

日本消化器病学会 関東支部第352回例会

プログラム・抄録集



当番会長：横浜市立大学 消化器・腫瘍外科学 主任教授 遠藤 格
平成30年12月1日(土)
海運クラブ

日本消化器病学会関東支部第352回例会

プログラム・抄録集

当番会長：横浜市立大学 消化器・腫瘍外科学 主任教授 遠藤 格
〒236-0004 神奈川県横浜市金沢区福浦3-9
TEL 045-787-2650/FAX 045-782-9161

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

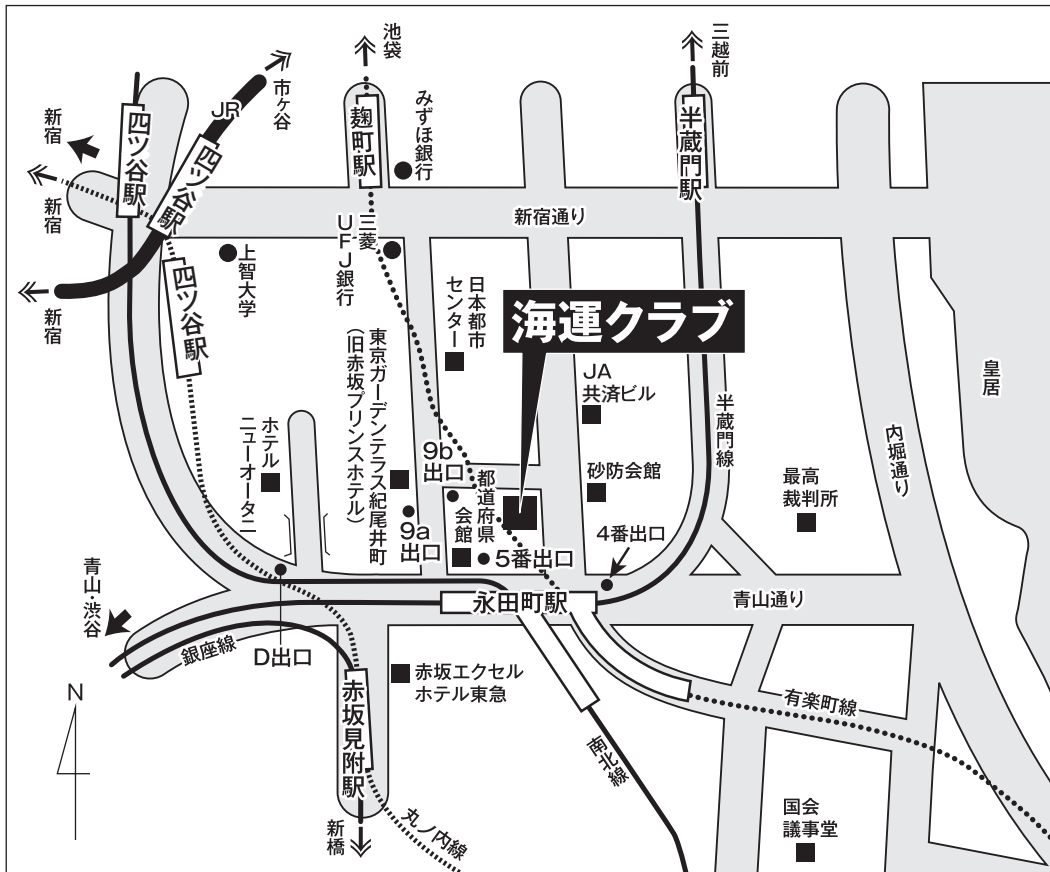
<発表者、参加者の皆様へ>

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本体をお持ち込みください。データでのお持ち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ち込みください。また、バッテリーのみでの稼動はトラブルの原因となるため、外部電源用アダプタを必ずお持ちください。
 - 3) 音声出力には対応いたしません。
 - 4) 発表は枚数ではなく時間で制限させていただきます。
 - 5) 発表時は、演台に置かれたモニターを見ながらご自身で操作して画面を進めていただきます。なお、発表者ツールの使用はできませんのでご注意ください。
3. 発表に際しては、患者さんのプライバシーの保護（日付の記載は年月までとする、等）に十分配慮してください。
4. 演題発表時には、利益相反状態の開示が必要になります。開示基準・規定の書式に従って利益相反の有無を必ず開示してください。
5. 演者は前演者の口演開始後、直ちに「次演者席」へご着席ください。
6. 専修医セッション、研修医セッション及び一般演題は、1題口演4分、追加討論2分です。時間厳守をお願いします。
7. 質問される方は、所属と氏名を明らかにしてからお願いします。
8. 専修医・研修医セッションの発表者あるいは同施設の方は、奨励賞表彰式に出席してください。(第1会場 12:50～13:05)
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。なお当日購入ご希望の場合は、1部1,000円にて販売いたします。(数に限りがございますので予めご了承ください)
12. 座長・評価者の方は、セッション開始15分前までに総合受付にお立ち寄りください。
13. ハンズオンセミナーに参加される先生方には、当日の集合時間・場所について、会期1週間前までに運営事務局より、メールにてご案内申し上げます。なお、見学は自由となりますので、奮ってご参加ください。
14. 会場1階ロビーにAED（自動体外式除細動器）を設置しております。

会場案内図

海運クラブ

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



[交通のご案内]

地下鉄 永田町駅〈有楽町線〉〈半蔵門線〉4番・5番出口より徒歩2分
〈南北線〉9a、9b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352回例会

平成30年12月 1 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		阿部清一郎		(12) 研修医Ⅰ（胃・十二指腸）45～48		8：05～8：29		豊住 武司	
(2) 専修医Ⅱ（胃・十二指腸）5～8		8：29～8：53		根岸 良充		(13) 研修医Ⅱ（胃・十二指腸）49～52		8：29～8：53		高林英日己	
(3) 専修医Ⅲ（小腸）9～12		8：53～9：17		池崎 修		(14) 研修医Ⅲ（大腸）53～56		8：53～9：17		金沢 憲由	
(4) 専修医Ⅳ（大腸Ⅰ）13～16		9：17～9：41		武藤 雄太		(15) 研修医Ⅳ（肝）57～60		9：17～9：41		魚嶋 晴紀	
9：41～9：51				休憩		9：41～9：51				休憩	
(5) 専修医Ⅴ（大腸Ⅱ）17～20		9：51～10：15		木村 明春		(16) 研修医Ⅴ（肝・胆）61～63		9：51～10：09		野口 正朗	
(6) 専修医Ⅵ（胆・膵）21～24		10：15～10：39		亀田 英里		(17) 研修医Ⅵ（膵）64～67		10：09～10：33		木暮 宏史	
(7) 専修医Ⅶ（肝・その他）25～28		10：39～11：03		岩瀬 麻衣		(18) 研修医Ⅶ（膵・その他）68～70		10：33～10：51		石田 克敏	
(8) 専修医Ⅷ（膵・その他）29～33		11：03～11：33		桜岡 佑樹		12：00～12：30		評議員会			
12：05～12：50 ランチョンセミナー（第1会場）											
「大腸癌治療の最前線～手術と化学療法～」											
医療法人社団 誠馨会 新東京病院 消化器外科 松本 寛 先生											
司会 帝京大学 外科学講座 橋口陽二郎 先生											
共催：日本イーライリリー株式会社											
12：50～13：05 専修医・研修医奨励賞表彰式（第1会場）											
13：05～14：00 特別講演（第1会場）											
「非アルコール性脂肪肝疾患（NAFLD）診療の最近の進歩」											
横浜市立大学 肝胆膵消化器病学教室 中島 淳 先生											
司会 横浜市立大学 消化器・腫瘍外科学 遠藤 格											
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) 肝 34～37		14：05～14：29		魚住祥二郎		(19) 上部消化管 71～74		14：05～14：29		渡辺 昌則	
(10) 胆・膵 38～41		14：29～14：53		守屋 聡		(20) 小腸・大腸 75～79		14：29～14：59		野澤 宏彰	
(11) 膵 42～44		14：53～15：11		鈴木 裕							
15：11～15：16											
閉 会 の 辞（第1会場）											

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

特別講演(第1会場 13:05~14:00)

「非アルコール性脂肪肝疾患（NAFLD）診療の 最近の進歩」

横浜市立大学 肝胆膵消化器病学教室 主任教授 **中島 淳** 先生
司会 横浜市立大学 消化器・腫瘍外科学 主任教授 **遠藤 格**

……演者の先生ご紹介……

なかじま あつし
中島 淳 先生

横浜市立大学 肝胆膵消化器病学教室 主任教授

略歴

平成元年	大阪大学卒
平成元年～	社会保険中央総合病院内科
平成9年	東京大学第3内科助手
平成10年	ハーバード大学Brigham & Women's Hospital客員研究員
平成12年	横浜市立大学第3内科講師
平成20年	横浜市立大学付属病院消化器内科教授
平成26年	横浜市立大学大学院医学研究科肝胆膵消化器病学教室主任教授

受賞 日本内視鏡学会奨励賞、米国クリーン財団リサーチアワード、高松宮妃癌研究助成など

日本消化器病学会 NASH/NAFLD診療ガイドラインメンバー

ランチオンセミナー (第1会場 12:05~12:50)

「大腸癌治療の最前線～手術と化学療法～」

医療法人社団 誠馨会 新東京病院 消化器外科 部長 **松本 寛** 先生

司会 帝京大学外科学講座 教授 **橋口陽二郎** 先生

共催：日本イーライリリー株式会社

………演者の先生ご紹介………

まつもと ひろし
松本 寛 先生

医療法人社団 誠馨会 新東京病院 消化器外科 部長
消化器癌腹腔鏡・ロボット手術センター 副センター長

略歴

職 歴	平成6年3月	奈良県立医科大学卒業
	平成6年5月	奈良県立医科大学付属病院第一外科研修医
	平成8年1月	服部記念病院外科医員
	平成9年5月	東京都立駒込病院専門臨床研修医
	平成12年5月	奈良県立医科大学付属病院 第一外科非常勤医師
	平成15年4月	東京都立駒込病院外科医員
	平成17年7月	同 医長
	平成29年8月	同 部長
	平成30年10月	医療法人社団 誠馨会 新東京病院 消化器病センター 消化器外科 部長

専門分野

消化器外科（特に大腸癌）、大腸癌化学療法

所属学会等（認定医・評議員等）

日本外科学会（専門医、指導医）
日本臨床外科学会
日本消化器外科学会（認定医、専門医、指導医、消化器がん外科治療認定医）
日本大腸肛門病学会
日本消化器内視鏡学会
日本消化器病学会
日本家族性腫瘍学会
日本ロボット外科学会（国内B級申請中）
日本がん治療学会
日本臨床腫瘍学会
日本内視鏡外科学会（技術認定医 大腸）
The American Society of Clinical Oncology
日本がん治療認定医機構（暫定教育医・認定医）
da Vinci surgical system 術者認定取得

2018年10月現在

第12回ハンズオンセミナー

(ホワイエ 9:30~12:00)

「VRシミュレーターを用いた ERCPの基本手技」

インストラクター

横浜市立大学	消化器・腫瘍外科学	准教授	秋山 浩利
横浜市立大学	肝胆膵消化器病学	講師	細野 邦広
横浜労災病院	消化器内科	副部長	関野 雄典
NTT東日本関東病院	消化器内科		藤田 祐司

＜ご案内＞

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。

＊参加費は無料です。

＊受講を申込みされていない場合も、見学は自由ですので、奮ってご参加ください。

【スケジュール】

① 9:30 ~	② 9:45 ~	③ 10:00 ~	④ 10:15 ~
⑤ 10:30 ~	⑥ 10:45 ~	⑦ 11:00 ~	⑧ 11:15 ~
⑨ 11:30 ~	⑩ 11:45 ~		

※開始の10分前までに、ご集合ください。

【お問合先】

関東支部第352回例会 運営事務局：jsge2018_352@sunpla-mcv.com

共 催：3D SYSTEMS Symbionix

第1会場（午前の部）

8:00～8:05

—開会の辞—

—評価者—

独立行政法人国立病院機構	横浜医療センター	関戸 仁
群馬中央病院	消化器内科	岸 遂忠
横浜市立大学	肝胆膵消化器病学	米田 正人

（1）専修医Ⅰ（食道・胃） 8:05～8:29 座長 国立がん研究センター中央病院 内視鏡科 阿 部 清一郎

1. 高度食道胃静脈瘤に内視鏡的静脈瘤硬化療法が奏功した一例

東京慈恵会医科大学 消化器・肝臓内科 ○松本 尚樹, 永田 祐介, 三戸部慈実, 秋田 義博
宮崎 亮佑, 富田 陽一, 澤田 亮一, 石田 仁也
及川 恒一, 猿田 雅之

2. 食道胃静脈瘤に対する門脈腫瘍塞栓合併症例への内視鏡的予防的治療の検討

昭和大学 医学部 内科学講座 消化器内科学部門 ○音山 裕美, 魚住祥二郎, 杉浦 育也, 中島 陽子
山口 明香, 梶原 敦, 荒井 潤, 下間 祐
打越 学, 坂木 理, 栗原 利和, 吉田 仁

3. 食道裂孔ヘルニア内に餅が嵌入・閉塞し、異物除去に Hook knife が有用であった一例

草加市立病院 消化器内科 ○河上 和輝, 今城 眞臣, 山崎 友裕, 磯崎 岳
戸田 晶子, 小橋健一郎, 鎌田 和明, 矢内 常人

4. 上部消化管穿孔を契機に発見された胎児消化管類似癌の1例

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

（2）専修医Ⅱ（胃・十二指腸） 8:29～8:53 座長 NTT 東日本関東病院 消化器内科 根 岸 良 充

5. DAPT 療法下に緊急手術を施行した魚骨による上部消化管穿孔の一例

横浜市立大学附属市民総合医療センター 消化器病センター外科 ○堀内 真樹, 渡邊 純, 村上 剛史, 福岡 宏倫
浅利 昌大, 渡辺 卓央, 柿添 学, 虫明 寛行
湯川 寛夫, 國崎 主悦
横浜市立大学附属病院 消化器・腫瘍外科 遠藤 格

6. 短期間に上部消化管出血を繰り返した Heyde 症候群の一例

順天堂大学医学部附属順天堂医院 消化器内科学教室 ○阿部 大樹, 松本 健史, 池田 厚, 石井 重登
泉 健太郎, 深田 浩大, 高和 正, 加藤 順子
澁谷 智義, 山科 俊平, 伊佐山浩通, 池嶋 健一
永原 章仁
同 画像診断・治療学教室 椎名秀一郎

7. ヘリコバクター・ピロリ除菌後胃に発生し、内視鏡的切除にて治療した胃底腺型胃癌の1例

横浜労災病院 消化器内科 ○森久保尚美, 内山 詩織, 加藤 ゆり, 芹澤 奏
宮崎夏菜美, 八木 伸, 尾崎 杏奈, 白鳥 航
辻川慎太郎, 北村 英俊, 鈴木 雅人, 金沢 憲由
関野 雄典, 川名 憲一, 永瀬 肇
同 病理診断科 角田 幸雄

8. Braun 吻合を伴わない Billroth-II 法 結腸前再建後に生じた残胃癌の一例

新東京病院 消化器内科 ○永坂 拓也, 村上 大輔, 氏原 哲郎, 中原良太郎
佐上 亮太, 末廣 聡士, 勝山 泰志, 早坂 健司
原田 英明, 天野 祐二
同 外科 新 みゆき, 山田 英夫

(3) 専修医Ⅲ(小腸) 8:53~9:17

座長 杏林大学 医学部 第三内科学 池 崎 修

9. 小腸原発未分化癌の1例

東部地域病院 ○高橋 琢哉, 西村 和彦, 落合 匠, 渡部 智雄
北島 政幸, 中谷 晃典, 永易 希一, 柵山 尚紀
佐藤 剛, 岸根 健二, 安部 雄, 三上 敬文
相羽 元彦

10. NBNC 肝硬変、肝細胞癌の経過中、イレウスを契機に発見された小腸カルチノイドの一例

三井記念病院 ○福村 幸代, 戸田 信夫, 今井 誠, 新井 絢也
黒川 憲, 柴田智華子, 近藤真由子, 高木 馨
小島健太郎, 大木 隆正, 関 道治, 加藤 順
田川 一海

11. サイトメガロウイルス感染による小腸潰瘍の1例

日産厚生会玉川病院 消化器内科 ○毛利 州秀, 小野 真史, 永嶋 裕司, 三浦 富宏
同 外科 伊藤 その, 岩田乃理子, 川村 徹
東邦大学医療センター大森病院 消化器内科 五十嵐良典

12. 急性腹症を呈した成人腸管膜リンパ管腫の1例

国家公務員共済組合連合会 平塚共済病院 消化器科 ○石崎あや那, 西山 竜, 北川 博之, 寺田 昌弘
河西顕太郎, 菊地 秀彦, 里道 哲彦, 山崎 好喜
同 病理診断科 松原 修

(4) 専修医Ⅳ(大腸1) 9:17~9:41 座長 自治医科大学附属さいたま医療センター 一般・消化器外科 武藤 雄太

13. ギリムマブ二次無効の潰瘍性大腸炎にインフリキシマブを使用した1例

日本大学医学部附属板橋病院 消化器肝臓内科 ○武石 彩, 江崎 充, 矢ヶ部響子, 岩男 彩
山川 俊, 入江 彰, 春田 明子, 永井晋一郎
岩本 真帆, 菊池 浩史, 森山 光彦

14. 血球成分除去療法が有効であった高齢者潰瘍性大腸炎の3症例

昭和大学江東豊洲病院 消化器センター ○中島 芽衣, 上野 明子, 田邊 万葉, 黒木優一郎
浦上 尚之, 横山 登, 松川 正明, 井上 晴洋

15. 一過性の循環不全後に colon cast の排泄を認めた虚血性大腸炎の1例

独立行政法人国立病院機構 西埼玉中央病院 消化器科 ○岩下 祐子, 吉田 幸永, 齋藤 知子, 杉山 悦郎
白壁 和彦, 根岸 道子, 二上 敏樹
東京慈恵会医科大学 消化器・肝臓内科 猿田 雅之

16. 血清抗 p53 抗体上昇が上行結腸癌 ESD 後の再発の発見契機となった1例

北里大学 医学部 消化器内科学 ○松原 佳菜, 佐田 美和, 松本 育宏, 川岸 加奈
迎 美幸, 横山 薫, 小泉和二郎
同 新世紀医療開発センター 小林 清典
同 消化器外科学 中村 隆俊
同 病理学 大部 誠

(5) 専修医Ⅴ(大腸2) 9:51~10:15 座長 群馬大学総合外科学講座 消化管外科分野 木村 明春

17. 潰瘍性大腸炎の診断で治療中に腸閉塞を合併し、術後にクローン病合併 colitic cancer と判明した1例

横浜市長市民病院 ○松島小百合, 小金井一隆, 辰巳 健志, 二木 了
黒木 博介, 杉田 昭

18. 交通外傷による遅発性 S 状結腸穿孔の1例

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

19. 当院における腸管出血性大腸菌感染症患者の検討

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

20. 腹腔鏡下に摘出した巨大腹腔内遊離体の1例

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

(6) 専修医Ⅵ(胆・脾) 10:15~10:39 座長 済生会横浜市南部病院 消化器内科 亀田 英里

21. セフトリアキソン投与により偽胆石症を発症した1成人例

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

22. 胆管空腸吻合部近傍の嚢胞性病変により発症した総胆管結石性胆管炎の1例

自治医科大学附属さいたま医療センター 消化器科 ○森野 美奈, 賀嶋ひとみ, 小糸 雄大, 三浦 孝也
高橋 裕子, 坪井瑠美子, 石井 剛弘, 吉川 修平
大竹はるか, 藤原 純一, 関根 匡成, 上原 健志
湯橋 一仁, 浅野 岳晴, 松本 吏弘, 宮谷 博幸
眞嶋 浩聡
さいたま市民医療センター 新藤 雄司, 新畑 博英, 松本 圭太

23. クロウン病に併発した特発性慢性膵炎の1例

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

24. 主膵管損傷を伴う外傷性膵損傷に対し内視鏡的膵管ドレナージ術が有効であった一例

群馬大学医学附属病院 消化器・肝臓内科 ○大林 千草, 松井 綾子, 中田 昂, 星 恒輝
田中 寛人, 中山 哲雄, 富澤 琢, 保坂 浩子
石田 克敏, 栗林 志行, 下山 康之, 河村 修
浦岡 俊夫

(7) 専修医Ⅶ(肝・その他) 10:39~11:03

座長 茅ヶ崎市立病院 消化器内科 岩 瀬 麻 衣

25. ネフローゼ症候群を伴った病毒性肝炎の1例

公立昭和病院 消化器内科 ○大友有紀子, 細川 貴範, 野内 俊彦, 渡邊 論
小島 茂, 小野 圭一, 山地 統, 小林 正佳
勝田 景統, 西成田 悠
同 内視鏡科 武田 雄一, 浦牛原幸治, 鈴木 祥子, 大野 一将
神林 孔明
同 臨床検査科 櫻井 幸
東京医科歯科大学医学部附属病院 消化器内科 渡邊 守

26. 当院で経験した異所性静脈瘤出血4例の検討

土浦協同病院 消化器内科 ○森田 祐規, 上山 俊介, 古川 貴光, 五十嵐 亮
岡田 理沙, 佐野 慎哉, 藤原 俊, 松川 直樹
木下 隼人, 永井 瑞紀, 柴田 勇, 市田 崇
草野 史彦, 酒井 義法

27. 巨大肝嚢胞自然破裂の1例

国立病院機構 横浜医療センター ○鶴丸 裕司, 関戸 仁, 清水 哲也, 松田 吾郎
武田 和永, 中川 和也, 小暮 悠, 山本 悠史

28. 孤立性脾膿瘍破裂に対して脾臓脾体尾部合併切除術を施行した1例

横須賀市立市民病院 外科 ○中崎 佑介, 山田 淳貴, 中山 岳龍, 杉浦 浩朗
長嶺弘太郎, 亀田久仁郎, 久保 章
同 病理診断科 竹川 義則

(8) 専修医Ⅷ(脾・その他) 11:03~11:33 座長 獨協医科大学 第二外科 桜岡 佑樹

29. 画像上は浸潤性膵管癌が疑われながら、肝腫瘍生検にて稀な膵原発悪性リンパ腫と診断された1例

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

30. 巨大な膵管内仮性動脈瘤に対して、経カテーテルの動脈塞栓術及び膵管ステント留置術を施行した1例

横浜市立大学附属市民総合医療センター ○中森 義典, 三輪 治生, 戸塚雄一郎, 小宮山哲史
佐藤 健, 合田 賢弘, 杉森 一哉
横浜市立大学附属病院 前田 慎

31. 多発肝・脾膿瘍疑いで脾摘施行し、びまん性大細胞型B細胞性リンパ腫の診断に至った1例

東海大学医学部付属八王子病院 消化器内科 ○山路 葉子, 白井 孝之, 金子 元基, 津田 真吾
伊藤 裕幸, 永田 順子, 市川 仁志, 小嶋清一郎
清水真二, 渡辺 勲史
同 消化器外科 上田 恭彦, 吉井 久倫, 和泉 秀樹
同 病理診断科 平岩真一郎, 杉山 朋子, 田尻 琢磨

32. 腹膜偽粘液腫を背景に播種性結果内凝固症候群・肺塞栓症・トルソー症候群をきたし Pulmonary Tumor Thrombotic Microangiopathy (PTTM) にて死亡した1剖検例

国立国際医療研究センター 消化器内科 ○浦部 昭子, 柳澤 直宏, 小島 康志, 住田 純子
飯田 龍洋, 泉 敦子, 小林 桜子, 下村 暁
濱田麻梨子, 松下 祐紀, 久田 裕也, 忌部 航
渡辺 一弘, 永田 尚義, 小早川雅男, 横井 千寿
柳瀬 幹雄, 秋山 純一
同 病理科 加藤 萌, 猪狩 亨

33. 超音波内視鏡下穿刺吸引生検にて確定診断し得た肺小細胞癌膵転移の1例

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

第1会場（午後の部）

13:05~14:00

特別講演

非アルコール性脂肪肝疾患（NAFLD）診療の最近の進歩

横浜市立大学 肝胆膵消化器病学教室 中島 淳 先生

司会 横浜市立大学 消化器・腫瘍外科学 遠藤 格

（9）肝 14:05~14:29

座長 昭和大学 消化器内科学部門 魚住 祥二郎

34. 進行肝細胞癌に対するソラフェニブ・レゴラフェニブのシーケンシャル治療

神奈川県立がんセンター 消化器内科 ○河野 邦幸, 小林 智, 上野 誠, 浅間 宏之
福島 泰斗, 佐野 裕亮, 森本 学, 大川 伸一

35. 早期肝細胞癌と高～中分化肝細胞癌の混在する興味深い組織像を示した一例

慶應義塾大学 医学部 外科学（一般・消化器）○遠藤 泰, 阿部 雄太, 篠田 昌宏, 北郷 実
八木 洋, 大島 剛, 堀 周太郎, 北川 雄光
同 病理学教室 前原 純樹, 尾島 英知, 坂元 享宇

36. 若年非B型非C型巨大肝細胞癌の1例

横須賀共済病院 外科 ○阿部 有佳, 野尻 和典, 大坊 侑, 藤田 亮
工藤 孝迪, 笹本真覇人, 藤本 章博, 小川 薫
藤原 大樹, 川村 祐介, 越智 隆之, 後藤 晃紀
木村 準, 諏訪 宏和, 吉田 謙一, 茂垣 雅俊
舩井 秀宣, 長堀 薫

37. 急性骨髄性白血病に対する同種骨髄移植から3年後に発症したde novo B型肝炎の1例

横浜市立大学附属病院 肝胆膵消化器病学 ○小川 祐二, 本多 靖, 今城 健人, 米田 正人
中島 淳, 斉藤 聡
同 血液・リウマチ・感染症内科 小山 哲, 中島 秀明
同 病理診断科・病理部 日比谷孝志, 山中 正二, 大橋 健一

（10）胆・膵 14:29~14:53 座長 横浜市立大学附属市民総合医療センター 消化器病センター 守屋 聡

38. 総胆管に発生した混合型腺神経内分泌癌の1例

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

39. 動脈塞栓術を実施後に十二指腸に穿破した慢性膵炎仮性嚢胞内出血の一例

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

40. 超音波内視鏡下穿刺針生検 (EUS-FNA) 検体を利用してがんクリニカルシーケンス検査 MSK-IMPACT が実施された一例

横浜市立大学附属病院 肝胆膵消化器病学教室 ○春日 範樹, 長谷川 翔, 佐藤 高光, 細野 邦広
窪田 賢輔, 中島 淳
同 がんゲノム診療科 加藤 真吾

41. von Hippel-Lindau 病に合併した膵神経内分泌腫瘍の1例

東京女子医科大学病院 消化器・一般外科 ○鈴木 和臣, 出雲 渉, 樋口 亮太, 谷澤 武久
植村修一郎, 山本 雅一
同 病理診断科 長嶋 洋治

(11) 膵 14:53~15:11

座長 杏林大学 医学部 外科 鈴木 裕

42. EUS—FNA が診断の一助となった膵サルコイドーシスの一例

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

43. EUS で膵仮性嚢胞ないの脾動脈瘤を観察しえた症例

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

44. 診断に苦慮した自己免疫性膵炎の1例

杏林大学医学部付属病院 ○榎藤 興一, 土岐 真郎, 北田 修一, 後藤 知之
吉田 翼, 落合 一成, 太田 博崇, 渡邊 俊介
山口 康晴, 森 秀明, 久松 理一, 長濱 清隆
下山田博明, 柴原 純二

第2会場（午前の部）

— 評価者 —

慶應義塾大学 医学部	一般・消化器外科	阿部 雄太
千葉大学大学院	臓器制御外科学	酒井 望
横浜市立大学	消化器内科学	金子 裕明

(12) 研修医Ⅰ（胃・十二指腸） 8:05～8:29 座長 千葉大学大学院医学研究院 先端応用外科学 豊住 武司

45. 出血を来した胃脂肪腫に対して腹腔鏡・内視鏡合同手術(LECS)をおこなった1例

東京共済病院	消化器内科	○荒崎 怜以, 梅村 佳世, 佐野 自由, 中村 優美
		鈴木雄一朗, 矢内 真人, 宍戸 華子, 永山 和宜
同	外科	古山 貴基, 円城寺 恩, 後小路世士夫
草加市立病院	消化器内科	今城 真臣
東京医科歯科大学	消化器内科	渡辺 守

46. 術前に診断に苦慮した十二指腸 Brunner 腺過形成の1例

横浜市立大学附属病院	消化器内科	○大西 美沙, 金子 裕明, 露木 翔, 桑島 拓史
		山田 博昭, 入江 邦泰, 須江聡一郎, 佐々木智彦
		近藤 正晃, 前田 慎

47. 内視鏡下生検による胃神経内分泌腫瘍（NET）G1の診断から多発転移をきたし死亡した1例

済生会横浜市南部病院	消化器内科	○濱 崇哲, 石井 泰明, 佐藤 博紀, 濱口 智美
		遠藤 和樹, 金丸 雄志, 小野寺 翔, 西村 正基
		亀田 英里, 石井 寛裕, 所 知加子, 菱木 智
		川名 一朗

48. 十二指腸静脈瘤出血に対しB-RTOを施行したC型肝硬変の1例

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

(13) 研修医Ⅱ（胃・十二指腸・大腸） 8:29～8:53 座長 埼玉医科大学総合医療センター 消化器・肝臓内科 高林 英日己

49. AFP産生胃癌に対してラムシルマブ併用化学療法を施行した4例

横浜市立市民病院	消化器外科	○船津屋拓人, 高橋 正純, 松島小百合, 大田 洋平
同	病理診断科	林 宏行

50. 十二指腸潰瘍を合併した上腸間膜動脈症候群の1例

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

51. 上腸間膜静脈血栓に対してリバーロキサバンが著効した一例

東京慈恵会医科大学附属第三病院 消化器肝臓内科 ○福島 弘隆, 横田 健晴, 庄司 亮, 石井 彩子
石本 詩子, 山口 るり, 柴田 恵子, 廣瀬 雄紀
三浦由紀子, 今井 那美, 水野 雄介, 岩久 章
板垣 宗徳, 木下 晃吉, 木島 洋征, 小池 和彦

52. 左右胃動脈瘤破裂による腹腔内出血をきたした1例

独立行政法人国立病院機構 横浜医療センター 外科 ○川島 捺未, 小暮 悠, 鶴丸 裕司, 大石 裕佳
山本 悠史, 荒木謙太郎, 森 康一, 中川 和也
清水 哲也, 松田 悟郎, 関戸 仁
同 放射線科 椎名 丈城
東京女子医科大学 病理診断科 長嶋 洋治

(14) 研修医Ⅲ(大腸) 8:53~9:17 座長 独立行政法人労働者健康安全機構 横浜労災病院 消化器内科 金 沢 憲 由

53. コリン作動性クリーゼ離脱後に発症したS状結腸穿孔の1例

東京慈恵会医科大学 消化器外科 ○松本 怜, 佐々木茂真, 衛藤 謙, 矢永 勝彦
同 糖尿病・代謝・内分泌内科 仲 千尋, 原 興一郎, 宇都宮一典
同 消化器・肝臓内科 木下 勇次, 野口 正朗, 猿田 雅之

54. イピリムマブ投与中に発症した免疫関連有害事象である大腸炎に対し、インフリキシマブが奏効した悪性黒色腫の一例

慶應義塾大学病院 初期臨床研修医 ○河 姫暎
同 消化器内科 津軽 開, 平田 賢郎, 下畠啓太郎, 戸ヶ崎和博
須河 恭敬, 金井 隆典
同 腫瘍センター 林 秀幸, 浜本 康夫, 高石 官均

55. 水腎症を来した小腸大腸型クローン病の1例

東京都済生会中央病院 消化器内科 ○西岡 晃薫, 田沼 浩太, 林 智康, 小川 歩
青木 優, 星野 舞, 上田 真裕, 三枝慶一郎
岸野 竜平, 酒井 元, 船越 信介, 中澤 敦

56. 難治性潰瘍性大腸炎経過中に血球貪食症候群を契機に判明したT細胞性リンパ腫の一例

東京医科歯科大学 消化器内科 ○山田 倫子, 秋山慎太郎, 堀田 伸勝, 福田 将義
齊藤 詠子, 藤井 俊光, 岡田英理子, 大島 茂
井津井康浩, 中川 美奈, 岡本 隆一, 土屋輝一郎
柿沼 晴, 東 正新, 永石 宇司, 中村 哲也
長堀 正和, 大塚 和朗, 朝比奈靖浩, 渡辺 守

(15) 研修医Ⅳ(肝) 9:17~9:41 座長 北里大学 医学部 消化器内科学 魚 嶋 晴 紀

57. 肝S7部分切除後の病理診断にて、肝細胞癌+胆管細胞癌+肝内胆管癌の混合肝細胞癌と診断された一例

地域医療機能推進機構 東京高輪病院 ○新沢 賢樹, 池田 真美, 原田 庸寛, 中村 真衣
横山みどり, 伊原 文恵, 小山 広人

58. 右胃大網静脈および横行結腸間膜内の静脈腫瘍栓を認めた肝細胞癌腹膜播種の1切除例

杏林大学医学部付属病院 外科 ○野口ひかり, 松木 亮太, 木庭 露葉, 高木 泰介
秋谷 雅之, 小暮 正晴, 鈴木 裕, 正木 忠彦
森 俊幸, 阪本 良弘, 阿部 展次
同 病理学教室 大森 嘉彦, 柴原 純二

59. 食道静脈瘤破裂を契機に診断された原発性胆汁性胆管炎の2例

筑波記念病院 ○勝山 陽太, 添田 敦子, 大塚公一朗, 岩井健太郎
小林真理子, 越智 大介, 池澤 和人, 臺 勇一

60. 腹腔鏡下胆嚢摘出術時の総肝管損傷・右肝動脈切離に対して肝右葉切除を施行した症例

群馬大学 医学部 附属病院 ○奥山 隆之, 新木健一郎, 石井 範洋, 塚越真梨子
五十嵐隆通, 田中 寛, 渡辺 亮, 久保 憲生
播本 憲史, 調 憲

(16) 研修医V(肝・胆) 9:51~10:09 座長 東京慈恵会医科大学 内科学講座 消化器・肝臓内科 野口 正 朗

61. 免疫チェックポイント阻害薬により自己免疫疾患関連副作用(irAE)の重症肝機能障害をきたした二例

横浜労災病院 消化器内科 ○遠山 翔大, 白鳥 航, 加藤 ゆり, 芹澤 奏
宮崎夏菜美, 八木 伸, 森久保尚美, 尾崎 杏奈
辻川真太郎, 北村 英俊, 鈴木 雅人, 内山 詩織
関野 雄典, 永瀬 肇
同 内視鏡部 金沢 憲由, 川名 憲一

62. 腎細胞癌に対するパゾパニブ投与により薬剤性肝障害と亜急性甲状腺炎をきたした一例

青梅市立総合病院 消化器内科 ○森川翔太郎, 伊藤 ゆみ, 濱野 耕靖, 武藤 智弘
金子 由佳, 渡辺研太郎, 上妻 千明, 遠藤 南
野口 修

63. 胆嚢神経内分泌癌の一例

虎の門病院 消化器内科 ○山重 大樹, 田村 哲男, 河野 優子, 小山里香子
今村 綱男
同 消化器外科 小林 祐太, 橋本 雅司
同 病理部・病理診断科 伊藤 慎治, 藤井 丈士

(17) 研修医VI(膵) 10:09~10:33 座長 東京大学 医学部 消化器内科 木 暮 宏 史

64. 吻合部胃浸潤で発症し、EUS-FNAで治療方針を決定した膵神経内分泌腫瘍の一例

獨協医科大学 第二外科 ○片柳 翔太, 白木 孝之, 荒川 尚士, 多胡 和馬
清水 崇行, 朴 景華, 原田 庸寛, 櫻岡 佑樹
森 昭三, 磯 幸博, 青木 琢, 窪田 敬一

65. 結腸浸潤を認めた腓膵形成癌の1例

順天堂大学医学部附属練馬病院 総合外科 ○阪口 響子, 黒田 悠, 井 祐樹, 櫛寝 重史
 山田衣里佳, 岩永 直紀, 高橋 敦, 関口 泰弘
 関根 悠貴, 市川 悠子, 市川 亮介, 宮野 省三
 渡野邊郁雄, 町田 理夫, 北畠 俊顕, 須郷 広之
 児島 邦明
 同 病理診断科 長瀬 駿介, 小倉加奈子, 松本 俊治

66. 腹部超音波検査(US)を契機に診断に至った充実性偽乳頭状腫瘍(SPN)の1例

伊勢崎市民病院 内科 ○高尾 浩之, 清水 雄大, 吉成夫希子, 高倉 健太
 増田 淳
 同 外科 鈴木 秀樹
 同 病理診断科 中島 希
 群馬大学附属病院 消化器・肝臓内科 星 恒輝, 浦岡 俊夫

67. 膵原発リンパ上皮性嚢胞の一例

藤沢市民病院 消化器外科 ○荻窪まどか, 田 鍾寛, 小倉 巧也, 伊藤 慧
 豊田 純哉, 中堤 啓太, 矢後 彰一, 佐原 康太
 南 裕太, 岡 智, 牧野 洋知, 山岸 茂

(18) 研修医Ⅶ(膵・その他) 10:33~10:51 座長 群馬大学大学院医学系研究科 消化器・肝臓内科学 石 田 克 敏

68. 膵尾部癌脾静脈浸潤により胃静脈瘤破裂を合併した一例

国立病院機構東京医療センター 消化器科 ○小山明日美, 中里 圭宏, 窪澤 陽子, 茅島 敦人
 平井悠一郎, 木下 聡, 森 英毅, 藤本 愛
 西澤 俊宏, 菊池 真大

69. 慢性膵炎を背景とした左胃動脈仮性動脈瘤破裂による消化管出血の一例

日本大学 医学部 消化器肝臓内科学分野 ○藤田 優紀, 鈴木 翔, 山田 康嗣, 菊田大一郎
 武井 章矩, 岩塚 邦生, 高橋 利実, 中河原浩史
 堀井 敏喜, 市島 諒二, 池原 久朝, 山本 敏樹
 小川 真広, 後藤田卓志, 森山 光彦

70. 子宮頸癌術後に孤立性脾転移をきたした1例

みなと赤十字病院 外科 ○野口 毅朗, 鳥谷建一郎, 清水亜希子, 大矢 浩貴
 須藤 友奈, 中尾 詠一, 有坂 早香, 渡部 顕
 小野 秀高, 馬場 裕之, 阿部 哲夫, 杉田 光隆

第2会場（午後の部） 一般演題

(19) 上部消化管 14:05～14:29 座長 日本医科大学武蔵小杉病院 消化器外科 渡辺 昌 則

71. 胸腔鏡下憩室切除を施行した巨大中部食道憩室の1例

横浜市立大学附属市民総合医療センター 消化器病センター外科 ○渡邊 勇人, 國崎 主税, 千田 圭悟, 田中 優作
佐藤 渉, 佐藤 圭, 宮本 洋, 大佛 智彦
湯川 寛夫
横浜市立大学 外科治療学 利野 靖, 益田 宗孝

72. 自己免疫性膵炎に合併したIgG 4関連胃腸症の1例

千葉大学大学院医学研究院 消化器内科学 ○横山 雄也, 中川 倫夫, 今井 雄史, 大池 翼
明杖 直樹, 石川賢太郎, 太田 佑樹, 對田 尚
沖元謙一郎, 齊藤 景子, 丸岡 大介, 松村 倫明
新井 誠人, 加藤 直也

73. 腸重積を契機に診断された原発性遠位空腸癌の1例

自治医科大学附属病院 消化器肝臓内科 ○北村 昌史, 所 晋之助, 宮原 晶子, 小林 泰俊
坂本 博次, 矢野 智則, 砂田圭二郎, 山本 博徳

74. 診断に苦慮した孤立性上腸間膜動脈解離の1例

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

(20) 小腸・大腸 14:29～14:59 座長 東京大学 医学部 腫瘍外科 野澤 宏 彰

75. 腸重積を合併した小腸血管腫の1例

日本医科大学千葉北総病院 外科・消化器外科 ○安藤 文彦, 松田 明久, 横室 茂樹, 松本 智司
櫻澤 信行, 川野 陽一, 山初 和也, 関口久美子
久下 恒明, 宮下 正夫
日本医科大学 消化器外科 吉田 寛

76. 大腸に発生した perienurioma 6例の検討

NTT 東日本関東病院 ○根岸 良充, 中尾 友美, 木本 義明, 小西 隆文
石井 鈴人, 神田 圭輔, 小川さや香, 瀧田舞衣子
武田 梨里, 港 洋平, 酒井 英嗣, 村元 喬
大圃 研, 松橋 信行

77. 血液透析患者に発症したサイトメガロウイルス腸炎の1例

湘南東部総合病院 外科 ○蒔田 勝見, 緑川 武正, 守田 誠恵, 金子東げん

78. 早期再出血を繰り返した大腸憩室出血に対し interventional radiology (IVR) で止血をした 1 例

日本大学医学部附属板橋病院 消化器肝臓内科 ○山川 俊, 江崎 充, 武石 彩, 岩男 彩
後藤田卓司, 森山 光彦
日本大学病院 消化器病センター 入江 彰

79. 直腸悪性黒色腫の局所切除後の再発に対して腹会陰式直腸切断術を施行した 1 例

藤沢市民病院 外科 ○伊藤 慧, 田 鍾寛, 小倉 巧也, 豊田 純哉
吉川 俊輔, 矢後 彰一, 小笠原康夫, 山本 晋也
南 裕太, 岡 智, 牧野 洋知, 山岸 茂

2019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
353	後藤田 卓 志 (日本大学医学部 内科学系消化器肝臓内科学分野)	2019年 2月23日(土)	東 京 海運クラブ	2018年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	2019年1月9日～ 2月13日予定
355	加 藤 直 也 (千葉大学大学院医学研究院 消化器内科学)	7月13日(土)	東 京 海運クラブ	3月27日～ 5月8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
357	木 田 光 広 (北里大学医学部 消化器内科)	12月7日(土)	東 京 海運クラブ	8月28日～ 10月2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。

2019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)	2019年 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353回)例会のお知らせ

期 日：2019年2月23日(土)

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

【交通のご案内】地下鉄 有楽町線、半蔵門線、南北線：永田町駅4、5、9番出口 2分

銀座線、丸ノ内線：赤坂見附D(弁慶橋)出口 5分

特別講演：「臨床研究への第一歩を踏み出そう：とにかく英文論文を書いてみる」

演者：佐賀大学医学部 内科学講座

教授 藤本 一真

司会：日本大学医学部 内科学系 消化器肝臓内科学分野

教授 後藤田卓志

ランチョンセミナー：「機能性胃腸疾患に対する治療戦略」

演者：順天堂大学医学部 消化器内科 教授 永原 章仁

司会：佐賀大学医学部 内科学講座 教授 藤本 一真



第16回専門医セミナー：「ドクターガストロ～臨床推論からの消化器病学～」

第15回専門医セミナー(第351回例会 2018年9月22日(土)開催)に続き、本例会でも、専門医セミナーを開催いたします。

問診や身体診察で得られた情報をもとに、どのように診断を進めていくべきなのか、ディスカッションを展開します。

*専門医セミナー参加費は無料です。どなたでもご参加いただけます。

*専門医更新単位3単位取得できます。

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

女性医師の会・特別セミナー：内視鏡の基本レベルの習得や再勉強を希望の方を対象としています。

※託児所およびキッズセミナーを用意しています。(要予約)

当番会長：後藤田 卓志(日本大学医学部 内科学系 消化器肝臓内科学分野 教授)

〒101-8309 東京都千代田区神田駿河台1-6

TEL：03-3293-1711

連絡先：池原 久朝(日本大学病院 消化器内科)

◆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 高度食道胃静脈瘤に内視鏡的静脈瘤硬化療法が奏功した一例

東京慈恵会医科大学 消化器・肝臓内科
松本尚樹, 永田祐介, 三戸部慈実, 秋田義博, 宮崎亮佑, 富田陽一, 澤田亮一, 石田仁也, 及川恒一, 猿田雅之

【症例】50歳代, 男性。【主訴】上腹部痛, 黒色便。【現病歴】201X年3月に検査の上部消化管造影検査で食道静脈瘤を指摘され, 精査目的に当院当科紹介受診。外来にて精査予定であったが, 初診4日後に上腹部痛, 黒色便出現し, 当院救急外来受診。上部消化管出血が疑われ, 同日緊急入院となった。【入院後経過】入院後, 緊急上部消化管内視鏡検査を施行したところ, Lm, F3, Cb, RC2, Lg-c, F2, Cb, RC1の食道胃静脈瘤を認めた。胃静脈瘤にwhite plugを認め, 同部に内視鏡的静脈瘤結紮術 (Endoscopic variceal ligation: EVL) を施行。食道静脈瘤に関しては後日, 待機的に内視鏡的静脈瘤硬化療法 (Endoscopic injection sclerotherapy: EIS) を計4回施行し, 胸痛以外の治療に伴う合併症を認めずLm, F1, Cb, RC0に改善した。超音波内視鏡 (EUS) にて治療効果判定をおこない, 今後は地固め療法を施行する方針となった。【考察】食道静脈瘤に対する内視鏡的治療はEVLとEISが推奨されているが, それぞれに適応と長所や短所がある。本症例は緊急時にEVLを施行し, 出血予防として待機的にEISを施行した。過去の文献において, EISはEVLと比較して再発率が低い傾向にあること, また発達した左胃静脈が供血路となっている場合においてはより効果的であるという報告があり, 本症例では左胃静脈が発達した供血路となっていた高度な食道静脈瘤であったため将来的な再発リスクを考慮してEISを選択した。child Bの肝硬変症例であったが術前の肝予備能は比較的保たれており, 術後合併機能の悪化や新たな肝硬変合併症の出現を認めず経過している。【結語】食道静脈瘤の内視鏡的治療選択はアルゴリズムが存在するものの, その長所と短所を考慮し, 供血路を評価しながら症例毎に治療戦略を立てる必要がある。

食道胃静脈瘤, 内視鏡的静脈瘤硬化療法

3 食道裂孔ヘルニア内に餅が嵌入・閉塞し, 異物除去にHook knifeが有用であった一例

草加市立病院 消化器内科
河上和輝, 今城眞臣, 山崎友裕, 磯崎 岳, 戸田晶子, 小橋健一郎, 鎌田和明, 矢内常人

症例は87歳女性。20XX年X月心窩部痛および食事, 飲水後の嘔吐を主訴に来院した。精査のため腹腔CTを施行したところ食道裂孔ヘルニア内の脱出部の内腔に34x26mm大の高吸収な異物を認め, 問診にて来院2日前に摂取した餅が嵌入し閉塞している可能性が疑われた。明らかな穿孔や縦隔炎を示唆する所見はなく, 異物除去目的に緊急上部消化管内視鏡検査を施行した。ヘルニア内に固まった餅が嵌頓していた。餅が固まってしまった原因としては, 認知症のため自覚症状の訴えが困難であり, 来院まで時間を要したことや総糸菌で咀嚼不十分な状態で嚥下していたことが考えられた。内視鏡的に生検鉗子・把持鉗子・五脚鉗子・バスケット鉗子・スネア等の処置具を用いて破碎および胃内への誘導を試みたが, 表面が固く処置は困難であった。食道穿孔や縦隔炎のリスクから, 本人・家族への十分なインフォームドコンセントのもとHook knife (オリンパス社) を使用したところ, 固まった餅の破碎に効果的であり, 合併症なく内視鏡的に異物を除去しえた。除去後の食道粘膜には餅の圧迫に伴うと思われるびらんおよび粘膜内血腫を認めたのみであり, 食事形態の指導を行った上で帰宅とした。食餌性の食道異物に対しては内視鏡的異物除去術が一般的であるが, 本症例のように固く大きな異物に対しては鉗子やスネアが滑ってしまい, 難渋する場合も少なくない。内視鏡的に高周波ナイフで破碎を行った報告はなく, 高齢化の進行する現代においても貴重な一例と考えた。当日は手技の工夫をビデオで供覧し報告する。

内視鏡的異物除去術, 高周波ナイフ

2 食道胃静脈瘤に対する門脈腫瘍塞栓合併症例への内視鏡的予防的治療の検討

昭和大学 医学部 内科学講座 消化器内科学部門
音山裕美, 魚住祥二郎, 杉浦育也, 中島陽子, 山口明香, 梶原 敦, 荒井 潤, 下間 祐, 打越 学, 坂木 理, 栗原利和, 吉田 仁

【目的】門脈腫瘍塞栓 (PVTT) 合併肝細胞癌における食道胃静脈瘤の予防的治療に関してはコンセンサスが得られていない。現在, 当科では肝機能不良例, PVTT (Vp3-4) を伴う食道胃静脈瘤に対する予防的治療を積極的に行っていない。PVTT合併肝細胞癌における食道胃静脈瘤の症例を供覧し, その治療方針について紹介する。【症例1】52歳男性, アルコール性肝硬変, CPS11点, 多発肝腫, PVTTあり。食道静脈瘤破裂 (Lm, F3, Cb, RC3 (RWM), spurting bleeding) に対しEVL, EIS (AS) にて一時止血が得られた。その後も断続的に出血が続くためEVLによる追加治療を行ったが, 出血のコントロールが得られず肝不全が進行し死亡した。【症例2】70歳女性, C型肝硬変, CPS6点, 多発肝腫, PVTT, 右腸骨転移を認めた。食道静脈瘤破裂 (Lm, F1, Cb, RC3 (RWM), spurting bleeding) EVLにて一時止血が得られた。著明なRCサインが認められ追加EVLを行ったが, EVL後潰瘍から出血が持続し, 肝不全が進行し死亡した。【症例3】75歳男性, 非B非C型肝硬変, CPS6点, 多発肝腫, PVTTあり。食道胃静脈瘤Lm, F2, Cb, RC2, TE, Lg-f, F2-3, RC1) が認められ, 穹隆部胃静脈破裂に対しB-RTOを施行した。その後食道静脈瘤は増悪 (Lmf2CbRC3) し, 食道静脈瘤破裂を認めた。EVLにより一時止血を行い, RCsignが多発するため予防的にEVLを行ったが, EVL後潰瘍からの出血コントロールが得られず肝不全のため死亡した。【症例4】82歳男性, アルコール性肝硬変, CPS8点, PVTTを認め食道静脈瘤破裂を繰り返していたが予防的治療は行わなかった。出血時にはEVLにて止血を施行した。【考察】PVTT (Vp3-4) 合併肝細胞癌では, 門脈圧亢進症により食道胃静脈瘤破裂をきたし, その後の治療に難渋する。出血のコントロールが得られず, 肝不全に進行することが多い。このような治療困難な症例に対する予防的治療は延命効果が得られないと推測する。PVTT (Vp3-4) 合併肝細胞癌における食道胃静脈瘤の予防的治療に関しては慎重に対応する必要がある。

食道静脈瘤, 門脈腫瘍塞栓

4 上部消化管穿孔を契機に発見された胎児消化管類似癌の1例

大森赤十字病院 消化器内科¹⁾, 同 外科²⁾, 同 検査部³⁾
福井 諒¹⁾, 阿南秀征¹⁾, 立川 準¹⁾, 須藤拓馬¹⁾, 新倉利啓¹⁾, 有本 純¹⁾, 河野直哉¹⁾, 高松志帆¹⁾, 高野幸司¹⁾, 桑原洋紀¹⁾, 中岡由子¹⁾, 千葉孝幸¹⁾, 井田智則¹⁾, 諸橋大樹¹⁾, 後藤 亨²⁾, 西田由衣²⁾, 中山 洋²⁾, 坂本穆彦³⁾

【症例】40歳女性。【既往歴】特記すべき既往歴はなし。【現病歴】201X年9月, 突然の心窩部痛を主訴に当院救急受診。来院時実施した腹部単純CTで幽門部付近に腹腔内遊離ガスを認め, 上部消化管穿孔, 汎発性腹膜炎と診断。当院外科で緊急手術となり, 開腹したところ, 膿性腹水を多量に認めた。創直下の胃前庭部前壁に直径1.5 mm程度の穿孔を認め, 単純閉鎖, 大網被覆, ドレナージ術を施行し, 第9病日に軽快退院。術後21日に実施した上部消化管内視鏡検査で, 幽門前庭部に粘膜下腫瘍を認め, 同病変は十二指腸球部前壁に浸潤をきたしていた。十二指腸浸潤部の生検を実施したところadenocarcinomaであった。腹部造影CTでは胃前庭部粘膜下に造影効果のある辺縁明瞭な7.0 × 5.3 cm大の分葉状腫瘍として描出された。血液検査にて, DUPAN-2 170 U/ml, SUPAN-1 220 U/ml高値を認め, 異所性腺癌の癌化も疑われ, 超音波内視鏡下穿刺細胞吸引 (EUS-FNA) を施行したが, 確定診断にはいたらなかった。201X年12月, 胃前庭部粘膜下腫瘍十二指腸浸潤に対して幽門側胃切除, Roux-en-Y再建, D2郭清を施行した。病変は8.8 × 3.2 cm大の胃粘膜下に主座を持つ充実性腫瘍で, 幽門輪を超えて十二指腸上皮に浸潤を認めた。組織学的所見では, 粘膜の一部に高分化腺癌を認めたが, より深部では大半は淡明な細胞質を持つ細胞で占められていた。k-ras, CK7, CK20の免疫染色も行ったが, CK7の染色に乏しく, 異所性腺癌の癌化は否定。SALL4染色, HER2染色を追加したところSALL4陽性であり, 胎児消化管類似癌と診断した。胎児消化管類似癌は特殊型胃癌に含まれるが, その症例報告は極めて稀であり, 文献的考察を加え報告する。

胎児消化管類似癌, 特殊型胃癌

5 DAPT療法下に緊急手術を施行した魚骨による上部消化管穿孔の一例

横浜市立大学附属市民総合医療センター 消化器病センター外科¹⁾、
横浜市立大学附属病院 消化器・腫瘍外科²⁾、
堀内真樹¹⁾、渡邊 純¹⁾、村上剛史¹⁾、福岡宏倫¹⁾、浅利昌大¹⁾、
渡辺卓央¹⁾、柿添 学¹⁾、虫明寛行¹⁾、湯川寛夫¹⁾、國崎主悦¹⁾、
遠藤 格²⁾

症例90才女性。2日前からの腹痛で救急外来を受診。急性冠動脈症候群に対するPCIの既往がありDAPT療法中であった。来院時、腹部は板状硬を呈し、CTで胃前庭部より腹腔内へ突出する線状の高吸収域を認めた。魚骨穿孔による汎発性腹膜炎の診断で腹腔鏡下に緊急手術を施行した。術中所見は胃前庭部より腹腔内に露出する長径4cmの魚骨と思われる構造物を認め、これを除去後に穿孔部を2針縫合閉鎖した。後出血をきたすことなく経過良好で術後10日目に軽快退院した。近年、高齢者では抗血栓薬を服用していることが多い。待機手術では休業期間を設けて出血性合併症のリスクを減じることができるが、緊急手術はその限りではない。今回、DAPT療法中に胃穿孔をきたし、緊急手術を施行した一例を経験したので文献的考察を加えて報告する。

魚骨穿孔, DAPT

6 短期間に上部消化管出血を繰り返したHeyde症候群の一例

順天堂大学医学部附属順天堂医院 消化器内科学教室¹⁾、
同 画像診断・治療学教室²⁾、
阿部大樹¹⁾、松本健史¹⁾、池田 厚¹⁾、石井重登¹⁾、泉 健太郎¹⁾、
深田浩大¹⁾、高和 正¹⁾、加藤順子¹⁾、澁谷智義¹⁾、山科俊平¹⁾、
伊佐山浩通¹⁾、池嶋健一¹⁾、椎名秀一朗²⁾、永原章仁¹⁾

症例は84歳女性。8年前より重症大動脈弁狭窄症を指摘されていた。1年前に心不全を発症した経過から、待機的に経カテーテル大動脈弁留置術（以下TAVI）が検討されていた。今回、吐血を主訴に救急搬送された。緊急で施行した上部消化管内視鏡所見では胃体下部大弯前壁より湧出性出血を認め、焼灼止血を施行した。出血部位および近傍には潰瘍形成や炎症性変化は認めなかった。翌日に施行したセカンドルック内視鏡では、胃体上部小弯に血管異形成を1か所認めたため、出血源も血管異形成が原因であることが疑われた。その後、再出血は無く経過し退院となったが、退院後5日目で再度吐血による出血性ショックで救急搬送となった。緊急上部消化管内視鏡では、前回認めた胃体上部小弯の血管異形成からの出血を認め、焼灼止血を施行した。また、その後の内視鏡再検時には、新規の血管異形成を複数箇所に認め、予防的に焼灼止血を施行した。重症大動脈弁狭窄症患者に消化管血管異形成の多発を認め、消化管出血を繰り返した経過に加え、初回入院時に測定したフォンウィルブラント因子index（以下VWFindex）の低下を認めたことからHeyde症候群が疑われ、TAVIを施行した。その後貧血の進行を認めず自宅退院となった。また、TAVI後のVWFindexに有意な改善を認め、退院後に施行した上部消化管内視鏡検査でも血管異形成の再発は認めなかった。Heyde症候群は重症大動脈弁狭窄症に多発する消化管血管異形成および同病変からの出血を繰り返す症候群である。その病態は大動脈弁狭窄症による慢性的な予力によりフォンウィルブラント因子の高分子マルチマーが欠損、または減少することによって惹起される後天的フォンウィルブラント病による出血傾向および臓器循環不全に起因する血管異形成が多発するものと考えられている。その根本治療は予力の解除とされており、本症例はTAVI治療により消化管出血および血管異形成の再発予防を得た1例であった。

Heyde症候群, 血管異形成

7 ヘリコバクター・ピロリ除菌後胃に発生し、内視鏡的切除にて治療した胃底腺型胃癌の1例

横浜労災病院 消化器内科¹⁾、同 病理診断科²⁾、
森久保尚美¹⁾、内山詩織¹⁾、加藤ゆり¹⁾、芹澤 奏¹⁾、宮崎夏菜美¹⁾、
八木 伸¹⁾、尾崎杏奈¹⁾、白鳥 航¹⁾、辻川慎太郎¹⁾、北村英俊¹⁾、
鈴木雅人¹⁾、金沢憲由¹⁾、関野雄典¹⁾、川名憲一¹⁾、永瀬 肇¹⁾、
角田幸雄²⁾

胃底腺型胃癌は胃底腺への分化を示すまれな組織型型の胃癌であり、ヘリコバクター・ピロリ（HP）未感染胃癌の一つと考えられている。我々は、除菌後16年に発生し、内視鏡的胃粘膜切除術（EMR）にて治療した胃底腺型胃癌の1例を経験したため、若干の文献的考察を含めて報告する。症例は82歳男性、胃体下部の1cm大の粘膜下腫瘍と胃潰瘍瘢痕、萎縮性胃炎のために定期的に上部消化管内視鏡検査（EGD）フォローをしていた。2018年6月に施行したEGDにて胃体上部大弯に6mm程度のなだらかな立ち上がりの隆起性病変を認めた。表面には赤色の拡張血管様所見を認めた。生検病理検査にて胃底腺型胃癌に強く疑われたため内視鏡的切除を行う方針とした。ヒアルロン酸ナトリウムの局注により病変部分は十分な膨隆が得られ、かつ病変が小さいためEMRでの切除が可能と判断し施行した。病変は一括切除され、病理組織像は高分化型の腺癌であり、免疫染色でMUC6(+)、pepsinogen-I(+)であり、胃底腺型胃癌の診断となった。深達度はSM2(1,500μm)でLy0、V0と脈管侵襲なく、切除断端は陰性であった。胃底腺型胃癌は背景粘膜に萎縮性変化や胃炎のない胃に発生し、高齢者の胃上部に好発するとされる。胃底腺粘膜深部から発生、増殖するため小病変であっても粘膜下層浸潤を認めることが多いが、脈管侵襲に乏しい低異型度癌である。粘膜下腫瘍様で表面に拡張血管を伴う内視鏡像は典型的所見の一つとされ、本症例でもそれに類似した所見であった。病変はSM2浸潤であったが切除断端陰性で脈管侵襲がないこと、胃底腺型胃癌であることから、十分なインフォームド Consentの上で経過観察としている。胃底腺型胃癌の多くはHP未感染胃に見られるが、最近ではHP感染胃や除菌後胃での報告例も散見される。近年、除菌治療例が急激に増加しているが、背景粘膜に萎縮性変化の乏しい場合でも、微細表面構造の異型に乏しい胃底腺型胃癌の発生もあり得るため、除菌後もEGDによる注意深いフォローが必要であると考えられた。

胃底腺型胃癌, 除菌

8 Braun吻合を伴わないBillroth-II法 結腸前再建後に生じた残胃癌の一例

新東京病院 消化器内科¹⁾、同 外科²⁾、
永坂拓也¹⁾、村上大輔¹⁾、新みゆき²⁾、氏原哲郎¹⁾、中原良太郎¹⁾、
佐上亮太¹⁾、末廣聡士¹⁾、勝山泰志¹⁾、早坂健司¹⁾、山田英夫²⁾、
原田英明¹⁾、天野祐二²⁾

【はじめに】*Helicobacter pylori*除菌治療の推進、プロトンポンプ阻害薬やヒスタミンH2受容体拮抗薬の普及により消化性潰瘍に対する外科治療は減少した。しかし高齢者の中には未だ良性疾患による切除後残胃である患者は少なくない。発癌因子として指摘される十二指腸液の逆流量が多いBraun吻合を伴わないBillroth-II法 結腸前再建後に生じた残胃癌の1例を経験したので考察を加えて報告する。【症例】74歳男性【主訴】黒色便【現病歴】来院前日より黒色便を自覚した。便色の改善がないため自身で救急要請し当院へ搬送された。【既往歴】60年以上前、十二指腸潰瘍に対して幽門側胃切除（Billroth-II法再建）を施行された。【臨床経過】来院時施行した緊急上部消化管内視鏡検査にて、胃内に黒色残渣多量視認し、吻合部に潰瘍性病変を認めた。潰瘍底や辺縁より滲出性の出血に対して電気凝固止血術を行い止血。後日既知の潰瘍性病変より生検施行し3型進行胃癌の診断に至った。外科転科の上、胃亜全摘術（Roux-en-Y再建）を行い術後病理診断でAdenocarcinoma, tub2 > tub1 > por2, pT3aN1M0(SS), Lylc, Vlc, INFbの診断となった。【考察】一般に残胃吻合部のgastritis cystica polyposaが前癌病変として指摘されている。本症例では同病変を経た発癌形態を病理所見で認めなかったが、Braun吻合を伴わないBillroth-II法 結腸前再建後にいう十二指腸液の逆流が生じやすい解剖学的構造が発癌に強く寄与したと考えられる。今回、残胃癌に関して文献的省察も含め報告する。【結語】Braun吻合を伴わないBillroth-II法 結腸前再建後に生じた残胃癌の1例を経験した。

残胃癌, Billroth-II法

東部地域病院

高橋琢哉, 西村和彦, 落合 匠, 渡部智雄, 北島政幸, 中谷晃典, 永易希一, 棚山尚紀, 佐藤 剛, 岸根健二, 安部 雄, 三上敬文, 相羽元彦

原発性小腸癌の全消化管腫瘍に占める割合は約0.1~0.3%程度と報告されており、未分化癌は、原発性小腸癌全体の1.8~2.7%とわきめて稀である。今回我々は小腸原発未分化癌の1例を経験した為、若干の文献的考察を加えて報告する。症例は68歳、男性。1ヶ月程前からの全身倦怠感と黒色便、体重減少を主訴に近医を受診した。上下部内視鏡検査で明らかな異常所見は認めなかったがHb6.5g/dlと貧血の進行を認めたため当院紹介受診となった。造影CT検査では小腸に7cm大の腫瘍性病変と周囲の小腸腸間膜リンパ節の多発腫大を認め、腫瘍の栄養血管は上腸間動脈分枝と同定された。腫瘍マーカーはCA19-9 0.4U/mlで正常範囲内、CEA 7.7ng/mlで軽度上昇を認めた。小腸悪性腫瘍を疑い確定診断、治療目的に手術を施行し、術中所見ではトライツ靱帯から約30cmの空腸に腫瘍を認め、小腸腸間膜リンパ節腫大も認めたため一括して約30cm切除した。病理組織学的には未分化細胞を認め、免疫染色検査ではAE1/AE3、vimentin陽性で小腸原発未分化癌と診断した。術後造影CT検査では縦隔リンパ節に軽度腫大を認めたが、その他明らかな転移を疑う所見は認められなかった。術後は合併症なく退院となり、現在外来で上下部内視鏡検査、PET-CT検査の実施、化学療法との検討を含め厳重に経過を観察している。小腸癌は特有な症状がなく早期発見が極めて困難で5年生存率も低い予後不良癌である。小腸癌は希少さゆえ標準治療は確立されていない。癌が小腸とその周辺にとどまっている場合、病変とその周囲のリンパ節を切除する事が標準的治療となっている。根治術後の補助化学療法の有効性は確立されていないことから手術後は追加治療を行わず慎重に経過観察を行うことが一般的とされている。原因不明の貧血、黒色便、体重減少の鑑別診断として、上下部内視鏡検査で異常が認められない場合、小腸癌の可能性があることも念頭に入れ日常診療に取り組むことが重要である。

原発性小腸癌, 小腸未分化癌

10

NBNC肝硬変、肝細胞癌の経過中、イレウスを契機に発見された小腸カルチノイドの1例

三井記念病院

福村幸代, 戸田信夫, 今井 誠, 新井絢也, 黒川 憲, 柴田智華子, 近藤真由子, 高木 馨, 小島健太郎, 大木隆正, 関 道治, 加藤 順, 田川一海

【主訴】腹痛

【病歴】症例は71歳男性。NBNC肝硬変、肝細胞癌にて当院通院中。肝細胞癌に対し、RFA、TACE施行歴があるが、明らかな再発なく経過している。2017年10月に腸閉塞にて入院歴あり。2018年1月頃から、食後に腹痛が出現することがあったが、水分摂取のみで経過観察すると改善していた。今回は受診日前日に食後の腹痛が出現し改善しないため外来受診、精査加療目的に入院となった。

【経過】腹部造影CTで限局性小腸壁肥厚あり、その口側腸管が拡張、液体貯留あり、小腸腫瘍によるイレウスが疑われた。入院後禁食とし腹痛改善後小腸造影を施行したところ、空腸と思われる部位に不整形狭窄確認。経口的小腸シングルバルーン内視鏡検査を施行し、同部に全周性の粘膜下隆起を伴う狭窄を認めた。生検病理結果は、上皮性の変化に乏しく悪性所見は認められなかったが、画像所見から強く腫瘍性病変を疑うこと、及び狭窄が強くイレウス発症していることから、外科的治療が必要と判断した。外科的に狭窄部を切除したところ、病理結果よりカルチノイド腫瘍であることが明らかとなった。

【結語】小腸カルチノイドは欧米では比較的高頻度に見られるが、本邦での小腸カルチノイドは少なく、小腸悪性腫瘍の頻度は腺癌、悪性リンパ腫、平滑筋腫の順であり、カルチノイドは1.7%と稀とされている。今回、NBNC肝硬変、肝細胞癌の経過中イレウスを契機に小腸カルチノイドの診断に至った一例を経験したので報告する。

小腸カルチノイド, イレウス

日産厚生会玉川病院 消化器内科¹⁾, 同 外科²⁾,

東邦大学医療センター大森病院 消化器内科³⁾,

毛利秀秀¹⁾, 小野真史¹⁾, 永嶋裕司¹⁾, 三浦富宏¹⁾, 伊藤その²⁾,

岩田乃理子²⁾, 川村 徹²⁾, 五十嵐良典³⁾

症例は80歳代男性。平成30年5月上旬から心窩部痛をきたし当院を受診した。基礎疾患は特に認めなかったが、血液検査、腹部単純CT検査、上部消化管内視鏡検査等を実施したが、炎症反応の軽度上昇を認めるのみで他に異常所見を認めなかった。経過観察していたが、腹痛の改善がなく5月下旬に再受診し、精査加療目的で入院した。入院時検査で腹部造影CT検査にて小腸に壁肥厚と近傍の腸間膜リンパ節の腫大を認めた。第1病日から絶食、輸液、抗菌薬の投与で加療を開始し、腹痛は軽減した。第3病日から経腸成分栄養剤を開始したが、食事再開とともに腹痛が再度出現した。小腸病変精査目的で第10病日に透視を併用し経口的にシングルバルーン小腸内視鏡検査を施行したところ、トライツ靱帯から約40cmの空腸の腸管軸方向に約15cm程度に渡る境界明瞭な全周性の潰瘍性病変を認めた。縦走潰瘍や辺縁不整等を認めないことから単純潰瘍として加療を行い、第21病日に退院した。病理学的検査では免疫組織化学染色によりサイトメガロウイルス感染が認められ、血中サイトメガロウイルス抗体価は補体結合反応法で64倍、酵素免疫法でIgGが24.4、IgMが1.04、直接酵素抗体法でC7-HRP陰性であった。後日施行した下部消化管内視鏡検査では潰瘍性大腸炎やクローン病等の炎症性腸疾患を示唆する所見は認めなかった。血中抗体価および病理所見より、サイトメガロウイルス感染による小腸潰瘍と診断した。病変部が限局していること、強い腹痛による食事摂取不能となったことなどから、ガンシクロビルによる加療はせずに早期の外科的手術の方針とした。手術所見はトライツ靱帯から肛門側に約70cmの部位から20cmに渡る全周性の潰瘍性病変を認め、切除手術を行った。切除病理標本からは広範な潰瘍を認め、免疫組織化学染色で潰瘍病変部にサイトメガロウイルスを認めた。退院後は外来通院中であるが、特に再発を認めていない。今回、サイトメガロウイルスによる小腸潰瘍の1例を経験したので、文献的考察を加え報告する。

サイトメガロウイルス, 小腸潰瘍

12

急性腹症を呈した成人腸管膜リンパ管腫の1例

国家公務員共済組合連合会 平塚共済病院 消化器科¹⁾,

同 病理診断科²⁾

石崎あや那¹⁾, 西山 竜¹⁾, 北川博之¹⁾, 寺田昌弘¹⁾, 河西顕太郎¹⁾,

菊地彦彦¹⁾, 里道哲彦¹⁾, 山崎好喜¹⁾, 松原 修²⁾

腸管膜リンパ管腫は小児期に指摘されることの多い疾患で成人例の報告は少ない。また大半は無症状で経過するが稀に急性腹症を契機に発見される疾患である。今回我々は急性腹症を呈した成人腸管膜リンパ管腫の1例を経験したので報告する。【症例】25歳、女性。既往歴・扁桃摘出術。生来健康であった。就寝中の深夜に突然上腹部痛が出現したため、自宅にあったブラスコポラミンを内服したが、症状改善しないため当院救急外来受診となった。発熱などバイタルに異常なし。上腹部に腹膜刺激症状はないが、圧痛を認めたため精査加療目的に入院となった。血液検査では炎症反応異常なし。腹部CT検査では左側腹部に10cm大の嚢胞性腫瘍を認めた。腹部MRI検査では腫瘍は骨盤内に移動していたことから、可動性のある腸管膜由来の多房性嚢胞性腫瘍と考えられ、小腸腸管膜リンパ管腫を疑った。急性腹症の原因として一時的な腫瘍の軸捻転によるものが疑われたため、第4病日、腹腔鏡補助下小腸部分切除術を施行した。嚢胞はトライツ靱帯から15cmの小腸近傍の腸管膜に存在し、周囲との癒着は認めず摘出された。病理組織学的検査では内腔面を平坦な上皮が覆う線維性の壁を有する多房性嚢胞を認めた。免疫染色ではリンパ管内皮マーカーであるD2-40が陽性を示し、腸管膜リンパ管腫と診断した。術後経過は良好で第14病日軽快退院となった。本疾患に対し術前診断においてCT、MRI検査は有用であった。急性腹症の原因の一つとして念頭に置き、画像所見を加味して診断すべき疾患であると思われた。

腸管膜リンパ管腫, 成人例

日本大学医学部附属板橋病院 消化器肝臓内科
武石 彩, 江崎 充, 矢ヶ部響子, 岩男 彩, 山川 俊, 入江 彰,
春田明子, 永井晋一郎, 岩本真帆, 菊池浩史, 森山光彦

【目的】近年、炎症性腸疾患の治療は生物学的製剤の発展により目まぐるしい変化を遂げている。潰瘍性大腸炎(UC)に対しては、2010年にインフリキシマブ(IFX)、2013年にアダリムマブ(ADA)、2017年にゴリムマブ(GLM)と3種類の抗TNF- α 製剤が保険収載された。今回我々は、ステロイド依存性UCに対して、GLMによる寛解維持中に二次無効となった症例に対し、抗TNF- α 抗体製剤のスイッチおよび寛解維持を行った症例を経験したため報告する。【症例】40歳代女性【既往歴】子宮筋腫【現病歴】18年前に全大腸炎型UCと診断され、メサラジンによる加療にて再燃寛解を繰り返していた。再燃時にはステロイド療法(プレドニゾロン:PSL)および血球成分吸着除去療法が施行され症状は軽快していた。201X年1年Y月に再燃を認めたため、PSL 40 mg/kgにて寛解導入を行ったが、PSL漸減中に増悪を認め、内視鏡的活動度もMatts Grade 3と悪化していた。そのため、ステロイド依存性UCとして、同年Y+3月よりGLMの投与を開始した。症状・粘膜所見共に寛解されたが、10ヵ月後に再燃。内視鏡的活動度はMatts Grade 4、Mayo scores 11点と増悪が認められた。GLMの二次無効と判断し、入院。再度PSL 4 mg/dayによる寛解導入を行った。その後症状は軽快し、翌月よりIFX 5 mg/kgおよびAZA 25 mg/dayを導入した。以後、投与2ヵ月後に骨髓抑制のためAZAは中止となるもIFXのみで加療し現在まで症状再燃なく経過している。【考察】本症例はGLMの二次無効例であり、後治療の選択に苦慮した。しかし、IFXへのスイッチおよび寛解維持が得られた。今後は新たな免疫療法の生物学的製剤のゼルヤンツやエンティビオの導入も検討していく。

ゴリムマブ、二次無効

昭和大学江東豊洲病院 消化器センター
中島芽衣, 上野明子, 田邊万葉, 黒木優一郎, 浦上尚之, 横山 登,
松川正明, 井上晴洋

【症例1】81歳男性。B型肝炎の既感染がある。72歳で左側大腸炎型の潰瘍性大腸炎発症し、長期的には5-ASA単剤で安定していたが、中等症再燃。プレドニゾロン30mg導入したが、7.5mgまで減量した段階で再燃し入院となった。再度30mgから寛解導入試みたが効果不十分、またCD toxin陽性となり、さらなる免疫抑制が躊躇されたためintensive GCAPを追加したところ、GCAP5回終了時で臨床的に寛解となり、ステロイドも漸減後、中止できた。【症例2】79歳男性。虚血性心疾患に対し、バイパス手術の既往がある。78歳で全結腸炎型で重症発症し、タクロリムスで加療行った。寛解後は、高齢者のため、5-ASAのみで寛解維持治療を行っていた。その後、感染性腸炎を契機として中等症再燃し、高齢でもあるため免疫抑制が躊躇されたため、intensive GCAPを外来で導入。4回施行後臨床的には効果みられ、6回で終了。その後は維持目的にインフリキシマブを開始した。【症例3】83歳女性。認知症あり。79歳で左側結腸炎型発症。5-ASA不耐で慢性持続、ステロイド依存の経過となり、プレドニゾロン2.5mg継続投与とされていた。中等症再燃に対して、weekly GCAPを選択し、他の治療追加することなく、4回終了時に臨床的に寛解となり、10回完遂して終了した。近年、潰瘍性大腸炎に対する新規治療薬の開発に伴い、ガイドラインは年々更新されているが、一般に過剰な免疫を抑制する治療がメインである。血球成分除去療法は中等症以上の症例に対する治療選択肢の中で唯一、免疫抑制の度合いに影響を及ぼさない治療である。一方、潰瘍性大腸炎患者は年々増加傾向で、同時に高齢患者も増加している。一般に高齢者は他の内科的な合併症を有していたり、潜在的にcompromised hostであることは周知である。今回、強力な免疫抑制療法が躊躇される高齢者潰瘍性大腸炎に対し血球成分除去療法を行い安全に寛解導入治療が可能であった3症例を経験し、中等症相当の高齢者に対する治療選択として有用であると考えられたため、文献的考察とともに報告する。

血球成分除去療法、高齢者

独立行政法人国立病院機構 西埼玉中央病院 消化器科¹⁾,
東京慈恵会医科大学 消化器・肝臓内科²⁾
東下祐子¹⁾, 吉田幸永¹⁾, 齋藤知子¹⁾, 杉山悦郎¹⁾, 白壁和彦¹⁾,
根岸道子¹⁾, 二上敏樹¹⁾, 猿田雅之²⁾

【症例】70歳代男性【主訴】腹部膨満、下腹部痛【既往歴】早期大腸癌(腹腔鏡下直腸低位前方切除術)、慢性閉塞性肺疾患、脂質異常症、201X年2月8日から2月15日気管支喘息と心不全のため入院。【現病歴】201X年2月16日腹部膨満、下腹部痛を自覚した。腹部単純CTでS状結腸から直腸に便塊貯留とその口側腸管の、腸液とガス貯留による拡張を認め、癒着性イレウスと診断し入院とした。第11病日にJCSII度の意識障害が出現したため頭部画像検査、髄液検査を施行したが特に異常はなかった。しかしAST354IU/l、ALT2260IU/l、PT29.8%、PT-INR2.07と高度肝機能障害を認めた。急激な意識障害と高度の肝機能障害は翌日に共に改善していることより全身の一過性循環不全による脳血流低下と肝血流低下を生じたものと推測された。第14病日、排便中に約60cmの半透明で毛細血管が視認される索状構造物の排出がみられた。下部内視鏡検査で下行結腸から直腸にかけて連続する浅い全周性潰瘍病変が認められた。保存的加療で症状と画像上のイレウス所見は改善し、経口摂取可能となったためリハビリ目的で転院となった。【考察】癒着性イレウスの保存的治療経過中、一過性循環不全により虚血性腸炎を発症、結腸の全周性粘膜剥離(colon cast)をきたし剥離粘膜の排泄が確認された。動脈硬化などの慢性の腸管血流障害、イレウスでの腸管内圧亢進に伴う粘膜血流低下に急性の全身循環障害が絡み合い生じた高度の腸管虚血状態が成因として考えられた。【結語】虚血が原因となりcolon castが排泄されるという特異的な臨床経過をたどったため文献的考察を加えて報告する。

colon cast, 虚血性大腸炎

北里大学 医学部 消化器内科学¹⁾,
同 新世紀医療開発センター²⁾, 同 消化器外科学³⁾,
同 病理学⁴⁾
松原佳菜¹⁾, 佐田美和¹⁾, 松本育宏¹⁾, 川岸加奈¹⁾, 迎 美幸¹⁾,
横山 薫¹⁾, 小林清典²⁾, 小泉和三郎¹⁾, 中村隆俊³⁾, 大部 誠⁴⁾

【症例】70歳女性【主訴】便潜血陽性【経過】20XX年X月の検診で便潜血陽性を指摘された。近医で施行した大腸内視鏡検査(CS)で、上行結腸に管腔の1/2周性の結節混在型の側方発育型腫瘍(LST-G(Mix))を認め、精査加療目的に当院を紹介受診となった。当院での大腸拡大内視鏡検査ではIV型pitを主体とする病変で、明らかなVN pitは認めず、超音波内視鏡でも粘膜主体の病変と考えられた。内視鏡的にSM深部浸潤を疑う所見はなく、CTでも明らかな遠隔転移やリンパ節腫脹は認めなかったため、大腸粘膜下層剥離術(ESD)を施行した。病理組織学的には102×84mm大、pap+ tub1>tub2 adenocarcinoma、pT1a(350 μ m)、Lyl、V0、pVM0、pHMXとの結果であった。追加外科切除の適応と考えたが、本人及びご家族は希望されず、その後は外来でCS、CT、採血を施行し経過観察をしていた。治療前および治療後の経過観察でCEA・CA19-9の上昇は認めなかったが、XX+2年経過した所ではじめて測定した血清抗p53抗体が15.8 U/mlと高値を示した。CS上遺残再発の所見は認めず、CTでも再発を疑う所見は認めなかった。その後も血清抗p53抗体のみ上昇し続けたが、CS、CT、上部内視鏡検査、PET-CT、子宮嚕・乳腺検査では異常を認めなかった。XX+4年経過時点でも血清抗p53抗体が735U/mlまで上昇したため、再度PET-CTを施行したところ、3ヵ所の腸間膜リンパ節にFDG集積増加域を認めた。CS上再発所見は認めなかったが、リンパ節転移再発と診断し、腹腔鏡下右半結腸切除術+D3リンパ節郭清を行った。病理組織所見では粘膜面に明らかな腫瘍成分は認めなかったが、粘膜下組織・漿膜下層を中心にpap+ tub2>tub1 adenocarcinomaを認め、pT3、Ly0、V1、pN3、Stage IIIcと診断した。術後はFOLFOX療法を計10コース行い、現在まで再発なく経過している。血清抗p53抗体は術後低下を認めた。【考察】血清抗p53抗体上昇が上行結腸癌ESD後の再発の発見契機となった1例を経験した。血清抗p53抗体の測定は簡便かつ侵襲度も低く、繰り返し測定可能であり、大腸癌再発のモニタリングとして有用と考えられる。

血清抗p53抗体、上行結腸癌

横浜市立市民病院

松島小百合, 小金井一隆, 辰巳健志, 二木 了, 黒木博介, 杉田 昭

症例は32歳男性。16年前に発症した全大腸炎型潰瘍性大腸炎で、発症から6年ほどは再燃・寛解を繰り返し、再燃時はプレドニゾロン・顆粒球除去療法で加療していた。以降は5-ASA製剤と整腸剤内服で寛解を維持していた。2年前の下部消化管内視鏡検査で内視鏡が通過しない狭窄を下行結腸に認めたが精査は行われなかった。20XX年、排便停止と腹痛で前医に受診、CTで下行結腸の壁肥厚と口側腸管の拡張があり、経肛門イレウス管が挿入された。狭窄部位からの生検病理ではGroup2でCEA、CA19-9も正常範囲であったが、経過から潰瘍性大腸炎に合併したcolitic cancerが疑われ、手術適応として当科に紹介された。転院後、準緊急で手術を施行した。術中所見では下行結腸の壁肥厚を認めたが、比較的柔らかく、腫脹したリンパ節も柔らかかった。迅速病理診断では同部は線維化が強いものの、弱い異型のみで明らかな悪性所見を認めなかった。確定診断がつかなかったため、分割手術の方針とし、結腸亜全摘・回腸人工肛門造設・S状結腸粘液瘻造設・D1郭清を施行した。術中所見では肝転移、腹膜播種はなく、小腸に病変を認めなかった。切除標本の肉眼所見では結腸全体の粘膜面にまだら状の発赤と、萎縮があり、狭窄部の口側は著明に拡張していた。術後病理診断では全層性炎症がskipし、多数の肉芽腫を認め、クローン病の診断となった。下行結腸狭窄部は高分化型腺癌で筋層をわずかに超えて漿膜下浸潤がある進行癌で、pN0, ly0, v0, pN0, EX0, pPM0, pDM0, pStage 2Aであり、p53がclonal patternで陽性であることから、クローン病に伴うcolitic cancerと診断した。狭窄を伴う炎症性腸疾患は術前診断が困難な症例があり、癌合併を考慮して手術を行うべきである。

クローン病, 大腸癌

東京労災病院 消化器内科

山本友里恵, 原 精一, 松本 将, 藤井紘大, 篠原裕和, 大場信之, 西中川秀太, 児島辰也

【背景・目的】腸管出血性大腸菌（以下EHEC）感染症は夏場をピークとし、ベロ毒素（以下VT）により下痢・血便や激しい腹痛を認める3類感染症である。今年度、当院でEHEC感染症の3症例を経験した。過去4年間の症例を含めた9症例について血清型、VTの有無による腹部症状や画像所見の特徴を検討し報告する。【対象・方法】2014年11月～2018年8月の間で、当院でEHECが検出された9症例を対象とした。【結果】症例は男性3例、女性6例、平均年齢は41.5歳（4-71歳）であった。腹痛8例、下痢4例、嘔気・嘔吐3例、血便1例、発熱は3例であった。1例は腹部症状なく、発熱のみであった。感染原因食物は、焼肉（ユッケ含む）2例、海鮮丼1例、その他は不明であった。菌株はO157:3例、O128:2例、O111:2例、O26:1例、O103:1例であった。HUSや脳症は認められなかった。VT陽性は、O157:3例（VT1/2陽性2例、VT2陽性1例）、O111:1例（VT1/2陽性）であった。腹部CTで、上行結腸～横行結腸の浮腫状変化を認めたのは5例（O157:3例、O111:1例、O26:1例）であった。小腸浮腫は1例（O103）であった。治療は抗菌薬投与:4例（CMZ3例、AZM1例）、絶食・補液のみ:3例、経過観察:2例（O128）であった。【考察】EHECはVTが腸管上皮細胞を障害し下痢や血便を来す。また、VT2産生EHECは重症化しやすいことが知られている。しかし、当院で経験したVT陽性症例では、激しい下痢や血便を認めた症例は1例のみで、他の3例は腹痛のみであった。症状の差異については、今回の検討のみでは究明できないが、他の報告においても下痢や血便症状を認めない例もあり、急性腹症の鑑別診断として念頭に置く必要があると考えられる。また、多くの症例では右側結腸の浮腫性変化を高度に認めており、早期にEHECを疑う所見と考えられる。【結語】EHECの中には、腹痛のみの症例も認められ、CTで右側結腸の浮腫性変化を認める場合、EHECを念頭に考える必要があると考えられた。

腸管出血性大腸菌, ベロ毒素

新小山市民病院 外科

崎尾亮太郎, 猪瀬恒史, 太白健一, 鯉沼広治, 栗原克己

症例は67歳男性。普通自動車運転中に居眠りによる単独事故のため当院搬送となった。搬送時バイタル安定しており、腹部圧痛も軽度、血液検査・画像検査ともに臓器損傷は示唆されなかったが、無防備事故であり経過観察目的に同日入院となった。入院後も臨床症状に乏しく、微熱を認めたが、全身状態安定しており経口摂取も継続した。入院後48時のフォローアップCTにて腹腔内free airを多量に認め、遅発性消化管穿孔と診断、同日緊急手術を施行した。術中所見にてS状結腸穿孔および小腸間膜の損傷を認めたため、Hartmann手術および小腸部分切除術を施行した。術後経過良好であり術後12日目に退院、現在stoma closureを予定している。交通外傷における臓器損傷は肝などの実質臓器に多く、管腔臓器である外傷性大腸損傷は比較的稀である。このたびわれわれは、交通外傷後の遅発性S状結腸穿孔の1例を経験したので、若干の文献的考察を踏まえ報告する。

交通外傷, S状結腸穿孔

日本医科大学付属病院 消化器外科

小森啓正, 進士誠一, 山田岳史, 小泉岐博, 太田 竜, 横山康行, 高橋吾郎, 堀田正啓, 原 敬介, 武田幸樹, 上田康二, 吉田 寛

【はじめに】腹腔内遊離体は別名腹腔鼠、腹膜石とも呼ばれ、腹腔内臓器から完全に遊離した状態で存在する組織である。成因として腹膜炎が虚血壊死に陥り腹腔内に遊離した後、線維組織に被包されて遊離体を形成すると考えられている。他疾患の経過観察中や開腹手術時に偶然発見されることがほとんどであり、臨床症状を呈することは稀である。今回我々は急性胆嚢炎の術前CTで偶然発見され、その後、腹腔鏡手術を施行した症例を経験したので文献的考察を加えて報告する。【症例】83歳男性。急性胆嚢炎に対して腹腔鏡下胆嚢摘出術施行した。術前のCTで膀胱背側、直腸前壁に60mm大の境界明瞭、内部に巨大石灰化を有する軟部腫瘍を指摘された。MRIで腫瘍はT1強調画像、T2強調画像ともに低信号を呈していた。周囲臓器との連続性に乏しく、腹腔内遊離体疑いと診断され、鑑別疾患としては直腸GIST、平滑筋腫が挙げられた。増大傾向はなかったが診断および治療目的に切除の方針となり、腹腔鏡補助下腫瘍摘出術を施行した。腹腔内を観察すると膀胱背側、直腸前壁に腹膜に覆われた60mm大の白色類円形腫瘍を認めた。周囲臓器との連続性は認めず、腹腔内遊離体と診断し臍下の皮膚切開を65mmに延長して腫瘍を摘出した。摘出標本の剖面は白色で層状構造を認めていた。病理組織検査でエオジン好染の硝子化線維状物が層状を成した組織によって構成され、一部に細粒状の石灰化を認め腹腔内遊離体と診断された。術後経過良好で術後5日目に退院となった。【考察】腹腔内遊離体は多くが無症候で経過するため手術適応はないが、有症状の場合や巨大化したもの、腫瘍との鑑別が困難な場合には手術適応となる。典型的な画像所見としてCTで辺縁平滑明瞭な腫瘍の中心部に石灰化を認め、MRIではT1強調画像およびT2強調画像で低信号域を認める。術前画像診断で腹腔内遊離体を鑑別に挙げることで腹腔鏡手術により切除しえる。【まとめ】腹腔鏡手術で安全に切除した巨大腹腔内遊離体の切除例を経験した。

腹腔内遊離体, 腹腔鏡手術

21 セフトリアキソン投与により偽胆石症を発症した1成人例

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

【症例】78歳、男性【主訴】食思不振【現病歴】X年5月頃より食事摂取量が減少し、1ヶ月で5kgの体重減少を認めたため精査目的に当科に入院となった。【経過】入院後に施行した腹部骨盤CTでは明らかな異常所見は指摘されなかったが、血液検査で炎症反応上昇および尿検査で膿尿を認め、尿路感染症が疑われた。発熱はないが、尿培養を提出の上尿路感染症として第1病日よりセフトリアキソン（CTRX）の投与を開始した。尿所見や炎症反応は改善していたが、尿培養よりESBL耐性E. coliが検出、CTRXに耐性であり、第8病日にCTRXを中止しセフメザゾール（CMZ）に変更した。また、入院後より徐々に肝酵素の上昇（AST 102 IU/ml、ALT 168 IU/ml）も認めた。抗菌薬による肝障害を疑い、炎症反応や尿所見は改善したため第11病日にCMZの投与を終了とした。入院時のCTでは胆嚢内に胆石は指摘できなかったが、第6病日にT-SPOT陽性のため施行した胸部CTの撮像範囲内で、胆嚢内に多発する高吸収域を確認でき、胆石の発生を疑った。短期間で胆嚢内に胆石が発生しており、CTRX投与後でもあることから、CTRXによる偽胆石症とそれに伴う肝酵素上昇と考えた。腹部症状は認めず、すでにCTRXを含む抗菌薬の投与は終了していたため、経過観察としたところ肝機能は改善した。第14病日に施行したCTではまだ胆石を確認できたが、エコーでは明らかな胆石を認めずCTRXによる偽胆石症は投与終了後に自然軽快するとの報告がほとんどであったため炎症反応の改善と共に食事摂取量も改善を認め、体重の増加も認めた。退院1ヶ月後のCTでは胆嚢内胆石の消失を確認した。【考察】CTRXによる偽胆石症は小児での副作用に多いとの報告はあるが、成人での発生は稀である。今回CTRX使用下での肝機能障害の原因は薬剤性ではなく成人発症の偽胆石症例であった。【結語】CTRX投与に伴う肝酵素上昇の場合は、薬剤による影響と偽胆石症による可能性も考慮するべきである。

偽胆石症, セフトリアキソン

23 クロウン病に併発した特発性慢性膵炎の1例

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

症例は32歳男性。14歳時(2000年)にクロウン病と診断され、加療を継続中である。23歳時(2009年)に施行したCTで散在する膵石を指摘され、特発性慢性膵炎と診断されたが無症状で経過していた。しかし、24歳時(2011年1月)に発熱・背部痛を主訴に前医を受診、慢性膵炎急性増悪の診断で入院となった。保存的加療で炎症の改善後にERCPを施行されたが、膵頭部に大きな膵石が嵌頓していたため治療困難であり、同年2月に当院へ紹介された。当院のCTでは膵頭部に12mm大の膵石がみられ、さらに尾部にかけて多発する膵石および、尾部の巨大な仮性嚢胞を認めていた。膵石による膵管閉塞を原因とした、慢性膵炎急性増悪と診断されたため、まずは体外衝撃波結石破砕術(ESWL)を計6回先行した上で、ERCPを施行。しかし、乳頭部～膵頭部レベルでの主膵管狭窄を伴っており、処置具の挿入が困難であったため、狭窄部膵管のバルーン拡張を行い、さらに電気水圧衝撃波破砕術(EHL)を併用して、計4回のERCPで膵頭部膵石の除去に成功。以後、10Fr S型膵管ステントの定期交換、および残石除去を行いながら経過をフォローしていたが、26歳時(2012年11月)に腹痛を主訴に外来を受診。膵尾部仮性嚢胞の増大を認め、慢性膵炎急性増悪の再燃と診断された。さらに、27歳時(2014年2月)、30歳時(2017年4月)と慢性膵炎急性増悪を繰り返した。2017年時のCTでは主膵管内に新たな膵石像を認めており、再度ERCPで乳頭部主膵管のバルーン拡張術、および膵石除去術を施行。以後は現在まで急性増悪をきたさず、外来で定期フォロー中である。クロウン病患者は、一般的に胆石や尿路結石の合併が多いことが知られている。また、炎症性腸疾患には胆石性・薬剤性・十二指腸狭窄などの解剖学的変化・免疫学的異常による膵炎を合併することとも報告されているが、膵石を伴う慢性膵炎の報告は少ない。今回、クロウン病に併発する特発性慢性膵炎の長期経過をフォローした1例を経験したため、文献的考察を加えて報告する。

慢性膵炎, クロウン病

22 胆管空腸吻合部近傍の嚢胞性病変により発症した総胆管結石性胆管炎の1例

自治医科大学附属さいたま医療センター 消化器科¹⁾,
さいたま市民医療センター²⁾

森野美奈¹⁾, 新藤雄司²⁾, 新畑博英²⁾, 松本圭太²⁾, 賀嶋ひとみ¹⁾, 小糸雄大¹⁾, 三浦孝也¹⁾, 高橋裕子¹⁾, 坪井瑠美子¹⁾, 石井剛弘¹⁾, 吉川修平¹⁾, 大竹はるか¹⁾, 藤原純一¹⁾, 関根匡成¹⁾, 上原健志¹⁾, 湯橋一仁¹⁾, 浅野岳晴¹⁾, 松本史弘¹⁾, 宮谷博幸¹⁾, 眞嶋浩聡¹⁾

膵頭十二指腸切除術後の長期経過例における重篤な合併症に胆管炎がある。今回、胆管空腸吻合部のすぐ近傍に嚢胞性病変が生じ、総胆管結石が発生した本疾患例を経験した。症例は77歳女性。2012年に十二指腸乳頭部痛(sT2, sN0, sStageII)に対して膵頭十二指腸切除術、D2郭清、Child変法再建術を受けた。術後6年が経過してから総胆管結石性胆管炎を発症した。MRCP検査では胆管空腸吻合部のすぐ近傍に嚢胞性病変があり、それにより胆管が圧排され同部位より遠位の胆管拡張と多数の陰影欠損を認めた。ダブルバルーン内視鏡検査で胆管空腸吻合部を観察すると、吻合部に嚢胞様の隆起を認め、これによる圧排性の流出障害を呈していた。ERCを行い多数の造影欠損を確認した。胆管空腸吻合部狭窄は不可、バルーンカテーテルやバスケットカテーテルを用いて及時的に截石を行ったがERCで造影欠損が残存した。ワーキングスペースが狭く、これ以上の截石が困難であったことから、吻合部近傍の嚢胞性病変を圧排するように直接スコープを総胆管へ挿入したところ完全截石することが可能であった。胆管空腸吻合部近傍の嚢胞性病変により発生した総胆管結石に対してダブルバルーン内視鏡で治療を行った報告は検索する限りなく、文献的考察も含め、報告する。

術後胆管炎, ダブルバルーン内視鏡

24 主膵管損傷を伴う外傷性膵損傷に対し内視鏡的膵管ドレナージ術が有効であった一例

群馬大学医学附属病院 消化器・肝臓内科

大林千草, 松井綾子, 中田 昂, 星 恒輝, 田中寛人, 中山哲雄, 富澤 琢, 坂坂浩子, 石田克敏, 栗林志行, 下山康之, 河村 修, 浦岡俊夫

症例は20代女性。直進乗用車の助手席乗車中の右直事故で受傷し、夜間救急病院を受診した。肋骨骨折疑いの診断で帰宅となったが、翌日胸痛の改善乏しく、整形外科受診。鎮痛剤が処方された。内服後も疼痛の改善が乏しく、別医療機関を受診し、外傷性膵損傷の診断で、同日夜間に当院外科受診となった。血液検査では著明な炎症と膵酵素の上昇を認め、腹部造影CTではSMV腹側での膵の断裂を疑う所見と、周囲の液体貯留を認めた。若年であり、内視鏡的なドレナージを中心とした非外科的治療を先行する方針となり、緊急ERCPを施行した。ERPでは、主膵管は尾部まで造影されたものの、膵頭体移行部で造影剤の漏出が確認され、IIIb型外傷性膵損傷と診断した。同部で膵外へのガイドワイヤーの逸脱が複数回確認されたものの、断裂部を超えて尾側へのガイドワイヤー挿入に成功し、5Fr ENPD tubeを尾側まで留置した。その後の経過は比較的良好で、第21病日に膵管ステントを内瘻化し退院となった。膵外傷は腹部外傷のなかでは比較的確であるが、死亡率は10～30%と高く、膵関連合併症の発生は予後を悪化させる。受傷起点の多くが今回同様の交通外傷からの鈍的外力である。膵損傷分類におけるII～IIIaに対しては、膵管ドレナージを基本とするが、主膵管損傷を伴うIIIbに関しては、膵頭部切除、膵体尾部切除をはじめとした外科的治療の適応である。しかし、内視鏡治療の進歩に伴い、近年内視鏡的な膵管ドレナージの有効性の報告が散見されており、当施設でも、IIIb型の膵損傷に対して、内視鏡的な膵管ドレナージを施行し、良好な経過となった症例を経験したため、文献的考察と共に報告する。

外傷性膵損傷, 膵管ステント

公立昭和病院 消化器内科¹⁾、同 内視鏡科²⁾、同 臨床検査科³⁾、東京医科歯科大学医学部附属病院 消化器内科⁴⁾、大友有紀子¹⁾、細川貴範¹⁾、野内俊彦¹⁾、櫻井 幸²⁾、武田雄一²⁾、渡邊 諭¹⁾、小島 茂¹⁾、小野圭一¹⁾、浦牛原幸治²⁾、山地 統¹⁾、鈴木祥子²⁾、小林正佳¹⁾、大野一将²⁾、神林孔明³⁾、勝田景統¹⁾、西成田 悠¹⁾、渡邊 守⁴⁾

【症例】59歳男性【主訴】倦怠感【現病歴】2週間前から倦怠感が出現、徐々に白色便と褐色尿を認めるようになった。倦怠感が増悪したため近医を受診したところ黄疸、肝胆道系酵素とCA19-9の上昇を認め当院紹介受診となった。画像検査で肝内・肝外胆管の拡張や明らかな閉塞起点は認めず、原因不明の肝機能障害として精査加療目的に入院した。【内服歴】降圧薬、鎮痛薬など多数。半年以内の新規開始薬はシロドシンのみ。【生活社会歴】機会飲酒。直近で魚貝類、生肉や猪・鹿肉の摂取なし。【身体所見】眼球黄染、右季肋部圧痛、両側鼠径リンパ節腫脹【入院時スクリーニング検査でRPR 64.2RU、TP抗体 195.5IUと高値であり梅毒感染を認めた。約1年前には陰性が確認されており新規感染が疑われ、黄疸、肝機能障害、両側鼠径リンパ節腫大の原因として考えられた。安静、内服薬休薬で経過観察したが黄疸、肝機能障害は軽快せず、第4病日にPT% 89%への低下を認め、第5病日に肝生検を施行した。肝生検では門脈域は浮腫と線維化を伴って拡大し、インターフェース肝炎、リンパ球、好酸球、好中球の浸潤、細胆管の増生、胆管炎がみられた。Wartin-Starry染色で *Treponema pallidum* は認められなかったが、肝炎ウイルス、サイトメガロウイルス、EBウイルス感染を示唆する所見はなく、抗核抗体、抗平滑筋抗体、抗ミトコンドリア抗体も陰性であり、薬物性肝障害を強く疑う徴候もなく、梅毒による肝機能障害と考えた。入院時より蛋白尿、低アルブミン血症を認めネフローゼ症候群の診断を満たし、梅毒による膜性腎症の合併も疑われた。第6病日よりアモキシシリン3g/日の内服を開始した。治療開始後より黄疸、肝機能障害、低アルブミン血症は速やかに改善し症状も軽快した。アモキシシリンは4週間継続し、1年後にRPRの陰転化を確認でき、肝機能も正常化し、ネフローゼ症候群の再燃も認めない。【考察】ネフローゼ症候群を伴う梅毒性肝炎に対してアモキシシリン治療を行い有効した。近年梅毒患者が増加しており、急性肝炎では梅毒性肝炎も念頭においた診療が重要である。

梅毒, 肝炎

国立病院機構 横浜医療センター
鶴丸裕司、関戸 仁、清水哲也、松田吾郎、武田和永、中川和也、小暮 悠、山本悠史

【症例】70歳女性【主訴】腹痛【病歴】某日夕方より右肩と右季肋部に疼痛を認めた。翌日、痛みの増悪を認め近医を受診した。肝嚢胞破裂の診断で当院転院搬送となった。【既往歴】なし【常用薬】なし【アレルギー】なし【身体所見】BT 37.3度、BP 140/67mmHg、HR 90/min、SpO2 96%(room air)、腹部平坦やや硬、腹部全体に自発痛及び圧痛あり、反跳痛あり、打診痛あり【血液検査所見】WBC8800、CRP6.57と炎症反応の上昇を認めた。【画像検査所見】腹部造影CT検査で肝右葉に最大径12cmの嚢胞を認めた。嚢胞壁は穿孔していた。【治療経過】肝嚢胞破裂、汎発性腹膜炎の診断で緊急手術を行った。術式は肝嚢胞開窓術、胆嚢摘出術、腹腔戦場ドレナージ、C-tube留置を施行した。手術時間2時間36分、出血量200mL、術中所見はモリソン窩周囲に腹水を認め、混濁していたが、嚢胞内容液の細菌培養では菌は検出されなかった。術中胆道造影を施行したところ、嚢胞と胆道との交通はなかった。さらに胆嚢管から色素を注入したが、嚢胞内腔への漏出も認めなかった。嚢胞の再増大を防ぐため、嚢胞壁は可及的に切除した。病理所見は肝嚢胞壁は低立方上皮で裏装されており、嚢胞壁は硝子化線維組織を認めた。術後経過は良好で術後12日に退院した。肝嚢胞破裂は外力、急激な感染や炎症による破裂、医原性の破裂、自然破裂などが報告されている。本症例は自然破裂と考えられた。巨大肝嚢胞の自然破裂は極めて希な病態であり、若干の文献的考察を加えて報告する。

肝嚢胞自然破裂, 肝嚢胞開窓術

土浦協同病院 消化器内科
森田祐規、上山俊介、古川貴光、五十嵐 亮、岡田理沙、佐野慎哉、藤原 俊、松川直樹、木下隼人、永井瑞紀、柴田 勇、市田 崇、草野史彦、酒井義法

【緒言】異所性静脈瘤、門脈圧亢進症に合併する稀な疾患とされていたが、近年では門脈圧亢進症の予後改善に伴い頻度が増加している。多くは血流豊富であり、出血する時に致死的となりうるが、稀な疾患であり詳細はあまり知られていない。そこで、自験例を通して異所性静脈瘤について考察した。【期間・方法】2015年3月1日～2018年3月31日の間に、我々が経験した異所性静脈瘤出血の4例を後方視的に検討した。【症例1】66歳女性。十二指腸静脈瘤出血に対し、B-RTOおよびEISを施行した。【症例2】88歳女性。十二指腸静脈瘤出血に対し、B-RTOにて一次止血し、追加でEVLを施行した。【症例3】82歳男性。人工肛門静脈瘤出血に対し、圧迫にて一次止血し、待機的にB-RTOを施行した。【症例4】60歳男性。人工肛門静脈瘤出血に対し、圧迫にて一次止血を行った。B-RTOの適応であったが希望されず、再出血時に施行する方針となった。【結果】当院で経験した異所性静脈瘤出血において、全例で肝硬変（背景肝：C型肝炎2例、B型肝炎1例、アルコール性肝炎1例）を認めた。Child-Pugh分類は3例でB、1例でCであった。食道静脈瘤は3例で認め、いずれも治療歴はなかった。4例に共通する既往は糖尿病のみで、抗血栓薬の内服はなかった。いずれの症例も出血量は多く、Shock Indexは、受診から数時間以内にそれぞれ受診時比107%、127%、123%、136%と急速に増悪した。治療は、圧迫止血のみの症例以外ではB-RTOを施行しており、圧迫止血のみの症例もB-RTOの適応であった。1例で高Bil血症を認めた他は合併症なく、全例で再出血なく経過している。【考察】自験例の異所性静脈瘤出血は、Child B以上の肝硬変で認められており、出血量も少なくなかった。食道胃静脈瘤以上に止血が困難となる可能性があるが、当院では積極的にB-RTOを施行することで完全止血を得ている。【結語】異所性静脈瘤出血4例を経験し、若干の文献的考察を加えて報告する。

異所性静脈瘤, B-RTO

横須賀市立市民病院 外科¹⁾、同 病理診断科²⁾
中崎佑介¹⁾、山田淳貴¹⁾、中山岳龍¹⁾、杉浦浩朗¹⁾、長嶺弘太郎¹⁾、亀田久仁郎¹⁾、久保 章¹⁾、竹川義則²⁾

【症例】67歳、男性。【主訴】発熱、全身倦怠感。【現病歴】入院14日前から発熱と全身倦怠感を自覚し、前医を受診。血液検査所見にて炎症反応上昇を認め、腹部CT検査にて脾臓に低吸収域と周囲の脂肪組織濃度上昇を認めたため抗菌薬内服を開始した。その後も発熱、炎症反応高値が遷延したため当院消化器内科を紹介受診。入院時血液検査所見にてWBC16900、CRP24.4と炎症反応の著明な上昇を認め、腹部造影CT検査にて境界不明瞭な脾腫大と脾周囲を中心に胃の辺縁まで拡がる広範な血腫を認めた。また、骨盤底に少量腹水と左胸水貯留を認めた。以上より脾膿瘍、脾破裂の診断で緊急入院となった。腹部所見に乏しく、バイタルサインは安定していたことから保存加療の方針となったが、その後Hb8.5と貧血の進行を認め、発熱、炎症反応上昇に改善を認めないことから、第4病日に準緊急で手術を施行した。開腹すると、腹腔内に多量の血腫を認め、左横隔膜下に向かって膿瘍腔の開放を進めると白色膿性腹水の漏出を認めた。血腫と膿瘍により癒着が強くあり、脾臓の全容を捉えることが困難であった。当初脾臓摘出術のみの予定であったが、出血のコントロールが困難であったため脾臓脾体尾部合併切除の方針となった。術後、Grade A(BL)の脾液瘻(ISGPF分類)を認めたが、抗生剤治療のみで改善し、第20病日に軽快退院した。病理所見では、脾臓に血腫と膿瘍が混在しており、一部に多核巨細胞を認めたが、明らかな肉芽形成は認めなかった。また、破裂部位や出血部位の特定は困難であり、悪性所見も認めなかった。【考察】脾膿瘍は比較的稀な疾患であり、全身感染症の一部分症としての多発膿瘍が多く、脾臓のみに孤立性発生する膿瘍は少ないとされている。また、脾膿瘍の原因としては1) 他の感染巣からの血行性転移 2) 外傷性脾損傷 3) 脾周囲の炎症の直接波及 4) 脾梗塞などが考えられている。今回我々は原因不明の孤立性脾膿瘍破裂に対して開腹脾臓脾体尾部切除術を施行した1例を経験したため、若干の文献的考察を加えてこれを報告する。

脾膿瘍, 脾臓摘出術

画像上は浸潤性膵管癌が疑われながら、肝腫瘍生検にて稀な膵原発悪性リンパ腫と診断された1例

大和市立病院 消化器内科

竹内加奈, 亀田 亮, 林 慧, 浅見昌樹, 柳田直毅, 山本和寿

症例は65歳男性、20XX年5月から心窩部不快感、下痢を認め、食思不振や体重減少も出現し7月3日に当院内科受診。超音波検査で膵頭部と肝臓に低エコー腫瘍を指摘されてDynamic CTを施行したところ、膵頭部に動脈相では低吸収で漸増性の造影効果を示す50mm大の腫瘍を認めた。腫瘍より尾側の膵臓は萎縮し膵管が軽度拡張しているため膵癌を疑い、総肝動脈と門脈への浸潤、所属リンパ節の腫大、動脈相から門脈相で周囲に造影効果を示す低吸収な肝S5, 8の転移を疑う腫瘍からT2N1bM1 stage4と考えた。ビリルビン高値で肝・胆道系酵素も上昇し、CTで肝内胆管から総胆管の拡張も認めるため腫瘍による閉塞性黄疸と診断し、7月5日にERCPを施行し、下部胆管に5cm程の狭窄を認め、同部に金属ステントを留置した。以降は閉塞性黄疸は順調に改善したが、膵炎と胆嚢炎を発症し、それぞれ治療を行うも膵炎の治療が難渋して7月26日に再度ERCPを施行して既存の金属ステントをプラスチックステントに入れ換えた。膵炎は一旦軽快するも再度増悪し、8月4日から禁食としたところ改善傾向となった。2回のERCP時に提出した胆汁細胞診、ブラシ擦過細胞診、胆管組織診では膵癌の診断とはならず、8月7日に追加で行った肝転移巣の生検でmalignant lymphoma, diffuse large B cell lymphomaの診断となり8月13日からR-CHOP療法を開始した。画像上は浸潤性膵管癌が疑われながら、肝腫瘍生検にて稀な膵原発悪性リンパ腫と診断された1例を経験したので文献的考察を交えてここに報告する。

膵管癌, 膵原発悪性リンパ腫

巨大な膵管内仮性動脈瘤に対して、経カテーテル的動脈塞栓術及び膵管ステント留置術を施行した1例

横浜市立大学附属市民総合医療センター¹⁾,

横浜市立大学附属病院²⁾

中森義典¹⁾, 三輪治生¹⁾, 戸塚雄一朗¹⁾, 小宮山哲史¹⁾, 佐藤 健¹⁾, 合田賢弘¹⁾, 杉森一哉¹⁾, 前田 慎²⁾

【症例】65歳女性【主訴】腹痛, 黒色便【現病歴】X年Y-2月頃より腹痛と黒色便を自覚していた。同年Y月に全身倦怠感が増悪したため、近医受診。Hb4.8g/dlと著明な貧血を認めたが、上下部消化管内視鏡検査では出血源を認めなかった。前医に紹介となり、造影CTを施行したところ、膵頭部の石灰化と主膵管拡張、膵尾部の動脈瘤を認めたため当院へ救急搬送された。腹部超音波検査では膵管内に無エコー域を認め、Dopplerで拍動波を検出したため、膵管内仮性動脈瘤と診断した。第2病日、経カテーテル動脈塞栓術施行。腹腔動脈からの造影では、明らかな異常を認めなかったが、脾動脈下極枝より造影を行うと、巨大な動脈瘤を認めた。同部位に対してコイル塞栓術を施行したところ、血流の消失を認め、超音波検査でも瘤内の拍動波の消失を確認した。第7病日ERCP施行。主乳頭からの造影では、wirsung管に膵石の嵌頓を認め、ガイドワイヤーの通過が困難であった。続いて、副乳頭から膵管挿管を施行したところ、santorini管に限局性の狭窄を認めた。膵尾部主膵管からは、旧血性の膵液が吸引されたため、貧血の原因は動脈瘤の膵管内破裂が原因であったと考えられた。副乳頭より膵管ステントを留置し、経過良好にて第9病日に退院となった。【考察】巨大な膵管内仮性動脈瘤に対して、経カテーテル的動脈塞栓術と膵管ステント留置術を施行し内科的に治療しえた1例を経験した。若干の文献的考察を加え報告する。

膵臓, 動脈瘤

多発肝・脾臓瘍疑いで脾摘施行し、びまん性大細胞型B細胞性リンパ腫の診断に至った1例

東海大学医学部付属八王子病院 消化器内科¹⁾,

同 消化器外科²⁾, 同 病理診断科³⁾

山路孝一¹⁾, 白井孝之¹⁾, 金子元基¹⁾, 津田真吾¹⁾, 伊藤裕幸¹⁾, 永田順子¹⁾, 市川仁志¹⁾, 小嶋清一郎¹⁾, 高清水真二¹⁾, 渡辺勲史¹⁾, 上田恭彦²⁾, 吉井久倫²⁾, 和泉秀樹²⁾, 平岩真一郎³⁾, 杉山朋子³⁾, 田尻琢磨³⁾

【症例】70歳代, 男性。【主訴】発熱。【現病歴】20××年7月9日、発熱・咽頭痛で近医受診。セフトレニボキシル内服にて症状改善なく、7月11日に収縮期血圧70mmHg台への下降と38℃台の発熱を認め当院入院となった。【臨床経過】検体検査ではWBC7200/ul, Hb12.4g/dl, Plt16.1×10⁴/ul, AST55U/L, ALT22U/L, LDH570U/L, ALP89U/L, γ-GTP29U/L, CRP21.49mg/dlとLDHの上昇とCRPの著増が目立った。血液培養検査は陰性であった。造影CTでは、脾臓に20mm大の類円形で濃淡不均一な低吸収域が極めて多数みられ、一部は互いに癒合し不整形を呈していた。低吸収域は脾全体の8割ほどを占めていた。一方、肝臓内には15mm大の類円形の不均一な低吸収域を3箇所認めた。明らかなリンパ節の腫脹は認めなかった。以上より、多発肝臓瘍・脾臓瘍を疑い、PIPC/TAZで治療開始したが改善乏しく、第14病日からLVFX・VCM・MCFGを追加投与した。抗菌薬追加後も改善なく、徐々に全身状態悪化・病変拡大・DICも進行した。感染コントロール不良と判断し、病因・病理診断目的に第29病日に脾摘手術を施行した。脾臓内には白色充実性病変がみられ、腫瘍形成は認めなかった。組織学的に大型で核異型が高度な細胞がびまん性に増殖し、免疫組織化学でCD20・PAX-5陽性でMIB-1高値であり、びまん性大細胞型B細胞性リンパ腫と診断された。現在、術後肺炎・創部の治療を行っており、全身状態が安定次第化学療法開始予定である。【考察】当初多発臓瘍を疑うも切除病理標本より、びまん性大細胞型B細胞性リンパ腫の診断に至った。本例は節外性で脾原発が疑われ、極めて稀な1例と考え報告する。

脾原発悪性リンパ腫, びまん性大細胞型B細胞性リンパ腫

腹膜偽粘液腫を背景に播種性結果内凝固症候群・肺塞栓症・トルソー症候群をきたしPulmonary Tumor Thrombotic Microangiopathy (PTTM) にて死亡した1剖検例

国立国際医療研究センター 消化器内科¹⁾, 同 病理科²⁾

浦部昭子¹⁾, 柳澤直宏¹⁾, 小島康志¹⁾, 住田純子¹⁾, 飯田龍洋¹⁾, 泉 敦子¹⁾, 小林桜子¹⁾, 下村 暁¹⁾, 濱田麻梨子¹⁾, 松下祐紀¹⁾, 久田裕也¹⁾, 忌部 航¹⁾, 渡辺一弘¹⁾, 永田尚義¹⁾, 小早川雅男¹⁾, 横井千寿¹⁾, 加藤 萌²⁾, 猪狩 亨²⁾, 柳瀬幹雄¹⁾, 秋山純一¹⁾

【症例】39歳男性【現病歴】20xx年4月に腹膜偽粘液腫と診断し、姑息的減量切除術を施行した。組織診で粘液内に印環細胞を認め、peritoneal mucinous carcinomatosisであった。FOLFIRIV, IRISBVを計16コース施行時の20xx年2月、腹痛を生じ入院した。【入院後経過】CT検査にて治療効果判定はnonCRnonPD。亜腸閉塞で、左鎖骨下静脈に血栓を認めた。播種性血管内凝固症候群を併発しており、抗凝固療法を施行した。血小板3万まで低下したが血小板8万まで改善した。画像上の腫瘍増悪はなく、左鎖骨下静脈血栓は縮小したが、肺塞栓が出現した。CEA 6.9 ng/ml, CA19-9 1781 U/mlであった腫瘍マーカーが、3月にCEA 25.8 ng/ml, CA 19-9 3174 U/mlと急激な上昇。腫瘍および血栓による慢性的な播種性血管内凝固症候群の病態を考え、2次治療としてセツギマブを開始した。肺塞栓は改善する部分と増悪する部分を認めた。2コース後、意識障害を認め頭部MRIにてトルソー症候群による急性期脳梗塞と診断。ヘパリン治療で意識障害は改善した。酸素飽和度の低下を認め胸痛は認めなかったが、経鼻1l/min程度の酸素需要を要した。しかし、7日後、再度急激な意識障害を認めた。頭部CT・MRIで新たな頭蓋内病変を認めず、意識障害出現後5時間後に急激な呼吸状態悪化、血圧低下し、永眠した。剖検で、両肺の小動脈に印環細胞による腫瘍栓を認め、PTTMに一致する所見であった。経過中、心臓超音波検査は施行していなかったが、病理所見上、両心室の拡張を認めた。【考察】PTTMは胃痛での報告が最も多く、腹膜偽粘液腫による報告はない。生前に肺塞栓症を生じ抗凝固療法を施行中に、PTTMを発症死亡し、剖検にて診断しえた症例で、文献的考察を加えて報告する。

腹膜偽粘液腫, PTTM

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

【症例】60歳代、男性。心房細動にて当院循環器内科に通院中でありDOACを投与されていた。200X年8月より血痰を認め精査のため胸部CTを施行、右肺門部肺腫瘍を指摘され呼吸器内科に紹介となった。呼吸器内科で気管支鏡を施行、小細胞癌と診断され、転移巣検索の目的でPET-CTを施行した。PET-CTでは右肺門、縦隔以外に腓尾部に異常集積を認めた。CTでは腓尾部に肺腫と類似した造影パターンを呈する腫瘍を呈し、MRIでも腫瘍尾側の尿管の拡張を認めず、腫瘍よりは肺癌腫転移が強く疑われた。しかし、肺小細胞癌の治療方針の決定のため肺小細胞癌腫転移であるか重複癌であるかを厳密に鑑別すべきとの方針で消化器内科に紹介受診となった。確定診断には病理学的検査が必要と考え、超音波内視鏡下穿刺吸引生検を施行したところ肺小細胞癌の病理組織像と同様の核濃染が著明な裸核状細胞が認められ、肺癌の腫転移と確定診断した。現在化学療法を開始予定である。【考察】転移性肺腫瘍は剖検例の6%に認められるとされ、さほどまれな病態ではない。しかし、全身転移を伴わない孤発性の腫転移の場合には通常型肺癌との鑑別は重要であり、原発癌の治療方針を大きく変える可能性がある。本症例においても当初予定されていた化学放射線療法から化学療法単独に治療方針が変更となった。転移性肺腫瘍の画像診断は病態の鑑別に限界があるため、本症例のように超音波内視鏡下穿刺吸引生検がその診断に有用であると考えられ示唆に富む症例と考えられた。転移性肺腫瘍の臨床所見、画像所見を含めた若干の文献的考察を加え報告する。

転移性肺腫瘍, 超音波内視鏡下生検

神奈川県立がんセンター 消化器内科
河野邦幸, 小林 智, 上野 誠, 浅間宏之, 福島泰斗, 佐野裕亮, 森本 学, 大川伸一

【背景】マルチキナーゼインヒビターのレゴラフェニブ (REG) は、ソラフェニブ (SOR) 非奏功例の2次治療として、2017年に進行肝細胞癌 (HCC) に承認されたが、実臨床におけるSOR・REGシークエンシャル治療成績は乏しい。当院にて同治療が導入された初期症例の効果安全性を検証した。【対象】保険収載後にREGの適格基準を満たして導入された連続12症例、すなわちSORへの忍容性を認め、かつ画像による進展を認めたChild-Pugh A症例。年齢は52歳から86歳。SORの投与期間は2ヶ月から40ヶ月。【成績】全例が1日160mgの標準用量で導入された。REGの有害事象を全例に認めたが、1例を除き有害事象中止はなかった。平均12ヶ月の観察期間において、REGの奏功率は8%、病勢制御率は58%。SOR・REGシークエンシャル治療としての生存は11ヶ月から最長45ヶ月に及んだ。【症例】奏功例を示す。78歳男性。下大静脈内進展を伴い肝右葉に占める12cm大のHCCを認める。2ヶ月間のSOR導入で静脈内進展の増悪を認め、REGに変更した。REG導入後は肝障害で一時期休薬するも、再開漸増して約6ヶ月間の維持投与を行なったところ、腫瘍マーカーが減少し始め、その後の画像評価で主結節内部の血流低下、および進展した静脈内腫瘍栓の退縮傾向が認められた。当初は、過大侵襲のため非切除の方針であったが、REG投与10ヶ月目の現時点で切除可否を再検討中である。【まとめ】適格基準に準じた症例選択により、SOR・REGのシークエンシャル治療は安全に導入可能であった。短期効果については、第3相臨床試験成績 (RESORCE試験) が再現されると考えられる。奏功例で示したように、SORで早期に増悪例へのREG導入においても長期奏功例が経験された。

化学療法, レゴラフェニブ

慶應義塾大学 医学部 外科学 (一般・消化器) ¹⁾, 同 病理学教室²⁾
遠藤 泰¹⁾, 阿部雄太¹⁾, 前原純樹²⁾, 篠田昌宏¹⁾, 北郷 実¹⁾, 八木 洋¹⁾, 大島 剛¹⁾, 堀 周太郎¹⁾, 尾島英知²⁾, 坂元享宇²⁾, 北川雄光¹⁾

【背景】肝細胞癌(HCC)の発生の一型として、高度異型結節(DN)から高分化HCC(早期HCC)、中分化、低分化HCCへの多段階発癌があり、腫瘍中心部から徐々に脱分化が進んでいくとされており、またそれぞれの組織像と画像所見、病理所見は異なることが知られている。今回、中心部が早期HCC、周囲を高～中分化HCCが取り囲むような特徴的な局在像が、画像の病理学的に確認できる興味深い一例を経験したため報告する。【症例】66歳男性。6年前に偶発的にC型肝炎ウイルス感染を指摘され、その後ハーボニーにて治療SVRを維持。その後フォローされていた患者、胆嚢炎精査目的に撮影した画像にて偶発的に肝内の多血性病変を認め、HCCの診断で当院紹介となった。当院で施行したEOB-MRIでは、S4およびS6にそれぞれ15mm、22mmの病変を認めた。S4の病変はEOB-MRIの肝細胞相で辺縁に低信号域、内部は肝実質と同様の信号強度であった。超音波BモードではS6の病変は低エコー域として同定できたが、S4の病変は同定できず造影超音波のクーパー相で10mm程度の低エコー域として描出された。手術は腹腔鏡下肝S4部分切除術及びS6亜区域切除術、胆嚢施行。それぞれ術中エコーで腫瘍を確認しながらそれぞれ肝切除施行した。病理ではS4の病変は15mm大で、中心部に早期HCCに相当する所見を、その辺縁に門脈浸潤を伴う高～中分化HCCを認め、それらの局在はEOB-MRI像と近似していた。腫瘍は被膜を伴わず、剥離面近くまで腫瘍細胞を認めたが、これは術中エコーで辺縁の高分化成分を描出できなかった可能性が示唆された。なおS6の病変は17mm大の硬化型HCCであった。【結語】中心部が早期HCC、周囲を高～中分化HCCが取り囲むような特徴的な局在を認める一例を経験した。

早期肝細胞癌, EOB-MRI

横須賀共済病院 外科
阿部有佳, 野尻和典, 大坊 侑, 藤田 亮, 工藤孝迪, 笹本真嗣人, 藤本章博, 小川 薫, 藤原大樹, 川村祐介, 越智隆之, 後藤晃紀, 木村 準, 諏訪宏和, 吉田謙一, 茂垣雅俊, 舛井秀宣, 長堀 薫

症例は30歳男性。初めて受けた会社健診の腹部超音波検査で肝右葉に腫瘍を指摘され、精査目的に当院紹介となった。腹部膨満感や腹痛等の症状は自覚していなかった。肝機能異常は認めず、血中HB、HCウィルスマーカーは陰性だった。Anabolic steroidや経口避妊薬の内服歴は無く、肝疾患を有する家族歴も認めなかった。AFPやPIVKAを含めた腫瘍マーカーは陰性だった。CTでは肝後区域に10×11×12cmの腫瘍を認めた。腫瘍は比較的境界明瞭であり、隔壁を有するのう胞成分や、充実成分および壊死変性した成分が混在していた。隔壁や充実性の部分は平衡相でより造影された。腫大リンパ節は認めず、腫瘍による下大静脈や右副腎の圧排を認めた。MRIではT2強調で不均一な高信号、T1強調で低信号を呈し、脂肪成分の含有を認めず、充実部分は拡散低下を呈していた。画像検査所見からは鑑別疾患として、年齢的に非典型的であったが間葉系過誤腫、悪性であれば未分化肉腫や肉腫様肝細胞癌などの可能性が考えられ、診断治療目的に手術の方針とした。手術は肝右葉切除術を行なった。術中所見では、肝後区域背側に白色の腫瘍被膜が突出していたが、腫瘍の周囲臓器への浸潤傾向は認めなかった。病理組織学的検査では低分化型の肝細胞癌の診断であり、腫瘍は一部で被膜を超えた浸潤を認めた。Vp0、Vv0、Va0、B0であり断端は陰性だった。術後経過は良好で術後7日目に退院となり、術後3ヶ月を経過した現在も経過良好で外来フォロー中である。背景に危険因子を持たない若年肝細胞癌の症例は非常に稀である。その病因や予後に関しては解明されていないのが現状であり、文献的考察を加えて報告する。

肝細胞癌, 若年

37 急性骨髄性白血病に対する同種骨髄移植から3年後に発症したde novo B型肝炎の1例

横浜市立大学附属病院 肝胆膵消化器病学¹⁾,
同 血液・リウマチ・感染症内科²⁾,
同 病理診断科・病理部³⁾
小川祐二¹⁾, 本多 靖¹⁾, 今城健人¹⁾, 小山 哲²⁾, 日比孝孝志³⁾,
米田正人¹⁾, 中島 淳¹⁾, 中島秀明²⁾, 山中正二³⁾, 大橋健一³⁾,
斉藤 聡¹⁾

症例は45歳女性。3年前に急性骨髄性白血病に対してドナーバンクより同種骨髄移植した既往歴がある。移植時のレシビエントはHBc抗体(+)、HBs抗体(+、27 mIU/mL)、HBVワクチン接種歴無しで、ドナーはHBc抗体(-)、HBs抗体(-)であった。移植後1年6か月までタクロリムスおよびステロイド内服で免疫抑制療法を行った。骨髄移植1年後はHBV DNA量は検出感度以下であった。今回、血液内科定期受診の際にAST/ALT 512/1072 U/L、ALP/γ-GTP 413/308と肝胆系酵素の上昇を認め当科紹介となった。意識清明で自覚症状はなく、T-bil 0.8 mg/dL、PT-INR 1.08、Cre 0.75 mg/dL、ウイルス検査ではHBs抗原 1512 IU/mL、HBV DNA量 6.65 LogIU/mLであった。HBV既往感染者からの再活性化による肝炎でありde novo B型肝炎と診断した。入院第1病日からラミブジン200mg/日内服で治療を開始するとともにウルソ600mgとSNMC80mL/日で肝庇護療法を行い、経過とともにトランスアミナーゼは改善した。第8病日に肝生検を行った。「免疫抑制・化学療法により発症するB型肝炎対策ガイドライン」において、免疫抑制・化学療法時のHBVモニタリングや核酸アナログ導入について明記されているが、造血幹細胞移植例に関しては、注釈で「移植後長期間のモニタリングが必要である」という記載に留まる。本症例は移植後3年でHBV再活性化した症例であった。骨髄移植後のHBV再活性化に関して、医中誌で検索した範囲ではこれまで本邦で7編の報告があるが、1〜2年以内の発症であり、今回の症例よりも短い。今後はHBV既往感染レシビエントへの骨髄移植症例を蓄積して再活性化のリスクや病態を解明するとともに、長期経過観察する必要性についてより強く啓発する必要があると考え報告する。

de novo B型肝炎, 急性骨髄性白血病

38 総胆管に発生した混合型腺神経内分泌癌の1例

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

【緒言】胆管原発の神経内分泌腫瘍は胆管原発腫瘍の中でも0.2〜2.0%と極めてまれである。今回われわれは、総胆管原発の混合型腺神経内分泌癌(Mixed adenoneuroendocrine carcinoma:以下MANEC)の1例を経験したので報告する。【症例】76歳。男性。5年前に胆嚢上皮内癌に対して拡大胆嚢摘出術を施行した。術中迅速診断で胆嚢管断端陽性で胆嚢管を追加切除し断端陰性を確認した。最終病理結果は高分化型腺癌であった。その後、フォローアップのCTで総胆管の壁肥厚、肝内胆管の拡張を指摘されERCP施行したところ、中部胆管に腫瘍による狭窄を認めた。生検で肝門部から臍上縁にかけて腺癌を認め、胆嚢癌再発の診断で手術の方針とした。審査腹腔鏡施行したところ、多発肝転移を認め生検で神経内分泌癌(Neuroendocrine carcinoma: NEC)の診断であった。既往の胆嚢癌の組織像と異なるため全身検索を行ったが、明らかな原発巣は認めず総胆管原発のNECが第一に考えられた。ERCPの検体で神経内分泌癌成分が含まれているが確認するために免疫染色を追加したところ、腺癌と神経内分泌癌が混在しており、各々の成分が30%以上存在したためMANECの診断となった。多発肝転移を伴っているため化学療法の方針とし、胆管原発であることからgemcitabine + CDDP療法を現在施行中である。【考察】医学中央雑誌で1980年から2018年までの期間で「胆管」、「混合型腺神経内分泌癌」をkey wordとして検索した限りでは、胆管原発のMANECの報告例は自験例を含めて9例であった。自験例以外の8例では外科的切除が行われ、そのうち5例が1年以内に再発をきたしており、再発形式は肝転移4例、腹腔播種および骨髄転移が1例であった。予後の記載があった7例の術後生存期間中央値は6ヶ月(0.5〜15ヶ月)であった。MANECは早期からの転移を認めることが多く予後不良であり、外科治療が有効であるとはいえないため、化学療法を含めた集学的治療が重要である。

MANEC, 胆管

39 動脈塞栓術を実施後に十二指腸に穿破した慢性腭炎仮性嚢胞内出血の一例

がん・感染症センター都立駒込病院 消化器内科¹⁾,
同 内視鏡科²⁾
門阪真知子¹⁾, 来間佐和子¹⁾, 菊山正隆¹⁾, 千葉和朗¹⁾, 高雄暁成¹⁾,
柴田理美¹⁾, 大西知子¹⁾, 荒川丈夫²⁾, 門馬久美子²⁾, 小泉浩一¹⁾

症例は55歳、男性。X-12年、X-10年に急性腭炎で他院入院歴があり、腭頭部の仮性嚢胞を指摘されていた。X-2年に慢性腭炎の急性増悪で前医に入院し、保存的加療で軽快したが、CTで腭頭部の仮性嚢胞内に出血が疑われ、精査加療目的に当院紹介された。仮性嚢胞内の血腫は縮小傾向にあり、外来でフォローしていた。X-1年9月に慢性腭炎急性増悪、仮性嚢胞内出血で再入院したが、再度保存的加療で軽快退院した。入院中に上部消化管内視鏡を施行した際には十二指腸粘膜は正常であった。X年7月に仮性嚢胞内出血の再燃で再々入院した。繰り返す仮性嚢胞内出血に対し、出血源検索のために待機的に血管造影を行ったところ、後上臍十二指腸動脈の分枝に動脈瘤を認め、コイル塞栓術を行った。今回は、X年9月に急激な腹痛を主訴に救急搬送され、仮性嚢胞内出血の再燃が疑われたが、造影CTで出血源は明らかでなかった。入院翌日に暗赤色便を伴うショックとなり、上部消化管内視鏡検査で上十二指腸角前壁に潰瘍を認め、十二指腸下行脚にかけて多量の凝血塊を認めた。潰瘍の全貌は凝血塊により観察できず、乳頭も確認できなかった。内視鏡的止血は困難と判断し、血管造影を行ったが責任病変は特定できなかった。下血とショック状態が持続し、出血コントロール目的に第3病日に腭頭十二指腸切除術を行った。術中所見では十二指腸下降脚の潰瘍が腭頭部の仮性嚢胞と瘻孔を形成しており、仮性嚢胞内出血が十二指腸に穿破したものと考えられた。本症例は仮性嚢胞内出血に対するInterventional Radiology(以下IVR)後の十二指腸穿破であり、十二指腸粘膜の血流障害が関与している可能性が示唆された。IVR後の稀な合併症として報告する。

動脈塞栓術, 仮性腭嚢胞内出血

40 超音波内視鏡下穿刺針生検(EUS-FNA) 検体を利用してがんクリニカルシークエンス検査MSK-IMPACTが実施された一例

横浜市立大学附属病院 肝胆膵消化器病学教室¹⁾,
同 がんゲノム診療科²⁾
春日範樹¹⁾, 加藤真吾²⁾, 長谷川 翔¹⁾, 佐藤高光¹⁾, 細野邦広¹⁾,
窪田賢輔¹⁾, 中島 淳¹⁾

【緒言】EUS-FNAは腫瘍診断学において確立しつつある検査であり、近年分子生物学的解析への応用も期待されている。2016年より当院ではがん細胞における遺伝子変異を網羅的に解析するがんクリニカルシークエンス検査MSK-IMPACTを導入した。MSK-IMPACTは米国で開発された最新のがん遺伝子検査であり、がん関連遺伝子変異の解析を行うことで標準治療を超えたがん治療の選択肢が検索できる方法として注目をされている。次世代シークエンサーによる網羅的解析に十分量のDNAが必要なため、外科手術によって摘出された検体を用いるのが一般的だが、臨床場においては非切除症例の患者からの検査の要望が多い。このような患者に対し、当院ではEUS-FNA検体を利用したがんクリニカルシークエンス検査を積極的に試みている。【症例】肝門部胆管癌術後多発肺転移、多発リンパ節転移の62歳男性。X-1年1月から胃部不快感と黄疸が出現し、画像検査により肝門部胆管癌の疑いで同年2月に内視鏡的逆行性胆道ドレナージ施行した。胆汁細胞診でClassVの病理結果であり、肝門部胆管癌の診断で同年8月に肝中央2区域切除、肝外胆管切除、右肝動脈合併切除術を施行した(pT4aN1M0)。その後X年2月の造影CTで新たに多発肺転移、多発リンパ節転移を指摘され、ゲムシタピン+シスプラチン療法開始になるも、同年4月の造影CTではprogressive diseaseであった。同年6月に今後の化学療法の選択のため、MSK-IMPACTを希望されEUS-FNA施行した。【考察】今回EUS-FNAによりMSK-IMPACTが実施することができた貴重な一例を経験したため、文献的考察を加えて報告する。

MSK-IMPACT, がんクリニカルシークエンス検査

東京女子医科大学病院 消化器・一般外科¹⁾,
同 病理診断科²⁾,
鈴木和臣³⁾, 出雲 渉⁴⁾, 樋口亮太¹⁾, 谷澤武久¹⁾, 植村修一郎¹⁾,
長嶋洋治²⁾, 山本雅一¹⁾

【緒言】 von Hippel-Lindau病 (VHL病) は常染色体優性遺伝の多発腫瘍性症候群で、合併症に褐色細胞腫や脳血管芽腫、膵神経内分泌腫瘍 (pNET) を伴うとされる。VHL病のpNET合併頻度は12～17%と報告されており、治療方針はpNETの状況と患者QOLを考慮して決定される。【症例】 症例は30代、女性。既往に両側褐色細胞腫と網膜血管腫があり、VHL病が疑われて5年前に遺伝子検査で発覚した。自覚症状はなく、家族歴にもVHL病を含めて特記すべき事項はない。4年前に経過観察の腹部エコーで膵頭部の多発する充実性腫瘍を指摘された。当時は挙児希望があり経過観察となったが、年齢や本人の意向から切除の方針となった。腹部造影CTで膵頭～体部にかけて、最大径12mmの多血性腫瘍を5カ所に認めた。最尾側の腫瘍は大動脈レベルに認めた。腫瘍マーカーや、インスリンやガストリンなどのホルモン値は正常範囲内であった。4年間の経過観察で腫瘍の大きさなどに変化は認めなかった。術式は再発のリスクを考慮して膵全摘術も考慮されたが、年齢などから幽門輪温存膵頭十二指腸切除術 (D2) を選択した。術後経過は良好で有害事象なく、術後15日目に退院した。病理所見ではchromogranin A陽性、synaptophysin陽性、Ki-67 index 3%の所見であり、pNET G1, T1 N0 M0 stage 1A、非機能性の診断に至った。術後は補助療法など施行せず経過観察となり、無再発生存中である。【結語】 今回我々は、VHL病に合併したpNETの1例を経験したので、過去に当科で経験したVHL病合併のpNET症例をもとに文献的考察を加えて考察する。

von Hippel-Lindau病, 膵神経内分泌腫瘍

日立製作所 日立総合病院¹⁾,
筑波大学附属病院 日立社会連携教育センター²⁾,
綿引隆久¹⁾, 水谷 悟¹⁾, 久保田 大¹⁾, 宮嶋 望¹⁾, 山口雄司¹⁾,
大河原 悠¹⁾, 大河原 敦¹⁾, 柿木信重¹⁾, 鴨志田敏郎¹⁾,
平井信二¹⁾, 谷中昭典²⁾

症例は60歳女性。201X年6月検診の胸部X線、CTで両側肺門リンパ節腫脹を指摘され、当院呼吸器内科を紹介受診。ACE高値、sIL-2R高値で、サルコイドーシスが疑われ気管支鏡下生検にて類上皮細胞肉芽腫を認め、サルコイドーシスと診断された。同年9月肝機能障害を近医で指摘され、当科紹介受診。造影CTでは膵頭部に動脈優位相で周囲の膵実質よりも造影効果の悪い15mm大、13mm大の腫瘍性病変がみられ、門脈優位相～遅延相にかけて増強された。脾腫、サルコイドーシス、悪性リンパ腫が鑑別に挙げた。EUSにて描出された膵頭部の15mm大の低エコー腫瘍にEUS-FNAを施行、病理では、悪性所見を認めず炎症細胞が浸潤した脾組織片に類上皮組織球の小集簇集がみられサルコイドーシスを含む肉芽腫性炎症と診断された。201X+1年6月のMRIでは膵頭部腫瘍は消失し、その後の腹部エコーとMRIによる経過観察では再発所見を認めず経過している。また両側肺門リンパ節腫脹は201X+1年1月以降縮小傾向を認め、脾病変の病勢と一致しており、一連の経過から膵頭部にみられた腫瘍は膵サルコイドーシスと考えられた。膵サルコイドーシスは稀な疾患であり、サルコイドーシス剖検例の3%程度とされている。今回の症例では画像所見上脾腫との鑑別が困難であった。侵襲が小さいEUS-FNAによる悪性所見を否定し、診断の一助となった膵サルコイドーシスの一例を経験したので報告する。

膵サルコイドーシス, EUS-FNA

がん・感染症センター都立駒込病院 消化器内科¹⁾,
同 内視鏡科²⁾,
来間佐和子¹⁾, 高雄暁成¹⁾, 柴田理美¹⁾, 千葉和朗¹⁾, 大西知子¹⁾,
菊山正隆¹⁾, 小泉浩一¹⁾, 田畑拓久²⁾, 荒川丈夫²⁾, 門馬久美子²⁾

脾仮性嚢胞ないに動脈瘤を形成することは知られているが、今回我々は脾仮性嚢胞内の動脈瘤をEUSで観察しえた症例を経験したので報告する。症例は60才 男性。主訴は上腹部痛。200X-11年に急性脾炎の既往があり、脾仮性嚢胞、慢性脾炎のため定期的に経過観察をしていた。200X年10月上旬より上腹部痛を自覚していた。同年10月中旬に定期検査で施行したCTにて脾仮性嚢胞の増大を認めた。上腹部痛は改善傾向だったが、嚢胞増大の精査のため11月上旬にEUSを施行した。EUSでは脾体部に2.5cmほどの類円形の低エコー領域を認め、中心部が12mm大の無エコーの領域を認めた。無エコー域はドップラーで明瞭に血流を認め、動脈瘤と考えられた。また、主乳頭から出血を認めhemorrhagic pancreatitisを認めた。直後に施行したCTでは嚢胞は前回より増大し、単純CTで内部が高吸収になっており、嚢胞内に血腫を形成していた。内部に1.2cm大の低吸収領域があり、同部位は動脈相から濃染され、脾動脈と連続しており、脾動脈瘤と考えられた。同日、血管造影を施行し、脾動脈起始部に動脈瘤を認めコイル塞栓術を施行し、動脈瘤の血流は消失した。脾嚢胞の診断において、近年EUSが重要となっている。脾嚢胞のEUS観察で動脈瘤が発見された報告や、慢性脾炎の胃粘膜下腫瘍様腫瘍のEUS観察で動脈瘤が発見された症例の報告などがあり、動脈瘤診断においてもEUSでの観察が有用と考えられる。動脈瘤は発見後に迅速な治療が必要になることが多く、EUS診断が早期治療につながると思われる。

脾仮性嚢胞, 脾動脈瘤

杏林大学医学部付属病院
権藤興一, 土岐真郎, 北田修一, 後藤知之, 吉田 翼, 落合一成,
太田博崇, 渡邊俊介, 山口康晴, 森 秀明, 久松理一, 長濱清隆,
下山田博明, 柴原純二

症例は60歳代男性。3ヶ月ほど前から心窩部痛、食不振を自覚し、最近になって皮膚黄染を指摘され当院受診。血液学的検査所見にて肝胆道系酵素の上昇、腹部造影CTで遠位胆管の狭窄像と上流胆管及び肝内胆管の拡張を認めたが、脾管の拡張は認めなかった。脾はびまん性に腫大していたが、IgG4は26.2mg/dlと正常で、腫瘍マーカーはDUPAN-2が1318U/mlと高値であった。画像所見から自己免疫性脾炎 (以下AIP)、硬化性胆管炎を考え、第2病日にERCPを施行した。脾管造影では頭部から尾部までびまん性の主胆管狭窄像を認め、胆管造影では遠位胆管に限局した24mm長の狭窄像を認め内視鏡的胆管ドレナージ術を施行した。胆管狭窄部より生検、ブラシ細胞診を施行したが悪性所見は認めなかった。第15病日に脾腫の鑑別、自己免疫性脾炎の確定診断目的で超音波内視鏡下穿刺吸引法 (以下EUS-FNA) を施行した。脾は全体的に腫大していたが、脾管の途絶、拡張は認めず、腫瘍性病変も認めなかった。EUS-FNAでは悪性所見、IgG4陽性形質細胞浸潤やstriform fibrosis、閉塞性静脈炎所見も認めなかった。リンパ球主体の炎症細胞浸潤の所見、画像上、びまん性脾腫大を認め、硬化性胆管炎の合併が考えられたことから、AIP疑診例と診断しPSL30mgで加療を開始した。第42病日の腹部造影CTでは脾腫大は軽快、DUPAN-2も正常化し退院となった。その後、胆管狭窄も改善し、胆管ステントの留置なしで黄疸の再発を認めていない。血清IgG4陰性AIP例はAIP全体の2-4割程度と報告されているが、陰性でも組織中には多数のIgG4陽性形質細胞を認める症例は多い。本症例のように、血清IgG4陰性及び病理学的にもIgG4陽性形質細胞を認めないAIP症例は稀であるが存在し、その特徴は明らかとなっておらず、今後も症例の蓄積が必要と考えられ、文献的考察を加えて報告する。

自己免疫性脾炎, IgG4

東京共済病院 消化器内科¹⁾, 同 外科²⁾,
草加市立病院 消化器内科³⁾,
東京医科歯科大学 消化器内科⁴⁾
荒崎怜以¹⁾, 梅村佳世¹⁾, 佐野自由¹⁾, 中村優美¹⁾, 鈴木雄一郎¹⁾,
矢内真人¹⁾, 穴戸華子¹⁾, 永山和宜¹⁾, 今城眞臣²⁾, 古山貴基³⁾,
円城寺 恩²⁾, 後小路士夫²⁾, 渡辺 守⁴⁾

【症例】多発性脳梗塞に対してアスピリン、心房細動に対してアピキサパンを内服中の78歳男性。約10年前より胃粘膜下腫瘍を指摘されていたが、無症状のため経過観察となっていた。2018年3月黒色便と冷汗を主訴に当院救急外来を受診し、血液検査でヘモグロビン8台への急激な貧血を認めたため、緊急上部消化管内視鏡検査をおこなった。胃体上部前壁に50mm大の隆起性病変を認め、口側に小潰瘍がみられたためクリッピング止血した。腹部CT検査で胃内腔に突出する内部低吸収値を示す最大径50mmの腫瘍を認め、脂肪腫が疑われた。超音波内視鏡では第3層に限局する境界明瞭で内部均一な高エコー像を呈し、脂肪腫に矛盾しない所見であった。生検では粘膜下層を採取できていたが腫瘍成分は得られなかった。再出血予防のため腫瘍切除が検討され、腹腔鏡・内視鏡合同手術(Laparoscopy and Endoscopy Cooperative Surgery, 以下LECS)がおこなわれた。術後経過は良好で、術後5日に退院した。切除した腫瘍の大きさは50×40×40mm、病理組織所見から成熟脂肪腫と確定診断した。【考察】「胃脂肪腫」「出血」をキーワードに1977年から2018年3月までの期間で医学中央雑誌を検索したところ、自験例を含めて52例であった。うちLECSで切除されたものは自験例を含めて2例のみであった。【結語】胃脂肪腫は良性疾患のため出血や通過障害等を来さない限り経過観察されることが多い。今回我々は出血を来した胃脂肪腫に対して、最も低侵襲と考えられるLECSにて治療したため、若干の文献的考察を加え報告する。

胃脂肪腫, 出血

済生会横浜市南部病院 消化器内科
濱 崇哲, 石井泰明, 佐藤博紀, 濱口智美, 遠藤和樹, 金丸雄志,
小野寺 翔, 西村正基, 亀田英里, 石井寛裕, 所 知加子,
菱木 智, 川名一朗

【症例】79歳男性【主訴】食思不振【現病歴】201X年2月頃から食思不振と心窩部痛が出現した。5月に前医にて腹部CT、上下部内視鏡検査が施行され、穹窿部の5mm大の広基性隆起病変に対して施行された生検にて胃NET G1と診断された。徐々に食事摂取量が低下し、3ヶ月で約7kgの体重減少を認めたため、精査目的にて当科紹介受診となった。胸部腹部CTを撮像したところ、およそ1か月前に撮像した前医のCTでは指摘できなかった多発肺転移、肝転移、骨転移を疑う所見を認めた。肺、肝転移病変からの生検が困難であったため、骨生検を施行したところ、比較的均一な小型の腫瘍細胞が充実性胞巣を形成し増殖している所見を認め、免疫組織学的にAE1/AE3陽性、Chromogranin A陽性、Synaptophysin陽性、TTF-1陽性であった。MIB-1標識率は50%程度であり、NET G3が考えられた。胃NETが原発巣であると考え、胃NETの加療を行う方針としたが、急激な全身状態の悪化により診断確定時にはPSは3まで低下していた。持続性ソマトスタチンアナログマイクロスフェア型徐放性製剤の投与を行ったが症状は改善しなかった。7月8日より38℃台の発熱を認め、血液培養からはEnterococcus faeciumが検出された。MEPM投与したが奏効せず、多臓器不全、意識レベルの低下を認め、7月24日に永眠された。【考察】胃NET G1の予後は比較的良好であることが知られている。本症例においても、前医での生検検体では核分裂像に乏しくNET G1であると診断され、CTでも転移は認めなかったため悪性度は低いものと考えられた。しかし、劇的な経過を辿ったことや、骨生検の結果がNET G3であったことなどから、胃NETに対する内視鏡下生検による病理診断の限界を考慮する必要がある。本邦ガイドラインでも病理診断において細胞量についての記載があるが、生検検体で十分な細胞量を得ることは困難な場合も多く、診断・治療に苦慮することもある。今回、内視鏡下生検によるNET G1の診断から急激に多発転移をきたした示唆に富むNETの1例を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

胃神経内分泌腫瘍, 多発転移

横浜市立大学附属病院 消化器内科
大西美沙, 金子裕明, 露木 翔, 桑島拓史, 山田博昭, 入江邦泰,
須江聡一郎, 佐々木智彦, 近藤正見, 前田 慎

【症例】65歳女性【現病歴】スクリーニング目的に前医で施行された上部消化管内視鏡検査(EGD)にて十二指腸球部に隆起性病変を指摘、2回にわたる生検でも診断に至らず当院に紹介受診となった。当院でのEGDでは、上十二指腸角近傍の十二指腸球部後面に12mm大の軽度発赤調の頂部を有する有茎性隆起性病変を認め、粘膜表面は頂部に一部陥凹を有するもの、上皮性腫瘍を示唆する所見は乏しかったため超音波内視鏡検査(EUS)を追加施行した。EUSでは腫瘍は第2層と連続する比較的均一なエコー像を主体とし、内部に一部微小な無エコー像を認めた。Sonazoidでの造影エコーは腫瘍内部に豊富な血流を認め、後血管相でも血流は残存していた。形態的な所見と併せBrunner腺過形成以外に、colonic mucosubmucosal elongated polyp, hamartomatous inverted polypなどの良性疾患が疑われたが診断には至らず、内視鏡的切除は可能な病変であったため、本人の同意のもと診断的治療目的に内視鏡的粘膜切除術(EMR)を施行する方針とした。EMRは型の如く施行され、術中・術後も穿孔や出血といった偶発症なく経過し予定通り術後4日目に退院した。病理組織学的検査の結果、Brunner腺の増生を主体とする病変であり、他に腺腫や過誤腫などの存在も組織学的に否定され最終的にBrunner腺過形成と診断した。その後経過中明らかな再発を認めていない。【考察】Brunner腺過形成は粘膜下層を主座として存在するために生検での診断は困難なケースも多く、十二指腸良性病変の生検による診断率は35%にすぎないとも言われる。これまでBrunner腺腫とされていたものはそのほとんどがBrunner腺過形成であるとされるが、一部には異型を伴って増殖する腺腫の存在も報告があり、また出血が治療契機となった報告例も散見される。本症例は症状なく指摘されたが、術前検査では診断に至らず、EMRを行うことでBrunner腺過形成の診断に至った症例を経験したために文献的考察を加えて報告する。

十二指腸, ブルネル腺過形成

埼玉医科大学 消化器内科・肝臓内科
牛山 毅, 中山伸朗, 鈴木隆信, 倉田隼人, 齊藤陽一, 浅見真衣子,
鷹野雅史, 瀧上 彰, 塩川慶典, 内田義人, 藤井庸平, 打矢 紘,
中澤 学, 安藤さつき, 菅原通子, 中尾将光, 本谷大介, 今井幸紀,
富谷智明, 持田 智

67歳の女性。1年前にC型肝硬変と判明し、同時期に乳癌の手術を受け、ホルモン療法を開始された。Child-Pugh GradeはB-Cで経過し、抗HCV療法は未施行であった。1日前の午後より下血に続いて吐血した。前医で十二指腸下脚の静脈瘤に湧出性の出血を認め、赤血球を計8単位輸血。内視鏡的結紮術(EVL)で止血後、当院に転院となった。血圧119/55 mmHg、心拍数115/分、意識JCS1-1。白血球14,960、赤血球374万、Hb 11.5 g/dL、血小板数5.3万、PT 62%, Alb 2.4 g/dL、TB 1.8 mg/dL、AST 88 U/L、ALT 55 U/L、アンモニア 80 μ g/dL、Cr 0.59 mg/dL。内視鏡検査では、十二指腸静脈瘤の結紮部位には潰瘍が形成され、O-リングは脱落していた。活動性の出血はなかった。腹部造影CTでは、十二指腸周囲に静脈瘤が認められ、その排水路は右腎静脈だった。肝脾周囲に少量の腹水が貯留していた。転院第3病日に、十二指腸静脈瘤に対して、B-RTOを実施した。右内頸静脈よりアプローチし、右腎静脈を経てシャント内にマイクロバルーンカテーテルを挿入。バルーン閉塞下にシャント造影したところ、十二指腸静脈瘤が描出され、5%EOを注入した。2日後の造影CTで十二指腸静脈瘤の血栓化を確認した。以後、消化管出血は見られなくなった。肝硬変に伴発する十二指腸静脈瘤は、ほとんどが本症例のように十二指腸下脚ないしは水平脚に出現する。出血例では、EVLで止血した場合、速やかな内視鏡的あるいはIVRによる追加治療が必要であり、B-RTOが成功した教訓的症例として報告する。

十二指腸静脈瘤, B-RTO

横浜市立市民病院 消化器外科¹⁾、同 病理診断科²⁾
 船津屋拓人¹⁾、高橋正純¹⁾、松島小百合¹⁾、大田洋平¹⁾、
 林 宏行²⁾

AFP産生胃癌は、肝転移が多く、予後不良であることが知られている。最近、肝細胞癌においてAFP高値例はVEGFRIIに作用して血管新生を抑制するラムシルマブ(RAM)が有効であることが示された。我々は今回AFP産生胃癌に対してRAM併用化学療法を施行した4例を経験したので報告する。

【症例1】61歳男性、T4aN2M1(HEP) cStageIVBに対して1次療法としてXelox 100療法、2次療法として局所放射線療法を併用したRAM 単独療法、3次療法としてTS-1療法を施行したのち、4次療法としてweeklyPTX+RAM療法を施行した。多発肝転移、多発リンパ節ともにPRと判定され、4次療法開始後140日間生存した。

【症例2】83歳男性、T4aN3M1(PER) cStageIVBに対して高齢で腎障害を認めたため、1次療法としてweekly nab-PTX+RAM療法を施行した。原発巣、多発リンパ節転移、播種病変ともにPRと判定され、1次療法開始後Xヶ月間生存中である。

【症例3】82歳男性、T4aN2M1(HEP) cStageIVBに対して、1次療法としてFOLFOX療法を施行したのち、2次療法としてweekly nab-PTX+RAM療法を施行した。2次療法開始後2ヶ月間治療継続中である。

【症例4】82歳男性、T3N2M1(HEP) cStageIVBに対して、1次療法としてSP療法を施行したのち、2次療法としてweeklyPTX+RAM療法を施行した。2次療法63日間施行後、多発肝転移病変、多発リンパ節転移病変ともにPRと判定されたが、発熱および咳嗽のため、2次療法中止し経過観察中である。

胃癌、ラムシルマブ

東京慈恵会医科大学附属第三病院 消化器肝臓内科
 福島弘隆、横田健晴、庄司 亮、石井彩子、石本詩子、山口るり、
 柴田恵子、廣瀬雄紀、三浦由紀子、今井那美、水野雄介、岩久 章、
 板垣宗徳、木下晃吉、木島洋征、小池和彦

【症例】42歳女性。本態性血小板増多症で他院より抗血小板薬を処方されていたが、入院2か月前より自己中断していた。201X年7月に腹痛を認め、4日後に当院救急部を受診した。腹部造影CTで上腸間膜静脈血栓を認め、同日入院となった。画像上、明らかな腸管虚血は認めなかった。血液検査上、血小板 71.3万/μL、LDH 294 U/L、PT-INR 1.15、APTT 36.3 sec、アンチトロンビン-III(AT-III)は検中であった。ヘパリンナトリウムと乾燥濃縮人アンチトロンビンIII製剤点滴を入院第1病日より開始した。後日AT-IIIは低下していなかったため、第4病日で乾燥濃縮人アンチトロンビンIII製剤点滴は終了した。第4病日の造影CTで血栓は門脈まで広がっており、動注血栓溶解療法を施行した。上腸間膜動脈に留置したカテーテルより、ウロキナーゼを第4から6病日まで24万単位/日、第7から9病日まで18万単位/日、第10から12病日まで12万単位/日使用した。第8病日の造影CTでは、血栓の増大は認めないものの、著明な縮小も認めなかった。動注カテーテルを抜去後、第13病日に転倒し頭部打撲をしたため、出血のないことを数日確認した。第15病日より深部静脈血栓に準じてリバーロキサパン30mg/日で開始し、その後退院した。リバーロキサパンは外来にて減量し、診断から44日後の造影CTで上腸間膜静脈から門脈の血栓はきれいに消失したことを確認した。【考察】上腸間膜静脈から門脈にかけての血栓に対して、集学的治療を施行し、血栓が消失した一例を経験した。上腸間膜静脈・門脈血栓に対しては有効性の認められた内服薬はないが、今回、内服コンプライアンスを考慮してリバーロキサパンを使用したところ著効したため、文献的考察を含めて報告する。

上腸間膜静脈血栓、リバーロキサパン

横須賀市立うまち病院 消化器内科
 西村眞生子、佐藤晋二、小宮靖彦、森川瑛一郎、秋間 崇、
 池田隆明

症例：29歳、女性。主訴：上腹部痛、嘔吐。既往歴：4年前に十二指腸潰瘍、鉄欠乏性貧血で治療を受けた。現病歴：数年前から特に誘因なく上腹部痛発作(嘔吐にて症状改善)が年に数回認められ、半年前から症状出現が頻回になった。201X年8月に同様症状が認められ近医を受診、精査治療目的で当科に紹介入院した。身体所見：身長158cm、体重44.5kg(10ヵ月で5kgの体重減少)、顔色不良、腹部は軽度膨隆、心窩部に圧痛を認めた。検査成績：WBC 4300/μl、RBC 502x10⁹/μl、Hb 9.2g/dl、Hct 32.8%、Plt 33.2x10⁹/μl、Fe 12μg/dl、TIBC 368μg/dl、フェリチン3ng/ml 臨床経過：原因精査のために施行したCTスキャンで、胃から十二指腸下行脚に著明な拡張所見が認められた。原因として腹部大動脈(Ao)と上腸間膜動脈(SMA)間での十二指腸水平脚の圧迫が疑われた。また、上十二指腸角(SDA)周囲の浮腫性壁肥厚と内部にガス像を認める壁の突出所見が認められ潰瘍の存在が疑われた。上部消化管内視鏡ではSDAに狭窄が認められ内視鏡の通過が困難であった。造影CTでは、SMA-Ao distanceが7mmと狭小で、SMA-Ao angleが18°と狭角度であり、SMA症候群による消化管通過障害を背景に、十二指腸潰瘍を合併した病態と考えられた。保存的治療による症状改善後の内視鏡で、SDAにH1 stageの潰瘍の存在が確認された。また十二指腸造影で水平脚での造影剤の流出障害が認められSMA症候群の背景が確定された。経口摂取を徐々に開始し、5分粥食まで症状の再発なく経過した。現在外来で、鉄欠乏性貧血に対する補充療法しつつ慎重に経過観察を行っている。考察：上腸間膜動脈症候群では消化性潰瘍の合併頻度が比較的高いといわれているが、その報告例は少ない。両疾患の合併に対する注意を喚起する上において本症例は示唆に富むと考え報告する。

上腸間膜動脈症候群、十二指腸潰瘍

独立行政法人国立病院機構 横浜医療センター 外科¹⁾、
 同 放射線科²⁾、東京女子医科大学 病理診断科³⁾
 川島捺未¹⁾、小暮 悠¹⁾、鶴丸裕司¹⁾、大石裕佳¹⁾、山本悠史¹⁾、
 荒木謙太郎¹⁾、森 康一¹⁾、中川和也¹⁾、清水哲也¹⁾、松田悟郎¹⁾、
 長嶋洋治²⁾、椎名丈城²⁾、関戸 仁³⁾

【症例】70歳、女性。【病歴】水泳中に突然発症した心窩部痛を主訴に当院へ救急搬送された。明らかな外傷のエピソードは認めなかった。【既往歴】肺塞栓症、両膝人工股関節置換後、高脂血症。【常用薬】抗血小板薬、抗凝固薬の使用はなし。【身体所見】体温36.1℃、血圧117/80mmHg、脈拍数80/分 末梢冷感あり、腹部平坦、板状硬、心窩部に著明な自発痛及び圧痛を認めた。【血液検査所見】Hb 12.6g/dlと貧血はなし、Lac 4.0mmol/Lと上昇を認めた。【画像検査所見】超音波検査にてモリソン窩に液体貯留を認めた。造影CT検査で胃小弯側に動脈瘤があり、周囲に造影剤の漏出を認めた。胃小弯側から臍腹動、大網にかけて血腫を認め、胃周囲、肝周囲、骨盤内には広範囲に血性腹水の貯留を認めた。【治療経過】胃動脈瘤破裂による腹腔内出血と診断し、緊急血管塞栓術を施行した。右胃動脈末梢に2個の動脈瘤を認めた。近位側の動脈瘤のコイル塞栓術を施行した。コイル塞栓後、遠位側の動脈瘤は造影不良となった。第5病日に施行した造影CT検査でコイル塞栓後の右胃動脈瘤は血流消失していたが、遠位側の動脈瘤は左胃動脈からの血流で造影された。外科的処置が必要と判断し、第11病日に左右胃動脈瘤切除術を施行した。小弯側に2個の動脈瘤を確認した。右胃動脈瘤はすぐ中核で結紮切離した。左胃動脈瘤は周囲と一塊になっており左胃動脈を一括して結紮切離した。手術時間1時間6分、出血20ml。術後経過は良好であり第17病日に退院した。病理診断で中膜の血管解離像を認め分節性動脈中膜溶解(segment arterial mediolysis, SAM)による動脈瘤と診断した。腹部内臓動脈瘤は比較的稀な疾患であり、近年この成因にSAMという概念が提唱されている。今回SAMによる左右胃動脈瘤破裂の1例を経験したので若干の文献的考察を加えて報告する。

胃動脈瘤破裂、SAM

東京慈恵会医科大学 消化器外科¹⁾,
同 糖尿病・代謝・内分泌内科²⁾, 同 消化器・肝臓内科³⁾
松本 恰¹⁾, 佐々木茂真¹⁾, 仲 千尋²⁾, 原興一郎³⁾, 木下勇次³⁾,
野口正朗³⁾, 衛藤 謙¹⁾, 猿田雅之³⁾, 宇都宮一典²⁾, 矢永勝彦¹⁾

【症例】77歳、男性【主訴】腹痛【現病歴】2018年7月、人工関節置換術前の血糖コントロール目的に入院中、嘔吐・下痢症状を認めその後、血圧低下、徐脈によるショックバイタルでICU入室となった。CT等の精査からは循環器、呼吸器、脳神経学的に明らかな原因は認めなかった。消化器症状、徐脈、血圧低下、縮瞳、ネオスチグミン臭化物の長期内服、コリンエステラーゼの低値よりコリン作動性クリーゼによるショック状態と診断。人工呼吸器管理、昇圧剤投与、アトロピンを4日間投与しショック状態から離脱しICU入室後6日後一般病床に転床となった。転床後はADL低下に伴い腸管蠕動低下で麻痺性イレウスとなった。腹圧が弱く、また肛門機能は良好のため便秘が増悪した。経肛門的にドレーナージを施行したが、転床後30日後に再度血圧低下を認めショックバイタルのためICU管理となった。精査の腹部CTではS状結腸が拡張して、直腸に多量の便塊を認めた。ICU入室3日後に突然の腹痛を認め、再度腹部CTを施行した所、腹腔内に多量のfree airを認め、S状結腸穿孔の疑いで緊急手術となった。【身体所見】腹部：膨満 下腹部に圧痛を認めた【手術所見】S状結腸の拡張と穿孔を認めた。【病理所見】全長に渡り縦走潰瘍を認め、最深部は漿膜下層まで達していた。【考察】ネオスチグミン臭化物によるコリン作動性クリーゼの発症頻度は内服例の0.2%とされており、クリーゼ症例のうち39%は内服開始から2週間以内に発症しており、発症例の91%が61歳以上であったと報告されている。しかしネオスチグミン臭化物の88%が未変化のまま糞便中に排泄され、吸収された85.3%は腎排泄となる。これらより慢性腎不全、低栄養、脱水はクリーゼの危険因子とされており、便秘により腸管内停滞を起こしさらにクリーゼに悪影響するとの報告もある。今回の症例は糖尿病性の慢性腎不全があり、また低栄養、高齢、慢性便秘からコリン作動性クリーゼが発症したと考えられた。またショック後の麻痺性イレウスや糖尿病長期罹患により腸管血流が不良であり閉塞性腸炎が生じ、穿孔に至ったと考えられた。

コリン作動性クリーゼ、腸穿孔

イビリムマブ投与中に発症した免疫関連有害事象である大腸炎に対し、インフリキシマブが奏効した悪性黒色腫の一例

慶應義塾大学病院 初期臨床研修医¹⁾, 同 消化器内科²⁾,
同 腫瘍センター³⁾
河 姫咲¹⁾, 津軽 開²⁾, 平田賢郎²⁾, 下嵯啓太郎²⁾, 戸ヶ崎和博²⁾,
須河恭敬²⁾, 林 秀幸³⁾, 浜本康夫³⁾, 高石官均³⁾, 金井隆典²⁾

悪性黒色腫cStage IV（肺転移、肝転移、第9胸椎・第2腰椎転移）に対し、2017年10月から化学療法を施行中であった。一次治療のダブラフェニブメシル酸塩（タフィニラー）、トラメチンブジメチルスルホキシド付加物錠（メキニスト）の併用化学療法は、Grade 3のぶどう膜炎を発症したため2ヶ月で不耐、二次治療のニボルマブは、腋窩リンパ節転移増大のため3ヶ月で不耐となっていた。X-58日から三次治療のイビリムマブ（3mg/kg、3週間おき）を投与開始し、2コース終了していたが、X-3日よりGrade 4の鮮血を伴う水様性下痢を認め、X日に来院した。腹部造影CTにて回腸末端、全大腸に渡る炎症所見を認め、同日入院とした。X+1日に実施した下部消化管内視鏡検査では、回腸末端、全大腸における血管透見像の消失、細顆粒状粘膜、浅いびらんを認めたが、一部正常粘膜も認めた。以上の検査所見から免疫関連有害事象（irAE）による大腸炎を疑い、X+1日からブレドニゾロン70 mg/日を3日間投与したが、十分な改善を得られなかった。X+4日、インフリキシマブ（IFX）5mg/kgを投与したところ、明らかに改善し、X+8日には水様性下痢はGrade1まで、炎症反応もほぼ正常範囲まで改善した。患者はPSL 30mg/日まで漸減しても再燃なく経過していたため、X+13日に退院とした。irAEによる大腸炎に対しては、初期にはステロイドによる加療を行うことが推奨されているが、効果が乏しい場合にIFXの投与にて奏効した症例が近年複数報告されている。本症例のようにPSL抵抗例ではIFXへの早期の切り替えが肝要な可能性がある。

免疫関連有害事象、大腸炎

東京都済生会中央病院 消化器内科
西岡薫, 田沼浩太, 林 智康, 小川 歩, 青木 優, 星野 舞,
上田真裕, 三枝慶一郎, 岸野竜平, 酒井 元, 船越信介,
中澤 敦

【症例】22歳男性【主訴】腹痛【現病歴】当院入院約8週間前より心窩部痛あり、約5週間前より右腰背部痛も認めたため、前医受診した。腹部エコーで尿管結石は指摘できなかったが右水腎症を認め、ウラジロガシエキス内服で経過観察となった。しかし症状改善乏しく、2週間前に当院泌尿器科紹介受診。同時期より発熱、頭痛、下痢、血便、体重減少あり、当院内科紹介受診となった。【既往歴】特記事項なし【生活社会歴】大学院生、飲酒、喫煙：なし、アレルギー：なし、内服薬：なし【身体所見】意識レベルJCS 0、呼吸数：16回/分、心拍数：99回/分・整、血圧：114/66mmHg、体温：38.1度、SpO2：98%（Room Air）、腹部：平坦軟、腸蠕動音亢進減弱なし、下腹部正中に自発痛・圧痛あり、反跳痛あり、腹膜刺激徴候あり、McBurney圧痛点あり、背部：肋骨脊柱角部叩打痛なし、肛門部：明らかな外痔瘻を認めず、直腸診で痔核触知もなし【入院後経過】腹部エコーと造影CTにて右水腎症、回腸遠位部に腸管壁肥厚および腸管外に炎症性腫瘍形成、膿瘍を疑う低吸収域を認め、腹腔内膿瘍を合併したクローン病を疑い消化器内科入院、禁食、4週間の抗菌薬加療開始とした。第3病日に下部消化管内視鏡検査施行し、回腸末端の病理検体より非乾酪性類上皮細胞肉芽腫を認め、消化管の広範囲に潰瘍、びらんを認めたことからクローン病の確定診断となった。その後は禁食と抗菌薬による保存加療を継続し、第9病日より成分栄養剤とメサラジンを開始した。第14病日の造影CTでは腹腔内膿瘍、水腎症ともに改善していた。若年の難治例であることから第31病日にインフリキシマブの初回投与を施行し、第32病日に経過良好で退院となった。【考察】クローン病では、腸管炎症が後腹膜へ波及し膿瘍などを形成し、尿管周囲に線維化を起こすために稀に水腎症を来すことがある。クローン病と泌尿器合併症について若干の文献を加え、考察する。

クローン病、水腎症

難治性潰瘍性大腸炎経過中に血球貪食症候群を契機に判明したT細胞性リンパ腫の一例

東京医科歯科大学 消化器内科
山田倫子, 秋山慎太郎, 堀田伸勝, 福田将義, 齊藤詠子, 藤井俊光,
岡田英理子, 大島 茂, 井津井康浩, 中川美奈, 岡本隆一,
土屋輝一郎, 柿沼 晴, 東 正樹, 永石宇司, 中村哲也, 長堀正和,
大塚和朗, 朝比奈靖浩, 渡辺 守

【目的】潰瘍性大腸炎（UC）の寛解維持療法として重要な役割を担う免疫調節薬は、悪性リンパ腫発症リスクを上昇させることが知られる。複数の免疫抑制剤抵抗性UCの経過中に、血球貪食症候群（HPS）を伴うT細胞性リンパ腫を発症した1例を経験したので報告する。【症例】68歳、女性。既往歴は、65歳で本態性血小板増多症と診断され、ヒドロキシカルバミドで加療していた。X-1年12月UCの再燃を認めステロイド、アザチオプリンを開始したが粘膜治癒には至らず、X年2月に中止した。同年3月から抗TNF- α 製剤を導入、4月より6-メルカプトプリン（6-MP）を開始するも一次無効であり中止した。6月にトファシニブに変更したが、治療に抵抗性であったため、タクロリムスに変更したところ、症状および内視鏡所見の改善が認められた。寛解維持目的に8月から6-MP、メサラジンを追加した。同年9月、腹痛、発熱を自覚、画像所見で肝脾腫を認めた。血液検査でフェリチン、sIL-2R、LDHの著増を認め、HPSを疑った。骨髓穿刺では、CD3+CD4+CD8-CD20-異型リンパ球の骨髓浸潤と血球貪食像が確認され、HPSを合併した肝脾T細胞性リンパ腫と診断した。【考察】本症例は、UCに対し複数の免疫抑制剤で加療中にHPSを合併した肝脾T細胞性リンパ腫を発症した症例であり、文献的考察を含めて報告する。

潰瘍性大腸炎、リンパ腫関連血球貪食症候群

肝S7部分切除後の病理診断にて、肝細胞癌＋細胆管細胞癌＋肝内胆管癌の混合肝細胞癌と診断された一例

地域医療機能推進機構 東京高輪病院
新沢賢樹, 池田真美, 原田庸寛, 中村真衣, 横山みどり, 伊原文恵, 小山広人

【症例】63歳男性, ベトナム人。【現病歴】ベトナムで4年前にB型肝炎と診断され, 内服加療を行っていた患者。201X年8月, AFP, PIVKA-II の上昇を認め, 201X+1年3月に腹部造影CTで肝S7に径14mm大の腫瘤を指摘された。日本での精査加療を希望され, 当院国際部を通じて当科紹介受診となった。T1N0M0の肝細胞癌の診断で, 201X+1年7月に腹腔鏡下肝S7部分切除を施行。慢性肝炎の所見を認めた。術後経過良好であり第8病日に退院となった。病理診断で, 15x11mm大の腫瘤形成を認め, 索状胆管形成を伴う腫瘍細胞と細胆管様の腫瘍細胞の連続性を認めた。また明らかな腺管形成部分。細胆管様部分ではCK7陽性であった。EMAは内腔側のみ陽性となる細胆管細胞癌(CLC)の成分と, 細胞質も陽性となる肝内胆管癌(CCC)様部分の分布を認めた。病理診断はhepatocellular carcinoma (HCC+CLC+CCC), 15x11mm, Nodular typeであった。【考察】我が国の原発性肝癌の90%以上が肝細胞癌(HCC), 約5%がCCC, HCCとCCCの両者の性質を持つ混合型肝癌(ChC)は約1%程度と言われている。本症例は, ChCにCLCの成分を含む, 極めて稀な組織型と考えられた。ChCは予後不良であることが知られており, 術後残肝だけでなくリンパ節や腹膜も含めた綿密なfollow upが必要である。

混合型肝癌, 細胆管細胞癌

右胃大網静脈および横行結腸間膜内の静脈腫瘍栓を認めた肝細胞癌腹膜播種の1切除例

杏林大学医学部付属病院 外科¹⁾, 同 病理学教室²⁾
野口ひかり¹⁾, 松本亮太¹⁾, 木庭露葉¹⁾, 高木泰介¹⁾, 秋谷雅之¹⁾, 大森嘉彦²⁾, 小暮正晴¹⁾, 鈴木 裕¹⁾, 正木忠彦¹⁾, 森 俊幸¹⁾, 阪本良弘¹⁾, 柴原純二²⁾, 阿部展次¹⁾

アルコール性肝硬変、食道静脈瘤で治療歴のある48歳男性。当院消化器内科にて肝細胞癌に対して、TACEおよびRFAで複数回の治療歴あり。内科的治療後の経過観察中、腹部超音波にて肝S5表面から肝外に突出し増大傾向を示す腫瘍を認めた。ダイナミックCT検査では、S5にTACE後のlipiodol集積を認め、その腹側に早期濃染され、門脈相、および平衡相でwashoutされる3cm大の腫瘍を認め、MRIのT1強調画像では周囲肝よりやや低信号域、T2強調画像・拡散強調画像では高信号を示し、造影下では早期濃染・washout・肝細胞相で造影不良域を呈していたため、肝細胞癌と診断した。腫瘍の位置などからTACEやRFAによる内科的治療は困難と判断され、切除目的に消化器外科を紹介受診。画像上、腹水はなく、血液検査上、Child-Pugh A, ICG-R15 22%台であり、肝部分切除術は耐術可能と判断し手術の方針とした。開腹すると、肝下面に大網の癒着を認め、肝外に突出する3cm大の腫瘍を認めた。腫瘍は肝外に発育しており、肝被膜を有しておらず、肝細胞癌の腹膜播種と診断した。また、腫瘍に癒着した大網の静脈を介して横行結腸間膜まで進展した静脈腫瘍栓を認めた。術中超音波検査で、横行結腸静脈や胃結腸静脈幹及び上腸間膜静脈内に腫瘍栓の進展を認めないことを確認し、肝S6部分切除術と静脈腫瘍栓を認めた大網及び横行結腸間膜の一部を合併切除した。術後は大きな合併症なく経過し、第15病日に軽快退院した。病理学的検査では、腫瘍は中～低分化の肝細胞癌で、大網への浸潤と著明な静脈内腫瘍栓を認めた。肝細胞癌の腹膜播種の頻度は、剖検例において約17%と報告されているが、腹膜播種から周囲の静脈へ進展し、腫瘍栓を生じる例は非常に稀であり、我々が検索し得た範囲では、自験例以外では1例のみであった。今回我々は、肝細胞癌腹膜播種から生じた静脈腫瘍栓の1切除例を経験したため報告する。

肝細胞癌腹膜播種, 静脈腫瘍栓

食道静脈瘤破裂を契機に診断された原発性胆汁性胆管炎の2例

筑波記念病院
勝山陽太, 添田敦子, 大塚公一朗, 岩井健太郎, 小林真理子, 越智大介, 池澤和人, 臺 勇一

原発性胆汁性肝硬変は、2016年に原発性胆汁性胆管炎 (primary biliary cholangitis: PBC)へと名称変更された。今回我々は、肝硬変 (LC) に至らない病期にも関わらず、食道静脈瘤破裂を初発症状として診断し得たPBC2例を経験したので報告する。【症例1】50代女性。これまで健診で肝機能値異常を指摘されたことはなかった。夕食中に突然、大量の鮮血吐血があり当院へ搬送された。上部消化管内視鏡検査 (EGD) にて食道静脈瘤破裂と診断し、食道静脈瘤結紮術 (endoscopic variceal ligation: EVL) を施行した。血液検査ではPLT 17.6万/μL, ALP 1467U/L、抗核抗体(ANA) 640倍 (核膜型)、抗ミトコンドリアM2抗体400倍以上を示した。肝生検では非化膿性破壊性胆管炎 (chronic non-suppurative destructive cholangitis: CNSDC) は認めなかったが、類上皮肉下腫や小葉間胆管の消失がありScheuer 1-2期のPBCと診断した。【症例2】80代女性。暗赤色の大量吐血のため当院へ搬送された。EGDでは白色栓を伴う食道静脈瘤を認めEVLを施行した。血液検査ではPLT 10.6万/μL, ALP 818U/L、抗核抗体1280倍 (CENTROMERE)、抗ミトコンドリアM2抗体270.3倍であった。肝生検にてCNSDCを確認し、Scheuer 2期のPBCと診断した。【考察】PBCの進展様式は(1)緩徐進行型、(2)門脈圧亢進症先行型、(3)黄疸肝不全型の3型に分類できる。今回の2例はいずれも非LCであったため(2)門脈圧亢進型と判断した。【結語】PBCではLCでなくとも食道静脈瘤を形成する可能性があるが、吐血を契機に初診で遭遇することがあり、文献的考察を加えて報告する。

食道静脈瘤破裂, 原発性胆汁性胆管炎

腹腔鏡下胆嚢摘出術時の総肝管損傷・右肝動脈切離に対して肝右葉切除を施行した症例

群馬大学 医学部 附属病院
奥山隆之, 新木健一郎, 石井範洋, 塚越真梨子, 五十嵐隆通, 田中 寛, 渡辺 亮, 久保憲生, 播本憲史, 調 憲

【背景】腹腔鏡下胆嚢摘出術 (LC) における術中胆管損傷は約0.6%と報告され (日本内視鏡外科学会調査) 注意すべき合併症である。今回我々は、LC時の胆管損傷に対して肝右葉切除を要した症例を経験したので報告する。【症例】66歳、男性。前医にて胆石性胆管炎に対してLCを施行。術直後より経皮経肝胆道ドレナージを施行。術後29病日に当科紹介となり、手術ビデオと血管造影所見より右肝動脈も術中に切離されたことが確認された。3DCTや血管造影で右葉の動脈血流は左肝動脈から肝門板を介してのみであった。胆管損傷が高位で、胆管空腸吻合時に胆管のトリミングによって肝右葉への動脈血流が失われる可能性があり、肝右葉切除+胆道再建術を企図した。肝胆道系酵素は紹介時から術前までAST/ALT:60~150U/L, ALP:700~1400U/Lで推移。術直前評価でT-Bil:0.7mg/dl, Alb:3.7g/dl, ICG-R15:12.4%であった。機能的残肝容積から右門脈塞栓術を行い、肝右葉切除+胆道再建術を施行した。手術所見は、肝門部を剥離すると胆汁漏による感染巣が露出しこれを除去した。胆管は左右分岐部で切断されており左肝管断端が露出した。右門脈切離後に右葉切除を行い、左肝管と胆管空腸吻合を行った。手術時間467分、出血量46mlであった。術後問題なく第16病日で退院。術後4か月で胆管炎を発症したが保存的加療で軽快し、以降は肝胆道系酵素正常値で経過良好である。【考察】本症例は右肝動脈を損傷しており再手術で胆管空腸吻合のみを行った場合、肝門板経由の左右肝動脈交通枝を断断する可能性があり、術後の胆汁漏や右葉の肝膿瘍、晩期的には胆管炎や胆管狭窄による重篤な後遺症を回避する為に右葉切除を選択した。過去にも胆管損傷で右葉切除を要した症例が報告されている。胆管損傷は良性疾病であることが多く右葉切除を行う場合は肝予備能や解剖把握を含め十分に適応を検討するべきと考えられた。【結語】LC時肝管損傷に対して肝右葉切除を要した症例を経験した。文献的考察とともに報告する。

術中胆管損傷, 肝右葉切除

横浜労災病院 消化器内科¹⁾、同 内視鏡部²⁾
遠山翔太¹⁾、白鳥 航¹⁾、加藤ゆり¹⁾、芹澤 奏¹⁾、宮崎夏菜美¹⁾、
八木 伸¹⁾、森久保尚美¹⁾、尾崎杏奈¹⁾、辻川真太郎¹⁾、北村英俊¹⁾、
鈴木雅人¹⁾、内山詩織¹⁾、金沢憲由²⁾、関野雄典¹⁾、川名憲一²⁾、
永瀬 肇¹⁾

免疫チェックポイント阻害薬は自己免疫疾患関連副作用(Immune-related Adverse Events:irAE)を起こすことが報告されている。今回我々はirAEの重症肝機能障害をきたした2例を経験したため、文献的考察を加えて報告する。症例1は82歳男性。直腸原発の悪性黒色腫肝転移に対して1st-lineとしてニボルマブ10コース施行し、2nd-lineとしてイビリマブ250mg(3mg/kg)の投与を開始した。2コース目day11頃から倦怠感と食事摂取低下が出現し増悪したため、day15に外来を予約外受診した。意識状態の悪化や皮膚黄染、羽ばたき振戦を認め、血液検査でAST 4643, ALT 3041, T-bil 5.29, PT% 17, NH3 349と肝機能障害を認め、irAEによる劇症肝炎の診断となった。イビリマブを中止したが、肝障害は改善せず翌日に死亡した。症例2は70歳男性。尿管管癌の左腎尿管全摘除術後に1st-lineとしてゲムシタビン・シスプラチン療法を16コース施行した。2nd-lineとしてペムブロリズマブ200mgを投与開始したが、4コース目終了後の血液検査でAST 1460, ALT 1069, T-bil 4.65, PT% 35, NH3 138と肝機能障害を認めた。各種検査から他の原因による肝機能障害が否定され、irAEによる急性肝炎重症型と診断された。直ちにペムブロリズマブを中止しメチルプレドニゾン100mg(2mg/kg)を投与開始したところ、肝機能障害は速やかに改善しステロイド減量後も再燃なく推移した。今後、免疫チェックポイント阻害薬の普及に伴い様々なirAEの症例を経験する機会が増えると考えられ、時に致命的な経過を取り得る可能性もあるため、早期の診断と治療が重要である。

irAE, 免疫チェックポイント阻害薬

虎の門病院 消化器内科¹⁾、同 消化器外科²⁾、
同 病理部・病理診断科³⁾
山重大樹¹⁾、田村哲男¹⁾、河野優子¹⁾、小山里香子¹⁾、今村綱男¹⁾、
小林祐太²⁾、橋本雅司²⁾、伊藤慎治³⁾、藤井丈士³⁾

【はじめに】胆嚢原発の神経内分泌癌(Neuroendocrine carcinoma: NEC)は稀な疾患であり、早期に浸潤・転移を来すため予後不良である。今回、私たちは超音波内視鏡検査(EUS)にて特徴的な所見を有し術前に胆嚢NECを想起し得た症例を経験したので報告する。【症例】50代男性。大酒家。アルコール性肝硬変で通院中。スクリーニングの腹部超音波検査(US)で胆嚢壁肥厚を認めた。2ヶ月後の再検で壁肥厚は低エコー結節となっていた。EUSでは胆嚢底部に30mm大の内部不均一な低エコー結節を認め、血流シグナルを有していた。病変は胆嚢壁の低エコー層と連続しており、粘膜下腫瘍様の像を呈していた。内側高エコー層はやや顆粒状に内腔へ突出しているが断裂はみられなかった。外側高エコーに明らかな途絶を認めなかった。CTでは胆嚢底部に境界明瞭な腫瘍性病変を認め、さらに傍大動脈リンパ節が複数腫大しておりリンパ節転移と考えられた。以上から、通常の胆嚢癌ではなく胆嚢内分泌腫瘍や多臓器癌胆嚢転移、悪性リンパ腫がより疑われた。肝硬変等のリスクはあるもののご本人と相談の上、組織型診断の目的に腹腔鏡下胆嚢摘出術を行った。病理診断は、NECであり一部に腺癌成分を伴っていた。ゲムシタビン・シスプラチン併用全身化学療法を施行し、術後8ヶ月現在生存中である。【考察】胆嚢NECの報告数は少なく、特徴的な症状や画像所見に乏しいことから、多くの症例が術後の病理診断で確定診断されている。本症例のように粘膜下腫瘍様の形態を呈し著明なリンパ節転移を伴う場合は胆嚢NECを念頭に置き、適切な化学療法選択のために積極的に組織診断を検討すべきである。

胆嚢癌, 神経内分泌腫瘍

青梅市立総合病院 消化器内科
森川翔太郎、伊藤ゆみ、濱野耕耕、武藤智弘、金子由佳、
渡辺研太郎、上妻千明、遠藤 南、野口 修

【背景】近年分子標的薬などの新規薬物が開発されてきた。一方で分子標的薬による薬剤性肝障害が報告されている。【症例】58才男性。左腎細胞癌(cT3a 転移性肺腫瘍)で泌尿器科通院中であった。X年5月7日よりパゾパニブ内服開始され、X年7月2日に心窩部痛と嘔気を主訴に救急外来を受診された。T-Bil 4.2 mg/dL, AST 227 U/L, ALT 505 U/Lと肝胆道系酵素の上昇を認め、同日に当科入院となった。画像検査で肝胆道系酵素上昇の原因となる明らかな閉塞転移は認めず、ウイルス性肝炎、自己免疫性肝炎、原発性胆汁性胆管炎やCMV、HSV、EBVによる肝機能障害は否定された。白血球増多や好酸球増多は認めなかった。入院第4病日に行った肝生検では小葉内の肝細胞の脱落が少数散在性に見られ、中心静脈周囲領域を中心に肝細胞内胆汁うっ滞像が目立ち薬剤性肝障害が示唆された。パゾパニブによる薬剤性肝障害(混合型)が疑われ、DDW-J2004 薬剤性肝障害ワークショップのスコアリングで総スコア5点であった。また有痛性甲状腺腫大、及び甲状腺機能亢進から亜急性甲状腺炎の合併を入院時より認めた。被疑薬中止後、薬剤性肝障害と亜急性甲状腺炎に対して第6病日よりPSL 30mg/日を開始して第8病日より甲状腺機能亢進の改善と前頸部疼痛の改善が得られた。T-Bilは15.4 mg/dLまで上昇したため第11病日よりUDCA、第12病日より茵陈蒿湯を追加したところ、第16病日より肝胆道系酵素の低下が得られた。退院後外来にてステロイドの漸減を行うつつ経過観察中であり肝胆道系酵素の上昇は認めない。【考察】パゾパニブはマルチロシキナーゼ阻害薬であり腎細胞癌の第一選択薬の一つである。副作用として薬剤性肝障害が報告されている。本症例では肝生検で小葉内の肝細胞破壊と肝細胞内胆汁代謝障害が主体でありパゾパニブによる薬剤性肝障害と診断された。Grade4の肝障害は遷延すると報告されており、本症例も同様の経過を辿り休薬後も肝障害は遷延した。【結語】パゾパニブによる薬剤性肝障害は注意すべき副作用の一つであり慎重な観察が必要である。

薬剤性肝障害, パゾパニブ

獨協医科大学 第二外科
片柳翔太、白木孝之、荒川尚士、多胡和馬、清水崇行、朴 景華、
原田庸貴、櫻岡佑樹、森 昭三、磯 幸博、青木 琢、
窪田敬一

症例は74歳女性、X-5年に早期胃痛に対して腹腔鏡補助下幽門側胃切除を施行。その際に臍体部表面に白色の結節を認め、術中に腫瘍核出術を同時に施行した。病理結果ではクロモグラニンAが陽性であり、神経内分泌腫瘍(NET)の診断となった。胃癌はstageIAであり、その後は外来で定期フォローのみ行われていた。術後5年が経過したため、内視鏡検査を含め各種検査を施行することとなった。上部消化管内視鏡検査上、吻合部に潰瘍性病変を認め、同部位の生検結果は腺癌ではなく神経内分泌癌疑いであった。CT上では臍体部に約5cmの境界不明瞭な腫瘍を認め、また、腫瘍は脾静脈から門脈にいたる腫瘍栓を形成しており、治療方針を決定する上で組織学的分類が非常に重要となった。初発の膵腫瘍はNETの診断であること、今回の生検結果ではKi67は25%と低分化型NECとしてはやや陽性率が低いこと、生検検体が小さく診断確実性に乏しいことから、より確実な診断を行うためにEUS-FNAを施行することとなった。EUS-FNAでの組織診断の結果、CD56、シナプトフィジン陽性、クロモグラニン陽性、Ki67は10%陽性であり、NETG2の診断となったため、外科治療を選択する方針となった。

考察 神経内分泌腫瘍は腫瘍の分化度とKi67のパーセンテージによってG1-3、NECに分類され、NECの場合にはその悪性度の高きから手術は適応にならないことが多い。今回我々は、治療方針を決定するにあたり、分化度とKi67の数値による分類を適格に行うために、EUS-FNAを施行し診断に至った症例を経験したため、文献的考察を加えて報告する。

膵神経内分泌腫瘍, EUS-FNA

順天堂大学医学部附属練馬病院 総合外科¹⁾、

同 病理診断科²⁾

阪口響子¹⁾、黒田 悠¹⁾、井 祐樹¹⁾、禰寝重史¹⁾、山田衣里佳¹⁾、
岩永直紀¹⁾、高橋 敦¹⁾、関口泰弘¹⁾、関根悠貴¹⁾、市川悠子¹⁾、
市川亮介¹⁾、宮野省三¹⁾、渡野遼都雄¹⁾、町田理夫¹⁾、北島俊顕¹⁾、
須郷広之¹⁾、兄島邦明¹⁾、長瀬駿介²⁾、小倉加奈子²⁾、松本俊治²⁾

【はじめに】脾退形成癌は脾癌全体の0.25%と非常に稀である。今回、結腸浸潤を認めた脾退形成癌の1例を経験したので文献的考察を加えて報告する。

【症例】68歳女性。左側胸部痛を主訴に近医の整形外科を受診した。胸椎圧迫骨折の既往があり腰椎MRI検査を行ったところ、左横隔膜直下に腫瘍を認めためた当院紹介受診となった。受診時の血液検査では腫瘍マーカーCEA 530.6 ng/ml、CA15-3 179 U/ml、DUPAN-2 15000 U/mlと上昇を認め、腹部CT検査では、左横隔膜下に脾体尾部・脾臓と一塊となった囊胞成分を含む径14cm大の充実性腫瘍を認めた。また、大腸内視鏡検査では、脾胃曲部に結腸粘膜のびらんと進展不良部位を認め、腫瘍による結腸浸潤が疑われた。術前の画像診断よりSolid pseudopapillary tumor、あるいは粘液囊胞腺癌の疑いで脾体尾部切除術及び結腸合併切除術を施行した。腫瘍の剖面は灰白色・充実性で脾臓、結腸への直接浸潤を認めた。病理組織検査では上皮結合性の低下した紡錘形細胞の増生を認め、脾退形成癌(Spindle cell type)の診断であった。

脾退形成癌, Spindle cell type

腹部超音波検査(US)を契機に診断に至った充実性偽乳頭状腫瘍(SPN)の1例

伊勢崎市民病院 内科¹⁾、同 外科²⁾、同 病理診断科³⁾、
群馬大学附属病院 消化器・肝臓内科⁴⁾
高尾浩之¹⁾、清水雄大¹⁾、吉成夫希子¹⁾、高倉健太¹⁾、鈴木秀樹²⁾、
中島 希³⁾、増田 淳¹⁾、星 恒輝⁴⁾、浦岡俊夫⁴⁾

【症例】25歳、女性【主訴】上腹部痛【現病歴】X-2年に上腹部痛のため前医開業医初診、上部消化管内視鏡検査を受けたが異常なく経過観察、以降、間欠的腹痛を反復、X-4日、夜間に上腹部痛が再燃、X-2日前医再診、ポノプラザン、ブチルスコボラミンの処方を受けた。X-1日、症状改善せず前医再診、腹部US施行も異常なし。X日、精査目的に当科紹介受診。【既往歴】2歳 川崎病、18歳 EBウイルス感染症【身体所見】身長157cm、体重43kg、腹部：平坦軟で腫瘍を触知せず、心窩部の自発痛、圧痛あり【経過】血液検査ではNSEの上昇を認めるほか明らかな異常なし。腹部超音波検査判定マニュアルに従いUS再検。脾尾部から脾門部を主座とする、内部に大小囊胞構造を伴う境界明瞭で輪郭整な類円形腫瘍を認めた。造影CTでも同部位に長径80mm大の内部造影不均一な腫瘍を認めた。MRIではT2強調画像で腫瘍内部には斑状に高信号域を認め、一部には液面形成を認めた。造影US及び全身拡散強調画像では明らかな遠隔転移は認めなかった。腫瘍は囊胞成分に富むと考え、播種リスクを考慮し穿刺吸引細胞診は施行しなかった。画像からの鑑別としてSPNおよび脾神経内分泌腫瘍を挙げ、脾尾部脾臓合併切除術を施行。病理組織所見では好酸性の細胞質を持つ異型細胞が血管周囲に乳頭状に増生、免疫染色では β catenin(+), CD10(+), Synaptophysin(+), Chromogranin(-)であり、SPN pT2N0M0: Stage IB(脾癌取扱規規約第7版)と診断。切除断端は陰性であった。合併症なく退院し、外来にて経過観察中。【考察】SPNは20代後半の女性の脾体尾部に好発する稀な腫瘍であり、腹痛を主訴とすることがある。慢性的な間欠的腹痛を訴える患者に対しては、その低侵襲性からまず腹部USを行うことが多い。USの問題点である見逃しを減らすためにはマニュアルに従った系統的走査が勧められ、今回の病変の拾い上げにも効果的であったと考えられる。系統的走査の有用性について自験例を提示し報告した。

系統的腹部US、充実性偽乳頭状腫瘍(SPN)

藤沢市民病院 消化器外科

荻窪まどか、田 鍾寛、小倉巧也、伊藤 慧、豊田純哉、中堤啓太、
矢後彰一、佐原康太、南 裕太、岡 智、牧野洋知、
山岸 茂

＜背景＞リンパ上皮性囊胞(lymphoepithelial cyst ;LEC)は、比較的稀な良性真性囊胞である。一般的に無症状であり、予後は良好であるが、腫瘍マーカーの上昇を伴うことも多く、悪性腫瘍との鑑別が困難な場合がある。今回我々は、脾原発LECの一例を経験したため報告する。＜症例＞症例は51歳男性。腰痛と右下腿痛を主訴に前医を受診した。疼痛精査目的に撮影した脊椎MRI検査でL1～3の椎間板ヘルニアを認めた。その際の画像でTh12の椎体腹側に5cm大の腫瘍を指摘されたため、精査加療目的に当院を紹介受診した。胸腹骨盤造影CT検査では、脾頭部および門脈背側に微細石灰化を伴う造影効果を認めない類円形腫瘍を認めた。腹部MRI検査の脂肪抑制T2強調画像では高～低信号が混在しており、囊胞成分と充実成分の混在する病変と診断した。EUSでは、同腫瘍は脾との境界は比較的光明瞭で血流を認めないものの内部が不均一な低エコー腫瘍として描出された。PET-CTでは同腫瘍に有意な集積を認めず、123I-MIBGでは両側副腎に異常集積を認めなかった。血液検査ではCEA9.8 U/mL、CA19-9 105.8 U/mLと腫瘍マーカーの上昇を認めた。以上の所見から悪性腫瘍を必ずしも否定できなかったため、十分な説明と同意の下、手術の方針とした。手術は開腹腫瘍摘出術を行った。腫瘍は十二指腸背側から下大静脈前面、胆管右背側にかけ存在していた。術中迅速病理検査で悪性所見は認められなかったが、同腫瘍は脾実質と強く固着しており悪性の可能性も否定できなかったため、脾臓の一部合併切除しsurgical marginを確保した。術後病理検査では囊胞の内面は成熟した重層扁平上皮で被覆されており、リンパ上皮性囊胞と診断した。脾との強い癒着が認められたため、脾表面から発生したものと考えられた。術後は合併症なく順調に退院し、現在まで無再発生存中である。

＜結語＞LECは血液検査や画像検査のみでは診断困難な腹部腫瘍の一つであり、現時点では確定診断には手術が必要であることが多い。機能温存と根治性のバランスを考え、術式を検討する必要があると思われる。

脾尾部癌脾静脈浸潤により胃静脈瘤破裂を合併した一例

国立病院機構東京医療センター 消化器科

小山明日美、中里圭宏、窪澤陽子、茅島敦人、平井悠一郎、
木下 聡、森 英毅、藤本 愛、西澤俊宏、菊池真大

【症例】41歳女性【主訴】黒色便【現病歴】1か月ほど前から黒色便が持続し、前医を受診した。前医の血液検査でHb3.9g/dlと高度貧血と血小板減少を認めたため当院紹介受診になった。受診時の造影CTでは脾尾部に低吸収腫瘍と多発肝種流を認め、脾尾部癌および多発肝転移と診断した。貧血精査のため上部消化管内視鏡検査を施行し、胃穹窿部に噴出性出血を伴う胃静脈瘤を認めた。姑息的止血目的のため内視鏡的静脈瘤結紮術(EVL)を施行し止血が得られた。造影CTでは脾静脈が脾腫瘍で不明瞭化しており、脾静脈浸潤により左側門脈圧亢進症をきたしたことで胃静脈瘤が形成され、脾機能亢進もみられ、それによる血小板減少と考えられた。第3病日に部分的脾動脈塞栓術(PSE)を施行し、1週間後の上部消化管内視鏡検査では胃静脈瘤の緊満感の軽快を認めた。Hb、血小板は経時的に上昇し、全身状態も安定したため第13病日にGEM+nabPTXを開始することが可能となった。【考察】脾静脈閉塞による脾腫や門脈圧亢進症は急性脾炎や脾尾部に発生した漿液性囊胞腺腫などの良性腫瘍や浸潤性脾癌による報告もみられるが、血小板減少にまで至り消化管出血をきたした症例は稀であると考えられる。本症例では左側門脈圧亢進症により胃静脈瘤破裂だけでなく血小板減少も伴っていたため、化学療法への導入が困難であった。しかし、PSEにより胃静脈瘤破裂のリスクが低下し、血小板数も増加したことで化学療法を開始することができた。今回、脾尾部癌による胃静脈瘤破裂に対してPSEが有効であった症例を経験したため、若干の文献的考察を加え報告する。

脾尾部癌、胃静脈瘤破裂

日本大学 医学部 消化器肝臓内科学分野

藤田優紀, 鈴木 翔, 山田康嗣, 菊田大一郎, 武井章矩, 岩塚邦生, 高橋利実, 中河原浩史, 堀井敏喜, 市島諒二, 池原久朝, 山本敏樹, 小川眞広, 後藤田卓志, 森山光彦

【症例】55歳男性。【既往歴】49歳時から慢性肺炎と仮性脾嚢胞のため外来通院中である。【現病歴】突然意識を消失したため当院へ救急搬送された。来院時の血液検査でHb5.6g/dlの貧血、また経鼻胃管から黒色血性の排液を認め、上部消化管出血と診断し入院加療となった。【経過】入院時の腹部造影CT検査では胃内に造影剤の漏出を認めたが明らかな血管病変は認めなかった。緊急上部消化管内視鏡検査施行し、胃体上部小弯に噴出性の出血を認め、クリップにて止血し処置を終了した。しかし、入院第13病日および第14病日にも再度出血しショック状態となり、内視鏡的止血術を複数回施行したが止血できなかった。腹部造影CT検査を再検したところ、左胃動脈に仮性動脈瘤を認め、動脈瘤から胃内へ造影剤の漏出が確認された。内視鏡止血術は困難と判断し腹部血管造影を行い、左胃動脈から動脈瘤へ流入する血管を確認し、同部にコイル塞栓術を行った。その後は出血なく経過し、第31病日に退院となった。【考察】慢性肺炎は、脾仮性嚢胞や周囲血管の動脈瘤を形成し消化管出血を来すことがある。本症例は、経時的な造影CTの撮影により、仮性動脈瘤の増大が確認され出血源の同定に至った一例である。慢性肺炎に伴う脾仮性嚢胞内出血および仮性動脈瘤に関して若干の文献的考察を加えて報告する。

慢性肺炎, 仮性動脈瘤

横浜市立大学附属市民総合医療センター 消化器病センター外科¹⁾, 横浜市立大学 外科治療学²⁾, 渡邊勇人¹⁾, 國崎主税¹⁾, 千田圭悟¹⁾, 田中優作¹⁾, 佐藤 渉¹⁾, 佐藤 圭¹⁾, 宮本 洋¹⁾, 大佛智彦¹⁾, 湯川寛夫¹⁾, 利野 靖²⁾, 益田宗孝²⁾

症例は57歳、男性。201X年、健診Xpにて食道憩室を指摘され、精査加療目的に当院紹介となった。EGD施行し、切歯35cm、胸部中部食道右壁に巨大食道憩室を認め、また、憩室内にヨード染色にて不染色を呈する0-IIc様病変を認めた。生検にてSquamous intraepithelial neoplasiaであった。食道造影検査では胸部中部食道右壁に85×48mm大の嚢状の造影剤貯留を認め、共通孔は22mmであった。CTでは同部位に内部に造影剤貯留を伴うCavityを認め、心膜、肺と接していた。無症状であったものの、内腔に上皮内腫瘍を疑われたため、手術の方針となった。手術は腹臥位、胸腔鏡下にて施行。第9肋間後腋窩線上をカメラポートとし、第5、7肋間中腋窩線上の計3ポートで開始した。憩室は腹側が広範に肺実質と癒着していたため、超音波凝固装置を用い、可及的に剥離した。食道との癒着を同様に剥離した後、切除のために第8肋間中腋窩線上に1ポート追加し、内視鏡で内腔を確認しながら自動縫合器で縫合切離した。Staple lineは縫合をかけ埋没させた後、Air leakageがないことを確認し、手術を終了した。最終病理結果は真性食道憩室で、悪性像は認めなかった。巨大胸部中部食道は稀であるため、若干の文献的考察を加えて報告する。

食道憩室, 胸腔鏡下

みなと赤十字病院 外科

野口毅朗, 鳥谷建一郎, 清水亜希子, 大矢浩貴, 須藤友奈, 中尾詠一, 有坂早香, 渡部 顕, 小野秀高, 馬場裕之, 阿部哲夫, 杉田光隆

症例は55歳女性。子宮頸癌に対して術前放射線化学療法後に広範子宮全摘術、両側付属器切除術、膀胱全摘術、両側尿管皮膚瘻造設術を施行した。施行後補助化学療法を半年間行った後再発なく経過されていたが、原発術後1年3ヶ月の腹部CT検査で脾門部の下極寄りに26mm大の多房性嚢胞性腫瘤を認め転移性脾腫瘍疑いで当科に紹介された。FDG-PETでは脾臓に一致したFDGの異常集積を認める以外に他に異常集積を認めなかった。以上より子宮頸癌の異時背性孤立性脾転移の診断で手術を施行した。手術は左肋弓下切開で開腹した。明らかな腹膜播種は認めず、脾臓摘出術を行った。手術時間は1時間47分、出血量は185ccで、第9病日に合併症なく退院された。最終診断は子宮頸癌の脾臓転移であった。脾臓切除術後9ヶ月再発は認めない。子宮頸癌孤立性脾転移は稀な疾患であり文献的考察も加えて報告する。

子宮頸癌, 転移性脾腫瘍

千葉大学大学院医学研究院 消化器内科学

横山雄也, 中川倫夫, 今井雄史, 大池 翼, 明杖直樹, 石川賢太郎, 太田佑樹, 對田 尚, 沖元謙一郎, 齊藤景子, 丸岡大介, 松村倫明, 新井誠人, 加藤直也

IgG4関連硬化性疾患は、血清IgG4高値と病変部への著明なIgG4陽性形質細胞浸潤を特徴とする疾患として知られている。自己免疫性肺炎を始めとして、様々な臓器での報告があるが、いずれも明確な診断基準は作成されておらず、また胃病変に関する報告は潰瘍性病変や胃粘膜下腫瘍など少数の報告に限られる。今回は自己免疫性肺炎に追って合併したIgG4関連胃腸症を1例経験したので報告する。

IgG4関連疾患, 自己免疫性肺炎

自治医科大学附属病院 消化器肝臓内科
北村昌史, 所 晋之助, 宮原晶子, 小林泰俊, 坂本博次, 矢野智則,
砂田圭二郎, 山本博徳

【背景】 原発性小腸癌は空腸ではTreitz靱帯から60cm以内の近位空腸に、回腸では回盲弁から60cm以内の遠位回腸に多く認めるとされる。また進行癌における肉眼型は短い狭窄が特徴の輪状狭窄型が最も多くとされている。今回有茎性腫瘍を呈し、腸重積を来した原発性遠位空腸癌を経験したため報告する。【症例】 44歳男性。1年前に繰り返す嘔吐下痢の症状で前医を受診したところ貧血を指摘された。上下部内視鏡を施行されたが、原因となる病変なく鉄剤内服で改善したため経過観察となった。1年後の健康診断で再度貧血を指摘され、腹部造影CTで小腸に腸重積様腸管を認めたため前医を紹介受診した。腸閉塞所見はなかった。前医でのカプセル内視鏡で有茎性の腫瘍性病変が確認されたため経口シングルバルーン内視鏡が施行されたが病変部まで到達できず、精査目的で当院に紹介となった。経口ダブルバルーン内視鏡を施行すると、幽門から170cmの遠位空腸で腸重積部位に到達し、その肛門側に有茎性病変を認めた。内視鏡的に腸重積を整復し病変の詳細観察を行った。上皮性腫瘍を疑う所見であったが内視鏡的治療は困難と判断し、生検と点墨を施行した。病理組織検査では腫瘍性変化を示唆する所見は認められなかったが、腸重積をきたし貧血の原因にもなっていたため外科的切除の方針となり、前医で腹腔鏡下小腸部分切除術が行われた。病理標本で病変は3.8cm大の高分化型腺癌であり原発性遠位空腸癌(pT3N0M0 pStageIIA)と診断した。【考察】 原発性小腸癌は稀な疾患であるが、腸重積を来した症例および遠位空腸に発生した症例の報告は更に少ない。腸重積を来した原発性遠位空腸癌の1例を経験したため、文献的考察を含めて報告する。

小腸癌, 腸重積

日本医科大学千葉北総病院 外科・消化器外科¹⁾,
日本医科大学 消化器外科²⁾
安藤文彦¹⁾, 松田明久¹⁾, 横室茂樹¹⁾, 松本智司¹⁾, 櫻澤信行¹⁾,
川野陽一¹⁾, 山初和也¹⁾, 関口久美子¹⁾, 久下恒明¹⁾, 宮下正夫¹⁾,
吉田 寛²⁾

症例は42歳女性で腹痛を主訴に当科を紹介受診した。CTで回腸が横行結腸まで侵入する腸重積の所見を認めたが、責任病変は指摘されなかった。小腸腸重積と診断し緊急手術を施行した。開腹すると既に重積は解除されており、血流障害は認めなかった。回盲部から約70cmの回腸に腸重積の先進部になっていたと思われる腫瘍性病変を認めた。悪性腫瘍の可能性を念頭に置いたものの、明らかに腫大したリンパ節は認めなかったためD1+の郭清で小腸部分切除術を施行した。切除標本は内腔に発育する約30mmの隆起性病変であり、病理組織診断は毛細血管性血管腫だった。経過良好で術後8日目に退院した。小腸血管腫は小腸良性腫瘍の中でも約10%と比較的稀な疾患であり、その症状としては消化管出血が最も多いと報告されている。今回、我々は腸重積を合併した小腸血管腫に対して外科的切除を施行した症例を経験したため文献的考察を加えて報告する。

小腸血管腫, 腸重積

昭和大学藤が丘病院 消化器内科
小瀧尚子, 山村詠一, 野田 淳, 松尾瑠子, 松原 大, 山脇将貴,
浅見哲史, 新谷文崇, 吉田詠里加, 鈴木怜佳, 遠藤利行, 林 将史,
上原なつみ, 阿曾沼邦央, 高野祐一, 五味邦代, 山本頼正,
井上和明, 長濱正亞

症例は60歳代男性。IgA腎症による腎機能障害があり、X年4月に腎臓内科に入院し、以降外来でステロイド治療中であった。同年7月、朝8時頃に突然胃が絞られるような激しい心窩部痛を自覚し、救急要請した。心電図変化および心筋逸脱酵素の上昇を認めず、急性冠症候群は否定のと考えた。前日の夜にしめ鯖を食べており、アニサキス症を疑ったため、腹部単純computed tomography (CT) と上部消化管内視鏡検査(esophagogastroduodenoscopy: EGD)を施行したが、明らかな異常所見を認めなかった。経過観察目的に消化器内科に入院し、絶食としたところ、症状は徐々に改善し、心窩部痛から下腹部の違和感に変化していった。しかし、食事再開後の第4病日に再度強い下腹部痛が出現したため、腎機能障害があったが腹部造影CTを施行したところ、大動脈に解離を伴わない上腸間膜動脈(superior mesenteric artery: SMA)に局限した解離を認めた。腸管浮腫などの明らかな虚血所見は認めなかった。循環器内科に転科し再度絶食、床上安静とし、降圧療法と疼痛コントロールを行った。第11病日に腹部超音波検査を施行したところ、血管解離の所見を得ることは出来なかったがSMA起始部の血流速度測定は可能であった。腎機能障害があるため、造影CTではなく腹部超音波検査が今後の経過観察に有用と考えた。食事を開始しても症状再燃せず、第18病日に自宅退院した。今回、診断に苦慮した孤立性上腸間膜動脈解離の1例を経験したため、多少の文献的考察を加えて報告する。

孤立性上腸間膜動脈解離, 腎障害

NTT 東日本関東病院
根岸良充, 中尾友美, 木本義明, 小西隆文, 石井鈴人, 神田圭輔,
小川さや香, 瀧田舞衣子, 武田梨里, 港 洋平, 酒井英嗣,
村元 喬, 大團 研, 松橋信行

【目的】 Perineuriomaは稀な良性腫瘍性疾患であり、右側結腸から直腸に好発する。本邦では赤松らによって2013年に初めて報告されたが、その内視鏡的特徴は明らかとされていない。我々はこれまで経験した6例のPerineuriomaを集積し、その内視鏡的特徴を検討した。【方法】 2004年から2018年6月の間に内視鏡的に切除された6例のperineuriomaを抽出。大きさ、形態、表面構造、異型の有無を後ろ向きに検討した。perineuriomaは病理組織学的に、粘膜固有層での小型核と淡染性細胞質を有する異型の乏しい紡錘型細胞の結節様増殖を特徴とする。免疫組織化学染色で神経周膜分化マーカーであるClaudin1とGLUT1などが陽性で、かつ神経細胞マーカーであるS-100と上皮性腫瘍マーカーであるEMAが陰性である症例をperineuriomaと診断した。【成績】 患者の平均年齢は54歳で、男女比は2:1であった。1例は上行結腸、2例はS状結腸、3例直腸で同定され、遠位大腸に好発する傾向にあった。腫瘍の平均径は4.7mmで、3例は無茎性、1例は平坦型、2例はSMT様の形態を呈した。いずれの病変もI型もしくはII型様pitを呈し、過形成性ポリープとの鑑別は困難であった。2例は生検が行われ、4例がpolypectomyにて切除され、異型を有する病変はなかった。【結論】 Perineuriomaは文献上、世界で158例にとどまる稀な疾患である。悪性化の報告はないが、比較的効率的にBRAF変異を有する事が指摘されており、鋸歯状病変との関連が示唆される。我々は過形成性ポリープに見える病変の中にperineuriomaのような稀な疾患が隠れている可能性を認識し、さらなる症例を集積することで、その疾患概念を確立する必要がある。

perineurioma, 大腸腫瘍

湘南東部総合病院 外科

蒔田勝見, 緑川武正, 守田誠恵, 金子東げん

65才女性、2年前より糖尿病性腎症で血液透析を導入していた。吐下血と血圧低下 (51/36 mmHg) のため当院へ搬送された。来院時は発熱なく、血液検査所見では貧血 (Hb 6.7g/dl)、肝機能障害 (AST 5636 U/l、ALT 1495U/l)、炎症反応の上昇 (白血球 16300 個/ μ l、CRP 24.0 mg/dl) がみられた。腹部CTでは直腸内に多量の糞便と直腸壁の肥厚がみられた。上部消化管内視鏡検査では出血所見なく、入院後は循環動態は輸血と昇圧剤投与により安定した。入院10日後、下血がみられたため下部消化管内視鏡検査を施行したところ直腸に多発性潰瘍を認められサイトメガロウイルス腸炎が疑われた。抗サイトメガロウイルス (CMV) モノクローナル抗体を用いた免疫組織染色法で陽性、CMV抗原陽性多形核白血球の検出 (pp65抗原) によりCMV腸炎と診断した。腎機能に注意し透析後週3回、可及的速やかにガンシクロビル1.25mg/kgを開始した。現在も治療継続中であるが下血は認めていない。CMV腸炎では約1/4の症例で消化管穿孔や大量出血により手術を要し予後不良であるが、保存的治療により約3/4の症例に改善がみられ早期の診断と治療が重要と考えられる。CMV腸炎は臓器移植、HIV、免疫抑制剤、化学療法が危険因子となるが、末期腎不全を併存するcompromised hostである血液透析患者では過去15年間で11症例 (うち会議録9例、2例死亡) と稀なため報告する。

サイトメガロウイルス腸炎, 血液透析

日本大学医学部附属板橋病院 消化器肝臓内科¹⁾,日本大学病院 消化器病センター²⁾山川 俊¹⁾, 江崎 充¹⁾, 武石 彩¹⁾, 岩男 彩¹⁾, 入江 彰²⁾, 後藤田卓司¹⁾, 森山光彦¹⁾

【症例】80歳台、女性。【既往歴】狭心症PCI【現病歴】循環器科で狭心症に対しPCI後でバイアスピリンとチクロジピンを内服していた1例で、就寝前に大量の血便を認め当院へ救急搬送された。受診時は血圧70台とショックバイタルであり、造影CT検査では盲腸の憩室に造影剤の漏出を認め、大腸憩室出血の診断で入院となった。第1病日にバイアスピリンとチクロジピンは中止し、絶食輸液による腸管安静を行った。高度貧血に対しては赤血球濃厚液の輸血を行った。同日行った下部消化管内視鏡検査では盲腸の憩室を吸引した際に出血を認めクリップで止血した。第3病日に再度出血を認め下部消化管内視鏡検査を行ったがクリップより口側の憩室より出血が疑われ内視鏡的止血は困難なためinterventional radiology (IVR) を行った。IVRでは上腸間膜動脈からの造影でクリップ近傍の回盲部より血管外の造影剤漏出を認めコイルで止血を行った。その後は少量の出血を認めるのみであったため経過観察をおこなっていたが、第7病日に再度大量の血便を認めた。造影CTでは盲腸憩室クリッピング付近に造影剤の漏出を認め下部消化管内視鏡では観察時に活動性出血を来していたが、観察中に自然止血した。出血源と思われる憩室にクリップをして終了した。出血が続くため第9病日に緊急IVRを施行したところ、前回コイルを留置した血管の近傍の血管からの出血が疑われ、コイルで止血した。以降は再燃なく第18病日退院した。【考察】活動性出血を伴う大腸憩室出血に対する早期再出血は高いとされ、本症例では内視鏡止血後も再出血をきたし内視鏡にて止血困難なためIVRを要した。大腸憩室出血はIVRでの緊急止血率は高く早期再出血も少ないとされる報告があるが、本症例ではIVRで止血後に再出血をきたし、2度目のIVRでは止血後の側副血行路による再灌流が原因と考えられコイルにて止血を行った。今回我々は、早期再出血を繰り返し出血場部位の同定・治療に難渋した大腸憩室出血の1例を経験したので報告する。

大腸憩室出血, interventional radiology

藤沢市民病院 外科

伊藤 慧, 田 鍾寛, 小倉巧也, 豊田純哉, 吉川俊輔, 矢後彰一, 小笠原康夫, 山本晋也, 南 裕太, 岡 智, 牧野洋知, 山岸 茂

症例は79歳女性、血便を主訴に近医を受診した。直腸診でAV5cm、前壁側に10mm大の可動性良好な腫瘍を触知し、下部消化管内視鏡検査の生検で、悪性黒色腫と診断されたため加療目的に当科紹介となった。精査にて、直腸悪性黒色腫 Rb Ant 0-is cT1 N0 H0 P0 M0 cStageIの診断で手術の方針とした。患者、家族に治療方針として腹腔鏡下腹会陰式直腸切断術と経肛門腫瘍切除術のメリット、デメリットを十分説明し、経肛門の腫瘍切除術を施行した。術後合併症なく術後4日目に退院した。病理組織学的検査では、直腸悪性黒色腫pT1b (SM: 3,490 μ m), ly0, v0, HM0, VM0、であった。追加治療について相談する予定であったが通院を自己中断し、術後8ヶ月目に血便を主訴に近医を受診した。下部消化管内視鏡検査でAV4cmに15mm大の腫瘍性病変を認め、生検で悪性黒色腫と診断されたため、手術加療目的に再度当科紹介となった。悪性黒色腫再発の診断で腹腔鏡下腹会陰式直腸切断術D2 (prx. D3) 郭清を施行し、術後13日目に合併症なく退院した。切除標本上、前回手術の瘢痕のすぐ口側に腫瘍を認め、病理組織学的検査ではpT1b (SM), pN1 (2/10), M0, pStageIII A, CurAであった。患者の認知機能低下があり、術後補助化学療法は施行しない方針とした。直腸切断術後4ヶ月で多発肺、肝転移が出現し、緩和医療の方針とした。直腸切断術術後5ヶ月で原病死した。今回、我々は直腸悪性黒色腫の局所切除後の再発に対して腹腔鏡下腹会陰式直腸切断術を施行した1例を経験したため、若干の文献的考察を加えて報告する。