

日本消化器病学会 関東支部第353回例会

プログラム・抄録集



当番会長：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
平成31年2月23日(土)
海運クラブ

日本消化器病学会関東支部第353回例会

プログラム・抄録集

当番会長：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
〒101-8309 東京都千代田区神田駿河台1-6
TEL 03-3293-1711

会 期：平成31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 海運ビル
TEL 03-3264-1825
<http://kaiunclub.org/>

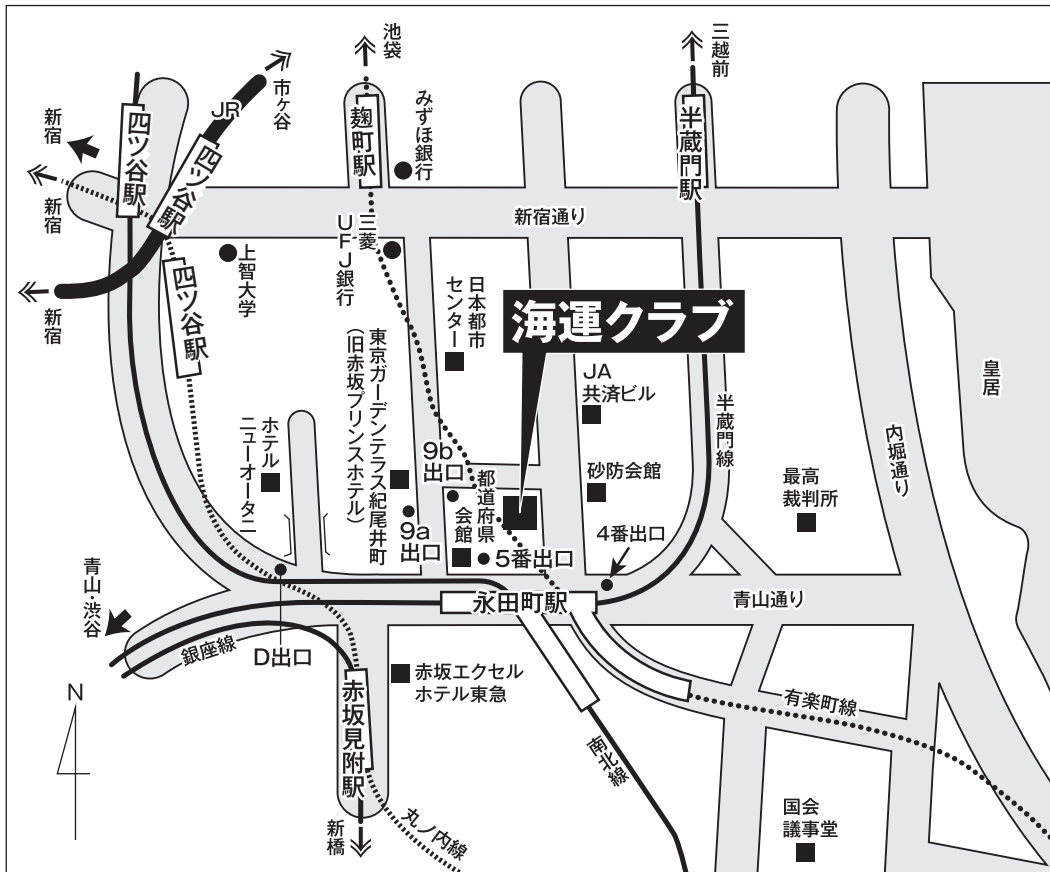
<発表者、参加者の皆様へ>

1. 発表者は日本消化器病学会の会員に限ります。
2. 発表はすべてPCでのプレゼンテーションとなります。
口演30分前までに、PC受付にてデータ登録・動作チェックを済ませてください。
 - 1) 会場に用意するPCのアプリケーションは、Microsoft PowerPoint 2007～2016となります。発表データはUSBメモリにてお持ちください。また、事前に必ず、作成したPC以外のPCでも正常に動作することを確認してください。
※データ作成の際は、文字化けを防ぐため次の標準フォントをご使用ください。
日本語：MSゴシック，MS Pゴシック，MS明朝，MS P明朝
英語：Arial，Century，Century Gothic，Times New Roman
※スライド作成時の画面サイズはXGA（1024×768）であることをご確認の上、作成してください。
 - 2) Macintosh使用、及びWindowsでも動画を含む場合は、必ずPC本体をお持込みください。データでのお持込みには対応いたしかねますのでご注意ください。なお、液晶プロジェクタへの接続はMini D-SUB 15pinにて行います。変換コネクタを必要とする場合は必ずご自身でお持込みください。また、バッテリーのみでの稼動はトラブルの原因となるため、外部電源用アダプタを必ずお持ちください。
 - 3) 音声出力には対応いたしません。
 - 4) 発表は枚数ではなく時間で制限させていただきます。
 - 5) 発表時は、演台に置かれたモニターを見ながらご自身で操作して画面を進めていただきます。なお、発表者ツールの使用はできませんのでご注意ください。
3. 発表に際しては、患者さんのプライバシーの保護（日付の記載は年月までとする、等）に十分配慮してください。
4. 演題発表時には、利益相反状態の開示が必要になります。開示基準・規定の書式に従って利益相反の有無を必ず開示してください。
5. 演者は前演者の口演開始後、直ちに「次演者席」へご着席ください。
6. 専修医セッション、研修医セッション及び一般演題は、1題口演4分、追加討論2分です。時間厳守をお願いします。
7. 質問される方は、所属と氏名を明らかにしてからお願いします。
8. 専修医・研修医セッションの発表者あるいは同施設の方は、奨励賞表彰式に出席してください。(第1会場 12:45～13:00)
9. 当日参加登録受付、PC受付は8:00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〉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353回例会

平成31年2月23日(土)

8:25～8:30 開 会 の 辞 (第1会場)					
第1会場 (午前の部)		第2会場 (午前の部)		第3会場 (午前の部)	
時 間	演 題・座 長	時 間	演 題・座 長	時 間	演 題・座 長
8:30～8:48	(1) 専修医Ⅰ(食道・胃・十二指腸) 1～3 小林亜也子	8:30～8:48	(9) 専修医Ⅷ(胆・脾) 31～33 川西 彩	8:30～9:00	(16) 研修医Ⅰ(上部消化管・小腸1) 55～59 吉田 有輝
8:48～9:12	(2) 専修医Ⅱ(胃・十二指腸1) 4～7 五味 邦代	8:48～9:06	(10) 専修医Ⅸ(脾) 34～36 岩下 愛	9:00～9:30	(17) 研修医Ⅱ(上部消化管・小腸2) 60～64 和田 拓也
9:12～9:36	(3) 専修医Ⅲ(胃・十二指腸2) 8～11 高須 綾香	9:06～9:24	(11) 専修医Ⅹ(肝・その他) 37～39 池原 久朝	9:30～10:00	(18) 研修医Ⅲ(大腸) 65～69 葛西 豊高
9:36～9:46	休憩	9:24～9:34	休憩	10:00～10:30	(19) 研修医Ⅳ(肝) 70～74 吉田 文
9:46～10:10	(4) 専修医Ⅳ(小腸) 12～15 北沢 尚子	9:34～9:58	(12) 専修医Ⅵ(上部消化管・小腸) 40～43 可児 和仁	10:30～11:00	(20) 研修医Ⅴ(肝・その他) 75～79 平山みどり
10:10～10:28	(5) 専修医Ⅴ(小腸・大腸1) 16～18 荒井 吉則	9:58～10:22	(13) 専修医Ⅶ(大腸) 44～47 外山 雄三		(21) 研修医Ⅵ(胆・脾) 80～83 斎藤 友隆
10:28～10:46	(6) 専修医Ⅵ(小腸・大腸2) 19～21 小澤 碧	10:22～10:40	(14) 専修医Ⅷ(脾) 48～50 本間 祐樹		(22) 研修医Ⅶ(脾) 84～88 浜野由花子
10:46～11:10	(7) 専修医Ⅶ(肝) 22～25 松井 哲平	一般演題			
一般演題		10:40～11:04	(15) 消化管 51～54 丸橋 恭子		
11:10～11:40	(8) 上部消化管 26～30 湯橋 一仁	12:05～12:35	評議員会		
12:00～12:45 ランチョンセミナー (第1会場)					
「機能性胃腸疾患に対する治療戦略」 順天堂大学医学部 消化器内科 永原 章仁 先生 司会 佐賀大学医学部 内科学講座 藤本 一真 先生 共催：E A ファーマ株式会社					
12:45～13:00 専修医・研修医奨励賞表彰式 (第1会場)					
13:00～13:55 特別講演 (第1会場)					
「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」 佐賀大学医学部 内科学講座 藤本 一真 先生 司会 日本大学医学部 内科学系 消化器肝臓内科学分野 後藤田卓志					
14:30～17:00 第16回専門医セミナー (第2会場)				第3会場 (午後の部)	
★日本消化器病学会3単位取得できます				時 間	演 題・座 長
「ドクターガストロ ～臨床推論からの消化器病学～」				一般演題	
司会 杏林大学医学部 医学教育学 矢島 知治 先生				14:00～14:24	(23) 大腸 89～92 山下 聡
				14:24～14:48	(24) 肝 93～96 有阪 高洋
				14:48～15:12	(25) 胆・脾1 97～100 落合 一成
				15:12～15:30	(26) 胆・脾2 101～103 谷坂 優樹
17:00～17:05 閉 会 の 辞 (第2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 12:45~)

特別講演(第1会場 13:00~13:55)

「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」

佐賀大学医学部 内科学講座 教授 藤本 一眞 先生

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

……演者の先生ご紹介……

ふじもと かずま
藤本 一眞 先生

佐賀大学医学部 内科学講座 教授

略歴

1979年3月 九州大学医学部卒業
1985年9月 九州大学医学部第一内科講座助手
1989年4月 休職渡航(ルイジアナ州立大学生理学教室研究員)
1991年11月 佐賀医科大学医学部講師
1997年8月 佐賀医科大学医学部内科学教授(現在に至る)
(2003年10月より佐賀大学医学部に名称変更)
2013年10月 佐賀大学医学部学部長(2015年9月まで)
2013年10月 国立大学医学部長会議委員長・常置委員会委員長
(2014年10月まで)
2015年2月 日本消化管学会理事長(現在に至る)

ランチョンセミナー (第1会場 12:00~12:45)

「機能性胃腸疾患に対する治療戦略」

順天堂大学医学部 消化器内科 教授 **永原 章仁** 先生
司会 佐賀大学医学部 内科学講座 教授 **藤本 一眞** 先生

共催：E A ファーマ株式会社

………演者の先生ご紹介………

ながはら あきひと
永原 章仁 先生
順天堂大学医学部 消化器内科 教授

略歴

昭和56年3月 海城高等学校卒業 (東京都新宿区)
昭和62年3月 宮崎医科大学医学部卒業
昭和62年5月 順天堂大学附属順天堂医院内科 臨床研修医
平成2年6月 順天堂大学医学部消化器内科 入局
平成6年12月 米国ミシガン大学消化器内科 リサーチフェロー
～平成8年12月
平成13年3月 順天堂大学医学部総合診療科 講師
平成16年6月 順天堂大学医学部消化器内科 講師
平成18年4月
～平成24年3月 医局長併任
平成22年8月 順天堂大学医学部消化器内科 先任准教授
平成26年12月 順天堂大学医学部付属静岡病院消化器内科 教授
平成29年11月 順天堂大学医学部消化器内科 教授
(消化器内科チェアマン)
現在に至る

第16回専門医セミナー

(第2会場 14:30～17:00)

「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 平成30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。

司 会：矢島 知治 先生（杏林大学医学部 医学教育学）
ミニレクチャー：國司 洋佑 先生（神奈川県立足柄上病院 消化器内科）
担 当：今枝 博之 先生（埼玉医科大学病院 消化管内科）
岡村 幸重 先生（佐野厚生総合病院 消化器内科）
後藤田卓志 先生（日本大学医学部 消化器肝臓内科）
岸野真衣子 先生（東京女子医科大学 消化器内視鏡科）
松本 健史 先生（順天堂大学 消化器内科）
細江 直樹 先生（慶應義塾大学医学部 内視鏡センター）
土岐 真朗 先生（杏林大学医学部 第三内科）
新後閑弘章 先生（東邦大学医療センター大橋病院 消化器内科）
小澤俊一郎 先生（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：新井 里子 先生（東京女子医科大学）
嵐山 真 先生（聖路加国際病院）
井上真光人 先生（神奈川県立足柄上病院）
岡田 侑大 先生（独立病院機構国立埼玉病院）
沖 翔太郎 先生（順天堂大学）
貝發 美香 先生（慶應義塾大学病院）
加藤 ゆり 先生（横浜労災病院）
宮崎夏菜美 先生（横浜労災病院）
金 允泰 先生（聖路加国際病院）
佐原 翠 先生（深谷赤十字病院）
鈴木 信之 先生（順天堂大学）
須永 将梧 先生（佐野厚生総合病院）
高橋 迪子 先生（深谷赤十字病院）
田村 祐 先生（日本大学医学部附属板橋病院）
平山 雅大 先生（日本大学医学部附属板橋病院）
脇坂 悠介 先生（慶應義塾大学病院）

「女性医師の会」特別企画

(3F「305」 11:30～13:00)

【特別企画1】臨床セミナー

「上部消化器内視鏡所見と病理」

内視鏡解説：横井 千寿 先生
(国立国際医療研究センター 消化器内科 内視鏡室医長)

病理解説：立石 陽子 先生
(横浜市立大学医学部 病態病理学教室 助教)

<ご案内>

内視鏡医を志す若手医師、基本を再確認した中堅医師、また、ライフイベントを経て臨現場復帰を目指す先生方にも広くおすすめした特別講義です。

・・・・・・演者の先生ご紹介・・・・・・

横井 千寿 先生
平成12年 東京女子医科大学 医学部医学科卒業
平成15年 国立がんセンター中央病院 レジデント・がん専門修練医
平成20年 国立国際医療センター戸山病院 臨床研究医・厚生労働技官
平成26年 国立国際医療研究センター センター病院 消化器内科医員
立石 陽子 先生
平成11年 横浜市立大学医学部卒業
平成17年 国立がんセンター中央病院 レジデント
平成18年 国立がんセンター中央病院 病理レジデント
平成20年 都立駒込病院病理科 (医員)

【特別企画2】キッズセミナー

<ご案内>

キッズセミナールームにて「サイエンス倶楽部」による体験型セミナーを開催いたします。子どもたちに大人気の「スライム作り」、「クレヨン作り」、「バスボム作り (小学生むけ)」を予定しています。参加無料です。

【お問合せ】 日本消化器病学会関東支部事務局
〒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)
TEL 0422-71-5288
FAX 0422-47-5523
E-mail: kanto@jsge.or.jp

ご好評につき定員に達しましたので募集を締め切りました。
ありがとうございました。

第1会場（午前の部）

8:25~8:30

—開会の辞—

—評価者—

東京大学大学院医学系研究科	消化管外科	野村 幸世
武蔵野赤十字病院	消化器科	土谷 薫
自治医科大学	内科学講座 消化器内科学部門	三浦 正義

(1) 専修医Ⅰ（食道・胃・十二指腸） 8:30~8:48 座長 東京女子医科大学病院 消化器内科 小林 亜也子

1. シクロスポリン内服中の再生不良性貧血患者に発症した食道 EBV-positive mucocutaneous ulcer の一例

東京大学医学部附属病院 消化器内科 ○小畑 美穂, 皆月ちひろ, 辻 陽介, 高橋 悠
坂口 賀基, 新美 恵子, 山道 信毅, 小池 和彦

2. 特異な形態を呈した巨大十二指腸 Brunner 腺過形成に対して内視鏡的切除を行った1例

東邦大学医療センター大森病院 消化器センター内科 ○鈴木 啓太, 鳥羽 崇仁, 氏田 亙, 副島 啓太
並木 萌子, 若林 宗弘, 榎本 有里, 清水 良
福士 剛蔵, 團 宣博, 乾山 光子, 小林 俊介
山本 慶郎, 山口 和久, 大塚 隆文, 五十嵐良典
同 病理診断科 淵之上和弘, 澁谷 和俊

3. 早期胃癌 ESD 後5年目に認められた胃 NEC の一例

日本大学医学部 内科学系 消化器肝臓内科分野 ○野田 泰弘, 入江 彰, 田村 祐, 山川 俊
江崎 充, 中本 将秀, 春田 明子, 永井晋太郎
岩本 真帆, 菊池 浩史, 後藤田卓志, 森山 光彦
同 外科学系 消化器外科分野 吉田 直, 高山 忠利
同 病態病理学系 腫瘍病理学分野 小林 博子, 増田しのぶ

(2) 専修医Ⅱ（胃・十二指腸1） 8:48~9:12 座長 昭和大学藤が丘病院 消化器内科 五味 邦代

4. 僻地での人間ドックにて発見された十二指腸下行脚濾胞性リンパ腫の3例

国民健康保険 町立小鹿野中央病院 総合診療科 ○荻野 太郎, 黒沢 正喜, 藤田 和樹, 田中 健文
日本赤十字社 深谷赤十字病院 川辺 晃一, 葛西 豊高, 江藤 宏幸
秩父市立病院 中原 守康, 今井 崇紀

5. 麻薬の長期投与に伴い消化管運動障害が生じた1例

群馬大学大学院医学系研究科 消化器・肝臓内科学 ○相原 幸祐, 栗林 志行, 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, 山崎 勇一, 下山 康之
河村 修, 浦岡 俊夫

6. ニボルマブによる副腎不全を発症した臨床経験

北里大学 医学部 消化器内科学 ○鴻上 太郎, 東 瑞智, 尾上 美恵, 石戸 謙次
久保田 陽, 近藤 雄紀, 渡邊 晃織, 和田 拓也
堅田 親利, 田邊 聡, 小泉和二郎

7. 多発血管炎性肉芽腫症に対する免疫抑制療法中に発症した消化管カポジ肉腫の1例

国立国際医療研究センター病院 消化器内科 ○遠藤 剛, 西家由里子, 永田 尚義, 栗飯原隼人
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 直宏, 久田 裕也, 大久保栄高, 忌部 航
渡辺 一弘, 小島 康志, 横井 千寿, 秋山 純一

(3) 専修医Ⅲ(胃・十二指腸2) 9:12~9:36 座長 聖路加国際病院 消化器内科 高 須 綾 香

8. 自然消失を認めた早期胃癌の一例

日本医科大学付属病院 消化器・肝臓内科 ○石川裕美子, 後藤 修, 門馬 絵理, 桐田久美子
小泉英里子, 野田 啓人, 樋口 和寿, 梅田 隆満
大森 順, 貝瀬 満, 岩切 勝彦
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 飽本 哲兵

9. プルンネル腺過形成による上部消化管出血の1例

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

10. 原発巣の診断が困難であった多発肝転移を伴う特殊型胃癌の一例

東邦大学医療センター大橋病院 消化器内科 ○村上 貴寛, 富永 健司, 木村 隆輔, 吉田 有輝
高橋 厚子, 島田 長怜, 里井 新, 馬場 隆成
渡邊 学, 塩澤 一恵, 松井 貴史, 山本 修平
前谷 容
同 病理診断部 横内 幸, 高橋 啓

11. 後期研修中に発見し得た除菌後胃癌の検討

新東京病院 消化器内科 ○村上 大輔, 原田 英明
同 内視鏡センター 天野 祐二

(4) 専修医Ⅳ(小腸) 9:46~10:10 座長 順天堂大学医学部附属浦安病院 消化器内科 北 沢 尚 子

12. imatinibが奏功するも消化管穿孔を来した転移性 GIST の一例

とちぎメディカルセンターしもつが 消化器内科 ○小川 和紀, 中元 明裕, 岩下ちひろ, 廣澤 拓也
砂田富美子, 倉田 秀一
同 外科 藤田 純輝, 太田 学, 北林 宏之, 近藤 悟
小泉 大, 児玉 多曜

13. 原発性小腸癌に対し Nivolumab の有効性が示唆された1例

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

14. NSAIDs とプロトンポンプ阻害剤内服により小腸潰瘍出血と collagenous colitis を発症した一例

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

15. 小腸静脈瘤の一例

前橋赤十字病院 消化器内科 ○佐野 希望, 佐藤 洋子, 阿部 貴紘, 關谷 真志
鈴木 悠平, 山崎 節生, 深井 泰守, 滝澤 大地
飯塚 賢一, 豊田 満夫, 新井 弘隆, 高山 尚
阿部 毅彦

(5) 専修医Ⅴ(小腸・大腸1) 10:10~10:28 座長 東京慈恵会医科大学葛飾医療センター 消化器・肝臓内科 荒井 吉則

16. 疾患活動性を低下させた後に行った生物学的製剤の変更により速やかな寛解導入が得られた潰瘍性大腸炎の一例

東京医科大学 消化器内科 ○上田 基文, 福澤 誠克, 班目 明, 松本 泰輔
内田久美子, 小山 洋平, 森瀬 貴之, 山口 隼
青木 勇樹, 山内 芳也, 河野 真, 糸井 隆夫
同 内視鏡センター 杉本 暁彦, 河合 隆

17. BRAFv600E 変異型進行大腸癌に対する FOLFOXIRI + bevacizumab の一例

筑波大学附属病院 消化器内科 ○鈴木 宏清, 森脇 俊和, 萩原 裕也, 池田 貴文
山本 祥之, 溝上 裕士, 兵頭一之介

18. 神経ペーチェット病の維持療法中に腸管病変が出現した一例

伊勢崎市民病院 内科 ○有賀 千秋, 石原 眞悟, 一色 綾希, 小坂橋佑輔
関口 雅則, 増尾 貴成

(6) 専修医Ⅵ(小腸・大腸2) 10:28~10:46 座長 聖マリアンナ医科大学 消化器・肝臓内科 小澤 碧

19. 小腸イレウスを契機に発見された終末回腸の腸管子宮内膜症の一例

帝京大学医学部附属病院 内科 ○飛田 拓途, 天野 博仁, 駒崎 伸伍, 小松田章悟
芳賀 幸, 本田 卓, 間邊 大輔, 大隅 瞬
櫻井美代子, 松本 康祐, 柳澤 大輔, 大和 洸
中村 直裕, 丸山 喬平, 青柳 仁, 磯野 朱里
山本 貴嗣, 田中 篤
帝京大学附属病院 病理診断科
帝京大学医学部 病理学講座 菊地 良直, 沼倉 里枝

20. 爪楊枝誤飲による回盲部穿孔の一例

国民健康保険 町立小鹿野中央病院 内科 ○田中 健丈, 内田 望, 黒沢 正喜, 藤田 和樹
荻野 太郎
日本赤十字社 深谷赤十字病院 川辺 晃一, 葛西 豊高, 江藤 宏幸
秩父市立病院 中原 守康, 今井 崇紀
医療法人花仁会 秩父病院 大野 哲郎

21. 早期直腸癌に対する ESD 施行後に門脈気腫症を来した 1 例

国立国際医療研究センター 国府台病院 消化器・肝臓内科 ○渡邊 亮, 矢田 智之, 小高 慶太, 八木 豊一
岩崎 秀治, 久野木康仁, 池上友梨佳, 伊藤 光一
板倉 由幸, 青木 孝彦, 小飯塚仁彦, 今村 雅俊
上村 直実

(7) 専修医Ⅶ(肝) 10:46~11:10 座長 東邦大学医療センター大森病院 消化器センター内科 松 井 哲 平

22. 経口抗ウイルス療法による再治療を必要とした C 型急性肝炎の 1 例

獨協医科大学埼玉医療センター 消化器内科 ○菅井 祐之, 須田 季晋, 大川 修, 草野 祐実
北濱 彰博, 行徳 芳則, 正岡 亮, 正岡 梨音
金子真由子, 白橋 亮作, 藤本 洋, 嶋田 智樹
玉野 正也

23. 救命できた高度肝萎縮を呈した重症肝炎の一例

東海大学医学部附属東京病院 消化器内科 ○杉山 悟, 白石 光一, 青木 純, 仁品 玲子
五十嵐宗喜, 吉原 四方

24. Klebsiella pneumoniae による肝膿瘍に中肝静脈血栓を合併した一例

公立昭和病院 消化器内科 ○勝田 景統, 細川 貴範, 大友有紀子, 渡邊 諭
西成田 悠, 小林 正佳, 山地 統, 小野 圭一
小島 茂, 野内 俊彦
同 内視鏡科 神林 孔明, 鈴木 祥子, 浦牛原幸治, 武田 雄一
同 予防・健診科 川口 淳
東京医科歯科大学 消化器内科 渡邊 守

25. 原発性胆汁性胆管炎の治療中に自己免疫性溶血性貧血を発症した一例

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

第1会場（午前の部） 一般演題

(8) 一般演題(上部消化管) 11:10~11:40 座長 自治医科大学附属さいたま医療センター 消化器内科 湯 橋 一 仁

26. 同時性重複癌症例における食道癌化学療法の咽喉頭癌への治療効果の検討

慶應義塾大学医学部 外科 ○山下 俊樹, 川久保博文, 中村理恵子, 真柳 修平
入野 誠之, 福田 和正, 和田 則仁, 北川 雄光

27. 術後再発を来した食道癌肉腫の一例

東京医科大学 消化器内科 ○菊地 美穂, 山内 芳也, 松本 泰輔, 内田久美子
小山 洋平, 班目 明, 森瀬 貴之, 山口 隼
青木 勇樹, 河野 真, 福澤 誠克, 糸井 隆夫
同 内視鏡センター 杉本 暁彦, 河合 隆
同 病理診断科 高橋 礼典, 松林 純, 長尾 俊孝

28. 内視鏡的に治療した Long segment Barrett's esophagus 由来の表層拡大型食道腺癌の1例

獨協医科大学 医学部 消化器内科 ○阿部圭一朗, 郷田 憲一, 小島原駿介, 増山 智史
石川 陸, 佐久間 史, 金澤美真理, 福士 耕
田中 孝尚, 金森 瑛, 永島 一憲, 水口 貴仁
菅谷 武史, 土田 幸平, 富永 圭一, 眞島 雄一
室久 俊光, 飯島 誠, 入澤 篤志

29. 横隔膜上憩室を伴う食道平滑筋腫の1例

自治医科大学 消化器・一般外科 ○倉科憲太郎, 細谷 好則, 春田 英律, 松本 志郎
齋藤 心, 宇井 崇, 金丸 理人, 高橋 和也
佐久間康成, 堀江 久永, 北山 丈二, 佐田 尚宏

30. 慢性心房細動に対してカテーテルアブレーション施行後に急性胃拡張を呈した1例

東京医科大学病院 消化器内科 ○高橋 宏史, 青木 勇樹, 勝呂 麻弥, 松本 泰輔
内田久美子, 小山 洋平, 班目 明, 森瀬 貴之
山口 隼, 山内 芳也, 河野 真, 福澤 誠克
糸井 隆夫
同 内視鏡センター 杉本 暁彦, 河合 隆
同 循環器内科 矢崎 義直

第1会場（午後の部）

13：00～13：55

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」

佐賀大学医学部 内科学講座 教授 藤本 一眞 先生

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

第2会場（午前の部）

— 評価者 —

国立国際医療研究センター	肝炎免疫研究センター	肝疾患研究部	由雄	祥代
群馬大学医学部附属病院	消化器・肝臓内科		保坂	浩子
東京医科大学	消化器内科		田中	麗奈

（9）専修医Ⅷ（胆・脾） 8：30～8：48 座長 東海大学医学部附属病院 消化器内科 川 西 彩

31. 急速に病状悪化を認めた急性気腫性胆嚢炎の1例

菊名記念病院 ○岩橋 健太, 西元 史哉, 佐藤 知也, 庄司 達弘
中村 大樹, 中村 仁紀

32. 急性胆嚢炎に併発した胆嚢仮性動脈瘤破裂の1例

東京慈恵会医科大学 内科学講座 消化器・肝臓内科 ○田中 孝幸, 高倉 一樹, 丸山 友希, 日高 章寿
中野 真範, 鳥巢 勇一, 猿田 雅之

33. 異なる経過をたどった総胆管巨大積み上げ結石の3例

東京都済生会中央病院 消化器内科 ○千田 彰彦, 宗 英一郎, 上田 真裕, 堀江 沙良
林 智康, 田沼 浩太, 小川 歩, 三枝慶一郎
岸野 竜平, 中澤 敦
同 腫瘍内科 青木 優, 星野 舞, 酒井 元, 船越 信介
同 一般消化器外科 大平 正典

（10）専修医Ⅸ（脾） 8：48～9：06 座長 日本医科大学 消化器内科学 岩 下 愛

34. 脾周囲液体貯留に対する Hot AXIOS™の使用経験

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

35. 心血管術後に重症脾炎から WON に至り、内視鏡的ネクロセクトミーで治療した一例

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

36. 重症脾炎を契機に自然退縮を認めた脾 AVM の一例

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

(11) 専修医Ⅹ(肝・その他) 9:06~9:24 座長 日本大学医学部 内科学系 消化器肝臓内科学分野 池原 久 朝

37. リツキシマブ投与中に肝障害が増悪したC型慢性肝炎に対しDAAs治療を行い化学療法を継続しえたびまん性大細胞型B細胞リンパ腫の1例

埼玉医科大学総合医療センター 消化器・肝臓内科 ○周東 成美, 山口菜緒美, 名越 澄子, 山鹿 渚
堀 裕太郎, 中川 慧人, 内田 党央, 青山 徹
加藤 真吾, 岡 政志, 道田 友樹, 屋嘉比康治
同 血液内科 渡辺 純一, 木崎 昌弘

38. EUSガイド下ドレナージにて改善した難治性肝切除後胆汁瘻の1例

日本医科大学付属病院 消化器外科 ○宮尾 昌樹, 清水 哲也, 吉岡 正人, 近藤 亮太
金谷 洋平, 青木 悠人, 古木 裕康, 神田 知洋
松下 晃, 中村 慶春, 真々田裕宏, 吉田 寛
同 消化器・肝臓内科 金子 恵子

39. Sorafenib 不応の巨大肝細胞癌に対しlenvatinibが奏功した一例

日本医科大学付属病院 消化器肝臓内科 ○門馬 絵理, 葉山 惟信, 田邊 智英, 岩下 愛
張本 滉智, 金子 恵子, 厚川 正則, 川本 智章
岩切 勝彦

(12) 専修医Ⅹ(上部消化管・小腸) 9:34~9:58 座長 埼玉医科大学総合医療センター 消化器・肝臓内科 可 児 和 仁

40. Trousseau 症候群を併発し急速な経過をたどった若年者胃癌の1例

東京女子医科大学 消化器内科 ○新井 里子, 山本 果奈, 新田 裕樹, 久礼 里江
日向有紀子, 小林亜也子, 徳重 克年
同 消化器内視鏡科 岸野真衣子, 中村 真一
同 消化器外科 長野栄理香, 伊藤 俊一, 芹澤 朗子, 谷口 清章
山本 雅一

41. 胃全摘術を施行した蛋白漏出性胃腸症を伴う若年性胃腸管ポリポーシスの1例

杏林大学 消化器・一般外科 ○井手麻友美, 竹内 弘久, 片岡 功, 鶴見 賢直
橋本 佳和, 大木亜津子, 長尾 玄, 阪本 良弘
正木 忠彦, 森 俊幸, 阿部 展次
同 病理学教室 千葉 知宏, 柴原 純二

42. インフリキシマブ投与中にGuillain-Barre症候群を発症したクローン病の一例

武蔵野赤十字病院 消化器科 ○桐野 桜, 金子 俊, 黒崎 雅之, 大澤玲於奈
渡壁 慶也, 王 婉, 岡田 真央, 樋口 麻友
清水 孝夫, 高浦 健太, 玉城 信治, 中西 裕之
土谷 薫, 板倉 潤, 高橋 有香, 泉 並木
東京医科歯科大学 消化器内科 藤井 俊光

43. クラミジア・淋菌複合感染による骨盤内炎症に伴う麻痺性イレウスの1例

東京医科大学八王子医療センター 臨床医学系消化器内科学分野 ○浅野 響子, 辻 雄一郎, 田所 健一, 山西 文門
南 裕人, 一宮 匡, 和田 卓也, 向井俊太郎
松江 右武, 平山 泰丈, 奴田原大輔, 平良 淳一
中村 洋典, 中村 郁夫
東京医科大学 臨床医学系消化器内科学分野 糸井 隆夫

(13) 専修医Ⅻ(大腸) 9:58~10:22 座長 医療法人沖縄徳洲会千葉徳洲会病院 外 山 雄 三

44. 明らかな誘因なく発症した下腸間膜静脈・門脈血栓塞栓症の一例

日本大学病院 消化器内科 ○堀井 敏喜, 草野 央, 池原 久朝, 市島 諒二
須田清一郎, 山田 康嗣, 金子 真大, 菊田大一郎
武井 章矩, 平山みどり, 岩塚 邦生, 三浦 隆生
高橋 利実, 中河原浩史, 山本 敏樹, 小川 眞広
後藤田卓志

45. トシリズマブ投与中に大腸憩室炎をきたした強皮症の一例

聖マリアンナ医科大学 消化器・肝臓内科 ○鈴木 達也, 松尾 康正, 加藤 正樹, 清川 博史
小澤 碧, 佐藤 義典, 池田 佳子, 山下 真幸
山本 博幸, 安田 宏, 伊東 文生
同 リウマチ・膠原病・アレルギー内科 山崎 宜興

46. CT colonography で確診を得た腸管膜静脈硬化症の一例

国家公務員共済組合連合会 横浜栄共済病院 消化器内科 ○中島 聡美, 稲垣 淳太, 高井 佑輔, 目黒 公輝
清水 智樹, 遠藤 智広, 渡邊誠太郎

47. 電解質喪失症候群をきたした直腸絨毛腺腫由来進行癌の1例

順天堂大学 医学部附属 順天堂医院 消化器内科学講座 ○鈴木 信之, 松本 健史, 黒澤 太郎, 鈴木 彬実
谷田貝 昂, 田島 譲, 上山 浩也, 内山 明
今 一義, 澁谷 智義, 坂本 直人, 山科 俊平
伊佐山浩通, 池嶋 健一, 椎名秀一朗, 永原 章仁

(14) 専修医ⅩⅢ(脾) 10:22~10:40 座長 横浜市立大学医学部 消化器・腫瘍外科学 本 間 祐 樹

48. 内視鏡検査によって適切に診断し得た微小腺癌の1例

埼玉医科大学国際医療センター 消化器内科 ○加藤 里絵, 谷坂 優樹, 水出 雅文, 小川 智也
露木 和彬, 村原 なみ, 藤田 曜, 原田 舞子
良沢 昭銘

49. 出血性ショックを繰り返し出血源の同定に難渋した hemosuccus pancreaticus の1例

公立富岡総合病院 消化器科 ○糸井 祐貴, 綿貫 雄太, 岩本 敦夫, 齋藤 秀一
公立七日市病院 内科 樋口 達也
群馬大学医学部附属病院 消化器肝臓内科 中田 昂, 浦岡 俊夫

50. 重症急性膵炎後 walled-off necrosis に対して、経皮内視鏡的壊死組織除去および外科的ドレナージが有用であった 1 例

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

第2会場（午前の部） 一般演題

(15) 一般演題(消化管) 10:40~11:04 座長 医療法人社団三思会 くすの木病院 消化器内科・肝臓内科 丸 橋 恭 子

51. トモシンセシスによる誤飲した PTP シートの内視鏡前診断を施行し得た2例

東京女子医科大学 消化器内科 ○佐々木 優, 大森 鉄平, 新田 裕樹, 久礼 里江
日向有紀子, 小林亜也子, 山本 果奈, 岸野真衣子
中村 真一, 徳重 克年

52. イレウス管挿入が誘引となった腸重積に対しイレウス管留置バルーンにて整復しえた1例

東京医科大学 消化器内科学分野 ○松本 泰輔, 河野 真, 勝呂 麻弥, 山口 隼
森瀬 貴之, 班目 明, 小山 洋平, 内田久美子
杉本 暁彦, 青木 勇樹, 山内 芳也, 福澤 誠克
糸井 隆夫

53. SLE 治療中に直腸潰瘍穿通・骨盤内膿瘍を来し腹腔鏡下横行結腸人工肛門造設術を施行した1例

横浜市立大学 消化器・腫瘍外科学 ○大西 宙, 鈴木 紳祐, 神田 智希, 酒井 淳
南澤 恵佑, 小澤真由美, 石部 敦士, 小坂 隆司
秋山 浩利, 遠藤 格

54. ペンタサ+サラゾピリン併用療法にて長期間粘膜治癒が得られている術後再発単純性潰瘍の1例

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

第3会場（午前の部）

— 評価者 —

東京女子医科大学病院	消化器病センター	内科	岸野真衣子
国立研究開発法人	国立国際医療研究センター病院	消化器内科	野崎 雄一
慶應義塾大学病院	一般・消化器外科		中村理恵子

(16) 研修医Ⅰ（上部消化管・小腸1） 8:30~9:00 座長 東邦大学医療センター大橋病院 消化器内科 吉 田 有 輝

55. 横隔膜上食道憩室に対して胸腔鏡下憩室切除術を施行した1例

東京慈恵会医科大学 上部消化管外科 ○鈴木 美香, 秋元 俊亮, 矢野 文章, 西川 勝則
谷島雄一郎, 渡部 篤史, 湯田 匡美, 藤崎 宗春
北澤 征三, 三森 教雄
同 消化器外科 矢永 勝彦

56. 腫瘍露出し短期間に形態変化をきたしたGISTの1例

千葉徳洲会病院 消化器内科 ○松山 光一, 西澤 秀光, 宇賀治良平, 外山 雄三
松村 祐志, 山本 栄篤, 浅原 新吾, 長浜 隆司

57. シェーグレン症候群に合併したCronkhite-Canada症候群の一例

神奈川県立足柄上病院 ○木川 忠之, 日下恵理子, 國司 洋佑, 大石梨津子
田中 聡, 柳橋 崇史, 羽尾 義輝, 吉江浩一郎
加藤 佳央, 亀田 陽一
横浜市立大学附属病院 前田 慎

58. 慢性腸間膜虚血による虚血性胃症に対してステント留置が奏功した1例

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

59. AIDSとサイトメガロウイルス感染を合併したIgA血管炎の1例

日本大学医学部 内科学系 消化器肝臓内科学分野 ○平山 雅大, 岩男 彩, 田村 祐, 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, 後藤田卓司
森山 光彦, 杉山 海太, 北村 登, 武井 正美
藤沼 千尋, 藤田 英樹, 照井 正

(17) 研修医Ⅱ（上部消化管・小腸2） 9:00~9:30 座長 北里大学医学部 消化器内科学 和 田 拓 也

60. Lynch症候群に伴う十二指腸癌の一例

国立国際医療研究センター 外科 ○西尾 洋人, 竹村 信行, 斎藤 範之, 伊藤 橋司
三原 史規, 黒川 敏昭, 清松 知充, 徳原 真
山田 和彦, 國土 典宏

61. 成人発症した *Helicobacter pylori* 非感染 Menetrier 病の 1 例

足利赤十字病院 内科 ○清水 俊志, 村岡 信二, 近藤 真之, 高橋 史成
紀 仁, 小松本 悟
同 病理部 清水 和彦
獨協医科大学病院 消化器内科 郷田 憲一

62. 内視鏡的粘膜切除術で治療しえた腎癌十二指腸転移の 1 例

東京医科歯科大学医学部附属病院 消化器内科 ○稲田 賢人, 山田 大貴, 土屋輝一郎, 渡辺 守
同 光学医療診療部 小林 正典, 福田 将義, 大塚 和朗
同 病理部 今田安津子, 伊藤 崇
同 泌尿器科 松岡 陽, 藤井 靖久

63. 釘を誤飲した小児に対し全身麻酔下に内視鏡的摘出を行った 1 例

伊勢崎市民病院 内科 ○根本 奏子, 増尾 貴成, 一色 綾希, 小坂橋佑輔
石原 眞悟, 関口 雅則
同 小児科 西澤 拓哉

64. タイへの渡航後にナリジクス酸耐性腸チフスを発症した若年男性の 1 例

東京通信病院 消化器内科 ○青野 和人, 鈴木 祥代, 阿部佑里恵, 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
山王病院 消化器内科 大久保政雄
東京通信病院 感染症内科 濁川 博子

(18) 研修医Ⅲ(大腸) 9:30~10:00

座長 深谷赤十字病院 消化器科 葛 西 豊 高

65. 肛門周囲膿瘍を合併した潰瘍性大腸炎の 1 例

獨協医科大学病院 臨床研修センター ○高木 優花
獨協医科大学医学部 内科学(消化器)講座 金澤美真理, 竹中 一央, 菅谷 武史, 土田 幸平
富永 圭一, 飯島 誠, 郷田 憲一, 入澤 篤志

66. 若年者の隆起型直腸粘膜脱症候群の一例

埼玉医科大学病院 総合診療内科 ○中村 駿介, 宮口 和也, 芦谷 啓吾, 中元 秀友
同 消化管内科 大庫 秀樹, 都築 義和, 今枝 博之
同 病理診断科 山田 健人

67. 潰瘍性大腸炎の治療中に 5-ASA 製剤で薬剤性過敏性症候群 (Drug-induced hypersensitivity syndrome; DIHS) を発症した一例

佐野厚生総合病院 消化器内科 ○小西駿一郎, 亀山 尚子, 堀江 知史, 寺元 研
東澤 俊彦, 関根 忠一, 岡村 幸重

68. 慢性血液透析患者に合併した非閉塞性腸管虚血症の1例

日本大学病院 消化器内科 ○大海 なつき, 草野 央, 池原 久朝, 市島 諒二
堀井 敏喜, 金子 真大, 須田清一郎, 菊田 大一郎
武井 章矩, 平山 みどり, 岩塚 邦生, 三浦 隆生
高橋 利実, 中河原 浩史, 山本 敏樹, 小川 眞広
日本大学医学部 病態病理学系 腫瘍病理学 唐 小燕
日本大学病院 消化器内科
日本大学医学部 病態病理学系 腫瘍病理学 後藤田 卓志

69. 早期大腸癌を合併した特発性腸管膜静脈硬化症の1例

虎の門病院 消化器内科 ○小田 倉里奈, 早坂 淳之介, 三谷 年史, 落合 頼業
鈴木 悠悟, 和田 有美子, 野村 浩介, 田中 匡実
小田 切啓之, 岡本 陽祐, 山下 聡, 松井 啓
菊池 大輔, 飯塚 敏朗, 布袋屋 修
同 病理診断科 井下 尚子

(19) 研修医Ⅳ(肝) 10:00~10:30 座長 慶應義塾大学医学部 消化器内科 内科学(消化器) 吉田 文

70. 肝細胞癌が疑われた横隔膜限局性悪性中皮腫の1手術例

杏林大学医学部付属病院 総合研修センター ○高木 理子
杏林大学医学部 第三内科 川村 直弘, 關 里和, 佐藤 悦久, 西川 かおり
森 秀明, 久松 理一
同 外科 松木 涼太, 小暮 正晴, 鈴木 裕, 阪本 良弘
同 病理学教室 大森 嘉彦, 藤原 正親

71. 部分脾動脈塞栓術が有効であった左側門脈圧亢進症による胃静脈瘤の1例

慶應義塾大学病院 初期臨床研修医 ○貝發 美香
慶應義塾大学医学部 内科学(消化器) 水野 達人, 正岡 建洋, 脇坂 悠介, 津軽 開
山本 悠太, 吉田 文, 岩崎 栄典, 金井 隆典
同 放射線科学(診断) 中塚 誠之

72. 当院にて経験した、肝膿瘍に下大静脈血栓症を合併し手術が奏功した二例

済生会横浜市東部病院 ○西脇 友紀, 馬場 毅, 清水 良, 米田 将隆
大久保雄介, 中野 茂

73. 高度黄疸を来した多中心性キャスルマン病の1例

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

74. 肝細胞癌と肝内胆管癌の同時性重複癌の一例

東邦大学医療センター大橋病院 消化器内科 ○香内 朱萌, 塩澤 一恵, 山本 修平, 松井 貴史
三枝 善伯, 渡邊 学, 前谷 容
同 消化器外科 浅井 浩司
同 病理診断科 横内 幸

(20) 研修医Ⅴ(肝・その他) 10:30~11:00 座長 日本大学医学部 内科学系 消化器肝臓内科学分野 平 山 みどり

75. C型慢性肝炎症例のウイルス排除後に発癌した1例と経過良好な1例の比較

武蔵野赤十字病院 消化器科 ○内山 敬太, 玉城 信治, 樋口 麻友, 桐野 桜
大澤玲於奈, 渡壁 慶也, 清水 孝夫, 岡田 真央
王 婉, 高浦 健太, 金子 俊, 中西 裕之
土谷 薫, 板倉 潤, 高橋 有香, 黒崎 雅之
泉 並木

76. 肝内に悪性リンパ腫と肝細胞癌が併存したC型肝硬変の1例

横須賀市立うわまち病院 消化器内科 ○浦上 雄平, 佐藤 晋二, 小宮 靖彦, 森川瑛一郎
秋間 崇, 池田 隆明
同 総合内科 福味 禎子
同 病理検査科 飯田 真岐, 辻本 志朗

77. 脾原発悪性リンパ腫の一例

東京慈恵会医科大学附属病院 消化器・肝臓内科 ○住吉 那月, 宮崎 亮佑, 澤田 亮一, 秋田 義博
宮下 春菜, 丸山 友希, 永田 祐介, 及川 恒一
猿田 雅之

78. 嘔吐、下痢を契機に診断された家族性アミロイドポリニューロパチー(遺伝性ATTRアミロイドーシス)の一例

日本医科大学武蔵小杉病院 消化器内科 ○梁井香那子, 植木 信江, 阿川 周平, 恩田 毅
新井 泰央, 山脇 博士, 小高 康裕, 二神 生爾

79. 超音波内視鏡下経消化管ドレナージ術にて治癒し得た基礎疾患のない若年女性に発症した脾膿瘍の一例

東京医科大学病院 卒後臨床研修センター ○塩谷 健斗
東京医科大学 臨床医学系 消化器内科学分野 本定 三季, 祖父尼 淳, 土屋 貴愛, 石井健太郎
田中 麗奈, 殿塚 亮祐, 藤田 充, 朝井 靖二
松波 幸寿, 小嶋 啓之, 根本 大樹, 糸井 隆夫

(21) 研修医Ⅵ(胆・脾) 11:00~11:24 座長 東京大学医学部附属病院 消化器内科 斎 藤 友 隆

80. 胆管癌との鑑別が困難であった好酸球性胆管炎の一例

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

81. 若年男性に発症した総胆管合流異常症が原因となる急性膵炎の1例

千葉西総合病院 消化器内科 ○前嶋 恭平, 保坂 祥介, 伊藤 峻, 梅木 清孝
佐藤晋一郎, 小野 敏嗣

82. EUS-FNA にて診断し得た腹腔内腫瘍の一例

東海大学医学部付属病院 消化器内科 ○白滝 理博, 川畠 洋平, 川西 彩, 小川 真実
 同 消化器外科 益子 太郎, 増岡 義人, 矢澤 直樹, 中郡 聡夫
 同 病理診断科 平林 健一

83. 胆管癌との鑑別に Spy DS が有用であった 2 型自己免疫性膵炎準確診例

埼玉医科大学国際医療センター 消化器内科 ○大嶋 侑平, 水出 雅文, 加藤 里絵, 小川 智也
 藤田 曜, 原田 舞子, 谷坂 優樹, 良沢 昭銘

(22) 研修医Ⅶ(脾) 11:24~11:54 座長 筑波大学 医学医療系 消化器内科 浜 野 由花子

84. 孤立性腹腔動脈解離による急性膵炎を発症した一例

東京女子医科大学 東医療センター ○横山 健, 岡田 恵, 細田 麻奈, 岡部ゆう子
 安藤 由希, 高橋 彩, 木村 綾子, 大野 秀樹

85. 膵十二指腸瘻を内視鏡的に観察できた, 十二指腸乳頭部癌による急性膵炎の一例

深谷赤十字病院 消化器科 ○土生 亜実, 川辺 晃一, 葛西 豊高, 江藤 宏幸
 村松 誠司, 中原 守康, 宮原 庸介, 福田 裕昭
 今井 崇紀, 田中 健丈, 荻野 太郎
 同 外科 伊藤 博

86. 門脈瘤を伴う多発脾動脈静脈奇形を合併した Osler 病の一例

東京大学 医学部 消化器内科 ○松浦 優実, 鈴木由佳理, 水野 卓, 大山 博生
 金井 祥子, 鈴木 辰典, 佐藤 達也, 白田龍之介
 石垣 和祥, 齋藤 圭, 齋藤 友隆, 高原 楠晃
 濱田 毅, 木暮 宏史, 中井 陽介, 多田 稔
 小池 和彦

87. 通常型膵管癌と鑑別を要した膵神経内分泌腫瘍の 1 例

済生会前橋病院 消化器内科 ○市原 愛美, 田中 良樹, 中野 佑哉, 齋藤 直人
 中野 彩智, 加藤恵理子, 畑中 健, 吉田佐知子
 蜂巢 陽子, 吉永 輝夫
 同 外科 和田 渉, 細内 康男
 群馬大学医学部附属病院 消化器・肝臓内科 浦岡 俊夫

88. 膵体尾部切除後膵液瘻に対して EUS ガイド下経胃のドレナージが奏功した 1 例

千葉徳洲会病院 内科 ○黄 天翔, 西澤 秀光, 宇賀治良平, 外山 雄三
 松村 祐志, 山本 栄篤, 長浜 隆司, 浅原 新吾

第3会場（午後の部） 一般演題

(23) 一般演題(大腸) 14:00～14:24

座長 虎の門病院 消化器内科 山下 聡

89. 慢性活動性 EB ウイルス感染症に伴う直腸潰瘍の1例

国立病院機構 高崎総合医療センター 消化器内科 ○村上 立真, 長沼 篤, 館山 夢生, 平 知尚
増田 智之, 安岡 秀敏, 星野 崇, 上原 早苗
工藤 智洋, 田中 優子
同 消化器内科
同 病理部 石原 弘

90. ESMO Consensus Guidelines 後の進行再発大腸癌に対する化学療法～FOLFOXIRI 療法を中心に～

東京大学医学部附属病院 光学医療診療部 ○中田 史子, 吉田俊太郎
同 消化器内科 近藤 僚, 石橋 嶺, 成田 明子, 田中 恵理
山下 綾, 坪井 真代, 畑 昌宏, 青木 智則
新倉 量太, 山田 篤生, 小池 和彦

91. 超高齢者（90歳以上）における当院での下部消化管内視鏡検査の現況

桐生厚生総合病院 内科 ○椎名 啓介, 飯田 智広, 竝川 昌司, 菅間 一乃
岡野 祐大, 佐藤 圭吾, 福地 達
群馬大学医学部附属病院 消化器・肝臓内科 浦岡 俊夫

92. 小腸カプセル内視鏡検査が有用だった盲腸血管拡張症の1例

深谷赤十字病院 消化器科 ○葛西 豊高, 川辺 晃一, 江藤 宏幸, 村松 誠司
中原 守康, 宮原 庸介, 福田 裕昭, 今井 崇紀
田中 健丈, 荻野 太郎

(24) 一般演題(肝) 14:24～14:48 座長 獨協医科大学日光医療センター 消化器内科 有 阪 高 洋

93. 肝外転移を有する Fibrolamellar hepatocellular carcinoma の1例

がん研有明病院 肝胆膵内科 ○澤田 雅志, 澤田 雅志, 松山 真人, 武田 剛志
金田 遼, 佐々木 隆, 尾阪 将人, 笹平 直樹

94. 画像診断が有用であった Adrenal rest tumor の1例

東京医科大学病院 消化器内科 ○掛川 達矢, 杉本 勝俊, 阿部 正和, 吉益 悠
笠井 美孝, 竹内 啓人, 古市 好宏, 糸井 隆夫

95. 肝細胞癌に対して TACE 治療経過観察中に発症した縦隔リンパ節腫大の診断に EUS-FNA が有用であった1例

日本大学医学部 内科学系 消化器肝臓内科学分野 ○菊田大一郎, 中河原浩史, 山田 康嗣, 武井 章矩
岩塚 邦生, 三浦 隆生, 高橋 利実, 山本 敏樹
小川 真広, 後藤田卓志, 森山 光彦

96. MRI での IDEAL-IQ が診断の一助となった輸血後鉄過剰・肝へモクロマトーシスの一例

深谷赤十字病院 消化器科 ○江藤 宏幸, 川辺 晃一, 葛西 豊高, 村松 誠司
中原 守康, 宮原 庸介, 福田 裕昭, 今井 崇紀
田中 健丈, 荻野 太郎
同 外科 伊藤 博

(25) 一般演題(胆・膵1) 14:48~15:12 座長 杏林大学医学部 第三内科学教室 消化器内科 落 合 一 成

97. マイクロバルンカテーテルを併用した経皮経肝門脈塞栓術が有効であった反復出血性人工肛門部静脈瘤の一例

千葉大学大学院 医学研究院 消化器内科学 ○嶋 由紀子, 丸山 紀史, 丸田 享, 前田 隆宏
日下部裕子, 清野宗一郎, 小林 和史, 中村 昌人
齊藤 朋子, 小笠原定久, 鈴木英一郎, 大岡 美彦
中本 晋吾, 安井 伸, 千葉 哲博, 加藤 直也

98. 胆嚢癌が疑われた腫瘍形成 IgG 4 関連胆嚢炎の 1 例

東京医科大学八王子医療センター 臨床医学系消化器内科学分野 ○一宮 匡, 向井俊太郎, 中村 洋典, 平良 淳一
奴田原大輔, 平山 泰丈, 辻 雄一郎, 松江 右武
和田 卓也, 南 裕人, 山西 文門, 田所 健一
浅野 響子, 中村 郁夫
同 消化器外科: 移植外科 千葉 斉一, 河内 茂之
東京医科大学 臨床医学系消化器内科学分野 糸井 隆夫

99. 膵嚢胞性腫瘍との術前診断に苦慮した膵周囲神経鞘腫の一例

池上総合病院 消化器病センター ○眞田 和賢, 花岡 友梨, 藤村 彰, 和久津重紀子
村山 晶俊, 加持順一郎, 柴山 泰久, 飛田 浩輔
高安 博之, 深澤 麻希, 鈴木 理之

100. 長期経過観察中の慢性膵炎患者に発生した膵頭部癌の一例

東京医科大学病院 臨床医学系消化器内科学 ○朝井 靖二, 祖父尼 淳, 土屋 貴愛, 石井健太郎
田中 麗奈, 殿塚 亮佑, 本定 三季, 藤田 充
松波 幸寿, 小嶋 啓之, 糸井 隆夫

(26) 一般演題(胆・膵2) 15:12~15:30 座長 埼玉医科大学国際医療センター 消化器内科 谷 坂 優 樹

101. EUS-FNA によって診断し経過観察が可能であった膵神経鞘腫の 1 例

東京医科大学 臨床研究系消化器内科学分野 ○小嶋 啓之, 土屋 貴愛, 祖父尼 淳, 石井健太郎
田中 麗奈, 殿塚 亮祐, 本定 三季, 向井俊太郎
藤田 充, 永井 一正, 山本健二郎, 朝井 靖二
松波 幸寿, 黒澤 貴志, 糸井 隆夫

102. 重複癌と多臓器転移を認めた退形成性膵管癌の 1 例

熊谷総合病院 ○村上 規子, 土合 克巳, 門野源一郎, 野村 祐介
松井真理子, 石川 武志, 比留間晴彦, 齊藤 雅彦
埼玉医科大学病院 病理学・中央病理診断科 石沢 圭介

103. 脾嚢胞性病変が消化管穿破にて改善した脾性腹水の一例

聖マリアンナ医科大学 横浜市西部病院 消化器肝臓内科 ○川島亜貴世, 小澤俊一郎, 近江 亮介, 北川紗里香
野口 陽平, 高橋 秀明, 松田 浩二

2019・2020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
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
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 消化器内科学)	12月7日(土)	東 京 海運クラブ	8月28日～ 10月2日予定
358	中 島 淳 (横浜市立大学大学院医学研究科 肝胆臓消化器病学教室)	2020年 2月22日(土)	東 京 シェーンバッハ・サボー	2019年10月30日～ 12月4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)	6月30日(日)	東 京 シェーンバッハ・サボー	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 シェーンバッハ・サボー	未 定

次回(第354回)例会のお知らせ

期 日：2019年4月13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：「炎症性発癌の病理診断」

演者：新潟大学大学院 医歯学総合研究科 分子・診断病理学分野 味岡 洋一

司会：防衛医科大学校長 長谷 和生

ランチョンセミナー：「クローン病治療up date ～最適なBioの使い方 ステララを中心～」

演者：東邦大学医療センター佐倉病院 IBDセンター センター長/特任教授 鈴木 康夫

司会：防衛医科大学校 内科学講座 教授 穂苅 量太

当番会長：長谷 和生(防衛医科大学校長)

〒359-8513 埼玉県所沢市並木3-2

TEL：04-2995-1637/FAX：04-2996-5205

事務局長：岡本 耕一(防衛医科大学校 外科学講座)

◆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

東京大学医学部附属病院 消化器内科
小畑美穂, 皆月ひろ, 辻陽介, 高橋悠, 坂口賀基, 新美恵子, 山道信毅, 小池和彦

【症例】46歳男性【主訴】心窩部痛、嚥下時違和感【既往歴】特記事項なし【現病歴】9歳時に再生不良性貧血を発症し、以降シクロスポリン300mg/dayを内服開始した。45歳時より心窩部痛、嚥下時違和感が出現したため近医で上部内視鏡検査を施行され、進行食道癌が疑われたため当科紹介受診された。上部内視鏡検査で食道胃接合部に辺縁の隆起した陥凹性病変を認めた。NBIでbrownish areaを認めず、ヨード染色でも中心の潰瘍部以外は不染を認めず、食道癌としては非典型的であった。辺縁部より2か所生検したが悪性所見は認めず、HSV・CMV免疫染色、CMVアンチゲネミアはいずれも陰性であった。同時期に施行したCTで左横隔膜下噴門部リンパ節の腫大を認めた。悪性疾患の可能性は否定できず、ボノブラザン10mgを内服開始し、2か月後に上部内視鏡検査・CT再検の方針とした。上部内視鏡検査では潰瘍部はやや改善傾向であったが、周囲の凹凸は引き続き残存した。粘膜生検ではやはり悪性所見は認めなかった。CTで噴門部リンパ節も著変なく、6か月後上部内視鏡検査・CT再検とした。発症から7か月頃より左鼠径部に有痛性のリンパ節腫脹を認め、他院でリンパ節生検を施行したところEBER-ISH陽性細胞が検出された。また同時期より認めていた舌・頬粘膜の潰瘍、既存の食道陥凹性病変の生検からもEBER-ISH陽性細胞が検出され、食道癌・口腔内の潰瘍はEBV-positive mucocutaneous ulcer (EBVMCU)と診断した。シクロスポリンによる免疫抑制の関与を考え、現在シクロスポリンを減量し食道陥凹性病変、口腔内の潰瘍はともに改善傾向である。【考察】EBVMCUはリンパ増殖性疾患の一亜型である。高齢者や免疫抑制状態の患者における難治性潰瘍は本症が鑑別に挙がるが、診断に苦慮することも少なくないため、本症も念頭におき十分な検索を進める必要があると考えられた。当日は本疾患についての文献的考察も行いつつ症例を供覧する。【結語】診断に難化した食道EBV-positive mucocutaneous ulcerの症例を経験した。

食道潰瘍, EBV

日本大学医学部 内科学系 消化器肝臓内科分野¹⁾, 同 外科学系 消化器外科分野²⁾, 同 病態病理学系 腫瘍病理学分野³⁾
野田泰弘¹⁾, 入江 彰¹⁾, 田村 祐¹⁾, 山川 俊¹⁾, 江崎 充¹⁾, 中本将秀¹⁾, 春田明子¹⁾, 永井晋太郎¹⁾, 岩本真帆¹⁾, 菊池浩史¹⁾, 後藤田卓志¹⁾, 森山光彦¹⁾, 吉田 直²⁾, 高山忠利²⁾, 小林博子³⁾, 増田しのぶ³⁾

【症例】74歳 女性【現病歴】早期胃癌3病変の内視鏡的粘膜下層剥離術（以下ESD）後、ピロリ菌除菌後、胃食道逆流症に対しプロトンポンプ阻害剤にて加療を行っていた。5年目の経過観察目的の上部消化管内視鏡検査で、胃前庭部小弯前壁のESD後の瘢痕近傍に3mm大の小隆起を認め、生検を行ったところGroup2が認められた。3ヶ月後の内視鏡再検にて隆起性病変は6mm大に増大し、生検にて胃神経内分泌癌（以下胃NEC）が検出された。明らかな肝転移等は認められず、幽門側胃切除術が施行された。摘出標本の病理組織所見はKi-67指数が80%以上を占めておりNECの診断で、腫瘍径11mm、深達度sm2, ly2, v1であった。【考察】胃神経内分泌癌は急速な発育を示すため、大部分が進行がんで発見される。本症例においても当初は小病変であったが、3か月の間にSMT様の隆起が明瞭となり、急速な形態の変化が認められた。本症例は5年前に早期胃癌でESDを施行されており、組織発生に対して関連性を疑ったが、胃切除後の病理組織検査の結果、粘液生産性や腺癌成分は認めなかった。5年前の標本と類似性も認められず、独立して発生したものと考えられた。【結語】今回我々は、早期胃癌ESD後5年目に胃神経内分泌癌を認めた一例を経験した。合併疾患として稀有な一例であり、文献的考察を加えて報告する。

早期胃癌ESD後, NEC

東邦大学医療センター大森病院 消化器センター内科¹⁾, 同 病理診断科²⁾
鈴木啓太¹⁾, 鳥羽崇仁¹⁾, 氏田 互¹⁾, 副島啓太¹⁾, 並木萌子¹⁾, 若林宗弘¹⁾, 榎本有里¹⁾, 清水 良¹⁾, 福土剛蔵¹⁾, 園 宣博¹⁾, 乾山光子¹⁾, 小林俊介¹⁾, 山本慶郎¹⁾, 山口和久¹⁾, 大塚隆文¹⁾, 淵之上和弘²⁾, 澁谷和俊²⁾, 五十嵐良典¹⁾

症例は71歳女性。2018年5月に黒色便を主訴に前医受診。同院で施行された上部消化管内視鏡検査にて、十二指腸球部に巨大な有茎性の隆起性病変を指摘。精査加療目的に当院紹介となった。当院での上部消化管内視鏡検査では、十二指腸球部下壁に太い茎を有する約40mm大の1p様の病変であった。病変の頂部には発赤、びらんが散見され、黒色便の原因として矛盾しないと考えられた。NBI拡大観察では、病変の表面構造は異型のない絨毛状構造で、正常の十二指腸粘膜と考えられた。EUSでは内部に腺構造を伴う、充実性のやや高エコーな病変として描出され、Brunner腺の過形成として矛盾しない所見と考えられたが、生検結果は非特異的な炎症所見のみで診断困難であった。十分な説明の上、診断的治療として内視鏡的切除を行う方針とした。茎部に留置スナアを置いた後、ポリペクトミーで一括切除とした。偶発症なく終了し、最終病理結果はBrunner腺過形成であった。巨大なBrunner過形成に対しては、外科的加療が施行されている報告が散見されるが、適切な処置を行うことで内視鏡的切除が可能であることが示唆された。今回我々は特異な形態を呈した巨大十二指腸Brunner腺過形成に対して、内視鏡的切除を行った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。

Brunner腺過形成, 十二指腸

国民健康保険 町立小鹿野中央病院 総合診療科¹⁾, 日本赤十字社 深谷赤十字病院²⁾, 秩父市立病院³⁾
荻野太朗¹⁾, 川辺晃一²⁾, 葛西豊高²⁾, 江藤幸幸²⁾, 黒沢正喜¹⁾, 中原守郎³⁾, 今井崇紀³⁾, 藤田和樹¹⁾, 田中健文¹⁾

【背景】近年、スクリーニングの上部消化管内視鏡検査で偶然発見される十二指腸濾胞性リンパ腫症例が増加している。埼玉県西部の僻地に位置する当院でも、人間ドックにて十二指腸濾胞性リンパ腫が3症例発見されたため報告する。【症例】3例はいずれも男性、無症状で、年齢は60歳・64歳・85歳だった。2例はVater乳頭近傍に、1例は乳頭肛門側に集簇した白色顆粒状病変で発見され、生検結果はFollicular lymphoma, Grade1だった。【経過】各例診断後高次医療機関へ紹介受診となり、精査が行われた。検査結果から全例watch and waitの方針となり、現在までの間増悪は見られていない。【考察】消化管濾胞性リンパ腫は一般に進行が緩徐であり、化学療法での奏効率も高いため長期予後は良好である。一方、再燃が比較的高率であることから、watch and waitの方針が選択される場合も多く、治療介入のタイミングについては未だ検討段階である。中にはびまん性大細胞性B細胞性リンパ腫への形質転化例は生命予後が悪化するとの報告や、小腸壁に深く浸潤して狭窄をきたした報告もあることから、初診時に病変の存在部位を把握し病期決定を行うことは重要となる。本邦における消化管濾胞性リンパ腫の多施設共同研究において、Lugano臨床病期stage1, 2の125例中、十二指腸球部・下行脚に病変が見られるのはそれぞれ6例（5%）・101例（81%）だった。しかし全消化管検索の結果小腸病変を有していた17例のうち、十二指腸のみは病変が限局する患者は5例（29%）だったことは、十二指腸病変発見後に全消化管検索の必要性を示唆している。また、Vater乳頭近傍において発見率が高いことから、当院での平成29年度人間ドック上部消化管内視鏡症例360例におけるVater乳頭観察率を後方視的に検討した。乳頭が確認できるのは92例（25.6%）、乳頭の一部もしくは小帯が見えるのは84例（23.3%）、いずれもみられないのは184例（51.1%）だった。今後プライマリ・ケアにおいては本症の発見率向上のためにVater乳頭近傍までの観察を十分行っていくべきであると考えた。

十二指腸濾胞性リンパ腫, Vater乳頭

5 麻薬の長期投与に伴い消化管運動障害が生じた1例

群馬大学大学院医学系研究科 消化器・肝臓内科学
相原幸祐, 栗林志行, 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, 山崎勇一, 下山康之,
河村 修, 浦岡俊夫

【症例】40歳代、男性【主訴】意識障害【現病歴】201X-7年に下痢と腹痛が出現し、近医を受診した。上下部消化管内視鏡検査では明らかな原因を指摘できなかったため、201X-6年に当科紹介となった。当科での精査では、正中弓状韌帯圧迫症候群が認められ、手術を行うも症状の改善は得られなかった。また、好酸球性胃腸炎や早期慢性脾炎の可能性を考慮して、ステロイド投与及びパンクレリパーゼ製剤を投与するも効果は認められず、症状コントロール目的に201X-6年からモルヒネ塩酸塩が開始となった。以降、モルヒネ塩酸塩10-30mg/日を頓用で内服していた。201X年4月頃より食事摂取が困難となり、6月には意識障害が出現し、当院に救急搬送となった。【経過】意識障害は補液により速やかに改善した。食事を少量でも摂取すると膨満感が出現し、食べた食事が胃から流れていかない感を訴えており、胃排出異常を疑った。バリウム100mlを用いて消化管造影検査を行ったところ、胃運動は低下しており、内服10分後には内服したバリウムのごく少量が十二指腸から小腸に流れたものの、ほとんどが胃内に貯留していた。モルヒネの長期投与に伴う消化管運動障害と診断し、モルヒネを中止したところ、徐々に食事摂取が可能となり、退院となった。なお、離脱症状は認められなかった。【結語】欧米では麻薬の乱用が問題となっているが、本邦での報告は少ない。原因不明の疼痛はコントロール困難であることが少なくないが、麻薬を長期に使用すると消化管運動障害を来すことから、安易な麻薬の使用は控えるべきである。また、麻薬を使用する際には、消化管運動異常を引き起こす可能性があることを念頭に置くべきである。

消化管運動障害, 麻薬

6 ニボルマブによる副腎不全を発症した臨床経験

北里大学 医学部 消化器内科学
鴻上太郎, 東 瑞智, 尾上美恵, 石戸謙次, 久保田陽, 近藤雄紀,
渡邊見織, 和田拓也, 堅田親利, 田邊 聡, 小泉和三郎

症例：69歳男性。現病歴：199X年に胃癌に対して胃切除、B-II再建を施行。201X年に貧血を認め前医でEGD施行し残胃に3型進行胃癌を認めたため、当院紹介となった。既往歴：HBV感染、甲状腺機能低下症、前立腺癌。経過：CTで胃周囲LN腫大を認め、術前診断はcT3N1M0pStage IIB、NAC-DCSの方針となり、4コース施行しPR、残胃全摘術+R-Y再建を施行した。術後診断はpT3(SS)N0M0 pStage IIAであった。術後補助療法として201X年11月からDS療法行っていたが、11コース後に大動脈周囲LN増大しPD、201X+1年10月より2次治療としてPTX+Ramucirumabを施行したが、8コース後にPDとなったため、201X+2年6月より3次治療としてNivolumabを開始した。6月下旬に尿路感染症で入院とあり、血圧低下傾向、ADLの低下を認めた。その後一旦退院したが、7月中旬に発熱と関節痛のため入院、偽痛風と診断した。徐々にADL低下が進行しPS3となった。irAEである副腎機能不全を疑い、血液検査でACTH、 cortisolの低値を認めたため直ちにコートリル15mg/日を内服開始した。投与当日から自力歩行が可能となり、低血圧も改善、食事摂取量も著明に増加した。コートリル補充を継続しながら、Nivolumab治療を継続中である。考察：Nivolumabは今後の胃癌治療において重要な役割を担う薬剤であるが、既存の殺細胞性抗癌剤と異なる副作用（irAE）を生じる。irAEは疑うことが重要であり、Nivolumab適正使用ガイド等を参考にしながら、irAE出現時には速やかに他科との連携を取っていくことが重要であると考えられる。

胃癌術後再発, ニボルマブ

7 多発血管炎性肉芽腫症に対する免疫抑制療法中に発症した消化管カポジ肉腫の1例

国立国際医療研究センター病院 消化器内科
遠藤 剛, 西家由里子, 永田尚義, 粟飯原隼人, 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, 柳澤直宏, 久田裕也, 大久保栄高, 忌部 航,
渡辺一弘, 小島康志, 横井千寿, 秋山純一

【諸言】カポジ肉腫の多くはAIDSに関連して発症する。今回我々は、多発血管性肉芽腫症（以下、GPA）に対する免疫抑制療法中に発症した消化管カポジ肉腫の1例を経験したため報告する。【症例】73才男性、モンゴル人【現病歴】当院膠原病科から1つつけであり、GPAに対して免疫抑制療法を行っていた。X年Y月頃より腹痛・血便・黒色便が生じ、Y+3月の外来受診時の採血でHb 6.2 mg/dLと高度低下を認めたために当科紹介となった。【既往歴】GPA、肺塞栓症、深部静脈血栓症、陳旧性脳梗塞【経過】来院時の血液検査の結果は、BUN 26.6 mg/dL, Cr 1.28 mg/dL, Fe 9 μ g/dL, TIBC 396 μ g/dL, Hb 6.2 g/dL, MCV 85.2 fL, MCHC 29.8 g/dL, HIV(-), CD4 195/ μ Lであった。消化管出血を強く疑い上部消化管内視鏡検査を施行したところ、胃全体に発赤を伴う腫瘍性病変や潰瘍性病変が散見され、下部消化管内視鏡検査でも同様の病変が大腸全体に散見された。病変部からの生検病理では紡錘形細胞の増殖を認め、各種免疫染色の結果(D2-40(+), CD34(+), HHV8 LANA-1(+))も併せカポジ肉腫と診断した。全身精査の結果消化管以外の病変は認めなかった。GPAに対するプレドニゾロン12mg、アザチオプリン 50mgの内服によるCD4低下が発症の原因と考え、プレドニゾロンを漸減する方針とした。内視鏡所見は経時的に改善を認め、貧血の進行やプレドニゾロン減量に伴うGPAの悪化を認めることなく現在経過観察中である。【結語】カポジ肉腫はAIDS関連疾患として有名であるが、免疫抑制患者に発症することもあり注意を要する。また、治療法として免疫抑制剤の減量も選択肢となり得る。

カポジ肉腫, 多発血管炎性肉芽腫症

8 自然消失を認めた早期胃癌の一例

日本医科大学付属病院 消化器・肝臓内科¹⁾,
慶應義塾大学医学部 腫瘍センター 低侵襲療法研究開発部門²⁾
石川裕美子¹⁾, 後藤 修¹⁾, 門馬絵理¹⁾, 桐田久美子¹⁾,
小泉英里子¹⁾, 野田啓人¹⁾, 樋口和寿¹⁾, 梅田隆満¹⁾, 大森 順¹⁾,
鮎本哲吾²⁾, 貝瀬 満¹⁾, 岩切勝彦¹⁾

症例は93歳の女性。既往症は40代で甲状腺腫瘍摘出術を受けている以外特記なし。嘔吐、腹痛のため当院を受診し、総胆管結石性胆管炎の診断で当科入院となった。ドレナージ目的のERCP前に施行したスクリーニング上部消化管内視鏡検査で胃体上部後壁に10mm大の0-I型病変を認め、生検にてGroup5 adenocarcinoma (tub1, tub2)と診断された。10日後、精査目的で再度上部内視鏡検査を施行したところ、隆起は5mm程度に縮小しており、0-2aと形態変化していた。総胆管結石の治療が終了し、状態が安定したところでESDによる切除の方針となり、初回指摘から2か月後に再度内視鏡検査を施行したところ、隆起はさらに縮小し、平坦陥凹性病変へと変化していた。NBI拡大内視鏡観察にて10mm, 0-2c, UL(+), 分化型Mと診断したことから、予定通りの方針とし、初回指摘から3か月後にESDを施行した。治療当日の内視鏡では病変の検出が困難となり、当該部位には軽度の癰瘍性変化を認めるのみとなっていた。過去の内視鏡画像を参照しながら切除範囲を設定し、偶発症なく粘膜を切除したが、最終病理診断はChronic erosion gastritis with some mucosal hyperplastic lesionsであり、腫瘍成分は検出されなかった。胃癌の無治療自然消失例は早期であっても非常に稀であると考えられる。今回、生検後短期間で形態変化および自然消失を認めた早期胃癌の一例を経験したため、文献的考察を加えて報告する。

早期胃癌, 内視鏡的粘膜下層剥離術

東京警察病院 消化器科

植倉知永, 芹澤多佳子, 徳山信行, 宮本廣大, 能登谷元聡, 八木岡浩, 小椋啓司

【症例】26歳男性【主訴】黒色便, めまい【現病歴】2018年6月X-4日から下痢, 黒色便があった。黒色便に少量の鮮血が付着することがあった。6月X日 通勤時に電車でめまい, 立ちくらみを自覚し, 階段を少し上がるだけで息切れを強く感じたため, 当院救急外来受診した。採血でHb 10 g/dLと貧血を認め, 上部消化管出血疑いで精査加療目的に入院した。【既往歴】なし【来院時現症】意識清明, 体温 36.2度, 血圧 135/85 mmHg, 脈拍 120/分 整, SpO2 99%, 呼吸数 18/分【頭部】眼結膜貧血なし【腹部】平坦かつ軟, 圧痛なし, 反跳痛・筋性防御なし, B/S亢進減弱なし【四肢】圧痕性浮腫なし【入院後経過】Day2に上部消化管内視鏡施行し, Brunner腺過形成の所見と出血点と疑われる部位にクリップをかけて止血した。止血後の観察により, 出血性の有茎性ポリープであったことが判明した。Day3に2nd lookで止血を確認した。有茎性ポリープの根元に留置スネアをかけ, クリップと留置スネアの間でスネア切除した。検体は20×12mm大であった。Day4の上部消化管内視鏡で出血ないことを確認し, 流動食から食事開始とした。食上り後も貧血の進行や腹部症状なく経過し, Day7に退院となった。【病理】上皮に異型性は認めず, 粘膜下層でBrunner腺が過剰に増生しているが, 異型性は見られない。Brunner腺過形成の所見と考えられる。【考察】過形成の成因は腺外分泌能の低下や胃酸の過剰分泌により十二指腸粘膜が代償性に過形成をきたすと考えられているが一定の見解は得られていない。基本的に無治療・経過観察が可能だが, 出血や狭窄などの症状を呈するもの, または20mm以上のものは, まれではあるが癌化の報告があり, 切除を要する。径が21mm以上の腫瘍は20mm以下の腫瘍に比べ, 出血するリスクは3倍といわれている。出血の原因は, 腫瘍増大により表面粘膜が伸展・脆弱化し, 障害を受けやすくなるためと考えられている。【結語】内視鏡的に切除可能であった出血性ブルネル腺過形成の一例を経験した。

ブルネル腺過形成, 出血

新東京病院 消化器内科¹⁾, 同 内視鏡センター²⁾村上大輔¹⁾, 原田英明¹⁾, 天野祐二²⁾

医療の質を評価するためのquality indicator (QI) の必要性が医療現場で議論されており, 下部内視鏡検査ではadenoma detection rateがQIの一つの指標となっている。胃癌内視鏡検診が導入されたものの, 上部内視鏡検査(EGD)では病変発見率が低く, 年齢やH. pylori菌感染の有無などの患者背景によって胃癌発生率に大きな差があるため, 良いQIがないのが実情である。また, 近年盛んに研究されているAIによる画像診断において, 平澤らの報告(Hirasawa T et al., Gastric Cancer 2018.)によれば, 陽性的中率は92.2% (71/77病変)と好成績であるが, 微小胃癌では16.7% (1/6病変)にとどまり, 微小胃癌検出は大きな課題と考えられる。我々は, 微小胃癌やHP除菌後胃癌といった発見困難病変の特徴を把握し, 病変発見率を向上させる日々の研鑽こそが, QIの無いEGDスクリーニングにおける質の向上につながるものと考えている。発表者が後期研修開始の2016年4月より2018年9月30日までの間に, 当院で発見し得た早期胃癌総数(pT1bは除く)は45病変であり, その中で長径5mm以下の微小胃癌は10病変(ひとかき癌1例を含む), 長径10mm以下の小胃癌は16病変であった。早期胃癌発見率(発見早期胃癌数/EGD件数)は2016年度:0.8% (9/1195), 2017年度:2.5% (21/884), 2018年前:3.6% (15/423)であり, そのうち微小胃癌・小胃癌の発見率に関しても, 2016年0.5%, 2017年1.2%, 2018年前期2.4%と, 良好なラーニングカーブを描いていた。発見された微小胃癌の中で, H. pylori除菌後のものは9病変認め, 肉眼型は0-IIc;5, 0-IIa;2, 0-IIc+II;2病変であり, 組織型はすべてtub1であった。今回, これらの発見困難病変の内視鏡画像を提示しながらその特徴について報告する。

除菌後胃癌, 微小胃癌

原発巣の診断が困難であった多発肝転移を伴う特殊型胃癌の一例

東邦大学医療センター大橋病院 消化器内科¹⁾,同 病理診断部²⁾村上貴寛¹⁾, 富永健司¹⁾, 木村隆輔¹⁾, 吉田有輝¹⁾, 高橋厚子¹⁾, 島田長裕¹⁾, 里井 新¹⁾, 馬場隆成¹⁾, 渡邊 学¹⁾, 塩澤一恵¹⁾, 松井貴史¹⁾, 山本修平¹⁾, 横内 幸²⁾, 高橋 啓²⁾, 前谷 容¹⁾

症例は74歳男性。食思不振, 腹部膨満感を主訴に近医を受診した。腹部CT検査で肝腫瘍を認めたため当院へ紹介となり, 精査目的に入院となった。血液検査で肝胆系酵素の上昇とAFP 500545mg/mlと異常高値を認めた。腹部超音波検査では高エコーを呈する多発肝腫瘍を認めた。造影では腫瘍周囲より造影があり, 後期血管相でも腫瘍周囲の造影を認め, やや非典型例ではあるがHCCが第一に考えられた。上部消化管内視鏡検査では, 立ち上がりは正常粘膜に覆われており, 多臓器からの転移を疑う所見であった。そのため, 画像所見からはHCCの胃転移が考えられた。肝腫瘍, 胃腫瘍のそれぞれに対して行った生検の病理組織所見は細胞質が淡明でグリコーゲンを有する腫瘍細胞であった。また免疫染色では, CK7およびCK20が陰性であり, AFPが陽性であり, SALL4(+)を呈した。以上より肝病変と胃病変は同一の病変として考えられ, 肝細胞癌では陽性頻度は低いSALL4が陽性であったことから, 組織像も併せて本症例は特殊型胃癌に分類される胎児消化管類似癌, 多発肝転移と診断した。本症例は黄疸著明で, 肝胆系酵素が高値であり, 腹部CT検査で肝内胆管の拡張も認めていたことから胆管ステント留置を行ったが改善なく, 退院1か月後に死亡となった。今回は示唆に富んだ症例として, 若干の文献的考察を加えて報告する。

特殊型胃癌, 胎児消化管類似癌

imatinibが奏功するも消化管穿孔を来した転移性GISTの一例

とちぎメディカルセンターしもつが 消化器内科¹⁾,同 外科²⁾小川和紀¹⁾, 中元明裕¹⁾, 岩下ちひろ¹⁾, 廣澤拓也¹⁾, 砂田富美子¹⁾, 藤田純輝²⁾, 太田 学²⁾, 北林宏之²⁾, 近藤 悟²⁾, 小泉 大²⁾, 児玉多曜²⁾, 倉田秀一¹⁾

消化管間葉系腫瘍(GIST)は, 早期発見例では内視鏡治療や外科治療で根治治療が可能な疾患であるが, 転移性GISTについてはチロシンキナーゼ阻害薬による緩和的薬物療法が推奨されている。臨床試験ではc-kitの遺伝子解析でexon11変異はimatinibの高い奏効率が示され効果予測因子として期待されている。今回我々は, imatinibが奏功した転移性GIST症例において消化管穿孔を来すも保存的加療で軽快し, imatinibによる化学療法を再開し得た症例を経験したので報告する。【症例】63歳, 男性。排尿障害, 下腹部痛を主訴に受診しCT検査で腹腔内腫瘍・多発結節病変を認め, 消化器内科に紹介受診。超音波下経皮的腫瘍生検を行い, Gastrointestinal stromal tumorとの病理診断を得た。また, c-kit遺伝子変異はExon11 p.Val560delの遺伝子変異を確認した事よりimatinibの奏功が期待された為imatinib400mg/dayで化学療法を開始した。治療開始後4か月のCT検査で腹腔内腫瘍の縮小(PR)を確認していたが, その1週間後に左下腹部痛を主訴に外来受診。再度施行したCT検査で左鼠径部から骨盤内腔にfree airと腹水貯留を認め, 消化管穿孔と判断し緊急入院。超音波下経皮的腹腔内腫瘍ドレーナージ術を行い, 症状改善。ドレーナージ位置を修正しながら腫瘍縮小し, 約1か月間でドレーナージ抜去を得た。しかし, imatinib休業中にGISTは増大傾向であった為に厳重観察の下imatinibを200mg/dayで再開し, 腹腔内腫瘍の再燃ない事を確認しつつ治療を継続し, 治療再開後のCTでは再度腫瘍縮小を確認できた。【考察】Exon11変異を伴うGIST症例はimatinibに奏功する可能性が高いが, 腫瘍量が多い場合には奏効した為に有する合併症に十分注意する必要がある。治療に奏功するも消化管穿孔を来したGIST症例を経験した為文献的考察を加えて報告する。

腫瘍, 化学療法

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

症例は34歳女性。X-1年頃から立ち眩みを自覚し近医を受診したところ貧血を指摘され、鉄剤投与で様子を見られていた。その際に施行の上部消化管内視鏡検査では、表層性胃炎と胃底腺ポリープ、ピロリ菌陰性の診断であった。貧血が落ち着いたため通院を自己中断したが、その後も立ち眩みが持続し、X年Y月に前医を受診した。便潜血検査陽性と腫瘍マーカー上昇、造影CTで小腸腫瘍、腹膜播種、卵巣転移を指摘され、精査加療目的に当院消化器内科へ紹介となった。当科で施行のダブルバルーン内視鏡検査でTreitz靱帯付近の空腸内に半周性3型病変を認め、生検病理で小腸低分化型腺癌、印環細胞癌の確定診断となった。病理組織学的特徴と転移様式、薬剤選択肢の観点より、胃癌に準じて化学療法導入をすることになり、1st lineとしてS-1+Oxaliplatin療法を行ったが、3コース後評価で増大傾向となり、2nd lineとしてPaclitaxel + Ramucirumab療法を3コース施行するも腫瘍マーカーとCT評価で再度増大傾向となった。3rd lineとしてNivolumab療法を導入し4コース施行後、腫瘍マーカーの減少とCTでの原発巣縮小や腹水の消失を認め、それまでの化学療法中に一貫して増大傾向であった卵巣転移についても病勢の安定を得ることが出来た。全身状態良好の為、更に4コース行ったところ、腹部膨満感と食欲不振など全身状態の悪化が急激に見られ始めたためCTを施行したところ、原発巣には著変は見られなかったが、卵巣転移が増大傾向であった。卵巣転移についてはニボルマブ併用のまま放射線照射(30Gy/10fr)を行ったが増大傾向は変わらず、御本人・御家族と相談の上で現病に対する積極的治療の断念と、以降は症状緩和治療を行う方針となり、当初初診から9.8か月経過後に入院された。原発性小腸癌は非常に稀な疾患で、ガイドラインなど確立された標準治療が無く、本例のように進行した状態で診断されることも多いことから予後不良とされている。今回、免疫チェックポイント阻害薬であるNivolumabを使用し有効性が示唆された原発性小腸癌の一例を経験したので文献的考察を加え報告する。

小腸癌, 免疫チェックポイント阻害薬

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

【目的】NSAIDs投与による合併症として消化性潰瘍は頻度が高く、プロトンポンプ阻害薬(PPI)がしばしば併用される。しかしながら最近では、PPI投与により小腸粘膜傷害が増悪する可能性が示唆されている。今回、関節痛に対して処方されたNSAIDsとPPIにより、小腸潰瘍出血とcollagenous colitisが惹起されたと考えられる一例を経験したため、文献的考察を含めて発表する。【症例】症例は40代、男性。膿疱性乾癬、乾癬性関節炎にて当院皮膚科通院中であつた。乾癬に対して生物学的製剤が投与されていたほか、関節痛に対してジクロフェナクナトリウムとランソプラゾールが処方されていた。2週間遷延する頻回の下痢と血便を契機に当科対診となった。下部消化管内視鏡を施行したところ、回腸終末に多発びらんを認めた。結腸は内視鏡上は正常粘膜であったが、生検の病理所見にてcollagenous colitisの所見を認めた。ジクロフェナクナトリウムとランソプラゾールの内服を中止したところ、下痢と血便は速やかに沈静化した。【考察】NSAIDs内服により消化性潰瘍の発症リスクは10倍以上に増大する。そのためPPIがしばしば併用されるが、本症例では消化性潰瘍予防で投与されたPPIによりcollagenous colitisを発症した。また、PPIは強力な酸抑制作用により腸内細菌叢の変化をもたらし、小腸粘膜傷害を増悪させる可能性が近年報告されている。本症例においても、PPIがNSAIDsによる小腸粘膜傷害に拍車をかけ、小腸潰瘍出血を来した可能性が考えられ、粘膜保護剤の併用により回避できた可能性がある。

小腸潰瘍, collagenous colitis

前橋赤十字病院 消化器内科

佐野希望, 佐藤洋子, 阿部貴紘, 關谷真志, 鈴木悠平, 山崎節生, 深井泰守, 滝澤大地, 飯塚賢一, 豊田満夫, 新井弘隆, 高山 尚, 阿部毅彦

【背景】消化管静脈瘤は門脈圧亢進により食道や胃に見られるが、血行動態の変化により大腸、小腸などに異所性静脈瘤が発生することもある。小腸静脈瘤は異所性静脈瘤の6.4~14%に認める稀な疾患であり、治療法が確立しておらず、出血を認めると診断や止血処置に難渋し治療が困難であるため致死性となりがねない。今回我々は、小腸静脈瘤の一例を経験し、予防的治療を行ったため報告する。【症例】71歳、男性。アルコール性肝硬変、慢性膀胱炎、食道静脈瘤、下部胆管良性狭窄などで当院通院中。閉塞性動脈硬化症でクロビドグレルを内服していた。定期フォロー目的で造影CTを施行したところ、臍直下の小腸に沿って静脈の怒張を認め、小腸静脈瘤が疑われた。カプセル内視鏡を施行し、静脈瘤の小腸内腔への突出を認めたが、ダブルバルーン内視鏡(DBE)では静脈瘤に到達出来なかった。クロビドグレル内服による出血リスクがあり、出血した際の止血困難が予想されたため、予防的治療を行う方針とした。治療は侵襲性からB-RTOを選択した。3D-CTにて上腸間膜静脈(SMV)からの流入路と左下腹壁静脈から左大腿静脈への流出路を確認した。小腸静脈瘤周囲の血行動態を把握するための動脈造影で左大腿静脈の描出を認めシャント吻合を確認し、静脈造影により静脈瘤までのルートを確認した。確認した経路に沿ってカテーテル先端を小腸静脈瘤の血流が停滞する部位まで挿入し、5%EOIでB-RTOを施行した。治療評価の造影CTで小腸静脈瘤の造影効果消失を認め、SMVから門脈への血栓は認められなかった。【考察】無症状の小腸静脈瘤に対しては経過観察のほか、門脈降圧剤や内視鏡的治療、外科的手術、本症例のようなIVRなどが治療法として考えられる。本症例ではクロビドグレル内服継続の必要があり、静脈瘤の拡大傾向があるため予防的治療を行うこととした。内視鏡治療はDBEにて小腸静脈瘤に到達出来なかった事から、外科的手術は侵襲の大きさから選択せず、IVRを選択した。その中でもB-RTOは流出路の遮断により静脈瘤内に硬化剤を注入する事で流入路から塞栓するPTOなど比べ高い治療効果を得られると考えられた。

小腸静脈瘤, B-RTO

東京医科大学 消化器内科¹⁾, 同 内視鏡センター²⁾
上田基文¹⁾, 福澤誠克¹⁾, 班目 明¹⁾, 松本泰輔¹⁾, 内田久美子¹⁾,
小山洋平¹⁾, 森瀬貴之¹⁾, 山口 隼¹⁾, 青木勇樹¹⁾, 杉本曉彦²⁾,
山内芳也¹⁾, 河野 真¹⁾, 河合 隆²⁾, 糸井隆夫¹⁾

症例は47歳の男性。2000年に潰瘍性大腸炎(全大腸炎型)と診断され以降当院で通院加療が行われていた。ステロイド依存例であり、アザチオプリン投与し、さらにタクロリムスの投与や血球成分除去療法を行うも寛解維持が困難であった。2010年に再燃を認めた際に、抗TNF α 抗体療法としてインフリキシマブ(5mg/kg)を導入し、寛解維持を得ていた。しかし、インフリキシマブ導入後、約3年半後に頻回の血便および発熱を認め、緊急入院となった。大腸内視鏡では横行結腸からS状結腸にかけて血管透視の消失や易出血性、さらに深掘れ地地図状潰瘍を認めた。各種感染は否定され、インフリキシマブの2次無効と診断された。速やかな寛解導入療法を考えた上で、まずブレドニゾン(1mg/kg/日)投与を行ったところ、臨床症状の改善および炎症反応の低下を認めた。その後、第8病日にアダリムマブ160mg/日を導入した。その後ブレドニゾンを速やかに漸減していったが、症状の再燃はなく第20病日には臨床的寛解導入が得られ、その後寛解維持に成功した。現在まで約4年経過しているが寛解維持されている。海外臨床第3相試験では抗TNF- α 抗体の使用歴がある難治性潰瘍性大腸炎に対するアダリムマブの寛解導入率は導入後8週で9%程度と報告されており決して高くはない。また、現時点では生物学的製剤変更に関して推奨された方法はない。しかし、アダリムマブ導入前の疾患活動性が効果予測因子との報告もあり本症例ではステロイドを先行投与することで潰瘍性大腸炎の活動性を一度低下させた上で、アダリムマブ投与を行うことで、速やかな寛解導入を行うことが可能であり、同時に長期の寛解維持が得られた可能性が示唆された。

潰瘍性大腸炎, 生物学的製剤

17 BRAFv600E変異型進行大腸癌に対するFOLFOXIRI+bevacizumabの一例

筑波大学附属病院 消化器内科

鈴木宏清, 森脇俊和, 萩原裕也, 池田貴文, 山本祥之, 溝上裕士, 兵頭一之介

BRAFv600E変異型大腸癌の予後は乏しく、化学療法の効果も低いことが知られているが、大腸癌の標準化学療法の一つである持続静注5FU+irinotecan+oxaliplatin (FOLFOXIRI)+bevacizumab併用療法が有効である可能性が示唆されている。我々はその治療が有効であった一例を経験したので報告する。症例は、40歳女性、主訴は、心窩部痛であった。2年前から軽度の肝機能障害のため経過観察されていた。1ヵ月前に軽度の心窩部痛が出現し、肝胆道系酵素の急激な上昇と多発肝腫瘍を指摘され当院に紹介となった。家族歴では、母方祖父が悪性リンパ腫、父方祖母が膵臓癌であった。腹部は平坦、軟で右季肋部に圧痛あり、弾性軟な腫瘍を触知した。精査で横行結腸癌(RAS野生型中分化型腺癌)および多発肝転移・腹部リンパ節転移を認めた。全身状態は比較的良好で、画像上、原発巣に伴う腸重積を来していたが症状はなく、肝機能異常が悪化傾向であったことから、化学療法を先行する方針となり、FOLFOXIRI+bevacizumab併用療法を開始した。治療開始後、参加した研究でBRAFv600E変異型であることが判明した。主な有害事象は好中球減少であり、6コース開始までに約60%投与量まで減量された。最大効果は病勢安定であった。12コースまで行った後、oxaliplatinとirinotecanを中止し維持療法へ移行した。その後、肺に新出病変が出現したため増悪と判断された(無増悪生存期間:9ヵ月)。その後も化学療法を継続したが、徐々に増悪し治療開始から20ヵ月でTrousseau症候群により永眠した。

【結語】BRAFv600E変異型の横行結腸癌に対するFOLFOXIRI+bevacizumab療法により既報と比し長い無増悪生存期間を得ることが出来たが、より一層有効な治療法の開発が必要である。

BRAFv600E変異, FOLFOXIRI+bevacizumab

18 神経パーチエット病の維持療法中に腸管病変が出現した一例

伊勢崎市民病院 内科

有賀千秋, 石原眞悟, 一色綾希, 小板橋佑輔, 関口雅則, 増尾貴成

【症例】49歳男性。27歳時に慢性進行型神経パーチエット病と診断された。他院で治療が行われ、プレドニゾロン(PSL)5mg/日の維持療法中であった。敗血症を契機に廃用症候群が進み、リハビリテーション病院に入院していた。来院2ヶ月前より39℃台の発熱が出現した。抗菌薬無効であり、精査目的に当院へ転院となった。CTで回盲部の腸管壁肥厚を認めたが、腹部診察上明らかな異常所見は認めなかった。絶食にしたところ、すみやかに解熱し炎症反応も改善した。下部消化管内視鏡検査で終末回腸の深掘れ潰瘍、回腸盲腸癒を認め、他疾患を除外のうえ腸管パーチエット病と診断した。第14病日PSL30 mg/日(0.5 mg/kg/日)内服、中心静脈栄養を開始した。第17病日成分栄養剤内服を追加した。第29病日下部消化管内視鏡検査を再検したところ、潰瘍は治癒傾向を認めた。翌日より食事を再開したが、発熱の再燃はなかった。PSLは2週間毎に漸減の予定とし、第39病日リハビリテーション目的に転院した。【考察】パーチエット病は全身性に多様な症状を呈する比較的高頻度疾患である。年単位の経過で新たに他臓器に病変が出現することもあり、その場合診断に苦慮すること多い。腸管パーチエット病と神経パーチエット病の合併例の報告は少なく、医中誌で1991年から2018年の期間で検索した範囲では、会議録を含め9例のみであった。腸管パーチエット病は出血や穿孔により緊急手術が必要になることも珍しくなく、その診断は重要である。本症例では、腸管病変の出現が神経パーチエット病の診断を受けてから20年以上経過した後であったこと、腹部症状が不明瞭であったことが診断を遅らせた要因と考えられた。今回、神経パーチエット病の維持療法中に腸管パーチエット病を発症した稀な一例を経験したため、文献的考察を加えて報告する。

腸管パーチエット病, 神経パーチエット病

19 小腸イレウスを契機に発見された終末回腸の腸管子宮内膜症の一例

帝京大学医学部附属病院 内科¹⁾,

帝京大学附属病院 病理診断科²⁾,

帝京大学医学部 病理学講座³⁾

飛田拓途¹⁾, 天野博仁¹⁾, 駒崎伸伍¹⁾, 小松田章悟¹⁾, 芳賀 幸¹⁾, 本田 卓¹⁾, 間邊大輔¹⁾, 大隅 瞬¹⁾, 櫻井美代子¹⁾, 松本康祐¹⁾, 柳澤大輔¹⁾, 大和 洗¹⁾, 中村直裕¹⁾, 丸山喬平¹⁾, 青柳 仁¹⁾, 磯野朱里¹⁾, 山本貴嗣¹⁾, 田中 篤¹⁾, 菊地良直^{2,3)}, 沼倉里枝³⁾

【主訴】上腹部痛、嘔気【症例】症例は44歳女性。慢性腎不全で当院腎臓内科通院中。2018年6月末から上腹部痛と嘔気を自覚していたが、自然軽快したため医療機関は受診せず経過観察していた。同年7月に透析導入目的で入院した際に小腸イレウスが疑われ、当科へ紹介となった。【経過】腹部造影CTで終末回腸に狭窄が疑われ、同部より口側の腸管拡張を認めたことから、小腸イレウスと診断した。過去虫垂炎手術歴があり癒着性イレウスを考え、禁食としたが症状改善なく、イレウス管を挿入し間欠的持続吸引を行った。症状が改善したところで、イレウス管造影を施行したところ、回腸末端への流入は見られなかったものの、結腸への流出は見られなかった。大腸内視鏡検査も検討したが、過去に挿入困難であったことを考慮して行わなかった。イレウス管による間欠的持続吸引を行い症状改善するも、吸引中断で症状再燃を繰り返したため、外科的治療の方針となり、第22病日に腹腔鏡下回盲部切除を施行した。術中所見では盲腸から回腸終末にかけて癒着を認め、明らかな腫瘍性病変は認めなかった。切除検体の病理組織所見では、回腸・盲腸癒着部の漿膜下組織から盲腸固有筋層及び回腸粘膜下層に内膜組織を認め、悪性所見の指摘はなかった。以上より腸管子宮内膜症の診断となり、これに起因する回腸内腔狭窄と考えられた。術後経過は良好であり、術後8日目に慢性腎臓病の加療継続のため腎臓内科転科となった。【考察】腸管子宮内膜症は腹痛、便通異常、血便といった症状を呈し、腸管壁内出血を繰り返すことで線維化による狭窄を来す症例も散見される。また、発生部位ではS状結腸や直腸に多いとされる。本症例のように小腸に発生した腸管子宮内膜症は比較的高頻度であり、若干の文献的考察を加えて報告する。

腸管子宮内膜症, イレウス

20 爪楊枝誤飲による回盲部穿孔の一例

国民健康保険 町立小鹿野中央病院 内科¹⁾,

日本赤十字社 深谷赤十字病院²⁾, 秩父市立病院³⁾,

医療法人花仁会 秩父病院⁴⁾

田中健丈¹⁾, 川辺晃一²⁾, 葛西豊高²⁾, 江藤宏幸²⁾, 内田 望¹⁾, 黒沢正喜¹⁾, 中原守康³⁾, 今井崇紀³⁾, 大野哲郎³⁾, 藤田和樹¹⁾, 荻野太郎¹⁾

【症例】93歳女性。【既往歴】小腸穿孔術後。【主訴】右下腹部痛。【現病歴】2018年10月24日夜、排便のため、いきんでいたところ、右下腹部痛を認めた。腹痛は持続したが、就寝した。10月25日朝、右下腹部痛が残存するため救急要請をした。来院時、腹部全体に圧痛あり。腹膜刺激徴候はなかった。強い腹痛を訴えるため、単純腹部CTを撮影したところ、free airを認めた。腸管穿孔の診断で、外科手術を施行した。手術所見では、回盲部に、約7cmのプラスチックの楊枝による穿孔を認めた。患者は爪楊枝の誤飲の自覚はなかった。【考察】魚骨による消化管穿孔・穿通の報告は散見されるが、爪楊枝誤飲による大腸穿孔は比較的高頻度である。若干の文献的考察を加えて報告する。

大腸穿孔, 異物誤飲

国立国際医療研究センター 国府台病院 消化器・肝臓内科
渡邊 亮, 矢田智之, 小高慶太, 八木豊一, 岩崎秀治, 久野木康仁,
池上友梨佳, 伊藤光一, 板倉由幸, 青木孝彦, 小飯塚仁彦,
今村雅俊, 上村直実

症例は58歳男性。便潜血陽性に対して前医で施行した大腸内視鏡検査 (CS) にて直腸Rbに病変を認め、精査加療目的に当科紹介となった。当科で施行したCSでは、直腸Rb左壁に35mm大の表面に強固な粘液付着を伴う平坦隆起性病変を認め、一部丈の高い隆起を伴っていた。拡大観察では、大部分はIVV型pit patternで構成され、一部でIVB型pit patternを認めた。以上よりRb, 35mm, 0-IIa+Is, cTisと診断し、内視鏡的粘膜下層剥離術 (ESD) にて病変を一括切除した。術中は特に問題なく手技は終了し、術直後にも穿孔を示唆する所見は認めなかった。病理診断はAdenocarcinoma (tub1) in tubulovillous adenoma, Type 0-IIa+Is, 34×31mm, pTis (pM), ly0, v0, pHM0, pVM0であった。術後2日目に振戦を伴う発熱が出現し、血液検査にて炎症反応上昇、肝胆道系酵素上昇を認め、造影CTにて肝内門脈内に著明なガス像を認めた。血液培養陰性であり、腸管壊死の所見やESD施行部位の穿孔所見を認めなかったため、原因として治療部位の潰瘍底の破綻した血管からの直接的な空気の入りが考えられた。門脈気腫症の発症同日より抗生剤投与を開始し、術後5日目のCTにて門脈ガス像の消失と、血液検査にて炎症反応、肝胆道系酵素の正常化を確認し、術後12日目に退院となった。ESD施行後に穿孔を契機として門脈気腫症を呈した報告例は散見されるが、穿孔や腸管壊死を伴わない門脈気腫症の報告は極めて稀であると考え、若干の文献的考察を加えて報告する。

ESD, 門脈気腫症

獨協医科大学埼玉医療センター 消化器内科
菅井祐之, 須田季晋, 大川 修, 草野祐実, 北濱彰博, 行徳芳則,
正岡 亮, 正岡梨音, 金子真由子, 白橋亮作, 藤本 洋, 嶋田智樹,
武野正也

48歳、女性。20XX年6月に上腹部通を主訴に当科を初診。日本酒換算4台/日、3年以上の飲酒歴あり。意識は清明、肝、脾、腫瘍、波動は触知しなかった。AST 2053 U/L, ALT 2382 U/L, ALP 659 U/L, GGT 317 U/L, T-Bil 2.2 mg/dl, Alb 4.0 g/dl, WBC 9.0, Hb 13.5 g/dl, Plt 19.1, PT 71.0%。IgM-HAV抗体陰性、HBs抗原陰性、HBe抗体陰性、HCV抗体陰性、IgM-HEV抗体陰性。IgM-EBV抗体陰性、IgM-CMV抗体陰性。抗核抗体陰性、抗ミトコンドリア抗体陰性であった。腹部超音波検査とCT検査では肝に形態異常は認めず、胆嚢壁の浮腫状変化を認めた。以上からアルコール性肝障害を疑い、禁酒で経過観察したところ第10病日には肝障害の改善を認めたが、第18病日に肝障害の再燃を認めた。第25病日に肝生検を施行し、組織学的には急性肝炎に矛盾しない所見であった。入院後に測定したHCV RNAは7.2 LogIU/mlと陽性であり、C型急性肝炎と診断した。HCV Genotypeは2aであった。肝生検後は外来で経過観察としたが肝障害が遷延したため、10月からSOF+RBVによる経口抗ウイルス療法を12週間行い、SVR24を達成した。しかし、2年後の10月にALT 556 U/L, HCV RNA 3.2 LogIU/mlとC型肝炎の再燃を認めたため、GLE/PIBによる再治療を12週間行った。その後の経過は良好で、抄録提出の時点でSVR12を達成している。本症例ではC型肝炎所感染のウィンドウ期であることを考慮して入院後にHCV RNAを提出したことが診断に寄与した。一方で、SVR24達成後のC型肝炎の再燃は稀であり、本症例は示唆に富む1例と考え報告する。

急性肝炎, C型肝炎

東海大学医学部付属東京病院 消化器内科
杉山 悟, 白石光一, 青木 純, 仁品玲子, 五十嵐宗喜,
吉原四方

【症例】80歳 女性【主訴】腹痛【現病歴】入院の数日前より腹痛、褐色尿、食欲不振が出現。当院受診時、肝機能障害と黄疸を認め、緊急入院となった。【既往歴】高血圧と骨粗鬆症。【手術歴・輸血歴】無し。生ものの摂取無し。入院時身長15cmで体重43kg、眼珠黄染あり、眼瞼結膜貧血なし。【入院時検査所見】白血球517万/μl, Hb 13.5 g/dl, 血小板13.4万/μl, AST 1360 U/L, ALT 1201 U/L, T-Bil 6.5 mg/dl, D-Bil 3.9 mg/dl, γ-GTP 227 U/L, ALP 540 U/L, CRP 1.2 mg/dl, PT44%, AT3 27%。各種肝炎ウイルス検査：陰性、抗核抗体320倍、IgG 3236 mg/dl, IgG4 75mg/dl, Ig-A 440mg/dl, Ig-M 113mg/dl。腹部エコー：肝辺縁の軽度鈍化、表面不整、萎縮あり。横隔膜下とモリソン窩に少量腹水あり。CT：肝臓のDensityのび慢性低下、造影効果の不均一あり。CT volumetry 655mlと高度萎縮あり。予後予測は死亡率79.6%。自己免疫性肝炎を考えプレドニン40mg/dayを開始。しかし、治療抵抗性であり第12病日にはPT活性26%、T-Bil 7.5 mg/dl、肝容積504ml、意識障害(肝性脳症3度)あり、重急性型肝不全の診断。年齢的に肝移植の適応なく、メチルプレドニゾロン1gを3日間投与後、血液濾過、新鮮凍結血漿投与を2週間施行。緩徐に改善を認め第94病日にPT活性値74%、T-Bil 0.9 mg/dl、肝容積580mlとなり退院。後日、薬剤リンパ球刺激試験の結果でエルデカルシトール (S.12.7) とデノスマブ (S.12.4) 陽性が判明。全身状態が安定し初診から8ヵ月後に肝生検施行。肝生検ではリンパ球主体の炎症細胞浸潤が中等度見られ、門脈臓は比較的炎症像がごく軽度。ロゼット形成は認めず、形質細胞や好酸球は少数あり。しかし、Azan染色ではbridging fibrosisを認め薬剤性急性肝炎より自己免疫性肝炎の急性増悪と診断した。プレドニンを減量しながら治療継続し、肝容積728mlに増加。【結語】高度な肝萎縮を呈し、肝容量を経時的に行い治療効果判定に用いた。死亡率の高い重急性型肝不全であったが救命できた高齢自己免疫性肝炎急性増悪の一例を経験したので報告する。

自己免疫性肝炎, CT volumetry

公立昭和病院 消化器内科¹⁾, 同 内視鏡科²⁾,
同 予防・健診科³⁾, 東京医科歯科大学 消化器内科⁴⁾
勝田景統¹⁾, 細川貴範¹⁾, 大友有紀子¹⁾, 渡邊 諭¹⁾, 西成田悠¹⁾,
小林正佳¹⁾, 山地 統¹⁾, 小野圭一¹⁾, 小島 茂²⁾, 野内俊彦³⁾,
神林孔明³⁾, 鈴木祥子³⁾, 浦牛原幸治²⁾, 武田雄一²⁾, 川口 淳³⁾,
渡邊 守⁴⁾

【症例】75歳男性【主訴】発熱【既往歴】虫垂炎術後、脳出血後、前立腺癌術後・放射線治療【現病歴】来院2週間前より37.5℃の発熱・関節痛・倦怠感が出現した。近医で抗菌薬治療が施行されたが症状の改善に乏しく、5日前の血液検査で肝胆道系酵素高値、炎症反応高値が指摘され、当院に紹介となった。造影CTで肝S8に35mm大の肝膿瘍および中肝静脈血拴の合併を認め、当科に緊急入院となった。【入院後経過】膿瘍のサイズも小さくドレーン留置は困難と判断し、培養提出目的で経皮経肝膿瘍穿刺を施行し膿瘍培養を提出、血液培養2set提出し、PIPC/TAZで抗菌薬加療を開始した。第2病日、血拴素因のスクリーニング血液検査を施行後、中肝静脈血拴に対してヘパリン化およびワーファリン導入を開始した。第3病日に膿瘍培養よりKlebsiella pneumoniaeが検出され、ABPC/SBTに変更した。なお、血液培養は陰性であった。第9病日の造影CTでは膿瘍の縮小および中肝静脈の縮小傾向が得られた。第11病日、ワーファリンによるPT-INRも至適範囲内となり、ヘパリン化を終了、第12病日にAMPC/CVAの内服へ切り替え退院となった。後に、血拴素因のスクリーニング血液検査は陰性と判明した。第35病日の造影CTでは肝膿瘍は消滅し、中肝静脈血拴も縮小傾向にあり、第39病日に抗菌薬投与を終了した。第56病日にS状結腸憩室出血を発症し緊急入院となり、ワーファリンの投与を終了した。第57病日の造影CTでは血拴は縮小しており、出血リスクを考慮して抗凝固療法を終了した。【考察】Klebsiella pneumoniaeによる肝膿瘍に肝静脈血拴を合併した報告は本邦では比較的少なく、若干の文献的考察を加えて報告する。

肝膿瘍, 肝静脈血拴

東京歯科大学市川総合病院 消化器内科

猪口和美, 尾城啓輔, 西田次郎, 岸川 浩, 財部紗基子, 荒畑恭子, 春日良介, 北川清宏, 田淵貴也

【症例】55歳, 男性。【現病歴】20年ほど前に診断を受けてから原発性胆汁性胆管炎に対して外来治療中であり, 肝機能は安定していた。定期受診時に労作時の息切れと倦怠感の訴えがあり, Hb8.8g/dl, TB3.7mg/dlと貧血及び黄疸を認めたため精査目的に入院となった。【既往歴】左眼モーレン潰瘍, 緑内障。【内服薬】ウルソデオキシコール酸600mg, ベザフィブラート400mg, オルメサルタン20mg。【生活歴】喫煙20本/日×35年, 飲酒歴なし。【入院時現症】軽度の眼球黄染あり。【入院後経過】貧血及び黄疸の原因検索のために上下部内視鏡検査, 造影CT, MRIを施行したが出血や閉塞性黄疸, 悪性腫瘍などの所見を認めなかった。血液検査にて溶血性貧血が疑われ, 直接クームス試験でIgGと補体が強陽性であったこと, 寒冷凝集素が1024倍と上昇し, 尿中ヘモグロビンやD-L抗体を認めなかったことから, 混合型の自己免疫性溶血性貧血と診断した。基礎疾患としてリンパ増殖性疾患やSLEなどのリウマチ性疾患, ウイルス感染症は認めず, 新規薬剤の使用歴がないことから薬剤起因性溶血性貧血も否定的であった。臨床症状は認めなかったが, 今回初めて慢性甲状腺炎の合併が明らかになった。肝生検では胆管障害, 肝線維化の程度はNakamura分類のStage2相当であったが, 胆管炎や肝炎の活動性は軽度で, 自己免疫性肝炎を疑う所見も認めなかった。経過観察のみではHb7.0g/dl以下に低下してしまうため, PSL1mg/kgの投与を開始したところ, 速やかに貧血と黄疸は改善し著効した。【考察】自己免疫性溶血性貧血に, 原発性胆汁性胆管炎や慢性甲状腺炎を合併することは稀である。本症例では原発性胆汁性胆管炎の疾患活動性に乏しく, 溶血性貧血の発症契機ははっきりしなかった。若干の文献的考察を加えて報告する。

原発性胆汁性胆管炎, 溶血性貧血

慶應義塾大学医学部 外科

山下俊樹, 川久保博文, 中村理恵子, 真柳修平, 入野誠之, 福田和正, 和田則仁, 北川雄光

(はじめに)食道癌は咽喉頭癌との重複癌が多いことが知られている。進行食道癌やリンパ節転移を伴うSM食道癌の発見時に咽喉頭表在癌が発見された際, 食道癌の治療を優先し術前の化学療法, もしくは放射線化学療法が行われることも多い。これらの化学療法は咽喉頭表在癌にも一定の効果があり, 咽喉頭病変が縮小することはよく経験されるが, 実際に内視鏡的にどの程度の効果があるのかの検証はされていない。(目的)食道癌に対する化学療法が咽喉頭表在癌の治療効果に影響するか, その効果に対する内視鏡的経時的変化, 最終的な咽喉頭癌の治療の時期に関して検討を行った。(方法)初回指摘の同時性食道咽喉頭重複癌症例を対象とした。食道癌に対して初回治療として化学療法もしくは化学放射線療法が施行された症例で, 咽喉頭癌に対して内視鏡治療が施行された症例を抽出した。(結果)2012年4月から2017年9月の間に咽喉頭表在癌が同時性多発重複癌として診断され, 初回治療として化学療法が施行された食道癌症例計7例を抽出した。男性6例, 女性1例, 年齢51-74歳(平均年齢62.5歳)で, 食道癌の進行度はMP以深の進行食道癌症例5例, SMリンパ節転移症例2例であった。食道癌に対して化学療法後手術を行った症例が6例(術前化学療法FPS例, DCF1例), 化学放射線療法を施行した症例が1例であった。食道癌への化学療法の効果はCR2例, PR1例, SD4例であった。咽喉頭癌への食道癌化学療法の効果を検討したところ, 一旦CRを得たものに明瞭化した症例は2例で, 最終的に化学療法施行後6か月-1年6か月(平均12か月)で内視鏡治療を施行されていた。縮小したものの残存した症例が5例であり, 化学療法施行後3か月-1年3か月(平均7.3か月)に内視鏡治療を施行されていた。いずれも治癒切除が得られている。(結論)同時性食道癌・咽喉頭表在癌における食道癌に対する化学療法は, 咽喉頭表在癌に対しても効果を認める。一旦消失しても再燃の可能性があるが, 化学療法施行後約1年6か月までの間に明瞭化してくることが多いため, 経過観察を要することが示唆された。

咽喉頭癌, 重複癌

東京医科大学 消化器内科¹⁾, 同 内視鏡センター²⁾,

同 病理診断科³⁾

菊地美穂¹⁾, 山内芳也¹⁾, 松本泰輔¹⁾, 内田久美子¹⁾, 小山洋平¹⁾, 班目 明¹⁾, 森瀬貴之¹⁾, 山口 隼¹⁾, 杉本暁彦²⁾, 青木勇樹¹⁾, 河野 真¹⁾, 福澤誠克¹⁾, 高橋礼典³⁾, 松林 純³⁾, 長尾俊孝³⁾, 河合 隆²⁾, 糸井隆夫¹⁾

症例は71歳女性。201X年8月ごろより食事の際につかえ感, 心窩部不快感を自覚し, 当科紹介受診された。当院で行われた上部消化管内視鏡検査にて胃噴門部に15mm大の亜有茎性の腫瘍性病変を認めた。頂部から生検を行ったところ, 悪性細胞は認めるものの組織学的型の特定は困難であった。CTなどの画像所見では明らかなリンパ節転移や遠隔転移は認めず, 診断的治療として同年10月に胃部分切除が行われた。その結果, 病理組織像にて一部に扁平上皮癌成分を認めたが, 大部分は紡錘形の腫瘍細胞が束状を呈す肉腫成分であり, 食道癌肉腫と診断された。手術検体ではリンパ管や静脈侵襲はなくTxN0M0であり, 術後は定期的にフォローされていたが, 翌年8月ごろから食欲不振を自覚され, 11月の腹部造影CTにて約8cm大の腹腔内の腫瘍を認めた。食道癌肉腫の再発を第一に疑ったが診断確定目的で, 超音波内視鏡下穿刺吸引細胞診が行われた。病理組織像では, 検体内には扁平上皮癌成分は確認されず, 肉腫成分のみが確認され食道癌肉腫再発の診断に至った。食道癌肉腫は稀な疾患であり食道癌全体の0.2-2.8%であると報告されている。肉眼形態は典型的には亜有茎性から有茎性の比較的大きなポリープ状腫瘍を呈する。本症例でも有茎性のポリープ状腫瘍を呈していた。治療法については術前に診断がついた場合には術前化学療法が有用であったとの報告もある。しかし, 本症例でも術前診断が困難であったように食道癌肉腫と術前に診断できた症例は57.1%とされ, 術前の診断精度は決して高くはない。切除不能・再発病変の治療に関しては術後再発症例において5-FU+CCDPと放射線療法の併用で完全寛解が得られたとの報告もあるが報告自体が多くなく一定の見解は得られていない。稀な食道癌肉腫の1例を経験したので報告する。

食道癌, 癌肉腫

獨協医科大学 医学部 消化器内科

阿部圭一郎, 郷田憲一, 小島原駿介, 増山智史, 石川 睦, 佐久間仁, 金澤美真理, 福士 耕, 田中孝尚, 金森 瑛, 永島一憲, 水口貴仁, 菅谷武史, 土田幸平, 富永圭一, 真島雄一, 室久俊光, 飯島 誠, 入澤篤志

症例は85歳男性。20xx年7月に左声門癌を指摘された後, 重複癌検索のために上部消化管内視鏡検査(EGD)施行した際, 下部食道に隆起性病変を認めた。通常光観察において全周性3.5cm・最大長4cmのlong segment Barrett's esophagus (LSBE)を認め, LSBE内に結節集簇様の隆起性病変を認めた。NBI拡大観察では隆起性病変周囲の平坦部にirregular villous patternを認め, 全周性に腫瘍が進展していると考えられた。隆起部からの生検で, 組織学的に高分化型腺癌と診断された。LSBE内にびまん性に浸潤増殖するバレット食道表在癌と考えられたため, 隆起性病変と共にLSBE全体に対して内視鏡的粘膜下層剥離術(ESD)による一括切除を施行した。95×55mmの切除標本がえられ, 組織学的に隆起性病変部には深達度T1a-LPMの高分化型腺癌の像が認められるとともに, 周囲平坦部には広範囲にdysplastic glandsがみられた。脈管侵襲・切除断端ともに陰性であった広範囲全周性切除のため, 難治性術後狭窄を回避すべく, ESD直後にステロイド(ケナコルト)を40mg局注とし, 術後3日目より経口摂取とともにステロイド(プレドニゾン)20mg内服を開始し, 以降, 漸減している。現時点まで明らかな狭窄症状なく術後経過は良好である。本邦においてLSBEはまれであり, LSBEを背景に発症した表在癌の側方範囲診断は通常観察では困難な場合が多い。今回, 我々はNBI拡大内視鏡を用いてLSBEに発生した表層拡大型の食道腺癌を経験し, 内視鏡的に一括完全切除しえた。ステロイド投与により術後経過も良好であり, 貴重な症例と考えられたため, 文献的考察を加え報告する。

バレット食道表在癌, ESD

自治医科大学 消化器・一般外科

倉科憲太郎, 細谷好則, 春田英律, 松本志郎, 齋藤 心, 宇井 崇, 金九理人, 高橋和也, 佐久間康成, 堀江久永, 北山丈二, 佐田尚宏

症例は26歳女性。心窩部痛のため施行した内視鏡で下部食道に隆起性病変を認め、当科に紹介された。上部消化管内視鏡では下部食道左壁にわずかな粘膜下隆起と憩室を認めた。EUSでは粘膜下腫瘍を認め、FNAで平滑筋腫瘍と診断された。食道造影では胸部下部食道左壁に腫瘤影を認め、憩室が憩室部と一致して描出された。CTで腫瘍は横隔膜上・大動脈の左側に位置していた。FDG-PETでは腫瘍に一致して軽度集積が亢進していた。横隔膜上憩室と腫瘍を鏡視下で切除する方針とした。腫瘍が下縦隔内にあることから、左胸腔アプローチも考慮して体位は開脚右半側臥位とした。腹腔鏡操作から開始した。食道裂孔周囲を剥離し、左横隔膜脚筋を切開して下縦隔を展開すると腫瘍の前面が確認された。腹部食道を牽引して剥離を進めたところ、腫瘍が腹腔側へ引き出されてきた。術中内視鏡で憩室と腫瘍の位置を確認し、内腔を確保しながらLinear staplerで切離した。手術時間は3時間0分、出血量は少量であった。病理組織学的所見では白色充実性腫瘍で中心に憩室を認めた。組織学的には紡錘形細胞の増生を認めた。免疫組織学的には α -SMA(+), c-kit(-), S100(-), ki-67 labeling index 1-2%であり、平滑筋腫と診断した。憩室を伴う食道平滑筋腫の報告では、腫瘍と憩室の局在から牽引性と圧出性の機序が指摘されており、本症例で見られた平滑筋腫内部の食道憩室は牽引性憩室と考えられた。FDG-PETの集積亢進は平滑筋腫でも見られ、切除による確定診断が必要である。術式選択はより低侵襲な鏡視下手術が望ましいと考えられた。

食道平滑筋腫, 憩室

菊名記念病院

岩橋健太, 西元史哉, 佐藤知也, 庄司達弘, 中村大樹, 中村仁紀

症例は70代男性。既往に2型糖尿病、慢性腎臓病、高血圧、狭心症などがある患者。X年Y月Z-1日の定期外来受診時には症状は認めなかった。Z日から右季肋部違和感が出現し、徐々に症状増悪してきたため救急外来を受診した。来院時に発熱はなく、血液検査所見も白血球 10000/ μ l、CRP 0.6mg/dlで軽度の炎症反応上昇を認めた。腹部単純CT検査では胆嚢頸部に小結石および胆嚢の軽度緊満を認め、急性胆嚢炎の診断で入院となった。しかし、第2病日の早朝から39.0℃の発熱と腹部症状の増悪を認め、来院12時間後の血液検査では白血球 21100/ μ l、CRP 3.6mg/dlと炎症反応上昇を認めた。CT検査を再検すると胆嚢壁に沿ったガス像が新たに出現し、急性気腫性胆嚢炎と診断した。超音波ガイド下経皮経肝胆嚢ドレナージを行ったが、第3病日もCRP 32.9mg/dlで炎症の改善に乏しく緊急の開腹胆嚢摘出術を行った。術後経過は良好で第6病日に退院となった。病理組織学検査は、胆嚢のびまん性出血壊死を認めており、壊疽性胆嚢炎の所見であった。発症から12時間で胆嚢壁に気腫が出現した急性気腫性胆嚢炎の症例であり、本症は敗血症から死亡に至ることもある重篤な疾患である。発症から時間的経過を追うことができた1例であり、若干の文献的考察を加え報告する。

気腫性胆嚢炎, 嫌気性菌

慢性心房細動に対してカテーテルアブレーション施行後に急性胃拡張を呈した1例

東京医科大学病院 消化器内科¹⁾, 同 内視鏡センター²⁾, 同 循環器内科³⁾

高橋宏史¹⁾, 青木勇樹¹⁾, 勝呂麻弥¹⁾, 松本泰輔¹⁾, 内田久美子¹⁾, 小山洋平¹⁾, 班目 明¹⁾, 森瀬貴之¹⁾, 山口 隼¹⁾, 杉本暁彦²⁾, 山内芳也¹⁾, 河野 真¹⁾, 福澤誠克¹⁾, 河合 隆²⁾, 矢崎義直³⁾, 糸井隆夫¹⁾

症例は70歳男性。健診で心房細動を指摘され当院循環器内科でカテーテルアブレーション (radiofrequency catheter ablation: RFCA) を施行した。術後翌日に退院となっていたが、術後2日目より腹部膨満感が出現し、術後3日には嘔気・嘔吐もみられたため外来を受診した。腹部単純レントゲン、単純CTを施行し幽門部の腫瘍性病変や捻転、十二指腸狭窄など通過障害の原因となる器質的な異常所見は認めなかったものの胃の著明な拡張を認め、臨床経過からRFCA後の急性胃拡張と診断した。入院による精査加療をすすめたが外来加療を希望されたためエリスロマイシン、蠕動改善薬投与を開始し嚴重な経過観察の方針とした。以後は、画像所見上で胃拡張及び内容物貯留が残存しているものの、経口摂取も可能となり嘔吐もみられていない。急性胃拡張は悪性腫瘍や消化性潰瘍、ポリプなどによる胃の流出路狭窄や糖尿病性、特発性、ウイルス感染性、薬剤性の胃不全麻痺で発症することが多いが、稀な原因として心房細動に対するRFCAがある。RFCAが胃蠕動障害をきたす機序としては、胃の蠕動運動に関わる迷走神経が食道周囲で神経叢を形成しており、アブレーションを行ったときにこの神経叢に熱が加わることで神経障害が引き起こされたと想定されているが、本症例のように蠕動障害で胃拡張を呈した症例の報告数はまだ少ない。RFCAの施行件数増加に伴い今後このような症例に遭遇する頻度も増える予想される。今回RFCA施行後に急性胃拡張を呈した稀な1例を経験したので文献的考察を加えて報告する。

胃拡張, 蠕動障害

急性胆嚢炎に併発した胆嚢仮性動脈瘤破裂の1例

東京慈恵会医科大学 内科学講座 消化器・肝臓内科

田中孝幸, 高倉一樹, 丸山友希, 日高章寿, 中野真範, 鳥巢勇一, 猿田雅之

【症歴】80歳、女性【主訴】下腹部痛【既往歴】高血圧症、糖尿病、慢性腎不全、陳旧性心筋梗塞、胆石症、胃癌術後【現病歴】入院2日前から黒色便を認め、入院前日から下腹部痛、嘔気が出現した。一時自然軽快していたが、入院同日、透析病院にて再度腹痛出現し、当院へ救急搬送された。搬送時、意識清明、体温36.2℃、血圧142/76mmHg、脈拍90回/分、採血検査上、Hb 9.7と軽度の貧血を認め、その他、炎症反応および肝胆道系酵素の上昇を認めた。腹部造影CTでは、胆嚢壁肥厚と胆嚢周囲の脂肪織混濁を認め、さらに胆嚢内に結石と境界明瞭で強い造影効果を示す嚢胞性病変を認めた。また、肝内胆管から総胆管にかけて、軽度の拡張と、出血を示唆する高吸収像を呈していた。以上より、急性胆嚢炎および胆嚢動脈瘤に起因する胆嚢内出血が考えられた。【入院後経過】緊急ERCPを施行し、総胆管に10Fr、5cmのERBDステントを挿入した。また、十二指腸乳頭部より活動性出血を認めたため、内視鏡治療後直ちに血管造影を施行し、胆嚢動脈に約10mm大の仮性動脈瘤を認め、コイルにて塞栓術を行った。その後、絶食補液、抗生剤投与にて腹部症状は軽快し、炎症反応や肝胆道系酵素も改善傾向を示した。第8病日に造影CT検査にて胆嚢への血流障害が無いことを確認し、第14病日にはERCPにて、総胆管内に血腫や結石を認めないことを確認の上、ERBDステントを抜去した。経過良好にて第16病日に退院となった。【考察】胆嚢仮性動脈瘤は稀な疾患であり、大部分は急性胆嚢炎による炎症が仮性動脈瘤形成の契機となっていると考えられている。今回、急性胆嚢炎に併発した胆嚢仮性動脈瘤破裂の1例を経験したので報告する。

胆嚢仮性動脈瘤, 急性胆嚢炎

東京都済生会中央病院 消化器内科¹⁾、同 腫瘍内科²⁾、同 一般消化器外科³⁾

千田彰彦¹⁾、宗英一郎¹⁾、上田真裕¹⁾、堀江沙良¹⁾、林 智康¹⁾、田沼浩太¹⁾、小川 歩¹⁾、青木 優²⁾、星野 舞²⁾、三枝慶一郎¹⁾、岸野竜平¹⁾、大平正典³⁾、酒井 元²⁾、船越信介³⁾、中澤 敦¹⁾

【症例1】77歳女性【経過】心窩部痛、黄疸、発熱で受診し、腹部CTで多発総胆管結石を認め、急性胆管炎（軽症）の診断で緊急入院した。同日緊急ERCPを施行しENBDを留置した。4日後にESTおよびEPLBD施行後、EMLで結石破碎をおこなったところバスケットが変形し展開不能となったため7Fr7cmPSを留置した。UDCA内服継続で一旦退院し、6週間後に再入院し、2回のERCPで完全採石できた。【症例2】75歳男性【経過】3年前にRemmel症候群でEST施行した患者。発熱で受診し、腹部CTで多発総胆管結石を認め、急性胆管炎（軽症）の診断で入院した。入院2日目にERCPをおこないESTおよびEPLBD施行後EMLでの結石除去を試みたが、中部胆管狭窄のためバスケットが展開できず結石把持困難であり、7Fr7cmPSを留置した。UDCA内服継続で一旦退院し、2週間後に胆道鏡（SpyGlassTMSD）をEHLで結石を分割した。完全採石にはいたらず8.5Fr7cmPSを留置し、5週間後に再ERCPを施行したが、やはり完全採石困難であった。その後大学病院に紹介し、完全結石除去となった。狭窄部は病理組織学的悪性所見なく炎症性変化とみられた。【症例3】77歳男性【経過】胆嚢摘出術後の患者。右季肋部痛で受診し腹部CTで多発総胆管結石を認めた。急性胆管炎（中等症）の診断で同日緊急ERCPを施行したところ十二指腸球部の変形を認めた。7Fr5cmPSを留置し、5日後にESTおよびEPLBD施行後、EMLでの結石除去を試みたが巨大結石のためバスケットで把持困難であった。再度PSを留置して退院し後日採石予定としたが、6週間後に胆管炎（軽症）再発のため緊急入院となる。同日緊急ERCPを施行するも、変形のため乳頭到達困難であった。入院2日目にPTCDを施行したが、敗血症性ショック、DIC、腎不全を合併しICU管理で昇圧剤投与、CHDFを行った。入院4日目にはバイタルサインの改善を認めた。上部消化管内視鏡検査ではPSを認めず、ステント迷入が考えられた。結石は状態安定後に外科手術の方針となった。【まとめ】異なる経過をたどった総胆管巨大積み上げ結石の症例を経験したため、文献的考察を交えて報告する。

積み上げ結石, ERCP

横浜労災病院 消化器内科

芹澤 奏、関野雄典、加藤ゆり、宮崎夏菜美、八木 伸、森久保尚美、尾崎奈奈、白鳥 航、辻川真太郎、北村英俊、鈴木雅人、内山詩織、金沢憲由、川名憲一、永瀬 肇

【背景】急性肺炎診療ガイドライン2015によると、急性肺炎の成因として手術手技および処置は肺炎発症全体の2.3%と第6位に挙げられているが、重症例においては0.4%と非常に稀である。【症例】78歳、男性。201X年7月に当院心臓血管外科で胸部（弓部）大動脈瘤に対して上行弓部大動脈置換術を施行した。術後採血で尿酸素上昇を認め、術後5日目にCT grade2の急性肺炎と診断し、保存的加療を継続した。循環動態安定するも、術後16日頃から発熱が持続し、CTで急性壊死性貯留（ANC）と診断した。術後36日目に腔体尾部を首座とした被包化壊死（WON）に対して超音波内視鏡ガイド下痔瘻ポドレナージ（EUS-CD）を施行し、以降3回のネクロセクトミーを行ったが穿孔方向の問題で治療効率が上がらず、術後61日目に遺残腔に向けて新たにEUS-CDを施行。内外瘻を用いた24時間持続還流を継続しつつ、新規ルートより3回のネクロセクトミーを追加した。術後98日目に抗菌剤投与終了、103日目に外瘻から離脱した。【考察】心血管手術後肺炎からWONに至り、内視鏡的ネクロセクトミーで加療を行った一例を経験した。術後肺炎としてWONを形成する重症例は稀であり、既報の考察を交えつつ、心血管手術術期ならではの術後肺炎の治療の困難点などを報告する。

急性肺炎, 心血管手術後

自治医科大学附属病院 消化器・肝臓内科

船山陽平、牛尾 純、池田恵理子、川崎佑輝、多田大和、横山健介、玉田喜一、山本博徳

【症例提示】症例は脾腫の原因精査のため施行された脾臓摘出術で、びまん性大細胞型B細胞リンパ腫と診断された75歳、男性。術後早期より脾液漏を認めていたが、無症状であったため化学療法（R-CHOP）を優先し、6コースで寛解が得られた。6ヶ月後の造影CT検査で脾液漏は被包化され、60mmを超える嚢胞を形成していた。嚢胞は胃壁と接しており、内部に血腫と考えられる高吸収域を認めた。術後の腹壁瘢痕ヘルニアを認めており、手術が予定されているが、術前に嚢胞を縮小させる必要があり、嚢胞ドレナージを行う方針となった。嚢胞と胃壁の癒着がないことが想定され、さらに速やかなドレナージを要することより、lumen apposing metal stent: LAMS（以下、補綴剤）留置による嚢胞ドレナージを行う方針となり、Hot AXIOS™を用いて超音波内視鏡下に補綴材を留置し胃-嚢胞間の瘻孔を形成した。穿刺から留置までに要した手技時間は約1分と、ごく短時間であった。術中、術後の偶発症なく、翌日には嚢胞は著明に縮小していた。1ヶ月後には嚢胞が消失し、留置2ヶ月後に補綴材を抜去した。その後再燃なく経過している。【考察】今回用いたHot AXIOS™は、本邦では2018年9月に発売された瘻孔形成専用の新規処置具であり、短時間に手技が行え、臨床的奏効率が高く、偶発症発生率が低いと報告されている。これまで脾周囲液体貯留に対するドレナージ術は種々報告されてきたが、有効性や偶発症など問題点が多く見られていた。1992年に超音波内視鏡下穿刺吸引法の手技を応用した超音波内視鏡ガイド下腔内嚢胞ドレナージ術が報告されて以降、治療成績や偶発症は大幅に改善してきているが、未だ偶発症やステントの長さ、留置期間などに課題がある。これらの課題を解決する手段の一つとして、Hot AXIOS™が今後普及することが予想される。今回、発売早期の臨床使用経験例として、若干の考察を踏まえ報告する。

脾仮性嚢胞, lumen apposing metal stent

草加市立病院 消化器内科

磯崎 岳、小橋健一郎、河上和輝、山崎友裕、戸田晶子、今城眞臣、鎌田和明、矢内常人

【症例】64歳男性【主訴】心窩部痛【現病歴】20XX年X月XX日に、心窩部痛を認め当院を受診した。血液検査では炎症反応の上昇と高アミラーゼ血症を認め、腹部ダイナミックCT検査では脾腫大と脾周囲の液体貯留を認めた。さらに脾頭部から脾尾部にかけて拡張・蛇行する異常血管を認め、門脈本幹は早期に描出された。脾AVMを契機とした急性肺炎と判断し、精査加療目的に当科入院となった。【入院後経過】保存的加療で経過をみていたが、肺炎はCT grade 2まで増悪し、入院第10病日のCTでは胃壁と接するように脾尾部に4.5cm大の液体貯留を認めた。急性肺炎に伴う急性脾周囲液体貯留（APFC）と考えられた。入院第15病日のCTでAPFCは11cm×7.5cmまで増大しており、発熱、心窩部痛、高アミラーゼ血症を認めた。そのため、入院第16病日に超音波内視鏡ガイド下ドレナージを施行した。その後、APFCは縮小を認め、発熱、心窩部痛、高アミラーゼ血症は改善し、入院第35病日に退院となった。退院2ヶ月後のCTでは仮性嚢胞はさらに縮小を認め、退院4ヶ月後のCTでは仮性嚢胞は消失し、AVMも著明な退縮を認めた。その後再発を認めていない。【考察】2011年の全国調査では重症肺炎の成因と頻度はアルコール性42.0%、胆石25.7%、特発性18.6%であり、脾AVMが含まれるその他は2.9%と稀である。根治的治療としては多くは外科的脾切除術が施行されており、本例のように脾AVMが自然退縮した症例は検索した限りでは1例にとどまる。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。

肺炎, 脾AVM

リツキシマブ投与中に肝障害が増悪したC型慢性肝炎に対しDAAs治療を行い化学療法を継続しえたびまん性大細胞型B細胞リンパ腫の1例

埼玉医科大学総合医療センター 消化器・肝臓内科¹⁾, 同 血液内科²⁾

周東成美¹⁾, 山口菜緒美¹⁾, 名越澄子¹⁾, 山鹿 渚¹⁾, 堀裕太郎¹⁾, 中川慧人¹⁾, 内田党央¹⁾, 青山 徹¹⁾, 加藤真吾¹⁾, 岡 政志¹⁾, 道田友樹¹⁾, 渡辺純一²⁾, 木崎昌弘²⁾, 屋嘉比康治¹⁾

【背景】C型慢性肝炎は、B型慢性肝炎と異なり免疫抑制剤や化学療法により増悪することは稀とされてきた。しかし、C型慢性肝炎を合併したびまん性大細胞型B細胞リンパ腫（DLBCL）に対してリツキシマブを用いた化学療法を行うと重篤な肝障害を起こすことが報告されるようになった。今回、R-CHOP療法中に肝障害が悪化したDLBCL合併C型慢性肝炎に対してDAAsを投与した症例を経験したので報告する。【症例】63歳、男性。C型慢性肝炎と診断されるも抗ウイルス療法の施行歴なし。HCV-RNA 6.4 Log IU/ml。全身のリンパ節腫脹、両側胸水、肺のすりガラス影の精査目的に当院受診。血液内科でDLBCLと診断され、某年5月19日よりPSL60mg/日、5月23日よりCHOP療法が開始された。リンパ節の縮小傾向を認め、追加加療として7月5日にリツキシマブ、7月14日、8月4日、8月25日、9月29日にR-CHOP療法を施行した。8月中旬よりAST 54、ALT 160と上昇を認め、10月29日にはAST 137、ALT 351となった。C型慢性肝炎の増悪を疑い11月1日よりグレカプレビル／ビレンタスビルを開始した。11月6日にはAST 55、ALT 171に低下し、治療前のHCV-RNA 7.0 Log IU/mlは2週目で未検出となった。しかし、DLBCLの中枢神経浸潤を認め、肝障害が改善傾向にあることから11月15日と11月29日に大量メトトレキサート療法を施行し一時的な改善効果が得られた。【考察と結語】本症例の肝障害はリツキシマブによるC型慢性肝炎の増悪だけでなく、DLBCLの肝浸潤や薬物性肝障害の可能性もあるが、DAAs治療開始後に肝障害の改善傾向を認めたことから、DAAsが化学療法の継続に寄与したものと考えられた。C型慢性肝炎にはB細胞性非ホジキンリンパ腫の合併頻度が高いことが知られており、C型肝炎ウイルスの排除がリンパ腫の寛解に繋がるとの報告もある。さらに、リツキシマブ投与により肝障害が増悪する可能性が示唆されることから、より早期にDAAs療法を施行する必要があると考えられた。

リツキシマブ、C型肝炎

EUSガイド下ドレナージにて改善した難治性肝切除後胆汁瘻の1例

日本医科大学付属病院 消化器外科¹⁾, 同 消化器・肝臓内科²⁾

宮尾昌樹¹⁾, 清水哲也¹⁾, 金子恵子²⁾, 吉岡正人¹⁾, 近藤亮太¹⁾, 金谷洋平¹⁾, 青木悠人¹⁾, 古木裕康¹⁾, 神田知洋¹⁾, 松下 晃¹⁾, 中村慶春¹⁾, 真々田裕宏¹⁾, 吉田 寛¹⁾

はじめに：肝切除後の胆汁瘻はしばしば認められる合併症であり、長期入院を要し時に腹腔内膿瘍や腹腔内出血を来して重症化し治療に難渋する。今回、経皮的膿瘍ドレナージ、内視鏡的胆道ドレナージが奏効せず難渋した左葉切除後の胆汁瘻・腹腔内膿瘍に対し、EUSガイド下ドレナージを施行し内瘻化が可能となった1例を経験し報告する。症例：58歳男性。肝内胆管癌に対して拡大左葉切除術を施行した。術後に総胆管結石による急性胆管炎をきたしERCP、乳頭切開術、胆道ドレナージを施行した。ENBD造影では明らかな胆汁瘻を認めず、術後17日に退院となった。術後29日に発熱、全身倦怠感にて来院、CT上肝離断面に膿瘍認め経皮的ドレナージを施行した。DICCTでは、後区胆管からの胆汁瘻が考えられた。その後、経皮的ドレナージからの排液が減少したため、術後51日にドレナージ留置のまま退院したが、術後58日にドレナージ閉塞にて再入院となった。ERCPでは後区胆管の末梢側は全く造影されず、離断型の胆汁瘻を呈した。ENBD、経皮的ドレナージともに効果なく、術後74日にEUSガイド下ドレナージ施行し内瘻化を図った。その後、経皮的ドレナージの排液が減少しクランプが可能となり術後97日に退院となった。その後、膿瘍形成なく経過している。まとめ：離断型を呈する胆汁瘻の場合は、胆汁産生廃絶を目的にエタノールやフィブリン糊注入や選択的経皮肝門脈塞栓術、外科手術などが行われているが、今回のようにEUSガイド下ドレナージを用いた消化管への内瘻術は治療の選択肢の1つとなる可能性がある。

胆汁瘻、ドレナージ

Sorafenib不応の巨大肝細胞癌に対しlenvatinibが奏功した一例

日本医科大学付属病院 消化器肝臓内科
門馬絵理, 葉山惟信, 田邊智英, 岩下 愛, 張本渥智, 金子恵子, 厚川正則, 川本智章, 岩切勝彦

【緒言】切除不能な肝細胞癌に対する分子標的治療薬は長らくsorafenibのみであったが、近年になりregorafenibやlenvatinibが適応となり分子標的治療の選択肢が広がった。【症例】82歳女性。2017年11月、腸閉塞で入院時にB型慢性肝炎と右葉単発10cm大の肝細胞癌が発覚した。腫瘍マーカーAFP >20000ng/mL, PIVKA-2 158147mAU/Lと著明に高値であったが、Alb 4.4g/dL, T-bil 0.44mg/dL, PT% 71%, Plt 25.3 x 10⁴/μL, ICG15分値 7.7%と肝予備能は比較的良好であり当初は手術による根治的切除を検討した。残肝予備能の観点からTACE先行後に右門脈塞栓にて左葉容積を増やしてから手術の方針となったが、血管造影中にアナフィラキシーショックとなり、造影剤は以後使用困難となった。そのため2018年2月よりsorafenib 400mgで開始とした。しかしながら、腫瘍マーカーは一度も下降することなく著増し、同年5月CTで左葉に新規の肝細胞癌を認めたため、PD相当と判定しsorafenibを中止した（中止時AFP >20000ng/mL, PIVKA-2 357657mAU/L）。2nd lineとしてlenvatinib 8mgを導入としたところ、著明な倦怠感が認められ同年7月から4mg、同年8月から4mg隔日投与に減量し倦怠感は改善した。減量したものの腫瘍マーカーは一貫して減少傾向であり、同年11月にはAFP 2680ng/mL, PIVKA-2 1116mAU/Lとなった。ソナゾイド造影超音波では腫瘍内部の著明な血流低下と壊死部位の増大を認めており、PR相当と考えられた。同年12月現在も有害な有害事象なく11月からは4mg連日投与としている。【考察】本例は造影剤アレルギーのため治療が分子標的薬に限定されたsorafenib不応であったため、以前では緩和ケアになりえた症例であった。腫瘍径が大きい場合FGF高発現であるとの報告があり、lenvatinibはsorafenibにはない強い抗FGFR作用を有していることが反応性に関し治療奏功の一要因と考えた。【結語】sorafenib不応の巨大肝細胞癌に対し、lenvatinibが奏功した症例を経験した。

肝細胞癌、分子標的薬

Trousseau症候群を併発し急速な経過をたどった若年者胃癌の1例

東京女子医科大学 消化器内科¹⁾, 同 消化器内視鏡科²⁾, 同 消化器外科³⁾

新井里子¹⁾, 山本果奈¹⁾, 岸野真衣子²⁾, 長野栄理香³⁾, 伊藤俊一³⁾, 芹澤明子³⁾, 谷口清章³⁾, 新田裕樹¹⁾, 久礼里江¹⁾, 日向有紀子¹⁾, 小林亜也子¹⁾, 中村真一²⁾, 徳重克年¹⁾, 山本雅一³⁾

【症例】40歳台女性。生来健康で既往歴は子宮内膜症。心窩部不快感・食欲低下を主訴に近医を受診し精査目的で当科を紹介された。上部消化管内視鏡検査で前庭部に4型進行胃癌を認め、幽門部は狭窄していた。他の画像検査より腹膜播種を認め、進行胃癌Stage IV、幽門部悪性狭窄と診断し、バイパス術を施行後、化学療法導入の方針とした。当院消化器外科にて腹腔鏡下胃空腸吻合術・小腸瘻造設術を施行した。術後7日目に左片麻痺が出現した。頭部MRIで多発する急性期梗塞巣、血液検査で凝固能亢進を認めた。特徴的な頭部MRIと血液検査結果より、Trousseau症候群による脳梗塞と診断した。ヘパリンナトリウム持続静注による抗凝固療法、エダラボン投与を開始したが、術後13日目に肺塞栓症の合併及び意識レベルの低下を認めた。その後、病状が改善することなく術後18日目に永眠された。【考察】Trousseau症候群は悪性腫瘍に伴う血液凝固亢進により脳卒中を生じる病態であり、原因として腫瘍自体が産生するミン、サイトカイン等や心原性塞栓症が凝固能亢進に影響して発症すると考えられる。また本疾患は年齢・合併症に関係なく発症することが報告されている。若年者においては、一般的に心臓、脳血管合併症のリスクは低いものと考えるが、進行癌症例に関しては本疾患の併発も念頭におき、凝固因子測定や画像検査を慎重に行い、血栓合併の有無を確認する必要がある。【結語】40歳台という比較的若年に発症した根治不能進行胃癌に対し化学療法による積極的な治療介入を目標としたが、バイパス術後にTrousseau症候群を併発し術後早期に永眠した症例を経験した。本疾患は年齢に関係なく発症することを念頭において癌診療を行うことが重要と考える。

進行胃癌、Trousseau症候群

杏林大学 消化器・一般外科¹⁾, 同 病理学教室²⁾
井手麻友美¹⁾, 竹内弘久¹⁾, 片岡 功¹⁾, 鶴見賢直¹⁾, 橋本佳和¹⁾,
大木重津子¹⁾, 長尾 玄¹⁾, 千葉知宏²⁾, 柴原純二²⁾, 阪本良弘¹⁾,
正木忠彦¹⁾, 森 俊幸¹⁾, 阿部展次¹⁾

症例は38歳女性。幼少期より貧血で定期的に鉄剤を内服していた。家族歴：母、祖母、叔父ともに胃切除術を受けている（疾患名不明）。今回、近医での貧血進行（Hb 6.7g/dl）と低蛋白血症に対する精査（上部消化管内視鏡検査）にて胃多発ポリープを認め、精査加療目的で当院紹介受診した。腹部診察では特に特記すべき所見なし。血液検査では軽度貧血（Hb 9.5g/dl；他院でMAP6単位輸血後）と低蛋白血症（TP 3.6g/dl、Alb 2.0g/dl）を認めた。胃内視鏡検査：びまん性に粘液が過付着する多発小隆起を認め、前庭部から球部に大きな桑の実状隆起を認めた（いずれも生検では腺管の過形成との診断）。大腸内視鏡：盲腸・横行結腸に小ポリープ多発を認めた（生検：粘膜の炎症細胞浸潤）。また、蛋白漏出シンチでは6時間で回盲部への集積を認めた。以上から、蛋白漏出性胃腸症を伴う若年性胃腸管ポリポーシスと診断し、腹腔鏡補助下胃全摘術を施行した。切除標本：体部の皺壁は肥厚・蛇行しており、浮腫状の胃粘膜全体に著明な粘液が付着し、びまん性に大小様々な隆起性病変が林立していた。病理組織学的に多発するポリープは腺窩上皮の過形成であったが、大きなもの一部に腺腫相当の異形成を認めた。以上より、本症例の診断としては、臨床的・病理組織学的にも若年性胃腸管ポリポーシスとして矛盾しないと考えられた。蛋白漏出性胃腸症を伴う若年性胃腸管ポリポーシスは極めて稀な疾患であり、供覧に値すると考えられたので報告する。

若年性胃腸管ポリポーシス，蛋白漏出性胃腸症

東京医科大学八王子医療センター 臨床医学系消化器内科学分野¹⁾,
東京医科大学 臨床医学系消化器内科学分野²⁾
浅野響子¹⁾, 辻雄一郎¹⁾, 田所健一¹⁾, 山西文門¹⁾, 南 裕人¹⁾,
一宮 匡¹⁾, 和田卓也¹⁾, 向井俊太郎¹⁾, 松江右武¹⁾, 平山泰文¹⁾,
奴田原大輔¹⁾, 平良淳一¹⁾, 中村洋典¹⁾, 中村郁夫¹⁾, 糸井隆夫²⁾

症例は18歳女性。特記すべき既往歴はなし。201X年8月、発熱、嘔気、下腹部痛を自覚し、症状改善しないため近医を受診したところ血液検査にて炎症反応上昇があり、精査加療目的に当科紹介となった。来院時39.4℃と発熱があり、臍周囲に圧痛および反跳痛を認めた。血液検査ではWBC 26400/ μ L、CRP 9.90mg/dLと炎症反応高値であった。腹部単純X線写真では二ボロ像を認めた。炎症の原因検索のため腹部造影CT施行したところ、大腸および小腸の広範な腸管拡張と腸液の貯留が見られた。明らかな閉塞起点や絞扼所見はなく、麻痺性イレウスの診断にて緊急入院となった。腸管の減圧目的にイレウス管挿入を検討したが、本人が希望しなかったため、禁飲食による腸管安静とメロペネムの抗生剤投与による保存的加療とした。CT上、局所の炎症所見は存在しなかったが、若年女性における麻痺性イレウスの原因として性感染症による骨盤内炎症性疾患の文献報告があることから、再度問診を行ったところ直近にパートナーとの性交渉があったことが判明した。各種検査を行い、血清クラミジア・トラコマティスIgG、IgA陽性、尿クラミジア・トラコマティスDNA陽性、陰分泌液クラミジア・トラコマティスDNA陽性、尿淋菌DNA陽性であった。器質的疾患の除外目的に上部消化管内視鏡検査を施行したが、閉塞を来する有意な所見は認められなかった。以上より、クラミジア・淋菌複合感染による骨盤内炎症に伴う麻痺性イレウスと考えられた。第6病日から抗生剤をセフトリアキソンナトリウム+アジスロマイシンに変更した。抗生剤治療にて速やかに炎症反応は改善し、それに伴い症状も軽快した。食事再開後も症状の増悪なく経過良好のため第12病日に退院した。性感染症における骨盤内炎症性疾患ではFitz-Hugh-Curtis症候群が代表的ではあるが、肝周囲炎の存在がなくとも骨盤内炎症性疾患は否定できず、麻痺性イレウスの鑑別として挙げる必要があると考えられた。今回、クラミジア・淋菌複合感染の骨盤内炎症に伴い麻痺性イレウスをきたした1例を経験したため、文献的考察を加えて報告する。

イレウス，骨盤内炎症性疾患・性感染症

武蔵野赤十字病院 消化器科¹⁾,
東京医科歯科大学 消化器内科²⁾
桐野 峻¹⁾, 金子 俊¹⁾, 黒崎雅之¹⁾, 大澤玲於奈¹⁾, 渡壁慶也¹⁾,
王 婉¹⁾, 岡田真史¹⁾, 樋口麻友¹⁾, 清水孝夫¹⁾, 高浦健太¹⁾,
玉城信治¹⁾, 中西裕之¹⁾, 土谷 薫¹⁾, 板倉 潤¹⁾, 高橋有香¹⁾,
藤井俊光²⁾, 泉 並木¹⁾

【症例】38歳、男性【現病歴】21歳時に貧血を契機にクローン病と診断された。28歳時よりインフリキシマブ5mg/kgによる治療を開始した。30歳時に大腸全摘術を施行されている。35歳時に下痢・腹痛の増悪を認め、クローン病再燃に対してインフリキシマブ10mg/kgへ増量し、その後は経過良好であった。しかし、71回目のインフリキシマブ投与後51日目に急性発症の四肢異常感覚と脱力性を認め、階段昇降が困難となり、当院受診。神経学的所見・電気生理学的所見からGuillain-Barre症候群（GBS）と診断され、4回の血漿交換とリハビリテーションにより神経学的後遺症なく改善を認めた。抗TNF α 製剤使用中に脱髄性疾患を発症した報告があること、本症例においても明らかな先行感染のエピソードはなかったことを踏まえると、インフリキシマブによるGBSの可能性は否定できなかった。そのため、インフリキシマブを一時中止していたが、中止中に下痢・腹痛が増悪し、消化管検査では中等度の活動性を認めたことからプレドニゾロン40mg/dayによる加療を開始し、臨床症状は改善した。併せてメルカトプリンによる維持療法を継続し、その後はクローン病およびGBSの再燃は認めない。【考察】GBSの発症要因に関してはクローン病の病勢によるとする報告、他の疾患においても抗TNF α 製剤によって脱髄性疾患を発症した症例報告が散見される。本症例においてはクローン病の病勢が安定していた際にGBSを発症していることより、抗TNF α 製剤の関与は否定できなかった。抗TNF α 製剤は近年の炎症性腸疾患治療において中心的な役割を果たしているが、脱髄性疾患を発症する報告もあり、注意が必要である。また、GBS発症後のクローン病治療戦略の検討も重要である。GBSを発症したクローン病の一例を経験したので文献的考察を含めて報告する。

クローン病，Guillain-Barre症候群

日本大学病院 消化器内科
堀井敏喜, 草野 央, 池原久朝, 市島諒二, 須田清一郎, 山田康嗣,
金子真大, 菊田大一郎, 武井章浩, 平山もどり, 岩塚邦生,
三浦隆生, 高橋利実, 中河原浩史, 山本敏樹, 小川真広,
後藤田卓志

【はじめに】腸間膜静脈血栓症は腹痛、嘔吐などの非特異的な腹部症状をきたし、凝固異常、感染、悪性腫瘍、外傷など誘因を契機に発症する。多くは保存的加療で軽快するが、侵襲的治療が必要になる症例も報告されている。【症例】69歳男性【主訴】発熱、嘔吐、腹痛【現病歴】受診4日前から頻回の嘔吐、腹痛、発熱を生じ、遷延したため近医を受診した。身体所見で黄疸と腹部圧痛を、血液検査で炎症反応上昇を認めたため当院に紹介された。当院で施行した血液検査では肝胆道系酵素上昇、腎機能障害を認めた。単純CTではS状結腸から下行結腸にかけての憩室の多発と下腸間膜静脈の走行に沿う形で腸間膜の脂肪組織濃度上昇を認めるのみで明らかな原因は指摘できず、精査加療目的で入院となった。【入院後経過】摂食不良による腎前性腎不全に対して補液治療を行い、第4病日に腎機能の回復を確認後に造影CTを施行したところ下腸間膜静脈から門脈にかけて連続する血栓を認めたためヘパリンナトリウム持続静注による抗凝固療法を行ったところ全身状態は改善傾向を示し、リバーロキサパン30mg経口内服に変更して第21病日に退院した。【考察】本症は抗凝固薬を軸とした治療が行われるが、背景疾患の精査が重要となる。今回、保存的加療によって血栓の消失後に様々な原因検索を行ったが、明らかな原因を特定できなかった下腸間膜静脈・門脈血栓塞栓症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。

下腸間膜静脈血栓，門脈血栓

聖マリアンナ医科大学 消化器・肝臓内科¹⁾,
同 リウマチ・膠原病・アレルギー内科²⁾,
鈴木達也³⁾, 松尾康正⁴⁾, 加藤正樹¹⁾, 清川博史¹⁾, 小澤 碧¹⁾,
佐藤義典¹⁾, 池田佳子¹⁾, 山下真幸¹⁾, 山崎宜興²⁾, 山本博幸¹⁾,
安田 宏¹⁾, 伊東文生¹⁾

【症例】27歳、女性【主訴】上腹部痛【現病歴】22歳頃より皮膚硬化、関節炎を認め、びまん性皮膚硬化型全身性強皮症と診断された。25歳時より強皮症に対しトシリズマブが投与された。受診前日より上腹部痛、右季肋部痛を認め、症状が増悪したために当院を受診した。【現症】体温36.3℃、脈拍73/min、血圧120/77mmHg、SpO₂ 96%、心窩部から右季肋部にかけて圧痛あり。腹膜刺激症状なし。【血液検査所見】WBC7500/ μ L、CRP<0.03mg/dL【経過】腹部CT検査にて結腸肝彎曲部から横行結腸近位にかけて著明な壁肥厚と周囲脂肪織濃度の上昇を認めた。壁肥厚を生じた腸管の中央に憩室を認めたため、大腸憩室炎と診断した。入院後にトシリズマブの投与を中止し、絶食、輸液、シプロフロキサシン400mg/日投与で加療した。腹部症状は徐々に改善し、第5病日より食事開始、第10病日の腹部CTで憩室炎の所見は消失し、第11病日に退院となった。経過中の血液検査ではCRPの上昇を認めなかった。

【考察】IL-6阻害薬であるトシリズマブは、関節リウマチ、若年性特発性関節炎などに適応がある生物学的製剤であり、現在強皮症に対する第Ⅲ相臨床試験中である。トシリズマブの副作用は呼吸器系の感染症が最多であるが、大腸憩室炎を契機とした腸管穿孔が0.2%の頻度で生じることが知られている。トシリズマブはIL-6を強力に阻害するため、大腸憩室炎の発症時に腹痛や発熱などの急性腹痛の所見を抑制してしまい、CRPなどの炎症マーカーの上昇も来しづらい。トシリズマブが「大腸憩室のある患者には慎重投与」となっていることを念頭に置いて診療にあたり、患者には腹痛が生じた際には速やかに来院するように指導すべきと考える。今回トシリズマブ投与中に大腸憩室炎をきたした一例を経験したため文献的考察を加え報告する。

トシリズマブ、大腸憩室炎

順天堂大学 医学部附属 順天堂医院 消化器内科学講座
鈴木信之、松本健史、黒澤太郎、鈴木彬実、谷田昂昂、田島 譲、
上山浩也、内山 明、今 一義、瀧谷智義、坂本直人、山科俊平、
伊佐山浩通、池嶋健一、椎名秀一朗、永原章仁

症例は59歳男性。7年前から下痢症状を自覚していたが医療機関は受診していなかった。2018年8月に鮮血便と1ヶ月間に5kgの体重減少を認め、近医を受診した。腹部CT検査でS状結腸から直腸にかけて壁肥厚を認め、大腸腫瘍疑いで当院へ紹介となった。当院受診時に高度脱水による腎機能低下、低ナトリウム血症・低カリウム血症などの電解質異常を認めたため入院となり、補液と電解質補正が行われた。腎機能が改善した後には腹部造影CT検査、腹部造影MRI検査を施行したところ、S状結腸から直腸にかけて造影効果を伴う全周性壁肥厚、骨盤内多発リンパ節腫大、多発骨盤転移巣が認められた。下部消化管内視鏡検査ではS状結腸から肛門にかけて16cm長にわたり、中心部に潰瘍を伴う全周性の腫瘍性病変を認め、周囲には絨毛状腺腫と思われる所見を認めた。上記から絨毛腺腫を伴う進行直腸癌(cT3N3M1 StageIV)および電解質喪失症候群(Electrolyte Depletion Syndrome:以下EDS)と診断し、根治手術の適応ではなかったがEDSのコントロール目的にMiles手術+単孔式人工肛門造設術を行った。術後には下痢症状が消失し、電解質異常も速やかに改善した。EDSは大腸絨毛腺腫からの粘液多量分泌による電解質異常を起こす病態と定義されている。EDSの頻度は大腸絨毛腺腫の0.8~2.5%と稀であるが、意識障害や急性腎不全をきたし、重症化することもあるので鑑別すべき疾患として重要である。またEDSを呈する大腸絨毛腺腫では腺腫内癌の合併頻度が高いが、早期に発見されて根治手術可能である症例のみが報告されている。本症例のように診断時に既にStageIVであったEDSの報告は今までにないことから貴重な症例と考え、今回若干の文献的考察を加えて報告する。

EDS, 絨毛腺腫

国家公務員共済組合連合会 横浜栄共済病院 消化器内科
中島聡美、稲垣淳太、高井佑輔、目黒公輝、清水智樹、遠藤智広、
渡邊誠太郎

【症例】81歳男性【主訴】慢性下痢【現病歴】当院受診3か月前から下痢が出現し、前医にて止痢薬処方経過を診られていたが、改善を認めないため精査加療目的に当院当科を紹介受診した。【経過】下部消化管内視鏡検査で腸管粘膜は青銅色を来し、粘膜の浮腫、血管透見性の消失、多発する小瘡を認めた。また、下行結腸は管腔の狭小化を来しておりスコープの深部挿入は不可能であった。病理組織検査では粘膜固有層の炎症細胞浸潤と粘膜下層の線維化を認め虚血性変化が疑われたが、特異的所見はなかった。単純CTでは上腸管膜静脈に石灰化を認め、上行結腸から横行結腸までの壁肥厚が目立った。CT colonographyではハウストラの消失や著明な管腔の狭小化、壁硬化像を示した。内視鏡、CT、CT colonography所見から総合的に腸管膜静脈硬化症と診断した。再度問診し直したところ約40年間にわたって市販の黄連解毒湯を常用していたことがわかり、黄連解毒湯に含まれる山梔子で腸管膜静脈硬化症を来したと考えられた。直ちに内服を中止したところ2週間下痢は消失し、2か月後に再検した内視鏡検査では粘膜は正常色に戻り、管腔の狭小や粘膜の浮腫も改善を認めた。スコープの盲腸までの到達が可能となった。5か月後のCTでは上腸管膜静脈の石灰化は残存していたが、症状の再燃なく経過している。【考察】腸管膜静脈硬化症の診断基準は確立されていないが、内視鏡検査と注腸X線、単純X線、CTの特徴的画像所見あるいは病理組織学的所見から診断される。CT colonographyの所見は含まれていないが、本症例では注腸X線と同様の典型的な像を示し、診断に有用であった。病理組織所見が特異的でない場合やCTで上腸管膜静脈の石灰化を来さない初期の症例などでは、簡便に検査できるCT colonographyを補完的に診断に用いられる可能性がある。

腸管膜静脈硬化症, CT colonography

埼玉医科大学国際医療センター 消化器内科
加藤里絵、谷坂優樹、水出雅文、小川智也、露木和彬、村原なみ、
藤田 曜、原田舞子、良沢昭銘

症例は73歳男性。3年前に前医での腹部超音波検査で膵嚢胞性病変を指摘され、MRCPを行ったところ膵頭部から尾部にかけての複数の小嚢胞を認め、分枝型IPMNと診断された。それ以降、年に一度のMRCPで経過観察をされていた。診断から3年後に施行されたMRCPで主膵管の限局性狭窄および尾側の拡張を認めたため精査目的に当科に紹介された。腹部CTでもMRCPと同様の所見のみで、明らかな腫瘍性病変は認識されなかった。さらなる精査のため超音波内視鏡検査(EUS)を施行した。尾側膵管の拡張を認めた。膵体部には10mm大の低エコー領域を認め、同箇所主膵管の狭窄を認めるのみで明らかな腫瘍像としては認識されなかった。そのため超音波内視鏡下穿刺吸引法(EUS-FNA)は行わず、内視鏡的逆行性膵管造影(ERP)を行うこととした。他の画像所見でも指摘のあった膵体部の主膵管狭窄を認め、尾側の拡張を確認した。同箇所より膵液細胞診やブラシ細胞診を施行し、連続膵液細胞診を施行する目的で内視鏡的経鼻膵管ドレナージ(ENPD)を留置し処置を終了した。ブラシ細胞診でclassVを確認したことから膵体部癌の診断に至り、当院の外科にて膵体尾部切除の方針とした。術後に化学療法を施行しており、再発なく経過している。分枝型IPMNに対して適切に経過観察を行い、異常所見を認めた際にも適切な精査を行ったことで、膵癌の早期診断につながり良好な経過をたどっている1例を経験したため若干の文献的考察を加えて報告する。

膵癌, IPMN

公立富岡総合病院 消化器科¹⁾、公立七日市病院 内科²⁾、
群馬大学医学部附属病院 消化器肝臓内科³⁾、
糸井祐貴¹⁾、綿貫雄太¹⁾、岩本敦夫¹⁾、齋藤秀一¹⁾、樋口達也²⁾、
中田 昂³⁾、浦岡俊夫³⁾

症例は80歳代男性。胸腹部大動脈瘤の術後フォローを当院循環器内科で受けていた。20XX年5月、タール便と血清Hb値低下のために当科へ紹介受診となった。上部消化管内視鏡で出血源は同定できず、自然に止血したため退院となった。その後も複数回にわたり出血性ショックに至る消化管出血で入院を繰り返した。頻回の上下部消化管内視鏡検査や小腸ダブルバルーン内視鏡検査、小腸カプセル内視鏡検査、消化管出血シンチグラフィを施行したものの明らかな出血源の同定には至らなかったが、保存的加療にて自然止血された。翌年の20XY年3月に同様の消化管出血による出血性ショックで入院した際も出血源は判明せず、経過中に急性膵炎を併発したが点滴治療などの後に全身状態は安定した。しかしながら出血症状、膵炎治療に伴う長期安静の経過から廃用症候群となったため、リハビリを開始して他院へ転院した。同年7月、転院先で暗赤色の下血を認め、当院へ救急搬送された。搬送後に上部消化管内視鏡検査をしたところ、十二指腸乳頭から持続的な出血を認めた。過去に撮影した造影CT画像を再構築したところ脾動脈瘤を疑う所見を認め、脾動脈瘤破裂による腸管内出血を疑い緊急で血管造影検査を施行した。血管造影では脾動脈瘤を認め、塞栓術を行った。以降は全く再出血せずに経過している。本症例はCT上慢性膵炎が明らかであり、これにより形成された脾動脈瘤が出血源であった。同様の報告は散見されており、早期から出血源として鑑別に挙げるべきであったと反省すべき1例である。しかしながら、消化管出血の原因としては日常臨床で遭遇する機会の少ない病態であると考え、若干の文献的考察を加えて報告する。

hemosuccus pancreaticus, 慢性膵炎

東京労災病院 消化器内科¹⁾、同 外科²⁾
松本 将¹⁾、原 精一¹⁾、篠原裕和¹⁾、山本友里恵¹⁾、藤井紘太¹⁾、
小川悠樹²⁾、皆川正巳²⁾、大場信之²⁾、西中川秀太²⁾、児島辰也¹⁾

症例は42歳男性。多量飲酒後に上腹部痛を自覚し、急性膵炎の診断で緊急入院となった。初診時、腎下極に遠にfluid collectionを認め、CT grade3・予後因子4点で重症と判定した。第2病日に急性腎前性腎不全およびサイトカイン除去目的にCHDFを導入した。しかし、著明な全身性浮腫および脾周囲の多量のfluid collectionによりabdominal compartment syndromeとなり、鎮静下人工呼吸器管理とした。以降、膵酵素の改善傾向や尿量は維持できるものの、感染徴候が持続した。脾周囲のfluid collectionが主な感染源と判断し、walled-off necrosisと診断した。腹圧の減少および感染制御目的に第27病日に左腎上極より10Fr drainage tubeを留置し、培養でenterococcus aviumが検出された。第38病日に下血が認められ、大腸内視鏡で下行結腸にdrainage tubeの穿通が確認されたため、腸管切除術および横行結腸stomaとした。術中、可能な限り網膜腔と後腹膜腔を開放の上、手助きの壊死組織除去とした。術後、感染制御は良好であったが、第51病日頃より38℃台の発熱を認め始めた。腹部CTで、脾前面および左下腹部の壊死組織残存が原因と判断し、外科的drainage tubeのルートを使用し、内視鏡的壊死組織除去（以下ENとする）を行った。一回のsession時間は2時間と制限し、CO2送気および生理食塩水を使用した。壊死組織はRadial Jaw針子で丹念に除去とした。ENは計3回施行し、感染徴候も改善を認めた。第90病日にはすべてのdrainage tubeが抜去可能となり、第102病日に退院となった。【まとめ】walled-off necrosisに対してstep up approachによる治療が行われているが、今回偶発症によりENよりも外科的壊死組織除去を先行し、有用であった症例を経験した。若干の文献的考察を加えて報告する。

重症急性膵炎, walled-off necrosis

東京女子医科大学 消化器内科
佐々木優、大森鉄平、新田裕樹、久礼里江、日向有紀子、
小林亜也子、山本果奈、岸野真衣子、中村真一、徳重克年

日常診療において異物誤飲はしばしば遭遇し、Press through pack (PTP) シートの誤飲は腸管損傷や穿孔のリスクを有することから緊急内視鏡での摘除の適応となる。誤飲したPTPの存在確認のために多くの場合、まず単純レントゲン(XP)が撮影されるが、判断に苦慮しCT検査が施行されることが経験される。しかしCT検査は被曝量が多い侵襲性を伴う検査である。今回我々は内視鏡前診断として、PTPの存在確認をデジタル断層撮影法であるトモシンセシスで行った2例を経験したので報告する。トモシンセシスは島津製作所製SONIAL VISIONシリーズを用いて撮影した。[症例1]50歳代男性、就寝前に普段服用しているサプリメントと併せて処方薬を内服した直後から食道付近に違和感を感じたが、気のせいと思い就寝した。しかし起床時にも同様の症状があり翌朝当院救急外来を受診。単純XPでは有意所見は認めず、CTで食道異物が疑われ当科紹介受診。トモシンセシスで上部食道にPTPと考えらる異物が確認された。EGDsを施行し同部位にPTPを確認、回収した。[症例2]70歳代女性、朝食後に処方薬を服用した際にPTPごと服用したことに基づき受診。単純XPでは有意所見は認めなかったが、トモシンセシスでPTPと考えらる異物が確認された。EGDsを施行し門歯より20cm付近にPTPを確認、回収した。トモシンセシスは単純CT検査の1/10程度の低被曝で施行でき、撮影時間も5秒程度と短時間に、また単純CT検査の1/3から1/4程度の低コストで可能な撮影法である。今回の2例はトモシンセシスによりPTPの存在確認が明瞭に判定でき、内視鏡前診断として寄与が認められた。今後症例の集積をすることで、実臨床におけるトモシンセシスの有用性が確立されることが期待される。

PTP, トモシンセシス

東京医科大学 消化器内科学分野
松本泰輔、河野 真、勝呂麻弥、山口 隼、森瀬貴之、班目 明、
小山羊洋、内田久美子、杉本暁彦、青木勇樹、山内芳也、福澤誠克、
糸井隆夫

【症例】42歳、女性【主訴】腹痛【既往歴】右卵巣嚢腫術後、卵巣過剰刺激症候群【現病歴】2018年8月、腹痛、嘔吐が出現したため近医を受診し点滴加療された。その後、症状の増悪を認め、第5病日に前医を受診し、腹部CTにて卵巣嚢腫術後の癒着性イレウスが疑われ、イレウス管が留置された。嘔吐や腹部膨満感は一旦消失したものの、腹痛の改善に乏しく、第10病日にイレウス管を留置したまま当院へ転院となった。第11病日に施行したイレウス管造影では、骨盤内の終末回腸に癒着が原因と考えられる狭窄像を認め同部位が閉塞起点と判断した。また、同日の腹部造影CTではTreitz靱帯近傍の空腸に壁肥厚とtarget signを認めイレウス管挿入が誘引となった小腸重積の併発が認められた。開腹下での腸重積の徒手整復及び、癒着性イレウスの解除を目的に外科的処置を考慮したが、腸管壊死を疑う所見を認めず、イレウス症状の改善が得られていることから、保存的加療が選択された。第18病日に症状改善に伴いイレウス管抜去が可能であると判断した上で、イレウス管の留置バルーンを用いた透視下整復を試みた。まずガストログラフィを用いて造影しながら、イレウス管を重積部位の肛門側近傍まで抜去した。続いて留置バルーンに注水し膨らませ内反腸管に引っ掛けるようにして慎重に牽引することで合併症なく重積の解除に成功した。その後、チューブ造影及び腹部単純CTにて重積の解除を確認した。第19病日より食事開始、その後も症状の再燃なく経過し、第25病日に退院した。腸重積の整復後101日間、再発なく経過している。【まとめ】成人の腸重積の大多数は器質的疾患に伴うとされるが、イレウス管が誘引となる腸重積もしばしば報告されている。しかしながら、本症例のごとく留置バルーンを用いて非観血的整復に成功した報告は非常に稀であり、報告する。

腸重積, イレウス

横浜市立大学 消化器・腫瘍外科学

大西 宙, 鈴木紳祐, 神田智希, 酒井 淳, 南澤恵佑, 小澤真由美, 石部敦士, 小坂隆司, 秋山浩利, 遠藤 格

症例は43歳男性。1990年にSLE, ループス腎炎と診断された。近医でステロイド内服治療を受け、病勢は安定していた。2018年7月腹痛、下痢、39度の発熱を認めた。近医受診しCTで腸管浮腫を認め、腸炎と診断された。同日、体温が43度に上昇し、意識レベルの低下を伴い、敗血症性ショックの診断で前医に緊急搬送された。保存的加療され、改善が得られたため、精査加療目的に当院転院となった。来院時CTで直腸の浮腫状壁肥厚と骨盤内膿瘍を認めた。CFで直腸に巨大潰瘍を認め、直腸潰瘍穿通、骨盤内膿瘍と診断された。当科転科し腹腔鏡下横行結腸人工肛門造設術を施行された。手術時間は1時間6分、出血は少量で、術中合併症は認めなかった。術後合併症なく、術後14日目に退院した。術後3か月間で骨盤内膿瘍の再燃や腹痛を認めていない。SLE患者の8-27%で消化器病変が認められるが、直腸病変についての報告は約0.2%と極めて稀である。今回我々はSLEに合併した直腸潰瘍の1例を経験したので、若干の文献的考察を加え報告する。

腹腔鏡下人工肛門造設術, SLE

深谷赤十字病院 消化器科¹⁾, 同 外科²⁾川辺晃一¹⁾, 葛西豊高¹⁾, 江藤宏幸¹⁾, 村松誠司¹⁾, 中原守康¹⁾, 宮原庸介¹⁾, 福田裕昭¹⁾, 今井崇紀¹⁾, 田中健丈¹⁾, 荻野太郎¹⁾, 石川文彦²⁾, 新田 宙²⁾, 藤田昌久²⁾, 釜田茂幸²⁾, 伊藤 博²⁾

【症例】56歳男性。【現病歴】2010年7月右下腹部痛にて初診。【既往歴】大腸潰瘍の診断で2回の手術歴あり（2002年と2005年。1回目は、腹痛強く緊急手術。2回目は、内科的治療に反応なく手術となった。いずれも他院。）【常用薬】なし【嗜好】飲酒ビール350mL/日、喫煙20本/日（20歳～58歳）10本/日（59歳～（当科受診後減らした）【家族歴】炎症性腸疾患、膠原病の家族歴はなし。【来院後経過】2010年7月大腸内視鏡検査にて、結腸-回腸吻合部に類円形の打ち抜き様深掘れ潰瘍を認めた。関節炎、口内炎、眼病変、皮膚病変は認めなかったため、術後再発性の単純性潰瘍と診断した。本人がステロイド治療を望まなかったため、ペンタサ3.0gで治療開始した。これにより一旦腹痛は消失した。しかし2011年4月腹痛再燃したため、本人と相談のうえサラゾピリン2.0gを追加した。徐々に腹痛の程度・回数が減ってきていた。炎症反応も徐々に陰性化した。2013年10月大腸内視鏡検査にて、吻合部の潰瘍は縮小傾向を示していた。ペンタサ3.0g+サラゾピリン2.0g併用の効果ありと判断し、継続とした。その頃腹痛はほとんどなくなっていた。2016年2月大腸内視鏡検査で、吻合部の潰瘍は完全に癒着化していた。内服は継続とした。2018年11月大腸内視鏡検査で、潰瘍癒着のままであるのを確認した。【考察】単純性潰瘍の治療の中心はステロイドであり、メサラジン製剤による緩導入および緩維持に関してその有効性は十分とはいえない。今回、術後再発単純性潰瘍に対しペンタサ3.0g+サラゾピリン2.0g併用にて粘膜治療が得られ、2年9か月後も粘膜治療を維持している症例を経験した。若干の文献的考察を踏まえて報告する。

術後再発単純性潰瘍, メサラジン製剤併用療法

東京慈恵会医科大学 上部消化管外科¹⁾, 同 消化器外科²⁾鈴木美香¹⁾, 秋元俊亮¹⁾, 矢野文章¹⁾, 西川勝則¹⁾, 谷島雄一郎¹⁾, 渡部篤史¹⁾, 湯田匡美¹⁾, 藤崎宗春¹⁾, 北澤征三¹⁾, 三森教雄¹⁾, 矢永勝彦²⁾

症例は40歳代、男性。既往に左自然気胸（23歳時）に対する胸腔鏡下手術歴がある。2年前よりつかえ感・嘔吐を自覚して他院を受診。上部消化管内視鏡検査で食道と胃内に多量食物残渣を認め、食道アカラシア疑いにて2018年9月に当院紹介となった。精査の結果、食道胃接合部直上右側に80mm×60mmの横隔膜上憩室を認めた。高解像度食道内圧検査では食道アカラシアは否定された。同年11月に腹臥位にて胸腔鏡下食道憩室切除術を施行した。術中、上部消化管内視鏡検査を併用し、憩室切離線が食道胃接合部と重ならないことを確認しつつ一部正常の筋層を含め切除。その後切除線に3-0 V-LocTM吸収糸にて外膜筋層縫合補強後にleak testを施行した。手術時間107分、出血量は少量であった。術後第1病日より水分を開始し、第3病日に食道造影検査で下部食道に狭窄および縫合不全がないことを確認後、食事を開始した。術後自覚症状は消失し、第7病日に軽快退院となった。病理組織検査では仮性憩室の診断であった。今回、腹臥位を選択したことで重力により出血や肺による術野の妨げがなく良好な視野を保つことが可能で、また内視鏡併用により安全に手術を施行できたため報告する。

食道憩室, 胸腔鏡下手術

千葉徳洲会病院 消化器内科

松山光一, 西澤秀光, 宇賀治良平, 外山雄三, 松村祐志, 山本栄篤, 浅原新吾, 長浜隆司

通常GISTは食道から直腸までの全ての消化管壁、腸間膜に発生する間葉系腫瘍で一般的には腫瘍表面は非腫瘍粘膜に覆われているSMT様の形態を呈する。患者は30歳代、女性、めまいを主訴に当院受診、貧血（Hb3.0g/dl）を認めた。上部消化管内視鏡検査施行し胃体下部前壁にbridging foldを伴う大きさ約35mmの隆起性病変を呈していた。隆起の立ち上がりは急峻であり境界明瞭、辺縁は整であった。生検にて紡錘形細胞腫瘍とくに消化管間質性腫瘍（gastrointestinal stromal tumor; GIST）が疑われた。2ヶ月後の内視鏡では頂部に白苔を伴う深い陥凹を有する大きさ20mm程度の粘膜下腫瘍（submucosal tumor; SMT）へと形態変化をきたした。切除標本では固有筋層内に紡錘形細胞から成る腫瘍性病変を認めた。c-kit弱陽性、CD34陽性、DOG-1陽性、PDGFRA陽性でGISTと診断した。今回われわれは、腫瘍が露出し短期間で脱落した稀な胃GISTの1例を経験したので文献的考察を含めて報告する。

GIST, DOG-1

神奈川県立足柄上病院¹⁾、横浜市立大学附属病院²⁾
木川忠之³⁾、日下恵理子³⁾、國司洋佑³⁾、大石梨津子³⁾、田中 聡¹⁾、
柳橋崇史¹⁾、羽尾義輝¹⁾、吉江浩一郎¹⁾、加藤佳央¹⁾、亀田陽一¹⁾、
前田 慎²⁾

【年齢】83歳【性別】女性【主訴】便秘、下痢、腹痛、脱毛、味覚低下【現病歴】入院4週間前からの便秘と水様便を繰り返す排便困難、腹痛を主訴に入院3週間前に当院外来受診。検査の結果、便潜血陽性であり、腹部CT検査では上行結腸から横行結腸に軽度の壁肥厚を認め、炎症性変化が示唆された。また、顔面や上肢のシミの色が濃くなってきており、脱毛と味覚低下症状も伴っていたため、精査・加療目的に入院となった。【既往歴】シェーグレン症候群、GERD、菌血症。【経過】入院後に施行した上部消化管内視鏡では、胃角部～胃前庭、噴門部周囲に大小不同の発赤の強い隆起性病変が多発。下部消化管内視鏡では、全結腸に発赤調の隆起性病変が多発。生検病理組織検査では腺窩の拡張と粘膜固有層の浮腫を認め、Cronkhite-Canada症候群として矛盾しない所見が得られた。IgG4、抗核抗体は基準範囲であった。症状経過と検査結果を合わせてCronkhite-Canada症候群と診断した。入院15日目からプレドニンを50mgから開始、1週間ごとに漸減。その後、水様便から有形便に変化。腹痛消失。味覚低下も改善し、入院47日目に退院となった。【考察】Cronkhite-Canada症候群は、稀な非遺伝性のポリポーシスである。病因は依然不明であるが、近年抗核抗体やIgG4陽性症例の報告が相次ぎ、自己免疫疾患との関連が示唆されている。1955～1984年までの本邦報告96例中、併存疾患として関節リウマチ2例、強皮症1例、SLE1例の報告がある。また、2000～2016年までの中国での18症例中、4症例が膠原病の既往歴があったとの報告がある。今回検索範囲で、シェーグレン症候群に合併したCronkhite-Canada症候群の報告はなく、貴重な症例であるため報告する。

Cronkhite-Canada症候群, シェーグレン症候群

日本大学医学部 内科学系 消化器肝臓内科学分野
平山雅大, 若男 彩, 田村 祐, 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,
後藤田卓司, 森山光彦, 杉山海太, 北村 登, 武井正美, 藤沼千尋,
藤田英樹, 照井 正

【はじめに】成人発症IgA血管炎の消化管病変では小腸に特徴的な所見を有する事が多い。今回我々はAIDSとサイトメガロウイルス(CMV)感染を併発したIgA血管炎の1例を経験したので報告する。【症例】38歳、男性【経過】3週間前に両下肢の紫斑、関節痛、腹痛が出現。近医皮膚科受診しIgA血管炎の疑いでPSL10mgの内服加療を受けていた。紫斑、関節痛が遷延し、3日前～腹痛の増悪、嘔吐、下痢、血便も出現したため当院へ紹介入院となった。診察所見では小窩部と臍周囲に圧痛を認めた。血液検査ではWBC12400/ μ l、CRP2.2mg/dl、IgA450mg/dl、第13因子62%、ASO 627 IU/ml、ASK 10240 倍、C7HRP2 50000、CMV IgM 0.4 (-)、CMV IgG 51.8 (+)であり、便培養は陰性であった。皮膚生検の直接蛍光抗体法で血管周囲にIgA沈着が確認され、CTでは小腸壁の肥厚と腹水貯留が認められた為、IgA血管炎に伴う消化管病変を疑い全消化管の精査を施行した。カプセル内視鏡では、十二指腸下行脚～上部空腸に強い虚血性変化と暗赤色の不整形潰瘍が多発して認められた。他の小腸内にも不整形潰瘍が多発していたが、回腸末端では、境界明瞭で底が広い潰瘍に形態が変化していた。下部消化管内視鏡検査で回腸末端にカプセルと同様の潰瘍を認め、生検の免疫染色で一部にCMV陽性細胞が検出された。CMV合併のIgA血管炎と診断。同時に、入院時に施行した感染症採血でHIV抗体検査が陽性、RNA 2.8 $\times$ 10³⁵/SUP>コピー/mlでありHIV感染症が判明した。HIVウイルス量が高値で、AIDS指標疾患の増悪も懸念されたため、禁食による腸管安静を継続しステロイドは増量せずにデノシンの投与を行った。28病日目～抗HIV薬による加療を開始し退院となった。【考察】消化管粘膜の生検から血管炎を証明することは難しいが、他疾患の合併や鑑別を行う上で生検は重要であると考えられた。

IgA血管炎, AIDS

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

【症例】76歳男性【主訴】心窩部痛・黒色便【既往歴】慢性心房細動(ワルファリン内服中)、胸部大動脈瘤、早期胃癌(ESD後)、脂質異常、高血圧、2型糖尿病、【現病歴】来院1ヶ月前から食直後の心窩部痛を自覚するようになった。来院10日前に下腿浮腫を自覚。来院3日前から少量の黒色便あり。腹痛は悪化傾向であり精査目的で入院となった。【臨床経過】入院当日に緊急上部消化管内視鏡検査を施行。胃体下部から穹窿部にびまん性に潰瘍、びらん、易出血を伴う粘膜浮腫を認めた。腹部造影CTでは同部位の胃壁の浮腫像を示し、高度石灰化による腹腔動脈(CA)起始部の完全閉塞、上腸間膜動脈(SMA)起始部の狭窄を認めた。第2病日に行った腹部血管造影検査でも同様の所見であったためSMA起始部にステントを留置し、その後の造影でSMAの血流およびCA領域への膝アーケード等の側副路を介した還流が確認できた。処置後から心窩部痛は劇的に改善し、入院1週間後の上部消化管内視鏡検査でも潰瘍・びらんは改善傾向であった。また同時に膜性腎症もしくは微小変化群が原因のネフローゼ症候群が診断された。本症例では、動脈硬化によりCAが完全閉塞していたためSMAから胃血流を代償していたが、ネフローゼ症候群発症を契機にSMA血流の低下をきたし、その結果虚血性胃症に至ったと考えられた。退院後も症状の再燃はなく、3ヶ月後の上部消化管内視鏡検査では潰瘍、びらんは瘢痕化していた。【考察】慢性腸間膜虚血は内臓動脈の狭窄や閉塞によって腸管虚血をきたす病態であるが、腹腔内の代償血管が発達しているがゆえ無症状であることが多い。特に胃は多数の栄養動脈を有し小腸や大腸に比べ虚血が起りにくいことから、虚血性胃症の報告は少ない。本症例はネフローゼ症候群発症を契機に血流量低下をきたし虚血性胃症が誘発されたと考えた。治療法としてSMA起始部へのステント留置を選択し、術後半年後もステント再狭窄や症状再燃なく、内視鏡所見も改善した状態が維持できている。

虚血性胃症, 慢性腸間膜虚血

国立国際医療研究センター 外科
西尾洋人, 竹村信行, 斎藤範之, 伊藤橋司, 三原史規, 黒川敏昭,
清松知充, 徳原 真, 山田和彦, 國土典宏

【はじめに】Lynch症候群は遺伝性大腸癌のひとつであり、大腸癌以外にも子宮、卵巣、胃、小腸、肝胆道系、泌尿器系癌の若年齢での発症を特徴とする。今回Lynch症候群に伴う十二指腸癌の一例を経験したので、報告する。【症例】52歳男性、X-6年(45歳時)に膀胱癌を指摘され、術中に盲腸癌を指摘、膀胱全摘+回盲部切除+回腸導管造設術が施行された。術後に施行された下部内視鏡検査でRa, Rsに進行直腸癌を指摘されたため、同年開腹低位前方切除術+D3郭清が施行された。若年発症の多発癌ならびに癌の家族歴よりLynch症候群が疑われ、遺伝子検査を施行、Lynch症候群の診断に至った。定期的なCT検査、内視鏡検査によるフォローアップが行われていたため、X年(51歳時)4月の上部消化管内視鏡検査で十二指腸水平部に15mm大の腫瘤性病変が指摘され、生検の結果Adenocarcinomaの診断となった。手術の方針となりX年5月に十二指腸癌に対して膵頭十二指腸切除術を施行、病理所見はAdenocarcinoma, type1, 60x40mm, pap>tub1>tub2>muc, pT3(ss)pN0pM0 pStageIIA (TNM分類)であった。術後は膵液瘻のためやや入院が長期化した。術後55日に軽快退院となった。【結語】Lynch症候群に発生する癌のひとつに小腸癌があるが、その頻度はそれほど高くない。今回Lynch症候群に伴う十二指腸癌の一例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。

Lynch症候群, 十二指腸癌

61 成人発症したHelicobacter pylori非感染Menetrier病の1例

足利赤十字病院 内科¹⁾、同 病理部²⁾、
獨協医科大学病院 消化器内科³⁾、
清水俊志¹⁾、村岡信二¹⁾、近藤真之¹⁾、高橋史成¹⁾、紀 仁¹⁾、
清水和彦²⁾、郷田憲一³⁾、小松本悟¹⁾

【背景】Menetrier病には明確な診断基準がないものの、典型的な臨床・病理組織学的所見によって診断される。蛋白漏出性胃症による低蛋白血症と巨大皺壁肥厚といった内視鏡像を認め、病理組織学的には胃底腺領域における腺窩上皮過形成と固有胃腺の萎縮が特徴的とされる。

【症例】60歳、女性【主訴】黒色便【現病歴】生来健康であったが、一過性の黒色便を認めた後、健診にて貧血を指摘されたため、当院に紹介受診となった。【臨床経過】血液生化学検査でHb 6.1g/dlの高度な貧血を認めたため、上部消化管出血を疑い、上部内視鏡検査（EGD）を施行した。胃体部のひだは著明に腫大しており、体下部大弯には40mm大の発赤調のY-3型であるポリポイド病変を認めた。生検組織診断ではGroup 2であった。本ポリプからの慢性的出血が貧血の原因と考えられたため、診断と治療を兼ねて内視鏡的に切除した。組織学的には腺窩上皮の過形成変化と固有胃腺の萎縮からなる病変であり、構造・細胞異型はなく、悪性を疑う所見は認められなかった。貧血とともに慢性的な低アルブミン血症を認めたため、蛋白漏出性シンチグラフィ検査を追加した結果、消化管内に漏出所見を認めた。以上より、巨大皺壁と考えられる内視鏡像と臨床病理学的結果から、胃Menetrier病と診断した。【考察】除菌はなく、抗H. pylori抗体は陰性（<3 U/ml）であった。Menetrier病は稀な疾患であり、小児例においてサイトメガロウイルス感染、成人例ではH. pylori感染との関連性が多く報告されている。H. pylori非感染の成人に発症したMenetrier病は極めて貴重と考えられたため、文献的考察を含め報告する。

Menetrier, Helicobacter pylori

62 内視鏡的粘膜切除術で治療しえた腎癌十二指腸転移の1例

東京医科歯科大学医学部附属病院 消化器内科¹⁾、
同 光学医療診療部²⁾、同 病理部³⁾、同 泌尿器科⁴⁾、
稲田賢人¹⁾、小林正典²⁾、福田将義²⁾、山田大貴¹⁾、土屋輝一郎¹⁾、
今田安津子³⁾、伊藤 崇³⁾、松岡 陽⁴⁾、藤井靖久⁴⁾、大塚和朗²⁾、
渡辺 守¹⁾

【症例】61歳男性。【既往歴】十二指腸潰瘍穿孔大網充填術後、直腸癌術後。【現病歴】X-3年12月、健診で指摘された左腎癌に対して根治的腎摘除術を施行され、病理診断は淡明細胞型腎細胞癌（clear cell renal cell carcinoma）、v1, ly0, pT1bであった。X-2年10月に肺と縦隔リンパ節に転移を指摘されインターフェロンα療法を開始されたが、X-1年11月に抑うつが出現したため中止された。X年5月に肺転移巣が増大したため、6月からバゾニブによる化学療法に変更された。7月の造影CTで転移巣は縮小していたが、十二指腸水平部に早期浸染する10mm大の腫瘍を認め、消化器内科に紹介された。【経過】X年8月の上部内視鏡検査で十二指腸水平部に径10mm大の発赤の強い頭部を持つ亜有茎性ポリプを認め、生検で淡明細胞型腎細胞癌の十二指腸転移と診断された。9月に行われた下部内視鏡検査とカプセル内視鏡では他腸管に転移はなく、肺と縦隔リンパ節の転移巣が縮小していること、十二指腸病変は出血の危険があることから治療適応と考えられた。腎細胞癌は胃の粘膜表層転移を来した内視鏡的粘膜下層剥離術が行われた報告もあり、本症例では粘膜下腫瘍様の隆起を伴わず、亜有茎性で粘膜病変が疑われたことから、まずは内視鏡的粘膜切除術を行う方針とした。X年11月に入院の上、通常通り粘膜下層に局注を行い挙上を確認した後、スネアで一括切除した。合併症なく経過し処置後5日で退院した。最終病理診断は淡明細胞型腎細胞癌の十二指腸転移であり、病変は粘膜から粘膜下層に存在し、切除断端は陰性であった。【考察】腎細胞癌は肺や骨、肝臓などに血行性転移を来したが、消化管への転移は稀である。その中でも小腸への転移の報告は少なく、黒色便や貧血を契機に進行した状態で発見されることがほとんどのため、多くの報告では手術が行われている。本症例は早期に診断された十二指腸転移で内視鏡的に切除可能であった非常に稀な症例のため、文献的考察を加えて報告する。

腎癌十二指腸転移、内視鏡的粘膜切除術

63 釘を誤飲した小児に対し全身麻酔下に内視鏡的摘出を行った1例

伊勢崎市民病院 内科¹⁾、同 小児科²⁾、
根本奏子¹⁾、増尾貴成¹⁾、一色綾希¹⁾、小板橋佑輔¹⁾、石原眞悟¹⁾、
関口雅則¹⁾、西澤拓哉²⁾

【症例】9歳、男児【現病歴】図画工作の授業で使用した釘を口にくわえていたところ誤って飲み込んでしまった。近医受診し、腹部単純レントゲン写真で胃内に2cm大の釘を認め、異物摘出目的に当院紹介受診となった。自覚症状はなかった。【経過】当院受診後、レントゲン再検し、釘が胃内にとどまっていることを確認した。小児科医、麻酔科医と協議のうえ、全身麻酔下に緊急上部消化管内視鏡を施行した。胃穹窿部に釘を認め、先端近くを鉗子鉗子で把持し、透明フード内に釘の先端が入ったことを確認後、オーバチュープ内に引き込んで回収した。その後、内視鏡を再挿入し、咽喉頭、食道、胃粘膜に損傷がないことを確認して終了した。経過良好にて翌日退院となった。【考察】異物誤飲のうち緊急内視鏡の絶対適応となるのはボタン型電池と鋭い異物である。本症例は釘（鋭い異物）の誤飲であり、緊急内視鏡による異物摘出の適応と考えられた。成人での内視鏡検査・処置は覚醒下や軽い鎮静下で行う場合が多いが、小児ではほぼ全例でなんらかの鎮静もしくは全身麻酔が必要となる。しかし、自然気道下の静脈鎮静で行うか気管挿管による全身麻酔で行うかの選択は施設により対応が異なっている。小児消化管内視鏡に伴う合併症として最も頻度が高く問題になるのは低酸素血症であり、そのリスクは気管挿管による全身麻酔の方が低いとの報告がある。また鋭利な異物を摘出する場合、消化管粘膜の保護を目的としてオーバチュープを使用することが多く、苦痛がさらに強くなることが予想され、その点からも体動を生じる心配のない全身麻酔での処置が適している。【結語】小児における内視鏡的異物摘出術では、確実な気道確保と体動の抑制による安全な処置のため、気管挿管による全身麻酔下での治療が望ましいと考えられた。

小児、異物誤飲

64 タイへの渡航後にナリジクス酸耐性腸チフスを発症した若年男性の1例

東京通信病院 消化器内科¹⁾、山王病院 消化器内科²⁾、
東京通信病院 感染症内科³⁾、
青野和人¹⁾、鈴木祥代¹⁾、阿部佑里恵¹⁾、江崎珠里¹⁾、高岡真哉¹⁾、
古谷建悟¹⁾、加藤知爾²⁾、大久保政雄²⁾、小林克也²⁾、関川憲一郎³⁾、
光井 洋¹⁾、濁川博子³⁾

症例は20歳男性。X年6月20日から26日までタイへ渡航していた。X年7月3日より腹痛・下痢・発熱が出現。翌日に当院救急外来を受診、入院となった。旅行者下痢症としてレボフロキサシン（LVFX）500 mg/日を内服開始とした。第2病日に血液培養よりグラム陰性桿菌が検出され、造影CTで回腸末端の炎症所見・脾腫を認めた。10日前後の潜伏期間であり、比較的徐脈、好酸球消失、肝逸脱酵素上昇も認められたため腸チフスが疑われた。タイではニューキノロン系耐性の腸チフスが蔓延していることを考慮し、セフトリアキソン（CTRX）2 g/日を追加した。第8病日、血液培養2セットからSalmonella Typhiが同定され、腸チフスと確定した。LVFX・CTRXともに感受性と判定されたが、ナリジクス酸（NA）耐性を認めLVFX低感受性が示唆されたため、LVFXは中止しCTRX単剤で治療継続した。同時期より症状は改善傾向となった。感染症内科と相談のうえ、CTRX 15日間に加えてアジスロマイシン 500 mg/日を6日間投与し第19病日に退院となった。治療終了後の外来でも症状再燃なく、当科終診となった。【考察】今回我々は海外渡航歴と典型的な臨床徴候が診断に役立った、NA耐性の腸チフスの1例を経験した。アジア渡航者の腸チフスでは耐性菌が多いことを初期治療の段階から考慮して抗菌薬を選択すべきであると考える。

腸チフス、ナリジクス酸耐性

獨協医科大学病院 臨床研修センター¹⁾、
獨協医科大学医学部 内科学（消化器）講座²⁾
高木優花¹⁾、金澤美真理²⁾、竹中一央²⁾、菅谷武史²⁾、土田幸平²⁾、
富永圭一²⁾、飯島 誠²⁾、郷田憲一²⁾、入澤篤志²⁾

【症例】20歳代女性。【主訴】右臀部の腫脹・疼痛。【既往歴】特記事項なし。【現病歴】24歳発症の潰瘍性大腸炎(UC) (全大腸炎型、慢性持続型)であり、5-ASAやインフリキシマブ(IFX)での加療を受けたが腹痛、血便等の症状の改善を認めなかったため201X年5月上旬に当科を受診した。プレドニゾロン(PSL) 30mg/日を導入されたが状態の改善は乏しく、5月下旬に寛解導入目的に入院した。PSL抵抗性と判断され、タクロリムス水和物(Tac)で寛解導入を行ったが、寛解には至れなかった。腹部症状が軽度改善したため退院としたが、Tacを休薬した後に、腹部症状が増悪したためトファシニブ(TOF)を開始したが無効であった。TOFを中止され、再度Tacを開始したが寛解には至れず、10月下旬に右臀部の腫脹・疼痛、発熱を主訴に外来を受診し、入院した。【経過】入院後、MRI検査で肛門周囲膿瘍の診断となり切開排膿を行った。Tacは中止し、排膿と抗菌薬加療で第2病日には解熱認め、その後WBC、CRPも改善を得た。第4病日にTac再開し、状態改善したため第13病日に退院した。【考察】UCは粘膜及び粘膜下層に炎症の主座があるため、Crohn病と比較して肛門病変の頻度が低いと考えられているが、報告では大腸全摘出前のUCに合併した肛門病変の頻度は14.5%であり、そのうち痔瘻・肛門周囲膿瘍は9.9%であった。頻回の下痢やtenesmusによる肛門部への刺激が原因となると報告され、また悪感染性を引き起こす免疫抑制治療が肛門部の感染性合併症増悪のリスクとなる。今回、肛門周囲膿瘍を合併したUCの1例を経験したため報告する。

潰瘍性大腸炎，肛門周囲膿瘍

佐野厚生総合病院 消化器内科
小西駿一郎、亀山尚子、堀江知史、寺元 研、東澤俊彦、関根忠一、岡村幸重

【症例】32歳女性【主訴】血便【現病歴】201X年4月上旬より腹部全体の圧痛と粘血便が出現し、当院を紹介され下部消化管内視鏡検査を施行し、中等症の左側大腸炎型潰瘍性大腸炎と診断された。メサラジンの内服および注腸にて治療を開始したが、効果不十分でありプレドニゾロン30mgから漸減する方針としていた。6月中旬に救急外来を受診し40℃台の発熱、体幹・四肢にびまん性の紅褐斑疹を認め、検査所見で肝機能障害、炎症反応の上昇を認め、原病の増悪またはウイルス感染などを疑い入院となった。その後原因の特定には至らず治療は難渋していたが、入院32日目に顔面浮腫、口唇の紅色丘疹と痂皮、鱗屑が出現したため、薬剤性過敏性症候群 (Drug-induced hypersensitivity syndrome: DIHS) による症状を疑い、リンパ球刺激試験 (Drug-induced lymphocyte stimulation test: DLST) を施行したところメサラジンで陽性であった。またHHV-6の再活性化を認めたため、メサラジンに対するDIHSと診断し、メサラジン中止の上ステロイドパルス療法にて治療を開始した。その後発熱、皮疹、肝機能障害の改善を認めたためステロイドを漸減し経過良好となった。潰瘍性大腸炎に関してはアザチオプリン内服及びブデソニド注腸に切り替え、症状の再燃なく推移している。【考察】DIHSは重症薬疹の一つであり、高熱と臓器障害を伴う。多くの場合、薬剤中止後も症状は遷延化し、発症から2、3週間後にHHV-6の再活性化を生じるため、近年薬剤アレルギーとウイルス感染症の複合した新たな病態として注目されている。本邦におけるもっとも頻度の高い原因薬剤はカルバマゼピンである。今回の症例は潰瘍性大腸炎のキードラッグであるメサラジンが原因となり、DIHSを引き起こしたと考えられる。メサラジンに対するDIHSの発症は報告が少なく、今回貴重な症例を経験したため、若干の文献的考察を加えて報告する。

潰瘍性大腸炎，薬剤性過敏性症候群

埼玉医科大学病院 総合診療内科¹⁾、同 消化管内科²⁾、
同 病理診断科³⁾
中村駿介¹⁾、宮口和也¹⁾、芦谷啓吾¹⁾、大庫秀樹²⁾、都築義和²⁾、
山田健人³⁾、中元秀友¹⁾、今枝博之²⁾

症例は10歳代、男性。5年前より1日2-3回の下痢・軟便が出現した。3年前より1日3-4回にそれが増加した。2年前に近医を受診し、年余にわたり症状が継続しているため当院小児外科を紹介受診した。日常生活でのストレスもあり過敏性腸症候群と診断され桂枝加芍薬湯とビフィズス菌製剤散で経過観察された。1年前に血便を認めたため、当院消化器外科を受診した。直腸診で腫瘍が触知され、肛門鏡では歯状線付近の1/3周にわたり発赤調の隆起性病変を認めたため、当科紹介となった。大腸内視鏡を施行し、下部直腸の肛門輪に接し、前壁を中心に発赤、びらんおよび、亜有茎性のポリープを認めた。生検の病理組織所見ではhyperplastic polypに加えてfibromuscular obliterationを認めたため、隆起型の直腸粘膜脱症候群と診断した。排便習慣を確認したところ、これまでは1回の排便ですっきりしないため、トイレに約30分間こもっていきんでいた。トイレで長くこもっていきまないように排便習慣を指導し、症状は改善している。直腸粘膜脱症候群は20-30歳代の若年者に多く、排便困難・残便感・テネズムス等の症状を呈し、排便時のいきみによる直腸内圧の亢進により粘膜脱を生じることで引き起こされる。若年者の直腸粘膜脱症候群はまれであり、診断、管理、治療について文献的考察を踏まえ報告する。

粘膜脱症候群，過敏性腸症候群

日本大学病院 消化器内科¹⁾、
日本大学医学部 病態病理学系 腫瘍病理学²⁾
大海なつき¹⁾、草野 央¹⁾、池原久朝¹⁾、市島諒二¹⁾、堀井敏喜¹⁾、
金子真大¹⁾、須田清一郎¹⁾、菊田大一郎¹⁾、武井章矩¹⁾、
平山みどり¹⁾、岩塚邦生¹⁾、三浦隆生¹⁾、高橋利実¹⁾、中河原浩史¹⁾、
山本敏樹¹⁾、小川真広¹⁾、後藤田卓志^{1,2)}、唐 小燕²⁾

症例)74歳男性。〈主訴〉上腹部痛(既往歴)糖尿病性腎症(血液透析)、僧帽弁形成術・冠動脈バイパス術後、脳梗塞、下肢閉塞性動脈硬化症(現病歴)3日前の血液透析直後から上腹部痛、嘔吐を認め他院受診を繰り返していた。他院にて諸検査を施行するも原因疾患はなく投薬のみで帰宅していた。当院受診当日、血液透析目的に前医受診した際、上腹部痛の悪化および意識障害を認めたため当院救急搬送となった。〈現症〉体温36.5℃、血圧151/92 mmHg、脈拍144/分、呼吸数25/分、SpO2 99%(room)、JCSII-30、心電図は洞性頻脈。腹部所見では臍上部に圧痛を認めるも、筋性防御、反跳痛等の腹膜炎所見はなかった。〈入院後経過〉腹部造影CTでは大動脈・腸管膜動脈に高度石灰化を認めた。骨盤内小腸に軽度浮腫を認めたが小腸・大腸管壁は均一に造影されていた。血液生化学検査では、WBC 12,600/ μ l、CRP24.3mg/dlと炎症反応の上昇を認めた。入院翌日には、腹部症状が軽快したため保存的加療としていたが、入院4日目に39.6℃の発熱とCRP51.7mg/dlの上昇あり、同日中に敗血症性ショックに陥り死亡となった。剖検では、回盲弁より口側35cm部位より約100cmにわたる腸管虚血と、S状結腸から直腸に腸管虚血を認めた。大動脈・上下腸管膜動脈の主幹に血栓形成や塞栓物質は認めなかった。〈考察〉本症例は、腸管膜動脈主幹部に器質的閉塞を伴わず腸管虚血を生じる非閉塞性腸管虚血症であったと推測される。本疾患は全身的な低灌流状態に伴い広範な腸管虚血が生じた病態であり、低心拍出量や循環血漿量の減少によって誘導された腸管膜動脈末梢レベルの血管攣縮が原因とされている。血液透析患者は動脈硬化性病変を素因として持つことが多く、透析時の不安定な循環動態により血管攣縮も誘発しやすい。そのため非閉塞性腸管虚血症のハイスルクと考えられており、透析患者における腹痛の際には本疾患を常に念頭におく必要があると考えられた。

非閉塞性腸管虚血症，血液透析

虎の門病院 消化器内科¹⁾、同 病理診断科²⁾
小田倉里奈¹⁾、早坂淳之介¹⁾、三谷年史¹⁾、落合頼業¹⁾、鈴木悠悟¹⁾、
和田有美子¹⁾、野村浩介¹⁾、田中匡実¹⁾、小田切啓之¹⁾、岡本陽祐¹⁾、
山下 聡¹⁾、松井 啓¹⁾、菊池大輔¹⁾、井下尚子²⁾、飯塚敏朗¹⁾、
布袋屋修¹⁾

【症例】87歳女性。漢方薬を内服中。健診で便潜血陽性を指摘され下部消化管内視鏡検査施行したところ早期大腸癌を疑う病変を認めたため当院紹介受診した。上行結腸に20mm大、発赤調の平坦隆起性病変(LST-NG)を認めた。色素拡大観察にてVI軽度不整のpit patternを呈し、EUS上は粘膜筋板までの低エコー領域として描出された。同時に上行結腸から盲腸にかけて萎縮した粘膜とEUSで第3層に血管走行に伴走する点状の高輝度エコーが認められた。単純CTでは上行結腸壁内、壁周囲腸間膜内に点状から線状の石灰化を認めており、粘膜内癌を合併した特発性腸管膜静脈硬化症と診断し、ESD施行した。術中の剥離時に粘膜下層に線維化を認めたが、合併症なく終了した。最終診断はCancer in adenoma, pTis, ly0, v0で断端陰性であった。また、粘膜下層の血管壁には石灰化を認め、周辺には広範に線維化を認めており、特発性腸管膜静脈硬化症に矛盾しない所見であった。治療経過は良好で合併症なく退院した。【考察】大腸癌を合併した特発性腸管膜静脈硬化症の報告は少なく、早期大腸癌に限れば数例のみと稀である。現在、特発性腸管膜静脈硬化症と発癌の関連は不明とされる。検索し得る範囲では特発性腸管膜静脈硬化症のEUS所見や合併例に対するESDを施行した報告はなく、本症例は貴重な症例と考えられたため文献的考察を含め報告する。

特発性腸管膜静脈硬化症、早期大腸癌

杏林大学医学部付属病院 総合研修センター¹⁾、
杏林大学医学部 第三内科²⁾、同 外科³⁾、同 病理学教室⁴⁾
高木理子¹⁾、川村直弘²⁾、關 里和²⁾、佐藤悦久²⁾、西川かおり²⁾、
森 秀明²⁾、久松理一²⁾、松木涼太³⁾、小暮正晴³⁾、鈴木 裕³⁾、
阪本良弘³⁾、大森嘉彦⁴⁾、藤原正親⁴⁾

症例は80歳の女性。自覚症状はなし。心膜嚢胞があり経過中に胸部単純CT検査にて偶然肝右葉ドーム直下(S8)に3cm大の低吸収域を認め当科を受診。身長154cm、体重71kg、意識清明。血圧146/82mmHg、体温36.3℃、心拍数68/分、整、右下腹部に手術痕を認める以外特記事項なし。血液検査:Hb 13.1g/dL、血小板 25万、WBC 5,200、生化学検査:アルブミン3.8g/dL、ALP 419IU/mL、AST 19IU/mL、ALT 10IU/mL、FBS 116mg、HbA1c 7.0%、免疫:CRP 0.38、AFP 2.6ng/mL、PIVKA-II 10muAU/mL、CEA 2.1ng/mL、HBs抗原陰性、HCV抗体陰性、ANA陰性、AMAM2陰性。腹部超音波検査では、背景に脂肪肝があり、肝S8に3cm大、S7に1.5cm大の低輝度な腫瘤を認めた。ドブラでは腫瘤内に明らかな血流はみられなかった。腹部MRI検査では同腫瘤は境界明瞭でT1強調画像で低信号、T2強調画像で高信号、強調拡散で高信号を呈した。EOB Dynamic造影では早期濃染後、washoutし、肝細胞相では造影不良域を呈した。また、辺縁に被膜様の低信号のrimが見られた。背景に線維化進展例ではないものの脂肪肝があり肝細胞癌cT3N0M0c StageIIと術前診断し、消化器一般外科で肝部分切除の目的で開腹術を施行した。術中所見では2個の腫瘤は肝内ではなく横隔膜から生じたハツ頭状の硬い腫瘤で、一部横隔膜面に白色の結節を認めた。迅速病理検査で中皮腫が疑われ腫瘤とともに横隔膜を全層切除した。切除標本は、肉眼的には横隔膜を起源とする3.5cmと1.5cm大の白色結節で、その表面には不整形の白斑が見られた。組織学的には厚い硝子化した線維性結合組織で覆われた結節で、異型立方状細胞の密な浸潤があり、不整に分枝する尿管や乳頭状構造を形成していた。免疫染色ではCalretinin(+), WT-1(+), CK5/6(+), vimentin(+), Malignant mesotheliomaと診断した。術後経過は良好で術後11ヶ月経過するが再発は認めない。中皮腫はアスベストの暴露と因果関係があり漿膜から発生する悪性腫瘍で、胸膜のびまん性病変として見られることが多い。横隔膜の限局性腫瘤をきたした悪性中皮腫の症例は少なく、文献的考察を加え報告する。

限局性悪性中皮腫、横隔膜

慶應義塾大学病院 初期臨床研修医¹⁾、
慶應義塾大学医学部 内科学(消化器)²⁾、
同 放射線科学(診断)³⁾
貝發美香¹⁾、水野達人²⁾、正岡建洋²⁾、脇坂悠介²⁾、津輕 開²⁾、
山本悠太²⁾、吉田 文²⁾、岩崎栄典²⁾、中塚誠之³⁾、金井隆典²⁾

【症例】57歳男性【主訴】黒色便【現病歴】201X年10月、大量飲酒後に数日間持続する心窩部痛を自覚したが、近医で胃炎として内服加療され軽快した。同年12月から黒色便を認めた。201X+1年2月に前医で上部消化管内視鏡検査(EGD)を受けたところ、胃体上部の粘膜肥厚および同部位からのoozingを指摘され、精査加療目的に当院を紹介受診した。血液検査上、貧血と酵素素上昇、炎症反応高値、造影CT上、脾尾部に被包化された液体貯留と周囲の脂肪組織濃度上昇、脾静脈閉塞、胃体上部の発達した側副血行路、EGD上、胃内に中等量の凝血塊と穹窿部にoozingを伴う胃静脈瘤を指摘された。一元的に考えると、急性脾炎後に被包化脾壊死を発症し、脾静脈が閉塞されたことで胃静脈瘤が形成され同部位からoozingをきたしていたことが推察された。胃静脈瘤に対する治療として、脾臓摘出術を検討されたが、脾尾部合併切除が必要であり、脾液瘻のリスクを考慮され部分脾動脈塞栓術(PSE)を行う方針となった。腹部血管造影上、後胃動脈上極枝と脾動脈本幹の分枝からの胃静脈瘤への還流が目立ち、同部位に対してPSEを施行された(梗塞率60%)。PSE後、明らかな合併症なく術後7日目に退院した。術後16日目のEGD上、穹窿部の胃静脈瘤は縮小し、胃内に凝血塊を指摘されなかった。貧血も改善傾向となり、現在外来で禁酒指導の上経過観察されている。【考察】左側門脈圧亢進症(LSPH)とは、脾静脈の閉塞により短胃静脈と左胃大網静脈圧が亢進する、稀な病態である。LSPHに伴う静脈瘤出血に対する治療としては、脾臓摘出術やPSEが知られるが、症例数が少なく、一定のコンセンサスが得られた治療方針は存在しない。今回、急性脾炎後被包化脾壊死に起因した脾静脈閉塞により形成された胃静脈瘤に対して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。

左側門脈圧亢進症、部分脾動脈塞栓術

済生会横浜市東部病院
西脇友紀、馬場 毅、清水 良、米田将隆、大久保雄介、
中野 茂

現在、本邦において肝膿瘍に下大静脈血栓症あるいは右房内血栓症を合併した症例報告は数例に限られている。今回当院にて、それぞれの合併を認めた肝膿瘍の二例を経験したため報告する。【症例1】54歳男性。発熱、倦怠感、右季肋部痛を主訴に近医受診し、血液検査で炎症反応高値を指摘されたため、当院の救急外来に紹介受診された。腹部単純CT検査で肝右葉に径約10cmの膿瘍を認め、入院の上で経皮経肝膿瘍ドレナージと抗菌薬による治療を開始し、入院第6病日からはメトロニダゾールも加えた。その後血清アメーバ抗体価著明高値が判明しアメーバ肝膿瘍と診断、治療継続にて炎症反応と全身状態の改善を認めていたが、入院第16病日に突然の心窩部及び背部痛が出現し、腹部造影CT検査で肝膿瘍の増大と肝膿瘍から下大静脈にまで進展している血栓形成と右肺動脈の血栓を認めた。さらにヘパリン開始後には膿瘍ドレナージからの出血も認め、保存的加療困難と判断、入院第18病日に下大静脈の血栓摘除術と膿瘍との交通路縫縮術及び肝膿瘍切開術を施行。術後の経過は概ね良好で、入院第42病日にリハビリ病院に転院した。【症例2】45歳男性。5日間続く発熱を主訴に当院救急外来を受診された。血液検査にて炎症反応及び肝胆道系酵素高値を認め、腹部造影CTにて肝右葉に径約9cmの膿瘍を認め、入院の上で抗菌薬による治療を開始、入院第2病日からはメトロニダゾールも加えた。入院第3病日に腹部造影CTにて、肝膿瘍から下大静脈を経由し右房内まで進展する血栓形成を認めた。保存的加療困難と判断し、同日心房内血栓除去術を施行。術後の経過は概ね良好で入院第46病日に自宅退院した。【考察】当院で経験した二例では、共に肝膿瘍が肝静脈に穿通し下大静脈血栓を形成しており、手術が奏功した。肝静脈穿通の原因としては、膿瘍の圧排や炎症の波及などが考えられた。検索した範囲では、本邦で報告されている同様症例は5例で、手術例は殆どない。しかし、肺塞栓による突然死や抗血栓薬使用による穿通部からの大出血の可能性がある場合には、手術が有効な選択肢となりうる。

肝膿瘍、下大静脈血栓症

73 高度黄疸を来した多中心性キャスルマン病の1例

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

【症例】70代, 男性【主訴】黄疸【現病歴】8年前に右側腹部痛のため近医受診。腹部CTで肝門部の早期濃染する境界不明瞭な肝腫瘍, 多発リンパ節腫脹を指摘され, 精査目的に当院紹介受診。血液検査で胆道系酵素上昇, 高 γ グロブリン血症, CRP上昇, IL-6上昇を認めるも, T-Bil, 腫瘍マーカー, IgG4は正常範囲であった。肝腫瘍様病変に対する肝生検では, 著明な肝細胞減少・線維化を伴う炎症性変化を認めたが, 腫瘍性病変は認めなかった。胸腔鏡下リンパ節生検にて, 多中心性キャスルマン病(Hyaline vascular type)と診断した。横隔膜直上のリンパ節摘出後にCRP上昇, IL-6上昇は改善傾向となり, 以後血液内科にて経過観察していた。3年前に上部消化管内視鏡検査にて食道静脈瘤を指摘され, 当科紹介。腹部CTにて肝左葉の著明な萎縮, 脾腫, 側副血行路を認め, 過去の飲酒歴よりアルコール性肝硬変に伴う門脈圧亢進症と判断し, 食道静脈瘤硬化療法を施行, 静脈瘤は縮小した。多中心性キャスルマン病はリンパ節腫脹の増悪なく, 経過観察を続けていた。9カ月前に誘因なく黄疸(T-Bil 9.9mg/dl), 腹水貯留が出現し, 腹水穿刺, 利尿剤などの治療で改善した。2週前より再び誘因なく黄疸が出現したため, 当科紹介受診。著明な黄疸, 腹水貯留を認め入院となった。【入院後経過】血液検査で高度黄疸(T-Bil 22.7mg/dl), ALP, CRP, IL-6の上昇を認め, CT, MRCP検査で肝左葉の著明な萎縮および右葉の萎縮, 門脈右枝の狭小化, 肝内胆管の非連続性の狭窄を認めた。高度黄疸の原因として閉塞性黄疸よりは肝内胆汁うっ滞が主因と判断し, 多中心性キャスルマン病による影響も考慮してブレドニウム1mg/kg/日を開始し, 現在加療中である。【考察】多中心性キャスルマン病は全身のリンパ節が腫脹して発熱や肝脾腫を伴う原因不明の多クローン性のリンパ増殖性疾患である。腫脹したリンパ節の圧排により閉塞性黄疸を来した症例の報告は散見されるが, 本例のごとく肝内胆汁うっ滞による高度黄疸を来した多中心性キャスルマン病は貴重な症例であり, 若干の文献的考察を含めて報告する。

多中心性キャスルマン病, 黄疸

75 C型慢性肝炎症例のウイルス排除後に発癌した1例と経過良好な1例の比較

武蔵野赤十字病院 消化器科
内山敬太, 玉城信治, 樋口麻友, 桐野 桜, 大澤玲於奈, 渡壁慶也,
清水孝夫, 岡田真史, 王 婉, 高浦健太, 金子 俊, 中西裕之,
土谷 薫, 板倉 潤, 高橋有香, 黒崎雅之, 泉 並木

【症例】1例目は73歳男性でSVR前のAST46 IU/L, ALT43IU/L, AFP3.1ng/ml, MRエラストグラフィ(MRE)による肝硬度は5.2kPaであった。レジパスビル/ソホスブビルによる治療を12週間行い, SVR後AST25 IU/L, ALT22IU/L, AFP2.1ng/ml, 肝硬度3.3kPaと全て改善した。治療後2年間, 肝発癌せずに経過している。2例目は64歳女性でSVR前AST 90IU/L, ALT94IU/L, AFP21 ng/ml, 肝硬度は8.0kPaであった。レジパスビル/ソホスブビルによる治療を12週間行い, SVR後AST30IU/L, ALT21IU/L, AFP12.9 ng/mlと改善傾向であったが, 肝硬度は9.5kPaと改善しなかった。治療終了後7か月経過し肝S8に18mmの発癌を認め, 経皮的ラジオ波焼灼術にて治療を行った。【考察】今回C型慢性肝炎症例に対しMREを撮影し, 測定した肝硬度でSVR後の初発肝癌予測が可能かを検討した。MREは物体内を伝播する振動波を位相差として画像化し, MR画像から肝臓の弾性率を測定する非侵襲的な技術である。SVR後に肝硬度が低下した症例では肝発癌リスクは低く, SVRとなっても肝硬度が改善しない症例は発癌リスクが高い可能性がある。肝硬度が改善するかは採血データのみでは予測が困難である。当院でSVR後にMREを撮影した肝癌既往のない318例において, 1年以内の肝発癌と関連するSVR後肝硬度のカットオフ値は3.75kPaであった(AUROC 0.7, 感度74%, 特異度63%)。【結語】SVR後の肝硬度は, SVR後の肝発癌予測因子となりうる。

C型慢性肝炎, MRエラストグラフィ

74 肝細胞癌と肝内胆管癌の同時性重複癌の一例

東邦大学医療センター大橋病院 消化器内科¹⁾,
同 消化器外科²⁾, 同 病理診断科³⁾
香内朱萌¹⁾, 塩澤一恵¹⁾, 山本修平¹⁾, 松井貴史¹⁾, 三枝善伯¹⁾,
渡邊 学¹⁾, 浅井浩司²⁾, 横内 幸³⁾, 前谷 容¹⁾

【症例】80歳代, 男性【主訴】食欲低下【現病歴】高血圧, 糖尿病で近医通院中, 201×年4月から食欲低下を認めた。腹部エコーにて肝左葉に腫瘍性病変を指摘され, 精査加療目的で当院紹介となった。来院時身体所見は特記すべき所見はなく, 血液検査所見ではAST 26IU/L, ALT 22IU/Lと正常, γ -GTP 67IU/Lと軽度上昇, 腫瘍マーカーはCEA 6.3ng/mlとやや高値で, HBV陰性, HCV陰性であった。造影CTにてS3に57×47mmの単純で内部に一部高吸収を有する辺縁不明瞭な低吸収, 動脈相で造影効果を示す腫瘍とS8ドーム下に10mmの動脈相で辺縁に造影効果を呈する腫瘍を認めた。腹部USではS3に辺縁明瞭で内部に低エコーを有する高エコー腫瘍を認めたが, S8病変は描出されなかった。EOB-MRIではS3腫瘍はT1wで内部に高信号を有する低信号, T2wで高信号, 動脈相で造影効果を認め, 肝細胞相で低信号を示した。一方, S8腫瘍は動脈相で辺縁に造影効果を認め, 肝細胞相で低信号を示した。以上の検査結果からS3腫瘍は出血を伴う肝細胞癌, S8腫瘍は肝細胞癌としては非典型的で肝内胆管癌や細胆管細胞癌が否定できなかった。肝機能は良好であったため, 腹腔鏡下肝左葉外側区切除およびS8部分切除術を施行した。S3腫瘍は肉眼所見で出血, 壊死を伴う白色調, 充実性の境界明瞭な結節で, 組織学的には辺縁に被膜形成を伴い, 内部に不完全な隔壁形成を示す高分化型肝細胞癌, S8腫瘍は境界明瞭, 白色調を呈する硬結で, 組織学的に高分化型腺癌で, CK7陽性, hepatocyte陰性, CA19-9陽性であり, 肝内胆管癌と診断された。背景肝は軽度の脂肪変性を伴っていたが明らかに慢性肝炎, 肝線維化の所見はなかった。【考察】「原発性肝癌取り扱い規約」によると, 肝内に肝細胞癌と肝内胆管癌が離れて存在するものを重複癌と定義している。異なる臨床病理像を有する両者が同時に存在することは稀である。さらに本例の背景肝は軽度の脂肪変性のみの非NASH(NAFL)であった。【結語】今回, われわれは肝細胞癌と肝内胆管癌の同時性重複癌の一例を経験したので, 若干の文献的考察を含め報告する。

肝細胞癌, 肝内胆管癌

76 肝内に悪性リンパ腫と肝細胞癌が併存したC型肝硬変の1例

横須賀市立うわまち病院 消化器内科¹⁾, 同 総合内科²⁾,
同 病理検査科³⁾
浦上雄平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⁾, 福味禎子²⁾, 飯田真岐³⁾, 辻本志朗³⁾

症例: 79歳, 男性。主訴: 体重減少, 心窩部痛 既往歴: 直腸癌手術(50歳)現病歴: 201×年7月に, 持続する心窩部痛と体重減少を主訴に当科受診した。身体所見: BMI16.7, 心窩部に圧痛, 腹部に術後瘢痕(人工肛門)を認めた。検査成績: WBC 7800/ μ l, RBC 335x10³/ μ l, Hb 9.7g/dl, Hct 31.3%, Plt 24.6x10³/ μ l, Alb 3.3g/dl, AST 97U/L, ALT 18U/L, LDH 555U/L, ALP 348U/L, γ -GTP 61U/L, T-Bil 0.73mg/dl, AFP 2.8ng/ml, HBsAg(-), HcAb(+), HCV RNA 4.7LogIU/ml, HCV genotype 2A。臨床経過: 上部内視鏡検査で食道静脈瘤(LiFiCbRC0), 胃体部小弯に2型進行癌様の腫瘍, 体下部大弯に潰瘍化を認める粘膜下腫瘍性病変を認め, 生検病理診断でびまん性大細胞型B細胞リンパ腫(DLBCL)と診断された。腹部CTでは腹水, 脾腫, 左葉腫大など肝硬変所見が認められ, 肝S4, 8に早期濃染し門脈・平衡相でも造影効果が残存する腫瘍, およびS5には早期濃染し, その後低吸収を示す腫瘍を認めた。PETでは, 胃壁, 骨, リンパ節に広範囲の集積を認め, 肝内病変はS4, S8の腫瘍は強い集積を認めたが, S5病変は集積を認めなかった。sIL-2 2003U/ml, PIVKA2 741mAU/mlであり, 画像所見を含めS4, S8病変はDLBCLの肝転移, S5病変は肝細胞癌であると考えられた。C型肝硬変を背景に肝細胞癌および肝転移を伴う胃原発のstage4期のDLBCLと診断, 全身状態からDLBCLに対する治療を先行する方針とした。R-CHOP療法開始後は, 胃病変および肝S4, 8病変の改善を認めたが, S5病変は増大した。肝細胞癌に対する治療を検討したが, 肝不全の進行で施行できず約7ヵ月の経過で死亡した。考察: C型肝炎ウイルス感染は全身感染症として悪性リンパ腫の発症に関与すると考えられている。本症例はC型肝硬変を背景に, 肝内に肝細胞癌と悪性リンパ腫の転移病変が併存した稀な例であり, 画像所見を含め示唆に富むと考え報告する。

悪性リンパ腫, 肝細胞癌

東京慈恵会医科大学附属病院 消化器・肝臓内科
住吉那月, 宮崎亮佑, 澤田亮一, 秋田義博, 宮下春菜, 丸山友希,
永田祐介, 及川恒一, 猿田雅之

【症例】60歳代, 男性【主訴】なし(脾腫瘍精査目的)【現病歴】201X年6月Y日, 前立腺癌に対するフォロー目的で当院泌尿器科外来を受診した。採血にてCRP 10 mg/dLの炎症反応高値, Hb 11 g/dLの貧血を指摘された。単純CT撮影では脾腫大・脾内腫瘍を認めた。Y+7日に当科外来へ紹介受診され造影CT撮影を施行したところ, 脾臓に液体貯留が散在する増強不良腫瘍状病変を認め, 脾腫瘍が疑われた。自覚症状は特に認めなかったが, CRP 13 mg/dLと炎症反応高値が続いており, 精査加療目的に同日入院となった。【入院後経過】第1病日よりABPC/ SBTによる抗生剤治療を開始するも炎症反応改善がみられず, 第6病日で抗生剤投与は終了とした。腹部エコー, 腹部MRIによる精査の結果, 脾原発血管肉腫や転移性脾腫瘍が鑑別に挙げられた。第11病日にPET-CT施行したところ, 脾臓にのみ有意集積を認めたため, 脾臓摘出目的に当院肝胆脾外科転科とし, 第41病日に腹腔鏡下脾摘出術を施行した。摘出検体の病理検査の結果, びまん性大細胞型B細胞リンパ腫(DLBCL)と診断された。手術後は炎症反応の著明な改善がみられた。第65病日よりR-CHOP療法開始し, 現在寛解を維持している。【考察】本症例は自覚症状や血液検査所見に乏しく, 脾摘出術を行うことによって確定診断に至ることができた。病変は脾臓のみに限局しており, 他臓器やリンパ節への転移はなく脾原発であったと考えられる。脾原発の悪性腫瘍はまれであるが, 本邦における報告例では早期であれば脾摘により良好な経過をとるものが多い。脾臓に限局した悪性腫瘍を疑う場合には早期に外科的切除を行うことが有用であると考えられる。【結語】脾摘出術により診断に至った脾原発の悪性リンパ腫の一例を経験した。脾原発悪性リンパ腫に関して, 過去の文献を踏まえ報告する。

脾腫瘍, 悪性リンパ腫

東京医科大学病院 卒後臨床研修センター¹⁾,
東京医科大学 臨床医学系 消化器内科学分野²⁾
塩谷健斗¹⁾, 本定三季²⁾, 祖父尼淳²⁾, 土屋貴愛²⁾, 石井健太郎²⁾,
田中麗奈²⁾, 殿塚亮祐²⁾, 藤田 充²⁾, 朝井靖二²⁾, 松波幸寿²⁾,
小嶋啓之²⁾, 根本大樹²⁾, 糸井隆夫²⁾

【症例】10歳代女性。201X年7月に発熱, 悪寒, 頭痛を訴え, 他院に救急搬送され入院となった。左側腹部痛が出現し, 腹部造影CTが施行され66mm大の脾腫瘍を認めた。保存的治療では改善が乏しいため脾腫瘍の診断から3日後に当院に転送された。身体所見上, 腹部全体の疼痛および腹膜刺激症状を認め汎発性腹膜炎が示唆された。腹部造影CTを再検すると, 腹水, 両側胸水を認め, 前医での画像と比較し増悪傾向で腫瘍破裂の可能性も示唆された。脾摘術の適応を当院外科と検討したが, 脾門部の腫瘍周囲は剥離困難が予想され脾体尾部切除も行う必要性が生じることから年齢や脾臓温存の可能性を考慮し, ドレナージが望ましいと判断された。経皮ドレナージは穿刺ルートに腹水を認めることから困難であり, 十分な病状説明のもと, 超音波内視鏡下経胃脾腫瘍ドレナージ術を施行した。ドレナージ効果は良好に得られ, 腫瘍は縮小し胸腹水も消退傾向となった。術後経過において発熱および腹痛が遷延し, タググラス窩に炎症性腹水の残存を認めたが, 追加ドレナージ処置を行うことなく抗生剤投与を含めた保存的治療のみで症状および腹水は改善し, 最終的に治癒が得られた。脾腫瘍はHIV感染症や糖尿病, 白血病などの基礎疾患やステロイド投与等による免疫能低下やシャント疾患が背景にあることが多く, 起炎菌はグラム陽性球菌が最も多いとされる。本例では*Salmonella sp.* O7が血液培養及びドレナージ時に採取した腫瘍内穿刺液から検出され, *Salmonella*菌血症を契機とした脾腫瘍と考えられた。脾腫瘍を惹起する基礎疾患の検索を行ったが, 明らかなシャント疾患は認めなかった。また経過中に白血球減少を認め, 免疫不全が背景にある可能性も考えたが, 治癒後の臨床経過からあくまで重症感染症による一過性の変化と判断できたため免疫不全は否定的であった。本例は基礎疾患を伴わない脾腫瘍と非常にまれな病態であり, さらに超音波内視鏡下ドレナージが奏功し脾機能温存が得られた。示唆に富む症例であると考え報告する。

脾腫瘍, 超音波内視鏡下ドレナージ

日本医科大学武蔵小杉病院 消化器内科
梁井香那子, 植木信江, 阿川周平, 恩田 毅, 新井泰央, 山脇博士,
小高康裕, 二神生爾

症例は30代男性。既往歴なし。20XX年3月20日にインフルエンザB型に罹患, 3月23日から嘔吐・下痢のために近医にて入院加療を受け数日で改善した。4月7日から39度台の発熱, 嘔吐が出現し, 抗生物質にて解熱した。しかし, 嘔吐が続く4月14日に近医で上部消化管内視鏡検査施行するも異常を認めず, 当院に受診した。受診時, 体温36.7度, 血圧112/76mmHg, 脈拍106/分, 腹部には圧痛なく, 腹膜刺激症状も認めなかった。当院受診時には下痢は改善していた。血液検査ではWBC 9040/ μ L, CRP <0.1mg/dl, 腹部CTは異常所見を認めなかった。家族歴で祖母, 父がアミロイドーシス疑いであったこと, 原因不明の両下肢しびれを2年前の2月頃から認めていることより, 上下部消化管内視鏡検査にて生検を施行し, 病理検査にてアミロイドーシスと診断された。神経所見として, 両下肢の温痛覚障害, 足底痛覚過敏, インボテンツを認めた。遺伝子検査にて遺伝性トランスサイレチン(ATTR)型アミロイドーシス(ATTR Val30Met)と診断された。神経伝導検査ではLarge fiberの機能は保たれ, 心機能の異常は見られなかった。治療法としては, 遺伝子型がVal30Met型で, 60歳未満, 発症5年以下で栄養状態が良好, 心・腎機能障害なし, 自力歩行可能であれば肝移植が行われるが, アミロイドーシスの進行抑制効果のあるビンダケルを開始し, 下腿の疼痛に対しては, トラムセット, リリカの内服を行っている。この疾患は, 早期から自律神経障害による下痢・便秘, 嘔気, 嘔吐などの消化器症状を伴うことが多いため, 過敏性腸症候群と診断されていることもある。早期に治療介入することにより症状の進展抑制が可能であるため, この疾患を念頭に置いた診療が必要であると思われる。

アミロイドーシス, 嘔吐

自治医科大学附属さいたま医療センター
多田有紀子, 賀嶋ひとみ, 森野美奈, 松本圭太, 小糸雄大,
高橋裕子, 三浦孝也, 坪井瑠美子, 石井剛弘, 吉川修平,
大竹はるか, 藤原純一, 関根匠成, 上原健志, 湯橋一仁, 浅野岳春,
松本吏弘, 宮谷博幸, 真嶋浩聡

69歳女性。既往歴に気管支喘息, 高血圧, 脂質異常症がある。皮膚の黄染・褐色尿を認め, 近医で閉塞性黄疸と診断され, 精査・加療目的に当院を紹介受診。造影CTでは肝門部胆管から肝内胆管にかけて境界不明瞭な腫瘍性病変による閉塞とその末梢の肝内胆管の拡張を認めた。MRCPでも肝門部胆管の閉塞があり, 同部位に一致して拡散強調像で高信号, ADCmapで低値を呈し, 肝門部胆管癌が疑われた。ERCPでは肝門部胆管から左右肝管, 右前後区域枝・B2+3・B4までおよび広範な狭窄を認め, 胆管ドレナージ目的で計4本のENBDを留置した。狭窄部からの擦過細胞診と計15回の胆汁細胞診がすべて陰性であったため, 生検を施行した。胆管粘膜に好酸球の浸潤を認め, 血中の好酸球増加は認めなかったが, 好酸球性胆管炎と診断した。PSL1mg/kg/日での治療を開始し, 10mg/週ずつ漸減し胆管狭窄の改善を認めた。好酸球性胆管炎は稀な疾患であり, 現在確立した診断基準はない。腫瘍形成型好酸球性胆管炎は胆管癌との鑑別が困難であり, 診断的治療目的で外科的切除が行われている報告が多い。今回我々は胆管生検で診断に至り, PSLによる治療を行い, 良好な反応を得た一例を経験した。文献的考察を加え報告する。

好酸球性胆管炎, 胆管狭窄

千葉西総合病院 消化器内科

小嶋恭平, 坂根祥介, 伊藤 峻, 梅木清孝, 佐藤晋一郎, 小野敏嗣

【症例】33歳男性【主訴】発熱・上腹部痛【現病歴】2018年8月上旬より38℃台の発熱と下痢があった。発症2日後に近医受診し、胃腸炎・胃潰瘍疑いの診断を受け、痛み止め・抗生剤内服により様子を見ていたが発症4日後の食後に腹痛増悪あり当院内科を受診した。【受診後経過】来院時腹部所見は平坦・軟、上腹部の圧痛著明であった。血液検査ではCRP 0.44mg/dL、AST 42U/L、ALT 31U/L、ALP 298U/L、 γ -GTP 90U/L、AMY 462U/L、WBC 8480/ μ Lであり、上腹部痛とアミラーゼ上昇より急性膵炎の診断で入院となった。飲酒歴は機会飲酒であり、腹部エコー・腹部CTでは明らかな胆石はなかったが、胆管の拡張が見られたため、原因精査のためEUS・MRCPを施行した。その結果、EUSでは約17mmの共通管、総胆管が27mmと拡張を認め、MRCPでも同様の所見を認めた。第9病日に施行したERCPでは胆管・膵管の同時描出を認め、胆管から採取した胆汁内アミラーゼ濃度は18万以上と高値を認めた。以上の所見より膵胆管合流異常症の確定診断となり総胆管の拡張の分類としては戸谷1a型と考えられた。治療としては、絶食・補液2500ml/dayに加え、ウリナスタチン15万単位/日、オメプラゾールナトリウム40mg/日を投与した。その結果、第2病日には腹痛消失、第4病日には食事を再開した。その後症状再燃を認めなかったため、第11病日に退院となった。その後、本人と治療に関して相談したところ手術を行う方針となったため、当院外科にて胆嚢摘出術・肝外胆管切除術・胆管空腸吻合術を施行となった。胆嚢・胆管の病理所見では明らかな異型成分や悪性像は認められなかった。【考察】急性膵炎の原因として最も多いものはアルコール性で全体の33.5%を占め、次点は胆石性で全体の26.9%を占める。その中で膵胆管合流異常症を原因とするものは0.5%である。また、膵胆管合流異常症の中で瘻管を起こす症例は小児では28~43.6%と高率であるが成人では約9%であり、今回、急性膵炎を契機に膵胆管合流異常症が発見された比較稀な症例を経験したので若干の文献的考察を加えて報告する。

膵胆管合流異常症, 成人

埼玉医科大学国際医療センター 消化器内科

大嶋侑平, 水出雅文, 加藤里絵, 小川智也, 藤田 曜, 原田舞子, 谷坂優樹, 良沢昭銘

【緒言】本邦における自己免疫性膵炎(Autoimmune pancreatitis: AIP)の多くは1型であり、若年発症・炎症性腸疾患を伴う2型AIPの頻度は低頻度であり5%程度ともいわれている。今回、閉塞性黄疸を発症し胆管癌との鑑別を要した2型AIP準確診断例を経験したので報告する。【症例】20歳代男性。平成X年7月黄疸を指摘され近位受診、同年8月精査目的に当科紹介となる。採血にて肝胆道系酵素上昇、CEA上昇(7.0ng/ml)、CTでは造影効果を伴う膵内胆管狭窄・肝内胆管拡張と膵腫大を認め、自己免疫性膵炎・胆管癌が鑑別診断として挙げられた。減黄目的に施行したERCPではsmoothな下部胆管狭窄を呈し胆汁細胞診・生検では悪性診断には至らなかった。膵腫大・下部胆管狭窄所見から自己免疫性膵炎を考慮しIgG4測定を施行したが正常範囲内。腫大した膵臓へのEUS-FNAでも確定診断には至らなかった。スクリーニングCTにて潰瘍性大腸炎診断に至った経緯から2型AIPを考慮した試験的ステロイド投与が検討されたが、十分な悪性疾患否定が必要と判断。狭窄部胆管領域へのSpy DSによる観察・生検診断を行う方針とした。Spy DSにて、狭窄部胆管は浮腫状であり異常血管は認めなかった。また、狭窄部の直視下生検でも悪性診断には至らず、胆管癌は否定的と判断。診断的ステロイド投与方針とした。【経過】PSL 50mg/day (0.6mg/kg) から投与開始しPSL5mgずつ漸減。1ヶ月後CTでは膵腫大は改善、ERCでも胆管狭窄は改善。EBS freeとし、外来にてPSL減量中である。【考察】本邦AIPは1型が主体であり、欧米に多い2型AIP診療に関わる経験は少ない。2型AIP診断確定には組織診断が重要となるが必ずしも十分な組織診断が得られるとは限らず、炎症性腸疾患合併例では診断的ステロイドを行い準確診断に至るケースも経験する。診断的ステロイド投与においては十分な悪性疾患の否定が求められており、本症例のような胆管癌との鑑別には胆道鏡による粘膜観察・直視下生検が有用と思われる。【結語】胆管癌との鑑別にSpy DSが有用であった2型AIP準確診断例を経験した。若干の文献的考察も加え報告する。

2型AIP, Spy DS

東海大学医学部付属病院 消化器内科¹⁾, 同 消化器外科²⁾, 同 病理診断科³⁾白滝理博¹⁾, 川島洋平¹⁾, 川西 彩¹⁾, 小川真実¹⁾, 峯 徹哉¹⁾, 益子太郎²⁾, 増岡義人²⁾, 矢澤直樹²⁾, 中郡聡夫²⁾, 平林健一³⁾

【症例】80歳 男性【主訴】なし【既往歴】白内障、緑内障、高血圧、早期胃癌【個人歴】飲酒歴：1日1合週2日、喫煙歴：1日1箱60年【現病歴】2015年他院にて早期胃癌に対してESD施行。そのフォローアップ中の腹部造影CT検査において門脈幹部から胃前庭部に連続する軟部陰影が出現。精査加療目的に当院紹介受診となった。血液生化学検査に大きな異常はなく、CEAやCA19-9などの腫瘍マーカーも正常範囲内であった。USで腫瘍は、約60mm大の比較的境界明瞭な分葉状の低エコー腫瘍として描出された。腹部造影CTでは薄い被膜様構造を伴う造影効果の乏しい軟部腫瘍として描出され、リンパ増殖性疾患等を第一に考え、胃癌の転移は否定的と考えた。同病変に対して胃前庭部よりEUS-FNAを施行した。EZ Shot3 (Olympus) 22Gを使用し、3セクション穿刺を行なった。腫瘍は比較的柔らかかった。腫瘍は偏在傾向にある核と豊富な細胞質を有する異型細胞を多数認め、免疫染色にてcalretinin(+), WT-1(+)であったため悪性腹膜中皮腫と診断した。後に20歳代にアスベスト暴露歴があることが判明した。診断確定後にPET-CTを施行し、門脈本幹腹側の腫瘍に強い異常集積を認めたが、その他の部位に異常集積は認めなかった。両側の壁側胸膜の肥厚も認められ胸膜ブランクと考えられたが、積極的に悪性を示唆する所見は認めなかった。以上より切除可能病変と考え消化器外科に依頼し、肝外側区域切除ならびに腫瘍摘出術を施行した。現在術後4ヶ月経過し、無再発にて経過中である。【結語】術前診断が困難であった悪性腹膜中皮腫に対しEUS-FNAが有効であった1例を経験したので多少の文献的考察も加え報告する。

悪性腹膜中皮腫, EUS-FNA

東京女子医科大学 東医療センター

横山 健, 岡田 恵, 細田麻奈, 岡部ゆう子, 安藤由希, 高橋 彩, 木村綾子, 大野秀樹

【症例】52歳男性、既往歴として十二指腸潰瘍でピロリ除菌後、健康診断では脂質異常症を指摘されていたが加療は受けていなかった。喫煙歴は20本/日、飲酒歴は焼酎水割り3杯/日程度であった。某日深夜に突然冷汗を伴う激しい心窩部痛が出現した。しばらくして疼痛は軽減したが翌日以降も症状は持続し、3日後に近医を受診しCTにて膵腫大を認められ当院に救急搬送された。来院時WBC 11700/ μ L、CRP 4.64 mg/dL、AMY 33 IU/L、TG 327 mg/dL、造影CTにて膵頭部腫大、膵周囲脂肪組織濃度上昇、腎下極を超えた液体貯留が認められ、CT grade 2の急性膵炎の診断にて同日緊急入院した。膵炎に対しては絶食管理のみで加療し、SMVから門脈本幹内に血栓も認められたため、抗凝固療法を行った。その後の経過は良好で食事再開後退院した。膵炎発症前には大量の飲酒歴はなく、突然の心窩部痛で発症し初診時のCTにて腹腔動脈の解離及び脾動脈、背脊動脈の狭窄が認められていたため、血管病変が膵炎の成因である可能性が考えられた。【考察】膵臓は腹腔動脈、上腸間膜動脈(SMA)の栄養血管が互いに側副血行路を形成しており、解剖学的に虚血に陥りやすく、膵炎の成因として虚血の頻度は低いと報告されている。また、大動脈解離を伴わない孤立性腹部内臓動脈解離はそのほとんどがSMAに生じ、孤立性腹腔動脈解離も非常にまれな疾患である。今回孤立性腹腔動脈解離による虚血性急性膵炎を経験した。希少な症例と考えられ、若干の文献的考察を加え報告する。

急性膵炎, 腹腔動脈解離

深谷赤十字病院 消化器科¹⁾、同 外科²⁾

土生亜実¹⁾、川辺晃一¹⁾、葛西豊高¹⁾、江藤宏幸¹⁾、村松誠司¹⁾、中原守康¹⁾、宮原庸介¹⁾、福田裕昭¹⁾、今井崇紀¹⁾、田中健丈¹⁾、荻野太郎¹⁾、伊藤 博²⁾

【症例】69歳、男性【主訴】上腹部痛、嘔気【病歴】2018年8月に上腹部痛、嘔気を主訴に近医受診した。膵酵素上昇を認め、膵炎の疑いで精査加療目的に当科紹介受診した。体温37.2℃、心拍数103回/分、呼吸数23回/分、血圧137/107mmHg、酸素飽和度97%（酸素マスク4L）。心窩部から右季肋部の圧痛と反跳痛を認めた。白血球23,500/ μ L、血清アミラーゼ215IU/L、リパーゼ72.1IU/L、BUN42.3mg/dL、CRP23.06mg/dL。単純CTで膵頭部腫大と横行結腸間膜に及ぶ脂肪織濃度の上昇を認め、重症急性膵炎（予後因子3点）と診断した。絶食、補液、抗菌薬、蛋白分解酵素阻害薬の静脈投与で加療開始した。第5病日に黄疸が出現しERCPを施行した際に、十二指腸乳頭部に腫瘍を認めた。胆管ステント、膵管ステントを留置した後に乳頭部より生検し乳頭部癌（pap, tub1）と診断した。ドレナージ後も発熱が遷延し、第8病日に再検した造影CT検査で膵周囲液体貯留（急性壊死性貯留）を認めた。第20病日には肝胆道系酵素上昇を認め、胆管ステントを交換した。その際、十二指腸下行脚に排膿を伴う瘻孔形成を認めた。保存的治療のみで急性壊死性貯留は大部分が消失し、第72病日に膵頭十二指腸切除術を施行した。病理結果はAdenocarcinoma、露出腫瘍型、21×20mm、pap>tub1>tub2、尿管侵襲陰性、断端陰性であり、pT1bN0M0 Stage Ibと診断した。【考察】乳頭部癌を原因とする急性膵炎は比較的特異的である。原因を特定できない急性膵炎を診た場合は、乳頭部癌の可能性も考慮する必要がある。また、偶然ではあるが膵十二指腸瘻からの排膿を内視鏡的に観察できた。内視鏡的に膵十二指腸瘻を観察できた点でも貴重な症例と思われる。文献の考察を踏まえて報告する。

急性膵炎、十二指腸乳頭部癌

東京大学 医学部 消化器内科

松浦優実、鈴木由佳理、水野 卓、大山博生、金井祥子、鈴木辰典、佐藤達也、白田龍之介、石垣和祥、齋藤 圭、齋藤友隆、高原楠実、濱田 毅、木暮宏史、中井陽介、多田 稔、小池和彦

【症例】72歳、女性【主訴】左上腹部痛【既往歴】鼻出血に対して他院で鼻腔粘膜焼灼術施行【現病歴】201X年8月より左季肋部痛が出現し、複数の医療機関を受診するも原因不明だった。201X年11月に前医造影CTで早期濃染する多発脾腫瘍を指摘され、神経内分泌腫瘍（NET）を疑われ201X年12月当科紹介となった。【経過】当院で施行した脾Dynamic CTでは脾全体に10個以上多発する1.5cm大までの早期濃染結節を認め、EOB-MRIでは肝内にも多発早期濃染結節を認め、脾NET・多発肝転移が疑われた。しかし門脈臍部に1.5cm大の門脈瘤を認め、脾静脈の早期描出も認めたことから、脾動静脈奇形（AVM）を疑って超音波内視鏡検査を施行。脾内に境界不明瞭な無〜低エコー域が多発し、内部にはDopplerモードで豊富な血流シグナルを認め、多発脾AVMと診断した。また習慣性鼻出血があり、耳鼻科診察で左中・下鼻甲介に拡張性小血管病変を指摘された。内臓病変（肝・脾）と併せてOsler病の確診となった。母に習慣性鼻出血を認めたがOsler病とは診断されておらず、本症例において遺伝学的検査は行っていない。頭部MRI・胸部CT・上部消化管内視鏡検査も施行したが、脳・肺・胃に病変は認めなかった。また門脈圧亢進を示唆する所見も認めなかった。自覚症状は軽度の鼻出血のみであり、以降外来で経過観察されている。【考察】脾AVMは稀な疾患であるが、腹痛や急性膵炎、消化管出血を契機に発見されることがある。脾実質内出血、脾炎、盗血による脾実質の虚血が腹痛の原因とされている。門脈瘤は先天性と後天性に大別されるが、脾AVMなどの動脈門脈シャントは後天性門脈瘤の原因となることが知られている。Osler病は常染色体優性遺伝性疾患で、脳・脊髄・肺・肝臓のAVM併発がよく知られているが、脾AVMの併発も報告されている。【結語】今回Osler病に合併した多発脾AVMの一例を経験した。脾NETとの鑑別が問題となったが、門脈瘤の合併が診断の助けとなった。

脾動静脈奇形、Osler病

済生会前橋病院 消化器内科¹⁾、同 外科²⁾

群馬大学医学部附属病院 消化器・肝臓内科³⁾、市原愛美¹⁾、田中良樹¹⁾、中野佑哉¹⁾、齋藤直人¹⁾、中野彩智¹⁾、加藤恵理子¹⁾、畑中 健¹⁾、吉田佐知子¹⁾、蜂巢陽子¹⁾、吉永輝夫¹⁾、和田 渉²⁾、細内康男²⁾、浦岡俊夫³⁾

【症例】70歳代、女性【主訴】黄疸【現病歴】黄疸の精査加療目的に当科紹介受診。CT撮像し、膵頭部に乏血性腫瘍と腫瘍に伴う膵体尾部主膵管拡張、上流の胆管拡張を認めた。CT所見より、膵頭部癌に伴う閉塞性黄疸と判断しERCP施行。ERC上、膵内胆管に腫瘍性狭窄を認め、狭窄部より擦過細胞診を行い、内視鏡的胆道ドレナージ術（以下EBD）を施行した。胆汁細胞診の結果より、神経内分泌腫瘍の所見を認め、膵頭部の膵神経内分泌腫瘍（以下PNET）の診断に至った。EBD後黄疸の改善を待ち手術予定であったがEBD1ヶ月後術前CTにて腫瘍の増大及び門脈浸潤の進行を認めたため、通常型膵癌の合併も疑い膵頭部の腫瘍に対して超音波内視鏡下穿刺吸引生検法（EUS-FNA）も行なったが胆汁細胞診と同様の所見であった。腫瘍の増大に伴い門脈浸潤強く、手術は中止となりエベロリムス、オクトレオチドによる化学療法が開始となった。【考察】PNETは、典型例では多血性で内部均一な腫瘍とされるが本症例では、乏血性の内部不均一な腫瘍であった。また、進行が早くCT画像上も通常型膵癌との鑑別が必要であった。我々は、画像上非典型的なPNETの1例を経験したので若干の文献的考察を加え報告する。

膵神経内分泌腫瘍、乏血性腫瘍

千葉徳洲会病院 内科

黄 天翔、西澤秀光、宇賀治良平、外山雄三、松村祐志、山本栄篤、長浜隆司、浅原新吾

【症例】70歳代、男性【主訴】嘔吐【現病歴】20XX年9月、嘔吐を主訴に当院へ救急搬送され、肝腫瘍と膵管拡張を認めた。その後の精査にて肝細胞癌、分枝型IPMNと診断し、脾病変に対して20XX年11月30日に腹腔鏡下膵体尾部切除術を施行した。術後病理診断は、IPMC、non-invasiveであった。脾断端ドレーンの排液は100ml/日以下であったが、術後4日目から食事を開始したところ、排液量は200ml程度に増加。腹部レントゲンではドレーン先端は脾断端部からずれ、術後7日目には悪寒・戦慄を伴う発熱もみられるようになった。術後8日目、WBC11200/ μ L、CRP8.14mg/dlに上昇。脾断端ドレーンの脇からの漏れも多くドレーンは抜去した。造影CTでは脾断端に液体貯留がみられ、その5日後の造影CTではさらに液体貯留の範囲は拡大した。以上から有症状の膵液瘻と臨床診断し、ドレナージの適応と判断した。膵液瘻の増大速度が速いことと、感染を伴っていると考えられたため、経乳頭の膵管ドレナージのみでは不十分と考え、術後13日目にERPを施行し、経乳頭的に7Frの膵管ステントを留置した。さらに翌日、EUS下に経胃的に膵液瘻を穿刺し、7Fr、4cmの両端pigtailのステントを2本留置した。術後18日目に食事を再開し、経過が良好であったため、術後23日目に退院した。術後57日目のCTでは膵液瘻は完全に消失していた。その後、膵管ステントは自然脱落した。留置後3ヶ月でステントを抜去したが、術後1年目の造影CTでも膵液瘻の再発はみられていない。【考察】EUSガイド下経胃的ドレナージが有効であった術後膵液瘻の1例を経験したため、若干の文献的考察を加えて報告する。

EUSガイド下ドレナージ、術後膵液瘻

89 慢性活動性EBウイルス感染症に伴う直腸潰瘍の1例

国立病院機構 高崎総合医療センター 消化器内科¹⁾,
同 病理部²⁾,
村上立真¹⁾, 長沼 篤¹⁾, 館山夢生¹⁾, 平 知尚¹⁾, 増田智之¹⁾,
安岡秀敏¹⁾, 星野 崇¹⁾, 上原早苗¹⁾, 工藤智洋¹⁾, 石原 弘^{1,2)},
田中優子¹⁾

【症例】84歳、男性【現病歴】20XX年5月18日38.5℃の発熱のため近医を受診するも改善せず。徐々に体動困難となり下腿浮腫も出現し、5月26日更に新鮮な血便を認めたため、当院救急外来を受診した。外来での精査では熱源は特定できなかったが、下腿浮腫の原因は下血による貧血と慢性心不全の増悪と診断され、同日入院となった。【入院後経過】入院時下血は収まっていたため、まずは心不全として加療を開始。全身状態は改善傾向であったが、第6病日に大量下血した。緊急下部内視鏡検査では直腸に全周性の潰瘍を認め、同部からの生検を行った結果、潰瘍底にEBER-ISH陽性細胞を認めた。末梢血中EBV関連マーカーは、EBV-EBNA 160倍、EB VCA-IgG 320倍、EB VCA-IgM <10、EB E-IgG <10。また末梢血EBV-DNA定量(末梢血) 9.2 × 10² copy/106cellと高値であり、慢性活動性EBウイルス感染症(以下CAEBV)に伴う直腸潰瘍の診断に至った。その後は慢性的な発熱や下血を繰り返し、徐々に全身状態は悪化し、第52病日に永眠となった。【考察】CAEBVには消化管潰瘍を併発するとの報告はあるが報告は非常に少なく、直腸潰瘍に限れば本邦での報告はなく、非常に稀な病態であった。本症例ではCAEBVの4つの診断基準の内、T細胞あるいはNK細胞にEBウイルス感染を確認するという項目を、設備の問題で実施できていない。しかし、鑑別すべき対象となる疾患は小児期に発症するものがほとんどであることから、臨床的にCAEBVと診断した。一般的にはCAEBVで高値とされるEBV-EBNAやEB VCA-IgGは、本症例では高値ではないが、これらは必要条件ではないため注意が必要である。発熱などの炎症所見に伴う診断のつかない消化管潰瘍性病変に遭遇した場合、CAEBVも鑑別診断に考慮すべきであり、示唆に富む貴重な症例と考え今回報告した。

直腸潰瘍, 慢性活動性EBウイルス感染症

90 ESMO Consensus Guidelines後の進行再発大腸癌に対する化学療法～FOLFOXIRI療法を中心に～

東京大学医学部附属病院 光学医療診療部¹⁾,
同 消化器内科²⁾,
中田史子¹⁾, 吉田俊太郎¹⁾, 近藤 僚²⁾, 石橋 嶺²⁾, 成田明子²⁾,
田中恵理²⁾, 山下 綾²⁾, 坪井真代²⁾, 畑 昌宏²⁾, 青木智則²⁾,
新倉量太²⁾, 山田篤生²⁾, 小池和彦²⁾

【目的】2016年に公表されたESMO Consensus Guidelinesの導入以降、切除不能進行・再発大腸癌に対する一次治療が変わりつつある。特に、Cytoreduction目的のRAS変異症やBRAF変異症例などの選択肢としてFOLFOXIRIが提唱され、当院でも進行再発大腸癌に対し初回化学療法としてFOLFOXIRI導入症例が増加している。今回、当院における同治療の有効性および安全性を検討した。【方法】2016年10月から2018年10月まで当院にて、進行再発大腸癌に対し初回化学療法を導入した症例を抽出した。そのうちFOLFOXIRIもしくはFOLFOXIRI + Bevacizumab (Bmab)を導入した症例につき、治療効果および副作用を評価した。【成績】同期間に進行再発大腸癌に対し初回化学療法を導入した症例は56例であった。年齢中央値62.3歳、男性53.6%であった。盲腸、上行結腸および横行結腸を右側とした場合、原発巣が右側である症例は23.2%であった。RAS変異症例は46.4%、UGT1A1野生型が57.1%、UGT1A1シングルヘテロが23.2%、UGT1A1ホモが7.1%であった。FOLFOXIRI療法は12例(21.4%)に導入されており、Bmabは9例(16.1%)で併用されていた。治療導入後の8週から12週での初回画像評価が行われた8例のうち、partial responseは1例(12.5%)、stable diseaseは7例(87.5%)で、disease control rateは100%であった。4例はまだ画像評価が行われていない。Grade3以上の副作用については、好中球減少8例(66.7%)、好中球減少性発熱1例(8.3%)、貧血1例(8.3%)、皮疹1例(8.3%)であり、導入後の好中球減少に対してペグフィルグラスチムを導入した症例は5例(41.7%)であった。【結論】進行再発大腸癌の一次治療として、FOLFOXIRI療法は有効であると考えられた。一方でGrade3以上の好中球減少を認める割合が高く、安全な治療継続のためには、用量減量やペグフィルグラスチム併用などのマネジメントが必要であると考えられた。

大腸癌, 化学療法

91 超高齢者(90歳以上)における当院での下部消化管内視鏡検査の現況

桐生厚生総合病院 内科¹⁾,
群馬大学医学部附属病院 消化器・肝臓内科²⁾,
椎名啓介¹⁾, 飯田智広¹⁾, 並川昌司¹⁾, 菅間一乃¹⁾, 岡野祐大¹⁾,
佐藤圭吾¹⁾, 福地 達¹⁾, 浦岡俊夫²⁾

【目的】当院は群馬県内においても高齢者比率の極めて高い地域であり、超高齢者に対しても、下部内視鏡検査を行う機会が増加している。当院における超高齢者(90歳以上)における下部消化管内視鏡検査の現況を報告する。【方法】2014年4月から2018年11月までの当時90歳以上の超高齢者に対して当院で下部消化管内視鏡を施行した57例を対象とし、臨床的背景と大腸癌の有病率に関しての検討を行った。【成績】性別は男:女=23:34、平均年齢は91.9歳、18例(31.5%)が抗血栓剤内服中であった。併存疾患は高血圧35例(61.4%)、脂質異常症8例(14%)、他臓器癌の併存・既往8例(14%)、冠動脈疾患5例(8%)、糖尿病5例(8%)であった。実施理由は血便・下血19例(33.3%)、病変精査目的12例(21%)、便潜血11例(19.2%)、大腸イレウス3例(5%)、貧血精査2例(3.5%)、術後フォローアップ2例(3.5%)、大腸ポリプフォローアップ2例(3.5%)、便秘4例(7%)、その他8例(14%)であった。全大腸内視鏡が施行できたのは35例(61.4%)であった。大腸癌は13例(22.8%)であった。臨床病理学的特徴は、性別は男:女=5:8、病変部位はR:S:D:T:A:C=4:5:2:1:0:1、肉眼型は1型:2型:3型:4型=1:5:3:4であった。検査理由は、大腸イレウスが3例、血便・下血が3例、便潜血陽性が1例、転移性肝腫瘍原精査目的が2例、貧血精査が1例、排便障害精査が1例、術前スクリーニングが1例、CTで偶発的に発見されたものが1例であった。治療内容は、外科手術:内視鏡治療:化学療法:経過観察=9:0:1:3であった。【考察】当院での超高齢者に対する下部消化管内視鏡検査は有症状患者に対して最も行われていた。全例進行癌での発見であり、早期癌は1例も認めなかった。そのため外科治療例の割合が多く、内視鏡治療は認めなかった。超高齢者は自覚症状に乏しいため、病院への受診が遅れる事が進行癌での発見となる一つの原因ではないかと推察された。しかし超高齢者の場合、併存疾患によるリスクも高いため下部消化管内視鏡を施行する場合には生命予後も考慮し慎重な対応が求められる。

超高齢者, 下部消化管内視鏡

92 小腸カプセル内視鏡検査が有用だった盲腸血管拡張症の1例

深谷赤十字病院 消化器科
葛西豊高, 川辺晃一, 江藤宏幸, 村松誠司, 中原守康, 宮原庸介,
福田裕昭, 今井崇紀, 田中健丈, 荻野太郎

【症例】65歳男性。2017年12月中旬に労作時息切れを自覚した。かかりつけ医を受診し、Hb 6.1g/dlと貧血を認めた。近医を紹介受診し、上下部内視鏡検査・腹部盤造影CT検査を施行したが、出血源は同定できなかった。鉄剤投与により貧血は一旦改善したが、鉄剤中止により貧血の再増悪を認めた。以上の経過より、小腸出血が疑われた。2018年3月上旬に当院紹介受診。【既往歴】心筋梗塞ステント留置後、高血圧症、脂質異常症、十二指腸潰瘍(ヘリコバクターピロリ除菌後)、脊柱管狭窄症。【来院後経過】3月中旬に小腸カプセル内視鏡検査施行。小腸に明らかな出血性病変は認めなかった。盲腸に血管拡張および新鮮血の出現を認めた。盲腸血管拡張症による消化管出血を疑い、3月下旬に下部内視鏡検査施行。盲腸背側および右側に血管拡張を2か所認めた。盲腸背側の血管拡張に対して、クリップ止血術施行(1回目)。6月中旬に下部内視鏡検査施行。盲腸背側の血管拡張の消失を確認し、盲腸右側の血管拡張に対して、クリップ止血術施行(2回目)。9月中旬に下部内視鏡検査施行し、盲腸背側・右側の血管拡張の消失を確認した。以降は鉄剤中止しても、貧血の増悪を認めない。

【考察】血管拡張症(angiectasia)は、粘膜あるいは粘膜下層に局限性に拡張した毛細血管形成異常で、下部消化管出血の原因となる。内視鏡検査で偶然発見された非出血性では、特に治療は必要としないが、出血に対しては内視鏡治療が第一選択となる。自験例では前医の下部内視鏡検査で、盲腸の血管拡張症は指摘されていた。しかし、顕出血を認めなかったため、出血源と確定できず、小腸出血の疑いでは当院紹介となった。本邦の大腸angiectasiaの検討では、内視鏡観察時に顕出血を認める確率は1.2~1.9%と非常に低率である。自験例において小腸カプセル内視鏡検査は、小腸出血の除外および血管拡張症からの顕出血の確認の2点において有用だった。

血管拡張症, カプセル内視鏡

がん研有明病院 肝胆膵内科

澤田雅志, 澤田雅志, 松山真人, 武田剛志, 金田 遼, 佐々木隆, 尾阪将人, 笹平直樹

【症例】27歳女性

【主訴】右肩痛

【既往歴】特記事項なし

【現病歴】20XX年6月より右肩痛を自覚し、近医を受診。CTにて肝右葉の腫瘍、肝門部リンパ節腫大を指摘され、当院紹介となった。採血にて肝胆道系酵素は軽度上昇し、ビリルビン、PT活性値は正常。Alb:2.8g/dLと低下していた。腫瘍マーカーに関して、AFPは正常、PIVKA-II:491mAU/mLと上昇していた。またHBs抗原、HCV抗体は陰性であった。上部下部内視鏡では異常所見なし。Dynamic CTでは、肝右後区域を占拠する20cm大の腫瘍を認め、肝動脈優位相で不均一に濃染し、中心部に粗大な石灰化を有し、中心瘢痕様の形状が複数個所見られた。また肝門部リンパ節が複数腫大し、胸部下部傍食道リンパ節も腫大を認め、原発巣と同様の造影増強パターンを示した。確定診断をつけるため肝生検を施行。病理組織学的所見では肝細胞は好酸性の広い細胞質を有し、大きな核小体を認め、Masson Trichrome染色で、肝細胞索間、肝細胞胞巣間にびまん性の纖維化を認め、Fibrolamellar hepatocellular carcinomaと確定診断した。

【経過】肝外転移を認めることから切除適応外と判断し、全身化学療法として20XX年7月よりLenvatinib (8mg/日)内服を開始した。その後重篤な有害事象はなく経過し、10月の時点で、腫瘍径は不変ながら、内部の造影効果は減弱し、PIVKA-IIも2363mAU/mlまで低下した。

【考察】Fibrolamellar hepatocellular carcinomaの治療法については肝切除が第一選択とされているが、肝外転移を有する場合の治療方針については明確なコンセンサスは得られていない。今回肝癌に対する新規分子標的薬Lenvatinibの使用経験を得たため、文献的考察を含め報告する。

Fibrolamellar hepatocellular carcinoma, Lenvatinib

東京医科大学病院 消化器内科

掛川達矢, 杉本勝俊, 阿部正和, 吉益 悠, 笠井美孝, 竹内啓人, 古市好宏, 糸井隆夫

【症例】30歳代女性。【既往歴】35歳時に子宮頸癌で手術歴あり。【現病歴】2014年頃よりCA19-9高値を指摘された。上下部消化管内視鏡検査はご本人の都合で施行されていなかったが、上部消化管造影では異常を指摘されず、便潜血反応も陰性であった。今回CA19-9高値精査目的で当科紹介された。【経過】Dynamic CTでは肝S7ドーム下に径16mm大の腫瘍性病変を指摘された。腫瘍は動脈相で早期濃染し、平衡相でwash outがみられた。HBV・HCV感染はなく、肝障害の既往を認めなかったが、ピルの内服歴があった。肝細胞癌、肝腺腫、転移性肝癌や他の良性肝腫瘍が鑑別として考えられた。ソナゾイド造影超音波検査では、動脈相で濃染し、クッパー相で欠損像を呈した。プリモビスト造影MRIでは腫瘍は動脈相で濃染し、肝細胞相でwash outがみられた。Chemical shift imagingにて信号の低下がみられ、脂肪含有が示唆された。早期静脈還流はなくAMLは否定的であった。鑑別として肝細胞癌、Adrenal rest tumorが挙げられたため、131Iアドステロールシンチを施行した。指摘された肝腫瘍に一致すると思われる強い集積を認め、Adrenal rest tumorが強く疑われた。以後、6か月間外来にて厳重に画像的なフォローをしているが、明らかなサイズの増大は認めていない。【結語】異所性副腎は比較的に稀な腫瘍であるが、肝細胞癌との鑑別に苦慮することが多い。今回、各種画像診断が有用であったAdrenal rest tumorの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。

Adrenal rest tumor, 画像診断

日本大学医学部 内科学系 消化器肝臓内科学分野

菊田大一郎, 中河原浩史, 山田康嗣, 武井章矩, 岩塚邦生, 三浦隆生, 高橋利実, 山本敏樹, 小川眞広, 後藤田卓志, 森山光彦

【症例】70歳代、男性。C型肝硬変（DAAs治療でSVR）、肝細胞癌に対するTACE治療後（最終治療20XX年2月）で外来通院中であった。また間質性肺炎に対して、当院呼吸器内科外来にて経過観察されていた。20XX年6月に施行された造影CT検査にて、TACE治療後の肝細胞癌に早期濃染は認められなかったものの、増大傾向が認められた。また縦隔には気管分岐部のリンパ節腫大が認められ、同所見は9か月前のCT検査では認められなかった。同年9月に再度造影CT検査を施行したところ、TACE治療後の肝細胞癌に早期濃染が認められ、また気管分岐部のリンパ節腫大は増大傾向が認められた。肝細胞癌はTACE治療適応と判断したが、気管分岐部のリンパ節腫大は肝外転移の可能性が考えられた。精査目的に超音波内視鏡下穿刺吸引細胞診（以下EUS-FNA）施行の方針となり、同年10月に入院精査となった。入院後、EUSで後縦隔に24mm大のリンパ節腫大が認められ、同所見に対してEUS-FNAを施行した。EUS-FNAに伴う偶発症は認められず、病理組織診断からmetastatic hepatocellular carcinomaの診断となった。縦隔リンパ節腫大が肝外転移の診断となり、child pugh分類Aであったことから今後は分子標的薬での治療の方針となった。【考察】肝細胞癌に伴う縦隔リンパ節転移は稀であるが、診断により治療方針の変更が必要となる可能性がある。EUS-FNAは低侵襲に病理組織を採取でき、確定診断および治療方針を決定する上で有用であると考えられた。

肝細胞癌, 縦隔リンパ節

深谷赤十字病院 消化器科¹⁾, 同 外科²⁾

江藤宏幸¹⁾, 川辺晃一¹⁾, 葛西豊高¹⁾, 村松誠司¹⁾, 中原守康¹⁾, 宮原庸介¹⁾, 福田裕昭¹⁾, 今井崇紀¹⁾, 田中健丈¹⁾, 荻野太郎¹⁾, 伊藤 博²⁾

【症例】51歳 男性【既往歴・内服薬】特記事項なし。

【病歴】2018年5月頃より倦怠感、労作時息切れを自覚し近医受診した。汎血球減少を認め、精査加療目的に当院血液内科を紹介受診した。週に1回の輸血（濃厚赤血球と血小板）を行いながら原疾患の精査を進め、骨髄検査より再生不良性貧血と診断された。7月頃よりALT有意の肝機能障害が出現し、肝機能障害の精査目的に当科紹介受診した。身長167cm、体重50kg。眼瞼結膜貧血あり。WBC:1300/ μ L, RBC:222万/ μ L, Hb6.8g/dL, Plt:5000/ μ L, AST:62IU/L, ALT:143IU/L, 血清鉄:228 μ g/dL, フェリチン:3609ng/mL。HBs抗原:陰性, HCV抗体:陰性【経過】肝機能障害の原因として輸血後鉄過剰によるヘモクロマトーシスが疑われた。血小板低値であり肝生検は出血リスクが高いと考えられた。肝内鉄沈着の評価としてMRI・IDEAL-IQを撮像した。R2* mappingで肝全体の信号上昇を認め、複数ROIでのR2*平均値は517Hzであった。以上より肝ヘモクロマトーシスと診断した。鉄チレートとしてデフェラシロクスの内服を導入し、肝機能障害は改善した。

【考察】肝ヘモクロマトーシスの確定診断には、肝生検で鉄沈着を評価することが重要と考えられてきた。しかしサンプリングエラーの問題もあり、少なからず侵襲も伴う。特に自験例のように血液疾患を背景としている場合はより出血リスクが高いと考えられる。今回使用したIDEAL-IQでのR2* mappingは侵襲性も少なく、肝全体を評価できるためサンプリングエラーの問題もない。組織学的な鉄沈着の程度とR2*値の相関性などまだまだ課題はあるが、有用な検査となりえるため文献的考察を含めて報告する。

ヘモクロマトーシス, IDEAL-IQ

マイクロバルンカテーテルを併用した経皮経肝門脈塞栓術が有効であった反復出血性人工肛門部静脈瘤の一例

千葉大学大学院 医学研究院 消化器内科学
嶋由紀子, 丸山紀史, 丸田 享, 前田隆宏, 日下部裕子,
清野宗一郎, 小林和史, 中村昌人, 齊藤朋子, 小笠原定久,
鈴木英一郎, 大岡美彦, 中本晋吾, 安井 伸, 千葉哲博,
加藤直也

症例は76歳、男性、アルコール性肝硬変(焼酎500ml/日、61年間)。主訴は特になく、人工肛門部静脈瘤の治療目的に入院となった。現病歴としては、16年前に直腸癌に対して低位前方切除術を受けたが、翌年に吻合部再発を認めたため腹会陰式直腸切断術および人工肛門造設術を施行された。8年前から人工肛門部からの出血を繰り返して保存的加療で対処していた。X年2月人工肛門部からの出血性ショックに対して他院で結紮止血を行った。4月に人工肛門部静脈瘤加療目的で当院に紹介された。入院時には人工肛門部からの活動性出血は認められず、汎血球減少とアンモニアの軽度高値を認め、Child Pugh分類はAであった。造影CTで、下腸間膜静脈を流入路とした人工肛門部静脈瘤の形成を認め、遠位側の血管径は比較的細径(5-6mm)であった。また複数の流出路を認め、いずれも極めて細い血管であった。そこで経皮経肝門脈塞栓術を選択し、4Fr親カテーテルに挿入可能なマイクロバルンカテーテル(Attendant SP)による流入血流制御下で硬化剤による治療を行った。すなわち、可能な限り遠位側まで挿入したバルンカテーテルから5% EOIの少量注入(約1.0mL)を約2-10分毎に繰り返した。注入時の抵抗が増し、静脈瘤部の停滞所見が強く観察されるようになった時点(計12mL)で終了とした。門脈圧(mmHg)は術前370、術後420で、翌日以降の画像で静脈瘤の血栓化が確認された。また発熱以外に特記すべき副作用を認めなかった。**【結語】**本法は、人工肛門部静脈瘤に対して有効な治療法であることが示された。

人工肛門部静脈瘤, 経皮経肝門脈塞栓術

胆嚢癌が疑われた腫瘍形成IgG4関連胆嚢炎の1例

東京医科大学八王子医療センター 臨床医学系消化器内科学分野¹⁾,
同 消化器外科:移植外科²⁾,
東京医科大学 臨床医学系消化器内科学分野³⁾
一宮 匡¹⁾, 向井俊太郎¹⁾, 中村洋典¹⁾, 平良淳一¹⁾, 奴田原大輔¹⁾,
平山泰志¹⁾, 辻雄一郎¹⁾, 松江右武¹⁾, 和田卓也¹⁾, 南 裕人¹⁾,
山西文門¹⁾, 田所健一¹⁾, 浅野響子¹⁾, 中村郁夫¹⁾, 千葉齊一²⁾,
河内茂之³⁾, 糸井隆夫³⁾

症例は70歳代、男性。既往にHBV及びHCV感染があるが治療歴はなし。無症候性の両側頸部リンパ節腫大のために当院の耳鼻咽喉科を紹介受診した。頸部リンパ節腫大に対してリンパ節生検を行ったところ、IgG4陽性リンパ球浸潤及び線維化を伴った唾液腺組織を認め、IgG4関連疾患が疑われた。血中IgG4も215mg/dlと高値であった。そのため当科にIgG4関連消化器疾患精査目的に紹介となった。造影CTにて胆嚢内に結石を認め、さらに胆嚢底部に20mm程度の造影効果を有する境界明瞭な腫瘍様の壁肥厚を認めた。自己免疫性膵炎の所見やIgG4関連硬化性胆管炎を示唆するような胆管壁肥厚は見られなかった。MRIで壁肥厚部にRAS構造は見られず、拡散強調像で拡散能の低下を認めた。超音波内視鏡では胆嚢底部に限局した腫瘍様の壁肥厚を認め、粘膜面の不整は見られなかった。壁肥厚内に壁に結石・石灰化と思われる音響陰影が見られたがRAS構造は見られなかった。経乳頭の胆嚢内に経鼻ドレーナージュチューブを留置し、洗浄胆汁細胞診を4回行ったがいずれもclass2~3であり悪性所見はみられなかった。胆嚢結石の慢性的な機械的刺激に伴う黄色肉芽腫性胆嚢炎やIgG4関連胆嚢炎などの良性疾病を疑ったが胆嚢癌の完全な否定は困難であった。当院消化器外科と患者様と相談の上で開腹下胆嚢床切除及び肝十二指腸間膜郭清を施行した。切除標本では胆嚢中部から底部にかけて高度な壁肥厚を呈するが粘膜に腫瘍性増殖は認めなかった。粘膜下層から漿膜下層まで多数の二次リンパ濾胞を含む花むしり状の線維化を認めた。線維化部分には多数の形質球浸潤を認め、IgG4陽性細胞比は54%であった。以上より病理組織学的にIgG4関連胆嚢炎と診断した。偶発症を認めず術後経過が良好で第12病日に退院となった。胆管や膵臓にIgG4関連疾患を疑う所見を認めず、孤立性に胆嚢内にIgG4関連疾患の所見を有する腫瘍様の壁肥厚を呈したため胆嚢癌との鑑別が困難であったIgG4関連胆嚢炎の症例を経験したため報告させていただく。

IgG4関連胆嚢炎, 胆嚢癌

脾嚢胞性腫瘍との術前診断に苦慮した脾周囲神経鞘腫の一例

池上総合病院 消化器病センター
眞田和賢, 花岡友梨, 藤村 彰, 和久津亜紀子, 村山晶俊,
加持順一郎, 柴山泰久, 飛田浩輔, 高安博之, 深澤麻希,
鈴木理之

60歳代女性。近医にてスクリーニングの腹部CT検査を施行した所、脾尾部腫瘍の疑いがあるとのことで、20XX年当院紹介受診となりました。当院で再度施行したCT/MRI検査では、脾尾部に連なるように脾臓に接する位置で比較的境界明瞭なφ40mm程度の嚢胞性腫瘍性病変を認め、内部構造は隔壁形成を認め、以上より粘液性嚢胞性腫瘍を含む脾腫瘍を疑い脾尾部腫瘍切除術加療を施行致しました。切除標本では多房性嚢胞性腫瘍を呈し、脾臓と脾臓との連続は無く、嚢胞間組織には紡錘状の細胞が柵状に配列し、Antoni-B様領域を呈し、免疫染色ではS-100蛋白陽性、c-kit陰性、CD-34染色陰性、desmin染色陰性、cytokeratin AE1/AE3陰性であり、脾周囲神経を原発とする神経鞘腫と診断した。若干の文献的考察も交えて症例報告とする。

神経鞘腫, 脾腫瘍

長期経過観察中の慢性膵炎患者に発生した膵頭部癌の一例

東京医科大学病院 臨床医学系消化器内科学
朝井靖二, 祖父尼淳, 土屋貴愛, 石井健太郎, 田中麗奈, 殿塚亮佑,
本定三季, 藤田 充, 松波幸寿, 小嶋啓之, 糸井隆夫

症例は65歳男性。アルコール性慢性膵炎に対し、平成8年より当院にて定期的画像フォローで著変なく経過していた。平成27年に心窩部痛が出現し、腹部CT検査を施行したところ脾体部に主膵管破綻を伴う45mm大の脾仮性嚢胞を認めた。嚢胞から頭側近傍の主膵管内には脾石を認め、膵管内圧上昇の原因と思われた。経乳頭の処置は困難と考えられたため、超音波内視鏡下嚢胞ドレーナージュ術(EUS-CD)が施行された。その後症状は改善したが4ヶ月後、胆管狭窄を伴う閉塞性黄疸を認めた。悪性疾患否定の為、造影CT検査を施行したところ、膵頭部に境界不明瞭な乏血性腫瘍の存在が疑われた。超音波内視鏡(EUS)を施行し20mm大の低エコー腫瘍を認めた為、同部位に対し超音波内視鏡下穿刺吸引術(EUS-FNA)を施行した所、腺癌の診断となった。明らかな遠隔転移なく手術適応病変と考え、膵頭十二指腸切除術が施行された。以後定期的に外来通院されていたが、術後1年経過してから腹膜播種を認め再発と診断された。本人と相談しBSCの方針となり、術後1年1ヶ月で永眠された。慢性膵炎の長期経過中に発生した脾癌の一例を経験したので画像を提示しながら報告する。

慢性膵炎, 脾癌

101 EUS-FNAによって診断し経過観察が可能であった 腭神経鞘腫の1例

東京医科大学 臨床研究系消化器内科学分野
小嶋啓之, 土屋貴愛, 祖父尼淳, 石井健太郎, 田中麗奈, 殿塚亮祐,
本定三季, 向井俊太郎, 藤田 充, 永井一正, 山本健二郎,
朝井靖二, 松波幸寿, 黒澤貴志, 糸井隆夫

EUS-FNAによって診断し、現在も経過観察可能である腭神経鞘腫の1例を経験したため報告する。症例は49歳女性、主訴はなし。現病歴として2017年8月に健診腹部超音波検査で膵体部の20mm大占拠性病変を指摘され前医を受診した。一年に一回の経過観察を行っていたが、5年後の8月に施行した造影CT検査で27mm大と増大傾向を認めたため、当院へ紹介受診となった。当院で施行した造影MRIでは、膵鉤部に26mm大の類円形腫瘍を認めた。辺縁は平滑で境界は明瞭、T1WIで低-中等度信号、T2WIで低-高信号が混在し、内部の造影効果は不均一であり、ADC mapでも中等度-高信号が混在していることから、嚢胞成分を含む実性成分が主体の腫瘍を考えた。またEUSを施行すると、膵鉤部に30mm大の境界明瞭な類円形腫瘍を認め、内部は高-低エコーが混在し、solidな腫瘍として認識された。ペルフルプタン (Sonazoid) による造影では、腫瘍部は早期濃染されそのまゝ造影効果が持続し、蜂巣状に造影された。以上より造影態度から画像上はmicrocystic typeのSCNが疑われ、鑑別としてSPNを考えた。診断目的に同腫瘍に対してEUS-FNAを施行したところ、好酸性の胞体と紡錘形腫瘍細胞の増生巣を含む組織片が採取され、核異型は乏しく、免疫染色で腫瘍細胞の細胞質はS-100に広範に陽性を示しており、膵原発の神経鞘腫と診断した。c-kit、CD34、 α -SMAはいずれも陰性であり、Ki-67 L.I.は1%未満であった。細胞増殖能が高くないことから患者様と相談の上、外科的切除は行わず、半年に一度の画像フォローを行い、現在も経過観察を行えている。腭神経鞘腫は類円形の腫瘍として認識されることが多いが、様々な画像所見を呈し、今回のようにSPNやSCNのような膵腫瘍性病変との鑑別を要することもある。また術前に神経鞘腫と診断出来ることが少なく、膵腫瘍として切除され術後に初めて診断されることも多い。

腭神経鞘腫, EUS-FNA

103 膵嚢胞性病変が消化管穿孔にて改善した腭性腹水の一例

聖マリアンナ医科大学 横浜市西部病院 消化器肝臓内科
川島亜貴世, 小澤俊一郎, 近江亮介, 北川紗里香, 野口陽平,
高橋秀明, 松田浩二

【症例】37歳の女性【主訴】腹部膨満【現病歴】入院25日前までアルコールを飲酒していた。入院18日前に腹部膨満出現し前医より紹介となり、入院7日前に腹部膨満が強くなり3日間アルブミン製剤及び利尿剤投与となる。入院前の画像検査にて膵頭部に15mm大の嚢胞性病変を指摘されたが他所見は指摘されなかった。同時期より下痢が出現し体動困難にて入院となった。【既往歴】喘息、統合失調症、慢性膵炎、胆石症【内服薬】オランザピン、ロヒプノール、ロゼレム【飲酒歴】焼酎原液800ml/日【入院経過】入院後、腹水穿刺を施行し滲出性腹水であった。入院時血液検査にて炎症値高値であり、腫瘍マーカー(CA125)高値であった。腹水中白血球23個/mm³、培養陰性、腹水細胞診にて悪性細胞検出はされなかった。腹水アミラーゼ7527U/Lと高値であり、腭性腹水であることが判明した。同時期の画像検査にて入院前には指摘されてない膵体部に嚢胞性病変が新たに出現し膵外に突出していた。血液検査は入院時よりアミラーゼ200U/Lであり、カモスタットメシル酸及び利尿剤にて加療開始した。加療にて腹水は緩徐に改善傾向であった。入院第30病日に大量の黒色便及びショックを認めた。上部内視鏡を施行した十二指腸球部に辺縁整の深掘れの潰瘍があり露出した血管より出血を認めた。クリップにて止血を施行した。その後、食事開始後も消化管出血や腹水貯留なく経過し第60病日に退院となった。腭性腹水の多くの原因は仮性膵嚢胞破裂や内膵液漏がとして報告されている。しかし、本症例は画像検査上では仮性膵嚢胞を表す所見や慢性膵炎を考慮する膵管拡張や膵実質への石灰化は示唆されず診断に難渋した。また、腭性腹水は治療に難渋し手術や内視鏡処置が必要になる症例が多いが、入院経過にて膵嚢胞の消化管穿孔及び出血後は腹水改善し穿孔した病変より膵液が漏出した可能性が高く、本症例は嚢胞に対して処置をせず改善した極めて稀な症例であり、若干の文献の考察を加えて報告する。

腭性腹水, 十二指腸潰瘍

102 重複癌と多臓器転移を認めた退形成性膵管癌の1例

熊谷総合病院¹⁾,
埼玉医科大学病院 病理学・中央病理診断科²⁾
村上規子¹⁾, 石沢圭介²⁾, 土合克巳¹⁾, 門野源一郎¹⁾, 野村祐介¹⁾,
松井真理子¹⁾, 石川武志¹⁾, 比留間晴彦¹⁾, 斉藤雅彦¹⁾

【症例】60歳 男性【既往歴】貧血、下肢皮膚感染症、未破裂椎骨動脈瘤、高尿酸血症【主訴】心窩部不快感、労作時息切れ、体重減少【生活歴】飲酒歴ビール1.5L/日25年間。【現病歴】2017年1月頃から5ヶ月で8kgの体重減少。5月頃から食事摂取量減少し、食後心窩部不快感が出現したため、5月某日他院受診。肝機能障害を認めた。既往に多飲歴あり、アルコール性肝硬変の疑いにて7月某日精査加療目的に当科紹介受診となった。【経過】初診時、身体所見はるい瘦と心窩部軽度圧痛のみ認めた。血液検査でT-Bil 1.9 mg/dl、AST 396 IU/l、ALT 185 IU/l、 γ -GTP 471 IU/l、DUPAN-2 $\geq$ 1600 U/mlと肝胆道系酵素上昇と腫瘍マーカーの著明高値を認めた。腹部超音波検査で多発肝腫瘍を、胸腹部造影CTで多発肝腫瘍、門脈腫瘍塞栓、膵頭部にリンパ節または膵頭部癌と思われる腫瘍、多発肺結節を認めた。また上下部消化管内視鏡検査で食道に1型進行癌を、胃に0-2c型早期胃癌を認めた。生検施行し、病理検査結果は食道扁平上皮癌、胃印環細胞癌であった。この時点では食道癌、胃癌、膵頭部癌、肝細胞癌による多臓器転移の可能性があった。高次医療機関へ紹介したが積極的治療不可能との診断で緩和治療となった。その後腹水貯留を繰り返すようになり、利尿剤投与と腹水穿刺排液を施行していたが、徐々に全身状態増悪し、第78病日に死亡確認となった。その後病理解剖にて、膵頭部退形成性膵管癌の食道転移および肺、肝等への多臓器転移、胃病変は印環細胞癌と診断された。【考察】退形成性膵管癌(anaplastic carcinoma)は、膵癌の中でも発生頻度は稀であり、予後不良と言われている。重複癌、多臓器転移を認め、診断に苦慮した退形成性膵管癌の1例を経験した。若干の文献的考察を加えて報告する。

退形成性膵管癌, 膵癌