

日本消化器病学会 関東支部第355回例会

プログラム・抄録集



当番会長：千葉大学大学院医学研究院 消化器内科学 教授 加藤 直也
令和元年7月13日(土)
海運クラブ

日本消化器病学会関東支部第355回例会

プログラム・抄録集

当番会長：千葉大学大学院医学研究院 消化器内科学 教授 加藤 直也
〒260-8670 千葉県千葉市中央区亥鼻1-8-1
TEL 043-226-2083/FAX 043-226-2088

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

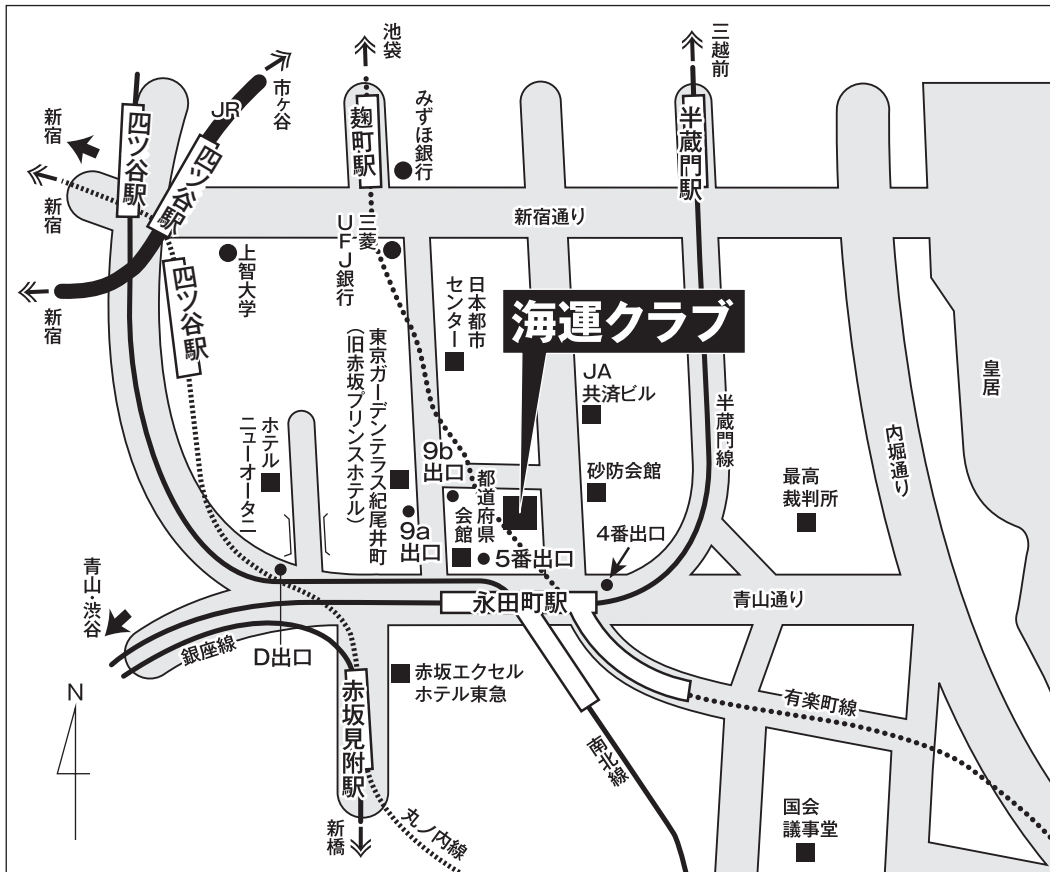
<発表者、参加者の皆様へ>

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 2019となります。
発表データはUSBメモリにてお持ちください。また、事前に必ず、作成したPC以外のPCでも正常に動作することを確認してください。
※データ作成の際は、文字化けを防ぐため次の標準フォントをご使用ください。
日本語：MSゴシック、MS Pゴシック、MS明朝、MS P明朝
英語：Arial, Century, Century Gothic, Times New Roman
※スライド作成時の画面サイズはXGA (1024×768)であることをご確認の上、作成してください。
 - 2) Macintosh使用、及びWindowsでも動画を含む場合は、必ずPC本体をお持込みください。データでのお持込みには対応いたしかねますのでご注意ください。なお、液晶プロジェクタへの接続はMini D-SUB 15pinにて行います。変換コネクタを必要とする場合は必ずご自身でお持込みください。また、バッテリーのみでの稼動はトラブルの原因となるため、外部電源用アダプタを必ずお持ちください。
 - 3) 音声出力には対応いたしません。
 - 4) 発表は枚数ではなく時間で制限させていただきます。
 - 5) 発表時は、演台に置かれたモニターを見ながらご自身で操作して画面を進めていただきます。なお、発表者ツールの使用はできませんのでご注意ください。
3. 発表に際しては、患者さんのプライバシーの保護（日付の記載は年月までとする、等）に十分配慮してください。
4. 演題発表時には、利益相反状態の開示が必要になります。開示基準・規定の書式に従って利益相反の有無を必ず開示してください。
5. 演者は前演者の口演開始後、直ちに「次演者席」へご着席ください。
6. 専修医セッション、研修医セッション及び一般演題は、1題口演4分、追加討論2分です。時間厳守をお願いします。
7. 質問される方は、所属と氏名を明らかにしてからお願いします。
8. 専修医・研修医セッションの発表者あるいは同施設の方は、奨励賞表彰式に出席してください。(第1会場 12:50～13:05)
9. 当日参加登録受付、PC受付は7:30より開始いたします。
10. 当日の参加費は2,000円です。
11. 当日はこのプログラム・抄録集をご持参ください。なお当日ご希望の場合は、1部1,000円にて販売いたします。(数に限りがございますので予めご了承ください)
12. 座長・評価者の方は、セッション開始15分前までに総合受付にお立ち寄りください。
13. 会場1階ロビーにAED（自動体外式除細動器）を設置しております。

会場案内図

海運クラブ

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



[交通のご案内]

地下鉄 永田町駅〈有楽町線〉〈半蔵門線〉4番・5番出口より徒歩2分
〈南北線〉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355回例会

令和元年7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 (脾・その他) 1～6		8:05～8:41	渡邊 悠人			(12) 専修医Ⅱ (食道・胃) 56～60		8:05～8:35	丸山 哲郎		
(2) 研修医Ⅰ (胃・十二指腸) 7～11		8:41～9:11	太和田勝之			(13) 専修医Ⅲ (胃・十二指腸) 61～65		8:35～9:05	加藤佳瑞紀		
(3) 研修医Ⅱ (大腸) 12～17		9:11～9:47	森居 真史			(14) 専修医Ⅳ (大腸1) 66～69		9:05～9:29	齊藤 将喜		
(4) 研修医Ⅲ (肝) 18～22		9:47～10:17	糸林 詠			(15) 専修医Ⅴ (大腸2) 70～73		9:29～9:53	沖元謙一郎		
10:17～10:27			休憩			9:53～10:03			休憩		
(5) 研修医Ⅳ (肝・胆) 23～26		10:27～10:51	鈴木 大亮			(16) 専修医Ⅵ (肝1) 74～79		10:03～10:39	関 厚佳		
(6) 研修医Ⅴ (脾) 27～31		10:51～11:21	斎藤 雅彦			(17) 専修医Ⅶ (肝2) 80～84		10:39～11:09	藤山俊一郎		
(7) 研修医Ⅵ (脾・その他) 32～36		11:21～11:51	高橋 幸治			(18) 専修医Ⅷ (胆・脾) 85～89		11:09～11:39	杉山 晴俊		
						12:00～12:30			評議員会		
12:05～12:50 ランチオンセミナー (第1会場)											
「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」											
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 先生											
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 収 先生											
共催: 大塚製薬株式会社											
12:50～13:05 専修医・研修医奨励賞表彰式 (第1会場)											
13:05～14:00 特別講演 (第1会場)											
「横断的進行がん治療の幕開け: ICIとTKI」											
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 先生											
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											
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 37～41		14:05～14:35	鈴木 拓人			(19) 肝1 90～94		14:05～14:35	本告 成淳		
(9) 胃・十二指腸 42～46		14:35～15:05	吉住 博明			(20) 肝2 95～98		14:35～14:59	小笠原定久		
(10) 小腸・大腸 47～50		15:05～15:29	白鳥 俊康			(21) 胆 99～102		14:59～15:23	大島 忠		
(11) 大腸 51～55		15:29～15:59	駒 嘉宏			(22) 脾・その他103～106		15:23～15:47	大野 泉		
15:59～16:04						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)

「横断的進行がん治療の幕開け：ICIとTKI」

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** 先生
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**

……演者の先生ご紹介……

おまた まさお
小俣 政男 先生

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

略歴

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

昭和45（24歳） 千葉大学医学部卒業

昭和48（27歳） エール大学 及び南カリフォルニア大学留学

昭和59（38歳） 千葉大学第一内科講師

平成4（46歳） 東京大学第二内科教授

平成9（51歳） 東京大学消化器内科教授

平成10（52歳） 東大病院副院長（～平成12年3月）

平成21（63歳） 東京大学名誉教授・山梨県特別顧問・国際医療福祉大学（院）教授

平成22（64歳） 現職

千葉大学講師より46歳で東大に着任、17年間、若き俊英の育成に努め、現在、故郷・山梨で①経営の改善（累積赤字152億→9年間黒字110億）、②若手医師の育成。また、③APASL（アジア肝臓学会）を運営し、5,000人超参加の国際学会とする。学会誌Hepatology Internationalを創刊（Springer社）、IF1.00（2008年）→4.117（2017年）となる。

発表論文：英文1,176編 総IF：7,420、総引用回数：46,818、H-INDEX：111

Hepatology 59, Gastroenterology 43, Gut 26, J Hepatology 23, Am J Gastro 13, Lancet 6, Ann Int Med 6, NEJM 5

米国消化器病学会Outstanding Service to the AGA（H11）、織田賞（H15）、亥鼻同窓会功労賞（H15）、消化器病学会学術賞（H29）

ランチオンセミナー (第1会場 12:05~12:50)

「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」

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** 先生
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 収** 先生

共催：大塚製薬株式会社

………演者の先生ご紹介………

たけ い よしゆき
竹井 謙之 先生

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

略歴

1981年3月25日 大阪大学医学部卒業
1981年7月1日 大阪大学第一内科研修医
1983年7月1日 国立大阪南病院医員 (消化器科)
1986年2月1日 大阪大学第一内科研究生
1987年6月22日 ポストドクトラルフェローとしてUniversity of North Carolina at Chapel Hillに勤務
(Department of Hepatobiology & Toxicology, 主任教授Dr. Ronald G. Thurman)
1991年10月1日 大阪大学第一内科医員
1998年4月1日 順天堂大学消化器内科助手
1998年12月1日 同 講師
2004年2月1日 同 助教授
2007年4月1日 三重大学大学院医学系研究科 臨床医学系講座 消化器内科学 教授
2009年4月1日 三重大学医学部附属病院 副病院長 (併任、2011年3月末まで)
2018年4月1日 三重大学 副学長 (危機管理担当)

所属学会・Membership

日本内科学会 (評議員、認定内科医)、日本消化器病学会 (執行評議員、指導医)、日本肝臓学会 (理事、西部会支部長、指導医)、日本消化器内視鏡学会 (専門医)、日本移植学会、日本癌学会、日本遺伝子治療学会、日本アルコール・アディクション医学会 (理事)、日本微小循環学会
米国肝臓病学会 American Association for the Study of Liver Diseases 国際会員
米国消化器病学会 American Gastroenterological Association 国際会員、フェロー (AGAF)
国際アルコール医学生物学会 国際 International Society for Biological Research on Alcoholism 理事
国際移植学会 Transplantation Society 正会員

専門領域

肝と生活習慣病、アルコール性肝障害と非アルコール性脂肪性肝炎、肝類洞壁細胞機能と肝病態、肝微小循環、肝移植におけるグラフト障害機序の研究と臓器保存法の開発

編集委員等

『肝 臓』編集委員、『医学のあゆみ』編集委員

受賞・奨学金等

1992年9月24日 第28回日本移植学会 会長推薦発表
「Primary nonfunctionの病態生理：肝類洞壁細胞機能制御と臓器保存」
1995年3月10日 平成6年度上原記念生命科学財団研究奨励金
「アンチセンス法による肝類洞壁細胞機能制御」
2004年10月21日 日本肝臓学会 OTSUKA AWARD
「肝疾患の遺伝子学的な研究」

第13回ハンズオンセミナー

(ホワイエ 9:45～12:00)

「腹部エコーの基本手技」

インストラクター

千葉大学医学部附属病院	消化器内科	清野宗一郎
千葉大学医学部附属病院	消化器内科	小林 和史
千葉大学医学部附属病院	検査部生理検査室	山本 修一

<ご案内>

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

受講を申込みされていない場合も、見学は自由ですので、奮ってご参加ください。

【スケジュール】

* 9:45～12:00を予定しております。

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

※ご受講の先生は例会の参加登録をお済ませのうえ、開始の10分前までに、2階ホワイエにご集合ください。

【お問合せ先】

関東支部第355回例会 運営事務局：jsge2019_355@sunpla-mcv.com

共 催：キヤノンメディカルシステムズ株式会社

第1会場（午前の部）

8:00~8:05

—開会の辞—

評価者

昭和大学医学部 内科学講座	消化器内科学部門	片桐 敦
東京慈恵会医科大学附属病院	消化器・肝臓内科	鳥巢 勇一
千葉ろうさい病院	消化器内科	石神 秀昭

(1) 専修医 I (脾・その他) 8:05~8:41 座長 キッコーマン総合病院 内科 渡 邊 悠 人

1. 術前に脾癌と鑑別が困難であった IgG 4 関連動脈周囲炎の一例

新東京病院 消化器内科 ○氏原 哲郎, 佐上 亮太, 早坂 健司, 中原良太郎
村上 大輔, 岩城 智之, 末廣 聡士, 勝山 泰志
原田 英明, 天野 祐二

2. 重症急性脾炎と鑑別が困難であった segmental arterial mediolysis の一例

総合病院国保旭中央病院 ○久田 浩之, 志村 謙次, 糸林 詠, 紫村 治久
中村 朗

3. 自己免疫性脾炎に対するステロイド加療中に脾癌を発症した1例

北里大学医学部 消化器内科 ○小野寺 立, 渡辺 真郁, 山内 浩史, 黒須 貴浩
長谷川力也, 金子 亨, 奥脇 興介, 岩井 知久
今泉 弘, 木田 光広, 小泉和二郎

4. IPMN 由来浸潤癌及び脾体部主膵管狭窄の診断で切除に至った1例

横浜市立大学附属病院 消化器内科 肝胆膵消化器病学 ○高橋 宏太, 佐藤 高光, 栗田 裕介, 長谷川 翔
細野 邦広, 中島 淳, 窪田 賢輔
同 消化器外科 遠藤 格
同 病理診断科・病理部 松村 舞依, 大橋 健一

5. 脾頭部癌による仮性脾嚢胞に緩和医療として超音波内視鏡下嚢胞ドレナージを施行した一例

さいたま赤十字病院 肝胆膵内科 ○杉原 地平, 大島 忠, 高橋 知也, 甲嶋 洋平
同 消化管内科 佐藤 平, 大津威一郎, どい 浩達, 高橋 正憲
鎮西 亮, 笹島 圭太

6. 胃癌を契機に発見された孤立性線維性腫瘍(SFT)の一例

東海大学医学部付属病院 消化器内科 ○張 つばみ, 寺邑英里香, 藤澤 美亜, 小池 潤
鈴木 秀和, 鈴木 孝良, 松嶋 成志
同 病理診断科 畑中 一仁

(2) 研修医Ⅰ(食道・胃・十二指腸・小腸) 8:41~9:11 座長 千葉市立海浜病院 消化器内科 太和田 勝之

7. 突然の胸背部痛で発症した食道アニサキス症の1例

船橋市立医療センター ○吉田 亮伊, 石井 清文, 山田 奈々, 古賀 邦林
藤井 渚夕, 笠松 伸吾, 東郷 聖子, 関 厚佳
小林 照宗, 安藤 健, 水本 英明

8. 再発胃癌に対する Nivolumab 療法による免疫関連有害事象

(irAEs: immune-related adverse events) である下垂体性副腎皮質機能低下症を発症した1例

筑波大学附属病院 消化器内科 ○八田 幸乃, 廣瀬 優, 森脇 俊和, 伊藤 嘉美
小野田 翼, 杉山雄太郎, 鈴木 宏清, 永淵 美帆
新里 悠輔, 池田 貴文, 山田 武史, 山本 祥之
兵頭一之介, 溝上 裕士

9. 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 克美
同 外科 横山 武史

10. Primary ileus の原因として Meckel 憩室が疑われたが術後に小腸重複腸管の診断となった一例

東京都済生会中央病院 消化器内科 ○荒巻 由紀, 林 智康, 平川 旭人, 小川 歩
田沼 浩太, 星野 舞, 青木 優, 上田 真裕
三枝慶一郎, 岸野 竜平, 酒井 元, 船越 信介
中澤 敦
同 一般消化器外科 前田 祐助, 遠藤 高志, 原田 裕久
同 病理診断科 玉井 誠一, 廣瀬 茂道

11. 帝王切開後の子宮復古に伴い腸閉塞が増悪し緊急手術を要した1例

東京慈恵会医科大学 下部消化管外科 ○澤田 尚武, 菅野 宏, 佐々木茂真, 武田 泰裕
同 消化器外科 谷田部沙織, 伊藤 大介, 大熊 誠尚, 小菅 誠
衛藤 謙
同 消化器外科 矢永 勝彦

(3) 研修医Ⅱ(大腸) 9:11~9:47 座長 松戸市立総合医療センター 消化器内科 森 居 真 史

12. 早期のメトロニダゾール投与により保存的治療で救命し得た劇症型アメーバ性大腸炎の1例

横浜市立大学附属市民総合医療センター 内視鏡部 ○照屋 聖仁, 西尾 匡史, 尾関雄一郎, 澤田 敦史
池田 良輔, 福地 剛英, 小林 亮介, 佐藤 知子
平澤 欣吾
横浜市立大学 消化器内科学 前田 慎

13. 梅毒性直腸潰瘍の一例

東京慈恵会医科大学 消化器肝臓内科 ○住吉 那月, 宮下 春菜, 上田 薫, 澤田 亮一
高倉 一樹, 櫻井 俊之, 鳥巢 勇一, 猿田 雅之
同 内視鏡科 阿部 孝広, 加藤 智弘

14. 潰瘍性大腸炎に対しメサラジン投与中に薬剤性心膜心筋炎を発症した1例

東京警察病院 消化器科 ○小黒 詩織, 能登谷元聡, 塩川 俊郎, 植倉 知永
徳山 信行, 八木岡 浩, 小椋 啓司

15. Epstein-Barr Virus の再活性化を伴った難治性潰瘍性大腸炎の1例

東京医科歯科大学 医学部附属病院 消化器内科 ○内田 仁, 加藤 周, 三好 正人, 清水 寛路
本林麻衣子, 日比谷秀爾, 竹中 健人, 福田 将義
油井 史郎, 藤井 俊光, 根本 泰宏, 齊藤 詠子
岡本 隆一, 土屋輝一郎, 東 正新, 永石 宇司
長堀 正和, 大塚 和朗, 朝比奈靖浩, 渡辺 守

16. 長期化学療法によって病理学的完全奏功を得られた直腸がんの一例

とちぎメディカルセンター しもつが 消化器内科 ○西條 未莉, 中元 明裕, 小川 和紀, 廣澤 拓也
井野 裕治, 砂田富美子, 倉田 秀一
同 外科 宮原 悠三, 太田 学, 北林 宏之, 近藤 悟
塩澤 幹雄, 小泉 大, 児玉 多曜
同 病理診断科 河合 繁夫

17. 下行結腸癌とカルチノイドの composite 腫瘍の一例

がん・感染症センター都立駒込病院 消化器内科 ○関谷 健, 柴田 理美, 高雄 暁成, 小泉 浩一
同 大腸外科 山口 達郎, 中野 大輔, 高雄 美里, 夏目壮一郎
小野 智之, 中守 咲子
同 病理科 堀口慎一郎, 比島 垣和

(4) 研修医Ⅲ(肝) 9:47~10:17 座長 地方独立行政法人 総合病院 国保旭中央病院 消化器内科 糸 林 詠

18. 肉眼的門脈腫瘍栓を伴う大腸癌肝転移の1切除例

日本医科大学付属病院 消化器外科 ○重盛 治彦, 青木 悠人, 中村 慶春, 吉岡 正人
松下 晃, 清水 哲也, 神田 知洋, 近藤 亮太
金谷 洋平, 吉田 寛

19. ペムプロリズマブが奏効した MSI-high 肝内胆管癌の1例

国立病院機構 高崎総合医療センター 消化器内科 ○作田 隆義, 長沼 篤, 綿貫 雄太, 鈴木 悠平
柴崎絵理奈, 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 小川 哲史
同 放射線治療科 北本 佳住
同 病理診断科 小川 晃

20. 家族内発症した急性 A 型肝炎の3症例

同愛記念病院 ○税田 真由, 新野 徹, 柿本 光, 山本 夏代
松谷 毅, 手島 一陽

21. 複数の門脈大循環短絡路に対して2回のBROTOで改善を得たシャント脳症の1例

日本大学医学部附属板橋病院 初期臨床研修医 ○十束 茉衣

日本大学医学部 内科学系消化器肝臓内科学分野 有間 修平, 高橋 央, 金子 朋広, 本田 真之
熊川まりこ, 水谷 卓, 上村 慎也, 松本 直樹
楡井 和重, 神田 達郎, 松岡 俊一, 森山 光彦

22. DAA 著効後に併発した肝性脳症に対してBROTOが有効だったC型肝硬変の1例

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

(5) 研修医Ⅳ(肝・胆) 10:27~10:51

座長 千葉大学 臓器制御外科 鈴木 大 亮

23. 生体肝移植の右肝グラフト採取術において肝切離線の同定にICG蛍光法が有効であった一例

東京大学医学部附属病院 肝胆膵外科・人工臓器移植外科 ○鹿間 健志, 國土 貴嗣, 石沢 武彰, 中沢 祥子
赤松 延久, 金子 順一, 有田 淳一, 長谷川 潔

24. 繰り返す胆嚢炎により発症した胆嚢仮性動脈瘤に対し腹腔鏡下胆嚢摘出術を施行した1例

埼玉石心会病院 研修医 ○木村 容子
同 消化器内科 関根 章裕, 水野 寿一, 阿部 敏幸, 坂本 竜二
同 消化器外科 荻野 健夫, 清水 喜徳

25. 胆石症に併発した特発性 biloma の一例

JCHO 東京新宿メディカルセンター ○佐野 貴哉

26. 膵管不完全癒合、膵・胆管合流異常を合併した高齢者先天性胆道拡張症の1例

横須賀市立うわまち病院 消化器内科 ○渡邊 瑠美, 諸井 厚樹, 佐藤 晋二, 小宮 靖彦
高野 幸司, 森川瑛一郎, 秋間 崇, 池田 隆明

(6) 研修医Ⅴ(膵) 10:51~11:21

座長 熊谷総合病院 内科 斎 藤 雅 彦

27. 既往歴のない15歳女性に発症した中性脂肪異常高値による急性膵炎の一例

国立病院機構 千葉医療センター ○熊田 大樹, 宮村 達雄, 島田 典生, 芳賀 祐規
西村 光司, 田村 玲, 伊藤 健治, 安部 朝美
金田 暁, 齋藤 正明, 杉浦 信之

28. 高トリグリセリド血症による重症急性膵炎の一例

東京労災病院 ○堀越あゆみ, 西中川秀太, 大場 信之, 乾山 光子
松本 将, 藤井 紘大, 副島 啓太

29. 妊娠に伴う再発性急性膵炎の1例

国立病院機構 東京医療センター 消化器科 ○安部恵里佳, 森 英毅, 中島 悠貴, 古田 孝一
平井悠一郎, 宮永 亮一, 木下 聡, 中里 圭宏
藤本 愛, 渡邊 多代, 菊池 真大

30. 2年10か月に及ぶ膵癌化学療法中に脾動脈瘤破裂膵嚢胞内穿破した一例

国保直営総合病院君津中央病院 消化器内科 ○吉埜 稜平, 熊谷純一郎, 大部 誠道, 射矢 れい
弓田 冴, 大内 麻愉, 川上 寛人, 山本 大夢
飯野陽太郎, 三根 毅士, 吉田 有, 駒 嘉宏
藤森 基次, 畦元 亮作

31. 進行肝細胞癌に対するレンパチニブ治療中に肺炎・胆嚢炎を発症した2例

東京大学医学部附属病院 消化器内科 ○石垣 佑樹, 石垣 和祥, 水野 卓, 大山 博生
金井 祥子, 鈴木 辰典, 中村 知香, 佐藤 達也
白田龍之介, 齋藤 圭, 齋藤 友隆, 高原 楠晃
濱田 毅, 内野 康志, 木暮 宏史, 中川 勇人
建石 良介, 多田 稔, 中井 陽介, 小池 和彦

(7) 研修医Ⅵ(膵・その他) 11:21~11:51 座長 水戸済生会総合病院 消化器内科 高 橋 幸 治

32. プラチナ耐性転移性膵神経内分泌癌に対してアムルピシン単剤療法が著効した1例

がん研究会有明病院 肝胆膵内科 ○天木 衛, 春日 章良, 古川 貴光, 三重 堯文
谷口 孝伸, 澤田 雅志, 武田 剛志, 金田 遼
松山 真人, 佐々木 隆, 尾阪 将人, 笹平 直樹

33. ビタミンB12欠乏性貧血の経過観察中に診断に至った多発胃神経内分泌腫瘍の一例

医療法人社会団筑波記念会 筑波記念病院 ○根本佳那江, 小林真理子, 岩井健太郎, 越智 大介
大塚公一朗, 添田 敦子, 池澤 和人

34. 確定診断に難渋した結核性腹膜炎の一例

虎の門病院 ○野田 大将, 岡本 陽祐, 岡村 喬之, 落合 頼業
早坂淳之介, 光永 豊, 田中 匡実, 野村 浩介
小田切啓之, 山下 聡, 松井 啓, 菊池 大輔
飯塚 敏郎, 布袋屋 修

35. Infliximabによるparadoxical psoriasisとクローン病関連関節炎に対してustekinumabが有効であったクローン病の1例

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

36. 受傷機転がはっきりしない外傷性脾仮性動脈瘤に対して

経カテーテル的動脈塞栓術による保存的治療が可能であった一例

国立病院機構千葉医療センター 総合内科 ○小埜 広貴, 西村 光司, 齊藤 正明
同 消化器内科 芳賀 祐規, 宮村 達雄, 田村 玲, 伊藤 健治
阿部 朝美, 金田 暁, 杉浦 信之

第1会場（午後の部）

13：05～14：00

特別講演

横断的進行がん治療の幕開け：ICI と TKI

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 先生

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

（8）食道・胃 14：05～14：35 座長 千葉県がんセンター 内視鏡科 鈴木 拓 人

37. 食道内に残存したフォークを2本の内視鏡を用いて安全に摘出し得た一例

千葉大学医学部 先端応用外科 ○米本 昇平, 上里 昌也, 山口有輝子, 水藤 広
浦濱 竜馬, 丸山 哲郎, 松原 久裕

38. 検診で見つかった食道 capillary hemangioma の1例

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

39. Russell body gastritis の1例

キッコーマン総合病院 ○渡邊 悠人, 三上 繁, 大和 睦美, 清水 史郎
秋本 政秀

40. 高齢女性発症の胃 mixed adenoneuroendocrine carcinoma の一例

桐生厚生総合病院 ○椎名 啓介, 飯田 智広, 竝川 昌司, 井上 照基
菅間 一乃, 新井 洋佑, 村上 立真
群馬大学医学部附属病院 浦岡 俊夫

41. EUS-FNA により診断し得た、嚢胞成分を主体として壁の一部に結節を認めた胃 GIST の1例

水戸済生会総合病院 消化器内科 ○高橋 幸治, 仁平 武, 中川美由貴, 金野 直言
宗像 紅里, 大川原 健, 青木 洋平, 柏村 浩

（9）胃・十二指腸 14：35～15：05 座長 JA かみつが厚生連 上都賀総合病院 内科 吉 住 博 明

42. 胃癌に対する SOX 療法中に食道静脈瘤が出現した1例

千葉大学医学部附属病院 先端応用外科 ○飯田真一郎, 丸山 哲郎, 早野 康一, 松原 久裕

43. 胃底腺型胃癌との鑑別と要し、胃粘膜下腫瘍様隆起を呈した異所性幽門腺の1例

千葉大学医学部附属病院 消化器内科 ○白鳥 航, 沖元謙一郎, 徳長 鎮, 金子 達哉
大浦 弘嵩, 横山 雄也, 今井 雄史, 大池 翼
明杖 直樹, 太田 佑樹, 丸岡 大介, 松村 倫明
中川 倫夫, 新井 誠人, 加藤 直也

44. Braun 吻合部の出血性潰瘍を認めた幽門側胃切除術 Billroth 2 法再建後の 1 例

水戸済生会総合病院 消化器内科 ○高橋 幸治, 仁平 武, 中川美由貴, 金野 直明
宗像 紅里, 大川原 健, 青木 洋平, 柏村 浩

45. 十二指腸癌の臨床診断であったが病理剖検で原発不明癌と判明した一例

国立国際医療研究センター 消化器内科 ○瀬戸 花菜, 渡辺 一弘, 秋山 純一, 柳瀬 幹雄
小島 康志, 横井 千寿, 永田 尚義, 野崎 雄一
大久保栄高, 大武 優希, 木平 英里, 守安 志織
西家由里子, 泉 敦子, 濱田麻梨子, 増田恵利香
住田 純子
同 中央検査部病理室 猪狩 亨, 児島 直樹

46. 十二指腸 GIST (low risk) 術後、2 度の肝転移に対し肝切除を施行した 1 例

順天堂大学練馬病院 総合外科 ○古屋 怜慈, 藤沢 将大, 井 祐樹, 川口 恵
欄寝 重史, 黒田 悠, 岩永 直紀, 関根 悠貴
川満健太郎, 宮野 省三, 町田 理夫, 波野邊郁雄
北畠 俊顕, 須郷 広之, 児島 邦明

(10) 小腸・大腸 15:05~15:29

座長 亀田総合病院 消化器内科 白 鳥 俊 康

47. 血便で発症し、ダブルバルーン小腸内視鏡で診断し得た巨大 Meckel 憩室の 1 例

NTT 東日本関東病院 消化器内科 ○高柳 駿也, 瀧田麻衣子, 木本 義明, 小西 隆文
神田 圭輔, 小野 公平, 港 洋平, 酒井 英嗣
大圃 研, 松橋 信行

48. 当院におけるクローン病患者に対する経口ブデソニドの有効性と安全性の評価

千葉大学大学院医学研究院 消化器内科学 ○堀尾 亮輔, 太田 佑樹, 大浦 弘嵩, 金子 達哉
徳長 鎮, 今井 雄史, 大池 翼, 横山 雄也
明杖 直樹, 對田 尚, 沖元謙一郎, 齊藤 景子
松村 倫明, 中川 倫夫, 加藤 直也
同 消化器内科学
千葉大学医学部附属病院 腫瘍内科 新井 誠人

49. 消化管出血を契機に診断した高齢者のびまん性大細胞型 B 細胞リンパ腫の 1 例

水戸済生会総合病院 消化器内科 ○中川美由貴, 宗像 紅里, 金野 直言, 高橋 幸治
大川原 健, 柏村 浩, 仁平 武

50. 静脈血栓塞栓症を合併した潰瘍性大腸炎患者 11 例の長期経過

千葉大学医学部附属病院 消化器内科 ○後藤 千尋, 太田 祐樹, 大浦 弘嵩, 金子 達哉
徳長 鎮, 今井 雄史, 大池 翼, 横山 雄也
明杖 直樹, 對田 尚, 沖元謙一郎, 齊藤 景子
松村 倫明, 中川 倫夫, 加藤 直也
同 消化器内科
同 腫瘍内科 新井 誠人

(11) 大腸 15:29~15:59 座長 国保直営総合病院 君津中央病院 消化器内科 駒 嘉 宏

51. 後腹膜粘液嚢胞腺腫の壁に結節に腺扁平上皮癌を認めた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, 白鳥 史明, 田部 俊輔
鍋谷 圭宏

52. 神経性食思不振症を背景に偽膜性腸炎を発症し、急激な経過をたどった一例

日本大学医学部 内科学系消化器肝臓内科学分野 ○小椋加奈子, 江崎 充, 市島 諒二, 草野 央
池原 久朝, 大木 庸子, 酒井 康行, 山川 俊
春田 明子, 岩本 真帆, 後藤田卓志, 森山 光彦

53. 腹部に壊疽性膿皮症を認めた潰瘍性大腸炎の1例

日本大学医学部附属板橋病院 消化器肝臓内科 ○大木 庸子, 岩本 真帆, 酒井 康行, 山川 俊
春田 明子, 今津 博雄, 中島 典子
後藤田卓志
日本大学病院 消化器内科
日本大学医学部附属板橋病院 皮膚科 藤沼 千尋, 藤田 英樹, 照井 正
同 消化器肝臓内科
日本大学病院 消化器内科 森山 光彦

54. 外科的治療後に Pre-pouch Ileitis を発症し重篤な臨床経過となった重症潰瘍性大腸炎の一例

千葉大学医学部附属病院 消化器内科 ○山内 陽平, 中川 倫夫, 石神 智行, 太田 佑樹
濱中 紳策, 對田 尚, 沖元謙一郎, 丸岡 大介
松村 倫明, 新井 誠人, 加藤 直也

55. 治療方針に苦慮した炎症性ポリープの1例

聖隷佐倉市民病院 消化器内科 ○矢挽 眞士, 佐藤 慎一, 吉川りょう, 齊藤 将喜
住吉 良太
同 外科 大島 祐二
同 病理科 笹井 大督

第2会場（午前の部）

— 評価者 —

千葉大学大学院医学研究院	消化器内科学	中川	倫夫
東京大学医学部附属病院	消化器内科	山田	篤生
横浜市立大学附属病院	消化器内科	山田	博昭

(12) 専修医Ⅱ（食道・胃） 8：05～8：35 座長 千葉大学医学部附属病院 先端応用外科 丸 山 哲 郎

56. 慢性偽性腸閉塞の経過観察中に食道アカラシアを発症した1例

慶應義塾大学医学部 内科学（消化器） ○猪口 和美, 正岡 建洋, 松崎潤太郎, 金井 隆典
同 一般・消化器外科 川久保博文, 北川 雄光
同 病理診断科 亀山 香織

57. 双胎妊娠の経過中に呼吸不全を引き起こした食道アカラシアの一例

昭和大学病院 内科学講座消化器内科学部門 ○樋口 健佑, 梶原 敦, 野口 敏宏, 中山 顕皓
中谷 溪, 鈴木 統大, 宇佐美智乃, 中島 陽子
柳澤 文人, 打越 学, 吉田 仁

58. 嚥下困難、呼吸困難感を伴う咽喉頭部違和感を認めた枝豆による食道異物の一例

帝京大学医学部 内科学講座 ○原田 文人, 小田島慎也, 八木みなみ, 田村 大和
小田 実, 飛田 拓途, 芳賀 幸, 駒崎 伸伍
間邊 大輔, 本田 卓, 櫻井美代子, 柳澤 大輔
松本 康佑, 阿部浩一郎, 有住 俊彦, 相磯 光彦
浅岡 良成, 山本 貴嗣, 田中 篤

59. 胃内に停滞し多発胃潰瘍の原因となった餅を内視鏡的に除去し得た1例

聖マリアンナ医科大学 消化器・肝臓内科 ○石田 潤, 清川 博史, 辻 顕介, 加藤 正樹
佐藤 義典, 池田 佳子, 松尾 康正, 山下 真幸
山本 博幸, 安田 宏, 伊東 文生

60. Epstein-Barr virus 感染を伴うリンパ球浸潤胃癌の2例

順天堂大学医学部附属練馬病院 総合外科 ○藤澤 将大, 古屋 怜慈, 井 祐樹, 河口 恵
棚寝 重史, 黒田 悠, 岩永 直紀, 関根 悠貴
川満健太郎, 宮野 省三, 町田 理夫, 渡野遼郁雄
北畠 俊顕, 須郷 広之, 児島 邦明
同 病理診断科 小倉加奈子

(13) 専修医Ⅲ（胃・十二指腸・小腸） 8：35～9：05 座長 JCHO 船橋中央病院 内科 加 藤 佳瑞紀

61. 経皮的ドレナージで治癒した十二指腸潰瘍穿通による広範な後腹膜膿瘍の1例

横浜市立大学附属病院 消化器外科 ○川島 圭, 佐藤 渉, 窪田硫富人, 森 康一
鈴木 紳祐, 小澤真由美, 石部 敦士, 小坂 隆司
秋山 浩利, 遠藤 格
横浜市立大学附属市民総合医療センター 消化器病センター外科 土屋 伸宏, 佐藤 圭, 宮本 洋, 國崎 主税

62. Bouveret 症候群の一例

亀田総合病院 ○齊東 京祿, 川満奈津貴, 木下 英幸, 吉村 茂修
仲地健一郎, 白鳥 俊康, 南雲 大暢, 進藤洋一郎
中路 聡

63. 胃癌による Pulmonary tumor thrombotic microangiopathy に対して

化学療法が奏効し長期生存を得られた 1 例

JR 東京総合病院 消化器内科 ○岩立 堂佑, 中川 秀紀, 松本留美衣, 宮田 涼平
成瀬 奨, 吉川 剛史, 毛利 大, 大前 知也
赤松 雅俊, 岡本 真
同 呼吸器内科 北原 慎介
同 循環器内科 村岡 洋典

64. 血清抗 p53 抗体強陽性を示した若年発症の食道胃接合部癌の 1 例

東京医科大学 消化器内視鏡学 ○河合 優佑, 山口 隼, 河合 隆
同 消化器内科学 福澤 誠克, 糸井 隆夫
同 消化器・小児外科学 須田 健, 勝又 健次, 土田 明彦
同 人体病理学 松林 純, 長尾 俊孝

65. プロトンポンプ阻害薬投与中止と抗菌薬投与により改善が得られた

蛋白漏出性胃腸症を来した小腸炎の 1 例

杏林大学医学部 消化器内科学 ○鍛冶 諒介, 尾崎 良, 齋藤 大祐, 和田 晴香
菊地 翁輝, 徳永創太郎, 箕輪慎太郎, 三井 達也
三浦 みき, 櫻庭 彰人, 林田 真理, 三好 潤
松浦 稔, 久松 理一

(14) 専修医Ⅳ(大腸 1) 9:05~9:29

座長 聖隷佐倉市民病院 消化器内科 齊 藤 将 喜

66. メサラジン製剤不耐症の潰瘍性大腸炎の一例

東京慈恵会医科大学葛飾医療センター 消化器・肝臓内科 ○山根 史嗣, 荒井 吉則, 遠藤 大輔, 柴田 駿
菊地伊都香, 沼田 雄, 稲村 崇志, 安藤 理孝
小川まい子, 佐藤日向菜, 菅原 一朗, 中田 達也
横山 寛, 中塚 佳奈, 有廣 誠二, 穂苅 厚史
東京慈恵会医科大学 消化器・肝臓内科 猿田 雅之

67. 難治性潰瘍性大腸炎に漢方薬（含青黛）が著効した一例

自治医科大学 内科学講座消化器内科学部門 ○上野 航, 高橋 治夫, 平岡 友二, 福田 久
角田 真人, 小林 泰俊, 坂本 博次, 砂田圭二郎
山本 博徳
スカイクリニック 天野 國幹

68. カルシウム拮抗剤での Cllagenous ileitis and colitis の 1 例

千葉メディカルセンター 消化器内科 ○大山 湧平, 小泉 周子, 齊藤 昌也, 辰野美智子
中村 奈海, 瀬座 勝志, 福田 吉宏

69. 興味深い病理像を呈した原発性虫垂癌の一例

草加市立病院 消化器内科 ○笠野 由佳, 今城 眞臣, 河上 和輝, 山崎 友裕
磯崎 岳, 戸田 晶子, 小橋健一郎, 鎌田 和明
矢内 常人
同 外科 川村 雄大
同 病理診断科 阿部 志保

(15) 専修医Ⅴ(大腸2) 9:29~9:53 座長 千葉大学大学院医学研究院 消化器内科学 沖 元 謙一郎

70. 当院におけるS状結腸軸捻転症16症例の検討

医療法人 熊谷総合病院 ○比留間晴彦, 斎藤 雅彦, 土合 克巳, 松井真理子
門野源一郎, 石川 武志, 野村 祐介, 村上 規子
五月女直樹

71. 偶発的に発見された虫垂杯細胞カルチノイドの1例

東京歯科大学市川総合病院 消化器内科 ○石塚 隆浩, 財部紗基子, 北川 清宏, 須永 将梧
荒畑 恭子, 片山 正, 尾城 啓輔, 中村 健二
岸川 浩, 西田 次郎

72. 肛門外脱出をきたした大腸脂肪腫による腸重積を待機的に治療しえた一例

杏林大学 下部消化管外科 ○船越 早織, 吉敷 智和, 小嶋幸一郎, 服部 健人
新井 孝明, 紅谷 鮎美, 若松 喬, 飯岡 愛子
麻生 喜祥, 鶴見 賢直, 森 俊幸, 正木 忠彦
阪本 良弘, 阿部 展次, 須並 英二
同 病理部 柴原 純二
同 腫瘍内科 久松 理一

73. 原因不明の上行結腸狭窄に伴う盲腸穿孔に対して緊急手術を行った症例

津田沼中央総合病院 ○高橋 秀樹

(16) 専修医Ⅵ(肝1) 10:03~10:39 座長 船橋市立医療センター 消化器内科 関 厚 佳

74. 10年間の自然経過を観察し得た肝PEComaあるいは肝血管筋脂肪腫の一切除例

千葉ろうさい病院 消化器内科 ○岩崎 巨征, 石神 秀昭, 竹内 良久, 笹部真亜沙
久我 明司, 榊谷 佳生, 菰田 文武, 田中 武継
同 外科 松本 正成, 草塩 公彦
同 病理診断部 尾崎 大介

75. PET-CTで診断し得た肝原発扁平上皮癌の一例

順天堂大学医学部 消化器内科 ○阿部 大樹, 松本 健史, 池田 厚, 石井 重登
泉 健太郎, 深田 浩大, 上田久美子, 高和 正
加藤 順子, 澁谷 智義, 山科 俊平, 伊佐山浩通
池嶋 健一, 椎名秀一朗, 永原 章仁

76. 画像上異なる造影パターンを示した多発肝細胞癌を含む三重複癌の一例

東京通信病院 ○浅野 涼, 時任佑里恵, 高岡 真哉, 古谷 建悟
松井 徹, 加藤 知爾, 小林 克也, 関川憲一郎
光井 洋

77. 肝細胞癌肺転移に対して lenvatinib を使用した一例

松戸市立総合医療センター 消化器内科 ○仲澤 隼人, 岡部真一郎, 森居 真史, 山本 孝志
西川 貴雄, 武田晋一郎
同 病理科 野呂 昌弘

78. ソラフェニブ治療で著明な腫瘍縮小が得られた進行肝細胞癌の一例

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

79. 肝生検で診断に至ったサルコイドーシスの1例

東京女子医科大学 消化器内科 ○齊藤 里実, 児玉 和久, 田原 純子, 佐川 孝臣
小木曾智美, 谷合麻紀子, 徳重 克年

(17) 専修医Ⅶ(肝2) 10:39~11:09

座長 虎の門病院 肝臓内科 藤 山 俊一郎

80. 肺炎球菌ワクチン接種後に発症した自己免疫性肝炎の1例

君津中央病院 消化器内科 ○弓田 冴, 畦元 亮作, 藤森 基次, 駒 嘉宏
吉田 有, 大部 誠道, 三根 毅士, 熊谷純一郎
飯野陽太郎, 山本 大夢, 川上 寛人, 大内 麻愉
射矢 れい
同 病理診断科 井上 泰

81. C型肝炎SVR後、急速に食道静脈瘤の進行を認めた症例

東京新宿メディカルセンター 消化器内科 ○栗原 光累, 浅井 玄樹, 原口 紘, 木原 俊裕
山川 元太, 森下 慎二, 松本 政雄, 新村 和平
藤江 肇

82. 原因不明の意識障害としてフォローされていた肝内門脈肝静脈短絡路(PV shunt)の1例

東千葉メディカルセンター 消化器内科 ○黒杉 茜, 亀崎 秀宏, 岩永 光巨, 妹尾 純一
坂本 大

83. 黄疸と全身性の結節性黄色腫を契機に診断された原発性胆汁性胆管炎の一例

日本医科大学千葉北総病院 消化器内科 ○肥田 舞, 糸川 典夫, 藤森 俊二
日本医科大学付属病院 消化器肝臓内科 厚川 正則, 岩切 勝彦
日本医科大学千葉北総病院 病理診断科 羽鳥 努

84. 感染性肝嚢胞との鑑別が困難で画像的診断に苦慮した肝膿瘍の1例

戸田中央総合病院 ○中坪 良輔, 山本 圭, 神田 遼弥, 加藤 里絵
平川 徳之, 鈴木 由華, 清宮 怜, 掛川 達也
松波 幸寿, 岸本 佳子, 堀部 俊哉, 原田 容治

(18) 専修医Ⅷ(胆・膵) 11:09~11:39 座長 千葉大学大学院医学研究院 消化器内科学 杉 山 晴 俊

85. 膵石症内科的治療後に合併した黄色肉芽腫性胆嚢炎の1例

東邦大学医療センター大森病院 消化器内科 ○星 健介, 伊藤 謙, 吉本 憲介, 岩崎 将
山田 悠人, 渡辺 浩二, 原 精一, 宅間 健介
岡野 直樹, 五十嵐良典
同 消化器外科 伊藤 悠子, 岡田 嶺, 松本 悠, 前田 徹也
土屋 勝, 大塚由一郎
同 病院病理部 江嶋 梢, 栃木 直文, 渋谷 和俊

86. ステロイド量に応じた胆管狭窄像の経時的変化を観察し得たIgG 4関連硬化性胆管炎の1例

JCHO 船橋中央病院 消化器内科 ○小暮 禎祥, 関本 匡, 清水 理雅, 嶋田 太郎
土屋 慎, 加藤佳瑞紀, 横須賀 収

87. 上腸間膜動脈症候群に伴う再発性急性膵炎の1例

国立病院機構 東京医療センター 消化器科 ○中島 悠貴, 森 英毅, 安部恵里佳, 古田 孝一
平井悠一郎, 宮永 亮一, 木下 聡, 中里 圭宏
藤本 愛, 渡邊 多代, 菊池 真大

88. Streptozocin 投与が著効した膵神経内分泌腫瘍の一例

日本赤十字社医療センター 消化器内科 ○福田晃史郎, 伊藤由紀子, 野口 賢作, 塩見 千尋
岩田 祐典, 丹下 主一, 福田麟太郎, 鈴木 裕史
山本 信三, 谷口 博順, 斎藤 明子, 吉田 英雄
中田 良
同 病理部 熊坂 利夫, 武村 民子

89. 再発性膵炎を契機に診断された、膵頭部 CIS の1例

がん・感染症センター都立駒込病院 消化器内科 ○森口 義亮, 吉本 憲介, 千葉 和朗, 来間佐和子
菊山 正隆, 神澤 輝実
同 病理科 堀口慎一郎

第2会場（午後の部） 一般演題

(19) 肝1 14:05~14:35 座長 国際医療福祉大学市川病院 消化器内科 本 告 成 淳

90. 成人女性に発症したヒトパルボウイルス B19 による急性肝炎の1例

国際医療福祉大学市川病院 消化器内科 ○坪井 優, 本告 成淳, 石川賢太郎

91. 肝膿瘍を含む全身多発膿瘍をきたしたムコイド産生型クレブシエラ菌血症の1例

横須賀共済病院 ○村田 彩, 宇賀 美杉, 宮部 美圭, 山下 萌
慶徳 大誠, 渡壁 慶也, 新見 真央, 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

92. ヘモクロマトーシスの2例

千葉県済生会習志野病院 消化器内科
千葉県大学医学部附属病院 消化器内科 ○丸田四季子
千葉県済生会習志野病院 消化器内科 藤原希彩子, 黒澤 浄, 平井 太, 阿部 径和

93. 急性胆管炎様症状にて発症したIgA 血管炎の1例

湘南藤沢徳洲会病院 肝胆脾・消化器病センター ○清水 実, 岩渕 省吾, 藤川 智章
同 腎臓内科 岡 真知子
同 皮膚科 渡邊 京子

94. 劇症肝炎脳死肝移植後に発症した肺アスペルギルス症に対して外科的切除が奏功した1例

慶應義塾大学医学部 一般・消化器外科 ○阿部 紘大, 篠田 昌宏, 阿部 雄太, 林 航輝
益田 悠貴, 東 尚伸, 大島 剛, 堀 周太郎
北郷 実, 八木 洋, 松原健太郎, 尾原 秀明
北川 雄光
同 感染制御センター 宇野 俊介
同 内科 楮 柏松, 谷木 信仁, 中本 伸宏
同 一般・消化器外科
同 内科 金井 隆典

(20) 肝2 14:35~14:59 座長 千葉大学大学院医学研究院 消化器内科学 小笠原 定 久

95. 大円筋転移を呈した原発性肝細胞癌の一例

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

96. 当院における切除不能進行肝細胞癌に対するレンパチニブの使用経験の報告

日立製作所日立総合病院 消化器内科 ○浜野由花子, 馬渕 敬祐, 川越 亮承, 水谷 悟
山口 雄司, 大河原 悠, 大河原 敦, 柿木 信重
鴨志田敏郎, 平井 信二
筑波大学附属病院 日立社会連携教育研究センター 谷中 昭典

97. 肝腫瘍が契機に診断されたトキシカラ症の1例

東京蒲田医療センター ○根本 絵美, 青木 貴哉, 原 健三, 小野 優香
松清 靖, 宮澤 秀明, 篠原 正夫, 石井 耕司

98. 十二指腸静脈瘤出血に対しクリッピング止血後のBRTOが有効であった一例

昭和大学藤が丘病院 消化器内科 ○長田 真二, 五味 邦代, 吉田詠里加, 東畑美幸子
花村祥太郎, 山本 頼正, 長濱 正亞

(21) 胆 14:59~15:23

座長 さいたま赤十字病院 肝・胆・膵内科 大 島 忠

99. 胆嚢癌肉腫の1剖検例

独立行政法人地域医療推進機構 船橋中央病院 内科 ○清水 理雅, 嶋田 太郎, 小暮 禎祥, 関本 匡
土屋 慎, 加藤佳瑞紀, 横須賀 収
同 病理 小松 悌介
帝京大学 病理診断科 近藤 福男

100. 顆粒球コロニー形成刺激因子(G-CSF)及び副甲状腺ホルモン関連蛋白(PTHrP)産生が疑われた胆嚢癌の一例

千葉市立海浜病院 ○田澤 真一, 野本 裕正, 高城 秀幸, 薄井 正俊
太和田勝之, 齋藤 博文, 北 和彦

101. Pulmonary tumor thrombotic microangiopathyを合併し急激な呼吸不全をきたした

遠位胆管低分化型腺癌の1剖検例

千葉大学大学院医学研究院 消化器内科学 ○金子 達哉, 露口 利夫, 栗津 雅美, 興杢 慧輔
永畠 裕樹, 飯野陽太郎, 新行内綾子, 日下部裕子
安井 伸, 杉山 晴俊, 三方林太郎, 加藤 直也
同 病態病理学 岸本 充

102. 総胆管結石による逆行性感染性肝嚢胞に対し経皮的ドレナージおよび

内視鏡的ドレナージで改善を得た1例

日本大学医学部 内科学系消化器肝臓内科学分野 ○岡田 侑大, 水谷 卓, 高橋 央, 金子 朋広
本田 真之, 有間 修平, 石井 大雄, 熊川まり子
上村 慎也, 松本 直樹, 楡井 和重, 今津 博雄
神田 達郎, 松岡 俊一, 森山 光彦

(22) 膵・その他 15:23~15:47

座長 千葉大学大学院医学研究院 消化器内科学 大 野 泉

103. 術前に診断のつかなかった限局型自己免疫性膵炎の1例

東千葉メディカルセンター ○岩永 光巨, 亀崎 秀宏, 黒杉 茜, 妹尾 純一
坂本 大

104. 造影超音波内視鏡検査が診断に有用であった膵粘液性嚢胞腫瘍の一例

千葉メディカルセンター ○辰野美智子, 瀬座 勝志, 齊藤 昌也, 大山 湧平
小泉 周子, 中村 奈海, 福田 吉宏

105. 大網出血の1例

筑波記念病院 消化器外科 ○上田 和光, 黒田 純, 岩崎 喜実

106. プロテイン S 欠乏症による上腸間膜・脾静脈血栓症及び下肢深部静脈血栓症に対し
エドキサバンが有効であった一例

JA かみつが厚生連 上都賀総合病院 ○佐久間俊行, 吉住 博明

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
356	徳重 克年 (東京女子医科大学 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 肝胆脾消化器病学教室)	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・肝臓内科学分野)	4月11日(土)	東京 海運クラブ	2020年1月8日～ 2月12日予定
360	入澤 篤志 (獨協医科大学 内科学(消化器)講座)	7月11日(土)	東京 海運クラブ	4月1日～ 5月13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・2020年度 日本消化器病学会関東支部教育講演会開催期日

講演会回数	当 番 会 長	開 催 日	会 場	申込締切日
35	宮地 和人 (獨協医科大学 健康管理科)	11月10日(日)	東京 シェンパツハ・サポー	未 定
36	名越 澄子 (埼玉医科大学総合医療センター 消化器・肝臓内科)	2020年 6月21日(日)	東京 シェンパツハ・サポー	未 定

次回(第356回)例会のお知らせ

期 日：2019年9月21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：「肝不全の研究：わが国の歩みと海外での動向」

演者：埼玉医科大学 消化器内科・肝臓内科 教授 持田 智
司会：東京女子医科大学 消化器内科 教授 徳重 克年

ランチョンセミナー：「炎症性腸疾患の治療について」

演者：東京慈恵会医科大学 内科学講座 消化器・肝臓内科 主任教授 猿田 雅之
司会：杏林大学 医学部 消化器内科学 教授 久松 理一

第17回専門医セミナー：「ドクターガストロ～臨床推論からの消化器病学～」

第16回専門医セミナー(第353回例会 2019年2月23日(土)開催)に続き、本例会でも専門医セミナーを開催いたします。

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

*専門医セミナー参加費は無料です。どなたでもご参加いただけます。

*専門医更新単位3単位取得できます。

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

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

※託児所およびキッズセミナーを用意しています。(要予約)

当番会長：徳重 克年(東京女子医科大学 消化器内科 教授)

〒162-8666 東京都新宿区河田町8-1 TEL 03-3353-8112

連絡先：高山 敬子(東京女子医科大学 消化器内科)

◆研修医・専修医セッションについて◆

研修医(例会発表時に卒後2年迄)および専修医(例会発表時に卒後3.5年迄)セッションを設け、優秀演題を表彰する予定です。演題申込時、講演形態は【研修医セッション】または【専修医セッション】から選び、会員番号は、学会未入会の場合は、番号(99)で登録して下さい。なお、応募演題数が多い場合は、規定の受付期間内で先着順とし、一般演題に変更させていただく場合がございます。また研修医・専修医セッションへの応募は、各々1施設(1診療科)、1演題に制限させていただきます。

お問い合わせについて

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

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

日本消化器病学会関東支部 支部長 長谷川 潔

1 術前に脾腫と鑑別が困難であったIgG4関連動脈周囲炎の一例

新東京病院 消化器内科

氏原哲郎, 佐上亮太, 早坂健司, 中原良太郎, 村上大輔, 岩城智之, 末廣聡士, 勝山泰志, 原田英明, 天野祐二

【症例】70歳代男性。健診での腹部超音波検査で脾臓拡張を指摘され精査目的に受診した。【家族歴】特になし【既往歴】十二指腸潰瘍, 高血圧症【生活歴】飲酒：日本酒1日1合, 喫煙：1日20本25年間(20年前)【臨床経過】MRCPで脾頭部移行部に脾管狭窄とその近傍に小嚢胞を認めた。超音波内視鏡(EUS)ではMRCPで指摘された部位に脾管口径不同を認め脾上皮下内腫瘍性病変(PanIN)の存在を疑った。また脾尾部に脾動脈に隣接して径12mmの低エコー結節を認めた。周囲の脾実質は慢性脾炎を疑う塑像所見に乏しく均一であった。造影EUSでは早期に結節の軽度造影効果を認めるが内部は全体的に不均一であった。造影CT(動脈相)では同部位に径16mmの造影不良領域を認めた。尾部は腫大し頭部移行部は軽度萎縮していた。MRIではT1/T2, 拡散強調像で結節を指摘できなかった。EUS下穿刺吸引法を検討したが病変が脾動脈に隣接し穿刺困難と判断した。内視鏡的逆行性脾管造影(ERP)では脾管に単発の狭窄像を認めた。連続脾液細胞診を実施したがClass Iの判定であった。PET-CTでは脾尾部結節に一致して境界不明瞭なFDG集積(SUVmax: 3.6→3.3)を認めたが、その他に異常集積は認めなかった。腫瘍マーカーは陰性であった。以上の所見より脾尾部腫と頭部移行部のPanIN併存を考えた。患者に十分な説明のもと脾尾部切除術を施行し、PanIN病変に関しては嚴重経過観察の方針とした。病理肉眼所見では脾動脈を中心に白色調12mm大の硬結節性病変を認めた。病理組織所見では脾動脈周囲に花冠状線維化とリンパ球浸潤を認めた。またIgG4陽性形質細胞の増加(>50/HPF)を認め、IgG4関連動脈周囲炎の診断であった。脾実質のIgG4発現はごく少数であった。術後測定した血清IgG4値は241mg/dLと上昇していた。【結語】術前に脾腫と鑑別が困難であったIgG4関連動脈周囲炎の症例を経験した。

IgG4関連動脈周囲炎, 脾腫

2 重症急性脾炎と鑑別が困難であったsegmental arterial mediolysisの一例

総合病院国保旭中央病院

久田浩之, 志村謙次, 糸林 詠, 紫村治久, 中村 朗

【背景】

急性脾炎は急性腹症の際に一般的に想起すべき疾患である。一方でsegmental arterial mediolysis(SAM)は稀な疾患である。しかしながらSAMは中高年齢者の腹痛で発症時に脾炎と誤診することがある。今回我々は重症急性脾炎と鑑別が困難であったSAMの一例を経験したので報告する。

【症例】

50代男性。前日からの腹痛と嘔気を主訴に救急外来を受診した。来院4日前にアルコール摂取量200g相当の飲酒を行っていた。反跳痛は認めなかったが心窩部に自発痛と圧痛を認めた。血液検査ではアミラーゼ55U/L, リパーゼ17U/Lと正常であった。造影CTでは脾腫大は認めなかったが、脾周囲の高吸収な液体貯留を認めて腎下極に遠まで達して重症アルコール性脾炎疑いと診断した。絶食、大量補液、メロペネム予防投与で加療を開始とした。疼痛は改善傾向だったが遷延しHbも低下傾向だったため、第7病日に造影CTを再検査すると膀胱直腸窩に高吸収な液体貯留を認めて脾周囲の腹腔内出血と診断した。血圧も安定しており第13病日に血管造影を行い、腹腔動脈根部の狭窄と狭窄後拡張、それに伴った脾十二指腸アーケードの拡張と副中結腸動脈、中結腸動脈の数珠状の不整な拡張と狭窄を認めた。以上よりSAMと診断したが血管外漏出所見は認めなかったため保存的治療とした。その後は腹痛再燃なく第15病日で退院した。3ヶ月後に血管造影再検査すると腹腔動脈根部の狭窄、中結腸動脈の数珠状の拡張は残存を認めたが改善傾向を認めて経過観察を継続とした。

【考察】

重症急性脾炎と類似した画像所見を呈したSAMの一例を経験した。SAMの最も一般的な症状は腹痛で嘔気、背部痛など脾炎様症状をきたすことがある。本症例のように自然軽快する症例もあるが死亡率25%だったという報告もあり早期診断は重要である。SAMはこれまで非常に稀な疾患と認識されていたが画像診断の進歩により報告が増加傾向で脾炎と診断されていたSAMも一定数あると推定される。

【結語】

典型的な脾炎所見と異なる症例では鑑別候補としてSAMもあげたい。

脾炎, segmental arterial mediolysis

3 自己免疫性脾炎に対するステロイド加療中に脾腫を発症した1例

北里大学医学部 消化器内科

小野寺立, 渡辺真郁, 山内浩史, 黒須貴浩, 長谷川力也, 金子 亨, 奥脇典介, 岩井知久, 今泉 弘, 木田光広, 小泉和三郎

症例は80歳男性。糖尿病加療中の201X-4年1月に血糖コントロールが増悪し、精査の造影CTで脾頭部腫瘍と胆管拡張、閉塞性黄疸を指摘され当科を紹介受診した。造影CTでは脾頭部の限局性腫大と、後期相で遷延性の造影効果を呈す脾頭部腫瘍を認めた。尾側の主脾管拡張が軽度であることから、自己免疫性脾炎を第一の鑑別に挙げた。血液検査はIgG4 268mg/dLと高値だった。胆道ドレナージと主脾管評価目的に内視鏡的逆行性脾胆管造影検査(ERCP)を施行した。胆管造影では脾内胆管のSmoothな狭窄と、肝門部胆管の拡張を認め、胆管プラスチックステントを留置した。脾管造影では脾頭部に約20mmの不整な脾管狭細像を認めた。脾液細胞診は陰性だった。脾腫との鑑別を目的に脾頭部腫瘍に対して超音波内視鏡下穿刺吸引法(EUS-FNA)を施行し、悪性を示唆する所見は認めなかった。脾頭部の限局性腫大、主脾管の不整な細像、高IgG4血症から自己免疫性脾炎の準確定診断とし、201X-4年2月から経口プレドニゾロン30mg/日で内服を開始し、漸減投与した。プレドニゾロン内服開始2ヶ月後の造影CTでは脾頭部腫瘍は消失し、脾腫大も認めなかった。プレドニゾロン維持療法と定期的な画像検索を継続し、201X-1年3月のCTでは特記所見は指摘できなかった。201X年5月から徐々にCEAが上昇し、201X年10月の造影CTで脾頭部から十二指腸にかけて辺縁不整な乏血性腫瘍を認めた。上部内視鏡検査では十二指腸角に腫瘍を認め、脾腫の腫瘍浸潤もしくは十二指腸癌を疑う所見であった。生検では異形上皮を認めた。悪性腫瘍が強く疑われ、患者と十分な相談の上で手術の方針とした。201X年12月に幽門輪温存脾頭十二指腸切除術を施行し、脾頭部癌pT3N1M0StageIIbと診断した。自己免疫性脾炎に脾腫を併発した報告は散見されるものの、その関連性は不明であり更なる症例の集積が望まれる。自己免疫性脾炎に対するステロイド加療中に脾腫を発症した1例を経験したため、当科における自験例や文献的考察を加えて報告する。

自己免疫性脾炎, 脾腫

4 IPMN由来浸潤癌及び膵体部主脾管狭窄の診断で切除に至った1例

横浜市立大学附属病院 消化器内科 肝胆脾消化器病学¹⁾,

同 消化器外科²⁾, 同 病理診断科・病理部³⁾

高橋宏太¹⁾, 佐藤高光¹⁾, 栗田裕介¹⁾, 長谷川翔¹⁾, 細野邦広¹⁾,

遠藤 格²⁾, 松村舞依³⁾, 大橋健一³⁾, 中島 淳¹⁾, 窪田賢輔¹⁾

【症例】69歳女性。57歳から慢性C型肝炎で当院消化器内科入院中の方で、当初より分枝型IPMNを認めていたが腹部超音波にてフォローされていた。2018年10月にCA19-9の軽度上昇を認め、フォロー目的に施行したCTで脾頭部に20mm大の腫瘍及び内部に不整な軟部組織濃度を認め、IPMCへの変化が疑われた。精査目的に施行したEUSでは、最大5mmの主脾管拡張及び脾頭部27mm大の嚢胞内に10mm大の結節を認め、更に病変とは離れた膵体部主脾管に狭窄を認めた。またPET-CTでは脾頭部にSUVmax6.3の集積を認め、CTと同様に脾頭部の病変はIPMCを疑う所見であった。ERCPを施行したところ、脾頭部の主病変は造影されず、膵体部の脾管は部分的に狭窄し、尾部は拡張を認めた。ENPDを留置し、数回脾液細胞診を提出したところ悪性を否定できない所見であった。上記所見より、IPMN由来浸潤癌および膵体部脾管狭窄(早期脾癌否定できず)の診断で脾頭十二指腸切除が施行された。術後の病理では、脾頭部寄りに25×25×27mm大の腫瘍浸潤を認め、浸潤性脾管癌及び脾上皮性腫瘍性病変の診断とされた。また膵体部の狭窄部位からは悪性所見を認めず、炎症性の狭窄を考えた。【考察】IPMNの外科的切除の適応として、high-risk stigmataやworrisome featuresの有無が挙げられる。本症例ではCTで脾頭部腫瘍内部に造影増強効果、及びEUSで壁結節を認め、IPMCの診断となり手術適応となった。術後病理でもIPMCと矛盾しない所見ではあったが、脾腫の浸潤範囲は術前での画像所見よりも広範囲にわたっていた。また膵体部の限局的な狭窄は、早期脾癌を否定できない所見であったが、術後病理では悪性所見を認めなかった。同2病変は示唆に富む所見であり、若干の文献的考察を加えて報告する。

IPMN, 脾管狭窄

5 臍頭部瘤による仮性臍嚢胞に緩和医療として超音波内視鏡下嚢胞ドレナージを施行した一例

さいたま赤十字病院 肝胆膵内科¹⁾、同 消化管内科²⁾
杉原地平¹⁾、大島 忠¹⁾、高橋知也¹⁾、佐藤 平²⁾、大津威一郎²⁾、
だい浩達²⁾、高橋正憲²⁾、鎮西 亮²⁾、笹島圭太²⁾、甲嶋洋平¹⁾

【症例】70歳代男性【主訴】腹部膨満による摂食不良【生活歴】喫煙 10本/日 47年、飲酒なし。【既往歴・家族歴】特記なし。【現病歴】X-1年11月から食欲不振。腹部膨満が出現。X-1年12月末に前医を初診した。臍頭部腫瘍27mmと貯留嚢胞もしくはその破綻に伴う緊満に乏しい88mm径の仮性臍嚢胞(PC)と中等量の腹水を認めた。手術も抗癌剤も希望されず、前医緩和科にて通院治療されていた。X年2月、腹部膨満が増強し、食事が著しく減少した。CTにて腹水は消失していたが、臍尾部の嚢胞が17cm大に増大し胃を圧迫していた。超音波内視鏡下の嚢胞ドレナージ(EUS-CD)を希望され当科初診された。3施設で断られた経緯を踏まえ、胃壁と嚢胞壁の癒着は確認できなかったが、十分な説明の後、EUS-CDを施行した。19G針にて胃体部から嚢胞穿刺しワイヤー留置した。6Fr通電ダイレクターにて拡張後、7Frダブルビッグステント(PS)の留置を試みたが、PS先端が胃壁を貫通できず回収した。6Fr PSを留置し終了した。翌日のCTでは嚢胞径は 17cmから15cmに軽度縮小したのみであった。腹部エコーではPS先端にフィブリン網が絡みついていて、ドレナージの追加を予定したが早期の退院を希望し、五分がゆを全量摂取できたため退院とした。X年3月に臍痛による閉塞性黄疸で再入院した。CTでPCは4cmと著明に縮小していた。ERCPにて胆管にEMSを留置した。X年7月 十二指腸浸潤狭窄による嘔吐で入院した。十二指腸ステント治療は希望されず、流動食で退院した。X年10月、初診から9ヶ月の経過で永眠された。【結語】臍痛は進行に伴い、貯留嚢胞や仮性嚢胞による腹部膨満、癌浸潤による閉塞性黄疸や十二指腸狭窄などの合併症を伴う。EUS-CDは播種の懸念はあるが、簡便かつ効果的で入院期間も短くて済み、緩和治療として良い。

超音波内視鏡化臍嚢胞ドレナージ、臍痛

6 胃癌を契機に発見された孤立性線維性腫瘍(SFT)の一例

東海大学医学部付属病院 消化器内科¹⁾、同 病理診断科²⁾
張つばみ¹⁾、寺島英里香¹⁾、藤澤美亜¹⁾、小池 潤¹⁾、鈴木秀和¹⁾、
鈴木孝良¹⁾、松嶋成志¹⁾、畑中一仁²⁾

【症例】72歳男性【現病歴】20XX年5月に下腹部の不快感を主訴に近医を受診。上部内視鏡検査の結果、胃癌が疑われて精査加療目的に当院紹介受診。【既往歴】69歳～高血圧【生活歴】タバコ：20本/日×10年、
飲酒：焼酎1/2合/日。【家族歴】特記事項なし。【身体所見】腹部は平坦・軟、明らかな圧痛、反跳痛はない。【経過】当院にて上部内視鏡検査を再検したところ、胃体上部大弯に約30mm大のtype1病変を認め、生検にてADENOCARCINOMA(por/tub2)が認められた。CT検査では、腸間膜内から腹腔内に多数の不均一に造影される腫瘍および少量の腹水を認めた。腹部エコー検査では、腸管壁に沿って多数の低エコー腫瘍を認めた。下部内視鏡検査では最大径8mm大のadenomaを認めるのみだった。胃癌の腹膜播種としては非典型的と考えられたため、13cm大の肝右葉前面の腫瘍から経皮的針生検を施行したところ、比較的小型の異型細胞のびまん性増殖が認められた。免疫染色にてCD34・STAT6が陽性であり、孤立性線維性腫瘍(SFT)と診断された。高い細胞密度で核異型が目立ち、Englandらの組織学的悪性度の基準からは、高悪性度の可能性が示唆された。同年7月になり、急速な腫瘍の増大と腹水増加を認めたが、積極的な治療は希望されず緩和治療の方針となった。疼痛コントロールや適宜腹水穿刺を行ったが摂食困難となり、8月には近医へ転院、9月1日に永眠された。【考察】SFTとは、主に胸膜から発生するまれな間葉系腫瘍である。近年、胸膜以外にも後腹膜、骨盤、軟部組織などからの発生も報告されている。胸膜以外に発生したSFTの多くは予後良好とされているが、悪性の転帰をたどった症例も報告されている。Englandらは高い細胞密度、強い核異型、4/HPF以上の核分裂像、出血や壊死の存在が予後悪化因子であると報告している。我々の症例もこの基準に合致する部分が多く、急速な病態の進行から死亡に至った。今回、胃癌を契機に発見され、胸膜外発生のSFTにも関わらず悪性の転帰をたどった希少な一例を経験したので文献的な考察を加えて報告する。

孤立性線維性腫瘍、胃癌

7 突然の胸背部痛で発症した食道アニサキス症の1例

船橋市立医療センター

吉田亮伊、石井清文、山田奈々、古賀邦林、藤井渚夕、笠松伸吾、
東郷聖子、関 厚佳、小林照宗、安藤 健、水本英明

【はじめに】消化管アニサキス症は魚介類の生食に起因する疾患で、食習慣として生魚摂取が多い本邦ではその頻度が高い。罹患部位としては胃の頻度が圧倒的に高く、次いで小腸、十二指腸の順とされる。食道アニサキス症は極めて稀とされ、その報告例は少なく詳細な臨床像は不明な点も少なくない。今回、我々は突然の胸背部痛をきたし診断に苦慮した食道アニサキス症の1例を経験したので、若干の文献的考察を含めて報告する。【症例】患者は57歳男性で、既往歴に胃アニサキス症があった。キンメダイとサバの刺身を食べた数時間後に突然激しい胸背部痛が出現し近医を受診した。単純CT検査で胸腔内に液体成分の貯留を指摘され、大動脈解離を疑われ精査加療目的に当院循環器内科に救急搬送された。血液検査上は白血球18,100/ μ l、CRP 3.53mg/mlと上昇を認めたが、その他の項目に特記すべき異常はなかった。心電図では異常所見は認めず、心臓超音波検査では壁運動の低下及び、大動脈解離を疑う所見はなかった。造影CT検査を行い肺塞栓症や大動脈解離は否定された。CT検査では胸部食道から腹部食道にかけての食道壁が肥厚を示し、その周囲の縦隔から左胸腔内にかけて液体貯留を認めた。Free airは認めなかった。食道疾患を疑い上部消化管内視鏡検査を施行したところ、浮腫状に肥厚した下部食道粘膜に刺入するアニサキスの虫体を認めた。内視鏡的に鉗子で虫体を把持して摘出したところ速やかに症状は消失し帰宅した。後日、CT画像で食道壁肥厚の改善と周囲液体貯留の減少を確認した。【考察】過去の文献報告では食道アニサキス症は無症状から虚性心疾患と鑑別を要する強い胸痛まで様々な症状を呈することが報告されている。本症例のように突然の胸背部痛と胸水貯留で発症し虚性心疾患や大動脈解離と鑑別を要する症例もあるため注意が必要である。食道アニサキス症の診療では食事内容や既往歴などの問診から本症を想起し、早期に内視鏡検査を行い速やかに虫体を除去摘出することが重要である。

アニサキス症、縦隔炎

8 再発胃痛に対するNivolumab療法による免疫関連有害事象(irAEs: immune-related adverse events)である下垂体性副腎皮質機能低下症を発症した1例

筑波大学附属病院 消化器内科

八田幸乃、廣瀬 優、森脇俊和、伊藤嘉美、小野田翼、杉山雄太郎、
鈴木宏清、永淵美帆、新里悠輔、池田貴文、山田武史、山本祥之、
兵頭一之介、溝上裕士

【背景】免疫チェックポイント阻害薬は過度の自己免疫能賦活化によりirAEsをきたし得るが、抗programmed cell death-ligand 1 (PD-L1)抗体による下垂体機能障害の頻度は0.5%程度と稀である。今回、我々は再発胃痛に対して、抗PD-L1抗体であるNivolumabを投与したところ下垂体性副腎皮質機能低下症を発症した1例を経験したので報告する。【症例】66歳男性。2011年に胃癌に対して幽門側胃切除術が施行された(pT1bN1, stage IB, HER2-)。術後半年で肝転移再発をきたし、以降より肝/リンパ節転移や門脈腫瘍栓に対して計5th lineの化学療法(1st: S-1, 2nd: Nab-paclitaxel, 3rd: Irinotecan, 4th: Capecitabine + Oxaliplatin, 5th: Ramucicromab)が施行された。2018年2月のCTにて肺転移を認め、同年3月よりNivolumabが開始となった。6コース終了時点で易疲労感が出現、FT3/FT4高値かつTSH低値、各種甲状腺自己抗体陰性およびサイログロブリン高値であることから破壊性甲状腺炎と診断した。ACTH/コルチゾール低値であったために3者負荷試験およびGHRP-2負荷試験を行い、ACTH/コルチゾールは前値および負荷後値ともに低値、他の内分泌系統に異常所見は認めなかったことから下垂体性副腎皮質機能不全症(ACTH単独欠損)と診断した。Nivolumabを休薬し、プレニロン投与したところ臨床症状および内分泌マーカーは速やかに改善を示した。腫瘍病変についてはNivolumab休薬後も縮小傾向を維持しており、現在まで12ヶ月間、無治療経過観察中である。【考察】irAEsの中で内分泌障害は頻度が高いが、下垂体機能障害は抗cytotoxic T lymphocyte antigen-4 (CTLA-4)抗体で頻度が高いとされている。今回、我々は抗PD-L1抗体では稀と報告されている下垂体機能障害をきたした再発胃痛の1例を経験した。また、本症例ではNivolumab休薬後も病変は縮小傾向を維持しており、irAEsと抗腫瘍効果の関係性について示唆に富む症例と考えられたので文献的考察を加えて報告する。

免疫関連有害事象, Nivolumab

9 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¹⁾、同 外科²⁾
國弘泰裕¹⁾、村松雄輔¹⁾、河添啓介¹⁾、山下加美¹⁾、吉井克美¹⁾、
横山武史²⁾

【はじめに】消化管出血の原因が小腸疾患である割合は2~5%と低い。今回黒色便を主訴に来院、その後出血性ショックを来した、通常上部消化管内視鏡にて診断、治療し得た小腸GISTの1例を経験したので報告する。【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出血があり、止血処置は行わなかったものの経過観察目的に入院となった。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を施行したところライツ靱帯肛門側に腫瘤影と、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

10 Primary ileusの原因としてMeckel憩室が疑われたが術後に小腸重複腸管の診断となった一例

東京都済生会中央病院 消化器内科¹⁾、同 一般消化器外科²⁾、
同 病理診断科³⁾
荒巻由紀¹⁾、林 智康¹⁾、平川旭人¹⁾、小川 歩¹⁾、田沼浩太¹⁾、
星野 舞¹⁾、青木 優¹⁾、上田真裕¹⁾、三枝慶一郎¹⁾、岸野竜平¹⁾、
酒井 元¹⁾、船越信介¹⁾、中澤 敦¹⁾、前田祐助²⁾、遠藤高志²⁾、
原田裕久³⁾、玉井誠一³⁾、廣瀬茂道³⁾

【症例】27歳、男性【主訴】腹痛【現病歴】20XX年3月、夕方頃より緩徐発生の持続的な腹部全体の疼痛を自覚した。症状の改善を認めず、夜間より翌朝まで計6回嘔吐した。腹痛が持続していたため同日近医を受診し、腹部レントゲン検査でniveau、腹部単純CT検査で小腸拡張を認めたことから腸閉塞が疑われ、精査加療目的に当院へ転院搬送となった。腹部骨盤造影CT検査では骨盤腔内の回腸末端にcaliber change、狭窄部口側に拡張した憩室を認め、Meckel憩室を閉塞機転とした腸閉塞が疑われた。明らかな腸管虚血はなく保存加療の方針となった。イレウス管挿入による保存的加療にて腸閉塞は改善し、再発予防のためMeckel憩室に対し腹腔鏡下小腸部分切除術を施行とした。手術所見では回盲部から60cm口側部に腸間膜を伴う丁字路の小腸を認め、重複腸管が疑われ腹腔鏡下小腸部分切除術を行った。組織学的所見ではMeckel憩室に認める異所性胃粘膜や異所性脾はなく、回腸粘膜と粘膜下組織ならびに固有筋層、漿膜下脂肪組織からなる壁を認め、小腸重複腸管の診断となった。術後大きな合併症なく、第7病日で退院となった。【考察】重複腸管は比較的稀な消化管の先天性疾患であり、多くは小児期に発症し、成人発症はさらに稀である。発生病位は小腸、特に回腸末端・回盲部に多く、本症例の様に腹痛・嘔吐などイレウス様症状が多いが、穿孔による腹膜炎や消化管出血に至る例もある。多彩な症状を呈することから術前診断が困難とされ、本症例のようにMeckel憩室と術前診断された既報も散見された。成人発症の小腸重複腸管は稀であるが、急性腹症の鑑別疾患として考慮すべき疾患であり、若干の考察を交えて報告する。

重複腸管, primary ileus

11 帝王切開後の子宮復古に伴い腸閉塞が増悪し緊急手術を要した1例

東京慈恵会医科大学 下部消化管外科¹⁾、同 消化器外科²⁾
澤田尚武^{1,2)}、菅野 宏^{1,2)}、佐々木茂真^{1,2)}、武田泰裕^{1,2)}、
谷田部沙織^{1,2)}、伊藤大介^{1,2)}、大熊誠尚^{1,2)}、小菅 誠^{1,2)}、
衛藤 謙^{1,2)}、矢永勝彦²⁾

背景：内腔7cmの子宮は、妊娠中には胎児の発育に伴い妊娠末期には内腔が30cm以上にも増大する。最大剣状突起下2~3cmに位置した子宮底は、分娩後子宮収縮によって産褥10日目は恥骨結合上縁に至り、徐々に非妊時の状態に復古していく。今回、帝王切開後の子宮復古に伴い腸閉塞が増悪し緊急手術を要した1例を経験したので報告する。症例：30歳代女性。2妊1産。既往に子宮内膜炎、子宮腺筋症あり。体外受精胚移植を行い妊娠成立した。切迫早産にて入院し、妊娠36週0日で緊急帝王切開となった。術後2日目に嘔吐、腹部膨満あり、イレウスの診断にて当院へ転院搬送された。入院受診時のCT検査では、広範な小腸の拡張・niveau像を認めるも、閉塞部位は明らかではなかった。また腹水は少量のみで絞扼を示唆する所見なく、この時点では麻痺性イレウスと判断した。子宮底の高さは上前腸骨棘より頭側5.5cmであった。N-G tubeのみでは腹痛、腹部膨満症状改善乏しいため、同日イレウス管を挿入した。入院後1週間の経過では、イレウス管排液が1L/程度あり、腹部症状は緩徐に軽快した。入院後10(分娩後12)日目のCT検査では、イレウス管先進部より肛門側に小腸の拡張・液体貯留を認め、近接して2箇所の狭窄部位を認めたが、絞扼を示唆する所見は認めなかった。同日夜より腹痛増悪したため、再度CT検査を施行すると小腸の拡張に変化ないが、多量の腹水を認めた。子宮底の高さは上前腸骨棘より頭側1.7cmであった。絞扼性腸閉塞を疑い緊急手術を施行した。手術所見は疑念混濁した漿液性腹水を多量に認め、トライツ靱帯より150cmの小腸と子宮底との間に癒着を認め、同部と後腹膜との間に小腸が嵌まり、内ヘルニアを呈していた。同部はClosed loopを形成し約100cmの小腸が著明に拡張していたが、色調変化や腸管穿孔は認めなかった。癒着を剥離し腸閉塞を解除した。術後経過は良好で術後15日目に軽快退院した。本症例は腸閉塞の増悪に子宮復古が関与した可能性が示唆され、文献的考察を加え報告する。

腸閉塞, 子宮復古

12 早期のメトロニダゾール投与により保存的治療で救命し得た劇症型アメーバ性大腸炎の1例

横浜市立大学附属市民総合医療センター 内視鏡部¹⁾、
横浜市立大学 消化器内科学²⁾
照屋聖仁¹⁾、西尾匡史¹⁾、尾関雄一郎¹⁾、澤田敦史¹⁾、池田良輔¹⁾、
福田剛英¹⁾、小林亮介¹⁾、佐藤知子¹⁾、平澤欣吾¹⁾、前田 慎²⁾

【背景】アメーバ性大腸炎はE. histolyticaの経口感染により引き起こされる腸アメーバ症である。多くは慢性に経過するが、腸管穿孔や多臓器不全などを合併し重篤化する劇症型が1~3%程度で存在する。今回、我々は早期のメトロニダゾール(MNZ)投与により保存的治療で救命しえた劇症型アメーバ性大腸炎の1例を経験したので報告する。【症例】症例は60歳代男性。慢性腎不全のため維持透析中であった。当院受診の1か月前から腹痛・下痢・少量の血便が出現、徐々に増悪し、透析時に血圧低下を認めたため当院に救急搬送された。搬送時、BT 37.5℃、BP 80/40mmHg、HR 99/分とショック状態であり、腹部全体の強い圧痛、CRP 43.9 mg/dLと著明な上昇を認めた。CTで全大腸の壁肥厚を認めたが、free airや腹水は認めず、重症の大腸炎の診断でICUに緊急入院した。ノルアドレナリン(NAD)投与開始し、ショック状態から離脱した後、第1病日に大腸内視鏡検査(CS)を施行した。直腸にたこいば様びらん、S状結腸に打ち抜き様・不整形潰瘍の多発を認め、いずれも汚い膿性分泌物を伴っていた。S状結腸深部では厚い膿性分泌物が付着した全周性潰瘍を認めた。CS所見および病理聴取でタイへの海外渡航歴・性風俗店利用歴があったことから、劇症型アメーバ性大腸炎を疑い、同日からMDZ 750mg/日(透析量)の投与を開始した。後日、潰瘍底からの生検組織でアメーバ虫体を認め、アメーバ性大腸炎の確定診断を得た。尚、HIV陰性であった。治療開始当初は症状・炎症反応ともに改善が乏しく集中治療を要したが、第4病日から改善傾向となりNAD離脱の上、第7病日にICU退室となった。第14病日にCS再検し、S状結腸の膿性分泌物の消失・潰瘍上皮化傾向を認めたため、第15病日より経口栄養剤を開始、現在順調に食上げ中である。【考察】劇症型アメーバ性大腸炎は内科・外科的治療を行っても、未だに致死率が高い疾患であり、救命には早期のMNZ投与が重要とされる。本症例はCS所見・病歴から劇症型アメーバ性大腸炎を疑い早期にMNZ投与を開始することで救命し得たと考える。

劇症型, アメーバ性大腸炎

13 梅毒性直腸潰瘍の一例

東京慈恵会医科大学 消化器肝臓内科¹⁾、同 内視鏡科²⁾
住吉那月¹⁾、宮下春菜¹⁾、上田 薫¹⁾、澤田亮一¹⁾、阿部孝広²⁾、
高倉一樹²⁾、櫻井俊之¹⁾、鳥巢勇一¹⁾、加藤智弘²⁾、猿田雅之¹⁾

【症例】50歳代、男性、同性愛者【主訴】下痢、血便【現病歴】HIV感染症に対し8年前から当院感染症内科にてART療法（FTC＋TAF＋RAL）で加療され、HIV検出感度以下、CD4：613mm³でコントロールされていた。2018年9月Y日、主訴のため前医を受診し、下部消化管内視鏡検査を施行したところ直腸に潰瘍性病変を指摘され、精査目的に当院紹介受診となった。

【入院後経過】下部消化管内視鏡検査にて直腸下部、肛門縁から5cmの部位に多発する潰瘍性病変を認めた。周堤隆起を伴い、潰瘍底に汚い不整形の白苔の付着を認め、周辺直腸粘膜は軽度発赤調であった。同部位からの生検で、腸管スピロヘータの存在が確認され梅毒性直腸潰瘍と考えられた。採血にて6か月前まで陰性であった梅毒トレポネマ抗体、RPRテストともに陽性転化を認め、全身に紅斑を伴うことより、HIV治療経過中に発症した第2期梅毒と診断した。AMPCの内服加療を施行し、3か月後にフォローの下部消化管内視鏡検査を行ったところ潰瘍の消失・瘢痕化がみられた。

【考察】梅毒性直腸潰瘍、直腸炎は報告例が少なく非常に稀な疾患であるが、近年その件数は増加傾向である。同性愛者または両性愛者に多く認められ、HIV感染者との関連も指摘されている。本邦報告例において、病変からの生検でTreponema pallidumの検出率は約半数であり、診断に苦慮することがある。本症例は血清抗体の検出に加え、直腸病変より病原体の検出を行い確定診断に至ることができたが、本疾患の診断には血液検査、内視鏡検査のみならず既往歴や性行動に関する問診も重要であると考えられる。

【結語】血便を主訴に来院された梅毒性直腸潰瘍の一例を経験した。梅毒性直腸潰瘍に関して、過去の文献を踏まえ報告する。

直腸潰瘍、梅毒

15 Epstein-Barr Virusの再活性化を伴った難治性潰瘍性大腸炎の1例

東京医科歯科大学 医学部附属病院 消化器内科
内田 仁、加藤 周、三好正人、清水寛路、本林麻衣子、
日比谷秀爾、竹中健人、福田将義、油井史郎、藤井俊光、根本泰宏、
齊藤詠子、岡本隆一、土屋輝一郎、東 正新、永石宇司、長堀正和、
大塚和朗、朝比奈靖浩、渡辺 守

【症例】43歳女性、1993年頃から慢性的な腹痛と下痢を自覚していた。2013年11月に便潜血陽性の精査のため施行した下部消化管内視鏡検査（CF）において、直腸からS状結腸にかけてのびまん性、連続性の顆粒状粘膜を認め、潰瘍性大腸炎の診断となった。以後5-aminosalicylic acid（5-ASA製剤）の内服で臨床的・内視鏡的寛解が維持されたが、2018年7月末より腹痛、下痢が出現し、徐々に増悪。同年9月27日に施行したCFで潰瘍性大腸炎の再燃と考えられた。10月9日よりプレドニゾン（PSL）40mg服を開始したが効果なく、発熱も出現し改善を認めなかった。10月12日CFを施行したところ、深掘れ潰瘍の出現も認めため、入院の上でPSL 1mg/kg静注療法を開始した。入院治療後も39℃の弛張熱があり、各種培養も陰性であった。PSL無効と判断し、10月23日よりInfliximab 5mg/kgを開始したが、臨床的な改善は得られなかった。10月24日に施行したCFで、全大腸のびまん性の炎症に加え、広範な深掘れ潰瘍、粘膜橋形成が見られ増悪傾向であった。内科的治療抵抗性と考えられたため、10月26日大腸全摘術を施行した。術後の経過は良好であり、11月5日に退院となった。入院経過中、血液中のEpstein-Barr Virus（EBV）DNAが3400copies/mlと高値であり、CFの生検組織および外科手術検体の病理診断において、病変部を中心にEBV陽性リンパ球が多数検出されたが、サイトメガロウイルスはいずれも陰性であった。【考察】難治性の潰瘍性大腸炎患者において、血液中のEBV-DNAが陽性で、大腸病変部でのEBV陽性リンパ球の出現が報告されていることから、EBVの再活性化が潰瘍性大腸炎の治療抵抗性の一因を成す可能性が示唆されている。一方で、EBVの再活性化は病変部での過剰な免疫応答の副次的結果であり、病的意義に乏しいとする報告もある。今回、血清学的、組織学的にEBVの再活性化の徴候を認めた難治性潰瘍性大腸炎の症例を経験したため、文献的考察を交えて報告する。

潰瘍性大腸炎、Epstein-Barr Virus

14 潰瘍性大腸炎に対しメサラジン投与中に薬剤性心膜心筋炎を発症した1例

東京警察病院 消化器科
小黒詩織、能登谷元聡、塩川俊郎、植倉知永、徳山信行、八木岡浩、
小椋啓司

【背景】潰瘍性大腸炎（UC）に対し寛解導入・維持目的に5-ASA製剤、特にメサラジンが第一選択薬である。メサラジンの頻度の高い副作用として頭痛、嘔気が知られているが、稀なものとして心膜心筋炎が報告されている。今回メサラジンによる薬剤性と考えられる心膜心筋炎を発症した1例を経験したので報告する。【症例】39歳、男性。X年2月より皮膚科に結節性紅斑で入院歴があり、一時ステロイドを使用していたが症状改善傾向となったため中止し経過観察となっていた。X年7月より発熱、下痢症状を認め当院当科を受診した。7月20日に施行した下部消化管内視鏡施行で直腸から盲腸まで連続するびまん性の発赤、びらん、潰瘍を認めた。病理像もUCと矛盾せず、7月20日よりメサラジンの内服を開始した。症状改善傾向であったが、7月28日より発熱を認めた。下部消化管内視鏡を再検したところ、腸炎は改善傾向であったが、発熱は改善しなかった。8月2日に胸痛あり、心電図でI、II、III、aVF、V4-6にST上昇を認め、トロポニンも上昇していた。薬剤性心膜心筋炎を疑い、8月6日よりPSL 40 mg/dayを開始し8月7日にメサラジンの投与を中止したところ、解熱・炎症反応の改善を認めた。【考察】メサラジンには稀ではあるが胸膜炎、心膜炎、心筋炎の副作用が報告されている。本邦での報告はわずかであった。海外のレビューにおいても35例のレビューが最多であった。今回使用したリアルドにおける心膜心筋炎の報告は臨床試験における心膜炎の1例のみであった。現在のところメサラジンを服用してから28日以内に胸痛、息切れ、発熱を訴える場合は心膜心筋炎を疑い、そのなかでも薬剤性も考慮すること、サラゾスルファピリジンに不耐の場合はメサラジンでも副作用が生じる可能性があるということが示唆されている。【結語】メサラジンに起因すると考えられる心膜心筋炎を発症した潰瘍性大腸炎の1例を経験した。

潰瘍性大腸炎、心膜心筋炎

16 長期化学療法によって病理学的完全奏功を得られた直腸がんの一例

とちぎメディカルセンター しもつが 消化器内科¹⁾、
同 外科²⁾、同 病理診断科³⁾
西條未莉¹⁾、中元明裕¹⁾、小川和紀¹⁾、廣澤拓也¹⁾、井野裕治¹⁾、
砂田富美子¹⁾、宮原悠三²⁾、太田 学²⁾、北林宏之²⁾、近藤 悟²⁾、
塩澤幹雄²⁾、小泉 大²⁾、河合繁夫³⁾、児玉多曜²⁾、倉田秀一¹⁾

大腸（結腸・直腸）がんに対する化学療法はここ数年で飛躍的な進歩を遂げ、殺細胞性抗癌剤に加え、分子標的薬や近年では症例は限られるが免疫性抗癌剤も一般診療に加えられつつある。切除不能進行大腸癌であっても腫瘍縮小が得られれば外科治療に進める可能性があり、また化学療法による生存期間も1970年代は約8ヶ月であったが、現在は約30ヶ月まで延長可能となった。一方で病状のコントロールは可能であっても、化学療法のみで治癒に至るのは極めて難しい。今回、我々は他臓器転移を伴う進行直腸癌症例を長期化学療法によって外科治療に移行でき、かつ病理学的完全奏功を確認できた症例を経験したので報告する。【症例】66歳、女性。腰痛と排尿障害を伴う下腹部膨満感を主訴に当院整形外科に紹介受診。腰椎MRIにて脊柱管狭窄を伴うL1椎体・椎弓の異常信号を認め、転移性骨腫瘍を疑う所見であった。これに対し、椎弓切除を行い病理検査で腺がんを検出した。術後に高度医療機関で同部位の放射線治療を行われ、全身化学療法目的に当科転院となった。転移性直腸がんに対してCAPOX療法を導入し、外来に移行し計5コース施行したが、患者の経済的理由によりS1単剤療法とゾレドロン酸投与に変更し治療を継続。約6ヶ月の治療により膀胱直腸障害も軽快するも、下部消化管内視鏡検査では原発病変は残存していた事より治療を延長し、約18ヶ月間治療継続した。PET/CT、脊椎MRIを行うも遠隔病変も消退し、下部消化管内視鏡検査でも原発病変が瘢痕化した事より根治治療可能と判断し、原発切除を行った。病理学的検査では瘢痕部位に線維化を認めるも、明らかな癌細胞は確認されず、治療効果判定はGrade3であり病理学的完全奏功を確認できた。【まとめ】本症例は当初は2剤併用化学療法を行ったが、大半はフタヒビミン単剤による治療で病理学的完全奏功を得られた極めて稀な症例である。文献的考察を加えて報告する。

直腸がん、化学療法

17 下行結腸癌とカルチノイドのcomposite 腫瘍の一例

がん・感染症センター都立駒込病院 消化器内科¹⁾,
同 大腸外科²⁾, 同 病理科³⁾,
関谷 健¹⁾, 柴田理美¹⁾, 高雄暁成¹⁾, 山口達郎²⁾, 中野大輔²⁾,
高雄美里²⁾, 夏目壮一郎²⁾, 小野智之²⁾, 中守咲子²⁾, 堀口慎一郎³⁾,
比島垣和³⁾, 小泉浩一¹⁾

【症例】58歳男性【主訴】下痢【現病歴】便通障害を契機にX年11月22日に近医で下部内視鏡検査を施行したところ、下行結腸に0-IIc病変を指摘されたため、精査加療目的に翌月当院紹介受診された。【既往歴】14歳 虫垂炎、50歳 高血圧【家族歴】姉：胃癌【経過】下部消化管内視鏡検査では、病変の表面構造は比較的均一でJNET2A相当であり、中心にわずかに陥凹を伴うも腺管構造は保たれる0-IIc病変であった。引き連れを伴うことより線維化を伴う予測深達度Mの早期下行結腸癌と診断し、X+1年1月30日に内視鏡的粘膜下層切開剥離術を施行した。病理組織学的所見では、主組織は高分化腺癌(tub1)であったが、腫瘍先進部でsynaptophysin、chromograninA、CD56陽性となるneuroendocrine tumor(grade 1)への分化を認めた。カルチノイドと腺癌の両方の成分を持つ腫瘍は稀であり文献的考察を加え報告する。

下行結腸癌, composite腫瘍

18 肉眼的門脈腫瘍栓を伴う大腸癌肝転移の1切除例

日本医科大学付属病院 消化器外科
重盛治彦, 青木悠人, 中村慶春, 吉岡正人, 松下 晃, 清水哲也,
神田知洋, 近藤亮太, 金谷洋平, 吉田 寛

【はじめに】肝細胞癌では門脈腫瘍栓をたびたび経験するが、大腸癌肝転移では稀である。今回、われわれは肉眼的門脈腫瘍栓を有する大腸癌肝転移の1切除例を経験したため、文献的考察をまじえ報告する。【症例提示】66歳・男性。2017年8月、S状結腸癌に対し、腹腔鏡下S状結腸切除術(pT4aN0M1a(H2)pStage IVa)を施行した。mFOLFOX6 5コース施行しPRの判定であり、2018年3月、肝転移の切除(S3・S5・S6・S7部分切除)を施行した。その後mFOLFOX6 6コース施行していたが、2019年2月、肝S5に肝転移を計2個(37×30mm, 26×21mm)指摘された。術前精査の造影CT・造影MRIにて門脈(P5a)に門脈腫瘍栓を疑う造影欠損を認めた。2019年4月、肝切除術を施行。術中エコーではP5aの門脈腫瘍栓は、門脈前区域枝へ連続していた。またICG蛍光法による観察ではP5aの領域性に手術2日前に投与したICGの残存を認めた。門脈腫瘍栓切除のため、肝前区域切除術を選択した。門脈腫瘍栓より中枢で前区域グリソンを切離し、腫瘍の遺残なく切除し得た。病理学的にはS状結腸癌の転移と考えられる腺癌(por1>>tub2)を認め、S5の病変より連続した門脈腫瘍栓を認めた。化学療法効果判定はGrade 1aであった。【考察】大腸癌肝転移で微視的門脈腫瘍栓は22.5%に認められるものの、肉眼的門脈腫瘍栓は2.8%と報告され、比較的稀である。門脈腫瘍栓は予後不良因子として認識されているが、治癒切除された症例では長期生存が得られる症例も報告されており、肉眼的門脈腫瘍栓を伴った大腸癌肝転移症例であっても、外科的治療は予後延長に寄与すると考えられる。【結語】肉眼的門脈腫瘍栓を有する大腸癌肝転移の1切除例を経験し、比較的稀な症例であり報告した。

大腸癌肝転移, 門脈腫瘍栓

19 ペムブロリズマブが奏効した MSI-high肝内胆管癌の1例

国立病院機構 高崎総合医療センター 消化器内科¹⁾,
同 外科²⁾, 同 放射線治療科³⁾, 同 病理診断科⁴⁾,
作田隆義¹⁾, 長沼 篤¹⁾, 綿貫雄太¹⁾, 鈴木悠平¹⁾, 柴崎絵理奈¹⁾,
増田智之¹⁾, 上原早苗¹⁾, 安岡秀敏¹⁾, 星野 崇¹⁾, 工藤智洋¹⁾,
石原 弘¹⁾, 小川哲史²⁾, 北本佳住³⁾, 小川 晃⁴⁾

【背景】2018年12月、標準治療に不応となったMSI-high固形癌に対して、本邦でも抗PD-1抗体であるペムブロリズマブが保険承認された。今回我々は、ペムブロリズマブが奏効したMSI-high肝内胆管癌の1例を経験したので報告する。【症例】患者：60歳、男性。主訴：右季肋部痛。既往歴：201X年12月、C型代償性肝硬変に肝内胆管癌を合併し、肝S6部分切除及び胆嚢摘出術を受けた。201X+3年及び201X+4年に2回のDAA治療(LDV/SOF, DCV/ASV/BCV)を受けるもいずれも再燃した。また2型糖尿病でインスリン治療を行っている。家族歴：特記事項なし。現病歴：201X+4年9月、肝右葉後区域に出現した結節に対して腫瘍生検を行った結果、肝内胆管癌の局所再発と判明した。また右腎静脈近傍には、後腹膜リンパ節転移を認めた。右季肋部痛は癌再発に伴うものと思われ、オキシコドン製剤内服による癌性疼痛の管理を開始した。肝内胆管癌の再発に対しては、切除不能・進行再発胆道癌の標準治療であるgemcitabine+cisplatin療法を導入した。しばらくSDで経過していたが、grade3の血小板減少を認め3コースで毒性中止となった。2nd lineはS-1内服による治療へ変更した結果、しばらくSDを保持できていたが、5カ月でPDとなった。以後はPS低下もあり、緩和ケアに専念する方針となった。癌性疼痛対策として後腹膜リンパ節転移に対する放射線治療(計46Gy/23Fr)を行った結果、癌性疼痛は緩和傾向となり、転移巣は著明に縮小した。201X+6年1月、再発部からの肝腫瘍生検組織を用いてMSI検査を行ったところMSI-highと判明したため、同月からペムブロリズマブによる治療を開始した。現在5コースまで終了しているが、CT上肝内再発病変ではPRが得られており、irAE等の有害事象は認めていない。【考察】過去の文献によると、MSI-high胆道癌の頻度は2%程度と報告されており、極めて稀である。しかし本症例のようにMSI-high固形癌である場合、ペムブロリズマブが奏効する場合がある。標準治療が終了した固形癌症例に対しては、MSI検査について情報提供することが重要と思われる。

MSI-high, 肝内胆管癌

20 家族内発症した急性A型肝炎の3症例

同愛記念病院
税田真由, 新野 徹, 柿本 光, 山本夏代, 松谷 毅,
手島一陽

【緒言】A型肝炎は、発展途上国を中心に衛生環境が整備されていない国で感染のリスクがあると言われていたが、今日本邦でも患者数が増加している。今回3つのクリニックから紹介された急性A型肝炎の3人が同一家族であったという事例を経験したので提示する。【症例1】49歳女性(母)。発熱、頭痛、腹部膨満感を自覚し近医受診。胃腸炎の診断で内服薬処方されたが症状改善せず、倦怠感も出現したため再度受診。黄疸と肝機能障害を認め内服薬を中止し経過を見ていたが、倦怠感が強く体動困難となり、精査目的で当院紹介となった。初診時は皮膚黄染、眼球結膜黄染を認め、血液検査で肝機能障害、ビリルビンの上昇を認めた。IgM-HA抗体が陽性でありA型肝炎の診断で入院とし、安静のみで身体所見、検査所見ともに改善し、第9病日退院となった。【症例2】16歳男性(次男)。母発症の約4週間後に発熱、食欲不振、腹部膨満感を自覚。その後症状改善したが、眼球結膜の黄染が出現し近医受診。肝機能障害とビリルビン高値を指摘され、母がA型肝炎であった経緯から当院へ紹介受診となった。採血でA型肝炎の診断となり、入院の上安静としたところ、トランスアミナーゼは改善傾向にあり退院としたが、退院後、ビリルビン、トランスアミナーゼが再上昇したためウルソの内服を開始し、3ヶ月程経って改善傾向となった。【症例3】62歳男性(父)。母発症の約3週間後に発熱、黄疸を認め近医受診。肝機能障害を認めたこととアルコール多飲歴があることから、アルコール性肝障害の診断で当院に紹介。採血からA型肝炎と診断され、外来で経過を見たところ腹水が出現、さらにアルブミンも低下したため入院とした。アルブミン投与、利尿薬内服としたところ、腹水は軽減し、トランスアミナーゼやビリルビンは改善したが、血小板やプロトロンビン時間は低値のままであり、外来にて経過観察となった。【考察】3症例のHAV-RNAはほぼ100%同一であり、家族内で感染したものと考えられたが、本事例では3症例が異なる臨床経過をたどった。本邦での家族内感染の発生状況、各症例の経過に関して文献的考察を加えて報告する。

A型肝炎, 家族内発症

21 複数の門脈大循環短絡路に対して 2回のBRTOで改善を得たシャント脳症の1例

日本大学医学部附属板橋病院 初期臨床研修医¹⁾、
日本大学医学部 内科学系消化器肝臓内科学分野²⁾、
十束茉莉¹⁾、有間修平²⁾、高橋 央²⁾、金子朋広²⁾、本田真之²⁾、
熊川まりこ²⁾、水谷 卓²⁾、上村慎也²⁾、松本直樹²⁾、楡井和重²⁾、
神田達郎²⁾、松岡俊一²⁾、森山光彦²⁾

【症例】76歳女性【主訴】意識障害【現病歴】意識障害のため前夜に緊急入院となり、血清アンモニア 213 $\mu\text{g/dL}$ と高値を認め高アンモニア血症と診断された。3D-CTにて脾腎シャントおよび下大静脈-上腸間膜静脈シャントを認め高アンモニア血症の原因と考えられ当院に紹介となった。【既往歴】35年前に詳細は不明であるが他院にて膵頭十二指腸切除を受けた。【検査所見】白血球数 4300 / μL 、Hb 12.5 g/dL 、血小板数 13.3万 / μL 、PT% 96%、TB 0.91 mg/dL 、Alb 3.4 g/dL 、アンモニア 217 $\mu\text{g/dL}$ 。既知の肝炎ウイルスマーカーは陰性であった。腹水は認めなかった。【治療経過】第2病日にBRTO施行した。脾腎シャントにアプローチしコイルを用いて塞栓した。術後アンモニアの低下が認められ退院となった。しかし、退院後再度高アンモニア血症のため前夜入院退院を繰り返すようになった。第48病日に3D-CTを再検すると脾腎シャントの残存と下大静脈-上腸間膜静脈シャントを認めた。追加治療が必要と判断し第111病日に再度BRTO施行した。まず脾腎シャントにアプローチしたが残存血管はあるものの細く責任血管とは考えづらかった。下大静脈-上腸間膜静脈シャントにアプローチした。膨大部をコイルにて処理した後、流入路までマイクロカテーテルを進めコイルにて塞栓した。術後アンモニアの低下が認められ第116病日に退院となった。以後高アンモニア血症の再燃なく経過している。【考察】肝外門脈体循環短絡路に対するIVR治療の代表としてBRTOがあり、経静脈的なアプローチのため侵襲性が低く流出路をバルーンで閉塞するため塞栓物質の流出を防ぐことができる。シャント脳症の責任血管は多岐にわたるため術前のCTなどでシャント血管の把握を行うことが重要と考えられた。【結語】複数の門脈体循環短絡路を有するシャント脳症に対して2回BRTOを施行し改善を得た症例を経験したので報告する。

シャント脳症, BRTO

22 DAA著効後に併発した肝性脳症に対して BRTOが有効だったC型肝硬変の1例

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

76歳の男性。T-bil 1.2 mg/dL 、Alb 2.9 g/dL 、PT活性78%、Child-Pughスコア6点のC型肝硬変、Genotype 1b。肝性脳症は認めなかったが、血清NH3値は軽度上昇あるため、ラクチールを投与中であった。1年前にSOF/LDV治療にてSVRを達成した。その後血清Alb 値は改善したが、血清NH3値の上昇は持続し、さらには肝性脳症を繰り返すようになった。腹部造影CT検査にて発達した腎静脈系短絡路を認めた。短絡路は2本あり、胃静脈瘤を形成していた。門脈本幹は狭小化していた。肝性脳症と肝予備能の改善を目的として、BRTOによる腎静脈系短絡路の閉塞を計画した。eGFR45.0 mL/分/1.73m^2 と腎機能低下があることを考慮し、BRTOは2回に分けて、最初に壁内の胃静脈瘤を形成している短絡路に実施した。5%エタノールアミン・オレイン酸 (EO) 18 mL を注入しカテーテルを6時間留置した。3か月後に残りの壁外性胃静脈瘤に対してBRTOを施行した。EO17.5 mL を注入しカテーテルを24時間留置した。3日後のCT検査では短絡路全体が血栓化した。BRTO施行後、門脈本幹径は拡大した。T-bil 0.5 mg/dL 、Alb 3.6 g/dL 、PT活性102%、Child-Pughスコア5点に改善、血清NH3値は正常値を維持し、肝性脳症の再発はない。SVRが達成されたC型肝硬変に併発した肝性脳症に対し、BRTOによる短絡路閉塞が有効だった教訓的症例と考え、報告する。

C型肝硬変, BRTO

23 生体肝移植の右肝グラフト採取術において 肝切離線の同定にICG蛍光法が有効であった一例

東京大学医学部附属病院 肝胆脾外科・人工臓器移植外科
鹿間健志, 國土貴嗣, 石沢武彰, 中沢祥子, 赤松延久, 金子順一,
有田淳一, 長谷川潔

【背景】Indocyanine green (ICG)を用いた術中ナビゲーションは系統的肝切除における切離線の同定に有用であることが報告されている。今回、生体肝移植の右肝グラフト採取術において通常の門脈および肝動脈のクランプでは切離性の同定が困難であり、ICG蛍光法が有効であった一例を経験したので報告する。【症例】50歳代女性。C型非代償性肝硬変の50歳の夫に対する生体肝移植のため、右肝グラフト採取術を施行した。本症例では右門脈が後区域+前区域背側の枝と前区域腹側の枝の2本に分かれており、この2本の枝と右肝動脈をクランプすることで切離ラインの同定を試みたが、同定困難であった。術中超音波検査で確認すると前区域腹側の門脈支配領域の動脈は左肝動脈から栄養されていることが原因であると考えられた。そのため、前区域腹側門脈を穿刺し、ICG蛍光法を行うことで切離線の同定が可能となった。手術時間は6時間8分、出血量は240 mL であった。術後は肝酵素の軽度上昇を除いて大きな合併症なく、術後11日目に自宅退院となった。また、レシピエントは術後肺水腫、肺炎を合併し一時再挿管管理となったが明らかな拒絶や出血なく経過している。【考察】生体肝移植のグラフト採取術においては術前のvolumetryなどによって検討した切離線を再現することでドナーの安全性、レシピエントの利益の確保に寄与する。本症例では、生体右肝グラフト採取に際して門脈および肝動脈クランプによる方法では切離線が不明瞭であり、前区域腹側門脈からICGを注入することで明瞭な切離線が得られた。【結語】生体肝移植グラフト採取術においてICG蛍光法による肝切離線の同定が有効な一例を経験したので報告する。

生体肝移植, ICG蛍光法

24 繰り返す胆嚢炎により発症した胆嚢仮性動脈瘤に対し 腹腔鏡下胆嚢摘出術を施行した1例

埼玉石心会病院 研修医¹⁾、同 消化器内科²⁾、
同 消化器外科³⁾
木村容子¹⁾、関根章裕²⁾、水野寿一²⁾、阿部敏幸²⁾、坂本竜二²⁾、
荻野健夫³⁾、清水喜徳³⁾

症例は66歳男性。2か月前に急性胆嚢炎に対して保存的加療を施行された既往があり、今回、心窩部痛が再燃し当院に救急搬送された。腹部CT検査と血液生化学的検査所見から胆石性胆嚢炎の再燃と診断し消化器内科へ入院となった。緊急に経皮肝的胆嚢ドレナージを施行しまず保存療法加療を開始したが、心窩部痛が持続しHb8.4と貧血も認められたため再度腹部造影CT検査を行った。CT所見では動脈相で胆嚢内に仮性動脈瘤が認められ、明らかなextravasationはみられなかったが胆嚢内はここからの出血によるものと思われる血腫で緊満し、肝床部には膿瘍も伴っていた。以上より、胆石性胆嚢炎に伴う胆嚢仮性動脈瘤およびそこからの出血と肝床部膿瘍と診断し、腹腔鏡下胆嚢摘出術を施行した。病理組織学的所見では胆嚢炎像と胆嚢粘膜表面に血管の露出が観察されたが、悪性所見は認められなかった。術後再出血もなく食事も術後1病日目より再開したが、尿路感染症を併発したため抗菌薬投与を行い術後32日目に退院となった。胆石性胆嚢炎に続発する合併症として胆嚢壊死や穿孔、肝膿瘍などがあげられるが胆嚢仮性動脈瘤は稀であり、今回、腹腔鏡下胆嚢摘出術にて出血源と膿瘍の治療も施行し得た1例を経験したので報告する。

胆嚢炎, 胆嚢仮性動脈瘤

JCHO 東京新宿メディカルセンター
佐野貴哉

【症例】82歳男性【主訴】腹痛【現病歴】多発性骨髄腫にて血液内科に入院中、CTにて胆のう炎の所見および右横隔膜下から肝右葉下面の液体貯留を認め消化器内科紹介となった。腹部エコーでも肝被膜下水腫を認めた。以上の所見からこの病変は、胆嚢炎および胆嚢穿孔に伴って形成された“biloma”と診断された。体表面からの穿刺経路なく、内視鏡的逆行性胆管膵管造影(ERCP)を施行した。ERCPで総胆管に結石を疑う造影欠損像を認め、内視鏡的乳頭切開術(EST)のうえ採石し内視鏡的経鼻胆嚢ドレナージ(ENGBD)を留置した。ドレナージおよび抗菌薬による加療を開始。加療開始後27日目には採血上炎症反応は漸減し、腹部CTでもbilomaの著明な縮小を認めたため抗菌薬の投与が終了された。【考察】症例報告の検討により、bilomaは一般的に外科手術やERCP後などに発症する医原性が多数を占め、胆石症などにより胆道内圧の亢進が原因となって発症する特発性bilomaの報告は非常に稀である。本症はbiloma発症前に胆嚢内に多数の胆石を認めており、胆道内圧の亢進をきたした一因と考えられる。特発性bilomaの発症の予測は困難だが、胆石症の患者では胆嚢穿孔やbilomaの形成に関して留意する必要があるだろう。

biloma, 胆石症

国立病院機構 千葉医療センター

熊田大樹, 宮村達雄, 島田典生, 芳賀祐規, 西村光司, 田村 玲, 伊藤健治, 安部朝美, 金田 暁, 齋藤正明, 杉浦信之

症例は身長155cm、体重50kg、BMI 20.8kg/m²の15歳女性。X年11月16日に登校直後に腹痛を認め近医を受診し、急性腹症精査加療目的に搬送された。来院時の血液検査で中性脂肪3498mg/dL及びアミラーゼ2522U/L、総コレステロール313mg/dLと高値、単純CTで膵炎像を認め、高脂血症に伴う急性膵炎と診断した。入院後は絶食、補液、抗生剤投与にて数日で炎症は軽快した。治療は脂肪制限30g/day、ベザフィブラート400mg/分2、イコサベント酸エチル1.8g/分3内服の方針となった。既往歴のない若年女性で中性脂肪が3000mg/dLを超えており、遺伝的背景が疑われたが家族歴は特に認めなかった。当院で施行したリポ蛋白分画測定ではMidband増加が見られ、IDLの増加が疑われ、当初家族性3型高脂血症が疑われ、詳しい原因検索のため千葉大学内分科を受診した。大学受診時当中性脂肪2476mg/dLであり、リポ蛋白リパーゼ(LPL)は28ng/mLであり、厳格な食事療法後、中性脂肪59mg/dL、総コレステロール243mg/dL、HDL44mg/dLと改善していた。この時のLPLはヘパリン前で41ng/mL(ヘパリン前)、ヘパリン後で73ng/mLとLPLの活性低下が認められLPL蛋白の部分的な欠損が疑われた。現在LPLの遺伝子検索を検討している。LPL欠損症は常染色体劣性遺伝を示し、患者となるホモ接合体は約50~100万人に1人とされる。中性脂肪異常高値により若年女性に発症した急性膵炎について、原因について文献的考察と共に報告する。

急性膵炎, 若年女性

横須賀市立うわまち病院 消化器内科

渡邊瑠美, 諸井厚樹, 佐藤晋二, 小宮靖彦, 高野幸司, 森川瑛一郎, 秋間 崇, 池田隆明

症例: 78歳、女性。主訴: 腹痛、嘔吐。既往歴: 38歳時よりSLEの診断でプレドニゾロンを含めた投薬治療中。現病歴: 201X年2月に誘因なく腹痛、嘔吐が出現、当科紹介受診し黄疸を指摘され精査治療目的で入院。入院時検査成績: WBC 26900/ μ L, CRP 8.44mg/dL, AST 305U/L, ALT 259U/L, ALP 719U/L, γ -GTP 303U/L, T-Bil 5.77mg/dL。入院後経過: 腹部CTスキャンで肝内胆管の軽度拡張、総胆管の嚢腫状拡張を認めた。検査成績および画像所見より閉塞性胆管炎と診断し、内視鏡下ステント留置術を施行した。症状、検査成績が改善後、診断目的でのERCPを施行、膵管癒合不全、膵・胆管合流異常、紡錘状胆道拡張所見が認められた。以上より、不完全型膵管癒合、戸谷分類1c型の先天性胆道拡張症を背景疾患に、閉塞性胆管炎を合併した症例と診断した。下部胆管に腫瘍性閉塞は認められず、原因として拡張した総胆管内の結石などが考えられたが確定できなかった。ご本人、ご家族に膵・胆管合流異常、先天性胆道拡張症の胆道発癌リスクを説明し、手術治療を提案した。しかし、高齢や長期治療中のSLEの存在などから、外科的手術治療の希望はなく、チューブステント留置の上で経過観察の方針になった。その後、胆道ステント交換時の検査で総胆管結石が確認でき採石治療を施行した。診断後約3年の経過観察で、画像診断上、胆汁細胞診、および胆道生検からも発癌所見は認められていない。考察: 高齢になるまで発癌なく経過している膵管不完全癒合、膵・胆管合流異常を合併した先天性胆道拡張症の1例を経験した。画像所見、臨床経過を含めて示唆に富むと考え報告する。

先天性胆道拡張症, 高齢者

東京労災病院

堀越あゆみ, 西中川秀太, 大場信之, 乾山光子, 松本 将, 藤井絃大, 副島啓太

【症例】67歳女性【主訴】心窩部痛【現病歴】201X年1月心窩部痛と発熱が出現した。近医を受診し感冒の診断で内服薬を処方されたがその後も症状が続いた。2日後に他院を受診したところ、急性膵炎と診断されトリグリセリド(TG)が5000mg/dLであったため入院加療目的で当院に転送された。【経過】受診時心窩部に強い圧痛あり、白血球12000/ μ L, CRP 29.9mg/dL, アミラーゼ151U/L, P型アミラーゼ139U/L, TG3005mg/dLであった。予後因子6点・造影CT grade2(2点)であり、重症急性膵炎と診断した。大量輸液・抗菌薬・蛋白分解酵素阻害薬の投与を開始し、サイトカインの除去とTGの減少を目的としてPMMA膜を用いた持続緩徐式血液濾過透析(CHDF)を開始した。第3病日にTGは正常化した。38度台の発熱が続き炎症反応高値が遷延した。第7病日の造影CTでfluidがほぼ吸収されておらず、同部位の感染を考え腹腔ドレナージを施行し褐色調の排液がみられた。ドレナージ後は徐々に腹痛が改善し、第23病日のCTでfluidが減少したため、ドレナージチューブを抜き第38病日に退院した。【考察】脂質異常症が原因の急性膵炎は全症例の1.8%とまれである。高TG血症による膵炎の原因は一次性的なものとして家族性高脂血症などの脂質異常症、二次性的なものとしては糖尿病やアルコール、薬剤性などが挙げられる。本症例は血液検査やリポ蛋白電気泳動の結果から家族性LPL欠損症や原発性5型脂質異常症がベースにあり、高TG血症となって急性膵炎を引き起こした可能性が考えられた。また、膵炎の重症例は死亡率が10%以上であり高TG血症による急性膵炎では重症となる場合も多い。本症例では大量輸液・抗菌薬・蛋白分解酵素阻害薬の投与の他にCHDFを施行したことで早期の症状改善が得られた。

急性膵炎, 高TG血症

国立病院機構 東京医療センター 消化器科

安部恵里佳, 森 英毅, 中島悠貴, 古田孝一, 平井悠一郎,
宮永亮一, 木下 聡, 中里圭宏, 藤本 愛, 渡邊多代,
菊池真大

症例は30代女性。妊娠33週6日に心窩部痛で救急搬送され、血清アミラーゼ206 U/L、血清リパーゼ189 U/L、と膵酵素の上昇と、造影CTにて膵頭部腫大と結腸間膜根部を含めた周囲の脂肪組織濃度上昇を認めたため急性膵炎と診断し当科入院とした。2経妊1経産で、第一子妊娠中も34週1日に急性膵炎を発症、保存的加療で軽快し経陰分娩されている。その他に急性膵炎の既往は無い。本症例は予後因子0点、造影CT grade1で軽症と診断し、禁食、大量輸液、経静脈的鎮痛を行った。保存的治療で軽快し、第17病日に退院した。妊娠中の急性膵炎は約10,000例に3例と稀であり、妊娠に伴う高脂血症や胆石が原因とする報告が多い。本症例では高脂血症、胆石、膵管合流異常、直近のアルコール摂取歴、薬剤内服歴を認めず、特発性急性膵炎と診断した。2度の急性膵炎発症は、いずれも妊娠34週、33週と妊娠後期であることから胎児による物理的な膵管圧迫が原因である可能性が示唆された。原因不明の妊娠時に繰り返す急性膵炎は非常に稀であり、貴重な症例と考え報告する。

急性膵炎, 妊娠

東京大学医学部附属病院 消化器内科

石垣佑樹, 石垣和祥, 水野 卓, 大山博生, 金井祥子, 鈴木辰典,
中村知香, 佐藤達也, 白田龍之介, 齋藤 圭, 齋藤友隆, 高原楠晃,
濱田 毅, 内野康志, 木暮宏史, 中川勇人, 建石良介, 多田 稔,
中井陽介, 小池和彦

【背景】進行肝細胞癌に対し2018年3月にマルチキナーゼ阻害剤レンパチニブが保険承認された。殺細胞性抗癌剤とは異なる特徴的な副作用が知られているが、今回稀な副作用として胆膵疾患2例を経験したので報告する。【症例1】71歳男性。NASHを背景とした肝細胞癌に対し、初発から8年間手術・RFA・TACEを複数回施行したが制御不能となり、レンパチニブ8mg/日導入。病巣は乏血化し一部縮小も見られたが、3か月後炎症反応高値のため緊急入院。造影CTでは膵全体が腫大し、周囲脂肪組織の混濁を認めた。また膵頭部に造影不良域を認めた。リパーゼ上昇もあり、急性膵炎と診断。レンパチニブ中止したが炎症反応遷延し、膵周囲脂肪壊死を合併した。他原因は否定的でレンパチニブによる薬剤性膵炎を疑った。【症例2】66歳男性。B型肝炎変を背景とした肝細胞癌に対し、初発から2年間RFA・TACEを複数回施行したが制御不能となり、レンパチニブ12mg/日導入。1週間後右季肋部痛出現し、炎症反応の上昇を認めた。造影CTで病巣は乏血化していたが、胆嚢の腫大と浮腫状の壁肥厚を認め、急性胆嚢炎と診断。粘膜の造影効果は不均一だが保たれていた。内視鏡的経乳頭の胆嚢ドレナージを施行したところ、胆嚢胆汁は血性で細菌培養は陰性であった。胆嚢結石もなく、レンパチニブによる薬剤性胆嚢炎を疑った。胆嚢炎軽快後にレンパチニブ4mg/日再開したところ、胆嚢炎の再燃を認めたため、以降レンパチニブは中止となった。【考察】レンパチニブはVEGFRやFGFR等の受容体チロシンキナーゼに作用し、血管新生を阻害し抗腫瘍効果を発揮する。正常臓器における血管新生阻害が虚血や出血を引き起こし、今回の膵炎・胆嚢炎の原因となった可能性が考えられた。

レンパチニブ, 膵炎

国保直営総合病院君津中央病院 消化器内科

吉埜稜平, 熊谷純一郎, 大部誠道, 射矢れい, 弓田 芽, 大内麻倫,
川上寛人, 山本大夢, 飯野陽太郎, 三根毅士, 吉田 有, 駒 嘉宏,
藤森基次, 畦元亮作

【緒言】慢性膵炎に伴う仮性膵嚢胞に脾動脈瘤が破裂し穿破した症例報告は散見される。今回、膵癌化学療法中に仮性膵嚢胞が生じ脾動脈瘤が嚢胞内穿破したもののコイル塞栓を行い良好な経過をたどった症例を経験したので報告する。【症例】59歳、女性。肝胆道系酵素上昇のため当院消化器内科を紹介受診された。精査の結果、局所進行膵体部癌と診断し胆管ステントの留置を行い、ゲムシタビン・ナブパクリタキセルでの化学療法を行った。2年9ヵ月stable diseaseを維持していたが、加療開始から2年10ヵ月後、定期外来で11日前に腹部激痛があったとの訴えがあり、Hb 7.7g/dlと貧血の進行を認めた。2年2ヵ月頃から癌の尾側に仮性嚢胞を認めていたが、精査目的に施行した造影CTにて、既存の仮性膵嚢胞内に径15mmの脾動脈瘤を認め、仮性膵嚢胞は著明に増大し内部に高吸収域を認めた。脾動脈瘤破裂膵嚢胞内穿破の診断で入院とし、輸血を行い緊急腹部血管造影を施行した。腹腔動脈造影で脾動脈瘤を認め、コイル塞栓を施行した。術後は貧血の進行や感染の合併はなく、経過良好で、入院第9病日に退院した。外来化学療法を再開し現在も化学療法を継続しているが、3年4ヵ月の経過で嚢胞は著明に縮小してきている。【考察】医学中央雑誌で1980年から2019年までの期間で「膵癌」「脾動脈瘤」をkeywordとして検索した限りでは、報告を認めなかった。仮性膵嚢胞の発生の原因は9割が慢性膵炎とされ、膵癌に伴う仮性膵嚢胞の頻度は低い。更に、仮性膵嚢胞内に動脈瘤を形成し嚢胞内出血をきたすことは6-10%に認められ、その場合死亡率は10-25%と重篤な合併症であると報告されている。【結語】化学療法の進歩により、切除不能進行膵癌でも3年以上の生存例が認められるようになってきた。長期生存に伴い、本症例の様に膵癌による仮性膵嚢胞内に脾動脈瘤が破裂穿破をきたす症例が増加する可能性があり合併症として注意が必要である。

膵癌, 脾動脈瘤

がん研究会有明病院 肝胆膵内科

天木 衛, 春日章良, 古川貴光, 三重堯文, 谷口孝伸, 澤田雅志,
武田剛志, 金田 遼, 松山真人, 佐々木隆, 尾阪将人,
笹平直樹

【症例】57歳男性【既往歴】56歳:肺扁平上皮癌cT1N2M0 stageIIIA(EGFR変異(-), ALK-, PD-L1:90%)にて化学放射線療法後、デュルバルマブにて維持治療。【現病歴】20XX年11月(57歳時)に施行された上記既往の肺癌に対する経過観察目的のCTにて、肺癌の原発巣やリンパ節は縮小を維持していたが、新たに膵体部に境界不明瞭な長径60mm大の低濃度腫瘍を認めた。そのため当科にて膵病変に対するEUS-FNAを施行した。病理検査では、HE染色にて既往扁平上皮癌とは組織像が異なるクロマチンに濃染する裸核状の円形細胞の集簇を認めた。免疫染色では AE1/3(+), ChromograninA(-), Synaptophysin(+), CD45/LCA(-), p40(-), TTF-1(+), Ki67 90%以上で、WHO2017年分類における神経内分泌癌(NEC(G3))の病理診断となった。画像にて肺野に新出病変はなく、一方で傍大動脈リンパ節転移を伴っていたため、転移性NEC(G3)として化学療法を行う方針とした。同月より、一次治療としてリノテカン・シスプラチン(IP)併用療法を2コース施行したが、2ヵ月後のCTにて膵病変・転移リンパ節の増大、肝転移出現を認め、progressive diseaseと判定した。そのため二次治療としてアムルピシン単剤療法に変更したところ2コース終了後のCTにて、膵病変・転移リンパ節の50%以上の著明な縮小を認めた。また、アムルピシン投与前後で、Pro-GRPも334.5→11.7pg/mlと正常化した。【考察・結語】消化管・肝胆膵原発の神経内分泌癌に対する一次治療、二次治療の標準治療は確立していない。そのため現状では小細胞肺癌に準じて治療が行われているのが一般的である。今回アムルピシンによる二次治療で著効した症例を経験したので、文献的考察を含めて報告する。

神経内分泌癌, アムルピシン

医療法人社会団筑波記念会 筑波記念病院

根本佳那江, 小林真理子, 岩井健太郎, 越智大介, 大塚公一郎,
添田敦子, 池澤和人

【背景】胃神経内分泌腫瘍 (neuroendocrine tumor, NET) 1型は、A型胃炎を背景に高ガストリン血症を原因として発症する疾患である。低悪性度が多くその治療方針は慎重経過観察、内視鏡切除、幽門洞切除、胃全摘術など多岐にわたり未だ議論が多い。【症例】70歳代男性。心房性不整脈にて循環器内科を通院中の2002年頃から舌炎を繰り返していた。2003年ビタミンB12(Vit B12)低下による大球性貧血を発症するも、上部消化管内視鏡検査(EGD)では穹隆部の発赤を認めたのみでA型胃炎を疑う所見はなかった。Vit B12の補充療法により大球性貧血と舌炎は改善し同剤の定期的投与が続けられた。2010年のEGD再検では、胃体部大弯に5mm大のやや発赤した隆起性病変が多発していたが、経過観察となった。2014年のEGDでも多発隆起性病変を認めたが、形態変化は軽微であり生検は施行しなかった。一方で胃体上部の萎縮性変化が顕在化しA型胃炎に合致した所見が得られた。2019年のEGDでは隆起性病変はやや黄色調となり一部に血管拡張が目立つ病変も認め、病理組織検査にてNET G1の診断に至った。血清ガストリンは1795 pg/mlと上昇し抗壁細胞抗体も陽性であったことから、A型胃炎に合併した多発胃NETと診断した。造影CT検査では遠隔転移やリンパ節転移を認めず、9年間の経過でもわずかな変化に留まることから、慎重経過観察を選択した。【考察】Vit B12欠乏性貧血の経過観察中に診断に至った多発胃NETの一例を経験した。2010年のEGDで既にNETに矛盾しない隆起性病変を認めており、長期にわたって僅かな変化のみで経過したと考える。A型胃炎を背景とした多発胃NETは腫瘍関連死を認めないとの報告も多く、本例のように慎重経過観察を適切に選択し過度な治療を回避する症例の蓄積が今後も必要と考える。

胃NET, A型胃炎

自治医科大学さいたま医療センター 消化器内科

小島 柊, 松本吏弘, 森野美奈, 松本圭太, 賀嶋ひとみ, 小糸雄大,
三浦孝也, 高橋裕子, 坪井瑠美子, 石井剛弘, 吉川修平,
大竹はるか, 藤原純一, 関根匡成, 上原健志, 浅野岳晴, 宮谷博幸,
眞嶋浩聡

クローン病においては、抗TNF α 製剤が安定した寛解維持を可能としているが、二次無効の出現や抗TNF α 製剤により乾癬性皮膚症状を呈するparadoxical psoriasisなどが問題となっている。今回我々は、infliximabによるparadoxical psoriasisのみならず、腸管外合併症である二次性関節炎に対してはustekinumabが極めて有効であったクローン病の症例を経験したので報告する。症例は54歳、男性。3年前に小腸大腸型のクローン病と診断され、infliximabを導入されたが、infliximab導入から2年後に両側手掌、足底に掌蹼膿疱症様の皮疹が出現、その後全身性に落屑を伴う皮疹が出現した。皮膚科に紹介しparadoxical psoriasisと診断され、外用剤による治療を開始されたが改善が乏しく、paradoxical psoriasis 診断から3か月後にinfliximabを中止された。下部内視鏡検査では下部回腸および大腸粘膜は寛解状態であった。その後皮膚症状は軽快傾向にあったが残存しており、消化器症状の再燃はみられなかった。infliximab中止から8か月後に疼痛を伴う右膝関節腫脹が出現した。レントゲンでは右膝関節に異常所見を認めず、関節穿刺を施行されたが関節液にも有意な異常所見を認めなかった。以上よりクローン病による二次性の末梢性関節炎と考慮、皮膚症状も残存していたことからustekinumabを導入した。関節炎は間もなく寛解し、皮膚症状は導入から2か月後に消失した。現在ustekinumabを3か月間隔で継続投与しているが、消化器、皮膚、関節症状はすべて再燃を認めていない。ustekinumabはクローン病のみならず、抗TNF α 製剤によるparadoxical psoriasisや腸管外合併症にも有効であることが期待される。

paradoxical psoriasis, ustekinumab

虎の門病院

野田大将, 岡本陽祐, 岡村喬之, 落合頼業, 早坂淳之介, 光永 豊,
田中匡実, 野村浩介, 小田切啓之, 山下 聡, 松井 啓, 菊池大輔,
飯塚敏郎, 布袋屋修

【緒言】結核性腹膜炎は稀であるが、腹水の原因として念頭に入れるべき疾患である。結核性腹膜炎の診断は腹水中の結核菌の分離あるいは、腹膜生検による病理診断である。前者は簡便だが感度が低いとされ、後者は確定診断に有用であるが、侵襲性が高く全例に施行することは困難である。若年男性に発症した原因不明の腹水を経験し、腹水培養から結核性腹膜炎の診断を得たため若干の文献的考察を加え報告する。

【症例】過去2回肺炎に対しガレノキサシニンにて治療した既往の30歳代男性で2か月前から腹満感及び背屈で増強する心窩部痛を自覚し改善しないため当科受診となった。受診時胸部XP検査で異常を認めなかったが、腹部造影CT検査にて広範な小腸壁浮腫像と腹水を認め炎症性腸疾患、悪性疾患などの精査目的に入院となった。入院後施行の上・下部消化管内視鏡検査では特記すべき異常は認めなかった。各種腫瘍マーカーは陰性も、T-spot陽性、腹水中ADA高値(50.8IU/L)、リンパ球優位の上昇、入院後の胸部CT検査で多結節性病変を認め結核性腹膜炎が疑われた。3回の喀痰培養は陰性で気管支鏡検査でも結核菌PCRは陰性であった。診断確定のため腹膜生検を検討するも第35病日、気管支肺胞洗浄液及び腹水から結核菌が同定され結核性腹膜炎の診断に至り抗結核薬4剤併用にて治療を開始した。

【考察】結核性腹膜炎の症状は腹部膨満感、腹痛、発熱と非特異的で腹水中の結核菌検出率は20%未満かつ培養結果判明に4-8週間を要するとされ、時に診断困難である。高齢、多発併存症例、全身状態不良例などでは診断の遅れが予後悪化につながるとする報告もあり、確実な早期診断を目的とした腹膜生検の考慮される症例もある。幸い自検例は比較的全身状態良好な若年男性で時間的余裕があり培養同定にて診断可能であったが、診断に際しては症例に応じたが必要であると考えられた。【結語】結核性腹膜炎の一例を経験したため報告した。

結核性腹膜炎, 腹膜生検

国立病院機構千葉医療センター 総合内科¹⁾,同 消化器内科²⁾小笠広貴¹⁾, 芳賀祐規²⁾, 西村光司¹⁾, 宮村達雄²⁾, 田村 玲²⁾,
伊藤健治²⁾, 阿部朝美²⁾, 金田 暁²⁾, 齊藤正明²⁾, 杉浦信之²⁾

【症例】78歳女性。【主訴】貧血、嘔吐。【既往歴】知的障害、中脳水道狭窄、水頭症、気管支喘息。【現病歴】X-3日より嘔気、嘔吐を認めていた。X日より症状の増悪を家人が指摘し、前医受診。ヘモグロビン 8.4 g/dLと貧血を認め、精査加療目的で当院に紹介受診された。【臨床経過】来院時腹部の圧痛を認めたが、左側腹部には圧痛は認められなかった。患者本人および家人からは外傷の病歴は聴取できなかった。腹部エコーにて肝、脾臓周囲に腹水を認め、試験穿刺を行ったところ血性腹水であった。造影CTでは、脾臓実質が離開したような線状の低吸収域と仮性動脈瘤を疑う円形の高吸収域も認め、脾臓周囲にはやや高吸収な腹水と近傍の肋骨骨折を認め、外傷性脾損傷と診断した。バイタルは安定しており、血管造影を施行し、塞栓物質およびマイクロコイルにて脾動脈の分枝を塞栓、造影剤のpoolingが消失したことを確認した。第5病日に造影CTを再検したところ仮性動脈瘤の塞栓は得られていたものの胸水貯留が見られた。知的障害により入院生活の継続が困難となり第8病日に退院とした。退院2週間後のCTにて胸腹水の改善傾向がみられた。【考察】外傷性脾損傷の治療としては、基礎疾患もたない成人でも頻度は低いものの摘脾後重症敗血症が発症することから脾温存療法が望ましいとされている。脾仮性動脈瘤は破裂前に発見されれば塞栓術が望ましいが、破裂した場合は手術も考慮される。本症例では、発症時期が不明で血性腹水が認められるなど脾仮性動脈瘤破裂が否定できない症例と考えられたが、バイタル安定していたため血管造影を施行でき、比較的低侵襲な治療を選択可能であった。【結語】経カテーテル的動脈塞栓術により加療が得られた外傷性脾損傷による脾仮性動脈瘤の一例を経験した。

脾動脈瘤, TAE

37 食道内に残存したフォークを2本の内視鏡を用いて安全に摘出し得た一例

千葉大学医学部 先端応用外科
米本昇平, 上里昌也, 山口有輝子, 水藤 広, 浦濱竜馬, 丸山哲郎, 松原久裕

症例は68歳男性。前医にて胃痛に対して幽門側胃切除術を施行。術後1年3ヵ月で腹膜播種再発となり外来化学療法中であった。今回食欲不振のため入院中であったが、プラスチック製フォークの誤飲あり。上部消化管内視鏡にて摘出を試みるも、先端の爪が食道壁に引っかかり摘出困難であり、誤飲後11日目に前医より当院へ紹介となった。前医で施行した血液検査では軽度の炎症反応上昇を認め、CTでは食道内に残渣様の低吸収域を認めたが、穿孔や膿瘍形成の所見は認めなかった。透視下に上部消化管内視鏡を施行したところ、胸部中部食道から残胃にかけてフォークを認め、爪側が口側となり、3つ又となった爪のうち2つは欠損し食道壁に埋没していた。フォークはオーバークリップ内へ収納不可と判断した。まずスネアでフォークの頸部を把持し、フード内に爪の欠損した端を収納して保持した。次に先の内視鏡の脇から追加で内視鏡を挿入し、長めに装着したフード内に残った1本の爪を収納し、2本の内視鏡を同時に引き抜くことで異物を回収した。再度食道内を観察すると、2cm程度の粘膜損傷と、もともと刺さっていた部位に潰瘍を認めたが、出血や穿孔所見は認めなかった。翌日より水分を開始し問題なく経過した。食道異物は日常診療においてしばしば遭遇する疾患である。異物の80-90%は自然排泄され、10-20%は内視鏡的な摘出が、また1%程度は外科的処置が必要とされている。緊急摘出術の適応となるのは、消化管壁を損傷する可能性があるもの、腸閉塞をきたす可能性があるもの、毒性のある内容物を含有するもの、である。義歯、針、PTP包装した薬剤、魚骨、フォーク等の鋭利な異物は消化管壁を損傷する可能性があり、穿孔、膿瘍や縦隔炎などの致命的合併症を引き起こすことがある。回収用処置具としてV字罅口型鉗子、三脚・五脚鉗子、スネア、回収用ネット等が知られている。自験例は2本の内視鏡とスネア、フードを用いて鋭利な先端を収納することで、安全かつ効果的に異物を除去し得た。若干の文献的考察を加えて報告する。

食道異物, 内視鏡

38 検診で見つかった食道capillary hemangiomaの1例

東京大学医学部附属病院 消化器内科
佐久間信行, 皆月ちひろ, 辻 陽介, 高橋 悠, 坂口賀基, 新美恵子, 山道信毅, 小池和彦

【症例】62歳 男性、【主訴】特記事項なし、【既往歴】高血圧、脂質異常症、高尿酸血症、【生活歴】飲酒：2-3回/週、日本酒2合/回、喫煙：喫煙歴あり、【現病歴】62歳時に他院検診で上部消化管内視鏡検査を施行したところ、胸部中部食道に10mm大の白苔付着を伴う隆起性病変を認めた。1年前の上部内視鏡検査では同様の所見はなく、受診時黒色便や貧血は認めていなかったが、孤発性食道静脈拡張を疑い、精査加療目的に当院紹介受診となった。当院で上部消化管内視鏡検査を再検したところ、菌列下37cmに10mm程度、白苔を伴う発赤調、表面平滑でやや緊満感のある亜有茎性の隆起性病変を認めた。内視鏡所見上、血管腫を含めた粘膜下腫瘍様であり、腫瘍への血流を評価する目的で、超音波内視鏡検査を施行した。可動性は良好、内部は均一な低エコーとして認識され、ドップラーでは血流を認めなかった。所見上は第2層由来と考えられ、血管腫や肉芽腫が鑑別として考えられた。後日、診断のため生検を施行し、病理組織学的にcapillary hemangiomaと診断された。生検の際に隆起部分は概ね潰れており、明らかな臨床症状がないことから、経過観察の方針となった。【考察】食道capillary hemangiomaは、良性病変であるが、まれな疾患である。今回は、当院で診断した食道capillary hemangioma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。

食道良性腫瘍, 血管腫

39 Russell body gastritisの1例

キッコーマン総合病院
渡邊悠人, 三上 繁, 大和陸美, 清水史郎, 秋本政秀

【背景】Russell body gastritis (以下RBG)は1998年に本邦にて第1例目の報告がなされた慢性胃炎の一亜型である。成因は明らかでなく、Helicobacter pylori (以下Hp)感染との関連が示唆されている。RBGの1例を経験したので報告する。【症例】63歳男性。主訴はなし。201X年11月に当院健診ドックで上部消化管内視鏡検査(以下GS)を施行。胃体上部大弯側前壁寄りに8mm大の白色扁平隆起を認めた。また、木村・竹本分類でC-3の慢性萎縮性胃炎を認めた。白色隆起からの生検では、粘膜固有層内に多数の形質細胞浸潤を認めた。細胞質内には好酸性顆粒を多数認め、Russell bodyを有する形質細胞と考えられ、RBGの診断となった。形質細胞には異型性はなく、悪性を示唆する所見を認めなかった。胃粘膜にはHpを認めた。Hp感染を認めたため、除菌療法を施行。除菌を確認したのち、201X+1年2月にGSを施行。白色扁平隆起は縮小していた。同部からの生検ではRussell bodyを認めなかった。201X+1年8月に施行したGSでは病変は消失していた。【考察】Russell bodyは免疫グロブリンが分泌障害により拡張した粗面小胞体内で濃縮されることで生じたものである。RBGでは浸潤する形質細胞の多くにRussell bodyを認める。RBGが好発する年齢や性別に一定の傾向はみられない。内視鏡所見は本例のように隆起製病変を認めるもの以外にも潰瘍は発赤を認める場合もあり、RBGに特徴的な所見は不明である。鑑別疾患としてはB細胞リンパ腫や胃癌(印環細胞癌)などが挙げられ、両者とも多彩な内視鏡所見を呈することから診断に苦慮することがある。文献的考察を加えて報告する。

胃炎, Russell body

40 高齢女性発症の胃mixed adenoneuroendocrine carcinomaの一例

桐生厚生総合病院¹⁾, 群馬大学医学部附属病院²⁾
椎名啓介¹⁾, 飯田智広¹⁾, 竝川昌司¹⁾, 井上照基¹⁾, 菅間一乃¹⁾, 新井洋佑¹⁾, 村上立真¹⁾, 浦岡俊夫²⁾

症例は88歳女性。市の健診結果でHb6.6と低下を認めたため、かかりつけ医より精査目的に当院に紹介となった。上部消化管内視鏡検査において、幽門前庭部から十二指腸にかけて全周性の2型腫瘍を認め、生検組織でpoorly differentiated carcinomaを認め、さらに免疫染色を追加したところ、Synaptophysinが一部陽性、cytokeratin陽性、chromogranin A陰性、NCAM陰性、Ki-67が40%でNeuroendocrine carcinoma (以下NEC)も混在していることと診断した。CT検査では胃幽門前庭部に造影効果のある壁肥厚と周囲リンパ節腫大を認めた。進行胃癌に準じ胃切除の方針となり、X年8月に幽門側胃切除、B-I法再建術を施行した。切除標本所見は胃幽門前庭部に70×60mmの2型腫瘍を認め、病理組織学的所見はcarcinomaが粘膜、筋層、漿膜下組織に浸潤している事に加え、Synaptophysinが一部陽性で、NCAM一部陽性、cytokeratin陽性、chromogranin A陰性、Ki-67が50%で、最終診断はMixed adenoneuroendocrine carcinoma of the stomach (以下MANEC, pSS, ly1, v1)であった。術後は経口摂取が進まないため経管栄養管理となり、術後52日目に転院の方向となった。胃NECは全胃癌中の0.4~0.6%と稀な疾患であり、胃神経内分泌腫瘍(以下NEN)の15~28%、胃のMANECは胃のNENの10~16%を占めるとされ、通常は男性に多く、発生部位は体上部が多いとされている。また管状腺癌を先行病変として形成される事が多いが、自験例では女性で幽門前庭部病変、かつ低分化腺癌であり稀な症例と思われた。

MANEC, 神経内分泌腫瘍

水戸済生会総合病院 消化器内科

高橋幸治, 仁平 武, 中川美由貴, 金野直言, 宗像紅里, 大川原健, 青木洋平, 柏村 浩

【症例】69歳、女性。【現病歴】自覚症状はなかったが、人間ドックの腹部超音波検査で腹腔内腫瘍が疑われたため、精査目的で当院を受診した。腹部造影CT検査を施行すると、胃に接する長径8cmの嚢胞性腫瘍と、腹腔内に多発する結節を認めた。【臨床経過】上部消化管内視鏡検査では胃前庭部の粘膜下腫瘍として認識でき、EUSを施行すると、胃に接した嚢胞性腫瘍は、壁は薄く内部に液体成分を貯留し、壁の一部に充実性の結節を持つ嚢胞性病変として描出された。嚢胞壁の充実性成分に対して25G穿刺針を用いて経胃的にEUS-FNAを施行すると、腫瘍は紡錘型細胞から構成され、免疫染色でc-kit陽性、CD34陽性であることからGISTの診断となった。腹腔内に多発する結節は腹膜播種と考えられた。腹膜播種を伴う胃GISTの診断で、イマチニブの投与を開始した。【考察】充実性腫瘍内の一部に嚢胞成分を持つGISTや、全周性に厚みのある壁の内部に液体成分を貯留するGISTの既報は散見されるが、自験例の様に病変の主体が嚢胞状であり、壁の一部のみが結節様になったGISTは稀である。また、自験例はEUS-FNAにより一部の結節部分を穿刺し検体を採取することで低侵襲に診断し得た。外科手術により完全切除が期待される症例では生検を行わずに外科手術することも許容されるかもしれないが、腹膜播種を伴うGISTでは、EUS-FNAのように侵襲の少ない方法での正確な診断を行うことが望まれる。

GIST, EUS-FNA

千葉大学医学部附属病院 消化器内科

白鳥 航, 沖元謙一郎, 徳長 鎮, 金子達哉, 大浦弘嵩, 横山雄也, 今井雄史, 大池 翼, 明杖直樹, 太田佑樹, 丸岡大介, 松村倫明, 中川倫夫, 新井誠人, 加藤直也

【症例】40歳代男性。検診の胃透視検査にて胃隆起性病変を指摘されたため当院紹介受診となった。【経過】HplgG抗体は陰性であった。上部消化管内視鏡検査にて胃体中部小弯前壁に12mm大の粘膜下腫瘍様病変を認めた。NBI拡大観察では立ち上がりはpit構造、中央部にvilli構造であった。超音波内視鏡では第2層を主座とする混合エコーとして描出され、胃底腺型胃癌、NET-G1の可能性も否定できないため、内視鏡的粘膜剥離術(ESD)を施行した。病理では、病変の立ち上がりは通常の胃底腺が認められ、中央は異所性幽門腺、腺窩上皮の過形成を伴っていた。異所性幽門腺は一部粘膜内で病変の立ち上がりの胃底腺の深層に存在していた。【考察】粘膜下異所性胃腺とは、本来胃粘膜内にある腺管が粘膜下層内に異所性に嚢胞状の腺管として存在するものである。成因としては迷入説と後天的な炎症説があり、強い萎縮性胃炎を背景としていることがほとんどである。また粘膜下異所性胃腺からの発癌も報告されているが、生検での病理評価は難しく、形状やEUS所見から悪性が疑われ、明らかな粘膜下層への浸潤を認めない場合にはESDも検討される。本症例のように萎縮のない胃において、粘膜内のみ異所性幽門腺を認め、粘膜下腫瘍様の隆起を呈した症例の報告は少なく文献的考察も含めて報告する。

粘膜下異所性胃腺, ESD

千葉大学医学部附属病院 先端応用外科

飯田真一郎, 丸山哲郎, 早野康一, 松原久裕

症例は68歳男性。市の健診で便潜血陽性となり、近医で施行した下部消化管内視鏡検査にて大腸ポリープを指摘されEMRの予定となっていた。しかし、Hb7.0g/dlの貧血を指摘され、上部消化管内視鏡検査を施行したところ胃癌(低分化腺癌)を指摘され当科紹介となった。精査中に経口摂取不良となり、急激な腹膜播種の増大を認めたため予定していた審査腹腔鏡を中止としてSOX療法を開始とした。6コース施行し治療開始から4ヶ月経過したところで内視鏡検査を施行したところ、胃癌は縮小していたものの治療前には認めなかった食道静脈瘤LIFICwCR(-)が出現していた。L-OHPによる肝類洞障害による門脈圧亢進症と考え、L-OHPを中止とし、TS-1単剤による治療に変更とした。治療開始後7ヶ月で内視鏡検査を施行したところ静脈瘤はF2に増悪しており、消化器内科にて硬化療法とEVL療法を施行した。肝生検を施行し、病理組織学的にもL-OHPによる肝障害として矛盾しない所見であった。治療開始後11ヶ月での内視鏡検査では静脈瘤は癒着化して消失しており、胃癌についてもCRの状態であった。CT検査においても腫瘍を確認できず、CRと考えられた。治療開始後22ヶ月が経過し、現在もTS-1単剤療法にてCRを維持している。L-OHPによる副作用の一つとして類同閉塞症候群による薬剤性肝障害が報告されており、その結果として脾腫や食道静脈瘤が発生することが知られている。L-OHPは大腸癌に対して使用されることが多く、L-OHPによる肝障害の報告も大腸癌患者がほとんどであり、胃癌患者の報告は見られない。しかし現在では、切除不能進行再発胃癌に対するL-OHPを用いたSOX療法、CapeOX療法、FOLFOX療法は標準治療の一つとなり、今後同様の報告が増加することが予想される。当科ではSOX療法を第一選択としており、SOX療法中に食道静脈瘤が出現し、L-OHPの中止を余儀なくさ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。

オキサリプラチン, 食道静脈瘤

水戸済生会総合病院 消化器内科

高橋幸治, 仁平 武, 中川美由貴, 金野直明, 宗像紅里, 大川原健, 青木洋平, 柏村 浩

【症例】56歳、男性。【現病歴】約40年前に胃潰瘍で幽門側胃切除術を受けていた。潰瘍性大腸炎のため近医通院中であり、ブレドニゾンとアダリムマブ投与で寛解維持されていた。夜間に吐血し、暗赤色の血便も認めたため救急要請し当院へ搬送された。【臨床経過】腹部造影CT検査では残胃内に血液と考えられる高吸収物の貯留を認めたが、造影剤の血管外漏出は認めず、出血源ははっきりしなかった。当院搬送時、腸管再建に関する詳細な情報はなかったが、CT画像よりBillroth2法再建後と考えられた。緊急上部消化管内視鏡検査を施行すると、残胃内に多量の凝血塊を認めたが、食道・胃・胃空腸吻合部に出血源となり得る病変を認めなかった。空腸内にスコープを挿入し進めると、Braun吻合部に露出血管を伴う潰瘍を形成しており、露出血管に対する内視鏡的クリッピングを行い止血した。胃空腸吻合部からの2つの脚どちらを通っても止血部にたどり着けることを確かめ、Braun吻合を伴う幽門側胃切除術Billroth2法再建後であることを確認した。【考察】幽門側胃切除術Billroth2法再建後の場合、潰瘍は胃空腸吻合部近傍に発生することが大半であるが、本例でBraun吻合部に潰瘍を形成していた。潰瘍を形成した原因として、潰瘍性大腸炎に対してブレドニゾンを内服していた影響が考えられた。上部消化管出血に対する緊急止血術が必要となった場合に、再建腸管を有する患者では、再建方法の詳細な情報がわからないことも多い。幽門側胃切除術Billroth2法再建後の場合、Braun吻合の有無が緊急内視鏡前にはっきりしないことも多いが、Braun吻合部に出血性潰瘍が生じている可能性も想定して内視鏡検査に臨むべきと考えられた。

Braun吻合, 出血性潰瘍

国立国際医療研究センター 消化器内科¹⁾,
同 中央検査部病理室²⁾

瀬戸花菜¹⁾, 渡辺一弘¹⁾, 猪狩 亨²⁾, 秋山純一¹⁾, 柳瀬幹雄¹⁾,
小島康志¹⁾, 横井千寿¹⁾, 永田尚義¹⁾, 野崎雄一¹⁾, 大久保栄高¹⁾,
大武優希¹⁾, 木平英里¹⁾, 守安志織¹⁾, 西家由里子¹⁾, 泉 敦子¹⁾,
濱田麻梨子¹⁾, 増田恵利香¹⁾, 住田純子¹⁾, 児島直樹²⁾

【症例】82歳男性。【経過】201X年5月頸部リンパ節腫脹を主訴に当院へ来院した。腹部造影CT検査で左頸部・鎖骨上窩・後腹膜・腸間膜の多数のリンパ節の腫大、左腎の萎縮を認めた。PET-CT検査では上記の腫大したリンパ節にFDG集積の亢進を認め、悪性腫瘍の多発リンパ節転移や悪性リンパ腫が疑われた。原発巣の検索目的に施行した上部消化管内視鏡検査(EGD)で、十二指腸球部後壁に20mm大の不整な潰瘍性病変を認め、同部位からの生検ではadenocarcinomaを認めた。小腸カプセル内視鏡検査では十二指腸病変の他、上部空腸にも全周性の不整な潰瘍性病変を認めた。下部消化管内視鏡検査ではその他に原発と考えられる所見はなく、十二指腸癌・多発リンパ節転移・小腸転移疑いの診断となった。患者および家族はそれ以上の精査・治療を希望せず、Best supportive careの方針となり、外来で経過観察した。同年7月より経口摂取不良と嘔吐・腹痛が生じ、7月7日に症状緩和を目的に入院した。入院時のEGDでは十二指腸病変は増大し内腔の狭窄を認め、肛門側では下行脚まで潰瘍を伴う不整粘膜が拡がり拡張不良を伴っていた。完全閉塞はしておらず、流動食の経口摂取を行いつつ疼痛管理目的にオピオイドを導入した。入院28日目より疼痛管理と消化管通過障害の緩和を目的に放射線治療を開始した。入院32日目に再度嘔吐し酸素化が低下したため、誤嚥性肺炎と診断し抗生剤の投与を開始するも徐々に衰弱し、入院48日目に死亡した。翌日施行した病理剖検では、十二指腸病変は上部空腸まで連続して広がっており、壁全層性に低分化な癌組織を認めた。また、左腎盂上皮内・後腹膜・小腸間膜等にも同様の癌組織が認められた。免疫染色の結果、CK7陽性/CD20陰性と十二指腸癌・小腸癌としては非典型的であった。一方、p40とp63が弱陽性であったことから腎盂原発の可能性が示唆されたが断定し難く、最終的に原発不明癌とした。【結語】十二指腸癌に伴う消化管症状にて発症した原発不明癌は稀であり、文献的考察を加え報告する。

原発不明癌，十二指腸転移

NTT 東日本関東病院 消化器内科

高柳駿也、瀧田麻衣子、木本義明、小西隆文、神田圭輔、小野公平、
港 洋平、酒井英嗣、大團 研、松橋信行

症例は18歳女性。血便とふらつきを主訴に来院し、血液検査でHb 6.6g/dLの正球性貧血を認めた。上下部消化管内視鏡検査を施行したが出血源は明らかではなく、腹部造影CT検査でも特記すべき所見を認めなかった。原因不明消化管出血として、小腸カプセル内視鏡検査(CE)を施行したが、観察時間内に盲腸に到達せず、骨盤内小腸にびらんを認めるのみであった。再度CEを行ったところ、やはり盲腸には到達しなかったが、幽門輪通過後7時間ほどで出血を否定できない所見を認めたため、小腸出血の疑いでダブルバルーン小腸内視鏡検査(DBE)を施行した。経肛門で挿入したDBEにて回盲弁より100cm強口側に巨大な憩室を認めた。憩室内の粘膜はもろく、接触で湧出性出血をきたす状況であった。年齢、部位よりMeckel憩室からの出血が疑われ、待機的な外科治療を予定していたが、DBE2日後に血便と意識消失を主訴に再診となったため、準緊急で小腸切除を施行した。腹腔鏡にて観察したところ、回腸の腸間膜付着部対側に60mmほどの憩室を認めたため、同部を含め小腸部分切除をおこなった。病理組織所見では真性憩室の内部に潰瘍を認めたが、異所性胃粘膜や脾組織の迷入は認められなかった。術後6日目に退院となり、その後は症状の再燃なく経過している。今回我々は、原因不明消化管出血で発症し、DBEで診断し得た巨大Meckel憩室の1例を経験したため、若干の文献的考察を加え報告する。

Meckel憩室，ダブルバルーン小腸内視鏡

順天堂大学練馬病院 総合外科

古屋怜慈、藤沢将大、井 祐樹、川口 恵、襦襦重史、黒田 悠、
岩永直紀、関根悠貴、川満健太郎、宮野省三、町田理夫、
渡野邊郁雄、黒田昌俊、須郷広之、児島邦明

【はじめに】十二指腸原発Gastrointestinal stromal tumor (GIST)術後、2度の肝転移に対し2度の肝切除を施行した1例を経験した。原発巣のGISTはmodified Fletcher分類low risk症例であったが、low risk症例での再発は比較的まれであり、それぞれの切除腫瘍の病理学的所見も経時的に比較した【症例】症例は71歳の男性で、主訴は黒色便。生来健康であったが黒色便を自覚し、近医受診しHb 6.6 mg/dlの貧血を指摘され当院消化器内科へ紹介となる。上部消化管内視鏡検査で十二指腸球部に出血を伴う潰瘍性病変を認め、生検で消化管間質腫瘍(GIST)の診断となり手術目的に当科紹介となる。当科で幽門温存脾頭十二指腸切除、腸瘻造設術を施行した。切除検体の病理学的所見は腫瘍径 12×17×24 mm, mitotic index 1/50HPF, Ki-67 index 10%で、Modified Fletcher 分類low risk 群であった。術後、経過観察を行っていたが術後12か月後のCTでS 7, S 6の2個の肝転移の診断となり、順天堂医院肝胆脾外科で拡大肝後区域切除術を施行された。切除検体の病理学的所見は腫瘍径 36mm, mitotic index 10/50HPF, Ki-67 index 10%であった。以後、当科外来で経過観察を行っていたが、肝切除手術から8か月後、CT検査でS 7 (23 mm)肝転移再々発を認めた。イマチニブによる補助化学療法を開始、6か月間継続後に肝S 7部分切除術を施行した。切除検体の病理学的所見は腫瘍径 20 mm, mitotic index 1/50HPF, Ki-67 index 3%であった。再肝切除後5か月後の現在明らかに再発を認めず、イマチニブ継続し外来経過観察中である。

GIST, 再発

千葉大学大学院医学研究院 消化器内科学¹⁾,

千葉大学医学部附属病院 腫瘍内科²⁾

堀尾亮輔¹⁾, 太田佑樹¹⁾, 大浦弘嵩¹⁾, 金子達哉¹⁾, 徳長 鎮¹⁾,
今井雄史¹⁾, 大池 翼¹⁾, 横山雄也¹⁾, 明杖直樹¹⁾, 對田 高¹⁾,
沖元謙一郎¹⁾, 齊藤景子¹⁾, 松村倫明¹⁾, 中川倫夫¹⁾, 新井誠人^{1,2)},
加藤直也¹⁾

【目的】経口プデソニドは、糖質コルチコイドであるプデソニドを消化管粘膜のみに作用させる目的で回腸から上行結腸に徐放されるように開発された腸溶剤である。肝初回通過効果が高いため全身作用は少なく安全性が高いとされ、既に世界40カ国以上で承認されているが、本邦では平成28年度クローン病(CD)診療ガイドラインに初めて追加されたため、使用報告は少ない。今回、我々は当院におけるCD患者に対する経口プデソニドの有効性と安全性を明らかにすることを目的とした。【方法】2017年3月から2018年6月までに当院で経口プデソニドを使用したCD患者を後ろ向きに検討した。経口プデソニドの有効性はsimple CDAIを用いて、内服開始時、及び投与後8週目に評価した。内服開始時の患者背景及び投与開始理由も抽出し、安全性は有害事象の発現を評価した。さらに内視鏡の評価を行っているCD症例に関しては粘膜治癒の有無で治療効果判定を行った。【成績】43例のCD患者を対象とした。平均年齢は38.5±15.0歳で男女比は31:12であった。投薬開始理由は生物学的製剤の2次無効であったという理由が21例と最も多く、臨床的寛解ではあるが内視鏡の評価にて粘膜治癒に至らず追加したという理由が14例、プレドニゾン長期投与からの離脱目的が2例であった。simple CDAIの平均値は、開始時は3.7±2.8点で、8週目は2.2±2.5点であった。43例中13例(30.2%)で有害事象を認め、主なものには満月様顔貌が3例、白血球数増加が3例、さ瘡皮膚炎が2例、血圧上昇が2例、肝機能障害が1例、いずれも経口プデソニド中止または減量で改善を認めた。また内服開始前後にダブルバルーン小腸内視鏡による小腸粘膜を評価した23例のうち8例で粘膜治癒を認めた。その内3例では消化管狭窄部の潰瘍が改善したため、狭窄部に対する内視鏡下バルーン拡張術を施行し得た。【結論】CD患者への経口プデソニド投与は臨床症状の改善に有効であると考えられた。

クローン病，プデソニド

49 消化管出血を契機に診断した 高齢者のびまん性大細胞型B細胞リンパ腫の1例

水戸済生会総合病院 消化器内科
中川美由貴, 宗像紅里, 金野直言, 高橋幸治, 大川原健, 柏村 浩,
仁平 武

【症例】92歳、男性。【主訴】血便。【既往歴】高血圧、心房細動、心不全、糖尿病。【現病歴】10年前より貧血に対して造血剤を内服していた。20XX年6月から血便が時折出現していた。20XX年12月に大量の血便を認め前医を受診したところ、Hb5.6 g/dlと著名な貧血の進行を認めたため緊急入院となった。原因精査のため造影CTと大腸カメラが施行されたが出血源は不明であった。保存的加療のみで血便が消失したことから食事を開始したところ再度血便を認め、輸血を要するほどの貧血の進行を認めたことから当院に転院となった。血液検査でCEA、CA19-9の上昇は認めなかったものの、可溶性IL-2レセプターは916 U/mLと上昇していた。造影CTを再度読影したところ少量腹水と骨盤内の小腸に長径5cm大の壁肥厚を伴う憩室様隆起を認めた。周囲に明らかなリンパ節腫脹は認めなかった。入院後も輸血を要する出血を繰り返すため、原発巣に対して外科的切除を行う方針とした。術中、膀胱浸潤とS状結腸浸潤を認めたものの、高齢であることを考慮して小腸部分切除のみ行った。病理所見上、腫瘍細胞は大型細胞であり、免疫染色ではCD20(+), CD79a(+), CD10(+), bcl2(+), bcl6(+), MUM1(+)であった。以上の結果よりびまん性大細胞型B細胞リンパ腫(DLBCL)の診断に至った。術後は血便を認めず、食事摂取可能になり退院となった。【考察】消化管出血を契機に診断し得たDLBCLの一例を経験した。原発性小腸悪性リンパ腫は発症年齢は一般に40歳から50歳代に多いが若年から80歳代後半でも幅広く分布している。90歳代の高齢者でも小腸腫瘍を考慮して診断していく必要がある。若干の文献的考察を含め報告する。

悪性リンパ腫, 消化管出血

51 後腹膜粘液囊胞腺腫の壁に結節性 腺扁平上皮癌を認めた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,
白鳥史明, 田部俊輔, 鍋谷圭宏

【はじめに】後腹膜に粘液囊胞腺腫や粘液囊胞腺癌の発生を認めた報告は散見される。しかし、後腹膜粘液囊胞性腫瘍に腺扁平上皮癌を認めた報告は無く、極めて稀と考えられ報告する。【症例】50代、女性。7年前に乳癌手術の既往がある。前医ドックにてPET-CTが施行され、ひだり側腹部後腹膜に65mm大の囊胞性腫瘤が指摘され、同腫瘤の尾側端にFDGの集積を認めた。造影CT検査でも尾側縁に造影効果を伴う壁肥厚を認め、増大傾向もあり悪性変化が疑われ、手術適応と判断した。【手術治療】腫瘍の直上をひだり傍腹直筋縦切開にて開腹し、後腹膜の囊胞性腫瘍を下行結腸とともに腫瘍の破綻なく摘出した。尿管、卵巣動静脈、腸腰筋などの後腹膜組織は温存された。下行結腸の吻合を行い、終刀した。手術時間2時間45分、出血量は110ml、術後経過は良好で、第8病日に軽快退院された。【病理診断】腫瘍は10x6cm大で、7x5cmの囊胞の尾側に2.5x2cmの壁に結節様の白色充実部を伴っていた。囊胞部は粘液囊胞腺腫の組織像を呈していたが、囊胞に連続した充実部分に低-中分化型の扁平上皮癌を認めた。囊胞に近い部位では腺癌成分(20%程度)も認め、腺扁平上皮癌と診断された。免疫染色の結果からは、Muller管由来、duplication cystいずれも否定的であった。通常、粘液囊胞腺腫に腺癌が発生し粘液囊胞腺癌となるpathwayが想定されるが、扁平上皮癌が発生することは報告例が無く、極めて稀である。【まとめ】後腹膜粘液囊胞性腫瘍に腺扁平上皮癌を認めた1例を経験した。壁に結節を伴う、もしくは増大傾向を認める後腹膜囊胞性腫瘍は外科切除を考慮すべきであり、腺扁平上皮癌を伴うことがあることも念頭に置くべきである。

後腹膜粘液囊胞腺腫, 腺扁平上皮癌

50 静脈血栓塞栓症を合併した潰瘍性大腸炎患者11例の 長期経過

千葉大学医学部附属病院 消化器内科¹⁾, 同 腫瘍内科²⁾
後藤千尋¹⁾, 太田祐樹¹⁾, 大浦弘高¹⁾, 金子達哉¹⁾, 徳長 鎮¹⁾,
今井雄史¹⁾, 大池 翼¹⁾, 横山雄也¹⁾, 明枝直樹¹⁾, 對田 尚¹⁾,
沖元謙一郎¹⁾, 齊藤景子¹⁾, 松村倫明¹⁾, 中川倫夫¹⁾, 新井誠人^{1,2)},
加藤直也¹⁾

【背景・目的】静脈血栓塞栓症(VTE)は炎症性腸疾患(IBD)患者の生命予後を左右する重篤な合併症の一つである。IBD患者では、健康人に比べ約2-3倍のVTE発症リスクがあるとされ、既に欧米では抗凝固療法による予防がガイドラインに明記されている。しかし本邦においては治療指針の記載はなく、抗凝固薬の選択基準やVTE発症後の長期経過などは明らかではない。今回われわれはVTEを合併し抗凝固療法を行った潰瘍性大腸炎(UC)患者の長期経過について検討したので報告する。【方法】2015年5月から2017年5月の間に当院で入院加療要した78例のUC患者で入院中にVTEを合併した11例を対象とした。観察期間はVTE診断時を起点として2年間以上とした。また解析項目としてはVTE診断時の初期治療および継続治療内容、VTE発症の有無、抗凝固療法中止の有無、中止した場合、その後の経過などにつき検討した。【結果】11例のUC症例の男女比は6:5、平均年齢は40.9±18.7歳であった。全症例で抗凝固療法が行われ、初期治療はヘパリンナトリウム8例、フォンタリクスナトリウム1例、直接経口抗凝固薬(DOAC)2例であった。DOAC投与の1例で出血の増悪を認め抗凝固療法を中止した。その後に抗凝固療法を継続した10例の内訳は、ワルファリンナトリウム4例、DOAC6例であった。抗凝固療法中にVTE再発例は認めなかった。全観察期間において、11例中6例で抗凝固療法を中止していた。中止理由を検証したところ、Dダイマーの正常化と造影CTでのVTE消失にて中止した症例が5例、自己中断が1例であった。また6例中2例(33.3%)でVTEの再発を認め、3例(50%)で抗凝固療法を再開した。観察期間内にUC再燃例が2例いた。【結論】VTEを合併したUC患者に対し、DOACを含めた抗凝固療法はVTE再発予防に有効と考えられた。一方、抗凝固療法中止後にVTEを再発した症例を認めたことから、VTEが消失した場合にも抗凝固療法の継続が望ましいことが示唆された。

潰瘍性大腸炎, 静脈血栓塞栓症

52 神経性食思不振症を背景に偽膜性腸炎を発症し、 急激な経過をたどった1例

日本大学医学部 内科学系消化器肝臓内科学分野
小椋加奈子, 江崎 充, 市島諒二, 草野 央, 池原久朝, 大木庸子,
小井康行, 山川 俊, 春田明子, 岩本真帆, 後藤田卓志,
森山光彦

【症例】30代女性【主訴】腹痛、下痢、発熱【現病歴】神経性食思不振症、低カリウム血症で精神科に入院し、内服、食事療法がおこなわれていた。入院経過中に発熱、下痢、腹痛が出現した。CTで全結腸に浮腫性変化あり骨盤内腹水も認めため、感染性腸炎の診断で当科併診となった。各種培養提出し、禁食、セフメゾールナトリウムで加療を開始した。【経過】症状の改善乏しく、2日目の血液検査にて著明な炎症反応の上昇を認め、DIC基準も満たした。抗菌薬をメロペネム水和物に変更し、DICに対してトロンボモジュリン、γグロブリン製剤の投与を開始した。3日目朝に、意識レベル低下をきたし、心肺停止状態となった。心肺蘇生にて一時的に自己心拍の再開を認めたが、その後回復せず死亡した。【考察】死亡後、便培養よりClostridium difficileが検出され、CDトキシンも陽性であった。そのため、重症偽膜性腸炎が死因と考えられた。偽膜性腸炎発症の危険因子は抗菌薬使用の他にも、易感染性宿主、重篤な基礎疾患、長期入院、経管栄養、高齢者などがあげられる。本症例では抗菌薬未使用であったが、重症神経性食思不振症の患者であり、極度の低栄養から免疫不全状態をきたしたことが起因したと考えられる。神経性食思不振症の死亡率は5~20%と報告されており、極度の低栄養に起因する衰弱死、電解質異常による不整脈、感染症、自殺などが主要因とされている。予後不良因子としては、過食嘔吐、下剤乱用、罹病期間の長さが挙げられており、本症例ではいずれも満たしていた。原疾患が予後不良状態にあったため、救命は非常に困難であったが、本症例のように、免疫不全状態の患者の腸炎に対しては、偽膜性腸炎も念頭において各種検査や内視鏡検査を考慮すべきである。【結語】神経性食思不振症を背景に偽膜性腸炎を発症し、急激な経過をたどった1例を経験したので、報告する。

偽膜性腸炎, 神経性食思不振症

日本大学医学部附属板橋病院 消化器肝臓内科¹⁾、
日本大学病院 消化器内科²⁾、
日本大学医学部附属板橋病院 皮膚科³⁾
大木庸子¹⁾、岩本真帆¹⁾、酒井康行¹⁾、山川 俊¹⁾、春田明子¹⁾、
今津博雄¹⁾、中島典子¹⁾、後藤田卓志²⁾、森山光彦^{1,2)}、藤沼千尋³⁾、
藤田英樹³⁾、照井 正³⁾

【症例】71歳女性。【既往】心房細動で抗凝固剤内服中【病歴】20X8年6月に他院で潰瘍性大腸炎、全結腸型の診断となり、5-ASAの内服加療を受けていたが、血便、下痢が持続し、コントロール不良な状態であった。20X8年11月に虫刺され様の赤い皮疹が腹部に出現し徐々に潰瘍化したため、当院皮膚科を受診した。右下腹部に直径10cm程の有病性で壊死を伴う皮膚潰瘍が認められ、WBC 7600/ μ l、Hb 11.4 g/dl、CRP 29 mg/dl、ESR 63/60分であり同日入院となった。抗生剤の投与を行ったが改善せず、38℃の発熱、脈拍103回/分、5回/日の下痢、血便も続き、潰瘍性大腸炎に伴う壊疽性膿皮症の診断にて当科兼科加療となった。S状結腸の粘膜所見はMatts grade 4であったが、高齢で、感染症のリスクもあり、まず5-ASA製剤の変更と、顆粒球吸着療法(G-CAP)を行った。治療開始後、炎症反応は軽快したが、皮膚潰瘍の増悪が認められ、第8病日よりPSL 55 mg(1 mg/kg/day)の投与を開始した。その後は皮膚潰瘍、下痢、血便ともに軽快し、PSLを漸減、第26病日に退院となった。現在は5-ASA内服のみで潰瘍性大腸炎の症状は寛解、大腸内視鏡検査所見も癒着傾向となり、壊疽性膿皮症も改善している。【考察】潰瘍性大腸炎では皮膚や関節などに腸管外合併症を認めることがある。皮膚症状としては結節性紅斑、壊疽性膿皮症などがあり、中でも壊疽性膿皮症は治療に難渋する例も多く、時に皮膚移植が必要となる疾患で、重要な合併症である。壊疽性膿皮症は下腿に多く発生することが知られている。今回、腹部に壊疽性膿皮症を認めた潰瘍性大腸炎の1例を経験したため、若干の文献的考察を加え報告する。

壊疽性膿皮症、潰瘍性大腸炎

聖隷佐倉市民病院 消化器内科¹⁾、同 外科²⁾、同 病理科³⁾
矢挽眞士¹⁾、佐藤慎一¹⁾、吉川りょう¹⁾、齊藤将喜¹⁾、住吉良太¹⁾、
大島祐二²⁾、笹井大智³⁾

【症例】70歳代、女性【主訴】なし(便潜血陽性)【既往歴】洞不全症候群(ペースメーカー)【家族歴】特記事項なし【現病歴】便潜血陽性にてX年10月下旬消化管内視鏡検査を施行。S状結腸に発赤を伴う5mmほどの隆起性ポリープを認めた。生検結果はinflammatory polyp, Group1であったが病変に向かい粘膜のひきつれがみられ、腫瘍性病変の可能性を考慮し同年11月EMRを試みた。しかし、局注にてnon lifting sign陽性、局注時の注入圧も非常に高くEMRを断念。生検のみで終了した。再生検結果もinflammatory polyp, Group1であったが形態的に腫瘍性病変の可能性を否定しきれず外科手術の方針となった。(X+1)年2月術前の下部消化管内視鏡検査を施行。明らかな形態変化はみられなかった。同年3月腹腔鏡下高位前方切除術が施行された。【血液検査所見】特記すべき異常なし【造影CT】S状結腸の壁肥厚や周囲のリンパ節は指摘できなかった。胸腹部に腫瘍性病変は認めなかった。【注腸】S状結腸下部に5mm大の隆起性病変を認め、病変周囲に粘膜の収束像を認めた。また、病変近傍に憩室が散見された。【病理】肉眼的には明らかな腫瘍は指摘されなかった。病変部は組織学的には筋層構造を欠いて、線維性結合組織の層で置き換えられ仮性憩室と考えられた。憩室部表層は再生粘膜で覆われていたが陰窩の軽度拡張や表層でのわずかな細菌状変化があり、hyperplastic polypとして矛盾しなかった。【まとめ】本症例は生検でinflammatory polyp, Group1であったが形態的に腫瘍性病変を否定しきれず手術を施行した。結果的に腫瘍性病変は認めず、憩室上の粘膜に炎症性、過形成性変化を来した反転憩室に伴う炎症性ポリープの診断となった。術前の内視鏡所見と病理所見が乖離し診断、治療方針に苦慮した一例を経験したので文献的考察を加え報告する。

炎症性ポリープ、反転大腸憩室症

外科的治療後にPre-pouch Ileitisを発症し
重篤な臨床経過となった重症潰瘍性大腸炎の一例

千葉大学医学部附属病院 消化器内科
山内陽平、中川倫夫、石神智行、太田佑樹、濱中紳策、對田 尚、
沖元謙一郎、丸岡大介、松村倫明、新井誠人、加藤直也

【症例】18歳男性【既往歴】小児喘息【家族歴】IBD家族歴なし【生活歴】飲酒、喫煙歴なし【現病歴】X-2年に近医で全結腸炎型の潰瘍性大腸炎と診断され、メサラジン製剤により加療されたが、X-1年に再燃し前医へ入院した。プレドニ1mg/kgに白血球除去療法(GMA)併用も寛解に至らず、同年10月に当院転院となった。タクロリムス(Tac)にて寛解導入を行い、アザチオプリン(AZA)で寛解維持を行うも2ヵ月後に再燃した。Tacの再投与にステロイド局所治療、GMA併用も改善なく、Lichtiger Index13点でありX年6月に再入院となった。【入院後経過】内科的治療に抵抗性で、入院48病日(day48)に外科転科し、day50に大腸全摘術施行された。術後も状態は改善なく、重症のpre-pouch ileitisの診断でday91に当科へ再転科となった。PSLを投与するも出血性ショックを繰り返し、輸血や内視鏡的・IVR止血、ICU入室し人工呼吸器を含む全身管理を要した。大腸全摘時の標本でEBER陽性細胞が指摘され、血球貪食症候群を疑う経過もあり、EBV再活性化およびEBV関連リンパ増殖性疾患・血球貪食症候群の検討が必要となり治療強化が難しい状態が続いたが、by-standerの可能性が高いと判断しday112にシクロスポリン(CsA)投与を開始した。CsA開始後は臨床症状の改善を認め、day117にICU退出。day127より白湯より経口摂取開始し、day160には7分粥の摂取が可能となった。血小板減少のためday129にCsA投与中止。day165頃より血便が現れ、内視鏡評価でmid active paucitisを認め、PSL注腸による局所療法を開始した。day190頃より血便の増加を認め、day202に内視鏡評価を行うと腸管内に凝血塊が大量に見られ、day203よりTacを高トラフ濃度を目標に投与を開始した。臨床症状再燃なく経過しており、day218よりTacの血中濃度を低トラフ濃度を目標に減量し、day221よりAZA50mg/dayの併用を開始。試験外泊を経てday264に退院となった。【結語】外科的治療後にpre-pouch ileitisを発症し重篤な経過をたどった潰瘍性大腸炎の1例を経験したため、文献的考察を加え報告する。

潰瘍性大腸炎、pre-pouch ileitis

慢性偽性腸閉塞の経過観察中に
食道アカラシアを発症した1例

慶應義塾大学医学部 内科学(消化器)¹⁾、
同 一般・消化器外科²⁾、同 病理診断科³⁾
猪口和美¹⁾、正岡建洋¹⁾、松崎潤太郎¹⁾、川久保博文²⁾、亀山香織³⁾、
北川雄光³⁾、金井隆典¹⁾

【症例】56歳、男性【既往歴】狭心症、総胆管結石、腹腔鏡下胆嚢摘出術【服薬】酸化マグネシウム、大建中湯、ピコスルファートナトリウム、ラベプラゾール、ウルソデオキシコール酸、アスピリン、アトルバスタチン、ルビプロストン、炭酸水素ナトリウム座薬【家族歴】なし【現病歴】X-14年より慢性特発性偽性腸閉塞の診断で近医通院していた。診断後は半年から1年に1回程度腹痛や嘔気を認め入退院を繰り返していた。X年1月末より食後のつかえ感が出現し、X-3年11月のCTと比較してX年1月30日のCTでは食道の著明な拡張を認めたためX年2月に精査目的に当院に紹介となった。【受診後経過】当院受診後に実施した上部消化管内視鏡検査では食物残渣の貯留、胃食道接合部の通過障害は認めなかった。食道アカラシアにおける嚥下障害の評価に用いられ、3点以下になることが治療の指標とされているEckardt score (Gastrointest Endosc Clin N Am 11:281-92, 2001)は4点であった。3月に実施した食道内圧測定(High-resolution manometry)ではカテテル先端が食道胃接合部を通過せず下部食道括約筋圧の評価ができなかったが、食道体部では食道蠕動の低下を認めた。実施した食道造影では造影剤の食道内への停滞と腹部食道の進展不良を認めた。以上の結果から食道アカラシアType1の診断に至った。ニフェジピン30mgの内服を開始したが、Eckardt scoreは5点であり、十分な症状改善が得られていないと判断されたため、経口内視鏡的筋層切開術を実施する方針となった。【考察】慢性特発性偽性腸閉塞症は成因や機序が明らかになっていない難治性疾患である。本疾患に食道アカラシアを合併した報告は稀であり、文献的考察を加えて報告する。

アカラシア、偽性腸閉塞

昭和大学病院 内科学講座消化器内科学部門
樋口健佑, 梶原 敦, 野口敏宏, 中山顕碩, 中谷 溪, 鈴木統大,
宇佐美智乃, 中島陽子, 柳澤文人, 打越 学, 吉田 仁

食道アカラシアは年間発生率10万人に1~2人で20歳から40歳での発症が多いとされている。原因として原発性・ウィルス性・自己免疫性・腫瘍随伴性等が考えられているが明確な詳細は不明である。発見契機は食道の通過障害や胸焼け等の精査目的の上部内視鏡検査や食道造影により判明するケースが多い。今回双胎妊娠の経過中に食道アカラシアが判明した一例を経験し稀なケースであったため報告する。症例は2経妊1出産の妊婦17週の36歳女性。以前より経口摂取の際に時々つかえ感を自覚していたため5年前に上部内視鏡家検査を他院で施行したが、明らかな異常所見は認められなかったため経過観察されていた。今回咳嗽・発熱出現し気管支炎の診断でAZMで様子見となっていた。受診4日後に腹痛及び不正出血がみられ産科受診したが来院時に内子宮口頭側に血腫がみられるのみで出血は止まっており経過観察となった。その後徐々に喀痰増加と発熱継続し胎盤感染も疑われ加療目的に入院、上気道感染に対して抗菌薬投与が開始された。入院当日に食事摂取30分後に酸素化が悪化しSpO₂ 88%(room air)と呼吸不全を認めた。感染からの喘息増悪と診断されSABA+mPSLで治療開始も反応がみられず急激な呼吸不全のためPE否定の為造影CT撮影が施行された。所見としてPEは認められなかったが食道内腔の著明な拡張と残渣貯留があり気道圧排がみられた。CT上明らかな通過障害は見られず翌日に上部内視鏡検査を施行したところ、CT同様に食道の拡張及び胃食道接合部に軟性狭窄がみられたが内視鏡通過は比較的容易であった。胃内に病変は見られず食道アカラシアによる気道圧排・1型呼吸不全と診断。絶食と気管支炎に対する抗菌薬加療で酸素化も速やかに改善、産科より全身麻酔も可能な状況であると判断され、POEM(経口内視鏡的筋層切開術)を施行する方針で進んでいた。しかし第5病日に両児とも流産となった。炎症も落ち着き食事再開しても嘔吐や呼吸苦も見られなため退院、後日POEM治療を受け症状も改善がみられた。

アカラシア, 双胎妊娠

帝京大学医学部 内科学講座
原田文人, 小田島慎也, 八木みなみ, 田村大和, 小田 実,
飛田拓途, 芳賀 幸, 駒崎伸一郎, 岡邊大輔, 本田 卓, 櫻井美代子,
柳澤大輔, 松本康佑, 阿部浩一郎, 有住俊彦, 相磯光彦, 淺岡良成,
山本貴嗣, 田中 篤

症例は生来健康な30代女性。夕食に枝豆を食べた直後に咽頭痛を自覚し、その後嚥下困難、呼吸苦が出現したため、当院救急外来を受診した。来院時現症はSpO₂、呼吸数を含めて異常なく、来院時に施行した血液検査、胸部レントゲン、心電図に特記すべき異常所見を認めなかった。咽喉頭部の疾患を疑ったため耳鼻科にて咽喉頭鏡検査を施行したが、食物の残存や裂傷など自覚症状に関与する所見も認めなかった。食べた枝豆も径10mm強で通常の形態であると考えられ、頸部食道内に残存することはないと判断し、緊急性は低いと考えて経過観察の方針とした。しかしその後も水分摂取もできない状態が続き、咽喉頭部の違和感が持続することから翌日緊急頸部CTを施行。頸部食道内腔に軟部濃度結節を認めた。上部消化管内視鏡検査を施行したところ、梨状陥凹を過ぎた直後の頸部食道内に径15mmの枝豆を認め、食道内にはまり込んでいる状態であった。枝豆はスコープによる吸引で容易に摘出することができ、その後行った食道頭部の観察では、同領域に憩室はなく、腫瘍や変形による狭窄や閉塞も認めなかった。自覚症状は上部消化管内視鏡検査後に速やかに改善し、帰宅となった。食道異物は器質的疾患を有している場合が多く、また食物による異物は下部食道に多いとする報告も多い。本症例は器質的疾患のない頸部食道に小さい固形物がはまり込み、嚥下困難や呼吸困難感の比較的高い症状を伴う咽喉頭部付近の違和感が持続した症例で、食道異物としては非典型例であった。食道異物に関する若干の文献的考察を加え報告する。

食道異物, 上部消化管内視鏡

聖マリ安娜医科大学 消化器・肝臓内科
石田 潤, 清川博史, 辻 顕介, 加藤正樹, 佐藤義典, 池田佳子,
松尾康正, 山下真幸, 山本博幸, 安田 宏, 伊東文生

【症例】50歳男性【主訴】心窩部痛、背部痛【既往歴】2型糖尿病、高血圧症、高尿酸血症、胆嚢摘出術後【常用薬】フェビキソスタット20mg/日、カルベジロール2.5mg/日、テルミサルタン80mg/日、アムロジピンベシル酸塩10mg/日、サキサグリブチン水和物10mg/日【生活歴】飲酒歴：機会飲酒、喫煙歴：20本/日【アレルギー歴】なし【起始経過】20XX年X月X日夕食時に複数個の餅を摂取した。翌日に心窩部痛、背部痛を自覚したため当院へ救急搬送となった。同日施行した腹部CTでは、胃内に複数の高濃度を呈する餅と思われる内容物を認めた。上部消化管内視鏡では、胃内に約3~4cmの餅を複数認め、胃角部から前庭部に地図状の浅い潰瘍が多発していた。内視鏡下に餅の除去を試みたが、餅は硬化しており除去困難であったため、絶食管理目的に入院としオメプラゾール40mg/日投与を開始した。その後、心窩部痛および背部痛は速やかに改善を認めた。第2病日に再度上部消化管内視鏡を行い、硬化した餅をスパイラースネアで破砕し、回収ネットを用いて除去した。第3病日に退院となり、ボノプラザンfマル酸塩20mg/日内服を行い、1ヶ月後の上部消化管内視鏡で潰瘍の瘢痕治癒を確認した。その後、胃潰瘍の再発なく経過良好である。【考察】餅は日本の伝統的な行事食の一つであり広く普及しているが、餅によるイレウスや潰瘍、穿孔などの消化管障害の報告が散見されている。餅は理学的に消化されにくい食物であり、加熱すると柔らかくなるが温度が低下するにつれて硬く接着性が増す特性がある。本症例では歯牙欠損があり、咀嚼せず丸呑みした餅が幽門を通過できず胃内で硬化した結果、胃粘膜に対する機械的刺激および圧迫壊死をきたし胃潰瘍が生じたものと思われた。今回、我々は胃内に停滞し多発胃潰瘍の原因となった餅を内視鏡的に除去し得た1例を経験したため文献的考察を含め報告する。

餅, 胃潰瘍

順天堂大学医学部附属練馬病院 総合外科¹⁾,
同 病理診断科²⁾
藤澤悠大¹⁾, 古屋怜慈¹⁾, 井 祐樹¹⁾, 河口 恵¹⁾, 裨寝重史¹⁾,
黒田 悠¹⁾, 岩永直紀¹⁾, 関根悠貴¹⁾, 川満健太郎¹⁾, 宮野省三¹⁾,
町田理夫¹⁾, 渡野邊郁雄¹⁾, 北島俊顕¹⁾, 須郷広之¹⁾, 児島邦明¹⁾,
小倉加奈子²⁾

【はじめに】リンパ球浸潤胃癌は、癌細胞が著明なリンパ球浸潤を背景にして充実性、腺房状あるいは腺腔形成の明らかでない小胞巣状に増生する低分化腺癌である。全胃癌の1~4%と報告されており、比較的稀な疾患である。また大部分の症例でEpstein-Barr virus (EBV)の感染が認められ、他の低分化腺癌よりも予後が良好であることが知られている。今回我々は術後の病理診断でリンパ球浸潤胃癌の診断となり、EBV感染を認めた2例を経験したので報告する。【症例1】81歳女性。上部消化管内視鏡検査で胃体中部前壁側に径30mmの0-IIc病変を認め、生検でAdenocarcinoma (tub2)の診断となった。深達度はSM massive疑いであり、腹腔鏡下胃幽門側切除術を施行した。手術検体では肉眼型は0-IIa+IIcの混合型であった。病理検査では著明なリンパ球浸潤を背景とし癌細胞が腺腔形成の明らかでない小胞巣を呈して増生する低分化腺癌の像が見られ、リンパ球浸潤胃癌の診断となった。免疫染色でEBER-ISH陽性であり、EBV関連胃癌と考えられた。壁深達度はSM massive、リンパ節転移は認めなかった。【症例2】73歳女性。検診の胃透視で異常を指摘され、精査目的の上部消化管内視鏡検査で胃体上部後壁側に25mm大の0-IIa+IIc病変を認め、生検でAdenocarcinoma (tub2+por2)の診断となり開腹胃全摘出術を施行した。手術検体の肉眼型は0-IIa+IIcの混合型であった。萎縮性胃炎を背景に、高度のリンパ球浸潤を伴いながら中分化から低分化相当の不整な腺管構造を形成する腫瘍細胞を認め、リンパ球浸潤胃癌の診断となった。免疫染色でEBER-ISH陽性であり、EBV関連胃癌と考えられた。壁深達度はSM massive、リンパ節転移は認めなかった。

リンパ球浸潤胃癌, EBV感染

横浜市立大学附属病院 消化器外科¹⁾、
横浜市立大学附属市民総合医療センター 消化器病センター外科²⁾
川島 圭¹⁾、佐藤 渉¹⁾、窪田裕富人¹⁾、森 康一¹⁾、鈴木紳祐¹⁾、
小澤真由美¹⁾、石部敦士¹⁾、小坂隆司¹⁾、土屋伸宏²⁾、佐藤 圭²⁾、
宮本 洋²⁾、國崎主税²⁾、秋山浩利¹⁾、遠藤 格¹⁾

【症例】62歳、男性。【主訴】発熱、嘔吐、下痢。【現病歴】約1年前に十二指腸潰瘍に対してHelicobacter pylori除菌治療およびPPI投薬による加療歴があった。今回、5日前からの発熱、嘔吐および下痢を主訴に当院消化器内科を受診した。腹部造影CT検査を施行すると、十二指腸周囲の遊離ガス像、十二指腸下行脚背側から右骨盤にまで及ぶ最大径約15cmの液体貯留を認めた。以上より、十二指腸穿通による後腹膜膿瘍と診断し、加療目的に当科入院となった。【入院後経過】絶飲食、中心静脈栄養、抗生剤投与および経皮的ドレナージによる治療の方針とした。第3病日に、穿刺ルートの安全性を考慮し、まず右骨盤背側の膿瘍腔にCTガイド下でビッグテールカテーテルを挿入した。第6病日に透視下上部内視鏡検査を施行し、十二指腸下行脚の潰瘍と腸管外への造影剤漏出を確認した。第13病日に透視下に空腸内に経鼻経腸栄養チューブを留置し、経腸栄養に変更した。同日にビッグテールカテーテルを内瘻化チューブに交換し先端を十二指腸穿通部近傍の膿瘍腔内に留置し得た。その後ドレナージは良好となり、約1週間の経過で血液検査所見の改善および膿瘍腔の著明な縮小を認めた。第21病日に上部消化管造影検査により穿孔部の閉鎖を確認し、経口摂取を開始した。第28病日のドレナージ造影検査で、十二指腸背側の膿瘍腔は消失していたため内瘻化チューブを引き抜いた位置に交換し、盲腸尾側に残存した膿瘍に対して、ビッグテールカテーテルを追加挿入した。第35病日にビッグテールカテーテルを、第42病日に残りのドレナージを抜去した。経過良好で第45病日に軽快退院した。【考察】十二指腸穿通に伴う後腹膜膿瘍は比較的稀な疾患であり、多くは手術療法が施行され、保存的加療のみによって治癒した症例は少ない。今回、経皮的ドレナージと適切な栄養療法による保存的加療により治癒した広範な後腹膜膿瘍の1例を経験したため、若干の文献的考察を加えて報告する。

十二指腸潰瘍穿孔、後腹膜膿瘍

亀田総合病院
齊東京祿、川満奈津貴、木下英幸、吉村茂修、仲地健一郎、
白鳥俊康、南雲大暢、進藤洋一郎、中路 聡

【緒言】胆石イレウスは比較的希とされているが、その中でも十二指腸への胆石嵌頓が原因で胃内容排泄障害を来す病態はBouveret症候群と呼ばれている。本邦での報告は僅かであり、今回我々は胆嚢十二指腸瘻からの落下結石による消化管閉塞を発症し、自然排泄した症例を経験したため若干の文献的考察を踏まえて報告する。【症例】87歳男性で、以前より胆石性胆嚢炎を繰り返していた。高齢・低いADL・多数の基礎疾患を有しているという理由で手術施行困難と判断し、PTGBD留置の上、経過観察となっていた。胆嚢炎加療2ヶ月後に嘔吐を主訴に当院救急外来を受診した。その際の造影CT検査で胆嚢・十二指腸の穿通と十二指腸球部に結石を疑うhigh-density mass、胃の拡張を認めた。上部消化管内視鏡検査施行したところ、十二指腸球部に30mm程度の結石と球部前壁に胆嚢十二指腸瘻と思われる瘻孔を認めた。画像所見より胆石が胆嚢十二指腸瘻の瘻孔から十二指腸球部へ落下し、嵌頓したものと考えた。スネアでの除去を試みたが、結石は硬く、破砕、除去は困難であった。後日、再度内視鏡検査施行したところ、結石は十二指腸球部には認めず、造影CTで回腸末端に結石を認めた。保存的加療で、結石は直腸まで自然排泄されており、食事再開後に消化器症状の再燃認めなかったため、第31病日に退院とした。【結語】Bouveret症候群の1例を経験した。本症例は、結石が自然排泄されたが、嵌頓が続く場合は治療も検討しなければならない。治療法として、手術や内視鏡的破砕があり、近年では内視鏡的治療が有用な報告が多い。

Bouveret症候群、胆石イレウス

JR 東京総合病院 消化器内科¹⁾、同 呼吸器内科²⁾、
同 循環器内科³⁾
岩立堂佑¹⁾、中川秀紀¹⁾、松本留美衣¹⁾、宮田涼平¹⁾、成瀬 奨¹⁾、
吉川剛史¹⁾、毛利 大¹⁾、大前知也¹⁾、赤松雅俊¹⁾、岡本 真¹⁾、
北原慎介²⁾、村岡洋典³⁾

【背景】Pulmonary tumor thrombotic microangiopathy (以下PTTM)は肺高血圧と呼吸不全を特徴とし、胃癌などの腺癌に関連した報告が多い。急速な経過を辿ることが多く、生前に診断することも困難な予後不良の疾患とされている。今回PTTMを生前診断し、肺高血圧症への治療と胃癌に対する化学療法を同時に行うことで、約10ヶ月の長期生存を得た症例を経験したので報告する。【症例】69歳男性。前医にて胃癌と診断され、幽門側胃切除後、S-1による術後化学療法を行っていた。PDの判断につき、レジメン変更予定であったが、呼吸困難が出現し、前医に緊急入院。COPD急性増悪が疑われ、ステロイド投与が行われたが改善に乏しく、当院へ転院となった。心臓超音波検査で右心負荷所見を認めたことから、肺動脈塞栓症を疑い造影CT施行したが、血栓像は認めなかった。胃癌が背景にあったためPTTMを疑い、第2病日に右心カテーテル検査を施行したところ、mPAP 39mmHg、PCWP 8mmHgと肺高血圧を認め、肺動脈の吸引細胞診でclass VであったことからPTTMと診断した。肺高血圧に対してタダラフィル20mg、マシテンタン10mgの投与を、胃癌に対してnab-PTXで化学療法を開始した。化学療法によって腫瘍マーカーは低下したが、酸素化の改善に乏しく、第8病日よりベラプロスト60μgを追加し、第10病日より120μgに増量した。その後、徐々に酸素化の改善を認め、第22病日に右心カテーテル検査を再検したところ、mPAP 18 mmHg、PCWP 7 mmHgまで改善した。化学療法は継続しながら、ベラプロスト、タダラフィル、マシテンタンを順次中止したが、酸素化の悪化なく経過した。イレウス発症による退院の延期はあったが、リハビリでADLも回復し、第88病日に退院となった。【考察】胃癌患者において原因不明の呼吸不全を認めた場合は、PTTMも念頭においた検査を行っていくことが肝要である。また、PTTMと診断できた場合は肺高血圧に対する治療のみならず、原病への化学療法も積極的に行うことで、長期生存が可能となる場合があると考えられる。

PTTM, 胃癌

東京医科大学 消化器内視鏡学¹⁾、同 消化器内科学²⁾、
同 消化器・小児外科学³⁾、同 人体病理学⁴⁾
河合優佑¹⁾、山口 隼¹⁾、河合 隆¹⁾、福澤誠也²⁾、糸井隆夫²⁾、
須田 健³⁾、勝又健次³⁾、土田明彦³⁾、松林 純⁴⁾、長尾俊孝⁴⁾

症例は40歳代男性。健診で30歳代後半に血清抗p53抗体が306 U/mlと高値を指摘され精査治療目的に当院紹介となった。上下部内視鏡検査を含めた精査を行ったものの明らかな病変を認めず、経過観察となった。しかし、数年後のCT検査で胃小弯側のリンパ節腫脹を認め、消化管腫瘍によるリンパ節転移が疑われた。その後の上部消化管内視鏡検査にて食道胃粘膜接合部に腫瘍性病変を認めた。同部位から生検を行ったところAdenocarcinomaが検出され、食道胃接合部癌の診断となった。胃小弯側にリンパ節転移が疑われたことも踏まえ、胃全摘・D2郭清が施行された。手術検体からもリンパ節転移を認め、T1N1M0の診断となり現在は術後化学療法が施行されている。後日、手術検体病理にp53免疫染色を追加で施行したところ、腫瘍部位に強陽性を認めp53に関連した腫瘍と考えられた。食道胃接合部癌は、近年食生活の欧米化や肥満者の増加から本邦においても増加傾向にあり、腺癌の発生母地となる点からBarrett食道癌とともに増加が懸念されている。加えてp53はがん抑制遺伝子として広く知られている。p53の変異により早い段階から食道癌・乳癌・大腸癌のリスクとなることが示唆されており、腫瘍性病変の早期検出が期待されている。しかし、p53との明確な関連は特定できていないところが現状である。本症例は、血清抗p53抗体が高値の状態から数年後に40歳代前半と比較的若年で食道胃接合部癌を発症した興味深い症例であり、文献的検索を踏まえながら、食道胃接合部癌とp53との関連について考察する。

食道胃接合部癌, p53

プロトンポンプ阻害薬投与中止と抗菌薬投与により改善が得られた蛋白漏出性胃腸症を来した小腸炎の1例

杏林大学医学部 消化器内科学

鍛治諒介, 尾崎 良, 齋藤大祐, 和田晴香, 菊地翁輝, 徳永創太郎, 箕輪慎太郎, 三井達也, 三浦みき, 櫻庭彰人, 林田真理, 三好 潤, 松浦 稔, 久松理一

症例は19歳女性、201X-1年診断の潰瘍性大腸炎（UC）で通院加療中。メサラジン内服で寛解が維持されていたが、201X年より食欲不振、排便回数の増加を認め、PSL30mg内服が開始された。同時期より両下腿浮腫の出現、下痢の増悪を認めIFX5mg/kg投与が開始されたがその後も症状の改善が得られず入院となった。入院時に血清Alb1.9g/dLと著明な低Alb血症を認め、造影CTでは骨盤内小腸に著明な浮腫性変化を認めた。大腸内視鏡では回腸末端に不整形の潰瘍が散見され、病理所見は非特異的な炎症所見であった。蛋白漏出シンチグラフィで回腸への集積を認め、小腸造影で回腸に造影剤の不均一な付着を認めた。小腸炎による蛋白漏出性胃腸症と診断し、IFXは中止、PSL50mgへ増量、成分栄養剤も併用したが症状は改善なく、低Alb血症は増悪し血清Alb1.0g/dL前後で推移した。経肛門のDBEでは回腸末端より萎縮した絨毛が連続し、不整形の地図状潰瘍を伴う狭窄を認めた。炎症部位の生検結果は非特異的な炎症所見のみで、結核PCRは陰性であった。治療はいずれも奏功せず、腸内細菌叢の変化による小腸炎を低Alb血症の成因として疑った。発症時期と内服歴を検討し、被疑薬として否定できなかったPPIを中止し、抗菌薬（MNZ750mg、CPFX600mg）の投与を開始した。その後症状は徐々に改善傾向を示し、血清Alb値は上昇した。食事開始後も症状の増悪なく経過し退院。その後も症状の再燃なく、退院3ヶ月後に施行したDBEで小腸潰瘍は消失していた。本症例はPPI投与開始直後より低Alb血症が出現し、投与中止後に改善が得られた。PPIが小腸の腸内細菌叢の変化に関与し、蛋白漏出を来す小腸炎の成因となった可能性が否定できなかった。被疑薬の中止に加え抗菌薬投与も併用したが、IBDの治療においても腸内細菌叢の変化を導く目的で抗菌薬投与が検討されることがある。著明な低Alb血症を来した小腸炎について、文献的考察とともに報告する。

小腸炎, 抗菌薬

難治性潰瘍性大腸炎に漢方薬（含青黛）が著効した一例

自治医科大学 内科学講座消化器内科学部門¹⁾, スカイクリニック²⁾

上野 航¹⁾, 高橋治夫¹⁾, 平岡友二¹⁾, 福田 久¹⁾, 角田真人¹⁾, 小林泰俊¹⁾, 坂本博次¹⁾, 砂田圭二郎¹⁾, 天野國幹²⁾, 山本博徳¹⁾

【症例】31歳男性。【主訴】腹痛、血便。【現病歴】201X年2月に発症し、近医で潰瘍性大腸炎の診断でメサラジン3600mg内服開始したが、改善に乏しく、3月前医紹介となった。初回寛解導入療法として血球成分除去療法、PSL 60mg、メサラジン 4800mg、ブデソニド注腸フォーム剤を開始した。ロイケリン 30mg 併用しPSLは8月で漸減終了し、臨床的寛解を維持していたが、10月から血便が再燃し、11月前医へ再入院した。下部消化管内視鏡ではMES 3の所見であった。インフリキシマブを開始したが、12月時点で10-20行の血便を認めたことからタクロリムス導入目的に12月当科紹介入院となった。【入院後経過】当初はCMV感染も考えガンシクロビル投与を行ったが、改善に乏しく、201X+1年1月（第16病日）からタクロリムスを開始した。その後は血中濃度7ng/ml程度に維持し症状の改善を認めたことから第33病日に当科退院として、当科外来で内服調整を継続する方針とした。【外来経過】201X+1年2月上旬から、腹痛は軽度ながら血便が再燃していた。3月中旬（退院47日後）より自己判断で漢方薬（含青黛）が導入された。開始後、粘液便は減少し、血便も減少傾向を認めた。その結果タクロリムスは漸減でき、4月下旬（退院84日後）には中止となった。またメサラジン製剤も中止可能であった。漢方導入後も副作用出現なく経過している。【考察】潰瘍性大腸炎の難治例では、アザチオプリン・6-MP、抗TNF製剤やタクロリムスが使用される。タクロリムスで寛解導入し維持が可能となっても、使用期間の制限から他剤への移行により再燃する症例も多く経験される。本症例では、メサラジン、インフリキシマブ、タクロリムスに対して治療抵抗例であったにも関わらず、漢方薬の使用によって臨床的寛解が得られ、タクロリムスも中止することが可能となった。近年、難治性潰瘍性大腸炎に対する漢方薬の有用性が報告されており、文献的考察を加えて報告する。

潰瘍性大腸炎, 漢方薬

メサラジン製剤不耐症の潰瘍性大腸炎の一例

東京慈恵会医科大学葛飾医療センター 消化器・肝臓内科¹⁾, 東京慈恵会医科大学 消化器・肝臓内科²⁾, 山根史嗣¹⁾, 荒井吉則¹⁾, 遠藤大輔¹⁾, 柴田 駿¹⁾, 菊地伊都香¹⁾, 沼田 雄¹⁾, 稲村崇志¹⁾, 安藤理孝¹⁾, 小川まい子¹⁾, 佐藤日向菜¹⁾, 菅原一朗¹⁾, 中田達也¹⁾, 横山 寛¹⁾, 中塚佳奈¹⁾, 有廣誠二²⁾, 穂荻厚史¹⁾, 猿田雅之²⁾

35歳、女性。既往歴なし。201X年2月に腹痛、下痢、血便を主訴に近医受診し下部消化管内視鏡検査（以下CS）にて、直腸炎型潰瘍性大腸炎（以下UC）と診断された。メサラジン製剤を開始され数日で血便は消失したが腹痛、下痢は改善せず、同薬剤開始9日後より38℃台の発熱を認めるようになった。11日後に血便再出現、13日後に強度の腹痛を認めたため精査加療目的で当院に紹介、入院となった。入院時よりメサラジン製剤を中止したところ翌朝には解熱し腹痛、血便は消失し、排便回数は20回/日から2回/日へ減少した。同薬剤のリンパ球刺激試験（Drug-induced Lymphocyte Stimulation Test: DLST）は陽性であり、臨床経過と合わせてメサラジン製剤不耐症と診断した。入院第3病日に施行したCSでは全大腸に中等度～高度の炎症所見を呈しておりUCの病変の進展、増悪を認め、ステロイド大量静注（水溶性プレドニン40mg/日）を開始した。メサラジン製剤の必要性和不耐症状再出現の可能性につき十分にインフォームドコンセントを行った上で、第11病日よりメサラジン製剤を変更して投与を開始した。経過良好であり第21病日に退院となった。同薬剤のDLSTは陰性であった。退院後一ヶ月経過しているが不耐症状は認めず臨床的寛解を維持している。今回、メサラジン製剤開始後に不耐症状と短期間にUC病変の増悪を認め、ステロイド治療とメサラジン製剤の変更により継続投与が可能であったUC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。

メサラジン製剤不耐, 潰瘍性大腸炎

カルシウム拮抗剤でのCollagenous ileitis and colitisの1例

千葉メディカルセンター 消化器内科
大山湧平, 小泉周子, 齊藤昌也, 辰野美智子, 中村奈海, 瀬座勝志, 福田吉宏

下痢症を主訴に来院され、組織学的にCollagenous ileitis and colitisの診断となった1例を経験したので文献的考察を加えて報告する。

症例は72歳女性。2ヶ月ほど前から1日6～8回の水様便を認め、止痢剤や整腸剤などを処方されたが改善に乏しく、紹介受診となった。便培養は有意菌なし、腹部CTに有意所見なし、血液検査はアルブミン低下を認めるのみであった。下部消化管内視鏡検査では、回腸末端で軽度の絨毛の腫大と平低化を認めるのみであった。Collagenous colitisを含むMicroscopic colitisやアミロイドーシスなどを鑑別に生検を行ったところ、回腸末端～S状結腸でコラーゲンバンドの飛行を認め、Collagenous ileitis and colitisの診断となった。薬剤性を疑うもPPIやNSAIDsの内服は無く、カルシウム拮抗薬を疑い中止したところ、病状は速やかに改善し、止痢剤を中止後も症状の増悪を認めず、血清アルブミンも回復するに至った。Collagenous colitisは内視鏡的所見に乏しいことが特徴であり、Microscopic colitisを鑑別に挙げてスクリーニング生検をすることが診断の一助になる。慢性下痢症では内視鏡的所見のみで安易に過敏性腸症候群と診断せず、生検を行う必要がある。また、Collagenous ileitisの報告は非常に少なく、今回Collagenous ileitis and colitisの診断となった1例を経験したので報告する。

Collagenous ileitis, Collagenous colitis

草加市立病院 消化器内科¹⁾, 同 外科²⁾, 同 病理診断科³⁾
笠野由佳¹⁾, 今城真臣¹⁾, 河上和輝¹⁾, 山崎友裕¹⁾, 磯崎 岳¹⁾,
戸田晶子¹⁾, 小橋健一郎¹⁾, 鎌田和明¹⁾, 矢内常人¹⁾, 川村雄大²⁾,
阿部志保³⁾

症例は50歳男性。20XX年X月便潜血陽性精査目的に来院した。下部消化管内視鏡検査を施行したところ、虫垂入口部周囲に虫垂孔内に連続する隆起性病変を認めた。周囲粘膜が粘膜下腫瘍様に隆起しており、正常粘膜を介し離れた部位に逆浸潤所見を認め、粘膜下層以深への浸潤を伴う虫垂癌と診断した。生検では、大型の乳頭状・管状構造を呈して密に増殖する腫瘍腺管からなる高分化腺癌を認めた。CT検査上は虫垂軽度腫大を認めるのみで明らかな転移は認めず、腹腔鏡補助下回盲部切除術を施行された。病理では、肉眼的に虫垂入口部に18×12mmの0-I s病変があり、遠位の虫垂粘膜の軽度肥厚、末端部の絨毛状変化を認めた。組織学的には虫垂入口部の隆起部では管状・絨毛状に増殖する腺癌であった。同病変周囲へ虫垂粘膜には鋸歯像構造を伴う低異型度の粘液性腺管の増生が見られた。虫垂先端部の絨毛状部では入口部と同様の異型の強い腺癌成分を認め、一連の病変であると考えられた。腫瘍は虫垂先端部において局所的に粘膜下まで浸潤していたが、1箇所漿膜下層にも進展を認めた。なお、明らかな脈管侵襲は認めなかった。リンパ節転移は認めず、術後4ヶ月現在、再発なく経過良好である。

虫垂癌, LAMN

東京歯科大学市川総合病院 消化器内科
石塚隆浩, 財部紗基子, 北川清宏, 須永将梧, 荒畑恭子, 片山 正,
尾城啓輔, 中村健二, 岸川 浩, 西田次郎

【症例】70歳代 女性【主訴】便潜血陽性【現病歴】201X年11月、便潜血陽性精査目的に近医より当科に紹介受診した。【既往歴】骨粗鬆症、脂質代謝異常症、高血圧症、間質性肺炎【経過】下部消化管内視鏡検査を施行し上行結腸に2cm大のIp病変を認め内視鏡的粘膜切除術を施行した。病理学的にTubular adenocarcinoma, well differentiated, Ip, 14×14mm, pT1b(SM, 4mm), Lyl, V0, BD2, HM0, VM0の診断で、追加外科的切除の方針となり、当院外科にて腹腔鏡補助下結腸右半切除術(D3)を施行した。上行結腸のEMR瘢痕部に腫瘍の遺残は認めなかったが、切除標本中の虫垂の腫大を認めた。虫垂は組織学的に粘膜下層から漿膜下層にかけて核が偏在し細胞質に粘液を有する異型細胞が小胞巣を形成して浸潤増殖する像を認め、免疫染色でCK7(-), CK20(+), Chromogranin A(+), Synaptophysin(+)となっており、虫垂杯細胞カルチノイドと診断した。深達度はSEと判断されたが、病変は虫垂に局限し、郭清されたリンパ節に転移は見られなかった。術後6か月の現在、再発・転移の出現なく経過している。【考察】虫垂杯細胞カルチノイドは虫垂腫瘍の中で稀な組織型であり、リンパ節転移や腹膜播種を来しやすく、一般的には悪性度が高いとされる。ほとんどの症例が虫垂炎の術前診断で急性腹痛として手術され、術後の病理所見より確定診断に至っている。その他の発見の契機として虫垂腫瘍、腸閉塞などがこれに続く。本症例のように他疾患に対し外科的切除を施行し、その切除標本に腫大した虫垂が含まれ、偶発的に診断に至った症例は報告がない。本症例の場合、術前の造影CTで虫垂に造影効果のある壁肥厚が認められるが、術前に有意な所見として捉えることができなかったが、病変部がEMR後の外科的追加切除の範囲内に含まれ根治切除が可能であった。無症状であっても造影CTで虫垂に造影効果のある壁肥厚を認めた場合、早期の虫垂杯細胞カルチノイドの可能性も疑い治療することで、予後の改善を図ることができる可能性も考えられ、示唆に富む症例と考え報告する。

虫垂腫瘍, 杯細胞カルチノイド

医療法人 熊谷総合病院
比留間晴彦, 齋藤雅彦, 土合克巳, 松井真理子, 門野源一郎,
石川武志, 野村祐介, 村上規子, 五月女直樹

【目的】S状結腸軸捻転症は腸閉塞の原因の一つであり、放置すると腸管の絞扼、壊死、穿孔、腹膜炎を来し、緊急的治療が必要となる。内視鏡的に整復される症例が多いが、重症例や再発例では手術となる場合もある。今回当院におけるS状結腸軸捻転症について検討した。【方法】対象は2014年2月から2019年4月までにS状結腸軸捻転症と診断された16例である。それらの臨床的特徴、内視鏡所見、内視鏡的整復、転転について検討した。【結果】平均年齢は71.5歳(36~84歳)、男女比は1:1であった。全例で緊急内視鏡を施行し整復を試みた。16例中12例(75%)で内視鏡によるストレッチ操作で整復が可能であった。ストレッチ操作が不能であった4例は脱気のみで、1例は疼痛によりストレッチ操作が困難であった症例、残りの3例は下行結腸までの到達が困難な症例であった。虚血性変化を認めた症例は3例であり、全例でストレッチ操作を行えた。1例は整復後に虚血性の腸炎によると考えられる敗血症性ショックで死亡、2例は保存的加療で改善を認めた。全例で同一入院中の再発は認めなかった。同一入院中ではない再発は16例中、9例(56.3%)に認めた。待機的手術を施行した症例は9例であり(8例は再発例、1例は非再発例)、手術に至るまでは平均2.8回(1~7回)の発症を認めた。【総括】S状結腸軸捻転症に対する緊急内視鏡的整復は有用な治療法である。整復困難症例でも十分な脱気により捻転の自然解除が期待できると考えられる。ただし、再発率は50%以上と高く、待機的手術に至った症例も多くみられた。

S状結腸軸捻転, 内視鏡的整復術

杏林大学 下部消化管外科¹⁾, 同 病理部²⁾, 同 腫瘍内科³⁾
船越早織¹⁾, 吉敷智和¹⁾, 小嶋幸一郎¹⁾, 服部健人¹⁾, 新井孝明¹⁾,
紅谷結美¹⁾, 若松 喬¹⁾, 飯岡愛子¹⁾, 麻生喜祥¹⁾, 鶴見賢直¹⁾,
森 俊幸¹⁾, 正木忠彦¹⁾, 阪本良弘¹⁾, 阿部展次¹⁾, 柴原純二²⁾,
久松理一³⁾, 須並英二¹⁾

【症例】64歳女性【現病歴】下痢を主訴に近医受診し、急性胃腸炎と直腸脱の診断。直腸脱は用手還納で改善した。明らかな腫瘍触知なく、肛門括約筋の弛緩は認めなかった。10日後に頻回の下痢を認め再度受診したところ、直腸診でAV5cmに表面平滑弾性硬な腫瘍を認めたため当院紹介受診。【既往歴】高脂血症、手術歴なし、直腸脱なし【画像所見】CT:直腸に3cm大の大部分で脂肪濃度を呈する腫瘍性病変を認め、S状結腸の直腸への腸重積あり。遠隔転移やリンパ節腫大は認めなかった。MRI:S状結腸に内腔に突出するように1.5cm大の脂肪組織を含むような高信号の腫瘍を認め、内部に隔壁状の低信号あり。CS:AV38cmに4.6cm大の可動性良好な粘膜下腫瘍あり。delleは認めなかった。生検ではGroup1。【血液検査】特記事項なく検索した腫瘍マーカーは正常値であった(CEA 1.4ng/ml, CA19-9 2.0U/ml, CA125 10.2U/ml)【術前診断】S状結腸粘膜下腫瘍による直腸への腸重積。直腸脱は前医初診時以降認めておらず、腫瘍の肛門外脱出であったと考えられた。【手術】待機的に腹腔鏡補助下S状結腸切除術+D2郭清を施行した。術中腹水、腹膜播種、リンパ節腫大なし。腫瘍は腹腔内からは観察できず漿膜面への露出はなかった。【切除標本病理所見】2.5×2.5×2.3cm大の正常粘膜で覆われ一部表面に潰瘍を有する隆起性病変を認めた。組織学的には粘膜下層主体に一部漿膜下層まで及ぶ成熟脂肪細胞の増生を認め、ほぼ均一な大きさであり異型性に乏しく、リンパ節転移もなし。粘膜下脂肪腫を先端とした腸重積として矛盾しない所見であった。【術後経過】術後合併症なく、術後12日目に退院。【考察】成人腸重積は比較的稀な疾患であり、原因の80%以上が器質的疾患によるものだが、そのほとんどが癌によるものである。脂肪腫を先遣部とし、S状結腸に発生した報告例は少なく、肛門外脱出をきたす症例は数例にとどまる。肛門外脱出をきたしたS状結腸に発生した良性疾患による腸重積に対し、待機的に低侵襲治療を施行した症例を経験したのでここに報告する。

大腸脂肪腫, 腸重積

津田沼中央総合病院
高橋秀樹

結腸狭窄の原因としては悪性腫瘍、憩室症、放射線障害などがある。今回我々は上行結腸狭窄による腸閉塞症状、盲腸穿孔に対して結腸右半切除を行ったが、狭窄の原因が不明であった症例を経験したので報告する。

症例は78歳男性。3日前から続く腹痛を主訴に来院した。身体所見では腹部膨満、右下腹部の圧痛、筋性防御を認めた。採血ではWBC 12200/ μ l、CRP 9.45mg/dlと炎症反応の上昇がみられる他は有意な所見を認めなかった。腹部造影CTでは上行結腸から横行結腸にかけて区域性の壁肥厚と狭窄を認め、口側には大量の便が貯留していた。周囲にはdirty fat signを認め、ダグラス窩に腹水が貯留していた。盲腸切迫穿孔と診断し、同日緊急手術を行った。

開腹すると腹腔内に血性腹水を認めた。盲腸は著しく拡張し、壁の一部に血流障害、菲薄化していた。上行結腸には明らかな腫瘍性病変は認めず、周囲組織との癒着や瘻孔は認めなかった。他の結腸、小腸にも異常を認めなかった。結腸右半切除を行い回腸と横行結腸を機能的端々吻合にて再建した。上行結腸に約4cm長にわたる狭窄を認めた。腸管壁は浮腫上に肥厚していたが、粘膜面には肉眼的に腫瘍性病変や憩室、その他異常な所見を認めなかった。盲腸には出血を伴う穿孔を認めた。病理組織学的な詳細は現在検索中である。

術後経過は良好で術後14日目に退院となった。

結腸, 狭窄

千葉ろうさい病院 消化器内科¹⁾、同 外科²⁾、
同 病理診断部³⁾
岩崎巨征¹⁾、石神秀昭¹⁾、竹内良久¹⁾、笹部真亜沙¹⁾、久我明司¹⁾、
梶谷佳生¹⁾、菰田文武¹⁾、松本正成²⁾、草塩公彦²⁾、尾崎大介³⁾、
田中武継¹⁾

【症例】57歳、女性。【主訴】肝腫瘍。【現病歴】20XX年4月に当院耳鼻科で甲状腺腺頭癌に対する甲状腺全摘術を行った。20XX+4年6月に行った頸胸部CT検査の際に肝S5に13mm大の腫瘍を初めて指摘され、当科を紹介受診した。腹部超音波検査では内部に小さな低エコー域を有する高エコーな腫瘍であった。腹部単純CT検査では、腫瘍内部が背景肝と等吸収で、周囲は軽度低吸収であった。肝形態は正常であった。造影CT検査の動脈相では全体が早期濃染され、濃染の持続はなかった。Gd-EOB-DTPA造影MRI検査でもCTと同様の血流動態が観察され、肝細胞相での取り込みは見られなかった。また脂肪成分は明らかでなかった。この時点で肝細胞腫、肝血管筋脂肪腫、甲状腺癌肝転移などを鑑別に挙げたが確定できず、同腫瘍が20XX+1年6月のPET-CT検査時に10mm大の低吸収域として見られ、FDG集積は見られず、3年間に急速な増大が見られなかったことから、経過観察の方針となった。その後、20XX+7年目の造影CT検査時に19mm、20XX+9年目の造影MRI検査時に21mmと緩徐に増大したため、肝部分切除の方針とした。【現症】特記事項なし。【検査結果】AST 19IU/L、ALT 22IU/L、 γ -GTP 17IU/L、HBs抗原陰性、HCV抗体陰性、AFP 2.1ng/ml、PIVKA-2 14mAU/ml。【手術】腹腔鏡下肝S5部分切除術。【病理所見】病変は被膜を持たない葉状の腫瘍組織を含み、腫瘍細胞は大型長円形ないし類円形核と顆粒が豊富な胞体を持つ多辺形細胞で、一部に色素を持つ細胞を混じていた。免疫染色ではSMA、Caldesmonが陽性、HSA、AEI/3、Cam5.2、S-100は陰性であった。【診断】肝PEComa (Neoplasm with perivascular epithelioid cell differentiation) あるいは肝血管筋脂肪腫。【考察】本症例は甲状腺癌術後の経過観察中に肝腫瘍を指摘され、10年間の自然経過を観察し得た肝PEComaあるいは肝血管筋脂肪腫の一切除例である。現在ではlow grade malignancyであると考えられている稀な腫瘍の長期経過を観察できた点で貴重な症例と考えられ、免疫染色を追加し、若干の文献的考察を加えて報告する。

Pecoma, 血管筋脂肪腫

順天堂大学医学部 消化器内科

阿部大樹、松本健史、池田 厚、石井重登、泉健太郎、深田浩大、
上田久美子、高和 正、加藤順子、澁谷智義、山科俊平、
伊佐山浩通、池嶋健一、椎名秀一朗、永原章仁

症例は56歳女性。X年9月末より発熱があったが自然軽快していた。同年10月中旬より再度発熱があり、前医でCTを撮影したところ、多発肝腫瘍および肝門部・傍大動脈リンパ節腫大、多発肺結節を認め、転移性肝腫瘍疑いで当院紹介受診となり、精査加療目的に入院となった。WBC、CRP、フェリチン等の炎症反応と肝胆道系酵素の上昇、腫瘍マーカーSCC、NSE、SIL-2Rの軽度上昇を認めた。腹部超音波検査では肝右葉に最大径13cmの腫瘍性病変、左葉にも低エコーの小腫瘍が散在していた。CTでは同病変は低吸収域であり、肝門部と傍大動脈リンパ節腫大を認め、肺両葉に小粒状影が散在していた。MRIDWIにて肝両葉の多発する高信号域であったため、転移性肝腫瘍が疑われた。上下部内視鏡検査では消化管に粗大病変は認められず、肝内胆管癌による肝内転移・肺転移・遠隔リンパ節転移が疑われ肝腫瘍生検が施行された。病理組織検査では免疫染色でp40陽性であったが、他CK7、CK20、TTF-1、NapsinA、synaptophysin、chromograninA、CD56、ER、PgRに関してはいずれも陰性で、腺癌や内分泌腫瘍、乳癌等も否定的と考えられ、低分化扁平上皮癌と診断された。原発巣不明であったためPET-CTを施行したところ他臓器に原発巣はなく、最終診断は肝原発扁平上皮癌となった。肝原発扁平上皮癌は、原発性肝癌取扱い規約第6版において肝内胆管癌の特殊型に相当し、非常に稀な腫瘍である。国内では本症例を含め20例程度の報告しかなく、予後は最長で術後1年9ヶ月と不良である。報告症例が少なく治療方針や化学療法の奏功性に関して一定の見解が得られておらず、化学療法導入例も1年以内にPDとなるものが多いため、外科的肝切除以外に有効な治療法は確立されていない。本症例においても診断時遠隔転移を認めていたため外科治療の適応はなく、胆管癌の治療に準じてGemcitabine+Cisplatin療法が導入されたが腫瘍進行が速く、腫瘍発見から3ヶ月後に死亡となった。肝原発扁平上皮癌は本例のように発見時すでに外科治療適応外の症例が多く、放射線療法や化学療法を含めた有効な新規治療方針の確立が待たれる。

肝原発扁平上皮癌, PET-CT

東京通信病院

浅野 涼、時任佑里恵、高岡真哉、古谷建悟、松井 徹、加藤知爾、
小林克也、関川憲一郎、光井 洋

症例は83歳男性。PSA高値により当院泌尿器科に紹介された。生検により前立腺癌の診断となり、ホルモン治療と除睾術が施行された。また肝臓に腫瘍影を認め、当科へ紹介。HBV、HCVは陰性でアルコール多飲歴が存在した。EOB造影MRI、造影CTにて造影パターンの異なる多発の肝腫瘍を認め、PIVKA-II高値より肝細胞癌の可能性が考えられた。さらに、上部内視鏡検査で下部食道にヨード不染の隆起性病変を認め、生検で扁平上皮癌と診断された。大腸内視鏡検査では腫瘍性病変は認めなかった。この時点で三重複癌の可能性もあり、多発肝腫瘍の診断・治療方針決定のため、多血性・乏血性・リング状濃染の三種類の腫瘍の生検を行った。その結果、病理診断はすべて肝細胞癌で高〜中分化な組織像であり、背景肝はA2F2の非肝硬変であった。PSOで肝機能は保たれており、肝腫瘍に対する治療として、左葉の多血性病変に対し肝動脈塞栓術を施行し、右葉の多発病巣にはラジオ波治療を行う方針とした。肝腫瘍がコントロールできた時点で、食道癌についてもESD治療を検討している。平均余命の延長に伴い、癌の出現率は増加し、本症例のように重複癌を伴う場合も増加するものと思われる。肝腫瘍が存在する場合は、原発性・転移性の鑑別が難しい場合もあり、積極的に生検を行って診断を確定し、治療方針を決定することが肝要と思われる。

肝細胞癌, 重複癌

松戸市立総合医療センター 消化器内科¹⁾、同 病理科²⁾
仲澤隼人¹⁾、岡部真一郎¹⁾、森居真史¹⁾、山本孝志¹⁾、西川貴雄¹⁾、
武田晋一郎¹⁾、野呂昌弘²⁾

【症例】82歳女性 【主訴】便潜血陽性 肝機能障害 【現病歴】もともと高血圧にて近医加療中であつたが便潜血陽性、肝機能障害、体重減少にてX年7月に当院紹介となった。下部消化管内視鏡検査で盲腸にLST-Gを認め、ESD施行した。病理所見としては早期大腸癌であつた。このとき造影MRIにて肝両葉に多発する腫瘍と肝右葉に最大7cm程度の内部に早期濃染を伴う腫瘍を認めた。また脾尾部に長径10cm程度の造影効果に乏しい腫瘍を認めた。血液検査でAFP 10648ng/mL、AFP-L3 49.6%、PIVKA-2 3390mAU/mL、CEA 2.0ng/mL、CA19-9 14.0U/mL、SPAN-1 22U/mL、DUPAN-2 85U/mLであり肝細胞癌を疑った。肝腫瘍生検と脾臓の腫瘍についてEUS-FNA施行し、肝細胞癌の脾転移と診断した。以上よりX年8月にlenvatinib投与を開始した。現在まで8ヶ月経過したが、治療効果は良好であり、外来で経過観察中である。【考察】肝細胞癌の脾転移は稀であり、今回EUS-FNAにて確定診断された症例を経験した。本例は分子標的薬が有効であり、今後の予後改善が期待される。

肝細胞癌、脾転移

東京女子医科大学 消化器内科
齊藤里実、児玉和久、田原純子、佐川孝臣、小木曾智美、
谷合麻紀子、徳重克年

〔緒言〕サルコイドーシスは原因不明の多臓器疾患であり、好発部位は肺・眼・皮膚・肝臓・脾臓等、多岐に渡る。今回、我々は肝生検で診断に至ったサルコイドーシスの1例を経験したので報告する。〔症例〕22歳女性。〔主訴〕腹部膨満感。〔既往歴〕なし。〔家族歴〕父：ホジキンリンパ腫、多発性硬化症。〔現病歴〕19歳時より認めていた無月経、体重減少、倦怠感の精査として近医で腹部エコー検査を施行し、肝脾腫を指摘されていた。前医にて骨髄生検、positron emission tomography-computed tomography (PET-CT)、脾生検を施行したが、いずれも確定診断には至らなかった。門脈圧亢進症に伴う脾腫・脾機能亢進の可能性を指摘され、201X年X月に精査目的に当科入院となった。〔経過〕身体所見で肝腫大および腹部正中を越える巨大脾腫を触知した。左前頸部に無痛性、可動性良好な弾性軟の1cm大のリンパ節を触知し、両側の前腕・下腿に茶褐色のまだらな色素沈着を認めた。血液検査で汎血球減少と可溶性interleukin-2(IL-2)受容体5990 U/Lと高値を認め、胸部CTでは両肺にびまん性の粒状影を認めた。非特異的な身体症状とCT所見、可溶性IL-2受容体の異常高値よりサルコイドーシスを疑いangiotensin converting enzyme (ACE)、リゾチーム、gamma-globulin (γ-Glb)を測定したところいずれも高値であつた。呼吸機能検査では拘束性障害も認めており、肝生検において境界明瞭で多核巨細胞を含む類上皮肉芽腫を門脈域と肝実質に認めた。以上より本症例をサルコイドーシスと診断した。一般的にサルコイドーシスにおける脾腫の割合は30%程であるが、肋骨下4cm以上を越える脾腫を呈する割合は4.7%との報告があり稀な病態である。本症例は脾機能亢進が著しく、脾破裂のリスクもあると考えられたため、脾臓摘出の適応と判断され脾摘を施行した。〔結語〕脾機能亢進および巨大脾腫を呈し、診断に難渋したサルコイドーシス症例を経験した。サルコイドーシスは巨大脾腫の鑑別のひとつとして考慮すべき疾患であり、治療として脾摘が選択されることもある。

サルコイドーシス、巨大脾腫

大和市立病院 消化器内科
竹内加奈、亀田 亮、厚坂励生、浅見昌樹、柳田直毅、
山本和寿

症例は64歳の男性、C型肝炎で当院通院歴があり、20XX年2月に検査の腹部超音波検査でSOLを指摘され紹介受診となりました。Dynamic CTでS8を中心に多発する肝細胞癌を認め、門脈と肝静脈から下大静脈にかけての腫瘍塞栓と、多発肺転移を認めたことから、T3N0M1 Stage4Bと診断し、4月中旬からソラフェニブ400mg/dayを開始しました。以降、造影CT上はRECIST基準でPRが得られ維持されました。腫瘍マーカーについても、内服開始時AFP75014、PIVKA2>75000でしたが、5月初めに600mg/dayに増量し、AFP、PIVKA2はどちらも速やかに低下して、9月にはどちらも基準値を下回るようになりました。20XX+1年1月に腫瘍マーカーの上昇傾向を受けてソラフェニブを800mg/dayに増量しましたが、10月から腫瘍マーカーは再び上昇傾向となり、それに伴い20XX+2年3月頃から腹水増量や食思不振が出現したため、4月に入院となりました。腹水コントロール不良、全身状態悪化のためソラフェニブは以降中止とし、BSCの方針となりました。この時、造影CT上、腹水は著明に増量し、肝臓の高度萎縮を認めましたが、S8に早期濃染像を認め、腫瘍の壊死を疑う低吸収域は縮小し、尿管の塞栓や肝外転移は消失していました。5月中旬に退院となって、在宅医療に移行しました。20XX+3年5月、全身状態が安定し、腫瘍マーカーもほぼ基準値であるとのことで、HCC評価目的に再度紹介受診となりました。6月に施行した造影CTでは、S8に以前同様2-3cm大の低吸収域は残存するものの、早期濃染像は認めず、また新規肝細胞癌の出現も認めませんでした。腹水も消失し、肝臓の萎縮も改善していました。その後も現在まで、画像検査上は著変なく経過し、腫瘍マーカーも基準値内を維持できています。ソラフェニブが奏功し長期生存が得られた稀な一例を経験したので、文献的考察を交えてここに報告します。

肝細胞癌、ソラフェニブ

君津中央病院 消化器内科¹⁾、同 病理診断科²⁾
弓田 研¹⁾、畦元亮作¹⁾、藤森基次¹⁾、駒 嘉宏¹⁾、吉田 有¹⁾、
大部誠道²⁾、三根毅士²⁾、熊谷純一郎²⁾、飯野陽太郎²⁾、山本大夢¹⁾、
川上寛人¹⁾、大内麻倫¹⁾、射丸れい¹⁾、井上 泰²⁾

症例は70代女性。発症2ヶ月前に市の健康診断を受けた際には異常を指摘されていなかった。肺炎球菌ワクチンを初めて接種され、その1週間後(第1病日)より食思不振が出現した。第18病日倦怠感を主訴に近医を受診し、黄疸及び肝胆道系酵素値上昇を指摘され急性肝炎の診断で同日入院した。安静後も黄疸の進行を認めたため、精査加療目的に第22病日当院当科を紹介受診した。血液検査では前医と同様肝胆道系酵素値及びビリルビン値の上昇を認めた他、血清IgG 3334mg/dlと高値を認めた。また、HBc抗体が陽性であったがHBV-DNAは検出されなかった。急性肝炎の診断で転院とした。抗核抗体、LKM-1抗体は陰性であったが、第23病日に施行した肝生検の結果、自己免疫性肝炎と診断した(自己免疫性肝炎国際的診断基準のscoringではdefiniteに該当)。中等症として第30病日より注射用プレドニゾロンコハク酸エステルナトリウム(PSL)50mg/dayの投与を開始した。投与開始後、肝胆道系酵素値及びビリルビン値の著明な低下を認め第44病日退院した。今後は外来でPSLの漸減を進める予定である。薬剤誘発性の自己免疫性肝炎は比較的知られているが、肺炎球菌ワクチン接種後に発症した症例は稀と思われる。文献的考察を交え本例を報告する。

自己免疫性肝炎、肺炎球菌ワクチン

東京新宿メディカルセンター 消化器内科
栗原光崇, 浅井玄樹, 原口 紘, 木原俊裕, 山川元太, 森下慎二,
松本政雄, 新村和平, 藤江 肇

【症例】70歳男性【主訴】なし【既往歴】23歳時結核【現病歴】15年ほど前に交通外傷で通院した際にC型慢性肝炎を指摘され、以降フォローを行った。2011年3月時点でWBC 2630、PLT 8.6万と低値を認め、画像上脾腫を認めたことから肝硬変への進展が疑われた。2012年4月にPegIFN/RBVを80% doseで開始したが、直後より好中球減少を認めたためPegIFNの減量を余儀なくされ、最終的にEVRを得られず中止した。2016年1月にSOF/LDVを導入し、SVRを得た。同年6月に軽度の食道静脈瘤(Lm、F1、Cw、RC0)を認めた。また、AFP値の正常化を認めず漸増したため、慎重な経過観察を行う方針とした。しかしコンプライアンス不良であり度々検査を自己中止された。2018年11月のEOB-MRIで肝S6下端にHCCを認め、腹腔鏡手術の方針となった。術前の検査で食道静脈瘤の進展(Ls、F2、Cb、RC1)を認め、腹腔鏡手術に先立ちEIS、EVLを行った。【結語】DDAs治療が登場して以来、C型肝炎に対する治療効果は飛躍的に上昇している。一方SVR後も門脈圧亢進が進行する例が報告されている。その背景には、DAA登場に伴い、より肝硬変が進行した症例においてもSVRを得られるようになったことが考えられている。本症例のように肝硬変の症例ではSVR達成後、HCCの検索だけでなく食道静脈瘤の経過観察を慎重に行う必要がある。

食道静脈瘤, C型肝炎

東千葉メディカルセンター 消化器内科
黒杉 茜, 亀崎秀宏, 岩永光巨, 妹尾純一, 坂本 大

【症例】87歳男性【主訴】意識障害【既往歴】僧帽弁置換術、前立腺癌(ホルモン療法)、糖尿病、高血圧【現病歴】X-5年ごろから意識障害を繰り返すようになり、前医でんかん疑いとしてバルプロ酸ナトリウムが導入されていた。X-2年10月に意識障害で当院救急科に入院、意識障害の原因として高アンモニア血症を指摘され当科紹介となった。腹部エコー・単純CTでは肝臓に嚢胞を指摘されるのみで肝硬変などの異常の指摘はなく、高アンモニア血症の原因はバルプロ酸ナトリウムによる薬剤性と判断された。なおこの時点で造影CTは末梢ライン確保困難のため施行されなかった。X-2年12月にも意識障害で当院神経内科に入院となったが、明らかな原因特定でずに心因性と診断された。当科でも定期フォローを継続していたが、X年10月の腹部エコーで肝内にPV shunt(径13mm)が指摘され、高アンモニア血症・意識障害の原因と考えられた。【考察】本症例はPV shuntにより高アンモニア血症が引き起こされ、繰り返し意識障害を来していたと考えられる。腹部エコー・単純CTは経過中に何度か行われていたものの、PV shuntを指摘することができず、原因不明の意識障害としてフォローされてしまった。PV shuntはサイズの大小に関わらず、高アンモニア血症を引き起こして意識障害などの症状を引き起こす症例があることは報告されている(福井大学医学部研究雑誌 2017)。有症状の症例に対しては、IVR治療や外科的治療が考慮される。本症例ではPV shunt診断後は明らかな症状なく経過しているため、肝不全成分栄養剤・ラクツロース投与の内科的治療のみで、IVR治療などは行わずに経過観察を続けている。【結語】高アンモニア血症の原因として、PV shuntも考慮して、造影CTやドップラーを用いた肝臓エコーを積極的に注意深く行うことが望ましいと考える。

肝内門脈肝静脈短絡路, 意識障害

日本医科大学千葉北総病院 消化器内科¹⁾、
日本医科大学付属病院 消化器肝臓内科²⁾、
日本医科大学千葉北総病院 病理診断科³⁾
肥田 舞¹⁾, 糸川典夫¹⁾, 厚川正則²⁾, 藤森俊二¹⁾, 羽鳥 努³⁾,
岩切勝彦²⁾

【背景】原発性胆汁性胆管炎(PBC: Primary biliary cirrhosis)における合併症の一つとして高コレステロール血症がある。高コレステロール血症に伴う黄色腫の出現は眼瞼などが一般的であり、実臨床で全身性の黄色腫に遭遇する頻度は少ない。今回、黄疸とともに全身に多発する黄色腫を認めたPBCの1例について報告する。【症例】51歳、女性。これまで健診等で異常を指摘されていなかった。2018年12月頃より皮膚黄染を認め、同時期より顔面や四肢に多発する黄色結節が出現した。2019年3月の健診で黄疸および肝胆道系酵素の上昇を指摘され当院紹介となった。血液検査で、T-bil 5.0 mg/dl, D-bil 3.3 mg/dl, AST 127 IU/L, ALT 131 IU/L, ALP 2767 IU/L, γ -GTP 1590 IU/L, PT活性 112.3%, Plt 370 千/ μ L, Alb 3.3 g/dlと胆道系優位の肝機能障害を認めた。さらにTG 154 mg/dl, T-cho 1220 mg/dl, LDL-cho 1350 mg/dlと脂質異常症を合併し精査目的で入院となった。入院後の血液検査で、抗ミトコンドリアM2抗体陰性、抗核抗体 1280倍(centromere型)、IgG 2071 mg/dl, IgM 170 mg/dlであり、抗ミトコンドリア抗体陰性のPBCが疑われ肝生検を施行した。病理所見では、類上皮肉芽腫などを認めないものの、小葉間胆管周囲のリンパ球浸潤や小葉間胆管の消失を認め、PBCと診断した。また、脂質異常症に関しては、遊離コレステロールおよびリン脂質が著明高値であり、胆汁うっ滞時に出現するリポ蛋白Xの上昇が疑われ、現在検査中である。治療としてウルソデオキシコール酸 900 mg/日を開始したが治療効果に乏しいことから、ベザフィブラート 400 mg/日を併用し肝機能改善を認め経過良好で退院となった。【考察】黄色腫は高コレステロール血症の持続により出現する。PBCなどの胆汁うっ滞に伴う高コレステロール血症は、心血管イベントとの関連性は否定的であり治療対象になることは少ない。しかしながら、黄色腫は整容面で問題となり、今後肝機能および高コレステロール血症の経過も含め厳重に観察する必要がある。

PBC, 高コレステロール血症

戸田中央総合病院
中坪良輔, 山本 圭, 神田遼弥, 加藤里絵, 平川徳之, 鈴木由華,
清宮 怜, 掛川達也, 松波幸寿, 岸本佳子, 堀部俊哉,
原田容治

【症例】55歳、男性【主訴】発熱【既往歴】虫垂炎術後【現病歴】201X年10月初旬から39度台の発熱と倦怠感を認めたため、当院一般内科に受診された。来院時、右側腹部に叩打痛を認め、血液検査ではWBC 14460/ μ L, CRP 22.96 mg/dLと炎症反応高値とAST 42 IU/L, ALT 67 IU/L, ALP 343 U/L, γ -GTP 148 IU/Lと肝胆道系酵素の上昇を認めた。腹部単純CTで肝両葉に多発低吸収域を認めたため、当科紹介受診となった。腹部超音波検査では肝両葉に多発した内部無エコー域を認めたが、一部は内部に充実成分を含んでいた。肝嚢胞腺癌を鑑別に考えつつ、感染性肝嚢胞を疑い、入院にて抗生剤加療(MEPM:2g/day)を開始した。第2病日に施行した腹部造影CTでは、肝内に辺縁が明瞭なリング状増強を示す多発低吸収域を認めたため、当初は感染性肝嚢胞と診断した。血液培養からは、Streptococcus intermediusが検出された。抗生剤加療で炎症反応の改善が認められたことと、多発病巣であったことより、経皮経肝ドレナージ術は選択せず、保存的加療を継続し軽快退院となった。外来で経過観察中、第18病日の血液検査にて炎症反応は軽度上昇しており、造影MRIでは、肝両葉に一部辺縁に造影効果を伴い、内部はT2強調画像と拡散強調画像で高信号域を呈したことから、肝膿瘍が疑われた。抗生剤内服を継続し、第74病日に施行した造影CTでは、肝両葉の低吸収域は明らかに縮小・消失したため、当初の診断の感染性肝嚢胞は否定的となり、肝膿瘍の診断となった。抗生剤中止後も、腹部超音波検査にて低エコー域は消失し、再発なく経過している。【まとめ】肝膿瘍は、病勢によって様々な画像所見をとるが、double target signや区域壊死所見など特徴的な所見で診断できることが多い。しかし、画像所見で、感染性肝嚢胞と肝膿瘍はしばしば診断が困難とされていることもある。今回、感染性肝嚢胞と肝膿瘍の鑑別に苦慮し、造影MRIの拡散強調画像で内部高信号であったため肝膿瘍が疑われ、抗生剤加療で肝両葉の低吸収域が消失したため肝膿瘍の診断となった1例を報告する。

肝膿瘍, 感染性肝嚢胞

東邦大学医療センター大森病院 消化器内科¹⁾,
同 消化器外科²⁾, 同 病理部³⁾
星 健介¹⁾, 伊藤 謙¹⁾, 吉本憲介¹⁾, 岩崎 将¹⁾, 山田悠人¹⁾,
渡辺浩二¹⁾, 原 精一¹⁾, 宅間健介¹⁾, 岡野直樹¹⁾, 五十嵐良典¹⁾,
伊藤悠子²⁾, 岡田 嶺²⁾, 松本 悠²⁾, 前田徹也²⁾, 土屋 勝²⁾,
大塚由一郎²⁾, 江嶋 栢³⁾, 栃木直文³⁾, 渋谷和俊³⁾

症例は59歳男性。55歳時に胆嚢腺筋腫症、胆石症、特発性慢性
膵炎で受診した。膵頭部に17mm大結石、32mm大の膵仮性嚢胞
を認め、非観血治療を開始した。胆石に対しESWL15回26400
発、主膵管狭窄に対し膵管ステント留置術により完全胆石除去、
膵嚢胞の改善をえられた。57歳時に膵頭部9mm結石再発に対
して2回ESWL4000発にて消失し、以降外来通院中であった。58
歳時の定期外来でCA19-9が247U/mlと急上昇したため、膵癌の
合併を疑いMRIを施行するも膵に腫瘍性病変は認めなかった。
しかしDWIにて胆嚢底部から肝床にかけて連続して拡散の低下
を認め、ダイナミックCTでも胆嚢底部と胆嚢管壁の肥厚が目
立ち、胆嚢底部から周囲肝実質への浸潤様所見を認めた。1ヶ
月後の腫瘍マーカーはCA19-9が440U/ml、DUPAN-2が
640U/mlと更に上昇し、FDG-PETで胆嚢床に強いFDG高集積
(SUV max/peak 5.51/4.83)を認め、胆嚢癌肝浸潤が強く疑わ
れたため外科的手術となった。胆嚢摘出術および肝床切除術を
施行、病理組織学診断は黄色肉芽腫性胆嚢炎であった。慢性膵
炎に伴う胆石症は膵癌の高危険群として位置づけられており、
長期予後として注意が必要である。また黄色肉芽腫性胆嚢炎は
胆嚢壁の著明な肥厚を呈し、画像診断上、悪性腫瘍に類似し胆
嚢癌との鑑別診断が困難な疾患である。本症例は慢性膵炎の経
過途中に腫瘍マーカーの上昇を伴い、各種画像診断を行った結
果、胆嚢癌の合併を否定できない黄色肉芽腫性胆嚢炎であった。
今回、慢性膵炎治療後の経過観察中に診断した黄色肉芽腫性胆
嚢炎の1例を経験したので、文献的考察を含め報告する。

黄色肉芽腫性胆嚢炎, 胆石症

国立病院機構 東京医療センター 消化器科
中島悠貴, 森 英毅, 安部恵里佳, 古田孝一, 平井悠一郎,
宮永亮一, 木下 聡, 中里圭宏, 藤本 愛, 渡邊多代,
菊池真大

症例は90代女性。食後に腹部膨満感と上腹部痛、嘔吐があり改
善しないために当院に救急搬送された。血液検査で血清アミ
ラーゼ972 U/L、血清リパーゼ752 U/Lと膵酵素の著明な上昇を
認めた。腹部骨盤造影CTで著明に拡張した胃および十二指腸
での閉塞を認め、拡張した胃により膵体尾部が圧迫されている
所見を認めた。拡張影不良、炎症の膵外進展は明らかではな
かったが、症状、血液検査より上腸間膜動脈症候群および急性
膵炎の併発と診断した。本症例は過去にも5回にわたり上腸間
膜動脈症候群と急性膵炎の合併と診断され保存的加療された既
往があり、今回も同様の経過と考えられた。本症例の急性膵炎
は予後因子2点、造影CT grade 0で軽症と診断し、禁食、大量輸
液で治療を行い、また、胃から十二指腸にかけての著明な内
容物貯留と拡張に関しては胃管による減圧で治療を行った。保存
的治療で軽快し、第11病日に退院した。上腸間膜動脈症候群に
急性膵炎が合併する報告は非常に少ない。発症機序として十二
指腸閉塞により生じた十二指腸内容物の膵管への逆流や膵管内
圧上昇、十二指腸や胃の膨満による物理的圧迫による膵実質の
循環障害などが指摘されている。本症例は繰り返し同様の病態
を生じていることから、上腸間膜動脈症候群が直接急性膵炎の
発症に寄与している可能性が強いと判断できる貴重な症例と考
え報告する。

急性膵炎, 上腸間膜動脈症候群

JCHO 船橋中央病院 消化器内科
小暮禎祥, 関本 匡, 清水理雅, 嶋田太郎, 土屋 慎, 加藤佳瑞紀,
横須賀収

【背景】IgG4関連硬化性胆管炎(IgG4-SC)診療ガイドライン(J
Hepatobiliary Pancreat Sci. 2019)が報告され、ステロイド治療に関して
投与量、投与期間の推奨が明記されている。今回、IgG4-SCと診断さ
れ、ステロイド長期投与がなされた症例で、ステロイド減量とともに
胆管狭窄像の経時的変化を観察し得た1例を報告する。【症例】69歳男
性。X年2月、閉塞性黄疸にて当院紹介。血液検査にて黄疸(T-Bil 8.
4mg/dL)と肝胆道系酵素上昇(AST 272IU/L、ALT 538IU/L、ALP
1201IU/L、 γ -GTP 626IU/L)、腹部造影CTとMRCPにて肝内胆管拡張
と肝門部、肝外胆管に狭窄を認めた。ERCPは肝内・肝外胆管に多発の
狭窄と膵管に狭細像の所見であった。胆管擦過細胞診・胆汁細胞診は
Class Iであり、悪性の診断には至らなかった。IgG4 691mg/dLと高値
であり、自己免疫性膵炎、IgG4-SCと診断。X年3月よりプレドニン
(PSL)30mg/日内服開始。3-8週間おきに2.5-5mg/日ずつ減量し、8か
月後の11月には2.5mg/日まで減量した。X+1年3月、胆管炎にてERCP
施行。胆管狭窄が再燃したためPSLを10mg/日に増量した。その後緩
やかに減量を行いX+6年12月には1.5-2mg/日まで減量維持し長期に安
定していたが、X+7年10月、MRCPで下部・肝門部胆管狭窄、肝内胆管
拡張が顕著となった。X+8年4月、胆管精査目的で入院。IgG4は
926mg/dLと高値、ERCで下部・肝門部胆管は狭窄しており、狭窄上流
の肝内胆管は拡張を認めた。胆管生検、擦過細胞診、胆汁細胞診では
悪性所見は認めなかった。原病が再燃したものと考えPSLを30mg/日
に増量した。【考察】IgG4-SCに対するステロイドの維持量は、
PSL5mg/日を少なくとも3年間継続し、改善が得られれば中止する場
合もあるが、3年以後の維持量に関して明確な基準はない。本症例で
は糖尿病を合併しており、ステロイド長期投与の懸念があったため病
勢を評価しながらの減量を行ったが、無症状ながら胆管狭窄・拡張像
の再燃を認めた。【結語】今回、IgG4-SCに長期ステロイド治療を行い、
ステロイド投与量に応じた胆管狭窄像の経時的変化を観察し得た症例を
経験した。

IgG4関連疾患, ステロイド

日本赤十字社医療センター 消化器内科¹⁾, 同 病理部²⁾
福田晃史郎¹⁾, 伊藤由紀子¹⁾, 野口賢作¹⁾, 塩見千尋¹⁾, 岩田祐典¹⁾,
丹下圭一¹⁾, 福田麟太郎¹⁾, 鈴木裕史¹⁾, 山本信三¹⁾, 谷口博順¹⁾,
斎藤明子¹⁾, 吉田英雄¹⁾, 熊坂利夫²⁾, 武村民子²⁾, 中田 良¹⁾

【症例】52歳、女性【主訴】肝障害、貧血
【臨床経過】20XX年1月に定期健診にて肝障害と貧血を指摘さ
れ、3月当科紹介受診。Dynamic CTで肝内に多発する多血性腫
瘍、膵体尾部腫瘍、左副腎転移を認めた。膵体尾部腫瘍、肝S3
病変に対してEUS-FNAを施行し、病理結果はNeuroendocrine
tumor, G2(CD56(+), Chromogranin A(+), Synaptophysin(+),
Ki-67 18%, SSTR-2a(+))であった。外科的切除の適応はなく、
化学療法の方針となり、3月下旬よりEverolimus 10mg/dayを投
与開始。化学療法に先立ち膵体尾部腫瘍による胆道閉塞に対
しては内視鏡的ドレナージを施行した。翌年12月の評価CTで肝
転移の増大及び腹水を認めPDと判断。20XX+2年1月下旬より
Streptozocin (STZ)(Weekly 1000mg/m²)へ変更。治療による明
らかな有害事象はなく経過し、3か月後の評価CTにて肝内病変
は著明に縮小し、腹水減少を認め、PRと判断した。
【考察】膵神経内分泌腫瘍(PanNET) G2に対してSTZが著効した
症例であった。進行PanNETに対するweekly STZ regimenの奏効率
は20%程度との報告がある。遠隔転移を伴う進行PanNETで、
分子標的薬が不応の症例は予後不良である傾向だが、本症例は
STZへ変更後良好な経過をたどり、合併症もなく2年以上の生
存期間となっている。Ki67>5%や、MGMT陰性が治療効果予
測因子としてのbiomarkerとなる可能性が唆されている。当
日は若干の文献的考察を加えて報告する。

膵神経内分泌腫瘍, Streptozocin

がん・感染症センター都立駒込病院 消化器内科¹⁾,
同 病理科²⁾,
森口義亮¹⁾, 吉本憲介¹⁾, 千葉和朗¹⁾, 来間佐和子¹⁾, 菊山正隆¹⁾,
神澤輝実¹⁾, 堀口慎一郎²⁾

症例は78歳女性。約半年間に4回の急性膵炎を繰り返したが、原因は不明であった。腹部CTでは、以前から膵頭部に約15mm大の多忙性嚢胞性病変を認め、尾側膵管の軽度拡張を伴い、MRCPの評価と合わせて分枝型IPMNが疑われた。しかし、膵頭部は実質の萎縮を伴っており、急性膵炎の背景に早期膵癌を考慮して、EUSで追加評価を行ったところ、嚢胞病変近傍に7mm程度の低エコー領域を認めたことから、膵上皮内癌に伴うretention cystが考えられた。悪性病変鑑別目的に、ERPを施行。膵液細胞診で悪性が疑われ、臨床所見と合わせて膵頭部CISと診断。当院外科で膵頭十二指腸切除術を施行した。術後病理では、嚢胞性病変および周囲膵管において、腫大核をもつ高円柱状の腫瘍細胞が低乳頭状に増成しており、一部で粘液産生を伴っていた。間質や膵管への浸潤所見は認めず、PanIN2-3の膵頭部CISと診断された。術後、急性膵炎の再燃はなく経過している。一般的に膵癌の早期診断は難しいとされているが、原因不明の急性膵炎は膵癌を考慮すべき病態である。また画像所見として、膵嚢胞性病変を伴う膵実質の限局的萎縮は、早期膵癌を考慮して、積極的にEUSやERPでの精査が望まれる所見である。今回、再発性膵炎を契機に診断された、膵頭部CISの1例を経験したため、文献的考察を加えて報告する。

膵上皮内癌, 再発性膵炎

横須賀共済病院

村田 彩, 宇賀美彩, 宮部美圭, 山下 萌, 慶徳大誠, 渡壁慶也,
新見真央, 野澤さやか, 古谷晴子, 小馬瀬一樹, 田邊陽子,
新井勝春, 渡邊秀樹, 鈴木秀明

【症例】70歳、男性【主訴】意識障害【現病歴】201X年5月半ばより食思不振、下肢脱力、震えが続いていた。5月31日に意識朦朧としたため当院救急外来を受診。血液検査でAST 201 U/L、ALT 143 U/L、ALP 570 U/L、 γ -GTP 237 U/L、総ビリルビン 2.5 mg/dLと肝胆道系酵素の上昇、CRP 25.9 mg/dL、WBC 14000/ μ Lと炎症の上昇があり、単純CTで肝S7に7cm×7cmの肝膿瘍を認めたため当科へ入院となった。【現症】体温 38.9℃、血圧 134/71 mmHg、脈拍数 102/分、意識レベル GCS E4V4M6。【経過】入院後に施行した造影CTで両側腸腸筋膿瘍、前立腺膿瘍、敗血症性肺塞栓症、下大静脈血栓を認めた。意識障害のため行った頭部MRIで多発脳膿瘍を認め、腰痛のため行った脊椎MRIで化膿性脊椎炎を認めた。血液培養ではクレブシエラが検出されたが、多発膿瘍をきたす原因としてムコイド産生型クレブシエラを疑いストリングテストを施行したところ陽性であり、ムコイド産生型クレブシエラ菌血症の診断となった。肝膿瘍に対してPTADを行い、腸腸筋膿瘍に対して整形外科でドレナージを行った。抗菌薬はPIPC/TAZで治療開始し、その後、脳膿瘍の治療のため抗菌薬の中枢神経移行性を考慮してCTRXを2か月間投与した。経過中に著明な胆泥貯留が出現し総胆管結石性胆管炎、胆嚢炎をきたした。総胆管結石に対してはERCPで結石除去を行い、胆嚢炎に対してはPTGBDを行った。PTGBDドレーンが胸腔を通過する形で留置となったことによりドレーンを介しての右膿胸をきたし、呼吸器外科で手術を行った。その後、201X+1年3月18日に胆嚢摘出術を行った。【考察】肝膿瘍を含む全身多発膿瘍をきたしたムコイド産生型クレブシエラ菌血症の症例を若干の文献的考察を加えて報告する。

肝膿瘍, クレブシエラ

国際医療福祉大学市川病院 消化器内科
坪井 優, 本告成淳, 石川賢太郎

症例は48歳女性。39度以上の発熱、両膝、手MP関節痛を主訴として近医受診、インフルエンザ陰性であり、経過を見ていたが、その後尿濃染に気づき当院消化器内科受診。来院時検査所見では軽度黄疸、トランスアミナーゼ値の上昇、好中球増多を伴わない白血球増加、炎症反応の軽度上昇を認めた。造影CT所見では肝脾腫を認め、periportal low densityも目立ち、また胆嚢は浮腫性に肥厚しており、急性肝炎が疑われたため、当科へ入院となった。各種肝炎ウイルス、EBウイルス、サイトメガロウイルス、単純ヘルペスウイルス並びに自己免疫性肝炎の肝障害への関与は否定的であり、当初原因不明の肝炎として経過を見ていた。入院第11病日に全身の多数の小紅斑が出現、さらに第16病日には右中等度胸水を認めるようになった。この段階でヒトパルボウイルスB19 (PVB19) 感染を疑い、抗PVB19 IgM抗体を測定したところ陽性であり、本症例をPVB19による急性肝炎と診断した。診断後改めて本人に確認したところ、発症前の小児との接触は皆無とのことであった。肝機能は約2か月の経過で正常化した。小児と接する機会のない成人でも皮疹、胸膜炎を伴った急性肝炎ではPVB19も原因ウイルスとして考慮すべきである。

ヒトパルボウイルスB19, 急性肝炎

千葉県済生会習志野病院 消化器内科¹⁾,
千葉大学医学部附属病院 消化器内科²⁾,
丸田四季子^{1,2)}, 藤原希彩子¹⁾, 黒澤 浄¹⁾, 平井 太¹⁾,
阿部佳和¹⁾

【背景】ヘモクロマトーシスは原発性と続発性に分類され、続発性の要因の殆どは輸血であることが知られている。今回、輸血歴のないヘモクロマトーシスの2例を経験したので報告する。

【症例1】60代女性。1年前の健診では正常であったが、健診で肝遊脱酵素上昇を認め当院紹介。8日後に再検するが改善なく、診断に至らないため入院となった。入院時血液検査:AST 709 IU/L、ALT 1184 IU/L、 γ -GTP 228 IU/L、T-Bil 1.1 mg/dL、PT 83.8%, Ptt 19.1万。抗核抗体は80倍と陽性だが、免疫グロブリンは正常範囲内であった。入院第4病日に施行した肝生検ではChronic active hepatitisの診断で特異的所見はなかったが、Fe 275 μ g/dL、フェリチン 1223 ng/mLと高値のため鉄染色を追加したところmicro-hemosiderosisであった。第20病日と第27病日に瀉血を施行後に退院となった。外来にて2~4週に一度の瀉血を繰り返したところ、退院3か月後には肝遊脱酵素・フェリチンの正常化を認めた。本症例では輸血歴やサプリメントを含む鉄剤摂取等、明らかな原因は指摘できなかった。

【症例2】60代女性。2週間前からの食思不振を主訴に前医を受診し、肝遊脱酵素上昇を認め当院紹介。入院時血液検査:AST 526 IU/L、ALT 1020 IU/L、 γ -GTP 251 IU/L、T-Bil 1.9 mg/dL、PT 74.2%, Ptt 11.5万。20歳代からの鉄粉吸入歴があり、Fe 226 μ g/dL、フェリチン 2442 ng/mLと鉄過剰の所見を認めた。第10病日の肝生検でChronic active hepatitis with hemochromatosisの診断となり、第16病日に瀉血を施行後に退院となった。肝遊脱酵素高値が遷延したため週1回の外来瀉血を要したが、退院6週間後から改善傾向を認めた。フェリチンは退院2か月後に正常化した。2~3か月に一度の瀉血を継続し、退院1年後に肝遊脱酵素が正常化した。

【結語】今回経験した2例は肝障害以外に糖尿病や皮膚色素沈着といったヘモクロマトーシスの典型的所見は認めず、2例とも輸血歴のない患者であった。病歴から積極的に疑わない場合であっても、ヘモクロマトーシスを念頭にいった検索が必要と考えられる。

ヘモクロマトーシス, 瀉血

湘南藤沢徳洲会病院 肝胆脾・消化器病センター¹⁾,
同 腎臓内科²⁾, 同 皮膚科³⁾
清水 実¹⁾, 岩渕省吾¹⁾, 藤川智章¹⁾, 岡真知子²⁾, 渡邊京子³⁾

【症例】40歳、男性。【主訴】腹痛。【現病歴】入院10日前より右上腹部に違和感を自覚。その後徐々に腹痛が増悪。近医受診し、採血にて肝胆道系酵素の上昇があり、急性胆管炎疑いにて当院紹介受診。画像検査にて肝門部に限局した胆管炎所見を認めたものの、総胆管結石等の胆管炎の原因は認めず。その後、下肢の点状紫斑、足関節痛、臍周囲の疼痛、血便・黒色便、ネフローゼ症候群が出現した。腹痛、血便・黒色便の原因検索のため、上下部消化管内視鏡、そして小腸内視鏡を施行し、十二指腸・空腸に輪状潰瘍・不整形潰瘍の多発を認め、好酸球性腸炎・好酸球性胆管炎も念頭におき、ステロイド治療を開始した。消化管の生検では診断を特定する特異的な所見は認めなかったものの、ネフローゼ症候群の原因検索のために施行した腎生検ではIgA血管炎の所見を認めた。多彩な所見を一元的に説明しうる疾患としてIgA血管炎が当症例の主病態と判断した。【考察】IgA血管炎は様々な臓器障害をきたし、胆管炎を合併した症例報告は一定数認められる。しかし、胆管障害の報告は極めて少なく、IgA血管炎の発症後、血管炎による肝門部限局性の虚血性の胆管壊死を合併した報告を1例認めるのみであった。当症例での胆管障害も肝門部限局という特徴があり、また結石等の胆管炎の原因も認めていない事より、IgA血管炎による胆管障害と判断した。急性胆管炎の原因としてIgA血管炎も念頭におくべき1例であったと考え報告する。

IgA血管炎, 急性胆管炎

昭和大学医学部 内科学講座消化器内科学部門
荒井 潤, 音山裕美, 杉浦育也, 中島陽子, 梶原 敦, 市川 雪,
魚住祥二郎, 下間 祐, 打越 学, 坂本 理, 吉田 仁

【症例】70歳代、男性。【主訴】腰痛。下肢感覚障害【現病歴】20XX年12月腰椎圧迫骨折に対し当院整形外科で後方固定術後、高血圧、糖尿病に対し近医通院加療中であった。20XX+4年6月の当院整形外科定期外来診察時にミギ肩甲骨の腫瘍が触知され造影CTを実施した。肝内に多発する低吸収域、ミギ肩甲骨周囲および腰椎に溶骨性変化を伴う腫瘍性病変が見られ精査加療目的に同日当科を受診。造影超音波検査で肝細胞癌が強く疑われ当科緊急入院となった。PSは2であり、身体所見上ミギ肩甲骨周囲に新生児頭大の腫瘍を触知し、下腿浮腫、ヒダリ下腿から足背にかけて感覚障害を認めた。血液検査では炎症反応と肝胆道系酵素高値の所見であった。腫瘍マーカーはAFP、AFP-L3分画、PIVKA-IIが著明な上昇を示したがHBs抗原、HCV抗体はいずれも陰性であった。肝腫瘍生検の結果原発性肝細胞癌の診断を得た。肝細胞癌StageIVであり、化学療法を検討したが血液検査で肝障害の増悪、尿酸値の上昇、炎症反応の著増を認め腫瘍の病勢悪化と判断した。両下肢の疼痛の出現、感覚障害の増悪があり内服による疼痛のコントロール、腰椎転移巣に対する放射線療法を実施したが、全身状態のさらなる悪化を認め、第13病日に永眠された。病理解剖で、中分化型肝細胞癌、多発脊椎転移、ミギ大円筋転移(14x13x9cm大)の診断に至った。【考察】ミギ肩甲骨の腫瘍性病変に関しては、骨痛がないことが非典型的ではあったがCT画像所見からミギ肩甲骨への転移を疑った。病理解剖で大円筋への転移と確定診断されたが肝細胞癌にかぎらず、悪性腫瘍の骨格筋転移は非常に稀(転移例の1%未満)とされる。肝細胞癌の骨格筋転移例は脊柱起立筋や腹直筋、大腿二頭筋等の報告が見られるが大円筋への報告例は見られない。非常に稀な骨格筋転移を呈した肝細胞癌症例について、若干の文献的考察を踏まえて報告する。

肝細胞癌, 骨格筋転移

劇症肝炎脳死肝移植後に発症した肺アスペルギルス症に対して外科的切除が奏功した1例

慶應義塾大学医学部 一般・消化器外科¹⁾,
同 感染制御センター²⁾, 同 内科³⁾
阿部絃大¹⁾, 篠田昌宏¹⁾, 阿部雄太¹⁾, 林 航輝¹⁾, 宇野俊介²⁾,
益田悠貴¹⁾, 椿 柏松³⁾, 谷木信仁³⁾, 中本伸宏³⁾, 東 尚伸¹⁾,
大島 剛¹⁾, 堀周太郎¹⁾, 北郷 実¹⁾, 八木 洋¹⁾, 松原健太郎¹⁾,
尾原秀明¹⁾, 金井隆典^{1,3)}, 北川雄光¹⁾

症例は47歳男性で、中国出張中から心窩部不快感を発症しその後増悪、家族から皮膚黄染を指摘されたため前医受診した。黄疸および肝機能障害、PT低下を認めたため急性肝不全(非昏睡型)と判断し血漿交換および血液浄化を行った。発症28日目に三度肝性脳症(予後予測5点、MELD35)を認め、急性肝不全(昏睡型、重急性型、成因不明)と診断して脳症発症5日後に転院搬送となった。転院3日後に脳死登録、待機5日目に50代女性より全肝提供を受け脳死肝移植となった。術後予防的抗菌薬はABPC/SBT、CTX、ST合剤、術後抗真菌薬はMCFGを使用した。8病日のCTで術前には認められなかった右肺尖部の小結節影が指摘されていたが全身状態良好のため経過観察としていた。同時期にタクロリムスまたはセルセプトによる意識障害が疑われたため、中止としプレディニン及びシクロスポリンに変更している。28病日にGVHDまたは薬疹が疑われたためステロイド1mg/kg投与をした。50病日に初めてβ-Dグルカンが陽性となりCTでは右肺尖部の結節影が増大傾向を示した。血清やその他の培養検査では明らかなアスペルギルス抗原の存在は証明できなかったものの、臨床経過から侵襲性肺アスペルギルス症と診断し59病日に右肺上葉部分切除術を施行した。術後経過は良好で肺アスペルギルス症の再発を認めず154病日に退院した。切除検体からは*Aspergillus lentulus*が検出され肺胞の破壊及び脈管侵襲も見られた。劇症肝炎に対する脳死肝移植は、ステロイド使用などによる患者の易感染性などから、周術期の感染症制御が重要な課題である。特に移植後の肺アスペルギルス症を含めた真菌感染症は致死的な経過をとる場合が少なくない。本症例は移植後肺アスペルギルス症を切除により治癒し得た一例であり、外科的治療も含めた早期の治療判断及び戦略が重要であることが示唆された。

肝移植, アスペルギルス

当院における切除不能進行肝細胞癌に対するレンパチニブの使用経験の報告

日立製作所日立総合病院 消化器内科¹⁾,
筑波大学附属病院 日立社会連携教育研究センター²⁾
浜野由花子¹⁾, 馬淵敬祐¹⁾, 川越亮承¹⁾, 水谷 悟¹⁾, 山口雄司¹⁾,
大河原悠¹⁾, 大河原敦¹⁾, 柿木信重¹⁾, 鴨志田敏郎¹⁾, 平井信二¹⁾,
谷中昭典²⁾

切除不能進行肝細胞癌に対する治療として、マルチキナーゼ阻害剤レンパチニブが本邦で保険適用されてから1年が経過した。当院では現在までに8例の切除不能進行肝細胞癌に対してレンパチニブを使用した。全症例の平均年齢は66.9歳(56-78歳)で、治療前のChild-Pughスコアは7例が5点、1例が6点であり、平均治療期間は5.6か月(2-12か月)であった。現在も5例が投与継続中である。最初の効果判定でCRが1例、PRが1例、SDが3例、PDが3例であった。CRとPRが得られた2例は共に手術とTACEによる前治療歴があったが、それぞれ12か月を超える長期投与が可能であった。全症例の重篤な有害事象として、Grade3の蛋白尿、Grade3の皮膚障害、Grade3の食欲不振、Grade3の甲状腺機能低下症、Grade3の肝機能障害が認められ、休薬を必要とする有害事象は5例で認められた。切除不能進行肝細胞癌の一次治療として本邦で承認されている分子標的薬は、いずれもマルチキナーゼ阻害剤であるソラフェニブとレンパチニブである。ソラフェニブには一般病院の日常診療における約10年の使用経験があるが、短期間での外来再診や薬剤師外来との併診によって、レンパチニブも当院においては比較的安全に導入可能であった。さらに今回報告する8例の中には、著明な腫瘍縮小効果が得られた症例も含まれており、既報の本邦におけるレンパチニブの高い奏功率に矛盾しない。これらの症例提示に若干の文献的考察を加えて当院での切除不能進行肝細胞癌に対するレンパチニブの使用経験を報告する。

レンパチニブ, 肝細胞癌

東京蒲田医療センター

根本絵美, 青木貴哉, 原 健三, 小野優香, 松清 靖, 宮澤秀明, 篠原正夫, 石井耕司

症例は30歳台、男性。主訴：特になし。現病歴：2018年の健診で肝S5-8に低エコー腫瘍を指摘され、精密のため同年5月に当院を受診。既往歴：特になし、内服薬：なし。嗜好品：飲酒なし、喫煙なし。生活歴：2010年から9年間中国に在住。来院時身体学所見：意識清明、血圧 110/68 mmHg、脈拍：70bpm、体温 36.5度、貧血なし、黄疸なし、胸部に異常所見なし、腹部：平坦かつ軟、圧痛なし、肝・脾臓触知せず。下肢浮腫なし、神経学的異常所見なし。来院時検査所見：WBC:8640/mm³、RBC:496万/mm³、Hgb:14.7g/dl、PLT:36.2万/mm³、白血球分画：好酸球：17.6%。生化学的検査上異常なし、CEA:1.1ng/ml、CA-19-9:2.0U/ml以下、AFP:15.2ng/ml、PIVKAII:15mAU/ml。臨床経過：腹部超音波検査で肝S4、S5にそれぞれ径12mmの低エコー腫瘍あり、腹部造影CTでは2ヶ所の腫瘍はリング状に造影された。転移性肝癌を疑い上部・下部消化管内視鏡検査を行ったが異常所見なし。甲状腺超音波検査でも異常なかった。FDG-PET/CTでは肝内に多発する結節状FDG集積の亢進があったが、他臓器に原発病巣を疑う腫瘍はなかった。そこで止むを得ず肝腫瘍生検を行ったところ組織学的には肝細胞に異型を認めず、高度の好酸球浸潤が認められた。末梢血でも好酸球増多が持続し、中国での生活歴や食歴からトキソカラ症や肝蛭症の可能性を考えて宮崎大学寄生虫学教室に免疫診断を依頼したところ、血清トキソカラ抗体陽性でウエスタンブロッティングでも陽性、肝蛭抗原に対する反応は陰性でありトキソカラ症と診断された。結語：トキソカラ症は寄生虫感染症の中でも幼虫移行症の代表的疾患であり、肺、肝、心臓、眼、神経など様々な臓器に移行し呼吸困難、失明、感覚障害、麻痺といった様々な症状を呈しうるとされる。日本人も国際に活躍する時代であり、このような症例にも十分に留意する必要があると思われる報告する。

トキソカラ症, 肝腫瘍

昭和大学藤が丘病院 消化器内科

長田真二, 五味邦代, 吉田詠里加, 東畑美幸子, 花村祥太郎, 山本頼正, 長濱正亞

【症例】78歳男性【主訴】血便【既往歴】既往なし【併存症】アルツハイマー型認知症【現病歴】アルコール性非代償性肝硬変(Child-Pugh分類C:10点)、肝性腹水、食道静脈瘤の診断で近医に通院していた。X年Y月Z-4日より大量の血便があり前医に入院した。上下部消化管内視鏡検査を施行するも出血源は同定できず、その後も血便が続きY月Z日に精密加療目的で当院に転院となった。【入院時現症】眼瞼結膜貧血様、眼脈結膜黄染なし、腹部膨満・軟、圧痛なし、血圧 113/63mmHg、脈拍 95bpm、WBC 15570/ μ l、RBC 227万/ μ l、Hb 7.1g/dl、Ht 20.1%、Plt 8.9万/ μ l、PT活性 44.5%、Alb 1.8g/dl、BUN 57.2mg/dl、Cre 1.36mg/dl、T-Bil 0.6mg/dl、AST 19U/l、ALT 10U/l、LDH 166U/l、ALP 118U/l、 γ -GTP 17U/l、CRP 1.41mg/dl【臨床経過】転院後も暗赤色～鮮血の血便が持続した。腹部造影CTで十二指腸水平部に脾腎シャントを伴う十二指腸静脈瘤が疑われた。4月X+2日にPCF-PQ260L (OLYMPUS社)を用いて上部消化管内視鏡を施行したところ、十二指腸水平部にplugを伴う静脈瘤を認め、クリッピング止血を施行した。X+3日十二指腸静脈瘤に対してBRTOを施行した。その後は血便なく経過し、X+8日の内視鏡では十二指腸静脈瘤の器質化を認め、X+9日のCTでは静脈瘤の消失を確認した。【考察】本症例は血便の出血源を同定するのに時間を要した。肝硬変患者の消化管出血では、食道胃静脈瘤だけでなく十二指腸静脈瘤を含めた異所性静脈瘤も考慮する必要があると考えられた。食道胃静脈瘤の治療は確立されてきているが異所性静脈瘤の治療は未だ確立されておらず、EISやEVL等の内視鏡治療、BRTO等のIVR、または併用が報告されている。本症例はクリッピング止血により一次止血を得た上で、待機的にBRTOを施行し出血をコントロールし得た。【結語】非代償性肝硬変患者に合併した十二指腸静脈瘤に対してクリッピング止血後にBRTOが有効であった一例を経験した。若干の文献的考察を加えて報告する。

十二指腸静脈瘤, BRTO

独立行政法人地域医療推進機構 船橋中央病院 内科¹⁾、

同 病理²⁾、帝京大学 病理診断科³⁾
清水理雅¹⁾、嶋田太郎¹⁾、小暮禎祥¹⁾、関本 匡¹⁾、土屋 慎¹⁾、加藤佳瑞紀¹⁾、横須賀收¹⁾、小松悌介²⁾、近藤福男³⁾

＜緒言＞胆嚢癌肉腫は稀な疾患であり、予後は一般的に不良である。今回、胆嚢癌のいわゆる癌肉腫の1剖検例を経験したため報告する。＜症例＞86歳、女性。食後嘔吐・経口摂取困難にて近医より当院に紹介入院。右季肋部に腫瘍を触知し、CTでは肝下面に12cm大の腫瘍を認め、その内部に萎縮、石灰化した胆嚢を認めた。上部消化管内視鏡にて十二指腸球部に腫瘍による圧排および浸潤による狭窄をみとめたが、生検で確定診断が得られず、経皮経肝胆嚢生検を施行した。病理診断ではならぬ悪性腫瘍が疑われGISTの可能性が示唆されたが、免疫染色パターンは弱陽性であり確定診断には至らなかった。全身状態不良となりBCS方針となり腫瘍増大傾向であり入院6週後に永眠した。＜病理解剖＞マクロでは肝臓、十二指腸は腫瘍(20cm大)と一塊となり、腫瘍内部に陶器様胆嚢を認め、十二指腸水平部へと直接浸潤していた。更に肝S2に3cm大の転移を認めた。ミクロでは腫瘍の大部分は未分化多形肉腫/悪性線維性組織球腫、巨細胞型に類似する組織像が得られた。しかし、胆嚢近傍ではAE1/AE3(+), CK7一部(+)であり上皮分化が示された。胆嚢近傍で最も硝子化があり、上皮マーカーも陽性となったため、癌腫的肉腫様変化、いわゆる胆嚢癌肉腫の診断となった。＜考察＞癌肉腫は同一腫瘍内に上皮細胞由来の癌と間葉系細胞由来の肉腫が混在する腫瘍でありVirchowによって1864年に初めて提唱され、本邦では1971年に山際が初めて報告した。Okabayashiらの報告では切除症例においても1年生存率は37.2%であり通常の胆嚢腺癌よりも予後不良である。特に漿膜浸潤や他臓器への直接浸潤を伴う場合1年生存率は9.2%と不良であるとされている。また「いわゆる癌肉腫」が「真の癌肉腫」よりも予後不良の傾向にあるとの報告も見られた。＜結語＞今回われわれは十二指腸浸潤、肝転移を伴う「いわゆる癌肉腫」の1例を経験した。

癌肉腫, 胆嚢癌

千葉市立海浜病院

田澤真一, 野本裕正, 高城秀幸, 薄井正俊, 太和田勝之, 齋藤博文, 北 和彦

症例は70歳男性。倦怠感や体動困難を主訴に当院を受診した。血液検査にて白血球・CRPの著明な上昇あり、造影CTでは右上腹部に110mm大の腫瘍を認め、腫瘍内部に結石がみられることから進行胆嚢癌の診断で同日入院となった。明らかな感染症を疑う所見を認めず、全身状態も良好であったが、入院時から39度台の発熱と白血球上昇が持続していた。また副甲状腺に所見なく骨転移も認められなかったが血中Ca上昇あり、胆嚢癌によるG-CSFおよびPTHrP産生が疑われたため経口ステロイド投与を開始し発熱、白血球上昇は改善した。のちの血液検査で血中G-CSF及びPTHrP上昇を認めた。内視鏡検査では十二指腸及び横行結腸に直接浸潤を認め、十二指腸生検で腺癌の診断確定となった。浸潤範囲が広く手術適応はないと判断し、第20病日に化学療法導入、第28病日に退院となった。しかし退院3週間後に十二指腸浸潤部分の通過障害で再入院となった。再入院時のCTでは胆嚢内腔に便塊を認め横行結腸と腫瘍内腔の穿通が疑われた。当初は十二指腸ステントを検討していたが、その後のCTや注腸造影で十二指腸から腫瘍内腔を経て横行結腸への交通を確認した。翌日から少量経口摂取を開始したが通過障害は認められなかった。以降は本人と家族の希望により緩和の方針となり、2回目の入院から第35病日に死亡した。まれなG-CSF産生が疑われる胆嚢癌を経験したため報告した。

胆嚢癌, G-CSF

101 Pulmonary tumor thrombotic microangiopathyを合併し 急激な呼吸不全をきたした遠位胆管低分化型腺癌の 1例

千葉大学大学院医学研究院 消化器内科学¹⁾,
同 病態病理学²⁾
金子達哉¹⁾, 露口利夫¹⁾, 岸本 充²⁾, 栗津雅美¹⁾, 奥相慧輔¹⁾,
永嶋裕樹¹⁾, 飯野陽太郎¹⁾, 新行内綾子¹⁾, 日下部裕子¹⁾,
安井 伸¹⁾, 杉山晴俊¹⁾, 三方林太郎¹⁾, 加藤直也¹⁾

症例は46歳、男性。元々健康な成人男性であり、特記すべき既往歴はなかった。2週間前から軽度の背部痛が出現。褐色尿出現のため前医を受診した。受診時の採血にて総ビリルビン 11.5mg/dlと黄疸あり、胆道系優位の肝機能障害を認め、同日前医緊急入院された。造影CTにて下部胆管に造影効果を伴う壁肥厚あり、径10mm以上、多発する腹腔内リンパ節腫脹を認めた。下部胆管悪性腫瘍に伴う閉塞性黄疸の疑いとして、入院第4病日に逆行性胆管造影 (ERCP) を施行された。胆管造影にて下部胆管に4cmほどの糸状狭窄あり、内視鏡的乳頭切開 (EST) 施行の上で7Fr 7cmのプラスチックステントを留置された。ERCP施行後も黄疸増悪あり、発熱、呼吸状態の悪化にて第8病日当院転院となった。転院時重度の呼吸苦あり、FiO2 100%でも60回/分の頻呼吸を認めていた。血液検査ではALP 1714U/l、総ビリルビン 45.1mg/dlと高値であるほか、LDH 3709U/l、PT-INR 2.09、IL-2R 965U/ml、フェリチン 19812ng/mlと異常値を呈していた。造影CTでは肝内胆管、総胆管の拡張は認めず、肺動脈はやや拡張あるも肺塞栓の原因となるような深部静脈血栓を認めなかった。呼吸状態はさらに急速に悪化し、気管挿管を行うも心停止となり同日死亡退院となった。病理解剖を施行したところ遠位胆管に低分化型腺癌を認め、左右肺、骨、リンパ節 (左右頸部、右鎖骨下、縦隔、胃小弯、脾周囲、腹腔動脈・上腸間膜動脈周囲、腹部大動脈周囲) に転移をきたしていた。肺動脈末梢に高度な腫瘍塞栓があり、Pulmonary tumor thrombotic microangiopathy (PTTM) による肺高血圧、右心不全により心肺停止となったと考えられた。PTTMは生前に画像診断をすることが非常に難しく、原疾患としては胃未分化癌が多いとされる。今回我々は稀な遠位胆管低分化型腺癌に伴うPTTMの1例を経験したので若干の文献的考察とともに報告する。

Pulmonary tumor thrombotic microangiopathy, 胆管低分化型腺癌

102 総胆管結石による逆行性感染性肝膿瘍に対し経皮的 ドレナージおよび内視鏡的ドレナージで改善を得た 1例

日本大学医学部 内科学系消化器肝臓内科学分野
岡田侑大, 水谷 卓, 高橋 央, 金子朋広, 本田真之, 有間修平,
石井大雄, 熊川まり子, 上村慎也, 松本直樹, 榎井和重, 今津博雄,
神田達郎, 松岡俊一, 森山光彦

【症例】79歳、女性【現病歴】発熱・上腹部痛を主訴に前医受診し、血液検査上で肝胆道系酵素と炎症反応上昇がみられ、当院紹介受診。来院時、当院でも同所見 (WBC7200/ μ l、CRP21.25mg/dL) にて、腹部エコーで肝右葉を占め内部にdebrisを大量に伴った膿瘍がみられ、CT画像上では内部に隔壁を伴っていた。感染性肝膿瘍が疑われたため精査加療目的に入院した。【治療経過】入院後は禁食管理で抗生剤の投与を開始した。また、肝膿瘍にドレーンを留置しドレナージを開始した。同治療で血液検査上の改善みられ、第4病日より食事を再開し、適宜ドレナージ行い第39病日に退院した。退院時ドレーンは留置しており、退院後は外来通院を行っていた。しかし退院後7日で炎症反応が再上昇し、膿性の排液もみられたため加療目的に再入院し、MEPMの投与と膿瘍の洗浄を行った。第17病日にドレーン抜去し、第27病日に退院した。膿瘍感染の原因は総胆管結石と考えられ、待機的に内視鏡的採石術を施行し、その後外科的に胆嚢摘出し、現在は再発なく経過している。【結語】感染性肝膿瘍に対し経皮的ドレナージを施行し、待機的に総胆管結石の内視鏡的採石と外科的胆嚢摘出を行った症例を経験した。

感染性肝膿瘍, 逆行性胆管炎

103 術前に診断のつかなかった限局型自己免疫性肺炎の 1例

東千葉メディカルセンター
若永光巨, 亀崎秀宏, 黒杉 茜, 妹尾純一, 坂本 大

【緒言】限局型自己免疫性肺炎と肺癌との鑑別は極めて困難な場合がある。今回我々はCTやMRI、超音波内視鏡下針生検で診断がつかず、PET-CTで肺癌を疑い外科的切除を行い、結果的に自己免疫性肺炎と診断された症例を経験した。【症例】症例は59歳男性。人間ドックの腹部超音波検査で脾体部に20mm大の低エコー腫瘍 (血流信号を認めず) を指摘され紹介となった。CEA、CA19-9、SPAN-1、DUPAN-2は陰性であり、IgG4や抗核抗体も正常であった。腹部ダイナミックCTでは腫瘍としての認識は困難であった。MRCPでは脾体部にT1強調像で低信号、T2強調像で淡い高信号、拡散強調像で高信号を呈する20mm大の腫瘍性病変を認めた。主脾管の狭窄・拡張はなかった。超音波内視鏡下針生検では悪性を示唆する所見はなかった。リンパ濾胞の形成を認めたが、Bcl-2染色陰性であり濾胞性リンパ腫を示唆するものでもなかった。また、形質細胞浸潤は認めなかった。PET-CTで腫瘍に一致して後期像でSUV6.8の異常集積がみられ、肺癌が疑われた。他臓器にFDGの異常集積は指摘されなかった。脾合併脾体尾部切除術を施行した。切除検体での組織学的検査では花むしろ状の線維化や閉塞性静脈炎、IgG4陽性形質細胞浸潤 (強拡1視野当たり50個以上) を認め、自己免疫性肺炎と診断された (病理組織学的確定) 。【考察】肺癌のFDG-PET陽性率73.1%に対して自己免疫性肺炎のFDG-PET陽性率は100%とする報告がある (J Gastroenterol 2008) 。今回の症例の反省点は、PET-CTによる両者の鑑別ができないことを認識していなかったことが挙げられる。また、超音波内視鏡下針生検で形質細胞浸潤を捉えられなかったことが、診断を難しくした。

自己免疫性肺炎, 肺癌

104 造影超音波内視鏡検査が診断に有用であった 脾粘液性嚢胞腫瘍の一例

千葉メディカルセンター
辰野美智子, 瀬部勝志, 齊藤昌也, 大山湧平, 小泉周子, 中村奈海,
福田吉宏

【症例】55歳、女性。【現病歴】健康診断の経腹的超音波検査 (ultrasonography; US) で脾体尾部に嚢胞を指摘され精査目的に受診した。【経過】造影 CT や MRI では脾体尾部に径25mmの単房性嚢胞として観察された。超音波内視鏡検査 (endoscopic ultrasonography; EUS) を行ったところ、単房性嚢胞は被膜が厚く、径3mmの垂有茎性の結節を認めた。ドップラーエコーでは結節に血流を認めないが、造影EUSを行うと造影効果を認めた。隔壁を有さない点が非典型的であったが、被膜が厚く、好発年齢、好発部位であることから脾粘液性嚢胞腫瘍 (mucinous cystic neoplasm; MCN) を疑った。壁に結節を有するため脾粘液嚢胞腫瘍 (mucinous cystadenocarcinoma; MCC) の可能性もあり、脾体尾部切除および脾臓摘出術を施行した。摘出標本の病理学的所見では、エストロゲン受容体 (estrogen receptor; ER)、プロゲステロン受容体 (progesterone receptor; PR) 陽性の卵巣様間質が嚢胞を取り囲む像を認めた。嚢胞の上皮に異型はなく、low gradeのMCNの診断となった。切除断端は陰性で、術後1年で再発は見られなかった。【考察】MCNは脾外分泌性腫瘍の2-5%を占める比較的稀な腫瘍で、20代から中年の女性の脾体尾部に好発する。一般的に厚い被膜を持つ多房性嚢胞性腫瘍で、嚢胞内は 'cyst in cyst' と呼ばれる嚢胞や隔壁を認めることが多い。単房性に見えても辺縁まで観察すると隔壁があり、純粋な単房性のものは少ない。MCNでの壁に結節の存在は悪性化を疑う所見であり注意が必要である。本症例は術前の造影CTやMRIでは単房性嚢胞として描出され、隔壁や壁に結節は指摘できなかった。単房性嚢胞、分岐型脾管内乳頭粘液性腫瘍 (intraductal papillary mucinous neoplasm; IPMN)、macrocytic typeの漿液性嚢胞腫瘍 (serous cystic neoplasm; SCN) などが鑑別に挙がる。今回我々はEUSが診断に重要な役割を果たした症例を経験したので文献的考察を加えて報告する。

脾粘液性嚢胞腫瘍, 造影超音波内視鏡検査

105 大網出血の1例

筑波記念病院 消化器外科
上田和光, 黒田 純, 岩崎喜実

症例は62歳、男性。突然の心窩部痛を発症し近位受診するも特別な異常を指摘されず帰宅した。その後も間欠的に絞扼感を伴う心窩部痛が続き当院ER受診。バイタルサインに異常なく、Hb 15.5 mg/dlと貧血も認めなかったが腹部造影CTで大網内血腫を認め、経過観察目的に入院となる。翌日Hb 12.8と低下、CTで腹腔内出血もみられ、出血部位の同定と止血目的にIVRを施行。左胃大網動脈の解離が原因と診断されるもIVRでの止血は困難であった。その後症状は軽快したが貧血の進行は続き入院後3日目に開腹手術を施行した。脾門部付近の大網が約15cmにわたり左胃大網動脈沿いに血腫となっており、同部位の大網部分切除を施行した。他部位に明らかな異常なく、術後経過も良好で9病日退院となった。病理組織検査で胃大網動脈瘤の破綻とSAM(segmental arterial mediolysis)の関与が疑われた。内臓動脈瘤破裂、特に胃大網動脈のそれは稀な疾患であり、他部位動脈と異なる点として以下の2点がある。#1解剖学上、大網の血管は交通性が豊富でありIVRによる塞栓術は効果に乏しいこと。#2大網からの出血は一時的にでも止血が得られるため急激な状態悪化をきたし難い点である。そのため発症から手術まで数日から20日以上経過もあるが保存的に完治することは少ないためタイミングを逸することなく切除を行うことが望ましいと思われる。

大網出血, SAM

106 プロテインS欠乏症による上腸間膜・脾静脈血栓症及び下肢深部静脈血栓症に対しエドキサバンが有効であった一例

JA かつみが厚生連 上都賀総合病院
佐久間俊行, 吉住博明

症例は45歳男性であり201X年1月30日より左側腹部痛を自覚し2月2日の夜間に症状が増悪し近医内科へ救急搬送された。左側腹部の軽度の圧痛があり造影CTで上腸間膜静脈及び脾静脈に血栓を指摘され精査加療目的に同3日に当院内科を紹介受診した。既往歴は19歳時に下肢静脈瘤に対し当院で手術加療歴があり家族歴は姉に肺動脈血栓症がある。来院時血圧 128/87 mmHg、体温 37.0℃、心拍数 80 回/分、SpO2(室内気) 99%であり、腹部所見は肥満、軟、腸蠕動音亢進減弱はなく左側腹部から下腹部にかけて軽度の圧痛はあるが筋性防御はなかった。前医造影CTでは明らかな腸管虚血の所見は指摘できず上腸間膜静脈及び脾静脈に血栓を指摘され一部門脈本幹に及んでいた。側副血行路の発達は指摘できなかった。血液検査所見はCRP 1.29 mg/dlと軽度上昇し、フィブリノーゲン 459 mg/dl、FDP 19.5 μ g/dl、D-dimer 15.8 μ g/mlと上昇しており上腸間・脾静脈血栓症の診断となり加療目的に同日入院となった。未分化ヘパリン持続静注を開始した後、同8日にアンチロビンIII、ループスアンチコアグラント、プロテインC活性は基準値内で、プロテインS活性が11%と低値が判明しプロテインS欠乏症と診断されこれに起因する血栓症と考えた。同10日に施行した造影CTで合流部血栓は縮小傾向にありヘパリンコントロールも良好であったためワルファリン5 mg/日の内服を開始した。同日の下肢静脈エコーで両側の下肢静脈血栓症を指摘されたため翌14日よりエドキサバン 60 mg/日の内服に変更し同16日にはD-dimer 1.6 mg/dlまで改善したため翌日自宅退院となった。その後外来で画像フォローアップを行っている。脾静脈血栓は消失したが上腸間膜静脈血栓は一部残存している。門脈上腸間膜静脈血栓症の加療にはヘパリン・ワルファリンが使用されることが多いが近年直接作用型経口抗凝固薬による治療の報告もみられる。本症例は下肢深部静脈血栓症を合併していたためエドキサバンで加療を行い良好な経過を得た。若干の文献的考察を含め報告する。

血栓症, 直接作用型経口抗凝固薬