した。症例2は80歳男性。糖尿病性腎症、狭心症などで近医受診中であった。20XX年12月中旬より微熱があり、同医より抗生剤(Garenoxacin)の投与を受けた。その後も発熱が続くため12月下旬に当院を受診した。WBC26300/ μ L、CRP 22.69mg/dl、BUN 74mg/dl、Cr 4.89mg/dlと炎症反応の上昇、腎機能障害を認め腎臓内科に入院となった。入院後より右下腹痛を認め第2病日の腹部CTにて脾彎曲部を中心とした腸管壁の肥厚を認めたため当科に転科となった。第3病日も炎症反応の改善を認めず、ショックバイタルを呈した。腹部CTでは結腸内に多量のガス貯留を認め著明な腸管拡張を呈しており劇症型CD関連腸炎が疑われた。同日よりVancomycinの内服、MNZの点滴静注を開始し、CHDFを施行した。第10病日に昇圧剤、CHDFを離脱した。同日に排便を認め、便中CD toxin抗原/毒素ともに陽性であった。第17病日より食事を再開し、第28病日に退院した。麻痺性イレウスを呈した市中感染型CD関連腸炎を2例経験した。CD関連腸炎では先行する下痢症状がない場合があり注意が必要である。

クロストリジウム・ディフィシル, イレウス

順天堂大学医学部附属順天堂医院

佐伯至勇, 岡原昂輝, 伊藤翔子, 高橋正倫, 清水基規, 福岡浩文, 上山浩也, 石川 大, 今 一義, 加藤順子, 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, 椎名秀一朗, 永原章仁

【症例】38歳男性。201X年発症の全大腸炎型潰瘍性大腸炎(UC)患者。201X年腹痛、血便を主訴に発症。ステロイド抵抗性であり、当院紹介となった。当院にてアダリムマブ、タクロリムス、ゴリムマブで治療を試みたがいずれも一時的な改善のみで治療抵抗性であった。9月に施行した内視鏡検査では上行結腸からS状結腸にかけてMayo score 3の強い炎症を認めた。その後さらに関節痛が出現し発熱も持続、UCの腸管外合併症併発と診断した。便中カルプロテクチンは4000 μ g/gと高値であった。当院ではUCへの有効性が報告されている抗菌剤療法(Amoxicillin, Tetracycline, Metronidazole: ATM)のTetracyclineをFosfomycinに変更したAFM療法をFMTの前治療として2週間投与する便秘植療法(FMT)コンビネーションセラピー(Antibiotics-FMT: A-FMT)を行っており、十分なインフォームドコンセントの上、当科のUCに対するA-FMT治療を10月Y日(day0)より行った。AFM療法が終了した日(day14)のCRPは2.2mg/dlと改善傾向を示したが、関節痛や微熱は持続し赤沈は111mm、便中カルプロテクチン830 μ g/gと依然高値であった。FMT施行後には関節痛は消失し、解熱、day40には赤沈28mmと改善が得られ、便中カルプロテクチンは121 μ g/gであり正常値まで改善、臨床的寛解が得られた。【まとめ】治療抵抗性のUC患者の腸管外合併症に対してA-FMT療法を行い、腸管外合併症をコントロールできた貴重な症例であり文献的考察を加え報告する。

潰瘍性大腸炎, 糞便移植療法

17 非閉塞性腸管膜虚血症を疑うも消化管広範に虚血性変化を認めた1例

東京都立広尾病院

山下大和, 太田俊介, 北村 圭, 石沢遼太, 増田大機, 川上雅代, 野口典男, 横須賀哲哉, 小林宏寿

【症例】58歳, 男性。【既往歴】脳室内出血。【現病歴】遷延する発熱から, 当院脳神経外科紹介。抗生剤加療を行うも、熱源不明であり、改善も乏しかった。第7病日に吐血あり、当院消化器内科紹介。検査にて消化管虚血が疑われ、当科紹介となった。【現症】腹部平坦、やや硬、意思疎通困難のため圧痛の評価は困難。【検査所見】血液検査所見; WBC13400/ μ l, CRP4.49mg/dl, CK19U/l, BUN40.7mg/dl, Cre1.43mg/dl pH7.490, BE-2.7mmol/l, lac3.14mmol/l 上部消化管内視鏡検査 (EGDs); 食道、胃、十二指腸に非連続性に粘膜の虚血性変化を認めた。造影CT検査: 胃、十二指腸、回腸広範に粘膜浮腫と造影効果不良域を認めた。明らかな動脈閉塞は認めなかった。【経過】非閉塞性腸管膜虚血症 (NOMI) を疑うも、虚血を疑う範囲は上部消化管から始まり非典型的であった。上腸管膜動脈、左胃動脈から血管造影検査を行ったが閉塞は認めず静脈還流も正常だった。上腸管膜動脈、腹腔動脈にカテーテルを留置し、アルプロスタジル10 μ gを各々のカテーテルからボラス投与後、ババペリン720mg/日を2日間持続投与した。その後は解熱し血液検査所見も改善した。ババペリン終了3日後の造影CT検査では、腸管の造影効果も改善を認めた。4日後のEGDsでは粘膜の虚血性変化は改善したが、幽門に狭窄所見を認め経鼻胃管減圧を行った。11日後の再検査でも同様だったため、経皮内視鏡的経胃空腸チューブ造設術 (PEG-J) を施行した。その後経過良好にて前医へ転院となった。【考察】NOMIは支配動脈に器質的な閉塞が無いにもかかわらず、分節状、非連続性に腸管の虚血や壊死が生じる疾患である。NOMIでは小腸から右側大腸にかけて虚血変化を認めることが多く、自験例のように消化管広範に虚血所見を認める報告は少ない。広範な腸管粘膜虚血変化を認める疾患として炎症性腸疾患や血管炎、サイトメガロウイルス感染症などもあるが本症例では否定的であった。今回、NOMIを疑うも消化管広範に虚血性変化を認めた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。

非閉塞性腸管膜虚血症, 上部消化管粘膜障害

18 顕微鏡的多発血管炎に対して免疫抑制療法中に発症した重症サイトメガロウイルス感染症の1例

群馬大学医学部附属病院 消化器・肝臓内科

平 知尚, 小林 剛, 佐藤圭吾, 佐野希望, 星 恒輝, 入江江美, 田中寛人, 中山哲雄, 山田俊哉, 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】74歳, 女性【臨床経過】顕微鏡的多発血管炎 (MPA) に対してプレドニゾロン (PSL) とアザチオプリン (AZA) を用いて免疫抑制療法を行っていた。MPAに対する治療開始から36日後に全身倦怠感が出現し、血液検査で胆道系酵素の上昇を伴う肝障害が認められた。急性胆嚢炎・胆管炎の疑いとなり、抗生剤にて治療を開始したが、肝障害の改善が乏しいため、当院外科に転院搬送となった。転院後、胆嚢出血や結石などによる閉塞性胆管炎を疑い、ERCPを施行したが、明らかな胆管の閉塞は認めず、ERCP施行後も肝障害の改善は見られなかった。そのため、肝障害の精査目的に当科転科となった。第1病日(転科後)より、胆汁うっ滞性の薬物性肝障害も念頭におき、抗生剤などの被疑薬を中止の上、グリチルリチン製剤、ウルソデオキシコール酸にて治療を開始したが、肝障害は増悪傾向であった。サイトメガロウイルス(CMV)アンチゲネミアが陽性であったため、第5病日よりガンシクロビル (GCV) で治療を開始した。投与開始日の血液検査ではT-Bil 16.9 mg/dL, D-Bil 14.88 mg/dL, AST 506 U/L, ALT 546 U/L, ALP 5227 U/L, γ -GT 1463 U/Lであった。GCV開始後も改善が乏しいため、第9病日より3日間PSL1000 mgでパルス療法を施行した。パルス療法施行後より黄疸及び肝障害は改善傾向となったが、第14病日のCMVアンチゲネミアは130程度と上昇していたため、第16病日よりGCVを増量し、また、免疫グロブリン大量療法も併用した。その後、肝障害は改善し、CMVアンチゲネミアは陰性化した。【結語】本症例は重症CMV感染症による肝炎の一例であった。一般的にCMV肝炎による黄疸の遷延や重症化は非常に稀とされているが、本症例のように免疫抑制療法中に肝障害が生じた際には、肝障害の程度に関わらず、CMV感染症を鑑別に挙げる必要がある。

サイトメガロウイルス, 肝炎

19 DAA治療により悪性リンパ腫の消失を認めたC型慢性肝炎の1例

東海大学 医学部 消化器内科学¹⁾, 同 血液内科学²⁾

山路葉子¹⁾, 鶴谷康太¹⁾, 吉原四方¹⁾, 広瀬俊治¹⁾, 小川吉明²⁾, 加川建弘¹⁾, 峯 徹哉¹⁾

【症例】40歳代女性。11年前に左頸部から左鎖骨上リンパ節腫脹の精査目的に当院血液内科に紹介受診された。左頸部リンパ節生検にて、Marginal zone B-cell lymphomaの診断となった。また、FDG-PETでは左鎖骨遠位部や腸間膜リンパ節へのFDGの集積を認めていた。低悪性度B細胞性リンパ腫の低腫瘍量であることから、治療介入を行わず経過観察をする方針となった。経過観察中に発熱などの症状はなく、リンパ節の増大や新規リンパ節腫脹は認めず、sIL-2Rは500-600 U/ml程度で経過していた。慢性C型肝炎の診断にて当科へ紹介となり、Genotype1b (L31野生型、Y93野生型) であることから、Ledipasvir / Sofosbuvirを201X年1-3月に内服された。明らかな副作用を認めず、12週間の内服を完遂され、内服終了24週後のウイルス学的著効 (SVR) を確認した。その後、201X年6月に施行したFDG-PETではリンパ腫を示唆するFDGの異常集積は認めなかった。また慢性C型肝炎治療後より、sIL-2Rは300 U/ml程度へと低下を認めている。【考察】慢性C型肝炎治療後よりFDG-PETにおける異常集積の消失と、sIL-2Rの低下を認め、C型肝炎ウイルス (HCV) 排除が悪性リンパ腫の消失に寄与したと考えられた。HCVと悪性リンパ腫の関連に関しての文献的考察を含めて報告する。

HCV, 悪性リンパ腫

20 急性胆嚢炎、水頭症を合併した巨大肝嚢胞の1例

昭和大学 藤が丘病院 消化器内科

新谷文崇, 山村詠一, 長濱正亞, 高野祐一, 遠藤利之, 林 将史, 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67歳、女性。くも膜下出血による水頭症により脳室-腹腔シヤント(以後VPシヤント)を挿入後、当院併設のリハビリ病院入院中であった。数日前より右季肋部痛が出現、炎症反応も上昇し、改善しないために当院救急外来を受診、急性胆嚢炎の診断で入院となった。CTで胆嚢結石や胆嚢腫瘍は認めなかったが、肝右葉に約10cm大の巨大肝嚢胞を認め、胆嚢頸部を圧排している所見を認めたため、巨大肝嚢胞の圧排による急性胆嚢炎が疑われた。肝嚢胞壁は肥厚や濃染は認めず、肝嚢胞感染を疑う所見は認められなかった。入院後より抗生剤治療を開始したが炎症の改善は認められなかった。第7病日に意識状態の悪化を認め、再度CT施行したところ、水頭症の悪化を認めた。VPシヤントが肝床部に迷入しており、巨大肝嚢胞によりシヤント迷入が解除できないことが原因と考えられた。巨大肝嚢胞が胆嚢炎とVPシヤント閉塞の原因となっていると考えられたため、第9病日に肝嚢胞穿刺を施行した。嚢胞穿刺後は胆嚢炎は改善傾向、第11病日に施行したCTで嚢胞の縮小を認めた。肝床部に位置していたシヤントは腹腔下部へ移動しており、水頭症の改善も認められた。意識状態は徐々に改善、第17病日より食事開始し経過は良好であった。第23病日に肝嚢胞癒着術 (ミノマイシン200mg) を施行し、その後嚢胞の増大はみられず、第30病日にドレーン抜去した。胆嚢炎は胆嚢内胆汁うっ滞により胆嚢に急性炎症が生じた病態であり、胆汁うっ滞の約95%は胆石による胆嚢管閉塞が原因とされている。その他胆嚢腫瘍等による胆汁うっ滞症の症例もあるが、肝嚢胞が原因となる急性胆嚢炎の症例は非常に稀である。今回巨大肝嚢胞に対する嚢胞穿刺により胆嚢炎及び水頭症の改善を認めた1例を経験したため、文献的考察を加えて報告する。

肝嚢胞, 胆嚢炎

21 多発性骨髄腫によるびまん性肝浸潤を認めた1例

獨協医科大学 第二外科

阿久津律人, 清水崇行, 鈴木隆志, 松本尊嗣, 森 昭三, 加藤正人, 青木 琢, 窪田敬一

【症例】症例は69歳の男性。食欲不振と発熱の精査で高γグロブリン血症を指摘され、骨髄穿刺の結果、多発性骨髄腫の診断となった。化学療法施行前の全身精査のPET-CTで、FDGの異常集積を伴う肝腫瘍を認め、当科に肝生検目的で紹介となった。腹部CTでは、肝腫大を認め、腫瘍の指摘は困難であった。PET検査では肝内側区域から前区域にかけて約12cm大のFDGの異常集積を認めた。息止めが困難であったため、全身麻酔下で経腹壁超音波ガイド下肝生検を施行した。生検後は合併症なく、退院となった。病理所見では、組織学的に正常肝組織に形質細胞様の異型細胞の浸潤を認めた。免疫染色において、異形細胞はlight chain κ陽性、λ陰性、CD38陽性、CD138陽性であり、多発性骨髄腫の肝浸潤を疑う所見であった。生検結果を踏まえて、当院血液内科で多発性骨髄腫の治療を行う予定となった。【考察】医中誌とPubMedで「多発性骨髄腫」と「肝浸潤」をキーワードに検索したところ、本症例と同様の病態であった9例の報告例を認めた。多発性骨髄腫の肝浸潤は、髄外腫瘍型とびまん性肝浸潤型の2種類があり、本症例は形質細胞による腫瘍像を呈していないことから、びまん性肝浸潤型であると考えられた。9例の報告例のうち、7例は髄外腫瘍型であり、2例がびまん性肝浸潤型であった。主訴は腹痛1例、肝機能障害3例、黄疸2例であり、本症例と同様に肝胆道系酵素の上昇がない症例は2例であった。画像所見では髄外腫瘍型のうち4例は造影CTで境界明瞭な高吸収域の腫瘍を呈していた。一方、びまん性肝浸潤型では、肝腫大を2例に認めた。PET検査では、髄外腫瘍型の2例が腫瘍にFDGの異常集積を呈していた。臨床経過では、肝生検後に多発性骨髄腫の進行で死亡した症例が3例であった。多発性骨髄腫の肝浸潤は予後規定因子になりうる可能性があり、多発性骨髄腫の患者における肝機能障害、黄疸、肝腫大、肝腫瘍を認めた場合、腫瘍の肝浸潤を鑑別診断に挙げ、CTやPET検査などの画像検査や肝生検を施行する必要があると考えられた。【結語】多発性骨髄腫によるびまん性肝浸潤を認めた1例を経験したので報告する。

肝, 多発性骨髄腫

23 主3肝静脈に接する大腸癌肝転移に対し術前化学療法後に根治的切除を行った1例

東京大学医学部附属病院 肝胆脾外科・人工臓器移植外科¹⁾, 同 病理部²⁾

阿部健太郎¹⁾, 桐谷 翔¹⁾, 山下 俊¹⁾, 金子順一¹⁾, 堂本裕加子²⁾, 赤松延久¹⁾, 有田淳一¹⁾, 阪本良弘¹⁾, 長谷川潔¹⁾

【背景】大腸癌肝転移に対する根治的切除は治癒が期待できる唯一の治療法である。一般的なResectabilityの定義としては、適切な残肝容積・血流の出入り・胆汁ドレナージが確保され、R0切除が見込めることとされる。【症例】68歳、女性。近医で盲腸癌(wild type RAS)及び同時性肝転移を指摘された。肝転移巣はS8/4に存在する75mm大の腫瘍であり、下大静脈・右肝静脈・中肝静脈・左肝静脈に浸潤が疑われた。Technically unresectableと判断され、Conversion目的にmFOLFOX6/ Panitumumabを6コース施行した。著明な腫瘍マーカーの低下、腫瘍の形態学的変化を認め、新規病変の出現を認めなかったことから肝切除の方針とした。術中エコー所見では、腫瘍による左肝静脈への浸潤がなく、右肝静脈・中肝静脈への浸潤が示唆された。また、肉眼的に下大静脈への浸潤を認めなかった。腫瘍から適切なMarginを確保するため、右肝静脈の楔状切除、中肝静脈の環状切除を伴う肝部分切除を施行した。同種凍結静脈を用い、前者に対しPatch再建、後者に対しグラフト置置による筒状再建を施行した。術後は、特に合併症なく退院した。病理結果はSurgical margin negativeであった。【結語】主3肝静脈に接する大腸癌肝転移に対し、術前化学療法後に根治的切除を施行し得た症例を経験した。文献的考察を加えて報告する。

大腸癌肝転移, 肝静脈

22 肝動脈化学塞栓療法後に、急性溶血で発生したClostridium perfringens敗血症の1例

北里大学病院 消化器内科学

尾上美恵, 魚嶋晴紀, 日高 央, 窪田幸介, 和田尚久, 田中賢明, 井上智仁, 中澤貴秀, 渋谷明隆, 小泉和二郎

【緒言】Clostridium perfringens (C. perfringens) は、腸内細菌叢に存在する嫌気性細菌であり、ガス産生を伴う肝腫瘍として同定され、高度の溶血性を伴う敗血症は高い致死率をもつことが報告される。今回われわれは、肝細胞癌に対して、経カテーテル肝動脈化学塞栓療法 (TACE) 後に急激な溶血をきたしたC. perfringens敗血症の1例を経験したので報告する。【症例】症例は83歳男性。非アルコール性脂肪肝炎を原因とした肝硬変を背景に、2012年初回肝細胞癌を指摘された。局所療法を行うことが2016年12月腹部CT検査で多発肝細胞癌の再発が疑われたため、TACE施行目的に入院となった。既往歴：脾頭十二指腸切除術後(2005年乳頭部癌)。入院時血液検査所見：Cre1.43mg/dL, AFP 1200mIU/L。腹部単純CT検査：肝S2、S6、S8に低吸収域。多発肝細胞癌再発に対し、エビルピシンとリビオドールを使用したTACEを施行した。術後経過は問題なく経過していたが、第6病日に発熱と血尿が出現した。血液検査では、著名な溶血と黄疸が認められ、発症より数時間後にショックに至り、集学的治療を行うも心肺停止状態となった。同日病理解剖を行ったところ、肉眼所見で、肝腫瘍周辺に膿瘍が形成しており、肝実質にのう胞形成したスポンジ状変化が認められた。後日、膿瘍部にグラム陽性桿菌が多数付着していることが判明し、培養検査からC. perfringensが検出された。TACE後急性溶血及びガス産生肝腫瘍を合併したC. perfringens敗血症と診断された。【考察】肝動脈化学塞栓療法後に、急性溶血で発生したClostridium perfringens敗血症は非常にまれな病態であり、医中誌及びPubMedにて1990年より2018年の期間に検索したところ7例のみ報告されている。平均年齢73歳、男性5例女性2例。全例に、胃切除術後やERCPなどの既往が認められた。発症は術後7日以内で、いずれも血尿と溶血が発見の契機となっていた。治療は抗菌薬を中心に膿瘍ドレナージの報告も散見されるが、予後は極めて不良で24時間以内に71.4% (5/7) が致死経過であった。

C. perfringens, 経カテーテル肝動脈化学塞栓療法

24 胆嚢管分岐異常に対して腹腔鏡下胆嚢摘出術を施行した1例

独立行政法人 地域医療機能推進機構 東京高輪病院

中村真衣, 池田真美, 多胡和馬, 原田庸寬, 渡邊健雄, 平野賢二, 小山広人

外科医にとって、変異の多い胆管形態に対する理解を深めておくことは、術式選択や合併症回避のために重要である。今回、左右肝管の低位合流があり、さらに後区域枝より胆嚢管が分岐する稀な症例に対する腹腔鏡下手術を経験したので報告する。症例は70歳女性。総胆管結石性胆管炎に対する胆管ステント留置時のERCPで、肝外胆管の走行異常を指摘された。左右肝管の低位合流があり、さらに後区域枝より胆嚢管が分岐する特殊型であった。MRCPでは門脈変異がないことが確認された。胆嚢内に胆泥があるため腹腔鏡下胆嚢摘出術の適応となり外科紹介となった。手術手技は既報告に習い、Rouviere溝の腹側で胆嚢漿膜を最初に切開し、胆嚢漿膜下層内層(ss-i)を露出させ胆嚢床方向へ剥離層を拡大する方法で安全を確認した。胆嚢を直接穿刺して術中胆道造影を施行し、胆嚢管と後区域枝の合流部を確認、さらに他の走行異常や副交通胆管枝のないことを確認したうえで、胆嚢管を切離することができた。画像診断の進歩により術前の詳細な術式のシミュレーションを行えるようになり、胆管胆嚢管分岐異常症例に対して腹腔鏡下でも安全な手術手技の遂行が可能と考えられた。

胆嚢管分岐異常, 腹腔鏡下胆嚢摘出術

がん・感染症センター都立駒込病院 外科
小栗洋平, 大目祐介, 山本 淳, 土井愛美, 本間祐樹,
本田五郎

【背景】自己免疫性肺炎(AIP)は、組織学的にリンパ球とIgG4陽性形質細胞の高度な浸潤と線維化を特徴とする疾患で、ときに膵腫瘍を形成し膵癌との鑑別が問題となり得る。一方、両者の併発はまれであり、報告例は少ない。今回AIPの経過観察中に膵頭部癌が併発し、診断可能であった1例を経験したので報告する。【症例】86歳代男性。右上腕原発性皮膚悪性リンパ腫に対し、放射線治療後経過観察がなされていた。PET/CTにて膵臓にびまん性の集積があり、IgG4 308 mg/dlと高値であった。膵酵素や胆道系酵素の上昇はなく、腫瘍マーカー(CEA、CA19-9、DUPAN-2)はいずれも正常範囲内であった。CT検査では膵体部から膵尾部にかけてびまん性の膵腫大、主膵管の口径不整、膵周囲の被膜様構造を認め、AIPと診断した。主膵管は一部膵頭部で途絶しており、超音波内視鏡下穿刺吸引細胞診(EUS-FNA)を施行したが、悪性所見は認めなかった。膵頭部癌の併発の可能性も否定できず、5ヵ月月後のCTにて主膵管途絶部に一致して乏血性の腫瘍を認め再度EUS-FNAを行ったところAdenocarcinomaの診断が得られ、自己免疫性肺炎に伴発した膵癌と診断した。高齢であるため、外科的切除は行わずS-1併用化学放射線療法を行った後S-1隔日投与を継続しているが、治療開始後18ヵ月間遠隔転移の出現なく原発巣縮小維持を得られている。【結語】自己免疫性肺炎に伴った膵頭部癌の1例を経験したので文献的考察を加えて報告する。

自己免疫性肺炎, 膵頭部癌

獨協医科大学 埼玉医療センター
宮田有理恵, 吉岡麗二, 高田武蔵, 立岡哲平, 野家 環,
大矢雅敏

症例は59歳、男性。閉塞性黄疸の精査加療目的に当院消化器内科へ紹介となった。造影CTで膵頭部にisodensityな腫瘍を認め、同部位で胆管狭窄を来していた。内視鏡的逆行性胆管造影を施行し、下部胆管に約5cmほどの狭窄像あり、内視鏡的逆行性胆管ドレナージ(Endoscopic Retrograde biliary drainage; 以下ERBD)チューブの留置と狭窄部からの胆管擦過細胞診を施行したところClass2であった。血清IgG4値が233mg/dLと高値であり、自己免疫性肺炎の可能性を考慮して膵頭部の腫瘍に対して超音波内視鏡下穿刺吸引法(Endoscopic Ultrasound-Fine Needle Aspiration; 以下EUS-FNA)を施行した。病理結果は悪性所見なく、IgG4陽性細胞を多数認め、IgG4/IgG>40%とされ、IgG4関連自己免疫性肺炎の診断となり、プレドニゾロン導入となった。自己免疫性肺炎は改善傾向であり、プレドニゾロン40mg(0.6mg/kg)導入後23日目にステントトラブルでERBDチューブ交換の際に施行した総胆管組織診で胆管狭窄部より腺癌を認め、膵頭部癌の診断で当科へ紹介となった。ステロイドを漸減中止後、門脈合併切除再建を伴う亜全胃温存膵頭十二指腸切除術を行った。術後経過は良好で、合併症なく術後20日目に独歩退院した。病理組織学的診断は浸潤性膵管癌で、pT3N1(11/54)M0, pStage2B、根治切除であった。免疫組織学的には膵臓の線維化巣内及び総胆管に浸潤している形質細胞におけるIgG4/IgG比率は60-80%であり、IgG4陽性形質細胞は70-80/HPF認められ、IgG4関連自己免疫性肺炎として矛盾しない組織所見であった。術後補助化学療法としてS1療法を4コース施行し、現在再発なく経過している。IgG4関連自己免疫性肺炎と診断されても癌の可能性も念頭において治療を行う必要があると考えた。

IgG4関連自己免疫性肺炎, 膵頭部癌

防衛医科大学校 外科学講座¹⁾, 同 臨床検査医学講座²⁾
加藤 透¹⁾, 青笹季文¹⁾, 恒成崇純¹⁾, 神津慶多¹⁾, 西川 誠¹⁾,
星川真有美¹⁾, 永生高広¹⁾, 野呂拓史¹⁾, 梶原由規¹⁾, 平木修一¹⁾,
神藤英二²⁾, 辻本広紀¹⁾, 緒方 衡²⁾, 長谷和生¹⁾, 上野秀樹¹⁾,
山本順司¹⁾

【はじめに】Solid-pseudopapillary neoplasm(以下SPN)は、膵臓の非神経内分泌腫瘍の1%程度の比較的まれな腫瘍であり、若年女性に好発する。今回われわれは男性に発生した膵SPNの2症例を報告する。(症例1)12歳男性。学校検診での尿蛋白陽性を契機に施行した腹部エコー検査で腹部腫瘍を認め当院紹介受診となった。腹部造影MRI検査で膵体部に51mm大の造影効果を伴う嚢胞性病変を認め、T2強調でやや不均一な高信号を伴うことからSPNを疑った。主膵管が閉塞していたため膵体尾部切除を施行した。病理組織標本では硝子様変化を示す血管構造を軸として腫瘍が偽乳頭状に増殖する像を認め、免疫組織化学的にchromogranin Aは少数発現したが、CD10が陽性、かつβ-cateninが核に陽性でありSPNと診断された。(症例2)35歳男性。バイク事故を契機に撮影した腹部造影CTで、膵尾部に30mm大の嚢胞性病変を認め当院紹介受診となった。腹部MRIではT2強調で高信号と中間信号が混在した一部分葉状腫瘍であり、SPNもしくは膵神経内分泌腫瘍を疑った。腫瘍が脾静脈と近接していたため膵体尾部切除を施行した。病理組織標本では腫瘍細胞が一部多核化を伴いながら偽乳頭状に増殖する像を認め、免疫組織化学的にも合致し、SPNと診断された。【考察】症例1、2ともに形態学的には典型的な所見であり、組織学的診断は比較的容易と考えられた。SPNの男性例では女性例と異なる臨床病理学的特徴を示すことが示唆されており、文献的考察を含めて報告する。

Solid-pseudopapillary neoplasm, 男性

JR 東京総合病院
阿部創平, 岩立堂佑, 中川秀紀, 小田原成彬, 森山 慎, 吉川剛史,
毛利 大, 大前知也, 岡本 真

【症例】40代 男性【主訴】特になし【現病歴】人間ドックの腹部エコーで、膵体部に10mm大の嚢胞を指摘されたため、当科外来を受診した。腹部造影CTではdynamic CTの動脈相で濃染に乏しく、門脈相～平衡相で腔実質と等吸収の11mm大の境界明瞭な腫瘍を認めた。腹部MRCPでは膵体部に10mm大のT2WIで高信号、脂肪抑制T1WIで低信号、DWIで高信号を示す境界明瞭な腫瘍を認めた。EUSでは同部位に石灰化と連続し、11mm大の明瞭なやや不均一でやや低エコーのSOLを認めた。悪性所見を否定できず、さらなる精査としてEUS-FNA施行目的に入院した。【血液検査】AST 30 IU/l, ALT 32 IU/l, AMY 48 IU/l, リパーゼ 41 IU/l, T-Bil 1.0 mg/dl, CEA 0.9 ng/ml, CA19-9 11 U/ml, DUPAN-2 <25 U/ml, SPan-1抗原 3.6 U/ml【既往歴】高血圧症【飲酒歴】アルコール摂取量84g/週に3日【入院後の経過】EUS-FNAの結果、膵神経内分泌腫瘍(G1)の診断で他臓器への転移は見られず、当院外科に紹介し膵中央部分切除術を施行した。膵部分切除検体は4×4×2.5cmで、最終診断はNeuroendocrine tumor・G2、1.2cm×1.1cm、ly(-)、v(+), 切除断端陰性で境界明瞭な白色調・弾性硬の腫瘍だった。術後、膵断端側(膵頭側)・脾空腸吻合部(膵尾側)から膵液漏が見られたが、それ以外の明らかな偶発症は見られず、術後3日後から食事開始、術後34日でドレーン抜去し、術後35日で退院した。【考察】膵腫瘍の鑑別疾患は多岐に及ぶが、膵神経内分泌腫瘍は比較的稀な疾患である。典型的な膵神経内分泌腫瘍は多血性腫瘍を認める事が多いが、当症例では乏血性でかつ石灰化を有する非典型的で術前診断に苦慮したため、文献的考察を加えて報告する。

膵神経内分泌腫瘍, 若年性

東邦大学医療センター大森病院 消化器内科
藤井紘大, 山本慶郎, 岸本有為, 山田悠人, 渡辺浩二, 吉本憲介,
岩崎 将, 伊藤 謙, 岡野直樹, 五十嵐良典

症例は70歳代女性。20XX年12月、閉塞性黄疸、膵頭部癌の疑いで近医から紹介受診。腹部造影CTで膵頭部に10mm大の低吸収域の腫瘍を認め、全身精査の結果、膵頭部癌、多発肝転移、十二指腸浸潤の診断に至った。十二指腸浸潤が高度であり経乳頭のアプローチが困難であったため、PTCDを行い減黄した。20XX+1年1月、胃空腸吻合、胆管空腸吻合、胆嚢摘出術、肝部分切除術を行い、同年2月から化学療法（GEM+nab-PTX）を開始した。Day3から発熱を認め、その後上腹部痛を認めたためDay11に腹部CTを施行したところ膵周囲や膵前方に部分的に被膜を伴う液貯留域と腹水増加を認めた。経皮ドレナージを行い、膵性腹水であったことから膵液漏と診断した。Day12に超音波内視鏡下で内瘻チューブ（7Fr7cm）と外瘻チューブ（7Fr）を留置した。Day14から経口摂取を開始した。Day18に外漏チューブを抜去、内瘻チューブをpig tail 7Fr12cm×2本に交換し、翌日退院となった。今後は化学療法を継続していく予定である。膵癌に膵液漏を合併した報告は少なく、文献的考察を加えて報告する。

膵癌, 膵液漏

切除不能膵NECに対して7次治療まで薬物療法を使用した一例

杏林大学腫瘍内科¹⁾, 杏林大学医学部病理学²⁾
河合桐男¹⁾, 山内芳也¹⁾, 小林敬明¹⁾, 岡野尚弘¹⁾, 成毛大輔¹⁾,
北村 浩¹⁾, 長島文夫¹⁾, 柴原純二²⁾, 古瀬純司¹⁾

<症例>40歳代後半、女性<主訴>腹痛・背部痛<既往歴>出産後に橋本病を指摘されたが、無治療で経過観察中<現症>身長150cm、体重42kg、PS1<現病歴>腹痛・背部痛を自覚。投薬で改善なく、近医を紹介。膵体部の腫瘍性病変が疑われ、当院消化器外科を紹介となった。画像検査にて膵臓および肝臓に腫瘍を認め、当院消化器内科にて肝生検と膵EUS-FNAを施行し、非機能性の膵NEC・肝転移の診断（MIB1 index：膵40%、肝20%）で当科を紹介となった。切除不能膵NECに対して全身化学療法の方針となった。<経過>膵NECの標準治療は未だなく小細胞肺癌に準じたシスプラチン（CDDP）+エトポシド（ETP）vs. CDDP+イリノテカン（IRI）の第Ⅲ相試験に参加し、CDDP+ETP群で1次治療を開始した。効果はSDであったが、骨髄抑制による不耐であった。2次治療はmTOR阻害薬エベロリムスを使用し、増悪のため中止。3次治療にカルボプラチン+IRIを使用し、SDであったが、重篤な骨髄抑制により中止した。4次治療のアムビシンは部分奏効であったが、同様に重篤な骨髄抑制で中止した。5次治療はアルキル化薬ストレプトゾシンを使用した。増悪中止。6次治療はIRI単剤で加療したが増悪し、疼痛制御が困難となった。7次治療としてマルチキナーゼ阻害薬であるスニチニブを使用し、一時的に疼痛制御が可能となったが、その後増悪し全身状態の低下を認めた。その後病勢進行により緩和医療の方針となり、地域連携による在宅診療を導入し、原病増悪により死亡した。【結語】膵NECは一般に予後不良であるが、使用可能なレジメンをほぼ使いきるにより治療開始より1年7カ月間の生存期間を得た。

膵神経内分泌腫瘍, NET

静脈管開存による先天性門脈体循環シャントに対し、ハイブリッドアンギオ室で一次的に静脈管を結紮し得た一例

東京大学医学部附属病院 肝胆膵外科、人工臓器・移植外科
谷本芽弘理, 阪本良弘, 國土貴嗣, 有田淳一, 赤松延久, 金子順一,
長谷川潔

【緒言】先天性門脈体循環シャント（CPS: Congenital portosystemic shunt）は肝臓を介さずに門脈血流が体循環血流に流入する血流異常であり、症候性のCPSは治療適応とされる。肝内門脈血流が確認できないtype Iと血流が残存するtype IIに分類され、type Iでは肝移植、type IIではシャント血管のコイル塞栓術や結紮術が選択される。シャント血管のバルーン閉塞試験による門脈圧評価後に二期的に治療介入する方法がtype II症例に今まで報告されてきた。

【症例】18歳女性、血液検査で肝胆道系酵素の上昇を指摘され当院を受診した。CTで静脈管開存による門脈体循環シャントと肝内の多発腫瘍を認めた。肝内門脈は低形成ながら区域枝まで開存しておりtype IIと診断した。多発腫瘍は肝内血流異常に関連した限局性結節性過形成（FNH）と画像上診断した。シャント血管が太いためコイル塞栓術は不可であり、外科的に結紮する方針とした。手術はハイブリッドアンギオ室で一次的に行った。経肝円索アプローチで門脈造影を行うと、門脈臍部と下大静脈の間の太く発達したシャント血管および右枝優位の細かい肝内門脈枝が造影された。静脈管クランプ前、クランプ後5、10、15分後の門脈圧はそれぞれ9、18、18、18cmH₂Oで過度の門脈圧の上昇は見られなかった。クランプ後の門脈造影では、より末梢の区域枝や肝実質が造影されるようになった。以上から静脈管の結紮は安全に施行可能と判断し、一次的な結紮を行った。術後は門脈左枝内に血栓を生じたが、抗凝固療法によって消失し、13病日に退院した。肝内腫瘍は術中に摘出生検を行い、FNHと診断された。

【結論】Type IIのCPSに対し、ハイブリッドアンギオ室で門脈造影、門脈圧測定後、一次的に静脈管結紮術を施行し得た。

先天性門脈体循環シャント, ハイブリッドアンギオ室

総肝管に進展した胆管腫瘍栓を伴う大腸癌肝転移の一切除例

NCMG 国立国際医療研究センター病院 外科¹⁾,
同 中央検査部門臨床病理室²⁾
山村信行¹⁾, 稲垣冬樹¹⁾, 三原史規¹⁾, 黒川敏昭¹⁾, 清松知充¹⁾,
山田和彦¹⁾, 猪狩 亨²⁾, 國土典宏¹⁾

【はじめに】大腸癌肝転移巣は胆管内に浸潤性も、また時に膨張性に進展する。今回、膨張性の胆管内腫瘍栓として総肝管まで進展した腫瘍栓に対し、胆管切除を行うことなく肝細胞癌の胆管腫瘍栓摘除の術式に準じて摘出し得たので報告する。【症例】80歳男性。主訴無し。1年半前にS上結腸癌肝転移に対し、S4、S5、S6、S7部分切除術施行。フォローのCTにて前回S4切除部の断端から連続する軟部影と左肝内胆管の拡張を認め、手術目的で入院となる。手術は残左肝切除を施行、術中超音波検査にて、胆管腫瘍栓の先端は総肝管内まで進展していることが判明、先行して左肝動脈、左門脈を結紮切離し、グリッソン一括切除の要領で左肝管をテーピング、左肝管を含む左の肝門板を切開し腫瘍栓を引き出した。その後肝実質を離断し、標本を摘出した。【結語】本症例では、大腸癌肝転移巣から進展する腫瘍栓の先端が総肝管まで達していたが、腫瘍栓が膨張性に発育しており浸潤傾向が少なかったため、胆管切除再建を行うことなく腫瘍の摘出が可能であった。本症例の手術手技を供覧するとともに、若干の文献的に考察を行う。

大腸癌肝転移, 胆管腫瘍栓

東京医科歯科大学 肝胆外科¹⁾、同 病理部²⁾、
同 分子腫瘍医学分野³⁾、
赤須雅文¹⁾、小川康介¹⁾、山本浩平²⁾、加藤智敬¹⁾、吉野 潤¹⁾、
渡邊秀一¹⁾、千代延記道¹⁾、小倉俊郎¹⁾、小野宏晃¹⁾、光法雄介¹⁾、
伴 大輔¹⁾、工藤 篤¹⁾、明石 巧²⁾、田中真二³⁾、田邊 稔¹⁾

肝細胞癌（HCC）の自然退縮例はまれであり、その報告は少ない。その治療に関しては外科的切除や局所療法、経過観察など、議論の余地を残すところである。今回、我々は手術待機中に自然退縮を認めた肝細胞癌の1切除例を経験したのでここに報告する。症例は62歳女性、腹部超音波検査にて肝S5に4cm大の肝腫瘍を指摘された。術前画像評価として造影CT、MRI、血管造影検査を行い、肝細胞癌cT2N0M0 stageIIと診断、肝切除を行う方針とした。腹腔鏡下肝S5部分切除術を施行すると腫瘍は2cm大に縮小しており、広範囲な壊死組織を含む高分化型肝細胞癌の病理診断であった。血管造影検査や被膜形成、腫瘍の局在などの要因により手術待機中に自然退縮に至ったと考えられた。

肝細胞癌，自然退縮

東京大学医学部附属病院 消化器内科¹⁾、
公立学校共済組合 関東中央病院 消化器内科²⁾、
永尾清香¹⁾、木暮宏史¹⁾、鈴木辰典¹⁾、黒沢哲生²⁾、外川 修²⁾、
佐藤達也¹⁾、白田龍之介¹⁾、武田剛志¹⁾、石垣和祥¹⁾、齋藤 圭¹⁾、
齋藤友隆¹⁾、内野里枝¹⁾、高原楠晃¹⁾、水野 卓¹⁾、中井陽介¹⁾、
多田 稔¹⁾、小池和彦¹⁾

【症例】42才女性【主訴】なし【既往歴】特記事項なし【現病歴】倦怠感と心窩部違和感を主訴に近医を受診し、肝胆道系酵素の上昇を指摘された。前医のCTで左肝内胆管の拡張を指摘され精査入院となった。入院時に閉塞性黄疸を認めたため、ERCPを施行された。上部胆管から左肝管に20mm大の腫瘍による胆管圧排像を認め、IDUSでは一部充実成分を有する多房性嚢胞性病変として観察された。B2にinside stentを留置され、精査・加療目的に当院紹介受診した。【入院時血液検査所見】ALP・γ-GTPの上昇を認める以外に、特記すべき異常所見はなかった。【画像所見】前医の腹部造影CTでは肝門部に14mm大の嚢胞性病変が疑われ、左肝内胆管の拡張を認めた。MRIでも同様の所見であった。【経過】ERCPを施行すると上部胆管から左肝管に13mm大の楕円形の陰影欠損を認めたが、前医と比べ縮小していた。造影で嚢胞と胆管の交通が疑われた。SpyGlass DSで観察すると左肝管根部に白色隆起が認められ、生検を行った。胆管内に粘液は認めなかった。EUSでは胆管を圧搾する多房性嚢胞性病変として観察された。生検は陰性であったが、胆管MCNまたはIPNB疑いとして手術施行の方針となった。開腹左肝切除・肝外胆管切除・肝空腸吻合術が施行された。病理組織学上は、卵巣様間質を伴うmucinous cystic neoplasm with low-grade intraepithelial neoplasiaであった。【結語】ERCP施行時の胆管造影で嚢胞と胆管の交通が疑われ、IPNBとの鑑別困難であった胆管MCNの一例を経験した。比較的稀な疾患であり、若干の文献的考察を加えて報告する。

胆管MCN，IPNB

杏林大学 医学部 第三内科¹⁾、同 腫瘍内科²⁾、
同 放射線科³⁾、同 病理学教室⁴⁾、
後藤知之¹⁾、渡邊俊介¹⁾、神林孔明¹⁾、吉田 翼¹⁾、太田博崇¹⁾、
落合一成¹⁾、権藤興一¹⁾、山内芳也²⁾、岡野尚弘²⁾、倉田 勇¹⁾、
立石秀勝³⁾、千葉知宏⁴⁾、土岐真朗¹⁾、藤原正親¹⁾、山口康晴¹⁾、
柴原純二⁴⁾、高橋信一¹⁾、古瀬純司²⁾、森 秀明¹⁾、久松理一¹⁾

症例は60歳代女性。20XX年1月から心窩部違和感を自覚。腹部造影CT検査にて、胆嚢に50mm大の不整な壁肥厚を伴った腫瘍を認め、内部は不均一な造影パターンを呈していた。また、単発の肝腫瘍、肺腫瘍さらに肝十二指腸間膜内リンパ節（No. 12）を含め多発性にリンパ節腫大も認めた。CEA、CA19-9の上昇は認められず、NSEの上昇を認めたため、神経内分泌癌を念頭に病理診断を行う方針とした。超音波内視鏡検査では、門脈と接するように腫大した肝十二指腸間膜内リンパ節（No. 12）を認め、病理診断目的に、同部位に対し超音波内視鏡下針生検（EUS-FNA）を施行した。腫大した濃染核を有するN/C比の高い腫瘍細胞が充実性、密に増生し、多数の核分裂像、広範な壊死像を認めた。免疫組織学的検査所見は、CD56（+）、Chromogranin A（-）、Synaptophysin（+）、Ki-67標識率が80%を越え、大細胞型の所見を認めなかったことから、画像所見と合わせて、cT4aN1M1 stageIVAの胆嚢原発小細胞神経内分泌癌と診断した。手術適応外病変と判断し、6月よりエトポシド+シスプラチン（EP療法）を開始した。1コース終了後に胆管浸潤に伴う閉塞性黄疸を発症し、内視鏡的胆管ドレナージ術を施行したが、全身状態の増悪により、Best Supportive Careとなり、診断から95日で死亡した。胆嚢原発の神経内分泌癌は、胆嚢に発生する悪性腫瘍の1-5%程度と稀な疾患である。画像にて特有の所見はなく、特に胆嚢癌との鑑別が困難とされている。しかし、治療が大きく異なるため、病理学的診断は重要となる。今回、穿刺針としてProCore（COOK社製）20Gを使用し、追加免疫染色も含め病理診断可能な検体量が採取でき、神経内分泌癌の診断が得られたことから、EUS-FNAは病理診断において有用であると考えられた。今回、稀な胆嚢原発神経内分泌癌に対してEUS-FNAで診断し得た症例を経験したので文献的考察を含めて報告した。

胆嚢原発神経内分泌癌，EUS-FNA

横浜市大医学部付属病院 消化器腫瘍外科学講座
松本裕輝、土屋伸広、豊田純哉、大矢浩貴、佐原康太、荒木謙太郎、
村上 崇、薮下泰宏、澤田 雄、熊本宜文、松山隆生、
遠藤 格

症例は83歳、男性。肝硬変、肝細胞癌に対してRFA後フォローアップ中に、腹部造影CT検査で肝腫瘍および胆嚢底部の壁肥厚を認めた。胆嚢底部の病変は超音波内視鏡検査で造影効果を伴う長径15mm大の腫瘍性病変として描出され、FDG-PET検査では同部位にSUVmax5.7の異常集積を認めた。上記検査結果から肝細胞癌再発+胆嚢癌と診断し、高齢かつ肝硬変のため開腹胆嚢摘出術+リンパ節郭清（D1）+マイクロ波凝固療法の方針とした。肝床部への浸潤は認めなかったが、大網浸潤を認め深達度はT3a、術中迅速診断でリンパ節転移陽性（#12c）を認めN1の診断で予定通りの手術を行った。病理組織では免疫染色でsynaptophysin（+）、chromogranin（-）、CD56（+）、SSTR2a（score2+）、Ki-67標識率は約80%の結果であり、神経内分泌癌（NEC）と診断した。術後の腹部造影CT検査で多発する肝腫瘍を認め肝生検を行なった結果、胆嚢原発NECの肝転移の診断となり、化学療法の方針とした。現在、CDDP+CPT-11療法で治療中である。胆嚢原発NECは比較的希な疾患であり、若干の文献的考察を加え報告する。

胆嚢，神経内分泌癌

37 EUS-FNAにて術前診断し得た十二指腸乳頭部癌の1例

国立がん研究センター中央病院 肝胆膵内科¹⁾、
同 肝胆膵外科²⁾、
永塩美邦¹⁾、脇岡 範¹⁾、前原耕介¹⁾、丸本雄太¹⁾、大場彬博¹⁾、
奈良 聡²⁾、岸 庸二²⁾、江崎 稔²⁾、島田和明²⁾、坂本康成¹⁾、
近藤俊輔¹⁾、森実千種¹⁾、奥坂拓志¹⁾

【背景と目的】 十二指腸乳頭部癌の内視鏡下生検による正診率は62～82%と報告されている。なかでも、非露出型乳頭部癌の診断は困難であり、ESTを付加することにより診断能が向上することが報告されているが、未だに満足のいく結果とはいえない。EUS-FNAは膵腫瘍や消化管粘膜下腫瘍においてその有用性が報告されているが、十二指腸乳頭部病変に対する報告は少ない。今回我々はEUS-FNAが診断に有用であった十二指腸乳頭部癌の1例を経験したので報告する。【症例】 81歳、男性。2017年11月、近医で肝障害を指摘され、CTにて十二指腸乳頭部に隆起性病変と胆管拡張を指摘された。ERCPによる胆道ドレナージの際、乳頭部生検を施行されるも腺腫の診断であった。精査加療目的に当院に紹介となった。側視鏡での観察では、乳頭部は腫大および発赤を認め、乳頭部腺腫もしくは露出型乳頭部腺腫が疑われたため、再度、生検を行ったが腺腫であった。EUSでは乳頭部に13mm大の腫瘍性病変および胆管、膵管内進展を認めた。EUSでは乳頭部癌が疑われた。手術適応の決定のため同病変に対してEUS-FNAを施行し、adenocarcinomaの診断を得、膵頭十二指腸切除術が施行された。病理診断は、Ac領域を主座としAb、Apに進展する非浸潤性乳頭部癌であった。一部粘膜面に露出を認めており、胆道癌取り扱い規約にて深達度M、腫瘍径21×20×16mmの露出腫瘍型十二指腸乳頭部癌であった。【結語】 2度の内視鏡下生検では診断困難であったが、EUS-FNAで診断可能であった十二指腸乳頭部癌の症例を経験した。

EUS-FNA、乳頭部癌

38 RFA後の胆管損傷・完全断裂に対して胆管外ランデブー法で内瘻化しえた大腸癌肝転移の一例

順天堂大学附属順天堂医院 消化器内科
鈴木彬実、高橋 翔、富嶋 亨、金澤 亮、石井重登、斉藤紘昭、
藤澤聡郎、椎名秀一郎、伊佐山浩通

【症例】 58歳女性、2015年10月にS状結腸癌、多発肝転移の診断にてFOLFOX+BVを2コース施行後にS状結腸切除+肝部分切除施行した。4ヶ月後に残肝再発+両側肺転移が出現したため、FOLFIRI+BVを継続しつつ、肝転移に対してRFA施行目的に当科に紹介受診となった。化学療法継続により肝・肺転移の縮小が得られたためRFAの方針となり2017年3月に1回目のRFAを施行した。2ヶ月後に肝転移再発を認めたためRFA2回目も施行され、退院したが、三週間後に発熱を認め、炎症反応上昇とCTにて右側胸水の貯留を認めた。胸腔穿刺刺しで胆汁性胸水が吸引されたため、RFA後の胆汁漏の診断で入院となった。入院後、胸腔ドレナージとENBD tubeの膿瘍腔内留置により、炎症反応の改善を認めたが、胸腔ドレナークランプしたところ炎症が再燃した。ERCP施行したところ、造影剤、ガイドワイヤ（GW）ともにBiloma腔内には入るが、末梢胆管は造影されなかった。RFAによる胆管損傷部位は完全に断裂しそのままBiloma腔となっていると考えられた。Biloma内にPlastic stent（PS）を留置したが、改善乏しく経皮的膿瘍ドレナージ（PTAD）を施行した。Bilomaからの排液が減少しないため、胆管・閉塞部位よりも末梢胆管にPTBDを留置し、排液の減少を認めた。PTBD施行時にも造影剤、GWはBiloma内に入るが中核側の胆管は造影されなかった。PTCD、PTADを抜去することを目的に、ERCPにてBiloma内にGWを留置した状態で、PTBDルートからBiloma内にスナアを挿入してGWを把持した。そのままERCPルートから挿入したGWをPTBDルートから体外まで引き出し、それに沿わせてPTBDカテーテルを総胆管まで留置した（胆管外ランデブー法）。後日、このルートにENBDを留置して、PTBD・PTADを抜去し、PSに変更して退院となった。今後は断裂した胆管に瘻孔が形成されたところでPSを抜去しtube freeとする予定である。【結語・考察】 転移性肝癌に対するRFA後の胆汁漏を伴う胆管完全断裂に対してPTBDとERCPを組み合わせた胆管外ランデブー法を用いることで内瘻化に成功した。

胆汁漏、胆管外ランデブー法

39 総胆管十二指腸吻合術後胆石性イレウスの1例

国立病院機構宇都宮病院 外科¹⁾、同 消化器内科²⁾、
芳賀紀裕¹⁾、増田典弘¹⁾、尾形英生¹⁾、滝田純子¹⁾、柴崎雄太¹⁾、
前田光徳²⁾、菅谷洋子²⁾

症例は82歳、男性。9年前早期胃癌に対し腹腔鏡下胃全摘術+Roux-en-Y再建術施行した。3年前に胆石胆嚢炎、総胆管結石に対し胆嚢摘出術+総胆管切石術+総胆管十二指腸吻合術（側々）施行した。今回40.3度の発熱で救急搬送され当院内科入院となった。腹部CTでは十二指腸水平脚に長径50 mmほどの渦巻き状の石灰化を呈する類似腫瘍影を認めその口側が拡張していた。総胆管結石の落石による輸入脚症候群の診断にて当初保存的に治療をしていたが血清アミラーゼ、ビリルビン値が上昇、血小板も低下しDIC傾向となり外科転科となり緊急手術となった。正中切開にて開腹すると、腹腔内には漿液性の腹水を認めTreitz靱帯部に拡張した十二指腸と硬い結石を触知し、その部位を切開すると膿性胆汁が多量に排出された。切開部より長径約50 mmの結石を摘出、切開部を縫合閉鎖した。術後肺炎やCVカテーテル感染を起こすも軽快し術後52日目に軽快退院となった。総胆管結石に対しては内視鏡的治療が選択されることが多いが、再発胆管結石症や胃の術後などでは内視鏡治療が難しく胆管消化管吻合が選択される。胆管十二指腸吻合は手術手技が容易で高齢者などリスクの高い患者に対して選択されることがあり、今回の症例は高齢で胃全摘後ということもあり総胆管十二指腸吻合を選択した。もともと本術式は結石の再発が懸念される術式ではあるが、今回は再発結石が十二指腸で嵌頓し輸入脚症候群を起こした比較的良好な症例と考え文献的考察を加え報告する。

総胆管結石、総胆管十二指腸吻合

40 胆管空腸吻合術後の良性胆管狭窄に対し金属ステントを留置した1例

東京大学 消化器内科
永代友理、石垣和祥、水野 卓、鈴木辰典、佐藤達也、武田剛志、
白田龍之介、斎藤 圭、斎藤友隆、内野里枝、高原楠晃、木暮宏史、
中井陽介、多田 稔、小池和彦

【症例】 症例は77歳男性。1年前に他院で十二指腸癌に対し亜全胃温存膵頭十二指腸切除術・ビルロートII法再建術施行。術後4か月より胆管炎を繰り返していたため、当科紹介となった。血液検査上、肝胆道系酵素の上昇を認めたが、CTでは肝内胆管に軽度の拡張を認めるのみで、明らかな胆管結石は認めず、胆道気腫も認められており、胆管空腸吻合部の疎通性は保たれていると考えられた。繰り返す胆管炎の原因検索・治療のため、ダブルバルーン小腸内視鏡（DBE）を用いた精査を行うこととなった。スコープを残胃から輸入脚に進めて胆管空腸吻合部に到達すると、吻合部はピンホール状となっており、術後の良性狭窄と考えられた、同部をバルーンで拡張したが十分な拡張が得られなかったため、カバー付き金属ステント（CSEMS）を留置する方針とした。左肝管から空腸にかけてBONASTENT M-Intraductal（径8mm、Taewoong社製）を留置し、カバー部で閉塞されてしまう右肝管にはプラスチックステント（PS）を留置した。3か月後に金属ステントを抜去し、狭窄改善の評価を行う予定である。【考察】 胆管空腸吻合部狭窄はCTなどの画像検査では診断が難しいが、DBEでは直接観察や生検による病因精査、および治療も可能となる。吻合部狭窄の治療としてはバルーン拡張やPS留置が一般的であったが、PSは径が2～3mmと細いために狭窄拡張が不十分で、また3か月程度での交換が必要であった。CSEMSはこれまで悪性胆管狭窄に対してのみ使用されてきたが、良性胆管狭窄に対するCSEMSの有用性は欧米を中心に複数報告されており、狭窄改善率は76.3%～100%と良好な成績が得られている。【結語】 今回我々は胆管空腸吻合術後の良性胆管狭窄に対しDBE下でCSEMSを留置した一例を経験した。DBEは術後吻合部狭窄の診断・治療に有用であった。またCSEMSの使用により良性胆管狭窄の治療成績の向上が期待される。

胆管空腸吻合部狭窄、カバー付き金属ステント（CSEMS）

41 外傷性総胆管損傷に対する総胆管空腸吻合後に発症した胆嚢癌の1例

獨協医科大学 外科¹⁾, 同 第二外科²⁾
井上 昇¹⁾, 白木孝之²⁾, 鈴木隆志²⁾, 清水崇行²⁾, 谷 圭吾²⁾,
朴 景華²⁾, 松本尊嗣²⁾, 森 昭三²⁾, 磯 幸博²⁾, 加藤正人²⁾,
青木 琢²⁾, 窪田敬一²⁾

64歳男性。X-20年に交通外傷による総胆管損傷、総肝動脈損傷に対して、開腹止血術、総胆管空腸吻合を施行した。X-2月に上腹部痛あり、近医受診。急性胆嚢炎の診断となった。禁食、抗菌薬で保存的加療のみで改善したが、この際の検査で胆嚢頸部に腫瘍性病変を指摘され、胆嚢癌疑いで当科紹介受診となった。PETで胆嚢底部と頸部に高度のFDG集積を認め、胆嚢底部に関しては炎症によるものと考えられたが、胆嚢頸部に関しては胆嚢癌が疑われ、X日手術の方針となった。術前のダブルバルーン内視鏡では、遠位胆管と空腸が吻合され、胆嚢が遺残している状況で、胆嚢癌の胆管浸潤の所見は認めなかった。手術時間5時間30分、出血量510ml。胆嚢底部は炎症に伴う壁肥厚を認め、腸管との癒着が強くあったが、鈍的に剥離可能であり、迅速診でも炎症細胞のみであった。胆嚢頸部は、術中エコーで壁構造が保たれていたため、まずは胆摘を行うこととした。摘出後内腔を観察すると、頸部に隆起性腫瘍を認め、迅速診で胆嚢癌の診断となったため、追加切除を行うこととなった。胆嚢管断端は追加切除で断端陰性を確認したため、胆管切除は付加しなかった。周囲リンパ節郭清と肝床部切除を追加し、手術終了とした。特記すべき術後合併症なく、第14病日で退院となった。病理所見では、切除標本内にIPNBと乳頭状腺癌が存在するとの結果であった。今回のように胆嚢が切除されずに胆管空腸吻合が行われるケースは極めて稀と考えられるが、腸液の流入が発癌の誘因となったことが想定される。貴重な症例と考え、文献的考察を加えて報告する。

胆嚢癌, IPNB

43 診断に苦慮したgroove痔瘻の1例

帝京大学医学部附属溝口病院 消化器内科¹⁾,
同 病理診断科²⁾
國吉宣行¹⁾, 高野祐一¹⁾, 足立貴子¹⁾, 恩田 毅¹⁾, 松本光太郎¹⁾,
網島弘道¹⁾, 関根一智¹⁾, 辻川尊之¹⁾, 馬淵正敏¹⁾, 梶山祐介¹⁾,
土井晋平¹⁾, 佐藤浩一郎¹⁾, 菊池健太郎¹⁾, 安田一朗¹⁾,
川本雅司²⁾

【症例】73歳、男性【既往歴】胆嚢結石で胆嚢摘出術【主訴】胃部不快感、食欲低下【現病歴】一週間前からの胃部不快感と食欲低下を主訴に前医受診。CTにて胃・十二指腸の拡張を指摘され、精査目的にて入院となった。【入院後経過】緊急で上部消化管内視鏡検査を行ったところ、上十二指腸角から下行部にかけて半周性を占める不整な潰瘍性病変を認めた。消化管狭窄を呈しておりGIF-HQ290 (Olympus)は通過せずGIF-XP290N (Olympus)で通過可能であった。生検では悪性所見は認めなかった。造影CT・MRCP・EUSを施行したが、痔・十二指腸に明らかな腫瘍性病変を指摘できず、主痔管拡張も認めなかった。血清H. pylori抗体は陰性であった。中心静脈栄養管理とし、PPI投与を行った。その後、第6、12、20病日に繰り返し上部内視鏡検査を施行し、潰瘍が徐々に縮小していくのを確認したが、消化管狭窄は改善しなかった。第20病日に施行した生検より異型腺管が検出され、免疫染色でp53陽性であり悪性が示唆された。このため重全胃温存痔頭十二指腸切除術が施行された。手術標本の病理所見ではgroove領域の腺実質を中心に十二指腸へ広く浸潤する高分化管状腺癌を認めた。ただし、十二指腸粘膜表面にはごく一部に腫瘍露出があるのみで、正常粘膜にほとんど被われ、粘膜下に癌腺管が存在していた。CDX2などの免疫染色の結果を踏まえ、Groove痔瘻の十二指腸浸潤と診断した。【結語】十二指腸狭窄で発症し診断に苦慮したGroove痔瘻の一例を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

groove痔瘻, 診断

42 正中弓状韌帯圧迫症候群による背側腓動脈瘤破裂の1例

獨協医科大学病院 消化器内科
阿部圭一郎, 飯島 誠, 増山智史, 井澤直哉, 中野正和, 眞島雄一,
平石秀幸, 入澤篤志

生来健康な60歳代女性。就寝中に突然の上腹部痛が出現した。症状が徐々に増悪するため当院へ救急搬送となった。搬送時ではsBP80mmHg台とショックバイタルを認めた。身体所見で上腹部に自発痛と圧痛を認めるが、反跳痛は認めなかった。血液検査ではHb10.8g/dl、腓アミラーゼ57U/lを認めた。腹部造影CTでは腓背側の後腹膜に血腫と考えられる腫瘍を認めたが、造影剤の血管外漏出所見は認めなかった。後腹膜血腫を考え絶食、補液による治療を開始したが、状態は不安定であったため原因精査目的に緊急で血管撮影検査を施行した。腹腔動脈根部に狭窄を認め、胃十二指腸動脈は逆流傾向であった。腹腔動脈本幹から分岐する背側腓動脈と上腸間膜動脈分枝との交通枝が発達し背側腓動脈は逆流していた。上腸間膜動脈造影では背側腓動脈と交通する上腸間膜動脈分枝に動脈瘤を認めた。造影剤の漏出はなかったが出血源と判断し、microcoilで塞栓した。術後よりバイタルサイン・腹部症状の改善を認め、血液検査でも貧血の進行を認めなかった。第5病日より経口摂取を開始したが、第11病日より腹部膨満感が出現した。そのため第16病日に上部消化管内視鏡検査を施行したところ、十二指腸下行脚に軽度の狭窄を認めた。coilingによる影響と考えられたが症状は自然軽快し、第30病日の上部消化管内視鏡検査では下行脚の通過障害は改善し第35病日に退院となった。退院後は症状の再燃は認めていない。医学中央雑誌で会議録を除き「正中弓状韌帯圧迫症候群」で検索したところ、1986年から14例の報告があった。本疾患の好発部位は腓十二指腸アーケードであり、背側腓動脈瘤の報告例は非常に少なく、背側腓動脈瘤破裂と診断された報告は自験例を含め4例であった。そのうち3例はcoil塞栓で治療されたため、まれではあるが後腹膜出血の原因として重要と考えられたため、報告する。

正中弓状韌帯症候群, 背側腓動脈瘤

44 検診にて発見された小型SPNの1例

国立がん研究センター中央病院 肝胆脾内科¹⁾,
同 肝胆脾外科²⁾
前原耕介¹⁾, 脇岡 範¹⁾, 丸木雄太¹⁾, 大場彬博¹⁾, 永塩美邦¹⁾,
奈良 聡²⁾, 岸 庸二²⁾, 江崎 稔²⁾, 島田和明²⁾, 坂本康成¹⁾,
近藤後輔¹⁾, 森実千穂¹⁾, 奥坂拓志¹⁾

症例は51歳女性。検診のUSにて脾体部に腫瘍性病変を指摘され当科紹介となった。身体所見に特記すべきことなし。血液検査上、肝胆道系酵素、酵素系に上昇を認めず。腫瘍マーカーも正常値であった。腹部USでは10mm大の低エコー腫瘍として捉えられ、尾側脾萎縮はないものの、軽度の脾管拡張を認め通常型脾癌が疑われた。造影CTでは低吸収域として認識され、嚢胞や石灰化は認めなかった。EUSでは境界明瞭、辺縁やや不整で、内部に一部高エコー領域を伴う均一低エコーの腫瘍を認めた。造影EUSでは軽度の造影効果を認め、鑑別としてSPN、SCN(solid variant type)、腺房細胞癌、内分泌腫瘍、通常型脾癌が挙げられた。EUS-FNAにて血管性間質周囲に偽乳頭状に増生する腫瘍細胞を認めた。免疫染色にてchromogranin A一部陽性、synaptophysin一部陽性、βcatenin核染色陽性、Ecadherin核染色陽性であり、SPNと診断した。協議の結果、経過観察をしているが、6か月経過した現在、腫瘍サイズに変化を認めない。SPNは若年女性、充実成分と嚢胞成分の混在が特徴の脾腫瘍であるが、本例は10mmと小型であり特徴的な画像所見を呈していなかった。

SPN, EUS-FNA

独立行政法人 地域医療機能推進機構 東京高輪病院 消化器内科¹⁾,
同 外科²⁾, 同 病理診断科³⁾
渡邊健雄¹⁾, 平野賢二¹⁾, 中村真衣²⁾, 多胡和馬²⁾, 原田庸寛³⁾,
池田真美²⁾, 伊原文恵³⁾, 小山広人²⁾, 前川久登¹⁾

【症例】67歳女性

【現病歴】

心窩部痛を契機に、他院で腹部エコーを施行。左腎下方に嚢胞性病変を指摘され、当院紹介受診となった。

【腫瘍マーカー】

CEA 1.9 ng/ml, CA19-9 4.6 U/ml, DUPAN-2 < 25 U/ml, SPan-1 12.0 U/ml

【画像】

CT/MRCP/EUS：膵尾部に内部隆起を伴う34mm大の嚢胞性病変を認めた。嚢胞の壁がやや厚く被膜様に見える部位あり。主膵管との交通はEUSではわずかながらありそうであった。主膵管径は1~3mmで拡張は認めなかった。

【経過】

鑑別疾患として1) MCN(Mucinous cystic neoplasm), 2) 分枝型IPMN(Intraductal papillary-mucinous neoplasm) (1>2)を考えた。MCNの可能性があり手術をおこなった。病理標本では、分枝型IPMNであった。

【結語】

画像上、MCNとの鑑別に苦慮した分枝型IPMNの一例を経験したので報告する。

IPMN, 膵嚢胞

PEP, 造影剤

獨協医科大学 消化器内科

井澤直哉, 土田幸平, 増山智史, 阿部圭一郎, 中野正和, 飯島 誠,
平石秀幸, 入澤篤志

【はじめに】急性膵炎は腹痛があることが典型的であるが、糖尿病性ケトアシドーシス(DKA)による無痛性の重症急性膵炎を経験したため報告する。【症例】27歳男性。【主訴】意識障害【現病歴】一ヶ月前から食欲不振があり、清涼飲料水を多飲していた。数日前から口渇倦怠感を認められ、自宅で倒れているのを家族が発見し救急搬送となった。前医でDKAの診断で当院搬送となった。【入院時現症】身長182cm、体重130kg、BMI 39.25、JCSIII-200、BT 35.0℃、BP84/49、HR84/min、腹部平坦軟圧痛なし【入院時検査所見】BUN 72mg/dl Cre 4.05 g/dl FBS 1368mg/dl、HbA1c 17.9%、TG 716mg/dl、PH 7.150、BE -16.4、尿ケトン3+、CTで膵腫大、腎下極以遠の脂肪組織濃度の上昇【入院後経過】DKA、急性膵炎と診断し入院となった。急性膵炎についてはCTgrade2、予後因子3点で重症と判断した。呼吸、循環動態が悪かったため、人工呼吸器管理とし、CHDF開始となった。第9病日に呼吸状態が落ち着き抜管された。抜管後は意識レベルの改善あり腹部症状なく経過していた。入院中急性壊死性貯留を認められたが、感染はなく第43病日に退院となった。その後は外来にて経過観察となっている。【考察】DKAが急性膵炎を起こすものとしては脂質異常症や糖尿病性血管障害による臓器障害、脱水や高浸透圧血症に伴う血流障害などが考えられている。本症例でも脂質異常症と高浸透圧血症による血流障害の可能性はある。また無痛であったこととしては高浸透圧血症による膵の血流障害が考えられた。DKAでは腹痛がなくとも膵炎の可能性があるので膵炎を鑑別にあげることが重要と考えられたため報告する。

膵炎, DKA

太田記念病院 消化器内科

永島一憲, 伊島正志, 木村浩一郎, 栗原英心, 落合康雄, 川上知孝,
大竹陽介

【背景】ERCPは胆膵疾患の診断・治療において重要な役割を担っている。しかし、偶発症の一つであるPEP(Post ERCP Pancreatitis)はときに重症化して死亡に至ることもあり、手技の向上に加えて使用する機器・薬剤も高い安全性が求められている。【目的】造影剤の種類によるPEPの発症率および重症度を比較検討した。【対象・方法】2015年10月から2016年12月までにERCPを施行した975例のうち、悪性疾患、急性膵炎合併、消化管通過障害などを除外した未処置乳頭344例を対象とした。対象を造影剤の種類別にアミドトリゾ酸メグルミン群(ウログラフィン：U群)、イオジキサノール群(ビジパーク：V群)に分け、U群とV群におけるERCP2時間後と翌日の高AMY血症およびPEPの発症頻度・重症度について比較検討した。【結果】対象症例344例の内訳は男性194例、女性150例、平均年齢は73(±14)歳であった。U群は175例、V群は169例であった。2時間後高AMY血症と翌日の高AMY血症およびPEPの発症率はそれぞれ25例(7.3%)、38例(11.0%)、16例(4.7%)であった。造影剤別では、2時間後高AMY血症はU群10例(5.7%)、V群15例(8.9%)であった。翌日の高AMY血症はU群17例(9.7%)、V群21例(12.4%)であった。PEPはU群9例(5.1%)、V群7例(4.1%)に発症した。そのうち重症症例はU群2例(22.2%)認め、V群では認めなかった。【考察】有意差は認めないものの、V群はU群と比較してPEPの発症割合が少なく(p=0.66)、また、重症例を認めなかった。ERCP後膵炎は造影剤の違いで発症率や重症度が異なる可能性が示唆された。

埼玉医科大学 総合医療センター 消化器・肝臓内科¹⁾,

同 肝胆膵小児外科²⁾, 同 病理部³⁾

大塚武史¹⁾, 松原三郎¹⁾, 須田健太郎¹⁾, 藤田徹郎¹⁾, 原田舞子¹⁾,
加藤真吾¹⁾, 岡 政志¹⁾, 名越澄子¹⁾, 屋嘉比康治¹⁾, 小暮亮太²⁾,
宮田洋一²⁾, 中沢祥子²⁾, 三井哲弥²⁾, 二宮理貴²⁾, 牧 章²⁾,
別宮好文^{2,3)}, 高柳奈津子³⁾, 田丸淳一³⁾

【症例】34歳女性【既往歴】先天性股関節脱臼【現病歴】2か月前からの再発性膵炎及び膵尾部嚢胞性腫瘍の精査加療目的で当院紹介となった。【血液検査】生化学検査:AST 15U/L, ALT 23U/L, LDH 167U/L, ALP 283U/L, γ-GTP 11U/L, アミラーゼ 247U/L (P-アミラーゼ 2455U/L), Cr 0.67mg/dL, BUN 8mg/dL, 血糖 128mg/dL, Na 141mEq/L, Ca 9.3mg/dL, T-bil 0.4mg/dL, CRP 0.2mg/dL, IgG 1218mg/dL, IgG4 21.4mg/dL, 血算:WBC 13000/μL, 凝固検査:APTT時間 30.1sec, PT% 112%, 血中FDP 10.70 μg/mL, 腫瘍検査:CEA 0.8mg/mL, CA19-9 11U/mL【造影CT】膵尾部に30mm大の単房性嚢胞性腫瘍及び尾側膵周囲の脂肪組織濃濁を認めた。【経過】急性膵炎に関しては軽症であり保存的加療にて軽快した。当初膵炎に伴う仮性膵嚢胞が疑われたが、初回膵炎発症時にすでに嚢胞を認めていたこと、年齢・性・嚢胞部位より粘液性嚢胞腺腫も鑑別に挙がった。MRI/MRCPでは、嚢胞の尾側膵管の拡張を認め、嚢胞による膵管圧排による膵炎が疑われたが、嚢胞に関してはCT同様単房性であり鑑別にはならなかった。その後の超音波内視鏡検査にて嚢胞内に微細な隔壁およびcyst in cyst所見を認め、粘液性嚢胞腺腫が強く疑われたため、肝胆膵外科にて膵尾部切除術を施行した。病理結果はER、PgR陽性の卵巣様間質を伴うmucinous cystadenomaであり、嚢胞壁に接する部分では膵実質の萎縮と繊維化を伴っていた。術後4か月の時点で膵炎の再発なく経過している。【考察】膵粘液性嚢胞腺腫は約半数に何らかの症状を有するとされているが、特異的なものではなく、膵炎の原因になることは稀である。嚢胞を伴う再発性膵炎の場合、仮性膵嚢胞との鑑別が問題となるが、CT/MRIで単房性嚢胞の場合、鑑別は困難である。超音波内視鏡は微細な隔壁の描出が可能であり、特に嚢胞の内側に突出する微小な嚢胞所見(cyst in cyst)は粘液性嚢胞腺腫に特徴的な所見とされている。【結語】治療方針の決定に超音波内視鏡が有用であった、膵粘液性嚢胞腺腫による再発性膵炎の一例を経験した。

膵粘液性嚢胞腺腫, 再発性膵炎

獨協医科大学 健康管理科¹⁾, 同 消化器内科²⁾,
獨協医科大学第二外科³⁾
大谷津まり子^{1,2)}, 知花洋子^{1,2)}, 中野 悠²⁾, 渡邊穂美¹⁾,
岩崎茉莉²⁾, 村岡信二²⁾, 土田幸平²⁾, 小池健郎²⁾, 富永圭一²⁾,
大類方巳¹⁾, 森 昭三³⁾, 青木 琢³⁾, 窪田敬一³⁾, 平石秀幸²⁾

2015年よりMRCP健診を開始し、主膵管型IPMNを2例診断したので報告する。症例1 75歳女性。高血圧、脂質異常症、骨粗鬆症にて近医を通院中であった。2015年10月ごろより持続する背部痛を認めていた。腹部超音波検査、腹部単純CTなどでは異常を認めなかった。PETでは明らかな異常がなくFDGの集積は認めなかった。MRCPでは主膵管の不整と拡張を認めた。その後のEUS、ERCPにて主膵管型IPMNの確定診断となり、外科切除が行われた。症例2は87歳女性。高血圧、脂質異常症、にて近医を通院中であった。2015年ごろより持続する背部痛を認め慢性膵炎と診断されていた。2018年1月当院人間ドックを受診し、PET-CT、MRCP検査を施行した。PETでは膵管の拡張は認めるもののFDGの集積は認めなかった。腹部超音波検査では拡張した膵管内に結節を認めた。MRCPでは主膵管の不整と数珠状拡張を認めた。高齢にて追加検査は希望されず経過観察となった。現在行われている一般検診での膵臓疾患の発見は困難である。膵癌の早期診断を目的に、人間ドックのオプション検査として2015年10月よりMRI、MRCP検査を加えたところ、MRCPはUSと比較して、膵臓病変の検出率が非常に高かった。本症例のような主膵管型IPMNは、膵臓の前癌病変の可能性が高い。MRCP検診を積極的に行うことで無症状、未診断の膵疾患の診断が可能である。

IPMN, MRCP

昭和大学 医学部 内科学講座 消化器内科学部門
山宮 知, 北村勝哉, 石井 優, 三井佑太, 吉田 仁

【症例】60代男性 【主訴】発熱 【現病歴】2015年夏、重症急性膵炎(SAP)にて他院入院。感染性walled-off necrosis (WON)を合併したため、当院転院となった。【既往歴】急性膵炎、虫垂炎【飲酒歴】ビール1L/日×30年、断酒中 【入院時現症】体温38.7℃、脈拍132回/分、呼吸数30回/分、血圧126/79 mmHg。腹部：平坦硬、全体に圧痛あり。【血液検査所見】WBC 32,700/μL、Hb 10.2 g/dL、Ht 30.9%、Plt 23.9×10⁴/μL、BUN 11.7 mg/dL、Cr 0.51 mg/dL、Ca 8.7 mg/dL、AST 62 IU/L、ALT 37 IU/L、LDH 443 IU/L、γ-GTP 133 IU/L、Amylase 69 IU/L、Lipase 28 U/L、CRP 24.1 mg/dL 【造影CT検査所見】膵周囲から左骨盤腔内に30cmのWONと7mmの仮性脾動脈瘤を認める。【入院後経過】入院日に仮性脾動脈瘤に対し、血管塞栓術を施行した。前医にて約1ヶ月間のカルバペネム系抗菌薬投与による感染制御が困難であったため、感染性WONに対して、第2病日に超音波内視鏡下経胃的ドレナージ術、第5病日に内視鏡的necrosectomyを施行した。WON内の培養よりKlebsiella pneumoniaeが検出され、薬剤感受性試験の結果、カルバペネム耐性腸内細菌(CRE: carbapenem-resistant Enterobacteriaceae)感染症と診断した。第5病日よりアズトレオナム、ホスホマイシン、リネゾリド併用療法を開始したが、感染制御に苦慮した。コリスチン(CL)の薬剤感受性を確認し、第21病日からCLを投与したが、腎機能障害を認めたため、第25病日に投与を中止した。以後、内視鏡的necrosectomyを計5回施行し、感染性壊死物質を除去することで感染徴候が改善し、第62病日に軽快退院となった。【結論】抗菌薬の選択と治療に苦慮したCRE感染症合併SAP後感染性WONの1例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。

重症急性膵炎、カルバペネム耐性腸内細菌感染症

腺房細胞癌をcomponentとしてもつ膵原発Mixed neuroendocrine-non-neuroendocrine neoplasm; MiNENの一例

東京女子医科大学 消化器内科¹⁾, 同 消化器外科²⁾,
東北大学大学院医学系研究科病理形態学分野³⁾
伊藤泰斗¹⁾, 高山敬子¹⁾, 木下晋紀子¹⁾, 大塚奈央¹⁾, 赤尾潤一¹⁾,
長尾健大¹⁾, 田原純子¹⁾, 清水京子¹⁾, 徳重克年¹⁾, 樋口亮太²⁾,
山本雅一²⁾, 古川 徹³⁾

【症例】70歳代男性
【現病歴】本態性血小板血症と心不全の治療目的に血液内科に入院加療中であった。精査で施行されたCT検査で膵体背部側に50×36mmの二ぶ状の腫瘍性病変が指摘され、精査加療目的に当科にコンサルトされた。
【検査】CTでは淡い造影効果を持つ腫瘍性病変で、内部に壊死を示唆する造影不良域を伴っており、脾動脈との接触のほか尿管や多臓器に浸潤は認められなかった。MRIでは中心部はT2強調画像で高信号の嚢胞状で、辺縁はT2強調画像で淡い高信号、拡散強調画像で高信号を呈し、淡い造影効果も認められた。EUSでは内部に嚢胞変性をともなう境界明瞭、辺縁比較整な低エコー腫瘍として描出された。画像所見からは膵原発とすると腺房細胞癌やNEN、他由来であれば神経鞘腫や悪性リンパ腫が鑑別に挙げられ、確定診断のためEUS-FNAを施行した。組織診で腺癌構造をともなう比較的小型な異型細胞が充実性に増殖し、免疫染色ではCK(AE1/AE3)、CK7、trypsin陽性、Ki-67陽性細胞は10-50%であり、腺房細胞の性質を有する腺癌と考えられた。
【経過】膵腺房細胞癌と考え、膵体尾部切除術を施行した。最終病理診断は、trypsin陽性、chromogranin A一部陽性、Ki-67陽性細胞60%で、大細胞型NECのcomponentをもつMiNENとなり、細分類はmixed acinar-neuroendocrine carcinomaに相当した。膵原発のmixed acinar-neuroendocrine carcinomaのうち手術可能な症例はまず手術が選択されている。手術不能な腺房細胞癌は化学療法や放射線療法が選択されるが一般にその効果は限定的である。しかしNENの成分があれば効果が期待できるといわれている。膵原発のmixed acinar-neuroendocrine carcinomaはこれまで30例程度の報告しかなくまれであり、文献的考察を含め報告する。

膵腺房細胞癌, MiNEN

切除不能・再発膵腺扁平上皮癌に対する併用薬物療法施行例の検討

杏林大学 医学部 腫瘍内科
山内芳也, 西岡真理子, 前園知宏, 河合桐男, 小林敬明, 岡野尚弘,
長島文夫, 古瀬純司

背景：膵腺扁平上皮癌(pancreatic adenosquamous carcinoma: PASC)は腺癌成分と扁平上皮成分が相接してあるいは混在するもので扁平上皮成分が30%以上あるものと定義される。膵外分泌悪性腫瘍の中でも1-4%と稀な疾患である。通常の腺癌(pancreatic ductal adenocarcinoma: PDAC)に比べて予後不良とされ、我々は切除不能・再発PASCに対して併用薬物療法を行なった膵腺扁平上皮癌の6例を報告する。対象：年齢中央値58(44-68)歳、性別は男性4例、女性2例、performance statusは0:2例、1:4例、転移部位は肝転移が5例、局所進行が1例であった。一次治療はmodified FOLFIRINOX (mFFX) 療法が3例、GEM+nab-PTX (GnP)療法が3例に行われた。抗腫瘍効果は、PR2例(mFFX0例、GnP2例)、SD1例(mFFX1例、GnP0例)、PD3例(mFFX2例、GnP1例)であり、奏効割合33.3%であった。無増悪生存期間中央値(mPFS)は2.6ヶ月、全生存期間中央値(mOS)は9.7ヶ月であった。PASCは高カルシウム血症を高頻度に発生すると報告されており、今回我々が経験した6例においても4例に経過中に高カルシウム血症が認められた。高カルシウム血症の診断に至った契機としては意識障害1例、高度の悪心1例、骨転移による疼痛増悪1例、スクリーニングの血液検査によるもの1例であった。高カルシウム血症を認めた4例中3例でPTHrPの上昇を認めた。結語：GnPにより奏効が得られたPASCの2例を経験した。経過中に高カルシウム血症が高率に認められ、定期的な検査など注意が必要と考えられた。

膵腺扁平上皮癌, 薬物療法

獨協医科大学 消化器内科

福士 耕, 土田幸平, 常見美佐子, 陣内秀仁, 井澤直哉, 水口貴仁, 永島一憲, 佐久間文, 嘉島 賢, 平石秀幸, 入澤篤志

【症例】58歳男性。急性膵炎のため近医に入院し、保存的加療にて軽快した。退院後持続的な胸痛を認めており、胸痛の増悪を主訴に当院へ救急搬送された。血液検査で膵アミラーゼ160U/Iと軽度上昇、WBC11200/ μ l、CRP21mg/dlと上昇を認めた。CTでは膵周囲脂肪組織濃度の上昇と膵仮性嚢胞、左胸水貯留を認めた。以上より急性膵炎後仮性嚢胞の胸腔内穿破を疑い入院となった。胸腔ドレーン留置では難治性の膵液瘻孔が形成される可能性が考えられ、入院同日に経乳頭のドレナージ目的にERCPを施行したところ、膵管癒合不全を認めた。副乳頭からアプローチし5FrのENPDチューブを留置した。第4病日には胸痛は消失し、胸水も減少を認めた。第18病日にERCPを施行し副乳頭バルーン拡張、RPDチューブを留置した。第24病日にCTを再検したところ胸水は消失し、第29病日退院となった。その後2ヶ月間の観察にて再発なく経過している。【考察】膵仮性嚢胞に対する治療として、膵管と嚢胞の交通を認めた場合は経乳頭のドレナージがよい適応となる。しかし尾部の嚢胞や膵管狭窄例などでは再発し難渋することもあり。また経皮的なドレナージは難治性の膵液等を生じることもあるため注意が必要である。本症例は胸腔内穿破をきたした急性膵炎後仮性嚢胞に対して経乳頭のドレナージが奏功した症例であり、若干の文献的考察をまじえて報告する。

膵仮性嚢胞, ERCP

東京大学医学部附属病院 消化器内科¹⁾, 同 循環器内科²⁾
平松拓馬¹⁾, 田村直樹¹⁾, 坂口賀基¹⁾, 皆月ちひろ¹⁾, 辻 陽介¹⁾,
新美恵子¹⁾, 小野敏嗣¹⁾, 山道信義¹⁾, 藤城光弘¹⁾, 稲島 司²⁾,
小室一成²⁾, 小池和彦¹⁾

【背景】本邦では高齢化に伴い心房細動患者が増加している。ダビガトランをはじめとするdirect oral anticoagulants (DOAC)は、ワルファリンと比較し投与量の調整や相互作用が少なく使用頻度が増加しているが、ダビガトラン誘発性食道炎について十分に認知されているとはいえない。今回典型的なダビガトラン誘発性食道炎の内視鏡像を呈し、薬剤変更により速やかに改善した一例を経験したので報告する。【症例】81歳男性。心房細動で20年間ワルファリンを内服していたが、両前腕に皮下出血を繰り返すためダビガトランへ変更した。ダビガトラン投与5日後から心窩部痛が出現し、食事が喉を通りにくくなってきたため、投与20日後に上部内視鏡検査を行うと、食道中部から下部に厚い被膜を認め、被膜下に発赤した粘膜がみられた。被膜の生検は組織学的に剥離した重層扁平上皮であり、表層の凝固壊死がみられたため、経過からダビガトランによるsloughing esophagitisと考えられた。投与26日後にダビガトランからワルファリンに変更したところ、数日で症状の改善がみられた。薬剤変更38日後に上部内視鏡検査を行ったところ食道の被膜は消失、被膜下の食道炎も改善し、以後症状の再発を認めていない。【考察】ダビガトラン誘発性食道炎は服用者の2割に上るとする報告があり、原因として薬剤内に含まれる酒石酸が食道内に停留して粘膜障害を起こす機序が考えられている。このため使用時には薬剤停留の原因となる器質的病態や服薬状況について留意する必要がある。本例では服薬状況に加え、下行大動脈の彎曲がみられており薬剤停留の一因となった可能性も考えられた。【結語】DOAC使用者の増加とともに、ダビガトラン誘発性食道炎も増加することが予想される。薬剤性という認識がなく投与を継続し、食道狭窄を来した例もあることから、内視鏡所見から薬剤性食道炎であることを疑い、薬剤変更や服薬指導をすることが重要と考えられた。

薬剤性食道炎, ダビガトラン

埼玉医科大学総合医療センター 肝胆膵外科小児外科

小暮亮太, 二宮理貴, 中沢祥子, 三井哲弘, 宮田陽一, 駒込昌彦, 牧 章, 別宮好文

症例は40歳台男性、2017年9月下旬より嘔気、尿の黄染認めるようになり前医受診。前医CTにて肝内胆管拡張、膵頭部腫瘍を指摘され閉塞性黄疸、肝癌疑われ当科紹介受診となった。血液検査では肝胆道系酵素、Bil 9.0と高度黄疸を認めた。当院で施行した造影CTでも、肝内胆管及び主膵管の拡張を認め、膵頭部で主膵管の途絶や上腸間膜動脈神経叢右後方180°程度と上腸間膜静脈周囲の脂肪組織濃度上昇を認め、FDG-PETでも膵頭部に4cm大のFDG高集積を認めSUV maxは4.34であり、以上より画像所見としてBR膵癌を考慮する所見であった。EUSでは膵頭部に45mm×33mmのlow echoic SOLを認め2度に渡りEUS-FNAB施行(1回目3回穿刺、2回目4回穿刺)したが、いずれも明らかな異型は認められず、細胞診はclass 1~2であった。消化器内科と綿密な相談の上、画像評価、総合評価から肝癌も疑う事から、肝癌であればBR症例でありNeoadjuvant chemotherapyも考慮されたが、手術を先行させることとして、亜全胃温存膵頭十二指腸切除術を施行した。摘出標本の病理結果は明らかな腫瘍性病変はなく、小葉内の線維化、炎症細胞浸潤、上皮の過形成性変化など慢性膵炎の所見であった。本症例は複数回のEUS-FNABでも癌の検出は認めなかったが、総合診断として肝癌も疑われ、診断治療目的も兼ねて手術加療を先行した1例となった。肝癌の予後、治療成績などを考慮すると、肝癌の完全な否定をしない限り、治療診断目的の積極的な外科的切除も考慮する必要があると思われ、文献学的考察を加えて報告する。

膵癌, 慢性膵炎

東京女子医科大学卒後臨床研修センター¹⁾,同 消化器一般外科²⁾紀川朋子¹⁾, 成宮孝祐²⁾, 工藤健司²⁾, 矢川陽介²⁾, 前田新介²⁾,豊島幸憲²⁾, 小川杏平²⁾, 大杉治司²⁾, 山本雅一²⁾

食道癌根治切除後の成績向上により長期生存例が多くみられるようになり、食道癌術後の異時性重複癌の報告が多くなされている。特に咽頭がんや胃管癌などの報告が多いが治療法や食道癌術後の定期経過観察法については一定の見解が得られていないのが現状である。今回我々は食道癌術後定期的に上部消化管内視鏡を施行し、9年目に胃管癌を発見した1例を経験したので、当科で発見加療された胃管癌44例とともに報告する。症例は60歳台男性。9年前に食道癌に対し右開胸開腹食道亜全摘術(胸腔内高位吻合)。術後9年目の定期観察での上部消化管内視鏡検査で幽門輪直上に0-Ip+IIc病変を認め病理で印環細胞がんと診断された。血管造影検査にて右胃大網動脈および右胃動脈の走行を確認し、幽門側胃管部分切除および胃管小弯側のみの郭清をおこない後経12日目に退院となった。当院で施行された胃管癌44例の内訳は発生平均年齢62歳(41-86)2次癌発生までの期間は1-2年11%、3-5年30%、6-10年36%、11-29年23%、2次癌の進行度はcT1 61%、cT2 7%、cT3 32%、cT4 0%、cN0 77%、cN1 23%であった。発生部位は上部胃管9%、中部胃管22%、下部胃管69%。治療方法は手術59%、ESD36%、手術+ESD5%。胃管癌の早期発見は予後向上に重要であり、食道癌術後の経過観察が重要である。胃管癌は食道癌の再発・転移と異なり、5年以降でも発生するため長期間の経過観察を行う必要がある。当院定期検査スケジュールを供覧する。

胃管癌, 定期経過観察

57 大形有茎性胃過形成性ポリープを背景とし脱分化の過程とリンパ管浸潤を伴ったSM浸潤胃癌の一例

北里大メディカルセンター 消化器内科
三澤佑介, 渡邊真彰, 大塚俊和, 金澤 潤, 上原一帆, 川口佑輔,
田原久美子, 木田光広

胃過形成性ポリープ (HP) からの発癌とその特徴に関する報告が増えつつある。本症例はHPを背景とし高～低分化型腺癌までの脱分化を呈していたSM浸潤胃癌の一例である。【現病歴】89歳、女性。心房細動でワーファリンを服用中。吐血し救急搬送された。血圧は保たれていたがヘモグロビン濃度は7.8 g/dLに低下していた。緊急上部消化管内視鏡を施行したところ、胃内に血液が貯留し視野確保は不良であったが、胃体中部小彎前壁寄りに、大形の有茎性腫瘍 (主病変) を認めた。外観は結節状で、頂部は表面が自壊、陥凹し、露出血管の像を呈した。その他にも隆起性の副病変が散見された。同日はトロンビンの散布と輸血で対処し、自然止血を得た。後日再検し主病変、副病変から生検したところHPの所見を得た。背景はヘリコバクテラ抗体陽性の萎縮性胃炎であった。主病変は依然として露出血管を有し、第23病日に再出血回避目的で内視鏡的粘膜切除術を施行した。回収した病変は38 x 30 mm大で、病理組織所見では過分泌を伴う過形成性変化を背景にtub1, tub2, porの脱分化を呈する腺癌を認めた。深達度はpT1bでリンパ管浸潤を伴っていた。家族の意向で胃切除は施行せず退院となった。【考察】本症例の主病変は、3cm超の有茎性大型病変で、陥凹した露出血管を有したことなど、既報のHPからの発癌例の特徴を備えていた。一方で、高分化型から低分化型までの多様な脱分化過程を呈していた点では特異な事例であったと考えられる。特にHPからの発癌の多くは分化型癌であり、低分化型腺癌を混じえたとする報告は稀である。本症例のごとくSMに深達しリンパ管浸潤を伴った有茎性HP由来の低分化型癌は、頻度が少ないとされる低分化型隆起型胃癌の前駆病変である可能性を示唆するものと考察した。

胃過形成性ポリープ, 胃癌

58 胃癌の心膜転移による心嚢液貯留から心不全症状を呈した1例

慶應義塾大学 医学部 内科学 (消化器) ¹⁾,
同 腫瘍センター²⁾
武藤百合子¹⁾, 平田賢郎¹⁾, 松永崇宏¹⁾, 須河恭敬¹⁾, 浜本康夫²⁾,
高石均²⁾, 金井隆典¹⁾

症例は61歳の女性。20XX年9月に前医で胃角部小弯の3型進行胃癌および多発リンパ節転移を指摘された。当院に紹介となり、精査の結果、胃癌(U, Post, Type 3, por, cT3, N3a, M1 (P1, CYX, H0), cStageIVb; 胃癌取扱い規約第15版)と診断した。HER2陽性(IHC 2+ / FISH +)であり、20XX年10月20日よりXELOX + trastuzumab療法(カペシタビン 2000 mg/m²/day day 1-14 + オキサリプラチン 80 mg/m² day 1 + トラスツズマブ 6 mg/kg (初回 8 mg/kg) day 1を3週毎)による化学療法を導入した。12月20日の3コース終了後の造影CTではPartial Response (PR)であり、同レジメンで化学療法を継続の方針とした。12月22日より4コース目を開始としていたが、12月27日から37.5度の発熱、咳および全身倦怠感を認めた。LVFXの経口内服を開始するも症状の改善を認めず、12月31日に当院を受診した。胸部単純X線写真で、心胸郭比0.68の心拡大および心エコーで心嚢液の貯留を認め、心膜炎と心嚢液貯留に伴う心不全の診断で入院した。20XX+1年1月5日に心嚢穿刺ドレーナージを施行し、細胞診でClassVを認め、胃癌の心膜転移と診断した。穿刺ドレーナージ後に心不全症状は速やかに改善を認め、化学療法を継続の方針として20XX+1年1月15日より5コース目を再開し、1月17日に退院した。心膜転移する腫瘍としては肺癌、乳癌、白血病、悪性リンパ腫が多く、消化管腫瘍からの転移の報告は少ない。胃癌の心膜転移は約5%前後といわれ、さらに、心膜転移した症例で心不全症状を呈するのは3.3%との報告がある。有症状の癌性心膜炎は予後不良な病態であり、原発巣によっても予後は変わるが、胃癌における生存期間中央値は3.75ヶ月と報告されている。今回、胃癌の心膜転移による心嚢液貯留から心不全症状を呈した1例を経験したので若干の文献的考察を踏まえて報告する。

胃癌, 心膜転移

59 EUS-FNAにより術前診断しLECSにより治療しえた胃神経鞘腫の一例

横浜労災病院 消化器内科¹⁾, 同 内視鏡部²⁾, 同 外科³⁾,
同 病理診断科⁴⁾
今井友里加¹⁾, 金沢憲由¹⁾, 森久保尚美¹⁾, 尾崎杏奈¹⁾, 白鳥 航¹⁾,
辻川真太郎¹⁾, 小林 貴¹⁾, 鈴木雅人¹⁾, 高柳卓矢¹⁾, 野上麻子¹⁾,
梅村隆輔²⁾, 内山詩織²⁾, 関野雄典¹⁾, 川名憲一²⁾, 永瀬 肇¹⁾,
岡崎靖史³⁾, 角田幸雄⁴⁾

【症例】35歳男性【現病歴】20XX年4月、健診の上部消化管造影検査にて胃の隆起性病変が指摘され、前医にて上部消化管内視鏡検査 (EGD) を施行された。胃体上部小彎後壁より25mm大の粘膜下腫瘍 (SMT) を認めたため、精査目的に当院紹介となった。CTを撮像したところ、胃体上部に造影効果を伴う腫瘍性病変と小彎リンパ節腫大を認めた。20XX年8月、超音波内視鏡 (EUS) を施行したところ、小彎の腫大リンパ節と胃体上部SMTはそれぞれ境界明瞭な低～等エコー腫瘍として描出され、それぞれに対し穿刺吸引組織診 (FNA) を施行した。前者から腫瘍細胞は検出されず、後者からは錯綜する紡錘形細胞を認めた。紡錘形細胞の免疫組織学的検査ではc-kit, CD34, desmin染色はいずれも陰性であったが、S-100蛋白染色がびまん性に陽性を示し、胃神経鞘腫と診断された。FNAではリンパ節に腫瘍細胞は認めなかったが、転移も否定しきれず、若年であることも考慮し、20XX年11月腹腔鏡内視鏡合同手術 (LECS) を行った。まず、内視鏡でSMT周囲全周に針状ナイフ、ITナイフを用いて粘膜、粘膜下層切開を行った。腹腔鏡観察下に針状ナイフにて大彎側に漿膜筋層切開を置いたのちに超音波凝固切開装置を用いて腫瘍を切除した。胃壁閉鎖は自動縫合器を用いた。同時に小彎リンパ節サンプリングも行った。切除後の病理組織学的検査では、リンパ節に悪性所見は認めず、SMTはS-100蛋白染色陽性で、神経鞘腫に合致する所見であった。術後1か月で施行したEGDでは大きな胃変形もなく良好な経過をたどっている。【結語】胃神経鞘腫の存在診断として上部消化管造影、内視鏡、CTなどが有効であるが、確定診断は困難である。一方で、EUS-FNAは一般的に高い診断能と安全性が示された有用性の高い細胞採取法である。今回われわれは、術前にEUS-FNAにより胃神経鞘腫と診断し、LECSを行った症例を経験したため、若干の文献的考察を加えて報告する。

EUS-FNA, 神経鞘腫

60 腸閉塞をきたした小腸巨大GISTの一例

都立駒込病院
高田亮佑, 柴田理美, 田畑拓久, 小泉浩一, 夏目壮一郎, 高雄美里,
中野大輔, 山口達郎, 松本 寛, 高橋慶一, 深井真奈美,
堀口慎一郎, 比島恒和

腸閉塞をきたした小腸巨大GISTの一例ががん・感染症センター都立駒込病院消化器内科1)、内視鏡科2)、大腸外科3)、病理科4) 高田亮佑1)、柴田理美1)、田畑拓久2)、小泉浩一1)、夏目壮一郎3)、高雄美里3)、中野大輔3)、山口達郎3)、松本寛3)、高橋慶一3)、深井真奈美4)、堀口慎一郎4)、比島恒和4)【症例】54歳、女性。【主訴】嘔吐。【現病歴】2017年10月に嘔吐と下腹部腫痛を指摘され精査・治療目的に入院された。【経過】腹部レントゲン検査ではニボーを有する小腸腸管拡張を認め、腹部造影CT検査では空調にToricelli-Bernoulli signを呈する17cm大の不整形腫瘍を認めた。骨盤内腫瘍による腸閉塞を疑い減圧目的にイレウス管を挿入した。骨盤内腫瘍の診断目的に経口小腸内視鏡検査を施行したところ、空腸粘膜と交通する潰瘍で覆われたcavityを認めた。そのcavityの口側には小さい潰瘍および肛門側につながる腸管を認めた。したがってこのcavityは空腸と交通を有する腫瘍の内腔であると考えられた。小腸造影したところそれに矛盾しない所見であった。潰瘍からの生検ではc-kit陽性であったためGISTと診断し、閉塞解除および腫瘍摘出目的に外科切除を行った。術後麻痺性イレウスを生じたが、その後経過はよく術後40日目に退院となった。【考察】腸閉塞をきたす小腸GISTの本邦報告は過去20年で23症例である。閉塞原因の96%は捻転もしくは腸重積であり、その背景には小腸GISTの発育様式が影響していることが知られている。本症例は閉塞原因が腸捻転と腫瘍による圧排の2つの要素が考えられる稀な症例であった。それに加え、腫瘍径が17cmと大きさがあったにもかかわらず、ここまで増大するまでに消化器症状をきたさなかった点でも稀であると考えられた。閉塞機序と症状がないままここまで増大した背景を、発育形式および病理組織学的所見より考察したため報告する。

GIST, 腸閉塞

東京都済生会中央病院 消化器内科¹⁾、同 腫瘍内科²⁾
飯塚玄明¹⁾、三枝慶一郎¹⁾、林 智康¹⁾、大原まみか¹⁾、田沼浩太¹⁾、
小川 歩¹⁾、阿部善彦¹⁾、星野 舞²⁾、上田真裕¹⁾、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】29歳、女性。【主訴】下痢。【既往】パーソナリティ障害【現病歴】21歳頃より下痢・体重減少・腹痛が出現したため、近医を受診し精査にて炎症性腸疾患が疑われた。5-ASA製剤の内服を開始したが症状改善なく1ヵ月程度で内服を自己中断した。以降も下痢・腹痛が継続し、22歳時の再精査にて小腸大腸型Crohn病の診断となった。以降治療自己中断していたが、29歳時の7月より下痢回数の増悪を認め、11月29日他院にて下部消化管内視鏡行い、再度Crohn病の診断となった。時間依存型5-ASA製剤3000mg開始となるも症状改善せず、12月10日より発熱、腹痛、下痢回数の増悪を認めた為加療目的に12月11日に当院入院となった。【経過】当院での内視鏡所見では回腸末端から大腸にかけて類円形潰瘍・アフタ潰瘍多発の所見を認めた。病理所見では非乾酪性類上皮細胞肉芽腫は認めなかったが、前医での病理診断を加味し小腸大腸型Crohn病として治療開始した。治療開始時のCDAI scoreは226点、下痢回数は5行/日、体温39.0度であった。問診より症状の悪化を5-ASA製剤開始後に認めていることから、5-ASAアレルギーの可能性も考慮し、12月12日より5-ASA製剤内服を中止し禁食、補液の保存的加療を行った。その後CDAI scoreは136点、下痢回数は1-2行/日、体温36.5度と改善を認めた。パーソナリティ障害にて心療内科通院中のためPSL導入困難であったことから12月22日より再度5-ASA製剤500mgの内服を開始したところ、翌日より再度症状増悪を認め、5-ASAアレルギーの臨床的診断に至った。12月27日に再度5-ASA製剤内服を中止、以降は経口ブデソニド製剤、経腸栄養剤にて症状改善し、再燃なく経過している。12月25日に提出した5-ASAに対するDLST検査は陽性の結果であった。【結論】本症例は5-ASAアレルギーにより症状の増悪を認めた小腸大腸型Crohn病の一例である。5-ASA製剤投与中の症状増悪時には、5-ASAアレルギーの可能性を考慮し、早期5-ASA製剤休薬、DLSTの必要性が考えられた。若干の文献的考察を含め報告する。

5-ASAアレルギー、Crohn病

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

症例：85歳、男性。主訴：腹部膨満感。現病歴：201X年9月中旬頃より特に誘因なく腹部膨満感が出現した。近医を受診、腹水を指摘され当科紹介入院となった。検査成績：WBC 8300/ μ l、RBC 452x10³/ μ l、Hb 13.5g/dl、Hct 40.5%、Plt 35.6x10³/ μ l、Alb 3.0g/dl、AST 16U/L、ALT 10U/L、T-Bil 0.94mg/dl、BUN 13.3mg/dl、Cr 0.68mg/dl。腹部超音波では、中等量の腹水と、腹水中を浮遊し、また一部が腹膜に付着する混合エコーを示す腫瘍性病変が多数確認された。腹部CTでは、径が34mmと虫垂は著明に腫大していた。その内腔は均質な低吸収の内容物で満たされ、造影効果を示す壁に結節が認められた。腫大した虫垂の周囲には、壁が造影される嚢胞性腫瘍が集簇して存在した。また、その腫瘍性病変が肝表面に付着し、肝内に浸潤していると考えられる所見も認められた。診断目的で腹水穿刺を施行した。腹水は淡黄色の浸出液であり、腹水中のCEAは3624.7ng/ml、CA19-9は6558.3U/Lと著明に増加していた。細胞診で細胞内粘液を有する異形細胞の存在が確認された。臨床経過：以上の検査所見より、虫垂の粘液性嚢胞性腫瘍である可能性が高いと判断し、この病変が原発となり腹膜偽粘液腫を併発した症例と診断した。治療として腹膜切除および腹腔内温熱化学療法を希望されたため、治療施行可能な施設への転院予定となった。疼痛コントロールと腹水穿刺排液による対症的治療を行っていたが、悪液質が急速に進行し、手術前に死亡した。考察：虫垂粘液嚢胞性腫瘍によると考えられる腹膜偽粘液腫の1例を経験し、画像所見を含め示唆に富む症例と考へ報告する。

虫垂腫、腹膜偽粘液腫

横浜市立市民病院
皆川結明、小金井一隆、辰巳健志、二木 了、黒木博介、林 宏幸、
杉田 昭

家族性大腸腺腫症(FAP)は、APC遺伝子変異により大腸多発腺腫を呈する常染色体優性遺伝の疾患である。甲状腺癌や副腎腫瘍などの大腸外病変を合併することが知られており、FAPの診断を機に発見されることが多い。家族歴がないにも関わらず、大腸外病変を機にFAPが診断された一例を経験したので報告する。症例は37歳女性。母が早期大腸癌であった。20歳頃より眼球突出があり、甲状腺疾患疑いで通院していた。2016年10月、甲状腺癌と診断され、甲状腺右葉切除、D1廓清術を施行された。病理結果が乳頭癌(CMV: cribriform-morular variant)であり、FAPに合併した可能性が考えられた。大腸内視鏡検査で多数のポリープを指摘され、生検所見で腺腫であり、APC遺伝子変異を認めたためFAPの診断となった。その後、2度の大腸内視鏡検査で下行結腸からS状結腸にかけて計6箇所に腺腫併存癌、腺腫内癌は明らかな遠隔転移やリンパ節腫脹を認めず、病期分類TisNOM0(cStage0)と診断された。手術適応として2017年12月当科紹介となり、2018年1月に大腸全摘、直腸粘膜剥去、回腸囊肛門吻合、回腸人工肛門造設術を施行した。切除標本の肉眼所見では腸管粘膜全体に計1254個のポリープを認めた。大きさ5から10mmの病変の病理組織診断では、計4個の腺腫内癌(pM, ly0, v0, PM0, DM0, pN0, pStage0)を認め、その他は高異型度から低異型度管状腺腫であった。以上より非密生型FAPと診断した。甲状腺乳頭癌は多彩な病理組織像を呈し、CMVはFAP合併例に特徴的で、甲状腺癌を合併したFAPの約3分の1は大腸病変からでなく、甲状腺癌病変の組織学的特色から診断に至るとされている。本症例は家族歴もなく、甲状腺乳頭癌がCMVであったことを契機にFAPが診断された比較稀な症例であった。甲状腺乳頭癌の組織型がCMVである場合には、FAPに合併した可能性があり、大腸病変の検索を行う必要性があると考えられた。

家族性大腸腺腫症、甲状腺乳頭癌

がん有明病院 消化器内科
林石倫子、尾阪将人、山田育弘、野坂崇仁、片桐智子、秋山 大、
金田 遼、佐々木隆、松山真入、高野浩一、笹平直樹

【症例】初発時44歳、男性（現在66歳）。1995年1月、大動脈分岐部リンパ節腫大に対して局所切除を行い、神経内分泌腫瘍(NET)のリンパ節転移と診断された。1998年に直腸腫瘍を指摘され、超低位前方切除術(VLAR)を行い、直腸原発NETの診断(Rb, 11mm, sm2, ly+, v+)となった。2003年に大動脈分岐部リンパ節再発を認め、局所切除と放射線照射を行った。その後10年間は再発なく経過していた。2013年にS7単発の肝転移に対して肝部分切除、2014年1月に左腸骨転移に対して放射線照射、2014年7月に膝転移に対して膝頭二指腸切除を行った。2015年4月CTで多発肺転移、胸腰椎への多発骨転移を認め、ソマトスタチンアナログ(SSA)の投与を開始した。2017年になり右下肢浮腫が出現し、CTでは右腸骨動脈周囲の再発巣が増大しており、右腸骨静脈狭窄が浮腫の原因と考えられた。同狭窄部の静脈に対して静脈ステントを留置し、右下肢浮腫は改善した。他病変の病勢は制御されており、現在もSSAを継続中で、初発の大動脈分岐部リンパ節切除より23年が経過している。【考察】初発時から転移を有する腫瘍状況の直腸NET患者であり、治療目標を1.生存期間の延長、2.症状緩和・QOLの維持と考えて治療を行っている。多発肺転移、骨転移を認めるが、無症状で腫瘍量は少なく、生命を脅かすような状況ではない。非常に緩徐な腫瘍増大速度と化学療法による有害事象のバランスを考慮して、現行のSSA治療を継続している。【結語】直腸NET多臓器転移に対して局所療法とSSA投与により23年間経過中の一例を経験した。NET患者の長期的な治療計画を立案する上で、興味深い症例と考へ報告する。

神経内分泌腫瘍、ソマトスタチンアナログ

関東労災病院 消化器内科

波多咲甫, 金子麗奈, 木村祐介, 中崎奈都子, 大森里紗, 矢野雄一郎, 小川正純, 佐藤 譲

74歳男性。慢性B型肝炎に対し、エンテカビル内服中の肝硬変患者。初発肝細胞癌に対しTAE、RFAで治療した4年後のX年、S8にCT上造影早期相で淡く濃染し、後期相では実質と同様の吸収を示す5mm大の腫瘍影を認めた。3か月後のCTでは血管腫の疑いとなり、経過観察とした。X+2年より腫瘍径がわずかに増大傾向となったが、画像上血管腫の診断は変わらなかった。X+5年、30mmまでの増大を認めた。CT上は早期相で濃染するが後期相で染まり抜けを認めず、MRIでは早期相で辺縁に増強効果を認め、T2WIで血管腫より淡く、被膜様構造があり肝細胞癌の疑いとなった。TAEを行いA8に腫瘍濃染を認めた。X+6年にTAE後の再発に対しRFAとTAEを追加した。その後治療痕を取り巻くように、後期相で染まり抜けを伴わない不整形の造影早期濃染部が形成され、APシヤントの疑いとして経過観察した。X+7年、X+8年、X+9年に計3回のTAEを施行した。また、X+8年よりソラフェニブを投与開始継続した。X+10年にAST 54 IU/L、ALT 46 IU/Lとわずかな肝機能障害を認め、CT上腫瘍によるP8の閉塞と右肝静脈狭窄を認めた。同時期、腫瘍が早期相で濃染し、門脈相で実質と等吸収であり、MRIで肝細胞癌よりもT2WIで高信号であるとして、画像上細胆管細胞癌として矛盾しないとの診断に至った。X+11年腫瘍生検を行ったところ、腫瘍組織は肉眼的に白色調で、線維化内に核腫大が加わった小型の管腔構造と、索状に配列する細胞を認め、CK7陽性で、cholangiolocellular carcinomaの診断に至った。診断後より、化学療法をジェムシタピンへ変更し、加療中である。近年、その概念が普及した細胆管細胞癌の長期経過を観察した一例として、若干の文献的考察を加えて報告する。

細胆管細胞癌, 肝細胞癌

東京通信病院 消化器科¹⁾, 同 放射線科²⁾, 同 病理科³⁾
 匹田祐樹¹⁾, 光井 洋¹⁾, 関川憲一郎¹⁾, 小林克也¹⁾, 大久保政雄¹⁾, 加藤知爾¹⁾, 橋本直明¹⁾, 鈴木丈夫²⁾, 岸田由起子³⁾, 田村浩一³⁾

【症例】77歳女性【入院目的】肝腫瘍治療【現病歴】20年以上前から、当院にて自己免疫性肝炎でフォロー中であった。9年前に行った肝生検では、A2F3の慢性活動性肝炎の病理所見であり、最近ではブレドニゾロン10mg/日の内服を行っていた。入院4か月前より腫瘍マーカー(PIVKA-II)の上昇を認め、腹部エコーとEOB造影MRIにて肝臓S4に13mm大の腫瘍性病変を認め、乏血性の肝細胞癌の可能性を第一に考えた。肝機能grade Aの肝硬変の状態であり、治療として手術とラジオ波焼灼療法を提示し、後者を選択された。【入院後経過】入院第2病日にラジオ波治療を行い、CTでの評価では十分な腫瘍焼灼がなされたと考えられた。同日になされた腫瘍生検では、高分化な肝細胞癌の所見であった。術後の経過は良好で、第8病日に退院となった。【考察】自己免疫性肝炎に肝細胞癌が合併することは比較的まれで、3-5%に起きると報告されている。高齢者が多く、肝硬変症例が78%と大部分であり、本症例もこの特徴に合致する。肝硬変患者の発癌率は年1%と、ウイルス性に比して低率であるが、線維化の進んだ症例では、定期的な腫瘍マーカーと画像検査のフォローアップが必須である。

自己免疫性肝炎, 肝細胞癌

埼玉医科大学 消化器内科・臓臓内科

鈴木誠也, 中山伸朗, 鈴木隆信, 印藤佳織, 浅見真衣子, 齊藤陽一, 鷹野雅史, 湖上 彰, 塩川慶典, 内田義人, 藤井庸平, 打矢 紘, 中澤 学, 安藤さつき, 菅原通子, 中尾将光, 本谷大介, 今井幸紀, 富谷智明, 持田 智

36歳の男。健診でビリルビンの上昇が見られて受診した。TB 2.2 mg/dL, DB 0.8 mg/dL, AST 20 U/L, ALT 20 U/L, γ -GTP 26 U/L, 血小板数 22.6 万, AFP 2.5 ng/mL, PIVKA-II 28 mAU/mL, HBs抗原陰性, HCV抗体陰性, BMI 17.9。腹部超音波検査では慢性肝疾患の兆候はないが、門脈の著明な拡張と蛇行を認めた。腹部造影CTでは、腹腔動脈、総肝動脈、肝動脈が著明に拡張しており、肝内の動脈枝にも拡張と蛇行と認めた。また、肝両葉に、早期相から門脈相では淡い低吸収域、遅延相では周囲と同等の吸収値となる最大径3 cmの腫瘍陰影が観察された。EOB-MRIでは、肝内腫瘍陰影は早期相で濃染されないが、遅延相で濃染され、肝細胞相で高信号を呈した。ソナゾイド造影エコーでは、造影前後で肝内に腫瘍陰影は描出されなかった。胸部造影CTでは、左肺S10の肺底部背側に4.3 mmの動静脈瘻を認めた。頭部MRIでは、血管病変はなかった。上部消化管内視鏡検査では、食道、胃、十二指腸に毛細血管拡張症の所見はなかった。父親は鼻出血を繰り返し、遺伝性出血性毛細血管拡張症(オスラー病)の診断で通院中である。Curacao診断基準のうち、内臓動静脈奇形と家族歴の2項目を満たし、オスラー病疑診と診断した。肝内腫瘍陰影に関しては、上記の所見から結節性再生性過形成(nodular regenerative hyperplasia: NRH)を疑い、経過観察の方針とした。肺動静脈瘻に対しては、コイルを用いたIVR治療を検討中である。オスラー病では肝にNRHの他、focal nodular hyperplasia (FNH)も合併することが報告されており、示唆に富む症例と考え、報告する。

オスラー病, 結節性再生性過形成

東京都立墨東病院 外科

横溝真央人, 脊山泰治, 志水祐介, 森 一洋, 鹿股宏之, 日吉雅也, 那須啓一, 稲田健太郎, 和田郁雄, 真栄城剛, 宮本幸雄

【緒言】Indocyanine green (ICG)は従来肝機能評価に用いられていたが、近年、近赤外線によるICG蛍光法が肝腫瘍の術中診断に有用であることが注目されている。肝細胞癌はICG蛍光法にて腫瘍が蛍光を発するが、転移性肝癌でも周囲肝実質が光るため手術ナビゲーションとなる。一方、転移性肝癌の胆管内腫瘍塞栓は頻度が少なく、また通常のエコーでは診断が難しい。今回我々は、胆管内腫瘍栓を伴った転移性肝癌に対しICG蛍光法が有用であった症例を経験したので報告する。【症例】58歳、男性。2010年よりアルコール性肝硬変で当院消化器内科通院し、経過中にS状結腸癌が見つかった。2017年2月、腹腔鏡下S状結腸切除術、D3リンパ節郭清施行(type 3, tub1, tub2, pT3(SS), N0, M0, Stage2)。2017年8月、腹部エコーで多発肝転移を指摘された。CT、MRIでS3(2個)、S4(2個)、S6、S7(2個)に最大径14mm、合計7個の転移性肝癌の診断となった。肝機能はICG-R15は14.5%、肝障害度Aと良好であった。S3病変以外は肝表であり切除の方針とした。手術前日にICG 2.5mgを静注した。【結果】2017年10月手術施行。開腹肝切除の術野に、カラーICG内視鏡システム(PINPOINT、NOVADAQ社)のカメラを持ち込み、肝表を観察し腫瘍位置を同定していった。S3肝表、S5肝表に5mm大の新生病変を認めた。また、S3の肝実質内の腫瘍自体はICG蛍光で同定できなかったが、腫瘍より末梢の肝表が領域性に蛍光を発しており、胆汁鬱滞が疑われた。術中造影エコーを施行し、胆管内腫瘍栓の所見が確認できた。腫瘍栓先端の近位で切除するために肝S3亜区域切除を施行した(S2/3境界はICG蛍光領域と合致していた)。その他はS4、S5、S6、S7部分切除施行した(合計9個)。病理所見:9個の腫瘍はすべて既往のS状結腸癌類似の中分化型管状腺癌であった。S3腫瘍からB3胆管枝断端近傍まで胆管内腫瘍栓を認めたが、切除断端は陰性であった。【結語】転移性肝癌の胆管内腫瘍栓の術中診断としてICG蛍光法が有用であった。

転移性肝癌, ICG蛍光法

東京医科歯科大学 肝胆脾外科

奈良 篤, 加藤智敬, 赤須雅文, 小倉俊郎, 小川康介, 小野宏晃, 光法雄介, 伴 大輔, 工藤 篤, 田邊 稔

肝細胞癌における肝内出血は稀な病態である。我々は無症候性でかつ自然肝内出血を来した血腫形成に至った症例を経験したため報告する。

症例は81歳女性。アルコール性肝障害を背景とした肝細胞癌術後のフォロー中に、肝内側区域における3cm大・単発の肝細胞癌再発を認めた。肝部分切除を予定していたが手術前にCTを再検したところ、前回CT検査から2ヶ月しか経過していないにもかかわらず、6cm大へと急速な増大を認めた。術式を変更し拡大内側区域切除を施行。切除標本の肉眼的所見では腫瘍周囲に広がる広範な血腫形成を認めた。

術前に熱や腹痛などの症状を認めず無症候性の肝実質内への出血であった。また、6年前からの抗凝固薬の内服はあるものの、外傷の既往を認めず自然出血と考えられた。

病理診断はmoderately differentiated HCCであり、脈管浸潤は認めなかった。腫瘍自体は5x4x4cmであるが、血腫成分を含めると10x6x4cmであった。術前CTで確認された急速な腫瘍の増大は出血に起因するものと考えられたが、明らかな出血起点は同定できなかった。

肝細胞癌における肝実質内血腫形成は腫瘍破裂に伴う肝実質内出血によるとされているが、無症候性の自然出血は極めて稀である。時に腹腔内破裂と同様に致命的な状況となりうるため、外傷のエピソードがなくとも腫瘍径の増大などが見られた際は腫瘍破裂を念頭において診療にあたる必要がある。

肝細胞癌, 肝内血腫

東京慈恵会医科大学第三病院

石黒瑞稀, 今井那美, 廣瀬雄紀, 柴田恵子, 山口るり, 三浦由紀子, 横田健晴, 岩久 章, 木下晃吉, 木島洋征, 小池和彦

【症例】28歳女性【経過】21歳時、前医にてCrohn病と診断され、内服加療継続していた。201X年12月中旬より1日10回以上の下痢、嘔吐を認め、前医にて感染性腸炎疑いで内服加療されていた。しかし症状改善せず、心窩部痛が強いため、精査加療目的で、12月25日に当院当科入院となった。腸管安静により下痢、嘔吐は自然軽快し、食事を摂取しても心窩部痛の悪化はなく、第6病日に退院した。退院後、高脂肪食を摂取した後に心窩部痛を認めた。症状軽快せず、再度精査加療のため201X+1年1月5日に入院した。血液検査上、AST 77 U/L、ALT 56 U/L、T-Bil 0.4 mg/dL、ALP 1283 U/L、 γ -GTP 261 U/Lと胆道系酵素優位の肝障害を認めた。CT、MRIなどの画像検査では胆道系に明らかな異常は認めなかった。食後の心窩部痛を繰り返していた経過であったため、胆汁排泄障害を疑い、第6病日に内視鏡的逆行性胆道造影（ERC）を行った。ERCでは胆道に狭窄など明らかな所見は認めなかったが、胆道から十二指腸への造影剤排泄遅延を認めた。胆道造影の10分後も造影剤がほとんど排泄されず、十二指腸乳頭括約筋機能異常（SOD）を疑い、プラスチックステント（PS）を留置した。治療後肺炎を起こしたが、補液で改善し、第13病日に退院した。PS留置後は高脂肪食を摂取しても心窩部痛は認めず、PS留置は効果的であり、SODと診断した。その後、内視鏡的乳頭切開術を施行し、症状の再燃なく、順調に経過している。【まとめ】今回、繰り返す食後の心窩部痛があり、肝胆道系酵素の上昇を認めたことよりSODを疑い、内視鏡治療にて改善を認めた一例を経験したため、報告する。

十二指腸乳頭括約筋機能異常, 若年女性

東京大学医学部附属病院 肝胆脾外科・人工臓器移植外科¹⁾, 同 病理部²⁾佐藤駿一¹⁾, 早阪 誠¹⁾, 有田淳一¹⁾, 牛久 綾²⁾, 赤松延久¹⁾, 金子順一¹⁾, 阪本良弘¹⁾, 長谷川潔¹⁾

症例は78歳女性。幼少期に回虫に罹患し、治療歴があった。2017年10月、体重減少を主訴に近医受診した。採血で肝機能障害を指摘され、造影CT検査にて高度に萎縮した右肝を占拠する多房性嚢胞性病変を認めた。MRI画像の拡散強調画像にて嚢胞性病変内に高信号を認め、悪性を否定できず、前医で手術の方針となったが、当院での手術を希望され紹介受診となった。ERCP時の胆汁細胞診にて胆管内乳頭状腫瘍(IPNB)と診断された。MRI画像上、右肝管根部が狭窄しており、右肝管根部での切離は困難と判断し、右肝切除、肝外胆管切除、胆管空腸吻合術施行。病理組織診断ではIPNB associated with invasive adenocarcinomaで、背景肝はF4の肝硬変であった。術後は肝不全による難治性腹水を認めたが、67病日目に退院となった。回虫罹患後の萎縮肝に発症したIPNBの報告例は少なく、若干の文献的考察を加え報告する。

胆管内乳頭状腫瘍, 肝低形成

東京慈恵会医科大学 肝胆脾外科¹⁾, 同 外科学講座²⁾原慧一郎¹⁾, 畑 太悟¹⁾, 後町武志¹⁾, 恒松 雅¹⁾, 丸口 隼¹⁾, 岩瀬亮太¹⁾, 春木孝一郎¹⁾, 安田淳吾¹⁾, 塩崎弘憲¹⁾, 恩田真二¹⁾, 柴 浩明¹⁾, 石田祐一¹⁾, 矢永勝彦²⁾

症例は66歳男性。非露出型十二指腸乳頭部腫瘍の診断で2016年6月に亜全胃温存脾頭十二指腸切除術(SSPPD)、Child変法再建術を施行した。術後23日目に合併症なく退院し、病理組織学的診断でNET G1と診断され、外来にて経過観察中であった。2017年9月突然の腹痛を自覚し近医を受診、腹膜炎疑いにて当院へ救急搬送された。身体所見では上腹部を中心に圧痛および筋性防御を認め、血液検査では白血球数が1,000/ μ L、好中球数が600/ μ Lと著明に減少していた。腹部CTで肝表面、上腹部の腸間膜周囲に遊離ガスと腹水貯留を認め、汎発性腹膜炎、上部消化管穿孔を疑い緊急手術となった。術中所見では胆汁色の混濁した腹水が中等量あり、胃空腸吻合部空腸後壁に3cm大の穿孔部を認めた。単純閉鎖を試みたが欠損孔が大きく、浮腫が強かったため胃部分切除、挙上空腸部分切除、Roux-en-Y再建を施行した。術後の経過は良好で術後20日目に軽快退院となった。術後病理組織学的診断では穿孔部にフィブリン沈着と線維化を認め潰瘍穿孔に矛盾しない所見であった。その後の問診でプロトンポンプ阻害薬（PPI）の内服を1か月程前から自己中断していたことが判明し、潰瘍穿孔の原因であることが考えられた。今回経験した亜全胃温存脾頭十二指腸切除（PD）後の吻合部潰瘍穿孔症例の報告は少なく若干の文献的考察を加え報告する。

脾臓, 吻合部潰瘍

群馬大学 医学部 肝胆膵外科学¹⁾, 同 病態病理学²⁾, 同 消化管外科学³⁾, 前原龍郎¹⁾, 五十嵐隆通¹⁾, 新木健一郎¹⁾, 山中崇弘¹⁾, 萩原 慶¹⁾, 石井範洋¹⁾, 塚越真梨子¹⁾, 渡辺 亮¹⁾, 久保憲生¹⁾, 播本憲史¹⁾, 吉田由佳²⁾, 信澤純人²⁾, 桑野博行³⁾, 調 憲¹⁾

【はじめに】今回上腹部痛を契機に診断され、NETと主膵管型IPMCの混合型腫瘍の1切除例を経験したため、文献の考察を含め報告する。【症例】79歳男性。上腹部痛精査で膵頭部から尾部に主膵管拡張と内部に造影効果を伴う腫瘍あり。膵液擦過細胞診、膵管生検でClassV、腺癌の診断で、2017年9月当科紹介となった。【検査所見】CTではリンパ節転移、遠隔転移は認めず。EUSで膵頭部から尾部に径約20mmに拡張した主膵管と、内部に乳頭状腫瘍を認めた。PETでは膵体部腫瘍に一致してMax SUV 2.6の異常集積を認めた。またMRIでは腫瘍に一致して軽度拡散低下を認めた。【経過】2017年10月に膵全摘術を施行し、術後5ヶ月現在、無再発生存中である。病理診断はIPMC、non-invasive typeで、一部にNET G1成分を含んでいた。IPMCとNETの境界部には連続性を認め、NET部は免疫組織化学的にグルカゴン陽性であった。両者をマイクロダイセクション法で抽出したDNAのKRAS変異解析では、癌部はKRAS G12V変異型、NET部はKRAS野生型であった。【考察】IPMNとNET併存例の英文報告はこれまでに著者らの検索によれば23例認められるものの、1例の機能性NET (VIPoma) 併存例を除き、全例非機能性NET併存例であった。両腫瘍併存の機序について、共通の前駆細胞から分化するとの説もあるが、未だ定まっていない。一方主膵管内にNETが発生するとの報告も散見される。自験例のようなIPMCとNET併存の報告は調べ得た限りなく、両者のKRAS変異型が異なることから、両腫瘍の衝突、NETからIPMA・IPMCへの分化、NETのbystander効果によるIPMAのIPMCへの分化などの可能性が考えられる。【まとめ】グルカゴン陽性NETと主膵管型IPMCが併存した稀な1例を経験した。NETとIPMN併存の機序を示唆する重要な症例と考え報告する。

膵神経内分泌腫瘍、膵管内乳頭粘液性癌

独立行政法人 地域医療推進機構 東京高輪病院 岩切由季, 中村真衣, 多胡和馬, 原田庸寬, 池田真美, 渡邊健雄, 笹平直樹, 平野賢二, 小山広人

慢性膵炎診療ガイドライン2015によると、内視鏡的治療無効例や再燃する症例では外科的治療が考慮され、内視鏡的膵管ステント治療の継続期間は1年前後をひとつの基準とされているが、外科的治療以降時期に関して明確な記述はない。今回、長期にわたって内視鏡的治療を繰り返し、最終的に外科的治療を施行した症例を経験したので報告する。

症例は56歳男性、10年前に初回の急性膵炎を発症。1年後の膵炎再燃時に初回の内視鏡的膵管ステント術が施行され、その1年後に閉塞性黄疸出現し胆管ステント留置された。その後も膵炎、胆管炎の再燃が続いたが、外科的治療を拒否され内視鏡的治療によるステント交換を繰り返していた。慢性膵炎急性増悪、ステント交換の頻度が増したため外科的治療を検討され、外科紹介となった。腹部造影CT検査では膵全体的多発石灰化と軽度主膵管の拡張、門脈の狭窄を認めた。待機中に肝外側区と膵上縁の間に仮性嚢胞が出現し、穿刺ドレナージの2週間後に、Frey手術と胆管空腸吻合術を行った。手術時間9時間55分、出血量340ml。癒着は高度であり、肝門部での胆管分離、動脈、門脈の同定、剥離が困難であった。経過は良好で術後11日目に独歩で退院された。

我々の施設では、内科外科でディスカッションを重ね慢性膵炎に対する治療にあたっている。本症例を経験し、外科的治療に移行する時期に関しての更なる検討が、予後の改善と合併症回避につながると考えられた。

慢性膵炎、外科的治療への移行

東京慈恵会医科大学附属病院 消化器・肝臓内科¹⁾, 同 病院病理部²⁾, 山住論史¹⁾, 齋藤知子¹⁾, 水野雄介¹⁾, 澤田亮一¹⁾, 及川恒一¹⁾, 中村麻子²⁾, 猿田雅之¹⁾, 池上雅博²⁾

【症例】41歳男性【主訴】下腿部の紫斑、右膝関節痛【現病歴】X-1年11月咽頭痛を自覚し近医を受診した。急性扁桃炎の診断で内服治療を行った。X年1月Y-8日より、内果から下腿にかけて紫斑が出現した。同年1月Y-2日には右膝関節痛も出現し、近医皮膚科を受診した。IgA血管炎が疑われ同日当院皮膚科を受診し皮膚生検施行した。同年1月Y日、紫斑が臍部まで拡大し、頻回の下痢も出現したため当院皮膚科を再受診した。血液検査では炎症反応の上昇を認め、また尿検査では蛋白2+であり腎炎合併の可能性も考えられ、同日当院リウマチ・膠原病内科に入院した。入院後、第3病日から腹痛と血便が出現し、また尿タンパク1日量が1.5g/日以上であったため、プレドニゾン(PSL)静注(0.5mg/kg)を開始した。しかし、腹痛症状の増悪および腹部CTでの炎症範囲拡大、腹水の出現を認め、第6病日よりメチルプレドニゾン(MP)でのステロイドパルス治療を施行した。後療法としてPSL1mg/日投与を行い、徐々に皮膚症状と腹部症状は改善したが、第11病日の尿タンパク1日量が3.1g/日であり、第14病日の腎生検にて糸球体に半月体形成が確認され、第16病日からシクロホスファミド(CYC)投与も追加して経過観察中である。腹部症状が増悪し延期していた内視鏡検査は、PSL治療導入後であるが、第9病日に上部消化管内視鏡検査、第12病日に下部消化管内視鏡検査を行っており、十二指腸下行部や終末回腸に粘膜浮腫、びらん、不整形潰瘍を認めた。【考察】腹部症状を伴い、内視鏡検査にて消化管病変を観察し得た成人IgA血管炎の一例を経験したため、若干の文献的考察を加えて発表する。

IgA血管炎、ヘノッホシェーライン紫斑病

東京北医療センター 矢口千尋, 首藤介伸, 天野正弘, 木山貴陽

症例は40歳代の男性。2日前からの右下腹部痛で近医を受診し、精査目的で当院の救急外来へ紹介となる。腹痛が改善したため一旦帰宅となる。翌日再受診し、造影CTで中結腸動脈左枝に長さ5cmにわたる不正な拡張を伴う動脈瘤が指摘され、さらに血性腹水の貯留を認めたため、SAMが疑われた。塞栓術では腸管壊死が危惧されたため、手術によって左側横行結腸切除とともに動脈瘤を切除する方針となった。また、入院時の問診から患者が血友病Aの患者であることが分かった。開腹時所見では、腹腔内に大量の血性腹水を認め、操作中に横行結腸間膜後葉からの動脈性出血をきたしたため、左側横行結腸を切除、動脈瘤を根部で結紮切離し、止血を確認後、腸管吻合を行い閉腹した。出血量は3135mlに及び、RCC10単位、FFP10単位の輸血を要した。手術後約9時間で血圧低下を来し、造影CTで腹腔内の再出血を認めた。緊急血管造影を行い、中結腸間膜内の出血を認めたが、止血困難であった。血友病Aに対する第8因子製剤の投与とともに、緊急再手術を行った。開腹時、約2500mlの腹腔内血腫を認めたが、明らかな出血部位はなかった。結腸間膜内に血腫を認めたため、前回の中結腸動脈結紮部位の追加切除をおこなった。この後の経過で再出血は認めなかった。また、第8因子製剤の持続投与は術前から約2週間おこなった。病理所見では、動脈壁に中膜の断片化や内膜と外膜の線維性肥厚がみられ、SAMの診断となった。今回、まれな血管病変であるSAMによる横行結腸動脈破裂で腹腔内出血をきたし、さらに血友病Aを合併していたため、その治療に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。

SAM, 血友病

自治医科大学附属さいたま医療センター

賀嶋ひとみ, 森野美奈, 松本圭太, 小糸雄大, 高橋裕子, 三浦孝也, 坪井瑠美子, 石井剛弘, 大竹はるか, 藤原純一, 関根匠成, 上原健志, 山中健一, 湯橋一仁, 浅野岳晴, 松本史弘, 宮谷博幸, 眞嶋浩聡

症例は59歳女性。既往歴に糖尿病、高脂血症があり経口血糖降下薬、高脂血症薬内服中。健診で指摘された食道入口部の10mm大の亜有茎性ポリープの精査・加療目的で当院を紹介受診した。ポリープの周囲に異所性胃粘膜を認め異所性胃粘膜からの発生が考えられ生検の結果、過形成性ポリープの診断となった。そのほか萎縮性胃炎（木村・竹本分類 C-3）、胃角部大彎・体部大彎にかけて5mm大の過形成性ポリープを認めた。血中ガストリン1100pg/ml、抗壁細胞抗体10倍、抗内因子抗体陰性、H. pylori IgG抗体7、便中H. pylori抗原陽性の結果であり背景はA型+B型胃炎であった食道、胃の過形成性ポリープに対してまずはH. pylori除菌の方針となり除菌を実施した。除菌後の上部内視鏡検査では胃過形成性ポリープは縮小傾向であったが食道過形成ポリープは著変なく現在も経過フォロー中である。（除菌後15か月経過）頸部食道の異所性胃粘膜から発生した過形成性ポリープの報告は4例しかない。A型胃炎やH. pylori感染・除菌療法に言及した報告はなく本症例は非常に稀といえる。過形成性ポリープは癌化のリスクもあり今後も経過フォローが必要と考えられる。

食道異所性胃粘膜、過形成性ポリープ

獨協医科大学 第一外科

高柳 雅, 中島政信, 室井大人, 横山 悠, 志田陽介, 山口 悟, 佐々木欣郎, 土岡 丘

（背景）高度進行食道癌に対する手術においてR0切除とならない場合の予後は極めて不良である。T4症例に対しては根治的放射線療法（CRT）による局所コントロールを行い、最終的に遺残した場合には浸潤臓器の合併切除によるR0獲得が重要と思われるが、大動脈浸潤症例に対する合併切除は慎重な対応を要する。当科で経験した大動脈浸潤食道癌に対する手術症例4例を検討した。（対象）当科で2014年以降、大動脈浸潤（T4b）食道癌に対して根治的CRTを施行し、その後の評価で局所に遺残ありと判断し手術を施行した症例は4例であった。これらの手術成績について検討した。（結果）T4b（大動脈）の判断にて大動脈合併切除を施行したのは4例であった。全例に対して胸部大動脈ステントグラフト内挿術（TEVAR）+大動脈合併切除により根治手術が施行された。4例のうち3例でDCF併用根治的CRT（総線量60Gy）が施行され、1例はCF併用陽子線療法（総線量70GyE）であった。4例ともCRTの評価はPRであった。4例中で一次的切除再建を施行したのは1例で、3例は二期分割手術を行った。4例とも術中の偶発症を認めず、また4例ともC-D分類grade III以上の合併症を認めなかった。術後の病理所見では4例ともpathological CRであった。4例の術後平均観察期間は17.7か月で、うち2例が無再発生存中である。（結語）大動脈浸潤食道癌に対する根治的CRT後の遺残に対するTEVAR+大動脈合併切除は、今後の症例蓄積が重要であるが、安全にR0切除を施行できる可能性のある有望な戦略であると思われる。

食道、大動脈浸潤

獨協医科大学日光医療センター 外科

宮地和人, 高橋雅一, 尾形英生, 滝瀬修平

【症例】 症例は70代後半の男性。胃集団検診で胃角部の異常を指摘され当院を受診した。来院時に腹部症状はなく、既往歴として胃潰瘍の治療歴があった。手術歴として、虫垂炎と70代に冠動脈バイパス術と大動脈瘤に対してステントを留置している。手術後から抗血小板剤とPPIが処方されていた。【検査所見】 胃内視鏡検査を行ったところ、胃体下部小弯側に中央に退色した浅い陥凹を伴った1cm弱の隆起を認めた。インジゴカルミン色素散布では陥凹部の強調効果は得られなかった。陥凹部からの生検の結果、porの診断であった。小さな病変であり、ESDによる治療も示したが、確実な治療を望まれたためLADGを行った。術後経過は良好であった。【病理結果】 切除標本の組織学的診断では、3 cmx3 cm大の退色領域が接し認められたが、その大部分に腫瘍成分を認めなかった。しかし、その一部に小さな胃型の異形腺管を認めた。直径4 mm大のtub2-por胃癌であった。深達度はm, ly0, v0であった。免疫組織化学的に腫瘍細胞は主細胞マーカーPepsin A (-)、副細胞マーカーMUC 6 (++)であった。また、壁細胞マーカーATPase (-)、MUC5は一部の細胞に(+)であった。また、CGA (-)、Synapto (-)で内分泌腫瘍でもなかった。腫瘍は核の大小不整と密な腺管が認められたが、分裂像がないため胃型腺腫との鑑別が必要であった。この鑑別に対してβ cateninの局在を検討したところ、核内陽性所見があるため胃癌と判定された。細胞の形質からは、MN cell / PG typeであった。また、周囲の胃底腺粘膜に著名なOxyntodilatationも伴っていた。このためPPIによる影響も考えられる症例と考えられた。【まとめ】 今回、八尾らの示す胃底腺型胃癌の分類中のMUC6強陽性、Pepsin陰性である副細胞優位型胃癌と類似した胃癌を経験したので報告した。

胃癌, MUC6

獨協医科大学埼玉医療センター 消化器内科

小堀郁博, 片山裕視, 行徳芳則, 正岡梨音, 正岡 亮, 北濱彰博, 草野祐実, 豊田紘二, 大川 修, 須田季晋, 金子真由子, 北川智之, 玉野正也

【症例】 43歳男性【主訴】貧血【既往歴】喘息、白内障【家族歴】なし【現病歴】以前から検診で貧血指摘されるも特に精査等行わず放置していた。20XX年検診でHb8台の貧血指摘され、消化管精査目的に前医受診。EGDで多発ポリープ認め、精査加療目的に当院紹介となった。【経過】初診時身体所見では、脱毛・爪甲異常認めないが、皮膚の色素沈着を認めた。腹部に自発痛・圧痛は認めなかった。初診時採血ではHb8.2g/dl、Fe13μg/dl、Ferritin12.0ng/ml、UIBC381μg/dlと鉄欠乏性貧血の所見を認めた。またTP6.6g/dl、Alb3.84g/dlと低蛋白・低アルブミン血症も認めた。EGDでは、胃体部全体に光沢を伴う発赤調の無茎性から亜有茎性の隆起性病変が多発しており、胃粘膜は全体に浮腫状であった。また胃体下部前壁には20mm大の0-I病変（group4）を認めた。CSでは、全大腸にわたる多発ポリープの所見は認めないが、盲腸に表面平滑で光沢があり、発赤を伴う小ポリープが散在していた。また横行結腸に頭部30mm/茎部30mm大の巨大なI p病変を認めた。胃・大腸の両方で、隆起が目立つ粘膜だけでなく介在粘膜においても、生検にて粘膜固有層の強い浮腫や炎症細胞浸潤、腺窩上皮の過形成が認められていた。以上よりCronkhite-Canada症候群に胃癌と大腸腺腫が合併したと考えられた。大腸腺腫に対してはEMR施行し、Tubulovillous adenoma, low to high gradeで断端陰性であった。また胃癌に対してはESD施行し、adenocarcinoma (tub1)で治癒切除であった。【考察】 Cronkhite-Canada症候群は、下痢や低蛋白血症等が問題となることが多いが、消化管腫瘍の合併についても考慮することが重要である。【結語】 Cronkhite-Canada症候群に早期胃癌と大腸腺腫を合併し、内視鏡治療した一例を経験した。

Cronkhite-Canada症候群, 胃癌

荏原医師会胃がんリスク検診検討委員会¹⁾、品川区医師会²⁾
西川順一¹⁾、瀬底正彦¹⁾、櫻井幸弘²⁾

胃がんリスク検診は、品川区(人口38.7万人、高齢化率21.0%)の対策型検診としてのX線検診の受診率が4-5%と低迷しているのを受けて導入された。対象は50歳から75歳までの区民で、5歳毎に行っている。50歳からの検診の報告は他にない。受診対象者は5年間合計123,230人、受診者は15,312人で受診率は12.4%であった。リスク群別の割合はA群64%、B群12%、C群20%、D群4%であり、年度別にみるとA群は増加、C群は減少傾向を示した。年齢別リスク群をみると、50歳ではA群が80%近いが加齢とともに低下し、CD群は加齢とともに増加した。BCD群(要精密検査者)は5,521人(要精査率36.0%)であった。内視鏡検査による精検受診者数は3,660人(精検受診率66.2%)であった。発見がん数は52例で、早期がん44例、進行がん8例で、がん発見率は0.33%であった。各リスク群別の胃がん件数をみると、B群で早期がん4例、進行がん3例、C群で早期がん32例、進行がん4例、D群で早期がん8例、進行がん1例であり、がん発見率はB群0.37%、C群1.16%、D群1.62%であった。がんが発見された年齢は、50歳から60歳までが9例、65歳以上が43例と65歳以上が8割を占めた。50歳からの検診の適否の判断として、発見がんの多くが65歳以上であり、50歳でのH. pylori感染率は17-24%にすぎず、検診効率を考慮すれば容認できる。ただし50歳においても4例ががんが発見されており、今後50歳未満の若年層に対しても検診対象とすべきが検討の余地がある。ところで、従来リスクなしと判定されたA群の一部に胃がん発症のリスクのある症例(HP抗体価3U/ml以上10U/ml未満の陰性高値群)の混入が指摘されており、当検診ではA群に占める陰性高値は15.0%であった。これを年齢別にみても、年齢とともに陰性高値の割合が増加する。陰性高値の原因として、除菌治療者の混入や自然除菌が言われているが、加齢に伴う免疫能の低下も主要原因と想定される。

品川区、胃がんリスク検診

後腹膜リンパ節郭清後に留置した下大静脈フィルターの十二指腸穿通の1例

獨協医科大学 第二外科
西 雄介、清水崇之、鈴木隆志、松本尊嗣、森 昭三、加藤正人、青木 琢、窪田敬一

【症例】35歳男性。X-3年に精巣腫瘍の傍大動脈リンパ節転移に対し、後縦郭リンパ節郭清と後腹膜リンパ節郭清を施行した。術後に左外腸骨静脈に深部静脈血栓症を発症し、肺血栓塞栓症の予防目的で下大静脈フィルターを留置した。X年に心窩部痛で上部消化管内視鏡検査を施行したところ、十二指腸水平脚の粘膜より突出する金属片を認めた。腹部CT検査を施行し、下大静脈フィルターの十二指腸穿通の診断となった。下大静脈フィルター長期留置例の為、血管内アプローチによるフィルター抜去は困難であると判断し、開腹手術によるフィルター抜去術とした。手術時間は5時間54分、出血量1172mlであった。前回手術の癒着で十二指腸を後腹膜から授動できなかった。十二指腸の頭尾側で下大静脈をテーピングし、切開した。下大静脈の内膜にフィルターが埋没していたが、抜去は可能であった。十二指腸穿通部は内視鏡的にクリップ閉鎖した。術後合併症はなく、第16病日で退院した。【考察】医中誌で「十二指腸、下大静脈フィルター」で検索すると8例の報告を認めた。このうち7例が症状を有しており、主に腹痛であった。下大静脈フィルター留置期間の中央値は24か月(18か月-288か月)であった。治療は7例が開腹手術を施行され、1例が経過観察となっていた。手術を施行した7例のうち6例は術後合併症なく退院したが、1例は術後の合併症で死亡していた。本例も同様に長期フィルターを留置しており、開腹手術でフィルターを抜去し、合併症なく退院した。フィルターの長期留置例では、本症例のようにフィルターが内膜に埋没する可能性があり、血管内アプローチによる抜去よりは開腹手術による抜去が安全であると考えられた。【結語】後腹膜リンパ節郭清後に留置した下大静脈フィルターの十二指腸穿通の1例を経験した。

下大静脈フィルター、十二指腸

獨協医科大学 第二外科
蜂谷裕之、岩崎喜実、高木和俊、永田 仁、石塚 満、青木 琢、窪田敬一

腸間膜囊胞は、まれな疾患で、成人例の報告も少ない。今回、我々は小腸間膜囊胞の1例を経験したので文献的考察を加え報告する。症例は50歳女性で、便秘を契機に腹部CTで囊胞性病変を指摘された。血液生化学検査では大きな異常は認めなかった。腹部CT所見は、造影効果に乏しい低吸収の巨大囊胞(25×22cm)を腹腔内に認め、内部に小石灰化を伴っていた。MRIはT2において高信号で隔壁が存在していた。PET検査では、SUVの異常集積は認めなかった。術前診断は、腸間膜囊胞であり、開腹術を施行した。手術所見は、Treitz靱帯を出て20cm付近から回腸末端までの小腸間膜が弾性軟な白色の囊胞に置換されていた。手術操作中に表面から染み出てくる乳糜様の浸出液を認めた。その浸出液は迅速細胞診で悪性所見は認めなかった。摘出するとすれば小腸全切除となるため家族に状況を説明し試験開腹術で手術を終了とした。鑑別診断としては腸間膜囊腫、腸間膜乳糜囊腫、腸間膜リンパ管腫などがあり、成人の腹腔内腫瘍に腸間膜囊胞も考慮する必要があると考えられた。術後1年経過するが、便秘は下剤服用で管理できており定期的な画像診断を施行しながら経過をみている状態である。

腸間膜囊胞、小腸腫瘍

存在診断に苦慮した十二指腸球後部GISTの1例

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⁾、中原守康¹⁾、今井崇紀¹⁾、田中健丈²⁾、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】83歳男性。2016年7月に黒色便・鉄欠乏性貧血が出現した。上下部内視鏡検査(1回目)・胸腹骨盤部造影CT検査・小腸カプセル内視鏡検査を施行したが、出血源は同定できなかった。原因不明消化管出血として、鉄剤投与で経過観察となった。2017年7月に鉄欠乏性貧血の増悪を認めた。上下部内視鏡検査(2回目)では、やはり出血源は同定できなかった。小腸カプセル内視鏡検査では、十二指腸球後部に頂部に潰瘍を伴う粘膜下腫瘍を認めた。上部内視鏡再検査(3回目)・腹骨盤造影CT検査・上部消化管造影検査を施行し、30mm大の病変を確認した。生検病理結果から十二指腸GISTと診断した。十二指腸部分切除術を施行した。以降は貧血の悪化を認めてない。

【考察】2016年の胸腹骨盤部造影CT検査の見直しでは十二指腸壁肥厚を認めたが、検査当時は病変として認識できなかった。2016年の小腸カプセル内視鏡検査の見直しでは粘膜下腫瘍を認めたが、写真は1枚しか撮影されていなかった。1回目と2回目の上部内視鏡検査は、20年以上の内視鏡経験を有する別々の医師が検査を担当したが、病変を同定できなかった。十二指腸球後部はその解剖学的特性から、上部内視鏡検査では挿入抜去時の見落としが起こりうる。また小腸カプセル内視鏡検査でも、カプセルの通過速度が速いため見落としが起こりうる。これに対し、2017年の上部消化管造影検査では粘膜下腫瘍の認識は容易だった。上部消化管造影検査は十二指腸球後部病変の存在診断に有用であると考えられた。2015年に発表された小腸内視鏡ガイドラインでは、原因不明消化管出血の診断アルゴリズムが提示されている。検査モダリティとして、上下部内視鏡検査・胸腹骨盤部造影CT検査・小腸カプセル内視鏡検査・バルーン小腸内視鏡検査・メックルシンチ・血管造影が提示されている。自験例のような十二指腸球後部の粘膜下腫瘍は、上記検査では見落としが起こる可能性がある。症例によっては原因不明消化管出血の検査モダリティとして、上部消化管造影検査も考慮すべきであると考えられた。

原因不明消化管出血、GIST

立正佼成会附属佼成病院

嶋田隆介, 田部井弘一, 宮本尚彦, 権藤興一, 小山元一, 高橋信一

【症例】72歳男性【主訴】下腹部痛、嘔吐【既往歴】糖尿病、胃癌にて幽門側胃切除術、癒着性イレウス【現病歴】約1か月前より、時折嘔吐を認めるようになり、症状が悪化したため当院受診。腹部骨盤CT施行し、イレウスの診断で入院となった。【入院後経過】入院翌日、イレウス管を挿入し保存的加療を開始したが、イレウスは改善せず、イレウス管より小腸造影を施行したところ、イレウス管先端部分の小腸に透亮像を認めた。入院時の腹部骨盤CTを見直すと拡張した腸管の末端部分に内部不均一でまだら気泡を有する境界明瞭な卵円形腫瘤をみとめ、残胃からの落下胃石によるイレウスと診断し、第9病日に外科的治療を行った。結石の成分分析ではタンニンが98%以上あり、柿の多食もあり柿胃石と診断した。【考察】イレウスの診断においても胃石は原因の一つとなりえ、入院時の問診が重要である。文献的考察を加えて報告する。

イレウス, 胃石

国保直営総合病院 君津中央病院 消化器内科

三根毅士, 堀川彩夏, 石毛克拓, 佐久間崇文, 三浦義史, 叶川直哉, 石井清文, 藤本竜也, 大部誠道, 吉田 有, 駒 嘉宏, 藤森基次, 畦元亮作

症例は70歳男性。既往歴に特記事項なし。2~3年に一度人間ドックで大腸内視鏡検査を受検しており、大腸に異常を指摘されたことは無かった。健康診断で心電図異常を指摘され、当院循環器内科を受診した。不整脈は認められなかったが、精査目的に施行した心臓超音波検査で左房粘液腫が疑われ、X-1年10月当院心臓血管外科へ入院し腫瘍摘出術を受けた。病理診断は粘液腫であり切除断端は陰性であったが、術翌日より結腸ガス貯留が生じ改善が得られないため、消化器内科紹介となり術後23日目に大腸内視鏡検査を施行した。下行結腸遠位まで挿入したところ、縦走する潰瘍を認め虚血性大腸炎が疑われた。腸管麻痺が存在するとの判断の下に当時は保存的加療を継続されたが結腸ガス貯留には改善が見られなかった。術後70日目腹部膨満・嘔吐を呈し、CTで結腸拡張が著明となり大腸イレウスと診断した。ドック受検歴、病歴及び内視鏡所見から閉塞の原因は狭窄型虚血性大腸炎と考えられた。経肛門イレウス管を挿入する目的で大腸内視鏡検査を再度施行したところ、横行結腸-下行結腸間に瘻孔形成を認め、下行結腸遠位及び横行結腸の近位側には全周性の狭窄を認めた。イレウス管留置後、4リットルの便汁流出が見られ腹部症状は改善した。狭窄は不可逆的であると考えられ、外科に紹介し結腸左半切除術及び人工肛門造設術が行われた。術中、脾彎曲から下行結腸にかけて腸管の壁肥厚及び狭小化を認めた。術後の経過は概ね良好であり、腸管切除後21日目に退院した。病理学的検索では非乾酪性類上皮細胞肉芽腫は認められず、腺管の立ち枯れ像が一部に認められた事より虚血性大腸炎として矛盾しないとの結果が得られた。瘻孔形成を伴う狭窄型虚血性大腸炎は稀な病態であり、若干の文献的考察を交え報告する。

狭窄型虚血性大腸炎, 瘻孔

千葉大学医学部附属病院

永鷺裕樹, 濱中紳策, 李 記イ, 中川倫夫, 丸田 享, 明杖直樹, 石川賢太郎, 太田佑樹, 對田 尚, 沖元謙一郎, 斎藤景子, 丸岡大介, 松村倫明, 新井誠人, 浅沼克彦, 加藤直也

26歳女性。下血、腹痛にて前医を受診しX-1年3月に全大腸炎型潰瘍性大腸炎(全大腸炎型UC)と診断され、高容量の5アミノサリチル酸(SASA)製剤にて寛解導入および維持療法がおこなわれていた。その後、再燃にてプレドニゾロン(PSL)40mg/日での寛解導入療法が施行され、治療指針に則ったPSL減量を行うも寛解に至らなかった。その後もPSLを増減しつつX年3月よりインフリキシマブでの寛解導入療法が施行されるも前医にて一次無効と診断された。再度PSL増量にて入院加療となったが、X年9月に難治性UCに対する加療目的にて当院紹介転院となった。転院後、PSL 15mg/日の投与及び中心静脈栄養管理を継続とした。転院時のMayo Score (MS)は6点であり、内視鏡サブスコア (MES)は2点であった。血液検査所見では白血球15,300/ μ l、ヘモグロビン11.7g/dlであり、AST 43U/l、ALT 106U/lと軽度の肝障害を認めていたが、血清リン値3.1mg/dl(正常値2.5-4.5mg/dl)は正常であり、その他特記所見は認められなかった。転院後、第7病日より寛解導入目的にタクロリムス(目標トラフ値:15ng/ml)の投与を開始し、同時期に鉄欠乏性貧血に対して含糖酸化鉄の投与を開始した。第17病日にMSは1点と寛解し、食事が再開となったものの、血清リン値は0.8mg/dlと著明な低値を認めた。副甲状腺ホルモン値は正常(intact-PTH 29pg/ml)であり、%TRP 15%とリン再吸収低下および排泄亢進を認めたことから、当院腎臓内科にて薬剤性尿細管障害による急性低リン血症と診断され、同日よりリン酸Na補正液の投与を開始した。被疑薬として、含糖酸化鉄またはタクロリムスが疑われたため、第30病日に両者の投与を中止した。第25病日にはMESは0点であり、第37病日の血清リン値は2.4mg/dlと改善したため、アザチオプリン(AZA)の併用を開始して、第44病日に退院となった。退院後はSASA 3.6g/日、AZA 100mg/日にて寛解は維持されており、リンの補充なく血清リン値も3.1mg/dlと正常値にて経過観察中である。今回我々が経験したような薬剤性低リン血症を合併するUC症例の報告は少なく、文献的考察を踏まえて報告する。

潰瘍性大腸炎, 低リン血症

東京女子医科大学 消化器・一般外科

谷 公孝, 小川真平, 板橋道朗, 井上雄志, 大木岳志, 番場嘉子, 松尾夏来, 中尾紗由美, 前田 文, 青山翔太, 山本雅一

症例は75歳男性。腎移植後に当院泌尿器科通院中の患者。免疫抑制剤内服中。2017年某日に、37℃台の発熱と気尿を主訴に当科受診。CT上、S状結腸に多発憩室と膀胱頂部左側と連続する管状のairを認め、S状結腸膀胱瘻が疑われた。注腸検査でもS状結腸遠位部に多発憩室を認めた。また、同部位は壁伸展不良で、憩室から膀胱内への造影剤の流出を認めたためS状結腸膀胱瘻と診断した。同診断に対して、腹腔鏡下S状結腸切除+S状結腸膀胱瘻切離を施行した。術後7日目に膀胱カテーテルおよび吻合部ドレーン抜去。術後10日目に一過性の尿路感染による発熱があったが保存的加療で軽快。術後17日目に退院となった。結腸膀胱瘻は瘻孔部の自然閉鎖が期待できないことから外科的治療が必要となることが多く、今まで開腹手術が行われることが多かったが、最近、腹腔鏡手術による報告も散見されるようになっている。結腸膀胱瘻の原因としては、憩室炎によるものが最多であり本症例も憩室炎に起因するものであった。今回、我々は憩室炎を原因とするS状結腸膀胱瘻に対して、腹腔鏡下手術を施行した1例を経験したので報告する。

結腸膀胱瘻, 腹腔鏡下手術

昭和大学医学部内科学講座消化器内科学部門

中島陽子, 梶原 敦, 鈴木統大, 宇佐美智乃, 坂木 理, 吉田 仁

【背景】虫垂原発の印環細胞癌の頻度は著しく低い。原発性虫垂癌自体が稀な疾患であり早期発見が困難であるため、発見時には高度進行例が多く予後不良とされている。今回、われわれは虫垂原発印環細胞癌の1例を経験したので報告する。【現病歴】52歳、女性。特に既往はない。心窩部痛、腹部不快感を主訴に当院救急外来を受診した。造影CTで巨大子宮腫瘍、腹膜播種疑い、腹部リンパ節腫大、腹水、小腸イレウスを認め、婦人科悪性腫瘍の疑いで婦人科に緊急入院し、当科併診となった。【経過】入院後の骨盤部MRIで婦人科悪性腫瘍は否定的であり、消化器疾患の精査目的に当科に転科した。イレウスは胃管挿入のみで改善し、その後精査目的に下部消化管内視鏡検査を施行した。虫垂開口部に20mm大、頂部陥凹を伴う隆起性病変を認め、陥凹面より生検した。また、全結腸の数か所で壁外圧排を疑う所見を認めた。病理検査で印環細胞癌を認め、虫垂原発印環細胞癌の診断に至った。当院腫瘍内科に転科、腺癌に準じた化学療法としてmFOLFOXを開始しており、開始後3か月でSDの状態である。【結論】本邦における虫垂原発印環細胞癌の報告例では、術前診断では虫垂炎等と診断される例が多く、虫垂癌と診断されることは少ない。自験例では腸閉塞の精査目的の下部消化管内視鏡で診断に至った。また確定診断は病理検査により成されるが、印環細胞癌の形態をもつ虫垂杯細胞型カルチノイドは鑑別が必要である。今回われわれは、稀とされる虫垂原発印環細胞癌を1例経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

虫垂癌, 印環細胞癌

獨協医科大学 消化器内科

金澤美真理, 菅谷武史, 高橋史成, 竹中一央, 富永圭一, 平石秀幸, 入澤篤志

【症例】49歳女性。【主訴】両下肢の疼痛、感覚障害。【既往歴】特記事項なし。【現病歴】38歳発症の潰瘍性大腸炎(全大腸炎型、再燃寛解型)であり、201X年3月頃より下痢、血便を認め、臨床的再燃を認めていた。201X年5月中旬に潰瘍性大腸炎の寛解導入目的に前医入院しサラゾスルファピリジン(SASP)、プレドニゾロン(PSL)、アザチオプリン(AZA)併用にて寛解導入治療を開始したが寛解は得られなかった。5月下旬に一時的に両足首に感覚障害を自覚した。201X年6月初旬に再度両下肢の感覚障害と疼痛を来し、MRAにて両側大腿動脈の遠位で血流が確認できず、両側下肢動脈閉塞症と診断され、当院へ転院となった。【経過】入院後、両下肢動脈閉塞症に対して血栓溶解療法を開始するも増悪傾向であったため、第2病日に血栓除去術を施行し血流改善を得た。潰瘍性大腸炎に関しては、入院時の臨床的重症度は中等症であり、大腸内視鏡検査では直腸から横行結腸にかけて活動期炎症粘膜が認められた。SASP、PSL、AZAでの加療を継続し臨床的寛解を得て、第28病日に退院となった。【考察】血栓素因に関しては各種膠原病や悪性腫瘍は否定的であり、血栓塞栓症を来す不整脈も認められなかったことから、潰瘍性大腸炎の腸管外合併症と考えられた。潰瘍性大腸炎の腸管外合併症として血栓による静脈閉塞症の報告は散見されるが、動脈閉塞症は稀である。今回、両下肢動脈閉塞症を合併した潰瘍性大腸炎の1例を経験したため報告する。

潰瘍性大腸炎, 動脈閉塞症

Cetuximabの抗腫瘍効果を認めるも薬剤性間質性肺炎を来した直腸がんの一例

とちぎメディカルセンター しもつが

中元明裕, 小川和紀, 相良裕一, 岩下ちひろ, 砂田富美子, 倉田秀一

60歳、男性。半年前よりの食欲不振と体重減少を主訴に受診。1年前の職場検診で便潜血検査は陽性であったが、放置していた。下部消化管内視鏡検査では直腸に2型進行がんを認め、病理組織検査でもadenocarcinoma, RAS wild typeの診断となった。CT検査でも多発肝転移を認めた事よりstage 4と診断し、Panitumumab+mFOLFOX療法を開始。オキサリプラチンによる末梢神経障害を有したが、計20コース治療を継続でき、best responseはPRであった。しかし、病変増大を認め2次化学療法としてBevacizumab+FOLFIRI療法を計4コース行うも不応であり、3次化学療法としてCetuximab+CPT-11療法を導入した。計2コースしCEA4461ng/ml→1950ng/mlと腫瘍マーカー減少したが、発熱・呼吸苦を主訴として救急外来受診。胸部CTでは右肺野に気腫性変化と共に網目状濃度上昇を認める肺炎像を呈した事より市中肺炎と診断され、入院にて抗菌治療を開始された。しかし、発症7日目のCT評価では両側肺野に間質影の広がりを認めた事よりCetuximabによる間質性肺炎と判断しステロイドパルス療法を開始した。治療には速やかに反応し、プレドニゾロン(PSL)30mg/dayで軽快退院となった。PanitumumabはCetuximabと同じ抗EGFR抗体であるが、Panitumumabはヒト型完全モノクローナル抗体であり、Cetuximabよりアレルギー機序が少ないと考えられている。同系統の薬剤を使用し抗腫瘍効果を得たものの、薬剤性間質性肺炎を来した事で治療中止となった非常に興味深い症例であり、文献的考察を加えて報告する。

Cetuximab, 間質性肺炎

骨盤内に発生したPeritoneal inclusion cystの一例

獨協医科大学 第一外科

河野貴博, 志田陽介, 山口 悟, 井原啓佑, 高柳 雅, 室井大人, 中島政信, 佐々木欣郎, 土岡 丘

症例 52歳女性【主訴】なし【現病歴】がん検診目的に前医を受診し、超音波検査にて骨盤内に嚢胞性病変を認めたため、MRIを施行した。卵巣腫瘍疑いおよび鉄欠乏性貧血にて当院産婦人科を紹介受診し、放射線科読影にてperitoneal inclusion cystの診断となり、当科で虫垂炎の手術歴もあることから、精査加療目的に当科へコンサルトとなった。【既往歴】2012年4月 穿孔性虫垂炎に対して虫垂切除術【診察所見】腹部所見特になし。【検査所見】L/D:軽度の炎症反応上昇および貧血を認めるのみ。CT:骨盤内左側に80x60mm大の嚢胞性病変が認められる。MRI:CTと同部位にT2でhighの嚢胞性病変が認められる。CF:嚢胞と腸管の交通は無く、腸管内に異常所見なし。【診断】peritoneal inclusion cyst【経過】2017年6月 入院し、CTガイド下ドレナージ施行した。液性は漿液性で、細胞診ではclassIIであり、悪性所見は認められなかった。排液は穿刺直後は認められたが、その後はほぼ認められないため、ドレナージは抜去し退院となった。現在外来経過観察中となっている。【考察】既往に穿孔性虫垂炎があることから、腹膜凝結液腫も疑ったが、虫垂切除の病理所見は壊疽性虫垂炎であり、嚢胞成分は認められなかった。peritoneal inclusion cystは閉経前後の女性に好発する疾患とされている。治療方針は、経過観察、ドレナージ、硬化療法、経口避妊薬などのホルモン剤の内服、手術による切除があげられるが、一定の見解は得られてはいない。【結論】Peritoneal inclusion cystの一例を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

peritoneal inclusion cyst, CTガイド下ドレナージ

獨協医科大学 消化器内科

阿部圭一朗, 菅谷武史, 高橋史成, 竹中一央, 富永圭一, 平石秀幸, 入澤篤志

【背景・目的】近年、生物学的製剤(bio)の登場により潰瘍性大腸炎(UC)治療は飛躍的に向上している。中等症から重症の潰瘍性大腸炎に対しては2017年3月より本邦で承認された。しかし、本邦における日常診療でのゴリムマブ(golimumab:GLM)の使用報告は未だ少ない状況である。今回われわれは当科で中等症～重症のUCにGLMを導入した症例に関して検討を行った。【対象・方法】2017年8月～2018年1月までに当科で中等症～重症UCの患者でGLMを投与した7症例を対象(平均年齢44.4歳、男女比4:3)とし後方視的に患者背景、投与2、6、14週後のClinical activity index(CAI)の推移、寛解率、副作用について検討を行った。CAI4以下を寛解と定義した【結果】患者背景は、発症年齢40±16.3歳、平均罹病期間9.7年、平均CAI7.0、平均CRP0.88、全大腸炎型6例・左側大腸炎型1例、ステロイド抵抗例1例・依存例5例・ナイーブ1例、Bioナイーブ3例・2nd3例・3rd1例であった。14週後のCAIは3症例で有意な低下を認めそのうち2例はbioナイーブ症例であった。2、6、14週での寛解率はそれぞれ57.1%、42.8%、42.8%であった。1次無効例は2例認め、それぞれナイーブ1例・bioスイッチ1例であった。いずれの症例もGLMによる重篤な副作用は認めなかった。【結語】今回の検討ではGLMは導入期の高い臨床的改善率を認めた。また、bioナイーブ症例ではより高い臨床的寛解傾向にあり副作用なく安全に投与することが可能であった。今後症例数を増やしさらなる検討が必要である。

潰瘍性大腸炎, 生物学的製剤

大森赤十字病院 消化器内科

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

成人の腸重積は比較的に稀な疾患で原因として、小児では特発性が多いのに対し、腸管の腫瘍性病変によるものが多いことが特徴である。今回器質的疾患を認めない成人特発性腸重積に対して内視鏡的に整復することが出来たので報告する。症例は25歳男性。主訴:右下腹部痛。現病歴:2017年10月、朝からの右下腹部痛あり近医より紹介受診。精査の結果腸重積が疑われ入院となった。入院時現症:身長167cm、体重60kg。体温36.5度。右下腹部に軽度の圧痛を認めた。明らかな筋性防御や反跳痛は認めなかった。同部位に腫瘍は触知しなかった。血液・生化学所見:WBC 10,400/ul、CRP0.25mg/dl、CK91U/L、他異常なし。腹部単純X線:小腸ガス像は認めなかった。腹部造影CT:盲腸から上行結腸が肛門側に陥入しており、同部位に同心円状の層状構造を認めた。先進部には明らかな腫瘍は認めなかった。画像所見から腸重積と診断した。腸管の血流障害もなく、腹膜刺激症状も認めなかったため、まずは下部消化管内視鏡での整復術を行う方針とした。透視下にて下部内視鏡検査を行ったところ、肝彎曲付近から発赤調の浮腫状粘膜を認めた。管腔を同定しながら挿入すると盲腸まで到達し整復出来た。その後の経過は、整復後より腹部症状は改善した。第3病日より食事を再開し、第9病日に退院となった。外来にて再度下部内視鏡検査を行ったが明らかな器質的疾患は認めなかった。以後再燃なく経過している。成人の腸重積では約90%に器質的疾患があるとされ、特発性の頻度は極めて低い。そのため多くの症例で緊急の回復手術や腹腔鏡手術を行うことが多く、腸重積の際に緊急内視鏡検査による整復術を行うことに関しては一定のコンセンサスは得られていない。しかし内視鏡下に重積の原因を診断し整復することが出来れば、患者への侵襲は軽微であり、さらに以後の治療方針を決定する際に有用となる。原因が腫瘍性病変であれば待機的手術が可能となり、自験例のように器質的疾患が無ければ、保存的治療のみで治癒可能となる。成人の腸重積に対し今回のような内視鏡的整復術は考慮すべき治療法と考え報告する。

腸重積, 内視鏡

杏林大学病院 消化器一般外科

新井孝明, 正木忠彦, 中山快貴, 百瀬博一, 吉本恵理, 小嶋幸一郎, 吉敷智和, 橋本佳和, 鈴木 裕, 松岡弘芳, 阿部展次, 森 俊幸, 杉山政則

【はじめに】Crohn病に合併した消化管癌の報告は増加の一途を辿る。一方で狭窄により内視鏡挿入困難症例も多く確立された癌サーベイランス法が存在しないのが現状である。【症例】49歳男性。29歳時に小腸型クローン病を発症し、39歳時に小腸癌に対し腹腔鏡下回盲部切除術を受けた。病理診断では、2型腫瘍の周囲に細胞異型の比較的低い腫瘍腺管が広く伸展する5型腫瘍であり、周囲に潰瘍瘢痕を伴っていた。背景粘膜に類上皮性肉芽腫は認められなかったが低異型度の癌であることから、クローン病を背景に発生した癌の可能性が示唆された。この間、腫瘍マーカーの上昇は認めていない。以後メサラジンにより病状は安定していた。経過中にCA19-9の緩徐な上昇を認め、精査にて横行結腸癌と診断され、腹腔鏡補助下横行結腸切除術を施行された。病理診断では、亜全周性の2型腫瘍を認め、周囲に線状潰瘍をみとめた。背景粘膜には類上皮性肉芽腫を疑う細胞がみられ、クローン病に合併した大腸癌が示唆された。術後2年2か月で膀胱浸潤、術後2年8か月で腹膜播種を認め、術後3年8か月現在化学療法中である。【考察・まとめ】本症例はクローン病に小腸癌と横行結腸癌を異時性に合併した稀な症例である。小腸癌の既往があったため、定期的に腫瘍マーカーの測定が行われていたことにより、横行結腸癌をStage2の段階で発見することが出来たともいえる。クローン病長期経過症例における癌サーベイランス法が確立されていない現状において、腫瘍マーカーを継続的に測定することが大腸癌の早期診断に寄与する可能性が示唆された。

大腸癌, クローン病

東京大学 医学部附属病院 肝胆脾外科・人工臓器移植外科

千代田武大, 山下 俊, 金子順一, 富樫順一, 赤松延久, 有田淳一, 阪本良弘, 長谷川潔

【背景】造影超音波検査、dynamic CT、Gd-EOB-DTPA-MRIなどの多様なmodalityを用いることで、肝腫瘍の術前診断能は高いものとなっている。しかし、術前に悪性腫瘍を疑っていても、切除してみると良性腫瘍であった例が稀ながら存在する。今回我々は、術前に肝細胞癌と鑑別が困難であった限局性結節性過形成の1例を経験したので、報告する。

【症例】30歳代、男性。2017年8月、会社の健診の腹部超音波検査で偶発的に左肝腫瘍を指摘され、近医を経て、当院当科に紹介された。術前に施行したdynamic CTでは、単純相でS2/3に長径64mm大の低濃度腫瘍を認め、早期濃染と平衡相での染まり抜けを認めた。Gd-EOB-DTPA-MRIのdynamic studyでも、同様の所見であり、肝胆道相では、EOB取り込み低下を認めた。また、In-out画像では、内部高信号を示し、脂肪の含有も示唆された。以上より、第一に肝細胞癌を疑い、腹腔鏡下肝部分切除を施行した。手術時間は2時間43分、出血は43gだった。術後は特に合併症なく退院した。病理では、中心壊死、非対称性に壁が肥厚した筋性血管、中心壊死から連続する線維性隔壁に隔てられた結節状の肝細胞過形成などの典型的な所見から、限局性結節性過形成と診断された。

【結語】典型的な病理所見を備えた限局性結節性過形成であっても、肝細胞癌として典型的で、限局性結節性過形成としては非典型的な術前画像所見を呈することがある。特に正常肝を背景とする肝腫瘍性病変に關し、非典型的な画像所見を呈する限局性結節性過形成も念頭に置いた鑑別診断を挙げ、診療に臨む必要がある。

肝腫瘍, 限局性結節性過形成

獨協医科大学埼玉医療センター 消化器内科

正岡 亮, 北川智之, 行徳芳則, 正岡梨音, 金子真由子, 大浦亮祐, 徳富治彦, 藤本 洋, 白橋亮作, 豊田紘二, 草野祐実, 小堀郁弘, 大川 修, 須田季晋, 片山裕視, 玉野正也

症例は80歳男性。2007年よりC型肝硬変にて当院で加療されていた。2017年1月に腹痛を主訴に当院外来を受診された。腹部造影CTを撮影したところ、肝segment 1に6cm大の腫瘤を認め、大量の腹水貯留を認めた。貧血と自制困難な腹痛の症状あり、肝細胞癌の破裂を疑った。緊急で腫瘍破裂に対して肝動脈塞栓術(TAE)が施行された。術後の出血コントロールは良好で、同年5月に治療目的に肝動脈化学塞栓術(TACE)が施行された。治療中に腹痛の訴えが強く、血圧が一過性に225/100 mmHgまで上昇した。帰室後より意識レベルはJCS2桁に低下して、遷延した。身体所見としては発熱と両側上肢の運動麻痺を認めた。血液検査からは低血糖、電解質異常、甲状腺ホルモン異常、ビタミン低値等は否定的であった。また、発熱を認めるため、髄膜炎や脳炎も疑い髄液検査を施行したが、細胞数増加や圧上昇、蛋白上昇等は認めなかった。髄液培養結果も陰性であった。頭部CTでは出血や占拠性病変は認められず、early CT sign も認められなかった。頭部MRIではT2強調画像にて両側後頭葉、側頭葉、頭頂葉の皮質下白質に左右対称に高信号領域を認めた。拡散強調像でも同部位はやや高信号を呈したが、ADC低下を認めないことから脳梗塞は否定的であった。意識障害の原因として脳梗塞や脳出血は否定的であり、感染症、代謝性疾患なども否定的であった。MRIにて白質病変を認めたことから、可逆性後部白質脳症(PRES)と診断した。PRES発症の原因は高血圧と考え、降圧療法を開始した。術後7日目には意識障害は改善を認めた。両側上肢の麻痺は残存したため、リハビリテーションを開始。徐々に改善を認めたため、リハビリ継続目的に転院となった。今回我々は、TACE後より意識障害を発症し、PRESと診断した一例を経験したので、若干の文献的考察を加え報告する。

肝細胞癌, 可逆性後部白質脳症

獨協医科大学 埼玉医療センター 消化器内科

行徳芳則, 須田季晋, 大川 修, 白橋亮作, 徳富治彦, 金子真由子, 正岡 亮, 正岡梨音, 嶋田智樹, 菅井裕之, 玉野正也

【症例】74歳、男性。C型慢性肝炎に対してSofosbuvir/ Ledipasvir による治療が行われた。治療開始4週でHCV RNAは陰性化し、治療終了後24週の持続的ウイルス排除を達成した。治療開始前、治療終了時、治療終了後12週の腹部超音波検査では肝に腫瘍性病変は認めなかった。治療終了後24週の腹部超音波検査で肝のSegment 4に2cm大の腫瘍を認め、God-EOB-DTPA MRIにて肝細胞癌と診断し、手術が施行された。本症例は腹部超音波検査施行時にShear Wave Elastographyによる剪断波速度 (V_s) の測定が行われた。治療開始前の V_s は2.06 m/sであり、治療終了時は2.04 m/sと不変であった。治療終了後12週には1.82 m/sまで低下したが治療終了後24週は1.80 m/sと横ばいであった。ALT値は治療開始前113 U/Lと高値であったが治療開始4週以降は30 U/L以下で推移した。摘出標本の病理学所見では非腫瘍部は肝硬変を呈し、炎症性細胞浸潤はごく軽度であった。【考案】本症例の治療前の肝組織は得られていないが、ALT値から活動性の炎症が示唆される。治療終了後24週で得られた肝組織では炎症は消退し、高度の線維化を認めた。したがって、本症例の V_s の改善は炎症の沈静化を反映したものと思われた。DAAs治療によるウイルス排除後の発癌危険因子は明らかではないが、Interferon治療後の発癌危険因子として治療後のALT、AFP、M2BPGiなどが有用とされる。本症例のようにDAAs治療終了12週以降も V_s が高値の症例も発癌を考慮した経過観察が必要と考えられた。【結論】経口抗ウイルス治療による持続的ウイルス排除後に発癌したC型慢性肝炎の1例をSWEで経過観察し得た。

C型慢性肝炎, 肝細胞癌