

日本消化器病学会 関東支部第357回例会

プログラム・抄録集



当番会長：北里大学医学部 消化器内科学 教授 木田 光広
令和元年12月7日(土)
海運クラブ

日本消化器病学会関東支部第357回例会

プログラム・抄録集

当番会長：北里大学医学部 消化器内科学 教授 木田 光広
〒252-0374 神奈川県相模原市南区北里1-15-1
TEL 042-778-8111

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

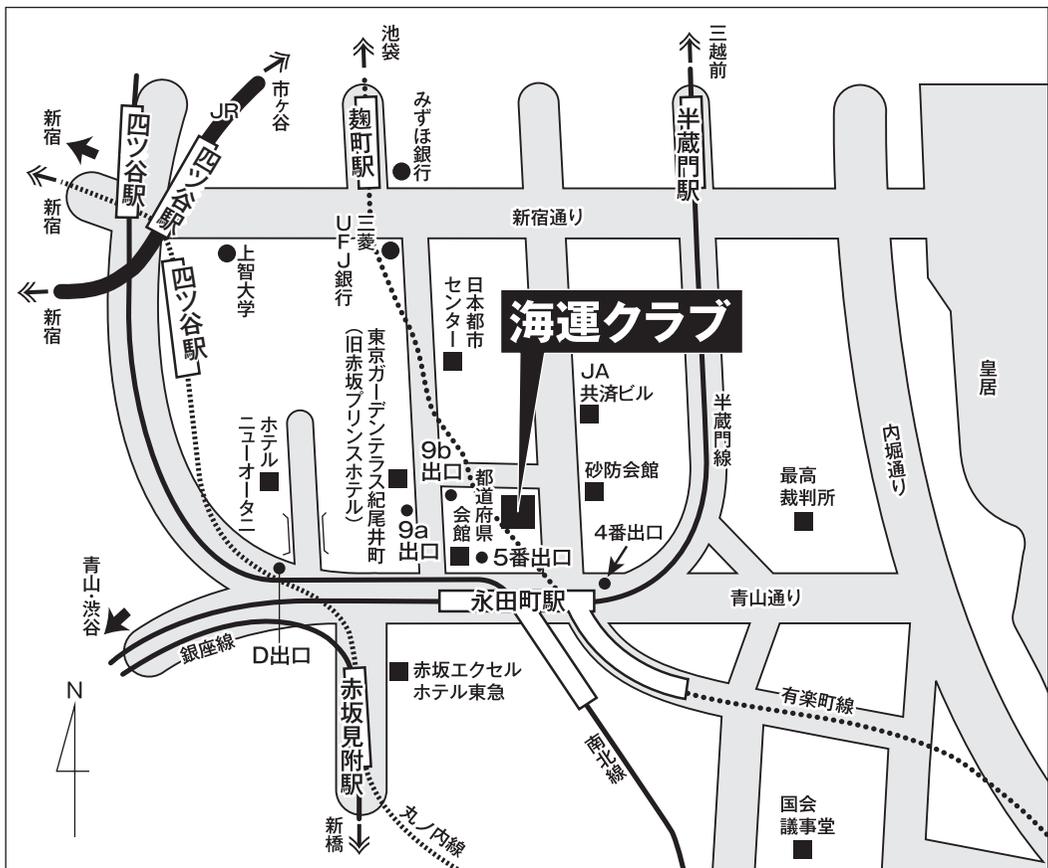
<発表者，参加者の皆様へ>

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本体をお持ちください。なお、液晶プロジェクタへの接続はMini D-SUB 15pinが接続可能です。変換コネクタを必要とする場合は必ずご自身でお持ちください。また、バッテリーのみでの稼働はトラブルの原因となるため、外部電源用アダプタを必ずお持ちください。
 - 3) 音声出力には対応いたしません。
 - 4) 発表は枚数ではなく時間で制限させていただきます。
 - 5) 発表時は、演台に置かれたモニターを見ながらご自身で操作して画面を進めていただきます。なお、発表者ツールの使用はできませんのでご注意ください。
3. 発表に際しては、患者さんのプライバシーの保護（日付の記載は年月までとする、等）に十分配慮してください。
4. 演題発表時には、利益相反状態の開示が必要になります。開示基準・規定の書式に従って利益相反の有無を必ず開示してください。
5. 演者は前演者の口演開始後、直ちに「次演者席」へご着席ください。
6. 専修医セッション、研修医セッション及び一般演題は、1題口演4分、追加討論2分です。時間厳守をお願いします。
7. 質問される方は、所属と氏名を明らかにしてからお願いします。
8. 専修医・研修医セッションの発表者あるいは同施設の方は、奨励賞表彰式に出席してください。（第1会場 12：55～13：10）
9. 当日参加登録受付、PC受付は7：50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357回例会
令和元年12月7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) 専修医Ⅰ(食道・胃・十二指腸) 1～3	8:15～8:33	岡野 尚弘	(17) 研修医Ⅰ(肝1) 53～56	8:15～8:39	小川 祐二
(2) 専修医Ⅱ(小腸) 4～6	8:33～8:51	西本 崇良	(18) 研修医Ⅱ(肝2) 57～59	8:39～8:57	廣澤 拓也
(3) 専修医Ⅲ(小腸・大腸) 7～9	8:51～9:09	藤澤 美亜	(19) 研修医Ⅲ(胆・膵) 60～62	8:57～9:15	岩久 章
(4) 専修医Ⅳ(大腸1) 10～12	9:09～9:27	南木 康作	(20) 研修医Ⅳ(膵) 63～65	9:15～9:33	長谷川力也
(5) 専修医Ⅴ(大腸2) 13～15	9:27～9:45	早河 翼	(21) 研修医Ⅴ(膵・その他) 66～68	9:33～9:51	藪下 泰宏
9:45～9:55 休憩			9:51～10:01 休憩		
(6) 専修医Ⅵ(肝1) 16～19	9:55～10:19	今村 潤	(22) 研修医Ⅵ(食道・胃・十二指腸) 69～72	10:01～10:25	草野 央
(7) 専修医Ⅶ(肝2) 20～22	10:19～10:37	池田 裕喜	(23) 研修医Ⅶ(小腸・大腸) 73～75	10:25～10:43	上原 健志
(8) 専修医Ⅷ(肝3) 23～25	10:37～10:55	松井 貴史	(24) 研修医Ⅷ(小腸・大腸・その他) 76～78	10:43～11:01	油井 史郎
(9) 専修医Ⅸ(胆・膵1) 26～29	10:55～11:19	井澤 直哉	(25) 研修医Ⅸ(大腸1) 79～82	11:01～11:25	植松 淳一
(10) 専修医Ⅹ(胆・膵2) 30～32	11:19～11:37	小林 正典	(26) 研修医Ⅹ(大腸2) 83～85	11:25～11:43	芦谷 啓吾
(11) 専修医Ⅺ(胆・膵3) 33～35	11:37～11:55	遠藤 壮登	12:15～12:45	評議員会	
12:10～12:55 ランチョンセミナー(第1会場)					
「画像を用いた慢性便秘症診療～お話は『腸からも』聞く～」					
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 先生 司会 北里大学医学部 消化器内科学 主任教授 小泉和三郎 先生 共催：マイランEPD合同会社					
12:55～13:10 専修医・研修医奨励賞表彰式(第1会場)					
13:10～14:05 特別講演(第1会場)					
「線虫がん検査N-NOSEの実用化と世界展開」					
株式会社HIROTSUバイオサイエンス 代表取締役 広津 崇亮 先生 司会 北里大学医学部 消化器内科学 教授 木田 光広					
第1会場(午後の部)			第2会場(午後の部)		
演 題	時 間	座 長	演 題	時 間	座 長
(12) 肝1 36～38	14:10～14:28	鶴谷 康太	(27) 食道・胃・十二指腸 86～90	14:10～14:40	池田 晴夫
(13) 肝2 39～41	14:28～14:46	浜本 康夫	(28) 小腸・大腸1 91～94	14:40～15:04	村杉 瞬
(14) 胆・膵1 42～45	14:46～15:10	藤澤真理子	(29) 小腸・大腸2 95～98	15:04～15:28	木村 隆輔
(15) 胆・膵2 46～48	15:10～15:28	殿塚 亮祐			
(16) 胆・膵3 49～52	15:28～15:52	川口 佑輔			
15:52～ 閉会の辞(第1会場)					

専修医・研修医セッションの発表者あるいは同施設の方は、奨励賞表彰式に出席してください。
(第1会場 12:55～)

特別講演(第1会場 13:10~14:05)

「線虫がん検査N-NOSEの実用化と世界展開」

株式会社HIROTSUバイオサイエンス 代表取締役 **広津 崇亮** 先生
司会 北里大学医学部 消化器内科学 教授 **木田 光広**

……演者の先生ご紹介……

ひろつ たかあき
広津 崇亮 先生

株式会社HIROTSUバイオサイエンス 代表取締役

略歴

1972年 山口県生まれ
1991年 私立東大寺学園卒業
1995年 東京大学理学部生物学科卒業
1997年 東京大学大学院理学系研究科生物化学専攻 修士課程修了
1997年 サントリー株式会社入社
1998年 同社退社。東京大学大学院理学系研究科生物化学専攻 博士課程入学
2001年 東京大学大学院理学系研究科生物化学専攻 博士課程修了 博士(理学)
2001年 日本学術振興会 東京大学遺伝子実験施設 特別研究員
2004年 京都大学大学院生命科学研究科 ポスドク研究員
2005年 九州大学大学院理学研究院生物科学部門 助教
2016年 株式会社HIROTSUバイオサイエンスを設立し、代表取締役に就任
2018年 Adjunct associate professor, QUT (Australia)

<所属学会>

日本分子生物学会
日本神経科学会
日本癌学会

<受賞歴>

2002年 井上研究奨励賞(井上科学振興財団)
2016年 開発研究奨励賞(ニューロクリアティブ研究会)
2016年 中山賞奨励賞(中山人間科学振興財団)
2016年 ナイスステップな研究者(文部科学省)

ランチオンセミナー (第1会場 12:10~12:55)

「画像を用いた慢性便秘症診療

～お話は『腸からも』聞く～」

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 先生

司会 北里大学医学部 消化器内科学 主任教授 小泉和三郎 先生

共催：マイランEPD合同会社

………演者の先生ご紹介………

みずかみ たけし
水上 健 先生

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

略歴

昭和58年 筑波大学附属駒場高校卒業
平成2年 慶應義塾大学医学部卒業・内科学教室入局
平成4年 国立栃木病院内科
平成6年 慶應義塾大学消化器内科入局
平成8年 水戸赤十字病院内科出向 第一内科副部長
平成15年 国立療養所久里浜病院内科出向 内科診療部長
平成19年 横浜市民病院内視鏡センター長、消化器科部長
平成23年 国立病院機構 久里浜医療センター 内視鏡部長
平成23年 Heidelberg University Salem Medical Center Visiting Professorとして出張
平成30年 慶應義塾大学消化器内科便秘外来開設(非常勤)
日本消化器病学会慢性便秘ガイドライン作成委員

資格

日本内科学会認定総合専門医
日本消化器病学会専門医
日本消化器内視鏡学会指導医、専門医、関東支部評議員
大腸検査学会評議員
日本神経消化器病学会評議員
ESPGHAN (European Society for Pediatric Gastroenterology Hepatology and Nutrition) Full Member
産業医

受賞

三四会奨励賞(慶應義塾大学若手奨励賞)平成16年
「患者の苦痛が少なく、修得容易な大腸内視鏡挿入法(浸水法)の開発」
第1回並木賞(第70回消化器心身医学研究会 最優秀演題賞)平成20年
「過敏性腸症候群への取り組み-内視鏡による腸管運動評価と治療への応用-」

仕事のテーマ

- ① 「浸水法」による大腸内視鏡教育(2007アメリカ・2011ドイツで招待講演)
- ② 内視鏡による過敏性腸症候群と便秘の診断と治療
- ③ 新しい内視鏡処置法の開発

著書

IBSを治す本 法研
慢性便秘症を治す本 法研
女はつまる男はくだる あさ出版
100歳まで生きる腸の強化書 KADOKAWA など

メディア

たけしの家庭の医学 x3 ためしてガッテン x2 ガッテン x3 世界一受けたい授業
ヒポクラテスの誓い フロンティアドクター とくダネ x2 はなまるマーケット等

第1会場（午前の部）

8：10～8：15

—開会の辞—

—評価者—

昭和大学横浜市北部病院 消化器センター	若村 邦彦
自治医科大学附属さいたま医療センター 消化器内科	関根 匡成
北里大学医学部 消化器内科学	田中 賢明

(1) 専修医Ⅰ（食道・胃・十二指腸） 8：15～8：33 座長 杏林大学医学部 腫瘍内科学 岡野 尚弘

1. Ramucirumab 著効により原発巣の穿孔を来した進行胃癌の1例

順天堂大学附属順天堂医院 消化器内科 ○栗津 嵩仁, 福嶋 浩文, 芹澤 信子, 矢田 茉佑
落合 一成, 石井 重人, 芳賀 慶一, 上山 浩也
高和 正, 松本 健史, 澁谷 智義, 山科 俊平
坂本 直人, 北條麻理子, 椎名秀一郎, 伊佐山浩通
池嶋 健一, 永原 章仁

2. 胃癌に対する nivolumab 投与後にアレルギー性気管支肺真菌症が増悪した一例

国立国際医療研究センター病院 消化器内科 ○西尾 洋人, 大武 優希, 浦部 昭子, 遠藤 剛
栗飯原隼人, 住田 純子, 泉 敦子, 濱田麻梨子
増田恵利香, 木村 花菜, 守安 志織, 木平 英里
西家由里子, 大久保栄高, 渡邊 一弘, 野崎 雄一
横井 千寿, 小島 康志, 柳瀬 幹雄, 秋山 純一

3. 進行胃癌 Roux-en-Y 再建術後の十二指腸吻合部断端出血性潰瘍に対して内視鏡下にポリグリコール酸シート充填術を試みた1例

東京共済病院 消化器科 ○松本 浩明, 中村 優美, 梅村 佳世, 平昭 衣梨
渡部 衛, 宍戸 華子, 永山 和宜
同 低侵襲外科 古山 貴基, 円城寺 恩

(2) 専修医Ⅱ（小腸） 8：33～8：51 座長 日本医科大学千葉北総病院 消化器内科 西本 崇良

4. シングルバルーン小腸鏡を用いて消化管ステントを留置し、胆管癌術後の腹膜播種による輸入脚症候群が改善した一例

東邦大学医療センター大森病院 消化器内科 ○佐藤洋一郎, 星 健介, 岡田奈央子, 南雲 秀樹
野上 章, 山田 悠人, 渡辺 浩二, 原 精一
宅間 健介, 岸本 有為, 伊藤 謙, 岡野 直樹
五十嵐良典

5. クロウン病経過中に急速に進行する悪性リンパ腫を発症した一例

慶應義塾大学医学部 内科学（消化器） ○猪口 和美, 三上 洋平, 松崎潤太郎, 筋野 智久
 南木 康作, 長沼 誠, 緒方 晴彦, 岩男 泰
 金井 隆典
 同 予防医療センター 福原佳代子
 同 内視鏡センター 牟田口 真, 高林 馨
 同 内科学（血液） 神谷 高博, 岡山 幹夫, 菊池 拓, 清水 隆之
 同 病理診断科 林 雄一郎

6. 内視鏡所見から非特異性多発性小腸潰瘍症と診断した一例

横須賀共済病院 ○山下 萌, 宇賀 美杉, 宮部 美圭, 慶徳 大誠
 渡壁 慶也, 村田 彩, 新見 真央, 野澤さやか
 古谷 晴子, 小馬瀬一樹, 田邊 陽子, 新井 勝春
 渡辺 秀樹, 鈴木 秀明

(3) 専修医Ⅲ(小腸・大腸) 8:51~9:09 座長 東海大学医学部 消化器内科 藤 澤 美 亜

7. シングルバルーン小腸内視鏡検査で診断し得た原発性小腸未分化癌の一例

北里大学メディカルセンター ○深川菜央美, 上原 一帆, 鴻上 太郎, 川口 祐輔
 大塚 俊和, 田原久美子, 渡邊 真彰, 木田 光広

8. 下部消化管穿孔に対して保存的加療にて改善した血管型 Ehlers-Danlos 症候群の1例

慶應義塾大学病院 一般・消化器外科 ○水野 翔大, 清島 亮, 岡林 剛史, 鶴田 雅士
 茂田 浩平, 池端 昭慶, 森田 覚, 足立 陽子
 牧野 暁嗣, 松岡 信成, 佐々木健人, 門野 政義
 小桐 雅世, 加藤 悠人, 小関 優歌, 北川 雄光
 慶應義塾大学医学部 臨床遺伝学センター 小崎健次郎

9. PETCT を契機に診断された双孔式横行結腸人工肛門に大腸癌が発生したクローン病の1例

埼玉医科大学総合医療センター 消化器・肝臓内科 ○田川 慧, 加藤 真吾, 鈴木 美緒, 田中 孝幸
 加藤 秀輔, 山鹿 渚, 堀 裕太朗, 周東 成美
 内田 党央, 須田健太郎, 寺井 悠二, 大塚 武史
 石橋 朗, 可児 和仁, 高林英日己, 松原 三郎
 岡 政志, 道田 知樹, 名越 澄子
 同 消化管・一般外科 石田 秀行

(4) 専修医Ⅳ(大腸1) 9:09~9:27 座長 慶應義塾大学医学部 消化器内科 南 木 康 作

10. 当院における潰瘍性大腸炎に対する vedolizumab の短期治療成績について

北里大学医学部 消化器内科学 ○金澤 潤, 横山 薫, 別當 朋広, 松本 育宏
 川岸 加奈, 迎 美幸, 久保田美和, 小泉和二郎
 同 新世紀医療開発センター 小林 清典

11. 痛風関節炎を併発した高齢者潰瘍性大腸炎の1例

日本大学医学部附属板橋病院 消化器肝臓内科 ○中山 昌子, 岩本 真帆, 酒井 康行, 山川 俊
春田 明子, 今津 博雄, 中島 典子, 森山 光彦
日本大学病院 消化器内科 後藤田卓志

12. 全結腸型壊死型虚血性大腸炎の1剖検例

地域医療機能推進機構横浜中央病院 消化器・肝臓内科 ○山田 康嗣, 中河原浩史, 野上 麻子, 金子 桂士
堤 菜津子, 藤川 博敏
同 検査科 桂 義久

(5) 専修医V(大腸2) 9:27~9:45 座長 東京大学医学部 消化器内科 早 河 翼

13. 重症の急性A型肝炎に対するステロイドパルス後にアメーバ腸炎を発症し劇症化した一例

東京ベイ・浦安市川医療センター ○加藤 綾, 吉岡 翼, 宮垣 亜紀, 本村 廉明

14. 虚血性腸炎に類似した所見をとり、診断に苦慮した大腸アミロイドーシスの一例

横浜市立大学附属病院 肝胆膵消化器病学 ○海老澤 佑, 高津 智弘, 吉原 努, 三澤 昇
芦荻 圭一, 松浦 哲也, 冬木 晶子, 日暮 琢磨
中島 淳

15. 所属リンパ節に内膜症組織を認めた腸管子宮内膜症の3例

日本医科大学付属病院 消化器外科 ○小川祐太郎, 進士 誠一, 山田 岳史, 小泉 岐博
太田 竜, 松田 明久, 高橋 吾郎, 堀田 正啓
武田 幸樹, 原 敬介, 上田 康二, 栗山 翔
吉田 寛

(6) 専修医VI(肝1) 9:55~10:19 座長 がん・感染症センター 東京都立駒込病院 肝臓内科 今 村 潤

16. DAA治療後に特異な再発を認めた肝細胞癌の3症例

関東労災病院 ○辛島 遼, 金子 麗奈, 岩田俊太郎, 鈴木 啓太
小林 輝, 木村 祐介, 小林 俊介, 大森 里紗
矢野雄一郎, 鎌田健太郎, 三輪 純, 小川 正純
池原 孝, 佐藤 譲

17. 肝細胞癌との鑑別を要した卵黄囊腫瘍の1例

昭和大学 医学部 内科学講座 消化器内科学部門 ○野口 敏宏, 中島 陽子, 梶原 敦, 杉浦 育也
下間 祐, 打越 学, 坂木 理, 吉田 仁

18. 肝内胆管癌との鑑別に苦慮したIgG4陽性の肝炎症性偽腫瘍の一例

東海大学 医学部 消化器内科 ○杉山 悟, 鶴谷 康太, 広瀬 俊治, 鈴木 秀和
加川 建弘

19. 急性腭炎後に発症した重症型アルコール性肝炎の一例

東京慈恵会医科大学附属 柏病院
東京慈恵会医科大学附属病院

○荒井千香子, 石川 将史, 松本 喜弘, 山本 純平
桐生 幸苗, 杉山 悦郎, 中田 正裕, 大瀧雄一郎
鈴木 静香, 赤須 貴文, 星野 優, 伊藤 善翔
内山 幹, 小井戸薫雄

(7) 専修医Ⅶ(肝2) 10:19~10:37 座長 聖マリアンナ医科大学 消化器・肝臓内科 池田 裕喜

20. 肝内門脈瘤の1例

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

21. 各種画像により評価し得た先天性門脈体循環シャントの1例

東京医科大学病院 消化器内科 ○中村 駿介, 杉本 勝俊, 阿部 正和, 吉益 悠
竹内 啓人, 笠井 良孝, 糸井 隆夫

22. 典型的な画像を呈した化膿性門脈炎の1例

獨協医科大学 医学部 内科学(消化器)講座 ○小島原駿介, 山宮 知, 永島 一憲, 竹中 一央
有阪 高洋, 眞島 雄一, 菅谷 武史, 土田 幸平
富永 圭一, 飯島 誠, 郷田 憲一, 入澤 篤志

(8) 専修医Ⅷ(肝3) 10:37~10:55 座長 東邦大学医療センター大橋病院 消化器内科 松井 貴史

23. 肝細胞癌骨転移、左腎細胞癌の重複癌に対し、集学的治療により QOL を維持しながら長期生存を得ている一例

東邦大学 医療センター 大橋病院 消化器内科 ○馬場 隆成, 山本 修平, 松井 貴史, 三枝 善伯
塩澤 一恵, 渡邊 学, 前谷 容

24. 全身臓器に多発膿瘍を呈し、集学的治療が奏功した過粘稠性 *Klebsiella pneumoniae* による侵襲性肝膿瘍症候群の一例

横浜労災病院 消化器内科 ○今井友里加, 内山 詩織, 遠山 翔大, 富田 尚貴
加藤 ゆり, 芹澤 奏, 宮崎夏菜美, 八木 伸
森久保尚美, 鈴木 雅人, 小宮 靖彦, 金沢 憲由
関野 雄典, 川名 憲一, 永瀬 肇
同 脳神経内科 佐々木拓也
同 整形外科 北村 茉依
同 眼科 杉江 正崇

25. B型肝硬変を背景として、猫咬傷後に *Pasteurella multocida* 菌血症を来した一例

東京通信病院 消化器内科 ○匹田 祐樹, 時任佑里恵, 高岡 真哉, 古谷 建悟
松井 徹, 加藤 知爾, 小林 克也, 関川憲一郎
光井 洋

(9) 専修医区(胆・膵1) 10:55~11:19 座長 獨協医科大学医学部 内科学(消化器)講座 井澤直哉

26. *Vibrio cholerae* non-O 1による胆管炎の1症例

藤沢市民病院 消化器内科 ○東 大輔, 近藤 新平, 榎本 昌人, 洪井 俊祐
阿南 秀征, 濱田 潤, 廣瀬 俊晴, 宮崎茉莉子
有馬 功, 合田 賢弘, 稲垣 尚子, 岩瀬 滋
同 緩和ケア内科 安藤 知子
同 臨床検査科 清水 博之
横浜市立大学附属病院 消化器内科 前田 慎

27. 石灰乳胆汁による閉塞性黄疸の2症例

済生会横浜市東部病院 ○荻原 沙織, 岩崎 将, 並木 萌子, 氏田 互
横山 怜子, 鈴木 雄太, 佐藤 真司, 馬場 毅
大久保雄介, 中野 茂
東邦大学医療センター大森病院 五十嵐良典

28. 14歳小児総胆管結石症の1例

国家公務員共済組合連合会 平塚共済病院 消化器内科 ○土居楠太郎, 西山 竜, 坂部 勇太, 北川 博之
寺田 昌弘, 河西顕太郎, 菊池 秀彦, 里道 哲彦
山崎 好喜

29. 上腸間膜静脈周囲にまで膿瘍形成が及んだ胆嚢穿孔の一例

聖隷福祉事業団 聖隷横浜病院 消化器内科 ○佐藤 育也, 武田 武文, 豊水 道史, 安田伊久磨
石橋 啓如, 吹田 洋將
同 外科 永井 啓之
同 病理診断科 末松 直美

(10) 専修医X(胆・膵2) 11:19~11:37 座長 東京医科歯科大学 消化器内科 小林正典

30. 画像所見で術前診断し得た膵粘液癌の一例

がん・感染症センター都立駒込病院 消化器内科 ○野間絵梨子, 菊山 正隆, 吉本 憲介, 千葉 和朗
来間佐和子
同 肝胆膵外科 大目 祐介
同 病理科 堀口慎一郎

31. EUSが診断に有用であった多発膵神経内分泌腫瘍の一例

昭和大学藤が丘病院 消化器内科 ○浅見 哲史, 高野 祐一, 新谷 文崇, 小林 孝弘
林 将史, 鈴木 怜佳, 遠藤 利行, 上原なつみ
花村祥太郎, 五味 邦代, 黒木優一郎, 山本 頼正
井上 和明, 長浜 正亞

32. 当院の膵癌症例におけるTrousseau症候群の検討

群馬県太田市 SUBARU健康保険組合 太田記念病院 消化器内科 ○木村浩一郎, 伊島 正志, 竹中 祐希, 栗原 英心
小畑 力, 大竹 陽介
同 消化器内科
獨協大学病院 消化器内科 佐久間 文

(11) 専修医Ⅱ(胆・膵3) 11:37~11:55 座長 筑波大学 医学医療系 消化器内科 遠藤 壮 登

33. 子宮平滑筋肉腫術後に全身転移再発を認め、EUS-FNA で診断に至った一例

相模野病院 消化器内科 ○井廻 佑介, 今泉 弘, 金 明哲, 三枝 陽一
新井 正秀, 蓼原 将良, 升谷 寛以
北里大学医学部 消化器内科学 渡辺 真郁, 黒須 貴浩, 安達 快, 長谷川力也
金子 亨, 山内 浩史, 奥脇 興介, 岩井 知久
木田 光広

34. 術前診断に難渋した膵内副脾 epidermoid cyst の一例

帝京大学医学部附属病院 内科 ○飛田 拓途, 阿部浩一郎, 小田 実, 田村 大和
原田 文人, 天野 博仁, 駒崎 伸伍, 小松田章悟
芳賀 幸, 本田 卓, 有住 俊彦, 相磯 光彦
小田島慎也, 浅岡 良成, 山本 貴嗣, 田中 篤
同 外科 三浦 文彦, 佐野 圭二
帝京大学医学部 病理学講座
帝京大学医学部附属病院 病理診断科 沼倉 里枝, 宇於崎 宏

35. 嚢胞様の形態を呈した膵神経内分泌腫瘍の一例

横浜市立大学附属市民総合医療センター 消化器病センター ○土屋 洋省, 鈴木 良優, 戸塚雄一朗, 佐藤 健
三輪 治生, 金子 卓, 杉森 一哉, 沼田 和司
横浜市立大学附属病院 消化器内科学教室 前田 慎

第1会場 (午後の部)

13:10~14:05

特別講演

線虫がん検査N-NOSEの実用化と世界展開

株式会社 HIROTSU バイオサイエンス 代表取締役 広津 崇亮 先生

司会 北里大学医学部 消化器内科学 教授 木田 光広

(12) 肝1 14:10~14:28 座長 東海大学医学部 内科学系 消化器内科 鶴谷 康太

36. 眼内炎を併発した過粘調性 *Klebsiella pneumoniae* による肝膿瘍の2症例

獨協医科大学 医学部 内科学 (消化器) 講座 ○藤原 猛, 井澤 直哉, 稲葉 康紀, 石川 睦
有阪 高洋, 菅谷 武史, 土田 幸平, 眞島 雄一
富永 圭一, 飯島 誠, 郷田 憲一, 入澤 篤志

37. 内服治療のみにて軽快した左葉巨大アメーバ性肝膿瘍の1例

獨協医科大学 内科学 (消化器) 講座 ○稲葉 康記, 井澤 直哉, 有阪 高洋, 菅谷 武史
土田 幸平, 眞島 雄一, 富永 圭一, 飯島 誠
郷田 憲一, 入澤 篤志

38. 診断に難渋した肝未分化胎児性肉腫の1例

北里大学医学部 消化器内科学 ○眞部 優作, 日高 央, 和田 尚久, 窪田 幸介
魚嶋 晴紀, 田中 賢明, 中澤 貴秀, 渋谷 明隆
小泉和三郎
同 一般・消化器外科学 海津 貴史, 隈元 雄介

(13) 肝2 14:28~14:46 座長 慶應義塾大学医学部 腫瘍センター 浜本 康夫

39. 超音波内視鏡下にてエタノール注入療法を施行した尾状葉の肝細胞癌の1例

北里大学医学部 消化器内科学 ○北原 言, 金子 亨, 黒須 貴浩, 渡辺 真郁
長谷川力也, 奥脇 興介, 岩井 知久, 木田 光広
小泉和三郎

40. レンパチニブ投与と肝動脈化学塞栓術の併用が有効だった肝細胞癌4例の検討

筑波大学附属病院水戸地域医療教育センター 水戸協同病院 消化器内科 ○有賀 啓之, 水井 恒夫, 熊倉 有里, 鹿志村純也
同 放射線科 入江 敏之

41. 若年発症の急性発症型自己免疫性肝炎の一例

杏林大学付属病院 消化器内科学教室 ○高橋 正輝, 清水 孝夫, 川村 直弘, 關 里和
森 秀明, 久松 理一
同 病理学教室 柴原 純二, 藤原 正規

- (14) 胆・膵1 14:46~15:10 座長 日本医科大学医学部内科学系 消化器肝臓内科 藤澤 真理子
42. IgG 4 関連硬化性胆管炎の経過中に発症した胆道カンジダ症の1例
東海大学医学部付属病院 消化器内科 ○川寫 洋平, 山路 葉子, 萩原 直樹, 小玉 敏生
横田 将, 川西 彩, 加川 建弘
43. 「新規ガイドワイヤー誘導式ブラシ」を使用した胆管狭窄に対するブラシ擦過細胞診の診断能について
相模原協同病院 消化器内科 ○宮田 英治
北里大学医学部 消化器内科学 木田 光広, 岩井 知久, 奥脇 興介, 山内 浩史
金子 亨, 長谷川力也, 小泉和二郎
44. 当院における遠位胆管悪性狭窄に対する SEMS(Self-expandable metal stent)の治療成績
国立がん研究センター中央病院 肝胆膵内科 ○原井 正太, 脇岡 範, 北村 英俊, 久田 裕也
吉成 元宏, 丸木 雄太, 大場 彬博, 永塩 美邦
近藤 俊輔, 森実 千種, 奥坂 拓志
45. CDDP + CPT-11 併用療法奏功中に脳転移・癌性髄膜炎を発症し、急激な転帰を辿った胆嚢神経内分
泌癌の一例
がん研究会明病院 肝胆膵内科 ○古川 貴光, 佐々木 隆, 三重 堯文, 澤田 雅志
武田 剛志, 金田 遼, 春日 章良, 松山 真人
尾阪 将人, 笹平 直樹
- (15) 胆・膵2 15:10~15:28 座長 東京医科大学 消化器内科 殿塚 亮 祐
46. EUS-HGS with parenchymal MS placement が有用であった一例
国立がん研究センター中央病院 肝胆膵内科 ○吉成 元宏, 脇岡 範, 北村 英俊, 原井 正太
久田 裕也, 丸木 雄太, 大場 彬博, 永塩 美邦
近藤 俊輔, 森実 千種, 上野 秀樹, 奥坂 拓志
47. 人工臓器補助下の内視鏡的ネクロセクトミーを含む集学的治療で救命し得た重症急性膵炎の一例
千葉大学大学院 医学研究院 消化器内科学 ○安井 伸, 大浦 弘嵩, 浅野 公将, 嶋 由紀子
泉水美有紀, 三浦 義史, 興梠 慧輔, 永島 裕樹
新行内綾子, 日下部裕子, 大岡 美彦, 杉山 晴俊
大野 泉, 三方林太郎, 加藤 直也
48. EUS-CD のトラブルシューティング-ドレナージチューブ迷入時の対処法-
聖マリアンナ医科大学 消化器・肝臓内科 ○路川 陽介, 中原 一有, 森田 亮, 末谷 敬吾
藤田 曜, 五十嵐洋介, 伊東 文生
- (16) 胆・膵3 15:28~15:52 座長 北里大学メディカルセンター 川口 佑 輔
49. 分節型胆嚢腺筋腫症に合併した胆嚢癌の一例
北里大学医学部 消化器内科学 ○松原 佳菜, 岩井 知久, 田邊 聡, 黒須 貴浩
渡部 真郁, 宮田 英治, 長谷川力也, 金子 亨
山内 浩史, 奥脇 興介, 今泉 弘, 木田 光広
小泉和二郎

50. 切除検体にて異所性肝細胞癌の重複が確認された膵頭部癌の一例

神奈川県立がんセンター 消化器内科・肝胆膵 ○浅間 宏之, 上野 誠, 小林 智, 福島 泰斗
田中 聡, 河野 邦幸, 佐野 裕亮, 長島 周平
森本 学
同 病理診断科 横瀬 智之
同 消化器外科・肝胆膵 山本 直人, 森永聡一郎

51. 膵頭体移行部に発生した若年男性のSPNの1例

埼玉医科大学国際医療センター 消化器内科 ○野口 達矢, 谷坂 優樹, 小川 智也, 鈴木 雅博
原田 舞子, 水出 雅文, 良沢 昭銘
同 消化器外科 合川 公康

52. 膵管内乳頭粘液性腫瘍と鑑別が困難な Von-Hippel-Lindau 病に合併した膵漿液性嚢胞腺腫の1例

獨協医科大学 医学部 内科学(消化器)講座 ○永島 一憲, 田中 孝尚, 水口 貴仁, 井澤 直哉
岩崎 茉莉, 山宮 知, 陣内 秀仁, 山部 茜子
土田 幸平, 入澤 篤志

第2会場（午前の部）

— 評価者 —

昭和大学藤が丘病院	消化器内科	五味 邦代
東京大学医学部附属病院	消化器内科	中川 勇人
国立がん研究センター中央病院	肝胆膵内科	脇岡 範

(17) 研修医Ⅰ（肝1） 8:15~8:39 座長 横浜市立大学 大学院 医学研究科 肝胆膵消化器病学教室 小川 祐二

53. 大腸癌術後化学療法でのUFT投与中に発症したDICを伴う薬剤性肝不全の一例

東京慈恵会医科大学附属病院 ○山藤光一郎

東京慈恵会医科大学附属病院消化器内科 嶋田真梨子, 上田 薫, 澤田 亮一, 中野 真範
鳥巢 勇一, 天野 克之, 猿田 雅之

54. アルコール性肝硬変に合併した多発多血性腫瘍の一例

獨協医科大学 医学部 内科学（消化器）講座 ○牧 竜一, 久野木康仁, 眞島 雄一, 稲葉 康記
高木 優花, 吉永 智則, 小島原駿介, 石川 睦
有阪 高洋, 土田 幸平, 富永 圭一, 郷田 憲一
飯島 誠, 入澤 篤志

55. 脾梗塞を合併したEBウイルス感染による伝染性単核球症の一例

防衛医科大学校 内科学2講座 ○山下 耕生, 田原 寛之, 堀内 和樹, 小野 晋治
小野山裕亮, 鈴木 晴也, 千谷 菜花, 堀内 知晃
吉留 佑太, 池山 佳輔, 松田 康里, 吉富 俊彦
溝口 明範, 渋谷 尚希, 八月朔日秀明, 東山 正明
渡辺知佳子, 富田 謙吾, 穂苅 量太
防衛医科大学校病院 光学医療診療部 高本 俊介

56. 経時的肝生検病理変化を追えたPBC-AIH overlap症候群の一例

武蔵野赤十字病院 消化器科 ○中野 悠, 関口 修平, 金子 俊, 稲田 賢人
山下 洸司, 桐野 桜, 大澤玲於奈, 早川 優香
岡田 真央, 王 婉, 樋口 麻友, 高浦 健太
前屋舗千明, 玉城 信治, 土谷 薫, 中西 裕之
板倉 潤, 松永光太郎, 黒崎 雅之, 泉 並木

(18) 研修医Ⅱ（肝2） 8:39~8:57 座長 とちぎメディカルセンターしもつが 消化器内科 廣澤 拓也

57. 肝外病変に対し局所治療が奏効したStageIVB肝細胞癌の2例

群馬大学医学部附属病院 消化器・肝臓内科 ○若城 忠武, 山崎 勇一, 植原 大介, 須賀 孝慶
戸島 洋貴, 下山 康之, 佐藤 賢, 柿崎 暁
浦岡 俊夫

58. レボカルニチン製剤投与にてレンパチニブ起因性疲労感をコントロールしえた進行肝細胞癌の一例

順天堂大学医学部附属練馬病院 消化器内科 ○大森 将史, 生駒 一平, 北川 隆太, 石塚 敬
大久保捷奇, 齊藤 紘昭, 大久保裕直

59. 長期の経過観察中に急激な増大を呈し、術前診断に難渋し切除に至った肝内胆管癌の1例

東京慈恵会医科大学 外科学講座 ○石塚 良太, 塩崎 弘憲, 堀内 堯, 白井 祥睦
安田 淳吾, 古川 賢英, 恩田 真二, 後町 武志
柴 浩明, 石田 祐一, 矢永 勝彦

(19) 研修医Ⅲ(胆・膵) 8:57~9:15 座長 東京慈恵会医科大学 内科学講座 消化器・肝臓内科 岩 久 章

60. 治療に難渋した胆嚢結石の1例

埼玉県済生会川口総合病院 消化器内科 ○岡田 浩典, 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 外科 根上 直樹, 石戸 保典

61. 胆嚢癌術後再発による胆道閉塞、消化管閉塞に対して集学的治療を要した1例

東邦大学医療センター大橋病院 消化器内科 ○田島 慎也, 田中 貴志, 新後閑弘章, 権 勉成
徳久 順也, 前谷 容
同 外科 鯨岡 学, 森山 穂高, 浅井 浩司, 渡邊 学

62. 潰瘍性大腸炎に合併した2型自己免疫性膵炎の1例

東京医科歯科大学 消化器内科 ○渡邊 沙希, 三好 正人, 小林 正典, 加藤 周
日比谷秀爾, 本林麻衣子, 清水 寛路, 竹中 健人
福田 将義, 新田沙由梨, 齊藤 詠子, 藤井 俊光
大島 茂, 井津井康浩, 中川 美奈, 岡田英理子
柿沼 晴, 長堀 正和, 渡辺 守

(20) 研修医Ⅳ(膵) 9:15~9:33 座長 北里大学医学部 消化器内科学 長谷川 力 也

63. IgG 4上昇を認め画像診断に苦慮した膵癌の1例

千葉大学医学部附属病院 ○赤塚 鉄平, 大野 泉, 浅野 公将, 嶋 由紀子
泉水美有紀, 三浦 義史, 永嶌 裕樹, 粟津 雅美
興梠 慧輔, 新行内綾子, 日下部裕子, 安井 伸
杉山 晴俊, 三方林太郎, 加藤 直也

64. 術前診断が困難であった膵過誤腫の1例

埼玉医科大学国際医療センター 消化器内科 ○渡邊 隆一, 水出 雅文, 良沢 昭銘, 谷坂 優樹
原田 舞子, 鈴木 雅博, 小川 智也, 野口 達矢
同 病理診断科 永田 耕治
同 肝胆膵外科 合川 公康, 岡本 光順, 小山 勇

65. EUS-FNA が有用だった若年男性 Solid pseudopapillary neoplasm の1例

虎の門病院 消化器内科 ○中島 紗樹, 佐藤 悦基, 服部 大輔, 伊藤 康雄
田村 哲男, 小山里香子, 今村 綱男
同 消化器外科 小林 祐太, 橋本 雅司
同 病理診断科 佐藤順一朗, 藤井 丈士

(21) 研修医Ⅴ(脾・その他) 9:33~9:51 座長 横浜市立大学 消化器・腫瘍外科学 藪 下 泰 宏

66. 脾癌化学療法中に心タンポナーデを発症した一例

東京慈恵会医科大学附属柏病院 消化器肝臓内科 ○藤森 彩子, 桐生 幸苗, 石川 将史, 杉山 悦郎
中田 正裕, 大瀧雄一朗, 鈴木 静香, 赤須 貴文
星野 優, 伊藤 善翔, 松本 喜弘, 内山 幹
小井戸薫雄
東京慈恵会医科大学 内科学講座 消化器・肝臓内科 猿田 雅之

67. 脾印環細胞癌の1例

東京医科大学八王子医療センター 卒後臨床研修センター ○貝原 朱香
同 消化器内科 朝井 靖二, 浅野 響子, 田所 健一, 山西 文門
富田 裕介, 和田 卓也, 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

68. 脾 Epstein-Barr virus 関連炎症性偽腫瘍の1切除例

東京大学医学部附属病院 肝胆脾外科 ○小谷 昭博, 真木 治文, 金子 順一, 森戸 正顕
安城 芳紀, 石沢 武彰, 赤松 延久, 有田 淳一
山澤 翔, 牛久 哲男, 長谷川 潔

(22) 研修医Ⅵ(食道・胃・十二指腸) 10:01~10:25 座長 日本大学病院 消化器内科 草 野 央

69. ビブラマイシンによる食道潰瘍の1例

日本大学医学部 内科学系 消化器肝臓内科学分野 ○池上千香子, 江崎 充, 平山みどり, 市島 諒二
鈴木 翔, 草野 央, 池原 久朝, 後藤田卓志

70. 食道癌放射線化学療法中に生じた食道肺痿に対しフィブリン糊充填法が有効であった1例

足利赤十字病院 内科 ○近藤まゆ子, 九嶋 祥友
獨協医科大学病院 内科学(消化器) 郷田 憲一, 入澤 篤志
足利赤十字病院 外科 田中 求
同 内科
獨協医科大学病院 内科学(消化器) 金森 瑛, 福士 耕, 金澤美真理, 嘉島 賢
室久 俊光

71. 出血性ショックをきたした胃アニサキス症の1例

大森赤十字病院 ○嘉数 朝亮, 河野 直哉, 比嘉 愛里, 福井 諒
折原 慎弥, 岡田 直也, 立川 準, 須藤 拓馬
新倉 利啓, 有本 純, 桑原 洋紀, 中岡 宙子
高松志帆子, 千葉 秀幸, 井田 智則, 諸橋 大樹
後藤 亨

72. 胃病変を契機に診断に至った乳癌胃転移の一症例

東京女子医科大学 卒後臨床研修センター ○高橋駿太郎
同 消化器内科 新田 裕樹, 伊藤 泰斗, 久礼 里江, 山本 果奈
小木曾智美, 中村 真一, 徳重 克年
同 消化器内視鏡科 岸野真衣子

(23) 研修医Ⅶ(小腸・大腸) 10:25~10:43 座長 自治医科大学附属さいたま医療センター 消化器内科 上原 健志

73. 低蛋白血症を呈した若年性ポリポーシスの一例

がん・感染症センター都立駒込病院 消化器内科 ○安藤 稔彦, 高雄 暁成, 柴田 理美, 千葉 和朗
来間佐和子, 大西 知子, 小泉 浩一, 菊山 正隆
同 内視鏡科 前田 有紀, 荒川 丈夫, 門馬久美子
同 病理科 堀口慎一郎

74. 内視鏡的粘膜切開下生検で診断し得た粘膜下腫瘍様形態を呈した直腸悪性リンパ腫の1例

東邦大学医療センター大橋病院 ○嶋津 由香, 日原 大輔, 鳥羽 崇仁, 堀江 義政
高橋 厚子, 大塚麻紀子, 吉田 有輝, 富永 健司
渡邊 学, 大原関利章, 前谷 容

75. 難治性下痢症の保存的治療中に回腸穿孔をきたした腸管型 Bechet 病の1例

横須賀市立うわまち病院 外科 ○加藤 健一, 岡田晋一郎, 志田原智広, 大谷菜穂子
松本 理沙, 高山 裕司, 中谷 研介, 菅沼 利行

(24) 研修医Ⅷ(小腸・大腸・その他) 10:43~11:01 座長 東京医科歯科大学 消化器内科 油井 史郎

76. 切除不能横行結腸癌に対するレゴラフェニブ療法中に腸管気腫症を発症した一例

筑波大学医学医療系 消化器内科 ○猪狩 弘大, 小野田 翼, 山本 祥之, 伊藤 嘉美
鈴木 宏清, 杉山雄太郎, 池田 貴文, 新里 悠輔
廣瀬 優, 山田 武史, 森脇 俊和, 兵頭一之介
筑波大学付属病院 光学診療部 溝上 裕士

77. 内科的治療が奏功した proteinC 欠乏症に起因した上腸間膜静脈血栓症の1例

JA 神奈川厚生連 伊勢原協同病院 消化器内科 ○横倉 航一, 中谷 征吾, 原田 洋平, 柴田 進
湊 尚貴, 松本 高明, 山本 創, 小野 弘二
大野 隆

78. 原因不明の腸間膜脂肪織炎に対してステロイドが著効した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 ○下山 奈穂, 澤田 敦史, 尾関雄一郎, 池田 良輔
西尾 匡史, 福地 剛英, 佐藤 知子, 平澤 欣吾
國崎 主税
横浜市立大学 消化器内科 前田 慎

(25) 研修医Ⅸ(大腸1) 11:01~11:25 座長 東京医科大学 消化器内視鏡学 植松 淳一

79. 経カテーテル動脈塞栓術が奏功した虫垂憩室出血の1例

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

80. 憩室炎における穿孔リスク因子の検討

千葉市立海浜病院 消化器内科 ○片山 慶一, 高城 秀幸, 田澤 真一, 薄井 正俊
太和田勝之, 野本 裕正, 齋藤 博文, 北 和彦

81. 中毒症状を伴わない巨大結腸症を合併した重症潰瘍性大腸炎の一例

横浜市立市民病院 外科 ○岩見 稔衣, 小金井一隆, 辰巳 健志, 二木 了
黒木 博介, 中尾 詠一, 杉田 昭

82. 重複腸管との鑑別に苦慮した虫垂粘液性腫瘍の一例

横浜市立大学 消化器・腫瘍外科 ○平井倫太郎, 鈴木 伸祐, 川島 圭, 窪田硫富人
森 康一, 佐藤 渉, 小澤真由美, 石部 敦士
小坂 隆司, 秋山 浩利, 遠藤 格

(26) 研修医X(大腸2) 11:25~11:43 座長 埼玉医科大学病院 総合診療内科 芦谷 啓 吾

83. 若年男性に発症した虫垂腫瘍出血の1例

東海大学医学部 内科学系 消化器内科学 ○大和田祐介, 佐野 正弥, 三島 祐介, 吉原 四方
寺邑英里香, 門馬 牧子, 水上 創, 中原 史雄
羽田野敦子, 小池 潤, 鈴木 秀和, 松嶋 成志
鈴木 孝良

84. 肝転移を伴わない盲腸癌門脈腫瘍栓の1例

横須賀市立うわまち病院 消化器内科 ○円谷 康佑, 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

85. 石灰化を伴う腹膜播種をきたした盲腸癌の1例

草加市立病院 消化器内科 ○木村 晶平, 笠野 由佳, 河上 和輝, 磯崎 岳
戸田 晶子, 小橋健一郎, 今城 真臣, 鎌田 和明
矢内 常人
同 外科 小郷 泰一
同 病理診断科 阿部 志保

第2会場（午後の部） 一般演題

(27) 食道・胃・十二指腸 14:10~14:40 座長 昭和大学江東豊洲病院 消化器センター 池田 晴夫

86. 上部消化管内視鏡が診断のきっかけとなった小網梗塞の1例

湘南藤沢徳洲会病院 肝胆膵・消化器病センター ○清水 実, 藤川 智章, 岩渕 省吾
同 放射線科 八木 進也

87. 食道静脈瘤を合併する早期食道癌に対して術前にEVLを施行したが、ESD術中に止血困難な術中出血を認め、EVLで止血を得た一例

東京都済生会中央病院 消化器内科 ○田沼 浩太, 今村 峻輔, 林 智康, 平川 旭人
小川 歩, 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, 船越 信介
同 消化器内科
同 腫瘍内科 小倉 望

88. 胃上皮性腫瘍ESD後の異時性多発に関する臨床病理学的検討

獨協医科大学 内科学(消化器) ○鈴木 統裕, 石川 睦, 阿部圭一郎, 金森 瑛
田中 孝尚, 水口 貴仁, 永島 一憲, 井澤 直哉
山宮 知, 陣内 秀仁, 有阪 高洋, 土田 幸平
富永 圭一, 郷田 憲一, 入澤 篤志

89. 微小陥凹形態を呈した十二指腸Neuroendocrine tumorの一例

千葉県がんセンター ○橋本 佳恵, 石垣 飛鳥, 辻本 彰子, 喜多絵美里
天沼 裕介, 須藤研太郎, 中村 和貴, 三梨 桂子
傳田 忠道, 石井 浩, 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 川名 秀忠, 荒木 彰伸, 伊丹真紀子

90. 十二指腸原発の濾胞性リンパ腫の1例

北里大学メディカルセンター ○鴻上 太郎, 川口 佑輔, 深川菜央美, 上原 一帆
大塚 俊和, 田原久美子, 渡邊 真彰, 木田 光広

(28) 小腸・大腸1 14:40~15:04 座長 東京女子医科大学 消化器内科 村 杉 瞬

91. 便潜血にて偶発的に発見されたメトロニダゾール抵抗性アメーバ性大腸炎の一例

独立行政法人 国立病院機構 相模原病院 消化器内科 ○尾上 美恵, 下田 拓也, 斎藤 公哉, 小山 克樹
清水 祐貴, 篠木 啓, 中村 陽子, 菅野 聡
安達 献

92. Tofacitinibにより肺化膿症を来した潰瘍性大腸炎の一例

獨協医科大学 医学部 内科学(消化器) 講座 ○小林 泰知, 山宮 知, 金澤美真理, 田中 孝尚
渡邊 詔子, 竹中 一央, 菅谷 武史, 土田 幸平
富永 圭一, 飯島 誠, 郷田 憲一, 入澤 篤志

93. 全大腸炎型潰瘍性大腸炎の長期罹患経過観察中に直腸進行癌を発症した1例

がん研有明病院 消化器内科 内視鏡診療部 ○光吉 優貴, 斎藤 彰一, 屋嘉比聖一, 井出 大資
千野 晶子, 五十嵐正広

94. 術前診断が困難であったクローン病合併小腸癌の1例

北里大学医学部 消化器内科学 ○佐野 達哉, 別當 朋広, 川岸 加奈, 迎 美幸
横山 薫, 佐田 美和, 小泉和二郎
同 新世紀医療開発センター 小林 清典
同 下部消化管外科 中村 隆俊
同 病理学 三枝 信

(29) 小腸・大腸2 15:04~15:28 座長 東邦大学医療センター大森病院 消化器内科 木村 隆輔

95. 貧血を契機に診断された小腸海綿状血管腫の1例

上尾中央総合病院 消化器内科 ○柴田 昌幸, 山口 智央, 中川 慧人, 柳澤 大輔
大江 啓史, 成田 圭, 田中由理子, 三科 雅子
三科 友二, 明石 雅博, 笹本 貴広, 土屋 昭彦
西川 稿, 滝川 一, 山中 正己
同 肝臓内科 高森 頼雪
同 外科 尾崎 貴洋, 水口 法生

96. 胸腺腫を合併した自己免疫性腸炎による難治性下痢症が疑われた1例

自治医科大学附属病院 消化器肝臓内科 ○澁谷 優子, 小林 泰俊, 坂本 博次, 大森 彩子
高橋 治夫, 三浦 義正, 林 芳和, 矢野 智則
砂田圭二郎, 山本 博徳

97. 大腸憩室症の発生についての検討

JR 東京総合病院 消化器内科 ○岡本 真, 松本留美衣, 宮田 涼平, 成瀬 奨
岩立 堂佑, 中川 秀紀, 吉川 剛史, 毛利 大
大前 知也, 赤松 雅俊

98. 10mm未満の大腸ポリープに対する抗凝固薬継続下 cold snare polypectomy は術後出血を増加させない-多施設無作為化比較試験

埼玉医療生活協同組合 羽生総合病院 消化器内科
社会医療法人中山会 宇都宮記念病院 消化器内科 ○阿部 康弘
群馬大学大学院医学系研究科 消化器・肝臓内科学 浦岡 俊夫
日本大学 医学部内科学系消化器肝臓内科学分野 池原 久朝
大阪国際がんセンター 消化管内科 竹内 洋司
社会医療法人中山会 宇都宮記念病院 消化器内科
ひらしま胃腸・内科クリニック 平嶋 勇人

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
358	中 島 淳 (横浜市立大学大学院医学研究科 肝胆膵消化器病学教室)	2020年 2月22日(土)	東 京 シェーンバッハ・サポ-	2019年10月30日～ 12月4日予定
359	浦 岡 俊 夫 (群馬大学大学院医学系研究科内科学講座 消化器・肝臓内科学分野)	4月11日(土)	東 京 海運クラブ	2020年1月8日～ 2月12日予定
360	入 澤 篤 志 (獨協医科大学 内科学(消化器)講座)	7月4日(土)	東 京 シェーンバッハ・サポ-	3月18日～ 4月22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
362	吉 田 寛 (日本医科大学 消化器外科学)	12月5日(土)	東 京 海運クラブ	8月26日～ 9月30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。

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
36	名 越 澄 子 (埼玉医科大学総合医療センター 消化器・肝臓内科)	2020年 6月21日(日)	東 京 シェーンバッハ・サポ-	未 定
37	永 瀬 肇 (横浜労災病院 消化器病センター)	11月15日(日)	東 京 シェーンバッハ・サポ-	未 定

次回(第358回)例会のお知らせ

期 日：2020年2月22日(土)

会 場：シェーンバッハ・サポ- 〒102-0093 東京都千代田区平河町2-7-5 TEL 03-3261-8390
【交通のご案内】地下鉄 有楽町線・半蔵門線・南北線、永田町駅5番出口…徒歩2分
銀座線・丸ノ内線、赤坂見附駅…徒歩5分

特別講演：「外科医からみた胆道ドレナージのベストプラクティス」

演者：横浜市立大学大学院医学研究科 消化器・腫瘍外科 教授 遠藤 格
司会：横浜市立大学附属病院 肝胆膵消化器病学 主任教授 中島 淳

ランチョンセミナー：「慢性膵炎診療最近の話題-膵外分泌機能不全を含めて-」

演者：東北大学大学院医学系研究科 消化器病態学分野 教授 正宗 淳
司会：横浜市立大学大学院医学研究科 消化器・腫瘍外科 教授 遠藤 格

第18回専門医セミナー：「ドクターガストロ～臨床推論からの消化器病学～」

第17回専門医セミナー(第356回例会 2019年9月21日(土)開催)に続き、本例会でも専門医セミナーを開催いたします。問診や身体診察で得られた情報をもとに、どのように診断を進めていくべきなのか、ディスカッションを展開します。

*専門医セミナー参加費は無料です。どなたでもご参加いただけます。

*専門医更新単位3単位取得できます。

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

当番会長：中島 淳(横浜市立大学附属病院 肝胆膵消化器病学 主任教授)

〒236-0004 神奈川県横浜市金沢区福浦3-9 TEL 045-787-2640

連絡先：日暮 琢磨(横浜市立大学附属病院 肝胆膵消化器病学)

◆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

1 Ramucirumab著効により原発巣の穿孔を来した進行胃癌の1例

順天堂大学付属順天堂医院 消化器内科
粟津高仁, 福嶋浩文, 芹澤正子, 矢田栄佑, 落合一成, 石井重人, 芳賀慶一, 上山浩也, 高和 信, 松本健史, 澁谷智義, 山科俊平, 坂本直人, 北條麻理子, 椎名秀一郎, 伊佐山浩通, 池嶋健一, 永原章仁

【症例】71歳男性。【臨床経過】X年7月、胃癌（U～M, Type3, mod～por, HER2陽性）、多発肝転移cStage4と診断した。同月より、1次治療でXP+trastuzumab療法を開始した。効果判定でPRを得られたが、8コース終了後に腹水出現したためPDと判定し、X+1年2月より2次治療でRamucirumab+Paclitaxel療法を開始した。肝転移巣は著明に縮小し腹水は消失し、Grade2以上の有害事象は認めず、病勢制御が得られていたが、10コース終了後のX+1年12月に発熱と突発的な腹痛を自覚し、救急外来受診した。著明な腹膜炎所見を呈し、血液所見ではCRP18mg/dlと上昇を認めた。画像所見では腹腔内遊離ガスを認め、消化管穿孔と診断した。同日、緊急開腹腹腔内洗浄を行った。術中所見では膿性腹水と胃原発巣に10mm大の穿孔箇所を認め、その他消化管には認めなかった。腹膜播種も呈していたため、穿孔部閉鎖に難渋したが大網充填術施行した。全身状態の回復に期間を要したため、術後2ヵ月後に化学療法を再開したが、腫瘍増大を認め、制御できず中止した。3次治療でNivolumab開始したが、2コース終了時点で病勢増悪および全身状態低下により治療継続不能と判断した。その後、病勢増悪によりX+2年7月死亡した。【結語】Ramucirumab投与中の消化管穿孔率は0.9～2%と報告されている。しかし、Ramucirumabを含めた化学療法において、有害事象とされる消化管穿孔は小腸、大腸などの非腫瘍部に穿孔をきたしたものと考えられている。本症例は原発巣の穿孔であり、臨床経過からも有害事象ではなく化学療法著効によりきたした希少な症例と考えたため報告する。

胃癌, ラムシルマブ

3 進行胃癌Roux-en-Y再建術後の十二指腸吻合部断端出血性潰瘍に対して内視鏡下にポリグリコール酸シート充填術を試みた1例

東京共済病院 消化器科¹⁾, 同 低侵襲外科²⁾
松本浩明¹⁾, 中村優美¹⁾, 梅村佳世¹⁾, 平昭衣梨¹⁾, 渡部 衛¹⁾, 宍戸華子¹⁾, 古山貴基²⁾, 円城寺恵²⁾, 永山和宜¹⁾

【症例】69歳男性【現病歴】近医で行った上部消化管内視鏡検査(以下、GS)で胃体中部大弯に胃癌を指摘され当院外科を紹介受診した。腹腔鏡下胃全摘術(Roux-en-Y再建法)を行い術後15日目に退院した。術後28日目に腹痛と吐血, 下血でショックバイタルとなり救急搬送されたが入院同日施行したGSでは出血源は認めなかった。入院後も断続的に大量下血を認め術後38日目に施行したGSでY脚の十二指腸吻合部断端に凝血塊の貯留を認めた。同部位を出血源と考えたが管腔が狭く出血源の同定は困難であった。ダイナミックCTを撮影したところ明らかな造影剤漏出は認めなかった。術後44日目に十二指腸吻合部断端の潰瘍を再評価したところ出血は認めないものの奥に腹腔内への穿通が疑われた。脾液・胆汁曝露による治癒遅延が危惧されたためオクトレオチド酢酸塩皮下注100 μ g/l2日回投与を開始し術後51, 58日目に断端部に対してGS下でポリグリコール酸シート充填術を試みた。術後65日目にGS再評価を行ったところ潰瘍は改善傾向でシートが断端腔を覆うように残存していた。その後は再出血なく術後79日目に退院した。【考察】本症例は胃癌術後(Roux-en-Y再建法)の十二指腸吻合部で潰瘍を形成し穿通と消化管出血を反復した。潰瘍治癒遅延に対してオクトレオチド酢酸塩投与とポリグリコール酸シート充填術を試みたところ再出血は見られなくなり治癒経過も良好であった。消化管出血を反復した難治性の術後潰瘍にポリグリコール酸シート充填術を行った症例はまれであり、若干の文献的考察を加え報告する。

術後吻合部潰瘍, 内視鏡治療

2 胃癌に対するnivolumab投与後にアレルギー性気管支肺炎真菌症が増悪した一例

国立国際医療研究センター病院 消化器内科
西尾洋人, 大武優希, 浦部昭子, 遠藤 剛, 粟飯原隼人, 住田純子, 泉 敦子, 濱田麻梨子, 増田恵利香, 木村花菜, 守安志織, 木平英里, 西家由里子, 大久保栄高, 渡邊一弘, 野崎雄一, 横井千寿, 小島康志, 柳瀬幹雄, 秋山純一

【症例】63歳男性【現病歴】腎不全に対して透析中のX-5年10月に診断したcStage I (cT2N0M0)胃癌に対して外科的切除の方針となり、術中迅速診断で腹膜播種結節を認めたが、胃全摘出術+D2リンパ節郭清が施行された。腹膜播種を認めたことから全身化学療法目的に当科へ紹介された。同年12月よりmFOLFOX6療法を開始、X年1月に腹膜播種結節が顕在化し、肝転移が出現するまで継続した。2月よりPTX+RAM療法を開始したが、8月には肝転移の増悪と、腹水が増加しnivolumab療法を導入する方針となった。また、本症例はX-1年9月から肺に出現と消退を繰り返す浸潤影を認め、X年2月に経気管支肺生検で多数の好酸球の混じる粘液栓を認め、アレルギー性気管支肺炎真菌症(allergic bronchopulmonary mycosis; ABPM)と診断した。itraconazole内服を開始し、ABPMの病勢コントロールは良好であった。【経過】X年8月にnivolumabを開始した。第3病日にCRP 2.81 mg/dlと上昇、好酸球数2, 528/ μ lと増加し、第7病日の胸部単純X線で左上肺野浸潤影の増悪を認めた。ABPMの増悪と判断し、同日よりprednisolone 20 mg(0.5 mg/kg)を開始したところ第14病日にはCRP 0.60 mg/dl、好酸球数0/ μ lと減少し、画像所見上も改善傾向であった。また、本症例では第3病日から血小板減少を認め、第16病日に4.0万/ μ lまで減少したが、以降は改善を認めた。1コース後の第36病日に治療効果判定で施行したCT検査でPDであった。【考察】自己免疫性疾患併存患者に対して、免疫チェックポイント阻害剤を使用した場合、自己免疫性疾患が増悪する可能性が知られている。しかしながら、気管支喘息、アレルギー性鼻炎、アトピー性皮膚炎などのアレルギー性疾患が免疫チェックポイント阻害剤投与により増悪した報告は稀である。本症例はnivolumab投与後にABPMが増悪しており、因果関係が否定できないと考えた。【結語】胃癌に対してnivolumab開始後にアレルギー性気管支肺炎真菌症が増悪した一例を経験した。

胃癌, nivolumab

4 シングルバルーン小腸鏡を用いて消化管ステントを留置し、胆管癌術後の腹膜播種による輸入脚症候群が改善した一例

東邦大学医療センター大森病院 消化器内科
佐藤洋一郎, 星 健介, 岡田奈央子, 南雲秀樹, 野上 章, 山田悠人, 渡辺浩二, 原 精一, 宅間健介, 岸本有為, 伊藤 謙, 岡野直樹, 五十嵐良典

症例は、64歳男性。既往症として先天性完全内蔵逆位症があり、201X年に上部胆管癌と診断され、他院で肝右葉および尾状葉切除・肝外胆管切除術を施行した。その後、当院でTS-1を用いた術後化学療法を6ヶ月間施行し、再発兆候なく経過終了となった。その後、201X+2年に上行結腸と腹膜に胆管癌の再発転移を認めたため、GEM+CDDPを用いた化学療法の方針となった。しかし化学療法開始後も腹膜播種増悪し、PD判定となった。201X+3年7月から発熱と持続する上腹痛、嘔吐を認め受診した。血液検査で肝胆道系酵素の上昇と、腹部CTでは輸入脚と考えられる小腸の拡張と腸液貯留を認めた。腸間膜播種の増悪に伴う輸入脚症候群と診断した。シングルバルーン小腸鏡を用いて観察したところ、輸入脚に狭窄を確認し、HANAROSTENT[®](径22mm×長さ80mm)を留置した。ステント留置後、腹部症状および肝胆道系酵素は速やかに改善し、輸入脚の拡張および腸液貯留の改善を認めた。今回、腹膜播種による術後の輸入脚症候群に対してシングルバルーン小腸鏡を用いた消化管ステントの留置が有効であった一例を経験したので報告する。

輸入脚症候群, 胆管癌

5 クロウン病経過中に急速に進行する悪性リンパ腫を 発症した一例

慶應義塾大学医学部 内科学（消化器）¹⁾、
同 予防医療センター²⁾、同 内視鏡センター³⁾、
同 内科学（血液）⁴⁾、同 病理診断科⁵⁾、
猪口和美¹⁾、三上洋平¹⁾、福原佳代子²⁾、松崎潤太郎¹⁾、筋野智久¹⁾、
牟田口真³⁾、高林 馨³⁾、南木康作¹⁾、神谷高博⁴⁾、岡山幹夫⁴⁾、
菊池 拓⁵⁾、林雄一郎⁵⁾、長沼 誠¹⁾、緒方晴彦¹⁾、岩男 泰¹⁾、
清水隆之⁴⁾、金井隆典¹⁾

【症例】61歳、男性

【主訴】発熱

【現病歴】1997年発症の小腸大腸型クロウン病（腸切除歴4回）、慢性B型肝炎、腎機能障害で前医へ通院中であった。X-7年より症状再燃のため、エンテカビル投与下でアザチオプリン、インフリキシマブ5mg/kgが投与されたが効果不十分であった。アザチオプリン投与にて汎血球減少を認めたため、少量プレドニゾン(PSL)併用下でインフリキシマブ10mg/kgにて加療されていた。X-3年に再燃を認め、PSLで寛解導入されたが漸減中に下痢の増悪を認めたため、X-2年に当院へ紹介となった。ステロイド依存性クロウン病に対して、アザチオプリンを25mg少量から導入し、インフリキシマブ10mg/kg、メサザジンで寛解導入・維持治療を行った。X年3月末より腹部膨満感が出現し、4月中旬より37度台の発熱を認め、CT、PET-CTを撮影したところ、多発肺結節、骨への多発異常集積が認められたため、精査目的に入院となった。

【入院後経過】大腸内視鏡検査では吻合部狭窄と軽度の活動性所見を認めるも、前年の所見と著変認められず、クロウン病の増悪は否定的であった。画像上多発肺結節が認められ、各種抗酸菌検査陰性であり、免疫抑制状態宿主に発症した細菌性、真菌性気管支肺炎を疑い、メロペネム、アムホテリシンBの投与を開始した。その後、気管支肺胞洗浄の培養からActinomycesが検出され、播種性放線菌症を疑い、メロペネムをベニシリンGに変更したが症状の改善を認めず、急速に血小板の低下が進行した。骨髄生検を行い、造血器腫瘍を疑わせる所見は認めず、その後も多発肺結節は増大傾向であり、CTガイド下肺生検を行い、EBウイルス陽性びまん性大細胞型B細胞リンパ腫の診断が得られた。同日より、R-CHOP療法が開始され、肺病変の縮小を認めた。

【考察】免疫調節剤や生物学的製剤使用中の炎症性腸疾患患者に悪性リンパ腫が合併することは知られているが、発症機序やリスクに未だ一定の見解はなく、本症例に文献的考察を加えて報告する。

クロウン病、リンパ腫

6 内視鏡所見から非特異性多発性小腸潰瘍症と診断した 一例

横須賀共済病院

山下 萌、宇賀美彩、宮部美佳、慶徳大誠、渡壁慶也、村田 彩、
新見真史、野澤さやか、古谷晴子、小馬瀬一樹、田邊陽子、
新井勝春、渡辺秀樹、鈴木秀明

【症例】27歳男性【現病歴】特記すべき既往なし。以前より一過性の血便エピソードを繰り返していたが、精査はされていなかった。20XX年12月、飲酒後に大量の血便を認め、意識消失、ショックの状態でご当院に救急搬送された。Hb9.3g/dlと貧血を認め、出血性ショックにて集中治療室に入院となった。CTでは明らかな出血源を認めず、内視鏡での出血源検索を行った。第4病日に施行した下部消化管内視鏡では痔核と微小ポリープを認める他は異常所見なかったが、回腸末端より淡血性の液体流出を確認した。第5病日の上部消化管内視鏡では異常所見認めなかった。緩徐な貧血進行あり、第6病日にはHb7.4g/dlまで低下し、小腸出血を疑い同日に下部小腸内視鏡を行った。回腸に浅く斜走する潰瘍性病変が近接観察しており、生検を行った。生検結果からは悪性所見はなく、腸結核、クロウン病、腸管ペーチュート病を疑う所見はなく、薬剤性腸炎を疑う経過もなかった。これまでも血便エピソードを繰り返していることと、内視鏡にて複数の潰瘍性病変を認めないことから、非特異性多発性小腸潰瘍症の診断とした。腸管安静による保存的加療にて血便は消失、貧血進行は改善した。【考察】非特異性多発性小腸潰瘍症は慢性的臨床経過と特徴的小腸病変を有する疾患である。臨床像とX線・内視鏡所見あるいは小腸切除標本の病理診断を組み合わせ、その他の疾患を除外することにより診断される。有効な治療はなく、貧血と低蛋白血症に対する対症療法が必要となる。肉眼的血便は見られないこともあるが、本症例では血便を契機に診断に至った。比較的稀な非特異性多発性小腸潰瘍症の一例であり、若干の考察を加えて報告する。

非特異性多発性小腸潰瘍症、血便

7 シングルバルーン小腸内視鏡検査で診断し得た原発性 小腸未分化癌の一例

北里大学メディカルセンター

深川菜央美、上原一帆、鴻上太郎、川口祐輔、大塚俊和、
田原久美子、渡邊真彰、木田光広

【症例】87歳男性。2014年に前立腺癌と診断されホルモン療法を施行されていた。2カ月前からの左側腹部痛、全身倦怠感、体重減少を主訴に受診した。受診時の血液検査では貧血の進行と炎症反応高値を認めた。精査目的の腹部造影CT検査で空腸に全周性の壁肥厚を2カ所認め、周囲の小腸腸間膜リンパ節は腫大していた。小腸腫瘍が疑われシングルバルーン小腸内視鏡検査を施行するとTreitz韧带より肛門側約5cmの空腸に周堤を伴う3/4周性の潰瘍性病変を認め、さらに約20cm肛門側に全周性の潰瘍性病変を認めた。生検による病理組織所見ではいずれの病変からも細胞質の乏しい未分化な腫瘍細胞を認め、免疫染色ではCAM 5.2、AE1/AE3が陽性でUndifferentiated carcinoma、Group5と診断した。ガリウムシンチグラフィでは2個の小腸腫瘍、周囲の小腸腸間膜リンパ節以外に異常集積は認めず、以上から原発性小腸未分化癌と診断した。手術を検討したが年齢や全身状態から困難であったため、現在は貧血に対して輸血で対応とし無治療経過観察中である。【考察】原発性小腸癌は全消化管腫瘍の0.1-0.3%の頻度と報告されており、未分化癌は原発性小腸癌の1.8-6.3%とさらに稀である。今回我々は極めて稀な原発性小腸未分化癌の一例を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

小腸未分化癌、原発性小腸癌

8 下部消化管穿孔に対して保存的加療にて改善した血 管型Ehlers-Danlos症候群の1例

慶應義塾大学病院 一般・消化器外科¹⁾、

慶應義塾大学医学部 臨床遺伝学センター²⁾

水野翔大¹⁾、清島 亮¹⁾、岡林剛史¹⁾、鶴田雅士¹⁾、茂田浩平¹⁾、
池端昭慶¹⁾、森田 寛¹⁾、足立陽子¹⁾、牧野映嗣¹⁾、松岡信成¹⁾、
佐々木健人¹⁾、門野政義¹⁾、小桐雅世¹⁾、加藤悠人¹⁾、小関優歌¹⁾、
小崎健次郎²⁾、北川雄光¹⁾

症例は24歳、女性。左側腹部痛を主訴に当院救急外来を受診した。両側内頸動脈解離、両側椎骨動脈解離の既往があり、8カ月前に他院で血管型Ehlers-Danlos症候群（以下EDS）と診断された。当院受診時の腹部CT検査で結腸脾彎部部の腸管壁内気腫および近傍の腹腔内にfree airを認め、同部位の下部消化管穿孔と診断した。圧痛部位が局限しており汎発性腹膜炎の所見がなかったこと、また血管型EDS患者の手術に伴うリスクを考慮して保存的加療を行う方針とした。入院後は速やかに炎症反応と腹部症状の改善を認め、第10病日に食事再開した。第13病日に一時的に発熱と炎症反応再上昇があり再度禁食としたが、第14病日に施行した腹部CT検査でfree air減少していることを確認し、食事を再開した。その後は経過良好にて第26病日に軽快退院となった。退院後は外来にて、緩下剤による便通コントロールを行っており、症状の再発はない。血管型EDSはIII型プロコラーゲン遺伝子（COL3A1）の変異により結合組織の異常をきたす疾患であり、約70%の症例は血管破裂、解離、消化管穿孔などが初発症状となる。医学中央雑誌で「血管型Ehlers-Danlos症候群」、「穿孔」をキーワードに検索する（会議録を除く）と15例の下部消化管穿孔の報告を認め、来院時に血管型EDSと診断されているものは1例のみであった。疾患の性質上、穿孔部位の自然治癒が難しく手術が基本治療であるため、穿孔の程度に関わらず全症例で緊急手術が施行されていた。しかしながら多くの症例で術後縫合不全や再穿孔をきたしており、術後経過が決して良いわけではない。本症例のように来院時に血管型EDSと診断されている場合、症状が軽度であれば保存的加療も選択肢の一つと考えられる。また、入院時CT検査で著明な便秘を認めており、便秘症を契機とした腸管内圧上昇が原因の穿孔であったと推察された。穿孔予防のため、血管型EDSと診断された場合には緩下剤の常用も有効であると考えられる。

血管型Ehlers-Danlos症候群、穿孔

13 重症の急性A型肝炎に対するステロイドパルス後にアメーバ腸炎を発症し劇症化した一例

東京ベイ・浦安市川医療センター
加藤 綾, 吉岡 翼, 宮垣亜紀, 本村廉明

【症例】70代, 男性。【主訴】倦怠感【現病歴】生牡蠣摂取数日後からの倦怠感のため当院を受診。血液検査でAST 4788 U/L, ALT 7681 U/L, ALP 270 U/L, γ GT 253 U/L, T. bil. 6.0 mg/dL, PT 29%と著明な肝障害を認め、腹部CT検査では胆嚢浮腫のみで閉塞機転はなかった。急性肝炎として同日入院。【既往歴】2型糖尿病, 10年前に梅毒治療後。【内服薬】シタグリブチン50 mg, メトホルミン500 mg, エンバグリフロジン10 mg, カンデサルタンシレキセチル2 mg, インスリンデグludeク12単位。新規開始薬剤はなし。【生活歴】飲酒, 喫煙なし。【臨床経過】病歴から急性A型肝炎重症型を疑い, メチルプレドニゾン500 mg/日のステロイドパルスののち後療法を開始。肝障害は経時的に改善し, 後日血液検査でA型肝炎と診断した。第13病日に右下腹部痛を発症し, 腹部CT検査で回盲部から上行結腸に限局性の腸管浮腫を認めた。腸結核やサイトメガロウイルス腸炎を鑑別に下部消化管内視鏡検査を行ったところ盲腸から回盲弁に限局する類円形潰瘍が多発していた。アメーバ赤痢を疑い同日からメトロニダゾールを開始し, 後日組織診断でアメーバ腸炎と確定診断した。投与数日後には症状は軽快したが, 第25病日に上行結腸穿孔を来した。緊急右半結腸切除と回腸ストマ造設術を行い, 術後経過良好のため第54病日に自宅退院した。【考察】現在, 市中病院では赤痢アメーバの抗体やPCRなどの低侵襲な検査は不可能であり, それ以外の検査の感度は高くない。ステロイド投与前の赤痢アメーバのスクリーニングは困難だが, 免疫抑制下ではアメーバが再活性化し劇症化することがある。ステロイド投与患者に消化器症状が出現した場合はアメーバ赤痢も念頭に速やかに画像検査を行い, 疑った時点で治療を開始することが重要である。

アメーバ腸炎, ステロイド

14 虚血性腸炎に類似した所見をとり, 診断に苦慮した大腸アミロイドーシスの一例

横浜市立大学附属病院 肝胆膵消化器病学
海老澤佑, 高津智弘, 吉原 努, 三澤 昇, 芦苺圭一, 松浦哲也, 冬木晶子, 日暮琢磨, 中島 淳

症例は82歳, 女性, 腎硬化症で前医に通院中であった。X年6月頃から血便, 下腹部痛が出現し, 前医に受診した。下部消化管内視鏡検査にて縦走潰瘍を認め, 虚血性腸炎の診断で保存加療を行った。しかし, 一時的な改善は得られるものの, 食事摂取をすと出血を繰り返した。精査目的にX年9月に当院へ紹介受診した。血管炎や感染症なども含めた精査を外来に進めたが, その間も少量の血便を繰り返した。紹介から1カ月後には出血量が多くなり, 貧血も進行したため緊急入院とした。再度当院でも下部消化管内視鏡検査を行い, 下行結腸からS状結腸に縦走する潰瘍を認めた。非特異的ではあるが, クローン病に準じてメサラジン投与を開始した。後日, 生検で間質への好酸球性無構造物の沈着を指摘され, コンゴレッド染色が陽性となったため, アミロイドーシスの診断となった。アミロイド沈着の原因精査を進める間にも, 増悪寛解を繰り返した。X+1年1月からはステロイド療法を開始した。しかし, 出血症状は増悪寛解が続いた。その後, 血液内科で骨髄生検を行い, 多発性骨髄腫の診断となった。血液内科にてボルテゾミブ+デキサメタゾン療法を開始したものの少量の出血は継続した。通院困難となり, 治療継続のため, 近医へ紹介となった。本症例は左半結腸において虚血性腸炎様の縦走潰瘍を呈した稀な1例であったため, 若干の文献的考察を加えて報告する。

アミロイドーシス, 縦走潰瘍

15 所属リンパ節に内膜症組織を認めた腸管子宮内膜症の3例

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

【はじめに】腸管子宮内膜症は腸管壁に子宮内膜様の組織が増生し, 月経周期とともに排便痛や血便を生じる。ホルモン療法が行われるが症状が改善しないときや, 腸閉塞などをきたした場合には腸管の切除を要することがある。一方で内膜症組織がリンパ節に認められることは稀である。今回, 我々は所属リンパ節に内膜症組織を認めた3例を経験したため, 若干の文献的考察を加え報告する。【症例】2017年7月から2019年7月までに腸管切除を施行した腸管子宮内膜症症例は7例。平均年齢39.0歳(中央値43歳, 29-45歳), 婦人科手術と同時にに行われた術式は直腸低位前方切除5例, 回盲部切除1例, 虫垂切除1例。腹腔鏡5例, 開腹2例。このうち所属リンパ節が摘出された6例中3例(50%)に内膜症組織を認め, いずれも直腸切除症例であった。術後3-27ヶ月が経過し全例内膜症の再発なく外来フォロー中である。【考察】リンパ節に内膜症組織を有した腸管子宮内膜症の3例を経験した。内膜症組織のリンパ節転移に関しては予後因子とならないという報告もあるが, 悪性転化を認めた症例も報告されており, その意義に関しては症例を集積し検討する必要がある。

腸管子宮内膜症, リンパ節

16 DAA治療後に特異な再発を認めた肝細胞癌の3症例

関東労災病院
辛島 遼, 金子麗奈, 岩田俊太郎, 鈴木啓太, 小林 輝, 木村祐介, 小林俊介, 大森里紗, 矢野雄一郎, 鎌田健太郎, 三輪 純, 小川正純, 池原 孝, 佐藤 謙

2014年から開始されたC型慢性肝炎に対するDrug Acting Antivirals治療はほぼ100%のウイルス排除を可能とした。しかし, ウイルス消失後も一定率で発癌は見られる。当院で経験したDAA後発癌のうち, 特異な経過を呈した3症例を報告する。1例目: DAA内服より3年前にTAE加療後無再発であった79歳女性。ダクラタスビル, アスナプレビルでSVRを得た1年後, S1のTAE痕部に急速な局所再発を認め, 再度TAEを施行したが無効であり手術加療とした。2例目: DAA内服より4ヶ月前にRFAを施行した71歳男性。ダクラタスビル, アスナプレビルで加療後期に, AFPが上昇を始めたものの, 超音波, CT, PET-CTいずれによっても腫瘍影を認めなかった。内服終了から6ヶ月後, AFP 981ng/mlまで上昇した時点でS2のRFA痕より抹消のP2に広がる広範な門脈腫瘍塞栓を同定し得た。3例目: DAA内服より1年前にS6にTAE加療後無再発で経過していた85歳女性。ソホスビル内服加療後2年6ヶ月より閉塞起点不明の胆管炎を繰り返し, 3年6か月後, S6TAE痕部に腫瘍の再発を認め, 同部位より抹消の胆管の閉塞による胆管炎の診断となった。いずれの症例も, TAEやRFAなどの局所療法で, 画像上認識し得ないものの残存していた腫瘍細胞が, DAA治療後に再度増悪を認めたと考えられた。組織型が高分化型であっても増殖が早く, 画像で認識されにくいという特徴を持った再発進展経過をとっていた。DAA治療を前提として肝細胞癌治療を行う際には, できるだけ根治度の高い切除を選択すること, また局所療法後のDAA治療症例は, 長期間に及ぶ綿密な再発経過観察が必要と考える。

DAA, C型慢性肝炎

17 肝細胞癌との鑑別を要した卵黄囊腫瘍の1例

昭和大学 医学部 内科学講座 消化器内科学部門
野口敏宏, 中島陽子, 梶原 敦, 杉浦育也, 下間 祐, 打越 学,
坂木 理, 吉田 仁

【背景】卵黄囊腫瘍は、胚細胞腫瘍のひとつである。若年層に多く、急速に進展するが化学療法が著効することも多い。今回我々は、後腹膜腫瘍を伴う多発肝腫瘍を認めAFP、AFP-L3分画が高値を示し、肝細胞癌との鑑別を要した1例を経験したので報告する。【現病歴】35歳男性。特に既往はない。2か月程前から発熱、右側腹部痛、倦怠感を自覚し、症状増悪のため前医を受診した。前医の単純CT検査で多発肝腫瘍を認め、精査、治療目的に当院を紹介受診した。【経過】初診時は右季肋部に自発痛を認め、血液検査上は炎症反応高値、肝胆道系酵素上昇を認めた。腫瘍マーカーはAFP 12, 059ng/ml、AFP-L3 98.1%と高値、PIVKA-IIは正常値であった。造影CT検査では、多発肝腫瘍以外に下大静脈に浸潤し腹部大動脈、右尿管、十二指腸水平脚を巻き込む腫瘍を後腹膜に認めた。造影CT検査及び腹部造影超音波検査では一部壊死を疑う、内部血流の乏しい腫瘍として見られ、肝細胞癌としては非典型的であった。初診同日に超音波下肝腫瘍生検を施行し卵黄囊腫瘍の診断に至り、現在化学療法中である。【結論】本症例は、慢性肝障害を伴わず画像的にも肝細胞癌の所見に乏しかったが、AFP、AFP-L3高値であったため肝細胞癌との鑑別を要した。初診時すでに多発肝転移を伴い予後不良群であり急速に全身状態の悪化を認めた。AFP-L3分画が高値でも肝細胞癌に非典型的であれば胚細胞腫瘍も念頭に置き早期に腫瘍生検で診断する必要がある。腫瘍マーカーのみならず患者背景や画像診断を総合的に考える必要がある症例であり若干の文献的考察を加えて報告する。

卵黄囊腫瘍, 胚細胞腫瘍

19 急性肺炎後に発症した重症型アルコール性肝炎の1例

東京慈恵会医科大学附属 柏病院¹⁾、
東京慈恵会医科大学附属病院²⁾
荒井千香子^{1,2)}、石川将史^{1,2)}、松本喜弘^{1,2)}、山本純平^{1,2)}、
桐生幸苗^{1,2)}、杉山悦郎^{1,2)}、中田正裕^{1,2)}、大瀧雄一郎^{1,2)}、
鈴木静香^{1,2)}、赤須貴文^{1,2)}、星野 優^{1,2)}、伊藤善翔^{1,2)}、内山 幹^{1,2)}、
小井戸薫雄^{1,2)}

【症例】61歳、男性。20XX年3月に心窩部痛を主訴に前医を受診しアルコール性急性肺炎診断にて18日間入院治療となった。前医退院後、肝障害が遷延するため精査治療目的に当科を紹介受診し、著明な黄疸（直接ビリルビン：17.8mg/dl）のため同日緊急入院となった。飲酒歴や血液検査等より重症型アルコール性肝炎と判断しPSL 60mg/日投与にて治療を開始した。2週間程度で白血球およびビリルビンの低下を認めたため徐々にPSLを減量した。PSL 20mg/日まで減量していた第56病日に咯血を認め、肺炎・肺出血と診断した。第58病日には血便も認め、各種輸血および抗菌薬投与にて治療したが第68病日に死亡した。【考察】重症型アルコール性肝炎は、アルコール性肝炎の中でも全身倦怠感・食欲不振と共に発熱・肝腫大・腹水・顕著な白血球上昇や高ビリルビン血症等を認め、肝性脳症・感染症・腎不全・消化管出血などを合併する劇症肝炎と並び予後不良な疾患である。当院では、これまでに他4例の重症型アルコール性肝炎を経験しているが、今回はステロイド治療により一時病状の改善を認めたものの肺炎・肺出血・消化管出血等を併発し厳しい経過をたどった症例を経験した。重症型アルコール性肝炎は血球浄化療法など集学的治療が施行されることがあるが未だに救命率は約60%程度であり、今後も症例の集積が必要と考えられ、若干の文献的考察を加えて報告する。

急性肺炎, アルコール性肝炎

18 肝内胆管癌との鑑別に苦慮したIgG4陽性の肝炎症性偽腫瘍の1例

東海大学 医学部 消化器内科
杉山 悟, 鶴谷康太, 広瀬俊治, 鈴木秀和, 加川建弘

【症例】80歳男性【主訴】肝腫瘍精査【現病歴】毎年健診を受診していた。XX年の健診における腹部超音波検査にて肝左葉の腫瘍性病変を指摘され、当院へ紹介受診となった。【既往歴】心房細動（ペースメーカー挿入中）、高血圧症、慢性腎不全、糖尿病、COPD、虫垂炎【経過】血液生化学検査ではγ-GTP 117 U/Lと高値をしめしたが、肝逸脱酵素の上昇や黄疸を認めなかった。腫瘍マーカーとしてAFP 2.8ng/ml、CEA 2.3 ng/ml、CA19-9 25.5 U/mlと上昇は認めなかった。腹部超音波検査では肝S3に25mm大の低エコー結節を認め、末梢の胆管拡張を認めた。腹部造影CT検査においては肝左葉に早期濃染を示す結節は認めず、明瞭な腫瘍構造は明らかではなかった。鑑別としてまず肝内胆管癌を考えていたが、高齢であり、耐術性にもリスクがあることから鑑別診断の為、経皮的肝生検を施行した。病理検査では胆管周囲の線維化と高度なリンパ球浸潤と形質細胞浸潤を認めた。また、胆管の腺上皮細胞に明らかな異形を認めなかった。免疫組織化学で、形質細胞を高頻度にIgG4陽性であった。本症例の血清IgG4は189 mg/dlと高値であり、IgG4関連肝炎症性偽腫瘍と診断した。【考察】IgG4関連疾患が肝病変として発症する場合は硬化性胆管炎、肝炎症性偽腫瘍、慢性活動性肝炎が挙げられる。肝炎症性偽腫瘍は胆管の硬化性炎症により結合組織が拡大する疾患である。増大傾向といった臨床経過や、画像検査にて悪性腫瘍を否定できない例も多く、外科的切除で診断される症例も少なくない。本症例のように肺炎を含むIgG4関連他臓器病変を伴わない肝炎症性偽腫瘍の診断は肝生検なしでの診断は難しいと思われる。しかし、画像検査において肝腫瘍の典型的な所見が得られず、IgG4関連疾患を鑑別として挙げ、高IgG4血症（135mg/dl以上）であれば、肝生検を検討するというアプローチが考えられる。

IgG4, 炎症性偽腫瘍

20 肝内門脈癌の1例

東京労災病院 消化器内科
藤井紘大, 西中川秀太, 副島啓太, 松本 将, 乾山光子,
大場信之

症例は82歳男性。201×年6月、右季肋部痛で当院を受診され急性胆嚢炎の診断で入院となった。既往歴には高血圧、狭心症、脊柱管狭窄症、尿管結石および早期胃癌（内視鏡的粘膜下層剥離術後）があり、飲酒歴はない。家族歴に特記すべきものはない。入院中に施行した腹部造影CT検査の門脈相で門脈右枝に造影効果を伴う囊胞状拡張を認め、門脈癌が疑われた。腹部造影超音波検査で同部位は門脈を供給血管とする瘤として観察され、B画像では内部に血管が渦を巻くように対流がみられ門脈癌に矛盾はなかった。造影MRI検査でも肝右葉に門脈P8と連続する境界明瞭な腫瘍性病変として観察され、門脈と同様のパターンを示しており肝内門脈癌と診断した。急性胆嚢炎については保存的治療で軽快し、第12病日に退院となり当科外来に通院中である。門脈癌は門脈が限局性に囊状あるいは紡錘状に拡張したもので、肝内門脈癌と肝外門脈癌に分類されている。その多くは本症例のように腹部超音波検査やCT検査などの画像診断により偶然に発見される。門脈癌の成因として先天性、門脈圧亢進症による後天性変化、手術や外傷などによるものが挙げられる。本症例では201X-8年に施行されている造影CT検査で門脈癌の指摘はなく先天性は否定的である。また開腹手術や外傷などのepisodeはなく、門脈圧亢進を示唆する所見に乏しい成因は不明であった。今回腹部CTで偶然に発見した肝内門脈癌を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

門脈癌, 肝内門脈癌

21 各種画像により評価し得た先天性門脈体循環シャントの1例

東京医科大学病院 消化器内科
中村駿介, 杉本勝俊, 阿部正和, 吉益 悠, 竹内啓人, 笠井良孝, 糸井隆夫

先天性門脈体循環シャントは、門脈血が直接体循環へ流入することで高アンモニア血症、肝性脳症などをきたす疾患である。症例は28歳、女性。内服歴なし。前医で肝生検を施行され良性肝腫瘍(FNH-like lesionと診断)にて経過観察されていた。今回患者の転居のため当科に紹介され受診となった。前医の指摘のように、腹部エコーでは肝内に多発する高エコーの結節性腫瘍を認め、造影エコーでは動脈相で肝全体が早期に濃染し動脈肝を呈し結節の濃染は認めず、kupffer相で等エコーの所見であった。EOB-MRIでは肝内に多発する多様な形態の過形成性結節を認めた。さらに頭部MRI検査を試行したところ、たん蒼穹、大脳基底核に高信号を認め、肝性脳症に特異的な所見であった。造影MRI検査を見返すと左胃静脈-左腎静脈間にシャントが存在し、精査のため4D-CT検査を用いたところ門脈血は左胃静脈から左腎静脈を経由して下大静脈に流入しており、門脈は狭小化していることが確認できた。先天性門脈大循環シャントと診断し、採血で持続する高アンモニア血症を呈するため、現在はリフキシマ内服で経過観察とし、症状増悪した場合は手術やシャント塞栓術も考慮している。今回、本症例の超音波(ドプラー、造影、エラストグラフィ)、EOB-MRI、4D-CT所見を中心に発表する。

先天性門脈体循環シャント, 肝性脳症

22 典型的な画像を呈した化膿性門脈炎の1例

獨協医科大学 医学部 内科学(消化器) 講座
小島原駿介, 山宮 知, 永島一憲, 竹中一央, 有坂高洋, 眞島雄一, 菅谷武史, 土田幸平, 富永圭一, 飯島 誠, 郷田憲一, 入澤篤志

【症例】50歳台、男性。【主訴】発熱【現病歴】20XX-10年から糖尿病のため近医にて血糖降下薬内服にて加療されていた。20XX年Y-1月から腹痛・発熱を認め、持続するも解熱鎮痛剤内服にて経過観察されていた。20XX年Y月に症状改善しないため精査加療目的に当院を紹介され受診した。精査にて化膿性門脈炎と診断され入院となった。【既往歴】脳梗塞、糖尿病、高血圧、脂質異常症【身体所見】血圧104/80mmHg、心拍数93回/分、体温37.0℃、呼吸数18回/分、SpO2 98%(room air)、腹部:平坦・軟・圧痛なし【血液検査所見】WBC 10,600/ μ L、Hb 15.5g/dL、Ht 46.3%、Plt 49.9 $\times 10^3$ / μ L、BUN 2.5mg/dL、Cr 0.66mg/dL、TP 7.2g/dL、Alb 3.3g/dL、AST 57IU/L、ALT 69IU/L、ALP 614U/L、LDH 226IU/L、 γ -GTP 370IU/L、CRP 14.75mg/dl、PT-INR 1.17、APTT 38.6秒、D-dimer 8.7 μ g/mL、AT-III 60%、HbA1c 7.5%、Protein C 90%、Protein S 106%【画像所見】腹部骨盤造影CT:門脈両枝に血栓あり同部位にattenuation differenceを認める。左枝臍部の門脈壁の肥厚・濃染を認める。胆管拡張や虫垂腫大は認めない。【治療経過】入院後、Meropenem (MEPM) 3g/日の投与、Heparin sodium 10,000単位/日にて抗血栓療法を開始した。第6病日の血液検査では炎症反応の著明な改善を得た。原因検索目的に上部消化管内視鏡検査(EGD)と下部消化管内視鏡検査(CS)を施行した。EGDでは明らかな異常を認めなかった。CSでは上行結腸とS状結腸に大腸憩室を多数認めた。第14病日に施行した腹部造影CTでは、門脈左枝の血栓残存を認めたが、門脈右枝の血栓と門脈臍部の壁肥厚は消失した。Edoxaban Tosilate Hydrate 60mg/日の内服による抗血栓療法に変更し、その後経過良好のため、第23病日に退院した。本症例は糖尿病の既往があり、易感染性であったことから、腹腔内感染症による門脈血栓症が発症し、それに引き続いて化膿性門脈炎を発症した起こした可能性が考えられた。【結語】典型的な化膿性門脈炎の造影CT画像を呈した症例を経験したため報告する。

化膿性門脈炎, 門脈血栓症

23 肝細胞癌骨転移、左腎細胞癌の重複癌に対し、集学的治療によりQOLを維持しながら長期生存を得ている一例

東邦大学 医療センター 大橋病院 消化器内科
馬場隆成, 山本修平, 松井貴史, 三枝善伯, 塩澤一恵, 渡邊 学, 前谷 容

症例は70代、男性。201X年1月に健康診断でC型肝炎を指摘され、精査目的で当科紹介受診となった。血液検査ではAFP162ng/ml、PIVKA-2 98mAU/mlと上昇し、腹部超音波検査にて肝S8に50mm大のモザイクパターンを呈する腫瘍をみとめ、同腫瘍はDynamic CTの動脈相で造影効果、平衡相で欠損像を示し、肝細胞癌(HCC)と診断した。その際のCTで左腎に45mmの腎細胞癌、さらに、入院後の精査で左大腿骨頸部に転移性骨腫瘍もみとめた。転移性骨腫瘍の原発果がいずれなのか判定はできなかったが、まずはHCCに対して、内科的治療を先行し、その後、泌尿器科で腎細胞癌の手術を行う方針とした。HCCに対して、同年1月末に肝動脈化学療法(TACE)、2月にラジオ波焼灼療法(RFA)を施行した。3月に腹腔鏡下左腎切除術を行い、4月に他院で左大腿骨腫瘍広範囲切除、人工骨頭置換術を施行した。病理検体から転移性骨腫瘍はHCCの骨転移と診断された。その後は定期的に経過観察中、同年6月、9月、6年後、7年後に肝内再発を認め、いずれもRFAを施行した。なお、経過中、HCCフリーとなったため抗ウイルス薬(DAA)を導入したところHCVは陰性化し、HCC骨転移診断91ヶ月後の現在、生存中である。HCCの骨転移の頻度は50.14%と報告され、有効な局所治療はほとんどなく、大部分に対処療法が行われている。疼痛や麻痺に対しては放射線療法、TACE、RFAなども施行されることがあるが、疼痛の再燃が問題となる。予後は不良とされており、転移性骨腫瘍が指摘されてからの平均生存期間は7.4から11ヶ月という報告もある。今回、骨転移を伴うHCC、腎細胞癌の重複癌に対し、TACE、RFA、外科的治療を行いQOLを維持しながら長期生存を得ている症例を経験した。HCC骨転移例の長期生存例は非常に稀であり、若干の文献的考察をふまえ報告する。

肝細胞癌骨転移, 腎細胞癌

24 全身臓器に多発膿瘍を呈し、集学的治療が奏功した過粘稠性Klebsiella pneumoniaeによる侵襲性肝膿瘍症候群の一例

横浜労災病院 消化器内科¹⁾、同 脳神経内科²⁾、同 整形外科³⁾、同 眼科⁴⁾、同 井友里加¹⁾、内山詩織¹⁾、遠山翔大¹⁾、富田尚貴¹⁾、加藤ゆり¹⁾、芹澤 奏¹⁾、宮崎夏菜美¹⁾、八木 伸¹⁾、森久保尚美¹⁾、鈴木雅人¹⁾、小宮靖彦¹⁾、金沢憲由¹⁾、関野雄典¹⁾、川名憲一¹⁾、永瀬 肇¹⁾、佐々木拓也²⁾、北村茉依³⁾、杉江正崇⁴⁾

【症例】42歳男性【主訴】発熱、倦怠感【既往歴】2型糖尿病(未治療、HbA1c 11.2%)【生活歴】アルコール120g/日【現病歴】1か月前から全身倦怠感を自覚し、39℃の発熱を認めたため救急外来を受診した。造影CTで肝臓内にガス産生を伴う70mm大の低濃度腫瘍と両肺野に多発結節影を認め、肝膿瘍及び敗血症性肺塞栓症の診断で入院となった。【経過】入院同日経皮肝膿瘍ドレナージ術(PTAD)を施行し、MEPMの投与を開始した。その後急速に意識障害・呼吸状態の悪化を来し、ICUにて人工呼吸器管理を行うとともに、髄膜炎の合併を考慮しMEPMは6g/日とした。第7病日に腰椎穿刺・頭部MRIを施行し、髄膜炎及び多発脳膿瘍の所見を認めた。また、左視力低下が明らかとなり、軽度の眼内炎の併発が疑われた。第12病日には左下腿・右前腕の腫脹が出現し、MRIで筋内膿瘍を認め、微小切開ドレナージ術を行った。血液・肝膿瘍・喀痰の培養からK. pneumoniaeが検出され、抗菌薬はCTR 4g/日に変更した。第15病日に肝被膜下に膿瘍腔の新出を認め、追加のPTADを施行した。その後、肝膿瘍腔は徐々に縮小し、第49病日にドレーンの抜去を行った。意識障害や視力が改善傾向であり、第58病日に抗菌薬を終了し、その後も肝及び肺・筋内膿瘍の増大は認めず、第75病日にリハビリ転院となった。【考察】未治療の糖尿病、アルコール多飲を背景に、肝膿瘍に続発し多臓器へ血行性転移性感染巣を生じたK. pneumoniae感染症の一例を経験した。肝膿瘍に他臓器の感染を併発した場合には、本疾患を疑い、全身の膿瘍検索とともに早期のドレナージと適切な抗菌薬の選択が重要であると考えられる。

肝膿瘍, クレブシエラ

東京通信病院 消化器内科

匹田祐樹, 時任佑里恵, 高岡真哉, 古谷建悟, 松井 徹, 加藤知爾, 小林克也, 関川憲一郎, 光井 洋

【症例】70歳、女性【主訴】発熱【現病歴】B型慢性肝炎、肝硬変に対してX-1年よりエンテカビル0.5mg/日を内服して、肝性胸水を確認していた。X年7月下旬に発熱、胸水の増加が見られたため入院となった。【経過】菌血症と特発性細菌性胸膜炎の可能性を考慮し、血液培養採取の上、第1病日にスルバクタム/セフォペラゾン (SBT/CPZ) の投与を開始した。第3病日に血液培養からグラム陰性桿菌が検出された。その後第7病日にPasteurella multocida (P. multocida) が同定され、入院1~2日前に猫咬傷を負った病歴が明らかになったことと併せて起炎菌と考えられた。なお、第3病日に施行した胸水培養は一般細菌陰性だったが白血球は増加していた。同菌はSBT/CPZに感受性があり第14病日まで投与を継続し経過良好にて退院となった。【考察】肝硬変患者は易感染状態にあり、感染症が重篤になりやすい。また、P. multocidaの保菌率は猫で約90%、犬で15~75%と高率であり飼育動物が原因の感染症で最も注意すべき原因菌と言われている。P. multocida菌血症は死亡率20~30%であり早期治療介入が重要である。肝硬変患者のP. multocida菌血症は本邦・海外合わせて32例の報告があり、胸水から4例、腹水からは5例、同菌を検出した症例がある。本症例ではP. multocida菌血症を来し、胸水培養は陰性であったものの、白血球増加していた状況などから特発性細菌性胸膜炎の合併が強く疑われた稀な症例である。同菌による菌血症は死亡率が高いにも関わらず極めて良好な経過をたどった症例と考えられる。【結語】肝硬変患者が発熱で来院した際は、動物との接触の可能性が有ればP. multocida感染症を念頭に置き、抗菌薬を早期に開始することが重要である。

肝硬変, 猫咬傷

済生会横浜市東部病院¹⁾, 東邦大学医療センター大森病院²⁾
 萩原紗織¹⁾, 岩崎 将¹⁾, 並木萌子¹⁾, 氏田 互¹⁾, 横山怜子¹⁾,
 鈴木雄太¹⁾, 佐藤真司¹⁾, 馬場 毅¹⁾, 大久保雄介¹⁾, 中野 茂¹⁾,
 五十嵐良典²⁾

症例-1: 61歳男性、数日前からの心窩部痛を主訴にA病院を受診し、胃炎として内服加療されたが、症状が再燃したため再度同院を受診したところ、黄疸を指摘されB病院を紹介受診した。血液検査、CT検査の結果、総胆管結石による閉塞性黄疸と診断され、緊急内視鏡的逆行性胆道造影 (ERCP) 目的に当院に転院搬送された。ERCPにてESTを行うと胆汁中に石灰成分が混入しており、石灰乳胆汁と総胆管胆石をバスケット・バルーンカテーテルで除去しERBDを留置。黄疸はすみやかに改善し第7病日に退院した。症例-2: 26歳女性、1か月前からの繰り返す右季肋部痛を主訴に当院を受診した。血液検査で肝胆系酵素の上昇が認められ、腹部エコーとCT検査で胆嚢頸部に胆石があり、総胆管結石と肝内胆管の拡張も認められた。緊急ERCPを施行したところ、乳白色の石灰乳胆汁と総胆管結石が認められ、バスケット・バルーンカテーテルで採石を行いERBDを留置した。黄疸は改善し、症状も消失し、第6病日に退院した。2症例ともCT画像では総胆管の長い距離にわたって高吸収な液状陰影を認めていた。また、再発予防目的に胆のう摘出術を外科へ依頼する方針となった。石灰乳胆汁は比較的まれな疾患で、成因としては胆嚢管または頸部の閉塞と慢性胆のう炎の存在が重要とされている。通常は胆嚢内にしかみられないが、ごくまれに総胆管内にも流出し、発熱や黄疸をきたすことがある。今回、CT画像で総胆管結石症と鑑別を要した石灰乳胆汁の2症例を経験したので、文献報告も踏まえ報告する。

石灰乳胆汁, 閉塞性黄疸

藤沢市民病院 消化器内科¹⁾, 同 緩和ケア内科²⁾,
 同 臨床検査科³⁾, 横浜市立大学附属病院 消化器内科⁴⁾
 東 大輔¹⁾, 近藤新平¹⁾, 榎本昌人¹⁾, 渋谷俊祐¹⁾, 阿南秀征¹⁾,
 濱田 潤¹⁾, 廣瀬俊晴¹⁾, 宮崎茉莉子¹⁾, 有馬 功¹⁾, 合田賢弘¹⁾,
 稲垣尚子¹⁾, 岩瀬 滋¹⁾, 安藤知子²⁾, 清水博之³⁾, 前田 慎⁴⁾

症例は52歳女性。4年前に当院で総胆管結石に対しERCPを施行し、EST後に採石した。20XX年8月14日に3日前からの倦怠感と嘔気を主訴に、当院救急外来を受診した。受診時に37.4℃の発熱を認め、血液検査ではCRP 34.72mg/dL, WBC 8200と炎症反応の上昇、総ビリルビン1.9mg/dL, AST 232 IU/L, ALT 131 IU/L, ALP 374 IU/L, γ -GTP 204 IU/Lと肝胆系酵素の上昇を認めた。腹部造影CT検査では総胆管と肝内胆管の軽度拡張を認め、総胆管結石や腫瘍などによる閉塞起点は認めなかった。以上の所見よりTokyo Guidelines 2018で軽症急性胆管炎の確定となり入院の上、血液培養検査でグラム陰性桿菌が検出されたため、PIP/TAZ (18.0g/day) の投与を開始した。入院後に行ったMRCPでも胆管に閉塞起点は認めなかったが、第2病日に行った血液検査で肝胆系酵素上昇の増悪を認めたため、胆道ドレナージ目的にERCPを施行したところ白色混濁の感染胆汁が排出され、7Fr Plastic stentを留置した。入院時に行った血液培養検査よりVibrio cholerae non-O1が検出され、ERCP時に行った胆汁培養検査からはVibrio cholerae non-O1, Citrobacter freundii, Enterococcus faecalisが検出されたため、Vibrio cholerae non-O1が胆管炎の起原因菌と判断した。培養結果よりPIP/TAZの投与を継続し、その後胆管炎は改善した。第13病日に再度ERCPを施行し胆管の評価を行ったが、やはり総胆管結石や腫瘍などは認めず、胆管cleaningでも結石やdebrisの排出はなく、胆管ステントを抜きて終了とした。胆管炎の原因としてはESTによる乳頭機能廃絶が原因の十二指腸からの逆行性感染が考えられた。PIP/TAZ投与は菌血症の治療期間14日を完遂し、第20病日に退院となった。Vibrio cholerae non-O1は海水、海産性魚介類に広く分布する食中毒原因菌であり、経口的に感染し腸管で増殖、毒素を産生することで下痢を起こす。Vibrio cholerae non-O1による人への感染は主に胃腸炎であり、胆道感染を引き起こし、血液培養より分離されることは非常に稀であり、文献的考察を加え報告する。

胆管炎, Vibrio cholerae non-O1

国家公務員共済組合連合会 平塚共済病院 消化器内科
 土居楠太郎, 西山 竜, 坂部勇太, 北川博之, 寺田昌弘,
 河西顕太郎, 菊池彦彦, 里道哲彦, 山崎好喜

小児の総胆管結石症は比較的まれであるが、特徴として基礎疾患の合併例が多いとされている。今回われわれは誘因となる基礎疾患を有さない小児総胆管結石症の1例を経験したので報告する。【症例】14歳、女児。既往歴:なし。心窩部痛を主訴に近医を受診し、黄疸を指摘された。血液検査で肝機能障害、総ビリルビン高値を認めた。黄疸精査目的で当院紹介受診となった。来院後腹部超音波検査を行い、総胆管に音響陰影を伴う8mm大の高輝度エコーを認め総胆管結石と診断した。総胆管は12mmと拡張し、胆のうは腫大、壁肥厚を認めた。また腹部単純CT検査、MRCP検査も施行し、いずれも総胆管に結石を認めた。入院第3病日にERCP検査を行ったところ、総胆管に結石を確認できなかった。自然排石を疑い腹部CT検査を行ったところ小腸内に結石と考えられる高輝度の物質を確認した。その後食事開始にも症状は著変なく、血液検査上も肝機能障害は改善し、入院第7病日に軽快退院となった。本症例は溶血性貧血や先天性胆道拡張症など基礎疾患は認めなかった。また残念ながら結石の回収はできなかったが、画像所見からはカルシウム成分の多い結石が示唆された。小児の腹痛症例に対して、総胆管結石症も鑑別が必要であると思われた。

総胆管結石, 小児

聖隷福祉事業団 聖隷横浜病院 消化器内科¹⁾, 同 外科²⁾, 同 病理診断科³⁾
佐藤育也¹⁾, 武田武文¹⁾, 豊水道史¹⁾, 安田伊久磨¹⁾, 石橋啓如¹⁾, 吹田洋将¹⁾, 永井啓之²⁾, 末松直美³⁾

【目的】胆嚢穿孔は急性胆嚢炎に低頻度で合併する病態であり、その頻度は2~11%である。胆嚢穿孔では胆嚢周囲に膿瘍が形成されることがあるが、上腸間膜静脈の周囲にまで膿瘍が及んだ症例は稀であり報告する。【症例】69歳男性。糖尿病。脂質異常症で近医に通院中。来院5日前から上腹部不快感、嘔吐、水様下痢が出現し、食欲不振も伴い当院を受診した。発熱はなく、心窩部に軽度の圧痛が認められたがMurphy徴候や反跳痛はなかった。血液検査ではWBC 18490/μL, CRP 8.37 mg/dLと炎症反応の上昇が認められた。腹部超音波検査では胆嚢腫大、胆嚢結石、胆嚢頸部周囲に液体貯留が認められた。造影CTでは胆嚢壁の一部が造影されず、頸部で胆嚢壁が不連続であった。胆嚢頸部から肝床には低吸収域が認められ、膵尾部周囲や上腸間膜静脈に沿って尾側へ進展していた。PTGBDを施行後、後日にPTGBDチューブを胆嚢頸部の穿孔口から肝十二指腸間膜を経由して上腸間膜静脈周囲にまで深部挿入し、膿汁の排液があった。ERCPを施行し、術中の目印となるよう胆管内にENBDチューブを留置後に、開腹胆嚢摘出術が行われた。癒着により胆嚢の同定は困難でPTGBDチューブ、ENBDチューブを目印に胆嚢管で切離する形となり、炎症や穿孔のため形態が判然とせず可能な範囲での胆嚢摘出となった。病理組織学的には胆嚢は強い炎症性変化と壊死により既存構造は判然としなかった。術後の回復は問題なく、膿瘍腔の消失を確認後、第51病日に独歩で退院した。【考察】本症例は、胆嚢頸部の穿孔により肝床に膿瘍が形成され、膵や上腸間膜静脈の周囲へ波及したものと考えられる。医学中央雑誌で「胆嚢炎」、「腸間膜」、「膿瘍」をキーワードとして検索すると、類似した症例が2例のみ報告されていたが、いずれも胆嚢穿孔はなく、胆嚢外に形成された膿瘍が他部位へ波及したものであった。胆嚢穿孔を伴った症例は自験例のみであり、稀な症例と考えられた。【結語】上腸間膜静脈周囲に膿瘍形成が及んだ胆嚢穿孔という稀な症例を経験した。自験例ではドレナージと外科手術により回復を得ることができた。

胆嚢穿孔, 腸間膜膿瘍

昭和大学藤が丘病院 消化器内科
浅見哲史, 高野祐一, 新谷文崇, 小林孝弘, 林 将史, 鈴木怜佳, 遠藤利行, 上原なつみ, 花村祥太郎, 五味邦代, 黒木優一郎, 山本頼正, 井上和明, 長浜正亞

症例は30代女性、多発内分泌腫瘍type1の診断で内分泌内科精査中に、膵頭部に腫瘍性病変を指摘され当科紹介となった。腹部造影CTでは膵頭部に15mmの境界明瞭な類円形腫瘍をみとめ、強い造影効果を伴っており膵神経内分泌腫瘍(p-NET)が考えられた。血清インスリン、グルカゴン、ガストリンは正常範囲内であった。腹部US/MRIを施行し、膵頭部に同様の腫瘍性病変をみとめたが、膵尾部には病変を指摘できなかった。術前精査としてEUSを施行したところ、体部に3mm、4mm、尾部に4mm、5mm、7mm、8mmの低エコー腫瘍を認めた。膵頭部病変、膵尾部病変(7mm)よりEUS-FNAを施行し、いずれもNET(G1)と診断され、膵全域に多発するp-NETと考えられた。外科にコンサルトを行い、可能な限り機能温存での手術を行う方針となった。膵頭部腫瘍に対して腫瘍核出術、尾部の4個の腫瘍に対して脾臓温存膵尾部切除術を施行した。病理結果では、いずれの病変NET(G1)の所見であったが、尾部にはEUSで指摘した病変以外にも1-2mmのNET病変が多発してみられ、多発内分泌腫瘍type1に矛盾しない所見であった。EUSの小病変に対する有用性と限界、および機能温存膵切除を考慮する上で貴重な症例と考えられ、若干の文献的考察を加えて報告する。

膵臓, 神経内分泌腫瘍

がん・感染症センター都立駒込病院 消化器内科¹⁾, 同 肝胆膵外科²⁾, 同 病理科³⁾
野間絵梨子¹⁾, 菊山正隆¹⁾, 吉本憲介¹⁾, 千葉和朗¹⁾, 来間佐和子¹⁾, 大目祐介²⁾, 堀口慎一郎³⁾

【症例】68歳男性【主訴】なし【現病歴】X-6年前より右肺上葉結節を1年毎のCTで経過観察をしていた。X-3年前に膵頭部鉤状突起に小嚢胞を認めたが当時は指摘されなかった。X-2年前に同部位の嚢胞辺縁に石灰化を伴ったが、分枝型の膵管内乳頭粘液性腫瘍(IPMN)の疑いで経過観察となった。X年に嚢胞性病変の著明な増大を認めた。造影CTを再検査すると主膵管径は6mm大と高度に拡張し、主膵管に連続して鉤状突起に20mm大の嚢胞状構造を認めた。内部には石灰化と造影効果を伴う網目状の構造を認め、連続する主膵管は破壊され不明瞭化していた。MRCPでは嚢胞状構造の内部の信号強度は、水より低く不均一であった。EUSでは嚢胞状構造の内部に不整な軽度の高エコー域を認めた。同部位に一致しソナゾイドで造影効果を伴う線状構造を認めた。ERPでは乳頭開大と主膵管内の粘液の充満を認めた。生検では上皮性の腫瘍細胞は検出されなかった。画像所見から浸潤性の膵粘液癌が疑われ、膵頭十二指腸切除術を施行した。切除検体の病理診断では、膵頭部に主膵管から分岐するように30mm大の嚢胞状構造を認めた。内部には粘液を豊富に認め、高分化型腺癌相当の腫瘍細胞が嚢胞状構造を裏打ちしていた。また腫瘍は、膵実質から膵周囲の脂肪組織へ一部浸潤を認めており、術前診断と同様に膵粘液癌の所見であった。【考察】粘液を疑う内容をもつ嚢胞性病変であり、内部に線状網状に血流を認める画像所見は膵粘液癌に特徴的な所見である。本症例は画像所見で術前診断が可能であった貴重な症例であると考え報告する。

膵粘液癌, 画像所見

群馬県太田市 SUBARU健康保険組合 太田記念病院 消化器内科¹⁾, 獨協大学病院 消化器内科²⁾
木村浩一郎¹⁾, 伊島正志¹⁾, 竹中祐希¹⁾, 佐久間文^{1,2)}, 栗原英心¹⁾, 小畑 力¹⁾, 大竹陽介¹⁾

【目的】Trousseau症候群は癌に合併する傍腫瘍神経症候群の1つとして脳梗塞症状を引き起こす病態である。近年膵癌に併発したTrousseau症候群の報告例が散見されている。当院の膵癌症例におけるTrousseau症候群についての臨床病理学的検討から発症の危険因子を模索する。

【対象と方法】当科で過去4年間に切除不能膵癌と診断された145例のうち、Trousseau症候群を併発した10例(6.9%)について、後ろ向きに検討した。

【結果】性別は男性が3例で女性が7例、年齢中央値は70.5歳(61-78歳)であった。臨床病期はstageIIIが1例でstageIVが9例(膵癌取り扱い規約第7版)であった。発症時期は脳梗塞先行が5例であった。D-dimerの中央値は18.6 μg/dl(1.7-35.7 μg/dl)と全例高値であった。CA19-9は10000 U/mL以上が6例で、うち5例は当院における測定上限値120000 U/mL以上であった。Trousseau症候群に対する治療法はheparinが9例で、うち5例でDOACへの変更を行った。3例に脳梗塞再発を認め、うち1例はheparin皮下注射中であった。膵癌に対する治療法はGem+nab-PTX療法が6例、S-1療法が1例、Best Supportive Care(BSC)が3例であった。生存期間中央値は膵癌発症から154日(33-791日、1名生存)、脳梗塞発症から76日(25-152日、1名生存)であった。Trousseau症候群発症症例(T群)と非発症症例(non-T群)との比較を行い、T群には肝転移症例・CA19-9高値症例が有意に多かった(Fisher test)。また、両群の全生存期間の比較では有意差は得られなかったが、T群において生存期間が短かった(Logrank test)。

【結論】T群では肝転移症例・CA19-9高値症例が多く、発症の予測因子となり得る可能性が示唆された。早期診断や治療法などが現時点では確立されていないため、今後の症例蓄積が必要と思われた。

膵癌, Trousseau症候群

相模野病院 消化器内科¹⁾、北里大学医学部 消化器内科学²⁾ 井廻佑介¹⁾、今泉 弘¹⁾、金 明哲¹⁾、三枝陽一¹⁾、新井正秀¹⁾、渡辺真都²⁾、黒須貴浩²⁾、蓼原将良¹⁾、安達 快²⁾、升谷寛¹⁾、長谷川力也²⁾、金子 亨²⁾、山内浩史²⁾、奥脇興介²⁾、岩井知久²⁾、木田光広²⁾

【症例】50歳代女性【主訴】背部痛【現病歴】200X年に子宮肉腫に対して子宮全摘術、両側付属器切除術が施行された。術後10年間は血液検査ならびに画像診断にて経過観察がなされていた。術後+12年後、上腹部～腰部にかけて疼痛を認めたため近医を受診した。全身CTを施行したところ両側肺転移、多発肝転移、脾転移、胃壁内転移、左副腎転移、両側腎転移を疑う所見を認めた。精査目的で当院婦人科に紹介受診となった。PET-CTを施行したところ、頭蓋骨を含む全身の骨、両肺野、肝、脾、左副腎に多発転移を疑う高集積像を認め、全身転移を疑う所見であった。婦人科より消化器内科にコンサルテーションがあり、脾内の結節ならびに肝腫瘍に対して、22G Acquire™ (Boston Scientific) を用い超音波内視鏡下穿刺吸引術 (EUS-FNAB) を施行した。脾病変の病理結果はクロマチンの濃縮した異型細胞を認め、免疫染色ではvimentin (+)、smooth muscle actin (+)、desmin (+)、ER (+)、CD3 (-)、CD20 (-)、c-kit (-) であり、子宮平滑筋肉腫の再発に矛盾しない所見であった。現在婦人科にて全身化学療法の方針となった。【考察】今回我々は術後12年経過し全身転移で再発した子宮平滑筋肉腫の一例を経験した。EUS-FNABで脾腫瘍の組織採取が可能で、免疫染色により診断確定に至った。文献的考察を加えて報告する。

子宮平滑筋肉腫、転移性脾腫瘍

帝京大学医学部附属病院 内科¹⁾、同 外科²⁾、帝京大学医学部 病理学講座³⁾、帝京大学医学部附属病院 病理診断科⁴⁾ 飛田拓途¹⁾、阿部浩一郎¹⁾、小田 実¹⁾、田村大和¹⁾、原田文人¹⁾、天野博仁¹⁾、駒崎伸伍¹⁾、小松田章悟¹⁾、芳賀 幸¹⁾、本田 卓¹⁾、有住俊彦¹⁾、相磯光彦¹⁾、小田真慎也¹⁾、浅岡良成¹⁾、山本貴嗣¹⁾、田中 篤¹⁾、沼倉里枝^{3,4)}、宇於崎宏^{3,4)}、三浦文彦²⁾、佐野圭二²⁾

【症例】生来健康な48歳男性。201X年10月に検診の腹部超音波検査で16mm大の脾尾部に嚢胞性病変を指摘され、同年12月に当科を受診した。初診時の血液検査ではCA19-9 58.0 U/mLと高値であり、その他腫瘍マーカー、血算、生化学、凝固系、各種ホルモン値は正常範囲内であった。その後定期的に画像フォローしたところ12か月後の腹部超音波検査では26mm大に増大した。腹部造影CTでは内部が均一で辺縁の強い造影効果が見られた。腹部単純MRIでは、T2強調像で低信号/T1強調像で高信号を示した。増大傾向を示す脾嚢胞性病変で外科切除が望ましいと判断し、当院外科と協議のうえで腹腔鏡下脾体尾部脾同時切除術を施行した。病理組織所見では嚢胞内は扁平上皮および円柱上皮で覆われ、嚢胞壁内に赤脾腫、白脾腫からなる脾組織も認め、脾内副脾に生じたepidermoid cystの診断に至った。epidermoid cystの由来については諸説あり、末梢脾管閉塞や扁平上皮化生とする説や副脾内や異所性脾組織から逸脱した脾酵素による炎症性変化によるとする説などがある。本邦報告例においては好発年齢・性差は明らかでなく、自覚症状は伴わずに偶発的に発見される症例が多い。脾臓は発生学的に中胚葉由来であり、上皮組織を有さない副脾に発生するepidermoid cystは稀なため、若干の文献的考察を加えて報告する。

脾内副脾、epidermoid cyst

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⁾、横浜市立大学附属病院 消化器内科学教室²⁾ 土屋洋省¹⁾、鈴木良優¹⁾、戸塚雄一郎¹⁾、佐藤 健¹⁾、三輪治生¹⁾、金子 卓¹⁾、杉森一哉¹⁾、沼田和司¹⁾、前田 慎²⁾

【症例】77歳男性。【病歴】201X年Y月 近医で無症候性血尿の経過観察目的に施行されたCT検査で脾尾部8mm大の嚢胞性病変を指摘され、精査目的に当科紹介となった。MRCPでは脾尾部に8mm大の単房性嚢胞性病変を認め、分枝型IPMN疑いで経過観察の方針とした。201X年Y+10月 EUS施行、脾尾部10mm大の嚢胞性病変内に5mm大の結節を認め、ソナゾイドによる造影での濃染した。201X+1年Y+2月のMRCP、EUSで嚢胞性病変は18mm大、内部の結節は6mm大と増大傾向を示した。嚢胞と主脾管との連続性は指摘できなかつた。PET-CT検査では嚢胞性病変にFDG集積は示さなかつたが、増大傾向を示すことから、IPMN関連脾腫瘍を疑い外科的治療の方針とした。201X+1年Y+5月に腹腔鏡下脾体尾部・脾臓合併切除術を施行され、術後脾液漏を認めたが第34病日に自宅退院した。切標標本では脾尾部に22mm大の結節を伴う嚢胞性病変があり、嚢胞内部には凝血塊が貯留していた。病理組織学的には嚢胞壁や充実性部分には、管腔様構造、索状構造を呈しながら増殖する腫瘍細胞のみられた。免疫染色では、Synaptophysin陽性、CromograninA陽性、CD56陽性、Ki-67 labeling index < 2%であった。神経内分泌腫瘍NET G1の診断に至った。【結語】嚢胞性病変が主体となる脾神経内分泌腫瘍は比較的に稀であり、IPMN等の病変との鑑別を要した。若干の文献的考察を踏まえて報告する。

神経内分泌腫瘍、脾嚢胞性病変

獨協医科大学 医学部 内科学 (消化器) 講座 藤原 猛、井澤直哉、稲葉康紀、石川 陸、有阪高洋、菅谷武史、土田幸平、真島雄一、富永圭一、飯島 誠、郷田憲一、入澤篤志

【症例1】80歳台男性【主訴】倦怠感【現病歴】1週間前からの倦怠感・発熱あり近医受診し、炎症および急性腎不全を認められたため入院した。TAZ/PIPCを投与されるも改善なく、入院2日後に右眼の視力低下あり眼内炎、肝膿瘍と診断され精査加療目的に当科に入院した。【身体所見】BT37.4℃、HR64/min、BP120/82mmHg、腹部は平坦・軟、圧痛なし【血液検査所見】WBC 11300/ μ l、Hb 7.1g/dl、Plt15.9 10^4 / μ l AST34U/l、ALT43U/l、ALP 474U/l、 γ GTP 119U/l、T-bil 0.7mg/dl、CRP 19.33mg/dl。血液培養：Klebsiella pneumoniae string test陽性【画像所見】胸部部単純CT：両側に胸水あり、S4に20mm程度の低エコーを認める。【入院後経過】入院第1病日に右硝子体茎離断術をされた。CTRX+MNZにて加療を開始。第2病日に経皮的膿瘍ドレナージ術を施行、白色の膿性液が吸引された。その後症状は軽快し第38病日に退院となった。【症例2】60歳台男性【主訴】腹痛【現病歴】発熱、腹痛を契機に近医を受診し肝膿瘍と診断され、経皮的膿瘍ドレナージを施行された。入院後に右眼内炎と診断され加療目的のため当院へ転院した。【身体所見】意識清明、BT36.7℃、HR88/min、BP133/68mmHg、腹部は平坦・軟、圧痛なし。【血液検査所見】WBC 14000/ μ l、Hb 11.1g/dl、Plt 24 10^4 / μ l、AST 22U/l、ALT 20U/l、ALP 216U/l、 γ GTP 52U/l、T-bil 0.6mg/dl、CRP 28.02mg/dl。血液培養：K. pneumoniae string test陽性【画像所見】腹部造影CT：肝外側区域に58mm程度の低吸収領域を認める。肝膿瘍と診断した。【入院後経過】前医より継続されていた抗菌薬MEPMを継続し、眼内炎に対して右水晶体再建術を施行した。症状改善し54病日に退院となった。【考察】2症例とも眼内炎を併発した肝膿瘍の症例であり、起炎菌は過粘調性K. pneumoniaeであった。過粘調性K. pneumoniaeは侵襲性肝膿瘍の特徴としては重症化しやすいとされている。過粘調性K. pneumoniaeによる肝膿瘍を認めた際には眼症状や神経学的所見についても慎重に確認し対処することが重要である。

肝膿瘍、眼内炎

獨協医科大学 内科学（消化器）講座

稲葉康記, 井澤直哉, 有阪高洋, 菅谷武史, 土田幸平, 眞島雄一, 富永圭一, 飯島 誠, 郷田憲一, 入澤篤志

【症例】60代男性【現病歴】4ヶ月前からの食欲不振があり、2ヶ月前から水溶性下痢が出現した。1ヶ月前から上腹部腫瘤を自覚し、増大傾向があり前医を受診した。精査加療のため当院を紹介され受診した。高度の炎症反応、および腹部超音波検査で肝左葉から腹直筋にかけて10cmの肝膿瘍と考えられる腫瘤が認められたため、精査加療目的に入院した。【入院後経過】入院時からcefmetazole (CMZ)の投与を行なったが効果はなく腫瘤の増大を認めた。第5病日に経皮的穿刺を施行し、アンチオピペースト状の内容液を認めたためアメーバ性肝膿瘍を疑い、第5病日からMetronidazole (MNZ)を投与した。ドレナージュチューブ留置を考慮したが、正常肝を介した穿刺が難しいこと、内容液の粘性が強くドレナージュ不良になる可能性等から、MNZ単独での治療を継続し膿瘍の縮小を認めた。膿汁の塗抹検査からアメーバ原虫や嚢子は確認できなかったが、血清抗アメーバ抗体は陽性であり、アメーバ性肝膿瘍と確定診断した。第10病日の下部消化管内視鏡検査で盲腸・上行結腸にタコイボ状の潰瘍があり、アメーバ性腸炎が併発していた。第14病日にMNZ投与を中止し、全身状態の改善を認めたため退院とした。退院40日後の造影CTでは肝膿瘍は4.7cmと明らかな縮小が認められた。【考察・結語】アメーバ性肝膿瘍は、近年、感染経路、発症機転の不明な症例の報告もあり、臨床症状、画像所見でも細菌性肝膿瘍との鑑別が難しいとされている。また、周囲に穿破しやすいことから早期診断・治療が求められる。一方で、確定診断がつけばMNZ内服による奏効率は極めて高いとされている。肝臓左葉の10cm以上の巨大膿瘍は、穿破の危険性が高く心嚢炎をきたす可能性がありドレナージュが考慮されるが、今回の症例では内服加療のみで膿瘍は縮小傾向がみられている。本症例から、アメーバ性肝膿瘍はMNZの早期投与によりドレナージュチューブ留置は不要である可能性が示唆された。

アメーバ, 肝膿瘍

北里大学医学部 消化器内科学¹⁾, 同 一般・消化器外科²⁾
眞部優作¹⁾, 日高 央¹⁾, 和田尚久¹⁾, 窪田幸介¹⁾, 魚嶋晴紀¹⁾, 田中賢明¹⁾, 中澤貴秀¹⁾, 渋谷明隆¹⁾, 小泉和二郎¹⁾, 海津貴史²⁾, 隈元雄介²⁾

【症例】52歳男性。200X年に他院の腹部超音波で肝左葉下面に嚢胞性病変を認め当院消化器内科を紹介受診した。超音波内視鏡(EUS)でcyst in cystを呈し極一部に壁肥厚あったが明らかな悪性所見なく経過観察とした。3ヶ月後のEOB-MRIで嚢胞性病変は急速に増大しており、悪性も否定できず、当院外科で腹腔鏡下肝部分切除術を施行した。術後病理診断では単純性嚢胞を疑う所見であった。200X+1年4月に左側腹部痛を認め、他院のCTで上腹部～骨盤部に及ぶ巨大腫瘤を認め、当院外科で紹介受診となった。造影MRIでは肝両葉にリング状に増強効果を伴う結節が複数認められた。症状緩和・診断のために腹腔内腫瘍摘出術、肝S4部分切除術を施行した。術後病理診断では腹腔内腫瘍は隔壁周囲を主体に紡錘形核～類円形核を有する異型細胞が増殖し、一部に巨細胞や多核の大型細胞が散在性に認め、分裂像も伴っていた。また硝子化した線維成分が目立つ部位や粘液腫様の変化を伴う部位や血管増生が目立ち血管腫様の成分があり、血腫や壊死も認められた。p-PAS染色ではブドウの粒状の好酸性硝子球の集簇が巨細胞胞体内に確認できた。免疫染色ではVimentin(+), INI1(+), a1-AT(+), a1-ACT(+)を認め、MIB-1陽性細胞も散見され、肝未分化胎児性肉腫と診断した。肝S4切除検体も嚢胞壁に出血性変化が見られ、嚢胞壁周囲に異型細胞を認める点から肝転移と診断した。また、200X年の嚢胞性病変の術後病理を再検したところ同様の所見を認めた。多発肝転移に対して同年6月にTACE施行し、一部縮小したが変化がないものもあった。肝未分化胎児性肉腫は主に20歳以下の小児に発生する悪性間葉系腫瘍であり、成人の肝臓に原発することは非常にまれである。今回我々は50代で発症した肝未分化胎児性肉腫の症例を経験したので若干の文献的考察を含めて報告する。

肝未分化胎児性肉腫, 肝嚢胞

北里大学医学部 消化器内科学

北原 言, 金子 亨, 黒須貴浩, 渡辺真郁, 長谷川力也, 奥脇興介, 岩井知久, 木田光広, 小泉和二郎

症例はC型慢性肝炎の治療歴のある70歳代女性。乳癌の骨転移・胸膜播種に対して化学療法を施行中であった。X-1年、肝S5/6に初発の肝細胞癌を指摘され、重粒子線療法を施行して経過観察となっていたが、X年のEOB-MRIで肝S1に肝細胞癌の再発を指摘された。乳癌に対して化学療法中であり外科的切除術よりも局所療法を希望された。経腹壁超音波では病変は認識できなかったが、超音波内視鏡(EUS)では病変が明瞭に描出されたためEUS下エタノール注入療法(EUS-EIT)を施行する方針となった。治療は、EUS下で病変に対してOlympus EZ shot3 plus 22Gを用いて2度穿刺を行い、透視下で無水エタノールとリビオドール9:1の混合液を計6ml注入した。その翌週にCTおよびペルフルプタンによる造影EUS(CE-EUS)で病変部を評価したところ、残存病変が疑われたため、2回目のEUS-EITを施行し病変部に前述の混合液を6ml注入した。治療後の造影CTで病変部に対してリビオドールの集積を確認した。その後S1の病変については病勢制御されていたが、治療後11か月の時点で肝内に多発再発病変を認めたため、2度にわたってTACEを施行し現在も外来通院を継続している。本症例のような尾状葉の病変については、経皮的なアプローチは解剖学的に困難な場合が多く、TACEについても治療効果が低いとする報告がみられる。一方で、EUSでは尾状葉は胃内や十二指腸球部から観察可能であり、比較的容易にアプローチできるためEUS下の局所療法が有効である可能性がある。また、EUSの分解能は体外式超音波のそれよりも高く、造影によって正確に病変を認識することが可能となるため、局所療法においてもCE-EUSの有用性は高いと考えられる。

肝細胞癌, EUS

筑波大学附属病院水戸地域医療教育センター 水戸協同病院 消化器内科¹⁾, 同 放射線科²⁾
有賀啓之¹⁾, 水井恒夫¹⁾, 熊倉有里¹⁾, 鹿志村純也¹⁾, 入江敏之²⁾

【はじめに】肝細胞癌の治療は手術による切除、局所療法、塞栓療法、動注化学療法など様々なものが確立されている。2007年にソラフェニブが登場し肝細胞癌に対する薬物療法は大きく変化した。2018年3月にレンパチニブが肝細胞癌において、国際共同第3相試験でソラフェニブに対して全生存期間(OS)の非劣性、無増悪生存期間(PFS)、無増悪期間(TTP)、奏効率において優位性を証明され、臨床で使用され、その有用性が報告されている。【対象と方法】2018年4月1日から2019年3月31日までの間に当院で肝細胞癌と診断し治療した症例を対象とした。診断、治療は肝癌診療ガイドライン2017年版を用い、レンパチニブを導入した症例は全て、前治療として病変に対して選択的肝動脈化学塞栓術(transcatheter arterial chemoembolization, 以下TACE)を行っている。TACE時の抗腫瘍剤はシスプラチンを使用している。【結果】対象患者は男性3例、女性1例で平均年齢は72歳であった。肝硬変の成因はアルコール性3例、C型肝硬変1例で、Child-Pugh分類は全てGrade Aであった。ALBI gradeは1aが3例、2bが1例であった。治療効果はRECISTガイドラインにそって判定し、全例partial response(PR)であった。副作用は蛋白尿2例、高血圧1例、倦怠感1例であった。倦怠感Grade3以上であり途中で投与中止となっている。【まとめ】レンパチニブは経口投与可能な受容体チロシンキナーゼ阻害薬で、国際共同第3相試験でソラフェニブに比較し、OSの非劣性、PFSなどの有意な改善効果が示された。当院の検討では少数例のため更なる検討が必要だが、全例PR以上であり、治療として有用と考えられた。既報と比較し高い治療効果であった。既報でソラフェニブと肝動注化学療法併用の結果は相反する結果で依然controversialである。しかし当院では全例PR以上であり、文献的考察も含め報告する。

肝細胞癌, レンパチニブ

41 若年発症の急性発症型自己免疫性肝炎の一例

杏林大学付属病院 消化器内科学教室¹⁾、同 病理学教室²⁾
高橋正輝¹⁾、清水孝夫¹⁾、川村直弘¹⁾、關 里和¹⁾、柴原純二²⁾、
藤原正規²⁾、森 秀明¹⁾、久松理一¹⁾

【症例】21歳女性【主訴】全身倦怠感、発熱【現病歴】201X年12月、肝障害のため他院へ入院し自然経過で改善した。翌年6月初旬頃より倦怠感、嘔吐、食不振が出現し、39℃台の発熱が加わり黄疸を伴う肝障害のため入院した。【既往歴】16歳時にパセドウ病【内服歴】常用薬なし【入院時現症】意識清明、血圧120/81 mmHg、体温37.6℃、脈拍71/分・整、眼結膜・皮膚に黄染あり、表在リンパ節触知せず、腹部平坦、軟、肝脾触知せず、腹水なし、下腹浮腫なし。【検査所見】血液検査、凝固機能には異常なく、生化学検査ではT-Bil 16.6 mg/dl、D-Bil 13.4 mg/dl、AST1194 IU/mL、ALT 845 IU/mLと黄疸を伴う肝障害を認めた。肝炎ウイルスは陰性で、IgG 1179 mg/dL、抗核抗体1280倍、可溶性IL2レセプター7889U/mLと高値、自己免疫性肝炎の他、悪性リンパ腫が鑑別として挙げられた。CT検査で胸腹部リンパ節腫大をはじめ、熱源となる病変を認めず、骨髄生検を施行したが悪性リンパ腫は否定的であった。国際診断スコアリングシステム17点であり急性発症型自己免疫性肝炎（以下、A-AIH）と診断し、プレドニゾン（以下、PSL）60mg（1.0mg/kg）の投与を開始した。PSL投与後は総ビリルビン値、肝酵素は改善し、1週ごとに10mgずつ漸減した。黄疸が改善し腹腔鏡下肝生検を施行した。腹腔鏡所見では肝表面は右葉を中心に門脈領域に赤色紋理を認め、左葉にはなだらかな起伏性変化と溝状陥凹を認めた。深部針生検による病理組織像は、interface hepatitisは認めるものの形質細胞の浸潤、ロゼット形成などAIHに特徴的な所見はなく、線維化もほとんどなかった。腹腔鏡像と病理組織像および臨床経過よりステロイド投与後のA-AIHの組織像と診断した。退院後は、PSL5mgまで漸減し再燃なし。【考察】AIHは中年以降の女性に好発するが、A-AIHは組織学的にinterface hepatitisやbridging fibrosisのような慢性肝炎やAIHに特徴的な所見を伴わないことがあり診断に苦慮することがある。自己免疫性疾患を合併するような肝障害は、若年者であっても積極的にAIHを疑う必要がある。若年発症のA-AIHを経験したので文献的考察を加えて報告する。

急性発症型自己免疫性肝炎、腹腔鏡下生検

42 IgG4関連硬化性胆管炎の経過中に発症した胆道カンジダ症の1例

東海大学医学部付属病院 消化器内科
川島洋平、山路葉子、萩原直樹、小玉敏生、横田 将、川西 彩、
加川建弘

【症例】75歳 男性【主訴】食欲低下、黄疸【現病歴】201X年1月、上記主訴にて近医受診。MRIにて広範囲に渡る胆管狭窄像ならびにIgG4高値にてIgG4関連硬化性胆管炎と診断し同年3月よりPSL30mg/日を開始。2週間投与も黄疸改善しないためPSL60mg/日に増量したが改善に乏しく、同年4月精査加療目的に前医紹介受診となった。前医でERCPを複数回行い胆道ドレナージを図るも十分な減黄が得られず、同年5月当科紹介となった。入院後経過ERCPにて肝内胆管から総胆管の広範囲にかけて壁の不整像と内部の陰影欠損が多数認められた。IDUSでは同部位に全週性の壁肥厚とdebris様の沈殿物が多数認められた。胆管壁の直接生検や胆汁細胞診、胆管擦過細胞診ではいずれも悪性所見は認められず、胆汁培養よりCandida albicansが複数回検出された。前医での胆汁培養でも同様の所見で、β-D-グルカンも高値であったため、高容量PSL長期投与を誘引とした胆道カンジダ症と診断した。PSLは漸減し、ミカファンギン150mg/日ならびにフルコナゾール100mg/日の長期投与にて減黄が得られた。【考察】胆道カンジダ症はまれな病態であり、多少の文献的考察も加えて報告する。

胆道カンジダ症、IgG4関連硬化性胆管炎

43 「新規ガイドワイヤー誘導式ブラシ」を使用した胆管狭窄に対するブラシ擦過細胞診の診断能について

相模原協同病院 消化器内科¹⁾、
北里大学医学部 消化器内科²⁾
宮田英治¹⁾、木田光広²⁾、岩井知久²⁾、奥脇興介²⁾、山内浩史²⁾、
金子 亨²⁾、長谷川力也²⁾、小泉和三郎²⁾

【背景】悪性胆管狭窄に対するERC下ブラシ擦過細胞診は、ブラシ擦過細胞診とは胆管狭窄部をブラシで擦過し組織採取する方法であるが、確定診断に至らないことも少なくない。今回、新規ガイドワイヤー誘導式ブラシ（Infinity、富士フィルム株式会社）を使用したため、その使用経験を報告する。

【対象】2017年12月より2019年3月まで胆管癌を疑う胆道狭窄に対して新規ガイドワイヤー誘導式ブラシを用いた31例（男性20例、年齢中央値74歳）。

【方法】ERCで狭窄部位を確認し、ブラシ擦過細胞診施行前の吸引胆汁細胞診、ブラシ擦過細胞診用、ブラシ擦過細胞診施行後の吸引胆汁細胞診、最後に生検鉗子を用いて狭窄部位より透視下生検を施行した。

【結果】最終診断は、悪性24例（胆管癌24例）、良性7例（IgG4関連硬化性胆管炎3例、良性胆管狭窄2例、不明2例）であった。新規ガイドワイヤー誘導式ブラシのブラシ擦過細胞診の診断能は感度66.7%（16/24）、特異度100%（7/7）、正診率74.9%（23/31）であった。ブラシ擦過細胞診検体採取前の胆汁吸引細胞診は感度41.7%（10/24）、特異度100%（7/7）、正診率54.8%（17/31）であった。ブラシ擦過細胞診検体採取後の胆汁吸引細胞診は感度54.2%（13/24）、特異度100%（7/7）、正診率64.5%（20/31）であった。透視下胆管生検は感度62.5%（15/24）、特異度100%（7/7）、正診率70.9%（22/31）であった。3例で高アミラーゼ血症を認めたが、その他の有害事象は認めなかった。31例全例で手技は成功した。

【結語】既存のブラシに比べて同等以上の結果を得た。手技や検体処理などのさらなる工夫により、新規ガイドワイヤー誘導式ブラシの診断成績が向上する可能性がある。

胆道狭窄、細胞診

44 当院における遠位胆管悪性狭窄に対するSEMS（Self-expandable metal stent）の治療成績

国立がん研究センター中央病院 肝胆膵内科
原井正太、脇岡 範、北村英俊、久田裕也、吉成元宏、丸木雄太、
大場彬博、永塩美邦、近藤俊輔、森実千種、奥坂拓志

【背景】遠位胆管悪性狭窄に対するドレナージにはERCPによる経乳頭のアプローチ、interventional EUSによる瘻孔形成術がある。原因疾患は膵癌が大半を占め、術前症例においては術後合併症の観点から減黄処置を必要とし、経乳頭のドレナージが第一選択では行っていない。膵癌診療ガイドライン2019、ESGガイドライン2017では術前ドレナージのステント選択は開存率の高さからSEMSを推奨しているが、PS（Plastic stent）に比べ膵炎や胆嚢炎の合併リスクが危惧されるため、術前のステントの選択は施設間で異なるのが現状である。【目的】遠位胆管悪性狭窄におけるSEMSの径の違いによる臨床的有効性を検証する。【方法】2017年10月から2019年9月までに当院でERCPを施行し、初回のSEMSを留置した102例（初回乳頭51例、PS、ENBDからの入れ替え51例）を対象とし、後方視的にTRBO、偶発症に関して検討した。【結果】年齢中央値は67歳、膵癌は78例（76%）であった。姑息的なドレナージが95例（93%）、術前症例は7例（7%）であった。ステントの種類は全例braded-type FCSEMSでステント径は6mm5例（6%）、8mm26例（25%）、10mm71例（69%）であった。ステント径6mmの症例に関しては観察期間、症例数不十分のため、8mmと10mmと比較を行った。観察期間は76.5日/125日（p=0.35）であり、TRBOは未到達/454日（p=0.62）と有意差を認めなかった。手技時間中央値は24分/22分（p=0.68）であった。手技的成功率は共に100%、臨床的成功率は100%/96%で有意差を認めなかった。偶発症はERCP後膵炎2例（8%）/6例（8%）（p=0.99）でいずれも軽症で、急性胆嚢炎2例（8%）/9例（13%）（p=0.97）、逆行性胆管炎4例（16%）/6例（8%）（p=0.91）、肝膿瘍1例（4%）/4例（%）（p=0.99）と有意差を認めなかった。【結論】今回膵癌以外の症例も含め検討しているが、ステント径8mm、10mm共にTRBO、偶発症率に有意差を認めなかった。SEMSの使用により良好な開存率を確保することができるが、膵炎や胆嚢炎などの偶発症を減らすことが望ましく、そのための工夫としてステント径を細くするなど更なる検討が必要と考えられる。

遠位胆管、SEMS

CCDP+CPT-11併用療法奏功中に脳転移・癌性髄膜炎を発生し、急激な転帰を辿った胆嚢神経内分泌腫瘍の一例

がん研究会有明病院 肝胆膵内科
古川貴光, 佐々木隆, 三重寛文, 澤田雅志, 武田剛志, 金田 遼,
春日章良, 松山真人, 尾坂将人, 笹平直樹

【既往歴】特記事項なし

【現病歴】20XX年8月、黄疸を主訴に前医を受診。CTにて胆嚢腫瘍・肝浸潤・多発リンパ節腫大・膵胆管合流異常症が疑われ、内視鏡的胆道ドレナージ術施行の上で当科に紹介受診となった。

【経過】まず病理診断目的に、肝門部腫大リンパ節に対して超音波内視鏡下穿刺吸引術(EUS-FNA)を施行。病理結果はCK7(-), CK20(-), Synaptophysin(+), Chromogranin A(+), Ki-67:80%, poorly-differentiatedであり、胆嚢原発神経内分泌腫瘍(NEC)と診断した。その後ステント閉塞をきたしたため内視鏡的にplastic stentの交換を行ったが、肝門部多発腫大で十分な減黄が得られなかったため経皮経胆道ドレナージ術(PTBD)を併用した。減黄後にCCDP+CPT-11(IP)療法を導入。途中grade 3の好中球減少・悪心・肝障害を認め、投与量の調整が必要であったが、2コース終了後のCTでpartial re-sponserが得られ、腫瘍マーカーも低下した(Pro-GRP 46.6 → 22.9 pg/ml, NSE 83 → 5 ng/ml)。それに伴って胆管狭窄も改善し、plastic stentおよびPTBDの抜去が可能となった。その後6コース終了時のCTでもpartial responseは得られていたが、NSEが24 ng/mlと上昇してきた。その後直後、見当識障害・頭痛・嘔吐で救急搬送となり、造影MRIで左頭頂葉の皮質下出血及びびリング状の造影効果も認められた。また腰椎穿刺でも髄液から悪性を疑う異型細胞が検出され、脳転移・癌性髄膜炎の診断となった。緩和照射を予定していたところ、突然心肺停止となり永眠された。

【考察】IP併用療法奏功中に脳転移・癌性髄膜炎を発生し、急激な転帰を辿った胆嚢NECの1例を経験した。NECでは、化学療法奏功中も中枢神経系へ転移する可能性がある。有症状だけでなく、腫瘍マーカー増悪時には、中枢系への転移についても考慮する必要がある。

神経内分泌腫瘍, 脳転移

EUS-HGS with parenchymal MS placementが有用であった一例

国立がん研究センター中央病院 肝胆膵内科
吉成元宏, 脇岡 範, 北村英俊, 原井正太, 久田裕也, 丸木雄太,
大場彬博, 永塩美邦, 近藤俊輔, 森実千種, 上野秀樹,
奥坂拓志

【症例】64歳、女性。【現病歴】局所進行膵癌に対して20XX年3月から全身化学療法が開始となった。GEM+Nab-PTX療法、modified FOLFIRINOX療法を施行し3rd lineでPD判定となり、BCSの方針となった。20XX+2年7月、膵頭部癌による十二指腸狭窄に対して十二指腸ステントを留置し、食事摂取可能となり退院となった。1か月後に胆管炎を発生し緊急入院となった。【入院時現症】PS:2、体温38度、皮膚黄染あり。腹水貯留のため腹部膨満あり。【血液検査】WBC:14100/ μ l, CRP:14mg/dlと炎症所見の上昇を認め、T.Bil:12.0mg/dl, D. Bil:8.6mg/dl, ALP:1318U/lと胆道系酵素は上昇していた【画像所見】造影CT:膵頭部に腫瘍を認め、多発肝転移、多量の腹水貯留を認めた。遠位胆管に以前留置された金属ステントを認め、肝内胆管は拡張していた。また留置中の十二指腸ステントは閉塞が疑われた。【経過】PTCDは多量腹水、多発肝転移のため適応外であり、また十二指腸ステント留置後のため、経乳頭的ドレナージは困難と考えた。十分なICを行い、十二指腸ステント留置+EUS-HGSの方針とした。初めに十二指腸ステントを留置し、次にEUS-HGSに移行した。EZ-shot3 plus 19G針でB3穿刺を行ったが、多発肝転移のため、末梢胆管の穿刺が困難となり、B3中樞側の穿刺となった。ガイドワイヤーを胆管内に留置し、ESダイレーターで拡張した。このままSEMS (self-expandable metallic stent) を留置するとB3およびB2の末梢胆管を閉塞することが予想され、またプラスチックステントのみの留置では、胆汁漏出や腹水漏出が懸念された。末梢胆管を閉塞させないために、X-Suit NIRステントを肝実質内留置とし、ステント内を通してプラスチックステント (TYPE IT) を胆管内に留置した。術後経過は良好で退院の運びとなった。【考察】EUS-HGSは胆道閉塞に対する内視鏡治療として重要な役割を担うようになってきているが、胆汁性腹膜炎などの偶発症を引き起こす可能性があるため注意を要する。【結語】SEMSの肝実質内留置が有用であったEUS-HGSの一例を経験した。

EUS-HGS, EUS-BD

人工臓器補助下の内視鏡的ネクロセクトミーを含む集学的治療で救命し得た重症急性膵炎の一例

千葉大学大学院 医学研究院 消化器内科学
安井 伸, 大浦弘高, 浅野公将, 嶋由紀子, 泉水美有紀, 三浦義史,
興相憲輔, 永島裕輔, 新行内綾子, 日下部裕子, 大岡美彦,
杉山晴俊, 大野 泉, 三方林太郎, 加藤直也

症例は52歳男性。難治性胸膜炎に対して当院入院50日前からブレドゾン、41日前からミコフェール酸モフェチル投与が開始されていた。14日前に臍部痛が出現し、7日前に重症急性膵炎の診断で前医入院となった。前医入院時より腫体尾部前面に内部にAcute necrotic collection (ANC) を認め、内部に出血を疑う高吸収域を認めていた。当科入院1日前に出血性ショックとなりANC内部の持続性出血が疑われたため治療目的に当院に転院となった。入院当日の血管造影検査で背膵動脈瘤を認めコイル塞栓術で止血を得た。循環不全から離脱したが第2病日より呼吸状態が悪化し第3病日に人工呼吸管理となった。第6病日に人工呼吸器から離脱したが第12病日に循環不全・呼吸不全となり再度人工呼吸管理となった。呼吸状態は安定せずANCに加え、左結腸腔、骨盤内に仮性嚢胞が形成されており、腹圧上昇が呼吸状態悪化の一因となっていると考え第23病日、第27病日に左結腸腔、骨盤内の仮性嚢胞に対して経皮的ドレナージを施行した。第25病日に人工呼吸器から離脱したが第30病日に胆石性胆管炎、胆石性膵炎を発生し、再度人工呼吸管理となった。第31病日にERCP施行し胆管ステント留置した。その際の膵管造影で膵体部にExtravasationを認めたため経鼻膵管ドレナージも留置した。その後発熱が持続するため第37病日にANCからwalled-off-necrosisとなっていた膵前面の液体貯留に対してEUS下嚢胞ドレナージを施行し、肝周囲に新しく出現していた腹水に対しても経皮的ドレナージを追加した。嚢胞感染が制御できず第44病日より内視鏡的ネクロセクトミーを開始した。計6回施行することで感染は制御され人工呼吸器から離脱した。第67病日に黒色便が出現し、第68病日の血管造影検査で脾動脈瘤を認めコイル塞栓術で止血を得た。その後全身状態安定し第117病日に前医転院となった。人工臓器補助下の内視鏡的ネクロセクトミーを含む集学的治療で救命し得た重症急性膵炎の一例を経験したので若干の文献考察を加えて報告する。

急性膵炎, ネクロセクトミー

EUS-CDのトラブルシューティング-ドレナージチューブ迷入時の対処法-

聖マリアンナ医科大学 消化器・肝臓内科
路川陽介, 中原一有, 森田 亮, 末谷敬吾, 藤田 曜, 五十嵐洋介,
伊東文生

70歳、女性。20XX年1月、重症急性膵炎発症し前医に1ヶ月入院。退院後も微熱が持続しており、再診したところ炎症反応高値を指摘され再入院となった。前医での造影CTで膵頭部周囲の液体貯留の増大を認めたため、治療目的に当院転院となった。精査にて膵頭部に十二指腸球部から水平部を圧排する50mm大の嚢胞性病変を認め、同病変による通過障害をきたし、胃の拡張及び液体貯留を認めた。重症急性膵炎発症のWalled-off necrosis (WON) による消化管通過障害の診断で、十分なインフォームドコンセントの下、超音波内視鏡ガイド下嚢胞ドレナージ術(EUS-CD) 施行となった。十二指腸球部から穿刺し、穿刺部を拡張した後、7Fr 10cm 両pigtail型tubeの留置を試みたが、留置時にWON内に迷入となった。その場で回収はせず6Fr 経鼻的ドレナージチューブのみ留置した。2週間後に迷入したチューブを、バルーンによる狭孔拡張後に把持鉗子をWON内へ挿入し、透視下で回収に成功した。その後、内外瘻ドレナージチューブの再留置を行うことでWONの縮小が得られた。

WON, EUS-CD

北里大学医学部 消化器内科学
 松原佳菜, 岩井知久, 田邊 聡, 黒須貴浩, 渡部真都, 宮田英治,
 長谷川力也, 金子 亨, 山内浩史, 奥脇興介, 今泉 弘, 木田光広,
 小泉和三郎

【症例】80歳代男性【主訴】なし【現病歴】胆石、胆嚢筋腫症、膵管内乳頭粘液性腫瘍で当院に通院しており、20XX年から外来で年1回の腹部エコーが実施されていた。XX+9年の定期エコーで胆嚢底部の壁肥厚が増大したため精査の方針となった。腹部エコーでは胆嚢底部および体部のRokitansky-Aschoff sinus (RAS)と思われる小嚢胞構造を認め、分節型・底部型が混在する胆嚢筋腫症として矛盾しない所見であった。腹部造影CTでは胆嚢底部に約8mm程度の造影される隆起性病変を認めた。また肝門部リンパ節は約15mm大に腫大していた。EOB-MRIでは胆嚢底部の壁の一部が内腔に突出し、同部位の造影効果を認め、拡散協調画像で高信号を示していた。画像所見からは胆嚢癌の可能性が高いと考えられ、肝床部切除、リンパ節郭清を含めた外科的治療を提案した。しかし本人および家族が開腹手術に難色を示し、まずは胆嚢摘出術を先行し、その後の病理結果で追加切除を判断する方針とした。腹腔鏡下胆嚢摘出術が施行され、病理はAdenocarcinoma, muc > pap, 3×2.5 mm, T3a, IFNb, ly2, v3, n0, N1, cStageIIIBであった。腫瘍は胆嚢底部のRASの上皮を置換するような形で進展し、最深部は漿膜面にまで及んでいた。追加切除の方針となり、後日肝床部切除+肝外胆管切除術+胆管空腸吻合術+リンパ節郭清を施行した。術後補助化学療法は希望されず経過観察されていたが、術後半年で施行したCTで腹水の出現を認め、腹膜播種再発の診断でTS-1内服の方針となり現在に至る。【考察】胆嚢筋腫症に合併した胆嚢癌の一例を経験した。胆嚢筋腫症は一般的には前癌病変とされはされていないため無症候性のもものは経過観察されることが多い。ただ本症例のように高齢、分節型といった胆嚢癌のリスクファクターがある場合には定期的な腹部エコーの実施が望まれ、経過中に悪性所見が疑われる場合には他のモダリティを含めた精査を行い、早期に外科的治療を検討すべきであると考えられた。

胆嚢筋腫症, 胆嚢癌

50 切除検体に異所性肝細胞癌の重複が確認された膵頭部癌の一例

神奈川県立がんセンター 消化器内科・肝胆膵¹⁾,
 同 病理診断科²⁾, 同 消化器外科・肝胆膵³⁾
 浅間宏之¹⁾, 上野 誠¹⁾, 小林 智¹⁾, 福島泰斗¹⁾, 田中 聡¹⁾,
 河野邦幸¹⁾, 佐野裕亮¹⁾, 長島周平¹⁾, 横瀬智之²⁾, 山本直人³⁾,
 森永聡一郎³⁾, 森本 学¹⁾

【症例】70歳男性。【現病歴】201X年1月、腹痛にて前医で受診し、膵頭部腫瘍による胆管閉塞を指摘された。胆管ステント留置後にEUS-FNAを施行し、膵癌と診断され、加療目的に当科紹介となった。【既往歴】7年前に膀胱癌で手術。5年前に肺癌で手術。肝疾患の既往なし。【生活歴】飲酒：ビール350ml/日。喫煙：8年前まで42本/日。【経過】切除可能膵頭部癌と診断し、術前化学療法後に手術の方針とした。ゲムシタピン+S-1療法を2クール施行後、亜全胃温存膵十二指腸切除術を施行した。切除標本にて、c-T3N1M0 stageIIbの膵頭部癌(腫瘍径22mm)と診断された。また、乳頭部近傍の膵組織内に径6mmの索状構築を示す腫瘍組織を認め、HEP PER1陽性であり、肝細胞癌と診断された。術後の経過は問題なく、S-1による術後補助化学療法を施行している。【考察】膵内に肝細胞癌を認めた場合、鑑別として異所性肝細胞癌や、肝細胞癌の膵転移が挙げられる。本例では、術前の画像検査では肝腫瘍は認めず、背景に慢性肝疾患はないことから肝細胞癌の膵転移は否定的であり、異所性肝細胞癌と考えた。異所性肝の発生率は0.24-0.56%と報告されている。異所性肝細胞癌はさらに稀であり、好発部位としては左横隔膜下、左三角間膜、胃周囲、右肝近傍などが挙げられる。膵臓に発生した異所性肝細胞癌は、医中誌およびPubMedで検索し得た範囲では8例が確認されたが、膵癌を重複した症例は認めなかった。【結語】膵頭部癌の切除検体内に偶発的に異所性肝細胞癌を認めた一例を経験した。

異所性肝細胞癌, 膵癌

埼玉医科大学国際医療センター 消化器内科¹⁾,
 同 消化器外科²⁾
 野口達矢¹⁾, 谷坂優樹¹⁾, 小川智也¹⁾, 鈴木雅博¹⁾, 原田舞子¹⁾,
 水出雅文¹⁾, 長沢昭銘¹⁾, 合川公康²⁾

【症例】33歳、男性【主訴】なし(腹腔内腫瘍精査)【現病歴】健診異常に対する胸部腹部CT検査で、膵と胃の間に約5cm大の腫瘍を認め、精査加療目的に当院受診となった。既往歴・内服薬に特記事項は認めなかった。【臨床経過】受診時に明らかな自覚症状は認められなかった。血液検査では腫瘍マーカー含め特記すべき所見は認められなかった。【臨床経過】受診時に明らかな自覚症状は認められなかった。血液検査では腫瘍マーカー含め特記すべき所見は認められなかった。単純CT検査では膵体部と胃後壁の間に63mm大の充実性腫瘍を認めた。超音波内視鏡検査では膵頭体部と胃壁の間に境界明瞭な74mm×57mm大の低エコー腫瘍を認め、内部は一部不均一であった。超音波内視鏡上、胃の層構造は明瞭に追うことが可能であり、胃腫瘍よりも膵腫瘍が疑われた。造影超音波内視鏡検査では周囲の実質よりもやや早期に血流を認め、hypervascularな腫瘍と判断した。また一部に造影を認めない領域もあり、壊死を伴っていることが疑われた。同腫瘍に対して22G穿刺針を用い、胃内から超音波内視鏡下穿刺吸引細胞診(EUS-FNA)を施行した。病理検査結果ではSolid Pseudopapillary Neoplasm (SPN)であり、外科治療の方針となった。【結語】SPNは若年女性、膵体尾部に多い比較的稀な膵腫瘍である。近年男性例の報告は増えており、性差による臨床病理学的な特徴に違いが指摘されている。今回我々は若年男性、膵頭体移行部に発生したSPNの1例を経験したため、文献的考察を加え、報告する。

SPN, EUS-FNA

52 膵管内乳頭粘液性腫瘍と鑑別が困難なVon-Hippel-Lindau病に合併した膵漿液性嚢胞腺腫の1例

獨協医科大学 医学部 内科学(消化器)講座
 永島一憲, 田中孝尚, 水口貴仁, 井澤直哉, 岩崎茉莉, 山宮 知,
 陣内秀仁, 山部茜子, 土田幸平, 入澤篤志

40歳台男性。Von-Hippel-Lindau病(HVL)、骨軟骨炎、眼血管腫、糖尿病、腎癌の既往あり。多発膵嚢胞にて経過観察されていたが、膵頭部の嚢胞が増大傾向のために当科を紹介受診となった。血液生化学検査では、膵AMYの軽度上昇の他には腫瘍マーカーを含め異常値は認めなかった。腹部CTでは膵全体に小嚢胞性病変が存在し、膵頭部では比較的大きめの多房性嚢胞を認めた。MRIもCTと同様の所見であり、拡散強調で膵頭部病変は軽度高信号を呈した。同病変はEUSでは外に凸の隔壁を有する30mm大の多房性嚢胞として観察され、内部に結節を認めた。ERPでは、乳頭からの粘液の排出は認めなかったが、膵頭部の多房性嚢胞と膵管との交通を認め、膵管内乳頭粘液性腫瘍(IPMN)と診断した。本症例では背景膵に多発する小嚢胞を認めており、これらがVHLに合併した漿液性嚢胞腺腫(SCA)の可能性もあるものの、IPMNの存在や併存する膵癌・発癌の可能性もことから膵全摘術を施行した。病理では、頭部の多房性嚢胞内腔面はグリコーゲンが豊富な細胞質を含む単層の上皮で覆われており、膵管との交通はなくSCAと診断された。膵全体に多発した嚢胞は全てSCAであり、IPMNは認めなかった。近年、主膵管の炎症性変化が膵管上皮の脱落を惹起し、SCAが主膵管との交通をきたすことがあると報告されている。本症例では、嚢胞と主膵管の交通が示唆されたが、膵管の圧排や炎症は認めず、また膵管との交通部分も確認できなかった。画像診断と病理の相違を認め、診断に難渋したSCAの1例を経験したので報告とした。

HVL, SCA

東京慈恵会医科大学附属病院¹⁾、東京慈恵会医科大学附属病院消化器内科²⁾、山藤光一郎¹⁾、嶋田真梨子²⁾、上田 薫²⁾、澤田亮一²⁾、中野真範²⁾、鳥巢勇一²⁾、天野克之²⁾、猿田雅之²⁾

【症例】81歳、男性。【主訴】発熱。【現病歴】201X年2月大腸癌Stage3bに対してS状結腸切除+D3郭清が施行され、術後35日目より術後化学療法としてTgegafur Uracil (UFT)+UZELの投与が開始された。術後63日目より38℃の発熱が認められ、術後68日目にも発熱改善せず上肢の振戦も見られたため緊急入院となった。来院時 WBC8100/ μ l、CRP6.42mg/dl、AST307U/L、ALT317U/L、PT44%であり敗血症の可能性を考えCMZの投与を開始した。第三病日にはAST171U/L、ALT749U/L、PT33%と肝不全の増悪を認めた。胸腹部造影CT、Gaシンチグラフィなどから感染は否定的であり、薬剤性肝障害ワークショップのスコアリングはその時点で5点であり、UFTによる薬剤性肝障害と診断し肝庇護薬(SNMC100ml)の投与を開始したところ、第七病日より肝障害およびPT活性の速やかな改善を認め第21病日退院となった。【考察】UFTによるGrade3以上の肝障害の発生頻度は2.3-4.5%と稀ではあるが、既往の薬剤性急性肝不全およびLOHFの頻度では第三位となっている。過去の報告では肝庇護薬による治療で改善している例が多いが、中には肝障害が遷延し血漿交換を要した症例や、劇症肝炎をきたし死亡した症例も見受けられる。今回我々はDICを伴うUFTによる薬剤性急性肝不全を経験したため若干の考察を加え報告する。

薬剤性肝障害, UFT

獨協医科大学 医学部 内科学 (消化器) 講座
牧 竜一、久野木康仁、真島雄一、稲葉康記、高木優花、吉永智則、小島原駿介、石川 陸、有阪高洋、土田幸平、富永圭一、郷田憲一、飯島 誠、入澤篤志

【症例】40代女性【主訴】吐血【現病歴】大酒歴があり、過去に複数回吐血で近医に入院したが詳細不明。20XX年2月吐血し当院に搬送された。ショック離脱後の緊急上部消化管内視鏡では出血源は不明であった。腹部超音波検査で肝に多発高エコー腫瘍、造影CTでは大小10個以上、最大35mmの多血性肝腫瘍が認められ、肝細胞癌を疑われ入院した。【既往歴】特になし【生活歴】飲酒：焼酎ロック3杯/日、喫煙：2本/日。【血液検査所見】WBC 9400/ μ L、Hb 4.2 g/dL、PT% 55%、Alb 3.0g/dL、AST 118 IU/L、ALT 32 IU/L、ALP 817U/L、 γ -GTP 1193 IU/L、T-bil 1.7 mg/dL、NH₃ 171 μ g/dl、AFP 64 ng/mL、PIVKA-2 40mAU/ml。【画像所見】CTで肝両葉は著明に腫大し高度の脂肪肝を伴い、右葉主体に高吸収の腫瘍を多数認めた。腫瘍は動脈相で造影効果を認め、門脈相でもわずかに造影された。肝動脈造影で腫瘍は濃染し持続は長く、CTAPでは欠損を呈するがCTHAで造影効果が持続しwash outがないなど肝細胞癌に非典型的であった。【経過】超音波下腫瘍生検の病理所見は、20-30%に脂肪化がみられ、マロリー小体も観察されたが腫瘍成分は認めずアルコール性肝硬変の所見であり、腫瘍はアルコール性肝硬変による大再生結節と診断された。以後も飲酒を継続し、腫瘍は増加、増大傾向であったが、20XX+3年後に禁酒し、元の大発腫瘍は縮小傾向となったが、新規に多発する小結節の出現をみた。【結語】アルコール性肝硬変に合併する多発大再生結節を経験した。禁酒に伴い腫瘍の縮小および新たな多数の結節の出現を認めた。

再生結節, アルコール性肝硬変

防衛医科大学 内科学 2 講座¹⁾、防衛医科大学校病院 光学医療診療部²⁾、山下耕生¹⁾、田原寛之¹⁾、堀内和樹¹⁾、小野晋治¹⁾、小野山裕亮¹⁾、鈴木晴也¹⁾、千谷菜花¹⁾、堀内知見¹⁾、吉留佑太¹⁾、池山佳輔¹⁾、松田康里¹⁾、吉富俊彦¹⁾、溝口明範¹⁾、渋谷尚希¹⁾、八月朔日秀明¹⁾、東山正明¹⁾、渡辺知佳子¹⁾、富田謙吾¹⁾、高本俊介²⁾、穂苅量太¹⁾

【症例】20代男性【現病歴】発熱と咽頭痛を主訴に近医を受診し、抗菌薬と鎮痛薬を処方された。1週間経過しても発熱が持続していたため再度受診したところ、血液検査で異型リンパ球、肝逸脱酵素の高値を認めたため、伝染性単核球症による肝機能障害が疑われた。その後外来で経過観察されていたが、血液検査で肝逸脱酵素の増悪、腹部超音波検査で脾腫を認めたため、精査加療目的で当院当科紹介受診となった。【経過】EBウイルス核酸定量1300 copies/mLと上昇しており、EBウイルス感染による伝染性単核球症と診断した。また、来院時の腹部骨盤造影CT検査で、脾腫及び脾梗塞を認めた。伝染性単核球症に合併する脾梗塞と考え入院加療する方針とした。第2病日より脾梗塞の拡大予防目的で抗凝固療法を開始した。肝逸脱酵素は改善し、脾梗塞の増悪は認めなかった。全身状態も良好となったため、第13病日に退院した。退院後2ヶ月でのフォローアップ腹部骨盤造影CT検査では、脾梗塞範囲の縮小および脾腫の改善を認めている。【考察】伝染性単核球症は異型リンパ球の増加、肝機能異常、肝脾腫を示す感染症である。0.1%程度で脾破裂を合併するが、伝染性単核球症に脾梗塞を合併する例は稀である。今回、脾梗塞を合併したEBウイルス感染による伝染性単核球症の一例を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

伝染性単核球症, 脾梗塞

武蔵野赤十字病院 消化器科
中野 悠、関口修平、金子 俊、稲田賢人、山下洗司、桐野 桜、大澤玲奈、早川優香、岡田真央、王 婉、樋口麻友、高浦健太、前屋鋪千明、玉城信治、土谷 薫、中西裕之、板倉 潤、松永光太郎、黒崎雅之、泉 並木

【症例】63歳女性【現病歴】X-1年1月に肝胆道系酵素上昇あり、精査目的に当科初診となった。抗ミトコンドリアM2抗体陽性、IgM 347mg/dLと高値であり、肝生検病理では慢性非化膿性破壊性胆管炎(CNSDC)、肉芽腫形成を認め、Nakanuma stage2、CA3、HA1相当の原発性胆汁性胆管炎(PBC)と診断した。ウルソデオキシコール酸(UDCA)の内服を開始したが、肝胆道系酵素再上昇あり、IgGも上昇、抗核抗体陽性であったため、自己免疫性肝炎(AIH)合併を疑った。X年5月、肝生検施行し、プレドニゾロン(PSL)0.5mg/kgを開始した。導入後速やかに肝胆道系酵素低下、IgG低下を認めた。肝生検病理では、前回同様のCNSDCなどのPBC様所見に加え、肝実質の炎症像が顕著に増悪しており、形質細胞の浸潤、interface hepatitisによる実質辺縁の破壊が目立ち、実質深部においても単細胞壊死、巣状壊死が多発し、一部で架橋壊死に至っているような新大山分類A3F2相当のAIH合併所見を認めた。本所見よりPBC-AIH overlap症候群と診断し、PSLは漸減、UDCA内服管理としているが肝障害は改善し、経過良好である。【考察】経時的肝生検病理変化を追えたPBC-AIH overlap症候群の一例を経験した。上記症候群の報告はこれまでも認められるが、同一患者で経時的に肝生検を行い比較検討できた症例は稀である。本症例について文献的考察を加えて報告する。

PBC-AIH overlap症候群, 肝生検

群馬大学医学部附属病院 消化器・肝臓内科
若城忠武, 山崎勇一, 植原大介, 須賀孝慶, 戸島洋貴, 下山康之,
佐藤 賢, 柿崎 暁, 浦岡俊夫

【はじめに】肝外病変を伴う肝細胞癌の治療は分子標的薬による全身化学療法が中心だが、奏効率は十分とは言えない。今回我々は肝外病変に対して局所療法が奏効したStageIVB肝細胞癌の2症例を経験したので報告する。【症例1】70代女性。C型肝炎、関節リウマチにて近医通院中に腫瘍マーカー上昇を指摘され、201X-4年前医受診した。CTにて肝右葉～肝門部に径75mm大の肝細胞癌と診断し、肝動脈化学塞栓術(TACE)を施行した。追加治療として重粒子線療法目的で当院紹介受診した。消化管近接のため外科治療の適応と判断し、経皮肝門脈塞栓術後に肝右葉・尾状葉切除を施行した。その後C型肝炎に対して抗ウイルス療法を行い、ウイルス学的著効を達成した。201X-2年CTにて両肺結節の増大を認め、転移性肺腫瘍と診断し、2期的に胸腔鏡下肺部分切除、右肺S6a+b区域切除を施行した。201X-1年右肺S5に新規病変が出現し、胸腔鏡下右中葉部分切除を施行した。201X-2年現在、肝内外ともに新規病変の出現はない。【症例2】70代女性。気管支喘息にて当院通院中201X-6年検診の腹部エコーにて肝右葉に腫瘍を指摘された。EOB-MRIにてS5/6に3cm大の肝細胞癌と診断されTACEを施行した。肝S5/6, S7に複数の肝細胞癌を認め、外科治療の適応と判断し、腹腔鏡下肝S5・S6切除+肝S7ラジオ波凝固療法を施行した。201X-5年肝S6/S7局所再発に対してTACEを施行し、201X-4年肝門部リンパ節転移に対して放射線療法を施行後からソラフェニブ400mgを開始した。その後心サルコイドーシス合併のため一時休業したが、201X-3年同部位の局所再発に対してソラフェニブを再開した。しかし治療効果なくソラフェニブを中止し、リンパ節郭清術を施行した。201X-2年右総腸骨リンパ節転移。201X-1年前縦隔リンパ節転移に対してそれぞれソラフェニブ治療を施行した。201X年現在、肝内外ともに新規病変の出現はない。【結語】肝細胞癌StageIVBの治療は全身化学療法が推奨されるが、本例のごとく肝内病変が制御されている症例では、肝外病変に対して外科的手術、放射線療法を含めた局所治療も選択肢となり得ると考えられた。

肝細胞癌, 肝外病変

順天堂大学医学部附属練馬病院 消化器内科
大森将史, 生駒一平, 北川隆太, 石塚 敬, 大久保捷奇, 斉藤紘昭,
大久保裕直

【背景】肝細胞癌レンパチニブ(LEN)治療では高頻度に疲労感が出現し、その対策は急務となっている。今回、レボカルニチン製剤用量調節で疲労感をコントロールしえた一症例を経験したので報告する。【症例】50歳代女性。C型肝炎を背景としたBCLC-Cの進行肝細胞癌(右葉8cmはじめ両葉多発, bland-TAE後, Vp2)、てんかんの既往もあるも内服なし。T-Bil 0.3mg/dL, ALB 3.4g/dL, PT 77% (Child-Pugh 6, ALBI grade 2a), 血中アシルカルニチン/フリーカルニチン比(AC/FC) 0.158。疲労感は簡易倦怠感尺度Brief Fatigue Inventory (BFI) で0.88。2018年8月からLEN 8mg/日を開始、9月下旬にはグレード2(BFI 5.88)の倦怠感が出現(AC/FC 0.233)。レボカルニチン製剤1500mg/日開始となり、翌10月には疲労感はグレード0 (BFI 0.33, AC/FC 0.223)に改善しLENが継続投与された。2019年5月にけいれん重積発作にて他院入院し、バルプロ酸600mg/日が開始となった。翌6月グレード2(BFI 6.667)の疲労感の出現あり、AC/FC 0.432まで上昇していた。バルプロ酸継続の上レボカルニチン3000mgに増量したところ、翌7月に疲労感の改善をみた(BFI 2.55, AC/FC 0.457)。PDであったためソラフェニブ800mgに薬剤変更し、レボカルニチン製剤1500mgに減量するも、AC/FC 0.26と回復し、BFI 1.444に復しその後は疲労感の訴えはなくソラフェニブ服用中である。【結語・考察】カルニチンの腎再吸収にはカルニチントランスポーターOCTN-2が関与し、各種分子標的薬投与によりOCTN2活性が阻害されることが報告されている。遊離カルニチンの相対的欠乏を示すAC/FCは、カルニチン欠乏の良好なマーカーであった。本例はLEN起因性の二次性カルニチン欠乏症にOCTN2の輸送能低下をきたすバルプロ酸を服用したことで、疲労感が再燃したと思われる。OCTN2阻害作用を有する2種の薬剤が投与され、疲労感の出現が変化し、レボカルニチン製剤投与増量が奏功した症例を経験した。トランスポーター輸送活性を考慮した薬物治療が肝癌分子標的薬治療において肝要と思われる。

レンパチニブ, カルニチン

東京慈恵会医科大学 外科学講座
石塚良太, 塩崎弘憲, 堀内 堯, 白井祥陸, 安田淳吾, 古川賢英,
恩田真二, 後町武志, 柴 浩明, 石田祐一, 矢永勝彦

症例は82歳女性。X-9年、膝関節手術の際に深部静脈血栓症を認め、精査目的に施行した胸部腹部造影CTにて肝右葉S5/6に径1cm大の淡い吸収域を指摘された。肝嚢胞または肝血管腫が疑われ他科で1年毎に画像検査にて経過観察されていた。X-1年に施行したMRIにて、S5/6に径3cm大、X-3年のMRIでは明らかでなかったT1強調画像で高信号、T2強調画像で低信号、拡散強調画像で辺縁優位の高信号となる腫瘍性病変を認めた。炎症性偽腫瘍または梗塞後変化が疑われ再度経過観察の方針となった。X年8月右季肋部痛、背部痛を主訴に当院他科受診。精査目的に施行した肝Dynamic CTにて径6cm大となるS5/6肝腫瘍影の増大を認めた。内部に造淡い高濃度域、辺縁遅発性の造影増強効果を伴う所見を認め、出血が疑われた。EOB-MRIではX-1年施行時のMRIと比べT1強調画像で高信号、T2強調画像で低信号のS5/6の肝腫瘍影の高度な出血を伴った増大を認めた。辺縁のsolid componentはT2強調画像で高信号を示していた。肝内胆管癌、鑑別として高分化型肝細胞癌、血管肉腫が疑われ当科紹介、X年9月肝部分切除術を施行した。病理所見では病変は不整管状・癒合管状構造を形成して浸潤性増殖し、纖維化や炎症細胞浸潤、壊死を伴っていた。個々の細胞は腫大類円形核と好酸性円柱状細胞質を有し、浸潤癌所見の一部わずかに既存の肝内胆管に異型上皮性腺管を認めた。高分化から中分化型管状腺癌の像であり、肝内胆管癌と診断した。以上、9年の長期経過から急激な増大を呈し、悪性腫瘍を疑い肝部分切除を施行した肝内胆管癌の1例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。

肝内胆管癌, 肝切除術

埼玉県済生会川口総合病院 消化器内科¹⁾, 同 外科²⁾
岡田浩典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⁾, 根上直樹²⁾,
石戸保典²⁾

【諸言】胆嚢結石が起こりうる合併症は多種多様である。今回胆嚢結石が原因でMirizzi症候群を引き起こし、経過中に胆嚢炎、confluence stoneを併発した症例を経験し、confluence stoneに対して電気水圧衝撃波結石破砕術が有効であったため報告する。【症例】50歳代女性。2018年10月に褐色尿を自覚し近医を受診した。腹部超音波検査にて胆嚢結石および肝内胆管の拡張を認め、当院消化器内科を紹介受診し、Mirizzi症候群の診断となった。ERCPにてPlastic stentによる減黄を行っていたが、加療中に胆嚢炎を引き起こし、当院外科で腹腔鏡下胆嚢摘出術を施行することになった。手術までの経過観察中にconfluence stoneとなり、2019年3月SpyScope DSIIを用いて電気水圧衝撃波にて完全排石した。【考察】三管合流部に嵌頓したconfluence stoneやMirizzi症候群は総胆管結石と同じように内視鏡的結石除去を行うとすると、ほとんどの場合不成功となる。このような症例では体外式衝撃波結石破砕術や胆道鏡下の電気水圧衝撃波が試みられている。胆道鏡下の電気水圧衝撃波での治療はMirizzi症候群14例に対し全例成功したという報告がある。また、嵌頓結石例に対する結石除去成功率は74-100%という報告もある。体外式衝撃波結石破砕術と胆道鏡下の電気水圧衝撃波の碎石成功率に有意な差はないとされているが、治療回数は電気水圧衝撃波の有意に少なく済むことが利点としてあげられる。一方、電気水圧衝撃波の碎石成功率は高いが、技術的に難しい。電気水圧衝撃波を用いた際に胆嚢炎を始めとした合併症を18%に生じたが、輸血を要するような胆道出血や胆管損傷などの重篤な合併症を認めることは少なく、有用性のある治療法だと考えられる。【結語】胆嚢結石、胆管結石の治療には様々な方法が用いられており、多くの施設では内視鏡治療が第一選択とされている。しかしながらMirizzi症候群やconfluence stoneといった嵌頓結石例のような治療困難な状況もある。このような症例に対し、経口胆道鏡下の電気水圧衝撃波碎石術の有用性について文献的考察を踏まえて報告する。

胆道鏡, confluence stone

東邦大学医療センター大橋病院 消化器内科¹⁾、同 外科²⁾
田島慎也¹⁾、田中貴志¹⁾、新後閑弘章¹⁾、権 勉成¹⁾、徳久順也¹⁾、
鯨岡 学²⁾、森山穂高²⁾、浅井浩司²⁾、渡邊 学²⁾、前谷 容¹⁾

胆嚢癌術後再発による胆道閉塞、消化管閉塞に対して集学的治療を要した一例(田島慎也¹⁾、田中貴志¹⁾、新後閑弘章¹⁾、権勉成¹⁾、徳久順也¹⁾、鯨岡学²⁾、森山穂高²⁾、浅井浩司²⁾、渡邊学²⁾、前谷容¹⁾) 東邦大学医療センター大橋病院消化器内科1) 同 外科2) 症例: 70歳代男性。2018年8月に胆嚢癌、cT3aN0M0-Stage3A(胆嚢癌取り扱ひ規約第6版)と診断し肝S4a+5切除術、胆嚢摘出術、肝内胆管切除術、胆管空腸吻合術を施行した。最終病理診断はpT3a(liver), int, INFb, ly2, v2, ncl, pDM0, pHM0, pEM2, pCM0, n(+))であった。術後4ヶ月で肝門部再発による胆道閉塞を発生し胆管プラスチックステント(PS)を留置した。術後9ヶ月でPS閉塞による閉塞性黄疸と吻合部再発による挙上空腸閉塞を発生し盲端部の腸管拡張をきたした。挙上空腸閉塞に対しては経皮ドレーナージュチューブを留置した後に経皮ルートから狭窄部に消化管金属ステントを留置した。胆道閉塞に対しては超音波内視鏡下胆管胃吻合術(EUS-HGS)を施行しB3に金属ステントを留置した。しかしその後肝門部狭窄により肝内胆管が左右に分断されたため経皮経肝胆道ドレーナージュ(PTBD)をB5とB2に留置、最終的にPTBDルートからB2、3、5を橋渡しするように金属ステントを留置することで胆道ドレーナージュが可能であった。その後、退院が可能であった。胆嚢癌術後再発に起因した症候に対して集学的治療を行い退院が可能であった症例を経験したので報告する。

胆嚢癌, 内視鏡治療

自己免疫性膵炎, IgG4

東京医科歯科大学 消化器内科
渡邊沙希, 三好正人, 小林正典, 加藤 周, 日比谷秀爾,
本林麻衣子, 清水寛路, 竹中健人, 福田将義, 新田沙由梨,
齊藤詠子, 藤井俊光, 大島 茂, 井津井康浩, 中川美奈,
岡田英理子, 柿沼 晴, 長堀正和, 渡辺 守

【症例】54歳、男性。201X年1月に下痢の精査で行われた下部消化管内視鏡検査で潰瘍性大腸炎(UC)と診断された。アサコール(5-ASA) 3.6gを開始され症状は改善したが、投与開始10日後から心窩部痛が出現し、アミラーゼ(AMY)の上昇および造影CTで膵周囲脂肪織濃度上昇を認めた。経過から5-ASAによる薬剤性膵炎が疑われたため、5-ASAの内服を中止し補液による保存的加療を行われ、改善した。5-ASAは中止のまま、UCに対してはレクタブルでの治療を行われていたが、4月の定期外来時にAMYの上昇および閉塞性黄疸を認めた。造影CT、MRCPでは、臍上縁を境界とする閉塞および膵周囲の脂肪織濃度上昇と主膵管の狭小化を認め、自己免疫性膵炎(AIP)が疑われた。ERCPでは下部胆管に比較的急峻な胆管狭窄を認めた。EUSで膵はびまん性に低エコーを呈し、比較的強い慢性膵炎の所見であった。EUS-FNAによる組織診断では線維化および腺管への好中球浸潤を認める一方で、IgG4陽性細胞は認められず2型AIPと診断された。潰瘍性大腸炎の増悪も認めており、両者に対してプレドニゾロン(PSL) 70mgの静注を開始された。AMYは速やかに正常化し、投与開始20日後の造影CTでは、膵腫大は改善していた。80日後に行ったERCPで胆管狭窄の改善も確認した。UCはPSL抵抗性でありインフリキシマブでの寛解導入療法を開始され、その後、5-ASAも再開されたが膵炎の再燃なく良好に経過している。【結語】潰瘍性大腸炎に2型AIPが合併することは知られているが、比較的稀である。今回5-ASA膵炎として一度加療されたが、その後の2型AIPと診断された1例を経験した。初回の膵炎も経過からは5-ASAによるものではなく2型AIPによる影響が疑われた。5-ASAはUCの中心的薬剤であり、膵炎を発生した際には安易に5-ASA膵炎と判断して中止せず、2型AIPの可能性も検討すべきと考えられた。

自己免疫性膵炎, 潰瘍性大腸炎

千葉大学医学部附属病院

赤塚鉄平, 大野 泉, 浅野公将, 嶋由紀子, 泉水美有紀, 三浦義史,
永嶋裕樹, 粟津雅美, 奥相慧輔, 新行内綾子, 日下部裕子,
安井 伸, 杉山晴俊, 三方林太郎, 加藤直也

【主訴】心窩部痛【現病歴】50歳男性。20XX年7月から心窩部痛を自覚し、市販薬のフェモチジンの内服したが改善なく、疼痛が増強したためA病院を受診した。20XX年8月1日、上部消化管内視鏡検査で逆流性食道炎が疑われたためポノプラザ10mg内服を開始し、疼痛は改善したが、8月2日に灰白色便、尿の濃染を自覚した。8月15日、妻に皮膚の黄染を指摘されB病院を受診し、腹部超音波検査で胆嚢腫大・総胆管の拡張(13mm)を認め、8月20日に当院紹介となる。採血ではIgG4が174と高値であり、造影CTで膵臓全体が軽度腫大、明らかな腫瘍性病変を認めず、当初は自己免疫性膵炎が疑われた。しかし、膵癌の可能性を否定しきれないため、8月23日にEUS・ERCP予定となり入院した。【既往歴】なし【家族歴】母: 脳梗塞、父方の祖母: 膵癌【生活歴】喫煙: 20本/日30年間、飲酒: 焼酎水割り1合毎日【検査結果】採血検査: CEA 2.1ng/ml, CA19-9 42.2U/ml, IgG4 174mg/d。腹部造影CT: 膵臓周囲の濃度上昇あり、膵臓に明らかな腫瘍を指摘できない、膵内胆管壁に造影効果を認め、主膵管は膵頭部で途絶している。【臨床経過】胆管擦過細胞診の結果はClass3で悪性所見を否定しきれず、膵管途絶部よりEUS-FNAを行い、結果はClass4と悪性所見を得た。術前画像検査としてPET-CT、MRIを追加し、切除可能膵癌の診断で当院外科に紹介となった。【考察】本症例では、IgG4が上昇を認め、画像所見からも自己免疫性膵炎が疑われたが、膵管途絶部よりEUS-FNAを行い、膵癌の診断を得た、診断に苦慮した1例であった。膵癌でも2次にIgG4上昇を認めることがあり、自己免疫性膵炎が疑われる症例においても、慎重に繰り返し悪性疾患の存在の確認を試みるのが重要であると考えられた。【結語】IgG4上昇を認め画像診断に苦慮した膵癌の1例を経験した

埼玉医科大学国際医療センター 消化器内科¹⁾、
同 病理診断科²⁾、同 肝胆膵外科³⁾
渡邊隆一¹⁾、水出雅文¹⁾、良沢昭銘¹⁾、谷坂優樹¹⁾、原田舞子¹⁾、
鈴木雅博¹⁾、小川智也¹⁾、野口達矢¹⁾、永田耕治²⁾、合川公康²⁾、
岡本光順³⁾、小山 勇³⁾

【緒言】膵過誤腫は稀であり、膵腫瘍の鑑別に挙げることも難しい疾患である。また、良性疾患ながら手術に至り診断される報告が多い。症例情報を共有し、本疾患の認知を広めることは有用と考える。今回、多血性を呈し膵内分沁腫瘍を疑い、手術にて診断に至った膵過誤腫の1例を経験したので報告する。【症例】70歳代女性。【主訴】なし【既往歴】高血圧症【現病歴】健診腹部超音波検査にて膵体部に14mm大低エコー腫瘍を指摘され当院紹介受診。腹部造影CTにて早期より濃染する18mm大の類円形腫瘍を膵体部に認めた。MRI(SPIO)では、副脾は否定的であった。採血上、インスリン/ガストリンは正常範囲、グルカゴンのみ軽度上昇を認めたが無症状であり非機能性膵内分沁腫瘍を第一に考え腫瘍核出術を施行した。摘出腫瘍の病理組織学的所見では、病変内はランゲルハンス島や末梢神経線維組織は認められず、腺房細胞線分も不明瞭であり通常の膵小葉構架は消失。主として小型膵管の密な増生から構成されているが膵管上皮細胞に異型性は認めなかった。最終的には膵過誤腫と診断した。【考察】膵過誤腫は非腫瘍性の先天性奇形あるいは生後の組織発達の誤りで組織構成成分様式に異常をきたし、限局性に腫瘍を形成するものとされている。稀な疾患であり、症例情報を共有し本疾患への認識を深めることが、膵腫瘍鑑別において重要と考える。【結語】術前診断が困難であった膵過誤腫の1例を経験した。稀な疾患ではあるが、膵多血性腫瘍の鑑別診断として考慮すべきであると思われた。若干の文献的考察も加え報告する。

膵過誤腫, 診断

虎の門病院 消化器内科¹⁾、同 消化器外科²⁾、同 病理診断科³⁾、中島紗樹¹⁾、佐藤悦基¹⁾、服部大輔¹⁾、伊藤康雄¹⁾、田村哲男¹⁾、小山里香子¹⁾、小林祐太²⁾、橋本雅司²⁾、佐藤順一朗³⁾、藤井丈士³⁾、今村綱男¹⁾

症例は31歳男性。心窩痛を主訴に受診。CTで膵頭部に40mm大の腫瘤を認め、尾膵管は7mmと高度に拡張していた。腫瘤は乏血性で、漸増性に淡い造影効果を呈し、門脈浸潤も疑われ、腫瘍マーカーの上昇はないものの、膵管拡張を伴うことから膵癌の可能性を否定できず、通常型膵癌の他に腺扁平上皮癌や腺房細胞癌、神経内分泌腫瘍などが鑑別に挙げられた。MRI拡張強調画像で拡散低下し、PET-CTでFDG集積を認める事からも悪性の可能性が示唆され、組織診断目的に超音波内視鏡下腫瘍穿刺吸引細胞針(EUS-FNA)を行ったところ、小血管周囲に異型細胞が集簇し、一部で偽乳頭状構造や偽ロゼット様構造を認め、免疫染色ではCD56(+), CD10(+), β -catenin(+)であり、Solid pseudopapillary neoplasm (SPN)と診断された。外科的切除の方針とし、術前には門脈浸潤が疑われていたが、術中所見で浸潤なく剥離可能であり膵頭十二指腸切除がなされた。切除検体の病理結果もSPNであり、根治切除であった。SPNは若年女性の膵体尾部に好発する低悪性度腫瘍であり、膵腫瘍の0.2-2.7%程度の稀な疾患である。近年、男性例の報告が増加しているが、男性例は女性例よりも好発年齢が高いとされ、本症例のような若年男性発症は少ない。また、SPNは平均腫瘍径7.5cmと比較的大きな腫瘤を形成することが多いが膵管径に変化を与えることは少なく、検索しえられた膵管拡張を伴う報告例は2例と少なく、本症例は極めて稀な病態であった。SPNの生物学的悪性度は低く、完全切除が得られれば予後良好であり、EUS-FNAによる術前組織診断の果たす役割は大きいと考えられ、本症例においても治療方針の診断に有用であった。

EUS-FNA, SPN

印環細胞癌, 膵癌

東京慈恵会医科大学附属柏病院 消化器肝臓内科¹⁾、東京慈恵会医科大学 内科学講座 消化器・肝臓内科²⁾、藤森彩子¹⁾、桐生幸苗¹⁾、石川将史¹⁾、杉山悦郎¹⁾、中田正裕¹⁾、大瀧雄一朗¹⁾、鈴木静香¹⁾、赤須貴文¹⁾、星野 優¹⁾、伊藤善翔¹⁾、松本喜弘¹⁾、内山 幹¹⁾、小井戸薫雄¹⁾、猿田雅之²⁾

【症例】68歳、男性。201X年4月、他院の定期外来でCA19-9の上昇を認め精査の結果、膵頭部癌・肝転移(cStage4b)と診断された。同年6月に加療目的で、当院外来を紹介受診。7月に化学療法(GEM+Nab-PTX)を導入し、以後、外来にて減量・投与間隔などの調整を行いながら継続加療を行っていた。201X+3年4月、外来でGEM投与翌日より労作時呼吸苦を認め、症状が改善しないため4日後に外来を受診。受診時、sBP110台・HR120台・Sat90%(r/a)、胸部単純CTにて両側胸水と心嚢水貯留を認め、肺炎・心不全で入院とした。第2病日に、呼吸不全は増悪し循環不全の状態となった。原因として、心嚢水貯留による心タンポナーデが疑われ、心嚢ドレナージを施行した。心嚢水は血清・滲出性で、細胞診からはAdenocarcinomaが検出され、膵癌・心膜転移によるものと考えられた。ドレナージにより、呼吸不全と循環不全が改善したため第6病日にドレナージを抜去。その後、心嚢水の再貯留はなく、入院継続でGEM投与を行い第23病日に退院した。しかし、退院16日後に労作時呼吸苦の再燃を認め、外来を受診。胸部単純CT・心臓超音波検査では明らかな心嚢水の貯留は認めなかったが、経過観察目的で入院した。第4病日、起床時に強い呼吸苦を認め、その数分後に心肺停止となり永眠された。【考察】「膵癌、心膜転移」は、医中誌で検索したところ本邦では報告はなく、非常に稀な病態と考えられた。また、痛性心タンポナーデに対しては、ドレナージ・全身化学療法、癒着療法などが行われている。膵癌における治療については、今後の検討が必要と考えられた。

膵癌, 心膜転移

脾腫瘍, EBV

東京医科大学八王子医療センター 卒後臨床研修センター¹⁾、同 消化器内科²⁾、貝原朱希¹⁾、朝井靖二²⁾、浅野響子²⁾、田所健一²⁾、山西文門²⁾、富田裕介²⁾、和田卓也²⁾、松江石武²⁾、平山泰丈²⁾、奴田原大輔²⁾、平良淳一²⁾、中村洋典²⁾、北村勝哉²⁾

症例は60歳代男性。20XX年6月、近医での血液検査にて肝胆道系酵素の上昇を認めた。腹部造影CT検査にて乏血性の膵頭部腫瘤と多発肺・肝転移を疑う所見を認めたため、同年7月に当科紹介受診となった。初診時、CEA 367.2 ng/mL, CA19-9 292.9 U/mLと上昇を認め、画像精査および病理組織学的検査施行目的に超音波内視鏡検査を行った。膵頭部に大きさ約40mmで、辺縁や不整・境界明瞭・内部不均一で内部に壊死性変化と考えられる無エコー領域を伴う腫瘤を認め、穿刺生検を行った。病理組織では、PAS染色陽性、Alcian-blue染色陽性の印環細胞様の異型細胞が増殖し、膵原発の印環細胞癌と診断した。経過中、血清ビリルビン値が上昇傾向であり、閉塞性黄疸の可能性を考え、減黄処置後に化学療法を施行する方針となり、同年8月に入院となった。内視鏡的逆行性胆道膵管造影検査を施行し、遠位胆管狭窄部に対してメタルステントを留置した。しかし、その後も肝胆道系酵素は増悪傾向で、腹部造影CT検査では急速な肝転移の増大を認めたため、血清ビリルビン値の上昇は、閉塞性黄疸だけではなく、肝転移に伴う肝実質性黄疸の影響が考えられた。第24病日には血圧低下と頻呼吸が出現し、全身状態不良により永眠した。膵原発の印環細胞癌は極めて稀で、膵原発癌の中で1%以下と報告されている。著しい浸潤性増殖を示し、悪性度は非常に高く、進行の速さから外科的切除や化学療法が施行できずに死亡する例が多い。本症例も全臨床経過3か月で急速な進行を認め、化学療法の施行は困難であった。今回、膵印環細胞癌の貴重な1例を経験したため、文献的考察を加えて報告する。

東京大学医学部附属病院 肝胆脾外科
小谷昭博, 真木治文, 金子順一, 森戸正顕, 安城芳紀, 石沢武彰, 赤松延久, 有田淳一, 山澤 翔, 牛久哲男, 長谷川潔

【背景】Epstein-Barr virus (EBV) 関連炎症性偽腫瘍はEBV感染に伴って認められる事のある稀な疾患である。脾EBV関連炎症性偽腫瘍の1切除例を経験したため報告する。【症例】症例は47歳女性。ぶどう膜炎の加療中、全身性関節痛も出現し、サルコイドーシスが疑われた。既往としては、36歳時に特発性血小板減少性紫斑病のためステロイド療法が行われ完全寛解に至り、その後の再燃は認めなかった。血液検査所見ではCEA 1.8 ng/mL, CA19-9 4 U/mL, IgG 3113.0 mg/dL, sIL-2R 1068 U/mLであった。全身精査目的に施行されたCTで直径約10cmの脾腫瘍を認めた。Gadolinium-ethoxybenzyl-diethylene-triaminepentaacetic acid MRIでは辺縁優位に造影効果が認められT1WI低信号、T2WI高信号、DWI高信号、ADC低値であった。鑑別診断として inflammatory myofibroblastic tumor等が考えられたが、悪性リンパ腫も否定できず診断的治療目的に脾臓摘出術を施行した。病理組織学的診断では炎症性偽腫瘍様の形態に加え、EBV-encoded RNA in situ hybridizationでは、びまん性陽性像を認め、EBV関連炎症性偽腫瘍と診断された。CD21、CD23といった濾胞樹状細胞性腫瘍のマーカーは陰性であったが、年齢・性別・発生部位も考慮すると脾EBV関連炎症性偽腫瘍様濾胞樹状細胞性腫瘍の可能性が考えられた。術後は第7病日に門脈血栓を認め、抗凝固療法を要したが軽快し、経過良好で術後第15病日に退院した。【結語】脾EBV関連炎症性偽腫瘍の1切除例を経験した。

日本大学医学部 内科学系 消化器肝臓内科学分野
池上千香子, 江崎 充, 平山みどり, 市島諒二, 鈴木 翔,
草野 央, 池原久朝, 後藤田卓志

背景: 薬剤性食道潰瘍は、治療薬剤の服用により急性潰瘍を来たす比較的稀な疾患である。われわれは治療目的に内服していた薬剤による食道潰瘍を経験したため、報告する。症例: 20歳代女性。尋常性ざ瘡の加療のため、皮膚科通院中であった。当院消化器内科受診の数日前から、改善に乏しい前胸部〜心窩部痛が出現した。受診日当日に施行した上部消化管内視鏡検査にて、胸部中部食道の前壁側と後壁側に約15mm大の境界明瞭な潰瘍性病変を認めた。生検にてesophagitisの診断であった。検査後、再度詳細な問診を行った。皮膚科より処方されていたピプラマイシンを少量の水で内服後、すぐに横になって数時間昼寝をしたところ、起床後から症状が出現したとのことであった。このことから、ピプラマイシンが食道に停滞したことによる薬剤性食道炎の可能性が高いと判断した。粘膜保護剤による保存的治療を行ったところ、症状は徐々に改善を認めた。ピプラマイシン内服時には十分な水で内服し、服用後はすぐに横にならないように指導したところ、以降症状は再燃なく経過している。考察: われわれはピプラマイシンの食道停滞による薬剤性食道潰瘍を経験した。近年、新規経口抗凝固薬ダビガトランを内服中の高齢者にも薬剤性食道潰瘍が報告されている。本症例のように抗菌薬による発症のみみられるため、若年者においても鑑別には注意が必要である。本疾患の発症には薬剤側、および患者側の原因がある。薬剤側では、薬剤の形態や酸度、浸透圧などが発症の一端と言われており、テトラサイクリン系の薬剤内服の際に本症を起こすことが多いとされている。一方患者側の原因としては、内服時の水分量や内服直後の姿勢、消化管運動機能の低下や食道狭窄などが挙げられる。従って、発症予防の点において、食道粘膜障害を引き起こす薬剤の内服には患者への十分な水分摂取、また服用後の過ごし方についての指導を行うことが重要である。

食道潰瘍, ピプラマイシン

食道癌放射線化学療法中に生じた食道肺痿に対し
フィブリン糊充填法が有効であった1例

足利赤十字病院 内科¹⁾,
獨協医科大学病院 内科学(消化器)²⁾,
足利赤十字病院 外科³⁾,
近藤まゆ子¹⁾, 金森 瑛^{1,2)}, 福士 耕^{1,2)}, 金澤美真理^{1,2)},
嘉島 賢^{1,2)}, 九嶋祥友¹⁾, 田中 求³⁾, 室久俊光^{1,2)}, 郷田憲一²⁾,
入澤篤志²⁾

【症例】60代男性【主訴】喉のつかえ感【現病歴】201X年4月より喉のつかえ感あり、5月より嚥下困難感、咳嗽を自覚した。近医より当院紹介受診し、胸部中部食道に亜全周性の食道癌が認められた。胸部CTでは両側主気管枝浸潤・多発リンパ節転移と診断され、化学放射線療法目的に入院した。【入院後経過】第2病日より原発巣及び腫大リンパ節に対して放射線療法、化学療法(5-FU, CDDP)を開始。第16病日より咳嗽症状の増悪、CTで右肺下葉に浸潤影を認め、肺炎として抗菌薬加療した。第37病日のCTでは胸部中部食道右側に壁の断裂が見られ、肺内との連続性を認め、気管支肺痿と診断。食事中止、放射線療法中止した。食道造影では容易に瘻孔が造影された。呼吸器内科へコンサルトするも気管支鏡等を含めた瘻孔へのアプローチは困難と判断され、第49病日に内視鏡下で瘻孔にフィブリン糊を充填した。充填後より咳嗽症状改善を認め、食道造影でも瘻孔は造影されず、CTでも瘻孔の狭小化を認めた。【考察】進行食道癌に対する化学放射線療法により瘻孔の併発は6%程度とされている。食道気道瘻は誤嚥性肺炎や膿胸の原因となるため、致命的な経過を辿ることがあり治療が必要である。瘻孔を併発した際の対策としては、食道ステント留置、バイパス手術、胃瘻・腸瘻造設、胃管留置などの方法がある。本症例では放射線療法に食道内病変は縮小しておりステント留置は困難、リンパ節転移の影響でバイパス術も困難と判断した。食道癌術後の瘻孔に対しフィブリン糊充填法の有用性が報告されており、本症例では内視鏡的にフィブリン糊を充填することで症状改善、瘻孔の狭小化を認めた。フィブリン糊充填法は簡易で有用性が高いと考えられ、若干の文献的考察を加え報告する。

食道, 瘻孔

大森赤十字病院
嘉数朝亮, 河野直哉, 比嘉愛里, 福井 諒, 折原慎弥, 岡田直也,
立川 準, 須藤拓馬, 新倉利啓, 有本 純, 桑原洋紀, 中岡宙子,
高松志帆子, 千葉秀幸, 井田智則, 諸橋大樹, 後藤 亨

【主訴】吐下血【現病歴】69歳男性。吐下血を主訴に当院へ救急搬送された。【既往歴】高血圧症, H. pylori除菌【臨床経過】来院時、血圧88/44mmHg, 脈拍86回/分とショックバイタルであったため、細胞外液点滴および昇圧剤にてバイタルの安定化を図った。血液検査では貧血と、CTにて胃内に多量の凝血塊が疑われた。緊急上部消化管内視鏡検査にて、穹隆部後壁に粘膜下隆起様の潰瘍性病変があり、中心には露出血管を認めた。病変に傍にアニサキスが刺入しており、鉗子にて虫体を摘出した。露出血管に対して、凝固止血を行い、赤血球輸血とプロトンポンプ阻害剤の投与を行った。第4病日、潰瘍辺縁より病理組織生検を行ったが、癌やGISTの所見を認めなかった。その後、貧血の進行なく第6病日に退院とした。外来での内視鏡フォローでは潰瘍は治癒し瘢痕化した。【考察】出血性ショックをきたした胃アニサキス症と診断して治療し得た稀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。

胃アニサキス症, 胃粘膜下腫瘍

胃病変を契機に診断に至った乳癌胃転移の一症例

東京女子医科大学 卒後臨床研修センター¹⁾,
同 消化器内科²⁾, 同 消化器内視鏡科³⁾,
高橋駿太郎¹⁾, 新田裕樹²⁾, 伊藤泰斗²⁾, 久礼里江²⁾, 山本果奈²⁾,
小木曾智美²⁾, 岸野真衣子²⁾, 中村真一²⁾, 徳重克年²⁾

【症例】70歳 女性【既往歴】40歳 関節リウマチ、55歳 早期胃癌【現病歴】10年前から関節リウマチに関連した間質性肺炎を併発し当院の呼吸器内科に通院していた。肝胆道系酵素上昇、貧血、血小板減少を認めたため当科にコンサルトとなった。【経過】造影CTで胃壁肥厚を認めたため上部消化管内視鏡検査したところ体部大弯の髪肥厚、散在する不整形のびらんを認めた。肉眼所見から4型進行胃癌を考えたが、びらんの配置が体部の長軸に沿って出現している点と、一部のびらんの周囲に粘膜下腫瘍様の隆起を認めた。生検では低分化型腺癌の診断であった。肉眼所見から4型進行胃癌よりも転移性胃癌の可能性が高いと考え原発巣精査を継続した。以前より左乳房に小結節を認めており、大きさ、形状など著変なく経過していたが、念のためマンモグラフィー、吸引生検を施行したところ、invasive ductal carcinoma, schirrous typeの診断であった。胃生検組織に対して免疫染色を追加したところCK7(+), CK20(-), GCDFP-15(+), HER2(+), score2+, GATA3(+), ER(-), PgR(-)と乳腺組織と同様の結果であったことから乳癌の胃転移と診断した。【考察】胃病変が契機となって診断に至った乳癌の症例を経験した。内視鏡所見の詳細な検討と画像検査の注意深い見直しが有用であった貴重な症例と考える。

乳癌胃転移, スキルス胃癌

がん・感染症センター都立駒込病院 消化器内科¹⁾、
同 内視鏡科²⁾、同 病理科³⁾、
安藤稔彦³⁾、高雄暁成¹⁾、柴田理美¹⁾、千葉和朗¹⁾、米間佐和子¹⁾、
前田有紀²⁾、大西知子¹⁾、荒川丈夫²⁾、門馬久美子²⁾、堀口慎一郎²⁾、
小泉浩一¹⁾、菊山正隆¹⁾

症例は34歳男性。2017年11月より1日15行程度の慢性的な下痢が続いていた。2018年3月に血便を契機に近医を受診し、小腸と大腸に多発するポリープが認められた。慢性下痢症や低蛋白血症は遷延しており診断・治療に難渋したため、2019年4月に精査加療目的に当院へ紹介となった。大腸内視鏡検査では終末回腸から直腸にかけて、100個以上の多発する有茎性のポリープが認められた。ポリープの頭部は発赤調で頂部には白苔と粘液が多量に付着しており、特にS状結腸では充満する様にポリープが多く認められた。ポリープは病理組織学的に表面主体に炎症性変化が認められ、間質には血管に富む肉芽組織の増生が目立ち、軽度拡張した腺管の増生が認められ、若年性ポリープとして矛盾のしない所見であったため、本症例は若年性ポリポーシス (Juvenile polyposis syndrome: JPS) と考えられた。低蛋白血症の原因は大腸ポリープと考えられ、大腸ポリープの全切除を目標として内視鏡治療を行う方針とした。半年間に計4回の内視鏡的ポリープ切除を行い、合計81個のポリープを切除した。下痢症状と低蛋白血症も半年間で著明に改善 (血清TP値4.4g/dlから6.8g/dl) が認められた。JPSは全消化管に過誤腫である若年性ポリープが多発する疾患とされている。切除したポリープの8%程度にdysplasiaが認められるという報告もあり1-3年毎の内視鏡でのサーベイランスが推奨されている。JPSの診断には遺伝学的検査も有用であるが、孤発例も多く、また表現型も多彩であることから診断に難渋することもある。本症例は大腸型JPSに伴う低蛋白血症に対して内視鏡治療が極めて有効であった一例と考えられる。

若年性ポリポーシス, 低蛋白血症

東邦大学医療センター大橋病院
嶋津由香, 日原大輔, 鳥羽崇仁, 堀江義政, 高橋厚子, 大塚麻紀子,
吉田有輝, 富永健司, 渡邊 学, 大原関利章, 前谷 容

【症例】60歳代、女性【現病歴】便潜血陽性の精査で施行した大腸内視鏡検査で下部直腸に立ち上がりの比較的急峻な、径3cm大の粘膜下腫瘍様の隆起性病変を認め、当科紹介となった。内視鏡観察では病変に明らかな潰瘍やdelleを認めず、表面平滑で正常粘膜で覆われていた。NET、GISTなどが疑われたが、粘膜生検の病理結果は上皮に異型なく、リンパ濾胞の過形成が認められるのみで、腫瘍性病変は認めなかった。造影CTでは下部直腸前壁に早期濃染を示す3cm大の腫瘤を認め、MRIではT1強調、T2強調ともに低信号を示し、画像所見ではNETが最も疑われた。EUSでは第3-4層を首座とする薄い隔壁様構造を伴う内部がやや不均一なlow echoic、一部anechoicな病変として描出された。組織学的診断のためEUS-FNAを施行したが結果は同様であった。診断的な外科的切除も検討されたが、人工肛門となる可能性もあり御本人と相談の上で診断確定のため内視鏡的粘膜切開下生検を施行した。最終病理診断はMalignant lymphoma, B cell lymphomaの診断となり、他院の血液内科に紹介とした。【結語】各種画像所見や粘膜生検、EUS-FNAで確定診断が困難であった直腸粘膜下腫瘍の診断において、内視鏡的粘膜切開下生検が有用であった悪性リンパ腫の1例を経験したため、若干の文献的考察を含めて報告する。

内視鏡的粘膜切開下生検, 直腸悪性リンパ腫

横須賀市立うわまち病院 外科
加藤健一, 岡田晋一朗, 志田原智広, 大谷菜穂子, 松本理沙,
高山裕司, 中谷研介, 菅沼利行

【症例】76歳、男性【主訴】慢性下痢【既往歴】急性心筋梗塞、尿管結石【現病歴】2月から下痢が続いており、同年7月中旬に体動困難となったため近医を受診した。下痢による腎前性腎不全と診断され当院紹介となった。腎前性腎不全、慢性腸炎による下痢症として絶食・輸液を行い経過観察していた。入院中に陰部潰瘍を3か所認め軟膏を塗布していたが改善しなかった。7月末日に突然吐血と心窩部痛があり腹部CTで横隔膜下にfree airを認めた。上部消化管穿孔と診断し開腹した。2か所に回腸穿孔を認め回盲部切除術を施行した。腹膜炎に対しては抗菌薬・抗真菌薬を投与し、炎症反応は落ちついたが下痢は持続したままだった。アフタ性口腔内潰瘍を新たに1か所認め、これまでの経過からBechet病を疑った。眼病変や皮膚病変はなかったが、組織検体から回腸にびまん性の深いびらん潰瘍形成を認めた。Bechet病の診断基準のうち主症状のアフタ性口腔内潰瘍と陰部潰瘍、副症状の回盲部潰瘍を認め腸管型Bechet病と診断した。内科に転科後ステロイド治療を開始し、下痢は改善傾向になった。【考察】慢性下痢が持続している場合には対症療法のみではなく、全身疾患の可能性も考慮し、他に有意所見がないか問診・検査をする必要がある。

下痢症, 腸管型Bechet病

筑波大学医学医療系 消化器内科¹⁾、
筑波大学付属病院 光学診療部²⁾、
猪狩弘大¹⁾、小野田翼¹⁾、山本祥之¹⁾、伊藤嘉美¹⁾、鈴木宏清¹⁾、
杉山雄太郎¹⁾、池田貴文¹⁾、新里悠輔¹⁾、廣瀬 優¹⁾、山田武史¹⁾、
森脇俊和¹⁾、溝上裕士²⁾、兵頭一之介¹⁾

【症例】60歳代、男性。201X-3年に横行結腸癌、多発肝転移、腹膜播種と診断された。以降、全身化学療法が施行され、201X年5月より5次治療としてレゴラフェニブ療法が開始された。経過中に有害事象としてGrade1の嘔吐、疲労、下痢、Grade2の食欲不振が出現したが、いずれもマネジメント可能であった。2コース目第22日に施行した初回CT評価で、遠位回腸に広範囲にわたって腸管気腫所見および周囲腸間膜静脈内に少量のガス血症像が偶発的に認められたため、腸管気腫症の診断のもと同日緊急入院となった。入院時血液検査で白血球数10500/μl、CRP1.56mg/dlと炎症反応の軽度上昇を認めたが、発熱や腹部症状は認めなかった。レゴラフェニブの内服を中止し、絶食・補液管理、抗生剤投与の保存的加療を行った。第8病日のフォローアップCTで遠位回腸の腸管気腫像は軽減していたため、第9病日より流動食を開始し、腹部症状の出現や血液検査で増悪がないことを確認しながら慎重に食上げを行った。第15病日のフォローアップCTで腸管気腫像が消失したため退院した。【考察】腸管気腫症は、腸管壁の粘膜下もしくは漿膜下に多数の含気性嚢胞を形成する比較的稀な疾患である。近年、ペバシズマをはじめとする血管新生阻害薬による腸管気腫症の報告が散見されるが、レゴラフェニブでの報告はない。血管新生阻害薬による腸管気腫症の多くは無症状で定期CT検査にて偶発的に発見されるケースが多く、発見が早期であれば保存的加療で回復するが、腸管穿孔を伴う症例などでは手術を要し死に至るケースもある。血管新生阻害薬による腸管気腫症の頻度は低いものの、早期発見のためには、可能性を念頭に置いた観察、定期的な画像評価が重要である。今回、横行結腸癌に対してレゴラフェニブ療法を施行し腸管気腫症を発症した一例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。

腸管気腫症, レゴラフェニブ

JA 神奈川厚生連 伊勢原協同病院 消化器内科
横倉航一, 中谷征吾, 原田洋平, 柴田 進, 湊 高貴, 松本高明,
山本 創, 小野弘二, 大野 隆

【症例】82歳、男性【主訴】なし【現病歴】人間ドックにてHbA1c 6.5%を指摘され当院糖尿病内科を受診した。その際の血液検査で炎症反応の上昇と肝機能障害を認めため、原因検索目的に胸腹部造影CTを施行した。その結果、上腸間膜静脈内の広範囲な血栓、少量の腹水、小腸の浮腫状変化を認め、当科紹介となった。【経過】精査の結果、proteinC欠乏症による上腸間膜静脈血栓症の診断で入院治療の方針とした。高齢であることから血管内治療や外科的治療の希望はなく、内科的治療のみを希望されたため、抗凝固療法としてアピキサパン2mg/dayと腹水管理目的にフロセミド20mg/day内服を開始した。治療開始1週間後に造影CT施行し血栓の縮小を確認し、アピキサパン10mg/dayに減量した。3週間後には血液検査上、炎症反応、肝機能も正常化したため退院とした。退院後もアピキサパン10mg/day、フロセミド20mg/day内服継続しており3か月後の造影CT上、血栓・腹水は消失しておりフロセミド内服は終了とした。【考察】上腸間膜静脈血栓症は腸間膜血管閉塞性疾患の5-15%を占めるとされ比較的稀な疾患である。保存的療法で軽快する症例もあるが、うっ血による血管障害をきたし、腸管壊死を引き起こして手術が必要となることもある。臨床症状は腹痛や嘔吐、発熱、下痢など非特異的であり、初発症状は上腸間膜動脈血栓症に比べて軽微で症状進行が緩徐であることが多い。そのため早期診断が困難であり、その死亡率は15-40%と報告されている。治療法には抗凝固療法、線溶療法、血管内治療、外科的治療等があるが未だコンセンサスは得られていない。新規経口抗凝固薬の上腸間膜静脈血栓症に対する効果は、症例報告が中心で、未だ確立したエビデンスは極めて乏しい。今回我々は、内科的治療が奏功したproteinC欠乏症に起因した上腸間膜静脈血栓症の1例を経験したので文献的考察を加えて報告する。

上腸間膜静脈血栓症, proteinC欠乏症

虫垂, 下部消化管出血

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 消化器内科²⁾
山下泰徳¹⁾, 澤田敦史¹⁾, 尾関雄一郎¹⁾, 池田良輔¹⁾, 西尾匡史¹⁾,
福地剛英¹⁾, 佐藤知子¹⁾, 平澤欣吾¹⁾, 國崎主税¹⁾, 前田 慎²⁾

症例は80歳男性。2ヶ月間持続する水様性の下痢を主訴に近医を受診し、単純CTで胸水、腹水、腹腔内腫瘍を認め、当院紹介受診した。身体所見に特記すべき異常所見はなく、採血結果ではWBC、CRP共に正常値でCEAやCA19-9などの腫瘍マーカーの上昇も認めなかった。当院の造影CT検査では、右胸水と骨盤底に腹水、小腸間膜根部に石灰化を伴う境界不明瞭な6cm大の腫瘍と小腸の浮腫状壁肥厚、腸間膜リンパ節の腫大を認めた。腹腔内腫瘍はMRI検査においてT1強調像で高信号、T2強調像で低信号、拡散強調像では異常高信号域は認められなかった。PET-CT検査においては腫瘍に軽度のFDG集積(max=3.1)を認めるのみで、他臓器に異常集積像は認められなかった。上下部内視鏡検査では特記すべき異常所見はなく、胸水細胞診でも悪性所見は認められなかった。以上より腸間膜脂肪織炎を第一に鑑別として挙げたが、悪性腫瘍の可能性も否定できないため、腹腔内腫瘍に対して開腹生検を施行する方針とした。開腹生検結果は線維化を伴う脂肪組織で悪性所見なく、同時に採取した腹水からも悪性所見は認められなかった。臨床経過や各種検査所見から腸間膜脂肪織炎と診断しプレドニゾン30mg/日を開始した。ステロイド導入から2週間後には下痢は消失し、CTにおいても胸水・腹水の消失と小腸浮腫の改善を認めた。現在外来でステロイドを漸減中であるが、下痢や胸腹水貯留などの症状の再燃なく経過している。腸間膜脂肪織炎は原因不明の非特異的炎症疾患であり、比較的前後は良好とされている。しかし悪性疾患との鑑別が困難であることが多く、本症例のように胸腹水を伴う症例であるとより一層鑑別に苦慮する。今回初診時から迅速に診断しステロイド加療が奏功した一例を経験できたため文献的考察を含め報告する。

腸間膜脂肪織炎, ステロイド

憩室炎, 穿孔

自治医科大学附属さいたま医療センター
萩原拓哉, 松本圭太, 松本史弘, 森野美奈, 賀嶋ひとみ, 小糸雄大,
三浦孝也, 高橋裕子, 坪井瑠美子, 石井剛弘, 吉川修平,
大竹はるか, 藤原純一, 関根匡成, 上原健志, 浅野岳晴, 宮谷博幸,
眞嶋浩聡

症例は69歳男性。慢性心房細動に対して近医通院中であり、エドキサパンを服用していた。朝に突然の血便を認め、近医肛門クリニックを受診、肛門鏡では肛門および近傍に異常所見を認めなかった。その後も大量の血便がみられることから当院に救急搬送された。当院到着時バイタルは安定しており、造影CTを施行。回盲部に造影剤の血管外漏出所見がみられ、緊急下部内視鏡検査を施行。虫垂開口部から湧出性の出血を認め、虫垂憩室出血を疑い、虫垂開口部をふさぐようにクリップによる止血術を行った。しかし完全止血が得られなかったため、外科および放射線科と協議の上、経カテーテル動脈塞栓治療を行う方針とした。右結腸動脈からの選択造影で虫垂枝末梢から活動性の出血がみられ、直動脈3本に対してコイル塞栓することで止血を得た。術後経過は良好で第6病日に退院となった。その後も再出血や腸管壊死などの合併症は認められない。本邦における虫垂憩室出血の報告は極めて少なく、治療方針については内科のみならず外科や放射線科と協議を要する疾患であると考える。

千葉県立海浜病院 消化器内科
片山慶一, 高城秀幸, 田澤真一, 薄井正俊, 太和田勝之, 野本裕正,
齋藤博文, 北 和彦

【目的】食生活の欧米化などを背景に日本人における憩室炎の有病率が上昇傾向にある。憩室炎の合併症として穿孔、憩室出血が代表的である。膿瘍、穿孔を伴わない憩室炎に対しては抗菌薬投与による保存的治療が一般的であるが、穿孔すると重症化し、ショックに至る例もある。穿孔時に保存的加療を継続した場合、死亡例の報告もあり、速やかに手術に施行することが考慮される。今回、憩室炎における穿孔リスク因子を検討した。【方法】当院で2017年4月から2019年3月に憩室炎の診断にて入院加療を行った全74例を対象とし穿孔例12例、非穿孔例62例に分けて後方視的に解析を行った。【成績】全74例において平均年齢53歳、男性47例、女性27例であり、部位別にみると上行結腸39例、横行結腸1例、下行結腸11例、S状結腸23例であった。S状結腸23例のうち13例(57%)で穿孔を認め、他の部位は上行結腸39例中穿孔3例(9%)、横行結腸1例中穿孔なし(0%)、下行結腸11例中穿孔1例(9%)であり、S状結腸において有意に穿孔例が多かった(p=0.025)。血液検査所見では、全74例での平均白血球数11670/μl、平均CRP 10 mg/dlであった。穿孔例と非穿孔例について初診時の白血球数およびCRP値にて比較したところ、穿孔例13例の平均白血球数は13900/μl、CRP 10.8 mg/dlで非穿孔例13例の平均白血球数10700/μl、CRP 9.5 mg/dlと比較して有意な白血球数上昇を認めた(p=0.001)が、CRP値には有意差を認めなかった。白血球数12000/μl以上であった30例中10例(33%)で穿孔を認め、12000/μl未満であった44例では穿孔例は2例(4%)に留まっており、白血球数12000/μl以上の症例では有意に穿孔が多かった(p=0.001)。【結論】S状結腸憩室炎や白血球数12000/μl以上の症例においては、穿孔のリスクが高いため抗菌薬による保存的治療を行う場合でも治療中に穿孔の可能性を念頭に入れ、保存的治療と合わせて速やかな手術への移行が可能となるよう考慮する必要がある。

横浜市立市民病院 外科

岩見毬衣, 小金井一隆, 辰巳健志, 二木 了, 黒木博介, 中尾詠一, 杉田 昭

潰瘍性大腸炎に合併する巨大結腸が被覆穿孔を来していたにも関わらず、中毒症状を呈していなかった重症潰瘍性大腸炎の一例を経験したので報告する。【症例】75歳男性【現病歴】201X年5月中旬から腹痛・頻回の下痢・血便から虚血性腸炎が疑われ近医に入院した。前医で施行した下部消化管内視鏡で潰瘍性大腸炎と診断され、5-アミノサリチル酸製剤・ステロイド40mg/日を開始した。ステロイドを投与後も改善なくヘモグロビン10g/dl、アルブミン1.6g/dlと貧血・低アルブミン血症が進行していた。同年6月中旬にCTを施行し、上行結腸～横行結腸に最大径6cmの拡張を認めたが保存的加療を継続した。高齢で低アルブミン血症、巨大結腸症を認めるため、同年7月手術的に当科に紹介された。入院時は体温36.4℃、脈拍89回/分、排便回数4回、腹痛や血便なし、身体所見上、腹部は膨隆があるが軟らかく、腹部全体に軽度圧痛あり、反跳痛はなかった。腹部X線撮影で上行結腸～横行結腸に最大径7.6cmの拡張を認めた。全身状態が比較的落ち着いていたため、第5病日に結腸全摘術+S状結腸粘液液造設術+回腸人工肛門造設術を施行した。術中所見では、横行結腸は拡張し、巨大結腸症を呈していた。S状結腸が左腹壁と癒着し、3ループの小腸が巻き込まれており、これを剥離すると排膿を認めた。切除標本の肉眼所見では、直腸から連続性に上行結腸まで潰瘍が多発しており、筋層が露出し、粘膜が数珠状に残存していた。横行結腸は最大径9.5cmに拡張していた。病理組織学的所見では、粘膜下層までの炎症細胞浸潤と一部で固有筋層の破壊があり、重度の活動性を伴う潰瘍性大腸炎の所見であった。S状結腸には漿膜側に慢性炎症を伴う膿瘍形成と内部に異物も散見され、穿孔部の所見であった。術後は、廃用性萎縮に対してリハビリテーションを必要としたものの、そのほか経過に問題なく第32病日に退院した。【結語】潰瘍性大腸炎に合併した巨大結腸症では中毒症状を伴わない場合でも穿孔を起こす可能性があり、早期に手術を行うことが望ましく、特に高齢者では症状が顕在化しにくい症例があり、留意する必要があると考えられた。

潰瘍性大腸炎, 中毒性巨大結腸症

横浜市立大学 消化器・腫瘍外科

平井倫太郎, 鈴木伸祐, 川島 圭, 窪田硫富人, 森 康一, 佐藤 渉, 小澤真由美, 石部敦士, 小坂隆司, 秋山浩利, 遠藤 格

【症例】49歳男性【主訴】左鼠径部違和感【現病歴】20XX年5月、左鼠径部違和感を主訴に近医を受診した。精査目的のMRI検査で骨盤内に9cm大の嚢胞性病変を認めた。精嚢、膀胱との連続性はないものの、S状結腸と一部境界不明瞭だった。同年7月当科を紹介受診した。腹部単純CT検査でも、douglas窩に勾玉状の嚢胞性腫瘍を認め、骨盤内に活動性炎症や充実性腫瘍は認められなかった。以上より、重複腸管と診断し、同年8月治療目的に入院した。【入院後経過】腹腔鏡下直腸低位前方切除術を行う方針とした。腹腔鏡で観察すると、骨盤内に約10cm大の辺縁平滑な腫瘍を認めた。腫瘍は骨盤右壁と癒着していた。また、虫垂先端と連続していた。虫垂粘液性腫瘍と診断し、腹腔鏡下虫垂切除術の方針とした。虫垂を全周性に剥離し、回盲部を授動し、正中創を延長した。体腔外で虫垂を切除した。切除断端は迅速病理診断に提出し、断端陰性を確認した後、閉腹した。術後は疼痛コントロールも良好で特に合併症なく、入院後第15病日に退院となった。検体は11×7×4.5cm大、内腔に大量の粘液貯留を認める腫瘍だった。虫垂壁内腔面に紡錘形に腫大した核を持つ腫瘍細胞を認め、低異型度虫垂粘液性腫瘍(LAMN)の所見であった。【考察】今回、術前診断で重複腸管と鑑別診断に苦慮した虫垂粘液性腫瘍に対して腹腔鏡下虫垂切除術を施行した1例を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

虫垂粘液性腫瘍, 重複腸管

東海大学医学部 内科学系 消化器内科学

大和田祐介, 佐野正弥, 三島祐介, 吉原四方, 寺邑英里香, 門馬牧子, 水上 創, 中原史雄, 羽田野敦子, 小池 潤, 鈴木秀和, 松嶋成志, 鈴木孝良

【症例】38歳男性【主訴】血便【現病歴】3日前よりの黒色便を認めて、その徐々に鮮血便となってきたために当科受診となった。【既往歴】高血圧症、下垂体線種、下垂体卒中【薬歴】アムロジピンベシル酸塩5mg【家族歴】特記事項なし【個人歴】喫煙なし、機会飲酒【経過】腹部超音波にて虫垂に腫瘍性病変を指摘された。造影CT検査では虫垂に造影効果を伴う腫瘍性病変を認めた。準緊急で下部消化管内視鏡検査を施行した。すると、全結腸にわたり血性の残液を認め、虫垂孔からの持続出血を認めた。クリッピングや焼灼止血などの処置は困難と考え観察を継続していたところ、自然止血を得られたため、観察のみで検査終了とした。画像所見から虫垂悪性腫瘍を強く疑い、腸管安静目的に緊急入院。術前診断cT3cN2cM1(P)cStageIVとして当院消化器外科に依頼を行った。同月、腹腔鏡下回盲部・右半結腸切除術を施行した。虫垂腫瘍は、周囲後腹膜、S状結腸、右尿管と高度に癒着を認めたが、右尿管は温存して手術を終了した。術後経過は麻痺性イレウスを認めたのみであった。術後14日目に自宅退院となった。術後診断はsT4sN0sM0sStageIIIであった。現在、外来にて術後化学療法を予定している。【考察】若年者の虫垂腫瘍は稀である。報告例では腹痛や嘔気を主訴とし、虫垂炎として術前診断され、病理結果から虫垂腫と診断された例が目立つ。虫垂腫として術前診断され手術に臨んだ症例は少ない。血便を契機に発見され、術前診断をなした虫垂腫の症例は報告が少なく、貴重な症例と考えられたため、文献的な考察を加えて報告する。【結語】若年男性で血便を契機に発見された虫垂腫瘍の一例を経験した。

大腸腫瘍, 虫垂癌

横須賀市立うまち病院 消化器内科¹⁾, 同 病理検査科²⁾円谷康佑¹⁾, 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⁾

【症例】82歳、女性。【主訴】腹部膨満感、食欲不振。【既往歴】卵巣癌で手術(77歳時)。認知症で精神科通院中。【現病歴】201X年4月下旬頃より、特に誘因なく腹部膨満感、食欲不振が出現した。症状が増悪するため近医を受診し、貧血、腹水を指摘され精査・治療目的で当科紹介入院した。【身体所見】腹水、浮腫を認めた。【検査成績】WBC 6000/ μ l、RBC 410 \times 10⁷/ μ l、Hb 8.1g/dl、Hct 26.9%、Plt 29.5 \times 10³/ μ l、Alb 2.6g/dl、AST 28U/L、ALT 18U/L、LDH 304U/L、ALP 251U/L、 γ -GTP 14U/L、T-Bil 0.84mg/dl、フェリチン24.2ng/ml、CEA 10.5ng/ml、CA19-9 4.7U/ml。【臨床経過】腹部CTで盲腸部に腫瘍性壁肥厚、腹膜播種と考えられる大網の濃度上昇および中等量の腹水を認められた。また、上腸間膜静脈、脾静脈、門脈本幹および門脈分枝内には、腫瘍栓を疑わせる低吸収域病変が充満していた。この病変には造影効果が認められ、主体は腫瘍栓であると考えられた。肝転移所見は認められなかった。下部内視鏡検査で盲腸部に腫瘍性進行癌(中分化型腺癌)が確認され、上部内視鏡では、F1ステージの食道静脈瘤が認められた。以上より、肝転移を伴わない盲腸癌による門脈腫瘍栓と診断した。Stage 4の大腸癌として化学療法を検討したが、腹水貯留の急激な増悪などで急速に状態は悪化、緩和医療への移行方針とした。【考察】肝転移を伴わない大腸癌の門脈腫瘍栓は、極めて稀とされている。本症例は肝転移を伴わない盲腸癌でありながら、上腸間膜静脈、脾静脈さらに門脈本幹から門脈分枝内腔に広範囲に腫瘍栓を形成し、その画像所見を含めて示唆に富むと考え報告する。

盲腸癌, 門脈腫瘍栓

草加市立病院 消化器内科¹⁾, 同 外科²⁾, 同 病理診断科³⁾
木村晶平¹⁾, 笠野由佳¹⁾, 河上和輝¹⁾, 磯崎 岳¹⁾, 戸田晶子¹⁾,
小橋健一郎¹⁾, 今城真臣¹⁾, 鎌田和明¹⁾, 矢内常人¹⁾, 小郷泰一²⁾,
阿部志保³⁾

【症例】45年間の石綿被曝歴のある73歳男性。201X年8月に腹痛、下痢を主訴に前医を受診した。腹部単純CT検査で肝周囲に多発石灰化像を認めたため、精査加療目的に当院を紹介受診した。当院の胸腹部造影CT検査では肝表や脾周囲の腹膜肥厚および石灰化を認め、また肺尖部の胸膜でも石灰化を認めた。鑑別として結核や悪性腹膜中皮腫を挙げた。結核の罹患歴はなくT-Spotは陰性で、画像所見と総合的に判断し否定した。また血中ヒアルロン酸は高値であったが、アルコール性肝硬変の既往があるため、悪性腹膜中皮腫の影響であるかは不明であった。スクリーニングで施行した上・下部消化管内視鏡検査では胃体下部小弯に早期胃癌および盲腸に粘膜下腫瘍様の進行癌を認め、生検では印環細胞癌成分を含む中～低分化腺癌であった。腫瘍マーカーはCEA:14.3ng/mlと上昇を認めた。大腸癌の外科的切除および診断確定のための腹膜生検目的に当院外科へ紹介したが、患者の同意が得られなかったことから経過観察となった。その後12月の腹部単純CT検査で腹水貯留を認め病勢が増悪し、緩和療法を行った。翌年2月に全身状態悪化のため死亡した。死亡後に家族の同意を得て、体表の肝側より数カ所の腹膜生検と腹水穿刺を行った。腹水からは腫瘍性細胞を認めなかったが、腹膜からは盲腸癌の生検組織と類似した上皮性腫瘍の所見であったため、盲腸癌の石灰化を伴った腹膜播種と診断した。【考察】一般的に腹膜石灰化の原因としては悪性腹膜中皮腫、結核、原発性腹膜癌などが挙げられ、本症例は石綿被曝歴などから悪性腹膜中皮腫を疑った。また大腸癌、肺癌、卵巣癌、乳癌などで転移巣が石灰化することはあるが、腹膜で石灰化した報告はなかった。今回は盲腸癌の腹膜播種が石灰化を伴ったと考えられる貴重な症例を経験したため、若干の文献的考察を加え報告する。

盲腸癌, 腹膜石灰化

湘南藤沢徳洲会病院 肝胆膵・消化器病センター¹⁾,
同 放射線科²⁾
清水 実¹⁾, 藤川智章¹⁾, 岩渕吾吾¹⁾, 八木進也³⁾

【症例】49歳、女性 【主訴】腹痛 【現病歴】入院3日前の夕食に家族で焼き鯖を摂取。その日の晩に心窩部に違和感を自覚。来院前日の朝から心窩部痛を自覚。昼頃から疼痛が増強し、起き上がれず。疼痛は歩行等の体動時に増強。来院当日、腹痛は若干改善し、歩行可能となったため来院。腹部単純CTでは胃潰瘍の可能性があり、原因検索・加療目的に緊急で上部消化管内視鏡を施行。アニサキスや胃・十二指腸潰瘍を主唆する所見は認めなかったものの、胃角部小弯前壁寄りに胃粘膜下腫瘍様の隆起を認め、生検鉗子で押すと強い圧痛の訴えを認めた。その後、腹部造影CT、腹部エコーを施行し、小網に3cm程度の限局性の脂肪織濃度上昇を認め、小網梗塞と判断。保存的加療にて徐々に腹痛は改善し、第6病日に退院となる。【考察】小網梗塞は、小網の捻転や血栓塞栓等により小網への静脈還流が障害され、遠位側組織のうっ血等が生じ、進行するにつれて、動脈閉塞による壊死が生じ、腹痛や腹膜炎徴状を呈する疾患である。以前は術前の診断は困難であったものの、CTや腹部エコーの普及により術前の診断が可能となってきた。保存的加療が選択しうる疾患であり、不要な手術を回避するために、術前の正確な診断が重要である。今回、上部消化管内視鏡にて圧痛を伴う粘膜下腫瘍様の隆起を認め、小網梗塞に特異的な所見と思われる。これまで上部消化管内視鏡にて小網梗塞の診断に寄与する所見の報告はなく、貴重な症例と考え報告する。

小網梗塞, 圧痛を伴う粘膜下腫瘍様隆起

東京都済生会中央病院 消化器内科¹⁾, 同 腫瘍内科²⁾
田沼浩太¹⁾, 今村峻輔¹⁾, 小倉 望^{1,2)}, 林 智康¹⁾, 平川旭人¹⁾,
小川 歩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⁾, 船越信介²⁾, 中澤 敦¹⁾

【症例】45歳、男性。【主訴】なし【現病歴】アルコール性肝障害精査加療目的に2019年X-3月に当科受診。スクリーニング目的の上部消化管内視鏡検査で下部食道に食道静脈瘤上の早期食道癌を認めた。ESD術中の出血を防ぐためにX-2月にEVLを施行した。X-1月に内視鏡上、食道静脈瘤が癒着化していることを確認し、X月にESD施行目的に入院となった。【既往歴】非代償性アルコール性肝硬変、高尿酸血症【生活歴】飲酒：禁酒後(以前はビール3合+焼酎2合/日)【内服薬】なし【入院後経過】下部食道20mm大の陥凹性病変に対してESDを施行した。粘膜下層局注はヒアルロン酸製剤原液を使用、ナイフは先端系(Dual knife J)を使用した。まず肛門側に終点を作成しようと粘膜切開およびトリミング施行したところ、静脈瘤より湧出性出血を来し、止血鉗子での凝固止血(Soft凝固)を再三施行したが止血が得られなかった。止血目的に食道癌の肛門側にEVLを3ヶ所施行したところ止血が得られた。その後、C字切開および口側から粘膜下層剥離を継続し、無事ESDを完遂した。EVLに準じて術翌日から飲水開始、翌々日から流動食開始し、予定通り第7病日に退院となった。【考察】食道静脈瘤を合併した早期食道癌に対するESDにおいて、ESD術前にEVLやEISを施行し、出血予防を行うことで安全にESDが施行できることが複数報告されている。今回、EVLをESD術前に施行し出血予防を行ったが、ESD術中に食道静脈瘤からの出血を来してしまった。止血目的にESD術中にEVLを追加することは非常に簡便であり、なおかつ有用であることを経験したためここに報告する。

ESD, EVL

獨協医科大学 内科学(消化器)
鈴木統裕, 石川 陸, 阿部圭一朗, 金森 瑛, 田中孝尚, 水口貴仁,
永島一憲, 井澤直哉, 山宮 知, 陣内秀仁, 有阪高洋, 土田幸平,
富永圭一, 郷田憲一, 入澤篤志

内視鏡治療後のサーベイランスは重要であるが、胃内視鏡的粘膜下層剥離術(ESD)後の異時性多発に関する臨床病理学的特徴像については不明な点も少なくない。2014年1月から2018年12月まで、当院でESDを施行した382例(腺腫72例、癌310例)を対象とし、ESD後の異時性多発について後ろ向きに臨床病理学的解析を行った。異時性多発の定義は、ESDから12か月以上経過後に別部位に多発したものとした。異時性多発は27例(7.0%：腺腫2例、癌25例)に認められた。異時性多発の有無で臨床病理学的因子を統計的に解析した結果、組織学的腸上皮化生(P=0.04)、腫瘍部位(U・M領域;P=0.02)で有意差を認めた。ESDから異時性多発までの期間は75(12-168)ヶ月であった。観察期間、年齢、性別、組織型、組織学的腸上皮化生の有無をマッチングさせた非異時性多発群27例と異時性多発群とを比較検討した。除菌年齢に有意差(P=0.261)はなかったが、異時性多発群については未除菌かつ高度萎縮(Hp自然消滅)の頻度が有意(P=0.0003)に高かった。胃ESD後のサーベイランスにおいて、特に腸上皮化生やU・M領域の治療歴、異時性多発に留意しつつ、長期に厳重な経過観察を要することが示唆された。また、Hp感染陽性例に対して確実に除菌することが、ESD後異時性多発の観点からも重要であると考えられた。

早期胃癌, 異時性多発

千葉県がんセンター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⁾,
辻本彰子¹⁾, 喜多絵美里¹⁾, 天沼裕介¹⁾, 須藤研太郎¹⁾, 中村和貴¹⁾,
三梨桂子¹⁾, 傳田忠道¹⁾, 石井 浩¹⁾, 川名秀忠³⁾, 荒木彰伸³⁾,
伊丹真紀子³⁾, 山口武人¹⁾

【主訴】心窩部痛【現病歴】心窩部痛精査のため近医で施行された上部消化管内視鏡検査にて、十二指腸球部前壁に4mmの黄色陥凹所見を認めた。生検でNeuroendocrine tumor (NET)と診断され、精査加療目的に当院紹介受診となった。【既往歴】副鼻腔炎、潰瘍性大腸炎【内視鏡所見】十二指腸球部前壁に通常観察にて4mmの黄色陥凹、NBI拡大観察で樹枝状の微小血管の増生所見を認めた。20MHz細径プロープ法によるEUSにて粘膜下層深部を主座とする2mmの内部均一な低エコー所見としてとらえられた。また筋層浸潤は認めなかった。【臨床経過】内視鏡治療適応と判断し、入院の上EMRCを施行した。偶発症なく経過し退院となった。【病理検査】粘膜固有層の2×1mmの範囲で小型円形核と淡明な細胞質を有する腫瘍細胞が胞巣状、索状、管腔様に増生し、免疫染色ではCD56, chromograinA, synaptophysinで陽性、Ki67Liは1.2%であることからNET, G1と診断された。胃カルチノイド腫瘍のTNM分類でpT1に相当し、明らかな脈管侵襲は認めず水平・垂直断端ともに陰性であり、治癒切除となった。【考察】NETは神経内分泌への分化を示す腫瘍である。2010年のWHO分類ではKi67の割合でG1, G2, G3と分類され、G1にくらべG2, G3は再発・転移の頻度が高い。十二指腸NETでは約90%が臨床症状を発現しない非機能性NETである。本症例でも明らかな症状発現は伴っていなかった。内視鏡所見としては一般的に黄色、または白色調の粘膜下隆起とされているが、今回の症例は黄色調の陥凹所見を呈しており、非常に稀な形態を示していた。十二指腸の平坦陥凹所見とすれば十二指腸癌が鑑別にあげられるが、今回の病変はNBI拡大観察上、上皮性の癌を示唆する所見を認めず除外できた。今回のように陥凹型腫瘍においてもNETを鑑別として考え、拡大内視鏡, EUS, 生検などの診断を考慮する必要がある。

十二指腸, NET

独立行政法人 国立病院機構 相模原病院 消化器内科
尾上美恵, 下田拓也, 齋藤公哉, 小山克樹, 清水祐貴, 篠木 啓,
中村陽子, 菅野 聡, 安達 誠

【症例】81歳男性。【主訴】なし。【現病歴】前立腺癌でホルモン療法中に健診の便潜血が陽性となり、TCSを施行した。TCSでは盲腸に限局した地図状の浅い潰瘍を認め、病理診断にてHE・PAS染色ともに赤痢アメーバ虫体が多数検出された。メトロニダゾール1000mg/日を10日間内服し、2か月後にTCSを行ったところ盲腸部の潰瘍に改善なく、病理でもアメーバ虫体の残存を認めた。メトロニダゾール抵抗性アメーバ性大腸炎であり、パロモマイシン1500mg/日を7日間内服とした。再度2か月後にTCSを施行し、潰瘍の癒化および病理上も虫体の消失を確認した。【考察】赤痢アメーバ症は寄生性の原生生物である赤痢アメーバの感染によって生じる。赤痢アメーバの生活史には栄養体と嚢子があり、嚢子は体内に入ると小腸で脱糞して栄養体となり、大腸に到達する。その後組織内に侵入し、大腸炎や肝膿瘍をひき起こす。現在、赤痢アメーバ感染症は増加傾向であり、2012年は932症例/年であったが、2013年以降は1000~1150症例/年となっている。これは性感染症の側面からの増加が考えられている。また、アメーバ性大腸炎はE. histolyticaによる感染の10%に発症するとされ、盲腸~上行結腸やS状結腸~直腸に白苔着を伴う潰瘍形成を生じるため、潰瘍性大腸炎や悪性腫瘍との鑑別が必要である。治療の第一選択はメトロニダゾールだが、これは組織病変に対する治療薬であり、パロモマイシンは糞便内への嚢子の排出を阻害する薬剤である。メトロニダゾールで奏功した後も40~60%は腸管内に嚢子が残存しているとの報告もあり、今後の赤痢アメーバ感染症については性行為感染のリスクも考慮し、感染拡大防止目的にパロモマイシンの使用も重要といえる。

赤痢アメーバ, パロモマイシン

北里大学メディカルセンター
鴻上太郎, 川口佑輔, 深川菜央美, 上原一帆, 大塚俊和,
田原久美子, 渡邊真彰, 木田光広

【症例】70歳, 男性。現病歴:201X年に近医で施行されたEGDにて十二指腸下行脚に白色の隆起性病変を認めたため精査目的に当院消化器内科に紹介受診となった。【経過】当院でEGDを施行したところ十二指腸下行脚に白色の斑状病変を認め生検を施行した。生検の結果は悪性腫瘍を疑う所見は認めなかった。CTでも同部位に明らかな病変は指摘できなかったが、脾臓に嚢胞様病変を認めた。同病変の精査目的でEUSを行ったところ、脾臓に分枝型IPMNを疑う所見であった。6ヵ月後に分枝型IPMNに対する経過観察目的のEUSを施行し、再度内視鏡観察下で十二指腸に白色の斑状病変を観察し生検を行ったところ濾胞性リンパ腫の診断となった。その後全身精査を施行したがその他の臓器に病変の確認はできなかったため、Lugano分類でstage1となり、現在外来で経過観察を行っている。【考察】十二指腸の濾胞性リンパ腫は非常に稀な疾患であり画像と文献的考察を加えて報告する。

濾胞性リンパ腫, 十二指腸

獨協医科大学 医学部 内科学 (消化器) 講座
小林泰知, 山宮 知, 金澤美真理, 田中孝尚, 渡邊詔子, 竹中一央,
菅谷武史, 土田幸平, 富永圭一, 飯島 誠, 郷田憲一,
入澤篤志

【症例】20歳台, 男性。【主訴】発熱, 咳嗽, 左胸痛【現病歴】20XX-7年発症の全大腸型潰瘍性大腸炎(UC)のため5-ASA, Azathioprine, Prednisolone, Tacrolimusで治療されたが寛解導入に至らず, AdalimumabやInfliximabも1次無効であり慢性持続の経過を辿っていた。20XX年年末から血便, 下痢回数の増加を認め入院となった。【既往歴】気管支喘息【身体所見】血圧116/78mmHg, 心拍数118回/分, 体温38.9℃, 呼吸数16回/分, SpO2 96%(room air), 腹部:平坦・軟・圧痛なし, 排便回数:2行/日, 顕血便なし, 呼吸音:清, 左胸部に圧痛はないが自発痛あり。【血液検査所見】WBC 11,300/μL, Hb 11.1g/dL, Ht 34.9%, Plt 39.9×10⁴/μL, BUN 7mg/dL, Cr 0.68mg/dL, TP 7.6g/dL, Alb 3.5g/dL, AST 15 IU/L, ALT 19 IU/L, LDH 119 IU/L, γ-GTP 19 IU/L, Amylase 59 IU/L, CRP 6.98mg/dL, ESR 58 mm【画像所見】胸部X線画像:左上肺野のbulla内部に液体貯留を認める。胸部CT:左上葉にbullaを複数認め, bulla内部に液体貯留を認める。【治療経過】入院後, Tofacitinib(TOF) 20mg/日で寛解導入を開始し著効, UCは寛解した。しかしTOF開始から38日後に発熱, 咳嗽, 左胸部の自発痛を認めた。画像所見より呼吸器感染症を疑い, 呼吸器内科にコンサルトした。呼吸器内科で肺化膿症と診断し, Meropenem (MEPM) 3g/日の投与にて治療を開始した。UCは寛解維持されていたため, TOFは20mg/日で継続した。MEPM投与開始から6日後に解熱し, 左胸痛や咳嗽も消失した。経過良好のためTOF開始から52日後に軽快退院した。【結語】感染症はTOFの重大な副作用であり, 本症例はUCの治療経過から免疫抑制状態となり, 肺化膿症を発症したと考えられた。

潰瘍性大腸炎, Tofacitinib

がん研有明病院 消化器内科 内視鏡診療部
光吉優貴, 斎藤彰一, 屋嘉比聖一, 井出大資, 千野晶子,
五十嵐正広

【目的】早期大腸癌の深達度診断においてJNET分類およびpit pattern診断は有用である。また炎症性腸疾患 (IBD) の長期罹患症例が増加しており、同時に腫瘍合併症例も増加している。長期IBD罹患患者における大腸腫瘍内視鏡診断、特にJNET分類とpit pattern診断の有用性について検討した。【方法】約20年前より全大腸炎型潰瘍性大腸炎の診断となり、保存的加療にて寛解維持。スクリーニング内視鏡検査で表面隆起型直腸腫瘍を認め、術前内視鏡診断でJNET2B、VI軽度不整の診断でSM軽度浸潤の病変と診断し内視鏡的粘膜下層剥離術を施行した。【結果】切除標本組織像では細胞異型度の低い高分化型管状腺癌を粘膜内に認め、粘膜下では小型腺管を形成するまばらな浸潤像を認めた。粘膜下層深部では、小型低分化胞巣を形成した浸潤像を示し、一部切除された固有筋層内へ及んでいた。また静脈、リンパ管侵襲も認め、壁深達度pT2の進行直腸癌の診断であった。【考察】本症例では、術前内視鏡診断と術後病理組織診断に解離を認めた。長期IBD罹患患者では背景粘膜に繰り返す炎症を認め、IBD関連腫瘍は通常大腸腫瘍とは組織学的特徴が異なり、既存の内視鏡診断では診断が困難であった。

潰瘍性大腸炎, 進行癌

北里大学医学部 消化器内科学¹⁾,
同 新世紀医療開発センター²⁾, 同 下部消化管外科³⁾,
同 病理学⁴⁾
佐野達哉¹⁾, 別當朋広¹⁾, 川岸加奈¹⁾, 迎 美幸¹⁾, 横山 薫¹⁾,
佐田美和¹⁾, 小林清典²⁾, 小泉和三郎³⁾, 中村隆俊³⁾, 三枝 信⁴⁾

症例は58歳の女性。42歳時に小腸大腸型クローン病と診断。消化管造影にて回腸に多発狭窄と回腸-直腸瘻を認めたため、在宅成分経腸栄養療法と6メルクaptopリンおよびメサラジン製剤にて加療していた。小腸狭窄に伴う腹部膨満感は持続し、外科手術を勧めるも患者が希望されず内科的治療を継続した。201X年11月より腹痛、排便回数の減少、腹部膨満感が増悪し、腹部単純X線所見で小腸ニボ像を認めた。腹部造影CT所見では骨盤内で小腸同士が癒合し一塊となり腸瘍を形成、さらに腸瘍背側では直腸とも癒着を認め瘻孔が疑われた。クローン病増悪によるイレウスおよび腸瘍形成と診断、加療目的で緊急入院となった。禁食・輸液管理とし、経鼻的イレウス管による減圧処置も行った。イレウス症状は一時改善するも、イレウス管を抜去すると腹部症状の増悪を認めた。小腸の狭窄と瘻孔、腸瘍形成に対して内科的治療は困難と判断し外科手術を行った。開腹時所見では、回盲部を中心に腸瘍とS状結腸・直腸への瘻孔を伴う変化があり、回腸同士も瘻孔を形成し一塊となり剥離が困難であった。そこで回盲部切除および回腸部分切除を行い、直腸との瘻孔部は切除困難なためS状結腸に人工肛門を造設した。切除標本の肉眼所見では、回腸に狭窄を伴う13.2×7.5cmの白色腫瘍性病変を認め、大型の潰瘍を伴っていた。病理組織学的には大小の胞巣状～索状、一部孤立性の増殖を示すpor1～por2相当のadenocarcinomaで、腸管深部への浸潤を認め、漿膜側に癌が露出し一部に穿孔を認めた。肉眼型は5型で、高度のリンパ管侵襲と静脈侵襲を認めリンパ節転移も伴っていた。以上よりクローン病に合併した小腸癌でpT4b、N2、M0、pStage IIbと診断した。術後、腹膜播種に伴う子宮浸潤を認め、化学療法を開始し一時奏功するも、原病の増悪により約2年後に死亡した。クローン病に合併した小腸癌の報告は稀であり、術前診断が困難な場合が多い。クローン病合併小腸癌の文献的考察を加え報告する。

クローン病, 小腸癌

上尾中央総合病院 消化器内科¹⁾, 同 肝臓内科²⁾, 同 外科³⁾
柴田昌幸¹⁾, 山口智央¹⁾, 中川慧人¹⁾, 柳澤大輔¹⁾, 大江啓史¹⁾,
成田 圭¹⁾, 田中由理子¹⁾, 三科雅子¹⁾, 三科友二¹⁾, 明石雅博¹⁾,
笹木貴広¹⁾, 高森頼雪²⁾, 土屋昭彦²⁾, 西川 稿¹⁾, 滝川 一¹⁾,
山中正己¹⁾, 尾崎貴洋³⁾, 水口法生³⁾

【はじめに】小腸カプセル内視鏡検査と小腸ダブルバルーン内視鏡が市中病院でも普及しており、小腸出血の原因検索および治療が可能となってきた。小腸血管腫は全消化管腫瘍の0.05%、小腸良性腫瘍の10%程度と言われる稀な疾患である。今回、我々は貧血を契機に診断された小腸海綿状血管腫の1例を経験したのでここに報告する。【症例】70歳代、男性。既往歴は虫垂炎。内頸動脈狭窄があり脳神経外科で手術予定であり、抗血小板薬を2剤常用していた。201×年7月、ふらつきが強く救急要請し当院救急外来へ搬送され、頭部CT・MRI検査では異常を認めなかった。しかし、血液検査でHb 5g/dlと著明な貧血を認め、原因精査目的に当科入院となった。第1病日に実施した上下部消化管内視鏡検査では異常を指摘できなかったが、腹部造影CT検査で上部空腸に造影効果伴う25mm大の腫瘤を指摘されたため、第4病日に小腸カプセル内視鏡検査を実施。明らかな腫瘤を指摘できなかったが、上部空腸に限局した煙状血液を認めた。精査目的にて、第5病日に上部ダブルバルーン内視鏡検査を実施したところ、上部空腸に淡青色を呈し正常粘膜で覆われなかったらに立ち上がる30mm大の表面凹凸伴う隆起性病変を認めた。頂部には凝血塊付着を伴っており、今回の出血原因と診断した。外科に紹介し手術治療の方針となり、8月に腹腔鏡下小腸部分切除を施行。病理診断は海綿状血管腫であった。【考察】小腸海綿状血管腫は比較的稀な疾患であるが、カプセル内視鏡検査とバルーン内視鏡検査の普及で報告が増えている。外科的治療が一般的であるが、近年では内視鏡的にポリドカノール局注し止血する報告もなされている。今後、更に文献的考察を加え報告する。

小腸出血, ダブルバルーン内視鏡

自治医科大学附属病院 消化器肝臓内科
澁谷優子, 小林泰俊, 坂本博次, 大森彩子, 高橋治夫, 三浦義正,
林 芳和, 矢野智則, 砂田圭二郎, 山本博徳

【症例】50歳、女性【現病歴】重症筋無力症に合併した胸腺腫に対して、2004年に拡大胸腺腫瘍摘除術を施行した。2013年に胸腺腫術後播種巣再発に対して胸壁腫瘍切除術を行ったが、2014年にも再発し再手術・化学療法を検討するも、本人の希望により経過観察となっていた。2017年11月、水様性下痢・体重減少の精査加療目的にA病院に入院したが、明確な原因の特定には至らなかった。その後、A病院入院中に貧血の急速な進行を認め、2017年11月中旬に貧血と水様性下痢の精査加療目的で当院当科に紹介され入院となった。貧血に関しては骨髓穿刺の結果から胸腺腫に合併した赤芽球病と考へ、適宜輸血を行い対応した。下痢に関しては、まずは炎症性腸疾患や感染性腸炎を除外した。小腸鏡の生検結果で絨毛の萎縮があり追加免疫染色でT細胞優位の浸潤を認めたことと過去の症例報告を踏まえ、現在わが国に明確な診断基準はないが、胸腺腫に合併した自己免疫性腸炎による下痢症を強く疑った。胸腺腫の治療も兼ねて12月中旬にステロイドパルス療法を開始した。2018年1月中旬より低γグロブリン血症に對し免疫グロブリン大量静注療法も開始したところ下痢症状は改善傾向となったため、2月初旬に退院となった。以降同治療を継続したが、下痢の再発・寛解による入退院を繰り返した。2019年1月下旬に全身倦怠感・食事摂取困難のため緊急入院となったが、入院中に細菌性髄膜炎によるブドウ球菌性菌血症を発症し、2019年3月初旬に永眠、同日剖検を行った。【考察】現在本邦において明確な診断基準はないが、自己免疫性腸炎による下痢症の報告は世界的にも報告が少なく貴重な症例と考えられたため、若干の考察を加えて報告する。

自己免疫性腸炎, 胸腺腫

JR 東京総合病院 消化器内科

岡本 真, 松本留美衣, 宮田涼平, 成瀬 奨, 岩立堂佑, 中川秀紀,
吉川剛史, 毛利 大, 大前知也, 赤松雅俊

【目的】大腸憩室症の有病率や発生率と、年齢や肥満度BMIとの関連についてretrospectiveに検討した。【対象と方法】当院で演者が5年以上の間隔で大腸内視鏡検査を行った症例。BMIにより、非肥満群(25.0未満)と肥満群(25.0以上)に分けた。【結果】(1)全体で156例を対象とした。男性103例、女性53例、平均年齢61歳(35~83歳)、平均BMI 23.7、平均観察期間7.5年。(2)初回検査時の憩室有病率：全体で51.3% (46/126)に憩室を認めた。年齢別では、30歳代25.0% (4/1)、40歳代42.1% (3/23)、50歳代53.5% (23/43)、60歳代50.0% (24/48)、70歳以上57.1% (24/42)であった。BMI別では、非肥満群45.9% (50/109)、肥満群63.8% (30/47)であった。年齢とBMIでみると、59歳以下の非肥満群37.2% (16/43)と肥満群69.6% (16/23)で有意差を認めたのに対して(p=0.01)、60歳以上の非肥満群51.5% (34/66)と肥満群58.3% (14/24)で有意差はなかった。(3)経過観察中の憩室発生率：初回時に憩室のなかった76例中16例(21.1%)に憩室の発生を認めた。年齢別では、49歳以下14.3% (2/14)、50歳代30.0% (6/20)、60歳代29.2% (7/24)、70歳以上5.6% (1/18)であった。BMI別では、非肥満群20.3% (12/59)、肥満群22.2% (4/18)であった。【まとめ】少数例の検討であるが、大腸憩室症は、30歳代から発生がみられ、50~60歳代でピークを迎え、70歳以上の高齢になると少なかった。また肥満者では比較的若年から発生すると考えられた。

大腸憩室症, 発生

10mm未満の大腸ポリープに対する抗凝固薬継続下 cold snare polypectomyは術後出血を増加させない-多施設無作為化比較試験

埼玉医療生活協同組合 羽生総合病院 消化器内科¹⁾,
社会医療法人中山会 宇都宮記念病院 消化器内科²⁾,
群馬大学大学院医学系研究科 消化器・肝臓内科学³⁾,
日本大学 医学部内科学系消化器肝臓内科学分野⁴⁾,
大阪国際がんセンター 消化管内科⁵⁾,
ひらしま胃腸・内科クリニック⁶⁾
阿部康弘^{1,2)}, 浦岡俊夫³⁾, 池原久朝⁴⁾, 竹内洋司⁵⁾, 平嶋勇人^{2,6)}

【背景】Cold snare polypectomy (CSP)は後出血リスクが低く、10mm未満の大腸ポリープに対する治療として普及しつつあるが、抗凝固薬服用症例の取り扱いは確立されていない。抗凝固薬服用症例において従来はヘパリン置換(HB)下にHot snare polypectomy (HSP)が行われてきたが、CSPは出血のリスクが低いため、抗凝固薬継続(CA)下でも出血が増えない可能性がある。我々は、抗凝固薬服用症例における大腸の小ポリープに対する最適な治療法を明らかにすることを目的として多施設前向き研究を計画した。【対象/方法】国内30施設において、抗凝固薬(ワーファリンもしくはDOACs)服用中で10mm未満の大腸ポリープに対して内視鏡治療予定の症例を、HB+HSP群とCA+CSP群に無作為に割付け、治療を実施した。主要評価項目はポリペクトミー関連の重篤出血(コントロール不良の術中出血および止血術を要する術後出血)の発生頻度とした。【結果】90例がHB+HSP群、92例がCA+CSP群に割り付けられ、適格基準違反などを除外したHB+HSP群 83例、CA+CSP群 85例で解析を行った。ワーファリン:DOACsはHB+HSP群で25:58例、CA+CSP群で30:55例であった。重篤な出血はHB+HSP群で12.0% [95%信頼区間, 5.0 to 19.1]、CA+CSP群で4.7% [0.2 to 9.2]で、その差は+7.3% [-1.0 to 15.7]と非劣性が証明された。また、治療時間・入院期間はCA+CSP群で優位に短かった。【結語】抗凝固薬継続下でのCSPは、10mm未満の大腸ポリープに対する標準的治療になりうると考えられた。

大腸ポリープ, cold snare polypectomy