

日本消化器病学会 関東支部第350回例会

プログラム・抄録集



当番会長：日本医科大学 消化器内科学 教授 岩切 勝彦
平成30年7月14日(土)
海運クラブ

日本消化器病学会関東支部第350回例会

プログラム・抄録集

当番会長：日本医科大学 消化器内科学 教授 岩切 勝彦
〒113-8603 東京都文京区千駄木1-1-5
TEL 03-3822-2131/FAX 03-3815-3051

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

<発表者，参加者の皆様へ>

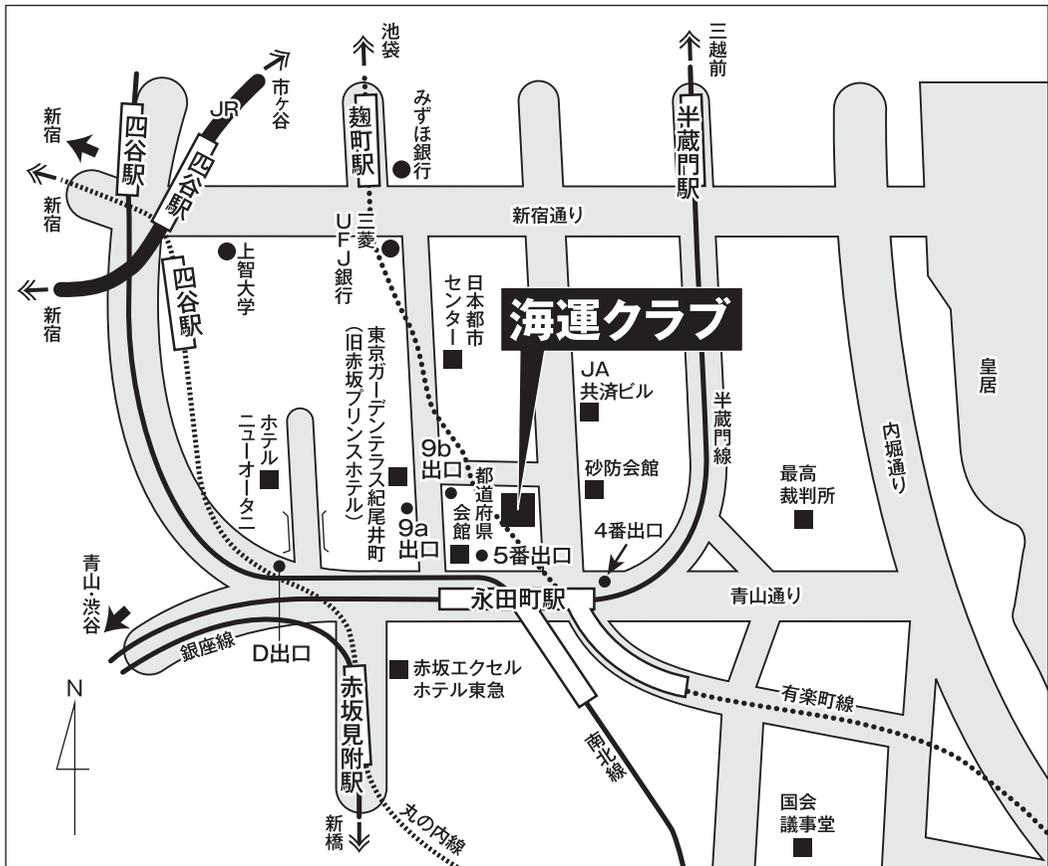
1. 発表者は日本消化器病学会の会員に限ります。
2. 発表はすべてPCでのプレゼンテーションとなります。
口演30分前までに、PC受付にてデータ登録・動作チェックを済ませてください。
 - 1) 会場に用意するPCのアプリケーションは、Microsoft PowerPoint 2013/2016となります。発表データはUSBメモリにてお持ちください。また、事前に必ず、作成したPC以外のPCでも正常に動作することを確認してください。
※データ作成の際は、文字化けを防ぐため次の標準フォントをご使用ください。
日本語：MSゴシック，MS Pゴシック，MS明朝，MS P明朝
英語：Arial，Century，Century 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働はトラブルの原因となるため、外部電源用アダプタを必ずお持ちください。
 - 3) 音声出力には対応いたしません。
 - 4) 発表は枚数ではなく時間で制限させていただきます。
 - 5) 発表時は、演台に置かれたモニターを見ながらご自身で操作して画面を進めていただきます。なお、発表者ツールの使用はできませんのでご注意ください。
3. 発表に際しては、患者さんのプライバシーの保護（日付の記載は年月までとする、等）に十分配慮してください。
4. 演題発表時には、利益相反状態の開示が必要になります。開示基準・規定の書式に従って利益相反の有無を必ず開示してください。
5. 演者は前演者の口演開始後、直ちに「次演者席」へご着席ください。
6. 専修医セッション、研修医セッション及び一般演題は、1題口演4分、追加討論2分です。時間厳守をお願いします。
7. 質問される方は、所属と氏名を明らかにしてからお願いします。
8. 専修医・研修医セッションの発表者あるいは同施設の方は、奨励賞表彰式に出席してください。（第1会場 12：50～13：05）
9. 当日参加登録受付、PC受付は7：30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. 第11回ハンズオンセミナー「腹部エコーの基本手技」ご受講の先生方には、当日の集合時間・場所について、会期1週間前までに運営事務局より、メールにてご案内申し上げます。なお、見学は自由となりますので、奮ってご参加ください。
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〉〈丸の内線〉D(弁慶橋)出口より徒歩約8分

日本消化器病学会関東支部第350回例会
平成30年7月14日(土)

8:00～8:05 開会の辞(第1会場)					
第1会場(午前の部)			第2会場(午前の部)		
演 題	時 間	座 長	演 題	時 間	座 長
(1) 専修医Ⅰ(食道・胃) 1～5	8:05～8:35	桜澤 信行	(12) 専修医Ⅲ(肝・胆) 47～50	8:05～8:29	高倉 一樹
(2) 専修医Ⅱ(胃・十二指腸) 6～10	8:35～9:05	山本 果奈	(13) 専修医Ⅳ(胆・膵) 51～54	8:29～8:53	柴田 喜明
(3) 専修医Ⅲ(胃・十二指腸・その他) 11～14	9:05～9:29	杉本 暁彦	(14) 研修医Ⅰ(食道・胃・その他) 55～58	8:53～9:17	林 良紀
(4) 専修医Ⅳ(小腸・大腸・その他1) 15～18	9:29～9:53	秋元 直彦	(15) 研修医Ⅱ(小腸・大腸) 59～63	9:17～9:47	大森 順
9:53～10:03 休憩			9:47～9:57 休憩		
(5) 専修医Ⅴ(小腸・大腸・その他2) 19～21	10:03～10:21	松田 明久	(16) 研修医Ⅲ(肝) 64～68	9:57～10:27	新井 泰央
(6) 専修医Ⅵ(肝・その他) 22～25	10:21～10:45	深田 浩大	(17) 研修医Ⅳ(胆) 69～72	10:27～10:51	佐野 弘仁
(7) 専修医Ⅶ(肝) 26～28	10:45～11:03	平方 敦史	(18) 研修医Ⅴ(膵) 73～77	10:51～11:21	忌部 航
			12:00～12:30 評議員会		
12:00～12:45 ランチオンセミナー(第1会場)					
「胸やけ患者に対する最適な治療法とは—難治性GERDを含めて—」					
川崎医科大学 検査診断学(内視鏡・超音波) 教授 眞部 紀明 先生 司会 群馬大学 客員教授 草野 元康 先生					
共催：武田薬品工業株式会社／大塚製薬株式会社					
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)					
「膠原病における上部消化管病変の最新トピックス」					
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 先生 司会 日本医科大学 消化器内科学 教授 岩切 勝彦					
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
(8) 食道・胃 29～32	14:10～14:34	山岡 稔	(19) 大腸・その他 78～82	14:10～14:40	田邊 万葉
(9) 胃・十二指腸 133～37	14:34～15:04	冬木 晶子	(20) 肝・胆・その他 83～87	14:40～15:10	長田 祐二
(10) 胃・十二指腸 238～41	15:04～15:28	鈴木 翔	(21) 胆・膵 88～92	15:10～15:40	張本 滉智
(11) 小腸・大腸 42～46	15:28～15:58	豊田 哲鎬			
15:58～16:03 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)

「膠原病における上部消化管病変の 最新トピックス」

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** 先生

司会 日本医科大学消化器内科学 教授 **岩切 勝彦**

……演者の先生ご紹介……

くわな まきたか
桑名 正隆 先生

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

略歴

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
日本医科大学附属病院リウマチ膠原病内科 部長

昭和63年 3月 慶應義塾大学医学部卒業
平成 4年 3月 慶應義塾大学大学院医学研究科博士課程修了
平成 5年 5月 ピッツバーグ大学リウマチ内科ポストドクトラルフェロー
平成12年10月 慶應義塾大学医学部先端医科学研究所専任講師
平成18年 1月 慶應義塾大学医学部内科(血液感染リウマチ)助教授
平成19年 4月 慶應義塾大学医学部内科(リウマチ)准教授
平成26年 7月より現職

ランチオンセミナー (第1会場 12:00~12:45)

「胸やけ患者に対する最適な治療法とは —難治性GERDを含めて—」

川崎医科大学 検査診断学 (内視鏡・超音波) 教授 **眞部 紀明** 先生

司会 群馬大学 客員教授 **草野 元康** 先生

共催：武田薬品工業株式会社／大塚製薬株式会社

……演者の先生ご紹介……

まなべ のりあき
眞部 紀明 先生

川崎医科大学 検査診断学 (内視鏡・超音波) 教授

略歴

1993年 3月	広島大学医学部医学科卒業
1993年 4月	広島大学医学部附属病院 (研修医)
1994年10月~1995年 3月	広島赤十字・原爆病院 (研修医)
1995年 4月~1998年 3月	広島市立安佐市民病院 (内科医師)
1998年 4月~1999年 3月	広島大学医学部第一内科 (医員)
1999年 4月~2003年 3月	広島大学大学院医学系研究科内科学専攻
2003年 4月~2006年 3月	広島大学病院光学医療診療部 (医員)
2006年 4月~2009年 3月	川崎医科大学 検査診断学 (内視鏡・超音波) (講師)
2009年 4月~2010年 3月	Clinical Enteric Neuroscience Translational and Epidemiological Research (C.E.N.T.E.R.), Mayo Clinic, Rochester, MN留学
2011年 4月~2016年 3月	川崎医科大学 検査診断学 (内視鏡・超音波) (講師)
2016年 4月~2018年 3月	川崎医科大学 検査診断学 (内視鏡・超音波) (准教授)
2018年 4月~	川崎医科大学 検査診断学 (内視鏡・超音波) (教授) 川崎医科大学 総合医療センター 中央検査科 (部長)

第11回ハンズオンセミナー

(ホワイエ 10:00～12:00)

「腹部エコーの基本手技」

インストラクター

日本医科大学付属病院 消化器・肝臓内科

川本 智章

日本医科大学付属病院 消化器・肝臓内科

葉山 惟信

赤心堂病院 内科

山内 篤

日本医科大学付属病院 臨床検査部

青柳 和之

日本医科大学付属病院 臨床検査部

水谷 行伸

<ご案内>

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

受講を申込みされていない場合も、見学は自由ですので、奮ってご参加ください。

【スケジュール】

① 10:00-11:00 セッションⅠ 胆嚢・胆管・膵臓
(休憩 10分)

② 11:10-12:00 セッションⅡ 肝臓・腎臓・脾臓

※各セッションとも、実技の前に全体オリエンテーションを行います。

ご受講の先生は、各セッション開始の10分前までに、ご集合ください。

【お問合せ先】

関東支部第350回例会 運営事務局：jsge2018_350@sunpla-mcv.com

共 催：キヤノンメディカルシステムズ株式会社

第1会場（午前の部）

8:00~8:05

—開会の辞—

—評価者—

杏林大学医学部 第三内科	林田 真理
虎の門病院付属健康管理センター	荒木 昭博
東京医科大学 消化器内科学	殿塚 亮祐

(1) 専修医Ⅰ(食道・胃) 8:05~8:35 座長 日本医科大学千葉北総病院 消化器外科 桜澤 信行

1. 食道潰瘍病変より診断にいたった類天疱瘡の一例

埼玉医科大学病院 総合診療内科 ○松本 悠, 山岡 稔, 中元 秀友
埼玉医科大学 消化管内科 大庫 秀樹, 都築 義和, 今枝 博之

2. 食道悪性黒色腫との鑑別を要したメラノサイトーシスの1例

筑波大学 医学医療系 消化器内科 ○杉山雄太郎, 小松 義希, 萩原 悠也, 永瀨 美帆
水井 恒夫, 丹下 善隆, 山浦 正道
同 消化器内科
筑波大学附属病院 光学医療診療部 塚 大輔, 奈良坂俊明, 溝上 裕士

3. 喉頭展開・内視鏡補助下に用手的除去が可能であった食道内異物の一例

自治医科大学 消化器一般外科 ○千葉 蒔七, 倉科憲太郎, 細谷 好則, 春田 英律
松本 志郎, 小林 泰俊, 堀江 久永, 佐久間康成
北山 丈二, 佐田 尚宏
同 消化器肝臓内科 岡田 昌浩, 横山 健介
同 耳鼻咽喉科 高野澤美奈子

4. 食道異物(巨大義歯)の誤飲に対し, 経内視鏡的に摘出し得た一例

日本医科大学多摩永山病院 消化器外科 ○鈴木 幹人, 牧野 浩司, 横山 正, 丸山 弘
平方 敦史, 上田 純志, 高田 英志, 関 奈紀
菊池 友太, 岩井 琢磨, 吉岡 将史, 大草 幹大
川島 万平, 入江 利幸, 犬飼 惇, 春名 孝洋
吉田 寛
同 消化器内科 三井 啓吾

5. 機能的ディスペプシアとして治療され, 診断に長期を要した正中弓状韧带帯圧迫症候群の1例

群馬大学医学部附属病院 消化器・肝臓内科 ○大林 千草, 都丸 翔太, 武波 知彦, 中田 昂
中山 哲雄, 田中 寛人, 富澤 琢, 保坂 浩子
下山 康之, 河村 修, 浦岡 俊夫
同 消化管外科 岩松 清人, 生方 泰成, 木村 明春, 木暮 憲道
緒方 杏一
同 肝胆膵外科 調 憲
同 消化器・肝臓内科
同 臨床試験部 栗林 志行

(2) 専修医Ⅱ(胃・十二指腸) 8:35~9:05 座長 東京女子医科大学 消化器内科 山本果奈

6. 高齢者に発症した好酸球性胃腸炎の一例

日本大学 医学部 内科学系消化器肝臓内科学分野 ○堀井 敏喜, 鈴木 翔, 山田 康嗣, 市島 諒二
池原 久朝, 後藤田卓志, 森山 光彦

7. 胃 Myeloid Sarcoma の1例

東邦大学医療センター大森病院 ○藤澤理沙人, 岸本 有為, 水谷 沙織, 天沼 誠
木村 裕介, 山田 悠人, 渡辺 浩二, 小林康二郎
吉本 憲介, 密田 亜季, 岩崎 将, 伊東 謙
岡野 直樹, 五十嵐良典, 三井ゆりか, 名取 一彦
定本 聡太, 若山 恵, 栃木 直文, 渋谷 和俊

8. S-1 + CDDP 療法が奏功し DIC から離脱しえた胃癌播種性骨髄癌症の1例

順天堂大学順天堂医院 消化器内科 ○林田 翔, 鈴木 真由, 岡原 昂輝, 清水 基規
村上 敬, 藤澤 聡郎, 石川 大, 今 一義
加藤 順子, 澁谷 智義, 山科 俊平, 坂本 直人
椎名秀一郎, 伊佐山浩通, 池嶋 健一, 永原 章仁

同 消化器内科
順天堂大学附属練馬病院 消化器内科 福嶋 浩文

9. 前立腺癌胃転移と診断されていた胃神経内分泌癌の一例

東京警察病院 消化器内科 ○能登谷元聡, 植倉 知永, 徳山 信行, 芹澤多佳子
八木岡 浩, 小椋 啓司

10. 閉塞性黄疸をきたした膀胱癌十二指腸浸潤の1剖検例

東京労災病院 ○松本 将, 西中川秀太, 山本友里恵, 篠原 裕和
原 精一, 大場 信之, 児島 辰也

(3) 専修医Ⅲ(胃・十二指腸・その他) 9:05~9:29 座長 東京医科大学 消化器内視鏡学 杉本暁彦

11. 胃潰瘍を合併した胃石症例に対し、内視鏡的異物除去術がコココーラ使用により奏功した一例

東京慈恵会医科大学附属柏病院 消化器・肝臓内科 ○古守知太郎, 伊藤 善翔, 中田 正裕, 大瀧雄一朗
吉田沙佑美, 鈴木 静香, 赤須 貴文, 河村 篤
星野 優, 高見信一郎, 松本 喜弘, 梶原 幹生
内山 幹, 小井戸薫雄

同 内視鏡部 番 大和, 安達 世, 小山 誠太, 荒川 廣志
東京慈恵会医科大学附属病院 消化器・肝臓内科 猿田 雅之
同 内視鏡部 炭山 和毅

12. ニボルマブ投与中に発熱性好中球減少症を発症した胃癌の一例

町田市民病院 消化器内科 ○嶋田真梨子, 谷田恵美子, 藤井 梨絵, 鈴木 英祐
神岡 洋, 岩城 慶大, 鹿野 智裕, 斎藤 恵介
益井 芳文, 和泉 元喜

13. 抗血栓薬服用者に対する胃 ESD 後の出血リスクに関する検討

日本医科大学武蔵小杉病院 消化器外科 ○塩田 美桜, 渡辺 昌則, 千原 直人, 中田 亮輔
助川 誠, 野村 聡, 塙 秀暁, 水谷 聡
鈴木 英之
日本医科大学 消化器外科 吉田 寛

14. Granulocyte-Colony Stimulating Factor (G-CSF) 産生胃癌の 1 例

千葉大学大学院 医学研究院 先端応用外科 ○貝沼 駿介, 早野 康一, 平田 篤史, 加野 将之
村上健太郎, 豊住 武司, 上里 昌也, 林 秀樹
松原 久裕

(4) 専修医Ⅳ(小腸・大腸・その他 1) 9:29~9:53 座長 日本医科大学千葉北総病院 消化器内科 秋 元 直 彦

15. 回腸脂肪腫による成人腸重積の一例

東京慈恵会医科大学 下部消化管外科 ○吉井裕紀子, 武田 泰裕, 佐々木茂真, 谷田部沙織
伊藤 大介, 野秋 朗多, 大熊 誠尚, 小菅 誠
衛藤 謙
同 消化器外科 矢永 勝彦

16. 臨床経過からメサラジン不耐が疑われた潰瘍性大腸炎の 1 例

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

17. 診断に苦慮した後腹膜腫瘍の 1 例

北里大学 医学部 消化器内科学 ○土居楠太郎, 長谷川力也, 宮田 英治, 金子 亨
山内 浩史, 奥脇 興介, 岩井 知久, 今泉 弘
木田 光広, 小泉和二郎

18. 慢性腹痛の診断に苦慮し、トリガーポイントブロックにて改善した前皮神経絞扼症候群の一例

東京慈恵会医科大学第三病院 ○藤崎 彩子, 横田 健晴, 庄司 亮, 石井 彩子
石本 詩子, 山口 るり, 柴田 恵子, 廣瀬 雄紀
三浦由紀子, 今井 那美, 水野 雄介, 岩久 章
板垣 宗徳, 木下 晃吉, 木島 洋征, 小池 和彦

(5) 専修医Ⅴ(小腸・大腸・その他 2) 10:03~10:21 座長 日本医科大学千葉北総病院 外科 松 田 明 久

19. 下部消化管内視鏡検査で早期発見、診断しえた虫垂癌の一例

日本医科大学多摩永山病院 消化器科 ○藤本 将友, 津久井 拓, 三井 啓吾, 新福 摩弓
佐藤 航, 高木 信介, 片岡 宏章, 牧野 浩司
菊池 友太
日本医科大学付属病院 消化器・肝臓内科 岩切 勝彦

20. 術前にイマチニブを投与した骨盤内巨大GISTの一例

日本医科大学 消化器外科 ○松井 隆典, 山田 岳史, 上田 康二, 小泉 岐博
進士 誠一, 横山 康行, 高橋 吾郎, 堀田 正啓
武田 幸樹, 原 敬介, 吉田 寛

21. 当院で経験した結核性腹膜炎の2症例

昭和大学江東豊洲病院 消化器センター ○加藤 久貴, 上野 明子, 柴田 悠樹, 篠原 浩樹
田邊 万葉, 保母 貴弘, 有馬 秀英, 黒木優一郎
郷田 憲一, 浦上 尚之, 伊藤 敬義, 横山 登
井上 晴洋

(6) 専修医Ⅵ(肝・その他) 10:21~10:45 座長 順天堂大学医学部 消化器内科 深田 浩大

22. 救命困難であった中毒性肝障害による急性肝不全の一例

聖マリアンナ医科大学病院 消化器・肝臓内科 ○鈴木 達也, 服部 伸洋, 渡邊 綱正, 中本 悠輔
得平 卓也, 池田 裕喜, 松永光太郎, 松本 伸行
伊東 文生
同 救急医学 平 泰彦

23. 門脈腫瘍塞栓の自然退縮を認めた肝細胞癌の2例

東千葉メディカルセンター ○岩永 光巨, 亀崎 秀宏
千葉大学医学部附属病院 大岡 美彦, 千葉 哲博, 丸田 亨, 金山 健剛
神崎 洋彰, 前田 隆宏, 小林 和史, 清野宗一郎
中村 昌人, 齊藤 朋子, 小笠原定久, 鈴木英一郎
中本 晋吾, 安井 伸, 丸山 紀史, 加藤 直也

24. B型肝炎に合併したFollicular lymphomaの一例

帝京大学 医学部 内科 ○駒崎 伸伍, 高森 頼雪, 芳賀 幸, 飛田 拓途
天野 博仁, 小松田章悟, 間邊 大輔, 櫻井美代子
松本 康佑, 柳澤 大輔, 大和 洸, 大隅 瞬
中村 直裕, 八木みなみ, 三木 淳史, 浅岡 良成
山本 貴嗣, 田中 篤
同 病理 石田 毅, 大田 泰徳

25. 膵嚢胞性疾患を契機に診断された多発性肝結節性過形成を合併するRendu-Osler-Weber病と診断された1例

横浜市立大学附属病院 肝胆膵消化器病学 ○鈴木 洸, 本多 靖, 小川 祐二, 今城 健人
米田 正人, 桐越 博之, 齊藤 聡, 中島 淳

(7) 専修医Ⅶ(肝) 10:45~11:03 座長 日本医科大学多摩永山病院 消化器外科 平方 敦史

26. Letrozole投与中に肝機能障害を認めた一例

日本医科大学千葉北総病院 消化器内科 ○肥田 舞, 糸川 典夫, 吉田 祐士, 大久保知美
大久保知美, 藤森 俊二
日本医科大学付属病院 消化器・肝臓内科 厚川 正則, 桐田久美子, 岩切 勝彦
同 統御機構診断病理学 和田 龍一
日本医科大学千葉北総病院 病理診断科 羽鳥 努

27. 筋肉内出血を来した非代償性肝硬変の1例

大森赤十字病院 ○阿南 秀征, 立川 準, 須藤 拓馬, 有本 純
河野 直哉, 新倉 利啓, 桑原 洋紀, 高松志帆子
中岡 宙子, 高野 幸司, 千葉 秀幸, 井田 智則
諸橋 大樹, 後藤 亨

28. 抗ミトコンドリア抗体陽性筋炎についての考察

東京慈恵会附属病院 消化器肝臓内科 ○渡邊 俊宗, 蜂谷 眞未, 日高 章寿, 光永 眞人
猿田 雅之, 岩本 雅美, 鈴木 正章, 池上 正博

第1会場 (午後の部)

13:05~14:00

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

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 先生

司会 日本医科大学 消化器内科学 教授 岩切 勝彦

(8) 一般演題(食道・胃) 14:10~14:34 座長 埼玉医科大学 総合診療内科 山岡 稔

29. 典型的な内視鏡所見を認めないアカラシア患者の新規内視鏡所見

日本医科大学付属病院 消化器・肝臓内科 ○星野慎太郎, 川見 典之, 星川 吉正, 花田優理子
竹之内菜菜, 梅澤まり子, 貝瀬 満, 岩切 勝彦

30. 下部食道括約部の弛緩不全が食道胃接合部の上方に位置した食道アカラシアの一例

日本医科大学付属病院 消化器・肝臓内科 ○竹之内菜菜, 川見 典之, 星野慎太郎, 星川 吉正
梅澤まり子, 花田優理子, 後藤 修, 貝瀬 満
岩切 勝彦

31. 腹臥位胸腔鏡下 long myotomy を施行した食道運動障害の4例

日本医科大学 消化器外科 ○野村 務, 松谷 毅, 萩原 信敏, 藤田 逸郎
金沢 義一, 中村 慶春, 柿沼 大輔, 松野 邦彦
太田恵一朗, 吉田 寛
日本医科大学多摩永山病院 外科 牧野 浩司
日本医科大学付属病院 消化器・肝臓内科 川見 典之, 星野慎太郎, 岩切 勝彦
日本医科大学千葉北総病院 外科 宮下 正夫

32. 休薬により自然寛解した胃メトトレキサート関連リンパ増殖性疾患の1例

自治医科大学附属さいたま医療センター 消化器内科 ○小糸 雄大, 松本 史弘, 湯橋 一仁, 松本 圭太
賀嶋ひとみ, 三浦 孝也, 石井 剛弘, 吉川 修平
大竹はるか, 藤原 純一, 関根 匡成, 上原 健志
浅野 岳晴, 宮谷 博幸, 眞嶋 浩聡

(9) 一般演題(胃・十二指腸1) 14:34~15:04 座長 横浜市立大学 肝胆膵消化器病学 冬木 晶子

33. 胃癌として15年間治療された乳癌胃転移の1例

名古屋第一赤十字病院 一般消化器外科 ○田中 寛, 長尾 拓哉, 三宅 秀夫, 永井 英雅
吉岡裕一郎

34. 化学療法後完全緩解を得ながら幽門狭窄にて手術を施行した胃悪性リンパ腫の一例

慶應義塾大学 医学部 外科学教室 (一般・消化器外科) ○磯部雄二郎, 中村理恵子, 眞柳 修平, 福田 和正
須田 康一, 和田 則仁, 川久保博文, 北川 雄光

35. 腹腔鏡・内視鏡合同手術で治療した胃 glomus 腫瘍の一例
 独立行政法人国立病院機構 相模原病院 消化器内科 ○田邊 美奈, 篠木 啓, 小山 克樹, 齋藤 友哉
 入江 員行, 下田 拓也, 中村 陽子, 菅野 聡
 安達 献
 同 外科 坂本友見子
 東邦大学医療センター大橋病院 外科 二渡 信江
 独立行政法人国立病院機構 相模原病院 病理診断科 堀田 綾子, 齋藤 生朗
36. 長期経過観察をし得た化学療法著効 (CR) 切除不能胃癌の一例
 日本医科大学付属病院 消化器・肝臓内科 ○池田 剛, 河越 哲郎, 大城 雄, 丸木 雄太
 福永 真衣, 樋口 和寿, 野田 啓人, 鮑本 哲兵
 後藤 修, 貝瀬 満, 岩切 勝彦
37. 十二指腸潰瘍より穿破した睥十二指腸動脈瘤の一例
 日本医科大学付属多摩永山病院 消化器科 ○片岡 宏章, 三井 啓吾, 藤本 将友, 高木 信介
 佐藤 航, 新福 摩弓, 津久井 拓
 日本医科大学付属病院 消化器・肝臓内科 岩切 勝彦
 日本医科大学付属多摩永山病院 放射線科 山口 英宣, 山本 彰
 同 救命救急センター 田中 知恵, 畝本 恭子
- (10) 一般演題(胃・十二指腸2) 15:04~15:28 座長 日本大学病院 消化器内科 鈴木 翔
38. 発赤調・隆起型の胃底腺粘膜型胃癌の一例
 順天堂大学医学部附属順天堂医院 消化器内科 ○池田 厚, 上山 浩也, 谷田貝 昂, 小森 寛之
 赤澤 陽一, 竹田 努, 泉 健太郎, 上田久美子
 松本 健史, 北條麻理子, 永原 章仁
 順天堂大学医学部附属静岡病院 消化器内科 松本 紘平
 順天堂大学大学院 医学研究科 人体病理病態学 八尾 隆史
39. 高齢者の巨大胃 GIST の一例
 日本医科大学多摩永山病院 外科 ○入江 利幸, 牧野 浩司, 丸山 弘, 横山 正
 平方 敦史, 上田 純志, 高田 英志, 関 奈紀
 菊池 友太, 岩井 拓磨, 吉岡 将史, 大草 幹大
 川島 万平, 鈴木 幹人, 犬飼 惇, 春名 孝洋
 日本医科大学付属病院 消化器外科 吉田 寛
40. 多発胃ポリープから大量出血を認め緊急上部内視鏡で止血を要した1例
 日本医科大学武蔵小杉病院 消化器内科 ○石井菖太郎, 阿川 周平, 新井 奏央, 山脇 博士
 小高 康裕, 植木 信江, 二神 生爾
 日本医科大学付属病院 消化器・肝臓内科 岩切 勝彦
41. 内視鏡の手縫い縫合手技を用いた新しいトラクション法
 日本医科大学付属病院 消化器・肝臓内科 ○後藤 修, 貝瀬 満, 岩切 勝彦
 慶應義塾大学 医学部 腫瘍センター 佐々木 基, 矢作 直久
 慶應義塾大学病院 一般・消化器外科 川久保博文
 日本医科大学付属病院 消化器・肝臓内科
 慶應義塾大学 医学部 腫瘍センター 鮑本 哲兵

(11) 一般演題(小腸・大腸) 15:28~15:58 座長 日本医科大学武蔵小杉病院 消化器外科 豊田 哲 鎬

42. カプセル内視鏡で診断し単孔式腹腔鏡手術を行った小腸不全型 Peutz-Jeghers 型ポリープの1例

順天堂大学 下部消化管外科 ○岡澤 裕, 塚本 亮一, 河合 雅也, 小島 豊
坂本 一博
同 消化器内科 澁谷 智義, 坂本 直人, 永原 章仁
同 人体病理病態学 八尾 隆史

43. 小腸結核による再発性腸閉塞の1例

日本医科大学付属病院 消化器・肝臓内科 ○濱窪 亮平, 田中 周, 星本 相理, 片岡 宏章
梅田 隆満, 高木 信介, 西本 崇良, 大森 順
秋元 直彦, 佐藤 航, 鈴木 将大, 三井 啓吾
米澤 真興, 辰口 篤志, 藤森 俊二, 岩切 勝彦

44. 腸管瘻孔形成を認めたアメーバ性大腸炎の一例

東京都保健医療公社 多摩北部医療センター ○宮本真由子, 柴田 喜明, 桐田久美子, 星川 吉正
四宮 航

45. 潰瘍性大腸炎治療経過中に同時性多発大腸扁平上皮癌を発症した1例

日本医科大学付属病院 消化器外科 ○長嶺 嘉通, 高橋 吾郎, 山田 岳史, 小泉 岐博
進士 誠一, 横山 康行, 堀田 正啓, 原 敬介
武田 幸樹, 上田 康二, 太田恵一郎, 吉田 寛

46. 小腸カプセル内視鏡により診断に至った放射線性小腸炎の一例

日本医科大学千葉北総病院 消化器内科 ○大野 弘貴, 藤森 俊二, 米澤 真興, 秋元 直彦
西本 崇良
日本医科大学付属病院 消化器・肝臓内科 田中 周, 辰口 篤志, 大森 順, 梅田 隆満
岩切 勝彦
日本医科大学多摩永山病院 消化器科 三井 啓吾, 馬來康太郎, 佐藤 航, 片岡 宏章
高木 信介

第2会場（午前の部）

— 評価者 —

順天堂大学 医学部 消化器内科学講座	山科 俊平
東京女子医科大学 消化器内科	大森 鉄平
日本医科大学付属病院 消化器・肝臓内科	金子 恵子

(12) 専修医Ⅷ(肝・胆) 8:05~8:29 座長 東京慈恵会医科大学 内科学講座 消化器・肝臓内科 高倉 一 樹

47. 肝血管腫破裂を契機に急激な経過を辿った胸腺癌の1例

東京女子医科大学病院 消化器内科 ○佐々木 優, 佐々木 優, 児玉 和久, 日向有紀子
小木曾智美, 徳重 克年

48. 高度救命救急センターと連携し救命しえた Weil 病の1例

日本医科大学付属病院 消化器・肝臓内科 ○門馬 絵理, 葉山 惟信, 宇田川愛実, 田邊 智英
大久保知美, 新井 泰央, 岩下 愛, 糸川 典夫
張本 滉智, 金子 恵子, 厚川 正則, 川本 智章
岩切 勝彦

日本医科大学付属病院 高度救命救急センター 高橋 慶, 瀧口 徹, 横堀 将司, 横田 裕行
同 安全管理部 感染制御室 根井 貴人
国立感染研究所 細菌第一部 小泉 信夫

49. 標準的治療にLVFX内服で治療し得た虫垂炎に伴う化膿性門脈炎の一例

地方独立行政法人 総合病院 国保旭中央病院 ○久田 浩之, 志村 謙次, 糸林 詠, 紫村 治久
中村 朗, 窪田 学

50. 黄疸を契機に治療され下部胆管に浸潤を認めた腓漿液性嚢胞腫瘍の一例

がん・感染症センター都立駒込病院 消化器内科 ○伊藤 公美, 菊山 正隆, 来間佐和子, 千葉 和朗
神澤 輝実, 高雄 暁成, 柴田 理美, 大西 知子
小泉 浩一
同 内視鏡科 田畑 拓久, 荒川 丈夫, 門馬久美子

(13) 専修医Ⅸ(胆・膵) 8:29~8:53 座長 多摩北部医療センター 消化器内科 柴田 喜 明

51. 結石除去中のバスケット嵌頓に対して機械的碎石術で嵌頓解除し得た1例

東京都立多摩総合医療センター 消化器内科 ○渡邊 昌人, 藤木 純子, 堀家 英之, 荒井 克大
片岡 史弥, 関口 修平, 武市 瑛子, 田中 志尚
栗原 正道, 前田 元, 山形 亘, 脇岡 悠子
下地 耕平, 中園 綾乃, 吉岡 篤史, 井上 大
小倉 祐紀, 並木 伸

52. 内視鏡的胆嚢ステント留置術(EGBS)2年後に巨大総胆管結石を生じ結石除去に難渋した一例

NTT 東日本関東病院 消化器内科 ○小山 裕司, 藤田 祐司, 石井 研, 久富勘太郎
松橋 信行
横浜市立大学付属病院 肝胆膵消化器病学 窪田 賢輔

53. 主腸管穿破を伴う，非機能性膵内分泌腫瘍の1例
 東京女子医科大学 消化器病センター ○生形 盟，出雲 渉，樋口 亮太，谷澤 武久
 植村修一郎，長嶋 洋治，山本 雅一
54. 膵管不完全癒合に対し予防的に副乳頭切開術を施行した一例
 草加市立病院 消化器内科 ○磯崎 岳，小橋健一郎，岡田 理沙，山崎 友裕
 戸田 晶子，今城 眞臣，鎌田 和明，矢内 常人
- (14) 研修医Ⅰ(食道・胃・その他) 8:53~9:17 座長 平成立石病院 内科 林 良 紀
55. 早期診断・治療が可能であった特発性食道破裂の一例
 東海大学 医学部 消化器外科 ○石井 晶，二宮 大和，谷田部健太郎，山本 美穂
 數野 暁人，小柳 和夫，中郡 聡夫，貞廣荘太郎
 小澤 壯治
56. 気管支喘息・好酸球性副鼻腔炎の既往が診断の契機となった好酸球性胃腸炎の一例
 東京通信病院 消化器内科 ○岡崎可弥子，古谷 建悟，安部佑里恵，江崎 珠里
 高岡 真哉，加藤 知爾，大久保政雄，小林 克也
 関川憲一郎，光井 洋
57. 早期慢性膵炎と膵酵素異常を伴うFD患者群の鑑別診断における早期胃排出能の有用性の検討
 日本医科大学武蔵小杉病院 消化器内科 ○中村 拳，阿川 周平，新井 泰央，山脇 博士
 小高 康裕，植木 信江，二神 生爾
 日本医科大学付属病院 消化器・肝臓内科 岩切 勝彦
58. イレウスを契機に診断された腸間膜デスマイドの1例
 杏林大学医学部付属病院 総合研修センター ○鍛冶 諒介
 杏林大学 医学部 第三内科 川村 直弘，荻原 良太，菊地 翁輝，渡邊 俊介
 關 里和，佐藤 悦久，西川かおり，森 秀明
 久松 理一
 同 病理学教室 下山田博明，船田さやか，柴原 純二
- (15) 研修医Ⅱ(小腸・大腸) 9:17~9:47 座長 日本医科大学付属病院 内視鏡センター 大 森 順
59. 回腸回腸瘻から大量出血を来した小腸型クローン病の1例
 東京医科歯科大学 消化器内科 ○川内結加里，秋山慎太郎，福田 将義，鈴木 康平
 竹中 健人，鬼澤 道夫，北畑富貴子，村川美也子
 新田沙由梨，藤井 俊光，岡田英理子，中川 美奈
 柿沼 晴，長堀 正和，大塚 和朗，渡辺 守
60. Crohn病小腸狭窄に対する手術前に経口ダブルバルーン小腸内視鏡で小腸癌による悪性狭窄と診断し
 適切な手術方式を選択できた1例
 自治医科大学付属病院 消化器・肝臓内科 ○来栖 有咲，矢野 智則，川崎 佑輝，三輪田哲郎
 山本 博徳，大澤 博之，砂田圭二郎，三浦 義正
 坂本 博次，小林 泰俊，竹澤 敬人，井野 裕治
 相良 裕一，角田 真人，宮原 晶子，所 晋之助

61. カンジダ性心内膜炎を合併した腸管型パーचेット病の一例
虎の門病院 消化器内科 ○山重 大樹, 松井 啓, 岡本 陽祐, 落合 頼業
鈴木 悠悟, 野村 浩介, 田中 匡実, 小田切啓之
山下 聡, 菊池 大輔, 三谷 年史, 飯塚 敏郎
布袋屋 修

62. 病理組織の再検討により診断に至った小腸平滑筋肉腫の転移による巨大肝腫瘍の一例
独立行政法人地域医療機能推進機構 東京新宿メディカルセンター 消化器内科 ○佐野 方美, 木原 俊裕, 藤江 肇, 原口 紘
浅井 玄樹, 岡崎 明佳, 山川 元太, 森下 慎二
松本 政雄, 新村 和平

63. 超音波内視鏡検査が診断に有用であった直腸粘膜脱症候群の一例
横浜市立大学附属病院 消化器内科 ○丹羽 一博, 入江 邦泰, 露木 翔, 桑島 拓史
山田 博昭, 金子 裕明, 須江聡一郎, 佐々木智彦
近藤 正晃, 前田 慎

(16) 研修医Ⅲ(肝) 9:57~10:27 座長 日本医科大学武蔵小杉病院 消化器内科 新井 泰 央

64. 直接型抗ウイルス薬投与後に多血化し急激に増大した肝乏血性小結節の1例
筑波大学 消化器内科 ○加村 雄哉, 福田 邦明, 小松 義希, 山浦 正道
水井 恒夫, 長谷川直之, 石毛 和紀, 溝上 裕士
兵頭一之介

65. 巨大肝原発神経内分泌癌に対し全身化学療法を施行した1例
東京都済生会中央病院 臨床研修室 ○清水 智子
同 腫瘍内科 酒井 元, 青木 優, 星野 舞, 船越 信介
同 消化器内科 林 智康, 田沼 浩太, 小川 歩, 上田 真裕
三枝慶一郎, 岸野 竜平, 中澤 敦
同 病理診断科 廣瀬 茂道

66. 経過の遷延したE型急性肝炎 genotype 3aの1例
日本赤十字社医療センター 消化器内科 ○道下 俊希, 斎藤 明子, 谷口 博順, 本田 泰教
加藤 光彦, 吉田 英雄, 中田 良
同 病理部 熊坂 利夫
武蔵野赤十字病院 消化器内科 渡壁 慶也
東芝病院 研究部 新井 雅裕, 高橋 和明, 三代 俊治

67. 治療方針の決定に苦慮した全身性強皮症に合併した自己免疫性肝炎の一例
慶應義塾大学 医学部 内科学 消化器 ○阿部絵里香, 宇賀村 文, 谷木 信仁, チョウハクシヨウ
伊倉 顕彦, 山高 果林, 森川 麗, 志波 俊輔
山口 晃弘, 中本 伸宏, 金井 隆典

68. 門脈肝外側副血路に対する短絡路結紮術により肝機能が改善した1症例
虎の門病院 肝臓センター ○中村 聡, 川村 祐介, 粕谷加代子, 芥田 憲夫
鈴木 義之, 池田 健次, 進藤 潤一, 橋本 雅司

(17) 研修医Ⅳ(胆) 10:27~10:51 座長 埼玉済生会川口総合病院 消化器内科 佐野 弘 仁

69. 繰り返す急性膵炎を契機に発見され全胃幽門輪温存膵頭十二指腸切除術を施行した十二指腸乳頭部癌の1例

多摩北部医療センター 臨床研修医 ○染谷 知恵
同 消化器内科 四宮 航, 桐田久美子, 宮本真由子, 星川 吉正
柴田 喜明
同 消化器外科 大原 弘喜, 河合 陽介, 小竹 将, 山田 卓司
高橋 豊, 高西喜重郎, 松本 潤

70. 膵管内乳頭粘液性腫瘍(IPMN)を合併した胆管内乳頭状腫瘍(IPNB)の一例

横浜南共済病院 消化器内科 ○池田 舞子, 吉村 勇人, 渡部 衛, 石田 彩花
船岡 昭宏, 嵩原小百合, 飯塚 千乃, 中山 沙映
天野 仁至, 有馬 功, 西郡 修平, 金子 卓
岡 裕之, 岡崎 博

71. 集学的治療が奏効し、conversion surgery を行った胆嚢癌の一例

杏林大学 外科 ○船越 早織, 小暮 正晴, 松木 亮太, 鈴木 裕
正木 忠彦, 森 俊幸, 阪本 良弘, 阿部 展次
同 病理部 長濱 清隆
同 腫瘍内科 岡野 尚弘, 成毛 大輔, 古瀬 純司

72. 閉塞性黄疸を来し診断に苦慮した胆管腫瘍の一例

東海大学医学部付属病院 消化器内科 ○佐藤 駿介, 川島 洋平, 新聞 淑雅, 佐野 正弥
川西 彩, 小川 真実, 峯 徹哉
同 病理診断科 平林 健一

(18) 研修医Ⅴ(膵) 10:51~11:21 座長 国立国際医療研究センター病院 消化器内科 忌部 航

73. 胃全摘後の胆石性膵炎に対して、シングルバルーン内視鏡下 ERCP を施行した1例

横浜市立大学附属市民総合医療センター 消化器病センター ○福井 涼介, 三輪 治生, 中森 義典, 三箇 克幸
戸塚雄一郎, 廣谷あかね, 小宮山哲史, 佐藤 健
手塚 瞬, 合田 賢弘, 杉森 一哉, 前田 慎
横浜市立大学 医学部 消化器内科学 沼田 和司

74. Portal annular pancreas を伴った膵体部癌に対して RAPMS を施行した一例

独立行政法人 地域医療機能推進機構 東京高輪病院 ○西條 大悟, 中村 真衣, 原田 庸寛, 池田 真美
小山 広人

75. 膵粘液性嚢胞性腫瘍との鑑別が困難であった simple mucinous cyst の1切除例

東京大学医学部附属病院 消化器内科 ○岩田 祐典, 齋藤 友隆, 鈴木 辰典, 佐藤 達也
白田龍之介, 石垣 和祥, 武田 剛志, 齋藤 圭
高原 楠晃, 水野 卓, 木暮 宏史, 中井 陽介
小池 和彦
同 病理部 阿部 浩幸, 田中麻理子
同 肝胆膵外科 有田 淳一, 長谷川 潔
同 胃食道外科 鳥海 哲郎, 山下 裕玄, 瀬戸 泰之

76. 正中弓状靱帯による腹腔動脈根部狭小化が原因と考えられた膵十二指腸動脈瘤破裂の一例

筑波記念病院 消化器内科 ○岩崎 友哉, 添田 敦子, 大塚公一郎, 岩井健太郎
小林真理子, 越智 大介, 池澤 和人
同 放射線科 高橋 信幸, 鯨岡 結賀

77. 超音波内視鏡下アプローチが有効であった膵炎後被包化壊死(WON)の1例

横須賀市立うわまち病院 消化器内科 ○芹川 直輝, 佐藤 晋二, 小宮 靖彦, 森川瑛一郎
秋間 崇, 池田 隆明

第2会場（午後の部） 一般演題

(19) 一般演題(大腸・その他) 14:10~14:40 座長 昭和大学江東豊洲病院 消化器センター 田邊 万葉

78. 大腸に粘膜下腫瘍様の多発病変を認めた1例

日本医科大学千葉北総病院 消化器内科 ○西本 崇良, 藤森 俊二, 秋元 直彦
日本医科大学付属病院 消化器・肝臓内科 田中 周, 辰口 篤志, 大森 順, 梅田 隆満
岩切 勝彦
日本医科大学多摩永山病院 消化器科 三井 啓吾, 佐藤 航, 高木 信介, 片岡 宏章

79. 下部消化管内視鏡が診断のきっかけとなった遺伝性血管性浮腫の1例

湘南藤沢徳洲会病院 肝胆膵内科 ○清水 実, 岩渕 省吾, 藤川 智章

80. 下部消化管内視鏡で狭窄を認めた腸管子宮内膜症の1例

帝京大学医学部附属溝口病院 消化器内科 ○網島 弘道, 佐藤浩一郎, 恩田 毅, 國吉 宣行
松本光太郎, 関根 一智, 辻川 尊之, 馬淵 正敏
梶山 祐介, 土井 晋平, 菊池健太郎, 安田 一朗
同 外科 内藤 善久, 谷口 桂三, 山川 達郎
同 産婦人科 土屋 裕子, 西井 修
同 病理診断科 高橋美紀子, 川本 雅司
同 放射線科 南部 敦史

81. 術後長期間経過後に腹腔内再発を認めた滑膜肉腫の一例

日本医科大学武蔵小杉病院 消化器外科 ○助川 誠, 水谷 聡, 鈴木 英之, 清水 貴夫
山岸 征嗣, 渡辺 昌則
同 病理診断科 許田 典男
日本医科大学 消化器外科 谷合 信彦, 吉田 寛

82. SAPHO 症候群に潰瘍性大腸炎を合併した高齢者の1例

北里大学 医学部 消化器内科学 ○齋藤 公哉, 川岸 加奈, 横山 薫, 小泉和二郎
同 新世紀医療開発センター 小林 清典, 田邊 聡
同 膠原病・感染内科 和田 達彦

(20) 一般演題(肝・胆・その他) 14:40~15:10 座長 博慈会記念総合病院 消化器内科 長田 祐二

83. IgG 4 関連自己免疫性肝炎に肝細胞癌を合併した一例

日本医科大学千葉北総病院 消化器内科 ○吉田 祐士, 肥田 舞, 大久保知美, 新井 泰央
糸川 典夫, 近藤 千紗, 藤森 俊二
日本医科大学付属病院 消化器・肝臓内科 田邊 智英, 岩下 愛, 厚川 正則, 岩切 勝彦
日本医科大学千葉北総病院 外科・消化器外科 香中伸太郎, 川野 陽一
同 病理診断科 羽鳥 努

84. 特徴的な画像所見を認めた肝内に多発した類上皮血管内皮腫の1切除例

国立がん研究センター中央病院 肝胆膵内科 ○丸木 雄太, 肱岡 範, 前原 耕介, 永塩 美邦
大場 彬博, 坂本 康成, 近藤 俊輔, 森實 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
同 放射線診断科 水口 安則
同 病理科 平岡 伸介

85. SpyGlass DSによる術前精査によりR0切除が可能であった肝門部領域胆管癌の一例

埼玉医科大学総合医療センター 消化器・肝臓内科 ○須田健太郎, 松原 三郎, 大塚 武史, 藤田 徹郎
岡 政志, 名越 澄子, 屋嘉比康治
同 肝胆膵外科 小暮 亮太, 宮田 陽一, 駒込 昌彦, 三井 哲弥
二宮 理貴, 牧 章, 別宮 好文

86. 腸重積で発見されたT1a十二指腸乳頭部癌の1例

国立国際医療研究センター 消化器内科 ○西家由里子, 久田 裕也, 忌部 航, 粟飯原隼人
浦部 昭子, 遠藤 剛, 住田 純子, 下村 暁
飯田 龍洋, 小林 桜子, 泉 敦子, 濱田麻梨子
松下 祐紀, 柳澤 直宏, 大久保栄高, 渡辺 一弘
永田 尚義, 横井 千寿, 小早川雅男, 秋山 純一

87. 診断に苦慮した肝平滑筋肉腫の1例

日本医科大学付属病院 消化器・肝臓内科 ○河野 惟道, 宇田川愛実, 田邊 智英, 葉山 惟信
岩下 愛, 張本 滉智, 金子 恵子, 厚川 正則
川本 智章, 岩切 勝彦

(21) 一般演題(胆・膵) 15:10~15:40 座長 日本医科大学付属病院 消化器・肝臓内科 張本 滉智

88. 膵漿液性嚢胞腺腫の2例

日本医科大学多摩永山病院 ○大草 幹大, 横山 正, 牧野 浩司, 丸山 弘
平方 敦史, 上田 純志, 高田 英志, 関 奈紀
菊池 友太, 岩井 拓磨
日本医科大学付属病院 消化器外科 吉田 寛

89. 膵頭十二指腸切除後の多発肝内結石に対し、内視鏡的結石除去を施行した一例

日本医科大学千葉北総病院 外科 ○増田 有香, 山初 和也, 横室 茂樹, 川野 陽一
篠塚恵理子, 安藤 文彦, 宮下 正夫

90. 術前・術中診断が困難であった膵頭部癌の1例

横浜市立大学医学部付属病院 消化器・肝移植外科 ○齋藤 学, 土屋 伸広, 酒井 淳, 佐藤 清哉
近藤 裕樹, 武井 将伍, 大西 宙, 村上 崇
藪下 泰宏, 澤田 雄, 本間 祐樹, 熊本 宜文
松山 隆生, 遠藤 格

91. 内視鏡的経鼻膵管ドレナージと膵管チューブステント留置により軽快した、被包化膵壊死の一例

筑波記念病院 消化器内科 ○大塚公一朗, 添田 敦子, 山田 健人, 矢野 輝久
小島 才明, 岩崎 友哉, 岩井健太郎, 小林真理子
越智 大介, 池澤 和人, 中原 朗

92. 膵石の自然脱落を認めた慢性膵炎の一例

博慈会記念総合病院 消化器内科 ○長田 祐二, 小泉英里子, 濱本 達彦, 滝 保彦
岡田 憲明
日本医科大学付属病院 消化器・肝臓内科 安良岡高志

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
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 (横浜市立大学医学部 消化器・腫瘍外科)	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)	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)	東京 海運クラブ	1月9日 ～2月13日予定
355	加藤直也 (千葉大学大学院医学研究院 消化器内科学)	7月13日(土)	東京 海運クラブ	3月27日 ～4月24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
34	川本智章 (日本医科大学 消化器内科学)	6月30日(日)	東京 シェンパツハ・サポー	未定
35	宮地和人 (獨協医科大学日光医療センター 外科)	11月10日(日)	東京 シェンパツハ・サポー	未定

次回(第351回)例会のお知らせ

期 日:平成30年9月22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:「消化器がん集学的治療の動向 ～外科手術の役割と限界～」

演者:慶應義塾大学医学部 外科学 教授 北川 雄光

司会:慶應義塾大学医学部 内科学(消化器) 教授 金井 隆典

ランチョンセミナー:「早期大腸癌に対する内視鏡診断と低侵襲治療の現状とこれから-UC関連大腸癌も含めて-」

演者:群馬大学大学院医学系研究科 内科学講座 消化器・肝臓内科学分野 教授 浦岡 俊夫

司会:東京慈恵会医科大学附属病院 消化器・肝臓内科 主任教授 猿田 雅之

専門医セミナー:『ドクターガストロ～臨床推論からの消化器病学～』

第14回専門医セミナー(第348回例会 平成30年2月17日(土)開催)に続き、本例会でも、専門医セミナーを開催いたします。問診や身体診察で得られた情報をもとに、どのように診断を進めていくべきなのか、ディスカッションを展開します。

*専門医セミナー参加費は無料です。どなたでもご参加いただけます。

*専門医更新単位3単位取得できます。

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

当番会長:金井 隆典(慶應義塾大学医学部 内科学(消化器)教授)

〒160-8582 東京都新宿区信濃町35番地

TEL 03-5363-3790 / FAX 03-3353-6247

連絡先:事務局長 長沼 誠(慶應義塾大学医学部 内科学(消化器))

◆研修医・専修医セッションについて◆

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

お問い合わせについて

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

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

日本消化器病学会関東支部 支部長 峯 徹哉

1 食道潰瘍病変より診断にいたった類天疱瘡の一例

埼玉医科大学病院 総合診療内科¹⁾、
埼玉医科大学 消化管内科²⁾
松本 悠¹⁾、山岡 稔¹⁾、大庫秀樹²⁾、都築義和²⁾、中元秀友¹⁾、
今枝博之²⁾

77歳、男性。当院受診1年前より鼻出血、有痛性口腔内アフタが生じるようになった。当院受診2日前に鼻出血、両前腕部の皮下出血が生じ膠原病疑いで当院膠原病内科初診となったが、抗核抗体等の上昇なくベーチェット病等は否定的であった。また嚥下時不快感があったため当院消化管内科で上部消化管内視鏡施行したところ食道に潰瘍病変を認めた。その後外来で経過を見られていたが、当科入院の1か月前に浮動感や脈の乱れを自覚し急性冠症候群疑いで前医に入院。冠動脈造影検査で左冠動脈に3枝病変を認め冠動脈バイパス術等の治療が必要であったが、前医での精査で消化管由来の貧血、皮下出血や水疱形成といった天疱瘡を疑う皮膚所見の合併をみとめた。狭心症・貧血・皮膚病変があり全身状態の管理が困難と判断され当科へ転院となった。狭心症に関しては安静と抗凝固薬開始し並行して貧血、天疱瘡の精査を行った。上部消化管内視鏡では咽喉頭の粘膜異常や食道入り部より27cm続く潰瘍を認め、食道の潰瘍部より生検を施行した。また天疱瘡を疑う皮膚所見を認めたため、抗BP180抗体、抗Dsg1、Dsg3抗体など各種提出したが、全て陰性であったため当院口腔外科に依頼し口腔内の粘膜生検を施行した。食道の病理は上皮と粘膜下組織の解離所見をみとめた。また口腔内組織の病理で粘膜上皮が脱落・消失し潰瘍を形成しており、潰瘍周囲の扁平上皮の基底膜下剥離の所見を認めた。内視鏡による肉眼的所見や病理所見が類天疱瘡に矛盾しない結果をみとめた。当院皮膚科と相談し狭心症治療後、ステロイドによる治療を行う方針となった。ステロイド30mgで治療開始し、口腔内・食道粘膜の所見は改善した。ステロイドは漸減しており現在は外来にてステロイド4mgの維持量内服で経過観察されている。類天疱瘡の抗体が陰性であり食道・口腔内病変からの生検によって診断に至った。本症例を診断するためには患者の既往や病歴の聴取、全身の身体診察など総合的な臨床能力が必要であり、文献的考察を含めて報告する。

食道潰瘍，類天疱瘡

2 食道悪性黒色腫との鑑別を要したメラノサイトーシスの1例

筑波大学 医学医療系 消化器内科¹⁾、
筑波大学附属病院 光学医療診療部²⁾
杉山雄太郎¹⁾、小松義希¹⁾、坪 大輔^{1,2)}、萩原悠也¹⁾、永瀨美帆¹⁾、
水井恒夫¹⁾、丹下善隆¹⁾、山浦正道¹⁾、奈良坂俊明^{1,2)}、
溝上裕士^{1,2)}

症例は75歳、男性。前医で逆流性食道炎の経過観察中に2年前から胸部下部食道に10mm大の黒色斑を認めていた。大きさに著変はなかったが色調が濃くなり、形態が不整形に変化したため生検したところ上皮基底部にメラノサイト様の細胞を多数認め、上皮中層へのmigrationを一部に認めた。melanoma in situが否定できず、全生検目的にX年3月にESDを施行した。病理組織学的には上皮基底部にメラノサイト様の細胞が集簇していたが、核異型は目立たずメラニン顆粒を含む細胞が基底層から上皮、粘膜固有層へ浸潤する像 (junctional activityまたはascent) は認めず、免疫染色でS-100 (+)、HMB-5 (-)、MelanA (+)であったが、悪性黒色腫を疑う所見は乏しかったため、食道メラノサイトーシスと診断した。なお、皮膚など他部位に悪性黒色腫は認めなかった。食道原発悪性黒色腫は進行が早く、早期から血行性、リンパ行性に転移をきたす予後不良の疾患である。しかし、早期食道原発悪性黒色腫に対するESD後の無再発例の報告が散見されており、全生検目的にESDを施行し早期発見に努めることで予後改善が期待される。食道メラノサイトーシスのフォローアップ中に発見された食道原発悪性黒色腫は少数ながら報告されている。本症例のように食道悪性黒色腫との鑑別が困難な症例にはESDによる内視鏡切除は考慮されうると考えられた。

食道悪性黒色腫，ESD

3 喉頭展開・内視鏡補助下に用手的除去が可能であった食道内異物の一例

自治医科大学 消化器一般外科¹⁾、同 消化器肝臓内科²⁾、
同 耳鼻咽喉科³⁾
千葉蒔七¹⁾、倉科憲太郎¹⁾、細谷好則¹⁾、春田英律¹⁾、松本志郎¹⁾、
岡田昌浩²⁾、横山健介²⁾、小林泰俊¹⁾、高野澤美奈子³⁾、堀江久永¹⁾、
佐久間康成¹⁾、北山丈二¹⁾、佐田尚宏¹⁾

症例は43歳男性。精神発達遅滞・自閉症があり施設入所中である。過去にも異食症で自然石を誤飲し、内視鏡処置を受けた既往がある。突然繰り返す嘔吐を症発して救急外来を受診した。特記すべき身体所見はみられない。胸部単純X線撮影及びCTで頸部に約4cmのhigh density massを認めた。自然石の誤飲と診断し、食道内異物除去を行った。全身麻酔下に頸部伸展位をとり、彎曲型咽喉頭直達鏡で展開を行った。上部消化管内視鏡を食道まで挿入したところ、褐色の自然石が確認できた。食道粘膜との間隙は確認できなかった。体外より頸部触診したところ、自然石と思われる硬結を触知した。硬結を慎重に圧迫したところ、食道入り部から下咽頭へ自然石を排出除去することができた。頸部食道には自然石による上皮剥離がみられるのみであった。異物除去後の経過は良好で3日後に退院となった。食道内を占拠する自然石は粘膜圧迫壊死の可能性があり、緊急異物除去の適応となりうる。彎曲型咽喉頭直達鏡を用いて頸部食道異物を除去した報告があり、鋭利な異物も除去できるとされる。本症例でも直達鏡を用いた展開は、内視鏡的除去が困難な自然石除去に有効であったと考えられた。

食道異物，咽喉頭直達鏡

4 食道異物(巨大義歯)の誤飲に対し、経内視鏡的に摘出し得た一例

日本医科大学多摩永山病院 消化器外科¹⁾、同 消化器内科²⁾
鈴木幹人¹⁾、牧野浩司¹⁾、横山 正¹⁾、丸山 弘¹⁾、平方敦史¹⁾、
上田純志¹⁾、高田英志¹⁾、川 奈紀¹⁾、菊池友太¹⁾、岩井琢磨¹⁾、
吉岡将史¹⁾、大草幹夫¹⁾、関島万平¹⁾、入江利幸¹⁾、犬飼 惇¹⁾、
春名孝洋¹⁾、三井啓吾²⁾、吉田 寛¹⁾

【はじめに】異物誤飲は高頻度に遭遇するが、そのほとんどは自然に体外に排出され、経内視鏡的あるいは外科的摘出治療が必要になる症例は少ない。今回我々は食道異物(巨大義歯)の誤飲症例において、経内視鏡的に摘出し得た一例を経験したので報告する。【症例提示】80歳代、男性【現病歴】認知症にて施設入所中で、誤嚥を繰り返していた。食事の際に義歯を誤飲し、加療目的に当院受診となった。【入院時胸部レントゲン正面像】気管分岐部直上に55mm×30mm大の義歯を認める。【内視鏡所見】義歯は胸部上部～中部食道にかけて存在していた。把持鉗子で義歯の本体(歯牙・歯茎の部分)を把持したが、片方の金属部が食道粘膜に突き刺さっており移動せず。食道粘膜に突き刺さっていない側の金属部を把持し角度を変えたところ、次第に可動性が得られ、そのまま右梨状窩まで移動させた。喉頭鏡をかけ、直視下にマギール鉗子を用いて義歯を体外に摘出した。食道を再度観察したところ、門歯列30cmの10時方向・28cmの1時～6時方向・25cmの1時方向に粘膜裂創を認め、このうち門歯列内視鏡のものに関しては一部筋層が観察された。【入院後経過】内視鏡後に胸部単純CT検査を施行したところ、縦隔内のfree airおよび両肺下葉に肺炎像を認め、食道穿孔・縦隔気腫・誤嚥性肺炎と診断し、禁食とし抗菌薬を開始した。第9病日に経内視鏡的胃瘻造設を施行、食道粘膜の裂創は線状潰瘍となっており治癒傾向であった。第10病日に胸部単純CTを再検査したところ、縦隔内のfree airは消失していた。全身状態安定で第24病日に転院となった。【結語】食道異物(巨大義歯)の誤飲に対し、経内視鏡的に摘出し得た一例を経験した。

食道異物，内視鏡的治療

5 機能性ディスぺプシアとして治療され、診断に長期を要した正中弓状韧带圧迫症候群の1例

群馬大学医学部附属病院 消化器・肝臓内科¹⁾、
同 臨床試験部²⁾、同 消化管外科³⁾、同 肝胆脾外科⁴⁾
大林千草¹⁾、栗林志行^{1,2)}、岩松清人³⁾、生方泰成³⁾、木村明春³⁾、
木暮憲道³⁾、緒方杏一³⁾、都丸翔太¹⁾、武波知彦¹⁾、中田 昂¹⁾、
中山哲雄¹⁾、田中寛人¹⁾、富澤 琢¹⁾、保坂浩子¹⁾、下山康之¹⁾、
河村 修¹⁾、調 憲⁴⁾、浦岡俊夫¹⁾

【症例】70歳代、男性【主訴】胃が重い、食後の腹痛【現病歴】201X年11月頃から食後早期飽満感と食後の胃もたれが出現し、近医で上部消化管内視鏡検査などを行うも明らかな原因が特定できず、精査加療目的に201X+1年7月に当科紹介となった。【経過】1年間に20kgの体重減少がみられ、悪性腫瘍の存在を疑い、上部消化管内視鏡検査の再検、大腸内視鏡検査、全身CTを行うも、明らかな悪性腫瘍は認められなかった。消化管の生検では好酸球性消化管疾患やアミロイドーシスは認められず、機能性ディスぺプシアとして酸分泌抑制薬や消化管運動賦活薬などの投与を行ったが、症状の改善は得られなかった。起床時は症状が改善しているものの、朝食後から食事をする度に症状が増悪することから、消化管の血流障害が症状の原因である可能性を考えて、201X+3年8月に腹部エコーを行ったところ、腹腔動脈の起始部の狭小化とパルスドップラーでモザイク血流がみられ、血流速度は平均287cm/sであった。造影CTでも弓状韧带による腹腔動脈の圧排が疑われ、正中弓状韧带圧迫症候群と診断した。消化管外科に紹介し、201X+3年10月に腹腔鏡下正中弓状韧带切離術を行った。術後、一時的に症状の改善が得られたが、徐々に症状が再燃しており、腹部エコーで腹腔動脈の狭窄と血流速度異常が残存していることから、今後再手術を検討している。【結語】機能性ディスぺプシアの診断には器質的疾患の除外が重要である。正中弓状韧带圧迫症候群は非常に稀な疾患であり、本症を念頭に検査を行わないと診断できないことから、注意が必要である。

正中弓状韧带圧迫症候群，機能性ディスぺプシア

胃，骨髄肉腫

6 高齢者に発症した好酸球性胃腸炎の一例

日本大学 医学部 内科学系消化器肝臓内科学分野
堀井敏喜、鈴木 翔、山田康嗣、市島諒二、池原久朝、後藤田卓志、森山光彦

【はじめに】好酸球性胃腸炎は、比較的稀な疾患で病態について不明な点が多い。【症例】70歳代男性【主訴】嘔吐、下痢【現病歴】当院受診10日前ほどから一日に数回の嘔吐と7-8回の水様便が出現し、前医を受診した。前医では急性胃腸炎と診断され制吐剤を処方されたが、その後も症状が軽快しないため、精査加療目的に当科紹介となった。当科受診時には脱水所見が強く入院加療の方針となった。【既往歴】気管支喘息、高血圧、副鼻腔炎、鼻茸【入院時現症】BT 36.7℃、腹部は平坦・軟で圧痛を認めなかった。【入院後経過】血液検査上WBC12400/L、CRP0.32mg/dLの軽度の炎症反応上昇とCTにて小腸内に液体貯留を認めたことから感染性腸炎を疑い、入院後も絶食と整腸剤での治療を継続した。しかし、第5病日でも症状は改善せず、また便培養も陰性であったことから感染性腸炎は否定的と考えた。入院後の血液検査で末梢血中好酸球が23.5%に上昇し、また気管支喘息の既往もあることから、好酸球関連疾患を疑い上部消化管内視鏡検査を施行した。内視鏡検査では胃体部から前庭部と十二指腸に多発するびらんを認め、同部位と食道から複数の生検を提出し、全部位で粘膜間質に好酸球の20個/強拡大視野以上の浸潤を認めたため、症状および経過とあわせて好酸球性胃腸炎と診断した。第12病日からPSL30mg/日の内服を開始し、翌日には嘔気、下痢の症状は改善し食事摂取も良好になった。その後、症状の再燃はなく、第18病日に退院となった。現在外来でPSLを漸減中である。【考察】好酸球性胃腸炎は、アレルギー関連疾患であることから若年から中年に発症することが多いと報告されている。今回、高齢者に発症した好酸球性胃腸炎の一例について若干の文献的考察を加えて報告する。

好酸球性胃腸炎，高齢者

7 胃Myeloid Sarcomaの1例

東邦大学医療センター大森病院
藤澤理沙人、岸本有為、水谷沙織、天沼 誠、木村裕介、山田悠人、渡辺浩二、小林康二郎、吉本憲介、密田亜季、岩崎 将、伊東 謙、岡野直樹、五十嵐良典、三井ゆりか、名取一彦、定本聡太、若山 恵、栃木直文、渋谷和俊

症例は28歳男性。心窩部痛・発熱を主訴に当院受診。腹部造影CTで、胃穹窿部から、脾体尾部や傍大動脈領域にひろがる軟部陰影を認め、精査加療目的で入院した。上部消化管内視鏡検査を行ったところ、穹窿部大弯側の襞は表面不整な肥厚を示し、伸展も不良であった。MDLでも穹窿部から体上部大弯側で、胃壁伸展不良、変形、硬化像を認めた。FDG-PETでも軟部陰影の同部位の集積亢進を認めた。4型進行胃癌が疑われた。胃の生検結果は、Roud cell neoplasmの診断であった。確定診断と組織採取のため、EUS-FNA施行し、N/C比の高い楕円形の核を認め、免疫染色でCD34, 56, MPO陽性細胞を認め、Myeloid sarcomaと診断した。血液内科に転科し、idarubicin+cytarabine寛解導入療法となった。本例について文献的考察を加え報告する。

8 S-1+CDDP療法が奏功しDICから離脱しえた胃癌播種性骨髄腫症の1例

順天堂大学順天堂医院 消化器内科¹⁾、
順天堂大学付属練馬病院 消化器内科²⁾
林田 翔¹⁾、福嶋浩文^{1,2)}、鈴木真由¹⁾、岡原昂輝¹⁾、清水基規¹⁾、
村上 敬¹⁾、藤澤聡郎¹⁾、石川 大¹⁾、今 一義¹⁾、加藤順子¹⁾、
澁谷智義¹⁾、山科俊平¹⁾、坂本直人¹⁾、椎名秀一郎¹⁾、伊佐山浩通¹⁾、
池嶋健一¹⁾、永原章仁¹⁾

【症例】48歳男性【主訴】発熱、背部痛【臨床経過】毎年、定期的に会社の健診は受診していた。2017年10月の健診で血液検査に異常を指摘された。10月〇日、当院紹介受診し、血液検査でALP 575U/L、LDH 409U/L、CEA 18.6ng/ml (昨年1.5)、CRP 7.8mg/dlだった。軽度の背部痛を自覚する程度であったため、精査予定とした。しかし、その5日後背部痛の増悪および、38度台の発熱を認めたため再診した。血液所見において5日間で15.2から8.0g/dlへと著明な貧血の進行を認めたため、同日緊急入院とした。上部内視鏡検査を施行し、胃体中部小彎に潰瘍病変および多発するびらん病変を認めた。観察時に出血は認めず、拡大観察所見も含めて積極的な悪性所見は指摘できなかったが、悪性所見除外目的で組織生検を施行した。入院時点でのDIC scoreは10であり、対症療法を開始したが反応乏しく、第7病日目の時点でCRP 39.6mg/dl、血小板数5.6万/ulまで増悪した。全身精査の結果、MRI所見にてT1で低信号、びまん性の浸潤所見と骨シンテググラフィにて脊椎、肋骨を中心に多発集積を認めた。さらに胃生検の結果がSignet-ring cell carcinomaであり、胃癌からの多発骨転移が示唆された。血小板数、凝固能低下が重篤であったことから、骨髄生検は施行しなかったが、検査所見より胃癌、多発骨転移、骨髄転移と診断し、播種性骨髄腫症よりDICをきたしている病態と考えた。重篤な状況であったが、十分な説明を行ったうえで、第10病日目より救命目的でS-1+CDDPによる全身化学療法を開始した。化学療法開始後、血液所見、臨床所見ともに劇的な改善を認め、第37病日目に退院した。治療開始後7ヵ月が経過した現在、通常の生活および就労が可能な状態を維持できており、良好な経過を得ている。【結語】播種性骨髄腫症は骨髄を中心とする全身臓器に癌がびまん性に転移、浸潤し、DICなどを合併する生命予後の不良な病態である。原発巣は90%以上が胃癌とされている。本症例は積極的な化学療法の導入が奏功しえた希少例と考えた。

骨髄腫症，胃癌

東京警察病院 消化器内科
能登谷元聡, 植倉知永, 徳山信行, 芹澤多佳子, 八木岡浩,
小椋啓司

【症例】73歳, 男性。1年前に前立腺癌に対し前立腺癌全摘術が施行された。pT2aN0M0の診断であり経過観察の方針であった。翌年の健診で施行された上部消化管X線造影検査にて胃体下部後壁に隆起性病変を認めた。上部消化管内視鏡では胃体下部後壁に20mm大の立ち上がりが粘膜下腫瘍様の発赤調の隆起性病変を認め、一部中央部が陥凹していた。1型進行胃癌を疑い生検を施行した。病理検査ではAdenocarcinoma (tub2相当)であり、免疫染色でPSA弱陽性、P504s陽性、AR-H陰性であったことから前立腺癌の胃転移と診断した。ホルモン療法を2ヵ月間施行した。治療効果判定目的に施行した上部消化管内視鏡では腫瘍は縮小していなかったことから再度組織検査を施行した。AR陰性、PSA陰性、P504s陽性であったことから前立腺癌転移の可能性が下がり、原発性胃癌の可能性が残ったため本人の希望もあり幽門側胃切除術+Roux-en-Y再建術を施行した。P504sが陽性であったが、PSAは一部の細胞質に陽性で、全体の10%程度であった。Synaptophysinが広範に陽性、ChromograninAが一部に陽性、MIB-1 index 28.3%であったのでNeuroendocrine carcinomaと診断した。前立腺癌治療後は血中PSAの上昇は認めなかった。【考察】PSAの免疫染色は前立腺癌に対する感度100%、特異度99%という報告があり、前立腺癌に非常に特異的であるとされるが、胃癌でも陽性となることがある。今回我々は胃神経内分泌癌で免疫染色において前立腺癌様の形質を示した一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。

胃神経内分泌癌, 前立腺癌胃転移

東京労災病院
松本 将, 西中川秀太, 山本友里恵, 篠原裕和, 原 精一,
大場信之, 児島辰也

症例は85歳女性。2016年11月に無症候性血尿が出現し当院泌尿器科を受診した。CTで膀胱癌と診断され、同年12月に経尿道的膀胱悪性腫瘍切除術が施行された。組織診ではurothelial carcinoma, high grade, pT1であり、以後計8回の抗癌剤の膀胱内注入が行われていた。2017年9月、食欲不振、嘔吐がみられ救急外来を受診し泌尿器科へ再入院となった。入院後のCTでは、肝内胆管から中部胆管にかけて著明な拡張、下部胆管の先細り状の狭窄、胆嚢腫大、膵管拡張、十二指腸壁の著明な肥厚がみられた。これらの所見より Vater 乳頭付近の悪性腫瘍による胆管、膵管拡張及び十二指腸の通過障害が考えられたため、精査目的に消化器内科へ転科となった。上部消化管内視鏡では、十二指腸下行部付近の粘膜は浮腫状変化が著明であり、乳頭の同定は困難であった。また、同部は強い狭窄を呈していたがスコープは水平部まで挿入可能であり、組織診でも明らかな腫瘍性病変は指摘できなかった。血液検査でT. Bil 11.2mg/dl, AST/ALT 151/96U/L, ALP 6698U/Lと著明な黄疸、胆道系酵素の上昇が出現したため、経皮経肝胆道ドレナージを行った。その後、黄疸は改善したが、転科後第28病日に脳梗塞を発症し患者の全身状態からbest supportive careの方針となった。徐々に腹水は増加し癌性腹膜炎、イレウスを呈し第76病日に死亡した。病理解剖では腹膜、十二指腸、小腸などに尿路上皮癌、印環細胞癌の浸潤を認めた。膀胱癌の十二指腸浸潤が閉塞性黄疸の原因となったと考えられた稀な1例を経験したので報告する。

膀胱癌十二指腸浸潤, 閉塞性黄疸

東京慈恵会医科大学附属柏病院 消化器・肝臓内科¹⁾,
同 内視鏡部²⁾,
東京慈恵会医科大学附属病院 消化器・肝臓内科³⁾,
同 内視鏡部⁴⁾

古守知太郎¹⁾, 伊藤善翔¹⁾, 番 大和²⁾, 中田正裕¹⁾, 大瀧雄一朗¹⁾, 吉田沙佑美¹⁾, 鈴木静香¹⁾, 赤須貴文¹⁾, 河村 篤¹⁾, 星野 優¹⁾, 高見佑一郎¹⁾, 松本喜朗¹⁾, 梶原幹生¹⁾, 内山 幹¹⁾, 安達 世²⁾, 小山誠太²⁾, 荒川廣志²⁾, 炭山和毅⁴⁾, 小井戸薫雄¹⁾, 猿田雅之³⁾

【緒言】胃石は比較的まれな疾患であるが、胃潰瘍や腸閉塞などを起こすことが知られている。今回、嘔気嘔吐の精査で発見された胃石に対して、コココーラゼロ(以降コーラ)による溶解療法が奏功した一例を経験した。【症例】66歳、男性。5年前に角部小彎の胃潰瘍で吐血以外に特記すべき既往なし。突然の嘔気・嘔吐にて近医を受診、CT上胃の腫瘍が疑われ当院へ紹介となった。上部消化管内視鏡検査(EGD)にて角部小彎に活動性の出血性胃潰瘍を認め、クリップによる止血術を施行した。また、同時に胃内に80mm、50mm大の胃石2個を認めた。胃石はサイズが大きく内視鏡的に回収、除去は困難であった。また、硬度が高くスネアや把持鉗子による破碎は不可であった。活動期胃潰瘍の止血を確認後、コーラ0.5-1L/日投与による結石溶解療法を開始とした。治療開始5日後のEGDでは50mm大の胃石は消失し、80mm大の胃石は大きき著変は認めなかったが、スネアや把持鉗子を使用して容易に破碎が可能となった。内視鏡的に結石破碎を行い、可能な限り採石とした。採石術4日後のEGDで胃石の完全消失を確認した。その後、腸閉塞などの合併症をなく経過され退院となった。【考察】胃石に活動性胃潰瘍を合併した症例を経験した。胃石は良性疾患であるが、消化管へ嵌頓し消化管穿孔から手術療法となる場合や、致死的な経過を辿る報告もみられる。本症例は巨大結石による有症状から胃石の診断に至り、また活動性潰瘍を合併していたことから止血術後に採石術へ移行した。初回治療でスネアや把持鉗子等の処置具を用い破石できなかったが、既報と同様にコーラ投与により結石を軟化させ、内視鏡的に結石除去することが可能であった。治療の間、潰瘍性病変の悪化はなく、潰瘍を合併した胃石症例に対するコーラによる溶解療法の有効性が示唆された。

胃石, 内視鏡治療

町田市民病院 消化器内科

嶋田真梨子, 谷田恵美子, 藤井梨絵, 鈴木英祐, 神岡 洋,
岩城慶大, 鹿野智裕, 斎藤恵介, 益井芳文, 和泉元喜

【目的】ニボルマブは免疫チェックポイント阻害薬であり、これまでの抗がん剤と異なり、副作用としての血球減少は臨床試験でも報告は少ない。今回、切除不能進行胃癌に対するthird line治療としてニボルマブを投与中に、発熱性好中球減少症(FN)を発症した症例を経験したので報告する。【症例】69歳女性。胃体下部に2型進行癌を認め、組織生検でgroup5, tub2, HER2陰性であった。頸部を含めた多発リンパ節転移を有し、中分化腺癌cT2N3M1, cStageIVと診断した。S-1+シスプラチンによる治療を開始した。2コース目day 23に発熱し、体温38.4℃、好中球数918個/ μ lであった。48時間以内に好中球数が500個/ μ l未満に減少することが推測され、CTCAE grade 3のFNと診断し、抗生剤とG-CSFの投与で加療した。この時点で治療効果はPRだったが、副作用として骨髄抑制が強く認められたため、以降はS-1単剤をPDまで継続した。Second lineとしてはタキソール+サイラムザを開始したが、1コース目でgrade 4の骨髄抑制を認めた。以降はサイラムザ単剤を8コース行ったが、grade 2の血小板減少を認めたため減量と投与間隔の延長が必要だった。治療効果判定もPDとなり、third lineとしてニボルマブの投与を開始した。2コース目までは副作用を認めなかったが、3コース目day 7に悪寒発熱と意識障害を認めた。体温38.8℃、好中球数266個/ μ lであり、grade 4のFNと診断した。ショックバイタルであり、感染源は不明だが血液培養からG-Streptococcusが検出され、敗血症性ショックを併発していた。抗生剤とG-CSF、免疫グロブリンの投与を行い、FN発症後5日目にカテコラミンの投与を終了することができ、10日目に意識障害も改善した。その後はニボルマブの投与を継続したが、血球減少は認めなかった。【考察】ニボルマブによるFNは、これまで非小細胞性肺がんで2例が報告されているが、胃がんでは報告例がない。本症例は基礎疾患として橋本病を有していたが、本症例のFNは自己免疫疾患関連副作用ではないと思われた。FNの原因は不明であるが、若干の考察を加えて報告する。

ニボルマブ, 発熱性好中球減少

13 抗血栓薬服用者に対する胃ESD後の出血リスクに関する検討

日本医科大学武蔵小杉病院 消化器外科¹⁾
日本医科大学 消化器外科²⁾
塩田美桜¹⁾, 渡辺昌則¹⁾, 千原直人¹⁾, 中田亮輔¹⁾, 助川 誠¹⁾,
野村 聡¹⁾, 埜 秀暁¹⁾, 水谷 聡¹⁾, 鈴木英之¹⁾, 吉田 寛²⁾

目的: 2012年7月に発行された抗血栓薬服用者に対する消化器内視鏡診療ガイドライン(JGESガイドライン)に準拠し、当科では2013年1月より生検以上の内視鏡処置を始めた。出血高危険度の内視鏡処置、特に後出血リスクが高いとされている胃ESDについて、後出血の発生率、出血時期、出血しやすい抗血栓薬の種類を明らかにする事を目的として、JGESガイドライン準拠後の胃ESD症例について検討した。方法: 2013年1月-2017年8月の期間、JGESガイドラインの順守下に抗血栓薬を継続あるいはヘパリン置換患者に行った胃ESD症例と同時期に非抗血栓薬服用者に行った胃ESD症例を出血率、出血時期、抗血栓薬の種類などについて比較検討した。結果: JGESガイドラインの順守下に抗血栓薬法継続のまま胃ESDを行った患者は21人、23病変であり、胃ESD後出血の発生頻度は26.1%(6/23)であった。同時期に非抗血栓薬服用者にESDを行った128症例と比べると、抗血栓薬服用者では後出血発生率が有意に高かった(3.1% vs. 26.1%, $p < 0.0001$, Odds比10.9, 95%CI 2.8-42.8)。出血時期については、抗血栓薬再開後、退院後の後出血やESD後11日目の再出血を認めた。抗血栓薬の種類別ではヘパリン置換症例の後出血率が高かった。対象期間内には1例も血栓塞栓症の発生はなかった。結論: JGESガイドラインを遵守して出血高危険度の内視鏡処置を行なう場合、抗血栓薬服用者の胃ESDは後出血の発生率が高く、抗血栓薬の再開後も注意が必要である。特にヘパリン置換症例での後出血の発生率が高く、ワルファリン、DOACへの対応は2017年に発表されたJGESガイドライン追補に従い、可能であればヘパリン置換は避けるべきと考えた。

胃ESD, 抗血栓薬

14 Granulocyte-Colony Stimulating Factor (G-CSF) 産生胃癌の1例

千葉大学大学院 医学研究院 先端応用外科
貝沼駿介, 早野康一, 平田篤史, 加野将之, 村上健太郎, 豊住武司,
上里昌也, 林 秀樹, 松原久裕

Granulocyte-Colony Stimulating Factor (G-CSF) 産生胃癌の1例
千葉大学大学院医学研究院 先端応用外科貝沼駿介, 早野康一, 平田篤史, 加野将之, 村上健太郎, 豊住武司, 上里昌也, 林秀樹, 松原久裕症例は64歳男性。主訴は心窩部痛。上部消化管内視鏡検査で胃体部後壁大弯に3型腫瘍を認め当科紹介。生検では低分化型腺癌との診断であった。腹部造影CTでは明らかな遠隔転移は認めなかったが、主腫瘍の腔への浸潤、及び複数のリンパ節転移が疑われた。血液検査ではCEA4.6U/ml, CA19-9 106.7U/mlとCA19-9の上昇を認め、またWBC16400/ μ l, CRP8.9mg/dlと高度の炎症反応があり、血清G-CSFは55.3pg/mlと高値であった。以上からG-CSF産生胃癌、cT4bN2M0, cStageIIICと診断し、胃全摘術、脾臓合併切除術を施行した。病理組織学的診断は、tub2>por2>muc, pT3(SS), lyl1, v3, N2, H0, P0, CY0, M0, pStageIIIAであった。術後白血球数は正常化し、血清G-CSFは20.1pg/mlへと低下した。術後補助化学療法としてTS-1+CDDPを2コース施行したが、術後3カ月で白血球数と血清G-CSFの再上昇を認め、腹部造影CTにて播種再発の診断。2次治療としてDocetaxel 3コース施行するも奏功せず、術後7カ月で永眠となった。G-CSF産生胃癌は比較的稀な疾患であり、急速に進行する予後不良悪性疾患である。本邦報告例の文献的考察を加え報告する。

G-CSF, 胃癌

15 回腸脂肪腫による成人腸重積の一例

東京慈恵会医科大学 下部消化管外科¹⁾, 同 消化器外科²⁾
吉井裕紀子¹⁾, 武田泰裕¹⁾, 佐々木茂真¹⁾, 谷田部沙織¹⁾,
伊藤大介¹⁾, 野秋朗多¹⁾, 大熊誠尚¹⁾, 小菅 誠¹⁾, 衛藤 謙¹⁾,
矢永勝彦²⁾

術前にCT、MRI、内視鏡検査にて回腸脂肪腫と診断し、経過観察中に腸重積を発症し、緊急手術を要した1例を経験した。
【症例】59歳男性【経過】2015年より無症候性の終末回腸に存在した30mm大の脂肪腫に対して1年に1回のMRI、内視鏡検査により経過観察され、5mm/年程度の緩徐な増大を認めていた。来院前日より腹痛・血便が出現し、当院の救急外来を受診した。右側腹部に強い圧痛を認めたが、腹膜刺激兆候は認めなかった。CTでは上腹部から右側腹部にtarget-like appearanceを認め、脂肪腫の大きさは約50mmに増大を認めた。また回盲部に強い浮腫性変化を認めたことから、緊急で回盲部切除の方針となった。
【手術】上中腹部正中切開で開腹。回腸脂肪腫を先進部位とした腸重積を認めた。まずHutchinsons手技による重積の解除を試みたが困難であり、回盲部切除を施行した。手術時間は2時間40分、出血量は少量であった。【術後経過】術後経過は良好であり、術後8日目に退院した。【病理組織学検査所見】50×45×35mmの脂肪腫であり、脂肪腫の直上および周囲の粘膜には炎症性細胞浸潤を伴う糜爛や出血が広範囲に認められ、腸重積による変化と考えられた。【考察】腸重積症の大半は幼小児期に発症し、成人の腸重積症は腸重積全体の5-10%と比較的稀である。また、成人における腸重積症は約90%が器質的疾患に由来する。近年は画像診断の進歩に伴い、特に脂肪腫においては術前診断が可能であった報告が散見される。また脂肪腫は腫瘍径に相関して腸重積の合併頻度が増すことが報告されている。腫瘍径が3cmまでは内視鏡治療が適応との報告もある。本症例は術前に診断がついており、緩徐に増大傾向であったことを考慮すると、腸重積症を発症する前に待機的かつより低侵襲な治療も選択され得る一例であったと考え報告する。

成人腸重積, 回腸脂肪腫

16 臨床経過からメサラジン不耐が疑われた潰瘍性大腸炎の1例

横須賀共済病院 消化器内科
松本浩明, 山下 萌, 慶徳大誠, 三代博之, 村田 彩, 田代祥博,
小原 淳, 野澤さやか, 古谷晴子, 小馬瀬一樹, 田邊陽子,
新井勝春, 渡邊秀樹, 鈴木秀明

【症例】41歳 女性【現病歴】18歳で潰瘍性大腸炎の診断となりサラズルファピリジンにて寛解した。22歳で薬疹のためサラズルファピリジン投与中止となったが症状はほとんど見られないため10年以上通院を自己中断していた。20XX年5月から1日に10回程度の血便が出現し潰瘍性大腸炎の再燃として当科を紹介受診した。下部消化管内視鏡所見から中等症の潰瘍性大腸炎としてメサラジンによる治療を開始したところ一時的に臨床症状の改善を認めた。しかし開始から数日で20回以上の血便や炎症反応上昇が見られ、潰瘍性大腸炎の再増悪と考えられた。メサラジン不耐の可能性を考慮して投与を中止したところ排便回数や炎症反応は著明に改善を認め、経過からメサラジン不耐例と考えられた。【考察】5-ASA製剤は潰瘍性大腸炎治療の根幹をなす第一選択薬となる薬剤であり、寛解導入・維持の中心を担う非常に重要な薬剤である。しかし5-ASA製剤を投与された潰瘍性大腸炎の約2%が5-ASA製剤そのものによって症状が悪化する不耐・アレルギー例と言われている。本症例は特徴的な経過から5-ASA製剤不耐例を疑い投与中止としたところ症状改善を認め、臨床的に5-ASA製剤不耐例と診断した。近年5-ASA不耐・アレルギー例は増加傾向にあり潰瘍性大腸炎の治療における今後の重要性を考慮し若干の考察を加え報告する。

炎症性腸疾患, 潰瘍性大腸炎

17 診断に苦慮した後腹膜腫瘍の1例

北里大学 医学部 消化器内科学

土居楠太郎, 長谷川力也, 宮田英治, 金子 亨, 山内浩史, 奥脇興介, 岩井知久, 今泉 弘, 木田光広, 小泉和三郎

症例は43歳男性。生来健康。腹部膨満感と嘔吐を主訴に近医を受診。腹部CTで右腎前方, 上行結腸, 十二指腸に接する造影効果の乏しい不整な腫瘤を認め, 近傍の腹腔内には腹膜播種を疑う結節を複数認めた。上部内視鏡検査(EGD)では十二指腸下行脚の高度狭窄像を認めるも, 粘膜に上皮性変化は見られなかった。下部内視鏡検査(TCS)では結腸肝弯部に壁外性圧排像を認めるも, 粘膜に上皮性変化は見られなかった。EGDおよびTCSでの生検では悪性所見を認めず, 後腹膜腫瘍疑いとして当院へ紹介受診となった。病理診断目的にEUS-FNAを施行した。狭窄部より腫瘍の描出は可能であったが, 腫瘍の局在は評価困難であった。結果はadenocarcinomaであったが, 検体量が不十分のため原発巣の同定には至らなかった。悪性十二指腸狭窄により経口摂取不能であったため, 腹膜播種巣のサンプリングを兼ねて胃空腸バイパス術を施行した。採取した腹膜播種巣の病理結果は同様にAdenocarcinomaであり, 免疫染色の結果はCK7+, CK20+, CK19+, MUC1+, CDX2+, UroplakinIII-, CA19-9+であった。腫または腸管由来と推定されたが, 十二指腸癌および大腸癌の可能性は否定されており, 膵原発が考えられた。画像を振り返り, 脾臓の周囲を十二指腸が全周性に取り囲んでいること, 腫瘍の局在に比し十二指腸狭窄が非常に高度であることより, 輪状膵に生じた膵癌と診断した。術後経過は良好であり, 退院2週間後よりGEM+nab-PTX療法を開始した。現在4コース終了しPRを維持できている。輪状膵は0.004~0.015%と極めて稀な先天異常である。約12~24%に胃癌や膵胆道系腫瘍を合併すると報告されている。輪状膵に生じた膵癌は稀と考えられ, 若干の文献的考察を加えて報告する。

後腹膜腫瘍, 輪状膵

19 下部消化管内視鏡検査で早期発見, 診断しえた虫垂癌の一例

日本医科大学多摩永山病院 消化器科¹⁾,
日本医科大学付属病院 消化器・肝臓内科²⁾

藤本将友¹⁾, 津久井拓¹⁾, 三井啓吾¹⁾, 新福摩弓¹⁾, 佐藤 航¹⁾, 高木信介¹⁾, 片岡宏章²⁾, 牧野浩司²⁾, 菊池友太²⁾, 岩切勝彦²⁾

【主訴】便秘 【現病歴】X年の1月上旬より便秘を認め, 改善しないため, その翌月に当院当科を受診した。投薬治療を行うも症状が改善しなかったため, 下部消化管内視鏡検査による精査を行う方針となった。【既往歴】脳梗塞 【生活歴】飲酒なし, 喫煙なし 【家族歴】父が胃癌 【臨床経過】下部消化管内視鏡検査で, 虫垂開口部に軽度の腫脹を認めたため, 吸引したところ, 虫垂内部より隆起性病変の一部が露出された。吸引を中止すると虫垂内部に戻ってしまい, また腫瘍全体の観察ができないため, 内視鏡切除は不可能と判断した。生検を行ったところ, Group5 Tubular adenocarcinoma (tbl1, 2)が検出された。腹部CTでは, 虫垂の抹消側は拡張しているものの, その他特記すべき所見はなかった。血液, 生化学検査所見は, 特記すべき所見は認めなかった。腫瘍マーカーはCEA2.3ng/ml, CA19-9 18.7U/mlと上昇を認めなかった。以上の所見より早期虫垂癌の診断となり, 外科にコンサルトし, 腹腔鏡下回盲部切除術が施行された。病理診断はTubular adenocarcinoma of the appendix, well, differentiated type (tbl1), pDM0, pPM0, pTis(M), ly0, v0, pPN0, pN0, pstage0, であった。非腫部上行結腸粘膜ではlow-grade tubular adenomaが散在していた。【考察】原発性虫垂癌は比較的稀な疾患であり大腸癌の手術例の0.2%と報告されている。術前確定診断は困難な場合が多く, 術前に虫垂癌と診断された症例は虫垂癌の約2%であり, 正診率は極めて低い。虫垂は組織学的に固有筋層が薄いため癌が漿膜に達しやすく, またリンパ流が豊富であるためリンパ節転移をきたしやすいためとされている。本症例では術前診断が困難である原発性虫垂癌を下部消化管内視鏡検査により早期発見し, 生検で術前に診断できた症例であった。虫垂開口部に始め腫瘍が露出していない場合においても, 腫脹や違和感がある際には, 吸引などの工夫をして観察することが重要と考えられた。【結語】虫垂癌は稀な疾患であるが, 下部消化管内視鏡検査で早期発見, 診断できた貴重な症例と考えられたため報告した。

原発性虫垂癌, 下部消化管内視鏡検査

18 慢性腹痛の診断に苦慮し, トリガーポイントブロックにて改善した前皮神経絞扼症候群の一例

東京慈恵会医科大学第三病院

藤崎彩子, 横田健晴, 庄司 亮, 石井彩子, 石本詩子, 山口りる, 柴田恵子, 廣瀬雄紀, 三浦由紀子, 今井那美, 水野雄介, 岩久 章, 板垣宗徳, 木下見吉, 木島洋征, 小池和彦

【症例】48歳女性 【経過】201X-6年12月に多発子宮筋腫に対して, 当院婦人科にて単純子宮全摘術を施行した。201X-5年3月に腸閉塞となり, 癒着剥離術を施行し, その後も腸閉塞を繰り返していた。201X-6年より繰り返す腹痛を認めていた。201X-4年に当科にて過敏性腸症候群と診断し, 内服加療を継続していた。201X年3月, 下腹部の術後癒着に対して, 当院形成外科にて癒着修復術を施行した。手術後より, 右下腹部痛, 嘔気が強くなり, 経口摂取が全く出来なくなったため, 4月4日に当科入院となった。CT検査では腸閉塞など消化管の異常を示す所見は認めなかった。血液検査所見でも疼痛の原因となりうる炎症所見は指摘できなかった。腸管安静にしても症状の改善は得られなかった。身体所見上, 下腹部の指1本程度の限局した2点にのみ痛みを認め, 疼痛部位周囲の温痛覚低下を認めた。また, Carnett 徴候陽性であったことから前皮神経絞扼症候群(ACNES)を疑った。超音波所見にて腫瘍などの異常所見を認めないことを確認し, 限局する圧痛点至ネオビタカイン2.5mlでトリガーポイントブロック(TPB)施行した。突出した痛みは改善し, ACNESと診断した。【考察】腹部癒着形成術後に腹痛の増強を認め, 診断に苦慮したが前皮神経絞扼症候群と診断し, TPBにて改善した一例を経験した。慢性疼痛の経過の中でも, ACNESを疑うことが重要であると感じた貴重な症例であるので, 若干の文献的考察を加え, 報告する。

前皮神経絞扼症候群, トリガーポイントブロック

20 術前にイマチニブを投与した骨盤内巨大GISTの一例

日本医科大学 消化器外科

松井隆典, 山田岳史, 上田康二, 小泉岐博, 進士誠一, 横山康行, 高橋吾郎, 堀田正啓, 武田幸樹, 原 敬介, 吉田 寛

【背景】切除が可能であれば一般的にGastrointestinal Stromal Tumor (GIST)の治療の第一選択は外科的切除である。一方, 巨大GISTに対してイマチニブを術前に投与することで腫瘍が縮小したとの報告もある。我々は水腎症を伴う巨大GISTに対してイマチニブの術前投与を行うことで腫瘍の縮小を認め, 安全に腫瘍を摘出した症例を経験したと報告する。【症例】60代女性。主訴:尿閉。以前より便秘を自覚していたが, 尿閉も出現し来院。腹部造影CTにて骨盤内に直径125mmの腫瘍を認め, 右水腎症を伴っていた。大腸内視鏡検査では壁外性の圧迫を認めたものの粘膜面には異常を認めなかった。経腔的に腫瘍生検をしたところ GISTの診断であった。GISTの尿管浸潤を疑い切除困難と判断しイマチニブの投与を行った。イマチニブ投与開始後2週間で排尿, 排便とも改善し開始1か月後のCTでは直径110mm, 最終的には98mmまで縮小し(縮小率22%), 水腎症は消失した。約1年間の治療を行った後に腹会陰陰式直腸切開術を施行した。【考察】GISTに対してイマチニブの術前投与を行う臨床試験は行われてはいるが, 確立されたエビデンスはない。今回, 尿管浸潤が疑われた巨大GISTであり, 初回治療で手術を選択した場合尿管合併切除の場合によっては尿路変更等侵襲が高度となる可能性が示唆されたが, イマチニブによる治療が奏効し, 他臓器の合併切除を行うことなく病変を切除することが可能であった。巨大GISTに対して術前のイマチニブの投与が有効であることが考えられた。

GIST, イマチニブ

昭和大学江東豊洲病院 消化器センター

加藤久貴, 上野明子, 柴田悠樹, 篠原浩樹, 田邊万葉, 保母貴弘, 有馬秀英, 黒木優一郎, 郷田憲一, 浦上尚之, 伊藤敬義, 横山 登, 井上晴洋

過去10年間に当科で経験した結核性腹膜炎は2症例であった。**【症例1】**アルコール依存症で治療歴のある38歳ネパール人男性。2週間前からの発熱、腹痛を主訴に近医受診し、腹部超音波検査で多量腹水がみられ、アルコール性肝硬変による特発性細菌性腹膜炎が疑われ当科紹介。腹部CT、MRIで腹膜の肥厚を認め、腹水中ADA(adenosine deaminase)高値、IGRA(interferon-gamma release assay)陽性であり、結核性腹膜炎が疑われたが、ツ判は陰性であった。腹膜中皮腫等の悪性疾患の除外、確定診断目的に第14病日に試験開腹手術が行われ、びまん性に白色小結節の付着した大網を採取し、組織学的に結核性腹膜炎と診断した。第28病日から抗結核療法を開始したが、2日後に出血性十二指腸潰瘍、出血性ショックから心肺停止となり、心肺蘇生に反応せず死亡した。**【症例2】**生来健康な30歳フィリピン人男性。1か月前からの腹痛を主訴に近医受診。画像所見から消化管穿孔などによる急性腹膜炎の診断で当科紹介。腹膜刺激症状は認めず、腹部CTでは多量の腹水貯留が見られ、腹膜の肥厚を伴っていた。臨床経過、身体所見および特徴的な画像所見から結核性腹膜炎を鑑別に挙げ精査を勧めた。腹水中ADA高値、ツ反強陽性、IGRA陽性、また大腸内視鏡検査で特徴的な所見が得られ、結核性腹膜炎と診断して第5病日から抗結核療法を開始し、現在外来通院加療中である。**【考察】**当科で過去10年に経験した結核性腹膜炎2症例はいずれも外国籍患者であった。近年の国際化で、特に東京都内には外国籍患者を診察する機会も少なくない。我々の日常診療における診断ストラテジーはおよそ日本人が背景となっており、外国籍患者を診察する際には日本人におけるcommon disease以外の疾患も想起する必要がある。結核性腹膜炎は診断・治療開始が遅れると致死率の高い疾患であり、啓蒙が必要と考え、文献的考察も含めて提示する。

結核性腹膜炎, 腸結核

聖マリアンナ医科大学病院 消化器・肝臓内科¹⁾, 同 救急医学²⁾

鈴木達也¹⁾, 服部伸洋¹⁾, 渡邊綱正¹⁾, 中本悠輔¹⁾, 得平卓也¹⁾, 池田裕喜¹⁾, 松永光太郎¹⁾, 松本伸行¹⁾, 平 泰彦²⁾, 伊東文生¹⁾

【症例】23歳、女性【主訴】発熱、心窩部痛【病歴】貧血のため2か月前より他院から経口鉄剤を処方されていた。倦怠感と嘔気を主訴に前医受診し、AST/ALT 596/522 U/Lと肝酵素の上昇を認めた。本人希望で帰宅となったが、翌日に発熱と心窩部痛の増悪を認め再受診。AST/ALT 6,491/5,674 U/Lと増悪、T-Bil 3.0 mg/dl、PT 10%未満を呈し、急性肝不全の診断で当院救命救急搬送となった。**【既往歴】**貧血(月経過多の疑い)【飲酒歴】機会飲酒【入院時現症】意識:E4V5M6, BT 38.3°C, 96/56 mmHg(昇圧剤投与), HR 134 bpm, SpO2 97%, 心窩部痛に自発痛と圧痛を認め、右肋骨弓下で肝を2横指触知。血液検査ではWBC 27,700 / μ L, Hb 11.6 g/dl, PLT 22.6万 / μ L, CRP 0.03 mg/dl, PT <6%, T-Bil 2.8 mg/dl, AST/ALT 12,629/9,969 U/L, LDH 21,364 U/L, ALP 37 U/L, γ -GTP 47 U/L, Cr 0.84 mg/dl, BUN 6.2 mg/dL, NH3 118 μ g/dl, 乳酸 9.8 mmolと肝不全状態かつショック状態であった。肝CTでは脂肪肝の所見を認めたが、periportal edemaや胆嚢の浮腫像変化などは認めなかった。**【経過】**来院時に急性肝不全と診断したが肝臓内の炎症を示唆する画像所見は乏しく、家族から聴取すると本人が鉄剤を大量内服したことが発覚した。血清鉄290 μ g/dlと高値を示し、急性鉄中毒による急性肝不全非昏睡型と診断し加療を開始した。人工肝補助療法(PE+HDF)とデフェロキサミン投与を開始したが、第4病日に4度の肝性脳症を合併。肝移植も検討したが、全身状態の急速な悪化により肝移植に至らず、第24病日に死亡した。**【結語】**日常臨床において汎用される経口鉄剤の急性中毒による急性肝不全の1例を経験したので、文献的考察を踏まえ報告する。

急性肝不全, 鉄中毒

東千葉メディカルセンター¹⁾, 千葉大学医学部附属病院²⁾

岩永光巨¹⁾, 大岡美彦²⁾, 千葉哲博²⁾, 亀崎秀宏¹⁾, 丸田 亨²⁾, 金山健剛²⁾, 神崎洋彰²⁾, 前田隆宏²⁾, 小林和史²⁾, 清野宗一郎²⁾, 中村昌人²⁾, 齊藤朋子²⁾, 小笠原定久²⁾, 鈴木英一郎²⁾, 中本吾吾²⁾, 安井 伸²⁾, 丸山紀史²⁾, 加藤直也²⁾

悪性腫瘍の自然退縮は非常に稀な現象である。我々は門脈腫瘍塞栓の自然退縮を認めた肝細胞癌の2例を経験した。1例目は63歳男性。既往にC型肝炎があり、アルコール多飲歴を有していた。1か月前からの腹部膨満感を主訴に近医を受診し、多量の腹水を伴う肝硬変、肝腫瘍の所見を認めたため当院に紹介された。ダイナミックCTでは、複数の多血肝細胞癌と門脈腫瘍塞栓(Vp4)を認めた。治療介入も考慮されたが、予備能が低く、performance statusも不良であったため十分なインフォームドコンセントの上、best supportive careの方針となった。禁酒をした上で肝庇護剤および利尿剤の内服をしつつ自宅加療を行ったところ、6か月後に腹水の消失を認めた。ダイナミックCTを施行すると、肝細胞癌の肝内病変に関しては残存していたが、門脈腫瘍塞栓は著明な退縮傾向を示した。肝内病変に対して肝動脈化学塞栓術を施行し、良好な治療効果を得ることが出来た。2例目は55歳男性。既往にC型肝炎があり、アルコール多飲歴を有していた。肝腫瘍、腹水の精査目的に前医を紹介され、ダイナミックCTで肝後区域に門脈腫瘍塞栓(Vp3)を伴う肝細胞癌を認め当院に紹介となった。当院受診までの2か月間禁酒をしていたところ、当院の再検では腫瘍本体と門脈腫瘍塞栓の退縮を認められた。現在、無治療経過観察中である。提示した2症例は重度の飲酒歴を有していたが、門脈腫瘍塞栓の退縮以前に完全な禁酒を行った共通の臨床経過がみとめられた。大量飲酒は肝血流量を増加させることが報告されているが、門脈血流障害がある場合は特に腫瘍の肝動脈依存度が高いものと考えられる。禁酒に付随する肝動脈供血の急激な減少が肝細胞癌及び門脈腫瘍塞栓の退縮に寄与した可能性が示唆された。

自然退縮, 門脈腫瘍塞栓

帝京大学 医学部 内科¹⁾, 同 病理²⁾

駒崎伸伍¹⁾, 高森頼雪¹⁾, 芳賀 幸¹⁾, 飛田拓途¹⁾, 天野博仁¹⁾, 小松田章悟¹⁾, 間邊大輔¹⁾, 櫻井美代子¹⁾, 松本康佑¹⁾, 柳澤大輝¹⁾, 大和 洸¹⁾, 大隅 瞬¹⁾, 中村直裕¹⁾, 石田みなみ¹⁾, 三木淳史¹⁾, 淺岡良成¹⁾, 山本貴嗣¹⁾, 田中 篤¹⁾, 八木 毅¹⁾, 大田泰徳²⁾

【症例】69歳、女性【現病歴】30代に健診でHBV陽性指摘されるも放置していた。平成27年に健診で肝障害指摘され近医受診しHBV-DNA陽性が判明する。平成28年1月に当科紹介され、肝障害は極軽微で肝機能も問題ない為定期followのみ行っていた。平成28年7月の腹部超音波で腹部大動脈周囲に10-20mm大のリンパ節が2個みられた。平成29年1月の腹部超音波ではやはり10mm前後の腹部大動脈周囲リンパ節腫脹が5-6個確認された。同年3月の腹部CTでも同様の所見を認め4月のPET-CTでは同部に集積を認めた。体表リンパ節の腫脹はみられずCT下リンパ節生検目的で5月下旬入院となった。**【入院時身体所見】**意識清明、151cm, 48.5kg, 血圧150/80mmHg, 脈拍数78(整), 体温36.8°C, 眼瞼結膜貧血なし、眼球結膜黄染なし、腹部平坦・軟・圧痛なし、体表リンパ節腫大なし、**【入院時検査所見】**WBC 6000, Hb 11.9, Plt. 22.6万, AST 30, ALT 23, LDH 191, ALP 191, γ -GTP 31, CRP 0.01, CEA 3.4, CA19-9 <0.4, AFP 2.5, PIVKA2 15, S-IL-2R 15, 25, HBs-Ag 3529.0, HBe-Ag 0.1, HBe-Ab >100, HBV-DNA 3.63。**【経過】**入院翌日にCT下腹部リンパ節生検施行し特に合併症なく第3病日に退院。病理の結果Follicular lymphoma Grade 1との診断であった。血液内科にコンサルトし9月に骨髄穿刺を施行するも明らかな骨髄浸潤はみられなかった。病変の悪化度は軽度なため化学療法などの治療は行わず経過観察となり、12月のCTでは特に変化はみられなかった。**【考察】**肝炎ウイルスの肝外病変として悪性リンパ腫があげられ、B細胞性非ホジキンリンパ腫発症のリスクはC型肝炎で5.7倍、B型肝炎で2-3倍との報告がある。今回B型肝炎に合併したFollicular lymphomaを経験したので文献的考察を加え報告する。

B型肝炎, リンパ腫

嚢胞性疾患を契機に診断された多発性肝結節性過形成を合併するRendu-Osler-Weber病と診断された1例

横浜市立大学附属病院 肝胆膵消化器病学

鈴木 洗, 本多 靖, 小川祐二, 今城健人, 米田正人, 桐越博之, 斉藤 聡, 中島 淳

症例は55歳女性。X-3年に健康診断で胸部レントゲン異常陰影を指摘され胸部CTを施行した際、肝臓に多発性(最大28mm, 3個)の肝腫瘍、嚢胞性疾患を指摘され当院を紹介受診となった。肝腫瘍は造影CT, EOB-MRI, 造影超音波で精査し、多血性腫瘍にAVシャントの合併を認めるが、悪性所見を認めず経過観察の方針となった。膵尾部の嚢胞性病変は3年後に嚢胞の増大および内部の隔壁構造を認め、粘液性嚢胞腫瘍の疑いで手術適応と判断された。同年に膵尾部切除術の際に肝腫瘍の一部の病理検査を施行し、結節性過形成の診断確定となった。健康診断で指摘されていた陰影は左肺下葉S8/9のAVMであり、肝臓は異常血管に対する過形成であるFNH様の病変であり、Rendu-Osler-Weber (R-O-W) 病が鑑別となった。家族歴を再聴取すると家族内(特に母親)に鼻出血の既往があり、娘に脊髄動脈奇形で手術の既往があった。R-O-W病の罹患者は日本国内で約1万人で肝臓の病変を伴うものは全体の約15%とされている。R-O-W病の肝臓の血管病変は肝動脈の拡張やA-Vシャントが特徴的であり、本症例の場合は異常血流の影響でFNH様の変化が多発していると推測された。本症例は教育的示唆に富む病態であり今回報告をする。

消化器, 肝臓

Letrozole投与中に肝機能障害を認めた一例

日本医科大学千葉北総病院 消化器内科¹⁾,
日本医科大学付属病院 消化器・肝臓内科²⁾,
同 統御機構診断病理学³⁾,

日本医科大学千葉北総病院 病理診断科⁴⁾
肥田 舞¹⁾, 糸川典夫¹⁾, 厚川正則²⁾, 桐田久美子²⁾, 吉田祐士¹⁾, 大久保知美¹⁾, 大久保知美¹⁾, 和田龍一³⁾, 藤森俊二¹⁾, 羽鳥 努⁴⁾, 岩切勝彦²⁾

【背景】アロマターゼ阻害薬であるletrozole (LET) は閉経後ホルモン受容体陽性乳癌に対するホルモン治療薬として有効性が確立されている。今回我々は、LET投与中に中等度の肝機能障害を認めた症例について報告する。【症例】64歳、女性。左乳癌(T2N0M0 Stage2A)に対する術後療法として、2018年1月よりLET+tegafur/uracil (UFT) による治療が導入された。2月上旬より灰白色便と嘔気が出現し、Day 29の血液検査で、T-bil 4.8 mg/dl, D-bil 3.4 mg/dl, AST 424 IU/l, ALT 737 IU/l, ALP 605 IU/l, γ -GTP 256 IU/l, PT活性 48.1%, NH3 55 μ g/dlと肝機能障害を認めた。入院後、LETおよびUFTを中止し経過をみたが肝機能障害の改善を認めないことから当科に紹介となった。HBs抗体およびHBe抗体は陰性、抗M2抗体陰性、抗核抗体40倍(speckled型)、IgG 1079 mg/dl, HLA-DR4陽性であり、自己免疫性肝炎(AIH)の可能性が考えられた。一方、薬剤性肝障害診断基準(DWW-J 2004)では4点であり薬剤性肝障害の可能性は否定できず、精査目的で肝生検を施行した。病理所見では、中心静脈周囲やGlisson鞘、小葉内は全体的に多彩な炎症細胞による傷害が強く、ballooningやcouncilman bodyを認めるものの、小葉間胆管は比較的保たれ、一部ロゼット形成を認めた。AIH国際基準スコアリングシステムは12点であり、AIH疑診としてPSL 40mg/日(0.8 mg/kg)で治療を開始した。PSL導入後、肝機能障害は速やかに改善しPSL減量を行った。現在は、黄疸や肝機能障害の再燃なくPSL 20 mg/日まで漸減し外来通院継続中である。【考察】一般的にLET投与中の副作用として、肝機能障害の頻度は3-5%程度と報告されているが、胆道系酵素の上昇を伴う中等度の肝機能障害をきたした報告は少ない。今回LETによる薬剤性肝障害、またはLETによって誘発された自己免疫性肝炎との鑑別を要した1例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。

薬剤性肝障害, 自己免疫性肝炎

筋肉内出血を来した非代償性肝硬変の1例

大森赤十字病院

阿南秀征, 立川 準, 須藤拓馬, 有本 純, 河野直哉, 新倉利啓, 桑原洋紀, 高松志帆子, 中岡宙子, 高野幸司, 千葉秀幸, 井田智則, 諸橋大樹, 後藤 亨

症例は58歳男性。既往歴は十二指腸潰瘍穿孔、胃潰瘍出血、高血圧、高尿酸血症、高脂血症、腰部脊柱管狭窄症。生活歴では、20代頃より1日に焼酎3合程度の飲酒を毎日続けていた。58歳時より、アルコール性肝硬変、食道静脈瘤に対し当科通院中であった。禁酒を指導するも、コンプライアンス不良であり、肝機能障害は増悪傾向であった。3日前からの右鼠径部の疼痛が治まらないため201x年4月x日、当院へ救急搬送となった。来院時、右大腿は片側性に腫大しており、右下腿浮腫を認め、鼠径部に限局して青紫色の皮下血腫を認めた。CT画像上は右内側広筋に広範な筋肉内血腫を認めた。血液検査所見では、Hb 3.9 g/dl, T-Bil 10.4 mg/dl, D-Bil 7.2 mg/dl, ALP 729 IU/l, AST 46U/l, ALT 13U/l, γ -GTP 23 IU/l, アンモニア 112 μ g/dl, PT-INR 3.44, APTT 50.1と高度な著明な貧血、肝障害および凝固異常を認めた。肝不全に伴う凝固異常により生じた筋肉内血腫と診断したが、凝固異常のため外科的に血腫除去を行うことが困難であり、ケーリング、輸血を行い保存的加療の方針となった。赤血球濃厚液、新鮮冷凍血漿の輸血、ビタミンKの補充を連日行い、Hb 5.0 g/dl以上の値で維持できていたが、大腿部の腫大は改善せず、さらに肝障害が進行、入院8日目にはT-Bil 19.7 mg/dlまで増悪を認めた。同時に意識混濁が出現し、入院10日目に永眠された。非代償性肝硬変に伴う凝固異常による筋肉内出血は本邦でも何例かの報告があるが、その殆どが救命困難で致死的である。非代償性肝硬変の合併症として臨床上重要と思われたため、若干の文献的考察を加えて報告する。

肝硬変, 筋肉内血腫

抗ミトコンドリア抗体陽性筋炎についての考察

東京慈恵会付属病院 消化器肝臓内科

渡邊俊宗, 蜂谷真未, 日高章寿, 光永真人, 猿田雅之, 岩本雅美, 鈴木正章, 池上正博

症例は54歳女性。2011年7月より歩行障害が出現した。徐々に増悪し、2016年には杖歩行となった。2017年10月ハワイ旅行中に呼吸苦が出現し、救急搬送となった。冠動脈には明らかな狭窄を認めなかったが、CK上昇と抗核抗体陽性から膠原病に起因する心筋炎・急性心不全と診断された。プレドニゾロン50mg/dayにより症状改善を認め、退院となった。帰国後更なる精査加療目的に当院入院となった。心筋炎・急性心不全に対して利尿薬とステロイドによる加療を継続した。血液検査では抗ミトコンドリア抗体が陽性であり、さらに慢性的経過から抗ミトコンドリア抗体陽性筋炎と診断した。また、入院時より肝胆系酵素の上昇を認めており、抗ミトコンドリアM2抗体陽性および臨床経過から原発性胆汁性胆管炎(PBC)と診断し、ウルソデオキシコール酸600mgの内服を開始した。加療後CKは速やかに改善認め、肝胆系酵素も改善傾向であった。今回PBCを合併した抗ミトコンドリア抗体陽性筋炎という稀な疾患を経験したため文献的考察を含めて報告する。(425字)

抗ミトコンドリア抗体陽性筋炎, PBC

日本医科大学付属病院 消化器・肝臓内科
星野慎太郎, 川見典之, 星川吉正, 花田優理子, 竹之内菜葉,
梅澤まり子, 貝瀬 満, 岩切勝彦

目的: アカラシア患者の内視鏡検査において, 深吸気時に柵状血管下端が観察されず, 狭小部に集中的な襲像が観察されることが多い。この所見はアカラシアに特徴的な所見と考えられ, われわれはこの所見を“Esophageal Rosette”と呼び, 報告している。今回, 食道内圧検査でアカラシアと診断されるも, “Esophageal Rosette”を認めないアカラシア患者3症例である。内視鏡検査で, スコープの胃内挿入前に下部食道を送気下・深吸気時に観察し, “Esophageal Rosette”の有無, 柵状血管下端を含めた全体像の観察可否 (可能, ほぼ可能, 下端の同定不能), 狭小部の有無が評価されているものを対象とした。結果: “Esophageal Rosette”を認めないアカラシア患者では, 柵状血管は観察されるものの, 全例で柵状血管下端が観察できず, 下部食道に狭小部が認められた。さらに下部食道の形態を検討すると, 健常者では深吸気時に下部食道が伸展され, 縦断像でU字状を呈するのに対し, “Esophageal Rosette”を認めないアカラシア患者では, 縦断像でY字状 (*銀杏の葉) 様を呈していた。結論: “Esophageal Rosette”を認めないアカラシア患者の内視鏡所見では, 深吸気時に柵状血管は観察されるが, 下部食道に存在する狭小部のために, 柵状血管の下端が同定できなかった。また下部食道の縦断像は, Y字状 (*銀杏の葉) 様を呈していた。

アカラシア, 食道内圧検査

日本医科大学付属病院 消化器・肝臓内科
竹之内菜葉, 川見典之, 星野慎太郎, 星川吉正, 梅澤まり子,
花田優理子, 後藤 修, 貝瀬 満, 岩切勝彦

症例は98歳、男性。201X年1月につかえ感、嘔吐、食欲低下を認め、肺炎を併発し他院に入院した。胸部CTにて上部から中部食道に拡張を認め、上部消化管内視鏡検査にて下部食道に狭窄像あり食道アカラシアが疑われたため当科転院となった。当科で再度上部消化管内視鏡検査を施行したところ食道内腔の拡張、液体・残渣の貯留あり、切歯39cmに粘膜襲の集中像 (Rosette像) を認めた。狭窄部はスコープの通過に抵抗がみられたが、粘膜面に異常は認めなかった。切歯40cmの食道胃接合部に狭窄は認めず柵状血管下端が観察された。食道胃接合部の胃内反転像ではスコープへの巻きつき、めくれ込み像を認めなかった。食道造影検査では食道の蛇行・拡張あり、造影剤の食道内停滞を認めた。HRM (high resolution manometry, starmedical社のstartlet使用) を用いて食道内圧検査を施行したところ、食道蠕動波の消失、下部食道括約筋弛緩の指標であるIRP (integrated relaxation pressure) が28.5mmHgと高値を示し、HRMによる食道運動障害分類—シカゴ分類v3.0のType1食道アカラシアに該当する所見であった。治療は98歳と高齢であることを考慮し内視鏡的バルーン拡張術を施行した。30mm径アカラシアバルーンダイレーターを用いて拡張術を施行し食事摂取可能となったが、効果不十分であったため一週間後に再度拡張術を追加し、つかえ感の改善を認め退院となった。食道アカラシアは下部食道括約部の弛緩不全を特徴とし、大部分の食道アカラシア症例では深吸気時に柵状血管下端を含めた全体像は確認されず、下部食道において全周性の放射状の襲集中像 (Rosette像) が観察される。本症例ではRosette像は認められたものの、下部食道括約部の弛緩不全が食道胃接合部の上方にずれており、食道胃接合部に狭窄はなく柵状血管下端も観察された。稀な内視鏡像を呈した食道アカラシアを経験したため、文献的考察を加えて報告する。

食道アカラシア, 下部食道括約部

日本医科大学 消化器外科¹⁾,
日本医科大学多摩永山病院 外科²⁾,
日本医科大学付属病院 消化器・肝臓内科³⁾,
日本医科大学千葉北総病院 外科⁴⁾
野村 務¹⁾, 松谷 毅¹⁾, 萩原信敏¹⁾, 藤田逸郎¹⁾, 金沢義一¹⁾,
中村慶春¹⁾, 牧野浩司²⁾, 柿沼大輔¹⁾, 松野邦彦¹⁾, 川見典之³⁾,
星野慎太郎³⁾, 太田恵一朗³⁾, 宮下正夫⁴⁾, 岩切勝彦³⁾,
吉田 寛¹⁾

<はじめに>食道運動障害を来す疾患のうち、diffuse esophageal spasm (DES)、jackhammer esophagus (JHE) に対する治療としては食道筋層切開が有用であると報告されている。この際type1、IIアカラシアに対する場合と異なりいわゆるlong myotomyが必要となるが、腹腔鏡手術では口側の筋層切開が不十分となるためper-oral endoscopic myotomyあるいは胸腔鏡によるlong myotomyが選択肢となる。当施設では腹臥位胸腔鏡下long myotomyを4例経験したのでその手術手技と治療成績を報告する。<症例>DES2例、JHE2例 (男性3例、女性1例、平均年齢49.8歳)。いずれもつかえ感、胸痛、胸やけを主訴として好酸菌性食道炎などを疑われ当院消化器内科を紹介された。上部消化管内視鏡ではspasticな蠕動の所見を、また胸部CTで食道壁の全周性肥厚を認めた。high-resolution manometry (HRM) では高収縮波を認めChicago分類によるDESとJHEの診断基準を満たした。その後経過観察にて改善しないため手術施行。<手術手技>第7肋間、第9肋間後腋下线に12mm、第5肋間後腋下线と第7肋間背側に5mmのポートを挿入。6-8 mmHgの気胸下にて筋層切開。切開範囲は術前のHRMで強収縮を認めた部の近位側からLESの高さまでで術中内視鏡で確認しながら行った。<結果>術前HRMでの高収縮波の部位に一致して著明な筋肥厚を認めた。粘膜炎損傷、開胸移行、術後合併症なし。手術時間136分、術中出血量7.5ml、術後在院日数6.3日。いずれも術直後から症状改善、術後観察期間は18-72カ月で症状の再燃は認めない。術後のHRMでは術前に認められた高収縮波は消失。<まとめ>食道運動障害に対する腹臥位胸腔鏡下long myotomyは、容易かつ安全に施行可能で治療効果も高く、外科医にとっての選択肢になると考えられた。

diffuse esophageal spasm (DES), jackhammer esophagus (JHE)

自治医科大学附属さいたま医療センター 消化器内科
小糸雄大, 松本史弘, 湯橋一仁, 松本圭太, 賀嶋ひとみ, 三浦孝也,
石井剛弘, 吉川修平, 大竹はるか, 藤原純一, 関根匡成, 上原健志,
浅野岳晴, 宮谷博幸, 眞嶋浩聡

症例は68歳女性、40歳頃より関節リウマチと診断され、53歳時よりメトトレキサートの内服が開始された。内服開始から15年経過した68歳時に上腹部不快感のため上部消化管内視鏡検査を施行したところ、噴門部に巨大な潰瘍性病変を認め当科紹介となった。当院で施行した上部消化管内視鏡検査では、噴門部小彎から体上部小彎にかけての40mm大の不整形潰瘍性病変あり、周囲粘膜は発赤隆起しており、潰瘍底は一部再生上皮で覆われ凹凸不整であった。潰瘍底のNB1拡大観察では不整な微小血管と表面微細構造の消失が見られた。腹部造影CTでは胃小彎側に壁肥厚を認め、周囲のリンパ節の腫大、胃噴門部から連続して肝左葉外側区域まで軟部影の浸潤が見られた。超音波内視鏡では潰瘍周囲の壁肥厚と周囲の腫大したリンパ節を認めた。鑑別として進行胃癌や悪性リンパ腫、メトトレキサート関連リンパ増殖性疾患があげられ、潰瘍底と辺縁隆起から複数生検と胃小彎近傍のリンパ節より22G針にて超音波内視鏡下穿刺吸引法を施行したが病理所見から確定診断は得られなかった。血液検査ではCEA、CA19-9は正常範囲内、可溶性IL-2Rは1800 U/mLと高値であった。以上からメトトレキサート関連リンパ増殖性疾患を強く疑いメトトレキサートの休業のみで経過観察する方針とした。3か月後に施行した上部消化管内視鏡検査では潰瘍は縮小および一部癒着化していた。発見から半年後の内視鏡検査では潰瘍は癒着化しており、CT所見でも胃壁の異常は消失し、噴門部から肝臓へ続く軟部影も縮小傾向であった。その後2年6か月経過しても再燃は認めない。本症例は病理組織学的に悪性リンパ腫と確定できなかったものの、可溶性IL-2レセプター高値かつCTにて悪性を強く疑う病変、MTX中止にて自然消滅した経過、などの特徴的な臨床像があることからメトトレキサート関連リンパ増殖性疾患と診断した。胃に発生するメトトレキサート関連リンパ増殖性疾患は非常に稀な疾患であり文献的考察を加えて報告する。

メトトレキサート, 胃悪性リンパ腫

33 胃癌として15年間治療された乳癌胃転移の1例

名古屋第一赤十字病院 一般消化器外科
田中 寛, 長尾拓哉, 三宅秀夫, 永井英雅, 吉岡裕一郎

52歳, 女性. 1996年に右乳癌(浸潤性小葉癌)にて乳房全摘術・腋窩リンパ節覚郭清術を施行した既往あり. 2001年にCEA/CA125が高値にて精査, 胃体部後壁にBormann 4型腫瘍あり生検にて低分化型腺癌を認め, 胃癌と診断した. 切除を試みたが腹膜播種を認めたため試験開腹となったが, その後の化学療法にて長期間Stable diseaseを維持できた(5FU + Cisplatinを4コース, S1を11年, Irinotecanを3年). 化学療法導入後2年でCA125は正常化した。CEAは横ばいのままで, 定期のCTおよび上部消化管内視鏡では変化を認めなかった. 2015年にフォローアップの上部消化管内視鏡検査を施行したところ, 胃粘膜生検にて異型のない腺窩上皮に被覆された低分化型腺癌を認め, 免疫染色にてエストロゲン受容体/プロゲステロン受容体が陽性となった. 1996年の乳癌切除標本と2001年の胃粘膜生検標本を免疫染色を行い改めて見直した結果, 乳癌胃転移と確定診断した. 確定診断後はホルモン治療を行うもProgressive diseaseとなり, 2017年8月よりDocetaxel投与を開始, 現在も通院治療中.

乳癌, 胃転移

34 化学療法後完全緩解を得ながら幽門狭窄にて手術を施行した胃悪性リンパ腫の一例

慶應義塾大学 医学部 外科学教室 (一般・消化器外科)
磯部雄二郎, 中村理恵子, 眞柳修平, 福田和正, 須田康一, 和田則仁, 川久保博文, 北川雄光

【緒言】胃悪性リンパ腫は胃原発腫瘍の約1~5%を占め, 非常に多彩な内視鏡像を呈するため, 胃癌との鑑別に難渋する症例が存在する. 悪性リンパ腫は進行期であっても化学療法やHelicobacter pylori除菌治療にて治癒が望める悪性腫瘍で胃癌とは根本的に治療法が異なるため, 正確な診断が望まれる. 【症例】症例は75歳男性, 毎年健診を施行されており, 前年度は異常所見を認めなかった. 今回, 健診の上部消化管内視鏡検査(EGD)にて胃前庭部小弯にType2進行胃癌様の病変を認め, 胃癌との診断にて精査目的に紹介受診された. 初回内視鏡での生検結果で確定診断がつかず形態的にも悪性リンパ腫が疑われたためEGDを再検し, 生検病理にてCD10(+), Bcl-6(+), MUM-1(-), CD5, MIB-1陽性率90%以上であり, malignant lymphoma, diffuse large B-cell typeと診断された. 総合的に胃びまん性大細胞型B細胞リンパ腫(Lugano国際会議分類Stage4, IPI:3)の診断となり, 血液内科で化学療法(R-CHOP)を3コース施行した. 化学療法後に腫瘍は消失したが, 治癒後の潰瘍瘢痕による胃の変形狭窄を来し, 食物停滞による高度の逆流性食道炎を認めた. 食事摂取困難と出血を伴う繰り返す嘔吐により本人の自覚症状の改善が得られず, 幽門狭窄の改善の見込みが得られなかったため, 症状緩和目的に腹腔鏡下幽門側胃切除Roux-en-Y再建を施行した. 病理組織検体には残存病変を認めず, 完全緩解と診断され, 術後経過良好で第26病日に退院された. 【結語】化学療法著効後も幽門狭窄が残存し, 腹腔鏡下幽門側胃切除術にて症状緩和が得られた胃悪性リンパ腫の一例を経験したため, 文献的考察を加え報告する.

胃悪性リンパ腫, 幽門狭窄

35 腹腔鏡・内視鏡合同手術で治療した胃glomus腫瘍の一例

独立行政法人国立病院機構 相模原病院 消化器内科¹⁾, 同 外科²⁾, 東邦大学医療センター大橋病院 外科³⁾, 独立行政法人国立病院機構 相模原病院 病理診断科⁴⁾
田邊美奈¹⁾, 篠木 啓¹⁾, 坂本友見子²⁾, 二渡信江³⁾, 小山克樹¹⁾, 齋藤友哉¹⁾, 入江員行¹⁾, 下田拓也¹⁾, 中村陽子¹⁾, 菅野 聡¹⁾, 安達 献¹⁾, 堀田綾子⁴⁾, 齋藤生朗¹⁾

症例は78歳, 女性. 胆のう胆石症に対し胆のう摘出術前検査目的に上部消化管内視鏡検査が施行された. 胃体上部小弯前壁寄りに大きさ20mm大の胃粘膜下腫瘍が認められた. 腹部造影CT検査では, 胃体上部に内腔に突出する大きさ16mm大の造影効果を有する隆起性病変が同定された. 生検標本では, 粘膜下を主体に小型類円形の核を有する細胞が認められ, 免疫組織化学染色では α -SMA, Vimentinは陽性であった. CD34, C-kitは陰性, CD-45(LCA), CD-3, CD-20も陰性であり胃glomus腫瘍が疑われた. 生検の際, 出血を伴い止血術に難渋した. 今後の出血コントロール及び確定診断目的に腹腔鏡・内視鏡合同手術(laparoscopic and endoscopic cooperative surgery:LECS)が施行された. 切除標本の病理検査では腫瘍は境界明瞭であり粘膜固有層深部から粘膜下組織内に認められた. そしてその腫瘍は小管状ないし樹枝状構造を示す小血管増生とその周囲に小型類円形の核をもった細胞の増殖からなり核分裂像は乏しかった. 免疫組織化学染色では α -SMAが陽性でありCD-34, C-kit, Desmin, h-caldesmon, S-100はいずれも陰性でMIB-1 indexは3%であった. 以上より胃glomus腫瘍と診断した. 術後経過は良好で第2病日より経口摂取を開始し第8病日に退院した. 術後6ヶ月の内視鏡検査では胃の変形・再発所見はなくCT検査でも再発の所見は認めていない.

胃glomus腫瘍, LECS

36 長期経過観察をし得た化学療法著効(CR)切除不能胃癌の一例

日本医科大学付属病院 消化器・肝臓内科
池田 剛, 河越哲郎, 大城 雄, 丸木雄太, 福永真衣, 樋口和寿, 野田啓人, 鮎本哲兵, 後藤 修, 貝瀬 満, 岩切勝彦

(目的)化学療法でComplete Response(CR)を達成する切除不能胃癌症例は少ない. したがって, CR達成胃癌の長期経過に関する報告はほとんどない. 今回我々はCR達成胃癌の長期経過を観察し得た貴重な1例を経験したので報告する. (症例)症例は81歳男性, 心窩部痛, 体重減少を主訴に当院受診. 上部内視鏡所見では胃角部大彎に内腔を占拠するようなtype3の胃癌(tub2)を認めた. 肝, 肺転移も認め切除不能胃癌と診断し化学療法を施行した. 化学療法開始6月後, 内視鏡上胃癌原発巣は胃角部大彎に瘢痕を残すのみとなり生検しても癌は認められなくなった. 治療開始1年10か月後, CT上肝肺転移も消失し臨床的CRと判断した. CR判定後7か月化学療法を継続したあと治療終了し経過観察を行った. 治療終了4年10か月後, 腫瘍マーカー(CEA, CA19-9)の上昇とともに心窩部不快感出現したために上部内視鏡施行したところ胃角部小彎に管腔の1/2周を占めるtype3の胃癌(tub1~2)を認めた. CT上肝, 肺転移も出現していた. (考察)本症例は, 化学療法で臨床的CRを達成して長期経過していても胃癌細胞は残存している可能性があり, また, 再増悪時にも初発時と同様の肉眼型, 転移形式をとる可能性があることを示唆している.

切除不能胃癌, 化学療法

日本医科大学付属多摩永山病院 消化器科¹⁾、
日本医科大学付属病院 消化器・肝臓内科²⁾、
日本医科大学付属多摩永山病院 放射線科³⁾、
同 救命救急センター⁴⁾
片岡宏章¹⁾、三井啓吾¹⁾、藤本将友¹⁾、高木信介¹⁾、佐藤 航¹⁾、
新福摩弓¹⁾、津久井拓¹⁾、岩切勝彦²⁾、山口英宣³⁾、山本 彰³⁾、
田中知恵⁴⁾、畝本恭子⁴⁾

症例は76歳男性。既往歴に十二指腸潰瘍穿孔に対する大網充填術の手術歴と飲酒による慢性脾炎、発作性心房細動がある。自宅内トイレで倒れているところを家族より発見された。現着した救急隊より血圧80mmHg台の血圧低下および黒色便失禁が確認され、上部消化管出血による出血性ショック疑いで当院救急搬送となった。来院後に施行された緊急上部消化管内視鏡検査では十二指腸球部から上十二指腸角での変形と凝血塊残渣により十分観察できなかったが、他の観察範囲内に明らかな活動性出血は認めなかった。濃厚赤血球液の投与で循環動態安定が得られたため経過観察とした。翌日の再観察では十二指腸球部前壁に深掘れ潰瘍を認めたが、凝血塊によって潰瘍底の詳細な観察は困難であった。しかし、内視鏡の接触により出血再燃し観察不良となり、止血処置は困難となった。加えて機動脈触知不可となる程の血圧低下を伴ったことから、内視鏡治療の限界と判断された。濃厚赤血球液の投与にて循環動態安定を得た後、腹部造影CTより十二指腸球部に動脈瘤を疑う所見を認めたことから、緊急腹部血管造影検査とtranscatheter arterial embolization (TAE)を施行した。胃十二指腸動脈造影より後上睪十二指腸動脈に破綻及び仮性瘤が描出されたため、同部より下睪十二指腸動脈及び胃十二指腸動脈の一部に連続して塞栓を施行した。以降は出血再燃なく、循環動態も安定し順調な経過を辿った。睪十二指腸動脈破裂を合併したと考えられる十二指腸潰瘍の症例報告は少なく、若干の文献考察を加え報告する。

睪十二指腸動脈瘤, 十二指腸潰瘍

日本医科大学多摩永山病院 外科¹⁾、
日本医科大学付属病院 消化器外科²⁾
入江利幸¹⁾、牧野浩司¹⁾、丸山 弘¹⁾、横山 正¹⁾、平方敦史¹⁾、
上田純志¹⁾、高田英志¹⁾、関 奈紀¹⁾、菊池友太¹⁾、岩井拓磨¹⁾、
吉岡将史¹⁾、大草幹大¹⁾、川島万平¹⁾、鈴木幹人¹⁾、大飼 惇¹⁾、
春名孝洋¹⁾、吉田 寛²⁾

症例は91歳、男性。数か月前よりの食思不振、体重減少および上腹部膨満感を主訴に来院した。上部消化管内視鏡で穹窿部から胃体上部前壁にかけて、巨大な潰瘍底を伴う腫瘍を指摘された。生検よりgastrointestinal stromal tumor (GIST)の診断に至った。腹部CT検査にて胃、肝臓、脾臓など上腹部臓器を圧排する。内部に囊胞性成分と充実性成分を含む径12cm大の巨大腫瘍を認め、腫瘍内にはniveauの形成もあり、胃内との交通が疑われた。遠隔転移は認めなかった。また、上部消化管造影では瘻孔形成が疑われた。高齢であるため手術を拒否されたが、瘻孔形成によると思われる背部痛等の症状も出現し、手術を承諾された。開腹にて、穹窿部から胃体前壁部に腫瘍を認め、胃壁より壁外性に発育する囊胞性成分と充実性成分を伴う巨大腫瘍であり、肝左葉および横隔膜と強固に癒着し、浸潤と診断した。これに対し肝部分切除術、横隔膜合併切除術を伴う噴門側胃切除術を施行し、サーキュラーステップラークにて食道残胃吻合を施行した。病理組織学的には、異型を有する大型の紡錘型細胞の走行性を有する高密的増生を特徴とする腫瘍で、免疫染色にてc-kit, CD 34, Vimentin, h-Caldesmon陽性を示し、胃GISTと診断した。MIB-1 index 5%以下だったが、径10cm以上の腫瘍を有するためFletcher分類でhigh risk groupと診断した。術後経過は良好で合併症は見られず、背部痛や腹満感も速やかに改善した。高齢のため嚥下機能の低下を来したが、10ヵ月経過した現在、再発の徴候はなく外来通院中である。化学療法は施行していない。今回われわれは、高齢者の径10cmを超える巨大胃GISTに対し手術的に切除し得た症例を経験したので報告する。

GIST, 高齢者

順天堂大学医学部附属順天堂医院 消化器内科¹⁾、
順天堂大学医学部附属静岡病院 消化器内科²⁾、
順天堂大学大学院 医学研究科 人体病理病態学³⁾
池田 厚¹⁾、松本紘平¹⁾、上山浩也¹⁾、谷田貝昂¹⁾、小森寛之¹⁾、
赤澤陽一¹⁾、竹田 努¹⁾、泉健太郎¹⁾、上田久美子¹⁾、松本健史¹⁾、
北條麻理子¹⁾、八尾隆史³⁾、永原章仁³⁾

【症例】40歳代、男性。検診の上部消化管内視鏡検査にて、胃穹窿部大弯後壁に約5mm大の発赤調の隆起性病変を認めた。生検の結果、Group 2, Atypical epithelium、腺窩上皮型の高分化腺癌疑いと診断され、精査加療目的に当院紹介受診となった。H. pylori (HP)関連項目は、血中HP IgG抗体陰性(<3.0U/ml)、便中HP抗原陰性、ペプシノゲンI: 129ng/ml、ペプシノゲンI/II比: 6.0で陰性であった。通常白色光観察では、背景粘膜には萎縮、腸上皮化生などのHP感染を疑う内視鏡所見は認めず、体上部大弯後壁に5mm大の発赤調の隆起病変を認めた。NBI併用拡大観察(M-NBI)では、Irregular MVpattern plus irregular MS pattern with a demarcation lineと判断した。HP未感染胃に発生した発赤調の隆起性病変でM-NBIで癌と判断したことから、低異型度の腺窩上皮型の高分化腺癌と診断し、EMRを施行した。病理組織学的所見では、表層は腺窩上皮に類似した腫瘍細胞の増殖を認め、中央部には胃底腺や頸部粘液細胞に類似した不整な腺管構造を示す腫瘍細胞が一部で粘膜筋板へ浸潤していた。免疫染色では、MUC5AC(表層部に+)、MUC6(深部に+)、MUC2(-)、CD10(-)、pepsinogen-I(深部に+)、H+/K+-ATPase(深部の一部で+)であり、p53過剰発現は認めなかった。Ki-67陽性細胞は腫瘍表層に多数認め、粘膜深部でも少数ながら不規則に分布していた。以上より、低異型度の胃型腺癌の所見であり、腺窩上皮を主体として深部に胃底腺や頸部粘液細胞への分化を示す腫瘍であることから胃底腺粘膜型胃癌と診断された。最終診断はU、5mm、0-I、pT1a/M、pU0、ly0、v0、pHMO、pVM0であった。【結語】HP未感染胃に発生した発赤調・隆起型の胃底腺粘膜型胃癌の一例を経験したため、若干の考察を含めて報告する。

胃底腺粘膜型胃癌, 早期胃癌

日本医科大学武蔵小杉病院 消化器内科¹⁾、
日本医科大学付属病院 消化器・肝臓内科²⁾
石井吾太郎¹⁾、阿川周平¹⁾、新井奏央¹⁾、山脇博士¹⁾、小高康裕¹⁾、
植木信江¹⁾、二神生爾¹⁾、岩切勝彦²⁾

多発胃ポリープより出血を認め緊急上部内視鏡で止血を要した1例を経験した。【症例】55歳 男性 【既往歴】47歳 大動脈弁狭窄症(Bentall手術+弓部全置換術)、胃ポリープ 【現病歴】1月にめまいで入院後大量下血と黒色嘔吐で緊急上部内視鏡施行し多発胃ポリープからの出血を認め止血行なった。4月に再度腹痛と黒色便出現し当院受診となり、受診時Hb 6.4と低下あり緊急上部内視鏡の方針となった。内視鏡では黒色残渣と多発胃ポリープを認めた。胃体下部後壁のポリープよりoozing様の出血を認め、止血試みるもAPCやコアグラスパーで止血困難であったためEMR後クリッピングで止血とした。【入院後経過】患者は大動脈弁狭窄症の術後でワルファリン4.5mgとアスピリン100mgを内服しており、PT-INR 4.41と過剰な延長を認めた。入院後は循環器内科へコンサルトしアスピリン休薬としワルファリン用量調節とした。また止血時にEMRで切除したポリープの病理結果はhyperplastic polypであった。下部内視鏡も施行したが、数個ポリープを認めたのみであった。【考察】多発胃ポリープの鑑別としては家族性大腸腺腫症、Turcot症候群、Peutz-Jeghers症候群、cowden病、若年性ポリーポシス、Cronkrite-Canada症候群が挙げられる。家族性大腸腺腫症とTurcot症候群はポリープの病理所見が一致せず、Peutz-Jeghers症候群は口唇や指先の色素沈着、cowden病は顔面の小丘疹、Cronkrite-Canada症候群はびまん性色素沈着がそれぞれ一致せず、若年性ポリーポシスが最も疑われる。診断には遺伝子検査を含めたさらなる精査が必要と考えられる。本症例では出血を繰り返しているためワルファリンの用量調節とともに、出血源となるポリープの加療が必要と考えられた。若年性ポリーポシスは癌化のリスクもあり、今後出血のリスクを考えると胃切除なども検討が必要と思われる。

多発ポリープ, 出血

41 内視鏡の手縫い縫合手技を用いた新しいトラクション法

日本医科大学付属病院 消化器・肝臓内科¹⁾,
慶應義塾大学 医学部 消化センター²⁾,
慶應義塾大学病院 一般・消化器外科³⁾,
後藤 修¹⁾, 佐々木基²⁾, 鮎本哲兵^{1,2)}, 川久保博文³⁾, 貝瀬 満¹⁾,
岩切勝彦¹⁾, 矢作直久²⁾

【目的】ESDなどの内視鏡治療において、対象に適切なトラクションをかけることで病変を安全かつスムーズに切除できることが知られている。我々は内視鏡用軟性針掛器と逆戻り防止機能を有する外科用縫合糸を用いた内視鏡の手縫い縫合法(endoscopic hand suturing; EHS)(Goto O, et al. Endoscopy 2017)を応用し、対象病変と対側粘膜とを縫合糸で連結させることで病変を任意の高さに吊り上げ、切除を容易にする方法を考案した(flexible tractor: F-Trac)。ESDにおける本法の机上検証を踏まえ、胃SMTに対する非穿孔式内視鏡的胃壁内反切除術(NEWS)時に本法が有効であった一例を経験したので報告する。

【症例】71歳男性、胃体上部後壁22mmのSMTに対してNEWSを施行した。仰臥位では病変が重力方向に位置することから、病変内反後の内視鏡的切除は技術的に難易度が高いことが予測されたため、粘膜の全周切開後にEHSにて病変粘膜の一部と対側の体上部前壁粘膜に縫合糸をかけ、針側の糸を滑車のように引くことで病変を吊り上げながら粘膜下層切除を行った。

【結果】病変に適切なトラクションがかかり、良好な視野のもとスムーズな粘膜下層切除が可能となった。切除が進むにつれ糸がたわんでいったが、適宜針側の糸を引き病変を再度十分に牽引することで内視鏡処置が最後まで常に容易となった。手術時間230分、うち吊り上げに要した時間7分、粘膜下層切除時間10分で偶発症なく病変を一括切除した。最終病理診断は低リスクGISTであり、R0切除が得られた。術後6ヶ月無再発生存中である。

【結論】NEWSにおける内視鏡切除時にF-Trac法が対象病変の牽引に有効であった一例を経験した。胃・大腸ESDやNEWSなどの内視鏡治療において、適切なトラクションを得る方法の一つとして本法が有用である可能性が示唆された。

ESD, 牽引法

43 小腸結核による再発性腸閉塞の1例

日本医科大学付属病院 消化器・肝臓内科
濱窪亮平, 田中 周, 星本相理, 片岡宏章, 梅田隆満, 高木信介,
西本崇良, 大森 順, 秋元直彦, 佐藤 航, 鈴木将大, 三井啓吾,
米澤真興, 辰口篤志, 藤森俊二, 岩切勝彦

【症例】74歳女性【主訴】腹痛【既往歴】アルコール性肝硬変、糖尿病、腹部手術歴なし【現病歴】食後に増悪する下腹部痛で前医を受診し、腹部CTを施行したところ終末回腸の拡張を認め、同部の閉塞が疑われた。大腸内視鏡では大腸に異常は認めず、Bauhin弁へのスコープ挿入は不可能だった。保存的治療で症状が改善したため、以降の精査を患者が希望せず退院となっていた。しかし、その後も同様の経過で入院治療を要したため、精査目的で当院へ紹介受診となった。【入院後経過】終末回腸の狭窄性病変の精査目的に、経肛門的ダブルバルーン内視鏡(DBE)を施行した。終末回腸にびらんや潰瘍を伴う輪状狭窄が複数認められた。回腸粘膜と腸液の抗酸菌関連の検査は全て陰性だったが、生検病理で粘膜内に類上皮細胞肉芽腫を認め、またT-SPOTも陽性であったため、腸結核が強く疑われた。肺結核合併の検索目的に、胸部CTを施行した。左肺下葉に胸膜陥入像を伴う結節と縦隔リンパ節の腫大を認め、気管支鏡検査で気管支肺胞洗浄液より結核菌を同定し、肺結核と診断した。小腸狭窄に対してDBEでバルーン拡張術を施行し、再度、抗酸菌検査目的に腸液を採取したところ抗酸菌培養が陽性となり、回腸でも結核菌を同定した。以上から、小腸結核・肺結核の診断で抗結核薬4剤による治療を開始した。治療後40日目のDBEでは、潰瘍やびらんは全て消失し、狭窄部も内視鏡が容易に通過可能となっており、抗結核薬による治療反応性も確認された。【考察】典型的な大腸病変を伴わない小腸結核で、腸閉塞を内視鏡的に解除でき、外科手術を回避できた1例を経験したため、文献的考察を加え報告する。

腸結核, 腸閉塞

42 カプセル内視鏡で診断し単孔式腹腔鏡手術を行った小腸不全型Peutz-Jeghers型ポリープの1例

順天堂大学 下部消化管外科¹⁾, 同 消化器内科²⁾,
同 人体病理病態学³⁾
岡澤 裕¹⁾, 塚本亮一¹⁾, 河合雅也¹⁾, 小島 豊¹⁾, 澁谷智義²⁾,
坂本直人²⁾, 永原章仁²⁾, 八尾隆史³⁾, 坂本一博¹⁾

症例は60歳代女性。既往歴は9歳で臍ヘルニア手術、53歳で子宮筋症に対し子宮全摘術を施行された。皮膚、口腔・口唇粘膜、指趾に色素沈着は認めなかった。2017年7月頃より黒色便を自覚しており、他院で大腸内視鏡検査を施行していたが異常がなく経過観察となっていた。黒色便が持続するため当院消化器内科を受診し、上部消化管内視鏡検査を施行したが特記すべき異常所見は認められなかった。2017年11月にカプセル内視鏡を施行したところ、中部小腸に有茎性を疑う15mm大のポリープを認めた。後日小腸内視鏡検査を施行したが、挿入困難で病変を観察することができなかったが、透視造影検査で小腸に15mm大の腫瘍性病変を確認した。腹部造影CT検査においても、15mm大の造影増強効果のある腫瘍を小腸に認めた。小腸腫瘍の診断で2018年1月に単孔式小腸部分切除術を施行した。腹腔内を観察すると、トライツ靱帯の約3m肛門側に重積した小腸を認め、病変部と判断した。術中に体外で腸重積を解除したところ腫瘍を触知したため、小腸部分切除術を施行した。病理組織診断では17×16×15mmの有茎性ポリープを認め、樹枝状に分岐する粘膜筋板を軸として上皮の過形成が認められ、Peutz-Jeghers型ポリープと診断された。家族歴や色素沈着等の症状は認めず、不全型Peutz-Jeghers症候群と診断した。今回黒色便を主訴にカプセル内視鏡で診断された、小腸不全型Peutz-Jeghers症候群に対して単孔式腹腔鏡手術を施行した1例を経験した。若干の文献的考察を加えて報告する。

Peutz-Jegher type ポリープ, 小腸腫瘍

44 腸管瘻孔形成を認めたアメーバ性大腸炎の一例

東京都保健医療公社 多摩北部医療センター
宮本真由子, 柴田喜明, 桐田久美子, 星川吉正, 四宮 航

【背景】腸管瘻孔形成をきたす疾患として、炎症性腸疾患や大腸憩室症、腸結核は周知されている。これまで、アメーバ性大腸炎による直腸膀胱瘻の報告はあるが、腸管瘻孔形成をきたした症例報告はない。今回、我々は腸管瘻孔形成を認めたアメーバ性大腸炎の1例を経験したので報告する。

【症例】79歳、男性。201X年に大腸内視鏡検査歴があり異常の指摘はなかった。201X+2年11月に東南アジア渡航歴があり、201X+3年11月下旬より1日4回の水様便、201X+3年12月下旬より粘血便も認め、精査加療目的に入院となった。腹部造影CT検査では上行結腸腸壁肥厚とS状結腸浮腫性変化、盲腸とS状結腸に連続するairを含む管腔構造、腹水を認めた。大腸内視鏡検査では、盲腸～上行結腸、S状結腸、直腸に類円形の厚い黄白色調の白苔がみられ、盲腸とS状結腸の一部は深い潰瘍を形成していた。粘膜生検よりアメーバ性大腸炎の診断が得られ、Metronidazole(MNZ)の内服を開始した。MNZの10日間治療後、大腸内視鏡検査を透視下で施行した。粘膜病変は治療開始前と比較して改善傾向であった。深い潰瘍形成を認めた盲腸とS状結腸粘膜に開口部を認め、それぞれよりガストログラフインを注入したところ、盲腸とS状結腸の連続像を認めた。患者はその後、Paromomycinの内服を行い、80日目に退院となった。【結論】今回、入院時腹部CT検査で腸管の瘻孔が示唆され、透視下で瘻孔を確認したアメーバ性大腸炎を経験した。アメーバ性大腸炎は、海外渡航における経口感染や性行為感染症の側面をもち、若年～中年者の発症例が多い。そして、炎症性腸疾患の平均罹患年齢も同様である。炎症性腸疾患の診断歴をもつ症例で腸管瘻孔形成を認めた場合、安易に治療強化を行うのではなく、急性腸炎として感染症を除外するための問診、検査が必須であると考えられる。

腸炎, 瘻孔

日本医科大学付属病院 消化器外科
長嶺嘉通, 高橋吾郎, 山田岳史, 小泉岐博, 進士誠一, 横山康行,
堀田正啓, 原 敬介, 武田幸樹, 上田康二, 太田恵一朗,
吉田 寛

【緒言】潰瘍性大腸炎(UC)の長期経過症例の増加とともに、colitic cancerの発生が問題となっている。Colitic cancerの45%は低分化腺癌、印環細胞癌、粘液癌であり、次いで高分化型が多いが、UCに合併した同時性多発大腸扁平上皮癌の症例を経験したので報告する。【症例】38歳女性【既往歴】2型糖尿病【現病歴】20歳時にUC発症(左側結腸型)。前医にて5-ASA製剤内服の治療を受けていた。サーベイランス大腸内視鏡検査にて直腸S状部(Rs)に粗大顆粒状の隆起性病変を認め、生検でsquamous cell carcinoma (SCC)が検出された。【経過】大腸内視鏡検査で、S状結腸より直腸にかけて血管透見像が消失し、肛門縁近傍で全周性の潰瘍瘻痕を認め、Matts分類grade2と診断した。上部直腸(Ra)の不正な扁平隆起部からもSCCが検出され、同時性多発大腸扁平上皮癌(Rs, Ra)と診断し、腹腔鏡補助下大腸全摘+回腸囊肛門吻合(IPAA)+回腸人工肛門造設術を施行した。病変(1)Rs, Type 1, 80x40mm, SCC, pT3, N2(4/99), M0, pStage IIIb; 病変(2)Ra, 0-IIb, 12x10mm, SCC, pT1b, N0, M0, pStage Iであり、いずれの病変も根治切除が可能であった。病変部でのp53およびHuman Papilloma virus (HPV)の免疫組織学的染色結果はいずれも陰性であったが、全割標本での検討では、病変(1)と(2)の間に異型扁平上皮が広範に存在していた。組織型がSCCであることを考慮し、5コースの5-FU+シスプラチン療法を術後補助化学療法として行い、化学療法後に回腸人工肛門を閉鎖した。術後2年6か月経過した現在も無再発生存であり、肛門機能も含め良好な経過が得られている。【考察】本症例はUCの慢性炎症の結果生ずる扁平上皮化生を背景に発症したと思われる非常に稀な症例であり、文献的考察を含め報告する。

潰瘍性大腸炎, 扁平上皮癌

東京女子医科大学病院 消化器内科
佐々木優, 佐々木優, 児玉和久, 日向有紀子, 小木曾智美,
徳重克年

【症例】51歳女性【主訴】心窩部から左季肋部痛【現病歴】201X年健診で肝血管腫を指摘され、当科紹介受診。以後、当科にて定期的な経過観察されてきた。201X+5年10月、左季肋部から背部にかけての疼痛が出現し、当科外来を受診。腹部エコーで肝血管腫は著変なく鎮痛薬で様子を見ていたが、同年12月疼痛が増悪したため、再度当科外来を受診した。造影CTにて肝左葉に73mm大の肝血管腫を認め、疼痛部位と一致したため、肝血管腫破裂疑いで同日緊急入院となった。【既往歴】胃潰瘍【入院後経過】入院後、疼痛は鎮痛薬で改善傾向を認めたが、肝血管腫は増大傾向であり手術適応と判断し、12月22日に肝外側区域切除術を施行した。術後疼痛は一旦改善を認めたが、2か月後に再度疼痛が出現したため、精査目的に胸部から骨盤部CTを施行した。CT上、前縦隔に40×17mm大の胸腺癌、胸膜播種、肋骨転移を認め、3月10日から合計30Gyの放射線照射を行った。3月27日からCBDCA+PTX療法を開始としたが呼吸困難のため同日中止とし、緩和ケアへと移行した。【考察】我々が「肝血管腫」、「胸腺癌」をキーワードとして医中誌で検索した限りでは、「肝血管腫」、「胸腺癌」合併の報告はなく、肝血管腫破裂を契機として発見された胸腺癌は非常に稀と考えられた。肝血管腫破裂の頻度については稀で症例報告数が少ないが、Jainらの報告では1~4%とされ、Chenらは肝細胞癌や転移性肝腫瘍なども含めた肝腫瘍の自然破裂は2.9%と報告している。本症例では疼痛の原因として、肝血管腫破裂を第一に疑ったため、胸腺癌の発見が困難であった。他部位に疼痛が出現した時点で、肝血管腫以外の原因検索も必要であったと考えた。貴重な症例を経験した1例を報告とした。

肝血管腫, 胸腺癌

日本医科大学千葉北総病院 消化器内科¹⁾,
日本医科大学付属病院 消化器・肝臓内科²⁾,
日本医科大学多摩永山病院 消化器科³⁾,
大野弘貴¹⁾, 藤森俊二¹⁾, 三井啓吾²⁾, 田中 周²⁾, 辰口篤志²⁾,
米澤真典¹⁾, 馬來康太郎³⁾, 佐藤 航³⁾, 秋元直彦³⁾, 西本崇良¹⁾,
大森 順²⁾, 梅田隆満²⁾, 片岡宏章³⁾, 高木信介³⁾, 岩切勝彦²⁾

症例は78歳、女性。当院産婦人科で10年前に膣癌に対し、放射線同時化学療法(RT50Gy+RALS×3, CDDP 50mg×5)を受け、後に放射線性直腸炎による消化管出血を発症し、拡張血管性病変に対してAPCを用いた内視鏡的止血術を行った既往がある。消化器内科で放射線性直腸炎、貧血に対して外来で経過観察していた。今回、Hb6.0g/dlと貧血の進行と黒色便を認め、消化管出血の疑いで当科へ入院となった。入院後、出血源確認目的に上部内視鏡を行ったが明らかな出血性病変を認めなかった。下部内視鏡では歯状線周囲にAPC焼灼瘻痕、新生血管の残存を認めたが、貧血の責任病変とは考えにくいものであった。その後、小腸を出血の責任病変の部位として疑い、経肛門的にダブルバルーン内視鏡(DBE)を行った。癒着のため挿入は困難で、小腸挿入長は20cm程度となった。回腸の絨毛は大小不揃であり放射線性小腸炎として矛盾しない所見であった。DBE到達最口側から行った腸管造影では、癒着によるものと考えられる固定された腸管を認めるのみであった。DBEにおける全小腸観察が困難であったため、カプセル内視鏡(CE)を行った。骨盤内小腸の炎症は著明で潰瘍瘻痕が散見され、狭窄傾向も認められた。各検査結果から貧血の原因は骨盤内小腸を主とした放射線性腸炎による出血によるものと診断した。低残渣食、鉄剤内服により貧血は改善し、顕性出血も認めなくなったため外来で経過観察の方針となった。本症例において、CEにより放射線性小腸炎の診断に至り、比較的明瞭なCEによる内視鏡画像が得られたので報告をする。

カプセル内視鏡, 放射線性小腸炎

日本医科大学付属病院 消化器・肝臓内科¹⁾,
日本医科大学付属病院 高度救命救急センター²⁾,
同 安全管理部 感染制御室³⁾,
国立感染症研究所 細菌第一部⁴⁾,
門馬絵理¹⁾, 葉山惟信¹⁾, 宇田川愛実¹⁾, 田邊智英¹⁾, 大久保知美¹⁾,
新井泰央¹⁾, 岩下 愛¹⁾, 糸川典夫¹⁾, 張本滉智¹⁾, 金子恵子¹⁾,
厚川正則¹⁾, 川本智章¹⁾, 高橋 慶²⁾, 瀧口 徹²⁾, 横堀将司²⁾,
横田裕行²⁾, 根井貴人³⁾, 小泉信夫⁴⁾, 岩切勝彦¹⁾

症例は50歳代男性。数日前からの発熱、下痢を主訴に前医を受診し、採血にて高度の肝・腎機能障害を認めたため、当大学付属病院高度救命救急センターへ転院搬送となった。理学所見では著明な黄疸を認めた。当院来院時の採血WBC 8200/μL, plt 1.0/μL, AST 233IU/L, ALT 115IU/L, T-Bil 10.2mg/dL, D-bil 8.2mg/dL, BUN 126.0mg/dL, Cre 8.25, CRP 10.0mg/dL, HCV-Ab陽性であり、炎症反応高値と黄疸、腎機能障害、血小板著明低値を認めた。腹部単純CTでは肝腫大は認めず胆管の拡張は認められなかった。当初は急性肝炎や播種性血管凝固症候群などが鑑別に考えられたが、血小板著明低下に比し凝固因子低下なく線溶系マーカー上昇がみられない点や腎機能障害合併などを考慮し、Weil病が考えられた。詳細な病歴聴取をしたところ、一般廃棄物運搬業に就労しておりネズミとの接触もありえた環境とのことであった。レプトスピラ抗体の試薬は販売中止となっていたが、疑わしいと考えられ国立感染症研究所に血清PCR検査を依頼した。治療経過としては第1病日よりCTXを開始し、第4病日に依頼した血清よりレプトスピラ鞭毛DNA検出と結果が出たため、同日より抗菌薬をABPCへ変更した。入院時より行っていた持続血液濾過も第6病日には離脱となり、以後順調に経過し第17病日に軽快退院となった。東京都においてレプトスピラ症は比較的稀な疾患であるが、重篤であり死亡例の報告もある。原因不明の肝・腎機能障害、血小板減少を認めた場合はレプトスピラ症も念頭に置き、速やかに病歴聴取をして診断に至ることが重要と考えられた。

Weil病, レプトスピラ

地方独立行政法人 総合病院 国保旭中央病院
久田浩之, 志村謙次, 糸林 詠, 紫村治久, 中村 朗,
窪田 学

【背景】

化膿性門脈炎はまれな疾患ではあるが死亡率は高く画像精度の向上に伴い症例報告が増加している。原因疾患は腹腔内感染症で合併しうが虫垂炎による化膿性門脈炎の報告が最も多い。今回我々は虫垂炎に伴う化膿性門脈炎を標準的治療にLVFX内服で治療し得た1例を経験したので報告する。

【症例】

双極性障害がある60歳男性。ふらつきで201X年12月上旬にふらつきで前医を受診された。薬剤性と診断されてクロロプロマジンの減量を指示された。その後も改善乏しく意識レベルも低下したため201X年12月中旬に他院に救急搬送されてDICの診断で当院紹介受診となった。受診時の体温は39℃で経過中に腹痛は明らかでなかった。採血検査ではWBC 11100/μL, CRP 45.58 mg/dlと炎症反応の著明な上昇とPlt 3.6万/μL, FDP 72.8 μg/ml, Fib 698 mg/dl, PT-INR 1.53と著明なDIC傾向を認めた。腹部造影CTでは虫垂横径11 mm大に腫大と周囲の脂肪織濃度の上昇を認めたが虫垂壁の欠損や膿瘍形成は認めなかった。門脈左枝, 前区域枝に血栓を認め肝S4と外側区域に低吸収域を認めた。以上より虫垂炎に伴う化膿性門脈炎, 肝膿瘍と診断した。TAZ/PIPC 6.75 g/day + CLDM 1200 mg/day + LVFX 500 mg/day(内服)で加療開始とした。血小板の低下を認めたためヘパリン導入は行わなかったが, DICを脱した第9病日よりAPTT50-70を目標にヘパリン投与を開始とした。第23病日に肝膿瘍に対して経皮経肝ドレナージを施行した。造影CTで虫垂周囲の脂肪織濃度改善と肝膿瘍の消失を認めた第57病日に経皮経肝ドレナージを抜去した。徐々に解熱傾向を認め造影CTで門脈血栓の残存は認められたが器質化した血栓と考え第80病日に抗菌薬を終了とした。

【考察】

門脈炎は感染巣の小静脈の血栓性静脈炎がより大きな静脈への血栓性静脈炎への進展を引き起こし門脈への敗血症性血栓性静脈炎を引き起こすことで発症する。死亡率は30%以上と現在でも予後不良である。今回, 虫垂炎に伴う化膿性門脈炎を標準的治療にLVFX内服で治療し得た1例を経験したため, 若干の文献的考察を含めて報告する。

門脈炎, 虫垂炎

がん・感染症センター都立駒込病院 消化器内科¹⁾,
同 内視鏡科²⁾

伊藤公美¹⁾, 菊山正隆¹⁾, 来間佐和子¹⁾, 千葉和朗¹⁾, 神澤輝実¹⁾, 高雄成¹⁾, 柴田理美¹⁾, 田畑拓久²⁾, 大西知子¹⁾, 荒川丈夫²⁾, 門馬久美子²⁾, 小泉浩一¹⁾

【背景】膵漿液性嚢胞腫瘍(Serous cystic neoplasm; 以下, SCN)の悪性化は1%程度と少なく経過観察されることが多い。しかし, 有症状例や他のmalignant potentialを有する膵腫瘍との鑑別が困難な場合には手術適応となる。膵嚢胞の経過観察中に黄疸を自覚し, 画像所見で下部胆管の狭窄を認めたため手術を施行しSCNの診断となった1例を経験したので報告する。【症例】74歳男性。65歳時に膵嚢胞を指摘され経過観察されていた。74歳時に尿黄染を自覚し, 採血で直接ビリルビン2.7 mg/dlと上昇を認めた。MRIで膵頭部に45 mm大の造影増強効果を有する多房性嚢胞性腫瘍を認め, 膵内胆管は狭窄し上流側の胆管拡張を認めた。ERCPの膵管造影ではCTやMRIで指摘された嚢胞性病変は描出されず, 膵管との交通がないと考えられた。SCNによる胆管狭窄または下部胆管癌が疑われ, 幽門輪温存膵頭十二指腸切除術が施行された。病理の結果はSCNであった。胆管狭窄の原因は腫瘍が下部胆管壁を粘膜下から押し上げるように圧排し, 一部で壁への浸潤を認めた。【考察】SCNは比較的稀な疾患であり, 多くは良性の経過をたどるため明確な手術適応は確立されていない。他の併疾患との鑑別困難な場合, 腫瘍による圧排により症状を有する場合, 腫瘍サイズが大きいか増大する場合には手術を検討する必要がある。本症例は胆管壁への浸潤所見を病理組織学的に認めた点において特異的である。

膵漿液性嚢胞腫瘍, 胆管浸潤

東京都立多摩総合医療センター 消化器内科
渡邊昌人, 藤木純子, 堀家英之, 荒井克大, 片岡史弥, 岡口修平,
武市瑛子, 田中志尚, 栗原正道, 前田 元, 山形 亘, 関岡悠子,
下地耕平, 中園綾乃, 吉岡篤史, 井上 大, 小倉祐紀,
並木 伸

【症例】45歳男性。【現病歴】腹痛と背部痛を主訴に当院救急外来を受診した。総胆管結石による急性胆管炎と診断し緊急でENBDを施行した。胆管炎改善後, 内視鏡的胆道結石除去術を施行し退院となった。約2ヶ月後のMRCPで胆管内に残石が疑われたため, 再度ERCP施行目的に入院となった。【経過】ERCPでは胆管内に小結石と胆泥を疑う淡い造影欠損像を認めたため, 結石除去用8線バスケットカテーテルで結石除去を試みたが, 嵌頓を生じた。バスケットカテーテルを肝門部に押し上げて嵌頓解除を試みたが解除されなかった。バスケットカテーテルを手元で切断し, 外筒を抜いてガイドワイヤーのみとすることで, 鉗子口のスペースを確保した。その脇から10mm乳頭拡張用バルーンカテーテルを挿入し乳頭を拡張した。それでも嵌頓は解除されなかったため, 碎石用4線バスケットカテーテルを用いて8線バスケットごとと碎石した。4線バスケットカテーテルの外筒を8線バスケットのワイヤーに通すことで, 軸を保持し嵌頓を解除することに成功した。術後経過は良好で第5病日に退院となった。【考察】バスケット嵌頓は, 解除に難渋するケースもあり, 結石除去時には嵌頓を避けるべく慎重に手技を行う必要がある。本症例では, EST後であったため, 結石除去用8線バスケットを用いて結石除去を試みたが, 処置中にバスケット嵌頓を起こした。バスケット嵌頓に関しては, 結石を外すことができない場合, エンドトリプターを使用する方法が一般的である。しかし, 結石除去用のバスケットのワイヤーは強度がないため, 断線し体内に残留する可能性があり推奨されない。ESWL, 電気水圧衝撃波破砕術(EHL)を用いた報告もあるが, コスト面の問題や器具の準備の煩雑さの問題もある。今回, 我々は結石除去用のバスケットカテーテル使用時の嵌頓において機械的碎石術を行うことで嵌頓を解除し得た1例を経験したので報告する。

バスケット嵌頓, ERCP

NTT 東日本関東病院 消化器内科¹⁾,

横浜市立大学付属病院 肝胆膵消化器病学²⁾

小山裕司¹⁾, 藤田祐司¹⁾, 石井 研¹⁾, 久富勲太郎¹⁾, 窪田賢輔²⁾, 松橋信行¹⁾

【背景・目的】Tokyo Guideline 2018では急性胆嚢炎におけるドレナージ治療の第一選択は経皮経肝胆嚢ドレナージ(PTGBD)となっているが近年EGBSや超音波内視鏡下胆嚢ドレナージ法(EUS-GBD)といった内視鏡治療の報告が増加している。今回胆嚢炎に対しEGBSにより加療後2年の経過で巨大総胆管結石が発見し, 結石除去に難渋した1例を報告する。【症例】80歳代女性【現病歴】2016年2月, 胆石性胆嚢炎に対しEGBS施行。C型肝炎のフォローで施行したMRIで巨大総胆管結石を認め結石除去目的に入院となった。【経過】ERCPを施行しバスケットカテーテルで結石除去を試みたが, ステントに巻き付くような非常に長い結石のため, バスケットで把持出来ずENBD留置のみで終了した。ESWL3回施行した後にSpyGlassを用いてEHLで結石を破砕しながら結石除去を行った。残存結石に対して行った次のセッション(3回目)で完全結石除去に成功した。【考察】急性胆嚢炎は胆嚢局所に発生する限局的な炎症性疾患であるが, 治療が遅れ重症化するや敗血症や多臓器不全になる恐れがあり早期治療の介入が必要である。奥田らは, PTGBDを抜去するとその半数例に胆嚢炎を再発すると報告している。そのため, 高齢者に対し永久内瘻としてのステントを留置する需要が高まりつつある。しかし, 永久内瘻を行なった場合の長期の治療成績に関しての報告は少なく, どのような選択肢が望ましいかは未だ不明確である。また, 医中誌にて「EGBS, 巨大総胆管結石」のキーワードで過去の文献を検索したが, 同様の報告は認められなかった。当院では急性胆嚢炎に対しEUS-GBDをドレナージの第一選択としており, 現在までのところ良好な成績を得ている。今回の症例を念頭におき, 今後胆嚢炎のドレナージ法に関してさらなる検討を行っていく。【結語】永久内瘻目的のEGBS後2年で発生した巨大総胆管結石の1例を経験したため現在の胆嚢炎治療における当院のコンセンサスを加え報告する。

巨大総胆管結石, EUS-GBD

東京女子医科大学 消化器病センター

生形 盟, 出雲 渉, 樋口亮太, 谷澤武久, 植村修一郎, 長嶋洋治, 山本雅一

【はじめに】膵内分泌腫瘍の特徴として、内分泌幹細胞を発生母地とするため、主膵管への変化は起こりにくいとされている。今回、主膵管穿破を伴う非機能性膵内分泌腫瘍の1例を経験したので報告する。

【症例】症例は68歳女性。2013年、家族歴と下垂体腫瘍、副甲状腺機能亢進症の既往により、MEN1型と診断された。2017年5月、膵頭部腫瘍を指摘された。造影CTでは、膵頭部に早期濃染する腫瘍(25×17 mm)があり、尾側主膵管拡張(7 mm)を認めた。MRIでも、膵頭部腫瘍と主膵管拡張を認めた。オクトレオスキャンシンチグラフィでは、膵頭部に一致して集積を認め、他部位には異常集積は認めなかった。腫瘍マーカーは、すべて正常範囲内であり、腫瘍によるガストリン、インスリン等のホルモン産生は認めなかった。

非機能性膵内分泌腫瘍の診断で、幽門輪温存膵頭十二指腸切除術を施行した。

術後病理組織学的検査では、腫瘍が、膵実質から主膵管へ穿破し、主膵管内を占拠していた。免疫染色は、ChromograninA (+), Synaptophysin (+), SSTR2a (+), 核分裂像 2/10HPF, Ki-67: 5%であった。最終診断はNET G2, pT2, pN0, pM0, pStage II (WHO 2017)であった。術後経過は良好であり、2ヶ月無再発生存中である。

【まとめ】非常に稀な主膵管穿破を伴う、膵内分泌腫瘍の1例を経験したため若干の文献的考察を加えて報告する。

膵内分泌腫瘍, NET

草加市立病院 消化器内科

磯崎 岳, 小橋健一郎, 岡田理沙, 山崎友裕, 戸田晶子, 今城眞臣, 鎌田和明, 矢内常人

【症例】35歳男性【主訴】腹痛【現病歴】2009年腹痛を主訴に当院を受診し、急性膵炎と診断された。当初原因としてアルコール性を疑い禁酒を指示したが、以後も膵炎を発症し入院を繰り返した(2012, 2014, 2016年)。最終入院時のMRCPでSantorini管がやや太く描出されており、膵管癒合不全による反復性膵炎を疑い、診断的治療としてERPを施行する方針とした。主乳頭、副乳頭からの造影では、Wirsung管とSantorini管は直接癒合しておらず細い分枝を介して交通していた。膵管不完全癒合と診断し、内視鏡的副乳頭切開術を施行の上、膵管ステントを留置した。明らかな有害事象なく第8病日に退院となり、ステントは3か月後に抜去した。その後13か月後の現在に至るまで膵炎再発を認めていない。【考察】膵管癒合不全は、本邦では剖検例の1%程度に認められ、多くは無症状である。5%未満の症例で急性膵炎、慢性膵炎などを発症する。主導管となる副乳頭の開口部が小さいため膵管内圧が上昇しやすく、膵炎をきたすと考えられる。膵管癒合不全に対して副乳頭切開術を施行し、膵炎再発を予防し得た症例を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

膵管癒合不全, 膵炎

東海大学 医学部 消化器外科

石井 晶, 二宮大和, 谷田部健太郎, 山本美穂, 數野暁人, 小柳和夫, 中郡聡夫, 貞廣荘太郎, 小澤壯治

【はじめに】特発性食道破裂は、1724年にオランダのHerman Boerhaaveによって最初に報告され、食道に随伴疾患がなく通常の食道壁に発症した食道壁全層の損傷と定義されている。初診時の正診率は30~50%で、死亡率は7.9~30%とされており、特に治療まで24時間以上経過している症例では致死率が高いと報告されている。今回我々は、比較的早い段階で診断し、一次的な縫合閉鎖を行うことで良好な経過を得た特発性食道破裂の一例を経験したので報告をする。【症例】63歳、男性。多量のアルコールを常飲(ウイスキー水割り×4杯/日)していた。入院2か月前から食欲低下を自覚していたが飲酒は継続していた。入院当日の早朝に嘔吐を契機に胸痛の出現があり他院に救急搬送され、特発性食道破裂の疑いとなり同日当院に転院搬送となった。身体所見上、左呼吸音の減弱と腹部膨満を認め、胸部レントゲンでは縦隔気腫と左肺野の透過性低下を認めた。胸部造影CTでは縦隔気腫及び、左側優位の胸水を認めた。食道造影では胸部下部食道左壁より造影剤の胸腔内への漏出は認められた。以上より胸腔内穿破型の特発性食道破裂と診断し食道穿孔部縫合閉鎖術、開胸洗浄ドレナージを施行した。術後は特記すべき併症はなく経過したが、ADLの低下を認めたため術後42日にリハビリ目的の転院となった【考察】特発性食道破裂は発症からの治療開始時間が予後を大きく左右する一方で、初診時の正診率は高いとはいえず、適切な問診と画像診断が重要とされる。本症例ではアルコール多飲のエピソードや嘔吐後の発症といった病歴から同疾患を疑い、発症12時間以内の比較的早期に診断及び、外科的治療に介入することで良好な経過が得られた。

食道破裂, Boerhaave症候群

東京通信病院 消化器内科

岡崎可弥子, 古谷建悟, 安部佑里恵, 江崎珠里, 高岡真哉, 加藤知爾, 大久保政雄, 小林克也, 関川憲一郎, 光井 洋

【症例】77歳男性【主訴】下腹部痛【現病歴】X年3月頃から間欠的な下腹部痛を自覚。4月4日当科を受診し、腹部単純X線と採血で特記所見なく帰宅。4月5日から腹痛が持続痛となり、少量の経口摂取でも臍周囲に激痛をきたすため4月9日に再診。症状が強く、飲水困難によると思われる腎前性腎機能障害も認められたため同日緊急入院となった。【既往歴】気管支喘息(プレドニゾロン(PSL)5mg内服中)、好酸球性副鼻腔炎、高血圧、脂質異常症、高尿酸血症。【入院時現症】身長163cm、体重78kg(BMI 29.3)。体温36.8℃。腹部は平坦・軟だが、臍周囲の広範に圧痛を認める。反跳痛なし。【検査所見】採血: WBC 6,700/μl(好酸球7.9%)、BUN 27.2 mg/dl、Cre 1.48 mg/dl、CRP 0.09 mg/dl、IgE 47 mg/dl。腹部骨盤CT: 消化管に特記所見なし。腹水も認めず。上部消化管内視鏡: 食道に特記所見なし。胃穹隆部から体部のほぼ全周に斑状発赤粘膜炎が散在。十二指腸にも発赤・びらんが多発。下部消化管内視鏡: 背景粘膜は正常で、炎症性変化は認めず。【入院後経過】背景疾患より好酸球性胃腸炎の可能性を考えた。入院後は絶食・補液・PPI内服とし、下腹部痛にはベンタゾシンの点滴で対応した。入院4日目に病理結果が帰着し、胃及び十二指腸粘膜に20個以上/HPFの好酸球浸潤を認めた。好酸球性胃腸炎の診断基準を満たしており、入院5日目よりPSL内服を40mg/日に増量し、以降腹痛は改善した。入院10日目から食事を開始し、入院12日目より上部消化管内視鏡で胃と十二指腸の発赤は著明に改善しており、今後PSLは漸減予定である。なお、腎機能障害も補液にて改善した。【考察】好酸球性胃腸炎は比較的稀だが、近年増加傾向がみられる疾患である。アレルギー性素因のある患者の腹痛においては、本疾患を鑑別に考える必要がある。本症例はPSL 5mg内服下で発症しており、今後は漸減過程での再発に注意するべきと考えられた。

好酸球性胃腸炎, 気管支喘息

日本医科大学武蔵小杉病院 消化器内科¹⁾
日本医科大学付属病院 消化器・肝臓内科²⁾
中村 拳¹⁾, 阿川周平¹⁾, 新井泰央¹⁾, 山脇博士¹⁾, 小高康裕¹⁾,
植木信江¹⁾, 二神生爾¹⁾, 岩切勝彦²⁾

【背景】これまで我々はFD患者の中に膵酵素異常を伴う難治性心窩部痛患者が一定数存在しており、早期慢性膵炎患者(Early Chronic Pancreatitis:ECP)が含まれていることを報告してきた。しかしECPの診断には超音波内視鏡(EUS)によるスコア化が必要とされており、より侵襲性の少ない検査方法が望まれている。今回われわれはECP患者とFD患者の鑑別診断における胃排出能検査の有用性を検討し、興味深い知見を得たので報告する。(方法)難治性心窩部痛患者(n=83)に対して腹部CTあるいは腹部MRI検査を行い、異常を認めない患者に対して各種膵酵素を測定した。膵酵素異常を伴う心窩部痛患者(FD-P群)(n=41)に対してEUSを行った。胃排出能は13C-acetateを用いた呼吸試験(90分法)によりTmax, T1/2, AUC5, AUC15を測定した。消化器症状はGSRsを用いてスコア化した。慢性膵炎ガイドラインに基づきEUSのスコアを7項目につき評価判定とした。(結果)ECP群(n=15)、FD-P群(n=27)、FD患者(n=42)のGSRs値は2.19、2.65、2.64であり、3群間に有意差を認めなかった。またSRQ-D値もそれぞれ9.47、10.8、11.3であり有意差を認めなかった。ECP群とFD-P群の膵酵素異常を来している割合は、p-amylase (78%, 80%), lipase (37%, 53%), elastase-1 (11%, 13%), trypsin (78%, 80%), PLA2 (11%, 33%)でありトリプシンで有意に多かった。またTmax値とT1/2値はECP群(55.9±1.47, 86.0±3.62)、FD-P群(54.4±2.09, 82.5±3.65)、FD群(62.9±4.46, 107.0±13.0)であり、3群間に有意差はなかったが、AUC5値は24.5±1.81, 24.0±1.57, 19.8±1.02であり、ECP群とFD-P群、ECP群とFD群間に有意差を認めていた。AUC15値においても同様にECP群はFD-P群に比較し早期胃排出能尤進を認めた。(結語)ECP群では早期胃排出能尤進を認め、今後さらなる検討が望まれる。

早期慢性膵炎, 機能性ディスペプシア

杏林大学医学部付属病院 総合研修センター¹⁾
杏林大学 医学部 第三内科²⁾, 同 病理学教室³⁾
鍛冶諒介¹⁾, 川村直弘²⁾, 萩原良太²⁾, 菊地翁輝²⁾, 渡邊俊介²⁾,
關里和²⁾, 佐藤悦久²⁾, 西川おこり²⁾, 森 秀明²⁾, 久松理一²⁾,
下山田博明³⁾, 船田さやか³⁾, 柴原純二³⁾

【症例】70歳の男性。糖尿病のため近医で加療中。突然の嘔吐を主訴に近医を受診し、イレウス、腹腔内腫瘍の診断で当科を紹介受診した。既往歴：5年前に膀胱癌・前立腺癌にて膀胱・前立腺全摘、尿路変更術。術後再発はなく、1年前のCT検査では腹腔内に腫瘍性病変は認めなかったが、右肺門部腫瘍を指摘された。家族歴：特記事項なし。身長164cm、体重45kg、意識清明。貧血、黄疸なし。表在リンパ節触知せず。心肺異常所見なし。腹部は平坦、弾性硬。腸蠕動音亢進。上腹部に15cm大の弾性硬な腫瘍を触知し圧痛あり。肝脾触知せず。腹水なし。血液・生化学検査では白血球22,700、BUN 47.5IU/L、Cr 2.67mg/dl、グルコース262mg/dl、HbA1C 6.8%と糖尿病とstage 4の慢性腎障害を認めた。CEA 5.5ng/ml、可溶性IL2レセプター1620IU/Lと軽度上昇。腹部超音波検査で左上腹部に157×83mm大の境界明瞭な充実性腫瘍を認め、内部はやや不均一で高輝度を呈し、ドプラでは内部に線状の血流シグナルを認めた。周囲臓器との連続性はなく、呼吸変動があり腸間膜由来の腫瘍を疑った。また左水腎症を認めた。腹部単純MRI検査では、同腫瘍は境界明瞭、内部は不均一で、筋組織と同等の信号を呈した。拡散強調で異常信号なし。以上から腸間膜由来の腫瘍でGISTを鑑別診断とし、当院消化器外科で腫瘍摘出および空腸部分切除術を施行した。切除検体は腸間膜に17×14×11cm大の薄い線維性の被膜に覆われた境界明瞭な卵円形の腫瘍で、空腸内腔への突出はなかった。腫瘍の剖面は乳白色調で交錯する束状の模様を呈し一部線り状であった。組織学的には腫大した類円形核、淡好酸性の細胞質を有する腫瘍細胞が増殖し、脂肪組織及び血管が豊富に介在している所見を得た。CD99(+), Bカテナンの核内集積がみられ腹腔内デスマイドと診断した。術後再発所見はなかったが肺腫瘍からの出血で術後4ヶ月後に死亡した。(結語)腸間膜デスマイドは家族性腺腫様ポリーポシスに合併する頻度が高いが、本例では背景疾患なく発症し約1年で急速に増大した1例を経験したので文献的考察を加え報告する。

デスマイド, イレウス

東京医科大学 消化器内科
川内結加里, 秋山慎太郎, 福田将義, 鈴木康平, 竹中健人,
鬼澤道夫, 北畑富貴子, 村川美也子, 新田沙由梨, 藤井俊光,
岡田英理子, 中川美奈, 柿沼 晴, 長堀正和, 大塚和朗,
渡辺 守

【背景】クローン病(CD)における重篤な下部消化管出血の合併頻度は0.6%から4.0%といわれている。また、消化管出血のリスクとなるCDの特徴は不明である。我々は、回腸回腸瘻から大量出血を来した小腸型CDを経験したので報告する。【症例】28歳、男性。主訴は、血便。22歳時、貧血を伴う大量の血便を認めた。回盲弁から口側20cmまでの内視鏡観察で、回腸に縦走潰瘍を認めたため、小腸型CDと診断し、メサラジンを開始した。23歳時、MREC (MR enterocolonography)とバルーン内視鏡検査の結果、回盲弁から40cmの部位に潰瘍を伴う回腸回腸瘻を認めた。血液検査でCRP 0.3-0.5mg/dlと炎症所見を認めたため、成分栄養療法とアザチオプリンを追加し、1年毎に画像検査を行った。その後3年の経過で、回腸回腸瘻の潰瘍は癒着化し、CRPも陰性化した。しかし、27歳時にCRPが陽転化し、28歳時、大量の血便と貧血の進行(Hb16.2g/dl→8.8g/dl)を認めたため、精査加療目的に入院となった。入院時、循環動態は安定しており、Dynamic CTでは、腸管内に造影剤の血管外漏出はなかった。出血源検索目的に、下部消化管内視鏡検査を施行したところ、大腸全体だけでなく回腸末端にも大量の血液を認めており、回腸回腸瘻からの出血が示唆された。CDの病勢と消化管出血のコントロール目的で、インフリキシマブを導入した結果、血便と貧血は改善した。ところが、その10日後、再度、血便と貧血の進行(Hb7.5g/dl)を認めたため、内科的治療抵抗性の消化管出血と判断し、腹腔鏡下回腸部分切除術を実施した。術中所見では、瘻孔形成部以外にCDによる狭窄は認めず、同病変が出血源と考えられた。術後経過は良好であり、消化管出血は認めずに経過している。【考察】回腸回腸瘻からの大量出血が示唆されたCDを経験した。重篤な出血を来すCD病変の特徴は不明であり、本症例を通じて、我々は、回腸回腸瘻がCDでの消化管出血のリスクになると考察する。

クローン病, 大量出血

自治医科大学附属病院 消化器・肝臓内科
来栖有咲, 矢野智則, 川崎佑輝, 三輪田哲郎, 山本博徳, 大澤博之,
砂田圭二郎, 三浦義正, 坂本博次, 小林泰俊, 竹澤敬人, 井野裕治,
相良裕一, 角田真人, 宮原晶子, 所晋之助

【症例】53歳、男性【主訴】腹部膨満感【既往歴】25歳時に胃潰瘍(幽門胃切徐術B-2再建後)、45歳時に虫垂炎【生活歴】飲酒なし、喫煙なし【アレルギー歴】なし【現病歴】19歳時に小腸大腸型Crohn病と診断され、近年はメサラジン内服のみで自覚症状なく経過してきた。11ヶ月前より狭窄症状が出現し、6ヶ月前から腸閉塞を繰り返すため、4ヶ月前に前医にて経肛門ダブルバルーン小腸内視鏡(DBE)を施行された。下部回腸の狭窄に対しバルーン拡張術を施行されたが、さらに口側にも5cm以上の長い狭窄を認められた。その後インフリキシマブ5mg/kgによる治療を開始したが、狭窄症状が再発し、貧血進行、体重減少(10kg/5ヶ月)もあり、外科的治療が望ましいと判断され、当院紹介となった。【臨床経過】術前精査の経肛門DBEで、回盲弁から口側50-70cmの範囲は変形が強く、70cmの部位に狭窄があり、スコープが通過せず、マーキングクリップを留置した。回盲弁から口側5cmの部位に点墨した。選択的造影では狭窄の口側cmまでしか造影できず、高度狭窄があると考えられた。経口DBEでは、胃空腸吻合部より肛門側44cmに周堤を伴った腫瘍を疑う全周性の狭窄を認め、生検した。選択的造影では肛門側にはほとんど造影剤は流れなかった。スコープ抜去後に腹部圧迫・体位変換することで造影剤がマーキングクリップまで到達することを確認し終了した。生検の病理検査ではadenocarcinomaの診断であった。後日、リンパ節廓清を伴う回腸部分切除術を予定している。【考察】Crohn病の小腸病変は自覚症状なく経過して、高度狭窄を合併することがある。また、慢性炎症を繰り返すことで狭窄部に小腸癌を合併することがあるが、術前診断は難しい。本症例では術前精査の経肛門・経口DBEで小腸癌の合併を術前診断でき、適切な予定術式を選択できた。術前精査のDBEは、切除後の残存小腸の長さを推定できるほか、悪性狭窄の検索に有用である。

クローン病, 小腸癌

虎の門病院 消化器内科

山重大樹, 松井 啓, 岡本陽祐, 落合頼業, 鈴木悠悟, 野村浩介, 田中実美, 小田切啓之, 山下 聡, 菊池大輔, 三谷年史, 飯塚敏郎, 布袋屋修

<背景>ブレドニゾロンと抗TNF α 抗体製剤を併用することで日和見感染症のリスクが増大することが知られている。今回我々は、寛解導入療法中にカンジダ性心内膜炎を合併した腸管型パーチェット病の一例を経験したので報告する。<症例>70代男性。<主訴>血便。<既往歴>>60代より骨髄異形成症候群 Trisomy8はない。ステロイド性糖尿病。<現病歴>>13か月前より腸管型パーチェット病と診断。10か月前からAdalimumab (ADA)により臨床的寛解を維持していた。入院前日より血便をみとめ、緊急入院となった。<入院後経過>入院時血圧101/42mmHg、血液検査にてCRP 7.4mg/dL、Hb 9.0mg/dL。大腸内視鏡検査にてADA効果減弱と考え第7病日よりInfliximab (IFX) 2g開始。効果不十分のため、第32病日よりブレドニゾロン (PSL) 40mg/dayから開始し漸減した。IFXは寛解維持を目的に継続投与した。第56病日にカンジダ血症、カンジダ眼内炎を発生。抗真菌剤の静注および点眼で軽快した。PSL漸減中、第134病日より発熱認め血液培養と心エコーよりカンジダ性心内膜炎と診断。第137病日よりMicafungin、第170病日に疣贅の増大傾向を認めLiposomal amphotericin Bによる治療を開始。その後心エコーでは疣贅の大きさは縮小しないものの弁破壊は認めず、第202病日よりamphotericin Bを経口投与に切り替えた。経過中腸管型パーチェット病の再燃を認め第197病日よりPSL30mgに増量、第231病日に予定していたIFXの投与を中止。経過良好にて第238病日に退院となった。<考察>今回我々は、ADAで効果減弱したMDS合併腸管型パーチェット病に対して、長期的な寛解維持を期待してIFXによる寛解導入療法を行った。しかしながら、効果不十分であったためPSLを併用した。その結果、腸管型パーチェット病は寛解導入が得られたものの、日和見感染症としてカンジダ性心内膜炎を発生した。炎症性腸疾患治療中の日和見感染症として侵襲性カンジダ症を発生した報告は少なく、文献考察を加えて報告する

腸管型パーチェット病, カンジダ性心内膜炎

独立行政法人地域医療機能推進機構 東京新宿メディカルセンター 消化器内科
佐野方美, 木原俊裕, 藤江 肇, 原口 紘, 浅井玄樹, 岡崎明佳, 山川元太, 森下慎二, 松本政雄, 新村和平

【症例】80歳台、男性。両下腿浮腫、呼吸困難主訴に当科を受診した。既往にB型肝炎既感染、8年前に小腸Gastrointestinal stromal tumor (GIST) 切除を施行していた。造影CT検査では23cmの巨大肝腫瘍を認め、腫瘍は低吸収を呈した。腫瘍辺縁は整だが壁は不整に造影され内部壊死と考えられた。腫瘍により下大静脈、右肺は圧排され、また胆管圧迫により軽度の肝内胆管拡張を認めた。その他には腫瘍性病変は認めなかった。MRIではT1強調画像、T2強調画像で高信号を呈し壊死に伴う出血が示唆された。EOB造影では造影CTと同様に、腫瘍壁の不均一で軽度の造影効果を認め、肝細胞相での信号低下は認めなかった。画像所見より肝原発平滑筋肉腫が疑われたが、手術希望なく経過観察となった。4ヶ月後、徐々に黄疸出現し呼吸状態悪化、当科入院となったが第5病日に死亡した。病理解剖にて肝右葉の大部分を占拠する28cmの腫瘍を認めた。免疫染色では α -smooth muscle actinは陽性、desmin一部陽性、c-kit、CD34、HMB-45、STAT6、DOG1は陰性であり平滑筋肉腫と診断した。8年前に切除した小腸GISTの病理組織を再検討したところ、空腸に40mmの紡錘形細胞が錯綜し増殖し核分裂は高倍率10視野中12個認められた。免疫染色ではcaldesmon一部陽性、 α -smooth muscle actinは陽性、desmin一部陽性、CD34弱陽性、c-kit、DOG1は陰性であり平滑筋肉腫の像であった。以前の診断との相違の原因はDOG1などの感度の高い抗体が使用できるような免疫染色が進歩したことが考えられた。【結語】既往の小腸腫瘍の病理組織の再検討により診断に至った平滑筋肉腫の転移による巨大肝腫瘍の一例を経験したため、若干の文献的考察を加えて報告する。

平滑筋肉腫, 免疫染色

横浜市立大学附属病院 消化器内科

丹羽一博, 入江邦泰, 露木 翔, 桑島拓史, 山田博昭, 金子裕明, 須江聡一郎, 佐々木智彦, 近藤正晃, 前田 慎

症例は過去に排便習慣に異常を指摘されたことはない68歳男性。201X年12月に肉眼的血便を自覚したため、前医で下部消化管内視鏡検査を施行したところ、歯状線直上の直腸後壁を中心に25mm大の隆起性病変を指摘され、同病変からの生検の結果Group4、adenocarcinoma疑いであったため、直腸癌疑いの診断で当院外科に紹介された。当院で術前精査目的に再度下部消化管内視鏡検査を施行したところ、既知の隆起性病変は粘膜下腫瘍様の立ち上がり有りを有しており、明らかな上皮性腫瘍を示唆する所見を認めず生検でもやはり腫瘍性変化を認めなかったことから、粘膜下腫瘍の有無評価目的に超音波内視鏡検査 (EUS) を施行する方針とした。EUSでは、周囲との境界は比較的明瞭であり、直腸壁第2、3層が周囲から連続性に肥厚している所見を認め、腫瘍中心部では第1層までの層構造が不明瞭となっていたが、腫瘍辺縁では層構造が比較的保たれていた。また、第2~3層にまたがる部位に嚢胞様エコーを認めていた。既報にある直腸粘膜脱症候群 (MPS) の超音波内視鏡所見と類似していたため、診断目的に超音波内視鏡下穿刺吸引術 (EUS-FNA) およびboring biopsyを施行する方針とした。EUS-FNAの確定診断は得られなかったが、boring biopsyにて間質の線維化、平滑筋増生、上皮過形成を示す反応性変化を認め、粘膜固有層に線維筋症様の変化を認めることからMPSと診断し、経過観察の方針とした。隆起型のMPSはしばしば悪性腫瘍との鑑別が問題となる病変である。MPSのEUS所見に関する報告は少なく、典型的な所見は明らかではないが、今症例では比較的特徴的なEUS所見が診断で有用であった。排便習慣に特に大きな異常なく、他院にて悪性を疑われていたMPSに対してEUSが有用であった一例を経験したため、報告する。

直腸粘膜脱症候群, EUS

筑波大学 消化器内科

加村雄哉, 福田邦明, 小松義希, 山浦正道, 水井恒夫, 長谷川直之, 石毛和紀, 溝上裕士, 兵頭一之介

【緒言】直接型抗ウイルス薬 (DAA) の登場により、C型肝炎の治療率は上昇した一方で、DAA治療後の発癌が問題となっている。【症例】70歳男性。C型慢性肝炎のため近医でフォローされていたが、肝S7に16mmの乏血性結節を指摘され当科紹介。2008年3月腫瘍生検+ラジオ波焼灼術を施行された。病理結果で悪性所見は認められず、外来フォローとなった。2013年9月のGd-EOB-DTPA MRI (以下MRI) で肝S8に肝細胞相で低信号となる5mmの乏血性結節を指摘され、2014年10月に7mmとなるも2015年2月のMRIでも著変はないため、同年5月から11月までC型慢性肝炎に対しDAAs (DCV/ASV) を投与されSVRを得た。2017年6月のMRIでも著変は認められなかったが、10月のMRIで肝S8の結節が突然多血化し20mmに増大し、それまで正常値だったPIVKA2が152 mAU/mlまで上昇した。肝細胞癌と診断し、11月に当院外科にて腹腔鏡下肝S8部分切除施行された。腫瘍径は28mmで中分化型肝細胞癌、非癌部は慢性肝炎の診断であった。【考察】C型肝炎に対するDAA治療後の発癌について議論されているが、治療により発癌は抑えられるという報告が多く、発癌のリスクファクターとしては肝硬変、肝癌の既往が挙げられている。しかし、我々はDAA治療を契機に肝癌が出現し急激に増大したと思われる症例を本例以外にも3例経験した。何れもDAA投与終了後3年未満、2例は初発で乏血性結節が癌化し、1例はラジオ波焼灼術後7年、1例は肝切除術後3年で発症し、急速に増大した。【結語】今回の経験からC型肝炎に対しDAA治療後、少なくとも3年間は腫瘍マーカーと画像検査による定期的なフォローを行い、特に乏血性結節を有する患者については十分な注意が必要であると考えられた。

肝細胞癌, C型肝炎

東京都済生会中央病院 臨床研修室¹⁾, 同 腫瘍内科²⁾, 同 消化器内科³⁾, 同 病理診断科⁴⁾
清水智子¹⁾, 酒井 元²⁾, 青木 優²⁾, 星野 舞³⁾, 林 智康³⁾, 田沼浩太³⁾, 小川 歩³⁾, 上田真裕³⁾, 三枝慶一郎³⁾, 岸野竜平³⁾, 廣瀬茂道⁴⁾, 船越信介²⁾, 中澤 敦³⁾

<症例>49歳女性<主訴>腹痛<現病歴>生来健康であったが、20××年10月より心窩部および右側腹部痛が出現した。近医でプロトンポンプ阻害剤などを処方されるも症状は持続していた。20××+1年7月に職場健診で肝機能異常を指摘され、腹部超音波検査を施行した結果、多発肝腫瘍を認めため、精査目的で同月当院紹介受診した。<経過>体部ダイナミックCT検査にて肝両葉に多発する動脈相で早期造影効果を認め、門脈相でwashoutする多血性の腫瘍と、肝門部および傍大動脈リンパ節転移を認めた。上部下部消化管内視鏡検査ではあきらかな原発巣を認めなかった。入院の上、診断目的に超音波ガイド下経皮的肝腫瘍生検を施行した結果、肝原発神経内分泌腫瘍(小細胞型、MIB-1 index 20%>)の診断となった。切除不能で全身化学療法の適応であったが、肝原発神経内分泌腫瘍(NEC)の標準治療は未だ無く、小細胞肺癌に準じて1次治療として同年8月よりイリノテカン+シスプラチン併用療法(IP)を開始した。同療法を計6コース施行後の治療効果判定の体部CT検査にてRECIST 病勢進行(PD)と判断、20××+2年1月より2次治療としてアムルピシン(AMR)単剤療法を開始し、現在治療継続中である。<結論>肝原発NECを経験した。稀で予後不良な疾患であるが、当院受診後迅速に診断し、治療開始8か月経過後もECOG-PS 0で全身化学療法継続中である。NANETS Consensus Guidelinesによると、消化管由来の転移性NECに対するエトゾロド+シスプラチン併用療法(EP)の奏効率は5割程度とされ、肝原発NECの再発に対しても同様の治療が望ましいとされている。一方、本邦では小細胞肺癌に対してIPがEPよりも優越性を示したことが用いられることも少なくな。消化管由来の転移性NECに対する治療エビデンスも踏まえ、肝原発NECに関する文献的考察を行い発表したい。

神経内分泌腫瘍, 肝腫瘍

日本赤十字社医療センター 消化器内科¹⁾, 同 病理部²⁾, 武蔵野赤十字病院 消化器内科³⁾, 東芝病院 研究部⁴⁾
道下俊希¹⁾, 斎藤明子¹⁾, 谷口博順¹⁾, 本田泰教¹⁾, 加藤光彦¹⁾, 吉田英雄¹⁾, 中田 良¹⁾, 熊坂利夫²⁾, 渡慶豊也³⁾, 新井雅裕⁴⁾, 高橋和明⁴⁾, 三代俊治⁴⁾

E型急性肝炎で、遺伝子型3型は4型に比較し臨床経過が良好とされている。我々はgenotype 3aで経過の遷延した1例を経験したので報告する。【症例】42歳、男性【主訴】掻痒感【既往歴】蜂窩織炎【飲酒歴】ビール350ml×3/週【家族歴】特記事項なし【現病歴】201X年6月全身倦怠感、掻痒感を訴え近医受診。各種ウイルス検査陰性、CT・MRIにて肝胆道系に閉塞所見を認めず、原因不明の肝障害を示した。ウルソを投与されたが経過の遷延と黄疸の増強を認め、発症27日目に精査加療目的で当院に転院。【入院時現症】眼球結膜黄染、右季肋部に圧痛【入院時検査成績】T-Bil 28.1 mg/dL, AST 103 IU/L, ALT 120 IU/L, ALP 540 IU/L, rGPT 47 IU/L, PT 138%, 自己抗体陰性。US・CTで門脈域浮腫状拡大と胆嚢壁浮腫状肥厚を認め、胆管拡張認めず、MRCPで胆管系に異常なし【入院後経過】入院当日、前医でのIgA-HEV陽性が判明しE型肝炎と診断。ウルソを再開するもT-Bil 30.2 mg/dLと上昇し3日で中止、ウイルスは陰性化しSNMC 100mlを連日投与するも肝酵素は100 IU/L以上が持続した。44日目にPT 78%と低下し、自己免疫の関与とステロイド適応を考へて肝生検を施行。組織所見は高度胆汁うっ滞を全域に認める急性肝炎の像であった。以後肝胆道系酵素は漸減し発症69日目に退院した。【考察】黄疸、肝酵素異常の遷延した原因として、病理所見で自己免疫の関与は否定され、DLSTは陰性であったが臨床経過からウルソデオキシコル酸の影響が疑われた。またウイルスの全塩基配列を検討した結果、ウイルス因子の関与も考えられた。【結語】E型肝炎では少なくとも急性期のウルソ投与は慎重にすべきと考える。ウイルス型による臨床経過の差はさらに症例の集積が必要である。

急性肝炎, E型肝炎

慶應義塾大学 医学部 内科学 消化器
阿部絵里香, 宇賀村文, 谷木信仁, チョハクショウ, 伊倉顕彦, 山高果林, 森川 麗, 志波俊輔, 山口晃弘, 中本伸宏, 金井隆典

症例は81歳女性。全身性強皮症(SSc)およびそれに伴う肺高血圧症(PAH)で当院リウマチ内科および循環器内科に通院中であった。20XX年6月の定期血液検査で肝酵素の上昇を指摘され当科を紹介受診したが、同時期に服用を始めたサプリメントの中止後に改善したため、薬剤性肝障害の診断で無治療で経過観察されていた。同年8月末頃より尿の濃染、倦怠感を自覚していた。9月7日にリウマチ内科を定期受診した際に再度肝酵素の上昇(AST/ALT 864/467U/l)を指摘された。黄疸およびPT活性の低下(T-bil 6.7mg/dl, PT% 76%)も認めたことから9月9日に緊急入院となった。入院時よりウルソデオキシコル酸を開始したが、症状および肝酵素の上昇は改善しなかった。鑑別疾患としてうっ血肝や薬剤性肝障害を疑ったが、心臓超音波検査の結果および被疑薬中止後の経過からは否定的であった。各種肝炎ウイルス抗原・抗体検査も陰性であった。入院時に施行した肝生検の結果、肝細胞への形質細胞浸潤、interface hepatitisを認め、抗核抗体陽性と合わせて自己免疫性肝炎(AIH)の診断となった。AIHの重症度は中等症でPSLの適応と考えられたが、本患者は一般に強皮症腎クリーゼ発症のリスクが高いとされる抗RNAポリメラーゼ抗体陽性症例であり、腎クリーゼがPAHの増悪因子となりうることも含め、PSL投与による腎クリーゼ誘発のリスクが懸念された。しかし、肝不全兆候をきたしていたことから、嚴重な血圧モニタリングのもと、AIH中等症に対する初期投与量として十分量のPSL 20mg(0.8mg/kg)/日を9月18日に開始した。PSL開始後、腎クリーゼを発症することなく症状および肝酵素の上昇は改善、肝不全兆候も消失し10月8日退院となった。SScにAIHを合併した症例の報告はPubmedで検索した限り、11例のみであった。SSc患者にPSLを投与する際には慎重な適応判断を要する。今回我々はPSL投与を要するSScに合併したAIHの一例を経験した。稀な合併疾患かつ治療方針の決定に難渋した症例であり、文献的考察を加えて報告する。

自己免疫性肝炎, 全身性強皮症

虎の門病院 肝臓センター
中村 聡, 川村祐介, 粕谷加代子, 芥田憲夫, 鈴木義之, 池田健次, 進藤潤一, 橋本雅司

【はじめに】肝硬変や門脈圧亢進症等を背景として繰り返される肝性脳症や胸腹水の貯留などに対して、内視鏡治療、interventional radiology (IVR: B-RTO, PTO, TIO, TIPS)や外科治療(Hassab手術、直達手術、肝移植)が行われている。直達手術としては、短絡路閉鎖術によって高アンモニア血症の改善と肝内門脈血流の増大による肝機能改善を認めた症例が報告されている。

しかし、本症例のような傍臍静脈から大循環系短絡の報告は少なく、病態に関しても不明な点が多い。

【症例】60歳代 女性

【既往歴】鼠径ヘルニア

【生活歴・家族歴】特記事項なし

【現病歴】当院肝臓センターにてC型肝炎ウイルスの陽性を指摘され、外来でフォロアされていた。X年にはダクラスビルとアソナブレビルによる抗ウイルス療法でSVRを達成し、肝機能の悪化なく外来でフォロアされていた。X年+2年4か月後に下腿浮腫と肝機能の悪化と中等量の腹水の出現を認めた。門脈血流評価のため腹部血管造影検査を施行したところ、門脈から傍臍静脈を介し大腿静脈に向かう短絡路を認め、短絡路結紮術の方針となった。

【入院時身体所見】脳症所見(-)、黄疸(-)、NH3 97 μg/dl, Plt 10.1万/μl, ICG 55%, Child-Pugh score 11点(C)

【経過】短絡路血流減量、および肝血流改善目的で短絡路結紮術を施行した。肝機能は術後4か月後にはChild-Pugh score 8点(B)まで改善し、肝性脳症等の門脈圧亢進症症状なく経過している。

【考察】

今回、我々は、傍臍静脈を流入部として大腿静脈を流出部に短絡する症例に対し、短絡路結紮術を施行して症状の改善をみた1例を経験したので、若干の文献的考察を含めて報告する。

門脈圧亢進症, 肝機能障害

繰り返す急性膵炎を契機に発見され全胃幽門輪温存膵頭十二指腸切除術を施行した十二指腸乳頭部腫瘍の1例

多摩北部医療センター 臨床研修医¹⁾, 同 消化器内科²⁾, 同 消化器外科³⁾
 染谷知恵¹⁾, 四宮 航²⁾, 桐田久美子²⁾, 宮本真由子²⁾, 星川吉正²⁾, 柴田喜明²⁾, 大原弘喜³⁾, 河合陽介³⁾, 小竹 将³⁾, 山田卓司³⁾, 高橋 豊³⁾, 高西喜重郎³⁾, 松本 潤³⁾

【症例】67歳女性【主訴】心窩部痛【現病歴】201×年×月、急性膵炎のため当科に入院。絶食および大量輸液により軽快し、第10病日に退院となった。胆石性膵炎は否定的で、飲酒歴や高脂血症もなく膵炎の原因は不明であった。退院6日後に心窩部痛を主訴に救急外来を受診し、血清アミラーゼ値2580U/Lと著明高値を認め、急性膵炎再燃の疑いで緊急入院となった。【入院後経過】腹部造影CT検査で、膵全体に腫大および膵周囲脂肪織density上昇を認め、急性膵炎(予後因子0、CT Grade 1)と診断した。大量輸液および蛋白分解酵素阻害剤の投与を行い、膵炎は軽快した。繰り返す急性膵炎の原因検索のため、EUS検査を施行したところ、主膵管および胆管の拡張を認めるも閉塞機転となる明らかな腫瘍性病変などは指摘困難であった。後日側視鏡の観察で主乳頭に腫瘍性病変を認め、同部位の生検でadenocarcinomaが検出されたことから、露出腫瘍型十二指腸乳頭部腫瘍と診断した。全身検索後、消化器外科転科し全胃幽門輪温存膵頭十二指腸切除術を施行した。病理組織学的検査では乳頭全体に腫瘍を認め、共通管および膵管内腔を占居するように腫瘍が増殖し膵液流出障害を来したことが推察された。【結語】十二指腸乳頭部腫瘍は黄疸などで発症することが多く、膵炎を契機に発見される症例はまれである。急性膵炎を合併した十二指腸乳頭部腫瘍の本邦報告例をまとめ、本症例に若干の文献的考察を加えて報告する。

急性膵炎, 乳頭部腫

膵管内乳頭粘液性腫瘍(IPMN)を合併した胆管内乳頭状腫瘍(IPNB)の一例

横浜南共済病院 消化器内科
 池田舞子, 吉村勇人, 渡部 衛, 石田彩花, 船岡昭宏, 高原小百合, 飯塚千乃, 中山沙映, 天野仁至, 有馬 功, 西郡修平, 金子 卓, 岡 裕之, 岡崎 博

【症例】77歳女性。【主訴】CT検査異常。【現病歴】20XX年1月、気管支喘息のフォロー目的で単純CT検査を行ったところ、肝S3区域に一部高吸収域を認める径28mmの低吸収域、膵尾部に20mm大の嚢胞性病変を認め、精査目的に当科紹介受診となった。【既往歴】気管支喘息、シェーグレン症候群、甲状腺機能低下症。【臨床経過】MRCPで、肝S3にT2強調画像で高信号の30mm大の嚢胞性病変を認め、内部に中間信号の不整結節を伴い、結節部分は拡散強調画像で高信号であった。総胆管・肝内胆管の拡張は認めなかった。また、膵全体に散在する最大径18mmの嚢胞を認め、主膵管との連続が見られたが主膵管の拡張は認めなかった。同年3月の造影CTで肝S3に内部に造影増強効果を示す乳頭状の壁に充実成分を伴う43mm大の嚢胞性腫瘍を認め、増大傾向であった。内視鏡的逆行性胆道膵管造影(ERCP)ではB3に連続して嚢胞性病変が描出され胆管内乳頭状腫瘍(IPNB)と診断した。また、検査の際に乳頭部は粘液で開大しており、膵管内乳頭粘液性腫瘍(IPMN)と診断した。20XX年4月にIPNBに対して肝外側区域切除を施行した。術後病理所見で、腫瘍は胆管と連続しており充実性部分は円柱状の中程度異型の腫瘍細胞が乳頭状に増殖しており、IPNB(境界病変)と診断した。腫瘍壁に卵巣様間質は認めず、腫瘍細胞の被膜外への浸潤は認めなかった。現在、術後再発なく経過している。IPNBは、肝内外の胆管内に発生する乳頭状腫瘍で胆管癌の前癌・早期癌病変として知られており、形態、表現型がIPMNに類似していることが近年注目されている。今回我々はIPMNとIPNBが併存した一例を経験したので若干の文献的考察を加えて報告する。

IPNB, IPMN

集学的治療が奏効し、conversion surgeryを行った胆嚢癌の一例

杏林大学 外科¹⁾, 同 病理部²⁾, 同 腫瘍内科³⁾
 船越早織¹⁾, 小暮正晴¹⁾, 松木亮太¹⁾, 鈴木 裕¹⁾, 正木忠彦¹⁾, 森 俊幸¹⁾, 阪本良弘¹⁾, 阿部展次¹⁾, 長濱清隆²⁾, 岡野高弘²⁾, 成毛大輔³⁾, 古瀬純司³⁾

【症例】76歳女性【現病歴】他疾患の経過観察中にCTで胆嚢腫瘍を指摘され、紹介受診。【既往歴】子宮頸癌、高血圧、糖尿病、大腸ポリープ【画像所見】CTで胆嚢体部から底部にかけて34mm大の造影効果を伴う広基性の腫瘍あり。総胆管周囲、膵背側および下大静脈背側に12~19mmのリンパ節腫大あり。腹部超音波では胆嚢体部に辺縁不整、内部エコー不均一の血流信号を伴う広基性腫瘍を認めた。【血液検査】CEA 2.4ng/ml, CA19-9 2.0 U/ml。【臨床経過】遠隔転移なく、根治切除可能と判断し手術施行。術中、下大静脈背側と傍大動脈リンパ節をサンプリングし、迅速組織診断にて腺癌の診断であったため、試験開腹で終了した。翌月よりGemcitabine + cisplatin + Nivolumabを用いた化学療法を開始。24週後の評価で原発巣は36%の縮小と各リンパ節の縮小。PRと判断し、conversion surgeryの方針とした。術中、傍大動脈リンパ節と他臓器への転移なし。胆嚢摘出+胆嚢床切除+肝外胆管切除を施行。術中超音波検査では腫瘍は胆嚢底部の胆嚢床側に乳頭状に認め、肝実質との境界は明瞭であった。肝実質は1cmのmarginをとって切除。【切除標本病理所見】腫瘍は97×50mm大の乳頭型かつ結節影隆型であった。組織学的には、腫瘍表層部と内部の一部に壊死がみられるも、腫瘍全体の10%に満たず、Evans grade 1相当であった。またリンパ節転移は認めなかったが、#12c, #13リンパ節には緻密な線維化が認められ、癌消失後の変化として矛盾しない所見であった。【術後経過】術後合併症なく9病日に退院した。術後9ヶ月無再発生中。【考察】全身化学療法後にconversion surgeryを施行した胆嚢癌は長期生存例も存在する。いまだ報告例は少ないため、胆嚢癌に対するconversion surgeryの有効性はcontroversialであるが、本症例は今後の胆嚢癌治療において貴重な一例であると考え、ここに報告する。

胆嚢癌, 集学的治療

閉塞性黄疸を来し診断に苦慮した胆管腫瘍の一例

東海大学医学部付属病院 消化器内科¹⁾, 同 病理診断科²⁾
 佐藤駿介¹⁾, 川島洋平¹⁾, 新聞淑雅¹⁾, 佐野正弥¹⁾, 川西 彩¹⁾, 小川真実¹⁾, 峯 徹哉¹⁾, 平林健一²⁾

【現病歴】症例は81歳、女性。黄疸、褐色尿を主訴に前医受診。閉塞性黄疸ならびにCTで肝内胆管拡張の指摘を受け、精査治療目的に201X年1月当院紹介受診となった。種々画像検索により肝門部から左肝内胆管へ進展する肝内胆管癌が疑われた。ERCP施行し、上部胆管から左肝内胆管に広がる陰影欠損を認めた。同部位より直接生検ならびに胆汁細胞診を施行し、EBD留置後に処置終了とした。しかし、明らかな悪性所見が得られず約1ヶ月後に再度ERCPを施行した。ERCで左肝内胆管の陰影欠損は著変を認めなかった。一方で上部胆管の陰影欠損は縮小し、左右合流部付近で浮動する所見が認められた。総胆管結石の可能性も示唆されたため、乳頭部にESTならびにEPLBDを施し、モノレールクラッシュャーカテーテルで回収に成功した。回収した検体は白色の腫瘍性病変で、病理学的にHepatocellular Carcinomaの診断に至った。手術治療を検討したが、高齢でICG負荷試験43%という結果を受け外科治療は断念し、ソラフェニブ経口投与による治療を開始し、現在経過観察中である。【結語】胆管内進展を来したHCCの一例を経験したので、多少の文献的考察を踏まえ報告する。

閉塞性黄疸, HCC

73 胃全摘後の胆石性肺炎に対して、シングルバルーン内視鏡下ERCPを施行した1例

横浜市立大学附属市民総合医療センター 消化器病センター¹⁾、横浜市立大学 医学部 消化器内科学²⁾、福井涼介¹⁾、三輪治生¹⁾、中森義典¹⁾、三箇克幸¹⁾、戸塚雄一郎¹⁾、廣谷あかね¹⁾、小宮山哲史¹⁾、佐藤 健¹⁾、手塚 瞬¹⁾、合田賢弘¹⁾、杉森一哉¹⁾、沼田和司²⁾、前田 慎¹⁾

【症例】69歳、男性。【既往歴】慢性閉塞性肺炎患(在宅酸素療法)、胃癌(胃全摘術、Roux-en-Y再建)【現病歴】3日前より心窩部痛が出現し、症状が増悪したため、近医を受診。血液検査、画像所見で急性肺炎が疑われたため、当センターへ救急搬送となった。来院時、心窩部に強い自発痛、圧痛を認めた。血液検査では、炎症反応上昇、肝胆道系酵素上昇、膵酵素上昇を認めた。腹部造影CTでは、膵頭部の腫大と周囲の脂肪織濃度上昇、主膵管拡張、胆管拡張、総胆管結石を認め、胆石性肺炎と診断した。また、意識障害(JCS1-2)を認め、重症の急性胆管炎の合併が疑われたため、早急な胆管・膵管のドレナージが必要と考え、緊急シングルバルーン内視鏡下ERCPを施行する方針となった。Short typeのシングルバルーン内視鏡(SIF-H290S)を使用し、盲端部まで挿入したのち、膵管挿管を行い、膿液を吸引した。続いて、Double guide wire法を用いて胆管挿管を行ったところ、10mm大の透亮像を認めた。感染胆汁を吸引した後、胆管ステント、膵管ステントを留置して手技終了とした。処置後、腹部症状、血液検査所見は速やかに改善し、第3病日に食事開始。第7病日にシングルバルーン内視鏡下胆管結石除去術を施行し、第9病日に療養目的に前医へ転院となった。【結語】胆石性肺炎の初期治療は、ERCPによるドレナージ術が推奨されているが、胃全摘後の症例に対する緊急バルーン内視鏡下ERCPの安全性や有効性に関する報告は少ない。今回我々は、胃全摘術後の胆石性肺炎に対して、緊急にSB-ERCPを施行し、治療し得た症例を経験したため、文献的考察を含めて報告する。

胆石性肺炎, ERCP

74 Portal annular pancreasを伴った膵体部痛に対してRAPMSを施行した一例

独立行政法人 地域医療機能推進機構 東京高輪病院 西條大悟、中村真衣、原田庸寛、池田真美、小山広人

Portal annular pancreas (PAP)は膵臓の発生過程により生じる形成異常であり、門脈が膵実質によって輪状に包まれる稀な形態学的異常として報告されている。今回、我々はPAPに対しての順行性脾合併尾側脾切除術(RAPMS)を施行したので報告する。症例は76歳男性、C型肝炎・腹部大動脈瘤フォロー目的に施行された造影CTで主膵管拡張・膵体部に占拠性病変を認めた。膵体部痛に対してRAPMSを施行した。膵臓は門脈を巻き込んで上腸間膜動脈背側まで伸びて輪状となっており、膵臓切離にあたりエンドGIA™トライステーブル™リンフォースカートリッジのブラックを使用し、膵断端は2条となった。断端陰性を確認し、手術終了とした。手術時間7時間38分、出血量230ml。病理では浸潤性膵管癌の所見で、pT3N0M0 stage IIAの診断であった。術後膵液瘻の合併症は認めなかった。PAPの発生頻度は1.14~2.5%とされているが、術中所見で診断されることが多い。本症例も術中に診断されたが、術前CTを確認するとPAPを指摘し得た症例であった。PAPの存在を術前に認識することは術後合併症のリスクを軽減すると考えられ、文献的考察を加え報告する。

Portal annular pancreas, 膵癌

75 膵粘液性嚢胞性腫瘍との鑑別が困難であったsimple mucinous cystの1切除例

東京大学医学部附属病院 消化器内科¹⁾、同 病理部²⁾、同 肝胆膵外科³⁾、同 胃食道外科⁴⁾、岩田祐典¹⁾、齋藤友隆¹⁾、鈴木辰典¹⁾、佐藤達也¹⁾、白田龍之介¹⁾、石垣和祥¹⁾、武田剛志¹⁾、齋藤 圭¹⁾、高原楠昊¹⁾、水野 卓¹⁾、木暮宏史¹⁾、中井陽介¹⁾、阿部浩幸²⁾、田中麻理子²⁾、有田淳一³⁾、島海哲郎⁴⁾、山下裕玄⁴⁾、長谷川潔³⁾、瀬戸泰之⁴⁾、小池和彦¹⁾

【症例】症例は72歳女性。X年4月心窩部不快感を契機に胃痛と診断された。転移検索のため施行したCTで膵尾部に20mm大の単房性嚢胞性病変を指摘された。同年6月当院紹介となったが、CTで同病変は28mm大に増大していた。MRIではT2強調画像で被膜を認め、粘液性嚢胞性腫瘍(mucinous cystic neoplasm: MCN)が疑われた。主膵管との交通は認められず、膵管内乳頭粘液性腫瘍(intraductal papillary mucinous neoplasm: IPMN)は否定的であった。超音波内視鏡検査(EUS)で壁に結節は認めなかった。血清アミラーゼは43U/lとわずかに低値で、CEA/CA19-9は正常であった。単房性でMCNとしては典型的ではないが、増大傾向で尾側膵管の軽度拡張も出現していたため、胃痛に対する胃切除術と同時に膵体尾部切除術を行った。術後の病理組織診断では、嚢胞内面は一層の平坦な高円柱状粘液性上皮で、乳頭状増生は認めなかった。上皮の異型度は軽度であった。嚢胞壁は繊維性に肥厚していたが、卵巣様間質は認められず、免疫染色でもエストロゲン・プロゲステロンレセプターは陰性であった。卵巣様間質を認めない点がMCNとして合致せず、上皮の乳頭状増生を認めない点がIPMNとしても合致せず、最終病理診断はsimple mucinous cystとなった。【考察】膵の粘液産生性嚢胞性腫瘍は、卵巣様間質を有し膵管と交通のないMCNと、拡張した膵管内に上皮の乳頭状増生を認めるIPMNに分類される。しかしながら、本症例はいずれにも合致せず。近年提唱されているsimple mucinous cystに該当すると考えられた。本疾患は中高年女性の膵体尾部に好発し、膵管との交通を認めない点でMCNに類似する。半数以上は単房性であったと報告されているが、術前の鑑別は困難である。低悪性度病変と考えられているものの、約10%に高度異型上皮を認め、半数に膵癌の原因遺伝子の1つとして知られるKRAS遺伝子の変異を認めたこと報告されており、MCNやIPMNと同様に膵癌の前癌病変であると報告できると考えられる。今後の症例集積により、病態や発癌ポテンシャルについて更なる検討が必要と考えられた。

膵臓, 嚢胞性病変

76 正中弓状靭帯による腹腔動脈根幹部狭小化が原因と考えられた膵十二指腸動脈瘤破裂の一例

筑波記念病院 消化器内科¹⁾、同 放射線科²⁾、岩崎友哉¹⁾、添田敦子¹⁾、大塚公一朗¹⁾、岩井健太郎¹⁾、小林真理子¹⁾、越智大介¹⁾、高橋信幸²⁾、鯨岡結賀²⁾、池澤和人¹⁾

正中弓状靭帯による腹腔動脈根幹部狭小化が原因と考えられた膵十二指腸動脈瘤破裂の一例筑波記念病院 消化器内科岩崎友哉1)、添田敦子1)、大塚公一朗1)、岩井健太郎1)、小林真理子1)、越智大介1)、高橋信幸2)、鯨岡結賀2)、池澤和人1)【背景】腹部内臓動脈瘤は全動脈瘤の内0.1~0.2%と稀な疾患で、その中でも膵十二指腸領域の瘤は内臓動脈瘤の約2%を占めるに過ぎない。今回、正中弓状靭帯の圧迫による腹腔動脈根幹部狭小化が原因と考えられた膵十二指腸動脈瘤破裂を経験したので報告する。【症例】50歳代男性【主訴】上腹部痛、嘔気【生活歴】飲酒：1日焼酎水割り3杯+ビール350ml【既往歴】特記事項なし【現病歴】201X年4月中旬、上腹部痛および嘔気を主訴に当院を受診した。身体所見にて筋性防御を認め緊急腹部造影CTを施行したところ、膵鉤部下方の後腹膜腔に高CT値の液体貯留を確認した。後腹膜血腫と診断し入院となった。【入院後経過】入院時のCTで造影剤のextravasationはなく、バイタルサインも安定しており保存的加療の方針とした。入院3日目に施行したCT再検査では正中弓状靭帯による腹腔動脈根幹部狭小化を認め、かつ前方脾アークードにはflow-related aneurysmと考えられる紡錘瘤が明瞭化した。同瘤破裂による出血と診断し、コイル塞栓術を施行した。以後は再出血はなく経過し、軽快退院となった。【考察】最大吸気時に撮影した入院時のCTでは正中弓状靭帯による腹腔動脈根幹部狭小化の所見が不明瞭であったが、再検査CTでは初回検査時と呼吸停止の程度が異なっており、腹腔動脈根幹部の狭小化が明瞭化し、膵十二指腸動脈瘤破裂との診断に至った。同部位の瘤形成は、膵炎・正中弓状靭帯による圧迫・動脈硬化に起因する腹腔動脈根幹部の狭窄などが原因と考えられ、極めて稀な疾患である。文献的考察を含め報告する。

正中弓状靭帯, 膵十二指腸動脈瘤

横須賀市立うわまち病院 消化器内科
芹川直輝, 佐藤晋二, 小宮靖彦, 森川瑛一郎, 秋間 崇,
池田隆明

症例: 83歳、女性。主訴: 発熱、上腹部痛。既往歴: 飲酒・喫煙なし、201X年9月に左被殻出血で当院脳外科に入院。現病歴: 脳出血後遺症(右片麻痺)に対するリハビリ中の10月下旬に、重症急性肺炎を発症した。消化器内科に転科治療し11月中旬には腭酵素、炎症反応は正常化した。しかし、腭周囲に被包化壊死(walled-off necrosis: WON)の合併が認められた。全身状態は安定していたためリハビリ科に転科した。しかし、12月に入り持続する発熱、上腹部痛が出現、抗生剤治療に対する反応性が不良であり消化器内科に再転科した。検査成績: WBC 20500/ μ l, CRP 29.72mg/dl, AST 171U/L, ALT 9U/L, ALP 236U/L, γ -GTP 19, T-Bil 0.71mg/dl, Amylase 27U/L, BUN 10.3mg/dl, Cr 0.33mg/dl。臨床経過: CTスキャンでは、腭周囲に被包化されたWONが認められ、経過から感染性WONが原因の症状と診断した。全身状態から低侵襲の内視鏡的治療の適応と考え超音波内視鏡下ドレナージ(EUS-D)を提案し同意が得られた。このため、経胃的に7FプラスチックステントをWONに2本挿入した。EUS-Dにて炎症所見は一時的に改善したが、CRPは再上昇し腹痛の悪化が認められた。このため必要性やリスクを説明した上で同意が得られたため、瘻孔部をバルーン拡張し、把持鉗子、スナアを用いて計6回のネクロセクトミーを施行した。手技は合併症なく終了し、以降は全身状態および検査データは順調に改善した。考察: 脳出血後のリハビリ中に発症した肺炎後感染性WONに対し、EUS下アプローチによるドレナージおよびネクロセクトミーを施行し有効であった1例を経験した。感染性WONの治療を考える上においてスピードに富む症例と考え報告する。

WON, 超音波内視鏡

日本医科大学千葉北総病院 消化器内科¹⁾,
日本医科大学付属病院 消化器・肝臓内科²⁾,
日本医科大学多摩永山病院 消化器科³⁾
西本崇良¹⁾, 藤森俊二¹⁾, 三井啓吾¹⁾, 田中 周²⁾, 辰口篤志²⁾,
秋元直彦¹⁾, 大森 順²⁾, 佐藤 航³⁾, 高木信介³⁾, 梅田隆満³⁾,
片岡宏章³⁾, 岩切勝彦²⁾

【症例】80歳、男性【主訴】頸部腫瘍、嚥下時不快感【現病歴】6年前に慢性胃炎を指摘され、昨年7月に再検査目的で他院受診。内視鏡検査前の感染症スクリーニングでHIV抗原・抗体検査陽性となり、当院感染症科を紹介受診されHIV感染症と診断された。無症状でCD4>350/mlであることから経過観察されていた。本年4月より頸部腫瘍と嚥下時不快感を自覚され、皮膚科・耳鼻咽喉科・当科紹介となった。【既往歴】70歳前立腺肥大、74歳慢性胃炎、76歳・78歳帯状疱疹【生活歴】同性愛者【検査所見】頸部に紅色斑、丘疹が散在し、一部は腫瘍を形成していた。腫瘍生検のHE染色で真皮上層から下層にかけて紡錘形の細胞(spindle cell)が構状に配列しており、その細胞間隙に赤血球を認め(vascular slits)、カポジ肉腫の典型像が認められた。上部内視鏡検査では、食道中部から下部にかけて発赤が散在し、下部食道に食道カンジダを認められた。胃内にも周囲に発赤を伴う潰瘍性病変が多発しており、一部は隆起を伴う所見を認めた。各所の生検では形質細胞やリンパ球の浸潤や血管拡張、内皮細胞の腫大を認めるのみで炎症変化と判断された。下部内視鏡検査ではBauhin弁からS状結腸にかけて周囲に発赤を伴うびらんや赤色斑状隆起そして中心部に潰瘍やびらんを伴うまだらな粘膜下腫瘍様の隆起が多発していた。生検にて皮膚と同様の所見が認められ、特殊染色ではCD34とD2-40が紡錘形細胞に陽性であった。【臨床経過】皮膚・大腸・下咽頭の病理組織よりカポジ肉腫と診断した。広範囲に病変を認めたため全身化学療法を選択し、Doxil(PLD)を開始した。2コース終了後には皮膚・下咽頭の病変が消失し治療を終了した。その後HAART(Highly Active Antiretroviral Therapy)を開始し、HIVウイルス量の低下とCD4細胞数の上昇を認めた。その後HIV関連疾患の新たな合併は認めなかった。カポジ肉腫の約40%に消化管病変を認め、発生病部位は消化管全域にみられると言われていた。内視鏡検査にて特徴的な所見を認め、皮膚病変と合わせた病理所見にて診断に至った症例を経験したので報告したい。

大腸粘膜下腫瘍, カポジ肉腫

湘南藤沢徳洲会病院 肝胆膵内科
清水 実, 岩渕省吾, 藤川智章

【症例】36歳男性。【主訴】腹痛。【家族歴】特記事項なし。【既往歴】過去9年間に急性胃腸炎疑いで3回、憩室炎疑いで1回の入院歴あり。【現病歴】来院2日前から間欠的な上腹部痛が出現。疼痛のために眠る事もできず、様子を見ていたが、腹痛が更に増強したため当院受診。【経過】来院時37.1度の微熱があり、身体所見では右上腹部から下腹部に強い圧痛を認めた。採血では炎症反応の軽度上昇のみ認められた。腹部造影CTにて、上行から横行結腸にかけて、著明な腸管粘膜浮腫及び周囲脂肪織度上昇を認め、急性胃腸炎の疑いにて入院し、絶食、点滴にて経過観察とした。腹痛の原因検索目的に、第2病日に下部消化管内視鏡を施行した。上行から下行結腸にかけて腸管粘膜の著明な浮腫状肥厚を認めた。発赤・糜爛・潰瘍は認めず、またS状結腸から肛門まで粘膜に異常は認めなかった。腹痛は第3病日にはほぼ消失。食事開始し、腹痛の再燃しない事を確認し、第6病日に退院となる。当院の過去の記録を遡ると、15歳頃より感冒や投薬を契機とした原因不明の腹痛・四肢浮腫の病歴があり、当院では2009年より、原因不明の腹痛や四肢浮腫にて合計14回の受診歴があった。その際の腹部CTや腹部エコーにて、結腸のみならず、胃や十二指腸、小腸にも著明な粘膜浮腫が生じていた。そのため、様々な部位の腸管粘膜や、四肢の皮膚に浮腫を反復的に来す疾患として、血管性浮腫が鑑別診断としてあがった。そのスクリーニング検査として、C1インアクチベーター及びC4を測定した所、基準値以下であり、これまでの病歴と併せて、遺伝性血管性浮腫ガイドライン2014に基づき、遺伝性血管性浮腫と判断した。【結語】遺伝性血管性浮腫は様々な部位に浮腫が生じ、数日で自然消退するため、急性胃腸炎等として経過観察とされる疾患である。しかし喉頭に浮腫が生じた場合には気道閉塞が生じ、急変の可能性がある。そのため、呼吸苦等が生じた場合には、至急で医療機関を受診するよう本人へ徹底する事や、病院側での急変時対応を整備する事等が必要である。

反復性の腹痛, 四肢の浮腫

帝京大学医学部附属溝口病院 消化器内科¹⁾, 同 外科²⁾,
同 産婦人科³⁾, 同 病理診断科⁴⁾, 同 放射線科⁵⁾
網島弘道¹⁾, 佐藤浩一郎¹⁾, 恩田 毅¹⁾, 岡吉宣行¹⁾, 松本光太郎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⁾,
菊池健太郎¹⁾, 安田 一郎¹⁾, 内藤善久²⁾, 谷口桂三²⁾, 山川達郎²⁾,
土屋裕子³⁾, 西井 修³⁾, 高橋美紀子⁴⁾, 川本雅司⁴⁾, 南部敦史⁵⁾

症例: 36歳女性。主訴: 下腹部痛、血便。不妊、月経困難症から子宮内膜症性左卵巣嚢腫、骨盤内膜症と診断され、3年前に当院婦人科にて手術を受け、その後経過観察されていた。不正性器出血を認めるようになったため、MRIを施行され、左卵巣子宮内膜症、子宮体部の癒着と診断され、手術予定となったが、その後も、月経が始まる时下腹痛、血便を認めたため、下部消化管精査目的にて当科紹介となった。下部消化管内視鏡検査を施行したところ、遠位S状結腸に丈の低い粘膜下腫瘍様の隆起を認め、隆起の頂部は陥凹して凝血塊が付着していた。腸管腔は狭小化しており、送気でも壁の伸展はみられなかった。また、超音波内視鏡検査(EUS)では、病変部の壁は肥厚しており、第2層から第5層にかけての層構造が消失し全体に高エコーを呈していた。生検病理の結果は、炎症細胞浸潤を認めるのみで子宮内膜組織は認めなかった。注腸造影検査でも、遠位S状結腸の変形狭窄、鋸歯状辺縁を認めた。臨床経過、検査所見より腸管子宮内膜症を強く疑い手術となった。入院後、当院婦人科にて腹腔鏡下癒着剥離術、子宮内膜病巣切除、卵管切除、外科にて腹腔鏡下腸管子宮内膜症切除を同時に施行された。切除標本における病理組織診断は、腸管子宮内膜症であった。術後経過は良好で、第10病日当院退院となった。臨床経過、内視鏡所見から腸管子宮内膜症を疑い、腹腔鏡下で治療し得た1例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。

腸管子宮内膜症, 月経周期

日本医科大学武蔵小杉病院 消化器外科¹⁾、同 病理診断科²⁾、
日本医科大学 消化器外科³⁾
助川 誠¹⁾、水谷 聡¹⁾、鈴木英之¹⁾、清水貴夫¹⁾、山岸征嗣¹⁾、
渡辺昌則¹⁾、許田典男²⁾、谷合信彦³⁾、吉田 寛³⁾

症例は77歳、女性。2004年、滑膜肉腫の診断で前医整形外科にて左膝下切断術を施行された。術後化学療法を行うも切断部近傍で局所再発を認め、左膝上切断術を施行された。その後再発なく経過していたが、2017年9月のCTで腹腔内再発、肺転移、縦郭転移を認めた。外科治療を希望されなかったため当院腫瘍内科へ紹介され経過観察となっていた。2018年2月、腹腔内再発の急速増大あり当科へ紹介され、本人と相談し手術治療の方針となった。腫瘍は小網内に存在し、膀胱、脾動脈と強固に癒着していたため腓体尾部切除、脾臓摘出術を施行した。病理組織診断では前医の滑膜肉腫再発として矛盾ないものであった。経過良好にて術後15日目に退院とした。滑膜肉腫は四肢、特に膝周囲に好発する多能性間葉系細胞由来の腫瘍である。組織学的に腫瘍組織が正常の滑膜組織に類似していることから、以前は滑膜細胞由来の腫瘍と想定されその名称がついた。滑膜肉腫は全軟部肉腫の6~9%を占める比較的名れな疾患で、15歳~40歳、多くは30歳代の若年成人に発症する。標準治療は手術治療と化学療法であるが、5年生存率は35~50%、10年生存率は10~30%程度と予後不良な疾患である。腹腔内原発の滑膜肉腫は1~8%程度の頻度と報告されているが、本症例のような四肢原発腫瘍切除後の腹腔内再発の報告は、我々が渉猟しえた限り認めなかった。今回我々は、術後長期間経過後に腹腔内再発を認めた滑膜肉腫の1例を経験したので、若干の文献的考察を交えて報告する。

滑膜肉腫、腹腔内再発

北里大学 医学部 消化器内科学¹⁾、
同 新世紀医療開発センター²⁾、同 膠原病・感染内科³⁾
齋藤公哉¹⁾、川岸加奈¹⁾、横山 薫¹⁾、小林清典²⁾、田邊 聡²⁾、
小泉和二郎¹⁾、和田達彦³⁾

【背景】67歳、男性。【主訴】下痢、血便。【現病歴】57歳から右鎖骨痛が出現、63歳にSAPHO症候群と診断された。非ステロイド性抗炎症薬(NSAIDs)では疼痛コントロール不良にて、65歳からメトトレキサート(MTX)、翌年からステロイド剤(PSL)10mg/日が開始された。67歳時に血便が出現、増悪し近医へ入院、潰瘍性大腸炎(UC)が疑われ当院へ転院となった。転院時の大腸内視鏡検査(CS)では左側結腸に深い潰瘍を認め重症UCと診断し、Tacrolimus(Tac)療法を導入した。3週間後には臨床症状は改善し、CS所見では潰瘍は瘢痕化し、粘膜発赤を認めるのみであった。Tac導入2か月後からAzathioprineの併用を開始し、Tacは14週間の投与で中止した。Tac中止4か月後に下痢が出現、UC再燃と判断しTac再導入となった。症状は一時軽快したが、内服中に血性下痢が出現した。CSでは遠位結腸に広範な潰瘍を認めたと、Tacを中止しInfliximab(IFX)療法が導入された。IFX2回投与後に症状は改善したが、IFX4回投与後から症状が再燃、CS所見では、遠位結腸の広範な潰瘍は残存していた。SAPHO症候群に対しMTXとPSLによる長期間の免疫制御療法を継続されており、易感染性のリスクや高齢者であることなども含め外科的治療が施行された。一方、SAPHO症候群については、初回Tac導入後には関節痛が完全に消失し、PSL5mg/日に減量、MTXとNSAIDsは一時中止となった。しかし、Tac中止直後に右鎖骨痛が再燃し、NSAIDsとMTXが再開され、外科的治療施行後は安定している。【結語】SAPHO症候群に対しMTXとPSLによる免疫制御療法施行中にUCを高年齢発症した1例を経験した。

潰瘍性大腸炎、SAPHO症候群

日本医科大学千葉北総病院 消化器内科¹⁾、
日本医科大学付属病院 消化器・肝臓内科²⁾、
日本医科大学千葉北総病院 外科・消化器外科³⁾、
同 病理診断科⁴⁾

吉田祐士¹⁾、厚川正則²⁾、肥田 舞¹⁾、香中伸太郎²⁾、田邊智英²⁾、
大久保知美¹⁾、新井泰史¹⁾、岩下 愛²⁾、糸川典夫²⁾、近藤千紗¹⁾、
川野陽一³⁾、羽鳥 努⁴⁾、藤森俊二¹⁾、岩切勝彦²⁾

【背景】IgG4関連疾患は、血清IgG4高値およびIgG4陽性形質細胞浸潤など共通する病理像を特徴とした全身性疾患である。IgG4関連疾患にみられる肝疾患として、IgG4関連ヘパトパチーやIgG4関連自己免疫性肝炎(IgG4-AIH)があるが、その病態はいまだ明らかではない。【症例】68歳、男性。2型糖尿病で前医通院中、2014年4月に耐糖能の増悪により当院紹介となった。肝機能障害(ASP/ALT 105/106 IU/l)および血清IgG4高値(IgG/IgG4 7020/3070 mg/dl)を認めた。CT検査で胸水の貯留および肺炎像を認め、肝生検および肺生検を施行した。両病理所見ともに、IgG4優位なIgG形質細胞浸潤およびIgG4陽性形質細胞浸潤>10/HPFを認め、IgG4関連疾患肝/肺病変と診断した。肝病理所見では、壊死性の炎症と一部ロゼット形を認めたが胆管病変は認めず、AIH国際診断基準は17点でありIgG4-AIHと診断した。他の肝外病変としては、肥厚性硬膜炎の合併を認めた。免疫抑制剤を導入し経過良好であったが、発症3年後の腹部造影CT検査で肝S8に径50mm大の腫瘍を指摘、肝生検で肝細胞癌と診断し、腹腔鏡下肝部分切除術を施行した。手術検体の背景肝実質では、形質細胞やIgG4陽性細胞はほとんど認めなかった。また、術前に施行した大腸内視鏡検査で直腸癌を認め、腹腔鏡補助下低位前方切除術を施行した。【考察】IgG4関連疾患の肝腫瘍性病変として、炎症性偽腫瘍や肝内胆管癌の発症が知られているが、肝細胞癌との関連は明らかでない。本症例は、IgG4関連AIHを背景に肝細胞癌を発症したと考え得る稀な症例である。また、IgG4関連疾患が悪性疾患のリスク因子であるか否かについても明確な結論は出ていない。症例の蓄積により、今後の病態の解明が期待される。【結語】IgG4関連肝/肺疾患の加療中に肝細胞癌を発症し、外科的切除をおこなった一例を経験したので、文献的考察と共に報告する。

IgG4関連AIH、肝細胞癌

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⁾、同 放射線診断科³⁾、同 病理科⁴⁾
丸木雄太¹⁾、脇岡 範¹⁾、奈良 聡²⁾、前原耕介³⁾、永塩美邦¹⁾、
大場彬博¹⁾、坂本康成²⁾、岸 庸二²⁾、江崎 稔²⁾、近藤俊輔¹⁾、
森實千種¹⁾、水口安則³⁾、平岡伸介⁴⁾、島田和明²⁾、奥坂拓志¹⁾

症例は34歳女性。2年前の検診の腹部超音波(US)検査にて、肝内に多発腫瘍を認め、CT、MRIの精査にて肝血管腫の診断で経過観察となった。経年的に増大傾向にあり、精査目的に紹介となった。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、腫瘍マーカー(AFP、CEA、CA19-9、PIVKA-2)に上昇を認めず、肝炎ウイルスはHBV、HCV共に陰性であった。USでは主に肝表面に接して、10個以上の多発する低~等エコー腫瘍を認めた。ソナゾイド造影では早期相で辺縁優位の造影効果を伴い、遅延相で中心部の欠損像と辺縁に造影効果の残存がみられた。造影MRIではT1強調画像で低信号、T2強調画像では高信号で辺縁よりも内部より高信号であった。造影CTでは辺縁が造影される低吸収腫瘍と認識され、肝両葉に多発していた。上下部内視鏡、胆膵EUSで異常所見は認めなかった。背景肝に慢性炎症を認めず、肝表面に接し、多中心性に発生しており、USでのソナゾイド造影の所見から、第一に類上皮血管内皮腫(Epithelioid hemangioendothelioma: EHE)が考えられた。鑑別として転移性肝腫瘍、肝血管腫が挙げられた。経皮肝生検により、線維性間質に腫大核と好酸性胞体を有する腫瘍細胞を認めた。免疫染色にてCD31陽性、CD34陽性、CAMTA1陽性であり、EHEと診断された。EHEは標準的治療法がなく、本症例は肝外転移を認めず、肝病変は多発しているものの肝表中心であり、核出術が可能と考えられた。患者も切除を希望し、カンファレンスの結果、肝部分切除の方針とした。合計14病変(最大径70mm)が切除されR0が得られた。最終診断もEHEであった。EHEは稀な肝腫瘍(100万人あたり1人未満)であり、本邦からは症例報告のみである。肝表面、被膜下に偏在することが多く、単純CTでは境界明瞭な低吸収結節、造影CTで、中心の低吸収、辺縁の造影増強効果、その外側のhaloを呈し、3層構造を呈することが多い。本例においても多くの腫瘍が肝表に見られ、辺縁の造影効果を認める腫瘍で中心部は低吸収域となっており、EHEに特徴的な画像所見であった。

類上皮血管内皮腫、肝腫瘍

埼玉医科大学総合医療センター 消化器・肝臓内科¹⁾、
同 肝胆膵外科²⁾

須田健太郎¹⁾、松原三郎¹⁾、大塚武史¹⁾、藤田徹郎¹⁾、岡 政志¹⁾、
名越澄子¹⁾、屋嘉比康治¹⁾、小暮亮太²⁾、宮田陽一²⁾、駒込昌彦²⁾、
三井哲弥²⁾、二宮理貴²⁾、牧 章²⁾、別宮好文²⁾

【症例】69歳男性。【現病歴】肝障害で近医より紹介。CTで肝門部領域胆管癌が疑われ、精査目的に入院となった。【既往歴】高血圧、多発小脳梗塞、左内頸動脈狭窄症【検査所見】AST 99U/L、ALT 125U/L、ALP 2722U/L、 γ GTP1048U/L、TBil 1.3mg/dL、CRP 11.8mg/dL、CEA 1.7ng/mL、CA19-9 42U/mL、IgG4 19.0mg/dL、WBC 9400/ μ L、Hb 11.9g/dL、Plt 34.5x10³/ μ L【入院後経過】ダイナミックCTでは右優位の肝門部領域胆管癌で右肝動脈浸潤が疑われ、外科と協議の上拡大右葉切除の方針となった。左葉の進展度評価およびドレナージュ目的にERCP施行。左枝は通常の分岐形態で、IDUS上はB2+3とB4の分岐部から壁肥厚を認めたが、生検では、B2/3分岐部から腺癌が検出された。根治切除のためには右3区域切除が必要であったが、肝容積上は不可能であった。そのため左葉切除あるいは左3区域切除の可能性を探るために右枝評価目的にERCP施行。後区域は左肝管根部より分岐し、IDUS上はB6+7から壁肥厚を認めたが、生検ではB6頂部から腺癌が検出され、左3区域切除でも治療不能であった。そのためSpyGlass DSを用い、再度ERCPを施行した。B6はやはり頂部まで腫瘍が広がっており、SpyBiteによる生検ではその末梢まで異型上皮を認めた。左枝に関しては腫瘍の進展はB4分岐部までであり、B2+3からの生検では異型を認めなかった。最終的に、拡大右葉切除で根治切除可能と判断し、門脈塞栓術後に拡大右葉切除施行。Stage2の腺癌で、R0切除が得られた。術後9カ月、再発なく経過中である。【考察】透視下生検でのB2/3分岐部癌陽性は、false positiveと考えられた。SpyGlass DSによる観察により、手術不能との判断を覆すことができた。【結語】切除可能境界線上の肝門部領域胆管癌において、SpyGlass DSを用いることで根治切除可能であった一例を経験した。

肝門部領域胆管癌, SpyGlass DS

肝腫瘍, 肝生検

国立国際医療研究センター 消化器内科

西家由里子、久田裕也、忌部 航、栗飯原隼人、浦部昭子、
遠藤 剛、住田純子、下村 晁、飯田龍洋、小林桜子、泉 敦子、
濱田麻梨子、松下祐紀、柳澤直宏、大久保栄夫、渡辺一弘、
永田尚義、横井千寿、小早川雅美、秋山純一

【症例】64歳、女性【主訴】嘔気、嘔吐、心窩部痛【既往歴】急性膵炎、うつ病【現病歴】201X年10月初旬夕方に嘔気、嘔吐、心窩部痛が出現したため近医を受診した。鎮痛薬を処方されたが改善せず症状が持続したため当院に救急搬送された。来院時の血液検査では炎症反応と胆道系酵素の上昇を認め、胸腹部骨盤CTでは十二指腸水平脚内部に十二指腸腫瘍を疑う病変を認め、これを先進として十二指腸が重積し総胆管の開口部が肛門側に偏位していた。急性胆管炎の診断で入院となったが腸重積のため経乳頭部的胆道ドレナージュは困難と判断し、第2病日に経皮的胆道ドレナージュを行った。第3病日に上部消化管内視鏡検査と消化管造影検査を施行したところ、十二指腸乳頭部に35 mm大の腫瘍を認めた。透視下造影では病変は水平脚と下行脚間での可動性を認め重積の原因と考えられた。サイズが大きかったため内視鏡による腫瘍発生部位の詳細な観察は困難であった。生検診断はGroup4にとどまったが浸潤癌である可能性が高いと判断し膵頭十二指腸切除術を施行した。切除標本を切り出して観察すると乳頭部領域から発生した有茎性病変で、病理腫瘍径44×35mm、tub1 with adenomatous component、pT1a、HM0、PM0、EM0、ly0、v0、ne0、pN0であった。術後第19病日に退院となり、術後4カ月無再発生存中である。【考察】乳頭部腫瘍の治療として内視鏡的乳頭切除術や外科的局所的乳頭切除術が選択される症例もあるが、その適応は胆膵管内に進展を伴わない腺癌やT1aまでの粘膜内癌とされているのが一般的である。しかし術前にT1aとT1bを鑑別することは難しく、どのような乳頭部腫瘍を局所治療の適応とすべきかについてはコンセンサスが得られていない。本症例のように腸重積を引き起こすほどの大きな腫瘍は特に術前の深達度診断が困難で胆道造影ガイドラインにおいても、たとえ腺腫内癌やTisであっても標準治療は膵頭十二指腸切除術であるとされている。今回我々は腸重積という稀な病態で発症し、外科的切除により治療切除を得られた十二指腸乳頭部癌の1例を経験したため文献的考察を踏まえて報告する。

十二指腸乳頭部癌, 腸重積

日本医科大学付属病院 消化器・肝臓内科
河野惟道、宇田川愛実、田邊智英、葉山惟信、岩下 愛、張本澁智、
金子恵子、厚川正則、川本智章、若切勝彦

症例は67歳男性。高血圧、脂質異常症、高尿酸血症、アルコール依存症に対して近医を退院中に食不振を認め、前医に紹介となった。造影CTにより肝後区域に37 mm大の肝腫瘍を認め、早期濃染・washoutを示す領域と漸増性に造影効果を認める領域が混在し、混合型肝癌・肝内胆管癌が疑われたため、精査加療目的に当科紹介となった。自覚症状もなく5年前から禁酒されており、肝逸脱酵素はAST 20 IU/L、ALT 17 IU/Lと正常であり、肝予備能はAlb 3.5 mg/dL、T-Bil 0.57 mg/dL、PT% 97.7%と良好であった。AFP 6.6 ng/mL、AFP-L3 12.4%、PIVKA II 28.0 mAU/mLと腫瘍マーカーは有意所見に乏しかった。エコーにより背景肝は慢性肝障害であり、肝癌変パターンではなく、肝S7に既知の腫瘍と10 mm以下の腫瘍を肝両葉に散在性に認められた。EOB-MRIでは、T2WIでは軽度高信号、T1WIで軽度低信号を示し、dynamic studyでは辺縁が淡く造影され、経時的に造影効果が漸増し、肝細胞相では低信号の非典型的な造影パターンであった。また肝両葉に同様の造影パターンを示す複数の結節が認められた。転移性肝癌も鑑別に挙げられたものの、上部消化管・下部消化管内視鏡検査では明らかな原発巣は認められず、各種腫瘍マーカーも有意なものなかった。非典型的であったが、原発性肝癌が疑われ診断目的に血管造影を施行した。腫瘍周囲にAV-shuntを伴っておりCTAでは早期に不均一に濃染し、後期相で濃染は持続した。CTAPでは両葉に造影欠損域を認め、転移と考えられた。以上の所見より、肝後区域腫瘍を原発とした多発肝内転移と考えられたが、診断は不明であり治療方針決定目的に肝生検の方針とした。肝生検では、既存の肝細胞に隣接して紡錘形の異型細胞が線維化を伴って増生しており、核の大小不同や核腫大を認めた。免疫染色において平滑筋マーカーであるcaldesmonとdesminがともに陽性であることから、平滑筋肉腫と確定診断した。肝生検前の臨床診断が困難であった示唆に富む症例であった。その後の原発巣の検索結果ならびに転帰をまじえて今回報告とする。

日本医科大学多摩永山病院¹⁾、
日本医科大学付属病院 消化器外科²⁾
大草幹大¹⁾、横山 正¹⁾、牧野浩司¹⁾、丸山 弘¹⁾、平方敦史¹⁾、
上田純志¹⁾、高田英志¹⁾、関 奈紀²⁾、菊池友太²⁾、岩井拓磨²⁾、
吉田 寛²⁾

膵漿液性嚢胞腺腫(serous cystadenoma、以下SCA)と診断された膵切除2例を経験したのでSCA microcystic typeの文献的考察を加えて報告する。症例1は65歳男性。前医にて胆石胆嚢炎の精査で腹部造影CTを施行したところ、膵鉤部に20mmの腫瘍を認めたため精査加療目的に当院紹介となった。腹部造影CT検査所見では、腫瘍は境界明瞭であり、早期相で腫瘍辺縁は造影効果を認め、内部は低吸収域として描出され、不規則に造影される部分を認めた。腹部MRI所見ではT1強調画像で内部低信号、T2強調画像で高信号を認め、主膵管と腫瘍との交通は認めなかった。術前診断として、膵腺房細胞癌やIPMNなどが挙げられ、膵頭十二指腸切除術を施行した。病理組織学的検査結果ではSCA microcystic typeと診断された。術後6年再発なく経過している。症例2は53歳男性。検診にて肝血管腫疑いを指摘され前医を受診し、腹部造影CTにて新たに膵頭部に30mmの腫瘍を認めたため精査加療目的に当院紹介となった。腹部造影CT所見では、腫瘍は境界明瞭であり、内部に隔壁様の構造を認め、造影効果のある多房性病変であった。MRCP所見では、T1強調画像で内部低信号、T2強調画像で高信号を認め、主膵管と腫瘍との交通は認めなかった。術前診断として、NETやIPMN、SCAが挙げられ、腫瘍径からも悪性が否定できず、膵頭十二指腸切除術を施行した。病理組織学的検査結果では症例と同様にSCA microcystic typeと診断された。術後4ヶ月であり、現在経過観察中である。

膵漿液性嚢胞腺腫, 膵嚢胞性病変

日本医科大学千葉北総病院 外科
増田有香, 山初和也, 横室茂樹, 川野陽一, 篠塚恵理子, 安藤文彦, 宮下正夫

【緒言】PD (Pancreaticoduodenectomy: 膵頭十二指腸切除)は腹部手術の中では侵襲が高く、術後晩期合併症の一つに、良性胆管空腸吻合部狭窄による肝内胆管結石症がある。今回我々は、SSPPD (Subtotal stomach-preserving Pancreaticoduodenectomy: 亜全胃温存膵頭十二指腸切除施行)後の多発肝内胆管結石に対し、通常内視鏡を用いて非観血的に治療を行った1例を経験したため、若干の文献的考察を加えて報告する。【症例】70代女性。【現病歴】膵頭部癌(pT3N1aM0, pStageIIB)に対し、2015年10月にSSPPD(II-A-1)された。2017年10月より腹部CTにて肝内胆管結石を認めており、2017年12月には増加傾向であったが症状なく経過観察となっていた。2018年2月に黄疸を主訴に受診され、血液検査ではT-Bil 4.5, ALP 1236, γ -GTP 376と肝胆道系酵素の上昇を認めた。肝内胆管結石による閉塞性黄疸の診断で入院となった。【入院後経過】入院4日目にPCFを施行し、直视下で胆管空腸吻合よりカニューレションを行った。造影すると多数の肝内胆管結石を認め、造影圧のみでも排石を認めたが、残存している結石に対してバルーンにて結石除去を行った。その後減黄良好であり、転院となった。【考察】PD後肝内胆管結石症に対する治療として、PTCD(Percutaneous transhepatic cholangio drainage: 経皮経肝胆管ドレナージ)下やダブルバルーン内視鏡下での結石除去の報告は散見される。PTCD下の結石除去に比較して、ダブルバルーン内視鏡下の結石除去ではより低侵襲で非観血的な治療であるが、できる施設は限られていることが難点と言える。当科では、再建時に挙上空腸内の胆汁下滞を予防する目的で、胆管空腸吻合とBraun吻合の間の不要なたわみを作らないように心掛けていた。そのため通常内視鏡でも胆管空腸吻合部までの観察が可能であったと考えられた。それにより非侵襲的に内視鏡治療で結石除去を行うことができた。【まとめ】SSPPD後の多発肝内胆管結石症に対し、通常内視鏡での結石除去を行った症例を経験した。

膵頭十二指腸切除術後、肝内胆管結石

筑波記念病院 消化器内科
大塚公一朗, 添田敦子, 山田健人, 矢野輝久, 小島才明, 岩崎友哉, 岩井健太郎, 小林真理子, 越智大介, 池澤和人, 中原 朗

【背景】急性膵炎後の被包化膵壊死(WON)合併は、稀ならず経験される病態である。今回、重症胆石性膵炎の加療中に最大径約10cmのWONを併発し、内視鏡的ドレナージで軽快した症例を経験したので報告する。【症例】70歳代男性【主訴】腹痛【既往歴】特記なし【生活歴】飲酒歴なし【現病歴】2017年12月、臍周囲の腹痛があり近医を受診した。炎症反応の上昇と黄疸を指摘され当院へ搬送となった。総ビリルビン6.0mg/dl及び高度肝障害を伴い、アミラーゼ2600U/lと膵酵素上昇を認めた。腹部造影CTでは総胆管結石および膵頭部腫大と、左腎下極遠位に及ぶ炎症を認めた。以上より、総胆管結石による急性胆管炎と重症胆石性膵炎との診断で緊急ERCPを施行し、EST及び胆管チューブステント、自然脱落型膵管ステントを留置した。【経過】前記の治療で改善を得たが、その後腹痛が再発した。膵酵素の再上昇があり、CTでは膵体部に10×8cmの嚢胞性病変が出現していた。壊死性貯留と診断し、同日内視鏡的経鼻膵管ドレナージ(ENPD)を留置した。嚢胞内の洗浄によって嚢胞の縮小が得られ徐々に排液も減少した。2018年1月、ENPDを留置型膵管チューブステントに入れ替え、併せて総胆管結石を除去した。術後経過は良好で、2か月後に施行したCTでWONの消失を確認し膵管ステントを抜去した。【考察】膵管ステント閉塞による膵炎悪化のリスクはあるが、主膵管に連続するようなWONに対しては、膵管ステントが有効であった。

被包化膵壊死、内視鏡的経鼻膵管ドレナージ

横浜国立大学医学部付属病院 消化器・肝移植外科
齋藤 学, 土屋伸広, 酒井 淳, 佐藤清哉, 近藤裕樹, 武井将伍, 大西 宙, 村上 崇, 藪下泰宏, 澤田 雄, 本間祐樹, 熊本宜文, 松山隆生, 遠藤 格

【緒言】膵癌の診断において、腫瘍形成性膵炎、自己免疫性膵炎や神経内分分泌腫瘍が鑑別に挙げられ、術前に病理学的確定診断を試みるものが推奨される。今回我々は、術中・術中に病理組織診断で、確定診断を得られなかった膵頭部癌の1例を経験したので若干の文献的考察を加えて報告する。【症例】67歳、女性。2ヶ月前から続く腹部違和感を主訴に近医を受診した。腹部に腫瘍を触知し腹部エコーで膵臓に約7cmの嚢胞性病変認め当院紹介となった。CTで膵頭部に辺縁に嚢胞が散在する45mm大の腫瘍性病変を認め、2度のEUS-FNAを施行したがAtypical epitheliumの結果で確定診断は得られなかった。腫瘍形成性膵炎等も鑑別に挙げられたが、CA19-9:395と腫瘍マーカーの上昇があり、画像上主膵管の拡張を認め膵癌が疑われたため、膵頭十二指腸切除の方針とした。【手術】膵頭部に約5cmの腫瘍を触知し、針生検を施行するも異形成を認めるのみであった。門脈注潤・横行結腸間膜注潤を認め、膵頭十二指腸切除、門脈合併切除再建、横行結腸合併切除、横行結腸人工肛門、粘液瘻造設、腸瘻造設術施行した。手術時間は13時間30分、出血量は607mlであった。【病理組織学的結果】肉眼像では膵頭部に53x45x45mmの白色充実性の腫瘍を認め、辺縁に3cmと5cmの嚢胞を認めた。組織学的にはadenocarcinoma(tubi>tub2)であり、嚢胞壁や内腔まで腺癌細胞を認めた。最終病理診断は膵頭部癌、pT3N1aM0, pStageIIBであった。【術後経過】Clavien-Dindo IIの乳び漏を合併したが絶食により軽快し、第52病日に退院した。pDPMIであったため、TS-1内服による補助化学療法後に放射線療法の方針となった。【考察】膵癌と腫瘍形成性膵炎の鑑別はEUS-FNA、術中穿刺生検を併用しても難渋する場合がある。過去には腫瘍マーカー高値・PET-CTで集積を認めた腫瘍形成性膵炎の報告も散見される。一方で腫瘍形成性膵炎と診断し経過観察後に膵癌と診断された報告もあるため、両者の鑑別に苦慮した場合、合併症の発現に十分注意した上で積極的な外科的切除の選択を考慮する必要があると考えられた。

膵癌、腫瘍形成性膵炎

博慈会記念総合病院 消化器内科¹⁾,
日本医科大学付属病院 消化器・肝臓内科²⁾
長田祐二¹⁾, 小泉英里子¹⁾, 安良岡高志²⁾, 濱本達彦¹⁾, 滝 保彦¹⁾, 岡田恵明¹⁾

【症例】53歳男性【主訴】心窩部および右季肋部痛【現病歴】2016年9月右季肋部痛で入院。CT上膵石を認め慢性膵炎の急性増悪と考え保存的に治療した。その後外来経過観察中痛みはなかったが2017年3月19日に再び心窩部から右季肋部痛が出現し近医を受診。膵頭部に石灰化を認めたため総胆管結石の疑いで当科に紹介され入院となった【既往歴】糖尿病 高尿酸血症【アルコール歴】ビール500ml+焼酎1/3合+ウイスキー60ml【身体所見】体温36.3℃ 黄疸なし 胸部異常なし 腹部平坦軟、右季肋部に圧痛あり。【血液・生化学検査】WBC10320/mm³RBC456 × 10⁴/mm³Hb15.8g/dlTP6.3g/dlAlb/g dIT-BIL 3.0mg/dlAST1164U/lALT385U/l γ -GTP1004U/lLDH799U/lALP196U/lAMY1005U/lLipase40U/ICRP0.24mg/dlBSI50mg/dlHbA1c6.1%PT100%以上【腹部CT】膵頭部、体部に石灰化を認め、頭部膵管の拡張と体尾部膵管の蛇行を認めた。2016年8月のCTと比し頭部膵石の頭側への移動を認めた。膵腫大や周囲の炎症性変化は認めなかった。【MRCP】2016年と同様胆管に結石は認めず主膵管の広狭不整と小嚢胞を認めた。【経過】軽症の膵炎と考へ、禁食とし蛋白分解酵素阻害剤を投与し自覚症状、血清AMY値は速やかに改善した。膵石が頭側に移動したことが今回の悪化の一因である可能性があったため内視鏡的除去を目的としERCPを行った。ERCPでは頭部膵石は認めず頭部膵管に狭窄を認め膵管ステントを留置し終了とした。後日CTで確認したところ膵頭部の石灰化は消失しており膵石の自然脱落と診断した。【考察】膵石の自然脱落を確認できた。膵石の自然脱落を確認するのは比較的稀と考え若干の文献的考察を加えて報告する。

記載無し、記載無し