

日本消化器病学会 関東支部第351回例会

プログラム・抄録集



当番会長：慶應義塾大学 医学部 内科学（消化器）教授 金井 隆典
平成30年9月22日（土）
海運クラブ

日本消化器病学会関東支部第351回例会

プログラム・抄録集

当番会長：慶應義塾大学 医学部 内科学（消化器） 教授 金井 隆典
〒160-8582 東京都新宿区信濃町35番地
TEL 03-5363-3790/FAX 03-3353-6247

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

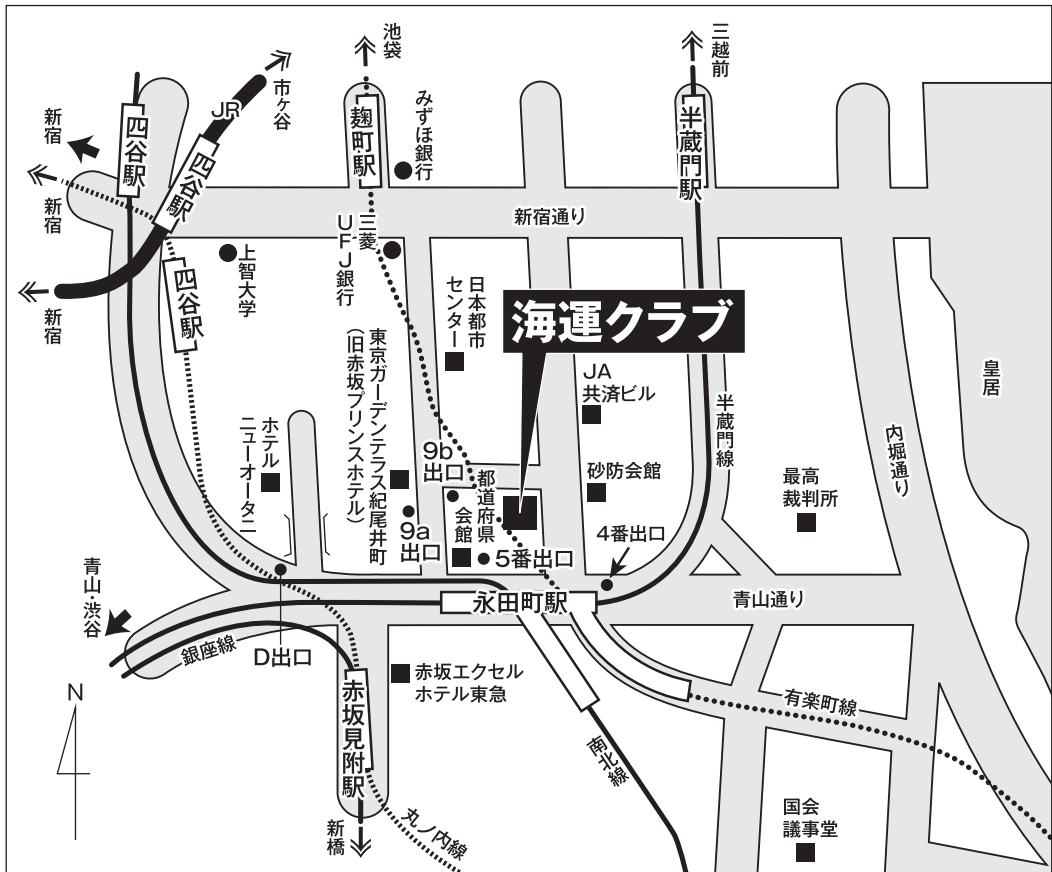
<発表者，参加者の皆様へ>

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. 会場1階ロビーにAED（自動体外式除細動器）を設置しております。

会場案内図

海運クラブ

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



[交通のご案内]

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

地下鉄 赤坂見附駅〈銀座線〉〈丸ノ内線〉D(弁慶橋)出口より徒歩約8分

日本消化器病学会関東支部第351回例会
平成30年9月22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) 1～4	8:05～8:29	福田 将義	(12) 研修医Ⅰ(肝1) 46～49	8:05～8:29	山口 晃弘
(2) 専修医Ⅱ(胃・小腸) 5～8	8:29～8:53	木下 聡	(13) 研修医Ⅱ(肝2) 50～52	8:29～8:47	市川 武
(3) 専修医Ⅲ(小腸・大腸) 9～13	8:53～9:23	芦谷 啓吾	(14) 研修医Ⅲ(肝・胆) 53～56	8:47～9:11	志波 俊輔
(4) 専修医Ⅳ(大腸) 14～17	9:23～9:47	川岸 加奈	(15) 研修医Ⅳ(脾) 57～59	9:11～9:29	水出 雅文
9:47～9:57 休憩			(16) 研修医Ⅴ(食道・胃) 60～63	9:29～9:53	井上健太郎
(5) 専修医Ⅴ(肝) 18～21	9:57～10:21	渡邊 俊介	9:53～10:03 休憩		
(6) 専修医Ⅵ(肝・胆) 22～25	10:21～10:45	今村 諭	(17) 研修医Ⅵ(十二指腸) 64～66	10:03～10:21	伊藤 高章
(7) 専修医Ⅶ(脾1) 26～29	10:45～11:09	水野 雄介	(18) 研修医Ⅶ(小腸・大腸) 67～70	10:21～10:45	一松 収
(8) 専修医Ⅷ(脾2) 30～34	11:09～11:39	宮田 直輝	(19) 研修医Ⅷ(大腸1) 71～73	10:45～11:03	三枝慶一郎
			(20) 研修医Ⅸ(大腸2) 74～77	11:03～11:27	杉本 真也
			12:00～12:30 評議員会		
12:05～12:50 ランチオンセミナー(第1会場)					
「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—					
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 先生 司会 東京慈恵会医科大学附属病院 消化器・肝臓内科 主任教授 猿田 雅之 先生 共催：アッヴィ合同会社					
12:50～13:05 専修医・研修医奨励賞表彰式(第1会場)					
13:05～14:00 特別講演(第1会場)					
「消化器がん集学的治療の動向～外科手術の役割と限界～」					
慶應義塾大学医学部外科学 教授 北川 雄光 先生 司会 慶應義塾大学医学部内科学(消化器) 教授 金井 隆典					
第1会場(午後の部)			第2会場(午後の部)		
演 題	時 間	座 長	演 題	時 間	座 長
(9) 大腸1 35～38	14:05～14:29	石部 敦士	(21) 胃・十二指腸 78～81	14:05～14:29	落合 康利
(10) 大腸2 39～42	14:29～14:53	三上 洋平	(22) 肝臓・その他 82～86	14:29～14:59	尾城 啓輔
(11) 膵臓・その他 43～45	14:53～15:11	勝俣 雅夫			
15:11～15:16 閉会の辞(第1会場)					
15:20～17:50 第15回専門医セミナー(第2会場) ★専門医更新単位3単位取得できます。					
「ドクターガストロ～臨床推論からの消化器病学～」					
司会 杏林大学医学部 医学教育学 矢島 知治 先生					

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

特別講演(第1会場 13:05~14:00)

「消化器がん集学的治療の動向 ～外科手術の役割と限界～」

慶應義塾大学医学部外科学 教授 **北川 雄光** 先生
司会 慶應義塾大学医学部内科学（消化器） 教授 **金井 隆典**

……演者の先生ご紹介……

きたがわ ゆうこう
北川 雄光 先生

慶應義塾大学医学部外科学 教授

略歴

学歴

昭和61年 3月 慶應義塾大学医学部卒業

職歴

平成 5年 8月 カナダブリティッシュコロンビア大学留学（平成8年7月まで）

平成19年 4月 慶應義塾大学教授（医学部外科学）

平成21年 4月 慶應義塾大学病院腫瘍センター長

平成23年10月 慶應義塾大学病院副病院長

平成29年 8月 慶應義塾大学病院病院長，慶應義塾理事

平成30年 4月 国立がん研究センター 理事（診療・経営）兼任

評議員等

日本外科学会 理事（平成26年4月～平成28年4月まで副理事長）

日本癌治療学会 理事（理事長）

他.

学術誌編集委員 等

Japan Clinical Oncology Group (JCOG) 食道がんグループ代表者

ランチオンセミナー (第1会場 12:05~12:50)

「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—」

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** 先生

司会 東京慈恵会医科大学附属病院消化器・肝臓内科 主任教授 **猿田 雅之** 先生

共催：アッヴィ合同会社

………演者の先生ご紹介………

うらおか としお
浦岡 俊夫 先生

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

略歴

学 歴

昭和63年 3月 愛媛県立松山東高等学校普通科 卒業
昭和63年 4月 川崎医科大学 医学部医学科 入学
平成 6年 3月 同上 卒業
平成 6年 5月 医師免許 取得
平成18年 3月 医学博士号 取得 (岡山大学)

職 歴

平成 6年 5月 - 同 6年 9月 岡山大学医学部 第一内科入局
平成 6年10月 - 同 8年 9月 国立福山病院 内科
平成 8年10月 - 同11年 9月 社会保険栗林病院 内科
平成11年10月 - 同13年 2月 国立福山病院 内科
平成13年 3月 - 同14年 4月 岡山大学医学部歯学部附属病院 第一内科
平成14年 5月 - 同18年 3月 国立がんセンター中央病院 内視鏡部
平成18年 4月 - 同20年10月 岡山大学医学部歯学部附属病院 消化器内科
平成20年11月 - 同20年12月 Gastroenterology, Queen Alexandra Hospital, Portsmouth, United Kingdom (招聘)
平成21年 1月 - 同21年 3月 岡山大学病院 消化器内科
平成21年 4月 - 同22年12月 岡山大学病院 光学医療診療部 助教
平成23年 1月 - 同24年 3月 慶應義塾大学医学部 腫瘍センター 低侵襲療法研究開発部門 特任講師
平成24年 4月 - 同26年 3月 同 専任講師
平成26年 4月 - 同29年12月 国立病院機構東京医療センター 消化器科 医長
慶應義塾大学医学部 腫瘍センター 特任准教授
東京医療保健大学医療保健学部看護学研究科 臨床教授
平成30年 1月 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 主任教授
慶應義塾大学医学部 消化器内科 客員教授

(現在に至る)

第15回専門医セミナー

(第2会場 15:20～17:50)

「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。

司 会：矢島 知治（杏林大学医学部 医学教育学）
ミニレクチャー：細江 直樹（慶應義塾大学医学部 内視鏡センター）
担 当：今枝 博之（埼玉医科大学病院 消化管内科）
岡村 幸重（佐野厚生総合病院 消化器内科）
後藤田卓志（日本大学医学部 消化器肝臓内科）
岸野真衣子（東京女子医科大学 消化器内視鏡科）
松本 健史（順天堂大学 消化器内科）
土岐 真朗（杏林大学医学部 第三内科）
新後閑弘章（東邦大学医療センター大橋病院 消化器内科）
小澤俊一郎（聖マリアンナ医科大学 横浜市西部病院 消化器内科）

出場選手：

永寿総合病院	久志本公平	先生・楠原	英生	先生
太田記念病院	須藤 大智	先生・安岡	堯之	先生
慶應義塾大学病院	林 由紀恵	先生・茂松	梨咲	先生
独立行政法人国立病院機構 埼玉病院	澤田 拓哉	先生・岡田	侑大	先生
聖路加国際病院	北台 友貴	先生・高須	綾香	先生
東京女子医科大学病院	小笠原友里	先生・齊藤	里実	先生
深谷赤十字病院	荻野 太郎	先生・柴田	夏実	先生
横浜労災病院	八木 伸	先生・芹澤	奏	先生

第1会場（午前の部）

8:00~8:05

—開会の辞—

—評価者—

北里大学 医学部 消化器内科	横山 薫
東京都済生会中央病院 消化器内科	中澤 敦
東京慈恵会医科大学 内科学講座 消化器・肝臓内科	及川 恒一

(1) 専修医Ⅰ(食道・胃) 8:05~8:29 座長 東京医科歯科大学医学部附属病院 光学医療診療部 福田 将 義

1. 化学療法が奏功した食道小細胞型神経内分泌癌の1例

東海大学 医学部 消化器内科 ○荻原 直樹, 内田 哲史, 横田 将, 中原 史雄
水上 創, 中村 淳, 藤澤 美亜, 小池 潤
鈴木 孝良, 松嶋 成志, 峯 徹哉

2. 食道潰瘍による前胸部痛が皮膚症状に先行した成人発症 Henoch-Schonlein 紫斑病の一例

永寿総合病院 消化器内科 ○楠原 英生, 鈴木 翔平, 一松 収, 市川 欧子
吉田 英雄
同 総合内科 池田 啓浩

3. 胃癌と胃 Gastrointestinal stromal tumor (GIST)との衝突腫瘍に対し、定型的手術を施行した一例

日本医科大学付属病院 消化器外科 ○香中伸太郎, 松野 邦彦, 柿沼 大輔, 高 和英
下田 朋宏, 新井 洋紀, 金沢 義一, 藤田 逸郎
萩原 信敏, 松谷 毅, 野村 務, 櫻澤 信行
牧野 浩二, 吉田 寛
日本医科大学 統御機構診断病理学 彭 為霞, 和田 龍一, 内藤 善哉

4. 進行胃癌に対する化学療法施行経過中に認めた多発脳転移の一例

東海大学医学部付属東京病院 消化器内科 ○吉原 四方, 五十嵐宗喜, 杉山 悟, 仁品 玲子
青木 純, 白石 光一
築地神経科クリニック 芹澤 徹

(2) 専修医Ⅱ(胃・小腸) 8:29~8:53 座長 国立病院機構東京医療センター 消化器内科 木下 聡

5. 吐血を契機に診断に至った胃アニサキス症と vanishing tumor による胃潰瘍、早期胃癌の3病変を同時多発した1例

聖路加国際病院 消化器内科 ○高須 綾香, 中村 健二, 小栗 典明, 本田 寛和
岡本 武士, 白鳥 安利, 岡田瑠璃子, 池谷 敬
奥山 秀平, 高木 浩一, 福田 勝之, 藤田 善幸

6. 消化管出血を伴う胃 GIST に対してコイル塞栓術で止血後に外科的切除を施行した一例

済生会栗橋病院 消化器内科 ○田中マリ子, 福屋 裕嗣, 伊藤 敬子, 高田 勇登
味原 隆大, 八木 亜紀, 奥牧 朋子, 成富 琢磨
矢端 将行, 伊藤 嘉智, 吉松 和彦, 小田 秀明
長原 光

7. 難治性低血糖を契機に発見された超巨大 GIST の 1 例

東海大学医学部付属八王子病院 消化器内科 ○金子 元基, 市川 仁志, 小嶋清一郎, 山路 葉子
津田 真吾, 伊藤 裕幸, 永田 順子, 高清水眞二
白井 孝之, 渡辺 勲史

8. 腸間膜血腫を来した正中弓状韧带压迫症候群の一例

国家公務員共済組合連合会 横須賀共済病院 ○慶徳 大誠, 山下 萌, 松本 浩明, 村田 彩
三代 博之, 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

(3) 専修医Ⅲ(小腸・大腸) 8:53~9:23 座長 埼玉医科大学病院 総合診療内科 芦谷 啓吾

9. 常染色体優性多発性嚢胞腎に小腸憩室出血を合併した 1 例

東邦大学医療センター佐倉病院 消化器内科 ○関 駿介, 佐々木大樹, 西宮 哲夫, 大内 裕香
木村 道明, 柴本 麻衣, 岩下 裕明, 古川 潔人
宮村 美幸, 勝俣 雅夫, 岩佐 亮太, 菊池 秀昌
山田 哲弘, 中村健太郎, 長村 愛作, 高田 伸夫
松岡 克善
同 IBD センター 鈴木 康夫

10. 不顕性出血で発症し、小腸カプセル内視鏡と小腸内視鏡で診断に至った小腸脂肪腫の一例

東京通信病院 消化器内科 ○安部佑里恵, 小林 克也, 江崎 珠里, 高岡 真哉
古谷 建悟, 加藤 知爾, 大久保政雄, 関川憲一郎
光井 洋

11. 繰り返す右下腹部痛に対して虫垂炎として保存的治療を行っていたメッケル憩室結石の一例

国立国際医療研究センター病院 消化器内科 ○栗飯原隼人, 大久保栄高, 遠藤 剛, 浦部 昭子
住田 純子, 小林 桜子, 飯田 龍洋, 松下 祐紀
下村 暁, 泉 敦子, 濱田麻梨子, 柳澤 直弘
久田 祐也, 木平 英里, 忌部 航, 渡辺 一弘
三神信太郎, 横井 千寿, 柳瀬 幹雄, 秋山 純一

12. 大腸癌、肝転移に対して XELOX、ベバシズマブ投与後に発症した血栓性微小血管症に対し、血漿交換療法が有効であった 1 例

北里大学 医学部 消化器内科学 ○湊 尚貴, 東 瑞智, 久保田 陽, 近藤 雄紀
渡辺 晃識, 和田 拓也, 石戸 謙次, 堅田 親利
小泉和三郎
同 新世紀医療開発センター 田邊 聡

13. 下行結腸癌術後に吻合部再発・再々発をきたし 2 回の結腸部分切除を施行した 1 例

千葉大学 医学部 先端応用外科学 ○間宮 悠, 丸山 哲郎, 大平 学, 宮内 英聡
今西 俊介, 栃木 透, 岡田晃一郎, 松原 久裕

(4) 専修医Ⅳ(大腸) 9:23~9:47 座長 北里大学 医学部 消化器内科 川岸加奈

14. 潰瘍性大腸炎の経過中に初発症状として便秘が認められた HTLV-1 関連脊髄症の 1 例
群馬大学医学部附属病院 消化器・肝臓内科 ○武波 知彦, 大林 千草, 都丸 翔汰, 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 脳神経内科 古田みのり, 古田 夏海, 池田 佳生
同 消化器・肝臓内科
同 臨床試験部 栗林 志行
15. 5-ASA の内服開始から 28 年後に不耐となった潰瘍性大腸炎の 1 例
大船中央病院 消化器・IBD センター ○原 真太郎, 遠藤 豊, 鍋田 陽昭, 梅沢翔太郎
森川 吉英, 吉田 篤史, 上野 文昭
16. 尿路感染症・敗血症を合併し、治療に難渋した活動期潰瘍性大腸炎の 1 例
日本大学医学部附属板橋病院 ○岩男 彩, 江崎 充, 山川 俊, 入江 彰
矢ヶ部響子, 春田 明子, 永井晋太郎, 岩本 真帆
菊池 浩史, 今津 博雄, 後藤田卓志, 松岡 俊一
森山 光彦
17. 胃 MALT リンパ腫の治療中にリツキシマブ関連腸炎をきたした 1 例
埼玉医科大学病院 総合診療内科 ○塩味 里恵, 大崎 篤史, 芦谷 啓吾, 宮口 和也
山岡 稔, 宮川 義隆, 中元 秀友
同 病理学部 山田 健人
同 総合診療内科
同 消化管内科 都築 義和, 大庫 秀樹, 今枝 博之

(5) 専修医Ⅴ(肝) 9:57~10:21 座長 杏林大学 医学部 第三内科 渡邊俊介

18. FNH-like lesion 内に限局性に肝細胞腺腫を認めた特発性門脈圧亢進症の 1 例
東京医科大学 消化器内科 ○菊地 美穂, 杉本 勝俊, 阿部 正和, 吉益 悠
竹内 啓人, 笠井 美孝, 古市 好宏, 糸井 隆夫
同 病理学教室 長尾 俊孝
帝京大学医学部附属病院 病理診断科 近藤 福雄
帝京大学 医学部 病理学講座 福里 利夫
東京医科歯科大学大学院 保健衛生学研究科 分子病態検査学分野 副島友莉恵
日本医科大学多摩永山病院 消化器外科 吉田 寛
同 病理診断科 細根 勝
19. 肝細胞癌加療中に胆管細胞癌を合併した 1 例
けいゆう病院 ○宮崎 蔵人, 伊藤 高章, 岩田賢太郎, 林 佑穂
葛西 祐樹, 岡田 直也, 香川 幸一, 中下 学
岡沢 啓, 水城 啓
20. インターフェロン治療による C 型肝炎ウイルス排除(SVR)後 2 年で急速に進行した肝細胞癌に対し、
治療が奏功した 1 例
済生会宇都宮病院 ○榊原 亮哉, 櫻井陽奈子, 關 謙太郎, 石山 涼子
志波 俊輔, 望月 万里, 森 清人, 田原 利行

21. Burned out NASH と診断されていた HCC 合併肝へモクロマトーシスの 1 例

関東労災病院 消化器内科 ○辛島 遼, 池原 孝, 小林 輝, 木村 祐介
中崎奈都子, 矢野雄一郎, 大森 里紗, 金子 麗奈
鎌田健太郎, 三輪 純, 小川 正純, 佐藤 譲

(6) 専修医Ⅵ(肝・胆) 10:21~10:45 座長 横浜市立市民病院 消化器内科 今村 諭

22. THP-COP 療法後に HCV-RNA が陽性化した末梢性 T 細胞リンパ腫の 1 例

横浜市立市民病院 消化器内科 ○松原 佑太, 小池 祐司, 諸星 雄一, 星 瞳
東 佑香, 杉本 祐一, 辻野誠太郎, 角田 裕也
伊藤 剛, 今村 諭, 長久保秀一, 藤田由里子
小松 弘一, 仲里 朝周

23. 発症契機が不明であった de novo 肝炎の 1 例

草加市立病院 ○山崎 友裕, 磯崎 岳, 戸田 晶子, 小橋健一郎
今城 真臣, 鎌田 和明, 矢内 常人

24. 芍薬甘草湯による薬剤性起因性自己免疫性肝炎、原発性胆汁性胆管炎オーバーラップ症候群の 1 例

北里大学メディカルセンター 消化器内科 ○眞部 優作, 渡邊 真彰, 木田 光弘, 川口 佑輔
上原 一帆, 平良 紗月
同 総合内科 横森 弘昭

25. 嚢腫内結石による急性胆管炎を合併した choledochoceles の 1 例

横須賀市立市民病院 消化器内科 ○鈴木 悠一, 道端 信貴, 山近 由衣, 小松 和人
横浜市立大学 医学部 消化器内科学 入江 邦泰, 三輪 治生, 前田 慎

(7) 専修医Ⅶ(膵 1) 10:45~11:09 座長 東京慈恵会医科大学 内科学講座 消化器・肝臓内科 水野 雄介

26. 診断に超音波内視鏡下穿刺吸引法が有用であった膵神経鞘腫の 1 例

昭和大学藤が丘病院 消化器内科 ○浅見 哲史, 山村 詠一, 新谷 文崇, 高野 祐一
吉田詠里加, 小澁 尚子, 林 将史, 鈴木 怜佳
遠藤 利行, 上原なつみ, 阿曾沼邦央, 五味 邦代
山本 頼正, 井上 和明, 長濱 正亞

27. 膵頭部癌に対する EUS-FNA 後に胆道出血をきたした 1 例

多摩北部医療センター 消化器内科 ○堀内 知晃, 桐田久美子, 宮本真由子, 四宮 航
柴田 喜明
防衛医科大学校 内科学 2 講座 澁谷 尚希, 穂苅 量大

28. 感染性膵嚢胞を疑われた 13cm 径の膵神経内分泌腫瘍の 1 例

千葉大学大学院 医学研究院 消化器内科学 ○杉原 地平, 興梠 慧輔, 栗津 雅美, 永嶋 裕樹
新行内綾子, 飯野陽太郎, 日下部裕子, 中村 昌人
大山 広, 安井 伸, 杉山 晴俊, 三方林太郎
露口 利夫, 加藤 直也

29. 粘液によるイレウスを発症した IPMN の一例

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

(8) 専修医Ⅷ(膝2) 11:09~11:39 座長 国際福祉大学三田病院 消化器内科 宮田 直輝

30. 急速な進行を認めた膵 MANEC の1例

順天堂大学医学部附属順天堂医院 消化器内科 ○沖 翔太郎, 石井 重登, 松本 健史, 鈴木 真由
澁谷 智義, 山科 俊平, 伊佐山浩通, 池嶋 健一
永原 章仁

31. 門脈浸潤に伴う汎血球減少に対する部分的脾動脈塞栓術が奏功し長期生存が得られた膵体部癌の1例

自治医科大学附属病院 消化器肝臓内科 ○関口 裕美, 横山 健介, 池田恵理子, 川崎 佑輝
多田 大和, 牛尾 純, 玉田 喜一, 山本 博徳

32. 出血性ショックを呈し術後早期再発を来した膵癌の一例

横浜市立大学 消化器・腫瘍外科学 ○佐藤 清哉, 土屋 伸広, 藪下 泰宏, 村上 崇
澤田 雄, 本間 祐樹, 熊本 宜文, 松山 隆生
遠藤 格

33. 自己免疫性膵炎に対するステロイド加療中に膵癌が判明した1例

杏林大学 医学部 第三内科 ○荻原 良太, 落合 一成, 森久保 拓, 北田 修一
徳永創太郎, 後藤 知之, 吉田 翼, 太田 博崇
権藤 興一, 渡邊 俊介, 土岐 真朗, 山口 康晴
森 秀明, 久松 理一
同 消化器・一般外科 松木 亮太, 鈴木 裕, 阪本 良弘
同 病理学教室 長濱 清隆, 下山田博明, 柴原 純二

34. 長期生存が得られた転移性インスリノーマの一例

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

第1会場 (午後の部)

13:05~14:00

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～

慶應義塾大学 医学部 外科学 教授 北川 雄光 先生

司会 慶應義塾大学 医学部 内科学(消化器) 教授 金井 隆典

(9) 大腸1 14:05~14:29 横浜市立大学 医学部 消化器・腫瘍外科学 石部 敦士

35. 大腸内視鏡により診断したズビニ鉤虫症の1例

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

36. 内視鏡的に切除した直腸リンパ濾胞性ポリープの1例

杏林大学 医学部 第三内科 ○楠原 光謹, 大野亜希子, 加藤 敦士, 宮本 尚彦
八谷 隆仁, 新井 健介, 神保 陽子, 森 秀明
久松 理一
同 病理学教室 磯谷 一暢, 長濱 清隆, 柴原 純二

37. 経膈的切除可能であった直腸GISTの1例

杏林大学附属病院 消化器一般外科 ○朽名 貴史, 小嶋幸一郎, 紅谷 鮎美, 麻生 喜祥
吉敷 智和, 橋本 佳和, 鈴木 裕, 松岡 弘芳
正木 忠彦, 森 俊幸, 阪本 良弘, 阿部 展次

38. 腹腔鏡手術を施行した腸管子宮内膜症による直腸狭窄の1例

慶應義塾大学 外科学教室 (一般・消化器) ○佐々木健人, 石田 隆, 岡林 剛史, 鶴田 雅士
安藤 知史, 岩間 望, 豊田 尚潔, 山高 謙
池端 昭慶, 森田 覚, 足立 陽子, 松岡 信成
門野 政義, 長谷川博俊, 北川 雄光

(10) 大腸2 14:29~14:53 慶應義塾大学 医学部 消化器内科 三上 洋平

39. 特発性血小板減少性紫斑病(ITP)を合併した高齢発症潰瘍性大腸炎(UC)の一症例

牧田総合病院 消化器内科 ○徳弘 直紀, 山崎 武志, 山崎麻衣子, 齋藤 秀一
佐原須美子
同 外科 佐藤 徹, 藤岡 稔洋, 牧田 英俊, 柴田 英貴
東京大学医科学研究所 血液腫瘍内科 安藤 匠平, 牧山 純也

40. 甲状腺錐体葉の腫大による頸部腫瘤を併発した潰瘍性大腸炎の1例
東海大学 医学部 生体構造機能学 ○静岡 徹, 福山 直人, 増田 治史
41. ステロイド終了後に再発をきたした Cronkhite-Canada 症候群の1例
群馬大学医学部附属病院 消化器・肝臓内科
同 光学医療診療部 ○富澤 琢, 河村 修, 浦岡 俊夫
同 消化器・肝臓内科 中田 昂, 松井 綾子, 小林 剛, 星 恒輝
田中 寛人, 中山 哲雄, 戸島 洋貴, 石田 克敏
栗林 志行, 堀口 昇男, 下山 康之, 山崎 勇一
佐藤 賢, 柿崎 暁
42. 人工肛門静脈瘤からの出血に対して IVR 治療にて止血した1例
東京歯科大学市川総合病院 外科 ○別宮絵美真, 浅原 史卓, 小倉 正治, 瀧川 穰
長谷川博俊, 松井 淳一
- (11) 膵臓・その他 14:53~15:11 東邦大学医療センター佐倉病院 消化器内科 勝 俣 雅 夫
43. 膵癌多発性転移に伴う Trousseau 症候群に Gemcitabine + nab-Paclitaxel 療法が有用であった1例
日野市立病院 内科 ○野坂 岳志, 金森 英彬, 村上宗一郎, 伊藤 貴
林 篤
同 放射線科 三浦 弘志
同 病理診断科 森永正二郎
44. 遠位胆管癌から転化し増殖した可能性が示唆された膵神経内分泌癌の1例
東京医科大学 臨床医学系 消化器内科学分野 ○中尾 充宏, 本定 三季, 藤田 充, 富田 裕介
祖父尼 淳, 土屋 貴愛, 石井健太郎, 田中 麗奈
殿塚 亮祐, 糸井 隆夫
同 基礎社会医学系 人体病理学分野 山口 浩
45. 超高齢に発症したインスリノーマの1例
順天堂大学医学部附属練馬病院 総合外科 ○宇佐美健喜, 大山 徹真, 河口 恵, 井 祐樹
関口 泰弘, 黒田 悠, 禰寝 重史, 山田衣里佳
岩永 直紀, 高橋 敦, 関根 悠貴, 宮野 省三
渡野邊郁雄, 町田 理夫, 北畠 俊顕, 須郷 広之
李 慶文, 児島 邦明

第2会場（午前の部）

— 評価者 —

埼玉医科大学 消化管内科	都築 義和
東京医科歯科大学 医学部 総合教育機構	中川 美奈
杏林大学 医学部 第三内科	土岐 真朗

(12) 研修医Ⅰ（肝Ⅰ） 8：05～8：29 国立病院機構埼玉病院 消化器内科 山口 晃 弘

46. 重篤な合併症を伴った重症アルコール性肝炎の1例

独立行政法人 国立病院機構 埼玉病院 消化器内科 ○牧野 祐也, 岡田 侑大, 水野 敬宏, 高取 祐作
山口 晃弘, 新井 潤, 倉持みずき, 碓井 真吾
細田 泰雄

47. Coombs 陰性溶血性貧血を呈した急性E型肝炎の一例

慶應義塾大学 医学部（消化器）○倉橋 茉侑, 水谷 真理, 宇賀村 文, 谷木 信仁
チヨハクショウ, 中本 伸宏, 金井 隆典

48. 自己免疫性肝炎に自己免疫性溶血性貧血を合併した一例

佐野厚生総合病院 ○須永 将梧, 堀江 知史, 亀山 尚子, 赤坂 茉莉
寺元 研, 東澤 俊彦, 関根 忠一, 岡村 幸重
自治医科大学附属病院 血液内科 永山 隆史

49. 著明な発熱が持続し炎症反応高値を認めた薬剤性肝障害の一例

JCHO 埼玉メディカルセンター 消化器内科 ○上原 有貴, 金子 文彦, 成瀬 智康, 武下 達矢
吉田 武史
同 病理科 清水 健

(13) 研修医Ⅱ（肝Ⅱ） 8：29～8：47 日本鋼管病院 消化器内科 市川 武

50. CYP2D6 遺伝子多型検査を経て酵素補充療法から基質合成抑制療法へ変更したゴーシェ病Ⅰ型の1例

群馬大学医学部附属病院 消化器・肝臓内科 ○奥山 隆之, 柿崎 暁, 小林 剛, 戸島 洋貴
堀口 昇男, 山崎 勇一, 下山 康之, 佐藤 賢
浦岡 俊夫

51. 成人発症の caroli 病の1例

国際医療福祉大学三田病院 ○田村 卓也, 梅田瑠美子, 宮田 直輝, 片岡 幹統
樋口 肇, 海老沼浩利

52. 転移性肝腫瘍と鑑別を要した類洞閉塞症候群の1切除例

日本大学 医学部 消化器外科 ○大野 皓, 三塚 裕介, 河合 隆治, 山崎慎太郎
高山 忠利

(14) 研修医Ⅲ(肝・胆) 8:47~9:11

済生会宇都宮病院 消化器内科 志波俊輔

53. 肝仮性動脈瘤破裂による血腫の肝内胆管穿破を2回認めた一例

自治医科大学附属さいたま医療センター 消化器内科 ○渡辺 瑞稀, 吉川 修平, 浅野 岳晴, 森野 美奈
松本 圭太, 小糸 雄大, 賀嶋ひとみ, 三浦 孝也
高橋 裕子, 石井 剛弘, 坪井瑠美子, 大竹はるか
藤原 純一, 関根 匡成, 上原 健志, 湯橋 一仁
松本 史弘, 浅部 伸一, 宮谷 博幸, 眞嶋 浩聡

54. 穿通性肝被膜下膿瘍を合併した急性胆嚢炎の一例

埼玉医科大学 消化器内科・肝臓内科 ○中島 弘貴, 中山 伸朗, 相馬 直人, 浅見真衣子
 測上 彰, 藤井 庸平, 打矢 紘, 中澤 学
 安藤さつき, 菅原 通子, 中尾 将光, 本谷 大介
 今井 幸紀, 富谷 智明, 持田 智
同 消化器外科・一般外科 宇治 亮祐, 高木 誠, 高山 哲嘉, 荻野 直己
 篠塚 望

55. セフトリアキソン投与後の総胆管結石性胆管炎の一例

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

56. 家族性大腸ポリポーシスと皮膚筋炎を背景に同時二重胆道癌を発生した1例

自治医科大学附属さいたま医療センター 一般・消化器外科 ○水戸 康平, 野田 弘志, 相澤 栄俊, 遠藤 裕平
 笠原 尚哉, 加藤 高晴, 宮倉 安幸, 力山 敏樹

(15) 研修医Ⅳ(膵) 9:11~9:29

埼玉医科大学国際医療センター 消化器内科 水出雅文

57. 内視鏡的膵管ステント挿入が効果的であった急性膵炎後膵管破綻の一例

医療法人財団 荻窪病院 消化器内科 ○山崎 舜, 中村 雄二, 大久保恒希, 味生 洋志
 鈴木 健二, 池谷 仁美, 林 量司

58. 膵NETに胃GIST、腎細胞癌を同時多発した1例

伊勢崎市民病院 内科 ○笛木 瑛里, 清水 雄大, 吉成夫希子, 増田 淳
同 内科
前橋赤十字病院 消化器内科 阿部 貴紘
伊勢崎市民病院 外科 鈴木 秀樹
同 泌尿器科 牧野 武朗
同 病理診断科 高山 佳泰, 中島 希
群馬大学病院 消化器・肝臓内科 星 恒輝, 浦岡 俊夫

59. 特異な肺転移所見を呈した膵粘液癌の1剖検例

横須賀市立うわまち病院 消化器内科 ○福里 那波, 案納 忠識, 佐藤 晋二, 小宮 靖彦
 森川瑛一郎, 秋間 崇, 池田 隆明
同 病理検査科 飯田 真岐, 辻本 志朗

(16) 研修医Ⅴ(食道・胃) 9:29~9:53

川崎市立川崎病院 消化器内科 井上 健太郎

60. 超音波内視鏡下穿刺吸引細胞診により病理診断し腹腔鏡下食道部分切除術を施行した食道間質腫瘍の一例

東京慈恵会医科大学附属柏病院 消化器肝臓内科 ○宮本 智美, 沖 沙佑美, 星野 優, 中田 正裕
赤須 貴文, 梶原 幹生, 小井戸薫雄
同 内視鏡部 小山 誠太, 月永真太郎, 荒川 廣志
同 外科 高橋 直人
同 病院病理部 鈴木 正章
東京慈恵会医科大学 内科学講座 消化器・肝臓内科 猿田 雅之

61. 重症肺炎後に良性食道狭窄を来した1例

筑波大学附属病院 消化器内科 ○堀籠 祐一, 萩原 悠也, 杉山雄太郎, 永渕 美帆
山浦 正道, 水井 恒夫, 丹下 義隆, 小松 義希
遠藤 壮登, 長谷川直之, 石毛 和紀, 福田 邦明
兵頭一之介

62. 脾動脈および脾臓に穿通し止血に難渋した胃潰瘍の一例

東京都済生会中央病院 内科 ○石塚 隆浩, 岸野 竜平, 中澤 敦, 船越 信介
酒井 元, 三枝慶一郎, 上田 真裕, 星野 舞
田沼 浩太, 小川 歩, 林 智康
同 外科 菊池 勇二

63. 胃癌骨髄腫腫症の2例

独立行政法人 労働者健康安全機構 東京労災病院 ○赤崎 孝大, 松本 将, 山本友里恵, 篠原 裕和
原 精一, 大場 信之, 西中川秀太, 児島 辰也

(17) 研修医Ⅵ(十二指腸・小腸) 10:03~10:21

けいゆう病院 消化器内科 伊藤 高章

64. 保存的治療にて軽快した十二指腸憩室穿孔の1例

新小山市民病院 外科 ○堀越 峻平, 猪瀬 悟史, 崎尾亮太郎, 太白 健一
鯉沼 広治, 栗原 克己

65. 空腸へ髄外浸潤を呈した多発性骨髄腫の1例

東京歯科大学市川総合病院 消化器内科 ○野川 博嗣, 岸川 浩, 春日 良介, 北川 清宏
猪口 和美, 荒畑 恭子, 財部紗基子, 尾城 啓輔
西田 次郎

66. くり返す腹痛を契機に発見された正中弓状靱帯圧迫症候群の一例

東京女子医科大学 卒後臨床研修センター ○伊藤 彩希
同 消化器内科 米沢麻利亚, 安廣 和志, 神林 玄隆, 村杉 瞬
日向有紀子, 赤尾 潤一, 小林亜也子, 伊藤亜由美
大森 鉄平, 小木曾智美, 徳重 克年
同 消化器内視鏡科 中村 真一
同 消化器・一般外科 芹澤 朗子, 谷口 清章, 有泉 俊一, 山本 雅一

- (18) 研修医Ⅶ(小腸・大腸) 10:21~10:45 永寿病院 消化器内科 一松 収
67. 小腸脂肪腫によって発症した成人結腸腸重積の1例
東京慈恵会医科大学 外科学講座 ○貴田 浩之, 佐々木茂真, 武田 泰裕, 谷田部沙織
伊藤 大介, 野秋 朗多, 大熊 誠尚, 小菅 誠
衛藤 謙, 矢永 勝彦
68. 門脈気腫を認めた非閉塞性腸間膜虚血症の一例
順天堂大学附属練馬病院 総合外科 ○石川 数馬
69. 免疫チェックポイント阻害薬による collagenous colitis 発症が疑われた一例
横浜市立大学附属病院 肝胆膵消化器病学教室 ○富田 尚貴, 三澤 昇, 春日 範樹, 吉原 努
芦荻 圭一, 鹿野島健二, 冬木 晶子, 大久保秀則
日暮 琢磨, 中島 淳
同 環境免疫病態皮膚科学 和田 秀文
70. 癌性腹膜炎と鑑別が困難であった結核性腹膜炎の1例
順天堂大学医学部附属浦安病院 消化器内科 ○安野 雄太, 中津 洋一, 北村 庸雄, 降旗 誠
稲見 義宏, 北沢 尚子, 萩原 伸悟, 竹村 勇治
川上 智寛, 野元 勇佑, 西 慎二郎, 深見久美子
大川 博基, 磯野 峻輔, 岩本 志穂, 長田 太郎
- (19) 研修医Ⅷ(大腸1) 10:45~11:03 東京都済生会中央病院 消化器内科 三枝 慶一郎
71. 発症後短期間で進行直腸癌を合併した潰瘍性大腸炎の1例
横浜市立市民病院 初期研修医 ○加藤 諒, 小金井一隆, 辰巳 健志, 二木 了
黒木 博介, 林 宏行, 杉田 昭
72. 難治性潰瘍性大腸炎にて大腸全摘術後に小腸炎をきたした一例
北里大学北里研究所病院 炎症性腸疾患先進治療センター ○原 勇輔, 清原 裕貴, 小林 拓, 岡林 慎二
森久保 拓, 淵上 綾子, 松林 真央, 宮本 康雄
牧田 遊子, 佐上晋太郎, 中野 雅, 常松 令
日比 紀文
73. 大腸内視鏡検査後に脾出血を来した1例
防衛医科大学校病院 内科学2講座 ○大黒 拓磨, 綾木 花奈, 伊東 傑, 村原 なみ
露木 和彬, 西村 弘之, 富岡 明, 渋谷 尚希
杉原 奈央, 和田 晃典, 埴 芳典, 堀内 和樹
因幡 健一, 古橋 廣崇, 高城 健, 渡辺知佳子
富田 謙吾, 高本 俊介, 穂苅 量太
同 光学医療診療部 永尾 重昭
- (20) 研修医Ⅸ(大腸2) 11:03~11:27 慶應義塾大学 医学部 消化器内科 杉本 真也
74. 高齢者発症の潰瘍性大腸炎に対して顆粒球吸着療法が奏功した一例
国立病院機構東京医療センター 消化器科 ○高柳 華子, 中里 圭宏, 森 英毅, 窪澤 陽子
茅島 敦人, 平井悠一郎, 木下 聡, 藤本 愛
西澤 俊宏, 菊池 真大

75. 潰瘍性大腸炎の経過中に原発性硬化性胆管炎を併発した一例

東京医科歯科大学医学部附属病院 総合教育研修センター ○伊藤 晃
同 消化器内科 伊東 詩織, 渡部 太郎, 小林 正典, 福田 将義
斎藤 詠子, 藤井 俊光, 東 正新, 岡本 隆一
土屋輝一郎, 長堀 正和, 大塚 和朗, 朝比奈靖浩
渡辺 守

76. 潰瘍性大腸炎に合併した直腸カルチノイドの1例

横浜市立市民病院 消化器内科 ○阪本 碩子, 諸星 雄一, 松原 佑太, 星 瞳
東 佑香, 杉本 祐一, 辻野誠太郎, 角田 裕也
伊藤 剛, 今村 諭, 長久保秀一, 小池 祐司
藤田由里子, 小松 弘一

77. 便潜血陽性を契機に診断された大腸限局性 AL アミロイドーシスの1例

杏林大学医学部附属病院 総合研修センター ○小松 悠香
杏林大学 医学部 第三内科学 齋藤 大祐, 日比 則孝, 尾崎 良, 菊地 翁輝
佐藤 太龍, 徳永創太郎, 箕輪慎太郎, 池崎 修
三井 達也, 三浦 みき, 櫻庭 彰人, 林田 真理
久松 理一
同 病理学教室 柴原 純二

第2会場（午後の部） 一般演題

(21) 胃・十二指腸 14:05~14:29 慶應義塾大学 医学部 腫瘍センター 落合 康利

78. 早期癌 ESD 後の側方断端陽性に対する短期間の追加 ESD の有用性

独立行政法人 国立病院機構 東京医療センター ○木下 聡, 西澤 俊宏, 中里 圭宏, 茅島 敦人
平井悠一郎, 窪澤 陽子, 森 英毅, 藤本 愛
菊池 真大

慶應義塾大学 医学部 内視鏡センター 高林 馨

同 腫瘍センター 低侵襲療法研究開発部門 矢作 直久

群馬大学大学院 医学系研究科 消化器・肝臓内科学 浦岡 俊夫

79. 地図状に発赤した浮腫状胃粘膜から気腫性胃炎を疑った1例

川崎市立川崎病院 消化器内科 ○花田 亮太, 井上健太郎, 島田 史恵, 野間絵梨子
松原 祥平, 久武 祐太, 有泉 健, 高木 英恵
玉井 博修

80. 当院で経験した胃軸捻転症の3例

独立行政法人 国立病院機構 高崎総合医療センター 消化器科 ○増田 智之, 工藤 智洋, 館山 夢生, 平 知尚
村上 立真, 安岡 秀敏, 星野 崇, 長沼 篤
石原 弘

81. 経過観察中に消化管出血を呈し、外科手術を要した十二指腸脂肪腫の一例

千葉県がんセンター 内視鏡科 ○石垣 飛鳥, 鈴木 拓人, 南金山理乃, 北川 善康
傳田 忠道, 山口 武人

同 肝胆膵外科 石毛 文隆

同 臨床病理部 杉山 孝弘, 伊丹真紀子, 高山 亘

(22) 肝臓・その他 14:29~14:59 東京歯科大学市川総合病院 消化器内科 尾城 啓輔

82. 関節リウマチ治療中に発症した急性 E 型肝炎の1例

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

83. サプリメント摂取により著明な脂肪肝を伴う肝不全を呈した C 型肝炎の一例

東海大学 医学部 内科学系 消化器内科学 ○小玉 敏生, 鶴谷 康太, 山路 葉子, 吉原 四方
新井 圭一, 広瀬 俊治, 加川 建弘, 峯 徹哉

84. 繰り返す肝性脳症のため B-RTO による門脈体循環シャントコイル塞栓術を施行した肝硬変の一例

東京大学医学部附属病院 消化器内科 ○岩田 琢磨, 川村 聡, 内野 康志, 建石 良介
小池 和彦

同 放射線科 佐藤 次郎

85. 手術・化学療法を拒否した大腸がん肝転移例に対しラジオ波焼灼術（RFA）を中心とした集学的治療によって長期生存した1例

NTT 東日本関東病院 ○大西 俊彦, 金崎 峰雄, 寺谷 卓馬, 松橋 信行

86. 盲腸癌鼠径管穿通を契機に発症した会陰部広範囲膿瘍の1例

宇都宮済生会病院 消化器外科 ○松本 健司

自治医科大学 消化器一般外科 堀江 久永, 田口 昌延, 本間 祐子, 高木 徹
清水徹一郎, 巷野 佳彦, 田原真紀子, 井上 賢之
鯉沼 広治, 佐久間康成, 細谷 好則, 北山 丈二
佐田 尚宏

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
352	遠藤 格 (横浜市立大学大学院医学研究科 消化器・腫瘍外科学)	12月1日(土)	東京 海運クラブ	8月22日 ～9月26日予定
353	後藤田 卓志 (日本大学病院 消化器内科)	平成31年 2月23日(土)	東京 海運クラブ	10月31日 ～12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科 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
356	徳重克年 (東京女子医科大学 消化器病センター 消化器内科)	9月21日(土)	東京 海運クラブ	6月12日 ～7月17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352回)例会のお知らせ

期 日：平成30年12月1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：「非アルコール性脂肪肝炎(NAFLD)診療の最近の進歩」

演者：横浜市立大学 肝胆膵消化器病学教室 主任教授 中島 淳

司会：横浜市立大学 消化器・腫瘍外科学 主任教授 遠藤 格

ランチョンセミナー：「大腸癌治療の最前線～手術と化学療法～(仮)」

演者：がん・感染症センター都立駒込病院 大腸外科 部長 松本 寛

司会：帝京大学 外科学講座 教授 橋口陽二郎

第12回ハンズオンセミナー『VRシミュレーターを用いたERCPの基本手技』

研修医・ERCP入門者向けに『VRシミュレーター』を用いたERCPのハンズオンセミナーを開催いたします。

*10:00～12:00(2時間一枠)を予定しております。

*詳しくは、日本消化器病学会ホームページにてご案内させていただきます。

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

*参加費は無料です。

*本学会の会員でない研修医、子育て中の女性医師も受講できます。

当番会長：遠藤 格(横浜市立大学 消化器・腫瘍外科学 主任教授)

横浜市立大学医学部 消化器・腫瘍外科学

〒236-0004 神奈川県横浜市金沢区福浦3-9

TEL: 045-787-2650 FAX: 045-782-9161

連絡先：事務局長 石部 敦士(横浜市立大学医学部 消化器・腫瘍外科学)

◆研修医・専修医セッションについて◆

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

お問い合わせについて

次回例会については、上記の当番会長の先生へ、その他の事務上のことは、

下記関東支部事務局へお願いいたします。

〒181-8611 東京都三鷹市新川6-20-2

杏林大学医学部外科学教室(消化器・一般外科)

日本消化器病学会関東支部事務局

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

E-mail: kanto@jsge.or.jp

日本消化器病学会関東支部 支部長 峯 徹哉

1 化学療法が奏功した食道小細胞型神経内分泌癌の1例

東海大学 医学部 消化器内科
萩原直樹, 内田哲史, 横田 将, 中原史雄, 水上 創, 中村 淳,
藤澤美亜, 小池 潤, 鈴木孝良, 松嶋成志, 峯 徹哉

【症例】77歳男性。2018年3月6日に吐血のため前医へ入院した。上部消化管内視鏡検査で食道に易出血性の腫瘍性病変を認め、病理検査にて食道小細胞型神経内分泌癌の診断となり、精査加療のため3月20日当院紹介受診となった。【既往歴】狭心症(77歳時バイパス術)【個人歴】喫煙 20本/日(67年間) 飲酒 機会飲酒程度【経過】内視鏡検査、CT、食道造影検査、前医病理診断より食道小細胞型神経内分泌癌UtMtL, type2, T4bN1M1(肝), StageIvBの診断となった。4月上旬より化学療法の方針であったが、3月27日夜間に吐血を認めたため救急搬送となった。緊急上部消化管内視鏡検査にて既知の食道小細胞型神経内分泌癌からの出血はすでにみられず止血処置は施行せず入院となった。その後は予定通り治療の方針となった。肺小細胞癌のレジメンを基にCBDCA+VP16療法を選択し、容量は年齢を考慮し7割に減量した。3週間を1クールとして4月3日より計2クール施行したところ、病変は著明に縮小し画像上PRと評価した。腫瘍マーカーはNSE 34.4 ng/mlから11.2 ng/mlと基準値以下に低下を認めた。明らかな副作用も認めないため、3クール目より10割の容量に増量し現在継続加療中である。【考察】食道神経内分泌腫瘍は比較的稀な疾患で悪性度は非常に高く、予後は一般的に極めて不良と報告されている。治療は化学療法を中心として放射線療法、手術療法の組み合わせにより有効例が報告されているが確立されたものはない。今回われわれはStageIvB食道神経内分泌癌に対してCBDCA+VP16による化学療法を2クール行い奏功が得られ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。

食道癌, 神経内分泌癌

3 胃癌と胃Gastrointestinal stromal tumor (GIST)との衝突腫瘍に対し、定型の手術を施行した一例

日本医科大学付属病院 消化器外科¹⁾,
日本医科大学 統御機構診断病理学²⁾
香中伸太郎¹⁾, 松野邦彦¹⁾, 柿沼大輔¹⁾, 高 和英¹⁾, 下田朋宏¹⁾,
新井洋紀¹⁾, 金沢義一¹⁾, 藤田逸郎¹⁾, 萩原信敏¹⁾, 松谷 毅¹⁾,
野村 務¹⁾, 櫻澤信行¹⁾, 牧野浩二¹⁾, 彭 為霞²⁾, 和田龍一²⁾,
内藤善哉²⁾, 吉田 寛¹⁾

【緒言】衝突腫瘍とは成分の異なる細胞から構成される腫瘍が、互いに接しまたは一部が互いに浸潤し衝突したものと定義される、希な疾患である。そのため、診断基準や治療方針、臨床経過に関しても未だ不明な点は多い。今回我々は胃癌と胃GISTの衝突腫瘍の一例を経験したため文献的考察と共に報告する。【症例】68歳、男性。蜂窩織炎で当院皮膚科通院加療中に脳梗塞を発症し、緊急入院となった。入院中に上部消化管内視鏡検査で胃角大彎に2.5 cm大の粘膜下腫瘍を認め、頂部に粘液の流出を伴う尿管開口部を認めた。同部より生検施行したところ、典型的ではないものの高分化腺癌の診断となった。同病変に対し幽門側胃切除術、D2郭清、Roux-en-Y再建を施行した。肉眼的には一部表層粘膜破壊を伴う粘膜下腫瘍様病変であり、早期胃癌+胃GISTを疑う所見であった。術後病理組織学的診断では、高分化腺癌とともに紡錘状間葉系細胞の増生が認められた。特殊免疫染色では腺癌の尿管に一致しp53がびまん性に強陽性を示しており、また間葉系細胞においてC-kit, DOG-1, α -SMA, H-caldesmon陽性であった。以上より胃癌(高分化腺癌)と胃GIST(低リスク相当)の衝突腫瘍と診断された。術後補助化学療法は施行していないが、13ヶ月現在で両者とも再発を認めていない。【考察】胃における同時性多発腫瘍に関する報告は見られるが、厳密な意味での衝突腫瘍は極めて稀である。胃腺癌と胃GISTの衝突腫瘍は調べられる範囲では現在までに3例の紙上報告を認めるのみである。しかしながら、その発生に関しては不明な点が多く、同時性多発腫瘍と区別して考える必要性もまた明らかではない。胃癌と胃GISTの併存症例においては、胃癌の治療経過が最大の予後因子となることがわかってきており、本症例においても胃癌取り扱い規約に則り手術を施行し、現在まで再発・転移を認めていない。【結語】胃癌と胃GISTの併発症例は発生における因果関係の解明が進んでおらず、症例の蓄積により診断、治療の確立、病態の解明などが期待される。

衝突腫瘍, 胃GIST

2 食道潰瘍による前胸部痛が皮膚症状に先行した成人発症Henoch-Schonlein紫斑病の一例

永寿総合病院 消化器内科¹⁾, 同 総合内科²⁾
楠原英生¹⁾, 鈴木翔平¹⁾, 一松 収¹⁾, 市川欧子¹⁾, 吉田英雄¹⁾,
池田啓浩²⁾

【症例】38才女性【主訴】前胸部痛【現病歴】初診5日前からの前胸部痛で当院内科を受診した。精査のために施行した上部消化管内視鏡検査にて、最大8mmの打ち抜き型食道潰瘍を2カ所認めたためPPI内服を開始した。前胸部痛はやや軽快したが消失には至らず、上部消化管内視鏡検査を2か月後に再度施行した所、食道潰瘍は縮小傾向であったが数の増加を認めていた。食道潰瘍の生検結果は非特異的炎症所見のみであり、精査目的で消化器内科へ紹介となった。腹部造影CTでは、食道に異常所見はなく、軽度脾腫大を認めたが、脾酵素上昇や炎症反応上昇は認められなかった。下部消化管内視鏡検査では回盲部潰瘍を認めていたが、生検の結果は非特異的炎症所見のみであった。初診から6か月後に膝関節痛、両下腿に浸潤性紫斑が出現し始めため皮膚科を受診し、紫斑から生検した結果、白血球破砕性血管炎を確認した。経過からHenoch-Schonlein紫斑病(HSP)と診断し、PSL20mg/日、ジアフェニルスルホンを開始した。これらの治療により、心窩部痛、膝関節痛、紫斑は軽快し、前胸部痛も消失した。治療から3か月経過した現在まで経過は良好である。【考察】原因不明の食道潰瘍経過観察中の6か月後に皮膚所見が出現し、確定診断に至った症例を経験した。HSPの成人発症は約5%と比較的稀であり、腹痛、下血、下痢を発症することはよく知られているが、本症例はこれらの症状は一切認めず、食道潰瘍による前胸部痛のみで発症し、半年後に皮膚症状が出現した非典型的経過をたどった症例であった。このような発症経過を来したHSPの症例は過去の文献での報告は確認できなかった。原因不明の継続する食道潰瘍を見た場合、鑑別診断としてHSPも想起する必要がある。

Henoch-Schonlein紫斑病, 食道潰瘍

4 進行胃癌に対する化学療法施行経過中に認めた多発脳転移の一例

東海大学医学部付属東京病院 消化器内科¹⁾,
築地神経科クリニック²⁾
吉原四方¹⁾, 五十嵐宗喜¹⁾, 杉山 悟¹⁾, 仁品玲子¹⁾, 青木 純¹⁾,
芹澤 徹²⁾, 白石光一¹⁾

胃癌における脳転移率は約0.5%と稀な病態であり、また遠隔転移を有する症例の中でも脳転移例は全身に転移が認められた後の終末期の状態として発見される場合が多いことから極めて予後不良と言われている。今回、遠隔リンパ節転移による切除不能進行胃癌に対して化学療法中に多発脳転移を来し、この多発脳転移に対して γ -ナイフ治療を行ったところ奏効した一例を経験したため、文献的考察を加えて報告する。【症例】56歳男性、前医にて胃噴門部進行胃癌と診断され、両側頸部や総腸胃動脈周囲の遠隔リンパ節転移を認めたため根治切除不能と診断された。化学療法として20××年8月よりS-1+CDDPを2クール行ったのち当院紹介となり、同年12月よりweekly PTX+ラムシルマブ、翌年3月よりニボルマブ投与を行い、効果はstable disease:SDであった。しかし、5月中旬頃より左上下肢のしびれや疼痛が出現したため頭部CTにて精査したところ、多発脳転移を来していたため緊急入院となった。【経過】頭部CTで、両側大脳や右小脳、右小脳脚-脳幹に多発脳転移を来していた。それに伴い左上下肢のしびれや疼痛を認め、左足背感覚の消失や左側優位なMMTの低下を認めた。多発脳転移に対して18Gyの線量で γ -ナイフ治療を施行し、その後1-2カ月の経過にて転移巣はそれぞれ縮小傾向を示し、神経症状も徐々に改善を示した。現在も化学療法を継続中である。【結語】胃癌の脳転移症例の大部分は多発しており、他部位の遠隔転移を有するため脳転移症例の予後改善には化学療法を含めた集学的治療が不可欠と考えられる。今回、 γ -ナイフ治療が進行胃癌・多発脳転移に対して奏効した一例を経験した。

胃癌, 脳転移

5 吐血を契機に診断に至った胃アニサキス症と vanishing tumor による胃潰瘍、早期胃癌の3病変を同時多発した1例

聖路加国際病院 消化器内科
高須綾香, 中村健二, 小栗典明, 本田寛和, 岡本武士, 白鳥安利, 岡田瑠璃子, 池谷 敬, 奥山秀平, 高木浩一, 福田勝之, 藤田善幸

【症例】65歳男性、心房細動に対しワルファリンを内服していた。来院1週間前から黒色便があり、来院当日に大量吐血を認め当院救急搬送となった。同日、緊急上部消化管内視鏡検査を施行し、体中部大弯側に発赤した隆起性病変を認めた。頂部にアニサキス虫体が刺入しており鉗子で除去した。その他、胃内は血液と食残が多量で、詳細観察は困難であり、明らかな出血源は同定できず検査を終了した。入院翌日、上部消化管内視鏡検査を再検し、前日のアニサキス刺入部の隆起性病変は改善傾向であった。その他、穹窿部に浮腫性変化が強く、周囲粘膜のひきつれを伴った粘膜下腫瘍様の潰瘍性病変(崎田・三輪分類 Stage A1)を認めた。露出血管や活動性出血は認めず観察のみで終了した。今回の出血の原因として、穹窿部の潰瘍性病変からの出血であったと判断し、消化性潰瘍に準じプロトンポンプ阻害剤の投与を行い、経過良好で入院3日目に退院となった。発症2週間後、外来で上部消化管内視鏡検査を施行した。アニサキス刺入部の体中部大弯隆起病変、穹窿部の潰瘍病変は改善傾向であった。後者から生検を施行し悪性所見はなく、好酸球の浸潤がみられたことより臨床経過と併せアニサキスによる vanishing tumor と診断した。胃角部小彎に5mm大の孤立するびらんを認め、生検を施行し adenocarcinoma と診断された。【考察】一連の治療経過中に、胃アニサキス症と vanishing tumor による潰瘍出血、早期胃癌の3病変を同時期に診断し得た稀少な症例を経験したため、文献的考察を含めて報告する。

アニサキス, 早期胃癌

6 消化管出血を伴う胃GISTに対してコイル塞栓術で止血後に外科的切除を施行した一例

済生会栗橋病院 消化器内科
田中マリ子, 福屋裕嗣, 伊藤敬子, 高田勇登, 味原隆大, 八木亜紀, 奥牧朋子, 成富琢磨, 矢端将行, 伊藤嘉智, 吉松和彦, 小田秀明, 長原 光

症例は74歳男性。X-3日より悪心、X日に眩暈と冷汗を自覚し救急搬送された。腹部造影CTで胃体部後壁に辺縁平滑で強い造影効果を持つ約40×44mm大の腫瘍が認められた。胃内容物のdensityも高く、同腫瘍からの出血が疑われた。上部消化管内視鏡では胃体上部後壁に陥凹を伴う5cmほどの粘膜下腫瘍を認め、陥凹部からの出血を伴っていた。高周波止血鉗子を用い止血を試みたが内視鏡的に止血が得られなかったため、血管造影を施行した。左胃動脈の分枝が腫瘍の栄養血管であったため、同血管にコイル塞栓術を施行した。内視鏡で止血が得られたことを確認し、翌日待機的に胃部分切除術を施行した。病理組織学的検査の結果c-kit陽性、CD34陽性であり、消化管間質腫瘍(Gastrointestinal stromal tumor; GIST)と診断した。GISTは消化管、腸間膜に発生する腫瘍で、わが国では胃に発生する頻度が多い。また、一般に多血性腫瘍であり、出血を契機に発見されることも多い。今回内視鏡的止血が困難であったため血管塞栓術を施行し、止血後に外科切除を施行した一例を経験したため、文献学的考察を加えて報告する。

GIST, TAE

7 難治性低血糖を契機に発見された超巨大GISTの1例

東海大学医学部付属八王子病院 消化器内科
金子元基, 市川仁志, 小嶋清一郎, 山路葉子, 津田真吾, 伊藤裕幸, 永田順子, 高清水真二, 白井孝之, 渡辺勲史

【症例】48歳、男性【主訴】意識障害【現病歴】当院へ意識障害で救急搬送された。頭部MRIでは異常所見なく、随時血糖は29mg/dlと著しく低値であった。1年前から一過性に目が霞むことや意識が遠のくといった低血糖が疑われる症状を認めた。臍上部から骨盤部にかけて腹部腫瘍を触知し、腹部造影CTで肝下面から骨盤部まで占拠する長径30cmの腫瘍と肝両葉に1cm大までの転移巣が散見された。半年前から腹部膨満感を自覚し、1ヶ月で7kgの体重減少を認めた。来院後、低血糖はブドウ糖の静脈内投与では改善せず、臍外腫瘍による低血糖を疑い、緊急入院となった。【経過】腹部腫瘍は大きさに比べ便通異常の自覚は乏しく、難治性低血糖を伴うことから、腸間膜あるいは後腹膜原発の線維肉腫や中皮腫などを鑑別に挙げ、CTガイド下生検を施行した。その結果は紡錘形細胞がシート状に配列し、免疫組織染色でc-kit(+), CD34(-), S-100(-), α SMA(±), Dog-1(+)であり、GISTと診断された。低血糖は経口摂取の他、ブドウ糖の持続静脈内投与とグルカゴンの間歇的投与(3回/日)を必要とし、低血糖時のインスリン値は抑制され、ウェスタンブロットでBig IGF-2は検出されなかったが、血清IGF-2/IGF-1>3とIGF-1系が抑制されていることから、GISTによる非ラ氏島細胞腫瘍由来低血糖が疑われた。イマチニブのみでは著明な腫瘍縮小効果とそれに伴う低血糖からの脱却は困難ではないかと推測する一方、GISTに伴う低血糖を悪化させるといふ報告があり、減量手術を検討した。しかしながら、切除不能GISTに対する減量手術を推奨する根拠はなく、ガイドラインに従い、非切除GISTに対しイマチニブの投与を選択した。GISTの傍腫瘍症候群として稀な低血糖を経験し、その治療選択に関して示唆に富む症例と考え、文献的考察を含め報告する。

GIST, 低血糖

8 腸間膜血腫を来した正中弓状韌帯圧迫症候群の一例

国家公務員共済組合連合会 横須賀共済病院
慶徳大誠, 山下 萌, 松本浩明, 村田 彩, 三代博之, 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】54歳 男性【現病歴】特に外傷の既往なく、突然の心窩部痛及び背部痛を主訴に前医を受診され、虫垂炎を疑われたため20XX年4月29日に当院外科に紹介受診となった。血液検査では腓酵素上昇を認めなかったが、造影CTで腓体尾部やや下方に液体貯留を認めたことから急性腓炎が疑われ当科コンサルトとなった。液体貯留はCT値がやや高値であり、腓周囲の脂肪織濃度の上昇を認めず来院時Hb:9.9g/dlと貧血を認めたことと合わせて腸間膜血腫を疑った。バイタルサインは安定しており、当科入院の上保存的加療の方針とした。第4病日にダイナミックCTを施行したがその際に腹腔動脈起始部の狭窄が示唆され、正中弓状韌帯圧迫症候群(MALS)が疑われた。その後保存的加療で腹部症状および貧血は改善した。第10病日に腹部血管造影を施行し、腹腔動脈造影で起始部に狭窄を認めたことからMALSと診断した。上腸間膜動脈造影で下脛十二指腸動脈に紡錘状の軽度不整、口径不整、下腸間膜動脈造影で左結腸動脈末梢枝から分岐する口径不整血管、拡張血管が見られたが動脈瘤は指摘できなかった。その後も症状の再燃はなく第16病日に退院とした。【考察】MALSは外因性圧迫により腹腔動脈起始部の狭窄を認める疾患である。上腸間膜動脈から脛十二指腸アーケードを介して肝、脾、脛へ血流が供給されるが、狭窄により逆行性の血流が増大することにより血行学的ストレスから動脈瘤または解離等の血管異常を来すとされる。腸間膜血腫の多くは外傷歴に続発することが多いが、今回MALSが関与したとされる腸間膜血腫を経験したため若干の考察を交えながら報告とする。

正中弓状韌帯圧迫症候群, 腸間膜血腫

東邦大学医療センター佐倉病院 消化器内科¹⁾、
同 IBID センター²⁾

岡 駿介¹⁾、佐々木大樹¹⁾、西宮哲夫¹⁾、大内裕香¹⁾、木村道明¹⁾、
柴本麻衣¹⁾、岩下裕明¹⁾、古川潔人¹⁾、宮村美幸¹⁾、勝俣雅夫¹⁾、
岩佐亮太¹⁾、菊池秀昌¹⁾、山田哲弘¹⁾、中村健太郎¹⁾、長村愛作¹⁾、
高田伸夫¹⁾、鈴木康夫²⁾、松岡克善¹⁾

【症例】60代、男性【主訴】血便【現病歴】常染色体優性多発性嚢胞腎による慢性腎不全で血液濾過透析を行っていたが、透析中に血便があったため、前医を受診した。前医で上部内視鏡と下部内視鏡を施行するも明らかな出血源は確認できなかった。赤血球輸血を合計10単位行い、絶食で対応するも止血は得られず貧血は進行したため、出血源の精査目的に当院へ転院搬送となった。【経過】入院日より絶食と鉄剤の点滴投与を開始した。第3病日にカプセル内視鏡を内服したところ、上部小腸に新鮮血を認めた。第5病日に上部小腸内視鏡を行い、空腸に多発憩室を認めた。憩室内に明らかな活動性出血はなかったが、憩室周囲の粘膜にコアグラの付着を認め、また粘膜は易出血傾向であった。前医よりエパデールを継続内服していたため第5病日より内服を中止した。第6病日までは貧血の進行を認めたため当院でも赤血球輸血を合計6単位行ったが、以降は明らかな血便や貧血の進行はなかったため、第8病日に流動食から食事を開始した。食上げを行っても血便はなく、ヘモグロビン値も改善したため、第18病日に退院した。【考察】常染色体優性多発性嚢胞腎に大腸憩室を高頻度に合併するが報告されているが、小腸憩室の合併報告は限られている。今回、常染色体優性多発性嚢胞腎に小腸憩室出血を合併した1例を経験したので、文献的考察を踏まえて報告する。

常染色体優性多発性嚢胞腎、小腸憩室

東京通信病院 消化器内科

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

【症例】76歳、男性【主訴】胃部不快感【現病歴】X年4月上旬より胃部不快感を認め、当院外来を受診した。上部消化管内視鏡(EGD)を施行したが、特記すべき所見は認めなかった。血液検査でHb 11.8 g/dlと軽度の貧血を認めたため、下部消化管内視鏡(CS)及び腹部単純CTを施行した。CSでも特記すべき所見はなく、CTで小腸壁肥厚が認められ小腸腫瘍が疑われた。黒色便や血便は認めないものの、貧血は徐々に進行し鉄剤補充で経過をみるものの5月下旬にはHb 6.2 g/dlまで低下し、貧血および小腸腫瘍の精査目的に当科に入院した。【経過】入院時に施行した腹部造影CTで小腸に境界明瞭な低濃度結節を認め、小腸脂肪腫が疑われた。入院時には鉄欠乏性貧血を認め、倦怠感も認めたため適宜輸血を行い、その後は貧血の進行は認めなかった。EGDおよびCSで特記所見がなかったことから、CTで指摘された小腸脂肪腫からの出血が疑われた。パテンシーカプセルで通過障害がないことを確認後にカプセル内視鏡(CE)を施行したところ、小腸時間通過率42%、画像進捗率54%の部位に嚢腫とびらんを伴う隆起性病変を認めた。経肛門的ダブルバルーン小腸内視鏡(DBE)を施行し、回腸領域に表面が不整な立方体状の病変を認め、Cushion signを認めたことから小腸脂肪腫と考えられた。中央部には潰瘍を伴っており、活動性の出血は認めなかったが出血性病変として矛盾しないと考えられ、外科的に小腸部分切除を施行した。病理の結果はlipomaであり、術前診断の通りであった。【考察】消化管脂肪腫は間葉系由来の良性腫瘍であり、全消化管腫瘍の5-6%を占める。良性疾患であるが、腸重積などを繰り返し循環障害が起こると腫瘍の表面にびらんや潰瘍を形成し、出血の原因となる。【結語】小腸脂肪腫は良性疾患であるが出血をきたすことがあり、貧血の原因となり得る。GSやCSを施行しても出血源が特定されず、小腸病変が疑われた場合はCEやDBEが診断の一助となる。

小腸脂肪腫、出血

国立国際医療研究センター病院 消化器内科

粟飯原真人、大久保栄高、遠藤 剛、浦部昭子、住田純子、
小林桜子、飯田龍洋、松下祐紀、下村 暁、泉 敦子、濱田麻梨子、
柳澤直弘、久田祐也、木平英里、忌部 航、渡辺一弘、三神信太郎、
横井千寿、柳瀬幹雄、秋山純一

【症例】50歳男性【主訴】右下腹部痛【既往歴】虫垂炎【生活歴】喫煙：12本/日 30年、飲酒：焼酎1杯/日【現病歴】20××年9月頃より右下腹部痛を繰り返す生じ、虫垂炎やイレウスとして保存的治療で軽快していた。翌々年1月に再び右下腹部痛があり前医を受診した。保存的治療で症状は軽快傾向であったが本人の精査の希望があり当科紹介となった。来院時、右側腹部～下腹部痛に圧痛を認め、臍右側に圧痛の最強点を認めたが筋性防御や反跳痛はみられなかった。血液検査ではWBC 13600/μl CRP 1.53 mg/dlと炎症反応の軽度上昇を認めた。CT検査では小腸や虫垂に結石を認めるものの、腸管の閉塞や炎症を示唆する所見は認めなかった。小腸結石に伴う下腹部痛と考え、待機的に小腸内視鏡検査を施行した。遠位回腸にメッケル憩室と思われる憩室を認め、造影により憩室内に結石を確認した。憩室内結石に伴う下腹部痛と診断し、待機的に腹腔鏡下メッケル憩室切除術を施行となった。【考察】メッケル憩室に結石を伴った場合、憩室炎や穿孔などの合併症から急性腹症を生じ、緊急手術となる例が報告されている。本症例においては繰り返す右下腹部痛に対して虫垂炎やイレウスとして保存的治療が行われていたが、その原因はメッケル憩室結石によるものであった。小腸結石を認める腹痛に対しては、鑑別としてメッケル憩室結石を挙げる必要がある。【結語】メッケル憩室結石による繰り返す右下腹部痛の一例を経験した。

メッケル憩室、結石

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⁾
湊 尚貴¹⁾、東 瑞智¹⁾、久保田陽¹⁾、近藤雄紀¹⁾、渡辺見識¹⁾、
和田拓也¹⁾、石戸謙次¹⁾、堅田親利¹⁾、田邊 聡²⁾、小泉和二郎¹⁾

【症例】65歳女性【主訴】発熱、悪寒、血尿【現病歴】20XX年X月大腸イレウスを契機に大腸癌、多発肝転移、左卵巣転移と診断された。ストマ造設後、20XX年同月より、XELOX+ペバシズマブを開始した。化学療法は奏功し9コース施行後、腹腔鏡下右半結腸切除、ストマ閉鎖術、左卵巣切除術を施行した。術後の病理結果にて腹膜播種を認めた。残存する肝転移巣、腹膜播種に対して、同治療を継続した。11コース目投与施行中に発熱、悪寒、血尿を認めた。血液検査上血小板低下、凝固異常、溶血性貧血、肝腎機能障害を認め、精査加療目的のため緊急入院した。ペバシズマブ投与直後に上記病態を生じたため、ペバシズマブに起因する血栓性微小血管症が疑われ、血漿交換療法を開始した。治療開始後、速やかに凝固異常、肝腎機能障害は改善し退院した。12コース目より、ペバシズマブは中止しXELOXを開始した。しかし、オキサリプラチン投与後、同様の症状を認めた。血液検査上も前回同様の結果であり、オキサリプラチンに伴う血栓性微小血管症が疑われ、血漿交換療法を施行した。治療開始後は、速やかに改善し退院した。【考察】ペバシズマブ、オキサリプラチンに起因する薬剤性血栓性微小血管症の症例を経験した。各々の薬剤が上記病態を引き起こす原因については不明な点が多い。同様の報告症例も少なく、今後詳細な病態解明と発症時の適切な対応について検討する必要がある。

血栓性微小血管症、化学療法

下行結腸癌術後に吻合部再発・再々発をきたし2回の結腸部分切除を施行した1例

千葉大学 医学部 先端応用外科学
問宮 悠, 丸山哲郎, 大平 学, 宮内英聡, 今西俊介, 栃木 透, 岡田晃一朗, 松原久裕

症例は66歳男性。下行結腸癌に対し、2016年5月に腹腔鏡下下行結腸部分切除術を施行した。吻合はAlbert-Lembert縫合による端々吻合とした。術後経過は問題無く、第7病日に退院となった。病理所見はType1、15x15mmPM0 (3.5cm)、DM0 (7.0cm)、T1b、N0、tub1、ly0、v0、PNO、Stagelであった。術後1年目の大腸内視鏡検査にて吻合部に25mm大の2型腫瘍を認め、生検にてadenocarcinoma、tub2の診断であった。吻合部再発の診断にて2017年7月に結腸部分切除術を施行した。口側10cm、肛門側20cmの位置で腸管を切除し、Albert-Lembert縫合による端々吻合とした。病理所見はType2、30x30mm、PM0 (8.3cm)、DM0 (15.6cm)、RM0、T3、N0、tub1>tub2、ly0、v1、PNOであった。組織形態が初回手術のものと同様であり、吻合部再発を最も疑う所見であった。術後経過は問題無く、第8病日に退院となった。尿管侵襲陽性であること、吻合部再発であることから、術後補助化学療法 (UFT/UZEL) を5コース施行した。再手術後10ヶ月目の大腸内視鏡検査で吻合部に30mm大の2型腫瘍を認め、生検にてAdenocarcinoma、tub2の診断であった。吻合部再々発の診断にて2018年6月に結腸部分切除術を施行した。口側5cm肛門側5cmの位置で腸管を切除した。吻合部再発への対策として、吻合前に口側と肛門側の腸管を十分に洗浄した。吻合は2回の手縫い吻合での再発であったことから器械吻合を予定していたが、腸管の距離が足りずAlbert-Lembert縫合による端々吻合とした。病理結果はType2、27x23mm、PM0、DM0、T3、N0、tub2>tub1、ly0、v0であった。組織形態は過去2回のものと同様であり、吻合部再々発の診断となった。術後経過は問題無く、第9病日に退院となった。今回我々は腹腔鏡下下行結腸部分切除後の手縫い吻合部への再々発をきたした1例を経験したので、若干の文献的考察を加え報告する。

大腸癌, 吻合部再々発

潰瘍性大腸炎の経過中に初発症状として便秘が認められたHTLV-1関連脊髄症の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 脳神経内科³⁾
武波知彦¹⁾, 栗林志行¹⁾, 古田みのり³⁾, 古田夏海³⁾, 大林千草¹⁾, 都丸翔汰¹⁾, 中山 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⁾, 池田佳生³⁾, 浦岡俊夫¹⁾

【症例】50歳代、女性【主訴】便秘、歩行障害【既往歴】潰瘍性大腸炎、小児喘息、胸椎圧迫骨折【家族歴】夫が九州出身【現病歴】200X年に潰瘍性大腸炎と診断され、ステロイド投与で寛解導入した後、5-ASAで寛解維持療法が行われていた。排便回数は2-3行/日、便の性状は軟便から泥状便であり、大腸内視鏡検査では粘膜治癒が得られていた。200X+5年12月から突然便秘となり、排便回数が2-3行/週となった。市販の下剤で排便コントロールを行っていたが、200X+7年8月から躓きやすくなり、歩行障害が認められるようになった。【経過】便秘症状出現前には通常の前処置で十分な腸管洗浄が得られていたが、症状出現後は十分な腸管洗浄が得られなかった。潰瘍性大腸炎に関しては粘膜治癒が維持されており、明らかな便秘の原因は指摘できず、ランダム生検でも異常所見はみられなかった。歩行障害の精査目的に当院脳神経内科に紹介したところ、神経学的所見で右下肢優位の軽度の痙性固縮と腱反射の亢進を認めた。パーキンソン病を疑い、L-DOPAを投与する改善が見られず、ドパミントランスポーターSPECTでは線索体領域の集積低下は認められなかった。頭部MRIではT2強調及びFLAIR画像で斑状高信号が散見されたが、主幹動脈に狭窄や閉塞は認めなかった。脊髄MRIでは胸椎に陳旧性圧迫骨折を認めたが、脊髄に異常所見はみられなかった。血中のHTLV-1抗体が陽性で、髄液中ネオオプテリン42pmol/mlと高値を認め、HTLV-1関連脊髄症(HTLV-1 associated myelopathy: HAM)と診断された。HAMの治療にはステロイド大量投与、インターフェロンα投与などが行われているが、本症例では症状が軽度であることから、経過観察の方針となっている。【結語】パーキンソン病などの神経変性疾患では便秘が初発症状となり得る。排便習慣の急激な変化がみられた場合には、便秘を来しうる神経筋疾患や代謝性疾患などの存在を疑うことが重要である。

便秘, HTLV-1関連脊髄症

5-ASAの内服開始から28年後に不耐となった潰瘍性大腸炎の1例

大船中央病院 消化器・IBDセンター
原真太郎, 遠藤 豊, 鍋田陽昭, 梅沢翔太郎, 森川吉英, 吉田篤史, 上野文昭

【症例】44歳男性【主訴】発熱、下痢【既往歴】過敏性腸症候群、アレルギーなし。【家族歴】特記すべきことなし。【現病歴】16歳時、全大腸炎型潰瘍性大腸炎と診断され、pH依存型5-ASA製剤3600mgと6MP0.25gで寛解維持、再燃時にはPSLやCAPで寛解導入していた。43歳時に再燃し、ゴリムマブで寛解導入となったが、3か月後に38度台の発熱と15行/日の下痢を認めたため、時間・pH依存型5-ASA製剤4800mgに変更した。変更後も同様の発熱・下痢が続き、10行/日以上の血便も認められるようになったため、重症潰瘍性大腸炎として精査加療目的で入院となった。【入院時現症】体温37.5℃、脈拍88分、血圧114/61mmHg。腹部は平坦・軟、腸蠕動音正常で圧痛なし。【血液・生化学検査】WBC 11650 / μ l、Hb 13.1 g/dl、Plt 47.8 \times 10³ / μ l、Alb 2.8 g/dl、T-cho 138 mg/dl、Cre 0.92 mg/dl、Amy 244 U/l、CRP 8.62 mg/dl【画像検査】腹部単純CTで横行結腸から直腸にかけてのび慢性的壁肥厚と腸管周囲の脂肪織濃度上昇を認めた。下部消化管内視鏡検査でS状結腸に易出血性の多発する不整形のびらん・潰瘍を認めた。【経過】37.5度の発熱と15行/日の下痢、CRP 8.62 mg/dlだが、全身状態良好で、症状に比べ内視鏡所見は軽く、メサラジン製剤不耐を疑い、中止した。感染性疾患を除外するため、便培養と血液培養を施行したが、ともに陰性だった。中止後5日、解熱し、下痢も改善した。十分なInformed Consentを行い、時間依存型5-ASA製剤の内服を開始した。再開当日から発熱と下痢の悪化を認めたため、メサラジン製剤不耐と確認し、中止とした。寛解導入のため、インフリキシマブを導入し、寛解となったため、退院した。【考察】5-ASA製剤の開始後28年経過して発症したメサラジン製剤への不耐は極めて稀である。若干の文献的考察を加えて報告する。

潰瘍性大腸炎, 5-ASA不耐

尿路感染症・敗血症を合併し、治療に難化した活動期潰瘍性大腸炎の1例

日本大学医学部附属板橋病院
岩井 彩, 江崎 充, 山川 俊, 入江 彰, 矢ヶ部響子, 春田明子, 永井 晋太郎, 岩本真帆, 菊池浩史, 今津博雄, 後藤田卓志, 松岡俊一, 森山光彦

【症例】10代男性。【現病歴】201X年2月下旬より腹痛と10行/日の水様下痢が出現。近医受診し感染性腸炎疑いにて対症療法を受けるも改善せず、血便も認められるようになり、精査加療目的に当院へ紹介となった。下部消化管内視鏡検査所見(TCS)を施行し、潰瘍性大腸炎(UC)、全結腸型 Matts grade3と診断、中等症であり、5-ASA製剤(アサコール3600mg/日)の内服加療を開始した。しかし、初診から2週間後に15行/日の血便の増悪、腹痛、発熱、食欲不振を認め、UCの重症化(CAI17)で緊急入院となった。入院時の尿検査・造影CTで腎盂腎炎の合併を認め、敗血症および播種性血管内凝固症候群(DIC)の状態であったため、広域抗生剤(MEP3g/日)に加え、トロンボモジュリンや免疫グロブリンによる加療を開始した。UCに対しては、禁食・補液による腸管安静および5-ASA製剤の変更(リアルダ4800mg/日)を行うも症状は改善せず。同時に、呼吸状態の増悪を認め、胸部CTを施行したところ両肺野にびまん性間質性肺炎像が認められた。5-ASA製剤による薬剤性肺障害が否定できず、内服を中止した。重症感染症下であり、ステロイドやタクロリムス、生物学的製剤の使用は感染増悪のリスクが懸念されたため、これらの導入は行わなかった。そのため、白血球除去療法(LCAP、2回/週)による寛解導入療法を行った。その後は、臨床症状および血液検査所見も徐々に軽快し、CAI14まで改善した。LCAP10回終了後の内視鏡検査では粘膜所見の改善が認められた。尿路感染症も軽快したため、維持療法として免疫調整薬(AZA)を導入し退院となった。現在も外来通院にて寛解が維持されている。【結語】LCAPは日本では2011年にUCの治療法として保険適応となり、2010年には診療報酬改定により週2回以上のintensive CAP治療が可能となった。本症例では重症感染症を併発し、ステロイドや生物学的製剤の導入を行うことができなかったが、intensive CAP療法により寛解に至った。UCに対する治療薬の開発が進み選択肢が広がる中、LCAP療法が有用であった一例を経験したので報告する。

潰瘍性大腸炎, LCAP

埼玉医科大学病院 総合診療内科¹⁾, 同 消化管内科²⁾, 同 病理学部³⁾
塩味里恵¹⁾, 都築義和^{1,2)}, 大崎篤史¹⁾, 芦谷啓吾¹⁾, 宮口和也¹⁾, 山岡 稔¹⁾, 山田健人³⁾, 大庫秀樹^{1,2)}, 宮川義隆¹⁾, 中元秀友¹⁾, 今枝博之^{1,2)}

【症例】65歳、男性【現病歴】X-1年1月、近医で慢性胃炎の経過観察目的施行された上部消化管内視鏡で胃前庭部に潰瘍を認め、生検でリンパ腫と診断された。ピロリ菌は陰性であった。当院に紹介後、頸部、鎖骨下リンパ節腫脹、CT上腸間膜リンパ節腫脹を認め胃原発MALTリンパ腫と診断され、リツキシマブ単剤療法が開始された。リツキシマブ4コース投与後4月にイットリウム イブリツモマブ チウキセタン治療に変更され部分寛解となった。8月に施行したPET-CTで右頸部リンパ節に異常集積を認め、12月からリツキシマブの再投与を開始された。開始後から20行/日の下痢と少量の血便を認め、X年1月精査目的で入院となった。【経過】便培養で有意な一般細菌は検出されず、サイトメガロウイルス抗原も陰性であった。先行する抗生物質使用はなかった。血液検査ではCRP1.20mg/dL、WBC10680/μLと軽度の炎症反応上昇を認めた。腹部造影CTでは回腸から大腸にかけて腸管壁が浮腫状であった。大腸内視鏡所見では全体に粘膜が浮腫状・顆粒状で、びらんと不整形の浅い潰瘍を認めたが発赤は軽度で、盲腸とS状結腸から直腸にかけて血管透見を認め連続性はなかった。病理組織検査ではリンパ球を初めとした炎症細胞浸潤と泡沫細胞を認め、一部に陰窩炎を認めた。免疫染色(AE1/AE3染色)ではlymphoepithelial lesion(LEL)を認めずリンパ腫細胞の浸潤は否定的であった。またCD68染色で肉芽腫を認めなかった。細菌性腸炎、抗生物質起因性腸炎、典型的な炎症性腸疾患、MALTリンパ腫浸潤に伴う下痢は否定的で、リツキシマブ関連腸炎が疑われプレドニゾン50mg/日で治療を開始した。治療開始7日目より下痢は改善し、退院後外来でプレドニゾンを漸減し終了としたが再発なく経過している。【考察】近年、悪性腫瘍や自己免疫性疾患等の疾患で分子標的薬の使用が増加し、ニボルマブ関連腸炎の報告が散見されている。リツキシマブは造血器腫瘍を中心に使用されるが、副作用として腸炎の報告は稀である。今回、経過よりリツキシマブ関連腸炎と考えられた症例を経験したので文献的考察を加え報告する。

リツキシマブ関連腸炎、分子標的薬

東京医科大学 消化器内科¹⁾, 同 病理学教室²⁾, 帝京大学医学部附属病院 病理診断科³⁾, 帝京大学 医学部 病理学講座⁴⁾, 東京医科歯科大学大学院 保健衛生学研究科 分子病態検査学分野⁵⁾, 日本医科大学多摩永山病院 消化器外科⁶⁾, 同 病理診断科⁷⁾ 菊地美穂¹⁾, 杉本勝俊¹⁾, 近藤福雄³⁾, 阿部正和¹⁾, 吉益 悠¹⁾, 竹内啓人¹⁾, 笠井美孝¹⁾, 古市好宏¹⁾, 長尾俊孝²⁾, 福里利夫⁴⁾, 副島友莉恵⁵⁾, 吉田 寛⁶⁾, 細根 勝⁷⁾, 糸井隆夫¹⁾

【症例】39歳男性。血小板減少を健診で指摘され、2006年当院を受診した。脾腫、食道静脈瘤などの門脈圧亢進症状、および肝静脈造影像、肝生検所見から特発性門脈圧亢進症(IPH)と診断され、以後経過観察されていた。2009年7月のCTで肝S8に、径15mm大の腫瘍性病変を指摘され経過観察となっていたが、その後徐々に増大し、2012年3月のEOB-MRIで径30mm大と増大していたため、同年4月、精査目的に当科入院となった。EOB-MRIではT1WIで低信号、T2WIで高信号、動脈位相では乏血性であり、肝細胞造影相では腫瘍辺縁が高信号、内部が低信号となり、いわゆる“チクワ”状染色を呈した。さらに、結節周囲に区域性の低信号域を認めた。血管造影下CTでは、CTHAで結節中心部が軽度造影され、さらに肝細胞造影相で区域性の低信号域を呈した部位に一致して、造影効果が認められた。CTAPでは結節部は周囲肝よりも強く造影され、さらに肝細胞造影相で区域性の信号低下を呈した部位に一致して、造影性の低下が認められた。ソナゾイド画像USのKupffer相では、結節辺縁が高エコー、中心部が低エコーを呈した。以上の画像所見より、第1に過形成性結節が考慮されたが、増大傾向を呈した点、さらに、腫瘍生検においても悪性も完全に否定しなかった点を考慮し、診断および治療目的で同年8月に肝切除術を行った。病理学的には細胆管反応が明瞭で異常血管のある過形成結節であり、中心壊死を認めないことよりFNH-like lesionと考えられたが、免疫組織化学染色で結節全体ではなく、限局性にserum amyloid A(SAA)およびC-reactive proteinの陽性所見が認められた。Glutamine synthetase(GS)免疫染色でも、FNH-like lesion部は地図状であり、SAA陽性部はGS減弱と、異なったパターンであった。以上より、本結節はFNH-like lesion with foci of inflammatory adenomaと病理診断された。【考察】本例は、FNH-like lesionという非腫瘍性病変の中にadenomaという腫瘍性病変が出現した、極めて示唆に富む例である。

肝細胞腺腫, FNH

けいゆう病院

宮崎藏人, 伊藤高章, 岩田賢太郎, 林 佑穂, 葛西祐樹, 岡田直也, 香川幸一, 中下 学, 岡沢 啓, 水城 啓

症例は64歳男性。アルコール性肝障害、糖尿病、慢性腎臓病などで当院腎臓内科に通院中であった。2015年5月、腹部超音波検査で肝腫瘍を指摘され当科紹介受診となった。CT・MRI検査で肝S8に6cm大の早期濃染する腫瘍像を認め、その周囲にも2cm未満の複数の腫瘍を認め、多発肝細胞癌(HCC)と診断された。2015年7月から2017年9月まで計5回のTACEを施行した。途中ソラフェニブ導入も行ったが奏効せず、かつgrade2の手足症候群を認めたため3か月で内服終了となった。2017年12月のMRI検査で、肝S8のTACE後腫瘍の近傍に6cm大の乏血性腫瘍像が新規に出現した。当初はHCC再発と考え6回目のTACEを施行したが、両肺に転移を疑う結節が出現したこと、CEA、CA19-9が著明高値であったことから胆管細胞癌(ICC)合併の可能性が考えられた。2018年1月に肝腫瘍生検を施行し、免疫染色の結果からICCの診断となった。ICCが予後を規定すると判断し、2月から化学療法(GEM+CDDP→GEM単剤)を施行した。しかし、治療に奏効せず5月からBSCへと移行し6月に死亡した。HCC治療中にICCが合併することは極めて稀であり、今回文献的考察を加えて報告する。

肝細胞癌, 胆管細胞癌

済生会宇都宮病院

榊原亮哉, 櫻井陽奈子, 關謙太郎, 石山涼子, 志波俊輔, 望月万里, 森 清人, 田原利行

【症例】71歳、女性

【現病歴】健康診断でHCV感染を指摘されたが治療せず、放置していた。7年後肝硬変へ進展の可能性があるとして近医で指摘され当院紹介受診となった。2a型のC型肝炎に対し、インターフェロン治療(ペグインターフェロンα-2b+リバビリン)を施行し、201X年2月にC型肝炎のSVRが得られた。同年7月にMRIを施行しHCCを認めなかった。その後来院せず、201X+2年5月に右季肋部痛を主訴に受診した。MRIで肝右葉に12×10cm大の巨大な腫瘍を認め、肝細胞癌と診断した。同年6、9、11月、201X+3年2月にTACEを施行したが、HCCのviabilityが残存しており、201X+3年5月よりソラフェニブを導入した。201X+3年11月には完全寛解となり、現在も治療を継続している。

【結語】インターフェロン治療によるSVR後の発がん率は0.3-1.2%/年程度と報告されている。本症例はSVR達成後のMRIでHCCを認めなかったが、2年後には急速に進行したHCCが検出されており、SVR達成後の適切な肝細胞癌のサーベイランスならびに患者教育の重要性が改めて示された。

肝細胞癌, C型肝炎ウイルス

関東労災病院 消化器内科

辛島 遼, 池原 孝, 小林 輝, 木村祐介, 中崎奈都子, 矢野雄一郎, 大森里紗, 金子麗奈, 鎌田健太郎, 三輪 純, 小川正純, 佐藤 謙

症例は70歳男性。60歳頃、下肢浮腫の為、前医を受診した。血液検査及び画像検査所見から肝硬変と診断された。糖尿病と脂肪肝の既往があり、飲酒歴もほとんどなく、肝炎ウイルスや自己抗体が陰性であったためNASHが原因と考えられていた。67歳時に肝S6にHCC初発し、同院で肝動脈化学塞栓療法を施行したが、69歳時に肝S6の局所再発と肝S4, 5に異所性再発を認めため、ラジオ波焼灼療法を行なった。この時、背景肝から生検されて肝硬変と診断されたが、NASHの所見及び他に断定できる原因疾患の所見も認められずBurned out NASHと診断された。その後、70歳時から当院へ転院し経過観察された。HCCの再発は無かったが血液検査でフェリチン1707ng/ml、鉄245g/dlと上昇あり、MRI検査にて肝実質にT2強調画像で強度低信号を認め、ヘモクロマトーシスが疑われたため肝生検を行った。病理所見で肝実質や血管壁に著明な鉄沈着が認められ肝へモクロマトーシスと診断された。本例では遺伝子検査はされていないが、輸血歴や鉄剤投与歴等はほとんど無いため、原発性ヘモクロマトーシスが疑われた。本邦では統発性の報告は多いが、原発性ヘモクロマトーシスの報告及びHCC合併例は稀である。今回、既往歴等よりBurned out NASHと診断されていたが、MRIなどの画像診断による再検討で原発性ヘモクロマトーシスとして1例を経験したので報告する。

ヘモクロマトーシス, HCC

横浜市立市民病院 消化器内科

松原佑太, 小池祐司, 諸星雄一, 星 瞳, 東 佑香, 杉本祐一, 辻野誠太郎, 角田裕也, 伊藤 剛, 今村 諭, 長久保秀一, 藤田由里子, 小松弘一, 仲里朝陽

【症例】66歳男性。1ヶ月前より全身倦怠感を自覚し、造影CTで全身のリンパ節腫大および初指摘の肝硬変(Child-Pugh分類B, 7点)を認め当院を紹介受診した。リンパ節生検で末梢性T細胞リンパ腫と診断され、化学療法(THP-COP療法)が開始された。化学療法開始前はHCV抗体陽性、HCV RNA未検出であったが、化学療法3コース終了後にHCV RNA 6.0 log IU/ml (Group2)となった。以後HCV RNAは4.3-6.6 log IU/ml、ALTは12-80 U/Lで推移した。化学療法を6コース施行し寛解が得られ、治療開始から6ヶ月後も寛解を維持していたが、腹水が貯留したため入院した。HCV RNA3.9 log IU/ml、ALT13 U/Lであったが、C型肝炎は積極的な抗ウイルス治療の適応がないため、対症療法で加療した。一方入院中に肺結核と診断され抗結核薬が開始されたが、肝不全増悪のため結核治療は中止された。その後免疫不全による菌血症を繰り返し、抗菌剤や抗真菌剤による治療を続けたが肝不全の増悪もあり、化学療法開始から約1年で死亡した。

【考察】化学療法によるC型肝炎ウイルス(HCV)再活性化に関する研究報告は少なく、臨床的にもあまり問題とされていない。近年、リツキシマブ併用化学療法におけるHCV再活性化のリスクが報告され、HCV RNAが測定感度以下から測定感度以上(HCV陽性化)となった症例が422例中3例あったことが報告された(Blood, 2010)。しかしリツキシマブ併用化学療法後のHCV陽性化の報告はない。本症例ではTHP-COP療法後にHCV RNAが陽性化し肝不全を合併した。肝不全の理由としてはHCV以外に薬剤性肝炎の合併なども考えられる。

【結語】THP-COP療法によりHCV RNAが陽性化し肝不全を合併した悪性リンパ腫の一例を経験した。

HCV再活性化, 末梢性T細胞リンパ腫

草加市立病院

山崎友裕, 磯崎 岳, 戸田晶子, 小橋健一郎, 今城真臣, 鎌田和明, 矢内常人

58歳男性。200X年10月中旬ごろから食思不振、尿の濃染を自覚した。11月初旬に眼球黄染を家族に指摘され、近医を受診し、精査目的に当院を紹介受診した。血液検査ではAST 402 IU/l、ALT 397 IU/l、ALP 623 IU/l、T. Bil 19.5 mg/dlと著明な肝機能障害とPT 42%と凝固能の低下があった。腹部単純CTは脂肪肝を認めた。海外渡航歴はなし、飲酒歴はチューハイ2500ml/day程度であった。新規に開始となった薬剤はなかった。母親がB型肝炎のキャリアであった。急性肝炎の診断で同日入院した。入院時に行った肝炎のスクリーニングではHBe抗原陰性、HBe抗体陽性、HBs抗原陰性、HBe抗体は8.35 S/COと低力価で陽性であり既往感染パターンであった。HBV-DNA定量は2.7 Log IU/mlであり、ゲノタイプはTypeCであった。メチルプレドニゾロン1000mgの3日間投与し、LAMの内服を開始した。適宜FFPの補充とグリチルリチン製剤、ウルソデオキシコール酸の投与を行い、緩徐に肝機能は改善していった。HBV-DNAは低下傾向であったが、HBs抗原は抗原濃度9.56 IU/mlと陽性になり、その後も上昇し続けた。肝生検を施行し、門脈域を中心に炎症細胞の浸潤があり重度の肝炎の所見であった。その後の経過は良好であり入院第49病日に退院した。その他肝炎の原因となり得る項目は陰性であった。以上よりde novo肝炎と考えた。上下部消化管内視鏡検査では悪性腫瘍を認めず、HIVも陰性であった。免疫抑制を惹起する加療も行っておらず、HBVの再活性化の原因は判然としなかった。HBVの既往感染例の再活性化は一般的に免疫抑制、化学療法が契機となることが多いが、本症例では明らかな誘因なくde novo肝炎を発症した稀な一例であると考えられ、若干の文獻的な考察を踏まえて報告する。

肝炎, 肝障害

北里大学メディカルセンター 消化器内科¹⁾, 同 総合内科²⁾

眞部優作¹⁾, 渡邊真彰¹⁾, 木田光弘¹⁾, 川口佑輔¹⁾, 上原一帆¹⁾, 平良紗月¹⁾, 横森弘昭²⁾

【背景】HMG-CoA還元酵素阻害剤(スタチン)による薬剤起因性(DI)自己免疫性肝炎(AIH)が報告されている。また、原発性胆汁性胆管炎(PBC)の病因は不明であるが遺伝因子と環境因子の組み合わせによる発症ものと考えられている。PBC-AIHオーバーラップ症候群では2.4%にPBCに重複された急性AIHの病理像を有しているとされている。今回我々は、進行性の全身倦怠感を呈した芍薬甘草湯によるDIAIH-PBCオーバーラップ症候群の一例につき報告する。【症例】68歳女性。近医で高脂血症でプラバスタチン10mg服用中、最近3ヶ月間に下肢のこむらがえりを自覚し3日間3回の漢方薬:芍薬甘草湯を服用していた。1か月前より全身倦怠感が出現し近医で肝機能障害を指摘され当院受診し精査のため入院した。生化学検査ではT-bil 1.1 mg/dL、AST 538 IU/L、ALT 677 U/L、ALP 416 IU/L、 γ -GTP 358 IU/L、IgG 1.843 mg/dL、IgM 127 mg/dLであった。ウイルスマーカーは陰性であった。ANA \times 40、抗ミトコンドリアM2抗体422U/ml陽性であった。肝生検では、門脈域と肝小葉に肝細胞壊死、spottyまたはfocal necrosis、非化膿性破壊性胆管炎類似病変とinterface hepatitisと形質細胞浸潤像がみられた。超微形態学的には細胆管上皮基底膜の不整、胆管細胞の脱着像を認めた。HLA-DR9、14陽性であった。薬物誘発リンパ球刺激試験では芍薬甘草湯で陽性であった。プレドニゾロン30mg/日+ウルソデオキシコール酸600mgの投与を開始しトランスアミンアゼレベルは2週間後に正常化した。【考察】スタチン製剤と芍薬甘草湯の併用がPBC-DIAIHオーバーラップ症候群を惹起した可能性を示唆した。

芍薬甘草湯, DIAIH

横須賀市立市民病院 消化器内科¹⁾
横浜市立大学 医学部 消化器内科学²⁾
鈴木悠一¹⁾, 道端信貴¹⁾, 山近由衣¹⁾, 入江邦泰²⁾, 三輪治生²⁾,
小松和人¹⁾, 前田 慎²⁾

【症例】77歳。女性【主訴】心窩部痛、黄疸【現病歴】入院8日前から心窩部痛と尿濃染を自覚し、近医を受診。腹部超音波検査で胆嚢結石を指摘された。第1病日、心窩部痛が増悪したため当院へ救急搬送され、血液検査所見で炎症反応および肝胆道系酵素の上昇を認め、腹部単純CTで総胆管、肝内胆管の拡張を認めたため、急性胆管炎の診断で入院加療の方針とした。緊急ERCPを試みたが、Vater乳頭部の著明な膨隆があり、胆管深部挿管は困難であったため、経皮経肝胆嚢ドレナージ (PTGBD) を施行。黒色膿性胆汁を吸引。炎症反応は改善傾向となった。第5病日にMRCPを施行したところ、総胆管末端部に嚢腫状の拡張があり、嚢腫および遠位胆管に結石を疑う陰影欠損像を認めた。第11病日、内視鏡的胆管結石除去術を施行した。PTGBDからの造影では、十二指腸壁内で嚢腫状に拡張した胆管を認め、choledochocелеと診断した。また、嚢腫内に可動性を伴う陰影欠損像を認め、この結石が嵌頓したことにより胆管炎を発生したと考えられた。膵胆管合流異常は認めなかった。胆管開口部の同定が困難であったため、ブレッカッティングナイフを用いて膨大部を切開したところ、胆汁流出とともに黒色の小結石が排出された。その後、切開部から胆管深部挿管に成功し、胆管造影で遠位胆管に造影欠損像を認めたため、内視鏡的乳頭括約筋切開術、内視鏡的乳頭バルーン拡張術を施行し、遠位胆管の結石除去に成功した。治療後の経過は良好で、第14病日にPTGBDを抜去し、第17病日に退院となった。【考察】choledochocелеは先天性胆道拡張症の一型とされ、比較的稀な病態である。今回我々は、嚢腫内結石により急性胆管炎を合併したcholedochocеле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。

choledochocеле, 急性胆管炎

EUS-FNA, 胆道出血

昭和大学藤が丘病院 消化器内科
浅見哲史, 山村詠一, 新谷文崇, 高野祐一, 吉田詠里加, 小瀬尚子,
林 将史, 鈴木怜佳, 遠藤利行, 上原なつみ, 阿曾沼邦史,
五味邦代, 山本頼正, 井上和明, 長濱正亞

症例は79歳、男性。既往歴や家族歴に特筆すべきものはない。201X-6年から膵尾部の分枝型膵管内乳頭粘液性腫瘍を経過観察中であった。201X年に腹部超音波検査で膵体部背側の上腸間膜動脈近傍の脾実質内に9mm大の境界明瞭で内部均一な等エコー腫瘍を認めた。MRCPでは膵体部の腫瘍は指摘できず、周囲組織の圧排所見も認めなかった。自覚症状はなく、視診上では皮膚病変は認めなかった。血液生化学検査ではCEA、CA19-9といった腫瘍マーカーや膵酵素は正常だった。超音波内視鏡では境界明瞭な低エコー腫瘍として描出され、診断目的で超音波内視鏡下穿刺吸引法(EUS-FNA)を施行した。病理組織学的にβ catenin陰性、CD10陰性、Chromogranin A陰性、Ki67<2%、CD34陰性、vimentin陽性でありS100蛋白陽性の紡錘形細胞を認めたため膵神経鞘腫と診断した。膵神経鞘腫の大部分は良性腫瘍であるが、悪性例の報告も散見されるため現在は慎重に経過観察をしている。神経鞘腫は末梢神経のSchwann細胞から発生する神経原性腫瘍である。発生部位は四肢、軀幹、頭頸部、縦隔、後腹膜に多く、膵臓からの発生は報告が少ない。今回、比較的稀である膵原発の神経鞘腫をEUS-FNAで診断し得た症例を経験したので若干の文献的考察を加えてここに報告する。

膵神経鞘腫, EUS-FNA

膵神経内分泌腫瘍, 膵腫瘍

多摩北部医療センター 消化器内科¹⁾,
防衛医科大学校 内科学 2 講座²⁾
堀内知晃¹⁾, 桐田久美子¹⁾, 宮本真由子¹⁾, 四宮 航¹⁾, 柴田喜明¹⁾,
澁谷尚希²⁾, 穂苅量太²⁾

症例は78代の男性。嘔気・食思不振を訴え近医を受診した。精査の結果、膵頭部癌が疑われ、EUS-FNAによる病理組織診断目的に当院へ紹介受診した。既往歴に脳梗塞と心房細動があり、抗血小板薬と抗凝固薬を内服していたため休業、ヘパリン置換を行い、EUS-FNAを実施した。翌日、総ビリルビンの上昇と肝胆道系酵素の上昇を認め、閉塞性黄疸を疑い同日ERCを施行した。側視鏡でVater乳頭部からの出血を認め、造影カテーテルを用いて胆管挿管を行ったところ造影カテーテル内に血液の流入を認めたため胆道出血と判断した。経過から、EUS-FNA後の胆道出血により、閉塞性黄疸を呈したものと考えた。ENBDチューブを留置して経過観察を行なったが、その後血性胆汁の流出を認めず、黄疸や貧血の進行も認めなかったため、第15病日に退院となった。今回我々は膵頭部癌に対するEUS-FNA後に稀な偶発症として胆道出血をきたした症例を経験したため、当院でのEUS-FNAにおける偶発症の頻度と若干の文献的考察を加えて報告する。

千葉大学大学院 医学研究院 消化器内科学
杉原地平, 興紹慧輔, 栗津雅美, 永島裕樹, 新行内綾子,
飯野陽太郎, 日下部裕子, 中村昌人, 大山 広, 安井 伸,
杉山晴俊, 三方林太郎, 露口利夫, 加藤直也

【症例】64歳、男性。心窩部痛、発熱を主訴に前医を受診した。造影CTで径13cmの感染性膵嚢胞が疑われ、超音波内視鏡下嚢胞ドレナージ目的に当院紹介となった。辺縁に造影効果を伴った低吸収腫瘍を認め感染性膵嚢胞に矛盾しない所見であったが、同病変はMRIのT2WI、DWIいずれでも淡い高信号を示した。超音波内視鏡では病変内部は高エコーを示し、超音波造影剤を使用すると腫瘍辺縁および内部の一部に造影効果を認めた。これらの画像所見より感染性膵嚢胞ではなく、充実性腫瘍と判断してEUS-FNAを施行した。広範な壊死を背景に免疫染色でクロモグラニンA、シナプトフィジン、CD56陽性の異型細胞がみられた。膵ホルモン検査はいずれも陰性であり、非機能性の膵神経内分泌腫瘍 (pancreatic neuroendocrine tumor: PNET) の診断となった。保存的治療により解熱し第23病日に退院した。約2ヶ月後に膵頭十二指腸切除術を施行した。病理結果では背景に陳旧性出血の散在と広範な凝固壊死を認めた。Ki-67 labelling indexは5.4%で、本症例は非機能性PNET G2と診断した。病変部に感染を示唆する所見はなく、発熱の原因は腫瘍壊死によるものが疑われた。【考察】PNETは時に腫瘍増大に伴う中心壊死や腫瘍内出血による嚢胞変性をきたすとされる。しかし、本症例のように腫瘍径が13cmと大きく広範な壊死を伴っているにもかかわらず嚢胞変性のない症例の報告は稀であり、文献的考察を加えて報告する。

29 粘液によるイレウスを発症したIPMNの一例

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

【はじめに】膵管内乳頭状粘液性腫瘍 (IPMN) は膵管内に粘液を産生する異形上皮が乳頭状に増殖し、罹患膵管は腫瘍細胞の増殖や過剰な粘液産生のために嚢胞状に拡張する。今回IPMNが十二指腸に穿破し、粘液によるイレウスを発症した症例を経験したため文献的考察を含めて報告する。【症例】82歳女性【主訴】嘔気、嘔吐【現病歴】2007年に腹部超音波検査でIPMNを疑う嚢胞性病変を認めた。ERCPでは主膵管拡張、主膵管との交通が確認され、IPMNと診断された。膵液細胞診で悪性所見は認められなかったが、嚢胞内に壁に結節を認め手術適応と判断した。しかし患者は手術を希望されず外来でフォローすることとなった。初診時より19ヶ月後に腹痛を認め予約外受診された。CT上嚢胞性病変は明らかに増大し胆管を圧排しており、血液検査上も肝胆系酵素の上昇を認めたため、胆管ステントを挿入し対応した。症状は改善したがその後も画像上IPMNは徐々に増大傾向となった。2017年12月XX日より頻回の嘔吐を認め、当院救急外来を受診した。造影CT検査ではIPMNの十二指腸穿破が疑われ精査加療目的に入院した。胃管を挿入し絶食、補液で加療をしたところ症状は改善を認めたが、胃管を抜去すると症状が再燃した。上部消化管内視鏡検査では十二指腸球部から肛門側は粘液が充満していた。ガストログラフィンによる造影では明らかな腫瘍性の狭窄はなく、大量の粘液貯留による通過障害が原因と考えられた。イレウス管を留置し洗浄を行い、プリンペラン、ピソルボンを投与した。再度の造影でも粘液塊が認められたが、ガストログラフィンの投与に伴って多量緑色調の排便が見られた。その後症状は消失し、イレウス管を抜去後も症状の再燃はなく退院した。【考察】本症例はIPMNの粘液塊によるイレウスが疑われた症例である。有効性が確立されている保存的加療方法はなく、粘液溶解に有効な薬剤も不明である。今回はガストロ造影による刺激性の下痢が多量であったことがイレウス解除に繋がったものと考えられる。IPMN穿破によるイレウスを発症した症例は稀であり若干の文献的考察を加えて報告する。

IPMN, 粘液

31 門脈浸潤に伴う汎血球減少に対する部分的脾動脈塞栓術が奏功し長期生存が得られた膵体部癌の1例

自治医科大学附属病院 消化器肝臓内科
関口裕美, 横山健介, 池田恵理子, 川崎佑輝, 多田大和, 牛尾 純,
玉田喜一, 山本博徳

【症例】69歳、男性【主訴】心窩部痛、背部痛、下痢【現病歴】前記主訴の精査として施行した造影CTで膵体部腫瘍を認め、当院紹介となった。【既往歴・家族歴】特になし【現症】特記事項なし【検査所見】WBC3900/ μ l、Hb12.6g/dl、Plt8.4万/ μ lと汎血球減少を認め、軽度の肝胆系酵素軽度上昇と、軽度の腫瘍マーカー上昇を認めた。造影CTで膵体尾部に30mm大の低吸収の腫瘍を認め、尾側膵管は拡張し、尾部膵実質は萎縮していた。腫瘍は腹腔動脈、上腸間膜動脈、および門脈本幹に浸潤し、側副血行路が発達していた。【経過】切除不能の局所進行膵体部癌 (Pb, TS2, PV+, A+, T4N1M0, cStage IVa) と診断したが、汎血球減少のため、化学療法への適応がない状態であった。骨髄は年齢に比してやや低形成であったが、異型細胞や線維化はみられず、門脈亢進による脾機能亢進が汎血球減少の原因と考えられた。そこで、部分的脾動脈塞栓術 (PSE) 後に化学療法を導入する方針とした。PSEにより血小板は12万/ μ l以上を維持できたため、化学療法を導入した。診断から30ヶ月目に腫瘍増大による閉塞性黄疸がみられ、レジメン変更をしたものの、33ヶ月目まで化学療法を継続し、38ヶ月目まで生存した。【考察】PSEによる血球増加効果は一定ではなく、脾腫瘍や門脈塞栓症など致死的な偶発症も発生し得る。さらに、切除不能進行膵癌患者のGEMの生存期間中央値は5.65ヶ月、S-1単剤の生存期間中央値は9.2ヶ月と十分ではなく、自験例のよう汎血球減少患者に対するPSEの適応については一定の見解がない。しかし、切除不能癌患者には、様々な情報を提供し、患者の希望に応じて、最善の医療を提供する必要がある。今回、PSE後の化学療法により38か月の長期生存を得られた膵体部癌を経験したので報告する。

膵体部癌, 部分的脾動脈塞栓術

30 急速な進行を認めた膵MANECの1例

順天堂大学医学部附属順天堂医院 消化器内科
沖翔太郎, 石井重登, 松本健史, 鈴木真由, 澁谷智義, 山科俊平,
伊佐山浩通, 池嶋健一, 永原章仁

症例は75歳、女性。検診のCTで膵腫瘍を指摘され紹介受診となった。造影CTでは膵頭部に比較的境界明瞭な20mm大、辺縁優位に強い造影効果を有し、内部は不均一に造影される腫瘍を認めた。MRCPでは尾側膵管の拡張は認めなかった。EUSでは境界やや不明瞭な低エコー腫瘍として描出され、FNAの結果adenocarcinomaの診断となった。以上から原発性膵癌cT3N0M0, stageIIAと診断し膵頭十二指腸切除術を施行した。腫瘍成分は神経内分泌腫瘍35%、中分化管状腺癌65%であり、Ki-67指数は50%であった。免疫組織学的染色でも神経内分泌成分と管状腺癌成分が混在し、それぞれの成分が移行する像を認め、衝突癌ではなく二方向へ分化を示す一つの癌と考えられ、mixed adenoneuroendocrine carcinoma (MANEC)の診断となった。最終病理診断はMANEC, pT3N0M0, stagella (第7版膵癌取扱規約)であった。術後2ヶ月目のCTで局所再発、多発肝転移、遠隔リンパ節転移を認めた。病理で相対的に中分化管状腺癌成分を多く認めたため、膵癌治療に準じて術後3ヶ月目よりGEM+nab-PTXを開始したが奏功せず、急速な肝転移の増悪と全身状態の悪化を認め、術後6ヶ月で原病死となった。MANECはWHO分類で腺癌成分とNEC成分が30%以上混在する腫瘍と定義されている。化学療法としては相対的に腫瘍成分の多い方の化学療法が選択されることが多いが、本例では神経内分泌成分のKi-67指数が高値であり非常に悪性の高いNECであったと考えられ、このような症例ではNECに対する化学療法を選択すべきかまだ一定の見解がない。膵原発のMANECは他臓器原発と比較し悪性度がより高い可能性が報告されており、本例でも術後早期に再発をきたし、化学療法を施行するも奏功せず急速な肝転移の増悪を呈した。膵MANECは非常に稀な疾患で報告も少なく、今後の更なる病態の解明や治療法の検討が必要と考えられる。今回、我々は急速に進行する膵MANECを経験したため、他の文献的考察も加えて報告する。

膵臓, MANEC

32 出血性ショックを呈し術後早期再発を来した膵癌の一例

横浜市立大学 消化器・腫瘍外科学
佐藤清哉, 土屋伸広, 藪下泰宏, 村上 崇, 澤田 雄, 本間祐樹,
熊本宜文, 松山隆生, 遠藤 格

症例は73歳女性。心窩部痛を認め、前医受診した。CTで膵頭部に50mm大の不整な腫瘍を認め、十二指腸下行脚への浸潤が疑われた。上部消化管内視鏡で十二指腸下行脚にtype2病変を認め、生検を行ったところadenocarcinomaの診断であった。また、肝S8に動脈相で早期濃染を示す2mm大の結節を認め、肝転移が疑われたものの病変が小さく評価困難であった。手術を検討していたところ、2ヶ月後に腹痛を認めためた救急受診した。診察中に血圧低下を認め、CTで腫瘍穿破による出血性ショックと診断、経カテーテル的動脈塞栓術を施行した。翌日、再度貧血の進行を認め、胃穿孔の診断で大網充填術+洗浄ドレナージ術を施行、その後加療目的に当院転院となった。当院で再検したCTでは肝転移を疑う所見を認めず、根治術の方針とした。術中迅速病理診断で傍大動脈リンパ節転移陽性であったが、術前に出血性ショックをきたしており、リスクコントロール目的に膵頭十二指腸切除術+門脈合併切除を施行した。術後病理所見では扁平上皮成分を一部に認める低分化腺癌でT4N1M1StageIVbの診断であった。術後24日目に肺血栓塞栓を認めたため、リクシアナの内服を開始した。経過おおむね安定していたため自宅退院予定であったが、術後39日目にCTで多発肝転移、大動脈周囲リンパ節転移、副腎転移を認め、その後、左半身麻痺・構音障害をきたし、右MCA領域の脳梗塞の診断でヘパリン投与を開始し、術後66日目に自宅退院となった。術後のADLの低下から化学療法は導入せずBSCの方針とし、術後116日目に死亡した。本症例では術中に傍大動脈リンパ節転移を認めたが、出血リスクコントロール目的に切除を行った。しかし、術後早期に再発をきたし、死亡に至った。膵癌の切除の適応について考察を行うにあたって示唆に富む一例と考えられたため、若干の文献的考察を含め報告する。

膵癌, 早期再発

杏林大学 医学部 第三内科¹⁾, 同 消化器・一般外科²⁾,
同 病理学教室³⁾

萩原良太¹⁾, 落合一成¹⁾, 森久保拓¹⁾, 北田修一¹⁾, 徳永創太郎¹⁾,
後藤知之¹⁾, 吉田 翼¹⁾, 太田博崇¹⁾, 権藤興一¹⁾, 渡邊俊介¹⁾,
土岐真朗¹⁾, 山口康晴¹⁾, 森 秀明¹⁾, 久松理一¹⁾, 松木亮太²⁾,
鈴木 裕²⁾, 阪本良弘²⁾, 長濱清隆³⁾, 下山田博明³⁾, 柴原純二³⁾

症例は70歳代女性。他院において股関節部骨折の術前検査にて血糖コントロール不良を指摘された。腹部造影CTで膵頭部優位の膵腫大と主膵管の一部狭窄像を認め、IgG4が135mg/dlと高値であり、自己免疫性膵炎が考えられたが、経過観察となっていた。経過中に黄疸が出現したため精査加療目的に紹介受診となった。胆管狭窄については内視鏡的逆行性膵胆管造影検査(ERCP)および胆管ドレナージ術を施行した。膵頭部優位の腫大であったため、膵頭部に対して超音波内視鏡下穿刺吸引法(EUS-FNA)を施行した。病理所見はリンパ球、形質細胞主体の炎症細胞浸潤、線維化、腺房の萎縮であり、一部でstoriform patternが認められた。免疫組織学的染色でIgG4陽性形質細胞が多いところで30個/HPF程度認められた。また、腫瘍の可能性を否定できない異型腺上皮が少量ながら認められたが、ERCPにて主膵管の不整狭細像を認め、自己免疫性膵炎と診断し、ステロイド内服加療を行ったところ、膵頭部優位の膵腫大は軽快し、IgG4も正常化した。ステロイド投与を減量しつつ、胆管ステントを抜去するも黄疸の再燃は認めなかったが、自己免疫性膵炎の診断から3ヶ月後の腹部造影CT検査にて膵体部に21mm大の乏血性腫瘍と尾側膵管の拡張が明瞭となった。膵体部の腫瘍性病変に対してEUS-FNAを施行したところ、adenocarcinomaであり、膵体部癌cT2N0M0 StageIBの診断で亜全胃温存膵頭十二指腸切除術を施行した。キーワードを「自己免疫性膵炎」と「膵癌」として1999年から2018年の20年間で医学中央雑誌にて検索したところ、自己免疫性膵炎に膵癌を合併した症例を8例検索し得た。そのうち、本症例のように自己免疫性膵炎と診断し、ステロイド加療後1年以内に膵癌が明らかになった症例が1例あった。膵癌が判然としなかった理由としては自己免疫性膵炎による炎症所見が優位であったためと推察されている。本症例は自己免疫性膵炎に膵癌が合併していた症例として貴重な1例と考え報告する。

自己免疫性膵炎, 膵癌

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

50歳代男性、繰り返す低血糖発作にて救急外来を受診し、精査加療目的に入院した。血液検査所見ではCT、MRI、PET-CTにて膵腫瘍、多発肝転移、縦隔転移をみとめた。血液検査所見はインスリノーマを示唆する所見であり、肝生検、超音波内視鏡下穿刺吸引細胞診では肝腫瘍、膵腫瘍ともに神経内分泌腫瘍と診断した。低血糖発作を繰り返すため、食事に加え、ブドウ糖液を持続点滴し、ジアゾキサイド600mg/日まで使用したが、低血糖症状は持続した。症状改善を目的とした腫瘍減量手術として肝拡大右葉切除を施行し、速やかに血糖値は正常範囲に改善した。縦隔などの遺残病変に対してエベロリムスを使用し、約3年間、新規病変の出現なく腫瘍は縮小を維持し、低血糖発作も認めなかった。増悪傾向となっても、エベロリムス継続によりほとんど低血糖症状なく過ごすことができ、肝動脈塞栓化学療法などの併用により手術から5年7か月の生存が得られた。切除不能、転移性インスリノーマに対する集学的治療により、良好なQOLを保ちつつ長期生存が得られた症例を経験した。

インスリノーマ, 膵神経内分泌腫瘍

大森赤十字病院 消化器内科

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

【症例】21歳女性【主訴】腹痛、下痢【現病歴】2017年12月末にフィリピンへ旅行に行き、翌2018年1月中旬より腹痛、下痢が出現。近医受診したが症状改善せず当院を紹介受診。血液検査で白血球数と好酸球数の高値(WBC 27500/ μ l, Eos 20900/ μ l)を認め、精査加療目的に入院となった。【既往歴】特記事項なし【家族歴】特記事項なし【常用薬】なし【経過】大腸内視鏡で結腸内に白色調の長さ5mm程度、太さ1mm以下の糸状の虫体を散在性に認めた。虫体は全結腸にわたって認め、それぞれ大腸粘膜に刺入しており、生検鉗子を用いて可及的に計28匹を摘出した。回腸末端は異常を認めなかった。大腸内視鏡翌日にイベルメクチン9mgを内服、その後徐々に症状改善傾向であったため第4病日に退院。回収虫体の鑑別検査からズビニ鉤虫症と診断し、第10病日の退院後外来でピランテルパモ酸塩100mgを内服。その後は症状の再燃なく経過している。【考察】ズビニ鉤虫は主に汚染された食品などを介した経口感染を経路とし、上部小腸に寄生することが多い。医学中央雑誌で「ズビニ鉤虫」をキーワードに検索したところ(会議録を除く)12例の報告があった。そのうち内視鏡により診断した症例は4例あったが、いずれも上部消化管内視鏡で十二指腸に虫体を認めたことで診断されており、本症例のように大腸内視鏡で虫体を確認し診断した例はまれといえる。【結語】今回、大腸内視鏡により虫体を摘出することで診断したズビニ鉤虫症の1例を経験したため報告する。

ズビニ鉤虫, 大腸

杏林大学 医学部 第三内科¹⁾, 同 病理学教室²⁾

楠原光謙¹⁾, 大野亜希子¹⁾, 加藤敦士¹⁾, 宮本尚彦¹⁾, 八谷隆仁¹⁾,
新井健介¹⁾, 神保陽子¹⁾, 森 秀明¹⁾, 久松理一¹⁾, 磯谷一暢²⁾,
長濱清隆²⁾, 柴原純二²⁾

【症例】70歳代女性【既往歴】高血圧【現病歴】便鮮血陽性の精査目的に近医で下部消化管内視鏡検査が施行され、直腸に粘膜下腫瘍を認めたため精査加療目的に紹介となった。【臨床経過】当院で再度施行した下部消化管内視鏡検査では、下部直腸に表面平滑な淡黄色調の4mm大の粘膜下腫瘍を2個認めた。超音波内視鏡検査では第2層から第3層に首座を置く低エコー域として描出された。組織生検を施行したが診断に至らず、神経内分泌腫瘍、悪性リンパ腫、リンパ濾胞性ポリープ等を鑑別に、診断と治療を目的として内視鏡的粘膜下層剥離術を施行した。【病理組織】粘膜固有層から粘膜筋板にかけて胚中心を有するリンパ濾胞が増殖していた。構成細胞に異型を認めず、各種免疫染色、ISH(in-situ hybridization)においても悪性リンパ腫を示唆する所見を得られず、良性リンパ濾胞性ポリープ(benign lymphoid hyperplasia, 以下BLP)と診断した。【考察】BLPは正常なリンパ濾胞の限局性過形成により生じ、非上皮性腫瘍性病変に分類されている。大腸におけるBLPは直腸に発生する頻度が高いが、悪性リンパ腫も直腸に好発し、神経内分泌腫瘍と同様に内視鏡的な鑑別がしばしば困難となる。組織生検にて診断に至らない際は、超音波内視鏡で切除可能であることを確認し、完全切除した上で病理学的検討を行うことが重要である。

直腸濾胞性ポリープ, 粘膜下腫瘍

杏林大学付属病院 消化器一般外科

朽名貴史, 小嶋幸一郎, 紅谷鮎美, 麻生喜祥, 吉敷智和, 橋本佳和, 鈴木 裕, 松岡弘芳, 正木忠彦, 森 俊幸, 阪本良弘, 阿部展次

【背景】直腸GIST (gastrointestinal stromal tumor) はその腫瘍径や存在する解剖学的理由により、超低位前方切除術や直腸切断術が選択されることもある。しかし、GISTはリンパ節転移の可能性はほとんどないことから、どの領域の消化管においてもリンパ節郭清を伴わない最小限の切除が望ましい。今回、壁外発育型直腸GISTに対し、経膈的切除が可能であった症例を経験したため報告する。

【症例】68歳女性。

【現病歴】子宮脱疑いのため近医より当院婦人科へ紹介された。膈入口に腫瘍性病変を認め、生検でGISTの診断となり、当科へ紹介された。【入院時現症】膈内診では膈入口後壁に3cm大、弾性硬の腫瘍を触知、直腸診では肛門縁より3cmの下部直腸領域前壁に粘膜下腫瘍を触知した。両者は同一の腫瘍を触知していたと考えられ、可動性はいずれの診察でも可動性良好であった。造影CTおよびMRI検査では、膈下より45×30mm大の膈後壁を圧排する分葉状腫瘍を認め、腹水やリンパ節腫大は認められなかった。下部消化管内視鏡検査では、歯状線から下部直腸に連続する立ち上がりならかな粘膜下腫瘍像が観察された。以上より、膈を圧排する壁外発育部分を主体とする直腸前壁GISTと診断し、経膈的直腸全層部分切除の方針とした。

【治療経過】全身麻酔下碎石位にて再度診察を行うと、腫瘍全体が膈入口部より脱出するほど可動性良好であることを確認した。経膈的に腫瘍周囲を切離していき、膈の全層を切離しながら直腸前壁に到達し、直腸前壁を部分的に全層で合併切除し、腫瘍を摘出した。膈欠損部は経膈的に、直腸全層欠損部は経肛門的に縫合閉鎖し、直腸縫合不全の予防的人工肛門を横行結腸に造設した。術後合併症なく経過し、第12病日に退院した。腫瘍は、病理組織学的に高リスク群に分類されるGISTと診断され、術後イマチニブ投与を導入、現在までに転移再発なく経過している。

【結論】腫瘍径の比較的小さい壁外発育型直腸前壁GISTに対しては、本術式は有用であるとと考えられ、供覧に値すると考えられたので報告する。

直腸GIST, 経膈的切除

牧田総合病院 消化器内科¹⁾, 同 外科²⁾,

東京大学医科学研究所 血液腫瘍内科³⁾

徳弘直紀¹⁾, 山崎武志¹⁾, 山崎麻衣子¹⁾, 齋藤秀一¹⁾, 佐原須美子¹⁾, 佐藤 徹²⁾, 藤岡稔洋²⁾, 牧田英俊²⁾, 柴田英貴³⁾, 安藤匠平³⁾, 牧山純也³⁾

潰瘍性大腸炎(以下UC)に特発性血小板減少性紫斑病(以下ITP)を合併することは比較的稀と言われている。今回我々は、65歳以上の高齢発症UCの経過観察中にITPを合併した一症例を経験したので、若干の文献的考察も含め報告する。【症例】60歳台後半男性。【既往歴】糖尿病, 高血圧。【主訴】下痢, 下血。【現病歴】糖尿病, 高血圧にて近医通院中の20XX年X月、下痢, 下血持続のため精査目的にて当科紹介。採血にて軽度の炎症反応と、腹部CTにてS状結腸から直腸にかけて肥壁厚を認め、また大腸内視鏡検査にて左側結腸型UCの診察にてmesalazineによる寛解維持療法施行。しかしその後UC再燃にてPSL投与、G-CAPにて寛解導入療法開始。その結果、症状軽快しPSLも徐々に減量できたが減量中に再燃のため、AZPを追加投与し経過観察とした。その後UCの経過は良好であったが、第190病日頃から血小板数減少を認めた。薬剤性も否定できずAZPを中止したが、その後も血小板数回復せず骨髓細胞診施行。集簇する巨核球像や血小板付着を欠く巨核球像などITPに矛盾しない所見を認めた。またPA-IgG値は457 ng/10⁶ cellsと上昇を認め、Hbは陰性であった。経過からUCに合併したITPと診断し再度PSL投与を開始。その後もmesalazineは続行中であるが、PSLを減量しても血小板数減少は認めない。【考察】UCに合併するITPの発生機序として、UCの免疫学的異常により産生された抗体が血管内に移行し、ITPにおいて血小板破壊を来す抗体と交差反応を生じるためという仮説が提唱されている。UCの腸管外合併症は様々であるがITPの合併は比較的稀である。また高齢発症UCにITPを合併した症例は、検索し得た範囲では過去10年に2例しか報告がなく貴重な症例と思われる。

潰瘍性大腸炎, 特発性血小板減少性紫斑病

慶應義塾大学 外科学教室 (一般・消化器)

佐々木健人, 石田 隆, 岡林剛史, 鶴田雅士, 安藤知史, 岩間 望, 豊田尚潔, 山高 謙, 池端昭慶, 森田 覚, 足立陽子, 松岡信成, 栗野政義, 長谷川博俊, 北川雄光

症例は39歳、女性。もともと月経困難、過多月経を自覚しており、1年前に当院産婦人科で粘膜炎子宮筋腫症に対して腹腔鏡下子宮筋腫核出術が施行された際、骨盤内に内膜症性癒着を指摘されていた。今回、便通狭小化、下痢、下血を主訴に近医を受診し、大腸内視鏡検査でS状結腸から直腸RS部にかけての狭窄を認めたため、当院を紹介受診した。当院で大腸内視鏡検査を再検したところ、狭窄部に上皮性変化を認めず、ポーリング生検まで施行するも確定診断には至らなかった。腹部造影CTと骨盤MRI検査では、S状結腸から直腸に全周性肥厚を認めた。臨床経過と検査所見から、腸管子宮内膜症を強く疑ったが、悪性の可能性も否定できず、狭窄症状の増悪も認めていたことから、腹腔鏡補助下低位前方切除術を施行した。術中所見では、骨盤内を中心に内膜症性と考えられる強い癒着を認めた。術後経過は良好で術後14日目に退院となった。病理組織学的検査所見では、粘膜下層から漿膜下組織にかけて子宮内膜腺を認め、腸管子宮内膜症として矛盾しない所見であった。腸管子宮内膜症に対する腹腔鏡手術は、低侵襲かつ詳細な腹腔内観察が可能であり、有用であると考えられた。今回、腸管子宮内膜症による直腸狭窄に対して腹腔鏡手術を施行した1例を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

腸管子宮内膜症, 直腸狭窄

東海大学 医学部 生体構造機能学

静間 徹, 福山直人, 増田治史

【はじめに】IBD患者における甲状腺機能異常の頻度については種々の報告がみられるが、IBD患者における甲状腺腫大に関する報告は、ほとんどみられない。今回我々は、甲状腺錐体葉の腫大による前頸部腫瘍を併発した潰瘍性大腸炎(UC)症例を経験したので、報告する。【症例】65歳女性。57歳時の下部消化管内視鏡では異常はなかったが、61歳時に血便を契機に左側大腸炎型のUCと診断され、薬物療法にて寛解状態となっていた。55歳頃から前頸部の腫瘍に気づき、精査を希望された。診察では、前頸部の正中に15mm大の弾性硬の腫瘍を認めた。頸部エコーでは、腫瘍は21×16mm大で境界は明瞭、不均一なechogenicityを呈していたが、甲状腺左葉との連続性が認められた。MRIでは、腫瘍は甲状軟骨の前側・正中よりやや左側に位置していた。T1・T2強調画像では不均一な低信号を呈し、造影MRIにて不均一な造影効果が認められた。^{99m}Tc甲状腺シンチグラフィでは、正常の甲状腺および腫大した錐体葉に集積がみられ、錐体葉が前頸部腫瘍と一致すると考えられた。なお上記の画像検査では、甲状腺両葉の腫大は認められなかった。甲状腺機能検査(TSH・FT3・FT4値)は正常範囲であり、甲状腺特異的自己抗体も陰性であった。血液中サイログロブリンが若干高値であったため、耳鼻科にて頸部腫瘍の穿刺吸引細胞診(FNAC)が施行されたが、正常甲状腺に合致する所見であった。その後、5年以上経過観察しているが、甲状腺機能検査・血液中サイログロブリン値は基準値範囲内となっている。また頸部腫瘍の明らかな増大は無く、錐体葉以外の甲状腺の腫大や甲状腺疾患、悪性腫瘍の発症も認めていない。【結論】甲状腺手術後やびまん性甲状腺疾患、甲状腺悪性腫瘍などを除けば、錐体葉が前頸部腫瘍として認められることは少ないと思われる。本症例では、前頸部腫瘍がUCの発症より6年前から認められていることから、錐体葉の腫大がUCの病勢と関連しているとはいえないが、稀な症例と考えられる。

潰瘍性大腸炎, 頸部腫瘍

群馬大学医学部附属病院 消化器・臓臓内科¹⁾,
同 光学医療診療部²⁾
富澤 琢^{1,2)}, 中田 昂¹⁾, 松井綾子¹⁾, 小林 剛¹⁾, 星 恒輝¹⁾,
田中寛人¹⁾, 中山哲雄¹⁾, 戸島洋貴¹⁾, 石田克敏¹⁾, 栗林志行¹⁾,
堀口昇男¹⁾, 下山康之¹⁾, 山崎勇一¹⁾, 佐藤 賢¹⁾, 柿崎 暁¹⁾,
河村 修^{1,2)}, 浦岡俊夫^{1,2)}

【症例】50代女性 【主訴】味覚障害 【現病歴】X年3月頃から食欲不振、味覚障害、爪の萎縮を自覚し近医から当院紹介。体幹や四肢に褐色斑、下腿浮腫、低アルブミン血症を認めた。身体所見、内視鏡所見、病理所見、臨床経過からX年6月にCronkhite-Canada症候群(CCS)と診断、X年8月に入院し、ステロイド(プレドニゾロン;PSL)で寛解導入を行った。自覚症状、身体所見は改善傾向となったためPSLを漸減し、X+1年1月にPSLの内服を終了した。その後も症状なく状態は安定しており、X+1年5月の上部・下部消化管内視鏡検査で消化管ポリープの改善を認めたことから経過観察としていた。しかし、X+2年の1月上旬頃から味覚障害が出現。X+1年5月の上部・下部消化管内視鏡でポリープの出現を認め、CCSの再燃と診断。再度PSLにて寛解導入を行った。治療の反応は良好でPSLは漸減しているが現在もPSLは投与中である。【考察】CCSにおけるステロイドの奏効率は約9割と高く、自覚症状や内視鏡所見の改善が見られることが多い一方で、一部に難治例や再発例も報告されている。CCSでは内視鏡でポリープの改善を確認した後に、治療薬の減量や中止を行うのが望ましいと考えられているが、本症例ではステロイド終了後の内視鏡検査にて消化管ポリープの改善を確認した約8ヶ月後に味覚障害を契機にCCSの再燃をきたした。若干の文献的考察を加えて報告する。

Cronkhite-Canada症候群, 再発

日野市立病院 内科¹⁾, 同 放射線科²⁾, 同 病理診断科³⁾
野坂岳志¹⁾, 金森英彬¹⁾, 村上宗一郎¹⁾, 伊藤 貴¹⁾, 林 篤¹⁾,
三浦弘志²⁾, 森永正二郎³⁾

症例は83歳男性。2017年7月27日、前日からの視野障害を主訴に近医から当院脳神経外科に紹介され、多発性脳梗塞の診断で入院となった。血液検査でD-dimerで顕著高値のため大動脈解離に伴う脳梗塞を否定する目的で体幹部造影CTが行われたところ、腓骨体尾節部、多発性肝転移と考えられる所見が認められ、多発性脳梗塞は進行腺癌によるTrousseau症候群が原因と考えられた。28日に内科転科となり、新たな梗塞疾患発症を防ぐためには腺癌に対する化学療法を速やかに開始することが望ましいと考え、直ちにGemcitabine+nab-Paclitaxel療法を開始した。化学療法開始後day7に一過性の意識レベル低下があり、MRIにて新規脳梗塞病変を認めため、day8の抗癌剤投与は行わなかった。家族に丁寧に病状説明を行い、化学療法継続希望の意志を確認した上でday15から抗癌剤投与を再開した。その後は新たな神経症状の出現はなくなりハビドリも順調に進んだため、9月3日に退院となった。Gemcitabine+nab-Paclitaxel療法をbiweeklyで継続したところ、CTにて腺癌原発巣および肝転移の著明な縮小、血液検査にて腫瘍マーカー値の著明な低下および低fibrinogen血症の改善を認めた。2018年1月に入り、肝転移巣の増大、腎梗塞を認め、Gemcitabine+nab-Paclitaxel不応になったと判断した。主に在宅でのBSCの後、3月12日に死亡し、病理解剖を行った。今回、進行腺癌に伴うTrousseau症候群にGemcitabine+nab-Paclitaxel療法が有用であった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。

腺癌, Trousseau症候群

東京歯科大学市川総合病院 外科
別宮絵美真, 浅原史卓, 小倉正治, 瀧川 稔, 長谷川博俊,
松井淳一

60代男性。2017年5月前立腺癌精査中に、S状結腸癌及び転移性肝腫瘍と診断され、当科依頼となった。前立腺癌に対してはホルモン療法が開始となり、S状結腸癌に対しては、同年7月にハルトマン手術および回腸部分切除術を施行した。転移性肝腫瘍に対しては、肝生検を施行した結果、大腸癌肝転移との診断となったが、切除不能と判断したため9月よりSOX+Bevacizumab療法を開始した。2017年12月末より人工肛門からの出血を認める様になり、300ml/回ほどの出血を繰り返すも自然に止血していた。SOX+Bevacizumab療法を計8コース、2018年3月よりIRIS+Bevacizumab療法を計3コース行った時点で、人工肛門からの出血およびそれともなう高度の貧血を頻回に認めるようになった。CTにて人工肛門部に静脈瘤が存在し、静脈瘤の主排水路は浅腹壁静脈であることを確認した。上部消化管精査にて食道静脈瘤を認めるも肝硬変の所見はなく、腹水や他のシャント形成は認めなかった。出血の回数が頻回であり貧血も認めためたためIVR治療を行う方針となり、経皮経肝的に5%EOIとコイルを用いて静脈瘤塞栓術を行った。塞栓後、明らかなストマトラブルや皮膚潰瘍形成等は認めなかった。人工肛門静脈瘤からの出血に対してIVR治療にて止血した、比較的可成りな1例を経験したので若干の考察を含め報告する。

人工肛門静脈瘤, IVR

東京医科大学 臨床医学系 消化器内科学分野¹⁾,
同 基礎社会医学系 人体病理学分野²⁾
中尾充宏¹⁾, 本定三季¹⁾, 藤田 充¹⁾, 富田裕介¹⁾, 祖父尼淳¹⁾,
土屋貴愛¹⁾, 石井健太郎¹⁾, 田中麗奈¹⁾, 殿塚亮祐¹⁾, 山口 浩²⁾,
糸井隆夫¹⁾

症例は50歳代女性。心窩部痛を主訴に近医を受診し腺癌頭部に充実性腫瘍を指摘され当院紹介受診となった。腹部造影ダイナミックCTでは腺癌頭部に直径30mm大の乏血性充実性腫瘍とリンパ節腫大を認め、中部から下部胆管が腫瘍により圧排され狭窄していた。EUS-FNAを施行したところ、大小不同の核を有する異型細胞の密な増生を認め、免疫組織化学的にSynaptophysin陽性、ChromograninA陽性、Ki-67陽性率90%以上であった。核分裂像も20個/HPF(400倍)認め、神経内分泌癌(NEC)と診断された。また、精査中に胆汁鬱滞型の肝障害を併発したため、腫瘍による胆管狭窄が原因と判断し内視鏡的胆道ドレーナージ術を施行した。術前診断は腺癌頭部神経内分泌癌(c-stage:T2N1aM0, stageIIB)で外科的治療の方針となり、亜全胃温存腺癌十二指腸切除術(SSPPD)を施行した。切除標本の病理学的所見は、腺内にはEUS-FNAの診断とほぼ同様なNECの組織像を呈する腫瘍細胞の増殖を認めた。しかし、胆管内にも腫瘍成分が認められ、胆管内腫瘍部は異型細胞が管状・乳頭状に増殖しており、分化型腺癌の所見であった。腺癌成分は全腫瘍の30%以上に満たないことから、NEC accompanied by well differentiated adenocarcinoma within the bile duct, pT3N1bM0, stage IIBと最終診断した。胆管内には分化度の比較的高い腺癌成分が、腺内にはNECの成分が広がっており、病態としては両者が偶然并存したというよりも、胆管癌が間質浸潤した段階でNECへと転化し腺内で増殖した可能性が示唆された。今回、示唆に富むNECの1例を経験したので、文献的考察を加えて考察する。

腺癌神経内分泌癌, NEC

順天堂大学医学部附属練馬病院 総合外科

宇佐美健喜, 大山徹真, 河口 恵, 井 祐樹, 関口泰弘, 黒田 悠, 禰寝重史, 山田衣里佳, 若永直紀, 高橋 敦, 関根悠貴, 宮野省三, 渡野遼郁雄, 町田理夫, 北畠俊顕, 須郷広之, 李 慶文, 児島邦明

【はじめに】インスリンノーマは膵神経内分泌腫瘍(NET)のうち、非機能性腫瘍に次いで頻度の高い疾患であり、好発年齢は60代である。今回、85歳という超高齢の女性に発症したインスリンノーマの1例を経験したので文献的考察を加え報告する。【症例】85歳女性。2017年10月意識障害を主訴に当院に救急搬送された。血液検査で、血糖値27mg/dlを認め、50%ブドウ糖20ml静注で改善した。入院後低血糖が遷延し、グルカゴン負荷試験で血糖増加54mg/dlであった。造影ダイナミックCT検査で膵尾部腹側に造影効果を伴うφ10mm台の腫瘍を認め、インスリンノーマの診断となった。年齢を考慮して保存的治療も考慮されたが、術前検査施行し、全身状態良好と判断し第51病日に開腹膵体尾部切除術を施行し、摘出検体にはφ15mmの腫瘍を認め、病理組織検査ではインスリンノーマの診断であった。術後経過は良好であり、第61病日に糖尿病内科転科となった。【まとめ】超高齢者のインスリンノーマの場合には、治療選択が重要であり、外科治療であればアプローチ法の選択など、慎重な検討が重要と考えられた。

高齢, 膵インスリンノーマ

独立行政法人 国立病院機構 埼玉病院 消化器内科

牧野祐也, 岡田侑大, 水野敬宏, 高取祐作, 山口晃弘, 新井 潤, 倉持みずき, 碓井真吾, 細田泰雄

【症例】34歳女性。【主訴】発熱。【経過】X-2年6月、黄疸と肝障害のため当院を紹介受診した。アルコール換算で1日100gの飲酒をしており、WBC 14230/ μ L、PT 35.3%、TB 13 mg/dLと重症アルコール性肝炎(SAH)が疑われた。他院で顆粒球除去療法を施行された後、当院に転院し肝庇護療法を行い退院した。しばらく定期通院していたが、自己中断した。X-1年4月飲酒を再開し、同月買い物中に痙攣発作を起こし救急搬送された。精査を行うも痙攣の原因は不明であった。肝庇護療法を施行し第19病日に退院した。その後近医で内服加療されていたが、断酒はできていなかった。同年9月、黄疸、倦怠感を認め受診した。TB 14.5 mg/dL、Plt 9.1万/ μ L、PT 28.3%と肝不全を呈していた。輸血ならびに肝庇護療法で改善がみられなかったため、第11病日よりステロイドパルス(mPSL 1000mgを3日間)を行った後mPSL 40mgを25日間投与した。ステロイドを漸減し、入院47病日に退院した。しかし、外来通院は継続しなかった。X年6月受診前日より発熱を認め、当朝に自宅内で転倒しており、当院救急外来を受診した。来院直後にも転倒し頭部を打撲した。意識障害、痙攣、側頭部の挫創からの出血を認め、すぐに縫合止血処置を行った。痙攣は一時的に治まったが再度認め抗痙攣薬を継続投与した。SAH再燃の疑いかつ外傷性クモ膜下出血、頭部皮下出血、右殿部から大腿部の筋肉内血腫も合併し入院した。Plt 1.5万/ μ L、PT 54%で出血傾向であり、連日輸血を行って止血を図った。次第に出血が収まり、第13病日にSAHに対しmPSL 40mgを開始した。しかし約2週間投与しても肝炎の鎮静が得られないと判断しステロイドパルスを施行した。その後肝炎は落ち着き状態も安定した。【考察】SAHの再燃と同時に痙攣を起こした1例を経験した。アルコールの離脱に伴い痙攣を来すことがあるが、SAHの再燃時に痙攣を来しており、髄膜炎などの鑑別が必要であった。また中等量のステロイドで効果なくてもステロイドパルスで肝炎をコントロールできる可能性が示唆された。

重症アルコール性肝炎, 痙攣

慶應義塾大学 医学部 (消化器)

倉橋茉侑, 水谷真理, 宇賀村文, 谷木信仁, チョハクシヨウ, 中本伸宏, 金井隆典

症例は生来健康な23歳男性。心窩部痛を契機に近医を受診した際に黄疸を指摘され当院を紹介受診した。来院時血液検査でT. Bil 25.7 mg/dl, LDH 310 U/L, AST 126 U/L, ALT 204 U/L, ALP 296 U/L, γ GTP 244 U/Lと著明な肝機能障害を指摘された。CTでは著明な脂肪肝と脾腫を指摘され、急性肝炎の診断で緊急入院となった。入院後IgA-HEV陽性であったことから急性E型肝炎と診断された。経過中、1日でT. Bil 25.7 mg/dlから7.7 mg/dlへとBilのみ急激な低下を認めた。Hb 13.0 g/dl, MCV 93 flと軽度ながら正球性貧血を認め、入院時CTで著明な脾腫を認めたこと、Bilは間接Bil優位の上昇であり、ハプトグロビン低値であったことから溶血性貧血の合併と診断された。Cooms試験は直接間接ともに陰性で、血球異常は指摘されなかった。また尿中Cu排泄は正常であったことからWilson病も否定的であった。肝生検においても銅沈着は認めず、門脈域の炎症が優位な所見であった。自然経過でBil、肝逸脱酵素は改善し肝炎は改善傾向となった。貧血は進行なく軽度で、自覚症状を認めなかったことから溶血性貧血に対する治療介入は不要と判断され、第10病日に退院となった。肝炎と溶血性貧血の関連については、ウイルス性肝炎に少数ながら自己免疫性溶血性貧血(AIHA)を合併するとの報告や、感染を契機に発作性夜間ヘモグロビン尿症発症の報告が散見される。しかし本症例はCooms陰性で自己免疫性貧血は否定的で、尿中ヘモジデリン陰性で発作性夜間ヘモグロビン尿症も否定的であった。急性肝炎にCooms陰性溶血性貧血を呈した極めて稀な疾患であり、その病態を含め文献的考察を交えて報告する。

肝炎, 溶血

佐野厚生総合病院¹⁾, 自治医科大学附属病院 血液内科²⁾

須永将梧¹⁾, 堀江知史¹⁾, 永山隆史²⁾, 亀山尚子¹⁾, 赤坂茉莉¹⁾, 寺元 研¹⁾, 東澤俊彦¹⁾, 関根忠一¹⁾, 岡村幸重¹⁾

【症例】52歳 女性【病歴】X年3月28日に近医にて肝機能障害を指摘された。4月2日に全身倦怠感の自覚と共に皮膚黄染に気がつき近医を再診したところ、Bil高値を指摘されたため4月3日当院紹介受診となった。当院での血液検査上、炎症反応上昇および直接Bil優位の黄疸と肝逸脱酵素上昇を認め、精査加療のため同日より入院加療とした。当初は急性胆管炎を疑ったが、入院時行った血液検査でIgG高値と抗核抗体陽性の所見あり、自己免疫性甲状腺疾患の既往のある女性であることから、自己免疫性肝炎(以下AIH)を疑い、PSL 60mg/day(1.2mg/kg/day)による治療を開始した。後日施行した肝生検像からも矛盾しない所見であり、身体所見と検査所見から中等度AIHとして確定診断とした。治療開始後より肝機能障害の改善傾向を認めたが、4月6日にHb5.4と原因不明の貧血の進行を認めた。顕微鏡による目視で溶血所見をきたしてしており、Cooms試験を行ったところ直接・間接共に陽性を示していたことから、自己免疫性溶血性貧血(以下AIHA)の診断となった。輸血は行わず、PSL投与を継続したところHbも改善傾向に転じた。AIH・AIHA両者の病態改善に伴い、4月26日からPSLを漸減していったが増悪の徴候は認めず、退院の方針となった。以後外来にてPSLを漸減しつつフォローを継続しているが、PSL 5mg/dayの現在でも病態の再増悪を認めていない。【考察】AIHは他の自己免疫性疾患を合併することが報告されており、甲状腺疾患はその代表的な1つである。しかしながらAIHにAIHAを合併した例は非常に希少である。それぞれに対する診断は困難ではなく、治療にPSLが第一選択となる点は共通しているが、減量法についての方針は両者で異なる。過去の報告では、両者の病態改善度を鑑みた結果としてAIHに沿った減量方針を用いる症例が多く、本症例でも同様に行い治療が奏功した。【結語】今回我々はAIHにAIHAを合併し、PSL投与が奏功した1例を経験した。合併疾患として稀有な1例であり、若干の文献的考察を加えて報告する。

自己免疫性肝炎, 自己免疫性溶血性貧血

JCHO 埼玉メディカルセンター 消化器内科¹⁾, 同 病理科²⁾
上原有貴¹⁾, 金子文彦¹⁾, 成瀬智康¹⁾, 武下達矢¹⁾, 清水 健²⁾,
吉田武史¹⁾

【症例】61歳男性【主訴】発熱, 全身倦怠感【現病歴】201X年2月初旬に鼻汁と咳嗽が出現し, 近医で小青竜湯およびカルボシステインを処方された。1週間後に38℃台の発熱が出現し, 他医でNSAIDs等の内服を受けたが改善を認めなかった。2週間後に全身倦怠感を自覚し, 血液検査にて著明な肝機能障害, 炎症反応の上昇を認め精査加療目的に当院を紹介され緊急入院した。当院入院時より39℃台の稽留熱と血液検査でWBC 8,700/ μ l, T-Bil 2.8mg/dl, AST 148 IU/l, ALT 176 IU/l, ALP 849 IU/l, LDH 468 IU/l, γ -GTP 573 IU/l, CRP 34.81 mg/dl, ESR (1hr) 103mmと肝障害および著明な炎症反応の上昇と示したが, 肝炎ウイルスマーカーや抗核抗体, 抗ミトコンドリア抗体等は陰性であった。画像検査でも腹部造影CT, エコー検査で軽度の肝腫大を認めた以外には明らかな胆道系の異常や感染を示唆する所見を認めなかった。細菌感染症を念頭に, 各種培養検査, 抗生剤投与を行ったが奏功せず, 肝障害の原因が不明なため, 第3病日に肝生検を実施した。病理では肝小葉内に小型の類上皮肉芽腫を多数認め周囲にはリンパ球, 形質細胞, 好酸球が軽度浸潤し, 薬剤性変化として矛盾しないと考えられた。第7病日よりPSL 30mgの投与を開始したところ, 速やかに解熱が得られ, 血液検査上の肝障害や炎症反応も改善傾向となった。【考察】薬剤性肝障害においても本症例のように発熱や著明な炎症反応の上昇を伴う場合があり, 感染性疾患との鑑別に苦慮する場合がある。診断には, 他の器質性疾患の除外と詳細な薬剤内服歴の問診が不可欠であるが, 血液検査や画像検査以外に肝生検所見も重要な手がかりとなるため, 薬剤性肝障害の可能性を念頭に早期に肝生検を施行することが肝要であると考えられた。

薬剤性肝炎, アレルギ-

群馬大学医学部附属病院 消化器・肝臓内科
奥山隆之, 柿崎 暁, 小林 剛, 戸島洋貴, 堀口昇男, 山崎勇一,
下山康之, 佐藤 賢, 浦岡俊夫

【症例】30歳代・女性(初診時 6歳)【主訴】肝脾腫, 血小板減少, 鼻出血【現病歴】4歳時に脾腫, 血小板減少, 貧血を指摘され, 骨髓穿刺にてGaucher細胞の検出, 酵素活性の低下及び臨床所見から, ゴーシェ病I型と診断された。血小板3-5万/ μ Lで, 鼻出血が時折見られていた。6歳時にゴーシェ病の加療目的に当院小児科へ転院した。Glucocerebrosidase (GBA) 遺伝子変異はL444P/R433Gであった。12歳の時に治療でアルグルセラゼによる酵素補充療法を開始した。その後, イミグルセラゼに変更した。肝脾腫, 血小板減少, 貧血, ACE上昇は改善していた。成人になった後も, 小児科通院していたが, 32歳の時に, 担当医の転勤を機会に, 小児科より当科へ転科した。34歳の時, 経口投与可能なエリグルスタットが承認されたため, cytochrome p450 (CYP) 2D6の遺伝子多型を測定し, 基質合成抑制療法に変更を検討した。CYP2D6遺伝子多型は表現型EM (Extensive Metabolizer)であった。EMの推奨容量である1回100mgを1日2回経口投与を開始した。切り替えに際して, イミグルセラゼの最終投与日から2週間後からエリグルスタットの経口投与を開始した。酵素補充療法から基質合成抑制療法へ変更し, 約2年経過した。変更後の血液検査所見や臨床症状に増悪は認められない。基質合成抑制療法に変更したことにより通院や点滴の負担が軽減しquality of life (QOL)が改善した。一方, 基質合成抑制療法は薬物代謝酵素CYP2D6の遺伝子多型により血中濃度が左右され, 薬物相互作用にも注意する必要がある。稀少疾患でもあり, 切り替え症例は少なく有用な情報と考へ報告する。

ゴーシェ病I型, 基質合成抑制療法

国際医療福祉大学三田病院
田村卓也, 梅田瑠美子, 宮田直輝, 片岡幹統, 樋口 肇,
海老沼浩利

症例は54歳女性。主訴:腹痛。現病歴:1年前の健診で γ GTP高値, 抗核抗体陽性を指摘され経過観察となっていた。その後肝機能値の上昇傾向を認め, 精査のため肝生検を施行目的で当院入院となった。造影腹部CT, MRIにて肝硬変, 門脈圧亢進症, 肝内胆管末梢の拡張を認めた。画像所見よりIgG4硬化性胆管炎, PSC, caroli病を疑いERCPを施行した。ERCPでは肝内胆管右枝, 左枝の造影で枯れ枝状の胆管像を認め, 胆管壁肥厚はなく, 狭窄所見も認めしたが部分的な嚢胞様の拡張は見られなかった。入院中に施行した肝生検で先天性肝線維症+先天性肝内胆管拡張症(caroli病)と診断された。ウルソの内服にて良好な経過を辿った。考察:他院での健診では抗核抗体陽性であったものの, 原因ははっきりせず, 原因不明の肝機能障害と診断されていた。肝生検によりcaroli病と診断。Caroli病は約80%が30歳までに発見されており, 国内での症例数は約200例とまれな疾患である。健診で指摘された肝機能障害を契機に診断された成人発症のcaroli病を経験し, 文献的考察を行い, 報告する。結語:健診で指摘された肝機能障害を契機に診断された成人発症のcaroli病を経験した。

caroli病, 抗核抗体

日本大学 医学部 消化器外科
大野 皓, 三塚裕介, 河合隆治, 山崎慎太郎, 高山忠利

症例は44歳女性。直腸癌に対し前医で低位前方切除術が施行された。病理検査でT3N2M0StageIIaと診断され, 術後補助化学療法が施行された。XELOX療法を4クール施行後の腹部造影CT検査で肝S7領域に乏血性腫瘍を認め, 当院へ紹介受診となった。血液検査において腫瘍マーカーの上昇は認めず, 肝機能は正常であった。Gd-EOB-DTPA造影MRI検査では, 肝S7領域に造影不良結節を認め, 早期相でring enhanceを認めることから転移性肝腫瘍と診断とした。手術は肝S7部分切除術を施行した。腫瘍は暗赤色で被膜形成を認めない境界不明瞭な病変であった。病理検査では類洞の拡張と血液のうっ滞, 肝細胞萎縮を認め類洞閉塞症候群と診断した。類洞閉塞症候群 (sinusoidal obstruction syndrome; SOS) は主にオキサリプラチンなどの化学療法による肝内細静脈や類洞の内皮細胞障害に起因する病態の一つである。時に肝腫瘍として描出され, 転移性肝腫瘍と鑑別が困難とされる。今回, 術前に転移性肝腫瘍と診断した類洞閉塞症候群の1例を経験した。

類洞閉塞症候群, sinusoidal obstruction syndrome

自治医科大学附属さいたま医療センター 消化器内科
渡辺瑞稀, 吉川修平, 浅野岳晴, 森野美奈, 松本圭太, 小糸雄大,
賀嶋ひとみ, 三浦孝也, 高橋裕子, 石井剛弘, 坪井瑠美子,
大竹はるか, 藤原純一, 関根匡成, 上原健志, 湯橋一仁, 松本史弘,
浅部伸一, 宮谷博幸, 真嶋浩聡

症例は83歳男性。57歳時にHCV感染を指摘され、IFN治療を行いHCV駆除に成功している。76歳時に肝細胞癌S5単発を認め他院で重粒子線治療を施行、その後は再発なし。高血圧で内服あり。今回2018年3月腹痛と発熱で前医を受診、胆のう内に血腫を認め、右肝動脈の仮性動脈瘤が破裂し肝内胆管に血腫の穿破している所見あり。IVRが必要と考えられ当科へ転院となった。血圧などバイタルサインは落ち着いていた。CTでは肝動脈A8の仮性動脈瘤を認め、コイル塞栓を行った。血腫による胆管閉塞、胆管炎も合併したため、ENBDチューブを留置。病状落ち着いたためENBD抜去し一旦転院となり、血腫の排出困難な胆嚢に胆嚢炎もあったため、胆嚢摘出術を行った。4月肝内に新たな仮性動脈瘤からの肝内胆管穿破を認め、再度当科へ転院。血管造影にて前回コイル塞栓部に再疎通はなかったが、右肝動脈の前後区域枝分岐部直前に仮性動脈瘤を認め、コイル塞栓を行った。血腫による胆管閉塞、胆管炎に対しENBDチューブを再度留置。肝膿瘍形成もあり抗生剤の長期投与を行った。本症例は肝内の仮性動脈瘤破裂による肝内胆管穿破を短期間に2回認めた非常に稀な症例である。IVRにて救命することが出来たが、誘因不明であり、文献的考察を含め報告する。

肝仮性動脈瘤, 胆管穿破

独立行政法人 国立病院機構 霞ヶ浦医療センター 消化器内科¹⁾,
筑波大学附属病院 土浦地域臨床教育センター 消化器内科²⁾
本多舜哉¹⁾, 菅谷明德¹⁾, 高木薫子¹⁾, 村下徹也¹⁾, 廣瀬充明^{1,2)}

症例は72歳男性。既往に、脊髄損傷による下半身麻痺、脳梗塞後遺症で左半身不随麻痺がある。経過は、尿路感染症にて201X年6月6日～6月13日まで抗生剤セフトリアキソン (CTRX) 2g/日を投与され改善。6月21日嘔気を主訴に来院し、採血で肝胆道系酵素上昇を指摘され、CTで胆石、総胆管結石を認めた。6月7日のCTでは確認できないことより、2週間の経過での新規病変と考えられた。総胆管結石性胆管炎の診断で抗生剤スルベラゾン開始となり、6月22日胆管ステント挿入、6月27日EST+採石を施行した。CTにて総胆管結石は消失を確認したが、胆石の残存を認め、経過観察中である。CTRXによる偽胆石症は、胆道内でCTRXナトリウム塩/カルシウム複合物から形成されるとされる。本邦でも症例報告が散見され、無症例が多いとされる。またCTRX中止後に自然消失が得られた例や、本報告のように胆道閉塞を生じ胆道ドレナージが必要になった症例も報告されている。CTRXの添付文書にも記載されている合併症であるが、CTRXはその半減期の長さから外来でも頻用される薬であり、偽胆石を念頭に置いた診療が必要と思われる。

セフトリアキソン, 偽胆石症

埼玉医科大学 消化器内科・肝臓内科¹⁾,
同 消化器外科・一般外科²⁾

中島弘貴¹⁾, 中山伸朗¹⁾, 相馬直人¹⁾, 浅見真衣子¹⁾, 測上 彰¹⁾,
藤井庸平¹⁾, 打矢 紘¹⁾, 中澤 学¹⁾, 安藤さつき¹⁾, 菅原通子¹⁾,
中尾将光¹⁾, 本谷大介¹⁾, 今井幸紀¹⁾, 富谷智明¹⁾, 宇治亮祐²⁾,
高木 誠²⁾, 高山哲嘉²⁾, 荻野直己²⁾, 篠塚 望²⁾, 持田 智¹⁾

症例は83歳、男性。1か月前から咳嗽が出現し、38℃の発熱、3ヶ月で約3kgの体重減少を認め、来院した。既往歴に胃痛があり、10年前に幽門側胃切除を受けた。高血圧で服薬中である。白血球数12,960、赤血球数427万、血小板数22.3万、AST 19 U/L、ALT 15 U/L、ALP 468 U/L、CRP 10.48 mg/dL。腹部造影CTで、肝右葉前区域表面に最大径9cmの膿瘍を認め、内腔は胆嚢管を連続していた。膿瘍頭側の右肺中葉には浸潤影を認めた。胆嚢炎に伴い、胆嚢穿通性に肝表面に膿瘍が形成され、肺に炎症が波及したと推測された。入院管理とし、経皮経肝的に膿瘍内にドレナージチューブを挿入した。穿刺液は、悪臭を放つ白色膿汁で、迅速赤痢アメーバ抗原検査は陰性であった。細菌培養検査では、Citrobacter koseriが検出された。入院1週後のMRCPで、内部に多数の胆石を伴う肝被膜下膿瘍と虚脱した胆嚢を認め、胆嚢より穿通した肝膿瘍内に胆石が移動したと考えられた。入院より12日後に開腹したが、大網と横行結腸の癒着を広範囲に認めた。胆嚢摘出術および肝膿瘍開窓ドレナージを施行し、径1cmの胆石9個を除去し、C-tubeを留置して、腹腔内洗浄を実施した。術後、順調に経過し、8日で退院した。肝膿瘍の鑑別診断にあたり、急性胆嚢炎の穿通も考慮すべきであることを示す教育的症例として報告する。

急性胆嚢炎, 肝膿瘍

自治医科大学附属さいたま医療センター 一般・消化器外科
水戸康平, 野田弘志, 相澤栄俊, 遠藤裕平, 笠原尚哉, 加藤高晴,
宮倉安幸, 力山敏樹

(はじめに) 家族性大腸ポリポーシス (FAP)、皮膚筋炎はともに悪性腫瘍の合併が多い疾患である。今回この2疾患を背景に遠位胆管癌、十二指腸乳頭部腫瘍が発生した1例を経験したので報告する。(症例) 79歳男性。FAPに対して48歳時に結腸全摘術、78歳時に残存直腸癌に対して腹会陰式直腸切断術を施行し、77歳から皮膚筋炎に対して副腎皮質ホルモン内服開始。経過観察中に胆道系酵素上昇が出現したため腹部超音波検査を施行したところ肝内胆管拡張を認めた。精査目的にCT検査、ERCP検査、IDUS検査等を施行したところ、遠位胆管癌、十二指腸乳頭部癌の重複癌と診断、治癒切除目的に腔頭十二指腸切除術を施行した。病理組織学的所見では、遠位胆管癌はPatBd, well differentiated adenocarcinoma (tub1), 32mm, pT3b (PV), int, ly1, v1, ne1, PV1, pHM0, pEM1, pN1 (1/12), pStage 2B、十二指腸乳頭部癌はAdenocarcinoma of the papilla Vater, protruded type, tubular adenocarcinoma, well differentiated type [tub1, pT1a, patAc1, ly1, v1, ne0, pPM0, pEM0], pStage 1Aの診断であった。(考察) 本邦における胆道系重複癌の報告は複数あるが、その多くが膵胆管合流異常に起因する胆嚢癌と胆管癌の重複癌である。本症例はFAPと皮膚筋炎の発癌危険因子を背景に発癌に至ったと考えられる。またFAPには乳頭部腫瘍の合併頻度が高いことが報告されており、これを念頭に置いた定期的なサーベイランスが肝要であると考えられた。

重複癌, 胆道癌

57 内視鏡的膵管ステント挿入が効果的であった急性膵炎後膵管破綻の一例

医療法人財団 荻窪病院 消化器内科
山崎 舜, 中村雄二, 大久保恒希, 味生洋志, 鈴木健二, 池谷仁美, 林 量司

症例は80代男性、2ヶ月前に腹痛で前医を受診しアルコール性急性膵炎と診断され入院加療された。退院後は外来で経過観察されたが、1ヵ月後に膵炎が再燃し2度目の入院をした。症状が落ち着いて退院となったが、退院後はwalled-off necrosisの合併を疑われて専門病院に紹介された。紹介先の病院で外来にて精査・経過観察されていたが、3月X日の前日に昼食で炒めた豚肉を食べたところ腹痛が出現し増悪するため当院を初診した。初診時のCTは膵頭部が腫大し膵臓から胃前庭部・横行結腸間膜に広範な脂肪織混濁と液体貯留を認め、膵炎の影響と考えられた。また、膵頭部に3cmの液体貯留を認め膿瘍が疑われた。急性膵炎の再燃の診断で入院となり、2ヶ月で3回入院した膵炎のため膵管損傷の有無を調べるためERCPを施行した。ERPは主膵管が膵体部で途絶、造影剤は膵管外へ貯留した。膵体部膵管破綻に合併した膵液ろうと後腹膜膿瘍と診断した。ERPに続いて破綻部位に経乳頭の経鼻ドレーナージを留置、その後2度のERPを施行して破綻部位を12cmの膵管ステント5Frで橋渡した。EUSで経胃後腹膜膿瘍ドレーナージも併用し、その後自覚症状は改善し、炎症所見も改善傾向にあった入院後34日で退院した。膵管破綻は急性膵炎が重症化する因子である。近年経乳頭の膵管ドレーナージが病状コントロールに有効であると報告されているが、チューブ先端を似どのように置けるかが問題となるが少なくない。初回は膵管破綻部から嚢胞内へ直接ドレーナージチューブを留置し、1-2週間後に破綻部を橋渡しして尾側膵管に留置することが多いが、本例は典型的な症例と考え文献的考察を踏まえて報告する。

膵管破裂, 経乳頭の膵管ドレーナージ

58 膵NETに胃GIST、腎細胞癌を同時多発した1例

伊勢崎市民病院 内科¹⁾, 前橋赤十字病院 消化器内科²⁾,
伊勢崎市民病院 外科³⁾, 同 泌尿器科⁴⁾, 同 病理診断科⁵⁾,
群馬大学病院 消化器・肝臓内科⁶⁾
笹木瑛里¹⁾, 清水雄大¹⁾, 吉成夫希子¹⁾, 阿部貴紘^{1,2)}, 増田 淳¹⁾,
鈴木秀樹³⁾, 牧野武朗⁴⁾, 高山佳泰⁵⁾, 中島 希⁵⁾, 星 恒輝⁶⁾,
浦岡俊夫⁶⁾

症例は82歳男性。20XX-1年9月に胆管炎の診断で入院。入院時CTにて膵尾部に内部に低濃度域を伴い、早期相で辺縁に造影の効果ある長径25mmの腫瘤を認めた。また胃体部に早期濃染する長径15mmの腫瘤を認め、左腎盂にも腎実質と等吸収を呈する長径18mmの腫瘤を認めた。MRIにて膵尾部腫瘤の嚢胞成分はT2では均一に高信号、DWIは淡い高信号でありMRCPでは主膵管に明らかな異常は認めなかった。EGDでは胃体中部後壁にクッションサイン陰性のSMTを認めた。EUSでは膵尾部腫瘤は全周性に平滑だが不均一な壁肥厚を伴う嚢胞性病変として描出された。胃SMTは内部が均一でやや高エコーであり、第4層と連続性を認めたため消化管間質腫瘍 (GIST) を疑った。方針決定のため胃SMTにEUS-FNAを行い、組織学的に核異型の乏しい紡錘形細胞を認め、免疫染色にてc-kitおよびCD34陽性、desminおよびS-100陰性であったためGIST T1N0M0 Stage IA (the 8th UICC/AJCC) 相当と診断した。膵尾部腫瘤は嚢胞性病変であり、穿孔は播種を危惧して行わなかった。それぞれ腎癌膵転移もしくは膵神経内分泌腫瘍 (NET)、胃GIST、左腎癌と術前診断した。20XX年4月に腹腔鏡下膵尾部兼脾臓合併切除術および左腎摘除術を一期的に施行した。胃GISTは経過観察の方針とした。膵尾部検体は嚢胞性病変成分と充実性成分が混在した長径25mmの類円形病変であった。組織像では腫瘍細胞は腺様あるいはロゼット状、迷路状構造を呈しており、免疫染色でシナプトフィジンおよびクロモグラニンA陽性であり膵NET T2N0M0 Stage IIと診断した。左腎検体では淡明細胞型腎細胞癌T1aN0M0 Stage Iと診断した (膵、腎ともthe 8th UICC/AJCC)。いずれの切除断端も陰性であり、術後再発なく経過観察している。膵NET、胃GIST、左腎癌が同時多発した稀な症例を経験したため、文献的考察を加えて報告する。

神経内分泌腫瘍, 腎細胞癌

59 特異な肺転移所見を呈した膵粘液癌の1剖検例

横須賀市立うわまち病院 消化器内科¹⁾, 同 病理検査科²⁾
福里那波¹⁾, 案納忠識¹⁾, 佐藤晋二¹⁾, 小宮靖彦¹⁾, 森川瑛一郎¹⁾,
秋間 崇¹⁾, 池田隆明¹⁾, 飯田真哉²⁾, 辻本志朗²⁾

症例: 69歳、男性。主訴: 咳、痰、心窩部痛。既往歴: C型慢性肝炎; IFN治療のウイルス学的著効例。分枝膵管型IPMT (膵管内乳頭粘液性腫瘍) 疑い; 4年前の腹部CTで膵体部に径10mm程度の嚢胞性病変を指摘され定期画像チェックの必要性を指導されていた。しかし2年前より通院を自己中断。現病歴: 201X年5月上旬より特に誘因なく咳、痰が出現、同時期の定期健診で胸部異常陰影を指摘され当院呼吸器内科を受診した。また、徐々に増強する心窩部痛で当科併診となった。検査成績: WBC 6400/μl, RBC 435x10⁴/μl, Hb 14.7g/dl, Hct 43.2%, Plt 20.5x10⁴/μl, Alb 4.2g/dl, AST 34U/L, ALT 27U/L, LDH 227U/L, ALP 299U/L, γ-GTP 20U/L T-Bil 0.91mg/dl, Amylase 39U/L, BUN 16.6mg/dl, Cr 0.84mg/dl, CEA 8.0ng/ml, CA19-9 29600U/ml。臨床経過: 上下部消化管内視鏡で異常は認められなかった。腹部CTで約6mmの主膵管拡張、および膵体部に緩徐に造影される約20mmの低濃度腫瘤を指摘、EUS-FNAを施行し膵癌と診断した。胸部CTでは両肺野にびまん性粒状影が認められ、粟粒結核の除外を含め経気管支肺生検を施行。腺癌が認められ画像所見を含め転移性肺癌と診断した。他の原発巣が除外されたため、IPMN由来の膵癌を原発とするびまん性肺転移と診断した。呼吸状態を含めた全身状態は不良であり緩和医療に移行、約2ヶ月の経過で呼吸不全にて死亡した。剖検所見: 膵頭体部に粘液癌を認め、肺転移および広範なリンパ節転移が確認された。考察: 膵粘液癌は膵癌の中でも稀な組織型である。本例は特異な肺転移所見を呈した膵粘液癌症例であり、示唆に富むと考え報告する。

膵粘液癌, 肺転移

60 超音波内視鏡下穿刺吸引細胞診により病理診断し腹腔鏡下食道部分切除術を施行した食道間質腫瘍の一例

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⁾, 同 外科³⁾, 同 病院病理部⁴⁾,
東京慈恵会医科大学 内科学講座 消化器・肝臓内科⁵⁾
宮本智美¹⁾, 沖沙佑美¹⁾, 星野 優¹⁾, 中田正裕¹⁾, 赤須貴文¹⁾,
梶原幹生¹⁾, 小山誠太²⁾, 月永真太郎²⁾, 荒川廣志²⁾, 高橋直人³⁾,
鈴木正章⁴⁾, 猿田雅之⁵⁾, 小井戸薫雄¹⁾

症例は63歳女性。既往に過去2回の神経鞘腫 (脊髄、皮下) の手術歴があった。腹部違和感を主訴に受診した。スクリーニングとして施行した上部消化管内視鏡検査で胸部食道に38×16mm大の粘膜下腫瘍を認めた。腫瘍は食道内発育型であった。穿刺吸引細胞診を施行したところc-KIT陽性、gastrointestinal stromal tumor (GIST) の診断となり、治療として腹腔鏡下食道部分切除術を施行した。切除標本は30×25×15mm大の境界明瞭な結節状の腫瘍であり、錯綜する紡錘形細胞から成りc-KIT陽性、CD34陽性、S100陰性、Flecher分類低リスクのGISTであった。食道GISTは比較的稀な疾患であり、本邦での報告例はまだ少ない。本症例は超音波内視鏡下穿刺吸引細胞診で術前診断し得た。若干の文献的考察を加えて報告する。

食道GIST, 超音波内視鏡下穿刺吸引法

筑波大学附属病院 消化器内科

堀籠祐一, 萩原悠也, 杉山雄太郎, 永瀨美帆, 山浦正道, 水井恒夫, 丹下義隆, 小松義希, 遠藤辻登, 長谷川直之, 石毛和紀, 福田邦明, 兵頭一之介

【症例】37歳, 男性。X-1年に仕事のトラブルが原因で全般的な不安障害を発症し, その後アルコール依存症となり他院へ医療保護入院を繰り返していた。X年7月上腹部痛および呼吸困難感で当院へ救急搬送され, 急性肺炎の診断で入院治療の方針となった。予後因子は4点と重症であり, CT gradeは2以上であった。重症肺炎, DIC, 腹部コンパートメント症候群の状態にあり, 大量輸液, 腹腔ドレナージ, CHDF, 人工呼吸器管理等による全身管理を開始し急性期の多臓器不全を脱した。第35病日より経口摂取を再開したところ心窩部痛を認め, EGDを施行したところ急性食道粘膜病変, 食道狭窄を呈していた。第250病日頃より嚥下困難感が増悪し, 固形物摂取は不可能となったため, EGD再検したところ, 中部食道にびらんを伴う高度狭窄を認め, 食道造影検査では中部食道に約2cmの狭窄を認めた。重症肺炎の晩期合併症による良性食道狭窄と診断し, 内視鏡的バルーン拡張術を行い, 嚥下障害の改善を認めた。【考察】急性肺炎は急性期, 晩期に多様な合併症を来しうるが, 晩期合併症としての腸管狭窄の報告は稀であり, 中でも十二指腸狭窄や大腸狭窄に比べ食道狭窄を来す症例は極めて稀である。食道狭窄が生じた機序としては腹部コンパートメント症候群により腹腔内圧が上昇したことで胃酸や十二指腸液が逆流し食道粘膜が直接傷害されたことや後腹膜から食道裂孔を経由して肺炎が縦隔へ直接波及したこと, 膿液が周囲の血管網を傷害することで虚血性変化が起きたこと, 循環不全から直接的に虚血性変化が生じたこと等, 多因子が寄与していると考えられる。本邦ではこれまでに急性肺炎後に食道狭窄を来した4例の報告があるが, 全例が重症肺炎であり, 腹部コンパートメント症候群, 胸水貯留を合併していた。いずれの方向でも治療は外科的切除または食道バイパス術が選択されているが, 本症例では内視鏡的バルーン拡張術を選択し, 嚥下困難の改善を得た。バルーン拡張術は再狭窄を来す欠点はあるものの, 外科的加療と比較して簡便で比較的安全であること, 低侵襲であることを考慮すると選択肢の一つとなることが示唆された。

重症肺炎後, 食道狭窄

東京都済生会中央病院 内科¹⁾, 同 外科²⁾石塚隆浩¹⁾, 岸野竜平¹⁾, 中澤 敦¹⁾, 船越信介¹⁾, 酒井 元¹⁾, 三枝慶一郎¹⁾, 上田真裕¹⁾, 星野 舞¹⁾, 田沼浩太¹⁾, 小川 歩¹⁾, 林 智康¹⁾, 菊池勇二²⁾

症例は67歳男性。一過性意識消失が出現し, 救急搬送された。来院時バイタルサインは異常なかったが血液検査でHb8.7g/dlと貧血を認め, 胃洗浄で新鮮血の排出があり上部消化管出血と診断し入院となった。同日内視鏡を施行したところ胃体上部後壁に露出血管を伴う深掘れの潰瘍を認め, HSE局注とクリッピングを行った。翌日の内視鏡では止血が得られていた。第4病日から流動食を開始したが第5病日に黒色便と血圧低下, 貧血増悪を認めた。内視鏡を行ったところ前回と同部位に潰瘍を認め露出血管に対してHSE局注とクリッピングを行った。翌日の内視鏡では止血が得られていた。第9病日より再度流動食から食事を再開したが, その後, 第11病日に吐血, 血圧低下, 貧血増悪を認めた。内視鏡検査を行ったところ既知の胃潰瘍に凝血の付着があり, これを除去したところ噴出性出血を認めた。クリッピングを行ったが止血が得られず, ショックバイタルに陥ったため内視鏡的止血術は中止した。直後のダイナミックCTでは脾動脈からの活動性出血が疑われた。動脈塞栓術を試みたが止血困難であり, 手術の方針となった。手術では胃潰瘍は脾尾部に穿通しており, これを剝離して縫縮, 大網で被覆した。術後経過良好で第21病日に退院となった。血清抗ピロリ抗体高値であり外来で除菌治療を行い, 胃潰瘍は再発なく経過している。【考察】今回我々は脾動脈および脾臓に穿通した出血性胃潰瘍を経験した。既報でも同様な潰瘍で内視鏡検査中にショック状態となり, 動脈塞栓術や手術を行う症例が散見される。今後, 胃体上部後壁の深掘れの潰瘍を認めた場合, 責任病変が脾動脈であることを念頭におき止血術の選択を考慮する必要があると考える。

胃潰瘍, 脾穿通

独立行政法人 労働者健康安全機構 東京労災病院

赤崎孝大, 松本 将, 山本友里恵, 篠原裕和, 原 精一, 大場信之, 西中川秀太, 児島辰也

症例1は79歳, 女性。2017年4月に左上下肢の麻痺を主訴に当院救急外来を受診した。血液検査でHb5.9g/dl, Plt57000/ μ lと2系統の血球減少, ALP3343U/Lと高値を認めた。胸腹部CTでは貧血の原因となる明らかな病変はなく, 頭部MRIで急性期脳梗塞を認め入院となった。上部消化管内視鏡検査では胃体上部に浅い不整形の潰瘍を伴う粗造な粘膜面を認め, 組織診で低分化型腺癌と診断された。骨髄血液像では腺癌を疑う上皮細胞塊を認め, 胃癌の骨髄腫症と診断した。脳梗塞はTrousseau症候群によるものと考えられた。胃癌骨髄腫症に対しては年齢を考慮して, 低用量のS-1療法(50mg/day)を開始した。その後, DICは改善し7月に退院となった。外来で化学療法を継続していたが, 9月にDIC, 貧血の進行を認め再入院となった。ナファモスタットメシル酸, トロンボモジュリンを開始しDICは改善したが, 徐々に呼吸状態が増悪し10月に死亡した。症例2は69歳, 男性。2015年6月頃より微熱が出現した。血液検査でCEA52.4ng/mlと高値であり, 腹部単純CTで胃壁の肥厚と腹腔内リンパ節腫大を指摘された。上部消化管内視鏡検査では胃体上部〜体下部の小彎に4型腫瘍を認め, 中〜低分化型腺癌と診断された。cStage4でありS-1+CCDD療法が開始されたが, 経過中に汎血球減少が出現し骨髄穿刺で骨髄腫症と診断された。同治療を5コース継続した後, PDとなったため, 2016年1月からはPTX-RAM療法に変更し8コース施行した。CEAの値は基準値内を推移していたが, 同年8月に造影CTで肝右葉に低吸収域の多発肝転移と腹水が出現したため入院した。入院時に基準値内であった肝胆道系酵素値が第8病日にAST59IU/L, ALT370IU/L, ALP745IU/L, γ GT133IU/Lと上昇した。第12病日にPT40%と低下し急速に肝不全を呈した。その後DICを併発し第15病日に死亡した。胃癌骨髄腫症に対する化学療法ではMTX+5-FUが有用とされているが, 近年S-1単剤, 併用療法でDICが改善した報告が散見される。自験例も適切な化学療法を行うことで予後の改善が得られた。

胃癌, 骨髄腫症

新小山市民病院 外科

堀越峻平, 猪瀬悟史, 崎屋亮太郎, 太白健一, 鯉沼広治, 栗原克己

症例は79歳, 男性。主訴は上腹部痛。食事摂取後に上腹部不快感が出現し, その後痛みが増悪したため近医を受診。血清アミラーゼ1141IU/lと高値であり, 急性膵炎が疑われ当院紹介搬送となった。既往歴は糖尿病, 狭心症のため冠動脈バイパス手術, 前立腺肥大症。飲酒は毎日焼酎1合程度。身体所見はBT37.7°C, BP165/84mmHg, HR89, SpO296%。腹部は軽度膨満あり, 上腹部に圧痛を認めたが, 腹膜刺激症状は認めなかった。血液検査ではWBC5480/ μ l, CRP0.6mg/dl, s-Amy1077IU/l。造影CTでは膵頭部周囲の炎症, 十二指腸背側の後腹膜腔に気腫と液体貯留があり, 十二指腸水平部内側に憩室を認めた。肝周囲および膀胱直腸窩に腹水を認めたが, 腹腔内に遊離ガス像は認めなかった。以上の所見から, 十二指腸憩室穿孔および随伴性膵炎を強く疑ったが, バイタルサインは安定しており, 腹部症状が軽度であったため, 絶飲食, 抗菌薬, PPI, 蛋白分解酵素阻害薬投与による保存的治療を開始した。以後, 腹部症状の増悪なく, 第6病日のCT再検で後腹膜気腫, 液体貯留の増加は認めず, 保存的治療を継続した。第7病日の上部消化管造影で腸管外への造影剤漏出はなく, 経口摂取を開始し, その後も経過良好であった。第17病日の上部消化管内視鏡検査では十二指腸水平部内側に8mm大の憩室を認めたが, 観察時には穿孔所見はなく, ほか異常所見を認めなかった。第21病日のCT再検で後腹膜気腫, 液体貯留は著明に減少しており, 第22病日に退院した。十二指腸憩室穿孔は比較的古まな疾患であり, 緊急手術となることが多いが, 近年では保存的治療の有効性が報告されている。今回, 保存的治療にて軽快した1例を経験したので, 若干の文献的考察を加えて報告する。

十二指腸憩室穿孔, 膵炎

東京歯科大学市川総合病院 消化器内科
野川博嗣, 岸川 浩, 春日良介, 北川清宏, 猪口和美, 荒畑恭子,
財部紗基子, 尾城啓輔, 西田次郎

症例は80歳代 男性。20XX年4月に腰痛を主訴に近医を受診した。脊椎MRI検査にて腰椎圧迫骨折と転移性骨腫瘍を疑われ、当院内科を紹介受診した。骨髄検査の結果、多発性骨髄腫(IgA-κ型, R-ISS分類stageIII)と診断されRd療法(レプラミド+低用量デキサメタゾン)を開始した。20XX+1年6月になってHb6.4g/dlと貧血の進行、1570mg/dl IgAの上昇をきたし再燃が疑われ、7月にCTにて空腸の壁肥厚を認め腫瘍性病変が疑われ当科紹介、精査加療目的に入院となった。小腸造影検査ではトライツ韌帯より60~70cmの部位に約7cmの中心陥凹を伴う腫瘍性病変を認めた。小腸内視鏡検査でも3/4周性の2型の腫瘍性病変を認め、生検にて骨髄腫マーカーであるCD138が陽性、免疫グロブリンκ鎖のmonoclonalityを認め、骨髄腫の髄外浸潤と診断した。小腸の部分切除後に化学療法の開始を検討したが、患者が手術を希望されず外来にて化学療法を継続した。同年12月より頻回の下血を認めるようになり、翌年1月に小腸部分切除術を施行した。空腸の切除検体は70mm×6mmの潰瘍を伴う腫瘍性病変であり、組織学的にも多発性骨髄腫の髄外病変として合致する所見であった。その後、外来にて化学療法を施行するも次第に全身状態が増悪し、多発性骨髄腫診断後1年9か月で永眠した。多発性骨髄腫において髄外病変は骨周囲の軟部組織や肝臓、脾臓などに多く消化管では1%以下であり、小腸に髄外病変を呈した症例はこれまでに本邦では自験例を含め6例が報告されているのみであった。小腸に髄外病変を認めた多発性骨髄腫の1例を経験した。多発性骨髄腫の消化管髄外病変はまれであるが、出血や貧血の増悪、イレウス症状を認めた場合には特に小腸への髄外病変を鑑別として考慮すべきであり、示唆に富む症例と考え報告した。

多発性骨髄腫, 空腸

東京慈恵会医科大学 外科学講座
貴田浩之, 佐々木茂真, 武田泰裕, 谷田部紗織, 伊藤大介,
野秋朗多, 大熊誠尚, 小菅 誠, 衛藤 謙, 矢永勝彦

【症例】60歳代、男性【主訴】右側腹部痛【現病歴】20XX年X月、右側腹部痛を自覚し当科救急外来受診、腹部CTにて上行結腸に回腸が重積しており、先進部に約20mm大の内腔均一でlow densityを呈する腫瘤像を認め、脂肪腫が起因となった腸重積と診断され当科依頼となった。採血検査にて炎症所見なく、画像上も虚血を疑う所見を認めなかったため、ガストログラフィンによる経肛門的注腸検査施行し腸重積の整復を試みるも整復困難であったため緊急手術の方針となった。【身体所見】腹部：右側腹部に圧痛を認め、拡張腸管を触知【手術所見】回腸末端が上行結腸内に重積しており、重積部から口側小腸は全体に拡張していた。用手的に整復を試みたが、高度腸管浮腫により整復困難であったため、病変を含むように回盲部切除術を施行した。【病理所見】回腸に26mmの粘膜下腫瘍で、成熟脂肪細胞の増殖を認め脂肪腫と診断【考察】成人の腸重積は比較的稀な疾患とされており腸重積全体の約5%と報告されている。成人腸重積の原因の約80%が腫瘍などの器質的疾患によるもので、発生部位の頻度は回盲部、小腸、大腸の順に多くみられ、小腸では65%が良性腫瘍とされている。小腸腫瘍で平滑筋腫が一番多く、次に脂肪腫であるが、腸重積を合併する率は脂肪腫が約55%と平滑筋腫よりも高率である。治療方法は整復が外科的治療に関しては画一した見解はないが、虚血性変化などが疑われる可能性がある場合は外科的処置が行われる。虚血性変化を伴わず整復困難であった小腸脂肪腫による腸重積の切除例を経験したので報告する。

成人腸重積, 小腸脂肪腫

くり返す腹痛を契機に発見された正中弓状靭帯圧迫症候群の一例

東京女子医科大学 卒後臨床研修センター¹⁾,
同 消化器内科²⁾, 同 消化器内視鏡科³⁾,
同 消化器・一般外科⁴⁾
伊藤彩希¹⁾, 米沢麻利亜²⁾, 安廣和志³⁾, 神林玄隆³⁾, 村杉 瞬²⁾,
日向有紀子³⁾, 赤尾潤一²⁾, 小林亜也子²⁾, 伊藤亜由美²⁾,
大森鉄平³⁾, 小木曾智美²⁾, 芹澤明子⁴⁾, 谷口清章⁴⁾, 有泉俊一⁴⁾,
中村真一³⁾, 山本雅一⁴⁾, 徳重克年²⁾

【症例】50歳代、男性【主訴】臍部痛、右下腹部痛【既往歴】十二指腸潰瘍、統合失調症【現病歴】201X年4月右下腹部痛を認め、精査加療目的に当科入院され、CT、小腸造影、経肛門的小腸内視鏡検査にて回腸末端部に10mm程の狭窄を伴う潰瘍性病変を認め、薬剤性、虚血性、悪性リンパ腫、腸結核、炎症性腸疾患などが鑑別診断として挙げられたが、生検では炎症性変化のみで確定診断に至らず、狭窄部に対しバルーン拡張を行い、症状改善し退院となった。しかし、その後も度々食後の臍部痛を認め入院をくり返しており、絶食による腸管安静にて症状改善していた。201X年5月食後の臍部痛を認め当科入院され、再度経肛門的小腸内視鏡検査を施行したが回腸末端部の潰瘍は改善傾向であり、狭窄も解除されていた。この際に施行したCTにて腹腔動脈(CA)および上腸間膜動脈(SMA)の起始部に狭窄を認め、腹部血管造影では副側路(SMA→CA、下腸間膜動脈(IMA)→SMA)と、横行脾動脈の小動脈瘤も認め、正中弓状靭帯圧迫症候群と診断。くり返す食後の腹痛と、虚血の影響と思われる回腸末端潰瘍は同疾患に矛盾しない所見であり、症状をくり返していることより手術適応と判断し、201X年7月手術を予定されている。【考察】正中弓状靭帯圧迫症候群は、腹腔動脈起始部が弓状靭帯に圧迫され、外因性狭窄をきたす疾患であり、呼吸時や食後の腹痛などの症状を認める。本症例は回腸末端潰瘍も認め、腹部血管造影が診断に有用であった。今回我々は、回腸末端潰瘍を伴う正中弓状靭帯圧迫症候群の一例を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

正中弓状靭帯圧迫症候群, 小腸潰瘍

門脈気腫を認めた非閉塞性腸間膜虚血症の一例

順天堂大学附属練馬病院 総合外科
石川数馬

【はじめに】非閉塞性腸間膜虚血症(nonocclusive mesenteric ischemia; NOMI)は死亡率32~53%と予後不良とされており、門脈気腫を伴う場合には腸管壊死を生じている可能性が高く、さらに予後不良とされている。今回、われわれは術前門脈気腫を認めたNOMIの手術救命例を経験したので報告する。【症例】80歳女性、既往歴に高血圧。約半年前から原因不明の下痢症状のため近医へ入院を繰り返していた。約1か月前、再度下痢症状を認め再入院となるが、腹痛出現、代謝性アシドーシスの増悪を認め、精査加療目的で当院へ紹介となる。入院時、体温37.4度、腹部所見は右上腹部を中心とした軽度圧痛を認めるも、明らかな腹膜刺激症状を認めず。CT検査で広範な門脈気腫像を認めた。明らかなfree air等は認められなかったが、腸管壊死の可能性を考え緊急手術を施行した。開腹所見では上行結腸漿膜面に虚血性色調変化を認め、右結腸切除術を施行した。切除検体で境界不明瞭な散在性、非連続性の粘膜壊死を結腸側切除端まで認めたため、さらに約6cmの追加切除を2回施行した。しかしながら再々切除検体でも壊死性変化を認めたため腸管吻合は行わず、横行結腸での人工肛門造設、回腸瘻造設を施行した。病理組織診では結腸粘膜に部分的な毛細血管拡張像、粘膜の壊死を認めた。術後、施行した大腸内視鏡検査では遺残結腸脾彎曲にびらんと、CT検査でSMA根部の狭小化を認めたものの、症状の再燃はなく現在、入院加療中である。

非閉塞性腸間膜虚血症, 門脈気腫

横浜市立大学附属病院 肝胆膵消化器病学教室¹⁾,
同 環境免疫病態皮膚科学²⁾
富田尚貴¹⁾, 三澤 昇¹⁾, 春日範樹¹⁾, 吉原 努¹⁾, 芦苺圭一¹⁾,
鹿野鳥健²⁾, 冬木晶子¹⁾, 大久保秀則¹⁾, 日暮琢磨¹⁾, 和田秀文²⁾,
中島 淳¹⁾

【緒言】免疫チェックポイント阻害薬の副作用の一つに下痢がある。今回、免疫チェックポイント阻害薬による下痢症の精査で collagenous colitis が疑われた一例を経験したので報告する。【症例】70歳男性。2012年に右足底の悪性黒色腫のリンパ節転移と診断され、外科的治療施行後に術後化学療法を施行。2014年12月に nivolumab を導入。計54回投与を行うもPDの診断。2018年3月より ipilimumab 導入。4回投与後の6月初旬より食欲不振と下痢症状を認めた。経過を見ていたが、軽快せず、当院緊急入院となった。ipilimumab の副作用による下痢症が疑われたため、当科にコンサルトあり、各種画像検査（腹部CT、上下部消化管内視鏡検査、小腸カプセル内視鏡）を施行。CTでは下痢の原因となる異常所見認めず。内視鏡所見では上部消化管内視鏡検査で胃・十二指腸に軽度の発赤を認めた以外は異常所見を認めず。カプセル内視鏡も異常所見を認めなかった。下部消化管内視鏡検査でも内視鏡上は異常を認めなかったが、random biopsy でS状結腸と直腸に膠原繊維を認め、collagenous colitis が疑われた。治療としてステロイド投与開始し（PSL70mg/日相当）、下痢症状は速やかに軽快。ステロイド漸減していくも症状再燃なく、PSL35mg/日の時点で退院となった。【結語】免疫チェックポイント阻害薬による下痢症の精査で collagenous colitis が疑われた一例を経験した。本邦での免疫チェックポイント阻害薬の適応は広がってきているが、これまでの抗腫瘍剤とは機序が全く違う薬剤であり、今回の下痢症状等の副作用の詳細についてもわかっていないことが多い。本症例は今後の経過も含めて大変興味深い症例と考えられ、文献的考察を加えて報告する。

collagenous colitis, 免疫チェックポイント阻害薬

順天堂大学医学部附属浦安病院 消化器内科
安野雄大, 中津洋一, 北村庸雄, 降旗 誠, 稲見義宏, 北沢尚子,
大原伸悟, 竹村勇治, 川上智寛, 野元勇佑, 西慎二郎, 深見久美子,
荻原博基, 磯野峻輔, 岩本志穂, 長田太郎

【初めに】結核性腹膜炎は稀であり、結核菌培養や病理組織診断により診断を確定することがしばしば困難である。確定診断に難渋した結核性腹膜炎の1例を経験したので報告する。【症例】70歳代、女性。腹部膨満感、食思不振を主訴に近医受診され精査目的に入院となった。上部消化管内視鏡検査、下部消化管内視鏡検査で明らかな異常は認めず、PET-CTでは腹膜に集積を認めるのみであり、精査目的に当院に転院となった。CTでは、右側優位の胸水貯留と、腹水貯留、びまん性の腹膜の肥厚を認めた。喀痰、胸水、腹水の抗酸菌培養ではいずれも陰性であったが、腹水中のADA 142U/Lであった。原因検索目的に開腹下腹膜生検を施行した。腹膜の結核菌核酸増幅法検査の結果、結核性胸腹膜炎と診断した。【考察】腹部CTにて腹膜のびまん性肥厚を認め、PET-CTでは腹膜に集積を認め、癌性腹膜炎を疑い精査をしたが、明らかな原発巣を認めなかった。腹水中のADAの異常高値を認め、開腹手術による腹膜生検にて結核性腹膜炎と診断した。腹水中のADA異常高値は結核性腹膜炎の診断の一助になると考えられる。

結核性腹膜炎, 腹水中ADA

横浜市立市民病院 初期研修医
加藤 諒, 小金井一隆, 辰巳健志, 二木 了, 黒木博介, 林 宏行,
杉田 昭

症例は26歳男性。22歳時から粘血便が出現し、半年後に左側大腸炎型潰瘍性大腸炎と診断された。5-ASA製剤で加療を開始したが、コンプライアスが不良であった。23歳時に再燃し、azathioprine で改善せず、prednisolone と tacrolimus で加療。その後、budesonide foam で加療していた。26歳時に前医を受診し、病状評価のために施行された大腸内視鏡検査で直腸に隆起性病変があり、同部の生検組織で管状腺癌と高度異型上皮を認め、colitic cancer の診断で当科に紹介された。既往歴にはぶどう膜炎があり、母親が潰瘍性大腸炎で加療中である。現症は、排便回数4-5回/日、顕血便を認めず、体温36.9℃、脈拍75回/分、Hb 15.8g/dLで、重症度は中等症であった。血液検査は、特記すべき所見なく、CEA 1.9ng/mL、CA19-9 17.8U/ml と腫瘍マーカーも正常範囲内であった。胸部腹部CT検査所見では、肺、肝、リンパ節に転移はなく、当院の病理組織診断では高度異型上皮で、p53は陽性であった。大腸全摘、直腸粘膜剥離、リンパ節廓清、回腸囊肛門吻合、回腸人工肛門造設術を施行した。術中所見では腹膜播種、肝転移、リンパ節転移はなかった。切除標本では盲腸から横行結腸は正常粘膜で、下行結腸から直腸の粘膜は粗造であった。直腸Raに小ポリープがあり、その粘膜下に2×2cm大の硬結を認め、深達度はMPと判断した。病理組織所見は、切除標本で認めた硬結の部分を中心に55×40mmの範囲で中分化型腺癌を認めた。その他の所見としてはpN1, lyl, vl, H-, P-, EX-, pStageIIaで、p53染色は陽性であった。粘膜剥離を行った部分にも異型上皮があり、一部に高分化型腺癌、SM, PNO, ly0, v0を認め、p53陽性であった。また、S状結腸にも高度異型上皮を認めた。これら多発する癌、高度異型上皮があり、colitic cancer と診断した。今後、adjuvant chemotherapy を予定している。潰瘍性大腸炎に合併する colitic cancer は発症後7-10年経過後に発生し、サーベイランス内視鏡もこれらの年数を目安に開始することが推奨されている。一方で、潰瘍性大腸炎自体の発症時期が不明確な症例もあり、診断後短期間で癌または高度異型上皮が合併する場合もあり、注意が必要と思われた。

潰瘍性大腸炎, 直腸癌

北里大学北里研究所病院 炎症性腸疾患先進治療センター
原 勇輔, 清原裕貴, 小林 拓, 岡林慎二, 森久保拓, 測上綾子,
松林真史, 宮本康雄, 牧田遊子, 佐上晋太郎, 中野 雅, 常松 令,
日比紀文

【症例】23歳男性【主訴】心窩部痛【現病歴】2014年2月に近医で全大腸炎型の潰瘍性大腸炎(UC)と診断された。メサラジン内服と注腸で一旦改善傾向も、高熱と下痢の増悪が有り不耐を疑いメサラジン中止、プレドニゾン(PSL)60mgを開始した。PSL漸減後、メサラジン内服を再開したがやはり不耐症状が出現したため当院へ紹介された。血球成分除治療法、ステロイド注腸、インフリキシマブは無効でタクロリムス導入となった。タクロリムスは著効したが、維持のための6-メルカプトプリン(MP)にて肺炎を発生したため6-MP中止、タクロリムス維持投与を行ったが2015年4月に下痢血便が再燃した。腎機能低下(Cr 1.49 mg/dL)と高K血症(7.0 mEq/L)も併発したため内科治療継続困難と考え、2015年4月30日に大腸全摘術を施行した。術後の経過は安定していたが2017年8月末から嘔気と心窩部圧迫感を発生し近医を受診した。内服加療されたが効果に乏しく、9月7日に当科を受診した。【現症】体温37.0℃、便回数は5回/dayで黒色便の自覚なし。診察で腹部は平坦・軟、腸蠕動音は正常で、心窩部に自発痛を訴えており、軽度の圧痛あり。血液検査で軽度の炎症反応上昇(WBC 9390/μL, CRP 3.19 mg/dL)を認めた。上部消化管内視鏡検査で十二指腸に多発する潰瘍と細顆粒状粘膜が認められ、UCの十二指腸病変と診断され入院した。カプセル内視鏡では小腸にびまん性の小びらんと細顆粒状粘膜がみられた。下部消化管内視鏡では回腸囊を含めて肛門縁より20cmまで膿性粘液付着を伴った細顆粒状粘膜が認められた。【経過】5ASA・6-MP不耐のため2017年9月13日よりPSL30mgを開始し著効した。外来にてPSLを漸減、2018年3月のカプセル内視鏡では、回腸囊炎を残すのみでその他の小腸病変は軽快していた。そのためPSLを4月9日に中止とした。以後処方なしで再燃せず経過観察中である。【考察】大腸全摘術後小腸炎はごく稀に発症するとされる。今回、多剤不耐UC患者において、十二指腸から回腸病変を来した一例を経験したため、若干の文献的考察を踏まえて報告する。

潰瘍性大腸炎, 小腸炎

防衛医科大学校病院 内科学2講座¹⁾, 同 光学医療診療部²⁾
大黒拓磨¹⁾, 綾木花奈¹⁾, 伊東 傑¹⁾, 村原なみ¹⁾, 露木和彬¹⁾,
西村弘之¹⁾, 富岡 明¹⁾, 渋谷尚希¹⁾, 杉原奈央¹⁾, 和田晃典¹⁾,
塙 芳典¹⁾, 堀内和樹¹⁾, 因幡健一¹⁾, 古橋廣崇¹⁾, 高城 健¹⁾,
渡辺知佳子¹⁾, 富田謙吾¹⁾, 高木俊介¹⁾, 穂苅量太¹⁾, 永尾重昭²⁾

【症例】60歳代男性【主訴】腹痛【現病歴】2018年X月Y日午前中に近医にて大腸内視鏡検査を実施した。実施後より腹痛出現し、徐々に増悪したが、臥位安静で症状軽快したため一度帰宅した。帰宅後、再度腹痛出現したため同日に近医を再診し、腹部骨盤単純CTにて脾臓周囲に低吸収域を認め、当院当科へ救急搬送となった。再度造影CT施行したところ脾臓周囲に血腫を認め、加療目的で入院となった。【家族歴】特記事項なし【経過】入院時の造影CTで活動性の出血を認める所見ではなかったため保存的に経過観察を行う方針とした。翌日に腹部エコー実施し、脾周囲の血腫の増大傾向や活動性の出血を示唆する所見は認められなかった。以後ベッドサイドエコーにてフォローを行い、腹痛消失と血腫の増大所見のないことを確認した上で第6病日に退院とした。以後、経過観察中に再発所見を認めていない。【考察】大腸内視鏡検査後の脾出血の報告自体は少ないものの、近年大腸内視鏡検査の普及に伴い、本邦だけでなく他国でも徐々に報告症例が増えてきている。本症例は抗血小板薬や抗凝固薬の服用の無い患者で、保存的に経過観察可能であったまれな症例であり、若干の文献的考察とともに報告する。

大腸内視鏡検査, 脾出血

国立病院機構東京医療センター 消化器科
高柳華子, 中里圭宏, 森 英毅, 窪澤陽子, 茅島敦人, 平井悠一郎,
木下 聡, 藤本 愛, 西澤俊宏, 菊池真大

【症例】80歳代後半女性【現病歴】受診3ヵ月前頃より腹部不快感を自覚した。受診1ヵ月前頃より黒色便・鮮血があり、暗赤色便が目立つようになったため、当院に紹介受診となった。全身状態が不良であるため精査加療目的に同日入院した。下部消化管内視鏡検査で血管透見像は消失、膿性分泌物が付着、多発した潰瘍を認め、病理所見では粘膜固有層に強い炎症細胞浸潤、陰窩炎、陰窩膿瘍も認められたため活動性の潰瘍性大腸炎と診断した。高齢発症であり、またサイロメガロウイルス腸炎が否定できないことから顆粒球吸着療法(GMA)での治療方針となった。GMAを10回施行後、臨床的寛解を得られ退院になった。3ヵ月後の下部消化管内視鏡検査で潰瘍やびらんは消失し、血管透見を認めた。また病理組織学的検査においても寛解期に矛盾しない所見が確認され、粘膜治癒を得られた。現在は5ASA製剤のみで寛解を維持している。【考察】高齢者発症の潰瘍性大腸炎は近年増加している。中等症以上の潰瘍性大腸炎に対してはステロイド使用が標準治療となっているが、高齢者ではステロイドによる易感染性、骨粗鬆症、耐糖能障害などの副作用が若年者よりも重大な問題になりうる。そのためGMAは有力な寛解導入治療と考えられた。今後高齢者発症に対する潰瘍性大腸炎の治療を考える上で貴重な症例と考えられたため若干の文献的考察を加えて報告する。

潰瘍性大腸炎, 顆粒球吸着療法

東京医科歯科大学医学部附属病院 総合教育研修センター¹⁾,
同 消化器内科²⁾
伊藤 晃¹⁾, 伊東詩織²⁾, 渡部太郎²⁾, 小林正典²⁾, 福田将義²⁾,
斎藤詠子²⁾, 藤井俊光²⁾, 東 正新²⁾, 岡本隆一²⁾, 土屋輝一郎²⁾,
長堀正和²⁾, 大塚和朗²⁾, 朝比奈靖浩²⁾, 渡辺 守²⁾

【症例】19歳女性。【現病歴】X-1年11月より頻回の血性下痢を認め下部消化管内視鏡検査より全大腸炎型潰瘍性大腸炎(UC)と診断されPSL1mg/kg/dayで寛解導入されていた。PSL10mg/dayまで漸減されたX年4月に腹痛、発熱、嘔気が出現し、血液検査で肝胆道系酵素の上昇を認めた。MRCP施行したところ胆管の数珠状拡張を認め、原発性硬化性胆管炎(PSC)が疑われた。自然経過で症状改善し肝胆道系酵素も低下したが、再度同様の症状と肝酵素上昇を認め前医に緊急入院し、精査加療目的に当院に転院となった。当院での肝生検では典型的な組織所見は得られなかったが、PSCの診断基準を満たしており確定診断とした。また当院でのMRCPで肝内胆管結石が疑われERCP施行したがMRCPで指摘された明らかな結石はなく、胆泥と微小結石のみ排出された。以上より肝胆道系酵素の上昇はPSCによる胆管狭窄に加え狭窄部での胆汁うっ滞による閉塞や、胆泥などによる閉塞の関与が考えられた。PSCに対してウルソデオキシコール酸、ベザフィブラート、メトロンイダゾールを処方し経過観察中である。【考察】UCの経過中に肝酵素上昇の精査でPSCが診断された症例を経験したため、若干の文献的考察を交えて報告する。

潰瘍性大腸炎, 原発性硬化性胆管炎

横浜市立市民病院 消化器内科
阪本碩子, 諸星雄一, 松原佑太, 星 瞳, 東 佑香, 杉本祐一,
辻野誠太郎, 角田裕也, 伊藤 剛, 今村 諭, 長久保秀一,
小池祐司, 藤田由里子, 小松弘一

【症例】45歳女性。罹患歴5年の全大腸炎型潰瘍性大腸炎(UC)の患者。炎症は慢性持続し2016年某月アザチオプリンを開始したが末梢神経障害の副作用により1か月後に継続は断念された。生物学的製剤の導入も検討したが同意を得られず、5-ASA注腸の追加のみにて1年5か月後に内視鏡的寛解に至った。その際に施行した大腸内視鏡にて活動期には判別できなかった直腸の粘膜下腫瘍様の径5mm弱の黄色調腫瘍を認め、カルチノイドが強く疑われた。2か所生検を行ったが診断がつかなかった。2か月後に行った超音波内視鏡(EUS)とボーリングバイオプシーにより直腸カルチノイドの診断となった。診断より2か月後に内視鏡的粘膜剥離術(ESD)を施行し、内視鏡的に腫瘍を切除できた。病理診断では粘膜深層から粘膜下にかけて広がるカルチノイド(NET G1)の診断となった。【考察】1) 本例の注意点としては、UC再燃時には粘膜の炎症によりカルチノイドの診断が困難であるという点が挙げられる。粘膜深層から粘膜下に位置するカルチノイドは炎症による粘膜肥厚に伴い生検部位の判断が困難であり、本例においてもEUSにより病変の位置を確認することができた。またUCによる肥厚性粘膜を背景とした病変の場合、内視鏡的粘膜切除術によるスネアリングは困難でありESDによる切除が有用であった。2) 潰瘍性大腸炎のような慢性的腸管炎症を母地に発生する大腸癌をcolitic cancerと呼称し、10年以上の長期経過例が高リスクとされることはよく知られている。一方でカルチノイドの合併も比較的稀ながらいくつもの報告がなされ関連性が示唆されている。自験例においても3例の経験があり、若干の文献的考察を加えて報告する。

潰瘍性大腸炎, 直腸カルチノイド

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 第三内科学²⁾、同 病理学教室³⁾
小松悠香¹⁾、齋藤大祐²⁾、日比則孝²⁾、尾崎 良²⁾、菊地翁輝²⁾、
佐藤大龍²⁾、徳永創太郎²⁾、箕輪慎太郎²⁾、池崎 修²⁾、三井達也²⁾、
三浦みき²⁾、櫻庭彰人²⁾、林田真理²⁾、柴原純二³⁾、久松理一²⁾

症例は40歳代女性。既往歴、家族歴に特記事項はない。健診で便潜血陽性を指摘され大腸内視鏡検査を施行したところ、直腸、S状結腸に限局して、発赤調を呈し粘膜下血腫様に観察される平坦な隆起を複数認めた。隆起表面には小さなびらんを認め、また周囲の粘膜では瘰癧が散見された。隆起は透気、スコープの接触による機械的刺激で容易に出血し、粘膜の脆弱性が示唆された。隆起からの生検では、粘膜固有層および筋層に液状から不整形斑状に沈着する無構造好酸性の物質を認め、DFS染色で赤褐色に染色された。過マンガン酸処理後の染色性、偏光性の減弱も認め、ALアミロイドーシスが考えられた。上部消化管内視鏡検査では粘膜面に明らかな異常は認めず、病理組織においてもアミロイド沈着は認めなかった。CT検査では他の臓器に異常所見は認めず、また骨髄検査においてもアミロイドは陰性であり、大腸限局性ALアミロイドーシスと診断した。現在まで4年間の経過観察がなされているが、消化器症状の出現は認めず、大腸内視鏡所見も著変を認めず経過している。ALアミロイドーシスは異常形質細胞より産生されるM蛋白の軽鎖に由来するALが全身臓器に沈着し、臓器障害を来す疾患である。大腸内視鏡検査で診断された大腸ALアミロイドーシスの本邦報告例では、内視鏡所見は粘膜下腫瘍様隆起、粘膜下血腫、潰瘍、発赤、易出血性などを特徴とし、病変の多くはS状結腸、直腸に領域性に認められることが多いとされている。大腸限局性ALアミロイドーシスは全身性と比し予後は良好であるとされるが、経過中に消化管出血や腸閉塞などを合併した報告も散見される。本症例は4年間、症状や他臓器への浸潤をきたすことなく良好な経過をたどり、さらに同期間において継続的に内視鏡で経過が観察できた稀な症例であり、大腸限局性ALアミロイドーシスの自然経過を考察する上で貴重な症例であると考えられた。

大腸, アミロイドーシス

独立行政法人 国立病院機構 東京医療センター¹⁾、
慶應義塾大学 医学部 内視鏡センター²⁾、
同 腫瘍センター 低侵襲療法研究開発部門³⁾、
群馬大学大学院 医学系研究科 消化器・肝臓内科学⁴⁾
木下 聡¹⁾、浦岡俊夫¹⁾、西澤俊宏¹⁾、中里圭宏¹⁾、茅島敦人¹⁾、
平井悠一郎¹⁾、窪澤陽子¹⁾、森 英毅¹⁾、高林 馨²⁾、藤本 愛¹⁾、
菊池真大¹⁾、矢作直久³⁾

【背景】早期消化管癌に対する内視鏡的粘膜下層剥離(ESD)は広く普及している。表在型食道癌の一括切除率は91.6%、早期胃癌の一括切除率は99%、一括断端陰性切除率は92%との報告がある。側方断端が陽性であった場合は追加ESD、追加外科切除、年齢や患者の状態においては経過観察、アルゴンプラズマ焼灼法をする場合がある。追加ESDは通常は瘰癧化してから施行することが多く、SM高度線維化は処置に大きく影響を与える。今回、2施設間で側方断端が陽性であった3症例に対して早期に追加ESDを行い、線維化が軽度な状況での追加ESDの有効性について報告する。【Case1】胃幽門前庭部大弯に20mm大の0-IIc型早期胃癌に対してESDを施行し、tub1, pT1a(M), ly(-), v(-), HM(+), VM(-), UL(-)であった。21日後に追加ESDを行い、1.5×1.5mm, tub1, pT1a(M), ly(-), v(-), HM(-), VM(-), UL(-)の結果であった。【Case2】胃体上部小弯に20mm大の0-IIa型早期胃癌に対してESDを施行し、tub2>tub1, pT1a(M), ly(-), v(-), HM(+), VM(-), UL(-)であった。33日後に追加ESDを行い、30×23mm, tub1+tub2, pT1a(M), ly(-), v(-), HM(-), VM(-), UL(-)であった。【Case3】食道対歯より31cm、左壁に18mm大の0-IIc型表在型食道癌に対してESDを施行し、Squamous cell carcinoma in situ, T1a-EP, ly(-), v(-), pHM1, pVM0であった。15日後に追加ESDを行い、Intraepithelial neoplasia, pHM0, pVM0であった。【考察】治療過程の線維化が少ない状況下で追加ESDを行うことは高度な線維化を起こしてから行うESDよりも技術的に容易であり、本症例に関しては1年間の局所再発はなく、経過は良好であった。

ESD, 追加切除

川崎市立川崎病院 消化器内科
花田亮太, 井上健太郎, 島田史恵, 野間絵梨子, 松原祥平,
久武祐太, 有泉 健, 高木英恵, 玉井博修

【症例】79歳、女性【主訴】吐血、腹痛【現病歴】2017年8月耳鼻科にて声門上癌 cT3N2cM0, Stage 4A期に対してDCF(Docetaxel, CDDP, 5-FU)療法を開始された。第10病日に発熱性好中球減少症、敗血症性ショックに至りICU入室のうえ気管挿管し昇圧剤使用を開始した。集中治療により全身状態は安定し、経鼻胃管からの経腸栄養を行っていた。第66病日、吐血と上腹部痛を来し、白血球数・CRPの上昇を認めた。上部消化管内視鏡(GS)では、胃体部から穹窿部にかけて広範な領域に、地図状の明瞭な境界を有する発赤した浮腫状粘膜を認めた。門脈系の灌流障害を疑い腹部造影CTを施行したところ、胃体部から穹窿部にかけて胃壁内に嚢腫状のガス像を認めた。血液培養を含む培養結果はいずれも陰性であった。気腫性胃炎と診断し、絶食・ランソプラゾール静注・抗菌薬投与による保存的加療を行なったところ、2日間で症状の改善を認めた。第80病日、GSを再検したところ、発赤した浮腫状粘膜の改善し、腹部CTでは胃壁内のガス像は消失していた。第82病日に経腸栄養を再開したが症状再燃は認めなかった。リハビリテーションで徐々にADLは改善し、第162病日に緩和治療目的に転院となった。【考察】気腫性胃炎はガス産生菌感染による胃腸窩感染であり、CTにて胃壁内の嚢腫状気泡を認めることが特徴とされる。本例で認めたような特徴的な内視鏡像について言及した報告は少ないが、内視鏡上の発赤領域とCT上のガス貯留領域が概ね合致していた点、胃小区拡大を伴ううっ血所見を認めた点から、胃壁内ガス貯留により壁内圧が上昇した結果、局所の静脈灌流が障害され領域性のある発赤浮腫所見を呈したのではないかと推察された。今回、我々は保存的に加療しえた気腫性胃炎を経験したので文献的考察を交えて報告する。

気腫性胃炎, 浮腫状胃粘膜

独立行政法人 国立病院機構 高崎総合医療センター 消化器科
増田智之, 工藤智洋, 館山夢生, 平 知尚, 村上立真, 安岡秀敏,
星野 崇, 長沼 篤, 石原 弘

【背景・目的】胃軸捻転症は、胃が生理的範囲を超えて回転した状態であり、比較的稀な疾患である。当院で経験した胃軸捻転症の3例について検討・報告する。【方法】2012年1月から2018年4月までに当院で診断加療を行った胃軸捻転症3例について検討した。【結果】初発年齢は75歳, 84歳, 85歳といずれも高齢の男性であった。全例腹痛・嘔気を主訴に来院。2例は嘔吐を伴った。いずれもCTで胃軸捻転の診断がなされ、軸捻型は膜性軸性(短軸型)であった。全例内視鏡での整復が試みられ、うち2例は整復可能。整復不可能であった1例は、高度の食道裂孔ヘルニアを伴う症例で、幽門が胸腔内に逸脱し内視鏡が捻転肛門側に到達できず、内視鏡および胃管での減圧に切り替え整復された。その後の経過は、高齢のため予防的手段を講じず経過観察されている1例、2回再燃したため外科的胃壁固定を施行した1例、5回目の再燃時に胃破裂を来し緊急手術するも他界された1例であった。【考察】重症例ではない場合、初期対応は胃管での減圧や内視鏡的整復試行により一定の効果を得られると思われた。一方で内科的整復例の半数以上が再発すると報告されており、自験例でも同様であった。整復後の再燃予防が重要だが、患者の全身状態から経過観察となる例も散見される。重症化する生命にかかわる事態を引き起こしうる疾病であり、再燃予防の措置を積極的にとるべきと考えさせられる例も存在した。【結語】重症例および再発する症例では、内視鏡的整復にこだわらず、外科的加療も念頭に置くべきと考えられた。

胃軸捻転症, 整復

千葉県がんセンター 内視鏡科¹⁾、同 肝胆膵外科²⁾、
同 臨牀病理部³⁾
石垣飛鳥¹⁾、鈴木拓人¹⁾、南金山理乃¹⁾、石毛文隆²⁾、北川善康¹⁾、
杉山孝弘³⁾、伊丹真紀子³⁾、高山 亘³⁾、傳田忠道¹⁾、山口武人¹⁾

症例：70歳 男性X-3年7月に人間ドッグの内視鏡検査で多発胃腫瘍を指摘され、当院紹介受診となった。上部消化管内視鏡検査で胃・十二指腸に多発する粘膜下腫瘍、超音波内視鏡で粘膜下層を主体とした高エコーの腫瘍像、造影CT検査で胃・十二指腸・小腸に多発する造影効果の乏しい均一なlow density massを認め、多発脂肪腫と診断した。無症状であったため、年1回の内視鏡検査で経過観察としていたが、所見に変化は認めなかった。X年12月に黒色便のため、他院に救急搬送となり、その際の上部内視鏡検査では活動的な出血は認めないものの、十二指腸脂肪腫付近に血液貯留を認め、同部位からの出血が疑われたため、当院に転院となった。造影CT検査では十二指腸下部のtarget signと嵌入部の脂肪腫、側視鏡検査では十二指腸脂肪腫の粘膜面に潰瘍形成を認め、出血源と考えられた。重積所見を伴う出血性十二指腸脂肪腫と診断し、外科的局所切除を施行した。病理結果は60mm大の良性の脂肪腫であった。消化管脂肪腫は単発に発生することが多く、多発することは稀である。また、発生部位として、十二指腸の頻度は3.3%程度と報告されている。一般的に無症状であることが多いが、出血や腸重積による腹痛など症状のある症例では切除が必要である。脂肪腫は乏血性腫瘍であるが、腫瘍の増大に伴い、消化管内容物による牽引や蠕動による伸展により、粘膜の圧迫萎縮が生じることで表面にびらんや潰瘍を形成し、出血に至ると考えられている。本症例では側視鏡検査により、腫瘍の潰瘍を確認することができ、出血源の同定につながった。脂肪腫の症例では有症状時の対応を念頭に置いた経過観察が重要であり、サイズの大きいものでは予防的治療も選択肢の一つとして考慮することが必要である。

十二指腸脂肪腫、消化管出血

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

症例は54歳女性。201X年1月頃より両肩・手関節手指関節の疼痛を認め、同年6月に当院リウマチ内科に紹介となる。seronegative関節リウマチと診断とされ、プレドニゾンや抗リウマチ薬としてメトトレキサート、レフルノミド、サラゾスルファピジンで治療を行い明らかな副作用はなく症状コントロールは良好であった。201X+1年3月2日の血液検査でAST 98 IU/L、ALT 230 IU/Lと肝障害がみられるようになり、3月16日にAST 532 IU/L、ALT 796 IU/Lと増悪していることから入院にて精査加療の方針となり消化器内科にコンサルトとなる。症状は軽度倦怠感のみで、その他自覚症状や他覚所見は認めない。当初薬剤性肝障害の可能性も否定できず、プレドニゾン以外の投薬を中止したうえで経過観察となる。安静にて肝障害は改善傾向がみられ重症化することなく3月26日に退院としている。入院後に施行した肝生検では線維化はなく非特異的な肝炎の診断にとどまったが、スクリーニング目的に施行した血液検査の結果でIgA-HEV陽性となり、追加検査でHEV-RNA陽性であることから急性E型肝炎の診断となる。生肉接種歴等は不感染経路不明であった。免疫抑制治療再開に伴う慢性化の可能性を考慮し、徐々にメトトレキサートを増量としたが肝障害の再燃なかった。他の抗リウマチ薬も再開と肝障害の再燃なく現在に至る。E型肝炎は汚染された水もしくは生肉等から経口で感染する人獣共通感染症である。不顕性感染が多く一般的には慢性化することまれであるが、重症や劇症化することもある。また免疫抑制剤の内服などで免疫能が低下した状態では慢性化する報告もされている。今回我々は、関節リウマチの治療として免疫抑制剤内服中に急性E型肝炎を発症したが、重症化や慢性化することなく経過した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。

E型肝炎、免疫抑制

東海大学 医学部 内科学系 消化器内科学
小玉敏生、鶴谷康太、山路葉子、吉原四方、新井圭一、広瀬俊治、
加川建弘、峯 徹哉

【症例】76歳女性【主訴】意識障害【現病歴】C型肝炎硬変、肝細胞癌治療後に対し当科通院中であった。約3か月前よりビタミン、ミネラル、野菜、果物抽出物など62種を配合しているサプリメントの服用を開始していた。2018年X月に意識障害を認め、当院へ救急搬送となった。羽ばたき振戦を認め、血清NH₃ 237/dlと上昇があり、肝性脳症と診断した。腹水の出現も認め、肝不全を呈しており、入院加療となった。【既往歴】C型肝炎硬変(SOF/LED内服にてSVR後)、肝細胞癌治療後【入院後経過】血液生化学検査ではAST 100U/L、ALT 59U/L、ALP 491U/L、γ-GTP 43U/Lと肝逸脱酵素、胆道系酵素の上昇を認め、Child-Pugh分類 grade C(11点)と肝機能の低下を認めた。腹部CT検査では、腹水の出現と著明な肝のCT値の低下があり脂肪肝を認めていた。DDW-J 2004薬物性肝障害ワークショップのスコアリングでは5点であり、サプリメント服用による胆汁うっ滞型の薬物性肝障害と診断した。サプリメントの内服中止により、肝逸脱酵素は漸減し、肝機能はChild-Pugh分類grade B(7点)へと改善を認めた。サプリメント内服中止4か月後の腹部CT検査では、脂肪肝の著明な改善を認めた。【考察】健康になるために摂取しているサプリメントや健康食品が、発疹や肝障害、腎障害などを引き起こす危険性が指摘されている。本症例は多種類の成分を配合しているサプリメントであり、どの成分が原因かの判断が難しいことや成分間の相互作用による影響といった点からも危険性があると考えられた。また、本症例は肝硬変が背景にあり、より注意すべき患者群であると考えられた。

サプリメント、肝不全

東京大学医学部附属病院 消化器内科¹⁾、同 放射線科²⁾
岩田琢磨¹⁾、川村 聡¹⁾、内野康志¹⁾、建石良介¹⁾、佐藤次郎²⁾、
小池和彦¹⁾

【症例】74歳男性【現病歴】50歳代にアルコール性肝障害と診断されていた。2015年6月当院で食道胃接合部癌に対し、噴門側胃切除術施行、この際、肝硬変と診断され、以後当科外来通院。2016年4月肝性脳症で入院、便秘が肝性脳症の誘因と考えられたため、ラクツロースと分子鎖アミノ酸製剤の内服を開始した。5月に肝細胞癌と診断されラジオ波焼灼術を施行された。2018年3月30日肝性脳症で入院、保存的加療にて改善し、4月12日に退院した。しかし、退院直後に肝性脳症を再発し、4月17日に再入院となった。【既往歴】高血圧、糖尿病、肝細胞癌ラジオ波焼灼術後、食道胃接合部癌術後【嗜好歴】飲酒100g/日。2016年5月から禁酒。【血液検査所見】WBC 3900/ μ L、Hb 13.0 g/dL、Plt 12.5万/ μ L、PT% 59.0%、Alb 2.8 g/dL、T-Bil 3.1 mg/dL、AST 38 IU/L、ALT 26 IU/L、 γ GTP 34 U/L、ALP 493 U/L、BUN 8.7 mg/dL、Cre 0.77 mg/dL、Na 141 mmol/L、K 3.8 mmol/L、Cl 108 mmol/L、NH₃ 128 μ g/dL、Glu 162 mg/dL【経過】脱水と便秘などの誘因を除去したが、入院中も肝性脳症の再発を繰り返していた。造影CTで左総腸骨静脈と下腸間膜静脈にシャントを認め、発達した側副血行路を形成していた。繰り返す肝性脳症の発症に、門脈体循環シャントの関与が疑われた。6月7日バルーン閉塞下逆行性経静脈的塞栓術(B-RTO)を施行、排血路となっている腰静脈をコイル塞栓した。術後の血液検査でアンモニア値は50 μ g/dlと低下し、その後、肝性脳症を再発することなく、6月23日に退院となった。退院後1か月現在、肝性脳症再発による入院はない。【結語】B-RTOによる門脈体循環シャントコイル塞栓術を施行し、良好な短期効果が得られた肝性脳症の一例を経験したので報告する。

肝性脳症、シャント

手術・化学療法を拒否した大腸がん肝転移例に対しラジオ波焼灼術（RFA）を中心とした集学的治療によって長期生存した1例

NTT 東日本関東病院

大西俊彦, 金崎峰雄, 寺谷卓馬, 松橋信行

【目的】大腸癌肝転移症例に対し第一選択は外科手術、第二選択は化学療法である。しかし患者に拒否される例も少なからず存在する。その場合にはRFAを繰り返し施行することにより長期予後を得られる可能性があり報告する。【症例】71歳男性。2010年12月前医にてS状結腸癌を切除。同時性の肝転移巣に対して、全身化学療法と肝切除を勧められるも拒否。2011年2月当科初診。肝転移巣を9か所認めラジオ波焼灼術（RFA）施行。2011年12月肺転移新出。2012年8月～2016年10月肺転移増大し、拒否傾向にあった全身化学療法について副作用を十分に抑えることを説明し同意のうえで施行。（P-mab、XELOX+BV、FOLFRI+BV、Regorafenib、TDTF）化学療法期間中も肝転移の再発に対してはRFAを適宜行っていた。2017年2月肺転移巣に対し放射線治療施行。2018年2月サイバーナイフ施行。最終的には肝転移を認めてから90か月後の2018年5月肺炎で死亡となった。【結論】大腸癌肝転移に対する化学療法のMSTは約30か月とされている。今回はRFAを繰り返し施行することにより長期予後を得られた可能性があり、報告する。

転移性肝癌, ラジオ波焼灼術

盲腸癌鼠径管穿通を契機に発症した会陰部広範囲膿瘍の1例

宇都宮済生会病院 消化器外科¹⁾,

自治医科大学 消化器一般外科²⁾

松本健司¹⁾, 堀江久永²⁾, 田口昌延²⁾, 本間祐子²⁾, 高木 徹²⁾, 清水徹一郎²⁾, 巻野佳彦²⁾, 田原真紀子²⁾, 井上賢之²⁾, 鯉沼広治²⁾, 佐久間康成²⁾, 細谷好則²⁾, 北山丈二²⁾, 佐田尚宏²⁾

今回我々は盲腸癌の鼠径管穿通により発症した会陰部広範囲膿瘍の1例を経験した。症例は71歳、男性。2018年2月陰囊の自壊、排膿を主訴に前医受診し、会陰部膿瘍の診断にて当科紹介となった。受診時、両側会陰部の広範な皮膚壊死、排膿を認め、皮下膿瘍は肛門周囲にまで及んでいた。腹部造影CTでは両側陰囊周囲から右鼠径管内に液体貯留、会陰部に遊離ガスを認めた。また回盲部に腫瘤を認めた。会陰部膿瘍、陰囊壊死の診断にて、緊急手術の方針とした。両側精巣摘出術、会陰部のデブリードマンを先行し施行した。鼠径管内にも汚染を認め回盲部にも腫瘤を認めたことから、下腹部正中切開で開腹し人工肛門造設術のみでなく、回盲部の観察および腹腔内洗浄ドレナージを行うこととした。開腹時の所見で腹腔内の汚染は軽度であったが、漿膜外浸潤を疑う盲腸腫瘍を認め、腹壁と一塊になっていた。また、腹壁や小腸間膜に白色結節を多数認めた。腹壁から盲腸腫瘍を剥離すると右深鼠径輪周囲に穿通していたことから、盲腸腫瘍鼠径管穿通により会陰部に広範な壊死をきたしたと考えられた。回盲部切除術、回腸人工肛門造設術を施行し、手術終了とした。病理検査所見は盲腸癌（pT4a pN1 pM1(P3) pStage4）であった。術後は集中治療を含めた集学的治療を行い、術後4日目に抜管した。術後18日目に会陰部皮膚欠損部に対して分層植皮術施行し、リハビリ目的に他院転院となった。急性虫垂炎や虫垂癌が鼠径管に穿通し会陰部膿瘍やFournier壊疽に至った報告は散見されるが、盲腸癌が鼠径管に穿通し会陰部に膿瘍を形成した症例は非常に稀であるので文献的考察を加えて報告する。

鼠径管穿通, 盲腸癌