

日本消化器病学会 関東支部第356回例会

プログラム・抄録集



当番会長：東京女子医科大学 消化器内科 教授 徳重 克年
令和元年9月21日(土)
海運クラブ

日本消化器病学会関東支部第356回例会

プログラム・抄録集

当番会長：東京女子医科大学 消化器内科 教授 徳重 克年
〒162-8666 東京都新宿区河田町8-1
TEL 03-3353-8111

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

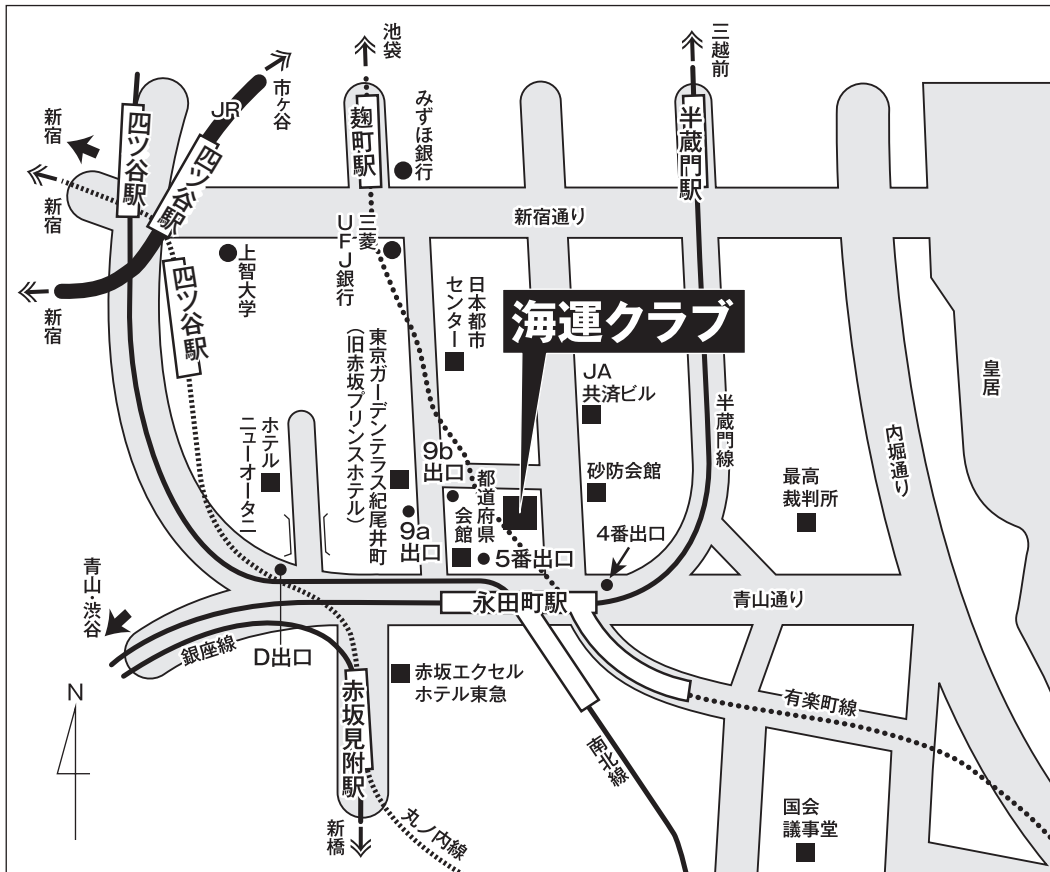
<発表者、参加者の皆様へ>

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 2010, 2013, 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。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、バッテリーのみの稼働はトラブルの原因となるため、外部電源用アダプタを必ずお持ちください。
 - 3) 音声出力には対応いたしません。
 - 4) 発表は枚数ではなく時間で制限させていただきます。
 - 5) 発表時は、演台に置かれたモニターを見ながらご自身で操作して画面を進めていただきます。なお、発表者ツールの使用はできませんのでご注意ください。
3. 発表に際しては、患者さんのプライバシーの保護（日付の記載は年月までとする、等）に十分配慮してください。
4. 演題発表時には、利益相反状態の開示が必要になります。開示基準・規定の書式に従って利益相反の有無を必ず開示してください。
5. 演者は前演者の口演開始後、直ちに「次演者席」へご着席ください。
6. 専修医セッション、研修医セッション及び一般演題は、1題口演4分、追加討論2分です。時間厳守をお願いします。
7. 質問される方は、所属と氏名を明らかにしてからお願いします。
8. 専修医・研修医セッションの発表者あるいは同施設の方は、奨励賞表彰式に出席してください。(第1会場 12:50～13:05)
9. 当日参加登録受付、PC受付は7:45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356回例会

令和元年9月21日(土)

8：10～8：15			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) 研修医Ⅰ（食道・胃・十二指腸）1～3	8：15～8：33	赤澤 直樹	(19) 専修医Ⅰ（肝）57～60	8：15～8：39	八木みなみ
(2) 研修医Ⅱ（胃・十二指腸）4～6	8：33～8：51	市島 諒二	(20) 専修医Ⅱ（肝・胆）61～64	8：39～9：03	野上 麻子
(3) 研修医Ⅲ（小腸）7～9	8：51～9：09	坪 大輔	(21) 専修医Ⅲ（膵1）65～67	9：03～9：21	吉田 翼
(4) 研修医Ⅳ（大腸1）10～12	9：09～9：27	津田 真吾	(22) 専修医Ⅳ（膵2）68～70	9：21～9：39	川崎慎太郎
(5) 研修医Ⅴ（大腸2）13～15	9：27～9：45	芦荊 圭一	(23) 専修医Ⅴ（膵3）71～73	9：39～9：57	北詰 晶子
(6) 研修医Ⅵ（大腸・その他）16～18	9：45～10：03	三木 淳史	9：57～10：07	休憩	
10：03～10：13 休憩			(24) 専修医Ⅵ（食道・胃・十二指腸）74～76	10：07～10：25	森田 望
(7) 研修医Ⅶ（肝1）19～21	10：13～10：31	安斎 和也	(25) 専修医Ⅶ（小腸・大腸）77～79	10：25～10：43	梅田 隆満
(8) 研修医Ⅷ（肝2）22～24	10：31～10：49	成富 琢磨	(26) 専修医Ⅷ（大腸1）80～82	10：43～11：01	尾崎 良
(9) 研修医Ⅸ（肝・胆）25～27	10：49～11：07	森川 麗	(27) 専修医Ⅸ（大腸2）83～85	11：01～11：19	塩川 慶典
(10) 研修医Ⅹ（胆・膵）28～30	11：07～11：25	渋谷 仁	(28) 専修医Ⅹ（大腸3）86～88	11：19～11：37	森脇 俊和
(11) 研修医Ⅺ（膵）31～33	11：25～11：43	祖父尼 淳	12：10～12：40	評議員会	
12：05～12：50 ランチョンセミナー（第1会場）					
「難治性潰瘍性大腸炎の治療戦略」					
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 先生					
司会 杏林大学医学部 消化器内科学 教授 久松 理一 先生					
共催：アッヴィ合同会社					
12：50～13：05 専修医・研修医奨励賞表彰式（第1会場）					
13：05～14：00 特別講演（第1会場）					
「肝不全の研究：わが国の歩みと海外での動向」					
埼玉医科大学 消化器内科・肝臓内科 教授 持田 智 先生					
司会 東京女子医科大学 消化器内科 教授 徳重 克年					
第1会場（午後の部）			第2会場（午後の部）		
演 題	時 間	座 長	14：15～16：45 第17回専門医セミナー（第2会場） ★日本消化器病学会3単位取得できます		
(12) 胃・十二指腸・小腸 34～37	14：05～14：29	近藤真由美	「ドクターガストロ ～臨床推論からの消化器病学～」		
(13) 大腸 38～40	14：29～14：47	大塚 武史			
(14) 肝 41～43	14：47～15：05	福原 京子			
(15) 胆・膵 44～47	15：05～15：29	土屋 貴愛			
(16) 膵1 48～50	15：29～15：47	伊藤 善翔			
(17) 膵2 51～53	15：47～16：05	金子 亨			
(18) その他 54～56	16：05～16：23	佐野 有哉			
16：45～16：50			閉 会 の 辞（第2会場）		

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

特別講演(第1会場 13:05～14:00)

「肝不全の研究：わが国の歩みと海外での動向」

埼玉医科大学 消化器内科・肝臓内科 教授 持田 智 先生

司会 東京女子医科大学 消化器内科 教授 徳重 克年

……演者の先生ご紹介……

もちだ さとし
持田 智 先生

埼玉医科大学 消化器内科・肝臓内科 教授

略歴

1984年3月31日 東京大学医学部医学科 卒業
同 6月10日 東京大学医学部附属病院 研修医
1986年6月10日 東京大学医学部第一内科 入局
同 6月10日 小平記念東京日立病院 内科医
1987年7月1日 東京大学医学部第一内科 医員
1989年1月1日 東京大学医学部第一内科 文部教官助手
1990年1月1日 東京大学医学部第一内科 医員
1994年5月1日 埼玉医科大学第三内科 講座助手
1995年2月1日 埼玉医科大学第三内科 講師
1998年5月1日 埼玉医科大学第三内科 助教授
2003年12月1日 埼玉大学消化器内科・肝臓内科 教授

<所属学会>

日本内科学会：理事，財務・組織管理委員会担当
日本消化器病学会：理事，財務委員会担当
日本肝臓学会：常務理事，企画広報委員会担当
日本移植学会：幹事，日本門脈圧亢進症学会：評議員，日本肝移植学会：世話人
日本急性肝不全研究会：代表世話人，日本肝癌研究会：幹事，肝類洞壁細胞研究会：世話人，肝細胞研究会：世話人，犬山シンポジウム：世話人
米国肝臓病会議（AASLD）：会員

<行政関係>

日本臓器移植ネットワーク あっせん事例評価委員会：副委員長
埼玉県肝炎対策協議会：委員，埼玉県肝疾患連携拠点病院等協議会：委員長，埼玉県肝炎治療審査委員会：委員長，埼玉県肝がん集検委員会：委員

ランチョンセミナー (第1会場 12:05~12:50)

「難治性潰瘍性大腸炎の治療戦略」

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** 先生

司会 杏林大学医学部 消化器内科学 教授 **久松 理一** 先生

共催：アッヴィ合同会社

………演者の先生ご紹介………

さる た まさゆき
猿田 雅之 先生

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

Profile

1997年 東京慈恵会医科大学 医学部医学科 卒業
1999年 東京慈恵会医科大学 第一内科学教室 医員
2002年 東京慈恵会医科大学 第一内科学教室 助手
2002年 東京慈恵会医科大学大学院 医学研究科 臨床系内科学専攻 博士課程 入学
2002年-2004年 東北大学大学院 医学系研究科 医科学専攻 病理学講座 病理診断学分野 国内
留学
2005年 東京慈恵会医科大学大学院 医学研究科 臨床系内科学専攻 博士課程 修了
2005年 米国ロサンゼルス、Cedars-Sinai Medical Center, Inflammatory Bowel Disease Centerへ留
学 (Researcher Post Doctor 博士研究員)
2007年10月 東京慈恵会医科大学 内科学講座 消化器・肝臓内科 診療医員
2012年4月 東京慈恵会医科大学 内科学講座 消化器・肝臓内科 診療医長
2012年12月 東京慈恵会医科大学 内科学講座 消化器・肝臓内科 講師
2013年4月 東京慈恵会医科大学 (学校法人 慈恵大学) 大学評議員
2016年4月 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
現在に至る

主要研究分野

炎症性腸疾患の病態、消化管免疫、消化管病理、消化管の神経ペプチド

所属学会

日本内科学会、日本消化器病学会、アメリカ消化器病学会 (AGA)、日本消化器内視鏡学会、日本肝臓学会、日本消化器免疫学会、日本カプセル内視鏡学会、日本消化管学会、日本炎症性腸疾患学会、日本小腸学会

資格

日本内科学会	認定内科医、総合内科専門医、指導医、評議員
日本消化器病学会	消化器病専門医、指導医、学会評議員
日本消化器内視鏡学会	内視鏡専門医、指導医、学術評議員
日本肝臓学会	肝臓専門医
日本医師会	日医認定産業医
日本カプセル内視鏡学会	カプセル内視鏡認定医、指導医
日本消化管学会	胃腸科専門医、指導医

第17回専門医セミナー

(第2会場 14:15～16:45)

「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 平成31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。

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

出場選手：青柳 有希 先生（東京北医療センター）
石井 大太 先生（大船中央病院）
石山 貴博 先生（佐野厚生総合病院）
小関 悠介 先生（自治医科大学附属さいたま医療センター）
茅島 敦人 先生（慶應義塾大学病院）
小島 柊 先生（自治医科大学附属さいたま医療センター）
小島原駿介 先生（獨協医科大学）
澤田 昌成 先生（聖路加国際病院）
鈴木 あみ 先生（日本大学医学部医学科）
中村 恵子 先生（公立昭和病院）
土生 亜実 先生（深谷赤十字病院）
古山 和樹 先生（東京西徳洲会病院）
松永 卓士 先生（東京女子医科大学）
村島 侑子 先生（聖路加国際病院）
山本 佳穂 先生（聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院）
善方啓一郎 先生（東邦大学医療センター大橋病院）

「女性医師の会」特別企画

(シェーンバッハ・サボー 3F「立山」 11:30～13:00)

【特別企画1】臨床セミナー

「上部消化器内視鏡所見と病理 ～酸関連疾患を含めた生検診断のトリック～」

内視鏡解説：横井 千寿 先生

(国立国際医療研究センター 消化器内科 内視鏡室医長)

病理解説：立石 陽子 先生

(横浜市立大学医学部 病態病理学教室 助教)

司会：大友 夏子 先生 (日立製作所本社健康管理センタ)

野村 幸世 先生 (東京大学大学院医学系研究科 消化管外科 准教授)

<ご案内>

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

・・・・・・演者の先生ご紹介・・・・・・

横井 千寿 先生

平成12年 東京女子医科大学 医学部医学科卒業

平成15年 国立がんセンター中央病院 レジデント・がん専門修練医

平成20年 国立国際医療センター戸山病院 厚生労働技官

平成26年 国立国際医療研究センター センター病院 消化器内科医員

立石 陽子 先生

平成11年 横浜市立大学医学部卒業

平成17年 国立がんセンター中央病院 レジデント

平成18年 国立がんセンター中央病院 病理レジデント

平成20年 都立駒込病院病理科 (医員)

共催：日本消化器病学会関東支部第356例会 第一三共株式会社・アストラゼネカ株式会社

【特別企画2】キッズセミナー

<ご案内>

キッズセミナールームにて「サイエンス倶楽部」による体験型セミナーを開催いたします。「磁石にくっつくスライム」など、3～6歳の未就学児および小学生を対象とした二部制プログラムを予定しています。参加無料です。

キッズセミナー終了後、お子様には昼食のご用意があります。

【お問合せ先】 日本消化器病学会関東支部事務局

〒181-8611 東京都三鷹市新川6-20-2

杏林大学医学部外科学教室 (消化器・一般外科)

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

E-mail: kanto@jsge.or.jp

お申込みは先着順となっています。

詳しくは、上記お問合せ先に、ご連絡ください。

第1会場（午前の部）

8:10~8:15

—開会の辞—

—評価者—

筑波大学 医学医療系 消化器内科	瀬尾恵美子
日本大学病院 消化器内科	草野 央
東京慈恵会医科大学 内科学講座 消化器・肝臓内科	櫻井 俊之

(1) 研修医Ⅰ（食道・胃・十二指腸） 8:15~8:33 座長 がん研有明病院 内視鏡診療部 赤 澤 直 樹

1. 診断に苦慮した食道神経内分泌腫瘍の1例

東京女子医科大学病院 卒後臨床研修センター ○野村 壘
同 消化器・一般外科 成宮 孝祐, 工藤 健司, 前田 新介, 豊島 幸憲
小川 杏平, 大杉 治司, 山本 雅一

2. 食道気管瘻を形成した進行食道癌に対し、気管及び食道ステント留置により経口摂取可能となった一例

横浜栄共済病院 消化器内科 ○原田 康平, 高井 佑輔, 佐藤 元一, 稲垣 淳太
杉本 祐一, 目黒 公輝, 鹿野島健二, 清水 智樹
真田 治人, 渡邊誠太郎
同 呼吸器外科 原 祐郁

3. 胃癌ニボルマブ療法のバイオマーカーとして血清可溶性 IL-2 受容体/リンパ球数比が有用であった1例

横浜市長市民病院 消化器外科 ○牛尾満里奈, 田村 裕子, 船津屋拓人, 大田 洋平
藤井 義郎, 高橋 正純

(2) 研修医Ⅱ（胃・十二指腸・小腸） 8:33~8:51 座長 日本大学医学部内科学系 消化器肝臓内科学分野 市 島 諒 二

4. 術前に診断し得た胃の Hamartomatous Inverted Polyp の一例

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

5. 回腸末端の潰瘍を有する T-SPOT 陽性の外国人慢性腹症患者に対して下部消化管内視鏡検査を再検し、生検抗酸菌培養より腸結核の診断に至った一例

東京都済生会中央病院	消化器内科	○中島 菖子, 小川 歩, 今村 峻輔, 林 智康
		平川 旭人, 田沼 浩太, 上田 真裕, 三枝慶一郎
		岸野 竜平, 中澤 敦
同	腫瘍内科	青木 優, 星野 舞, 酒井 元, 船越 信介
同	病理診断科	廣瀬 茂道
同	総合診療内科	谷山 大輔
同	消化器内科	
同	腫瘍内科	小倉 望

6. 黒色便を契機に発見された回腸 Clear cell sarcoma-like tumor of the gastrointestinal tract の一例

順天堂大学	消化器内科	○十朱 美幸, 芳賀 慶一, 栗津 崇仁, 矢田 茉佑
		岡原 昂輝, 野村 収, 高和 正, 松本 健史
		芹澤 信子, 澁谷 智義, 山科 俊平, 坂本 直人
		伊佐山浩通, 池嶋 健一, 椎名秀一朗, 永原 章仁
同	大腸・肛門外科	水越 幸輔, 坂本 一博
同	人体病理病態学講座	荒川 敦, 八尾 隆史

(3) 研修医Ⅲ(小腸) 8:51~9:09 座長 筑波大学附属病院 光学医療診療部 坪 大 輔

7. 先天性小腸軸捻転症で自然解除した若年女性の一例

練馬総合病院	外科	○橋本可奈子, 栗原 直人, 柳下 陽香, 浅田 祐介
		徳山 丞, 飯田 修平
同	内科	東 宏一郎, 松田 英士, 佐々木康裕, 藤澤 愛里

8. 腸閉塞で発症した回腸子宮内膜症の一例

埼玉医科大学病院	総合診療内科	○山口 智子, 芦谷 啓吾, 宮口 和也, 中元 秀友
同	消化管内科	大庫 秀樹, 都築 義和
同	病理部	石澤 圭介, 金 玲, 山田 健人, 佐々木 淳
同	消化器外科	細井 良枝, 菅野 優貴, 深野 敬之, 篠塚 望
同	総合診療内科	
同	消化管内科	今枝 博之

9. エコー下で徒手整復し腹腔鏡下閉鎖孔ヘルニア手術となった一例

東京都保健医療公社	東部地域病院	○飯塚 真理, 牧野有里香, 柵山 尚紀, 落合 匠
		渡部 智雄, 北島 政幸, 中谷 晃典, 永易 希一
		岸根 健二, 佐藤 剛, 高橋 琢哉, 津久井崇文
		新田 周作

(4) 研修医Ⅳ(大腸1) 9:09~9:27 座長 東海大学医学部付属八王子病院 消化器内科 津 田 真 吾

10. 壊疽性膿皮症と多発無菌性膿瘍を併発し治療に難渋した潰瘍性大腸炎の一例

群馬大学医学部附属病院	消化器・肝臓内科	○喜多 碧, 橋本 悠, 佐藤 圭吾, 中田 昂
		關谷 真志, 田中 寛人, 保坂 浩子, 栗林 志行
		下山 康之, 山崎 勇一, 浦岡 俊夫

11. 潰瘍性大腸炎の寛解中に IgA 血管炎を併発した一例

SUBARU 健康保険組合 太田記念病院 消化器内科 ○小林 諭史, 木村浩一郎, 佐久間 文, 栗原 英心
小畑 力, 伊島 正志, 大竹 陽介

12. 腸管型ベーチェット病の穿孔に対する手術後に出血をきたした一例

横浜市民市民病院 ○立入 仁美, 小金井一隆, 辰巳 健志, 二木 了
黒木 博介, 中尾 詠一, 杉田 昭

(5) 研修医 V (大腸 2) 9:27~9:45 座長 横浜国立大学附属病院 内視鏡センター 芦 苺 圭 一

13. 虚血性大腸炎を繰り返した孤立性上腸間膜動脈解離の 1 例

公立昭和病院 消化器内科 ○中村 恵子, 相田 翠, 小林 正佳, 細川 貴範
小野 圭一, 小島 茂, 野内 俊彦
同 内視鏡科 荻原 良太, 大野 一将, 浦牛原幸治, 川口 淳
武田 雄一
同 臨床検査科 櫻井 幸

14. 原発不明癌に対する CDDP + CPT-11 療法後に急性出血性大腸炎を発症した 1 例

日本大学病院 消化器内科 ○古城 詩子, 鈴木 翔, 江崎 充, 市島 諒二
小椋加奈子, 蔵持 智也, 池原 久朝, 後藤田卓志

15. 緊急手術により救命しえた壊死型虚血性腸炎の 1 例

国立病院機構 霞ヶ浦医療センター 消化器内科 ○小金丸利隆, 村下 徹也, 武田 薫子, 陶 経緯
廣瀬 充明

(6) 研修医 VI (大腸・その他) 9:45~10:03 座長 帝京大学医学部 内科学講座 三 木 淳 史

16. S 状結腸癌に対する大腸ステントの追加留置により食道胃静脈瘤、肝細胞癌の治療継続が可能であった肝硬変の一例

聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院 消化器・肝臓内科 ○山本 佳穂, 小澤俊一郎, 中本 悠輔, 北川紗里香
野口 陽平, 高橋 秀明, 松本 伸行

17. 胃癌腹膜播種再発の横行結腸浸潤により上行結腸穿孔を来した 1 例

千葉労災病院 ○野本麻優子
千葉大学医学部 先端応用外科 浦濱 竜馬, 丸山 哲郎, 加野 将之, 早野 康一
上里 昌也, 松原 久裕

18. 術後早期に腹膜播種を起こした腸間膜悪性リンパ腫の一例

汐田総合病院 ○門屋 芽以, 長谷部行健, 鈴木 孝之, 村山 健二

(7) 研修医 VII (肝 1) 10:13~10:31 座長 東海大学医学部附属八王子病院 消化器内科 安 斎 和 也

19. 肝 MCN に対して切除加療を行った 2 例

東京大学医学部附属病院 肝胆脾外科 ○入江紗瑛子, 有田 淳一, 北村 嘉久, 西岡裕次郎
三原裕一郎, 市田 晃彦, 石沢 武彰, 赤松 延久
金子 順一, 長谷川 潔
同 病理部 山澤 翔, 阿部 浩幸, 牛久 哲男

20. 肝類上皮血管内皮腫との鑑別に難渋した肝海綿状血管腫の一例

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

21. 造影超音波検査で特徴的な所見を呈した肝血管肉腫の一例

東京医科歯科大学 消化器内科 ○神谷 昂汰, 河本 亜美, 村川美也子, 小林 正典
北畑富貴子, 新田沙由梨, 油井 史郎, 根本 泰宏
井津井康浩, 大島 茂, 岡田英理子, 中川 美奈
岡本 隆一, 柿沼 晴, 土屋輝一郎, 東 正新
永石 宇司, 朝比奈靖浩, 渡辺 守
同 人体病理学分野 根本真理子

(8) 研修医Ⅷ(肝2) 10:31~10:49 座長 埼玉県済生会栗橋病院 消化器内科 成 富 琢 磨

22. ステロイド投与により脂質異常症の改善が得られた PBC-AIH overlap syndrome の症例

牛久愛和総合病院 ○重光 章鈞, 千葉 俊哉, 宮原 直樹

23. 急速進行性の肝不全を呈した全身性 AL アミロイドーシスの1例

横浜市立大学附属病院 肝胆膵消化器病学 ○永井 奎毅, 本多 靖, 小川 祐二, 今城 健人
米田 正人, 齊藤 聡, 中島 淳

24. 肺胞出血・溶血性貧血発作を併発し人工肝補助にて脳死肝移植が可能になった急性肝不全型 Wilson 病の40代成人の一例

慶應義塾大学 医学部 内科学(消化器) ○助崎あきら, 楢 柏松, 吉田 文, 谷木 信仁
中本 伸宏, 金井 隆典

(9) 研修医Ⅸ(肝・胆) 10:49~11:07 座長 慶應義塾大学医学部 内科学(消化器) 森 川 麗

25. 臍頭十二指腸切除後、肝嚢胞による閉塞性胆管炎に対してミノサイクリン注入が有効であった一例

順天堂大学医学部附属練馬病院 総合外科 ○茅野和可子, 西岡 崇, 古屋 怜慈, 藤沢 将大
河口 恵, 井 祐樹, 欄寝 重史, 黒田 悠
岩永 直紀, 関根 悠貴, 川満健太郎, 市川 悠子
宮野 省三, 清水 秀穂, 渡野邊郁雄, 町田 理夫
須郷 広之, 児島 邦明

26. 両側眼内炎を併発した侵襲性クレブシエラ感染症の1例

昭和大学 初期臨床研修医 ○森 大地
昭和大学医学部 内科学講座 消化器内科学部門 杉浦 育也, 中谷 溪, 石井 優, 紺田 健一
吉田 仁
同 眼科学講座 木崎順一郎

27. 胆嚢管癌術後再発に対する化学療法中に急性胆管炎から細菌性心外膜炎を来した一例

東京大学医学部付属病院 消化器内科 ○増田 涼甫, 松野 達哉, 佐藤 達也, 石垣 和祥
猪熊 顕之, 鈴木由佳理, 大山 博生, 金井 祥子
鈴木 辰典, 中村 知香, 白田龍之介, 齋藤 圭
齋藤 友隆, 高原 楠晃, 濱田 毅, 水野 卓
木暮 宏史, 中井 陽介, 多田 稔, 小池 和彦

(10) 研修医X(胆・膵) 11:07~11:25 座長 日本大学医学部内科学系 消化器肝臓内科学分野 渋谷 仁

28. 長期観察中の先天性胆道拡張症に発生した胆管狭窄に前癌病変が確認された1切除例

杏林大学 医学部 消化器・一般外科 ○大森 春佑, 川口 翔平, 鈴木 裕, 深沢 智將
磯部 聡史, 中村 康弘, 松木 亮太, 小暮 正晴
中里 徹矢, 須並 英二, 森 俊幸, 阿部 展次
阪本 良弘
同 消化器内科 後藤 知之, 渡邊 俊介, 土岐 真朗, 久松 理一
同 病理学教室 磯谷 一暢, 柴原 純二

29. 長期経過観察中に発生した腎細胞癌の膵転移の一例

埼玉県済生会川口総合病院 消化器内科 ○万波 初香, 倉岡 直亮, 水野 敬宏, 吉岡 藍子
西垣 佑紀, 高杉 秀明, 佐野 弘仁, 小柳 佳成
松井 茂
同 泌尿器科 橋本 恭伸
同 外科 石戸 保典
同 病理診断科 佐藤 英章, 山崎 早苗

30. MRSA 菌血症を合併した慢性膵炎、感染性膵仮性嚢胞の1例

東京通信病院 消化器内科 ○小林 裕貴, 加藤 知爾, 松井 徹, 時任佑里恵
高岡 真哉, 古谷 建悟, 小林 克也, 関川憲一郎
光井 洋
同 感染症内科 濁川 博子

(11) 研修医Ⅺ(膵) 11:25~11:43 座長 東京医科大学 臨床医学系 消化器内科学分野 祖父尼 淳

31. 2回の腹腔内出血をきたした重症急性膵炎に対してコイル塞栓術を行った1例

済生会栗橋病院 初期研修医 ○宇津野 瞳
同 消化器内科 福屋 裕嗣, 高鹿 美姫, 高田 勇登, 味原 隆大
八木 亜記, 奥牧 朋子, 成富 琢磨, 長原 光

32. 高脂血症による脂肪塞栓を認めた急性壊死性膵炎の一例

土浦協同病院 消化器内科 ○小林加代子, 松川 直樹, 西平成嘉子, 大友有紀子
金子 朋浩, 山崎 友裕, 五十嵐 亮, 岡田 理沙
佐野 慎哉, 藤原 俊, 木下 隼人, 鈴木雄一朗
上山 俊介, 柴田 勇, 草野 史彦, 酒井 義法
同 病理診断科 井上 和成

33. 腓十二指腸動脈瘤に対して経カテーテル動脈塞栓術を施行した1例

横浜市立大学附属市民総合医療センター 消化器病センター ○松本 彰太, 三輪 治生, 土屋 洋省, 鈴木 良優
戸塚雄一朗, 小宮山哲史, 佐藤 健, 金子 卓
杉森 一哉, 沼田 和司
横浜市立大学医学部 消化器内科学 前田 慎

第1会場（午後の部）

13：05～14：00

特別講演

肝不全の研究：わが国の歩みと海外での動向

埼玉医科大学 消化器内科・肝臓内科 教授 持田 智 先生

司会 東京女子医科大学 消化器内科 教授 徳重 克年

(12) 一般演題(胃・十二指腸・小腸) 14：05～14：29 座長 東京都保健医療公社 豊島病院 消化器内科 近藤 真由美

34. 内視鏡の止血が困難であった Dieulafoy's lesion からの出血に対して、コイル塞栓術を施行した一例

獨協医科大学 医学部 ○田中 孝尚, 菅谷 武史, 阿部圭一郎, 永島 一憲
井澤 直哉, 鈴木 統裕, 有阪 高洋, 眞島 雄一
土田 幸平, 富永 圭一, 飯島 誠, 郷田 憲一
入澤 篤志

35. *H.pylori* 未感染未分化型胃癌の臨床病理学的特徴の検討

がん研有明病院 消化器内科 ○赤澤 直樹, 藤崎 順子
同 病理部 高松 学

36. 貧血を機に発見された肺癌小腸転移の一例

日本大学 医学部 内科学系 消化器肝臓内科学分野 ○酒井 康行, 岩本 真帆, 山川 俊, 春田 明子
今津 博雄, 中島 典子, 後藤田卓志, 森山 光彦
日本大学医学部附属板橋病院 呼吸器内科 辻野 一郎, 権 寧博
同 消化器外科 吉田 直, 高山 忠利

37. 腸閉塞を契機に発見された小腸異所性腺の一例

東京女子医科大学 消化器・一般外科 ○中川 了輔, 小川 真平, 大木 岳志, 番場 嘉子
腰野 蔵人, 谷 公孝, 大平 慧, 井上 雄志
板橋 道朗, 山本 雅一
同 消化器内科 村杉 瞬, 神林 玄隆, 伊藤亜由美, 大森 鉄平
米澤麻利亜, 徳重 克年

(13) 一般演題(大腸) 14：29～14：47 座長 埼玉医科大学総合医療センター 消化器・肝臓内科 大塚 武史

38. 活動期クローン病に対する新規生物学的製剤ウスチキヌマブの有効性の検討

東京山手メディカルセンター 炎症性腸疾患内科 ○吉村 直樹, 岡野 莊, 酒匂美奈子, 高添 正和

39. ESD 治療により診断、治療し得た Dysplasia を伴う尖圭コンジローマの一例

千葉県がんセンター 消化器内科 ○橋本 佳恵, 石垣 飛鳥, 喜多絵美里, 辻本 彰子
天沼 祐介, 須藤研太郎, 中村 和貴, 三梨 桂子
傳田 忠道, 山口 武人
同 内視鏡科 鈴木 拓人, 南金山理乃, 北川 善康
同 病理診断科 荒木 章伸, 伊丹真紀子

40. 大腸内視鏡的粘膜下層剥離術後に遅発性穿孔をきたした一例

日本大学病院 消化器内科 ○蔵持 智也, 鈴木 翔, 池原 久朝, 江崎 充
市島 諒二, 小椋加奈子, 古城 詩子, 後藤田卓志

(14) 一般演題(肝) 14:47~15:05 座長 順天堂大学医学部 消化器内科 福原 京子

41. 特発性肝動脈破裂に対して TAE を行い救命し得た一例

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

42. 小滴性脂肪肝を呈した Bardet-Biedl 症候群の一例

東京女子医科大学病院 消化器内科 ○堀内健太郎, 小木曾智美, 佐川 孝臣, 谷合麻紀子
児玉 和久, 徳重 克年

43. 診断に針生検が有用であった黄色肉芽腫性腫瘍の1例

東京医科大学 消化器内科 ○菊地 美穂, 杉本 勝俊, 阿部 正和, 吉益 悠
笠井 美孝, 竹内 啓人, 糸井 隆夫
同 消化器外科・小児外科 土田 明彦
同 放射線科 斎藤 和博
同 病理診断科 山口 浩, 長尾 俊孝

(15) 一般演題(胆・膵) 15:05~15:29 座長 東京医科大学 臨床医学系 消化器内科学分野 土屋 貴愛

44. 術後再建腸管の総胆管結石症に対する小腸鏡下 ERCP の有効性の検討

NTT 東日本関東病院 肝胆膵内科 ○石井 研, 藤田 祐司, 小山 裕司, 松橋 信行

45. EUS-FNA による重症急性膵炎の一例

東京女子医科大学附属八千代医療センター 消化器内科 ○宇野澤秀美, 森 千奈津, 橋本 佳恵, 菅 元泰
中山 桂, 菅原 安章, 新村 秀樹, 戸張 真紀
西野 隆義
同 内視鏡科 濱野 徹也

46. IPMC との鑑別に苦慮した、膵嚢胞の1例

東海大学医学部付属病院 消化器内科 ○川西 彩, 川畠 洋平, 山路 葉子, 小玉 敏生
加川 建弘
同 消化器外科 益子 太郎, 中野 明, 増岡 義人, 中郡 聡夫
同 病理診断科 平林 健一

47. 慢性膵炎に対し膵管空腸吻合・胆管空腸吻合・胃空腸吻合術を行った1例

横浜市立大学医学部 消化器・腫瘍外科学 ○阿部 有佳, 熊本 宜文, 平井 公也, 山田 淳貴
前橋 学, 藤原 大樹, 朴 峻, 清水 康博
中山 岳龍, 三宅謙太郎, 藪下 泰宏, 本間 祐樹
松山 隆生, 遠藤 格

(16) 一般演題(膵1) 15:29~15:47 座長 東京慈恵会医科大学柏病院 消化器・肝臓内科 伊 藤 善 翔

48. 5年間の自然史を追跡しえた膵粘液性嚢胞腫瘍(MCN)の1例

がん研究会有明病院 肝胆膵内科 ○谷口 孝伸, 武田 剛志, 古川 貴光, 三重 堯文
澤田 雅志, 鈴木 健, 金田 遼, 春日 章良
松山 真人, 佐々木 隆, 尾阪 将人, 笹平 直樹
同 肝胆膵外科 井上 陽介
同 病理部 高澤 豊

49. 膵癌との鑑別に苦慮した漿液性嚢胞腺腫の一例

国立国際医療研究センター病院 ○西家由里子, 大久保栄高, 遠藤 剛, 栗飯原隼人
浦部 昭子, 住田 純子, 濱田麻梨子, 増田恵利香
泉 敦子, 木村 花菜, 守安 志織, 岩田 英里
大武 優希, 渡辺 一弘, 横井 千寿, 小島 康志
秋山 純一, 伊藤 橋司, 三原 史則, 竹村 信行

50. MRCPで分枝型IPMNと診断されていたが、retention cystを伴う上皮内癌だった一例

がん・感染症センター都立駒込病院 消化器内科 ○来間佐和子, 菊山 正隆, 千葉 和朗, 吉本 憲介
神澤 輝実
新東京病院 消化器外科 大目 祐介
がん・感染症センター都立駒込病院 肝胆膵外科 脊山 泰治

(17) 一般演題(膵2) 15:47~16:05 座長 北里大学医学部 消化器内科学 金 子 亨

51. 急性膵炎で発症し、特異な副腎転移の経過を示した膵癌の1例

横須賀市立うわまち病院 消化器内科 ○諸井 厚樹, 佐藤 晋二, 高野 幸司, 森川瑛一郎
池田 隆明
同 病理検査科 飯田 真岐, 辻本 志朗
横浜労災病院 消化器内科 小宮 靖彦

52. 皮下結節脂肪壊死を伴った膵腺房細胞癌の1例

東京医科大学八王子医療センター 消化器内科 ○和田 卓也, 朝井 靖二, 浅野 響子, 田所 健一
山西 文門, 富田 祐介, 松江 右武, 平山 泰文
奴田原大輔, 平良 淳一, 中村 洋典, 北村 勝哉

53. 腎癌膵転移の切除成績についての検討

東京女子医科大学 消化器外科 ○松永雄太郎, 樋口 亮太, 谷澤 武久, 植村修一郎
出雲 渉, 長野栄理香, 山本 雅一

(18) 一般演題(その他) 16:05~16:23

座長 虎の門病院 肝臓内科 佐野 有哉

54. 診断に苦慮した悪性腹膜中皮腫の1剖検例

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

55. 非典型的な画像所見を呈し、診断に EUS-FNA が有効であった後腹膜神経鞘腫の1例

日本大学 医学部 内科学系 消化器肝臓内科学分野 ○泊 美樹, 渋谷 仁, 武井 章矩, 菊田大一郎
岩塚 邦生, 高橋 利実, 後藤田卓志
日本大学病院 病理診断科 小林 博子, 唐 小燕
日本大学 医学部 内科学系 消化器肝臓内科学分野
成田記念病院 消化器内科 山雄 健次

56. 診断に苦慮した大動脈瘤肺内穿破の一例

聖マリアンナ医科大学 東横病院 ○黄 世揚, 川島亜貴世, 原 雅樹, 吉田 良仁
五十嵐央祥, 落合 康利, 中嶋 孝司
聖マリアンナ医科大学病院 伊東 文生

第2会場（午前の部）

— 評価者 —

杏林大学医学部	消化器内科学	林田 真理
東京医科大学	臨床医学系 消化器内科学分野	土屋 貴愛
日本医科大学付属病院	消化器・肝臓内科	後藤 修

(19) 専修医Ⅰ（肝） 8:15～8:39

座長 帝京大学医学部 内科 八 木 みなみ

57. 当院における高齢男性の自己免疫性肝炎症例の検討

東京女子医科大学八千代医療センター 消化器内科 ○森 千奈津, 戸張 真紀, 宇野澤秀美, 菅 元泰
新村 秀樹, 菅原 安章, 中山 桂, 西野 隆義
同 内視鏡科 濱野 徹也, 白戸 美穂

58. 経過観察中に多発肝結節を認めたⅣ型 Budd-Chiari 症候群の若年2症例

日本医科大学 消化器・肝臓内科 ○塩田 香織, 葉山 惟信, 半田 忠靖, 吉田 祐士
大久保知美, 新井 泰央, 岩下 愛, 糸川 典夫
金子 恵子, 厚川 正則, 川本 智章, 岩切 勝彦

59. レンバチニブ投与中の腫瘍 viability 評価に FDG-PET が有効であった肝細胞癌症例の検討

虎の門病院 肝臓センター 内科 ○山重 大樹, 川村 祐介, 小林 正宏, 粕谷加代子
佐野 有哉, 池田 健次, 藤山俊一郎, 瀬崎ひとみ
保坂 哲也, 芥田 憲夫, 斎藤 聡, 鈴木 文孝
鈴木 義之, 荒瀬 康司, 熊田 博光
同 外科 小林 祐太, 進藤 潤一, 橋本 雅司

60. 塩酸ミノサイクリン注入療法が著効した肝嚢胞内出血の一例

東京慈恵会医科大学 葛飾医療センター 消化器肝臓内科 ○菊地伊都香, 遠藤 大輔, 山根 史嗣, 中塚 佳奈
安藤 理孝, 中田 達也, 小川まい子, 菅原 一朗
横山 寛, 荒井 吉則, 有廣 誠二, 穂苅 厚史

(20) 専修医Ⅱ（肝・胆） 8:39～9:03 座長 JCHO 横浜中央病院 消化器・肝臓内科 野 上 麻 子

61. 肝生検施行4日後に出現した胆道出血に対し緊急TAEで止血した一例

帝京大学 医学部 内科学講座 ○間邊 大輔, 三浦 亮, 磯野 朱里, 八木みなみ
三木 淳史, 青柳 仁, 阿部浩一郎, 有住 俊彦
小田島慎也, 相磯 光彦, 浅岡 良成, 山本 貴嗣
田中 篤

62. 胆嚢動脈瘤の胆嚢内穿破に対し緊急動脈塞栓術（TAE）で止血し救命し得た1例

杏林大学 医学部 消化器内科学 ○川本 翔, 野坂 岳志, 神林 孔明, 北田 修一
八谷 隆仁, 後藤 知之, 吉田 翼, 太田 博崇
権藤 興一, 落合 一成, 渡邊 俊介, 土岐 真朗
森 秀明, 久松 理一
同 放射線科 立石 秀勝

63. EUS・FNA が診断に有用であった石灰化を伴う胆嚢癌の一例

東京慈恵会医科大学附属病院 消化器内科 ○森泉 恵理, 宮崎 亮佑, 嶋田真梨子, 木下 勇次
宮下 春菜, 上田 薫, 澤田 亮一, 高倉 一樹
中野 真範, 猿田 雅之

64. 乳頭形成術後に逆行性胆管炎を繰り返しステント留置で軽快した1例

ひたち医療センター 消化器センター ○野田 淳, 石原 明, 藤吉 祐輔, 長石 将大
望月 清孝, 柴田 悠樹, 加藤 礼, 吉澤 宗大

(21) 専修医Ⅲ(腭1) 9:03~9:21 座長 杏林大学医学部附属病院 消化器内科 吉田 翼

65. 直腸癌術後の経過観察中に認めた多発肺腫瘍を契機に診断された自己免疫性肺炎の1例

川崎協同病院 ○飯高 正典, 野本 朋宏, 藤原 敬久

66. 術前に診断が可能であり腫瘍核出術が可能であった腭 Schwannoma の一例

八王子消化器病院 ○田中マリ子, 森下 慶一, 小川 杏平, 柏木 宏幸
伴野 繁雄, 齋藤 元伸, 尾崎 雄飛, 今泉 俊秀
林 恒男, 原田信比古, 小池 伸定
東京女子医科大学 高山 敬子
八王子消化器病院
東京女子医科大学 赤尾 潤一

67. Groove 膵炎との鑑別に苦慮した膵頭部癌の1例

埼玉医科大学 消化器内科・肝臓内科 ○辻 翔平, 中山 伸朗, 測上 彰, 藤井 庸平
打矢 紘, 中澤 学, 安藤さつき, 菅原 通子
中尾 将光, 本谷 大介, 今井 幸紀, 富谷 智明
持田 智
埼玉医科大学国際医療センター 消化器内科 水出 雅文, 良沢 昭銘
同 消化器外科 渡邊 幸博, 岡田 克也, 岡本 光順
同 画像診断科 佐野 勝廣
同 病理診断科 川崎 朋範

(22) 専修医Ⅳ(膵2) 9:21~9:39 座長 慶應義塾大学医学部 内科学(消化器) 川崎 慎太郎

68. 巨大膵嚢胞の破裂により血清 CA19-9 が上昇し、ドレナージ後に正常値化した1例

自治医科大学 附属病院 消化器内科 ○小野 友輔, 川崎 佑輝, 池田恵理子, 三輪田哲郎
多田 大和, 横山 健介, 牛尾 純, 玉田 喜一
山本 博徳

69. 急性膵炎を繰り返した膵嚢胞の一例

東邦大学医療センター大橋病院 消化器内科 ○里井 新, 権 勉成, 村上 貴寛, 田中 貴志
徳久 順也, 新後閑弘章, 前谷 容
同 外科 鯨岡 学, 森山 穂高, 浅井 浩司, 渡邊 学
同 病院病理部 高橋 啓

70. 粘液性嚢胞腫瘍と鑑別が困難であった漿液性嚢胞腫瘍の一例

東京医科大学 消化器内科学分野 ○井田 知宏, 殿塚 亮祐, 祖父尼 淳, 土屋 貴愛
石井健太郎, 田中 麗奈, 本定 三季, 向井俊太郎
永井 一正, 山本健治郎, 黒澤 貴志, 小嶋 啓之
糸井 隆夫
同 臨床医学系 人体病理学分野 山口 浩
同 基礎社会医学系 消化器外科・小児外科 永川 裕一

(23) 専修医Ⅴ(痔Ⅲ) 9:39~9:57

座長 都立豊島病院 消化器内科 北 詰 晶 子

71. 痔仮性嚢胞内出血・破裂によりきたした大量血性腹水に対して内視鏡的経乳頭のドレナージが奏功した1例

上尾中央総合病院 消化器内科 ○中川 慧人, 三科 雅子, 大和 洸, 柴田 昌幸
大江 啓史, 中村めぐみ, 成田 圭, 田中由理子
小林 倫子, 明石 雅博, 三科 友二, 笹本 貴広
高森 頼雪, 土屋 昭彦, 西川 稿, 滝川 一
山中 正己

72. 痔仮性嚢胞に脾破裂・嚢胞内出血を合併し、内視鏡的加療により手術を回避し得た1例

筑波大学附属病院 消化器内科 ○伊藤 嘉美, 長谷川直之, 小野田 翼, 永渕 美帆
杉山雄太郎, 鈴木 宏清, 廣瀬 優, 新里 悠輔
池田 貴文, 石毛 和紀, 福田 邦明, 兵頭一之介
溝上 裕士

73. 慢性脾炎に伴う仮性のう胞と肝内穿破を繰り返し、腹腔内穿破をきたした一例

東海大学医学部付属東京病院 ○伊藤 彩乃, 白石 光一, 五十嵐宗喜, 仁品 玲子
中村 淳, 青木 純
東海大学附属大学病院 川西 彩, 川寫 洋平

(24) 専修医Ⅵ(食道・胃・十二指腸) 10:07~10:25 座長 聖マリアンナ医科大学病院 消化器・肝臓内科 森 田 望

74. 切除可能な食道神経内分泌がんに対して化学放射線療法が有効であった1例

北里大学医学部 消化器内科学 ○原 勇輔, 渡邊 晃識, 堅田 親利, 久保田 陽
和田 拓也, 石戸 謙次, 東 瑞智, 田邊 聡

75. 食道平滑筋腫上に食道癌を併発した1例

獨協医科大学埼玉医療センター 消化器内科 ○嶋田 智樹, 片山 裕視, 松本 純一, 藤本 洋
玉野 正也
同 病理診断科 伴 慎一

76. 噴門側胃切除+空腸パウチ間置後の長期生存患者に発生した残胃癌に対して残胃全摘術を施行した一例

東京慈恵会医科大学 ○中村 優圭, 渡部 篤史, 北澤 征三, 増田 隆洋
秋元 俊亮, 藤崎 宗春, 湯田 匡美, 谷島雄一郎
矢野 文章, 西川 勝則, 三森 教雄, 矢永 勝彦
松村病院 外科 二村 浩史

(25) 専修医Ⅶ(小腸・大腸) 10:25~10:43 座長 日本医科大学 消化器内科学 梅田 隆 満

77. 回腸憩室穿孔による急性腹症の1例

総合病院厚生中央病院 消化器病センター 消化器内科 ○岸 洋佑, 中村 文彦, 島田 長怜, 齋藤 倫寛
木村 晴, 松浦 良徳, 剛崎 寛徳, 根本夕夏子
同 消化器外科 河北 英明
東京医科大学病院 病理診断科 倉田 厚, 黒田 雅彦

78. メトトレキサート(MTX)中止後に消化管穿孔を来したMTX関連リンパ増殖性疾患(MTX-LPD)の一例

独立行政法人国立病院機構 横浜医療センター 消化器内科 ○新井 里子, 内山 崇, 川島 捺未, 乾 麻美
中島 聡美, 田邊 浩紹, 山田 英司, 野中 敬
宮澤 志朗, 松島 昭三, 小松 達司

79. 経口的小腸ダブルバルーン内視鏡で診断しえた空腸血管腫の一例

三井記念病院 消化器内科 ○今井 誠, 戸田 信夫, 村上 恵太, 谷口 勝城
福村 幸代, 近藤真由子, 高木 馨, 小島健太郎
大木 隆正, 関 道治, 加藤 順, 田川 一海

(26) 専修医Ⅷ(大腸1) 10:43~11:01 座長 杏林大学医学部付属病院 消化器内科 尾崎 良

80. 化学療法中にアメーバ性大腸炎を併発した一例

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

81. 中年女性に生じた特異な直腸潰瘍の一例

東邦大学医療センター大森病院 消化器内科 ○岡田奈央子, 五十嵐良典, 小野 真史, 木村 隆輔
山本 慶郎, 新井 典岳, 西川 雄祐, 清水 良
榎本 有里, 中尾 友美

82. 結腸重全摘後に広範な小腸潰瘍を認めた潰瘍性大腸炎の一例

草加市立病院 消化器内科 ○笠野 由佳, 戸田 晶子, 河上 和輝, 磯崎 岳
小橋健一郎, 今城 眞臣, 鎌田 和明, 矢内 常人
同 外科 花岡まりえ, 三浦 富之
東京医科歯科大学医学部附属病院 大腸・肛門外科 菊池 章史, 松山 貴俊
同 消化器内科 伊藤 洋平, 藤井 俊光
同 病理部 根本真理子

(27) 専修医Ⅸ(大腸2) 11:01~11:19 座長 埼玉医科大学 消化器・肝臓内科 塩川 慶典

83. 大腸内視鏡にて摘出し得た義歯誤飲の一例

昭和大学 藤が丘病院 消化器内科 ○清水 寛, 河西 千恵, 山脇 将貴, 浅見 哲史
長田 真二, 岩橋 健太, 小沢 尚子, 吉田詠里加
宮尾 直樹, 新谷 文崇, 東畑美幸子, 鈴木 怜佳
遠藤 利行, 高野 祐一, 五味 邦代, 黒木優一郎
山本 頼正, 井上 和明, 長浜 正亞

84. 盲腸の固有筋層に副脾を認めた一例

自治医科大学附属さいたま医療センター ○水澤 由樹, 宮倉 安幸, 高橋 洵, 福田臨太郎
前本 遼, 高山 法也, 辻仲 真康, 力山 敏樹

85. 根治的手術をされた乳癌術後再発により腸閉塞をきたした1例

東海大学医学部付属八王子病院 消化器内科 ○上田 孝, 津田 真吾, 新聞 淑雅, 金子 元基
安斎 和也, 伊藤 裕幸, 永田 順子, 市川 仁志
小嶋清一郎, 渡辺 勲史
同 消化器外科 宇田 周司, 向井 正哉

(28) 専修医X(大腸3) 11:19~11:37

座長 筑波大学附属病院 消化器内科 森 脇 俊 和

86. 直腸癌脳転移の一例

東京労災病院 消化器内科 ○副島 啓太, 乾山 光子, 藤井 紘大, 松本 将
大場 信之, 西中川秀太, 塩野さおり

87. 直腸肛門部悪性黒色腫に対し、腹腔鏡下腹会陰式直腸切断術を施行し、長期無再発生存が得られている1例

日本医科大学 消化器外科 ○林 光希, 高橋 吾郎, 山田 岳史, 小泉 岐博
太田 竜, 進士 誠一, 松田 明久, 堀田 正啓
原 敬介, 武田 幸樹, 上田 康二, 栗山 翔
吉田 寛

88. 仙骨前嚢胞に合併した腺癌(Tail-gut cyst with Adenocarcinoma)の一例

東京女子医科大学病院 消化器内科 ○松永 卓士, 大森 鉄平, 高山 敬子, 山本 果奈
木下普紀子, 新田 裕樹, 徳重 克年
同 消化器・一般外科 大木 岳志, 前田 文, 山本 雅一
同 画像診断・核医学科 森田 賢
同 病理診断科 長嶋 洋治

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
357	木 田 光 広 (北里大学医学部 消化器内科学)	12月7日(土)	東 京 海運クラブ	8月28日～ 10月2日予定
358	中 島 淳 (横浜市立大学大学院医学研究科 肝胆臓消化器病学教室)	2020年 2月22日(土)	東 京 シェーンバッハ・サボー	10月30日～ 12月4日予定
359	浦 岡 俊 夫 (群馬大学大学院医学系研究科内科学講座 消化器・肝胆内科学分野)	4月11日(土)	東 京 海運クラブ	2020年1月8日～ 2月12日予定
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
361	永 原 章 仁 (順天堂大学医学部 消化器内科)	9月12日(土)	東 京 海運クラブ	6月3日～ 7月8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 シェーンバッハ・サボー	10月31日(木)
36	名 越 澄 子 (埼玉医科大学総合医療センター 消化器・肝胆内科)	2020年 6月21日(日)	東 京 シェーンバッハ・サボー	未 定

次回(第357回)例会のお知らせ

期 日：2019年12月7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：「線虫がん検査『N-NOSE』2020年の実用化を間近に控えて」

演者：株式会社HIROTSUバイオサイエンス

代表取締役 広津 崇亮

司会：北里大学医学部 消化器内科学(北里大学メディカルセンター)教授 木田 光広

ランチョンセミナー：「画像を用いた慢性便秘症診療～お話は『腸からも』聞か～」

演者：独立行政法人国立病院機構久里浜医療センター 内視鏡部長 水上 健

司会：北里大学医学部 消化器内科学 主任教授 小泉和三郎

当番会長：木田 光広 北里大学医学部 消化器内科学(北里大学メディカルセンター) 教授

〒252-0374 神奈川県相模原市南区北里1-15-1 TEL 042-778-8111

連絡先：岩井 知久 北里大学医学部 消化器内科学

◆研修医・専修医セッションについて◆

研修医(例会発表時に卒後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

日本消化器病学会関東支部 第35回教育講演会ご案内
(日本消化器病学会専門医制度：18単位)

日 時：2019年11月10日（日） 9：30～16：25

会 場：シェンバツハ・サボー（〒102-0093 東京都千代田区平河町2-7-4 電話：03-3261-8386）

会 長：宮地 和人（獨協医科大学 健康管理科）

主 題：「最新の消化器疾患の診断と治療」

◆開会の辞◆宮地 和人（第35回教育講演会会長）

◆講演1◆「再発食道がんに対する光線力学療法の開発と治療の実際」

講師：矢野 友規（国立がん研究センター東病院 消化管内視鏡科）

司会：中村 哲也（獨協医科大学 医療情報センター）

◆講演2◆「食道アカラシアに対するPOEMの現況と展望」

講師：井上 晴洋（昭和大学江東豊洲病院 消化器病センター）

司会：窪田 敬一（獨協医科大学 第二外科）

◆講演3◆「胃炎の診断と分類-胃炎の京都分類に至るまで」

講師：春間 賢（川崎医科大学総合医療センター 内科）

司会：増山 仁徳（増山胃腸科クリニック）

◆ランチョンセミナー◆「胃癌の腹腔鏡下手術」

講師：小嶋 一幸（獨協医科大学 第一外科）

◆講演4◆「慢性膵炎の診断と治療」

講師：入澤 篤志（獨協医科大学 医学部 内科学（消化器）講座）

司会：五十嵐良典（東邦大学医療センター大森病院 消化器センター内科）

◆コーヒープレイク◆「アミノインデックスについて」

講師：安東 敏彦（味の素株式会社 アミノインデックス事業本部）

司会：渡邊菜穂美（獨協医科大学 健康管理課）

◆講演5◆「新時代を迎えた腸内常在菌研究」

講師：辨野 義己（国立研究開発法人 理化学研究所 辨野特別研究室）

司会：加藤 洋（獨協医科大学日光医療センター 病理部）

◆講演6◆「Lynch症候群の診断・治療・予防」（仮題）

講師：菅野 康吉（栃木県立がんセンター研究所 がん遺伝子研究室・がん予防研究室）

司会：堀江 久永（自治医科大学 外科学講座）

◆支部長挨拶◆長谷川 潔（東京大学大学院医学系研究科 臓器病態外科学 肝胆膵外科／人工臓器・移植外科）

◆閉会の辞◆宮地 和人（第35回教育講演会会長）

参加方法：事前登録制となりますので、2019年10月31日（木）までに関東支部ホームページの参加登録から、お申し込み下さい。

参加費（5,000円、テキスト代含む）は事前振込となります。

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

※定員になり次第、締め切らせて頂きます。（定員500名）

更新単位：18単位

※参加証は閉会の辞終了後に配布いたします。

原則として開会の辞から閉会の辞まで聴講していただいた方に限ります。

問合せ先：日本消化器病学会関東支部第35回教育講演会 運営事務局

（株）サンプラネット内 担当：高橋

〒112-0012 東京都文京区大塚3-5-10 住友成泉小石川ビル6F

TEL 03-5940-2614 FAX 03-3942-6396

E-mail：kantok35@sunpla-mcv.com

1

診断に苦慮した食道神経内分泌腫瘍の1例

東京女子医科大学病院 卒後臨床研修センター¹⁾,
同 消化器・一般外科²⁾
野村 望¹⁾, 成宮孝祐²⁾, 工藤健司²⁾, 前田新介²⁾, 豊島幸憲²⁾,
小川杏平²⁾, 大杉治司²⁾, 山本雅一²⁾

【目的】食道神経内分泌細胞癌は、非常に症例数が少なく治療法も含め不明な点が多い。進行例における手術成績は著しく不良であり、近年は化学療法もしくは化学放射線療法を選択してきたが、多くの症例で扁平上皮癌と混在しているため術前に診断できないことも多く、治療に難渋しているのが現状である。今回、食道扁平上皮癌の診断で術前化学療法施行後に手術施行し、病理学的に食道神経内分泌癌と診断された症例を経験した。病理標本を基に術前診断の可能性等について検討を行ったため報告する。【症例】60歳代男性。腹部食道の全周性3型病変。T3N1M0 Stage IIIの診断で術前化学療法としてFP療法施行。1コース施行して評価したところSDであり本人と相談の上手術施行することとなった。2017年、胸腔鏡下食道切除、2領域郭清、後縦隔経路胃管再建術施行。術後経過良好であり第23病日退院となる。手術病理標本では、40%の神経内分泌細胞癌と60%の低分化型扁平上皮癌であり、転移していた#1、#2リンパ節転移は扁平上皮癌からの転移であった。内分泌細胞癌は腫瘍の底部に限局しており内視鏡像および病理標本を示す術前に生検するのはEUS下生検でないと難しい位置であった。【考察】1968年から2018年まで当科で手術施行し詳細が判明している食道神経内分泌細胞癌手術施行26例を検討し合わせて報告する。(a) 男:女 22:4 平均年齢64.2歳(24~77) 主病巣の占居部位 Ut: Mt: Lt: Ae:1:14:9:2 深達度 T1b: T2: T3: T4=8:3:11:4, 占有度 pure type: mixd type=9:17 N0: N1=2:24 (b) Adjuvantありなし=15:11 (c) 肝臓転移:肺転移:リンパ節転移:骨転移:播種性転移:不明=7:6:4:2:4:4 (d) 50%生存期間 10ヵ月(1~98) (e) T1:T2-4=50%生存率19ヵ月:50%生存率5ヵ月(p=0.020) (f) リンパ節転移個数 0-2個:3個以上=50%生存率19ヵ月:50%生存率4ヵ月(p<0.001)

食道, 神経内分泌腫瘍

2

食道気管瘻を形成した進行食道癌に対し、気管及び食道ステント留置により経口摂取可能となった1例

横浜栄共済病院 消化器内科¹⁾, 同 呼吸器外科²⁾
原田康平¹⁾, 高井佑輔¹⁾, 佐藤元一¹⁾, 稲垣淳太¹⁾, 杉本祐一¹⁾,
目黒公輝¹⁾, 鹿野島健二²⁾, 清水智樹¹⁾, 真田治人¹⁾, 原 祐郁²⁾,
渡邊誠太郎¹⁾

【症例】81歳男性。縦隔リンパ節転移、気管浸潤が疑われる進行食道癌(Mt)に対して、化学放射線療法を施行した。CDDP+5-FUを計5コースと、DOCを計2コース施行したところで、肺炎を発症し入院となり、精査にて食道気管瘻が発覚した。上部内視鏡検査で食道病変部に深掘れの潰瘍を認め、透視下造影検査で食道と左主気管支との交通が発覚した。絶食と抗生剤投与で肺炎はいったんは軽快したが、慢性的に湿性咳嗽を認め、経口摂取にて増悪するため食事は不能であった。そのため、瘻孔の閉鎖と気管支閉塞の予防を目的として、入院第23病日に気管支鏡下に気管ステント(covered 14mm/40mm)を留置したが、術後の食道造影検査では造影剤の左主気管支への流出は残存していた。食道の狭窄が高度でないため脱落のリスクも危惧されたが、食道側からの瘻孔閉鎖目的に第31病日に内視鏡下に食道ステント(covered 18mm/80mm)を留置した。食道ステント留置後の食道造影では、気管への造影剤の流出は認められず、経口摂取を再開。肺炎の再発なく、第50病日に退院となった。食道ステント留置から89日で原病死に至るまで経口摂取が可能であった。【考察】解剖学的に進行食道癌では気管浸潤を認めることがある。悪性腫瘍による食道気管瘻でも、可能であれば合併切除による根治手術を検討するべきだが、困難である。切除不能例では食道ステントや気管ステント挿入の適応となる。今回我々は進行食道癌による食道気管瘻に対して、食道及び気管のダブルステント留置後に食事摂取が可能となった一例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。

食道気管瘻, ダブルステント

3

胃癌ニボルマブ療法のバイオマーカーとして血清可溶性IL-2受容体/リンパ球数比が有用であった1例

横浜市立市民病院 消化器外科
牛尾満里奈, 田村裕子, 船津匡拓人, 大田洋平, 藤井義郎,
高橋正純

【背景】免疫チェックポイント阻害薬の血清バイオマーカーとして、悪性黒色腫においてIL-9やIL-10の有用性が報告されている。血清可溶性IL-2受容体(sIL-2R)は血液癌のみならず固形腫瘍の予後因子として知られている。抗腫瘍免疫に関わるT細胞の活性化や制御性T細胞の抑制にはsIL-2R発現が関与しており、患者の免疫状態とsIL-2R値との関連が推測される。

【症例】90歳女性。X年6月上旬消化管出血の精査で胃癌と診断され、同月当科入院。同年7月幽門側胃切除術施行され、pT4aN2H0P1CY1, stage4であった。術後、S-1投与中にX+2年1月腹膜播種再燃し、nab-PTX, wPTX+RAMへ変更後、grade1の末梢神経障害で不耐となった。X+2年11月よりNIVO(3mg/kg)を16回施行後、grade2の全身倦怠感と甲状腺機能低下(免疫関連有害事象(irAE))が出現し4ヶ月間休薬。その後sCA19-9の上昇が見られたため、NIVO(240mg/body)を再開して計10回追加施行された。X+4年3月PDとなり、全身状態は悪化し、同年4月原病死された。NIVO開始前後のsIL-2R/リンパ球数比(以下sIL-2R/Ly数比)の推移は、開始時、休業時、再開時、PD中止時、中止後1ヶ月において各々1.0、2.0、2.6、5.7、9.2と、sCA19-9の推移に伴って増加した。

【考察】制御性T細胞(Treg)は抗腫瘍免疫の抑制に関与し、高親和性IL-2受容体を構成するCD25(IL-2受容体 α 鎖)を高頻度に発現しており、周囲のT細胞から放出されたIL-2を消費する。このため、抗腫瘍免疫状態の把握にはこのsIL-2Rと細胞性免疫状態を表すLy数を測定することが有用であると考えた。本症例において癌病態悪化前のsIL-2R/Ly数比は比較的安定していた。癌病態悪化に伴ってsIL-2R値の上昇とLy数の低下を認め、sCA19-9増加とともにsIL-2R/Ly数比は緩徐に上昇した。PD中止後はsCA19-9の急激な増加に伴いsIL-2R/Ly数比の著明な上昇を認めた。sIL-2R/Ly数比は比較的簡便に測定可能な免疫療法のバイオマーカーとして有用である可能性が考えられた。

ニボルマブ, 可溶性IL-2受容体

4

術前に診断し得た胃のHamartomatous Inverted Polypの一例

自治医科大学さいたま医療センター 消化器内科
茂木美月, 小糸雄大, 大竹はるか, 森野美奈, 松本圭太,
賀嶋ひとみ, 三浦孝也, 高橋裕子, 石井剛弘, 坪井瑠美子,
吉川修平, 藤原純一, 関根匡成, 上原健志, 浅野岳晴, 松本吏弘,
宮谷博幸, 眞嶋浩聡

症例は65歳女性。検診目的で前医受診し、上部消化管内視鏡検査にて30mm大の有茎性ポリープを認め、生検でHyperplasiaであり、精査加療目的に当院紹介となった。当院で行った血液検査では腫瘍マーカー含め異常所見なく、腹部造影CTでは胃底部に内腔に突出する有茎性の腫瘍性病変が認められ、内部は造影効果を伴う、多房性の腫瘍であった。周囲リンパ節腫脹や他臓器に異常所見は認めなかった。上部消化管内視鏡検査では、降部30mm大の山田4型ポリープを認め、表面粘膜は正常粘膜で、ポリープの頂部では発赤粗造な粘膜であった。頂部からの生検ではGroup 1が検出された。超音波内視鏡検査では、第2-3層を主座とした腫瘍で、内部は無エコーの嚢胞様構造を複数認めた。以上より、術前診断はHamartomatous Inverted Polyp(HIP)とした。HIPに合併した胃癌の報告もあることから、切除する方針となり、EMRを施行した。検体は弾性軟で、断面は粘調で、複数の嚢胞を認めた。病理組織学的検査にて、ポリープ内部に増生した陰窩上皮や拡張した腺管と、間質に粘膜筋板の錯綜を認めた。以上より胃HIPと診断した。

胃HIPは胃粘膜上皮が粘膜下層方向へ陥入しながら増生する非腫瘍性病変で、比較的稀な疾患であり、今回文献的考察を加えて報告する。

Hamartomatous Inverted Polyp, 胃ポリープ

5 回腸末端の潰瘍を有するT-SPOT陽性の外国人慢性腹症患者に対して下部消化管内視鏡検査を再検し、生検抗酸菌培養より腸結核の診断に至った一例

東京都済生会中央病院 消化器内科¹⁾、同 腫瘍内科²⁾、同 病理診断科³⁾、同 総合診療内科⁴⁾、中島菖子¹⁾、小川 歩¹⁾、今村峻輔¹⁾、小倉 望^{1,2)}、林 智康¹⁾、平川旭人¹⁾、田沼浩太¹⁾、青木 優²⁾、星野 舞²⁾、上田真裕¹⁾、三枝慶一郎¹⁾、岸野竜平¹⁾、酒井 元²⁾、船越信介²⁾、中澤 敦¹⁾、廣瀬茂道³⁾、谷山大輔⁴⁾

【背景】腸結核は肺結核に続発するものと、肺病変とは無関係な原発性腸結核に分類される。2013年以降活動性腸結核は漸減し、2017年の新規腸結核患者は220例となっている。通常腸結核は他の肺外結核同様高齢者に多いとされるが、一方で若年の外国人結核患者は急増している。【症例】ネパール出身の31歳男性。受診1年前より来日し、カレー屋で調理の仕事をしている。受診8ヶ月前より食後に増悪する右中腹部痛が持続し当院受診となった。腹部エコー・造影CTでは回腸末端周囲に14mm大のリンパ節腫大を認め、中心部に低吸収域を伴い乾酪壊死を伴うリンパ節の可能性が考えられた。下部消化管内視鏡検査では回腸末端に不整形潰瘍を認め、初回の病理結果・組織培養からは診断に至らなかったが、T-SPOT陽性であることから腸結核を疑い再度下部消化管内視鏡検査による粘膜抗酸菌培養（イムノクロマト法）より結核菌が検出された。なお、胸部CTでは肺病変なく喀痰抗酸菌培養も3回陰性を確認し、原発性腸結核の診断に至った。2ヶ月間4剤併用療法（イソニアジド・リファンピシン・エタンブトール・ピラジナミド）後、2剤（イソニアジド・リファンピシン）を4ヶ月間継続した。当初認めていた回腸末端の不整形潰瘍は黒丸の分類3型に相当すると考えられたが、治療開始4ヶ月後にフォローした下部消化管内視鏡検査では病変は消失していた。【考察】近年、日本において外国生まれの若年結核患者は増加しておりベトナム・中国・フィリピン・ネパールなど結核高蔓延国からの外国人患者の慢性腹症において精査を行う際には、結核の関与も念頭に置く必要がある。また腸結核は多彩な腸管病変を形成し得ることや確定診断が困難なケースも多いため、生検を用いた結核菌培養や組織学的検索に加えIGRAも併用すべきと考えられた。【結語】回腸末端の潰瘍を有するT-SPOT陽性の外国人慢性腹症患者者に対して下部消化管内視鏡検査を再検し、生検抗酸菌培養より腸結核の診断に至った一例を経験したためここに報告する。

腸結核、不整形潰瘍

6 黒色便を契機に発見された回腸Clear cell sarcoma-like tumor of the gastrointestinal tractの一例

順天堂大学 消化器内科¹⁾、同 大腸・肛門外科²⁾、同 人体病理病態学講座³⁾、牛朱美幸¹⁾、芳賀慶一¹⁾、栗津崇仁¹⁾、矢田茉佑¹⁾、岡原昂輝¹⁾、野村 収¹⁾、高和 正¹⁾、松本健史¹⁾、芹澤信子¹⁾、澁谷智義¹⁾、山科俊平¹⁾、坂本直人¹⁾、水越幸輔²⁾、荒川 敦²⁾、坂本一博²⁾、八尾隆史³⁾、伊佐山浩通¹⁾、池嶋健一¹⁾、椎名秀一朗¹⁾、永原章仁¹⁾

【症例】61歳、男性【主訴】黒色便【既往歴】高血圧【経過】黒色便・貧血を主訴に他院消化器内科を受診し、上下部内視鏡施行するも異常所見認めなかったため小腸精査目的で当院紹介となった。小腸カプセル内視鏡検査を行ったところ回腸末端に腫瘍性病変が疑われ、経肛門のダブルバルーン内視鏡検査を施行した。パウヒン弁より15cm口側回腸に易出血性の2/3周性の2型腫瘍を認めた。生検病理ではGroup1で炎症所見のみで診断に至らなかったが、内視鏡所見上は悪性腫瘍を疑う所見であったため本人に説明した上で診断的治療目的に腹腔鏡下回盲部切除及びD3郭清術を行った。病理組織検査では淡明～好酸性の細胞質と類円形の核を有する腫瘍細胞が充実に増殖し、線維増生を伴いながら漿膜表面に浸潤していた。免疫染色ではc-kit (+)、CD34 (+)、S-100 (+++)、HMB-45 (+) で、回腸より発生した Clear cell sarcoma-like tumor of the gastrointestinal tract (CCSLGT) の診断となった。手術検体では1/43でリンパ節転移を認めていたがPET-CTでは明らかに転移性病変は認めず、現在無治療であるが14ヶ月無再発で外来経過観察中である。【考察】CCSLGTはClear cell sarcoma of soft parts (CCS) と類似した組織学的特徴を持ち消化管に発生する非常に稀な間葉系腫瘍である。リンパ節や肝臓に転移を来しやすく予後不良であるが、治療について統一した見解はない。【結語】黒色便を契機に発見された回腸CCSLGTの一例を経験したので文献的考察を加えて報告する。

CCSLGT、小腸

7 先天性小腸軸捻転症で自然解除した若年女性の一例

練馬総合病院 外科¹⁾、同 内科²⁾、橋本可奈子¹⁾、栗原直人¹⁾、東宏一郎²⁾、松田英士²⁾、佐々木康裕²⁾、藤澤愛里²⁾、柳下陽香¹⁾、浅田祐介¹⁾、徳山 丞¹⁾、飯田修平¹⁾

小腸軸捻転症にはA原発性、B2次性、C先天性があり、Aは原因不明、Bは癒着、腸重複など、C腸回転異常や腹膜固定不全などがある。小腸軸捻転症は診断が遅れると血行障害により致命的疾患であるため、早期診断、早期治療が望まれる。今回、小腸軸捻転症の診断後、早期に自然解除した一例を経験したので報告する。症例は24歳、女性。強い上腹部痛を主訴に救急搬送された。既往歴は不整脈、併発疾患として月経不順を認めた。生活歴 飲酒歴なし。現病歴：急激に激しい腹痛が出現し、鎮痛薬内服するも軽減せず救急搬送された。仰臥位で痛みが増悪し、腹部を抱え込む姿勢を保持していた。NRS 9.5/10と強い腹痛のため、ペンタゾシン 15mgを筋注し疼痛は軽減した。悪心、嘔吐は認めなかった。血液検査ではWBC 5200、CRP 0.01と炎症所見は認めなかった。腹部造影CTでは、腸間膜にWhirl signおよびSMVの狭小化、小腸軸捻転、腸間膜静脈の拡張と一過性所見がみられた。手術を前提に準備を進めたが、症状の改善がみとめられた。CMZ1g投与による保存的治療を開始した。症状の再燃はなく、入院2日後の腹部CTではWhirl signの解除、腸間膜の浮腫とSMVの狭小化が消失し、小腸軸捻転は解除された。一方、上行結腸の位置異常と十二指腸の回転異常がみられた。考察：小腸軸捻転症は急性腹症であり、絞扼性腸閉塞により腸管の血流障害が生じる。本症例では、捻転による静脈の拡張が著明にみとめられたが、短時間に解除され、臨床症状も改善した。自然に捻転解除した報告は少なく、文献的考察を加えて報告する。

小腸軸捻転症、Whirl sign

8 腸閉塞で発症した回腸子宮内膜症の一例

埼玉医科大学病院 総合診療内科¹⁾、同 消化管内科²⁾、同 病理部³⁾、同 消化器外科⁴⁾、山口智子¹⁾、芦谷啓吾¹⁾、宮口和也¹⁾、大塚秀樹²⁾、都築義和²⁾、石澤圭介³⁾、金 玲³⁾、山田健人³⁾、佐々木淳³⁾、細井良枝⁴⁾、菅野優貴⁴⁾、深野敬之⁴⁾、篠塚 望⁴⁾、中元秀友¹⁾、今枝博之^{1,2)}

症例は43歳女性で、以前から月経に伴った腹痛があり、過去に2回、月経の時期に腸閉塞による入院歴がある。20XX年1月に、月経の時期に下腹部痛、嘔吐を主訴に前医を受診し、腸閉塞の再燃の診断で緊急入院した。腹部造影CT検査では、回腸の狭窄と口側の腸管の拡張がみられた。大腸内視鏡検査では、回腸末端に発赤がみられたが、特異的な所見はみられなかった。腸閉塞を繰り返していることから、小腸の精査目的で、当科に紹介入院となった。禁食と補液、胃管留置により腹痛症状の改善を認めた。経肛門のダブルバルーン内視鏡検査で、回盲弁から数cm口側の回腸末端に狭窄を認め、粘膜はやや浮腫状であった。ダブルバルーン内視鏡下のガストロ造影では、辺縁整で、4cm程度の狭窄をみとめ、その口側にも狭窄した腸管をみとめた。生検の病理組織所見では炎症細胞浸潤を認めるのみであった。当院消化器外科で腹腔鏡下回盲部切除術を施行された。手術標本では、右卵管采が回腸末端に癒着し、ひきつれて強固に癒着し、回腸の狭窄を認めた。切除標本の病理組織所見では固有筋層から漿膜面にかけて子宮内膜類似腺管、間質の散在をみとめ、異所性子宮内膜症による回腸狭窄と診断した。子宮内膜症は、子宮内膜組織の異所性増殖をきたす疾患であり、発生部位によって、子宮筋層内の内性子宮内膜症と、それ以外の部位の外性子宮内膜症に大別される。外性子宮内膜症の中で、腸管子宮内膜症の頻度は、10%程度である。生理周期と同じ時期の腹痛の患者では、腸管子宮内膜症を念頭に詳細な問診を行うことが需要で、示唆に富む症例と考え報告した。

小腸狭窄、子宮内膜症

東京都保健医療公社 東部地域病院
飯塚真理, 牧野有里香, 棚山尚紀, 落合 匠, 渡部智雄, 北島政幸,
中谷晃典, 永易希一, 岸根健二, 佐藤 剛, 高橋琢哉, 津久井崇文,
新田周作

【症例】症例は86歳女性。左下肢から臀部にかけてのしびれと疼痛を主訴に受診された。CT検査所見より左閉鎖孔ヘルニアの診断で当院消化器外科に入院となった。来院時現症では腹部に圧痛を認めた。血液生化学検査ではCRP 2.55mg/Lと軽度の炎症を認めた。腹部単純CT検査では閉鎖孔に嵌頓する小腸を認め、口側腸管の拡張がありイレウスの所見であった。腸管嵌頓はエコー下で容易に整復可能であった。治療は年齢を考慮して保存加療を行い、改善しなければ手術の方針とした。入院後1日目にイレウス管を挿入し全身症状軽快したため6日目イレウス管抜き去し、食事開始後問題ないことを確認してから11日目に退院となった。退院後、本人希望により待機性腹腔鏡下閉鎖孔ヘルニア手術を施行した。手術中左閉鎖孔を同定し、ヘルニア嚢を内反後ヘルニア嚢の一部を切除した。術後経過は良好であり、術後12日で退院となった。【考察】閉鎖孔ヘルニアは高齢女性に好発する比較的低な疾患で、腸管嵌頓によるイレウスをきたす救急疾患とされている。今回イレウスを合併した閉鎖孔ヘルニアに対し徒手整復を施行し、保存的加療のうえ待機的手術を行った症例を経験した。それを踏まえ、過去に当院で経験した閉鎖孔ヘルニア症例と比較検討を行った。閉鎖孔ヘルニアの術式については定型的な術式は確立されておらず議論の分かれるところではあるが、2016年1月から2019年6月まで当院で関与した7例においては腹腔鏡下手術が4例、開腹手術が2例、腹腔鏡手術から開腹に移行した症例が1例という内訳であった。いずれも術後経過に問題はなく再発は認められなかった。以上から腹腔鏡下閉鎖孔ヘルニア手術は有効かつ安全に施行できる術式であるが、症例によっては開腹手術がより適する場合もあると考える。【結語】エコー下で徒手整復し待機的に腹腔鏡下手術を行った閉鎖孔ヘルニアの一例を経験したので報告する。

閉鎖孔ヘルニア, イレウス

SUBARU 健康保険組合 太田記念病院 消化器内科
小林諭史, 木村浩一郎, 佐久間文, 栗原英心, 小畑 力, 伊島正志,
大竹陽介

【症例】50歳代女性

【主訴】腹痛、下痢、関節腫脹

【現病歴】潰瘍性大腸炎の診断にて2013年5月より5-ASA製剤およびプレドニゾロンによる治療を開始し寛解導入、維持していたが2016年7月に再燃し当院を紹介転院した。同年8月からインフリキシマブを導入し再度寛解が得られ、外来で継続投与していたが2018年10月初より心窩部痛と下痢が出現した。上部消化管内視鏡検査では胃前底部に多発するびらんと十二指腸下行部に多発潰瘍を認めた。同時期より右側手関節、両側肘関節、右膝関節に腫脹、疼痛が出現し、その後下腿の紫斑が出現したため当院皮膚科を受診。両側膝関節から足背にかけて浸潤を伴う紫斑を認めIgA血管炎と診断された。心窩部痛は増悪傾向であり10月14日に救急外来を受診し同日入院となった。入院後プレドニゾロン30mg内服を開始し、徐々に紫斑の消褪、腹部症状の軽快を認めたため漸減し10月28日退院となった。その後外来通院加療中であるが、潰瘍性大腸炎およびIgA血管炎ともに再燃傾向を認めていない。

【考察】潰瘍性大腸炎の経過中にIgA血管炎を併発した症例は稀であり、若干の文献的考察を加え報告する。

潰瘍性大腸炎, IgA血管炎

群馬大学医学部附属病院 消化器・肝臓内科
喜多 碧, 橋本 悠, 佐藤圭吾, 中田 昂, 關谷真志, 田中寛人,
保坂浩子, 栗林志行, 下山康之, 山崎勇一, 浦岡俊夫

【症例】37歳女性。5-ASAアレルギー、PSL依存の難治潰瘍性大腸炎に対し、前医にてタクロリムス、アザチオプリン、PSL 5mgで加療を行われていた。経過中に右下腿のアキレス腱周囲に膿瘍が発生したのち、同部位に膿瘍を形成し、壊疽性膿皮症と診断された。PSL増量、インフリキシマブが投与され一旦は改善を認めるも、その後全身に皮膚潰瘍や毛包炎が多発し、壊疽性膿皮症の増悪と判断され当院に転院となった。壊疽性膿皮症に対して、免疫抑制治療の強化を予定していたが、転院後の造影CTで両肺および両腎に多発する膿瘍を認めた。膿瘍併発のため免疫抑制の強化は危険と判断し、インフリキシマブは中止、抗生剤治療を開始し感染合併下でも可能な治療強化として顆粒球除去療法を開始した。しかし、抗生剤投与後も発熱が持続し全身状態の改善はみられなかった。既報より壊疽性膿皮症に伴う無菌性膿瘍の報告があったことから、右腎膿瘍に対して穿刺を施行し、培養にて無菌性であることを確認した。壊疽性膿皮症に伴う無菌性膿瘍に対し、PSL 1mg/kgへ再増量しインフリキシマブを再開した。その後は全身状態が改善し、肺膿瘍・腎膿瘍ともに縮小がみられ、皮膚潰瘍も上皮化傾向を認めた。経過中、腹部症状は軽度であり、下部消化管内視鏡検査では直腸に限局する潰瘍性病変を認める程度であった。その後、壊疽性膿皮症による潰瘍に対し植皮などの処置を要するため、皮膚処置目的に当院皮膚科に転科となり、皮膚処置を継続中である。【考察】医学中央雑誌によると、本邦では壊疽性膿皮症に無菌性膿瘍を併発したものは過去に7例報告されている。うち潰瘍性大腸炎を合併するものは2例であった。いずれもPSLの全身投与や、PSLとインフリキシマブ併用あるいはシクロスポリン併用で改善を認めている。潰瘍性大腸炎の経過中に膿瘍病変が発生した場合、壊疽性膿皮症に伴う無菌性膿瘍を考慮し免疫抑制の強化を含めて検討する必要がある。

潰瘍性大腸炎, 無菌性膿瘍

横浜市立市民病院
立入仁美, 小金井一隆, 辰巳健志, 二本 了, 黒木博介, 中尾詠一,
杉田 昭

症例は61歳女性。20XX-13年に繰り返す口内炎、外陰部潰瘍、関節炎を認めペーチェット病疑いと診断された。ステロイド内服で皮膚症状は軽快し、低用量ステロイドの内服で治療されていた。20XX-9年に膀胱陰嚢を併発したが、手術適応はないと判断された。また、併存症としてMDS(トリソミー8)を指摘されたが、低リスクで輸血依存はなく、経過観察となっていた。

20XX年、左鼻前庭痛に対し放射線治療、頸部リンパ節転移に対し左リンパ節郭清術が施行された。術後、入院中に39度台の発熱が出現したために施行された胸腹部CT検査で、回盲部炎が疑われ、抗生剤で加療された。その後も発熱が遷延し、腹痛が出現したため、再度CT検査が行われ、上行結腸・回腸末端に浮腫と壁肥厚、上行結腸の腸間膜側に壁欠損が認められた。腸管型ペーチェット病の潰瘍穿通と診断され、手術目的に当科に転院した。入院時、バイタルサインに異常はなく、右下腹部に圧痛があり、血液検査上CRP9.1g/dl、赤沈1時間値86mmと炎症反応が上昇していた。同日、緊急手術を施行した。術中所見で回腸末端から横行結腸中央までの腸管壁が炎症性に肥厚し、上行結腸腸間膜内に限局性膿瘍を認め、結腸右半切除、単孔式回腸人工肛門造設術を施行した。切除標本上、上行結腸に打ち抜き様の小潰瘍が多発し、1か所が腸間膜内に穿通していた。組織学的所見ではCMVの封入体やIBDに伴う慢性炎症は明らかではなく、腸管型ペーチェット病の潰瘍穿通と診断された。術後4日目に経口摂取を開始し腹部症状はなかったが、23日目に人工肛門から大量の出血があり、絶食とし、止血剤を投与した。Hb6.2g/dlと貧血が進行し、輸血を施行したが、26日目に出血は止まった。食事再開後も再出血はなく、術後36日目に退院した。

ペーチェット病の腸管病変は穿孔、穿通膿瘍形成などをきたし、緊急手術を要する場合がある。術後も吻合部潰瘍、縫合不全、出血などの合併症が発生すると報告されている。腸管ペーチェット病に対する手術例では合併症のリスクが高いことを念頭に置いた慎重な術後管理が必要であると考えられた。

ペーチェット病, 術後出血

公立昭和病院 消化器内科¹⁾、同 内視鏡科²⁾、同 臨床検査科³⁾

中村恵子¹⁾、相田 翠¹⁾、荻原良太²⁾、大野一将²⁾、小林正佳¹⁾、細川貴範¹⁾、櫻井 幸³⁾、浦牛原幸治²⁾、小野圭一¹⁾、小島 茂¹⁾、川口 淳²⁾、武田雄一²⁾、野内俊彦¹⁾

【症例】73歳男性。【主訴】突発する腹痛、血便。【既往歴】高血圧、脂質異常症、S状結腸憩室、左尿管結石、肺癌切除後（喫煙歴）20本、45年【現病歴】X-14年10月に突発する腹痛、血便で救急外来を受診し、CTにて偽腔開存型の上腸間膜動脈（SMA）解離とSMA起始部の血栓を認めた。下部消化管内視鏡にて下行結腸を中心に縦走傾向のある潰瘍とびらんを認めた。その後、降圧薬と抗凝固薬にて管理され、X-13年3月のCTでSMA起始部の血栓はほぼ消失した。抗凝固薬はX-2年肺癌手術を契機に内服を中止していた。X年6月25日21時から腹痛と血便を認めたため、翌日入院して入院となった。【経過】腹部超音波とCTで下行結腸からS状結腸にかけて壁肥厚・内腔虚脱を認めた。SMA解離に著変はなかった。便培養は陰性で、第2病日に施行した下部消化管内視鏡検査にて、S状結腸から下行結腸に粘膜浮腫・うろこ模様・中等度の内腔狭窄を認め、生検も虚血性変化として矛盾しない像であった。補液にて腹痛は速やかに改善を認め、第4病日に食事を開始した。第6病日からDOACの内服を開始し、血便なく退院となった。【考察】本症例は、CT所見より急性腸間膜虚血は否定的であり、虚血性大腸炎として保存的に加療し、速やかに症状改善を得た。本症例では虚血性大腸炎を繰り返しており、SMA解離が関与している虚血性大腸炎の再発が疑われた。孤立性SMA解離は比較的珍しく、またSMA解離のうち虚血性大腸炎の合併例はきわめてまれであるが、本症例のSMA解離は偽腔が比較的大きく、真腔側の血流低下が起こりやすかった可能性が考えられる。孤立性SMA解離に対する保存的治療として確立されたものはないが、抗凝固薬・抗血小板薬などで管理されている例が多い。本症例でも抗凝固薬・降圧薬を用いた治療が行われたが、その有用性については今後も議論が必要である。

虚血性大腸炎、上腸間膜動脈解離

日本大学病院 消化器内科

古城詩子、鈴木 翔、江崎 充、市島諒二、小椋加奈子、蔵持智也、池原久朝、後藤田卓志

【症例】69歳男性。【主訴】腹痛、下痢、血便。【現病歴】20XX-6年に腹痛にて近医を受診し、PET-CTで腹腔内、左鎖骨上窩、左縦隔に多数の腫大したリンパ節を認めた。各種検査でも原発癌は特定できなかったが、腹腔内リンパ節から生検でMetastatic neuroendocrine tumorと診断されたことから、原発不明癌（神経内分泌細胞癌）と診断した。同年から一次治療としてCDDP+ETP療法を計14コース施行し、20XX-2年から二次治療としてAMR単独療法を計14コース施行した。しかし、二次治療後にも腹腔内および鎖骨上窩リンパ節の腫大を認めたためPDと判定し、三次治療としてCDDP+CPT-11療法の方針とした。【経過】20XX年Y月にCDDP+CPT-11療法を開始した。当科に入院しCDDP 48mg/m²とCPT-11 60mg/m²を投与し（day1）、明らかな有害事象はなく経過しday4に退院とした。しかし、day6から激しい下痢と腹痛、血便が出現しday8に当科に緊急入院となった。入院後も腹痛、下痢、血便の症状は軽快せず、day11には発熱とGrade3の好中球減少も呈した。発熱性好中球減少症を発症したことから偽膜性腸炎の併発を疑いS状結腸内視鏡検査を施行したところ、偽膜様の所見はなく観察範囲全域に粘膜浮腫と複数の縦走傾向のびらんを認めた。以上の所見と経過からCPT-11の副作用による出血性大腸炎と診断した。その後は絶食、点滴、広域抗菌薬、G-CSF製剤の投与により症状と好中球数は改善し、day18に退院となった。【考察】CPT-11の代表的副作用として下痢と腸炎がある。化学療法中に発症した血便では、偽膜性腸炎やCMV腸炎など比較的特異的な腸炎との鑑別に苦慮することがある。化学療法に伴う急性出血性腸炎について若干の文献的考察を加えて報告する。

CPT-11、出血性腸炎

国立病院機構 霞ヶ浦医療センター 消化器内科

小金丸利隆、村下徹也、武田薫子、陶 経緯、廣瀬充明

【はじめに】壊死型虚血性腸炎は予後不良の重症型で致死率も高い。今回我々は緊急手術によって救命した壊死型虚血性腸炎の1例を経験したので若干の文献的考察をふまえて報告する。【症例】84歳女性。受診当日朝より下腹部痛が出現し、その後血便も認めたため当院に救急搬送された。初診時、意識は清明。体温37.5℃、血圧111/78mmHg、脈拍99/分。腹部は平坦、軟で臍周囲に圧痛はあるが、反跳痛および筋性防御は認めなかった。血液検査で炎症所見の上昇は軽微であったが、血液ガス検査で乳酸アシドーシスを認めた。腹部造影CTでは横行結腸からS状結腸にかけての造影効果の低下、腸管壁の肥厚と周囲脂肪組織の濃度上昇を認め、肝表面、脾周囲、骨盤内に腹水を認めた。腹腔内遊離ガス像は認めなかった。以上より壊死型虚血性腸炎が疑われ、緊急手術となった。手術所見：開腹すると血性腹水を中等量認め、脾彎曲は黒色に変化していた。横行結腸からS状結腸を切除し直腸端端縫合閉鎖+横行結腸人工肛門造設術を施行した。病理所見：切除標本では全周性・びまん性の虚血性変化がみられ、最も肛門側では壁全層の壊死、線状の病変部では粘膜全層の壊死を認め、病理検査の結果は虚血性腸炎の診断であった。術後経過は良好であり第37病日に退院となった。【考察】虚血性腸炎は一過性型、狭窄型、壊死型の3型に分類される。壊死型は虚血性腸炎の3.9-12.8%を占める重症型で、死亡率30-60%と予後不良であり、手術による病変部の切除が必要とされている。本症例は腹部所見が曖昧であったが、血液ガス検査、画像検査から壊死型虚血性腸炎を疑い、手術タイミングを逃さなかったことが救命につながったと考えられる。【結語】緊急手術により救命しえた壊死型虚血性腸炎の1例を経験した。腹部所見が曖昧であっても壊死型の可能性を考慮しつつ迅速に対応する必要がある。

虚血性腸炎、壊死型

聖マリ安娜医科大学横浜市西部病院 消化器・肝臓内科

山本佳穂、小澤俊一郎、中本悠輔、北川紗里香、野口陽平、高橋秀明、松本伸行

【症例】70歳台男性。【主訴】腹痛【既往歴】アルコール性肝硬変、C型肝硬変、肝細胞癌、食道静脈瘤。【現病歴】肝疾患治療目的に当院に通院していたが通院を自己中断していた。通院中断から2年後に腹痛にて他院に搬送されS状結腸進行癌による大腸イレウスと診断された。大腸ステント（18mm 8cm）を留置され退院となり、その後は当院通院を再開した。【経過】予後規定因子は食道胃静脈瘤、肝細胞癌であり、大腸癌については保存的加療の方針となった。ステント留置から4ヶ月後、食道胃静脈瘤に対するEIS目的の入院中に大腸癌のステント肛門側へのover growthによる閉塞にて大腸イレウスを発症した。大腸ステント（18mm 10cm）をstent in stentで追加しイレウスは解除された。さらに4ヶ月後、肝細胞癌に対するTACE目的の入院中に大腸癌のin growthによるステント閉塞にて大腸イレウスを発症し大腸ステント（18mm 12cm）をstent in stentで追加しイレウスを解除した。さらに2ヶ月後にin growthによるステント閉塞で大腸イレウスを発症し大腸ステント（18mm 9cm）をstent in stentで追加しイレウスを解除した。肝細胞癌の進展により肝予備能が低下したためBest Supportive Careの方針となり、初回ステント留置から約1年後に肝細胞癌により死亡となった。【考察】大腸ステントが保険適応となり大腸癌による大腸イレウスは人工肛門造設や経肛門のイレウス管留置をせずADLを保ったままイレウスを解除することが可能となっているがステント閉塞に対する緩和目的の追加ステントの回数の限度や安全性は明らかでない。今回我々はS状結腸癌に対する大腸ステントの追加留置により大腸イレウスを解除し食道胃静脈瘤、肝細胞癌の治療継続が可能であった肝硬変の一例を経験したため文献的考察を加えて報告する。

大腸ステント、追加留置

千葉労災病院¹⁾、千葉大学医学部 先端応用外科²⁾
野本麻優子¹⁾、浦濱電馬²⁾、丸山哲郎²⁾、加野将之²⁾、早野康一²⁾、上里昌也²⁾、松原久裕²⁾

症例は80歳の男性。胃癌cT4b（肝、横隔膜）N2p1Stage4の診断となり、SP療法を5コース行った後、2015年1月に胃全摘術（D2）、肝部分切除、横隔膜合併切除を行った。術後診断はypT3ypN2cM0Stage3Aであった。術後補助化学療法を終了し、当院にて定期的に外来フォローを行っていた。2018年3月頃から腹痛が出現し、同日15時ごろ当院に救急搬送となった。上行結腸憩室の間膜内穿通による膿瘍形成の診断となり緊急手術を行った。術中所見は、腹腔内の汚染はなく黄色透明な腹水が少量見られた。上行結腸間膜内に便塊が見えられた。この他に、小腸間膜に多数の白色結節を認めた。膀胱直腸窩には明らかな結節は認めなかった。横行結腸から下行結腸は、前回手術の影響で強固に癒着しており、確認できず。以上の所見から、上行結腸憩室の間膜内穿通および胃癌の腹膜播種再発疑いの診断となった。腹腔内の汚染はほぼ見られず、一期的な腸管吻合が可能と判断し、右半結腸切除術を行った。術後26日目に退院となった。同年4月（穿孔手術から34日後）に嘔吐を主訴に当院を受診し、腸閉塞の診断で緊急入院となった。その後の精査で、胃癌腹膜播種再発の横行結腸浸潤による腸閉塞の診断となり、同部位に対して姑息的に大腸ステント留置を行った。経口摂取が可能となり再発に対して化学療法（S-1単剤）を開始したが、同年6月に腫瘍増大に伴い、ステントが閉塞し、腸閉塞となった。Stent in Stentで再度大腸ステント留置を行った。その後、BSCの方針となり、2019年4月に原病死した。穿孔時の術前や術中に胃癌腹膜播種再発の横行結腸浸潤に起因した上行結腸穿孔と診断できず、一期的に腸管を吻合した症例であった。腸閉塞を機に、化学療法が中断するなど初回手術の術式選択が、その後の治療経過や予後に影響を及ぼした可能性があり、反省の多い症例であった。今回、若干の文献的考察を加えて報告する。

下部消化管穿孔，術式

汐田総合病院
門屋芽以、長谷部行健、鈴木孝之、村山健二

【症例】35歳男性【主訴】腹痛【現病歴】2019年X月X日から腹痛、頻回の嘔吐があり、翌日当院を受診した。腹部CTで腸間膜リンパ節腫大が指摘されたが、胃腸炎の診断で帰宅した。帰宅後も症状が持続し、受診2日目に再度当院を受診し入院となった。【身体所見】腹部は膨満あり、右腹部に手掌大の可動性の乏しい弾性硬の腫瘍を触知し、同部位に著明な圧痛があった。反跳痛なし。筋性防御なし。表在リンパ節の腫脹なし。【検査所見】血液検査はWBC 19870 / μ l、CRP 1.59 mg/dl、LDH 686 U/l、37°C、インターロイキン2受容体 511U/mlであった。腹部CTにて上行結腸間膜に最大径60×40mmの腫瘍性病変あり。腹腔内リンパ節の腫大あり。ICAを巻き込む腫瘍形成が疑われた。MRIT1WIで腫瘍内に高信号を示す領域あり。CFでは腸管内への浸潤はなかった。【経過】入院後、禁飲食、CMZ2g×3/日で加療した。炎症反応は改善したもの、腹部造影CTでは腫瘍の縮小はなく、通過障害を来す可能性があったため、入院12日目に診断・治療目的に腸管を含む腫瘍の全切除を行った。腸管への浸潤はなかった。病理はMalignant lymphoma, High grade B-cell lymphomaの診断であった。術後経過良好となり、14PODに退院したが、18PODより腹部の張り、嘔吐が出現し、改善なく19PODに当院救急を受診した。腹部CTで腸間膜全体の脂肪組織濃度の上昇がみられ、腹膜播種が疑われた。【考察】腸間膜悪性リンパ腫の治療は病変の可及的切除と化学療法である。Ann Arbor分類1期では腸管の合併切除を伴う外科的腫瘍摘出が有効だが、2期では完全切除は困難で、かつ大量の腸切除となることが予想されることから外科的侵襲は最小限に留めるべきである。3・4期は外科切除の適応とはならない。本症例の病期分類は、術前は2期、術後は4期であり、術前診断に努める必要があったと考える。術前診断は困難といわれているが、腹腔鏡下、CTガイド下の生検や、Gaシンチグラフィの有用性も示されている。腸間膜腫瘍で悪性リンパ腫を疑う場合、術前診断に努め、血液内科と連携して精査加療を行う必要があると考えた。

腸間膜悪性リンパ腫，術前診断

東京大学医学部附属病院 肝胆外科¹⁾、同 病理部²⁾
入江紗瑛子¹⁾、有田淳一¹⁾、北村嘉久¹⁾、西岡裕次郎¹⁾、三原裕一郎¹⁾、山澤 翔²⁾、市田晃彦²⁾、阿部浩幸²⁾、石沢武彰²⁾、赤松延久¹⁾、金子順一¹⁾、牛久哲男²⁾、長谷川潔¹⁾

【背景】肝MCNは悪性化リスクを伴う比較稀な疾患であり、「女性に好発」「胆管との交通を持たない」「多胎性」「卵巣様間質の存在」という特徴を持つ。非浸潤性MCNでは切除により良好な予後が得られるため、正確に診断して適切な加療を行うことが重要である。
【症例1】48歳女性。13年前、人間ドックで肝S4に単発の囊胞を指摘。8年前に心窩部違和感を自覚し、肝囊胞の増大とCA19-9上昇を認めたため、囊胞腫瘍を疑って経皮的肝囊胞穿刺施行したが、細胞診class 2、穿刺液培養陽性であり複雑性囊胞感染症の診断で経過観察となった。その後囊胞は徐々に増大し、3年前にCTで隔壁形成が出現、さらに充実性成分の出現が今回疑われ、肝MCNの診断で左肝切除術を施行した。術中超音波でも隔壁形成・充実性成分が疑われたが、病理所見で明らかな腫瘍成分は確認されなかった。しかし、囊胞内腔の粘液産生性円柱上皮と上皮下の卵巣様間質を認め、MCNの診断となった。術後合併症なく経過し、術後第7病日に退院となった。
【症例2】34歳女性。1年前に右季肋部痛を主訴に近医受診、肝囊胞の診断で経過観察されていたが、フォローの腹部超音波で高輝度成分を伴う単発の多胎性囊胞を認めた。CA19-9高値に加え、MRIで腫瘍内隔壁を伴いステンドグラス様に様々な信号強度を持つ多胎性腫瘍として描出された。肝MCNが疑われ当院紹介となり手術施行、肉眼的に肝S5/6に直径10cm程度の隔壁形成を伴う囊胞性病変を認め、肝S5/6部分切除術を施行した。病理所見では囊胞内腔の単層円柱上皮と上皮下の卵巣様間質を認め、MCNの診断となった。術後合併症なく経過し、術後第7病日に退院となった。
【考察】肝MCNは単純性囊胞・複雑性囊胞との鑑別が問題になる。症例1・2ともにCA19-9高値とCT・MRIでの腫瘍内隔壁を認めたのに加え、症例1では増大傾向、症例2ではMRIにおける粘液成分の示唆、といった特徴から術前よりMCNと診断して手術に至った。
【結語】画像検査で肝MCNを疑い外科的治療で根治切除を得た2症例を経験した。若干の文献的考察を加えて報告する。

肝MCN，外科治療

獨協医科大学 第二外科
須田光太郎、白木孝之、荒川尚士、多胡和馬、清水崇行、朴 景華、原田廣重、櫻岡佑樹、森 昭三、磯 幸博、青木 琢、窪田敬一

【症例】42歳女性 肋骨骨折followで施行したCTで肝前区域の低吸収領域を指摘。精査のため当科紹介となった。造影CTでは肝前区域を中心にまだら状で、静脈相まで遷延する造影効果を示す8cm大の区域性腫瘍を認めた。MRI上ではT1強調画像で低信号域、T2強調画像で高信号域として描出。拡散強調画像では高信号域として描出され、類上皮血管内皮腫が最も考えられた。血管造影検査では、境界不明瞭な肉質の豊富な腫瘍性病変として描出され、類上皮血管内皮腫を第一に考える所見であった。PET検査ではSUV max 3.4の軽度のFDG集積を認め、肝類上皮血管内皮腫に矛盾しない結果であった。採血上、腫瘍マーカーは陰性であり、CRP 1.39と軽度上昇を認めるのみであった。以上より、肝類上皮血管内皮腫を第一に考え、鑑別診断として肝血管腫、肝内胆管癌をあげたうえで、手術の方針となった。術中所見で、腫瘍は白色で線維性増生を伴った腫瘍であり、術中迅速診断の結果は線維成分に富む肝炎の印象で腫瘍成分には乏しいとの結果であった。そのため、当初予定していた右葉切除ではなく、前区域切除を施行した。手術時間7時間27分、出血量は605ml。肝切除重量は276g。術後は胸水貯留に対し胸腔穿刺を施行したが、術後13日目に軽快退院となった。病理の結果では、診断は海綿状血管腫であり、類上皮血管内皮腫で診られる顕著な線維化は認めず、線維性の隔壁を認めるのみであった。腫瘍成分も認められなかった。【考察】海綿状血管腫と肝類上皮血管内皮腫との画像鑑別は非常に難しく、状況に応じて肝生検などの侵襲的検査を要するとする報告が多い。本症例の場合、一般的な肝血管腫よりも画像上線維性増生が多い印象があったため、類上皮血管内皮腫が最も考えやすいとの結論に至った。類上皮血管内皮腫は一般的には低悪性といわれるが、急激な転機を呈する症例も報告されており、肝生検は是非に関しては議論のわかれるところである。類上皮血管内皮腫との鑑別に苦慮した海綿状血管腫の一例を、文献的考察を加えて報告する。

類上皮血管内皮腫，海綿状血管腫

21 造影超音波検査で特徴的な所見を呈した肝血管肉腫の一例

東京医科歯科大学 消化器内科¹⁾、同 人体病理学分野²⁾
神谷昂汰¹⁾、河本亜美¹⁾、根本真理子¹⁾、村川美也子¹⁾、小林正典¹⁾、
北畑富貴子¹⁾、新田沙由梨¹⁾、油井史郎¹⁾、根本泰宏¹⁾、
井津井康浩¹⁾、大島 茂¹⁾、岡田英理子¹⁾、中川美奈¹⁾、岡本隆一¹⁾、
柿沼 晴¹⁾、土屋輝一郎¹⁾、東 正新¹⁾、永石宇司¹⁾、朝比奈靖浩¹⁾、
渡辺 守¹⁾

【症例】86歳、女性。20XX年10月より発熱、倦怠感があった。近医で施行された造影CTで肝S5に40 mm大の乏血性腫瘍を認めた。血液検査ではWBC 11000/ μ l、CRP 10.25 mg/dlと炎症反応高値、またHb 7.3 g/dlと貧血を伴った。CEA、CA19-9、AFPは正常域、PIVKA-IIは75 mAU/mlと軽度高値、sIL-2Rは3571 U/mlと高値であった。腹部超音波検査では肝S5に48 mm大の低エコー腫瘍を認めた。腫瘍は不整形で境界不明瞭、内部に高エコー域が混在していた。EOB-MRIでは辺縁主体に漸増性の濃染を認め、内部に造影不良域を認めた。肝細胞相では取り込み低下を認め、拡散強調像では高信号を認めた。造影超音波検査では、動脈相で腫瘍辺縁から全体に斑状の濃染を呈し、内部に不整な不染色域を認めた。門脈相では徐々に洗い出しを認めたが、軽度の造影効果が持続した。PET-CTでは同腫瘍への集積に加え骨盤骨、脊椎、両側大腿骨に集積を認めた。sIL-2R上昇とPET-CT所見からは悪性リンパ腫、乏血性腫瘍であることから肝内胆管癌、また造影超音波所見からは肝血管肉腫などを疑い、肝腫瘍生検を行った。免疫染色でCD31(+)、ERG(+), FLI-1(+)であり、肝血管肉腫の診断となった。高齢、かつ全身状態不良であったことから化学療法は施行せず緩和治療の方針となり、多発肺転移、癌性胸膜炎、癌性リンパ管症により第34病日に永眠された。

【考察】肝血管肉腫は肝原性悪性腫瘍の約1%と稀な疾患であり、平均生存期間は6ヶ月と予後不良である。組織学的には血管腫状部、紡錘型細胞部、未分化部が混在するため様々な画像所見を呈し、特徴に乏しいとされる。造影超音波検査では血管相において求心性で不均一な濃染を呈するが中心部に欠損像を認め、後血管相で淡い欠損を呈するが造影効果が持続するという報告が多い。本症例ではCT、MRIでは特徴的な所見は得られなかったものの、造影超音波検査で肝血管肉腫に特徴的とされる所見が認められた。肝血管肉腫の確定診断には病理組織学的診断が有用だが、腫瘍生検後出血のリスクが高く、造影超音波検査を含む精査により生検前に鑑別にあてることが重要と考える。

肝血管肉腫、造影超音波

22 ステロイド投与により脂質異常症の改善が得られたPBC-AIH overlap syndromeの症例

牛久愛和総合病院
重光章鈞、千葉俊哉、宮原直樹

【背景】原発性胆汁性胆管炎と自己免疫性肝炎の病態を合わせ持つオーバーラップ症候群(PBC-AIH overlap syndrome)には確立された診断基準が存在せず、不明な点が少ない。我々は著明な脂質異常症を伴い、組織所見を含む臨床像からPBC-AIH overlap syndromeと診断した症例において、脂質異常がステロイド投与により改善した症例を経験したので報告する。【症例】6x歳女性【主訴】黄色腫【既往歴】肝機能障害指摘【現病歴】201x年1x月に手掌の黄色腫に気づき、翌年2月頃から皮膚掻痒感が生じた。このため5月になり当院皮膚科を受診し肝機能障害と脂質異常を指摘され、当科紹介となった。検索にてPBC-AIH overlap syndromeが疑われたため、肝生検目的に同年5月当院入院した。【臨床経過】血液検査では肝胆系酵素の上昇、総コレステロール1715mg/dL、LDLコレステロール1696mg/dLの異常高値を認め、組織学的にはAIHとのoverlapが示唆されるPBCであった。生検後、UDCA900mgを開始、同年7月からベザフィブラート400mgを併用した。肝機能が正常に至らないため、PBC-AIH overlap syndromeでのステロイド投与のための診断指針は満たさなかったが(AIH簡易型国際診断基準5点、Parris criteria AIH1項目)、同年9月からステロイド導入(30mg/日)し、更に11月からアザチオプリン(50mg)を併用した。以降肝機能は改善し、ステロイド漸減、経過観察中である。この間脂質異常症についてはエゼチミブ10mg、ピタバスタチンカルシウム4mg開始後もLDLコレステロールは依然高値(750mg/dL)であったが、ステロイド開始後2ヶ月で速やかに正常化(88mg/dL)した。【結語】PBC-AIH overlap syndromeを経験し、ステロイド投与により著明な脂質異常が速やかに改善した。

PBC, AIH

23 急速進行性の肝不全を呈した全身性ALアミロイドドーシスの1例

横浜市立大学附属病院 肝胆膵消化器病学
永井釜穀、本多 靖、小川祐二、今城健人、米田正人、斉藤 聡、中島 淳

症例は33歳、男性。既往歴に特記事項なし。X年4月上旬から多発関節痛、筋肉痛が出現し、4月下旬から消化器症状も出現した。5月1日に施行した血液検査にて肝障害、高CK血症を認め、5月2日(第1病日)に前医入院となった。入院時に肝機能障害(T-Bil1.9mg/dL、AST138U/L、ALT175U/L、LDH370U/L、ALP404U/L、 γ -GTP45U/L)、高CK血症(2015U/L)、CTにて肝腫大を認めた。入院時より蛋白尿(5.5g/日)を認めており、腎生検を施行し、ネフローゼ症候群の診断であった。第9病日に黄疸の増悪(T-Bil4.5mg/dL)、凝固機能の延長(PT-INR1.92)を認め、ステロイドによる加療を開始したが、第12病日にPT-INR3.51まで延長したため、ステロイドパルス療法を開始した。集学的治療や肝移植なども考慮し、第13病日に当院転院となった。転院時の心電図にて陰性T波、BNP上昇(1426.7pg/mL)、トロポニンI上昇(190.8pg/mL)を認めた。心エコーでは心機能は良好であったが、著明な左室壁肥厚を認め、心筋炎の合併も考えられた。第15病日に出血傾向を加味し経頸静脈的肝生検、第4病日に心筋生検を施行した。第16病日より血漿交換、第18病日より血液濾過透析を開始した。第21病日に肝生検、心筋生検の免疫染色よりAL kappa (+)であり、全身性ALアミロイドドーシスと診断したが、肝不全、心不全、腎機能障害、PS低下などを認めるため治療不可能であると判断した。第22病日に家族の同意を得て対症療法にて経過観察する方針とし、一般病棟に転出、第23病日に死亡した。第23病日に報告された尿中Bence Jones蛋白でもkappa型M蛋白が認められた。ALアミロイドドーシスにおけるアミロイド蛋白の沈着は腎臓(46%)、心臓(30%)、肝臓(9%)と報告されている。肝臓へのアミロイド蛋白の沈着は比較的高いとされているが、臨床症状は乏しく黄疸や肝不全を呈することは稀とされる。今回我々は、経頸静脈的肝生検にて診断した急性肝不全を呈したALアミロイドドーシスの症例を経験したので文献的考察も含めて報告する。

肝機能障害、アミロイドドーシス

24 肺出血・溶血性貧血発作を併発し人工肝補助にて脳死肝移植が可能になった急性肝不全型Wilson病の40代成人の一例

慶應義塾大学 医学部 内科学(消化器)
助崎あきら、楢 柏松、吉田 文、谷本信仁、中本伸宏、金井隆典

【症例】44歳女性【主訴】黄疸、浮腫【現病歴】4年前より脂肪肝と診断されるも精査されず、20xx年10月に黄疸、浮腫増悪を契機に前医受診し、Child-Pugh 13点でNASHによる肝硬変の急性非代償化と判断され、輸血で是正できない凝固異常に対し血漿交換3回実施の上、肝移植を検討する目的で当院に転院。【経過】転院時T-Bil 28.7 mg/dL、PT-INR 4.51、Cre 0.58、尿酸 1.0 mg/dL、NH₃ 43 mcmol/L、Albumin 3.3 g/dL、AST 158 U/L、ALT 79 U/L、ALP 207 U/L、WBC 13200 /mL、Hb 8.9 g/dL、PLT 5.9万/mcL、尿蛋白2+、潜血3+、Acute-on-chronic肝不全と想定し増悪因子を検索し、各種ウイルス感染は陰性、乳酸正常、アミノ酸代謝異常所見なし、T-BilとALPの乖離や低尿酸、尿細管障害の合併からWilson病(WD)を疑い精査を開始。転院3日目血清ceruloplasmin 14 mg/dL(血清Cu 119 mcg/dL)と低下を認め、Kayser-Fleischer輪や特徴的神経やMRI所見を認めず、亜鉛投与と同時に脳死肝移植登録の準備を進めた。尿中銅定量結果判明の前(転院後12日目)に凝固異常に伴う肺出血が発症し、同時に血清遊離銅上昇に伴うCoombs陰性溶血性貧血も認められ人工呼吸管理、人工肝補助(CHDF/PE)、経腸銅キレート剤(トリエンチン)を開始した。のちに1日尿中銅 7505 mcg/日と上限を遥かに超える高値が判明され、診断スコア4点のWDとして重症度は改訂版King's score 13点と予後不良のため脳死肝移植を申請した。人工肝補助中遊離銅の有効な制御を認めたが転院後20日目に脳波で三相波が出現し、急性肝不全型WD(劇症型; ALF-WD)の診断で脳死肝移植待機順位をランクアップした。転院後26日目に脳死肝移植が行われた。移植後経過良好。本人の希望のもと遺伝子精査ではATP7Bに変異認めWD確診になった。【考察】本邦でALFを初発症状とするWDの殆どが小児症例であり、PubMed/医中誌検索の限りでは44歳初発成人で脳死肝移植に至った本症例が本邦最初の報告となる。人工肝補助の橋渡しの役割や肝臓専門医・外科肝移植チームの緻密な連携につき示唆に富む一例と考え報告する。

Wilson病、肝移植

臍頭十二指腸切除後、肝嚢胞による閉塞性胆管炎に対してミノサイクリン注入が有効であった一例

順天堂大学医学部附属練馬病院 総合外科

茅野和可子, 西岡 崇, 古屋怜慈, 藤沢将大, 河口 恵, 井 祐樹, 棚寝重史, 黒田 悠, 岩永直紀, 関根悠貴, 川満健太郎, 市川悠子, 宮野省三, 清水秀穂, 渡野邊郁雄, 町田理夫, 須郷広之, 児島邦明

【はじめに】臍癌に対する臍頭十二指腸切除後、肝嚢胞による閉塞性胆管炎を認め、肝嚢胞穿刺、ミノサイクリン注入が有効であった一例を経験したので報告する。【症例】77歳女性。切除可能境界臍癌（BR-PV）に対し化学療法奏功後、手術目的で紹介となり、幽門温存臍頭十二指腸切除、門脈合併切除術を施行した。術前より肝外側区域に11cm大の肝嚢胞を認め、術中は術野確保のため経肝的に穿刺吸引のみを行い、嚢胞の開窓は行わなかった。術後経過良好であったが、術後19日目に発熱を認めその後施行した腹部CT検査で穿刺した肝嚢胞の再貯留（8cm大）とその末梢の肝内胆管拡張を認めた。血液検査でAST、ALT、ビリルビン値の著明な上昇は認められなかったものの、肝嚢胞の再発・再貯留により肝内胆管が圧排された事による区域性閉塞性胆管炎を疑い経皮経肝嚢胞ドレナージを施行し、穿刺後、速やかな解熱を認めた。第26病日に肝嚢胞の再発・再膨張予防目的にミノサイクリン注入療法（200mgを合計2回投与）を行い、腹部CT検査で肝嚢胞の虚脱を確認した。その後再燃する事なく経過し、第37病日に退院となった。現在、術後6ヶ月であるが、肝嚢胞の再発は認めていない。【考察】術前無症状の肝嚢胞であったが、術後に肝嚢胞の再発により閉塞性胆管炎を発症した。この要因の一つとして胆管空腸吻合による胆管内コンタミネーションが考えられた。また肝嚢胞再発の予防の保存的治療としてミノサイクリン注入療法は有効であった。

肝嚢胞硬化療法, 臍頭十二指腸切除後

両側眼内炎を併発した侵襲性クレブシエラ感染症の1例

昭和大学 初期臨床研修医¹⁾,

昭和大学医学部 内科学講座 消化器内科学部門²⁾,

同 眼科学講座³⁾

森 大地¹⁾, 杉浦育也²⁾, 中谷 溪²⁾, 石井 優²⁾, 紺田健一²⁾,

木崎順一郎³⁾, 吉田 仁²⁾

【症例】50歳代・男性【主訴】頭痛、発熱、視力障害【既往歴】2型糖尿病（未治療）【現病歴】来院1週間前より頭痛と38度台の発熱、3日前より両眼の羞明、視力低下を自覚し体動困難となり当院へ救急搬送された。【入院時現症】腹部は平坦、軟で、圧痛は認めず、視力は右が手動弁、左が光覚弁の視力障害を認めた。血液検査では炎症反応、肝胆道系酵素の上昇を認めた。腹部超音波検査では肝右葉に最大径35mm大の複数の境界不明瞭な低エコー域を認めており、造影CT検査では肝S1および右葉に、辺縁に淡い早期造影効果を認める複数の造影不領域を認めており、肝嚢瘍の診断に至った。眼病変に関しては眼科診察にて両側内因性眼内炎の診断となった。【入院後経過】入院日より抗菌薬としてMEPMによる保存的加療を開始した。抗菌薬による治療効果に乏しく、第4病日に経皮経肝的嚢瘍ドレナージ術（PTAD）を施行した。嚢瘍培養からはKlebsiella pneumoniaeが検出された。その後は徐々に解熱し、炎症反応、肝胆道系酵素の改善を認め、薬剤感受性結果から第32病日より抗菌薬をCMZに、第45病日よりLVFX内服に変更し、第58病日より抗菌薬治療を終了した。眼内炎に対しては、第1病日に両眼、第3病日に右眼に、CAZ、VCMの硝子体内注射を行い、第5病日に右眼硝子体手術を施行したが、両側とも失明に至った。【考察】本症例では嚢瘍培養よりKlebsiella pneumoniaeが検出され、眼内炎を併発したことから侵襲性クレブシエラ感染症とされる。侵襲性クレブシエラは肝嚢瘍から眼内炎、脳嚢瘍、肺嚢瘍などを引き起こすことされている。眼内炎は肝嚢瘍発症から72時間以内に発症し、また硝子体内へのクレブシエラの移行性が良いことから早期に適切な治療を行わないと眼球摘出または視力障害の重篤な転機をたどるため、肝嚢瘍診察の際には他臓器病変合併の可能性を考慮する必要がある。

肝嚢瘍, 眼内炎

胆嚢管癌術後再発に対する化学療法中に急性胆管炎から細菌性心外膜炎を来した一例

東京大学医学部付属病院 消化器内科

増田涼甫, 松野達哉, 佐藤達也, 石垣和祥, 猪熊顕之, 鈴木由佳理, 大山博生, 金井祥子, 鈴木辰典, 中村知香, 白田龍之介, 齋藤 圭, 齋藤友隆, 高原楠晃, 濱田 毅, 水野 卓, 木暮宏史, 中井陽介, 多田 稔, 小池和彦

【背景】急性心外膜炎は診断が遅れば急速な心嚢液の貯留により心タンポナーデへと進展する予後不良の疾患である。原因はウイルス性と特発性が大半で、その他に腫瘍性やSLEなど自己免疫性があるが、細菌性の頻度は少ないとされる。今回我々は胆嚢管癌術後再発に対する化学療法中に逆行性胆管炎から細菌性心外膜炎を来した症例を経験したのでここに報告する。

【症例】64歳男性。胆嚢管癌に対して右肝切除＋臍頭十二指腸切除術を施行されR0切除を得たが、術後に逆行性胆管炎を繰り返し抗菌薬加療されていた。胆汁培養、血液培養からはESBL産生E. coliが検出されていた。術後1年で肝転移再発を認め、以後3次治療まで化学療法を行っていた（FOLFIRINOX療法【先進医療】、GC療法、S-1療法）。今回40℃の発熱、腹痛が出現し、逆行性胆管炎のため入院となった（術後2年）。血液培養からはESBL産生E. coliが検出されメロペネムで抗菌薬加療を行った。入院第2病日より血圧低下を認め、第4病日よりノルアドレナリンを要する状態となった。同日心エコーを施行したところ、入院当日のCTでは認めなかった心嚢液の貯留を認めた。心タンポナーデによる閉塞性ショックと判断し、循環器内科へコンサルトして心嚢ドレナージを行い、循環動態は改善した。心嚢液の性状は滲出性であり好中球を多数認め、培養でESBL産生E. coliが同定された。細胞診はclass2であり、胆嚢管癌の心膜転移は否定的だった。以上より逆行性胆管炎を契機とした細菌性心外膜炎と診断した。第8病日にドレナージの抜去後も心嚢液の再貯留を認めなかったが、原病の進行により第25病日に永眠した。

【考察】胆嚢管癌術後再発に対する化学療法中に逆行性胆管炎から菌血症を来し、細菌性心外膜炎へと進展した症例を経験した。細菌性心外膜炎は急性心外膜炎の1%未満と稀であり、さらに胆管炎を進入門戸とするものは極めて稀であった。

細菌性心外膜炎, 胆嚢管癌

長期観察中の先天性胆道拡張症に発生した胆管狭窄に前癌病変が確認された1切除例

杏林大学 医学部 消化器・一般外科¹⁾, 同 消化器内科²⁾,

同 病理学教室³⁾

大森春佑¹⁾, 川口翔平¹⁾, 鈴木 裕¹⁾, 深沢智将¹⁾, 磯部聡史¹⁾,

後藤知之²⁾, 中村康弘¹⁾, 渡邊俊介²⁾, 磯谷一暢³⁾, 松木亮太¹⁾,

小暮正晴¹⁾, 中里徹矢¹⁾, 土岐真朗²⁾, 柴原純二³⁾, 久松理一²⁾,

須並英二¹⁾, 森 俊幸¹⁾, 阿部展次¹⁾, 阪本良弘¹⁾

症例は76歳女性。主訴は上腹部痛。16年前に先天性胆道拡張症を指摘されたが治療介入を希望せず経過観察、8年前に通院を自己中断していた。今回、上腹部痛と黄疸を主訴に受診。造影CT検査では肝外胆管が50mm径に嚢胞状に拡張し、遠位胆管の狭窄像を認めた。また、乳頭部近傍の遠位胆管壁に全周性の造影効果を認め、遠位胆管癌を疑った。MRCP/MRI検査では胆管拡張を認めるとともに、臍・胆管合流異常が疑われた。内視鏡的逆行性胆道膵管造影では肝外胆管の嚢胞状拡張を認めたが臍管と胆管の合流部は確認できなかった。胆管狭窄部より生検するも炎症性変化のみで悪性所見認めず、胆汁細胞診はClass IIであった。術前診断として、先天性胆道拡張症（戸谷分類1a）に発生した遠位胆管癌を疑い手術の方針とした。亜全胃温存臍頭十二指腸切除術、リンパ節郭清（D2）を施行。病理組織学の所見では、臍外胆管の周径が80mmと拡張しており、臍内胆管の狭窄・壁硬化を認めた。乳頭側に近い臍内胆管では肉芽組織の生成や線維性組織の増生による胆管内腔の閉塞を認め、そのすぐ肝側の胆管上皮に腸上皮化生やBiliary intraepithelial neoplasia-2（BillIN-2）相当の異型上皮を8mm大に認めたが、癌となるような高度異型上皮は認められなかった。胆嚢には粘膜過形成を認めたが、癌の所見は認めなかった。先天性胆道拡張症は高率に胆道癌を合併し、原則外科治療が選択される。医中誌で検索したところ、成人の長期経過観察例の報告はなく、診断後16年にわたる長期経過ののち遠位胆管の前癌病変であるBillIN病変が認められた本症例は先天性胆道拡張症における発癌メカニズムにおいて示唆に富む症例であった。

先天性胆道拡張症, BillIN

埼玉県済生会川口総合病院 消化器内科¹⁾、同 泌尿器科²⁾、同 外科³⁾、同 病理診断科⁴⁾
 万波初香¹⁾、倉岡直亮¹⁾、水野敬宏¹⁾、吉岡藍子¹⁾、西垣佑紀¹⁾、高杉秀明¹⁾、佐野弘仁¹⁾、小柳佳成¹⁾、松井 茂¹⁾、橋本恭伸²⁾、石戸保典³⁾、佐藤英章⁴⁾、山崎早苗⁴⁾

【諸言】腎細胞癌の脾転移は比較稀ではあるが、腎細胞癌既往のある患者の経過観察中に脾腫瘍が発見された場合は鑑別に入れるべき疾患である。診断には、超音波内視鏡下穿刺吸引術(EUS-FNA)等の組織診断を行うことは重要である。【症例】60歳代男性。2006年8月に腹腔鏡下左腎切除を行っており、腎細胞癌のステージはT1bN0M0であった。以降半年毎に腹部CT検査で経過観察していた。2019年5月にMRI検査・腹部造影CT検査を行い、脾尾部に19mm大の多血性腫瘍性病変がみられた。同年6月にEUS-FNAを施行し、EUS-FNA検体からは小型異型細胞の小集塊がわずかに観察され、核は小型で異型に乏しく淡明あるいは一部淡好酸性の豊かな細胞質を有した。免疫染色にて異型細胞はAE1/AE3(+), CD10(+), vimentin(+), CD56(-), synaptophysin(-), chromogranin A(-), LCA(-), β -catenin(-)を示した。検体の病理結果は、左腎細胞癌の組織像と類似しており、免疫染色の結果を併せて腎細胞癌の転移の診断となった。転移巣切除術における予後不良因子が無いことから外科的完全切除が考慮され、当院外科に紹介となった。【考察】腎細胞癌の脾転移の大半は異時性であり、原発巣術後から転移発生までの期間は中央値10年であり、25年という報告もある。本症例と同様に晩期発生が多く、転移発見時の症状は、疼痛・黄疸・出血等がある。また、約半数は定期検査の中で無症状に発見される。多血性脾腫瘍は腎細胞癌の脾転移以外に神経内分泌腫瘍(NET)、脾内副脾、腺房細胞癌等があり鑑別を必要とする。造影CT検査や腹部超音波検査、EUS-FNA検体の病理診断から複合的に診断を行う。診断後は、外科的切除が有効であると報告されており、本症例は核出術または脾尾部切除が適切であると考える。【結語】腎細胞癌の脾転移は長期間経過後にも発生するので、長期間にわたる経過観察が重要となり、同時に他疾患との鑑別も必要とする。腎細胞癌の原発巣術後から脾転移までの期間の中央値と脾腫瘍の鑑別疾患、治療方針とその予後について文献的考察を踏まえて報告する。

脾腫瘍, EUS-FNA

済生会栗橋病院 初期研修医¹⁾、同 消化器内科²⁾
 宇津野瞳¹⁾、福屋裕嗣²⁾、高鹿美姫²⁾、高田勇登²⁾、味原隆大²⁾、八木重記²⁾、奥牧朋子²⁾、成富琢磨²⁾、長原 光²⁾

【症例】87歳男性【主訴】腹痛【現病歴】心窩部から臍周囲の腹痛を主訴に当院救急外来受診した。黄疸を認め、血液検査で肝胆道系酵素上昇、脾酵素上昇と造影CTで肝内胆管～総胆管の拡張および脾頭部～尾部にかけての腫大、腎下極に遠までの炎症波及あり、重症急性脾炎および胆管炎と診断し、当科入院とした。【治療経過】入院後は絶食、輸液管理、抗菌薬、FOY高用量投与で加療を開始した。CTでは総胆管内に明らかな結石は認めなかったが閉塞性黄疸、胆管炎を併発していることから胆石性脾炎の可能性が高いと判断し、ERCP施行しENPDチューブ留置とした。第2病日に急性腎不全と貧血進行を認め、単純腹部CTで脾頭部背側に71mm大の血腫および腹腔内に血性腹水が多量に認められた。4時間後のCT再検で血腫増大が認められたため血管造影を行い、後脾十二指動脈(GDA)に20mm大の上腸間膜動脈(SMA)第1枝との交通する仮性動脈瘤が形成されているのを確認した。GDAからコイル塞栓術を行った。しかし、第4病日に右側腹部痛、血圧低下、貧血進行、腹部CTで脾頭部背側の血腫増大、腹腔内の血性腹水増加を認めたため緊急血管造影を施行した。上腸間膜動脈第1枝より動脈瘤への血流および出血を認め、コイル塞栓術を行った。コイル塞栓術後血圧低下や貧血進行はなく経過している。胆管炎および脾炎に関しては、発熱、腹痛なく、血液検査の数値からも炎症は落ち着いていたため、第34病日から食事を開始した。現在も入院加療中であるが、回復の兆候をみせている。【考察】入院時の造影CTでは同部位に動脈瘤は確認できず、脾炎の影響で急速に形成された仮性動脈瘤が炎症により破綻し出血に至ったと考えられた。【結語】2度の腹腔内出血をきたしコイル塞栓を行った重症急性脾炎の1救命例を経験したため報告した。

脾炎, 動脈瘤塞栓術

東京通信病院 消化器内科¹⁾、同 感染症内科²⁾
 小林裕貴¹⁾、加藤知爾¹⁾、松井 徹¹⁾、時任佑里恵¹⁾、高岡真哉¹⁾、古谷建悟¹⁾、小林克也¹⁾、関川憲一郎¹⁾、光井 洋¹⁾、濁川博子²⁾

症例は48歳男性。10年前からアルコール性急性脾炎の既往が3回ある。4年前に糖尿病と肝障害を指摘され、画像上、慢性脾炎と診断されていた。X年4月初旬に38℃台の発熱が1週間持続した。採血で高度炎症反応と腹部造影CTで脾体部に仮性囊胞を認め、慢性脾炎の急性増悪と診断し入院、CPZ/ SBT 2g/日の投与を開始した。血液培養でMRSAが同定され、第3病日よりVCM 1g/日の投与に変更後、炎症反応は低下し第8病日のCTでは脾仮性囊胞は著明に縮小した。退院希望が強く、VCM投与7日目で終了、LZD 1200 mg内服に替えて計14日間加療継続の方針で退院となった。2週間後の外来受診時、全身倦怠感強く、高度炎症反応を認め再度入院、血液培養でグラム陽性球菌陽性と判明、MRSA菌血症の持続と考えVCM 2g/日の投与を開始した。造影CTで、前回入院時の仮性囊胞の増大に加え、新たに脾尾部に長径6.6 cm大の被膜を有する低吸収域を認めた。MRCPで脾体部囊胞と主脾管の交通、同部より尾側脾管の数珠状変化を認めた。第4病日にMRSAが再度同定されVCM投与を継続し炎症反応は継続的に低下したが、脾体・尾部囊胞の大きさはやや増大傾向で被膜も明瞭化し、抗菌薬による治療が難渋した。第11病日、ERPで脾体部囊胞近傍の主脾管の狭窄を認め、同部にドレナージ目的で脾管チューブを留置した。採取した脾液培養検査でもMRSA陽性であり感染源と考えられた。経過中、VCMは計28日間投与しその後LZD 14日間の内服を施行、その後の症状、炎症反応は改善し囊胞も消失し、退院となった。【考察】MRSAによる脾仮性囊胞に対して抗菌薬加療が難渋した症例に、脾管ドレナージが奏効した一例を経験した。慢性脾炎に伴うMRSA菌血症を合併した囊胞は非常に稀であるが再燃のリスクもあり、ドレナージをすべきと考えられた。

感染性脾仮性囊胞, MRSA菌血症

土浦協同病院 消化器内科¹⁾、同 病理診断科²⁾
 小林加代子¹⁾、松川直樹¹⁾、西平成嘉子¹⁾、大友有紀子¹⁾、金子朋浩¹⁾、山崎友裕¹⁾、五十嵐亮¹⁾、岡田理沙¹⁾、佐野慎哉¹⁾、藤原 俊¹⁾、木下隼人¹⁾、鈴木雄一朗¹⁾、上山俊介¹⁾、柴田 勇¹⁾、草野史彦¹⁾、酒井義法¹⁾、井上和成²⁾

【症例】46歳女性【現病歴】201X年5月心窩部痛が出現し前医を受診した。血液検査でのアミラーゼ上昇、CTで脾周囲の液体貯留を認め急性脾炎の診断で当院へ紹介受診となった。【経過】心窩部に圧痛があり、血液検査ではWBC:12740/ μ l、CRP:3.82mg/dl、アミラーゼ:3043mg/dl、TG:7541mg/dlであった。CTでは脾実質壊死はなく腎下極までの脾周囲液体貯留を認め、予後因子は1点、CT Grade2(2点)であり、高トリグリセリド血症を背景とする重症急性脾炎と考えられた。絶食、大量補液、抗菌薬、タンパク分解酵素阻害薬、鎮痛薬の投与を開始し、血漿交換療法を検討していた。入院5時間後に心肺停止状態となり亡くなられ病理解剖を行った。病理解剖所見としては脾臓の腫大および広範な出血壊死、脾実質静脈内に多数の脂肪塞栓、流出した脾酵素による腸管壊死、後腹膜出血を認め、高脂血症を背景とした脂肪塞栓による急性壊死性(出血性)脾炎が直接死因と考えられた。【考察】高脂血症を背景とした急性脾炎は脾炎の中で1.8%と稀で重症化リスクが高いとされるが、その発症機序は十分に解明されていない。治療としては急性脾炎に対する一般的治療の優先が推奨され、特殊治療として血漿交換療法の有用性の報告があるが小規模な検討にとどまる。高脂血症を背景とした急性脾炎に関して病理学的に検討した報告は少ない。本症例は高脂血症により形成された脾臓内の脂肪塞栓を背景に急性壊死性脾炎を発症し急激な転帰で重症化したことが示唆させる貴重な症例であり、若干の文献学的考察をふまえて報告する。

脾炎, 高脂血症

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¹⁾、
横浜市立大学医学部 消化器内科学²⁾
松本彰太¹⁾、三輪治生¹⁾、土屋洋省¹⁾、鈴木良優¹⁾、戸塚雄一郎¹⁾、
小宮山哲史¹⁾、佐藤 健¹⁾、金子 卓¹⁾、杉森一哉¹⁾、沼田和司¹⁾、
前田 慎²⁾

【症例】54歳、男性【主訴】心窩部痛【現病歴】20XX年Y月強い心窩部痛が出現し、前医に救急搬送された。腹部造影CTの所見より、十二指腸炎の診断で入院し、保存的加療を開始したが、第6病日に腹痛が増悪した。腹部造影CTを再検したところ、脾頭部周囲に動脈瘤の出現を認め、周囲には血腫と思われる低吸収域を伴っていたため、腹部動脈瘤破裂の診断で当院に転院となった。【入院後経過】転院当日に経カテーテル動脈塞栓術(transcatheter arterial embolization: TAE)を施行。後下膝十二指腸動脈領域に仮性動脈瘤を認め、膝十二指腸動脈瘤破裂と診断した。瘤内にマイクロコイルを留置し、塞栓後の造影で血流の消失を確認した。TAEによる明らかな合併症を認めず、経過良好にて、第12病日に退院となったが、第14病日から嘔気・嘔吐が出現し、第20病日に当院に救急搬送された。腹部単純CTを施行したところ、胃から十二指腸下行脚にかけて拡張、内容物貯留を認め、血腫による十二指腸水平脚の閉塞が疑われた。第23病日に、透視下上部消化管内視鏡検査を施行。十二指腸水平脚に壁外圧排様の内腔狭小化を認めたが、造影剤の通過は良好であった。流動食を開始したところ、閉塞症状の再燃はなく、順調に食上りし、第27病日に退院となった。その後の経過観察では、血腫の消失を認め、動脈瘤の再発は認めていない。【考察】膝十二指腸動脈瘤は稀な疾患だが、破裂の頻度が高く、致命的な経過を辿ることも多い。膝十二指腸動脈瘤破裂に対してTAEを施行し、治療し得た症例を経験したため、若干の文献的考察を交えて報告する。

膝十二指腸動脈瘤、経カテーテル動脈塞栓術

獨協医科大学 医学部

田中孝尚、菅谷武史、阿部圭一朗、永島一憲、井澤直哉、鈴木統裕、
有阪高洋、眞島雄一、土田幸平、富永圭一、飯島 誠、郷田憲一、
入澤篤志

症例は61歳男性。吐血を主訴に来院。緊急上部消化管内視鏡検査を施行。胃穹窿部に頂部に露出血管を伴った粘膜下腫瘍様の病変を認めた。露出血管に対してクリッピング止血術を施行した。しかし、その後も短期間で同部位からの出血を繰り返していたため、再出血時にEUSを施行。同部に拡張した血管とフィブリン血栓を認めた。精査のため腹部ダイナミック造影CT検査を施行。胃穹窿部近傍に、太い蛇行血管を認め、腹腔動脈造影では、腹腔動脈から分岐する異常血管が、胃の出血部近傍を経由したのち、脾臓上端を栄養していた。蛇行した血管が胃壁を穿通して、出血を呈したものと考えらDieulafoy's lesionと診断した。再出血を繰り返しており内視鏡的止血は困難と判断し、コイル塞栓術を施行した。施行後は、脾臓上端は梗塞を呈していたが、膿瘍形成や疼痛などの合併症はなく経過し、退院となった。内視鏡的止血困難であったDieulafoy's lesionを経験したため、若干の文献的考察を加え報告する。

Dieulafoy's lesion, 血管塞栓術

がん研有明病院 消化器内科¹⁾、同 病理部²⁾
赤澤直樹¹⁾、高松 学²⁾、藤崎順子¹⁾

【背景・目的】胃癌の多くは*H.pylori*(以下HP)感染を背景とし、未感染胃癌は1%以下、未分化型(特に印環細胞癌)胃癌多いことが特徴である。HP未感染未分化型胃癌はHP感染未分化型と比べ増殖が緩徐とされる一方、SM浸潤や進行胃癌例も報告されている。早期の印環細胞癌は層状に分布し腺窩上皮型分化を示し、腫瘍増大とともに全層性となり幽門腺型や腸型への分化が出現することが以前より報告されている。HP未感染未分化型胃癌の特徴を明らかにするため、臨床病理組織学および免疫組織学的評価検討を行った。【対象・方法】2005年3月より2017年3月まで当院にて切除した早期胃癌病変のうち、HP未感染未分化型胃癌を対象とした。対照として同時期に内視鏡的切除したHP感染/除菌後の印環細胞癌症例を比較検討した。MUC5AC、MUC6、MUC2、CDX2、Ki67の免疫染色を行い、臨床病理学的、免疫組織学的評価を行った。【結果】HP未感染型胃癌79例、HP感染/除菌後胃癌120例が対象となり、腫瘍最大径の大きい病変より順に連続して免疫染色を行い、完了した各10例、計20例を検討した。HP未感染群の特徴として年齢が若く、女性が多く、腫瘍型が小さい傾向があり、組織学的には背景に腸上皮化生0%、70%が表層に層状分布を示し、全例MUC5AC陽性、MUC2全陰性、SM浸潤陽性1例あり同症例のみCDX2陽性。浸潤部はMUC5AC、CDX2陽性。Ki67は80%で低値。一方HP感染群は背景腸上皮化生90%、全例で全層への分布あり、MUC5AC陽性90%、MUC6陽性40%、MUC2陽性40%、CDX2陽性90%、Ki67中～高値80%。SM浸潤2例あり浸潤部はMUC5AC、MUC6陽性。【考察】HP未感染群は表層分布を示し、表層でMUC5AC、深層でMUC6陽性、Ki67低値を示す例が多いのに対し、HP感染群は全層に分布し多彩な発現傾向が見られ、Ki67中～高値を示す例が多い特徴が見られた。印環細胞癌発生時に見られる規則性を保った分化・分布形態がHP感染という環境下で多彩な分化傾向や高い増殖能を獲得していくことが示唆される。

ピロリ菌未感染胃癌、粘液形質

日本大学 医学部 内科学系 消化器肝臓内科学分野¹⁾、
日本大学医学部附属板橋病院 呼吸器内科²⁾、
同 消化器外科³⁾

酒井康行¹⁾、岩本真帆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¹⁾、森山光彦¹⁾、辻野一郎²⁾、權 寧博²⁾、
吉田 直³⁾、高山忠利³⁾

【症例】65歳男性。【既往】陳旧性脳梗塞で抗凝固薬内服中【現病歴】4年前に当院呼吸器で右肺上葉の肺癌(非小細胞癌StageIIIB)と診断され、オブジーボを用いた化学療法が施行されていた。20XX年10月の血液検査で貧血が出現し、その後Hb5.2g/dlまで低下、全身倦怠感も伴うようになり入院となった。腹部症状は認めなかったが、便潜血反応が陽性であり、腹部骨盤CTで近位空腸に腸重積所見が認められた。MREでは近位空腸の重積部に30mm大の腫瘍性病変が疑われ、DBEを施行したところ、同部位にscope通過困難な腫瘍性病変を認めた。生検では肺癌の小腸転移と考えられた。輸血後も貧血の進行を認めていたことから、小腸部分切除術の方針となった。術中所見では、近位空腸に3カ所の腫瘍性病変が認められた。これらの腫瘍をすべて含め、約50cmの近位空腸を切除した。病理組織所見は3カ所とも低分化な上皮性悪性腫瘍であり、免疫染色で肺癌の小腸転移と診断された。半年後の経過は良好で、貧血も認めず外来通院中である。今後は、化学療法の再開を検討している。【考察】転移性小腸腫瘍は、空腸に多く認められ、原発巣は肺癌(58%)が多いが、大半は無症状であるため術前診断は難しいと報告されている。様々な検査方法の進歩により、不顕性出血から小腸腫瘍を診断することが可能となってきた。しかし、本例のように、多発症例もあるため、基礎疾患の状態を十分に検討した上で、疾患の背景や特性に留意した精査治療が必要であると考えられた。

転移性小腸腫瘍、貧血

37 腸閉塞を契機に発見された小腸異所性腺の一例

東京女子医科大学 消化器・一般外科¹⁾、同 消化器内科²⁾
中川了輔¹⁾、小川真平¹⁾、大木岳志¹⁾、番場嘉子¹⁾、腰野蔵人¹⁾、
谷 公孝²⁾、大平 慧¹⁾、井上雄志¹⁾、板橋道朗¹⁾、山本雅一²⁾、
村杉 肇²⁾、神林玄隆²⁾、伊藤亜由美²⁾、大森鉄平²⁾、米澤麻利亜²⁾、
徳重克年²⁾

【はじめに】異所性腺は迷入腺とも呼ばれ無症状のことが多く、その発生から隣近傍上部消化管の割合が高い。今回われわれは腸閉塞を契機に偶発的に発見された小腸異所性腺の1例を経験したので報告する。【症例】63歳・男性【主訴】特になし【既往歴】腹部手術歴なし【現病歴】腹痛を主訴に前医を受診し腸閉塞、腹水貯留の診断で入院となった。その際の造影CTにて小腸内に隆起性病変を指摘されたが閉塞機転とはなっておらず、腸閉塞の原因ははっきりしないが絶食補液の保存的加療のみで軽快退院となり、精査目的に当院消化器内科を紹介受診となった。【血液生化学検査】特記事項なし。腫瘍マーカー上昇なし。【腹部CT】（前医入院時造影CT）拡張する小腸内に腫瘍性病変を認めた。【小腸カプセル内視鏡】小腸内で上皮に覆われている隆起性病変を認めた。【小腸鏡・小腸造影】経口的に挿入し小腸中部に表面平滑で弾性・硬の可動性のある粘膜下腫瘍様の隆起性病変を認めた。【経過】腸閉塞の再燃は認めなかったが、診断目的に外科切除を希望され当科へコンサルトとなった。【手術】臍に12mmカメラポートと左上腹部の計2ポートで開始。腹腔内に腹水や癒着は認めなかった。Traitz靱帯から約100cmの空腸に術前に行った点墨部とその近傍にわずかな漿膜の引き連れを伴う病変部を確認し、臍ポートを開創し鉗子で把持して体腔外操作にて小腸を楔状切除し機能的端々吻合にて再建した。【臨床病理学的所見】隆起部は15×10×10mm。異形に乏しい腺上皮と平滑筋細胞を認めHeinrich3型の異所性腺の診断であった。【術後経過】術後経過は良好で術後6日目に退院となった。【結語】今回われわれは当院で経験した小腸異所性腺の1例を若干の文献的考察を加えて報告する。

異所性腺, 小腸

38 活動期クローン病に対する新規生物学的製剤USTエキヌマブの有効性の検討

東京山手メディカルセンター 炎症性腸疾患内科
吉村直樹、岡野 莊、酒匂美奈子、高添正和

【目的】免疫原性が低い生物学的(Bio)製剤USTエキヌマブ(UST)の適応によりクローン病(CD)患者のBio選択肢が増え、既存のインフリキシマブ(IFX)、アダリムマブ(ADA)不耐、2次無効症例におけるCD患者の寛解導入率・維持率の向上が期待できるが、有効性について報告は少ない。今回、USTを導入したCD症例の治療成績を検証しUSTの適応と有効性、安全性について検討した。【方法】当院にてUSTを導入した活動期CD症例60例(平均年齢35.1±12.4歳<15-80>)を対象とし、Crohn's Disease Activity Index(CDAI)を用いて有効性を検証した。【成績】UST導入8週後の有効性を検証すると著効(CDAI<150かつ0週時から100ポイント以上減少)19例(31.7%)、有効21例(35.0%)、無効20例(33.3%)であり有効率は66.7%であった。導入時247.4±71.0の平均CDAIは8週後には153.4±86.9まで低下しており有意差を認めた(p<0.01)。軽症(CDAI≤200;13例)、中等症(200<CDAI≤300;35例)、重症(CDAI>300;12例)の各有効率は10/13(76.9%)、25/35(71.4%)、5/12(41.7%)であり軽・中等症例で有効率が高かった。Bioナীব(N)群は23例、スイッチ(S)群は37例あり、各有効率はN群20/23(87.0%)、S群20/37(54.1%)であり、ナীব症例の方が有意に有効率が高かった(p<0.05)。S群37例中、a)1剤failure23例、b)2剤failure12例、c)3剤failureは2例であったが、各有効率はa)群11/23(47.8%)、b)群8/12(66.7%)、c)群1/2(50.0%)であり2剤failure症例でもUSTは有効であった。有効症例40例中、52週まで経過観察できた22例(N群10例:S群12例)の寛解維持率を検証するとN群は10例中再燃は1例のみであったが、S群は12例中5例が再燃しておりスイッチ症例の方が再燃率が高かった。投与経過中、副作用による投与中止は認めなかった。【結論】USTは既存のBio製剤failure症例におけるrescue治療として有用で安全な治療選択肢となるが、ナীব症例のほうが寛解導入率、維持率が高く、外来でフォロー可能な活動期中等症例においては1stのBio製剤として用いることで治療成績の更なる向上が期待できると考えられた。

クローン病, Uステキヌマブ

39 ESD治療により診断、治療し得たDysplasiaを伴う尖圭コンジローマの一例

千葉県がんセンター 消化器内科¹⁾、同 内視鏡科²⁾、同 病理診断科³⁾
橋本佳恵¹⁾、鈴木拓人²⁾、石垣飛鳥¹⁾、南金山理乃²⁾、北川善康²⁾、喜多絵美里¹⁾、辻本彰子¹⁾、天沼祐介¹⁾、須藤研太郎¹⁾、中村和貴¹⁾、三梨桂子¹⁾、傳田忠道¹⁾、山口武人¹⁾、荒木章伸³⁾、伊丹真紀子³⁾

【症例】50歳代、男性【主訴】便潜血陽性【現病歴】検診で便潜血陽性を認めたため前医で大腸内視鏡検査を施行された。その際、直腸に20mm大の平坦病変を認め生検で扁平上皮癌が疑われたため、精査加療目的に当院紹介受診となった。当院での大腸内視鏡検査上、歯状線から口側に伸びるように10~20mmの平坦病変が3カ所認められた。表面は粗造、乳頭状を呈し、BLI拡大観察でヘアピン・コイル状の不整な血管所見を認めた。生検でHigh grade intraepithelial neoplasiaが指摘されたためESDの方針で入院となった。【臨床検査】HIV陰性【入院後経過】近接した3カ所の平坦隆起病変に対して一括でESDを施行した。その後、偶発症なく経過し退院となった。【ESD病理所見】組織学的に扁平上皮が乳頭状に増殖し、表層から中層にかけてウイルス感染を示唆するKoilocyticな変化や、高度な炎症細胞浸潤も有していることから尖圭コンジローマと診断された。その一部でN/C比が上昇し基底細胞にDysplasiaを認める部位があり、高分化のanal intraepithelial neoplasiaと診断された。【考察】本症例はESDによってDysplasiaを伴う直腸尖圭コンジローマと診断し得た一例であった。尖圭コンジローマは発癌性HPV感染であった場合は約1割程度で癌化が報告されている。本症例では前癌病変といえるDysplasiaを認めた。ある文献では尖圭コンジローマ症例で13%程度にDysplasiaを認め、フォローアップしたところ3%が悪性化したとの報告がある。悪性化した尖圭コンジローマに対して内視鏡所見で診断しえた症例はなく、殆どが切除後の病理検査で診断されている。このことから侵襲性が低く、かつ正確な病理学的診断が可能なESD治療は有効な治療法と考ええる。また、再発例に関しては外科的切除で36%という報告があり、中には断端陰性例のものもあり、原因としてウイルスの持続感染が考えられている。このことから本症例も長期経過観察が必要と考える。

ESD, 尖圭コンジローマ

40 大腸内視鏡的粘膜下層剥離術後に遅発性穿孔をきたした一例

日本大学病院 消化器内科
蔵持智也、鈴木 翔、池原久朝、江崎 充、市島諒二、小椋加奈子、古城詩子、後藤田卓志

【症例】82歳男性。【現病歴】201X年Y-1月に近医で施行した全大腸内視鏡検査にて上行結腸に25mm大の0-IIa病変を認めたため、精査加療目的に当科を紹介受診した。内視鏡所見から病変は腺腫からcTisの上行結腸癌と診断し内視鏡的粘膜下層剥離術(ESD)の方針とした。【経過】201X年Y月に当科入院しESDを施行した。Dual knifeとグリセリン局注液を使用し、内視鏡的に完全一括切除した。治療時間が22分で注液中に穿孔と出血はなく治療を終了した。手術直後は腹部症状なく経過したが、治療翌日朝に右下腹部痛と38.0度の発熱を認めた。この時には腹痛が軽度であったため解熱鎮痛剤の投与で対応した。また腹部単純CT検査でも上行結腸周囲の脂肪組織濃度上昇を認めたが腸管外ガス像はなく消化管穿孔は否定的であった。しかし同日午後には腹痛は増強し腹膜炎刺激徴候を呈した。持続する右下腹部痛と反跳痛、腹膜炎の所見からESD後の遅発性穿孔を疑い緊急外科手術の方針とした。同日上行結腸部分切除術を行い、ESD部に1mm未満の穿孔2カ所を認めた。外科手術後の経過良好で第12病日から食事摂取を再開し、第16病日に退院となった。尚、ESDの病理所見は、0-IIa(LST-G)、切除標本径35mm×20mm、病変径×25mm、High grade tubular adenoma、切除断端陰性であった。【考察】大腸ESDは手術の改善とともにその安全性も高まり標準的治療として普及しつつある。しかし、依然として治療完遂後の遅発性穿孔を経験することがある。今回、大腸ESD後の遅発性穿孔のリスクとその対応について若干の文献的考察を加えて報告する。

大腸ESD, 遅発性穿孔

獨協医科大学 第二外科

仁木まい子, 白木孝之, 荒川尚士, 多胡和馬, 清水崇行, 朴 景華, 原田庸寬, 櫻岡佑樹, 森 昭三, 磯 幸博, 青木 琢, 窪田敬一

【症例】51歳男性 アルコール性慢性肝炎、多発性腎臓に伴う慢性腎障害などで前医フォローされていた患者であり、腹痛を主訴にして同院入院となった。CT上胆管および胆嚢内に充滿する高吸収像を認め、胆嚢出血を疑われた。輸血施行して保存的加療を行ったが、改善に乏しく、外科的切除の必要性を考慮され、当院当科に転院となった。来院時の採血ではHb: 6.8g/dLと著明な貧血を認め、T-Bil: 5.1mg/dLと血栓に伴う閉塞性黄疸の状態であった。当院で造影CTを施行したところ、門脈臍部に動脈相で約1cm大の動脈瘤を認め、これが胆道出血の原因であると考えられた。A6にも約1cm大の動脈瘤を認めたが、こちらは出血の所見は認めなかった。これに対してジェルバートおよびコイル塞栓を行い、止血を得た。また、A6の動脈瘤に関しても、今後の破裂の危険性を考慮して、ジェルバートおよびコイル塞栓で塞栓を行った。術後は腹腔内膿瘍を形成し、経皮的穿刺でドレナージを行い改善を示した。肝不全は認めなかったが、造影検査に伴い腎不全状態となり、透析導入となった。現在術後20日が経過し、経過順調で再出血は認めない。【考察】肝動脈瘤は比較的稀な血管性病変であり、内臓動脈瘤の約20%程度を占めるとする報告がある。部位としては総肝動脈が最も多く、左肝動脈での発生は比較的頻度が少ないとされる。発生原因としては、Marfan症候群やEhlers-Danlos症候群などの先天性素因があるものや、術後など医原性が多いとされるが、本症例にはそのような素因は認めなかった。治療法としては、以前は瘤切除を含めた外科的切除がメインであったが、近年の血管内治療の進歩に伴って、血管内治療を第一選択として必要に応じて外科的介入を行うことが多い。【結語】比較的稀な特発性肝動脈破裂の症例を経験した。本疾患は血管内治療を迅速に行うことで、安全に救命し得ると考えられた。

肝動脈瘤, 血管内治療

東京女子医科大学病院 消化器内科

堀内健太郎, 小木曾智美, 佐川孝臣, 谷合麻紀子, 児玉和久, 徳重克年

【症例】22歳男性。【現病歴】在胎41週、3400gで出生。新生児仮死および胎便吸引症候群で加療された。1歳11ヶ月肝機能障害を認め、肝生検を施行し肝線維症と診断された。2歳時、網膜色素変性症を指摘され、肥満、精神発達遅滞、小陰茎からBardet-Biedl症候群（BBS）と診断された。10歳時、当院へ紹介され腎機能低下により腹膜透析導入となった。11歳時、T-Bil 1.1mg/dL, AST 30~50U/L, ALT 50~100U/L, γ -GTP 100U/Lと肝胆道系酵素の上昇を認めた。身長142cm、体重57kg、BMI 28.7kg/m²であり脂肪肝の疑いで食事療法を開始となった。12歳時、父をドナーとする生体腎移植を施行した。22歳時、総コレステロール290mg/dL、中性脂肪530mg/dLとなり、ベザフィブラートが開始となった。2週間後、肝酵素はAST 129U/L, ALT 230U/L, γ -GTP 247U/Lと肝胆道系酵素の上昇を認めた。薬剤性肝障害が疑われ、ベザフィブラートを中止したがAST 183U/L, ALT 423U/Lとさらに上昇を認めたため入院精査となった。【入院後経過】肝炎ウイルス陰性、IgG 898mg/dL, IgM 125mg/dL, ANA<40倍であり、自己免疫性肝疾患は否定的であった。身長156cm、体重85.2kg (BMI 35kg/m²)、HOMA IR 6.04とインスリン抵抗性を認め、非アルコール性脂肪肝炎（NASH）が疑われた。肝生検を行い、microvesicular steatosis with severe hydropic changes of hepatocytesの所見であった。ウルソデオキシコール酸と強力ネオミノファゲン注射を連日行い退院となった。4か月後にAST 34U/L, ALT 60U/L, γ -GTP 131U/Lと改善を認めた。【考察】BBSは主に常染色体劣性遺伝形式を持つ腎嚢胞性纖毛病の1つで、肝疾患としては先天性肝線維症が報告されている。今回我々は、水腫性変性を伴うミトコンドリアの β 酸化障害が疑われ肝障害が遷延したBBSの1例を経験した。小滴性脂肪肝は小児のNASHに見られることはあるが非常に稀である。本例における肝胆道系酵素の異常が遷延した原因として、肝線維症およびNASHに薬剤性による肝障害が加わったものと考えられた。示唆に富む症例と考え、文献的考察を加えて報告する。

Bardet-Biedl症候群, 小滴性脂肪肝

東京医科大学 消化器内科¹⁾, 同 消化器外科・小児外科²⁾, 同 放射線科³⁾, 同 病理診断科⁴⁾, 菊地美穂¹⁾, 杉本勝俊¹⁾, 斎藤和博³⁾, 阿部正和¹⁾, 吉益 悠¹⁾, 笠井美孝¹⁾, 竹内啓人¹⁾, 山口 浩⁴⁾, 長尾俊孝⁴⁾, 土田明彦²⁾, 糸井隆夫¹⁾

【症例】67歳女性。2019年1月より倦怠感と微熱の持続と体重減少のため、2月に前医を受診した。血液検査で軽度の炎症反応上昇と肝機能障害を認め、腹部超音波検査では肝右葉を占める腫瘍性病変を認めたため、精査加療目的に当科へ紹介受診となった。来院時は発熱等の炎症症状は認めなかった。腹部Dynamic CTでは、肝右葉に径10cm大の腫瘍性病変を認め、動脈優位相で腫瘍内の充実性部分は造影効果を呈し、その後漸増性に内部に造影効果を認めた。また、内部には造影効果のない嚢胞状構造が数個認められた。EOB-MRIではCTと同様に腫瘍内部に嚢胞状構造を認め、同部はT1WIで低信号、T2WIで明瞭な高信号を呈した。また充実性成分は、周囲肝実質より動脈優位相で濃染し、肝細胞造影相では低信号を呈した。拡散強調画像では腫瘍部は異常信号を呈し、PET-CTでは腫瘍部に集積亢進を認めた。さらに、他院に行われた上部および下部消化管内視鏡検査では特記すべき所見は認めず、腫瘍マーカー（AFP, PIVKA2, CEA, CA19-9）も陰性であった。以上の所見より、肝細胞癌ないし肝内胆管癌が考慮されるも、やや非典型的であり確定診断目的で針生検を行った。結果、泡沫状の組織球を含む炎症細胞浸潤が認められ、黄色肉芽腫性腫瘍と病理診断された。【考察】黄色肉芽腫性腫瘍は、特徴的な画像所見が得られにくく、悪性腫瘍との鑑別に苦慮し、外科的な切除が選択されることが多い疾患である。今回、針生検にて診断し得たが、画像による診断は困難であった。大変貴重な症例であり、文献的考察を加えて報告する。

黄色肉芽腫性腫瘍, 針生検

NTT 東日本関東病院 肝胆脾内科

石井 研, 藤田祐司, 小山裕司, 松橋信行

近年、術後再建腸管に伴う総胆管結石症に対して小腸鏡下ERCP（DB-ERCP）が行われることが増えてきた。しかし、小腸鏡には十二指腸鏡と違い起上鉗子台が存在しないが、緻密な操作性に劣る面がある。特に乳頭が残っているB-2再建法、R-Y再建法の症例では遺残結石のリスクがあると考えられる。そこで我々は当院でDB-ERCPを施行したB-2再建法またはR-Y再建法でかつ、未処置乳頭である21例について後ろ向きに検討を行なった。1回のERCPで完全採石が可能であったか等について検討を行なった。【対象】2016年4月から2019年4月までに当院で初回のDB-ERCPを行なった総胆管結石症例で、平均年齢は79.6歳、男性が13例であった。B-2再建法が5例、R-Y再建法が16例であった。【結果】全症例で乳頭への到達、胆管造影に成功した。1回のERCPで完全採石が達成できたのはB-2再建法で4例（80%）、R-Y再建法で18例（87.5%）であった。最終的には全症例で完全採石に成功した。全体の平均処置時間は80.1分でそれぞれでは46.1分、91.7分であった。完全採石ができた18例とできなかった3例とを比較すると乳頭までの到達時間は28.9分、62.7分（ $p=0.03$ ）、処置時間は78分、98分（ $p=0.11$ ）、総胆管結石径は6.8mm、8.7mm（ $p=0.27$ ）と乳頭までの到達時間有意差を認めた。完全採石ができなかった要因としては再建法では有意差がなかった（ $p=0.32$ ）。【考察】術後腸管に対する小腸鏡での乳頭到達には術者の技量と術後の癒着等の予期できない患者さん側の要因の振れ幅が大きく多大な労力を要することもしばしば経験される。また、乳頭に到達しても小腸鏡には起上鉗子台が存在しないため胆管へのデバイスのアプローチが困難なことも多い。乳頭までの到達に時間を要する際にはスコップの操作性が悪く乳頭での胆管アプローチに通常よりも難渋すること多く、残石を発生させている可能性が示唆された。【結語】総胆管結石に対するDB-ERCPではスムーズな乳頭までの到達が1回での完全採石を達成する上で重要と考えられた。

小腸鏡, ERCP

東京女子医科大学附属八千代医療センター 消化器内科¹⁾, 同 内視鏡科²⁾, 宇野澤秀美³⁾, 濱野徹也²⁾, 森千奈津¹⁾, 橋本佳恵¹⁾, 菅 元泰¹⁾, 中山 桂¹⁾, 菅原安章¹⁾, 新村秀樹¹⁾, 戸張真紀¹⁾, 西野隆義¹⁾

【背景】超音波内視鏡下穿刺吸引法(EUS-FNA)は膵癌の診断において、有用な検査であるが、偶発症も報告されている。【症例】80歳男性。膵管拡張精査目的に当院を紹介受診した。MRCPでは主膵管、総胆管の拡張を認めた。造影CTでは膵石をびまん性に認め、慢性膵炎の所見であった。膵頭部に約10mmの造影不良域があり、PET-CTでも同部位にFDGの集積を認め、膵癌の除外診断が必要と判断し、EUS-FNAを施行した。検査翌日にCRPの軽度上昇を認めたが、腹痛なく膵酵素の上昇がないことを確認した上で食事開始した。食事開始直後、腹痛を認め、ショックとなった。血液検査では膵酵素の上昇を認め、造影CTでは、膵周囲の脂肪組織濃度の上昇を認めた。腹痛と膵酵素上昇から急性膵炎と判断し、重症度は予後因子6点(急性膵炎の重症度判定項目A1, 2, 4, 5, 8, 9)、CT grade Iで重症と診断した。集中治療管理の下、重症急性膵炎に準じて治療を行い、EUS-FNAから2か月後に退院した。【考察】本症例は慢性膵炎に対し、膵癌の合併を疑い、FNAを施行し、重症急性膵炎を来した。既報では良性膵疾患に対するFNAは偶発症が多いという報告があり、本症例はこれに合致すると考えた。また、穿刺部位に膵石を伴っていたため、EUSは描出不良であり、膵管を誤穿刺したことにより膵液が漏出し、重症急性膵炎に至った可能性があると考えられた。【結語】EUS-FNAによる重症急性膵炎の一例を経験した。膵癌の診断にはEUS-FNAが有用ではあるが、EUS-FNAにより重症急性膵炎を来す可能性もあるため、十分に注意すべきである。

EUS-FNA, 急性膵炎

横浜市立大学医学部 消化器・腫瘍外科 学, 阿部有佳, 熊本宜文, 平井公也, 山田淳貴, 前橋 学, 藤原大樹, 朴 峻, 清水康博, 中山岳龍, 三宅謙太郎, 藪下泰宏, 本間祐樹, 松山隆生, 遠藤 格

症例は55歳男性。40歳時にアルコール性慢性膵炎と診断された。前医で仮性膵嚢胞に対し3回の入院治療が行われ、膵炎のコントロールが困難だったため、51歳時に当院紹介となった。内視鏡的膵管ドレーナージを行い、以降定期的に膵管ステントの交換を行ったが、ステント閉塞による急性膵炎やステントの逆行性感染のため、頻回の緊急入院やステント交換を要した。55歳時、膵炎の炎症波及によると考えられる十二指腸狭窄が生じたため、経口摂取困難となり、また経乳頭の内視鏡処置が困難となったため、当科紹介となった。当科受診時、上部消化管造影検査では上十二指腸角の狭窄を認めた。腹部造影CT検査では、萎縮した膵全体に5mm前後の石灰化陰影を多数認め、膵頭部主膵管の狭窄と、膵体尾部の主膵管拡張を認めた。また炎症の波及によると考えられる門脈の狭窄と側副血行の発達を認めた。血液検査では胆道系酵素の上昇を認め、膵内胆管の狭窄も合併していると考えられた。術式は、膵頭十二指腸切除術も検討したが、門脈周囲の高度な炎症が予想されたため、膵を温存し膵管空腸吻合を行うこととした。また、慢性膵炎の合併症として晩年に膵癌を発症するリスクを考慮し、残膵切除時に再建を必要としない術式を検討した。手術は、主膵管の長軸方向への開放、膵頭部腹側実質の一部切除、膵石除去、肝外胆管切除を行った後、Treitz靱帯から40cmの部位で空腸を切離した。切離した肛門側空腸を挙上し、盲端から順に胆管空腸端側吻合、膵管空腸側側吻合(Braun吻合付加)を行った。切離した口側空腸は、挙上して胃空腸側々吻合を行い、盲端と、空腸吻合およびBraun吻合の肛門側空腸とを端端で吻合し、腸瘻を造設して終了した。術後経過は良好であり、術後14日に退院となった。術後4年現在まで、胆管炎や胃空腸吻合部潰瘍出血による入院を数回要したものの、膵炎の増悪や栄養状態の増悪なく経過し、外来フォロー継続中である。上記再建法の利点について、文献的考察を含め報告する。

慢性膵炎, 手術

東海大学医学部付属病院 消化器内科¹⁾, 同 消化器外科²⁾, 同 病理診断科³⁾, 川西 彩¹⁾, 川島洋平¹⁾, 山路葉子¹⁾, 小玉敏生¹⁾, 加川建弘¹⁾, 益子太郎²⁾, 中野 明²⁾, 増岡義人²⁾, 中郡聡夫²⁾, 平林健一³⁾

【症例】84歳、男性【主訴】なし【既往歴】高血圧症、糖尿病、胃癌(幽門側胃切除、B-1再建)【現病歴】2010年より膵体部の分枝型IPMNを指摘されていた。2016年3月のCTで増大傾向のため、2016年に当科紹介受診。EUSで壁在結節を認めなかったため、半年ごとの画像検査にて経過観察としていた。2018年4月のMRCPで胃吻合部背側と膵尾部に嚢胞性病変が出現した。造影CTで膵尾部周囲の脂肪組織濃度上昇と液体貯留を認めたため、分枝型IPMNに併発した膵炎と考えられたが、腹痛や血液検査にて炎症反応の上昇は認めず、8月に造影CTとAUSを施行したところ、嚢胞性病変は増大傾向を示していたためおり膵IPMC及び腹膜播種も疑われた。ERCPでは、ERPにて主膵管に連続して膵体部に嚢胞の描出を認め、膵液細胞診はClass3であった。EUSでは膵体部の40mm大の多房性嚢胞性病変内に、明らかな壁在結節は認めず、EUS-FNAで膵嚢胞内容物の提出を行ったがClass3の診断であった。PET-CT検査では、膵尾部と左横隔膜直下に異常集積が認められた。上記検査結果より膵IPMCに伴う腹膜播種も疑われたが、腹膜疑結液腫や膵仮性嚢胞の可能性も否定できず、診断確定のために試験開腹術の方針となった。その後無増悪経過中である。【病理所見】剥離可能な腹膜結節を数か所提出したが、いずれの所見も炎症細胞の浸及び線維化を伴う組織像であった。以上より膵分枝型IPMNに併発した膵炎ならびに貯留嚢胞の診断に至った。【考察】IPMNによる膵炎の原因としては、粘稠な粘液が大量に産生されることにより膵液のうっ滞が生じて急性膵炎を発症する。また、浸潤痛になった腫瘍が膵管を閉塞し膵炎を惹起するなどの機序が考えられている。本症例においても上記の機序で、膵周囲の多発嚢胞を形成し、IPMCの腹膜播種との鑑別に困難になったと考えられた。若干の文献的考察を加えて報告する。

IPMC, 膵嚢胞

がん研究会有明病院 肝胆膵内科¹⁾, 同 肝胆膵外科²⁾, 同 病理部³⁾, 谷口孝伸¹⁾, 武田剛志¹⁾, 古川貴光¹⁾, 三重亮文¹⁾, 澤田雅志¹⁾, 鈴木 健¹⁾, 金田 遼¹⁾, 春日章良¹⁾, 松山真人¹⁾, 佐々木隆¹⁾, 尾阪将人¹⁾, 井上陽介²⁾, 高澤 豊³⁾, 笹平直樹¹⁾

【症例】症例は52歳、女性。2009年9月に婦人科癌に対して当院で根治的放射線療法を施行され、以後当院でフォローされていた。後方視的には2009年10月の単純CTで膵尾部に9mm大の単房性嚢胞を認めたが当初は指摘されなかった。2010年10月の単純CTで12mm大の単房性嚢胞として初めて指摘、造影CTでは腫瘍性膵嚢胞に特徴的な所見は認めず、単純性嚢胞疑いにて経過観察となった。その後、2012年5月の造影CTで嚢胞は17mm大へと増大し薄い隔壁が出現したが、明らかな悪性所見を認めなかったため、慎重に経過観察することとなった。その後も嚢胞は緩徐に増大したが、明らかな悪性所見は認めなかった。2014年6月の造影CT・MRIでは嚢胞は26mm大まで増大し、隔壁が顕在化したため、精査のためにEUSを施行した。EUSでは共通の被膜と隔壁を有し、cyst-in-cyst構造を伴う24mm大の多房性嚢胞(明らかな壁在結節は認めず)として描出、膵粘液性嚢胞腫瘍(MCN)が最も疑われたため、腹腔鏡下膵温存膵尾部切除術が施行された。病理学的には、隔壁の間質部分に卵巣様間質を認め、免疫染色ではエストロゲン受容体およびプロゲステロン受容体が共に陽性で、膵粘液性嚢胞腺腫(MCA)の最終診断となった。術後5年目の現在も明らかな再発は認めない。【結語】MCNは中年女性の膵体尾部に好発する稀な嚢胞性腫瘍であり、悪性化のリスクを有するため原則手術が推奨されているが、長期経過観察された症例は非常に少なく、その自然史はいまだ解明されていない。本症例のように特徴的な所見を伴わない小嚢胞でも、MCNの初期像の可能性を念頭に経過観察する必要があると考えられる。今回我々は、10mm以下の単純性小嚢胞が5年間で典型的なMCNの画像所見を呈するに至る経時的な経過を追跡しえた貴重な症例を経験したため、若干の文献的考察を加えて報告する。

MCN, 膵嚢胞

国立国際医療研究センター病院

西家由里子, 大久保栄高, 遠藤 剛, 栗飯原隼人, 浦部昭子, 住田純子, 濱田麻梨子, 増田恵利香, 泉 敦子, 木村花葉, 守安志織, 岩田英里, 大武優希, 渡辺一弘, 横井千寿, 小島康志, 秋山純一, 伊藤橋司, 三原史則, 竹村信行

【症例】77歳、女性【主訴】発熱【既往歴】高血圧【内服薬】アムロジピンベシル酸塩5mg/日【現病歴】201X年1月末、膵頭部腫瘍に伴う急性胆管炎で当科紹介となった。血液検査では、CRP 14.89 mg/dl, WBC 27.21×10³/μgと著明な炎症反応の上昇とT-Bil 6.2 mg/dl, AST 251 U/L, ALT 274 U/L, ALP 917 U/L, γ-GTP 338 U/Lと肝胆道系酵素の上昇を認め、中等症の急性胆管炎の診断で入院となった。造影CTでは50 mm大の不均一に造影される膵頭部腫瘍を認め、胆管炎の原因と考えられた。入院同日緊急ERCP（内視鏡的逆行性胆道膵管造影）を施行した。内視鏡所見では乳頭には異常は認めず、胆管造影では胆管径は11 mmと拡張を認めるものの明らかな狭窄や閉塞機軸は認められなかった。ERBD（内視鏡的胆管ドレナージ）を行い炎症反応と肝胆道系酵素の改善を認めた。第8病日に膵頭部腫瘍に対してEUS-FNA/超音波内視鏡下穿刺吸引法）施行した。EUSでは腫瘍は境界不明瞭な不整な低エコー領域として認識でき上腸間膜静脈に一部に接しており浸潤が疑われた。細胞診はclass2, 組織診では明らかな腫瘍性病変は指摘できなかった。閉塞性黄疸を呈する50 mm大の腫瘍性病変であり悪性腫瘍が否定できないことから浸潤性膵管癌cT2N0M0stage2Aとして手術治療の方針とし、第20病日膵頭十二指腸切除術を施行した。切除した検体の病理は、小型円形核と淡明な細胞質を有する立方状～扁平な細胞に裏層された大小の嚢胞や腺房が増殖しており間質には硝子化を認め漿液性嚢胞腺腫と診断した。【考察】漿液性嚢胞腫瘍は多くの場合良性であり増大も緩徐であるため経過観察を行うことが推奨されている。しかし、ごく少数だが悪性例と鑑別困難な症例もあり画像上他の疾患との鑑別に苦慮する場合や有症状例、サイズの大きいものや増大傾向であるものは手術適応になり得る。今回我々は閉塞性黄疸を来し手術治療を行った漿液性嚢胞腺腫の1例を経験したので文献的考察を踏まえて報告する。

膵腫瘍, 漿液性嚢胞腺腫

MRCPで分枝型IPMNと診断されていたが、retention cystを伴う上皮内癌だった一例

がん・感染症センター都立駒込病院 消化器内科¹⁾,

新東京病院 消化器外科²⁾,

がん・感染症センター都立駒込病院 肝胆膵外科³⁾

来間佐和子¹⁾, 菊山正隆¹⁾, 千葉和朗¹⁾, 吉本憲介¹⁾, 神澤輝実¹⁾,

大目祐介²⁾, 春山泰治³⁾

【症例】70才代 女性。200X-4年、吐き気などの主訴のため当科を受診した。腹部USにて総胆管10mmと軽度拡張を認めたため、MRCPも施行した。MRCPでは総胆管に異常は認めなかったが、膵体部に9mm大の嚢胞を認め、分枝型IPMNと診断され、以後経過観察をしていた。嚢胞は経年的に増大傾向であり、200X-1年にEUSを施行し多房性嚢胞として観察されたが壁在結節は認めず、経過観察となっていた。200X年のMRCPでは18mm大となり、嚢胞の起始部の主膵管の狭窄、尾側膵管がわずかに拡張する所見を認めた。EUSでは嚢胞の頭側および尾側では主膵管の拡張や狭窄は認めず、嚢胞内にも壁在結節を認めなかったが、嚢胞よりやや尾側に8mm大の低エコー域を認め、腫瘍性病変を疑い同部位に対しFNAを施行したが診断に至らなかった。ERCPでは、嚢胞は描出されず、膵管の狭窄や拡張は認めなかった。SPACE(serial pancreatic-juice aspiration cytologic examination)で悪性が疑われた。CTで腫瘍は同定できなかったが膵嚢胞の尾側の脾実質の萎縮を認めた。膈上皮下内癌を疑い腹腔鏡下体部切除を施行した。病理組織像では、嚢胞は異型のない単層の上皮に覆われ拡張したretention cystであり、嚢胞の頭側近傍の主膵管内からPanIN1-2相当の上皮を認め、尾側に向かうにつれPanIN3の上皮が混在する所見が見られ、上皮内癌と診断した。脈管浸潤やリンパ節転移は認めなかった。膵尾部の脾実質では、腺房の脱落と線維化と脂肪浸潤を認めた。PanINの病変部では主膵管壁の線維化の厚が見られた。【考察】MRCPで分枝型IPMNと診断されている症例でも背景に上皮内癌を伴うretention cystの可能性があり。早期膵癌の特徴的所見として、脾実質の脂肪化や萎縮、膵管狭窄および尾側膵管拡張が報告されており、MRCPで分枝型IPMNと診断された症例でも、このような所見を認める場合には、積極的にERCPを施行しSPACEで診断することが重要と考えられた。

早期膵癌, 貯留嚢胞

急性膵炎で発症し、特異な副腎転移の経過を示した膵癌の1例

横須賀市立うわまち病院 消化器内科¹⁾, 同 病理検査科²⁾,

横浜労災病院 消化器内科³⁾

諸井厚樹¹⁾, 佐藤晋二¹⁾, 高野幸司¹⁾, 森川瑛一郎¹⁾, 池田隆明¹⁾,

飯田真岐²⁾, 辻本志朗²⁾, 小宮靖彦³⁾

【症例】71歳、男性。【主訴】腹痛。【既往歴】糖尿病、脂質異常症にて近医で投薬治療中。【飲酒】日本酒3合程度/日、30年以上。【現病歴】201X年5月に数日前から持続する心窩部から左側腹部にかけての鈍痛で近医を受診、当科に紹介入院となった。【入院時検査成績】WBC 6900/μl, CRP 19.88mg/dl, AST 12U/L, ALT 9U/L, ALP 165U/L, γ-GTP 34U/L, T-Bil 0.61mg/dl, Ca 9.0mg/dl, p-AMY 84U/L, lipase 78U/L。【入院時経過】腹部CTスキャンで、膵体尾部腫大と周囲脂肪濃度上昇を認め、アルコール性急性膵炎の診断で治療を施行。退院4週後のCTでは、膵尾部の仮性嚢胞形成以外は膵炎所見の改善を認めた。【その後経過】軽度のAMY上昇は持続し、膵尾部の仮性嚢胞、膵炎所見は増悪と改善を繰り返した。発症から8ヵ月後のCTでは、膵炎所見は改善を維持していたが、左副腎に膵液漏れによると考えられる壊死性変化が出現した。6ヵ月後のCTでは副腎病変の改善を確認した。しかし、その7ヵ月後のCTでは、左副腎に4.5cmの腫瘍性病変が出現。診断目的でCTガイド下腫瘍生検を施行した。病理診断は転移性腺癌であり、臨床経過から急性膵炎の病像で発症した膵体部癌からの転移が考えられた。同意が得られたため化学療法を開始、その後在宅での緩和医療に移行した。【考察】急性膵炎と診断され結果的に膵癌であった症例は膵炎症例の1~2%で、診断困難例が多いと報告されている。本症例は仮性嚢胞合併の急性膵炎として発症し、左副腎に膵液漏れ性の壊死性変化を形成、その後転移腫瘍を形成した膵癌と考えられる1例であり、示唆に富むと考え報告する。

急性膵炎, 膵癌

皮下結節脂肪壊死を伴った膵腺房細胞癌の1例

東京医科大学八王子医療センター 消化器内科

和田卓也, 朝井靖二, 浅野響子, 田所健一, 山西文門, 富田祐介,

松江右武, 平山泰丈, 奴田原大輔, 平良淳一, 中村洋典,

北村勝哉

【症例】60歳代女性【主訴】体幹と両下腿の皮下結節【現病歴】201X年9月頃より体幹と両下腿に多発する暗赤色調の痛性結節を認め、11月初旬に近医を受診した。血液検査にて炎症反応高値を認め、CT検査にて膵体尾部に10cm大の嚢胞性腫瘍を認めたため精査加療目的で当院紹介受診となった。【既往歴】虫垂炎手術【入院時現症】体温37.3℃、脈拍95回/分、呼吸数14回/分、血圧103/63mmHg、体重：平坦・軟、上腹部に弾性硬の腫瘍を触知、圧痛なし。体幹と両下腿に暗赤色調の多発結節を認める。【血液検査所見】WBC 24,500/μl, AMY 63 IU/l, CRP 2.62 mg/dl, CEA 9.4 ng/ml, CA19-9 <2.0 ng/ml【入院後経過】皮膚科にて下腿の皮下結節部より生検したが、炎症性所見を認めるのみであった。MRI検査にて、膵体尾部に12cm大の脾由来の嚢胞性腫瘍を認めた。EUS検査では、膵体尾部に12cm大の辺縁に充実成分を伴う嚢胞性腫瘍を認め、造影EUS検査にて、充実成分は背景脾実質と同程度の造影効果であり、充実成分よりEUS-FNBを施行した。病理組織検査では、比較的小型で均一な細胞の集簇と小腺腔形成傾向を認め、免疫染色にて、クロモグラニンA陰性、シナプトフィジン陰性、トリプシン陽性、BCL10陽性であり、膵腺房細胞癌と診断した。血液検査にてトリプシンを含む膵酵素が異常高値であり、腫瘍から産生された膵酵素により遠隔の脂肪組織に壊死をきたし、皮下結節脂肪壊死を呈したと示唆された。外科的手術を検討したが急速な全身状態悪化により、第36病日に永眠した。【結論】皮下結節脂肪壊死を伴った膵腺房細胞癌の稀な1例を経験したため、文献的考察を加えて報告する。

膵腺房細胞癌, 皮下結節脂肪壊死

東京女子医科大学 消化器外科

松永雄太郎, 樋口亮太, 谷澤武久, 植村修一郎, 出雲 渉,
長野栄理香, 山本雅一

【目的】

腎癌膀胱転移に対する手術治療についての報告がこれまでになされているがその正当性については未だに議論の余地がある。適切な症例選択を行うために腎癌膀胱転移の切除成績と予後因子について後向きに考察をする。

【方法】

2004年から2019年までの期間で当院で手術を行った腎癌膀胱転移の27症例について考察を行った。生存率についてはKaplan-Meier法を用いて分析を行った。予後因子についてはlog-rank法を用いて分析を行った。検討項目は膀胱多発、術式が膀胱全摘であること、早期再発(原発巣切除から5年以内の再発と定義)、他臓器再発病変の残存の4項目とした。

【成績】

5年生存率は82.5%で生存期間の中央値は104.9月であった。原発巣切除から膀胱切除までの期間についての中央値は99.2月であった。膀胱多発は16例(59.3%)に認められ、膀胱全摘術はそのうち5例に施行されていた。原発巣切除から5年以内の早期再発は9例(33.3%)、膀胱切除の時点で他臓器に再発病変がある症例は8例(29.6%)、内訳:肺転移が7例、甲状腺転移が1例であった。8例全てにおいて残存病変は増大傾向がなく良好なコントロールが得られている症例であった。全症例において手術関連死は観察されなかった。原病死は3例(肺転移の悪化が2例、肝転移による肝不全が1例)、他病死は2例観察された。膀胱多発、膀胱全摘、早期再発、他臓器の病変残存のいずれの検討項目においても全生存不良とは関連を認めなかった。

【結論】

腎癌膀胱転移に対する手術の生存成績は良好であった。

腎癌膀胱転移, 転移性膀胱

東京女子医科大学東医療センター 内科

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

【症例】67歳男性、特記すべき既往歴はなかったが、1日20本47年間の喫煙歴と建築業従事中にアスベストの暴露歴があった。X年8月に腹部膨満感を自覚し医療機関を受診したところ腹水貯留を指摘され精査目的で当院紹介となった。血液検査では明らかな異常所見はなかったが、胸腹部CTにおいて大量の腹水貯留と両側胸膜に一部肥厚と石灰化を認めた。アスベスト関連胸膜プラークが疑われたものの、明らかな結節影はなく血清ヒアルロン酸も低値であった。その他、感染症、肝硬変、門脈圧亢進症を疑う所見はなく、PET検査でも悪性腫瘍は指摘されなかった。腹水穿刺では滲出性腹水を認め、複数回病理細胞診を提出したがclassIIIであった。以上より、アスベスト暴露歴があることから悪性腹膜中皮腫の可能性が高いと考えた。本人は化学療法等の積極的加療を希望されず、その後は利尿剤投与やCARTによる緩和医療を行った。X年12月に腹水増加のため再入院となり、画像や腹水細胞診再検したが同様に悪性所見は認められなかった。その後も腹水は増加を続け次第に経口摂取困難となり、X+1年2月に死亡した。剖検を行ったところ、10 Lの腹水貯留及び胸腹膜に多数のプラークと白色結節を認め、悪性腹膜中皮腫と病理診断された。【考察】大量腹水貯留を呈した悪性腹膜中皮腫の症例である。難治性の滲出性腹水を認めた場合はまず癌性腹膜炎を疑うが、他臓器に悪性所見がなくアスベスト曝露歴がある場合には悪性腹膜中皮腫も考慮すべきである。しかし、腹水細胞診では確定診断困難な場合があり、可能ならば腹膜生検等による精査が望ましい。また、緩和治療として末期の難治性腹水貯留に対してはCART療法が有効であった。

腹膜中皮腫, 剖検

日本大学 医学部 内科学系 消化器肝臓内科学分野¹⁾

日本大学病院 病理診断科²⁾, 成田記念病院 消化器内科³⁾

泊 美樹¹⁾, 渋谷 仁¹⁾, 武井章矩¹⁾, 菊田大一郎¹⁾, 岩塚邦生¹⁾,
高橋利実¹⁾, 山雄健次^{1,3)}, 小林博子²⁾, 唐 小燕²⁾,
後藤田卓志¹⁾

【症例】55歳女性

【主訴】腹痛、背部痛

【現病歴】

20XX年X-2月下旬から心窩部痛、第7胸椎の高さ付近に背部痛があり、X月に近医を受診した。造影CT検査で大動脈の腹側に、腹腔動脈と上腸間膜動脈を取り巻くように境界不明瞭な軟部陰影を認め精査目的に当科紹介となった。血液検査では特記すべき所見は認めず、各種画像検査でも前医で指摘された病変以外は併存する病変は認めなかった。組織学的診断目的に超音波内視鏡下穿刺吸引法(EUS-FNA)を施行した。病変は均一な不明瞭な低輝度領域として視認され、同部位に対して22Gフランシオン形状針で2回穿刺を行った。細胞診では紡錘形細胞が認められ、核異型は認めなかった。免疫染色ではNSE陽性、S-100蛋白陽性であり、神経鞘腫と診断した。

【考察】

後腹膜病変の診断は、各種画像検査を用いて総合的な診断を行うことが一般的であるが、確定診断のためには組織学的診断が必要となる。解剖学的特徴から後腹膜の組織採取はCTガイド下、もしくは開腹下生検で行われることが一般的である。EUS-FNAが施行された症例の報告は限られているが、本症例では免疫染色を含め、組織学的診断が可能であった。神経鞘腫は軟部組織に好発するが、脳神経や脊髄神経など様々な部位に生じうる腫瘍である。後腹膜腫瘍の5%程度を占め、画像検査では境界明瞭な円形の腫瘍として描出される。本症例は非典型的な画像を呈しており、組織学的診断が必須であった。

【結語】

神経鞘腫は良性疾患であり、完全摘出が出来れば予後は良好である。しかし、本症例は非典型的な画像所見、進展様式を示し、解剖学的な理由から完全摘出は困難であるため、今後も慎重な経過観察と至適な治療法の検討を要する。

神経鞘腫, EUS-FNA

聖マリアンナ医科大学 東横病院¹⁾

聖マリアンナ医科大学病院²⁾

黄 世揚¹⁾, 川島重貴¹⁾, 原 雅樹¹⁾, 吉田良仁¹⁾, 五十嵐央祥¹⁾,
落合康利¹⁾, 中嶋孝司¹⁾, 伊東文生²⁾

症例は介護老人保健施設入居中の80歳台女性。2019年4月1日、入浴後に多量の吐血及びタール便を認めたとのことで救急要請され当院搬送となった。既往として2015年に他院で大動脈解離加療歴があるも詳細は不明であった。来院時血圧158/81mmHg、脈拍76回/分と血行動態は保たれており意識障害も認めなかった。採血上、Hb12.6g/dLと貧血を認めず、腹部単純CTでは撮像範囲内に明らかな出血源は指摘し得なかった。緊急上部消化管内視鏡にて咽頭内に鮮紅色の血液の貯留を認めるも、消化管内には明らかな出血源は認めなかった。咯血の可能性を考え、胸部造影CTを施行したところ上行大動脈置換術後であることが判明した。そして、大動脈弓部遠位から左外側に突出する造影腔と周囲に軟部陰影を認めた。大動脈瘤の肺内穿破による咯血の診断にて専門施設に救急搬送し、同日胸部大動脈ステントグラフト内挿術を施行。第12病日に軽快退院された。臨床症状のみでは吐血と咯血を鑑別することが困難な場合もあり、腹部CTや上部消化管内視鏡検査にて出血源を同定できない鮮紅色の血液を認めた際には胸部疾患も念頭に入れた精査、加療が必要である。

上部消化管出血, 咯血

57 当院における高齢男性の自己免疫性肝炎症例の検討

東京女子医科大学八千代医療センター 消化器内科¹⁾,
同 内視鏡科²⁾,
森千奈津¹⁾, 戸張真紀¹⁾, 宇野澤秀美¹⁾, 菅 元泰¹⁾, 新村秀樹¹⁾,
菅原安章¹⁾, 中山 桂¹⁾, 濱野徹也²⁾, 白戸美穂²⁾, 西野隆義¹⁾

【目的】自己免疫性肝炎 (Autoimmune hepatitis :AIH) は中年女性に好発する疾患であるが、近年、発症年齢の高齢化及び男性例増加の傾向にある。今回当院で経験した65歳以上の高齢男性AIH症例について臨床的特徴を明らかにすることを目的とした。【方法】2007年11月から2019年6月に当院で肝組織が得られ改訂版国際診断基準スコアリングシステム (International Autoimmune Hepatitis Group Score :IAIHGスコア) で疑診または確診の男性15症例のうち、65歳以上の6例を対象とし、臨床病理学的特徴について検討した。【成績】年齢中央値76歳(65歳~86歳)、BMI(中央値)21.5、生活習慣病合併は糖尿病1例、高血圧2例、脂質異常症1例、飲酒は3例が機会飲酒、3例が<20g/日、血液検査成績(中央値)はPlt16.3万、PT82%, AST57IU/L, ALT907U/L, IgG1990、ANA陽性は4例(67%)であった。病理組織では、Interface hepatitis5例(83.5%)、ロゼット形成3例(50%)、形質細胞浸潤を5例(83.5%)で認めた。急性発症型が4例(67%)であり、そのうち急性肝炎例が1例、慢性肝炎病態の急性増悪と考えられる例が3例(50%)であった。IAIHGスコアは疑診5例(83.5%)、確診1例(17%)であった。重症度は軽症1例(16.5%)、中等症4例(67%)、重症1例(16.5%)であった。5例(83%)でプレドニンが使用され、全例ステロイド反応性は良好であった。【考察】2018年に行われた厚労省研究班の全国疫学調査によると、男女比は2004年には約1:7であったが2018年には約1:4であり、相対的に男性患者が増加している。男性例ではIAIHGスコアが女性に比し低値となりやすく、今回の対象例でも確診は1例のみであった。また、本検討では急性発症例が高率で、その中でも急性増悪を来して自己免疫性肝炎の診断に至ったと考えられる症例が高率であった。高齢男性ではAIHの診断が困難であり、急性増悪を来してから受診する症例が多く、中等症以上の症例が多くみられる。高齢男性の肝障害であってもAIHを鑑別に挙げ、AIHが疑われる場合には積極的に肝生検を行い、PSL導入を検討することが重要と考える。

自己免疫性肝炎、高齢男性

58 経過観察中に多発肝結節を認めたIV型Budd-Chiari症候群の若年2症例

日本医科大学 消化器・肝臓内科
塩田香織、葉山惟信、半田忠靖、吉田祐士、大久保知美、新井泰央、岩下 愛、糸川典夫、金子恵子、厚川正則、川本智章、岩切勝彦

【緒言】Budd-Chiari症候群(BCS)は、肝静脈3主幹や肝部下大静脈の閉塞や狭窄、もしくは両者の併存が原因で門脈圧亢進症を呈する疾患であり、今回我々は経過観察中に多発肝結節の発生を認めたBCS若年2症例を経験したため報告とする。【症例1】24歳男性。腹部膨満があり近医を受診し、造影CTにて肝部下大静脈閉塞と腹水が認められ当科紹介となった。血管造影において肝部下大静脈と右肝静脈閉塞を認めBCS IV型と診断した。腹水は難治性であったためTIPSを施行したところ、肝予備能改善と腹水の消失を認め軽快退院となった。退院半年後の造影CTにて肝S7に新出の13mm大の結節を認めた。造影にて動脈相では濃染されるもののwash outはなく、EOB-MRI肝細胞相においては高信号を呈した。半年毎に画像フォローを行ったところ、経時的に結節は増大傾向であり、同様の病変も増加傾向であった。経過から悪性鑑別も考慮され、肝生検を施行したところ肝細胞に異型性は認めずFNH様であった。診断から6年弱経過観察しているが、結節の緩やかな増大・増加傾向は不変である。【症例2】18歳女性。無月経と下腹部膨満感を主訴に近医から紹介となり、CTにて著明な尾状葉腫大と肝部下大静脈狭窄疑いを認め精査目的で入院となった。併存症にJAK2V617F遺伝子変異を伴う真性多血症がある。上部消化管内視鏡にて食道静脈瘤が認められ、血管造影では肝部下大静脈の高度な狭窄と狭窄右肝静脈と中肝静脈の閉塞を認めたことから2次性BCS IV型と診断し抗凝固療法を開始とした。診断時には肝内結節性病変は認められなかったが、診断から4年経過し、肝S4とS8に造影早期に濃染され門脈相で等吸収の結節性病変を認めた。症例1と同様の画像所見であり、緩やかな増大増加傾向を認めている。【考察】BCSには様々な肝腫瘍が合併することが知られており、最多は過形成性結節性病変で、肝細胞癌の報告も散見される。BCSによる肝うっ血が一因と考えられているが、症例1においてはTIPSにより肝予備能が改善傾向にも関わらず結節は増大傾向であった。【結語】多発肝結節を認めたBCS若年2症例を経験した。

Budd-Chiari症候群、肝内結節性病変

59 レンパチニブ投与中の腫瘍viability 評価にFDG-PETが有効であった肝細胞癌症例の検討

虎の門病院 肝臓センター 内科¹⁾, 同 外科²⁾
山重大樹¹⁾, 川村祐介¹⁾, 小林正宏¹⁾, 粕谷加代子¹⁾, 佐野有哉¹⁾, 池田健次¹⁾, 藤山俊一郎¹⁾, 瀬崎ひとみ¹⁾, 保坂哲也¹⁾, 芥田憲夫¹⁾, 斎藤 聡¹⁾, 鈴木文孝¹⁾, 鈴木義之¹⁾, 荒瀬康司¹⁾, 小林祐太²⁾, 進藤潤一²⁾, 橋本雅司²⁾, 熊田博光¹⁾

【目的】当院でTACE不適・不応もしくは高度進行肝癌に対して、レンパチニブ(以下LEN)を投与した症例を対象に、治療効果判定におけるFDG-PET検査の有用性につき検討した。【対象・方法】2010年10月から2019年6月に当院肝臓センターでTACE不応・進行肝細胞癌に対してLENを新たに投与開始した症例のうち、肝内標的結節が存在し、LEN投与前にFDG-PET検査が施行されPET陽性判定、かつLEN開始8-12週以後に治療評価目的のFDG-PETが施行されている3症例につき、治療効果判定におけるFDG-PET検査の有用性につき評価した。肝内標的結節においては、標的結節のVOI、背景肝のVOIを3-4か所測定(それぞれ平均値算出)後に標的結節SUV_{max}/肝SUV_{mean}=Tumor to Liver Ratio (TLR)を算出。TLR≥2をPET陽性HCCとした。肝癌Stage分類はBCLC分類を使用。治療効果判定はLEN投与開始後8-12週におけるDynamic CTを使用し標的結節の治療効果 (Best response) をmRECISTにより評価した。【結果】(1)PET陽性HCC 3症例の投与前背景量
症例1: 50歳代後半 男性。BCLC stage C, 肝内標的結節 SUV_{max} 6.44, TLR 3.20。
症例2: 80歳代前半 男性。BCLC stage B, 肝内標的結節 SUV_{max} 8.72, TLR 3.66。
症例3: 80歳代前半 男性。BCLC stage C, 肝内標的結節 SUV_{max} 6.24, TLR 2.81。
(2) mRECISTによる治療効果判定及びSUV_{max}, TLRの変化
全症例、mRECISTによる治療効果判定はPR (partial response)、治療開始後のFDG-PET検査は症例1, 2はLEN投与開始後約24週後、症例3は約8週後に施行。
SUV_{max}, TLRの変化としては、症例1-3それぞれ、6.69, 3.10; 11.48, 4.67; 8.38, 3.71であり、初期治療奏功も全症例PET陽性持続であり、症例2, 3においてはTLRが上昇していた。【結語】LENは治療早期より腫瘍内血流が急速に低下するため、viability評価に難渋することもあるが、FDG-PETは腫瘍内血流に依存せずviability評価が可能な手法の一つと考えられた。

レンパチニブ、肝細胞癌

60 塩酸ミノサイクリン注入療法が著効した肝嚢胞内出血の一例

東京慈恵会医科大学 葛飾医療センター 消化器肝臓内科
菊地伊都香、遠藤大輔、山根史嗣、中塚佳奈、安藤理孝、中田達也、小川まい子、菅原一朗、横山 寛、荒井吉則、有廣誠二、穂苅厚史

【症例】85歳、男性。【主訴】腹痛【現病歴】高血圧、弁膜症既往のある85歳男性。もともと巨大肝嚢胞を指摘されており、紹介元で経過観察されていた。201X年2月、腹痛を自覚したため紹介元を受診し、精査目的に入院した。翌日の採血でHb14.2→7.2と貧血の進行を認め、造影CTで肝嚢胞内出血と診断されたため、当院に転院搬送された。当院で再度造影CTを施行した結果嚢胞内に造影剤のextravasationは認めず、アスピリン休薬、輸血を行い安静とした。アスピリン休薬期間を満たした第7病日にエコーガイド下で肝嚢胞ドレナージを行い暗赤色の排液を4000ml吸引した。第8病日に造影で嚢胞と胆管との交通の無い事を確認し塩酸ミノサイクリン500mgを嚢胞内に注入した。腹痛や発熱、アレルギーなどの有害事象は認めなかったことから、第11、13病日も同様に塩酸ミノサイクリン500mgを嚢胞内に注入した。第14病日のCTで嚢胞は縮小し再出血も認めず、経過良好のため第15病日にドレナージチューブを抜去し第20病日に退院した。【考察】肝嚢胞の治療として、硬化剤の注入療法が考案され、塩酸ミノサイクリンとエタノールが多く使われている。塩酸ミノサイクリンの作用機序は、その強い酸性度および細胞毒性で嚢胞上皮細胞の障害を引き起こすことによるもので治療効果が高く、エタノールと比較して簡便かつ副作用が少ないと言われている。今回、出血をきたした巨大肝嚢胞に対して塩酸ミノサイクリン注入療法を施行し、良好な経過が得られたため、報告する。

肝嚢胞内出血、塩酸ミノサイクリン

帝京大学 医学部 内科学講座

間邊大輔, 三浦 亮, 磯野朱里, 八木みなみ, 三木淳史, 青柳 仁, 阿部浩一郎, 有住俊彦, 小田島慎也, 相磯光彦, 浅岡良成, 山本貴嗣, 田中 篤

症例は高血圧で通院中の72歳女性。円形脱毛症治療目的で他院受診時に施行した血液検査で胆道系酵素優位の肝障害(ALT 808 U/L, γ -GTP 146 U/L)を認め、精査目的で当科外来に紹介受診。腹部超音波検査で慢性肝障害性変化を認め、原発性胆汁性胆管炎を疑い経皮的肝生検施行目的で入院となった。入院後、経皮的肝生検を施行した。フォローアップの腹部超音波検査では出血を疑う所見は認めず、生検翌日に施行した血液検査でもHb低下、胆道系酵素の増悪なく全身状態も落ち着いていたため同日に退院となった。退院3日後より心窩部不快感と嘔吐が出現。コーヒー残渣様吐物とともに黒色便も出現したが自宅で見守り観察していた。その後も症状持続したため退院5日後に近医受診し同日当院紹介受診となった。受診時の血液検査ではHb14.2g/dlと低下はなかったが、肝臓系酵素の増悪(T-Bil 6.88 mg/dl, AST 334 U/L, ALT 450 U/L, ALP 1478 U/L, γ -GTP 274 U/L)を認めていた。同日に施行した造影CTでは肝内胆管・総胆管拡張と共に胆嚢内・胆管内に低吸収域を認めており胆道出血による閉塞性黄疸の診断となった。全身状態安定しており活動性出血無く感染を疑う所見も認めなかったため待機的に必要性を検討したうえでERCでのドレナージを行う予定とした。しかし、第3病日に再度下血を認めHb低下とともに造影CTでA6仮性動脈瘤を確認したため同日緊急TAEを行い、仮性動脈瘤をコイルで塞栓した。TAE以降は再出血なく、胆道系酵素も自然経過で改善傾向を認めた。全身状態も落ち着いており第16病日に退院となった。肝生検後の合併症としては気胸や腹腔内出血などがあるが、胆道出血は発生頻度が0.08%程度の比較稀な合併症である。動脈損傷により生じた仮性動脈瘤の胆管への破綻により生じるため、生検直後のみではなく数日の経過を経て発症することもある。肝障害の原因検索のために経皮的肝生検は重要な検査であるが、施行医は胆道出血などの稀な合併症に対しても対処法を習熟しておく必要があると考える。貴重な症例を経験したので、文献的考察も加えて報告する。

肝生検, 胆道出血

東京慈恵会医科大学附属病院 消化器内科

森泉恵理, 宮崎亮佑, 嶋田真梨子, 木下勇次, 宮下春菜, 上田 薫, 澤田亮一, 高倉一樹, 中野真範, 猿田雅之

70歳台女性。肝胆道系酵素上昇の精査のため施行したCTで胆嚢石灰化と肝内胆管拡張を認めた。第7病日にERCP施行し上部胆管から右肝管にかけて狭窄像を認めたため胆管ステントを留置した。狭窄部の擦過細胞診では悪性所見認めなかった。第11病日に腫大・石灰化した肝門部リンパ節の組織学的診断目的にEUS-FNAを施行した。病理にてsignet ring cellを認め、低分化腺癌の所見であった。第35病日TS-1開始したが副作用のため中止しBSCの方針となり、癌性腹膜炎のため第160病日に死亡した。

石灰化を伴う胆嚢癌には、陶器様胆嚢に胆嚢癌が合併するものと、石灰化胆嚢癌の2種類があり、前者は、石灰化は広範に変性した胆嚢壁に認められ、石灰化とは異なる部位に癌組織が認められるもの、後者は、土台の胆嚢粘膜は温存されており、石灰化は癌病巣内のみに存在するものである。今回の症例は石灰化リンパ節転移があることと剖検の結果から石灰化胆嚢癌と考えられ、頻度としては稀なものであった。本症例報告では石灰化を伴う胆嚢癌について文献的考察を含めて報告する。

胆嚢癌, 石灰化

杏林大学 医学部 消化器内科学¹⁾, 同 放射線科²⁾川本 翔¹⁾, 野坂岳志¹⁾, 神林孔明¹⁾, 北田修一¹⁾, 八谷隆仁¹⁾, 後藤知也¹⁾, 吉田 翼¹⁾, 太田博崇¹⁾, 権藤興一¹⁾, 落合一成¹⁾, 渡邊俊介¹⁾, 立石秀勝²⁾, 土岐真朗²⁾, 森 秀明¹⁾, 久松理一¹⁾

症例は、既往歴に心筋梗塞(CABG後)、大動脈弁狭窄症(生体弁置換後)、慢性腎不全(血液透析導入後)がある78歳男性。吐血にて、当院救急外来に搬送された。搬送後も下血は持続し認められ、ショック状態であった。血液検査ではHb6.4g/dlと貧血の進行および肝臓系酵素の上昇、腹部造影CT検査では、胆嚢内と総胆管内に造影剤の貯留を認めた。吐血の原因精査目的に緊急上部消化管内視鏡検査を施行したところ、胃および十二指腸球部には新鮮血を認めたが、明らかな出血源となるような病変は認めなかった。しかし、Vater乳頭開口部から持続的な出血を認め、CT所見と合わせて胆嚢内出血と診断した。内視鏡による止血は困難と判断し血管造影検査を施行した。胆嚢動脈からの選択造影では、仮性動脈瘤と造影剤の胆嚢内への漏出および総胆管への造影剤排泄を認め胆嚢動脈瘤の胆嚢内穿破と診断した。胆嚢動脈に対してn-ブチル-2-シアノアクリレート(NBCA)による緊急動脈塞栓術(TAE)を行い止血し得た。術後血便は消失し、全身状態は安定した。胆嚢動脈瘤の原因として慢性腎不全を背景とした動脈硬化に加え、胆嚢結石による持続的な炎症が原因と考えられた。胆道出血の原因として外傷や医原性の頻度が高く、胆嚢出血は上部消化管出血のうち1%弱とされるが、胆嚢動脈瘤の出血の報告はさらに少ない。医学中央雑誌でキーワードを「胆嚢動脈瘤」「消化管出血」で検索すると過去30年で4例の報告のみであった。2例は手術、1例は死亡であり、TAEにより止血し得た報告は1例のみであった。今回、胆嚢動脈瘤の胆嚢内穿破に対し緊急動脈塞栓術(TAE)で止血し救命し得た1例を経験したので文献的考察を踏まえて報告する。

消化管出血, 緊急動脈塞栓術

ひたち医療センター 消化器センター

野田 淳, 石原 明, 藤吉祐輔, 長石将大, 望月清孝, 柴田悠樹, 加藤 礼, 吉澤宗大

【症例】82歳、男性 【既往歴】胆石症、高血圧、腎結石、大腸ポリープ 【現病歴】47歳、他院で胆嚢摘出術と乳頭形成術を施行された。2007年頃より発作的に心窩部痛があり、その際に濃縮尿を毎回認めていた。2013年11月、心窩部痛で近医を受診し肝胆道系酵素の上昇があり、急性胆管炎疑いにて当院へ紹介。CT検査にて胆管気腫を認め、原因検索のため入院後にERCPを施行。乳頭からのAir排出と造影にて総胆管の拡張があり、逆行性感染と胆管気腫により胆管炎をきたしているものと診断。胆管ステントを留置したところ、毎年の腹痛症状が劇的に改善した。以降1年ごとにステント交換を実施している。【考察】乳頭形成術は1980年代に広く行われた術式であり、主に胆石症に対する付加手術として乳頭括約筋を一部切除するとともに胆道末端部を広く開放することにより良好な胆道ドレナージを得るものであった。しかし、この良好なドレナージは消化管内容物の胆道内逆流を惹起し、胆管炎、肝膿瘍や胆道癌の原因となる可能性が示唆されたため、現在行われることはほとんどない。本症例は乳頭機能の廃絶により胆管気腫と逆行性胆管炎を繰り返し、腹痛の原因となっていた可能性が高く、胆管ステント留置が逆行性胆管炎の発症予防に寄与したものと考え報告する。

乳頭形成術, 逆行性胆管炎

川崎協同病院

飯高正典, 野本朋宏, 藤原敬久

75歳の男性。【現病歴】直腸癌 StageIIbに対して前方切除術を施行し、外来で経過観察していた。術後4年目に施行した単純CTにて、多発肺腫瘍を認めた。直腸癌術後肺転移再発を疑い、外来で精査していたところ、腹痛が持続するため外来を受診し、血液検査で血清アミラーゼ高値・炎症反応亢進を認め、腹部CTで脾腫大および脾頭部に腫瘍形成を認めたことから、急性肺炎の診断で入院した。【既往歴】ヨードアレルギー、C型肝炎DAA治療後、前立腺肥大症、胃潰瘍。【経過】入院後は、絶食・補液のみで症状、血液検査結果ともに改善した。腹部MRIでは、脾腫大・脾頭部の腫瘍形成・脾頭部脾管の狭小化・下部胆管の狭窄を認め、血液検査では、血清IgG4 1440 mg/dlと高値を認めた。自己免疫性肺炎を疑い、超音波内視鏡下穿刺吸引法(EUS-FNA)を施行したところ、病理組織診では、脾実質には線維化が目立ち、リンパ球や形質細胞を混合した軽度な炎症細胞浸潤を伴っており、悪性像は認めなかった。また、免疫染色ではIgG4陽性形質細胞を比較的多数認めていた。CTおよびMRI、病理所見から自己免疫性肺炎およびIgG4関連疾患に伴う炎症性肺腫瘍と診断した。肝胆道系酵素の上昇も認めていたことから、プレドニゾン40mg/日内服で治療開始したが、内服開始後12日目に施行したCTでは明らかに改善を認めず、プレドニゾン60mg/日に増量し継続したところ、脾腫大および下部胆管狭窄の改善を認め、肝胆道系酵素の上昇も改善した。プレドニゾン内服開始から3か月後に施行したCTでは多発肺腫瘍も著明に縮小しており、現在外来にてプレドニゾンを漸減している。【結語】直腸癌術後の経過観察中に認めたIgG4関連疾患に伴う炎症性肺腫瘍と自己免疫性肺炎の1例を経験したので若干の文献的考察を加え報告する。

自己免疫性肺炎, 炎症性肺腫瘍

埼玉医科大学 消化器内科・肝臓内科¹⁾, 埼玉医科大学国際医療センター 消化器内科²⁾, 同 消化器外科³⁾, 同 画像診断科⁴⁾, 同 病理診断科⁵⁾, 辻 翔平¹⁾, 中山伸朗¹⁾, 洲上 彰¹⁾, 藤井庸平¹⁾, 打矢 紘¹⁾, 中澤 学¹⁾, 安藤さつき¹⁾, 菅原通子¹⁾, 中尾将光¹⁾, 本谷大介¹⁾, 今井幸紀¹⁾, 富谷智明¹⁾, 持田 智¹⁾, 水出雅文²⁾, 良沢昭銘²⁾, 渡邊幸博³⁾, 岡田克也³⁾, 岡本光順³⁾, 佐野勝廣⁴⁾, 川崎朋範⁵⁾

46歳の男性。生来健康で、飲酒量は、ビール350 ml~750 ml/日。夕食後、ビール350 mlを飲み、22時頃から持続的な上腹部痛と嘔気が出現した。症状が改善しないため翌日の3時に救急外来を受診した。腹部診察で圧痛を認め、造影CTでは脾周囲の液貯留や脂肪組織濃度上昇の所見はなかったが、血中アミラーゼ1060 U/L、肝アミラーゼ1008 U/L、CA 19-9 122.4 U/mLと上昇していた。急性肺炎と診断し、入院とした。入院7日後のMRCPでは、脾管および総胆管に異常はなかったが、翌日の造影CTで脾頭部から十二指腸下降脚間のgroove領域に、動脈相および門脈相では造影効果なく、遅延相で遷延性に濃染する境界不明瞭な径20 mmの低吸収域が出現していた。Groove肺炎または脾頭部癌が疑われた。軽症肺炎の治療法に準拠して、ガベキサートメシル酸塩600 mg/日の点滴静注を実施したところ、CT画像所見に増悪を認めず、脾酵素が下降し、30日間の在院日数で退院とした。しかし、退院7日後に黄疸を認め、造影CTでは、脾頭部の低吸収域に増大はなかったが、総胆管と肝門葉の肝内胆管に拡張を認めた。超音波内視鏡では、groove領域に径25 mmの境界不明瞭な低吸収域を認め、EUS-FNAを実施した。病理細胞診断はClass V, adenocarcinomaであった。翌月に重全胃温存脾頭十二指腸切除術を施行した。術中に上腸間膜静脈の浸潤を認めた。腫瘍径36x31x30 mmで、病理診断は、胆管と十二指腸に浸潤あり、静脈浸潤は中程度、切除断端は陰性、脾周囲リンパ節に転移所見認め、pStage IIB, pR1であった。術後にテガフル・ギメラシル・オテラシルカリウム (S-1) 療法を開始した。Groove肺炎と脾頭部癌の鑑別に苦慮し、EUS-FNAが有用であった示唆に富む症例と考え、報告する。

脾頭部癌, groove肺炎

八王子消化器病院¹⁾, 東京女子医科大学²⁾

田中マリ子¹⁾, 森下慶一¹⁾, 小川杏平¹⁾, 柏木宏幸¹⁾, 伴野繁雄¹⁾, 糸尾潤一^{1,2)}, 齋藤元伸¹⁾, 尾崎雄飛¹⁾, 高山敏子²⁾, 今泉俊秀¹⁾, 林 恒男¹⁾, 原田信比古¹⁾, 小池伸定¹⁾

脾Schwannomaは脾嚢胞性疾患に分類されるが、腹腔内臓器からの発生は稀とされる。術前診断には生検が必要となるが、壊死、出血、変性などの要因で診断ができない場合が多い。また、組織学的にはほとんどが良性とされるが、悪性化の報告もあり治療としては脾切除術が選択されることが多く侵襲が大きい。今回我々は術前の超音波内視鏡下穿刺吸引法 (EUS-FNA) で、良性Schwannomaと診断し、腫瘍核出術による切除が可能であった一例を経験した。症例は60歳男性、人間ドックのアミノインデックスでランクBで脾疾患が疑われ、当院初診となった。腹部エコー検査で脾頭部と胃に挟まれた20mm大の充実性腫瘍を認め、EUSでは円形の被膜をもつ表面平滑、内部不均一な低エコー腫瘍を認めた。脾頭部から脾外に突出するが、胃壁との連続性はなく、脾実質由来のSchwannomaと考えられた。腹部CT検査、MRI検査にても同様の腫瘍を認めたが、造影効果は乏しく、MRIではT2強調画像で高信号、脾管像には異常は認めなかった。各種検査から脾Schwannomaの診断に矛盾しない所見であったが、画像診断のみでは、良悪性診断が困難であり、EUS-FNAを施行した。免疫組織学的染色ではS-100蛋白陽性であり、脾Schwannomaと診断、悪性所見は認めなかった。良性であり経過観察も検討したが、悪性化症例では化学療法がほとんど無効であることもあり、本人希望のうえ手術の方針となった。術前に良性腫瘍と診断し得たため、腫瘍核出術を予定、術中、正常脾組織との剥離も容易であり予定通り手術を施行した。合併症なく術後13日で退院となった。病理組織検査も良性のSchwannomaの診断であった。脾Schwannomaは術後悪性化、転移の報告もあり、十分な経過観察が必要であるが、現時点では再発なく経過している。

脾神経鞘腫, EUS-FNA

自治医科大学 附属病院 消化器内科

小野友輔, 川崎佑輝, 池田恵理子, 三輪田哲郎, 多田大和, 横山健介, 牛尾 純, 玉田喜一, 山本博徳

胃癌切除 (幽門側胃切除術, B-1再建後) の既往と、多飲酒歴 (ビール1L/日) がある81歳、男性。7年前に健診で脾尾部に嚢胞性病変を指摘され、近医で経過観察されていた。3年前より増大傾向のため当院紹介となった。脾尾部の1cm大の巨大な単房性嚢胞であり、腫瘍性の変化を認めず、無症状のため経過観察としていたが、増大に伴い圧迫症状がみられてきたため、ドレナージ目的で入院となった。入院1週間前、孫と遊んでいる際に腹部を強打していた。造影CTで脾尾部の嚢胞の大きさには著変はなかったが、嚢胞周囲の脂肪組織濃度上昇と腹水を認め、内容液が漏出していると考えられた。また、外来経過観察中の血清CA19-9は正常値であったが、入院後に採取した血清CA19-9は22002U/mlと異常高値であった。ERPで嚢胞と脾管の交通はなく、脾液細胞診でも悪性所見は認めなかったため、Hot AXIOSシステム (Boston Scientific社) を用いてEUS-CDを施行した。嚢胞内液のCA19-9は716820U/mlで、細胞診でも異型細胞は認めなかった。ドレナージ翌日の血清CA19-9は2261U/mlと低下していた。3週間後の血液検査で、CA19-9は2U/mlと正常値となっていた。嚢胞の消失を確認し、2ヶ月後に補綴剤を抜去しており、現在まで再燃はみられていない。腫瘍性嚢胞だけでなく、脾リンパ上皮嚢胞や仮性嚢胞でも、嚢胞内液中のCA19-9は上昇することがある。しかし、嚢胞内容液中のCA19-9値と血清CA19-9値の相関については明らかでなく、本症例のように脾嚢胞の破裂により血清CA19-9が上昇し、ドレナージにより低下した報告はなく、興味深い症例のため報告する。

巨大脾嚢胞, 腫瘍マーカー上昇

東邦大学医療センター大橋病院 消化器内科¹⁾、同 外科²⁾、同 病院病理部³⁾
 里井 新¹⁾、権 勉成¹⁾、村上貴寛¹⁾、田中貴志¹⁾、徳久順也¹⁾、
 新後閑弘章¹⁾、前谷 容¹⁾、鯨岡 学²⁾、森山穂高²⁾、浅井浩司²⁾、
 渡邊 学²⁾、高橋 啓³⁾

【症例】40歳代、女性 【既往歴】てんかん、2型糖尿病、虫垂炎【家族歴】特記すべきことなし【現病歴】急性肺炎で入院加療した前医CTにて膵尾部嚢胞を指摘され、肺炎沈静後に精査目的で当院へ紹介された。腹部造影CT：膵尾部に42mm大の隔壁様構造を伴う多房性嚢胞を認め、尾側膵実質は著明に萎縮していた。また嚢胞及び隔壁様構造の造影効果は弱かった。MRCP：嚢胞内腔は均一な高信号を呈していた。EUS：比較的大きな嚢胞が隔壁様構造により集簇し、小石灰化を伴い中心瘢痕を有する嚢胞として描出された。主膵管との明らかな交通はなく、嚢胞の圧排により尾側主膵管は拡張し膵実質は萎縮していた。以上よりmacro-cystic type SCNの診断で経過観察としたが6ヶ月後に肺炎を再発した。再発時の腹部CT：嚢胞径は30mmと縮小傾向にあり、嚢胞内出血を伴っていた。初発肺炎後に短期間に肺炎を再発した理由より外科的切除の適応と判断し、2ヶ月後に腹腔鏡下脾温存膵体尾部切除術を施行した。病理組織検査：嚢胞壁には新旧の出血と泡沫化した組織球、リンパ球、形質細胞浸潤を認めた。また被覆上皮は認めず仮性嚢胞の最終診断に至った。非典型的な経過を追った膵仮性嚢胞の1例を経験したので報告する。

膵嚢胞，診断

東京医科大学 消化器内科学分野¹⁾、
 同 臨床医学系 人体病理学分野²⁾、
 同 基礎社会医学系 消化器外科・小児外科³⁾
 井田知宏¹⁾、殿塚亮祐¹⁾、祖父仁淳¹⁾、土屋貴愛¹⁾、石井健太郎¹⁾、
 田中麗奈¹⁾、本定三季¹⁾、向井俊太郎¹⁾、永井一正¹⁾、山本健治郎¹⁾、
 黒澤貴志¹⁾、小嶋啓之¹⁾、山口 浩²⁾、永川裕一³⁾、糸井隆夫³⁾

症例は20歳代女性。軽度の下腹部痛を主訴に近医を受診した。精査のために施行した腹部単純CT検査では、下腹部痛の原因となるような異常はなかったが、膵頭部に30mm大の境界明瞭な単房性嚢胞性病変を認めたため、精査加療目的に当院を紹介され受診した。超音波内視鏡検査では、膵頭部の嚢胞性病変の内部にcyst in cyst様の隔壁構造が認められ、粘液性嚢胞腫瘍が疑われたため、膵頭十二指腸切除術が施行された。切除標本は、肉眼的に総胆管前面に接するような嚢胞性病変（3.0×3.0×1.7cm）であり、その嚢胞壁は薄く、内容物は漿液性であった。組織学的所見では、嚢胞内腔は立方状あるいは扁平状の小型上皮細胞で被覆されており、一部で淡明な胞体を有していた。その胞体内には、PAS染色陽性、Diastase-PAS染色陰性のグリコゲン顆粒が確認され、Macro cystic type serous cyst adenomaと診断した。術前の画像検査で診断に苦慮した、漿液性嚢胞腫瘍の一例を経験したので報告する。

漿液性嚢胞腫瘍，粘液性嚢胞腫瘍

上尾中央総合病院 消化器内科
 中川慧人、三科雅子、大和 洗、柴田昌幸、大江啓史、中村めぐみ、
 成田 圭、田中由理子、小林倫子、明石雅博、三科友二、笹本貴広、
 高森頼雪、土屋昭彦、西川 稿、滝川 一、山中正己

【症例】39歳男性。【既往歴】アルコール性急性肺炎で複数回入院歴あり【現病歴】2018年7月背部痛を主訴に受診。急性肺炎再燃を認め保存的治療で改善した。腹部膨満感認め同年9月受診、CTを施行し腹水大量貯留を認めた。また血液検査上、貧血(Hb 6.4 g/dl)、炎症反応高値(WBC 5700/μl, CRP 16.18 mg/dl)も認め同年10月精査加療目的に入院となった。利尿薬効果乏しく腹水試験穿刺すると腹水性状は血性、また腹水アミラーゼ10408 U/lと高値であり膵仮性嚢胞内出血・破裂による膵液漏考えCT再施行。膵体尾部の仮性嚢胞破裂が疑われERP施行。膵管造影で体尾部より膵管途絶し、同部から造影剤漏出認めた。膵管破綻部をまたぐように膵管ステントを留置した。その後腹水著明に改善し腹水アミラーゼも低下。評価目的に2019年3月ERP施行。膵管造影で膵外漏出なく膵管ステントを抜去した。2019年6月現在腹水悪化なく経過している。【考察】膵仮性嚢胞による感染、出血、穿破、消化管や胆道閉鎖症候などをきたした場合には、ドレナージの適応となり、特に仮性膵嚢胞が主膵管と交通を認めている症例においては、内視鏡的経乳頭の膵嚢胞ドレナージのよい適応である。膵仮性嚢胞内出血、破裂により貧血、大量血性腹水を認め膵管ステント留置により改善を認めた症例を経験したため文献学的考察を含め報告する。

膵仮性嚢胞，内視鏡的経乳頭の膵管ドレナージ

筑波大学附属病院 消化器内科
 伊藤嘉美、長谷川直之、小野田翼、永瀧美帆、杉山雄太郎、
 鈴木宏清、廣瀬 優、新里悠輔、池田貴文、石毛和紀、福田邦明、
 兵頭一之介、溝上裕士

【緒言】慢性肺炎、急性肺炎に脾破裂を合併することはまれであるが、重篤な合併症であり、手術を要した報告が多い。我々は慢性肺炎、膵仮性嚢胞で経過観察中に脾破裂、嚢胞内出血を発症したものの、内視鏡的経胃ドレナージが奏効し、手術を回避し得た1例を経験した。【症例】43歳の男性。5年前にアルコール性慢性肺炎と膵尾部に10cmの仮性嚢胞を指摘されていた。禁酒を指示されていたが、守れていなかった。突然の左側腹部痛を主訴に前医を受診した。血液検査で貧血の進行、CTで膵嚢胞内への造影剤漏出および脾臓の断裂が認められた。脾破裂および膵嚢胞内出血と診断され、本院に転院し、血管造影検査を施行したが、明らかな出血部位は同定困難だった。輸血により貧血は改善し、血圧も安定したことから、自然止血したと考え、保存的に経過観察の方針とした。しかし、その後38度台の発熱が持続し、炎症反応上昇が認められたことから、出血した嚢胞内に感染を併発したと判断し、第3病日に超音波内視鏡下経胃ドレナージを施行した。内瘻チューブおよび経鼻外瘻チューブを留置した。ドレナージ後、解熱し、炎症反応は低下した。ドレナージ後のCTでは嚢胞および脾臓周囲の血腫は縮小傾向となった。ドレナージチューブを内瘻チューブのみに変更し、第18病日に退院した。半年後のCTでは嚢胞は消失し、脾周囲の血腫はさらに縮小した。【考察】全身状態が安定している症例については、内視鏡的経胃ドレナージにより手術を回避できる可能性が示唆された。

脾破裂，内視鏡的経胃ドレナージ

東海大学医学部付属東京病院¹⁾、東海大学附属大学病院²⁾
伊藤彩乃¹⁾、白石光一¹⁾、五十嵐宗喜¹⁾、仁品玲子¹⁾、中村 淳¹⁾、
青木 純¹⁾、川西 彩²⁾、川島洋平²⁾

【症例】63歳男性【主訴】腹痛【既往歴】関節リウマチ。PSL5mg、MTX、タクロリムス内服【現病歴】アルコール性慢性肺炎で当院外来通院中。201×年3月腹痛あり造影CTにて肝左葉S3に3-4cm大の低吸収域、肝膿瘍の診断として抗生剤治療。退院2ヵ月後にCT再度施行し腹水貯留、膵管拡張あり、仮性のう胞と肝内LDAの連続。MRCPで同様の変化を認め仮性膵嚢胞肝内穿破と診断し入院、自然軽快。退院4ヵ月後に再度右下腹部痛あり他院CTで右腎周囲に広範なFluid貯留あり、仮性のう胞の感染と診断され当院へ転院。【L/D】WBC:4830/μl RBC:350/μl PLT37.9万/μl AST:23IU/L ALT:10IU/L ALP:244IU/L γ-GTP:13IU/L Amy:939IU/L エラスターゼ:497ng/dl Cre:0.74mg/dl CA19-9:12.7U/ml【経過】禁食、補液、抗生剤加療を開始。その後も38℃台の発熱が遷延し、CT/エコーガイド下にて経皮経肝仮性のう胞穿刺、ドレナージ試行。CT上嚢胞は縮小傾向にあり、採血上炎症反応改善。ERCPでステント留置したが狭窄を越えられず、膵管狭窄による通過障害を認め、再度膵管ステント5Fr留置、その後7Frで拡張後、狭窄、リーク部が拡張でき経皮ドレーンチューブ抜去した。再度ERCP行い膵管ステント抜去したが、その後も症状なく経過している。【考察】慢性肺炎による仮性のう胞の肝内穿破、腹腔内穿破に対して経皮経肝仮性のう胞穿刺、ドレナージ術、膵管ステントは有用であると考えられた。【結語】慢性肺炎に伴う仮性のう胞と肝内穿破を繰り返し、腹腔内穿破をきたした一例を経験した。

慢性肺炎, 仮性のう胞

北里大学医学部 消化器内科学

原 勇輔、渡邊見識、堅田親利、久保田陽、和田拓也、石戸謙次、
東 瑞智、田邊 聡

【症例】61歳女性【主訴】なし【病歴】2018年4月、検診の上部消化管内視鏡検査（GF）で胸部下部食道に隆起性病変を指摘され、同年5月に当科へ紹介された。当院のGFでは切端35cm 4時方向に、1cm大の0-I病変を認めた。生検病理では神経内分泌がん（NEC）であった。造影CTやFDG-PETでは明らかな壁外浸潤や遠隔転移を認めなかった。食道NEC、cT1bN0M0、cStageI（UICC8th）と診断した。食道がんの標準的な治療は確立されておらず、食道扁平上皮癌に準じて治療を行う施設や小細胞肺癌に準じて治療を行う施設が存在する。当院では食道NECに対して一貫して小細胞肺癌に準じた化学放射線療法を行ってきた。本症例を含め、当院での治療成績と文献の考察を加え報告する。

食道NEC, 化学放射線療法

獨協医科大学埼玉医療センター 消化器内科¹⁾、

同 病理診断科²⁾

嶋田智樹¹⁾、片山裕視¹⁾、松本純一¹⁾、藤本 洋¹⁾、玉野正也¹⁾、
伴 慎一²⁾

【症例】74歳男性【主訴】心窩部痛【現病歴】X年X月X日に心窩部痛を主訴に前医を受診し、2週間後に上部内視鏡検査を施行したところ食道腫瘍、胃潰瘍を認めた。胃潰瘍に対し内服加療を行い、腹部症状は改善された。食道腫瘍は生検にてGroup4が検出され精査加療目的に当科を紹介受診された。食道腫瘍に対し内視鏡的粘膜下層剥離術（ESD）可否判断目的に上部内視鏡検査を施行した。門歯から20cmの食道上部に大きさ15mm大の白色調隆起性病変を認めた。白苔付着により粘膜全体の観察が困難であったが、観察範囲内ではB1血管を認めていた。超音波内視鏡検査（EUS）で第2層に低エコー領域の腫瘍を認め、病変は粘膜内に限局していた。以上から粘膜下腫瘍上に併発した早期食道癌と判断し、ESD目的に入院となった。【臨床経過】X月X日にESDにて一括切除した。ESD後に咽頭痛は認めたもののその他有害事象は認めず、第4病日に食事を再開した。食事再開後も状態は著変なく経過したため第6病日に退院となった。切除標本から食道平滑筋腫上に早期食道癌を認めた。平滑筋腫は粘膜筋板から発生しており、食道癌は水平、垂直断端陰性、脈管浸潤なく治癒切除であった。【考察】本症例のような平滑筋腫上に食道癌が併発する症例は今までにも報告されているが非常に稀である。平滑筋腫上に食道癌が発生する理由としては平滑筋腫により突出した粘膜への機械的刺激が発癌に影響しているとも可能性も示唆されている。報告症例の多くは早期癌であり、平滑筋腫の存在が癌の固有筋層への浸潤を妨げている可能性が指摘されている。食道癌において隆起した病変は深層にまで進展していることが予想されるが、本症例のように平滑筋腫が併発した病変もあるため注意が必要である。

食道扁平上皮癌, 平滑筋腫

東京慈恵会医科大学¹⁾、松村病院 外科²⁾

中村優主¹⁾、渡部篤史¹⁾、北澤征三¹⁾、増田隆洋¹⁾、秋元俊亮¹⁾、
藤崎宗春¹⁾、湯田匡美¹⁾、谷島雄一郎¹⁾、矢野文章¹⁾、西川勝則¹⁾、
三森教雄¹⁾、二村浩史²⁾、矢永勝彦¹⁾

症例は70歳代男性。2002年2月に当院で早期胃癌（sStage1A）に対して開腹下噴門側胃切除+空腸バウチ間置術を施行後無再発で5年経過後、年1回の上部消化管内視鏡検査とCT検査でフォローしていたが、残胃内残渣のため観察が不十分なこともあった。2019年4月の上部消化管内視鏡検査で残胃に多発する0-2a型の早期胃癌を認めた。内視鏡下粘膜下層剥離術での治療を検討したが、病変の範囲が不明瞭であり、空腸バウチの進展により内視鏡操作が困難であったため、開腹残胃全摘術を選択した。手術所見では癒着は中等度、腫瘍の漿膜浸潤なし、播種やリンパ節転移を疑う所見は認めなかった。食道一空腸バウチ吻合部は縦隔内に滑脱し、目視できなかった。したがって右胃動脈、右胃大網動脈周囲リンパ節郭清を施行しつつ十二指腸の断断を先行させ、残胃一空腸バウチ吻合部を同定後、バウチ側にマージンを約2cm取り、空腸バウチを温存して残胃を摘出した。再建は温存した空腸バウチと挙上空腸の後壁で側々吻合を行いRoux-en-Y再建を行なった。術後は十二指腸断端の縫合不全が原因と思われる腹腔内膿瘍を認めたが、穿刺ドレナージで軽快し、術後25日で軽快退院となった。病理組織検査では3病変を認め、いずれも高分化管状腺癌及び乳頭腺癌の混在した粘膜内癌で病期はT1a N0 M0 H0 P0 CYX pStage1Aであった。以上、我々は今回開腹下噴門側胃切除+空腸バウチ間置術後の残胃癌に対して開腹下残胃全摘術施行した1例を経験したので若干の考察を含めて報告する。

胃癌, 手術

総合病院厚生中央病院 消化器病センター 消化器内科¹⁾、
同 消化器外科²⁾、東京医科大学病院 病理診断科³⁾
岸 洋佑¹⁾、中村文彦¹⁾、島田長怜¹⁾、齋藤倫寛¹⁾、木村 晴¹⁾、
松浦良徳¹⁾、剛崎寛徳¹⁾、河北英明²⁾、倉田 厚³⁾、黒田雅彦³⁾、
根本夕夏子¹⁾

【症例】60歳代、男性。

【主訴】下腹部痛。

【現病歴】起床時からの増強する下腹部痛を主訴に当科外来を受診した。血液検査ではWBC9490/ μ l、CRP0.1mg/dlと炎症反応は軽度であったものの、腹部所見にて下腹部に著明な圧痛、反跳痛および筋性防御を認めたため、原因検索目的に腹部造影CTを施行した。骨盤内小腸において腸間膜脂肪濃度の上昇を伴う壁肥厚所見と近傍に30mm程度の膿瘍を疑う所見を認め、骨盤内にも中等量の腹水を伴っていた。御本人の都合により入院は翌日となったが、その際の血液検査でWBC11800/ μ l、CRP35.2mg/dlと炎症反応の著明な上昇を認めた。入院後も炎症反応および腹部症状の改善を認めず、入院2日目に緊急手術を施行した。回腸末端より40cmの位置に、著明に腫大した憩室を認め、一部で微小穿孔を伴っていたため、回腸部分切除術を行った。術後経過は良好で入院11日目に退院となった。切除標本の病理学的な検索では、憩室は腸間膜付着側に認められ、一部で大腸粘膜が混在した仮性憩室であった。

【考察】回腸仮性憩室の穿孔に起因した急性腹症の緊急手術症例は少なく、文献的考察も踏まえて報告する。

急性腹症、小腸憩室

三井記念病院 消化器内科

今井 誠、戸田信夫、村上恵太、谷口勝城、福村幸代、近藤真由子、
高木 馨、小島健太郎、大木隆正、関 道治、加藤 順、
田川一海

【主訴】黒色便【病歴】症例は73歳男性。アテローム血栓性脳梗塞加療後でリハビリテーション病院入院中。同院で黒色便と貧血を認め、2019年3月に当院転院。上部消化管内視鏡検査を施行したが、特に出血源となりうる病変を認めず。下部消化管内視鏡検査を予定していたが、ご家族の拒否もありそれ以上の精査は行わず、鉄剤の内服を開始しリハビリテーション病院へ再度転院。しかし、転院後も貧血の進行を認めたため、精査加療目的に再度当院転院となった。【経過】転院時Hb 7.9g/dLと貧血を認め下部消化管内視鏡検査を施行、ポリープ及び左半結腸に憩室が散在していたが、臨床経過から貧血の原因と考え難く、小腸精査のためカプセル内視鏡検査を施行した。同検査にて空腸にびらんを認め、同部が出血源と判断、経口的小腸ダブルバルーン内視鏡検査の方針とした。近位空腸に15mm大の発赤びらんを伴う重有茎性ポリープを認めEMRを施行した。病理結果より毛細血管腫であることが明らかになった。【結語】小腸血管腫は小腸良性腫瘍の約10%とされており、小腸内視鏡登場後複数の報告がなされている。今回経口的小腸ダブルバルーン内視鏡で小腸血管腫の切除に至った一例を経験したので報告する。

空腸血管腫、小腸ダブルバルーン内視鏡

メトトレキサート (MTX) 中止後に消化管穿孔を来したMTX関連リンパ増殖性疾患 (MTX-LPD) の一例

独立行政法人国立病院機構 横浜医療センター 消化器内科
新井里子、内山 崇、川島捺未、乾 麻美、中島聡美、田邊浩紹、
山田英司、野中 敬、宮澤志朗、松島昭三、小松達司

【症例】74歳男性。関節リウマチに対してMTX投与開始後4年目に慢性的な腹痛の訴えがあり、精査加療目的に当科を紹介された。造影CTで回腸の一部に壁肥厚を認め、同部位より口側に少量の液体貯留とniveau形成、不均一に造影される脾腫瘍を認めた。小腸内視鏡での観察を試みたが、腸管の変形が強く、scope通過は不能であった。造影では、CTで指摘された部位に一致して内腔の狭窄、造影剤の停滞を認めた。回腸壁肥厚、脾腫瘍、血液検査でsIL-2R上昇を認め、MTX内服中であることから、MTX-LPDの可能性を疑い、MTXを中止した。中止後腹部症状は改善していたが、MTX最終内服から16日後に腹痛が出現した。CTで骨盤内膿瘍、小腸穿孔を認め、緊急手術を施行した。回盲部から約20cmの回腸狭窄を指摘されていた部分に一致して、穿孔を伴う全周性の潰瘍を認めた。小腸部分切除術及び腹腔洗浄ドレナージ術を施行した。組織所見では、リンパ球・形質細胞浸潤が目立ったが、細胞異型は明瞭ではなく、非特異的な結果であった。小腸病変は術後経過良好であり、画像検査で経過フォローを行っているが、脾腫瘍は縮小し、再発なく経過している。【考察】MTX-LPDは、MTX服用中に発症するリンパ増殖性疾患であり、MTXを中止することで約半数の患者のLPDが消退することが明らかになっている。本症例は組織学的にはLPDの診断に至らなかったが、経過からはMTX-LPDに矛盾しないと考えられた。MTX-LPDでMTX休薬後に消化管穿孔を来した報告はないが、消化管悪性リンパ腫で化学療法開始後にリンパ腫の縮小により穿孔を来した報告がある。本症例は、MTX-LPDに対してMTXを休薬したことにより腫瘍が縮小し、消化管穿孔を来したことが強く疑われた。【結語】回腸、脾臓にMTX-LPDが疑われ、MTX中止後に回腸穿孔を来した症例を経験した。消化管穿孔を契機にMTX-LPDと診断された報告はあるが、本症例のようにMTX中止後に消化管穿孔を来す可能性もあることを念頭に治療に当たることが重要と考える。

メトトレキサート関連リンパ増殖性疾患、消化管穿孔

化学療法中にアメーバ性大腸炎を併発した一例

大和市立病院 消化器内科

厚坂勲生、亀田 亮、竹内加奈、浅見昌樹、柳田直毅、
山本和寿

症例は50歳男性、胃噴門部HER2陰性癌type3、T4aN2M1 stage4の診断で、20XX年12月4日よりテガフル・ギメラシル・オテラシルカリウム (S-1) + オキサリプラチン (I-OHP) 療法開始した。5コース終了後PD判定となり、20XX+1年4月6日よりイリノテカン (CPT-11) 療法を開始した。4月16日 (day11) 頃より1日2-3回の水様性下痢、嘔吐、食思不振、倦怠感を認め、食事摂取困難となり4月19日に精査加療目的に入院となった。入院時採血では炎症反応の上昇、CTで全結腸の壁肥厚と周囲脂肪濃度の上昇を認め、CPT-11による大腸粘膜障害を疑い、絶食による腸管安静とセフトリアキソンの投与を開始した。しかし症状の改善は乏しく、38度を超える発熱も見られ、4月22日より抗生剤をメロベネムに変更した。やはり改善乏しく、4月26日に精査のためCFを施行した。直腸のみの観察であったが、大小様々な多発不整形潰瘍を認め、一方で介在粘膜の発赤は軽度であった。潰瘍面には膿汁様の付着物を認めた。内視鏡所見からはアメーバ性大腸炎が疑われ、メトロニダゾールの投与を開始した。抗菌薬変更後、速やかに病状の改善がみられた。採血検査で赤痢アメーバ抗体価800倍と高値、生検結果からアメーバ虫体を認め、アメーバ性腸炎の診断に至った。また血液培養や便培養の結果は陰性であった。その後症状の改善が得られ、5月6日に軽快退院となった。本症例は、当初CPT-11による下痢症が疑われたが、内視鏡所見からアメーバ性大腸炎の診断に至った。今回、化学療法中の下痢症であっても難治例に対してはCFも必要となりうる1例を経験したので、文献的考察を交えてここに報告する。

アメーバ性大腸炎、化学療法

東邦大学医療センター大森病院 消化器内科
岡田奈央子, 五十嵐良典, 小野真史, 木村隆輔, 山本慶郎,
新井典岳, 西川雄祐, 清水 良, 榎本有里, 中尾友美

【症例】63歳女性【主訴】血便【現病歴】来院前日に排便時に突然無痛性に肛門から鮮血の出血を認めた。来院当日の朝にも同様に排便後に凝血塊を認めた。元来便秘は認めないが、排便時に長くいきむことが多く、肛門を拭く際は念入りに拭くことが多かった。近医受診し直腸肛門診にて多量の新鮮血および凝血塊を認め、下部消化管出血を疑われ当院受診した。入院時血液検査でHb14.0と低下は認めず血圧低下や頻脈もなかったが、造影CTにて直腸から造影剤の漏出を認めた。第2病日に下部消化管内視鏡検査を施行したところ、歯状線と扁平上皮の境界粘膜に深ばれ潰瘍を認め、露出血管を認めたためクリップにて止血処置を行った。第4病日に食事再開とし、再出血なく経過し、第7病日に退院した。その後再出血なく外来にて経過中である。今回特に既往も無く便秘を伴わない中年女性に認められた直腸潰瘍からの血管性出血を認めた。原因として排便時の努責による影響と思われる粘膜裂傷からの出血を生じており稀有な内視鏡像を認めたので文献的考察を加え報告する。

直腸潰瘍, 出血

昭和大学 藤が丘病院 消化器内科
清水 寛, 河西千恵, 山脇将貴, 浅見哲史, 長田真二, 岩橋健太,
小洪尚子, 吉田詠里加, 宮尾直樹, 新谷文崇, 東畑美幸子,
鈴木怜佳, 遠藤利行, 高野祐一, 五味邦代, 黒木優一郎, 山本頼正,
井上和明, 長浜正亞

【症例】70代男性【現病歴】2019年3月2日の夕食時に義歯を誤飲したため同日夜に当院救急外来受診。CT施行したところ右側横行結腸に義歯を認めた。明らかな穿孔所見は認めなかったが、排泄までの経過観察目的で同日入院とした。第3病日まで自然排泄を期待して経過観察としていたが、X-P上義歯は入院時より移動していなかったため、第4病日に大腸内視鏡下で義歯摘出を試みた。内視鏡上でも右側横行結腸に義歯を認めたが、明らかな穿孔、穿通所見はみられなかった。スネアにて義歯を把持し、直腸まで慎重に移動させ、最後にフード内に義歯のブリッジ部を収納させたうえで肛門より摘出した。検査中およびその後も有害事象なく第5病日に退院とした。【結語】大腸内視鏡にて摘出し得た義歯誤飲の一例を経験したため文献的考察を含めて報告する。

義歯誤飲, 内視鏡的摘出

草加市立病院 消化器内科¹⁾, 同 外科²⁾,
東京医科歯科大学医学部附属病院 大腸・肛門外科³⁾,
同 消化器内科⁴⁾, 同 病理部⁵⁾
笠野由佳¹⁾, 戸田晶子¹⁾, 河上和輝¹⁾, 磯崎 岳¹⁾, 小橋健一郎¹⁾,
今城眞臣¹⁾, 鎌田和明¹⁾, 矢内常人¹⁾, 花岡まりえ²⁾, 三浦富之²⁾,
菊池章史³⁾, 松山貴俊³⁾, 伊藤洋平⁴⁾, 藤井俊光⁴⁾, 根本真理子⁵⁾

症例は38歳男性。20XX-1年3月から血便が生じていたが経過観察していた。同年11月頃より腹痛と発熱も出現し、12月に近医で下部消化管内視鏡を施行され、全大腸炎型の潰瘍性大腸炎と診断された。プレドニゾロン30mg/日およびメサラジン4000mg/日の内服で3週間程度加療したが、症状は改善せず、同月に当院紹介となり入院した。入院時の腹部X線で横行結腸径は75mmと著明に拡張し、中毒性巨大結腸症と診断し、当院外科で結腸全摘術、S状結腸粘液瘻造設術、一時的回腸単孔式人工肛門造設術を施行した。結腸切除標本の病理所見は潰瘍性大腸炎に矛盾しない結果であった。術後は回腸人工肛門からの排便量が多いうえに状態が持続し、術後11日目の造影CTで麻痺性イレウスを疑う腸管拡張、また脾上極の造影不良および脾静脈血栓を認めた。ヘパリンの持続投与、経鼻胃管挿入により経過観察したが、術後23日目より回腸人工肛門から出血が持続し、Hb 5.8 g/dlまで低下したため、ヘパリンを中止して輸血を行った。造影CTでは造影剤の血管外漏出はなかったが、人工肛門から内視鏡で観察すると、回腸に広範囲に及ぶ深掘れの潰瘍を認めた。全身状態の増悪および貧血と炎症反応の上昇もあり、術後27日目に大学病院へ転院したが、回腸人工肛門からの出血は高度に持続した。出血コントロール目的に手術を施行し、術中に小腸内視鏡で観察すると、回腸人工肛門から180cm口側まで潰瘍が続いていた。空腸人工肛門造設術を施行し潰瘍の治療を図った。その後はメサラジンやプレドニゾロンなどの治療を行うことなく、人工肛門からの出血は改善し、20XX年4月の内視鏡においても小腸潰瘍はほぼ治癒していた。同年5月に人工肛門閉鎖術を施行し、経過観察している。潰瘍性大腸炎の術後に小腸潰瘍を合併した報告は少なく、本症例は示唆に富む症例であると考えられたため、文献的考察を交えて報告する。

小腸潰瘍, 潰瘍性大腸炎

自治医科大学附属さいたま医療センター
水澤由樹, 宮倉安幸, 高橋 洵, 福田臨太郎, 前本 遼, 高山法也,
辻伸真康, 力山敏樹

症例は60歳台男性。15歳の時に外傷による脾破裂の既往あり。検診で便潜血陽性を指摘され前医で下部消化管内視鏡検査を施行した。パウヒン弁対側に40mm大の表面平坦な粘膜下腫瘍もしくは壁外病変があり、精査目的に当院に紹介された。超音波内視鏡では固有筋層由来と思われる高エコー領域を認めたが壁外病変を考慮し生検は施行しなかった。造影CTで同部位に3cm大の造影効果を伴う限局的な壁肥厚を認めた。以上から回盲部粘膜下腫瘍の診断で回盲部切除術・D2郭清を施行した。病理診断は盲腸の固有筋層内の副脾であった。術後経過良好で術後10日目に退院した。外傷性脾破裂の既往のある患者に粘膜下腫瘍形態を呈した盲腸壁内副脾の一例について若干の文献的考察を加えて報告する。

副脾, 粘膜下腫瘍

東海大学医学部付属八王子病院 消化器内科¹⁾,
同 消化器外科²⁾
上田 孝¹⁾, 津田真吾¹⁾, 新聞淑雅¹⁾, 金子元基¹⁾, 安斎和也¹⁾,
伊藤裕幸¹⁾, 永田順子¹⁾, 市川仁志¹⁾, 小嶋清一郎¹⁾, 宇田周司²⁾,
向井正哉²⁾, 渡辺勲史¹⁾

【症例】79歳女性【既往歴】乳癌, 認知症, 気管支喘息, 胆石症, 胆嚢摘出後, 【臨床経過】2018年10月左乳癌のstageIIに対して根治的切除術を施行した。2019年3月11日腹痛を主訴に, 前医を受診した。腹部超音波検査で肝S8に25mm大の腫瘍が指摘され, 肝腫瘍の精査目的に当院紹介となった。当院で腹部CT検査を施行し肝S8に肝転移が指摘された。また上行結腸に造影効果を認める全周性の壁肥厚を認め, 周囲の脂肪組織濃度も上昇していた。下部消化管内視鏡検査を施行した所, 上行結腸において著明な浮腫を伴う全周性の隆起を認め, 強い狭窄の為にスコープの通過は困難であった。同部位より生検施行も悪性所見は認めなかった。待機的に右半結腸切除を検討していたが, 6月6日に腸閉塞を発症した為に緊急腹腔鏡下手術を施行した。術中所見では腸間膜が高度に肥厚し, 硬化した腹膜播種を認めた為に右半結腸切除を断念し, 腹膜切除し空腸-横行結腸バイパス術を施行した。病理組織検査所見では, 腹膜脂肪組織内に腫瘍組織の浸潤を認めた。免疫染色を行い, EsR (99%), PgR (15%), Her-2 (2+), ki-67 (30%) で乳癌由来の組織像と診断した為に乳癌腹膜播種再発と診断された。【考察】医学中央雑誌で「乳癌」「腸閉塞」をkeywordとして検索した報告と共に乳癌, 腹膜転移, 腸管転移と腸閉塞の関係について文献的考察を加えて報告する。

乳癌腹膜播種, 腸閉塞

東京労災病院 消化器内科
副島啓太, 乾山光子, 藤井絛大, 松本 将, 大場信之, 西中川秀太,
塩野さおり

症例は71歳男性。201X年9月、右上腹部痛を主訴に当院を紹介受診した。造影CTで直腸に不整な壁肥厚があり、肝内には多発する腫瘍影を認め肝転移と考えられた。また肝腫瘍の破裂による出血を伴っており、同日に緊急動脈塞栓術を施行した。第4病日に大腸内視鏡を施行したところ、Ra領域に3型進行癌を認め、生検結果は高-中分化型管状腺癌であった。同年10月より化学療法 (first line: FOLFOX + panitumumab, second line: FOLFIRI + bevacizumab) を開始したところ一時は肝転移も縮小したが、201X + 1年9月より多発肝腫瘍は増大・増加傾向にありPD判定となったため新規化学療法 (TAS102 + bevacizumab) へ変更した。ところが、1コース目を終了して退院したところで複視、眼球運動障害、右眼瞼下垂、右側顔面の痺れが出現した。頭部造影MRIを施行したところ、海綿静脈洞右側に20mm × 27mm大の腫瘍を認め、直腸癌の脳転移と考えられた。脳神経外科を受診したが治療は困難との判断であったため、化学療法は中止としてBSCの方針となり、同年12月に永眠された。御家族の承諾を得て病理解剖を行ったところ、トルコ鞍内および海綿静脈洞に壊死物質を認め、組織学的にはトルコ鞍の下垂体周囲結合組織、海綿静脈洞、下垂体に癌の転移と壊死を認めた。尚、原発巣の直腸癌の化学療法効果はGrade 0であった。転移性脳腫瘍としては脳腫瘍全国集計調査報告によると、1984-2000年の集計で、脳腫瘍のうち転移性脳腫瘍は17.6%であった。内訳は肺癌51.9%、乳癌9.3%、直腸癌5.4%、胃癌4.8%、小腸結腸癌4.7%であった。悪性腫瘍の転移部位は前頭葉17.4%、頭頂葉11.6%と大脳半球に多い。一方、下垂体転移の頻度は全頭蓋内転移患者の約1%との報告もある。今回、下垂体、海綿静脈洞への転移を来した直腸癌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。

直腸癌, 脳転移

日本医科大学 消化器外科
林 光希, 高橋吾郎, 山田岳史, 小泉岐博, 太田 竜, 進士誠一,
松田明久, 堀田正啓, 原 敬介, 武田幸樹, 上田康二, 栗山 翔,
吉田 寛

【緒言】直腸肛門部悪性黒色腫 (Anorectal malignant melanoma) 以下ARMM) は、消化管原発の希少がんとされ、5年生存率は4.6~17.3%と予後は極めて不良である。我々はARMMに対し、腹腔鏡下腹会陰式直腸切断術および側方リンパ節郭清を施行し、長期無再発生存が得られている1例を経験したため報告する。【症例】60代女性排便時出血および肛門痛精査のため、下部消化管内視鏡検査を施行。肛門縁より3.5cmに黒色調を呈する1型病変を認めた。生検結果でメラニン顆粒を細胞質に伴う異形細胞および、免疫染色でMelan-AおよびS-100陽性であり直腸肛門部悪性黒色腫と診断した。FDG PET-CT検査にて原発巣 (SUVmax=13.6) に加え、左内腸骨リンパ節にFDGの集積を認め、cT2, cN3, cM0の診断にて腹腔鏡下腹会陰式直腸切断術、両側側方リンパ節郭清を施行した。摘出標本では歯状線に連続する85mm × 50mmの黒色腫瘍を認め、深達度はpMPであった。No251 (4/21), No263D左 (1/1), No263D右 (1/1) のリンパ節に転移を認め、最終診断は悪性黒色腫StageIIIB (T2, N3, M0) であった。術後に神経因性膀胱 (CD2) を認めたが、全身状態良好にて術後26日目に退院となった。術前に検出されたcirculating tumor DNA (ctDNA) は、術後1ヶ月および3ヶ月毎の血液より検出されず、術後3年6か月経過した現在も無再発生存中である。【考察】ARMMは極めて予後が悪く、minimum residual disease (MRD) が術後の早期再発の原因と考えられている。本症例においては術後よりctDNAが検出されなかったことから、手術のみで根治できた可能性が高い。

直腸悪性黒色腫, 循環腫瘍DNA

東京女子医科大学病院 消化器内科¹⁾, 同 消化器・一般外科²⁾,
同 画像診断・核医学科³⁾, 同 病理診断科⁴⁾
松永卓士¹⁾, 大森鉄平¹⁾, 高山敬子¹⁾, 大木岳志²⁾, 前田 文²⁾,
山本奈奈¹⁾, 木下善紀子¹⁾, 新田裕樹¹⁾, 森田 賢²⁾, 長嶋洋治⁴⁾,
徳重克年¹⁾, 山本雅一²⁾

【緒言】胎児期のtail gutの遺残に由来する腫瘍性病変であるTail gut cystは報告例が少なく、悪性腫瘍の合併は極めて稀とされている。【症例】77歳女性。既往症にC型肝炎、弁置換術後。主訴は肛門痛。精査目的で近医より当科紹介された。下部消化管内視鏡検査で直腸Rbから肛門縁にかけて表面平滑で上皮性変化を伴わない圧排像を認めた。CTでは直腸右背側に囊胞成分を伴う一部陥凹を有する約92mm × 67mm大の低吸収腫瘍を認めた。病理診断目的にEUS-FNAを施行したところ、組織診でadenocarcinomaと診断され、免疫染色で腸管由来の病変であると考えられた。腫瘍は一部仙骨に接していたことから、仙骨前囊胞に合併した腺癌 (Tail-gut cyst with Adenocarcinoma) の診断となった。PET-CTでは明らかな転移は認めなかったが、腫瘍径が大きく、外科的切除が困難であると判断し、術前化学療法の方針となった。UGT1A1は6.28共に多型を持たないワイルドタイプであり、RAS遺伝子変異はなく、大腸癌のレジメンに準拠し、FOLFOX + panitumumab療法を開始した。1コース目終了後にgrade1の下痢、口内炎、末梢神経障害、血小板減少、肝酵素上昇を認めたが、重篤な有害事象なく経過した。しかし、貧血の進行を認めたため、4コース目は延期となった。化学療法開始後50日目に施行したPET-CT所見では腫瘍径は不変であったが、FDG SUV-maxが8.28→3.74へと低下した。化学療法の継続は困難であったため腹腔鏡下腹会陰式直腸切断術が施行された。術後に神経因性膀胱を認めたが、重篤な有害事象なく第25病日に退院となった。その後8か月無再発で経過している。【考察】Tail gut cystは稀な病変であり、さらに悪性化も極めて稀である一方、年齢や腫瘍径に関係なく悪性化の報告がある。加えて術前に病理学的診断がなされた例はほとんどなく、本症例は外科的切除に際して十分なリスク評価をえた。【結語】術前診断しえた稀有な仙骨前囊胞に合併した腺癌 (Tail-gut cyst with Adenocarcinoma) の一例を経験したので文献的考察を加えて報告する。

大腸癌, Tail gut cyst