

日本消化器病学会 関東支部第358回例会

プログラム・抄録集



当番会長：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
令和2年2月22日(土)
シェーンバッハ・サボー

日本消化器病学会関東支部第358回例会

プログラム・抄録集

当番会長：横浜市立大学附属病院 肝胆脾消化器病学 主任教授 中島 淳
〒236-0004 神奈川県横浜市金沢区福浦3-9
TEL 045-787-2640

会 期：令和2年2月22日(土)

会 場：シェーンバッハ・サボー
〒102-0093 東京都千代田区平河町2-7-4
TEL 03-3261-8386 (代表)
<http://www.sabo.or.jp/map.htm>

<発表者、参加者の皆様へ>

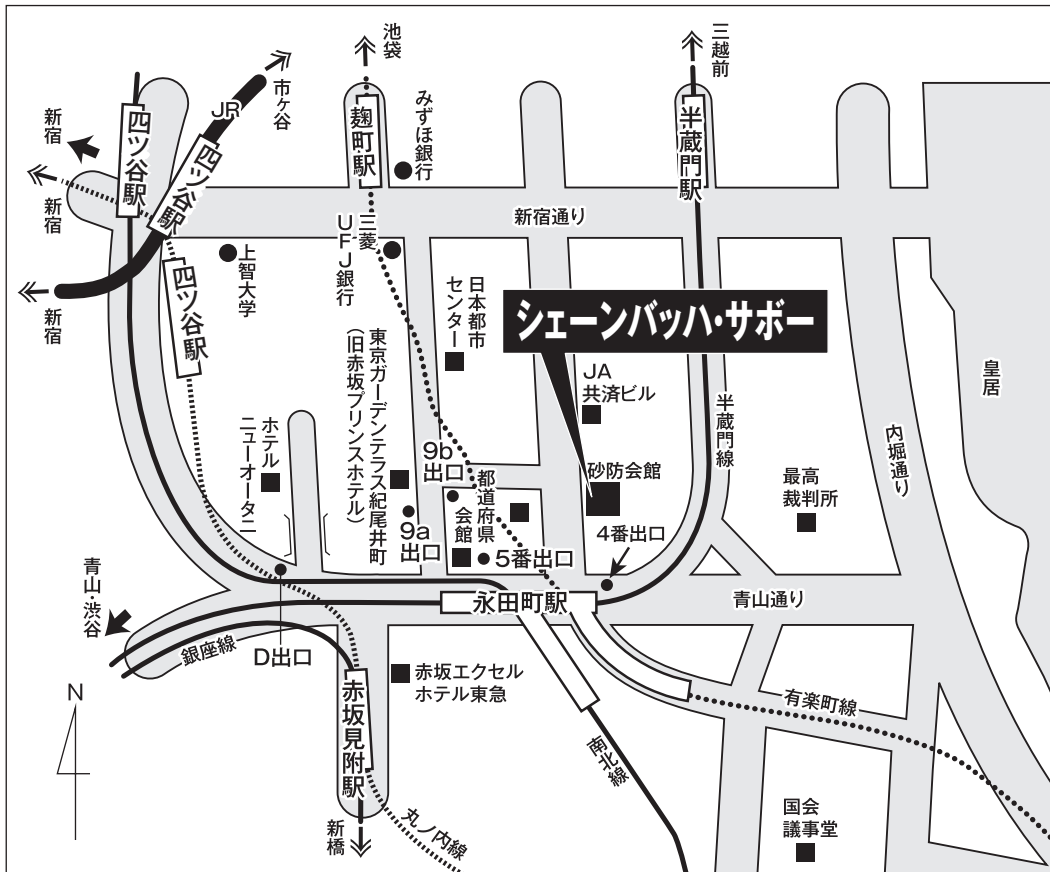
1. 発表者は日本消化器病学会の会員に限ります。
2. 発表はすべてPCでのプレゼンテーションとなります。
口演30分前までに、PC受付にてデータ登録・動作チェックを済ませてください。
 - 1) 会場に用意するPCのアプリケーションは、Microsoft PowerPoint 2010、2013、2019となります。発表データはUSBメモリにてお持ちください。また、事前に必ず、作成したPC以外のPCでも正常に動作することを確認してください。
※データ作成の際は、文字化けを防ぐため次の標準フォントをご使用ください。
日本語：MSゴシック、MS Pゴシック、MS明朝、MS P明朝
英語：Arial, Century, Century Gothic, Times New Roman
※スライド作成時の画面サイズはXGA (1024×768)であることをご確認の上、作成してください。
 - 2) Macintosh使用、及びWindowsでも動画を含む場合は、必ずPC本体をお持込みください。なお、液晶プロジェクタへの接続はMini D-SUB 15pin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込みください。また、バッテリーのみでの稼働はトラブルの原因となるため、外部電源用アダプタを必ずお持ちください。
 - 3) 音声出力には対応いたしません。
 - 4) 発表は枚数ではなく時間で制限させていただきます。
 - 5) 発表時は、演台に置かれたモニターを見ながらご自身で操作して画面を進めていただきます。なお、発表者ツールの使用はできませんのでご注意ください。
3. 発表に際しては、患者さんのプライバシーの保護(日付の記載は年月までとする、等)に十分配慮してください。
4. 演題発表時には、利益相反状態の開示が必要になります。開示基準・規定の書式に従って利益相反の有無を必ず開示してください。
5. 演者は前演者の口演開始後、直ちに「次演者席」へご着席ください。
6. 専修医セッション、研修医セッション及び一般演題は、1題口演4分、追加討論2分です。時間厳守をお願いします。
7. 質問される方は、所属と氏名を明らかにしてからお願いします。
8. 専修医・研修医セッションの発表者あるいは同施設の方は、奨励賞表彰式に出席してください。(第1会場 12:50～13:05)
9. 当日参加登録受付、PC受付は8:30より開始いたします。
10. 当日の参加費は2,000円です。
11. 当日はこのプログラム・抄録集をご持参ください。なお当日ご希望の場合は、1部1,000円にて販売いたします。(数に限りがございますので予めご了承ください)
12. 座長・評価者の方は、セッション開始15分前までに総合受付にお立ち寄りください。
13. 会場1階ロビーにAED(自動体外式除細動器)を設置しております。

会場案内図

シェーンバッハ・サボー

〒102-0093 東京都千代田区平河町2-7-4

TEL 03-3261-8386 (代表)



[交通のご案内]

- 東京メトロ 永田町駅〈有楽町線〉〈半蔵門線〉〈南北線〉 4番出口より徒歩1分
- 東京メトロ 赤坂見附駅〈銀座線〉〈丸の内線〉より徒歩約8分
- J R 四ツ谷駅 麹町出口より徒歩約14分

日本消化器病学会関東支部第358回例会

令和2年2月22日(土)

8:45~8:50 開会の辞(第1会場)					
第1会場(午前の部)		第2会場(午前の部)		第3会場(午前の部)	
時間	演題・座長	時間	演題・座長	時間	演題・座長
8:50~9:08	(1) 研修医Ⅰ(食道・胃・十二指腸) 1~3 阿川 周平	8:50~9:08	(16) 研修医Ⅷ(肝3) 52~54 村川美也子	8:50~9:14	(23) 専修医Ⅳ(大腸1) 78~81 小宮 靖彦
9:08~9:26	(2) 研修医Ⅱ(胃・十二指腸) 4~6 江崎 充	9:08~9:32	(17) 研修医Ⅸ(肝4) 55~58 小林 貴	9:14~9:38	(24) 専修医Ⅴ(大腸2) 82~85 田邊 浩紹
9:26~9:44	(3) 研修医Ⅲ(胃・十二指腸・小腸) 7~9 梅沢翔太郎	9:32~9:56	(18) 研修医Ⅹ(胆) 59~62 岩瀬 麻衣	9:38~9:56	(25) 専修医Ⅵ(肝1) 86~88 嶋田 太郎
9:44~10:02	(4) 研修医Ⅳ(小腸) 10~12 高野 幸司	9:56~10:14	(19) 研修医Ⅺ(脾) 63~65 加藤 真吾	9:56~10:20	(26) 専修医Ⅶ(肝2) 89~92 大熊 幹二
10:02~10:26	(5) 研修医Ⅴ(大腸) 13~16 千葉 秀幸	10:14~10:24	休憩	10:20~10:30	休憩
10:26~10:36	休憩	10:24~10:48	(20) 専修医Ⅰ(食道・胃・十二指腸) 66~69 三浦 智史	10:30~10:48	(27) 専修医Ⅷ(肝3) 93~95 浅野 岳晴
10:36~11:00	(6) 研修医Ⅵ(肝1) 17~20 中里 徹矢	10:48~11:12	(21) 専修医Ⅱ(胃・十二指腸) 70~73 小澤俊一郎	10:48~11:12	(28) 専修医Ⅸ(胆) 96~99 梶原 敦
11:00~11:24	(7) 研修医Ⅶ(肝2) 21~24 杉本 勝俊	11:12~11:36	(22) 専修医Ⅲ(胃・十二指腸・小腸) 74~77 鹿野島健二	11:12~11:30	(29) 専修医Ⅹ(肝1) 100~102 岩崎 瞬人
11:55~12:25	評議員会			11:30~11:48	(30) 専修医Ⅺ(肝2) 103~105 葉山 譲
12:00~12:45 ランチョンセミナー(第2会場) 「慢性膵炎診療最近の話題-膵外分泌機能不全を含めて-」 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 先生 司会 横浜市立大学附属病院 内視鏡センター (肝胆膵消化器病学) 教授 窪田 賢輔 先生 共催:マイランEPD合同会社					
12:50~13:05 専修医・研修医奨励賞表彰式(第1会場)					
13:05~14:00 特別講演(第1会場) 「外科医からみた胆道ドレナージのベストプラクティス」 横浜市立大学大学院医学研究科 消化器・腫瘍外科学 主任教授 遠藤 格 先生 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					
第1会場(午後の部)		14:10~16:50 第18回専門医セミナー(第2会場)			
時間	演題・座長	★日本消化器病学会3単位取得できます			
14:03~14:21	(8) 食道・胃・十二指腸 25~27 栗山 仁	「ドクターガストロ ～臨床推論からの消化器病学～」			
14:21~14:39	(9) 胃・十二指腸 28~30 河越 哲郎				
14:39~15:03	(10) 小腸・大腸 31~34 地口 学				
15:03~15:21	(11) 大腸 35~37 寺井 悠二				
15:21~15:45	(12) 肝1 38~41 野上 麻子				
15:45~16:09	(13) 肝2 42~45 大澤 陽介				
16:09~16:27	(14) 胆 46~48 朝井 靖二				
16:27~16:45	(15) 脾 49~51 谷田恵美子	司会 杏林大学医学部 医学教育学 矢島 知治 先生			
16:50~		閉会の辞(第2会場)			

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

特別講演(第1会場 13:05~14:00)

「外科医からみた胆道ドレナージのベストプラクティス」

横浜市立大学大学院医学研究科 消化器・腫瘍外科学 主任教授 **遠藤 格** 先生
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**

……演者の先生ご紹介……

えんどう いたる
遠藤 格 先生

横浜市立大学大学院医学研究科 消化器・腫瘍外科 主任教授

【略歴】

1985年3月 横浜市立大学医学部卒業
同年6月 横浜市立大学医学部付属病院研修医
1987年6月 藤沢市民病院 外科医員
1989年6月 横浜市立大学付属病院 外科学第2 講座 特別職診療医
1991年4月 横浜市立大学付属病院 外科学第2 講座 助手
1994年8月 米国カリフォルニア大学ロサンゼルス校 肝移植センター 留学
2002年5月 横浜市立大学付属病院 外科学第2 講座 講師
2006年3月 米国Memorial Sloan-Kettering Cancer Center 留学
2009年8月 横浜市立大学大学院 医学研究科 消化器・腫瘍外科学 主任教授
2016年6月 横浜市立大学附属病院副病院長
2018年4月 横浜市立大学副学長・理事

【所属学会】

日本外科学会（代議員、認定医、専門医、指導医）
日本消化器外科学会（理事、雑誌編集担当）
日本肝胆膵外科学会（理事、評議員、高度技能指導医、第30回学術集会会長）
日本胆道学会（理事、評議員）
日本消化器病学会（関東支部幹事、認定医、専門医）

【編集委員等】

Journal of HepatoBiliary Pancreatic Sciences, Editor-in-Chief (since April 2019)
Annals of Gastroenterological Surgery, Associate Editor
日本消化器外科学会雑誌 編集委員長 (H25～R1)
日本医学雑誌編集者会議 (JAMJE) 組織委員 (R1～)

ランチオンセミナー (第2会場 12:00~12:45)

「慢性膵炎診療最近の話題 -膵外分泌機能不全を含めて-

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** 先生
司会 横浜市立大学附属病院 内視鏡センター (肝胆膵消化器病学) 教授 **窪田 賢輔** 先生

共催：マイランEPD合同会社

………演者の先生ご紹介………

まさむね あつし
正宗 淳 先生

東北大学大学院 医学系研究科 消化器病態学分野 教授

略歴

1984年 3月 宮城県仙台第二高等学校卒業
1984年 4月 東北大学医学部入学
1990年 3月 同 卒業
1990年 5月 福島県厚生連白河厚生総合病院 医員
1992年 3月 同 退職
1992年 4月 東北大学大学院医学系研究科入学
1993年 4月 アメリカ合衆国ワシントン大学病態生物学教室留学
～1995年 (指導教授 箱守仙一郎 教授)
1996年 3月 東北大学大学院医学系研究科修了
1996年 4月 大蔵省仙台国税局診療所 内科医師
1999年 4月 東北大学医学部附属病院 第3内科 助手
2001年 8月 東北大学大学院消化器病態学分野 助手
2003年 4月 東北大学附属病院消化器内科 院内講師
2011年 11月 東北大学大学院消化器病態学分野 准教授
2017年 10月 東北大学病院特命教授・消化器内科科長
2018年 6月 東北大学大学院医学系研究科消化器病態学分野 教授
2019年 4月 東北大学病院消化器内視鏡センター長
2019年 4月 東北大学大学院医学系研究科・医学部研究科長特別補佐

専門分野 消化器疾患、特に胆膵疾患の病態解析、診断、治療。
細胞内シグナル伝達、遺伝子解析、疫学

所属学会 など
日本内科学会 (評議員)
日本消化器病学会 (財団評議員)
日本消化器内視鏡学会 (東北支部幹事、評議員)
日本膵臓学会 (監事、学会評議員)
日本癌学会
日本胆道学会
日本消化吸収学会
日本消化管学会
日本肝臓学会
日本胆膵病態生理研究会 (世話人)
日本超音波医学会
日本消化器がん検診学会
日本高齢消化器病学会
米国消化器病学会 (American Gastroenterologist Association)
米国生理学会 (American Physiological Society)
米国膵臓学会 (American Pancreatic Association)
国際膵臓学会 (International Association of Pancreatology)
Councillor (Nov.2018 ~ 2022)

受賞
東北大学長 同窓会 銀賞 (平成12年)
日本膵臓学会 奨励賞 (平成21年)
日本消化器病学会 奨励賞 (平成21年)
東北大学長 同窓会 金賞 (平成24年)

第18回専門医セミナー

(第2会場 14:10～16:50)

「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 令和元年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。

司 会：矢島 知治 先生（杏林大学医学部 医学教育学）
ミニレクチャー：葛西 豊高 先生（深谷赤十字病院 消化器科）
担 当：今枝 博之 先生（埼玉医科大学病院 消化管内科）
岡村 幸重 先生（佐野厚生総合病院 消化器内科）
後藤田卓志 先生（日本大学医学部 消化器肝臓内科）
岸野真衣子 先生（東京女子医科大学 消化器内視鏡科）
松本 健史 先生（順天堂大学 消化器内科）
細江 直樹 先生（慶應義塾大学医学部 内視鏡センター）
土岐 真朗 先生（杏林大学医学部 消化器内科学）
新後閑弘章 先生（東邦大学医療センター大橋病院 消化器内科）
小澤俊一郎 先生（聖マリアンナ医科大学 横浜市西部病院 消化器内科）
中野 弘康 先生（大船中央病院 内科）

出場選手：稲葉 康記 先生（獨協医科大学）
今井友里加 先生（横浜労災病院）
井村 友理 先生（慶應義塾大学病院）
内田 涼太 先生（順天堂大学）
大島 綾乃 先生（深谷赤十字病院）
岸 洋佑 先生（東邦大学医療センター大橋病院）
北野 史也 先生（大船中央病院）
塩田 香織 先生（日本医科大学付属病院）
清水 智子 先生（横浜市立市民病院）
田代皓一郎 先生（聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院）
中島 悠貴 先生（独立行政法人国立病院機構 東京医療センター）
中山 裕貴 先生（日本大学病院）
林 涼子 先生（東京女子医科大学）
平戸麻里奈 先生（聖路加国際病院）
平松 拓馬 先生（三楽病院）
松本 悠 先生（埼玉医科大学病院）

第1会場（午前の部）

8:45~8:50

—開会の辞—

—評価者—

国立病院機構	横浜医療センター	消化器内科	内山 崇
東京女子医科大学	消化器内科		小木曾智美
慶應義塾大学医学部	消化器内科		岩崎 栄典

(1) 研修医Ⅰ（食道・胃・十二指腸） 8:50~9:08 座長 日本医科大学武蔵小杉病院 消化器内科 阿 川 周 平

1. 当院における好酸球性食道炎の臨床学的特徴と治療経過

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

2. 多彩な臨床症状・内視鏡所見を呈した胃アニサキス症の3例

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

3. 大網の偏移により非典型的な症状を呈した上部消化管穿孔の一例

練馬総合病院 外科 ○長坂 実咲, 徳山 丞, 浅田 祐介, 栗原 直人
飯田 修平
同 内科 佐々木康裕, 松田 英士

(2) 研修医Ⅱ（胃・十二指腸） 9:08~9:26 座長 日本大学医学部 消化器内科学分野 江 崎 充

4. 胃原発胎児消化管類似癌の1例

東京慈恵会医科大学 外科 ○中瀬 有美, 福島 尚子, 北澤 征三, 谷島雄一郎
増田 隆洋, 湯田 匡美, 藤崎 宗春, 渡部 篤史
矢野 文章, 西川 勝則, 三森 教雄, 矢永 勝彦

5. 印環細胞癌と高分化管状腺癌が併存した衝突胃癌の一例

平塚市民病院 消化器内科 ○櫻井裕一郎, 谷口 礼央, 永井 康貴, 千田 彰彦
鈴木 洸, 川村 允力, 田村 哲哉, 友成 悠邦
後藤 駿吾, 岩崎 暁人, 武内悠里子, 斯波 忠彦
厚川 和裕

6. 乳癌術後10年で腹膜播種再発による十二指腸狭窄をきたした一例

JR 東京総合病院 消化器外科 ○角田 幸子, 谷本芽弘理, 川邊健士朗, 吉岡佑一郎
池田 真美, 金沢 孝満
同 消化器内科 毛利 大
同 臨床検査科 谷口 浩和

(3) 研修医Ⅲ(胃・十二指腸・小腸) 9:26~9:44 座長 総合新川橋病院 肝臓・消化器内科 梅沢 翔太郎

7. 腹水を伴った好酸球性胃腸炎に対して、ステロイド内服が著効した一例

日本医科大学武蔵小杉病院 消化器内科 ○吉村 祐亮, 阿川 周平, 牧田 智彦, 田邊 智英
山脇 博士, 小高 康裕, 植木 信江, 二神 生爾
同 病理診断科 大橋 隆治

8. 著明な低Cl性アルカローシスを呈し上腸間膜動脈症候群が疑われた十二指腸癌の一例

東京警察病院 消化器科 ○後藤 大樹, 植倉 知永, 塩川 俊郎, 岩井 凌
三好耕太郎, 能登谷元聡, 徳山 信行, 八木岡 浩
小椋 啓司
同 腎代謝科 齋藤 優, 古賀晋一郎
同 外科 竹之内 信

9. 抗菌薬投与を行わずに軽快した上行結腸腹膜垂炎の一例

JMA 海老名総合病院 外科 ○立花 杏友, 矢澤 直樹, 豊田 真寿, 森 貴志
根本 洋, 國友 和義, 上島 知子, 去川 秀樹
宮地 猛, 宮前 拓

(4) 研修医Ⅳ(小腸) 9:44~10:02 座長 横須賀市立うわまち病院 消化器内科 高野 幸司

10. 小腸穿孔を契機に診断に至った Monomorphic epitheliotropic intestinal T-cell lymphoma の1例

千葉中央メディカルセンター 外科 ○野村 大樹, 松葉 芳郎, 松田 充宏, 飯田 義人
間宮 俊太, 関口 泰弘
同 消化器内科 須永 雅彦, 上原 広嗣, 佐藤 恒信, 高平 尚弘
武村 拓也, 原 真太郎

11. 無症状で発見された多発リンパ節転移を有する小腸神経内分泌腫瘍の一例

NTT 東日本関東病院 消化器内科 ○金子 拓馬, 酒井 英嗣, 末光 信介, 木本 義明
高柳 駿也, 紅林真理絵, 石井 鈴人, 平田 智也
鈴木雄一郎, 小西 隆文, 神田 圭輔, 小野 公平
根岸 良充, 瀧田麻衣子, 港 洋平, 村元 喬
大圃 研, 松橋 信行

12. 小網裂孔ヘルニアに対して腹腔鏡下手術を施行した1例

さいたま市民医療センター 外科 ○浅見 文邦, 的場 秀亮, 塩谷 猛, 塚本 充雄
渋谷 肇, 小峰 修, 渡邊 善正, 南部弘太郎
山田 太郎
同 放射線科 湯澤 寛尚, 大石 卓爾, 島田 裕司

(5) 研修医Ⅴ(大腸) 10:02~10:26 座長 大森赤十字病院 消化器内科 千葉 秀幸

13. 肺腺癌に対して pembrolizumab 療法施行中に潰瘍性大腸炎に類似した大腸炎を発症した irAE の1例

佐野厚生総合病院 消化器内科 ○黒川 安晴, 堀江 知史, 岩田賢太郎, 宮口 和也
亀山 尚子, 寺元 研, 東澤 俊彦, 関根 忠一
岡村 幸重
同 呼吸器内科 平野 俊之

14. 胆管癌の転移性肝腫瘍に対して肝切除を施行した後、発症したアメーバ大腸炎

地域医療振興協会 東京北医療センター ○玉井 佳奈, 石澤 嶺, 天野 正弘

15. S 状結腸に発生したカルチノイド腫瘍の 1 例

日本大学医学部 内科学系 消化器肝臓内科学分野 ○山本 瑠璃, 江崎 充, 市島 諒二, 鈴木 翔
草野 央, 池原 久朝, 後藤田卓志

16. 貧血を契機に内視鏡検査で偶発的に診断しえた大腸アニサキス症の一例

帝京大学医学部附属溝口病院 消化器内科 ○苗村 佑太, 松本光太郎, 足立 貴子, 渡邊 彩子
綱島 弘道, 土井 晋平
同 第四内科 菊池健太郎

(6) 研修医Ⅵ(肝1) 10:36~11:00 座長 杏林大学医学部付属病院 肝胆脾外科 中 里 徹 矢

17. 鑑別に苦慮した、巨大肝嚢胞と変性血管腫が併存した 1 例

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

18. 非過粘稠性 *Klebsiella pneumoniae* による肝膿瘍から多臓器播種をきたした 1 例

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

19. 肝膿瘍との鑑別を要した G-CSF 産生を伴う肝内胆管癌の 1 例

東京医科歯科大学 消化器内科 ○久壽米木駿, 勝田 景統, 北畑富貴子, 新田沙由梨
村川美也子, 油井 史郎, 根本 泰宏, 岡田英里子
大島 茂, 井津井康浩, 中川 美奈, 岡本 隆一
土屋輝一郎, 柿沼 晴, 東 正新, 永石 宇司
朝比奈靖浩, 渡辺 守
同 人体病理学分野 石田 尚子, 伊藤 崇

20. 肝内胆管癌に濾胞性リンパ腫を合併した一例

茅ヶ崎市立病院 消化器内科 ○大高 綾子, 栗山 仁, 石川裕太郎, 上地 大樹
藤野 洋平, 葛生 健人, 清田 耕助, 辻川真太郎
内田 苗利, 村田 依子, 秦 康夫

(7) 研修医Ⅶ(肝2) 11:00~11:24

座長 東京医科大学 消化器内科 杉 本 勝 俊

21. 非 B 非 C 肝の Pedunculated lobe に発生した肝細胞癌破裂の一例

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

22. 悪性リンパ腫との鑑別に難渋した肝原発未分化癌の一例

東京大学医学部附属病院 消化器内科 ○澤井 崇行, 木村 元, 山田 友春, 南 達也
建石 良介, 小池 和彦
同 人体病理学・病理診断学分野 近藤 篤史, 山澤 翔, 牛久 哲男

23. 発熱を主症状とした肝血管腫の一例

杏林大学 医学部 付属病院 消化器・一般外科 ○田中 宝, 片岡 功, 中里 徹矢, 船越 早織
石井 俊, 金 翔哲, 松木 亮太, 小暮 正晴
鈴木 裕, 阿部 展次, 須並 英二, 森 俊幸
阪本 良弘
同 病理学教室 大森 嘉彦, 柴原 純二

24. 15年の長期間経過観察を経て発症した肝粘液性嚢胞性腫瘍（肝MCN）の1例

横浜市立大学附属病院 肝胆膵消化器病学 ○山崎 雄馬, 本多 靖, 小川 祐二, 今城 健人
米田 正人, 斉藤 聡, 中島 淳
同 病理診断科 病理部 宇高 直子, 山中 正二

第1会場（午後の部）

13：05～14：00

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

横浜市立大学大学院医学研究科 消化器・腫瘍外科学 主任教授 遠藤 格 先生

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

（8）食道・胃・十二指腸 14：03～14：21 座長 茅ヶ崎市立病院 消化器内科 栗山 仁

25. 全周性食道 ESD 後の狭窄予防にステロイド局注・内服併用療法が著効した1例

横浜労災病院 消化器内科 ○富田 尚貴, 金沢 憲由, 今井友里加, 遠山 翔大
加藤 ゆり, 芹澤 奏, 八木 伸, 森久保尚美
鈴木 雅人, 小宮 靖彦, 内山 詩織, 関野 雄典
地口 学, 川名 憲一, 永瀬 肇

26. 高齢者における早期胃癌 ESD の妥当性に関する検討

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

27. 急速成長した胃型乳頭腺癌の一例

聖路加国際病院 消化器内科 ○白鳥 安利, 池谷 敬, 山本 和輝, 吉本 隆晃
小栗 典明, 高須 綾香, 岡本 武士, 奥山 秀平
高木 浩一, 福田 勝之
東京歯科大学 市川総合病院 中村 健二

（9）胃・十二指腸 14：21～14：39 座長 日本医科大学付属病院 消化器・肝臓内科 河越 哲郎

28. 診断に苦慮した多発肝転移を伴う胃粘膜下腫瘍の一例

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

29. 内視鏡検診のまとめと今後の課題について

新百合ヶ丘総合病院 消化器内科 ○河合 恵美, 椎名 正明, 西田 晨也, 二森 浩行
大久保恒希, 松井 宣昭, 土肥 弘義, 石井 成明
袴田 拓, 廣石 和正, 國分 茂博, 井廻 道夫

30. 胃壁を貫通した鋭利な消化管異物に対し、内視鏡的摘除により保存的に治癒した2例

大森赤十字病院 消化器内科 ○岡田 直也, 千葉 秀幸, 比嘉 愛里, 福井 諒
折原 慎弥, 立川 準, 須藤 拓馬, 河野 直哉
新倉 利啓, 有本 純, 高松志帆子, 桑原 洋紀
中岡 宙子, 井田 智則, 諸橋 大樹, 後藤 亨
同 放射線科 片山 貴

(10) 小腸・大腸 14:39~15:03

座長 明神台クリニック 地 口 学

31. 慢性心房細動に伴う多発動脈塞栓症による小腸壊死の1剖検例

JCHO 横浜中央病院 消化器肝臓内科 ○金子 桂士, 中河原浩史, 山田 康嗣, 野上 麻子
堤 菜津子, 藤川 博敏, 桂 義久

32. 高安動脈炎を合併した潰瘍性大腸炎の一例

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

33. 原因不明の下部消化管出血を繰り返し、区域性潰瘍性大腸炎と診断した1例

町田市民病院 消化器内科 ○矢吹里香子, 谷田恵美子, 田村 繁樹, 春日 範樹
鈴木 英祐, 鹿野 智裕, 蜂谷 眞未, 益井 芳文
和泉 元喜

34. 腸重積をきたした盲腸脂肪腫の一症例

獨協医科大学 第二外科 ○西 雄介, 白木 孝之, 清水 崇行, 原田 庸寛
森 昭三, 高木 和俊, 青木 琢, 窪田 敬一

(11) 大腸 15:03~15:21 座長 埼玉医科大学総合医療センター 消化器・肝臓内科 寺 井 悠 二

35. 症状および単純・造影CT(Computed Tomography)による大腸癌の診断能の検討

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

36. 当院における大腸金属ステント(self expandable metallic stent ; SEMS)留置症例の検討

国際親善総合病院 消化器内科 ○城野 文武, 林 将史, 日引 太郎

37. T1 head invasionがあるS状結腸SM癌に対しEMR治療3年後に多発肺転移をきたした一例

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

(12) 肝1 15:21~15:45

座長 JCHO 横浜中央病院 消化器肝臓内科 野上 麻子

38. Scheduled TACE 先行治療が奏功した巨大肝細胞癌の1例

新百合ヶ丘総合病院 消化器内科 ○松井 宣昭, 椎名 正明, 西田 晨也, 二森 浩行
土肥 弘義, 大久保恒希, 石井 成明, 河合 恵美
袴田 拓, 廣石 和正, 國分 茂博, 井廻 道夫

39. 広範な肝細胞壊死を来した薬物性肝障害の症例の一例

茅ヶ崎市立病院 消化器内科 ○葛生 健人, 秦 康夫, 栗山 仁
横浜市立大学附属病院 肝胆脾消化器病学 小川 祐二, 本多 靖, 今城 健人, 米田 正人
中島 淳, 斎藤 聡
同 病理診断科・病理部 國中 光, 松村 舞依, 大橋 健一
同 臨床検査部 桐越 博之

40. 肝線維化軽度の背景肝から切除可能な肝細胞癌が複数回出現した非B非C型肝障害の1例

虎の門病院 肝臓センター 内科 ○梶原 彰, 芥田 憲夫, 粕谷加代子, 入谷 壮一
藤山俊一郎, 川村 祐介, 瀬崎ひとみ, 保坂 哲也
小林 正宏, 斉藤 聡, 鈴木 文孝, 鈴木 義之
池田 健次, 荒瀬 康司, 熊田 博光
虎の門病院 病理診断科 木脇 圭一
虎の門病院 肝臓センター 外科 小林 祐太, 進藤 潤一, 橋本 雅司

41. 腺癌と神経内分泌腫瘍に対する集学的治療により長期生存を得ている肝原発 mixed neuroendocrine-non-neuroendocrine neoplasm (MiNEN) の一例

独立行政法人労働者健康安全機構 関東労災病院 消化器内科 ○木村 祐介, 金子 麗奈, 岩田俊太郎, 鈴木 啓太
辛島 遼, 小林 輝, 小林 俊介, 大森 里紗
矢野雄一郎, 鎌田健太郎, 小川 正純, 三輪 純
佐藤 譲, 池原 孝

(13) 肝2 15:45~16:09 座長 国立国際医療研究センター国府台病院 消化器・肝臓内科 大澤 陽介

42. 門脈下大静脈シャントによる猪瀬型肝性脳症に対して血管塞栓術が奏功した肝硬変の一例

帝京大学医学部附属溝口病院 消化器内科 ○福田美知子, 松本光太郎, 馬淵 正敏, 足立 貴子
渡邊 彩子, 綱島 弘道, 土井 晋平
同 第四内科 菊池健太郎
同 放射線科 小野澤志郎

43. アミオダロン内服中止後も肝障害が遷延した薬剤性肝障害の一例

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

44. 肝細胞癌自然破裂後ダウンステージし生体肝移植術を施行した一例

慶應義塾大学 外科 ○小島 英哲, 篠田 昌宏, 遠藤 泰, 堀 周太郎
大島 剛, 松原健太郎, 阿部 雄太, 八木 洋
北郷 実, 尾原 秀明, 北川 雄光
同 内科 チョ 柏松
同 放射線診断科 遠山 兼史
同 病理診断科 上野 彰久, 西村 揺子, 尾島 英知

45. 慢性 B 型肝炎を背景に自己免疫性肝炎 (AIH) を発症した若年女性の一例

JCHO 横浜中央病院 消化器肝臓内科 ○野上 麻子, 山田 康嗣, 金子 桂士, 堤 菜津子
中河原浩史, 藤川 博敏
同 検査科 桂 義久

(14) 胆 16:09~16:27 座長 東京医科大学八王子医療センター 消化器内科 朝 井 靖 二

46. 膵周囲リンパ節転移による閉塞性黄疸を併発し内視鏡的胆道ドレナージを施行した肺腺癌の 1 例

国際医療福祉大学熱海病院 消化器内科 ○高柳 卓矢, 加藤 孝征, 留野 渉, 北洞 哲治
坂本 康成

47. 当院における急性胆嚢炎に対する内視鏡的胆嚢ステント留置術の検討

横浜栄共済病院 消化器内科 ○杉本 祐一, 佐藤 元一, 稲垣 淳太, 目黒 公輝
高井 佑輔, 鹿野島健二, 清水 智樹, 渡邊誠太郎

48. 85 歳以上の超高齢者急性胆嚢炎に対する治療成績の検討

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

(15) 膵 16:27~16:45 座長 町田市民病院 消化器内科 谷田 恵美子

49. 膵癌に対する集学的治療中に左頬部皮膚転移を認めた一例

がん研有明病院 肝胆膵内科 ○三重 堯文, 佐々木 隆, 古川 貴光, 金田 遼
武田 剛志, 松山 真人, 尾阪 将人, 笹平 直樹

50. 2 型自己免疫性膵炎を合併した潰瘍性大腸炎の 1 例

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

51. ERCP 困難な膵管狭窄に対する EUS ガイド下膵管ドレナージの治療成績

横浜市立大学 肝胆膵消化器病学 ○長谷川 翔, 窪田 賢輔, 栗田 裕介, 佐藤 高光
加藤 真吾, 細野 邦広, 中島 淳

第2会場（午前の部）

— 評価者 —

順天堂大学医学部	消化器内科	藤澤 聡郎
武蔵野赤十字病院	消化器科	玉城 信治
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	宮本 洋

(16) 研修医Ⅷ(肝3) 8:50~9:08 座長 東京医科歯科大学 消化器内科 村川 美也子

52. 高齢発症の梅毒と関連が疑われた急性肝障害の一例

株式会社日立製作所 日立総合病院 消化器内科 ○内野 誠, 山口 雄司, 水谷 悟, 浜野由花子
大河原 悠, 大河原 敦, 柿木 信重, 鴨志田敏郎
平井 信二
筑波大学附属病院日立社会連携教育研究センター 谷中 昭典
株式会社日立製作所 日立総合病院 皮膚科 本田 理恵

53. 脂肪肝を背景にした細胆管細胞癌と考えられる1例

横須賀市立うわまち病院 消化器内科 ○加藤 健一, 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

54. 薬剤性肝障害が疑われたが肝生検で乳癌肝転移と診断した一例

東京都済生会中央病院 内科 ○増田 光佑, 岸野 竜平, 中澤 敦, 船越 信介
三枝慶一郎, 上田 真裕, 星野 舞, 青木 優
田沼 浩太, 小川 歩, 林 智康, 平川 旭人
小倉 望, 今村 峻輔
同 病理科 廣瀬 茂道

(17) 研修医Ⅸ(肝4) 9:08~9:32 座長 横浜市立大学附属病院 救急科 小林 貴

55. 肝膿瘍の治療中にメトロニダゾール脳症を発症した一例

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

56. 偶発的に発見され経カテーテル的動脈塞栓術で治療し得た固有肝動脈瘤の一例

神奈川県警友会 けいゆう病院 消化器内科 ○古川 宏幸, 水島 一郎, 水上 耀介, 葛西 祐樹
大谷 幸博, 田中 優作, 伊藤 高章, 香川 幸一
中下 学, 岡沢 啓, 永田 博司
同 放射線科 斎藤 一浩

57. 巨大肝血管筋脂肪腫の1切除例：手術適応と至適手術時期に関する考察

順天堂大学医学部附属練馬病院 総合外科 ○井神 健太, 藤澤 将大, 古屋 怜慈, 河口 恵
井 祐樹, 欄寝 重史, 黒田 悠, 岩永 直紀
関根 悠貴, 市川 悠子, 宮野 省三, 渡野邊郁雄
町田 理夫, 清水 秀穂, 須郷 広之

58. 超音波内視鏡及び胆道内視鏡にて術前診断し得た intracystic papillary neoplasm (ICPN) with an associated adenocarcinoma の1例

日本大学医学部附属板橋病院 消化器肝臓内科 ○青木 央, 國吉 宣行, 葉山 譲, 今津 博雄
大木 庸子, 大澤 朗太, 濱名 傑, 武井 章矩
藤澤真理子, 神田 達郎, 松岡 俊一, 森山 光彦
同 病理診断科 西巻はるな, 大荷 澄江

(18) 研修医X(胆) 9:32~9:56

座長 横浜市立市民病院 消化器内科 岩 瀬 麻 衣

59. 胆管結石治療後にびまん性胆管狭窄を来たし診断に苦慮した好酸球性胆管炎の1例

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

60. 胆嚢ジスキネジアの一例

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 ○中村 太陽
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 泰文
奴田原大輔, 平良 淳一, 中村 洋典, 北村 勝哉

61. 胆管癌を疑われたが画像診断により IgG 4 関連硬化性胆管炎と診断されステロイド治療が奏功した1例

がん・感染症センター 都立駒込病院 消化器内科 ○田中 杏奈, 菊山 正隆, 田畑 宏樹, 清水口涼子
高雄 暁成, 吉本 憲介, 柴田 理美, 千葉 和朗
前田 有紀, 來間佐和子, 大西 知子, 荒川 丈夫
門馬久美子, 小泉 浩一, 神澤 輝実

62. 胆嚢癌の浸潤による十二指腸および胆管狭窄に対して double-stenting が奏功した一例

千葉県立佐原病院 内科 ○池澤 奏那, 杉田 統, 中堀 進, 露口 利夫

(19) 研修医XI(膵) 9:56~10:14

座長 横浜市立大学附属病院 がんゲノム診断科 加 藤 真 吾

63. 6年の経過中、腫瘍の縮小・増大を認めた膵粘液性嚢胞腫瘍のまれな1例

順天堂大学医学部附属練馬病院 総合外科 ○土田 舜太, 古屋 怜慈, 藤澤 将大, 河口 恵
井 裕樹, 欄寝 重史, 黒田 悠, 岩永 直紀
関根 悠貴, 川満健太郎, 宮野 省三, 渡野邊郁雄
町田 理夫, 須郷 広之
同 病理診断科 芦沢かりん, 小倉加奈子

64. 若年性アルコール性慢性肝炎に伴う高度門脈狭窄に対して門脈ステント留置術を施行した一例

東京大学医学部附属病院 肝胆膵・人工臓器移植外科 ○金山 千恵, 有田 淳一, 北村 嘉久, 三原裕一郎
河口 義邦, 石沢 武彰, 赤松 延久, 金子 順一
長谷川 潔, 高尾 英正, 柴田 英介, 福地 治之
阿部 修

65. 膵・胆管病変に対してステロイド維持治療中に後腹膜線維症で再燃した IgG 4 関連疾患の一例

筑波記念病院 消化器内科 ○坂本 勇志, 小林真理子, 岩井健太郎, 越智 大介
大塚公一朗, 添田 敦子, 池澤 和人

(20) 専修医Ⅰ(食道・胃・十二指腸) 10:24~10:48 座長 国立研究開発法人国立がんセンター東病院 緩和医療科 三浦 智史

66. 食物塊による粘膜刺激・内圧上昇によりきたしたと考えられる食道粘膜下血腫の1例

独立行政法人地域医療機能推進機構 東京新宿メディカルセンター 消化器内科 ○佐野 方美, 浅井 玄樹, 藤江 肇, 栗原 光累
岡崎 明佳, 木原 俊裕, 森下 慎二, 松本 政雄
新村 和平

67. 特発性食道破裂に対して内視鏡下クリップ閉鎖術を施行し救命し得た一例

国立病院機構水戸医療センター 消化器科 ○福田 壮馬, 山浦 正道, 山口 高史, 石田 博保
伊藤 有香, 下山田雅大, 今西真実子

68. 微小胃低分化腺癌と十二指腸低分化腺癌が同時多発し、急速に進行した一例

自治医科大学 内科学講座 消化器内科学部門 ○谷口 亜依, 三浦 義正, 飯田 瑞穂, 野村 達磨
角田 真人, 野本 佳恵, 岩下ちひろ, 高橋 治夫
坂本 博次, 矢野 智則, 砂田圭二郎, 大澤 博之
山本 博徳

69. 十二指腸水平部憩室炎の一例

東邦大学医療センター大森病院 消化器内科 ○氏田 互, 宅間 健介, 並木 萌子, 岩田俊太朗
鈴木 啓太, 副島 啓太, 原 健三, 若林 宗弘
清水 良, 榎本 有里, 渡辺 浩二, 山田 悠人
原 精一, 岸本 有為, 伊藤 謙, 岡野 直樹
五十嵐良典

(21) 専修医Ⅱ(胃・十二指腸) 10:48~11:12 座長 聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院 消化器・肝臓内科 小澤 俊一郎

70. 止血処置後に十二指腸潰瘍を形成し穿孔に至ったループス腸炎の一例

永寿総合病院 消化器内科 ○松原 佑太, 渡邊 俊, 楠原 英生, 市川 欧子
一松 収, 青島 裕子, 吉田 英雄

71. 自然経過で穿孔性腹膜炎を発症した胃 Gastrointestinal stromal tumor の一剖検例

茅ヶ崎市立病院 消化器内科 ○上地 大樹, 村田 依子, 藤野 洋平, 葛生 健人
清田 耕助, 辻川真太郎, 石川裕太郎, 内田 苗利
秦 康夫, 栗山 仁

72. 直腸癌術後に発症し、反復する成人胃軸捻転症の1例

青梅市立総合病院 消化器内科 ○武藤 智弘, 上妻 千明, 上田 祐希, 江川 隆英
渡辺研太郎, 金子 由佳, 遠藤 南, 伊藤 ゆみ
浜野 耕靖, 野口 修

73. 化学療法が奏功し conversion surgery により pathological CR が得られた HER 2 陽性 Stage 4 胃癌の一例

日本赤十字社医療センター 消化器内科 ○福田麟太郎, 山本 信三, 岩田 祐典, 塩見 千尋
丹下 主一, 福田晃史郎, 大山 博生, 鈴木 裕史
谷口 博順, 伊藤由紀子, 吉田 英雄, 中田 良
同 胃食道外科 加藤 岳晴, 永岡 栄
同 病理部 越智三枝子, 松浦 翔, 熊坂 利夫

(22) 専修医Ⅲ(胃・十二指腸・小腸) 11:12~11:36 座長 横浜栄共済病院 消化器内科 鹿野島 健二

74. 多発腺窩上皮型胃癌の一例

横浜市立大学附属病院 消化器内科 肝胆膵消化器病学 ○高橋 宏太, 海老澤 佑, 高津 智弘, 三澤 昇
吉原 努, 芦莉 圭一, 冬木 晶子, 松浦 哲也
大久保秀則, 日暮 琢磨, 中島 淳
同 病理診断科・病理部 松村 舞依

75. 胃底腺ポリープ様病変に発生した低異型度分化型胃癌の一例

横浜栄共済病院 消化器内科 ○稲垣 淳太, 清水 智樹, 佐藤 元一, 杉本 祐一
目黒 公輝, 高井 佑輔, 鹿野島健二, 渡邊誠太郎

76. 蛋白漏出性胃腸症を合併した好酸球性胃腸炎の一例

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

77. 誤飲ボタン電池を経口腸管洗浄剤と大腸内視鏡で回収し得た1例

日本医科大学付属病院 消化器・肝臓内科 ○早瀬 健人, 河越 哲郎, 池田 剛, 大城 雄
金子 恵子, 岩切 勝彦

第3会場（午前の部）

— 評価者 —

虎の門病院 肝臓内科	芥田 憲夫
東京慈恵会医科大学 内科学講座 消化器・肝臓内科	中野 真範
NTT 東日本関東病院 消化管内科	酒井 英嗣

(23) 専修医Ⅳ(大腸1) 8:50~9:14 座長 横浜労災病院 消化器内科 小 宮 靖 彦

78. ニボルマブ投与後に再燃増悪した潰瘍性大腸炎の1例

日本大学医学部附属板橋病院 消化器肝臓内科 ○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
日本大学医学部附属板橋病院 泌尿器科 山口 健哉, 高橋 悟

79. アザチオプリン導入後早期に高度の白血球減少を生じた NUDT15 R139C 野生型の潰瘍性大腸炎の一例

草加市立病院 消化器内科 ○河上 和輝, 小橋健一郎, 笠野 由佳, 磯崎 岳
戸田 晶子, 今城 真臣, 鎌田 和明, 矢内 常人
東京医科歯科大学医学部附属病院 消化器内科 藤井 俊光

80. メサラジン不耐が疑われ、メサラジンスイッチにより継続投与が可能であった潰瘍性大腸炎の1例

東京慈恵会医科大学附属第三病院 消化器肝臓内科 ○藤崎 彩子, 水野 雄介, 佐藤 優子, 石井 彩子
石本 詩子, 庄司 亮, 廣瀬 雄紀, 三浦由紀子
萩原 雅子, 横田 健晴, 板垣 宗徳, 木下 晃吉
小池 和彦

81. 閉塞性黄疸の原因として胆道系悪性腫瘍による狭窄と鑑別に難渋し急速な転機を辿った進行大腸癌腹膜播種の一例

杏林大学 医学部 消化器内科学 ○加藤 敦士, 八谷 隆仁, 宮本 尚彦, 羽田 裕
楠原 光謹, 権藤 與一, 神保 陽子, 大野亜希子
土岐 真朗, 久松 理一
同 病理学教室 柴原 純二
がん研究会 がん研究所 病理部 千葉 知宏

(24) 専修医Ⅴ(大腸2) 9:14~9:38 座長 横浜医療センター 消化器内科 田 邊 浩 紹

82. 上腸間膜静脈血栓塞栓症を合併した上行結腸憩室炎の1例

町田市民病院 消化器内科 ○田村 繁樹, 谷田恵美子, 春日 範樹, 鈴木 英祐
矢吹里香子, 鹿野 智裕, 蜂谷 真未, 益井 芳文
和泉 元喜

83. *Helicobacter pylori* 除菌療法により著名に縮小した直腸 MALT リンパ腫の一例

東海大学医学部付属病院 内科系消化器内科 ○白滝 理博, 寺邑英里香, 張 つほみ, 三島 佑介
森 貴裕, 杉山 悟, 佐野 正弥, 吉原 四方
藤澤 美亜, 水上 創, 中原 史雄, 小池 潤
松嶋 成志

84. 経直腸的に超音波内視鏡下穿刺吸引術 (EUS-FNA) にて診断した骨盤内 GIST の 1 例

獨協医科大学 医学部 内科学 (消化器) 講座 ○吉永 智則, 山宮 知, 稲葉 康記, 高木 優花
小島原駿介, 田中 孝尚, 永島 一憲, 水口 貴仁
井澤 直哉, 岩崎 茉莉, 陣内 秀仁, 山部 茜子
星 恒輝, 菅谷 武史, 土田 幸平, 富永 圭一
飯島 誠, 郷田 憲一, 入澤 篤志

85. 感染性腸炎を契機に発症した特発性成人腸重積症に対し内視鏡的整復を行った 2 例

藤沢湘南台病院 消化器内科 ○山本 敦史, 土谷 一泉, 大熊 幹二, 松田 玲圭
同 健康管理部 高橋 大介

(25) 専修医Ⅵ(肝1) 9:38~9:56

座長 船橋中央病院 消化器内科 嶋 田 太 郎

86. A 型および E 型肝炎ウイルスの重複感染により重篤な急性肝炎をきたした一例

埼玉医科大学総合医療センター 消化器内科 ○鈴木 美緒, 岡 政志, 田中 孝幸, 田川 慧
加藤 秀輔, 堀 裕太郎, 山鹿 渚, 周東 成美
内田 党央, 石橋 朗, 須田健太郎, 寺井 悠二
大塚 武史, 可児 和仁, 高林英日己, 松原 三郎
加藤 真吾, 道田 知樹, 屋嘉比康治, 名越 澄子

87. 20 年来の自己免疫性肝炎(AIH)経過中に出現した細胆管細胞癌からの考察

沼津市立病院 消化器内科 ○石野 貴雅, 篠崎 正美, 鈴木 宏将, 井上 将法
宮城島大輔, 久保田教生, 中川 彰彦, 菊池 保治

88. 自己免疫性肝炎に合併した肝血管筋脂肪腫の一例

平塚市民病院 消化器内科 ○鈴木 洸, 谷口 礼央, 永井 康貴, 千田 彰彦
川村 允力, 田村 哲哉, 友成 悠邦, 後藤 駿吾
岩崎 暁人, 武内悠里子, 斯波 忠彦, 厚川 和裕

(26) 専修医Ⅶ(肝2) 9:56~10:20

座長 藤沢湘南台病院 消化器内科 大 熊 幹 二

89. 核酸アナログ製剤投与による B 型慢性肝炎治療中に肝発癌した一例と肝発癌を認めていない一例 ~ 発癌症例と発癌因子の検討 ~

武蔵野赤十字病院 消化器科 ○桐野 桜, 玉城 信治, 黒崎 雅之, 金子 俊
稲田 賢人, 山下 洸司, 関口 修平, 早川 優香
大澤玲於奈, 王 婉, 岡田 真央, 樋口 麻友
高浦 健太, 前屋鋪千明, 安井 豊, 土谷 薫
中西 裕之, 板倉 潤, 高橋 有香, 泉 並木

90. 高マンガン血症によるパーキンソニズムを呈した原発性胆汁性胆管炎の一例

順天堂大学 医学部 消化器内科 ○宇都宮尚典, 内山 明, 池村 宗朗, 佐伯 至勇
菰川真由子, 谷田貝 昂, 富嶋 享, 中寺 英介
深田 浩大, 福原 京子, 今 一義, 山科 俊平
伊佐山浩通, 椎名秀一朗, 永原 章仁, 池嶋 健一

91. 門脈圧亢進症の集学的治療により難治性腹水、直腸静脈瘤の著明な改善を認めた肝癌合併アルコール性肝硬変の一例

東海大学医学部附属東京病院 消化器内科 ○上田 孝, 中村 淳, 仁品 玲子, 青木 純
五十嵐宗喜, 白石 光一

92. 集学的治療を行った難治性腹水を伴うアルコール性肝硬変・肝細胞癌の一例

帝京大学 医学部 内科学講座 ○芳賀 幸, 浅岡 良成, 八木みなみ, 三木 淳史
青柳 仁, 磯野 朱里, 三浦 亮, 阿部浩一郎
有住 俊彦, 小田島慎也, 相磯 光彦, 山本 貴嗣
田中 篤
同 放射線科学講座 山本 真由, 近藤 浩史

(27) 専修医Ⅷ(肝3) 10:30~10:48 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 浅野 岳 晴

93. 肝内血管異常を主徴候としたオスラー病の1例

東京医科大学 消化器内科 ○水町 碧, 杉本 勝俊, 阿部 正和, 吉益 悠
竹内 啓人, 笠井 美孝, 糸井 隆夫
同 遺伝子診療センター 稲垣 夏子
同 放射線科 斎藤 和博

94. 乳糜腹水に対してオクトレオチドが有効であった一例

東京慈恵会医科大学附属病院 消化器・肝臓内科 ○田中 美帆, 宮崎 亮佑, 佐伯 千里, 及川 恒一
中野 真範, 高倉 一樹, 澤田 亮一, 上田 薫
宮下 春菜, 嶋田真梨子, 猿田 雅之

95. 下大静脈血栓症を合併した巨大肝嚢胞の一例

日本医科大学 消化器外科 ○林 光希, 清水 哲也, 吉岡 正人, 松下 晃
神田 知洋, 近藤 亮太, 金谷 洋平, 青木 悠人
吉田 寛
日本医科大学 千葉北総病院 消化器外科 川野 陽一

(28) 専修医Ⅸ(胆) 10:48~11:12 座長 昭和大学医学部 内科学講座 消化器内科学部門 梶原 敦

96. 外科的手術を回避できた好酸球性胃腸炎併発の好酸球性胆嚢炎の一例

横浜市民市民病院 消化器内科 ○中村はるか, 諸星 雄一, 清水 智子, 岸本翔太郎
東 祐香, 辻野誠太郎, 岩瀬 麻衣, 今村 諭
長久保秀一, 小池 祐司, 藤田由里子, 小松 弘一

97. 術前診断に難渋した悪性リンパ腫合併遠位胆管癌の一例

JA とりで総合医療センター 消化器内科 ○内館 梢, 川内結加里, 大山 文子, 三代 博之
永井 瑞紀, 橋口 真子, 後藤 文男, 北村 まり
河村 貴広
同 外科 渡辺雄一郎
同 血液内科 小川 晋一

98. 当院で経験したセフトリアキソン(CTRX)による成人偽胆石症例の検討

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

99. EUS-GBD 後に胆嚢動脈瘤からの出血を認めた 84 歳女性の一例

横浜労災病院 消化器内科 ○遠山 翔大, 関野 雄典, 今井友里加, 富田 尚貴
加藤 ゆり, 芹澤 奏, 八木 伸, 森久保尚美
鈴木 雅人, 小宮 靖彦, 内山 詩織, 永瀬 肇
同 内視鏡部 金沢 憲由, 川名 憲一

(29) 専修医 X (腓 1) 11:12~11:30

座長 平塚市民病院 消化器内科 岩 崎 曉 人

100. 経胃および経皮内視鏡的挟み込みネクロセクトミーが著効した重症膵炎後感染性被包化壊死の 1 例

順天堂大学医学部附属順天堂医院 消化器内科 ○牛尾 真子, 藤澤 聡郎, 山形 亘, 高崎 祐介
鈴木 彬実, 大川 良洋, 落合 一成, 富嶋 享
石井 重登, 伊佐山浩通, 池嶋 健一, 永原 章仁

101. EUS-FNA が術前診断に有用であった中年男性に発症した小型膵 Solid-pseudopapillary neoplasm (SPN) の 1 例

神奈川県警友会 けいゆう病院 消化器内科 ○水島 一郎, 香川 幸一, 水上 耀介, 葛西 祐樹
大谷 幸博, 田中 優作, 伊藤 高章, 中下 学
岡沢 啓, 永田 博司
同 消化器外科 関 博章
同 病理診断科 堂本 英治

102. 急性膵炎を繰り返した high-risk stigmata を持たない IPMC の一例

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

(30) 専修医 XI (腓 2) 11:30~11:48 座長 日本大学医学部附属板橋病院 消化器・肝臓内科 葉 山 譲

103. 嚢胞性腫瘍を呈した非機能性膵神経内分泌腫瘍の一例

がん・感染症センター 都立駒込病院 ○酒井 駿, 千葉 和郎, 田畑 宏樹, 来間佐和子
菊山 正隆, 神澤 輝実, 堀口慎一郎
新東京病院 大目 祐介, 本田 五郎

104. 慢性膵炎急性増悪で主膵管出血をきたしIVRで改善した一例

昭和大学 医学部 消化器内科学講座 内科専攻医 ○樋口 健佑, 野口 敏弘, 中山 顕皓, 中谷 溪
同 消化器内科学講座 梶原 敦, 鈴木 統大, 宇佐美智乃, 中島 陽子
柳澤 文人, 吉田 仁

105. 原疾患の診断に難渋した膵管胸腔瘻の一例

横浜市立大学 消化器・腫瘍外科学 ○窪田 硫富人, 藪下 泰宏, 小倉 巧也, 平井 公也
山田 淳貴, 阿部 有佳, 朴 峻, 清水 康博
中山 岳龍, 三宅謙太郎, 本間 祐樹, 熊本 宜文
松山 隆生, 遠藤 格
横浜市立大学附属病院 病理診断科 病理部 宇高 直子

2020・2021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
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	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 シェンパツハ・サポー	4月1日～ 5月13日予定
361	永 原 章 仁 (順天堂大学医学部 消化器内科)	9月12日(土)	東 京 海運クラブ	6月3日～ 7月8日予定
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
363	白 井 孝 之 (東海大学医学部付属大蔵病院 消化器内科学)	2021年 2月27日(土)	東 京 海運クラブ	2020年10月30日～ 12月2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)	6月21日(日)	東 京 シェンパツハ・サポー	6月4日
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 シェンパツハ・サポー	未 定

次回(第359回)例会のお知らせ

期 日：2020年4月11日(土)

会 場：海運クラブ 〒102-0093 東京都千代田区平河町2-6-4 TEL 03-3264-1825
 【交通のご案内】地下鉄 有楽町線、半蔵門線、南北線：永田町駅4、5、9番出口 2分
 銀座線、丸ノ内線：赤坂見附D(弁慶橋)出口 5分

特別講演：「炎症性腸疾患に対する分子標的治療の進歩」

演者：杏林大学医学部 消化器内科学教室 教授 久松 理一
 司会：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 教授 浦岡 俊夫

ランチョンセミナー：「発がん研究と医療開発－食道発がん、IBD発がん－」

演者：京都大学大学院医学研究科 腫瘍薬物治療学講座 教授 武藤 学
 司会：群馬大学大学院 総合外科学講座 肝胆脾外科分野 教授 調 憲

当番会長：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 教授)
 〒371-8514 群馬県前橋市昭和町三丁目39-22 TEL 027-220-8148
 連絡先：山崎 勇一(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)

◆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 消化器・一般外科学教室
 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 当院における好酸球性食道炎の臨床学的特徴と治療経過

千葉大学医学部附属病院 消化器内科
山本麻路, 松村倫明, 金子達哉, 大浦弘嵩, 徳長 鎮, 沖元謙一郎, 明杖直樹, 今井雄史, 大池 翼, 横山雄也, 太田佑樹, 新井誠人, 加藤 順, 加藤直也

【目的】好酸球性食道炎 (EoE) は欧米に多く本邦では稀な疾患であるとされていたが、近年本邦からの報告も増加している。そこで今回我々は、当院にてEoEと診断された症例を後ろ向きに調査し、その診断契機、臨床学的特徴、治療経過について検討した。【方法】カルテレビューにてEoE症例を調査した。検討項目は患者背景、診断季節、内視鏡所見、ピロリ菌感染の有無、末梢血好酸球数、末梢血IgE値、MAST検査結果、プロトンポンプ阻害剤 (PPI) 治療反応性とした。【成績】2011年1月から2019年10月の期間、36例の食道好酸球浸潤症 (好酸球浸潤数15個以上/HPF) を認めた。うち7例は自覚症状を伴わず、偶然内視鏡検査時に発見された症例であった。上記7例を除いた29例がEoEの診断基準を満たしていた。29例の内訳は男女比19:10、平均年齢50.5歳 (20-77歳) であった。主訴はつかえ感19例 (65%)、胸焼け7例 (24%)、胸痛1例、咽頭違和感1例、詳細不明1例であった。診断の季節は春7例、夏9例、秋4例、冬9例であった。内視鏡検査では7例 (24%) で白斑・縦走溝・気管様狭窄などの典型所見を認めていなかった。逆流性食道炎の合併を3例 (10%) で認めていた。食道狭窄例は認めなかった。ピロリ菌未感染症例が20例 (69%)、既感染 (現感染・除菌後含む) 症例が9例 (31%) であった。何らかのアレルギー歴を19例 (65%) で認め、その内訳 (重複含む) は喘息12例 (41%)、アトピー性皮膚炎6例 (20%)、花粉症6例、食物・薬物アレルギー6例であった。診断時の末梢血好酸球数の平均は665.2/ μ L、末梢血IgE値の平均は747.0 U/mLであった。MAST検査は26例で施行され、20例 (77%) で1つ以上のアレルギーに対し陽性であった。PPI治療により13例 (45%) で組織学的に改善を認めていたが、8例 (28%) でステロイド嚥下治療へと移行していた。ステロイド嚥下治療でも改善のなかった2例 (7%) でステロイドの内服治療を行っていた。【結論】当院におけるEoE症例を調査した。非典型的な症例も多くEoEの可能性に注意する必要があると考えられた。

好酸球性食道炎, PPI

2 多彩な臨床症状・内視鏡所見を呈した胃アニサキス症の3例

東京通信病院 消化器内科
向井康裕, 高岡真哉, 時任佑里恵, 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1】37歳男性。生鮭を摂取した直後から上腹部痛、全身掻痒感が出現し来院した。全身に膨疹を認めたためアナフィラキシーと診断し、抗ヒスタミン薬・アドレナリンを投与のうえ入院となった。膨疹は速やかに改善したが、第2病日も上腹部痛が持続していた。上部消化管内視鏡を施行したところ胃壁に多数のアニサキス虫体が刺入しており、17隻を摘出した。第3病日の内視鏡で更に1隻を摘出し、同日退院となった。【症例2】65歳男性。生鮭摂取の4時間後から腹痛を自覚し来院した。同日の内視鏡で噴門部後壁にびらんを伴う20mm大の粘膜下腫瘍様隆起を認め、びらん部に2隻のアニサキス虫体が刺入していた。虫体摘出後に症状は改善し、1ヶ月後の内視鏡で粘膜下腫瘍様隆起は消失していた。【症例3】65歳男性。前日からの腹部膨満感を主訴に来院した。急性胃腸炎を疑い入院、絶食としたが症状は改善しなかった。第4病日に内視鏡を施行したところ、胃体上部後壁に10mm大の潰瘍を認め、潰瘍底にアニサキス虫体1隻が刺入していた。虫体摘出により症状改善が得られ、退院となった。【考察】我が国における胃アニサキス症は、食品媒介寄生虫症の中で最も症例数が多い。我々が経験した多彩な臨床症状・内視鏡所見を呈した3例について、現在の我が国での感染状況も交えて報告する。

アニサキス, 上部消化管内視鏡

3 大網の偏移により非典型的な症状を呈した上部消化管穿孔の一例

練馬総合病院 外科¹⁾, 同 内科²⁾
長坂実咲¹⁾, 徳山 丞¹⁾, 浅田祐介¹⁾, 佐々木康裕²⁾, 松田英士²⁾, 栗原直人¹⁾, 飯田修平¹⁾

【症例】60歳男性【主訴】下腹部痛【現病歴】突然の強い下腹部痛が出現し、当院へ救急搬送された。【既往歴】左心原性脳梗塞、交通事故 (左足切断) 【入院後経過】来院時体温38.8℃、腹部所見は平坦、上腹部には反跳痛、筋性防御を認めなかった。下腹部に圧痛、反跳痛、筋性防御を認めた。腹部CTで十二指腸球部の壁の欠損、腹腔内遊離ガスと腸液の漏出を認め、十二指腸潰瘍穿孔、穿孔性腹膜炎と診断した。腹水貯留が少量なこと、上腹部痛がないこと、全身状態が安定していること、発症6時間であることから、保存的治療を選択した。さらに6時間後のCTで腹水量や腹腔内遊離ガスの増加を認めなかった。入院後3日間で下腹部痛は改善傾向を認めたが38℃の発熱を繰り返し、CRP25台で改善しなかった。そのため再度施行したCTで腹水量の増加と穿孔部の閉鎖が見られなかったことから、保存的治療の継続が不可能と判断した。第4病日に開腹による大網充填術と洗浄ドレナージ術を行った。術後は速やかに解熱しCRPの改善が得られた。上部消化管内視鏡検査で穿孔部位の閉鎖を確認し、経口摂取を再開した。【考察】本症例は、下腹部痛を主訴に受診した上部消化管穿孔の一例で典型的な上腹部痛を認めなかったことで報告した。上部消化管穿孔では通常上腹部痛を呈するが、大網が偏移しており肝上面まで被覆されていたことにより、上腹部に腹膜刺激徴候が表れなかったと考えられる。下腹部へ波及した腹水による下腹部の腹膜刺激徴候のみが表れたと考えられる。【結語】下腹部痛を主訴に来院した十二指腸潰瘍穿孔の一例を経験した。文献的考察を加え報告する。

十二指腸潰瘍穿孔, 大網偏移

4 胃原発胎児消化管類似癌の1例

東京慈恵会医科大学 外科
中瀬有美, 福島尚子, 北澤征三, 谷島雄一郎, 増田隆洋, 湯田匡美, 藤崎宗春, 渡部篤史, 矢野文章, 西川勝則, 三森教雄, 矢永勝彦

胎児消化管上皮類似癌は特殊型の胃癌の中でも稀な疾患であり、胎生初期の消化管上皮に類似した組織形態を示す腺癌である。脈管侵襲や肝転移を高頻度に認め予後不良と考えられている。今回、胃原発胎児消化管上皮類似癌の1例を経験したので報告する。症例は60歳代男性。脳梗塞を発症し前医入院中に、精査で施行した上部消化管内視鏡検査にて胃体上部小弯に40mm大の2型病変を認めた。生検で高分化型腺癌であり、当院紹介となった。胸腹部CT検査では、胃体上部に不整な壁肥厚を認めたが、明らかなリンパ節腫大、遠隔転移は認めず、cT3N0M0、cStage IIAの胃癌の診断で腹腔鏡下胃全摘術を施行した。術後腹腔内膿瘍を認めたが保存的加療にて改善した。病理組織検査では淡明な細胞質と腫大した核を有する円柱状の異形細胞が管状増殖を示し、病変深部では粘液癌の所見、辺縁では一部印環細胞癌の所見を伴っていた。腫瘍は漿膜下層まで浸潤しており、著明なリンパ管侵襲と静脈侵襲を認めた。免疫染色にてALL4陽性、AFP陰性、Glypican 3陰性であり、胎児消化管類似腺癌の診断となった。病期はpT3N3aM0、pStage IIICで、術後補助化学療法を行なっている。今回、比較的稀で、胃原発胎児消化管類似癌の1例を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

胃癌, 病理

印環細胞癌と高分化管状腺癌が併存した衝突胃癌の一例

平塚市民病院 消化器内科

櫻井裕一郎, 谷口礼央, 永井康貴, 千田彰彦, 鈴木 洸, 川村允力, 田村哲哉, 友成悠邦, 後藤駿吾, 岩崎曉人, 武内悠里子, 斯波忠彦, 厚川和裕

【緒言】衝突癌はまれな病態である。胃の衝突癌は国内で60例程度の報告があるのみである。今回、印環細胞癌と高分化管状腺癌よりなる表面隆起型胃癌の症例を経験したため報告する。【症例】症例は87歳女性。吐血を主訴に救急要請された。多発胃潰瘍を認め、内視鏡止血術を行った。その後、内視鏡再検の際に前庭小弯～前壁に広範な0-IIa病変を認めた。肉眼的には発赤調領域と白色調領域に分かれているような印象を受けた。生検ではtub2, pap, muc, sigなど多様な細胞を認めた。Borrmann0-IIa型胃癌の診断で内視鏡的粘膜下層剥離術を行った。剥離した検体を観察すると、術前の所見の通り発赤調領域と白色調領域に分かれており、また両者には明瞭な境界が認められた。病理では白色調領域はadenocarcinoma (sig, muc, tub2)、発赤調領域はadenocarcinoma (tub1, pap)の診断であった。【考察】一般に二つ以上の組織型を含む腫瘍は両方向への分化傾向を持った単一クローンから発生するcomposite tumorと、それぞれ別のクローンから発生した二つ以上の腫瘍が衝突したcollision tumor (衝突癌)に分類される。病理学的には、前者は両組織型の間にお互いに混ざり合った移行帯を認めるのに対し、後者は両組織型の間に明瞭な境界を認めることで区別される。本症例では2つの組織型に明瞭な境界を認めたため、衝突癌と診断した。本症例では術前所見で肉眼的な色調の違いが認められたが、一般的には術前所見で衝突癌を疑う事は困難であり、術前の生検にて多彩な組織型が認められるため診断に苦慮する場合が多い。多彩な組織型が認められるような症例では、衝突癌の可能性も念頭に置いて加療を進めていくのが良いと思われる。

衝突癌, 胃癌

乳癌術後10年で腹膜播種再発による十二指腸狭窄をきたした一例

JR 東京総合病院 消化器外科¹⁾, 同 消化器内科²⁾, 同 臨床検査科³⁾

角田幸子¹⁾, 谷本芽弘理¹⁾, 川邊健士朗¹⁾, 吉岡佑一郎¹⁾, 毛利 大²⁾, 池田真美¹⁾, 谷口浩和³⁾, 金沢孝満³⁾

症例は70歳女性。腹痛、嘔吐を主訴に前医を受診し、腹部CTで十二指腸の壁肥厚と内腔の狭小化を指摘された。精査目的に当院消化器内科を紹介受診し、上部消化管内視鏡検査で十二指腸の球部から下行部にかけて高度の浮腫性狭窄を認めた。同部位より生検を施行したが、悪性所見を認めなかった。超音波内視鏡でも、十二指腸の浮腫性狭窄と肝門部リンパ節腫大を認めたが、腫瘍性病変はなく、膽、胆道にも悪性を疑う所見はなかった。2週間経過しても症状は改善せず、原因不明の十二指腸狭窄に対して、胃空腸バイパス術を施行する方針となった。腹腔内を観察すると、肝内に多発結節を認め、また、十二指腸は下行脚からTreitz靱帯近傍まで非常に硬く後腹膜と一塊となっていた。十二指腸壁と肝下面の間の硬結節を検体として採取した。胃空腸バイパス術を施行し、術後は食事摂取良好であった。摘出検体の病理検査では当初、原発不明の低分化腺癌が疑われたが、各種免疫染色を施行したところGATA3陽性であった。10年前に右乳癌に対して乳房部分切除術を施行した既往があり、その組織像と類似していることが判明し、乳癌腹膜播種再発による十二指腸狭窄と診断した。乳癌の病理結果は浸潤性乳管癌 (硬癌) で、ホルモン受容体 (HR) 陽性、HER2陰性であった。術後放射線照射とアナストロゾール内服を行い再発なく経過していた。今回の検体では、HRは陰転化しており、トリプルネガティブ乳癌に形質転換していた。化学療法導入の方針となったが、病勢の進行が早く、閉塞性黄疸を来したためベストサポーターケアを行っている。本症例のような浸潤性乳管癌の腹膜播種転移再発の報告は比較稀である。また、内分泌療法によるHR発現の変化に関する報告も稀であり、メカニズムも明らかではない。今回、術後10年経過後に十二指腸狭窄をきたす腹膜播種再発を認めたホルモン受容体陰転化乳癌の貴重な1例を経験したので文献的考察を踏まえて報告する。

十二指腸狭窄, 乳癌腹膜播種再発

腹水を伴った好酸球性胃腸炎に対して、ステロイド内服が著効した一例

日本医科大学武蔵小杉病院 消化器内科¹⁾, 同 病理診断科²⁾ 吉村祐亮¹⁾, 阿川周平¹⁾, 牧田智彦¹⁾, 田邊智英¹⁾, 山脇博士¹⁾, 小高康裕¹⁾, 植木信江¹⁾, 大橋隆治²⁾, 二神生爾¹⁾

【症例】57歳、男性【主訴】腹痛、下痢【現病歴】201X年8月下旬から、腹痛を主訴に前医有床診療所を受診した。軽度の炎症反応を認め、腹部CTにより十二指腸および大腸に浮腫状変化を認め、感染性腸炎が疑われた。絶食・補液投与・抗生剤CEZ2g/day投与による加療するも症状の改善乏しく、炎症反応が持続すると共に腹部CTにより腹水の出現も認めるなど臨床所見の増悪を認めることから当科紹介入院となった。【臨床経過】入院時の採血検査では軽度の炎症所見を認めていた。入院後の上部消化管内視鏡所見では十二指腸粘膜に軽度の発赤を認める他には異常はなかった。下部消化管内視鏡所見では上行結腸から直腸まで血管透見が消失しているところと保持されている部分を認めた。腹部CT検査では全大腸に浮腫状変化を認め、近位空腸を主として小腸粘膜全体も浮腫状であり、腹水を認めていた。採血にて好酸球数異常高値であることから上下部消化管内視鏡検査時に各部位より生検を行い、十二指腸粘膜内に著明な好酸球浸潤を認めることから好酸球性胃腸炎と診断した。第9病日目よりプレドニン30mg/日内服を開始したところ、消化器症状は著明に改善し、末梢血の好酸球数も減少傾向になった。第18病日目に再度腹部CT検査を行い、腸管浮腫と腹水は消失を確認した。【考察】好酸球性胃腸炎には特徴的な内視鏡所見がなく、浮腫・びらん・発赤の異常がみられるが、これらの異常所見は特異性が低く、内視鏡検査のみから好酸球性胃腸炎と診断することは困難である。常に鑑別として本疾患を疑い、臨床症状や採血検査と併せて生検を行うことが重要である。【結語】抗生剤抵抗性の胃腸炎に対し、生検を行うことで好酸球性胃腸炎の診断に至り、プレドニン内服が著効した一例を経験した。

好酸球性胃腸炎, ステロイド

著明な低Cl性アルカローシスを呈し上腸間膜動脈症候群が疑われた十二指腸癌の一例

東京警察病院 消化器科¹⁾, 同 腎代謝科²⁾, 同 外科³⁾

後藤大樹¹⁾, 植倉知永¹⁾, 塩川俊郎¹⁾, 岩井 凌¹⁾, 三好耕太郎¹⁾, 能登谷元聡¹⁾, 徳山信行¹⁾, 八木岡浩¹⁾, 齋藤 優²⁾, 古賀晋一郎²⁾, 竹之内信³⁾, 小椋啓司¹⁾

【症例】58歳男性。4ヶ月前から嘔吐を頻回に認めたため近医にて入院精査を施行した。上部消化管内視鏡検査で明らかな異常は指摘されず、血液検査で著明な代謝性アルカローシスを認めていたため当院腎代謝内科紹介受診し、精査加療のため入院となった。血液検査においてpH 7.732, cHCO₃⁻ 49.4 mmol/L, Cl 64 mmol/L, Cre 1.94 mg/dLと低Cl性代謝性アルカローシスと腎機能低下を認めた。追加検査を行い、嘔吐による脱水と電解質・酸塩基平衡障害と考えられた。単純CTにおいて胃と十二指腸下行脚に著明な拡張と液体貯留を認め、十二指腸水平脚の内腔が確認できず上腸間膜動脈症候群 (以下SMA症候群) を疑われた。保存的加療により腎機能が回復したため造影CTを施行したところ十二指腸水平部から上行部にかけて隆起性病変を認めた。上部消化管内視鏡を施行し可能な限り肛門側まで観察したところ十二指腸水平部に腫瘍性病変を認めた。生検を施行し中分化型管状腺癌の診断となった。第21病日に当院外科にて降頭温存十二指腸切除術を施行した。腫瘍は水平部から上行部にかけて存在した。病理結果はAdenocarcinoma (tub2>tub1>muc>por2), D, Type2, 70mm×50mm, ≥pT4a (SE), INFb, Lyla (D2-40), Vlb (SS) (EMG), Pn0, pPM0 (100mm), pDM0 (120mm), pRM1, pN0 (0/11)であった。追加治療については現在検討中である。【考察】十二指腸を含む原発性小腸癌の頻度は低く全消化管癌の0.36%とされ稀な疾患である。中でも十二指腸水平脚部は十二指腸癌の中でも5.9-9%とされる。本症例では顕著なアルカローシスと電解質異常を認め、SMA症候群を疑う画像所見を呈していた。過去の報告でも十二指腸癌を含む小腸癌において酸塩基平衡障害・電解質異常を認めた報告が2例、SMA症候群と疑われた報告が7例しかなかった。稀ではあるが酸塩基平衡障害・電解質異常が契機となり発覚する小腸癌があること、また身体的特徴や経過がSMA症候群と一致しない場合は他疾患も疑い原因検索することが重要と考え報告した。

十二指腸癌, 代謝性アルカローシス

JMA 海老名総合病院 外科

立花杏友, 矢澤直樹, 豊田真寿, 森 貴志, 根本 洋, 國友和義, 上島知子, 去川秀樹, 宮地 猛, 宮前 拓

【背景】腹膜炎は、結腸の脂肪垂の虚血性変化によって生じる、炎症性の疾患である。比較的多い疾患であるが、その症状から虫垂炎や憩室炎と誤って診断される場合がしばしばある。本疾患は鎮痛薬投与等の保存的治療のみで軽快することがほとんどであり、抗菌薬投与は原則不要と考えられている。

【症例】16歳男性。2日前からの間欠的な右側腹部痛を主訴に当院外来を受診。下痢、嘔吐などの症状はなかった。飲食による疼痛の増悪はなかったが、体動と体位による疼痛の増悪があった（座位で増悪、臥位で軽快）。CT検査を施行したところ、右側結腸に近接して腹腔内脂肪組織濃度の上昇があった。正常虫垂が描出されており、憩室炎や腸炎を疑う所見はなかった。また、腹部エコー検査では右側腹部の腸管周囲の脂肪組織エコーレベルが上昇しており、結腸の壁肥厚は認めなかった。血液検査ではWBC 10,000/μl, CRP 1.74 mg/dlと炎症反応の上昇は軽度であった。特徴的な画像所見から腹膜炎と診断し、抗菌薬投与は行わずに絶食と鎮痛薬投与のみで経過観察した。入院2日目では疼痛の改善はなく、炎症反応の上昇が認められた。3日目では症状軽快あり、WBCの値も低下したため流動食を開始した。食事摂取後も問題なく経過し、入院4日目には動作時痛のみとなった。入院5日目の採血では炎症反応の大幅な低下が認められ、全粥の摂取を開始した。その後も症状は改善の一途をたどり、入院7日目に退院となった。退院約2週間後の再診時には症状は消失しており、CT検査でも同部位の脂肪組織混濁は改善していた。

【結論】腹膜炎に対し抗菌薬投与を行わずに経過を追ったが、1週間以内に症状の改善と炎症反応の低下が認められた。

腹膜炎, 治療

NTT 東日本関東病院 消化器内科

金子拓馬, 酒井英嗣, 末光信介, 木本義明, 高柳駿也, 紅林真理絵, 石井鈴人, 平田智也, 鈴木雄一郎, 小西隆文, 神田圭輔, 小野公平, 根岸良充, 瀧田麻衣子, 港 洋平, 村元 喬, 大園 研, 松橋信行

【緒言】小腸原発の神経内分泌腫瘍は稀で、非機能性の場合には無症状で経過し、血行性転移に伴う多臓器不全や小腸閉塞など重篤な合併症を契機に発見されることも多い。今回我々は、CT撮影により無症状で発見された小腸神経内分泌腫瘍の一例を経験したため報告する。【症例】58歳男性【経過】健診のレントゲン撮影により指摘された大動脈径拡張の精査目的で造影CTを施行。回腸粘膜に突出する早期相で濃染する腫瘍及び、腸間膜・腹部傍大動脈に多発リンパ節腫大を認めた。神経内分泌腫瘍あるいは血管性腫瘍が疑われ、カプセル内視鏡を施行。回腸に非連続性の白斑及び血管拡張を認めたが腫瘍性病変は指摘できなかった。続いてダブルバルーン内視鏡を施行したが、やはり粘膜の浮腫性変化を認めるのみで腫瘍性病変を同定できなかった。診断目的で開腹生検を行い、術中迅速検査にて神経内分泌腫瘍の診断が得られたため、開腹小腸部分切除術を施行した。術後大きな合併症なく経過し、第8病日に退院となった。病理結果はNeuroendocrine tumor (G2), 50×15mm, Ly1a(D2-40), V1c(EVG), Pn1b, pRMI, pTm0, pDM0で、免疫染色ではクロモグラニンA陽性、シナプトフィジン陽性、NCAM陰性でKi67 indexは5.1%であった。以上から小腸原発NETと診断とし、追加の化学療法を実施予定である。【考察】小腸NETはその他の消化管から発生したNETと比し、高頻度でリンパ節転移をきたし、予後不良とされる。カプセル内視鏡やバルーン内視鏡といった小腸診断のモダリティが普及しつつあるが、粘膜下腫瘍の同定率は低く、リンパ節転移あるいは全身転移をきたした後にCTなどで発見されるのが一般的である。完全切除された場合のNETの予後は比較的良好だが、遠隔転移をきたした症例の予後は癌と同様に不良である。早期発見可能な診断モダリティの確立が待たれる。【結語】今回無症状で発見された多発リンパ節転移を有する小腸神経内分泌腫瘍の一例を経験したため、文献的考察を合わせて報告する。

小腸, 神経内分泌腫瘍

千葉中央メディカルセンター 外科¹⁾, 同 消化器内科²⁾野村大樹¹⁾, 松葉芳郎¹⁾, 松田充宏¹⁾, 飯田義人¹⁾, 間宮俊太¹⁾, 関口泰弘¹⁾, 須永雅彦²⁾, 上原広嗣²⁾, 佐藤恒信²⁾, 高平尚弘²⁾, 武村拓也²⁾, 原真太郎²⁾

【症例】61歳男性【現病歴】来院3週間前から腹痛と夜間の発熱を繰り返していたため近医受診し、胃腸炎の診断で抗生剤を処方されていた。その後も腹痛と発熱の改善なく、午前1時頃いつもより強い腹痛と腹部の張りを自覚したため当院受診した。【経過】腹部造影CTでは左側腹部に多数の腹腔内遊離ガス像を認め、消化管穿孔による急性腹膜炎と診断し、緊急手術（小腸部分切除術）を施行した。腹腔内は腸液を混じった緑色の腹水が大量にあり、トライツ靱帯から15cmほどの空腸に大きな壁欠損部分あり、小腸内腔が完全に広範囲にわたり露出していたため、この部分を約30cm切除した。さらに、下腹部に回腸が一塊となっている部分があり、大きな小腸潰瘍が近傍の小腸に穿通していたため、この部分も約70cm切除した。切除標本の病理では小腸壁に中型のリンパ球様異型細胞がびまん性に増殖していた。免疫組織化学染色では、CD3(+), CD4(-), CD8(+), CD20(-), CD56(+)であり、MEITL (Monomorphic epitheliotropic intestinal T-cell lymphoma)と診断した。術後経過は良好で、退院後他院にて化学療法施行となった。【考察】MEITLは小腸に好発し、食道から直腸までの全消化管に発生するとされるまれな疾患である。今回、小腸腫瘍性病変を伴い、小腸穿孔をきたしたMEITLの1例を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

腸管関連T細胞リンパ腫, 小腸穿孔

さいたま市民医療センター 外科¹⁾, 同 放射線科²⁾浅見文邦¹⁾, 的場秀亮¹⁾, 塩谷 猛¹⁾, 塚本充雄¹⁾, 渋谷 肇¹⁾, 小峰 修¹⁾, 渡邊善正¹⁾, 南部弘太郎¹⁾, 山田太郎¹⁾, 湯澤寛尚²⁾, 大石卓爾²⁾, 島田裕司²⁾

【症例】42歳男性【既往歴】2型糖尿病、虚血性腸炎【現病歴】上腹部痛を主訴にX年9月下旬に当院内科救急外来を受診し、造影CT検査でWinslow孔ヘルニアの診断となり当科に紹介入院となった。入院時から発熱のみで上腹部痛は改善しており腹膜刺激症状もなくその他の症状も乏しかったため、保存的治療とした。解熱し食事開始後も腸閉塞所見ないため退院し外来でフォローアップを行っていた。X年10月末、昼食後に右季肋部痛、背部痛、嘔気が出現したため当院救急外来を受診した。造影CT検査でWinslow孔ヘルニア再発と考えられたため緊急入院とした。【経過】第1病日より胃管を挿入し絶食、補液加療したところ、第3病日には腹痛は改善した。腹痛症状による入院を繰り返しており根治的治療の目的で、第8病日に腹腔鏡下ヘルニア修復術を行った。術中所見では、小網の異常裂孔をヘルニア門として同裂孔部に小腸(回腸)が腹側から嵌頓しており、小網裂孔ヘルニア(1型)の診断に至った。ヘルニア門を開放し嵌頓腸管を整復して手術を終了した。術後経過は良好で術後第7病日で退院した。【考察】小網裂孔ヘルニアはまれな疾患であり、医中誌で「小網裂孔ヘルニア」のwordで検索したところ本症例を合わせて報告は11例のみであった。同様にまれな疾患であるWinslow孔ヘルニアとの鑑別が難しかったが、腹腔鏡下手術で治療することができたため若干の文献的考察を加えて報告する。

小網裂孔ヘルニア, Winslow孔ヘルニア

佐野厚生総合病院 消化器内科¹⁾、同 呼吸器内科²⁾
黒川安晴³⁾、堀江知史¹⁾、岩田賢太郎¹⁾、宮口和也¹⁾、
亀山尚子¹⁾、平野俊之²⁾、寺元 研¹⁾、東澤俊彦¹⁾、関根忠一¹⁾、岡村幸重¹⁾

【症例】79歳男性【現病歴】201X年9月より肺腺癌（cT2aN2M1b, Stage 4A）に対して化学療法を開始。同年11月より2nd lineとしてpembrolizumabを導入し、以降計5コース投与されていた。201X+1年1月上旬より腹痛、下痢、下血を自覚された。症状は増悪傾向で、下痢の回数が30行/日を超えるようになっていた。同年1月23日に施行された大腸内視鏡検査にて潰瘍性大腸炎に類似した大腸炎の所見認め、精査加療目的に1月24日に緊急入院となった。【経過】排便回数、血便、頻脈の所見から潰瘍性大腸炎中等症相当であった。1月24日よりPSL 50mg/dayから投与開始し、漸減していった。PSL投与後より速やかに腹痛、下痢といった症状の改善を認め、2月7日に施行した大腸内視鏡検査にて内視鏡所見の改善を得られた。また2月18日には便潜血の陰性化を確認した。【考察】免疫チェックポイント阻害薬が種々の癌に対して使用されるようになって以降、irAEが報告されている。今後も免疫チェックポイント阻害薬の需要の増加に伴い、本症例のような症例が増えてくることが予想される。今回肺腺癌に対してpembrolizumab療法施行中に潰瘍性大腸炎に類似した大腸炎を発症した1例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。

pembrolizumab, irAE

地域医療振興協会 東京北医療センター
玉井佳奈、石澤 嶺、天野正弘

【症例】70歳、男性【現病歴】X-3年、下部胆管癌に対して膵頭十二指腸切除を施行した。X-2年にCTで多発肝転移が指摘され、以降化学療法が施行されていたが肝転移に増大傾向があったためX年X月X日、下部胆管癌の転移性肝腫瘍に対して肝後区域切除を行った。【経過】X+5日、微熱と下痢が出現した。X+8日から38度台の発熱があり、本人の倦怠感も強くなったため、empiric therapyとしてタゾバクタム・ピペラシリンによる加療を開始した。抗生剤投与後も下痢は収まらず徐々に臓器障害が進行し、X+18日に敗血症に対する治療目的に集中治療室へ入室となった。同日、下部消化管内視鏡を施行したところ、全結腸に偽膜形成を認め、翌日には大腸粘膜の検体からアメーバ虫体が検出された。アメーバ大腸炎の確定診断の後は、メトロニダゾールの静脈内注射（500mgを6時間毎）による治療を開始し、X+21日に集中治療室より退出した。X+28日までメトロニダゾールによる加療を継続し、その後はパロモマイシンの経口投与（500mgを8時間毎）をX+38日まで継続した。現在は、アメーバ大腸炎後の炎症による癒痕狭窄に対しての加療を検討中であるが、全身状態は安定し経過している。【考察】本症例は、アメーバ大腸炎の確定診断後、詳細な病歴を聴取すると、化学療法中ではあったが定期的な風俗店での性交渉歴があった。赤痢アメーバにはE. histolyticaとE. disparが知られているが、いずれの菌種も無症候性感染を呈することが知られており、本症例は手術侵襲を契機に無症候性感染を起こしていた赤痢アメーバが発症したものと考えられた。【結語】開腹手術後に顕在化したアメーバ大腸炎を経験した。術後の腸管感染症を鑑別する場合、詳細な病歴を確認しアメーバ大腸炎も上げる必要がある。

アメーバ赤痢、アメーバ大腸炎

日本大学医学部 内科学系 消化器肝臓内科学分野
山本瑠璃、江崎 充、市島諒二、鈴木 翔、草野 央、池原久朝、
後藤田卓志

【はじめに】カルチノイド腫瘍は神経内分泌腫瘍に分類される稀な腫瘍である。40%が大腸に発生し、そのほとんどが直腸にみられ、S状結腸は非常に稀である。今回われわれはS状結腸に発生したカルチノイド腫瘍を経験したため報告する。【症例】60歳代、女性。既往歴はない。201X年6月腹部の違和感を主訴に受診され、全大腸内視鏡検査を施行した。内視鏡検査ではS状結腸に6mm大の黄白色調の粘膜下腫瘍様隆起を認めた。同病変の生検にて粘膜固有層から粘膜筋板内に索状から小胞巣構造を形成する核異型軽度の腫瘍細胞を認め、免疫染色でsynaptophysin陽性、CD56陽性のため、カルチノイド腫瘍と診断した。CT検査で明らかな転移はなく、内視鏡治療の方針とし、同年8月に大腸粘膜下層剥離術を施行した。切除標本の病理組織結果は2.0×2.0mm, Neuroendocrine tumor (WHO NET G1), T1b(SM1100 μm), v0, ly0, HMO, VMO, synaptophysin(+), CD56(+), chromogranin A(-)であった。リンパ節転移のリスクは極めて低いと判断し、経過観察の方針とした。以後再発なく経過している。【考察】直腸以外の大腸カルチノイド腫瘍は極めて稀であり、その病態や悪性度は明らかになっていない。本症例はS状結腸に発生したカルチノイド腫瘍を内視鏡的に根治切除できた一例である。直腸以外の大腸カルチノイド腫瘍について若干の文献的考察を加えて報告する。

カルチノイド, NET

帝京大学医学部附属溝口病院 消化器内科¹⁾、同 第四内科²⁾
苗村佑太¹⁾、松本光太郎¹⁾、足立貴子¹⁾、渡邊彩子¹⁾、綱島弘道¹⁾、
土井晋平¹⁾、菊池健太郎²⁾

症例は52歳、男性。数日前からの黒色便を自覚していたため精査目的に当院消化器内科を受診された。血液検査でHb 11.3 g/dLと軽度貧血を認め、既往歴に胃十二指腸潰瘍を有していたことから、上部消化管内視鏡検査を施行したところ十二指腸球部にH2 stageの潰瘍病変が散見された。検査後よりPPI内服を開始したところ黒色便は消失したが、その後の血液検査で貧血は持続していたため追加検査として腹部骨盤造影CTを施行した。画像所見より上行結腸肝彎曲側にて浮腫性肥厚と周囲脂肪組織濃度の上昇を認めたため、下部消化管内視鏡検査を施行したところ、同領域にてアニサキス虫体が結腸粘膜に刺入し、粘膜浮腫と発赤びらんを生じていた。問診より検査の3日前にしめ鯖の摂取歴が判明したが、アニサキス症に特有の腹部症状やアレギー症状を認めるなく経過していた。近年報告例が増加傾向にあるアニサキス症の中で大腸アニサキス症は比較的稀な疾患である。無症状のまま経過され貧血を契機に偶然発見された大腸アニサキス症を経験したため報告する。

大腸アニサキス症、下部消化管内視鏡

17 鑑別に苦慮した、巨大肝嚢胞と変性血管腫が併存した1例

順天堂大学医学部附属練馬病院 総合外科¹⁾,
同 病理診断科²⁾

萩原 悠¹⁾, 古屋怜慈¹⁾, 藤澤将大¹⁾, 河口 恵¹⁾, 井 裕樹¹⁾,
棚寝重史¹⁾, 黒田 悠¹⁾, 岩永直紀¹⁾, 関根悠貴¹⁾, 川満健太郎¹⁾,
宮野省三¹⁾, 渡野遼郎雄¹⁾, 町田理夫¹⁾, 長瀬敏介²⁾, 小倉加奈子²⁾,
須郷広之¹⁾

【はじめに】巨大肝嚢胞に対する手術中、悪性腫瘍との鑑別に苦慮した変性血管腫の併存した1例を経験したので、文献的考察を加え報告する。【症例】75歳女性。巨大肝嚢胞による食後の腹部膨満感を主訴に近医から紹介受診となる。腹部CTでは肝右葉に径27cm大、左葉外側区域に径10cm大の嚢胞性病変を認めた。腹部MRIでは右肝嚢胞はT1強調像で低信号、T2強調像で高信号に対し、左葉病変はT1強調像で肝実質と等信号、T2強調像で内部不均一な高信号の所見で非典型的であった。症候性の巨大肝嚢胞の診断で腹腔鏡下天蓋切除術施行の方針となった。術中、右肝嚢胞の内容液は漿液性(T-Bil < 0.1 mg/dL)であり、予定通り天蓋切除術を施行した。続いて左葉の肝嚢胞を穿刺したところ、内容液は褐色胆汁様で混濁(T-Bil 2.1 mg/dL)しており、嚢胞内腔は褐色乳頭状の不整内膜を認めた。以上の所見から感染嚢胞や嚢胞腺癌などの可能性も否定できず、開腹に移行し肝外側区域切除術を施行した。術後、病理組織検査では右葉病変は孤立性肝嚢胞の所見であったが、左葉外側区域病変は一部に小血管の増生・集簇を認め変性血管腫の診断であった。

血管腫, 肝嚢胞

18 非過粘稠性Klebsiella pneumoniaeによる肝膿瘍から多臓器播種をきたした1例

東京労災病院 消化器内科

鈴木昌吾, 松本 将, 副島啓太, 藤井紘大, 高橋伸太郎, 乾山光子,
大場信之, 西中川秀太

症例は70歳台、男性。当院で2型糖尿病に対し血糖降下薬の内服加療を行っていた。201X年11月に39℃台の発熱が約2週間持続し救急外来を受診した。腹部造影CTで肝S7に60mm大の低濃度結節影、右腎に不整な集簇した小結節影および前立腺左葉に低濃度結節影を認め、肝膿瘍、腎膿瘍および前立腺膿瘍の診断で入院となった。第1病日より抗菌薬MEPM 3g/dayの静脈内投与を開始し、14Frカテーテルを膀胱内に留置した。第2病日に経皮経肝膿瘍ドレナージを施行し、その後血液検査上、炎症反応は軽快傾向となった。血液・肝膿瘍培養よりKlebsiella pneumoniaeが検出されたが、String testは陰性であった。第5病日に感受性を考慮しLVFX 500mg/day静脈内投与へde-escalationした。第8病日に施行した腹部CTでは肝および腎膿瘍の縮小を認めたため、第9病日に尿道カテーテルを抜去しLVFX 500mg経口投与へ変更し計14日間投与を行った。第13病日にドレナージチューブをクランプし、第15病日に施行した腹部CTで膿瘍のさらなる縮小を認めたため、同日にチューブを抜去した。その後感染の再燃は認めず、第18病日に退院した。細菌性肝膿瘍の起原菌としてはK. pneumoniaeが最も多いと報告されており、なかでも近年、ムコイド産生型の過粘稠性K. pneumoniaeによる肝膿瘍からは中枢神経感染症や肺膿瘍、腎・前立腺膿瘍、腸膀胱膿瘍などの血行性転移性感染巣を生じやすいと報告されている。今回、String test陰性である非過粘稠性K. pneumoniaeを起原菌とした肝膿瘍から多臓器播種をきたした症例を経験したので、若干の文献的考察を加え報告する。

肝膿瘍, klebsiella pneumoniae

19 肝膿瘍との鑑別を要したG-CSF産生を伴う肝内胆管癌の1例

東京医科歯科大学 消化器内科¹⁾, 同 人体病理学分野²⁾

久壽米木駿¹⁾, 勝田景統¹⁾, 北畑富貴子¹⁾, 新田沙由梨¹⁾,
村川美也子¹⁾, 油井史郎¹⁾, 根本泰宏¹⁾, 岡田英里子¹⁾, 大島 茂¹⁾,
井津井康浩¹⁾, 中川美奈¹⁾, 岡本隆一¹⁾, 土屋輝一郎¹⁾, 柿沼 晴¹⁾,
東 正新¹⁾, 永石宇司¹⁾, 朝比奈靖浩¹⁾, 石田尚子²⁾, 伊藤 崇²⁾,
渡辺 守¹⁾

【症例】78歳男性。【主訴】食欲不振・倦怠感。【既往歴】17年前より潰瘍性大腸炎、7年前：舌扁平上皮癌・放射線化学療法後・部分切除後、5年前：左肺腺癌・左上葉切除後、1年前：食道扁平上皮癌ESD後。【現病歴】20XX年10月初旬より食欲不振・倦怠感を自覚した。10月18日に当院当科受診し、37度台の発熱あり、血液検査でWBC 20600/ μ L、CRP 23.36mg/dLと炎症反応高値、AST 71U/L、ALT 81U/L、 γ -GTP 102U/L、ALP 551U/L、LDH 414U/Lと肝胆道系酵素の上昇を認めた。またCEA 6.6ng/mL、SCC 26.3ng/mLと軽度上昇がみられたが、CA19-9、AFP、PIVKA-IIは正常範囲内であった。造影CTで肝S4に71mm大の乏血性腫瘍を認め、同日入院となった。肝膿瘍を疑い、ABPC/SBTで抗菌薬を開始した。入院時に血液培養、第5病日に経皮経肝膿瘍吸引穿刺にて血性の胆汁を培養に提出したが、菌体の検出はなかった。第6病日のEOB-MRIは、肝S4に8cm大の内部に液体成分を含む辺縁に造影効果を伴う腫瘍であった。アメーバ性肝膿瘍を考慮しMEPMとMNZに変更したが、その後も改善に乏しかった。いずれの培養からも一貫として菌体の検出はなかったが、膿汁細胞診からN/C比の高い腫瘍を疑う所見を認めた。多臓器癌の転移を疑う所見なく、画像上腫瘍辺縁部の濃染所見と内部変性壊死を伴うことから肝原発扁平上皮癌を疑い、第30病日より放射線療法を追加したが、全身状態の悪化が著しく、第39病日に死亡した。病理解剖では、多形性の強い低分化な癌腫で、免疫染色でCK7・CK19陽性、CK20陰性、Heppar1陰性、AFP陰性、G-CSF一部陽性で、第37病日の保存血清でG-CSF 123pg/mLと高値であったことも併せて、G-CSF産生の肝内胆管癌pT4N1M1 pStageIVと診断した。【考察】G-CSF産生腫瘍は肺癌・甲状腺癌などでの報告が多く、その予後が悪いことが知られているが、肝内胆管癌では稀である。本症例では、発熱・白血球増多を呈し、肝膿瘍との鑑別が困難で、外科的治療を追加することが困難であった。細菌培養陰性の肝膿瘍様の腫瘍が見られた際には、本疾患を鑑別の一つとして考慮する必要がある。

肝内胆管癌, G-CSF産生腫瘍

20 肝内胆管癌に濾胞性リンパ腫を合併した1例

茅ヶ崎市立病院 消化器内科

大高綾子, 栗山 仁, 石川裕太郎, 土地大樹, 藤野洋平, 葛生健人,
清田耕助, 辻川真太郎, 内田苗利, 村田依子, 秦 康夫

【症例】62歳、女性【主訴】食思不振、全身倦怠感【現病歴】上腹部痛および嘔気、食思不振、体重減少があり、近医で施行の腹部超音波検査で肝内腫瘍と大動脈周囲のリンパ節腫大をみとめ当院紹介受診となった。血液検査で肝機能は正常範囲内で、LDH、ALP、CEA、CA19-9の高値をみとめた。造影CT検査では肝左葉に長径10cm程度、不整な辺縁に淡い造影増強効果のある、内部不均一の低濃度腫瘍としてみとめ、末梢の肝内胆管の拡張を伴っていた。リンパ節腫大は胃小弯側から肝門部付近、傍大動脈領域に多発しており、腸間膜の肥厚もあった。MRCPで左肝管が肝門部より末梢側で途絶していた。胆管ブラシ細胞診でclass5の所見があり、追加施行した肝生検で腺癌の所見と、同時にCD20陽性リンパ球の強い浸潤像をみとめgrade1の濾胞性リンパ腫の合併の指摘があった。腺癌については各種検査結果を併せて肝内胆管癌と考えられた。濾胞性リンパ腫については経過観察とし、肝内胆管癌に対して初診から2ヶ月後にGC療法を開始したが、その1ヶ月後には食事摂取不良となり、肝不全で当院へ再入院となった。【臨床経過】入院時、腫瘍は15cm程度に増大しており、既存の腫大リンパ節も増大傾向をみとめた。BSCの方針となり対症療法で加療中、徐々に全身状態が悪化し入院後1ヶ月で死亡に至った。剖検により、リンパ行性の強い肝内胆管癌に濾胞性リンパ腫を統発し、胆汁うっ滞により肝不全が進行したことによる死亡が示唆された。【考察】二重癌を発見した場合、全身精査を行いそれぞれの進行度や予後を診断し治療方針を立てていく必要がある。本症例では肝内胆管癌の進行が予後に強く影響したと考えられ、胆管癌の治療を優先したことは適切であったと考える。濾胞性リンパ腫と肝内胆管癌の併発に関しては報告数が少なく、稀な一例を経験した。

肝内胆管癌, 悪性リンパ腫

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

【症例】67歳男性。15歳時に心室中隔欠損症に対し閉鎖手術、55歳時に心室頻拍に対しICD植込みされている。家族歴に肝疾患なし。飲酒歴なし。直近の心エコーでは欠損孔の遺残と右心系拡大を認めていた。【経過】突然の右下腹痛にて前医を受診。腹部エコーで肝腫瘍と腹水を認め、肝腫瘍破裂が疑われ当科紹介受診。来院時に血圧などのバイタルサインは落ち着いていた。採血はTB 1.0 mg/dL, ALT 27 IU/L, Plt 19 万/μL, PT 99%, AFP 1150 ng/mL, PIVKA 7903 mAU/mLで肝機能は保たれていた。HCV抗体、HBs抗原、抗核抗体、抗ミトコンドリアM2抗体などは陰性であった。造影CTでは肝S6下端に有茎性で5cm大の腫瘍を認め、周囲に血性疑いの液体貯留が認められた。造影パターンから肝細胞癌および同部の破裂と診断した。肝表面はやや凹凸不正にみられるが萎縮などの強い硬変肝所見はなかった。緊急で血管造影検査を行い、肝細胞癌の破裂部に対し血管塞栓術を施行、止血が得られた。3か月後のCTで早期再発や腹膜播種を認めないため、腹腔鏡下肝部分切除術を施行。中分化肝細胞癌の所見が得られた。

【考察】慢性心疾患と肝発癌に関して、Fontan手術後の鬱血肝を背景に発生した肝細胞癌なども報告されており、心疾患の影響も完全に否定はできない。また本症例は非B非C肝のPedunculated lobeに発生した肝細胞癌の破裂であり、非常に稀な症例である。IVRにて救命することが出来たが、文献的考察を含め報告する。

Pedunculated lobe, 肝細胞癌破裂

東京大学医学部附属病院 消化器内科¹⁾,
同 病理学・病理診断学分野²⁾
澤井崇行¹⁾, 木村 元¹⁾, 山田友春¹⁾, 南 達也¹⁾, 近藤篤史²⁾,
山澤 翔²⁾, 建石良介²⁾, 牛久哲男²⁾, 小池和彦²⁾

【症例】69歳男性【現病歴】C型慢性肝炎の既往があり、入院4年前に抗ウイルス治療によりウイルス学的著効を達成したが、3年前に外来通院を自己中断した。入院2カ月前に健診で肝機能異常を認め、腹部エコーで肝腫瘍を指摘された。造影CTで46mm大の肝腫瘍と多発リンパ節腫大を認め悪性リンパ腫が第一に疑われたが、金銭的問題があり精査を行えなかった。体動困難、呼吸困難感を自覚し、救急要請の上当院入院となった。【入院後経過】入院時、盗汗と体重減少を認めた。採血では肝胆道系酵素が上昇し(AST 62 U/L, ALT 53 U/L, LDH 3385 U/L, γ-GTP 169 U/L, ALP 971 U/L)、可溶性IL-2レセプターの上昇(sIL-2R 2065 U/mL)、腫瘍マーカーの上昇(PIVKA-I 184 mAU/mL, CA19-9 23 U/mL, AFP 11 ng/mL)を伴っていた。肝内に多発腫瘍を認め、多発骨転移や多発リンパ節転移を伴っていた。入院第5病日に右鎖骨上窩リンパ節の細胞診で未分化癌が疑われた。第11病日に施行した右頸部リンパ節生検では低分化癌もしくは上皮様形態を示す肉腫が疑われたが、病勢進行が早く入院17日目に死亡退院した。病理解剖では肝原発の未分化癌多発転移を認め、肝内胆管癌からの進展が疑われた。【考察】本症例では肝原発腫瘍が急速に進行し、悪性リンパ腫との鑑別に苦慮した。肝原発未分化癌は腫瘍細胞の起源により肝細胞由来、胆管細胞由来、内分泌細胞由来などに分かれ、肝臓自体が他臓器からの転移をきたしやすいことから他臓器の未分化癌や肉腫の転移を鑑別する必要がある。肝原発悪性リンパ腫は非常に稀な疾患であり、節外性リンパ腫においても1%弱の頻度と言われている。C型慢性肝炎のウイルス学的著効後に急速な進展を伴った肝原発未分化癌を発症した貴重な症例と考え、文献的考察を加えて報告する。

肝原発未分化癌, C型慢性肝炎

杏林大学 医学部 付属病院 消化器・一般外科¹⁾,
同 病理学教室²⁾
田中 宝¹⁾, 片岡 功¹⁾, 中里徹矢¹⁾, 船越早織¹⁾, 石井 俊¹⁾,
金 翔哲¹⁾, 松本亮太¹⁾, 小暮正晴¹⁾, 鈴木 裕¹⁾, 大森嘉彦²⁾,
柴原純二²⁾, 阿部展次¹⁾, 須並英二¹⁾, 森 俊幸¹⁾, 阪本良弘¹⁾

症例は32歳女性。持続する39℃台の発熱と心窩部不快感、体動時の腹痛を主訴に当院紹介受診した。身体所見では心窩部に軽度の圧痛と直径11cmの腫瘍を触知した。血液生化学検査所見ではHb 9.4 g/dlと軽度の貧血を認め、WBC 7100 / μl, CRP 10.62 mg/dlと炎症反応は高値であった。また、肝機能は正常、Plt も33.3万/μlと保たれていたが、PT 58.0%, APTT 28.5 secと凝固機能異常を呈していた。血液培養検査は陰性であった。腹部ダイナミックCT検査では肝外側区域に直径11cm大の腫瘍を認め、早期相では辺縁が結節状に濃染し、平行相では辺縁から内部にかけて染まりが広がっていた。造影MRI検査では造影CTと同様の造影効果を示し、内部はT2強調画像で不均一な高信号と低信号が混在し、器質化した血腫や壊死が疑われた。これらの画像診断結果より肝血管腫と診断した。血液生化学検査や画像検査上では他に熱源となる病態は認められないことから、持続する発熱、腹痛は肝血管腫に起因すると考えた。発熱と疼痛を認める有症状の肝血管腫に対して手術治療を行った。術中所見では肝外側区域を主座とした径10cm程度の腫瘍を認め、肝S4に近接していた。周囲臓器との線維性癒着を認めたが浸潤はなく、術式は左肝切除とした。病理組織診断では、腫瘍は大小様々に拡張した海綿状を呈する静脈の集簇からなり、海綿状血管腫と診断された。術後、速やかに発熱症状は消失し、合併症を認めず術後12日目に退院された。今回、発熱と疼痛を主訴とする肝血管腫に対して肝切除術を施行した。発熱を呈する肝血管腫は稀であり、肝血管腫の診療を考える上で示唆に富む症例と考えられたので報告する。

肝血管腫, 肝切除

横浜市立大学附属病院 肝胆膵消化器病学¹⁾,
同 病理診断科 病理部²⁾
山崎雄馬¹⁾, 本多 靖¹⁾, 小川祐二¹⁾, 今城健人¹⁾, 米田正人¹⁾,
齊藤 聡¹⁾, 中島 淳¹⁾, 宇高直子²⁾, 山中正二²⁾

症例は89歳男性。以前より多発肝囊胞を指摘されていた。X-15年には肝左様に存在する肝囊胞の最大径は7cmであった。X-6年には11cm, X-2年には13cmと増大傾向にあり、同年には囊胞壁に沿った約1cmの結節状構造が認められた。造影超音波では半血の存在は認められず、良性結節と考えられた。その後は半年毎に画像フォローを行っていたが、X年4月にCA19-9の上昇(138U/mL)を認め、造影CTおよびEOB-MRIでは囊胞壁に接した充実性成分が出現した。造影超音波では囊胞壁に接し広基性・不整形の腫瘍性病変を認め、血管相で壁面から屈曲蛇行した腫瘍血管による造影効果を認めた。同部位はPET-CTにてSUV max 8.3の集積を認めた。肝粘液性囊胞性腫瘍を考え、同年7月に肝左葉切除および胆嚢摘出術を施行した。手術時の囊胞内は粘液が貯留していた。病理組織では、卵巣様間質は認めないものの、胆管との交通はなくIPMBは否定的であり、高度異型肝MCNの診断であった。肝MCNは2010年にWHO分類で定義された疾患概念であり、肝原発囊胞性腫瘍のうち5%未満と稀な腫瘍である。肝MCNは中年の女性、肝左葉に好発し、多くは多房性であると考えられるが、本症例は高齢男性、単房性であり、さらに稀な症例と考えられる。15年という長期間の経過観察を経て発症した肝MCNを経験したため、文献的考察を含めて報告する。

肝粘液性囊胞性腫瘍, 肝MCN

横浜労災病院 消化器内科

富田尚貴, 金沢憲由, 今井友里加, 遠山翔大, 加藤ゆり, 芹澤 奏, 八木 伸, 森久保尚美, 鈴木雅人, 小宮靖彦, 内山詩織, 関野雄典, 地口 学, 川名憲一, 永瀬 肇

【症例】81歳 男性【主訴】特記事項なし【既往歴】前立腺肥大症【現病歴】前医の健康診断で施行した上部消化管内視鏡 (EGD) で早期食道癌 (扁平上皮癌) が疑われ、X年5月に当院を紹介受診となった。当院で再検したEGDで、切歯列より30-35cmに0-IIc+IIb病変を認めた。NBI (narrow band imaging) 拡大観察では、B1血管主体で、一部B2血管様に横に伸びる細い上皮乳頭内血管ループ (IPCL) を認めた。ヨード染色では全周性不染色帯として境界明瞭となり、pink color sign陽性であった。超音波内視鏡 (ミニチュアプローブ) では層構造の乱れはなく、腫瘍自体も同定できなかった。壁深達度は粘膜固有層までと診断し、内視鏡的粘膜下層剥離術 (ESD) を施行する方針とした。同病変に対して、同年6月にESDを施行した。剥離完了後、狭窄予防的に潰瘍底にトリアムシノロンアセトニドを2mgずつ、計200mg局注した。第3病日よりプレドニゾロン30mg内服を開始した。処置後の経過は良好であり、第12病日に自宅退院となった。外来で狭窄症状を認めないことを確認しながら、第26病日にプレドニゾロン25mg、第75病日に20mg、第96病日に15mg、第110病日に10mg、第138病日に5mgと漸減し、第151病日に内服を終了した。また、ESD後1か月、2か月、4か月、6か月、10か月、12か月でEGDを施行したが、狭窄所見は認めなかった。【考察】食道癌診療ガイドライン第3版より、ESDの適応から周在性の制限がなくなった。しかし、全周性の食道ESDは術後狭窄のリスクが問題となってきた。3/4周以上の広範囲切除では術後狭窄が高頻度で起こり、バルーン拡張術が行われてきたが、これまで食道ESD後の狭窄に対して、ステロイド局注・内服療法の有用性が報告されている。今回、全周性食道ESD後の狭窄予防に、ステロイド局注・内服併用療法が有用であった症例を経験したため、若干の文献的考察を加えて報告する。

食道, ESD

聖路加国際病院 消化器内科¹⁾東京歯科大学 市川総合病院²⁾白鳥安利¹⁾, 池谷 敬¹⁾, 山本和輝¹⁾, 吉本隆晃¹⁾, 小栗典明¹⁾, 高須綾香¹⁾, 岡本武士¹⁾, 奥山秀平¹⁾, 中村健二²⁾, 高木浩一¹⁾, 福田勝之¹⁾

【背景】低分化腺癌と胃底腺型癌はHelicobacter pylori (HP) 陰性胃癌として知られているが、有茎性乳頭状腺癌は稀である。今回、HP陰性胃粘膜において急速成長した有茎性高分化乳頭腺癌を経験したため、考察を混えて報告する。【症例】84歳女性、26年前に肺癌根治術の既往あり。近医より胃腫瘍精査のため当院を紹介された。2年前に上部消化管内視鏡検査を受け、胃に腫瘍はなかった。また、HP感染は陰性であった (除菌歴はなく、内視鏡所見および病理所見で粘膜萎縮はなし、迅速ウレアーゼ試験および血清抗体の結果は陰性であった)。内視鏡検査で胃体中部大弯に乳頭状の発育を示す軽度白色調を呈する有茎性腫瘍 (直径50mm) を認めた。拡大内視鏡検査では、明瞭な境界線と不規則な微小表面および微小血管パターンが認められた。超音波内視鏡検査では明らかな粘膜下層への腫瘍浸潤は認められなかった。これらの内視鏡所見を踏まえ、内視鏡的粘膜切除術を施行した。病理組織学的検索の後、高分化型乳頭腺癌 (pT1a, 0-I型、リンパ管侵襲なし、静脈管侵襲なし、水平断端および垂直断端陰性) と診断された。また、胃癌表現マーカーはペプシノーゲンおよびH, K-ATPase染色が陰性、MUC-5ACおよび-6は陽性、MUC-2, CD10およびp53は陰性であった。なお、Ki-67は78%であった。顕微鏡下では、腫瘍は萎縮を伴わない胃粘膜上に乳頭状に均一に増殖していた。病理結果から、追加の外科的切除の必要はなく、フォローとしているが、12か月で再発は認めていない。今回、HP未感染に胃型の発現を有する急速成長 (2年以内) した有茎性高分化乳頭腺癌を経験した。乳頭腺癌は管状腺癌に比べて胃型の割合が多く、また胃型の乳頭腺癌は高悪性度で早期に転移を呈する報告があり、注意が必要である。

胃型胃癌, ビロリ陰性

千葉市立海浜病院 消化器内科

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

【目的】本邦では高齢化に伴い、高齢者に対する内視鏡治療の機会は増加する傾向にある。安全性においてはコンセンサスができてくるが、妥当性については議論の余地があり、今回、我々は高齢者に対する早期胃癌ESDの意義を検討した。【方法】当院で2010年8月から2016年7月までに早期胃癌に対しESDを施行した全99例を対象とし、80歳以上の症例29例 (E群) と80歳未満の症例70例 (Y群) の短期・長期成績を比較・検討した。本検討では80歳以上を高齢者と定義した。治療適応条件として1. PS0-2, 2. 重篤な基礎疾患がないこと, 3. 原則、治癒切除が見込まれること (基礎疾患、全身状態により一部相対的適応、診断的適応となった例を含む) とした。【成績】一括切除率/R0切除率/治癒切除 (eCura A) 率 (%) は、E群 100/86/86、Y群 97/89/84と、いずれも有意差は認めなかった。非治癒切除 (eCura C-2) 率はE群 14% (4例)、Y群 23% (16例) であり、有意差を認めなかった。腫瘍径、処置時間については、いずれも有意差を認めなかった。偶発症については、E群における穿孔、後出血、肺炎は1例も認めず、Y群においては、1例に穿孔を認め、3例に後出血を認めた。E群における5年生存率は81%であり、Y群の89%と比較して有意差を認めなかった。E群で非治癒切除となった5例はいずれも追加治療は行っておらず、観察期間内に2例で他病死を認めた。【結論】高齢者における早期胃癌ESDは、安全性の観点からみると、非高齢者と同等であった。早期胃癌の無治療経過観察例における5年生存率が63%であるとの報告があり、本検討ではそれを上回っているため高齢者に対してはESDを施行することで予後の延長に寄与する可能性があるといえる。高齢者における観察期間内の原病死は1例もないが、他病死は2例認めており、ESDの可否については病変の適応のみならず、全身状態や他疾患の合併等を含め、慎重に判断する必要がある。

高齢者, 早期胃癌

東京ベイ・浦安市川医療センター 消化器内科

宮垣亜紀, 本村康明, 山口恵梨子, 岡本梨沙, 高崎哲郎, 吉岡 翼, 瀬川 翔, 藤岡健人

症例は41歳男性。未治療の糖尿病、糖尿病性ケトアシドーシスの診断で緊急入院となった。身体診察上、腹部腫瘍を認め、CTで肝の大部分を占める肝腫瘍を認めた。肝腫瘍は原発性肝癌よりは転移性肝癌を考え、原発巣検索として上下部消化管内視鏡検査を施行した。下部消化管には特記所見を認めなかったが、上部消化管内視鏡検査にて、胃体下部大弯前壁に、bridging foldを伴う2cm大の粘膜下腫瘍様隆起を認めた。EUSでは第2層～第3層を主体とする類円形状の低エコー腫瘍として描出された。生検を提出するも、組織診断が得られなかった。胃病変に対して再生検を施行し、肝腫瘍に対して肝腫瘍生検を行う方針とした。これより、シナフトフィジン陽性、CD56陽性、クロモグラニン陽性、Ki67指数 2-7%の結果が得られ、神経内分泌腫瘍 (NET; neuroendocrine tumor) G2と診断した。肝転移を伴う胃原発NETは比較的稀であり、報告する。

胃粘膜下腫瘍, 多発肝転移

29 内視鏡検診のまとめと今後の課題について

新百合ヶ丘総合病院 消化器内科
河合恵美, 椎名正明, 西田晨也, 二森浩行, 大久保恒希, 松井宣昭,
土肥弘義, 石井成明, 袴田 拓, 廣石和正, 國分茂博,
井廻道夫

【背景】内視鏡検査は人間ドック、個人検診のみならず、対策型検診としても導入されることが増えており、今後費用対効果を始めた議論が活発化すると思われる。【目的・方法】当院はドックと並行して対策型検診も行っており、その受診者の動向や検査所見を解析することで、今後の課題を提起した。【成績】調査対象は2016年に対策型検診として上部消化管内視鏡検査が施行された766例(男性336例、女性430例)で、年齢は70.1±10.4歳であった。生検(後日施行分も含め)は64例(8.4%)で施行され、悪性病変は7例(全体の0.91%、Group5が3例、Group4が3例、食道扁平上皮癌が1例)であり、いずれも内視鏡治療が可能な早期癌であった。405例が萎縮性胃炎(うち16例がびらん性胃炎を伴う)と診断されたが、うち133例は問診によりH. pylori除菌後であることが判明した。高頻度に見られた所見は食道裂孔ヘルニア(330例、43.1%)、逆流性食道炎(269例、35.1%)であり、半数以上が重複していた。以下、胃底腺ポリープ(183例)、胃潰瘍癒着(28例)、十二指腸潰瘍癒着(23例)であった。当院では4年間にのべ2857例が同検診を受けているが、繰り返し受診回数は2回が400例、3回以上が170例あった。前述の悪性腫瘍を認めたのは全て初回受診ケースであった。また受診年齢は任意型の個人検診の57.9±12.6歳と比べて優位に高かった。【結論】当院における対策型内視鏡検診の胃癌発見率は、既報の胃X線検診より高かった。しかし、受診者層が高齢でもあり、胃癌死亡率の低下に寄与するか否かは未だ不明である。一方で、悪性腫瘍の指摘が全例初回受検時であることから、検査間隔を長くする近年の取り組みの妥当性も示されていると考えられた。

胃がん検診、内視鏡

30 胃壁を貫通した鋭利な消化管異物に対し、内視鏡的摘除により保存的に治癒した2例

大森赤十字病院 消化器内科¹⁾、同 放射線科²⁾
岡田直也¹⁾、千葉秀幸¹⁾、比嘉愛里¹⁾、福井 諒¹⁾、折原慎弥¹⁾、
立川 準¹⁾、須藤拓馬¹⁾、河野直哉¹⁾、新倉利啓¹⁾、有本 純¹⁾、
高松志帆子¹⁾、桑原洋紀¹⁾、中岡宙子¹⁾、井田智則¹⁾、諸橋大樹¹⁾、
後藤 亨¹⁾、片山 貴²⁾

【背景】消化管異物はしばしば上腹部痛の原因となりえ、可能な限り早急に診断し摘除することが望ましい。しかし、その原因物質によってはCTでの事前診断が困難であることも経験される。今回消化管異物により胃穿通をきたした2例を経験したので報告する。【症例1】93歳男性。腹痛のため当院紹介となった。腹部単純CTで胃前庭部から十二指腸球部にかけて長さ6cm程度の線状の高吸収域(65 HU, axial 5.0 mm)を認めた。緊急内視鏡を行ったところ、前庭部前壁から十二指腸球部にかけて爪楊枝が貫通していた。把持鉗子で爪楊枝を除去し、クリップで縫縮し終了とした。除去後のCTでは肝表面のわずかなfree airを認めた。絶食と抗菌薬による保存加療を継続し、第6病日のCTではfree airは消失していた。第8病日に食事を再開し、症状再燃なく退院した。【症例2】39歳男性。来院4日前の夜より左上腹部痛を自覚していた。他院でPPIを処方されたが改善せず、当科を受診した。炎症反応が高値であり、空腹時の心窩部痛を伴っていたため入院精査となった。入院時の腹部単純CTでは胆嚢底部の腫瘍影の他には明らかな腹痛の原因を指摘されなかった。絶食抗菌薬加療を行い、翌日に内視鏡検査を行ったところ、竹串のような細長い異物が胃前庭部前壁を貫通していた。内視鏡所見からretrospectivelyにCTを確認すると、初診時のCTでは指摘できなかったが、胃前庭部に長さ5cm程度の線状の強い高吸収域(33 HU, axial 5.0 mm)が指摘された。内視鏡を再度行い把持鉗子で異物除去を行った。除去後のCTではfree airは認められなかった。第8病日に食事を再開し、腹痛の再燃なく第9病日に退院した。【結語】爪楊枝、竹串による胃穿通の2例を経験した。異物の材質によっては、初診時のCTで認識しづらく指摘が困難な可能性がある。上腹部痛を主訴に来院し腹部CTで原因が不明の場合、消化管異物も鑑別にあげる必要が示唆された。主要臓器や血管に異物が貫通していないことが確認できれば内視鏡的に保存加療が可能である場合があり、早急な内視鏡検査が必要と考えられた。

消化管異物、内視鏡摘除

31 慢性心房細動に伴う多発動脈塞栓症による小腸壊死の1剖検例

JCHO 横浜中央病院 消化器肝臓内科
金子桂士, 中河原浩史, 山田康嗣, 野上麻子, 堤菜津子, 藤川博敏,
桂 義久

【症例】80歳代、女性。主訴は腹痛。入所している老人ホームで、突然強い腹痛とチアノーゼが出現し、当院に救急搬送となった。来院時、酸素化は改善していたが、造影CT検査で両腎梗塞・脾梗塞の診断で入院となった。既往歴は左乳癌術後、両股関節術後、高血圧症、左内頸動脈狭窄症、脳梗塞、左小脳出血であった。入院時現症は体温36.6℃、血圧176/97mmHg、脈拍103回/分・整、SpO2 96%、腹部平坦・軟、全体的に圧痛あり、反跳痛や筋性防御はなかった。絶食、補液等で加療を開始した。両腎梗塞・脾梗塞があったが、小脳出血発症後1ヶ月であり、抗血栓療法は施行出来なかった。入院時の心電図でⅡ・Ⅲ・aVF・V2～V6でST低下がみられ、心原性酵素が高値であったため心臓超音波検査を施行した。壁運動異常はみられなかったが、中心静脈と左室の高度虚脱に伴う心内膜下虚血により二次性心筋梗塞と考えられ、補液で対応した。第2病日の血液検査で肝腎機能、炎症反応、凝固系全て増悪しており多臓器不全となっていた。その後、呼吸状態が悪化し、同日永眠した。病理解剖では左房内血栓と上腸間膜動脈血栓があり、小腸は広範囲にわたって壊死していた。脾梗塞と両腎梗塞もみられたが、両腎動脈内に血栓はなく、腎動脈から抹消の動脈で梗塞が起きたものと推測された。死因は上腸間膜動脈血栓症による小腸壊死であった。【考察】上腸間膜動脈血栓症は、血栓による腸管・腸間膜虚血症で致死的な疾患である。本症例は心房細動があったが、脳出血後で抗血栓薬を中止していたため、血栓塞栓症の危険が高い状態であった。造影CT検査で上腸間膜動脈内に明らかな血栓は指摘できなかったが、病理解剖で高度の血栓が認められた。心房細動によりできた左房内血栓が上腸間膜動脈、両腎動脈、脾動脈に塞栓を起こしたと考えられた。上腸間膜動脈は大血管に比べて細く、血栓の性状や撮影時相の違いでCT検査でも血栓の描出が困難になることも理由と考えられた。

上腸間膜動脈血栓症、急性腹症

32 高安動脈炎を合併した潰瘍性大腸炎の一例

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

症例は67歳男性、既往歴として肺結核、狭心症、脂質異常症があった。20XX-4年(63歳)に近医で潰瘍性大腸炎と診断され5-ASA局所療法にて加療されていた。20XX年8月になり、発熱と10回/日以上の下痢を生じ精査加療目的で当科紹介入院した。血液検査で炎症反応高値、及び腹部CTでは全結腸に壁肥厚を認めていたが、第4病日になり血圧低下を生じた。敗血症性ショックと考え抗菌薬・昇圧剤による治療を開始したが、精査のため施行した胸部CTにおいて大動脈弓周囲の脂肪組織濃度上昇と上行～弓部大動脈及び弓部分枝基部に動脈壁肥厚を認め高安動脈炎と診断した。治療として水溶性ブレドニゾロン40mg/日投与を開始したところ全身状態は改善傾向となった。徐々にステロイドを減量し第32病日退院としたが、退院後も症状悪化はなく胸腹部CT検査でも動脈炎所見の改善を認めた。その後はステロイド中止に伴う動脈炎再燃の可能性があるためブレドニゾロン10mg/日投与を継続した。本邦において1984年から現在まで、高安動脈炎と潰瘍性大腸炎の合併は54例が報告されている。両疾患の合併では共通するHLAタイプが報告されており、病態に共有する基盤があることが示唆されている。高安動脈炎の合併症である腎動脈狭窄、大動脈閉鎖不全症等は早期の診断治療が必要であり、高安動脈炎は潰瘍性大腸炎の重要な合併症として念頭に置く必要がある。

潰瘍性大腸炎、高安動脈炎

町田市民病院 消化器内科

矢吹里香子, 谷田恵美子, 田村繁樹, 春日範樹, 鈴木英祐, 鹿野智裕, 蜂谷真未, 益井芳文, 和泉元喜

原因不明の大量の血便を繰り返し診断に難渋した、区域性潰瘍性大腸炎の1例を経験した。

【症例】71歳、男性。【主訴】血便。【現病歴】200X年、便潜血陽性を指摘されたが放置していた。200X+2年、血便を主訴に当院を受診し、大腸内視鏡検査(CS)を施行したが憩室以外に明らかな異常は認めなかった。200X+5年11月8日、大量の血便を主訴に受診し、精査加療目的に入院した。【既往歴】痔核術後(20年前)、逆流性食道炎。【経過】入院時、Hbが約2 g/dL低下していた。肝彎曲部に多発する憩室を認め、CSでは同部位の一部の領域に血管透見の消失と発赤した顆粒状粘膜を認めたが、出血源は不明であった。その後は血便を認めず、第11病日に退院した。200X+6年4月9日、再度大量の血便を認めた。CSで肝彎曲部の憩室を認めた他、肝彎曲部・下部直腸の一部に区域性に集簇したアフタが多発していた。赤痢アメーバ抗体は陰性、感染を疑って投与したレボフロキサシンは粘膜病変に対して無効であった。症状を認めず退院したが、それ以降も大量の血便を繰り返し、出血源は不明であったが、粘膜の炎症が直腸にも出現したため、潰瘍性大腸炎(UC)の可能性を考えた。診断的治療目的に同年7月よりメサラジン1600 mgの内服を開始したところ、血便は認めなくなった。10月に施行したCSでは、肝彎曲部・下部直腸の粘膜の病理組織検査でもUCに矛盾しない結果が得られ、区域性潰瘍性大腸炎の診断に至った。【考察】本症例では出血源が特定できていないが、炎症性粘膜の領域に比して大量の血便を繰り返し、メサラジン投与後より血便症状を認めなくなったことから、肝彎曲部の憩室が粘膜の炎症により易出血性となっていた可能性がある。区域性潰瘍性大腸炎は、原因不明の血便症状を繰り返し、数ヶ月から数年の経過観察の後に診断されることがあるが、今回診断に難渋した1例を経験したため、文献的考察を加えて報告する。

潰瘍性大腸炎, 憩室

千葉市立海浜病院 消化器内科

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

【背景】大腸癌診断において、下部消化管内視鏡検査(CS)は感度が高く、また組織検査をするうえでも二次検診として最も有用な検査である。一方で日常診療においてなんらかの腹部症状があり、精査の一環として単純あるいは造影CTを施行することも少なくない。その際に大腸癌を疑う所見を指摘できるかでCSをするか否かが左右されることもある。【目的】大腸癌症例に関し、CTで原発巣指摘を指摘できた割合および、指摘例の特徴を後方視的に検討する。【方法】2017年4月から2019年3月の当科CS施行例で大腸癌(adenocarcinoma)診断例のうち、CS施行前または後に単純または造影CT施行した100例について、CTで原発巣指摘された陽性例の割合、またCS施行前のCTの陽性例、血便、体重減少など症状あり・なしでCT陽性・陰性例を調べ、外科手術後の病理検体での大きさ、壁深達度と照合し分析した。【結果】CT陽性は42%(42例)、そのうちCS以前にCT撮像した68例でCT陽性59.4%(41例)であった。有症状例は血便・貧血41%が最多(体重減少10%、便秘6%、その他28%)で、CS以前のCT施行例で血便・貧血例は陽性60%(21例)だが、診断率に関して全体(59.4%)に対してp=0.95、無症状例(33.3%)に対してp=0.22と有意差なかった。また部位別でもCS前CT施行陽性例で、盲腸100%(2例)(p=0.24)、横行結腸75%(6例)(p=0.36)、下行結腸71%(5例)(p=0.52)で部位別の有意差も特にみられなかった。外科手術後症例の病理検体の大きさはCT陽性例54.26±5.26mm(95%CI)、陰性例31.16±5.40mm(95%CI)で、CS前CT施行例では陽性例53.94±5.38mm(95%CI)、陰性例31.78±7.84mm(95%CI)と大きさには有意差がみられた。壁深達度はCT陽性例はT3:47%、T4a:77.8%、T4b:100%(T2以下はTis1例のみ)であった。【考察】単純・造影CTは大腸癌原発巣指摘においては、5cm大、T3以深のものには有用だが、症状の有無を問わず見落とす例も多く、疑いがある例はCSを行うべきである。

大腸癌, CT

獨協医科大学 第二外科

西 雄介, 白木孝之, 清水崇行, 原田庸寛, 森 昭三, 高木和俊, 青木 琢, 窪田敬一

【緒言】脂肪腫は体表に好発する良性腫瘍だが、腸管内に生じるのはまれである。今回我々は腸重積を生じ、緊急手術に至った盲腸脂肪腫を経験したため報告する。【症例】47歳女性、来院X-2か月から腹部の違和感を自覚していたが経過観察していた。X日に心窩部痛を主訴に前医を受診し、精査で先進部が横行結腸にある回盲部腫瘍の腸重積の診断となり、当院に手術加療目的に転院搬送となった。本人の希望もあり、内科的整復をせず、緊急手術の方針となった。術中所見では横行結腸中央部に鶏卵大・弾性硬の腫瘍塊を触れ、容易に盲腸まで整復できた。腫瘍は触診上、有茎性で弾性硬を呈していた。右側結腸の所属リンパ節は第3群まで著明に腫脹しており、肉腫・上行結腸癌の可能性も考慮し回盲部切除術、第3群リンパ節郭清術を施行した。術後経過は良好で術後7病日で当科退院した。病理では脂肪腫の診断となりリンパ節にも悪性所見はなかった。現在、当科で定期内視鏡フォロー中である。【考察】Mayoらの報告によると、消化管脂肪腫は消化管良性腫瘍のうち約4%を占め、消化管全体では大腸が約64%と最も高い。本邦では40-60歳代の女性に好発し、横行結腸・盲腸・上行結腸など右側結腸に多いとされる。報告上は4cm以上になると腸重積の頻度が急激に増加し、7cm以上では100%生じると言われる。また、大腸脂肪腫の10-24.5%に大腸癌が合併したとの報告もある。本症例では5cm×5cmの腫瘍径で、術中所見で大腸癌に準じた手術を施行した。重度の腸重積を伴う大腸脂肪腫が考えられた場合は、大腸癌合併の可能性を考慮し、早期に悪性腫瘍に準じて手術すべきだと思われる。【結語】腸重積をきたした盲腸脂肪腫に対して緊急手術を施行した一症例を経験したので文献的考察を加えて報告する。

脂肪腫, 腸重積

国際親善総合病院 消化器内科

城野文武, 林 将史, 日引太郎

【背景】大腸の悪性狭窄に対してSEMSの留置は本邦で2012年に保険適応になって以降、広く施行されている。その用途として手術までのbridge to surgery(BTS)として用いられることや切除不能の進行大腸がんに対して緩和的目的(palliative care; PAL)がある。しかしながら合併症について穿孔・穿通が報告されており、特に早期合併症としては注意が必要である。今回当院における大腸SEMS留置例についての集積を行い、合併症について検討した。

【方法】2014年4月1日～2019年3月31日の5年間に大腸悪性狭窄に対して大腸SEMS留置を施行した症例を後ろ向きに検討した。

【結果】対象は全24例(男性13例)、年齢は38～101歳(中央値78歳)、主病名は22例が大腸がんで小腸癌腹膜播種、胃がん術後の腹膜播種がそれぞれ1例ずつであった。BTS/PAL群は8例/16例であった。狭窄部位は上行/横行/下行/S状結腸/直腸で1/4/3/13/3例であった。狭窄長は1.5～10cmで留置されたSEMS長は6～12cm、径は1例の18mmを除き、23例で22mmを使用した。観察終了時点での生存はBTS群で7例、PAL群で0例、生存期間は、PAL群で22～232日(中央値40日)であった。BTS群のみの解析で手術までのステント留置期間は15～50日であった。併発症は、BTS群で1例穿通例を認めた。CTでは穿孔所見を認めなかったが、腹痛持続したため、第14病日に手術を施行したところ、SEMS肛門側で穿通を認めた。PAL群では2例あり、1例は直腸がんに対してSEMS挿入翌日に完全逸脱を、また1例は原発巣の穿孔を認め、緊急手術を要した。

【結論】大腸SEMS治療は様々な用途での高い効果を得た一方で、複数本の留置を施行した例や穿孔・穿通例が経験された。併発症に細心の注意が必要である。

大腸がん, ステント

国立国際医療研究センター 消化器内科

木平英里, 西家由里子, 小島康志, 粟飯原隼人, 浦部昭子,
遠藤 剛, 住田純子, 泉 敦子, 濱田麻梨子, 増田恵梨香,
木村花菜, 守安志織, 大武優希, 大久保栄高, 渡辺一弘, 野崎雄一,
赤澤直樹, 横井千寿, 秋山純一, 柳瀬幹雄

【症例】74歳男性。

【現病歴】201X年早期大腸癌（S状結腸, 15mm, Ip）に対して内視鏡下
粘膜切除術（EMR）施行。病理組織検査でadenocarcinoma, tub1, T1 head
invasion, ly0, v0, budding grade1, 3年後のCT検査で左右両肺に最大
29mmの肺腫瘍を4個認めた。気管支鏡生検の結果, adenocarcinoma,
CK7(-), CK20(+), TTF-1(-), NapsinA(-), CDX2(+) で大腸癌肺転移
が疑われ当科受診。【経過】上下部消化管内視鏡検査, CT, FDG-PET検査で既知の肺病変
以外に腫瘍性病変を認めなかった。気管支鏡生検の病理結果のみでは
3年前に内視鏡的切除した大腸癌と同様の腺癌であると断定はできな
かったが、臨床経過・免疫染色結果から外科的切除が可能な大腸癌肺
転移と考え化学療法を先行した。FOLFOX 療法2コース施行後のCT検
査で縮小傾向のSDと治療効果が得られ、胸腔鏡下左舌区切除術施行。
病理組織学的検査でCK7(-), CK20(+), NapsinA(-), TTF-1(-)で、3
年前に内視鏡的切除をした大腸癌に類似した腺癌であった。5-FU血管
外漏出がありレジメンをSOXに変更したが、2コース施行後のCT検査
で残存肺腫瘍は更に縮小傾向のSDで、外科的切除を検討中である。【考察】多発性肺腫瘍は、原発性肺癌（腸型肺腺癌）との鑑別が問題と
なったが、再発リスクや侵襲性からは初期治療として肺病変切除は不
適と考え、免疫染色の結果から大腸癌に準じて化学療法を施行し、奏
功が得られた。有茎性大腸SM癌head invasionのリンパ節転移は0%、大
腸SM癌budding grade1のリンパ節転移の頻度としては6.2%、大腸SM
癌の肺転移については1.0%と報告されている。大腸癌肺転移と腸型
肺腺癌の鑑別には免疫染色が有用だが、腸型肺腺癌の中にも大腸癌と
同様な染色性を示す症例も存在すると報告されており、化学療法の選
択には全身検索と共に慎重な検討を要する。

大腸SM浸潤癌, 肺転移

茅ヶ崎市立病院 消化器内科¹⁾横浜市立大学附属病院 肝胆膵消化器病学²⁾同 病理診断科・病理部³⁾, 同 臨床検査部⁴⁾葛生健人¹⁾, 小川祐二²⁾, 本多 靖²⁾, 今城健人²⁾, 國中 光³⁾,
松村舞依³⁾, 米田正人²⁾, 桐越博之⁴⁾, 大橋健一³⁾, 中島 淳²⁾,
斎藤 聡²⁾, 秦 康夫¹⁾, 栗山 仁¹⁾症例は41歳男性。2型糖尿病, 糖尿病性網膜症, 糖尿病性腎症, 糖尿病
性神経障害にて当院でフォロー中, AST 408U/L, ALT 769U/L, ALP
439U/L, 総ビリルビン 2.8mg/dLと肝障害が出現したため当科紹介受
診となった。5カ月前にボノプラザン・フマル酸塩, 4ヶ月前にエパレ
ス・タット, チザニジンが開始されていた。薬剤性肝障害を疑い上記3
剤を中止したがビリルビンが漸増したため、第6病日にウルソデオキ
ン・コール酸, グリチルリチンでの肝底保護療法を開始した。第13病日に
総ビリルビン 16.1mg/dLと上昇したため、プレドニゾロン30mg/day
内服を開始した。ビリルビンは減少傾向であったが凝固能の改善は乏
しく、新鮮凍結血漿および血症分画製剤を投与した。第33病日に肝胆
道系酵素の再上昇および凝固能の悪化があり、内科学的な集学的治療
の必要性を考慮して転院となった。メチルプレドニゾロン1000mgに
てステロイドパルスを開始したが、肝障害の改善は乏しかった。第40
病日に呼吸状態が悪化し、胸部レントゲンで両肺野浸潤影が出現した。
肝移植の希望はなくBSCの方針となり、同日死亡確認となった。病理
解剖では肝臓に広範壊死と胆汁鬱滞を認め、組織像に臨床所見を併せ
ると薬剤性肝障害として矛盾しない像であった。両側肺は肺出血を
伴う侵襲性肺炎アスペルギルス症の状態で、小腸にもアスペルギルス感
染とびらんが見られた。遷延する広範性肝細胞壊死に加えステロイ
ドパルスによる易感染傾向を背景に侵襲性アスペルギルス症となり、呼
吸不全を引き起こしたことが直接死因であると考えられた。薬物性肝
障害は薬物中止により軽快する場合が多いが、肝不全をきたせば肝移
植が必要となる疾患である。本症例は、広範な肝細胞壊死に伴い肝不
全に至った症例であった。文献的考察を加えて報告する。

薬剤性肝障害, 広範性肝細胞壊死

新百合ヶ丘総合病院 消化器内科

松井宣明, 椎名正明, 西田晨也, 二森浩行, 土肥弘義, 大久保恒希,
石井成明, 河合恵美, 袴田 拓, 廣石和正, 國分茂博,
井廻道夫【目的と方法】レンパチニブの高い奏功率が示され、intermediate stage
においてもTACE不応を待たずに薬物療法を開始して肝予備能の温存
を図る方法が推奨されつつある。一方でTACEもB-TACE, DEB-TACE
と選択の幅が増していると思われる。当院において10cmを超える巨大
肝細胞癌に対してscheduled TACEを施行し、病変の縮小を試みながら
薬物療法を開始し高い治療効果を得られた症例を経験したため報告す
る。【結果】症例は64歳女性。腹痛, 食不振で近医より紹介され受診
した。CTで肝S4付近に造影パターンからHCCと考えられる17cm大の
巨大肝腫瘍を認めた。AFP 336.3 ng/ml (L3 74.0 ng/ml), PIVKA2 96,
848 MAU/mlと高値であった。Child-Pugh score 6であったが、腫瘍による
圧迫によると考えられる肝胆道系酵素の上昇と腹痛, 食不振のため
、十分なICのもとDEB-TACEを施行した。TACE後に目立った副作用
は見られず、体調も著明に改善したため、4週間毎に計3回
DEB-TACEを施行した。腫瘍は14cm大まで縮小し内部血流はほぼ消
失した。AFP 81.3 ng/ml (L3 37.0 ng/ml), PIVKA2 3116.5 MAU/mlと
も改善を認めた。その後、レンパチニブ4mgを隔日投与を開始し、2投
1休、3投1休とdose-intensityを高めた。HCCは12cm大で推移し、AFP/
PIVKA2も上昇なく推移していたが、レンパチニブ開始から13ヶ月後
のCTで増大傾向と内部に血流の回復を認めたため、4回目の
DEB-TACEを施行した。レンパチニブは継続中である。経過中に後頭
部の皮下腫瘍増大傾向を認め、HCCの転移の診断のもと並行して放射
線治療が施行されている。【考察】DEB-TACEは治療時間が長く、
患者、術者とも被爆が多いという難点はあるが術後の副反応は軽微で
ある。本症例ではrescueのTACEが劇的な症状改善をもたらした。
Scheduled TACEの適応は明確ではないが、特に血流が豊富で増大傾向
の強いHCCに対して肝予備能を悪化させない範囲でのDEB-TACEは
薬物療法へのbridgeとして有用と考えられた。

Scheduled TACE, 巨大肝細胞癌

虎の門病院 肝臓センター 内科¹⁾虎の門病院 病理診断科²⁾虎の門病院 肝臓センター 外科³⁾梶原 彰¹⁾, 芥田憲夫¹⁾, 木脇圭一²⁾, 粕谷加代子¹⁾, 入谷壮一¹⁾,
藤山俊一郎¹⁾, 小林祐太³⁾, 進藤潤一³⁾, 川村祐介¹⁾, 瀬崎ひとみ¹⁾,
保坂哲也¹⁾, 小林正宏¹⁾, 斉藤 聡¹⁾, 鈴木文孝¹⁾, 鈴木義之¹⁾,
池田健次¹⁾, 荒瀬康司¹⁾, 橋本雅司³⁾, 熊田博光¹⁾肝線維化進行所見は肝細胞癌の重要な要因である。今回、我々
は肝線維化軽度の背景肝から切除可能な肝細胞癌が複数回出現
した非B非C型肝障害の稀な1例を経験したので報告する。71歳
男性, γ -GTP異常値を持続する非B非C型肝障害の症例。初診時
HCV抗体陰性, HBs抗原陰性/HBc抗体陽性/HBs抗体陽性, 腹部
超音波検査では脂肪肝を指摘され飲酒量は平均30g/日以下のため
、B型肝炎既往感染と非アルコール性脂肪性肝障害に矛盾し
ない所見であった。2013年に肝S5 20mm×18mm, 2015年に肝
S7 20mm×15mm×15mm, 2019年に肝S8 18mm×18mm×
14mm, 何れも単発の肝腫瘍を認め、肝部分切除術を施行した。
腫瘍部組織は何れもmoderately poorly differentiated HCC。非腫
瘍部組織はCH (F0-1A1) 程度の軽度線維化で5%以上の脂肪化
は確認されなかった。今後は、腫瘍部、非腫瘍部の病理学的に更
なる詳細な検討を報告する予定である。

肝細胞癌, 非B非C

腺癌と神経内分泌腫瘍に対する集学的治療により長期生存を得ている肝原発mixed neuroendocrine-non-neuroendocrine neoplasm (MiNEN)の一例

独立行政法人労働者健康安全機構 関東労災病院 消化器内科
木村祐介, 金子麗奈, 岩田俊太郎, 鈴木啓太, 辛島 遼, 小林 輝,
小林俊介, 大森里紗, 矢野雄一郎, 鎌田健太郎, 小川正純,
三輪 純, 佐藤 譲, 池原 孝

【緒言】 肝・消化管神経内分泌腫瘍診療ガイドライン2019年第2版でmixed neuroendocrine-non-neuroendocrine neoplasm (MiNEN) が提唱された。MiNENの治療は、腫瘍全体に占める優勢な組織像を見極めて決定することが重要である。今回、経過中に腺癌成分優位からNET G2成分優位に移行したと判断し、集学的治療によって長期生存を得ている肝原発MiNENの1例を報告する。【症例】 70代女性。発熱と腹痛を主訴に来院した。腹部造影CTで肝S5/8, S2に境界不明瞭、動脈相で辺縁部濃染を伴い、内部に低濃度の囊胞状構造を有する腫瘍を認めた。肝腫瘍生検では、HE染色で管腔構造の明瞭な異型上皮からなるadenocarcinomaと、充実性で毛細血管に富む神経内分泌腫瘍を認め、免疫染色でCD56、CK7、Chromogranin AおよびSynaptophysinが管腔構造部分、充実性部分で共に陽性となった。Ki-67は3-5%であり、胆管細胞癌と神経内分泌腫瘍 (G2) からのMiNENと診断した。上下部消化管内視鏡所見およびCTでは原発巣を認めず、肝原発を疑った。腺癌成分が優勢で予後規定因子と捉え、腺癌に対する化学療法を開始した。ゲムシタビン療法を11コース、S-1療法を12コース施行したがいずれもprogressive diseaseとなった。造影CTで多発腫瘍内の壊死が強く、円形に近い強い辺縁造影効果を持つ形態となったこと、腫瘍量に比して全身状態が低下しないことから、化学療法による腺癌成分の縮小とNET成分の増大を疑った。ソマトスタチン受容体シンチグラフィで、CTの動脈相濃染部に合致して高信号を呈する病変を認めたため、化学療法を中止し、ソマトスタチンアナログ (SSA) 製剤の投与に切り替えたところ、腫瘍の縮小と壊死傾向を呈した。更に経皮的肝動脈塞栓療法を追加し、腫瘍濃染の更なる減弱を得た。以後もSSA製剤を継続し、初診時より44ヶ月経過後もPerformance Status 0で経過している。【結語】 MiNENは、治療対象となる病変部の優勢な組織像を見極め、治療内容を決定することで長期生存が得られる可能性がある。

MiNEN, 肝原発

門脈下大静脈シャントによる猪瀬型肝性脳症に対して血管塞栓術が奏功した肝硬変の一例

帝京大学医学部附属溝口病院 消化器内科¹⁾, 同 第四内科²⁾, 同 放射線科³⁾
福田美知子¹⁾, 松本光太郎¹⁾, 馬淵正敏¹⁾, 小野澤志郎³⁾,
足立貴子¹⁾, 渡邊彩子¹⁾, 綱島弘道¹⁾, 土井晋平¹⁾, 菊池健太郎²⁾

【症例】 73歳、女性。【既往歴】 乳癌、耳下腺腫、虫垂炎、腹膜炎 (詳細不明)。【生活歴】 喫煙なし、飲酒:30代から10年前までウイスキー350ml/日。【現病歴】 X-2年の夏期より日中活動時の集中力低下と浮遊感を自覚していた。X-1年秋頃から症状増悪傾向と運動機能低下により転倒の頻度が多くなった。X年5月頃にも転倒のため6月に当院を受診された。身体所見では羽ばたき振戦軽度と四肢腱反射の軽度亢進を認め、意識状態はJCS I-1であった。血液検査所見ではNH₃ 128 μg/dL、血小板数 13.5×10⁴/μL、PT% 56%、ヒアルロン酸 336 ng/mLと4型コラーゲン 9.4 ng/mLであり、造影CTでは軽度肝萎縮の他、腹腔内にS字に蛇行する直径15~18mmの門脈下大静脈シャントの形成を認めていた。検査所見から肝硬変を有するも高アンモニア血症の主病因は門脈大循環短絡による猪瀬型肝性脳症と診断した。【入院後経過】 X年8月に腹部血管塞栓術を施行、流入路である門脈分岐直下のシャントに対して金属コイル塞栓術を行い、流出路である下大静脈の合流直前のシャントに対してVascular plugを留置した。9月に残存する側副血行路に対してコイル塞栓術を施行した。治療後の造影CTではシャントは血栓化し、血流の消失を確認した。また治療後より血中アンモニア値は速やかに正常化し、退院後も脳症再燃なく経過された。【考察】 門脈大循環短絡症の成因として、多くは肝硬変をはじめとする肝病変に続発した門脈圧亢進が関与していることが知られているが、本例のような門脈下大静脈シャントを有する肝硬変の報告例は比較的少ない。血管径が大きい短絡路については外科的治療が検討されるが、患者背景や侵襲性の面からIVR治療が選択される傾向にあり、本例でも血管塞栓療法により良好な経過が得られた。【結語】 門脈下大静脈シャントによる猪瀬型肝性脳症に対して血管塞栓術が奏功した肝硬変の一例を経験した。

門脈下大静脈シャント, 猪瀬型肝性脳症

アミオダロン内服中止後も肝障害が遷延した薬剤性肝障害の一例

東京ベイ・浦安市川医療センター 診療部 消化器内科
藤岡健人, 高崎哲郎, 吉岡 翼, 瀬川 翔, 宮垣亜紀, 山口恵梨子,
岡本梨沙, 本村康明

【症例】 77歳、女性【主訴】 食思不振、倦怠感【現病歴】 急性上行大動脈解離に対して手術歴があり、周術期に発作性心房細動を発症し、抗不整脈薬 (アミオダロン) を開始された。その他に合併症は認めず、退院となった。術後の定期外来受診時に肝逸脱酵素・胆道系酵素の軽度上昇を認めたが、自覚症状はなく経過観察となった。肝障害の原因精査目的に血液検査、画像検査を施行したが、ウイルス型肝炎や自己免疫性肝炎は否定であった (肝生検については患者の同意が得られず実施していない)。薬剤性肝障害を疑い、内服していた薬剤はすべて中止し経過観察としたが、その後も肝逸脱酵素・胆道系酵素の改善は認められなかった。術後1年半頃から倦怠感・食思不振と肝障害の増悪を認めた。入院後も全身状態は徐々に悪化し、1ヶ月後に死亡された。病理解剖を行い、原因はアミオダロンによる薬剤性肝障害と診断した。【考察】 アミオダロンの内服は難治性心房細動や致死性不整脈の予防に非常に効果的であるが、肝臓・甲状腺・肺等の心外副作用が知られている。また、アミオダロンは脂溶性薬剤かつ半減期が長く、薬剤中止後も副作用が遷延すると報告されている。今回、薬剤中止後も肝障害が遷延した一例を経験したので文献的考察を交え報告する。

薬剤性肝障害, アミオダロン

肝細胞癌自然破裂後ダウンステージし生体肝移植術を施行した一例

慶應義塾大学 外科¹⁾, 同 内科²⁾, 同 放射線診断科³⁾, 同 病理診断科⁴⁾
小島英哲¹⁾, 篠田昌宏¹⁾, 遠藤 泰¹⁾, チョ柏松²⁾, 上野彰久⁴⁾,
遠山兼史³⁾, 堀周太郎¹⁾, 大島 剛¹⁾, 松原健太郎¹⁾, 阿部雄太¹⁾,
八木 洋¹⁾, 北郷 実¹⁾, 西村揺子⁴⁾, 尾島英知⁴⁾, 尾原秀明¹⁾,
北川雄光¹⁾

肝細胞癌 (HCC) の自然破裂はAJCCでT4と定義され、腫瘍学的進行度が高い状態と考えられるが、HCC破裂症例に対する肝移植については確立した見解がない。今回我々は、HCVを背景とした肝細胞癌破裂に対し緊急TACEを行いダウンステージを達成し、待機的に生体肝移植術を施行した症例を経験したので報告する。症例は60歳男性。前症にて黒色便精査目的のCTにて偶発的に肝S8, S6にそれぞれ5.0cm, 1.5cmの腫瘍を発見された。画像所見からHCCと診断され、血性腹水所見も認めたためS8病変の自然破裂と診断した。S8病変に緊急にTACEを施行、後日S6病変にRFAを施行した。画像上肝は高度肝硬変様で、肝予備能 (ICG 31.5) から外科的切除は適応外と判断された。治療後、意識障害、黄疸、腹水貯留が急激に進行、Child-Pugh 13点、(C)、MELDスコア33点の非代償性肝硬変と診断され、肝移植目的に当施設に紹介となった。当科の精査では、S8, S6病変はviableな病変はなく、S7/8ドーム下に17mmの単発の新規病変を認めた。破裂時はミラノ基準外であったが、TACE後基準内にdownstageされ6か月経過していたため、妻をドナーとした生体肝移植術 (右葉グラフト+V5/V8右大腿静脈自家グラフト再建、手術時間20時間29分、出血6798ml) を実施した。レシビエント手術を先行し腹腔内播種病変を否定してからドナー入室としたため、ドナー加刀はレシビエント加刀後3時間後で、術中グラフト待機を要した。術後免疫抑制剤はタクロリムスを使用した。肝機能保護ならびに肝細胞癌に対する再発抑制効果を期待して28病日にエベロリムスを導入、36病日に退院とした。病理検査ではS8, S6のTACE, RFA加療病変は病理学的完全奏功が得られており、術前指摘の肝S7/8ドーム下病変はwell differentiated hepatocellular carcinoma, vp0 (病理学的ミラノ基準内) だった。術後1.5か月にDAA治療を開始しHCVはSVRを得た。術後8か月現在、拒絶や再発なく経過良好である。

移植, 肝細胞癌破裂

JCHO 横浜中央病院 消化器肝臓内科¹⁾, 同 検査科²⁾
野上麻子³⁾, 山田康嗣¹⁾, 金子桂士¹⁾, 堤菜津子¹⁾, 中河原浩史¹⁾,
桂 義久²⁾, 藤川博敏¹⁾

【症例】31歳の中国人女性【既往歴】21歳時の妊娠スクリーニング検査でB型肝炎ウイルス感染を指摘【家族歴】父がHBV陽性【現病歴】HBV感染を指摘されるも医療機関を受診していなかったが、6年後に精査のため当院を受診した。血液検査ではALT 51U/Lと軽度の肝機能障害を認め、HBe抗原陽性でgenotype B, HBV DNA 8.5 LogIU/mlと慢性B型肝炎と考えられた。経皮的肝生検を施行し、F2A1相当であり、PEG-IFN単独療法を開始した。7回投与した時点で、甲状腺機能異常を認め、IFNを中止した。IFN中止後も持続的なALT高値を認め、テノホビルジソプロキシル(TDF)の内服を開始した。TDF内服開始後に手指関節痛を認め、テノホビルアラフェナミド(TAF)へ変更した。その後2年間は有害事象なく経過し、ALTの正常化およびHBV-DNAは減少し測定感度未満で推移していた。TAF内服開始後2年が経過した時点での定期受診の際に、AST 799 U/L, ALT 737 U/Lと肝機能障害を認め、軽度黄疸と食思不振も伴っており緊急入院とした。HBV DNAは陰性であり、その他の既知の肝炎ウイルスマーカーも陰性であったが、ANA 640倍、IgG 1624 mg/dlと正常高値であったことよりAIHを疑ったため、2回目の経皮的肝生検を施行した。病理検査ではFIA2相当のAIH(改訂版国際診断基準スコアリング 16点でAIH確診断例、簡易版国際診断基準スコアリングシステム6点で疑診断例)と判断した。急性肝炎様発症であるためプレドニゾロン(PSL)を40mg/day(1mg/kg/day)で開始した。経過は良好であり、現在外来でPSL漸減中である。【考察】一般に、自己免疫性肝炎の発症には、遺伝子型を背景に薬剤、ウイルス、環境因子がトリガーになりうるとされている。本例はIFN導入前の肝生検による肝組織ではAIHを疑う所見を認めず、IFN投与後に甲状腺機能低下症の自己免疫現象が出現していたことから、すでに潜在的なAIHが誘発されている可能性や、さらにTDFやTAFの投与がAIH発症トリガーになった可能性がある。ペー生検による病理学的評価や文献的考察を含め、報告する。

AIH, 慢性B型肝炎

横浜栄済病院 消化器内科
杉本祐一, 佐藤元一, 稲垣淳太, 目黒公輝, 高井佑輔, 鹿野島健二,
清水智樹, 渡邊誠太郎

【背景】急性胆嚢炎における内視鏡的胆嚢ステント留置術(EGBS)は抗血栓薬内服や腹水例などの経皮的処置困難例に良い適応がある。しかしERCP合併症や手技成功率の問題もあり全例で適応とはなりにくく、手技成功率に影響を与える因子を考慮した上で施行が望ましい。今回当院における治療成績を検討した。【方法】2017年4月から2019年9月まで当院でEGBSを試みた28例を対象とし、その治療成績と手技成功率に関する因子を後ろ向きに検討した。【結果】平均年齢は81.7歳(71-94歳)、男:女比は18:10例であり、胆管炎は13/28例(46.4%)で併発していた。平均手技時間は49.7分、手技成功率は71.4%(20/28例)、EGBS成功症例の治療奏効率は100%(20/20例)であった。手技成功率に影響を与える因子として、処置成功20例・不成功8例別に検討すると、術前のMRCP検査あり(成功例40%、不成功例37.5%、 $p=0.903$)、術前造影CT検査あり(55%、37.5%、 $p=0.403$)、胆嚢管結石例(25%、25%、 $p=1.00$)、胆嚢管分岐の術前判別可能例(65%、25%、 $p=0.055$)、総胆管結石合併例(55%、50%、 $p=0.811$)、急性胆嚢炎の重症度・軽症(40%、50%、 $p=0.629$)、中等症(45%、37.5%、 $p=0.717$)、重症(15%、12.5%、 $p=0.864$)、介助者上級医(55%、75%、 $p=0.328$)はいずれも有意差はなかったが、術者上級医の症例は(50%、0%、 $P=0.013$)有意差を認めた。偶発症は9/28例(32.1%)に認めEST出血2例、胆嚢管穿孔2例、肺炎3例であった。【結語】有意差は認めなかったが、術前に胆嚢管の走行を確認できた症例で成功例が多かった。胆嚢管の走行の確認のため可能な限り術前MRCPやCECTを施行することが望ましいと考えられた。また成功例では有意差を持って術者が上級医であり、トリーニーは介助を優先し、十分な経験を積むことが重要と考えられた。

急性胆嚢炎, EGBS

国際医療福祉大学熱海病院 消化器内科
高柳卓史, 加藤孝征, 留野 渉, 北洞哲治, 坂本康成

【症例】53歳女性。2週間以上続く咳嗽を主訴に近医受診後、肉眼的に黄疸を認め、血液検査上、肝胆道系酵素の上昇があり当科を紹介された。造影CT検査にて、右肺上葉にspiculationを伴う15mm大の腫瘍、右主気管支起始部に10mm大の腫瘍、右鎖骨上窩・縦隔に腫大リンパ節を認めた。一方で、脾頭部周囲の腫大リンパ節とともに、遠位胆管に造影効果に伴う壁肥厚による狭窄を認め、主脾管ならびに総胆管から肝内胆管の拡張を認めた。以上より、原発性肺癌および遠位胆管癌もしくは脾頭部癌の重複癌を疑い精査を行った。気管支鏡検査では右主気管支入口部に腫瘍があり生検にて低分化型腺癌を認め、免疫組織化学染色にてTTF-1陽性であることから原発性肺腺癌と診断した。また内視鏡的胆道造影(ERC)にて遠位胆管狭窄を認め、同部位に生検を施行し、プラスチックステント留置によるドレナージ術を行った。同組織診ではTTF-1陽性の低分化型腺癌が検出され、肺腺癌脾周囲リンパ節転移による胆管閉塞と診断した。初診から6週間後Carboplatin+Pemetrexed+Pembrolizumab療法を導入し、4コースの脱落がみられ、血液検査では肝胆道系酵素の異常を認めなかった。その後も治療を継続し治療開始11か月の時点で胆管閉塞の再燃なく経過している。

【結語】遠位胆管閉塞による黄疸を併発し内視鏡的胆道ドレナージを施行した肺腺癌の1例を経験した。脾周囲リンパ節に転移し閉塞性黄疸をきたした肺腺癌の報告は稀であり、文献的考察を加えて報告する。

肺腺癌, 黄疸

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

【目的】当院で経験した85歳以上の超高齢者急性胆嚢炎に対する治療成績について検討を行う。【方法】2013年4月から2019年2月までに当院で入院治療を行った急性胆嚢炎患者275例中、85歳以上の超高齢者25例について患者背景、治療内容、長期経過についてretrospectivelyに検討した。【成績】対象とした25例の内訳は、男性13例、女性12例、平均年齢87.8歳(85-94歳)、抗血栓薬内服例48%(12例)、認知症例44%(11例)であった。胆嚢炎の重症度は軽症15例、中等症7例、重症2例であり、初回治療法として試みられたものは保存的治療2例、経皮経肝胆嚢ドレナージ(PTGBD)/経皮経肝胆嚢穿刺吸引法(PTGBA)8例、内視鏡的胆嚢ステント留置術(EGBS)14例、緊急胆嚢摘出術1例であった。最終的に11例に対して胆嚢摘出術が行われたが、同期間の85歳未満の胆嚢摘出術症例と比較して手術時間、出血量、合併症頻度のいずれにおいても有意差はみられなかった。長期予後として平均458.7日(11-1953日)の経過観察期間における胆道系合併症の発症頻度を検討したところ、胆嚢摘出術未施行かつステントフリー例では7例中2例(28.6%)に胆道系合併症の再発がみられたのに対して、胆嚢摘出術施行例では11例中1例(9.1%)、恒久的EGBS留置例では7例中0例(0%)と統計学的に有意でないものの発症頻度が低い傾向が見られた。【結論】超高齢者における急性胆嚢炎では一般的に処置リスクが高いが、長期の胆道系合併症の再発リスク低下のために胆嚢摘出術や恒久的胆嚢ステント留置術も考慮される。

急性胆嚢炎, 超高齢者

がん研有明病院 肝胆膵内科
三重堯文, 佐々木隆, 古川貴光, 金田 遼, 武田剛志, 松山真人,
尾阪将人, 笹平直樹

【現病歴】70歳代男性。X年1月前医にて尿路感染症の精査中に偶然膀胱部痛が指摘された。腹腔動脈への接触を認め、切除可能境界膀胱癌の判定となり、術前化学療法としてGEM+nab-PTX (GnP)併用療法が3コース施行された。3コース終了後の治療効果判定CTにて腹腔動脈周囲の軟部陰影が増悪しており切除不能と判断され、同年4月に当院紹介受診となった。【現症】身長179cm、体重63kg。眼球結膜黄染なし、眼瞼結膜貧血なし、体表に明らかな皮疹や隆起なし、両側下腿浮腫なし、その他特記事項なし。【血液検査】血球に異常所見なし、T. Bil 0.7mg/dL、Alb 4.6g/dL、PT 70%、HbA1c (NGSP) 5.5%、CEA 2.6ng/mL、CA19-9 1498U/mL、HBs抗原陰性、抗HCV抗体陰性。【経過】審査腹腔鏡にて明らかな遠隔転移は認めなかったが、肝硬変を認めた。局所進行膀胱癌であり、肝硬変を伴うことも含め切除不能膀胱癌と判定された。化学療法による間質性肺炎を疑う像を認めたことも踏まえ、重粒子線治療 (73.6GyE、16Fr)を施行した。原発巣のコントロールは良好であったが、同年10月に肝及び肺に転移が出現。GnP併用療法を再開するも、2コース投与後のCTにて肝転移の増悪を認めPDの判定となった。同年12月からS-1単剤療法に変更。しばらくStable diseaseを維持していたが、翌年7月末から左頬部に発赤・腫脹が出現。同部位から生検を施行したところ腺癌を認め、膀胱皮膚転移と診断した。9月初旬より皮膚転移に対し緩和的放射線治療 (33Gy、10Fr)を施行。照射後、一時的な結膜炎及び皮膚炎を認めたが徐々に改善した。Performance statusの低下も認めたためbest supportive careの方針となり、現在他院緩和ケア外来通院中である。【結語】膀胱治療中に左頬部皮膚転移を認めた一例を経験した。膀胱皮膚転移、特に顔面への転移は稀な病態であり、文献的考察を加え報告する。

膀胱癌, 皮膚転移

横浜市立大学 肝胆膵消化器病学
長谷川翔, 窪田賢輔, 栗田裕介, 佐藤高光, 加藤真吾, 細野邦広,
中島 淳

【背景】EUS下膵管ドレナージは膵管閉塞や消化管膵吻合部閉塞による膵管内圧上昇に伴う再発性膵炎に対して、通常の内視鏡治療が困難な症例のsalvage therapyとして、その有用性及安全性が報告されている。そこで今回、これまでに当院で施行したEUS下膵管ドレナージ (Rendezvous法および順行性ステント留置術)の有用性につき検討した。【方法】2010年10月から2019年4月までにEUS下膵管ドレナージを施行した14例を対象として手技成功率、治療奏効率、偶発症率とその種類を検討した。当院におけるEUS下膵管ドレナージのストラテジーは、まず正常解剖例ではガイドワイヤー (GW)が膵管狭窄部を通過する際にはRendezvous法、GWが狭窄部を突破しない症例や術後膵管の症例では順行性ステント留置術 (EUS-PD)を行なっている。【結果】対象の年齢中央値は68歳 (39-78歳)で男女比は10:4であった。施行理由は全例再発性膵炎であり、原因疾患の内訳は慢性膵炎9例、PD術後吻合部狭窄2例、膵管癒合不全1例、胆管癌1例、EP後膵管狭窄1例、処置の内訳はRendezvous法7例、順行性ステント留置術5例 (プラスチック11、金属1)、膵管造影のみが2例であった。正常解剖が12例、術後膵管が2例であった。手技成功率はRendezvous法7/9 (78%)、順行性ステント留置術5/5 (100%)であり全体の手技成功率は86% (12/14)であった。治療奏効率は100%で手技が成功した全例で臨床症状の改善を認めた。偶発症は軽症膵炎2例、腹膜炎3例で偶発症発生率は36% (5/14)であったがいずれも保存的加療のみで軽快した。【結語】ERCP困難例におけるEUSガイド下膵管アプローチは多くの症例でドレナージ可能であり本手技は有用であると考えられた。

EUS-PD, 慢性膵炎

JR 東京総合病院 消化器内科
中川秀紀, 宮田涼平, 成瀬 奨, 岩立堂佑, 吉川剛史, 毛利 大,
大前知也, 赤松雅俊, 岡本 真

【主訴】心窩部痛・背部痛【症例】28歳男性【既往歴】27歳 潰瘍性大腸炎・全大腸型【現病歴】201X年7月に血便精査で施行された下部内視鏡検査で潰瘍性大腸炎・全大腸型と診断され、G-CAP療法+5-ASA製剤内服にて症状安定していた。経過中の排便状況には増悪を認めなかったが、201X+1年7月より心窩部痛・背部痛が出現し、当科外来受診された。精査の結果、炎症反応・膵酵素の上昇と腹部造影CTにて膵周囲に軽度の脂肪組織混濁を認め、急性膵炎の診断にて精査加療目的に当科入院となった。【経過】病歴と各検査項目より、自己免疫性や薬剤性 (5-ASA関連)、特発性膵炎が鑑別として挙げられた。膵炎の重症度は、予後因子0点、造影CT Grade Iで軽症であった。入院後、絶食・補液・膵酵素阻害薬による加療を開始し、炎症反応・膵酵素の改善を認め、脂肪制限食で食事再開となった。しかしその後、腹部症状再燃、膵酵素・炎症反応の上昇を認め、膵炎の再燃が疑われ、治療可能な膵炎として2型自己免疫性膵炎の可能性を考慮し、EUS-FNA施行の方針となった。EUS-FNAの所見では膵腫大は軽度で、明らかな膵管狭窄像や被膜様構造は認めなかった。病理結果では、膵管上皮への好中球浸潤は認めなかったが、腺房細胞への好中球・リンパ球・形質細胞の浸潤を認めた。また、検体中のIgG4陽性細胞は認めず、2型自己免疫性膵炎の確診に留まった。本人と相談の上、PSLはEUS-FNAの組織結果が出てから導入を検討する方針となり、経腸栄養療法と膵酵素阻害薬、G-CAP療法を継続して行っていたところ、腹部症状・血液検査所見の改善を認めた。EUS-FNAでは2型自己免疫性膵炎の確診に留まり、症状も改善している事を考慮しPSL導入は行わず経過をみる方針となった。その後、食事再開後も症状再燃無く経過し、第41病日に退院となった。【結語】潰瘍性大腸炎の経過中に原因不明の膵炎を合併した1例を経験した。本症例では2型自己免疫性膵炎の確定診断には至らなかったが、経過よりその可能性が考慮された。

自己免疫性膵炎, 潰瘍性大腸炎

株式会社日立製作所 日立総合病院 消化器内科¹⁾,
筑波大学附属病院日立社会連携教育研究センター²⁾,
株式会社日立製作所 日立総合病院 皮膚科³⁾
内野 誠¹⁾, 山口雄司¹⁾, 水谷 悟¹⁾, 浜野由花子¹⁾, 大河原悠¹⁾,
大河原敏¹⁾, 柿木信重¹⁾, 鴨志田敏郎¹⁾, 平井信二²⁾, 谷中昭典²⁾,
本田理恵³⁾

症例は75歳男性。X年4月初旬から手掌および足底を含む全身に紅色丘疹、陰部に無痛性発赤調の硬結を自覚していた。4月8日から発熱を認め、10日からは食後腹部膨満感、心窩部痛を認めていた。12日に前医受診し、AST 60IU/L、ALT 64IU/L、 γ -GTP 97IU/L、CRP 5.78mg/dlと肝胆道系酵素およびCRPの上昇を認めた。背部痛、嘔吐も出現し14日に前医再診し、CRP 14.3mg/dlとさらなる上昇を認め、4月15日に当院紹介受診した。造影CTにて特記すべき異常を認めず、レボフロキサシン500mg/日内服で帰宅となったが、症状持続し精査加療目的に16日当院消化器内科入院となった。発熱と同時期に出現した紅色丘疹を四肢体幹に多数認めており、RPR 14.3R.U.、TPHA 5120倍と高値を認め、X年3月初旬に風俗店を利用した性交渉あり、第2期梅毒との診断となった。16日よりアモキシシリン1500mg/日による内服を開始し、消化器症状や皮膚症状は改善傾向であり、19日に退院となった。皮膚症状改善にもかかわらず、依然肝胆道系酵素は上昇傾向であり、薬剤性肝障害が疑われ、22日よりミノサイクリン200mg/日に薬剤変更をおこなった。22日には皮膚症状は消退していたが、肝障害は持続し、29日よりエリスロマイシン800mg/日に変更した。抗生剤加療は奏効し、6月20日には、RPR 0.3R.U.とTPHA1280倍に低減し、肝障害も改善を認めたため、7月4日有事再診となった。肝障害の原因として自己免疫・ウイルスなど各種検査を行ったが特記すべき事項は見当たらず、梅毒の治療とともに肝障害は改善を認めたため、梅毒と肝障害の関連が疑われた。梅毒としては稀な75歳という高齢発症かつ梅毒性肝障害が疑われた興味深い一例を経験したため、近年増加中である梅毒の動向を踏まえ、梅毒性肝障害について若干の文献的考察を交えて報告する。

梅毒, 肝障害

横須賀市立うわまち病院 消化器内科¹⁾、同 病理検査科²⁾
加藤健一¹⁾、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³⁾、飯田真岐³⁾、辻本志朗³⁾

【症例】69歳、男性【主訴】肝腫瘍精査【既往歴】56歳時に喉頭癌で放射線治療を受けた。飲酒：日本酒2～3合/日、50年以上【現病歴】間質性肺炎疑いにて当院呼吸器内科を受診、CTにて偶然肝腫瘍を指摘され当科紹介となった。【検査成績】37U/L、ALT 35U/L、ALP 232U/L、 γ -GTP 134U/L、T-Bil 0.71mg/dl、HBsAg(-)、HBeAb(-)、HCAb(-)、AFP 4.4ng/ml、PIVKA2 15mAU/ml、CEA 3.4ng/ml、CA19-9 49.5U/ml、DUPAN-2 1100U/ml、SPan-1 15.3U/ml、ICG11%【臨床経過】腹部単純CTでは脂肪肝を背景にして、長径約10cmの不均一な吸収値を示す腫瘍が肝S4/5に認められた。病変は、dynamic studyで早期濃染し門脈相や平衡相で淡い造影が遷延する部分と、辺縁が早期濃染し内部に漸増性の造影効果を認める部分が混在していた。腫瘍内には肝動脈枝や門脈枝の貫通像が認められた。MRIのT1および脂肪抑制T2強調像共に低信号と高信号が混在した構造を示した。上下部消化管内視鏡検査では異常は認められなかった。画像所見より混合性肝細胞癌等が疑われたが確定診断に至らず、治療方針決定のため腫瘍生検を施行した。生検組織では、核が腫大した異型腺管の密な増生、および周囲間質に線維化と炎症細胞浸潤を認めた。異型腺管細胞は免疫染色にてCK7が弱陽性、CK20陰性、epithelial membrane antigen(EMA)が腺管内腔面で陽性所見を示した。画像およびEMAの染色パターンを含めた所見より細胆管細胞癌である可能性が示唆された。肝予備能は良好であり外科的切除予定となっている。【考察】原発性肝癌のうち、細胆管細胞癌の占める割合は0.56%と報告されている。その由来については肝幹細胞説、小葉間胆管説等があり定まった見解は得られていない。本症例は脂肪肝を背景にした細胆管細胞癌と考えられ、画像所見を含め示唆に富むと考え報告する。

細胆管細胞癌，脂肪肝

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

【症例】85歳、女性【主訴】発熱【現病歴】2017/12/12に40度の発熱を認め近医を受診された。シプロフロキサシン投与したところ解熱が得られたが、血液検査にて肝胆道系酵素の上昇を認めたため12/18に当科紹介となった。造影CTを施行したところ、肝右葉全体に膿瘍を形成しており、肝膿瘍の診断にて入院加療の方針となった。【経過】緊急で経皮経肝膿瘍ドレナージを行い、メロペネム(以下、MEPM)の投与を開始した。その後も炎症の改善乏しいため第4病日にメトロニダゾール(以下、MNZ)を追加投与した。第13病日にMNZの投与を終了したところ、第20病日に再度発熱が出現したためMNZの投与を再開した。その後は解熱傾向となり、MEPMは投与終了としMNZのみ継続したまま第48病日に退院となった。第55病日に上下肢の痙攣が出現したため当院救急外来を受診し、入院加療の方針となった。その後、意識障害が出現したため頭部MRIを施行するとDWIにて小脳歯状核や脳梁膨大部に高信号を認めた。メトロニダゾール脳症と診断しMNZの投与を中止とした。その後も意識障害は改善せず、誤嚥性肺炎を発症し第78病日に永眠された。【考察】MNZは脳症を含めた神経障害を来することが知られている。投与中止に伴い症状の改善が得られることが多いが、不可逆性となることあり投与の際には十分な注意を要する。今回貴重な症例を経験したため、若干の文献的考察を加え報告する。

メトロニダゾール脳症，肝膿瘍

東京都済生会中央病院 内科¹⁾、同 病理科²⁾
増田光佑¹⁾、岸野竜平¹⁾、中澤 敦¹⁾、船越信介¹⁾、三枝慶一郎¹⁾、
上田真裕¹⁾、星野 舞¹⁾、青木 優¹⁾、田沼浩太¹⁾、小川 歩¹⁾、
林 智康³⁾、平川旭人¹⁾、小倉 望¹⁾、今村峻輔¹⁾、廣瀬茂造³⁾

【症例】症例は50歳女性。他院で左乳癌術後(cT2N1M0 stage2B)補助化学療法としてカベシタビン投与、その後タモキシフェンによる内分泌療法を行っていた。2018年6月から倦怠感が出現し7月5日の定期外来受診時に肝障害を認め、同日入院となった。安静と肝底薬剤投与にて経過をみていたが肝障害が改善せず7月9日に当院転院となった。血液検査では肝炎ウイルスや自己免疫性肝炎のマーカーは陰性で、画像検査上肝障害の原因と考えられるものは認められず、6月初旬から投与されていた漢方薬による薬剤性肝障害が疑われた。第1病日からプレドニゾン40mg/日の投与を開始したがステロイド投与後も肝障害は増悪傾向であった。第3病日に肝生検を行ったところ乳癌の肝転移と診断された。画像上肝腫瘍は認めておらず、びまん性の肝転移と考えられた。化学療法の再開を検討し腫瘍内科に転科となったが、その後も肝障害増悪が続き肝不全に陥ったため化学療法を再開することはできず、緩和治療の方針となった。本人と家族の希望で在宅緩和治療を継続することとなり退院となった。【考察】今回我々は薬剤性肝障害が疑われたが肝生検の結果から乳癌のびまん性の肝転移と考えられた一例を経験した。既報でも乳癌のびまん性肝転移は腫瘍を形成しないことも多く画像診断が困難とされている。その進行は急速であり短期間で死亡する症例も報告されている。今回の症例も肝障害の出現から数日で肝不全に至っている。乳癌患者で肝障害が出現した場合、画像検査で腫瘍を認めなくても肝生検を早期に行うか、治療を早期に開始できれば予後の改善を見込める可能性があると考えられる。

急性肝不全，乳がん

神奈川県警友会 けいゆう病院 消化器内科¹⁾、同 放射線科²⁾
古川宏幸¹⁾、水島一郎¹⁾、水上耀介¹⁾、葛西祐樹¹⁾、大谷幸博¹⁾、
田中優作¹⁾、伊藤高章¹⁾、香川幸一¹⁾、中下 学¹⁾、岡沢 啓¹⁾、
永田博司¹⁾、斎藤一浩²⁾

症例は60代女性。当院のスクリーニングの血液検査で、HbA1c 7.2%と高値を認めたため、当院内科で精査を行う方針とした。造影CT検査で、臍頭部に接して長径27mm大の嚢胞性病変を認め、一部で造影効果を認めたことから、動脈瘤や腫瘍性病変などが疑われた。追加で施行したCT Angiographyでは、固有肝動脈より左側に突出するように厚い壁を伴う真性動脈瘤が描出された。動脈瘤が長径20mm以上の病変であることから、予防的治療として経カテーテルの動脈塞栓術(TAE)を施行する方針とした。右大腿動脈よりアプローチし、総肝動脈からの造影で固有肝動脈に動脈瘤を確認した後、カテーテルを瘤内に進め、コイルを瘤内に留置しpackingにて塞栓した。治療翌日の腹部レントゲンにおいてもコイル縮小や逸脱等は認めず、血液検査でも肝胆道系酵素の異常は認められなかった。治療経過良好で第4病日に退院となり、以後は外来で経過観察する方針とした。【考察】肝動脈瘤は内臓動脈瘤の約20%を占める。発生機序は不明な点が多く、動脈硬化や繊維筋性異形成、結節性多発動脈炎、全身性エリテマトーデスなどの疾患と関連があるとされる。肝動脈瘤は、比較的稀な血管性疾患であるが、破裂した際は大量出血を来す可能性があり、その死亡率は35%以上とする報告もある。そのため、長径20mm以上の病変や増大傾向にある病変は、予防的治療に大きな意義があり、治療選択としてTAEの他、動脈瘤切除術、動脈瘤縫縮術、血行再建、肝切除などの手術療法が挙げられる。TAEは手術療法に比べ低侵襲であることから、近年は選択されることが多くなっている。本症例でもTAEを選択し、コイルを適切な位置に留置したことにより、肝血流を維持しつつ動脈瘤を塞栓することができた。肝動脈瘤とその治療選択について若干の文献的考察を加え報告する。

固有肝動脈瘤，動脈塞栓術

順天堂大学医学部附属練馬病院 総合外科

井神健太, 藤澤将大, 古屋怜悠, 河口 恵, 井 祐樹, 榎寝重史, 黒田 悠, 岩永直紀, 間根悠貴, 市川悠子, 宮野省三, 渡野邊郁雄, 町田理夫, 清水秀穂, 須郷広之

【はじめに】血管筋脂肪腫は血管・平滑筋・脂肪の3成分からなる良性腫瘍で結節性硬化症に合併するものがある。腎臓に好発するが肝臓原発のものは比較的まれである。今回、巨大肝血管筋脂肪腫に対して肝右葉切除術を施行した1例を経験したので報告する。

【症例】45歳女性。40歳時に健康診断で肝腫瘍を指摘され前医を受診し、造影CT・造影MRIで肝血管筋脂肪腫(径10cm)と診断された。その後、当院内科を紹介され半年に1回の画像検査で経過観察されていた。当院で経過観察した4年間で腫瘍は径12cmから20cmまで増大を認め、今回、手術目的で当科に紹介となった。血液検査では異常を認めず、肝動脈造影下CT(CTHA)では肝右葉全体を占拠するhypervascularな腫瘍性病変を認め、内部は脂肪成分を多く含んでいた。また経動脈的門脈造影下CT(CTAP)では腫瘍に一致した大きな造影欠損像を認め、画像所見は肝血管筋脂肪腫の診断に矛盾なかった。開腹肝右葉切除術を施行した。病理組織学的所見ではHMB-45(+), 脂肪組織が優位にみられ、さらに平滑筋細胞、血管が混在しながら増生しており肝血管筋脂肪腫の所見だった。術後経過良好で10日目に退院した。

【まとめ】肝血管筋脂肪腫は良性の腫瘍ながら、短期間で増大例も報告されており、手術適応や至適手術時期については慎重な判断が必要と思われる。

血管筋脂肪腫, 良性肝腫瘍

筑波大学附属病院 医学医療系 消化器内科

石山ゆり, 池田貴文, 遠藤社登, 伊藤嘉美, 小野田翼, 鈴木宏清, 杉山雄太郎, 永瀨美帆, 廣瀬 優, 新里悠輔, 長谷川直之, 石毛和紀, 福田邦明, 兵頭一之介, 溝上裕士

【症例】70歳代女性。X年、肝障害、肝内胆管拡張のため当院紹介となった。各種画像検査の結果、多発肝内結石および総胆管結石と診断しERCPを施行したが、結石は胆管壁に強固に固定され、内視鏡的な結石除去は困難であった。開腹総胆管切開+T-tube留置+胆嚢摘出術が行われたが、術中所見では肝門部領域の胆管壁にこびりつくような結石で、完全結石除去は難しく可及的な除去となった。X+1年6ヶ月、経過観察のMRCPで肝門部領域から膝内胆管にかけてびまん性胆管狭窄を認めた。X+1年7ヶ月、急性胆管炎で入院し、CTで経時的に肝内胆管や総胆管の不整狭窄像は悪化していた。緩徐に増悪するびまん性胆管狭窄で、第一に胆管痛を考え繰り返し胆管生検したが、悪性所見は認めなかった。その後も頻回に胆管炎となり、胆管プラスチックステント交換を繰り返し、その度に肝臓造影および生検を行ったが、診断に至らなかった。X+2年、肝門部領域の胆管生検で胆管壁へ多数の好酸球浸潤が初めて指摘された。末梢血好酸球数も $2664/\mu\text{l}$ と高値で、経過を見直すとびまん性胆管狭窄の出現に一致して好酸球数が高値となっていた。好酸球性胆管炎が疑われ、診断的治療も兼ねてステロイド治療の方針とし、プレドニゾロン0.6mg/body/day内服を開始、1週間毎に5mg/dayずつ漸減した。治療開始1週間で末梢血好酸球数は $167/\mu\text{l}$ に改善し、胆管造影像も総胆管のびまん性狭窄は改善し、胆管ステントを抜去可能であった。ステロイド治療反応性から好酸球性胆管炎で矛盾しないと考え、現在もプレドニゾロンを維持投与し、胆管ステントなしで胆管炎再燃なく経過している。

【考察】好酸球性胆管炎は特発性に発症するとされ、画像検査では限局性あるいはびまん性の胆管壁肥厚や狭窄、拡張を認め、原発性硬化性胆管炎や胆管癌との鑑別が問題となる。また感染症に続発し、2次性に発症した症例報告も散見される。本症例は診断までに長期間を要したが、発症前からの経時的な胆管像が得られている貴重な症例であり、若干の文献的考察を加えて報告する。

好酸球性胆管炎, びまん性胆管狭窄

日本大学医学部附属板橋病院 消化器肝臓内科¹⁾同 病理診断科²⁾青木 央¹⁾, 國吉宣行¹⁾, 葉山 譲¹⁾, 今津博雄¹⁾, 大木庸子¹⁾, 大澤朗太¹⁾, 濱名 傑¹⁾, 武井章矩¹⁾, 藤澤真理子¹⁾, 神田達郎¹⁾, 松岡俊一¹⁾, 森山光彦¹⁾, 西巻はるな²⁾, 大荷澄江²⁾

【背景】高度の粘液産生を示す胆管腫瘍intraductal papillary neoplasm of biliary tract(IPNB)の胆嚢にみられる類似病変はICPNと呼ばれる。ICPNは乳頭状の胆嚢上皮腫瘍性病変であり、WHO分類2010では胆嚢癌の前癌・早期癌病変として新たに提唱された概念である。そのため、ICPNにおける術前診断は非常に重要である。今回我々は超音波内視鏡及び胆道内視鏡にて術前診断を行い、胆嚢摘出術にて臨床症状の改善を得たICPN with an associated adenocarcinomaの1例を経験したので報告する。【症例】86歳、女性。高血圧、膝管内乳頭粘液性腫瘍で当科外来通院されていたが2018年7月より自己中断。2019年1月頃から右側腹部痛自覚あり、疼痛増悪し5月に当科受診。採血にて黄疸と肝胆道系酵素上昇あり精査目的で入院となる。超音波内視鏡検査にて胆嚢から胆嚢管にかけて乳頭状隆起性病変と、胆嚢内部及び総胆管内に動活性のある高エコー所見を認めた。胆道内視鏡を実施したところ、総胆管には著明な粘液貯留あり、胆嚢管にも粘液と乳頭状の不整な隆起性病変を認めた。総胆管には明らかな腫瘍性病変を認めなかった。画像所見からICPNを疑い、粘液などによる胆管閉塞に伴う胆管炎を発症しているため、手術を行う方針とした。術式はご家族本人と相談し、年齢なども考慮し拡大手術は行わず開腹胆嚢摘出術を行った。切除検体は組織学的にはICPNの所見であるが一部固有筋層に浸潤しており、ICPN with an associated adenocarcinomaと診断した。胆嚢管断端は陰性であった。術後腫瘍再発、及び胆管炎再発なく経過している。【考察】一般的に術前にICPNと診断することは困難である。ICPNの定義は未だ明確でなくその術式は胆嚢癌に準じて行われていることが多い。本症例は超音波内視鏡検査や胆道内視鏡検査により病変形態や進展範囲を術前に評価することで、患者背景を考慮し胆嚢摘出術のみ施行した。

ICPN, 胆管炎

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⁾中村太陽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⁾, 松江右武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、30歳代女性。20XX年10月中旬より右季肋部の圧迫感を自覚し、疼痛が増悪傾向であったため近医を受診した。症状から急性胆嚢炎が疑われたため、当院紹介受診となった。家族歴として、母方の親戚女性8人が胆嚢摘出術を受けており、既往歴にはうつ病がある。初診時身体所見は、発熱、黄染なく、右季肋部に強い圧痛を認めた。血液検査所見は、炎症反応や肝胆道系酵素の上昇なく、正常範囲内であった。原因精査目的に腹部超音波、CT、MRCP、上部消化管内視鏡、超音波内視鏡検査を施行するも異常所見を認めなかった。疼痛の原因となる器質性変化を認めなかったことから、胆道ジスキネジアを疑い、肝胆道シンチグラフィ検査を施行したところ、胆嚢内にラジオアイソトープの長期停滞を認め、胆嚢ジスキネジアと診断した。フロプロピオンを投与したが、疼痛症状が持続しており、今後胆嚢摘出術を予定している。胆道ジスキネジアは、器質的障害がないにも関わらず、心窩部痛や右季肋部痛を生じ、胆嚢、乳頭括約筋、十二指腸の協調運動の失調により、胆汁の排出障害をきたす疾患である。今回、胆嚢ジスキネジアの貴重な1例を経験したため、文献的考察を加えて報告する。

胆嚢ジスキネジア, 肝胆道シンチグラフィ

61 胆管癌を疑われたが画像診断によりIgG4関連硬化性胆管炎と診断されステロイド治療が奏功した1例

がん・感染症センター 都立駒込病院 消化器内科
田中杏奈, 菊山正隆, 田畑宏樹, 清水口涼子, 高雄曉成, 吉本憲介,
柴田理美, 千葉和朗, 前田有紀, 来間佐和子, 大西知子, 荒川丈夫,
門馬久美子, 小泉浩一, 神澤輝実

【症例】51歳男性 モンゴル人

【主訴】特になし

【現病歴】X-2年5月、前医である韓国で自己免疫性膵炎と診断され、アザチオプリン投与されていた。X年4月、心窩部痛を主訴に前医を受診。CTで肝門部胆管の高度壁肥厚、肝門部腫瘍を疑う低吸収域を認めたことから、肝門部胆管癌と診断された。ERCPで後区域枝に局限する胆管拡張と分岐部の胆管狭窄を認め、左右胆管にステント留置された。本人が当院での治療を希望したことから、X年5月14日当院紹介受診となった。

【既往歴】自己免疫性膵炎

【経過】受診時の血液検査では肝機能障害は軽度であり、腫瘍マーカーは正常範囲内、IgG4は416 mg/dLと高値を認めた。前医で施行されたCTを見直すと、肝門部胆管は同心円状で均一な壁肥厚を呈し、漿膜層は平滑、mucosal lineは保たれていた。肝門部に低吸収域を伴った。EUSを施行したところ、肝門部胆管壁肥厚は全周性で均一であり、最内高エコー層（IHL）は保たれていた。また細胞診では悪性所見を認めなかった。以上の所見よりIgG4関連硬化性胆管炎を疑い、X年5月21日よりプレドニゾロンによる治療が開始された。

X年7月18日、CTで胆管壁肥厚の軽快と肝門部低吸収域の消失を認め、留置されていた胆管ステントは脱落していた。X年7月24日、ERCP施行したところ、胆管狭窄の軽快を認めた。当初悪性腫瘍を疑われたが、画像の検討の結果、ステロイド治療を実施し、その有効性により診断を得たIgG4関連硬化性胆管炎を経験した。文献の考察を加え報告する。

IgG4関連硬化性胆管炎, CT診断

62 胆嚢癌の浸潤による十二指腸および胆管狭窄に対しdouble-stentingが奏功した一例

千葉県立佐原病院 内科
池澤奏那, 杉田 統, 中堀 進, 露口利夫

【症例】80代後半、女性【主訴】嘔吐、食思不振【既往歴】高血圧症、大腸ポリープ【現病歴】20XX年5月、嘔吐と1週間続く食思不振のため当科を受診した。腹部造影CT検査で著明な胃拡張と十二指腸狭窄がみられ、上部消化管内視鏡では上十二指腸角（SDA）屈曲部にスコープ通過困難な狭窄を認めた。この際の十二指腸狭窄部からの生検では悪性所見を認めなかったが、腹部超音波検査で胆嚢癌の十二指腸浸潤が疑われた。高齢のため外科的バイパス術を含め耐術不能と診断され内視鏡的十二指腸ステント留置術が行われた。ADL悪く化学療法等の適応なく緩和ケアを中心に行う治療方針となり、経口摂取量の改善を待って自宅退院となった。3ヶ月後の同年8月に腫瘍のin-growthによる十二指腸ステント閉塞を発症。閉塞性黄疸（T-Bil 9.34 mg/dL）も併発していたため再入院となった。前回留置した十二指腸ステントの内腔に再度ステントを留置。次に十二指腸ステント内腔を介しERCPを施行。経乳頭的に右前区域枝および右後区域枝にuncovered metal stentをstent in stentで留置した。この際の十二指腸生検にてwell-defined papillary (tubular) adenocarcinomaの診断となった。減黄、経口摂取可能となり訪問看護を導入した上で自宅退院となったが、11月に十二指腸ステントの閉塞を来し再入院となった。3度目の十二指腸ステント留置術を施行したところ狭窄の解除を得られた。経口摂取可能となり自宅退院、現在も外来通院中である。【考察】十二指腸と胆管のdouble-stentingの報告は2010年代から散見されるが、その多くは膵頭部領域腫瘍による胆管閉塞が先行する症例である。本例のようにSDA狭窄に消化管ステントを先行留置し、その内腔を介したERCPで胆管ステント留置するdouble-stentingの報告は少ない。また、低侵襲に患者のQOL維持・向上に寄与することができるという点でも、本例のような耐術不能例に対するdouble-stentingは非常に有用な手技であると考えられた。若干の考察を加え報告する。

十二指腸狭窄, 閉塞性黄疸

63 6年の経過中、腫瘍の縮小・増大を認めた膵粘液性囊胞腫瘍のまれな1例

順天堂大学医学部附属練馬病院 総合外科¹⁾,
同 病理診断科²⁾
土田舜太¹⁾, 古屋怜慈¹⁾, 藤澤将大¹⁾, 河口 恵¹⁾, 井 裕樹¹⁾,
棚寝重史¹⁾, 黒田 悠¹⁾, 岩永直紀¹⁾, 関根悠貴¹⁾, 川満健太郎¹⁾,
宮野省三¹⁾, 渡野邊郁雄¹⁾, 町田理夫¹⁾, 芦沢かりん²⁾,
小倉加奈子²⁾, 須郷広之¹⁾

【はじめに】膵粘液性囊胞腫瘍(mucinous cystic neoplasm:MCN)は、閉経前後の中年女性の膵体尾部にみられる粘液を入れる囊胞性腫瘍であるが、これまで腫瘍径が縮小した症例や、5年以上経過をみた報告は少ない。今回、我々は6年の画像検査による経過観察中に腫瘍の縮小・再増大を認めた、まれな経過を示したMCNを経験したので報告する。【症例】症例は33歳女性。2013年に腹痛を主訴に近医を受診された。アルコール歴なく、発症時に誘因となるような暴飲暴食認めなかったが、MRIで膵尾部に径30mm大の囊胞を認め、急性膵炎に伴う仮性囊胞と診断され、以降外来で経過観察となった。その後3か月後、さらに6か月後のMRIで膵囊胞はそれぞれ径23mm、10mmと縮小を認めたが、2016年4月から再度増大傾向と囊胞内部に結節影を認めるようになったため、当院紹介受診された。受診時、MRIでは径は44mm、比較的壁の厚いmacrocyticな囊胞性腫瘍を認めた。また超音波内視鏡では隔壁を伴う囊胞内に10mm大の壁在結節を認め、膵MCNの診断で膵体尾部切除術を施行した。切除検体の囊胞径は45×35mmで病理診断では、卵巣様間質を認めMucinous cystadenomaの診断であった。

膵粘液性囊胞性腫瘍, 膵体尾部切除

64 若年性アルコール性慢性膵炎に伴う高度門脈狭窄に対して門脈ステント留置術を施行した一例

東京大学医学部附属病院 肝胆膵・人工臓器移植外科
金山千恵, 有田淳一, 北村嘉久, 三原裕一郎, 河口義邦, 石沢武彰,
赤松延久, 金子順一, 長谷川潔, 高尾英正, 柴田英介, 福地治之,
阿部 修

症例は35歳男性。29歳時、アルコール性膵炎と診断され、膵管の狭窄と数珠状変化のため膵管ステントを留置。以降3年間定期的にステント交換を施行した。その後1年間ステントフリーとなったが、その間膵炎を繰り返したため再度膵管ステントを留置し再び定期交換を施行した。34歳時、胆管狭窄のため胆道ステントを留置。造影CTで門脈狭窄、内視鏡的逆行性胆道膵管造影で膵頭部主膵管は糸状狭窄を認めた。定期的ステント交換によりQOLが著しく損なわれており、外科的治療が検討されたものの、造影CTで門脈本幹の高度狭窄に伴う肝門部の海綿状側副血行路の高度な発達が見られ外科的治療は困難と判断された。手術適応再検討のために、経皮経肝の門脈ステント留置術を施行した。門脈狭窄部をバルーン拡張後ステントを留置し、狭窄部前後の圧較差は留置前9cmH₂O（門脈狭窄部より上腸間膜静脈側17.5 cmH₂O、門脈狭窄部より肝臓側8.5 cmH₂O）から留置後1cmH₂O（門脈狭窄部より上腸間膜静脈側15.0 cmH₂O、門脈狭窄部より肝臓側14.0 cmH₂O）へと低下した。上腸間膜静脈造影で肝門部の側副血行路は大幅に消退した。術後合併症なく術後3日目に退院。術後11日目と術後53日目の造影CTにて、門脈ステントの疎通性は保たれているが、側副血行路の残存を認めた。慢性膵炎による門脈狭窄の長期経過で完成された側副血行路の今後の経過を引き続き観察していく方針である。

門脈ステント, アルコール性膵炎

筑波記念病院 消化器内科

坂本勇志, 小林真理子, 岩井健太郎, 越智大介, 大塚公一朗, 添田敦子, 池澤和人

【背景】IgG4関連疾患（IgG4RD）はIgG4陽性形質細胞の浸潤、線維化による臓器の腫瘍性、肥厚性病変を呈する全身性慢性疾患である。異時性に全身の様々な臓器に病変を形成することが知られている。【症例】50歳代女性。2014年6月自己免疫性膵炎と硬化性胆管炎の2臓器病変を伴うIgG4RDと診断した。プレドニゾロン（PSL）30mg/日で寛解導入を得たが、PSL5mg/日まで減量すると膵炎、胆管炎の再燃を複数回繰り返した。IgG4値は寛解導入後速やかに低下し、再燃時に一過性の上昇を認めたがPSLの再増量で低下した。2018年5月にPSL7mg/日まで漸減し、同量で維持治療とした。同時期よりIgG4値が緩徐に上昇傾向を示したが、自覚症状、血液検査、腹部超音波検査で膵炎、胆管炎を疑う所見がなく、IgG4RD再燃の診断には至らなかった。ステロイド性糖尿病のコントロールに難渋しており、PSL再増量は行わなかった。2019年9月右背部痛が出現しCTで後腹膜線維症による右水腎症を認めた。その後閉塞性腎盂腎炎をきたし、尿管ステント留置と抗菌薬で加療した。IgG4値は205mg/dlに上昇したため、IgG4RD再燃による後腹膜線維症と診断しPSL30mgに再増量した。【考察】膵・胆管病変に対してステロイド維持治療中に後腹膜線維症で再燃し腎盂腎炎に至ったIgG4RDの一例を経験した。ステロイド長期投与による副作用への配慮が重要である一方、維持治療におけるIgG4値や画像検査に定まった評価基準はない。IgG4RDは時間的空間的再燃が特徴であり、定時的な再燃リスクの評価、IgG4の目標値を設定した維持治療や画像スクリーニングの必要性に関して唆に富む症例と考え報告する。

IgG4関連疾患, ステロイド維持治療

国立病院機構水戸医療センター 消化器科

福田壮馬, 山浦正道, 山口高史, 石田博保, 伊藤有香, 下山田雅大, 今西真実子

症例は88歳、男性。約1年前から逆流性食道炎に対してPPIの内服加療が行われていた。1週間前から食思不振があり、前日からコーヒー残渣様の吐血を来したため救急搬送された。来院時ショックバイタルで著明な代謝性アシドーシスと貧血、腎不全を呈しており、急速輸液と輸血を開始した。単純CTでは食道裂孔ヘルニアとびまん性の食道拡張を認めた。止血目的に緊急で上部消化管内視鏡検査を施行し、Los Angeles分類Dの逆流性食道炎とoozingに加え、中部食道後壁に15mm大の穿孔部を認めた。他に出血性病変は無く、今回の出血源と考えられた。高齢かつ全身状態不良であり、緊急開胸手術は困難と考えられたため、穿孔部に対して姑息的に内視鏡下クリップ閉鎖術を施行した。CTを見返すと、中部食道背側の後縦隔にair-fluid levelを有する空洞性病変があり、特発性食道破裂と診断した。食道造影を施行したが明らかな造影剤漏出なく、全身状態を加味して保存的治療を継続した。入院時より絶飲食とし、縦隔炎、敗血症に対してカルバペネム系抗菌薬の投与を開始した。その後は改善傾向となり、第14病日に抗菌薬の投与を終了した。第16病日に造影CTで後縦隔の液体貯留の縮小を確認した。第17病日に食道造影を行い、造影剤漏出はないものの穿孔部付近で約5cmにわたる内腔狭窄を呈していた。嚥下障害もあったため、絶飲食で中心静脈栄養を継続した。第23病日には後縦隔の液体貯留の消失を確認した。以後、症状再燃することなく第60病日に転院した。特発性食道破裂は死亡率10-40%の予後不良な疾患であり手術が標準的治療とされる。縦隔限局型のものであることは以前から報告されているが、重症例に対して保存的治療が選択され救命し得た報告は少ない。今回、内視鏡下クリップ閉鎖術が有効であった特発性食道破裂を経験したので報告する。

特発性食道破裂, 保存的治療

独立行政法人地域医療機能推進機構 東京新宿メディカルセンター 消化器内科

佐野方美, 浅井玄樹, 藤江 肇, 栗原光景, 岡崎明佳, 木原俊裕, 森下慎二, 松本政雄, 新村和平

【症例】73歳、男性。【主訴】心窩部痛、嘔気。【現病歴】昼食後より持続する心窩部痛、嘔気があり当院の救急外来を受診した。既往に腎臓に対する右腎摘出術、前立腺肥大、狭心症に対するステント留置術があり、抗血小板薬2剤併用療法（DAPT）が行われていた。来院時採血では軽度腎機能障害の他は有意な所見はなかった。造影CTでは胸部上部食道に一部造影効果を伴う腫瘍性病変を認め、食道癌が疑われたため精査加療目的に入院となった。上部消化管内視鏡検査（EGD）では、胸部上部食道に1/3周性の暗赤色のなだらかな隆起性病変を認め、食道粘膜下血腫と診断した。絶食、輸液、抗血小板薬休薬、PPIにて加療を開始した。その後は症状悪化は認めず、第7病日のEGDでは血腫の増悪はなかった。第9病日の採血でも異常を認めなかったため内服薬を再開し、トロンビンの内服を開始した。第14病日のEGDでは血腫の消褪、潰瘍形成を認めたため同日より食事を開始し、第17病日に退院となった。【結語】食道粘膜下血腫は稀な疾患である。成因としては内腔もしくは体外からの機械的刺激等があり、今回我々はDAPT内服中にきたした、食物塊の刺激による粘膜損傷と内圧上昇が原因と考えられる食道粘膜下血腫を経験したため、若干の文献的考察を加え報告する。

食道粘膜下血腫, 粘膜刺激

自治医科大学 内科学講座 消化器内科学部門

谷口亜依, 三浦義正, 飯田瑞穂, 野村達磨, 角田真人, 野本佳恵, 岩下ちひろ, 高橋治夫, 坂本博次, 矢野智則, 砂田圭二郎, 大澤博之, 山本博徳

【症例】73歳男性。胃体下部大弯に小陥凹性病変、また十二指腸下行部に隆起陥凹性病変を認め、いずれも生検で低分化腺癌であったため当科紹介となった。精査の結果、胃病変は8mmの0-IIc病変で内視鏡的には粘膜癌と診断した。しかし十二指腸球部から水平部に隆起陥凹性病変以外に計4か所の0-IIc病変を認めた。拡大内視鏡ではdestructiveな構造と不整な血管が観察された未分化癌を唆する所見であり、生検ではいずれもPoorly differentiated adenocarcinomaであった。胃角大弯、前庭部大弯のstep biopsyでも悪性所見は認めず、小腸カプセル内視鏡やダブルバルーン内視鏡ではトライツ韌帯より深い小腸病変を認めなかった。以上より、膵頭十二指腸切除術の方針となった。術前のCTでは明らかな転移・播種を疑う所見はなかったが、初回の病変発見の内視鏡から108日後の外科手術の開腹所見では、発赤し肥厚した腹膜、横行結腸間膜に硬く肥厚部位があり、さらに腹水洗浄細胞診でclassV、adenocarcinomaで腹膜播種の診断に至り、切除不能と判断された。その後は化学療法を行っている。現在術後4か月経過しているが化学療法を継続中である。【考察】胃癌の十二指腸の壁内転移は極めて稀である。本症例では切除不能で病理学的評価は行っていないが、一元的に説明するなら原発性胃癌の十二指腸多発転移の可能性を考えた。一方で、下行部の十二指腸病変は他部位のIIc病変とは異なり、軽度びだ集中を伴う隆起陥凹を呈していたため、十二指腸原発の低分化癌の壁内転移および微小胃低分化腺癌が独立して存在したとも考える。【結語】比較的早期の胃の低分化腺癌と多発する十二指腸低分化癌の併存する状態を経験した。切除範囲の決定のために小腸精査まで行ったが、結果として非常に進行が早く、切除不能癌となった可能性がある。病態を理解するうえで唆に富む症例と考えられたため、文献的考察を加味し報告する。

十二指腸癌, 低分化腺癌

東邦大学医療センター大森病院 消化器内科

氏田 互, 宅間健介, 並木萌子, 岩田俊太郎, 鈴木啓太, 副島啓太, 原 健三, 若林宗弘, 清水 良, 榎本有里, 渡辺浩二, 山田悠人, 原 精一, 岸本有為, 伊藤 謙, 岡野直樹, 五十嵐良典

症例は38歳女性。2019年5月に食後の心窩部痛と食思不振が出現した。経過観察も改善なく持続痛となり他院を受診し、精査目的で当院紹介受診となった。受診時に心窩部に圧痛あるも反跳痛は認めなかった。血液検査では軽度の炎症反応および腹部造影CT検査では十二指腸水平部から上行部にかけてび慢性の浮腫状壁肥厚を認め、水平部に内部含気を伴う腫瘤様病変を認めた。腸管安静にて経過観察のところ経時的に症状の軽快を認め、第5病日に上部内視鏡検査を施行した。胃内および十二指腸下行部にかけて明らかな異常所見なく、遠景での水平部は圧排所見を認めた。第8病日にSIF-H290S（オリンパス社製）にて十二指腸水平部を観察した。片側性の十二指腸壁肥厚および粘膜の強い発赤を認め、その中心部に残渣貯留を認めた。鉗子にて除去したところ内腔が確認され、造影にて管腔外側に突出した袋状構造が確認され憩室と診断した。発赤周囲の粘膜生検では腫瘍性病変は指摘されず、十二指腸憩室炎と診断した。保存的加療にて軽快し第14病日に退院した。3か月後の腹部CT検査では十二指腸浮腫状変化は軽快し、明らかな腫瘍性病変は指摘されなかった。今回十二指腸水平部に生じた憩室炎を経験した。稀な症例と考えられ、文献的考察を加え報告する。

十二指腸憩室, 憩室炎

止血処置後に十二指腸潰瘍を形成し穿孔に至ったループス腸炎の一例

永寿総合病院 消化器内科

松原佑太, 渡邊 俊, 楠原英生, 市川欧子, 一松 収, 青島裕子, 吉田英雄

【主訴】吐血

【現病歴】71歳女性。SLEと診断され、疾患活動性を認めるがPSLによる治療を希望されずヒドロキシクロキンを加療されていた。X年9月に吐血のため当院救急外来に搬送となり、精査加療目的で入院となった。

【臨床経過】入院後施行した上部消化管内視鏡検査では、胃食道静脈瘤を認めたが同部位からの出血を疑う所見は認めず、十二指腸球部に湧出性出血を伴うびらんを認め止血鉗子による焼灼にて止血を行った。残渣により観察不能であった部分の観察目的で第4病日に内視鏡検査を再検したところ、焼灼後の部位に深掘れの潰瘍を形成していた。ループス腸炎合併による潰瘍形成を疑い、PSL投与等を検討していたところ、同日夕に消化管穿孔を来した。mPSL500mgにてステロイドハーフパルス療法を施行したが奏功せず、専門施設での治療も検討したがこれ以上の治療を希望されず第17病日に永眠した。

【考察】ループス腸炎はSLEの0.2~9.7%に合併する比較的稀な合併症であり、血管炎による消化管の虚血により穿孔、出血を来した場合は致死率が高くなることが知られている。SLEが背景にある患者の内視鏡的止血処置に対して注意を促す貴重な症例と考え、文献的考察を踏まえて報告する。

ループス腸炎, 穿孔

自然経過で穿孔性腹膜炎を発症した胃Gastrointestinal stromal tumorの一例

茅ヶ崎市立病院 消化器内科

上地大樹, 村田依子, 藤野洋平, 葛生健人, 清田耕助, 辻川真太郎, 石川裕太郎, 内田苗利, 秦 康夫, 栗山 仁

【背景】消化管間質腫瘍(gastrointestinal stromal tumor: GIST)は消化管、腸間膜に発生する腫瘍で胃が原発のものが最も多い。上部消化管内視鏡検査やEUS-FNAなどにより診断されることが経験されるが、腫瘍径によっては自覚症状に乏しくしばしば巨大な腫瘍として発見される。今回我々は胃原発の巨大なGISTの剖検例を経験したので報告する。【症例】統合失調症で他院通院中の72歳男性。転倒後に脱力強く、体動困難であったため当院に救急搬送された。身体所見では発熱と上腹部全体に境界不明瞭な腫瘍性病変を触知した。造影CTで腹腔内に15×14×18cmの内部壊死を伴う巨大腫瘍と大網全体を含む腸間膜・壁側腹膜に多数の腫瘍性病変を認め、同日緊急入院となった。翌日施行された上部消化管内視鏡検査で胃穹隆部大弯側に腫瘍内部の壊死空間に続く深い潰瘍が観察され、腫瘍の穿通をきたしていた。潰瘍周堤から採取した生検組織の免疫染色はCD34、c-kit陽性でありGISTの診断に至ったが、手術による全摘出は不可能と判断した。ご本人ご家族の希望によりイマチニブによる治療は行わない方針となり、入院のまま対症療法を継続していたが、入院27日目に消化管穿孔を認め、穿孔性腹膜炎を発症。入院31日目に死亡した。死亡32時間後に病理解剖を行った。【考察】本症例は発熱を契機に体動困難となり救急搬送された。所見上は他に明らかな感染源を指摘できず、GISTの穿通による腫瘍内部空間と消化管の交通が感染経路と考えられた。GISTに対しては原則として外科治療が考慮されるが本症例のように切除不能の場合はイマチニブによる治療が推奨される。これまでの報告ではイマチニブ導入後の腫瘍出血や穿孔などが一部報告されているが、今回の症例では自然経過とともに腫瘍が自壊し穿孔性腹膜炎を発症して死亡し、病理解剖を施行した。【結語】我々が経験した胃GISTについて剖検所見とともに若干の文献的考察を加え報告する。

GIST, 病理解剖

直腸癌術後に発症し、反復する成人胃軸捻転症の1例

青梅市立総合病院 消化器内科

武藤智弘, 上妻千明, 上田祐希, 江川隆英, 渡辺研太郎, 金子由佳, 遠藤 南, 伊藤ゆみ, 浜野耕靖, 野口 修

症例は87歳男性。X-7か月に直腸癌に対するハルトマン術が施行され、術後肝転移を認めたため年齢からBSCの方針となっていた。X-2か月に術後イレウス症状にて入院となり画像所見より胃軸捻転症が疑われた。絶食・補液と胃管による減圧により軽快退院した。X日の夕食1時間後より腹痛が出現し、まもなく嘔吐をきたしたため救急受診され、胃軸捻転症再発の疑いにて入院となった。X日の昼食はしゃぶしゃぶ定食、夕食はご飯、納豆、唐揚げだった。既往歴に多関節炎、前立腺肥大、高血圧症、脂質異常症がある。入院時身体所見は意識清明、Vital Signに異常なく、腹部は平坦・軟でやや膨隆、軽度の圧痛を認め、正中に手術痕と右上腹部にStomaが造設されていた。腹部CTにて著名な胃拡張と胃短軸方向への捻転180度を認めた。粘膜造影不良域は見られなかった。胃管を挿入し650mlの黒褐色胃液を排液し、やや腹痛と膨隆は改善した。X+1日、待機的にPCF-PQ260Lを用いて経口内視鏡検査をおこない、拡張した胃内腔に貯留する大量の胃液を吸引しつつ、捻転軸に沿って愛護的にスコープを進めた。スコープの挿入につれて胃壁はゆっくり進展し、スコープを十二指腸水平部まで挿入したのち、トルク回転をかけて捻転解除した。胃内容物を十分に吸引して抜去したが、同日午後撮影したCTにて再び軸捻転と胃拡張所見がみられた。腹痛・嘔吐がみられなかったため、胃管留置のみにて経過観察したところX+5日には自然に整復された。胃軸捻転症は小児では比較的良好にみられるが、成人ではまれな疾患で約70%の症例が続発性と考えられ、基礎疾患に横隔膜弛緩症や食道裂孔ヘルニアへの嵌頓、胃・十二指腸の悪性腫瘍によるものが多く、結腸ガスや胃下垂が要因として考えられている。本例は直腸癌術後1年以内に発症して再発を繰り返しているため、術後合併症とも考えられるが、検索しえた範囲でこれまでに報告されたいずれの症例とも発症機序に共通性がなく稀な病態と考え報告する。

成人胃軸捻転症, 内視鏡整復

73 化学療法が奏功し conversion surgery により pathological CR が得られた HER2 陽性 Stage4 胃癌の一例

日本赤十字社医療センター 消化器内科¹⁾、同 胃食道外科²⁾、同 病理部³⁾
福田麟太郎¹⁾、山本信三¹⁾、加藤岳晴²⁾、越智三枝子³⁾、松浦 翔³⁾、岩田祐典¹⁾、塩見千尋¹⁾、丹下主一¹⁾、福田晃史郎¹⁾、大山博生¹⁾、鈴木裕史¹⁾、谷口博順¹⁾、伊藤由紀子¹⁾、吉田英雄¹⁾、熊坂利夫³⁾、永岡 栄¹⁾、中田 良¹⁾

症例は78歳女性。貧血を主訴に他院より紹介となる。精査目的の上部消化管内視鏡検査で胃角部大弯に2型腫瘍(adenocarcinoma (tub2/por) HER2 3+)を認め、腹部造影CTでは胃角大弯後壁に壁肥厚及び壁外浸潤を疑う大弯尾側への突出、門脈領域までおよぶ複数の周囲リンパ節腫大、最大径20mm大の転移を疑う多発肝腫瘍を認めた。以上より胃癌取扱い規約第15版に基づきcT4aN3M1 HEP Stage4と診断し、化学療法を行う方針となった。腎機能低下を考慮して、Capecitabine 1段階減量の上、1st lineとしてCapecitabine(1600mg/ m2、day1-14)+L-OHP(130mg/ m2、day1)を開始した。1コース施行後にHER2陽性を確認し2コース目より、Capecitabine(1600mg/ m2、day1-14)+L-OHP(130mg/ m2、day1)+trastuzumab(初回のみ8mg/ kg、2回目以降は6mg/ kg、day1)に移行した。4コース終了後、Grade3の血小板減少及びGrade4の好中球減少が出現したため、以後はCapecitabine 2段階減量、L-OHP 1段階減量とした。6コース終了時点で胃壁の明らかな肥厚像、肝転移は消失し、胃幽門下、腹腔動脈右側の軽度リンパ節腫大が残存するのみとなりPRと判断した。6コース終了後に精神疾患(後に双極性スクラム障害の診断)が悪化したため同じレジメンの継続は困難であるが、内服継続のみは可能と判断し、2nd lineとしてS-1単剤(80mg/ day、day1-28 1コース6週間)を開始し、6コース終了後のCT検査で肝転移を含めた画像上の腫瘍消失、上部消化管内視鏡検査で原発巣の内服の消失を認めた。その時点で十分なインフォームドコンセントを行い、同意を得た上で、conversion surgeryとして幽門側胃切除+リンパ節郭清(D2)を施行した。術後病理では、胃角大弯の潰瘍瘢痕及び胃固有筋層下に繊維化を認めるのみで、明らかな腫瘍細胞を認めなかった。組織学的効果はGrade3の評価となり、pathological CRと判断した。Stage4胃癌に対して化学療法のみでのpathological CRが得られた症例は希少であり、当日は文献的考察を加えて報告する。

pathological CR, stage4

74 多発腺窩上皮型胃癌の一例

横浜市立大学附属病院 消化器内科 肝胆膵消化器病学¹⁾、同 病理診断科・病理部²⁾
高橋宏太¹⁾、海老澤佑¹⁾、高津智弘¹⁾、三澤 昇¹⁾、吉原 努¹⁾、芦嶋圭一¹⁾、冬木晶子¹⁾、松浦哲也¹⁾、大久保秀則¹⁾、日暮琢磨¹⁾、中島 淳¹⁾、松村雅依²⁾

【症例】40歳代男性。健診の上部消化管造影検査で隆起性病変が疑われ、近医で上部消化管内視鏡検査が施行された。胃体中部前壁側に5mm大の山田分類3型(以下Y-3)、大弯側に10mm大Y-3、大弯側後壁に10mm大Y-3の隆起性病変を認めた。そのうち大弯側隆起性病変から生検施行したところ、組織診断分類でAdenocarcinoma(tub1)の診断となり、精査加療目的に当院紹介受診した。当院で施行した拡大内視鏡では、表面構造は分葉状で発赤調が強くラズベリー様であり、一部White Zoneの開大と屈曲蛇行する血管増生を認めた。3病変から生検施行したところ、いずれもGroup2であったが、内視鏡所見と前医での生検結果から癌の可能性を否定できず、診断的治療として内視鏡的粘膜切除術を施行した。3病変はいずれも胃型腺癌(tub1、pT1a(M)、UL(-)、Ly0、V0、pHM0、pVM0)であり、内視鏡的根治度Aの診断であった。また免疫染色では、表層の腫瘍細胞に広範囲でMUC-5ACが陽性であり、深部でMUC-6、Pepsinogen-1が陽性であった。【考察】近年Helicobacter pylori(以下、HP)感染率の低下とともに、HP未感染胃癌が報告されるようになってきた。ラズベリー型の腺窩上皮型胃癌の報告も散見されるが、本症例のように3病変同時多発胃癌の報告は稀であり、若干の文献的考察を含めて報告する。

腺窩上皮型胃癌、粘膜萎縮

75 胃底腺ポリプ様病変に発生した低異型度分化型胃癌の一例

横浜栄済病院 消化器内科
稲垣淳太、清水智樹、佐藤元一、杉本祐一、目黒公輝、高井佑輔、鹿野島健二、渡邊誠太郎

【緒言】散発性の胃底腺ポリプ(Fundic gland polyp: FGP)はHelicobacter pylori(HP)未感染の胃に多く見られ癌化はほとんど無いとされていたが、近年癌化例が少数ながら報告されている。今回プロトンポンプ阻害薬(Proton pump inhibitor: PPI)使用歴やHP感染が無いに関わらずPPI関連ポリプに類似した特徴を持つポリプを認め、かつその表層に腺癌成分を認めた症例を経験した。

【症例】77歳女性。スクリーニング目的の上部消化管内視鏡検査で、胃内に多発するFGPを認めた。胃体上部前壁に他のポリプより大きな15mm大の山田III型ポリプを認め、黒色点と表面の凹凸を伴い、馬鈴薯様の外観を呈した。生検結果はGroup 2で腫瘍性病変を否定できなかった。摘除生検目的に内視鏡的粘膜下層剥離術で切除し、Adenocarcinoma arising from fundic gland polyp-like lesion(tub1、pT1a)の病理診断となった。なお背景胃粘膜は萎縮を認めず迅速ウレアーゼ試験陰性であった。

【考察】家族性腺腫性ポリポーシスに合併するFGPは癌を合併する頻度が高いとされているが、散発性FGPの癌化は稀とされている。PPI長期投与がFGPの増大や癌化に寄与する可能性が疑われており、胃粘膜の黒点出現にも関連性が示されている。FGPの癌化を疑う内視鏡所見として、発赤の強いもの、大型のもの、表面に凹凸不整を伴うものなどが報告されている。本症例は大型で凹凸があることから癌化を疑い治療し得たが、PPIの使用歴が無いに関わらず背景のポリプに黒点や間質浮腫などのPPI関連ポリプ類似の組織像を認めた。癌化の病態を考えるうえで貴重な症例と思われる。

胃底腺ポリプ、癌化

76 蛋白漏出性胃腸症を合併した好酸球性胃腸炎の一例

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

【症例】48歳、男性【主訴】腹部膨満感【現病歴】2週間前から悪心、嘔吐、食欲不振が出現し、4日前から悪心、嘔吐は改善したが、腹部膨満感および下腿浮腫が出現したため当院受診した。血液検査でTP 3.2g/dl、Alb 1.7g/dlと低蛋白、低アルブミン血症、末梢血好酸球分画が16.1%(絶対数 2431/mm³)と好酸球増多を認め、造影CTで胸腹水貯留および胃壁の浮腫性肥厚を認めたため、精査加療目的に入院となった。上部消化管内視鏡検査では、巨大皺襞および胃穹隆部から胃体部にかけての広範な地図状発赤、粘稠度の高い粘液の付着を認めた。胃粘膜生検では、胃体下部小弯、前庭部を中心に高度の好酸球浸潤を認めた。胃以外の食道、十二指腸、小腸、大腸には内視鏡的異常所見はなく、生検でも好酸球浸潤を認めなかった。蛋白漏出シンチグラフィでは上腹部に異常集積が出現しており、胃からの蛋白漏出の所見と考えられた。以上から、蛋白漏出性胃腸症を伴う好酸球性胃腸炎と診断し、PSL40mgで治療開始したところ、自覚症状およびアルブミン値、好酸球数などの検査値異常は速やかに改善した。その後外来でPSLを漸減して投与継続しており、再発なく経過している。【考察】医学中央雑誌にて「好酸球性胃腸炎」and「蛋白漏出」を検索式として検索し、論文閲覧可能だったのは自験例を含めて20例であった。年齢は0歳8ヶ月から58歳まで広く分布し、10歳未満が11例、10歳代3例と小児例での報告が半数以上を占めていた。小児では食物アレルギーが好酸球性胃腸炎発症に関与しているものが多いと推測されるが、小児例と成人例を比較して、血清アルブミン値や末梢血好酸球数に有意差を認めなかった。幼児例を除き、病理検査をしているものでは、ほぼ全症例で上部消化管に好酸球浸潤を伴う病変を認めていた。本症例では、広範な胃粘膜障害を認めており、そこから消化管内への蛋白漏出をきたしていた機序が考えられたが、同様な内視鏡像は既報中には認められなかった。好酸球性胃腸炎は症例数が少なく、発症機序などに不明な点が多いが、特徴的な内視鏡像を含めて興味深いと考え報告する。

好酸球性胃腸炎、蛋白漏出性胃腸症

日本医科大学付属病院 消化器・肝臓内科
早瀬健人, 河越哲郎, 池田 剛, 大城 雄, 金子恵子,
岩切勝彦

症例は90歳、認知症の女性。朝6時に補聴器のボタン電池2個と薬と一緒に机の上に置いていたが、気が付くと薬もボタン電池もなくなっていたため誤飲を疑われ家族に連れられて外来受診した。朝9時の腹部単純CT検査でボタン電池2個を十二指腸水平脚内に認めた。上部消化管内視鏡での回収は困難と考えられ、小腸内視鏡も緊急で行える体制でなかったため、腸管洗浄剤の服用で排出を促し、電池の回収を試みる方針で入院とした。入院後、腸管洗浄剤(ニフレック)を2L/2時間で服用したが自然排出が得られなかったために第2病日昼12時にCT検査施行したところボタン電池を小腸内と回盲部にそれぞれ1個ずつ認めた。その後、ニフレック 1L/2時間をさらに追加で服用させたが排出確認できず18時に再度CT施行したところボタン電池は2個ともに回盲部に認めた。ボタン電池の1つが長時間回盲部に滞留していることから粘膜傷害を生じている可能性を危惧し、同日緊急で大腸内視鏡検査を施行した。内視鏡所見では回盲部にボタン電池2個を確認し回収することが出来た。1か所のボタン電池滞留部粘膜には潰瘍形成を認めていた。その後、異常を認めずに第4病日退院となった。結論 小腸内ボタン電池の回収において経口腸管洗浄剤と大腸内視鏡の併用は有用な方法の1つかもしれない。今後の検討が期待される。

ボタン電池、大腸内視鏡

日本大学医学部附属板橋病院 消化器肝臓内科¹⁾,
日本大学病院 消化器内科²⁾,
日本大学医学部附属板橋病院 泌尿器科³⁾
中山昌子¹⁾, 若本真帆¹⁾, 酒井康行¹⁾, 山川 俊¹⁾, 春田明子¹⁾,
今津博雄¹⁾, 中島典子¹⁾, 後藤田卓志²⁾, 森山光彦²⁾, 山口健哉³⁾,
高橋 悟³⁾

【症例】77歳、男性【既往歴】高血圧、高尿酸血症、慢性腎臓病、右腎摘術後【経過】UCは、59歳時に軽症で発症し直腸炎型として治療され、ここ数年はメサラジン少量の内服のみで寛解維持されていた。60歳で右腎摘のため部分切除術、65歳で局所再発のため右腎全摘術が施行された。70歳で肺転移が出現し、その後、胃・骨にも転移を認めた。放射線治療は効果が得られず、インターフェロン α やアキシチニブは副作用で継続困難となった。76歳時、十分なインフォームドコンセントを行った上でニボルマブの投与が開始された。ニボルマブ投与3ヶ月後からCTCAE Grade2の下痢が出現し、一時休業で軽快したものの、再投与3ヶ月後からGrade3相当の下痢と血便が認められたため、ニボルマブを休業し、当科へ入院となった。CTでは、直腸～下行結腸、肝弯曲部に毛羽立ちを伴う腸管壁の肥厚が認められた。内視鏡所見では、直腸から連続して血管透見像の消失、一部浅い潰瘍と膿性粘液の付着したびらん、細顆粒状粘膜を認め、病理組織所見も含めUCの再燃増悪に矛盾しない所見であった。入院後はメサラジンを4000mg/日に増量し、速やかに下痢は改善し15日目に退院となった。退院後はメサラジン高用量を維持しているが腎機能の低下は認めず、症状の寛解が得られた。2か月に再検したTCSでも結腸粘膜は瘢痕化しており、MESOで維持されていた。【考察】潰瘍性大腸炎の患者数は高齢患者も含め著しく増加しており、今後、腸管以外の担癌患者数も増加することが予想される。免疫チェックポイント阻害剤は、様々な癌種で、長期効果の得られる有用な薬剤であるが、副作用の大腸炎がUC様所見を呈する事も特徴である。適切な治療指針が提示できるように、今後の症例の蓄積が必要である。

潰瘍性大腸炎、ニボルマブ

草加市立病院 消化器内科¹⁾,
東京医科歯科大学医学部附属病院 消化器内科²⁾
河上和輝¹⁾, 小橋健一郎¹⁾, 笠野由佳¹⁾, 磯崎 岳¹⁾, 戸田晶子¹⁾,
今城眞臣¹⁾, 鎌田和明¹⁾, 矢内常人¹⁾, 藤井俊光²⁾

【症例】58歳、男性【現病歴】1ヶ月以上持続する下痢を主訴に20XX年6月に前医を受診した。7月に下部消化管内視鏡検査を施行し、全大腸炎型の潰瘍性大腸炎と診断された。メサラジン 4.0g/日内服を開始し下痢は改善したが、8月より下痢、発熱の再燃を認めた。HbA1c 10.9%, 血糖値 505mg/dlと高血糖を認め、当院内分泌科へ入院加療となった。血糖値の補正後も発熱、下痢、炎症反応の高値が持続したため、第5病日に当科コンサルトとなった。【経過】腹部CTで全大腸の壁肥厚、少量腹水を認めた。S状結腸までの観察で多発潰瘍、易出血性を認め、厚生労働省研究班の分類で中等度の再燃と判断し、プレドニゾロン(PSL) 40mg/日を点滴投与した。症状は改善したが寛解には至らず、第26病日に全大腸内視鏡検査を行うと、横行結腸を中心に深い潰瘍が残存していた。難治性と判断し、PSL 60mg/日点滴で再導入した。またアザチオプリン(AZA)の併用が適切と考え、NUDT15 R139C 野生型を確認の上、AZA 50mg/日で開始した。症状は寛解し、第40病日よりPSL 40mg/日内服へ減量後に退院した。しかしAZAの開始から30日後にWBC 1000/ μ lの高度な白血球減少を生じ、第2回目入院となった。フィルグラスチム 75 μ g/日を連日投与したところ、白血球数は速やかに改善し退院した。【考察】NUDT15遺伝子多型は、チオプリン製剤による重度の有害事象を予測するための有用な遺伝薬理学的マーカーであり、平成31年2月よりその検査が保険承認となった。NUDT15 R139C 野生型では高度の白血球減少を発症するリスクは低いとされるが、本症例ではAZA導入後に早期に高度の白血球減少を発症した。示唆に富む症例であると考え、若干の文献的考察を交えて報告する。

NUDT15遺伝子多型、潰瘍性大腸炎

東京慈恵会医科大学附属第三病院 消化器肝臓内科
藤崎彩子, 水野雄介, 佐藤優子, 石井彩子, 石本詩子, 庄司 亮,
廣瀬雄紀, 三浦由紀子, 萩原雅子, 横田健晴, 板垣宗徳, 木下晃吉,
小池和彦

症例は53歳男性。20XX年6月に血便を主訴に当院を受診し、下部消化管内視鏡検査(以下CS)にて、直腸炎型潰瘍性大腸炎(以下UC)と診断し、DDS(Drug Delivery System)経口メサラジン2400mgとブテソニド注射剤の投与を開始した。投与開始12日目より発熱、腹痛、1日10行の水様便と血便が出現し、緊急入院となった。便培養は陰性であり、感染性腸炎は否定的だった。入院後CSにて全大腸に連続するMatts3程度の炎症を認め、UC増悪を疑った。ステロイド点滴静注も検討されたが、HBs抗原が陽性であることから、ステロイドを使用せず、DDS経口メサラジンを4800mgへ増量し、顆粒球除去療法を追加した。しかし、症状は増悪傾向にあり、DDS経口メサラジン投与短期間での症状増悪の経過から、同薬剤不耐の可能性も疑われたため、同薬剤を中止したところ、症状はすみやかに消失した。中止から12日後のCSでも、遠位大腸に軽度の炎症を認めるのみまで改善した。なお、同薬剤の薬剤リンパ球刺激試験(以下DLST)は陽性であった。今後の維持療法としてメサラジン製剤の使用は困難と思われたが、メサラジン徐放性製剤に対してはDLSTが陰性であったことから、炎症が残存する遠位大腸に対してはメサラジン徐放性製剤の注射投与を開始した。投与開始3か月経過するが、不耐症状なく、経過良好である。本症例では被疑薬のDDS経口メサラジンがDLST陽性で、メサラジン徐放性製剤が陰性であった。また、メサラジン徐放性製剤の注射投与後も不耐症状を認めないことから、DDS経口メサラジンのフィルムコーティングに対して不耐症状が出現した可能性を疑った。UCにおいては数種類のメサラジン製剤が使用可能であり、本症例のように不耐を呈した症例でも、メサラジンスイッチにより使用継続可能であった症例も散見される。メサラジン不耐症を早期に診断し、DLSTの結果に基づくメサラジンスイッチにより、継続投与が可能であった症例を経験したため、若干の文献的考察を加えて発表する。

潰瘍性大腸炎、メサラジン

閉塞性黄疸の原因として胆道系悪性腫瘍による狭窄と鑑別に難渋し急速な転機を辿った進行大腸癌腹膜播種の一例

杏林大学 医学部 消化器内科学¹⁾, 同 病理学教室²⁾,
がん研究会 がん研究所 病理部³⁾
加藤敦士¹⁾, 八谷隆仁¹⁾, 宮本尚彦¹⁾, 羽田 裕¹⁾, 楠原光謹¹⁾,
権藤典一¹⁾, 神保陽子¹⁾, 大野亜希子¹⁾, 土岐真朗¹⁾, 久松理一¹⁾,
柴原純二²⁾, 千葉知宏³⁾

【症例】70歳代女性【現病歴】腹部膨満を主訴に近医で施行されたCT画像検査で癌性腹膜炎が疑われ、当院を紹介受診した。CT画像上明らかな原発巣は指摘できず、前医で1年以内に施行された上下部内視鏡検査で異常所見を認めていなかったため、当初婦人科疾患を疑い精査を進めるも原発巣は不明であった。当院で再度大腸消化管内視鏡検査を施行した所、上行結腸に粘膜下腫瘍様のなだらかな立ち上がりをもち、中心に潰瘍を伴う腫瘍性病変を認め、生検では高・中分化型腺癌の診断であった。内視鏡検査7日後より肝胆道系酵素の上昇とともに3管合流部の狭窄および両側肝内胆管の拡張を認め、閉塞性黄疸を発症した。当初よりCTにて腹膜播種を示唆する結節と腹水貯留を認めていたため、癌性腹膜炎および胆管狭窄が疑われたが、大腸癌はその内視鏡所見と経過から原発巣と断定できず、胆道癌の併存も考慮されたため、内視鏡的逆行性胆道造影を施行する事とした。肝門部の高度胆管狭窄に対してドレナージを行うとともに病理学的診断を試みたが、悪性所見は認められなかった。一時的に肝胆道系酵素の改善を認めていたが、再度黄疸の増悪を認め、敗血症性ショック、DICを合併した。ご家族へ十分なリスクをご説明の上、緊急内視鏡的逆行性胆道造影としたが、術中心停止となり、一時蘇生に成功したがその後再度心停止となり死亡確認とした。【病理解剖所見】上行結腸から盲腸に2型腫瘍を認め、鋸歯状配列、淡好酸性、粘液産生を伴った鋸歯状腺癌の特徴を一部に伴う腺癌であり、また胆管狭窄は上腹部への播種により生じていた。【結果】経過中に合併した閉塞性黄疸の原因として、腹膜播種の原発巣が大腸癌または胆道癌のいずれによるものか診断に難渋する間に急速な経過で病勢が悪化し、結果として病理解剖により大腸癌原発、腹膜播種による胆管狭窄の診断に至った一例を経験した。

進行大腸癌、腹膜播種

上腸間膜静脈血栓塞栓症を合併した上行結腸憩室炎の1例

町田市民病院 消化器内科
田村繁樹, 谷田恵美子, 春日範樹, 鈴木英祐, 矢吹里香子,
鹿野智裕, 蜂谷真実, 益井芳文, 和泉元喜

上腸間膜静脈 (SMV) 血栓症の1例を経験したため、報告する。【症例】78歳、男性【主訴】発熱・悪寒【現病歴】1週間前から微熱が継続していたが、経過観察していた。就寝中に悪寒を自覚。39度の発熱を認め、当院に救急搬送された。【既往歴】高血圧、虫垂炎術後【臨床経過】来院時、体温は39度、炎症反応高値であり、腹痛の自覚はなかったが、右下腹部の圧痛を認めた。単純CTで上行結腸に多発する憩室と周囲脂肪組織濃度の上昇を認め、上行結腸憩室炎と診断し、PIPC/TAZでの加療を開始した。第3病日に炎症反応が上昇し、造影CTを撮影したところ、上行結腸周囲の脂肪組織濃度の上昇の改善を認めず、SMVに血栓を認めた。同日よりヘパリンによる抗凝固療法を開始したところ、第6病日には右下腹部の圧痛と炎症反応は著明に改善した。第7病日に上下部消化管内視鏡検査を施行し、多発する結腸ポリープを認めたが、明らかな憩室炎の所見を認めなかった。第10病日の造影CTでは、血栓は縮小していた。各種凝固線溶検査・自己抗体は陰性であったため、エドキサパン30mgに切り替えた。血液培養からはBacteroides fragilisが検出されたため、PIPC/TAZでの経静脈的抗菌加療を14日間施行し、第16病日に退院とした。第36病日に外来で血栓の消失を確認し、エドキサパンの投薬を終了した。【考察】上腸間膜静脈血栓症は比較的良好な疾患である。特発性及び2次性に分類され、2次性の原因としては、肝硬変、門脈圧亢進症、腹部術後、腹腔内感染、外傷後、炎症性腸疾患、凝固機能亢進状態、真正多血症、止血機能異常症などがあげられる。本症例では、凝固線溶検査・自己抗体検査は陰性であった。右下腹部の圧痛と周囲脂肪組織濃度の上昇を認めること、CTで血管の走行に沿った炎症所見を認め、SMVで血栓を認めた部位まで連続していることから、2次性のSMV血栓症と考えた。文献的考察も含めて報告する。【結語】上行結腸憩室炎に合併した2次性上腸間膜静脈血栓症の1例を経験した。

上腸間膜静脈血栓症、上行結腸憩室炎

Helicobacter pylori除菌療法により著名に縮小した直腸MALTリンパ腫の一例

東海大学医学部付属病院 内科系消化器内科
白滝理博, 寺邑英里香, 張つばみ, 三島佑介, 森 貴裕, 杉山 悟,
佐野正弥, 吉原四方, 藤澤美亜, 水上 創, 中原史雄, 小池 潤,
松嶋成志

【症例】68歳 男性【主訴】なし【既往歴】特記事項なし【家族歴】特記事項なし【現病歴】生来健康、健康診断で初めて便潜血陽性を指摘され当院を紹介受診となった。下部消化管内視鏡検査を施行したところ、直腸下部(Rb)に表面平滑でなだらかな隆起性病変を指摘された。超音波内視鏡では第2層に主座を持つ低エコー腫瘍を認めた。病理検査では免疫組織化学でCD20陽性B細胞の増殖を認め、mucosa-associated lymphoid tissue (MALT) リンパ腫と診断された。上部消化管内視鏡検査では萎縮性胃炎の所見のみで、MALTリンパ腫は認めなかった。生検でH.pylori菌を認め、血中Helicobacter pylori IgG抗体も陽性であった。H.pylori陽性大腸MALTリンパ腫に除菌治療が有効との報告例があり、ポロプラザン、アモキシシリン、クラリスロマイシンにてH.pylori除菌治療を施行した。尿素呼吸試験にて除菌成功を確認し、除菌4か月後に下部消化管内視鏡を施行したところ、隆起性病変は消失し同部に白色粘膜を呈するのみであったが、同部の生検ではB細胞優位のリンパ球浸潤を認め、リンパ腫の残存の可能性ありと考えられた。【考察】MALTリンパ腫の50%は消化管に発症し、その内の85%は胃に発症するとされている。胃以外のMALTリンパ腫は大腸、肺、甲状腺、乳腺、眼科領域など多岐にわたり、胃MALTリンパ腫の第一治療は除菌治療であるが、胃以外MALTリンパ腫の治療に関しては一定の治療法は確立していない。H.pylori菌除菌治療により大腸MALTリンパ腫が消失した症例は過去の文献でも散見され、本症例でも明らかな縮小を認めている。リンパ腫消失の原因としてはH.pylori菌の大腸MALTリンパ腫への関与、H.pylori以外の細菌や微生物の関与、治療に限らず自然消失する説などが想定されている。大腸MALTリンパ腫に対するH.pylori除菌治療は作用機序や有効性は確立されていないものの、除菌による退縮症例の報告もあることから試みてもよい選択肢と考えられる。文献的考察を踏まえて報告する。

直腸MALTリンパ腫、Helicobacter pylori

経直腸的に超音波内視鏡下穿刺吸引術 (EUS-FNA) にて診断した骨盤内GISTの1例

獨協医科大学 医学部 内科学 (消化器) 講座
吉永智則, 山宮 知, 稲葉康記, 高木優花, 小島原駿介, 田中孝尚,
永島一憲, 水口貴仁, 井澤直哉, 岩崎茉莉, 陣内秀仁, 山部茜子,
星 恒輝, 菅谷武史, 田中幸平, 富永圭一, 飯島 誠, 郷田憲一,
入澤篤志

【はじめに】骨盤腔内に発生するGISTの報告は少なく、発生臓器としては大腸・小腸のほか腸間膜等も報告されているが、由来臓器が明らかでない場合もある。【症例】40歳代、男性。【主訴】貧血【現病歴】20XX-3年から健康診断にて貧血を指摘されていた。20XX年Y月に腹部違和感があり前医で受診した。血液検査にてHb7.7g/dLと貧血を認められたため、精査加療目的に当院を紹介され受診。精査にて骨盤内腫瘍と診断され入院となった。【既往歴】特記事項なし【身体所見】血圧128/71mmHg、心拍数83回/分、体温37.3℃、呼吸数16回/分。腹部：平坦・軟・圧痛なし。頭血便なし【血液検査所見】WBC 7200/μL、Hb 8.0 g/dL、Ht 27.0%、Plt 21.2×10⁴/μL、BUN 14 mg/dL、Cr 0.74 mg/dL、AST 44 IU/L、ALT 147 IU/L、γ-GTP 286 IU/L、CRP 23.16 mg/dL、CEA 1.5 ng/mL、CA19-9 5 U/mL【画像所見】腹部骨盤部造影CT：骨盤内に約10cmの境界不明瞭、不均一に造影される腫瘍性病変を認める。骨盤部MRI：骨盤内に約10cmのT1強調画像では低信号、T2強調画像では軽度高信号、拡散強調画像では高信号を呈する分葉状の充実性腫瘍を認める。上部消化管内視鏡検査：明らかな異常を認めない。経肛門的小腸内視鏡検査：回腸末端から350cm挿入。観察範囲内に明らかな異常を認めない。【入院後経過】超音波内視鏡 (EUS) にて約10cm大のモザイクエコーを呈する骨盤内腫瘍に対し、22G フランシオン形状穿刺針にて経肛門的に超音波内視鏡下穿刺吸引術 (EUS-FNA) を施行した。病理免疫学的診断ではc-kit陽性でありGastrointestinal stromal tumor (GIST) の診断となった。検査時に明らかな偶発症は認めなかった。現在は手術に先行してイマニチブによる化学療法を施行している。【結語】本症例は各種画像検査から大腸との連続性は明瞭ではなかった。EUS-FNAによる各種損傷による播種の危険性もあったが、病理学的確定診断の必要性が危険性を上回ると判断して施行した。骨盤内GISTに対する経直腸的EUS-FNAは病理学的免疫学的診断をすることができる有用な手段の一つであると考えられる。

GIST、EUS-FNA

藤沢湘南台病院 消化器内科¹⁾、同 健康管理部²⁾
山本敦史³⁾、土谷一泉⁴⁾、大熊幹二⁵⁾、松田玲圭⁶⁾、高橋大介²⁾

【症例1】19歳、男性。【現病歴】3日前より右下腹痛、頻回の嘔吐と下痢、2日前より発熱と血便があり改善を認めないため受診した。腹部造影CT検査で腸重積症と診断され入院となった。【現症】体温 36.6℃、腹部は平坦・やや硬、右季肋部から右下腹部にかけて圧痛を認めた。【検査所見】WBC 8100 / μ L、CRP 0.58 mg/dlと軽度の炎症反応上昇を認めた。腹部造影CT検査で回盲部腸管の横行結腸への陥入を認め、腸管の造影不良域はなかった。【経過】画像所見より腸重積症と診断し、明らかな腸管壊死の所見はなく、緊急下部消化管内視鏡による整復を行う方針とした。下部消化管内視鏡では横行結腸内に発赤調の回盲部腸管の陥入を認め、送気・注水で整復に成功した。先進部には腫瘍性病変は認めなかった。整復後、速やかに症状の改善を認め入院5日目に退院した。

【症例2】25歳、男性。【現病歴】2日前より下痢、1日前より腹痛と血便があり改善を認めないため受診した。腹部造影CT検査で腸重積症と診断され入院となった。【現症】体温 36.9℃、腹部は平坦・軟、心窩部から右下腹部にかけて圧痛を認めた。【検査所見】WBC 7100 / μ L、CRP 0.51 mg/dlと軽度の炎症反応上昇を認めた。腹部造影CT検査で回盲部・上行結腸の横行結腸への陥入を認め、腸管の造影不良域はなかった。【経過】画像所見より腸重積症と診断し、本例も明らかな腸管壊死の所見はなく、緊急下部消化管内視鏡による整復を行う方針とした。下部消化管内視鏡では横行結腸内に発赤調の回盲部腸管の陥入を認め、送気・注水で整復に成功した。先進部には腫瘍性病変は認めなかった。整復後、速やかに症状の改善を認め入院6日目に退院した。

【考察】成人腸重積で内視鏡的整復を行った報告は比較的少ない。腸管壊死を積極的に疑う所見がなければ、診断的治療として内視鏡的整復を行い、侵襲を最小限にすることは有用である。

腸重積症、内視鏡的整復

埼玉医科大学総合医療センター 消化器内科
鈴木美緒、岡 政志、田中孝幸、田川 慧、加藤秀輔、堀裕太郎、山鹿 渚、周東成美、内田党央、石橋 朗、須田健太郎、寺井悠二、大塚武史、可児和仁、高林英己、松原三郎、加藤真吾、道田知樹、屋嘉比康治、名越澄子

【症例】48歳男性。【主訴】発熱、全身倦怠感。【既往歴】健診で脂肪肝、糖尿病を指摘されていたが加療されていなかった。【現病歴】201X年1月に日本で鹿肉、2月23日より韓国でユッケや貝の刺身、2月27日～3月9日までアメリカで一部生の豚肉のステーキを食べた。201X年3月23日に38℃の発熱を認め、A医院で解熱薬を処方されたが、症状改善なく、全身倦怠感が強く食事も摂取できなくなった。3月29日に再度A医院を受診し、肝機能異常を認めたためB病院を受診した。AST 5,666 IU/L、ALT 7,734 IU/L、LDH 4,608 IU/L、 γ -GTP 452 IU/L、T-Bil 5.4 mg/dL、CRP 6.05 mg/dL、PT 47.9%、NH₄ 104 μ g/dL。肝機能異常の精査・加療目的に3月30日に当科転院搬送となった。【入院後経過】AST 5,040 IU/L、ALT 7,373 IU/L、 γ -GTP 425 IU/L、T-Bil 6.0 mg/dL、PT 44%、WBC 7,200 / μ L、Hb 16.4 g/dL、Plt 21.7 $\times 10^3$ / μ L。第1病日～第3病日にステロイドミニパルス療法を施行した。入院後は速やかに肝胆系酵素、炎症反応および自觉症状も改善した。(T-Bil、PTの経過も)HBs抗原/抗体(―/―)、HBe抗体(―)、HCV抗体(―)、IgM-HA抗体(+)、IgA-HEV抗体(+)、抗核抗体(―)、抗ミトコンドリアM2抗体(―)であり、A型およびE型肝炎ウイルスの重複感染による急性肝炎と診断された。全身状態良好であったため第11病日に退院となった。【考察】本症例ではHEV-RNAは測定していないが、HAVとHEVの感染源となりうる食材を短期間に複数回摂取しており、HAVとHEVの重複感染による重篤な急性肝炎と診断された。海外におけるHAVとHEVの流行地では重複感染の報告も散見されるが、重複感染が相乗作用により重篤な肝炎を起こすか否かは明らかではない。A型急性肝炎と診断されても、海外の流行地での感染が疑われた場合はHEVについても検査する必要があると考えられた。【結語】HAVとHEVの重複感染により重篤な急性肝炎を起こした症例を経験した。

E型肝炎、A型肝炎

沼津市立病院 消化器内科
石野貴雅、篠崎正美、鈴木宏将、井上将法、宮城島大輔、久保田教生、中川彰彦、菊池保治

【症例】69歳女性。【現病歴】X-21年に肝機能障害について前医で精査され、AIHの診断となった。プレドニゾロン(PSL)とアザチオプリン(AZA)でコントロールされていたが、X-18年に増悪しPSLを増量して軽快した。X-14年・X-11年・X-10年に急性増悪で当科に入院し、ステロイドパルス療法を施行し改善した。以降当科外来でPSLとAZAを併用し、X-7年以降安定して経過していた。X年2月に毎年定期的に施行している腹部超音波検査で肝S2に内部不均一な30mm大の低エコー領域を認めた。造影CT検査で腫瘍内部は早期相より不均一な造影効果を持つと共に、門脈・平衡相でも持続濃染を示していた。また、EOB-MRI検査では腫瘍は動脈相で強く濃染される一方、門脈・後期・肝細胞相では正常肝実質より低信号を呈していた。【臨床経過】非典型的な肝悪性腫瘍と考えX年4月に当院外科で腹腔鏡下肝外側区域切除・胆嚢摘出術を施行した。病理組織上は肝細胞より移行する異型細胞が辺縁で巣状、内部で小型腺管形成を伴い増殖しており、粘液産生を認めない細胆管細胞癌の診断であった。免疫染色上も腫瘍細胞に一致してCK7(+), CK20(―), CD56(+)であり、小腺管状配列を呈する腫瘍細胞の管腔側に強いEMA陽性反応を認めており、細胆管細胞癌に特徴的な所見を確認した。背景肝はF1相当の線維化を認めたが、炎症浸潤は軽度であった。【考察】細胆管細胞癌は、その多くがB・C型肝炎を始めた慢性肝障害を背景に出現する稀な腫瘍だが、PubMedでの検索上AIHに合併した例の報告はない。WHO分類第5版では、本症例の様に肝細胞癌の併存がない場合、肝内胆管癌の一種と分類されている。近年細胆管細胞癌は小葉間胆管由来の可能性が有力とされている。切除例の生命予後は良好であり、慢性肝障害に合併した非典型的な結節影を認めた際に本疾患を念頭に鑑別を進めていくことが重要である。【結語】AIHに合併した細胆管細胞癌という貴重な1例を経験した。

細胆管細胞癌、自己免疫性肝炎

平塚市民病院 消化器内科
鈴木 洗、谷口礼央、永井康貴、千田彰彦、川村允力、田村哲哉、友成悠那、後藤駿吾、岩崎暁人、武内悠里子、斯波忠彦、厚川和裕

【緒言】血管筋脂肪腫は腎臓に好発し、肝臓では比較的稀であると考えられている。肝血管筋脂肪腫は血管、平滑筋、脂肪組織から構成される良性腫瘍として知られている。しかし、それぞれの成分の比率が症例ごとに異なり、様々な画像所見を呈するため、肝細胞癌との鑑別も困難であり、しばしば診断に難渋する。【症例】症例は49歳女性。X-6年に実施した職場の健診で肝障害を指摘され、精査目的に当院紹介受診。自己免疫性肝炎以外の肝障害が否定され、採血検査で抗核抗体陽性、IgG高値を認め、肝生検でinterface hepatitisを認めたことから自己免疫性肝炎の診断となった。精査のための画像検査でS6に20mm大の肝腫瘍を認めた。腹部超音波検査・dynamic CT・MRI検査・腫瘍生検も施行したが、診断には至らなかった。画像所見から悪性所見は乏しいと判断し、腫瘍に関しては3ヶ月ごとの定期的な画像検査でフォローする方針となった。X-3年の画像検査では腫瘍の大きさが約21mmと緩やかに増大傾向であったが、経過観察の方針となった。その後も緩やかに増大傾向を認め、X年の画像検査で25mm大となった。悪性所見は乏しかったが、増大傾向ということもあり、外科で手術の方針となった。手術の結果、肝血管筋脂肪腫の診断となった。【考察】肝血管筋脂肪腫は基本的には良性腫瘍であると考えられているが、近年では肝血管筋脂肪腫が悪性化するという報告も散見されている。そのため、たとえ確定診断されたとしても慎重な経過観察が必要であると考えられており、肝血管筋脂肪腫の診断や治療については今後も更なる検討が必要である。今回は肝血管筋脂肪腫の特徴などを文献的考察も含めて報告する。

肝血管筋脂肪腫、肝腫瘍

核酸アナログ製剤投与によるB型慢性肝炎治療中に肝発癌した一例と肝発癌を認めていない一例～発癌症例と発癌因子の検討～

武蔵野赤十字病院 消化器科

桐野 桜, 玉城信治, 黒崎雅之, 金子 俊, 稲田賢人, 山下洗司, 関口修平, 早川優香, 大澤玲於奈, 王 婉, 岡田真央, 樋口麻友, 高浦健太, 前屋鋪子明, 安井 豊, 土谷 薫, 中西裕之, 板倉 潤, 高橋有香, 泉 並木

【症例1】50歳男性。48歳時にALT48 IU/ml, HBVDNA 6.2Log IU/mlよりB型慢性肝炎に対してエンテカビル (ETV) を開始した。6カ月後にHBVDNAは定量下限値以下となった。50歳時に定期フォローの造影CTで肝S4に22mm大の腫瘍を認め、ラジオ波焼灼術を施行した。【症例2】46歳男性。37歳時にALT192 IU/ml, HBVDNA 7.9Log IU/mlよりB型慢性肝炎に対してETVを開始した。1年後にHBVDNAは定量下限値以下となった。定期フォローを継続し肝発癌を認めない。【考察】B型慢性肝炎・肝硬変においては核酸アナログ製剤によりウイルスの増殖が抑制されても、症例1のように発癌する症例が存在する。当院で1998年1月から2018年11月までにETV、テノホビル、テノホビルアラフェナミドによる治療を行った443症例を対象に肝発癌予測因子を検討した。年齢の中央値は、51歳であり63%が男性の患者集団であった。観察期間の中央値は5.1年であり33症例が肝発癌した。多変量解析で年齢 (HR:1.05, 95%CI: 1.01-1.09, $p=0.01$)、男性 (HR:2.62, 95%CI: 1.06-6.49, $p=0.04$)、血小板数 (HR 0.83, 95%CI: 0.77-0.91, $p<0.001$) が肝発癌の独立予測因子であり、白人コホートにおける発癌予測スコアとして提唱されたPAGE-Bの構成項目と同様であった。我々の日本人コホートにおいてPAGE-Bスコアが ≤ 9 、10-17、 ≥ 18 の低・中・高リスク群の7年以内発癌率はそれぞれ1.9%、3.6%、19.9%であった。ROC曲線下面積は0.731であり高い発癌予測精度を示した。症例1、2のPAGE-Bスコアはそれぞれ21点、8点であり高リスク群と低リスク群であった。PAGE-Bスコアは日本人集団においても発癌高リスク症例の判断に有用であることが明らかとなった。

B型慢性肝炎, 肝細胞癌

高マンガン血症によるパーキンソニズムを呈した原発性胆汁性胆管炎の一例

順天堂大学 医学部 消化器内科

宇都宮尚典, 内山 明, 池村宗朗, 佐伯至勇, 坂川真由子, 谷田貝昂, 富嶋 享, 中寺英介, 深田浩大, 福原京子, 一義, 山口俊平, 伊佐山浩通, 椎名秀一朗, 永原章仁, 池嶋健一

【症例】74歳女性【主訴】動作緩慢【現病歴】X-22年 (52歳) に健診で肝機能障害を指摘された。肝生検にて原発性胆汁性胆管炎 (PBC) と診断され、ウルソデオキシコール酸 (UDCA) の内服開始となった。しかし、X-13年から通院を自己中断していた。X-3年から安静時振戦、手のこばり手を自覚し、シェーグレン症候群の診断でプレドニゾン開始となった。X-2年にPBCの再評価のため当科紹介受診となった。Child Pugh Aの肝硬変で、腹腔鏡下肝生検施行では、肝表面の結節状変化を認めた。病理では、慢性非化膿性破壊性胆管炎・胆管消失を認めSchaefer分類4期と診断されUDCA 900mg内服再開となった。しかしUDCA開始後も胆道系優位の肝障害は持続していた。X-1年より腹水貯留・食道静脈瘤を認めた。また、ふらつき感や倦怠感を自覚、X年3月に仮面様顔貌、動作緩慢などパーキンソン症状が顕著に認められL-Dopaが開始となるも効果は一時的なものでL-Dopa無効例として精査目的で入院となった。【経過】身体所見では、肝性脳症は認めず、パーキンソン症状を認めた。脳核医学検査ではパーキンソン症候群を支持する所見であり、さらに頭部MRIで両側淡着球に高信号域と血清マンガン (Mn) 値2.9 $\mu\text{g/g}$ の高値を認めた。以上より肝硬変を背景とした高Mn血症に伴う肝性大脳変性症の診断となった。治療としてL-Dopa増量とMnキレート剤であるトリエチレン酸が開始となりMn値の低下とともに、パーキンソン症状の著明な改善を認めた。【考察】肝硬変患者ではMnの胆汁排泄不全や門脈圧亢進症に伴う側副血行路などのシャントにより淡着球への過剰蓄積が報告されている。肝硬変の経過中にパーキンソン症状を認めた際は肝性大脳変性症を念頭に血清Mn値や頭部MRI検査を行うことが重要であると考えられた。高マンガン血症によるパーキンソニズムを呈した原発性胆汁性胆管炎の稀な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。

原発性胆汁性胆管炎, パーキンソン症候群

門脈圧亢進症の集学的治療により難治性腹水、直腸静脈瘤の著明な改善を認めた肝癌合併アルコール性肝硬変の一例

東海大学医学部付属東京病院 消化器内科

上田 孝, 中村 淳, 仁品玲子, 青木 純, 五十嵐宗喜, 白石光一

【症例】58歳男性【主訴】腹部緊満、吐血【嗜好】飲酒:ビール3本、ウイスキー1/3ボトル/日20年【検査結果】WBC14800/ μL , Hb6.0 g/dL , Plt15.4万/ μL , Alb2.5 g/dL , T-Bil 1.1 mg/dL , AST79 IU/L, ALT125 IU/L, γ -GTP67 IU/L. CT: 肝萎縮、大量腹水、脾腫、側副血行路を認める【経過】201X年3月腹部緊満、吐血を認め入院となった。上部消化管内視鏡検査で食道静脈瘤より出血を認め、EVLで止血を行った。しかしその後もアルコール依存症のため飲酒継続をしていた。201X+1年7月食道静脈瘤再発と直腸静脈瘤が確認され食道静脈瘤硬化療法施行した。201X+2年5月肝癌発症しTACE施行後も再発を認めRFA、TACEを繰り返した。201X+3年4月から禁酒したが201X+4年12月直腸静脈瘤の増悪認め、腹水増加に伴い鼠径ヘルニア、脱肛の悪化があり、フロセミド、スピロラクトン、トルバプタンを併用した。血清Alb3 g/dL 以上を維持していたが腹水の改善は不良であった。201X+5年2月部分の脾動脈塞栓術で75%の塞栓を行い、同時に門脈主幹から上腸間膜静脈に血栓を認め、ATII製剤投与とDOACの投与で血栓は消失した。同年7月特発性細菌性腹膜炎を合併し、その後腹水は週1回から2回の穿刺排液が必要となった。肝移植の希望があり同年9月経頸静脈肝内門脈-大循環シャント術TIPSを施行し、腹水の著明な改善及び食道・直腸静脈瘤の消失を認めた。【考察】本例はアルコール性肝硬変による肝萎縮、肝癌再発、難治性腹水、静脈瘤、巨脾、門脈血栓と病態が複雑であったが、それらに対応し、加えてTIPSが病態を著明に改善させ禁酒2年以上となり肝移植の可能性を見出すことができた。TIP施行可能な施設は限定されるが、QOL改善と共に次の治療選択に有用であり報告する。

経頸静脈肝内門脈-大循環シャント術, 難治性腹水

集学的治療を行った難治性腹水を伴うアルコール性肝硬変・肝細胞癌の一例

帝京大学 医学部 内科学講座¹⁾, 同 放射線科学講座²⁾

芳賀 幸¹⁾, 浅岡良成¹⁾, 八木みなみ¹⁾, 三木淳史¹⁾, 青柳 仁¹⁾, 磯野朱里¹⁾, 三浦 亮¹⁾, 阿部浩一郎¹⁾, 有住俊彦²⁾, 小田島慎也²⁾, 磯崎光彦²⁾, 山本真由²⁾, 近藤浩史²⁾, 山本貴嗣²⁾, 田中 篤²⁾

症例は、アルコール多飲歴のある60代男性。201X年8月、食道静脈瘤による吐血あり、EVL施行。このときはじめて肝硬変を指摘された。201X+1年4月、大量腹水で前医紹介受診。経過中、肝細胞癌を認めたが、大量腹水の為、治療適応ではないと判断され、セカンドオピニオンで、201X+1年8月、当科紹介受診。201X+1年9月、TIPS目的で当院放射線科入院となった。入院時、白血球4500/ μL 、ヘモグロビン11.5 g/dL 、血小板10.2万/ μL 、PT 92%、Alb 3.8 g/dL 、T-Bil 1.18 mg/dL 、NH3 50 $\mu\text{g/dL}$ 、脳症なし、フロセミド20mg、スピロラクトン50mg、サメスカ7.5mg内服下で腹水多量であった。S8ドーム直下に径2cmのHCCを認めた。腫瘍マーカーは、AFP 6.7 ng/mL 、PIVKAII 22mAU/mLであった。入院翌日、TIPSを施行した。施行後、1度肝性脳症の出現あり、ラクツロース、リファキシミンが開始され、施行後14日で退院となった。退院1週間後に、再度肝性脳症で入院、その後、11月にも肝性脳症で近医入院となったが、その後は入院するほどの肝性脳症は出現せず、状態安定した。201X+2年1月、CTにて腹水消失、S8のHCCは2.8cmに増大していた。病変が心臓近傍であり、複数回穿刺は困難と判断し、まずTACEを施行した。このときから利尿薬も終了とした。201X+2年5月、同病変に対しRFAも追加し、現在、外来で経過観察中である。難治性腹水を伴った肝硬変・肝細胞癌症例は肝移植を考慮すべき病態である。肝移植後の予後は良好であることが示されているが、移植後、免疫抑制剤の長期投与が必要となり、また日本ではドナー不足により脳死肝移植の適応は限られる。難治性腹水に対するTIPSは、欧米では広く用いられている一方で、日本では保険適用となっていない。しかし本症例ではTIPSを施行することで腹水コントロールに成功し、肝細胞癌治療の施行も可能であった。栄養状態の改善も認めており、症例を選べば有効な治療であると考えられ、日本においても保険適用になることが期待される。

TIPS, 難治性腹水

東京医科大学 消化器内科¹⁾, 同 遺伝子診療センター²⁾,
同 放射線科³⁾
水町 碧¹⁾, 杉本勝俊¹⁾, 稲垣夏子²⁾, 斎藤和博³⁾, 阿部正和¹⁾,
吉益 悠¹⁾, 竹内啓人¹⁾, 笠井美孝¹⁾, 糸井隆夫¹⁾

症例：50歳女性。近医の腹部超音波検査で肝内胆管の拡張を指摘され当科に紹介受診となった。腹部超音波検査では拡張し屈曲蛇行する肝動脈を認めるが、明らかな胆管拡張は認めなかった。引き続き行った造影超音波検査では、早期血管相において屈曲蛇行する肝動脈が造影され、その後早期に肝実質が造影された。腹部dynamic CTでは肝臓は動脈優位相で不均一に造影された。それらの所見から肝内に多発する動脈門脈シャントの存在が示唆された。また、EOB-MRI肝細胞造影相では、肝内に多発するチクワ状濃染を呈する結節が認められた。以上の所見と、繰り返す鼻出血の既往より遺伝性出血性毛細血管拡張症(オスラー病)が強く示唆された。なお、胸部CTおよび頭部MRIでは明らかな血管異常は認めなかった。以上より、オスラー病の診断基準(Curacao診断基準)では、鼻出血および内臓動静脈奇形の2項目該当するも、確定診断には至らなかった。そのため、本人と相談の上診断確定目的に遺伝学的検査を行った。結果、ACVRL1遺伝子に病変性バリエーションが同定され、臨床病型と併せてHHT2の診断となった。考察：他臓器に血管病変がない場合も、肝内の血管異常が認められた際は、オスラー病を念頭に置いて精査する必要があると考えられた。

肝内血管異常, ACVRL1遺伝子

乳糜腹水に対してオクトレオチドが有効であった一例

東京慈恵会医科大学附属病院 消化器・肝臓内科
田中美帆, 宮崎亮佑, 佐伯千里, 及川恒一, 中野真範, 高倉一樹,
澤田亮一, 上田 薫, 宮下春菜, 嶋田真梨子, 猿田雅之

【症例】50歳代女性【主訴】腹部膨満感【現病歴】X-5年に肝辺縁の鈍化を認めNASH由来の肝硬変の診断となった。同時期に腹水の貯留を認めフロセミド、スピロラクソンで体液管理が開始となった。X年7月に腹痛のため救急受診しCTで腹水の増加を認めた。腹水コントロール目的で利尿剤を増量し退院となった。X年8月に腹部膨満感、腹痛あり再入院し、尿崩症に対して内服していたデスマプレシンの減量、利尿剤調整を行った。今回X年10月Y日に腹部膨満感を主訴に腹水コントロール目的で入院となった。【既往歴】2型糖尿病、頭蓋咽頭腫 頭腫瘍摘出術後、骨盤内膿瘍 両側付属器切除術後【入院後経過】入院時に施行した腹水検査の結果、TGの上昇を認めていたことから乳糜腹水の診断となった。10月Y+4日より絶食、高カロリー輸液、オクトレオチド200 μ g/日で治療開始し、2週間継続した。また尿崩症に対するデスマプレシンを90 μ gから60 μ gに減量した。リンパ管シンチでは明らかなリンパ本幹からの漏出は認めなかった。入院時と比較して体重が7kg減量し、腹部膨満感の自覚症状も改善を認めた。2週間の投与終了後、食事を再開し体重の増加を認めないことを確認しY+23日に退院となった。【考察】本症例では乳糜腹水についてオクトレオチドによる治療で体重・腹水の減少を認めた。乳糜腹水の治療についての文献的考察を加えて報告する。

乳糜腹水, 肝硬変

日本医科大学 消化器外科¹⁾,
日本医科大学 千葉北総病院 消化器外科²⁾
林 光希¹⁾, 清水哲也¹⁾, 吉岡正人¹⁾, 松下 晃¹⁾, 神田知洋¹⁾,
近藤亮太¹⁾, 金谷洋平¹⁾, 青木悠人¹⁾, 川野陽一²⁾, 吉田 寛¹⁾

【諸言】肝嚢胞は良性疾患であり、症状が無ければ経過観察が選択されるが、その大きさ、局在に応じて腹部違和感、腹痛、嘔気といった症候を呈し、有症状の症例には外科的治療を行う。また、嚢胞出血や破裂、細菌感染、嚢胞の圧排による胆管閉塞を来す事が報告されている。今回、我々は巨大肝嚢胞の圧排により下大静脈血栓症を併発し、抗血栓療法のために腹腔鏡下手術を施行し得た症例を経験したため報告する。【症例】70代男性、右側胸痛を主訴に近医を受診し、CT検査で巨大肝嚢胞の診断となり、当院を紹介受診された。造影CT検査で、肝嚢胞により圧排された下大静脈の末梢側に血栓を認めた。外科的治療に先行してApixaban 10mg/dayの内服を行ったところ、1ヶ月後の造影CT検査では血栓の消失が確認された。その後、腹腔鏡下手術施行し得た症例を経験した。術後経過に問題は無く、退院後は外来でフォローを続けているが、肝嚢胞の再増大や下大静脈血栓の再発は認めていない。【考察】今回、下大静脈血栓症を合併し、血栓溶解療法の後、腹腔鏡下手術施行し得た巨大肝嚢胞を経験した。下大静脈を圧排するほどの巨大肝嚢胞を認めた際には、下大静脈血栓症の合併に留意する必要がある。文献的な考察を加え、報告する。

肝嚢胞, 下大静脈血栓症

外科的手術を回避できた好酸球性胃腸炎併発の好酸球性胆嚢炎の一例

横浜市立市民病院 消化器内科
中村はるか, 諸星雄一, 清水智子, 岸本翔太郎, 東 祐香,
辻野誠太郎, 岩瀬麻衣, 今村 諭, 長久保秀一, 小池祐司,
藤田由里子, 小松弘一

【症例】30歳男性。【現病歴】X-6年前に気管支喘息、好酸球性副鼻腔炎の診断となり近医で加療されていた。心窩部痛、胸部不快感、発熱を認め、当院受診。急性胆嚢炎の診断にて外科入院となった。【入院後経過】胆嚢摘出術も検討されたが、症状出現から2週間経過しており、腹部骨盤CTにて胆嚢の壁肥厚、周囲脂肪組織混濁の他、胃前庭部、横行結腸に浮腫性壁肥厚を認め、保存的加療を開始した。X+3病日より下腹部痛、下痢、黒色便が出現し、炎症反応、好酸球数の経時的な上昇、IgE高値を認め、精査加療目的に消化器内科に転科となった。上部消化管内視鏡では幽門部、十二指腸球部・下行脚に発赤、下部消化管内視鏡では血管透過性低下、散在性の発赤を認めた。病理では食道、胃、十二指腸、盲腸、横行結腸に好酸球浸潤を認め、好酸球性胃腸炎の確定診断となった。X+8病日に水溶性プレドニゾン40mg投与したが血中好酸球数高値が改善せず、喘息症状も認めていたため、X+9病日よりステロイドパルス(メチルプレドニゾン 1000mg)3日間投与した。心窩部痛、下腹部痛、採血所見は速やかに改善した。ステロイド漸減後も症状および好酸球上昇の再燃なく経過し、X+36病日退院となった。胆嚢摘出術が回避できたため胆嚢の病理組織所見は得られなかったが、ステロイド治療で胃腸炎症状と共に心窩部痛が消失し、胆道系酵素も速やかに低下したことから好酸球性胆嚢炎と考えられた。現在外来にてステロイド減量中であり経過は良好である。【考察】好酸球性胆嚢炎は希少な疾患であり、急性胆嚢炎との鑑別が困難であるため、想起されずに術後に診断に至る症例も多い。また好酸球性胆嚢炎と好酸球性胃腸炎の併発例も散見される。胆嚢炎に対して手術を先行した場合も胃腸炎など他部位の好酸球浸潤による症状が残存し、ステロイドの追加治療を要する症例も半数に上る。今回ステロイド投与の先行にて胆嚢摘出術を回避できた好酸球性胆嚢炎の一例を経験したため、若干の文献的考察を加えて報告する。

好酸球性胆嚢炎, 好酸球性胃腸炎

JA とりて総合医療センター 消化器内科¹⁾, 同 外科²⁾, 同 血液内科³⁾
内館 梢¹⁾, 渡辺雄一郎²⁾, 小川晋一³⁾, 川内結加里¹⁾, 大山文子¹⁾, 三代博之¹⁾, 永井瑞紀¹⁾, 橋口真子¹⁾, 後藤文男¹⁾, 北村まり¹⁾, 河村貴広¹⁾

【症例】79歳、女性。【主訴】黄疸。【現病歴】高血圧症、2型糖尿病で当院通院中。X年6月の定期外来で肝胆道系酵素の上昇を認め、同日当科を紹介受診となった。腹部造影CTで胆管拡張が著明であり、遠位胆管に2mm大の軟部影を認め同部位で胆管は途絶していた。また、小腸間膜のリンパ節腫大が散見された。閉塞性黄疸と考えられたためERBDを施行し、肝機能障害は改善した。同時に施行した腫瘍生検はAdenocarcinomaであり、画像所見で膵管拡張を伴わないことを踏まえて遠位胆管癌と判断した。一方で、領域リンパ節腫大が目立たないにも関わらず、小腸間膜のリンパ節腫大を認めたことから、転移や悪性リンパ腫等の他疾患合併の可能性も考えられた。しかしながら、PET-CTでは両者の鑑別は困難であった。遠位胆管癌は根治切除が可能な病変であることから、リンパ節生検を先行し、術中病理迅速診断で転移の所見がなければ、遠位胆管癌原発巣切除の方針とした。X年7月、術中迅速診断で転移が否定されたことから、亜全胃温存脾頭十二指腸切除術を施行した。術後経過は良好でありpT3a pN1 pM0 tStage2Bと診断し、現在もTS-1による術後補助化学療法を継続している。なお、小腸間膜のリンパ節腫大は濾胞状リンパ腫 Grade1と診断し、経過観察を続けている。【考察】消化器悪性腫瘍に悪性リンパ腫を合併した場合、リンパ節転移との鑑別がしばしば困難であり治療方針決定に難渋する。今回、幸いにも術中迅速診断で診断がつき、根治切除がなされた非常に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。

胆管癌, 悪性リンパ腫

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

【背景・目的】セフトリアキソン（以下CTRX）は第三世代セフェム系抗菌薬であり呼吸器感染症、消化器感染症、尿路感染症など多くの感染症に使用されている。一方でCTRX投与により一過性に胆石様沈殿物が出現することが報告されており偽胆石と呼ばれている。今回、当院でCTRXによる偽胆石症の成人例を5例経験したので若干の文献的考察を加えて報告する。【対象・方法】2019年4月から2019年11月の間に当院で経験した偽胆石症例5例を後方視的に検討した。【結果】年齢中央値74歳、男女比2:3であった。CTRXの投与期間は4-28日（中央値6日）、発症までの期間は4-36日（中央値7日）、消失までの期間は31-112日（中央値62日）であった。当院で経験した偽胆石症例は全例でCTRX 2g/日以上以上の投与を認めた。また腎機能低下やADL低下例が多く含まれていた。当院で経験した症例のうち2例は薬剤中止により自然軽快したが、3例は薬剤中止のみでは症状改善に乏しく内視鏡治療を必要とした。【考察】CTRXはカルシウムとの親和性が高く、偽胆石の大部分がCTRXのカルシウム塩といわれている。発症までの期間は2-28日、消失までの期間は投与終了後2-60日と報告されている。診断には腹部超音波検査やCT検査などの画像検査が有用で、石灰化を伴う胆砂様の所見を呈することが多い。偽胆石のリスク因子としてCTRX 2g/日以上以上の投与、絶食やADL低下に伴う腸収縮能の低下、脱水、腎機能障害、高カルシウム血症などが挙げられている。多くは薬剤中止で自然消失するが、胆嚢炎や黄疸など合併症のある場合には通常の胆石治療に準じて適切な処置が必要である。【結語】CTRXによる偽胆石症の成人例を5例経験した。CTRX投与中または投与後には偽胆石症の発症も念頭に置く必要があり、特にリスクのある症例では投与量や投与期間の検討と慎重な経過観察が必要である。

セフトリアキソン, 偽胆石

横浜労災病院 消化器内科¹⁾, 同 内視鏡部²⁾
遠山翔大¹⁾, 関野雄典¹⁾, 今井友里加¹⁾, 富田尚貴¹⁾, 加藤ゆり¹⁾, 芹澤 奏¹⁾, 八木 伸¹⁾, 森久保尚美¹⁾, 鈴木雅人¹⁾, 小宮靖彦¹⁾, 内山詩織¹⁾, 金沢憲由²⁾, 川名憲一²⁾, 永瀬 肇¹⁾

【背景】近年、急性胆嚢炎に対する超音波内視鏡を用いたドレナージ術として、超音波内視鏡下胆嚢ドレナージ(EUS-guided gallbladder drainage: EUS-GBD)を行う施設が増加しつつあり、急性胆嚢炎・急性胆嚢炎診療ガイドライン2018にも特殊な胆嚢ドレナージ法として記載されている。使用するステントの種類によっては結石除去も可能であり、今後の適応拡大が期待されている。しかし、手技の普遍化や専用デバイスの開発、ステントの逸脱や胆汁漏出による腹膜炎など合併症などの問題が課題とされている。【症例】84歳女性、総胆管結石性胆嚢炎に対して、内視鏡的経乳頭のドレナージ(Endoscopic biliary drainage: EBD)の後に結石除去術を施行した。総胆管結石治療後に炎症反応増悪を認め、急性胆嚢炎の併発と診断し、経皮経肝胆嚢穿刺吸引法(percutaneous transhepatic gallbladder aspiration: PTGBA)にて、膿性胆汁が吸引された。胆嚢持続ドレナージを要するものと判断し、十分なICの上でEUS-GBDの方針となった。EUS-GBDは早期合併症なく型どおり施行され、7Fr 両側pig tailのPSを留置した。EUS-GBD翌日のCTではドレナージ逸脱などの合併症を認めないものの、胆嚢頸部にこれまで指摘されなかった動脈瘤を認めた。EUS-GBD施行12日後に吐血を認め、胆嚢動脈瘤破裂と診断、胆嚢動脈を塞栓して止血を得た。胆嚢動脈塞栓による胆嚢壊死の有無を注意深く観察しつつ保存的に軽快した。【考察・結論】胆嚢動脈瘤の成因は、急性胆嚢炎の炎症が胆嚢動脈に波及して生じる仮性動脈瘤であると考えられているが、多くは炎症により速やかに血栓化を来すために出血は稀である。EUS-GBD後に胆嚢動脈瘤破裂を来した報告は、本邦ではSEMSでの治療例1例の会議録のみであり、PS留置後の出血は極めて稀な合併症である。EUS-GBDの適応および施行前の注意点について、文献的考察を加えて報告する。

胆嚢炎, EUS-GBD

順天堂大学医学部附属順天堂医院 消化器内科
牛尾真成, 藤澤聡郎, 山形 亘, 高崎祐介, 鈴木彬実, 大川良洋,
落合一子, 富嶋 享, 石井重登, 伊佐山浩通, 池嶋健一,
永原章仁

【背景】重症膵炎後の被包化壊死(WON)に対する内視鏡的ドレナージでは、複数ルートからのドレナージ(multiple gateway technique)が効率的で有用なこともある。今回、経胃および経皮の2方向より挟み込むように内視鏡的ネクロセクトミー(Endoscopic necrosectomy: EN)を行い治療が奏功した1例を経験したので報告する。【症例】70歳代男性、2019年6月にアルコール性重症急性膵炎で入院となり、入院6週目に感染性WONの治療目的に当院へ転院となった。転院後に行ったCTでは膵周囲から骨盤腔に及ぶ長径27cm大の巨大なWONを認め、少量の腹水も伴っていた。転院後第5病日に超音波内視鏡下にHOT AXIOSと経鼻ドレナージチューブを留置し、ドレナージと灌流を行った。しかし、感染のコントロールは不良であったため、第12病日に経胃的にENを施行し、その所見から壊死物質が多く堆積していたためにドレナージ不良部位が多かったためと推察された。約1か月半の間に計6回のENを行ったが、骨盤腔内で広がったWON内の壊死物質の完全除去は困難であり、第37病日に右下腹部に経皮的ドレナージを追加し、洗浄・ドレナージを繰り返したが、感染のコントロールがきれなかったため、経鼻内視鏡を用いて経皮ルートからのENを施行した。経皮的なENの施行で新たな領域の壊死物質の除去が可能となり、胆汁の流出が見られ非ドレナージ領域が解放されたものと考えられた。計3回のENで感染はコントロールされ、WON腔内の壊死物質も完全除去され、腔の縮小が得られた。【考察】本症例では巨大なWON腔内に壊死物質が多量に貯留し、経胃ルートからはアプローチできない領域があったために、胆汁のドレナージが不十分で感染がコントロールできなかった。膿瘍腔の最も低い位置に経皮的に瘻孔を作成し、経胃のルートではアプローチできない領域を含めて、WON腔を上下から挟み込むようにENを施行することにより、感染のコントロールに成功し、壊死組織を完全に除去した。本症例での経験を踏まえて巨大なWONの治療法について文献的考察を加えて報告する。

被包化壊死, Endoscopic necrosectomy

101

EUS-FNAが術前診断に有用であった中年男性に発症した小型膵Solid-pseudopapillary neoplasm (SPN) の1例

103

嚢胞性腫瘍を呈した非機能性膵神経内分泌腫瘍の一例

神奈川県警友会 けいゆう病院 消化器内科¹⁾,
同 消化器外科²⁾, 同 病理診断科³⁾
水島一郎¹⁾, 香川幸一¹⁾, 水上耀介¹⁾, 葛西祐樹¹⁾, 大谷幸博¹⁾,
田中優作¹⁾, 伊藤高章¹⁾, 中下 学¹⁾, 岡沢 啓¹⁾, 永田博司¹⁾,
関 博章²⁾, 堂本英治³⁾

40歳代男性。健診の腹部エコーにて膵体部に嚢胞性病変が疑われ、当院紹介受診された。造影CTにて膵体部に10×8mmの低吸収腫瘍を認め、早期相で低吸収を示し、後期相で膵実質と比較してやや高い造影効果を示した。MRIではT2WIで膵実質と等信号、T1WIで低信号を示した。Solid-pseudopapillary neoplasm (SPN)、神経内分泌腫瘍(NET)や通常型膵癌が鑑別として挙げられ、精査目的にERCPとEUS-FNAを施行した。ERCPでは膵管狭窄像など異常はなく、膵液細胞診でも悪性所見を認めなかった。EUSでは10mm大の類円形低エコーで明瞭な被膜を有さない腫瘍を認めた。Acquire22G針にてFNAを施行し、組織学的には小型類円形核と好酸性細胞質を有するN/C比の高い細胞が細血管を含む線維性間質を伴って充実に増殖しており、SPNやNETが疑われた。免疫染色を追加し、CD10陽性、cyclin D1陽性、CD56陽性、E-cadherin陰性、synaptophysin陰性、chromogranin A陰性であった。以上より、SPNと術前診断し、脾合併膵尾部切除術を施行した。切除検体の組織像もFNAで得られた組織と同様で、SPNと最終診断された。SPNは若年女性に好発し、平均腫瘍径は約10cm前後とも言われている。今回、中年男性の1cm以下の比較的稀な小型SPNをEUS-FNAで術前診断し得た症例を経験した為、若干の文献的考察を加え報告する。

SPN, EUS-FNA

102

急性膵炎を繰り返したhigh-risk stigmataを持たないIPMCの一例

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

【緒言】IPMN国際診療ガイドライン2017では、IPMNのうちhigh-risk stigmataを持つ症例は手術を推奨、worrisome featuresを持つ症例ではEUSやERPによる精査を推奨しており、その結果で手術または経過観察を選択するようなアルゴリズムとなっている。今回急性膵炎を繰り返したため手術適応と判断されたIPMNにhigh-risk stigmataを持たないにもかかわらず手術標本でhigh-grade dysplasiaが認められIPMCの診断を得た症例を報告する。【症例】70歳代女性【現病歴】201X-6年7月に尿細胞診で高度異型細胞が認められ右腎盂癌の診断となった。同時にCTで膵体尾部に16mmの多房性嚢胞性病変が指摘された。右腎摘出術の後、1年に1回のCTでフォローアップされていたが、201X年7月には34mmと増大をしたため当科受診となった。その際採血で膵酵素上昇も伴っていたため精査加療目的に入院となった。【経過】入院後CTを施行したところ、膵尾部に腫大が認められCT Grade1、予後因子1点の軽症膵炎の診断となった。IPMNに随伴する膵炎と考え、炎症軽快後、MRIおよびEUSを施行したが、壁に結節や主膵管への浸潤所見は認められなかった。食事を再開したところ膵酵素上昇を繰り返したため手術適応と判断し、脾臓合併膵尾部切除術を施行した。病理結果では嚢胞径は30mmで拡張した分枝膵管があり、内面に乳頭状に増生する腫瘍性上皮が認められた。主体はlow-gradeであったが、一部不整な乳頭状増生を呈し、high-gradeの所見であり、IPMCの診断となった。【考察】本症例のような壁に結節を持たないIPMNは手術適応か否かが問題となる。経過観察で進展を監視する選択肢もあるが、根治を目指すためには浸潤癌になる前の切除を目指すべきである。本症例は結節を持たないにもかかわらず非浸潤癌が認められた症例であり、教育的な一例と考えられ文献的考察を加え報告する。

IPMC, 急性膵炎

【背景】膵原発腫瘍における膵神経内分泌腫瘍(P-NET)の頻度は1-4%とされ比較的稀な腫瘍である。P-NETは充実性腫瘍を呈する事が多いが、稀に嚢胞変性を伴うことがあると報告されている。膵嚢胞性病変の鑑別は容易ではない。今回、術前にcysticNETが疑われる症例を経験した。【症例】68歳女性【主訴】なし【既往歴】特記事項なし【経過】自覚症状はなく検診の腹部超音波で膵尾部の嚢胞性病変を指摘され精査加療目的に当院に紹介された。腹部超音波検査では膵尾部に40mmの単房性嚢胞を認めた。腹部造影CTでは膵尾部に40mm大の単房性嚢胞性腫瘍を認め、造影効果を伴う結節や壁の不正は認めなかった。MRIでは壁が一樣であり不正な壁肥厚や壁に結節はみられず、拡散制限は見られなかった。T2強調画像では液面形成を認めた。EUSでは膵尾部には40mm大の単房性の嚢胞性病変を認め、被膜の存在を疑う高エコーの境界を認めた。内部には三日月状の壁肥厚を呈し、造影超音波では壁肥厚は造影効果を伴っていた。以上から嚢胞変性を伴った膵神経内分泌腫瘍と診断し、腹腔鏡下膵体尾部切除術を施行した。病理では膵体尾部に4cm大の境界明瞭な線維性被膜に覆われた嚢胞性病変を認め、一部は厚みを増した部位が見られた。組織学的には類円形腫大核と好酸性の細胞質を持つ腫瘍細胞が増殖し、免疫組織学的には、Synaptophysin(+), ChromograninA(+), Ki67 indexは5.3%であり、膵神経内分泌腫瘍Grade2と診断した。術後経過は良好で退院した。現在は術後1年経過し再発は認めていない。【結語】cystic NETでは壁に造影効果を伴う充実成分の確認が診断に有用である。

非機能性膵神経内分泌腫瘍, 嚢胞性腫瘍

104

慢性膵炎急性増悪で主膵管出血をきたしIVRで改善した一例

昭和大学 医学部 消化器内科学講座 内科専攻医¹⁾,
同 消化器内科学講座²⁾
樋口健佑¹⁾, 梶原 敦²⁾, 野口敏弘¹⁾, 中山顕悟¹⁾, 中谷 溪¹⁾,
鈴木統大²⁾, 宇佐美智乃²⁾, 中島陽子²⁾, 柳澤文人²⁾, 吉田 仁²⁾

【症例】42歳女性【主訴】腹痛、タール便【現病歴】慢性腎不全のため透析中の患者で、受診数日前より腹痛および黒色便を認めたが様子を見ていた。透析中に収縮期血圧80mmHg以下になったために当科紹介受診となり、来院後は補血で血圧は上昇した。心窩部に圧痛と反跳痛がみられ、直腸診では黒色便を認めた。血液検査で軽度貧血進行およびアミラーゼ上昇を認め、反跳痛もみられていたため上部内視鏡検査より先にCT必要と判断し精査目的に造影CT検査を施行した。消化管穿孔はみられなかったが主膵管に腫脹を疑う所見と膵石および膵管内へのExtraを認めた。また、膵周囲にeffusionもみられ、元々慢性膵炎を指摘されていたことから慢性膵炎の急性増悪と診断した。膵管出血に対して血管塞栓術の方針とし、血管造影検査を施行したところ、背降動脈からの出血を認め、同部位に塞栓術を選択的にを行い、入院した。【既往歴】アルコール性肝硬変、慢性膵炎、慢性腎臓病、マロリーワイス症候群、出血性胃潰瘍、肺結核【家族歴】特記事項なし【嗜好歴】ビール(500ml)3缶/日【臨床経過】急性膵炎のスコアは予後因子2点(血小板、血圧)とCT grade1であり、軽症と判断、末梢からの大量補液と絶食、FOY(600mg/day)、抗菌薬投与で経過観察の方針とした。入院後、タール便もみられなくなり、貧血進行も認められず、第3病日には腹痛は消失し、アミラーゼも低下したために飲水開始した。第4病日に経口摂取開始し、腹部症状再燃および貧血の増悪もみられず、第8病日に退院し、外来にて経過観察となった。【考察】膵管出血は高度な貧血やショック状態に至る症例もあるため、迅速な診断と治療が必要な病態である。しかし、遭遇する頻度は少なく、個々の症例で原因や出血の程度が大きく異なるために一定の治療方針はない。造影CT検査で診断に至り、IVRにより改善した貴重な一例として報告する。【結語】慢性膵炎急性増悪で主膵管出血をきたしIVRで改善した貴重な一例を経験した。

膵管出血, 慢性膵炎

横浜市立大学 消化器・腫瘍外科学¹⁾,
横浜市立大学附属病院 病理診断科 病理部²⁾
窪田礎富人¹⁾, 藪下泰宏¹⁾, 小倉巧也¹⁾, 平井公也¹⁾, 山田淳貴¹⁾,
阿部有佳¹⁾, 朴 峻¹⁾, 清水康博¹⁾, 中山岳龍¹⁾, 三宅謙太郎¹⁾,
本間祐樹¹⁾, 熊本宜文¹⁾, 松山隆生¹⁾, 宇高直子²⁾, 遠藤 格¹⁾

膵管胸腔瘻は、慢性膵炎に合併することがあるとされる。また腹部症状を伴わないこともあり診断に苦慮することもある。今回、われわれは原疾患の診断に難渋した膵管胸腔瘻の症例を経験したので文献的考察を交えて報告する。症例は73歳女性、既往に冠攣縮性狭心症、大動脈炎症候群のほか、繰り返す動脈血栓症（脾動脈、上腕動脈、SMA）があった。また46歳時にS状結腸癌に対し手術加療が行われた。今回は1年前より呼吸苦を自覚し近医を受診したところ左胸水の貯留を指摘され、前医を紹介受診した。胸腔ドレナージを施行し採取された検体の胸水アミラーゼは10624IU/lと異常高値であり腓性胸水の診断にて、ERCPを施行した。膵尾側から胸腔内への造影剤の漏出を認め膵管胸腔瘻と診断された。絶食にて一旦は軽快したが、食事摂取を再開すると症状が再燃したため、保存的治療の継続が困難と考えられ当科紹介となった。CTにて膵尾部主膵管の不整な拡張を認め、これに連続するように液体貯留腔を認めた。腹腔動脈の狭窄がみられ、総肝動脈、脾動脈の狭小化が見られた。悪性腫瘍によるものや血流障害による膵壊死を疑い、膵尾部切除と横隔膜瘻孔閉鎖術を施行した。膵尾部の背側で径12mm大の瘻孔を形成しており、後腹膜との間に膵液の貯留を起こし、横隔膜に穿破したものと考えられた。病理では悪性所見はなかったが、膵の壊死像と膵の脾静脈の閉塞がみられた。以上のような既往や所見から、虚血による膵壊死のために膵液瘻が生じたものと考えられた。術後は特に合併症を併発することなく術後14日目に退院となった。現在のところ術後18か月以上が経過したが再発なく経過している。

膵管胸腔瘻，膵尾部切除