

# 日本消化器病学会 関東支部第354回例会

## プログラム・抄録集



当番会長：防衛医科大学校長 長谷 和生  
平成31年4月13日(土)  
海運クラブ

# 日本消化器病学会関東支部第354回例会

## プログラム・抄録集

当番会長：防衛医科大学校長 長谷 和生  
〒359-8513 埼玉県所沢市並木3-2  
TEL 04-2995-1637/FAX 04-2996-5205

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

### <発表者，参加者の皆様へ>

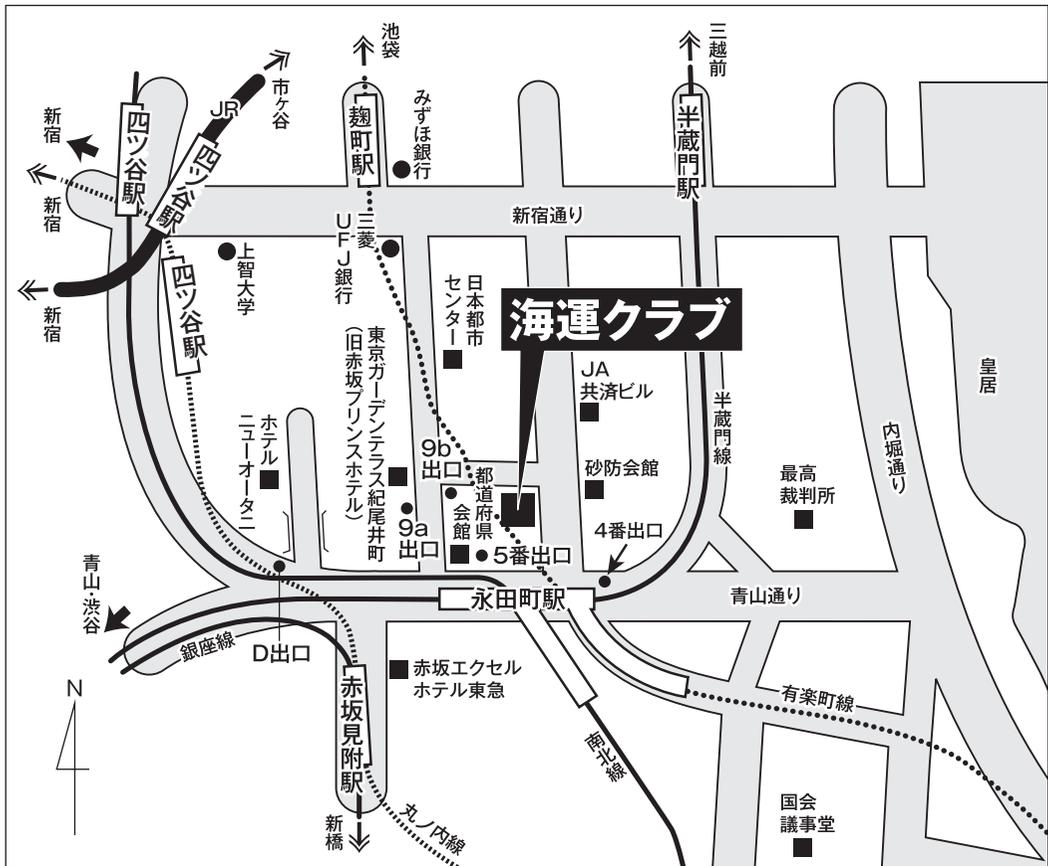
1. 発表者は日本消化器病学会の会員に限ります。
2. 発表はすべてPCでのプレゼンテーションとなります。  
口演30分前までに、PC受付にてデータ登録・動作チェックを済ませてください。
  - 1) 会場に用意するPCのアプリケーションは、Microsoft PowerPoint 2013/2016となります。発表データはUSBメモリにてお持ちください。また、事前に必ず、作成したPC以外のPCでも正常に動作することを確認してください。  
※データ作成の際は、文字化けを防ぐため次の標準フォントをご使用ください。  
日本語：MSゴシック，MS Pゴシック，MS明朝，MS P明朝  
英語：Arial，Century，Century Gothic，Times New Roman  
※スライド作成時の画面サイズはXGA（1024×768）であることをご確認の上、作成してください。
  - 2) Macintosh使用、及びWindowsでも動画を含む場合は、必ずPC本体をお持込みください。データでのお持込みには対応いたしかねますのでご注意ください。なお、液晶プロジェクタへの接続はMini D-SUB 15pinにて行います。変換コネクタを必要とする場合は必ずご自身でお持込みください。また、バッテリーのみでの稼働はトラブルの原因となるため、外部電源用アダプタを必ずお持ちください。
  - 3) 音声出力には対応いたしません。
  - 4) 発表は枚数ではなく時間で制限させていただきます。
  - 5) 発表時は、演台に置かれたモニターを見ながらご自身で操作して画面を進めていただきます。なお、発表者ツールの使用はできませんのでご注意ください。
3. 発表に際しては、患者さんのプライバシーの保護（日付の記載は年月までとする、等）に十分配慮してください。
4. 演題発表時には、利益相反状態の開示が必要になります。開示基準・規定の書式に従って利益相反の有無を必ず開示してください。
5. 演者は前演者の口演開始後、直ちに「次演者席」へご着席ください。
6. 専修医セッション、研修医セッション及び一般演題は、1題口演4分、追加討論2分です。時間厳守をお願いします。
7. 質問される方は、所属と氏名を明らかにしてからお願いします。
8. 専修医・研修医セッションの発表者あるいは同施設の方は、奨励賞表彰式に出席してください。(第1会場 12:50～13:05)
9. 当日参加登録受付、PC受付は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354回例会**  
**平成31年4月13日(土)**

8:00～8:05 開会の辞(第1会場)					
第1会場(午前の部)			第2会場(午前の部)		
演 題	時 間	座 長	演 題	時 間	座 長
(1) 専修医Ⅰ(肝) 1～5	8:05～8:35	内田 義人	(13) 研修医Ⅰ(食道・胃) 56～60	8:05～8:35	星野慎太郎
(2) 専修医Ⅱ(肝・胆) 6～9	8:35～8:59	赤尾 潤一	(14) 研修医Ⅱ(胃・小腸) 61～65	8:35～9:05	春田 明子
(3) 専修医Ⅲ(膵) 10～14	8:59～9:29	松本 喜弘	(15) 研修医Ⅲ(小腸・IBD) 66～70	9:05～9:35	大竹はるか
9:29～9:39 休憩			9:35～9:45 休憩		
(4) 専修医Ⅳ(胃 <sup>十二指</sup> <sub>指腸1</sub> ) 15～18	9:39～10:03	清川 博史	(16) 研修医Ⅳ(小腸 <sup>大腸</sup> <sub>・他</sub> ) 71～75	9:45～10:15	阿尾 理一
(5) 専修医Ⅴ(胃 <sup>十二指</sup> <sub>指腸2</sub> ) 19～22	10:03～10:27	田島 知明	(17) 研修医Ⅴ(大腸) 76～80	10:15～10:45	和田 晃典
(6) 専修医Ⅵ(小腸・他) 23～27	10:27～10:57	宮村 美幸	(18) 研修医Ⅵ(肝) 81～85	10:45～11:15	星川真有美
(7) 専修医Ⅶ(大腸・IBD) 28～32	10:57～11:27	加藤 正樹	(19) 研修医Ⅶ(肝・胆・膵) 86～90	11:15～11:45	松井 綾子
			12:10～12:40 評議員会		
12:05～12:50 ランチオンセミナー(第1会場)					
<b>「クローン病治療 up date ～最適なBioの使い方 ステラールを中心に～」</b>					
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 <b>鈴木 康夫</b> 先生					
司会 防衛医科大学校 内科学講座 教授 <b>穂苅 量太</b> 先生					
共催：田辺三菱製薬株式会社／ヤンセンファーマ株式会社					
12:50～13:05 専修医・研修医奨励賞表彰式(第1会場)					
13:05～14:00 特別講演(第1会場)					
<b>「炎症性発癌の病理診断」</b>					
新潟大学大学院 医歯学総合研究科 分子・診断病理学分野 教授 <b>味岡 洋一</b> 先生					
司会 防衛医科大学校長 <b>長谷 和生</b>					
第1会場(午後の部)			第2会場(午後の部)		
演 題	時 間	座 長	演 題	時 間	座 長
(8) 食道・胃 33～37	14:05～14:35	須江聡一郎	(20) 大腸・IBD 91～95	14:05～14:35	黒木 博介
(9) 小腸 38～42	14:35～15:05	日下部裕子	(21) 肝 96～99	14:35～14:59	渡邊 俊司
(10) 虫垂・肛門 43～46	15:05～15:29	殿塚 亮祐	(22) 肝・胆 100～102	14:59～15:17	岩崎 茉莉
(11) 大腸1 47～50	15:29～15:53	外岡 亨	(23) 膵・他 103～105	15:17～15:35	中寺 英介
(12) 大腸2 51～55	15:53～16:23	吉田 文			
16:23～16:28 閉会の辞(第1会場)					

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

特別講演(第1会場 13:05~14:00)

## 「炎症性発癌の病理診断」

新潟大学大学院 医歯学総合研究科 分子・診断病理学分野 教授 味岡 洋一 先生

司会 防衛医科大学校長 長谷 和生

……演者の先生ご紹介……

あじおか よういち  
味岡 洋一 先生

新潟大学大学院 医歯学総合研究科 分子・診断病理学分野 教授

### 略歴

昭和59年	新潟大学医学部卒業 新潟大学大学院医学専攻科入学 (専攻：病理学、所属：病理学第一講座)
昭和63年	同 大学院修了 新潟大学医学部附属病院病理部 医員
平成2年	新潟大学医学部病理学第一講座 助手
同	国立がんセンター研究所病理部研修
平成5年	新潟大学医学部病理学第一講座 講師
平成7年	同 助教授
平成7年~9年	オークランド大学(ニュージーランド)病理学教室留学
平成14年~17年	新潟大学大学院医歯学総合研究科 助教授 分子細胞医学専攻 細胞機能講座 分子・病態病理学分野
平成17年~	新潟大学大学院医歯学総合研究科 教授 分子細胞医学専攻 遺伝子制御講座 分子・診断病理学分野
平成27年~28年	新潟大学大学院医歯学総合研究科 研究科長
平成30年~	〃

ランチョンセミナー (第1会場 12:05~12:50)

## 「クローン病治療 up date ～最適なBioの使い方 ステララーラを中心に～」

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** 先生

司会 防衛医科大学校 内科学講座 教授 **穂苅 量太** 先生

共催：田辺三菱製薬株式会社／ヤンセンファーマ株式会社

………演者の先生ご紹介………

すずき やすお  
**鈴木 康夫** 先生

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

### 略歴

1981 (昭和56) 年	滋賀医科大学医学部卒業
1981 (昭和56) 年	千葉大学医学部附属病院第二内科入局
1097 (昭和62) 年	アイルランド共和国トリニティー大学留学
1989 (平成元) 年	帰国千葉大学医学部附属病院第二内科
2003 (平成15) 年	東邦大学医学部附属佐倉病院内科 助教授
2006 (平成18) 年	東邦大学医療センター佐倉病院 内科 教授
2011 (平成23) 年	東邦大学医療センター佐倉病院 内科学講座 主任教授
2016 (平成28) 年	東邦大学医療センター佐倉病院 IBDセンター センター長兼務
2018 (平成30) 年	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

### 専攻分野

消化器内科 特に炎症性腸疾患

### 学会の役職

日本大腸肛門病学会・評議委員  
厚生労働省難治性炎症性腸管障害に関する調査研究 研究代表者  
日本消化器病学会クローン病治療ガイドライン作製委員  
厚生労働省難治性腸管障害調査研究班潰瘍性大腸炎治療ガイドライン作製委員 日本小児炎症性腸疾患治療ガイドライン作製委員  
厚生労働省重篤副作用マニュアル作製委員  
日本消化器内視鏡学関東地方会評議員  
日本消化器内視鏡専門医・指導医・和文誌編集委員会査読委員  
日本消化器学会専門医・指導医  
日本消化管学会胃腸科専門医・指導医  
日本内科学会認定内科医・指導医  
日本炎症性腸疾患協会監事  
日本炎症性腸疾患学会 (JSIBD) 理事  
一般社団法人アジア炎症性腸疾患機構 (AOCC) 理事  
IBD Club Junior 世話人

## 第1会場（午前の部）

8：00～8：05

—開会の辞—

—評価者—

国立病院機構	西埼玉中央病院	外科	小村 伸朗
東京都立広尾病院	外科		小林 宏寿
防衛医科大学校	消化器内科		東山 正明

(1) 専修医 I (肝) 8：05～8：35 座長 埼玉医科大学 消化器内科・肝臓内科 内田 義人

1. 44歳女性のCMV初感染に伴う伝染性単核球症の一例

東京通信病院 消化器内科 ○鈴木 祥代, 江崎 珠里, 古谷 建悟, 安部佑里恵  
高岡 真也, 加藤 知爾, 小林 克也, 関川憲一郎  
橋本 直明, 光井 洋

2. 顆粒球吸着療法が有効であった重症型アルコール性肝炎の一例

帝京大学 医学部 内科 ○田村 大和, 八木みなみ, 松本 康佑, 青柳 仁  
磯野 朱里, 三浦 亮, 阿部浩一郎, 有住 俊彦  
相磯 光彦, 小田島慎也, 浅岡 良成, 山本 貴嗣  
田中 篤

3. サイトメガロウイルス腸炎合併により治療に難渋した自己免疫性肝炎の1例

埼玉医科大学 消化器内科・肝臓内科 ○倉田 隼人, 中山 伸朗, 浅見真衣子, 坂本 朋之  
鈴木 隆信, 齊藤 陽一, 内田 義人, 藤井 庸平  
打矢 紘, 中澤 学, 安藤さつき, 菅原 通子  
中尾 将光, 本谷 大介, 今井 幸紀, 富谷 智明  
持田 智  
同 中央病理診断部 金 玲, 石澤 圭介, 山田 健人

4. トロンボモジュリン製剤とメチルプレドニゾロンの併用により改善した薬物の関与が疑われる肝類洞閉塞症候群の一例

自衛隊中央病院 内科 ○田畑早季子, 上田 直之  
国家公務員共済組合連合会 三宿病院 一般内科 真方 良彦, 近藤 壽郎  
自衛隊中央病院 病理課 猛尾 弘照  
同 内科  
国家公務員共済組合連合会 三宿病院 一般内科 三好 優香, 阿部信次郎, 又木 紀和  
自衛隊中央病院 外科  
国家公務員共済組合連合会 三宿病院 外科 久保 徹

5. 溶血発作で発症し、肝移植で救命し得た急性肝不全の1例

東海大学 医学部 消化器内科 ○荻原 直樹, 鶴谷 康太, 横田 将, 広瀬 俊治  
峯 哲哉, 加川 建弘  
慶應義塾大学 医学部 消化器外科 篠田 昌宏

(2) 専修医Ⅱ(肝・胆) 8:35~8:59 座長 東京女子医科大学 消化器内科 赤尾潤一

6. 肝血管肉腫との鑑別が困難であった肝紫斑病の1剖検例

北里大学 消化器内科 ○伊藤 隆士, 魚嶋 晴紀, 日高 央, 和田 尚久  
窪田 幸介, 田中 賢明, 渋谷 隆明, 小泉和二郎

7. 肝細胞癌術後8年で発症した、肝細胞癌と肝内胆管癌の同時性重複癌の1例

新東京病院 消化器外科 ○新實 優卓, 星川真有美, 新 みゆき, 佐治 雅史  
砂川 秀樹, 松本 寛, 岡部 寛, 本田 五郎  
山本 順司

8. 腹部造影超音波検査が術前診断に有用であった左肝内胆管内乳頭状腫瘍の1例

東邦大学医療センター大森病院 消化器内科 ○並木 萌子, 岡野 直樹, 和久井紀貴, 西川 雄祐  
岩田俊太郎, 氏田 互, 鈴木 啓太, 副島 啓太  
原 健三, 若林 宗弘, 五十嵐良典  
同 消化器外科 久保田喜久, 大塚由一郎  
同 病院病理 定本 聡太, 若山 恵, 渋谷 和俊

9. セフトリアキソン投与に伴う偽胆石症の一例

帝京大学医学部附属溝口病院 外科 ○服部 豊, 谷口 桂三, 高島 順平, 渡部 真人  
藤本 大裕, 小林 隆司, 内藤 善久, 奥村 武弘  
松谷 哲行, 藤野 昇三  
藤田医科大学 総合消化器外科 藤田 正博  
防衛医科大学校病院 外科学講座 神津 慶多

(3) 専修医Ⅲ(膵) 8:59~9:29 座長 東京慈恵会医科大学附属柏病院 消化器・肝臓内科 松本喜弘

10. 当院で急性膵炎と診断した急性動脈解離の2例

横浜南共済病院 ○渡部 衛, 吉村 勇人, 石田 彩花, 船岡 昭宏  
飯塚 千乃, 中山 沙映, 天野 仁至, 有馬 功  
西郡 修平, 浜中 潤, 岡 裕之, 岡崎 博

11. バイアバーンにより治療した慢性膵炎による仮性動脈瘤の一例

昭和大学江東豊洲病院 消化器センター ○國田 康輔, 野村 憲弘, 司馬 信一, 佐久間 大  
佐藤 雅, 江口 潤一, 伊藤 敬義, 井上 晴洋

12. 膵体部癌の術前診断に対するEUS-FNA後のneedle tract seedingによる胃転移の1例

防衛医科大学校病院 内科学2講座 ○池山 佳輔, 田原 寛之, 富岡 明, 綾木 花奈  
村原 なみ, 露木 和彬, 西村 弘之, 杉原 奈央  
和田 晃典, 塙 芳典, 堀内 和樹, 因幡 健一  
古橋 廣崇, 八月朔日英明, 渡辺知佳子, 富田 謙吾  
東山 正明, 穂苅 量太  
同 光学医療診療部 高本 俊介, 永尾 重昭

13. Peutz-Jeghers 症候群に慢性膵炎を背景に膵頭部癌を合併した一例

順天堂大学附属浦安病院 ○牛尾 真子, 中津 洋一, 降旗 誠, 磯野 峻輔  
大川 博基, 深見久美子, 西 慎二郎, 野元 勇佑  
川上 智寛, 竹村 勇治, 荻原 伸悟, 北沢 尚子  
岩本 志穂, 稲見 義宏, 北村 庸雄, 長田 太郎

14. 2型糖尿病の急激な悪化と糖尿病性ケトアシドーシスを来した膵原発 Mixed neuroendocrine-non-neuroendocrine neoplasm; MiNEN の一例

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

(4) 専修医Ⅳ(胃・十二指腸1) 9:39~10:03 座長 聖マリアンナ医科大学 消化器・肝臓内科 清川 博史

15. 胃瘻からの半固形剤注入により巨大胃石を生じた食道癌の一例

那須赤十字病院 消化器内科 ○谷口 統, 新井 由季, 江部 敏生, 中田 洋介  
吉田 徹, 佐藤 隆

16. 出血を契機に診断した胃石合併進行胃癌の一例

筑波記念病院 消化器内科 ○松倉しほり, 添田 敦子, 大塚公一朗, 岩井健太郎  
小林真理子, 越智 大介, 池澤 和人  
同 病理部 臺 勇一  
同 消化器外科 上田 和光

17. DIC を合併し急速な経過をたどった胃癌骨髄癌腫症の一例

日本赤十字社医療センター 消化器内科 ○福田晃史郎, 山本 信三, 丹下 主一, 福田麟太郎  
松野 達哉, 野口 賢作, 鈴木 裕史, 谷口 博順  
斎藤 明子, 伊藤由紀子, 吉田 英雄, 中田 良  
同 血液内科 梨本淳一郎, 佐藤 広太, 石田 禎夫  
同 病理部 裴 有安, 熊坂 利夫

18. ニボルマブ投与で好酸球増多と下垂体機能低下を来した術後再発胃癌の1例

国立病院機構 高崎総合医療センター 消化器内科  
群馬大学医学部附属病院 消化器・肝臓内科 ○井上真紀子  
国立病院機構 高崎総合医療センター 消化器内科 長沼 篤, 館山 夢生, 平 智尚, 柴崎絵理奈  
村上 立真, 増田 智之, 上原 早苗, 安岡 秀敏  
星野 崇, 工藤 智洋, 石原 弘  
同 外科 沼賀 有紀  
同 皮膚科 渋沢 信行  
同 内分泌・代謝内科 井上 千鶴  
群馬大学医学部附属病院 消化器・肝臓内科 佐藤 賢, 柿崎 暁, 浦岡 俊夫

- (5) 専修医Ⅴ(胃・十二指腸2) 10:03~10:27 座長 埼玉医科大学国際医療センター 消化器内視鏡科 田島 知 明
19. 病理組織学的所見とグルテン除去食での臨床症状の改善からセリアック病の診断に至った1例  
 順天堂大学 消化器内科 ○林田 翔, 村上 敬, 高崎 祐介, 岡原 昂輝  
 清水 基規, 石川 大, 松本 健史, 澁谷 智義  
 坂本 直人, 北条麻理子, 伊佐山浩通, 池嶋 健一  
 椎名秀一朗, 永原 章仁  
 同 人体病理病態学講座 津山 翔, 八尾 隆史
20. 出血性胃潰瘍に続発した脾膿瘍の一例  
 新東京病院 消化器内科 ○永坂 拓也, 村上 大輔, 氏原 哲郎, 中原良太郎  
 佐上 亮太, 末廣 聡士, 勝山 泰志, 早坂 健司  
 原田 英明, 天野 祐二  
 同 放射線科 能城 毅  
 同 外科 山田 英夫
21. 空腸動脈分枝の動脈瘤破裂による十二指腸狭窄の1例  
 戸田中央総合病院 ○平川 徳之, 山本 圭, 中坪 良輔, 本間 俊裕  
 村松 孝洋, 鈴木 由華, 山本健治郎, 岸本 佳子  
 堀部 俊哉, 原田 容治
22. 高齢の家族性大腸腺腫症患者に合併した十二指腸乳頭部癌の1例  
 埼玉医科大学総合医療センター 消化管一般外科 ○竹内 優太, 村松 俊輔, 山本 瑛介, 近 範泰  
 幡野 哲, 石畝 亨, 熊谷 洋一, 石橋敬一郎  
 持木 彰人, 石田 秀行  
 同 肝胆膵小児外科 小高 昭雄
- (6) 専修医Ⅵ(小腸・他) 10:27~10:57 座長 東邦大学医療センター佐倉病院 内科 宮村 美 幸
23. 子宮広間膜裂孔ヘルニアによるイレウスの一例  
 独立行政法人国立病院機構西埼玉中央病院 ○竹内 奈那
24. 肺癌同時性小腸転移の1切除例  
 東京慈恵会医科大学 外科学講座 消化器外科 ○山下 貴晃, 江藤誠一郎, 竹内 奈那, 松本 倫  
 独立行政法人国立病院機構 西埼玉中央病院 外科 河原秀次郎, 平林 剛, 小村 伸朗  
 東京慈恵会医科大学 外科学講座 消化器外科 矢永 勝彦
25. 穿孔にて発症し、緊急手術を要した小腸悪性リンパ腫の1例  
 東京都立広尾病院 外科 ○菊池 亨, 小林 宏寿, 山下 大和, 北村 圭  
 織田福一郎, 増田 大機, 太田 俊介, 野口 典男  
 横須賀哲也
26. 感染/出血を合併した嚢胞性リンパ管腫に対し保存的加療のみで軽快した一例  
 国家公務員共済組合連合会 横須賀共済病院 ○慶徳 大誠, 山下 萌, 松本 浩明, 村田 彩  
 三代 博之, 田代 祥博, 小原 淳, 野澤さやか  
 古谷 晴子, 小馬瀬一樹, 田邊 陽子, 新井 勝春  
 渡邊 秀樹, 鈴木 秀明

27. 保存的加療で軽快した門脈ガス血症の1例

防衛医科大学校 外科学講座 ○田中耕太郎  
所沢中央病院 外科 内田 剛史, 松本 淳, 大草 康

(7) 専修医Ⅶ(大腸・IBD) 10:57~11:27 座長 聖マリアンナ医科大学 消化器・肝臓内科 加藤 正樹

28. 80歳代で手術を施行したクローン病の1例

横浜市立市民病院 炎症性腸疾患科 ○中尾 詠一, 小金井一隆, 黒木 博介, 二木 了  
辰巳 健志, 杉田 昭

29. トファシチニブにて加療後に大動脈血栓症とサイトメガロウイルス感染症を合併した潰瘍性大腸炎の1例

埼玉医科大学総合医療センター 消化器・肝臓内科 ○山鹿 渚, 加藤 真吾, 堀 裕太郎, 内田 党央  
石橋 朗, 大塚 武史, 可児 和仁, 高林英日己  
松原 三郎, 岡 政志, 道田 知樹, 名越 澄子  
屋嘉比康治

同 消化管一般外科 幡野 哲, 石田 秀行

30. 6-MPにより臨床的寛解維持に至ったステロイド依存性 Collagenous colitis の一例

日本大学 医学部 消化器・肝臓内科 ○杉田 知実, 岩本 真帆, 山川 俊, 入江 彰  
江崎 充, 春田 明子, 中島 典子, 今津 博雄  
後藤田卓志, 森山 光彦

31. Linked color imaging (LCI) / Blue light imaging (BLI) で範囲/質的診断、Pocket-creation method (PCM) によるESDで一括切除しえた Colitis-associated-cancer (CAC) の1例

自治医科大学 内科学講座消化器内科学部門 ○如水 慶嗣, 小林 泰俊, 林 芳和, 所 晋之助  
相良 裕一, 平岡 友二, 岩下ちひろ, 角田 真人  
篠崎 聡, 竹澤 敬人, 坂本 博次, 岡田 昌浩  
矢野 智則, 砂田圭二郎, 大澤 博之, 山本 博徳

32. 内視鏡的整復を行った成人特発性腸重積の1例

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

---

第1会場 (午後の部)

---

13:05~14:00

特別講演

炎症性発癌の病理診断

新潟大学大学院 医歯学総合研究科 分子・診断病理学分野 教授 味岡 洋一 先生

司会 防衛医科大学校長 長 谷 和 生

---

(8) 食道・胃 14:05~14:35 座長 横浜市立大学附属病院 消化器内科 須 江 聡一郎

33. 横行結腸脱出を伴った upside down stomach の一手術例

独立行政法人国立病院機構 西埼玉中央病院外科 ○江藤誠一郎, 小村 伸朗, 河原秀次郎, 松本 倫  
山下 貴晃, 竹内 奈那, 平林 剛

東京慈恵会医科大学 外科学講座 消化器外科 矢永 勝彦

34. 体位変換によって診断しえた胃憩室内の Dieulafoy 潰瘍の一例

草加市立病院 ○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

35. 早期胃癌術後に認めた臍転移 (Sister Mary Joseph's Nodule) の1例

聖マリアンナ医科大学東横病院 消化器病センター ○佐々木貴浩, 古畑 智久, 丹波 和也, 小野 龍宣  
原 雅樹, 吉田 良仁, 浜辺 太郎, 野田 顕義  
黄 世揚, 中嶋 孝司, 宮島 伸宜

同 病理診断科 小泉 宏隆

聖マリアンナ医科大学 消化器・一般外科 大坪 毅人

36. 急速な増大を認めた壁外発育性胃 GIST の1例

セコメディック病院 消化器内科 ○正木 宏明, 東納 重隆, 志田 勝義, 田中耕太郎  
齋藤 慶太

同 外科 前村 誠, 千葉 文博

37. 門脈本幹内に腫瘍塞栓を形成した胃 GIST の1切除例

横浜市立大学医学部 消化器・腫瘍外科学 ○酒井 淳, 笠原 康平, 小坂 隆司, 佐藤 涉  
田中 優作, 宮本 洋, 佐藤 圭, 秋山 浩利  
國崎 主税, 遠藤 格

同 病理部 宇高 直子

(9) 小腸 14:35~15:05 座長 千葉大学医学部附属病院 消化器内科 日下部 裕子

38. 慢性膵炎、膵術後など十二指腸内低 pH における医療用消化酵素製剤の実効消化力

天野エンザイム株式会社 ○高橋 晶子

慶應義塾大学 医学部 洪 繁

39. 大量新鮮血便を小腸カプセル内視鏡で推察し、側視鏡で同定し治療を行った Dieulafoy 潰瘍の一例

帝京大学医学部附属溝口病院 消化器内科 ○網島 弘道, 土井 晋平, 恩田 毅, 國吉 宣行  
松本光太郎, 梶山はな恵, 関根 一智, 辻川 尊之  
馬淵 正敏, 梶山 祐介, 佐藤浩一郎, 安田 一朗  
同 外科 神津 慶太, 藤田 正博, 内藤 善久, 谷口 桂三  
山川 達郎  
同 病理診断科 高橋美紀子, 川本 雅司  
同 消化器内科  
同 第4内科 菊池健太郎

40. 卵巣腫瘍との鑑別が困難であった小腸 GIST の一例

東京大学医学部附属病院 腫瘍外科 ○横溝悠里子, 秀野 泰隆, 江本 成伸, 室野 浩司  
金子 学, 日吉 雅也, 佐々木和人, 西川 武司  
田中 敏明, 畑 啓介, 川合 一茂, 野澤 宏彰  
石原聡一郎

41. 当院にて経験した遺伝性血管性浮腫 3 例の検討

国立病院機構 災害医療センター 消化器内科 ○佐々木善浩, 上條 孟, 木谷 幸博, 島田 祐輔  
石坂 俊二, 大野 志乃, 川村 紀夫

42. 上部小腸イレウスにより急性膵炎およびショックをきたした 2 例

所沢明生病院 ○廣瀬 裕一, 森崎 善久, 鈴木昭一郎

(10) 虫垂・肛門 15:05~15:29 座長 東京医科大学 消化器内科 殿塚 亮 祐

43. 虫垂腫瘍との鑑別に難渋した回盲部子宮内膜症による腸閉塞の一例

大森赤十字病院 消化器内科 ○新倉 利啓, 折原 慎弥, 福井 諒, 阿南 秀征  
立川 準, 須藤 拓馬, 有本 純, 河野 直哉  
桑原 洋紀, 高松志帆子, 中岡 宙子, 千葉 秀幸  
井田 智則, 諸橋 大樹, 後藤 亨  
同 外科 安城 芳紀, 友成 崇葵, 渡辺 俊之  
同 病理診断科 坂本 穆彦

44. 軽微な症状から発見された肛門部尖圭コンジローマの 2 例

聖マリアンナ医科大学東横病院 消化器病センター ○原 雅樹, 丹波 和也, 吉田 良仁, 小野 龍宣  
浜辺 太郎, 野田 顕義, 黄 世揚, 野元 雅仁  
佐々木貴浩, 古畑 智久, 中嶋 孝司, 宮島 伸宜  
伊東 文生

45. HPV 感染によって発症した肛門管高異型度扁平上皮内病変に対して ESD を施行した 1 例

国立がん研究センター中央病院 内視鏡科 ○春日 健吾, 張 萌琳, 高丸 博之, 山田 真善  
坂本 琢, 斎藤 豊  
同 病理科 吉田 裕, 関根 茂樹  
同 内視鏡科  
同 検診センター 関口 正宇, 松田 尚久

46. Pagetoid Spread を伴う直腸・肛門管癌と診断された 11 例の検討

国立がん研究センター中央病院 ○今泉 潤, 森谷弘乃介, 井上 学, 坂本 良平  
塚本 俊輔, 志田 大, 金光 幸秀

(11) 大腸 1 15:29~15:53 座長 千葉県がんセンター 食道・胃腸外科 外 岡 亨

47. 保存的に治療し得た成人特発性腸重積の 1 例

杏林大学 医学部 ○井手麻友美, 須並 英二, 小嶋幸一郎, 飯岡 愛子  
吉敷 智和, 橋本 佳和, 鈴木 裕, 森 俊幸  
阪本 良弘, 阿部 展次

48. 鮮血便を契機に発見された上行結腸異物の 1 例

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

49. 悪性腫瘍との術前診断が困難であった回盲部の Necrotizing granulomatous inflammation の一例

防衛医科大学校病院 外科学講座 ○堀 達彦, 岡本 耕一, 神藤 英二, 梶原 由規  
上野 秀樹  
同 内科学講座 (消化器内科) 田原 寛之, 渋谷 尚希, 溝口 明範, 穂刈 量太  
同 病態病理学講座 熊澤 文久, 佐藤 仁哉

50. 糞便性イレウスに対して内視鏡治療が有効であった一例

昭和大学 医学部 内科学講座 消化器内科学部門 ○牛腸 俊彦, 紺田 健一, 鈴木 統大, 中谷 真也  
菊池 一生, 飯島堅太郎, 柳澤 文人, 田川 徹平  
居軒 和也, 東條 正幸, 木原 俊裕, 矢野雄一郎  
坂木 理, 久保田祐太郎, 片桐 敦, 小西 一男  
吉田 仁  
昭和大学病院 内視鏡センター 山村 冬彦

(12) 大腸 2 15:53~16:23 座長 慶應義塾大学 医学部 内科学 (消化器) 吉 田 文

51. スクリーニング内視鏡における大腸ポリープ発見率に及ぼす全大腸観察時間の検討

新宿つるかめクリニック 消化器病センター  
小金井つるかめクリニック 内視鏡センター ○石橋 史明  
新宿つるかめクリニック 消化器病センター 田中 龍, 鬼塚 亮一  
同 消化器病センター  
小金井つるかめクリニック 内視鏡センター 小林小の実  
ミラザ新宿つるかめクリニック  
新宿つるかめクリニック 消化器病センター  
ミラザ新宿つるかめクリニック 福島 啓太

52. 特異な進展形式を示した直腸癌の 1 例

自衛隊中央病院 外科 ○久保 徹, 宇都宮勝之, 松本 佑介, 木村 幹彦  
吉田 一路, 坂本 直子, 菅澤 英一, 村山 道典  
三宿病院 内科 真方 良彦  
自衛隊中央病院 病理診断科 松永 絢乃, 猛尾 弘照, 松熊 晋

53. 粘膜下腫瘍様の形態を呈した壁外発育型横行結腸癌の1例

日本医科大学付属病院 消化器外科 ○香中伸太郎, 太田 竜, 横山 康行, 山田 岳史  
小泉 岐博, 進士 誠一, 高橋 吾郎, 原 敬介  
吉田 寛

日本医科大学大学院 統御機構診断病理学 内藤 善哉

54. 腎移植後の免疫抑制療法中に発見された高度リンパ管侵襲と主リンパ節転移を伴う上行結腸癌の一例

慶應義塾大学 一般・消化器外科 ○門野 政義, 茂田 浩平, 鶴田 雅士, 岡林 剛史  
石田 隆, 安藤 知史, 岩間 望, 豊田 尚潔  
山高 謙, 池端 明慶, 森田 覚, 足立 陽子  
牧野 暁嗣, 松岡 信成, 佐々木健人, 北川 雄光

55. 早期大腸印環細胞癌の一例

国立がん研究センター東病院 消化管内視鏡科 ○南出 竜典, 奥村 圭, 新村 健介, 池松 弘朗  
門田 智裕, 依田 雄介, 堀 圭介, 矢野 友規  
同 臨床腫瘍病理分野 小嶋 基寛

## 第2会場（午前の部）

### — 評価者 —

東京女子医科大学	消化器内科	田原 純子
がん研有明病院	上部消化管内科	吉水 祥一
国立がん研究センター中央病院	内視鏡科	阿部清一郎

(13) 研修医Ⅰ（食道・胃） 8:05~8:35 座長 日本医科大学付属病院 消化器内科 星 野 慎太郎

#### 56. ダビガトラン内服中に薬剤性食道炎をきたした3例

自治医科大学附属さいたま医療センター 消化器内科 ○小関 悠介, 小糸 雄大, 大竹はるか, 上原 健志  
森野 美奈, 三浦 孝也, 石井 剛弘, 藤原 純一  
関根 匡成, 浅野 岳晴, 松本 吏弘, 宮谷 博幸  
眞嶋 浩聡

#### 57. 食道癌手術後に Sister Mary Joseph nodule 再発を来した1例

防衛医科大学校病院 上部消化管外科 ○小林 和貴, 辻本 広紀, 矢口 義久, 伊藤 希  
原田 学, 土屋 智, 神津 慶多, 板崎勇二郎  
長谷 和生, 上野 秀樹

#### 58. 食道癌術後胸壁前経路のヘルニア嵌頓に続発した腹腔内腸間膜捻転の1例

東海大学 医学部 消化器外科 ○能見慎太郎, 二宮 大和, 小柳 和夫, 谷田部健太郎  
山本 美穂, 數野 暁人, 小澤 壯治

#### 59. 内視鏡的切除をしえた fundic gland polyps with dysplasia の2例

横浜市立大学附属病院 肝胆膵消化器病学 ○佐野 誠, 三澤 昇, 春日 範樹, 吉原 努  
芦苺 圭一, 鹿野鳥健二, 冬木 晶子, 大久保秀則  
日暮 琢磨, 中島 淳

#### 60. 胃癌、盲腸癌にホジキンリンパ腫を同時に合併した1例

横須賀市立うわまち病院 臨床研修センター ○浦上 雄平  
同 外科 岡田晋一郎, 松本 理沙, 高山 裕司, 中谷 研介  
菅沼 利行  
同 総合内科 福味 禎子  
同 病理検査科 飯田 真岐, 辻本 志朗

(14) 研修医Ⅱ（胃・小腸） 8:35~9:05 座長 日本大学医学部附属板橋病院 消化器・肝臓内科 春 田 明 子

#### 61. 中腸軸捻転解除術後の十二指腸静脈瘤出血をカプセル内視鏡で診断しえた一例

筑波大学 医学医療系 消化器内科 ○黒田 祥平, 鈴木 宏清, 小松 義希, 池田 貴文  
丹下 善隆, 杉山雄太郎, 永瀨 美帆, 萩原 悠也  
坏 大輔  
同 筑波大学附属病院 消化器内科  
光学診療部 奈良坂俊明, 溝上 裕士

62. 出血後早期のカプセル内視鏡診断が治療に寄与した一例

東京慈恵会医科大学葛飾医療センター 消化器・肝臓内科 ○小野寺葉子, 荒井 吉則, 遠藤 大輔, 永野 智久  
楊 英毅, 時田 愛子, 橋本 泰輔, 安藤 理孝  
小川まい子, 上田 薫, 菅原 一郎, 中田 達也  
有廣 誠二, 穂苺 厚史  
同 内視鏡部 猪又 寛子, 川原 洋輔, 加藤 正之  
東京慈恵会医科大学 消化器・肝臓内科 猿田 雅之

63. 腹部違和感で来院し超音波検査が迅速な診断に有用であった肝転移・腹膜転移を伴った胃 GIST の一例

防衛医科大学校病院 総合臨床部 ○鈴木 崇文, 大淵 康弘, 河村 優輔, 佐野あずさ  
藤井 博子, 田中 祐司  
同 上部消化管外科 辻本 広紀, 平木 修一

64. 消化管出血にて診断しえた小腸 GIST の一例

小張総合病院 消化器内科 ○國弘 泰裕, 村松 雄輔, 河添 啓介, 山下 加美  
吉井 克己  
同 外科 横山 武史

65. 胃癌切除にて改善を認めた悪性腫瘍合併皮膚筋炎の一例

東京北医療センター 臨床研修センター ○高橋 快斗  
同 外科 平田真太郎, 天野 正弘

(15) 研修医Ⅲ(小腸・IBD) 9:05~9:35 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 大竹 はるか

66. グルテンフリー食にて慢性下痢改善を認めたセリアック病の一例

東京慈恵会医科大学付属病院 ○松永 恭典, 宮崎 亮佑, 澤田 亮一, 及川 恒一  
猿田 雅之

67. 発症後短期間で早期小腸癌を合併したクローン病の1例

横浜市立市民病院 炎症性腸疾患科 ○小峰 佑奈, 小金井一隆, 辰巳 健志, 二木 了  
黒木 博介, 杉田 昭  
同 病理診断科 林 宏行  
北里大学 医学部 消化器内科学 横山 薫

68. 抗PD-1抗体投与により潰瘍性大腸炎を発症した1例

横浜市立市民病院 消化器内科 ○米井翔一郎, 諸星 雄一, 東 佑香, 今村 諭  
星 瞳, 杉本 祐一, 辻野誠太郎, 角田 裕也  
伊藤 剛, 長久保秀一, 小池 祐司, 藤田由里子  
小松 弘一  
同 病理診断科 林 宏行

69. クローン病に合併した早期大腸癌の一例

埼玉医科大学病院 総合診療内科 ○山田 俊介, 芦谷 啓吾, 宮口 和也, 中元 秀友  
同 消化管内科 大庫 秀樹, 都築 義和, 今枝 博之  
同 病理部 山田 健人, 石澤 圭介, 市村 隆也  
防衛医科大学校病院 消化器内科 東山 正明, 渡辺知佳子, 富田 謙吾, 永尾 重昭  
穂苅 量太

70. 炎症性腸疾患に合併した薬剤性睥炎3症例の検討

防衛医科大学校病院 内科学2講座 ○武川 舞子, 富岡 明, 福岡 文, 綾木 花奈  
村原 なみ, 露木 和彬, 西村 弘之, 渋谷 尚希  
八月朔日英明, 東山 正明, 渡辺知佳子, 富田 謙吾  
穂苅 量太, 永尾 重昭  
同 光学医療診療部 高本 俊介

(16) 研修医Ⅳ(小腸・大腸・他) 9:45~10:15 座長 防衛医科大学校 外科学講座 阿 尾 理 一

71. 発症後短時間で腸閉塞を併発した小腸間膜脂肪膜炎の1例

横須賀市立うわまち病院 消化器内科 ○熊谷 壇, 佐藤 晋二, 小宮 靖彦, 森川瑛一郎  
秋間 崇, 池田 隆明  
同 外科 高山 裕司, 菅沼 利行  
同 病理検査科 飯田 真岐, 辻本 志朗

72. 保存的に加療した門脈ガス血症を伴う食餌性イレウスの1例

公益財団法人 横浜勤労者福祉協会 汐田総合病院 ○山村みつ江, 鈴木 孝之, 村山 健二, 長谷部行健  
東邦大学大森病院 一般消化器外科 岡田 嶺

73. 腹腔鏡下に切除した低異型度虫垂粘液性腫瘍の1例

東京都立広尾病院 外科 ○堀澤 伸, 小林 宏寿, 菊池 亨, 山下 大和  
北村 圭, 織田福一郎, 増田 大機, 太田 俊介  
野口 典男, 田中 道雄, 常深あきさ

74. Sister Mary Joseph 結節を契機に発見された原発性腹膜癌の1剖検例

新松戸中央総合病院 消化器・肝臓内科 ○今峰衣理香, 遠藤 慎治, 大原まみか, 與座喜一郎  
塙 紀子, 米澤 健, 伊藤 禎浩, 井家麻紀子  
安部 宏, 清水 晶平, 加藤 慶三

75. 睥粘液癌による腹膜偽粘液腫の1剖検例

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

(17) 研修医Ⅴ(大腸) 10:15~10:45 座長 防衛医科大学校 内科学(消化器) 和 田 晃 典

76. 肝膿瘍-結腸瘻に対してOTSCにより閉鎖しえた一例

国立病院機構 災害医療センター 消化器内科 ○針谷 祐輔, 佐々木善浩, 木谷 幸博, 上條 孟  
島田 祐輔, 石坂 俊二, 大野 志乃, 川村 紀夫  
同 消化器外科 若林 和彦, 伊藤 豊

77. 内視鏡的に進行大腸癌の様相を示した集簇する早期大腸癌の一例

川口市立医療センター 消化器外科 ○佐々木 奏, 石田 航太, 鎌田 哲平, 堀内 堯  
原 圭吾, 柳 舜仁, 伊藤 隆介, 中林 幸夫

78. 上行結腸癌術後異時性孤発性胃壁転移の1例

自治医科大学附属さいたま医療センター ○兼光 梨奈, 笠原 尚哉, 相澤 栄俊, 遠藤 裕平  
加藤 高晴, 野田 弘志, 鈴木 浩一, 山田 茂樹  
力山 敏樹

79. 大腸癌の転移性脳腫瘍に対し集学的治療を試みた5例の検討

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

80. ニボルマブ投与中に急性腸炎を発症した一例

慶應義塾大学病院 初期研修医 ○佐藤 萌  
同 消化器内科 脇坂 悠介, 津軽 開, 平田 賢郎, 三上 洋平  
水野 慎大, 筋野 智久, 須河 恭敬, 長沼 誠  
金井 隆典  
同 腫瘍センター 浜本 康夫, 高石 官均  
慶應義塾大学 医学部 病理学教室 前原 純樹

(18) 研修医Ⅵ(肝) 10:45~11:15

座長 新東京病院 消化器外科 星 川 真有美

81. 黄疸を伴った梅毒性急性肝炎の一例

行田総合病院 ○平澤 桃子, 松平 慎一, 川原林伸昭, 橋本 良明

82. 肝硬変に乳び胸水を合併した1例

筑波記念病院 消化器内科 ○米倉みなみ, 添田 敦子, 大塚公一郎, 岩井健太郎  
小林真理子, 越智 大介, 池澤 和人  
同 放射線科 高橋 信幸  
同 呼吸器外科 神山 幸一

83. 肝不全に至った骨髄性プロトポルフィリン症の1例

東京大学医学部附属病院 消化器内科 ○関口真理子, 黒崎 滋之, 中塚 拓馬, 建石 良介  
小池 和彦  
同 肝胆膵外科・人工臓器移植外科 真木 治文, 金子 順一, 赤松 延久, 長谷川 潔

84. 胸膜播種を伴う肝悪性腫瘍との鑑別に苦慮した肝炎症性偽腫瘍の一例

横浜市立大学附属病院 腫瘍科 ○滝澤 亜矢, 小林 規俊, 竹田 雄馬, 徳久 元彦  
廣島 幸彦, 後藤 歩, 本多 靖, 小川 祐二  
今城 健人, 米田 正人, 桐越 博之, 齋藤 聡  
中島 淳, 市川 靖史

85. 外傷性破裂を来した肝細胞癌の1例

東京慈恵会医科大学 医学部 外科学講座肝胆膵外科 ○大木悠太郎, 塩崎 弘憲, 中島 啓吾, 丸口 暁  
白井 祥睦, 安田 淳吾, 古川 賢英, 恩田 真二  
後町 武志, 柴 浩明, 石田 祐一  
同 消化器外科 矢永 勝彦

(19) 研修医Ⅶ(肝・胆・膵) 11:15~11:45 座長 伊勢崎市民病院 内科 松井 綾子

86. 肝細胞癌腹膜播種破裂に対し切除を施行した一例

がん・感染症センター都立駒込病院 肝胆膵外科 ○佐々木直迪, 脊山 泰治, 大目 佑介, 武藤 純  
土井 愛美, 柳 新太郎  
同 肝臓内科 今村 潤  
同 病理科 堀口慎一郎

87. 遠位部胆管原発癌肉腫の一切除例

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

88. 胆嚢癌との鑑別を要した Intracystic papillary neoplasm の一例

防衛医科大学校病院 肝胆膵外科 ○山形 美里, 永生 高広, 青笹 季文, 藤沼 八月  
恒成 崇純, 加藤 透, 矢口 義久, 平木 修一  
辻本 広紀, 梶原 由規, 神藤 英二, 上野 秀樹  
防衛医科大学校 病理学講座 緒方 衝

89. 左眼の視野障害より膵臓癌の診断となった一例

がん研究会有明病院 肝胆膵内科 ○中嶋 悟, 武田 剛志, 佐々木 隆, 谷口 孝伸  
澤田 雅志, 金田 遼, 松山 真人, 尾阪 将人  
笹平 直樹

90. FOLFIRONOXにより縮小が得られ、上腸間膜動静脈合併切除再建で根治切除可能となった局所進行膵頭部癌の1例

新東京病院 外科 ○矢内 香織, 星川真有美, 山本 順司  
防衛医科大学校 外科学講座 野呂 拓史, 青笹 季文, 永生 高広, 辻本 広紀  
梶原 由規, 神藤 英二, 長谷 和生, 上野 秀樹

## 第2会場（午後の部） 一般演題

(20) 大腸・IBD 14:05~14:35 座長 横浜市立市民病院 炎症性腸疾患科 黒木博介

### 91. 5-ASA 不耐の潰瘍性大腸炎の一例

東邦大学医療センター大森病院 消化器内科 ○榎本 有里, 福士 剛蔵, 新井 典岳, 小林 俊介  
山本 慶郎, 鳥羽 崇仁, 山口 和久, 五十嵐良典

### 92. IgA 腎症による維持透析中に発症した潰瘍性大腸炎の手術例

東京医科歯科大学大学院 消化管外科 ○青柳 康子, 松山 貴俊, 茂原 富美, 齋藤 稔史  
福与 涼介, 山本 雄大, 高岡 亜弓, 馬場 裕信  
菊池 章史, 山内 慎一, 絹笠 祐介

### 93. 腹腔鏡補助下腹会陰式直腸切断術を施行したクローン病複雑痔瘻の一例

帝京大学 外科  
帝京 IBD センター ○松田 圭二, 島田 竜, 小澤 毅士, 端山 軍  
土屋 剛史, 野澤慶次郎, 橋口陽二郎  
帝京大学 外科 大野 航平, 岡田 有加, 八木 貴博, 福島 慶久  
堀内 敦  
帝京大学医学部附属病院 病理診断科 笹島ゆう子, 近藤 福雄  
帝京大学 内科  
帝京 IBD センター 青柳 仁, 磯野 朱里, 阿部浩一郎, 小田島慎也  
山本 貴嗣

### 94. 膀胱全摘術・新膀胱造設術後の直腸癌患者に対し、Trans-anal total mesorectal excision を施行した2例

国立がん研究センター東病院 大腸外科 ○鈴木 優之, 塚田祐一郎, 今泉 健, 池田 公治  
西澤 祐吏, 佐々木剛志, 伊藤 雅昭

### 95. 食道癌・胃癌治療後に指摘され腹腔鏡下回盲部切除術を行った低異型度虫垂粘液性腫瘍の1例

千葉県がんセンター 食道・胃腸外科 ○外岡 亨, 滝口 伸浩, 池田 篤, 早田 浩明  
星野 敢, 郡司 久, 川原 健治, 鍋谷 圭宏

(21) 肝 14:35~14:59 座長 自治医科大学 内科学講座 消化器内科学部門 渡邊俊司

### 96. 多発性骨髄腫の治療中に輸血によるE型急性肝炎を生じた1例

防衛医科大学校病院 内科学2講座 ○福間 文, 富岡 明, 武川 舞子, 石川麟太郎  
植田 浩貴, 大黒 拓磨, 岡寄 惣也, 八月朔日秀明  
東山 正明, 渡辺知佳子, 富田 謙吾, 穂苅 量太  
同 光学医療診療部 高本 俊介, 永尾 重昭

### 97. PIVKA-II 高値を示し、組織学的に高度な褐色顆粒の沈着を認めた分類不能型肝細胞腺腫の1例

群馬大学 大学院医学系研究科 総合外科学講座 肝胆臓外科分野 ○星野 弘毅, 新木健一郎, 村主 遼, 萩原 慶  
山中 崇弘, 石井 範洋, 塚越真梨子, 五十嵐隆通  
田中 寛, 渡辺 亮, 久保 憲生, 播本 憲史  
調 憲  
佐賀大学 医学部 病因病態科学 診断病理学分野 相島 慎一

98. 肝嚢胞から発生した肝嚢胞腺癌の1例

独立行政法人国立病院機構東京病院 ○佐藤 宏和, 染村 祥, 鈴木 真由, 上司 裕史  
喜多 宏人

99. 肝転移腫瘍内出血により出血性ショックをきたした胃 GIST 肝転移再発の1例

国立国際医療研究センター 消化器内科 ○小森 志織, 小島 康志, 粟飯原隼人, 住田 純子  
泉 敦子, 小林 桜子, 濱田麻梨子, 松下 祐紀  
久田 裕也, 大武 優希, 大久保栄高, 渡辺 一弘  
野崎 雄一, 永田 尚義, 横井 千寿, 小早川雅男  
柳瀬 幹雄, 秋山 純一  
同 肝胆膵外科 竹村 信行  
同 中央検査科 猪狩 亨

(22) 肝・胆 14:59~15:17 座長 獨協医科大学 医学部 内科学 (消化器) 講座 岩 崎 茉莉

100. 弁置換術後に発生した心静止の蘇生後に肝損傷を認めた一例

新東京病院 外科 ○新 みゆき, 山本 順司, 星川真有美

101. ウルソデオキシコール酸錠にて溶解しえた胆嚢偽胆石1例

横浜旭中央総合病院 外科 ○金 龍学, 岡本 成亮, 田中茉莉子, 筋師 健  
佐藤 良平, 高梨秀一郎, 早稲田正博, 石田 康男  
鈴木哲太郎

102. 肝門部領域胆管癌に対して胆管ステント留置後に生じた肝被膜下巨大 biloma の一例

東京ベイ・浦安市川医療センター 消化器内科 ○高崎 哲郎, 宮垣 亜紀, 山口恵梨子, 吉岡 翼  
瀬川 翔, 山田 徹, 藤岡 健人, 岡本 梨沙  
齊藤 啓, 本村 廉明

(23) 膵・他 15:17~15:35 座長 順天堂大学 医学部 消化器内科 中 寺 英 介

103. 12年の長期経過観察中に悪性化したと考えられる膵粘液嚢胞性腫瘍の一例

自治医科大学 消化器・一般外科 ○高橋 礼, 笹沼 英紀, 三木 厚, 森嶋 計  
吉田 淳, 遠藤 和洋, 佐久間康成, 堀江 久永  
細谷 好則, 北山 丈二, 佐田 尚宏  
同 病理診断部 池田恵理子, 福島 敬宜

104. 診断に苦慮した巨大副脾の1例

順天堂大学 下部消化管外科 ○松澤 宏和, 百瀬 裕隆, 萩原 俊昭, 雨宮 浩太  
土谷 祐樹, 茂木 俊介, 牧野有里香, 青木 順  
岡澤 裕, 水越 幸輔, 河合 雅也, 宗像 慎也  
石山 隼, 杉本 起一, 神山 博彦, 高橋 玄  
小島 豊, 富木 裕一, 坂本 一博

105. KM-CART(改良型腹水濾過濃縮システム)による大量腹水に対する積極的症狀緩和

要町病院 腹水治療センター ○松崎 圭祐

## 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
355	加藤直也 (千葉大学大学院医学研究院 消化器内科学)	7月13日(土)	東京 海運クラブ	3月27日～ 4月24日予定
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 シェンパツハ・サポー	10月30日～ 12月4日予定
359	浦岡俊夫 (群馬大学大学院医学系研究科内科学講座 消化器・肝胆内科学分野)	4月11日(土)	東京 海運クラブ	2020年1月8日～ 2月12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・肝臓内科)	6月30日(日)	東京 シェンパツハ・サポー	6月11日(火)
35	宮地和人 (獨協医科大学日光医療センター 外科)	11月10日(日)	東京 シェンパツハ・サポー	未定

## 次回(第355回)例会のお知らせ

期 日：2019年7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：「横断的進行がん治療の幕開け：ICIとTKI(仮)」

演者：山梨県立病院機構(県立中央・北病院)理事長、東京大学名誉教授 小俣 政男  
司会：千葉大学大学院医学研究院 消化器内科学 教授 加藤 直也

ランチョンセミナー：「アルコール性肝障害up-to-date：ハームリダクションへの展開(仮)」

演者：三重大学大学院医学系研究科臨床医学講座 消化器内科学 教授 竹井 謙之  
司会：独立行政法人 地域医療機能推進機構 船橋中央病院 院長 横須賀 收

第13回ハンズオンセミナー「腹部エコーの基本手技」

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

\*10:00～12:00(2時間一枠)を予定しております。

\*詳しくは、日本消化器病学会ホームページにてご案内させていただきます。

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

\*参加費は無料です。

\*本学会の会員でない研修医、子育て中の女性医師も受講できます。

当番会長：加藤 直也(千葉大学大学院医学研究院 消化器内科学 教授)

〒260-8670 千葉県千葉市中央区亥鼻1-8-1

TEL: 043-226-2083

事務局長：千葉 哲博(千葉大学大学院医学研究院 消化器内科学)

### ◆研修医・専修医セッションについて◆

研修医(例会発表時に卒業2年迄)および専修医(例会発表時に卒業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 長谷川 潔**

日本消化器病学会関東支部 第34回教育講演会ご案内  
(日本消化器病学会専門医制度：18単位)

日時：2019年6月30日(日) 9:00～16:30(予定)  
会場：シェンバツハ・サボア(〒102-0093 東京都千代田区平河町2-7-4 電話：03-3261-8386)  
会長：川本 智章(日本医科大学 消化器・肝臓内科)  
主 題：「消化器診療up date ー診断・治療の現状と展望ー」

- ◆開会の辞◆川本 智章(第34回教育講演会会長)
- ◆講演◆「肝疾患におけるサルコペニアと栄養・運動療法」  
講師：川口 巧(久留米大学医学部 内科学講座 消化器内科部門)  
司会：池嶋 健一(順天堂大学大学院医学研究科 消化器内科学)
- ◆講演◆「食道表在癌 ー診断・治療のup dateー」  
講師：有馬美和子(埼玉県立がんセンター 内視鏡科)  
司会：岩切 勝彦(日本医科大学 消化器内科学)
- ◆講演◆「早期胃癌診療の現状と展望」  
講師：貝瀬 満(日本医科大学付属病院 消化器・肝臓内科)  
司会：河合 隆(東京医科大学 消化器内視鏡学)
- ◆講演◆「膵癌に対する最新の診断・治療戦略」  
講師：糸井 隆夫(東京医科大学 消化器内科)  
司会：玉田 喜一(自治医科大学 消化器内科)
- ◆講演◆「下部消化管機能異常-その病態と治療-」  
講師：福土 審(東北大学病院 心療内科、東北大学大学院医学系研究科 行動医学分野)  
司会：永原 章仁(順天堂大学医学部附属順天堂医院 消化器内科)
- ◆講演◆「小腸疾患診療の最前線」  
講師：山本 博徳(自治医科大学 内科学講座)  
司会：緒方 晴彦(慶應義塾大学医学部 内視鏡センター)
- ◆講演◆「転換期を迎えるわが国のがん診療～がんゲノム医療の幕開けと今後の展望～」  
講師：中釜 齊(国立研究開発法人 国立がん研究センター)  
司会：菅野健太郎(自治医科大学)
- ◆講演◆「薬物療法の進歩により変わった肝細胞がんの治療戦略」  
講師：黒崎 雅之(武蔵野赤十字病院 消化器科)  
司会：池田 公史(国立がん研究センター東病院 肝胆膵内科)
- ◆講演◆「早期大腸がん ー診断・治療の現状と課題 AIも含めてー」  
講師：斎藤 豊(国立がん研究センター中央病院 内視鏡科)  
司会：石田 秀行(埼玉医科大学総合医療センター 消化管・一般外科)
- ◆支部長挨拶◆長谷川 潔(東京大学大学院医学系研究科 臓器病態外科学 肝胆膵外科、人工臓器・移植外科)
- ◆閉会の辞◆川本 智章(第34回教育講演会会長)

参加方法：事前登録制となりますので、2019年6月11日(火)までに関東支部ホームページの参加登録から、お申し込み下さい。

参加費(5,000円、テキスト代含む)は事前振込となります。

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

※定員になり次第、締め切らせて頂きます。(定員500名)

更新単位：18単位

※専門医更新単位登録票への確認印の押印は、開会の辞から閉会の辞までご参加いただいた方に限ります。

なお、専門医更新単位登録票確認印の受付は、閉会の辞終了後から開始いたします。

問合せ先：日本消化器病学会関東支部第34回教育講演会 運営事務局  
(株) サンプラネット内 担当：高橋、宮川  
〒112-0012 東京都文京区大塚3-5-10 住友成泉小石川ビル6F  
TEL 03-5940-2614 FAX 03-3942-6396  
E-mail：kantok34@sunpla-mcv.com

# 1 44歳女性のCMV初感染に伴う伝染性単核球症の一例

東京通信病院 消化器内科  
鈴木祥代, 江崎珠里, 古谷建悟, 安部佑里恵, 高岡真也, 加藤知爾, 小林克也, 関川憲一郎, 橋本直明, 光井 洋

【症例】44歳女性【現病歴】入院3週間前に38℃の発熱が4日間続いた。その後、日中は解熱するものの夕方になると38℃まで発熱することが続いた。入院2週間前から乾性咳嗽が出現した。入院1週間前には咳嗽が改善したが心窩部鈍痛が出現し、近医での採血で肝胆道系酵素の上昇を認め、食思不振も出現した。当科紹介受診し、精査加療目的に入院となった。【入院後経過】入院時採血では前医のデータと比較して肝胆道系酵素は改善傾向ではあったが高値(ALP 666IU/L,  $\gamma$ -GTP 211 IU/L)であり、異形リンパ球の増加(16%)も認めた。心エコーで心内膜炎は否定的で、上部消化管内視鏡でも異常所見は認めなかった。ウイルス感染、膠原病、悪性腫瘍、結核などは採血結果から否定的であったが、CMVのIgGおよびIgM、C7-HRPがいずれも陽性で、CMVの初感染に伴う伝染性単核球症と診断した。安静で肝胆道系酵素は改善傾向で、入院4日目以降は解熱した。経過良好のため入院12日目に退院となった。【考察】本症例では40歳代の女性がCMV初感染に伴い伝染性単核球症を発症した。伝染性単核球症の原因の90%以上はEBVによるものだが、約5%でCMV感染が原因となっている。日本では人口の90%以上が成人になるまでにCMVの初感染を受け、そのほとんどが不顕性感染として経過する。しかし近年、生活環境の整備が進み乳幼児期の水平感染が減少したため、若年者の抗体保有率が80%から60%まで低下している。そのため、今後は、本症例のように中高年でのCMV初感染に伴う伝染性単核球症が増加すると考えられる。

伝染性単核球症, サイトメガロウイルス

# 3 サイトメガロウイルス腸炎合併により治療に難渋した自己免疫性肝炎の1例

埼玉医科大学 消化器内科・肝臓内科<sup>1)</sup>, 同 中央病理診断部<sup>2)</sup>  
倉田隼人<sup>1)</sup>, 中山伸朗<sup>1)</sup>, 浅見真衣子<sup>1)</sup>, 坂本朋之<sup>1)</sup>, 鈴木隆信<sup>1)</sup>, 齊藤陽一<sup>1)</sup>, 内田義人<sup>1)</sup>, 藤井庸平<sup>1)</sup>, 打矢 紘<sup>1)</sup>, 中澤 学<sup>1)</sup>, 安藤さつき<sup>1)</sup>, 菅原通子<sup>1)</sup>, 中尾将光<sup>1)</sup>, 本谷大介<sup>1)</sup>, 今井幸紀<sup>1)</sup>, 富谷智明<sup>1)</sup>, 金 玲<sup>2)</sup>, 石澤圭介<sup>2)</sup>, 山田健人<sup>2)</sup>, 持田 智<sup>1)</sup>

72歳の女性。4日前からの食欲不振で前医を受診したところ、肝機能障害を認め、当科に紹介された。AST 694 U/L, ALT 530 U/L, T. Bil 13.1 mg/dL, PT 61%, IgG 1,904 mg/dL。入院させ、肝生検を実施した。肝の病理組織所見では、門脈域にリンパ球浸潤を主体とし、形質細胞浸潤も伴うinterface hepatitisを認め、自己免疫性肝炎と診断した。プレドニゾン (PSL) 40mg/日の経口投与を開始した。AST 26 U/L, ALT 40 U/L, T. Bil 1.3 mg/dL, PT 86%に改善し、10日後、PSL 30 mgに減量し、退院とした。30日後からPSL 20 mgに減量したところ、徐々に両側下肢の浮腫が出現した。14日後、PSL 17.5 mgに減量したが、倦怠感と食欲不振を自覚し、9日後に救急搬送されて再入院となった。Alb 2.2 mg/dL, AST 61 U/L, ALT 110 U/L, T. Bil 1.9 mg/dL, PT 71%, 末梢血でサイトメガロウイルス (CMV) アンチゲネミア陽性。下部消化管内視鏡検査で回盲部にびらん状の所見あり、同部位の生検検体は、CMV抗原陽性の大型核を有する間質細胞を認めた。蛋白漏出シリンチで腸管への蛋白漏出を確認した。CMV腸炎と診断し、ガンシクロビル 400mg/日を開始し、CMVアンチゲネミアの陰性化を確認して、3週間の投与で終了した。しかし、その後も食欲不振は改善せず、18日後には大量の下血が出現した。下部消化管内視鏡検査では、パウロウ弁から口側30 cmの小腸に潰瘍を認めた。出血源は同部位より口側とみられたが、低栄養状態が進行しており、小腸内視鏡による止血は困難と判断された。連日の輸血の甲斐なく、3日後に永眠した。死亡2日前の検体でCMVアンチゲネミアの再陽性化が、死後に報告された。自己免疫性肝炎に対しては、PSLやアザチオプリンによる免疫抑制薬の有用性が高く、本邦では予後良好とされている。本症例はPSLに対する反応は良好であったが、CMV腸炎により急性増悪し、治療に難渋した教訓的症例として報告する。

自己免疫性肝炎, サイトメガロウイルス腸炎

# 2 顆粒球吸着療法が有効であった重症型アルコール性肝炎の一例

帝京大学 医学部 内科  
田村大和, 八木みなみ, 松本康佑, 青柳 仁, 磯野朱里, 三浦 亮, 阿部浩一郎, 有住俊彦, 相磯光彦, 小田島慎也, 淺岡良成, 山本貴嗣, 田中 篤

既往歴の無い47歳女性。201X年6月上旬から食思不振、38℃の発熱、咳嗽を認め6月下旬に近医を受診したところ黄疸を認め血液検査を行なった。WBC 12190/ $\mu$ L, T-Bil 8.2 mg/dl, AST 109 U/L, ALT 26 U/L, ALP 334 U/L, PT 43.7%, CTでは肝腫大を認めた。缶チューハイ2L/日のアルコール多飲歴があり、他ウイルス・自己免疫性疾患は否定的であったことから重症型アルコール性肝炎と診断され近医入院となった。安静にて経過観察されていたが、入院後も尿量低下・全身浮腫が増悪しWBCやビリルビンも上昇傾向で、入院当初は8点であったJapan Alcoholic Hepatitis Score (JAS)が、第7病日にはJAS 10点まで増悪した。第9病日からプレドニゾン40 mg/day開始も反応に乏しくT-Bil 12 mg/dl, WBC 29020/ $\mu$ Lと病状の悪化続くことから顆粒球吸着療法などの検討が必要と判断され第14病日に当院転院搬送となった。第19病日に呼吸状態の悪化があり急性呼吸急迫症候群 (ARDS)と診断、ICUに転棟となり昇圧剤持続投与、BiPAP管理となった。同日より血漿交換1回、顆粒球吸着療法を計4回施行し徐々に病態は改善、第24病日に一般病棟管理まで改善した。胸腹水のコントロールなど保存的に経過観察を行っていたが、T-Bil 2.72 mg/dl, PT 70%までの回復を認めたため第55病日に退院となった。今回我々は重症型アルコール性肝炎に顆粒球吸着療法を含めた集学的治療を行うことで救命した一例を経験した。重症型アルコール性肝炎の多くは1ヶ月以内に死亡する予後不良の疾患である。現時点ではガイドラインは存在せず、確立された治療法は存在しないが、近年血漿交換や顆粒球吸着療法などの集学的治療により治療成績は徐々に向上が見られている。アルコール性肝炎に顆粒球吸着療法は保険適応がないため施行例が少なく、貴重な症例と考え文献的考察を交え報告する。

重症型アルコール性肝炎, 顆粒球吸着療法

# 4 トロンボモジュリン製剤とメチルプレドニゾロンの併用により改善した薬物の関与が疑われる肝臓洞閉塞症候群の一例

自衛隊中央病院 内科<sup>1)</sup>, 国家公務員共済組合連合会 三宿病院 一般内科<sup>2)</sup>, 自衛隊中央病院 外科<sup>3)</sup>, 国家公務員共済組合連合会 三宿病院 外科<sup>4)</sup>, 自衛隊中央病院 病理課<sup>5)</sup>  
田畑早季子<sup>1)</sup>, 三好優香<sup>1,2)</sup>, 上田直之<sup>1)</sup>, 阿部信次郎<sup>1,2)</sup>, 又木紀和<sup>1,2)</sup>, 真方良彦<sup>2)</sup>, 近藤壽郎<sup>2)</sup>, 久保 徹<sup>3,4)</sup>, 猛尾弘昭<sup>5)</sup>

【症例】71歳女性【主訴】発熱【現病歴】X年7月直腸癌に対し腹腔鏡下低位前方直腸切除術。9月12日よりUFT+LV療法を開始。9月30日39度台の発熱を主訴に当科受診。検査では異常を認めなかったが、経過観察目的で入院。【既往歴】甲状腺機能低下症、骨粗鬆症【家族歴】父・娘：糖尿病、母：甲状腺機能低下症、妹：パーキンソン病【入院後経過】入院第2病日の血液検査で肝遊離酵素の上昇と炎症反応出現。第3病日の腹部超音波検査で門脈血流の著明な低下を認めた。造影CTでは、肝実質のニクック様造影斑、periportal cuffing、肝静脈狭小化、肝脾腫、胆嚢造影肥厚、腹水を認めた。画像所見、直腸癌術後化学療法中であること、骨粗鬆症治療でバゼドキシフェン (BZA) 内服中の為血栓を惹起しやすい状態にあることから肝臓洞閉塞症候群 (SOS)を疑った。血液検査で肝遊離酵素の更なる増悪だけでなく、凝固機能低下、血小板減少、腎機能低下等も出現し、夕にはショック状態となった。ショック対策を施しつつ、同日よりトロンボモジュリン製剤 (rTM) 16000U/日とメチルプレドニゾン (MPSL) 50mg $\times$ 2/日にてSOSに対する治療を開始。第6病日には超音波検査で門脈血流の改善を確認。血液検査の改善もあり、それらは5日間の投与で終了とした。第10病日実施の経頸静脈的肝生検でSOSに矛盾しない結果が得られた。経過良好にて第14病日に退院。【考察】SOSは、本邦では造血幹細胞移植に伴う合併症として遭遇することが多いが、消化器領域では大腸癌に対する化学療法中に生じることが知られる。主にオキサリプラチン投与時に生じ、UFT+LV療法による報告はほとんどない。本症例ではBZAも内服しており血栓形成が助長された可能性がある。欧米ではデフィプロタイドが第一選択薬となっているが、本邦では未だ使用できない為、既報で有効性が示唆されるrTMとMPSLの併用で良好な経過が得られたことは意義深い。【結語】rTMとMPSLの併用により改善した薬物の関与が疑われるSOSの一例を経験したので若干の文献的考察を加え報告する。

肝臓洞閉塞症候群, リコモジュリン

## 5 溶血発作で発症し、肝移植で救命し得た急性肝不全の1例

東海大学 医学部 消化器内科<sup>1)</sup>、  
慶應義塾大学 医学部 消化器外科<sup>2)</sup>  
萩原直樹<sup>1)</sup>、鶴谷康太<sup>1)</sup>、横田 将<sup>1)</sup>、広瀬俊治<sup>1)</sup>、篠田昌宏<sup>2)</sup>、  
峯 哲哉<sup>1)</sup>、加川建弘<sup>1)</sup>

【症例】15歳女性。既往歴や家族歴に特記すべきものはない。201X年2月に上気道症状があり、内服処方された。近医にて施行された血液検査にて肝障害を指摘。同年4月に前医を紹介受診し、肝障害の悪化はなく経過観察されていた。7月の再診時に黄疸の出現、PT%の低下の認め、精査加療目的に当院へ紹介となった。【経過】入院時の血液検査では肝胆道系酵素の上昇(AST 117U/L、ALT 31U/L、GGT 318U/L、ALP 109U/L)と間接型有意のビリルビン上昇(TBil 19.2mg/dl、D-Bil 11.5mg/dl)、貧血(Hb 9.3g/dl)、凝固異常(PT 40%)を認めた。Coombs試験は陰性であった。羽ばたき振戦は認めず、意識障害や錐体外路症状を認めなかった。入院翌日に経頸静脈的肝生検を施行した。肝病理像は、膠原線維束が標本を縦断しており、偽小葉を形成していると考えられた。また、門脈域にリンパ球と形質細胞の浸潤を認めた。さらに肝細胞の脱落壊死や、肝細胞の膨化を認め、高度にリンパ球の浸潤を認めた。入院4日目には意識障害は認めないものの、著明な黄疸(T-Bil 45.0mg/dl)や貧血の進行(Hb 4.8g/dl)、凝固異常(PT 16%)、腎機能障害(Cr 1.27mg/dl)を呈した。同日より血漿交換を開始した。血中銅は118 $\mu$ g/dlと基準範囲であり、Kayser-Fleischer輪は認めなかった。しかし、セロプラスミンは11mg/dlと低下し、24時間蓄銅量は13680 $\mu$ g/dayと高値であり、急性肝不全とCoombs陰性溶血性貧血の原因としてWilson病の可能性が高いと考えられた。New Wilson index for mortality 16点と高値であり、肝移植が必要と考えられた。入院6日目に肝移植のため転院とし、生体肝移植を施行され救命した。【考察】本症例は術後にWilson病と診断された。急性肝不全型では、肝細胞からの流出による血中銅の上昇や、急性炎症蛋白であるセロプラスミンの増加がみられることもあり、Wilson病を診断するのは容易ではない。比較的稀なWilson病であるが、臨床症状は非常に多彩であり、また肝障害の病像は様々であるが、肝不全の原因として特に若年例では念頭におく必要がある。

Wilson病, 溶血性貧血

## 7 肝細胞癌術後8年で発症した、肝細胞癌と肝内胆管癌の同時性重複癌の1例

新東京病院 消化器外科  
新實優卓、星川真有美、新みゆき、佐治雅史、砂川秀樹、松本 寛、  
岡部 寛、本田五郎、山本順司

【諸言】肝細胞癌と肝内胆管癌が肝内に非連続性に発生する重複癌は稀な病態であり、単独の肝細胞癌、肝内胆管癌と比較して予後不良である。今回我々は、肝細胞癌術後8年を経過して発症した、肝細胞癌と肝内胆管癌の同時性重複癌の1例を経験した。【症例】78歳男性、適正飲酒量、B・C型肝炎ウイルス感染なし。70歳時に肝細胞癌に対して肝S5亜区域切除(T1N0M0StageI, SM(-))を施行されたほか、肺腺癌に対して右肺下葉部分切除、前立腺癌に対して放射線治療の既往歴を有する。他院での肺癌フォロー中に腫瘍マーカーの上昇(CA19-9 104 U/ml)、PET-CTでの肝S5への集積(SUVmax 8.56)を指摘され当院を受診した。造影CT・EOB-MRIの結果、肝S1に長径27mmの遅延性造影効果を伴う腫瘍、S7に早期濃染する長径10mmの腫瘍を認めた。腫瘍マーカーはCA19-9 460 U/mlと高値、AFP・PIVKA-2は正常値であった。各種検査所見から肝内胆管癌(S1)を疑い、S7の病変も併せて肝外胆管切除を伴う拡大右肝切除術を施行した。術後は合併症なく経過し、POD24に退院となった。病理組織診断はS1肝内胆管癌(T2(22x17mm, vp0, va0, b2)N0M0StageII, SM(-))、S7肝細胞癌(T1(10x10mm, vp0, vv0, b0)N0M0StageI, SM(-))、非癌部所見(0)の診断であった。【考察】肝細胞癌と肝内胆管癌の重複癌では、B型やC型肝炎ウイルス感染やアルコール性肝炎を背景とする例が多く報告されている。本症例は正常な背景肝に、肝細胞癌切除術後の再発として同時性重複癌を発症したという点において極めて稀であると考えられる。肝細胞癌と肝内胆管癌の重複癌の発症に関して文献的考察を加えて報告する。

肝細胞癌, 肝内胆管癌

## 6 肝血管肉腫との鑑別が困難であった肝紫斑病の1剖検例

北里大学 消化器内科  
伊藤隆士、魚嶋晴紀、日高 央、和田尚久、窪田幸介、田中賢明、  
渋谷隆明、小泉和三郎

【諸言】肝紫斑病は、肝実質にびまん性の血液貯留腔が出現する、まれな形態異常である。良性疾患であるが、進行例では播種性血管内凝固症候群(DIC)や肝破裂をきたし、致死例も報告される。今回われわれは、画像検査上に肝血管肉腫との鑑別が困難であり、肝破裂と続発する腹腔内出血より致死的な経過に至った肝紫斑病の1剖検例を経験したので報告する。【症例】症例は70歳代女性。2018年12月に腹痛を主訴に近医を受診し、画像検査を行ったところ巨大な肝腫瘍と肝破裂が疑われたため、治療目的に当院へ紹介となった。既往歴：狭心症に対して抗血小板薬服用中。来院時血液検査所見：著名な貧血と血小板低下。腫瘍マーカーは正常範囲であった。腹部造影CT所見：肝両葉に多発する最大径160mmの不整形の腫瘍を認めた。動脈相では不均一な部分的増強効果を呈し辺縁に被膜様増強効果を認め、一部に造影剤の腹腔内漏出が認められた。以上の結果より、肝破裂とDICを合併した肝紫斑病と考えられたが、肝血管肉腫との鑑別は困難であった。肝破裂に伴う活動性出血に対して、抗血小板薬服用のため、同日緊急的に肝動脈塞栓術(TAE)が行われた。抗血小板薬中止後に肝切除術を予定していたが、止血術6日目に再度肝破裂を来し、数時間後に心肺停止状態となった。同日病理解剖を行ったところ、この胞状に拡張した腔に血液が貯留し、類洞の拡張と著明に萎縮した肝細胞が認められ、腫瘍細胞は認められず、肝紫斑病として矛盾しない結果であった。【考察】肝紫斑病は、通常無症候であるため経過観察となる例が大部分であるが、少数例に巨大肝紫斑病において囊胞破裂に伴う出血により致死経過となることが報告されている。医中誌及びPubMedにて1980年より2019年の期間に検索したところ12例の肝紫斑病からの肝破裂が報告されている。平均年齢42±13歳、男性：女性=3：9。最大腫瘍径93±31mm、DIC合併4例(33.3%)。治療法は、抗菌薬(2例)、TAE(2例)のみでは改善せず、外科手術(7例)で救命しえた例も存在するが、41.2%(5/12)で致死経過であった。

肝紫斑病, 肝血管肉腫

## 8 腹部造影超音波検査が術前診断に有用であった左肝内胆管内乳頭状腫瘍の1例

東邦大学医療センター大森病院 消化器内科<sup>1)</sup>、  
同 消化器外科<sup>2)</sup>、同 病院病理<sup>3)</sup>  
氏木萌子<sup>1)</sup>、岡野直樹<sup>1)</sup>、和久井紀貴<sup>1)</sup>、西川雄祐<sup>1)</sup>、岩田俊太郎<sup>1)</sup>、  
本田 亙<sup>1)</sup>、鈴木啓太<sup>1)</sup>、副島啓太<sup>1)</sup>、原 健三<sup>1)</sup>、若林宗弘<sup>1)</sup>、  
久保田喜久<sup>2)</sup>、大塚由一郎<sup>2)</sup>、定本聡太<sup>3)</sup>、若山 恵<sup>3)</sup>、  
五十嵐良典<sup>1)</sup>

症例は72歳女性。近医で201X年Y月のスクリーニングで施行した腹部超音波検査で左外側前枝の肝内胆管拡張とその基部にやや低エコーの腫瘍性病変が指摘された。腹部CTとMRCPを施行し肝内結石の疑いと診断されたが、胆管癌の合併も考慮されたため当院に紹介された。血液検査では肝胆道系酵素の上昇を認めず、腫瘍マーカーは正常範囲内であった。腹部超音波検査ではB3の著明な拡張と中枢胆管内に10mm程度の結石と末梢側に14×15mm大の乳頭状充実性病変を認めた。同病変部に対しソナゾイドによる造影検査では、血管相の動脈優位相で造影効果を認め、門脈優位相では造影効果の低下を認めた。また、後血管相で腫瘍の欠損像を認めた。腹部CTでは左葉外側区中核側に胆管壁の限局性肥厚を伴う狭窄と結石を認め、末梢胆管が囊胞状に拡張していた。ERCではB3は根部から描出されず、胆汁細胞診はclassIIであった。胆道鏡では左肝管本幹には明らかな異常所見を認めなかった。確定診断には至らなかったが、肝内結石を合併したB3の胆管癌疑いで尾状葉温存左肝切除+胆囊摘出術を施行した。術後は経過良好で第16病日に退院した。病理結果は直径12mm長に拡張した胆管内に7mm×4mm大の乳頭状腫瘍で、クロマチンの増量した類円形腫瘍核を有する異型細胞が乳頭状に増殖する像を認めた。周囲胆管への浸潤性増殖は確認されず、組織学的にはIntraductal papillary carcinomaと診断した。胆管内乳頭状腫瘍の診断には一般的にCTやMRIが有用とされている。今回の症例ではCTやMRIでは、肝内胆管に発生した腫瘍性病変の質的評価が困難であったが、腹部造影超音波検査を併用することで腫瘍性病変と診断することが可能であった。腹部造影超音波検査が術前診断に有用であった1例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。

肝内胆管内乳頭状腫瘍, 腹部造影超音波検査

帝京大学医学部附属溝口病院 外科<sup>1)</sup>、  
 藤田医科大学 総合消化器外科<sup>2)</sup>、  
 防衛医科大学校病院 外科学講座<sup>3)</sup>、  
 服部 豊<sup>1)</sup>、谷口桂三<sup>1)</sup>、藤田正博<sup>2)</sup>、神津慶多<sup>3)</sup>、高島順平<sup>1)</sup>、  
 渡部真人<sup>1)</sup>、藤本大裕<sup>1)</sup>、小林隆司<sup>1)</sup>、内藤善久<sup>1)</sup>、奥村武弘<sup>1)</sup>、  
 松谷哲行<sup>1)</sup>、藤野昇三<sup>1)</sup>

偽胆石症は1986年にSchaadらによってセフトリアキソン投与により胆嚢内に一過性に胆石様物質が沈殿した症例として初めて報告された。セフトリアキソンによる胆石様物質の副作用は小児例においてはよく知られているが、成人での報告例は少なく、十分に認識されているとは言い難い。今回、我々はセフトリアキソンの投与が原因と考えられる偽胆石症の一例を経験した。症例は75歳、女性。主訴は腹痛、嘔吐。現病歴は嘔吐、腹痛のため、当院救急外来来院。CTにて虫垂腫大が疑われ、虫垂炎疑いにて入院し、セフトリアキソンによる保存的治療を開始。入院4日目に炎症反応の低下は認められたものの、再検したCTにて虫垂腫大の増悪と周囲の脂肪織濃度の上昇を認めたため、当科コンサルトとなった。再検したCTにて初診時には認めなかった胆嚢内容の高吸収域を認めたため、偽胆石と診断した。同日緊急の腹腔鏡下虫垂切除術を施行。術後経過は良好で術後合併症や偽胆石による症状を起こすことなく、術後5日目に退院となった。術後2週間後のCTにて胆嚢内の胆汁濃度は正常化し、偽胆石の改善を認めた。術後5ヶ月の現在も胆石発作などの症状は認めず、経過している。今回、我々はセフトリアキソン投与に伴う偽胆石症の成人例を経験したため、若干の文献的考察を加えて報告する。

## 10

## 当院で急性膵炎と診断した急性動脈解離の2例

横浜南共済病院  
 渡部 衛、吉村勇人、石田彩花、船岡昭宏、飯塚千乃、中山沙映、  
 天野仁至、有馬 功、西郡修平、浜中 潤、岡 裕之、  
 岡崎 博

症例1は56歳男性、微熱と突然の心窩部痛を自覚し夜間救急受診をした。理学所見では腹部膨隆し、左側腹部から心窩部にかけて圧痛を認めた。血液検査で炎症反応上昇を認め、膵酵素は正常であった。造影CT検査で膵腫大はないが、膵実質は低吸収域となり、周囲の脂肪織濃度はやや高吸収域となったためやや非典型的ではあるが、急性膵炎の診断で緊急入院となった。膵石は認めず、アルコールの大量摂取歴はなかった。保存的加療となったが翌朝の画像読影結果より脾動脈内に血腫を指摘され、脾動脈解離による後腹膜血腫の診断となった。保存的加療で軽快し8日後に退院となった。症例2は57歳男性、突然の心窩部痛を自覚し救急受診をした。理学所見では心窩部に限局した圧痛を認めた。血液検査で炎症反応、膵酵素の上昇を認めた。単純CT検査で膵腫大と膵実質は低吸収域となり、周囲の脂肪織濃度はやや高吸収域となっており、急性膵炎と診断した。膵石は認めず、アルコール大量摂取歴はなかった。入院翌日に造影CT検査を行ったところ、腹腔動脈解離を認め、一連の原因として考えた。保存的加療で14日後に退院となった。急性膵炎の画像検査では膵実質と比較して周囲の脂肪織濃度は低吸収域を示すことが知られている。2症例とも急激な発症で、CT検査で膵実質の低吸収域を呈し、周囲の脂肪織濃度は高吸収域となっていたことから典型的とは異なっていたが急性膵炎と診断した急性動脈解離を経験したため報告する。

急性膵炎、動脈解離

## 11

## バイアバーンにより治療した慢性膵炎による仮性動脈瘤の一例

昭和大学江東豊洲病院 消化器センター  
 國田康輔、野村憲弘、司馬信一、佐久間大、佐藤 雅、江口潤一、  
 伊藤敬義、井上晴洋

【症例】61歳男性 【既往】高血圧、高尿酸血症、慢性膵炎【現病歴】吐血にて当院に救急搬送、緊急入院となる。吐血の原因は胃噴門部のA2stageの消化性潰瘍であり、内視鏡的止血術をおこなった。スクリーニング全身CTにて肝硬変、門脈圧亢進症、慢性膵炎急性増悪、著明な主膵管の拡張、多発膵石、総肝動脈から固有肝動脈にかけて多発する動脈瘤を認めた。膵炎に対しては保存的加療にて軽快傾向であった。一方、急性膵炎の炎症の波及による動脈瘤破裂の危険性があったため、ERCPによる膵石治療よりも多発動脈瘤を治療することを優先した。第8病日血管造影施行しCT同様仮性動脈瘤を確認。4Fシェファードフックカテーテルにて腹腔動脈を選択し、マイクロカテーテルにて胃十二指腸動脈、左肝動脈を各々コイル塞栓した。セーフティワイヤーとしていたマイクロワイヤーを右肝動脈に残し、バルーンカテーテルを抜去し、マイクロワイヤーに追随させカバードステント(バイアバーン6mm×10cm)を右肝動脈から総肝動脈に挿入し、さらにもう一本のカバードステント(バイアバーン7mm×10cm)を総肝動脈に挿入した。確認造影にて動脈瘤が消失した。途中、右肝動脈に血栓形成を認めたため、ヘパリンおよびウロキナーゼを動注し治療終了とした。その後ERCPによる膵管ドレナージもおこなった。3か月後のfollowのCTにて右肝動脈の血栓も消失していた。現在施行後1年経過しているが動脈瘤は消失しており膵炎の経過も良好である

慢性膵炎、仮性動脈瘤

## 12

## 膵体部癌の術前診断に対するEUS-FNA後のneedle tract seedingによる胃転移の1例

防衛医科大学校病院 内科学2講座<sup>1)</sup>、同 光学医療診療部<sup>2)</sup>  
 池山佳輔<sup>1)</sup>、田原寛之<sup>1)</sup>、富岡 明<sup>1)</sup>、綾木花奈<sup>1)</sup>、村原なみ<sup>1)</sup>、  
 露木和彬<sup>1)</sup>、西村弘之<sup>1)</sup>、杉原奈央<sup>1)</sup>、和田見典<sup>1)</sup>、埴 芳典<sup>1)</sup>、  
 堀内和樹<sup>1)</sup>、因幡健一<sup>1)</sup>、古橋廣崇<sup>1)</sup>、八月朔日英明<sup>1)</sup>、  
 渡辺知佳子<sup>1)</sup>、富田謙吾<sup>1)</sup>、東山正明<sup>1)</sup>、高本俊介<sup>2)</sup>、穂苅量太<sup>1)</sup>、  
 永尾重昭<sup>2)</sup>

我々は膵体部癌の術前診断のため、EUS-FNAを受けた患者が、膵体尾部切除17ヶ月後の内視鏡で噴門部～体下部の小弯～後壁に再発を認めた症例を経験した。患者は腹部CTや超音波で膵体部に11mm大の腫瘤が検出され、尾側主膵管の蛇行と5mm程度の主膵管拡張を認めた。内視鏡下で、胃体部から超音波内視鏡下穿刺吸引法(EUS-FNA)を行い、病理所見では腺癌と診断した。膵体尾部切除及びリンパ節郭清を施行し、病理所見から浸潤性膵管癌が確認された。EUS-FNAから18ヶ月後、吐血を契機に緊急内視鏡を施行したところ、噴門部～体下部の小弯～後壁の広範囲に潰瘍を伴う粘膜下腫瘍様隆起を認め、他臓器癌胃転移を疑う所見だった。粘膜や潰瘍部からの検体の病理所見は腺癌であり、既往の膵癌に類似する組織像であった。腫瘍の位置は、前回のEUS-FNAの位置と関連があることから、EUS-FNAにより生じたneedle tract seedingによる再発と診断した。EUS-FNAの増加により、needle tract seedingによる再発の報告は増加している。今回、我々はEUS-FNA後のneedle tract seedingによる胃転移の1例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。

膵癌、EUS-FNA

順天堂大学附属浦安病院

牛尾真子, 中津洋一, 降旗 誠, 磯野峻輔, 大川博基, 深見久美子, 西慎二郎, 野元勇佑, 川上智寛, 竹村勇治, 萩原伸悟, 北沢尚子, 岩本志穂, 稲見義宏, 北村庸雄, 長田太郎

【背景】 Peutz Jeghers syndrome (以下PJS)は、常染色体優性遺伝であり、第19番染色体短腕上(19p13.3)に存在するLKB1遺伝子の突然変異が病因である。PJSに膵癌が合併することは知られているが、通常は背景に慢性膵炎を合併することは無い。今回、慢性膵炎を背景に発症した膵頭部癌の一例を経験したので報告する。【症例】40歳台、男性。父親がPJS。アルコール多飲歴はない。出生時よりPJSと診断され、13歳と27歳時に、小腸過誤腫性ポリープに伴う腸重積に対して開腹手術を施行された。増悪する糖尿病を契機に当院に紹介受診となった。上・下消化管内視鏡検査では多発する過誤腫性ポリープを認めた。腹部CTで、膵実質は萎縮し多発する石灰化を認め、膵頭部に辺縁不整な腫瘍と主膵管の拡張を認めた。FNAでは、異型上皮細胞の乳頭状増殖を認めた。膵頭十二指腸切除術の方針となったが、術中所見で多発肝転移を認めたため、化学療法で加療中である。PJSに慢性膵炎を合併することは稀である。本症例の慢性膵炎の発症にLKB1遺伝子欠損が寄与した可能性が示唆されたため、PJSと慢性膵炎、発がんとの関連性について文献的考察を加え報告する。

Peutz Jeghers syndrome, 慢性膵炎

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

【症例】70歳代女性

【現病歴】201X年9月中旬より左季肋部の鈍痛と3ヶ月で6kgの体重減少があった。9月25日の近医の定期受診時にリパーゼ796U/Lと膵酵素の上昇とこれまで7%前後であったHbA1cが11%と急激な増悪を指摘された。

【検査】10月9日に前医で造影CTが施行され、膵頭部に8mmほどの淡い造影不領域を認めた。造影MRIでは9mmの頭部に拡散制限を伴う造影不良域あり、その尾側の主膵管は4mmに軽度拡張していた。EUSでは10mmほどのやや境界不明瞭、辺縁比較的整、内部エコー不均一な低エコー腫瘍として描出され、同部で主膵管の狭小化がみられた。画像所見から通常型膵癌を疑い確定診断のためEUS-FNAとERPによる膵液細胞診を施行した。膵液細胞診でclassVを得て膵癌の診断で膵頭十二指腸切除術を施行する方針とした。

【経過】入院経過中糖尿病性ケトアシドーシスを発症し、集中治療を要した。糖尿病性ケトアシドーシスの改善を待ち、11月29日に膵頭十二指腸切除術を施行した。最終病理診断は、trypsin陰性、chromogranin A陽性、Synaptophysin陽性、Ki-67陽性細胞70%で、神経内分泌細胞と腺房細胞の性質を持つことからMiNENとなり、細分類はmixed acinar-neuroendocrine carcinomaであった。膵原発のmixed acinar-neuroendocrine carcinomaはまれであり、文献的考察を含め報告する。

膵腺房細胞癌, MiNEN

那須赤十字病院 消化器内科

谷口 統, 新井由季, 江部敏生, 中田洋介, 吉田 徹, 佐藤 隆

【症例】62歳男性。2016年12月の検診胃透視にて食道粘膜の不整を指摘された。嚥下困難が出現したため、2017年5月当院を受診。上部内視鏡検査、CTにて下咽頭癌、食道癌 CePhU(T4b(気管)N2M0 stage4aと診断。他院に紹介となった。胃瘻が造設され、放射線治療に続き化学療法(5-FU+CDDP+Docetaxel)5コースが施行された。2018年7月のCTで両側胸水の増悪があり緩和療養の方針となった。9月2日頸部痛のため救急要請し当院を受診。入院加療とした。リンパ節転移による頸部痛はモルヒネにてコントロール良好となった。経口摂取は困難でありラコール<sup>TM</sup>NF配合経腸用半固形剤の胃瘻からの注入を継続した。胃瘻交換の際の造影にて2つの巨大胃石を認めた。コカ・コーラ<sup>TM</sup>500ml注入を開始し、胃石は縮小が見られた。上部内視鏡を施行したところ歯列より31cm以下に食道癌による狭窄を認めた。胃内に巨大胃石を認めるものの、やわらかく、食物残渣が固まった状態であり内視鏡的治療は見送る方針とした。食道ステントを留置。食事摂取が可能となった量が少なく、ラコール<sup>TM</sup>NF配合経腸用液及びコカ・コーラ<sup>TM</sup>500mlの注入は継続とした。11月5日退院。在宅療養とした。その後食事摂取後に咳嗽が出現するようになり、コカ・コーラ<sup>TM</sup>を含め胃瘻からの注入のみとしていた。12月3日呼吸苦のため救急要請し来院。CTでは食道癌原発巣から伸展する縦隔膿瘍を認め、胃石は消失していた。同日入院加療とし、徐々に状態悪化、12月6日永眠された。【結語】経管栄養の選択に置いて、半固形剤では液に比較して胃石の発生が多い可能性がある。コカ・コーラ<sup>TM</sup>注入で胃石が縮小後腸管へ落下、嵌頓し腸閉塞を来した症例が報告されているが、本症例では合併症無く胃石の消失が確認できた。本症例の経過に文献的考察を加えて報告する。

胃石, 半固形剤

筑波記念病院 消化器内科<sup>1)</sup>, 同 病理部<sup>2)</sup>, 同 消化器外科<sup>3)</sup> 松倉しほり<sup>1)</sup>, 添田敦子<sup>1)</sup>, 大塚公一朗<sup>1)</sup>, 岩井健太郎<sup>1)</sup>, 小林真理子<sup>1)</sup>, 越智大介<sup>1)</sup>, 臺 勇一<sup>2)</sup>, 上田和光<sup>3)</sup>, 池澤和人<sup>1)</sup>

背景：胃石は経口摂取した内容物が胃内で不溶化を受け生成され、時として胃潰瘍や穿孔、腸閉塞の原因となり得るため、適切な診断と早期治療が重要となる。治療としては、コーラ溶解療法の有効性に関して多数の報告がある。今回、胃石を合併した進行胃癌例を経験したので報告する。症例：80歳代男性。体動困難を主訴に前医に救急搬送され、著明な貧血を認めた(Hb 5.3g/dL)。上部消化管内視鏡検査(EGD)で出血性の潰瘍病変を認め、内視鏡的クリップ止血術および貧血に対する輸血療法(計14単位)が施行された。病変の内視鏡所見は巨大で辺縁不整な潰瘍であり、強く胃癌を疑うも2回の生検で悪性との診断を得なかった。2018年12月、当院での治療を希望し転院となった。当院でのEGD再検でも胃角部小弯に巨大潰瘍を認め、同時に胃内には緑黄色を呈する大きさ6cmの球状結石を確認した。患者は毎日5個の干し柿を摂取していたことから、異物は柿胃石症と診断した。まず通常の生検鉗子で破砕を加えるも困難であった。つぎにコーラ溶解療法を試みたが、高齢のためコーラの経口摂取量が少なく(平均600mL/日)、3日後のEGDでもやはり内視鏡的には破砕できなかった。同溶解療法を継続した後、2チャンネルスコープを用いて自作デバイスによる碎石を試行し、なんとか胃石の破砕が得られた。なお当院での生検では胃腺癌との病理所見を得たため、今後は外科的治療を予定している。考察：特徴的な病歴から柿胃石症と診断し、かつ異物による機械的な刺激が難治性潰瘍を形成した可能性を考え、胃石への積極的な治療を試みた。破砕に当たり工夫を加え奏功した症例であり、文献的考察を加えて報告する。

柿胃石, 胃癌

日本赤十字社医療センター 消化器内科<sup>1)</sup>、同 血液内科<sup>2)</sup>、同 病理部<sup>3)</sup>  
 福田晃史郎<sup>1)</sup>、山本信三<sup>1)</sup>、梨本淳一郎<sup>2)</sup>、佐藤広太<sup>2)</sup>、裴 有安<sup>3)</sup>、丹下圭一<sup>1)</sup>、福田麟太郎<sup>1)</sup>、松野達哉<sup>1)</sup>、野口賢作<sup>1)</sup>、鈴木裕史<sup>1)</sup>、谷口博順<sup>1)</sup>、齋藤明子<sup>1)</sup>、伊藤由紀子<sup>1)</sup>、吉田英雄<sup>1)</sup>、熊坂利夫<sup>3)</sup>、石田禎夫<sup>2)</sup>、中田 良<sup>1)</sup>

【症例】66歳、男性【主訴】背部痛、肉眼的血尿  
 【臨床経過】20XX年8月16日に背部痛、肉眼的血尿を主訴に前医受診、血液検査で貧血、血小板減少、FDP、D-dimer高値を認めDICの診断。またALPが著明高値であった。原因精査目的に施行した造影CTで、縦隔リンパ節腫大、前立腺腫大、腹水貯留を認め、悪性腫瘍の存在も疑われた。造影脊椎MRIでは複数の椎体に造影不良域を認め、鑑別疾患として転移性腫瘍や造器腫瘍が挙げられた。上部消化管内視鏡検査では、胃体上部小弯側のoozingを伴う粘膜から生検し、Group5 (por>tub2)の診断であった。診断確定の為に骨髄穿刺が必要であり、8月21日当院血液内科へ転院となった。上記所見に加え、PSA高値を認める事より、鑑別診断として胃癌もしくは前立腺癌による骨髄腫瘍や造器腫瘍が疑われ、同日骨髄穿刺を施行した。DICに関しては、血液培養でK. pneumoniaeが検出された事より、敗血症性DICと骨髄腫瘍に伴うDICも考慮され、MEPM投与とトロンボモジュリン製剤(rTM)の投与を開始した。8月22日胃癌骨髄腫瘍の可能性に関して当科へコンサルトとなり、骨髄穿刺の結果を確認した上で加療の方針としていた。8月23日鮮血便が出現したりガス様陰影を認め、呼吸状態の安定を優先し3日間の予定でPSL 1g投与を開始したが、転院3日後の8月24日急速な酸血症低下を認め診断確定前に逝去された。  
 【考察】骨髄腫瘍症の原発巣に関しては胃癌、前立腺癌等の報告が多い。本症例では骨髄穿刺の病理結果: Adenocarcinoma (CK7+, CK20+, MUC5AC+, PSA-)であり、胃癌骨髄腫瘍症の最終診断となったが転院時より既に菌血症もしくは骨髄腫瘍症によるDICを来し全身状態は不良であった事より、仮に早期に診断がついたとしても化学療法は元より救命も困難であったと思われる。当日は若干の文献的考察を加えて報告する。

胃癌骨髄腫瘍症, DIC

順天堂大学 消化器内科<sup>1)</sup>、同 人体病理病態学講座<sup>2)</sup>  
 林田翔<sup>1)</sup>、村上 敬<sup>1)</sup>、津山 翔<sup>2)</sup>、高崎裕介<sup>1)</sup>、岡原昂輝<sup>1)</sup>、清水基規<sup>1)</sup>、石川 大<sup>1)</sup>、松本健史<sup>1)</sup>、澁谷智義<sup>1)</sup>、坂本直人<sup>1)</sup>、北条麻理子<sup>1)</sup>、伊佐山浩通<sup>1)</sup>、池嶋健一<sup>1)</sup>、椎名秀一朗<sup>1)</sup>、八尾隆史<sup>2)</sup>、永原章仁<sup>2)</sup>

【はじめに】セリアック病は小麦などに含まれるグルテンにより誘起され、小腸に局限して慢性炎症と絨毛萎縮がみられる自己免疫類似疾患である。欧米では100~300人に1人の罹患率とされているが、本邦では症例報告が散見される程度で極めて稀な疾患である。【症例】患者は60歳代の女性である。201X年5月末より水様性下痢、腹痛、嘔気が出現し近医を受診し、腸炎の診断で整腸剤を処方されたが改善を認めず、当科外来を受診した。1日20行以上の頻回の水様性下痢が持続したため、6月に精査加療目的に入院となった。入院時血液検査はWBC 10,600/ $\mu$ L、CRP 0.07 mg/dLでWBCの軽度上昇を認めるのみであった。便培養検査では腸炎の起炎菌は検出せず、大腸内視鏡検査でも明らかな異常所見を認めなかった。上部消化管内視鏡検査で十二指腸球部に発赤調の大小異なる顆粒状粘膜を認め生検を施行した。点滴と絶食のみでWBCは正常範囲内となり、腹部症状は改善を認めたため、病理組織結果を待たずに退院となった。しかし、退院後に普通食に戻したところ、1日20行以上の下痢を認め再度外来を受診した。生検の病理組織でびまん性の高度のリンパ球浸潤、上皮内への顕著なリンパ球浸潤、および絨毛萎縮が認められ、セリアック病として矛盾しない所見であった。そのため、グルテン除去食を開始したところ便回数は1日1~2行程度まで改善した。抗組織トランスグルタミナーゼ抗体および抗グリアジン抗体はともに陰性、HLAタイピングにおいてDQ2やDQ8を示さなかったが、病理組織所見と臨床経過によりセリアック病と診断した。現在、本患者はグルテン除去食を継続することにより無症状で経過している。【結語】病理組織所見とグルテン除去食での臨床症状の改善から診断に至ったセリアック病の1例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。

セリアック病, 下痢症

国立病院機構 高崎総合医療センター 消化器内科<sup>1)</sup>、同 外科<sup>2)</sup>、同 皮膚科<sup>3)</sup>、同 内分泌・代謝内科<sup>4)</sup>、群馬大学医学部附属病院 消化器・肝臓内科<sup>5)</sup>、井上真紀子<sup>1,5)</sup>、長沼 篤<sup>1)</sup>、館山夢生<sup>1)</sup>、平智尚<sup>1)</sup>、柴崎絵理奈<sup>1)</sup>、村上立真<sup>1)</sup>、増田智之<sup>1)</sup>、上原早苗<sup>1)</sup>、安岡秀敏<sup>1)</sup>、星野 崇<sup>1)</sup>、工藤洋洋<sup>1)</sup>、石原 弘<sup>1)</sup>、沼賀有紀<sup>2)</sup>、洪沢信行<sup>2)</sup>、井上千鶴<sup>3)</sup>、佐藤 賢<sup>3)</sup>、柿崎 暁<sup>3)</sup>、浦岡俊夫<sup>5)</sup>

【症例】60代、男性。【既往歴】50代に狭心症でPCI。【現病歴】201X-4年12月胃前庭部にI型胃癌を指摘され、201X-3年2月腹腔鏡補助下幽門側胃切除及びD2リンパ節郭清を受けた。【術後経過】diffuse type, pT2N1M0, pStage IIA, 補助化学療法としてS-1を導入された。しかし皮疹、口内炎、嘔吐、下痢のため、約3週で中止となった。以後無治療で経過観察中、201X-2年傍大動脈リンパ節転移で再発し、同年5月再度S-1を開始、再開時3週後にGrade(G) 2の全身性発疹・足底水疱及びG2下痢が出現し、血小板3.9万/ $\mu$ LとG3の血液毒性もありS-1は中止となった。同年6月2nd lineとしてパクリタキセル(PTX)+ラムシルマブ(Ram)を開始。治療中血小板減少と尿蛋白が出現したが、減量・休薬で適宜対応し1時PRとなった。1年4ヵ月後、右腎周囲播種、胆管転移、左副腎転移が出現し、PTX+Ramは15コースでPD中止。201X-1年10月3rd lineとしてニボルマブ(Nivo)を開始。6週後CTで転移巣は縮小傾向のSD。同年12月下旬搔痒感とG1皮疹が出現。201X年1月転移巣は増大したが、Nivoは継続した。同年4月体幹及び両大腿部に淡紅褐色の紅斑が出現し、好酸球増多も顕著となった。6月には定期測定していたACTHとコルチゾール値の低値を認め、免疫関連副作用(irAE)による下垂体機能低下と考えヒドロコルチゾン15mg/日内服を開始。以後好酸球増多は改善し、副腎機能はホルモン補充で維持できたが、8月には各転移巣は増大し、左眼窩内転移・多発骨転移・多発皮下転移も出現しNivoは終了した。9月より4th lineとしてイリノテカンを導入した結果、左眼窩内転移は縮小し現在治療継続中である。【考察】Nivoを用いた国際共同第3相試験では好酸球増多の報告はなく、下垂体機能低下は1例のみであった。好酸球増多と下垂体機能低下の因果関係は不明だが、大川らが悪性黒色腫でNivo投与による好酸球増多を伴う下垂体機能低下例を報告している(日本内分泌学会雑誌2018)。本病態は稀であるが適切なirAE対策が必要であり、若干の文献的考察を加えて報告する。

ニボルマブ, 下垂体機能低下

新東京病院 消化器内科<sup>1)</sup>、同 放射線科<sup>2)</sup>、同 外科<sup>3)</sup>  
 永坂拓也<sup>1)</sup>、村上大輔<sup>1)</sup>、能城 毅<sup>2)</sup>、氏原哲郎<sup>1)</sup>、中原良太郎<sup>1)</sup>、佐上亮太<sup>1)</sup>、末廣聡士<sup>1)</sup>、勝山泰志<sup>1)</sup>、早坂健司<sup>1)</sup>、原田英明<sup>1)</sup>、山田英夫<sup>3)</sup>、天野祐二<sup>2)</sup>

【症例】65歳女性【主訴】黒色便【現病歴】来院同日午前中に2回黒色便を認めた。夕方頃には動悸が出現し体動困難となったため当院へ救急搬送された。特に腹痛及び発熱などは認めなかった。【臨床経過】来院時ショックバイタルで、眼結膜蒼白、Hb 7.5g/dlと著明な貧血を呈し、出血性ショックと判断した。緊急上部消化管内視鏡検査を施行するも、胃内多量の黒色残渣のため観察不十分であった。その3時間半後に大量吐血し、再度内視鏡検査を行うと血液貯留の中、胃体中部小弯にA1 stageの潰瘍を認めた。クリッピング止血を試みるも困難であり、経カテーテル動脈塞栓術を行った。第2病日 上部消化管内視鏡では既知の病変から出血は続いていたため、同日開腹潰瘍縫縮術により止血が得られた。術中所見では明らかな潰瘍穿孔所見なく、術後経過においても明らかな腹膜炎を疑う発熱や腹痛はみられなかった。第7病日より食事を開始し、その後貧血の再燃なく第13病日退院となった。その後退院前より自覚していた左背部痛が遷延し、第16病日より発熱がみられ、第29病日には悪寒戦慄を自覚し当院へ救急搬送された。造影CTで脾臓瘍を疑う造影不良域を認め、入院にて抗菌薬投与を開始した。後日血液培養からはStaphylococcus aureus が分離された。炎症反応も含め全身状態改善し、第39病日退院となった。【考察】自験例で発症した脾臓瘍には経カテーテル動脈塞栓術あるいは外科的手術が発症に寄与したと考えられた。また術中所見において明らかな消化管穿孔に示唆する所見もなく、前者の影響が大きい印象はあるものの、減量手術としての腹腔鏡下スリープ状胃切除術のような非消化管穿孔以外に対する外科的手術後に発症した脾臓瘍の報告例も散見されており、後者の影響も考慮するべきである。近年消化性潰瘍に対して内視鏡治療で完結する症例が少なくないが、内視鏡的止血法に對する追加治療後の合併症として脾臓瘍を念頭におく必要性を認識し、若干の文献的考察を踏まえ報告する。【結語】出血性胃潰瘍に続発した脾臓瘍の一例を経験した。

出血性胃潰瘍, 脾臓瘍

戸田中央総合病院

平川徳之, 山本 圭, 中坪良輔, 本間俊裕, 村松孝洋, 鈴木由華, 山本健治郎, 岸本佳子, 堀部俊哉, 原田容治

症例は75歳男性。既往に高血圧、橋本病、2週間前からの繰り返す嘔吐と食思不振により救急搬送された。来院時に施行した腹骨盤単純CT検査で胃内の拡張と十二指腸水平脚の狭窄、狭窄周囲に軟部影を認めた。入院時は十二指腸狭窄による脱水で腎機能障害を認めたため補液加療を行い、腎機能の改善を待ち、第3病日に腹骨盤造影CT検査を施行した。動脈相で上腸間膜動脈分枝に仮性動脈瘤を疑う高吸収域、また周囲に血腫を認め、十二指腸狭窄の原因と考えられた。緊急血管造影検査を施行し、上腸間膜動脈を造影すると空腸動脈分枝の仮性動脈瘤を認め、多孔性ゼラチンスポンジ少量、2mmのコイルを留置し塞栓術を施行した。その後、TPNで保存的加療を行い、血腫の吸収を待ち、第35病日に胃管からの排液の減少を認めた。狭窄評価目的に透視下上部消化管内視鏡検査を施行した。内視鏡で十二指腸狭窄の改善、透視下での造影剤の狭窄部から肛門側への流出を確認し、食事摂取を開始した。その後、嘔気および嘔吐なく経過し、第48病日に退院となった。今回、空腸動脈分枝の動脈瘤破裂により生じた血腫の圧排で十二指腸狭窄を生じたが、血管造影で塞栓術を施行し、保存的加療で軽快した症例である。血腫の圧排による十二指腸狭窄の症例報告は38例、そのうち動脈瘤塞栓術を施行したのは21例であり、本症例も文献的考察を含めて報告する。

十二指腸狭窄, 血腫

埼玉医科大学総合医療センター 消化管一般外科<sup>1)</sup>, 同 肝胆膵小児外科<sup>2)</sup>, 竹内優太<sup>1)</sup>, 村松俊輔<sup>1)</sup>, 山本瑛介<sup>1)</sup>, 近 範泰<sup>1)</sup>, 幡野 哲<sup>1)</sup>, 石畝 亨<sup>3)</sup>, 熊谷洋一<sup>3)</sup>, 石橋敬一郎<sup>3)</sup>, 持木彫人<sup>3)</sup>, 小高昭雄<sup>2)</sup>, 石田秀行<sup>1)</sup>

家族性大腸腺腫症 (FAP) に対する予防的大腸切除術が普及し、死因における大腸癌の比率が低下するのに従って、大腸癌随伴病変による死亡率の割合が増加してきている。乳頭部癌を含めた十二指腸癌はFAP患者の死因の第3位を占め、FAP患者の十二指腸病変に対する適切な取り扱いが必要であり、修正Spigelman病期分類にもとづいたサーベイランスと治療の選択が提唱されている。症例は83歳、女性、既往に66歳時にFAPに対して結腸全摘・回腸直腸吻合術 (IRA) を施行した。家族歴として娘にFAPを認めている。前医に黄疸、発熱を主訴に受診し、CT、MRCPで総胆管から肝内胆管、主膵管の著明な拡張を認めた。乳頭部腫瘍による閉塞性黄疸と疑い、ERCPを施行した。乳頭部に不整な腫瘍をみとめ、生検にてGroup4に相当する腺癌を認めた。ERBDチューブを留置したうえで、手術目的で当科紹介となった。十二指腸乳頭部癌 T2N0M0 Stage 1と診断し、亜全胃温存瘻頭十二指腸切除術 (SSPPD IIA-1, D2) を施行した。術後は左横隔膜下膿瘍をみとめたため超音波ガイド下経皮的膿瘍ドレナージを施行し改善、SSPODに前医に療養目的で転院した。組織診断はCarcinoma of papilla of Vater, AdcpcbBd, exposed protruded type, 20x17x8mm, tub2>por1>tub1, ly0, v1, ne0, LN(0/39), pHM0, PM0, pEM0, pT1b, pN0, cM0, fStage IAであり、背景十二指腸粘膜にはポリポシスを認めなかった。FAPの十二指腸ポリポシスの生涯発症リスクは90%と報告されている。背景十二指腸粘膜にポリポシスを伴わず、乳頭部癌が発生した高齢者に根治手術を施行しえた1例を経験したので報告する。

家族性大腸腺腫, 十二指腸乳頭部癌

独立行政法人国立病院機構西埼玉中央病院  
竹内奈那

子宮広間膜ヘルニアは比較的稀な内ヘルニアであり、子宮広間膜葉の欠損状況により3型に分類される。子宮広間膜2葉が欠損したヘルニアは子宮広間膜裂孔ヘルニア (Hunt分類のfenestra type) と呼称される。今回、小腸イレウスで発症した子宮広間膜裂孔ヘルニアの一例を経験したので文献的考察を含めて報告する。症例は60歳代の女性。既往として腹腔鏡下胆嚢摘出術、30年前に1回の自然分娩歴がある。身長、体重、BMI kg/m<sup>2</sup>と肥満は認めなかった。腹部膨満、嘔気、嘔吐を主訴に前医受診し、腹部単純CT検査にて小腸閉塞の診断で入院となった。経鼻胃管を挿入し減圧を試みたものの翌日も嘔吐を繰り返し、腹部CT検査で腹水増加傾向も認めため当院紹介転院となった。当院での腹部造影CT検査所見より、骨盤内右側に形成されたバンドによる小腸閉塞と判断した。明らかな腸管絞扼所見がなかったため、まずは経鼻イレウス管による減圧加療の方針となった。しかし、その後イレウス管での減圧効果は乏しく、下腹部の圧痛所見も認められたため、入院第3病日に準緊急手術を施行した。開腹所見では、中等量の血性腹水を認め、右子宮広間膜裂孔に回腸が嵌頓して、嵌頓腸管を口側・肛門側から愛護的に牽引解除を試みたものの奏効せず、裂孔に切開を入れる形で嵌頓を解除した。解除した腸管は不可逆性の虚血所見を認めたため、絞扼部腸管を中心に約cmの小腸部分切除術を行った。また内ヘルニア再発予防的に裂孔を縫合閉鎖した。反対側の左側子宮広間膜にも裂孔を認めたが、巨大裂孔であり内ヘルニア発症リスクはないものと判断し、無処置とした。術後、麻痺性イレウスの遷延と手術創部の感染を認めたが、経鼻イレウス管の留置と創開放ドレナージにより軽快した。

子宮広間膜裂孔ヘルニア, 小腸イレウス

東京慈恵会医科大学 外科学講座 消化器外科<sup>1)</sup>, 独立行政法人国立病院機構 西埼玉中央病院 外科<sup>2)</sup>, 山下貴見<sup>1,2)</sup>, 江藤誠一郎<sup>1,2)</sup>, 竹内奈那<sup>1,2)</sup>, 松本 倫<sup>1,2)</sup>, 河原秀次郎<sup>1,2)</sup>, 平林 剛<sup>1,2)</sup>, 小村伸朗<sup>1,2)</sup>, 矢永勝彦<sup>1)</sup>

肺癌は早期に遠隔転移を来しやすい腫瘍であるが、小腸転移は稀である。腹痛、出血、穿孔、狭窄、腸重積などを契機に小腸転移を指摘されることが多い。一方、近年の小腸内視鏡の進歩により、無症状での発見例や術前生検診断例の報告が散見されるようになった。今回、我々は肺癌小腸転移に対して小腸部分切除術を施行した1例を経験したので報告する。症例は71歳、男性。咳嗽を主訴に前医受診し、抗菌薬を2週間投与されるも改善せず、胸部単純CT検査施行され、左下葉S6に長径65mmの腫瘍性病変と気管分岐下に1.6cm大のリンパ節転移を認めた。当院呼吸器内科紹介受診され、気管支内視鏡検査で左B6より生検し、肺腺癌cT3N2M0 cStage3Aの診断となった。化学放射線療法施行予定であったが、腹部CT検査にて小腸に腸重積所見を認め、ダブルバルーン小腸内視鏡検査を施行した。切歯90cmに30mm大の1型腫瘍性病変を認め、生検で低分化腺癌の診断であった。PET-CT検査では左下葉と腸重積が疑われる部位に集積を認め、肺癌に合併した小腸癌と診断した。腸閉塞予防、また今後の肺癌化学療法に伴う小腸穿孔予防目的のために腹腔鏡補助下小腸部分切除術を施行した。術中所見として、Treitz靭帯より約20cmの空腸に約6cmの1型腫瘍を認め、他明らかな転移病変なく予定通りに小腸部分切除術を施行した。手術時間は1時間22分、出血量は少量、術後経過良好であり、術後第9病日で退院となった。病理組織学的には異形の強い大型細胞の充実性増殖からなり、肺癌小腸転移の診断となった。今回の症例を通じて、肺癌の治療経過観察中に消化管転移を認める可能性も考慮することが必要と考えられた。CT検査で小腸壁肥厚を認めた場合や貧血、腹痛などの症状を認めた際は早期診断、早期治療のために小腸内視鏡検査を行うことも重要と考えられた。

肺癌, 小腸転移

東京都立広尾病院 外科

菊池 亨, 小林宏寿, 山下大和, 北村 圭, 織田福一郎, 増田大機, 太田俊介, 野口典男, 横須賀哲也

【症例】83歳、男性。【現病歴】腹痛・嘔吐を主訴に当院救急搬送。消化管穿孔の診断にて、緊急手術となった。回盲部から100cmの部位に5mm大の穿孔を認め、周囲に腫瘍を認めた。周囲リンパ節の腫大も認めたため、小腸部分切除術+リンパ節郭清を施行した。術後の病理検査にて、Diffuse Large B-cell Lymphoma (DLBCL)の診断となり、B細胞性リンパ腫による小腸穿孔であったと確認された。【考察】小腸原発の悪性リンパ腫は消化管原発悪性リンパ腫の20~30%程度とされる。悪性リンパ腫による小腸穿孔は化学療法中に生じることが多く、穿孔を契機に診断された報告例は少ない。今回我々は小腸穿孔により緊急手術を要し、術後悪性リンパ腫と診断した症例を経験したため、若干の文献的考察を加えて報告する。

消化管穿孔, 悪性リンパ腫

国家公務員共済組合連合会 横須賀共済病院

慶徳大誠, 山下 萌, 松本浩明, 村田 彩, 三代博之, 田代祥博, 小原 淳, 野澤さやか, 谷谷晴子, 小馬瀬一樹, 田邊陽子, 新井勝春, 渡邊秀樹, 鈴木秀明

【症例】29歳 男性【現病歴】20XX年12月11日より悪寒と頭痛を自覚し、39度の発熱を認めた。右下腹部痛を認め、12月15日に近医を受診し虫垂炎の診断で当院へ救急搬送された。来院時39.9度の発熱と右下腹部の著明な圧痛を認めた。血液検査データではWBC:17000/ $\mu$ l, CRP:21.60mg/dlと炎症反応が高値であった。腹部造影CTでは右下腹部から連続し臍周囲を取り囲む巨大な多房性嚢胞性腫瘍を認め、嚢胞内部のdensityがやや高いことから出血の合併も示唆された。入院後に施行したMRIでは多房性腫瘍の内容物の多くはT1WI:Low, T2WI:Highの液性成分と一部で血性/感染も示唆されたことから大網や腸間膜原発の嚢胞性リンパ管腫が第一に疑われた。拡散低下部位もありmalignancyも否定できなかったため当院外科にコンサルトしたが、病変が広範囲かつ主要血管への浸潤が疑われたため外科的治療の適応なしとの判断であった。入院後は絶食、補液、抗菌薬での加療を行った。腹痛は徐々に改善し、炎症反応もpeak outしたが12月25日にはAST/ALT:755/837IU/l, ALP/ $\gamma$ -GTP:1325/365IU/lと肝胆道系酵素上昇が見られた。12月27日に再検した腹部CTで右下腹部の嚢胞壁は肥厚し消退傾向であったが、腹部正中の臍周囲の嚢胞は増大し門脈・脾静脈領域の静脈が圧排されていたため門脈血流障害に伴う肝障害が示唆された。嚢胞の穿刺ドレナージを検討したが、リスクが高いため保存的加療を継続した。20XX+1年1月4日にはWBC:5900/ $\mu$ l, CRP:0.52ng/dl, AST/ALT:77/277IU/l, ALP/ $\gamma$ -GTP:789/241IU/lと著明に改善したことから炎症が落ち着いたことにより嚢胞が縮小したことで門脈の圧迫が解除されたものと考えられた。経過良好と判断し、1月5日に退院した。【考察】嚢胞性リンパ管腫は小児の代表的な先天性良性腫瘍の一つである。本症例では悪性疾患も疑われ出血も伴っている可能性も高く組織学的な診断が不可能であった。保存的加療のみで軽快した希少な経過を辿った一例を経験したため若干の文献的考察を加えて報告する。

嚢胞性リンパ腫, 腹腔内腫瘍

防衛医科大学校 外科学講座<sup>1)</sup>, 所沢中央病院 外科<sup>2)</sup>  
田中耕太郎<sup>1)</sup>, 内田剛史<sup>2)</sup>, 松本 淳<sup>2)</sup>, 大草 康<sup>2)</sup>

【主訴】下血, 意識障害【現病歴】89歳男性, 2018年12月, 離床した際に大量の発汗をした後に、意識レベル低下がみられたため受診。来院時には下血を認め、CT検査では門脈内および小腸間動脈内にガス像あり、血液検査では著明な炎症反応を認めた。門脈ガス血症の診断で精査加療目的に当科入院となった。【既往歴】糖尿病(内服加療中), 1993年:狭心症, 陳旧性心筋梗塞, 2011年:両眼白内障(手術), 2012年:急性硬膜下血腫, 2013年:脳梗塞後遺症による左片麻痺【臨床経過】入院時には意識レベルは改善しており、腹痛や発熱も認めなかった。第1病日以降は下血も認めなかった。保存的加療で第3病日には炎症反応は改善しており、同日のCT検査では入院時にみられたガス像は消失しており、小腸の虚血や壊死を示す所見も認められなかった。上部消化管内視鏡検査では、出血性びらん性胃炎を認め、下部消化管内視鏡検査では、上行結腸に3mm大のポリープを複数、横行結腸に1型の腫瘍を認めた。大腸粘膜には虚血性変化は認めなかった。症状軽快したため、第11病日に退院となった。【考察】門脈ガス血症は予後不良の徴候として知られており、重篤な腸管壊死の存在を示唆するために手術適応と考えられてきた。しかし近年では保存的加療で軽快する症例も報告されている。本症例も全身状態が良好であったため、保存的加療を選択した。明確な原因は不明であったが、症状消失後は腸管壊死を疑う所見も認めなかった。【結語】保存的加療により軽快した門脈ガス血症の1例を経験した。

門脈ガス血症, 下血

横浜市立市民病院 炎症性腸疾患科

中尾詠一, 小金井一隆, 黒木博介, 二木 了, 辰巳健志, 杉田 昭

クローン病(CD)は、発症のピークが10代後半から20代で、高齢者クローン病は稀とされてきた。近年、高齢者クローン病症例が増加しつつあり、今回、82歳の女性で手術を施行した小腸型クローン病の1例を経験したので、報告する。症例は82歳、女性。70歳時に、穿孔性腹膜炎に対して回盲部切除術が施行され、術後、病理組織学的診断でクローン病と診断された。5-ASA製剤で加療されていたが、腸閉塞を繰り返して、3回の入院加療歴があった。来院2か月前に4回目の腸閉塞で入院し、クローン病再発が原因とされ、当科に紹介受診した。精査で、回腸上行結腸吻合部に狭窄を認め、内視鏡的拡張術を試みたが、屈曲が高度で施行できなかった。PS1とADLは自立しており、全身状態も良好であったため、手術を行った。術中所見は、トライツ靭帯から約350cm肛門側の回腸上行結腸吻合部に約10cmに渡る病変と狭窄を認め、口側回腸が拡張していた。同約290cm肛門側の回腸にも示指が通過せず口側拡張を有する限局性の狭窄を認めた。これらに対し、回腸上行結腸吻合部切除術と回腸狭窄形成術(Heineke-Mikulicz法)を施行し、残存小腸は約340cmであった。術後経過は良好で、術後14日目に退院した。術後2か月経った現在、ADLは自立し全身状態も良好である。医学中央雑誌で1980年から2018年までの期間で「クローン病」、「高齢者」、「手術」をkey wordとした検索で、80代に手術を施行した報告例は自験例のみで、稀な症例と考えられた。高齢者クローン病に対しても、全身状態を考慮に入れるものの、若年者と同様に適応があれば手術を選択すべきと考えられる。

クローン病, 高齢者

トファシチニブにて加療後に大動脈血拴症とサイトメガロウイルス感染症を合併した潰瘍性大腸炎の1例

埼玉医科大学総合医療センター 消化器・肝臓内科<sup>1)</sup>,  
同 消化管一般外科<sup>2)</sup>

山鹿 渚<sup>1)</sup>, 加藤真吾<sup>1)</sup>, 堀裕太郎<sup>1)</sup>, 内田党央<sup>1)</sup>, 石橋 朗<sup>1)</sup>,  
大塚武史<sup>1)</sup>, 可見和仁<sup>1)</sup>, 高林英日己<sup>1)</sup>, 松原三郎<sup>1)</sup>, 岡 政志<sup>1)</sup>,  
道田知樹<sup>1)</sup>, 名越澄子<sup>1)</sup>, 屋嘉比康治<sup>1)</sup>, 幡野 哲<sup>2)</sup>, 石田秀行<sup>2)</sup>

【目的】2018年難治性潰瘍性大腸炎の治療として、トファシチニブが適応拡大された。しかし、本邦における潰瘍性大腸炎のトファシチニブに関する報告は少ない。今回、トファシチニブにて加療後に大動脈血拴症とサイトメガロウイルス感染症を合併した潰瘍性大腸炎の症例を経験したので報告する。【症例】63歳・女性。主訴：血便・下腹部痛。既往歴：左卵巣嚢腫。現病歴：20XX年11月上旬に主訴が出現し近医受診。大腸内視鏡検査の結果、全大腸炎型の潰瘍性大腸炎の診断となり、pH依存型メサラジン製剤の内服とプレドニゾン20mg/dayでの加療が開始されたがコントロール不良にて当科に紹介となる。理学的所見：血便13回/日 体温37℃ 脈拍89/分 入院時検査成績：WBC15,600/mm<sup>3</sup>, Hb 12.0g/dl, Plt 59×10<sup>4</sup>/mm<sup>3</sup>, TP 4.9g/dL, Alb 1.7g/dL, CRP 15.2mg/dL, ESR(1hr) 48mmで中等症であった。ステロイド増量にも反応せず、低アルブミン血症も認めることからトファシチニブ20mg/日にて加療を開始した。加療後は血便の改善およびCRPの低下を認めたが、20XX+1年1月4日より38℃の発熱を認めた。造影CTにて胸部下行大動脈に血栓症を認め、リパロキサン内服開始。また、リンパ球の著明な減少を認め、サイトメガロウイルス感染症を合併したためガンシクロビルの投与開始及びトファシチニブを中止した。加療後サイトメガロウイルス感染は治癒し、血栓も縮小した。抗凝固療法が中止困難にて待機的に20XX+1年2月大腸全摘術、回腸囊肛門吻合、回腸人工肛門増設術を施行した。【考察】炎症性腸疾患には血栓症を合併するが、動脈血拴症の頻度は静脈血拴症より少ない。最近、JAK阻害薬使用症例での血栓症の報告も認められ、本症例ではトファシチニブでのサイトメガロウイルス感染も併発した。【結語】トファシチニブ使用例では血栓症や感染症の合併に注意する必要がある。

トファシチニブ、潰瘍性大腸炎

6-MPにより臨床的寛解維持に至ったステロイド依存性Collagenous colitisの1例

日本大学 医学部 消化器・肝臓内科

杉田知実, 岩本真帆, 山川 俊, 入江 彰, 江崎 充, 春田明子,  
中島典子, 今津博雄, 後藤田卓志, 森山光彦

【症例】74歳女性。2012年より1日5~6回の水様性下痢、1年で8kgの体重減少を認め、他医にてポリカルボフィルカルシウム内服開始するも効果なく、2013年7月に当科初診となった。大腸内視鏡検査で盲腸から下行結腸に細顆粒状様所見を認め、同部位からの生検にて大腸粘膜直下の膠原線維帯の肥厚(50 μm)を認め、Collagenous colitisの診断となった。基礎疾患や薬剤の内服歴はなかった。メサラジン内服開始するも忍容性なく中止となり、2013年9月よりプレドニゾンを20 mg/日より内服開始した。下痢の改善を認め、プレドニゾン漸減、中止したのが症状再燃したため、同年12月より再開となった。2014年4月よりアザチオプリン内服開始したが肝機能障害を認めたため中止し、同年5月よりメルカプトプリン水和物(6-MP)を5 mg/日より内服開始した。6-MPを徐々に30 mgまで増量し、2015年11月にプレドニゾン離脱することができた。5年後の現在も6-MP単剤で内視鏡所見では膠原線維帯の肥厚(30 μm)は認めるものの臨床的寛解維持を保っている。【考察】Collagenous colitisは中年以降の女性に好発し、慢性の水様性下痢と大腸粘膜直下の膠原線維帯の肥厚を特徴とする疾患である。NSAIDs、アスピリン、ランソプラゾール、チクロピジンなどの薬剤との関連が示唆されている。被疑薬の内服歴がある場合は内服中止にて軽快することが多いが、内服中止で改善が乏しい場合や内服歴のない場合はアミノサリチル酸製剤、経口ステロイド剤、免疫抑制剤の投与を行う。内科的治療無効例に対しては外科的手術も行われる。今回、ステロイド依存性Collagenous colitisに対し免疫抑制剤である6-MPの導入によりステロイド中止が可能となり、寛解維持に至った症例を経験したため報告する。

Collagenous colitis, 6-MP

Linked color imaging (LCI) / Blue light imaging (BLI)で範囲/質的診断、Pocket-creation method (PCM)によるESDで一括切除しえたColitis-associated-cancer (CAC)の1例

自治医科大学 内科学講座消化器内科学部門

如水慶嗣, 小林泰俊, 林 芳和, 所晋之助, 相良裕一, 平岡友二,  
岩下ちひろ, 角田真人, 篠崎 聡, 竹澤敬人, 坂本博次, 岡田昌浩,  
矢野智則, 砂田圭二郎, 大澤博之, 山本博徳

【症例】60歳代男性。約30年前発症の全大腸炎型潰瘍性大腸炎に對して寛解維持中であった。他院で的大腸内視鏡検査で直腸に平坦病変を認め、生検で中~高分化型腺癌であった。内視鏡的治療が検討されたが、白色光観察では病変範囲が不明瞭であったため精査加療目的に当科紹介となった。当科での白色光観察も、発赤調の病変は認めるものの、病変境界は不明瞭であった。しかし、LCI観察では病変は明赤色を呈し境界も明瞭に確認できた。また、BLI拡大観察ではLCIで確認された病変と一致した領域で不整な微細血管を認めた。クリスタルバイオレット染色拡大所見、さらに超音波内視鏡では癌の粘膜下層深部浸潤を明らかに示唆する所見は乏しかった。腫瘍と思われる部位の外の周囲粘膜からの生検では、p53陽性所見は乏しかった。腫瘍は単発で限局していたため、腫瘍切除と周囲粘膜の詳細な病理学的評価のためESDを行った。ESD中、広範な粘膜下層線維化を認めたが、PCMにより安定した剥離深度で安全に病変を一括切除できた。病理結果は粘膜内癌の高分化型腺癌で断端陰性、尿管侵襲陰性であった。腫瘍周囲粘膜では再生上皮様異型腺管の基底部にp53強陽性を認めた。よって腫瘍はCACと考えられる。異時性/同時性大腸腫瘍のリスクに対して大腸全摘術による加療を勧めた。しかし、本人の強い希望により手術は行わなかった。ESD後は3ヶ月毎の大腸内視鏡検査を12ヶ月間行い、以後6ヶ月毎として計18ヶ月間経過観察中であるが、局所再発/遠隔転移/他の大腸腫瘍性病変の出現は認めていない。【考察】LCI/BLIによる範囲/質的診断およびPCMによる一括切除を行う事でCACの局所制御を行える症例が存在する可能性が示唆された。

Linked color imaging, Colitis-associated-cancer

内視鏡的整復を行った成人特発性腸重積の1例

東京労災病院 消化器内科

藤井絃大, 松本 将, 山本友里恵, 篠原裕和, 原 精一, 大場信之,  
西中川秀太

症例は52歳男性。201X年9月、突然の右側腹部痛を主訴に当院救急外来を受診した。腹部CT検査にて上行結腸にTarget signを認め、腸重積と診断した。血液検査、画像検査からは明らかな穿孔や腸管虚血を示唆する所見は認めず、全身状態も安定していたため診断及び整復を目的に透視下で下部消化管内視鏡検査を行った。上行結腸に発赤を伴う浮腫状の粘膜を認め、送気と内視鏡の深部への挿入にて重積は解除された。第3病日に前処置を行った上で再度下部内視鏡検査を施行したところ上行結腸粘膜の浮腫性変化は改善していた。同部位からの生検結果は異型性の無い腸粘膜であった。その後は腹部症状も消失し経過良好であり第7病日に退院となった。4か月後、再度右下腹部痛を主訴に当院救急外来を受診し、腹部CT検査で同部位の腸重積の診断となった。内視鏡的整復術を行ったところ、重積は容易に解除され症状も消失した。食事再開後も症状再燃なく第7病日に退院となった。その後は再発なく外来で経過観察中である。本症例では腫瘍性病変やその他、腸重積を来すような器質的疾患を認めなかったため特発性腸重積と考えられた。成人の腸重積は器質的疾患に起因するものが多く、特発性腸重積は稀とされている。本疾患は外科的治療が選択されることが多く、内視鏡的に整復しえた報告は少ない。本症例の様に、緊急手術の適応とならないような場合には、特発性腸重積の可能性も疑い診断的治療としての内視鏡的整復術を検討すべきである。

腸重積, 特発性

独立行政法人国立病院機構 西埼玉中央病院外科<sup>1)</sup>、  
 東京慈恵会医科大学 外科学講座 消化器外科<sup>2)</sup>、  
 江藤誠一郎<sup>1)</sup>、小村伸朗<sup>1)</sup>、河原秀次郎<sup>1)</sup>、松本 倫<sup>1)</sup>、山下貴見<sup>1)</sup>、  
 竹内奈那<sup>1)</sup>、平林 剛<sup>1)</sup>、矢永勝彦<sup>2)</sup>

食道裂孔ヘルニアは日常よく認められる疾患であり、滑脱型、傍食道型、混合型ならびに複合型に分類されるが、滑脱型の頻度が高い。比較的可成りな病態として、全胃がほぼ縦隔内へ逸脱し軸捻転を伴う、upside down stomachがある。今回、横行結腸脱出を伴ったupside down stomachの一例を経験したので、文献的考察を含めて報告する。症例は70歳代の女性、身長150cm、体重52kg、BMI 23.1kg/m<sup>2</sup>。既往歴に腰椎圧迫骨折がある。白内障の手術目的に胸部レントゲンを撮影したところ、縦隔内に胃泡を認め、食道裂孔ヘルニア疑いにて消化器内科へ紹介となった。胸腹部CT検査では、ほぼ全胃の縦隔内脱出を認めると共に、横行結腸の一部も脱出を認めた。上部消化管エックス線造影検査では、食道は左側へ大きく変位し、長軸捻転を伴うupside down stomachの所見であった。上部消化管内視鏡検査ではびらん性食道炎は認めなかった。食道裂孔ヘルニアや胃食道逆流症に伴う症状はほとんど認めなかったものの、絞扼、出血、穿孔などのリスクを考慮し手術適応と判断した。手術は腹腔鏡下にアプローチし胃と横行結腸を腹腔内に環納後、食道裂孔ヘルニア修復術ならびにToupet法による胃食道逆流防止手術を併施した。食道裂孔は著明に開大していたため、逆流縫縮後にメッシュによる裂孔補強を行った。また術中、下部食道に粘膜炎下腫瘍を認めたため、核出術を行った。手術時間は3時間37分、術中合併症なく出血量も少量で輸血は施行しなかった。術後経過は良好であり、術後第2病日より食事を開始し、第7病日に軽快退院となった。術後3か月目に施行した上部消化管エックス線造影検査では、食道裂孔ヘルニアは修復され再発を認めなかった。また食道から胃への造影剤の流出も良好であり、つかえ感などの症状もなかった。食道粘膜炎下腫瘍の病理組織学的所見は9mm x 5mm x 3mmの平滑筋腫であり悪性所見は認めなかった。

食道裂孔ヘルニア、upside down stomach

草加市立病院  
 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】41歳男性【主訴】心窩部痛【現病歴】黒色便を自覚した5日後から冷汗、立ちくらみを認め、吐血したため近医を受診した。上部消化管内視鏡検査を施行し、胃内に黒色残渣がみられたが出血源が不明であったため当院を紹介受診した。【既往歴】なし【内服薬】なし【経過】受診当日、血圧は保たれており、腹部に圧痛を認めなかった。血液検査ではHb:11.4 g/dlと軽度の貧血を認めた。当院で施行した上部消化管内視鏡検査では食道、十二指腸には出血を示唆する所見は認めなかった。胃内には少量の黒色残渣の貯留を認めたが、出血をきたす所見は認めなかった。胃穹隆部後壁には30 mm大の憩室があり、憩室内には残渣が貯留しており観察は不十分であった。バイタルは安定しており、貧血は軽度で活動性の出血は認めなかったため、外来で経過を観察をする方針となった。検査翌日、黒色便の持続と胃部不快感を認め再度当院を受診した。血圧の低下は認めなかったがHb:9.6 g/dlと低下しており、再度上部消化管内視鏡検査を施行した。昨日と同様、胃内に少量の黒色残渣の貯留を認め、胃憩室内の出血性病変の存在が疑われた。黒色残渣が憩室内に貯留し観察できないため右側臥位に体位を変換すると、憩室内に貯留していた黒色残渣は重力に従って移動し、憩室内に2mm大の露出血管を伴うDieulafoy潰瘍を認めた。露出血管をクリップ法で止血し、以後は再発なく経過した。【考察】胃憩室は多くが真性憩室で、穹隆部後壁に好発する。集団検診での発生頻度は約0.1%で、他の消化管憩室と比較すると稀な疾患である。合併症の頻度も低く、多くは無症状に経過し、予後良好である。一方、Dieulafoy潰瘍は主に胃体上部に好発する小潰瘍である。本症例は、両者の好発部位であるU-M領域で合併を認めた稀な症例であった。初回の検査では病変を指摘できなかったが、右側臥位に体位を変換することで憩室内の病変を認識することができた。胃憩室内の詳細な観察を要する症例では体位変換を行い、再評価する必要があることが示唆された一例であり、若干の文献的考察を加えて報告する。

胃憩室、Dieulafoy潰瘍

聖マリアンナ医科大学東横病院 消化器病センター<sup>1)</sup>、  
 同 病理診断科<sup>2)</sup>、  
 聖マリアンナ医科大学 消化器・一般外科<sup>3)</sup>、  
 佐々木貴浩<sup>1)</sup>、古畑智久<sup>1)</sup>、丹波和也<sup>1)</sup>、小野龍宣<sup>1)</sup>、原 雅樹<sup>1)</sup>、  
 吉田良仁<sup>1)</sup>、浜辺太郎<sup>1)</sup>、野田顕義<sup>1)</sup>、黄 世揚<sup>1)</sup>、小泉宏隆<sup>2)</sup>、  
 中嶋孝司<sup>1)</sup>、宮島伸宜<sup>1)</sup>、大坪毅人<sup>3)</sup>

症例は60歳代、男性。4年前に早期胃癌に対して腹腔鏡下幽門側胃切除術、B-1吻合を施行。病理では、L, Ant, 25×20mm, sig, por2, pT2N0M0, pStage1Bであった。以後、外来にて経過観察中であつたが、術後4年目のCTで臍部に腫瘍影を認めた。腫瘍マーカー等の上昇はなく、PETでも同部位に集積を認め、その他の部位に集積は認めなかった。臍部の孤立性転移と診断し臍腫瘍摘出術を施行。病理で真皮から皮下組織内にadenocarcinoma (por)の増生を認め、Sister Mary Joseph's Noduleと診断した。現在術後1年経過し、外来通院中である。Sister Mary Joseph's Noduleは進行癌での報告が多く、早期癌での報告は、術後1年6ヶ月後に診断された1例認めるのみであった。本症例のように術後4年経過した早期癌でのSister Mary Joseph's Noduleは稀と思われる。文献的考察を加えて報告する。

Sister Mary Joseph's Nodule、臍転移

セコメディック病院 消化器内科<sup>1)</sup>、同 外科<sup>2)</sup>、  
 正木宏明<sup>1)</sup>、東納重隆<sup>1)</sup>、前村 誠<sup>2)</sup>、志田勝義<sup>1)</sup>、田中耕太郎<sup>1)</sup>、  
 千葉文博<sup>2)</sup>、齋藤慶太<sup>1)</sup>

症例：70歳代男性既往歴：陳旧性脳梗塞、胆嚢摘出術後、右尿管結石臨床経過：右上腹部痛と膨満感を主訴に当院消化器内科を受診。診察にて上腹部に巨大な腫瘍と思われる病変を触知しCTおよび上部消化管内視鏡検査を実施。造影CTにて壁外発育型の巨大な胃GISTが疑われた。上部消化管内視鏡検査では胃内腔は腫瘍圧排されていたが粘膜面には異常所見を認めなかった。消化器内科受診の8年6ヶ月前と1年3ヶ月前に当院他科でCTを実施しており、その際には胃壁外にそれぞれ最大径12mm及び18mmの腫瘍陰影が認められるが放置されていた。CTの所見経過より胃GISTが直近の1年程度に間に急激に増大（体積としては1000倍以上）したのと思われた。外科的切除（腫瘍を含めた胃部分切除術）を実施。切除標本では最大径20cmの結節状腫瘍を認め、病理診断でCD117 (c-kit) 陽性、CD34陽性、核分裂像30-40/50HPFでGIST high grade riskと診断された。術後8ヶ月後に肝転移、腹膜再発を認め、イマチニブメシル酸400mg/日投与を開始。現在術後20ヶ月であるが肝転移、腹膜再発ともにSDの状態を経過している。考察：GISTは自覚症状に乏しく、かなりの大きくなって検診などを契機に発見されることが多く報告されている。本症例は過去のCT画像を見直すと7年間の間にはわずかにしか増大していないが直近の1年間で急速に増大しており、悪性への転化が生じたものと思われる。このようなGISTの経過を観察した報告は少なく、貴重な症例と思われたため報告する。

胃GIST、壁外発育型

## 37 門脈本幹内に腫瘍塞栓を形成した胃GISTの1切除例

横浜市立大学医学部 消化器・腫瘍外科<sup>1)</sup>、同 病理部<sup>2)</sup>  
酒井 淳<sup>1)</sup>、笠原康平<sup>1)</sup>、小坂隆司<sup>1)</sup>、佐藤 渉<sup>1)</sup>、田中優作<sup>1)</sup>、  
宮本 洋<sup>1)</sup>、佐藤 圭<sup>1)</sup>、秋山浩利<sup>1)</sup>、國崎主視<sup>1)</sup>、遠藤 格<sup>1)</sup>、  
宇高直子<sup>2)</sup>

胃GISTは全GISTの60-70%を占め日常診療でも散見されるが、腫瘍が血管内に進展して腫瘍塞栓を形成することはまれである。今回、われわれは、腫瘍が左胃静脈に進展し、脾動脈、門脈本幹までびわたり血管内腫瘍栓を形成した胃GISTの1切除例を経験したので報告する。症例は43歳、男性。めまいを主訴に近医を受診した。Hb 4.7g/dlと著明な貧血を認め、上部消化管内視鏡検査で体上部小弯側前壁に潰瘍を伴う粘膜下腫瘍を認めた。組織検査で胃GISTと診断され、胃GISTによる胃潰瘍出血の診断で加療目的に当科外来へ紹介となった。腹部造影CT検査では胃壁外に伸展する腫瘍と噴門部周囲のリンパ節腫大を認め、左胃静脈から脾動脈、門脈本幹に連続する塞栓像を認めた。FDG-PET/CT検査で主病巣にSUVmax9.9、下部食道リンパ節にSUVmax7.0、門脈内塞栓にSUVmax5.6の異常集積を認めた。以上より門脈腫瘍栓を伴う胃GISTの診断で、胃全摘術、脾体尾部切除術、脾臓摘出術を施行した。術中所見では脾静脈から門脈にかけて腫瘍栓により緊満した状態であり、術中造影検査では門脈左枝及び本幹の欠損像と門脈右枝の完全閉塞を認めた。中結腸静脈を結紮、切離し、門脈本幹及び上腸間膜静脈を遮断した状態で門脈本幹を切開し、腫瘍栓を可及的に除去し、さらにバルーンカテーテルを脾静脈から挿入して腫瘍栓の除去を試みたが、門脈右枝の閉塞を一部解除して終了した。術後病理組織学的検査で摘出した胃腫瘍及び左胃静脈内の腫瘍栓は紡錘形細胞の錯綜配列を認め、c-kit、DOG1、CD34が陽性、S-100が陰性であり、胃GIST及び門脈・左胃静脈腫瘍栓と診断した。術後ヘパリン化を開始し、術後32日目の造影CT検査では門脈右枝の血流は改善傾向を認め、術後38日目に退院した。術後2ヶ月で肝転移、縦隔リンパ節転移をきたし、外来でイマチニブによる分子標的治療とエドキサパンによる抗凝固療法を行っている。術後4ヶ月現在、肝不全の兆候なく経過中である。本症例のように胃GISTに門脈腫瘍塞栓を伴う症例はまれであり、報告した。

胃GIST, 門脈腫瘍栓

## 39 大量新鮮血便を小腸カプセル内視鏡で推察し、側視鏡で同定し治療を行ったDieulafoy潰瘍の一例

帝京大学医学部附属溝口病院 消化器内科<sup>1)</sup>、同 外科<sup>2)</sup>、  
同 病理診断科<sup>3)</sup>、同 第4内科<sup>4)</sup>  
綱島弘道<sup>1)</sup>、土井晋平<sup>1)</sup>、恩田 毅<sup>1)</sup>、國吉宣行<sup>1)</sup>、松本光太郎<sup>1)</sup>、  
梶山はな恵<sup>1)</sup>、関根一智<sup>1)</sup>、辻川尊之<sup>1)</sup>、馬淵正敏<sup>1)</sup>、梶山祐介<sup>1)</sup>、  
佐藤浩一郎<sup>1)</sup>、菊池健太郎<sup>1,4)</sup>、安田一郎<sup>1)</sup>、神津慶太<sup>2)</sup>、藤田正博<sup>2)</sup>、  
内藤善久<sup>2)</sup>、谷口桂三<sup>2)</sup>、山川達郎<sup>2)</sup>、高橋美紀子<sup>3)</sup>、川本雅司<sup>3)</sup>

【症例】48歳男性【主訴】下血【既往歴】なし【現病歴】2017年7月初旬から黒色便を認め、通勤中にふらつき倒れ、救急要請され当科救急外来受診。上部消化管内視鏡検査で、胃内に黒色残渣を認めたが、出血源は認めなかった。その後も、Hb低下あり、出血性ショックの状態となり、複数回RCC輸血を行った。腹部血管造影を行うも、出血源同定できなかった。小腸カプセル内視鏡(PilCam SB3) (Covidien)にて出血性潰瘍を認めたため、再度上部消化管内視鏡を行うも出血源同定できず、側視鏡でDieulafoy潰瘍を認め、内視鏡的に止血を行った。【考察】胃、十二指腸、小腸に潰瘍をきたす疾患は、クローン病、腸管ペーチュエット病、腸結核、薬剤性腸炎、単純性潰瘍などが鑑別にあげられる。本症例は、上部消化管内視鏡を複数回行い、下部消化管内視鏡でも、出血源は同定できなかった。OIBとして小腸カプセル内視鏡を行い、出血源を推察できた。低侵襲な小腸カプセル内視鏡は有力な診断ツールになりうると思われた。また、直視鏡で観察されな部位を側視鏡で観察し考え、出血部位を同定できた症例を経験したので文献的考察を加えて報告する。

小腸カプセル, 側視鏡

## 38 慢性膵炎、瘻術後など十二指腸内低pHにおける医療用消化酵素製剤の実効消化力

天野エンザイム株式会社<sup>1)</sup>、慶應義塾大学 医学部<sup>2)</sup>  
高橋晶子<sup>1)</sup>、洪 繁<sup>2)</sup>

我々はこれまで、国内で処方できる消化酵素製剤について日本薬局方や欧州の測定法FIP法での消化力測定により製剤の比較を行ってきた。しかし、これらの測定法は単一pHで測定するため、実際の消化管内での消化力が再現されない。そこで、胃腸条件を模した消化管モデルで試験を行った。pH5から3に2時間かけ低下させ胃条件を再現後、胆汁酸添加すると同時にpH7に調整し1時間消化を継続し、十二指腸・小腸消化力を再現した。総合消化力は3時間後の総生成物量で評価した。リパクレオン(リパ)の消化力を1とすると、脂肪は、リパ(1) > オーネスN(オン、0.46) > フェルターゼ(フェ、0.45) > ポリトールゼ(ポリ、0.41) > エクセラージェ(エク、0.37) > タフマックE(タフ、0.34) > ベリチーム(ベリ、0.29) > 日局パンクレアチン(日パ、0.02)。タンパクは、リパ(1) > オン(0.75) > フェ(0.52) > ポリ(0.50) > エク(0.43) > タフ(0.34) > ベリ(0.33) > 日パ(0.23)であった。また、慢性膵炎の腸部を模して、腸部を低pHにした場合の脂肪消化力について比較した。pH7でのリパの脂肪消化力を1とすると、微生物由来のリパーゼを含む製剤(オン、フェ、ベリ)では、pH6(0.73、0.64、0.33)、pH5(0.44、0.50、0.49)、pH4(0.47、0.55、0.45)と腸部低pH条件でも脂肪消化力が失われないうのに対し、リパではpH6(0.67)、pH5(0.48)、pH4(0.02)となり脂肪消化力が大きく落ちた。以上より、国産製剤も投与量を調節することで、リパクレオンと遜色のない消化管内総合消化力を示す可能性が示唆された。また、慢性膵炎のように腸部が低pHとなる場合も機能する消化酵素製剤の特徴が明らかになり、消化酵素製剤の処方に対し示唆を与える結果と考えられる。

消化酵素製剤, 消化管モデル

## 40 卵巣腫瘍との鑑別が困難であった小腸GISTの一例

東京大学医学部附属病院 腫瘍外科  
横溝悠里子、秀野泰隆、江本成伸、室野浩司、金子 学、日吉雅也、  
佐々木和人、西川武司、田中敏明、畑 啓介、川合一茂、野澤宏彰、  
石原聡一郎

症例は58歳女性。1年ほど前から下腹部に違和感が出現。健診時に骨盤内腫瘍を指摘され、当院女性外科を紹介受診した。腫瘍マーカーの上昇は認めず、骨盤MRI検査にて17×17×8.5cmの腫瘍を指摘された。充実性部分は著明に拡散能が低下し、嚢胞性部分はT1で淡い高信号を示しており、粘膜炎の多い液体の含有が疑われた。経膈エコー検査では左卵巣静脈の拡張が疑われ、腫瘍内部はhigh echoicと非典型的であったが、卵巣癌が疑われた。PET検査では、腫瘍の壁に沿って高い集積を認め、充実成分を有する左卵巣癌が疑われた。上下部内視鏡検査では特異所見を認めず、遠隔転移を疑う所見も認めなかったため、左卵巣癌の診断で、女性外科にて開腹手術が施行された。開腹時、両側付属器は正常であり、S状結腸間膜に広範に癒合した小児頭大の腫瘍を認めた。またトライツ靭帯から30cmの空腸が腫瘍に巻き込まれており、術中迅速病理診断ではspindle cell tumorの診断であったため、当科にてS状結腸切除・小腸部分切除術を施行した。切除標本の病理組織学的検査では、紡錘形細胞が錯綜構築を成し、免疫染色にてc-kit陽性であった。腫瘍はS状結腸では漿膜下層のみにもみられるのに対し、小腸では筋層と連続するとともに粘膜炎層にも及んでおり、小腸原発GISTと診断した。GISTは画像検査上、腫瘍が大きくなるにつれて中央部に壊死を伴い、婦人科悪性腫瘍との鑑別に苦慮することがある疾患とされている。術前検査で骨盤内に腫瘍を認め、卵巣腫瘍として非典型的な所見を認めた際には、消化管原発腫瘍の可能性も考慮し、鑑別を行う必要がある。本症例は、喘息の既往があり、造影CT検査は困難であったが、症例が許される場合には、造影CT検査や3D-CTA構築などの追加検査を考慮する必要があると思われる。今回、我々は術前に卵巣腫瘍を疑い、術後に小腸GISTと判明したという診断に苦慮した症例を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

GIST, 卵巣腫瘍

国立病院機構 災害医療センター 消化器内科  
佐々木善浩, 上條 孟, 木谷幸博, 島田祐輔, 石坂俊二, 大野志乃,  
川村紀夫

遺伝性血管性浮腫 (Hereditary angioedema, 以下HAE) は、C1インヒビターの遺伝子異常により、機能低下を起こし、凝固系やキニン-カリクレイン系が活性化し、ブラジキニンの産生で血管透過性が亢進し、引き起こされる疾患である。

発作の症状としては、四肢、顔面等の浮腫、腹痛、咽頭浮腫等があり、咽頭浮腫は時には致命的になる。本疾患は消化器症状で受診することも多いが、症状は2~3日で軽快していくため、通常は急性腹症や腸炎として診断され、正確な診断につながらない場合も多いと思われる。しかし、激しい腹痛とCT画像上で腸管の明瞭な三層構造を有する著明な浮腫性壁肥厚と多量の腹水を認めることもあり、試験開腹等されていることもある。本疾患を周知することも含め、症例を提示したい。

当院で経過を診ている3症例について報告する。症例は3例(男性1名、女性1名)、診断時の平均年齢30.0歳(23~34歳)、初発症状から確定診断までの平均期間17.3年(12~23年)、発作回数は年間15.3回(13~18回)であった。

〔考察〕HAEは、数万人に一人と稀な疾患であり、消化器症状で受診しても、疾患の認知度から急性腹症や腸炎、精神的ストレス等と診断されていることも多い。当院のHAEの現況と新規治療薬等を含め、報告する。

遺伝性血管性浮腫, 腹痛

子宮内膜症, 腸閉塞

所沢明生病院  
廣瀬裕一, 森崎善久, 鈴木昭一郎

上部小腸イレウスにより十二指腸内圧が上昇し急性膀胱炎およびショックをきたした2例を経験したので報告する。症例1:81歳、女性。3年前に他院で食道癌に対し、胸腔鏡下食道亜全摘術、後縦隔経路頸部食道胃管吻合を施行。2017年4月に繰り返す嘔吐のため当院受診した。血液検査でアミラーゼ3753 IU/Lと高値を認め、CTにて挙上胃管から上部小腸までの拡張を認めた。上部小腸の閉塞により十二指腸内圧上昇し、急性膀胱炎を発生したと考えられた。減圧目的で胃管挿入し、軽快した。症例2:80歳、男性。2017年4月に胃癌に対し、開腹胃全摘、Roux-en-Y再建術を施行した。第2病日に腹痛の訴えあり、ショック状態となった。血液検査でアミラーゼ1322 IU/Lと高値を認め、CTにて輸入脚の拡張を認めた。輸入脚吻合部の閉塞により十二指腸内圧上昇し、これによる急性膀胱炎が原因と考えられた。緊急手術により減圧チューブを挿入し、軽快した。

イレウス, 膀胱炎

尖圭コンジローマ, ヒト乳頭腫ウイルス

大森赤十字病院 消化器内科<sup>1)</sup>, 同 外科<sup>2)</sup>, 同 病理診断科<sup>3)</sup>  
新倉利啓<sup>1)</sup>, 折原慎弥<sup>1)</sup>, 福井 諒<sup>1)</sup>, 阿南秀征<sup>3)</sup>, 立川 準<sup>1)</sup>,  
須藤拓馬<sup>1)</sup>, 有本 純<sup>1)</sup>, 河野直哉<sup>1)</sup>, 桑原洋紀<sup>1)</sup>, 高松志帆子<sup>1)</sup>,  
中岡宙子<sup>1)</sup>, 千葉秀幸<sup>1)</sup>, 井田智則<sup>1)</sup>, 諸橋大樹<sup>1)</sup>, 安城芳紀<sup>2)</sup>,  
友成崇葵<sup>2)</sup>, 渡辺俊之<sup>2)</sup>, 坂本修彦<sup>3)</sup>, 後藤 亨<sup>1)</sup>

症例は32歳女性、未経妊未産。7年前に子宮内膜症により右卵巣切除術の既往がある。入院当日未明より腹痛を認め、当院救急外来を受診。WBC 8600/ $\mu$ l、CRP 3.70 mg/dlであった。単純腹部-骨盤CTでは回盲部付近の終末回腸漿膜側に境界不明瞭な30mm大の腫瘍像を認め、一部虫垂と連続し一塊となり、同部位を起点として遠位小腸の拡張と液体貯留を認めた。当初虫垂炎、虫垂腫瘍、炎症性腸疾患、子宮内膜症の鑑別が困難であり、入院とし禁食補液抗菌薬投与にて保存的治療を行った。しかし、入院後も徐々に腹痛が増悪し、12時間程度経過した昼過ぎには反跳痛の出現を認めた。WBC 7300/ $\mu$ l、CRP 3.59 mg/dlと著変なかったが、単純腹部-骨盤CTにて小腸壁浮腫状肥厚の増悪を認めため、同日緊急開腹手術となった。開腹時血性腹水を中等量認め、虫垂、虫垂根部、終末回腸が一塊となっていた。虫垂腫瘍も否定できず回盲部切除及びD2郭清を行った。その後病理結果より、回盲部に全周性の異所性子宮内膜組織を認め、子宮内膜症の診断となった。第5病日より飲水再開となり、第7病日より食事再開。その後食上げし、第13病日経過良好で退院となった。その後他院婦人科外来通院中である。子宮内膜症は子宮内膜あるいは子宮内類似組織が子宮内膜以外に認められる疾患である。子宮内膜症が腸管に及んだ場合、腸管子宮内膜症と呼ばれ、全子宮内膜症の12~37%に存在すると言われる。好発部位はS状結腸-直腸で70%と最も多く、小腸が7%と比較的稀であり、主に遠位小腸に認められる。その他盲腸4%、虫垂3%とされている。症状は発生部位によって多少異なるが、回盲部子宮内膜症の場合は、腹痛、嘔吐、腸閉塞症状が多いとされており、症状発症時期も47%で月経に一致していたとの報告もある。本症例でも子宮内膜症による右卵巣切除術の既往があり、発症時期も月経に一致していたため、子宮内膜症も疑ったが、CTにて虫垂と一塊になっていたため、虫垂腫瘍との鑑別が困難であった。今回診断に難渋した回盲部子宮内膜症の一例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。

聖マリヤンナ医科大学東横病院 消化器病センター  
黄 雅樹, 丹波和也, 吉田良仁, 小野龍宜, 浜辺太郎, 野田顕義,  
原 世暢, 野元雅仁, 佐々木貴浩, 古畑智久, 中嶋孝司, 宮島伸宜,  
伊東文生

【緒言】尖圭コンジローマは性器へのヒト乳頭腫ウイルス (human papilloma virus) の6あるいは11型による感染症で、主として性交渉やその関連行為により直接感染することが知られている。形態は通常観察において乳頭腫様隆起で、表面構造は白色顆粒状、大小病変が集簇して観察されることが多い。本邦では液体窒素による冷凍療法、電気焼灼、レーザー蒸気、外用薬のイミキモドクリームなどが用いられるが、再発する症例も多く、治療後も十分な経過観察および再発の際は繰り返し治療が必要である。今回、当院にて経験した軽微もしくは無症状で発見された肛門部尖圭コンジローマの2例を文献的考察を加えて報告する。(症例1) 肛門性交歴のある23歳男性。排便時出血で紹介となり、内視鏡所見上、白色顆粒状病変を認め、生検結果から尖圭コンジローマの診断となった。(症例2) 定期検査にて指摘された58歳男性の症例。特記すべき症状は認めなかったが、同様に内視鏡所見上、白色顆粒状病変を認め、生検にて確定診断となった。【考察】肛門部尖圭コンジローマは性行為感染症としての側面が強い本症例だが、内視鏡所見において予後不良とされている肛門管癌との鑑別が重要であると考えられている。近年、画像強調内視鏡による拡大観察が診断、鑑別に有用であることが報告されており、下部消化管内視鏡における肛門部の観察は下部直腸や内痔核だけではなく、肛門管も十分に観察を行い、異常所見を認めた場合は拡大観察を行うことが存在診断だけではなく、質的診断に有効であると考えられた。

国立がん研究センター中央病院 内視鏡科<sup>1)</sup>,  
同 検診センター<sup>2)</sup>, 同 病理科<sup>3)</sup>  
同日健吾<sup>1)</sup>, 張 萌琳<sup>1)</sup>, 吉田 裕<sup>3)</sup>, 関根茂樹<sup>3)</sup>, 高丸博之<sup>1)</sup>,  
関口正宇<sup>1,2)</sup>, 山田真善<sup>1)</sup>, 坂本 琢<sup>1)</sup>, 松田尚久<sup>1,2)</sup>, 斎藤 豊<sup>1)</sup>

【背景】肛門管癌は比較的まれな腫瘍であるが、米国では消化管癌の2.6%を占めると推定されており増加傾向にある。米国では扁平上皮癌が多いが、本邦では腺癌が多く、次いで扁平上皮癌が多い。遠隔転移を伴わない肛門扁平上皮癌の治療方法は、欧米において、放射線化学療法が標準治療とされているが、本邦での治療戦略は手術、放射線化学療法などさまざまである。一方、HPV関連腫瘍でもコンジローマに対しての治療は電気焼灼やレーザー治療などが行われる場合も多い。【症例】35歳女性。大腸ポリープに対して内視鏡切除を行った後に、サーベイランス下部内視鏡を施行し、肛門管に隆起性病変を認め、生検で扁平上皮癌の診断となり精査治療目的に当院紹介となった。NBI併用拡大内視鏡及び、インジゴカルミン色素内視鏡で観察を行った。隆起性病変が非連続性、亜全周性に散在しており大部分が乳頭状であった。異常血管は認めず、扁平上皮癌の診断は困難であった。また、インジゴカルミン色素散布にても病変境界の診断は困難であった。当院での生検組織では高異型度の扁平上皮内病変(HSIL)とkoilocytosisを伴うコンジローマ様の成分を認めた。内視鏡および生検診断で扁平上皮癌の診断は困難であったが、HSILであれば浸潤癌に進行するリスクがあることから、全周性ESDによる診断的治療を行った。組織学的には、病変は亜全周性に分布しており、koilocytosisを伴う低異型度の扁平上皮内病変(LSIL)と平坦部の小範囲にHSILを認めた。腫瘍は上皮内に限局しており、尿管侵襲を認めず、垂直断端は陰性であった。【考察】内視鏡機器の進歩により肛門管病変の早期発見・診断が可能となりつつあるが、コンジローマと扁平上皮癌との鑑別は内視鏡的にも生検診断でも困難な場合がある。本症例のように質的診断・範囲診断の難しい肛門管病変に対するESD/EMRによる一括切除は、正確な病理学的評価を行え、かつ再発リスクを下げる事ができる。扁平上皮内癌であっても上皮内に限局していれば手術や放射線化学療法による侵襲の高い治療を回避できる可能性がある。

肛門管高異型度扁平上皮内病変, HPV

特発性, 腸重積

国立がん研究センター中央病院  
今泉 潤, 森谷弘乃介, 井上 学, 坂本良平, 塚本俊輔, 志田 大,  
金光幸秀

【背景】直腸・肛門管癌が肛門周囲皮膚内に浸潤したPagetoid spread(PS)と、肛門Paget病は酷似しており、両者を鑑別することは重要である。【目的】PSと診断された症例の治療成績および臨床病理組織学的因子について検討することを目的とした。【対象と方法】2006年から2018年までに、PSを伴う直腸・肛門管腺癌と診断された11例について、年齢、性別、腫瘍径、術前内視鏡所見の有無、Mapping Biopsyの有無、治療方法、長期予後について検討した。【結果】男性:6例(54.6%)、女性:5例(45.4%)で、年齢の中央値は73歳であった。腫瘍径の中央値:55mmで、全例が皮膚生検で診断された。内視鏡検査で肛門管内に病巣を指摘し得たものは3例であった。9例(81.9%)に外科的切除が施行され、リンパ節郭清を伴う腹会陰式直腸切断術が4例(36.3%)、局所切除のみが5例(45.4%)、非切除が2例(18.1%)であった。非切除2例は共に高齢で治療拒否した1例と放射線治療を希望した1例であり、初回化学療法の症例は認めなかった。5例にMapping Biopsyが施行され、断端陽性が3例(27.2%)に認めた。Mapping Biopsy施行例で断端陽性例が1例(20%)であり、Mapping Biopsy非施行例で断端陽性は1例であり、有意差は認めなかった。術後補助療法は1例に化学放射線療法が施行された。5年生存率は85.7%であった。切除した9例のうち、再発症例は6例(67%)で、無再発生存期間の中央値は791日であった。局所再発が3例(33%)、リンパ節再発はすべて鼠径リンパ節再発で4例(44%)認めた。再発治療は局所再発に対し全例再手術、リンパ節再発に対してはリンパ節郭清術が2例に施行され、化学療法や放射線療法を施行した例はなかった。【結論】PSを伴う直腸・肛門管癌では、性差はなく、皮膚生検が診断に有用であった。無再発生存期間が長く、低悪性度を示唆し、治癒切除による長期予後は直腸肛門管癌と比較し良好であった。

Pagetoid Spread, 肛門管癌

杏林大学 医学部  
井手麻友美, 須並英二, 小嶋幸一郎, 飯岡愛子, 吉敷智和,  
橋本佳和, 鈴木 裕, 森 俊幸, 阪本良弘, 阿部展次

症例は29歳男性。急性虫垂炎疑いのため近医より紹介。来院時、体温37.7℃、右下腹部痛を認め、CT検査にて回盲部腸重積を疑わせるpseudo-kidney signを認め緊急入院。注腸検査にて回盲部にカニ爪陰影を認め腸重積と診断、検査中さらに加圧を行うとカニ爪陰影は消失した。下部消化管内視鏡検査では、回盲弁が浮腫状でびらんを伴っており、また虫垂開口部にも同様の所見を認めたが、いずれも生検結果炎症所見のみであった。退院後小腸内視鏡検査を行なったが、異常所見は観察されず、特発性腸重積と診断した。成人腸重積症は比較的稀で、腸重積症の約5%であり、約90%に器質的疾患を有しており、特発性の頻度は極めて稀である。治療に関しては、近年では腹膜刺激症状がない場合に限り、整備後に精査を行い、診断をつけて過大手術を避けるべきとの意見が散見される。腹膜刺激症状がなく、画像所見にて明らかな腫瘍が認められない場合、まず整備を試みることで、本症例の様に手術を回避することが可能であると考えられた。

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

【症例】83歳女性【主訴】鮮血便【既往歴】高血圧症、頸椎症(術後)、骨粗鬆症【現病歴】201X年1月20日レバーのような鮮血便を認め、21日に当院を受診した。受診時鮮血便は止まっており腹痛もなかったが、炎症反応高値と貧血を認め入院とした。絶食、補液、抗生剤投与を行い、22日に下部消化管内視鏡検査を施行した。その結果、上行結腸内に先端が尖った5cm大の細長い異物を認め、回収ネット、スネア、把持鉗子を用いて除去した。粘膜には異物の接触によると思われる発赤が認められたが出血は見られなかった。内視鏡検査の前後で腹部CTを撮影したが、free airや消化管壁の肥厚等は認められなかった。上部消化管検査も施行したが、萎縮性胃炎を認めるのみであった。その後、腹痛や発熱、出血は見られなかったため食事を開始し、1月30日に退院とした。異物は病理検査の結果、硬い素材の人工物であったが、具体的な物質名は不明であり、本人の誤飲の記憶もなかった。【考察】消化管異物の部位別の頻度は食道、胃の順に多く、誤飲や腹痛を主訴に見つかるケースが多い。鮮血便の原因として大腸異物は非常にまれであるが、異物の形状によっては出血のみならず、炎症や穿孔に至ることもありうる。本症例は明らかな腹痛はなく、鮮血便を契機に異物が発見され、内視鏡的に除去することで手術を回避できた。【結語】鮮血便を契機に発見された上行結腸異物の1例を経験したので文献的考察を加えて報告する。

大腸異物, 鮮血便

## 49 悪性腫瘍との術前診断が困難であった回盲部の Necrotizing granulomatous inflammationの一例

防衛医科大学校病院 外科学講座<sup>1)</sup>、  
同 内科学講座(消化器内科)<sup>2)</sup>、同 病態病理学講座<sup>3)</sup>  
堀 達彦<sup>1)</sup>、岡本耕一<sup>1)</sup>、神藤英二<sup>1)</sup>、梶原由規<sup>1)</sup>、田原寛之<sup>2)</sup>、  
渋谷尚希<sup>2)</sup>、溝口明範<sup>2)</sup>、穂刈量太<sup>2)</sup>、熊澤文久<sup>3)</sup>、佐藤仁哉<sup>3)</sup>、  
上野秀樹<sup>1)</sup>

【緒言】肉芽腫の原因には、結核などの感染性、多発血管炎性肉芽腫などの自己免疫疾患、異物反応、腫瘍性、Crohn病やサルコイドーシスなどの炎症性疾患などが挙げられる。今回悪性腫瘍との鑑別が困難であった回盲部のNecrotizing granulomatous inflammationの一例を経験したので報告する。

【症例】69歳女性。胃腸炎での入院時に施行した他院での腹部超音波及び上部消化管内視鏡検査にて食道静脈瘤と腹水貯留を伴う肝硬変を指摘され、加療目的で当院消化器内科に紹介された。精査目的のCTにおいて回盲部の腸間膜に最大5cm径の内部壊死を伴う腫瘍2個と傍大動脈領域に及ぶ複数のリンパ節腫大を認めた。血液検査ではWBC 3600/ $\mu$ l, CRP 7.3mg/dl, CA125 149.5U/ml, CA19-9 32.5U/ml, CEA 5.4ng/ml, IL-2R 454U/mlであった。FDG-PETでは腫瘍に一致してFDGの異常集積を認めた。下部消化管内視鏡検査では結腸及び回腸末端に腫瘍性病変を認めなかった。画像所見から悪性リンパ腫や重複虫垂による虫垂瘤、GISTをはじめとする悪性腫瘍が疑われ、消化器外科にて右結腸切除術を施行した。病理組織学的に摘出検体には悪性所見を認めず、好中球や組織球を混じた地図状の壊死を取り囲むように類上皮細胞が配列する類上皮肉芽腫が存在しNecrotizing granulomatous inflammationの像であった。原因疾患として結核や多発血管炎性肉芽腫症が鑑別に挙げられたが、抗酸菌染色陰性及びT-SPOT陰性でありANCAや抗核抗体が正常範囲であった。

【結語】術前に悪性腫瘍との鑑別が困難であった回盲部のNecrotizing granulomatous inflammationの一例を経験した。手術検体の病理学的検査をはじめとする術後の精査においても原因の特定に至らなかった。文献的考察を加えて報告する。

Necrotizing granulomatous inflammation, 肉芽腫

## 50 糞便性イレウスに対して内視鏡治療が有効であった一例

昭和大学 医学部 内科学講座 消化器内科学部門<sup>1)</sup>、  
昭和大学病院 内視鏡センター<sup>2)</sup>  
牛腸俊彦<sup>1)</sup>、紺田健一<sup>1)</sup>、鈴木統大<sup>1)</sup>、中谷真也<sup>1)</sup>、菊池一生<sup>1)</sup>、  
飯島堅太郎<sup>1)</sup>、柳澤文人<sup>1)</sup>、田川徹平<sup>1)</sup>、居軒和也<sup>1)</sup>、東條正幸<sup>1)</sup>、  
木原俊裕<sup>1)</sup>、矢野雄一郎<sup>1)</sup>、坂木 理<sup>1)</sup>、久保田祐太郎<sup>1)</sup>、  
片桐 敦<sup>1)</sup>、小西一男<sup>1)</sup>、山村彦彦<sup>2)</sup>、吉田 仁<sup>1)</sup>

症例は80歳代女性。上行結腸φ25mmのLST-G病変に対して、大腸内視鏡的粘膜下層剥離術(ESD)施行目的に入院し、治療前に大腸内視鏡前処置の腸管洗浄液(ナトリウム・カルシウム配合剤散2L)を内服した。内服後排便は一度も認めず、腹部膨満、腹痛を認めた。CT検査にてS状結腸から口側の腸管拡張を認め、糞便性イレウスの診断となる。イレウス解除目的に緊急下部消化管内視鏡検査を施行した。S状結腸屈曲部に多量の便塊を認め、把持鉗子や回収ネットにて便塊を除去した。狭窄部を越え口側腸管は、塑造な粘膜炎を認め、虚血性変化を認めた。便塊による閉塞起点は解除でき、減圧チューブは留置せずに、保存的加療とした。その後も腸管壊死所見は認めず、保存的加療にて軽快した。糞便による閉塞性大腸炎では、救命のために減圧、壊死腸管切除目的に早急な手術が必要なことが多いが、本例では内視鏡的治療により改善を認められた。今回、患者背景を考慮し、内視鏡治療にて改善を得られた症例を経験したので若干の文献的考察を加えて報告する。

糞便性イレウス、閉塞性大腸炎

## 51 スクリーニング内視鏡における大腸ポリープ発見率に及ぼす全大腸観察時間の検討

新宿つるかめクリニック 消化器病センター<sup>1)</sup>、  
小金井つるかめクリニック 内視鏡センター<sup>2)</sup>、  
ミラザ新宿つるかめクリニック<sup>3)</sup>  
石橋史明<sup>1,2)</sup>、田中 龍<sup>1)</sup>、鬼塚亮一<sup>1)</sup>、小林小の実<sup>1,2,3)</sup>、  
福島啓太<sup>1,3)</sup>

背景：微小病変を含む大腸ポリープの発見のための内視鏡検査医の質の担保が重要である。本研究では、実臨床において、内視鏡検査医別の検査成績(ポリープ同定率(PDR)、腺腫性ポリープ同定率(ADR)、平均ポリープ発見数(MPP)、平均腺腫性ポリープ発見率(MAP)、腺腫性ポリープ正診率)が全大腸観察時間とどのような関連があるかを明らかにすることを目的とした。方法：2018年8月~11月までの間に当施設で検査医12名により施行された1270件の大腸内視鏡検査について、検査結果及び病理診断結果を後ろ向きに見直した。30件未満の内視鏡検査数であった3名の検査医を除外後、観察したポリープが全て追跡可能であった1007件について、ポリープ同定時の抜去時間、ポリープ非同定時の抜去時間、ポリープの個数、質的診断、治療の有無を見直し、ADR、PDR、MAP、MPP、正診率を算出した。結果：検査医9名について、ポリープ非同定時の抜去平均時間は6.62分、ポリープ同定時の抜去平均時間は12.5分、正診率は83.1%、ADRは25.3%、PDRは29.3%、MAPは0.4、MPPは0.49であった。全検査医のデータをもとに相関分析を行うと、ポリープ非同定時の抜去時間とADR、PDR、MAP、MPPの間に高い相関関係があることが分かった(R=0.88, 0.92, 0.88, 0.92)。一方で、ポリープ同定時の抜去時間は各指標と相関はなかった。また、正診率との間にも相関関係は見出せなかった。ADR、PDR、MAP、MPPを目的変数、ポリープ非同定時の抜去時間を説明変数として回帰分析を行うと、各指標を有意に予測可能であることが分かった(ADR(P=0.01, R<sup>2</sup>=0.91)、PDR(P=0.0005, R<sup>2</sup>=0.95)、MAP(P=0.002, R<sup>2</sup>=0.75)、MPP(P=0.0004, R<sup>2</sup>=0.83))。ポリープ非同定時の抜去時間6.5分をカットオフ値とした場合、各指標は有意に向上することが分かった(ADR(35% vs 13.1%, P=0.0005)、PDR(43% vs 15.7%, P=0.004)、MAP(0.58 vs 0.17, P=0.006)、MPP(0.73 vs 0.2, P=0.001))。結論：全大腸観察に6.5分以上の時間をかけることで、ポリープ発見率を向上できる可能性が示唆された。

大腸ポリープ、ADR

## 52 特異な進展形式を示した直腸癌の1例

自衛隊中央病院 外科<sup>1)</sup>、三宿病院 内科<sup>2)</sup>、  
自衛隊中央病院 病理診断科<sup>3)</sup>  
久保 徹<sup>1)</sup>、宇都宮勝之<sup>1)</sup>、松本佑介<sup>1)</sup>、木村幹彦<sup>1)</sup>、吉田一路<sup>1)</sup>、  
坂本直子<sup>1)</sup>、菅澤英一<sup>1)</sup>、真方良彦<sup>2)</sup>、松永純乃<sup>3)</sup>、猛尾弘照<sup>3)</sup>、  
松熊 晋<sup>3)</sup>、村山道典<sup>1)</sup>

症例は72歳男性。高尿酸血症の既往あり。検診精査にて直腸癌の診断となり受診。大腸内視鏡検査では肛門縁より15cmの直腸S状部に半周弱の1型腫瘍を認め、生検にて腺癌が検出された。術前の画像診断では、明らかなリンパ節転移および遠隔転移を認めなかった。直腸癌(cT3N0M0, cStage2a)の診断に対して、腹腔鏡下低位前方切除術を行った。摘出した直腸は、肉眼的に環周率30%、3cm大の隆起性病変が認められ、リンパ節転移は否定的であった(st2N0M0)。組織学的に直腸の腫瘍部には、高分化管状腺癌を主体とし、乳頭腺癌、中分化管状腺癌、非充実型低分化腺癌、粘液癌を混じた腺癌の像がみられた。癌細胞は肉眼的な隆起部を越えた粘膜炎下層を主体として口側および肛門側へ進展し、3.5×3cmの5型腫瘍であった。リンパ節に関しては腸管傍リンパ節(#251)および中間リンパ節(#252)に合計4個の転移を認め、リンパ節周囲脂肪織内には脈管侵襲像もみられた。病理学的所見を併せて直腸癌(pT3pN2cM0, pStage3b)と診断した。現在外来にて補助化学療法を行い、経過観察中である。以上の様に、特異な進展形式を示した直腸癌の症例を経験した。若干の文献的考察を加えて報告する。

直腸癌、進展

日本医科大学付属病院 消化器外科<sup>1)</sup>、  
日本医科大学大学院 統御機構診断病理学<sup>2)</sup>  
香中伸太郎<sup>1)</sup>、太田 竜<sup>1)</sup>、横山康行<sup>1)</sup>、山田岳史<sup>1)</sup>、小泉岐博<sup>1)</sup>、  
進士誠一<sup>1)</sup>、高橋吾郎<sup>1)</sup>、原 敬介<sup>1)</sup>、内藤善哉<sup>2)</sup>、吉田 寛<sup>1)</sup>

【緒言】粘膜下腫瘍様の形態を呈する大腸癌についての報告は散見されるが、10cmを越えるような比較的大きな腫瘍の報告は少ない。今回、便秘を契機に発見された最大径13cmにおよぶ粘膜下腫瘍様の形態を呈した壁外発育型横行結腸癌の1例を経験した。本症例の臨床病理学的特徴について文献的考察を加え報告する。【症例】症例は43歳、女性。便秘を主訴に来院した。腹部腫瘍を触知したため腹部CT、MRIを施行したところ、横行結腸脾弯曲部の腸間膜側に直径13cmの腫瘍を認めた。腫瘍は腸管壁外に膨隆し、内部が不均一に造影されていた。腫瘍は周囲臓器と広範囲に接していたため原発部位として大腸、腸間膜、後腹膜などが考えられた。下部消化管内視鏡検査では腫瘍による壁外性圧排のためスコープは通過不能であった。狭窄部の粘膜は浮腫状に変化し、同部位より生検を施行したところ悪性所見は認められなかった。臨床的にGIST、軟部組織肉腫、壁外発育型の大腸癌を疑い、横行結腸部分切除、D2郭清を行った。(術中の所見は?) 切除検体の断面において、粘膜下を中心に直径13cmの腫瘍を認め、一部粘膜面に露出していた。病理組織学的検査では、円形の腫大した核を持つ腫瘍細胞が充実性に増殖しており、免疫染色にて、CEA:陽性、AE1/AE3:陽性、CD3:陰性、CD20:陰性、ChromograninA:陰性、Synaptophysin:陰性であったためpor1と診断した。病理組織学的進行度はT4a、ly0、v1、N0、M0、fStage IIであった。術後4年11か月無再発生存中である。【考察】壁外発育型の大腸癌は稀であり、術前に診断がつきにくく、また周囲臓器への浸潤も強い傾向がある。術前生検による診断がつかない場合でも本症例を念頭に置き、十分な郭清や切除範囲を設定することが重要であると考えられた。

大腸癌, 壁外発育型

国立がん研究センター東病院 消化管内視鏡科<sup>1)</sup>、  
同 臨床腫瘍病理解野<sup>2)</sup>  
南出竜典<sup>1)</sup>、奥村 圭<sup>1)</sup>、新村健介<sup>1)</sup>、池松弘朗<sup>1)</sup>、小嶋基寛<sup>2)</sup>、  
門田智裕<sup>1)</sup>、依田雄介<sup>1)</sup>、堀 圭介<sup>1)</sup>、矢野友規<sup>1)</sup>

症例は70歳代女性。前医で便潜血陽性精査目的のため施行された大腸内視鏡検査で、下行結腸に平坦隆起性病変を認め、コールドスネアポリペクトミーによる内視鏡的摘除が試みられた。しかし、病理組織学的に印環細胞癌かつ断端陽性であったため、追加治療目的で当院に紹介となった。通常観察では、下行結腸の摘除後瘢痕の近傍に12mm大の正色調でやや境界不明瞭な平坦隆起性病変を認めた。NBI拡大観察では、vessel patternは口径不同・不均一な分布を呈し、surface patternは不明瞭で一部無構造領域を呈していたため、JNET分類Type3と診断した。インジゴカルミン散布では、病変全体の範囲を明瞭に認識することができた。クリスタルバイオレット染色下拡大観察では、VN型pit patternを呈し、内部にI型pitが残存していた。他の画像検査で遠隔転移および他の原発巣がないことから、大腸原発の印環細胞癌cT1bと診断し、腹腔鏡下左半結腸切除術が施行された。病理組織学的には、粘膜内に限局した印環細胞癌と診断された(pTis, ly0, v0, ne0, PN0, int, INFb, pPM0, pDM0, pRMO, pNO, pM0, pStage0)。早期大腸印環細胞癌は非常に希少であり、内視鏡像と病理組織像の対比も行いながら報告する。

印環細胞癌, 拡大内視鏡観察

慶應義塾大学 一般・消化器外科  
門野政義, 茂田浩平, 鶴田雅士, 岡林剛史, 石田 隆, 安藤知史,  
岩間 望, 豊田尚潔, 山高 謙, 池端明彦, 森田 覚, 足立陽子,  
牧野晁嗣, 松岡信成, 佐々木健人, 北川雄光

【症例】63歳の女性。54歳時に急速進行性糸球体腎炎による末期腎不全に対して夫をドナーとしたABO不適合生体腎移植を施行され、免疫抑制剤としてCyA、MMF、EVRを併用内服中であった。検診で便潜血陽性であり下部消化管内視鏡検査を施行したところ、上行結腸に20mm大の0-IIa+IIc型病変を指摘され、生検でtub2+porの診断であった。精査の結果、結腸癌 A, tub2+por, cType0-IIa+IIc, cT1b, N0, M0 cStageIと診断し、腹腔鏡補助下結腸右半切除術を施行した。しかし、術後の病理組織学的検査では、poorly differentiated adenocarcinoma, pT3(ly)-SM:5mm, N3(#211(1/6), #213(2/5)), M0 cStageIIcであった。【考察】腎移植患者は発がんリスクが通常の2-3倍に増加することが報告されており、長期の免疫抑制剤の使用がそのリスクファクターとして知られている。免疫抑制剤について、CyAをはじめとしたカルシニューリンインヒビターはその曝露量に比例して発がんリスクが増加するという報告がある一方で、MMFなどの代謝拮抗薬やEVRなどのmTOR阻害薬の発がん抑制についての報告もみられる。CyAはTGF-β1発現を増進し、ラットにおけるリンパ節転移の促進や腫瘍接着後の増進を促進するという報告もある。本症例は術前検査で深達度がT1bの早期大腸癌が疑われており、D2郭清を考慮する症例であったが、実際には高度のリンパ管侵襲と主リンパ節までの転移を認めており、免疫抑制剤によるリンパ節転移の促進が疑われた。移植後の免疫抑制療法中の大腸癌ではより高度のリンパ節転移を来している可能性を考慮し、リンパ節郭清範囲の検討を慎重に行う必要があると考えられる。【結語】腎移植後の免疫抑制療法中に発見された高度リンパ管侵襲と主リンパ節転移を伴う上行結腸癌の症例を経験したため、文献的考察を加えて報告する。

移植, 免疫抑制剤

自治医科大学附属さいたま医療センター 消化器内科  
小関悠介, 小糸雄大, 大竹はるか, 上原健志, 森野美奈, 三浦孝也,  
石井剛弘, 藤原純一, 関根匡成, 浅野岳晴, 松本吏弘, 宮谷博幸,  
眞嶋浩聡

【背景】ダビガトランは、非弁膜症性心房細動患者における虚血性脳卒中及び全身性塞栓症の発症抑制に用いられる。今回、ダビガトラン内服中に薬剤性食道炎をきたした3例を経験したため報告する。【症例1】90歳女性。心房細動のためダビガトランが導入された後より黒色便を認めたため、導入6日後に上部内視鏡検査を施行した。中部食道の全周に白色の膜様物が付着し、ダビガトランによる薬剤性食道炎が疑われた。ダビガトランをアビキサパンに変更して経過観察とした。その後は胸部違和感と黒色便は改善した。【症例2】68歳男性。X-1年に心房細動に対して、カテーテルアブレーション施行し、アビキサパン内服をしていた。洞調律で落ち着いていたため、X年10月にアビキサパンの内服が中止となった。X年12月に、不整脈が再発したことからダビガトランの内服が開始された。その後、胸部違和感が出現し、精査目的で上部内視鏡検査を施行した。食道全周に白色の膜様物を認め、ダビガトランによる薬剤性食道炎が疑われた。ダビガトランをアビキサパンに変更し、経過観察をした。その後胸部違和感は消失した。【症例3】85歳男性。Y-6年に徐脈性心房細動に対してペースメーカー埋め込み術が施行され、以後抗凝固薬の内服が開始された。Y年の時点で、ダビガトラン内服中であった。腹部の不快感を認め、上部内視鏡検査を施行した。中部食道の全周に白色の膜様物の付着を認め、薬剤性食道炎が疑われた。服薬指導を行い、ダビガトラン内服は継続した。Y+1年の上部内視鏡検査では、食道の白色膜様物は改善傾向にあった。【考察】ダビガトランは、ワーファリンと比較して、定期的な血液検査の必要性がない点、食事制限が必要ない点、特異的中和剤が存在する点で管理がしやすく、非弁膜症性心房細動患者に対する使用例が増えてきている。ダビガトラン内服に伴い消化器症状が出現した際には薬剤性食道炎の可能性も考える必要がある。重症例では、剥離性食道炎を生ずることもあり、文献的考察を含めて報告する。

ダビガトラン, 薬剤性食道炎

## 57 食道癌手術後にSister Mary Joseph nodule再発を来した1例

防衛医科大学校病院 上部消化管外科  
小林和貴, 辻本広紀, 矢口義久, 伊藤 希, 原田 学, 土屋 智, 神津慶多, 板崎勇二郎, 長谷和生, 上野秀樹

【緒言】Sister Mary Joseph nodule (以下SMJN) は悪性腫瘍の臍転移を来した病態であるが、その報告の多くは胃癌や婦人科腫瘍であり、食道癌のSMJNの報告は少ない。今回、我々は食道癌術後早期にSMJN再発を来した1例を経験したので報告する。【症例】50歳代の男性。X年1月に嘔声を自覚して近医を受診し、左反回神経麻痺を指摘された。当院耳鼻咽喉科にて精査され、CTにて胸部上部食道の腫瘍性病変と左反回神経周囲のリンパ節転移が疑われたために当科に紹介された。内視鏡検査にて切歯23cmに後壁右側壁にかけて1/4周性の2型腫瘍を認め、生検にて扁平上皮癌と診断された。PET/CT検査において明らかな遠隔転移を認めず、Ut T3N1 (#106RecL)M0, Stage IIIの診断となった。5-FU+CDDPによる術前化学療法の後、同年6月に腹腔鏡下食道亜全摘術、3領域郭清を施行した。術中所見において左反回神経周囲リンパ節の左内頸静脈、内頸動脈、気管左側への直接浸潤が疑われた。腹部操作では明らかな腹膜播種を認めなかった。術後診断は、Ut pT4b(気管)N1 (#101L, #106recL) M0, StageIVaで、術前化学療法の効果判定はGrade 1aであった。#106RecL周囲組織での腫瘍遺残が疑われたため、頸部に化学放射線療法を施行した。同年12月の検査所見において、CEA 6.9ng/ml, SCC 2.6ng/mlと腫瘍マーカーの上昇を認め、身体所見では臍部に3cm大の圧痛を伴わない硬結を触知し、CTでは同部に短径3cmの造影効果を伴う腫瘍が確認された。また、左頸部リンパ節、縦隔リンパ節の腫脹を認めた。PET/CTにおいても同部位へのFDG-PETの異常集積を認め、頸部・縦隔リンパ節再発およびSMJN再発と診断した。その後外来にてDocetaxellによる化学療法を施行中である。【結語】SMJNは内臓悪性腫瘍の臍転移として知られているが、その頻度は少ない。SMJNの転移様態を腫瘍の直接浸潤や腹膜播種と想定する報告が大半を占めるが、血行性転移やリンパ行性転移を示唆する報告も散見される。本症例では各種画像において腹膜播種は明らかでないことから、経脈管的な転移を来したものと考えられた。

Sister Mary Joseph nodule, 食道癌

## 59 内視鏡的切除をしえた fundic gland polyps with dysplasiaの2例

横浜市立大学附属病院 肝胆膵消化器病学  
佐野 誠, 三澤 昇, 春日範樹, 吉原 努, 声莉圭一, 鹿野島健二, 冬木晶子, 大久保秀則, 日暮琢磨, 中島 淳

【緒言】胃底腺ポリープは萎縮のない胃底腺領域に認められる良性病変である。fundic gland polyps with dysplasia (FGPDs) は、胃底腺ポリープにdysplasiaの併存を認める疾患である。FGPDsは家族性大腸腺腫症(FAP)などの遺伝性ポリポーシスとの関連が多いことが知られており、ポリポーシスに関連しない散発性のFGPDsは比較的稀である。【症例1(FAP症例)】44歳男性。FAPに対して37歳時に腹腔鏡下大腸全摘術を施行。その際の術前の上部消化管内視鏡検査で体部に多発するポリープの中に、周囲のポリープよりもやや発赤調のポリープを認め、生検施行、Group1の診断。その後も同部位のフォローアップを毎年行っていたが、2018年に施行した上部消化管内視鏡検査の生検でGroup2の診断。FAPに伴うFGPDs疑われ、内視鏡的粘膜下層剥離術施行。切除検体の病理所見で、増生する胃底腺組織の中に、一部核の腫大を伴う異型領域を認め、FGPDsの診断となった。【症例2(非FAP症例)】43歳男性。2016年に便潜血陽性の精査目的に近医より紹介受診。上部消化管内視鏡検査で胃体上部大彎に発赤調ポリープ認め、生検でGroup2の診断。経過観察の方針となっていたが、2018年に施行したフォローアップの内視鏡検査で悪性腫瘍を否定できず、内視鏡的粘膜切除術施行の方針となった。切除検体の病理所見では、一部の胃底腺細胞の核が紡錘形に腫大し、不整な核配列も認め、FGPDsの診断となった。【結語】今回、FAPに伴うFGPDsとFAPを伴わない散発性のFGPDsの背景の異なる2症例のFGPDsを内視鏡的切除し、病理的評価を行うことができた。FGPDsは一般的に予後良好な疾患ではあるが、dysplasiaではなくadenocarcinomaを合併するようなケースもあり、注意が必要である。2症例の画像的相違や免疫染色を含めた病理学的特徴、予後などを文献的考察も加えて報告する。

胃底腺ポリープ, dysplasia

## 58 食道癌術後胸壁前経路のヘルニア嵌頓に続発した腹腔内腸間膜捻転の1例

東海大学 医学部 消化器外科  
能見慎太郎, 二宮大和, 小柳和夫, 谷田部健太郎, 山本美穂, 數野暁人, 小澤壯治

【はじめに】食道癌術後に食道裂孔から小腸や横行結腸が陥入する内ヘルニアが報告されているが、胸壁前経路にヘルニアが生じることは稀である。また、再建経路に生じたヘルニアと非脱出腸管の腸管膜捻転および腸管壊死の合併はきわめてまれである。今回、われわれは食道癌術後胸壁前経路に生じたヘルニア嵌頓により腹部の腸管壊死をきたした症例を経験したので報告する。【症例】79歳、男性。2017年、食道癌に対して右開胸腹腔下部食道噴門側胃切除術、頸部食道瘻造設術、胃瘻造設術を施行後、二期的に胸壁前経路頸部食道空腸再建術を施行した。無再発で外来経過観察中であつたが、2018年12月、前胸部の膨隆と腹痛を主訴に当院へ救急搬送された。身体所見では前胸部に小児頭大の膨隆を認め、同部および腹部の疼痛を訴えていた。胸腹部造影CTでは胸壁前経路内への小腸脱出を認め内ヘルニア嵌頓と診断した。また、腹腔内左側の小腸の造影効果がやや不良であった。用手的に脱出腸管の還納を試みることが困難であり、腸管虚血の可能性も考えられたことから、同日緊急手術を施行した。術中所見では再建空腸の背側と肋骨弓で成る間隙をヘルニア門として胸壁前経路皮下に小腸の脱出を認めた。脱出腸管に壊死所見は認めなかったが、腹腔内の小腸間膜の捻転と小腸壊死を認めたため、ヘルニア解除および小腸部分切除術を施行した。術後13日目に軽快退院となった。【考察】食道癌術後の再建経路のヘルニア予防として、再建経路入口部の縫縮が肝要であると考えられるが、本症例は、再建術時の拳上空腸の浮腫が著明であったため、筋層縫縮が不十分となった可能性が考えられた。また、本症例では、再建空腸の背側と肋骨弓で門が形成され非脱出腸管の壊死所見を認めたが、これは胸壁前経路への腸管脱出による腹腔内の腸間膜の牽引と捻転により生じたと推察された。【結語】食道癌術後の胸壁前経路のヘルニア嵌頓では、非脱出腸管の腸間膜捻転という稀な病態も念頭に置く必要があると考えられた。

食道癌, ヘルニア嵌頓

## 60 胃癌、盲腸癌にホジキンリンパ腫を同時に合併した1例

横須賀市立うわまち病院 臨床研修センター<sup>1)</sup>, 同 外科<sup>2)</sup>, 同 総合内科<sup>3)</sup>, 同 病理検査科<sup>4)</sup>  
浦上雄平<sup>1)</sup>, 岡田晋一郎<sup>2)</sup>, 松本理沙<sup>3)</sup>, 高山裕司<sup>2)</sup>, 中谷研介<sup>2)</sup>, 菅沼利行<sup>2)</sup>, 福味禎子<sup>3)</sup>, 飯田真岐<sup>3)</sup>, 辻本志朗<sup>4)</sup>

悪性リンパ腫と食道癌や口腔癌の重複癌はほとんどがB-cell lymphomaであると報告されているが、今回我々は、胃癌、盲腸癌にホジキンリンパ腫を同時に合併した症例を経験した。症例は83歳女性、無症状で、既往歴、家族歴、生活歴に特記事項はない。近医の検診で血清アミラーゼ異常高値を認め、腹部単純CTで脾腫大認めため、当院に紹介された。腹部造影CT検査では胃前庭部小弯側に腫瘍と思われる壁肥厚像、盲腸に腫瘍と腸重積所見を認め、肝門部、胃小弯側、胃大弯側、腸間膜、傍大動脈に多発するリンパ節腫大を認めた。脾に異常はなかった。大腸内視鏡検査で盲腸に2型病変認め、生検で高-中分化型腺癌だった。上部消化管内視鏡検査では前庭部小弯に深い潰瘍を伴った粘膜下腫瘍様病変を認め、盲腸癌の胃転移を疑ったが生検で中-低分化型腺癌と診断され、盲腸癌と胃癌の同時多発癌と考えた。腸間膜、傍大動脈に多発するリンパ節腫大は、盲腸癌や胃癌のリンパ節転移ならば病期IVとなるが、sIL-2受容体抗体が1163 U/mlと高値のため悪性リンパ腫合併を疑い、腹腔鏡下腹腔リンパ節生検を施行した。胃大弯側リンパ節を採取し、悪性リンパと診断した。胃癌、盲腸癌、悪性リンパ腫の三重重複癌の診断のもと、歯門側胃切除および回盲部切除術を施行した。病理診断は、胃癌: moderate-poorly differentiated adenocarcinoma, INF β, pT3, ly1, v1, n1(1/27), pStage IIB、盲腸癌: mucinous carcinoma, pT3, ly2, v1, Bud G1, n2(4/34)、pStage IIIB、悪性リンパ腫は、RS細胞と思われる2核細胞や大型核小体が認められ、Hodgkin lymphomaだった。術後2か月目に悪性リンパ腫に対してAVBD(ADM, BLM, VBL, DTCL)療法を導入し、現在も治療中である。本症例は胃癌、盲腸癌、ホジキンリンパ腫を合併した三重重複癌を示唆に富むと考え報告する。

胃癌, リンパ腫

筑波大学 医学医療系 消化器内科<sup>1)</sup>, 筑波大学附属病院 光学診療部<sup>2)</sup>, 黒田祥平<sup>1)</sup>, 鈴木宏清<sup>1)</sup>, 小松義希<sup>1)</sup>, 池田貴文<sup>1)</sup>, 丹下善隆<sup>1)</sup>, 杉山雄太郎<sup>1)</sup>, 永瀨美帆<sup>1)</sup>, 萩原悠也<sup>1)</sup>, 坪 大輔<sup>1)</sup>, 奈良坂俊明<sup>1,2)</sup>, 溝上裕士<sup>1,2)</sup>

症例は50歳代男性、主訴は黒色便。既往歴、家族歴に特記はなく、ビール500ml/dayの飲酒歴がある。20XX年に健診の腹部超音波検査で、門脈側副血行路を指摘されたことを契機に腸回転異常症と診断された。20XX+2年頃から頻回の腹痛があり、CTで中腸軸捻転と診断された。20XX+3年1月に中腸軸捻転解除術とLadd帯剥離術が行われた。術後に十二指腸狭窄を来し、十二指腸部分切除術が施行された。腹痛は軽快したが、20XX+5年9月から貧血、黒色便が繰り返し出現し、種々の検査にて十二指腸吻合部の静脈瘤を認めたが、出血源と確定できず保存的治療が継続された。転居のため20XX+8年5月に当院を紹介された。同年7月に黒色便が出現し、Hb7.3g/dlで緊急入院となった。脈拍100bpm、直腸診で黒色便を認めた。緊急上部消化管内視鏡検査で出血源は断定できなかつたが、第2病日に施行したカプセル内視鏡で十二指腸静脈瘤から間欠的な出血を認めた。血管造影検査では上腸間膜静脈本幹に狭窄があり、求肝性に側副血行路の発達を認めた。IVRでの治療は技術的難易度が高く、腸管壊死のリスクも高いため困難と判断され、十二指腸部分切除術が行われた。術後は、黒色便、貧血の増悪なく経過している。【考察】十二指腸静脈瘤の原因は肝硬変が最も多く、次に肝外門脈閉塞症が多い。本症例は腸回転異常症により慢性的なSMA、SMV領域の虚血を来し、肝外門脈閉塞症の如く側副血行路が発達したと考えられる。その後、中腸軸捻転解除術の際に血行動態が変化し、門脈圧がさらに亢進したため出血を反復しと考えられた。【結語】中腸軸捻転解除術後に十二指腸静脈瘤からの出血を繰り返した、希な一例を経験した。

十二指腸静脈瘤, 腸回転異常症

東京慈恵会医科大学葛飾医療センター 消化器・肝臓内科<sup>1)</sup>, 同 内視鏡部<sup>2)</sup>, 東京慈恵会医科大学 消化器・肝臓内科<sup>3)</sup>, 小野寺菜子<sup>1)</sup>, 荒井吉則<sup>1)</sup>, 遠藤大輔<sup>1)</sup>, 永野智久<sup>1)</sup>, 楊 英毅<sup>1)</sup>, 時田愛子<sup>1)</sup>, 橋本泰輔<sup>1)</sup>, 安藤理孝<sup>1)</sup>, 小川まい子<sup>1)</sup>, 上田 薫<sup>1)</sup>, 菅原一朗<sup>1)</sup>, 中田達也<sup>1)</sup>, 有廣誠二<sup>2)</sup>, 穂苧厚史<sup>3)</sup>, 猪又寛子<sup>2)</sup>, 川原洋輔<sup>2)</sup>, 加藤正之<sup>2)</sup>, 猿田雅之<sup>2)</sup>

66歳、男性。既往歴に心房細動、閉塞性動脈硬化症があり、糖尿病性腎症のために血液透析をされていた。クロビドグレル、バイアスピリンの抗血栓薬を服用されている。2018年6月に黒色便のため当院を受診された。Hb 6.8g/dlと貧血を認めたため上部消化管内視鏡、大腸鏡をしても異常がないため小腸カプセル内視鏡(CE)を行った。上部小腸に3mmの血管腫を認めたため経口的シングルバルーン小腸内視鏡(SBE)を行った。血管腫は、トライツ靱帯より120cm肛門側に位置しておりアルゴンプラズマ凝固止血法(APC)を行った。治療後も週に1回の黒色便による貧血の進行があり抗血栓薬も単剤としたが症状は改善されなかつた。同年10月に2回目となる経口的SBE、12月にCEをしても異常は認めなかつたため経過観察とした。CE、SBEを計2回ずつ行っているがいずれも黒色便消失時であった。2019年1月に多量の黒色便を来し、Hb 6.9g/dlと貧血を認められたため当日にCEを行った。トライツ靱帯より肛門側150cm付近からの出血を疑う所見であり、2日後に経口的SBEを行った。CEで指摘した部位に1mmの血管腫を認めた。病変から出血していなかつたが、生理食塩水を局注すると著明なoozingがあり、同病変が消化管出血の原因と考えた。同病変に対してAPCを行った。治療後1か月経過しているが黒色便は消失し貧血は改善している。本症例は、CEとSBEを計3回ずつ行い、活動性出血時のCEが決め手となりSBEによる出血源の診断と治療をすることができた。原因不明の消化管出血(OGIB)の診療で最も大切な事は今回の症例のような活動性出血時の速やかなCEによる出血源の同定であり、若干の文献的考察を加え報告する。

カプセル内視鏡, 血管腫

防衛医科大学校病院 総合臨床部<sup>1)</sup>, 同 上部消化管外科<sup>2)</sup>, 鈴木崇文<sup>1)</sup>, 大瀧康弘<sup>1)</sup>, 河村優輔<sup>1)</sup>, 佐野あずさ<sup>1)</sup>, 辻本広紀<sup>2)</sup>, 平木修一<sup>2)</sup>, 藤井博子<sup>1)</sup>, 田中祐司<sup>1)</sup>

73歳、男性。【主訴】腹部違和感。左臍径部違和感。【現病歴】X年春ごろより臍左側部の違和感が出現し、3日に1度10分ほどで軽快していたがここ数日は毎日起きるようになったため心配で来院した(症状出現から約5ヶ月後)。【既往歴】33歳 左臍径ヘルニア手術、43歳 急性虫垂炎手術、63歳 境界型糖尿病(運動、食事療法)。【受診後経過】初診時、腹部に明らかな圧痛等有意な所見は認められなかつたが、スクリーニング目的で施行した腹部超音波検査にて肝内多発占拠性病変、脾門部腫瘍を認め、腹部CT、上部内視鏡検査施行した。CTでは脾門部に胃大弯から突出する腫瘍、胃漿膜側に小腫瘍、肝臓表面、腹膜に結節、多発肝転移の所見が、また上部内視鏡検査では弓隆部に雪だるま状の粘膜炎腫瘍の所見を認め、胃GIST+肝転移腹+膜転移を疑った。迅速に確定診断を得るために、CTで認められた腹膜結節のうち右横隔膜と肝臓と腹壁に接する結節を生検targetに定めた。安全に施行できるルートを確認しつつ超音波ガイド下生検を行ったところhigh risk GISTの病理結果であった。以上よりhigh risk GIST+肝転移腹+膜転移と診断し可及的速やかに化学療法を予定していたところ、強い右季肋部痛にて救急外来受診し緊急入院となった。入院時検査で進行する貧血を認め、ベットサイドにて行ったPoint of care US(POCUS)で左横隔膜下、タグラス窩に液体貯留を認めたため緊急CTを行い、同所見を確認した。原発巣からの腹腔内出血を疑い当院外科紹介し、原発巣を含めた胃部分切除術が施行された。術後軽度の肺梗塞もあるも保存的治療にて軽快した。【結語】初診時スクリーニング、確定診断、急変時のスクリーニングにおいて超音波検査が迅速な診断に有用であった肝転移、腹膜播種をとともう胃GISTの症例を経験した中で報告する。

超音波, 胃GIST

小張総合病院 消化器内科<sup>1)</sup>, 同 外科<sup>2)</sup>, 國弘泰裕<sup>1)</sup>, 村松雄輔<sup>1)</sup>, 河添啓介<sup>1)</sup>, 山下加美<sup>1)</sup>, 吉井克己<sup>1)</sup>, 横山武史<sup>2)</sup>

【症例】53歳女性。【現病歴】来院1日前からの黒色便あり、目眩、ふらつきを自覚され外来受診、上部消化管出血を疑い同日上部消化管内視鏡検査施行したところ、胃内に炎症の所見と粘膜炎があり、止血処置は行わなかつたものの経過観察的に入院となった。入院翌日朝方に意識消失、血圧低下あり、消化管出血による出血性ショックを疑い造影CTを施行したところトライツ靱帯肛門側に腫瘍影と、同部分より腸管内にExtravasationを認めた。下部用スコープにて経口的内視鏡検査を施行したところ、SMT様隆起を認め、頂部に露出血管を認めた。APC(アルゴンプラズマ凝固)にて止血を行い、一次止血を得たものの、腫瘍核出が適切と判断し同日緊急手術の方針となった。術後合併症等なく第7病日退院となった。病理組織検査では小腸GISTと診断された。【考察】小腸出血は消化管全体の5%程度と比較的稀であり、潰瘍性病変や血管性病変が多く、腫瘍性病変からの出血ではGISTや炎症性ポリープが多い。解剖学的部位からも小腸出血の術前診断は難しく、上下部内視鏡検査で診断のつかない消化管出血として診断される機会が多い。ガイドラインによるとカプセル内視鏡とバルーン内視鏡を中心に診断を行うが、今回の症例では比較的近位側の小腸出血であったため通常上部消化管内視鏡検査にて診断、止血し得た。【結語】小腸GISTからの消化管出血によりショックをきたし、通常上部内視鏡によって診断することが出来た、比較的稀な症例を経験した。

GIST, 消化管出血

東京北医療センター 臨床研修センター<sup>1)</sup>、同 外科<sup>2)</sup>  
高橋快斗<sup>1)</sup>、平田真太郎<sup>2)</sup>、天野正弘<sup>2)</sup>

【諸語】皮膚筋炎は悪性腫瘍を合併しやすいことが知られている。また、悪性腫瘍を合併するものでは、腫瘍の治療が筋炎症状の改善につながるとの報告が多い。しかしながら、長期予後は悪性腫瘍が決定し、不良であることが多い。【症例】65歳男性。半年前からの食思不振、体重減少、黒色便を認めていた。2週間前より全身倦怠感、筋力低下を認め、前医を受診した。高度の貧血およびCPK上昇を伴う筋力低下を認め、入院にて精査となった。精査にて胃前庭部に進行胃がん、リンパ節腫大を認めた。また、近位筋有意、両側性の筋力低下を認め、CPK4980と高値であった。進行胃癌、悪性腫瘍合併皮膚筋炎の診断となり、加療目的に当院に紹介となった。当院での精査にて胃癌はML, cir, Type2, cT4bN3aMOP0H0, Stage3cと診断した。皮膚筋炎については内科、皮膚科にて精査を行い、抗TIF1- $\gamma$ 抗体陽性であり、悪性腫瘍合併皮膚筋炎に矛盾しないとの診断であった。胃癌に対して幽門側胃切除術、D2郭清、結腸前Roux-en-Y再建を施行した。術後は腹腔内、創部に問題なかったものの、筋力低下に伴う嚥下障害を認めた。術後3日目より言語聴覚士によるリハビリテーションを行い、改善を認めた。術後34日目には常食が摂取できるようになり、術後46日目に退院した。その後は外来にて経過観察をしており、術後2か月時点での生存を確認している。現在、経口摂取可能になったことでPSが改善したため、化学療法としてS-1内服の施行を検討している。【結語】今回我々は、胃癌を切除し悪性腫瘍合併皮膚筋炎の症状改善を認めたい一例を経験したため、若干の文献的検索を加え報告する。

進行胃癌、悪性腫瘍合併皮膚筋炎

東京慈恵会医科大学付属病院  
松永恭典、宮崎亮佑、澤田亮一、及川恒一、猿田雅之

【症例】50歳代、欧米人男性【主訴】慢性下痢【現病歴】入院3か月前から1日約10回の下痢が現れ、201X年1月に前医を受診した。採血上、貧血を認め、腹部造影CTが施行され小腸に広範の壁肥厚を指摘、2月に当科紹介受診となり、精査加療目的に入院となった。【入院後経過】入院当日に上部消化管内視鏡を行い、食道、胃に異常はなく、十二指腸の通常観察で絨毛の平低化と顆粒状変化を認めた。採血上、葉酸、Vit. B12の低下と大球性貧血を認めた。第2病日に大腸内視鏡を行い異常は指摘できなかった。内視鏡所見からセリアック病も鑑別に挙げグルテンフリー食を開始した。貧血の値は葉酸・Vit. B12の内服では低下傾向であり、第4病日に静注に変更した。入院前に約10回あった便回数はグルテンフリー食にしてから著明に改善した。第6病日に小腸カプセル内視鏡を行い明らかな腫瘍性病変、出血病変、狭窄病変はなく十二指腸から回腸末端まで全周性に連続した、絨毛の顆粒状変化、平坦化、萎縮性変化を認めた。第8病日に上部拡大NBI超音波内視鏡でも十二指腸の通常観察で絨毛の平低化と顆粒状変化を認めた。インジゴカルミン色素撒布観察で輪状襞の口径不同と不整な顆粒状粘膜所見を認めた。またNBI併用拡大観察により一部絨毛構造は消失し、平坦化を認めた。第15病日に下痢と貧血の値は改善、全身状態良好となり退院となった。【考察】慢性下痢とVit. B12、葉酸欠乏、大球性貧血から吸収不良症候群が考えられた。大腸内視鏡にて通常観察、生検で異常なく、上部消化管内視鏡、小腸カプセル内視鏡、上部拡大NBI超音波内視鏡にて絨毛の顆粒状変化、平坦化、萎縮性変化を認め、セリアック病と診断した。【結語】グルテンフリー食にて慢性下痢の改善、組織学的所見、内視鏡所見、その他の鑑別疾患を否定し、セリアック病と診断した。慢性下痢と内視鏡で絨毛の萎縮性変化を認めたと際し、セリアック病も鑑別に挙げられる。セリアック病に際し過去の文献を踏まえ報告する。

セリアック病、慢性下痢

横浜市立市民病院 炎症性腸疾患科<sup>1)</sup>、同 病理診断科<sup>2)</sup>、北里大学 医学部 消化器内科学<sup>3)</sup>  
小峰佑奈<sup>1)</sup>、小金井一隆<sup>1)</sup>、辰巳健志<sup>1)</sup>、二木 了<sup>1)</sup>、黒木博介<sup>1)</sup>、杉田 昭<sup>1)</sup>、林 宏行<sup>2)</sup>、横山 薫<sup>3)</sup>

症例は46歳女性。42歳時に下痢を認め、他院で潰瘍性大腸炎と診断された。5-ASA製剤で加療していたが44歳時に下痢の増加を認め、前医に紹介受診。下部消化管内視鏡検査で回腸末端に縦走潰瘍を認め、クローン病と診断された。45歳時にAdalimumabが導入され、半年後の下部消化管内視鏡検査で回腸末端に小隆起の集簇を認めた。同部の生検でGroup4: well differentiated adenocarcinoma suspectedと診断された。2ヶ月後に再検査しGroup4との診断で、手術適応として当科に紹介受診された。現症は胸腹部所見に異常はなく、肛門部に裂肛を認めた。CEA、CA19-9は正常範囲内であった。胸部造影CTでは回腸末端の造影効果に伴う壁肥厚像を認めたが、明らかな遠隔転移やリンパ節腫大を認めなかった。開腹下に回腸回盲部切除術、リンパ節郭清術を施行した。術中所見では肝転移や腹膜播種は認めず、腫瘍近傍の腸管傍リンパ節、回結腸動脈沿いのリンパ節の腫大を認めたものの、明らかな転移はなかった。摘出標本の肉眼所見では回盲弁口側回腸に60x40mm大の1型のvillous tumorを認め、病理組織学的検査ではtub1, m, lv0, v0, n0, stage0であった。腫瘍の深部と口側の壁肥厚部にはリンパ球集簇を伴う全層性の炎症や肉芽腫を認め、クローン病の像を呈していた。p53は弱陽性であり腫瘍周囲にdysplasiaも認められなかったが、散発性の若年性回腸癌は稀であることや肉眼像が散発性癌・腺腫とは異なる形態であること、腫瘍深部にクローン病病変があることからクローン病に伴うcolitic cancerと診断された。術後経過は良好で術後12日目に退院した。クローン病は腸管の慢性炎症を背景とした発癌リスクを有することが知られている。本邦におけるクローン病関連癌の報告例の多くが直腸肛門部癌であり、小腸癌の報告例は少ない。また本邦のクローン病合併小腸癌の報告例では、全例が進行癌で病期期間の平均が16年であった。今回、発症後短期間で早期小腸癌を合併した非常に稀なクローン病症例を経験したので報告する。

クローン病、小腸癌

横浜市立市民病院 消化器内科<sup>1)</sup>、同 病理診断科<sup>2)</sup>  
米井翔一郎<sup>1)</sup>、諸星雄一<sup>1)</sup>、東 佑香<sup>1)</sup>、今村 諭<sup>1)</sup>、星 瞳<sup>1)</sup>、杉本祐一<sup>1)</sup>、辻野誠太郎<sup>1)</sup>、角田裕也<sup>1)</sup>、伊藤 剛<sup>1)</sup>、長久保秀一<sup>1)</sup>、小池祐司<sup>1)</sup>、藤田由里子<sup>1)</sup>、林 宏行<sup>2)</sup>、小松弘一<sup>1)</sup>

【症例】58歳男性【主訴】下痢【現病歴】当院泌尿器科で20xx-4年膀胱癌T2以上と診断され、TUR-BTや抗腫瘍剤膀胱内注入、膀胱尿道全摘を施行した。腫瘍の増大をみると、20xx年-8ヶ月免疫チェックポイント阻害薬である抗PD-1抗体ペムプロリズマブによる治療を5コース行った。20xx年-5ヶ月の5コース目終了後より、grade3の下痢を認め、irAE(immune-related Adverse Events)大腸炎と診断された。20xx年-4ヶ月にプレドニゾン(PSL)60mgを開始し、症状の改善を認めたためPSLを中止したところ、grade2-3の下痢が再度出現し、当科紹介入院となった。【臨床経過】下部内視鏡検査を施行したところ、大腸全域に連続した全周性の発赤・顆粒状粘膜・血管透見像消失・びらん、粘液の付着を認めた。病理組織所見では陰窩のねじれ・杯細胞減少・basal plasmacytosisなどのirAE大腸炎では通常観察し得ない所見を認め、潰瘍性大腸炎(UC)と診断した。PSL30mgと5-ASAで治療開始したところ臨床的寛解が得られ退院となった。現在PSL漸減中であるが再燃なく経過している。【考察】抗PD-1抗体投与によるirAE大腸炎はよく知られているが、内視鏡上は多彩な像を呈すると報告されている。近年、irAE大腸炎としてUC類似の腸炎の報告が散見されるようになってきたが、UCと確定診断された症例は極めて稀である。本症例ではペムプロリズマブ投与により下痢症状を発症しirAE大腸炎が疑われたが、臨床経過・内視鏡所見・病理組織所見からUCと診断し得た。irAE大腸炎とUCの鑑別は極めて困難であるが、本症は抗PD-1抗体投与によりUCを発症したと考えざるを得ない。UC発症の免疫学的機序の解明に寄与する貴重な症例と考え、文献的考察を加え報告する。

ペムプロリズマブ、潰瘍性大腸炎

埼玉医科大学病院 総合診療内科<sup>1)</sup>, 同 消化管内科<sup>2)</sup>,  
同 病理部<sup>3)</sup>, 防衛医科大学学校病院 消化器内科<sup>4)</sup>  
山田俊介<sup>1)</sup>, 芦谷啓吾<sup>1)</sup>, 宮口和也<sup>1)</sup>, 山田健人<sup>3)</sup>, 石澤圭介<sup>3)</sup>,  
山村隆也<sup>3)</sup>, 大庫秀樹<sup>2)</sup>, 都築義和<sup>2)</sup>, 東山正明<sup>4)</sup>, 渡辺知佳子<sup>4)</sup>,  
富田謙吾<sup>4)</sup>, 永尾重昭<sup>4)</sup>, 穂苅量太<sup>4)</sup>, 中元秀友<sup>1)</sup>, 今枝博之<sup>2)</sup>

症例は52歳女性。2012年に大腸クローン病を発症し、近医でメサラジン 3000mg、プレドニゾン 15mg、アダリムマブ20mg隔週投与で加療されていたが、コントロール不良のために、近隣大学病院を紹介された。アダリムマブを週一回投与に増量し、アザチオプリン 50mgを開始し、プレドニゾンを7.5mgに減量し、症状は軽快していた。2012年12月に施行された大腸内視鏡検査で、S状結腸に20mm大のIsp型腫瘍を指摘され、表面構造のpit patternは一部VI軽度不整を伴っていた。周囲に潰瘍や癒痕形成を認めたため、EMRは施行困難と考えられ、ESD目的で当科を紹介受診した。大腸内視鏡検査で、肛門側から15cmのS状結腸に、25mmのO-Isp型腫瘍を認めた。腹部骨盤造影CTでは、直腸から上行結腸にかけての浮腫性壁肥厚と、周囲の脂肪組織濃度上昇をみとめた。転移の所見をみとめなかった。入院翌日に病変に対して大腸ESDを施行し、出血や穿孔の偶発症なく、第9病日で退院した。切除標本の病理結果は、Tubular adenocarcinoma in high grade tubular adenomaであり、深達度M、断端陰性で、基部にdysplasiaはみられなかった。クローン病患者では、一般人口に比して小腸癌、大腸癌の発症が多く、組織型も粘液癌が多い。本例の大腸癌は肉眼型と組織型よりsporadicな腫瘍と考えられた。欧米では、クローン病に合併した大腸癌は、結腸癌の合併が多く、本邦では罹病期間が長いクローン病患者では、直腸、肛門管の進行癌の合併が多いとされているが、定まったsurveillance programは確立されていない。クローン病長期罹患患者では、癌の合併を念頭に置いて、積極的な大腸内視鏡検査と、組織診による厳重な経過観察が重要と考えられた。

クローン病, 大腸癌

横須賀市立うわまち病院 消化器内科<sup>1)</sup>, 同 外科<sup>2)</sup>,  
同 病理検査科<sup>3)</sup>  
熊谷 壇<sup>1)</sup>, 佐藤晋二<sup>1)</sup>, 小宮靖彦<sup>1)</sup>, 森川瑛一郎<sup>1)</sup>, 秋間 崇<sup>1)</sup>,  
池田隆明<sup>1)</sup>, 高山裕司<sup>2)</sup>, 菅沼利行<sup>2)</sup>, 飯田真岐<sup>3)</sup>, 辻本志明<sup>3)</sup>

症例：67歳、男性。主訴：便秘、腹部膨満感、左側腹部痛。既往歴：糖尿病(近医通院中)。現病歴：201X年5月上旬より、特に誘因なく便秘、腹部膨満感、左側腹部痛が出現、近医を受診し投薬治療を受けたが改善なく当科受診。炎症反応の高値を指摘され精査・治療目的で入院した。身体所見：左側腹部に自発痛、圧痛を認めた。検査成績：WBC 18900/μl, RBC 520x10<sup>9</sup>/μl, Hb 14.7g/dl, Hct 40.8%, Plt 31.6x10<sup>9</sup>/μl, Alb 3.4g/dl, AST 17U/L, ALT 17U/L, LDH 252U/L, ALP 402U/L, γ-GTP 69U/L, T-Bil 0.72mg/dl, HbA1c 7.8%, CRP 33.71mg/dl, CEA 3.7ng/ml, CA19-9 <2.0U/ml。臨床経過：入院時CTで、左側腹部小腸間膜内に最大径47mmの低吸収占拠性病変を指摘。周囲脂肪膵には炎症所見を認め、占拠性病変の中心部は造影効果なく、辺縁部は濃染された。腹部超音波では、病変部は内部不均一な腫瘍性病変として描出された。腸間膜膿瘍を疑い、抗生剤投与と共に排膿治療を検討した。しかし、短期間でCRP値は低下し、占拠性病変や脂肪膵炎も著明な改善を示した。臨床経過から膿瘍性病変は否定的と考え、画像所見から小腸間膜脂肪膵炎を疑い保存的治療の方針とした。画像所見は順調に改善、経口摂取開始した。しかし、入院21病日に突然、持続する嘔気・嘔吐が出現した。CT上は腸間膜病変近傍での空腸閉塞が認められ、腸間膜の炎症性癒着に関連した腸閉塞と診断した。手術目的で当院外科に転科、腹腔鏡補助下小腸部分切除術を施行し、以降順調に回復した。切除空腸の粘膜面には異常は認められず、肥厚した腸間膜断面には黄白色の色調変化と出血が認められた。黄白色部には炎症細胞浸潤と脂肪壊死を伴う小肉芽形成が認められ、病理学的に腸間膜脂肪膵炎と診断した。考察：腸間膜脂肪膵炎は稀な原因不明の非特異的炎症疾患である。本症例は短期間で画像所見が変化し、また発症早期に腸閉塞を併発するなど、その臨床経過が示唆に富むと考え報告する。

小腸間膜脂肪膵炎, 腸閉塞

防衛医科大学学校病院 内科学2講座<sup>1)</sup>, 同 光学医療診療部<sup>2)</sup>  
武川舞子<sup>1)</sup>, 富岡 明<sup>1)</sup>, 福間 文<sup>1)</sup>, 綾木花奈<sup>1)</sup>, 村原なみ<sup>1)</sup>,  
露木和彬<sup>1)</sup>, 西村弘之<sup>1)</sup>, 渋谷尚希<sup>1)</sup>, 八月朔日英明<sup>1)</sup>, 東山正明<sup>1)</sup>,  
渡辺知佳子<sup>1)</sup>, 富田謙吾<sup>1)</sup>, 高本俊介<sup>2)</sup>, 穂苅量太<sup>1)</sup>, 永尾重昭<sup>1)</sup>

炎症性腸疾患に合併する急性肺炎の原因として重要な薬剤性肺炎を3例経験したので報告する。症例1は39歳男性、17年来の潰瘍性大腸炎(UC)あり、アザニン(AZA)を導入して3週間後に嘔気、心窩部痛が出現、腓酵素と炎症反応が上昇しており、CTでは脾腫大と左結腸壁肥厚を認め、急性肺炎及びUC増悪が疑われた。AZAを中止しメルカプトプリン(6-MP)を導入したところ、投与3時間後に心窩部痛が出現、腓酵素・炎症反応の上昇を認め、同チオプリン製剤の6-MPによる薬剤性肺炎を疑い、直ちに中止すると症状改善を認めた。症例2は67歳男性、19年来のUCで、症例1と経過が類似している。AZA導入1ヶ月後に急性肺炎を発症、中止後6-MP投与すると約4時間後に激しい腰背部痛と腓酵素上昇を認め、チオプリン製剤が原因の薬剤性肺炎と診断された。症例3は34歳女性、4年前に全大腸型UCを発症。ステロイド(PSL)投与終了後症状増悪したためPSL注腸再開+AZA開始、2週間後に発熱、下痢、腹痛、背部痛が出現した。UC増悪と急性肺炎の重複と考えられ一旦AZA中止したが、UC増悪による急性肺炎だった可能性も考慮してAZA再開すると2時間後に激しい腰背部痛を訴え、薬剤性肺炎の診断となった。

薬剤性肺炎, 炎症性腸疾患

公益財団法人 横浜勤労者福祉協会 汐田総合病院<sup>1)</sup>,  
東邦大学大森病院 一般消化器外科<sup>2)</sup>  
山村みつ江<sup>1)</sup>, 鈴木孝之<sup>1)</sup>, 岡田 嶺<sup>2)</sup>, 村山健二<sup>1)</sup>,  
長谷部行健<sup>1)</sup>

食餌性イレウスはイレウス全体の0.4~4%と報告されている。さらに食餌性イレウスから門脈ガス血症を呈する症例は極めて稀である。今回われわれは食餌性イレウスから門脈ガス血症を呈した症例を経験したので報告する。症例：80歳男性、20〇〇年〇月〇日、夕食後腹部痛を発症し、嘔吐した。その後も症状が改善しなかったため、当院救急外来を受診した。バイタルは正常、腹部は軟、上腹部を中心に軽度圧痛を認めたが、腹膜刺激症状はなかった。血液検査では明らかな炎症反応の上昇は認められなかった。CTで回腸遠位側に残渣貯留や拡張、腸管気腫を認めた。また門脈本管、肝内門脈、回結腸静脈内にガスの所見があり、食餌性イレウスによる門脈ガス血症と診断した。2010年に報告されたWayneのPVGアルゴリズムに従うと、血管リスクファクターとして喫煙歴、糖尿病、高血圧各0.5点で合計1.5点、腹痛1点、peripheral vascular disease2点、小腸の腸管気腫症1点の合計5.5点であった。スコアからは腸間膜虚血の可能性があり腸管虚血の評価が必要とされた。本症例ではバイタルが安定しており、腹部所見に乏しく腸管虚血が否定的であったため、総合的に考慮しイレウスの治療を優先することとした。保存的治療として補液、サンドスタチン、鎮痛薬、抗菌薬を開始した。第2病日にはCTで門脈ガス血症は消失し、第4病日には血液検査で炎症反応改善傾向となった。第7病日から食事を再開し第16病日に退院となった。考察：門脈ガス血症を伴う食餌性イレウスは非常にまれな疾患である。若干の文献的考察を加えて報告する。

食餌性イレウス, 門脈ガス血症

## 73 腹腔鏡下に切除した低異型度虫垂粘液性腫瘍の1例

東京都立広尾病院 外科  
堀澤 伸, 小林宏寿, 菊池 亨, 山下大和, 北村 圭, 織田福一郎,  
増田大機, 太田俊介, 野口典男, 田中道雄, 常深あきさ

【背景】低異型度虫垂粘液性腫瘍は比較的稀な疾患である。今回腹腔鏡下に切除した低異型度虫垂粘液性腫瘍の1例を経験したので報告する。

【症例】54歳, 男性。

【主訴】なし (検診にて便潜血反応陽性)。

【既往歴】リウマチ熱, 僧帽弁閉鎖不全症術後にてワーファリン内服中。

【現病歴】便潜血反応陽性にて施行した下部消化管内視鏡検査にて, 盲腸の虫垂口近傍に粘膜下腫瘍様の隆起ならびに周囲の発赤を認めた。CTにて径2cm程度に腫大した嚢胞性腫瘍を虫垂に認めた。腹腔鏡補助下回盲部切除術 (D2郭清) を施行した。術中所見において虫垂は4cm程度で緊満していた。術後経過は良好でPT-INRコントロールのため入院延長したが術後14日目に退院した。切除検体の病理組織学的診断では虫垂の固有筋層から漿膜下層を主体に粘液を容れた嚢胞様病変があり一部嚢胞の内腔側に虫垂上皮が見られた。半分領域で低乳頭状増生を認めたが, この高円柱上皮細胞の核分裂像はごく少数で低異型度虫垂粘液性腫瘍の所見であった。リンパ節に転移は認めなかった。術後2年半経過し再発は認めない。

【考察】低異型度虫垂粘液性腫瘍は比較的稀な疾患であり, 破裂によって腹膜偽粘液腫をきたす可能性がある。大腸癌取り扱い規約では第8版から新たな分類として追加されている。腹腔鏡下手術は小さな創で腹腔内全体を観察でき, 本疾患に対する治療として有益と考える。一方, 治療に関しては明確な基準がなく, 今後も症例を蓄積・検討していく必要がある。

低異型度虫垂粘液性腫瘍, 病理

## 74 Sister Mary Joseph 結節を契機に見えられた原発性腹膜癌の1剖検例

新松戸中央総合病院 消化器・肝臓内科  
今峰衣理香, 遠藤慎治, 大原まみか, 奥座喜一郎, 埴 紀子,  
米澤 健, 伊藤慎治, 井家麻紀子, 安部 宏, 清水晶平,  
加藤慶三

【諸言】悪性腫瘍の膈転移はSister Mary Joseph結節 (SMJN) と呼ばれ, 発見から死亡まで1年以内との報告も多く, 悪性疾患の予後不良因子として認知されている。今回我々はSMJNを契機に見えられ, 予後不良な経過を辿った原発性腹膜癌の1例を経験したので, 若干の文献的考察を加えて報告する。【症例】70歳代女性。膈部に結節を自覚し, 腹部膨満感も認めたため, 近医クリニックを受診。腹部CTにて同部に腫瘤を認め, 精査加療目的に当科外来を受診した。初診時の血液検査では, CEA値が上昇し, CTでは, 膈部・大網・腸間膜に高吸収性塊状腫瘍が認められ, 癌性腹膜炎を疑った。消化管病変の精査として, 上下部消化管内視鏡検査を行ったが, 横行結腸に壁外性圧排による狭窄を認めるのみで, その他異常は認められなかった。腹水細胞診にてClass V (腺癌) と診断されたものの, 臨床上明らかな腫瘍は腹膜播種として描出できるもののみであり, 血清並びに腹水中CA125高値であったことから, 原発性腹膜癌を疑った。その後, 化学療法目的に入院予定であったが, 急速に全身状態が悪化し, 化学療法導入困難と判断。緩和ケア主体の治療方針となり, 当科初診から約1ヵ月半後に永眠された。剖検では, 肉眼的に腹膜・後腹膜および腸間膜に広範な腫瘍形成を示す腫瘍の増殖・進展が認められ, 胃・結腸・虫垂・卵巣・脾臓の粘膜上皮との連続性はなく, 漿膜から粘膜下組織への浸潤を認めたことより, 腹膜原発漿液性乳頭腺癌と診断された。【考察】本症例は, 腹膜原発癌からの播種に伴う膈部腫瘍を契機に見えられた。原発性腹膜癌は元来稀な症例と考えられていたが, 近年欧米を中心に増加傾向が指摘されている。当院でも本症例以外に, 腹水細胞診にてClass V (腺癌) と診断された腹膜癌を疑う2症例を経験した。腹膜癌は化学療法の奏効率は高いものの, 非切除例での予後は極めて不良である。原発不明の癌性腹膜炎を疑った際には腹膜癌をも念頭に置いた早急な治療開始が望まれる。

Sister Mary Joseph結節, 原発性腹膜癌

## 75 臍粘液癌による腹膜偽粘液腫の1剖検例

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

症例は90歳男性。前医にて大綱に多発する腫瘍性病変と腹水貯留を認め, 悪性腫瘍の腹膜播種および癌性腹膜炎を疑われていたが, 高齢であり積極的な精査, 加療を希望されず保存的に経過観察されていた。入院前日からの呼吸苦, 発熱を主訴に当院に救急搬送され, 誤嚥性肺炎と診断され当科に緊急入院となった。当院で施行したCTにて肺炎像に加え, やや濃度の高い大量腹水および一部に腹膜の肥厚を認め癌性腹膜炎として合致する所見と考えた。腹水穿刺では細胞診では腫瘍細胞を認めなかったが好中球優位の細胞数の増加とESBL産生大腸菌が検出され, 細菌性腹膜炎の合併も疑われた。腫瘍マーカーはCEA42.3ng/ml, CA19-9 487.3U/mlと腺癌のマーカーが高値であった。その後, 肺炎, 呼吸不全は抗菌剤の投与等で一時的に改善するも, 徐々に全身状態が悪化, 第65病日に死亡した。病理解剖では腹腔内に一塊となった腹膜偽粘液腫を認めた。虫垂など他臓器に腫瘍性病変を認めず, かつ臍体部に粘液癌を認めその周囲に有意に多量の偽粘液種を認めたことから腹膜偽粘液腫の原発として臍粘液癌が考えられた。腹膜偽粘液腫は粘液産生性の低悪性度腫瘍が腹腔内に破裂するまれな病態であり虫垂, 卵巣が原発であることが多いとされる。しかし臍粘液癌由来の腹膜偽粘液腫はさらにまれな病態であり国内外でこれまでに19例が報告されているのみである。本症例における後方視的な臨床所見, CT所見の解析とともに若干の文献的考察を加えて報告する。

腹膜偽粘液種, 臍粘液癌

## 76 肝膿瘍-結腸瘻に対してOTSCにより閉鎖しえた一例

国立病院機構 災害医療センター 消化器内科<sup>1)</sup>,  
同 消化器外科<sup>2)</sup>  
針谷祐輔<sup>1)</sup>, 佐々木善浩<sup>1)</sup>, 木谷幸博<sup>1)</sup>, 上條 孟<sup>1)</sup>, 島田祐輔<sup>1)</sup>,  
石坂俊二<sup>1)</sup>, 大野志乃<sup>1)</sup>, 川村紀夫<sup>1)</sup>, 若林和彦<sup>2)</sup>, 伊藤 豊<sup>2)</sup>

【症例】77歳女性, 【主訴】発熱

【既往歴】63歳: 総胆管結石 (内視鏡的加療), 66歳: 腹腔鏡下胆嚢摘出術, 73歳: 乳癌, 肝膿瘍 (拡大肝右葉切除術)

【現病歴】総胆管狭窄のため, 胆管炎を繰り返し, 当初はERCPによる胆管ステント留置をしていた。2017年10月に総胆管結石性胆管炎あり, PTBD下で上部胆管狭窄に対するバルーン拡張, 胆管結石排石術を施行され, 以後は内外瘻チューブが留置され, 定期交換されていた。

2018年10月に肝膿瘍を認め, 抗生剤等の保存的加療を行なうと共に, 内外瘻チューブの交換時の造影で, 肝膿瘍から結腸への瘻孔の描出を認めた。経皮的に塞栓剤を注入し, 瘻孔閉鎖を試みて, 退院となった。

2019年1月より発熱を認め, CT検査で肝膿瘍の再発と結腸瘻の再開通を認め, 当科に紹介となった。抗生剤や肝膿瘍のドレナージや, 経皮的に結腸瘻孔塞栓術等を施行したが, 改善認めず, 大腸からの逆行的感染が膿瘍の原因と考え, Over-The-Scope Clip (以下OTSC) による結腸瘻孔閉鎖術を施行した。以後は保存的加療で軽快し, 退院となった。

【考察】OTSCは, 内視鏡用止血クリップなどの既存のデバイスと比較し, 消化管壁全層に対し強力な組織把持力を有する特性により, 欠損孔を持続的に閉鎖しうる。われわれは肝膿瘍-結腸瘻に対してOTSCにより閉鎖しえた一例を経験したので, 文献的考察を加えて報告する。

大腸瘻孔, OTSC

## 77 内視鏡的に進行大腸癌の様相を示した集簇する早期大腸癌の一例

川口市立医療センター 消化器外科  
佐々木奏, 石田航太, 鎌田哲平, 堀内 堯, 原 吾吾, 柳 舜仁,  
伊藤隆介, 中林幸夫

【症例】80歳代男性。【主訴】持続する水様下痢、排便時出血。【既往歴】17年前、下垂体腫瘍手術（腫瘍残存あり、退院間際に原因不明の心停止）、虫垂炎および右鼠径ヘルニア手術、胃潰瘍、C型肝炎。【経過】3年前の下部消化管内視鏡検査（CS）で直腸S状結腸部に10mm大の有茎性ポリープの集簇を確認したが、全身状態不良にて経過観察となった経緯あり。今回、主訴精査にて紹介受診。CSで指摘されていたポリープは増大し、管腔を占拠するに至り全貌の観察は困難となっていた。【画像診断】注腸の施行なし。CT：直腸S状結腸部に壁肥厚を認めるが、遠隔転移やリンパ節腫脹なし。【治療経過】生検結果は高分化管状腺癌であり、1型腫瘍の可能性も考慮し高位前方切除術、D2郭清を施行した。手術時間は1時間48分、出血量は10g。術後麻痺性腸閉塞のため入院はやや遷延したが、第18病日で退院となった。【病理】切除検体では直腸S状結腸部に集簇するlp polypが4つあり、2カ所がsm癌（最大径25mm）、残りはm癌と腺腫で、リンパ節転移も認めず最終病期Iの診断であった。【考察】医学中央雑誌で「大腸腺腫」「早期大腸癌」「集簇」をkey wordに検索をしたが過去には本症例と類似した報告は認めなかった。再CSの時期によっては内視鏡切除のみで済んだ可能性もあり、結果的にガイドライン上、追加切除を要する病理所見ではあったものの、注腸などを追加することでポリープ集簇と確認できれば、年齢や全身状態を考慮しつつ内視鏡切除のみでの経過観察も容認できる状況であったとも考える。【結語】今回我々は内視鏡的に進行大腸癌の様相を示した集簇する早期大腸癌の一例を経験したので若干の文献的考察を交えて報告する。

早期大腸癌, 集簇

## 78 上行結腸癌術後異時性孤発性胃壁転移の1例

自治医科大学附属さいたま医療センター  
兼光梨奈, 笠原尚哉, 相澤栄俊, 遠藤裕平, 加藤高晴, 野田弘志,  
鈴木浩一, 山田茂樹, 山山敏樹

症例は77歳女性。71歳時に上行結腸癌に対して結腸切除、74歳時に十二指腸癌に対して膵頭十二指腸切除術を施行。上行結腸癌術後5年10か月後に施行した上部消化管内視鏡検査で胃粘膜下腫瘍を指摘されて当院紹介受診となった。胃穹窿部後壁側に粘膜下腫瘍を認めた。超音波内視鏡では境界明瞭で辺縁整、内部不均一を呈し第4層に主座を有し一部壁外に突出していた。EUS-FNAを施行して腺癌と診断された。免疫組織学的に上行結腸癌の転移に矛盾しない所見であり、K-RAS変異は認めなかった。PET-CTでは他臓器への遠隔転移なく同部位への集簇のみだった。化学療法を先行して切除の方針となりmFOLFOX+bevacizumabを計11コース、5FVLV+bevacizumabを計6コース施行。CTで同病変は縮小し新規病変の出現なく部分奏功と考えられた。非治癒切除因子がなく単発であり根治切除が可能と判断して胃部分切除術を施行した。手術所見では胃周囲の腫大リンパ節や腹膜播種は明らかではなかった。病理組織所見では胃固有筋層から漿膜下層に、線維化巣の中に腺管形成を示す高分化管状腺癌を認め上行結腸癌の胃転移の診断となった。組織学的治療効果判定としてはGrade 2相当と考えられた。大腸癌の胃転移は稀であり全身性血行転移の一部分として発見されることが多く予後不良とされる。胃転移単独の報告はわずかであるが切除により長期生存が得られた症例も存在することから非治癒切除因子がない場合は切除を念頭に置いた集学的治療が重要であると考えられた。

大腸癌, 転移性胃癌

## 79 大腸癌の転移性脳腫瘍に対し集学的治療を試みた5例の検討

NTT 東日本関東病院  
金子拓馬, 金崎峰雄, 大西俊彦, 寺谷卓馬, 松橋信行

目的:近年、局所療法や放射線療法・化学療法の向上により、原発および転移巣制御率の向上が得られてきている。しかし結腸直腸癌(CRC)の脳転移(BM)は稀(0.6-3.2%)ではあるものの、依然予後不良因子として知られている。本研究ではCRCのBMに対する集学的治療を行い、長期生存を症例を含めた計5例について検討する。方法:2006年から2019年の間に当院で、BMをもつCRC治療後患者を検討した。患者の特徴・原発部位・その他転移巣・BM診断契機・BMに対する治療及び局所制御率について検討し、全生存期間中央値を算出した。結果:CRCからBMを発症した5例(男性2/女性3)を特定した。脳転移診断時年齢の中央値は69歳(56-70)であった。原発巣は直腸3例(60%)、横行結腸2例(40%)であった。原発発見からBMの診断までの期間の中央値は6ヶ月(17-89)であった。BM診断時には5例すべてに、他の多臓器転移(肝臓5例、肺3例、骨3例)を有していた。BM診断契機:神経症状4例(80%)、転移検索時診断1例(20%)。BMに対する治療内容:ガンマナイフ4例(80%)、手術+ガンマナイフ1人(20%)。局所制御率は80%、症状の改善を認めた割合は100%であった。CRCによるBMの診断後の全生存期間の中央値は12ヶ月(3-24)であり、診断から18ヶ月以上生存した長期生存者を2例認めた。結論:BMに対し手術またはガンマナイフ治療を受けた患者では、報告されているように、BMによる重篤なADLの低下予防とともに、予後の延長が示唆された。CRCのBM症例において、積極的治療により、必ずしも予後規定因子とならないことが示唆された。

大腸癌, 脳転移

## 80 ニボルマブ投与中に急性腸炎を発症した一例

慶應義塾大学病院 初期研修医<sup>1)</sup>, 同 消化器内科<sup>2)</sup>,  
同 腫瘍センター<sup>3)</sup>, 慶應義塾大学 医学部 病理学教室<sup>4)</sup>  
佐藤 萌<sup>1)</sup>, 脇坂悠介<sup>2)</sup>, 津軽 開<sup>2)</sup>, 平田賢郎<sup>2)</sup>, 三上洋平<sup>2)</sup>,  
水野慎大<sup>2)</sup>, 筋野智久<sup>2)</sup>, 須原恭敬<sup>2)</sup>, 浜本康夫<sup>3)</sup>, 高石均均<sup>3)</sup>,  
長沼 誠<sup>2)</sup>, 金井隆典<sup>2)</sup>, 前原純樹<sup>4)</sup>

【症例】79歳、男性。【主訴】下痢。【現病歴】胃腺癌cStage4b(肺転移、肝転移、骨転移、腹膜播種、HER2陰性)の診断で化学療法を施行中。一次治療、二次治療の化学療法が不応であり、三次治療としてニボルマブを開始した。ニボルマブ開始3ヶ月後のCTで、原発巣、肺転移、肝転移、腹膜播種はいずれも縮小したが、肺野に新規のすりガラス影が出現した。ニボルマブによる薬剤性肺炎を疑い、同薬を休止し、プレドニゾロン30mgを開始した。プレドニゾロンを漸減したが、すりガラス影の増悪がなく、患者の全身状態が良好であるため、抗腫瘍効果に期待しニボルマブ再開とした。ニボルマブ再開後、すりガラス影が増悪した。臨床経過と経気管支肺生検の所見から、ニボルマブによる薬剤性肺炎と診断し、同薬は中止とした。その後、四次治療が不耐となった。抗腫瘍効果に期待し、患者・家族からニボルマブ再開の希望があった。ニボルマブ再開のリスクについて、患者・家族に十分なインフォームド・コンセンストを行い、X-55日に同薬を再開し、X-10日に2コース目を投与した。X-3日から1日10行以上の水様下痢が出現し、X日に緊急入院した。腹部造影CTで回腸末端から結腸にかけて腸管壁肥厚と造影効果の増強を認めた。免疫関連有害事象(immune-related Adverse Events: irAE)による大腸炎と臨床診断し、X+2日からプレドニゾロン50mgを開始した。X+3日にクロストリジウム・ディフィシル毒素が陽性であることが判明し、クロストリジウム・ディフィシル腸炎と診断し、メトロニダゾールを開始した。メトロニダゾール開始後、排便回数は1日2行に減少し、便性状も泥状に改善したが、呼吸状態が増悪し、X+10日に永眠した。ご遺族から病理解剖のご承諾を頂いた。剖検では、胃腸の多臓器への転移、癌性リンパ管症の他、全結腸に偽膜を伴った潰瘍を多数認めた。免疫チェックポイント阻害剤投与中の急性腸炎の鑑別として、感染症の他に、irAEによる大腸炎が挙げられる。今回免疫チェックポイント阻害剤投与中の患者の急性腸炎の鑑別、治療に難渋した貴重な症例を経験したため、若干の文献的考察を加え報告する。

irAE, クロストリジウム・ディフィシル腸炎

行田総合病院

平澤桃子, 松平慎一, 川原林伸昭, 橋本良明

【症例】44歳女性【主訴】食思不振、全身倦怠感、皮膚黄染【現病歴】来院2週間前頃より咳・痰・食思不振が出現し、近医でクラリスロマイシン・感冒薬を処方された。1週間後に皮膚黄染、倦怠感が出現したため同医を再受診、ビリルビン尿を認め当院消化器外科に紹介された。画像所見から胆道閉塞性疾患は否定的であり、消化器内科に入院となった。【理学所見】眼球結膜・全身皮膚黄染。手掌・手背に硬結傾向のある皮疹散在、四肢に小紅斑散在、体幹に粟粒大紅色丘疹あり。肝・脾触知せず。【血液生化学所見】総ビリルビン6.4mg/dl、直接ビリルビン4.9mg/dl、AST 124 IU/L、ALT 182 IU/L、ALP 1557 IU/L、 $\gamma$ -GTP 915 IU/L、WBC 7000/ $\mu$ L、CRP 6.92mg/dlと直接ビリルビン優位の黄疸・肝逸脱酵素上昇、炎症反応上昇を認めた。梅毒血清反応 (TPLA法、RPR法)陽性、梅毒トレポネマ抗体陽性 (FTA-IgM 640倍)であった。【画像所見】腹部CTで肝実質吸収値のびまん性低下、両側鼠径リンパ節および大動脈周囲～両側腸骨動脈領域に腫大リンパ節を認めた。【経過】薬剤性肝障害、ウイルス性肝炎、自己免疫性肝炎、梅毒性肝炎、悪性リンパ腫を疑い、各種肝炎ウイルス抗体・自己抗体・可溶性IL-2受容体検査および肝生検を施行した。ウイルス抗体はいずれも陰性、抗ミトコンドリア抗体陽性、可用性IL-2受容体濃度上昇を認めた。肝生検組織は好中球を伴う胆管炎、門脈・小葉内の形質細胞浸潤を認め、自己免疫性肝炎、NASH、薬剤性肝障害、何らかの感染症が疑われた。ワルチンスター染色は陰性であった。問診上反応などの感染機会しなかったが、臨床所見および梅毒血清反応から第2期梅毒による急性肝炎と診断、入院2日目からアモキシシリン内服を開始した。臨床症状・検査所見改善傾向で抗生剤継続のため12日目に退院し、RPR陰性化・FTA-IgM抗体価低下し、17週間で抗生剤内服を終了した。原発性胆汁性胆管炎、悪性リンパ腫の合併も念頭に経過観察する方針とした。【結語】早期梅毒による肝障害は比較的希で、黄疸を伴った症例の報告は本邦でも数例であり、文献的考察を踏まえて報告する。

急性肝炎, 梅毒

東京大学医学部附属病院 消化器内科<sup>1)</sup>同 肝胆膵外科・人工臓器移植外科<sup>2)</sup>関口真理子<sup>1)</sup>, 黒崎滋之<sup>1)</sup>, 中塚拓馬<sup>1)</sup>, 真木治文<sup>2)</sup>, 金子順一<sup>2)</sup>, 赤松延久<sup>2)</sup>, 建石良介<sup>1)</sup>, 長谷川潔<sup>2)</sup>, 小池和彦<sup>1)</sup>

【症例】47歳男性。幼少時より光線過敏あり。20歳時に急性肝障害で入院し自然軽快。その後度々肝障害を指摘されていた。41歳時に血中プロトボルフィリン高値 (9189  $\mu$ g/dL) から骨髄性プロトボルフィリン症 (EPP) と診断された。その後は定期受診せず。【生活歴】アルコール: 180g/日 (20-47歳) タバコ: 20本/日 (20-47歳)。【家族歴】祖父・母・弟: 光線過敏。弟: 肝不全で死亡 (25歳)。父: 肝細胞癌。【現病歴】日光を長時間浴びる機会が増えた後、倦怠感、食思不振が続き当院受診。T-Bil 4.5mg/dl、AST 408IU/L、ALT 704IU/L、 $\gamma$ -GTP 1196IU/Lと黄疸を伴う著明な肝障害を認め入院となった。【経過】安静・禁酒にても黄疸・肝障害の改善は見られず、T-Bil 17.2mg/dlまで増悪し、プロトロンビンの延長も見られた。腹痛も出現し、アルコール性肝障害として非典型的と考えられたため第11病日肝生検施行。肉眼的に肝組織は黒色を呈し、類洞内や肝細胞内に黄色・褐色の沈着物が見られた。沈着物は偏光顕微鏡で赤～黄色に光り、一部十字架模様を示しており、ボルフィリン代謝物の沈着と考えられた。アルコール性変化を示唆する所見は認めず、EPPに伴う肝病変に合致する像と考えられた。第23-26病日ヘミン製剤 (ヘムアルギニン製剤) を投与した。黄疸、肝障害はある程度改善するも依然高値が続き、第90病日人工臓器・移植外科へ転科。肝不全状態からの回復が見込まず第122病日、光線過敏既往のない弟をドナーとした生体肝移植を施行した。摘出肝は黒褐色調で、肝細胞の脱落が目立ち繊細な線維化がびまん性に広がっており、肝硬変を呈していた。【考察】EPPはボルフィリン代謝異常によりプロトボルフィリンが蓄積し、光線過敏・貧血・肝障害などの症状を呈する遺伝性疾患である。本症例は日光暴露が急速に進行する肝障害の契機となったと考えられた。肝生検によりEPPに伴う肝病変と確定診断できたが保存的治療では回復せず肝移植に至った。腹痛は神経へのボルフィリン代謝物沈着に伴う症状と考えられた。【結語】急速に肝不全が進行し、生体肝移植に至ったEPPの1例を経験した。

ボルフィリン, 肝不全

筑波記念病院 消化器内科<sup>1)</sup>, 同 放射線科<sup>2)</sup>,同 呼吸器外科<sup>3)</sup>米倉みなみ<sup>1)</sup>, 添田敦子<sup>1)</sup>, 大塚公一郎<sup>1)</sup>, 岩井健太郎<sup>1)</sup>, 小川真理子<sup>1)</sup>, 越智大介<sup>1)</sup>, 高橋信幸<sup>2)</sup>, 神山幸一<sup>3)</sup>, 池澤和人<sup>1)</sup>

【症例】30歳代男性【既往歴】幼少期の輸血でC型肝炎に感染し、10歳代以後はインターフェロン療法を受けるもSVRを得られなかった。10歳代後半からは通院を自己中断していた。【生活歴】飲酒: 焼酎 1日500ml【現病歴】2018年7月、肝性脳症を発症し当院へ入院した。軽快退院したが10月中旬から腹部膨満・呼吸苦を自覚し、10月末には症状悪化のため再び入院となった。【経過】入院時の胸部CT検査では右肺優位に胸水が貯留し、胸腔穿刺にて乳び胸水を認めた。利尿剤やアルブミン投与、胸腔穿刺を行うも胸水コントロールに難渋した。腎機能障害や電解質異常を認めため第9病日には胸腔ドレナージを留置し、絶食・中心静脈栄養を導入した。胸水は一時的に減少傾向を示し、第30病日に胸腔ドレーン抜去した。しかし、その後も胸水は減量と増量を繰り返した。胸管損傷が原因である可能性を考慮して、第75病日に右鼠径部からリンパ管造影を施行した。造影剤は胸管に達せずL1/2レベルで滞留したことから、肝硬変を原因とするリンパ管うっ滞および乳び腹水が、横隔膜交通症によって右胸腔に流出した病態を強く疑った。以上より、胸水コントロールを目的とした横隔膜交通症への外科的治療を選択した。高度癒着にて腹腔との癒孔部位は視認できなかったが、腹腔との交通遮断のために横隔膜へポリグリコール酸 (PGA) シートとフィブリン糊を被覆した。術後は徐々に排水量が減少し、第83病日にドレーンを抜去したが現在も減少傾向を維持している。【考察】肝硬変に伴う乳び胸水の成因には、(1)肝小葉構造破綻・門脈圧亢進によって胸管リンパ流量が増加し漏出する、(2)腸管漿膜のリンパ管がうっ滞し乳び腹水が発生、横隔膜交通症によって乳び腹水が胸腔へ流出する、という2つの病態が考えられる。本症例においては、リンパ管造影を施行しリンパ管の破綻部位を特定することが治療方針の決定に有用であった。また、横隔膜の癒孔部位は不明であっても、PGAシートとフィブリン糊による横隔膜の補強は非常に有効であった。

肝硬変, 乳び胸水

横浜市立大学附属病院 腫瘍科

滝澤亜矢, 小林規俊, 竹田雄馬, 徳久元彦, 廣島幸彦, 後藤 歩, 本多 淳, 小川祐二, 今城健人, 米田正人, 桐越博之, 齋藤 聡, 中島 淳, 市川靖史

【症例】65歳女性【現病歴】2018年7月頃より食思不振、体重減少、呼吸困難感を認め、近医で多発胃潰瘍と肝腫瘍を指摘され8月前医消化器内科を紹介受診。腹部超音波、CTで、肝右葉に12cm大の巨大腫瘍と著明な右胸水を認めため、診断目的で開胸胸膜生検、胸水細胞診を施行するも悪性の所見はなく、精査目的に10月当院臨床腫瘍科に紹介受診となった。【既往歴】59歳 関節リウマチ (3年前より) $\times$ ソトレキセート内服) 65歳 高血圧【家族歴】父: 心臓病 母: 高血圧、糖尿病【嗜好歴】特記事項なし【入院時所見】血圧136/70mmHg、脈拍75回/分、体温36.7 $^{\circ}$ C、血液検査所見Alb 2.9、AST 22、ALT 14、ALP 613、 $\gamma$ -GTP 90、WBC 5300、CRP 0.74、CEA 3.6、CA125 49、CA19-9 152、SCC 0.7、IgG 2684、IgG4 76.4【入院後経過】入院時のCTでは、肝腫瘍は5.8cm大に縮小し、肺門リンパ節も縮小、胸水も著明に減少していた。FDG-PETでは、肝S7/8にある低吸収の腫瘍性病変の辺縁にSUVmax4.0の集積亢進を認め多発肝転移が疑われた。原発不明癌、多発肝転移、右肺門部リンパ節転移を疑い、肝生検を施行したが、肝細胞の領域性の脱落、粗な線維性結合織や炎症細胞浸潤が見られ、腫瘍細胞は認められなかった。また内視鏡検査でも悪性所見を認めなかった。以上より、肝炎症性偽腫瘍と胸膜炎と診断し経過観察の方針で退院となった。12月のCTで、肝腫瘍は5.0cm大とさらに縮小し、胸水の再貯留もなく、今後も外来で経過観察とした。【考察】肝炎症性偽腫瘍は、感染や免疫学的異常が発生に関与しているという報告がある。本症例でも関節リウマチに対しソトレキセートを長期に内服したことが発症に関与した可能性があり、さらに当院受診の約1年前より半減されていたこと、前医での胸膜生検の際に抗がん薬を投与されていたことは、本疾患の軽快に何らかの関連を持っていたと考えられる。胸膜炎まできたす病態は極めて稀であり、文献的検索の結果を踏まえ報告する。

肝炎症性偽腫瘍, 肝腫瘍

東京慈恵会医科大学 医学部 外科学講座肝胆膵外科<sup>1)</sup>,  
同 消化器外科<sup>2)</sup>  
大木悠太郎<sup>1)</sup>, 塩崎弘憲<sup>1)</sup>, 中島啓吾<sup>1)</sup>, 丸口 隼<sup>1)</sup>, 白井祥睦<sup>1)</sup>,  
安田淳吾<sup>1)</sup>, 古川賢英<sup>1)</sup>, 恩田真二<sup>2)</sup>, 後町武志<sup>1)</sup>, 柴 浩明<sup>1)</sup>,  
石田祐一<sup>1)</sup>, 矢永勝彦<sup>2)</sup>

症例は他院で早期胃癌を指摘されている65歳の男性、他院での精査の結果、肝外側区域に60mm大の肝細胞癌(以下、HCC)を指摘されていた。HBs抗原、HCV抗体は陰性であった。平成30年9月仕事中にターレット式構内運搬自動車のハンドル操作を誤り、ハンドルに心窩部から左側腹部にかけて強打した。激痛にて歩行困難となり、当院に救急搬送となった。来院時血圧は109/61mmHg、脈拍数64/minであり、血液検査上Hb12.9g/dLと明らかな貧血所見は認めなかったが、腹部造影CTにて肝左葉に腫大を伴う造影不良域、腹水を認め、腫瘍内部に活動性の出血と考えられる造影剤の血管外漏出所見を認め外傷性HCC破裂と診断した。緊急血管造影検査を施行したところ、肝外側区域の腫瘍部に一致して仮性動脈瘤様の不整な動脈を認めた。マイクロカテーテルをS3まで進め、CO<sub>2</sub>を用いてDigital subtraction angiographyを行うと血管外漏出と思われる所見を認めたためTranscatheter arterial embolization(以下、TAE)を施行し、止血が得られた。血管内治療後、全身状態が安定した時点でICG試験、肝受容体シンチグラフィ等で肝予備能評価を行い、受傷後19日目に開腹血腫除去術および肝外側区域切除術を施行し、合併症なく術後11日目に退院となった。検体は肝S4に径60mmの周囲と境界明瞭な腫瘍を認め、同部から連続性に癒着した大網内に血腫を生じていた。組織学的には、腫瘍内はほぼ全域で壊死に陥っており、一部(5mm程度の領域)に高分化型肝細胞癌の残存を認め、既往のTAE治療に伴う変化と考えられた。背景肝は慢性肝炎所見であり、繊維化はf0-1で、その他早期肝細胞癌、類似病変は認めなかった。腫瘍マーカーは来院時PIVKA-II 520 mAU/mLであったが、術後正常化した。術後2カ月の時点で早期胃癌に対して内視鏡的粘膜下層剥離術(Endoscopic Submucosal Dissection: ESD)を施行した。肝切除術後4カ月の現在、再発所見なく外来経過観察中である。以上、外傷性HCC破裂を認めTAE後に切除に至った1例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。

肝細胞癌, 外傷性破裂

獨協医科大学 第二外科

石井宏樹, 白木孝之, 鈴木隆志, 荒川尚士, 多胡和馬, 清水崇行,  
朴 景華, 原田庸寬, 櫻岡佑樹, 森 昭三, 磯 幸博, 青木 琢,  
窪田敬一

背景:胆管原発の癌肉腫は稀な胆管腫瘍であり臨床的特徴は不明な部分が多い。症例:76歳男性。食後の腹痛で発症。総胆管結石の診断で内視鏡的加療を行った。胆道造影で遠位部の胆管狭窄を認め胆管生検を施行。狭窄部の生検からp53陽性を示す異型細胞を認め、胆管癌の診断で当科紹介となった。術式は臍頭十二指腸切除を施行。手術時間8時間36分、出血量699ml。2005年ISGPF分類Grade Bの胆汁瘻を認めたが、術後の経過は順調であり、術後34日目に軽快退院となった。病理の結果、腫瘍は腔実質に浸潤し、近傍のリンパ節転移を呈していた。組織学的には、わずかに腺腔構造を認める低分化腺癌に、紡錘形細胞の錯綜像からなる肉腫様の領域が混在しており、同部位はAE1/2が弱陽性、vimentinが強陽性に染色されており、癌肉腫として矛盾しない所見であった。現在術後2ヶ月が経過し無再発生存中である。考察:癌肉腫(carcinosarcoma)は同一腫瘍内に上皮性癌成分と間葉系肉腫成分が混在するまれな腫瘍であり、全胆管癌における正確な頻度は不明である。癌肉腫は肉腫の成分によって、「真の癌肉腫(true carcinosarcoma)」(肉腫が骨、横紋筋などの特定の間葉系成分に分化を示す)と「いわゆる癌肉腫(so-called carcinosarcoma)」(肉腫が特定の間葉系成分に分化を示さず、紡錘形細胞などからなる)に大別されることが多いが、本症例は特定の間葉系成分への分化を示していないことから、後者であると考えられた。癌肉腫の報告例は極めて少なく、医中誌で「胆管癌」「癌肉腫」で検索すると、肝外胆管を原発とする症例報告は1992年から2016年までに原著論文で12例であり、PubMedにおいても「biliary tract」&「carcinosarcoma」、「bile duct」&「carcinosarcoma」または「cholangiocarcinoma」&「carcinosarcoma」で検索し、肝外胆管(胆嚢含む)原発の癌肉腫の報告は19例の報告のみである。そのため、その臨床的特徴に関しては不明な点が多く、胆管癌に比して予後不良であるとする報告が多い中、比較的良好であると述べる報告もあり一定しない。自験例を含め文献的考察を加えて報告する。

胆管癌, 癌肉腫

がん・感染症センター都立駒込病院 肝胆膵外科<sup>1)</sup>,  
同 肝臓内科<sup>2)</sup>, 同 病理科<sup>3)</sup>  
佐々木直迪<sup>1)</sup>, 脊山泰治<sup>1)</sup>, 大目佑介<sup>1)</sup>, 武藤 純<sup>1)</sup>, 土井愛美<sup>1)</sup>,  
柳新太郎<sup>1)</sup>, 今村 潤<sup>2)</sup>, 堀口慎一郎<sup>3)</sup>

【はじめに】肝細胞癌の肝外転移の中でも腹膜播種性転移は比較的に少なく、さらに播種結節が破裂し腹腔内出血を来した症例の報告は極めて稀である。今回、我々は肝細胞癌腹膜播種破裂に対し切除を施行した一例を経験したので報告する。

【症例】57歳、男性。C型肝硬変、肝細胞癌に対し肝臓内科にて経過観察中であった。肝S8の肝細胞癌に対し肝前区域切除術、肝S7再発に対して肝後区域切除術を施行し、更に肝S3再発に対してRFAを施行後、外来にて経過観察中であった。RFA施行後もAFPの上昇を認めており、再評価のため造影CTを撮影したが、再診までの間に腹痛を主訴に緊急受診した。来院時のCT検査で脾周囲、ダグラス窩に腹水の出現を認め、脾臓上極に接する5cm大の孤発性の腹膜播種の破裂、腹腔内出血が疑われた。腹水穿刺にて血性腹水を確認した。造影CTで流入血管は明らかでなく動脈塞栓術の適応外と考えられた。また播種結節を切除することにより、肉眼的に治癒切除可能と判断し切除の方針とした。

【結果】バイタルサインは安定していたため準緊急で、出血エピソード9日後に脾摘出術+腹膜播種摘出術を施行した。術後経過は良好で、術後10日目で退院となった。腫瘍マーカーは低下した。播種結節の病理所見は肝細胞癌の転移で相違なかった。

【結語】肝細胞癌の腹膜播種からの出血も起こりうるため、孤発性の播種に対して、外科的切除も選択肢の1つとなりうる。

肝細胞癌播種結節, 播種結節破裂

防衛医科大学校病院 肝胆膵外科<sup>1)</sup>,

防衛医科大学校 病理学講座<sup>2)</sup>

山形美里<sup>1)</sup>, 永生高広<sup>1)</sup>, 青笹季文<sup>1)</sup>, 藤沼八月<sup>1)</sup>, 恒成崇純<sup>1)</sup>,  
加藤 透<sup>1)</sup>, 矢口義久<sup>1)</sup>, 平木修一<sup>1)</sup>, 辻本広紀<sup>1)</sup>, 梶原由規<sup>1)</sup>,  
神藤英二<sup>2)</sup>, 緒方 衡<sup>2)</sup>, 上野秀樹<sup>1)</sup>

【はじめに】胆嚢腫瘍は癌との鑑別が困難なことが多く、最終的には良悪性診断を兼ねて手術を施行することが多い。今回我々は術前画像診断から胆嚢癌を強く疑いintracystic papillary neoplasmであった一例を経験したので報告する。【症例】70歳代男性【主訴】なし【現病歴】IgA腎症で透析中、検診腹部超音波検査にて胆嚢腫瘍を指摘され、胆嚢癌疑いで当院紹介受診となった。【既往歴】IgA腎症で透析中。HTN、COPD。【術前画像検査】腹部超音波検査で胆嚢底部に最大径24mmの隆起性病変を認めた。ダイナミックCT検査では胆嚢体底部に14mm大の不整形な腫瘍を認め、肝十二指腸間膜浸潤を疑う所見を認めた。PET-CTでは同部位に集積を認めず、遠隔臓器や周囲リンパ節に優位な集積は認めなかった。超音波内視鏡検査では胆嚢底部に22x18mm大の乳頭状腫瘍を認め、基部では腫瘍は低エコーで、壁が不明瞭となり、肝床部への浸潤が強く疑われたことから、胆嚢癌疑いの術前診断で手術の方針となった。【術中見解】術中超音波検査で胆嚢底部の病変は肝臓との境界が一部で不明瞭であり、肝臓部浸潤を強く疑った。胆嚢床切除術を施行して術中迅速病理に提出し、過形成ポリープと胆嚢腺筋腫症の診断を得て終了となった。手術時間は5時間29分、出血量811ml。術後経過は良好で術後9日目で退院となった。【病理検査結果】胆嚢底部にみられた病変は、胆嚢壁内でのRokitansky-Aschoff洞の小嚢胞状拡張や偽門腺化性小腺管形成が線維筋性過形成像と混在してみられ、その直上では異型のほとんどない円柱状の上皮成分が乳頭状に発育を示し、MUC5AC陽性でもあることから、low gradeのintracystic papillary neoplasmがlocalized adenomatous hyperplasia様の壁内病変を形成したものと考えられた。【結語】肝浸潤などの悪性画像所見を認めたがintracystic papillary neoplasmであった一例を経験した。術前画像での肝床部への浸潤所見の鑑別、病理学的所見を含めて報告する。

IPCN, 胆嚢癌

がん研究会有明病院 肝胆膵内科

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

症例は30代女性、2010年より左眼視野障害あり、前医を受診したところ視神経乳頭発赤腫脹を認め、両後部どう膜炎(原因病疑い)との診断にてステロイド投与された。その後改善なく、全身検索のCT、MRIで隣臓癌、肺腫瘍、転移性骨腫瘍、卵巣腫瘍を指摘、眼病変に関しても転移性脈絡膜腫瘍が認められた。腫瘍の脈絡膜転移は頻度として肺癌や乳癌に多いこと、それに血液検査で特に特異的なマーカーの上昇が認められなかったことにより、肺癌多発転移の可能性が高いとされ、治療診断目的に当院呼吸器内科紹介となった。当院ではPET-CTを施行。前医で指摘された臓器以外にも肝臓や頭部皮下にFDG集積増強を伴う転移を疑われる腫瘍や結節が多発していた。原因検索に先立ち、眼科診察において視力の低下と広範な漿膜性剥離の進行を指摘されたため、両脈絡膜転移性腫瘍に対して放射線緩和照射治療を行った。その後、原発精査のために肝生検が行われ、組織診ではAdenocarcinomaと診断、免疫染色の結果CK7(+), CK20(+), CK19(+), CA19.9(+), TTF-1(-), NapsinA(-), Glypican3(-), PAX8(-)となり、胆道系や肺原発の腺癌が最も示唆される結果となった。上の病理結果に加え、気管支鏡による縦隔リンパ節生検が施行され、組織診断における免疫染色でCA19-9(-), AE1/3(+), TTF-1(-), ALK(-), 細胞診でEGFR(-)との結果となり、合わせて肺原発の可能性は示唆されない結果となった。以上病理診断より肺癌多発転移が最も疑われ当科転科、化学療法が行われることとなった。一次治療としてゲムシタビン+ナバパクリタキセル療法を開始、SDを得られていたが、6コース後CTでPDとなり、二次治療としてmodified FOLFIRINOX療法を施行。現在10コース目でやはり腫瘍の縮小を得られ経過している。今回、視野障害を契機に見つかった隣臓癌の脈絡膜転移の一例を経験した。隣臓癌の転移において稀なケースであったため、若干の文献的考察を踏まえて報告する。

隣臓癌, 脈絡膜転移

FOLFIRINOXにより縮小が得られ、上腸間膜動静脈合併切除再建で根治切除可能となった局所進行膵頭部癌の1例

新東京病院 外科<sup>1)</sup>, 防衛医科大学校 外科学講座<sup>2)</sup>

矢内香織<sup>1)</sup>, 星川真有美<sup>1)</sup>, 山本順司<sup>1)</sup>, 野呂拓史<sup>2)</sup>, 青笹季文<sup>2)</sup>, 永生高広<sup>2)</sup>, 辻本広紀<sup>2)</sup>, 梶原由規<sup>2)</sup>, 神藤英二<sup>2)</sup>, 長谷和生<sup>2)</sup>, 上野秀樹<sup>2)</sup>

症例は60歳代男性。左鼠径部痛を主訴に近医を受診し、CEA 9.6ng/mlと単純CTでの膵管拡張があり、慢性膵炎・膵癌疑いで紹介受診した。初診時CTで膵頭下部前面に38×25mmの腫瘍が上腸間膜動脈に180度接しており、UR-LAと診断し、化学療法を行う方針となった。ゲムシタビン・ナバパクリタキセル併用療法を4クール施行した。化学療法終了後のCTでは、腫瘍は28×15mmとなり、上腸間膜動脈浸潤部も60程度に縮小した。また、PET-CTにて原発巣への集積は低下し、遠隔転移も認めず、CEA 3.0ng/mlと減少したため化学療法終了4週間後に手術を施行した(cT4N0M0 Stage3)。術式は亜全胃温存膵頭十二指腸切除術、領域リンパ節郭清、2A-1型再建、右半結腸切除、上腸間膜動静脈合併切除再建で、手術時間13時間12分、出血量356gであった。上腸間膜動脈は第1空腸動脈根部の中枢から第4空腸動脈根部直上まで12mm、上腸間膜静脈は脾静脈直下から第4空腸動脈根部のレベルまで20mm(病理標本上)切除し、クランプ時間はそれぞれ62分、42分であった。病理組織学的診断では浸潤性膵管癌・高分化型管状腺癌であり、腫瘍は胃結腸静脈幹頭側から第1空腸静脈レベルまで上腸間膜静脈外膜へ浸潤していたが、上腸間膜動脈周囲は癒着結合組織のみで浸潤を認めなかった。検索されたリンパ節65個のうち#13bに癌浸潤転移がみられ、#17aリンパ節2個と#17bリンパ節1個に癌浸潤転移がみられ、組織学的病期診断はpT3N1bM0 Stage2bであった。POD7のDynamic CTにて血管吻合部狭窄なく血流良好であった。合併症なく6PODに食事開始し、経過良好でPOD19に退院した。半年間の補助化学療法を行い、術後1年現在再発なく経過している。化学療法と手術を組み合わせたことで今後の改善が期待できる膵癌症例が増加している。文献的考察を含めて報告する。

局所進行切除不能膵癌, 化学療法

東邦大学医療センター大森病院 消化器内科

榎本有里, 福土剛蔵, 新井典岳, 小林俊介, 山本慶郎, 鳥羽崇仁, 山口和久, 五十嵐良典

症例は27歳男性。201X年11月に腹痛、下痢、血便精査目的に当院を受診された。下部消化管内視鏡検査(以下CS)を施行した結果、全大腸型潰瘍性大腸炎(以下UC)の診断となった。同日5-ASAを開始したが、発熱・腹痛の改善は認めなかった。2週間後の血液検査及び腹部CTの結果、UC増悪の診断で同日緊急入院となった。入院時から5-ASA内服を中止し、水溶性プレドニン40mg/日を開始したところ翌日熱し腹部症状も改善傾向となった。1週間後食事再開と共に5-ASAを再開したところ、翌日40℃の発熱を認めた。感染症精査と共にDLSTを提出した結果、感染症由来の発熱は否定的でありDLSTも陰性であった。腹部症状の悪化なく発熱のみの経過であり、5-ASA内服再開直後であったことから5-ASA不耐を疑い内服を中止すると、夕方には解熱した。ステロイド投与開始2週間後のCSでは炎症は残存しており、ステロイド抵抗性と考えられたためアタリムマブを導入した。しかしその後も発熱や腹部症状の悪化を認め、アタリムマブ一次無効と考えられた。アタリムマブ3回目投与前のCS時の内視鏡所見上からもUC悪化と判断したため、タクロリムスを0.1mg/kg/日で導入したところ速やかに症状改善し、CRPも陰性化した。維持療法としてアザチオプリン2mgを併用し、タクロリムス開始2週間後のCSでは内視鏡所見上も改善傾向となっていた。その後は発熱・腹部症状悪化なく経過し、第56病日退院となった。外来での5-ASA開始時には、UC悪化もあり判別困難であったが、入院以降の5-ASA開始時は腹部症状改善後の発熱であり、5-ASA内服中止後速やかに解熱が得られたことから5-ASA不耐と判断した。今回、診断に苦慮した5-ASA不耐の潰瘍性大腸炎の一例を経験したので文献的考察を加え報告する。

潰瘍性大腸炎, 5-ASA不耐

IgA腎症による維持透析中に発症した潰瘍性大腸炎の手術例

東京医科歯科大学大学院 消化管外科

青柳康子, 松山貴俊, 茂原富美, 齋藤稔史, 福与涼介, 山本雄大, 高岡亜弓, 馬場裕信, 菊池章史, 山内慎一, 絹笠祐介

【症例】44歳女性。9歳時にIgA腎症と診断され、11歳で血液透析を導入。17歳時に潰瘍性大腸炎(以下、UC)と診断され、ベタメタゾン坐剤、サラゾスルファピリジン内服で治療され、寛解を得た。22歳時にベタメタゾン坐剤中止されたが、27歳時に鼠径部痛が出現し大腿骨頭壊死を指摘された。43歳時に狭心症に対して経皮的冠動脈形成術、心拍動下冠動脈バイパス術の既往あり。44歳時に耳下腺炎にてクラリスロマイシン内服3週目に下痢・血便が出現。抗生剤中止後も症状持続したため、前医へ入院となった。前医入院時は排便15回/日、血便・泥状便あり、下腹部全体に圧痛を認めた。採血ではWBC 13800/μl、Hb 9.5g/dl、CRP 13mg/dl、CMV抗原陰性、CD toxin陰性、CD抗原陰性であった。下部消化管内視鏡検査では直腸から肝彎曲部に血管透見低下、粘液付着の目立つ粘膜、不整形の潰瘍を多数認め、UCの増悪と診断した。大腿骨頭壊死の既往があるため、ステロイドは使用せず、サラゾスルファピリジン内服とプデソニド注腸で治療を開始した。症状のコントロール不良にて、当院に転院し、インフリキシマブにて治療を行ったが、効果は不良であった。high risk症例であり、これ以上の内科治療は行わず、当院入院第15病日に3期分手術の方針とし、腹腔鏡下大腸全摘術、回腸単孔式人工肛門造設術を施行した。術後は透析のドライウエイト調整や電解質異常に対する管理を行い、11PODに退院した。【考察】IgA腎症と炎症性腸疾患を合併した症例は複数報告されており、IgA免疫複合体を含む両者の免疫機構の病原性関連が示唆されているが、多くは炎症性腸疾患が先行する報告である。また、維持透析中の患者において、回腸人工肛門造設後の体液バランスの厳密な管理が必要であることは想像されるが、具体的な報告は稀である。今回、我々はIgA腎症で維持透析中にUCを発症し、長期に寛解を得られていたが、再燃後の内科治療に反応が悪く手術に至った稀な症例を経験したので、文献的考察を加え報告する。

潰瘍性大腸炎, IgA腎症

帝京大学 外科<sup>1)</sup>, 帝京大学 内科<sup>2)</sup>, 帝京大学医学部附属病院 病理診断科<sup>3)</sup>, 帝京IBDセンター<sup>4)</sup>, 松田圭二<sup>1,4)</sup>, 大野航平<sup>1)</sup>, 岡田有加<sup>1)</sup>, 八木貴博<sup>1)</sup>, 福島慶久<sup>1)</sup>, 堀内 敦<sup>1)</sup>, 島田 竜<sup>1,4)</sup>, 小澤毅士<sup>1,4)</sup>, 端山 軍<sup>1,4)</sup>, 土屋剛史<sup>1,4)</sup>, 野澤慶次<sup>1,4)</sup>, 青柳 仁<sup>2,4)</sup>, 磯野朱里<sup>2,4)</sup>, 阿部浩一郎<sup>2,4)</sup>, 小田島慎也<sup>2,4)</sup>, 山本貴嗣<sup>2,4)</sup>, 笹島ゆう子<sup>3)</sup>, 近藤福雄<sup>3)</sup>, 橋口陽二郎<sup>1,4)</sup>

クローン病の痔瘻は複雑かつ難治性であり、人工肛門造設を要することも少なくない。最近では痔瘻の癌化も注目されている。今回われわれは、手術を施行したクローン病複雑痔瘻の一例を経験したので報告する。患者は女性で、26歳時に肛門周囲膿瘍で発症し、クローン病と診断された。ブレードソロン、インブリキシマブにて痔瘻が寛解した。しかし肛門周囲膿瘍を再発するようになり、34歳時、35歳時に切開排膿手術を施行し、37歳時にシートン手術を施行した。40歳時に注腸X線検査で複雑痔瘻、および肛門管膿瘍がみられた。手術を勧めたが、患者は経過観察を緊急に。しかし6ヵ月後に肛門管狭窄が進行し、排便が難や痔瘻からみられるようになったため、患者は手術を希望した。術前のデータでは、白血球数7600/ $\mu$ l、ヘモグロビン値12.8 g/dl、血小板数41.7万/ $\mu$ l、アルブミン3.5 g/dl、CRP1.35 mg/dlであった。CDAIは272、IOIBDは3点であった。肛門部は6ヵ所以上の二次孔があり、変形していた。注腸指診は、痛みが強いために施行できなかった。注腸X線検査で肛門管狭窄があり、複数の痔瘻が存在し、肛門管膿瘍がみられた。また下行～S状結腸にかけて縦走潰瘍、狭窄がみられた。細径の大腸内視鏡検査で肛門管の狭窄、潰瘍がみられ、下行～S状結腸に縦走潰瘍があり、Bauhin弁が狭くoral側へ挿入できなかった。小腸造影では回腸末端に狭窄、変形、縦走潰瘍がみられた。痔瘻が保存的に改善しないこと、将来痔瘻が癌化した可能性を考慮し、腹腔鏡補助下に腹会陰式直腸切断術を行う方針とした。また、回腸末端に強い狭窄も存在することから、同時に回盲部切除術を併施することとした。手術は5トローカーで開始し、上記手術を施行した。手術時間は8時間52分、出血は342 ccであった。術後合併症なく退院した。術前は頻便であり、夜中に2回以上排便のために起床しなければならなかったが、術後3ヵ月が経過した現在、途中で目覚めることがなく熟睡できている。体重は5 kg増え、アルブミン値が4.2 g/dlと正常化し、CRPは陰性化しており、患者は術後の状態に満足している。

クローン病, 痔瘻

国立がん研究センター東病院 大腸外科  
鈴木優之, 塚田祐一郎, 今泉 健, 池田公治, 西澤祐史,  
佐々木剛志, 伊藤雅昭

【背景】膀胱全摘術・新膀胱造設術後の直腸癌患者に対する再開腹手術は、狭い骨盤空間における術後の癒着や複雑な再建経路の影響で手術操作に難渋することがある。【目的】上記患者に対するTrans-anal total mesorectal excision (TaTME)の短期成績を明らかにする。【方法】TaTME併用腹部・会陰同時手術を施行した2例を調査した。【結果】症例1は腹会陰式直腸切断術・新膀胱全摘術、症例2は低位前方切除術・新膀胱部分切除を施行した。それぞれ手術時間は251分/353分、出血量692ml/470mlであった。術後経過は、症例1で創感染 (Clavien-Dindo分類Grade 3a)を認めしたが速やかに改善し、術後第20病日に退院となった。症例2は術後24病日に合併症なく退院した。【考察】膀胱全摘術・新膀胱造設術後の直腸癌患者に対するTaTMEの利点として、前回手術の癒着の影響が少ないこと、深部骨盤から距離が近いこと、が挙げられる。症例1は会陰から新膀胱周囲の剥離および輸入脚の同定・温存が可能であり、これを回腸導管に利用することができた。症例2は術前診断で直腸癌新膀胱浸潤が疑われたが、会陰から浸潤部の視認が可能であり、最小限の新膀胱壁切除と鏡視下で新膀胱壁の縫合閉鎖を施行した。【結語】膀胱全摘術・新膀胱造設術後の直腸癌患者に対して、TaTMEを施行した2例を経験した。

直腸, TaTME

千葉県がんセンター 食道・胃腸外科  
外岡 亨, 滝口伸浩, 池田 篤, 早田浩明, 星野 敢, 郡司 久,  
川原健治, 鍋谷圭宏

【はじめに】2010年のWHO分類の虫垂粘液性腫瘍の取扱いの変更に伴い、大腸癌取扱い規約でも第8版から、従来の粘液嚢胞腺腫と粘液嚢胞腺腫の一部を低異型度虫垂粘液性腫瘍 low-grade appendiceal mucinous neoplasm (LAMN)とし、異型度の高い粘液産生性の腺癌は粘液癌として区別された。今回、食道癌・胃癌治療後に指摘されたLAMNの1例を経験したので報告する。【症例】60代、男性。6ヶ月前に食道癌に対し内視鏡下粘膜下層剥離術が施行され、5ヶ月前に胃癌に対し開腹幽門側胃切除術が施行された既往がある。食道癌・胃癌の治療後経過観察目的のCTにて虫垂腫瘍が疑われた。CT上、虫垂が6ヶ月前と比較して腫大し20mm大となり、内部に隔壁様構造を伴っていた。増大傾向を伴う虫垂腫瘍として、手術適応と判断した。鑑別診断として、胃癌の腹膜再発や後腹膜腫瘍も考慮された。腹腔鏡下手術にて腫瘍の局在と性状を把握し、術中所見により切除範囲を判断することとした。【手術治療】腹腔鏡下観察にて、虫垂先端が確認されるものの、中核部は後腹膜に強固に癒合し固く触知された。回盲部を後腹膜から剥離脱転を試みるに、左尿管が強固に癒合していたが、鋭的に剥離可能であった。腫瘍は回結腸固膜に強固に癒合しており、回盲部切除術が必要と判断した。手術時間2時間58分、出血量は10ml、術後経過は良好で、第7病日に軽快退院された。摘出標本は、肉眼的には虫垂根部に3cm大のmucocoeleを認め、病理組織学的には粘液産生の豊富な高円柱細胞を一層認め、高度の粘液産生を伴うLAMNと診断された。【まとめ】食道癌・胃癌治療後に指摘され腹腔鏡下回盲部切除術を行ったLAMNの1例を経験した。術前・術中診断、術式選択に苦慮したものの、腫瘍の破綻なく周囲臓器を温存しつつ根治切除が得られた。

低異型度虫垂粘液性腫瘍, 腹腔鏡下

防衛医科大学校病院 内科学2講座<sup>1)</sup>, 同 光学医療診療部<sup>2)</sup>  
福岡 文<sup>1)</sup>, 富岡 明<sup>1)</sup>, 武川舞子<sup>1)</sup>, 石川麟太郎<sup>1)</sup>, 植田浩貴<sup>1)</sup>,  
大黒拓磨<sup>1)</sup>, 岡寄惣也<sup>1)</sup>, 八月朔日秀明<sup>1)</sup>, 東山正明<sup>1)</sup>,  
渡辺知佳子<sup>1)</sup>, 富田謙吾<sup>1)</sup>, 高本俊介<sup>2)</sup>, 穂苅美太<sup>2)</sup>, 永尾重昭<sup>2)</sup>

我々は多発性骨髄腫の治療中に輸血を複数回受けた患者が、E型肝炎ウイルス (hepatitis E virus, HEV)に感染し、輸血によるE型急性肝炎を生じた1例を経験した。患者は多発性骨髄腫に対して化学療法、自家移植で寛解後、外来にて無治療経過観察中に血液検査で急激な肝胆道系酵素の上昇を認め、当科に入院となった。肝庇護薬の投与で肝機能は速やかに改善した。肝機能増悪の精査目的で肝生検も実施した。入院時の血液検査でIgA-HEV抗体、HEV-RNAが陽性であった。患者に海外渡航歴及び、生肉食の習慣はなく、輸血時期と急性肝炎発症の期間から輸血によるE型急性肝炎が疑われた。患者と献血者の保管献体から検出したHEVの塩基配列が一致したため、輸血によるE型急性肝炎と診断した。またその後、外来でHEV-RNAが陰転化していることを確認した。HEVは、北海道を除く地域の献血者の感染症検査項目には含まれていないが、近年感染の報告が増加している。今後、献血者の感染症検査の項目に関するさらなる検討が望まれる。

E型肝炎, 輸血

群馬大学 大学院医学系研究科 総合外科学講座 肝胆膵外科分野<sup>1)</sup>、  
佐賀大学 医学部 病因病理学 診断病理学分野<sup>2)</sup>、  
星野弘毅<sup>1)</sup>、新木健一郎<sup>1)</sup>、村主 遼<sup>1)</sup>、萩原 慶<sup>1)</sup>、山中崇弘<sup>1)</sup>、  
石井純洋<sup>1)</sup>、塚越真梨子<sup>1)</sup>、五十嵐隆通<sup>1)</sup>、田中 寛<sup>1)</sup>、渡辺 亮<sup>1)</sup>、  
久保憲生<sup>1)</sup>、播木憲史<sup>1)</sup>、相島慎一<sup>2)</sup>、調 憲<sup>1)</sup>

症例は44歳、女性。体重減少、食欲不振を主訴に近医受診し、肝腫瘍を指摘され精査加療目的に当院紹介となった。肝炎既往や経口避妊薬の内服歴は認めなかった。血液検査では軽度の肝機能障害を認め、腫瘍マーカーはPIVKA-IIが3327 mAU/mlと高値で、その他CEA 5.1 ng/ml、DUPAN-2 179U/mlが軽度高値だった。肝炎ウイルスマーカーは陰性だった。造影CTで腫瘍は早期相で濃染、後期相で等吸収となり、内部は不整形な造影不領域を認めた。EOB-MRIでは充実性部分は多血性で、肝細胞相でも造影剤の取り込みを認めた。FDG-PET/CTでは、SUV max 2.03と極軽度の集積を認めるのみだった。

PIVKA-II高値で肝細胞癌も否定できないことや、生検による腫瘍破裂の可能性も考え、手術治療の方針とした。手術は肝S4a+S5亜区域切除、胆嚢摘出術を施行し、手術時間は189分、出血量は33mlだった。経過良好で、術後第8病日に退院となった。病理診断は、HE染色で肝細胞の核異型は乏しく、門脈域を欠き筋性動脈の肥達を認めることから肝細胞腺腫と考えられた。腺腫細胞質内にはリポフスチンと思われる褐色顆粒の沈着を高度に認めた。褐色顆粒が目立つ肝細胞腺腫は悪性転化のリスクが高いβ-catenin活性型に多いとされるが、免疫染色ではglutamine synthetase (GS)は陽性だったが、β-cateninは核で陰性を示し、β-catenin活性型には分類上あてはまらなかった。その他亜型に特徴的な蛋白発現もいずれも認めず、分類不能型の肝細胞腺腫と診断した。PIVKA-IIは術後3カ月で正常範囲に改善し、明らかな再発兆候なく、外来経過観察中である。

肝細胞腺腫は本邦では稀な良性腫瘍であり、PIVKA-II高値をきたすことは少ない。今回、我々はPIVKA-II著明高値を示し、組織学的に高度な褐色顆粒の沈着を認めた分類不能型肝細胞腺腫の1切除例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。

肝細胞腺腫, PIVKA-II高値

独立行政法人国立病院機構東京病院  
佐藤宏和、柴村 祥、鈴木真由、上司裕史、喜多宏人

【症例】81歳男性。【主訴】右季肋部痛。【現病歴】右季肋部痛を主訴に受診し、血液検査で肝胆道系酵素および尿酸上昇を認め、炎症反応も高値であった。腹部造影CTで肝S4に辺縁に造影効果のある多発結節を伴った嚢胞を認め、6年前と比較して増大しており肝内胆管の拡張も伴っていたことから肝嚢胞性腫瘍の疑いで精査、加療目的で入院となった。【経過】画像所見から胆管と嚢胞の交通が疑われたためERCPを行い嚢胞内にENBD tubeを留置した。嚢胞内容物の細胞診ではclassIIIbであったが、肝嚢胞性病変に隣接する低吸収の腫瘍性病変や骨盤内腹水中の造影効果のある索状陰影を認めたことから、肝嚢胞腺腫の肝転移、腹膜播種と診断した。腫瘍による左肝内胆管狭窄に対してnon covered metallic stentを留置して退院となった。その後は外来化学療法としてgemcitabineを3クール投与したところ原発巣は結節の経度縮小を認めたものの薬剤性間質性肺炎を疑う所見を認めたため、gemcitabineを中止しS1投与を開始した。S1を5クール施行したところで骨盤内の転移巣の急激な増大および腹水的大量貯留を認めたためPDと判断し化学療法を中止した。今後はBSCの方針となり外来経過観察中である。【考察】肝嚢胞は日常診療で遭遇する機会が多い疾患ではあるが、悪性化の報告は稀である。肝嚢胞腺腫は特徴的な臨床症状に乏しいため画像所見での嚢胞内結節などの充実性成分の出現をとらえることが重要である。今回我々は肝嚢胞から発生した肝嚢胞腺腫の1例を経験したので若干の文献的考察を加えて報告する。

肝嚢胞腺腫, 肝嚢胞

国立国際医療研究センター 消化器内科<sup>1)</sup>、同 肝胆膵外科<sup>2)</sup>、  
同 中央検査科<sup>3)</sup>、  
小森志織<sup>1)</sup>、小島康志<sup>1)</sup>、粟飯原隼人<sup>1)</sup>、住田純子<sup>1)</sup>、泉 敦子<sup>1)</sup>、  
小林桜子<sup>1)</sup>、濱田麻梨子<sup>1)</sup>、松下祐紀<sup>1)</sup>、久田裕也<sup>1)</sup>、大武優希<sup>1)</sup>、  
大久保栄高<sup>1)</sup>、渡辺一弘<sup>1)</sup>、野崎雄一<sup>1)</sup>、永田尚義<sup>1)</sup>、横井千寿<sup>1)</sup>、  
小早川雅男<sup>1)</sup>、竹村信行<sup>2)</sup>、猪狩 亨<sup>3)</sup>、柳瀬幹雄<sup>1)</sup>、秋山純一<sup>1)</sup>

【症例】79歳女性。PS=0。【経過】201X年10月に胃GIST (gastrointestinal stromal tumor) に対して胃部分切除の既往があった。201X+7年9月の健康診断で肝胆道系酵素の上昇を指摘され、当院に紹介となった。腹部超音波検査で肝右葉に13cm大、単発の巨大肝腫瘍を認めた。検査した腫瘍マーカーは上昇していなかった。CT、MRI、FDG-PET CT検査の結果、胃GISTの肝転移再発を疑った。10月に肝腫瘍針生検を行ったところ、組織学的には紡錘形細胞で、免疫染色ではc-kit陽性、CD34陽性で、胃GISTの肝転移再発と診断した。単発のため外科的切除も検討したが、腫瘍は巨大で、高齢など手術リスクが高く、c-kit 遺伝子 exon11の変異を認めたため、化学療法の奏効を期待し、化学療法先行の方針とした。11月にimatinib400mg/日を導入したが、3日後に急性腎機能障害を認め中止した。12月にimatinibを100mg/日に減量して再開したが、3日後に急性腎機能障害を認め中止した。クレアチニンが治療開始前の値まで改善したため、2nd lineとしてsunitinibを導入したが、8日後に急性腎機能障害を認め中止した。BSCとして経過を診ることを考慮していたが、201X+8年1月に意識消失のため救急搬送された。採血上、著明なヘモグロビン低下と血小板減少があり、CTで肝腫瘍内出血を認めた。自然経過で止血が得られ、腫瘍が大きく肝動脈塞栓術による止血はリスクが高いと判断し、拡大右肝切除術、胆嚢摘出術を行った。その際、腹膜には再発所見は見られなかった。検体の断端は陰性で、尿管浸潤は見られなかった。その後の経過は良好である。【考察・結語】消化管GISTの消化管出血の報告や原発の腹腔内出血の報告は散見されるが、肝転移が出血性ショックをきたした報告は非常に稀であるため、文献的考察を加えて報告する。

GIST, 肝腫瘍出血

新東京病院 外科  
新みゆき、山本順司、星川真有美

78歳の女性。EF24.7%の高度僧帽弁閉鎖不全症、高度三尖弁閉鎖不全症の診断で、2018年8月、再開胸での僧帽弁置換術+三尖弁形成術を施行した。POD17に、胸部レントゲン写真で右胸水が中等量貯留しており、性状の確認も兼ねて第7肋間から胸腔穿刺を施行し、淡々血性の胸水を920ml吸引した。穿刺1時間後から呼吸困難と血圧低下を認め、穿刺2時間後に気管内挿管を施行した。Hb(g/dl)は11から7まで低下し、穿刺3時間30分後に心静止となり、10分間胸骨圧迫心臓マッサージを行った。心拍再開して2時間30分後に撮影したCTで、右胸水の顕著な増加を認めた。胸水のCT値高値(32.98HU)より血性胸水が疑われ、肋間動脈損傷のための血胸による出血性ショックの診断で、胸腔穿刺6時間後、心拍再開3時間後に、緊急開胸術を施行した。右肋間動脈からの出血を認め、電気メスによる焼灼とクリッピングにて止血し、胸腔ドレーンを留置した。術後、血圧は80mmHg前後と低値で推移し、120回/分と頻脈も認めており、輸血と輸液負荷と昇圧剤投与を継続した。止血術2時間後、腹部膨満が出現し、徐々に増悪傾向となったため、心静止8時間後に腹部造影CTを施行したところ、多量の腹水と肝S4表面からの造影剤の漏出像を認めた。肝損傷による腹腔内出血の診断で、心静止11時間後に緊急開腹術(手術時間:2時間2分、出血量:2840ml)を施行した。上腹部正中切開にて開腹すると、肝門索が付着するS4の辺縁肝実質に約2cmの裂傷があり、活動性の静脈性出血を認めた。縫合と電気メスでの焼灼にて止血し、肝下面に8mm clio soft drainを留置し、手術を終了した。術後、呼吸循環動態は安定し、POD4にドレーンを抜去した。心マッサージによる肝表目の裂傷は小範囲であったが、心臓手術後でワーファリン内服をしていたこと、心不全のための肝静脈うっ滞があったことが手術的処置を必要とする出血を来した可能性がある。今回、心臓マッサージが原因で肝損傷を来し手術を必要とした一例を経験したので、文献的検索を加えて報告する。

肝損傷, 胸骨圧迫心臓マッサージ

## 101 ウルソデオキシコール酸錠にて溶解しえた胆嚢偽胆石1例

横浜旭中央総合病院 外科

金 龍学, 岡本成亮, 田中茉莉子, 筋師 健, 佐藤良平, 高梨秀一郎, 早稲田正博, 石田康男, 鈴木哲太郎

【はじめに】セフトリアキソン(CTRX)投与により胆嚢内に形成された沈殿物は超音波断層検査で胆石に酷似した画像を呈していることから偽胆石を報告されていた。セフトリアキソンより偽胆石により胆嚢摘出術を余儀なくされる症例を散見されている。われわれはセフトリアキソンによる偽胆石がウルソデオキシコール酸錠にて消失しえた症例を経験した。【症例】40歳、女性。約1年前に急性虫垂炎・汎発性腹膜炎にて緊急開腹虫垂切除術を実施した。1週間前から腹痛あり、内服薬治療を行い、改善しないため、当院受診。来院時所見:BT 38.4℃、P 78bpm、Bp110/50mmHg。腹部平坦、軟。右下腹部圧痛あり、筋性防御なし。WBC 16300/ul、Neutrophil 87.9%、CRP 16.6mg/dl。CTでは低吸収域、MRIでは高信号域を骨盤腔内に見られ、遅発性骨盤膿瘍と診断された。CTRX 2g/回、1日2回投与を行った。症状改善し、10日目に投与中止し、退院した。CTRX初回投与から1か月後右上腹部疼痛あり、CT再検にて胆嚢内低吸収域が指摘され、胆嚢偽胆石性が診断された。ウルソデオキシコール酸錠を内服し、疼痛症状が消失した。3か月後偽胆石の消失が確認された。【考察】CTRXは血中において85~95%は血清アルブミンと結合して存在しているが未変化体は約45%胆汁中に排泄され、胆汁中のCTRX濃度は血中の20~50倍に達する。また、胆汁中のイオン化カルシウム上昇でCTRX/カルシウム複合物による胆石形成と考えられる。胆嚢収縮能低下も結晶析出しやすい因と指摘されている。医中誌における胆嚢偽胆石報告症例の検討を行った。【結語】セフトリアキソンによる胆嚢内偽胆石が発症し、保存治療にて偽胆石が消失した症例を経験した。

セフトリアキソン, 偽胆石

## 103 12年の長期経過観察中に悪性化したと考えられる膀胱粘液嚢胞性腫瘍の一例

自治医科大学 消化器・一般外科<sup>1)</sup>, 同 病理診断部<sup>2)</sup>

高橋 礼<sup>1)</sup>, 笹沼英紀<sup>1)</sup>, 三木 厚<sup>1)</sup>, 森嶋 計<sup>1)</sup>, 吉田 淳<sup>1)</sup>, 遠藤和洋<sup>1)</sup>, 佐久間康成<sup>1)</sup>, 堀江久永<sup>1)</sup>, 細谷好則<sup>1)</sup>, 北山丈二<sup>1)</sup>, 佐田尚宏<sup>1)</sup>, 池田恵理子<sup>2)</sup>, 福島敬宜<sup>2)</sup>

【症例】37歳女性。25歳時に発熱、頸部リンパ節腫脹あり前医受診し、その際に腹部超音波検査・CTで偶発的に膀胱嚢胞性疾患を指摘され、精査目的に当院消化器内科に紹介された。腹部造影CTとMRI検査では膀胱部に約5cmの隔壁を伴った嚢胞性腫瘍を認めMCNが最も疑われたが、腹部超音波検査で内部は流動性のある泥状物質で充実成分ではないと判断され経過観察の方針となった。この時CEA、CA19-9の上昇は認めなかった。29歳時にCA19-9の軽度上昇を認め、31歳時には手術を勧められたが、育児希望があり画像検査で大きさや性状に著変がないことから経過観察の方針となった。32歳時の第2子妊娠を契機に経過観察が一時中断となり、5年後の37歳に再診した。嚢胞性腫瘍は6cmとなりCA19-9もさらに上昇していたことから、手術目的に消化器外科紹介となった。悪性化したMCNの可能性も考え直ちに腹腔鏡下膀胱体尾部脾摘術を施行した。術後経過は良好で術後11日目に退院した。病理の肉眼所見では嚢胞壁は全周が厚い石灰化で覆われcyst in cyst様の構造を呈し、組織所見ではごく一部の壁と隔壁様構造に卵巣様物質と見られる像を認め、わずかに間質内に浸潤があり、Mucinous cystadenocarcinoma, minimally invasiveと診断された。12年にわたる長期の経過観察中に悪性化したと思われる膀胱嚢胞性疾患の一例を経験したので、文献的考察を交えて報告する。

膀胱嚢胞, 粘液性嚢胞腺癌

## 102 肝門部領域胆管癌に対して胆管ステント留置後に生じた肝被膜下巨大bilomaの一例

東京ベイ・浦安市川医療センター 消化器内科

高崎哲郎, 宮垣亜紀, 山口恵梨子, 吉岡 翼, 瀬川 翔, 山田 徹, 藤岡健人, 岡本梨沙, 齊藤 啓, 本村廉明

【症例】74歳、男性【現病歴】閉塞性黄疸を呈して当院に入院した。ERCPで肝門部胆管にBismuth type4の狭窄を認め、減黄目的にB2とB8にプラスチックステントを留置した。胆汁細胞診ではClassVで腺癌の結果が得られ、造影CTで播種結節を疑う所見を認めたことから、肝門部領域胆管癌StageIVと診断した。全身化学療法の方針となったが、導入前に胆管ステント閉塞による胆管炎を起こした。この際、CTにて腹水を初めて認め、播種によるものと考えられた。B2、B8のステント交換の後、全身化学療法(GEM+CDDP)を開始したが、1コース終了した時点で、腹部膨満が出現した。CTで腹水の増加と肝右葉被膜下に三日月状の液体貯留を新たに認め、右葉実質は著明に圧排されていた。腹部超音波検査では肝臓S6に新規の嚢胞成分を認め、肝被膜下の多房性嚢胞と連続しているように見え、bilomaの肝被膜下への破綻と考えた。肝被膜下の液貯留を穿刺すると、褐色で粘性が高く、bilomaと診断した。ステント機能不全や腫瘍による胆道閉塞に端を発したドレナージ不良がbilomaの原因と考え、より高いドレナージ効果を期待し、B2・前後区域にメタルステントを留置した。その際の胆道造影では、bilomaは造影されず肝内胆管との連続性はあきらかではなかった。以降も肝被膜下の液貯留は残存するものの、穿刺液の性状は粘性のある淡血性の液体で、胆汁成分は認めなくなった。【考察】肝門部領域胆管癌に対して胆管ステント留置後に肝被膜下巨大bilomaを形成した一例であった。胆管癌に併発するbilomaは稀であり、その要因について文献的考察を踏まえて報告する。

biloma, 内視鏡的胆道ドレナージ

## 104 診断に苦慮した巨大副脾の1例

順天堂大学 下部消化管外科

松澤宏和, 百瀬裕隆, 萩原俊昭, 雨宮浩太, 土谷祐樹, 茂木俊介, 牧野有里香, 青木 順, 岡澤 裕, 水越幸輔, 河合雅也, 宗像慎也, 石山 隼, 杉本起一, 神山博彦, 高橋 玄, 小島 豊, 富木裕一, 坂本一博

【はじめに】副脾は正常でも10~30%程度の割合で認められ、ほとんどは10mm前後と報告されているが、40mmを超えるものは比較的稀である。今回、診断に苦慮した巨大副脾の症例を経験したので報告する。【症例】47歳女性で主訴はなく、大動脈弁狭窄症による心不全に対して手術を施行され、経過観察のCT検査で腹腔内の下行結腸前面に直径約60mmの腫瘍が認められた。大動脈弁狭窄症の術前は40mmあったが、約2か月の間に60mmまで増大しているのが認められた。MRIではT1で低信号、T2で軽度高信号であった。PET-CT検査では明らかな集積は腫瘍内には認められなかった。以上より副脾の可能性も考えられたが、副脾としては巨大であること、また経時的に増大傾向であることから悪性腫瘍を否定できず、診断・治療目的に腹腔鏡下腹腔内腫瘍切除術を施行した。手術所見としては腹腔内に暗紫色の腫瘍が認められ、腫瘍と流入する血管が確認された。流入血管を処理し、腫瘍を摘出した。腫瘍は60mmの暗紫色腫瘍であり、病理組織学的検査所見は正常の脾臓と同様の構造であり、副脾と診断された。術後経過は良好で、術後4日目で退院となった。【考察】副脾の発生部位は脾門部、脾尾部、脾腎間膜、胃脾間膜、大網の順に多い。臨床上問題となることは少ないが、巨大なものは自験例の様に悪性腫瘍との鑑別が困難なことも多く、また副脾捻転や副脾破裂などの急性腹症を起こすことも報告されており、十分なインフォームドコンセントを行った上で手術を検討する必要がある。今回経時的に増大傾向を示したため、悪性腫瘍との鑑別に苦慮した巨大副脾の症例を経験した。腹腔内腫瘍の鑑別として、副脾も念頭に置くことが大切であると考えられた。

副脾, 巨大

要町病院 腹水治療センター  
松崎圭祐

【目的】癌性腹膜炎や肝硬変に伴う大量腹水は強い腹満感、呼吸苦などを生じて患者のQOLを著しく損ない、治療の中止につながる。難治性腹水治療法としては1981年にCART(腹水濾過濃縮再静注法)が手術として承認(K-635)されているが、副作用や処理量の問題で普及しておらず、多くの腹水難民を生み出している。私は心臓外科医時代の体外循環、濾過膜研究と病理医、消化器外科医時代の癌研究・癌治療の経験を生かして2008年に膜閉塞を短時間で解消する濾過膜逆洗浄機能と腹水にストレスをかけない陰圧定圧濾過方式を有する改良型のKM-CARTシステムを考案し、20 L以上の大量腹水に対しても積極的に施行して症候緩和と治療の再開に努めているので報告する。【方法・結果】2009年2月から2018年12月までに当センターで施行されたKM-CARTは6,547例で、癌性腹水：4,524例、肝性腹水：1,891例、その他：132例であった。癌性腹水は、平均6.2 L(最大：27.7 L)を66分で600 mlに、肝性腹水では、平均10.5 L(最大：27.0 L)を85分で750 mlに濾過濃縮し、回収蛋白量はそれぞれ67.1 g(最大：468 g)、91.7 g(最大：399 g)であった。術前から適切に循環管理を行うことで、重篤な合併症は認めなかった。全量ドレナージ+KM-CARTにより、腹水による腹部膨満感、腹痛、体動障害、不眠、不安感、下肢浮腫などの諸症状は有意に緩和された。症候緩和により抗癌治療が再開できたり、長期の在宅療養が可能になった症例、利尿剤の効果が回復して腹水が溜まらなくなった肝硬変症例、肝移植手術が可能になり完治に至った症例など多くの有効症例を認めた。また多数のKM-CART回収癌細胞が樹状細胞ワクチン療法などのオーダーメイド癌治療に使用可能であり、抗体治療薬など創薬に向けたバンクも進んでいる。【結語】KM-CARTは安全かつ効果的であり、大量腹水に対しても積極的に施行すべきで、まず症候緩和を行った後にそれぞれの疾患に対応した治療を再開すべきと考えられた。

KM-CART, 大量腹水